

Regiobeeld Acute Zorg

22 juni 2023

www.nazmn.nl

Inhoud

- 1. Inleiding**
- 2. Zorggebruik / zorgvraag**
 - a. Demografie en prognose
 - b. Patiëntenstromen (in-door-uitstroom)
 - c. Toekomstverkenning
- 3. Zorgaanbod**
 - a. Aanbieders en aanbod acute zorg
 - b. Kwaliteitscriteria:
 - Volumennormen en doorlooptijden
 - Beschikbaarheid en toegankelijkheid
 - c. Ontwikkelingen en knelpunten toegang
 - d. Ontwikkelingen en trends arbeidsmarkt acute zorg
- 4. Regionale samenwerking**
- 5. Patiëntgroepen uitgelicht**
- 6. Perspectief van de patiënt**
- 7. Conclusies en vervolg**



1. Inleiding



1. Inleiding

Introductie

Dit Regiobeeld Acute Zorg Midden-Nederland beschrijft de situatie van de acute zorg in de regio en de uitdagingen waar we de komende 10 jaar voor komen te staan. Dit rapport is in de eerste plaats bedoeld voor alle ketenpartners in de acute zorgketen in Midden-Nederland.

Met dit Regiobeeld Acute Zorg geven we invulling aan de opdracht in het Integraal Zorgakkoord (IZA), om uiterlijk op 30 juni 2023 een 'ROAZ-beeld'* te publiceren.

Afbakening

De regio betreft de ROAZ-regio Midden-Nederland. Dat is de gehele provincie Utrecht en de gemeenten Nijkerk, Barneveld en Scherpenzeel. In het ROAZ zijn de ketenpartners die gesitueerd zijn in de regio vertegenwoordigd.

Uiteraard wordt er door deze zorgaanbieders ook zorg geleverd aan mensen van buiten onze regio. Ook wordt in andere regio's zorg verleend aan onze inwoners. Als regio midden in het land hebben we veel met onze burens te maken en is het dus ook noodzakelijk om goede bovenregionale afspraken en samenwerking te hebben. De primaire focus in dit rapport ligt echter op de situatie, uitdagingen en samenwerking binnen de regio Midden-Nederland.

Definitie acute zorg

Dit Regiobeeld Acute Zorg beperkt zich in principe tot de acute zorg, als volgt gedefinieerd in het IZA:

Alle mensen in Nederland moeten erop kunnen rekenen dat wanneer zij een spoedzorgvraag hebben, zij tijdig toegang krijgen tot de juiste zorg, op de juiste plek, van goede kwaliteit. Daarbij gaat het zowel om het bredere begrip van acute zorg, waarmee zorg als antwoord op een vanuit de beleving van de patiënt acute zorgvraag wordt bedoeld, en het smallere begrip van acute zorg dat zorg betref die zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, moet worden verleend om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen.

1. Inleiding

Aanpak

Landelijke partijen hebben begin dit jaar gepubliceerd welke onderdelen er in het ROAZ-beeld moeten worden opgenomen. Dit rapport volgt in grote lijnen de opbouw van deze criteria:

1. (Verwacht) zorggebruik en/of zorgvraag

Toegesplitst op de acute zorg en waar mogelijk in relatie met demografie: gezondheidskenmerken, sociale determinanten, geografische kenmerken, ingangsklachten, patiëntenstromen (in-door-uitstroom) en prognoses.

2. (Verwacht) zorgaanbod

Beschrijving en data van zorgaanbieders. In relatie gebracht met geldende kwaliteitscriteria, inzicht in ontwikkelingen en knelpunten toegang acute zorg. Onderdeel is ook ontwikkeling en trend (prognose) arbeidsmarkt acute zorg.

3. Regionale samenwerking

Beschrijving van ROAZ en relevante andere (sub)regionale samenwerkingen.

4. Conclusies op basis van het ROAZ-beeld

Duiding van de feitelijke informatie.

Gebruikte gegevens

De regio's zijn gefaciliteerd door levering van gegevens uit diverse landelijke databronnen op regionaal niveau. Deze gegevens zijn aangeleverd door het RIVM en de NZa.

Daarnaast is gebruik gemaakt van openbaar beschikbare informatie en data die door ketenpartners uit onze regio zijn aangeleverd. Dit laatste vooral om een recenter beeld en meer detail te kunnen geven dan met de landelijk beschikbare data mogelijk was. De ketenpartners zijn waar mogelijk betrokken bij de duiding en interpretatie van de gegevens.

Gegevens op instellingsniveau die niet openbaar beschikbaar zijn, zijn alleen in de versie voor intern gebruik opgenomen en worden niet gepubliceerd.

Prognoses

Bij prognoses voor de toekomst is waar mogelijk naar het jaar 2033 gekeken. Op sommige onderdelen is 2030 gebruikt, omdat de prognose voor 2033 niet beschikbaar was.

1. Inleiding

Inzet op structurele monitoring en analyse

Als regio is de keuze gemaakt om direct in te zetten op structurele monitoring en analyse, in plaats van het opleveren van een eenmalig gedetailleerd rapport. Dit rapport biedt een eerste overzicht van de acute zorg in de regio, maar zal na oplevering nog gevolgd worden door verdere aanvullende dataverzameling en analyse. Dit rapport is het startpunt van structureel inzicht in de relevante ontwikkelingen in de acute zorg in Midden-Nederland.

Het inzetten op structurele monitoring en analyse maakt het mogelijk om de effecten van gemaakte strategische keuzes in de acute zorg te volgen. Aan de hand van de aandachtspunten die uit dit rapport en aanvullende analyses naar voren komen, worden keuzes gemaakt welke indicatoren worden gemonitord.

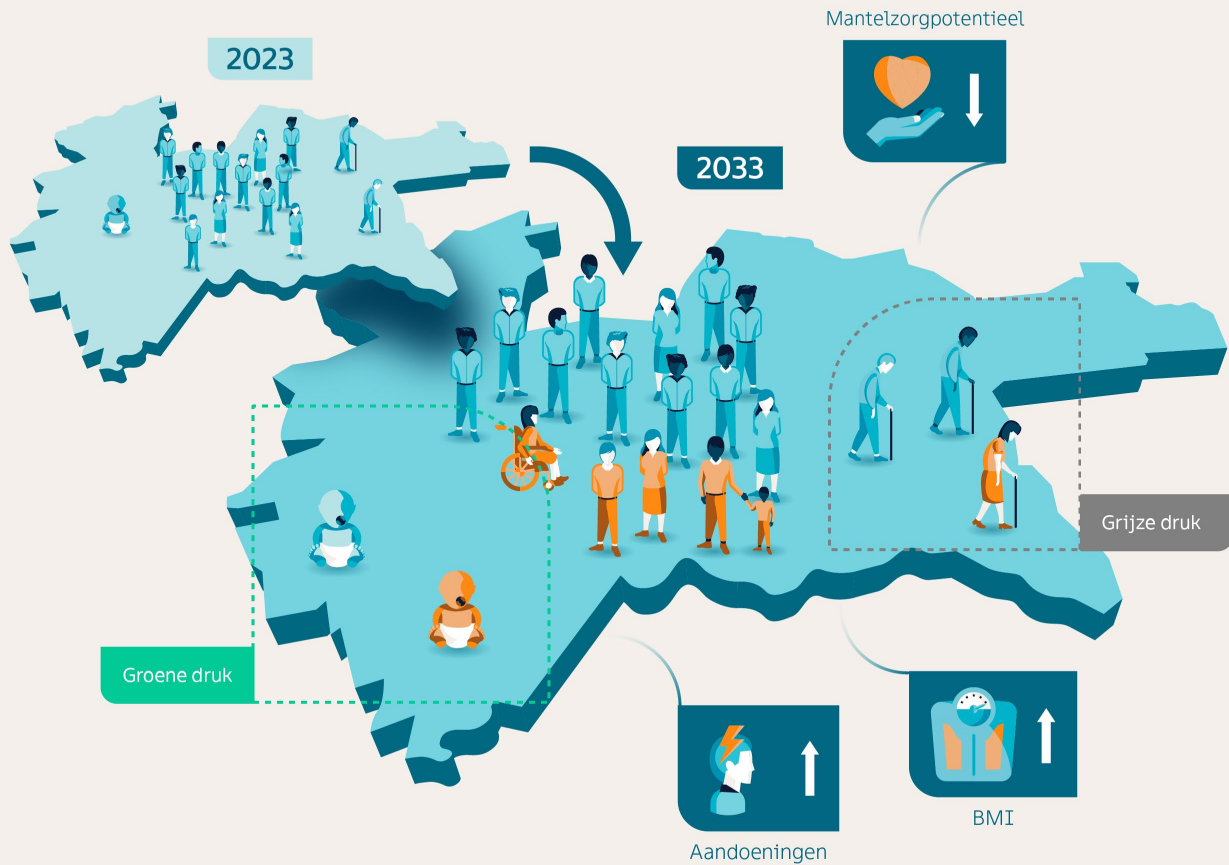


2. Zorggebruik – zorgvraag

a. Demografie en prognose



Demografie



Aandachtspunt

Oog hebben voor verschillen binnen de regio in bijvoorbeeld sociaal-economische status.



Witte vlek

Relatie tussen sociale factoren, gezondheid en acute zorgvraag.



Acties

Inzetten op preventie van acute zorgvraag.

Inwoners

Onze regio groeit harder dan de rest van Nederland. We groeien tot 1,63 miljoen inwoners in 2033. Dat is 8% groei, terwijl dit landelijk nog geen 6% is.

Vergrijzing is ook bij ons een uitdaging, hoewel de regio jong blijft vergeleken met Nederland. De beroepsbevolking stijgt niet zo hard mee. Het aantal 65+ inwoners stijgt met 30% naar 350.000 in 2033. Het aantal inwoners van 80 jaar en ouder neemt met 58% fors toe tot ruim 100.000. Vooral de gemeenten Houten, Stichtse Vecht en Woerden hebben een hoge grijze druk in 2033.

Het aantal geboortes zal in onze regio naar verwachting de komende tien jaar stijgen met zo'n 18%.

Gezondheid

In vergelijking met het Nederlands gemiddelde wordt in regio Midden-Nederland minder gerookt, zijn er minder mensen met een hoge BMI, wordt meer wekelijks gesport en aan de beweegrichtlijn voldaan. Het overmatig alcoholgebruik ligt wel een fractie hoger dan landelijk. De 'goed ervaren gezondheid' is hoger, net als de regie over het leven en het mantelzorgpotentieel. Het inkomen ligt hoger, inwoners zijn minder vaak eenzaam. Toch zijn de toekomstprojecties voor een aantal indicatoren ook in onze regio ongunstig. Zo stijgt bijvoorbeeld het aantal inwoners met een hoge BMI en daalt het mantelzorgpotentieel.

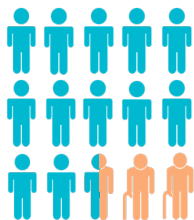
Net als landelijk zal de prevalentie van veel aandoeningen in onze regio tot 2030 stijgen. Dementie en perifere artrose zijn de grootste stijgers. Ook zijn er aandoeningen waarvan de prevalentie harder groeit in onze regio: met name diabetes, angststoornissen, stemmingsstoornissen en longkanker stijgen sneller dan landelijk. Dat is mogelijk te verklaren door de verwachte bevolkingsgroei.

De regio Midden-Nederland is een regio met een gemiddeld hoge sociaal economische status (SES). Wel zijn er verschillen in SES tussen gemeenten, maar ook tussen wijken en buurten in de grote steden. De directe relatie tussen SES en acuut zorggebruik is lastig te leggen. Wel hebben mensen met een lage SES vaak een hoger zorggebruik en maken ze meer gebruik van de huisartsenpost.

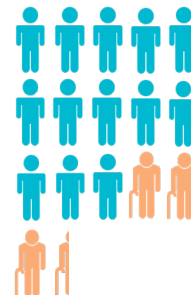
2. Zorggebruik/ zorgvraag | a. Demografie en prognose

Inwoners regio Midden-Nederland

1,5
miljoen
2023



1,63
miljoen
2033



 X 100.000
 X 100.000
65+

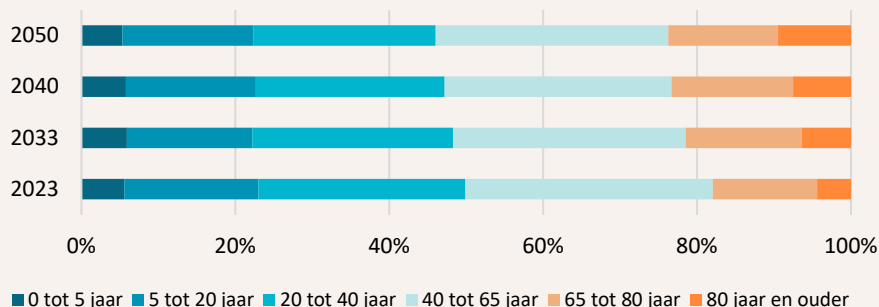
2. Zorggebruik/ zorgvraag | a. Demografie en prognose

Inwoners regio Midden-Nederland 2023

In 2023 telt onze regio ruim 1,5 miljoen inwoners. Bijna een derde daarvan woont in de gemeente Utrecht en 12% in gemeente Amersfoort.

Van onze inwoners is op dit moment 18% 65+. Landelijk is dat 20%. Er zijn in onze regio nu ruim 270.000 inwoners van 65 jaar en ouder. Meer dan 65.000 daarvan zijn 80 jaar of ouder.

Prognose ontwikkeling leeftijdsopbouw regio Midden-Nederland



Toekomst: bevolkingsgroei groter dan landelijk

Onze regio groeit harder dan de rest van Nederland. Het aantal inwoners in onze regio groeit tot 2033 met 8% naar bijna 1,63 miljoen. De landelijke groei van de bevolking in die periode is nog geen 6%. De groei is het grootst in gemeenten Utrecht, Nieuwegein en Barneveld.

De beroepsbevolking (20-65 jarigen) groeit met 3% aanzienlijk minder hard.

Toekomst: groei aantal 80+ inwoners

De verwachting is dat het aantal 65+ inwoners bijna 30% zal stijgen naar **350.000** in 2033. Het aantal inwoners van 80 jaar en ouder stijgt met 58% naar ruim 100.000.

2. Zorggebruik/ zorgvraag | a. Demografie en prognose

Stijging groene druk

De huidige groene druk voor de regio Midden-Nederland is 39%. Vooral Barneveld heeft een hoge groene druk, maar ook Houten en Veenendaal zijn hoger dan gemiddeld in de regio. Landelijk is de groene druk nu 36%.

Kijken we naar de prognose voor 2033 dan zien we dat de groene druk in de regio naar verwachting ongeveer gelijk blijft (39%; landelijk 37%). Vooral de gemeenten Nieuwegein, Stichtse Vecht, Veenendaal en Vijfheerenlanden stijgen boven gemiddeld in groene druk.

Grijze druk neemt overal toe

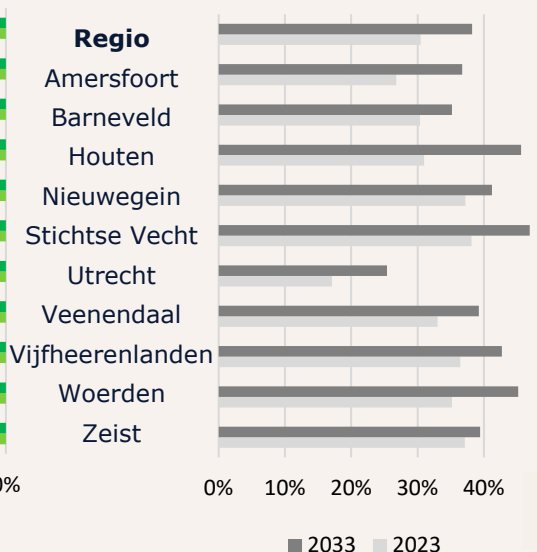
De grijze druk in de regio in 2023 is 30% en is daarmee lager dan de landelijke 35%. Utrecht heeft met 17% de laagste grijze druk, gevolgd door Amersfoort met 27%. De hoogste grijze druk is er nu al in Stichtse Vecht, Nieuwegein en Zeist.

De grijze druk in de regio stijgt fors, naar 38% in 2033. De hoogste grijze druk wordt dan verwacht in gemeenten Houten, Stichtse Vecht en Woerden. De grootste stijging is te zien in Houten, maar ook in Utrecht en Amersfoort stijgt de grijze druk fors. Landelijk ligt de grijze druk in 2033 op 43%.

Groene druk
2033 t.o.v. 2023



Grijze druk
2033 t.o.v. 2023

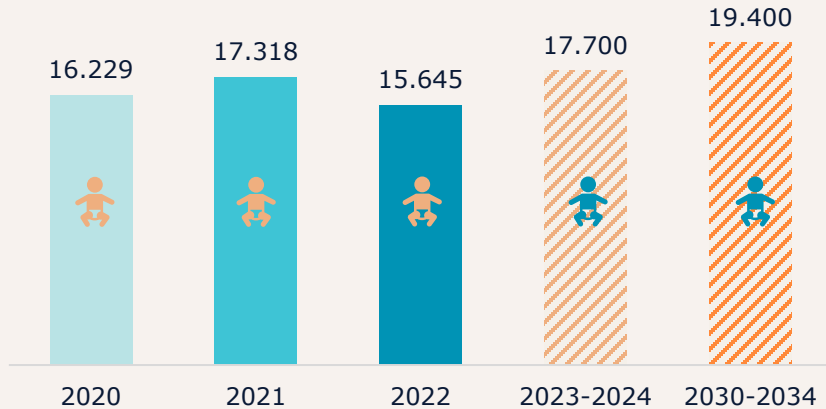


De **groene druk** is de verhouding tussen het aantal personen van 0 tot 20 jaar en het aantal personen van 20 tot 65 jaar.

De **grijze druk** is de verhouding tussen het aantal personen van 65 jaar of ouder en het aantal personen van 20 tot 65 jaar.

2. Zorggebruik/ zorgvraag | a. Demografie en prognose

Verwachte aantal jaarlijkse geboortes



Toelichting

De afgelopen jaren varieert het aantal geboortes in onze regio. In 2022 was het aantal 10% lager dan in 2021.

Het aantal geboortes in onze regio neemt de komende 10 jaar naar verwachting met **18%** toe ten opzichte van het gemiddeld aantal geboortes in de periode 2020-2022. Dat is gelijk aan de landelijk verwachte stijging. Volgens een bijgestelde prognose van CBS ligt de stijging nog iets hoger, namelijk op 20% in vergelijking met het gemiddeld aantal geboortes over de afgelopen drie jaar. Deze bijgestelde prognose is (nog) niet op regionaal niveau beschikbaar.

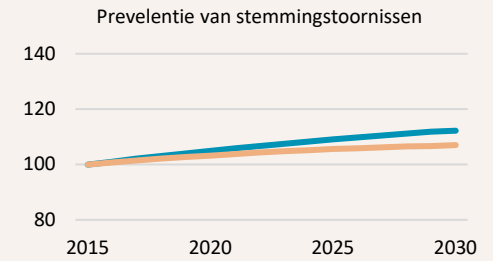
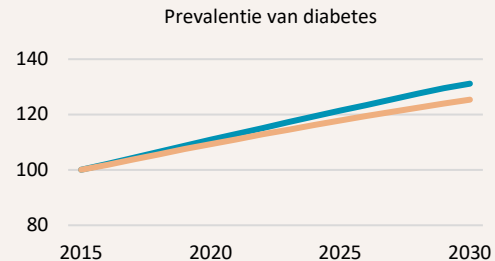
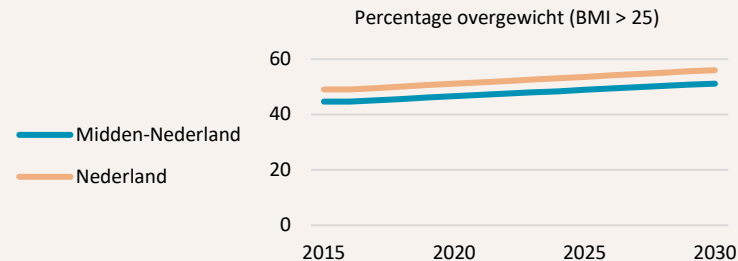
De prognose vanaf 2030 wordt voor periodes van vijf jaar berekend. Vanaf 2040 zal het aantal geboortes naar verwachting weer wat dalen. Het werkelijke aantal geboortes wordt beïnvloed door diverse factoren en is onder meer afhankelijk van migratiestromen en andere onverwachte gebeurtenissen. De prognose geeft alleen een indicatie.

2. Zorggebruik/ zorgvraag | a. Demografie en prognose

Gezondheid

In vergelijking met het Nederlands gemiddelde wordt in regio Midden-Nederland minder gerookt, zijn er minder mensen met een hoge BMI, wordt meer wekelijks gesport en aan de beweegrichtlijn voldaan. Het aandeel met een goed ervaren gezondheid ligt hoger dan landelijk. Het overmatig alcoholgebruik ligt wel een fractie hoger dan landelijk.

Over het algemeen scoort onze regio op leefstijl en gezondheid beter dan landelijk gemiddeld. Toch is ook in onze regio de toekomstprojectie ongunstig. Zo stijgt bijvoorbeeld het aantal inwoners met een hoge BMI.



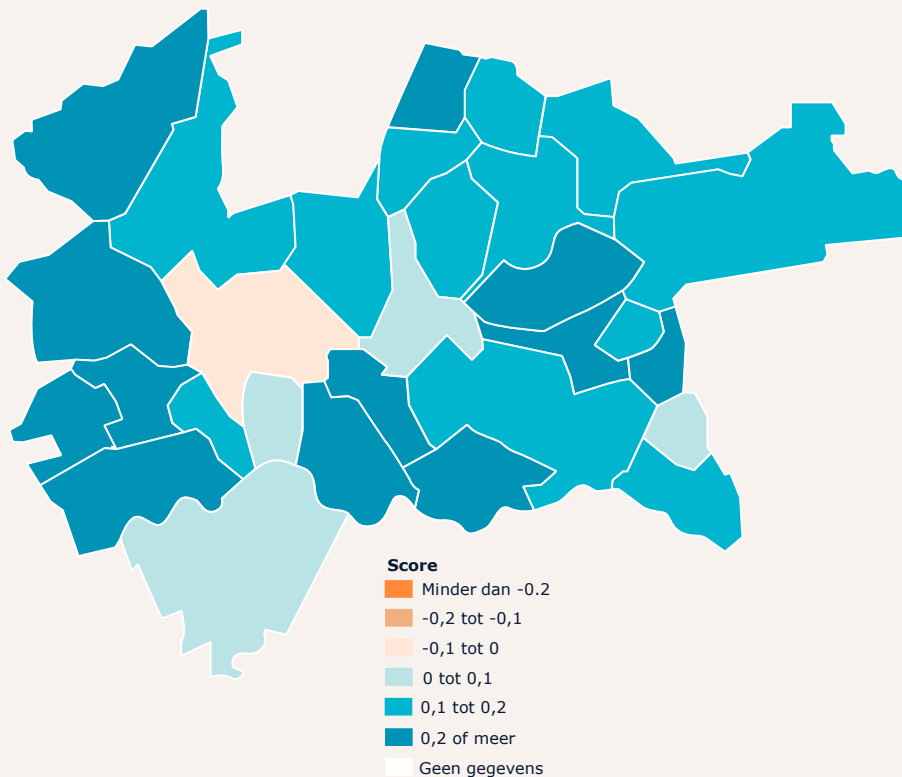
Ziekte

Toch stijgt de prevalentie van veel aandoeningen tot 2030 harder in onze regio: onder andere diabetes (33%), angststoornissen (10%), stemmingsstoornissen (15%) en longkanker (18%) stijgen sneller dan landelijk. Mogelijk is dit te verklaren door de verwachte bevolkingsgroei. Net als landelijk zijn dementie (60%) en perifere artrose (70%) de grootste stijgers.

Cijfers over wat dit betekent voor de acute zorgvraag ontbreken.

2. Zorggebruik/ zorgvraag | a. Demografie en prognose

SES-WOA score



Toelichting sociale omgeving

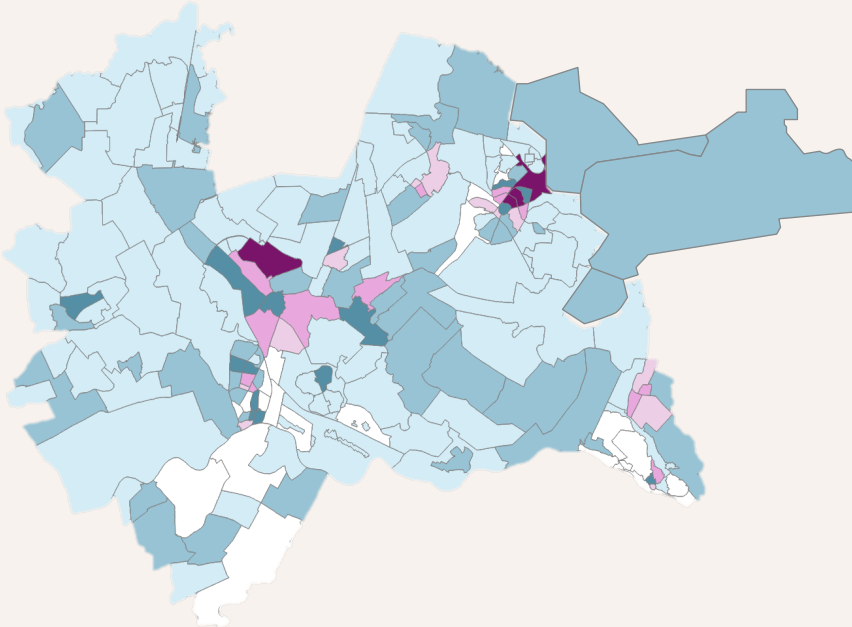
De SES-WOA score wordt door het CBS bepaald op basis van gegevens over financiële welvaart (W), opleidingsniveau (O) en recent arbeidsverleden (A) van de huishoudens in de betreffende regio. Een hogere score reflecteert een hogere sociaaleconomische status (SES). Bij een score boven 0 zijn inwoners welvarender en/of hoger opgeleid en/of langduriger aan het werk.

De regio Midden-Nederland is een regio met een gemiddeld hoge SES. Vergeleken met de rest van Nederland is er in de regio een lager percentage eenzaamheid, er is een hoger percentage regio over eigen leven en er zijn relatief veel huishoudens met een hoog inkomen.

Tussen gemeenten binnen de regio zijn er verschillen in de SES-WOA scores. De gemeente Utrecht heeft gemiddeld de laagste score van -0,01 en de gemeente Bunnik de hoogste score van 0,31. Binnen gemeenten zijn ook tussen wijken en buurten verschillen te zien.

2. Zorggebruik/ zorgvraag | a. Demografie en prognose

SES-WOA score



■ <-0,2 ■ -0,2<-0,1 ■ -0,1<-0,0 ■ 0,0<0,1 ■ 0,0<0,1 ■ ≥0,2

Verschillen tussen wijken en buurten

Niet alleen tussen gemeentes, maar ook tussen wijken en buurten kan de SES van inwoners verschillen. In onze regio scoren de meeste gemeentes goed, maar toch zijn er binnen de gemeentes ook wijken die lager scoren. De laagst scorende wijken liggen in de grote steden, namelijk in Utrecht en Amersfoort. Daarnaast zijn er ook wijken in de gemeentes de Bilt, Nieuwegein, Veenendaal, Soest, Rhenen en Zeist die een lagere SES-WOA score hebben.

De gemeentes Barneveld, Nijkerk en Scherpenzeel zijn toegevoegd aan deze kaart van de provincie Utrecht, maar ook bij die gemeentes kunnen we de SES-WOA uitsplitsen op wijk- en buurtniveau.

Sociale omgeving en de acute zorg

De directe relatie tussen SES en acuut zorggebruik is lastig te leggen. Beschikbare informatie laat wel zien dat mensen met een lage SES een hoger zorggebruik hebben dan mensen met een hoge SES, dit verschil hangt samen met het verschil in gezondheid tussen mensen met een hoge en lage SES.

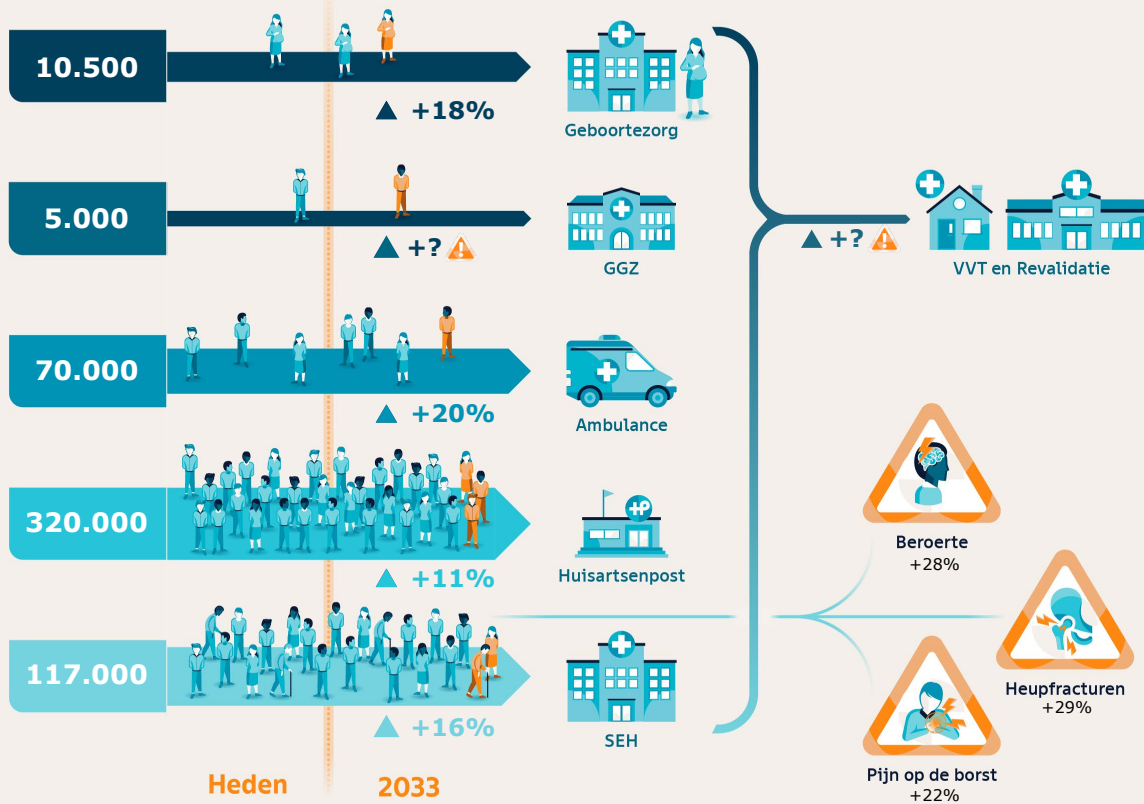
Mensen met een lager opleidingsniveau leven gemiddeld 4 jaar korter, daarnaast leven ze gemiddeld 15 jaar in een minder goed ervaren gezondheid en hebben ze ook vaker (chronische) ziekten. Ook maken mensen met een lagere SES meer gebruik van de HAP.

2. Zorggebruik – zorgvraag

b. Patiëntenstromen



Patiëntenstromen



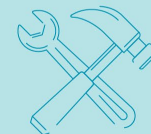
Aandachtspunt

Er is veel data beschikbaar over patiëntcontacten van losse schakels in de keten, maar weinig data over patiëntenstroom door de keten heen.



Witte vlek

- Specificatie van o.a. instroom EHH, SEH en vervolgzorg.
- Direct inzetbare wijkverpleging.
- Zorgzwaarte in kaart brengen.



Acties

In kaart brengen welke zorg nodig is voor stijgende instroom patiëntengroepen

In regio Midden-Nederland waren er in 2022 bijna 320.000 patiëntcontacten bij de huisartsenpost (HAP). Meer dan de helft van de HAP contacten betreft een telefonisch consult, 41% een fysiek consult en 5% een visite. In de meeste gevallen (39%) gaat het om de urgentie 'dringend' (U3). In 2% van de gevallen gaat het om een levensbedreigend (U1) en in 17% van de gevallen om spoed (U2).

Er waren 70.000 urgente ambulanceritten, waarbij 45.000 keer de patiënt is vervoerd naar een ziekenhuis en er 25.000 keer een mobiel zorgconsult plaatsvond. Van alle urgente ambulanceritten was 62% A1 en 38% A2.

Patiëntenstromen

Er waren ruim 117.000 SEH-bezoeken bij de SEH's in onze regio. De instroom op de SEH is ten tijde van de COVID pandemie gedaald, maar ligt in 2022 weer bijna op het niveau van 2019. Tussen 15.00-17.00 uur en op maandag en vrijdag is de instroom op de SEH het hoogst. 9% van alle SEH-bezoeken is 's nachts.

Jaarlijks wordt 165 keer een MMT helikopter ingezet voor een traumapatiënt. Het MMT wordt daarnaast ingezet bij reanimaties, maar het exacte aantal daarvan ontbreekt. Van het totale aantal spoedbezoeken in het ziekenhuis volgt in 30% een opname en is er in 12,5% uitstroom naar vervolgzorg. Er werden in 2022 ruim 10.500 baby's geboren in een ziekenhuis. Er zijn jaarlijks in onze regio in de GGz rond de 5.000 crisisbeoordelingen en 1.600 acute opnames.

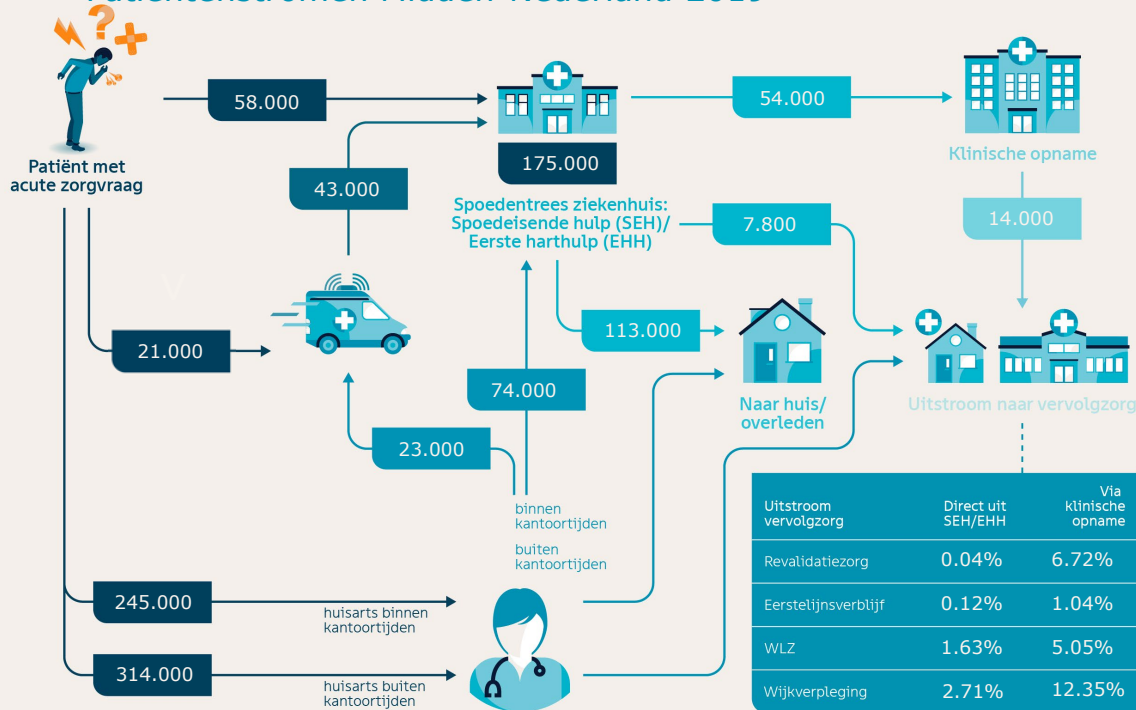
Prognoses van het RIVM voor 2030 laten een aanzienlijke stijging zien in het acute zorg gebruik. Volgens deze prognose zal de ambulancezorg met 20% toenemen, het aantal HAP contacten zal naar verwachting met 11% stijgen en het aantal SEH bezoeken neemt toe met 16%. Deze prognose beperkt zich tot deze drie schakels in de acute zorg. Een prognose voor de acute zorgvraag in de GGZ is niet beschikbaar. Voor de geboortezorg wordt de toekomstige zorgvraag vooral bepaald door de verwachte stijging in geboortes, met circa 18% in de komende tien jaar in onze regio.

Toekomstverkenning

Het aantal heupfracturen zal naar verwachting, met een toename van 29%, de grootste stijger worden in de komende 10 jaar. Daarnaast wordt verwacht dat het aantal beroertes met 28% zal stijgen. Deze prognoses zijn gebaseerd op de leeftijdsverdeling van aandoeningen waarvoor patiënten met spoed in het ziekenhuis komen en de toekomstige leeftijdsopbouw. Er wordt hierbij dus geen rekening gehouden met andere ontwikkelingen op het gebied van gezondheid en beleid. Het geeft wel een indicatie van de toekomstige acute zorgvraag.

2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom, doorstroom, uitstroom

Patiëntenstromen Midden-Nederland 2019



Toelichting

Voor de analyses van patiëntenstromen in de acute zorg heeft het NZa gebruik gemaakt van declaratiedata van Vektis over verschillende zorgsectoren. Voor het aantal ambulance-inzetten is gebruik gemaakt van een dataset van het RIVM. Het stroomschema geeft inzicht in de patiëntenstroom voor acute huisartsenzorg, ambulancezorg, de spoedeisende zorg in het ziekenhuis en de uitstroom naar vervolgzorg.

- 17% van de spoedgevallen bij de huisarts of HAP wordt doorverwezen naar de SEH. 55% van alle patiënten op de SEH is doorverwezen door de huisarts of HAP. 25% van de patiënten op de SEH is vervoerd met de ambulance.
- 30% van patiënten op de SEH wordt opgenomen in het ziekenhuis.
- 12,5% van het totale aantal patiënten op de SEH stroomt uit naar vervolgzorg. 4,5% direct vanuit de SEH en 8% na opname in het ziekenhuis.

Van alle huisartsenzorg binnen kantoortijden wordt verondersteld dat het in 4,3% om een acute zorgvraag gaat. Uit declaratiedata is dit namelijk niet af te leiden.

2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen – inwoners 65+

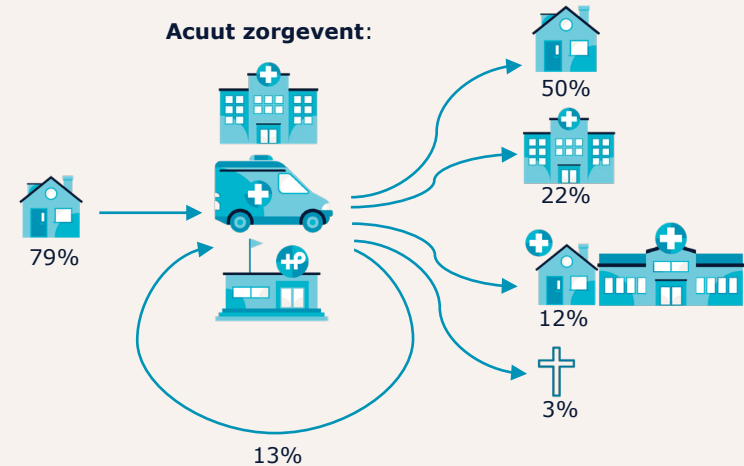
Prognose 65+ in de acute zorg

Met declaratiedata is het mogelijk om enkele inzichten op patiëntniveau te geven. Voor onze regio is dit met data van 2019 onderzocht voor inwoners van 65 jaar en ouder. Daaruit blijkt dat van deze groep in 2019 **24%** minimaal een keer in aanraking kwam met de acute zorg (SEH bezoek, HAP contact of ambulancezorg). Het ging om zo'n 60.000 mensen.

Een week voor het acute zorggevent ontving het merendeel (79%) geen zorg. Twee weken na het acute zorggevent ontving de helft van de ouderen geen zorg.

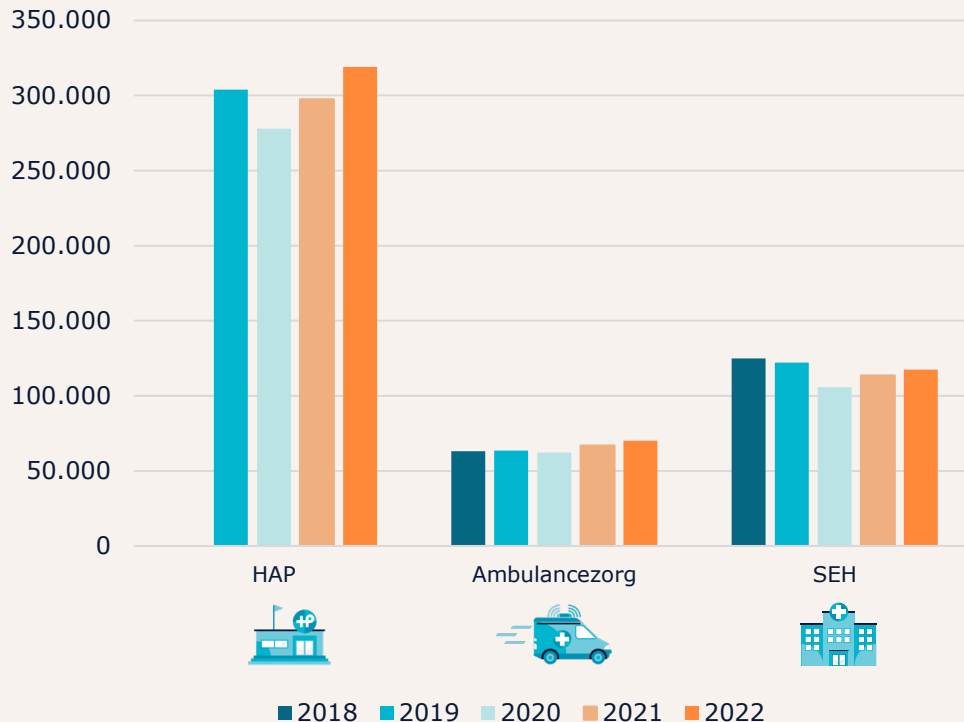
- **22%** lag nog in ziekenhuis (1% onder de noemer 'verkeerd bed').
- **13%** had weer een acuut zorggevent: 9% kwam (weer) op de SEH terecht en 4% had contact met de huisartsenpost.
- **12%** ontving vervolgzorg (9% wijkverpleging, 2% WLZ zorg (thuiswonend), 1% ELV).
- **3%** van de patiënten was overleden.

65-plussers in Midden-Nederland



2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Trend HAP, SEH, Ambulancezorg 2018-2022v



Toelichting

De instroom op basis van data van de zorgaanbieders in onze regio laat duidelijk zien dat de instroom in 2020 aanzienlijk lager ligt. Dit is te verklaren door de COVID pandemie. In 2021 en 2022 neemt de instroom weer toe.

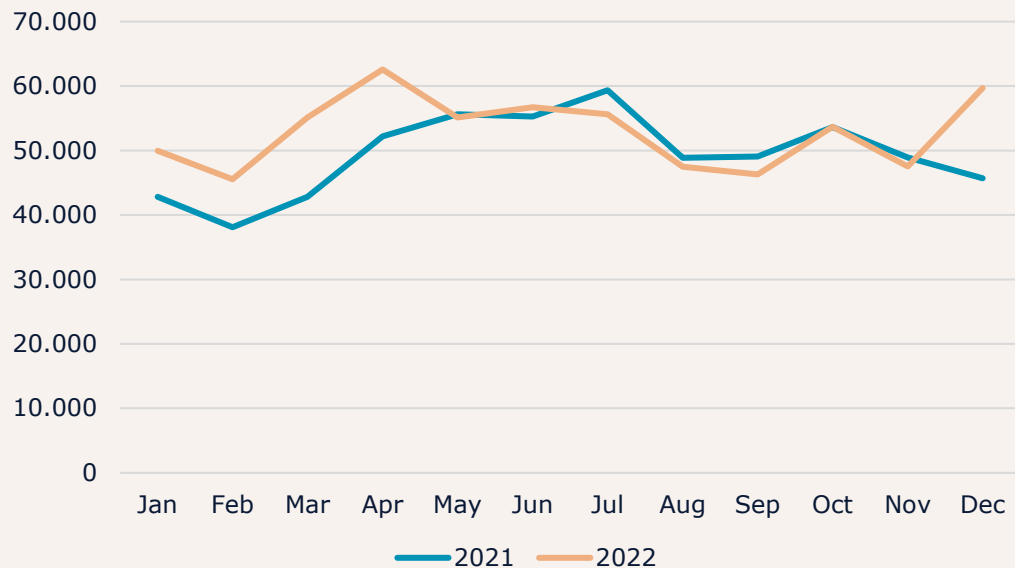
De instroom op de huisartsenposten en bij de ambulancezorg is in 2022 hoger dan in 2019. Het aantal urgente ritten dat de RAVU in 2022 heeft uitgevoerd is sinds 2018 met **11%** gestegen.

De instroom op de SEH's ligt in 2022 nog iets onder de instroom in 2019.



2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Instroom HAP per maand – 2021 en 2022



Toelichting

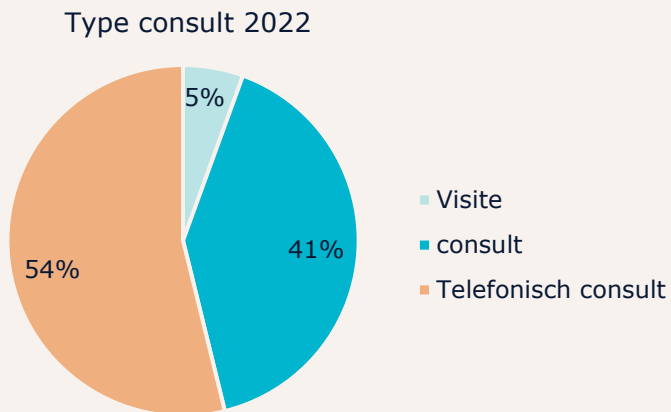
Het aantal contacten met een HAP in onze regio is in 2022 met 7% gestegen ten opzichte van 2021. Het is 5% hoger dan in 2019, voor de COVID pandemie.

De trend over de maanden van het jaar laat grofweg in 2022 hetzelfde patroon zien als in 2021. Wel is er een opvallende piek in het aantal HAP contacten in december 2022.



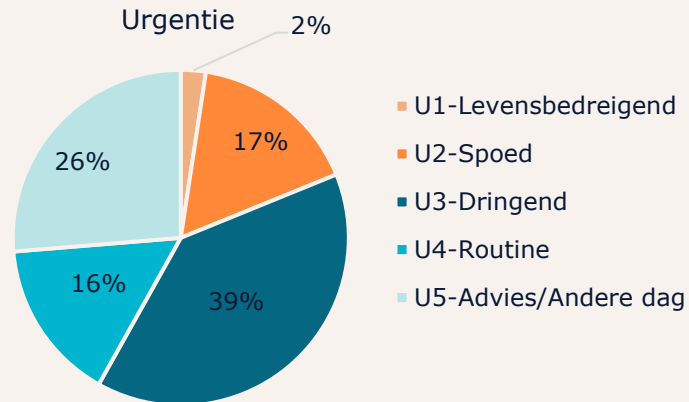
2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Instroom HAP naar type consult en urgentie - 2022



Toelichting type consult

Meer dan de helft van de consulten op de HAP zijn telefonisch, minder dan de helft zijn fysieke consulten en maar 5% zijn visites.



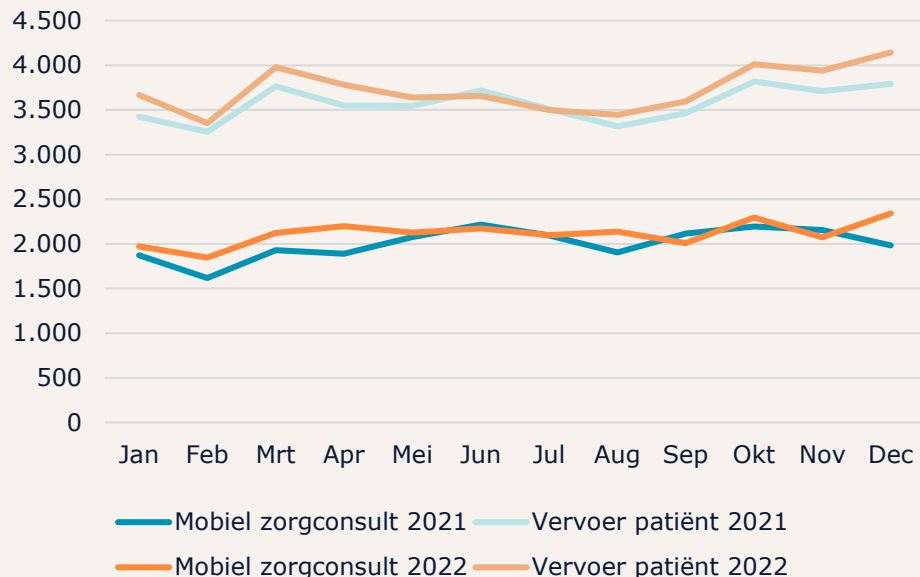
Toelichting urgentie

Op de HAP wordt urgentie uitgesplitst in 5 categorieën: U0 t/m U5. U0, reanimatie komt bijna nooit voor op de HAP. De grootste groep heeft urgentie U3 (dringend).



2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Aantal urgente ritten RAVU per maand (2021-2022)



Toelichting

In 2022 voerde de RAVU in totaal **70.114** urgente ritten (A1-A2) uit, dit waren 25.396 (36%) mobiele zorgconsulten en er werden 44.718 (64%) patiënten vervoerd. Ter vergelijking, in het stroomschema van de NZa zijn alleen de ritten meegenomen waarbij een patiënt naar het ziekenhuis is vervoerd. De mobiele zorgconsulten ontbreken daarin dus, terwijl dit toch een aanzienlijk deel van de acute zorg is die door de ambulancedienst wordt verleend. In 2021 voerde de RAVU 43% A1-ritten (spoedeisend, patiënt is in direct levensgevaar, 27% A2-ritten (geen direct levensgevaar) en 30% B-ritten (geplande ambulancezorg) uit.

Regiogrenzen

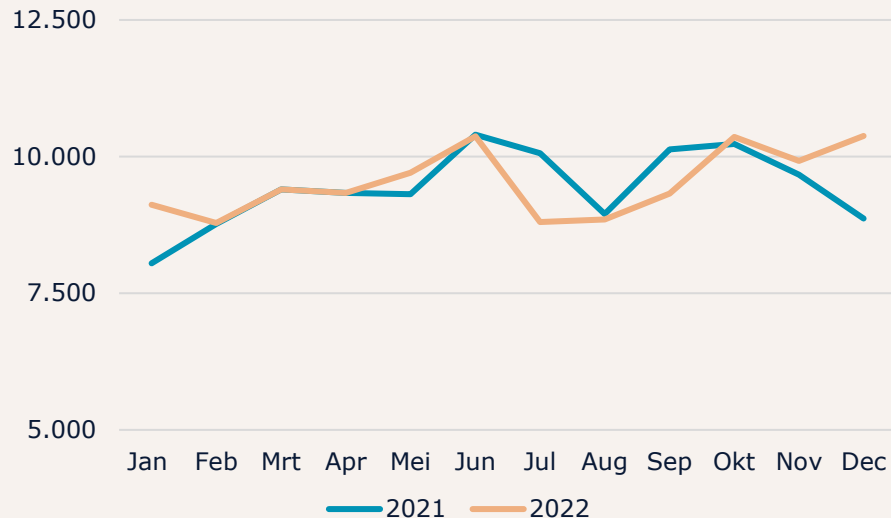
In 2021 heeft de RAVU 597 A1 en A2-ritten uitgevoerd buiten de regio. Daarnaast zijn er 2.040 ritten in de RAV regio Utrecht uitgevoerd door een RAV van buiten de regio.

De cijfers over RAV ritten die in deze rapportage nader worden geanalyseerd zijn de ritten die zijn uitgevoerd door de RAVU. Dit is dus exclusief de gemeenten Nijkerk, Barneveld en Scherpenzeel, die worden bediend door de RAV Gelderland Midden.



2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Instroom patiënten op SEH 2021 en 2022



Toelichting

Jaarlijks komen er zo'n 117.000 patiënten op een SEH in onze regio. De instroom in 2022 is vergelijkbaar met 2021, met uitzondering van de zomermaanden en december. Gedurende de zomer was de instroom in 2022 lager dan in 2021. In december 2022 is er een opvallend hoge instroom. De hogere instroom van 2022 wordt mogelijk verklaard door het effect van Covid en influenza. In december 2021 kan de lage instroom mogelijk verklaard worden door de toen geldende Covidmaatregelen.

NB: het gaat hier alleen om instroom op de SEH. Instroom op de eerste harthulp (EHH) van het St. Antonius Ziekenhuis en Diakonessenhuis is niet meegenomen.

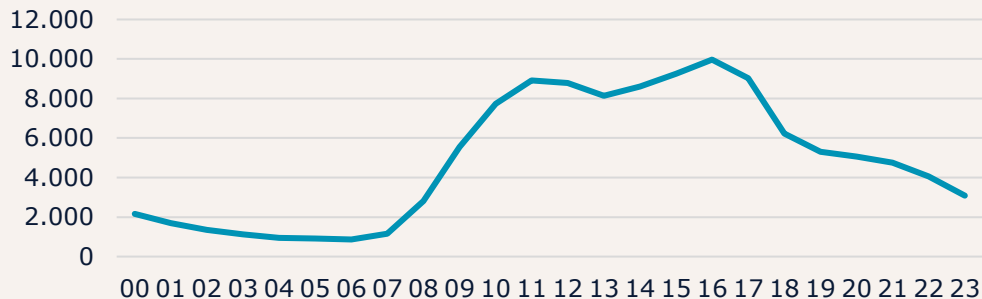
De data over instroom die door de ziekenhuizen is aangeleverd ligt ongeveer 30% lager dan de data van de NZa. Dit is deels te verklaren doordat de NZa data gebaseerd is op declaratiedata op basis van postcode van de patiënt. Patiënten uit Veenendaal die naar het ziekenhuis in Ede gaan zijn daarin dus bijvoorbeeld ook meegenomen. Daarnaast neemt de NZA alle spoedeisende hulp contacten in het ziekenhuis mee, dus ook die niet via de afdeling spoedeisende hulp verlopen.



2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Instroom patiënten op SEH per uur en per dag

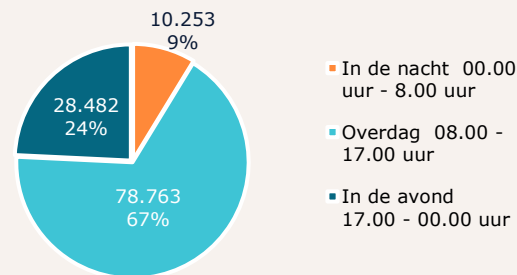
Totale instroom SEH per uur 2022



Totale instroom SEH per dag 2022



Instroom SEH 2022 per dagdeel



Toelichting

Overdag is de instroom op de SEH het hoogst. Met piekmomenten tussen 10 en 13 uur en tussen 15 en 17 uur.

67% van de instroom op de SEH is overdag, 24% in de avond en 9% in de nacht.

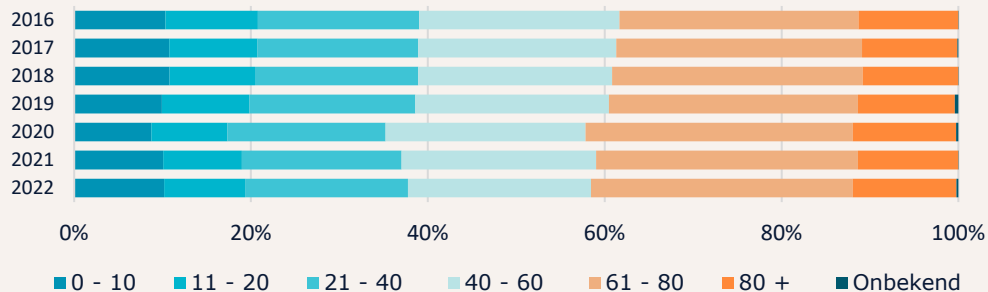
Op maandag en vrijdag is de instroom op de SEH het hoogst en op zondag het laagst.



2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Instroom patiënten op SEH per uur en per dag

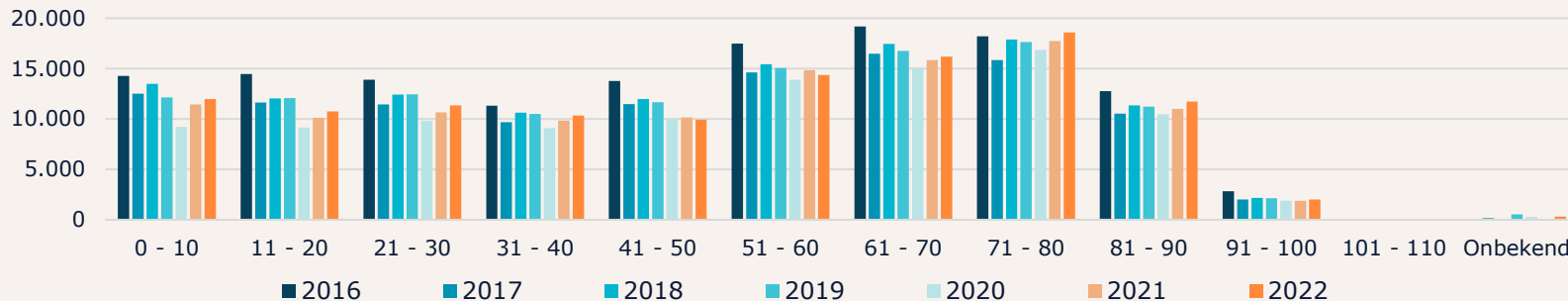
Instroom SEH naar aandeel leeftijdscategorie



Toelichting

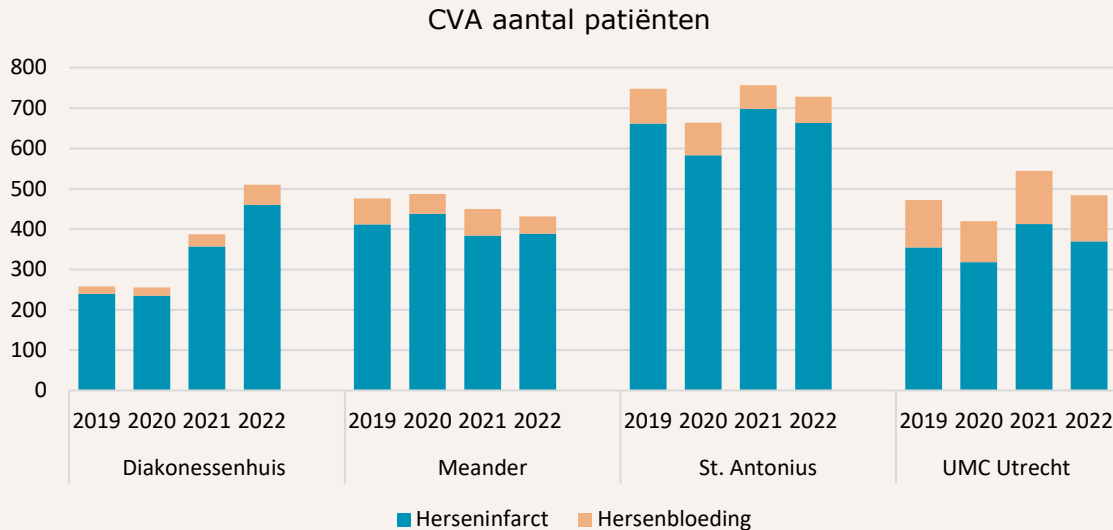
Het aandeel oudere patiënten (60+) op de SEH is toegenomen over de jaren heen, van 38% in 2016 naar 41% in 2022. Het absolute aantal ouderen op SEH is echter juist afgenomen van bijna 53.000 in 2016 naar ruim 48.500 in 2022.

Instroom SEH 2016 - 2022 per leeftijdscategorie



2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Aantal opnames vanwege beroerte (CVA) per ziekenhuis



Toelichting

Uit de gegevens die de ziekenhuizen bij Zorginstituut Nederland hebben aangeleverd is te zien dat het totaal aantal patiënten met een CVA behalve bij het Meander Medisch Centrum in 2020 lager lag dan in 2021.

In 2021 waren er 2.138 patiënten in onze regio die in het ziekenhuis werden opgenomen voor een beroerte. Daarvan had 87% een herseninfarct en 13% een hersenbloeding.

In 2022 waren er 2.154 patiënten in onze regio die in het ziekenhuis werden opgenomen voor een beroerte. Daarvan had 87% een herseninfarct en 13% een hersenbloeding.

Het totaal aantal patiënten dat in 2022 in onze regio is opgenomen met een beroerte is t.o.v. 2021 ongeveer gelijk gebleven. Echter zijn in bijna alle ziekenhuizen minder patiënten met beroerte opgenomen in 2022. Behalve in het Diaconessenhuis, daar zijn 32% meer patiënten opgenomen met beroerte in 2022.



2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

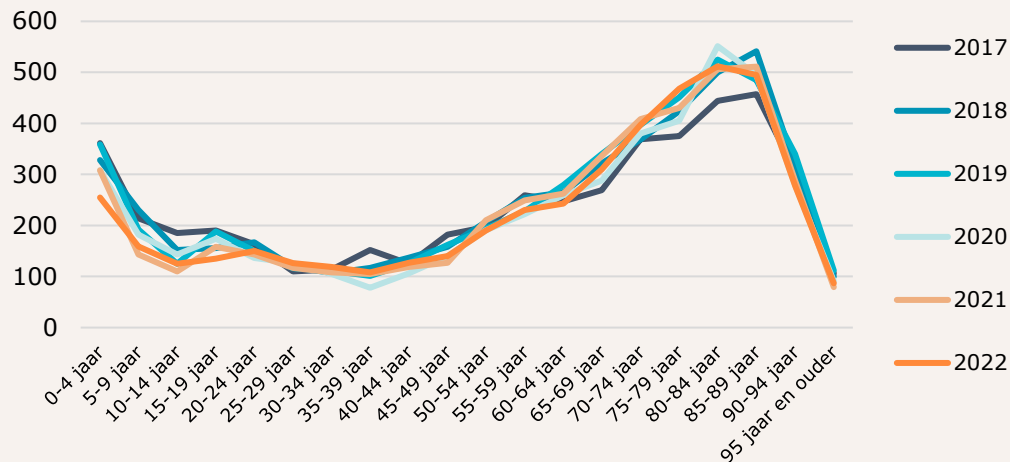
Traumapatiënten

In 2022 werden er in onze regio **4.677** traumapatiënten opgenomen. Daarvan zijn **485** (10%) ernstig gewond.

De leeftijdsverdeling van traumapatiënten is over de jaren heen behoorlijk stabiel. Naast een piek in de jongere leeftijdsgroepen, neemt het aantal traumapatiënten vanaf 40 jaar toe met de leeftijd.

	Alle traumapatiënten	Ernstig gewonden	Percentage ernstig gewonden
2017	5.086	418	8%
2018	4.988	438	9%
2019	4.998	457	9%
2020	4.661	455	10%
2021	4.740	454	10%
2022	4.677	485	10%

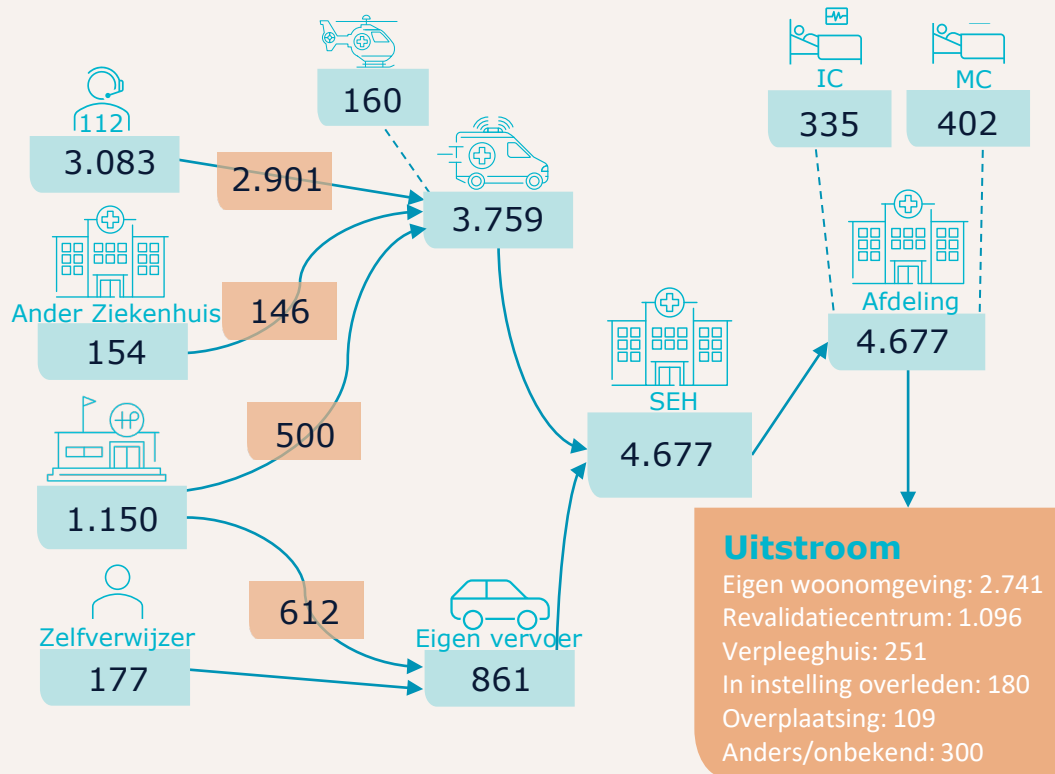
Leeftijdsverdeling opgenomen traumapatiënten





2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Opgenomen traumapatiënten 2022



Toelichting

In dit stroomschema is weergegeven hoe traumapatiënten de acute zorgketen doorlopen.

- 80% van alle opgenomen trauma patiënten worden met de ambulance naar het ziekenhuis vervoerd.
- Traumapatiënten liggen gemiddeld 7 dagen opgenomen in het ziekenhuis.
- 7% van alle traumapatiënten werd opgenomen op de IC.
- 59% van alle traumapatiënten keert na opname en behandeling van het letsel weer terug naar hun eigen woonomgeving
- 23% gaat na opname naar een revalidatiecentrum.



2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Ernstig gewonden

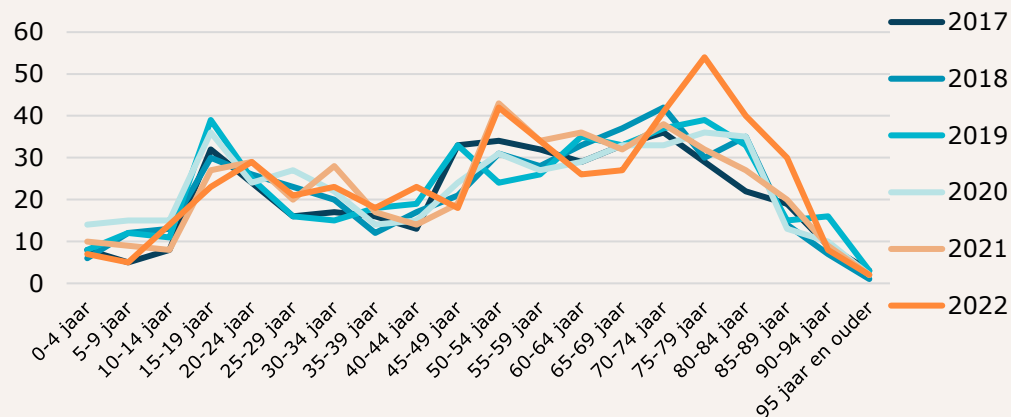
In 2022 zijn in onze regio 485 ernstig gewonde traumapatiënten opgenomen.

Of een patiënt ernstig gewond, ofwel een multitrauma patiënt is, wordt in het ziekenhuis vastgesteld. Dit gebeurt op basis van de anatomische letsels gedefinieerd volgens de Abbreviated Injury Scale (AIS). Hieruit wordt de Injury Severity Score (ISS) afgeleid. Dit is een maat voor de ernst van het trauma waarbij ernstig gewond gedefinieerd is als $ISS \geq 16$.

NB: een patiënt met ernstig geïsoleerd letsel waarbij de ISS groter of gelijk is aan 16 (bijv. een forse bloeding in het hoofd) valt ook onder de definitie multitrauma.

	2018	2019	2020	2021	2022
Diakonessenhuis	16	19	20	18	32
Meander	40	30	29	13	39
UMC Utrecht	353	353	367	379	353
St. Antonius	28	55	38	33	61

Leeftijdsverdeling multitraumapatiënten





2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Geïsoleerde heupfracturen

Wanneer een traumapatiënt letsel heeft opgelopen in één lichaamsregio, spreken we van geïsoleerd letsel.

In 2022 had **84%** (1.038 van de 1.239) van alle traumapatiënten met een heupfractuur een geïsoleerde heupfractuur.

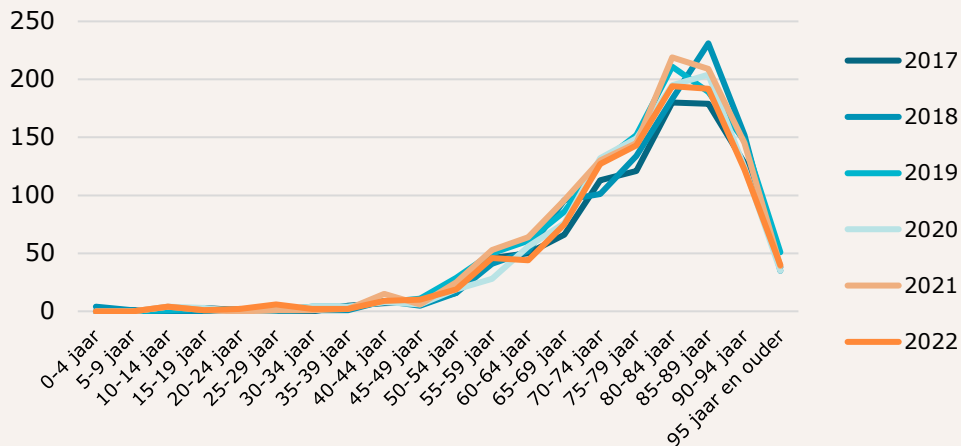
98% van deze patiënten werd hiervoor opgenomen en behandeld in één van de algemene ziekenhuizen.

71% van alle geïsoleerde heupfracturen werd veroorzaakt door een laag energetische val.

De gemiddelde leeftijd van patiënten met een geïsoleerde heupfractuur is **76 jaar**.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Totaal geïsoleerde heupfracturen	962	1.064	1.136	1.048	1.155	1.038

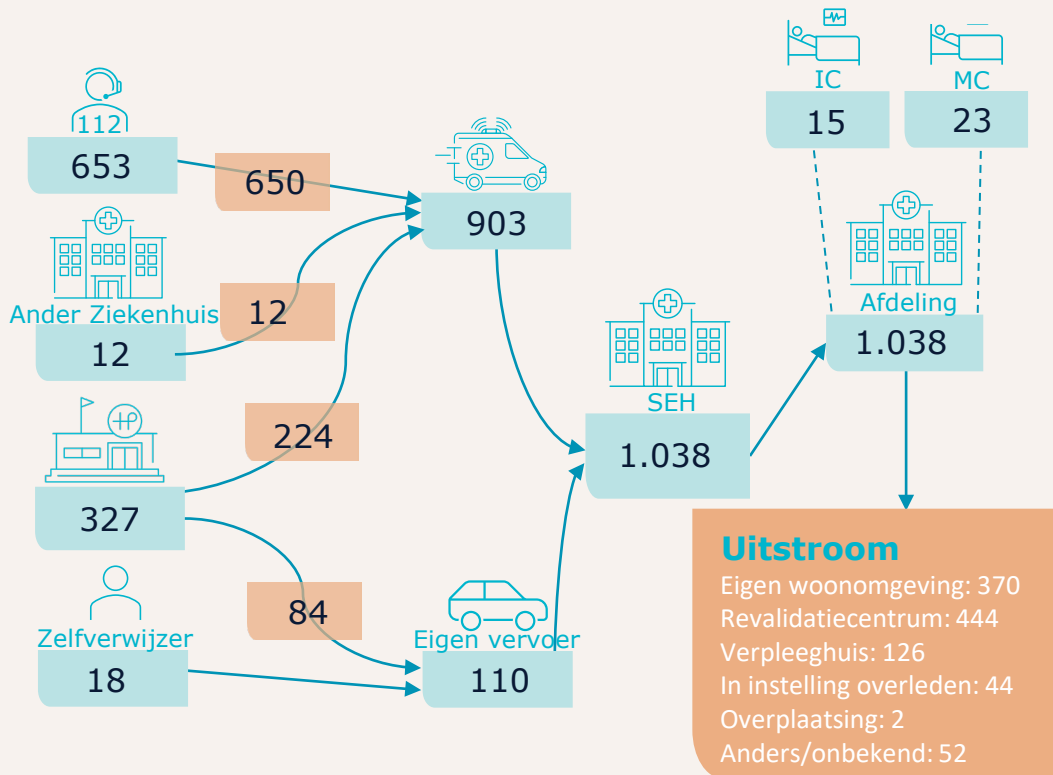
Leeftijd geïsoleerde heupfracturen





2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Geïsoleerde heupfracturen 2022



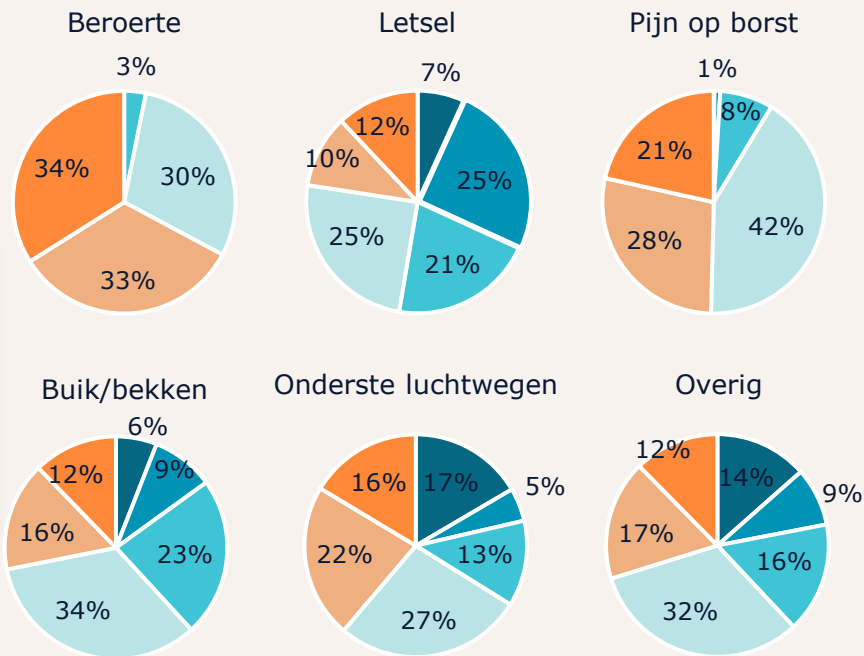
Toelichting

In dit stroomschema is weergegeven hoe patiënten met een geïsoleerde heupfractuur de acute zorgketen doorlopen.

- 87% van alle opgenomen patiënten met een geïsoleerde heupfractuur wordt met de ambulance naar het ziekenhuis vervoerd.
- Patiënten liggen gemiddeld 8 dagen opgenomen in het ziekenhuis.
- 36% van deze patiënten keert na opname terug naar hun eigen woonomgeving.
- 43% verblijft aansluitend in een revalidatiecentrum.
- 12% wordt opgenomen in een verpleeghuis.

2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen – Instroom

Leeftijdverdeling aandoeningen in het ziekenhuis - 2019



Toelichting

Op basis van declaratiedata is voor vijf aandoeningen uitgezocht wat de leeftijdsverdeling is per regio.

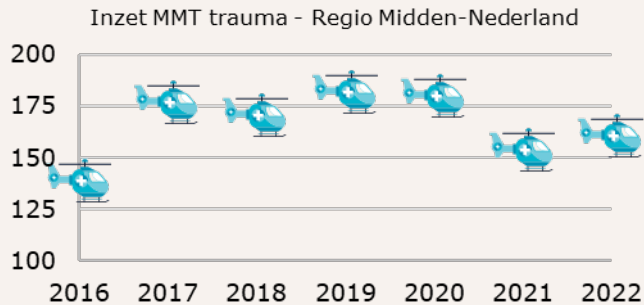
Beroerte en pijn op de borst zijn de aandoeningen met het grootste aandeel ouderen.

Bij letsel en klachten van buik/bekken is juist het aandeel tot 65 jaar het grootst. Bij Onderste luchtwegen is het aandeel van de jongste groep, van 0-4 jaar het grootst.



2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Inzet Mobiel Medisch Team (MMT)



Toelichting

In Nederland zijn er vier helikopter MMT's. Van deze MMT's zijn de standplaatsen Amsterdam, Rotterdam, Nijmegen en Groningen. In de regio Midden-Nederland wordt met name het MMT uit Amsterdam ingezet, maar ook de MMT's uit Rotterdam en Nijmegen worden ingezet. Het MMT-team bestaat uit een medisch specialist, een verpleegkundige en, afhankelijk van het vervoer, een piloot of een chauffeur. In driekwart van de oproepen (77%) is het team per helikopter uitgerukt. Het resterende kwart is de auto gebruikt.

In 2020 waren er in Nederland 5.723 MMT inzetten met hulp ter plaatse dat is gemiddeld 16 per dag. Van de patiënten waarbij het MMT ter plaatse hulp heeft geboden is gemiddeld:

- 62% gewond geraakt door een ernstig ongeval (trauma).
- 1 op de 5 een kind van 16 jaar of jonger.
- 1,5% per helikopter naar het ziekenhuis gebracht.

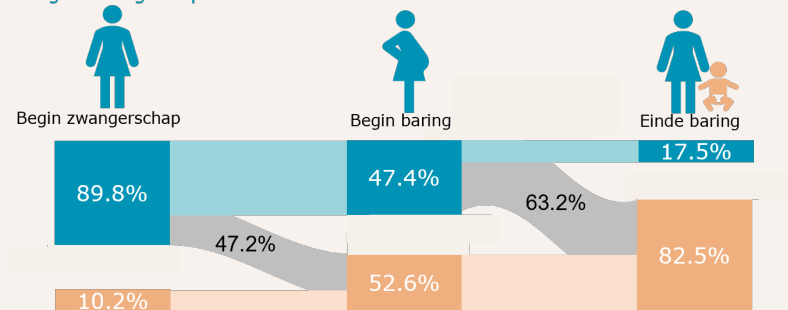
In de regio Midden-Nederland wordt het MMT gemiddeld 165 keer per jaar ingezet bij traumapatiënten, dit is ongeveer 1 keer in de 2 dagen. Het MMT wordt daarnaast ingezet bij reanimaties, maar het exacte aantal daarvan ontbreekt.



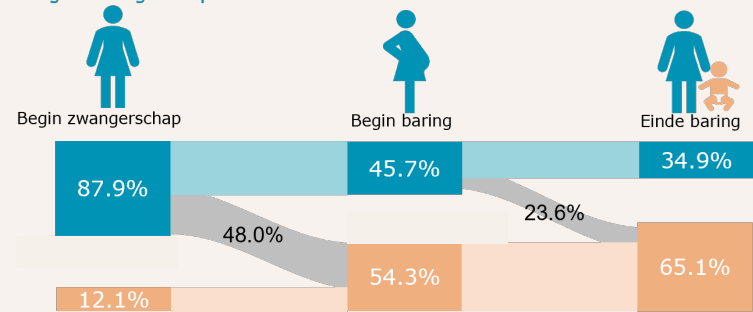
2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Plaats van geboorte - landelijk

Zorgverlening nulliparae



Zorgverlening multiparae



■ 1^{ste} Lijn
■ Overgedragen
■ 2^{de} Lijn

Toelichting

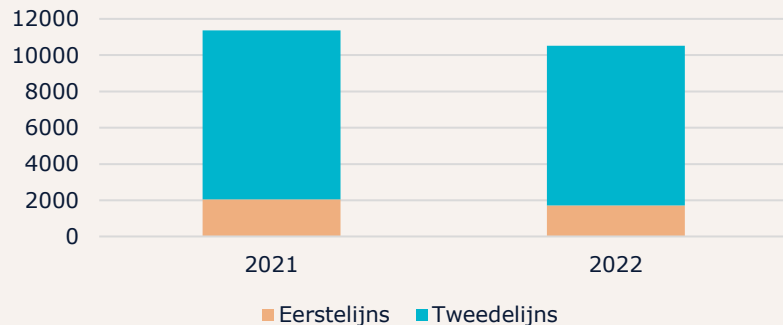
Landelijk is 13,7% van alle bevallingen een thuisbevalling en 13% een eerstelijnsbevalling in een ziekenhuis. Bij vrouwen die voor het eerst bevallen (nulliparae) bevalt 82,5% in de tweede lijn. Bij vrouwen die al vaker zijn bevallen (multiparae) is dat 65,1%. Waarschijnlijk ziet deze verdeling er in onze regio ook ongeveer zo uit.



2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

Totaal aantal geboortes

Totaal aantal geboortes in een ziekenhuis per jaar



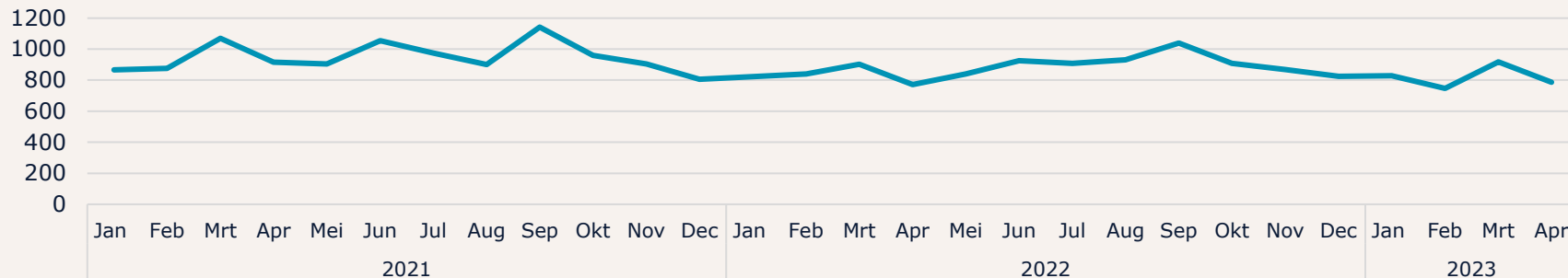
Toelichting

Het aantal bevallingen is tussen 2021 en 2022 met 7% gedaald. In 2021 waren er in totaal 11.370 bevallingen in een ziekenhuis in onze regio, in 2022 waren dit er 10.581.

In zowel 2021 als 2022 waren er in september de meeste bevallingen in de ziekenhuizen in onze regio. In 2021 was december de rustigste maand en in 2022 april.

In 2022 was 16% van de bevallingen een eerstelijns bevalling en 84% van de bevallingen tweedelijns.

Totaal aantal geboortes in een ziekenhuis per maand



2. Zorggebruik/ zorgvraag | b. Patiëntenstromen - instroom

GGZ

Jaarlijks zijn er in de regio Utrecht e.o. rond de 4.000 crisisbeoordelingen. In 2020 zijn er in Utrecht e.o. 1.175 acute opnames belegd via de centrale opname coördinator, in 2021 waren dat er 1.255. het St. Antonius Ziekenhuis heeft hiervan in 2021 96 opnames voor haar rekening genomen, UMC Utrecht 148 en Altrecht 1.006.

Als er geen bedden beschikbaar zijn en de verwijzer toch een noodzaak tot opname blijft zien, heeft Altrecht de verplichting de zorg over te nemen en organiseert zij voor de patiënt een verantwoordelijkheidsbed, voorheen ook wel aanwijs bed genoemd. In 2021 ging het voor Altrecht om 174 opnames via een verantwoordelijkheidsbed. In 2020 bedroeg dit nog 130.

Met GGz Centraal is de afspraak gemaakt dat patiënten uit hun regio die in Utrecht e.o. gezien worden direct in de eigen regio kunnen worden opgenomen.

In de regio Eemland waren er in 2022 996 crisisbeoordelingen (908 in 2021) en 336 acute opnames (326 in 2021).



Tijdelijk verblijf

Bij het zorgcoördinatiecentrum (ZCC) kunnen huisartsen en SEH's een tijdelijk verblijf aanvragen voor een patiënt. Het ZCC heeft centraal inzicht in de capaciteit van tijdelijk verblijf.

In 2022 zijn er **1.051** aanvragen voor tijdelijk verblijf bij het ZCC in behandeling genomen. In het laatste kwartaal werden de meeste aanvragen gedaan, namelijk 341, 32% van de aanvragen was in het derde kwartaal t.o.v. 22-23% in de andere kwartalen.

In het eerste kwartaal van 2023 is er een stijging in aanvragen te zien t.o.v. 2022. In het eerste kwartaal van 2023 werden er 434 aanvragen gedaan, dit ligt dus hoger dan het drukste kwartaal uit 2022. Wat betekent dat er steeds meer gebruik wordt gemaakt van het ZCC.



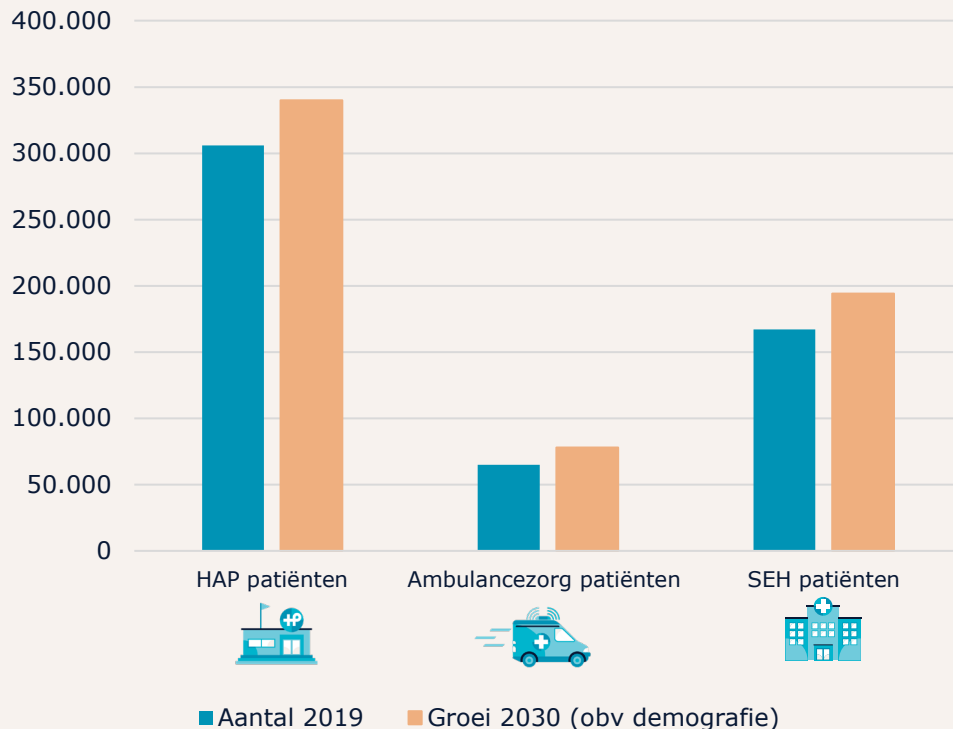
2. Zorggebruik – zorgvraag

c. Toekomstverkenning



2. Zorggebruik/ zorgvraag | c. Toekomstverkenning - instroom

Verwachte groei acute zorg Midden-Nederland



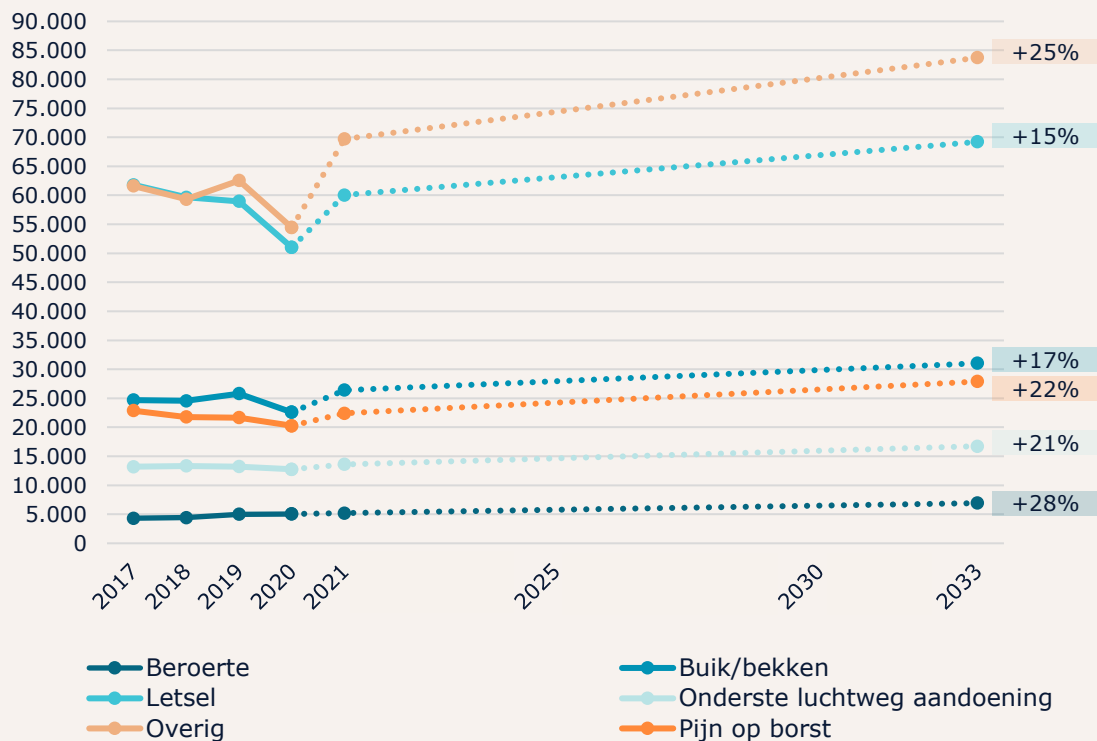
Toelichting

Prognoses van het RIVM laten een aanzienlijke stijging zien in het gebruik van acute zorg. Dit is gebaseerd op de demografische ontwikkeling.

- Volgens deze prognose zal de ambulancezorg met **20%** toenemen.
- Het aantal HAP contacten zal naar verwachting met **11%** stijgen in onze regio.
- Het aantal SEH bezoeken neemt toe met **16%** volgens deze prognose.

2. Zorggebruik/ zorgvraag | c. Toekomstverkenning

Aandoeningen 2017-2021 en prognose 2033



Ziektebeelden spoedeisende hulp

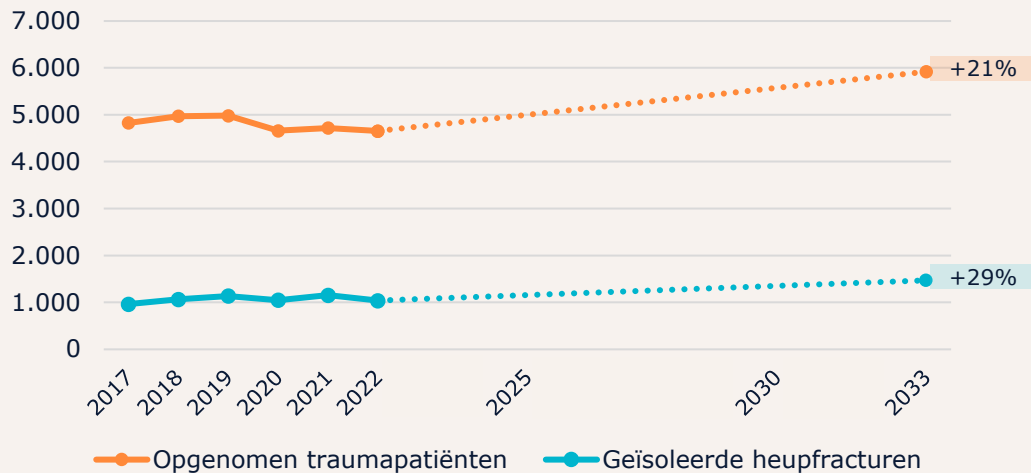
Van de vijf geanalyseerde aandoeningen is de grootste stijging te zien in het verwachte aantal beroertes: dat neemt met 28% toe tot 2033. Daarna stijgt pijn op de borst met 22% flink. Van deze groepen komt letsel zowel nu als in de toekomst het meest voor.

Toelichting

Op basis van declaratiedata is informatie beschikbaar over vijf aandoeningen waarvoor patiënten voor een spoedeisende behandeling in het ziekenhuis komen, per leeftijdsgroep. Door dit te combineren met de demografische ontwikkeling in onze regio, is een toekomstverkenning gemaakt van de verwachte acute zorgvraag in het ziekenhuis voor deze aandoeningen. Deze toekomstverkenning is dus alleen gebaseerd op de demografische ontwikkeling. Overige ontwikkelingen op het gebied van gezondheid en beleid zijn daarin dus niet meegenomen.

2. Zorggebruik/ zorgvraag | c. Toekomstverkenning

Prognose opgenomen traumapatiënten en geïsoleerde heupfracturen



Stijging verwacht

Het aantal traumapatiënten zal de komende 10 jaar naar verwachting met 21% stijgen. Binnen deze groep is de verwachte stijging van het aantal patiënten met een geïsoleerde heupfractuur (zonder ander letsel) met 29% nog iets hoger.

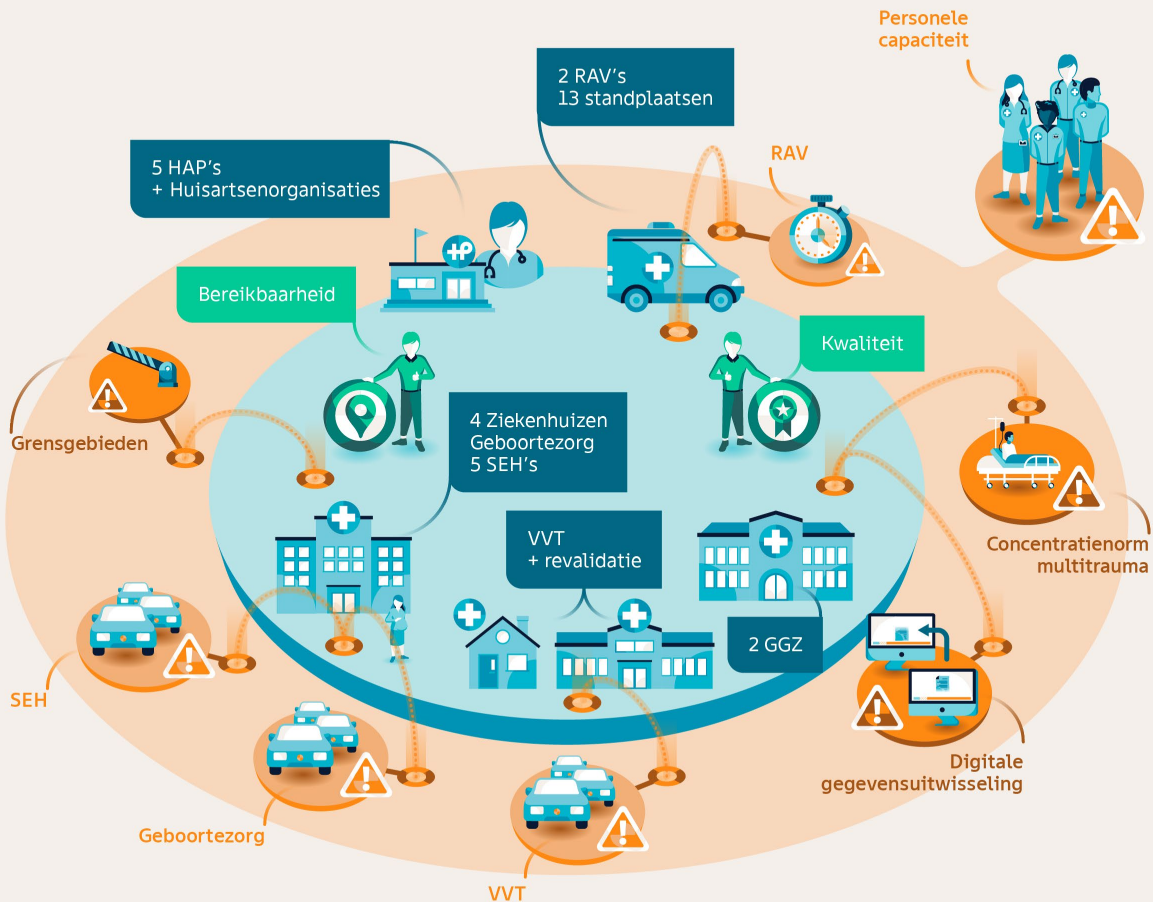
Toelichting

Voor alle traumapatiënten en voor patiënten met een geïsoleerde heupfractuur is de leeftijdsverdeling over de jaren heen redelijk stabiel. Door data over de leeftijdsopbouw te combineren met de demografische ontwikkeling in onze regio, is een toekomstverkenning gemaakt van de verwachte acute zorgvraag in het ziekenhuis voor deze aandoeningen. Deze toekomstverkenning is alleen gebaseerd op de demografische ontwikkeling. Overige ontwikkelingen op het gebied van gezondheid en beleid zijn daarin niet meegenomen.

3. Zorgaanbod



Zorgaanbod



Aandachtspunt



Oog houden voor bereikbaarheid grensgebieden en bovenregionale samenwerking

Witte vlek



- Direct inzetbare wijkverpleging
- GGZ op SEH's
- Knelpunten HAP's
- Specificatie personele capaciteit

Acties



- Doorstrom in de keten
- Concentratienorm multitraumapatiënten
- Digitale gegevensuitwisseling

De regio Midden-Nederland is een compacte regio waar de reisafstanden en –tijden te overzien zijn. We hebben wel te maken met veel buurregio's. Het Zorgcoördinatiecentrum heeft in onze regio al een rol bij het organiseren van bijvoorbeeld ELV plaatsing. Ook zijn er plannen voor direct inzetbare wijkverpleging.

Zorgaanbod

Voor de meeste volumenormen en doorlooptijden wordt aan de norm voldaan. De concentratienorm voor multitrauma patiënten is een aandachtspunt, zoals in heel Nederland. In het regioplan van de GGZ in regio Utrecht zijn uitgebreide samenwerkingsafspraken gemaakt. Ook is een aantal verbeterpunten benoemd die verder worden uitgewerkt, bijvoorbeeld het verbeteren van de kennis omtrent suïcidaliteit bij huisartsenposten zodat er minder en gerichtere acute doorverwijzingen tot stand komen.

Acht van de dertien ROAZ normen van het kwaliteitskader zijn geïmplementeerd. Met name digitale gegevensuitwisseling is een aandachtspunt.

Ziekenhuizen kunnen voor de SEH en EHH een bypass afgeven op piekmomenten. Hiervoor zijn goede afspraken gemaakt om elkaar in de regio te kunnen helpen. Ziekenhuizen die een aparte EHH hebben, melden opvallend vaker een bypass dan ziekenhuizen met alleen een SEH. Ook is de bypassduur langer.

Er lagen in 2022 gemiddeld continu 90 patiënten in het ziekenhuis te wachten op een plek in de VVT, in het eerste kwartaal van 2023 was dat gemiddeld 111. Het bereiken van productieplafonds bij specifieke verzekeraars en het beperkte inzicht hierin worden als knelpunt benoemd.

Knelpunten

Door drie van de vier ziekenhuizen werden in 2022 ruim 2.800 weigeringen in de geboortezorg geregistreerd (inclusief dubbeltellingen). Als er geen plek is, kunnen verloskundigen het ZCC inschakelen om een andere plek te regelen.

Het ZCC heeft regelmatig te maken met tekort aan ELV capaciteit. Aanvragen vanuit huisartsen en ziekenhuizen kunnen dan niet worden afgehandeld omdat er geen bed beschikbaar is voor de patiënt.

Het tekort aan zorgpersoneel neemt toe, hoewel cijfers op regionaal niveau specifiek voor de acute zorgberoepen maar beperkt beschikbaar zijn. Naast aandacht voor inzetbaarheid en behoud van personeel is het cruciaal om te luisteren naar wat zorgmedewerkers nodig hebben om hun werk goed te kunnen blijven doen. Vooral met het oog op de veranderende patiëntenpopulatie met toenemend complexe zorgvragen.

3. Zorgaanbod

a. Aanbieders en acute zorgaanbod



3. Zorgaanbod

a. Aanbieders en aanbod acute zorg



Huisartsenpost



Ambulance standplaats

Ambulance steunpunt



GGZ instelling



Spoedeisende hulp



3. Zorgaanbod | a. Aanbieders en aanbod acute zorg

Huisartsen

In de regio Midden-Nederland zijn er 5 huisartsenorganisaties met ieder een huisartsenpost (HAP). Vier van deze HAP's bevinden zich op locatie van een ziekenhuis met spoedeisende hulp. Daarnaast is er nog een HAP met beperkte openstelling in Zeist.

Spoedeisende hulp ziekenhuizen

Er zijn 5 ziekenhuislocaties met een spoedeisende hulp (SEH). Op de locatie van het UMC Utrecht is geen huisartsenpost gesitueerd.

Ambulancezorg

De ambulancezorg in onze regio wordt voornamelijk geleverd door de RAVU, die 12 standplaatsen en 7 steunpunten heeft. Daarnaast zijn er 2 standplaatsen van RAV Gelderland Midden in onze regio. Een standplaats is een locatie waarvandaan een ambulance vertrekt en waar voorzieningen zijn voor medewerkers en materiaal. Een steunpunt betreft een locatie op een strategische plek in de regio waar een ambulance tijdelijk wordt gestationeerd om een gebied af te dekken. Met dynamisch ambulancemanagement worden beschikbare ambulances door de meldkamer ambulancezorg op strategische plekken in de regio geplaatst om snel ter plaatse te kunnen zijn.

Meldkamer

Vanuit de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) worden de acute zorgmeldingen, waaronder 112, in onze regio afgehandeld. De MKA valt onder verantwoordelijkheid van de RAV en speelt een centrale rol in het proces ambulancezorg.

De MKA stelt vast of ambulancezorg noodzakelijk of gewenst is en met welke urgentie. Vervolgens zorgt de MKA ervoor dat de juiste (ambulance)zorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet, geeft de melder instructies en ondersteunt het ambulanceteam. De MKA is hiermee de regisseur van de ambulancezorg en heeft een poortwachtersfunctie bij de toegang tot de acute zorg.

Acute thuiszorg

De RAVU biedt ook acute thuiszorg aan, voor inzet naar aanleiding van personenalarmering (gedurende de avond, nacht en weekend). Het gaat daarbij bijvoorbeeld om indicaties als het inbrengen of wisselen van een blaaskatheter, wondverzorging of bij valincidenten.

MMT

Onze regio heeft een grondgebonden MMT, dat uitsluitend ingezet wordt bij grootschalige incidenten met veel slachtoffers.

3. Zorgaanbod | a. Aanbieders en aanbod acute zorg

Geboortezorg

In de regio Midden-Nederland zijn 4 ziekenhuizen waar geboortezorg wordt verleend, dit zijn het St. Antonius Ziekenhuis Utrecht, Diakonessenhuis, Meander Medisch Centrum en Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ, UMC Utrecht). Alle ziekenhuizen hebben 2de lijns bevallingen en de mogelijkheid tot poliklinische 1e lijns bevallingen. Daarnaast is het ook mogelijk om met een verloskundige thuis te bevallen. In het Geboortehuis Utrecht naast het Diakonessenhuis vinden 1e lijns bevallingen plaats (verplaatste thuisbevalling). Het WKZ heeft gezien de academische functie ook 3de lijns bevallingen. Het WKZ heeft vanaf 1 januari 2023, geen 1e lijns praktijk meer.

Farmaceutische spoedzorg

In onze regio zijn er drie dienstapotheken voor farmaceutische zorg tijdens ANW-uren (avond, nacht en weekend). Dat zijn de Dienstapotheek Utrecht (gevestigd in het Diakonessenhuis), Dienstapotheek Eemland (gevestigd in het Meander Medisch Centrum) en Dienstapotheek St. Antonius (gevestigd in beide locaties van het St. Antonius Ziekenhuis).

In regio Utrecht zijn de dienstapotheken van het St. Antonius Ziekenhuis tot 22u geopend, de Dienstapotheek Utrecht is ook in de nacht geopend.

Calamiteitenhospitaal

Het Calamiteitenhospitaal is gesitueerd in het UMC Utrecht en heeft gegarandeerde, kortdurende medische capaciteit voor de opvang van militaire en civiele slachtoffers bij ongevallen en rampen. Het is een samenwerking tussen het UMC Utrecht en de ministeries van Defensie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Binnen 30 minuten na besluit tot openstelling, is het Calamiteitenhospitaal operationeel voor de opvang van 200 slachtoffers. De openstellingscriteria zijn dat er meer dan 5 slachtoffers zijn met triagecategorie T1 en/of T2 of meer dan 15 slachtoffers met T1, T2 en/of T3.

3. Zorgaanbod | a. Aanbieders en aanbod acute zorg

Traumazorg

Het UMC Utrecht is het traumacentrum in onze regio. Ernstig gewonde patiënten worden zo veel mogelijk behandeld in het hierin gespecialiseerde traumacentrum en bijvoorbeeld mensen met een gebroken heup in een van de andere ziekenhuizen.

Er zijn drie levels voor traumazorg:

- Level 1: Behandeling van meervoudig ernstig gewonde patiënten. Hier moeten alle voorzieningen aanwezig zijn. (UMC Utrecht)
- Level 2: Behandeling van vitaal bedreigde patiënten mogelijk maar niet alle voorzieningen b.v. neurochirurgie zijn aanwezig. (de andere 3 ziekenhuizen overdag)
- Level 3: Behandeling van geïsoleerde niet levensbedreigende letsels (de 3 andere ziekenhuizen 's avonds/'s nachts)

Beroerte

In het Diaconessenhuis, Meander Medisch Centrum, St. Antonius Nieuwegein en UMC Utrecht wordt acute zorg verleend aan mensen met een beroerte. In alle vier de ziekenhuizen wordt intraveneuze trombolysie (IVT) aangeboden. In het UMC Utrecht en St. Antonius Nieuwegein kan een intra arteriële thrombectomie (IAT) worden uitgevoerd. Patiënten met een intracerebrale bloeding met mogelijke indicatie neurochirurgie en patiënten met subarachnoïdale bloeding worden behandeld in het UMC Utrecht.

Vaataandoeningen

In het Diaconessenhuis, Meander Medisch Centrum, St. Antonius Nieuwegein en UMC Utrecht zijn behandel mogelijkheden voor patiënten met een geruptureerde aorta abdominalis en is in spoedsituaties een EVAR (endovascular aneurysm repair) behandeling mogelijk.

Cardiologie

In het Diaconessenhuis, Meander Medisch Centrum en St. Antonius Nieuwegein is een eerste hart hulp (EHH), voor observatie van patiënten met (vermeende) acute cardiale aandoening. In het UMC Utrecht verloopt dit via de SEH. Onze regio heeft drie PCI centra (Percutane Coronaire Interventie, ofwel dotteren): Meander Medisch Centrum, St. Antonius Nieuwegein en UMC Utrecht.

Kindergeneeskunde

Op alle vijf ziekenhuislocaties met een SEH is opvangmogelijkheid voor vitaal bedreigde kinderen.

3. Zorgaanbod | a. Aanbieders en aanbod acute zorg

GGZ

Acute GGZ wordt geleverd op drie locaties. Twee locaties (Altrecht Utrecht en GGz Centraal Amersfoort) zijn 24/7 open. Daarnaast is er nog een locatie van Altrecht in Zeist die overdag geopend is. Op vier SEH locaties is de mogelijkheid voor opvang en beoordeling van mensen met acute gedragsstoornissen: Diakonessenhuis, St. Antonius Nieuwegein, St. Antonius Utrecht, UMC Utrecht. Altrecht, het UMC Utrecht en St. Antonius Ziekenhuis zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de acute psychiatrische zorg (24/7) in de regio Utrecht e.o. Altrecht draagt zorg voor de outreachende crisisdienst en alle drie partijen participeren in de noodbeddenregeling waarbij 24/7 bedden beschikbaar worden gehouden voor crisisonames. Afspraken zijn vastgelegd in een regioplan Acute GGZ. Ook GGz Centraal heeft een regioplan voor de gehele regio Centraal Nederland, die naast Midden-Nederland nog in twee andere ROAZ-regio's valt.

Vervoer

Sinds 1 januari 2021 rijdt de GGZ Vervoersdienst in onderaanneming van de RAVU. Deze zorg voldoet aan de eisen zoals opgenomen in het Kwaliteitskader Ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling en wordt bekostigd vanuit de ZVW. Aanvragen lopen via de Meldkamer Ambulancezorg. Strikt genomen stelt de psychiater de indicatie voor het type vervoer.

GGZ-jeugd

De Jeugdpsychiatrie van het UMC Utrecht is verantwoordelijk voor de plaatsing van alle kinderen en jeugdigen met en zonder een Wvggz-titel in regio Utrecht. Bij jeugdigen die al voor hun 18e levensjaar in een eerste psychose geraken, kan ook een beroep worden gedaan op zorg bij Altrecht ABC. Bij GGz Centraal is de acute psychiatrische zorg voor kinderen en jeugdigen tot 18 jaar vanuit kinder- en jeugdpsychiatrie Fornhese georganiseerd. Binnen kantooruren wordt gebruik gemaakt van het centraal aanmeldpunt van Fornhese. Buiten kantoor tijden verloopt dat via de reguliere crisisdienst van GGz Centraal.

GGZ-ouderen

Als het ouderenproblematiek betreft kunnen patiënten worden opgenomen op de (acute) opname afdeling bij Altrecht Ouderenpsychiatrie in Zeist (voorheen Leidsche Rijn) of bij het St. Antonius Ziekenhuis. Kwetsbare ouderen met psychiatrische problematiek worden als daar plaats is rechtstreeks opgenomen binnen de Ouderenpsychiatrie. Patiënten met een waarschijnlijkheidsdiagnose dementie worden (bij voorkeur) opgenomen op een crisisbed in de VVT-sector.

3. Zorgaanbod | a. Aanbieders en aanbod acute zorg

Plaatsen voor inbewaringstelling (IBS) in de VVT

Voor patiënten met psychogeriatrische (PG) problematiek in acute noodsituaties zijn in de regio Utrecht 6 IBS bedden beschikbaar in het kader van de Wet Zorg en Dwang. Er zijn 4 plaatsen bij Careyn, 1 bij Beweging 3.0 en 1 bij Charim. De V&V-organisaties en GGZ-crisisdiensten in de zorgkantorregio Utrecht hebben hierover met elkaar afspraken gemaakt wie de IBS-beoordeling doet, waar en hoeveel bedden voor acute IBS-plaatsingen in de V&V beschikbaar zijn en wie dit coördineert.



3. Zorgaanbod | a. Aanbieders en aanbod acute zorg

Zorgcoördinatiecentrum (ZCC)

Op locatie ZCC Midden-Nederland werken ketenpartners in de acute zorg slimmer samen om de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgprofessional te organiseren. Door het multidisciplinair inzetten van zorgprofessionals kan er gebruik gemaakt worden van elkaars expertise.

Het ZCC is 7 dagen per week geopend, op zaterdag zijn alle disciplines aanwezig in een gezamenlijk georganiseerde pilot setting.



Bij het ZCC wordt invulling gegeven aan de volgende processen:

- Ambulancezorg (geplande ambulancezorg en pilot 112 in voorbereiding)
- Acute psychiatrie (crisisdienst): door inzicht in GGZ-dossier kan zorg soms verantwoord worden uitgesteld tot beschikbaarheid vertrouwde GGZ zorgprofessional buiten ANW uren
- Acute huisartsenzorg (pilot HAP Unicum)
- Acute VVT (maandag t/m vrijdag van 08.00 – 22.00 uur en in het weekend & op feestdagen van 09.00 – 18.00 uur):
 - Zorgcoördinatie tijdelijk verblijf plaatsen
 - Leveren venflon naalden t.b.v. euthanasie
- Zorgcoördinatie geboortezorg
- Het regionaal coördinatiecentrum patiënten spreiding (RCPS) voor de ROAZ regio Midden-Nederland.

3. Zorgaanbod | a. Aanbieders en aanbod acute zorg

Verwachte zorgaanbod toekomst

De volgende ontwikkelingen zijn relevant om te benoemen wat betreft het toekomstige aanbod van acute zorg in onze regio.

St. Antonius Ziekenhuis

Het St. Antonius Ziekenhuis gaat in 2024 alle spoedeisende zorg voor kinderen concentreren op een speciale kinder-SEH in Utrecht. Daarnaast worden in 2035 alle klinische functies van het St. Antonius Ziekenhuis geconcentreerd in Utrecht. De komende jaren wordt uitgewerkt welke zorg op welke manier in de regio Nieuwegein wordt geboden. Onderdeel daarvan is het vraagstuk rondom spoedzorg.

Urgentie-indeling ambulancezorg

De urgentie-indeling voor de ambulancezorg gaat veranderen. De huidige A1 urgentie wordt onderverdeeld in A0 (directe inzet met grootst mogelijke spoed) en A1 (directe inzet met spoed). Het implementatietraject van deze nieuwe urgenties is omvangrijk en duurt tot eind 2024.

Zorgcoördinatiecentrum

Het ZCC streeft er in de toekomst naar om in een proeftuin elke dag een beetje beter te worden. Er wordt gewerkt aan de doorontwikkeling op de volgende onderdelen:

1. Direct in te zetten wijkverpleging ter overbrugging voor patiënten die nog niet bekend zijn bij wijkverpleging. Met als doel opname in het ziekenhuis of tijdelijk verblijf te voorkomen.
2. ICT-platform ZCC (mogelijk maken hybride samenwerken)
3. Verbinding met sociaal domein (vanuit het ZCC zijn al afspraken met de Gemeente Utrecht t.b.v. respijtbedden)

3. Zorgaanbod

b. Kwaliteitscriteria – volumenormen en doorlooptijden



3. Zorgaanbod | b. Kwaliteitscriteria – volumenormen en doorlooptijden

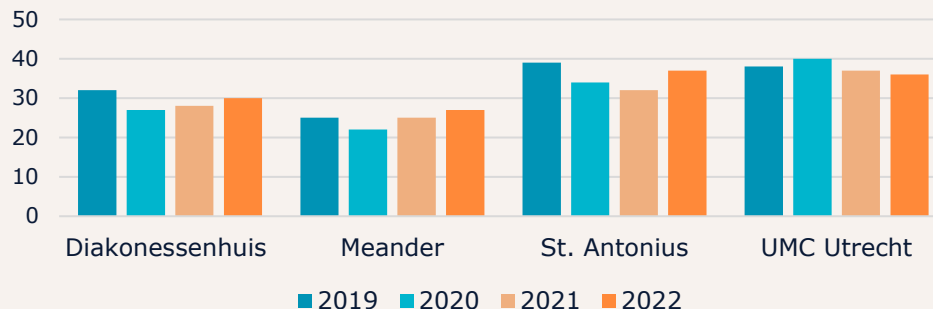
Beroerte (CVA)

Alle ziekenhuizen in onze regio voldoen aan de volumenorm van minimaal 100 acute CVA patiënten per jaar.

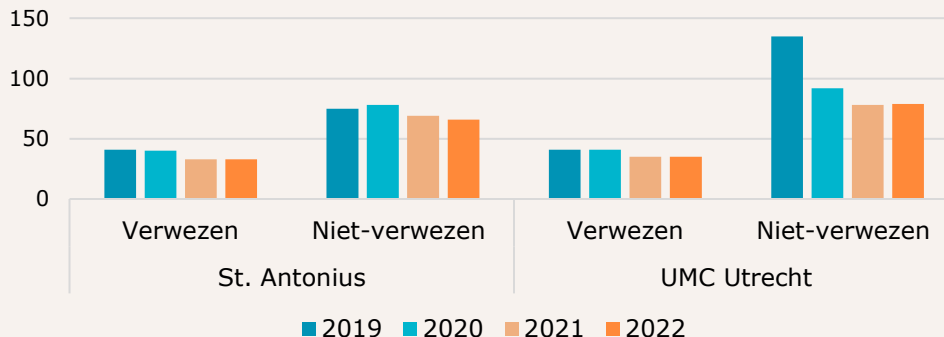
Vanaf binnenkomst in het ziekenhuis tot aan behandeling is de tijd bij intraveneuze trombolysie bij alle ziekenhuizen binnen de norm van 45 minuten. Het St. Antonius Ziekenhuis heeft door gerichte acties de deur- tot naald tijd kunnen reduceren.

Bij de patiënten die een intra-arteriele trombectomie ondergaan is de doorlooptijd in het ziekenhuis met name in het UMC Utrecht aanzienlijk gereduceerd.

Patiënten herseninfarct intraveneuze trombolysie
Mediane deur-tot-naald tijd (in minuten)
Norm 45 minuten



Patiënten herseninfarct intra-arteriele trombectomie
Mediane deur-tot-lijes tijd (in minuten)





3. Zorgaanbod | b. Kwaliteitscriteria – volumenormen en doorlooptijden

Beroerte (CVA): tijdsduur inzet ambulance

Naast de gegevens die ziekenhuizen vastleggen over de doorlooptijd bij CVA patiënten, wordt door de ambulancediensten gedetailleerd vastgelegd hoe lang iedere stap in het pre-hospitale zorgproces duurt.

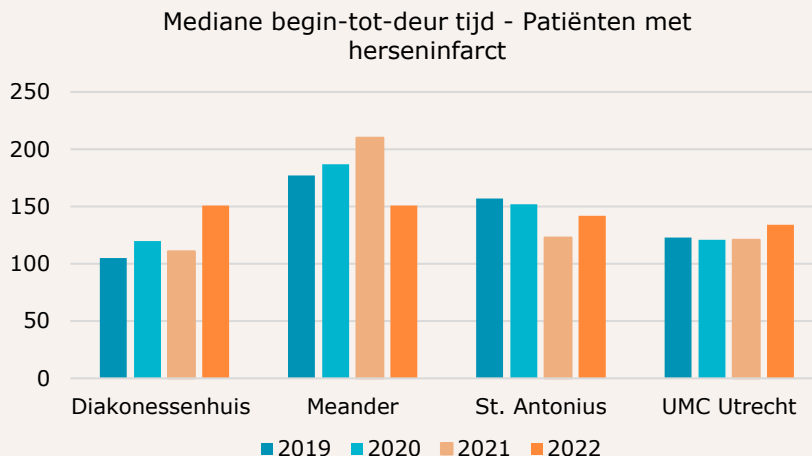
In onze regio is de tijdsduur voor een CVA inzet van melding tot aankomst in het ziekenhuis iets korter dan het landelijk gemiddelde. In totaal zijn in 2021 door de RAVU 3.161 ritten uitgevoerd. In 89% ging het om een A1 inzet.

A1-inzetten CVA	Tijdsduur respons	Tijdsduur melding tot ziekenhuis
Landelijk (gemiddeld)	00:10:01	00:41:11
Utrecht	00:10:23	00:38:38

Aantal CVA-inzetten 2021	A1	A2	Totaal
Landelijk	45.943	6.458	52.401
Utrecht	2.822	339	3.161

Herseneninfarct tijd tot aankomst ziekenhuis

De mediane begin-tot-deur tijd (geregistreerd door ziekenhuizen) bij patiënten met een herseneninfarct varieert tussen de ziekenhuizen in de regio, met name in 2021. Het tijdstip van ontstaan van de klachten/symptomen is het begin, 'deur' is het tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp.





3. Zorgaanbod | b. Kwaliteitscriteria – volumenormen en doorlooptijden

Ernstig gewonden

Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft vanaf verslagjaar 2016 een kwaliteitsindicator vastgesteld dat per acute zorg regio 90% van de ernstig gewonde patiënten* primair in een level 1 traumacentrum gepresenteerd moet worden.

Of een patiënt een ernstig gewonde patiënt is of een multitrauma patiënt, wordt pas achteraf in het ziekenhuis vastgesteld. Dit gebeurt op basis van de anatomische letsels gedefinieerd volgens de Abbreviated Injury Scale (AIS). Hieruit wordt de Injury Severity Score (ISS) afgeleid. Dit is een maat voor de ernst van het trauma waarbij ernstig gewond gedefinieerd is als $ISS \geq 16$.

Volumenorm multitraumapatiënten ZIN:

1. minimum norm is 240 multitraumapatiënten per locatie per jaar
2. 90% van de multitrauma patiënten moet direct in het regionale traumacentrum worden gepresenteerd.

ZIN heeft aanbevelingen gedaan op het gebied van preklinische triage, scholing, afstand tot het traumacentrum en het maken van regionale afspraken.

Traumacentrum UMC Utrecht

In onze regio voldoet het traumacentrum (UMC Utrecht) aan de volumenorm, met een aantal multitraumapatiënten dat de afgelopen vijf jaar boven de 350 ligt.

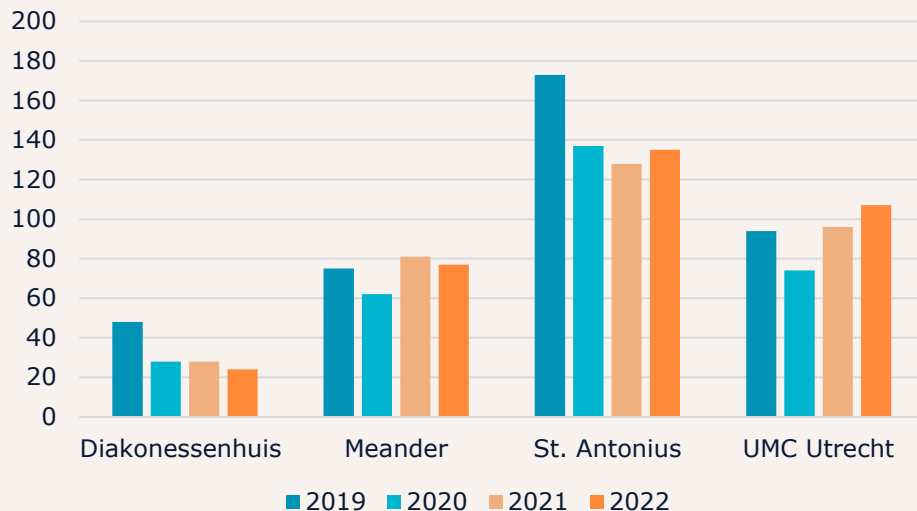
De concentratienorm, dat 90% van de multitraumapatiënten direct in het traumacentrum wordt gepresenteerd, wordt met 75% in 2022 niet gehaald. In 2021 behoorde onze regio tot de 3 regio's met het hoogste aandeel (zie meer informatie). Maar ook in onze regio wordt deze norm niet gehaald. Door de traumachirurgen in de regio en de RAVU wordt gezamenlijk een plan opgesteld om deze norm in de toekomst wel te kunnen behalen. Vanaf 1 januari 2025 moeten alle regio's voldoen aan de 90%-norm.

	2018	2019	2020	2021	2022
Diakonessenhuis	16	19	20	18	32
Meander	40	30	29	13	39
UMC Utrecht	353	353	367	379	353
St. Antonius	28	55	38	33	61
Percentage direct opgenomen in traumacentrum	78%	77%	80%	84%	75%

3. Zorgaanbod | b. Kwaliteitscriteria – volumenormen en doorlooptijden

Aneurysma van de abdominale aorta (AAA)

Aantal patiënten met een aneurysma aortae of dissectie waarbij operatief geïntervenieerd is.



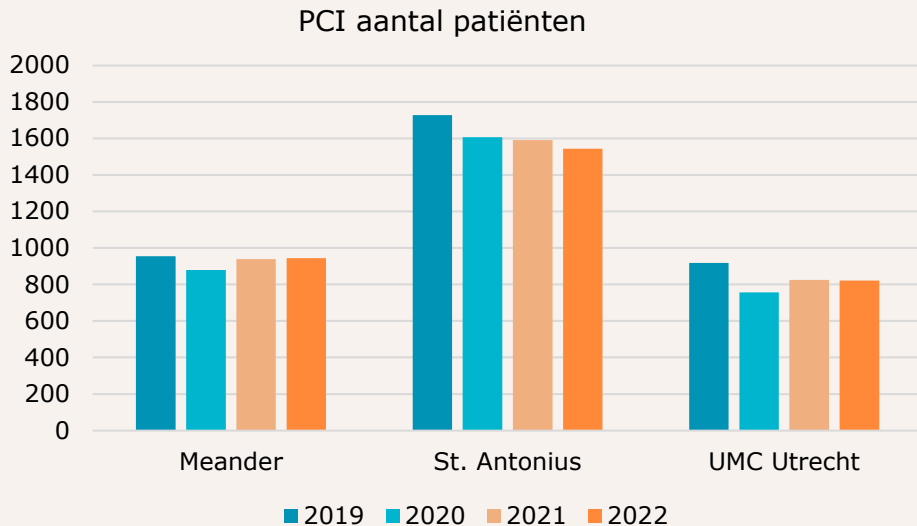
Toelichting

Voor instellingen die zowel electieve als geruptureerde aorta abdominalis aneurysma interventies verrichten, geldt een norm van 40 per jaar, per locatie. De volumenorm betreft alle aorta gerelateerde ingrepen wegens dilaterend vaatlijden aan de aorta en het totaal van de electieve en acute ingrepen. In het Diaconessenhuis ligt het aantal ingrepen lager en voldoet dus niet aan deze norm.

Opmerking vanuit Diaconessenhuis: In de regio Utrecht worden gesprekken gevoerd om te oriënteren of concentratie in de regio mogelijk is.

3. Zorgaanbod | b. Kwaliteitscriteria – volumenormen en doorlooptijden

Percutane Coronaire Interventie (PCI)



Toelichting

Voor PCI's is het totaal aantal uitgevoerde ingrepen per ziekenhuis beschikbaar. Dit is het totale aantal, waarbij geen onderscheid gemaakt is naar het aantal urgente en electieve ingrepen.

In het St. Antonius Ziekenhuis worden veruit de meeste PCI's uitgevoerd. De volumenorm is minimaal 600 per jaar per ziekenhuis. Alle ziekenhuizen voldoen aan deze norm.



3. Zorgaanbod | b. Kwaliteitscriteria – volumenormen en doorlooptijden

STEMI: tijdsduur inzet ambulance

Naast de gegevens die ziekenhuizen vastleggen over de doorlooptijd bij patiënten met een ST-elevatie Myocard Infarct (STEMI), wordt door de ambulancediensten gedetailleerd vastgelegd hoe lang iedere stap in het pre-hospitale zorgproces duurt.

In onze regio is de tijdsduur voor een STEMI inzet van melding tot aankomst in het ziekenhuis korter dan het landelijk gemiddelde. In totaal zijn in 2021 door de RAVU 826 ritten uitgevoerd. In 93% ging het om een A1 inzet.

A1-inzetten STEMI	Tijdsduur respons	Tijdsduur melding tot ziekenhuis
Landelijk (gemiddeld)	00:10:02	00:48:36
Utrecht	00:10:07	00:42:44

Aantal STEMI-inzetten 2021	A1	A2	Totaal
Landelijk	14.008	1.400	15.408
Utrecht	772	54	826

Kwaliteitskader Spoedzorgketen

Uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is een aantal overkoepelende thema's te halen, waaronder de juiste zorg op de juiste plek, overdracht en digitalisering. Er zijn 13 normen waar het ROAZ als actiehouders is belegd om de implementatie te faciliteren en de voortgang te bewaken. Voor de overige normen is het aan ketenpartners zelf om de implementatie te bewaken en acties op te pakken.



Stand van zaken

8 van de 13 ROAZ normen zijn geïmplementeerd, voor zover dat op dit moment mogelijk is. Aan de implementatie van de volgende normen wordt nog gewerkt:

- **Digitale gegevensoverdracht** → momenteel loopt een pilot voor de uitwisseling van gegevens tussen RAV en SEH. Hieruit volgen nog diverse uitdagingen, met name op technisch vlak. Daarna zal uitrol tussen andere schakels in de keten volgen, op basis van de toegevoegde waarde en wensen van ketenpartners.
- **Uitwisselen van een actueel medicatieoverzicht**
- **Casuïstiekbespreking** → op regionaal niveau is er voor traumazorg een ketenavond met casuïstiekbespreking. Uitrol naar andere aandachtsgebieden wordt opgepakt.
- **Doorlooptijden** → we wachten de resultaten van pilots in andere regio's af, zodat we de bevindingen en aanpak die daaruit naar voren komen mee kunnen nemen in onze regio.
- **Evaluatie spoedzorgketen** → wordt op basis van signalen van ketenpartners en beschikbare data over bijvoorbeeld SEH bypasses gedaan en wordt verder uitgebouwd.



3. Zorgaanbod

b. Kwaliteitscriteria – beschikbaarheid en toegankelijkheid



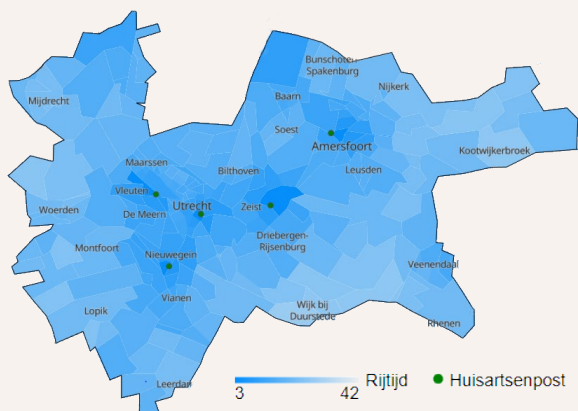
3. Zorgaanbod | b. Kwaliteitscriteria – beschikbaarheid en toegankelijkheid

Bereikbaarheid HAP, Ambulancepost, SEH

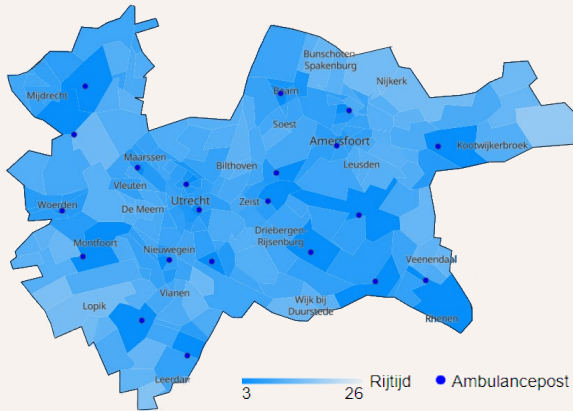
In onze regio zijn de reisafstanden en –tijden relatief beperkt, waardoor de bereikbaarheid over het algemeen goed is. In onderstaande drie kaartjes zijn de reistijden weergegeven voor de HAP, Ambulancepost en SEH. Er is uiteraard wel enige variatie, waarbij met name in de grensgemeenten een langere reistijd is.

Uiteraard wordt er door de zorgaanbieders in onze regio ook zorg verleend aan patiënten van buiten de regio. Ook zijn er inwoners uit bepaalde gemeenten (bijvoorbeeld Veenendaal) die meer gericht zijn op zorgaanbieders buiten onze regio. Sommige zorgaanbieders in de regio, zoals bijvoorbeeld Meander Medisch Centrum, hebben veel te maken met aanbieders uit andere regio's.

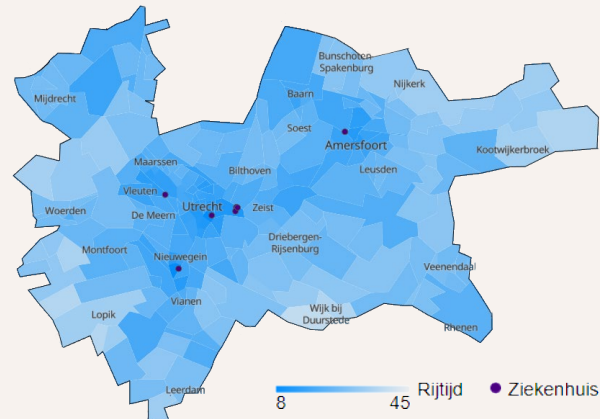
Reistijd HAP



Reistijd Ambulancepost



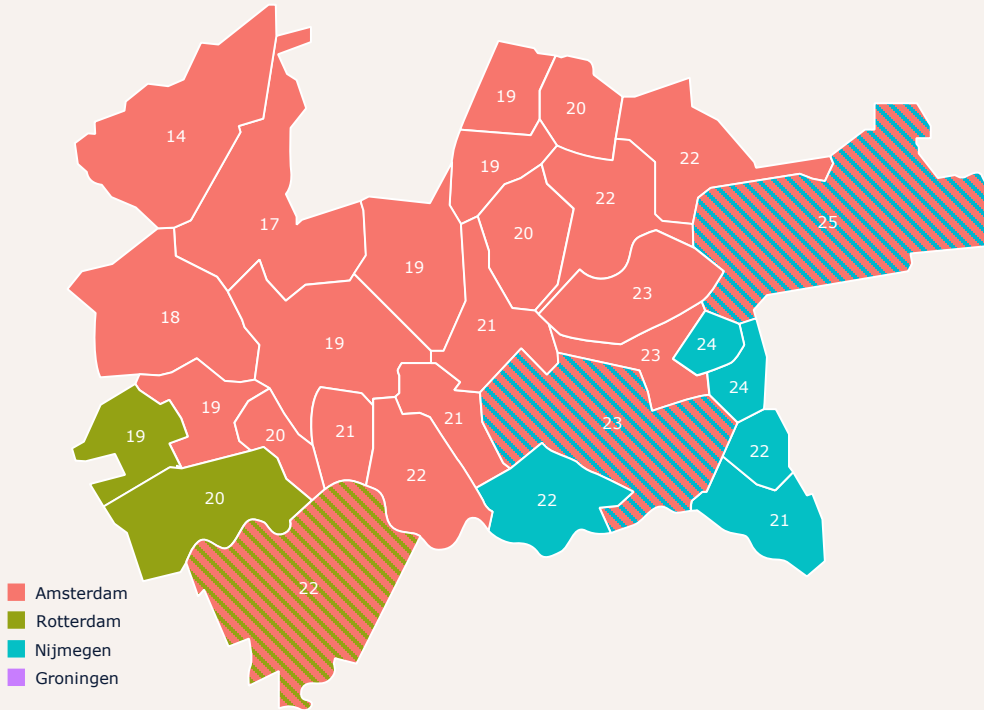
Reistijd SEH met ambulance





3. Zorgaanbod | b. Kwaliteitscriteria – beschikbaarheid en toegankelijkheid

Responstijd Mobiel Medisch Team (MMT)



Toelichting

Op dit kaartje staat per gemeente aangegeven welke MMT-helikopter de dichtstbijzijnde is en wat de gemiddelde responstijd in minuten voor die gemeente is. De responstijd is de som van de meldtijd, uitruktijd, vliegtijd en tijd nodig voor landen en natransport.

Voor sommige gemeentes verschilt het per postcodegebied welke MMT-helikopter de dichtstbijzijnde is. Bijvoorbeeld in de gemeente Vijfheerenlanden. Voor een deel van de gemeente is de MMT-helikopter uit Amsterdam de dichtstbijzijnde en voor een deel die uit Rotterdam.

De kortste gemiddelde responstijd in de regio Midden-Nederland is 14,09 minuten in de gemeente De Ronde Venen en de langste gemiddelde responstijd is 24,71 minuten in gemeente Barneveld.

3. Zorgaanbod | b. Kwaliteitscriteria – beschikbaarheid en toegankelijkheid

GGZ – normen generieke module acute psychiatrie (GMAP)

Triagenorm: De GGZ-triagefunctie is 24/7 binnen 5 minuten beschikbaar voor telefonische triage. De GGZ-triagist is een BIG-geregistreerd verpleegkundige, met minimaal HBO werk- en denkniveau en minimaal 2 jaar ervaring in de acute ggz, die een opleiding heeft doorlopen om de GGZ-triagewijzer te hanteren. Indien nodig raadpleegt de ggz-triagist de (achterwacht) psychiater. In regio Utrecht is voor 2021 ingezet op 80% van de GMAP-norm. In lijn met continuering van de bekostiging van de triage volgens 2021, is de ingezette 80% gecontinueerd voor 2022. GGz Centraal voldeed in juni 2022 voor 65% aan deze norm. Voor 2023 is de doelstelling 100%.

Functie beoordeling ter plaatse: *Minimaal 90% van de beoordelingen vindt plaats ofwel in de thuissituatie ofwel op een crisisbeoordelingslocatie.*

Altrecht heeft een beoordelingslocatie ingericht op het terrein van het Willem Arntsz Huis te Utrecht, waar zich ook de acute opnameafdelingen en de crisisdienst bevinden. Indien nodig kan er direct worden opgeschaald (conform Wvoggz). Deze locatie is 7/24/365 beschikbaar en voldoet qua inrichting aan de eisen van de GMAP. Voorts is de locatie qua aanrijtijd tijdig bereikbaar. Bij GGz Centraal zijn in 2022 75% van de beoordeling in de thuissituatie of op een beoordelingslocatie gedaan. Daarnaast nog eens 14% op een SEH en 4% op het politiebureau. Doelstelling voor 2023 is om 85% van de beoordeling thuis of op een beoordelingslocatie te doen.

Duale beoordeling: *De beoordeling vindt duaal plaats en dit team wordt passend bij de situatie samengesteld. Het beoordelingsteam bestaat uit twee van de volgende disciplines Een arts (AIOS of ANIOS), een HBO-opgeleid verpleegkundige met minimaal 2 jaar ervaring in de acute GGZ en relevante bijscholing (bijvoorbeeld een SPV) of een verpleegkundig specialist GGZ en/of een psychiater. De achterwacht wordt te allen tijde door de psychiater ingevuld.*

In de regio Utrecht gaan we in 2023 100% van de beoordelingen duaal uitvoeren volgens de norm. Dit is bij de crisisdienst van Altrecht in 2020 en 2021 ook al het geval even als bij St. Antonius Ziekenhuis en UMC Utrecht, zoals blijkt uit de Minimale Data Set over 2020 en 2021. Bij GGz Centraal werden in 2022 93% van de beoordelingen duaal uitgevoerd. Doel voor 2023 is om 98% binnen kantoortijden en 95% buiten kantoortijden volgens de norm te beoordelen.

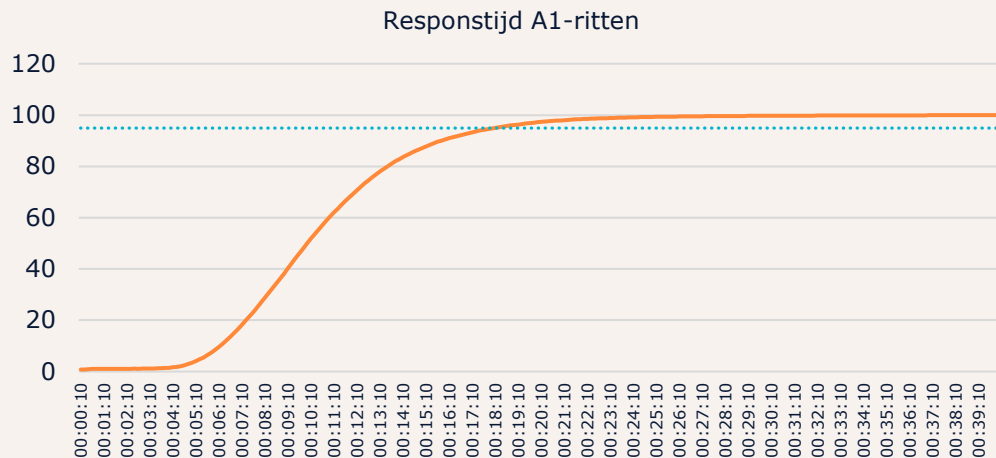
Aanrijtijden: *Bij tenminste 90% van de personen met U2 op psychiatrische kenmerken, wordt de crisisbeoordeling binnen 1 uur na de psychiatrische triage gestart. Voor personen met U3 geldt dat bij tenminste 90% binnen 4 uur de crisisbeoordeling is gestart.*

In regio Utrecht is de U2 norm medio 2021 verbeterd van 60% (2020) naar 67% (medio 2021). De score voor U3 bevindt zich medio 2021 op 89%. De norm was gesteld op 90% en wordt ook voor 2023 gehanteerd. Dat geldt ook voor GGz Centraal. Daar voldeed in 2022 86% aan de norm.



3. Zorgaanbod | b. Kwaliteitscriteria – beschikbaarheid en toegankelijkheid

Responstijd ambulancezorg 2022



Toelichting

De responstijd is de tijdsduur vanaf de aanname op de Meldkamer Ambulancezorg tot het moment dat de ambulance ter plaatse is. Voor A1 ritten is de landelijke norm 15 minuten en voor A2 ritten 30 minuten.

Voor regio Midden-Nederland is 95% van de A1-inzetten in 18 minuut 10 ter plaatse. In 2021 was dit 17 minuut 21. Landelijk lag het in 2021 op 16 minuut 44.

Voor A2 inzetten was in onze regio 95% van de ritten in 2021 binnen 31 minuut 29 ter plaatse. Dit was aanzienlijk korter dan in 2020. Landelijk is dit in 2021 29 minuut 25.

3. Zorgaanbod

c. Ontwikkelingen en knelpunten toegang



3. Zorgaanbod | c. Ontwikkelingen en knelpunten toegang

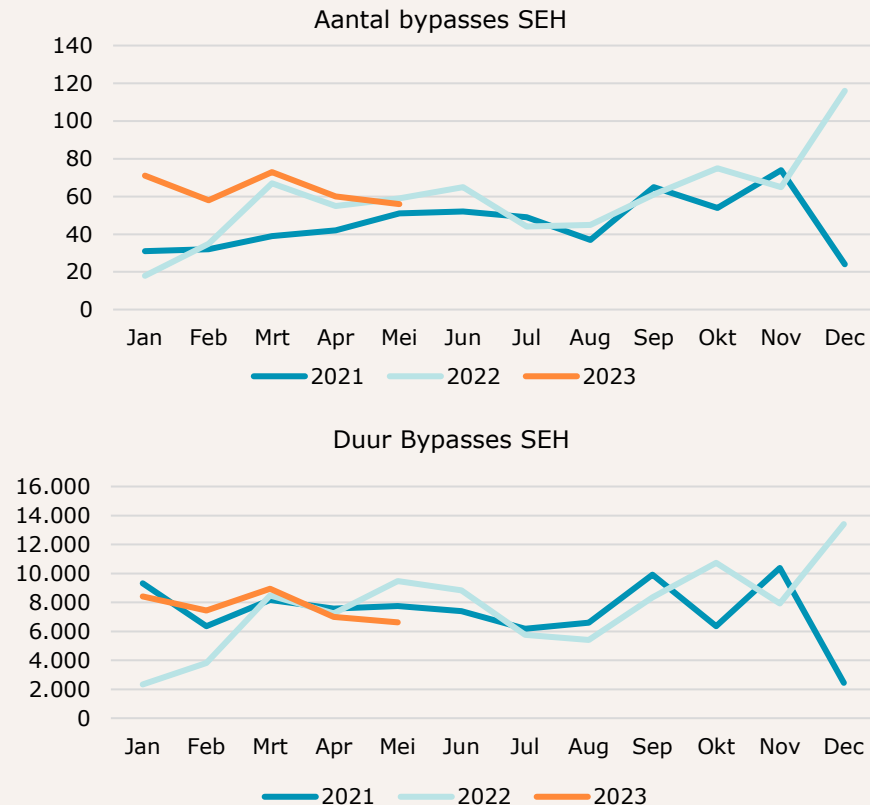
Doorstroom

In onze regio gebruiken we het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) om de drukte op de spoedeisende hulp afdelingen te monitoren. Daarnaast kunnen ziekenhuizen een bypass afgegeven wanneer de drukte te groot wordt.

Door dit inzicht worden acute patiënten beter verdeeld over de ziekenhuizen. Hierover zijn in de regio goede afspraken gemaakt tussen de ziekenhuizen en de regionale ambulancevoorziening. Zo helpen ketenpartners in de regio elkaar om de toegankelijkheid van de acute zorg te borgen.

Het afgelopen jaar is er iets vaker een bypass afgekondigd dan het jaar daarvoor, maar was de totale duur van die bypasses ongeveer gelijk. Gemiddeld zijn de bypasses dus korter. In het eerste kwartaal van dit jaar zijn er wat meer bypasses afgekondigd. De totale bypassduur is echter vergelijkbaar met het eerste kwartaal van 2021.

SEH bypasses



3. Zorgaanbod | c. Ontwikkelingen en knelpunten toegang

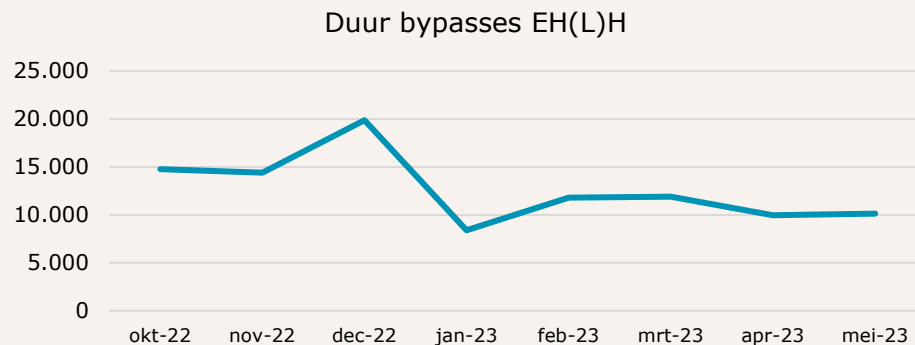
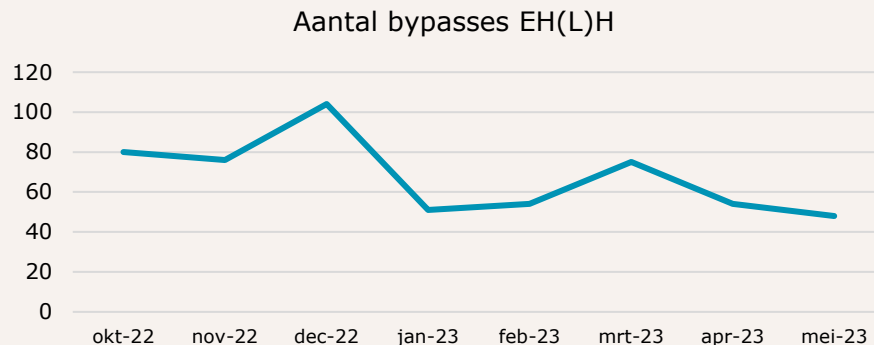
Doorstroom

Sinds het laatste kwartaal van 2022 wordt ook het aantal bypasses op de eerste hart hulp (EH(L)H) gemonitord.

Dit gaat om de locaties St. Antonius Nieuwegein, Diaconessenhuis en Meander Medisch Centrum. In het UMC Utrecht worden deze patiënten via de SEH opgevangen. Er worden daar dus ook geen aparte EHH bypasses afgegeven.

Op de EHH wordt er opvallend vaker een bypass afgegeven dan op de SEH. De bypasses duren ook vaak langer. Deze ontwikkeling staat binnen de focusgroep cardiologie de agenda.

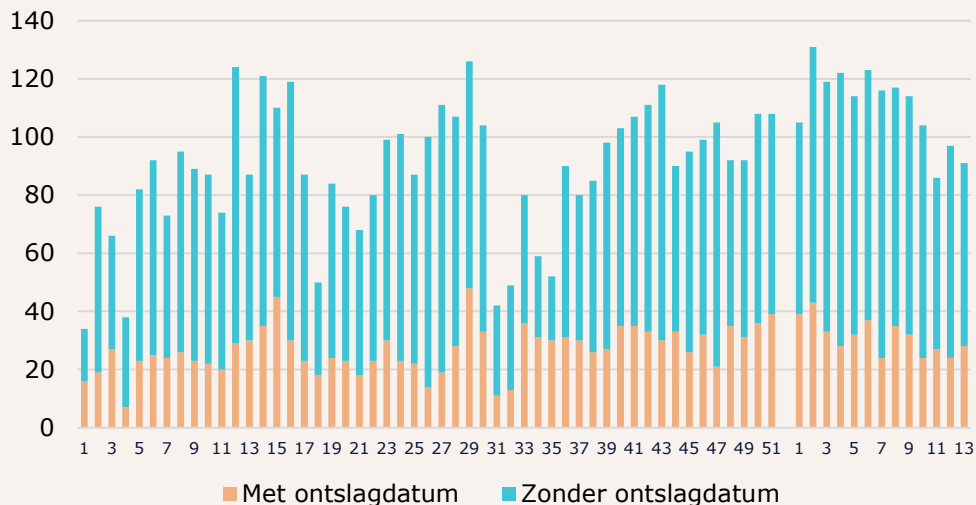
EH(L)H bypasses





Doorstroom naar VVT vanuit ziekenhuizen

Aantal wachtenden per week in ziekenhuis voor VVT



Toelichting

Gemiddeld waren er in 2022 continu rond de **90** patiënten in de ziekenhuizen in onze regio die wachtten op een plaats in een verpleeg- of verzorgingstehuis of thuiszorg. In het eerste kwartaal van 2023 waren dit gemiddeld **111** patiënten. De laatste weken is wel een daling te zien. Iets meer dan de helft wacht op revalidatie, ruim een kwart op een plek in de langdurige zorg (WLZ). De overige patiënten wachtten op wijkverpleging (9%), plaats in een hospice (6%) of eerstelijnsverblijf (7%).

De transferbureaus van de ziekenhuizen in Midden-Nederland verzamelen deze gegevens wekelijks. Het gaat om het totale aantal, dus zowel patiënten die acuut als gepland in het ziekenhuis zijn opgenomen.

Deze cijfers geven aan wat de trend is in de doorstroom vanuit het ziekenhuis naar de VVT. Nadere analyse van de cijfers en onderliggende patronen kunnen helpen om de doorstroom te verbeteren en het proces van het ziekenhuis naar VVT zo goed mogelijk op elkaar te laten aansluiten. Als knelpunt wordt benoemd dat er in het laatste deel van het jaar productieplafonds worden bereikt, waardoor voor patiënten van bepaalde verzekeraars geen VVT plek meer beschikbaar is.



3. Zorgaanbod | c. Ontwikkelingen en knelpunten toegang

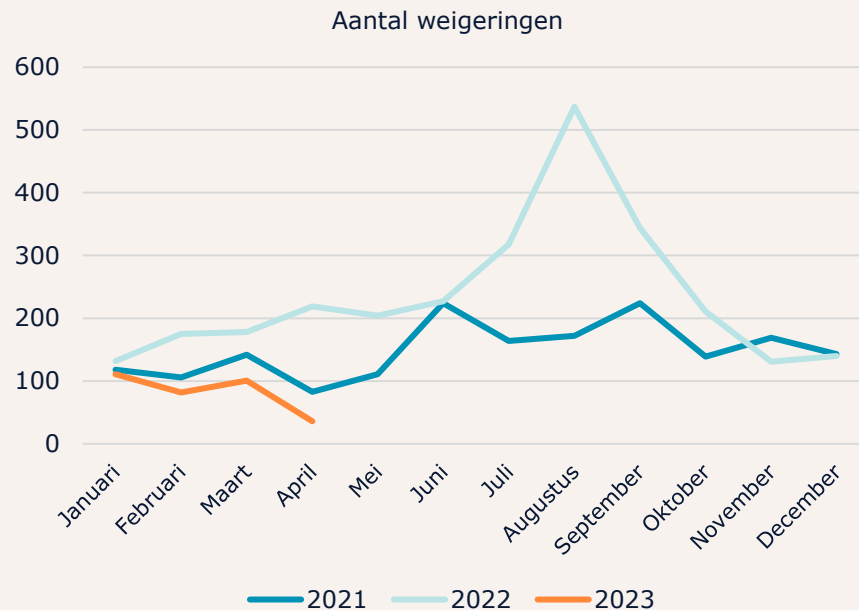
Geboortezorg

Drie van de vier ziekenhuizen in onze regio registreren het aantal weigeringen dat wordt afgegeven voor een bevalling. In deze gevallen wordt er dus uitgeweken naar een andere locatie. In de trend van 2022 is een duidelijke piek te zien in de zomer. Er was toen grote drukte in de geboortezorg. In deze registratie kunnen overigens dubbeltellingen voorkomen, omdat een persoon door meerdere ziekenhuizen geweigerd kan worden.

Wanneer er sprake is van een weigering bij het voorkeursziekenhuis, ondersteunt het zorgcoördinatiecentrum (ZCC) bij het vinden van een geschikt bed. Vanaf medio 2022 zijn via het ZCC 355 plaatsen gevonden, waarvan 70% in de regio. In het eerste kwartaal van 2023 waren er 132 aanvragen, waarvan er 122 zijn geplaatst. Dit is ongeveer gelijk aan het laatste kwartaal van 2022.

Op operationeel niveau is er dagelijks overleg in de regio over de beschikbare capaciteit en verwachte instroom waarbij preventief wordt uitgeplaatst en waar mogelijk uitgesteld om te voorkomen dat voor spoedgevallen geen plek meer is. Voor langere termijn prognose van het aantal geboortes wordt in onze regio gebruik gemaakt van prognoses op basis van de gegevens van Saltro. Dat geeft een indicatie van de benodigde capaciteit. Het Meander Medisch Centrum maakt geen gebruik van Saltro en worden dus niet meegenomen in de prognose.

Weigeringen



WKZ, St. Antonius Ziekenhuis en Diaconessenhuis (exclusief Meander Medisch Centrum)



3. Zorgaanbod | c. Ontwikkelingen en knelpunten toegang

VVT - ELV

Het ZCC heeft regelmatig te maken met tekort aan eerstelijnsverblijf (ELV) capaciteit. Aanvragen vanuit huisartsen en ziekenhuizen kunnen dan niet worden afgehandeld omdat er geen bed beschikbaar is voor de patiënt.

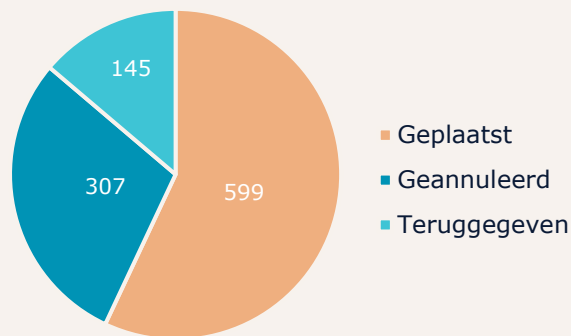
In 2022 zijn er in totaal 1.051 aanvragen gedaan bij het ZCC. Hiervan zijn 599 patiënten (57%) geplaatst, 145 aanvragen zijn geannuleerd door de patiënt of de verwijzer (14%) en 307 aanvragen (29%) zijn teruggegeven, omdat er geen passend tijdelijk verblijf gevonden werd of er geen bed beschikbaar was. In 2021 lag het aandeel plaatsingen iets hoger met 59%.

In Q1 van 2023 moesten er meer aanvragen dan vorig jaar worden teruggegeven omdat er geen passend verblijf gevonden kon worden. Er werden in totaal 434 aanvragen gedaan. Hiervan werden er 175 patiënten geplaatst (40%), 54 aanvragen werden geannuleerd en het grootste deel, 205 aanvragen (47%), werd teruggegeven.

Aanvragen vanuit SEH's

In 2022 zijn er vanuit de SEH's 131 aanvragen gedaan bij het ZCC voor een tijdelijk verblijf. Daarvan zijn er 86 cliënten daadwerkelijk geplaatst. Voor 24 cliënten was geen tijdelijk verblijf bed beschikbaar. Nog niet alle ziekenhuizen maken volledig gebruik van deze mogelijkheid. Dit wordt wel verder uitgebouwd door het ZCC en de ziekenhuizen.

Aantal per status – jaaroverzicht 2022



3. Zorgaanbod

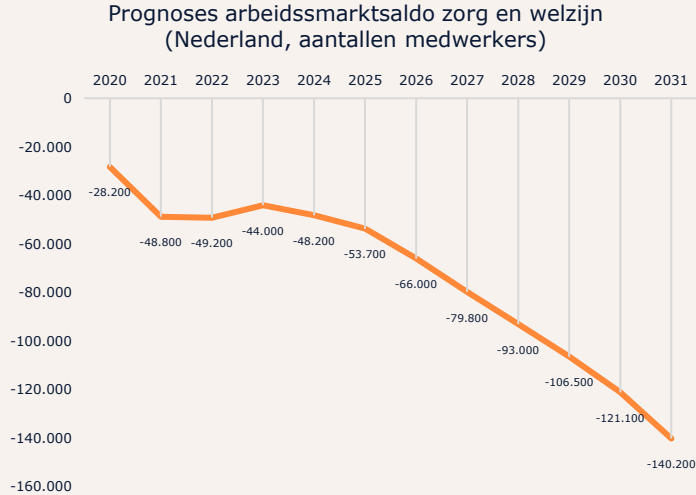
d. Ontwikkelingen en trends arbeidsmarkt acute zorg





3. Zorgaanbod | d. Ontwikkelingen en trends arbeidsmarkt acute zorg

Analyse regioplus



Toelichting

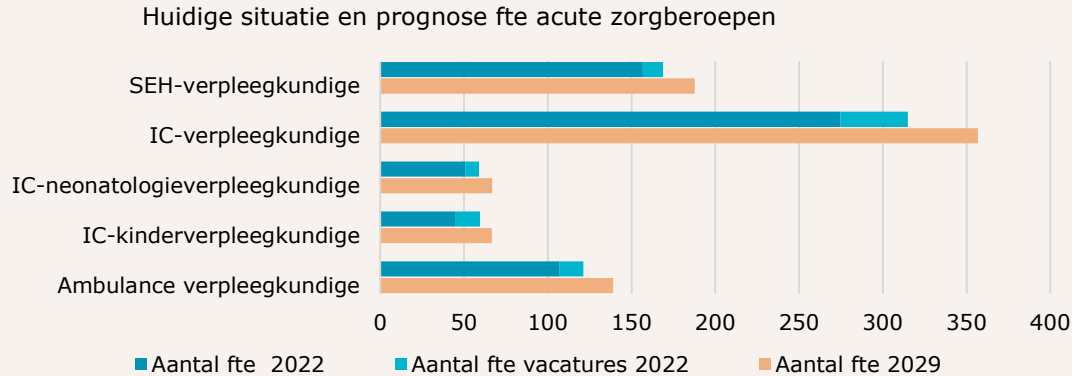
Cijfers over arbeidsmarkt voor specifiek de acute zorgberoepen zijn niet regionaal maar ook niet landelijk beschikbaar. RegioPlus heeft op basis van cijfers over de arbeidsmarkt van zorg en welzijn wel een analyse beschikbaar gesteld en waar mogelijk gespecificeerd voor de acute zorg. De verwachting voor zorg en welzijn als totaal is dat er in 2031 een arbeidsmarkttekort is van ruim 140.000 medewerkers. Vanuit de sectoranalyse volgen vier adviezen voor de acute zorg:

- 1. Bewaak de regionale capaciteit van de ondersteunende functies over de hele keten van de acute zorg, dus vanaf het moment van melding, via de huisartsenpraktijken- posten en SEH's tot aan de verdere ondersteuning vanuit de thuiszorg.*
- 2. Investeer in kennisontwikkeling van het personeel voor aandoeningen die voorheen vanuit de intramurale instellingen werden behandeld en verzorgd maar in de toekomst steeds vaker vanuit de thuissituatie opgepakt moeten worden.*
- 3. Zet in op ketenbrede triage, zodat cliënten/patiënten direct op de juiste plek komen en zo min mogelijk tijd van professionals innemen die hen niet verder kunnen helpen. Aansluiting met het sociaal domein is hierbij sterk aan te raden aangezien het risico anders ontstaat dat de capaciteit van de acute zorg gebruikt wordt voor het beantwoorden van sociaal-maatschappelijke vraagstuk zoals eenzaamheid onder ouderen.*
- 4. Vanuit de behoefte aan ketenbrede triage is ook het bewaken en investeren in capaciteit van doktersassistenten van groot belang. Ook in deze beroepsgroep worden grote tekorten voorspeld door ABF.*



3. Zorgaanbod | d. Ontwikkelingen en trends arbeidsmarkt acute zorg

Prognose capaciteitsorgaan acute zorgberoepen



Toelichting huidig en prognose fte

Voor alle beroepen die zijn meegenomen, is de verwachting op basis van demografie dat er meer fte nodig is in 2029. Ook in deze cijfers is terug te zien dat de verwachte groei in onze regio groter is dan landelijk gemiddeld. Voor ambulanceverpleegkundigen, IC-verpleegkundigen en IC neonatologieverpleegkundigen is de verwachte groei in onze regio zo'n 30%. Voor SEH verpleegkundigen is dit 20% en voor IC-kinderverpleegkundigen zelfs 50%. Daarnaast krijgen we naar verwachting te maken met een aanzienlijke uitstroom, mede door de leeftijdsopbouw van het personeelsbestand waardoor medewerkers uitstromen die met pensioen gaan.

Toelichting

De cijfers van het capaciteitsorgaan geven inzicht in de regionale prognose voor een beperkt aantal acute zorgberoepen.

Regionale cijfers voor overige acute zorgberoepen ontbreken. Daarvoor zullen aanvullende uitvragen bij de betrokken ketenpartners nodig zijn. Daarbij is vergelijkbaarheid en bruikbaarheid een aandachtspunt.



3. Zorgaanbod | d. Ontwikkelingen en trends arbeidsmarkt acute zorg

Personele capaciteit

Naast aandacht voor inzetbaarheid en behoud van personeel is het ook hier van groot belang om vanuit het perspectief van zorgprofessionals te bekijken wat ze nodig hebben om hun werk goed te kunnen blijven doen gegeven de veranderende patiëntenpopulatie met steeds complexere zorgvragen, waardoor er andere verantwoordelijkheden en rolinvulling van ze wordt verwacht.

In onze regio wordt onderzoek gedaan onder personeel in de acute zorg, in de PONTAC studie en door kwalitatief onderzoek "acute zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid". Uit interviews met zorgprofessionals blijkt dat ze niet voldoende toegerust zijn op de toenemende instroom van patiënten met complexe zorgvragen. Daarnaast hebben ze weinig invloed op het eigen werk. Dit leidt tot frustratie en onbenut potentieel.

Acute zorg is primair ingericht voor levensreddend handelen en kent een lineaire aanpak. De steeds grotere groep patiënten met meerdere complexe gezondheidsproblemen vraagt om een andere aanpak. In een advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving is aangegeven dat naast triage op urgentie, er ook een triage op enkelvoudige of meervoudige zorgvraag zou moeten komen. Daarmee kan de zorg beter worden afgestemd op de situatie van deze patiënten.





3. Zorgaanbod | d. Ontwikkelingen en trends arbeidsmarkt acute zorg

Personele capaciteit

In onze regio is voor de SEH's en de RAVU in 2019 in ROAZ/netwerk-verband onderzoek gedaan naar wat nodig is om te zorgen voor voldoende goed gekwalificeerd gespecialiseerd zorgpersoneel op de SEH en ambulance. Dit leidde tot het adviesrapport 'Samen zorgen voor Zorgprofessionals in de acute zorg' met aanbevelingen.

Verpleegkundigen en BMH-ers geven aan dat ze hun werk mooi vinden. Tegelijkertijd is er twijfel of ze het kunnen volhouden. Zowel fysiek als mentaal beoefenen ze een zwaar vak. Het advies is om aandacht te besteden aan hoe er goed voor deze zorgprofessionals gezorgd kan worden, zodat zij hun werk goed en duurzaam kunnen doen.

In het kader van dit adviesrapport vindt nu een verdiepingsonderzoek plaats bij de SEH's in onze regio.

Uit focusgroep onderzoek 'Samen Zorgen voor zorgprofessionals'

"Wat maakt werken in de acute zorg mooi?"

Afwisseling Vrijheid/autonomie
 Samenwerking Collegialiteit Professionele ontwikkeling
Goede patiëntenzorg
Kennis delen
Coördineren van zorg Patiëntencontact
 Humor

"Wat maakt dat je goede zorg kunt leveren?"

Goede samenwerking
 Ondersteuning door mantelzorg/familie
(Parate) kennis
Handzame protocollering
Waardering Kwaliteit artsen Goede (praktische) randvoorwaarden
Voldoende tijd Voldoende personeel

"Wat maakt werken in de acute zorg minder leuk?"

Onvoldoende steun management
Opstopping keten
 Beperkt tijd voor primaire proces
Weinig carrière perspectief **Hoge werkdruk**
Oneigenlijk gebruik acute zorg Personeelstekort Onervaren artsen
Geen goede zorg kunnen geven
Toename complexiteit van zorg Onveilig gevoel
Hoge psychosociale arbeidsbelasting

"Wat zorgt ervoor dat je geen goede zorg kunt geven?"

Opstopping keten Oneigenlijk gebruik acute zorg
Hoge werkdruk
Geen goede zorg kunnen geven
Personeelstekort **Administratieve last**
Toename complexiteit van zorg Onervaren artsen
Slechte randvoorwaarden
Inefficiënte communicatie

Inleiding

Zorggebruik

Zorgaanbod

Regionale samenwerking

Patiënt-groepen

Perspectief van patiënt

Conclusie



4. Regionale samenwerking



4. Regionale samenwerking

Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)

Bestuurlijk ROAZ: bestuurlijk overleg met keten- en samenwerkingspartners uit de gehele acute zorgketen. Maken afspraken over de toegankelijkheid en samenwerking in de keten.

Tactisch ROAZ: tactisch overleg met keten- en samenwerkingspartners uit de gehele acute zorgketen. Maken afspraken over de toegankelijkheid en samenwerking in de keten

Overige samenwerkingsverbanden

Samenwerking met andere partijen: RSO Trijn, Geneeskundige Hulpverlenings-Organisatie in de Regio (GHOR), Landelijk Netwerk Acute zorg (LNAZ)

Stroke netwerk Midden Nederland: samenwerkingsverband tussen neurologen uit 8 ziekenhuizen in Midden Nederland naast vier ziekenhuizen uit onze regio ook: Ziekenhuis St Jansdal, Ziekenhuis Rivierenland, Tergooi MC en Jeroen Bosch Ziekenhuis) met als doel het optimaliseren en stroomlijnen van de zorg voor patiënten met een herseninfarct of hersenbloeding.

GGZ: verschillende overleggen in regio, waaronder overleggen voor RAPO (Regeling acute psychiatrische opnemingen).

Focusgroepen

Provinciaal Overleg SEH (POSH): Deze focusgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van de RAVU en SEH's uit de regio. Het POSH richt zich op het stuk van de keten van eerste contact met meldkamer/ ambulancevoorziening tot en met de SEH.

Cardiologie: Deze focusgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van de RAVU en EHH en richt zich op het verbeteren van de zorg voor de cardiologische patiënten.

Acute Verloskunde: Deze focusgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van de Verloskundige Samenwerkings Verbanden (VSV), kraamzorg en zorgverzekeraar en richt zich op het verbeteren van de ketensamenwerking rondom de acute verloskunde.

Crisisbeheersing en Opleiden, Trainen en Oefenen: deze focusgroep is samengesteld uit vertegenwoordiger van ziekenhuizen, RAVU, GGZ, huisartsen, apothekers, GHOR en VVT en richt zich op het voorbereiden op een crisis en opleiden trainen en oefenen.

Infectieziektenbestrijding: Deze focusgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, GGD regio Utrecht, huisartsen en de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit en richt zich op infectieziektenbestrijding.



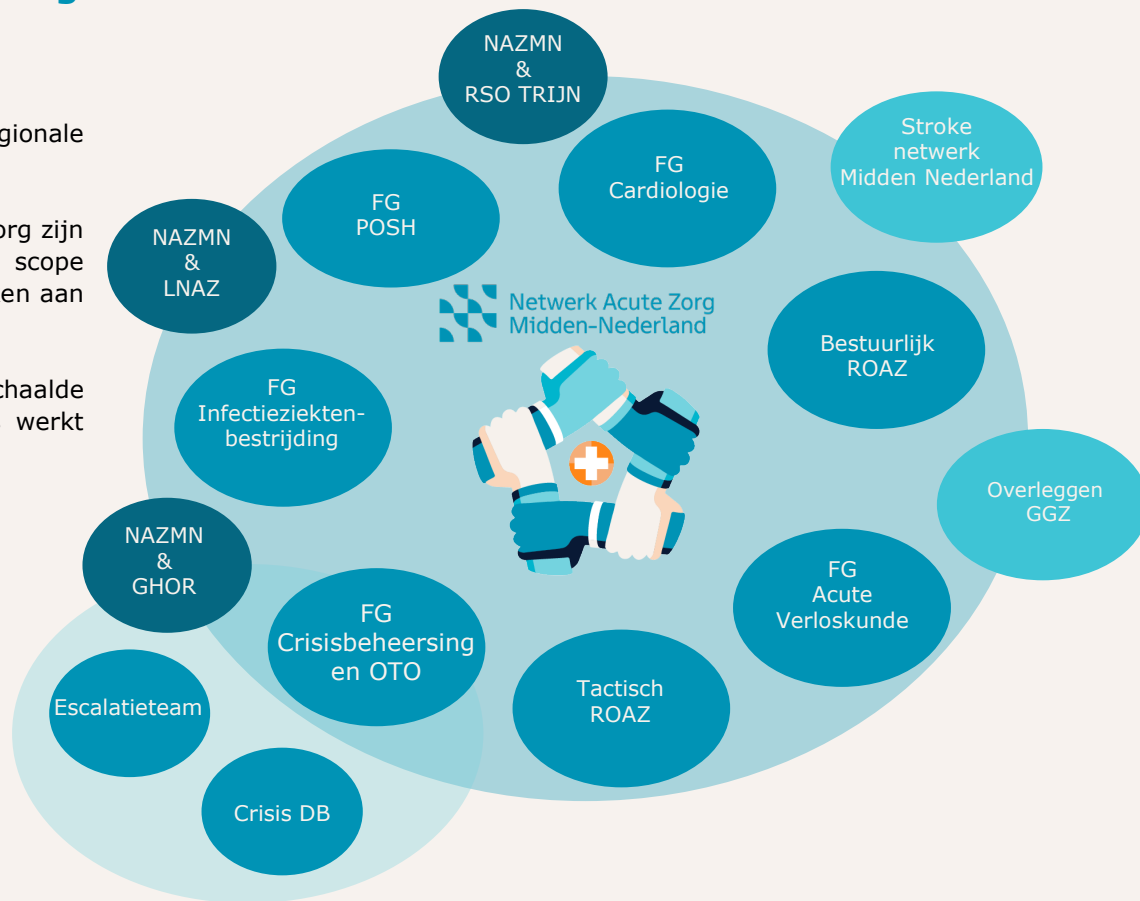
4. Regionale samenwerking

Toelichting

In de visualisatie hiernaast zijn de relevante regionale samenwerkingsverbanden weergegeven.

Naast regionale samenwerking binnen de acute zorg zijn er regionale samenwerkingsverbanden met een scope die breder is dan de acute zorg, maar die wel raken aan het domein van de acute zorg.

Het netwerk werkt op het gebied van opgeschaalde acute zorg nauw samen met de GHOR. Tevens werkt NAZM samen met LNAZ en Trijn.



5. Patiëntgroepen uitgelicht





5. Patiëntgroep uitgelicht: acute zorg voor patiënten met een beroerte

Zorgvraag

In 2021 waren er 2.138 patiënten in onze regio die in het ziekenhuis werden opgenomen voor een beroerte. Daarvan had 87% een herseninfarct en 13% een hersenbloeding.

Verwachte groei beroerte 28%

Twee derde van de patiënten die in het ziekenhuis komen met een beroerte (TIA, herseninfarct of hersenbloeding) is 65 jaar of ouder (bron: RIVM). Op basis van demografische ontwikkeling wordt een groei verwacht van 28% in 2033 ten opzichte van 2019.

Time = brain: doorlooptijden beroertezorg

In 2021 waren er 3.161 ambulance-inzetteren voor beroerte, waarvan 89% een A1 inzet was. De tijd tussen de melding en aankomst in het ziekenhuis was iets meer dan 38 minuten voor de A1 inzetten. Dit is korter dan het landelijk gemiddelde van ruim 41 minuten.

De mediane begin-tot-deur tijd bij patiënten met een herseninfarct varieert tussen de ziekenhuizen in de regio, met name in 2021. De mediane deur-tot-naald tijd voor intraveneuze trombolysie varieert van 25 tot 37 minuten per ziekenhuis.

Nazorg

In 2021 zijn er 181 patiënten met een CVA in de Hoogstraat geweest voor klinische revalidatie. Ruim 94% ging daarna weer zelfstandig wonen. Regionale cijfers over bestemming na ontslag uit het ziekenhuis zijn op dit moment nog niet bij elkaar gebracht.

Zorgaanbod

Er zijn 4 ziekenhuislocaties waar acute zorg wordt verleend aan patiënten met een beroerte: Diakonessenhuis, Meander Medisch Centrum, St. Antonius Nieuwegein en UMC Utrecht. In alle vier de ziekenhuizen wordt intraveneuze trombolysie (IVT) aangeboden. In het UMC Utrecht en St. Antonius Nieuwegein kan een intra arteriële thrombectomie (IAT) worden uitgevoerd. Patiënten met een intracerebrale bloeding met mogelijke indicatie neurochirurgie en patiënten met subarachnoïdale bloeding worden behandeld in het UMC Utrecht.

Regionale samenwerking

Het 'Strokenetwerk Midden Nederland' is een samenwerkingsverband tussen neurologen uit 8 ziekenhuizen met als doel het optimaliseren en stroomlijnen van de zorg voor patiënten met een herseninfarct of hersenbloeding. Dit netwerk is dus breder dan onze ROAZ regio. De neurologen streven ernaar zoveel mogelijk volgens dezelfde richtlijnen en afspraken te werken en hebben regelmatig overleg hierover.



5. Patiëntgroep uitgelicht: acute zorg voor patiënten met cardiologische klachten

Zorgvraag

Cijfers over de totale acute zorgvraag van cardiologische patiënten ontbreken op dit moment. Er zijn wel cijfers over een aantal subgroepen. Zo heeft de RAVU in 2021 826 ritten uitgevoerd voor patiënten met een STEMI (ST-elevatie Myocardinfarct). Op basis van declaratiedata is afgeleid dat er in onze regio jaarlijks meer dan 20.000 patiënten met pijn op de borst met een urgente zorgvraag in het ziekenhuis komen (niet alleen op de SEH). In 2021 werden door de ziekenhuizen in onze regio 3.353 PCI's uitgevoerd (totaal van gepland en urgent), bijna de helft daarvan in het St. Antonius Ziekenhuis.

Verwachte groei

De verwachting is dat het aantal patiënten dat met pijn op de borst met een urgente zorgvraag in het ziekenhuis komt de komende 10 jaar met 22% toeneemt. Deze prognose is gebaseerd op de leeftijdsverdeling van de huidige patiëntgroep, in combinatie met de demografische ontwikkelingen in onze regio.

Time = muscle: doorlooptijden STEMI

Voor STEMI is de tijdsduur van melding tot aankomst in het ziekenhuis van de RAVU onder de 43 minuten. Dit is 5 minuten sneller dan het landelijk gemiddelde.

Zorgaanbod

In het Diaconessenhuis, Meander Medisch Centrum en St. Antonius Nieuwegein is een eerste hart hulp (EHH), voor observatie van patiënten met (vermeende) acute cardiale aandoening. In het UMC Utrecht verloopt dit via de SEH. Onze regio heeft drie PCI centra (Percutane Coronaire Interventie, ofwel dotteren): Meander Medisch Centrum, St. Antonius Nieuwegein en UMC Utrecht.

Knelpunten toegang

Sinds het laatste kwartaal van 2022 worden ook bypasses op de eerste hart hulp (EHH) afgegeven. Dit gaat om de locaties St. Antonius Nieuwegein, Diaconessenhuis en Meander Medisch Centrum. Maandelijks wordt 50 tot meer dan 100 keer een bypass afgegeven voor een eerste harthulp in onze regio.

Regionale samenwerking

De focusgroep cardiologie is samengesteld uit vertegenwoordigers van de RAVU en EHH en richt zich op het verbeteren van de zorg voor de cardiologische patiënten.

Nazorg

Op dit moment is niet regionaal in beeld hoeveel patiënten met cardiologische klachten nazorg nodig heeft na een acute zorgvraag.



5. Patiëntgroep uitgelicht: acute zorg voor traumapatiënten

Zorgvraag

In 2022 werden er in onze regio 4.677 traumapatiënten opgenomen. Daarvan zijn er 485 (10%) ernstig gewond. Er is een piek te zien bij een aantal jongere leeftijdsgroepen, daarnaast neemt het aantal vanaf 40 jaar toe met de leeftijd. De gemiddelde verpleegduur in het ziekenhuis van alle traumapatiënten is 7 dagen. Van alle traumapatiënten zijn er jaarlijks ruim 1.000 patiënten met een geïsoleerde heupfractuur.

Verwachte groei

Het totale aantal traumapatiënten zal de komende 10 jaar naar verwachting met 21% groeien. Het aantal patiënten met een geïsoleerde heupfractuur groeit met 29%. Deze prognose is gebaseerd op de leeftijdsverdeling van de huidige patiëntgroep, in combinatie met de demografische ontwikkelingen in onze regio.

Volume en concentratie ernstig gewonden

In onze regio voldoet het traumacentrum (UMC Utrecht) aan de volumennorm, met een aantal multitraumapatiënten dat de afgelopen vijf jaar boven de 350 ligt. De concentratienorm, dat 90% van de multitraumapatiënten direct in het traumacentrum wordt gepresenteerd, wordt met 75% in 2022 niet gehaald. Er wordt een plan uitgewerkt om deze norm in de toekomst wel te kunnen halen.

Nazorg

24% van alle opgenomen traumapatiënten gaat na ontslag uit het ziekenhuis naar een revalidatiecentrum. Daarnaast gaat meer dan 5% naar een verpleeghuis. Van de patiënten met een geïsoleerde heupfractuur gaat meer dan de helft naar een revalidatiecentrum of verpleeghuis.

Zorgaanbod

Het UMC Utrecht is het traumacentrum in onze regio. Ernstig gewonde patiënten worden zo veel mogelijk behandeld in het hierin gespecialiseerde traumacentrum en bijvoorbeeld mensen met een gebroken heup in een van de andere ziekenhuizen.

Regionale samenwerking

De traumachirurgen van de ziekenhuizen in Midden-Nederland werken nauw samen. Dit doen zij om mensen die met letsel in een ziekenhuis terecht komen zo goed mogelijk zorg te geven. De 'Regionale Samenwerking Traumazorg' richt zich op het gebied van de patiëntenzorg, onderzoek en opleiding van artsen en verpleegkundigen. In onze regio wordt er kritisch gekeken naar wat er moet gebeuren om de 90%-norm te halen. De regionale triage wordt opnieuw bekeken en in kaart gebracht en op korte termijn vinden er gesprekken plaats met de ketenpartners over de ondertriage. Vanaf 1 januari 2025 moeten alle regio's kunnen voldoen aan de 90%-norm.



5. Patiëntgroep uitgelicht: geboortezorg

Zorgvraag

Er is een stijgende trend in het aantal geboortes in de ziekenhuizen in onze regio te zien in de afgelopen jaren. Het aandeel vrouwen dat in de tweede lijn bevalt is landelijk gezien 82% van de vrouwen die voor het eerst bevalt en 65% van de vrouwen die vaker zijn bevallen.

Verwachte groei

Het aantal geboortes in onze regio neemt de komende 10 jaar naar verwachting met 18% toe tot meer dan 19.000 geboortes per jaar.

Zorgaanbod

In de regio Midden-Nederland zijn 4 ziekenhuizen waar geboortezorg wordt verleend, dit zijn het St. Antonius Ziekenhuis Utrecht, Diakonessenhuis, Meander Medisch Centrum en Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ, UMC Utrecht). Alle ziekenhuizen hebben 2de lijns bevallingen en de mogelijkheid tot poliklinische 1e lijns bevallingen. Daarnaast is het ook mogelijk om met een verloskundige thuis te bevallen. In het Geboortehuis Utrecht naast het Diakonessenhuis vinden 1e lijns bevallingen plaats (verplaatste thuisbevalling). Het WKZ heeft gezien de academische functie ook 3de lijns bevallingen. Het WKZ heeft vanaf 1 januari 2023, geen 1e lijns praktijk meer.

Knelpunten toegang

Een aantal ziekenhuizen in onze regio registreert het aantal keren dat een aanvraag voor een plaats om te bevallen moet worden geweigerd. Dit aantal ligt gemiddeld tussen de 100 en 200 keer per maand. In de zomer van 2022 was een sterke piek te zien tot meer dan 500 in augustus. Wanneer er sprake is van een weigering bij het voorkeursziekenhuis, ondersteunt het zorgcoördinatiecentrum (ZCC) bij het vinden van een geschikt bed. Vanaf medio 2022 zijn via het ZCC 355 plaatsen gevonden, waarvan 70% in de regio.

Regionale samenwerking

De Focusgroep Acute Verloskunde is samengesteld uit vertegenwoordigers van de Verloskundige Samenwerkings Verbanden (VSV) en richt zich op het verbeteren van de ketensamenwerking rondom de acute verloskunde.

Er wordt binnen de regio zeer intensief samengewerkt om de capaciteitsproblemen het hoofd te bieden. Op operationeel niveau is er dagelijks overleg in de regio over de beschikbare capaciteit en verwachte instroom, met ondersteuning van het ZCC. De PLEK app geeft inzicht in beschikbare capaciteit en hoeveel vrouwen er in de 1e lijn aan het bevallen zijn. Daarnaast wordt een langere termijn prognose van het aantal geboortes gebruikt en is er 3 maandelijks een overzicht van de personele bezetting.

6. Perspectief van de patiënt



6. Perspectief van de patiënt

Betrekken van de patiënt bij acute zorg

Het betrekken van patiënten bij het onderzoek naar acute zorg en het doorvoeren van veranderingen in de inrichting van acute zorg, is een uitdaging. In principe is de doelgroep heel breed en betreft het alle inwoners. In ons geval alle ruim 1,5 miljoen inwoners van onze regio. Al deze inwoners kunnen potentieel een beroep doen op de acute zorg. Maar er is geen patiëntenvereniging voor mensen met een acute zorgvraag. Toch is het enorm waardevol en cruciaal om patiënten te betrekken, omdat dit leidt tot passende acute zorg: zorg die aansluit bij de behoeftes en ervaringen van patiënten.

Regionaal onderzoek naar ervaringen patiënten

In onze regio wordt onderzoek gedaan naar ervaringen van kwetsbare patiëntgroepen die in aanraking zijn geweest met de acute zorg. Ook worden patiënten betrokken in de uitvoering van het onderzoek zelf (patiënt participatie) en binnen het regionale onderzoeksconsortium. In deze projecten gaat het om ouderen met een kwetsbare gezondheid en psychisch ontregelde patiënten. Een belangrijke bevinding die uit dit onderzoek naar voren komt is het belang van het zien van de gehele mens. Bij patiënten met complexe multimorbiditeit is vaak meer nodig dan het oplossen van een acuut probleem; aandacht hiervoor kan onnodige zorg en onbedoelde schade voorkomen.



7. Conclusies en vervolg



7. Conclusies en vervolg | conclusie

Stijgende acute zorgvraag

Net als in de rest van Nederland staan we ook in de regio Midden-Nederland de komende tien jaar voor een forse uitdaging om de kwaliteit, toegankelijkheid en bereikbaarheid van de acute zorg te garanderen.

De bevolkingsgroei en vergrijzing zorgen voor een toename in de acute zorgvraag. Voor een aantal specifieke patiëntgroepen is een prognose gemaakt voor de toename: het aantal patiënten met een heupfractuur, beroerte en pijn op de borst maar ook het aantal geboortes zal onder andere toenemen. Wat dit precies betekent voor de gevraagde zorgcapaciteit, zowel voor de instroom als de doorstroom naar vervolgzorg moet verder worden uitgezocht.

Nadere analyse nodig

Voor veel andere patiëntgroepen is de aard en omvang van de toekomstige zorgvraag minder duidelijk. Hoe ziet bijvoorbeeld de acute zorgvraag voor GGZ er over 10 jaar uit? Maar ook voor een grote groep patiënten die met een minder eenduidige zorgvraag bij de huisarts of in het ziekenhuis komen is meer inzicht nodig. Wat is de aard en omvang van deze groep, en wat hebben deze patiënten nodig? Het is van belang om daarbij oog te hebben voor groepen waarbij de zorgvraag zich wellicht anders presenteert, bijvoorbeeld vrouwen met hartklachten. Die komen waarschijnlijk in de data niet altijd voor onder 'pijn op de borst'.

Van zorgcontacten naar patiënten

De meeste gegevens gaan over zorgcontacten van de losse schakels in de keten: de uitdaging is om meer zicht te krijgen op gegevens op patiëntniveau, door de hele zorgketen heen. Ook is de zorgzwaarte onvoldoende in beeld. Het is cruciaal om daar meer inzicht in te krijgen, om het zorgaanbod hier goed op te kunnen afstemmen. Hiervoor is nader onderzoek nodig. Niet alleen door aanvullende data analyse, maar ook bijvoorbeeld dossieronderzoek en interviews kunnen waardevol inzicht opleveren in de achterliggende zorgvraag en -behoefte. Dit geeft namelijk meer inzicht in de gehele mens, in plaats van een op zichzelf staand zorgcontact. Het verhaal achter de cijfers biedt aanknopingspunten voor de veranderingen die nodig zijn.



7. Conclusies en vervolg | conclusie

Voorkomen acute zorgvraag

De inzichten die in dit rapport zijn gepresenteerd laten zien dat het van groot belang is om in te zetten op preventie van de acute zorgvraag. We redden het niet meer alleen door bijvoorbeeld SEH's tijdelijk te ontzien bij een piek in de instroom met bypass afspraken. Simpelweg omdat de instroom in de toekomst overal toeneemt. De vraag is in welke gevallen en hoe kan worden voorkomen dat een zorgvraag acuut wordt? Het is daarbij van belang om oog te hebben voor kwetsbare groepen en verschillen binnen de regio, bijvoorbeeld in gezondheid en sociaal economische status. Ook al is de relatie tussen sociale factoren, gezondheid en specifiek de acute zorgvraag moeilijk te kwantificeren.

Regionaal inzicht knelpunten en capaciteit

Een aantal inzichten ontbreekt nog op regionaal niveau. Bijvoorbeeld de aard en omvang van knelpunten op de HAP en rond acute zorgvragen bij de huisarts. Over de VVT is nog weinig informatie beschikbaar. Deels doordat de specifieke doorstroom uit de acute zorg naar de VVT lastig te kwantificeren is, omdat dit voor de VVT onder de gehele instroom valt. Ook is een specificatie nodig van de personele capaciteit over de breedte van de acute zorgketen. Bijvoorbeeld over HAP triagisten aan het begin van de zorgketen en aan de kant van de uitstroom uit de acute zorgketen (VVT en revalidatie). Deze specificatie is nodig om de toekomstige vraag en het aanbod goed op elkaar te kunnen laten aansluiten.

Acute zorg staat niet op zich

Dit rapport is afgebakend op de acute zorg. Uiteraard is dit niet zo zwart-wit en is de acute zorg niet los te zien van de gehele zorg, maar ook niet van het sociaal domein. Ook hier speelt het belang van het oog hebben voor de patiënt als geheel, als mens. Goede samenwerking over de keten en domeinen heen is nodig om inzicht te krijgen in het functioneren van de keten.

Voortbouwen op bestaande samenwerking

Om de uitdagingen aan te gaan kunnen we als regio voortbouwen op de bestaande samenwerking binnen de acute zorg in onze regio. Gedurende de corona pandemie zijn de banden verder versterkt. Dit vertrouwen en elkaar helpen zijn een essentiële basis.



7. Conclusies en vervolg | vervolg

Vragen voor vervolganalyse

Op een aantal punten is nadere analyse van bestaande en aanvullende data nodig. We stellen voor om deze vragen in overleg met zorgprofessionals nader te specificeren, zodat we daar mee aan de slag kunnen. Aandachtspunt is daarbij uiteraard dat het geen extra administratieve belasting mag opleveren. Er is gelukkig veel mogelijk met de data die al beschikbaar is bij de ketenpartners. Hieronder is een aantal vragen voor vervolganalyse als voorbeeld opgenomen.

Capaciteit

- Wat betekent de stijging van specifieke patiëntgroepen (waaronder heupfractuur, beroerte, pijn op de borst, geboortes) voor zorgcapaciteit in gehele zorgketen?
- Wat is de benodigde ELV capaciteit in de regio om te kunnen voldoen aan de vraag, en wat levert dit op (voorkomen verkeerde bed problematiek en instroom acute zorg)?
- Meer inzicht in uitdagingen personele capaciteit (aansluiten bij bestaande projecten en die uitbouwen, bijvoorbeeld wat al loopt op SEH's, maar aanvullen met HAP triagisten, ELV etc.).

Knelpunten

- Wat zijn de belangrijkste knelpunten bij HAP/ huisartsenzorg?
- Hoe ziet de acute zorgvraag in de GGZ er over 10 jaar uit?

Specificatie zorgvraag

- Hoe kunnen we de instroom en doorstroom HAP, SEH en EHH op basis van beschikbare data nader analyseren?
- Hoe kunnen we de zorgvraag specificeren van groepen die met multimorbiditeit en een complexe zorgvraag een beroep op de acute zorg doen?
- Hoe kunnen we groepen in beeld krijgen die met minder eenduidige klachten in de acute zorg komen? Bijvoorbeeld: hoe presenteren vrouwen met hartklachten zich en hoe verhoudt dit zich tot de prognose voor pijn op de borst?
- Hoe kunnen we zorgzwaarte in kaart brengen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van data over diagnoses, medicatie, vervolgzorg en verpleegduur?
- Hoe krijgen we meer inzicht in de zorgvraag en -behoefte van de patiënt als geheel, bijvoorbeeld door dossieronderzoek en interviews?



Samen zorgen

Samen werken we aan een toekomstbestendige acute zorgketen. We hebben elkaar nodig om te zorgen dat we in onze regio iedereen acute zorg kunnen bieden.

