

*Onderwerp*

Procedure rapport Toekomstvisie zorg in Flevoland

Kern mededeling:

Op 2 juli 2019 heeft de toekomstverkenner de heer Leerink zijn adviesrapport "Toekomstverkenning zorg in Flevoland" aangeboden aan de minister van VWS. Dit rapport is pas openbaar op 12 juli wanneer de minister het rapport schriftelijk aanbiedt aan de Tweede Kamer.

Hieronder is de procedure beschreven wanneer het rapport voor u beschikbaar komt.

Mededeling:

De heer Leerink is op 10 januari 2019 benoemd door de minister van VWS als toekomstverkenner om een visie op te stellen voor de zorg in Flevoland. Dit als gevolg van het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen op 24 oktober 2018.

De afgelopen maanden zijn in verschillende ronden zorginhoudelijk gerichte overlegtafels georganiseerd om die visie op te stellen. Parallel aan die inhoudelijke tafels zijn bestuurlijke tafels georganiseerd waar ook de provincie aan heeft deelgenomen. Het advies van de Toekomstverkenner is op 2 juli j.l. aangeboden aan de minister van VWS.

Het rapport is openbaar op het moment dat de minister van VWS de Tweede Kamer schriftelijk informeert over de inhoud ervan en over zijn conclusies en besluiten ten aanzien van de in het rapport opgenomen aanbevelingen. Het ministerie van VWS zal die brief op 12 juli 2019 versturen.

In overleg met het ministerie van VWS is overeengekomen om u nu al het rapport, [redacted] te verstrekken.

De inhoudelijke bespreking van het rapport vindt na de zomer plaats. De toekomstverkenner zal op dinsdagavond 27 augustus in een bijeenkomst organiseren voor u en de raden van de betrokken gemeenten het rapport toelichten. Dan is er tevens ruimte voor vragen. Op woensdag 28 augustus staat het dossier "MC IJsselmeerziekenhuizen" beeldvormend geagendeerd voor de Integrale ad hoc commissie.

Ter informatie sturen wij u hierbij ook de reactie van de minister van VWS op onze brief van 11 april 2019 (edocs 2444250) waarin wij, in afstemming met de betrokken gemeenten, vragen hebben benoemd over de continuïteit van zorg en de op te stellen zorgvisie Flevoland door de toekomstverkenner (zie bijlage). De minister geeft in zijn reactie aan dat de toekomstverkenner de meeste vraagpunten erkent en herkent en dat deze er in zijn advies op terug komt.

Registratienummer

2448482

Datum

9 juli 2019

Afdeling/Bureau

SENB

Openbaarheid

[redacted] openbaar

Portefeuillehouder

Hofstra, H.J.

Ter kennisname aan PS en
burgerleden

Mededeling

Bladnummer

2

Registratienummer

2448482

Bijlagen

Naam bijlage:	eDocs nummer:	Openbaar in de zin van de WOB (ja/nee aangeven)
Rapport "Toekomstverkenning zorg in Flevoland" (onder embargo)	2447190	Nee tot 12 juli 12.00 uur
Brief minister van VWS (24 juni 2019) in antwoord op brief provincie van 11 april 2019	2444250	Ja
Gezamenlijk persbericht	2449302	Ja
Reactiebrief op Rapport Toekomstverkenning zorg in Flevoland	2450292	Ja

Ter inzage in de leeskamer

Naam bijlage:	eDocs nummer:	Openbaar in de zin van de WOB (ja/nee aangeven)

IG&H | Health

Toekomstverkenning zorg in Flevoland

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	3
2.	Conclusies.....	5
3.	Agenda voor de zorg in Flevoland	11
4.	Organisatie en werkwijze na 1 juli 2019	37
5.	Verdieping: Ontwikkelingen in de zorgvraag	41
6.	Verdieping: Ontwikkelingen in het zorgaanbod	52
7.	Bijlage: Over de schrijvers	67

1. Inleiding

Voor u ligt de toekomstvisie op de zorg voor de inwoners van Flevoland vanaf 2020 die door de toekomstverkenner in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is opgesteld.

Door het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen ontstond eind 2018 de behoefte om een toekomstvisie voor de zorg in Flevoland te ontwikkelen. Deze toekomstvisie is nodig omdat het zorgaanbod door het faillissement is veranderd en nog in ontwikkeling is. Ook de zorgvraag zal op de korte en lange termijn veranderen. Door het plotselinge faillissement en de daaropvolgende wijzigingen in het zorgaanbod in Lelystad is voor veel betrokkenen niet duidelijk of vraag en aanbod op de korte en langere termijn op elkaar aansluiten. Ook was er veel onduidelijkheid over feiten en cijfers na het faillissement.

Bas Leerink, partner bij IG&H, kreeg als toekomstverkenner de opdracht om voor alle betrokkenen een gelijke informatiepositie te creëren en met hen een reële, haalbare en duurzame toekomstvisie op te stellen. Het team van de toekomstverkenner bestaat uit vier leden, zie hiervoor de bijlage.

In de periode tussen januari en juli 2019 heeft de toekomstverkenner belanghebbenden geïnterviewd en zijn er inhoudelijke en bestuurlijke tafels georganiseerd. Dit heeft belangrijke input opgeleverd voor de toekomstvisie. Tegelijkertijd is een begin gemaakt met concrete stappen om de zorg voor inwoners van Flevoland op de korte en middellange termijn te verbeteren.¹ 

In dit rapport vindt u in hoofdstuk twee de belangrijkste conclusies. In hoofdstuk drie wordt toegelicht welke acties de toekomstverkenner noodzakelijk acht om een goed vervolg aan de eerste concrete stappen te kunnen geven. Hoofdstuk vier bevat de structuur die nodig is om die acties uit te kunnen voeren. Hoofdstukken vijf en zes bevatten de onderbouwing van de conclusies uit hoofdstuk twee. Zij gaan in op de zorgvraag en het zorgaanbod in Nederland en zijn soms specifiek voor Flevoland. Naast dit document levert de toekomstverkenner ook een Feitenboek op. Dit is in de eerste fase van het traject opgesteld om een gelijke informatiepositie te creëren en is in het verdere traject aangevuld met nadere analyses. Bij dit

¹  Feitenboek p. 91 - 94

rapport dient het als een verdere verdieping op de onderbouwing van de toekomstvisie. Ook bevat het overzichten van alle activiteiten, geïnterviewden en de deelnemers aan de werkgroepen en sessies.



Voor analyses en verdere onderbouwing wordt in dit document verwezen naar het Feitenboek (bijlage). Dit is aangegeven met dit icoon, waarna in de voetnoot het betreffende paginanummer van het Feitenboek vermeld staat

2. Conclusies

Het huidige zorglandschap in Flevoland heeft alles in zich om nu en in de toekomst voor de inwoners van de provincie kwalitatief goede en toegankelijke zorg te kunnen blijven leveren, mits samenwerking in de zorgketen goed georganiseerd is en een aantal aanvullende voorzieningen wordt gerealiseerd.

Het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen heeft geleid tot het wegvallen van een spoedeisende hulpafdeling (SEH) met een zorgaanbod passend bij een algemeen ziekenhuis en het wegvallen van een locatie waar acute verloskunde geleverd kon worden. Op de korte termijn was daar dan ook de grootste zorg bij inwoners, zorgverleners, zorgverzekeraars en lokaal bestuur.

Het faillissement en de maanden daarna een 'roerige periode' noemen, zou een understatement zijn. Het plotselinge wegvallen van de MC IJsselmeerziekenhuizen was een grote klap voor inwoners van Lelystad en omliggende gemeenten, het lokaal bestuur en zorgprofessionals. Het publieke vertrouwen heeft schade opgelopen en is ook nu nog behoorlijk broos.

Door alle partijen die bij de zorg betrokken zijn (burgers, patiënten, zorgaanbieders, gemeenten, de Provincie Flevoland en zeker ook de zorgverzekeraars) is enorm hard gewerkt om de zorg voor de inwoners van Flevoland snel te verbeteren en het onderlinge en publieke vertrouwen te herstellen. Dit harde werk vond zowel in ons traject van de toekomstverkenning als daarbuiten plaats.

Zo heeft St Jansdal een deel van de zorg in Lelystad en Dronten per 1 maart 2019 overgenomen, waardoor het zorgaanbod voor een aanzienlijk deel is hersteld. Na 1 maart is het zorgaanbod door St Jansdal verder uitgebreid en blijft deze partij zich inzetten om een zo uitgebreid mogelijk palet aan zorg te leveren. Ook andere ziekenhuizen (zie Figuur 1) hebben zich intensief ingespannen om de continuïteit van zorg te waarborgen. Daarnaast is er een voortvarend begin gemaakt met het realiseren van een anderhalvelijnszorgvoorziening in Lelystad en zijn daarvoor in Emmeloord nog concretere plannen.

Mede door het proces dat in onze toekomstverkenning is doorlopen, lijkt het publieke en onderlinge vertrouwen verbeterd te zijn. Betrokkenen hebben meer begrip voor elkaar en elkaars situatie en beginnen beter samen te werken. Er is sprake van ontluikend vertrouwen.

Op de langere termijn is er nog wel bezorgdheid of de acute zorg, de zorg voor het toenemend aantal chronisch zieken en de zorg voor andere kwetsbare groepen wel toekomstbestendig is en of de langere reisafstanden niet zullen leiden tot zorgmijding door de patiënten in deze kwetsbare groepen.

Wij zijn van mening dat Flevoland het beste kan inzetten op het stapsgewijs verbeteren van het zorgaanbod dat nu aanwezig is in de provincie en niet moet streven naar herstel van de situatie zoals die voor het faillissement was. Voor vele betrokkenen is dit een lastig punt, maar wij zijn ervan overtuigd dat herstel van de situatie van voor het faillissement geen oplossing biedt voor de toekomstige vraag. Ook is het geen reële en haalbare oplossing op de kortere termijn. Dit betekent dat we adviseren om de SEH en de acute verloskunde niet te heropenen in Lelystad. Niet op de korte en ook niet op de lange termijn.

Daarnaast verwachten zorgaanbieders in dit scenario grote personeelstekorten en grote effecten op de betaalbaarheid van de zorg. Daarmee is het toch blijven streven naar herstel van de situatie van voor het faillissement een zeer risicovolle keuze, die ook de aandacht afleidt van andere impactvolle, onderliggende problemen in de zorg in Flevoland. Naast deze observaties is er ook geen aanleiding om de SEH en de acute verloskunde te heropenen. Het huidige zorglandschap en wijze van zorg verlenen voldoet aan de huidige wettelijke kaders, de ambulancezorg voldoet na de uitbreidingen van de capaciteit eind 2018 aan de prestatienorm en de capaciteit van de omliggende SEH's lijkt voldoende om alle patiënten goed op te kunnen vangen. Tot slot ontbreken signalen vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd die herstel van de situatie vóór het faillissement noodzakelijk maken.

In aanvulling hierop stellen de zorgverzekeraars dat heropening van zowel de SEH als de acute verloskunde niet haalbaar is. Het tekort aan professionals gecombineerd met het nieuwe kwaliteitskader spoedzorgketen en de kwaliteitseisen voor geboortezorg zijn hier hoofdzakelijk de oorzaak van. Doordoor is het niet mogelijk om de vereiste kwaliteit te kunnen bieden.² Dit is in lijn met onze bevindingen.³ 

Intussen biedt St Jansdal in Lelystad vrijwel alle poliklinische zorg en dagbehandelingen weer aan. Ook zijn in Emmeloord (vanuit de Antonius Zorggroep) en Dronten buitenpoliklinieken gevestigd. Daarnaast zijn nog ongeveer tien zelfstandige behandelcentra gevestigd in de vier focusgemeenten.

² Zilveren Kruis, Visiedocument op duurzame medische voorziening in de polder (2018).

³  Feitenboek p. 35, 44 en 45

De aandacht dient dan ook te liggen bij vier belangrijke uitdagingen:

1

Het aantal chronisch zieken en andere patiënten die tot een kwetsbare groep behoren zal toenemen de komende jaren. Die groepen zijn ook geconcentreerd in bepaalde wijken. Om hen goede zorg te kunnen leveren moet er een doelgericht en vernieuwend zorgaanbod worden gerealiseerd. Dit voorkomt dat al deze patiënten hun toevlucht moeten nemen tot het ziekenhuis of de spoedeisende hulp. Dit vereist inzet van technologie, samenwerking tussen professionals in de wijkverpleging, ouderenzorg, huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en welzijn en vermoedelijk ook een nieuwe vorm van opname of observatie in een gecontroleerde omgeving.

2

De reisafstanden naar een volwaardige SEH zijn toegenomen. Dat maakt dat de effectieve inzet van ambulances en het hebben van een goed functionerend acute zorgnetwerk van groot belang zijn. Dat netwerk is door het faillissement deels uit elkaar gevallen en moet weer hersteld worden. Door de aanwezigheid van de spoedpoli in Lelystad en de spoedpost in Emmeloord, is zorg dichtbij voor laagcomplexe spoedeisende aandoeningen nog wel mogelijk. Met de komst van het kwaliteitskader spoedzorgketen is de positie en duurzaamheid van de spoedpoli en spoedpost echter niet vanzelfsprekend. Wij zijn van mening dat deze initiatieven steun verdienen en adviseren de acute ketenpartners om het aanbod en de bezetting helder te definiëren in samenwerking met zorgverzekeraars en de NZa. Op deze manier kan de positie van deze initiatieven in het totale acute zorgnetwerk goed vastgelegd worden.

3

Wij constateren dat de huisartsenzorg in Lelystad, Dronten, Noordoostpolder en in mindere mate op Urk kwetsbaar is. Dit verdient een gerichte aanpak om tot professionele ondersteuning te komen die de aantrekkelijkheid van het werken in de praktijken vergroot en het aanbod beter laat aansluiten op de vraag. Kort gezegd: meer tijd en aandacht voor kwetsbare groepen, goede samenwerking met de ketenpartners in de wijk en professionele aansturing van de praktijken. Hier ligt een belangrijke taak voor zorgverzekeraars, huisartsen en de huidige ondersteuningsorganisatie Medrie.

4

Het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) van het voormalig MC Zuiderzee is komen te vervallen. Om goede geboortezorg te kunnen blijven aanbieden is nieuwe samenwerking nodig tussen de professionals in de geboortezorg: eerstelijns-verloskundigen, kraamzorg, kinderartsen en gynaecologen. Er zijn nu verloskundige samenwerkingsverbanden georganiseerd rondom de vijf omliggende ziekenhuizen, maar de verloskundigen in Lelystad, Dronten, Noordoostpolder en Urk maken hier nog niet in alle gevallen actief deel van uit. Dat moet de komende tijd verder hersteld worden, zodat gewerkt kan worden aan integrale geboortezorg voor de inwoners van Flevoland. Ook het bewaken van de continuïteit van de zorgverlening in de eerste lijn is een belangrijke vervolgstap voor zorgverzekeraars en de VSV-leden.

Ons advies is om het zorgaanbod in Flevoland verder te versterken. Tijdens de toekomstverkenning is daarom de Agenda voor de zorg in Flevoland opgesteld (hoofdstuk 3). Het duurzaam implementeren van de onderwerpen die in deze agenda worden genoemd, is geen vanzelfsprekendheid. Dit vereist niet alleen intensieve betrokkenheid van zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten en overheden, maar ook procesmatige voortgangsmonitoring (zie verder in hoofdstuk 4).

Conclusies verdieping ontwikkelingen in de zorgvraag

De bevolking van Flevoland wordt snel ouder. Daarbij zijn er veel chronisch zieken en op veel plekken beperkte (digitale) gezondheidsvaardigheden. Daarnaast zijn de verschillen groot tussen wijken en tussen mensen. Dat vraagt om een zorgaanbod dat rekening houdt met deze ontwikkelingen en verschillen en biedt kansen voor de inzet van preventie.

Conclusies verdieping ontwikkelingen in het zorgaanbod

Het zorgaanbod is sinds het faillissement van het MC Zuiderzee door St Jansdal in Lelystad (Figuur 1) versterkt door het openen van poliklinieken die zeer vergelijkbaar zijn met het aanbod begin 2018. Daarnaast voldoet de ambulancezorg op dit moment (na uitbreiding van de capaciteit einde 2018) in Flevoland aan de gestelde norm. Voor acute verloskunde geldt dat zorgverleners sinds het faillissement duidelijke afspraken hebben gemaakt, deze hebben de samenwerking in de nieuwe situatie versterkt. Een belangrijk aandachtspunt blijft openbaar vervoer. Ook alternatieven in de vorm van pendeldiensten of versterkte vrijwilligersorganisaties zouden de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen voor een kwetsbaar deel van de bevolking kunnen versterken.

Het toekomstige zorgaanbod wordt beïnvloed door technologische ontwikkelingen en toenemende kennis. Deze ontwikkelingen resulteren in het ontstaan van expertisecentra en de verschuiving van ziekenhuiszorg naar de thuis- en verpleeghuissetting. Andere trends betreffen de toegenomen aandacht voor shared decision making en positieve gezondheid. Tenslotte zijn tekorten op de arbeidsmarkt en de betaalbaarheid van de zorg belangrijke thema's.

Bij alle partijen die betrokken waren bij ons traject toekomstverkenning hebben we toewijding en inzet bemerkt. Ook voor het vervolg lijken zij gemotiveerd om via de nieuw voorgestelde structuur hun bijdrage te leveren. Zij onderschrijven en ondersteunen de onderwerpen op de Agenda voor de zorg in Flevoland. Wij zien het implementeren van de punten die op die agenda zijn gezet als eerste stip op de horizon. Daarnaast is het van belang dat betrokkenen samen op basis van deze toekomstvisie vaststellen waar zij willen dat de zorg in Flevoland heen gaat. Dit kan aan de door ons in hoofdstuk vier voorgestelde Zorgtafel worden afgestemd. Daarmee zijn voor alle partijen die betrokken zijn bij de zorg alle ingrediënten aanwezig om samen te bouwen aan het stapsgewijs optimaliseren van de zorg voor de inwoners van Flevoland.



Figuur 1: Overzicht van de provincie Flevoland, de locatie St Jansdal in Lelystad en de vijf omliggende ziekenhuizen in Almere, Harderwijk, Zwolle, Heerenveen en Sneek.

3. Agenda voor de zorg in Flevoland

Om het aanbod van zorg in Flevoland goed te laten aansluiten op de zorgvraag en om het netwerk waarin zorgverleners werken te versterken is actie noodzakelijk. Gezamenlijke inzet om de zorg toekomstbestendig te maken. Deze maatregelen hebben wij geordend in de Agenda voor de zorg in Flevoland.



Figuur 2: Schematisch overzicht van de Agenda voor de zorg in Flevoland

3.1 Drie overstijgende onderwerpen vragen om speciale aandacht: inbreng van het patiëntperspectief, herstel van het publiek vertrouwen en monitoring

Naast de onderwerpen die in de drie werkgroepen zijn ontwikkeld, vinden wij dat er een drietal overstijgende onderwerpen zijn die niet kunnen ontbreken op de Agenda voor de zorg in Flevoland. Die onderwerpen zijn: het versterken van de inbreng van patiënten, het organiseren van een goede structuur om het publieke vertrouwen in de zorg in Flevoland te bevorderen en monitoring van de effecten op de burger.

3.1.1 Versterken van de inbreng van patiënten

De inbreng van patiënten in de zorg(verlening) is essentieel om te komen tot oplossingen die ook daadwerkelijk in de patiëntbehoefte voorzien. Wij constateren dat dit in de provincie Flevoland met wisselend succes gebeurt. Er zijn goede voorbeelden te vinden in Almere, maar bij veel nieuwe initiatieven vinden veel zorgverleners nog niet gemakkelijk en automatisch de weg naar een patiëntenorganisatie. Het beoogde effect van de in 2018 opgerichte Flevolandse Patiëntenfederatie is daarmee nog onvoldoende gerealiseerd. Wij stellen voor dat de zorgverzekeraars in gesprek gaan met de Flevolandse Patiëntenfederatie om te komen tot een goede organisatie van goed opgeleide patiëntvertegenwoordigers, naar analogie van succesvolle voorbeelden in het land. Daarbij is het bereiken van aansluiting bij de Nederlandse Patiëntenfederatie (al dan niet via Zorgbelang Nederland) een belangrijke stap. Waar mogelijk kan ook verbinding worden gezocht met patiëntenraden van ziekenhuizen.

3.1.2 Opzetten en ondersteunen van Zorgtafel

Het publieke vertrouwen vormt een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van zorg zoals die door patiënten en burgers wordt ervaren. In Flevoland heeft dit vertrouwen schade opgelopen door het plotselinge faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen en het is nog behoorlijk broos. Ook in de afgelopen periode van toekomstverkenning zijn wij op meerdere momenten geconfronteerd met de gespannen situatie. Dat pleit ervoor om in ieder geval regelmatig met elkaar in gesprek te blijven. Informatie delen, gezamenlijk afspraken maken en die opvolgen en kennisnemen van de resultaten van de monitoring zijn belangrijke stappen die gezet moeten worden om de Agenda voor de zorg in Flevoland te realiseren. Deze acties zijn een greep van de mogelijke onderwerpen die kunnen helpen om te werken aan gefundeerd vertrouwen. In hoofdstuk vier stellen wij een organisatie en werkwijze voor.

3.1.3 Monitoren en rapporteren van effecten op de burger

Het faillissement van de voormalige MC IJsselmeerziekenhuizen heeft naast effecten op de beschikbaarheid en bereikbaarheid van goede zorg ook een deuk opgeleverd in het vertrouwen van de burger in de zorg(partijen) en de mate waarin zij in staat zijn om het publieke belang van beschikbare, bereikbare en goede zorg echt voorop te stellen. Inmiddels zien wij dat inhoudelijk de zorg (en vooral de netwerken van professionals in de zorg) zich aan het herstellen zijn, maar dat het vertrouwen bij de burger en afgeleid daarvan de lokale overheden, de Flevolandse Patiëntenfederatie (FPF) en de Stichting Actie Behoud Ziekenhuis Lelystad nog broos is.

Het proces van de toekomstverkenning heeft al bijgedragen aan meer onderling vertrouwen en meer begrip, maar dat proces is nog niet voltooid. Wij vinden het dan ook belangrijk om, naast het per kwartaal meten van het publiek vertrouwen in de zorg, een aantal indicatoren te blijven monitoren. De resultaten daarvan moeten gedeeld en besproken blijven worden tussen de zorgpartijen, patiëntenvertegenwoordiging en het lokaal bestuur. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft behoefte aan gedegen monitoring van de situatie vanuit haar taak als toezichthouder op de zorgplicht van zorgverzekeraars.

Wij stellen voor om minimaal gedurende één jaar na 1 juli 2019 de volgende indicatoren maandelijks te blijven monitoren:

- Poliklinische toegangstijden van alle specialismen bij de ziekenhuizen St Jansdal, de Antonius Zorggroep, Isala, Flevoziekenhuis en Tjongerschans en bij de gecontracteerde ZBC's in Flevoland.
- Wachtijd voor behandelingen conform de lijst die de NZa verplicht heeft gesteld.
- Beschikbaarheid van de SEH's.
- Aantal SEH presentaties en opnames vanaf de SEH, inclusief herkomst van de patiënten op gemeenteniveau, op de spoedpoli in Lelystad, de spoedpost in Emmeloord en de SEH van het St Jansdal, Flevoziekenhuis, de Antonius Zorggroep en Isala.
- Aanrijtijden van A1-ritten door de ambulance in de provincie.
- Specifiek de aanrijtijden en totale reisduur van de ritten voor acute verloskunde.
- Het vertrouwen van de burger in de vier gemeenten in de zorg.
- De inzet van achterwacht van verloskundigen in de eerste lijn.
- De inzet van de extra ambulance op Urk.

Daarnaast geven wij de zorgverzekeraars in overweging om diepgaander onderzoek naar zorgmijding uit laten voeren, bijvoorbeeld door het NIVEL.

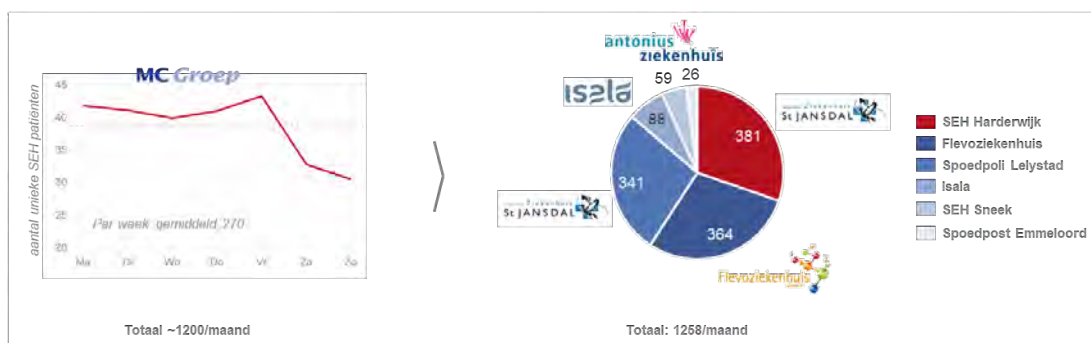
Deze indicatoren worden regulier bijgehouden, soms in verschillende formats, maar de extra administratieve last voor het primair proces is hiermee beperkt. Enige formatieve capaciteit met analytische vaardigheden is nodig om tot een goed product te komen. De ondersteuning van de Zorgtafel (zie 3.1.2) zou deze indicatoren moeten verzamelen en maandelijks delen met gemeenten, patiëntenorganisaties, de NZa en de betrokken zorgpartijen, inclusief de conclusies die zij aan deze indicatoren willen verbinden. Het meten van het vertrouwen van de burger in de zorg moet door gemeenten en zorgverzekeraars ontwikkeld worden. Daarvoor zijn diverse (online) instrumenten beschikbaar. Intensieve samenwerking met de patiëntenorganisaties in Flevoland is hierbij van toegevoegde waarde om tot een goede respons in de meest kwetsbare groepen te komen.

3.2 Acute zorg

In de volgende paragrafen worden de agendapunten over de acute zorg verder toegelicht. Hierbij is aandacht voor inzicht in capaciteit in de acute zorgketen, zorgcoördinatie, positionering van de spoedpoli/spoedpost, de 45-minuten spreidingsnorm en de inzet van data science om inzichten te vergaren op basis van beschikbare data.

3.2.1 Monitoren en rapporteren capaciteit en beschikbaarheid in acute zorgketen

Als gevolg van de sluiting van de SEH in het voormalig MC Zuiderzee, is de instroom van patiënten op de SEH's in andere ziekenhuizen in de regio toegenomen. Deze groei is vooralsnog het meest evident in Harderwijk en Almere (Figuur 3).



Figuur 3: Toegenomen instroom op de SEH's in omliggende ziekenhuizen (betreft een grove inschatting)

Hoewel meer SEH-stops zijn gerapporteerd in Harderwijk, is de beschikbaarheid nog steeds hoog. In de andere ziekenhuizen in de regio is de beschikbaarheid – door adequate opschaling

– conform de situatie voor het faillissement.⁴ [¶] De werkdruk is echter toegenomen.⁵ Om de acute zorg veilig en toekomstbestendig in te richten, is een helder beeld van de verdeling van patiënten over de verschillende ziekenhuizen in de regio nodig, zodat investeringen in onder andere personeel goed onderbouwd kunnen worden.⁵ In de werkgroep acute zorg is besloten dat monitoring tot en met augustus (dus een half jaar sinds de ingang van de stabilisatiefase) afdoende is voor dit doeleinde. De monitoring wordt, in de resterende periode, voortgezet door het SpoedZorgNet en het Acute Zorgnetwerk Noord Nederland. De toekomstverkenner is van mening dat deze monitoring nog tenminste tot juli 2020 moet worden voortgezet en een onderdeel moet zijn van het reguliere gesprek tussen de ketenpartners in de acute zorg en het lokaal bestuur.

3.2.2 Realiseren van realtime inzicht in capaciteit en zorgcoördinatie met ketenpartners

De druk op de acute keten neemt toe door bevolkingsgroei, vergrijzing en het toenemende aantal kwetsbare thuiswonenden, gecombineerd met arbeidsmarktproblematiek. Dit vraagt om realtime inzicht in capaciteit in de acute keten en zorgcoördinatie. Piekbelasting wordt zo voorkomen door betere spreiding en doelmatige inzet van beschikbare capaciteit. De patiënt ontvangt direct zorg op de juiste plek en zorgprofessionals worden ontlast.

Realtime inzicht in capaciteit

Hoewel Flevoland formeel binnen het SpoedZorgNet AMC valt, zijn de ontwikkelingen in het Netwerk Acute Zorg regio Zwolle en Acute Zorgnetwerk Noord Nederland minstens zo belangrijk aangezien het St Jansdal, Isala, de Antonius Zorggroep en Tjongerschans binnen deze netwerken vallen. Daarnaast raakt Flevoland meerdere RAV-regio's (zoals Amsterdam, Gooi & Vechtstreek, Utrecht, Gelderland, IJsselland en Friesland). Hiermee wordt direct duidelijk dat inzicht in capaciteit, gezien het regio overstijgende karakter, complex is. Het gebruik van verschillende systemen (Acuut Zorgportaal en 2twnty4) en verschillende ambities binnen de genoemde netwerken, compliceren het vraagstuk verder.

1. Acuut Zorgportaal

Het Acuut Zorgportaal is ontwikkeld in 2012 om de meldkamer inzicht te geven in de beschikbaarheid van omliggende ziekenhuizen.⁶ SEH-stops en het aantal bedden per zorgeenheid (bijvoorbeeld IC, hartbewaking, acute verloskunde) zijn inzichtelijk gemaakt voor de meldkamer. Uit veldonderzoek bleek een drietal problemen met de huidige software. Ten eerste is dit portaal nog niet geïntegreerd in overige softwaresystemen die worden gebruikt op

⁴ [¶] Feitenboek p. 58 – 65

⁵ Werkgroepbijeenkomsten acute zorg

⁶ https://www.spoedzorgnet.nl/sites/default/files/documents/20181126_procedureacuut_zorgportaal_gooivecht_3.2.pdf

de meldkamer, waardoor het actief opgezocht moet worden. Ten tweede bleek dat informatie vanuit deelnemende ziekenhuizen regelmatig onvolledig is. Ten derde zijn niet alle ziekenhuizen waar de meldkamer mee samenwerkt zichtbaar in het portaal. Idealiter ziet de meldkamer capaciteit in ziekenhuizen uit de volledige regio waar mee wordt samengewerkt. Samenvattend is dit portaal momenteel nog onvoldoende gebruiksvriendelijk en toegankelijk voor meldkamerpersoneel om de beoogde doelstellingen te behalen. Doordat de software van het Acut Zorgportaal sterk verouderd is, ligt een update naar actuele wensen niet voor de hand. Om die reden is ROAZ SpoedZorgNet met een aantal andere ROAZ-regio's in gesprek gegaan over een regio-overstijgende aanpak. De vervolgstappen hierop worden het komende jaar verder vormgegeven.

2. Pilot 2twny4

Binnen het Acute Zorgnetwerk Noord Nederland (AZNN) loopt momenteel een pilot met de applicatie 2twny4.⁷ Dit systeem is nu live in een deel van de ziekenhuizen, waar de reacties positief zijn, en het wordt geleidelijk uitgebreid. Eind 2019 moeten alle elf ziekenhuizen in de regio – verbonden aan negen organisaties – aangesloten zijn. 2twny4 is gericht op de capaciteit op de SEH en in het beddenhuis en sluit aan op het regionale Protocol Melden Beschikbaarheid Capaciteit SEH aan de Meldkamer Ambulancezorg Noord Nederland (MkANN). De wens van zorgprofessionals is echter breder dan alleen de ziekenhuizen en omvat tevens de VVT, ELV, GRZ, PG, GGZ en het hospice. Zeker in het kader van 'de juiste zorg op de juiste plek' en doelmatige zorg is dit wenselijk. Hiermee wordt de complexiteit echter groter, gezien de verschillen tussen zorgaanbieders met betrekking tot verzorgingsgebied, werkwijze en werktijden. Hoewel de AZNN een dergelijke uitbreiding beoogd, is het rekening houdend met de complexiteit, niet waarschijnlijk dat dit – zonder extra ondersteuning – op korte termijn gerealiseerd wordt.

⁷ Acute Zorgnetwerk Noord Nederland

Zorgcoördinatie

Inzicht in de beschikbare capaciteit is essentieel, maar niet voldoende om daadwerkelijk doelmatige zorg op de juiste plek te leveren. Hiervoor is tevens 24/7 zorgcoördinatie vereist, waarbij de verschillende zorgaanbieders (zie Figuur 4) samenwerken op het gebied van triage en opvolging van zorg. Een eerste verkenning met betrekking tot de mogelijkheden in Flevoland heeft inmiddels plaatsgevonden en geresulteerd in het advies om een virtuele zorgmeldkamer in te richten met door de betrokken disciplines opgeleide triagisten/

coördinatiespecialisten. Zij kunnen door een beeldverbinding met elkaar in overleg treden. De meldkamer ambulancezorg kan hierbij als centraal punt fungeren, op termijn kan daarnaast het beoogde gezondheidsplein in Emmeloord (zie paragraaf 3.4.2), een grote rol spelen in deze samenwerking. Realisatie van deze plannen vraagt om ondersteuning in de vorm van een projectleider.^{8,9}



- Thuiszorg
- Huisartsenzorg
- Geestelijke gezondheidszorg
- Ambulancezorg
- Ziekenhuizen
- Intramurale crisisvoorzieningen
- Specialisten ouderen geneeskunde
- Sociaal domein

Figuur 4: Betrokken zorgaanbieders

Ten aanzien van realtime inzicht in capaciteit in de acute keten en zorgcoördinatie is het advies drieledig:

1. Rekening houdend met de concentratie van een aantal specifieke aandoeningen is het van belang dat realtime inzicht in de beschikbare capaciteit op spoedeisende hulp en verloskunde-afdelingen bovenregionaal tot landelijk wordt vormgegeven.¹⁰ Over dit onderwerp wordt in de verschillende ROAZ-regio's verschillend gedacht. Maar het belang in Flevoland is groot om dit onderwerp voor 1 juli 2020 effectief te realiseren op een wijze die past bij de rest van Nederland. Dat vraagt om actief sturen vanuit VWS en LNAZ om dit te bewerkstelligen.
2. Voor het realiseren van realtime inzicht in de beschikbare capaciteit van andere zorgaanbieders (ELV, VVT, etc.) is een regionale aanpak – de pluraliteit van zorgaanbieders en haalbaarheid in aanmerking nemende – meer voor de hand liggend. Hierbij is het wel van belang dat op regionaal niveau een totaaloverzicht

⁸ Advies zorgcoördinatie regio's Flevoland en Gooi en Vechtstreek

⁹ Rapport Taskforce De Juiste zorg op de juiste plek (2018)

¹⁰ Feitenboek p. 46 en 47

gegenereerd kan worden (bijvoorbeeld door koppeling tussen een landelijk en regionaal systeem). Internationale voorbeelden zoals de in Australië beschikbare dashboards kunnen als voorbeeld dienen.¹¹ 

3. Ook voor zorgcoördinatie geldt om dezelfde redenen een regionale aanpak (zoals beoogd in het advies zorgcoördinatie regio's Flevoland en Gooi en Vechtstreek) als meest logische keuze.

3.2.3 Uitwerken zorgaanbod en positionering van spoedpoli en spoedpost

Voor een aantal specifieke toestandsbeelden geldt dat behandeling het beste in een expertisecentrum kan plaatsvinden.¹²  Daarnaast vereist ook de behandeling van relatief veelvoorkomende aandoeningen, zoals een blindedarmontsteking, relatief uitgebreide faciliteiten waaronder een operatiekamercomplex en een operatieteam.¹³ Echter, het grootste deel van de spoedzorgvraag in Nederland betreft basiszorg die primair geleverd wordt door de huisarts.¹⁴  Ook als deze de patiënt naar de SEH doorverwijst, is een volledig uitgeruste afdeling met fysieke beschikbaarheid van medisch specialisten lang niet altijd nodig.

Voor deze patiënten zijn initiatieven bedoeld, zoals de spoedpoli in Lelystad en de spoedpost in Emmeloord. Hier kan (beperkt) aanvullende diagnostiek plaatsvinden en een aantal aandoeningen kan behandeld worden.^{15,16}  Met de komst van het kwaliteitskader spoedzorgketen (Figuur 5 en Figuur 6) is de positie en duurzaamheid hiervan echter niet vanzelfsprekend.^{17,18}  De toekomstverkenner is van mening dat deze initiatieven steun verdienen, aangezien hiermee basis acute zorg dichtbij huis beschikbaar is. Technologie draagt in toenemende mate bij aan de mogelijkheden. Bovendien bevinden de huisartsenpost (HAP) in Lelystad en Emmeloord zich op dezelfde locatie als respectievelijk de spoedpoli en de spoedpost. Zeker gedurende avond- en weekeinduren is aanvullende beoordeling/diagnostiek dus voor de hand liggend alvorens een patiënt – wellicht onnodig – door te sturen naar een ziekenhuis verder weg.

¹¹  Feitenboek p. 67 en 68

¹²  Feitenboek p. 46 en 47

¹³ Conceptrichtlijn Acute appendicitis. *Nederlandse Vereniging voor Heelkunde* (2019).

¹⁴  Feitenboek p. 43

¹⁵  Feitenboek p. 54 – 56

¹⁶  Feitenboek p. 57 – 65

¹⁷ Kwaliteitskader spoedzorgketen (2018)

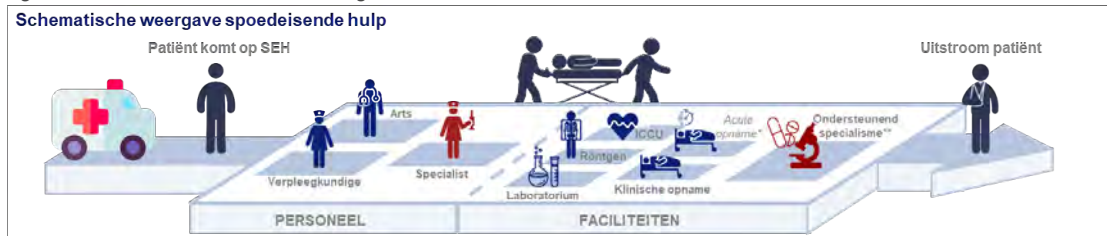
¹⁸  Feitenboek 44 – 45



Het kwaliteitskader spoedzorgketen is tot stand gekomen door samenwerking tussen de verschillende partijen betrokken in de acute keten en is gericht op de kwaliteit van zorg. Initiatieven zoals de spoedpost en spoedpoli zijn niet direct beschreven in het kwaliteitskader. In feite wordt op de spoedpost of spoedpoli meer zorg geleverd dan mogelijk is op de HAP, maar minder dan in een ziekenhuis met volledig uitgeruste SEH. Het zorgaanbod en de diagnostische mogelijkheden die veilig geleverd kunnen worden, dienen daarom verder uitgewerkt en gemonitord te worden. Hierbij zijn de volgende vragen van belang:

- Welke rol kan technologie spelen (zoals telemonitoring, beeldbellen, etc.)?
- Welke expertise is vereist voor artsen, verpleegkundigen en ander zorgpersoneel?
- Wat moet gecommuniceerd worden richting patiënten, zorg- en hulpverleners?
- Hoe kunnen zorgverzekeraars en de NZa betrokken worden?

Figuur 5: Aanvullende onderzoeksvragen



Figuur 6: Schematische weergave van een spoedeisende hulp waaraan door het kwaliteitskader aanvullende eisen worden gesteld op het gebied van personeel en faciliteiten.

Daarnaast is verdere integratie tussen de HAP en de 2^e lijn voor de hand liggend. Zeker gedurende de nacht (als de spoedpoli en spoedpost gesloten zijn) zou het bijvoorbeeld veel opleveren als de huisarts zelf (röntgen)diagnostiek kan aanvragen en kan overleggen met onder andere de radioloog.¹⁹

Tenslotte is het advies om binnen dit project aandacht te besteden aan initiatieven zoals de Acuut Presenterende Oudere Patiënt (APOP), waarbij door een korte screening (na)zorg beter kan worden toegespitst op de kwetsbaarheden van de patiënt.²⁰ Zowel de vraag hoe APOP (in aangepaste vorm) geïmplementeerd kan worden op SEH's in de regio, als op welke manier

¹⁹ <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/praktijkvoorbeelden/huisartsenpost-almelo-zelf-rontgenfotos-aanvragen-ook-buiten-kantoor>

²⁰ APOP screeningsprogramma: handboek voor het optimaliseren van zorg voor de Acuut Presenterende Oudere Patiënt op de Spoedeisende Hulp. IEMO, LUMC (2018).

screening en opvolging van zorg kan worden vormgegeven voor de spoedpost en spoedpoli zijn hierbij van belang.

3.2.4 Risicogroepen acute zorgvraag verdiepen tijdens heroverweging 45-minuten spreidingsnorm

De minister van VWS heeft de Gezondheidsraad om advies gevraagd over een inhoudelijke onderbouwing van de nu gebruikte 45-minuten spreidingsnorm.²¹ De spreiding van expertisecentra in Nederland zou idealiter waar mogelijk conform de inhoudelijke onderbouwing moeten worden gerealiseerd. Op dit moment zien wij dat de spreidingsnorm van ziekenhuizen onvoldoende is beargumenteerd. Dit blijkt ook uit het voorbeeld van de zorgstandaard integrale geboortezorg (zie paragraaf 5.2.3). Ons advies is dat de gezondheidsraad de onderbouwing van een expliciete norm voor de reistijd naar een expertisecentrum voor CVA of acute verloskunde onderdeel maakt van zijn advies. Daarnaast is de aanbeveling om voor de ziektebeelden sepsis en COPD-exacerbaties een impactanalyse inclusief medische onderbouwing uit te voeren. De impact van de tijdsduur (van melding tot de start van de behandeling) op gezondheidsuitkomsten kan dan worden bepaald.

3.2.5 Inrichten van een regionaal data science team acute zorg

Het inrichten van een data science team acute zorg in Flevoland kan bijdragen aan het verbeteren van processen in de acute zorg, waarmee de beschikbaarheid en de effectiviteit van de acute zorg kunnen toenemen. Doel van dit team is om bestaande procesdata over duur van stappen in de keten op gedetailleerd niveau te analyseren om het verbeterpotentieel in de regio in kaart te brengen. Constatering is dat op dit moment kwalitatief goede procesdata beschikbaar is bij de regionale ambulancevoorzieningen, maar dat deze nu niet optimaal gebruikt worden.

Voor Lelystad en Urk is het effect in toegenomen reistijd om een SEH te bereiken het grootst ²², deze verandering in het zorglandschap maakt dat dit het juiste moment is om in te stappen in systematische evaluatie van de acute zorgketen.

Door data en nieuwe technologie op de juiste manier in te zetten, kan de ambulancezorg in Flevoland op korte termijn voorop gaan lopen in het datagedreven verbeteren van processen. Op de lange termijn kan dit een voorbeeld zijn voor andere regionale ambulancevoorzieningen

²¹ Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2018; Analyse gevoelige ziekenhuizen

²²  Feitenboek, p 71 – 75

in Nederland. Deze innovatie zien we nog onvoldoende in praktijk gebracht in Nederland, terwijl de inzet van data science ten behoeve van verbetering van de acute zorg wel door diverse experts onderzocht wordt, zoals Bart Geurts, anesthesioloog in het Amsterdam UMC²³ en arts-onderzoekers die werken aan de ARTEMIS-studie.²⁴

De aanpak om dit zo snel mogelijk te bereiken is door middel van een snelle start met een duidelijk afgebakende scope. In dit team zijn ten minste de regionale ambulancevoorziening, met vertegenwoordiging van zowel ambulancepersoneel als meldkamerpersoneel, de huisartsencoöperatie en SEH-vertegenwoordigers uit ziekenhuizen vereist. Gezien St Jansdal en het Flevoziekenhuis in het huidige zorgaanbod op de SEH relatief het grootste aandeel patiënten uit de regio zien (Figuur 3), ligt het voor de hand om te starten met deze ziekenhuizen. Het team moet worden aangevuld met de inzet van data scientists die de taal van de acute zorgketen verstaan en coördinatie van het team verzorgen voor een startperiode van een half jaar. Data scientists beschikken over kennis over het verzamelen van grote hoeveelheden complexe gegevens en het maken van de vertaalslag naar waardevolle inzichten uit grote datasets.

In dit team ligt prioriteit in de startfase bij het in kaart brengen van bestaande data en om deze op een gestructureerde en geautomatiseerde manier samen te voegen met publieke demografische gegevens van Flevoland. Het advies is te beginnen bij de regionale ambulancevoorziening. In de tweede fase ligt de focus op het nauwkeurig in kaart brengen van daadwerkelijke stappen in het onderdeel vervoer binnen de acute zorg. Idealiter wordt in de tweede fase ook onderzocht hoe databronnen van andere zorgaanbieders, zoals huisartsenposten en SEH-locaties, gekoppeld worden om niet slechts het proces van vervoer te evalueren, maar het totale proces in de acute zorgketen. Hoewel patiëntenzorg in de acute zorg zich karakteriseert als onvoorspelbaar, is het zinvol om patiëntenstromen zo goed mogelijk in beeld te brengen om hier de electieve zorgketen maximaal op aan te passen. Belangrijk hierbij is dat privacy rondom patiëntdata niet in het geding komt. De uitwisseling van medische gegevens tussen ketenpartners in de acute zorg ten behoeve van medische behandeling is in lijn met de nieuwe veldnorm uit het kwaliteitskader spoedzorgketen.²⁵

²³ <https://www.amc.nl/web/nieuws-en-verhalen/verhalen/community/een-glazen-bol-voor-de-spoedeisende-hulp.htm>

²⁴ <https://www.lumc.nl/org/neurologie/research/artemis/contact/>

²⁵ Kwaliteitskader spoedzorgketen (2018)



Hypotheses die hierbij getoetst kunnen worden, raken de volgende onderwerpen (niet uitputtend):

- De evaluatie van de locatie van ambulanceposten.
- De inzet van ambulancepersoneel tijdens piekbelasting en in rustige perioden.
- De totaalduur van melding tot aankomst op een spoedeisende hulp voor ritten van specifieke toestandsbeelden waar tijdwinst relevant is voor gezondheidsuitkomsten.
- De totale predictie van vervoersbehoefte in de regio.
- Identificatie en evaluatie van verkeersknelpunten kunnen inzichten op basis van gereden ambulanceritten kortcyclische feedback geven over openbare verkeersveiligheid richting gemeente en provincie, gezien het type ongeval en de viercijferige postcode bekende parameters zijn.
- De status van burgerkennis over de doelmatigheid van de inzet van de acute zorgketen.

Figuur 7: Hypotheses regionaal data science team

3.2.6 Herindeling ROAZ-regio's onderzoeken

ROAZ-regio's hebben een belangrijke rol in het faciliteren van samenwerking tussen de verschillende ketenpartners in de acute zorg.²⁶ Zoals beschreven in paragraaf 3.2.2 valt Flevoland formeel binnen het SpoedZorgNet AMC terwijl de omliggende ziekenhuizen – behoudens het Flevoziekenhuis – tot andere ROAZ-regio's behoren. In totaal zijn er dus drie verschillende ROAZ-regio's betrokken bij de acute zorg voor burgers in Flevoland. Een herindeling waarbij dit wordt gereduceerd tot twee regio's is voor de hand liggend. We adviseren het LNAZ om de mogelijkheden van een herindeling te onderzoeken en voor juli 2020 te bewerkstelligen dat een goed en effectief overleg tot stand komt tussen de partners in de acute zorgketen voor de burgers in Flevoland.

3.3 Geboortezorg

De zorgvraag naar geboortezorg zal naar verwachting stijgen het komende decennium, aangezien vrouwen landelijk op latere leeftijd kinderen krijgen met als gevolg een toegenomen risico op complicaties voor moeder en kind. Ook blijven technieken voor prenatale screening

²⁶ <https://www.lnaz.nl/acute-zorg/taken-roaz>

zich ontwikkelen en wordt daar steeds vaker gebruik van gemaakt (zie paragraaf 5.2.3). In Lelystad is de afdeling acute verloskunde gesloten. Directe consequentie hiervan is een toegenomen reistijd voor bevallingen in een (poli)klinische setting. In de gemeenten Lelystad, Dronten, Urk en Noordoostpolder gaat dit naar schatting jaarlijks om ~1.500 bevallingen.²⁷ 

Heropening van de afdeling acute verloskunde in Lelystad is geen reële en haalbare mogelijkheid. Het vraagt een uitgebreide beschikbaarheid van gynaecologen en kinderartsen, een volledig operatieteam en een afdeling radiologie.

De prioriteit ligt bij het zorgvuldig aan laten sluiten van de onveranderde zorgvraag op het gewijzigde zorgaanbod, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Uitgangspunt hierbij is geboortezorg dicht bij de zwangere aan te bieden als dit kan en zo snel mogelijk in een klinische setting als de casuïstiek daar om vraagt. Zorgaanbieders binnen de geboortezorg zijn verloskundigen of verloskundig actieve huisartsen in de eerste lijn, verloskundigen en gynaecologen in de tweede en derde lijn, de regionale ambulancevoorziening (alleen in het geval van acute verloskunde), kinderartsen en kraamzorg. Uit de toekomstverkenning blijkt dat iedere zorgaanbieder in de keten aanpassingen op regionaal niveau moet maken en dat de samenwerking tussen deze zorgverleners ook aanpassingen vraagt. De afgelopen tijd zijn al nieuwe samenwerkingsverbanden tussen alle betrokken zorgverleners ontstaan en hebben zorgverleners een enorme inspanning geleverd om aanvullende afspraken te maken. Dit heeft de samenwerking en het onderling vertrouwen versterkt.

Hoewel de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) vanuit de vijf omliggende ziekenhuizen de afgelopen maanden goede stappen hebben gezet, constateren wij dat de capaciteit om benodigde veranderingen en innovaties te garanderen nog onvoldoende is. Deelnemers van een VSV bevinden zich in een spagaat tussen betrokkenheid bij de agenda van het samenwerkingsverband en het verlenen van zorg. Dit probleem lost zichzelf niet op. Wij bevelen daarom een projectleider aan voor de duur van één jaar die voortgang bewaakt op de agenda voor geboortezorg. Deze projectleider beschikt over veranderkundige capaciteiten, heeft inhoudelijke kennis van geboortezorg, ondersteunt alle vijf de VSV's in de regio al naar gelang de behoefte van ieder VSV en heeft geen tegenstrijdige belangen met betrokken organisaties. Zeven belangrijke onderwerpen waar de VSV's in samenwerking met de projectleider mee aan de slag moeten, worden in de volgende paragrafen nader toegelicht.

²⁷  Bron: Feitenboek p. 79 - 82

Landelijk wordt de transitie naar integrale geboortezorg verkend in zes regio's.²⁸ Een benoemde succesfactor door de integrale geboortezorgorganisaties (IGO's) is een duurzame samenwerking voorafgaand aan de transitie.²⁹ Op basis van onze bevindingen dient deze transitie voor ketenpartners in Flevoland pas verkend te worden na 2020, wanneer er binnen VSV's voldoende tijd is verstreken om de nieuwe samenwerkingen te stabiliseren.

3.3.1 Verstevenigen van bestaande samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners

Sinds de sluiting van het MC Zuiderzee zijn zorgverleners tot nieuwe afspraken gekomen. Binnen het traject toekomstverkenning zijn deze afspraken aangevuld en met een groter aantal zorgverleners uit de regio gedeeld. Hoewel dit een waardevolle eerste stap is, vraagt deze samenwerking ook de komende periode intensivering. Bijvoorbeeld het bewerkstelligen van maximale uniformiteit in protocollen tussen ziekenhuizen, om te garanderen dat een zwangere tijdens haar bevalling de zorg ervaart waar zij op voorbereid is. Als de verloskamers van het ziekenhuis van haar voorkeur vol liggen, is het onwenselijk dat de vooraf afgesproken voorkeuren tijdens de bevalling moeten worden aangepast vanwege verschillen in protocollen tussen het voorkeursziekenhuis en het ziekenhuis van de daadwerkelijke bevalling. Een andere optimalisatie gaat over de overdracht tussen verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en het ambulancepersoneel. Waar het voor een groot deel van de casuïstiek logisch is dat het ambulancepersoneel besluit naar welk ziekenhuis een patiënt wordt gebracht, is het bij ritten voor acute verloskunde juist cruciaal dat voorkennis van betrokken verloskundigen of gynaecologen wordt meegenomen in het besluit, zodat het ziekenhuis met de juiste patiëntinformatie de juiste voorbereidingen kan treffen. Tot slot moet worden gestreefd naar maximale informatie-uitwisseling tussen zorgverleners die nu gestart zijn met samenwerking.

3.3.2 Samenwerking tussen verloskundigenpraktijken intensiveren en duurzaam ondersteunen

Verloskundigen in de eerste lijn hebben aanvullende achterwacht nodig, omdat zij continuïteit tijdens een bevalling moeten kunnen bieden. Hiermee wordt bedoeld dat een zwangere continu een beroep moet kunnen doen op één van de verloskundigen in de praktijk waar zij onder begeleiding is. Bij toegenomen reistijd naar een ziekenhuis zijn verloskundigen vaker lang onderweg en zullen zij dus vaker een beroep moeten doen op de achterwacht. Daarnaast

²⁸ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21764_22/1/

²⁹ RIVM, Geboortezorg in beeld. 26 november 2018

moeten zij bij toegenomen reistijd eerder vertrekken met een zwangere tijdens de bevalling om complicaties te voorkomen. Zowel de reistijd als de marge beperken de tijd van de dienstdoende verloskundige.

Deze aanpassingen hebben impact op de bedrijfsvoering van een verloskundigenpraktijk. Onze aanbeveling is dat gemaakte afspraken rondom tarieven in stand blijven, ten minste voor de periode tot en met de evaluatie van de inzet van extra achterwachten over 2019. Deze evaluatie van achterwachten tussen praktijken is een belangrijke parameter om financiering te herzien en zal niet vóór de contractering 2020 plaats vinden. Monitoring van de inzet van achterwachten moet plaatsvinden in samenwerking tussen verloskundigenpraktijken en zorgverzekeraars. Indien nodig kunnen verloskundigen intensiever samenwerken dan tot dusver gebruikelijk en toegestaan op basis van concurrentiële afspraken. Op dit moment is het niet toegestaan dat verloskundigen werkzaamheden verrichten in nabijgelegen praktijken, terwijl dat voor de zorg op regionaal niveau voordelen kan bieden. Zo kan het wenselijk zijn dat de achterwacht gezamenlijk wordt georganiseerd tussen praktijken in elkaars nabijheid; dit draagt bij aan het verlagen van werkdruk van verloskundigen. Zeker in gebieden waar het vervullen van vacatures in eerstelijnsverloskundigenpraktijken wordt beschouwd als een uitdaging, is het extra belangrijk om personeel niet te overbelasten.

3.3.3 Systematische evaluatie van A1-ambulanceritten met inzet acute verloskunde

Met het wegvallen van acute verloskunde in Lelystad moet een deel van Flevoland verder reizen in acute verloskundige situaties. De regionale ambulancevoorziening (RAV) heeft een belangrijkere rol gekregen in acute verloskundige situaties. Doordat reisafstand is toegenomen, kan een ambulance laagdrempeliger worden ingezet. Waar bepaalde casuïstiek in de nabijheid van een ziekenhuis kan worden afgewacht, geldt dit minder bij een ziekenhuis dat verder weg ligt. Ook kan het zijn dat een ambulance eerder wordt ingezet, om snel vertrek naar een ziekenhuis te bevorderen.

De zorgstandaard integrale geboortezorg refereert aan de bereikbaarheidsnorm, echter in praktijk wordt deze soms als prestatienorm geïnterpreteerd. Wetgeving met betrekking tot de spreidingsnorm voor acute verloskundelocaties en de totale tijd van ambulances zijn niet ingericht in lijn met deze aanbevelingen. Dit resulteert in een conflict tussen theorie en praktijk, dat deels opgehelderd kan worden door de adviesvraag aan de Gezondheidsraad over de herziening van de 45-minutennorm.³⁰ Een wetenschappelijke onderbouwing over reistijd tijdens de bevalling zou de kloof tussen theorie en praktijk kunnen verkleinen. Bestaand

³⁰ Adviesaanvraag heroverweging 45-minutennorm, brief aan de Gezondheidsraad namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 21 maart 2019

wetenschappelijk onderzoek naar reistijd tijdens de bevalling kent belangrijke beperkingen, zoals een onderschatting van de reistijd.³¹ Een dialoog binnen het verloskundig samenwerkingsverband over de daadwerkelijke reistijden en bijbehorende uitkomsten, geeft focus aan deze conditie in de regio. Dit draagt bij aan het opbouwen van vertrouwen in de veranderende omstandigheden.

3.3.4 Maximale inzet van CTG-technologie

Op het gebied van mobiele CTG-technologie is het streven om op zo kort mogelijke termijn aan te sluiten bij de pilotregio's van de NZa. De inzet van mobiele cardiotocografie (CTG) in de eerstelijns is gestart in Nijmegen³², Amsterdam en Zwolle.³³ Voor drie indicaties hoeven zwangere vrouwen die worden gezien door een eerstelijnsverloskundige niet langer verwezen te worden naar de tweede lijn, mits verloskundigen uit de eerste lijn adequaat zijn geschoold in deze technologie. Deze zomer zal de NZa rapporteren over de uitkomsten van deze pilot. Onder voorwaarde dat de uitkomsten positief zijn, bevelen wij aan dat eerstelijnsverloskundigenpraktijken in Flevoland direct deze werkwijze overnemen, om zoveel mogelijk zorg in de nabijheid van zwangeren aan te kunnen bieden. Dit vraagt om intensieve samenwerking en kennisoverdracht tussen de eerste en tweede lijn. Het verplaatsen van zorg brengt financiële consequenties met zich mee die ondergeschikt zijn aan het patiëntbelang en daarom duurzaam opgelost moeten worden. In aanvulling hierop kan worden onderzocht welke mogelijkheden een mobiel CTG nog meer biedt, naast de drie indicaties die in de pilot zijn onderzocht. Bijvoorbeeld de inzet van een mobiel CTG tijdens een ambulancerit, dit zou kinderartsen van informatie kunnen voorzien nog voordat moeder en baby in het ziekenhuis arriveren.

3.3.5 Aanvullende scholing voor verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en ambulanceverpleegkundigen

Verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen zijn geconfronteerd met toegenomen reisafstand. Aanvullende kennis bij toegenomen afstand kan verloskundigen en ambulanceverpleegkundigen helpen om met toegenomen vertrouwen werkzaamheden te

³¹ Ravelli A.C. et al. Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. BJOG. 118(4), 457-65 (2011).

³² <https://tvv.knov.nl/artikelen/detail/308/ctg-diagnostiek-in-de-eerste-lijn>

³³ <https://www.kennispoort-verloskunde.nl/evaluatie-van-nieuwe-vormen-van-geboortezorg/>

verrichten en inschattingen te maken. Bredere ontplooiing kan helpen om zelfverzekerd en op de juiste manier te handelen indien tijd een cruciale factor is in acute situaties.

In regio's waar schaarste op de arbeidsmarkt speelt is dit extra relevant. De eendaagse training van Stichting Spoedeisende Hulp bij Kinderen, de cursus Newborn Life Support ³⁴, zou van toegevoegde waarde zijn voor verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en ambulanceverpleegkundigen werkzaam in de gemeenten Urk, Dronten, Noordoostpolder en Lelystad. Het gaat om aanvullende scholing op de verplichte scholing. Het misverstand dat men nu onvoldoende geschoold is, mag niet ontstaan.

3.3.6 Kraamzorg inrichten met partusteam

De kraamzorg heeft een belangrijke rol bij een bevalling in de eerste lijn, dit kan zowel een thuisbevalling zijn als een bevalling in een poliklinische setting. In de situatie waar een ziekenhuis op afstand ligt, is het extra belangrijk dat de samenwerking tussen verloskundige en kraamzorg uitstekend verloopt. In aanvulling daarop dient een kraamverzorgende die een thuisbevalling begeleidt hier ervaringsdeskundige in te zijn. In de gemeenten Urk en Noordoostpolder komen relatief meer thuisbevallingen voor dan in de rest van Nederland.³⁵ De kraamverzorgende vormt in samenwerking met de verloskundige één team. Ons advies is om kraamzorgorganisaties te betrekken in het vervolgtraject en in de samenwerking plaats te geven aan de belangrijkste uitdagingen die voor de kraamzorg gelden:

Reisafstand	De reistijd voor een aantal kraamzorgorganisaties is toegenomen en dat brengt uitdagingen met zich mee: zowel in bezetting, als in het op tijd aanwezig zijn bij een eerstelijnsbevalling
Toetreding VSV	Opnieuw aansluiting vinden bij een VSV kost tijd en dit leidt soms tot dubbele contributie
Oproeptijd	Op grote afstand van een eerstelijnsbevalling is de wens om eerder een signaal vanuit de verloskundigen te ontvangen, zodat het beter mogelijk wordt om op tijd aanwezig te zijn
Personeelstekorten	Personeelstekorten die landelijk spelen op het gebied van kraamzorg, hebben een sterk regionaal effect op het moment dat daar verschuivingen in het zorglandschap ontstaan. In Flevoland zijn voor sommige kraamzorgorganisaties reistijden toegenomen, dit vergroot de kans dat personeel de regio verlaat.

³⁴ <https://www.sshk.nl/cursussen/newborn-life-support/>

³⁵ Feitenboek p.82

3.3.7 Regionale aanpassingen in Lelystad

Ons advies is dat de geboortezorg in Lelystad ook wordt ondersteund op de volgende twee punten: de verkenning voor een bevalkamer en de inzet van aangepast taxivervoer.

De zorgstandaard integrale geboortezorg benoemt dat de zorgverlener de zwangere adviseert over de plaats van de bevalling in het geval van een medische of sociale indicatie.³⁶ In Lelystad komt het frequent voor dat de thuisomstandigheden ongeschikt zijn voor een bevalling, terwijl het medisch gezien niet noodzakelijk is om in een ziekenhuis te bevallen en een zwangere ook geen voorkeur heeft voor een poliklinische bevalling. Om die reden zou een bevalkamer een uitkomst bieden voor deze groep. De bevalkamer is geen geboortecentrum, maar een laagcomplexe faciliteit die als primaire doel heeft een veilige thuissituatie na te bootsen. Een mogelijke locatie om te verkennen is de huisartsenpost, waar ook in avond-, nacht- en weekenduren andere zorgverleners aanwezig zijn. De afgelopen periode is de samenwerking tussen de huisartsenpost en verloskundigen al versterkt.

De tweede aanpassing betreft vervoer. Het probleem is dat zwangeren zonder financiële middelen en zonder sociaal netwerk te laat of niet naar een ziekenhuis vertrekken voor de bevalling. Dit kan resulteren in complicaties voor moeder en kind, maar ook ondoelmatige inzet van de ambulance. De drempel om naar het ziekenhuis te gaan moet ook voor deze groep laag blijven. Doelstelling is om voor deze specifieke groep aan verloskundigen en gynaecologen mandaat toe te kennen om hen gebruik te laten maken van een taxi om op tijd naar een ziekenhuis te reizen voor de bevalling. Declaraties van taxiriten door chauffeurs direct bij de gemeente zou zorgmijding tijdens de bevalling kunnen voorkomen. Autobezit in Flevoland is onderzocht ³⁷ , naar schatting zal ~15% van de zwangeren uit de gemeente Lelystad gebruik maken van deze mogelijkheid; dit komt neer op ~170 ritten per jaar waarvoor de gemeenten tot financiering moeten komen.

3.4 Zorg en ondersteuning voor kwetsbare groepen

In de volgende paragrafen worden de agendapunten die betrekking hebben op de zorg en ondersteuning voor kwetsbare groepen verder toegelicht. Hierbij komen de thema's anderhalvelijnszorg, zorgnetwerken en de verbinding tussen zorg en welzijn aan de orde. Daarnaast wordt ingegaan op de kwetsbaarheid van de huisartsenzorg. Tenslotte is er aandacht voor passend vervoer voor kwetsbare groepen.

³⁶ Zorgstandaard integrale geboortezorg, versie 1.1. College Perinatale Zorg, 28 juni 2016

³⁷  Feitenboek, p.36

3.4.1 Realiseren anderehalvelijnsvoorziening in Lelystad

In Lelystad ontbreekt momenteel de mogelijkheid om een patiënt (laagdrempelig) op te nemen of te observeren. Zeker indien er meer zorg nodig is dan normaliter binnen de eerste lijn geboden kan worden. Hierdoor ontstaat (hoewel moeizaam te kwantificeren) een toegenomen risico op zorgmijding en escalatie van klachten. De wijkkliniek uit Amsterdam – een nieuw zorgconcept in de wijk gericht op acute ouderenzorg – is in aangepaste vorm een interessant initiatief voor Lelystad. In Amsterdam is deze faciliteit gepositioneerd in de eerste lijn met de klinische geriater als hoofdbehandelaar en zowel bedoeld als step-up (vanuit de huisarts) als step-down (vanuit de SEH) opnamemogelijkheid voor maximaal 14 dagen. De doelgroep voor deze kliniek betreft patiënten met een combinatie van geriatrische problematiek en bijvoorbeeld longontsteking, COPD, hartfalen, blaasontsteking of neurologische klachten. De resultaten zijn gunstig, zo ervaren patiënten minder functieverlies en is er een reductie in het aantal heropnames, SEH bezoeken, totaal aantal uren wijkverpleging en inzet ELV/GRZ.

Inmiddels is een aantal partijen (St Jansdal, Icare, Coloriet, Woonzorg Flevoland en Medrie) met elkaar in gesprek en worden de eerste plannen voor een dergelijk initiatief in Lelystad uitgewerkt. Bijvoorbeeld de doelgroep(en) waar deze faciliteit op gericht moet zijn, de benodigde omvang, het zorgaanbod en de disciplines die betrokken moeten worden (zoals klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde, huisarts, verpleegkundig specialist, verpleging, fysiotherapeut en ergotherapeut).

Alvorens deze faciliteit gerealiseerd is, moet er nog wel veel werk verricht worden (een aantal acties/onderzoeksvragen zijn opgenomen in Figuur 8). De toekomstverkenner is van mening dat dit project voor 1 juli 2020 moet zijn verwezenlijkt. Daarvoor zijn alle kansen aanwezig, als de locatie van St Jansdal Lelystad hiervoor wordt ingericht. Overdag is synergie mogelijk met de aanwezige medisch specialisten en na de opening van de short stay afdeling (paragraaf 6.1) ook met de in de nacht aanwezige arts. Voor Coloriet, Woonzorg Flevoland en Icare is dit een

financieel uitdagend traject dat echt tot een goed einde moet worden gebracht. Steun van de zorgverzekeraars en het zorgkantoor is hier essentieel. Mede gezien de betrokkenheid van verschillende partijen is ondersteuning in de vorm van een projectleider gewenst.



- Heldere definitie van het zorgprofiel en de bijbehorende zorgpaden, waarbij ook de visie van de NZa en IGJ in ogenschouw wordt genomen.
- Vroegtijdig betrekken van patiëntvertegenwoordiging: wat zijn de wensen van de patiënt? Sluiten het beoogde zorgaanbod en de zorgpaden hierbij aan?
- Vastleggen governance-structuur, bepalen van rollen en verantwoordelijkheden.
- Uitwerken van een vergoedingsmodel in samenwerking met de zorgverzekeraar en betrokken zorgpartners.

Figuur 8: Aanvullende onderzoeksvragen

3.4.2 Realiseren anderhalvelijnszorg in Emmeloord en op Urk

Ook in de Noordoostpolder is behoefte aan anderhalvelijnszorg. Ketenpartners (de Antonius Zorggroep, Zorggroep Oude en Nieuwe land, Medrie, Coöperatieve spoedapotheek, Elyse, Revalidatie Friesland, GGD, RAV en huisartsen uit de regio) hebben een intentieovereenkomst getekend voor het nieuw te bouwen gezondheidsplein in Emmeloord. Binnen dit zorgconcept zal onder andere ruimte zijn voor een dagbehandeling, revalidatie- en observatiebedden. De betrokkenheid van de diverse partijen maakt verdergaande samenwerking mogelijk. Binnen het gezondheidsplein moet tevens ruimte zijn voor positieve gezondheid. Tenslotte moet het gezondheidsplein innovatieve oplossingen ondersteunen.

Momenteel worden de zorgprocessen in kaart gebracht en wordt een Programma van Eisen voor de nieuwbouw opgesteld. Hierbij is de exacte inhoud en omvang van het beoogde zorgaanbod van belang. Daarnaast is monitoring van het proces richting aanvang van de bouw

en de verwachte oplevering medio 2021 aan te raden. Dit kan door de voor het project al aangestelde projectleider regelmatig aan de Zorgtafel te laten rapporteren.

Naast de plannen voor het gezondheidsplein, hebben aanbieders van anderhalvelijnszorg op Urk het initiatief genomen voor de ontwikkeling van een innovatief behandelaanbod. Integratie van nulde-, eerste-, tweede- en derdelijnszorg wordt beoogd, met zorg thuis of dichtbij indien mogelijk. Hierbij moet technologie (zoals telemonitoring) een centrale rol spelen. Als startpunt voor de ontwikkeling van innovatieve vormen van zorg en/of behandeling zullen doelgroepen gedefinieerd worden, om vervolgens in samenwerking met onder andere medisch specialisten en zorggebruikers mogelijkheden te identificeren. Inmiddels lopen er gesprekken tussen de Antonius Zorggroep, Tjongerschans, de preferente zorgverzekeraar en de initiatiefnemers. Dit traject wordt gekoppeld aan de ontwikkeling van het gezondheidscentrum in Emmeloord, om optimale synergie te bereiken, en versnippering van het aanbod te voorkomen.

3.4.3 Uitwerken mogelijkheden OZOverbindzorg binnen een integraal zorg- en ondersteuningsnetwerk

Het stijgende aantal kwetsbare ouderen met een complexe – vaak domeinoverstijgende – zorgvraag en de toenemende gezondheidsverschillen tussen sociaaleconomische groepen vereisen verdergaande samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties en gemeentes. Ervaring vanuit het integrale zorg- en ondersteuningsnetwerk 'Gezond Veluwe' gericht op kwetsbare ouderen – waarbij het St Jansdal en Icare betrokken zijn – kunnen in het voordeel van de provincie Flevoland worden gebruikt.

Binnen Gezond Veluwe wordt gebruik gemaakt van het platform OZOverbindzorg, een eenvoudig, efficiënt en veilig online communicatieplatform. Alle betrokken partijen kunnen via het systeem communiceren over de zorg voor een patiënt. Ook kan het een multidisciplinair overleg ondersteunen. Hierbij heeft de patiënt zelf regie over het systeem en bepaalt wie er wordt toegevoegd. Naast hulp- en zorgverleners is het ook mogelijk om mantelzorgers toegang te geven. Het systeem faciliteert samenhangende organisatie van zorg én welzijn, waarbij de patiënt/cliënt centraal staat. OZOverbindzorg wordt al in een aantal gemeentes in Nederland gebruikt, waar de resultaten positief zijn. Zo rapporteren zij een toegenomen patiëntactivatie, efficiëntie, verbinding tussen zorgverleners, hulpverleners en gemeenten en een afname van het aantal ziekenhuisbezoeken. Gezien de omvang van de regio met relatief

dunbevolkte delen, waar zorgnetwerken opnieuw vormgegeven moeten worden, zou het systeem bij uitstek veel toegevoegde waarde kunnen bieden in Flevoland.³⁸

Er zijn echter ook een aantal uitdagingen. Zo vereist de aanmaak van een dossier in OZOverbindzorg een tijdsinvestering van de huisarts waar niet vanzelfsprekend een vergoeding tegenover staat. Daarnaast is er vooralsnog geen koppeling met bestaande elektronische patiënten/cliënten dossiers. Sommige van deze bestaande EPD/ECD-systemen, zijn bovendien al inzichtelijk voor patiënt, familie en/of mantelzorgers door middel van een portaal. Door extra belasting en beperkt gepercipieerde meerwaarde kan de drempel voor huisartsen en zorg- of hulporganisaties hoog zijn. Positieve resultaten vanuit andere regio's en de ervaringen opgedaan gedurende implementatie kunnen worden ingezet om de drempel te reduceren.

Ervaring opgedaan binnen bestaande initiatieven en/of netwerken, zoals 'Gezond Veluwe', maar ook Vitaal en Veilig thuis, het Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe en de regio brede programma's van Medrie (zoals het zorgprogramma COPD), is zeer waardevol. Het is het echter essentieel om een integraal zorg- en ondersteuningsnetwerk vorm te geven op basis van de specifieke behoefte in Flevoland én in samenwerking met de (nieuwe) ketenpartners.^{39,40,41,42} Naast kwetsbare ouderen is er immers ook een grote groep chronisch zieken en met name in Lelystad een groep 40 tot 65-jarigen met een ongezonde levensstijl en beperkte gezondheidsvaardigheden, die andere zorg- en ondersteuning nodig hebben.

Gezien de geografische indeling, verschillende ketenpartners en demografische verschillen is het logisch om de mogelijkheden voor de regio Lelystad/ Dronten en de Noordoostpolder apart te verkennen. Ondersteuning van een projectleider is hierbij raadzaam. Naast ketenpartijen als zorg- en welzijnsorganisaties en gemeenten geldt voor de regio Lelystad/Dronten ook 'Lelystad Next Level' als interessante partner. Specifiek zou gekeken kunnen worden naar het programma 'Sociaal Sterk', waar de verwachte toename van het aantal chronisch zieken een aandachtspunt is. Daarnaast is het ook aanbevelenswaardig de preferente zorgverzekeraars te betrekken.

³⁸ <https://www.ozoverbindzorg.nl/>

³⁹ <https://www.gezondveluwe.nl/>

⁴⁰ <https://www.wijz.nu/diensten/vitaal-en-veilig-thuis>

⁴¹ <https://www.dementienoordwestveluwe.nl/>

⁴² <https://medrie.nl/flevoland>

Aansluiting met de beoogde anderhalvelijnsvoorzieningen, die een significant aandeel kunnen hebben in de zorg voor kwetsbare groepen, is van belang. Tenslotte is de aanbeveling om binnen dit project aandacht te besteden aan advanced care planning, aangezien dit belasting op de acute keten kan reduceren. Daarnaast zijn de wensen en/of verwachtingen van patiënt (en familie) al bekend voordat een acute zorgvraag ontstaat, met als grote voordeel dat geleverde zorg hierop toegespitst kan worden (ook als de patiënt dit in de acute situatie zelf niet meer kan aangeven).⁴³ Voor succesvolle implementatie van advanced care planning is het echter wel essentieel dat deze informatie toegankelijk is voor de verschillende zorgaanbieders binnen de acute keten.

3.4.4 Inzetten van bestaande e-health initiatieven

Het aantal inwoners met een chronische aandoening, nu al relatief hoog in Lelystad, zal naar verwachting sterk toenemen (paragraaf 5.1.2).⁴⁴ De inzet van e-health initiatieven, zoals COPD in Beeld en HartWacht, bij het (zelf)management van deze aandoeningen leidt tot positieve resultaten. Patiënten en artsen zijn tevreden en het aantal poliklinische consulten, SEH-bezoeken en de opnameduur nemen af (paragraaf 6.3). Daarom het advies om dit soort initiatieven snel beschikbaar te maken voor patiënten in de vier focusgemeenten. Het is essentieel dat er wel aandacht is voor de beperkte digitale vaardigheden en gezondheidsvaardigheden bij een deel van de populatie. Tenslotte is het van belang dat zorgverzekeraars deze initiatieven steunen, voor zover dat nog niet het geval is.

3.4.5 Uitwerken mogelijkheden positieve gezondheid

Psychosociale problematiek komt veel voor en leidt vaak tot een toegenomen zorgvraag.⁴⁵ Focus op positieve gezondheid kan hier uitkomst bieden. Een goed voorbeeld is Welzijn op recept, dit initiatief is bedoeld voor mensen met somatische klachten die (ten dele) veroorzaakt worden door psychosociale problematiek. Doelstelling van de interventies is het verbeteren van de kwaliteit van leven van deelnemers. Het (onnodig) gebruik van zorg neemt daardoor af, wat een gunstig neveneffect is, zeker gezien de huidige belasting van huisartsen in de regio. Daarnaast wordt de verbinding tussen zorg en het sociale domein versterkt door initiatieven die, zoals Welzijn op recept, gericht zijn op positieve gezondheid.

⁴³ Capaciteitsproblematiek in de acute zorg: Best practices. *Spoedzorgnet en Netwerk Acute ZorgNoordwest* (2018)

⁴⁴ Feitenboek p. 24 – 26

⁴⁵ Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept. *Trimbos instituut* (2014)

In Lelystad zijn nu in drie van de vier stadsdelen sociale wijkteams actief. Ondanks de positieve ervaringen, moeten welzijnsorganisaties veel inspanning leveren om andere zorgprofessionals te betrekken. In de Noordoostpolder zijn eerdere pogingen om Welzijn op recept te implementeren daarom ook niet gelukt. Waarschijnlijk weerhoudt de initiële tijdsinvestering, die vaak vereist is om sociale problematiek als (gedeeltelijke) oorzaak van symptomen te bespreken, zorgprofessionals van het gebruik van initiatieven zoals Welzijn op recept. Daarnaast speelt onwetendheid ten aanzien van het welzijnsaanbod mogelijk een rol.



- Hoe kan de weerstand van huisartsen worden gereduceerd?
- In hoeverre kunnen welzijnsorganisaties hierin samen optrekken?
- Welke lessen kunnen we meenemen vanuit de UK en België waar veel ervaring is opgedaan met Welzijn op recept?

Figuur 9: Aanvullende onderzoeksvragen

Om initiatieven gericht op positieve gezondheid uit te breiden of succesvol te implementeren is bestuurlijke steun van gemeentes essentieel. Daarnaast is er aanvullende financiering nodig. Schotten in de financiering vormen momenteel een obstakel. Daarom het advies om, in samenspraak met zorgverzekeraars en gemeentes, de mogelijkheden te onderzoeken (ten behoeve hiervan zijn een aantal onderzoeksvragen opgenomen in Figuur 9). Ook met betrekking tot positieve gezondheid is het programma 'Sociaal Sterk'

binnen 'Lelystad Next Level' een logische partner om initiatieven zoals Welzijn op recept in Lelystad verder vorm te geven.

3.4.6 Impactanalyse huisartsenzorg

De capaciteit van de huisartsenzorg in de regio staat onder druk door een tekort aan huisartsen, dat naar verwachting verder zal toenemen. Dit wordt versterkt door verschuiving van zorg naar de eerste lijn. Huisartsen ervaren, ten gevolge van de beperkte capaciteit en onvoldoende aanwas van nieuwe huisartsen, problemen bij het vinden van waarneming en opvolging. Een impactanalyse, naar voorbeeld van de acute verloskunde waarbij gekeken is naar zorgvraag, zorgaanbod, belangrijkste kansen en uitdagingen in de regio, verdient de aanbeveling. Deze analyse, te verrichten in samenwerking met zorgverzekeraars, huisartsen en de huidige ondersteuningsorganisatie Medrie, dient als vertrekpunt voor een gerichte aanpak om risico's te reduceren en de aantrekkelijkheid van het werken in de regio te

vergroten. Daarbij moet ook goed gekeken worden naar de effectiviteit van de organisatie en ondersteuning van huisartsen.

3.4.7 Realiseren van passend vervoer voor kwetsbare groepen

Na het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen zijn de reistijden voor klinische zorg en delen van de acute zorg toegenomen. Dit wordt het sterkst gevoeld door inwoners van Lelystad omdat zij voor het faillissement naar het MC Zuiderzee gingen voor het grootste deel van de klinische en acute zorg.

Patiënten of bezoekers die afhankelijk zijn van het openbaar vervoer merken vooral in Lelystad, Swifterbant en op Urk dat de reistijd is toegenomen. De impact daarvan is groter als zij slecht ter been zijn of om andere redenen moeilijker met het ov reizen. Ook de ritprijzen zijn door de langere afstanden hoger dan voorheen en reizigers moeten vaker overstappen. De huidige buslijnen sluiten nog niet goed op elkaar aan en in Sneek en Harderwijk liggen de bushaltes voor reizigers van buiten de regio niet direct naast het ziekenhuis.

Realiseren van goed openbaar vervoer is een taak van de provincie. Vanwege langlopende concessies blijkt het in de praktijk lastig om het openbaar vervoer te optimaliseren. Daarbij speelt mee dat bij provincie-overschrijdend vervoer sprake is van verschillende concessies en van verschillende vervoerders. Toch zal de provincie zich moeten blijven inspannen om de reistijd en de kwaliteit van het openbaar vervoer te optimaliseren.

De gemeenten hebben een taak bij het realiseren van Wmo-vervoer (regio- of deeltaxi). Dit is aanvullend op het openbaar vervoer en bedoeld voor burgers die niet zelfstandig kunnen reizen. Zowel in de regio Lelystad als in de Noordoostpolder en op Urk is dit vervoer gerealiseerd. Aanvullend daarop wordt door vrijwilligersorganisaties vervoer mogelijk gemaakt, bijvoorbeeld door Caritas op Urk. Daarnaast kunnen zorgaanbieders de mogelijkheid onderzoeken zelf vervoer voor hun patiënten en bezoekers op te zetten.

3.5 Aandachtspunten bij de agenda

In aanvulling op de hierboven genoemde agendapunten melden we nog drie aandachtspunten voor de lezer.

1. In dit traject is door meerdere en verschillende belanghebbenden geopperd om te onderzoeken of het op de lange termijn mogelijk is om een geheel nieuw ziekenhuisgebouw te realiseren op een goed bereikbare locatie, bijvoorbeeld langs

de A6 tussen Lelystad en Emmeloord. Dit is een interessante invalshoek om voor de lange termijn te onderzoeken, maar maakt geen onderdeel uit van dit rapport.

2. Als output van de werkgroepen die in het kader van de toekomstverkenning bij elkaar zijn gekomen, zijn er met name voor de geboortezorg nog meer onderwerpen die niet in het overzicht in Figuur 2 zijn opgenomen. Deze worden wel opgeleverd aan de op te richten Zorgtafel (zie paragraaf 3.2), maar vormen geen onderdeel van dit rapport.
3. In dit traject is door meerdere en verschillende belanghebbende geopperd om een verbreding van de N50 tussen Emmeloord en Zwolle te onderzoeken. Dit zou de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg ten goede komen, evenals andere economische belangen in de regio.

4. Organisatie en werkwijze na 1 juli 2019

De Agenda voor de zorg in Flevoland, zoals weergegeven in het vorige hoofdstuk, beschrijft wat er nodig is om de zorg voor inwoners van de provincie Flevoland stapsgewijs te verbeteren. In dit hoofdstuk geven we aan hoe deze agenda gerealiseerd zou kunnen worden.

4.1 Een tijdelijke structuur is nodig om een brug tussen de huidige en gewenste situatie te vormen

Betrokken partijen erkennen dat in de afgelopen zes maanden veel vorderingen zijn gemaakt binnen het traject van de toekomstverkenner. Na het plotselinge en impactvolle faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen is gewerkt aan het stapsgewijs beter maken van de zorg. Daarbij hielp het dat er een goede structuur, organisatie en werkwijze aanwezig was (bijvoorbeeld de verschillende werkgroepen en overleggen), de voortgang door het team van de toekomstverkenner werd gemonitord en er informatie tussen de verschillende stakeholders werd uitgewisseld.

De vrees bestaat dat er na het traject van de toekomstverkenning minder voortgang zal worden geboekt en de realisatie van de agenda stil zal vallen. Deze bezorgdheid is om een aantal redenen te begrijpen. Het onderlinge vertrouwen is in veel gevallen nog broos of soms zelfs nog afwezig, vooral in de regio Lelystad. Ook worden de zorgverzekeraars nog onvoldoende vertrouwd om de rol te nemen en de regie te voeren die aan hen in het zorgstelsel is toebedeeld. Zorgprofessionals die bij het traject toekomstverkenning waren betrokken worden weer opgeslokt door hun dagelijkse werk. Tot slot is er nog geen overleg- of communicatiestructuur die kan voorzien in de informatiebehoefte die bij het lokaal bestuur sterk aanwezig is.

Vertrouwen, relaties en netwerken zullen dus weer worden moeten opgebouwd en uitgebreid na 1 juli 2019. Het is nog niet vanzelfsprekend dat de stelselpartijen hun rollen en functies weer gaan vervullen en dat de agendapunten voortvarend worden opgepakt. Wij pleiten daarom voor een tijdelijke en situationele werkwijze en organisatie voor de duur van één jaar. Deze structuur dient als overbrugging tot 1 juli 2020. De werkwijze en organisatie van de

ondersteuning in deze fase moet er volledig op gericht zijn dat de partijen in Flevoland met de zorgverzekeraars hun rol weer volledig zelf kunnen oppakken.

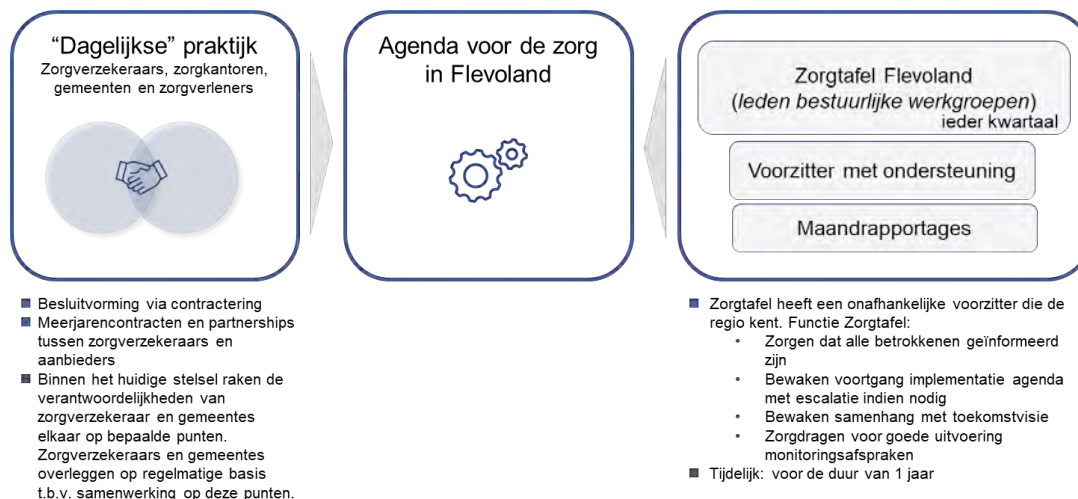
Situationeel wil zeggen dat deze structuur specifiek is voor de situatie zoals die zich in Flevoland voordoet. Daarmee is het geen blauwdruk voor andere regio's. Wel kunnen deze andere regio's in Nederland mogelijk gebruik maken van de kennis en expertise die in dit traject is opgedaan.

De voorgestelde organisatie en werkwijze zorgen ervoor dat de gewenste voortgang gemaakt kan worden, deze kan worden gemonitord en dat er bij onvoldoende voortgang een mogelijkheid tot escalatie is. De structuur voorziet ook in de behoefte van het lokaal bestuur en bestuurders van zorginstellingen om geïnformeerd te worden. De tijdelijke organisatie en werkwijze komt niet in de plaats van de eigen verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders.

4.2 De structuur gaat in de kern uit van de reguliere rollen en verantwoordelijkheden van de stelselpartijen. Aanvullende afstemming in de regio vindt plaats via de Zorgtafel.

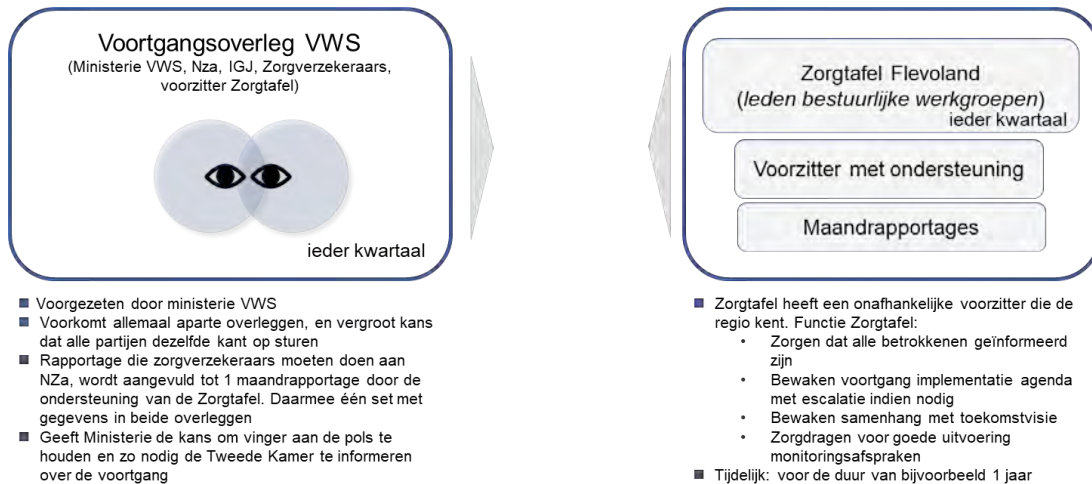
We vinden het van groot belang dat tijdens het vervolg na 1 juli 2019 partijen in de regio vanuit hun formele stelselverantwoordelijkheid zullen acteren. Dat noemen we de 'dagelijkse praktijk'. Verzekeraars nemen daarin samen met zorgaanbieders de regie op de onderwerpen uit de Agenda voor de Zorg in Flevoland die de onder de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg vallen. Gemeenten nemen samen met zorgaanbieders de regie op onderwerpen die vallen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning. Onderwerpen die over de grenzen van het stelsel heen gaan, zullen in gezamenlijkheid opgepakt worden. Wij stellen voor dat daarnaast één Zorgtafel wordt opgericht met als leden de deelnemers van de beide bestuurlijke werkgroepen zoals die de afgelopen drie maanden hebben plaatsgevonden. De Zorgtafel komt ieder kwartaal bij elkaar. Maandelijks wordt deze groep geïnformeerd over de voortgang van de uitvoering van de Agenda voor de zorg in Flevoland middels een maandrapportage. Ook worden dan de resultaten van de in hoofdstuk 3 voorgestelde monitoring gedeeld.

De Zorgtafel wordt voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter, die tevens de afspraken bewaakt en de voortgang monitort. De voorzitter kent de zorg en de regio. De voorzitter wordt ondersteund bij de voorbereiding en uitwerking van de bijeenkomsten. In Figuur 10 is deze organisatie en werkwijze weergegeven in relatie tot de 'dagelijkse praktijk'.



Figuur 10: Schematische weergave van de positionering van de Zorgtafel naast de ‘dagelijkse praktijk’

Het ministerie van VWS, de NZa en de IGJ zullen periodiek worden bijgepraat over de voortgang van de implementatie van de Agenda voor de Zorg in Flevoland in het ‘Voortgangsoverleg VWS’. Hierbij zijn ook de zorgverzekeraars Zilveren Kruis en VGZ, een vertegenwoordiging van het lokaal bestuur en de voorzitter van de Zorgtafel aanwezig. Dit overleg dient om het proces van informatievoorziening efficiënter en eenduidiger te maken en voorkomt verschillende informatiestromen over de voortgang, de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg in Flevoland. Het ministerie van VWS kan de uitkomsten van het overleg gebruiken om de Tweede Kamer te informeren. De NZa en de IGJ kunnen dit overleg gebruiken in aanvulling op hun toezichthoudende rol.



Figuur 11: Positionering van het 'Voortgangsoverleg VWS' ten opzichte van de Zorgtafel

In Figuur 11 staat de positionering van dit overleg weergegeven in relatie tot de Zorgtafel Flevoland.

Vanwege hun rollen in het zorgstelsel ligt het voor de hand dat de structuur zoals in dit hoofdstuk voorgesteld, wordt gefinancierd door de zorgverzekeraars en gemeenten in een nader overeen te komen verhouding. Daarnaast zal een deel van de financiering voor de rekening van VWS komen.

Bij alle partijen die betrokken waren bij ons traject toekomstverkenning hebben we toewijding en inzet bemerkt. Ook voor het vervolg lijken zij gemotiveerd om via de nieuw voorgestelde structuur hun bijdrage aan het verbeteren van de zorg voor de inwoners van Flevoland te leveren.

5. Verdieping: Ontwikkelingen in de zorgvraag

De bevolking van Flevoland wordt snel ouder. Daarbij zijn er veel chronisch zieken en op veel plekken beperkte (digitale) gezondheidsvaardigheden. Daarnaast zijn de verschillen groot tussen wijken en tussen mensen. Dat vraagt om een zorgaanbod dat rekening houdt met deze ontwikkelingen en verschillen en biedt kansen voor de inzet van preventie.

In dit hoofdstuk beschrijven we achtereenvolgens de factoren die de zorgvraag bepalen. Allereerst belichten we determinanten van zorgvraag en gaan we in op demografische ontwikkelingen en op de algemene gezondheid van inwoners van Flevoland. Vervolgens worden specifieke groepen nader belicht en komt de invloed van (medisch) technologische ontwikkelingen aan de orde.

5.1 Factoren die de zorgvraag bepalen

Demografische kenmerken zoals leeftijd, geslacht en etniciteit zijn belangrijke factoren die de zorgvraag bepalen.⁴⁶ Daarnaast zijn levensstijl, genetische factoren, omgevingsfactoren, gezondheidsvaardigheden, patiëntactivatie en technologische ontwikkelingen van invloed. In het kader van de toekomstverkenning voor de zorg in Flevoland is geen onderzoek verricht naar genetische- en omgevingsfactoren. Daarom zullen deze, behoudens de korte toelichting die hierna volgt, in de rest van dit rapport buiten beschouwing blijven. Ten aanzien van de andere factoren is zowel in dit rapport als in het feitenboek aanvullende informatie opgenomen.

Met betrekking tot genetische factoren kan onder andere gedacht worden aan een erfelijke aanleg voor kanker waarbij het risico op bijvoorbeeld borst- of darmkanker sterk verhoogd is.⁴⁹ Daarnaast zijn er zeldzame aandoeningen die vaker in bepaalde regio's voorkomen en het

⁴⁶  Feitenboek p.17

⁴⁷ Meest voorkomende kankersoorten in Nederland. Ned. Kankerregist. (NKR), IKNL (2018).

⁴⁸ Magnussen, C. *et al.* Sex-Specific Epidemiology of Heart Failure Risk and Mortality in Europe: Results From the BiomarcARE Consortium. *JACC Hear. Fail.* **7**, 204–213 (2019).

⁴⁹ Erfelijkheid.nl, Erfocentrum

resultaat zijn van een langdurig geïsoleerde gemeenschap, Urk is hier een voorbeeld van.^{50,51} Ten aanzien van omgevingsfactoren is fijnstof (PM_{2,5}), een risicofactor voor hart- en vaatziekten en longaandoeningen, een voorbeeld.⁵²

5.1.1 Demografische kenmerken: Een nu nog jonge populatie, relatief veel inwoners met een migratieachtergrond en een relatief lage SES.

De bevolking in de regio van de voormalige MC IJsselmeerziekenhuizen – de gemeentes Lelystad, Dronten, Noordoostpolder en Urk ⁵³ – heeft een omvang van circa 185.000 inwoners en is met een mediane leeftijd van 39 jaar relatief jong, dit is het meest uitgesproken op Urk. Naar verwachting zal de populatie, in de periode 2018 – 2040, toenemen tot circa 192.000 inwoners (Figuur 1212). Hierbij dient de kanttekening gemaakt te worden dat de bevolkingsprognose een wisselend beeld laat zien per gemeente, daarnaast moet er rekening gehouden worden met een aanzienlijke mate van onzekerheid (waaronder de impact van de beoogde uitbreiding van Lelystad Airport). Hoewel verwacht wordt dat de populatie op Urk relatief jong blijft, neemt het aandeel 65-plussers in de overige gemeentes sterk toe en komt daardoor dichtbij de cijfers gerapporteerd voor heel Nederland.⁵⁴

Figuur 12: Aantal inwoners in regio groeit naar verwachting van het CBS.⁵⁵



In vergelijking met Nederland en de andere gemeentes in de regio, wonen in Lelystad relatief veel mensen met een migratieachtergrond.⁵⁶ Daarvan heeft circa twee derde een niet-westerse migratieachtergrond. Uit onderzoek blijkt dat onder andere de

⁵⁰ Zeegers, M. P. a, van Poppel, F., Vlietinck, R., Spruijt, L. & Ostrer, H. Founder mutations among the Dutch. *Eur. J. Hum. Genet.* 12, 591–600 (2004).

⁵¹ Baemans, W. *et al.* Identification of a 52 kb deletion downstream of the SOST gene in patients with van Buchem disease. *J. Med. Genet.* 39, 91–7 (2002).

⁵² Lelieveld, J. *et al.* Cardiovascular disease burden from ambient air pollution in Europe reassessed using novel hazard ratio functions. *Eur. Heart J.* 1590–1596 (2019).

⁵³ Feitenboek p.37

⁵⁴ Feitenboek p.5 – 8

⁵⁵ Feitenboek p. 6

⁵⁶ Feitenboek p.9

prevalentie van diabetes hoger is onder etnische minderheden in Europa.^{57,58} Daarnaast komt laaggeletterdheid vaker voor bij personen met een eerste generatie migratieachtergrond.⁵⁹

De sociaaleconomische status (SES) in Lelystad, de Noordoostpolder en op Urk is lager dan het Nederlands gemiddelde (Figuur 13). In Dronten is de SES juist net iets hoger dan het Nederlands gemiddelde. Binnen de gemeentes zijn de verschillen echter groot, daarom zijn de postcodegebieden met een lage SES (gedefinieerd als een SES in het onderste kwartiel, dat wil zeggen ≤ 0.78) in Lelystad, Dronten en de Noordoostpolder verder in kaart gebracht.⁶⁰

☐ Mensen met een lage SES zijn minder gezond, hebben een lagere levensverwachting en hebben vaker een ongezonde levensstijl dan mensen met een hogere SES. Hoewel lagere gezondheidsvaardigheden en patiëntactivatie niet één op één samenhangen met een lage SES, worden beide wel in verband gebracht met onder andere een laag opleidingsniveau, laag inkomen en laaggeletterdheid. Mensen met lagere gezondheidsvaardigheden en patiëntactivatie ervaren een slechtere gezondheid en hebben ook daadwerkelijk slechtere gezondheidsuitkomsten. Niet verrassend blijkt de ervaren gezondheid relatief slecht te zijn in de lage SES-postcodegebieden in de regio. Naar verwachting zullen deze gezondheidsverschillen ook in de toekomst gelijk blijven of zelfs toenemen.^{60☐,61,62,63}

⁵⁷ Meeks, K. A. C. et al. Disparities in type 2 diabetes prevalence among ethnic minority groups resident in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Intern. Emerg. Med.* 11, 327–340 (2016).

⁵⁸ Huisman, M. J. et al. Does a high sugar high fat dietary pattern explain the unequal burden in prevalence of type 2 diabetes in a multi-ethnic population in the Netherlands? The HELIUS study. *Nutrients* 10, 1–17 (2018).

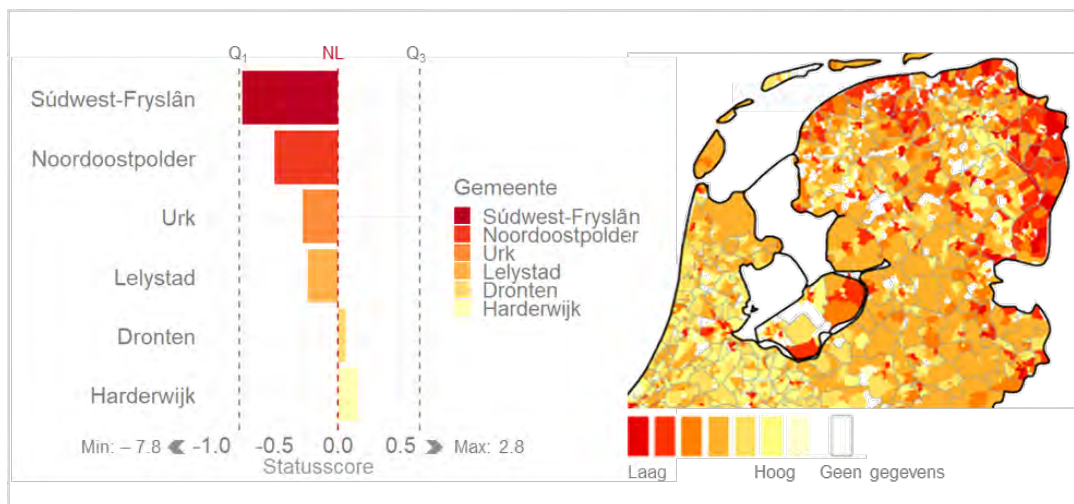
⁵⁹ Christoffels, I., Baay, P., Bijlsma, I. & Levels, M. Over de relatie tussen laaggeletterdheid en armoede. *Sticht. Lezen Schrijven* (2016)

⁶⁰ ☐ Feitenboek p. 10 en p. 30 – 32 Urk kent geen wijken met een lage SES.

⁶¹ Busch, M. C. M. & Schrijvers, C. T. M. Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen. *RIVM* (2010).

⁶² Rademakers, J. Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. *NIVEL* (2014).

⁶³ Volksgezondheid Toekomst Verkenning. *RIVM* (2018).



Figuur 13: Sociaal economische status (SES – statusscore) in de regio.⁶⁴

5.1.2 Gezondheid en zorgconsumptie: Gezondheid van inwoners Lelystad en Urk is relatief slecht in vergelijking met de Nederlandse populatie, dit is niet evident terug te vinden in de zorgkosten.

Recent grootschalig onderzoek ('Rotterdam Study'), laat een duidelijk verband zien tussen de risicofactoren overgewicht, roken en hypertensie (hoge bloeddruk) en het optreden van een herseninfarct, hartziekte, diabetes, chronische longziekte, kanker en/of neurodegeneratieve ziekte (onder andere dementie). Een groot deel van de populatie krijgt uiteindelijk te maken met één van deze aandoeningen. 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 van mensen zonder risicofactoren gemiddeld 6 jaar hoger.⁶⁵

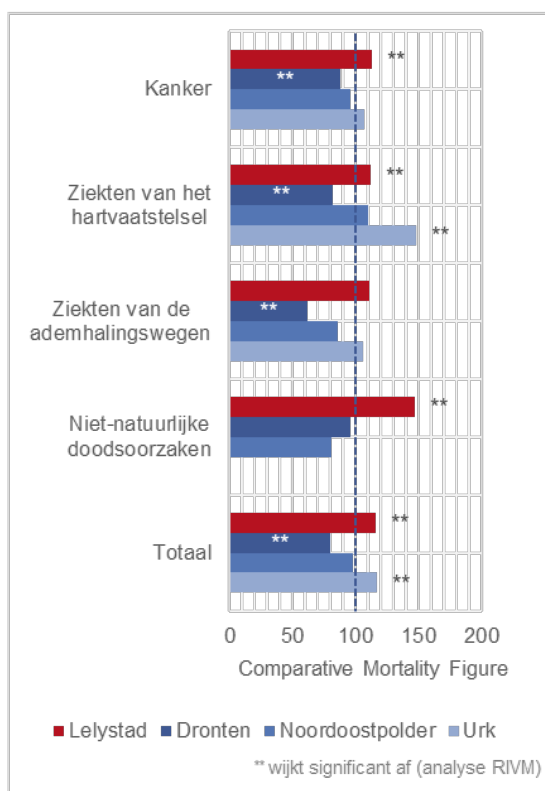
In Lelystad en op Urk is het aantal inwoners met overgewicht relatief hoog en in Lelystad wonen tevens veel rokers. In overeenstemming met de resultaten van de 'Rotterdam Study' is de levensverwachting in Lelystad en op Urk, met respectievelijk 80,1 en 80,4, relatief laag. Bovendien is er oversterfte aan (een deel van) de hierboven genoemde aandoeningen (Figuur

⁶⁴ Feitenboek p. 10

⁶⁵ Licher, S. et al. Lifetime risk and multimorbidity of non-communicable diseases and disease-free life expectancy in the general population: A population-based cohort study. *PLoS Med.* **16**, 1–17 (2019).

14). Passend bij deze bevindingen zijn er in Lelystad relatief veel chronisch zieken. Dit geldt niet voor de andere gemeentes in de regio en opvallend genoeg dus ook niet voor Urk.⁶⁶ ^F

Figuur 14: Sterfte naar doodsoorzaken, gebaseerd op de comparative mortality figure.⁶⁷ ^F



De levensverwachting voor Lelystad, Dronten en de Noordoostpolder zal in 2040 naar verwachting net iets onder het Nederlandse gemiddelde van 86 jaar komen te liggen, op Urk zal de levensverwachting juist net iets hoger zijn. Omdat mensen zich op ongeveer dezelfde leeftijd presenteren met chronische aandoeningen zal het aantal chronisch zieken toenemen. De relatief snelle vergrijzing in de regio zal dit effect verder versterken. Prognoses laten dan ook een forse stijging zien van het aantal patiënten met coronaire hartziekten en dementie. Hierbij moet de onzekerheid van prognoses echter in acht worden genomen. Door de toenemende levensverwachting en daarmee het

toenemend aantal 80-plussers, zullen er steeds meer inwoners zijn met multimorbiditeit en een complexe, vaak domein overstijgende, zorgvraag.^{68,69} ^F

Bovenstaande is niet eenduidig terug te vinden in de zorgkosten, behoudens een evidente correlatie tussen leeftijd en kosten. Zo zijn de totale kosten per verzekerde in Lelystad slechts 1% hoger dan in Nederland. Met name de relatief hoge kosten voor medisch specialistische zorg – in het bijzonder in de leeftijdsgroep 20-65 jaar – en hogere kosten voor huisartsen zorg lijken hieraan bij te dragen. Voor andere gemeentes in de regio zijn de zorgkosten relatief laag.⁷⁰ ^F

⁶⁶ ^F Feitenboek p. 12 – 13

⁶⁷ ^F Feitenboek p. 13

⁶⁸ Volksgezondheid Toekomst Verkenning. RIVM (2018).

⁶⁹ ^F Feitenboek p. 24 – 26

⁷⁰ ^F Feitenboek p. 14 – 17

5.2 Zorgvraag voor specifieke groepen

5.2.1 Kwetsbare groepen: 'Risico op zorgmijding'

Kwetsbaarheid ontstaat doorgaans door een combinatie van problematiek op meerdere domeinen, te weten lichamelijke, psychische en/of sociale problematiek. Beperkte toegankelijkheid tot zorg in brede zin speelt hierbij tevens een rol, zoals lage gezondheidsvaardigheden, beperkte middelen en mobiliteit. Kwetsbare groepen, zoals benoemd door zorgprofessionals in de regio, zijn: chronisch zieken, kwetsbare ouderen, 40 tot 65-jarigen met een ongezonde levensstijl en beperkte gezondheidsvaardigheden, psychiatrische patiënten en kinderen/jeugd.⁷¹

Zorgmijding

Voor al deze groepen geldt dat reistijden en -kosten voor klinische zorg zijn toegenomen. Daarnaast is het bestaande zorgnetwerk abrupt verbroken. Hierdoor is het risico op zorgmijding toegenomen. Zorgmijding is moeizaam te kwantificeren, maar uit onderzoek van het NIVEL in 2015 blijkt dat op jaarbasis ongeveer 15% van de ondervraagden afzag van een bezoek aan de huisarts. Het aandeel dat verwijzing naar een medisch specialist niet opvolgde nam toe van 18% in 2010 tot 27% in 2013, een stijging die vooral werd gezien onder chronisch zieken. Daarnaast volgden jongeren (18-39 jaar) een verwijzing relatief vaak niet op.⁷²

Om een indicatie te krijgen van zorgmijding door patiënten uit Lelystad, Dronten, de Noordoostpolder of Urk zijn de SEH-bezoeken geanalyseerd en is een enquête verstuurd naar huisartsen en verloskundigen in de regio. Helaas is het niet mogelijk om een eenduidige conclusie te trekken, wel kunnen een aantal observaties gerapporteerd worden:

1. Zorgmijding, resulterend in ziekere patiënten bij presentatie, zou kunnen leiden tot een toename van het aantal opnames. Patiënten uit de vier gemeentes worden relatief vaker worden opgenomen vanaf de SEH's in Harderwijk, Almere en Sneek, dan patiënten uit andere regio's. Dit percentage ligt momenteel tevens hoger dan het percentage opnames vanaf de SEH van het voormalig MC Zuiderzee. Vanaf de spoedpoli in Lelystad worden echter maar weinig patiënten opgenomen, wat het beeld vertekend. Daarnaast laten cijfers uit Sneek zien dat patiënten uit de Flevopolder ook voor het faillissement al vaker werden opgenomen.⁷³

⁷¹ Feitenboek p. 21 en 22

⁷² Wiegers, T. A. *Inzicht in zorgmijden*. (NIVEL, 2015)

⁷³ Feitenboek p. 57 – 63

2. Circa een derde van de huisartsen in de regio heeft gereageerd op de enquête. Zij geven aan dat in 0 tot 15% van hun patiëntenpopulatie een (hoog) risico op zorgmijding bestaat. Daarnaast geeft 30% aan dat dit risico is toegenomen sinds het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen. Dit is het meest uitgesproken in Lelystad. Tenslotte rapporteren de meeste huisartsen dat zorgmijding niet tot soms leidt tot voorkombare complicaties en/of een acute zorgvraag, of dat ze dit niet goed kunnen inschatten.⁷⁴ 
3. Van de verloskundigen in de eerste lijn ervaart de helft een toename in zorgmijding. Bijna alle eerstelijnsverloskundigen geven aan dat zij vragen ontvangen die in hun optiek toebehoren aan de tweede lijn. Een deel geeft aan dat dit sinds november 2018 vaker voorkomt. Vanuit de tweede lijn zijn op basis van de antwoorden op de enquête geen goede conclusies te trekken. Over het geheel toont de geringe respons dat het onderwerp zorgmijding binnen de geboortezorg niet in alle gebieden sterk leeft en dat genuanceerd gekeken moet worden welke interventies nodig zijn in de komende periode.⁷⁴ 

Om zorgmijding beter te kwantificeren kan het verrichten van een vragenlijstonderzoek onder de inwoners van de vier focusgemeenten uitkomst bieden. Het onderzoek van het NIVEL is een goed voorbeeld.

Aanvullende inzichten

In aanvulling op de hierboven genoemde inzichten is een aantal parameters onderzocht om beter inzicht te krijgen in (de omvang van) kwetsbare groepen in de regio.

Met betrekking tot de groep kwetsbare ouderen is er gekeken naar mantelzorg, eenzaamheid en lichamelijke beperkingen. Passend bij een sterk sociaal netwerk, ontvangen veel ouderen mantelzorg op Urk en in de Noordoostpolder. De cijfers gerapporteerd voor Dronten en Lelystad zijn vergelijkbaar met de rest van Nederland. In tegenstelling tot de andere gemeentes in de regio is er relatief veel (ernstige) eenzaamheid in Lelystad en ook het aantal inwoners dat beperkingen (met betrekking tot horen, zien en/of mobiliteit) in activiteiten ervaart is relatief hoog in die stad. Naar verwachting neemt het aantal eenzame ouderen tot 2040 toe. Daarentegen, zullen in verhouding minder ouderen beperkingen in activiteiten ervaren.⁷⁵ ⁷⁶

⁷⁴  Feitenboek p. 23

⁷⁵  Feitenboek p.27

⁷⁶ Volksgezondheid Toekomst Verkenning. RIVM (2018).

Naast de SES is het aantal laaggeletterden en laagopgeleiden in Flevoland in beeld gebracht. Deze indicatoren zijn relevant omdat ze impact hebben op patiëntactivatie, digitale vaardigheden en gezondheidsvaardigheden. Het aantal laaggeletterden is met 16,2% in Flevoland het hoogst van Nederland, dit is het meest uitgesproken in Lelystad, de Noordoostpolder en op Urk. Daarnaast is het aantal laagopgeleiden met name hoog op Urk.

⁷⁷, ⁷⁸

Psychiatrische ziektelast maakt mensen extra kwetsbaar en veroorzaakt drukt op het somatische domein.⁷⁹ Met betrekking tot geestelijke gezondheid valt op dat de kosten voor de GGZ relatief laag zijn in de hele regio met uitzondering van de langdurige GGZ in Lelystad. Hoewel dit niet geldt voor de andere gemeentes in de regio, is het aantal inwoners met een matig tot hoog risico op een depressie of een angststoornis juist relatief hoog in Lelystad. Waarschijnlijk zijn de, naar verhouding, lage kosten dan ook te wijten aan de tekorten in de GGZ.

5.2.2 Acute zorgvraag

De acute zorgvraag kan het best in beeld worden gebracht aan de hand van patiëntstromen op de SEH van het voormalig MC Zuiderzee.

Met gemiddeld ~1.200 unieke SEH-presentaties per maand viel het MC Zuiderzee in de categorie 'middelgrote SEH', ofschoon relatief klein binnen deze groep. Ongeveer 75% van de patiënten was afkomstig uit de regio. In overeenstemming met andere SEH's in Nederland, was instroom het grootste gedurende kantoortijden, werden de meeste patiënten door de huisarts verwezen en was circa een derde van de patiënten 65 jaar of ouder.

Circa 31% van de patiënten presenteerden zich met letsel of een intoxicatie, meestal een fractuur of oppervlakkig letsel. Van de overige patiënten waren de specialismen cardiologie, inwendige geneeskunde en heilkunde het meest frequent hoofdbehandelaar. Hoewel slechts een zeer klein deel van de patiënten (1%) werd getrieerd als acuut zorgbehoevend, werd een aanzienlijk groter deel beoordeeld als zeer urgent (23%). Ook in deze laatste groep kan snel handelen vereist zijn om te voorkomen dat vitale functies bedreigd worden.

⁷⁷  Feitenboek p.28

⁷⁸ van Bijsterveldt, M. & Kriens, J. *Regionale spreiding van geletterdheid in Nederland*. (Stichting Lezen & Schrijven, Maastricht University, 2016)

⁷⁹  Feitenboek p.16 en p.29

In vergelijking met het Nederlands gemiddelde werden patiënten significant vaker opgenomen (39% versus 33%). Hiervan betrof een klein deel Intensive Care Unit (ICU) opnames (~2 tot 4% van alle SEH-presentaties). Patiënten werden relatief vaak 's avonds of 's nachts op de ICU opgenomen en het meest frequent door het specialisme cardiologie, gevolgd door inwendige geneeskunde.⁸⁰

Door bevolkingsgroei, vergrijzing en een stijging van het aantal chronisch zieken zal de spoedzorgvraag de komende jaren toenemen. Dit wordt versterkt door extramuralisering van zorg en het daarmee gepaard gaande toenemend aantal kwetsbare thuiswonenden. Dit betreft niet alleen kwetsbare ouderen maar ook personen die bijvoorbeeld door psychiatrische problematiek kwetsbaar zijn. Deze kwetsbare thuiswonenden veroorzaken bovendien extra druk op de acute keten, onder meer doordat doorstroom naar andere vormen van zorg vaak lastig is. Daarnaast spelen culturele veranderingen een rol, hierbij moet gedacht worden aan de toenemende verwachting dat zorg 24/7 beschikbaar is.^{81,82,83}

5.2.3 Geboortezorg

De manier waarop zorgverleners zijn betrokken bij de sluiting van acute verloskunde door het faillissement van het MC Zuiderzee heeft geresulteerd in een chaotisch proces. Zorgverleners zijn noodgedwongen acuut met elkaar in gesprek gegaan om tot concrete afspraken voor een nieuwe situatie te komen. De sluiting van het MC Zuiderzee had als belangrijkste consequentie een toename in reistijd in acute situaties tijdens de bevalling. De zorgstandaard integrale geboortezorg refereert aan de bereikbaarheidsnorm zonder dat de opbouw hiervan als theoretische spreidingsnorm wordt beschouwd.⁸⁴ Deze norm is volgens wetgeving echter geen prestatienorm.^{85,86} Dit heeft tot gevolg gehad dat de afdeling acute verloskunde in Lelystad mocht sluiten, terwijl de totaaltijd van A1-ambulanceritten voor bevallingen op Urk in praktijk langer dan 45 minuten in beslag nam om een ziekenhuis te bereiken.

In de periode vanaf het faillissement tot op heden heeft een deel van de zorgverleners een transitie in werkwijze doorgemaakt. Zo zijn bijvoorbeeld relaties met zorgverleners uit een andere regio opgebouwd of versterkt. Ook is de praktijkuitvoering en het dienstrooster

⁸⁰ Feitenboek p.48 – 53

⁸¹ Baeten, S., Heida, J. & Lucieer, S. *Vergrijzing vraagt om creativiteit*. (SIRM, 2018)

⁸² Werkgroep bijeenkomsten acute zorg

⁸³ Volksgezondheid Toekomst Verkenning. RIVM (2018).

⁸⁴ Zorgstandaard integrale geboortezorg, versie 1.1, 26 juni 2016. Expertgroep College Perinatale Zorg.

⁸⁵ Beleidsregels WTZi 2017, artikel 4 van de Wet toelating zorginstellingen

⁸⁶ Feitenboek, p. 70

aangepast om continuïteit van zorg te waarborgen. Daarnaast worden zwangere vrouwen aanvullend geïnformeerd over de consequenties van de veranderingen in het zorglandschap. Het realiseren van deze transitie is ten tijde van gelijkblijvende zorgvraag een uitdagende periode geweest, gezien de benodigde tijdsinvestering.

Ontwikkelingen op het gebied van demografie, cultuur en techniek resulteren in een verwachte toename in de vraag naar geboortezorg in Flevoland. Dit is deels te verklaren door landelijke trends die ook in Flevoland spelen, maar ook door regionale ontwikkelingen.

Landelijke trends

In het laatste decennium is het aantal thuisbevallingen landelijk afgenomen, met als gevolg een toename van bevallingen in een (poli)klinische setting.⁸⁷ Parallel daaraan zijn de ontwikkelingen rondom prenatale screening steeds uitgebreider en wordt daar ook meer gebruik van gemaakt. Daardoor wordt vaker het advies gegeven om gebruik te maken van technologieën die al vroeg in de zwangerschap inzichten opleveren.^{88,89} Ook is de gemiddelde leeftijd van zwangere vrouwen toegenomen in de laatste decennia, van gemiddeld 25 jaar in 1975 naar gemiddeld 29,6 jaar in 2015 bij geboorte van het eerste kind.⁹⁰ Het uitstellen van de kindwens leidt tot een hoger risico op ziekten en complicaties tijdens de zwangerschap en de bevalling.⁹¹ Samenvattend kan worden verwacht dat een intensievere prenatale screening, gecombineerd met een toename van uitgestelde kindwens de (pre)natale zorgvraag intensificeert.

Regionale trends

In de vier gemeenten die zijn geraakt door het verdwijnen van acute verloskunde in Lelystad, Dronten, Noordoostpolder en Urk, vinden op jaarbasis ~2.300 bevallingen plaats.⁹² De komende jaren zal de zorgvraag ten gevolge van deze geboorten naar verwachting iets toenemen. De populatie in de regio van de voormalige MC IJsselmeerziekenhuizen zal groeien, maar niet meer dan de Nederlandse populatie.⁹³ De drie belangrijkste regionale

⁸⁷<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/zorg-rond-de-geboorte/cijfers-context/gebruik#node-bevallingen-naar-lijn-en-plaats>

⁸⁸ Aanbieding advies Prenatale screening aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport door de Gezondheidsraad. 22 december 2016

⁸⁹ Oratie Mw. prof. dr. E. Pajkrt, hoogleraar Verloskunde: Wat je niet weet, zie je niet. 9 juni 2017

⁹⁰ Centraal Bureau voor de Statistiek, "Vrouwen steeds later moeder"

⁹¹ Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Gevolgen van uitstel van zwangerschap, E.R. te Velde, J.D.F. Habbema, C.G.J.M. Hilders en J.M.W.M. Merkus. 15 juli 2007

⁹² Feitenboek p.82

⁹³ Feitenboek p.6 – 7

factoren die de zorgvraag voor geboortezorg beïnvloeden, zijn een toegenomen reisafstand naar een ziekenhuis ⁹⁴, een hoger percentage thuisbevallingen in een deel van Flevoland ⁹⁵ en een relatief lage SES.⁹⁶ Voor de gemeente Urk geldt het geboortecijfer als vierde belangrijke regionale factor. Dit ligt op 20,2 geboortes per 1.000 inwoners; bijna het dubbele ten opzichte van het landelijke geboortecijfer van 10,4. De gemeenten Lelystad, Noordoostpolder en Dronten tonen een vergelijkbaar geboortecijfer met het landelijk gemiddelde. Eind 2018 is op initiatief van de verloskundigen kring Flevoland in samenwerking met de KNOV een enquête verstuurd vanuit de verloskundigenpraktijken. Hieruit bleek dat het animo voor een geboortecentrum niet doorslaggevend was om dit verder te onderzoeken.⁹⁷ 

5.3 De patiënt van vandaag is sterker betrokken en stelt meer eisen

Patiënten/burgers nemen in toenemende mate regie over hun eigen gezondheid door het raadplegen van online informatie over ziekte en gezondheid en het gebruik van wearables, die ook steeds meer mogelijkheden bieden. De hoeveelheid beschikbare data, alsmede de locaties waar dit wordt opgeslagen, nemen toe. Hier liggen onder meer kansen voor de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) en artificial intelligence, die verder worden besproken in paragraaf 6.3.

De toenemende wens tot regie over de eigen gezondheid blijkt ook uit de toegenomen betrokkenheid bij het eigen zorgpad. Uit onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland bleek dat 94% van de ondervraagde deelnemers behoefte heeft om samen met de zorgverlener te beslissen over zorg, terwijl in 2017 niet meer dan 48% van de ondervraagden meerdere mogelijkheden kreeg voorgelegd door de zorgverlener.⁹⁸ Hier is het belangrijk om te constateren dat niet voor iedere aandoening gezamenlijk beslissen ('shared decision making') voor de hand liggend is.

Een derde belangrijke ontwikkeling is dat patiënten mondiger worden in het evalueren van zorginstellingen en zorgaanbieders. Zo blijkt uit een onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland en IG&H dat patiënten de afgelopen jaren steeds vaker een beoordeling geven aan de zorginstelling of zorgverlener.⁹⁹

⁹⁴  Feitenboek p.39

⁹⁵  Feitenboek p.82

⁹⁶  Feitenboek p.10

⁹⁷  Feitenboek, p. 88

⁹⁸ https://www.patiëntenfederatie.nl/images/Factsheet_Samen_Beslissen.pdf

⁹⁹ https://www.patiëntenfederatie.nl/images/stories/Actueel/Nieuws/Open_Kaart_-_IGH_Consulting_en_Pati%C3%ABntenfederatie_Nederland.pdf

6. Verdieping: Ontwikkelingen in het zorgaanbod

Het huidige zorgaanbod is sinds het faillissement van het MC Zuiderzee door St Jansdal in Lelystad versterkt, door het openen van poliklinieken die zeer vergelijkbaar zijn met het aanbod poliklinieken begin 2018. Daarnaast voldoet de ambulancezorg op dit moment in Flevoland aan de gestelde norm. Voor acute verloskunde geldt dat zorgverleners sinds het faillissement duidelijke afspraken hebben gemaakt, deze hebben de samenwerking in de nieuwe situatie versterkt. Een belangrijk aandachtspunt blijft openbaar vervoer, aanvullingen in de vorm van pendeldiensten of versterkte vrijwilligersorganisaties zouden de bereikbaarheid voor een deel van de bevolking kunnen versterken.

Het toekomstige zorgaanbod wordt beïnvloed door technologische ontwikkelingen en toenemende kennis. Deze ontwikkelingen resulteren in het ontstaan van expertisecentra en de verschuiving van ziekenhuiszorg naar de thuissituatie en het verpleeghuis. Nieuw inzicht in wat patiënten belangrijk vinden in de zorg resulteert in meer aandacht voor samen beslissen en concepten als positieve gezondheid. Andere onderliggende factoren die de ontwikkelingen in het zorgaanbod bepalen zijn de druk op betaalbaarheid van de zorg en de tekorten op de arbeidsmarkt. Samenvattend wordt zorgaanbod door een groot aantal factoren beïnvloed. Daardoor is het voorspellen van veranderingen in het zorgaanbod en de snelheid waarmee deze veranderingen plaatsvinden complex.

In dit hoofdstuk bespreken we eerst het zorglandschap in de vier focusgemeenten. Daarna komen trends die het toekomstige zorgaanbod beïnvloeden aan de orde.

6.1 Kenmerken van het zorgaanbod in de gemeenten Lelystad, Dronten, Noordoostpolder en Urk

Sinds het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen is het zorgaanbod in de regio gewijzigd. De belangrijkste wijzigingen in het aanbod van ziekenhuiszorg, spoedzorg en ambulancezorg worden in deze paragraaf toegelicht. Tenslotte komt vervoer aan de orde.

Aanbod van ziekenhuiszorg

Sinds 1 maart 2019 is een deel van het zorgaanbod uit het voormalig MC Zuiderzee hervat in Lelystad door het St Jansdal. Daarnaast zijn er vier algemene ziekenhuizen in de regio,

gevestigd in Almere, Harderwijk, Heerenveen en Sneek waar patiënten terecht kunnen voor acute en planbare zorg. Isala in Zwolle ligt ook in de regio en heeft het profiel van een groot topklinisch ziekenhuis.¹⁰⁰  Op dit moment onderzoekt St Jansdal nog welke uitbreidingsmogelijkheden er zijn binnen het huidige zorgaanbod. Naast de geplande short stay opname afdeling voor electieve laagcomplexe ingrepen bij relatief gezonde patiënten, ligt een uitbreiding van behandelmogelijkheden in de lijn der verwachtingen. In aanvulling op het aanbod van de ziekenhuizen zijn ~tien zelfstandige behandelcentra (ZBC's) in Lelystad, Dronten, Emmeloord en Swifterbant gevestigd.¹⁰¹  In Lelystad is één ZBC geopend (Orthoparc) na sluiting van het MC Zuiderzee. In Dronten is een polikliniek van St Jansdal gevestigd en in Emmeloord een polikliniek vanuit de Antonius Zorggroep. Ook het Flevoziekenhuis heeft poliklinieken gevestigd buiten Almere, zoals voor nefrologie in Lelystad.¹⁰² 

Spoedzorg

In maart en april werden per maand gemiddeld 341 patiënten uit één van de vier gemeenten op de spoedpoli in Lelystad gezien.¹⁰³  Op de SEH van het voormalig MC Zuiderzee waren gemiddeld 1.200 unieke SEH-presentaties per maand, waarvan ~75% uit de regio.¹⁰⁴  Dit betekent dat op dit moment ruim 35% van de patiënten uit de regio (initieel) gezien wordt op de spoedpoli in Lelystad. Dit betreft vooral een groot deel van de patiënten die zich met ietsel presenteren, voor overige patiënten zijn de mogelijkheden zeker gedurende de avond en het weekeinde beperkt.¹⁰⁵ 

Ambulancezorg

Het wegvallen van de SEH in Lelystad heeft directe consequenties gehad voor het vervoer van patiënten met een acute zorgvraag. Ambulancevervoer is geclassificeerd in A1-, A2- en B-urgentie, waarbij de eerstgenoemde wordt ingezet bij de hoogste spoed. Bij A1-ritten is de prestatienorm dat een ambulance binnen een kwartier na melding ter plaatse moet zijn. Dit moet gelden voor minimaal 95% van de gevallen in de regio waar de regionale ambulancevoorziening actief is. Deze norm wordt in Flevoland behaald en dat is onveranderd

¹⁰⁰  Feitenboek p.39

¹⁰¹  Feitenboek p.41

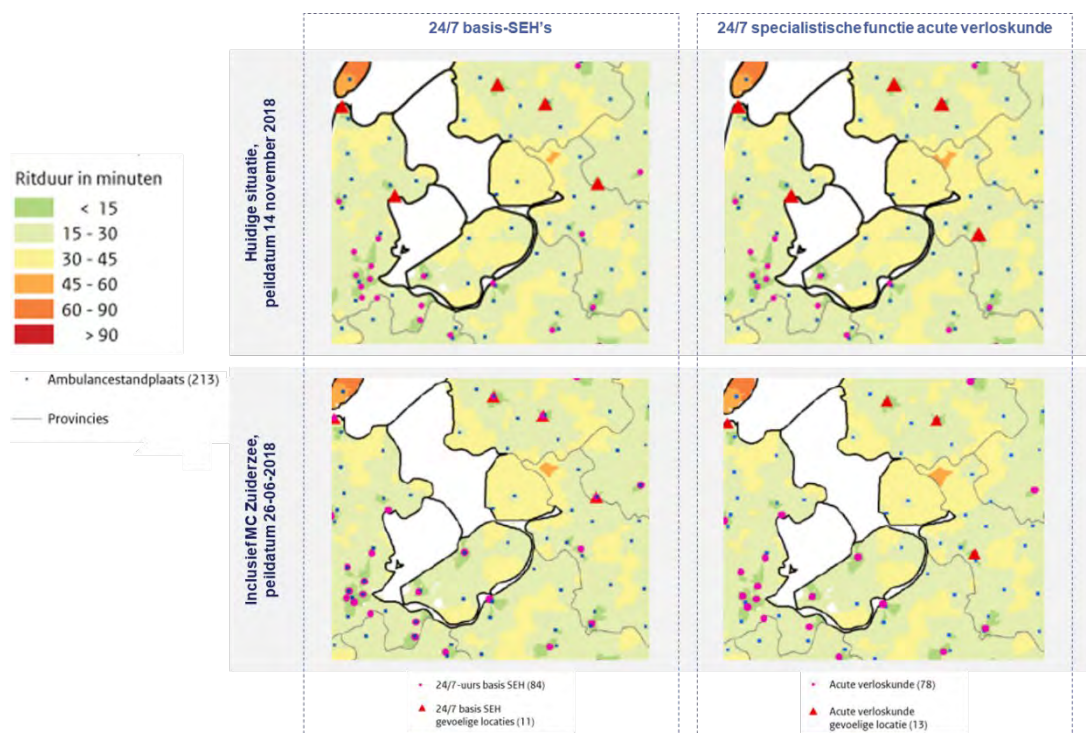
¹⁰²  Feitenboek p.41

¹⁰³  Feitenboek p.57

¹⁰⁴  Feitenboek p.50

¹⁰⁵  Feitenboek p.54 – 56

gebleven sinds november vorig jaar.¹⁰⁶ ^(F) Er is geen prestatienorm voor de totale tijd vanaf de melding tot en met de aankomst in een ziekenhuis, wel houdt het RIVM rekening met de spreidingsnorm van 45 minuten om te bepalen welke ziekenhuizen geen SEH- of acute verloskunde afdeling mogen sluiten (Figuur 15).¹⁰⁷ De totale duur van ritten waarbij daadwerkelijk een patiënt is vervoerd, wordt niet standaard geëvalueerd, in tegenstelling tot de 15-minuten aanrijtijd. Voor het ambulancevervoer geldt dat voor een aantal specifieke toestandsbeelden, zoals binnen de acute cardiologie en acute vaatchirurgie, ook vóór het faillissement van het MC Zuiderzee al naar een ander ziekenhuis met specifieke faciliteiten werd gereden.¹⁰⁸ ^(F)



Figuur 15: De hele provincie Flevoland voldoet na sluiting van de SEH in het MC Zuiderzee aan de spreidingsnorm. De spreidingsnorm is een theoretische norm die, onafhankelijk van het faillissement, niet overeenkomt met de praktijk. Bron: RIVM.

Vervoer

Zorgaanbod gaat ook over toegankelijkheid van zorg; hier speelt vervoer een cruciale rol. Nu de reisafstand voor een deel van de zorg is toegenomen, is de rol van vervoer extra relevant geworden. Voor klinische zorg nemen de reistijden in de meeste plaatsen toe. Indien gereisd

¹⁰⁶ ^(F) Feitenboek p.71

¹⁰⁷ Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2018; Analyse gevoelige ziekenhuizen, Feitenboek p.72

¹⁰⁸ ^(F) Feitenboek p.47

wordt per auto is de impact is het grootst voor inwoners uit Lelystad. Voor inwoners van Swifterbant, Urk, Nagele en Tollebeek is de reistijd per openbaar vervoer naar een ziekenhuis langer dan een uur. In andere delen van de Noordoostpolder is de reistijd zowel per auto als per openbaar vervoer op een aantal plaatsen gelijk gebleven (Figuur 16).¹⁰⁹ 

Het openbaar vervoer is vastgelegd in langlopende concessies en contracten. Dit maakt dat herinrichting van de routes naar zorgvoorzieningen op de korte termijn onhaalbaar is gebleken.

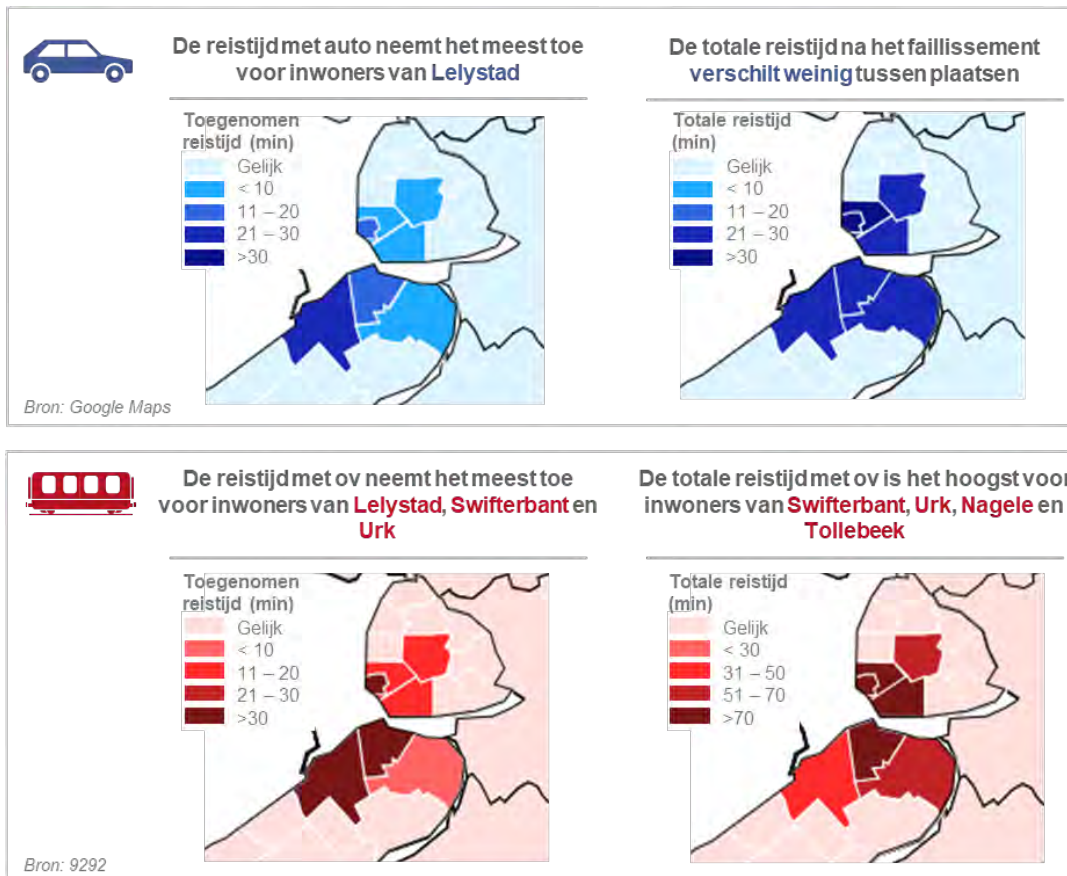
Vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is voor een deel van de inwoners die hier aanspraak op maken, vervoer per regiotaxi of deeltaxi beschikbaar bij de gemeente.¹¹⁰ Deze groep ervaart daarom geen afhankelijkheid van openbaar vervoer. Voor inwoners die niet in het bezit zijn van een auto en geen ziekenhuis kunnen bereiken per openbaar vervoer, moet gezocht worden naar aanvullende oplossingen. In Lelystad bestaat al een vrijwillige vervoersservice, waar deze groep een beroep op zou kunnen doen.¹¹¹ Deze constructie bestaat ook in andere delen van Nederland, bijvoorbeeld via het Rode Kruis.¹¹²

¹⁰⁹  Feitenboek p.36

¹¹⁰ <https://www.zorgwijzer.nl/faq/wmo-vervoer>

¹¹¹ <https://www.welzijnlelystad.nl/projecten/automaatje/>

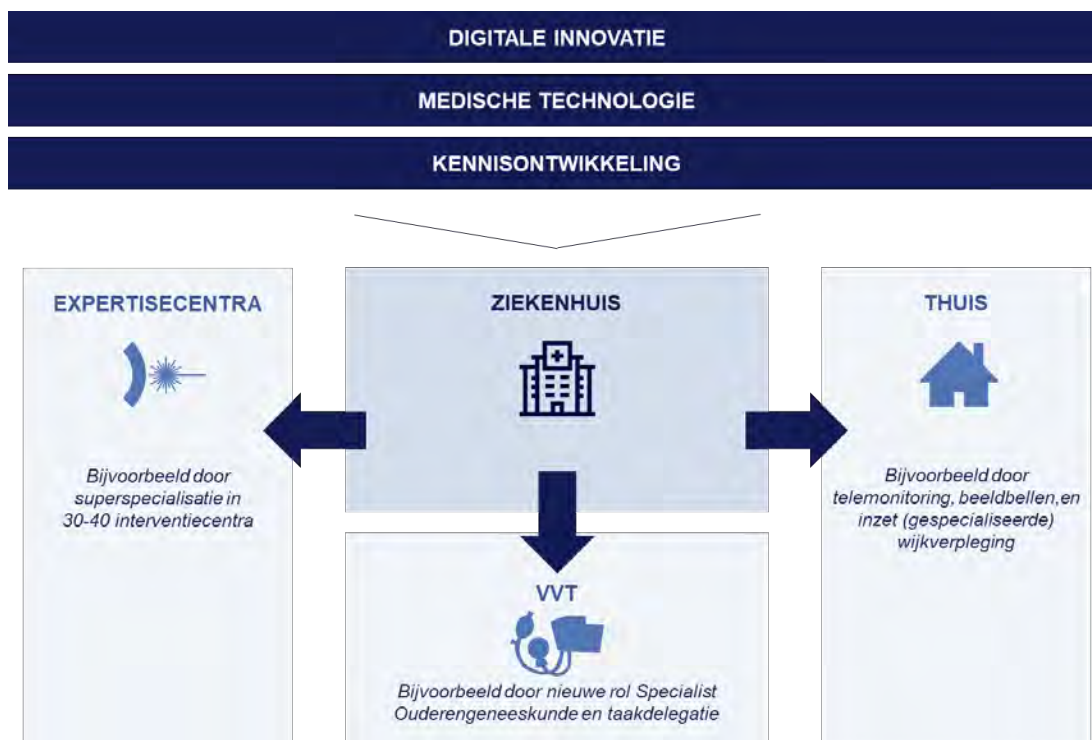
¹¹² https://www.rodekruis.nl/persbericht/rode_kruis_brengt_kwetsbare_patienten_naar_huis/



Figuur 16: Voor klinische zorg nemen de reistijden toe, de impact van het faillissement is het grootste voor de inwoners van Lelystad

6.2 Landelijke trends veroorzaken een verschuiving van ziekenhuiszorg naar expertisecentra, naar huis en naar VVT-instellingen

Het zorgaanbod wordt sterk beïnvloed door toegenomen technologische ontwikkelingen en kennis die vragen om gespecialiseerde professionals. Dit heeft op ziekenhuiszorg drie effecten (Figuur 17 op p.57). Ten eerste ontstaan expertisecentra, bijvoorbeeld een bundeling van 24/7 acute zorg in minder centra met gespecialiseerde faciliteiten. De concentratie van laagvolume oncologische zorg zoals in het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie is een ander voorbeeld. Ten tweede zorgen technologische en medische innovatie voor meer mogelijkheden voor zorg thuis. Ten derde maken deze ontwikkelingen het mogelijk om kwetsbare groepen, met name ouderen, op te vangen in een verpleeghuissetting in plaats van in het ziekenhuis.



Figuur 17: Innovatie faciliteert de verschuiving van ziekenhuiszorg naar expertisecentra, naar huis en naar VVT-instellingen

6.3 De potentie van digitale innovatie en medische technologie is groot

De potentie van digitale en medisch technologische innovatie is groot, maar de impact is niet (volledig) bekend. In de volgende paragrafen komt digitale innovatie, waaronder artificial intelligence (AI) en e-health, aan bod. Daarnaast wordt kort in gegaan op andere (medisch) technologische ontwikkelingen die bijdragen aan verplaatsing van zorg en personalized medicine.

Voor Flevoland liggen de kansen – op korte termijn – met name bij de inzet van digitale ondersteuning van zorg op afstand, zoals telemonitoring en videoconsultatie. Daarbij wordt idealiter ook de mogelijkheid tot (mee)beoordeling door zorgprofessionals op afstand volledig benut zodat expertise niet altijd overal aanwezig hoeft te zijn. De beperkte digitale- en gezondheidsvaardigheden vragen echter aandacht, wil inzet van e-health en thuisbehandeling/zelfmanagement een succes worden in deze provincie.¹¹³ 

¹¹³  Feitenboek p.28

Artificial Intelligence (AI)

Dat de mogelijkheden van AI in de zorg aanzienlijk zijn, is geen nieuws. Zo wordt gespeculeerd dat de 'AI-dokter' huidige artsen in de toekomst zal vervangen. Zover is het nog niet. In feite is Artificial Narrow Intelligence (ANI) een betere term voor de huidige staat van de technologie. Het stadium waarbij computers concepten 'begrijpen', ook wel Artificial General Intelligence (AGI) genoemd, is nog niet bereikt. Naast technologische beperkingen, zijn beperkte transparantie van systemen, ethische vraagstukken en vragen omtrent wet- en regelgeving belangrijke uitdagingen.^{114,115,116}

Deze uitdagingen maken ANI, onder andere door de snelle toename van beschikbare data, niet minder interessant. Grofweg kan ANI worden ingedeeld in Natural Language Processing (NLP) en Machine Learning (ML).

Natural Language Processing – het extraheren van informatie uit ongestructureerde data zoals aantekeningen van een arts – is essentieel voor maximaal gebruik van beschikbare data. NLP wordt steeds vaker gebruikt in de medische wereld. Bijvoorbeeld binnen het onderzoek naar chronische ziekten. Daarnaast wordt de toepassing van spraakherkenning gedurende poliklinische consulten verkend. Echter, toepassingen in de dagelijkse praktijk zijn momenteel nog beperkt.^{117,118}

Machine Learning (ML) alsmede deep learning, de moderne extensie van klassieke neurale netwerken (één van de ML-algoritmes), maakt gebruik van gestructureerde data. Niet verassend worden deze algoritmes het meest gebruikt binnen vakgebieden waar veel gestructureerde data beschikbaar is zoals de radiologie, radiotherapie, pathologie, oogheelkunde, dermatologie en genetica. Klinische applicaties betreffen onder andere ondersteuning bij bestralingsplanning en screeningsmammografieën. Een ander voorbeeld is SkinVision, een app die op basis van deep learning een risicobeoordeling en advies genereert.¹¹⁹

¹¹⁴ Jiang, F. *et al.* Artificial intelligence in healthcare: Past, present and future. *Stroke Vasc. Neurol.* **2**, 230–243 (2017).

¹¹⁵ Top Smart Algorithms In Healthcare. *The Medical Futurist* (2019).

¹¹⁶ Waarde(n)volle zorgtechnologie. *Raad Volksgezondheid en Samenleving* (2019).

¹¹⁷ Sheikhalishahi, S. *et al.* Natural Language Processing of clinical notes: A systematic review for Chronic Diseases (Preprint). *JMIR Med. Informatics* **7**, 1–18 (2018).

¹¹⁸ Wouda, F. & Hutink, H. *Artificial Intelligence in de zorg*. (Nictiz, 2019)

¹¹⁹ <https://www.skinvision.com/nl>

E-health

Hoewel de toepassingen van e-health – in de jaarlijkse eHealth monitor van Nictiz en Nivel gedefinieerd als ‘de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren’ – toenemen is het gebruik van e-health nog beperkt. Vanwege krapte op de arbeidsmarkt en stijgende zorgkosten hebben onder andere zorgverzekeraars en de overheid stimuleringsbeleid ontwikkeld. Waarschijnlijk zorgt dit voor een toename in het gebruik van e-health. Al moet niet voorbij worden gegaan aan mogelijke consequenties, zoals het verlies van informatie die gepaard gaat met beeldbellen en de transformatie die nodig is, wat onder andere scholing van zorgprofessionals vraagt.¹²⁰

Het meest voor de hand liggende voorbeeld van e-health betreft wellicht wel het elektronische patiënten/cliënten dossier (EPD/ECD). Hoewel het gebruik hiervan in het afgelopen decennium ‘normaal’ is geworden, zijn de mogelijkheden, waaronder informatie-uitwisseling en AI-toepassingen, nog lang niet volledig benut. Wel kunnen patiënten/cliënten het EPD/ECD steeds vaker online inzien. Het gebruik hiervan is echter nog beperkt en huisartsen en medisch specialisten zijn niet onverdeeld positief. De persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO), een omgeving waar een patiënt al zijn gezondheidsinformatie kan beheren, is meer geavanceerd en beoogt patiënten inzicht te geven in en regie te bieden over de eigen gezondheidssituatie. Eerder dit jaar ontvingen de eerste PGO's het MedMij-label: ‘de Nederlandse standaard voor de veilige uitwisseling van gezondheidsgegevens’.¹²¹

Daarnaast wordt e-health in toenemende mate ingezet in de behandeling en zelfmanagement van chronische aandoeningen. Hiervan zijn de ‘The Box’, COPD In Beeld en HartWacht goede voorbeelden. Met ‘The Box’ kunnen patiënten na het doormaken van een hartinfarct thuis onder andere een ECG (hartfilmpje) maken en hun bloeddruk meten. Door een forse toename van het aantal meetmomenten heeft de medisch specialist meer inzicht, daarnaast zijn ook de ervaringen van patiënten positief.¹²² COPD In Beeld maakt gebruik van digitale vragenlijsten die door patiënten wordt ingevuld in een app. Bij afwijkende resultaten of vragen van de patiënt neemt een verpleegkundige contact op met de patiënt middels een videoverbinding. Indien nodig wordt medische expertise opgeschaald. De resultaten zijn gunstig, zo wordt een reductie van het aantal consulten en opnameduur geobserveerd.¹²³ Ook de resultaten van HartWacht,

¹²⁰ Wouters, M. et al. E-health in verschillende snelheden. *eHealth-monitor* (2018).

¹²¹ <https://www.medmij.nl/>

¹²² Treskes, R. W. et al. Using Smart Technology to Improve Outcomes in Myocardial Infarction Patients: Rationale and Design of a Protocol for a Randomized Controlled Trial, The Box. *JMIR Res. Protoc.* 6, e186 (2017).

¹²³ Value Based Health Care Prize 2019, COPD In Beeld (<http://vbhcprize.com/copd-inbeeld/>)

gericht op patiënten met hypertensie, hartritmestoornissen en hartfalen, zijn positief. Patiënten zijn enthousiast, daarnaast wordt een afname van het aantal polikliniek- en SEH-bezoeken geobserveerd.¹²⁴

Miniaturisering en de ontwikkeling van nieuwe medicijnen

Naast e-health draagt miniaturisering van technologie bij aan de mogelijkheden tot zelfmanagement en thuisbehandeling. Een goed en al langer bestaand voorbeeld betreft zelfmanagement van antistollingsbehandeling.¹²⁵ Daarnaast wordt ook chemo- en immunotherapie vaker thuis gegeven, onder andere door de ontwikkeling van nieuwe medicatie zoals orale chemotherapie.^{126,127}

Gentechnologie en personalized medicine

Door de ontwikkeling van Next Generation Sequencing (NGS) is het mogelijk om snel en relatief goedkoop grote hoeveelheden DNA te analyseren. Door deze ontwikkeling, innovatie op verwante domeinen (omics sciences) en de mogelijkheid om grote hoeveelheden data te analyseren is steeds meer bekend over de relatie tussen genetica, het ontstaan van ziekte en het effect van behandeling. Deze kennis draagt bij aan personalized medicine: therapie op maat. De toepassing van personalized medicine – nu nog relatief nieuw – zal in de toekomst verder toenemen. Niet alleen in expertisecentra maar ook in de huisartsenpraktijk. Een andere veel belovende ontwikkeling binnen de gentechnologie betreft CRISPR-Cas. Een techniek waarmee DNA kan worden gemodificeerd en ziekte in de toekomst behandeld of voorkomen kan worden. Gentechnologie heeft echter ook nadelen, zoals onzekerheid over de betekenis van onderzoeksresultaten. Daarnaast zijn er maatschappelijke en ethische dilemma's, in het bijzonder als het CRISPR-Cas betreft.^{128,129}

Virtual Reality

Virtual Reality (VR), ofwel een kunstmatige 3D werkelijkheid, wordt realistischer en beter betaalbaar. Hiermee nemen ook de toepassingen in de zorg toe. VR wordt bijvoorbeeld gebruikt om kinderen voor te bereiden op diagnostiek/behandeling. Daarnaast wordt VR

¹²⁴ Value Based Health Care Prize 2019, HartWacht (<http://vbhcprize.com/hartwacht-2/>)

¹²⁵ Dolor, R. J. *et al.* An evaluation of patient self-testing competency of prothrombin time for managing anticoagulation: pre-randomization results of VA Cooperative Study #481--The Home INR Study (THINRS). *J. Thromb. Thrombolysis* **30**, 263–275 (2010).

¹²⁶ Immunotherapie óók mogelijk in thuissituatie. *Antoni van Leeuwenhoek Nederlands Kanker Instituut* (2017)

¹²⁷ Sohail, M. F. *et al.* Advancements in the oral delivery of docetaxel: Challenges, current state-of-the-art and future trends. *Int. J. Nanomedicine* **13**, 3145–3161 (2018).

¹²⁸ Kulski, J. K. Next-Generation Sequencing — An Overview of the History, Tools, and "Omic" Applications. in *Next Generation Sequencing - Advances, Applications and Challenges* i, 13 (InTech, 2016).

¹²⁹ Volksgezondheid Toekomst Verkenning. *RIVM* (2018).

toegepast binnen de geestelijke gezondheidszorg, onder andere bij de behandeling van angststoornissen.¹³⁰ Ook shared decision making betreft een potentieel interessante toepassing, in het bijzonder binnen een populatie met beperkte gezondheidsvaardigheden. Mensen vinden het accuraat inschatten van een toekomstige gevoelstoestand immers moeizaam, daarmee is het lastig om bijvoorbeeld de kans op complicaties van een behandeling en de risico's die gepaard gaan met het natuurlijk beloop van een aandoening naar waarde te schatten. VR zou hierbij kunnen helpen.¹³¹

Uiteraard kunnen er nog veel meer interessante ontwikkelingen op het gebied van medische technologie genoemd worden. Voorbeelden betreffen de inzet van robotica in VVT-instellingen, bedoeld om de werkdruk te reduceren en sociale/zorgrobots die kwetsbare thuiswonenden ondersteunen.¹³² Het voert voor dit rapport echter te ver om hierop in te gaan.

6.4 Ontwikkelingen in de organisatie van zorg benadrukken de centrale positie van de patiënt

De ontwikkeling van kennis over de organisatie van zorg beïnvloedt de manier waarop de zorg in het huidige stelsel wordt ingericht en hoe deze wordt vernieuwd. De patiënt staat tegenwoordig centraal, samen met de verlening van zorg aan de patiënt. Een belangrijk initiatief waar zorgaanbieders zich op richten is het aanbieden van keuzehulpen. Dat is in lijn met de trend dat de patiënt steeds vaker wenst samen te beslissen over de behandeling (paragraaf 5.3). Dit betreft zorgtrajecten waarbij persoonlijke wensen en omstandigheden van de patiënt worden meegenomen in de vorm van vragenlijsten, om uiteindelijk te komen tot een weloverwogen keuze voor een behandeling of een afwachtend beleid.¹³³ Aanbieders van keuzehulpen, die door middel van een koppeling met het EPD en visuele ondersteuning een rol spelen in het centraal stellen van de patiënt bij een keuze voor de behandeling, werken samen met zorginstellingen zoals het RadboudUMC om dit te bewerkstelligen.¹³⁴

Zorguitkomsten worden ook transparanter. Zo heeft het Zorginstituut een transparantiekalender opgesteld, deze blijft in ontwikkeling. Daarnaast biedt het Zorginstituut patiënten een keuzehulp voor tientallen aandoeningen, ter bevordering van een

¹³⁰ Volksgezondheid Toekomst Verkenning. *RIVM* (2018).

¹³¹ Kahneman, D. & Snell, J. Predicting a changing taste: Do people know what they will like? *J. Behav. Decis. Mak.* **5**, 187–200 (1992).

¹³² Lee, J. Y. *et al.* Nurses' needs for care robots in integrated nursing care services. *J. Adv. Nurs.* **74**, 2094–2105 (2018).

¹³³ <https://patientplus.info/zes-ziekenhuizen-starten-met-verrijkte-keuzehulp/>

¹³⁴ <http://www.behandelingbegrepen.nl/2018/04/24/behandeling-begrepen-en-winq-ontvangen-subsidie-om-samen-beslissen-te-ondersteunen/>

weloverwogen keuze van de patiënt zelf.¹³⁵ Door het toegenomen aantal initiatieven op het gebied van waardegedreven zorg, ook wel Value Based Healthcare, is deze trend van transparante zorguitkomsten nog sterker in ontwikkeling. Het doel is om de best mogelijke uitkomsten van zorg aan te bieden tegen zo laag mogelijke kosten, waarbij de patiënt altijd centraal staat.¹³⁶

Zorgaanbieders hebben ook te maken met een veranderd verwachtingspatroon van patiënten. De mogelijkheden in het zorgaanbod nemen toe, zo kan het toedienen van een chemokuur tegenwoordig thuis plaatsvinden en hoeft de patiënt niet in alle gevallen naar het ziekenhuis (paragraaf 5.3 en paragraaf 6.3). Toegenomen verwachtingen van patiënten zijn hier een logisch gevolg van. Deze ontwikkeling vormt meteen ook een bedreiging voor de beschikbaarheid van zorg. Wanneer iedereen aan huis wordt behandeld, dan verhoogt dit het beroep op (specialistisch) verpleegkundigen, omdat het leveren van zorg op meerdere thuislocaties meer tijd vraagt dan de behandeling van meerdere patiënten op één afdeling in het ziekenhuis.

6.5 Positieve gezondheid en preventie

Gezondheid hangt samen met meer dan alleen het genezen van een ziekte. Samenvattend wordt de ambitie om ziekte te voorkomen landelijk breed gedragen door zowel overheid, zorgverzekeraars als zorgaanbieders. In Flevoland is ten opzichte van andere provincies nog ruimte om netwerkinitiatieven te ontplooiën die op regionaal niveau kansen verkennen, net zoals in de andere provincies. Uit gesprekken met zorgverleners vanuit Urk en de Noordoostpolder is al duidelijke interesse getoond in positieve gezondheid en preventie. Ook in de gemeente Lelystad staat dit onderwerp hoog op de agenda. Gemeenten Lelystad, Dronten, Noordoostpolder en Almere vallen onder de zogeheten GIDS-gemeenten. GIDS staat voor Gezond in de Stad en is aangesloten bij het Nationaal Programma Preventie. Dit programma loopt sinds 2014 en wordt gecontinueerd tot 2021. Doelstelling is om in woonplaatsen met gezondheidsachterstanden, preventie te stimuleren.¹³⁷ Een mooi voorbeeld in Flevoland is de focus op kwetsbare zwangeren in het Flevoziekenhuis op de ExtraZorgPoli, met de ambitie om invulling te geven aan het programma Kansrijke Start, waarbij ook eerstelijnsverloskundigen uit Lelystad betrokken zijn. Meer integratie heeft de potentie om betere zorg te leveren, kosten te besparen en mensen meer jaren in goede gezondheid te geven.

¹³⁵ <https://www.kiesbeter.nl>

¹³⁶ Michael E. Porter, *Redefining Healthcare*, 2006

¹³⁷ <https://www.gezondin.nu/gids-gemeenten>

In 2017 is het Nationaal Programma Preventie gestart, hier wordt de ambitie uitgesproken om richting 2030 de toename van het aantal chronisch zieken zoveel mogelijk te beperken.¹³⁸ Het RIVM evalueert jaarlijks hoe preventie in het zorgstelsel tot zijn recht komt vanuit samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars.¹³⁹ Hieruit blijkt dat van de 81 landelijke netwerkinitiatieven die werken aan een vorm van preventie, slechts één is gevestigd in Flevoland. Het Nationaal Preventieakkoord richt zich op roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik en biedt alle spelers in het zorgstelsel een aanpak om in te zetten op concrete afspraken om de zorg en zorgkosten die gepaard gaan met deze drie trends te beperken richting 2040.¹⁴⁰

Een initiatief dat zich richt op zorgaanbieders, is de stichting Institute for Positive Health (iPH), met de ambitie om mensen langer, gelukkiger en gezonder te laten leven. Daartoe is een gespreksinstrument ontwikkeld voor zorgverleners. Voorbeelden van componenten die aan bod komen zijn meedoen en zinvol leven.¹⁴¹ In Noord-Limburg is onderzoek gedaan naar het implementeren van dit gespreksinstrument in de spreekkamer van huisartsen.¹⁴² Een reductie in het aantal verwijzingen naar een medisch specialist was een belangrijke bevinding in dit experiment.

6.6 Samenwerking en de ambitie om de juiste zorg op de juiste plek aan te bieden

Samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders wordt ook ketenintegratie of netwerkgeneeskunde genoemd. Ketenintegratie kan nog beter georganiseerd worden. Een aandachtspunt is de organisatie van toegang tot patiëntgegevens voor zorgverleners vanuit verschillende instellingen die gezamenlijk aan de behandeling werken. Informatie-uitwisseling is daarbij nog een uitdaging, omdat verschillende ICT-systemen die binnen de zorg worden gebruikt niet eenvoudig aan elkaar te koppelen zijn. Idealiter ziet een zorgverlener continu alle voor hem of haar relevante gegevens van een patiënt, zodat diagnostiek niet dubbel uitgevoerd hoeft te worden. Dit brengt zowel tijdswinst voor de patiënt, als een kostenbesparing voor het stelsel met zich mee. Dit is een landelijke trend, maar geldt ook in Flevoland.

¹³⁸ RIVM, Factsheet Nationaal Programma Preventie (2017)

¹³⁹ RIVM, Evaluatie Preventie in het Zorgstelsel, Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars ten aanzien van preventie in 2018

¹⁴⁰ Nationaal Preventieakkoord (2018)

¹⁴¹ Institute for Positive Health, begeleidingsdocument zorgverleners

¹⁴² Jung et al. Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen (2018)

Bij het begrip 'juiste zorg op de juiste plek' gaat het om het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg naar dichterbij de patiënt en het vervangen van zorg door andere vormen van zorg.¹⁴³ Dit betekent dat er meer integraal wordt gekeken naar de gezondheid van de patiënt en het voorkómen van ziekten. Als er dan zorg nodig blijkt, wordt afgewogen waar deze zorg het beste plaats kan vinden en hoe de bijbehorende kosten zonder kwaliteitsverlies kunnen worden beperkt. Dat kan betekenen dat andere vormen van zorg zoals e-health of het leveren van zorg thuis worden ingezet. Deze ontwikkelingen bieden kansen voor de inwoners van Flevoland en passen ook goed bij de ambitie die de provincie zou moeten hebben om een doelgericht en vernieuwend zorgaanbod te realiseren.

6.7 Arbeidsmarkt

In Nederland geldt een krapte op de arbeidsmarkt voor bepaald zorgpersoneel, met name verpleegkundigen. Hoewel recent eerdere projecties flink zijn bijgesteld ¹⁴⁴, loopt het tekort de komende jaren nog fors op. De instroom van verpleegkundige opleidingen is inmiddels verbeterd, maar de uitstroom is nog hoog. In het bijzonder verpleegkundig personeel op de operatiekamer (OK-assistenten en OK-verpleegkundigen), IC- en SEH-verpleegkundigen is schaars.¹⁴⁵ Ook aan bepaalde medisch specialisten is een tekort, vooral aan oogartsen, MDL-artsen en reumatologen, psychiaters, SEH-artsen KNMG en specialisten ouderengeneeskunde.¹⁴⁶ Daarnaast geldt krapte op de arbeidsmarkt ook voor verloskundigen.¹⁴⁷ De genoemde tekorten op de arbeidsmarkt worden in Flevoland ook flink gevoeld, in zowel dunbevolkte gebieden als de achterstandswijken in de dorpen en steden. Als reden voor het voornemen om de kindergeneeskunde in het toenmalige MC Zuiderzee te sluiten is een tekort aan kinderartsen aangevoerd, maar daaraan lijkt landelijk geen tekort.¹⁴⁸ 

Het voormalig MC Zuiderzee had moeite om voldoende kinderartsen aan zich te binden. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde heeft onderzocht dat de omvang van de patiëntenpopulatie, het profiel van een ziekenhuis en de locatie van invloed zijn op de keuze van kinderartsen om voor een ziekenhuis te gaan werken. Ziekenhuizen met relatief weinig

¹⁴³ Rapport Taskforce De Juiste zorg op de juiste plek (2018)

¹⁴⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/05/23/aanpak-personeelstekort-zorg-werkt>

¹⁴⁵ <https://www.venvn.nl/Berichten/ID/2783544/Eindelijk-forse-verhoging-opleidingsplaatsen-gespecialiseerd-verpleegkundigen>

¹⁴⁶ <https://capaciteitsorgaan.nl/arbeidsmarktmonitor/>

¹⁴⁷ <https://www.knov.nl/actueel-overzicht/nieuws-overzicht/detail/capaciteitsproblematiek-neemt-toe-en-leidt-tot-nijpende-situaties/2446>

¹⁴⁸  Feitenboek, p.35

patiënten en een algemeen profiel in een dunbevolkt gebied zijn minder in trek.¹⁴⁹ Het lijkt waarschijnlijk dat bovenstaande ook voor andere specialismen met een relatief hoog aantal landelijke vacatures geldt.

Aan huisartsen is eveneens een groeiend tekort, dat nu met name wordt gevoeld in een groeiend aantal vacatures, patiëntenstops en moeite om opvolging of waarneming te vinden.¹⁵⁰ In achterstandswijken en dunbevolkte gebieden zijn deze tekorten nijpender dan in bijvoorbeeld de Randstad. Met een verwachte verdere verschuiving van ziekenhuis naar de eerste lijn, lijkt het tekort aan huisartsen verder op te gaan lopen. In de gemeenten Lelystad, Dronten, Urk en Noordoostpolder is een tekort aan huisartsen, dat naar verwachting verder zal toenemen. Huisartsen rapporteren overvolle praktijken die de norm van 2095 patiënten overschrijden.¹⁵¹ Dit tekort wordt mogelijk versterkt door het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen, de huisartsen zijn van mening dat het wegvallen van een deel van de ziekenhuiszorg uit Lelystad een negatieve invloed heeft op de aantrekkelijkheid van het vak in de regio.¹⁵²

Eén van de antwoorden op tekorten, is het realiseren van een betere instroom en betere afstemming tussen vraag en aanbod. In de afgelopen decennia is er vaak een golfbeweging gezien van tekorten naar overschotten en weer terug voor verschillende medische specialisaties. Een betere aansluiting tussen het aantal zorgprofessionals dat nodig is en wordt opgeleid zou helpen om deze tekorten deels terug te dringen.

6.8 Betaalbaarheid van de zorg

De zorguitgaven in Nederland zullen zonder interventie tussen 2015 en 2040 verdubbelen tot € 174 miljard per jaar.¹⁵³ Dit wordt onder andere veroorzaakt door de dubbele vergrijzing (er zijn meer ouderen en die worden gemiddeld ouder), het feit dat meer ziekten chronisch van aard worden, de welvaartstijging, de opkomst van nieuwe medische technologie en de verwachte bevolkingsgroei.

¹⁴⁹ Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), interview De Stentor, 5 juli 2018

¹⁵⁰ <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/huisartsentekorten>

¹⁵¹ <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/-normpraktijk-huisarts-zakt-naar-2095.htm>

¹⁵² Werkgroepbijeenkomst klinische zorg voor kwetsbare groepen

¹⁵³ <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>

Hierdoor wordt de zorg in Nederland in de toekomst onbetaalbaar. Onder andere ter beheersing van de zorgkosten zijn diverse hoofdlijnenakkoorden getekend.¹⁵⁴ Voor de medisch specialistische zorg is bijvoorbeeld een beperking van de groei van de kosten van 10 naar 8 miljard euro voor de periode 2019-2022 afgesproken. Voor de huisartsenzorg zijn juist stijgingen van de uitgaven in het hoofdlijnenakkoord afgesproken.¹⁵⁵

Door de inzet van 'juiste zorg op de juiste plek', het terugdringen van de regeldruk en het inzetten van innovatieve vormen van zorg moet dit doel behaald worden. Alle partijen in het zorgstelsel hebben de (morele) plicht om waar mogelijk de groei van zorguitgaven te beperken. Het verplaatsen van zorg naar een andere lijn kan resulteren in een kostenbesparing, op voorwaarde dat de vrijgekomen ruimte niet met andere taken wordt ingevuld. Verschuiving van zorg kan een financiële uitdaging vormen indien medisch-specialistische zorg kan worden ondergebracht in de eerste lijn, omdat dit in verminderde inkomsten voor de tweede lijn resulteert. Een vergelijkbare uitdaging kan ontstaan indien verschuiving van zorg onder een andere stelselwet komt te vallen, bijvoorbeeld een verschuiving van de zorgverzekeringswet naar de wet maatschappelijke ondersteuning. Wanneer de inzet op welzijn en preventie wordt vergroot, komt dit onder budget van gemeenten te vallen en levert dit potentieel een besparing voor zorgverzekeraars op. Een dergelijke verschuiving brengt een financiële uitdaging met zich mee.

Tot slot wordt de inzet op technologie in de zorg onder andere gedreven door stijgende zorgkosten. Echter, prognoses laten zien dat juist de technologische ontwikkelingen verdere stijging van zorgkosten in de toekomst grotendeels veroorzaken.¹⁵⁶ Dat is zeker het geval indien innovatie additief is op het huidige zorgaanbod en substitutie niet slaagt.

De landelijke ontwikkelingen gelden ook voor Flevoland. Ook hier worden discussies gevoerd over de verplaatsing van zorg naar dichterbij huis, het inzetten van innovatie gericht op het beter maar ook zeker goedkoper maken van de zorg en de impact van de vergrijzing die de komende jaren in Flevoland sterk zal toenemen.¹⁵⁷ 

¹⁵⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/06/04/hoofdlijnenakkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-2022-ondertekend>

¹⁵⁵ <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/hoofdlijnenakkoord>

¹⁵⁶ Volksgezondheid Toekomst Verkenning. *RIVM* (2018).

¹⁵⁷  Feitenboek p.5

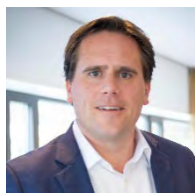
7. Bijlage: Over de schrijvers

Daar waar de term toekomstverkenner is gebruikt in dit rapport wordt gerefereerd aan het team toekomstverkenning dat bestaat uit de volgende vier adviseurs van IG&H:



Bas Leerink | Associate Partner

- **Rol in project:** als Associate Partner van IG&H was Bas eindverantwoordelijk voor de projectexecutie.
- **Relevante ervaring:** Bas heeft brede en diepgaande expertise in ziekenhuisbestuur, zorgverzekeraars, zorginkoop en managementadvies, onder andere als voorzitter van de raad van bestuur van het Medisch Spectrum Twente. Daarnaast is Bas lid van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving.



Adriaan Kraal | Manager

- **Rol in project:** Adriaan is verantwoordelijk geweest voor project- en stakeholdermanagement. Inhoudelijk was hij betrokken bij geboortezorg en klinische zorg voor kwetsbare groepen.
- **Relevante ervaring:** als senior consultant bij Berenschot is Adriaan betrokken geweest bij het formuleren van korte en lange termijnstrategieën, uitvoeren van haalbaarheidsstudies en evaluaties. Door zijn klinische ervaring als AIOS KNO in het UMC Utrecht, kent hij de zorgsector van binnenuit.



Anouk Baars | Consultant

- **Rol in project:** Anouk was inhoudelijk betrokken bij geboortezorg en acute zorg. Daarnaast was zij betrokken bij project- en stakeholdermanagement.
- **Relevante ervaring:** procesoptimalisatie, project- en verandermanagement en strategietrajecten. Haar onderzoeksachtergrond (onder andere Harvard Medical School) is relevant bij complexe vraagstukken en analyses.



Berdine Heesterman | Consultant

- **Rol in project:** Berdine was inhoudelijk betrokken bij acute zorg en klinische zorg voor kwetsbare groepen. Ook bracht zij de populatie van de regio nauwkeurig in kaart en was ze betrokken bij stakeholdermanagement.
- **Relevante ervaring:** na de master Geneeskunde te hebben afgerond in Leiden, promoveerde Berdine op erfelijke paragangliomen in het LUMC. Binnen IG&H heeft zij ervaring opgedaan in transitietrajecten, strategische verkenningen en procesoptimalisatie.



IG&H | Health

IG&H



Feitenboek 2.0

Toekomstverkenning Zorg Flevoland

In opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Status van dit document

Dit document, “het feitenboek”, is aanvankelijk 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) zijn diverse vervolganalyses uitgevoerd op basis van voortschrijdend inzicht. Deze analyses zijn voortgekomen uit inhoudelijke werkgroepen, voornamelijk bestaande uit zorg- en hulpverleners en de toekomstverkenner, binnen de thema’s acute zorg, acute verloskunde en klinische zorg voor kwetsbare groepen.

De basis van de toekomstverkenning is breder dan enkel dit document, dat zich richt op feitelijkheden. Inzichten van deelnemers ten aanzien van de toekomstvisie zijn verwerkt in het rapport ‘Toekomstverkenning zorg in Flevoland’.



Inhoud

Patiënt en profiel



Zorgaanbod



**Proces
toekomstverkenning**



Inhoud

Patiënt en profiel



Zorgaanbod



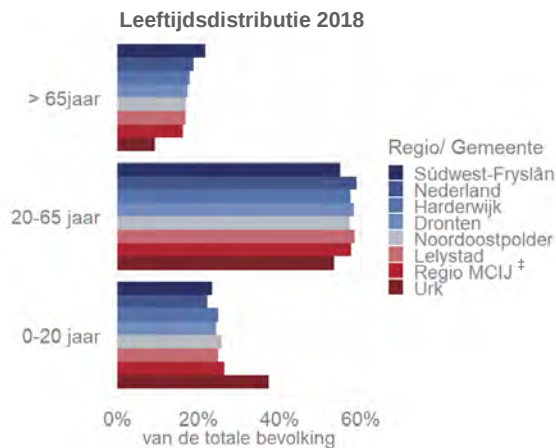
Proces toekomstverkenning



- *Demografische kenmerken van de populatie in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen*
- *Gezondheid, zorgkosten en gebruik WMO maatwerkvoorzieningen*
- *Kwetsbare groepen*
- *Profiel en reistijden*

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

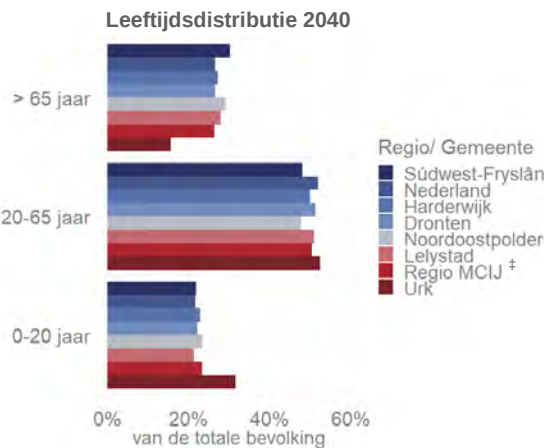
De bevolking in het adherentiegebied van de MC IJsselmeerziekenhuizen is **relatief jong** t.o.v. de bevolking in Nederland, dit is het meest uitgesproken op Urk



Mediane leeftijd
(Q₁ – Q₃)

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)



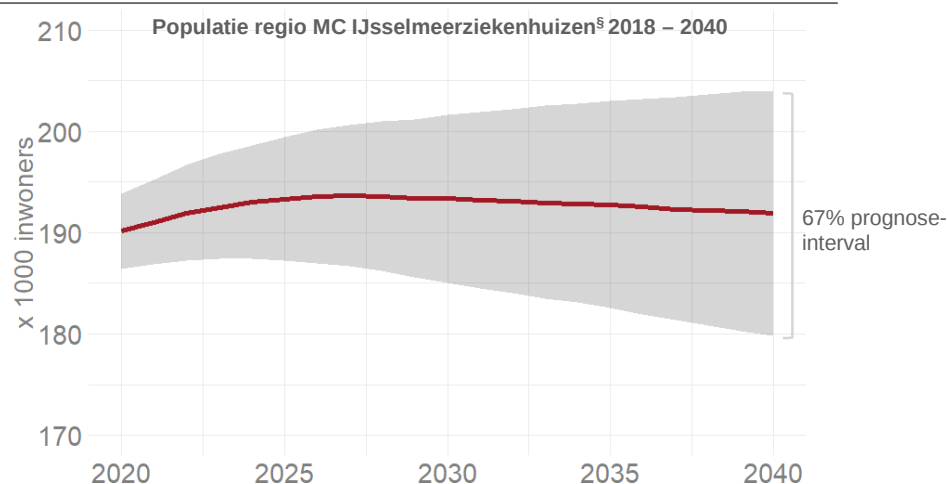
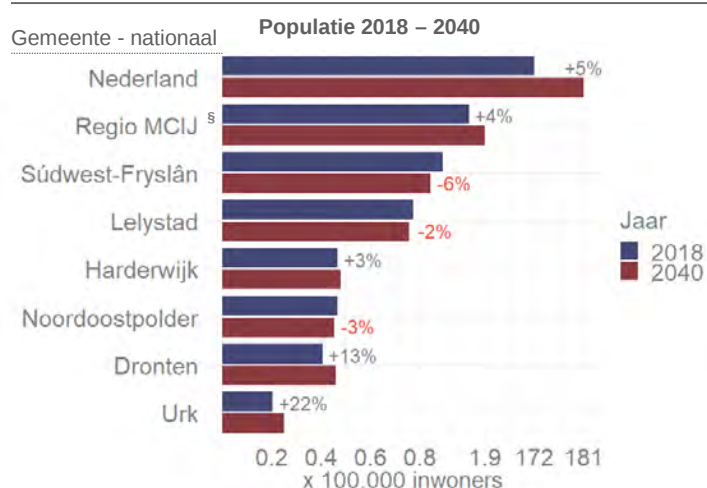
Bevolking | in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen neemt toe, maar niet meer dan de Nederlandse populatie

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

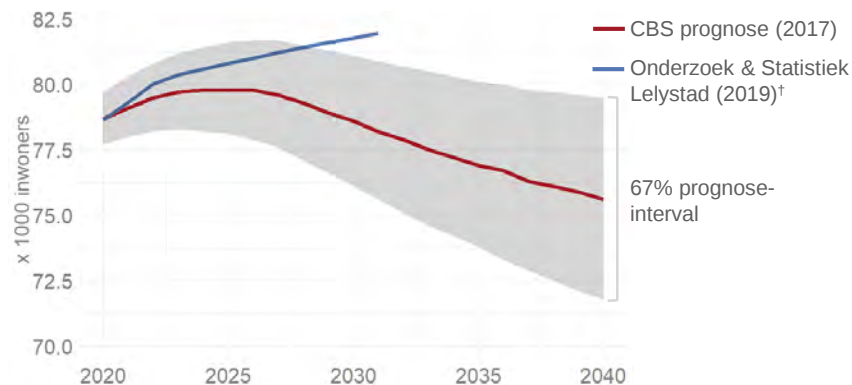


Aantal inwoners in regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen **groeit** naar verwachting, maar niet meer dan de Nederlandse populatie. Het 67% prognose-interval, een maat voor de nauwkeurigheid van de prognose, is echter relatief breed

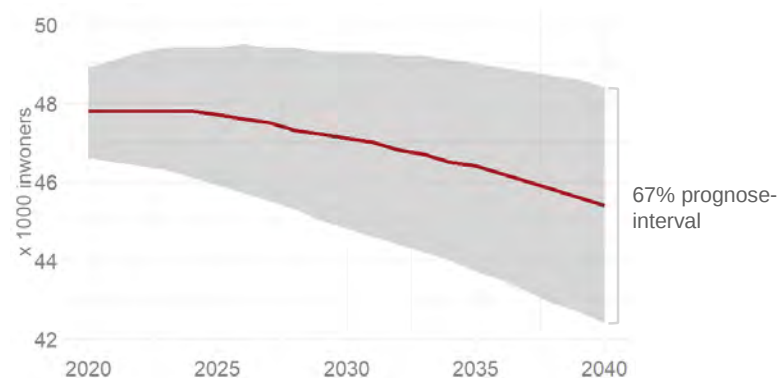


Bevolking | in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen neemt toe, maar bevolkingsgroei wisselt per gemeente

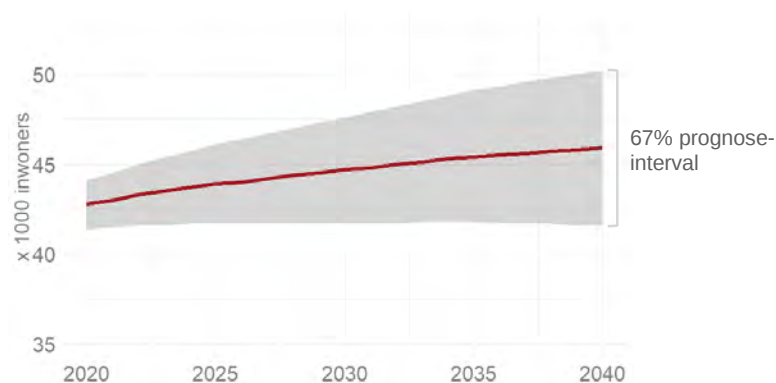
Zowel het CBS als de gemeente **Lelystad** verwachten bevolkingsgroei in de periode 2019 – 2024, daarna zal de groeisnelheid afnemen/ negatief worden



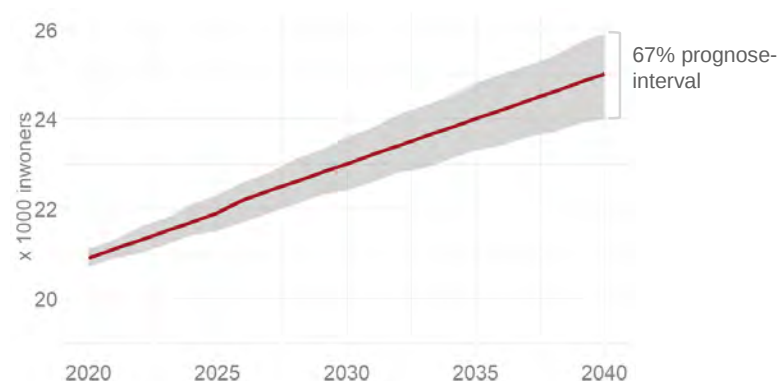
Naar verwachting blijft het aantal inwoners in de **Noordoostpolder** de komende jaren ~ gelijk, maar neemt deze vanaf ~ 2025 geleidelijk af



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



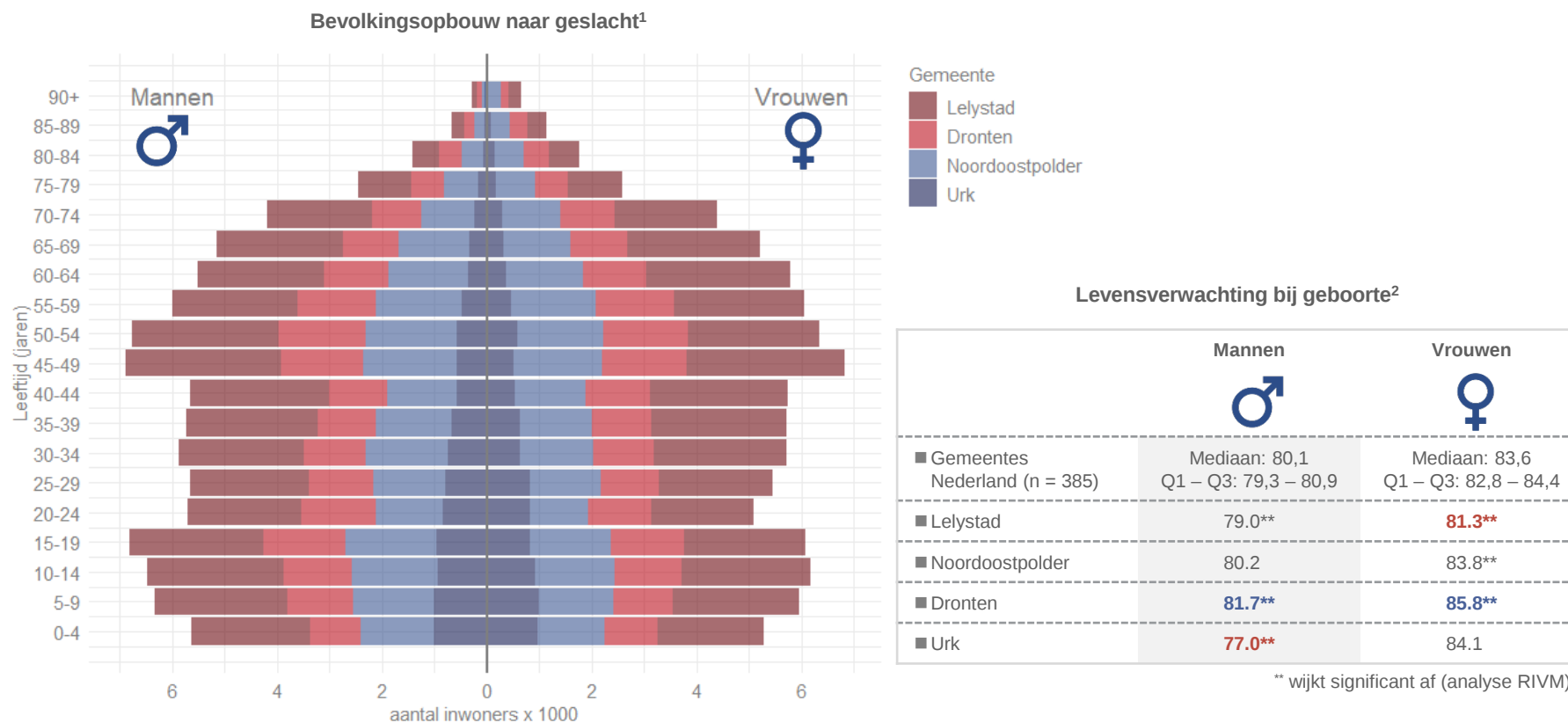
Op **Urk** blijft het aantal inwoners, naar verwachting, het snelst groeien



Bronnen: CBS prognose 2017; Bevolkingsprognose 2019 – 2034, Onderzoek en Statistiek Gemeente Lelystad. De bevolkingsprognoses worden gebaseerd op demografische componenten en woningbouwveronderstellingen. Het CBS/PBL gebruiken de PEARL model en de gemeente Lelystad GBPRO model. Historische cijfers meegenomen in de prognose van Lelystad dateren vanuit 2013 – 2017. Het CBS gebruikt een uitgebreid verantwoordingsmodel (Stoeldraijer, Van Duin en Huisman, 2017). [†] De gemeente Lelystad verwacht vanaf 2028 een negatief geboorteoverschot, wat gecompenseerd wordt door een positief migratiesaldo

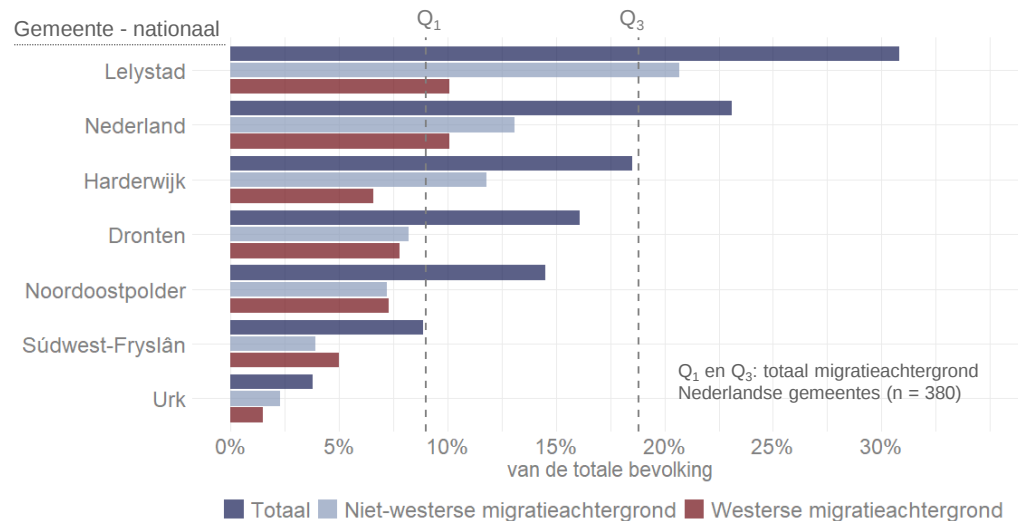
Bevolking | er zijn circa net zoveel mannen als vrouwen in de regio; de levensverwachting bij geboorte is hoger voor vrouwen

Voor iedere leeftijd geldt dat er circa net zo veel mannelijke als vrouwelijke inwoners zijn, alleen in de hogere leeftijdscategorieën zijn er iets meer vrouwen dan mannen, passend bij de hogere leeftijdsverwachting van vrouwen.

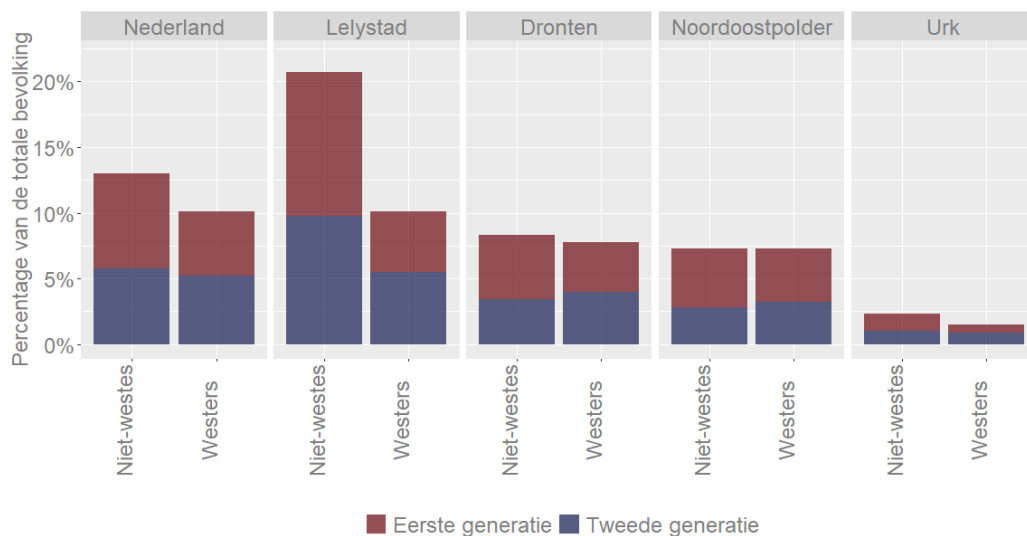


Bronnen: ¹ CBS 2018; ² CBS doodsoorzakenstatistiek, bewerkt door RIVM

Migratieachtergrond | relatief veel inwoners met een migratieachtergrond in Lelystad en relatief weinig op Urk



- Aantal inwoners met een migratieachtergrond is relatief **hoog** in **Lelystad**, waarvan circa ⅓ een niet-westerse migratie achtergrond heeft.
- Op **Urk** is het aantal inwoners met een migratieachtergrond juist relatief **laag**.
- Inwoners met een niet-westerse migratie achtergrond zijn iets vaker van de eerste generatie (~55% in de 4 gemeentes); het tegenovergestelde geldt voor inwoners met een westerse migratieachtergrond (~48% eerste generatie).



Bron: CBS 2018

Migratieachtergrond gedefinieerd als persoon met tenminste één ouder die in het buitenland is geboren.

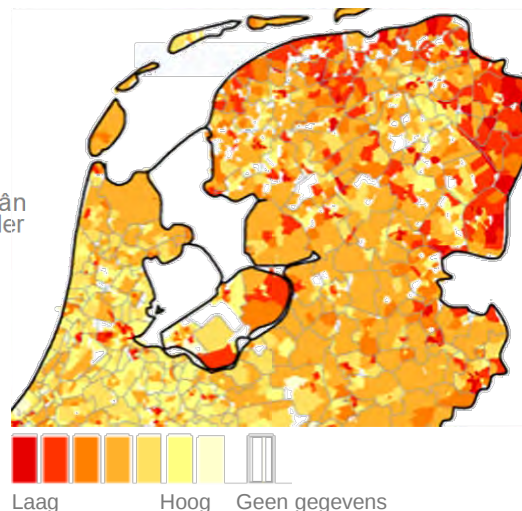
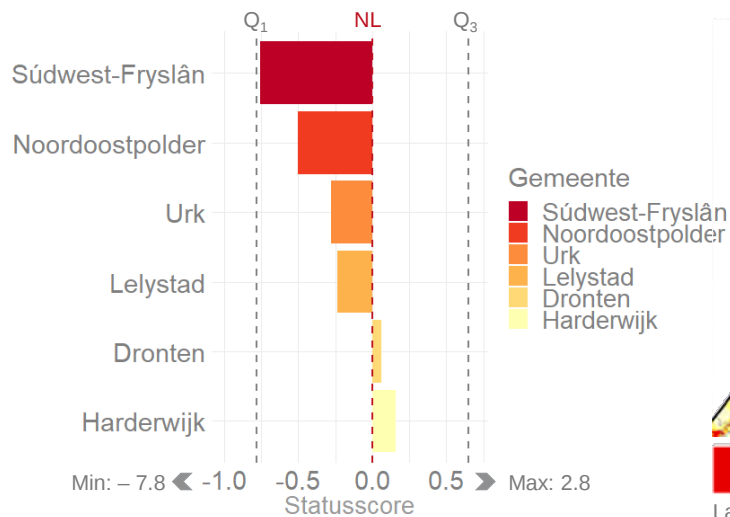
Eerste generatie: persoon die in het buitenland geboren is, met tenminste één ouder die in het buitenland is geboren

Tweede generatie: persoon die in Nederland geboren is met tenminste één ouder die in het buitenland is geboren



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



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

IQR berekend op basis van alle postcodegebieden in Nederland waarvoor een statusscore bekend was in 2017 en het aantal inwoners per postcodegebied in datzelfde jaar.

Inhoud

Patiënt en profiel



Zorgaanbod



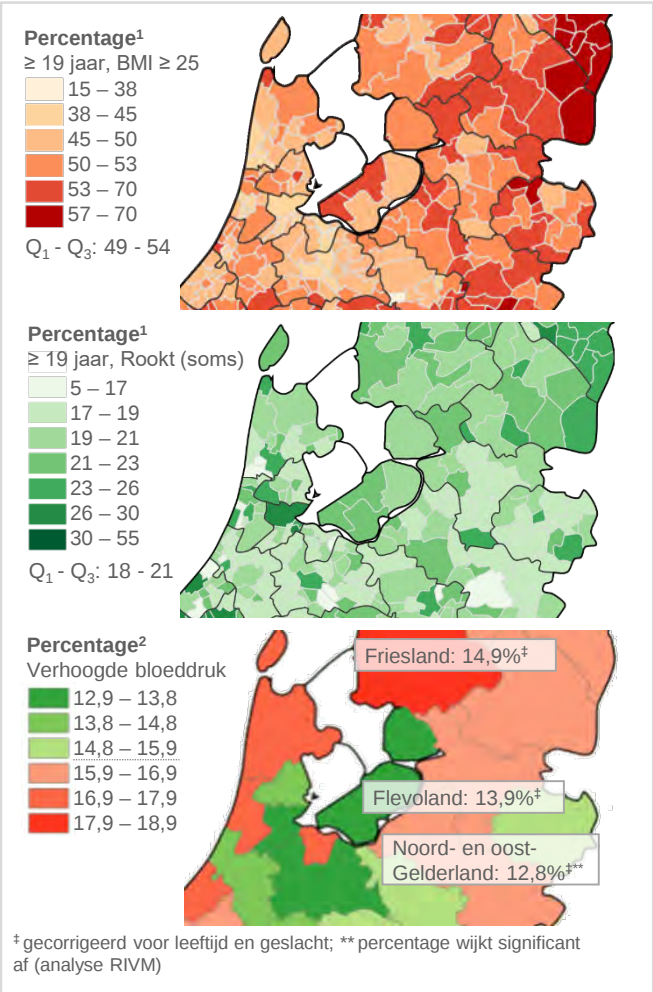
Proces toekomstverkenning



- *Demografische kenmerken van de populatie in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen*
- *Gezondheid, zorgkosten en gebruik WMO maatwerkvoorzieningen*
- *Kwetsbare groepen*
- *Profiel en reistijden*

Gezondheid | inwoners Lelystad en Urk is relatief slecht in vergelijking met Nederlandse populatie (I)

Het aantal inwoners met **overgewicht** is relatief hoog in Lelystad. Dit geldt ook voor het aantal **rokende** inwoners, m.b.t. tot roken worden vergelijkbare cijfers 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



		Overgewicht Percentage gemeente Range wijken	Roken Percentage gemeente Range wijken
	Lelystad	54% 32% (Warande oost) – 60% (Stadscentrum Het Ravelijn)	22% 13% (Vogelweg) – 38% (Warrande oost)
	Dronten	48% 43% (Dronten west) – 53% (Swifterband)	20% 18% (Dronten zuid) – 24% (Dronten noord)
	Noordoostpolder	50% 48% (Marknesse) – 57% (Bant)	20% 18% (Rutten) – 22% (Luttelgeest)
	Urk	53%	19%
	Harderwijk	50%	22%
	Súdwest-Fryslân	50%	21%



Bronnen: ¹RIVM - regressieanalyse Gezondheidsmonitor 2016 en predictoren CBS (van de Kasstele et al. Int J Health Geogr, 2017); ² CBS gezondheidsenquête 2014 – 2016

Gezondheid | inwoners Lelystad en Urk is relatief slecht in vergelijking met Nederlandse populatie (II)

Risicofactoren hebben een grote impact op de gezonde levensverwachting

Recent grootschalig prospectief cohort onderzoek (Rotterdam Study)¹, 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%).²

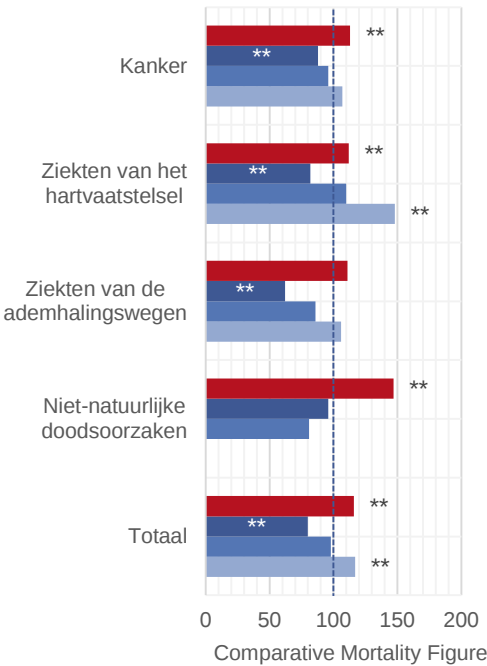
[‡] Exclusief neurodegeneratieve aandoeningen, gezien deze niet voorkomen in de CBS doodsoorzaken statistiek

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. Behalve op Urk, waar gunstige resultaten worden gezien m.b.t. ervaren gezondheid en langdurige ziekte, maar de levensverwachting desondanks laag is

	Eén of meer langdurige ziekten (%; 2016 ³)	≥ 3 chronische aandoeningen (%40 plussers; 2017 ⁴)	Goede – zeer goede ervaren gezondheid (%; 2016 ³)	Levensverwachting bij geboorte (jaren ; 2013 – 2016 ⁵)
■ Nederland	■ 35%	■ 3,6%	■ 75%	■ 81,5
■ Gemeentes Nederland (n = 385 tot 390)	■ Mediaan: 34% Q1 – Q3: 32 – 36%	■ Mediaan: 3,2% Q1 – Q3: 3,2 – 4,0%	■ Mediaan: 77% Q1 – Q3: 74 – 78%	■ Mediaan: 81,9 Q1 – Q3: 81,2 – 82,6
■ Lelystad	38%	4,2%	70%	80,1 **
■ Noordoostpolder	34%	3,3%	76%	82,1 **
■ Dronten	34%	3,8%	76%	83,7 **
■ Urk	27%	3,7%	80%	80,4 **
■ Harderwijk	36%	4,1%	76%	81,8
■ Súdwest-Fryslân	34%	3,3%	78%	81,2 **

** wijkt significant af (analyse RIVM)

Sterfte naar doodsoorzaken⁵



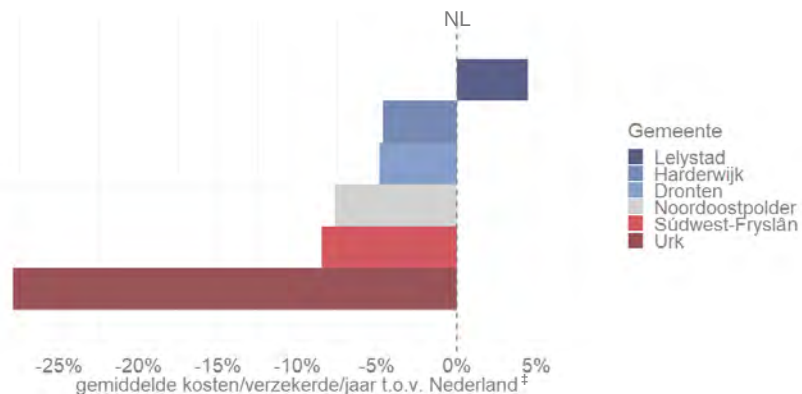
Conform de relatief lage levensverwachting in Lelystad en op Urk, is er in deze twee gemeente sprake van oversterfte (in de periode 2013-2016) gebaseerd op de comparative mortality figure. Een maat waarbij sterfte wordt vergeleken met Nederland, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Op Urk betreft dit primair oversterfte door ziekte van het hartvaatstelsel, in Lelystad is de oversterfte aan niet-natuurlijke doodsoorzaken het meest opvallend.

** wijkt significant af (analyse RIVM)

Bronnen: ¹ Licher et al., The burden and preventive potential of non-communicable diseases, PLOS Medicine 2019; ² CBS doodsoorzakenstatistiek; ³ RIVM - regressieanalyse Gezondheidsmonitor 2016 en predictoren CBS (van de Kasstele et al. Int J Health Geogr, 2017); ⁴ Factsheet Chronische aandoeningen bij 40-plussers, Vektis 2019; ⁵ CBS doodsoorzakenstatistiek, bewerkt door RIVM;

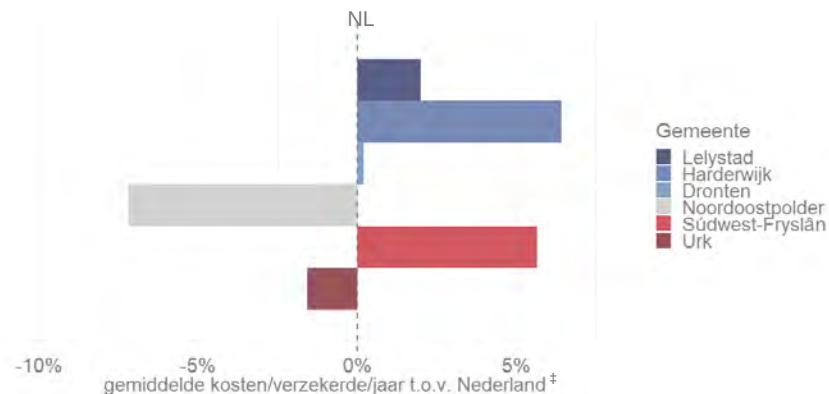
Zorgkosten | zijn in Lelystad iets (~ 1%) hoger dan het Nederlandse gemiddelde, in de andere gemeentes in de regio zijn de kosten juist lager

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



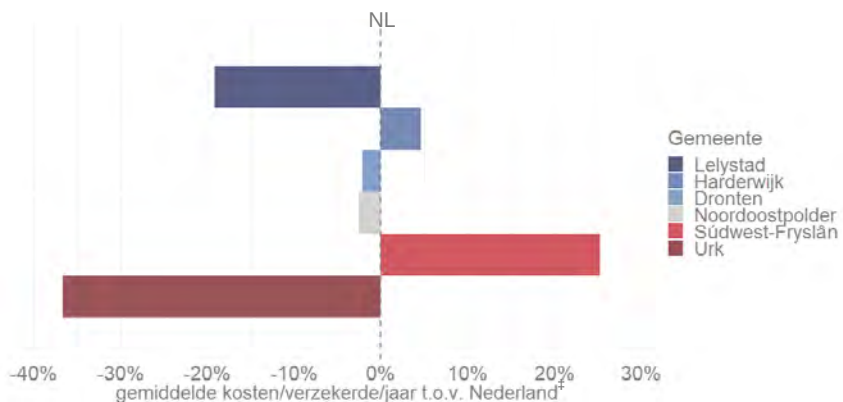
Betreft honoraria, add-ons en overige kosten

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



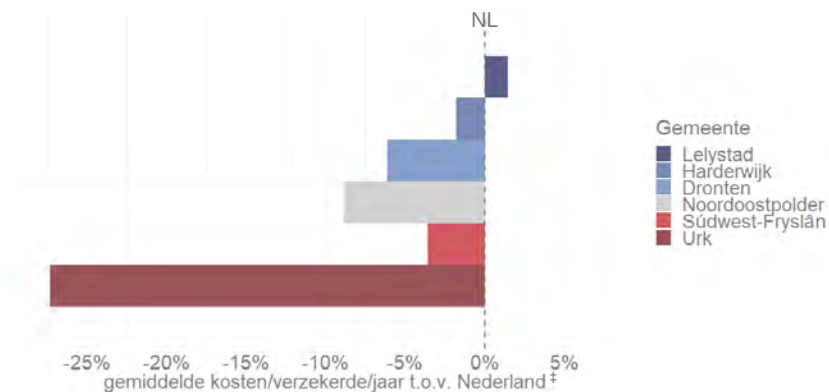
Betreft totale huisartsenkosten (d.w.z. inschrijftarief, consulten, multidisciplinaire zorg, resultaatbeloning voor zorgvernieuwing en overige kosten)

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.

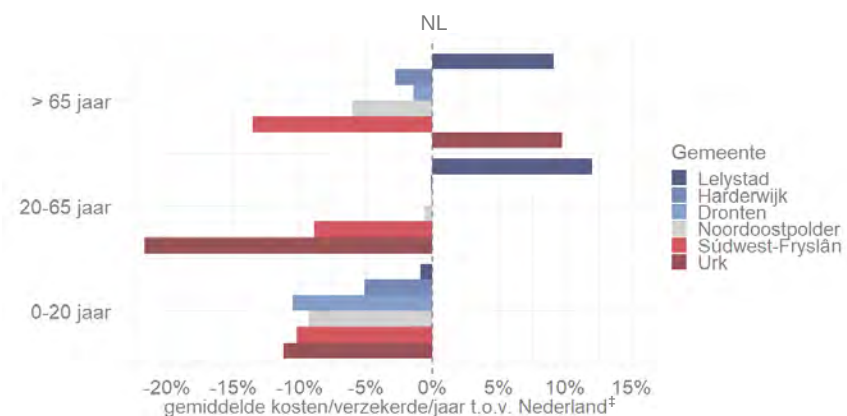


Betreft alle kosten opgenomen in de Vektis open data 2016, behoudens kosten voor mondzorg en grensoverschrijdende zorg

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

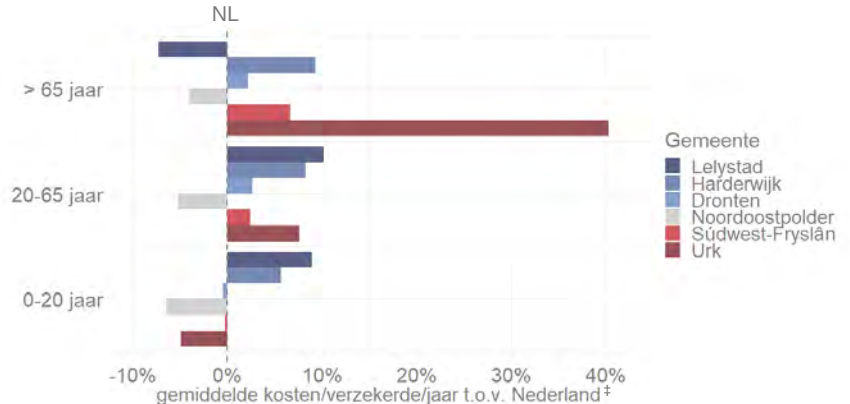
Zorgkosten | variëren per leeftijdscategorie en type, dit geldt voor alle gemeentes in de regio

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



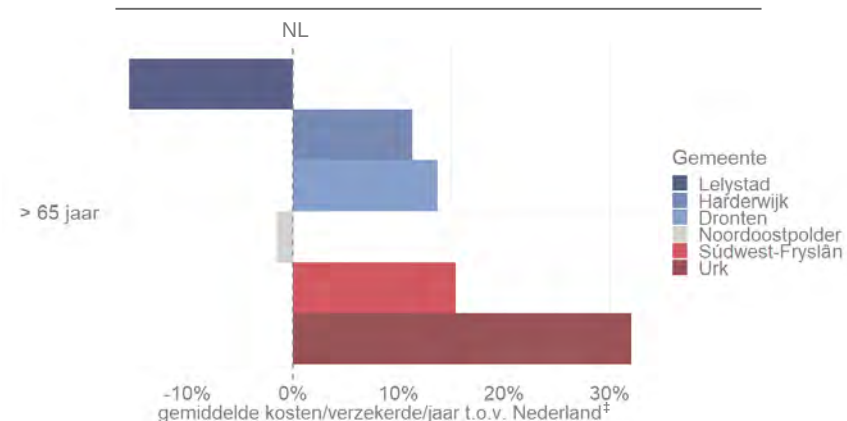
Betreft honoraria, add-ons en overige kosten

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 de deze leeftijdsgroep zijn de kosten in Lelystad juist relatief laag



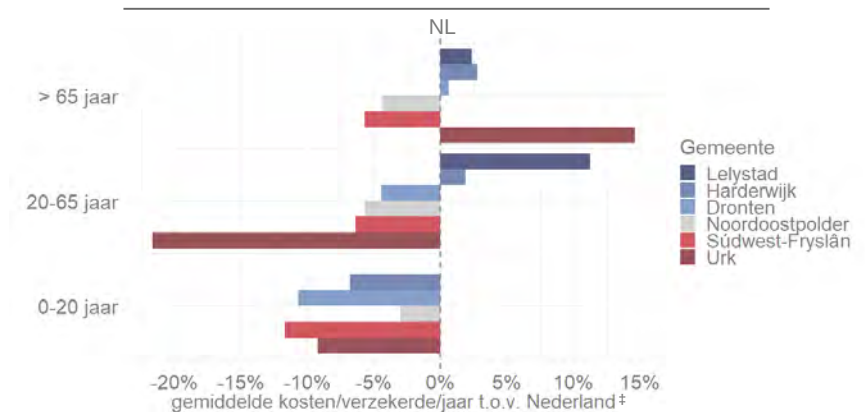
Betreft totale huisartsenkosten (d.w.z. inschrijftarief, consulten, multidisciplinaire zorg, resultaatbeloning voor zorgvernieuwing en overige kosten)

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



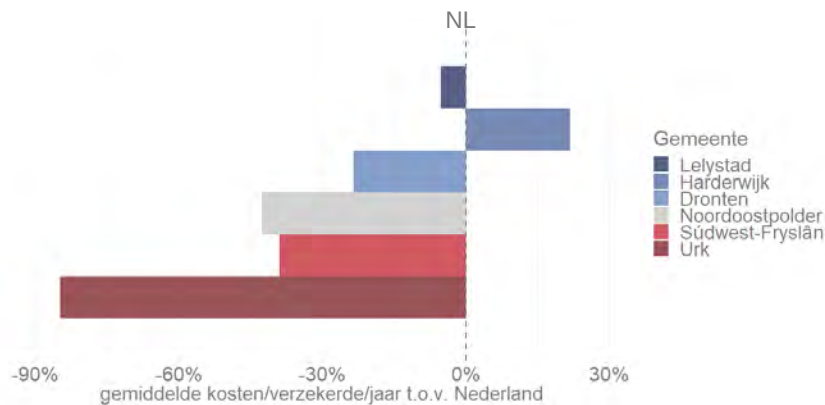
Betreft alle kosten zoals weergegeven in de Vektis open data, behoudens kosten voor mondzorg en grensoverschrijdende zorg

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

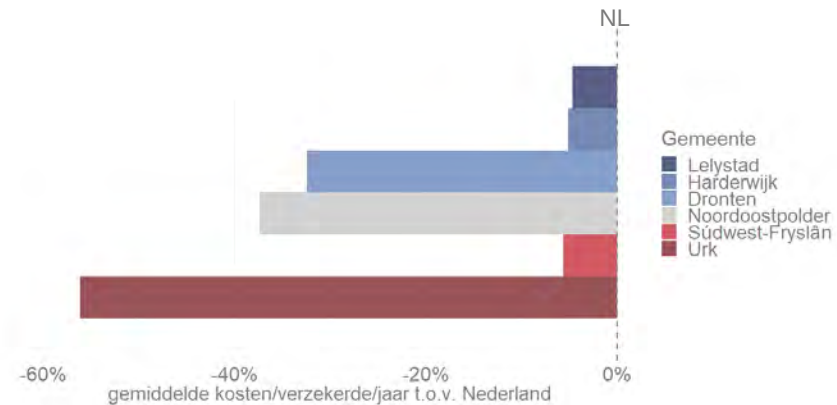
Zorgkosten | kosten voor de GGZ zijn relatief laag in de hele regio, met uitzondering van de langdurige GGZ in Lelystad

De kosten voor de **GGZ** zijn relatief laag in de hele regio met uitzondering van de **langdurige GGZ** in Lelystad. Waarschijnlijk is dit te wijten aan tekorten in de GGZ in de regio, met name in Lelystad. ‡ De kosten voor de geestelijke gezondheidszorg zijn het hoogste in het 3^e en 4^e decennium.

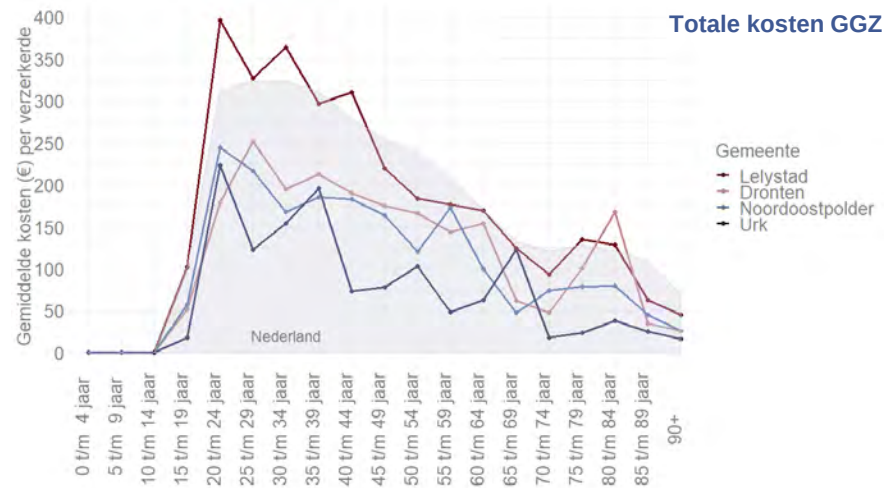
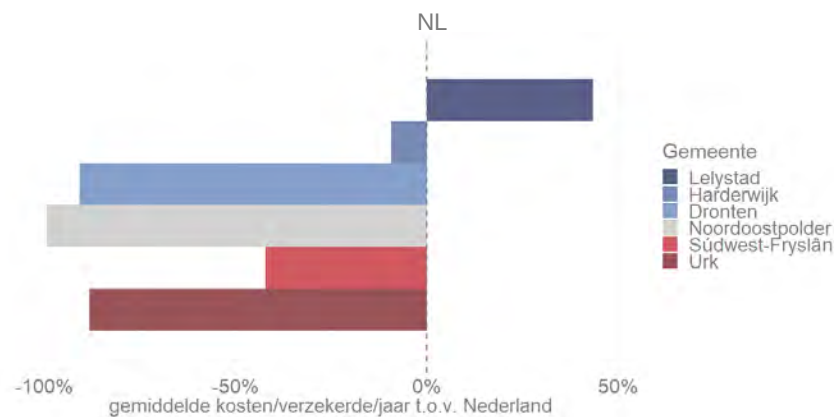
Generalistische basis GGZ



Specialistische GGZ



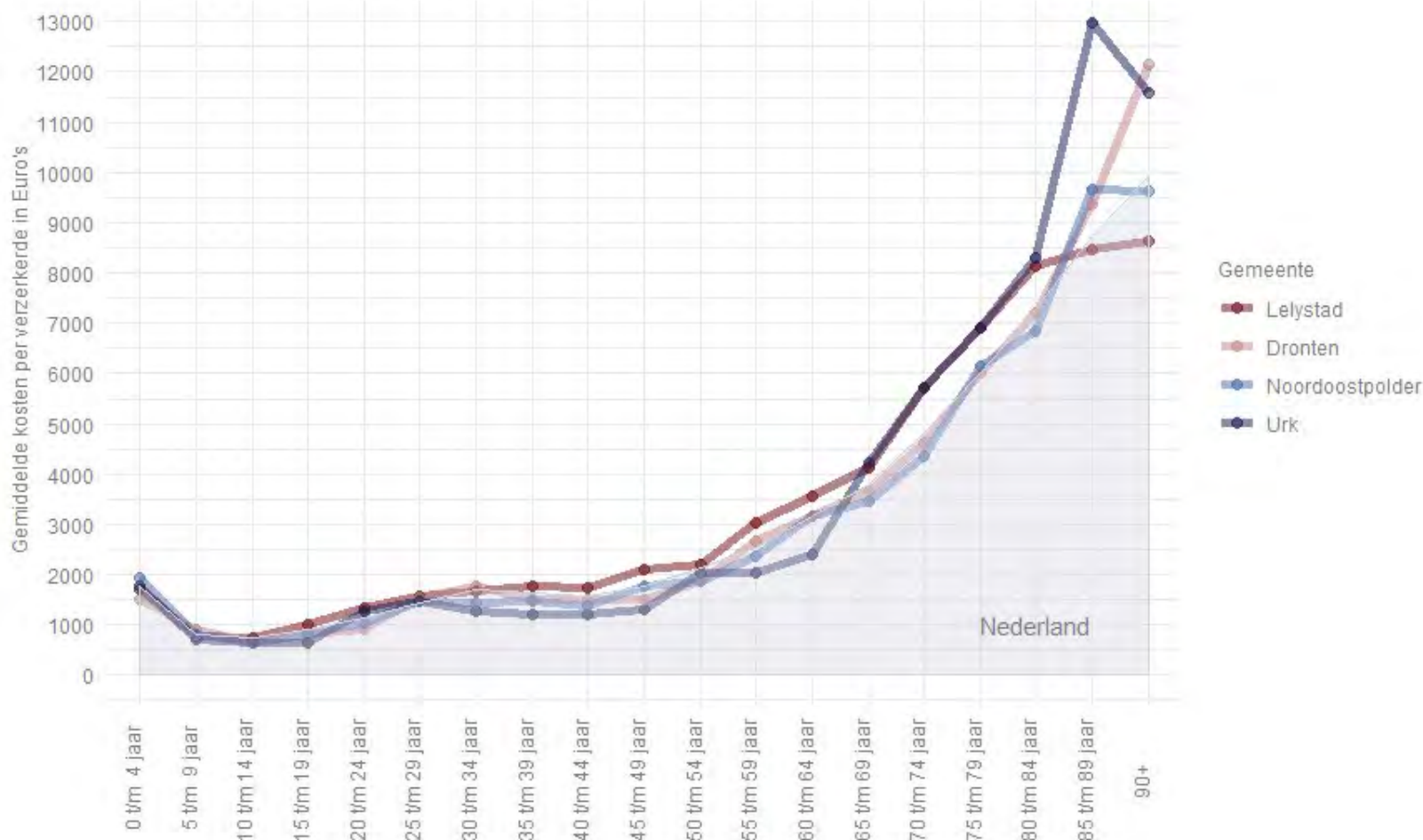
Langdurige GGZ



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 plafondsafspraken, zijn hier niet in meegenomen). De gemiddelde kosten per verzekerde zijn berekend op basis van het aantal verzekerde jaren ; ‡ werkgroepbijeenkomst

Zorgkosten | nemen toe met de leeftijd, een sterke stijging wordt geobserveerd vanaf ~60 – 65 jarige leeftijd

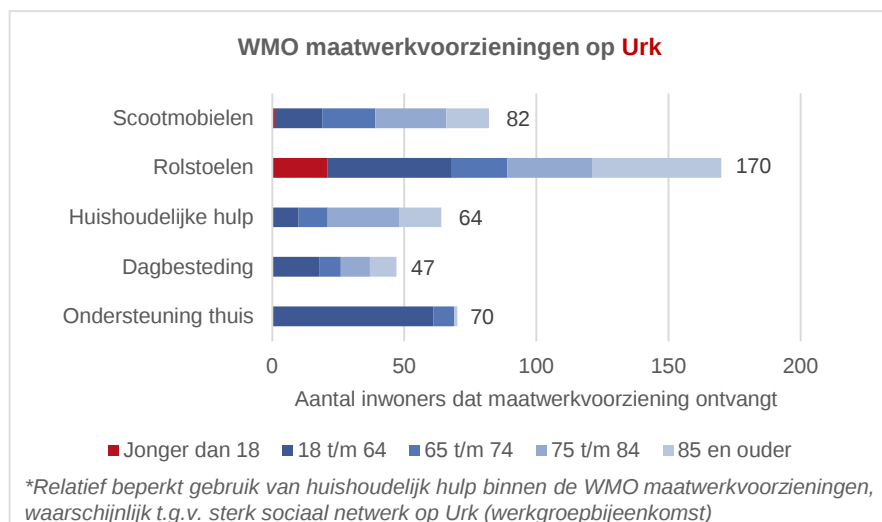
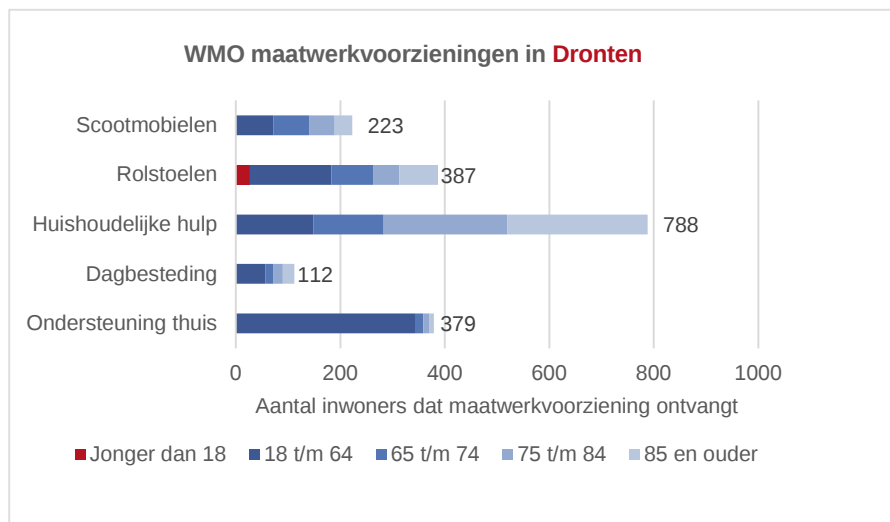
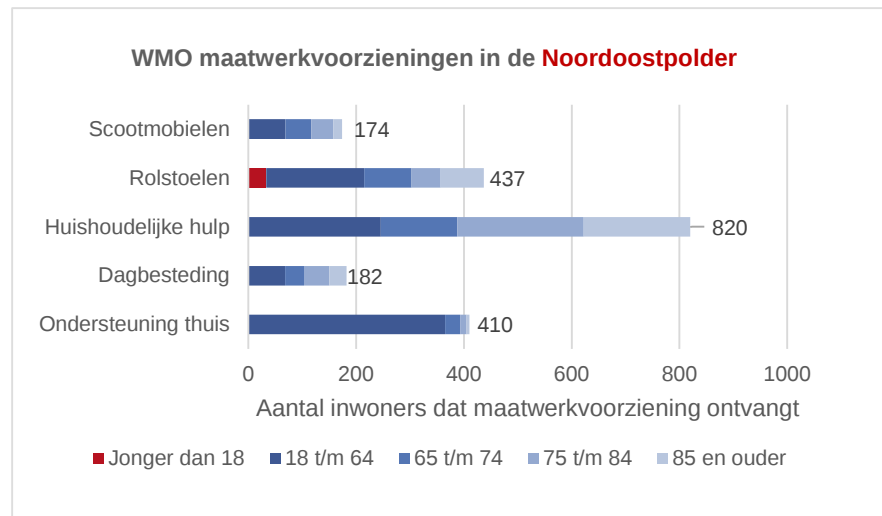
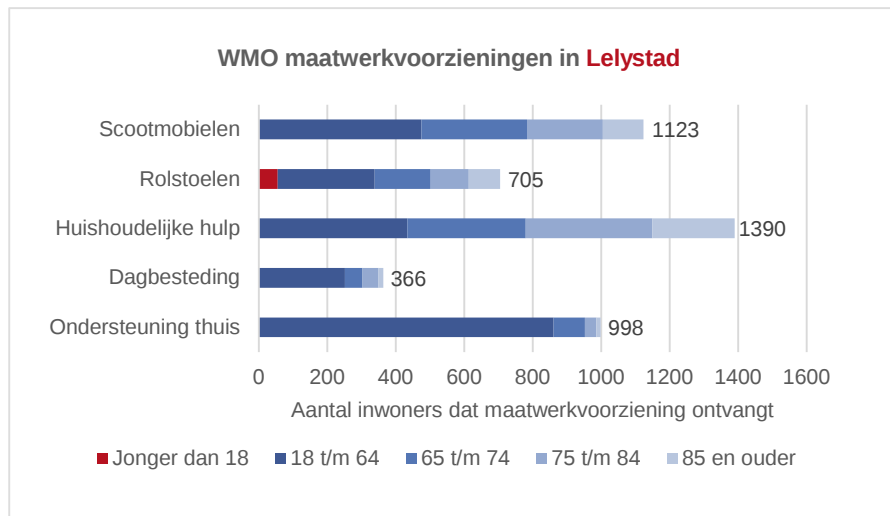
Zorgkosten nemen toe met de leeftijd (na een initiële daling rond de 4 jaar). In verhouding tot het Nederlands gemiddelde zijn de kosten in Lelystad iets hoger. Dit geldt niet voor de andere gemeentes in de regio, behoudens op latere leeftijd. Met name op Urk zijn de kosten voor 65+ers relatief hoog.



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

WMO maatwerkvoorzieningen | verschillend gebruik tussen de vier gemeentes in de regio

Opvallend veel scootmobielen en ondersteuning thuis binnen de WMO maatwerkvoorzieningen in **Lelystad** in vergelijking tot de andere gemeentes in de regio.
Op **Urk** juist veel rolstoelen en weinig huishoudelijk hulp.

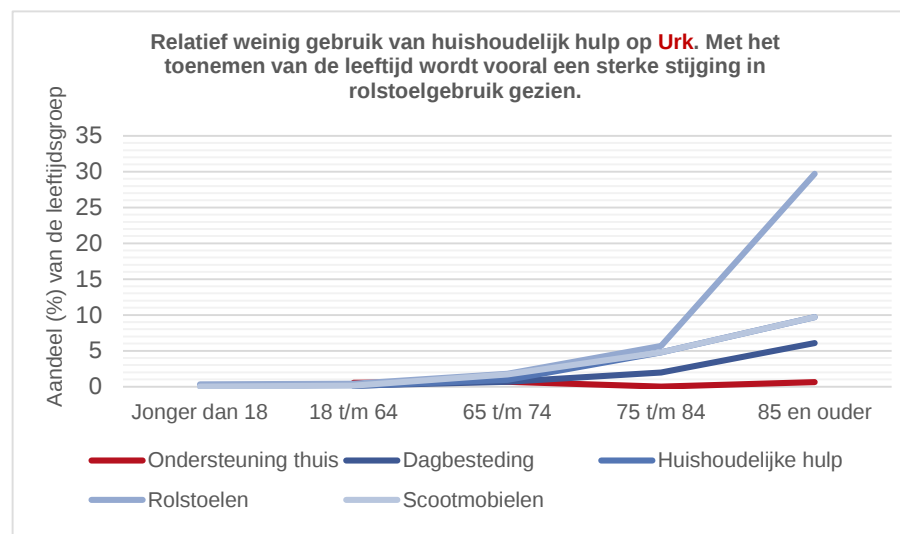
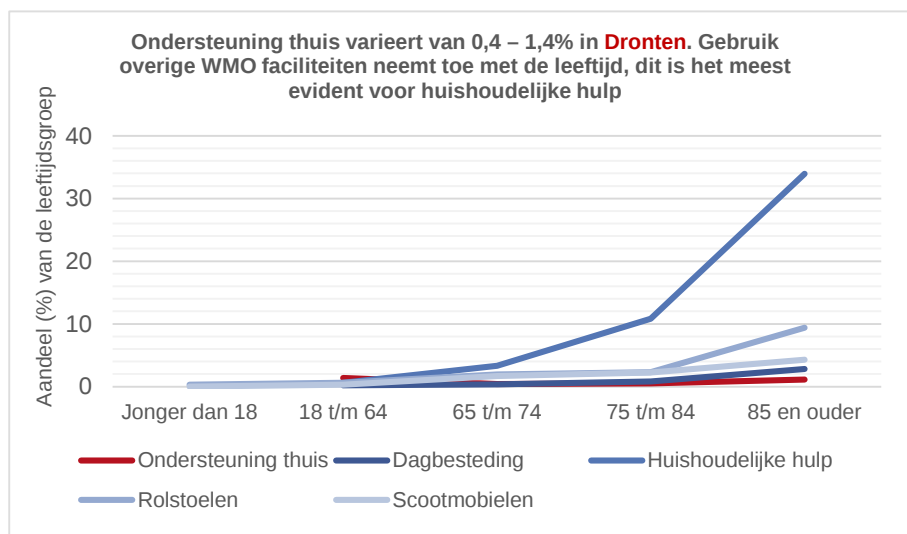
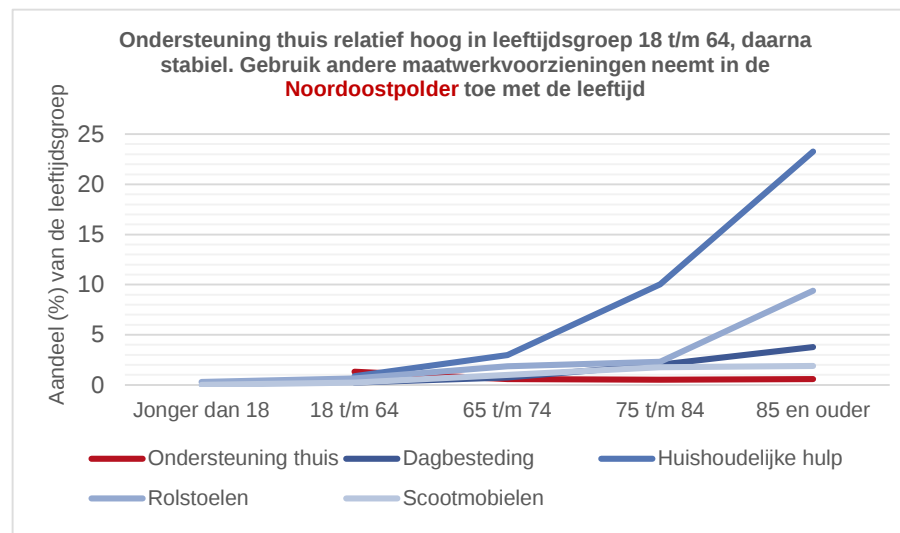
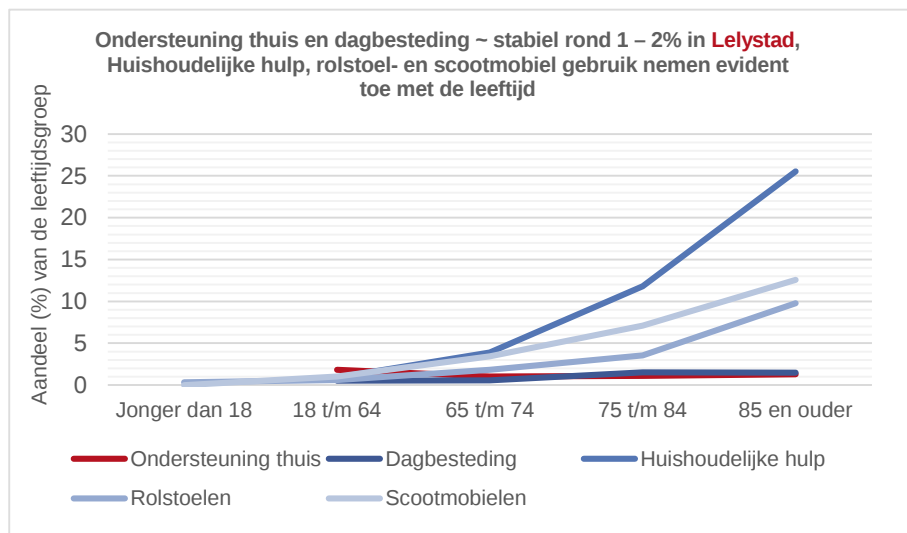


Bronnen: gemeente Lelystad, Dronten, Noordoostpolder en Urk



WMO maatwerkvoorzieningen | gebruik grotendeels gecorreleerd met leeftijd

Gebruik WMO maatwerkvoorzieningen neemt toe met de leeftijd. Behoudens op Urk is deze stijging het meest uitgesproken voor huishoudelijke hulp. Deze duidelijke correlatie met leeftijd geldt niet voor ondersteuning thuis en dagbesteding, passend bij de relatie met problemen in het psychosociale domein.



Inhoud

Patiënt en profiel



Zorgaanbod



Proces toekomstverkenning



- *Demografische kenmerken van de populatie in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen*
- *Gezondheid, zorgkosten en gebruik WMO maatwerkvoorzieningen*
- *Kwetsbare groepen*
- *Profiel en reistijden*

Kwetsbare groepen | combinatie van problematiek op meerdere domeinen maakt mensen kwetsbaar

Kwetsbaarheid



[...] **Kwetsbaarheid**: een conditie waarin door het verlies van fysieke reserves een verhoogde kans ontstaat op ongewenste gezondheidsuitkomsten, zoals functionele achteruitgang, ziekenhuis- en verpleeghuisopname, en overlijden. Hierdoor leidt kwetsbaarheid tot hoge gezondheidszorgkosten.[...]¹

Wanneer is iemand kwetsbaar?

Werkgroepbijeenkomsten

- **Toegankelijkheid** (in brede zin, o.a. gezondheidsvaardigheden, middelen, mobiliteit) tot zorg is beperkt
- Door een combinatie van meerdere problemen tegelijk, vaak zowel lichamelijke, psychische als sociale problemen
- Inschatting van de **huisarts**, al dan niet ondersteund door meetinstrument

Welke kwetsbare groepen zijn er in de regio?

Werkgroepbijeenkomsten

- **Chronisch zieken**: Diabetes, hartfalen, hart- en vaatziekten, COPD etc.
- **Kwetsbare ouderen**
- 40 – 65 jarige met een **ongezonde levensstijl** en **beperkte gezondheidsvaardigheden**
- **Psychiatrische patiënten**
- **Kinderen/jeugd**



Kwetsbare groepen | faillissement v/d MC IJsselmeerziekenhuizen resulteert in toegenomen risico op zorgmijding

Chronisch zieken, kwetsbare ouderen en 40 – 65 jarige met een ongezonde levensstijl  	■ Door het faillissement zijn de reistijden en -kosten (voor klinische zorg) toegenomen, zijn behandelaars in verschillende instellingen terecht gekomen en is het bestaande zorgnetwerk abrupt verbroken, dat opnieuw opgebouwd moet worden. Daarnaast is het vertrouwen (nog) behoorlijk broos of afwezig ■ Hierdoor ontstaat (het risico op) een toename van zorgmijding met daardoor late signalering van problemen en versnippering van het zorgaanbod dat vooral bij de complexe ziekere patiënten risico's met zich meebrengt ■ Patiënten waren al gewend te moeten reizen, maar de afstanden zijn groter geworden. Daarnaast zijn behandelaars in verschillende instellingen terecht gekomen en zijn nieuwe behandelaars (nog) niet bekend met de faciliteiten/zorgnetwerken in de regio. ■ Hoewel minder dan in Lelystad en omgeving, bestaat ook hier een risico op zorgmijding. Doordat nieuwe behandelaars (nog) onbekend zijn met de faciliteiten/zorgnetwerken in de regio bestaat daarnaast het risico op tragere door -en uitplaatsing van en naar zorginstellingen
Psychiatrische patiënten  	■ Het aanbod van geestelijke gezondheidszorg is ontoereikend, daarnaast maakt psychiatrische ziektelast mensen extra kwetsbaar. Hierdoor ontstaat er extra druk op het somatische domein (o.a. huisartsenzorg, thuiszorg en spoedzorg) ■ Ook voor deze groep geldt (het risico op) een toename van zorgmijding ■ In de Noordoostpolder zijn de GGZ faciliteiten beperkt waardoor deze zorg minder laagdrempelig toegankelijk is, de impact van het faillissement is echter beperkt.
Kinderen/juugd 	■ De primaire aanleiding voor kwetsbaarheid betreft GGZ gerelateerde problematiek en een sociaal zwak gezin met een beperkt steunsysteem. ■ Beperkte capaciteit in de jeugd GGZ en de toegenomen reistijden in combinatie met een beperkt steunsysteem brengen het risico op zorgmijding met zich mee.



Enquête zorgmijding | moeilijk te objectiveren, peiling bij zorgaanbieders leidt tot beperkte inzichten. Risico lijkt in Lelystad wel groter te zijn.



Huisartsen

- Via de Huisartsencoöperatie Flevoland en Medrie zijn huisartsen actief in de gemeenten Lelystad, Dronten, NOP en Emmeloord benaderd (n = 75).
- Vraagstelling aan de huisartsen richtte zich op het risico op zorgmijding in de patiëntenpopulatie, het uitstellen van een bezoek aan de huisarts en het afzien van vervolgzorg alsmede de nadelige effecten daarvan.
- Met betrekking tot het risico op zorgmijding is tevens gevraagd naar het effect van het faillissement. De overige vragen waren gericht op de periode sinds 1 maart 2019 (het moment dat het St Jansdal de zorg in Lelystad heeft overgenomen).
- In totaal hebben 24 huisartsen gereageerd (32%).
- Huisartsen rapporteren dat er in 0% tot 15% van hun patiëntenpopulatie een (hoog) risico op zorgmijding bestaat; huisartsen uit Lelystad (n = 6) rapporteerden hierbij gemiddeld een iets hoger percentage, maar het verschil is niet evident.
- Van de respondenten heeft 30% aangegeven dat het risico op zorgmijding is toegenomen sinds het faillissement, 43% heeft aangegeven geen toename te ervaren en de overige respondenten hebben met onbekend geantwoord. De reacties verschilden per gemeente: alle huisartsen uit Lelystad hebben aangegeven dat het risico op zorgmijding is toegenomen, terwijl géén van de huisartsen uit de Noordoostpolder dit zo heeft ervaren.
- Uit de resultaten blijkt dat zowel het uitstellen van een bezoek aan de huisarts als het afzien van vervolgzorg – uit angst voor verwijzing naar een ziekenhuis verder weg – circa 0 tot 5 maal per maand voorkomt. Ook dit lijkt meer te spelen in Lelystad dan in de andere gemeentes.
- Tenslotte geven de meeste huisartsen aan dat zorgmijding niet of soms leidt tot voorkombare complicaties en/of een acute zorgvraag, of dat ze dit niet goed kunnen inschatten.



Verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, gynaecologen

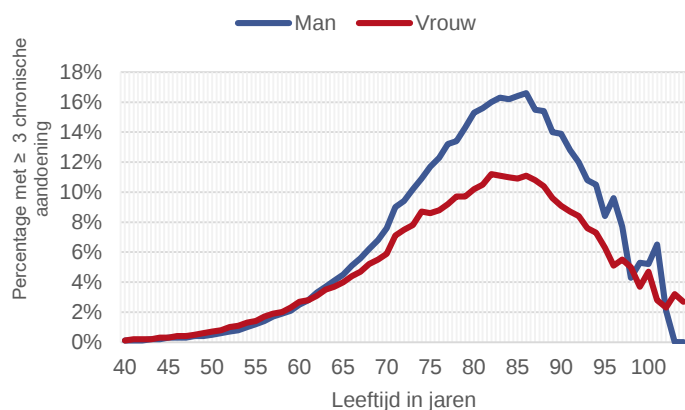
- Zeven eerstelijnsverloskundigenpraktijken, vijf ziekenhuizen en betrokken verloskundig actieve huisartsen zijn benaderd. Dertien individuen namen deel aan de enquête.
- De vraagstelling richtte zich op de frequentie van signalen die zorgmijding doen vermoeden, huidige situatie t.o.v. de periode vóór 18 november 2018.
- Aan de eerste lijn is gevraagd naar signalen van het uitstellen van bezoeken, weerstand tegen doorverwijzingen naar de tweede lijn, vraagstelling die past bij de tweede lijn en signalen van voorkombare complicaties.
- Aan de tweede lijn is gevraagd naar signalen zoals het afzeggen van controles omwille van afstand en te late melding met klachten of verschijnselen omwille van afstand.
- Van de verloskundigen in de eerste lijn ervaart de helft een toename in zorgmijding. Bijna alle eerstelijnsverloskundigen geven aan dat zij vragen ontvangen die in hun optiek toebehoren aan de tweede lijn, een deel geeft aan dat dit sinds november 2018 vaker voorkomt. Vanuit de tweede lijn zijn op basis van de enquête geen goede conclusies te trekken.
- Overall toont de geringe opkomst dat het onderwerp zorgmijding niet in alle gebieden sterk leeft, en dat genuanceerd gekeken moet worden welke interventies nodig zijn komende periode.

Chronisch ziekten | relatief veel inwoners met een chronische aandoening in Lelystad in vergelijking met Nederlandse cijfers

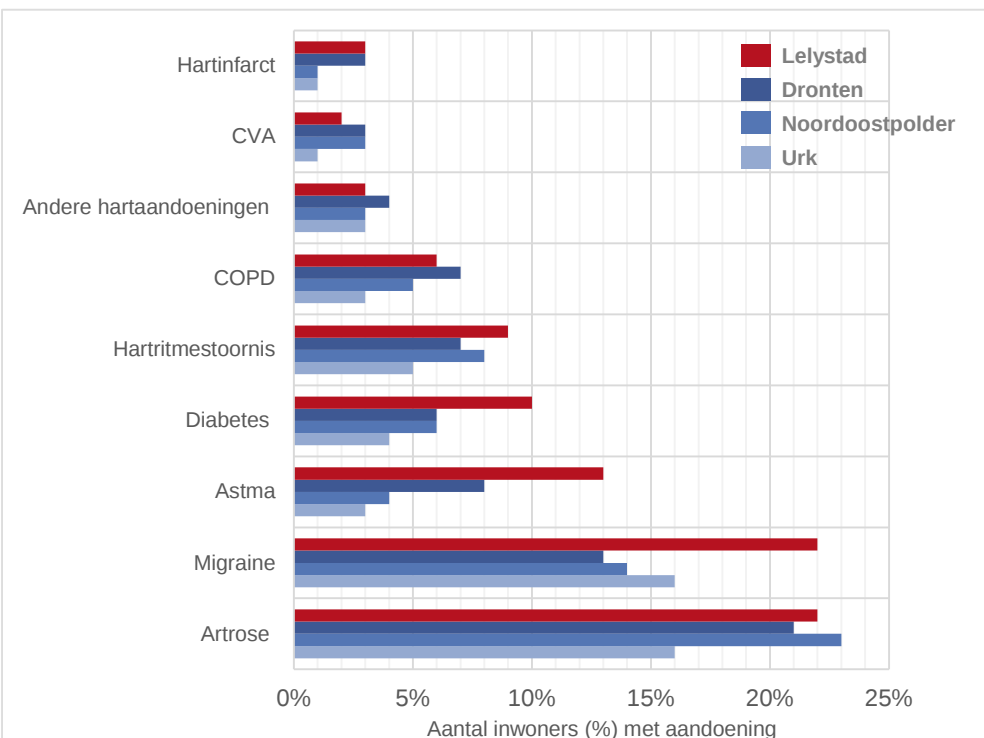
Zowel uit de gezondheidsmonitor (2016) en declaratiedata (2017) blijkt dat er relatief veel inwoners met chronische aandoening zijn in Lelystad. Dit is niet het geval voor de andere gemeentes in de regio. Gezien het aantal inwoners met chronische aandoeningen toeneemt met de leeftijd, kan op basis van demografische gegevens een verdere toename verwacht worden.

	Eén of meer langdurige ziekten (%) 2016 ¹	≥ 3 chronische aandoeningen (%40 plussers; 2017 ²)
■ Nederland	35%	Mediaan: 3,6% Q1 – Q3: 3,2 – 4,0%
■ Gemeentes Nederland (n = 385 tot 390)	Mediaan: 34% Q1 – Q3: 32 – 36%	
■ Lelystad	38%	4,2%
■ Noordoostpolder	34%	3,3%
■ Dronten	34%	3,8%
■ Urk	27%	3,7%

Inwoners (NL) met chronische aandoeningen naar leeftijd en geslacht ²



Het aantal chronische ziekten neemt toe met de leeftijd, tot ~80 jarige leeftijd. De afname daarna kan verklaard worden door samenhang tussen gezonde leefstijl, chronische ziekte en levensverwachting. ^{2,3}



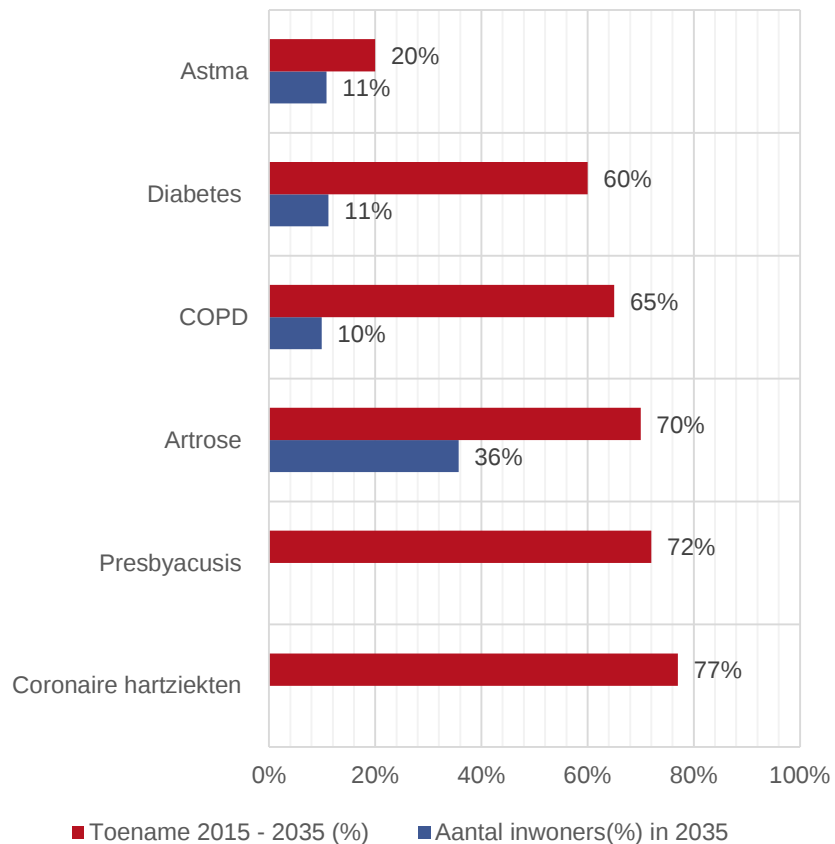
Voorkomen chronische aandoeningen in de afgelopen 12 maanden (2016); resultaten zijn gewogen op basis van een weegfactor van het CBS ⁴

Recent onderzoek naar het aantal 40 plussers in Nederland met tenminste 1 van de 5 meest voorkomende chronische aandoeningen laat het volgende beeld zien: hart en vaatziekten (inclusief gebruik van bloeddruk/cholesterol verlagende middelen) komen het meest voor (39%) gevolgd door diabetes (10%), kanker (10%), COPD (8%) en dementie/ Parkinson (3%).

Deze cijfers zijn gebaseerd op declaratiegegevens uit 2017 en betreffen medicijngebruik en ziekenhuis/huisarts gegevens ²

Chronisch ziekten | aantal inwoners met chronische aandoeningen, met name coronaire hartziekten, diabetes en artrose, neemt toe

Over de periode 2015 – 2035 wordt er een sterke toename van het aantal inwoners met chronische aandoeningen verwacht in Flevoland



De verwachte toename 2015-2035 ¹ is afgezet tegen cijfers uit de gezondheidsmonitor 2016 ² (hierin is gevraagd naar het voorkomen van Astma, Diabetes, COPD en Artrose over de afgelopen 12 maanden; de resultaten zijn vervolgens gewogen op basis van een weegfactor van het CBS)

Bronnen: ¹ Facts & Figures Huisartsenzorg Flevoland in Beeld, Zowelwerk 2016; ² Gezondheidsmonitor GGD 2016; ³ Volksgezondheid Toekomst Verkenning, RIVM 2018

Toekomstige ontwikkelingen in NL: we worden ouder en het aantal inwoners met chronische aandoeningen neemt toe ³

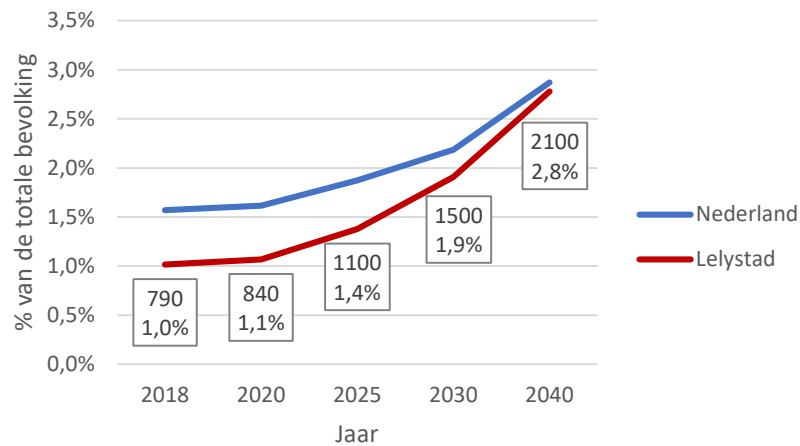
- **Levensverwachting** neemt toe van 81,5 tot ~ 86 jaar in 2040, maar mensen blijven zich op ongeveer dezelfde leeftijd (en i.h.g.v. diabetes zelfs op jongere leeftijd) presenteren met chronische aandoeningen. Dit betekent dat het aantal chronische ziekten – onafhankelijk van andere ontwikkelingen – zal toenemen.
- Naar verwachting zal de levensverwachting voor Lelystad, Dronten en de Noordoostpolder net iets onder het gemiddelde komen te liggen, op Urk zal de levensverwachting juist net iets hoger zijn.
- Kanker en hart- en vaatziekten blijven de meest voorkomende **doodsoorzaken** (in de periode 2013-2017 respectievelijk 31% en 26% van de mortaliteit in Nederland; dit wordt naar verwachting 27% en 18% in 2040), maar sterfte t.g.v. dementie neemt toe.
- Met betrekking tot **chronische aandoeningen** wordt verwacht dat met name het aantal inwoners met artrose, diabetes, coronaire hartziekten en visusstoornissen toeneemt. Naar verwachting zal de meeste ziektelast veroorzaakt worden door kanker, hart- en vaatziekten en psychische stoornissen, maar de grootste toename wordt veroorzaakt door dementie (met name onder vrouwen) en artrose.
- Ondanks de vergrijzing en de toename van chronisch ziekten, wordt verwacht dat het percentage inwoners dat **beperkingen in activiteiten** ondervindt ~gelijk blijft. Hoogopgeleiden blijven zich daarnaast ongeveer net zo gezond voelen, het percentage laagopgeleiden dat zich gezond voelt neemt echter af.
- Ten aanzien van **levensstijl**, is de verwachting dat het aantal rokers blijft dalen (tot ~14% van de volwassenen in 2040), maar laagopgeleiden blijven vaker roken dan hoogopgeleiden. Het aantal inwoners met overgewicht neemt toe tot ~62%. Het aantal inwoners met ernstig overgewicht stijgt het sterkst onder laagopgeleiden.

Op basis van historische trends (en regressieanalyse) zijn 'beleidsarme' toekomstprojecties gemaakt (in de meeste gevallen een combinatie van demografische en epidemiologische projecties). Hierbij moet worden opgemerkt dat het slechts een projectie betreft waarin aannames worden gedaan en er rekening gehouden moet worden met onzekerheden.

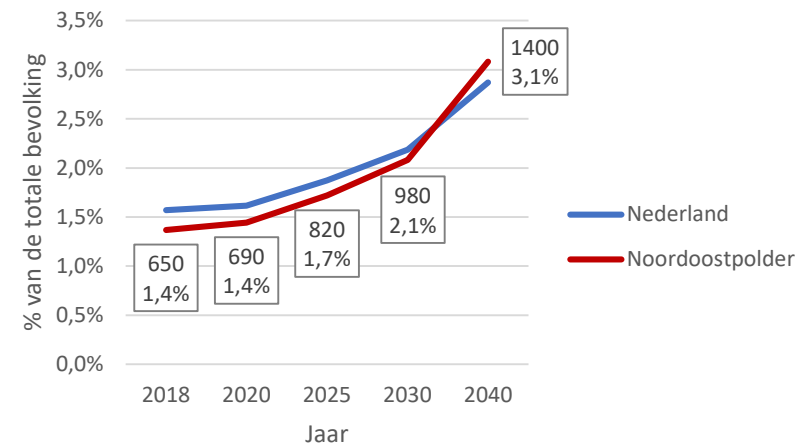


Chronisch ziekten | aantal inwoners met dementie groeit sneller t.o.v. Nederlandse cijfers, behoudens op Urk waar aantal relatief laag blijft

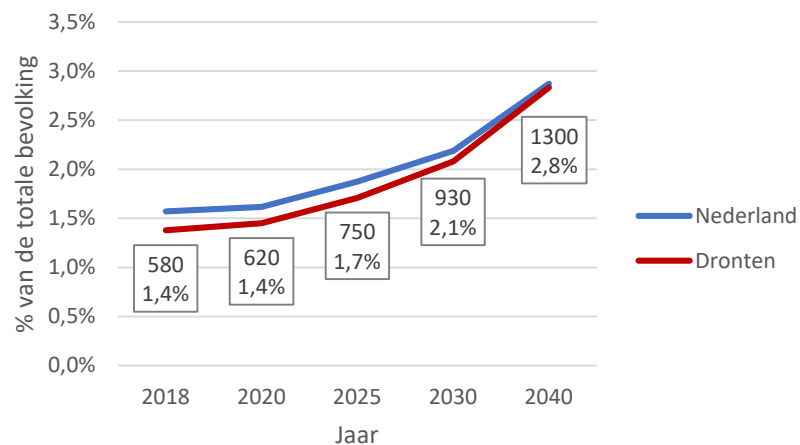
Naar verwachting zal het aantal inwoners met dementie in **Lelystad** toenemen en wordt het aandeel ~ vergelijkbaar met het Nederlandse percentage



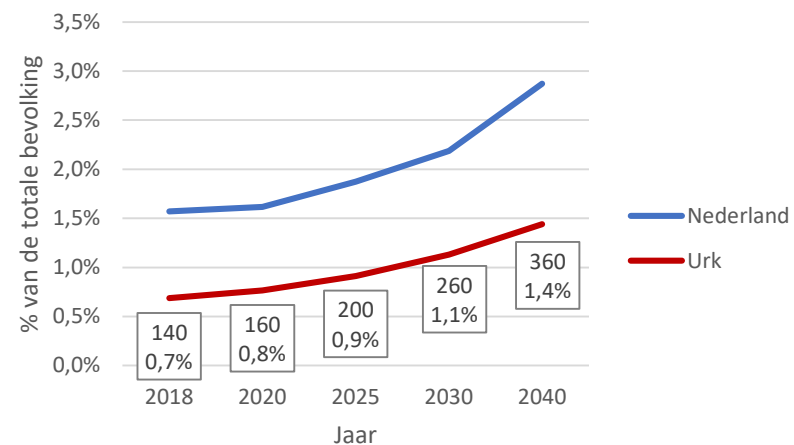
Naar verwachting zal het aantal (absoluut en relatief) inwoners met dementie in **de Noordoostpolder** toenemen, met name in de periode 2030-2040



Aantal inwoners met dementie in **Dronten** neemt naar verwachting relatief snel toe in vergelijking tot Nederlands cijfers



Op **Urk** blijft het aantal inwoners naar verwachting relatief laag t.o.v. de rest van Nederland



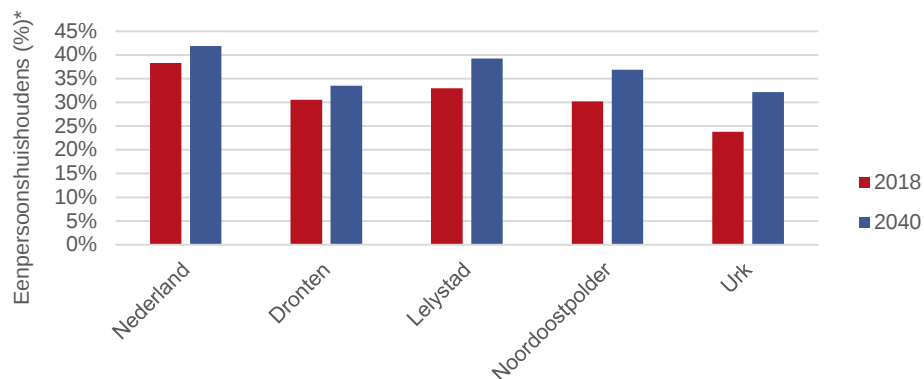
Bronnen: CBS prognose 2017; Prognose dementie ABF research 2018 (verricht in opdracht van Alzheimer Nederland)

Kwetsbare ouderen | aantal ouderen neemt in de hele regio toe, daarnaast wordt een toename van eenzaamheid verwacht

Relatief veel (ernstige) eenzaamheid in Lelystad; Passend bij een sterk netwerk ontvangen veel ouderen mantelzorg op Urk en in de Noordoostpolder

	≥ 65 jaar (aantal) (2018 ¹)	≥ 65 jaar (aantal) (2040 ²)	≥ 65 jarige ontvangers van mantelzorg (2016 ³)	Eenzaamheid ⁴ (2016 ³)	Ernstige eenzaamheid ⁴ (2016 ³)	Lichamelijke beperking ⁵ (2016 ³)
■ Nederland ■ Gemeentes Nederland (n = 390)	19%	27%	15% Mediaan: 15% Q1 – Q3: 13 – 16%	44% Mediaan: 41% Q1 – Q3: 39 – 44%	10% Mediaan: 9% Q1 – Q3: 8 – 10%	16% Mediaan: 15% Q1 – Q3: 14 – 17%
Lelystad	17% (13.005)	28% (21.100)	15%	48%	12%	17%
Dronten	17% (7.074)	27% (12.200)	14%	42%	9%	13%
Noordoostpolder	17% (7.946)	29% (13.200)	17%	41%	9%	14%
Urk	9% (1.906)	16% (3.900)	21%	29%	5%	12%

Aantal alleenwonenden ligt lager dan in de rest van Nederland, maar neemt naar verwachting wel toe ²



* Percentage eenpersoonshuishoudens van het aantal particuliere huishoudens

Toekomstige ontwikkelingen in NL: het aantal eenzame ouderen neemt toe, maar ouderen voelen zich wel vaker gezond en meer ouderen ervaren géén beperkingen in activiteiten ⁶

- In 2040 zullen meer inwoners zich eenzaam voelen, vooral alleenwonenden. Daarnaast neemt het aantal eenzame ouderen toe.
- Het percentage 75 plussers dat géén beperkingen in activiteiten (betreffende horen, zien en bewegen) ondervindt neemt naar verwachting toe van 55% tot 62%. En het aantal ouderen dat zich gezond voelt, neemt iets toe.

Op basis van historische trends (en regressieanalyse) zijn 'beleidsarme' toekomstprojecties gemaakt (in de meeste gevallen een combinatie van demografische en epidemiologische projecties). Hierbij moet worden opgemerkt dat het slechts een projectie betreft waarin aannames worden gedaan en er rekening gehouden moet worden met onzekerheden.

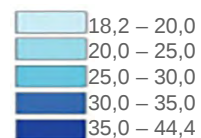
Bronnen: ¹ CBS 2018; ² CBS prognose 2017; ³ RIVM - regressieanalyse Gezondheidsmonitor 2016 en predictoren CBS (van de Kassteele et al. Int J Health Geogr, 2017), bevolking van 19 jaar en ouder; ⁴ Gebaseerd op de eenzaamheidsschaal (RIVM gezondheid per buurt, wijk en gemeente); ⁵ Lichamelijke beperking in activiteiten m.b.t. tot horen, zien en/of mobiliteit; ⁶ Volksgezondheid Toekomst Verkenning, RIVM 2018

Volwassenen met beperkte gezondheidvaardigheden | relatief veel laaggeletterden en laagopgeleiden in de regio

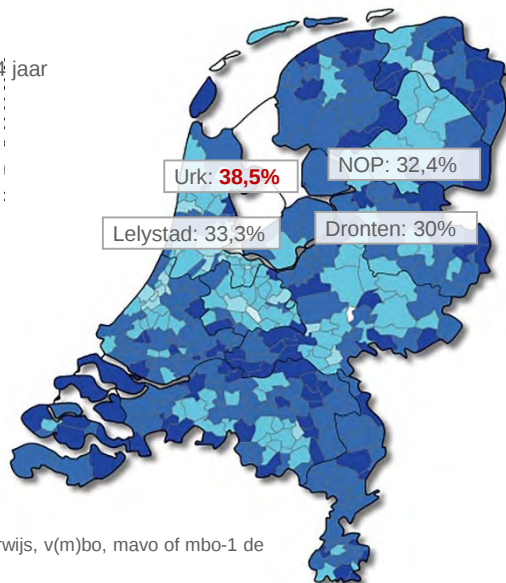
Er zijn relatief **veel laagopgeleiden** op Urk dit geldt niet of in mindere maten voor andere gemeentes in de regio

Percentage¹

Laagopgeleiden*, 15 – 64 jaar



Mediaan: 31,6
Q₁ - Q₃: 28,6 – 34,45
393 gemeentes



Bronnen: CBS statline 2015; * basisonderwijs, v(m)bo, mavo of mbo-1 de hoogst voltooide opleiding

Er zijn relatief veel **laaggeletterden** in de provincie Flevoland

	Geletterdheid	Laaggeletterden, 16 – 65 jaar
■ Nederland	284	11,9%
■ Lelystad	Lager (274-278)	16+%
■ Dronten/ Zeewolde	Enigszins hoger (286-290)	8 – 11%
■ Noordoostpolder / Urk	Enigszins lager (278-282)	16+%

Bron: Regionale spreiding van geletterdheid in Nederland, stichting lezen & schrijven, Maastricht University, mei 2016. Laaggeletterdheid is gedefinieerd als een score van 225 of lager op een schaal van 0 tot 500 (laagste tot hoogste geletterdheid). Cijfers zijn gebaseerd op resultaten van het Programme for the International Assessment of Adult Competencies (PIAAC) en voorspellende kenmerken zoals opleidingsniveau, arbeidsmarktstatus en leeftijd.



Geletterdheid beïnvloedt digitale- en gezondheidvaardigheden en daarmee het gebruik en effectiviteit van e-health

Laaggeletterden beschikken over minder functionele taalvaardigheden en informativaardigheden; deze vaardigheden zijn van belang voor de ontwikkeling van digitale vaardigheden (laaggeletterden hebben een circa 3 maal zo grote kans op onvoldoende digitale vaardigheden) en oriëntatie op het internet.

Naast onvoldoende digitale vaardigheden worden lage gezondheidvaardigheden en patiëntactivatie vaker gezien bij **laaggeletterden**. Digitale vaardigheden, gezondheidszorgvaardigheden én patiëntactivatie beïnvloeden het gebruik en de effectiviteit van e-health. Zo worden e-health toepassingen doorgaans eerder gebruikt door hoogopgeleiden, terwijl de grootste gezondheidswinst juist behaald wordt bij gebruik van deze toepassingen bij laagopgeleiden of personen met een lage SES.

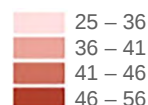
Bronnen: Factsheet digitale vaardigheden en laaggeletterdheid, stichting lezen en schrijven (2018); E-health in verschillende snelheden. eHealth-monitor (2018).

Psychiatrische patiënten | Veel inwoners met matig tot hoog risico op depressie of angststoornis in Lelystad en ziektelast is groot

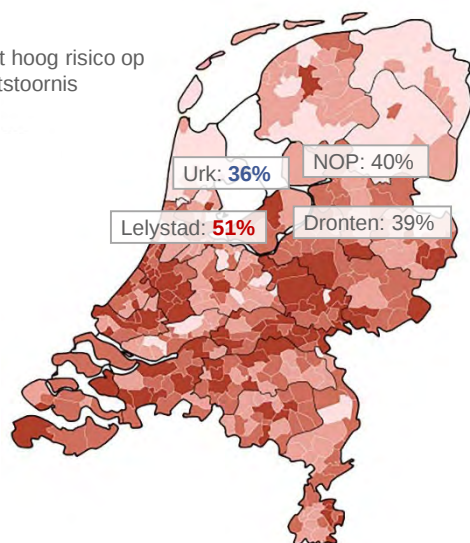
Er zijn relatief veel inwoners met een matig tot hoog risico op depressie of een angststoornis in Lelystad, dit geldt niet voor andere gemeentes in de regio, op Urk is het aantal juist relatief laag

Percentage¹

≥ 19 jaar, Matig tot hoog risico op depressie of angststoornis



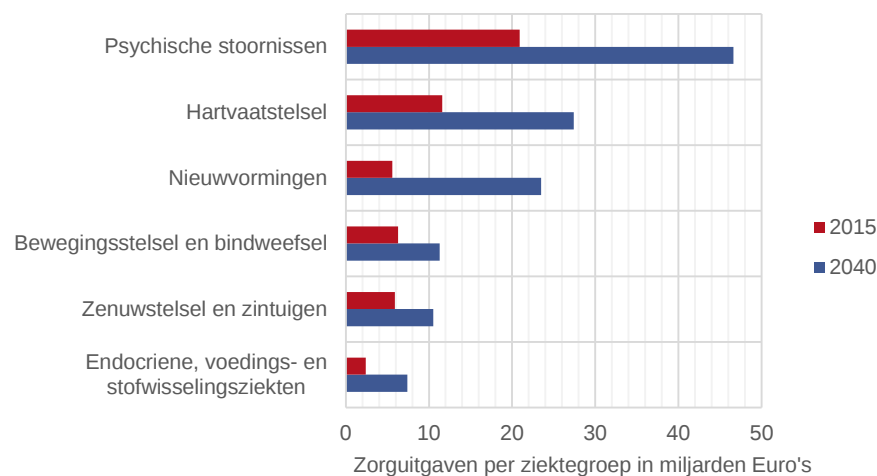
Mediaan: 41
Q₁ - Q₃: 38 – 45
387 gemeentes



- Psychiatrische ziektelast maakt mensen extra kwetsbaar en veroorzaakt druk op het somatische domein. Zo behoeven de huisartsenzorg en acute zorg voor deze kwetsbare groep doorgaans extra tijd en aandacht. ²

Toekomstige ontwikkelingen in NL: ziektelast angst- en stemmingsstoornissen is hoog. Daarnaast zijn en blijven de zorgkosten voor psychiatrische aandoeningen de hoogste per ziektegroep en stijgen deze fors ³

- Angst – en stemmingsstoornissen (waaronder depressie) veroorzaken een hoge ziektelast (gemeten in Disability Adjusted Life Years). Naar verwachting zal dit ook in 2040 het geval zijn. Deze aandoeningen staan dan op respectievelijk de 7^e en 10^e plek van aandoeningen die de meeste ziektelast veroorzaken. Het betreft bijna uitsluitend verlies aan gezonde levensjaren en in zeer beperkte mate verloren levensjaren.
- Per ziektegroep zijn de zorguitgaven voor psychiatrische stoornissen – inclusief dementie en verstandelijke beperkingen – het hoogste. Deze kosten zullen tot 2040 nog sterk stijgen.

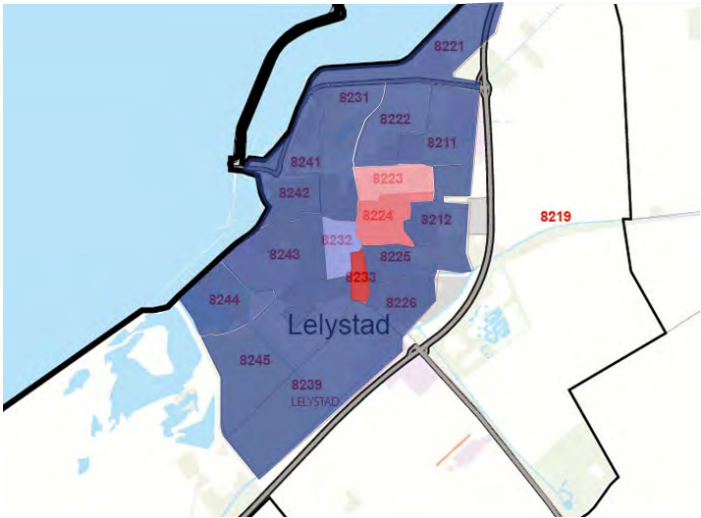


Op basis van historische trends (en regressieanalyse) zijn 'beleidsarme' toekomstprojecties gemaakt (in de meeste gevallen een combinatie van demografische en epidemiologische projecties). Hierbij moet worden opgemerkt dat het slechts een projectie betreft waarin aannames worden gedaan en er rekening gehouden moet worden met onzekerheden.

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 buurt ³ en daarmee niet één op één vertaalbaar naar de postcodegebieden. Maar op basis van de meest voorkomende postcode per buurt ⁴ 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.

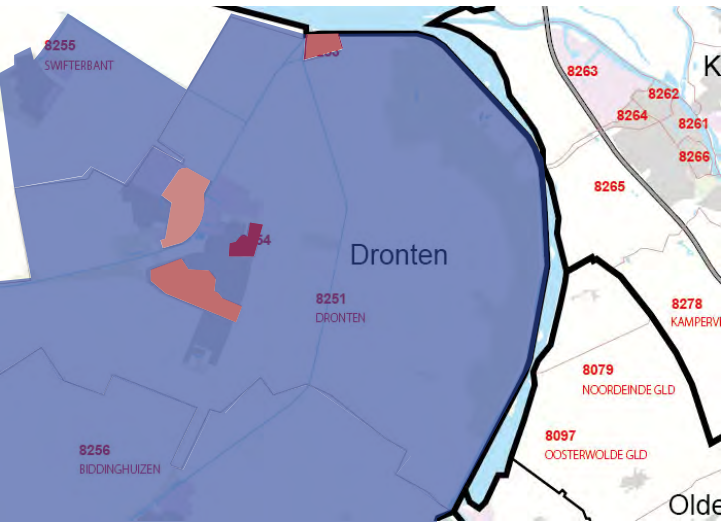
Bronnen: ¹ Sociaal cultureel planbureau 2017; ² CBS gegevens per postcode 2017; ³ RIVM - regressieanalyse Gezondheidsmonitor 2016 en predictoren CBS (van de Kasstele et al. Int J Health Geogr, 2017); ² CBS 2018

[†]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)

Dronten | de bevolking in de drie postcodegebieden met de laagste SES in beeld

49% van de inwoners van Dronten woont in een postcodegebied met een statusscore die valt in het laagste kwartiel, dit is derhalve meer dan de Nederlandse populatie. De statusscore in deze postcodegebieden ligt echter zeer dichtbij Q1, behoudens het postcodegebied 8254 met slecht 720 inwoners

Postcodegebied	SES ¹	Aantal inwoners (% van Dronten) 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 †
8251 (Landelijk gebied)	-1,09	12830 (31,5%)	15%	20%	10%; 20%	10%	Midden
8256 (Biddinghuizen)	-0,81	6270 (15,4%)	18%	17%	10%; 10%	9%	Midden
8254 (Kern Dronten)	-3,88	720 (1,8%)	3%	63%	10%; 0%	5%	Onder midden
8255 [†] (Swifterband)	-0,02	6400 (15,7%)	19%	17%	10%; 10%	8%	Midden
Nederland	0	-	16%	18%	10%; 13%	9%	



Verschillen met betrekking tot de risicofactoren roken en overgewicht en de ervaren gezondheid zijn beperkt

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. Van de inwoners in Dronten heeft 48% overgewicht, 20% rookt en 76% ervaart de gezondheid als goed tot zeer goed. In de bovengenoemde postcodegebieden is het aantal inwoners met overgewicht vergelijkbaar, maar er lijken iets meer rokers te zijn en iets minder inwoners die gezondheid als goed tot zeer goed ervaren.

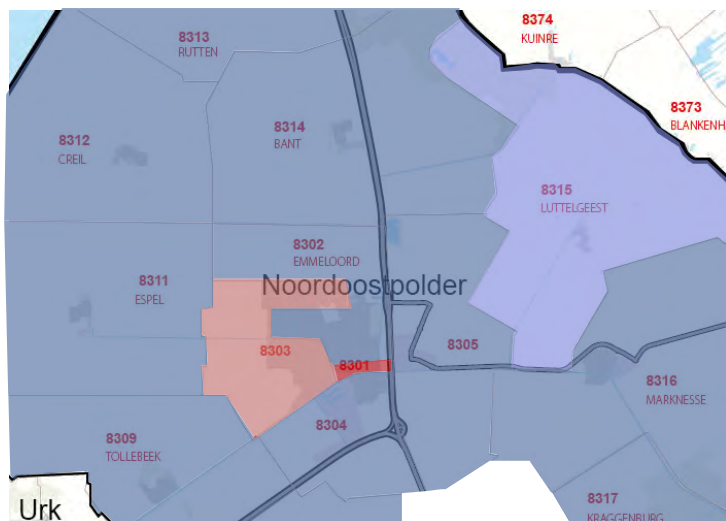
Bronnen: ¹ Sociaal cultureel planbureau 2017; ² CBS gegevens per postcode 2017; ³ RIVM - regressieanalyse Gezondheidsmonitor 2016 en predictoren CBS (van de Kasstele et al. Int J Health Geogr, 2017); ⁴ CBS 2018[†]

[†] Toegevoegd op verzoek van de gemeente Dronten. [†] 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)

Noordoostpolder | de bevolking in de drie postcodegebieden met de laagste SES in beeld

30% van de inwoners van de Noordoostpolder woont in een postcodegebied met een statusscore die valt in het laagste kwartiel, dit is derhalve iets meer dan de Nederlandse populatie. De Zuidert heeft de laagste statusscore van de Noordoostpolder

Postcodegebied	SES ¹	Aantal inwoners (% van de Noordoostpolder) 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 †
8301 (de Zuidert)	-2,84	2075 (4,5%)	12%	38%	10%; 10%	11%	Onder midden
8303 (Espelervaart west)	-1,41	9605 (20,6%)	19%	18%	10%; 10%	13%	Midden
8315 (Luttelgeest [‡])	-1,96	2260 (4,9%)	18%	8%	10%; 30%	6%	Midden
Nederland	0	-	16%	18%	10%; 13%	9%	



Verschillen met betrekking tot de risicofactoren roken en overgewicht zijn beperkt, maar **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. Van de inwoners in de Noordoostpolder heeft 50% overgewicht, 20% rookt en 76% ervaart de gezondheid als goed tot zeer goed. In de bovengenoemde postcodegebieden is het aantal inwoners met overgewicht vergelijkbaar, maar er lijken iets meer rokers te zijn en minder inwoners die gezondheid als goed tot zeer goed ervaren.

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) [‡] AZC gevestigd in Luttelgeest

Inhoud

Patiënt en profiel



Zorgaanbod



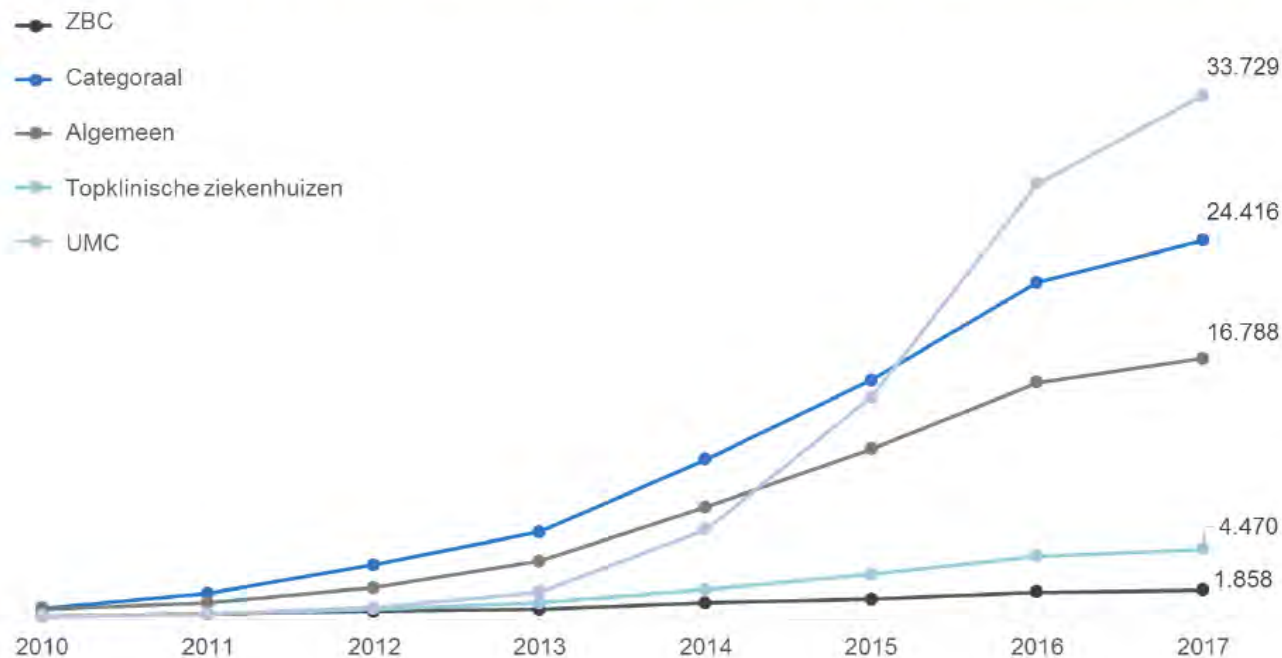
Proces toekomstverkenning



- *Demografische kenmerken van de populatie in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen*
- *Gezondheid, zorgkosten en gebruik WMO maatwerkvoorzieningen*
- *Kwetsbare groepen*
- *Profiel en reistijden*

Patiënt | één van de indicaties dat patiënten sterker betrokken zijn bij behandeling en zorgpad is de toename in waarderingen over zorginstellingen

Ontwikkeling aantal waarderingen ZorgkaartNederland op instellingsniveau

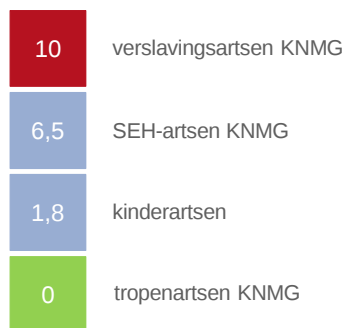


Bron: Rapport "Open Kaart", onderzoek IG&H Consulting en Patiëntenfederatie Nederland, 2017

Tekorten arbeidsmarkt | hoewel landelijk geen tekort is aan kinderartsen, kampte MC Zuiderzee wel met een kinderartsentekort

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.

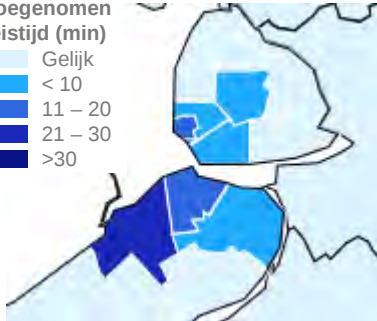
*** Arbeidsmonitor NVK 2016 . **** Beslisdocument klinische verloskunde en klinische en acute kindergeneeskunde MCIJ (v.1.2, 17-10-2018)

Vervoer | 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**

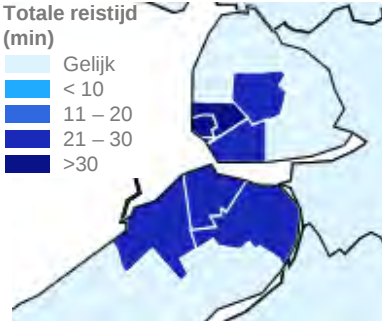
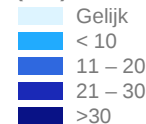
Toegenomen reistijd (min)



Bron: Google Maps

De totale reistijd na het faillissement **verschilt weinig** tussen plaatsen

Totale reistijd (min)



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)

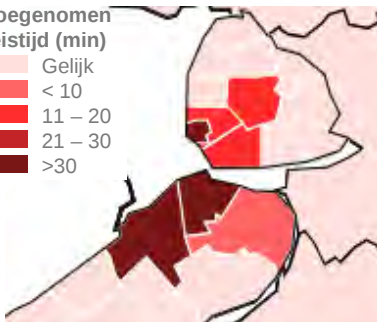
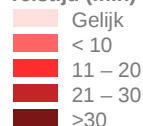
Nederland*	1,1* (0,7 – 1,3)**
Lelystad	1,1 (0,6 – 1,6)
Noordoostpolder	1,3 (1,0 – 1,6)
Dronten	1,3 (0,8 – 1,4)
Urk	1,1 (1,0 – 1,2)

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



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

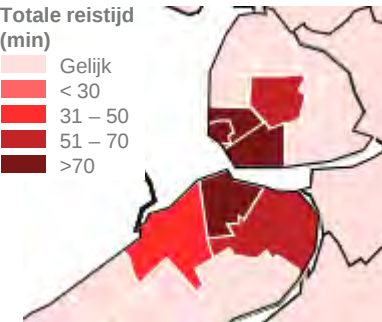
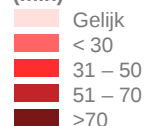
Toegenomen reistijd (min)



Bron: 9292

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

Totale reistijd (min)



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 ritprijsstijging 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)



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

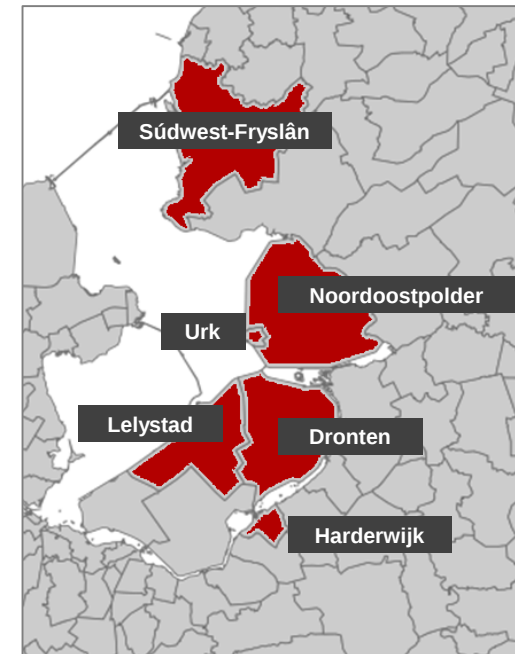
Het Antonius Ziekenhuis en het St Jansdal zijn respectievelijk gevestigd in **Súdwest-Fryslân en Harderwijk**; deze ziekenhuizen nemen zorg MC IJsselmeerziekenhuizen over



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

Patiënt en profiel



Zorgaanbod



Proces
toekomstverkenning



- *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

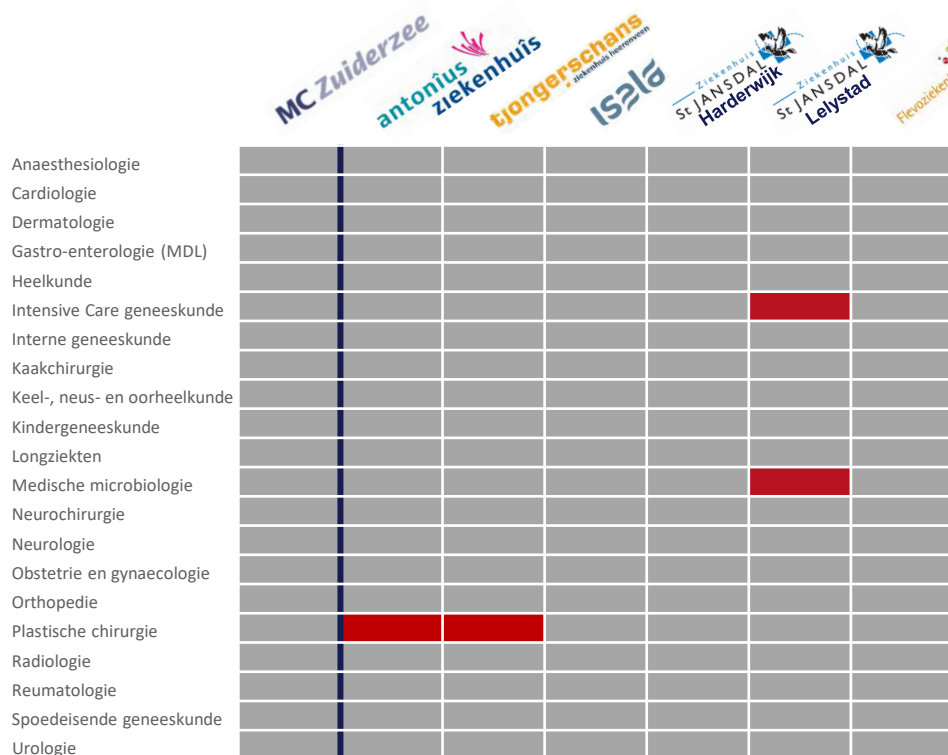
	Bedden	Klinische opnames	Dagbehandelingen	Poliklinische bezoeken	Medisch specialisten	Omzet 2017 € mln	Km / min van Lelystad ¹
MC Groep IJsselmeerziekenhuizen	 234 ²	 11.916	 7.472	 152.719	 76	 105	 0,0 / 0
 antonius ziekenhuis	274	10.829	14.578	173.997	137	131	85,5 / 52
 tjongerschans ziekenhuis heerenveen	238	12.815	13.855	192.673	108	122	77,9 / 50
 isala 	1.103	44.066	50.590	640.074	390	696	55,1 / 49
 St JANSDAL Harderwijk	380	16.470	15.271	200.121	130 ³	155 ³	25,0 / 26
 Flevoziekenhuis	389	15.611	10.700	261.228	136	175	31,0 / 30
 St JANSDAL Lelystad	Prognose 2019⁴:		3250	70.000	6.500⁵		



Bron: Google; Google Maps; DigiMV 2017; Jaarverslagen ziekenhuizen; ¹vanaf locatie MC Zuiderzee; ² inclusief Emmeloord; ³ jaartal 2015; ⁴ exclusief locatie Emmeloord; ⁵telefonische consulten

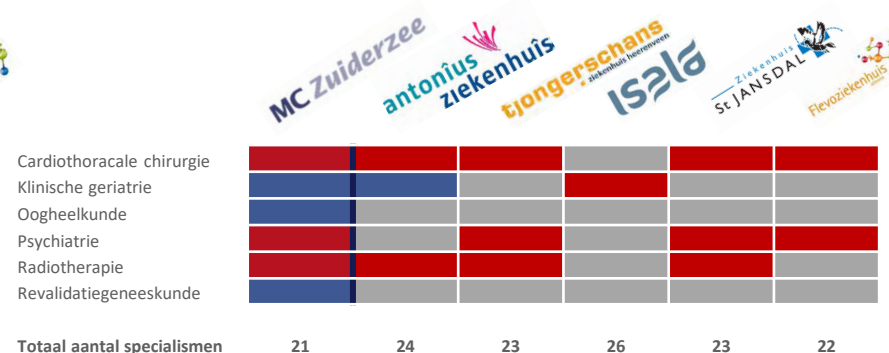
Zorgaanbod | het profiel van het MC Zuiderzee was relatief beperkt, alle poliklinieken worden weer aangeboden in Lelystad

Alle gevestigde specialismen uit MC Zuiderzee worden poliklinisch in Lelystad vanuit het St Jansdal aangeboden, klinische zorg ook elders in de regio..



- St Jansdal locatie Lelystad: dit betreft polibezoeken
- SEH in St Jansdal locatie Lelystad wordt in de vorm van een spoedpoli aangeboden

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



Legenda:

Aanwezig

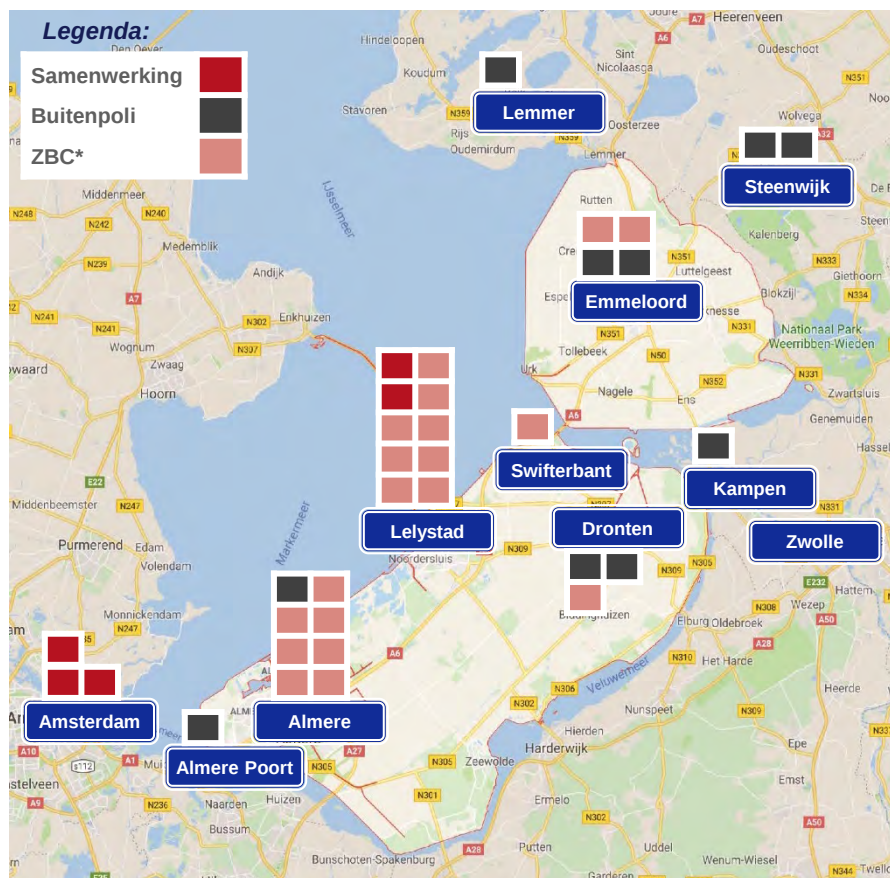
Niet aanwezig

Andere lokale aanbieder

- 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

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

Flevoland en ziekenhuiszorg buiten het ziekenhuis



Orthoparc heeft zich gevestigd in Lelystad als zelfstandig behandelcentrum op het gebied van orthopedie

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

Locatie	Vestiging	Specialisme	Type
Lelystad	Flevoziekenhuis**	Nefrologische zorg, (thuis)dialyse	
	Coloriet	Geriatric	
	Hartklinieken	Cardiologie	
	Oogziekenhuis Zonnestraal**	Oogheelkunde	
	Beekman Klinieken**	Plastische Chirurgie	
	VermoeidheidKliniek	Interne Geneeskunde	
	De Trappenberg**	Revalidatiegeneeskunde	
	Vrouw& klinieken	Gynaecologie	
	Orthoparc	Orthopedie	
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	
		Medische microbiologie	
		Klinische chemie	
Kampen	Isala	Meerdere	
Lemmer	Tjongerschans	Meerdere	
Steenwijk	Tjongerschans	Meerdere	
	Isala	Meerdere	
Swifterbant	Hartklinieken	Cardiologie	



Inhoud

Patiënt en profiel



Zorgaanbod



Proces toekomstverkenning



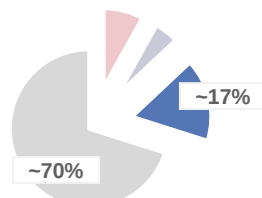
- *Zorgaanbod in de regio*
- *Spoedzorg*
- *Ambulancezorg*
- *Acute geboortezorg*

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

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

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

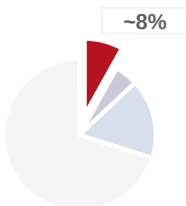
Huisarts en huisartsenpost (HAP)



■ Spoeisende zorg geleverd door huisarts
■ Verwijzing naar SEH

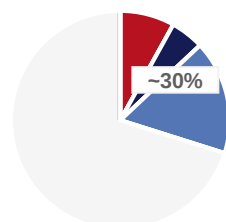
Op jaarbasis (2017) verrichten de huisartsen in Nederland circa 6.7mln gewogen spoedconsulten⁺ en worden er circa 1.3mln patiënten doorverwezen naar de spoedeisende hulp.

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.

Spoeisende hulp (SEH)

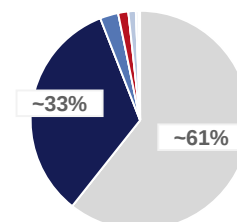


Instroom SEH Nederland (2017)

■ 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 acut 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 1 jaar klinische ervaring, waarvan 1/2 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 (apotheek, 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 spoedeisende zorg 2013; [‡] normen gelden voor iedere geopende SEH; [§] partijen zijn het niet eens over deze norm, Zorginstituut heeft doorzettingsmacht

Spoeisende hulp | kwaliteitskader stelt aanvullende eisen op het gebied van personeel en faciliteiten aan de organisatie

Tijdsnorm

Aantal minuten voordat het personeel of een faciliteit aanwezig/ beschikbaar moet zijn op de SEH

PERSONEEL

Verpleegkundige: < 5 min. aanwezig

Specialist: 15-30 min. aanwezig

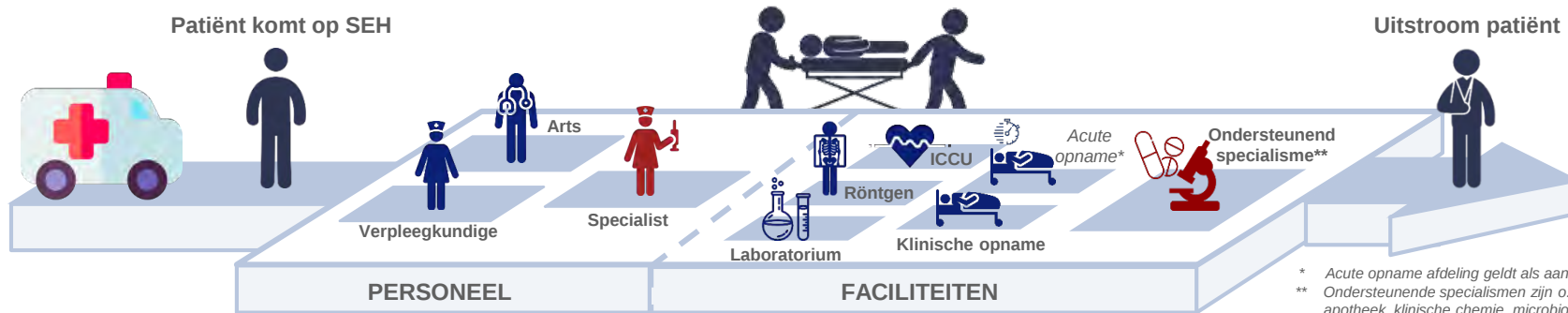
FACILITEITEN

Laboratorium en röntgenfaciliteiten: direct beschikbaar

OK <30 min. beschikbaar

Spoeisende hulp

Patiënt komt op SEH



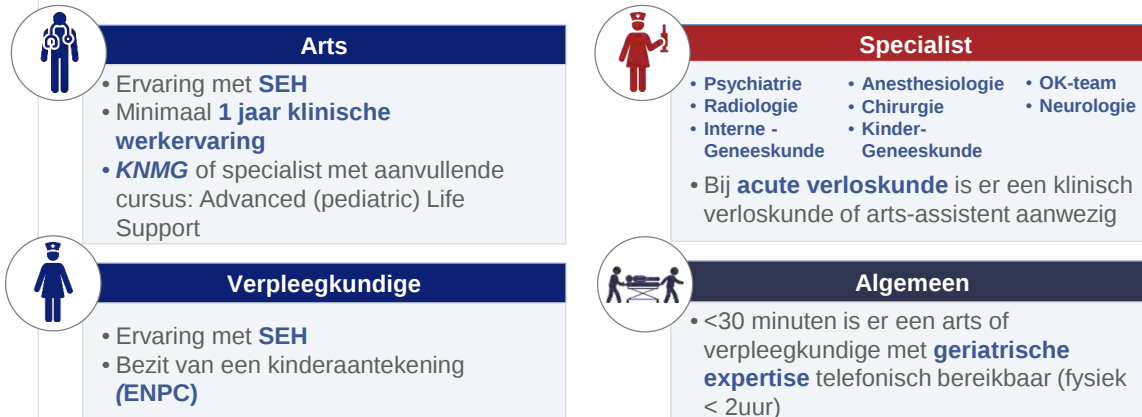
* Acute opname afdeling geldt als aanbeveling
** Ondersteunende specialismen zijn o.a. apotheek, klinische chemie, microbiologie

IG&H

Melding & Triage

- SEH en RAV maken gebruik van **actuele beschikbaarheids- en capaciteitsinformatie**
- De HAP en SEH werken zoveel mogelijk vanuit **één locatie** en maken **duidelijke afspraken** over de melding en triage
- Triage start **binnen 5 min**

Diagnostiek & Behandeling



Uitstroom

- Er is een duidelijk omschreven **ontslagprocedure en nazorgtraject** (kwetsbare groepen)
- Indien nodig ontvangt de patiënt duidelijke informatie over het **vervolg van de overdragende zorgverlener**

Keten

- Ketenpartners stemmen **triagesystemen** zoveel mogelijk op elkaar af en **delen actuele medische gegevens**.
- Ketenpartners weten welke ziekenhuizen in de regio over **specifieke faciliteiten en/of competenties beschikken** voor specifieke toestandsbeelden.

Bronnen: Kwaliteitskader spoedzorgketen 2018 en Kwaliteitsvisie spoedeisende zorg 2013; normen gelden voor iedere geopende SEH

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

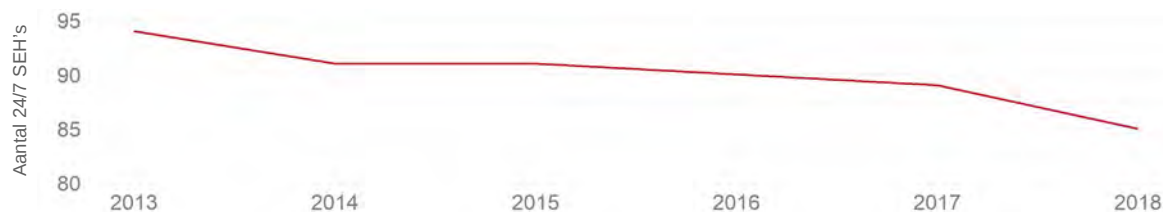
Ziekenhuis met specifieke faciliteiten

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 Marktscan 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 JANSDAL	antonius ziekenhuis	tjongerschans ziekenhuis heerenveen	isala	Flevoziekenhuis	Amsterdam UMC
Basis SEH	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Acute Cardiologie (AMI)					✓		✓
Acute Neurologie (CVA - trombolyse)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Acute Neurologie (SAB en IAT-indicatie)					✓		✓
Acute Vaatchirurgie (rAAA)					✓		✓
Acute Kindergeneeskunde [‡]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Trauma opvang	L3	L2	L3	L3	L1	L3	L1

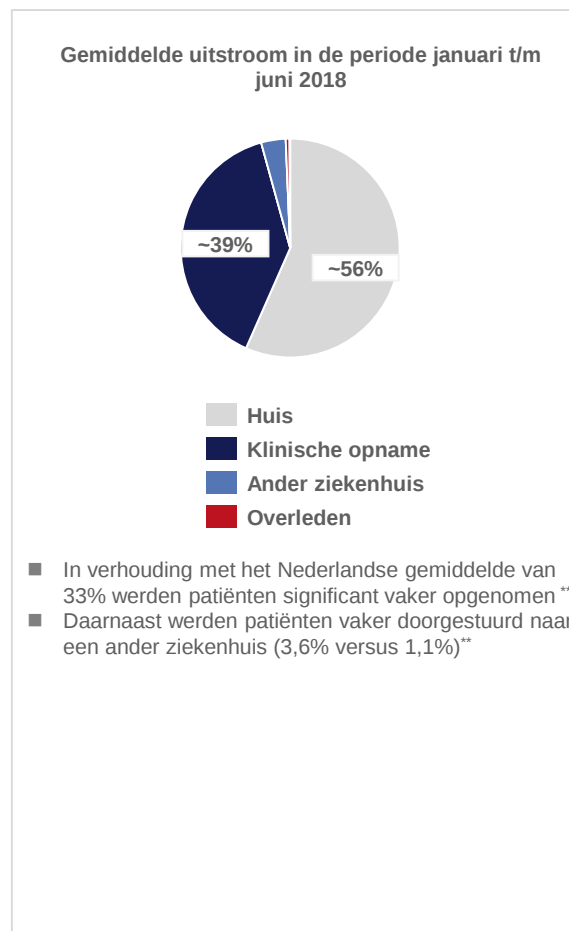
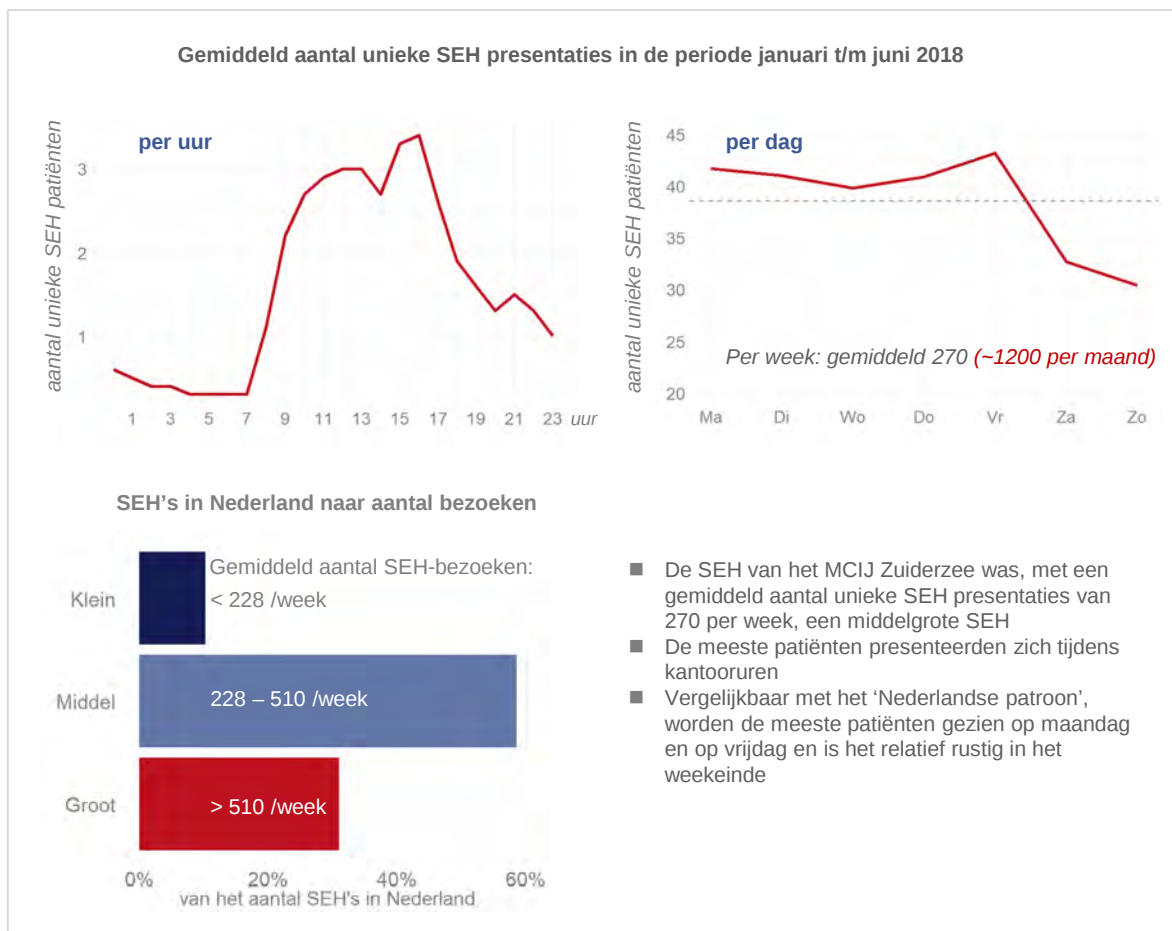
Bronnen: Acute Zorgnetwerk Noord-Nederland; RAV Flevoland; MC IJsselmeerziekenhuizen; [‡] acute en klinische kindergeneeskunde werd kort voor het faillissement gesloten in het MC Zuiderzee



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

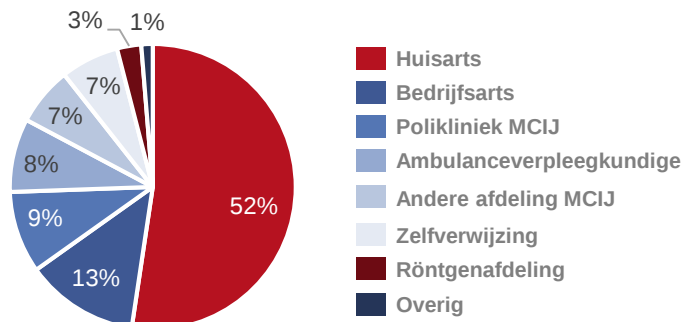


Bronnen: MC IJsselmeerziekenhuizen; NZa Monitor Acute Zorg 2018; BIA kwaliteitskader speedzorgketen december 2018; ** χ^2 test zonder continuïteitscorrectie

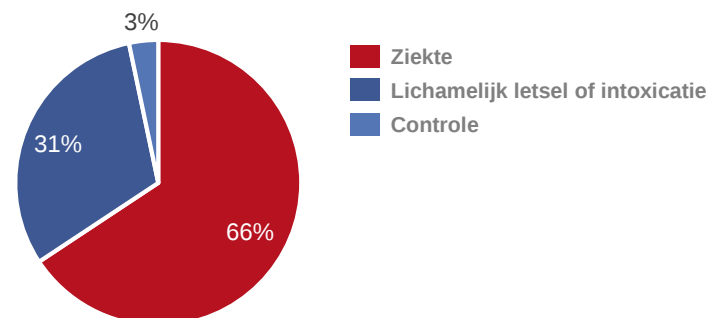
Voor zover bekend bij de Toekomstverkenner zijn er tot op dit moment nog geen calamiteiten gemeld, wel zijn er incidenten en casus gemeld.

Speedzorg | instroom SEH MC Zuiderzee primair via de huisarts en relatief veel patiënten van 65 jaar en ouder, conform andere SEH's in NL

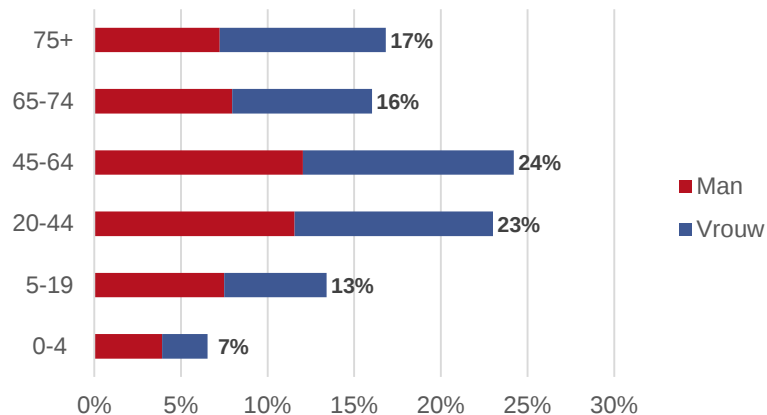
Conform Nederlandse cijfers werden de meeste patiënten naar de SEH verwezen door de huisarts. In verhouding met NL cijfers was het aandeel zelfverwijzers relatief laag.



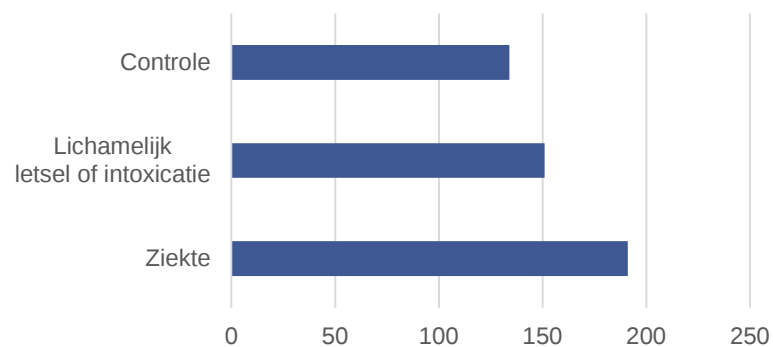
De meeste patiënten kwamen binnen i.v.m. ziekte (bijv. een respiratoire aandoening), maar in circa een derde betrof het lichamelijk letsel (bijv. een fractuur) of een intoxicatie



Een derde van de patiënten die zich op de SEH presenteerde was 65 jaar of ouder conform Nederlandse cijfers



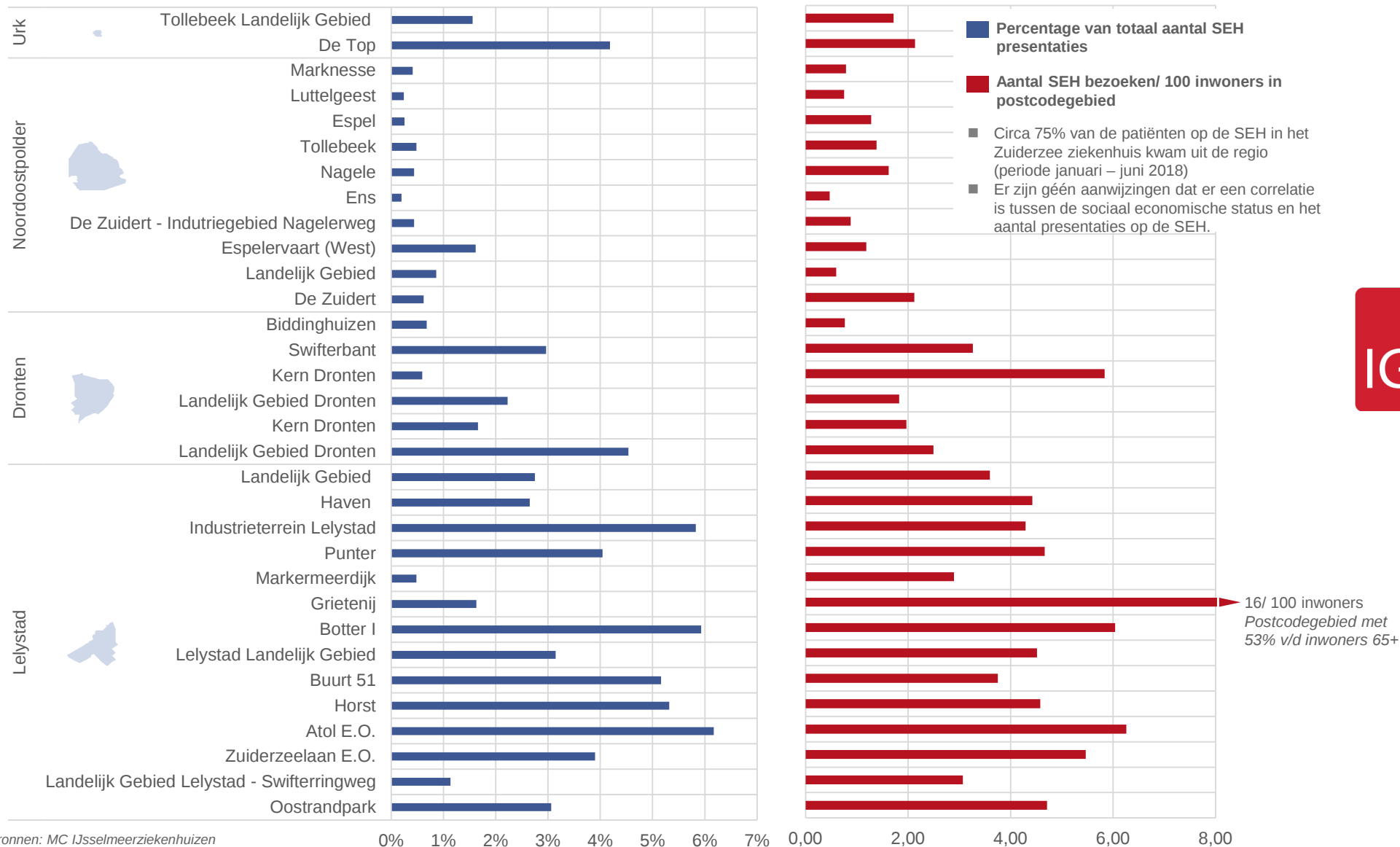
De verblijfsduur op de SEH bedroeg gemiddeld* 177 minuten



* Gewogen gemiddelde

Bronnen: MC IJsselmeerziekenhuizen (periode januari – juni 2018) ; NZa Monitor Acute Zorg 2018

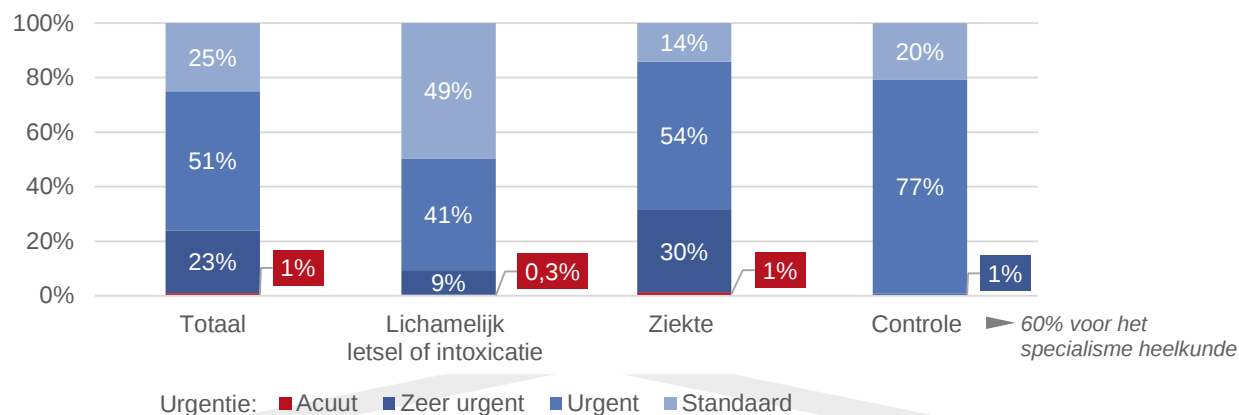
Speedzorg | ~75% van de patiënten op de SEH v/h MC Zuiderzee was afkomstig uit de regio, maar relatief weinig vanuit de Noordoostpolder



Bronnen: MC IJsselmeerziekenhuizen

Speedzorg | patiënten presenteerden zich meest frequent met cardiologische aandoening of fractuur; 1 – 23% kreeg triagestatus acuut – zeer urgent

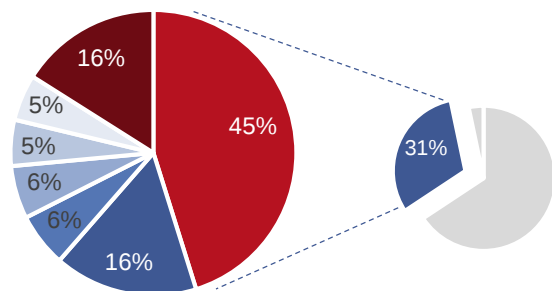
Slecht een klein deel van de patiënten (1%) werd getrieerd als **acuut** zorg behoevend, een aanzienlijk groter deel als **zeer urgent** (23%). Uit Nederlandse cijfers blijkt dat in 1-2.5% de vitale functies bedreigd zijn en acuut handelen noodzakelijk is, in 10-15% is snel handelen vereist om te voorkomen dat vitale functies in gevaar komen



Fracturen en oppervlakkig letsel > 50% van het lichamelijk letsel/intoxicaties

Type letsel/ intoxicatie

- Fractuur
- Oppervlakkig letsel
- Open wond
- Hersenletsel
- Distorsie
- Vergiftiging*
- Overige

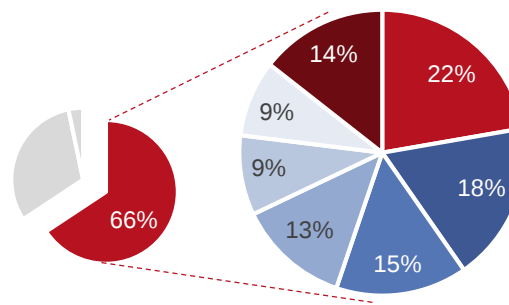


* Alcohol, drugs, medicijnen of overig

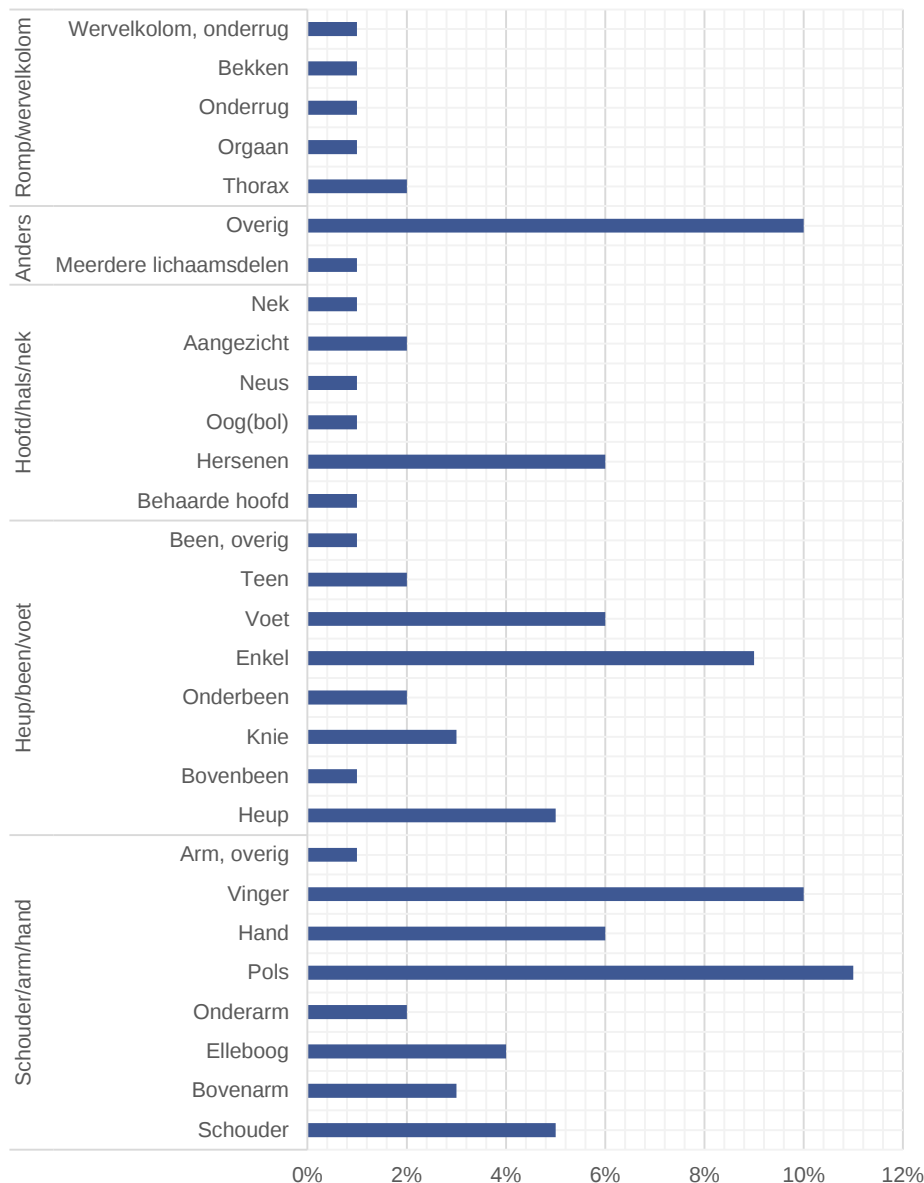
Cardiologie, inwendige ziekten en heelkunde meest frequent hoofdbehandelaar van patiënten die zich met ziekte presenteren op de SEH

Hoofdbehandelaar

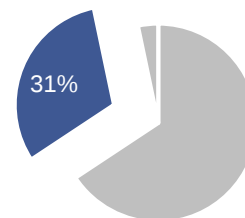
- Cardiologie
- Inwendige geneeskunde
- Heelkunde
- Longziekten
- Kindergeneeskunde
- Neurologie
- Overige



Speedzorg | patiënten presenteerden zich meest frequent met letsel aan de bovenste extremiteiten



Letsel was in 43% van de gevallen gelokaliseerd ter plaatse van schouder, arm of hand. Letsel aan de romp en/of wervelkom kwam het minste voor. Daarnaast was letsel aan meerdere lichaamsdelen zeldzaam.



Bronnen: MC IJsselmeerziekenhuizen (periode januari – juni 2018); betreft alleen lokalisaties met een percentage $\geq 0,5\%$.



Speedzorg | ICU opnames vanaf de SEH waren zeldzaam en kwamen relatief vaker gedurende de avond en nacht voor

Van alle patiënten die zich presenteerden op de SEH van het MC Zuiderzee ziekenhuis werd ~ 2% op de ICU opgenomen, relatief vaker 's avonds en 's nachts dan overdag. Patiënten werden het meest frequent opgenomen door het specialisme cardiologie, gevolgd door inwendige ziekten

Gemiddeld aantal ICU opnames vanaf de SEH in de periode januari t/m juni 2018

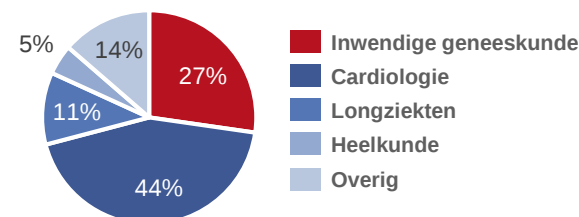


Gemiddeld aantal ICU opnames vanaf de SEH in de periode januari t/m juni 2018 als percentage van het totaal aantal unieke SEH presentaties



- In de periode januari t/m juni 2018 werden er per week gemiddeld 2,7 patiënten overdag en 1,6 patiënten 's nachts vanaf de SEH op de ICU opgenomen. In totaal betrof dit 1,6% van het aantal SEH presentaties en 4% van het aantal opnames vanaf de SEH.
- ~2% van de patiënten die zich op de SEH presenteerden werd opgenomen in een ander ziekenhuis, een aanzienlijk deel hiervan zal ICU opnames betreffen.
- Patiënten werden met diverse aandoeningen op de ICU opgenomen, waaronder: hart- en vaatziekten, infectie- en longziekten, orgaanletsel, hersenletsel en intoxicaties

Op de ICU opgenomen patiënten naar specialisme



Speedzorg | groot deel letsel kan gezien worden op spoedpoli, maar voor overige patiënten zijn mogelijkheden zeker gedurende AW-uren beperkt



Speedpoli in Lelystad – algemene informatie

- ☑ Openingstijden: 8.00 – 21.30 uur
- ☑ Patiënt is ABC stabiel
- ☑ Patiënt is niet opgenomen in een ziekenhuis of andere zorginstelling en het is niet zeker of opname vereist is
- ☑ Voor kinderen is de spoedpoli alleen geschikt bij een enkelvoudige fractuur, simpele wond of appendicitis
- ☑ Er mag geen vermoeden bestaan op occulte pathologie op basis van mechanisme †
- ☑ Met betrekking tot trauma, is de spoedpoli alleen geschikt voor laagenergetisch trauma

Informatie per ziektebeeld

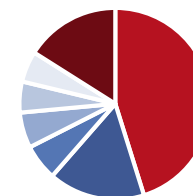
Letsel of intoxicatie	Type	Specialisme	ma-vrij	avond/ weekeinde	
	Contusio/distorsio	Heelkunde	☑	☑	
	Fractuur bovenste ledematen	Heelkunde	☑	☑	
	Fractuur onderste ledematen §	Heelkunde	☑	☑	
	Fractuur wervelkolom	Heelkunde	☑	☑	
	Fractuur os pubis	Heelkunde	☑	☑	
	Fractuur kinderen (enkelvoudig)	Heelkunde	☑	☑	
	Brandwonden	Heelkunde	☑	☑	
	Wonden	Heelkunde	☑	☑	
	Luxatie	Heelkunde	☒	☒	
	Corpus alienum	Heelkunde	☑	☑	

Bronnen: St Jansdal, MC IJsselmeerziekenhuizen; † Bijvoorbeeld buikpijn na een val van grote hoogte waar een inwendige bloeding aan ten grondslag kan liggen, terwijl de patiënt wordt ingestuurd voor een röntgenfoto van bovenste extremiteiten § Behoudens femur/collumfractuur; ||Indien patiënt mobiel is en er geen neurologische symptomen zijn

MC Groep

Type letsel/ intoxicatie
31% van totaal aantal SEH presentaties

- Fractuur
- Oppervlakkig letsel
- Open wond
- Hersenletsel
- Distorsie
- Vergiftiging
- Overige



Speedzorg | groot deel letsel kan gezien worden op spoedpoli, maar voor overige patiënten zijn mogelijkheden zeker gedurende AW-uren beperkt



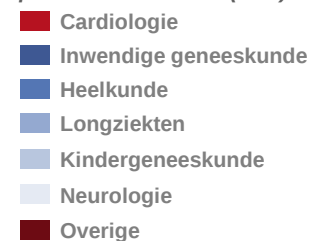
Informatie per ziektebeeld

Ziekte	Type	Specialisme	ma-vrij	Avond/ weekeinde	
	Verdenking appendicitis	Heelkunde	✓	✗	Heelkunde
	Verdenking cholecystitis/cholelithiasis	Heelkunde	✓	✗	Heelkunde
	Periaanaal abces/sinus pil	Heelkunde	✓	✗	Heelkunde
	Atrifibrilleren (zonder pijn op de borst of dyspnoe)	Cardiologie	✓	✗	Cardiologie
	Agina pectoris zonder ECG-afwijkingen	Cardiologie	✓	✗	Cardiologie
	Dyspnoe (cardiaal; saturatie > 90%)	Cardiologie	✓	✗	Cardiologie
	Nierstenen	Urologie	✓	✗	Urologie
	Blaasretentie (catheterproblemen)	Urologie	✓	✗	Urologie
	Epididymitis	Urologie	✓	✗	Urologie
	Verdenking longembolie (saturatie > 90%) †	Longziekten	✓	✗	Longziekten
	Astma/COPD (saturatie > 90%)	Longziekten	✓	✗	Longziekten
	Diep veneuze tromboze	Inwendige geneeskunde	✓	✗	Inwendige geneeskunde
	Prikaccident	Inwendige geneeskunde	✓	✗	Inwendige geneeskunde
	Insektenbeet (lokaal)	Inwendige geneeskunde	✓	✗	Inwendige geneeskunde

Bronnen: St Jansdal, MC IJsselmeerziekenhuizen; † Geen collapsneiging

MC Groep

Hoofdbehandelaar
patiënten met ziekte (66%)



Speedzorg | groot deel letsel kan gezien worden op spoedpoli, maar voor overige patiënten zijn mogelijkheden zeker gedurende AW-uren beperkt

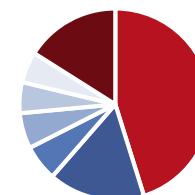


Informatie per ziektebeeld

	Type	Specialisme	ma-vrij	Avond/ weekeinde	
Letzel	Corpus alienum oor/neus	KNO	✓	✗	
	Neusfractuur	KNO	✓	✗	
	Trauma capitis (EMV 15)	Neurologie	✓	✓	
	Kinderen met fractuur	Kindergeneeskunde	✓	✓	
	Kinderen met wond	Kindergeneeskunde	✓	✓	

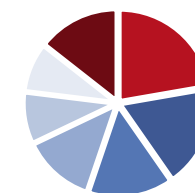
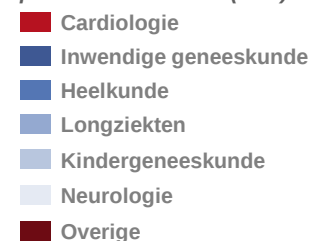
MC Groep

Type letsel/ intoxicatie
31% van totaal aantal SEH presentaties



	Type	Specialisme	ma-vrij	Avond/ weekeinde	
Ziekte	Epistaxis	KNO	✓	✗	
	Peritonsillair abces	KNO	✓	✗	
	TIA	Neurologie	✓	✗	
	Hoofdpijn (zonder verdenking op SAB/meningitis)	Neurologie	✓	✗	
	Rugklachten	Neurologie	✓	✗	
	Duizeligheid	Neurologie	✓	✗	
	Zieke kinderen	Kindergeneeskunde	✗	✗	
	Appendicitis	Kindergeneeskunde	✓	✗	

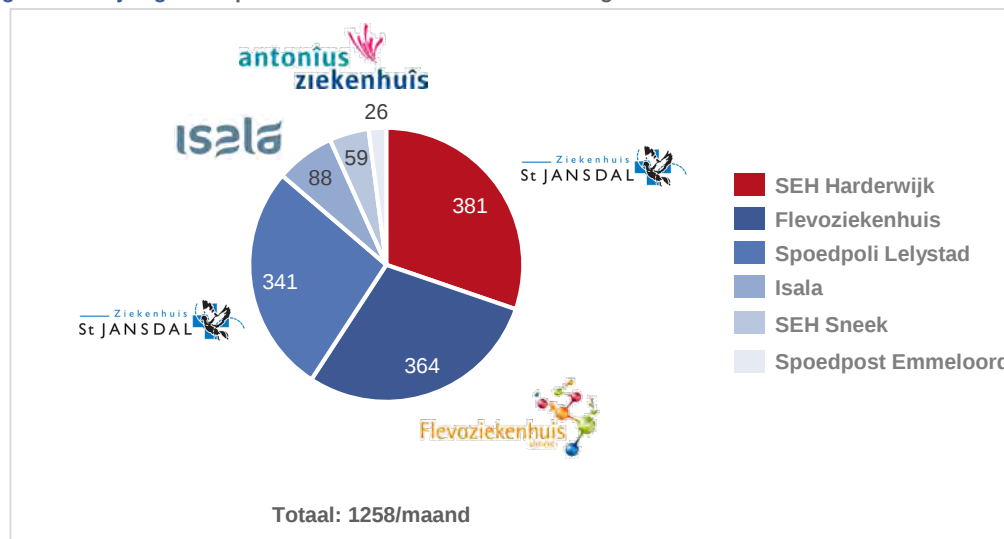
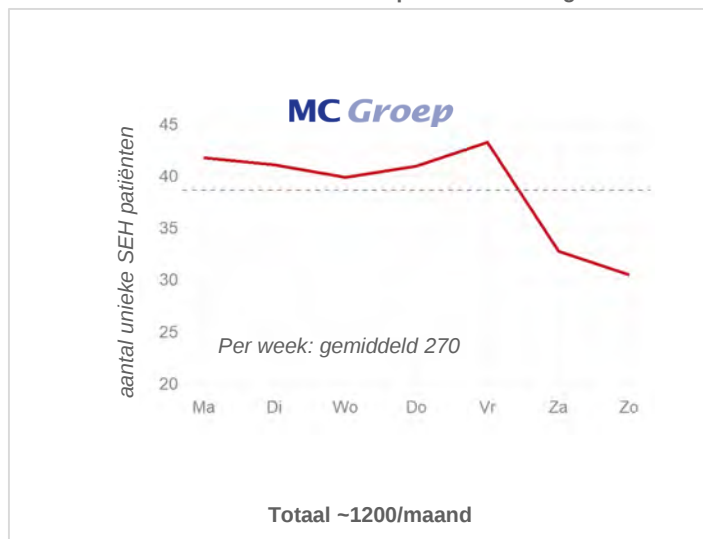
Hoofdbehandelaar
patiënten met ziekte (66%)



Bronnen: St Jansdal, MC IJsselmeerziekenhuizen

Speedzorg | monitoring omliggende ziekenhuizen laat geen aanwijzingen zien dat patiënten minder vaak naar de SEH gaan

Op basis van een grove schatting zijn er **geen aanwijzingen** dat patiënten minder vaak naar de SEH gaan

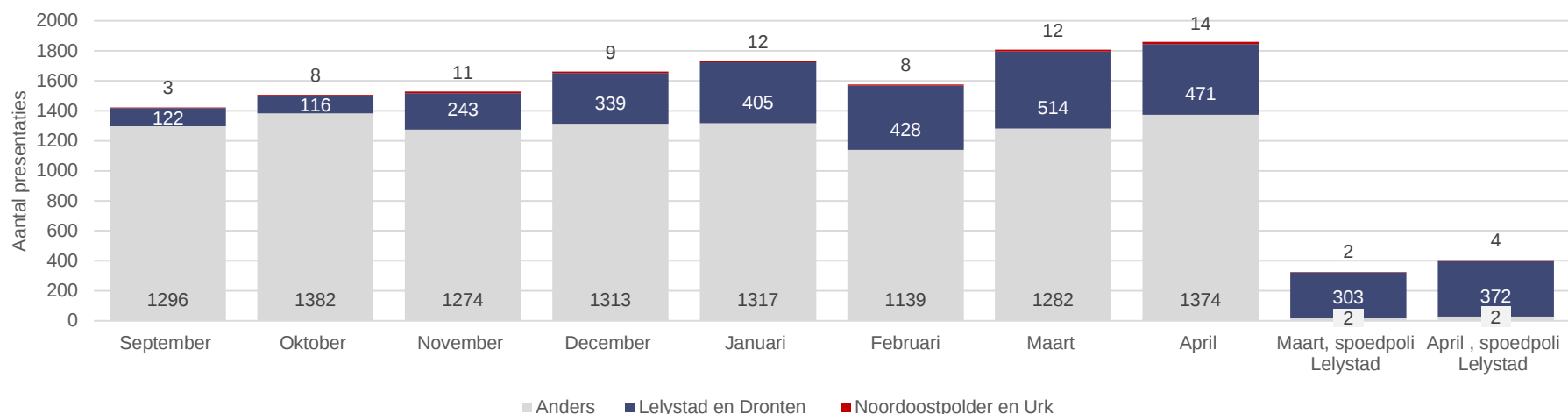


Toelichting:

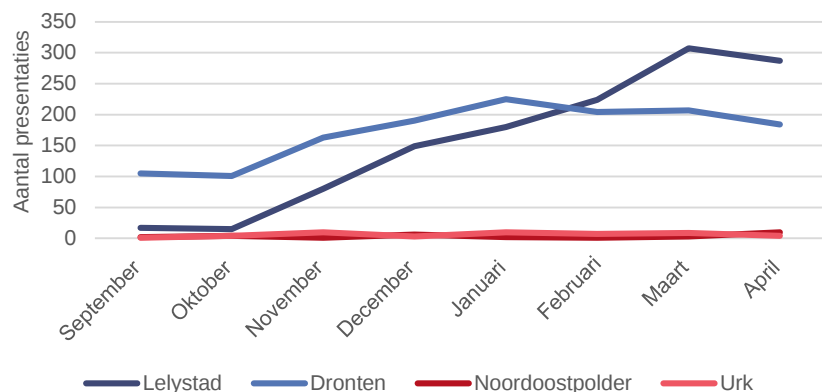
- In de periode januari t/m augustus 2018 waren er gemiddeld 1200 unieke SEH presentaties per maand op de SEH van het voormalige Zuiderzee ziekenhuis (~75% woonachtig in Lelystad, Dronten, de Noordoostpolder of Urk).
- In de periode september 2018 t/m april 2019 heeft monitoring plaatsgevonden. Hierbij is o.a. gekeken naar het aantal SEH presentaties.
- Om inzicht te verkrijgen in de verdeling van patiënten is een **grobe** schatting gemaakt. Gezien eenduidige vergelijking niet mogelijk is en er daarnaast rekening gehouden moeten worden met fluctuaties per jaar kunnen **geen harde conclusies** worden getrokken op basis van deze inschatting.
- In Harderwijk waren er in maart en april (nieuwe situatie) 381 patiënten meer uit één van de 4 gemeentes t.o.v. september 2018.
- Het aantal patiënten (uit één van de 4 gemeentes) dat zich op de spoedpoli in Lelystad presenteerden was in maart-april gemiddeld 341.
- In het Flevoziekenhuis werden in maart en april gemiddeld 364 meer patiënten gezien dan vorig jaar
- In het Isala werden in maart en april gemiddeld 88 meer patiënten gezien (uit één van de 4 gemeentes) t.o.v. vorig jaar.
- Op de SEH in Sneek en de spoedpost in Emmeloord werden respectievelijk gemiddeld 59 en 26 patiënten meer gezien in maart-april t.o.v. 2018.
- Het is mogelijk dat patiënten eerst gezien worden op de spoedpoli in Lelystad of de spoedpost in Emmeloord en vandaar uit worden doorgestuurd naar een SEH in de regio (deze patiënten worden dus dubbel meegenomen in de figuur rechtsboven).

St Jansdal | aantal patiënten vanuit Lelystad en Dronten neemt toe en betreft nu 25-30% van het totaal aantal patiënten op de SEH

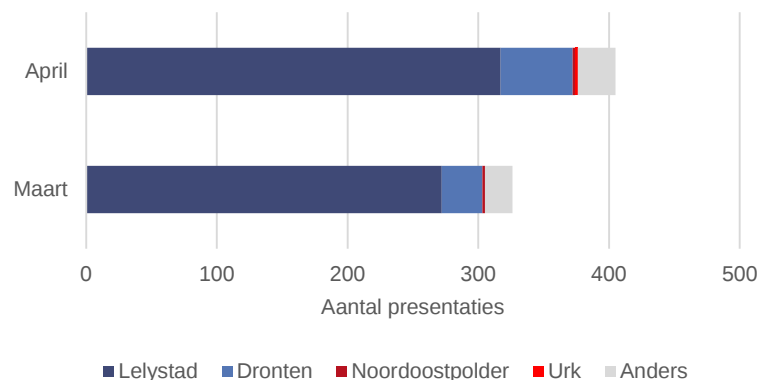
Aantal bezoeken aan de SEH in Harderwijk is toegenomen tot een gemiddelde van 1834 in maart en april (een toename van 29% t.o.v. september). De stijging wordt vooral veroorzaakt door patiënten uit Lelystad en Dronten, het aantal patiënten uit andere regio's fluctueert



Met name groei in het aantal patiënten vanuit Lelystad. Inwoners van Dronten bezochten ook voor het faillissement al vaker de SEH in Harderwijk

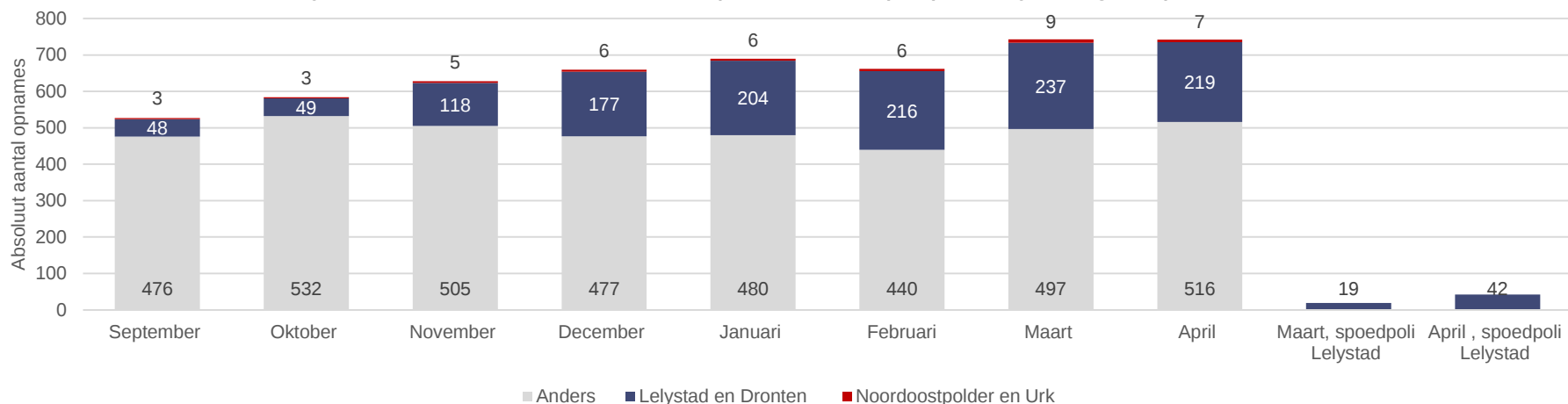


Overgrote meerderheid van de patiënten op de spoedpoli komt uit Lelystad

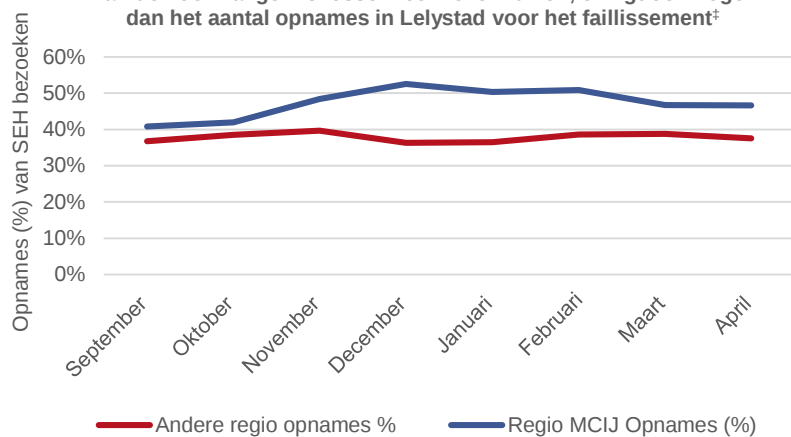


St Jansdal | patiënten uit de regio van de voormalig MC IJsselmeerziekenhuizen worden vaker opgenomen

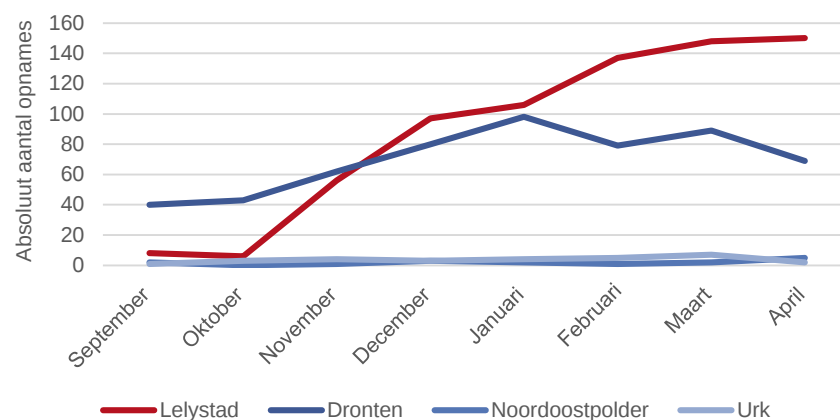
Het aantal opnames vanaf de SEH in Harderwijk is sinds september met ~40% toegenomen tot een gemiddelde van 743 in maart en april. Deze toename betreft vooral patiënten uit Lelystad en Dronten. Daarnaast was het aantal opnames vanaf de spoedpoli in Lelystad hoger in april dan in maart



Percentage opnames vanaf de SEH hoger voor patiënten uit de regio van de voormalige MC IJsselmeerziekenhuizen; en ligt ook hoger dan het aantal opnames in Lelystad voor het faillissement[‡]

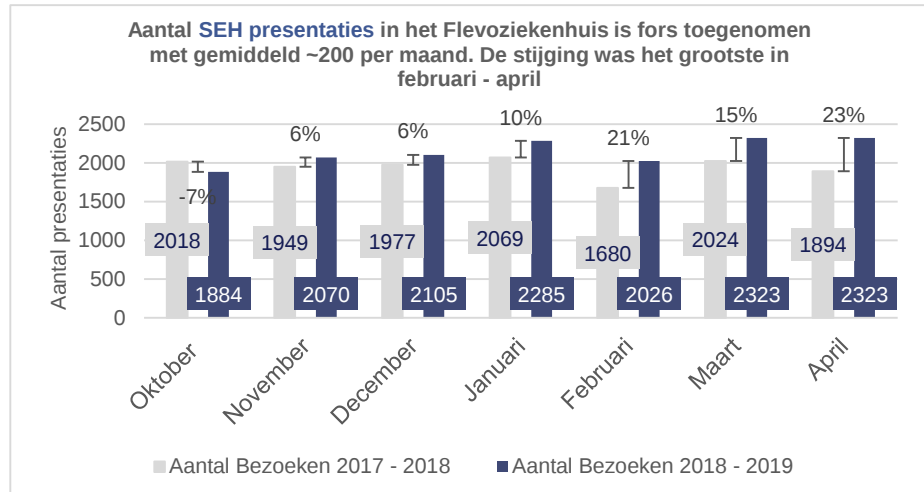


Opgenomen patiënten komen het meest frequent uit Lelystad, hier wordt tevens de grootste stijging gezien

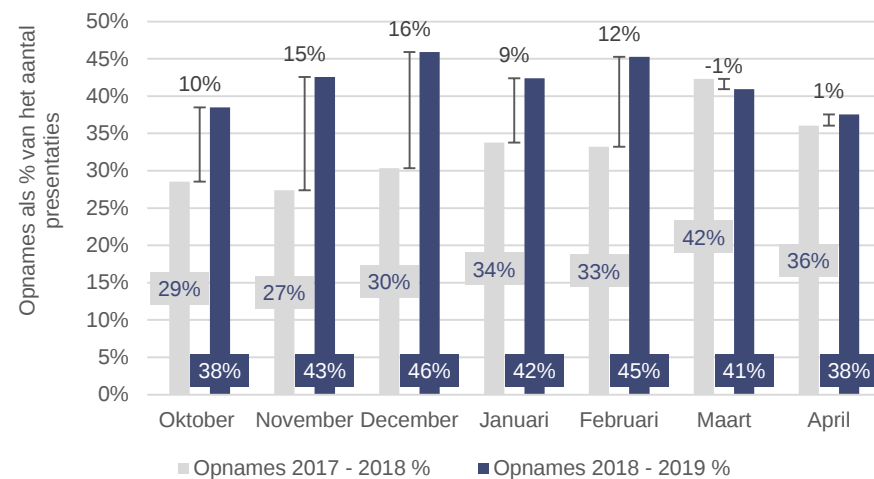
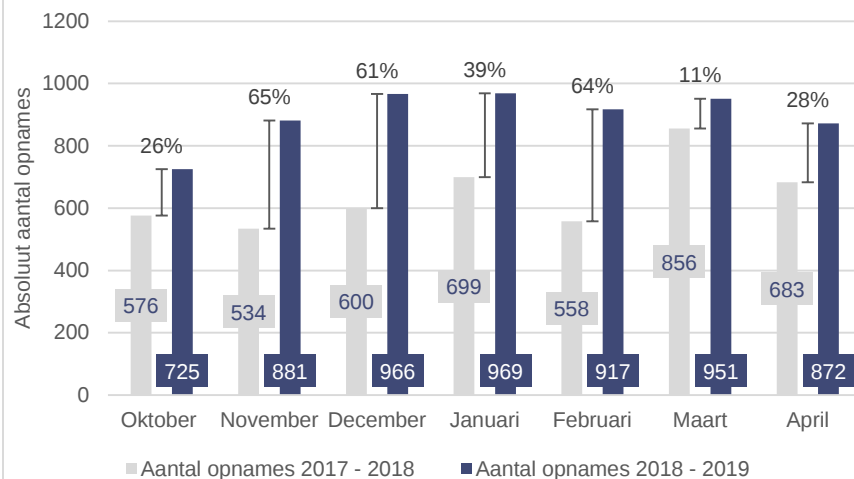


Bron: St Jansdal; [‡] Hierbij moet rekening gehouden worden met het lage aantal opnames vanaf de spoedpoli, het aantal opnames vanaf de SEH en spoedpoli samen is voor maart en april gemiddeld 32% van het totaal aantal presentaties op de SEH en de spoedpoli (alleen patiënten uit de regio van de voormalig MC IJsselmeerziekenhuizen zijn meegenomen in deze berekening); hierbij moet echter weer rekening gehouden worden met de verspreiding van patiënten naar andere ziekenhuizen in de regio.

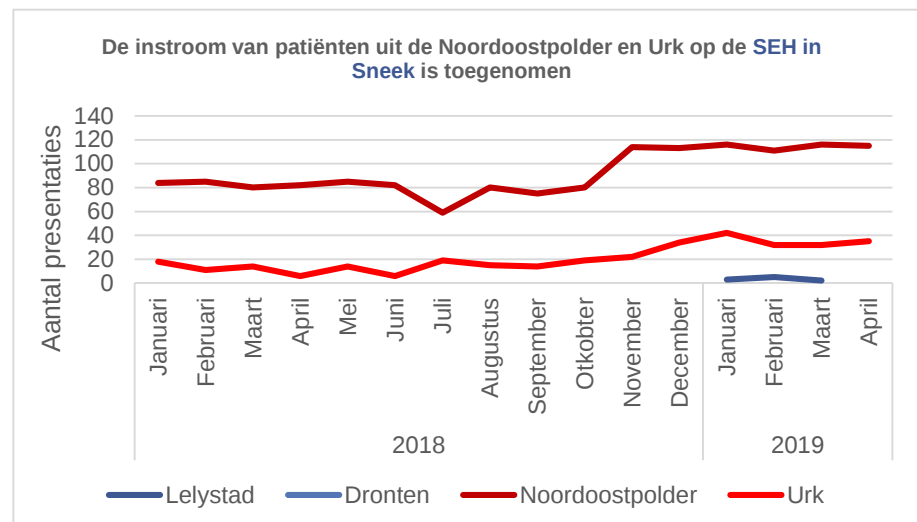
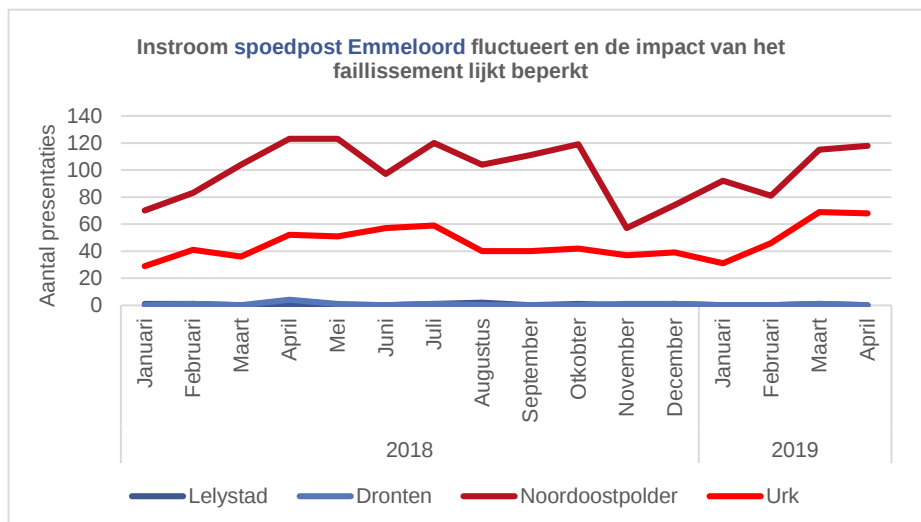
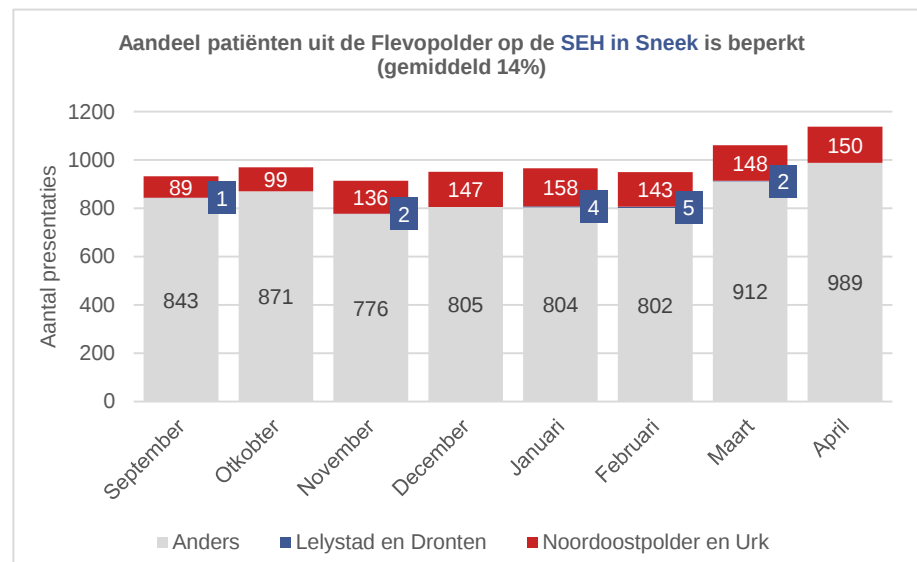
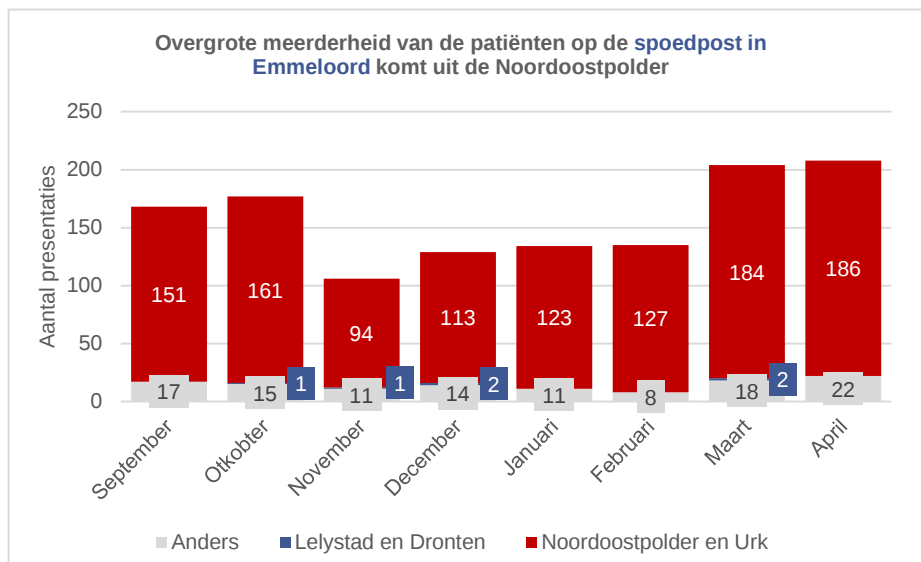
Flevoziekenhuis | aantal patiënten op de SEH v/h Flevoziekenhuis neemt toe en patiënten worden relatief vaker opgenomen



Absoluut **aantal opnames** is met gemiddeld ~250/maand toegenomen, dit wordt deels verklaard door een toename van het aantal SEH presentaties. Maar, ook als het aantal opnames wordt weergegeven t.o.v. het aantal SEH presentaties (%) wordt in de meeste maanden een toename gezien. In 2017/ 2018 lagen de cijfers (behoudens in maart) nog rond het NL gemiddelde van 33%. Dit geldt niet meer voor 2018/2019 waar het relatieve aantal opnames gemiddeld hoger is dan in het voormalige MC Zuiderzee ziekenhuis.



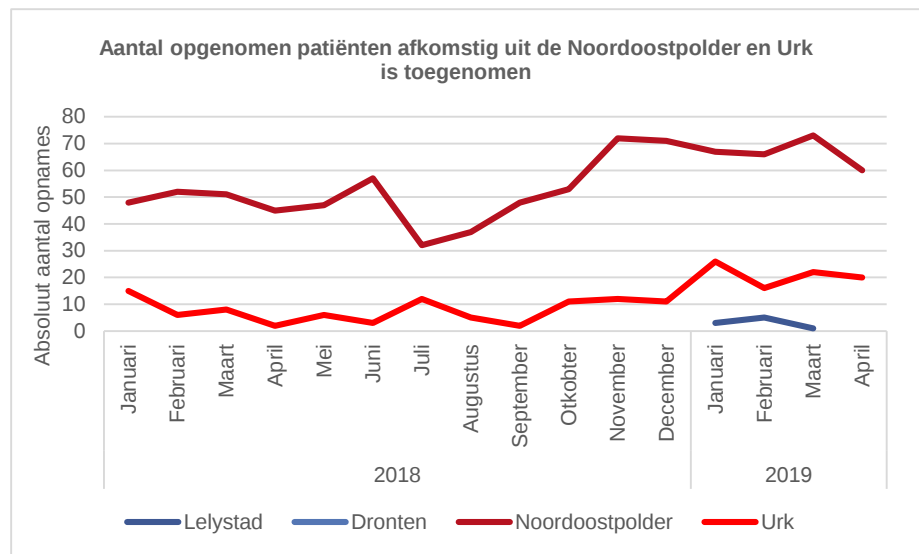
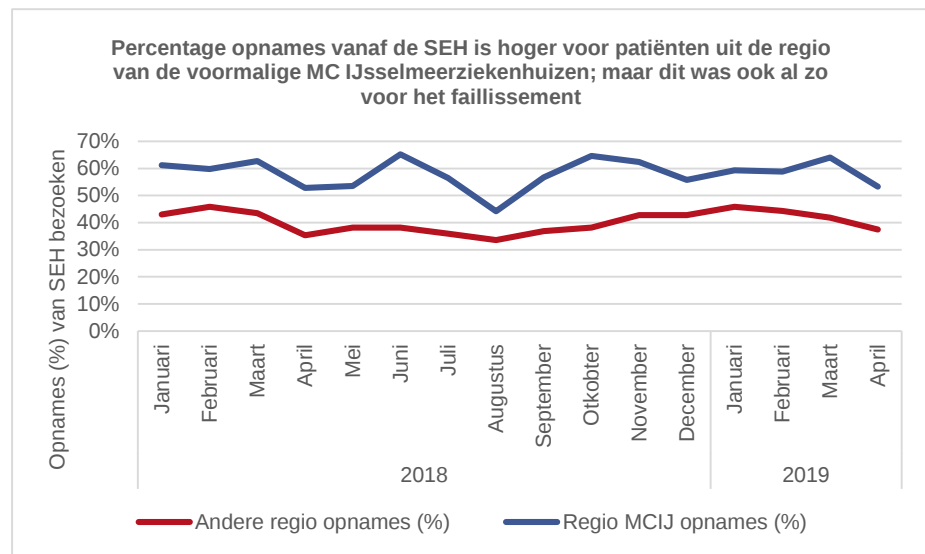
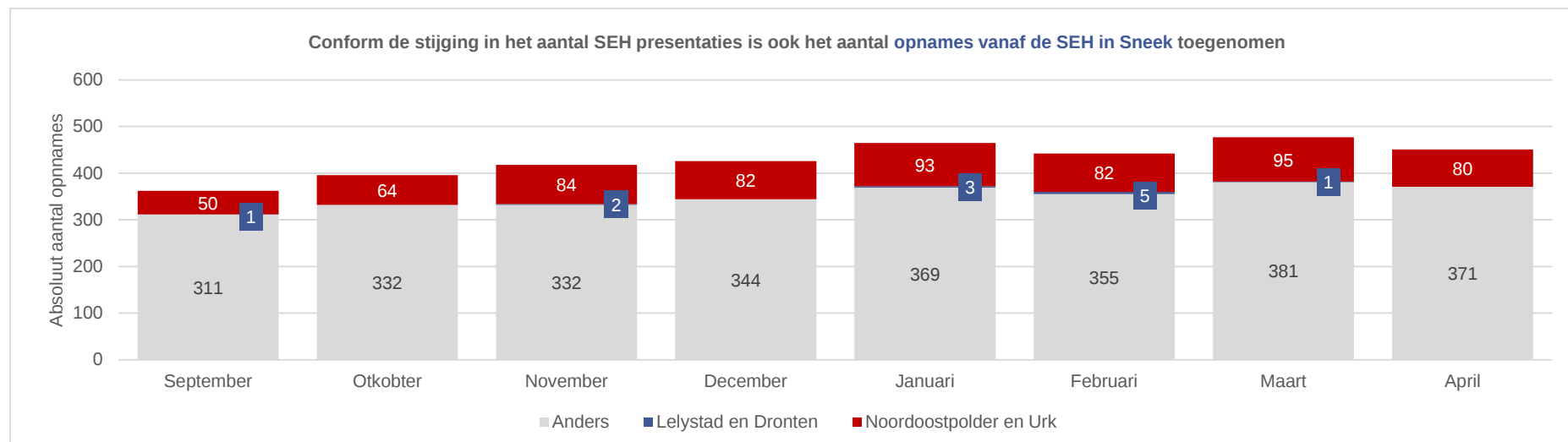
Antonius zorggroep | patiënten afkomstig uit de Flevopolder, komen primair vanuit de Noordoostpolder, dit aantal is toegenomen



Bron: Antonius zorggroep



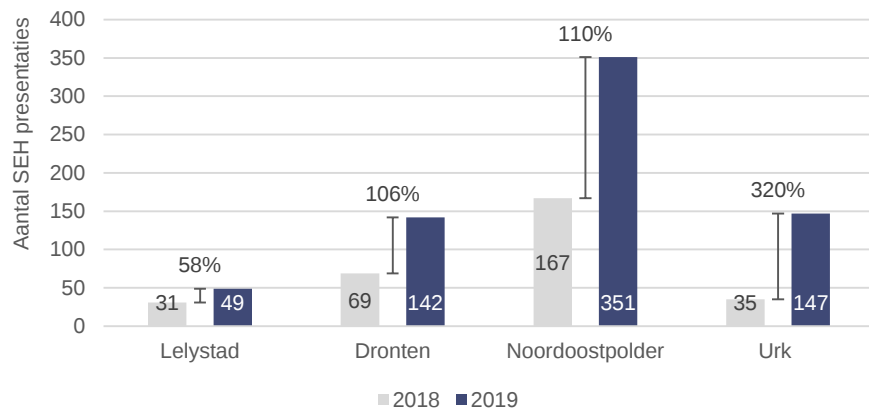
Antonius zorggroep | in overeenstemming met de toename van het aantal SEH presentaties, is ook het aantal opnames toegenomen



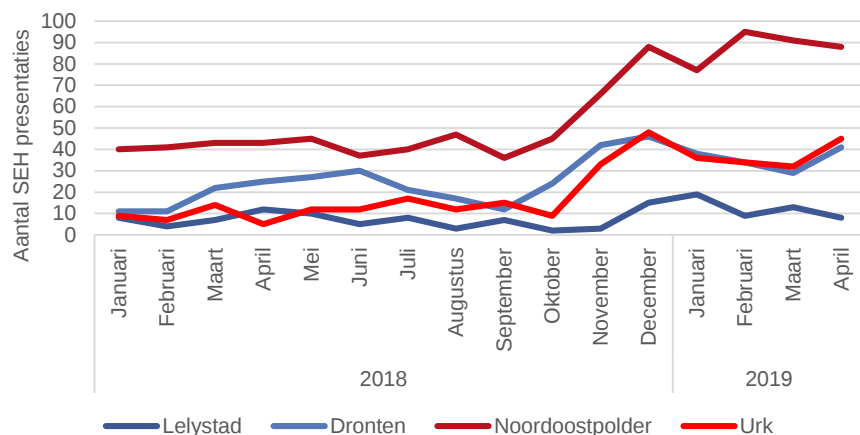
Bron: Antonius zorggroep

Isala | instroom vanuit met name de Noordoostpolder en Urk is toegenomen, daarnaast worden patiënten vaker opgenomen

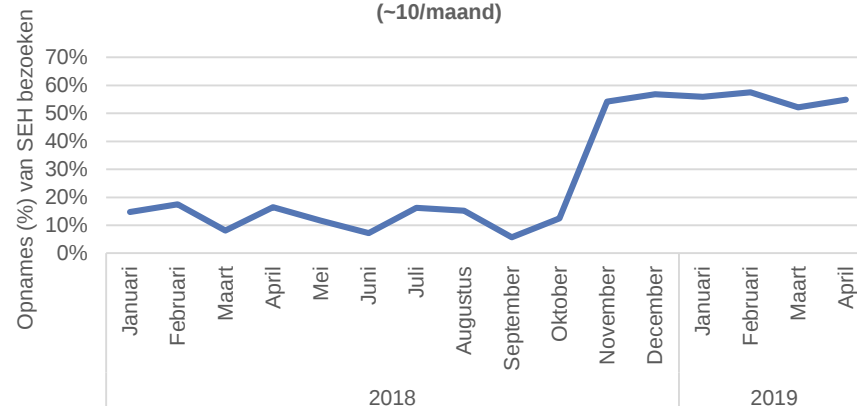
Toename in het totaal aantal SEH presentaties in de periode januari t/m april [‡]



Evidente stijging in het aantal SEH presentaties sinds november



Duidelijke toename in het percentages opnames van patiënten uit de regio van de voormalige MC IJsselmeerziekenhuizen; in de periode januari – oktober 2018 is absolute aantal echter laag (~10/maand)



- Patiënten uit de Flevopolder komen primair vanuit de Noordoostpolder en gaan vooral naar de SEH in Zwolle.[‡]
- Er wordt met name een stijging gezien voor de specialismes chirurgie (~30%), kindergeneeskunde (~20%) en inwendige geneeskunde (~20%).

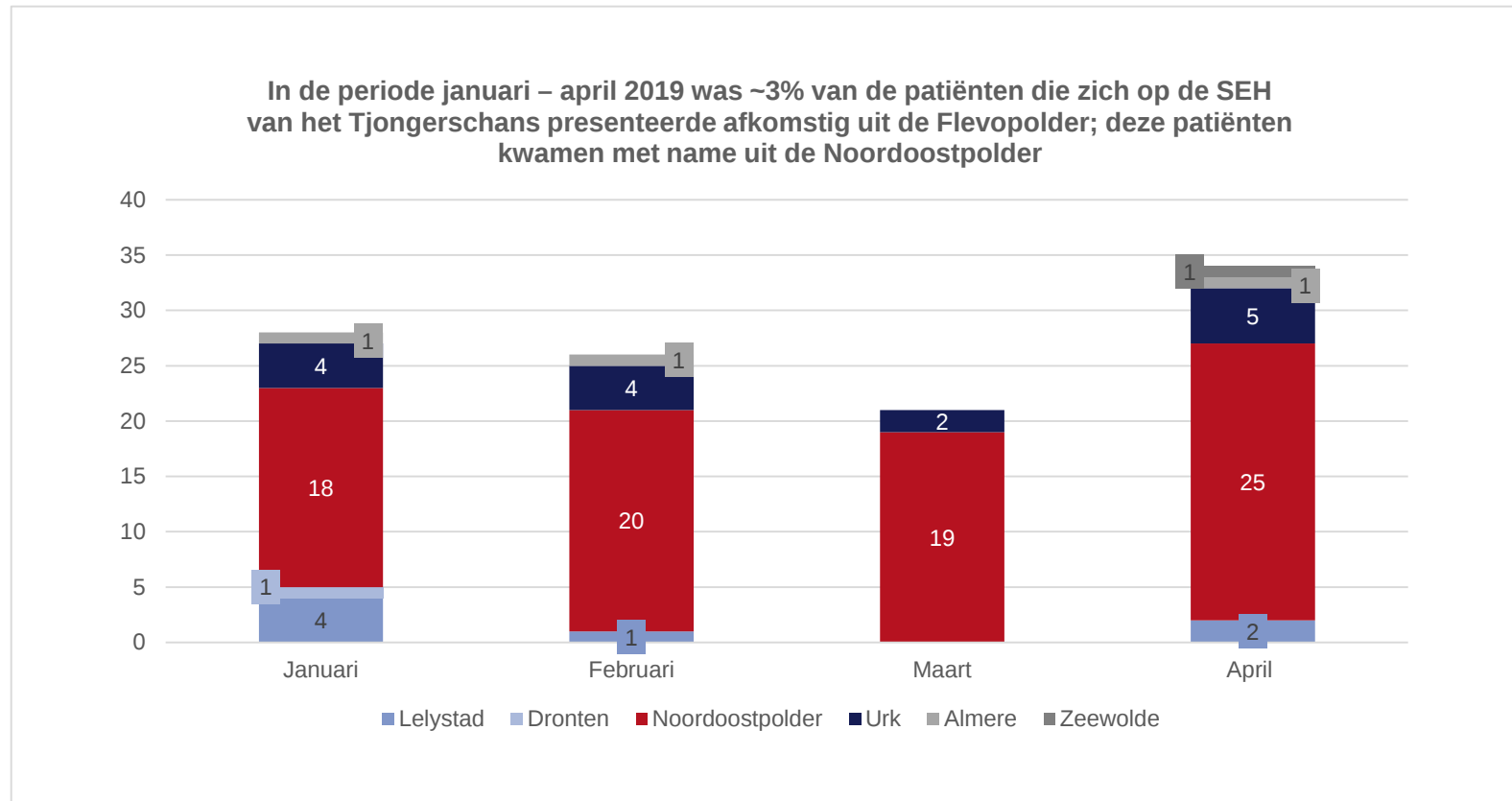
Bron: Isala

De cijfers zijn exclusief het hartcentrum en de longgeneeskunde.

[‡] Het betreft met name bezoeken aan de SEH in Zwolle (89% en 97%, voor respectievelijk 2018 en 2019)



Tjongerschans | Weinig patiënten vanuit Flevoland; meeste vanuit de Noordoostpolder



Bron: Tjongerschans



Spiedzorg | meer SEH-stops in St Jansdal in 2019, maar beschikbaarheid SEH blijft hoog. Aantal stops ~ gelijk bij andere ZKH in de regio

Tijdelijke SEH-stops bij capaciteitsproblemen

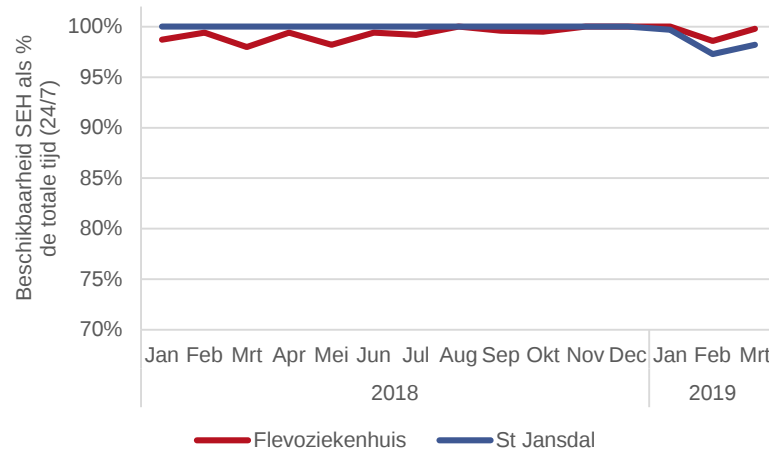
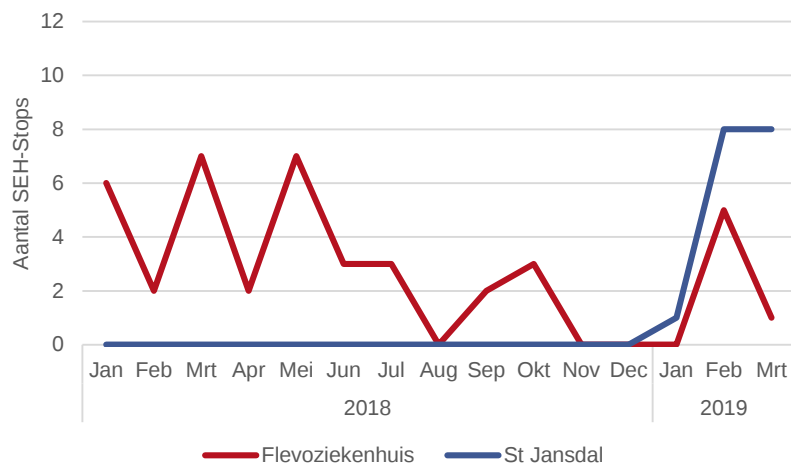
- Bij capaciteitsproblemen op de SEH kan een SEH-stop/ time-out worden aangekondigd bij de meldkamer ambulancezorg, deze coördineert ambulances indien mogelijk naar een andere SEH in de regio. Zorginstellingen maken zelf interne afspraken over de communicatie richting huisartsen (die patiënten aanmeld bij een medisch specialist).
 - Capaciteitsproblemen ontstaan indien de instroom de door- en uitstroom overtreft, hier kunnen meerdere oorzaken aan ten grondslag liggen.
- Indien er **echt** sprake is van **spoed** (o.a. een hemodynamisch of respiratoir instabiele patiënt), **dan kan de patiënt altijd terecht**. Daarnaast is het ziekenhuis altijd open voor de profielen van het betreffende ziekenhuis.
- Daarnaast worden er afspraken gemaakt binnen ROAZ-verband, het is dus nooit zo dat patiënten nergens in de regio terecht kunnen.
- SEH-stops worden niet in iedere regio in Nederland eenduidig geregistreerd en zijn dus niet zondermeer te vergelijken.

ROAZ Noord Nederland en Zwolle

- Het Acute Zorg Netwerk Noord Nederland hanteert het [Protocol Melden Beschikbaarheid SEH Capaciteit Ziekenhuis aan MkANN](#)
- De Antonius zorggroep in Sneek en het Tjongerschans in Heereveen melden géén evidente toename van het aantal SEH-stops.
- De SEH van het Isala heeft tot op heden nog nooit een stop gekend en ambieert dit in de toekomst zo te houden.



Aantal SEH-stops in het Flevoziekenhuis fluctueert conform situatie voor het faillissement [†] van de MC IJsselmeerziekenhuizen, aantal stops in het St Jansdal is toegenomen, maar de beschikbaarheid blijft hoog



Bronnen: NZa Monitor Acute Zorg 2018 , Acute Zorgnetwerk Noord-Nederland; Spiedzorgnet , Antonius zorggroep, Flevoziekenhuis, Isala, St. Jansdal; [†] Flevoziekenhuis heeft per 1 maart 2019 drie SEH-artsen aangenomen

Inhoud

Patiënt en profiel



Zorgaanbod



Proces toekomstverkenning



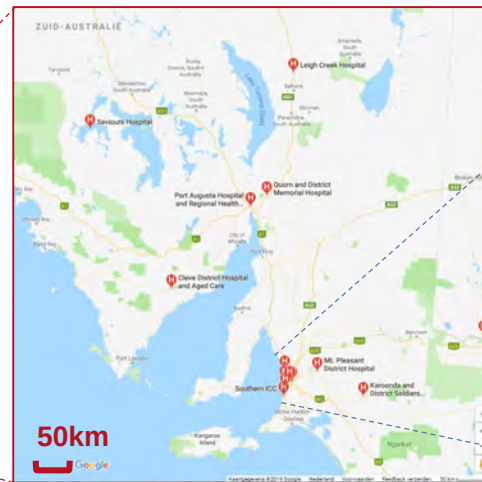
- *Zorgaanbod in de regio*
- *Spoezorg: internationale inspiratie*
- *Ambulancezorg*
- *Acute geboortezorg*

Acute zorg extern | South-Australia loopt voorop met capaciteitsinformatie, bijvoorbeeld voor beschikbaarheid van emergency departments

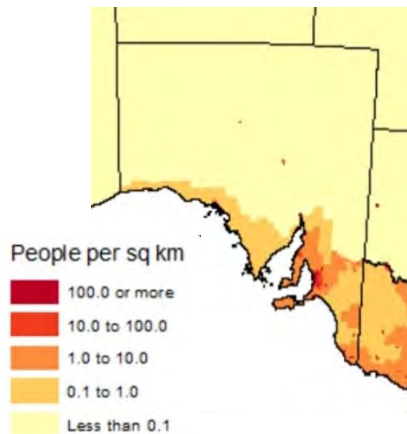
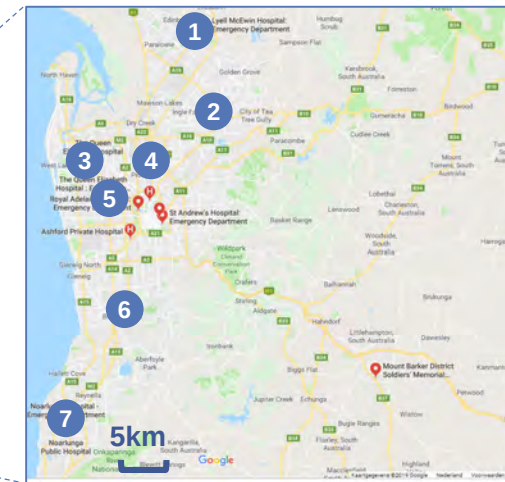
South-Australia telt 1,7 mln inwoners



Ziekenhuizen zijn in de stedelijke gebieden aanwezig



7 Emergency Departments zijn verdeeld over de hoofdstad van het gebied



Korte verdieping op haalbaarheid vergelijking

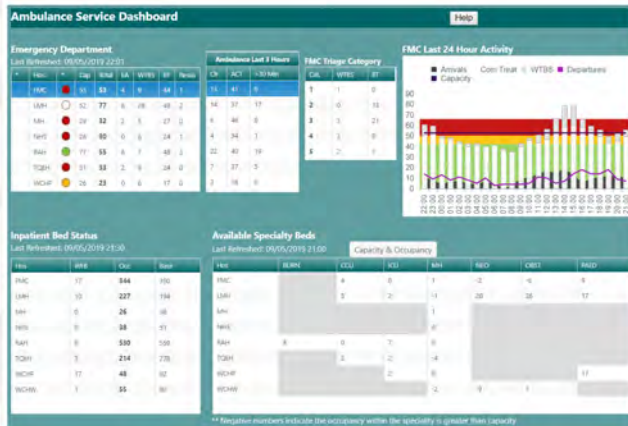
Om te toetsen hoe haalbaar het is dat South-Australia een voorbeeld is voor Nederland, zijn beide gebieden vergeleken.

- South-Australia betreft weliswaar enorm uitgestrekt gebied, maar het is slechts bevolkt aan de kust. Dat maakt het meer vergelijkbaar met Nederland, waar immers geen grote landsdelen onbevolkt zijn.
- Hoewel in Australië sterker dan in Nederland onderscheid wordt gemaakt tussen publieke en private ziekenhuizen, is de spoedzorg in de vorm van emergency departments met name door de overheid gefinancierd.
- Dichtheid van ziekenhuis per patiënt komt dan wel in de buurt.
 - South-Australia: 1,7mln mensen, 7SEH's – Figuur rechtsboven
 - Nederland: 17mln mensen, 81SEH's – RIVM spreidingsanalyse

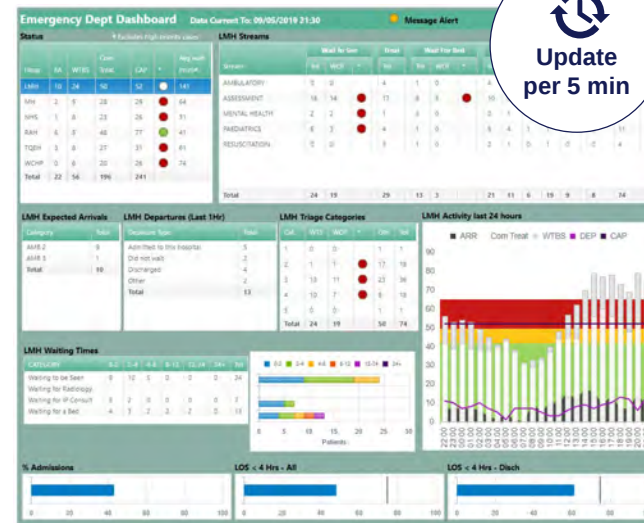
Bron: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Zuid-Australi%C3%AB>; <https://www.businessinsider.com.au/this-map-shows-population-density-across-australia-2017-7>; <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/about+us/our+performance/our+hospital+dashboards/about+the+ed+dashboard> <https://www.aihw.gov.au/reports/hospitals/australias-hospitals-2014-15-at-a-glance/contents/hospital-resources>

Acute zorg extern | Gedeeld inzicht in capaciteit van verschillende ziekenhuizen is breed gedragen verbeterwens vanuit zorgverleners

Ambulancedashboard

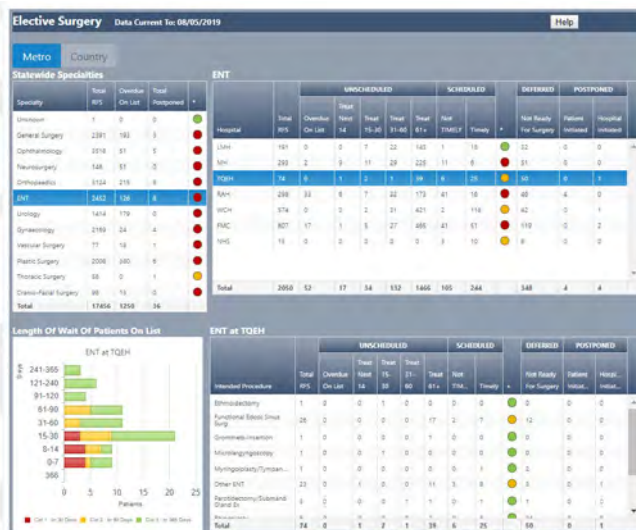


Emergency Department dashboard

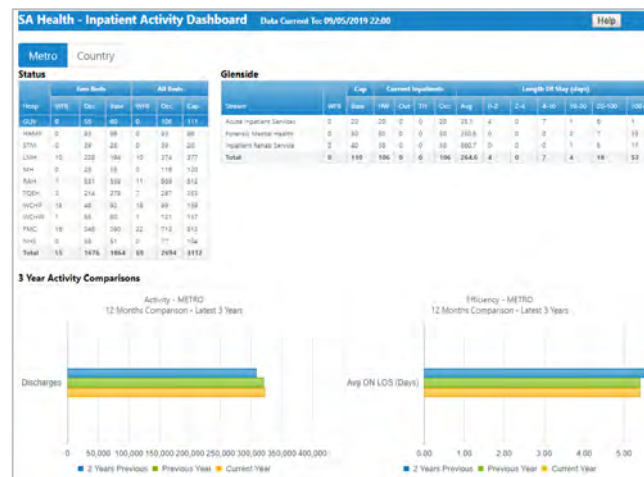


- Alle publieke Emergency Departements uit de regio zijn aangehaakt
- Dashboards zijn online toegankelijk en publiek
- Toelichting voor ieder dashboard is uitgebreid beschikbaar
- Publieke data is inzichtelijk gemaakt sinds 2011
- Data anders dan Emergency Dashboard wordt ieder half uur geactualiseerd

Elective Surgery dashboard



Inpatient dashboard



Bron: <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/about+us/our+performance/our+hospital+dashboards>

Inhoud

Patiënt en profiel



Zorgaanbod



Proces toekomstverkenning



- *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

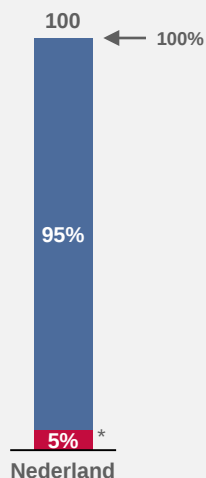
Wettelijke prestatienorm¹:
melding tot aankomst ambulance A1-rit



15 min
totaalduur

Regionorm

Norm aanrijtijd

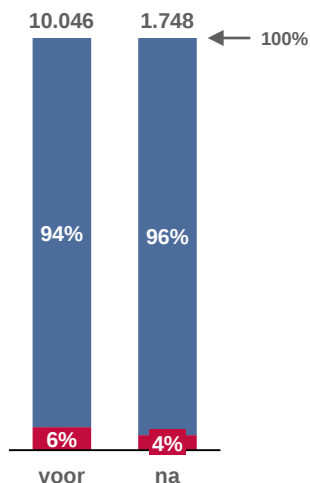


Scope:

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

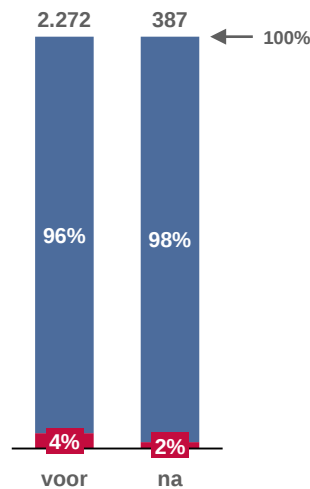


Legenda

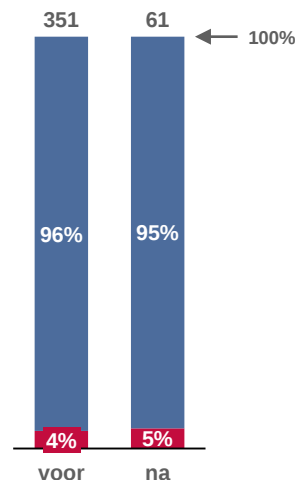
- <15 min; binnen norm
- >15 min; buiten norm

Gemeenten in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen

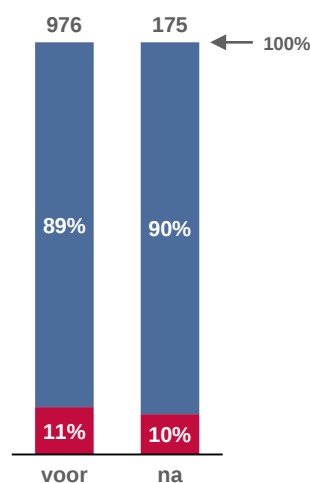
Lelystad



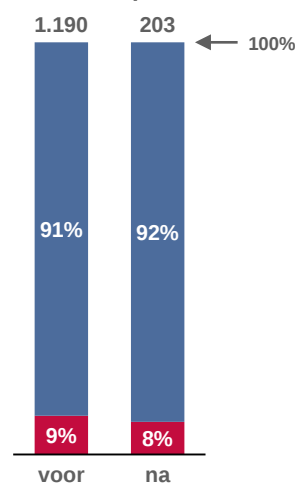
Urk



Dronten**



Noordoostpolder**

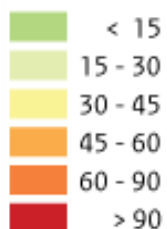


Ambulancezorg | de spreidingsnorm is een theoretische norm die, onafhankelijk van het faillissement, niet overeenkomt met de praktijk

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

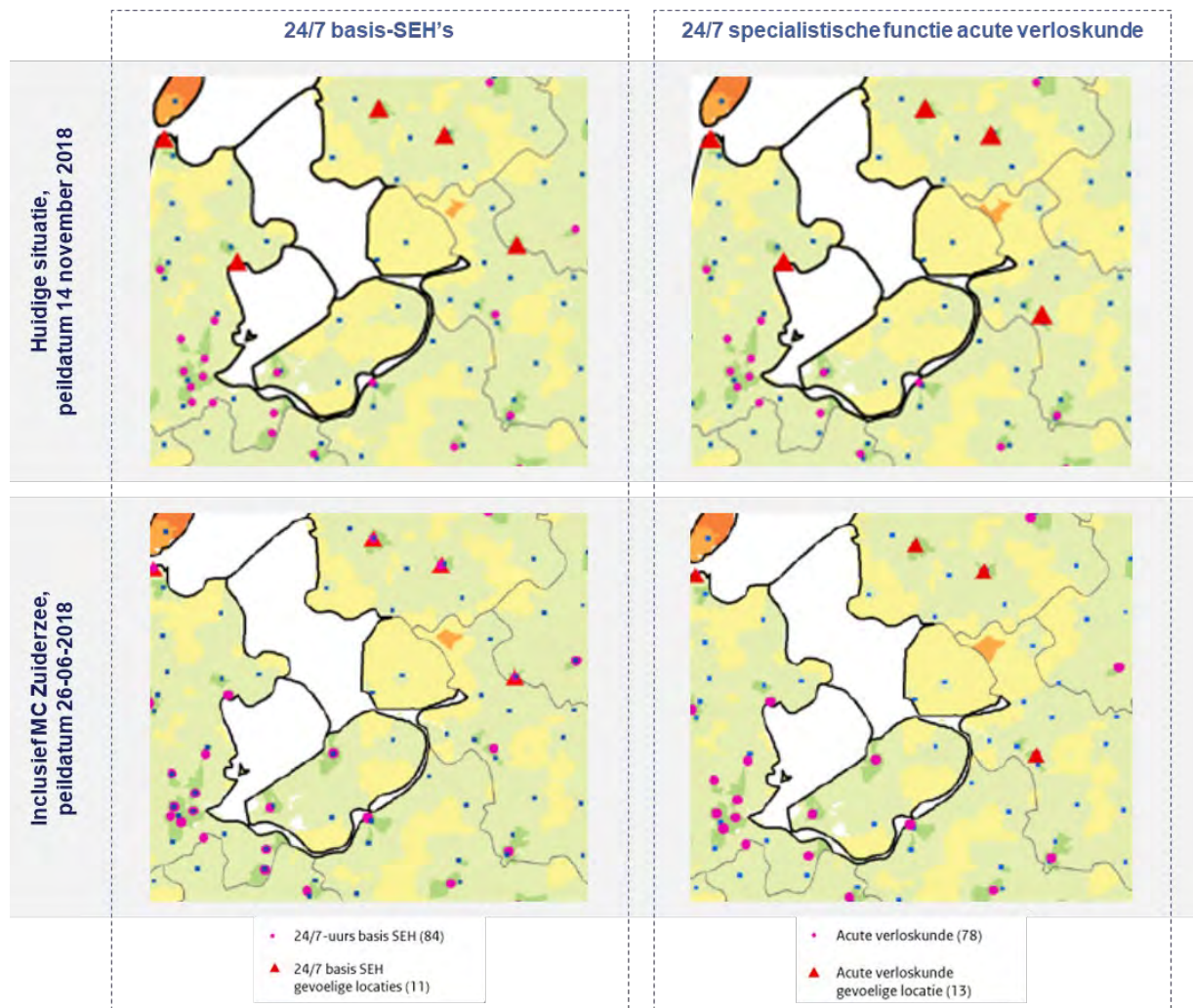
- De hele provincie Flevoland voldoet na sluiting van de SEH in het MC Zuiderzee aan de spreidingsnorm, dit is in lijn met de beoordeling van het RIVM dat het MC Zuiderzee niet tot de gevoelige ziekenhuizen behoorde
- In praktijk is de tijd van melding tot aankomst op SEH voor **een deel van de A1 ritten 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
- Legenda:

Ritduur in minuten



• Ambulancestandplaats (213)

— Provincies



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**



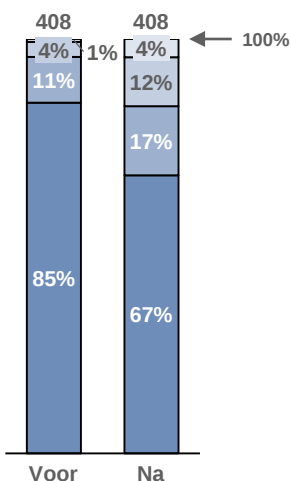
Scope:

Theoretisch model RIVM;
Aantal inwoners x1000

Het gaat om A1-
ambulanceritten

Provincie

Flevoland

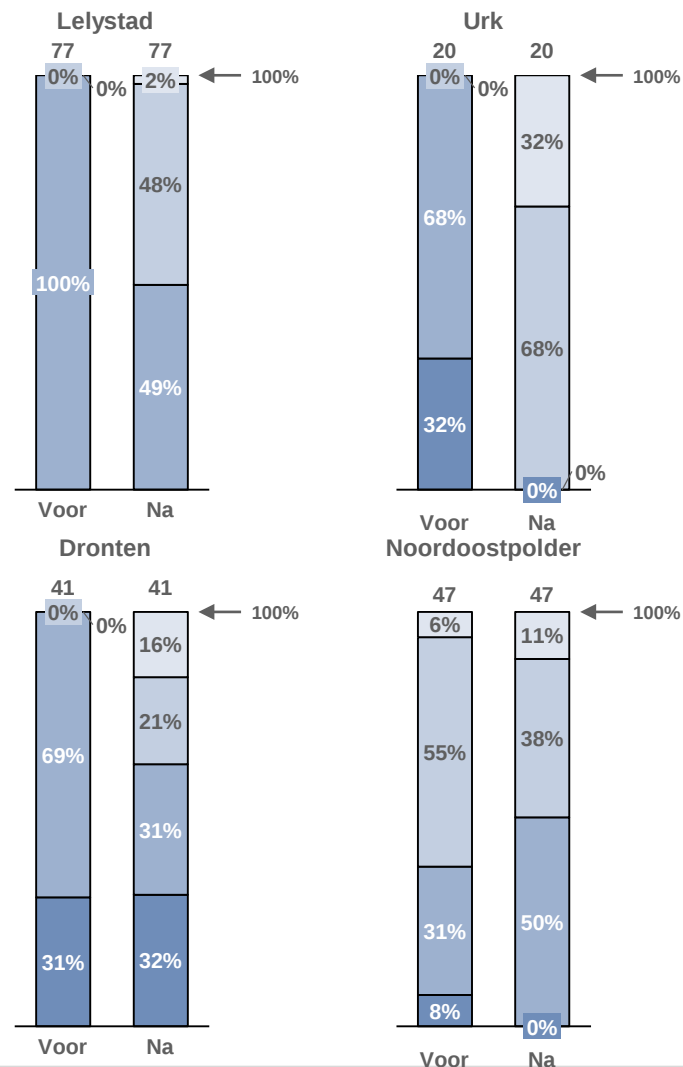


Legenda

Minuten van
standplaats naar
postcode naar
ziekenhuis volgens
spreidingsnorm



Gemeenten in de regio MC IJsselmeerziekenhuizen



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



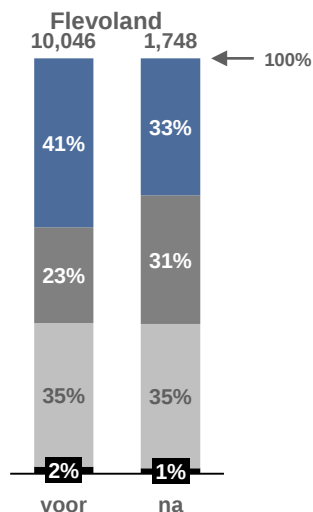
**Geen prestatienorm,
alleen gebruikt om
spreiding van
ziekenhuizen te
bepalen**



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

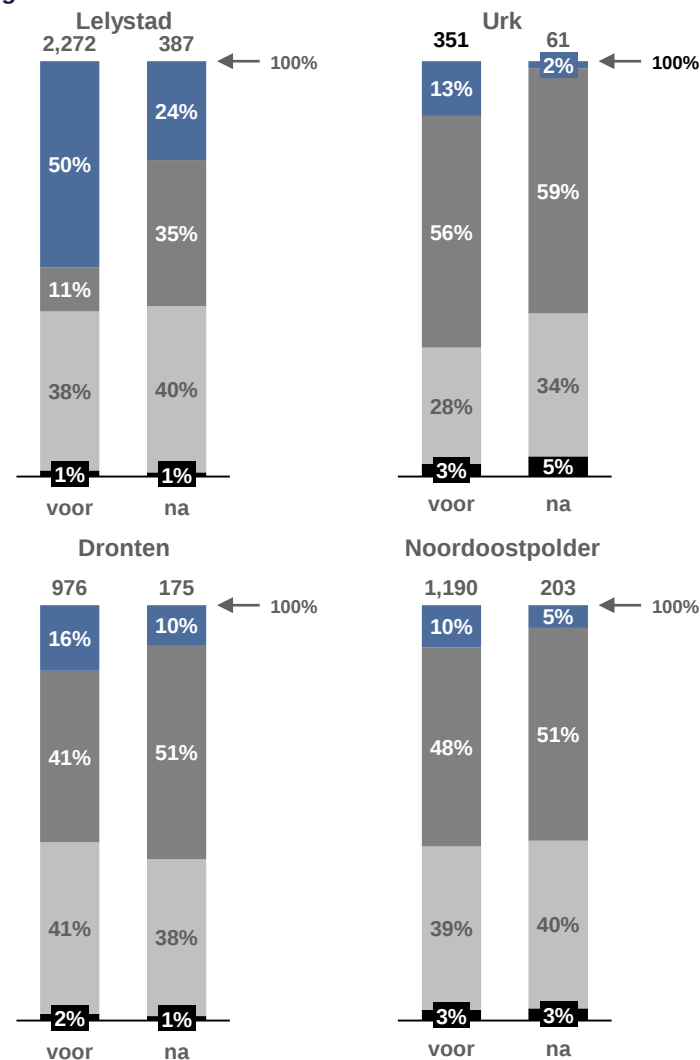
Provincie



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

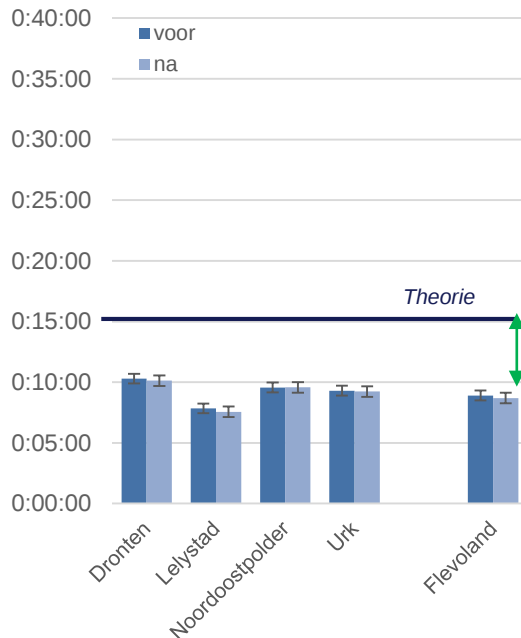
Spreadingsnorm¹: melding tot aankomst SEH



De spreadingsnorm van 45 minuten is géén prestatienorm voor de ambulancezorg

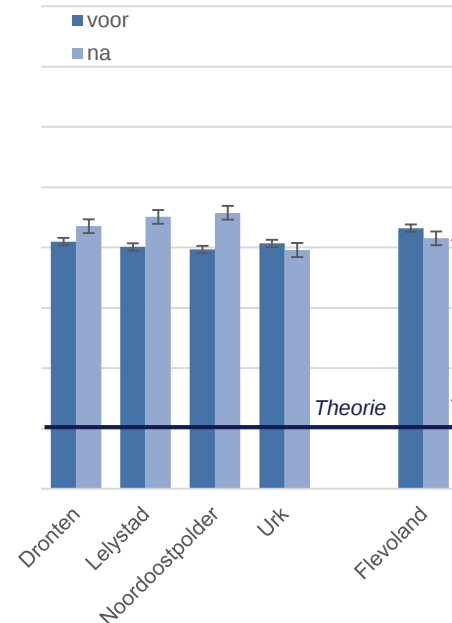
Aanrijtijd

- 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



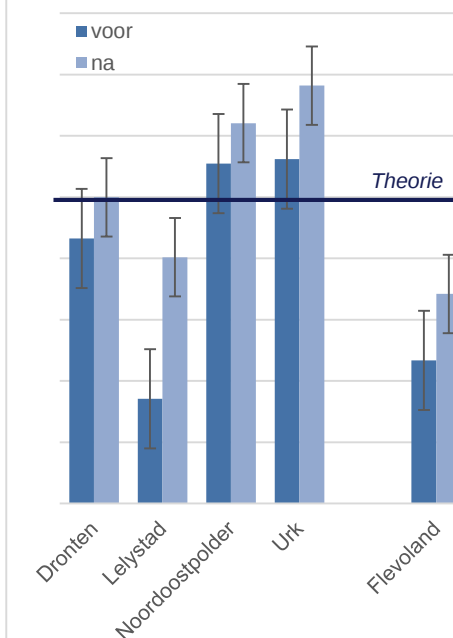
Tijd ter plaatse ("inlaadtijd")

- 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.



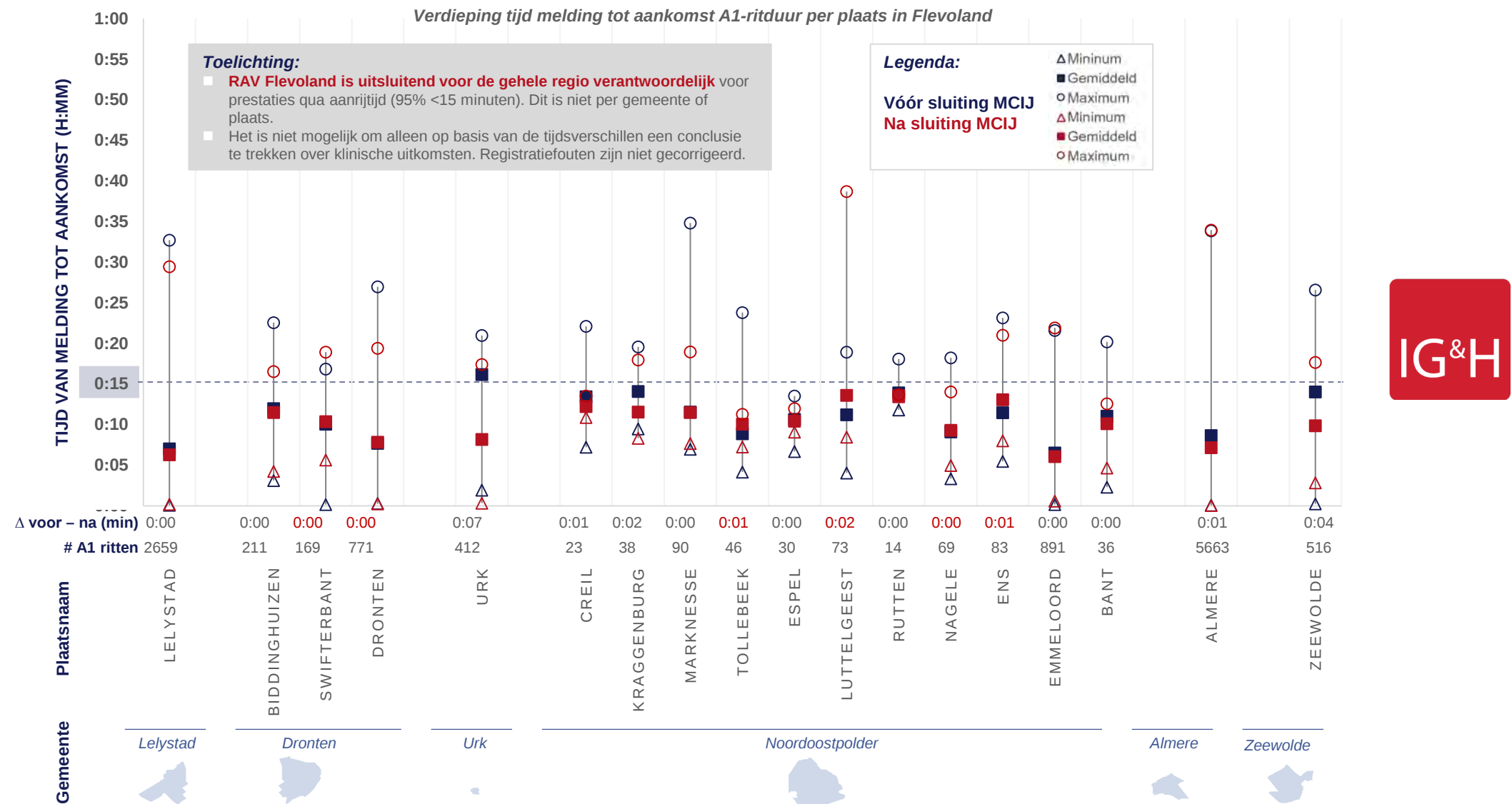
Reistijd naar SEH

- 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.



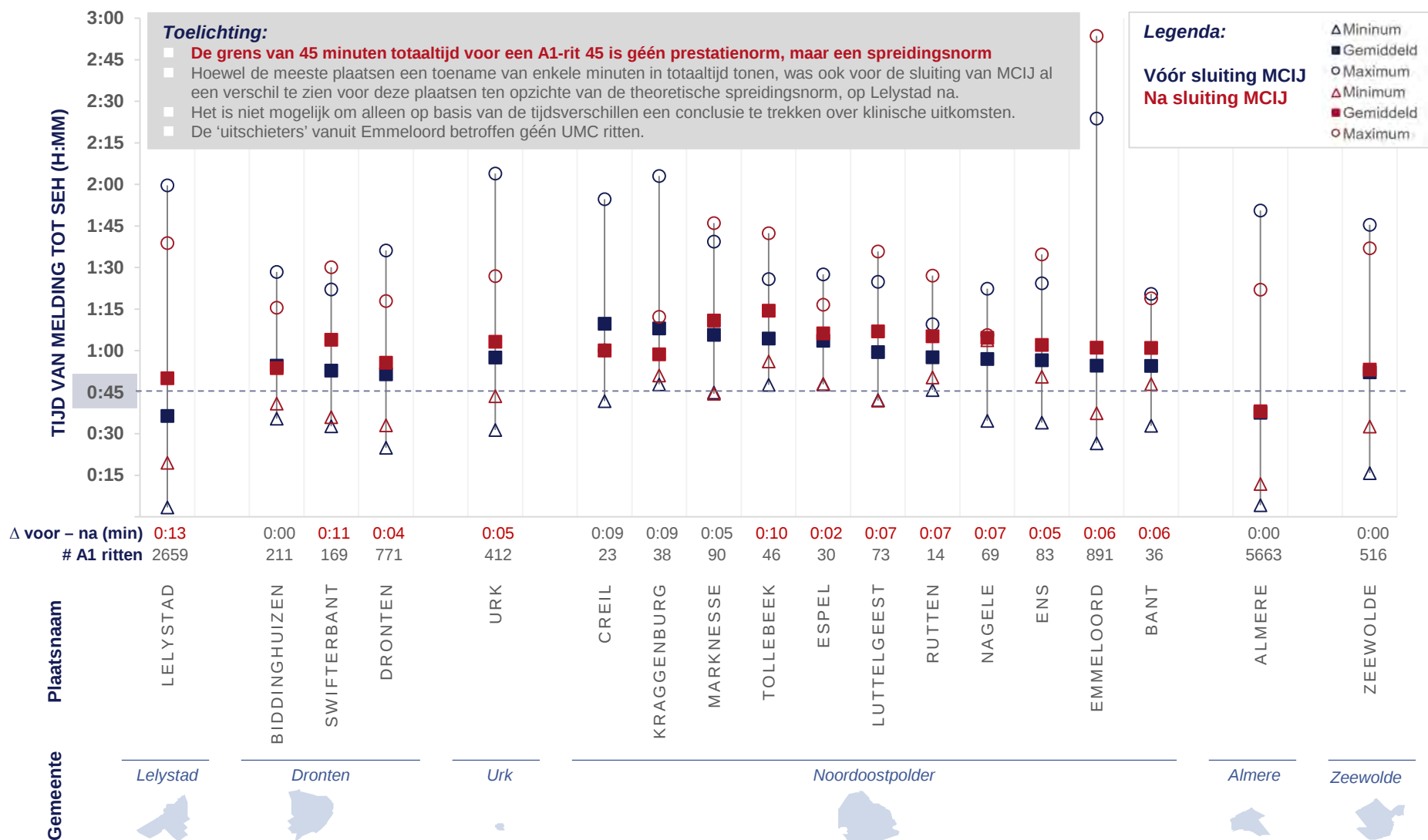
Bron: ¹Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2018; Analyse gevoelige ziekenhuizen; data RAV Flevoland; jaar 2018. Disclaimer: data na faillissement is beperkt. Data geven gemiddelde tijden weer.

Ambulancezorg | Tijd melding tot aankomst is een prestatienorm, deze is nog ruim onder de norm in Flevoland, ook per plaats



Ambulancezorg | Totale ritduur per plaats toont lichte toename sinds sluiting MCIJ, maar praktijk was al anders dan theoretische spreidingsnorm

Verdieping totale A1-ritduur per plaats in Flevoland



Bron: data RAV Flevoland; jaar 2018. Scope is A1 ritten. *Het verschil in gemiddelde ritduur na het faillissement MC IJ t.o.v. daarvoor. Disclaimer: data na faillissement is beperkt.

Inhoud

Patiënt en profiel



Zorgaanbod



Proces toekomstverkenning

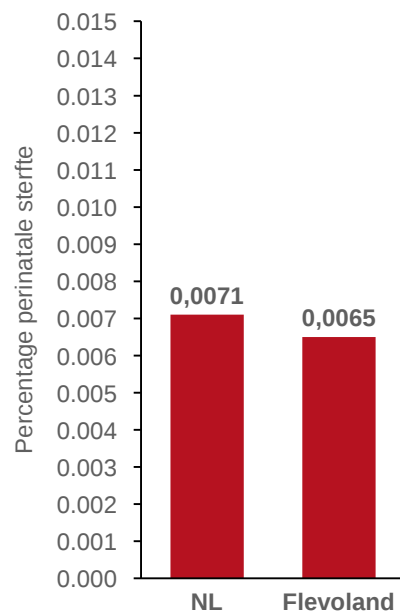


- *Zorgaanbod in de regio*
- *Spoedzorg*
- *Ambulancezorg*
- *Acute geboortezorg*

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

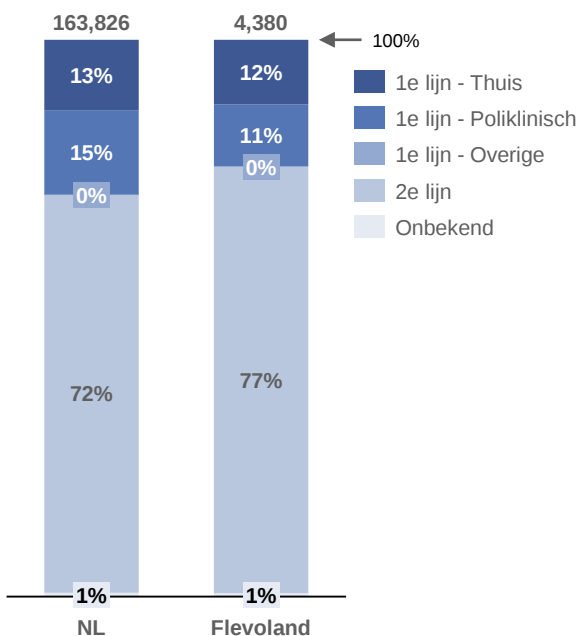
Perinatale sterfte¹

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.



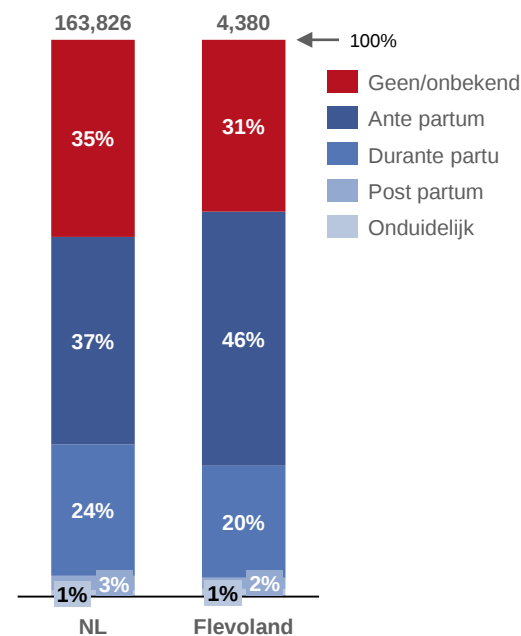
Plaats bevalling²

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

MC IJsselmeerziekenhuizen** 6%; 6

Antonius Zorggroep

6%; 15

Antonius Zorggroep

46%; 46

Isala Klinieken

7%; 18

Isala Klinieken

14%; 14

Overige*

2%; 5

Overige*

2%; 2

Tjongerschans

0%; 0

Tjongerschans

4%; 4

St Jansdal

0%; 1

St Jansdal

1%; 1

Flevoziekenhuis

0%; 0

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 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.

Situatieschets | Voor zeven praktijken in Flevoland zijn omstandigheden veranderd sinds de sluiting van MC IJsselmeerziekenhuizen



Aanbod eerstelijnsverloskunde

- ◆ Urk – Verloskundigenpraktijk Madelief
- ◆ Emmeloord – Verloskundigenpraktijk NOP/Lemsterland
- ◆ Lelystad – Verloskundigenpraktijk Vida
- ◆ Lelystad – Verloskundigenpraktijk 't Kleine Wonder
- ◆ Lelystad – Verloskundigenpraktijk De Lelie
- ◆ Dronten – Verloskundigenpraktijk Morgenland
- ◆ Dronten – Verloskundigenpraktijk Dronten

Aanbod tweedelijnsverloskunde

- ▲ Sneek – Antonius Zorggroep
- ▲ Heerenveen – Tjongerschans
- ▲ Zwolle – Isala
- Harderwijk – St Jansdal
- Almere – Flevoziekenhuis
- Blaricum – Tergooi ziekenhuis

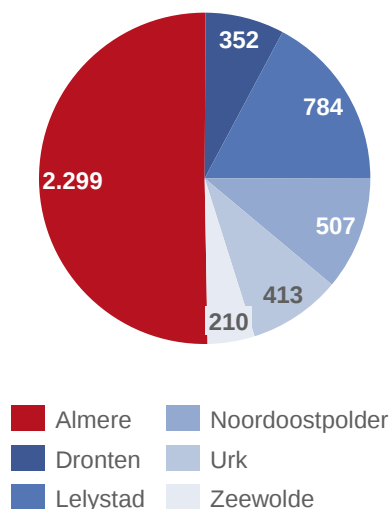


*Bron: Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2018; Analyse gevoelige ziekenhuizen; Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde bij sluiting van SEH's van MC Slotervaart en van MC Zuiderzee Ziekenhuis Lelystad; RIVM

Bevallingen Flevoland | Voor Urk, NOP en Dronten ligt het percentage thuisbevallingen gemiddeld hoger dan Flevoland en Nederland

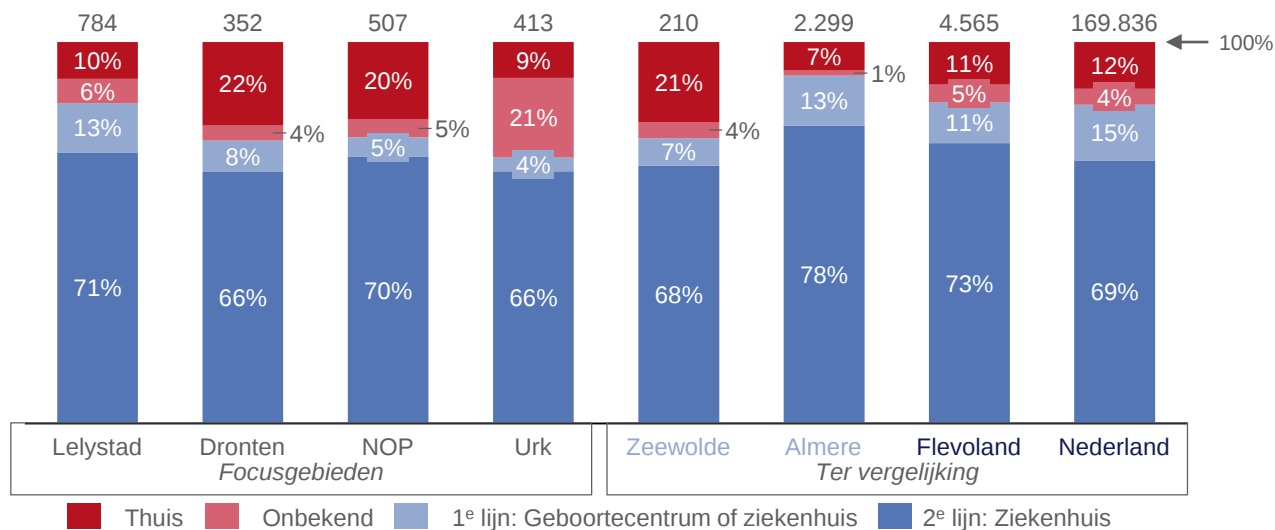
Aantal bevallingen per jaar

In Flevoland vonden ruim 4.500 bevallingen plaats (jaar 2017)¹. Daarvan telt gemeente Almere voor ruim de helft van alle geboortes.



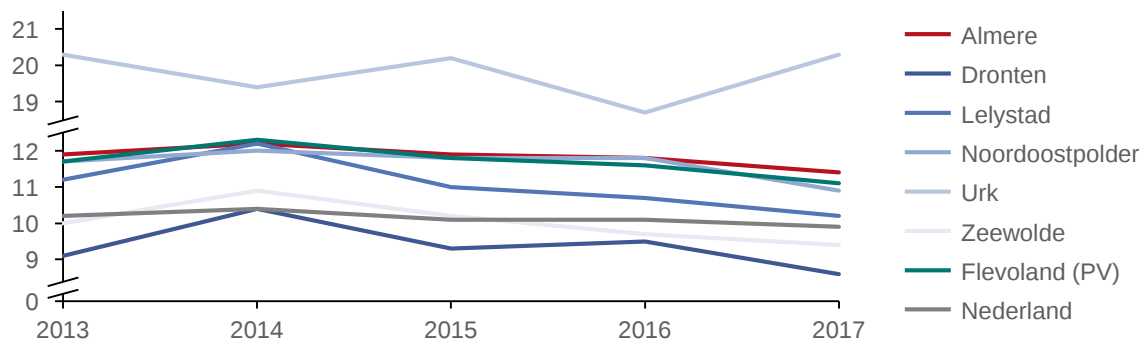
Daadwerkelijke locatie bevalling

Het grootste gedeelte van de bevallingen vindt plaats in een 2elijns-setting in het ziekenhuis², dit geldt voor alle gemeenten. De geboortes vanuit CBS die niet in Perined voorkwamen, zijn toegevoegd bij categorie "onbekend"³. Van het aandeel bevallingen dat onbekend is, is het te verwachten dat tenminste een deel hiervan een thuisbevalling betrof⁴.



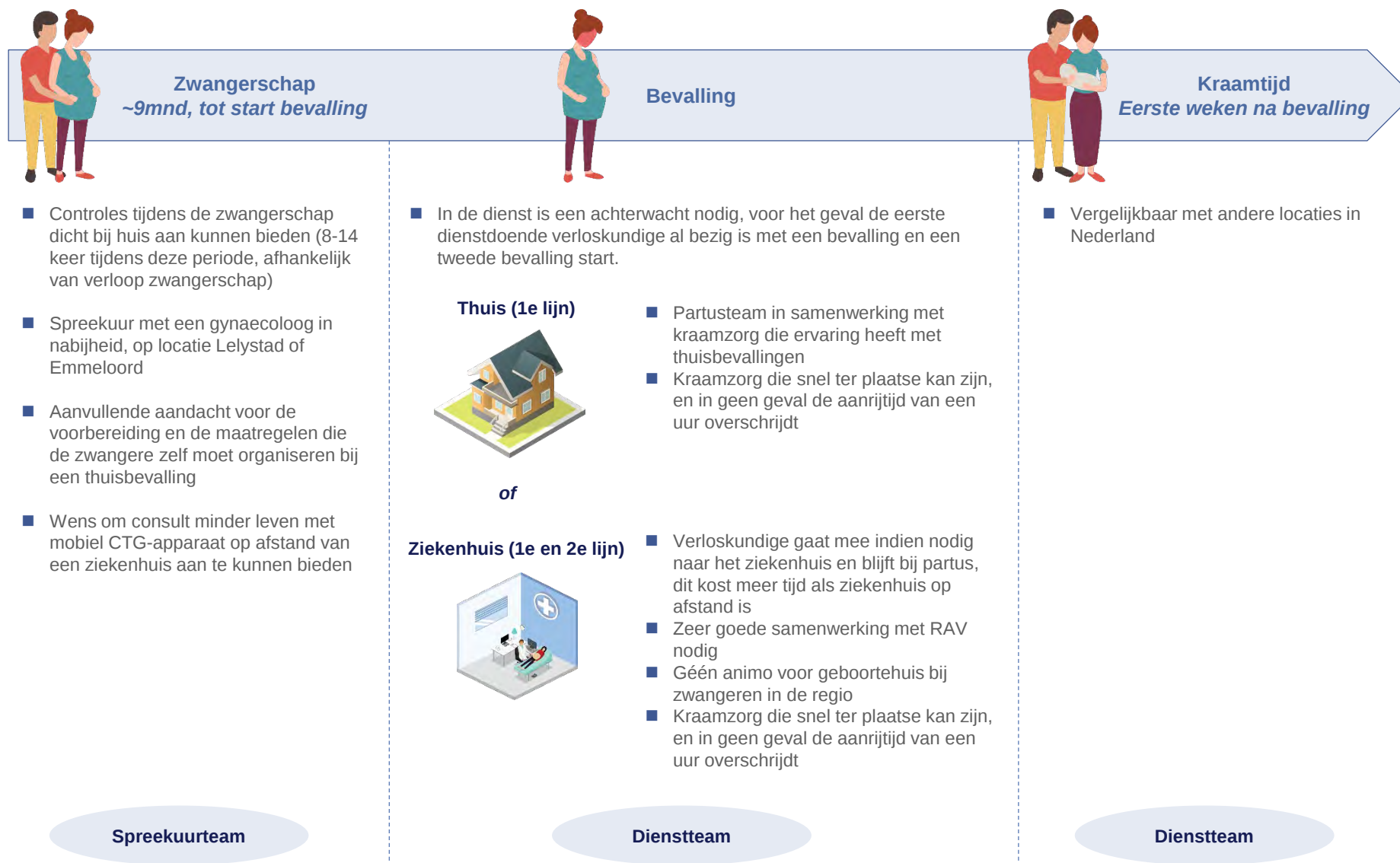
Aantal geboortes per 1.000 inwoners over vijf jaar

Urk	19,8
Almere	11,8
Flevoland (PV)	11,7
Noordoostpolder	11,6
Lelystad	11,1
Nederland	10,1
Zeewolde	10,0
Dronten	9,4



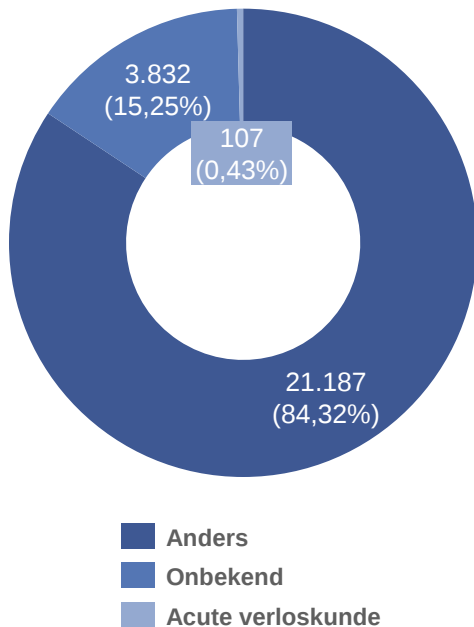
¹Bron: CBS. ²Bron: CBS en Perined. Alle data betreft jaartal 2017. ³Niet geheel correct om deze vergelijking zo te stellen, i.v.m. verschil tussen bevalling en geboorte, vanwege meerlingen en perinatale sterfte. ⁴Bron: afstemming met zorgverleners Urk en Perined.

Regionale adaptatie | Verloskundigenpraktijken leveren maatwerk in de regio om toegankelijke en kwalitatieve zorg dicht bij huis aan te bieden

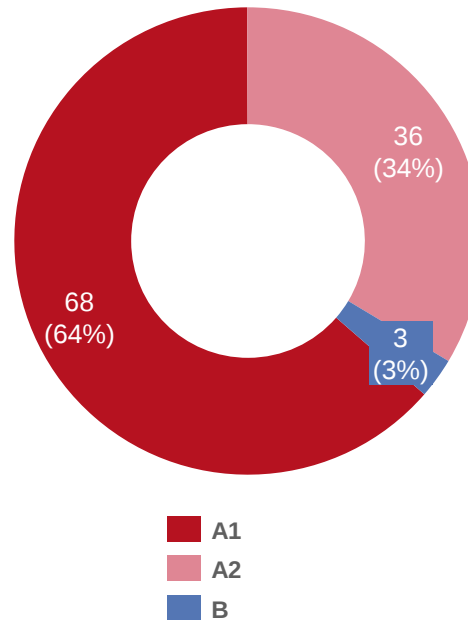


Ambulancezorg verloskunde | In 2018 telde Flevoland ruim 100 ritten voor acute verloskunde, bij merendeel was tijd ter plaatse <twintig minuten

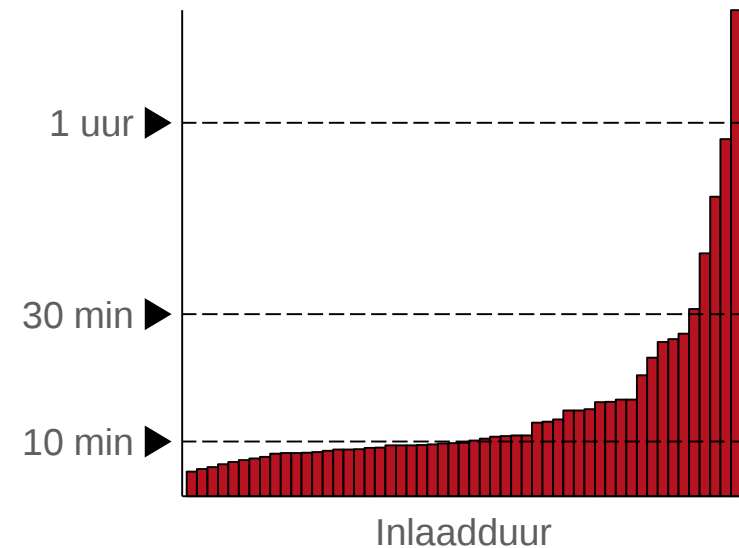
Van alle ambulanceritten, is <1% ingezet voor acute verloskunde* in 2018



Van alle acute verloskunde ritten is bijna 70% urgentie A1



Van deze A1-ritten is de tijd ter plaatse in ruim de helft van de gevallen <20 minuten



*Voor acute verloskunde zijn de volgende ziektebeelden meegenomen:

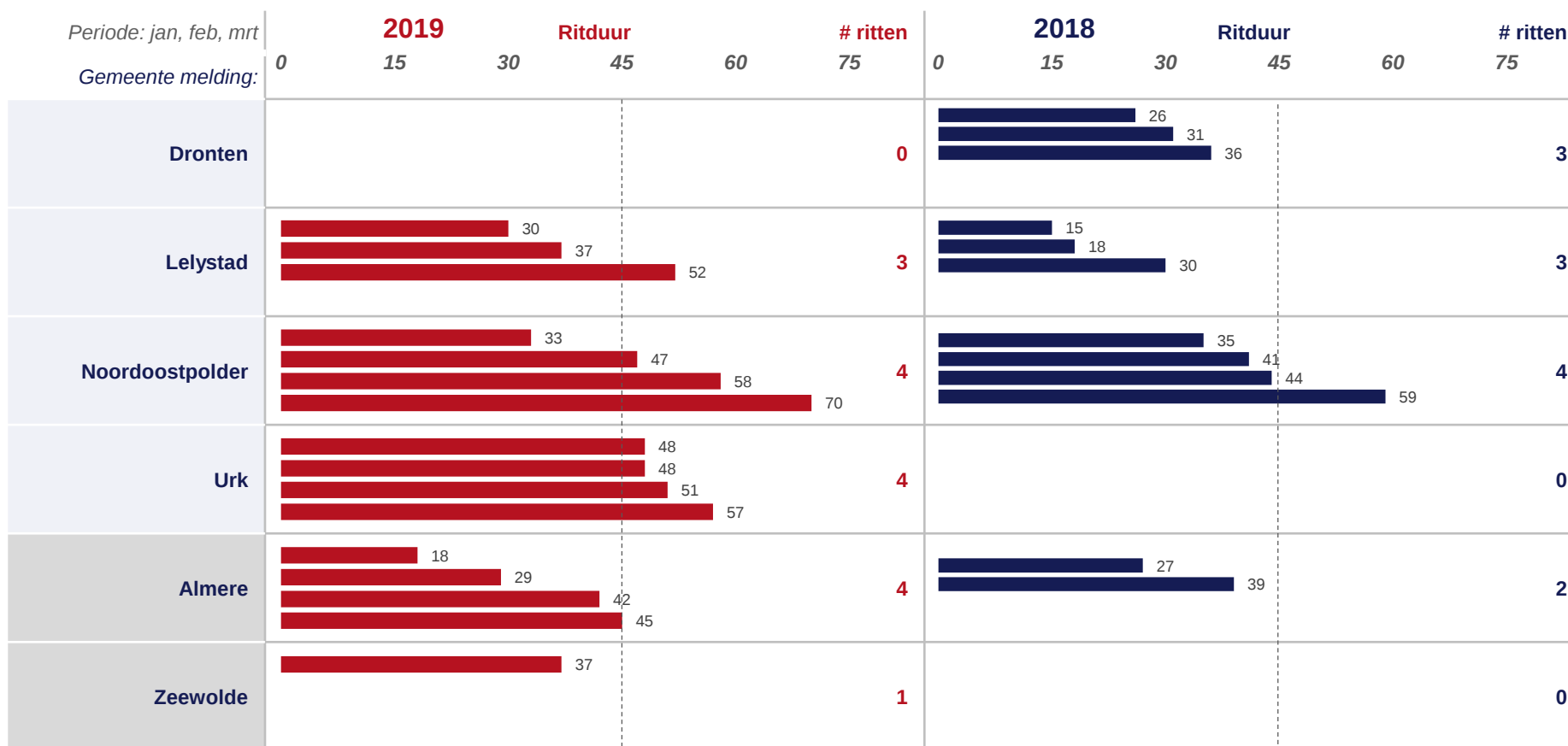
- ☐ Fluxus post partum
- ☐ Niet vorderende uitdrijving
- ☐ Opvang natte pasgeborene
- ☐ Partus
- ☐ Uitgezakte navelstreng en/of kindsdelen

Bron: data RAV Flevoland; jaar 2018.

Ambulancezorg verloskunde | Beperkt aantal ritten maakt volledige vergelijking moeilijk, dat vraagt verdieping op ritten met lange duur

Observaties:

- **De 45-minutennorm blijft een spreidingsnorm en geen prestatienorm**
- Het aantal ritten van alle ambulanceritten dat acute verloskunde betreft, is slechts ~0,5%*. De vergelijking geeft 17 ritten weer voor dit jaar en 12 ritten voor vorig jaar. Niet voor alle gemeenten is data bekend voor beide jaren, dit maakt een **complete analyse niet mogelijk**.
- In de gemeenten Lelystad, Urk en Noordoostpolder is het dit jaar voorgekomen dat een rit langer dan 45 minuten in totaal duurde. Voor deze ritten is gekeken naar de **opbouw van aanrijtijd, tijd ter plaatse en reistijd naar het ziekenhuis** op de volgende pagina.
- Er zijn in totaal **negen langere ritten** waarbij de totale ritduur langer dan 45 minuten duurde

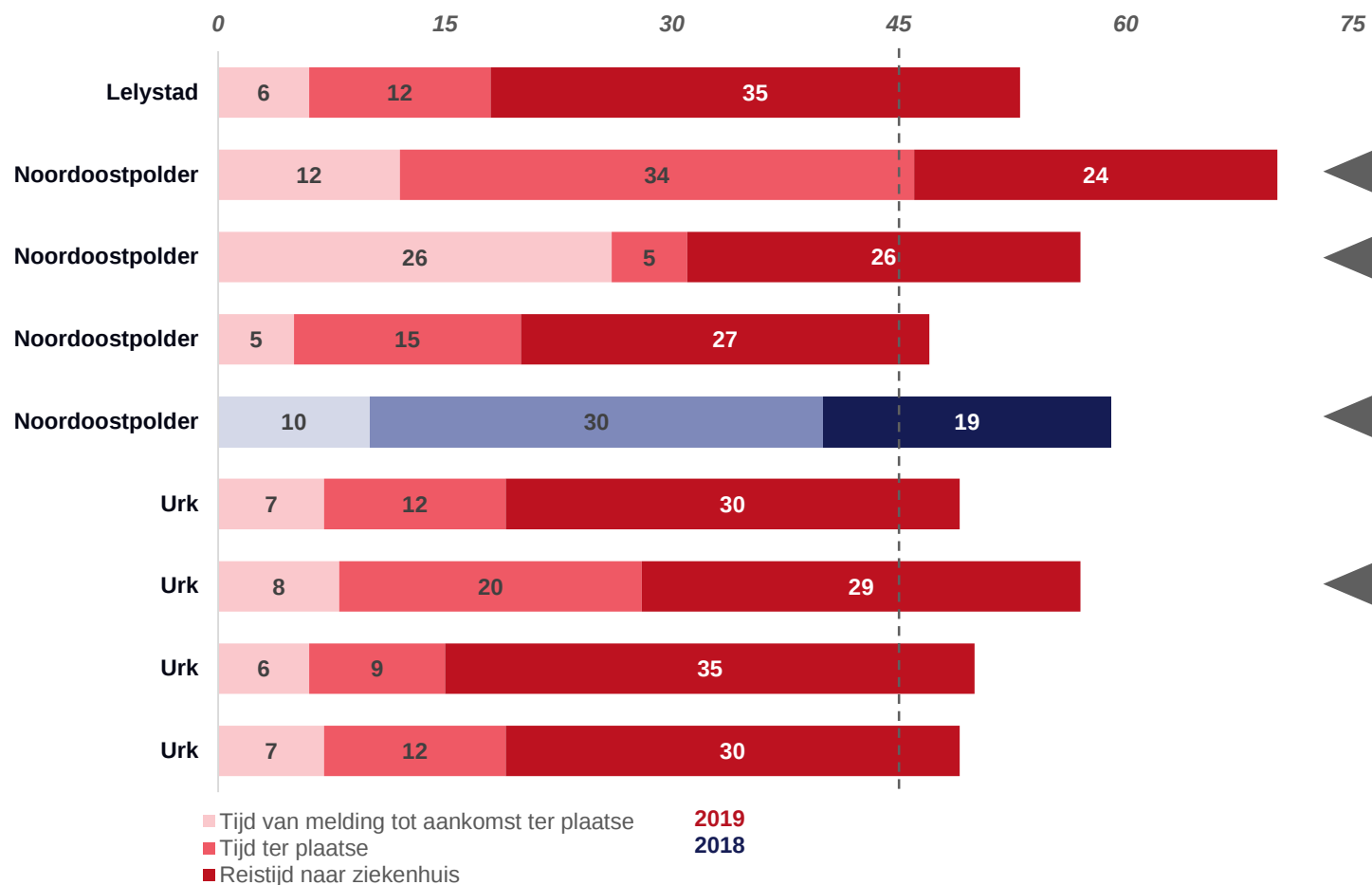


*zie **Bijlage 1**: eerdere analyse toekomstverkenner op basis van RAV Flevoland data: uitwerking sessie Emmeloord 190404

Ambulancezorg verloskunde | Voor 9 langere ritten met de langste duur was niet de reistijd naar het ziekenhuis de oorzaak hiervan

Observaties:

- Bij **gemarkeerde ritten met grijze pijl** is de langere totaalrijd niet te verklaren door de reistijd naar het ziekenhuis. Uit eerdere verkenning van A1-ritdata acute verloskunde 2018 (zie bijlage 1a) is gebleken dat in de meerderheid van A1-ritten de inlaadtijd korter dan 20 minuten in beslag neemt.
- Dit betreft de ritten die van deze negen de langste totaalrijd hadden
- Geen van deze ritten heeft geleid tot een calamiteit die is gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd



Ambulancezorg verloskunde | Klinische relevantie destilleren en evalueren uit alle A1-ambulanceritten voor acute verloskunde is een regionale kans



Toelichting

- In gebieden waar een ziekenhuis op afstand ligt en waar het lastiger wordt om binnen de kaders van de Zorgstandaard Integrale geboortezorg te blijven bij vervoer naar het ziekenhuis, is het belangrijk om grip te hebben op deze prestaties in de praktijk
- Uit analyse en evaluatie van A1-ritten met inzet voor acute verloskunde is nog niet gebleken dat de huidige situatie structureel resulteert in onaanvaardbare klinische uitkomsten
- Daarbij hoort een intensieve samenwerking tussen de Regionale Ambulancevoorziening, verloskundigenpraktijken en betrokken VSV's
- Onderstaand proces is een voorstel hoe deze dialoog ingevuld kan worden en welke stappen structureel moeten worden toegevoegd aan de uitkomstmeting van geboortezorg in de polder
- Uitdaging bij onderstaand proces is om capaciteit binnen de huidige keten van integrale geboortezorg te creëren om de analyse frequent uit te voeren, de dialoog binnen de keten structureel te volgen en uitkomsten te integreren in het totale proces

Procesvoorstel toekomstverkenner



Doelstelling



Structurele dialoog en evaluatie voor acute verloskunde op afstand standaard onderdeel van werkwijze maken



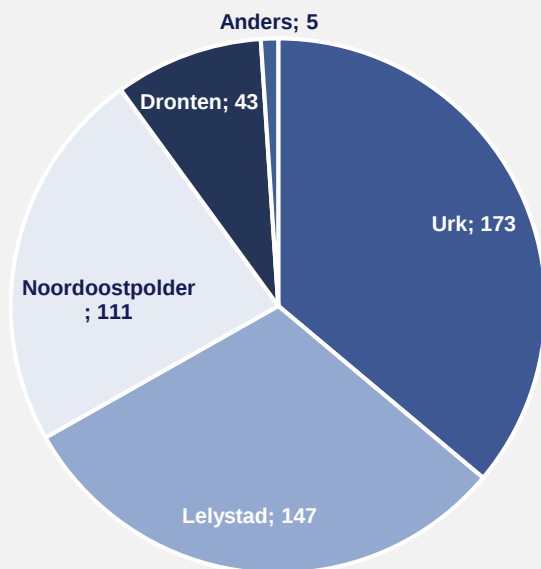
Enquête geboortecentrum | Het animo voor een geboortecentrum is in de minderheid, dat belemmert nader onderzoek van deze optie

Eind 2018 is een enquête uitgezet bij op initiatief van de verloskundigen kring Flevoland in samenwerking met de KNOV:

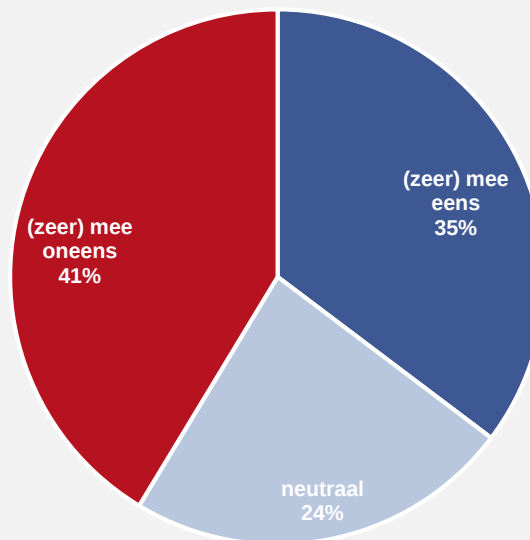
Kenmerken van de enquête

- Zes vragen over afkomst, animo, voorkeurslocatie, overwegingen en faciliteiten van een geboortecentrum, en open ruimte voor eigen inbreng
- Uitgezet door alle verloskundigenpraktijken uit Lelystad, Dronten, Urk en Noordoostpolder
- ~500 respondenten hebben de enquête beantwoord, respondenten waren zowel moeders, zwangeren als jonge vrouwen met kinderwens
- Van 1 tot en met 7 december 2018 was de enquête open

Afkomst en aantal respondenten



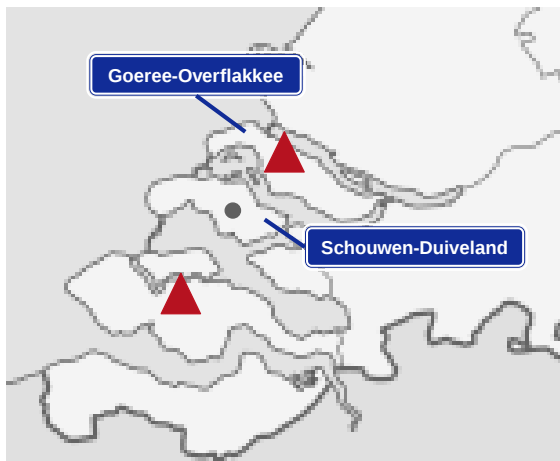
Stelling: ik zou kiezen voor een bevalling in een geboortecentrum



Externe inspiratie | Andere gebieden in Nederland waar eerstelijns verloskunde is ingericht met ziekenhuislocatie op afstand

Schouwen-Duiveland, Zeeland

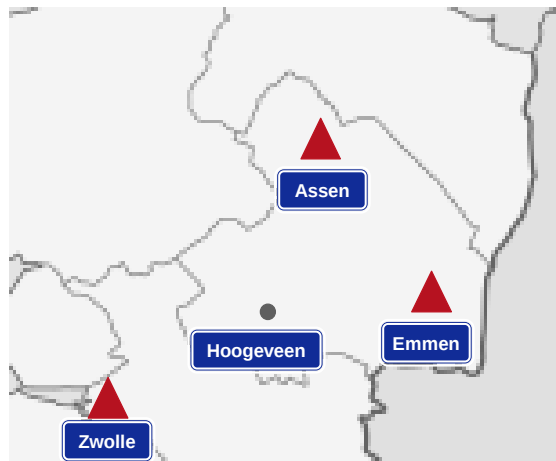
Gemeente Schouwen-Duiveland
284 geboorten in 2017



Het kan voorkomen dat de dienstdoende verloskundige al met een bevalling bezig is. Dan kunnen we vragen of jullie naar het desbetreffende **ziekenhuis willen komen** (ook als dit niet het ziekenhuis van jullie keuze is of als **je gekozen had om thuis te bevallen**).

Hoogeveen, Drenthe

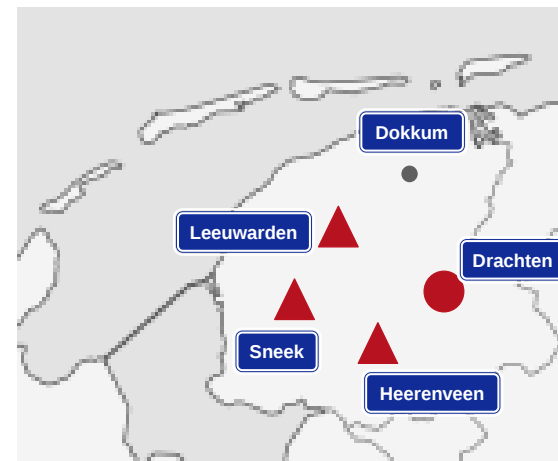
Gemeente Hoogeveen
582 geboorten in 2017



Vanaf 37 weken mag je thuis bevallen, vanaf deze termijn **moet je een aantal dingen in orde hebben**: [...] De kamer waar je gaat bevallen, mag niet hoger liggen dan de eerste verdieping en moet gemakkelijk bereikbaar zijn voor een brancard **voor het geval je naar het ziekenhuis moet**.

Dokkum, Friesland

Gemeente Dantumadiel (o.a. Dokkum)
187 geboorten in 2017



Indien er bij jou geen sprake is van een medische indicatie, heb je de keuze om thuis of in het ziekenhuis te bevallen. Helaas geldt dit niet voor iedereen. In een deel van ons praktijkgebied woon je zo ver van het ziekenhuis, dat we **een thuisbevalling afraden**. Dit geldt in ieder geval voor de onderstaande postcodes [...]

Er zijn meerdere vergelijkbare locaties in Nederland, bijvoorbeeld Texel en Ameland, waar ook nog thuisbevallingen mogen plaatsvinden en geen ziekenhuis met acute verloskunde in nabijheid is. Gezien het aantal bevallingen en de geografie van deze plaatsen lenen deze zich minder voor vergelijking met Flevoland.

Bronnen:

<https://www.verloskundigensd.nl/bevalling1/waar-kun-je-bevallen>
<https://www.verloskundigenpraktijkhoogeveen.nl/bevalling/thuis-of-ziekenhuis/thuisbevalling/>
<https://www.huisartsmaters.nl/pages/default.asp?articleid=212978&token=258918@RhqOedLaQjeOgiMa>
<https://www.verloskundigen-dokkum.nl/de-bevalling/plaats-van-de-bevalling/>
<https://www.verloskundigen-dokkum.nl/de-bevalling/checklist-benodigdheden/>

*Bron: Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2018; Analyse gevoelige ziekenhuizen; RIVM

Ziekenhuis met
acute verloskunde*:



Kritische
locatie



Geen kritische
locatie



Inhoud

Patiënt en profiel



Zorgaanbod



Proces
toekomstverkenning



Proces | traject toekomstverkenner was opgedeeld in 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

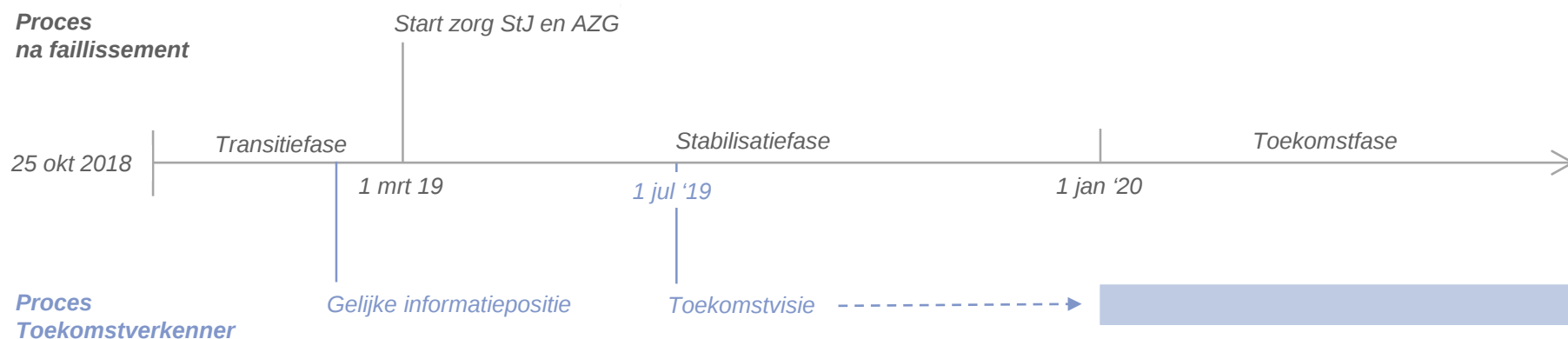


Deel 3: Acute verloskunde op Urk



- 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 IJsselmeerziekenhuizen 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:

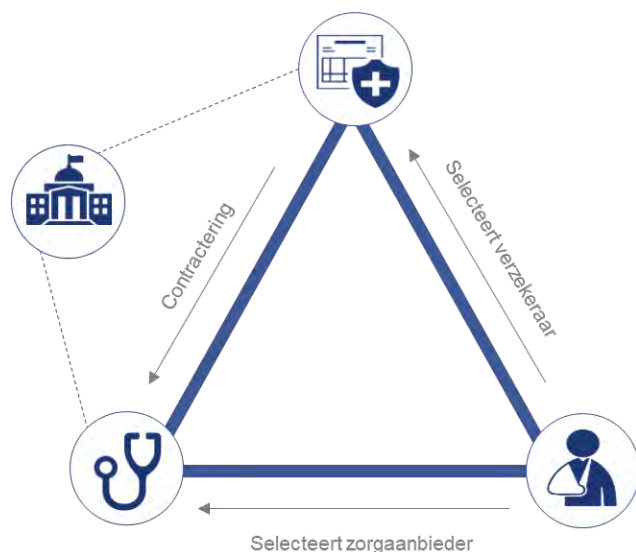
- Zorgverzekeraar: inkoop van zorg, ziet daarbij toe op de kwaliteit en besteding van zorggelden. Heeft een zorgplicht.
- Zorgaanbieders: aanbieden van zorg die door ZV wordt ingekocht. Het St Jansdal en de Antonius Zorggroep hebben een aanbod gedaan om per 1 maart 2019 de zorg die werd verleend door de MC IJsselmeerziekenhuizen (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

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

Stakeholders betrokken bij de toekomstverkenning voor zorg in Flevoland

- Het Nederlandse zorgstelsel kent als hoofdrolspelers zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en de overheid
- Tijdens de toekomstverkenning voor zorg in Flevoland zijn vanuit al deze spelers betrokkenen afgevaardigd tijdens interviews en werksessies



Zorgaanbieders

Ziekenhuizen

- ☐ St Jansdal
- ☐ Antonius Zorggroep
- ☐ Flevoziekenhuis Almere
- ☐ Tjongerschans ziekenhuis
- ☐ Isala
- ☐ Vertegenwoordiging medische staf MC IJsselmeerziekenhuizen

Zorgprofessionals

- ☐ Regionale Ambulancevoorzieningen, GGD Flevoland en RAV Fryslan
- ☐ Medrie en Huisartsencoop Flevoland
- ☐ Verloskundigen Flevoland vanuit Urk, Emmeloord, Lelystad en Dronten
- ☐ Kraamzorgorganisaties
- ☐ Coloriet
- ☐ Thuiszorg Oude en Nieuwe Land
- ☐ Icare
- ☐ Welzijn Lelystad
- ☐ Woonzorg Lelystad
- ☐ Carrefour Noordoostpolder

Zorgverzekeraars

- ☐ Zilveren Kruis
- ☐ VGZ
- ☐ De Friesland

Overheid

Landelijk

- ☐ VWS
- ☐ Nederlandse Zorgautoriteit
- ☐ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- ☐ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Lokaal bestuur

- ☐ Provincie Flevoland
- ☐ Gemeente Lelystad
- ☐ Gemeente Noordoostpolder
- ☐ Gemeente Urk
- ☐ Gemeente Dronten

Patiëntenvertegenwoordiging

- ☐ Flevolandse Patiëntenfederatie
- ☐ Stichting actie Behoud Ziekenhuis Lelystad

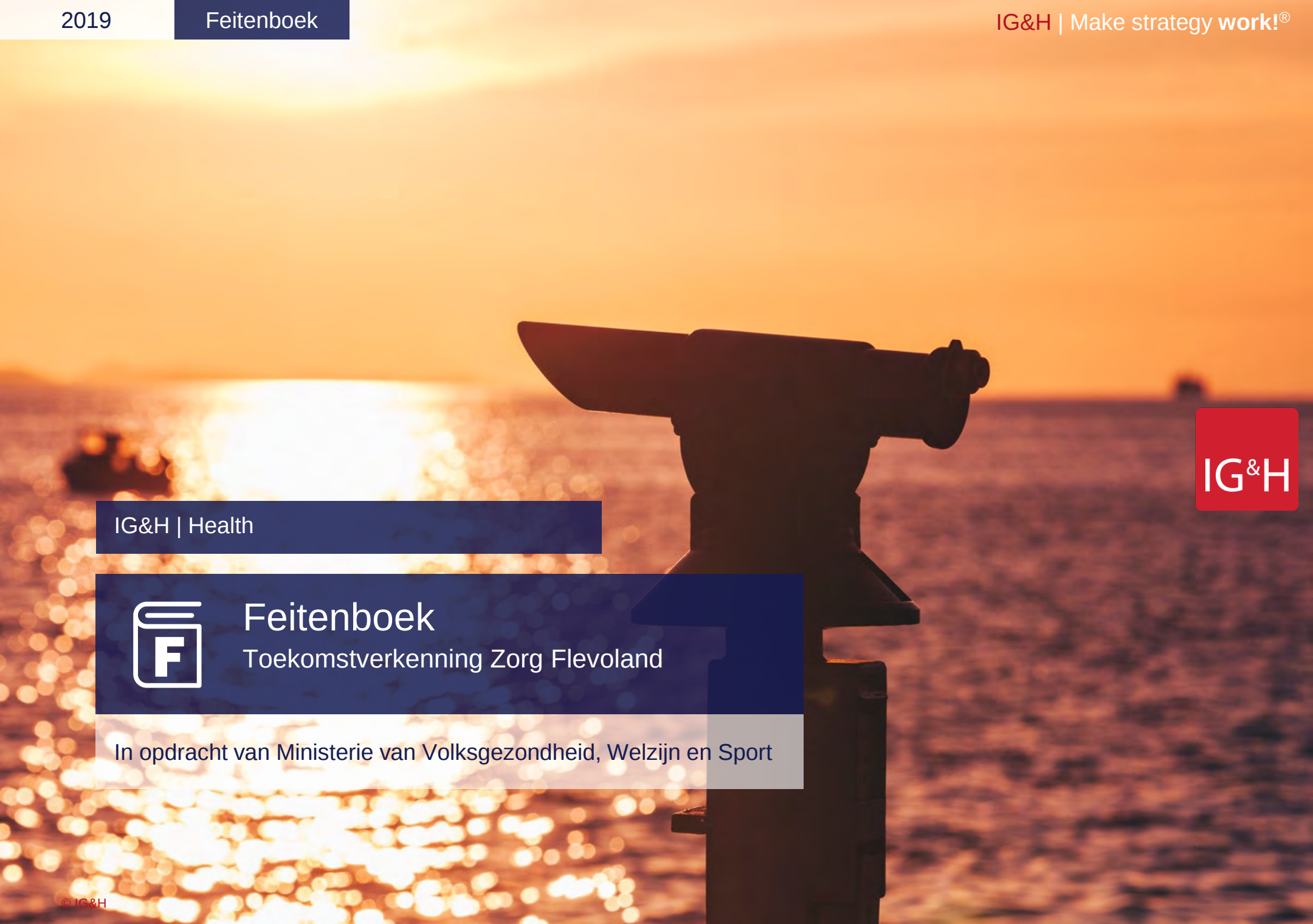
Landelijke en regionale organisaties

- ☐ LNAZ
- ☐ Regionaal Overleg Acute Zorg: SpoedzorgNet, Zwolle, Acute Zorgnetwerk Noord-Nederland
- ☐ Verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's)
- ☐ Perined
- ☐ Vektis
- ☐ KNOV
- ☐ NVOG



Proces | na de plenaire presentatie van het feitenboek, zijn inhoudelijke werkgroepen georganiseerd voor aanvullende discussies en analyses





IG&H | Health

IG&H



Feitenboek

Toekomstverkenning Zorg Flevoland

In opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Provincie Flevoland
T.a.v. het College van Gedeputeerde Staten van de
provincie Flevoland
Postbus 55
8200 AB LELYSTAD

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
C.M.E. Michels
Senior beleidsmedewerker
cm.michels@minvws.nl

Datum **24 JUNI 2019**
Betreft Zorgvisie in Flevoland

Kenmerk
1529345-190513-CZ

Geacht College van Gedeputeerde Staten van de provincie Flevoland,

Uw brief van 11 april 2019 over de continuïteit van zorg en de zorgvisie in de regio Flevoland heb ik in goede orde ontvangen. In deze brief ga ik in op uw aandachtspunten.

Overleggen 15 april en 3 juni 2019

Op 15 april 2019 en 3 juni 2019 heeft, namens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de directeur-generaal Curatieve zorg Bas van den Dungen, gesprekken gevoerd in Lelystad met de burgemeester van Lelystad, de gedeputeerde van Flevoland en de wethouders van Lelystad, Urk, Dronten, en de NOP in aanwezigheid van de toekomstverkenner Bas Leerink. Aan de orde waren verschillende onderwerpen uit uw brief. Hieronder ga ik hierop in en geef ik weer welke afspraken er zijn gemaakt tijdens de overleggen van 15 april 2019 en 3 juni 2019.

Het feitenboek van de toekomstverkenner

Het feitenboek van de toekomstverkenner biedt volgens u onvoldoende inzicht in de zorgvraag en is onvoldoende scherp en onvolledig. U geeft aan dat er nog te veel een algemeen beeld wordt geschetst op basis van gemiddelden. Daarnaast ontbreekt de verwachte zorgvraag op (middel)lange termijn. Ten aanzien van het feitenboek van de toekomstverkenner heeft deze de toezegging gedaan om uw aanvullende vragen op te pakken om het feitenboek aan te scherpen en waar nodig aan te passen. Dit is inmiddels gebeurd en in de vergadering van 3 juni 2019 hebben provincie en gemeenten geconstateerd dat er nu overeenstemming is over het feitenboek. Als bijlage bij uw brief heeft u een rapport van KPMG 'Huidige zorggebruik en trends toekomstige zorgvraag regio Flevoland' van maart 2019 meegestuurd. De informatie in dit rapport van KPMG zal de toekomstverkenner meenemen bij het maken van zijn definitieve rapport.

Beddenvoorzieningen

U heeft aangegeven dat u van mening bent dat er gezien het zorgprofiel van een groeiende groep kwetsbare inwoners minimaal een beddenvoorziening voor kortdurende opname, moet komen naast uitbreiding van eerstelijns en anderhalvelijns beddenvoorzieningen. De toekomstverkenner herkent dit verzoek

Uw brief
2406840

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*



en zal in zijn definitieve rapport hier nader op ingaan. Dit verzoek is ook al opgepakt en besproken door werkgroepen in Lelystad en Emmeloord in het kader van de toekomstverkenning. Er is op 6 juni 2019 over de spoedzorg nog een inhoudelijke bijeenkomst georganiseerd over hoe de spoedzorg in Nederland georganiseerd is en wat er nodig is in Flevoland (laagcomplex/hoogcomplex). In zijn definitieve rapport zal de toekomstverkenner ook hier nader op ingaan. Zodat helder wordt wat het toekomstperspectief is van de beschikbaarheid van Spoedeisende Hulp en acute verloskunde in Lelystad en omgeving.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
1529345-190513-CZ

Proces en planning verkennerstraject

Het openbaar bestuur in Flevoland hecht aan heldere afspraken over de besluitvorming naar aanleiding van de opbrengsten aan de verschillende tafels. Dit deel ik met u. In de gesprekken van 15 april en 3 juni 2019 zijn de punten uit uw brief hierover ook aan de orde geweest. Er heeft met u - zo heb ik begrepen - hierover inmiddels ook separaat overleg plaatsgevonden met het team van de toekomstverkenner.

Op 15 april en 3 juni 2019 is ook stilgestaan bij uw vraag hoe het (besluitvormings)proces verder gaat na oplevering van de toekomstvisie door de verkenner. Net als u vind ik het belangrijk dat de betrokken partijen elkaar niet loslaten, maar juist in gesprek blijven om de acties uit de toekomstvisie voortvarend op te pakken en te implementeren en hiermee een voortvarende start kunnen maken vanaf juli 2019. Ook vanuit het ministerie van VWS (dus ook van de NZa en het RIVM) kunt u daarbij blijven rekenen op constructieve inzet en betrokkenheid. Dit is op 3 juni 2019 door het ministerie van VWS ook met de vertegenwoordigers van het openbaar bestuur in Flevoland besproken.

De toekomstverkenner is in het gesprek op 15 april 2019 door zowel u als door het ministerie van VWS gevraagd om in zijn visie met een voorstel te komen hoe na het verschijnen van de toekomstvisie een concreet vervolg gegeven kan worden aan de inrichting van de zorg in Flevoland, zowel op inhoud als op proces en samenwerking (overlegstructuur). Daarbij is het van belang dat partijen, zoals zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar ook zeker het openbaar bestuur, patiënten en burgers betrokken kunnen blijven bij het bespreken en uitvoeren van de acties in de toekomstvisie. Op 3 juni 2019 is in het overleg besproken welke wensen er op dit punt zijn: er moet een overleg- en werkstructuur komen die recht doet aan de (formele) rollen en verantwoordelijkheden voor de verschillende deelnemers, waarin de financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) een proactieve rol hebben, maar ook andere partijen (zoals zorgaanbieders, patiënten en burgers) en er moet een escalatiemogelijkheid worden ingebouwd, als dingen blijven liggen en/of niet vanzelf goed gaan. We hebben besproken dat dit nodig is om constructief met elkaar aan het 'anders organiseren van zorg' te kunnen werken in Flevoland. Tijdens dit overleg is door de toekomstverkenner aangeboden een voorstel te ontwikkelen voor hoe de overleg- en werkstructuur het beste vorm kan krijgen en welke begeleiding daarvoor nodig is. Hij zal dit opnemen in zijn toekomstvisie-rapport.

Ik hecht eraan te melden dat het uiteindelijk aan de zorgverzekeraars en zorgkantoren (die zorgplicht voor hun verzekerden hebben), gemeenten die Wmo-zorg inkopen en zorgaanbieders (zoals wijkverpleging, thuiszorg, ziekenhuizen, verloskundigen en huisartsen) is om goede en voldoende zorg in te kopen en aan



te bieden. Uiteraard is zoveel mogelijk draagvlak wenselijk en is een goede dialoog belangrijk. Zij worden dan ook geacht hun keuzes actief af te stemmen met het openbaar bestuur en de patiënten.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
1529345-190513-CZ

Proces op korte termijn en brede scenario's voor de lange termijn

U vindt dat in de toekomstverkenning ook scenario's voor de lange termijn moeten worden opgenomen. Het proces richt zich tot nu toe vooral op de korte termijn vanaf 2020 en de acute (verloskundige) zorgproblematiek. De scenario's voor de lange termijn zijn ook expliciet onderdeel van de toekomstverkenning, waarbij de nadruk ligt op de verwachte ontwikkelingen in zorgvraag en bijpassend aanbod. De toekomstverkenner heeft uw inbreng op dit punt goed gehoord en heeft dit verzoek ter harte genomen.

Definitieve toekomstverkenning

Op 2 juli 2019 wordt het definitieve rapport van de toekomstverkenner aan mij aangeboden in Den Haag. U heeft hiervoor een uitnodiging ontvangen. We hebben afgesproken dat op 5 juli 2019 een bredere bijeenkomst zal plaatsvinden in Lelystad, waar de toekomstvisie toegelicht zal worden en wordt besproken op welke wijze de uitvoering van de visie ter hand zal worden genomen. Daar zal de directeur-generaal Curatieve Zorg bij aanwezig zijn.

Tot slot

In september 2019 zal er een vervolgoverleg worden ingepland met het openbaar bestuur in de regio Flevoland en het ministerie van VWS. Tijdens dit overleg is er ruimte om verder met elkaar te spreken over de stand van zaken van de uitvoering van de toekomstvisie in Flevoland. In de tussentijd kunt u van harte rekenen op de blijvende actieve inzet van het ministerie van VWS.

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg
en Sport,

Bruno Bruins



Datum

8 juli 2019

nummer

Dit is een gezamenlijk persbericht van provincie Flevoland en de gemeenten Dronten, Lelystad, Noordoostpolder en Urk.

Eindrapport toekomstverkenning zorg Eindrapport 'Toekomstverkenning zorg in Flevoland'

**Afdeling Bestuur- &
Directieondersteuning**

Postbus 55
8200 AB Lelystad

Telefoon

(0320)265265

Fax

(0320)265260

E-mail

provincie@Flevoland.nl

Website

www.flevoland.nl



Provincie en gemeenten Dronten, Lelystad, Noordoostpolder en Urk sturen vandaag een gezamenlijke brief naar minister Bruins over het rapport 'Toekomstverkenning zorg in Flevoland'. Hiermee geven zij een inhoudelijke reactie op de conclusies en adviezen voor het zorglandschap in Flevoland.

Openbare vergadering

Op 27 augustus is er een gezamenlijke openbare vergadering voor de Gemeenteraden en Provinciale Staten waarin de heer Bas Leerink, Associate Partner van IG&H | Health en eindverantwoordelijk voor de verkenning, een toelichting geeft op het rapport.

Aanleiding

Door het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen ontstond eind 2018 de behoefte om een toekomstvisie voor de zorg in Flevoland te ontwikkelen. Het rapport is opgesteld in opdracht van minister Bruins van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Noot voor de redactie

Bijgevoegd is de brief die naar de minister is gestuurd.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Daniël de Wit, woordvoerder Gedeputeerde Staten, telefoonnummer 06-21110911



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 DEN HAAG



Verzenddatum

12 JULI 2019

Onderwerp

Reactie op rapport Toekomstverkenning zorg in Flevoland

Bijlagen

Uw kenmerk

Ons kenmerk

2450292

Geachte heer Bruins,

Op 2 juli heeft dhr. Leerink het rapport Toekomstverkenning zorg in Flevoland aan u overhandigd en op 5 juli hebben betrokken partijen in aanwezigheid van de directeur-generaal Curatieve zorg dhr. van den Dungen een eerste reactie op het rapport gegeven. In deze brief ontvangt u de gezamenlijke reactie van de provincie Flevoland en gemeenten Dronten, Lelystad, Noordoostpolder en Urk.

Alvorens inhoudelijk op het rapport in te gaan, willen we als gemeente- en provinciebestuurders uitspreken dat we uw betrokkenheid en de actieve inzet van uw ministerie waarderen. U heeft in de afgelopen tijd laten zien serieus aandacht te willen schenken aan de ontstane problemen in onze regio. In dit licht hebben we ook uw antwoordbrief gelezen (kenmerk 1529345-190513-cz) waarin u in procedurele zin en onder verwijzing naar het definitieve rapport ingaat op de aandachtspunten die door de betrokken overheden in het verkennerstraject naar voren zijn gebracht.

Onderstaand wordt ingegaan op: de inzet vanuit Flevoland voor een toekomstbestendig zorglandschap, de Agenda voor de zorg in Flevoland, zorgpunten op basis van het rapport en randvoorwaarden voor het vervolgtraject.

Inzet Flevoland voor een toekomstbestendig zorglandschap

In een vroeg stadium hebben gemeenten en provincie elementen benoemd die van belang zijn voor een toekomstbestendige visie. Deze zijn toegelicht in bestuurlijk overleggen, onze correspondentie over de afgelopen periode en ingebracht tijdens verschillende werksessies. We baseren ons op onderzoek dat is uitgevoerd door KPMG in opdracht van de provincie mede namens de Flevolandse gemeenten. Dit onderzoek laat de huidige en toekomstige zorgvraag zien, de ontwikkeling van populatie en ziektebeelden en trends en ontwikkelingen in de zorg zoals technologie en patiëntgerichte zorg. Daarnaast hebben gemeenten en provincie gedurende het proces continu gesprekken gevoerd met zorgpartners, patiëntenfederatie, actiecomité en inwoners om inzicht te krijgen in lokale en regionale behoeften en knelpunten.

Samengevat zijn de volgende elementen gehanteerd om het rapport te beoordelen:

- Brede participatie van partijen uit de overheid, zorg, welzijn en preventie bij het maken van de toekomstvisie en inbreng van het inwoner- en patiëntenperspectief.
- Voldoende lange termijn perspectief in de toekomstvisie gericht op de strategische opgaven in Flevoland, welke op basis van het onderzoek door KPMG zich als volgt manifesteren:

- Inwoneraantal neemt toe: Flevoland krijgt breed te maken met een forse vergrijzing;
 - In delen van de regio is er sprake van een gemiddeld lage sociaal economische status wat gekoppeld kan worden aan mate van gezondheid en gezondheidsvaardigheden;
 - Flevolandse inwoners krijgen meer te maken met chronische aandoeningen, bovendien vaker in combinatie;
 - Het mantelzorgpotentieel neemt af, waardoor er een groter beroep kan worden verwacht op professionele zorg;
 - Er is een toenemend personeelstekort in de zorg, met name in de eerstelijns;
 - Technologische ontwikkelingen maken zorg dichterbij huis mogelijk.
- Een navolgbare uitspraak over de mogelijkheden van een ziekenhuisvoorziening op basis van (minimum en maximum) scenario's en duidelijke criteria. Aandachtspunten hierbij zijn:
 - de verschillende netwerken die zich hebben ontwikkeld in enerzijds omgeving Urk/Noordoostpolder (gericht op het Antonius als primaire tweedelijns partner) en anderzijds omgeving Lelystad/Dronten (gericht op St Jansdal als primaire tweedelijns partner), mede gestimuleerd door het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar;
 - de gevolgen op het gebied van bereikbaarheid van acute zorg voor de gebieden die grote impact ondervinden van het wegvallen van het ziekenhuis, met name Lelystad, Urk, en daarnaast ook Swifterbant en Noordoostpolder;
 - de beschikbaarheid van laagdrempelige opnamefaciliteiten in Lelystad voor kwetsbare patiënten met bijvoorbeeld een sociale indicatie of patiënten die een ingreep of behandeling hebben ondergaan.
 - Werken met betrouwbare gegevens met informatie op gemeente- en wijkniveau, aangezien er grote lokale verschillen zijn die mogelijk om een specifieke aanpak of voorzieningen vragen.
 - Duidelijk beeld en communicatie over vervangend aanbod (welke zorg is waar beschikbaar) en toekomstige ontwikkeling daarvan.
 - Samenwerking en gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid bevorderen tussen zorgpartners, zorgverzekeraar(s) en de overheden in Flevoland. Er is sprake van verschillende ondersteuningsdomeinen met separate financieringsstromen; vanuit de gemeente voor de Wmo, en de zorgverzekeraar, het zorgkantoor voor de Zvw respectievelijk de Wlz. Dit zijn momenteel gescheiden werelden met bovendien de nodige afwentelingseffecten over en weer die nog niet op elkaar zijn afgestemd of verbonden in een gezamenlijke ambitie. Te denken valt aan een regionale overlegstructuur waarbij regie en voorzitterschap onafhankelijk belegd zijn.

Op basis van deze inzet komen wij tot een inhoudelijke reactie op het rapport.

Ambitieuze en omvangrijke agenda voor de zorg in Flevoland

Het rapport van de toekomstverkenner presenteert in het bijgevoegde Feitenboek een helder beeld van de zorg en zorgbehoefte in Flevoland. Duidelijk is dat het zorglandschap in Flevoland op onderdelen kwetsbaar is en de (toekomstige) ontwikkelingen niet als vanzelfsprekend kan opvangen.

De 'Agenda voor zorg in Flevoland' beschrijft de acties en interventies die nodig zijn om het zorglandschap in Flevoland te versterken. Het is een ambitieuze en omvangrijke agenda geworden waarin zorgaanbieders, zorgverzekeraars en betrokken overheden zich herkennen. De verkenner geeft waardevolle adviezen, waaronder het advies om in Lelystad een opname mogelijkheid voor chronische zieken te creëren (zoals opnames voor 1-3 nachten voor COPD-patiënten) en een bevalkamer in te richten ter ondersteuning van integrale geboortezorg. We zien dat zorgaanbieders zich hebben ingezet om het zorgaanbod in Lelystad en Emmeloord aan te passen aan de nieuwe situatie. Het aantal poli's in Lelystad is inmiddels uitgebreid, er wordt weer geopereerd en na de zomer komt er een opnamemogelijkheid voor 1-3 nachten. Op het Zorgplein in Emmeloord wordt met St Antonius en andere zorgaanbieders eveneens gewerkt aan uitbreiding van het zorgaanbod.

We onderstrepen de constatering in het rapport over de toegenomen reistijd voor acute verloskunde en spoedeisende hulp (SEH). De beschikbaarheid en effectiviteit van de acute zorg moet verder verbeteren in de regio. Het advies om te beginnen bij de regionale ambulancevoorziening wordt omarmd, mede gelet op het niet halen van de '15 minuten norm A1 ritten' in Dronten. Het advies van de verkenner om te onderzoeken hoe de spoedpoli en spoedpost gepositioneerd en verder ontwikkeld kan worden, ondersteunen we volledig. Facilitering vanuit uw ministerie en de NZa is op dit onderdeel essentieel.

Gemeenten en provincie omarmen de adviezen van de verkenner; met name op het gebied van real time inzicht capaciteit acute zorg, belang van spoedpoli en spoedpost, geboortezorg en anderhalvelijnsvoorzieningen in Lelystad, Dronten en Emmeloord. Daarnaast steunen we de drie overstijgende thema's als het gaat om inbreng patiënten en inwoners, opzetten en ondersteunen Zorgtafel en monitoren & rapporteren van effecten op de inwoners. Ook de inzet op positieve gezondheid en zorg thuis (e-health) zien we als essentieel om het zorgaanbod op korte termijn uit te breiden en te versterken in deze uitgestrekte regio. Gemeenten en provincie zijn bereid een actieve bijdrage te leveren aan het thema positieve gezondheid.

Zorgpunten

Daarnaast hebben gemeenten en provincie ook serieuze zorgpunten.

- Wij zijn teleurgesteld dat acute verloskunde en volwaardige SEH niet terugkeren in Lelystad. Wat betreft de SEH zien wij een landelijke ontwikkeling; steeds meer gemeenten en perifere ziekenhuizen kampen met een sluiting van de SEH. De effecten van deze ontwikkeling voor betreffende gemeenten (en omgeving), waaronder Stads kanaal, Hoogeveen en Nissewaard, zijn ingrijpend. ***Dit kan lokaal niet opgelost worden.***
- Het huidige kwaliteitskader biedt nog geen mogelijkheden voor tussenoplossingen zoals spoedpoli, met aanwezigheid van gekwalificeerde SEH arts, en spoedpost naast huisartsenpost en SEH. Het rapport geeft een doorkijk op wat wenselijk en mogelijk is, maar dan moet het stelsel daarop aangepast worden, zodat een dergelijke vorm van spoedzorg erkend wordt en de nodige financiering beschikbaar wordt gesteld. Wat wordt er mogelijk in 'streekziekenhuizen' of spoedpoli's en spoedposten? ***Onze inzet is dat minimaal 80% van de inwoners terecht kan bij een voorziening in de buurt.***
- Het rapport biedt geen helder toekomstperspectief als het gaat om de ziekenhuisvoorziening in Lelystad. Geconstateerd wordt dat het ziekenhuis in de afgelopen maanden is uitgebreid. Geadviseerd wordt stapsgewijze versterking in de verdere toekomst. Hoe het profiel van het ziekenhuis zich in de verdere toekomst zal ontwikkelen, blijft onderbelicht.
- Geboortezorg blijft kwetsbaar. Met het pakket aan genoemde maatregelen blijft de (werk)druk bij verloskundigen en andere zorgverleners hoog. Dit is op de korte termijn wellicht haalbaar, maar biedt geen structurele oplossing voor de lange termijn. Temeer daar geconstateerd wordt dat de vraag naar geboortezorg waarschijnlijk zal stijgen. Bovendien maakt de hoge werkdruk de regio niet aantrekkelijk voor professionals om zich te vestigen. Dit geldt ook voor de huisartsenzorg (zie hieronder).
- Inwoners van Flevoland zijn niet gebaat bij een theoretische discussie over 45 minuten norm. In de praktijk is de reistijd voor SEH/ verloskunde/ klinische zorg voor veel mensen in Flevoland, m.n. Urk en Lelystad, veel langer geworden. Dit raakt direct de beleving en verwachtingen van patiënten als het gaat om bereikbaarheid van zorg, vooral in spoedsituaties. Er heerst lokaal onrust en tegelijkertijd is geconstateerd dat feitelijk geen calamiteiten hebben plaats gevonden. Wat nodig is, is heldere communicatie over huidige en toekomstige situatie die inspeelt op de beleving van de inwoners. Wat ons betreft één van de prioriteiten om te agenderen bij de op te richten Zorgtafel.
- Ambulance: Het is belangrijk om samen met de RAV te kijken naar de mogelijkheden om meer ambulance opstelplaatsen te realiseren op tactisch goede locaties (balans tussen kernen en buitengebied) om zo het dynamische ambulance systeem goed te laten functioneren en de rijtijden hiermee gunstig te beïnvloeden. ***Extra inzet ambulance in Flevoland blijft nodig.*** In

Dronten wordt de 15 minuten voor A1 ritten 'maar' in 90% van de gevallen gehaald. De gestelde norm is 95%. Belangrijk is om op korte termijn maatregelen te nemen om de norm wel te halen.

- Het belang van zorg voor oudere en chronische patiënten onderstrepen wij. Wij constateren echter dat de kaders om interventies en oplossingen effectief in te vullen deels ontbreken. De huisartsenzorg is in veel gebieden van Flevoland kwetsbaar en de bestaande financiële kaders bieden niet altijd ruimte voor vernieuwende vormen van zorg. Met de aanbevelingen vanuit rapport en gezien de gewenste verschuiving van tweede naar eerste lijn, zal de werkdruk bij de eerstelijnszorg alleen maar toenemen. Daarmee komt de regio in een vicieuze cirkel terecht en wordt als vestigingsplaats nog minder aantrekkelijk.
- Realisatie van anderhalvelijnsvoorzieningen zijn niet alleen in Lelystad, maar ook in andere gemeenten nodig. We doelen dan op voorzieningen voor kortdurende opname onder begeleiding van een specialist (ouderengeneeskunde). Hiervoor lopen ook initiatieven in de regio, bijvoorbeeld de ELV-bedden bij Coloriet, Woonzorg Flevoland en Talmahof. Hier moeten dus de kaders en financiën op aangepast moeten worden. Ervaringen elders in het land wijzen op belemmeringen in financiering en regelgeving. We doen een beroep op VWS (NZa) deze belemmeringen weg te nemen.

Randvoorwaarden vervolgtraject

Voor het vervolgtraject zien wij **drie cruciale randvoorwaarden**:

1. Het rapport presenteert de nodige acties en interventies, maar voorziet onvoldoende in duidelijke kaders die nodig zijn deze interventies te realiseren. Er moeten heldere afspraken komen over prioritering en wie op welke wijze genoemde interventies gaat uitwerken. Ook moet duidelijk worden hoe wordt toegezien op de voortgang van de uitvoering van de Agenda voor de zorg en waar de eindverantwoordelijkheid ligt;
2. Bij veel interventies zijn extra capaciteit en beschikbaarheid van financiële middelen een voorwaarde. Ook hier moeten duidelijke afspraken over gemaakt worden. Het is niet vanzelfsprekend dat gemeenten, die geen invloed hebben kunnen uitoefenen op de ontstane situatie, wel een financiële bijdrage moeten leveren vanuit de (toch al beperkte) Wmo-budgetten. Inzetten op investeren in preventie en afschalen van zorg naar eerstelijns en anderhalvelijnsvoorzieningen betekent dat financiële prikkels en budgetten moeten meeschuiven met deze beweging. Dit geldt overigens niet alleen in Flevoland.
3. Het creëren van de juiste voorwaarden om de fase na 1 juli 2019 effectief te kunnen starten, met heldere afspraken over de rol en bijdrage van de partijen die deelnemen aan de Zorgtafel en duidelijkheid over het commitment van de zorgverzekeraar. Samenwerking is nog geen vanzelfsprekendheid en de belangen, mede ingegeven door financiële prikkels in het bestaande stelsel, zijn op onderdelen lastig bij elkaar te brengen. Ook vragen we aandacht om bij de inrichting van de regionale Zorgtafel rekening te houden met de subregio's (Noord en Oost).

Wij roepen de Minister op om op **korte termijn expliciet aandacht te besteden aan**:

- Een zo maximaal mogelijke voorziening voor acute zorg in Lelystad. Voor ons betekent dat een beweging naar een 24/7 toegankelijke SEH of uitgebreide spoedpoli, waar expliciet aandacht is voor de groepen chronisch zieken, ouderen en kinderen. Acute zorg zal anders georganiseerd moeten worden. Flevoland kan een pilot zijn voor het organiseren van toekomstbestendige acute zorg (in gemeenten met een perifere ziekenhuisvoorziening);
- In het verlengde hiervan de bezetting van avond- en weekenduren van spoedpoli in Emmeloord te maximaliseren;
- Toekomstperspectief van nog steeds kwetsbare geboortezorg;
- De extra inzet van ambulancezorg in Flevoland structureel te waarborgen;
- Maatregelen zodat de 95% norm (15 minuten A1 ritten) ook in gemeente Dronten gehaald wordt.
- Naast monitoring van de acute zorg, ook de planbare zorg niet uit het oog te verliezen. Op dit moment lopen de wachttijden voor de planbare klinische zorg snel op in de omliggende ziekenhuizen.

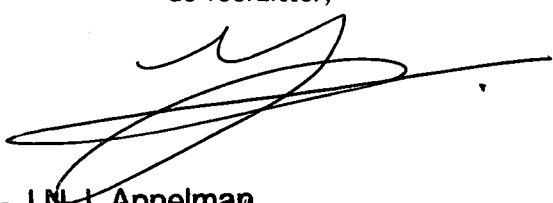
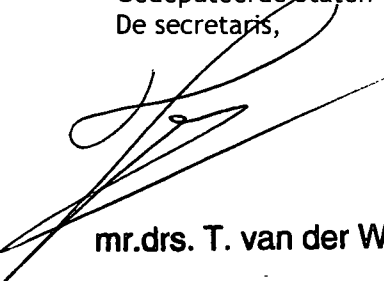
Tenslotte willen we als gemeente- en provinciebestuurders alle partijen bedanken voor hun inzet en betrokkenheid in de afgelopen maanden. Het nu voorliggende rapport in combinatie met de acties die door betrokken zorgaanbieders in gang zijn gezet, vormen een eerste stap in de richting om te komen tot verantwoorde zorg in Flevoland. Wij zien bereidheid van veel partijen om de schouders te zetten onder de uitvoering van de Agenda van de zorg in Flevoland. Wij doen een beroep op VWS om de volgende stappen ook mogelijk te maken.

Wij vragen u om in de zomerperiode, voorafgaand aan de eerste Zorgtafel, de regie te nemen bij het inrichten van een projectorganisatie en het opstellen van een plan van aanpak. Tijdens het bestuurlijk overleg op 5 juli werden verschillende mogelijkheden genoemd om de financiële dekking te verzorgen, zoals het budget van 4,4 miljoen dat uw ministerie heeft vrijgemaakt, de transitiegelden waarover de zorgverzekeraars beschikken en budgetten vanuit diverse programma's zoals de Juiste Zorg op de Juiste Plaats.

Hoogachtend,

Gedeputeerde Staten van Flevoland
De secretaris,

de voorzitter,



mr. drs. T. van der Wal - J.N.J. Appelman