



ROAZ-beeld Euregio

Opgesteld in samenwerking met leden van ROAZ Euregio

Achtergrond en doel

ROAZ-beeld Euregio

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en een groot aantal partijen in de zorg hebben het **Integraal Zorgakkoord** (IZA) opgesteld met als doel om de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Eén van de onderdelen van het IZA is de samenwerking in de **acute zorg**. De kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg staan immers onder druk. Betrokken partijen hebben in het IZA met elkaar afspraken gemaakt om ook de acute zorg **toekomstbestendig** te maken.

Een opdracht die voortvloeit uit het IZA, is dat elk ROAZ een plan van aanpak opstelt voor de acute zorg in de regio. Dit plan van aanpak bestaat uit een ROAZ-beeld en ROAZ-plan. Het **doel van het ROAZ-beeld** is het identificeren van de ontwikkelingen in de zorgvraag en zorgaanbod, en de knelpunten in toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van acute zorg. Het ROAZ-plan beschrijft vervolgens op basis van het ROAZ-beeld wat de prioritaire opgaven zijn en de afspraken die regionale zorgpartijen maken om deze aan te pakken.

Voor u ligt het ROAZ-beeld van de Euregio, wat inzicht geeft in:

- Prognoses en ontwikkelingen in de **zorgbehoefte** en andere relevante informatie over de bevolking van de regio
- Het acute **zorgaanbod** in de regio en de kwaliteitscriteria die gelden in de acute zorg

Dit ROAZ-beeld vormt de basis voor het ROAZ-plan. Tijdens het opstellen van het ROAZ-beeld zijn er vanuit ketenpartners (inclusief inwoners) mogelijke prioritaire opgaven aangedragen voor het ROAZ-plan, deze suggesties worden meegegeven aan de werkgroep ROAZ-plan en zijn derhalve geen onderdeel van dit beeld.



Betrokken partijen














Het initiatief voor het opstellen van het ROAZ-beeld is genomen door de ROAZ-voorzitter samen met de marktleider zorgverzekeraars Menzis. De afgelopen periode is door Bureau Acute Zorg Euregio met ondersteuning van IG&H en in gezamenlijkheid met (een afvaardiging van) alle ketenpartners in het ROAZ gewerkt aan de invulling.

Het ROAZ beeld is gevalideerd vanuit de 'Werkgroep duiding ROAZ-beeld' met vertegenwoordiging vanuit relevante zorgaanbieders en zorgverzekeraars¹. Op specifieke thema's is ook input opgehaald bij bestaande expertgroepen of projectgroepen.

Sectoren	Betrokken organisaties
Huisartsenzorg	Huisartsenzorg Twente, Huisartsenzorg Oost-Achterhoek
Ambulancedienst	Ambulance Oost, Witte Kruis Noord Oost Gelderland
Medisch specialistische zorg	Medisch Spectrum Twente (MST), Ziekenhuisgroep Twente (ZGT), Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB), Revalidatiecentrum Roessingh
GGD/GHOR	GGD Noord-Oost Gelderland, GHOR Noord-Oost Gelderland, GGD Twente, GHOR Twente
GGZ	Mediant, Dimence, GGNet
Verloskundige zorg (1 ^e en 2 ^e lijn)	Kring Twentse Verloskundigen, Verloskundige Kring Oost-Achterhoek / VSV Oost-Achterhoek, 2e lijn via msz
VVT	Livio, Liberein, Zorggroep Manna, de Posten, Zorgaccent, Carintreggeland, TriviumMeulenbeltZorg, Zorggroep Sint Maarten Stichting Zorgcombinatie Marga Klompé, Sensire, Careaz
Apotheken	Twentse Apothekers Organisatie, Coöperatieve Apothekers Vereniging Oost Achterhoek
Zorgverzekeraar	Menzis, VGZ
Inwoners, patiënten en cliënten	Zorgbelang Overijssel

1. Zie bijlage A voor samenstelling van de werkgroep
Het ROAZ-beeld is opgesteld in samenwerking met IG&H

Inhoudsopgave

	<u>1. Belangrijkste inzichten</u>	p.5
	<u>2. Populatie</u>	p.7
	<u>3. Organisatie ROAZ Euregio</u>	p.18
	<u>4. Acute huisartsenzorg</u>	p.25
	<u>5. Acute zorg ambulancedienst en MMT</u>	p.50
	<u>6. Acute zorg in het ziekenhuis</u>	p.65
	<u>7. Acute verloskunde</u>	p.104
	<u>8. Tijdelijke verpleeghuiszorg en wijkverpleging i.r.t. acute zorg</u>	p.118
	<u>9. Acute GGZ</u>	p.129
	<u>10. Farmaceutische spoedzorg</u>	p.146
	<u>11. Regionale samenwerking</u>	p.153
	<u>12. Wensen aanvullende inzichten</u>	p.158
	<i>Bijlagen</i>	p.160



1. Belangrijkste inzichten



De Euregio

- 18 gemeenten met in totaal 764 duizend inwoners
- De bevolkingsomvang van de Euregio zal naar verwachting met 2% zijn gekrompen in 2040
- Gezondheids- en sociale kenmerken verschillen tussen gemeenten in de Euregio. Almelo en Enschede zijn relatief vaak gemeenten die negatief beeld laten zien op deze kenmerken, terwijl gemeenten Tubbergen en Dinkelland relatief vaak positief naar voren komen

Vergrijst sterk

- De vergrijzing treedt stevig op in de Euregio: tussen 2012 en 2040 stijgt het aandeel 65-plussers van 22% naar 29%
- Prevalentie van veel aandoeningen zal toenemen; bijv.
 - Aantal mensen met dementie stijgt met ongeveer 40%
 - Aantal mensen met één of meer chronische aandoeningen stijgt met resp. 5% en 13%
 - Aantal mensen met coronaire hartziekten en beroerte stijgen beide met ~25%



Belangrijkste inzichten



Zorgvraag door ouderen zal naar verwachting toenemen, in ieder geval terug te zien in prognose voor spoedeisende zorgvragen in de medisch specialistische zorg

Door vergrijzing en door een toename in prevalentie van chronische aandoeningen zal naar verwachting de zorgvraag door ouderen toenemen. Op dit moment zijn ouderen op de SEH en bij ambulance-inzetten oververtegenwoordigd. Het aantal spoedeisende zorgvragen zal in 2040 in de medisch specialistische zorg naar verwachting met 9% toenemen (excl. contacten rondom zwangerschap en bevallingen)

Onderbouwing en verdieping op [pagina 10,17, 57, 75](#)



Ondanks ontbreken regio-specifieke beramingen, verwachting dat arbeidsmarkttekort toeneemt

Specifieke beramingen over tekorten in de Euregio zijn niet beschikbaar. Echter wijzen de daling van de beschikbare arbeidspopulatie, stijging van het aandeel ouderen en huidige tekorten, op een toename van het arbeidsmarkttekort. In de Euregio krimpt het aantal inwoners in de werkende leeftijd t.o.v. het aantal 65-plussers fors. Daarnaast worden arbeidsmarkttekorten momenteel in de dagelijkse praktijk ervaren binnen meerdere sectoren

Onderbouwing en verdieping op [pagina 10, 15, 31, 55, 103, 109, 128, 152](#)



Onvolledig beeld bij zorgstromen in de transferketen in relatie tot acute zorg

Op dit moment zien we dat er onvoldoende data en uniforme registratie is om een goed beeld te krijgen bij de transferketen van o.a. de huisartsenzorg, de ziekenhuiszorg en de VVT-sector. In het licht van effecten op andere ketenpartners en om goede analyses te kunnen doen op ervaren knelpunten rondom transfertmomenten, vraagt verdere verdieping aandacht

Onderbouwing en verdieping op [pagina 128, 159](#)

2. Populatie

2.1 Demografie

2.2 Gezondheidskenmerken

2.3 Sociale determinanten

2.4 Prognose

NB: GGD-data betreft jaar 2020. Op 20 juni 2023 publiceert de GGD de geüpdatete data, verwerking en regionale validatie was vóór 30 juni niet mogelijk





2.1 Demografie – inwoneraantallen

Enschede is met ~160.000 inwoners grootste gemeente in Euregio, Tubbergen en Losser kleinste gemeenten

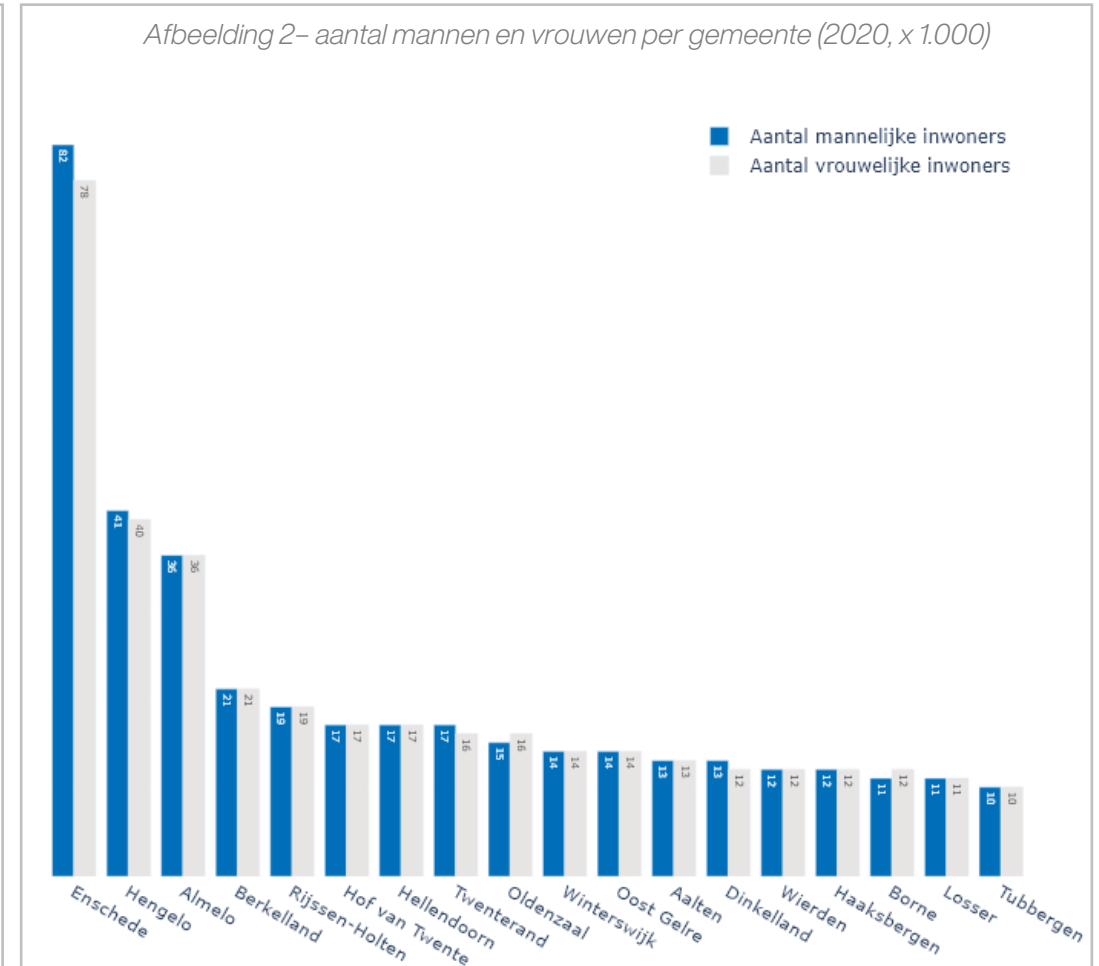
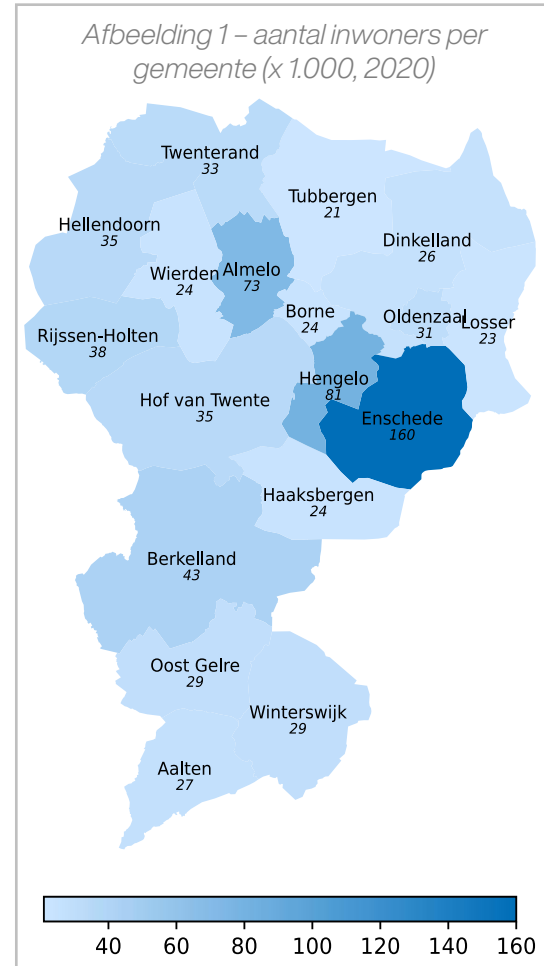
Toelichting

Afbeelding 1

- Enschede is met ~160.000 inwoners de grootste gemeente, gevolgd door Hengelo met ~81.000 inwoners
- De kleinste drie gemeenten uit de regio zijn Tubbergen (~21.000 inwoners), Losser (~23.000 inwoners) en Borne (~24.000 inwoners)

Afbeelding 2

- Enschede kent een relatief groot verschil tussen aantal vrouwelijke en mannelijke inwoners (4,5% meer mannelijke inwoners)
- Oldenzaal heeft de meeste vrouwelijke inwoners ten opzichte van mannelijke inwoners





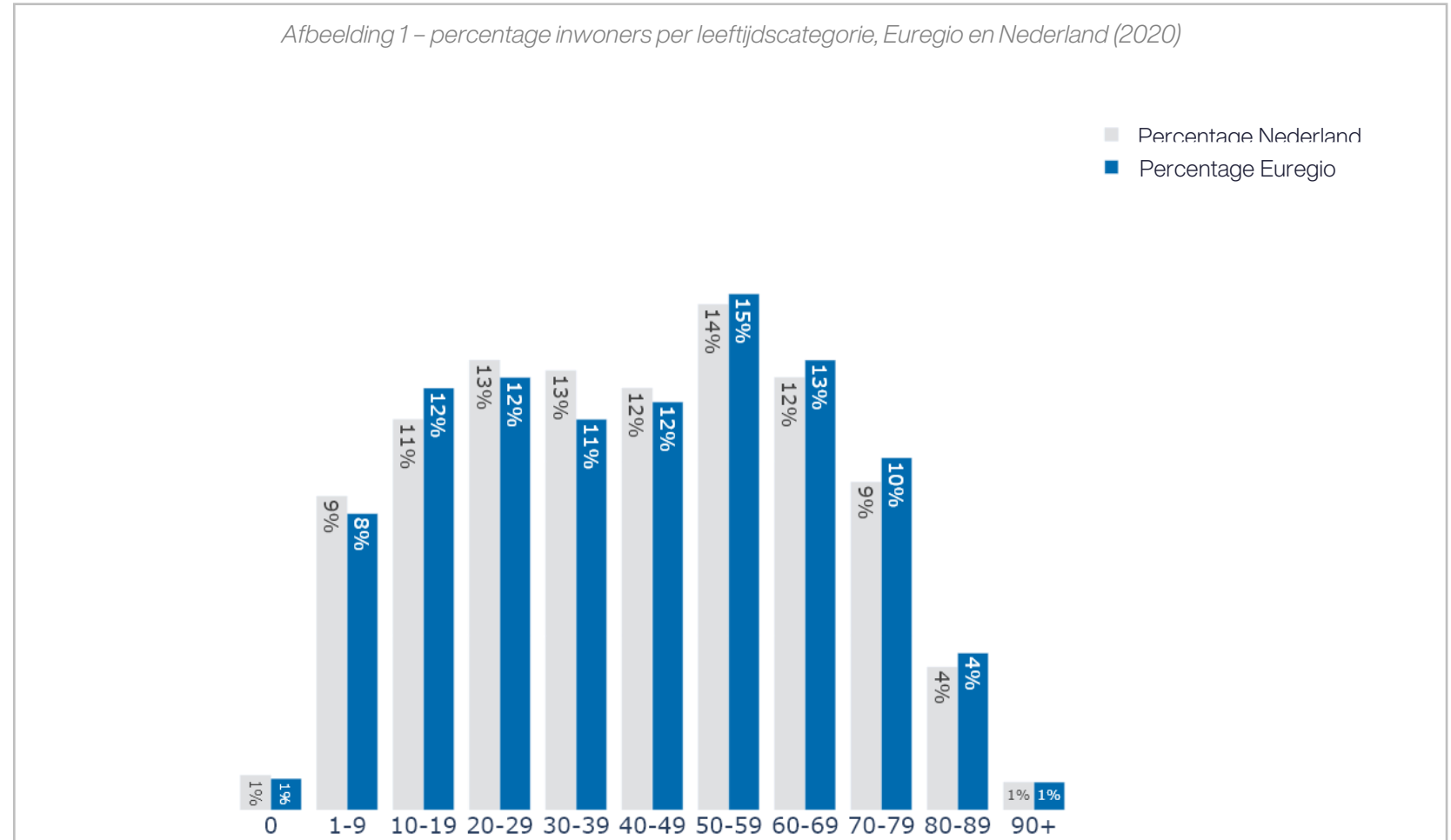
2.1 Demografie – leeftijdsverdeling

In vergelijking met het Nederlands gemiddelde, is Euregio sterker vergrijst

Toelichting

Afbeelding 1

- Het aandeel inwoners tussen de 50 en 89 jaar ligt in de Euregio hoger dan landelijk
- In de Euregio wonen relatief veel 10- tot 19-jarigen in vergelijking met landelijk
- Er zijn relatief minder 20- tot 49-jarigen in de Euregio vergeleken met Nederland





2.1 Demografie – leeftijdsverdeling

De bevolkingsomvang in de Euregio krimpt, en vergrijsst sterker dan landelijk

Toelichting

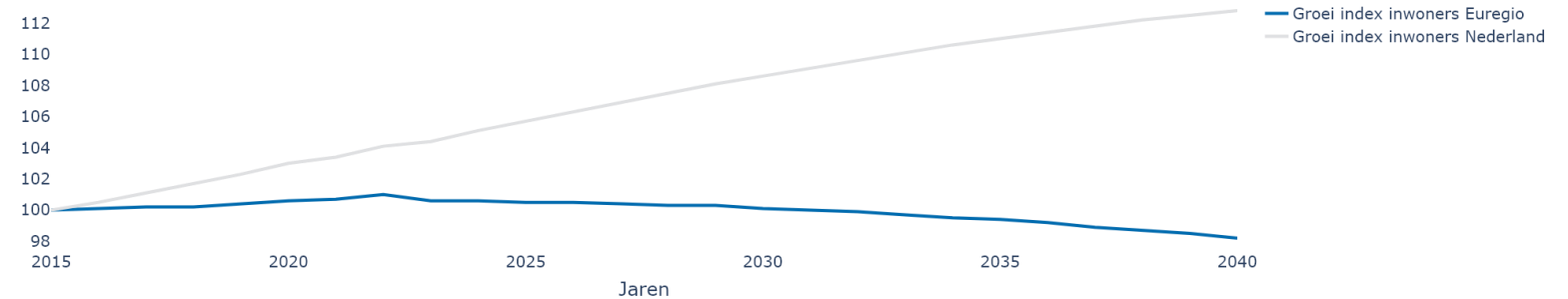
Afbeelding 1

- Bij de prognose bevolkingsontwikkeling wordt rekening gehouden met de natuurlijke aanwas en het buitenlandse migratiesaldo. Waarbij de migratie veel onzekerheden meebrengt en de huidige toestroom vanuit Oekraïne nog niet is meegenomen
- De bevolkingsomvang laat in de Euregio een krimp zien, waarbij de prognose voor 2040 is dat het aantal inwoners nog 98% is van de bevolkingsomvang in 2015
- De bevolking in Nederland laat een groei zien (112% in 2040)

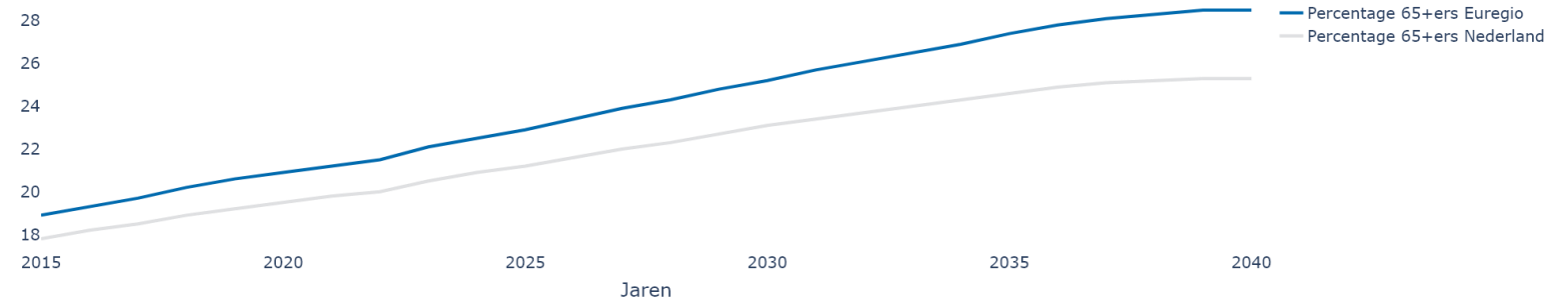
Afbeelding 2

- Zowel Nederland als de Euregio laat een stijging zien in het aandeel 65-plussers. De voorspelde bevolkingskrimp is opgenomen in de prognose van 65-plussers
- De stijging in Euregio (van 21,5% in 2022 naar 28,5% in 2040) is in vergelijking met landelijk (van 20% naar 25,3%) groter
- De vergrijzing in de Euregio kan mogelijk resulteren in een veranderende zorgvraag

Afbeelding 1 – prognose van de bevolkingsontwikkeling, Euregio en Nederland (2020)



Afbeelding 2 – prognose aandeel 65-plussers, Euregio en Nederland(2020)





2.2 Gezondheidskenmerken – gezondheid

Relatief veel inwoners uit Almelo scoren laag op gezondheidskenmerken

Toelichting

Afbeelding 1

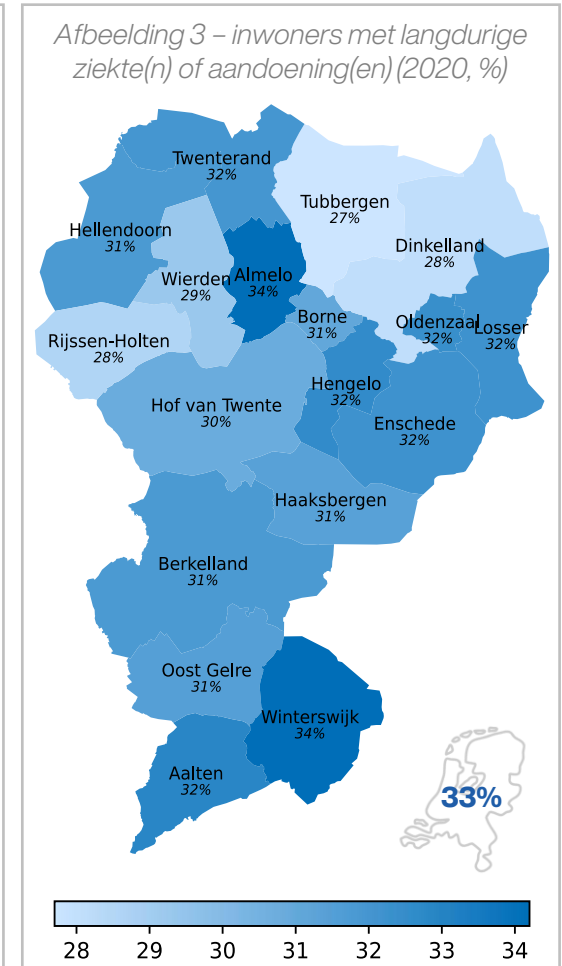
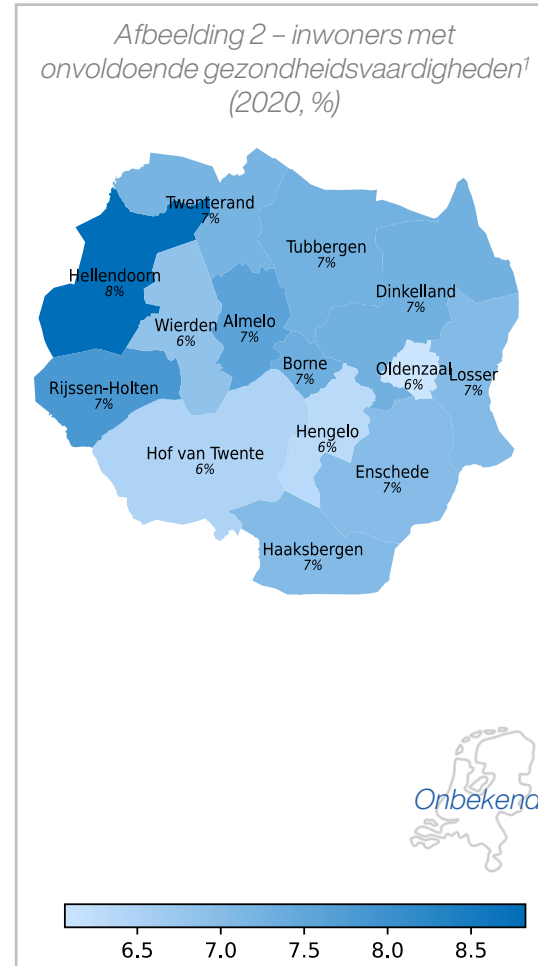
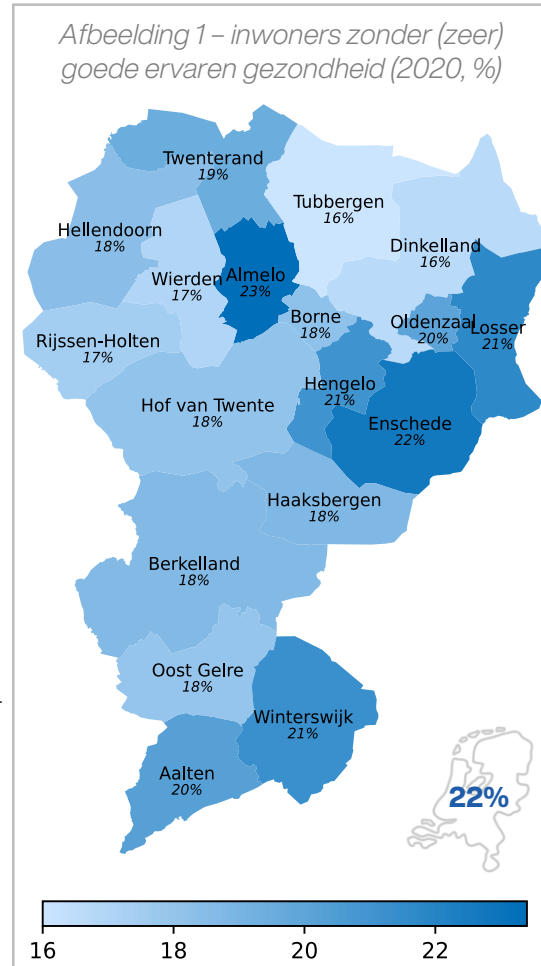
- In Nederland ervaart 22% van de bevolking geen goede gezondheid, Euregio scoort in 16 van de 18 gemeenten beter
- In Almelo en Enschede ervaren de meeste inwoners geen goede gezondheid, deze gemeenten scoren op of boven landelijk
- NB: data uit 2023 laat negatiever beeld van de Euregio zien t.o.v. landelijk, n.t.b. hoe hier in het ROAZ-plan mee om te gaan

Afbeelding 2

- Geen gegevens Oost-Achterhoek
- Hellendoorn heeft het hoogste percentage (8%) inwoners met onvoldoende gezondheidsvaardigheden

Afbeelding 3

- 33% van de Nederlanders heeft één of meer langdurige ziektes of aandoeningen
- In Tubbergen hebben de minste inwoners één of meer langdurige ziekten of aandoeningen (27%)
- Almelo en Winterswijk hebben de meeste inwoners met één of meer langdurige ziekten of aandoeningen (34%), dit is boven het landelijke gemiddelde



Bron: data RIVM en GGD, analyse IG&H

1. Gezondheidsvaardigheden zijn vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen 11



2.2 Gezondheidskenmerken – leefstijl

Tubbergen en Dinkelland gezondste leefstijl i.r.t. overgewicht en roken, Almelo i.r.t. alcoholgebruik

Toelichting

Afbeelding 1

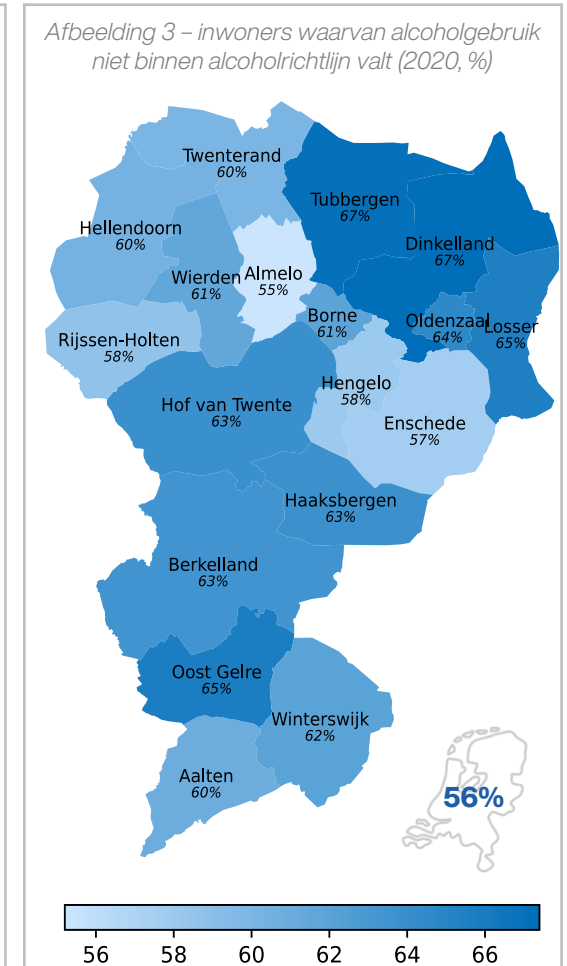
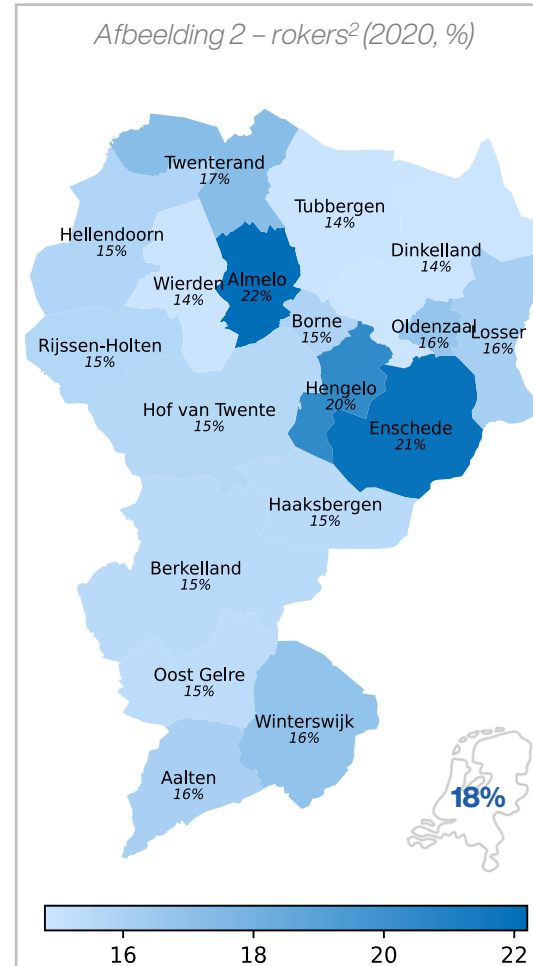
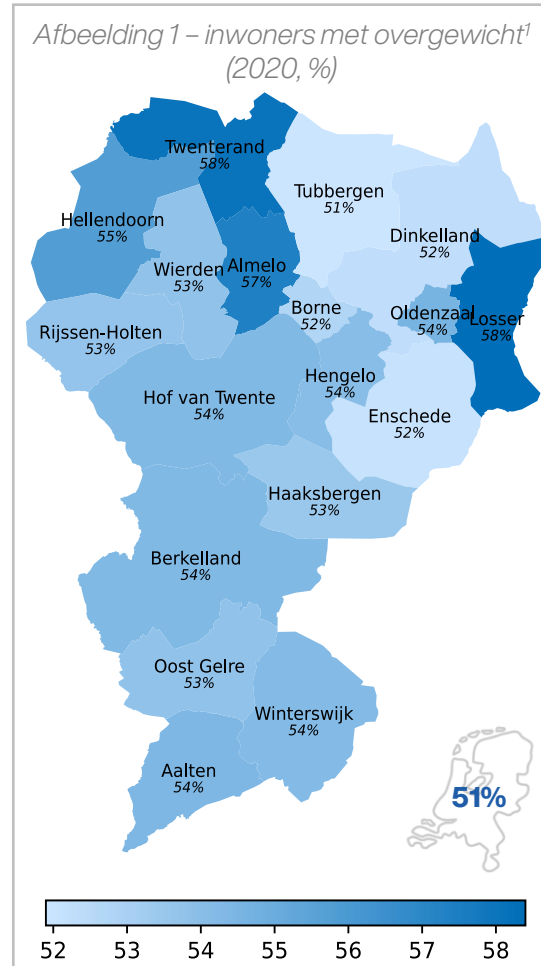
- In de gemeenten uit de Euregio heeft 51% tot 58% van de inwoners overgewicht, alle gemeenten zitten dus op of boven het Nederlandse gemiddelde van 51%
- Losser en Twenterand zijn de gemeenten waar overgewicht het meest voorkomt
- Tubbergen is de gemeente met het minste overgewicht, gevolgd door Dinkelland, Borne en Enschede

Afbeelding 2

- In Nederland rookt 18% van de inwoners
- In Tubbergen, Wierden en Dinkelland roken de minste inwoners (14%)
- Almelo en Enschede hebben de meeste rokers (resp. 22% en 21%)

Afbeelding 3

- 56% van de Nederlanders voldoet niet aan de alcoholrichtlijn
- Tubbergen en Dinkelland hebben de meeste inwoners die niet voldoen aan de alcoholrichtlijn (67%)
- Almelo heeft de minste mensen die niet voldoen aan de alcoholrichtlijn (55%)



Bron: data RIVM, analyse IG&H

1. BMI hoger dan 25 kg/m²; 2. Zelfregistratie vanaf ten minste “wel eens roken”, excl. e-sigaret; 3. Binnen de alcoholrichtlijn betreft geen of maximaal één glas alcohol per dag **12**



2.2 Gezondheidskenmerken – ouderen

Wisselend beeld tussen gemeenten; meerdere gemeenten springen er één of twee keer negatief uit

Toelichting

Afbeelding 1

- De gemeenten Enschede, Almelo en Hengelo hebben het grootste aandeel (32-33%) ouderen met een broze gezondheid
- De gemeenten Oost Gelre en Berkelland hebben het kleinste aandeel (25-26%) ouderen met een broze gezondheid

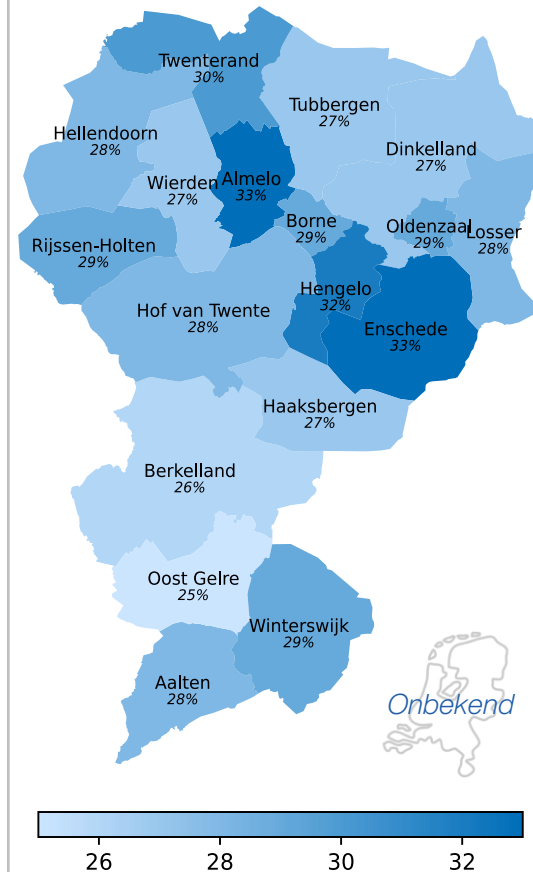
Afbeelding 2

- Twenterand en Aalten hebben het hoogste percentage (28%) ouderen die vinden dat ze niet toekomstbestendig wonen
- In Tubbergen is dit percentage (20%) het laagst

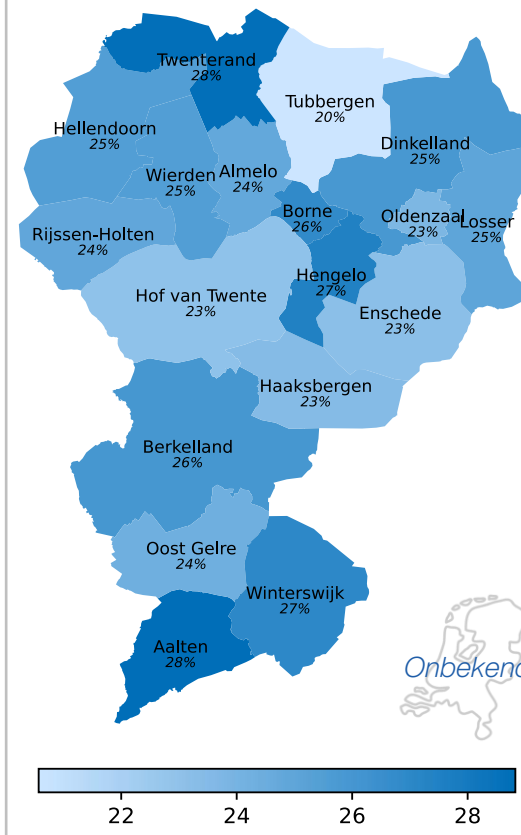
Afbeelding 3

- Enschede en Rijssen-Holtén hebben grootste aandeel (18-19%) ouderen die mantelzorg krijgen
- Kleinste aandeel (12%) ouderen met mantelzorg in de gemeente Winterswijk.

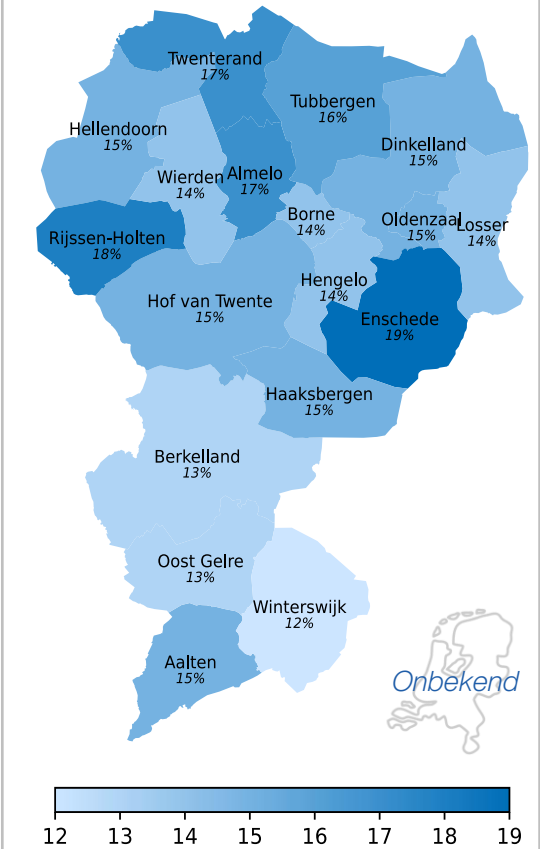
Afbeelding 1 – ouderen (70-plussers) met een broze gezondheid¹(2020, %)



Afbeelding 2 – ouderen (70-plussers) die vinden dat hun woning niet geschikt is om oud in te worden (2020, %)



Afbeelding 3 – ouderen (70-plussers) die mantelzorg ontvangen (2020, %)



Bron: data GGD, analyse IG&H

1. Broze gezondheid verwijst naar een toenemende kwetsbaarheid bij ouderen doordat er sprake is van een verminderde 'reservcapaciteit'. 13



2.2 Gezondheidskenmerken – mentale gezondheid

Almelo en Enschede scoren relatief laag op mentale gezondheid, Tubbergen relatief hoog

Toelichting

Afbeelding 1

- De gemeenten Enschede en Almelo hebben het hoogste percentage (7-8%) inwoners met een hoog risico op angststoornis of depressie

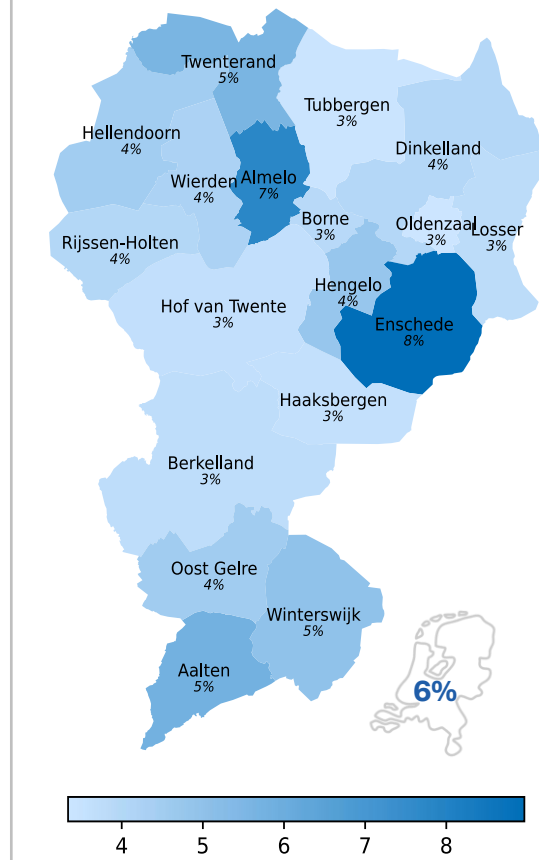
Afbeelding 2

- In Nederland ervaart 18% van de inwoners stress, inwoners in de Euregio ervaren gelijke of minder stress
- In Tubbergen en Dinkelland ervaren de minste inwoners stress (11%)
- In Enschede ervaren de meeste inwoners stress (18%)

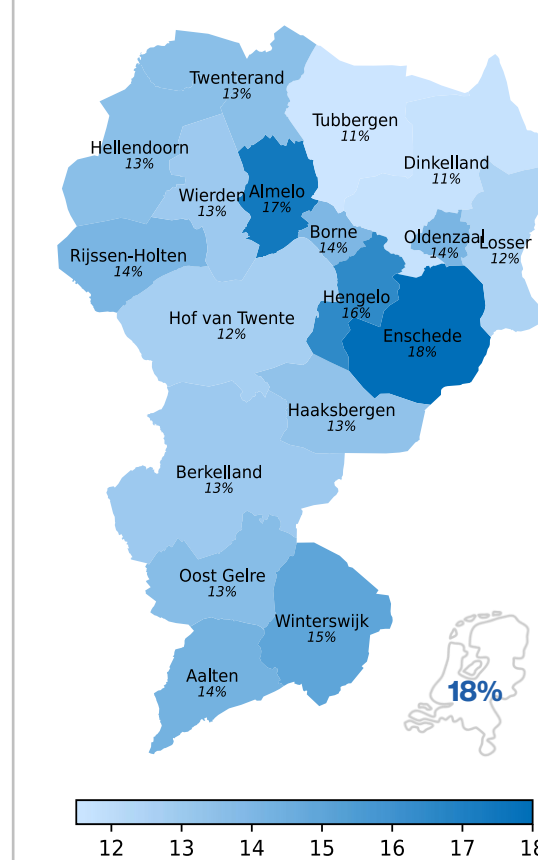
Afbeelding 3

- Enschede en Almelo hebben het grootste aandeel (51%) inwoners die zich eenzaam voelen
- Tubbergen en Dinkelland hebben het kleinste aandeel (38%) inwoners die zich eenzaam voelen

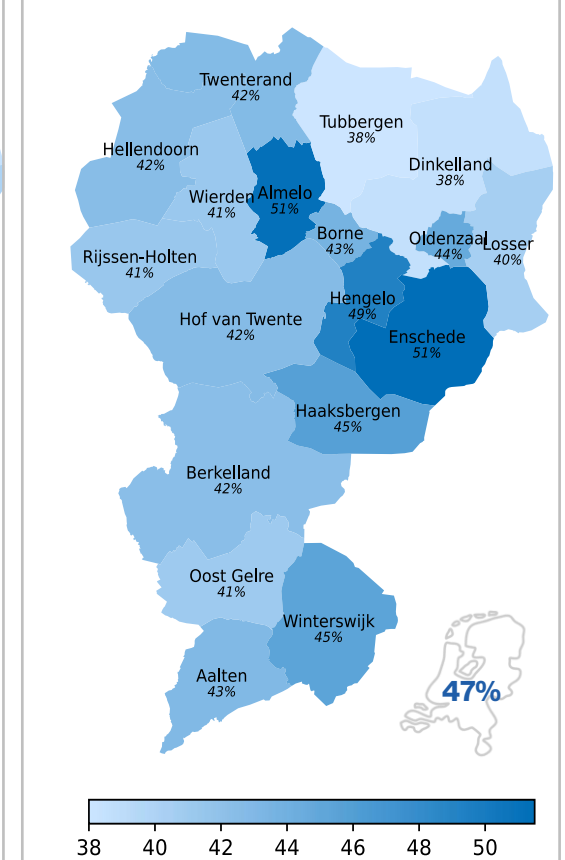
Afbeelding 1 – Inwoners met hoog risico op angststoornis of depressie (2020, %)



Afbeelding 2 – inwoners die (veel) stress ervaren¹ (2020, %)



Afbeelding 3 – inwoners die zich eenzaam voelen² (2020, %)



Bron: data RIVM en GGD, analyse IG&H

1. Inwoner die binnen 4 weken voor de survey (heel) veel stress ervaart; ; 2. O.b.v. de eenzaamheidsenquête (>3 van de 11 antwoorden ongunstig) 14



2.3 Sociale determinanten – sociaal economische status

SES-WOA in Hengelo, Almelo en Enschede negatief

Definities

Sociaal Economische Gezondheidsverschillen (SEGV)

De sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) worden bepaald o.b.v. opleiding, inkomen en positie op de arbeidsmarkt. Dit zijn systematische verschillen in gezondheid en levensverwachting, afhankelijk van iemands positie in de maatschappij

Sociaal Economische Status incl. gegevens over Welvaart Opleidingsniveau en Arbeidsverleden (SES-WOA)

Recent is de SES-WOA ingevoerd. De SES-WOA geeft inzicht in gegevens over financiële welvaart (W), opleidingsniveau (O) en recent arbeidsverleden (A) van de huishoudens in de betreffende regio.

Op www.regiobeeld.nl maakt gebruik van SES-WOA. In onderzoeken worden beide definities nog gebruikt

Relatie tot (acute) zorg

SES in relatie tot (chronische) ziekten

- (Chronische) ziekten komen vaker voor bij groepen met een lager opleidingsniveau
- Angststoornissen, depressie en stemmingsstoornissen, COPD en Astma komen vaker voor in deze groep
- Diabetes komt voor bij 14% van de inwoners die alleen basisonderwijs hebben gevolgd, tegenover 3% van de inwoners met een HBO of WO opleiding

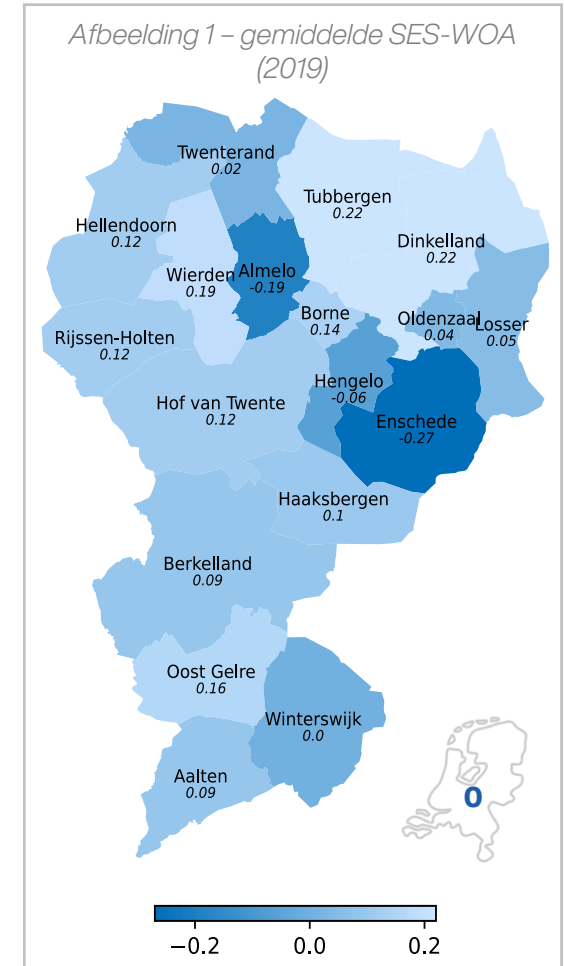
SES in relatie tot zorggebruik

- Uit onderzoek blijkt dat lage opleidings- en inkomensgroepen meer zorg gebruiken¹
- Een ander onderzoek geeft inzicht in het gebruik van de HAP in relatie tot de SES. Uit deze studie blijkt dat het zorggebruik toeneemt naarmate de SES afneemt²

SES-WOA in de regio

SES-WOA op gemeenteniveau

- Positieve SES-WOA op gemeenteniveau geeft geen zicht op evt. afwijkende wijken
- Enschede, Almelo en Hengelo hebben een negatieve SES-WOA en scores daarmee lager dan het Nederlands gemiddelde
- Winterswijk ligt op het Nederlands gemiddelde
- Alle andere 14 gemeenten hebben een hogere SES-WOA



Bron: data CBS

1. Loef, B., Meulman, I., Herber, G.C.M. *et al.* Socioeconomic differences in healthcare expenditure and utilization in The Netherlands. *BMC Health Serv Res* 21, 643 (2021)

2. Jansen, T. (2020). Mind the safety net: Socioeconomic inequalities in out-of-hours primary care use. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam].



2.4 Prognose – prognose tot 2030 voor aandoeningen Euregio

Verwachte groei in aantal personen met één of meer aandoeningen en bijna alle onderstaande ziektebeelden

Toelichting

Afbeelding 1

- Het aantal personen met één of meerdere aandoeningen in de Euregio zal de komende jaren toenemen (resp. 5 en 13%)
- Relatief grotere toename in aantal personen met twee of meer aandoeningen

Afbeelding 2

- De prognose is dat het aantal gevallen van alle vijf de genoemde ziektebeelden de komende jaren zullen toenemen
- Het aantal mensen met coronaire hartziekten of met een beroerte stijgt tussen 2015 en 2030 met ongeveer 25%

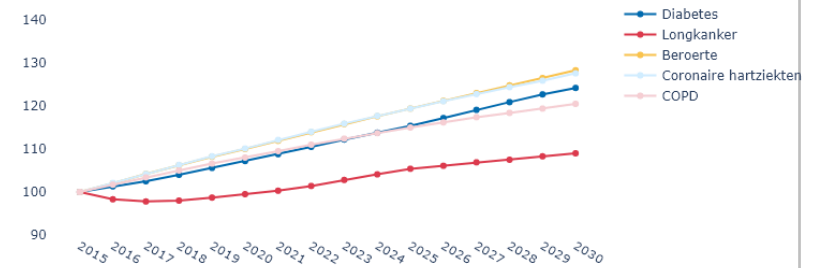
Afbeelding 3

- Sinds 2015 is er een sterke stijging te zien in het aantal personen met dementie, van 2015 tot 2030 met ongeveer 40%.
- Het aantal personen met een angststoornis zal dalen, mogelijke verklaring hiervoor is de verandering van de samenstelling van de populatie (minder inwoners in de leeftijd tussen 18 en 65 jaar, waar mentale problemen het vaakst voorkomen)

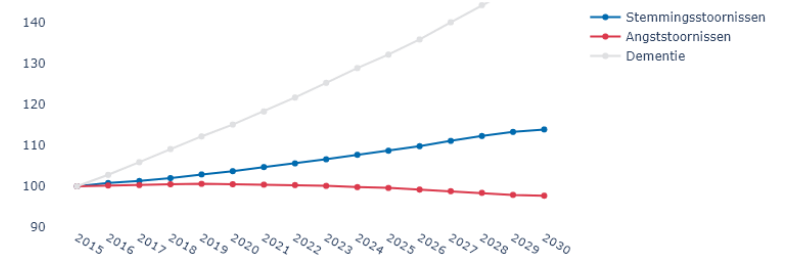
Afbeelding 1 – aantal personen met één of twee of meer aandoeningen in de Euregio (X1.000)



Afbeelding 2 – prognose voor ontwikkeling in aantal personen met ziektes in de Euregio, index met basisjaar 2015



Afbeelding 3 – prognose voor ontwikkeling in aantal personen met ziektes in de Euregio, index met basisjaar 2015

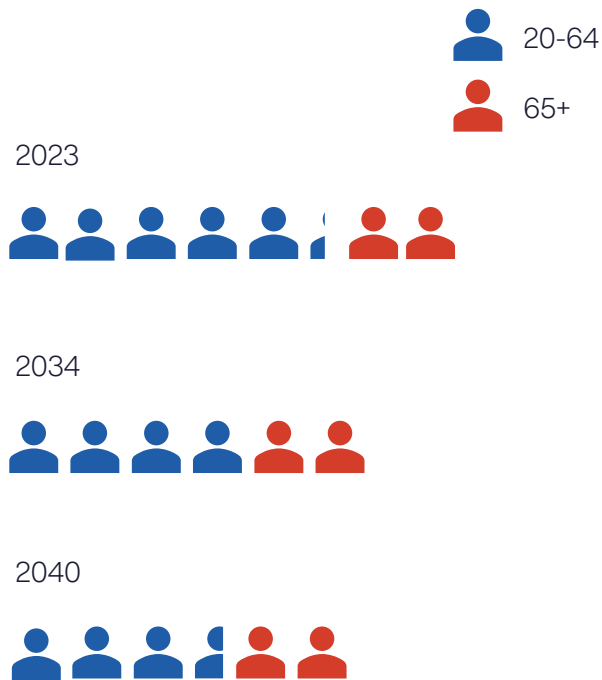




2.4 Prognose – ontwikkelingen in de werkende populatie

Werkende populatie in Euregio kleiner aandeel van de populatie in vergelijking met landelijk

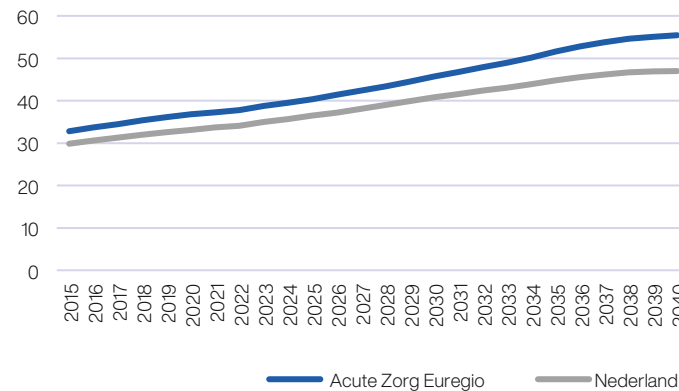
Afbeelding 1 – verwachte verdeling productieve leeftijdsgroep en 65-plussers (2023-2040)



Toelichting

- Grijs druk geeft de verhouding tussen het aantal personen van 65 jaar of ouder en het aantal personen van 20 tot 65 jaar weer. Dit cijfer laat de verhouding tussen de ouderen en de productieve leeftijdsgroep (20-64 jarigen) zien.
- In Nederland gaat de grijze druk tussen 2023 en 2040 van 35% naar 47%. In de Euregio gaat de grijze druk van 39% naar 55%. Dit betekent dat er een relatief grotere stijging in grijze druk is in de Euregio vergeleken met Nederland.
- In 2023 zijn er 2 ouderen voor 5.2 werkenden in de Euregio, in 2040 zal dit dalen naar 3.6 werkenden (-31%) (afbeelding 1). Deze verschuiving zal resulteren in een grotere belasting van de acute zorg

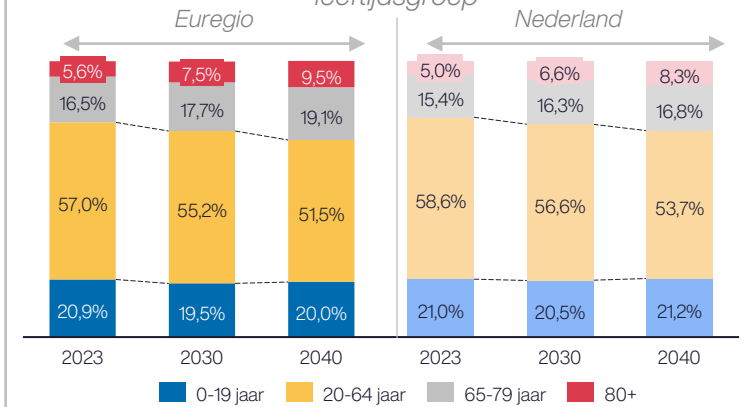
Afbeelding 2 – prognose grijze druk in Euregio en Nederland



Toelichting

- Het aandeel in de productieve leeftijdsgroep (20- 64 jarigen) in Nederland gaat van 59% in 2023 naar 54% in 2040, in de Euregio gaat het aandeel van 57% in 2023 naar 52% in 2040

Afbeelding 3 – ontwikkeling bevolkingsamenstelling per leeftijdsgroep



3. Bureau Acute Zorg Euregio

3.1 Organisatie

3.2 Kwaliteitskader spoedzorgketen





3.1 ROAZ Euregio

Herijking van ambities en versterking van samenwerking in de organisatie van ROAZ Euregio

Samenstelling en organisatie van ROAZ

In 2022 is er binnen ROAZ Euregio gewerkt aan het herijken van de ambities voor de komende jaren. Het ROAZ faciliteert samenwerking tussen alle zorgaanbieders. Deze inspanningen waren nodig vanwege recente en komende ontwikkelingen die een impact hebben op de taak en positie van het ROAZ.

- Belangrijke ontwikkeling is de verbreding van het werkveld van het ROAZ
- Lessen uit de COVID-periode en versterking van bestaande samenwerkingen zijn vertaald naar nieuwe missies en ambities
- De uitvoering en de structuur van het ROAZ is vastgesteld met de ketenpartners tijdens een netwerkbijeenkomst. Het ROAZ bestaat uit drie lagen: een bestuurlijke laag (bestuurlijk ROAZ), een tactische laag (tactisch ROAZ) en een operationele laag (expert- en projectgroepen). Bureau Acute Zorg Euregio ondersteunt al deze lagen afhankelijk van de taak en opdracht (zie afbeelding 1)
- De input van patiënten en burgers is op dit moment nog niet structureel geborgd. Hier dient in algemene zin verkenning op plaats te vinden.

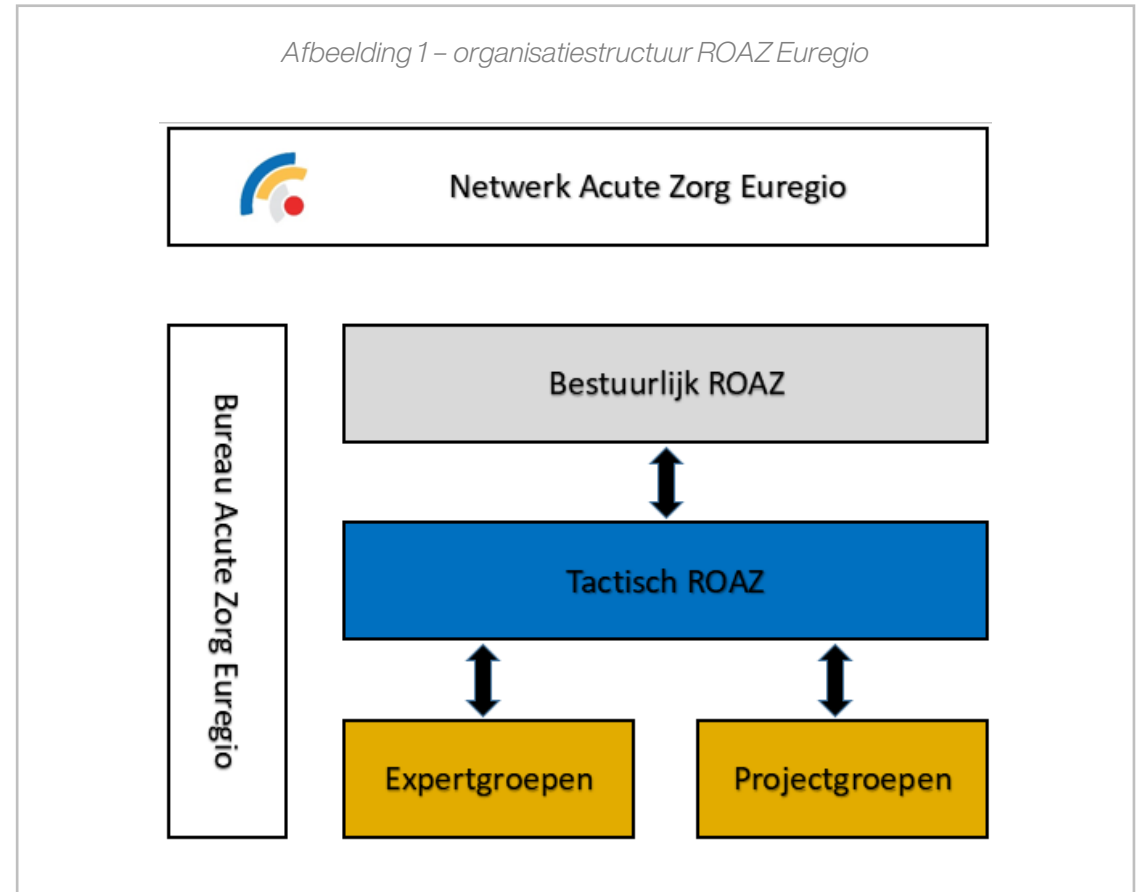


De acties en voorwaarden voor het behalen van de ambities worden verwerkt in de jaarplannen en belegd bij diverse expert- en projectgroepen.



De belangrijkste aanpassing in de structuur zijn de versimpeling en duidelijkere afbakening van taken en verantwoordelijkheden van de vertegenwoordigers in het ROAZ.

Afbeelding 1 – organisatiestructuur ROAZ Euregio





3.1 Expertgroepen

Kwaliteitsborging en verbetering van de acute zorg door samenwerking en kennisdeling

Expertgroepen zijn binnen ROAZ Euregio gremia waar vanuit de zorginhoud met betrokken professionals in de acute keten aandacht is voor het borgen en waar nodig verbeteren van de kwaliteit van de acute zorg in Twente en de Oost-Achterhoek. Er zijn expertgroepen rondom de volgende 9 spoedindicaties of aandachtsgebieden opgericht:



Doel van de expertgroepen

Goede logistiek, een interdisciplinaire aanpak en goede regionale afstemming zijn cruciaal. Daarom worden binnen de expertgroepen van Netwerk Acute Zorg Euregio afspraken gemaakt over patiëntenstromen, regionale procedures, het opstellen van beleidsdocumenten en wordt het delen van kennis binnen de keten actief bevorderd. *Indien van toepassing is bij betreffende expertgroep aangegeven welke regionale procedures zijn vastgesteld.*

- 1 Acute verloskunde:** Vijf transmurale protocol-kaarten voor de meest voorkomende verloskundige spoedindicaties en twee communicatie-kaarten met relevante spoednummers
- 2 Acute Psychiatrie:** Procedure 'Acute GHB-onthouding'. Een Twentse pilot en 'Lerend Netwerk' in het kader van een sluitende keten voor personen in crisis in combinatie met middelen gebruik. De expertgroep is regionale casuïstiektafel (vanuit de GMAP) voor het signaleren en oplossen van knelpunten in de acute psychiatrische keten.
- 3 Cerebro Vasculair Incident (CVA):** Regionale procedure acute beroertezorg
- 4 Geruptureerd aneurysma (rAAA)¹:** Regionale procedure acute thoracale aorta pathologie en Regionale procedure rAAA
- 5 Acute cardiologie**
- 6 Traumazorg (zie p. 21):** Procedure interklinische overplaatsing traumapatiënt
- 7 Crisisbeheersing en OTO (zie p. 22)**
- 8 Cybersecurity (zie p. 22)**
- 9 Acute ouderenzorg:** Binnen Netwerk Acute Zorg Euregio wordt in 2023 gestart met een nieuwe expertgroep Acute Ouderenzorg Twente



3.1 Expertgroep Trauma

Goede samenwerking in de regio; Expertgroep Trauma bestaat al ruim 20 jaar

Expertgroep Trauma

Al sinds de toewijzing van MST als level 1 traumacentrum is er een regionale Expertgroep Trauma die zich bezighoudt met de coördinatie van de acute ketenzorg voor traumapatiënten. Deze expertgroep, die drie tot vier keer per jaar bijeenkomt, bestaat uit één traumachirurg per ziekenhuis, de medisch managers van de regionale ambulancediensten, anesthesiologen en SEH-artsen, aangevuld met beleidsadviseurs. Het doel van de Expertgroep Trauma is het tijdig opsporen van knelpunten en het opstellen van regionaal traumabeleid.

Onderwerpen die aan bod komen zijn onder andere de regionale data uit de landelijke traumaregistratie (LTR), regionale traumazorgvisitaties, inzet MMT en landelijke ontwikkelingen. Dit zijn bijvoorbeeld de volumenormen en prestatie indicatoren, Kwaliteitskader Spoedzorgketen en relevante beleidsstukken zoals het advies van het Zorginstituut over de multitraumanorm dat recent verschenen is.

Plan van aanpak 'Voldoen aan nieuwe level criteria Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie' (NVT)

In 2019 heeft de Expertgroep Trauma een (ROAZ) plan van aanpak 'Voldoen aan de nieuwe levelcriteria NVT' opgesteld. Dit plan beschrijft de manier waarop in de regio gestreefd wordt om aan de criteria te kunnen voldoen. Dit heeft onder andere tot de volgende acties geleid:

- Scholingen en bijeenkomsten voor regionale ambulanceverpleegkundigen
- Casuïstiek bijeenkomsten over dit onderwerp
- Monitoring en terugkoppelingen op de actuele data (3-4 keer per jaar)
- Extra aandacht voor LTR registratie en AIS codering
- Bespreken van de multitraumapatiënten die niet rechtstreeks naar het level 1 traumacentrum vervoerd worden.



3.1 Crisisbeheersing en Opleiden, Trainen, Oefenen (OTO)

Ondersteunen van regionale (acute) zorgketen in brede samenstelling bij de voorbereiding op rampen en crises



Onderdeel crisisbeheersing

- Faciliteert regionaal de expertgroep Crisisbeheersing & OTO en de expertgroep Cybercrisis
- Organiseert verschillende OTO-activiteiten en kennis- en projectgroepen
- Adviseert ketenpartners op het gebied van crisismanagement zoals bij het opstellen van crisisplannen



Expertgroepen

- Focusen zich op onderzoek en advies richting ROAZ met betrekking tot rampen- en crisisbeheersing
- Rol in evalueren van plaatsgevonden incidenten binnen de regio



Grensoverschrijdende samenwerking

- Diverse oefeningen worden georganiseerd om de samenwerking bij rampen en crises tussen Nederlandse- en Duitse hulpdiensten te verbeteren
- Activiteiten worden georganiseerd om samenwerking, onderlinge communicatie en leiding en coördinatie op plaats incident te beoefenen



3.2 Kwaliteitskader Spoedzorgketen – ROAZ (1/2)

Een overzicht van de ROAZ-normen

Beschrijving

In het Kwaliteitskader Spoedzorgketen hebben landelijke partijen die betrokken zijn bij de spoedzorg afspraken gemaakt over hoe partijen met elkaar moeten samenwerken om iedere patiënt met een acute zorgvraag 24 uur per dag en 7 dagen per week zorg van goede kwaliteit te bieden. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen richt zich op acute huisartsenzorg, ambulancezorg, zorg door Mobiele Medische Teams (MMT) en spoedeisende ziekenhuiszorg. Begin 2020 is het Kwaliteitskader Spoedzorgketen vastgesteld door het Zorginstituut Nederland. Met de opname in het Register van het Zorginstituut geldt het Kwaliteitskader Spoedzorgketen vanaf dat moment als de landelijke norm.

Het landelijke kader biedt ruimte voor ontwikkeling en regionale invulling. Binnen Netwerk Acute Zorg Euregio is de Projectgroep Kwaliteitskader Spoedzorgketen opgericht, met afvaardiging vanuit SHT, CHPA, HAP Oost Achterhoek, Ambulance Oost, Witte Kruis NOG, MST, SKB en ZGT. In deze projectgroep vindt afstemming plaats over de implementatie van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen in onze regio.

De regionale projectgroep Kwaliteitskader Spoedzorgketen focust zich op de 'ROAZ normen'; dat zijn alle (wettelijke) normen en aanbevelingen waarbij de ROAZ-coördinator als ketenpartner is aangemerkt, aangevuld met normen uit het implementatieplan waaraan acties vanuit het LNAZ of de netwerken acute zorg zijn gekoppeld. De regionale projectgroep biedt tevens ruimte om ervaringen/ knelpunten met elkaar uit te wisselen en heeft een rol om, mede aan de hand van het kader, met elkaar het functioneren van de spoedzorgketen te evalueren. Om die reden is het streven om 4x per jaar een overleg van de regionale projectgroep in te plannen en jaarlijks een nieuwe meting te doen van de implementatiestatus.

Norm		Status en duiding ¹
5.1.1 Nieuwe veldnorm Deadline 17-07-2022	De medisch manager ambulancezorg is bereikbaar voor huisartsen bij triage en zorgcoördinatie Ziekenhuizen hebben voor huisartsen en ambulancezorg bij de triage en zorgcoördinatie een 24/7 bereikbaarheid georganiseerd van een SEH-arts KNMG, medisch specialist of MMT-arts In de elf ROAZ-regio's hebben alle ketenpartijen die betrokken zijn bij de spoedzorgketen hier afspraken over gemaakt	Geïmplementeerd. Uitvoerig besproken in de regionale projectgroep Kwaliteitskader Spoedzorgketen (KKS) <ul style="list-style-type: none"> • Vertegenwoordiging van de huisartsen(posten) geeft aan dat huisartsen in de praktijk in principe niet met de medisch manager ambulancezorg (MMA) overleggen, maar indien nodig met de SEH arts of medisch specialist in het ziekenhuis • Vertegenwoordiging van de ambulancediensten heeft vraagtekens bij de praktische uitvoerbaarheid van een 24/7 bereikbaarheid van de MMA voor directe beschikbaarheid tot verlenen van consultatie. De MMA is wel altijd bereikbaar voor ambulanceverpleegkundigen en indien gewenst kan de huisarts ook via die route schakelen met de MMA • Vertegenwoordiging vanuit de ziekenhuizen geeft aan dat 24/7 bereikbaarheid van een SEH-arts dan wel medisch specialist is gerealiseerd De projectgroep heeft geconcludeerd dat het doel van de norm regionaal voldoende geborgd is en voor nu geen aanvullende afspraken vraagt
5.2.1 Bestaande veldnorm	Er is een werkend systeem (7x24 uur) in iedere regio waarin op voorhand duidelijk is naar welke instelling de patiënt vervoerd kan c.q. moet worden	Implementatie gestart. In juni 2022 is het bestuurlijk ROAZ akkoord gegaan met implementatie van alle modules van LPZ. De corona module is momenteel in alle drie de ziekenhuizen werkzaam. In het bestuurlijk ROAZ in februari 2023 is het bestuurlijk ROAZ akkoord gegaan met het advies om prioriteit te geven aan de implementatie van de spoedmodule (SEH) van LPZ, maar gezien de prioriteringsvraagstukken bij ICT en de invoering van HIX in SKB is in het bestuurlijk ROAZ in april 2023 geaccepteerd dat implementatie niet in het aanvankelijk afgesproken tempo gaat plaatsvinden.
5.1.3 Nieuwe veldnorm Deadline 17-07-2022	In de elf ROAZ-regio's hebben ketenpartijen afspraken gemaakt over het ondersteunen van de consultatie van de SEH-arts KNMG of medisch specialist door het delen van digitale informatie/beelden ten behoeve van de prehospitale triage vanuit de ambulance.	Is onder de aandacht bij ketenpartners; in Twente is het geïmplementeerd en in de Oost-Achterhoek is de implementatie gestart (on hold vanwege implementatie HIX). In de regionale projectgroep KKS is geconcludeerd dat dit thema reeds via andere betrokkenen wordt opgepakt en dit geen aanvullende acties van deze projectgroep vraagt.



3.2 Kwaliteitskader Spoedzorgketen – ROAZ (2/2)

Norm	Status en duiding ¹
5.2.2 Nieuwe veldnorm Deadline 17-07-2021 Ziekenhuizen hebben in ROAZ-regio's inzichtelijk gemaakt welke ziekenhuizen in de regio specifieke competenties en/of faciliteiten voor bepaalde toestandsbeelden bieden. De aanwezigheids- en beschikbaarheidsdiensten van de benodigde medisch specialismen tijdens ANW-uren zijn inzichtelijk gemaakt. Bij potentieel levensbedreigende situaties waarvoor specifieke competenties/ faciliteiten nodig zijn, vervoert de ambulance de patiënt altijd naar het ziekenhuis met specifieke bemensing en faciliteiten.	De projectgroep heeft geconcludeerd dat deze norm in de praktijk geïmplementeerd is; ROAZ Euregio is wat het doel van deze norm betreft erg overzichtelijk. Voor alle ketenpartners is helder welke ziekenhuizen in de regio welke specifieke competenties en/of faciliteiten voor bepaalde toestandsbeelden bieden. Qua borging worden de profielen opgenomen in LPZ (implementatie afhankelijk van landelijke ontwikkeling).
5.2.12 Nieuwe veldnorm Deadline 17-01-2023 De RAV beschikt over en maakt gebruik van actuele informatie over de beschikbaarheid van capaciteit (waaronder specifieke opvangcapaciteit).	Wordt meegenomen in LPZ traject. Als alles geïmplementeerd is, krijgt de ambulance ook toegang.
5.2.14 Nieuwe veldnorm Deadline 17-01-2023 Zorgverleners op de SEH beschikken 24/7 over en maken gebruik van actuele informatie over de beschikbaarheid van capaciteit (waaronder specifieke opvangcapaciteit).	Deels geïmplementeerd. De interne capaciteit is in de ziekenhuizen inzichtelijk. Regionaal inzicht in de capaciteit hangt samen met de implementatie van LPZ.
7.1.5 Aanbeveling In iedere ROAZ-regio worden de inzet van zorg thuis en de verblijfsvormen vanuit één punt gecoördineerd .	Zorgverzekeraars en VVT; monitoring door ROAZ. In Twente geïmplementeerd; in de Oost-Achterhoek zijn plannen gemaakt.
7.2.6 Nieuwe veldnorm Deadline 17-07-2021 In de ROAZ-regio zijn afspraken over vervoer en overdracht naar een tijdelijk verblijf waar medisch specialistische zorg verleend wordt, zoals een traumacentrum of brandwondencentrum.	Geïmplementeerd middels de procedure interklinische overplaatsing traumapatiënt binnen Netwerk AZE. Voor andere indicaties zijn ook regionale procedures ontwikkeld.
8.1.2 Nieuwe veldnorm Deadline 17-07-2023 De huisarts, HAP, SEH, RAV en MMT delen de actuele medische en andere relevante gegevens waaronder de gegevens van een contactpersoon die nodig zijn voor de behandeling van de patiënt elektronisch met elkaar. In de Richtlijn gegevensuitwisseling is beschreven welke informatie de ketenpartijen met elkaar delen. De webpagina Informatiestandaarden acute zorg geeft toegang tot de gepubliceerde informatiestandaarden acute zorg, welke gebaseerd zijn op deze Richtlijn gegevensuitwisseling.	Implementatie loopt op dit moment via Programma Met Spoed Beschikbaar en knelpunten worden via die route geagendeerd. Het Programma Met Spoed Beschikbaar loopt medio 2023 af. Daarna zal BAZE de monitoring overnemen; implementatie is aan partners zelf. De projectgroep KKS deelt dat implementatie via deze route moet blijven verlopen.
8.1.5 Nieuwe veldnorm Deadline 17-07-2022 Voorschrijvers hebben bij ieder contact met de patiënt een actueel medicatieoverzicht beschikbaar. De voorschrijver is verantwoordelijk voor het registreren van alle door hem geïnitieerde wijzigingen in de medicatie.	Deels geïmplementeerd middels inzage via het Landelijk Schakelpunt (LSP). Landelijk is men bezig met een wetsaanpassing om in de acute zorg gebruik te maken van een opt-out systeem. Inzage voor de RAV is op dit moment landelijk nog niet geregeld.
9.2.1 Nieuwe veldnorm Deadline 17-07-2021 Ketenpartners in de spoedzorgketen evalueren het functioneren van de spoedzorgketen, mede aan de hand van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en sturen de uitvoering van de spoedzorg waar nodig bij.	Geïmplementeerd middels de regionale Projectgroep Kwaliteitskader Spoedzorgketen.
9.1.4 Nieuwe veldnorm Deadline 17-07-2021 Er vindt regelmatig overleg plaats tussen de ketenpartners in de spoedzorgketen om casuïstiek te bespreken, onder andere op basis van incidentmeldingen en calamiteiten. De ketenpartners betrekken hierbij alle organisaties die betrokken zijn bij de spoedzorg(uitstroom) en patiëntervaringen. Patiëntervaringen kunnen onder andere betrokken worden door gebruik te maken van klachteninformatie en incidentmeldingen.	Geïmplementeerd. Dit heeft aandacht binnen het ROAZ in de diverse expertgroepen en themabijeenkomsten die worden georganiseerd. Tegelijkertijd worden vanaf 2023 twee keer per jaar casuïstiekbesprekingen tussen Ambulance Oost en huisartsen georganiseerd.
9.2.3 Aanbeveling In de ROAZ-regio brengen partijen de totale doorlooptijd (van melding t/m uitstroom) voor verschillende typen ingangsklachten in kaart . Op basis van een gezamenlijke periodieke analyse en evaluatie van de doorlooptijd, werken partijen verbetervoorstellen uit om de doorlooptijd te optimaliseren.	Nog geen plannen gemaakt. Eerder hebben initiatieven in dit kader gelopen (MICK studie), op dit moment echter niet. Specifiek voor de traumazorg is de doorlooptijd door de keten reeds (deels) inzichtelijk door de traumaregistratie. Knelpunt is dat men afhankelijk is van landelijke wetgeving. Eerst moet de juridische weg uitgezocht worden voordat we hier mee verder kunnen; dit heeft momenteel echter niet de hoogste prioriteit.

4. Acute huisartsenzorg

4.1 Zorgaanbod acute huisartsenzorg

4.2 Zorgvraag acute huisartsenzorg

4.3 Belangrijkste inzichten acute huisartsenzorg



4.1 Zorgaanbod acute huisartsenzorg

4.1.1 Zorgaanbieders in de regio

- Locaties en rijtijden

4.1.2 Kwaliteitskader spoedzorgketen

4.1.3 Regionale samenwerking

4.1.4 Arbeidsmarkt



4.1.1 Zorgaanbieders – locaties en rijtijden

Vier huisartsenposten in de Euregio met verschillende openingstijden; rijtijden langst voor inwoners uit Dinkelland

Toelichting

Afbeelding 1

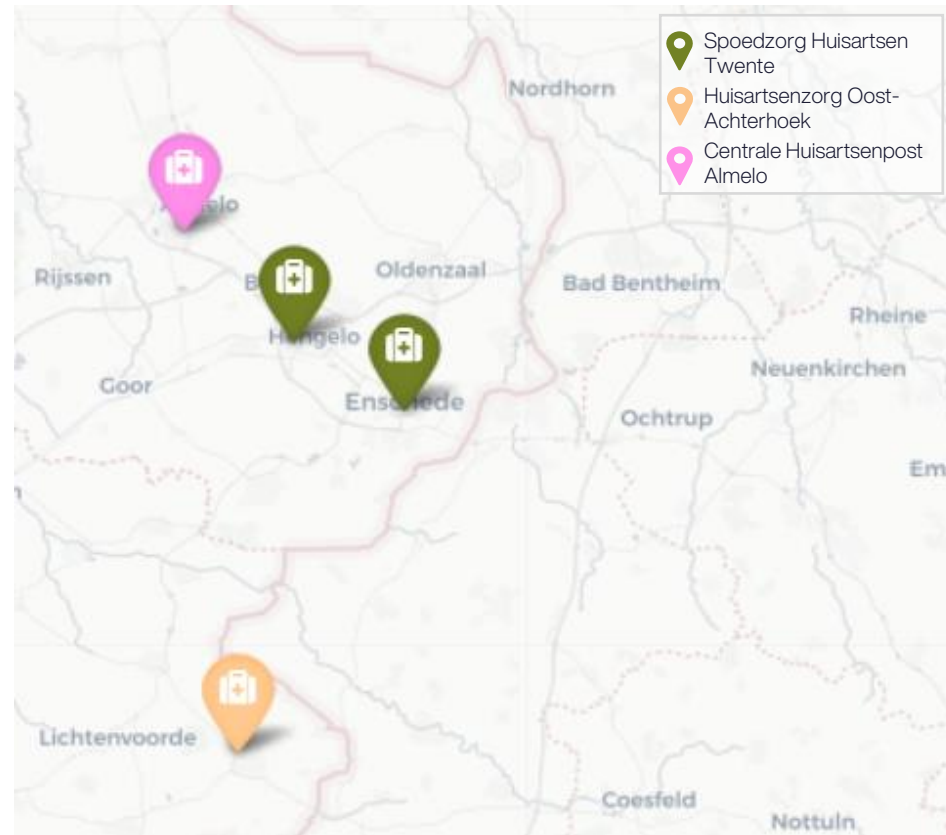
- In de Euregio zijn vier huisartsenposten (HAPs) van drie verschillende organisaties gehuisvest
- De HAPs bevinden zich in Enschede, Winterswijk, Almelo en Hengelo
- De huisartsenposten in Enschede, Winterswijk, Almelo en Hengelo zijn in ANW-uren geopend
- In Haaksbergen (niet weergegeven in afbeelding 1) heeft in het weekend (08:00-24:00u) en op feestdagdagen (08:00-17:00u) een huisarts dienst. Buiten deze tijden zullen de meeste patiënten naar Enschede gaan

Afbeelding 2

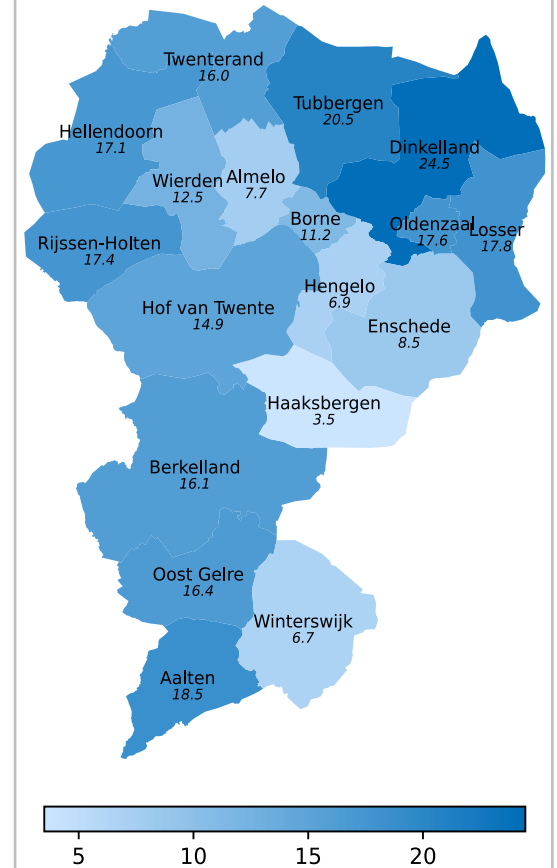
De gemiddelde theoretische rijtijd per gemeente is tussen de 4 en 25 minuten (incl. dienstdoende huisarts in Haaksbergen en huisartsenposten buiten de Euregio)¹

- Gemiddelde rijtijd is vanaf gemeente Haaksbergen het kortst (4 minuten)
- Langste, gemiddelde rijtijd is in gemeenten Dinkelland (25 minuten) en Tubbergen (21 minuten). Door inwoners worden deze rijtijden als lang ervaren.

Afbeelding 1 – locaties huisartsenposten in de Euregio



Afbeelding 2 – gemiddelde rijtijd^{1,2} per gemeente (2022, minuten)



Bron: data RIVM, analyse IG&H

1. Theoretische gemiddelde rijtijd met personenauto vanaf viercijferige postcode naar dichtstbijzijnde HAP, incl. dienstdoende huisarts in Haaksbergen;

2. Gebaseerd op dichtstbijzijnde HAP, deze kan buiten Euregio liggen



4.1.2 Kwaliteitskader spoedzorgketen – huisartsenpost

Beschikbaarheid en toegankelijkheid huisartsenpost

Doel

Spoedzorgverleners zijn 24/7 telefonisch en/of fysiek bereikbaar en beschikbaar voor het in behandeling nemen van een melding van een spoedzorgvraag.

Norm	Partner	Norm	Meting 2023 ¹
3.2.3 Bestaande veldnorm	Huisartsenpost (HAP)	Als een patiënt de spoedlijn van de HAP (voor acute hulp) belt, wordt de telefoon in 98% van de gevallen binnen 30 seconden opgenomen.	Geïmplementeerd
3.2.4 Bestaande veldnorm	Huisartsenpost (HAP)	Bij de niet-spoedlijn van de HAP wordt in 75% van de gevallen binnen 2 minuten opgenomen. In 98% van de gevallen wordt binnen 10 minuten opgenomen.	Geïmplementeerd
3.2.8 Bestaande veldnorm	Huisartsenpost (HAP)	Minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van de HAP kan binnen 30 minuten per auto de HAP bereiken .	Geïmplementeerd
3.2.9 Bestaande veldnorm	Huisartsenpost (HAP)	Bij spoedgevallen (U0 of U1) schakelt de HAP de ambulance in en/of gaat hij/zij onmiddellijk naar de patiënt: 90% binnen 20 minuten, 98% binnen 30 minuten aanwezig. In het geval van een U2 is de HAP in 90% van de gevallen binnen 1 uur en in 98% van de gevallen binnen 2 uur aanwezig bij de patiënt.	Geïmplementeerd



4.1.3 Regionale samenwerking – geïntegreerde spoedpost

Verschillende mate van integratie rondom spoedposten binnen de regio



Spoedpost Almelo

Sinds 2011 is er een spoedpost in Almelo, bestaande uit de SEH en de CHPA. Er is één gezamenlijke ingang, balie en wachtkamer. Er zijn goede samenwerkingsafspraken tussen de SEH en de CHPA, deze omvatten o.a.:

- Zelfverwijzers worden in principe eerst gezien door de CHPA
- Patiënten die zich, binnen een bepaalde termijn na opname of recente beoordeling op de polikliniek, melden met gerelateerde klachten worden gezien op de SEH (garantietermijn)
- Patiënten kunnen rechtstreeks worden doorverwezen naar de SEH, ook zonder tussenkomst van de huisarts
- Een kinderarts kan geconsulteerd worden om mee te kijken tijdens een consult op de CHPA
- Er is 24/7 de mogelijkheid om foto's, lab en echoduplex aan te vragen
- Er is een digitale verbinding met VVT voor verwijzingen



Spoedpost Enschede en Hengelo

Spoedpost Enschede

De spoedpost in Enschede bevindt zich in het MST en heeft een gezamenlijk ingang met de SEH. Er zijn afspraken gemaakt over de werkwijze. Op termijn zal op bestuurlijk niveau bepaald worden hoe de geïntegreerde spoedpost en het ZVC eruit zal gaan zien

Spoedpost Hengelo

Er is in Hengelo geen SEH, daarom is daar geen sprake van een geïntegreerde spoedpost



Spoedpost Winterswijk

De spoedpost van HOOG in Winterswijk bevindt zich in het SKB ziekenhuis en heeft een gezamenlijk ingang en wachtkamer met de SEH. Er zijn afspraken gemaakt over de werkwijze wanneer een zelfverwijzer in de ANW-uren zich meldt aan de balie van de SEH.

“*Samen VoorSpoed*” is een project van het SKB dat in 2023 is gestart. Doel van het project is verregaande samenwerking van de huisartsenspoedpost Winterswijk & SEH van het SKB om de acute zorg duurzaam toegankelijk houden binnen de Oost-Achterhoek d.m.v. de juiste acute zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener

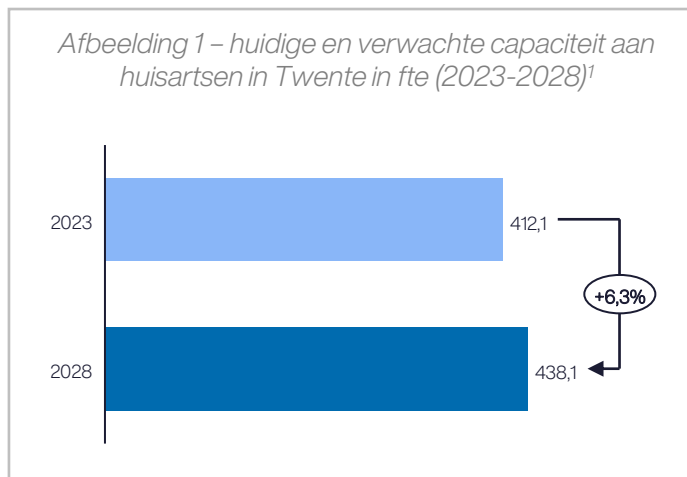


4.1.4 Arbeidsmarkt – huisartsenzorg Twente

Onbekend of er tekort aan huisartsen ontstaat; werkdruk in 2018 door 90% van huisartsen als hoog ervaren

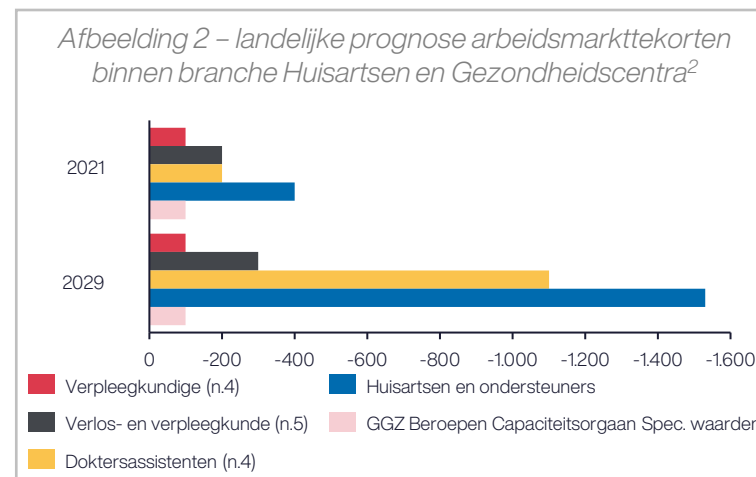
Prognose van het aantal huisartsen in Twente is dat het aantal fte huisartsen met ruim 6% zal groeien naar 2028 toe

- Gebaseerd op rapport uit 2018, toen werden er geen tekorten verwacht voor 2023
- Naar schatting zou de huisartsencapaciteit nu (in 2023) rond de 412 fte liggen, en in 2028 rond de 438 fte (zie hieronder)
- Tussen 2023 en 2028 zou daarmee het aantal fte huisartsen toenemen met iets meer dan 6%
- Er is geen eenduidige uitspraak te doen of deze groei voldoende is om het aantal huisartsconsulten in ANW-uren dat met 0,2% stijgt op te vangen (zie p. 35)



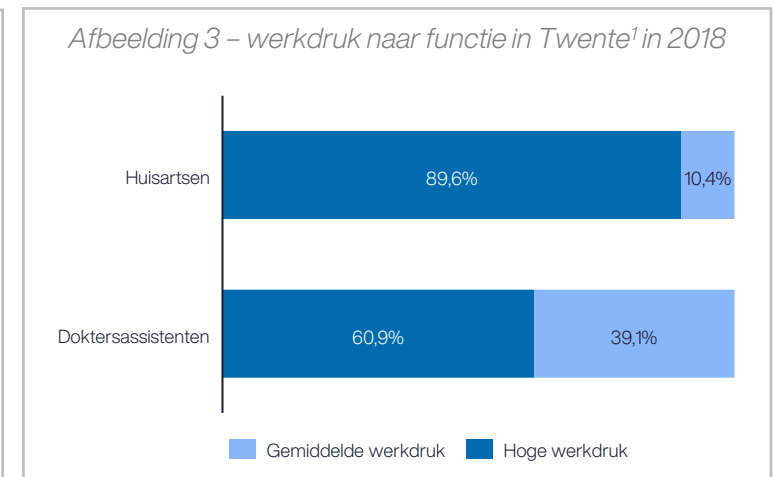
Landelijk lopen tekorten in de huisartsenzorg verder op

- Voor de huisartsenzorg loopt het tekort sterk op voor huisartsen en ondersteuners en voor doktersassistenten. Het (landelijk) tekort voor verpleegkundigen op mbo en hbo-niveau zal voor deze branche in 2029 op enkele honderden uitkomen
- De arbeidsmarkttekorten zullen de aankomende jaren bijna bij alle beroepen binnen de huisartsenzorg toenemen.
- Het is lastig te zeggen of deze tekorten zich in de Euregio ontwikkelen, omdat de grijze druk hoger is in de Euregio, kan dit juist wijzen op grotere tekorten (zie p. 17)



In Twente ervaart momenteel 90% van de huisartsen en 61% van de doktersassistenten een hoge werkdruk

- De ervaren werkdruk is groot in de huisartsenpraktijken in Twente. M.n. huisartsen en doktersassistenten ervaren een hoge werkdruk, resp. 90% en 61% (zie hieronder)
- Ruim twee op de vijf praktijken (41%) heeft te maken met (bijna) dagelijks uitlopende spreekuren en bijna drie op de vijf praktijken geeft aan dat bij ziekte van één van de collega's er direct een groot probleem ontstaat
- Bij een minderheid van de praktijken heeft tussen 2013 en 2018 één of meerdere keren een patiëntstop plaatsgevonden, maar tussen 2018 en 2023 werd dit door de grote meerderheid wel verwacht



Bronnen: 1. Nivel – huisartsenzorg in de arbeidsmarktregio Twente; 2. Regio+, het arbeidsmarktvaagstuk sector zorg en welzijn 2023

2. 'n' geeft het niveau van mbo-opleiding aan **30**

4.1.4 Arbeidsmarkt – huisartsenzorg

Stijging in het gemiddeld aantal huisartsen per gemeente; minste huisartsen in Enschede en Winterswijk

Toelichting

Afbeelding 1

N.B. aantallen betreffen het aantal ingeschreven huisartsen, en niet het aantal fte en/of aantal zelfstandige dagpraktijken

- Stijging in het aantal huisartsen per 10.000 inwoners over de afgelopen jaren
- In 2022 rond de 6,5 huisartsen per gemeente in de Euregio
- Huidige ervaring bij de huisartsenpost in Oost-Achterhoek is dat er op dit moment een huisartsentekort is

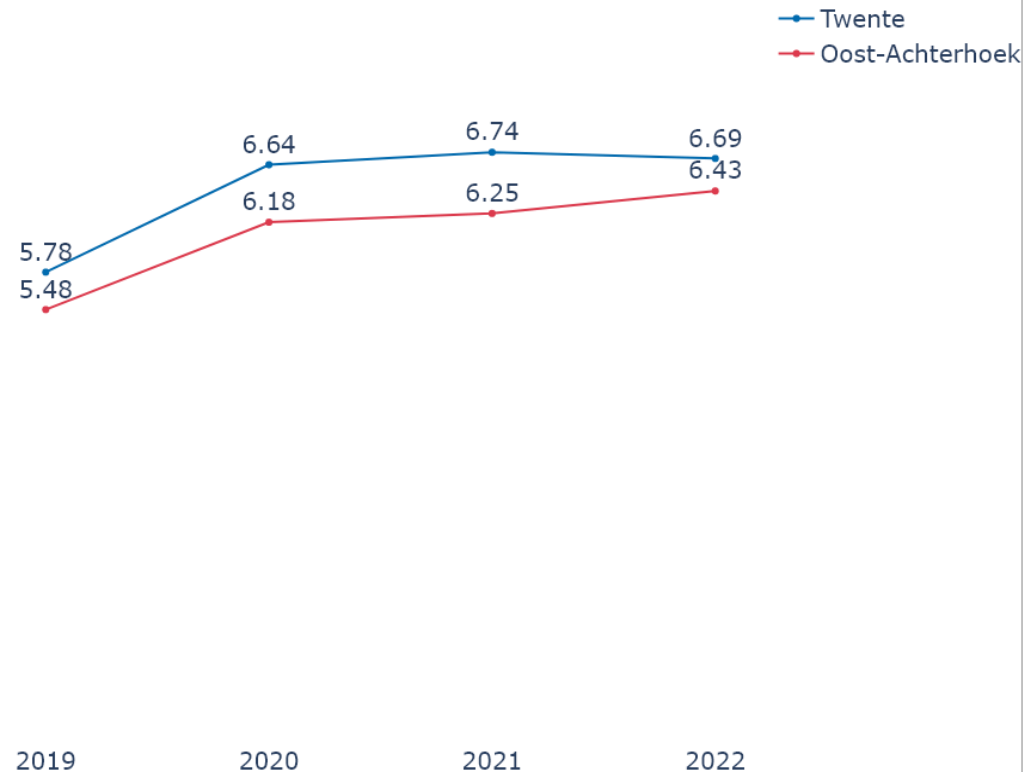
Afbeelding 2

- Hof van Twente heeft de meeste huisartsen per 10.000 inwoners
- Enschede en Winterswijk hebben de minste huisartsen per 10.000 inwoners

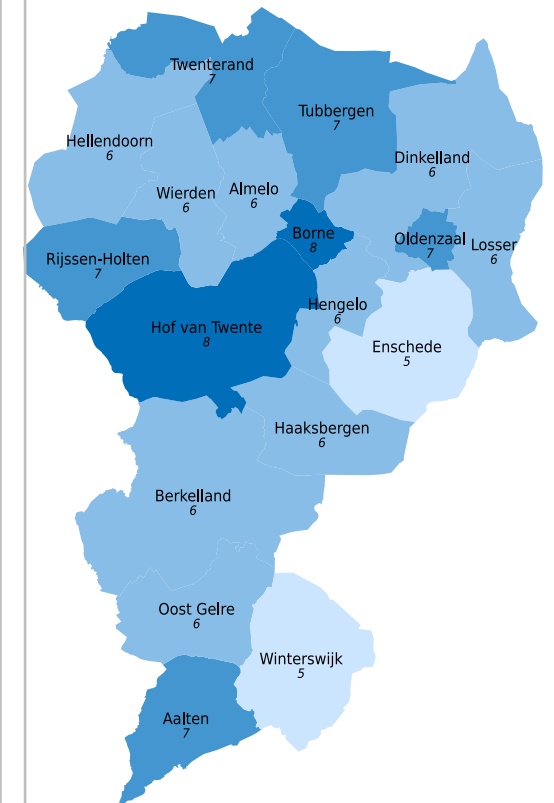
Algemeen

- Verschillende ketenpartners hebben hun zorgen uitgesproken over de toekomstige arbeidsmarkt t.a.v. de huisartsenzorg

Afbeelding 1 – trend aantal huisartsen per 10.000 inwoners per gemeente



Afbeelding 2 – aantal huisartsen per 10.000 inwoners per gemeente (2022)



4.2 Zorgvraag acute huisartsenzorg

4.2.1 Zorggebruik

- Aantal contacten
- Leeftijdsverdeling
- Prognose

4.2.2 Type zorgvraag

- Relatie met dagpraktijk
- Tijdstip van zorgvraag
- Zelfverwijzingen
- Type geleverde zorg
- Urgentieverdeling
- Spoedritten door huisartsen
- Ambulanceritten aangevraagd door HA/HAP Twente

4.2.3 Ingangsklachten

- Top 5 ingangsklachten algemeen en U1-urgentie

4.2.4 Patiëntenstromen

- Doorlooptijden
- Uitstroom patiënten



4.2.1 Zorggebruik – aantal contacten

HAP Almelo krijgt jaarlijks meeste contacten; in gemeenten met een HAP meeste contacten per 1.000 inwoners

Toelichting

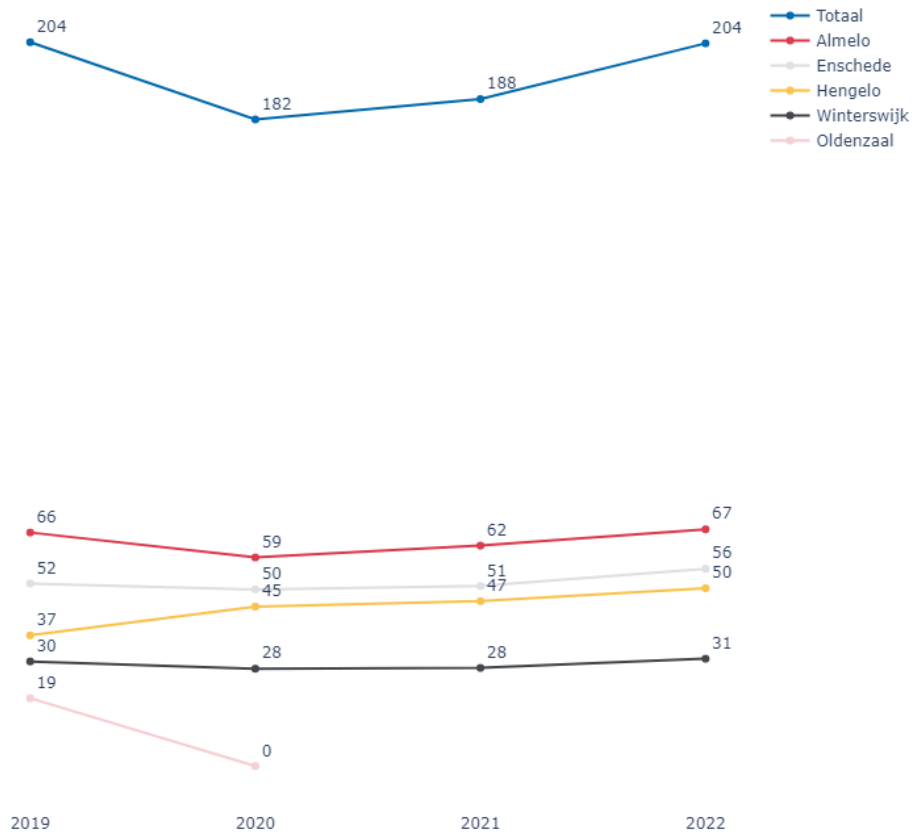
Afbeelding 1

- Bij de huisartsenposten in de Euregio zijn jaarlijks 182.000 tot 204.000 contacten
- In 2020 en 2021 waren er minder contacten, wat verklaard kan worden door COVID
- In 2022 is het aantal HAP-contacten weer op het niveau van voor COVID (204.000)
- De HAP in Oldenzaal is in 2020 gesloten, deze patiënten zijn waarschijnlijk vooral naar Hengelo gegaan, en in mindere mate naar Enschede
- Onder 70-plussers is het aantal contacten sinds 2019 van ongeveer 42.000 afgenomen naar ongeveer 40.000

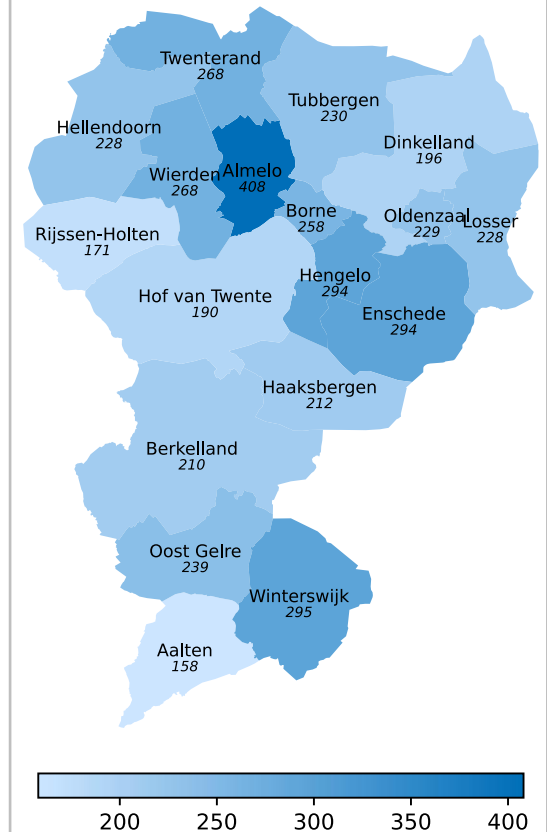
Afbeelding 2

- Almelo kent het hoogste aantal contacten per 1.000 inwoners, Aalten het laagste
- In gemeenten met een HAP is het aantal contacten per 1.000 inwoners het hoogst
- Mogelijke verklaringen zijn dat de reisafstand de drempel verlaagt om contact op te nemen met een HAP, of dat patiënten in kleinere dorpen een betere band met de eigen huisarts hebben en daarom eerder wachten tot de eigen huisarts bereikbaar is

Afbeelding 1 – trend aantal contacten per huisartsenpost (X1.000)



Afbeelding 2 – aantal contacten HAP per 1.000 inwoners per gemeente (2022)



4.2.1 Zorggebruik – leeftijdsverdeling

Meeste contacten op de HAP betreffen 1- tot 9-jarigen

Toelichting

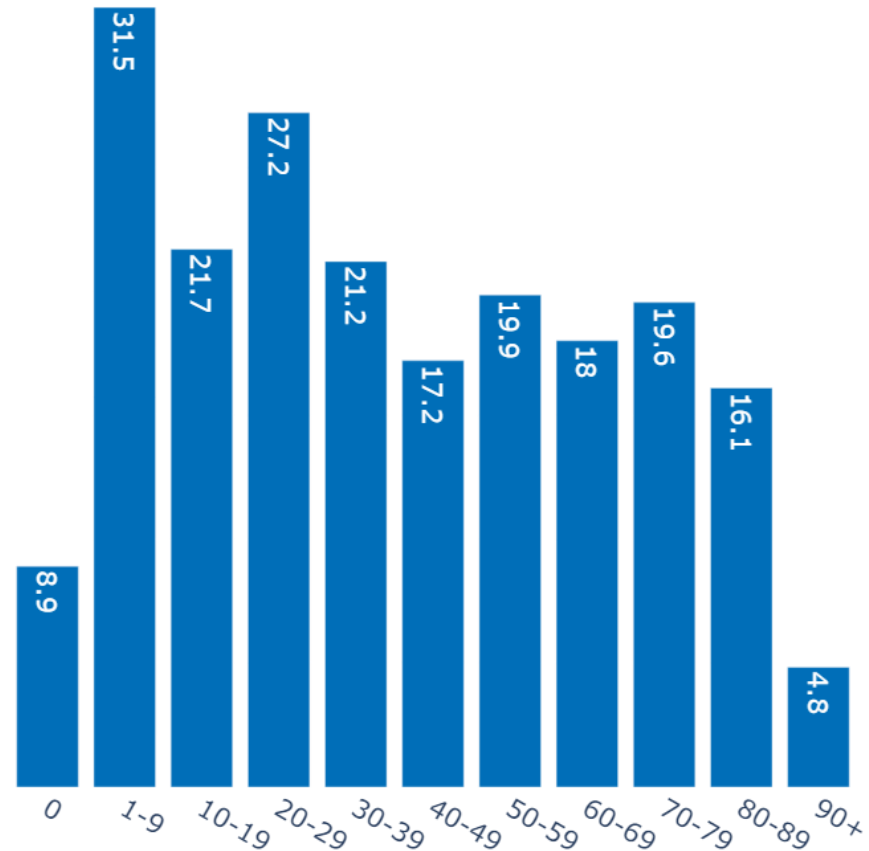
Afbeelding 1

- Hoogste aantal contacten betreffen 1- tot 9-jarigen, gevolgd door 20- tot 29-jarigen
- Laagste aantal absolute contacten door 0-jarigen en 90-plussers
- Overige leeftijdscategorieën liggen relatief dicht bij elkaar in aantal contacten op de HAP

Overige analyse leeftijdsverdeling

- Per 1.000 inwoners zijn er relatief de meeste contacten door 0-jarigen (1268 per 1.000 inwoners) en 90-plussers (793 per 1.000 inwoners), omdat deze groepen relatief klein zijn
- Deze worden gevolgd door 1- tot 9-jarigen (484 per 1.000 inwoners) en 80- tot 89-jarigen (467 per 1.000 inwoners)
- Een verklaring voor het hoge aantal contacten per 1.000 0-jarigen is dat beleid voorschrijft deze kinderen laagdrempelig op de HAP te zien en ouders/verzorgers eerder contact opnemen

Afbeelding 1 – aantal contacten aan de HAP per leeftijdscategorie (x1000, 2022)





4.2.1 Zorggebruik – prognose aantal consulten huisartsenpost

Lichte toename in aantal huisartspostconsulten in ANW-uren tot 2033, daarna is een daling verwacht

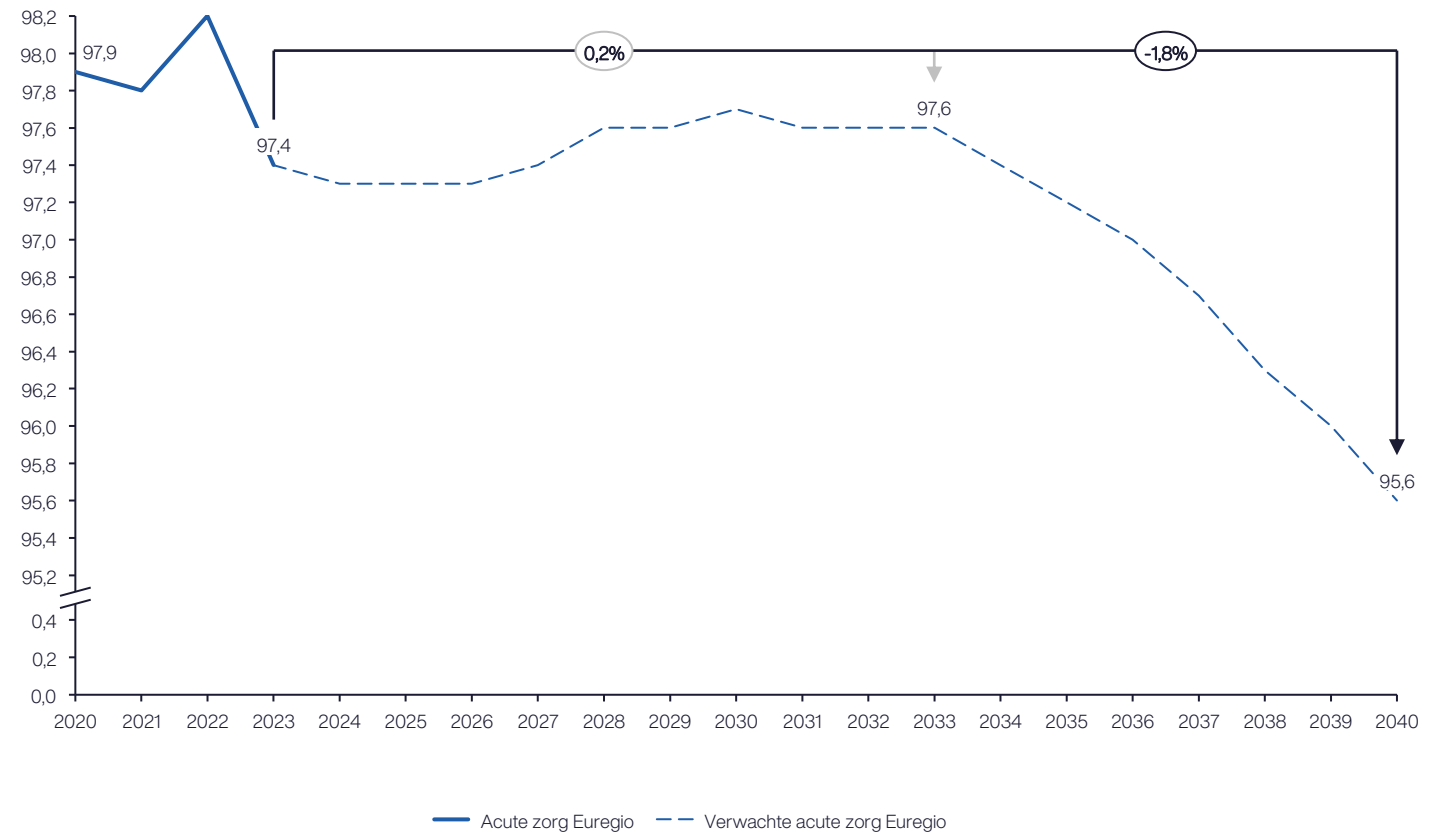
Toelichting

NB: voor het opstellen van de prognose van de huisartspostconsulten is de volgende definitie gebruikt: 'Aantal consulten in de nacht of in het weekend bij de huisartsenpost (ANW/HAP-consulten)'. Omdat er geen beschikbare gegevens zijn om het aantal contacten te voorspellen, is het aantal consulten bij de huisartsenpost gebruikt

Afbeelding 1

- Het aantal huisartspostconsulten in ANW-uren neemt tussen nu en 2033 met 0,2% toe
- Na 2033 neemt het aantal huisartspostconsulten in ANW-uren af, namelijk met 2% naar 2040 toe (t.o.v. huidige zorgvraag is dat dus een afname van 1,8%). Dit is in lijn met de verwachte demografische ontwikkelingen in de regio
- Geen inzicht in het verwachte aantal consulten met acute zorgvraag bij de dagpraktijken, onduidelijk of het verloop vergelijkbaar is met ANW-uren

Afbeelding 1 – trend in de index van het aantal huisartspostconsulten (ANW/HAP) in de Euregio per jaar¹



Bron: RIVM

1. Voor de index is 2015 als startmoment genomen



4.2.2 Type zorgvraag – relatie met dagpraktijk

In 2021 waren er ongeveer 295 duizend acute zorgvragen, zowel binnen als buiten ANW uren

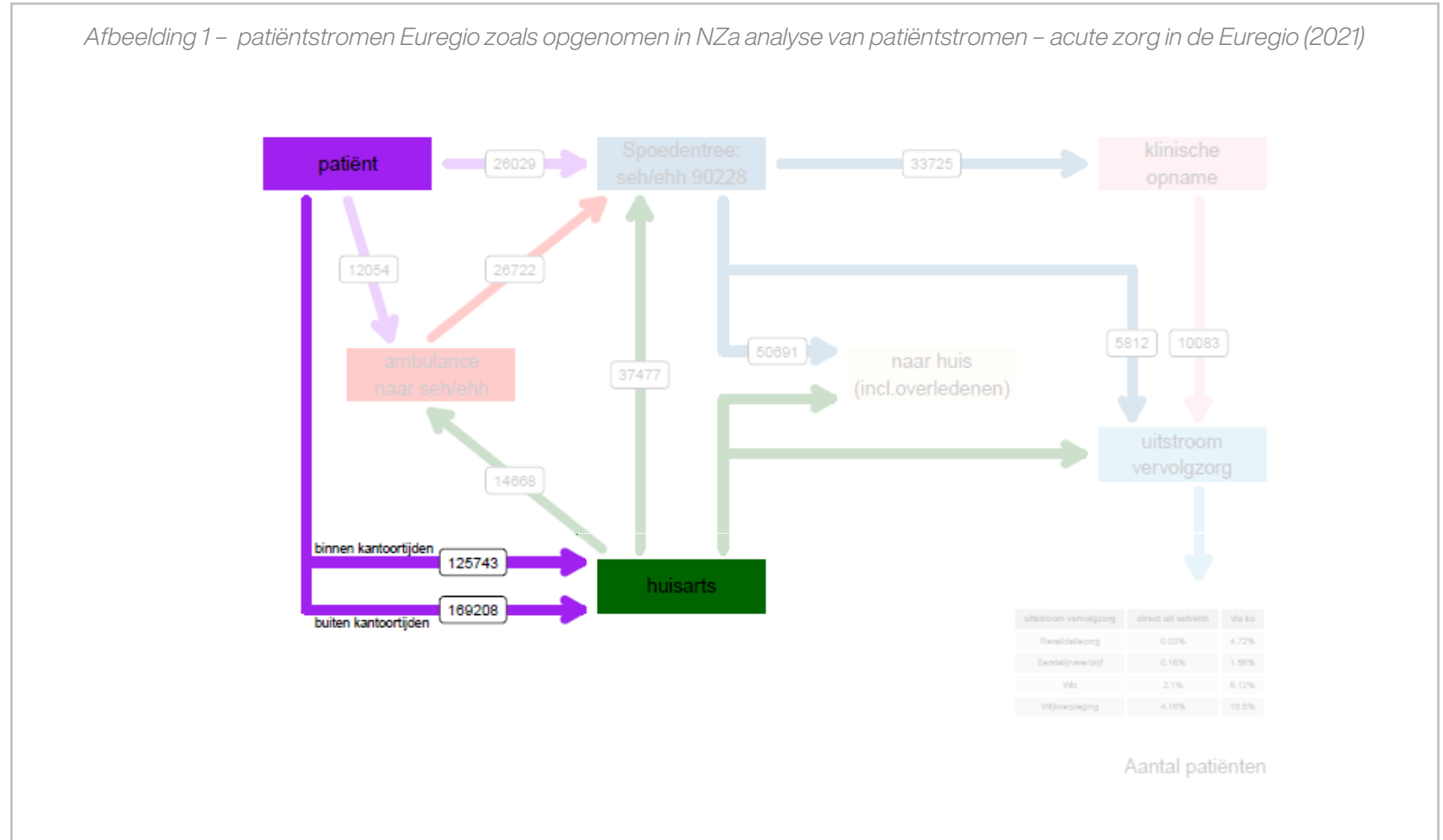
Toelichting

Acute zorgvragen kunnen zowel binnen als buiten kantoortijden plaatvinden. De NZa heeft een analyse gedaan op deze patiëntstromen. De rest van het hoofdstuk richt zich op zorg binnen de huisartsenpost. Om in het ROAZ-beeld van 2026 meer te kunnen zeggen over de acute zorgvraag in de dagpraktijk, is dit opgenomen in de ambitie (zie p. 159). Voor de acute zorgvragen binnen kantoortijden is een percentage van 4,3% genomen, gebaseerd op onderzoek¹

Afbeelding 1

- Binnen kantoortijden hadden ~126.000 unieke patiënten per datum een acute zorgvraag. Dit vond plaats op de dagpraktijk.
- Buiten kantoortijden waren dit ~169.000 patiënten die een zorgvraag hadden op de HAP

Afbeelding 1 – patiëntstromen Euregio zoals opgenomen in NZa analyse van patiëntstromen – acute zorg in de Euregio (2021)





4.2.2 Type zorgvraag – tijdstip van zorgvraag en verwijzers

Bijna 2x meer contacten in weekendnacht t.o.v. weeknacht; Aandeel Enschede doordeweeks in avond en nacht hoog

Toelichting

Afbeelding 1

- Tijdstip van zorgvraag over de jaren heen vrijwel constant
- Meeste contacten HAP vinden overdag in het weekend plaats (47%)
- Aandeel contacten in de avond vergelijkbaar tussen doordeweeks en in het weekend (respectievelijk 19% en 22%)
- Contacten in de nacht komen 2x keer zo vaak voor in het weekend dan doordeweeks

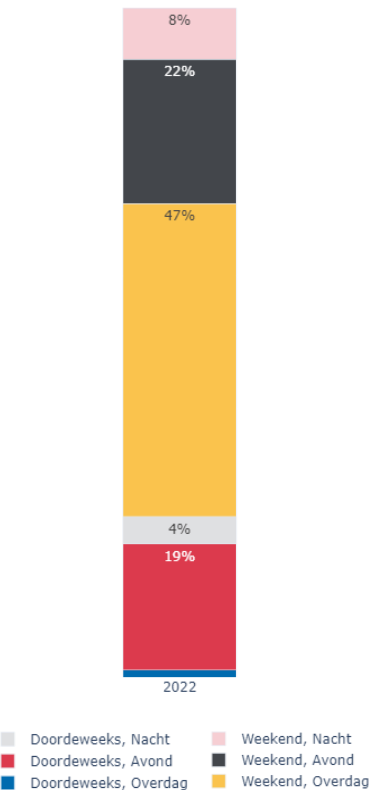
Afbeelding 2

- Vergelijkbaar beeld tussen de HAPs te zien
- In Enschede komen doordeweeks in de avond en nacht iets meer contacten. Mogelijke verklaringen zijn de centrale ligging van de HAP en een populatie-effect

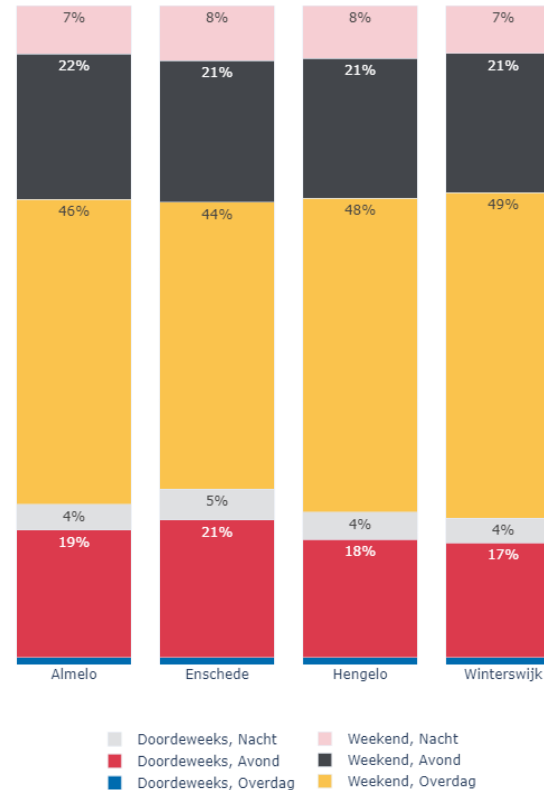
Afbeelding 3

- NB: Almelo niet meegenomen, omdat zelfverwijzers niet geregistreerd worden
- Aandeel zelfverwijzers in alle drie de huisartsenposten laag
- In Enschede zijn er ongeveer 2200 zelfverwijzingen in 2022
- Hoger aandeel zelfverwijzers in Enschede vergeleken met de andere instellingen

Afbeelding 1 – verdeling tijdstip¹ zorgvraag (gewogen gemiddelde per dag)



Afbeelding 2 – tijdstip¹ zorgvraag per instelling (gewogen gemiddelde per dag)



Afbeelding 3 – aantal zelfverwijzers per instelling (2022)



Bron: data CHPA, HOOG, SHT, analyse IG&H

1. De volgende definities worden gehanteerd: 08:00-16:59u overdag, 17:00-23:59u avond, 00:00-07:59u nacht, maandag t/m vrijdag doordeweeks, zaterdag en zondag weekend **37**



4.2.2 Type zorgvraag – type geleverde zorg

Het aandeel telefonische consulten is toegenomen en deze patiënten hebben een steeds hogere urgentie

Toelichting

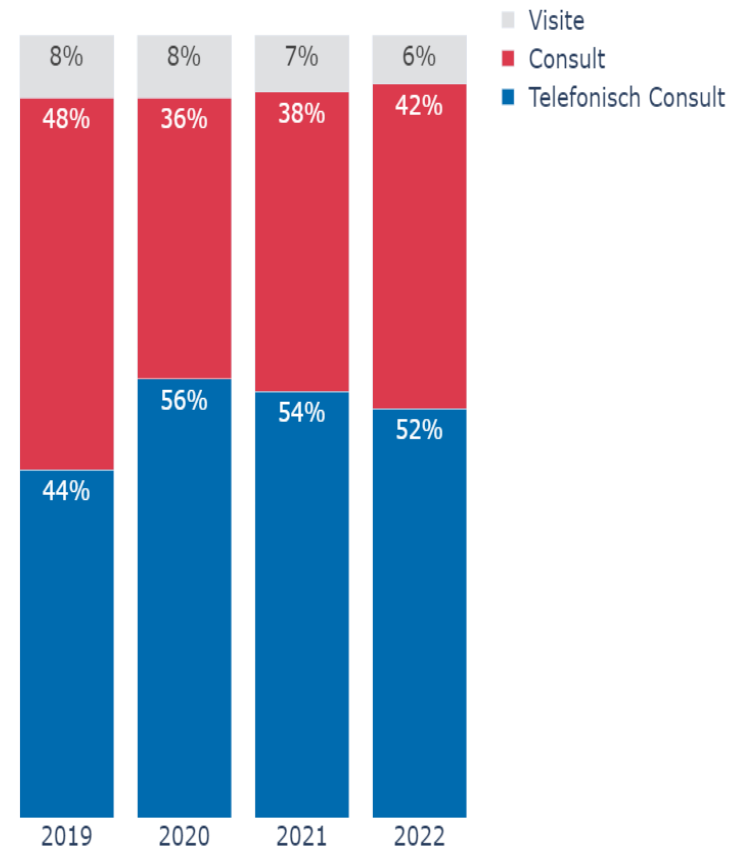
Afbeelding 1

- Vanaf 2020 is een forse toename te zien in het aandeel telefonische consulten, mogelijke verklaringen is dat mensen door COVID vaker telefonisch zijn geholpen
- Sinds 2020 is het aantal telefonische consulten wel licht gedaald. Ondanks deze afname is in 2022 nog steeds het grootste aandeel geleverde zorg een telefonisch consult

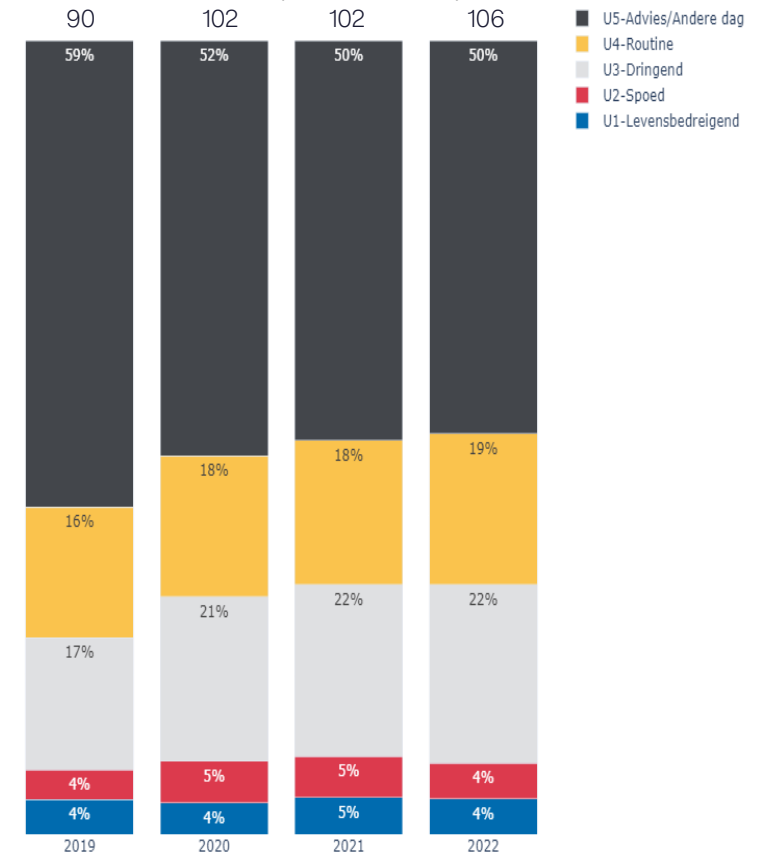
Afbeelding 2

- Over de jaren heen neemt het aandeel U3- en U4-urgenties toe bij telefonische consulten
- Telefonische consulten met U1-urgentie zijn te verklaren doordat deze worden doorgezet naar de meldkamer en daarmee telefonisch afgerond zijn door de HAP (zie p. 40)
- Het initiatief spoed=spoed is in Almelo in september 2021 gestart, er zijn in 2022 nog geen noemenswaardige veranderingen in de urgentieverdeling te zien in Almelo

Afbeelding 1 – trend type geleverde zorg



Afbeelding 2 – trend uitgangsurgentie bij telefonisch consult (totalen x 1.000)





4.2.2 Type zorgvraag – urgentieverdeling

Rond de 55-60% van de contacten heeft U3-urgentie of hoger; meer U1- en U2-urgenties bij 70-plussers

Toelichting

Afbeelding 1

- Grootste aandeel van contacten acute huisartsenzorg heeft U3-urgentie, gevolgd door U5-urgentie
- U1-urgentie komt het minste voor op de HAP
- Verdeling in urgenties relatief stabiel over de jaren. In 2020 iets groter aandeel U5-urgenties, wat in 2022 net onder niveau 2019 komt. Mogelijk te verklaren door bezorgdheid onder burgers over COVID. Sinds de start van het initiatief spoed = spoed zijn geen noemenswaardige trendwijzigingen te zien in de urgentieverdeling (per instelling bekeken)

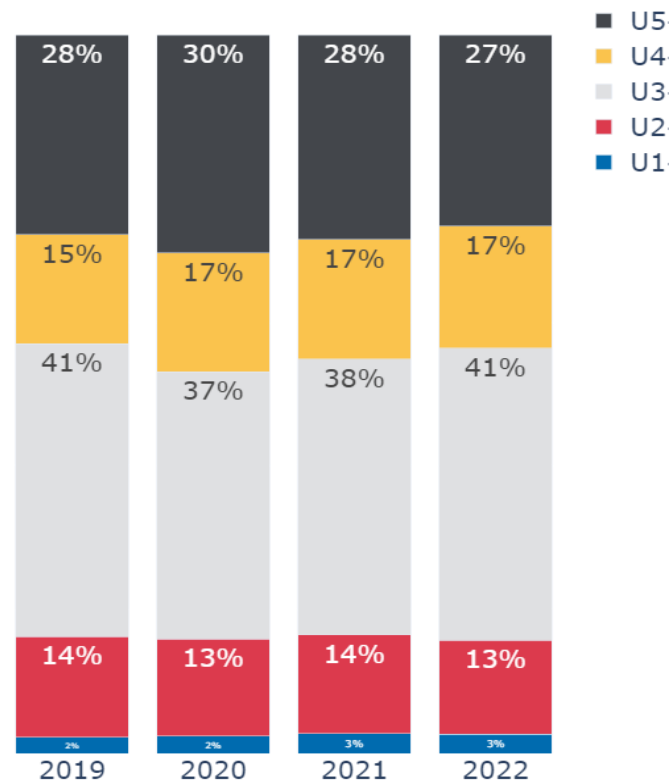
Afbeelding 2

- 4 tot 5% U1-urgenties bij 70-plussers
- Daling in het aandeel U2-urgenties van 20% naar 17%
- Aandeel U1-, U2- en U3-urgenties hoger bij 70-plussers dan bij contacten van alle leeftijden

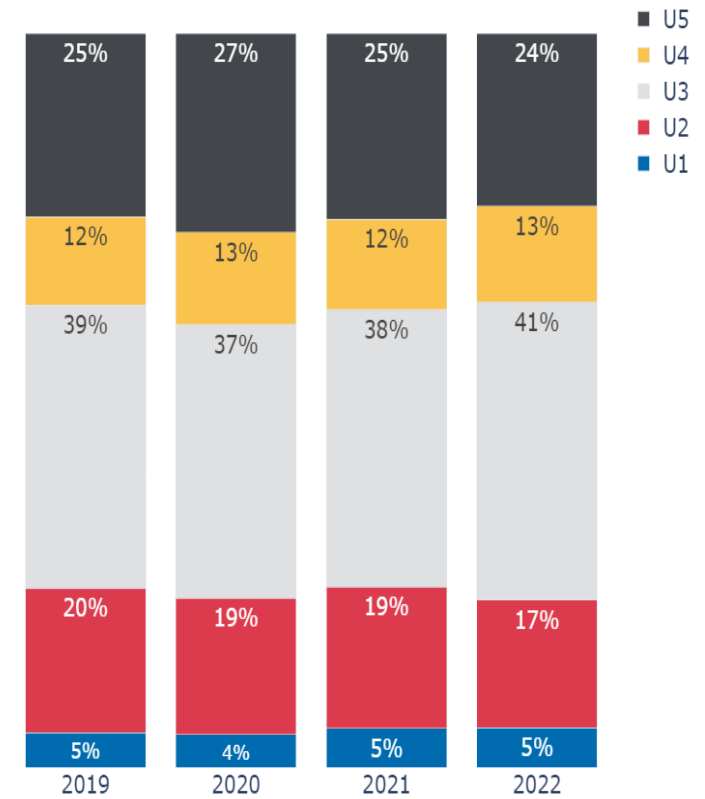
Inzicht uit andere analyses

- Hengelo en Enschede hebben het grootste aandeel U1-urgenties, Almelo grootste aandeel U5-urgenties. Mogelijk kan dit verklaard worden door een populatie-effect

Afbeelding 1 – trend urgentieverdeling bij uitstroom



Afbeelding 2 – trend urgentieverdeling bij uitstroom 70-plussers





4.2.2 Type zorgvraag – type geleverde zorg en urgentieverdeling

Meer dan de helft van telefonisch consult is U5, fysiek consult veruit het vaakst U3, visites vooral U2- en U3-urgenties

Toelichting

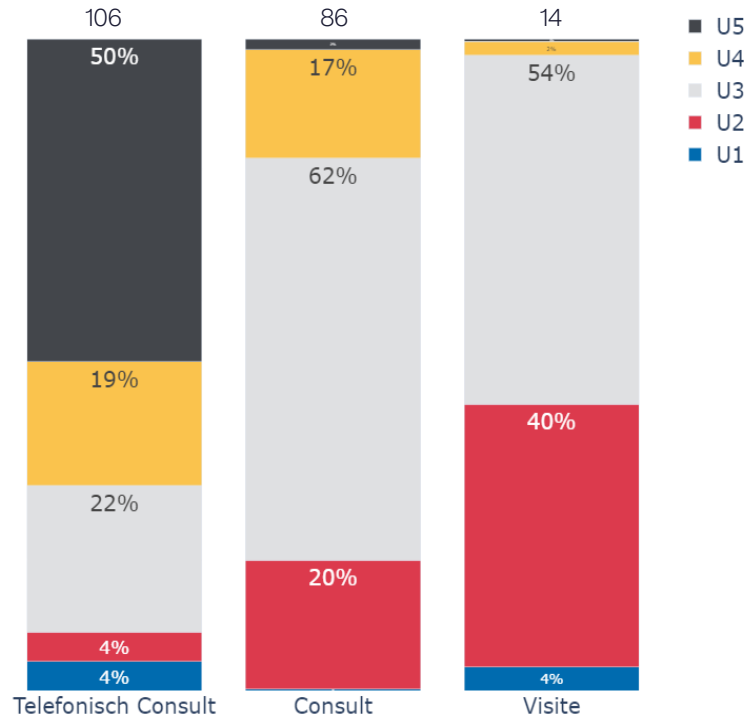
Afbeelding 1

- De helft van de telefonische consulten heeft een U5-urgentie
- Fysieke consulten hebben over het algemeen een U2-, U3- of U4-urgenties
- Visites hebben in 94% van de gevallen een U2- of U3-urgentie. U1-urgentie visites zijn zogeheten spoedritten

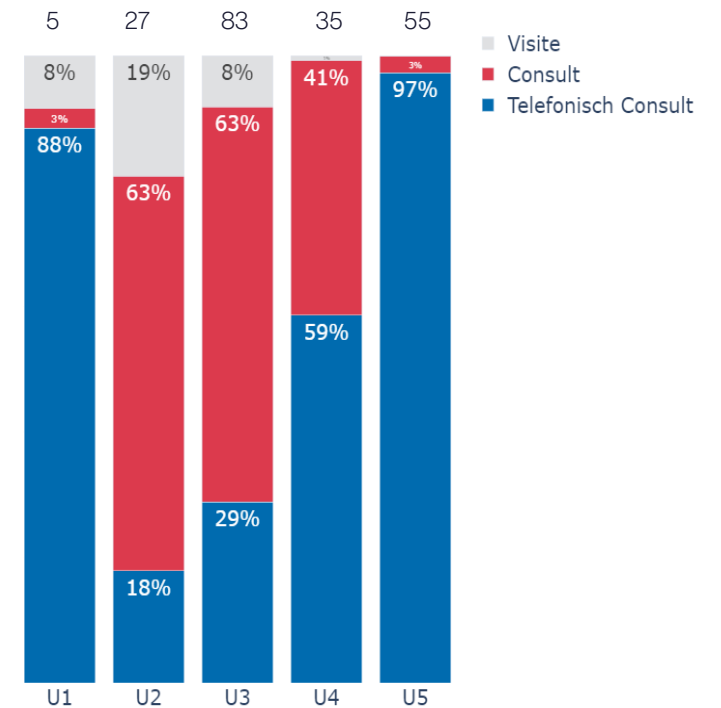
Afbeelding 2

- Bij U1-urgenties met telefonisch consult is altijd contact met de meldkamer of ambulance
- U2- en U3-urgenties worden het meest gezien in een fysiek consult
- In bijna 59% van de gevallen worden U4-urgenties telefonisch afgehandeld, vrijwel de rest wordt via een fysiek consult afgehandeld
- U5-urgenties worden vrijwel altijd telefonisch afgehandeld (97%)

Afbeelding 1 – uitgangsurgentie per type geleverde zorg (totalen x 1.000, 2022)



Afbeelding 2 – type geleverde zorg per uitgangsurgentie (totalen x 1.000, 2022)





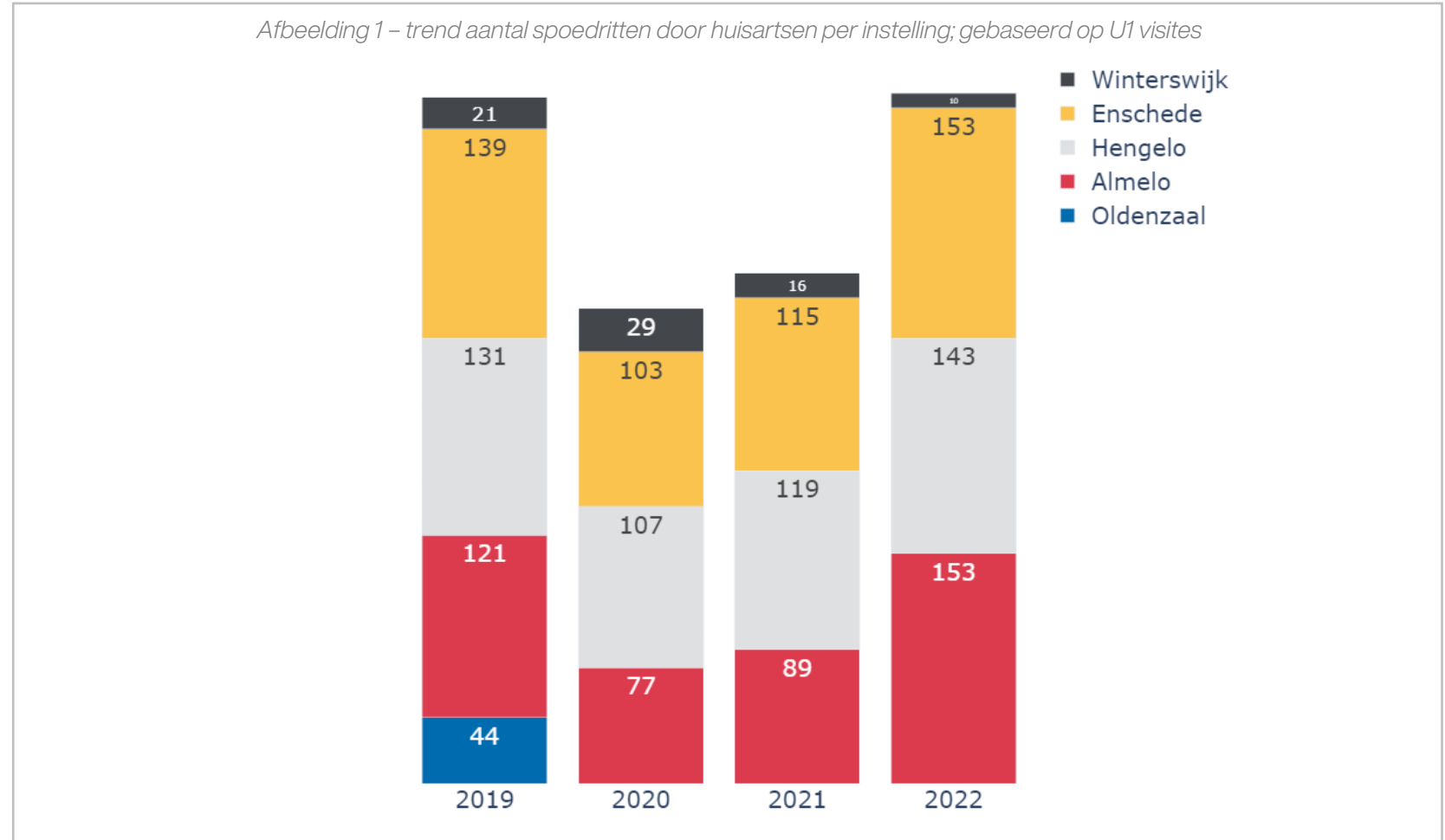
4.2.2 Type zorgvraag – spoedritten door huisartsen

Aantal spoedritten door huisartsen licht toegenomen sinds 2019, Almelo, Enschede en Hengelo laten een stijging zien

Toelichting

Afbeelding 1

- In 2020 liet het totaal aantal spoedritten door huisartsen een forse daling zien, waarschijnlijk door COVID
- Het aantal spoedritten is in 2022 toegenomen en bevindt zich weer rond het oude niveau
- In Almelo, Enschede en Hengelo is het aantal spoedritten door huisartsen tussen 2019 en 2022 toegenomen. Hier ligt waarschijnlijk een verband met de sluiting van de HAP in Oldenzaal, zie p.33 voor verdere toelichting





4.2.2 Ambulanceritten aangevraagd door HA/HAP Twente – aantal inzetten

Aantal inzetten HAP en huisarts bijna gelijk; daling aantal inzetten in 2020 te zien

Toelichting

N.B.1 Alleen data verkregen voor regio Twente, daarom geen informatie over de inzetten in Oost-Achterhoek

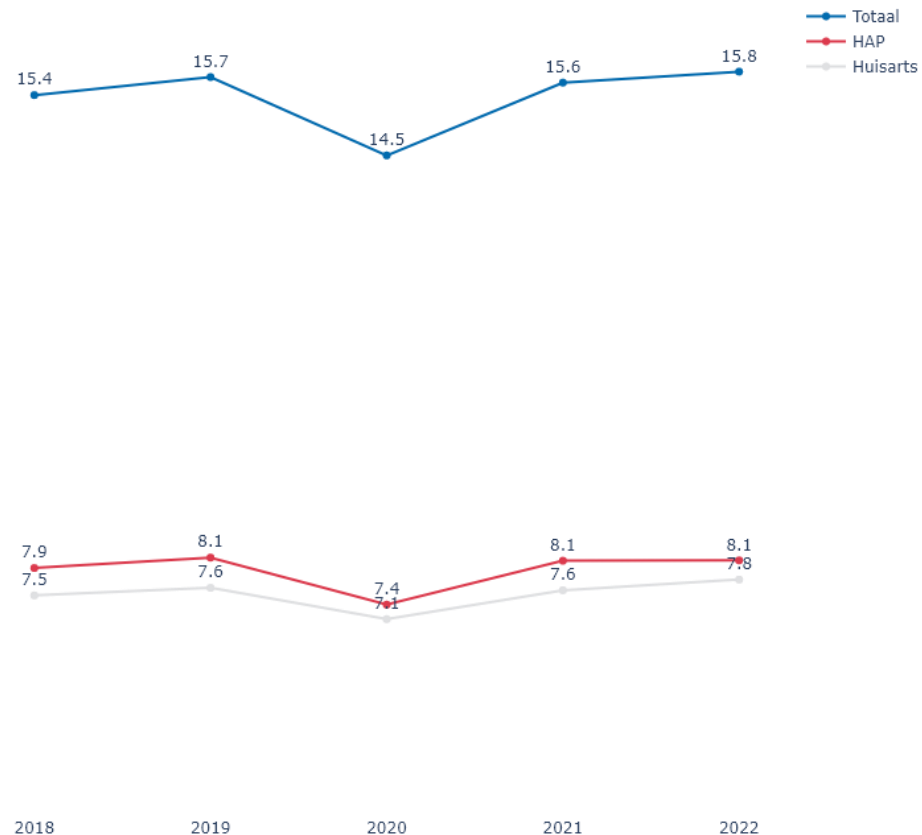
N.B.2 Geen inzicht in het aantal aanvragen dat niet gehonoreerd worden. Hier alleen het aantal inzetten zichtbaar

N.B.3 Categorisering van aantal inzetten door HAP en huisarts op basis van tijdstip inzet

Afbeelding 1

- Jaarlijks worden er in totaal door huisarts en HAP ongeveer 14.000 en 16.000 inzetten aangevraagd bij Ambulance Oost
- Er worden per jaar iets meer aanvragen gedaan door de HAP dan door de huisarts, een verklaring hiervoor is dat er meer acute zorgvragen zijn buiten kantoor tijden (zie p. 36)
- Bij zowel huisarts als HAP is een daling te zien in 2020. 2022 ligt net boven het niveau van 2019

Afbeelding 1 – trend aantal inzetten met als aanvrager HAP en huisarts door Ambulance Oost (X 1.000)





4.2.2 Ambulanceritten aangevraagd door HA/HAP Twente – urgentie

Vanuit HAP vooral inzetten met A1-urgentie, vanuit huisarts vooral A2-, B1- en B2-urgenties

Toelichting

Afbeelding 1

- Grootste aandeel van inzetten aangevraagd vanuit de HAP heeft een A1-urgentie
- Stijging over de jaren te zien in het aandeel A1-inzetten (van 42% naar 55%)

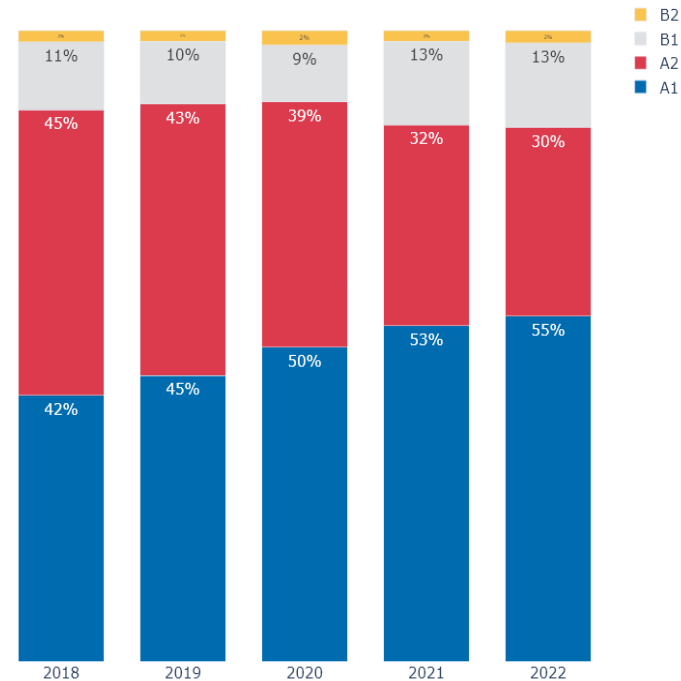
Afbeelding 2

- Grootste aandeel inzetten is A2-inzetten, dit aandeel is wel gedaald door de jaren heen
- Stijging in het aandeel A1- en B1-inzetten

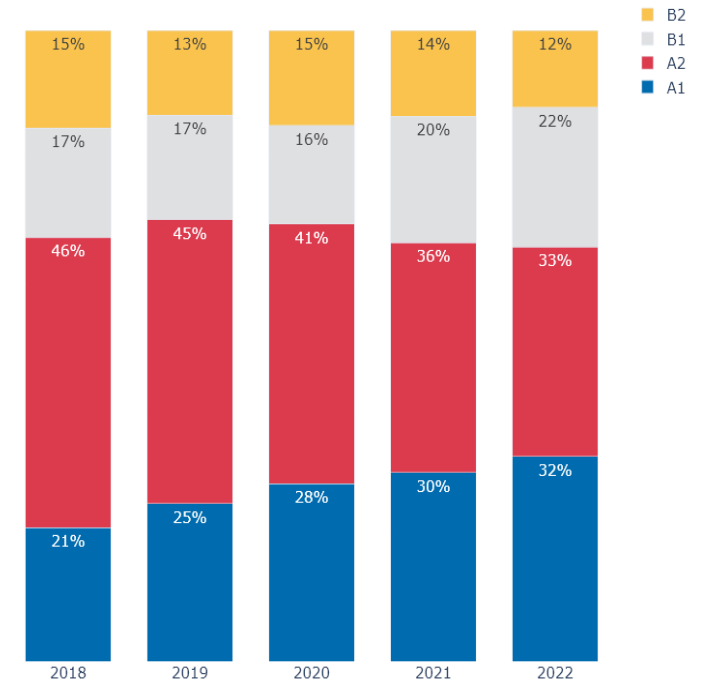
Gecombineerd inzicht

- In vergelijking met de HAP hebben de inzetten aangevraagd vanuit de huisarts praktijk relatief vaak een B1- en B2-urgentie

Afbeelding 1 – trend urgentie inzetten met als aanvrager HAP, Ambulance Oost



Afbeelding 2 – trend urgentie inzetten met als aanvrager huisarts, Ambulance Oost





4.2.3 Ingangsklachten – algemeen en U1-urgentie

Meest voorkomende ingangsklacht is een wond; bij U1 –urgentie is de meest voorkomende klacht pijn op de borst

Toelichting

Tabel 1

- Meest voorkomende ingangsklacht bij een contact met de HAP is wond (6%)
- Daarna zijn de grootste ingangsklachten buikpijn volwassene (5%) en trauma algemeen (5%)
- Bij 17% van de contacten is geen ingangsklacht geregistreerd

Tabel 2

- Meest voorkomende ingangsklacht bij U1-urgenties is met 45% pijn op de borst
- Bij 7% van de klachten is geen ingangsklacht geregistreerd

Tabel 1 – top 5 ingangsklachten HAP (2022)

#	Ingangsklacht	Aantal, x 1.000 (%)
1.	Wond	11,4 (6%)
2.	Buikpijn volwassene	11,3 (5%)
3.	Trauma algemeen	10,5 (5%)
4.	Trauma extremiteit	10,0 (5%)
5.	Huidklachten/ borstontsteking	8,2 (4%)

NB: bij 17% van de contacten geen ingangsklacht geregistreerd

Tabel 2- top 5 ingangsklachten HAP U1-urgentie (2022)

#	Ingangsklacht	Aantal, x 1.000 (%)
1.	Pijn op de borst	12,6 (45%)
2.	Neurologische uitval	3,1 (11%)
3.	Kortademig	1,6 (6%)
4.	Hartkloppingen	1,6 (6%)
5.	Buikpijn volwassene	0,8 (3%)

NB: bij 7% van de contacten geen ingangsklacht geregistreerd



4.2.4 Patiëntenstromen – doorlooptijd telefonisch consult

Telefonisch consult met actie verwijzing sector VVT heeft langste mediane consulttijd

Toelichting

Afbeelding 1

N.B. Alleen relevante type acties meegenomen

- Duur van een telefonisch consult loopt uiteen tussen verschillende acties (11 tot 25 min)
- Verwijzing naar de thuiszorg of VVT heeft de hoogste mediane tijd

Afbeelding 1 – mediane consulttijd per type actie bij telefonisch consult (min, 2022)





4.2.4 Patiëntenstromen – ICPC indicatie bij uitstroom

Meest voorkomend medisch probleem betreft het bewegingsapparaat en bij 70-plussers het ademhalingsstelsel

Toelichting

Afbeelding 1

- Bij uitstroom worden medische problemen van patiënten het vaakst geregistreerd als een probleem met het bewegingsapparaat (18%)

Afbeelding 2

- Bij 70-plussers worden de medische problemen bij uitstroom het vaakst geregistreerd als een probleem aan het ademhalingsstelsel (14%)

Tabel 1 - top 5 ICPC indicaties bij uitstroom HAP (2022)

#	ICPC indicatie bij uitstroom	Aantal, x 1.000 (%)
1.	L – bewegingsapparaat	37,6 (18%)
2.	R – tractus respiratorius	28,4 (14%)
3.	S – huid en subcutis	26,3 (13%)
4..	D – tractus digestivus	25,7 (12%)
5.	U – Urologisch	11,1 (5%)

NB: bij 16% van de patiënten heeft een algemene of geen gespecificeerde uitgangsdiagnose geregistreerd

Tabel 2 – top 5 ICPC indicatie bij uitstroom HAP, 70-plussers (2022)

#	ICPC indicatie bij uitstroom	Aantal, x 1.000 (%)
1.	R – tractus respiratorius	5,5 (14%)
2.	L – bewegingsapparaat	5,0 (12%)
3.	D – tractus digestivus	4,3 (11%)
4.	K – tractus circulatorius	4,2 (10%)
5.	U – Urologisch	3,9 (10%)

NB: bij 20% van de patiënten een algemene of geen gespecificeerde uitgangsdiagnose geregistreerd

4.2.4 Patiëntenstromen – uitstroom

90% van de HAP contacten gaat naar huis of is thuis gebleven

Toelichting

Afbeelding 1

- Het overgrote deel van de patiënten dat acute huisartsenzorg ontvangt, gaat vervolgens naar huis of is thuis gebleven (90%)
- Hierna volgt met 5% de spoedeisende hulp

Overige analyses

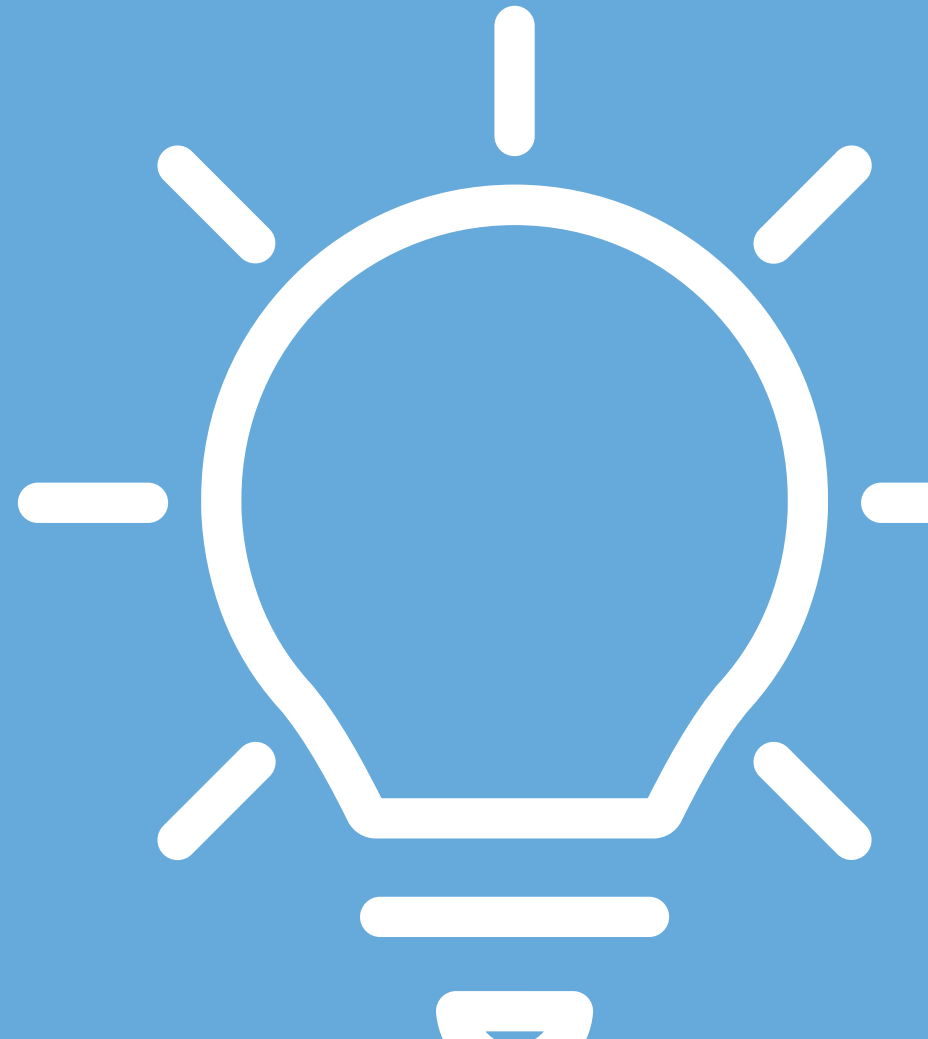
- De top 5 van uitstroom locaties komt overeen tussen alle contacten en contacten van 70-plussers. Ook bij 70-plussers gaat het merendeel naar huis na het ontvangen van acute huisartsenzorg (85%)

N.B. in de huidige registratie is er geen onderscheid tussen intramurale en extramurale vervolgzorg vanuit de VVT. Omdat hier de uitstroomlocatie in beeld wordt gebracht, geeft dit geen indicatie over het type vervolgzorg.

Tabel 1 - top 5 uitstroom locaties na contact acute huisartsenzorg (2022)

#	Uitstroomlocatie	Aantal, x 1.000 (%)
1.	Naar huis/ thuis gebleven	185,3 (90%)
2.	Spoedeisende hulp	11,0 (5%)
3.	Ambulance en/of meldkamer	5,0 (2%)
4.	Röntgen	3,1 (1%)
5.	Ziekenhuis	1,0 (0,5%)

4.3 Belangrijkste inzichten acute huisartsenzorg





Belangrijkste inzichten



Arbeidsmarkt

- De ervaren werkdruk is **groot** in de huisartsenpraktijken in Twente (61%-90%)
- Er wordt een groei verwacht in het aantal huisartsen in Twente. Niettemin is het moeilijk te voorspellen of deze **verwachte groei** voldoende zal zijn om aan de **toenemende zorgvraag** te voldoen



Zorggebruik

- Het aantal contacten op de HAP lag in 2022 weer op het niveau van 2019, onder 70-plussers was dit niet te zien (-5%)
- Verwachting is dat in de Euregio het aantal huisartsconsulten in ANW-uren tot 2033 licht toeneemt (+0,2% tussen 2023 en 2033), waarna een **lichte daling** inzet (-2% tussen 2033 en 2040)
- Tussen 2018 en 2022 is een **toename** te zien in het aandeel **telefonische consulten** op de HAP
- Het aantal spoedritten door huisartsen is tussen 2019 en 2022 vrijwel stabiel gebleven, net zoals het aantal ambulance inzetten aangevraagd door huisartsen



Urgentie

- Gemiddeld heeft ongeveer 55-60% van de contacten op de HAP een **U3-urgentie of hoger**, tussen instellingen loopt dit aandeel uiteen tussen de 49% en 65%
- Het aandeel U1-, U2- en U3-urgenties ligt bij 70-plussers **hoger** dan bij contacten van alle leeftijden
- In **85%** van de gevallen is de urgentie bij instroom hetzelfde als bij uitstroom



Doorlooptijd

- Doorlooptijden van telefonische afhandeling door de triagist zijn het langst wanneer er een verwijzing naar de **VVT** nodig is



Patiëntenpopulatie

- Op de HAP in de Euregio hebben 1- tot 9-jarigen het meeste aantal contacten, gevolgd door 20- tot 29-jarigen
- Aantal contacten per 1.000 inwoners is het hoogst voor **0-jarigen**, gevolgd door 90-plussers, 80- tot 89-jarigen en 1- tot 9-jarigen

5. Acute zorg door ambulancediensten

5.1 Zorgaanbod acute zorg door ambulancediensten

5.2 Zorgvraag acute zorg door ambulancediensten

5.3 Belangrijkste inzichten acute zorg door ambulancediensten



5.1 Zorgaanbod

5.1.1 Zorgaanbieders in de regio

- Standplaatsen
- MMT: stationeringsplaatsen & responstijd

5.1.2 Kwaliteitskader spoedzorgketen

5.1.3 Arbeidsmarkt





5.1.1 Zorgaanbod ambulancediensten – rijtijden

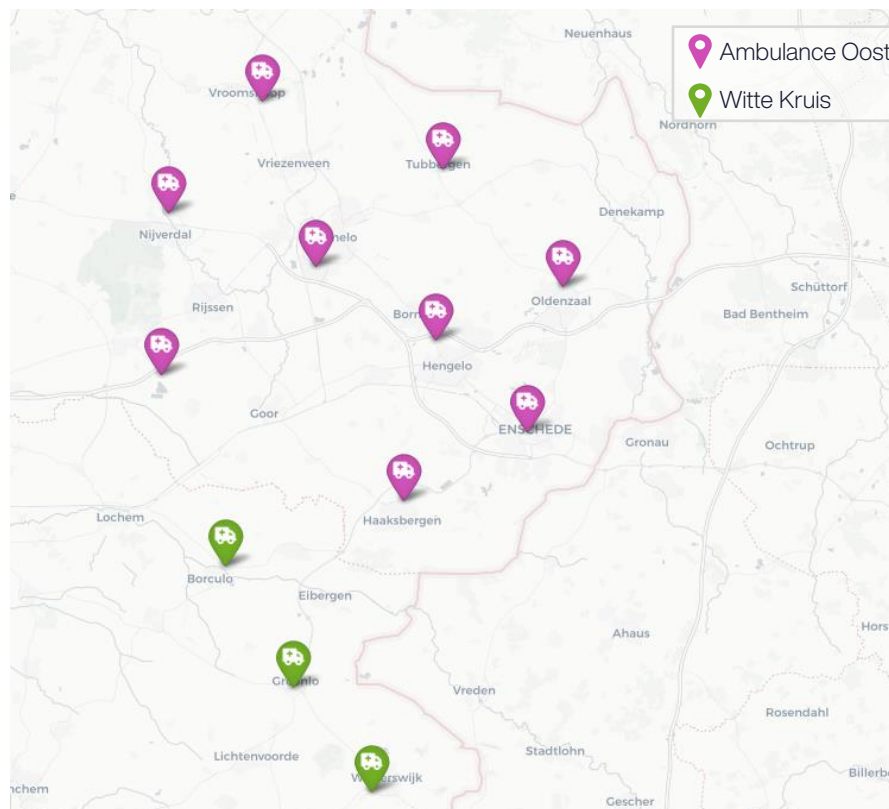
Twee aanbieders ambulancezorg in de Euregio

Toelichting

Afbeelding 1

- Ambulance Oost en Witte kruis zijn actief binnen de Euregio
- Witte kruis is met drie standplaatsen in de Euregio voornamelijk actief in de Oost-Achterhoek
- Ambulance Oost is met negen standplaatsen voornamelijk actief in Twente

Afbeelding 1– standplaatsen ambulances





5.1.1 Zorgaanbod MMT – stationeringsplaatsen & responstijd

Inzetten met heli vanaf drie stationeringsplaatsen; stationeringsplaats in Duitsland belangrijk voor lage responstijd

Toelichting

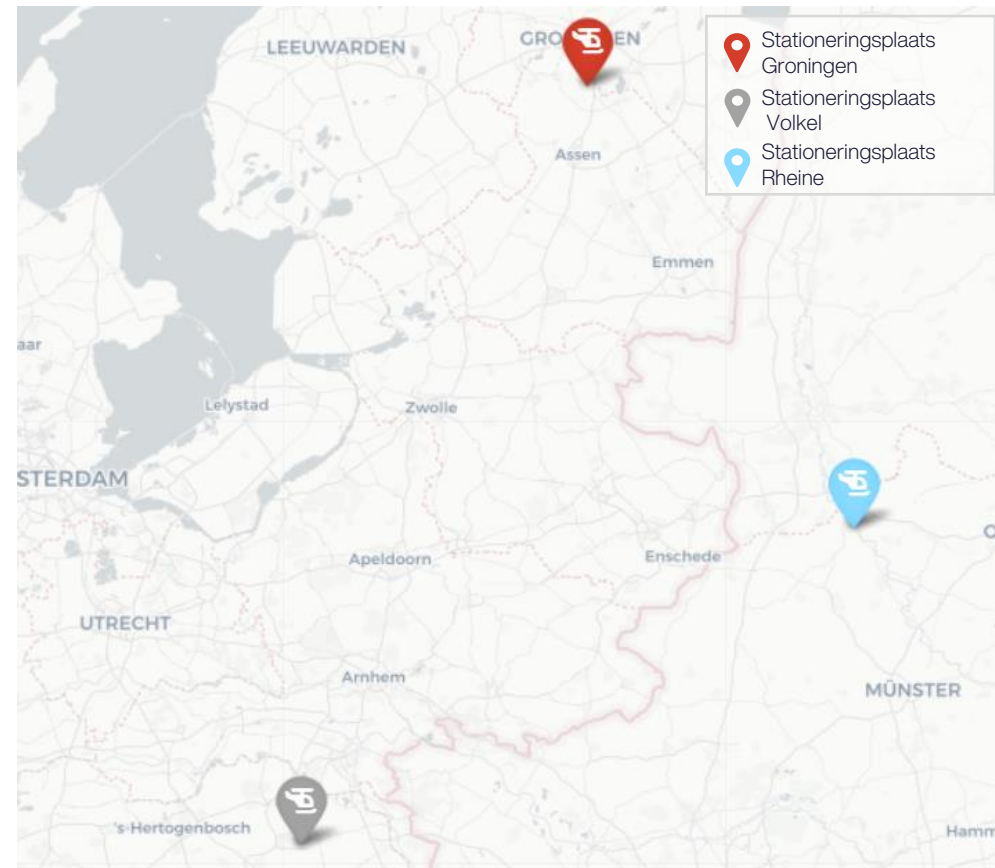
Afbeelding 1

- Drie stationeringsplaatsen vanaf waar traumahelikopters uitrukken voor de Euregio: Volkel, Groningen Airport en Rheine (Duitsland)
- Vanaf Rheine alleen inzetten bij daglicht en met goed zicht

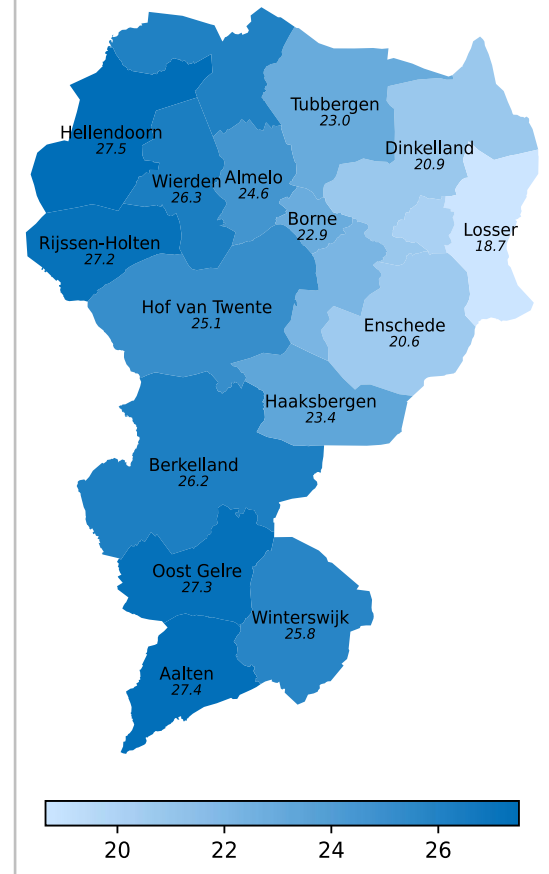
Afbeelding 2

- Weergegeven responstijden gaan uit van vluchten vanaf de dichtstbijzijnde stationeringsplaats
- Langste responstijden aan de Westelijke kant van de Euregio; Hellendoorn langste vliegtijd (27,5 minuten)
- Kortste responstijden in Losser (18,7 minuten)
- Geen vluchten vanaf Rheine (nacht en bij slecht zicht) zal m.n. invloed hebben op het Oostelijke gedeelte van de Euregio

Afbeelding 1– stationeringsplaatsen van de helikopter



Afbeelding 2– gemiddelde responstijd¹ per gemeente (2008, minuten)



Bron: RIVM, analyse IG&H

1. Gemiddelde tijd van melding t/m natransport vanaf dichtstbijzijnde stationeringsplaats naar postcode in gemeente met traumahelikopter **53**



5.1.2 Kwaliteitskader spoedzorgketen – ambulancezorg

Beschikbaarheid, toegankelijkheid en aanwezigheid van deskundig personeel

Het ROAZ beeld licht een aantal normen uit het Kwaliteitskader *Spoedzorgketen* uit. Binnen de ambulancezorg bestaat daarnaast ook het Kwaliteitskader *Ambulancezorg*, waarin voor specifiek de ambulancezorg een bredere set kwaliteitssignalen is ontwikkeld.

Doelen

Ambulancezorg beschikt 24/7 over de juiste en tijdige bemensing voor het diagnosticeren en behandelen van een spoedzorgvraag

Ambulancezorg is 24/7 telefonisch en/of fysiek bereikbaar en beschikbaar voor het in behandeling nemen van een melding van een spoedzorgvraag.

Norm	Partner	Norm	Meting 2023 ¹
3.2.10 Bestaande veldnorm	Ambulancezorg	De RAV zorgt ervoor dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanneming van de melding ter plaatse is.	Deze norm wordt continu gemonitord en er worden doorlopend acties ondernomen om prestaties te verbeteren en het zorgaanbod aan te laten sluiten bij de zorgvraag. Dit is een doorlopend proces
3.2.14 Wettelijke norm	SEH/ ambulancezorg	Iedere Nederlander kan in beginsel binnen 45 minuten een SEH afdeling van een ziekenhuis bereiken. Deze bereikbaarheidsnorm betreft de totaal tijd die nodig is om met een ambulance de patiënt te bereiken en vervolgens naar een SEH-locatie te rijden.	Geïmplementeerd
6.1.2 Bestaande veldnorm en wettelijke norm	Ambulancezorg	Ambulancezorgprofessionals voldoen aan de wettelijke en sectorale opleidings- en bekwaamheidseisen . Het wettelijke 'Besluit functionele zelfstandigheid' beschrijft nadere regels voor voorbehouden handelingen voor ambulanceverpleegkundigen.	Geïmplementeerd

Een bestaande veldnorm is een norm die is opgenomen in een door partijen onderschreven richtlijn, module, protocol, kwaliteitskader, samenwerkingskader, regeling, nota of handleiding.



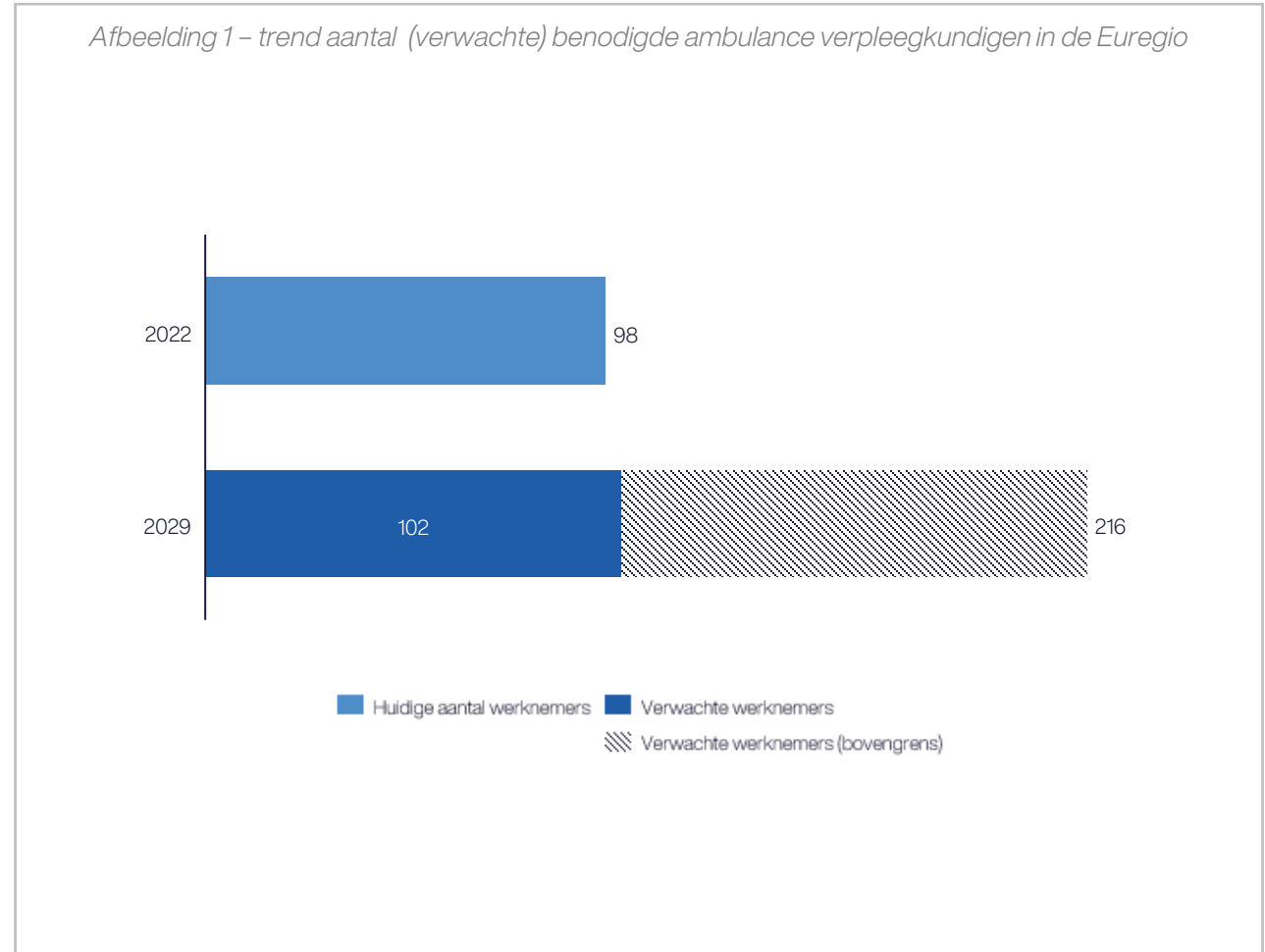
5.1.3 Arbeidsmarkt – ambulanceverpleegkundigen

Aantal benodigde ambulanceverpleegkundigen neemt toe, maar onduidelijk of er tekort ontstaat

Onduidelijk of er een tekort aan ambulanceverpleegkundigen zal ontstaan

- 29% van het aantal fte ambulanceverpleegkundigen is ouder dan 55 jaar
- De verwachte jaarlijkse uitstroom van werknemers onder de 55 jaar ligt rond de 3,5% van het aantal fte
- Het is aannemelijk dat het aantal inzetten van de ambulance toeneemt, echter is onduidelijk in welke mate (zie p. 57)
- Het verwachte aantal benodigde ambulanceverpleegkundigen in 2029 is via twee scenario's berekend, een demografisch scenario (ondergrens) en een expertscenario (bovengrens).
- Het aantal benodigde ambulanceverpleegkundigen in de Euregio zal naar verwachting in 2029 met 6 tot 19% zijn toegenomen (zie afbeelding 1). De maximale verwachte stijging (bovengrens) is naar 216 ambulance verpleegkundigen
- Doordat de omvang van toename in zorgvraag onbekend is (zie p. 58), is het onduidelijk of er wel of geen tekort in ambulancepersoneel zal ontstaan

Afbeelding 1 – trend aantal (verwachte) benodigde ambulance verpleegkundigen in de Euregio



5.2 Zorgvraag

5.2.1 Zorggebruik

- Aantal inzetten
- Prognose

5.2.2 Type zorgvraag

- Tijdstip van zorgvraag
- Urgentieverdeling
- Verwijzingen instroom
- Type inzet
- Contacten meldkamer

5.2.3 Patiëntenstromen

- Reanimaties
- Specialisme





5.2.1 Zorggebruik – aantal inzetten A1 en A2 en leeftijdsverdeling

Stijgende trend te zien in het aantal A1- en A2-inzetten; meeste inzetten voor 75-plussers

Toelichting

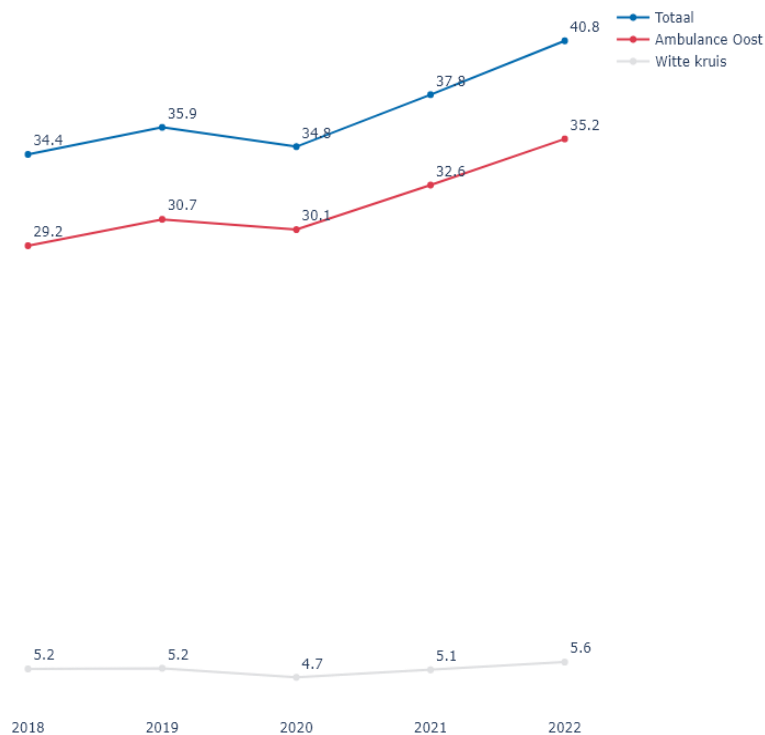
Afbeelding 1

- Jaarlijks worden er tussen 2018 en 2022 tussen de 34.000 en 41.000 A1- en A2-inzetten door ambulances in de Euregio gedaan
- Tussen 2018 en 2022 een stijgende trend in aantal inzetten te zien, zowel bij Ambulance Oost als Witte Kruis

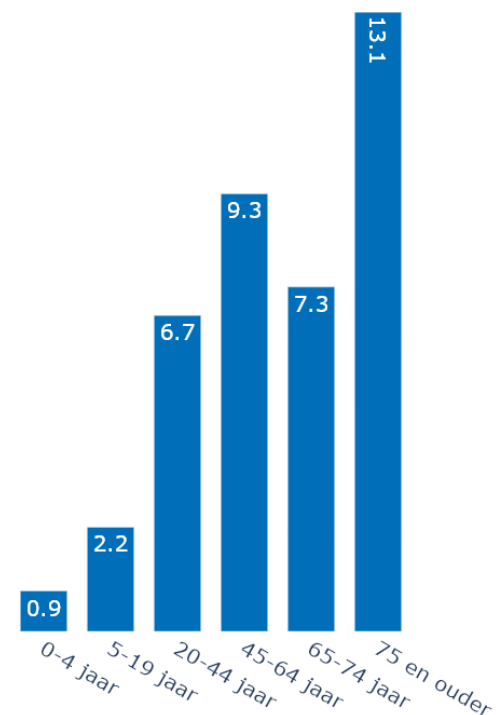
Afbeelding 2

- Aantal inzetten neemt met de leeftijd toe, met een uitschieter bij 45- tot 64-jarigen.
- Meeste inzetten voor patiënten van 75 jaar en ouder

Afbeelding 1 – trend aantal inzetten A1 en A2 per organisatie in de Euregio (X1.000)



Afbeelding 2 – leeftijdsverdeling per leeftijdsgroep (X1000, 2022)





5.2.1 Zorggebruik – prognose ambulance inzetten

Ondanks bevolkingskrimp is het aannemelijk dat het aantal ambulance inzetten de komende jaren stijgt

De bevolking in de Euregio laat een krimp zien, de verwachting is dat dit de komende jaren verder zal doorzetten (zie p.10) met een 2% daling in 2040. Ondanks deze krimp is het aannemelijk dat het aantal ambulance inzetten de komende jaren zal stijgen. De redenen hiervoor zijn:

1 Beeld afgelopen jaren

Tussen 2018 en 2022 was er een toename te zien in het aantal ambulance inzetten in de Euregio. Het is aannemelijk dat deze trend zal voortzetten.

Zie p.57 voor onderbouwing

2 Groei spoedeisende zorgvragen msz

De komende jaren wordt een aanhoudende groei van het aantal spoedeisende zorgvragen in de msz verwacht. Het is aannemelijk dat het aantal ambulance ritten hierdoor ook zal toenemen.

Zie p.75 voor onderbouwing

3 Vergrijzing

In de categorie 75-plussers zijn de meeste ambulance inzetten per 1.000 inwoners. Daarnaast is er op de HAP en SEH bij 70-plussers een hogere urgentieniveau te zien in vergelijking met de gehele populatie. Omdat de Euregio de komende jaren sterk vergrijst, is het goed mogelijk dat het aantal ambulance ritten per 1.000 inwoners daarom toeneemt.

Zie p.10, 39, 57, 75 voor onderbouwing



5.2.2 Type zorgvraag – tijdstip van zorgvraag en urgentieverdeling

Moment van presenteren redelijk constant over de jaren; urgentieverdeling tussen organisaties vergelijkbaar

Toelichting

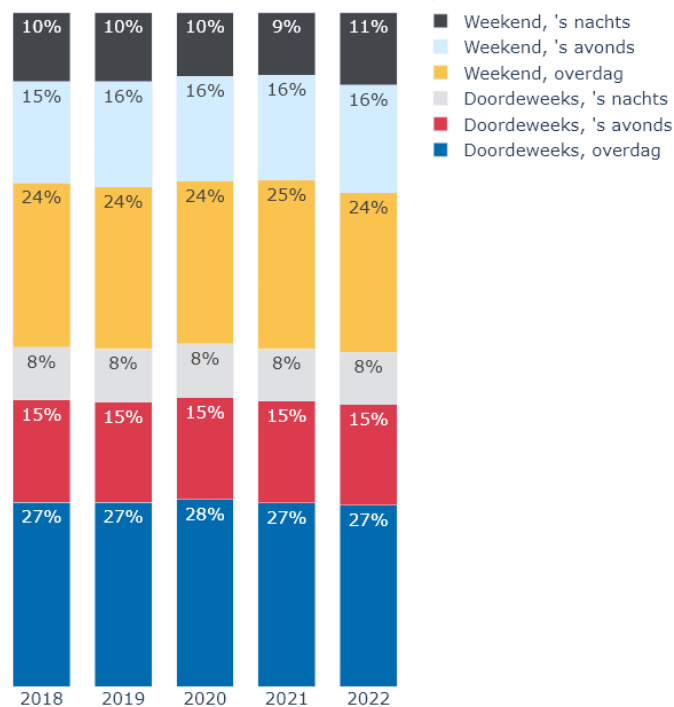
Afbeelding 1

- Over de jaren heen redelijk constante verdeling van wanneer de ambulance voor A1- en A2-ritten ingezet moet worden
- Grootste aandeel van inzetten vindt overdag plaats
- Inzet per moment in de week en op de dag vergelijkbaar tussen Ambulance Oost en Witte Kruis

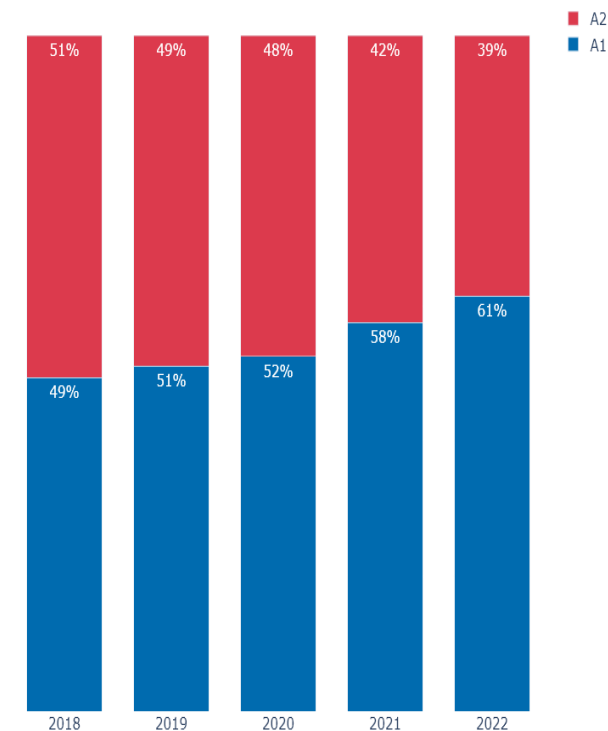
Afbeelding 2

- Stijging van het aandeel A1-inzetten ten opzichte van aandeel A2-inzetten tussen 2018 en 2022. Dit aandeel neemt toe van 49% naar 61%. Verklaring hiervoor is dat er in juni 2021 een verandering in registratie kwam voor meer inzet
- Het aandeel A1-inzetten is vergelijkbaar met landelijk. In 2021 lag het landelijke aandeel op 61% in de Euregio lag het toen op 58%
- De stijgende trend die in de Euregio te zien is tussen 2018 en 2022 is niet vergelijkbaar met landelijk: in 2018 was het aandeel A1-ritten landelijk 62% en daarmee vrijwel gelijk aan het aandeel in 2021
- Verhouding A1- en A2-inzetten vergelijkbaar tussen Ambulance Oost en Witte kruis

Afbeelding 1 – trend tijdstip zorgvraag voor A1- en A2-inzetten (gewogen gemiddelde per dag)



Afbeelding 2 – trend urgentieverdeling



5.2.2 Type zorgvraag – aanvrager (verwijzer)

Tussen 2018 en 2022 een stijging in het aandeel aanvragen door burgers en 112 te zien

Toelichting

Afbeelding 1

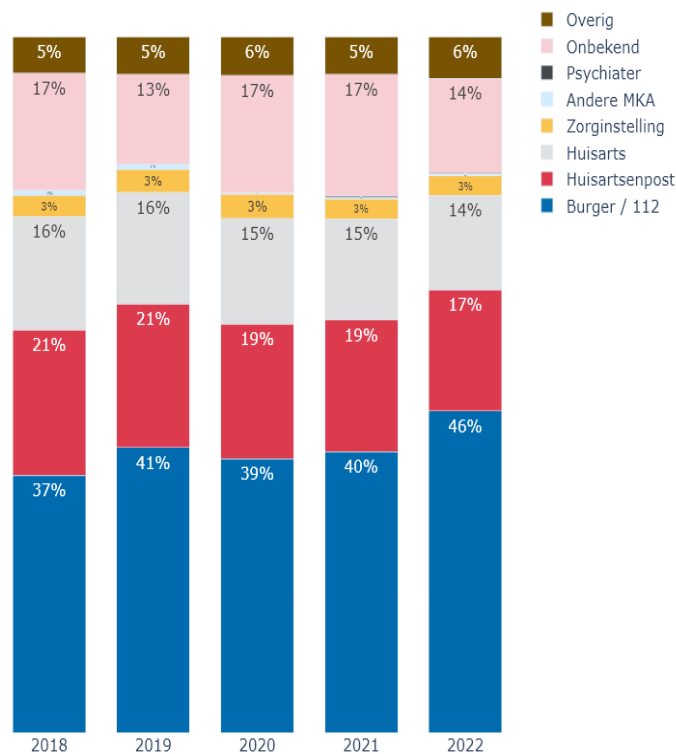
- Tussen 2018 en 2022 is er een stijging in het aandeel aanvragen door burgers/via 112 (van 37% naar 46%)
- Lichte daling in het aandeel huisartsenpost en huisarts

Afbeelding 2

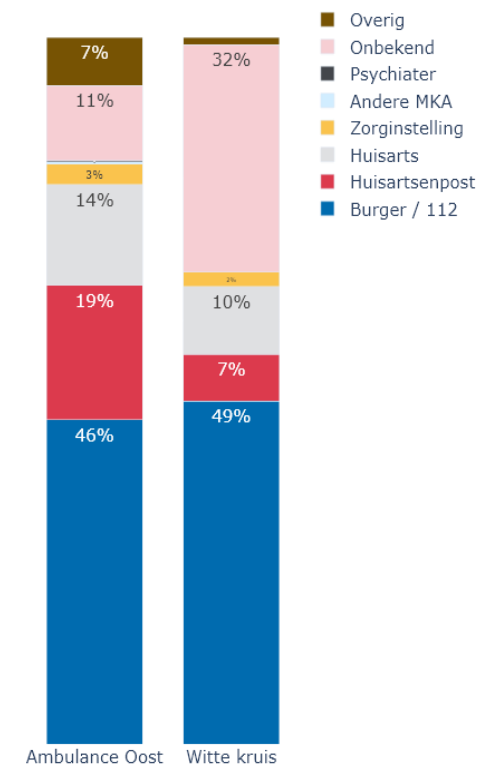
N.B. Een aanvrager wordt geregistreerd als onbekend op het moment dat er geen aanvrager wordt ingevuld

- 32% van de inzet van Witte Kruis is onbekend, tegen 11% bij Ambulance Oost
- Het verschil in verdeling van type aanvragers tussen de twee instellingen kan mogelijk verklaard worden doordat bij Ambulance Oost door de triagist geregistreerd wordt en bij Witte Kruis door de verpleegkundige

Afbeelding 1 – trend in aanvrager van inzetten



Afbeelding 2 – aanvrager van inzetten per organisatie (2022)





5.2.2 Type zorgvraag – type inzet en contacten meldkamer

Toename in het aandeel inzetten als mobiel zorgconsult; toename in het aantal telefoongesprekken meldkamer

Toelichting

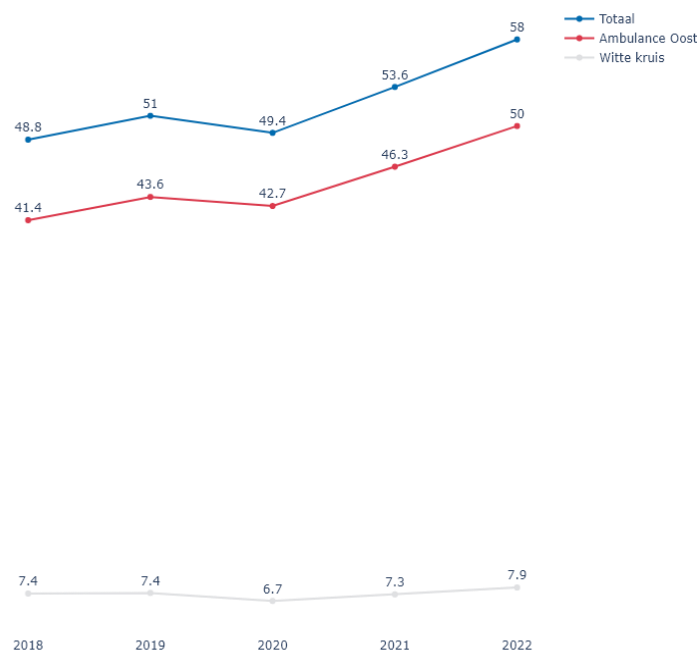
Afbeelding 1

- Het aantal meldkamer gesprekken is een schatting, deze schatting is gebaseerd op het aantal ambulance inzetten en een ophoogfactor van het RIVM
- Tussen 2019 en 2022 is het aantal telefoongesprekken gestegen naar bijna 58.000 gesprekken
- In 2020 is een daling in het aantal telefoongesprekken te zien

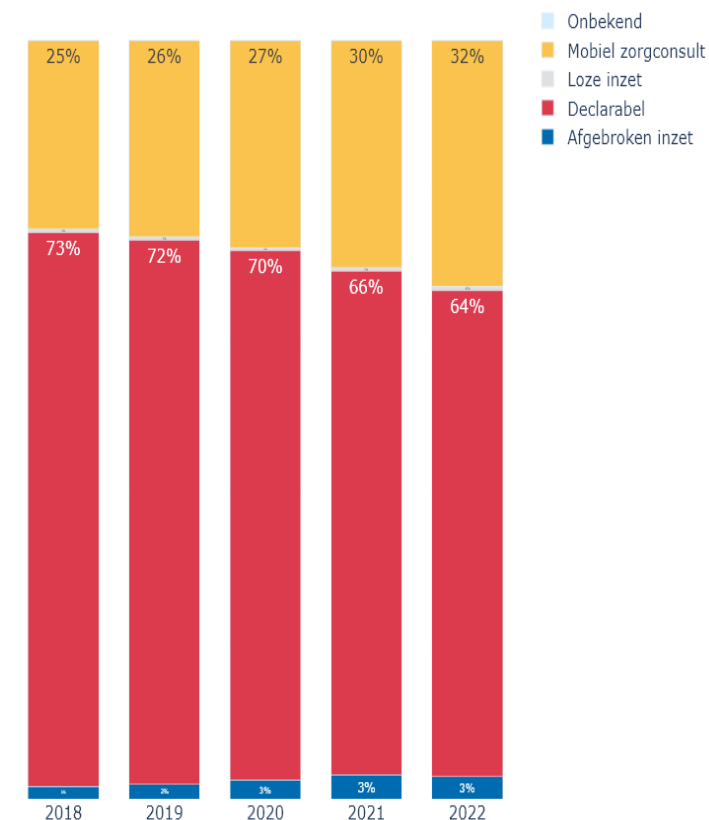
Afbeelding 2

- Declarabele inzet is een inzet waarbij een patiënt wordt vervoerd en voldoet aan criteria waarmee inzet kan worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Mobiel zorgconsult is een inzet die ook gedeclareerd kan worden, maar waarbij de patiënt niet vervoerd kan worden
- Het aandeel inzetten mobiele zorgconsult neemt tussen 2018 en 2022 toe (25% naar 32%). Dit gaat ten koste van het aandeel declarabele inzetten, deze nemen af van 73% naar 64% tussen 2018 en 2022
- Loze inzetten en afgebroken inzetten zijn een klein aandeel van het totaal

Afbeelding 1- Trend aantal telefoongesprekken¹ (x1.000) naar de meldkamer



Afbeelding 12- Trend in type inzet



Bron: data Ambulance Oost en Witte Kruis en data RIVM, analyse IG&H

1. Aantal telefoongesprekken is gebaseerd op aantal ambulance ritten en een ophoogfactor van het RIVM **61**



5.2.3 Patiëntenstromen – reanimaties en specialisme bij uitstroom

Aantal reanimaties neemt over de jaren af; Traumatologie/heelkunde en cardiologie belangrijkste specialismes

Toelichting

Afbeelding 1

N.B. het aantal reanimaties wordt nu niet goed geregistreerd, derhalve is deze data niet betrouwbaar

- Tussen 2018 en 2022 daalt het aantal reanimaties bij Ambulance Oost van 411 naar 366
- Witte Kruis laat tussen 2018 en 2022 een vrij constant aantal reanimaties zien

Tabel 1

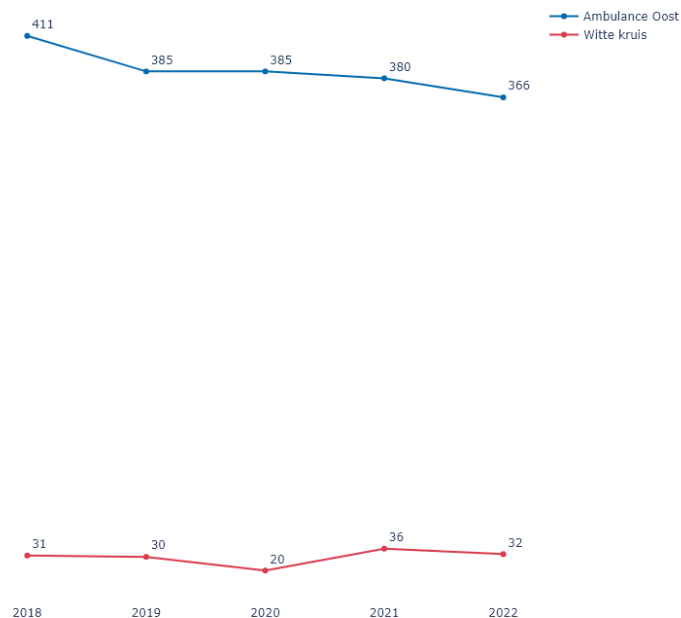
N.B. Data kan afwijken omdat er meerdere specialismen per patiënt kunnen worden geregistreerd

- De meeste patiënten hebben klachten van specialisme traumatologie/heelkunde, daarna cardiologie

Andere inzichten uit analyses

- Trend over de jaren vrij stabiel in specialismen waar patiënten naar uitstromen

Afbeelding 1 – trend aantal reanimaties¹



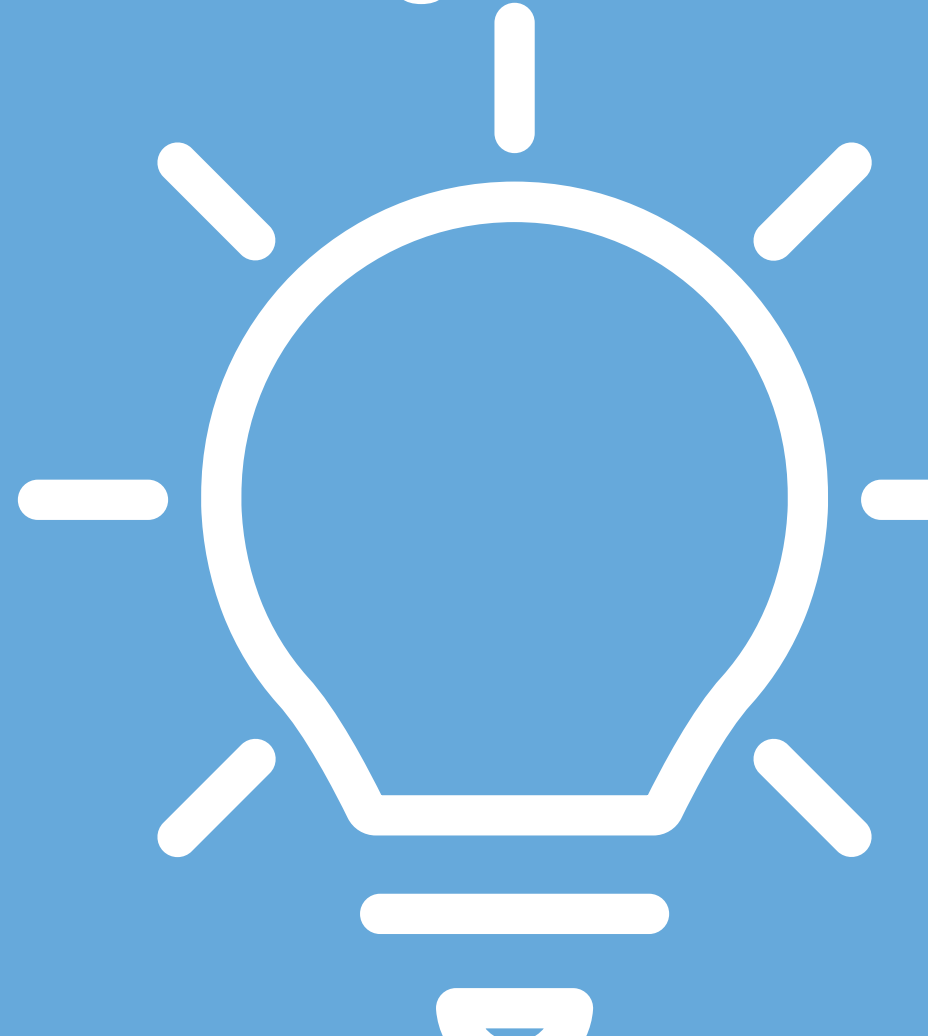
Tabel 1 – specialisme van klacht patiënt (2022)

#	Specialisme van klacht patiënt	Aandeel
1.	Traumatologie/heelkunde	22%
2.	Cardiologie	21%
3.	Interne geneeskunde	17%
4.	Neurologie	13%
5.	Pulmonologie	11%

Bron: Ambulance Oost en Witte Kruis zorgaanbieders, analyse IG&H

1. Aantal reanimaties wordt bij Witte kruis niet altijd goed geregistreerd, werkelijk aantal kan hoger liggen 62

5.3 Belangrijkste inzichten acute zorg ambulancediensten





Belangrijkste inzichten



Arbeidsmarkt

- Aantal benodigde ambulanceverpleegkundigen neemt naar verwachting toe vanwege de verwachte, **toenemende zorgvraag**
- Het is **onduidelijk** of dit resulteert in een tekort van ambulancepersoneel, doordat de omvang van de toename van de zorgvraag onbekend is



Populatie

- Meer ambulance inzetten naarmate de leeftijd toeneemt, **meeste aantal inzetten** per 1.000 inwoners voor **75-plussers**



Zorggebruik

- De afgelopen jaren is er een **stijgende trend** te zien in het totaal aantal ambulance inzetten. Ondanks de bevolkingskrimp in de Euregio is het aannemelijk dat het aantal **ambulance inzetten** de komende jaren **stijgt**
- Het afgelopen jaar is er een **daling** zichtbaar in het aantal **declarabele ritten**
- De afgelopen jaren is er een **toename** te zien in:
 - Het aandeel **A1 inzetten**
 - Het aandeel aanvragen vanuit **burgers/112**
 - Het aantal **telefoongesprekken** dat binnenkomt op de meldkamer

6. Acute zorg in het ziekenhuis

6.1 Zorgaanbod acute zorg in het ziekenhuis

6.2 Zorgvraag acute zorg in het ziekenhuis

6.3 Eerste harthulp

6.4 Acute klinische traumazorg

6.5 Belangrijkste inzichten acute zorg in het ziekenhuis



6.1 Zorgaanbod acute zorg in het ziekenhuis

6.1.1 Zorgaanbieders in de regio

- Locaties en rijtijden

6.1.2 Voorzieningen

6.1.3 Kwaliteitskader spoedzorgketen

6.1.4 Arbeidsmarkt





6.1.1 Zorgaanbieders – locaties & rijtijden

Drie SEH-afdelingen in de Euregio; rijtijd het langst voor inwoners uit Dinkelland

Toelichting

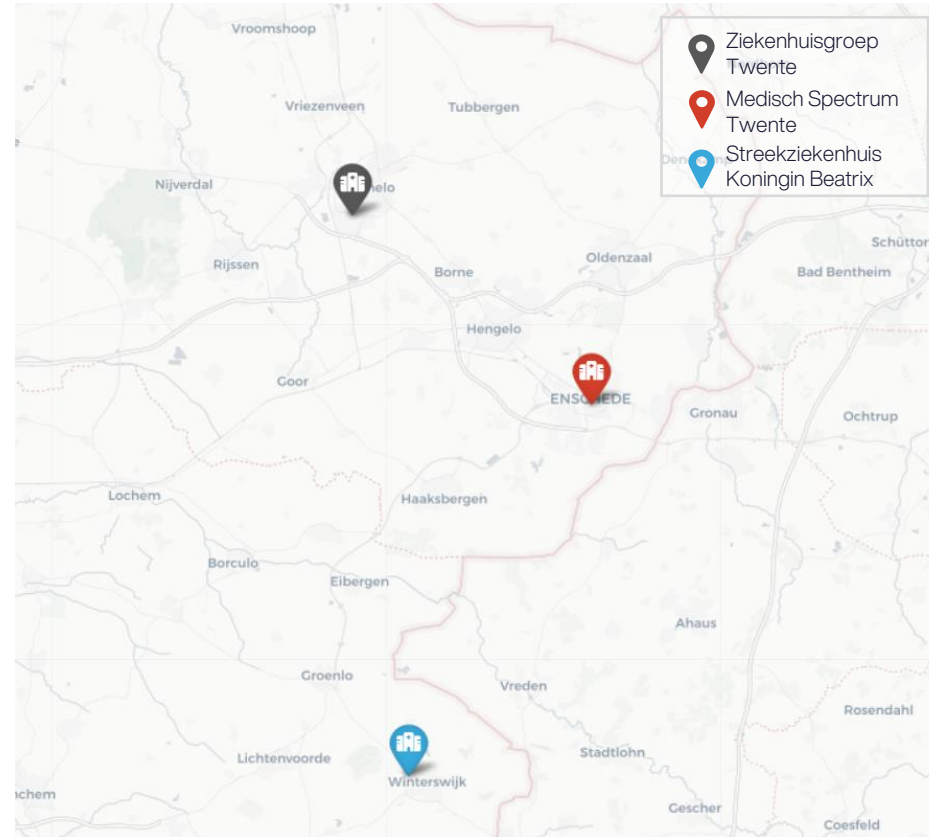
Afbeelding 1

- Het Medisch Spectrum Twente (MST), Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) en Streektziekenhuis Koningin Beatrix (SKB) hebben een spoedeisende hulp (SEH)
- Alle drie de SEHs zijn 24/7 geopend en kennen geen presentatiestops; dit is een Euregio-brede afspraak². Deze afspraak wordt als prettig ervaren door zowel de ziekenhuizen als de regiopartners. Bij presentatiestops in aangrenzende regio's ervaren ziekenhuizen binnen de Euregio meer druk

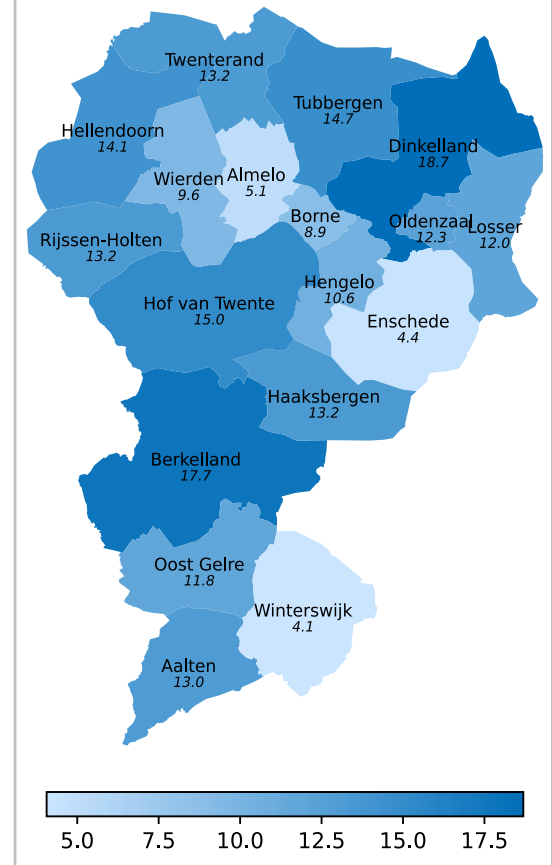
Afbeelding 2

- De gemiddelde theoretische rijtijd met spoedeisende ambulance vanuit de verschillende gemeenten naar een SEH is tussen de 4 en 18 minuten
- In de gemeenten met een SEH, namelijk Enschede, Winterswijk en Almelo, is de rijtijd het kortst
- Dinkelland en Berkelland hebben de langste, gemiddelde rijtijd (19 en 18 minuten)

Afbeelding 1- locaties van de SEHs



Afbeelding 2- gemiddelde rijtijd¹ per gemeente (2022, minuten)



Bron: data RIVM, analyse IG&H

1. Gemiddelde theoretische rijtijd vanaf viercijferige postcode in gemeente met spoedeisende ambulance naar dichtstbijzijnde SEH, deze kan ook buiten de Euregio liggen

2. Procedure communicatie dreigend capaciteitstekort ziekenhuizen 67



6.1.2 Zorgaanbod - voorzieningen

MST biedt als topklinisch centrum alle onderstaande behandelmogelijkheden

Specialisme	Behandelmogelijkheid			
Neurologie	IAT	✓	✗	✗
	IVT	✓	✓	✓
Vaatchirurgie	Patiënten met rAAA	✓	✓	✗
	EVAR behandeling in spoedsituaties thoracaal	✓	✗	✗
	EVAR behandeling in spoedsituaties abdominaal	✓	✓	✗
Kindergeneeskunde	Behandeling vitaal bedreigde kinderen	✓	✓	✓
Psychiatrie	Opvang en beoordeling mensen met acute gedragsstoornissen	✓	✓	✗
Verloskunde	Acute verloskunde	✓	✓	✓
Cardiologie	Observatie patiënten met acute cardiale aandoeningen op Eerste Hart Hulp (verdieping EHH p.88 t/m 94)	✓	✓	✓
	Patiënten met een acuut myocardinfarct	✓	✓	✓
	PCI	✓	✗	✗
Level 1 traumacentrumfunctie	24/7 behandeling van alle ernstig gewonde patiënten	✓	✗	✗



6.1.3 Kwaliteitskader spoedzorgketen - SEH

Beschikbaarheid, toegankelijkheid en aanwezigheid van deskundig personeel

Doelen

- Aanbieders van spoedzorg beschikken 24/7 over de juiste en tijdige bemensing voor het diagnosticeren en behandelen van een spoedzorgvraag
- Aanbieders van spoedzorg beschikken 24/7 over de juiste faciliteiten voor het diagnosticeren en behandelen van een spoedzorgvraag

Norm	Partner	Norm	Meting 2023 ¹
3.2.13 Bestaande veldnorm	MMT	Voor prehospital medisch specialistische spoedzorg door een paraat MMT (met auto/helikopter) moet na aanneming van de melding door de MKA een paraat MMT overdag (bij daglicht) binnen 2 minuten en in de nachtsituatie (wanneer het donker is) binnen 5 minuten kunnen uitrukken naar de plek van het ongeval . Het MMT bestaat uit een medisch specialist, een gespecialiseerde verpleegkundige en een chauffeur/piloot.	N.v.t. voor ROAZ Euregio
3.2.14 Wettelijke norm	SEH/ ambulancezorg	Iedere Nederlander kan in beginsel binnen 45 minuten een SEH afdeling van een ziekenhuis bereiken. Deze bereikbaarheidsnorm betreft de totaal tijd die nodig is om met een ambulance de patiënt te bereiken en vervolgens naar een SEH-locatie te rijden.	Geïmplementeerd
6.1.5 Nieuwe veldnorm Deadline: 01-07-2022	SEH	Op elke SEH is gedurende openingstijden tenminste een arts aanwezig met minimaal 1 jaar klinische ervaring , waarvan minimaal een 1/2 jaar ervaring in een poortspecialisme of bij anesthesiologie of op de intensive care.	Geïmplementeerd
6.1.8 Bestaande veldnorm	SEH	In het ziekenhuis is (gedurende openingstijden van de SEH) een arts aanwezig die binnen maximaal 5 minuten na oproep op de SEH kan zijn (of daar al is) om de luchtweg te zeker en te reanimeren.	Geïmplementeerd
6.1.10 Bestaande veldnorm	SEH	Op elke SEH is tijdens openingstijden minimaal één gediplomeerde SEH-verpleegkundige aanwezig die naast aantoonbare werkervaring op de SEH minimaal het volgende onderwijs heeft gevolgd: een basisopleiding tot verpleegkundig beroepsbeoefenaar, een verpleegkundige vervolopleiding op het gebied van SEH, en specifieke trainingen op het gebied van triage, een training in een systematische opvang van een trauma patiënt en een training in de systematische opvang van een vitaal bedreigd kind.	Geïmplementeerd
6.1.14 Bestaande veldnorm	SEH/ ziekenhuis	Voor een Cardiac Care Unit (CCU) geldt 24/7 dat een cardioloog binnen 30 minuten na oproep aanwezig is. Voor een Intensive Cardiac Care Unit (ICCU) geldt: - tijdens kantooruren: is een cardioloog-intensivist binnen 30 minuten aanwezig. - buiten kantooruren: is een cardioloog binnen 30 minuten aanwezig met supervisie van cardioloog-intensivist.	Geïmplementeerd
6.1.16 Bestaande veldnormen	SEH/ ziekenhuis	Naast de hierboven beschreven normen voor de beschikbaarheid van juiste en tijdige bemensing, zijn er voor sommige (groepen van) toestandsbeelden specifieke normen en indicatoren opgesteld.	Geïmplementeerd
6.2.5 Nieuwe veldnorm Deadline: 17-07-2020	SEH/ ziekenhuis	Bij iedere geopende SEH zijn ondersteunende specialismen binnen 30 minuten na oproep bereikbaar : - apotheek - klinische chemie - medische microbiologie.	Geïmplementeerd

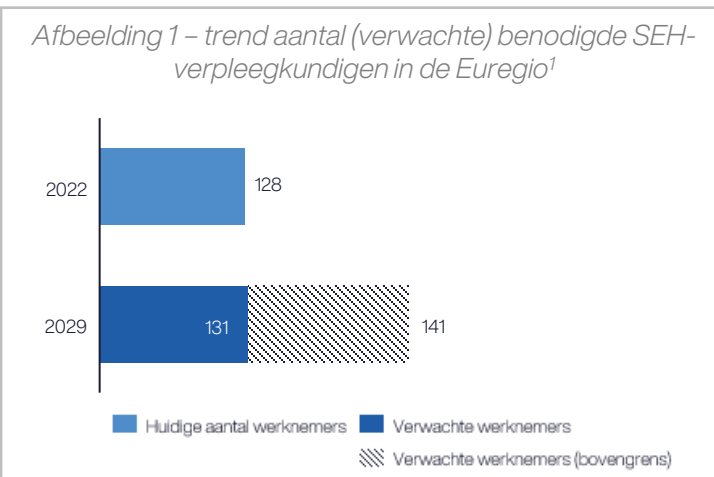


6.1.4 Arbeidsmarkt – medisch specialistische zorg

Onbekend of er in de Euregio tekorten zullen optreden

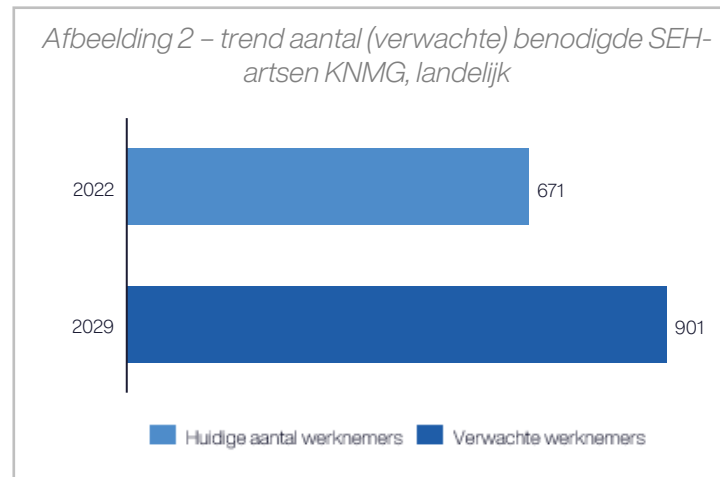
In de Euregio neemt het aantal benodigde SEH-verpleegkundigen naar verwachting met 2 tot 10% toe

- 10% van het aantal fte SEH-verpleegkundigen is ouder dan 60 jaar en zal binnen nu en ~7 jaar uitstromen
- De verwachte jaarlijkse uitstroom van werknemers onder de 60 ligt rond de 9% van het aantal fte
- Naar verwachting zal het aantal benodigde SEH-verpleegkundigen in de Euregio tussen 2022 en 2029 met 2 tot 10% toenemen (zie hieronder)



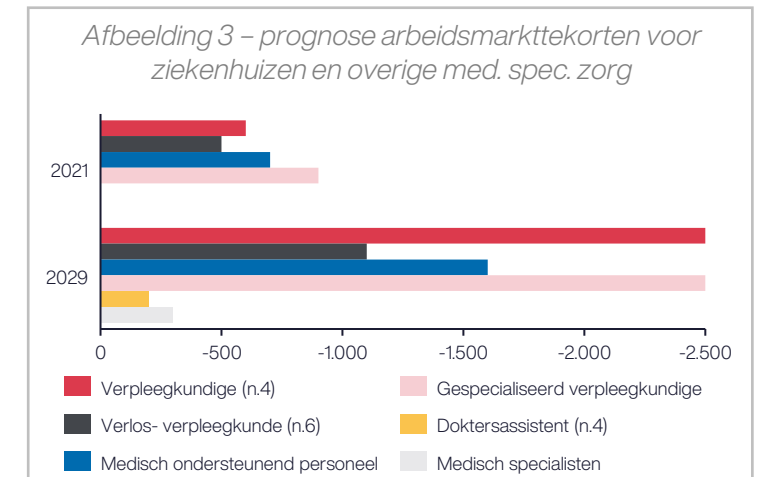
Landelijk stijgt aantal benodigde SEH-artsen

- De landelijke vacaturegraad van SEH-artsen is in 2022 0,12. Dit betekent dat er 12% meer fte nodig is dan er op dit moment aan fte werkzaam is
- In 2022 was het aantal benodigde SEH-artsen in Nederland 671, het aantal benodigde SEH-artsen zal met 34% toenemen naar ongeveer 901 werknemers in 2029 (zie hieronder)
- Het is lastig te zeggen of er in de Euregio meer SEH-artsen nodig zijn: het aantal spoedeisende hulpvragen in het ziekenhuis stijgt minder hard dan landelijk (zie p. 75), maar de grijze druk is groter (zie p. 17)



In gehele ziekenhuisbranche wordt landelijk verwacht dat tekorten toenemen

- Afbeelding toont alleen de grootste tekortfuncties in de branche ziekenhuizen
- De verpleegkundige functies vormen bijna de helft van alle tekorten in de branche, vooral voor gespecialiseerde en mbo-verpleegkundigen
- De bestaande arbeidsmarkttekorten zullen voor alle onderzochte beroepsgroepen in ziekenhuizen en overige msz de aankomende jaren verder toenemen
- Om dezelfde redenen als bij SEH-artsen is het lastig te zeggen of de Euregio te maken zal krijgen met tekorten



6.2 Zorgvraag

6.2.1 Zorggebruik

- Aantal patiënten
- Leeftijdsverdeling en ouderen
- Prognose

6.2.2 Type zorgvraag

- Tijdstip van zorgvraag
- Verwijzers
- Urgentieverdeling

6.2.3 Ingangsklachten

- Specialisme hoofdbehandelaar
- Ingangsklachten per urgentieverdeling
- CVA

6.2.4 Patiëntenstromen

- Doorlooptijden
- Uitstroom patiënten





6.2.1 Zorggebruik – aantal patiënten

ZGT krijgt jaarlijks meeste SEH bezoeken; Winterswijk en Almelo kennen meeste contacten per 1.000 inwoners

Toelichting

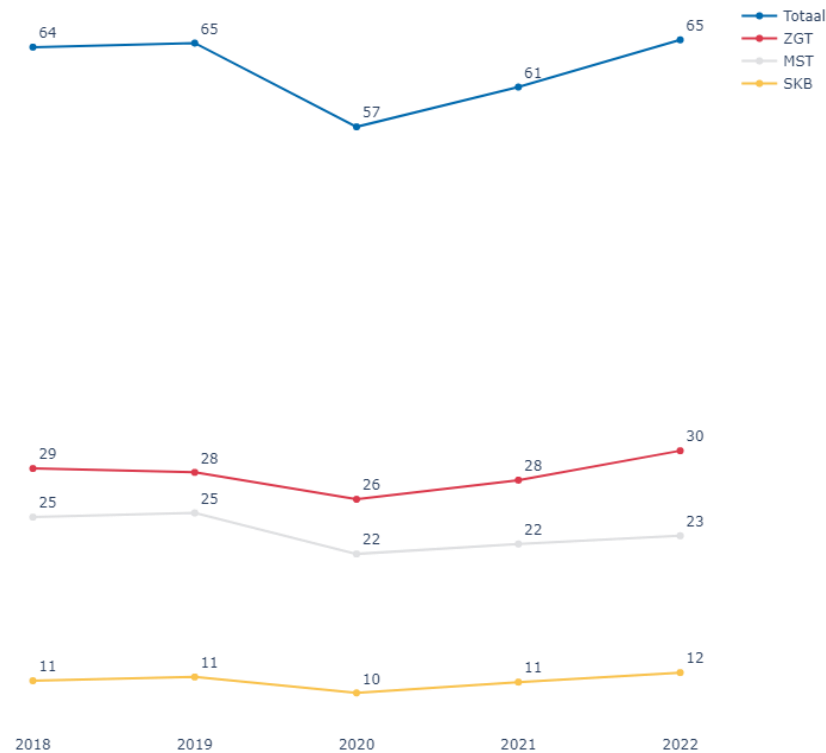
Afbeelding 1

- Jaarlijks zijn er tussen de 57.000 en 65.000 contacten bij een SEH in de Euregio
- In 2020 en 2021 waren er minder bezoeken, mogelijk komt dit doordat er door COVID minder verwijzingen vanuit de eerste lijn waren. In 2022 is het aantal SEH-bezoeken weer op niveau van voor COVID (65.000)
- ZGT heeft jaarlijks de meeste SEH-bezoeken

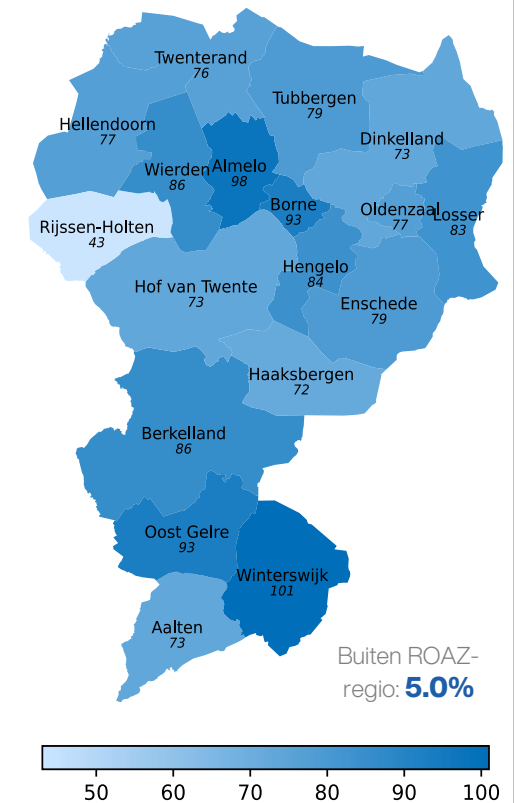
Afbeelding 2

- 5% van de bezoeken is door patiënten van buiten de ROAZ-regio. De meesten daarvan komen uit Hardenberg en Oude IJsselstreek
- De gemeenten Winterswijk (101), Almelo (98), Oost Gelre (93) en Borne (93) kennen het hoogste aantal bezoeken per 1.000 inwoners
- In Rijssen-Holtten zijn er opvallend weinig inwoners die de SEH bezoeken, mogelijke verklaring is dat zij naar de SEH in Deventer gaan
- Bij de HAP kennen gemeenten met een HAP het hoogste aantal contacten per 1.000 inwoners, voor de SEH geldt dit alleen voor Winterswijk en Almelo, maar niet voor Enschede

Afbeelding 1 – trend aantal bezoeken per SEH (x 1.000)



Afbeelding 2 – aantal bezoeken SEH per 1.000 inwoners per gemeente (2022)





6.2.1 Zorggebruik – ouderen

Aantal 70-plussers dat een bezoek aan de SEH brengt, is in periode 2018-2022 toegenomen

Toelichting

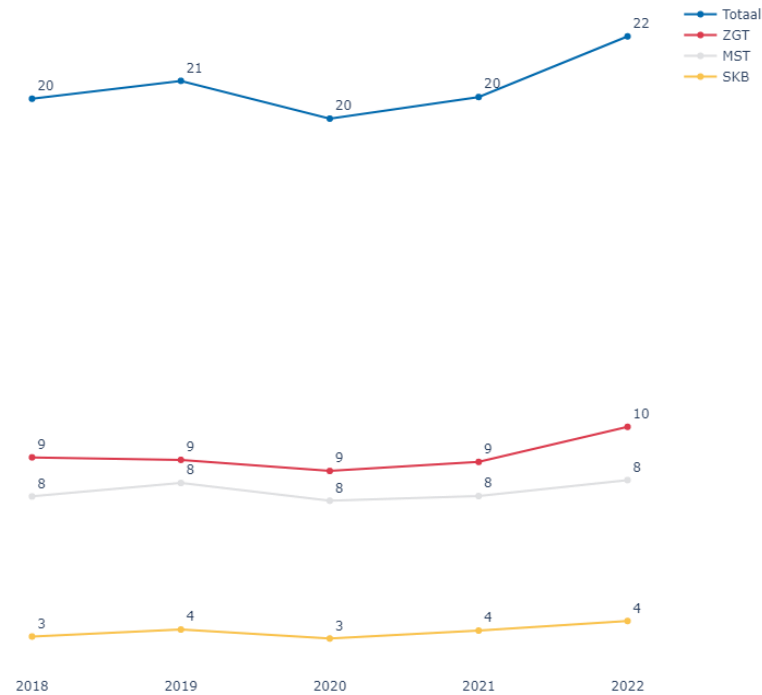
Afbeelding 1

- Het aantal bezoeken van 70-plussers aan de SEH ligt tussen de 20.000 en 22.000
- Het aantal SEH-bezoeken door 70-plussers is in 2020 op alle locaties afgenomen. Dit kan mogelijk worden verklaard door minder verwijzingen uit de eerste lijn door COVID
- Alle ziekenhuizen laten een toename zien in het aantal SEH-bezoeken van 70-plussers

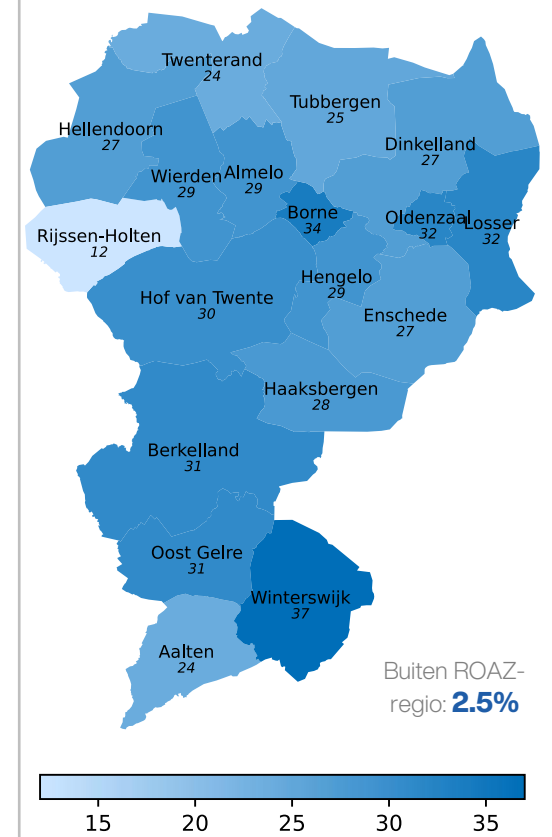
Afbeelding 2

- Het aantal 70-plussers dat per 1.000 inwoners een bezoek aan de SEH brengt is voor veel gemeenten ongeveer even hoog
- In gemeenten Winterswijk en Borne ligt dit aandeel het hoogst
- Rijssen-Holten heeft opvallend weinig 70-plussers die gebruikmaken van de SEH, mogelijke verklaring is dat inwoners gebruik maken van de SEH in Deventer

Afbeelding 1 – trend aantal bezoeken door 70-plussers per SEH (x 1.000)



Afbeelding 2 – aantal bezoeken 70-plussers SEH per 1.000 inwoners per gemeente (2022)





6.2.1 Zorggebruik – leeftijdsverdeling

Meeste bezoeken aan de SEH door 70- tot 79-jarige patiënten

Toelichting

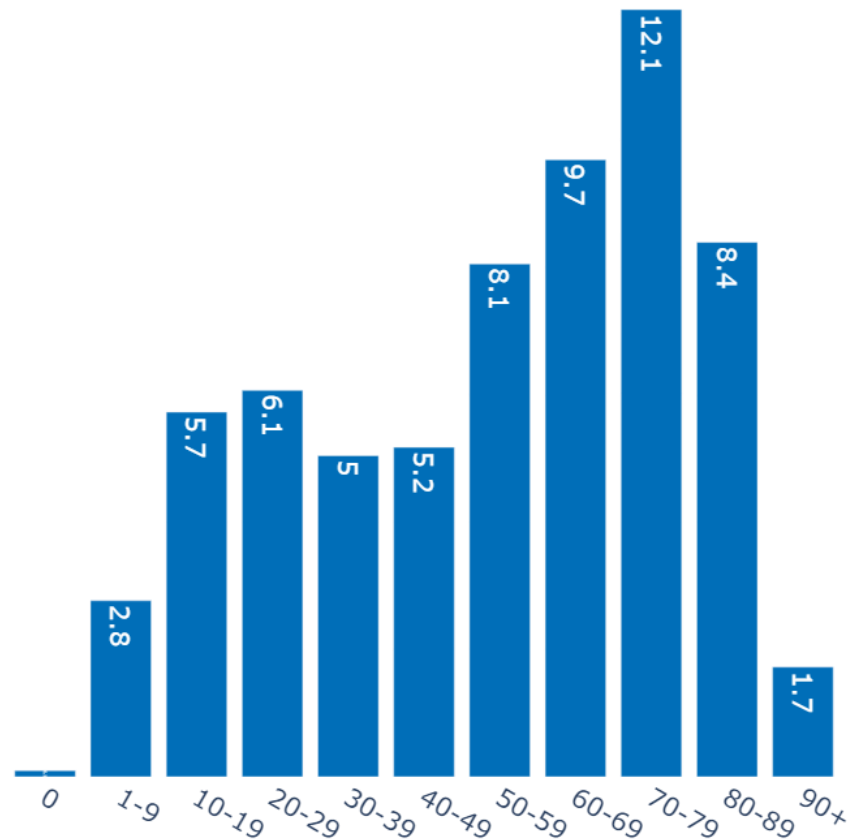
Afbeelding 1

- Veruit meeste bezoeken door patiënten tussen de 70 en 79 jaar oud, gevolgd door 60- tot 69-jarigen, 80- tot 89-jarigen en 50- tot 59-jarigen
- Minste bezoeken door 0-jarigen en 90-plussers

Overige analyse leeftijdsverdeling

- Het aantal bezoeken per 1.000 inwoners per leeftijdscategorie neemt toe naarmate de leeftijd toeneemt, met meeste bezoeken door 90-plussers (282 bezoeken per 1.000 inwoners in deze leeftijdscategorie)

Afbeelding 1 – aantal bezoeken aan de SEH per leeftijdscategorie (x 1.000, 2022)





6.2.1 Zorggebruik – prognose spoedeisende zorgvragen in msz

In 2040 9% groei verwacht van aantal spoedeisende zorgvragen in de Euregio, landelijk 21% verwacht

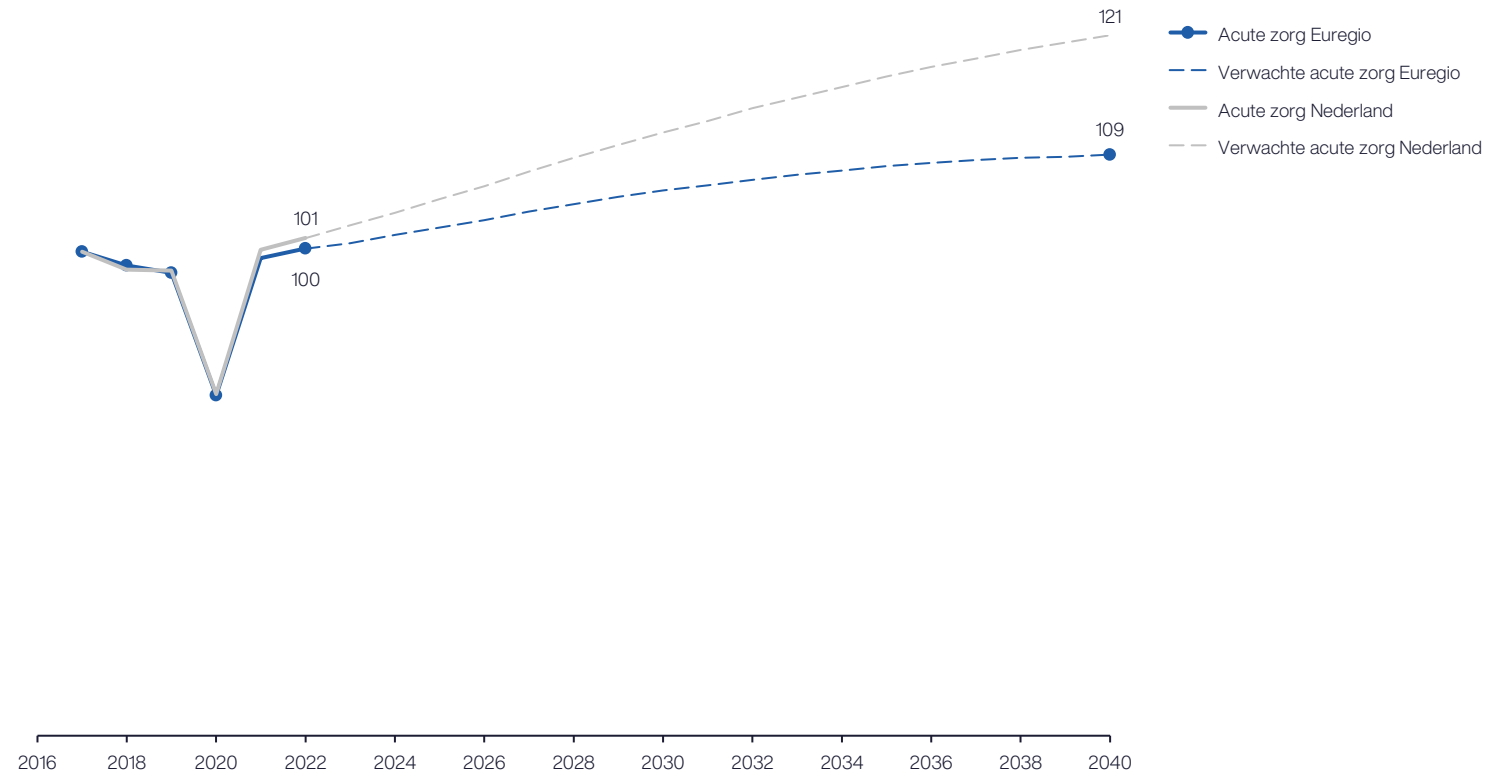
Toelichting

NB: voor het opstellen van de prognose is de volgende definitie gebruikt: 'Het aantal spoedeisende zorgvragen in de gehele medisch specialistische zorg, inclusief in zelfstandig behandelcentra en gespecialiseerde ziekenhuizen. De cijfers zijn exclusief contacten rondom zwangerschap en bevalling.'

Afbeelding 1

- In 2020 is een sterke dip te zien in de index van het aantal spoedeisende zorgvragen, wat zeer waarschijnlijk door COVID is ingegeven. Landelijk is in 2020 een vergelijkbaar verloop van de index te zien
- De gestage toename vanaf 2021 zal naar verwachting in ieder geval t/m 2040 aanhouden met een groei van 9% t.o.v. het aantal spoedeisende zorgvragen in 2017.
- Deze stijging is gebaseerd op demografische verwachtingen van de Euregio, een krimp van de regio maar wel relatief meer vergrijzing dan in Nederland (zie p. 10)
- Naar verwachting stijgt t/m 2040 het aandeel spoedeisende zorgvragen in Nederland met in totaal 21%

Afbeelding 1 – trend in de index van het huidige en verwachte aantal spoedeisende zorgvragen in de msz (Euregio en landelijk)





6.2.2 Type zorgvraag – tijdstip van zorgvraag

Moment van presenteren redelijk constant over de jaren; SKB krijgt in verhouding meer presentaties overdag

Toelichting

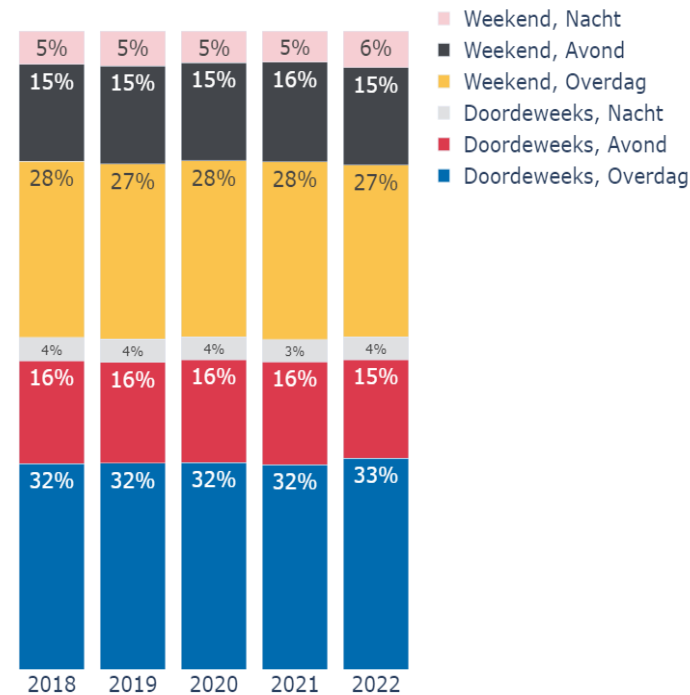
Afbeelding 1

- Over de jaren heen redelijk constante verdeling van wanneer patiënten zich presenteren op de SEH
- Grootste aandeel is doordeweeks overdag, gevolgd door in het weekend overdag

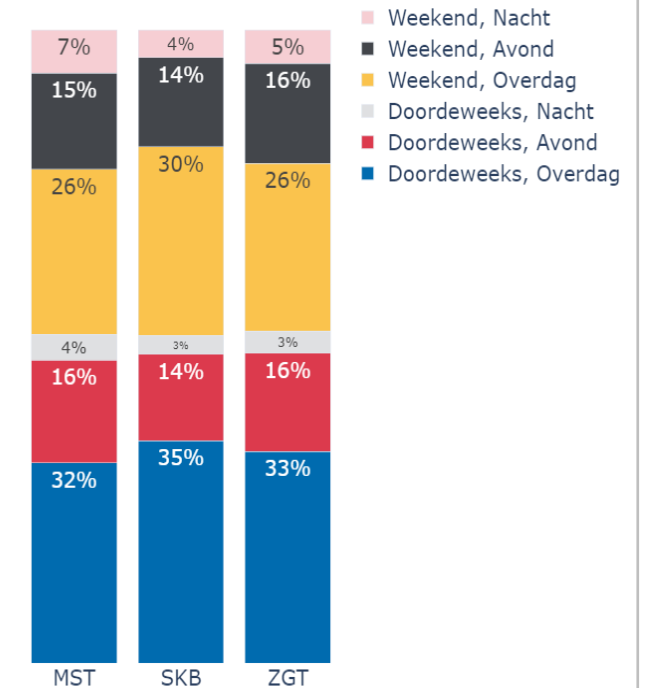
Afbeelding 2

- Verschillen tussen de ziekenhuizen te zien
- In het SKB presenteren patiënten zich vaker overdag dan in het MST en ZGT, een mogelijke verklaring is dat dit komt doordat een relatief hoog aandeel patiënten door de huisarts wordt verwezen (zie p. 77), wat m.n. overdag plaatsvindt
- In vergelijking met zowel het SKB als het ZGT, laat de data zien dat in het MST een redelijk hoog aandeel patiënten zich in het weekend in de nacht presenteert

Afbeelding 1 – trend tijdstip¹ zorgvraag (gewogen gemiddelde per dag)



Afbeelding 2 – Tijdstip¹ zorgvraag per instelling (gewogen gemiddelde per dag, 2022)



Bron: data MST, ZGT en SKB, analyse IG&H

1. De volgende definities worden gehanteerd: 08:00-16:59u overdag, 17:00-23:59u avond, 00:00-07:59u nacht, maandag t/m vrijdag doordeweeks, zaterdag en zondag weekend **76**



6.2.2 Type zorgvraag – verwijzers per instelling

Instroom m.n. via huisarts; MST vrijwel geen verwijzingen eigen ziekenhuis, in SKB en ZGT wel belangrijke verwijzer

Toelichting

Algemeen

- ZGT en MST zijn eind 2021 overgegaan op een nieuw elektronisch patiëntendossier, daarom alleen 2018 t/m 2020 weergegeven
- De meeste patiënten worden door de huisarts naar de SEH verwezen

Afbeelding 1

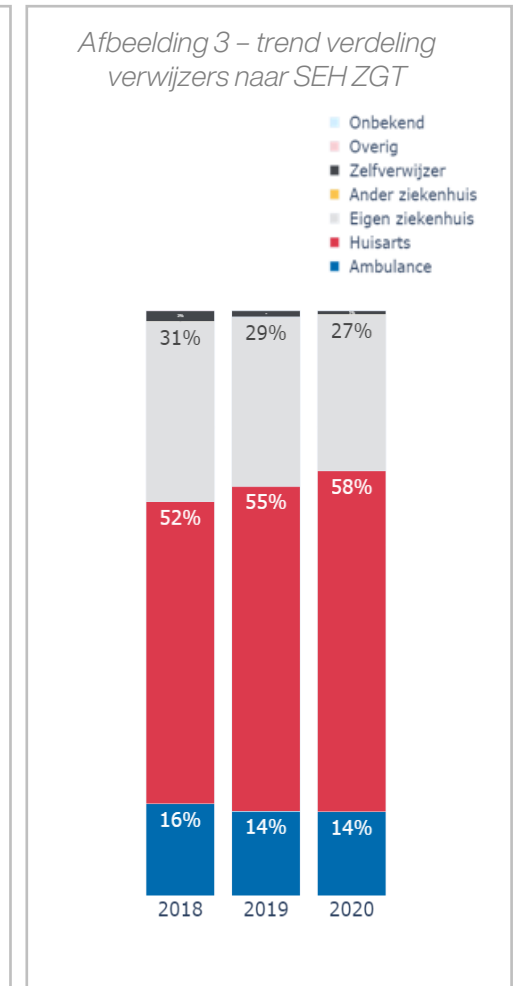
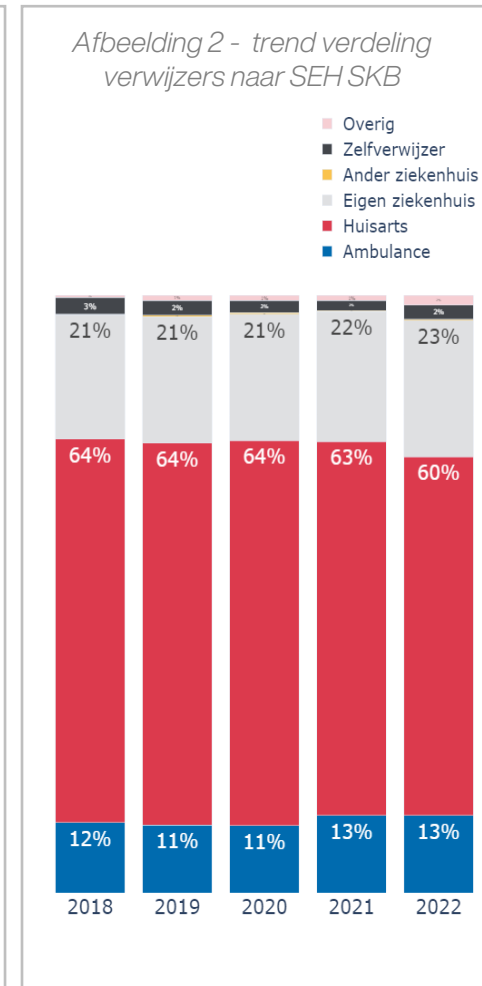
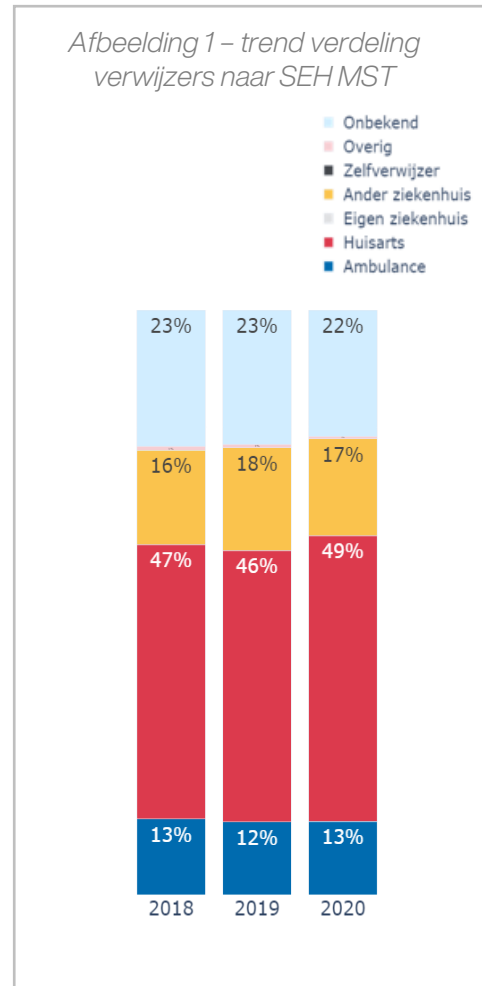
- In het MST worden vrijwel geen patiënten naar de SEH verwezen vanuit het eigen ziekenhuis. Hier wordt sinds een aantal jaar op gestuurd
- Een relatief groot aandeel van de verwijzingen is onbekend
- Vrijwel geen zelfverwijzingen in het MS., dit komt door de spoedpost (samenwerking met de HAP voor triage)

Afbeelding 2

- In het SKB komen steeds meer patiënten via de ambulance of een ander ziekenhuis binnen
- In het SKB worden de meeste patiënten verwezen door de huisarts (60-64%), dit is in vergelijking met de andere ziekenhuizen uit de regio een relatief hoog aandeel

Afbeelding 3

- In het ZGT komen vrijwel geen verwijzingen vanuit andere ziekenhuizen of zelfverwijzers
- Grootste aandeel komt via de huisarts





6.2.2 Type zorgvraag – urgentieverdeling

Op de SEH meeste U2- en U3-urgenties; groter aandeel U1- en U2-urgenties bij 70-plussers

Toelichting

Afbeelding 1

- Grootste aandeel patiënten dat wordt geholpen binnen de SEH in het ziekenhuis heeft een U2-urgentie of U3-urgentie
- In het ZGT relatief veel patiënten met U4-urgentie of lager (11%)
- 98% van de contacten krijgt een urgentie mee, maximaal 2% heeft een onbekende urgentie

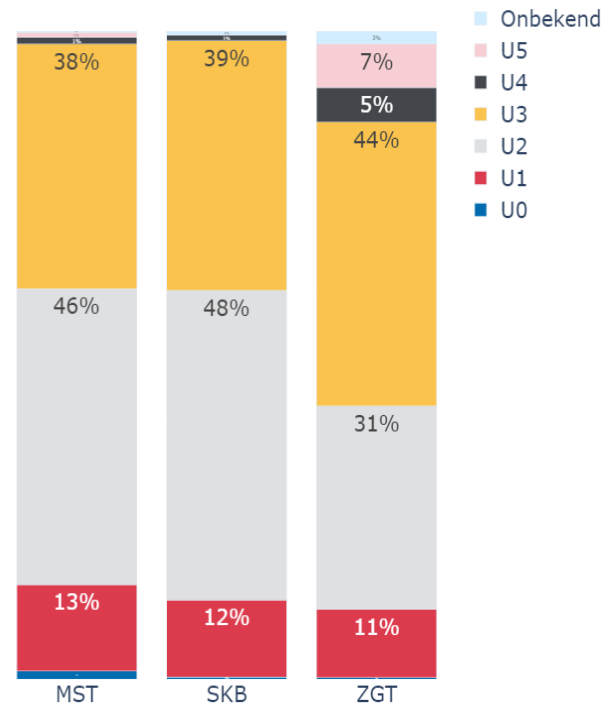
Afbeelding 2

- Bij 70-plussers komen U1- en U2-urgenties vaker voor dan bij de gehele populatie. Dit gaat ten koste van U3-urgenties (wat m.n. in het MST en SKB vrijwel de rest van de instroom is)

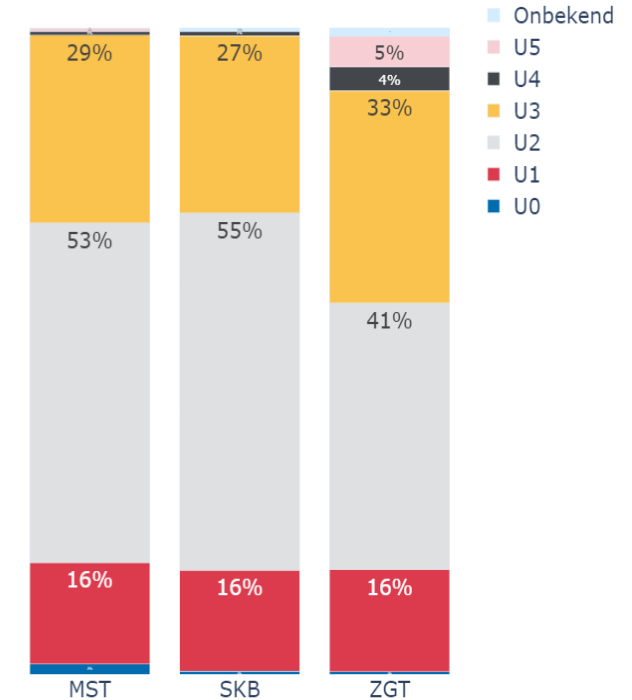
Overige inzichten urgentieverdeling

- Er is geen verschil in urgentieverdeling te zien tussen het stedelijk en niet-stedelijk gebied

Afbeelding 1 - urgentieverdeling per instelling (2022)



Afbeelding 2 - urgentieverdeling per instelling voor 70-plussers (2022)





6.2.2 Type zorgvraag – urgentieverdeling per verwijzer

Ambulance verwijst hoogste aandeel U0- en U1-urgentie, eigen ziekenhuis (en huisarts) voornamelijk U3-urgentie

Toelichting

N.B. MST is niet meegenomen vanwege missende registratie voor urgentie in 2019

Afbeelding 1

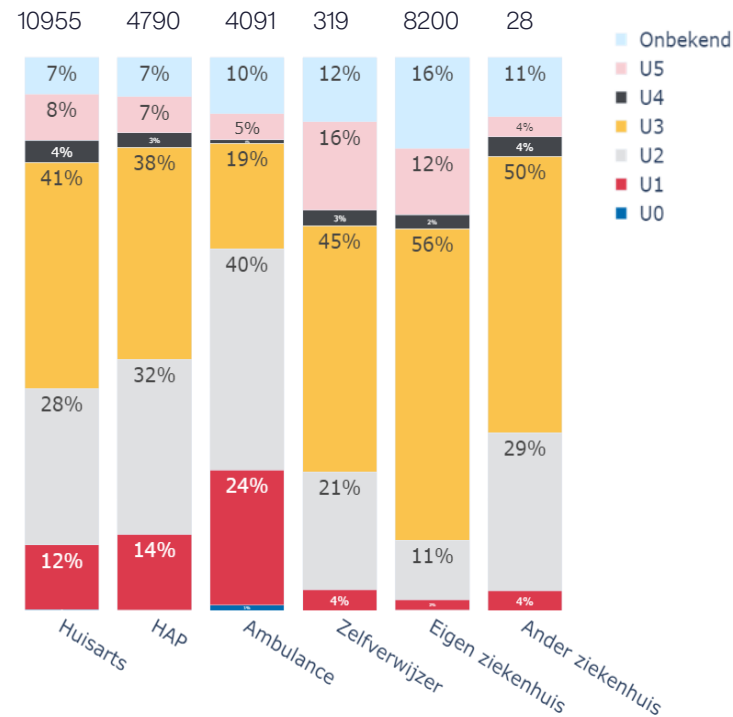
N.B. 2019 getoond vanwege overgang naar een nieuw systeem in ZGT in 2022 waardoor bepaalde data niet aangeleverd kon worden en COVID invloed 2020 en 2021

- Ambulance heeft het hoogste aandeel U0- en U1-verwijzers (25%)
- Grootste aandeel verwijzingen vanuit het eigen ziekenhuis hebben U3 (56%), bij huisartsen is dit aandeel 41%

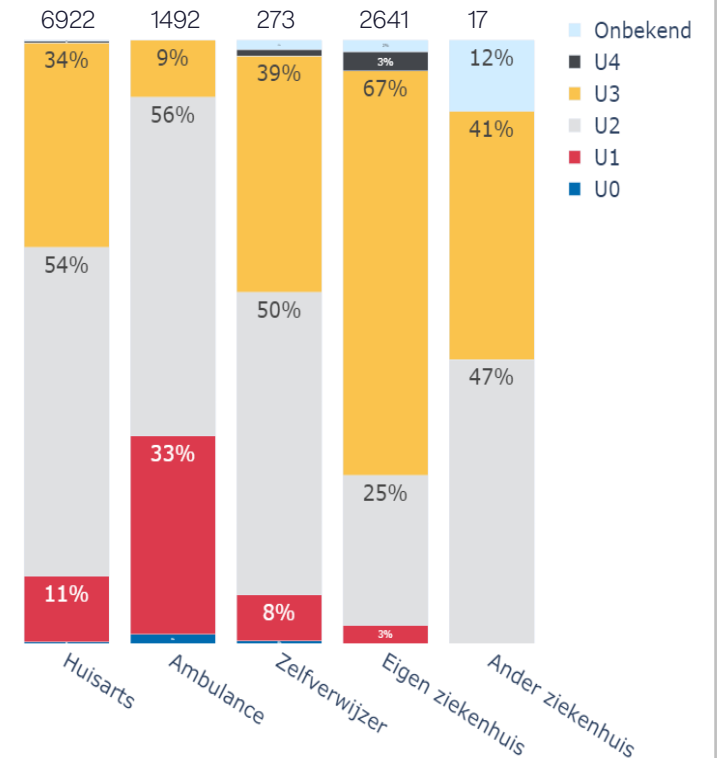
Afbeelding 2

- Verwijzingen vanuit de huisarts is incl. verwijzingen vanuit de HAP
- De meeste U0- en U1-urgenties komen binnen vanuit de ambulance (34%)
- Het eigen ziekenhuis verwijst in 67% van de gevallen U3-urgentie

Afbeelding 1 – urgentieverdeling per verwijzer ZGT (2019, totalen bovenaan grafiek)



Afbeelding 2 – urgentieverdeling per verwijzer SKB (2022, totalen bovenaan grafiek)





6.2.2 Type zorgvraag – urgentieverdeling per tijdstip zorgvraag

Overdag hoogste aandeel U3-urgenties; in de nacht hoogste aandeel U0-, U1- en U2-urgenties

Toelichting

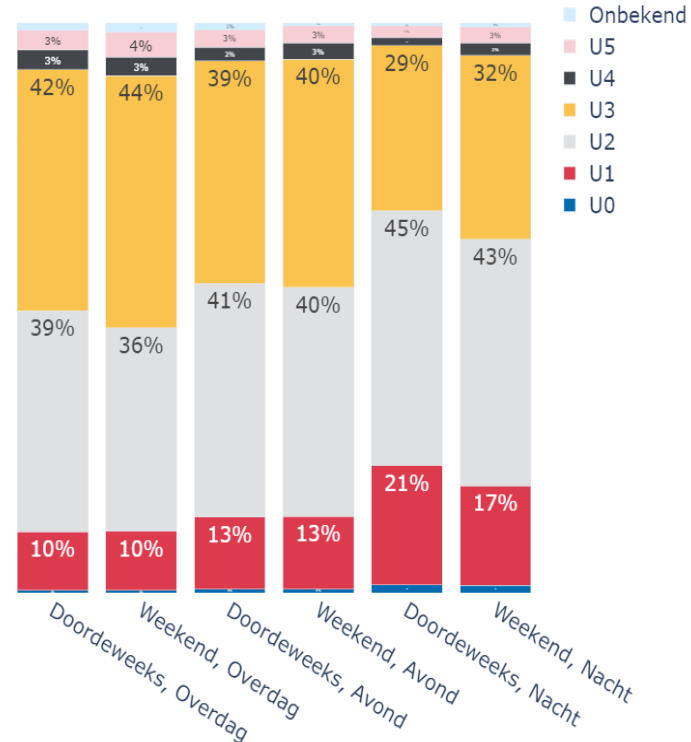
Afbeelding 1

- In de nachten, zowel doordeweeks als in het weekend, presenteren zich de meeste U0- en U1- en U2-urgenties
- Overdag, zowel doordeweeks als in het weekend, presenteren de meeste patiënten zich met een U3-urgentie, gevolgd door de avonden (doordeweeks en in het weekend)
- Mogelijke verklaring is dat mensen met een lagere urgentie 's nachts sneller geneigd zijn om te wachten tot de volgende dag

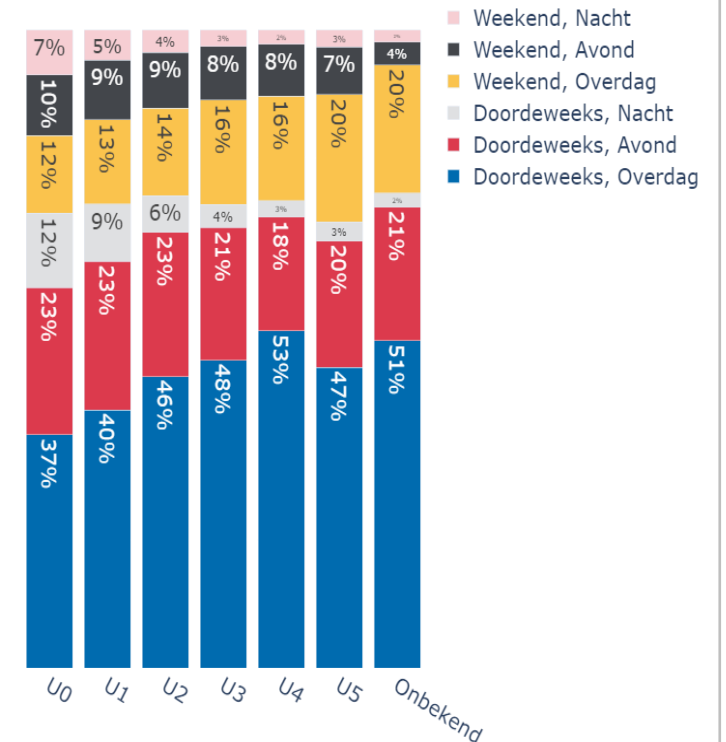
Afbeelding 2

- Grootste aandeel bezoeken aan de SEH is doordeweeks overdag, onafhankelijk van de urgentie
- U0-urgenties laten grootste spreiding zien over de verschillende momenten in de week en dag
- U0-bezoeken komen t.o.v. andere type urgenties vaker voor in de nacht, zowel in het weekend (7%) als doordeweeks (12%)

Afbeelding 1 – urgentieverdeling per tijdstip zorgvraag (gewogen gemiddelde per dag, 2022)



Afbeelding 2 – Tijdstip zorgvraag per urgentieverdeling, (gewogen gemiddelde per dag, 2022)





6.2.3 Ingangsklachten – specialisme hoofdbehandelaar

Chirurgie is het meest voorkomende specialisme (hoofdbehandelaar) op de SEH, ook voor 70-plussers

Toelichting

Tabel 1

- In 48% van de gevallen worden klachten van SEH-patiënten behandeld door een hoofdbehandelaar met specialisme chirurgie
- Hierna hebben patiënten het vaakst een hoofdbehandelaar met specialisme interne geneeskunde (15%) of neurologie (10%)

Overige analyse 70-plussers

- De top 5 van 70-plussers laat dezelfde top 4 van specialismen van de hoofdbehandelaar zien als van de gehele populatie patiënten, alleen nummer 5 verschilt (MDL versus orthopedie)
- Chirurgie is het specialisme dat in 33% van de gevallen voorkomt, gevolgd door interne geneeskunde (19%) en neurologie (14%)

Tabel 1 – specialisme van de hoofdbehandelaar voor alle bezoeken (2022)

#	Specialisme hoofdbehandelaar	Aantal, x 1.000 (%)
1.	Chirurgie	30,8 (48%)
2.	Interne geneeskunde	9,8 (15%)
3.	Neurologie	6,6 (10%)
4.	Longgeneeskunde	5,8 (9%)
5.	Orthopedie	3,0 (5%)



6.2.3 Ingangsklachten – naar urgentieverdeling

Bij alle urgenties is chirurgie een van de twee meest voorkomende specialismen

Toelichting

Tabel 1

- De meeste patiënten die met een U1-urgentie op de SEH komen, worden behandeld door de intensive care

Tabel 2

- Voor U2-urgenties is de neurologie het meest voorkomende specialisme

Overige analyses urgentie U3, U4 en U5

- De chirurgie is voor U3- t/m U5-urgenties het meest voorkomend specialisme
- Het tweede meest voorkomende specialisme is interne geneeskunde
- De top 3 wordt voor U3 afgesloten met neurologie, voor U4 met orthopedie en U5 met longgeneeskunde

Tabel 1 - top 3 specialisme hoofdbehandelaar SEH U1-urgentie (2022)

#	Specialisme hoofdbehandelaar	Aantal, x 1.000 (%)
1.	Intensive care	0,15 (39%)
2.	Chirurgie	0,09 (24%)
3.	Cardiologie	0,06 (14%)

Tabel 2 – top 3 specialisme hoofdbehandelaar SEH U2-urgentie (2022)

#	Specialisme hoofdbehandelaar	Aantal, x 1.000 (%)
1.	Neurologie	2,2 (30%)
2.	Chirurgie	1,6 (20%)
3.	Longgeneeskunde	1,5 (20%)



6.2.3 Ingangsklachten – CVA

Grootste deel CVA patiënten heeft een herseninfarct; stabiele trend over de jaren te zien

Toelichting

Afbeelding 1

- Daling in 2020, voor de rest een redelijke stabiele trend in aantal CVA patiënten
- MST behandelt meeste CVA patiënten, daarna ZGT en SKB

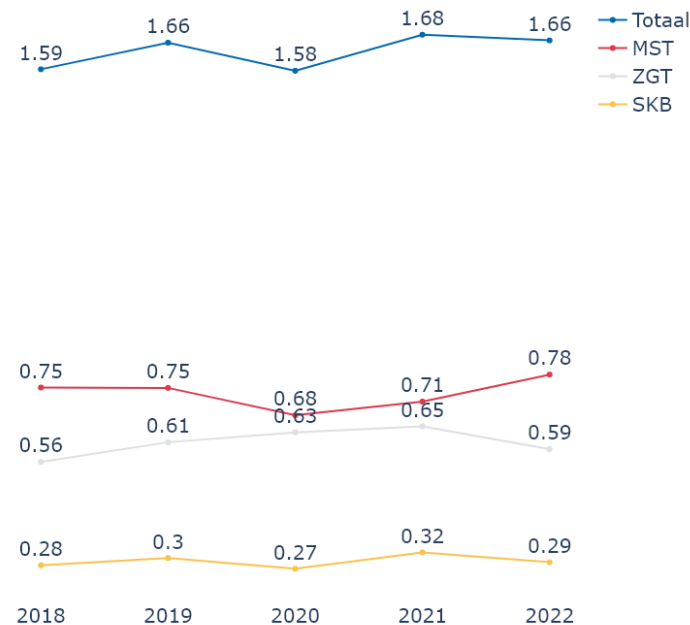
Afbeelding 2

- Bij een CVA gaat het in 88% van de gevallen om een herseninfarct
- Trend in de verhouding hersenbloeding en herseninfarct is over de jaren vrij stabiel

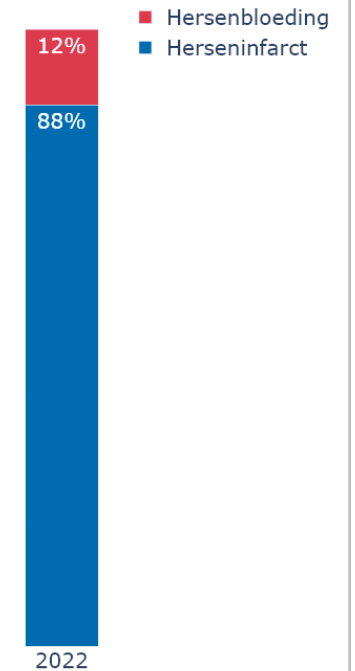
Overige inzichten uit analyses

- Tussen de 20% en 27% van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct is behandeld met intraveneuze trombolysie. Dit is een lichte stijging ten opzichte van de vorige jaren
- Ongeveer 19% van het totaal aantal patiënten op het MST met een herseninfarct heeft intra-arteriële trombectomie ondergaan. Dit gaat over 130 patiënten in 2022 waarmee de volumenorm van 50 gehaald is

Afbeelding 1 – trend aantal CVA per ziekenhuis (x 1.000)



Afbeelding 2 – verdeling herseninfarct en hersenbloeding (2022)





6.2.4 Patiëntenstromen – doorlooptijd CVA

Stijging in de deur tot naald tijd; deur tot deur tot lies tijd op niveau van 2019

Toelichting

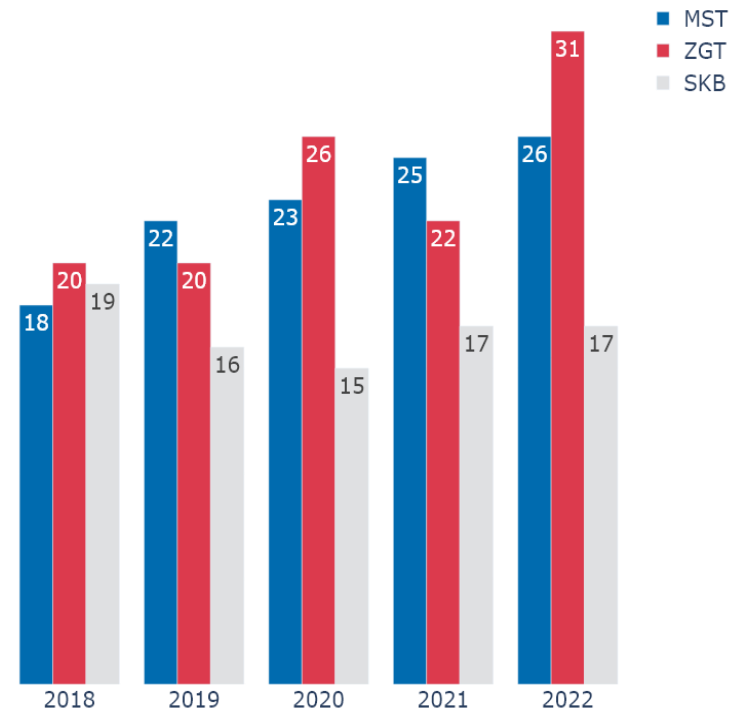
Afbeelding 1

- De deur tot naald tijd is de tijd tussen tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp en tijdstip van start toediening van intraveneuze trombolysse
- ZGT heeft hoogste mediane deur tot naald tijd (31 min), SKB laagste (17 min)
- Stijging over de jaren te zien voor MST en ZGT, mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat er meer diagnostiek plaats vindt, er veel trials gaande zijn en er steeds meer en complexere afwegingen gemaakt moeten worden

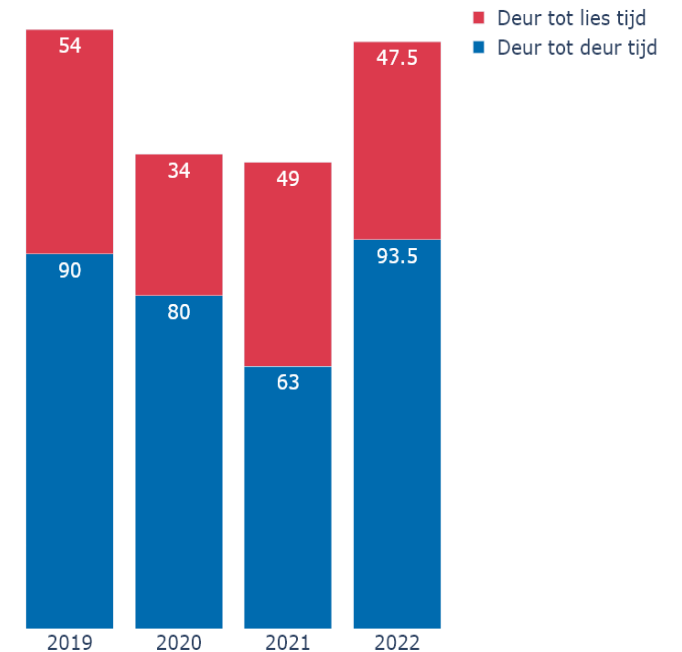
Afbeelding 2

- Deur tot deur tot lies tijd is de tijd tussen presentatie in het verwijzende ziekenhuis tot aan aanprikken van de lies in MST¹
- Na een daling in 2020 en 2021, is in 2022 een stijging te zien van de deur-tot-deur-tot-liestijd van patiënten met een herseninfarct die intra-arteriële trombectomie ondergaan
- De stijging in 2022 is naar verwachting veroorzaakt door meer diagnostiek, behandelmogelijkheden en complexere afwegingen

Afbeelding 1 – trend mediane deur tot naald tijd per ziekenhuis voor IVT (min)



Afbeelding 2 – trend mediane deur tot deur tot lies tijd voor IAT in het MST (min)



Bron: data transparantiekalender van Zorginstituut Nederland en expertgroep CVA:
1, Intra-arteriële trombectomie vindt alleen plaats in het MST **84**



6.2.4 Patiëntenstromen – doorlooptijd per uitstroombestemming

De gemiddelde doorlooptijd naar overige zorginstellingen, verpleeghuizen het hoogst in ZGT en MST

Toelichting

N.B. Doorlooptijd is de tijd vanaf moment van aankomst tot aan einde behandeling.

Afbeelding 1

- In het ZGT zijn de mediane doorlooptijden het hoogst voor overige zorginstellingen, mortuarium en verpleeghuizen. Het gaat echter om kleine aantallen (n<30).
- Kortste doorlooptijd bij verwijzing naar poli

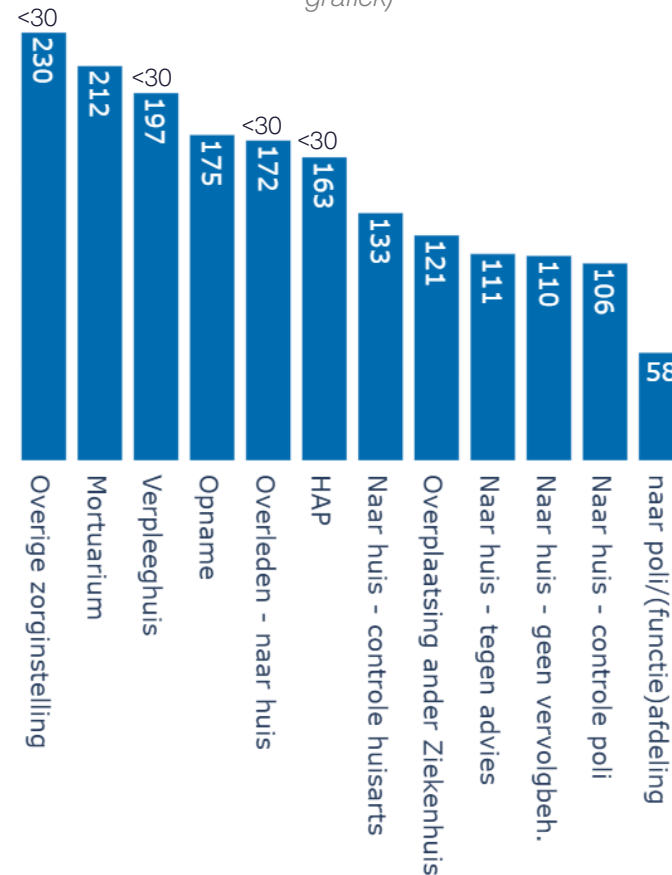
Afbeelding 2

- Doorlooptijd in het MST het langst voor patiënten die zijn overleden of naar het verpleeghuis worden verwezen, ook lange doorlooptijd bij verwijzing naar een ander ziekenhuis of een overige zorginstelling. Het gaat echter om kleine aantallen (n<30).

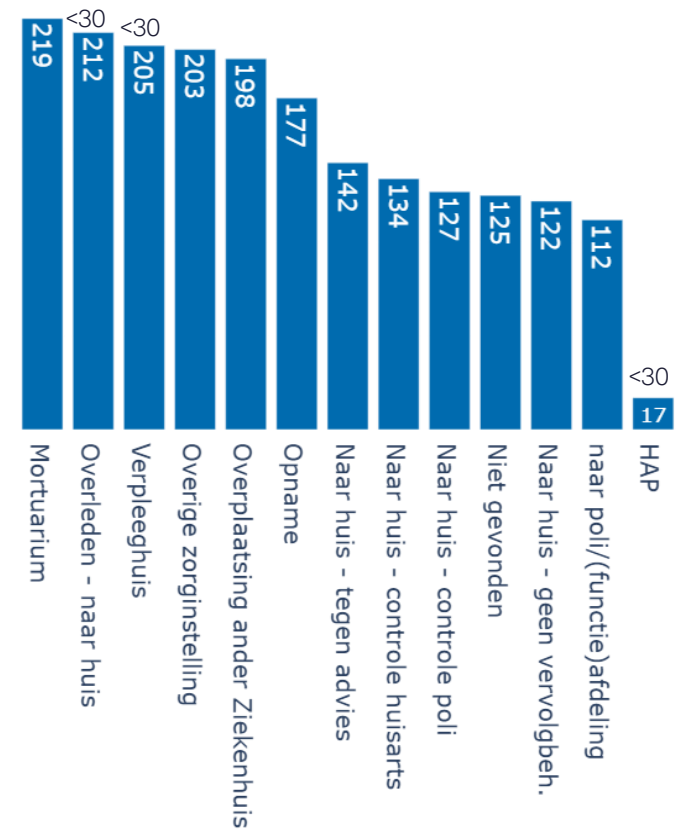
Gecombineerd inzicht

- Op dit moment is er geen eenduidige registratie van uitstroom op de verschillende SEHs, terwijl uitstroom een belangrijk aandachtspunt is voor de regio, daarom is het belangrijk om registratie overeenkomstig te maken

Afbeelding 1 – mediane doorlooptijd per uitstroombestemming voor ZGT¹ (in min, 2022, aantallen minder dan 30 aangegeven in grafiek)



Afbeelding 2 – mediane doorlooptijd per uitstroombestemming voor MST¹ (in min, 2022, aantallen minder dan 30 aangegeven in grafiek)



Bron: data MST, ZGT en SKB, analyse IG&H

1. Vanwege registratiefouten worden doorlooptijden langer dan 600 minuten eruit gehaald 85



6.2.4 Patiëntenstromen – doorlooptijd per uitstroombestemming

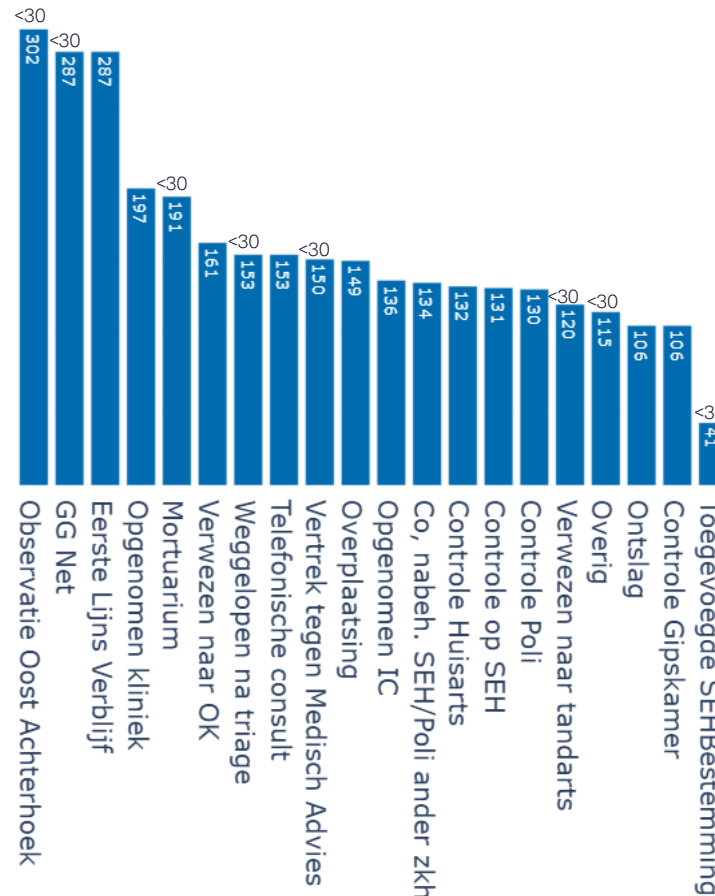
In het SKB is de mediane doorlooptijd voor een observatiebed het langst

Toelichting

Afbeelding 1

- De doorlooptijd is het langst bij uitstroom naar observatiebed, naar GGNet en naar een ELV bed. Het gaat echter om kleine aantallen (n<30)
- Controle of ontslag hebben de kortste mediane doorlooptijd

Afbeelding 1 – mediane doorlooptijd per uitstroombestemming voor SKB¹ (min, 2022, aantallen minder dan 30 aangegeven in grafiek)



Bron: data MST, ZGT en SKB, analyse IG&H

1. Vanwege registratiefouten worden doorlooptijden langer dan 600 minuten eruit gehaald 86



6.2.4 Patiëntenstromen – uitstroom

Afgelopen jaren is aandeel patiënten per uitstroomlocatie redelijk stabiel; MST wijkt iets af van ZGT en SKB

Toelichting

Algemene toelichting

De trend van de locatie van uitstroom is over de afgelopen jaren (2018-2022) nagenoeg gelijk gebleven

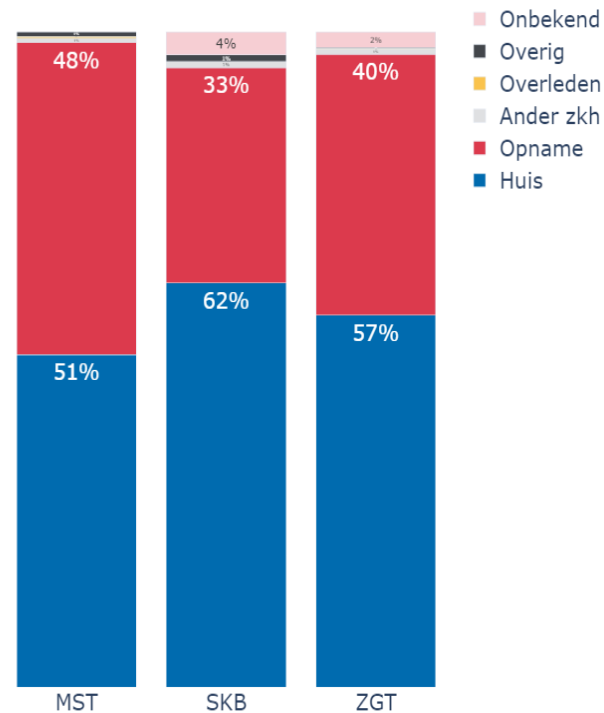
Afbeelding 1

- Bij het MST worden meer patiënten vanuit de SEH opgenomen in het ziekenhuis (48% t.o.v. 33 tot 40%)
- Bij het SKB en ZGT gaat 62% tot 57% van de patiënten vanuit de SEH naar huis, in het MST ligt dit percentage met 51% iets lager

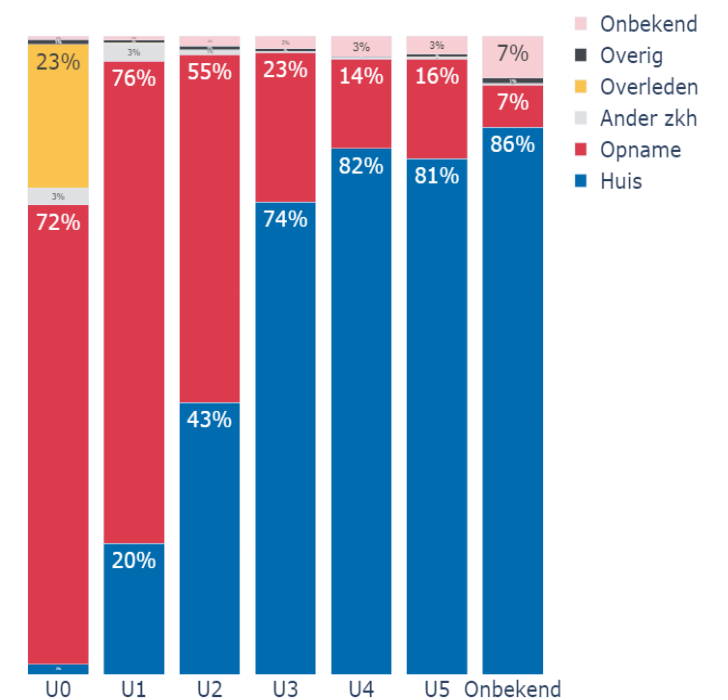
Afbeelding 2

- Meer dan 70% van de patiënten met een U0- of U1-urgentie wordt vanuit de SEH opgenomen in het ziekenhuis
- Het percentage opnames daalt naarmate het urgentieniveau daalt
- Het percentage patiënten die vanuit de SEH naar huis mogen stijgt naarmate het urgentieniveau daalt

Afbeelding 1 – uitstroom locatie per instelling (2022)



Afbeelding 2 – uitstroom per urgentie (2022)



6.3 Eerste harthulp

6.3.1 Zorggebruik

- Aantal bezoeken
- Leeftijdsverdeling

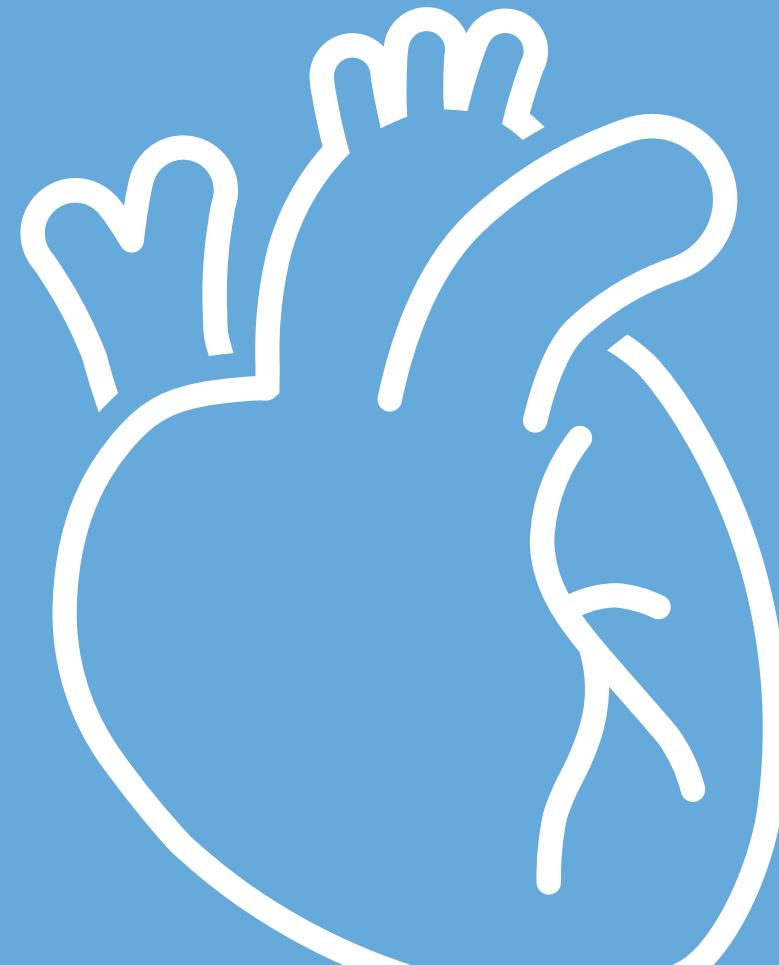
6.3.2 Type zorgvraag

- Tijdstip van zorgvraag
- Verwijzingen instroom

6.3.3 Patiëntenstromen

- Diagnoses

N.B. op de eerste harthulp worden patiënten met (het vermoeden op) acute cardiale klachten opgenomen t.b.v. het snel stellen van een diagnose. Samen met de SEH en de Coronary Care Unit (CCU) wordt deze zorg verleend in een zogenoemd harmonicamodel: wanneer de EHH vol ligt, kunnen patiënten op de SEH of CCU worden opgenomen. In de analyses voor de EHH is gebruik gemaakt van data van enkel deze afdeling. Patiënten die met acute cardiologische zorgvragen die waren opgenomen op de SEH of CCU zijn geen onderdeel van deze analyses en derhalve geven de analyses uit dit hoofdstuk slechts een gedeeltelijk beeld van de acute cardiologie





6.3.1 Zorggebruik – aantal bezoeken

Aantal EHH bezoeken stabiel vanaf 2020; verschillen in aantal EHH bezoeken per 10.000 inwoners per gemeente

Toelichting

Afbeelding 1

- Het totale aantal EHH bezoeken is stabiel in 2020, 2021 en 2022
- Bij MST is er in 2021 een lichte stijging te zien, bij ZGT een lichte daling

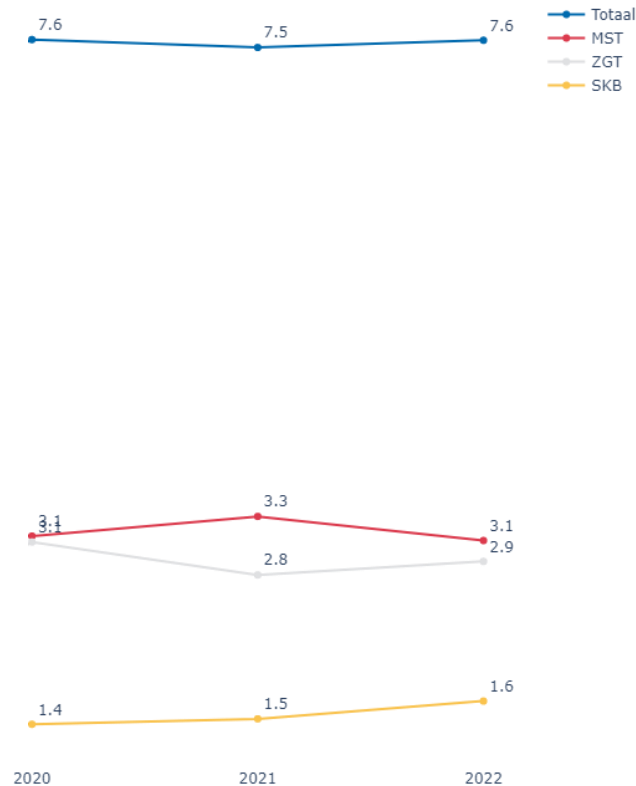
Afbeelding 2

- Relatief de meeste EHH bezoeken in Euregio door inwoners van de gemeenten Berkelland, Oost Gelre en Winterswijk
- Relatief de minste EHH bezoeken in Euregio door inwoners van Rijssen-Holten en Twenterand, mogelijk omdat deze bewoners naar een EHH buiten de Euregio gaan

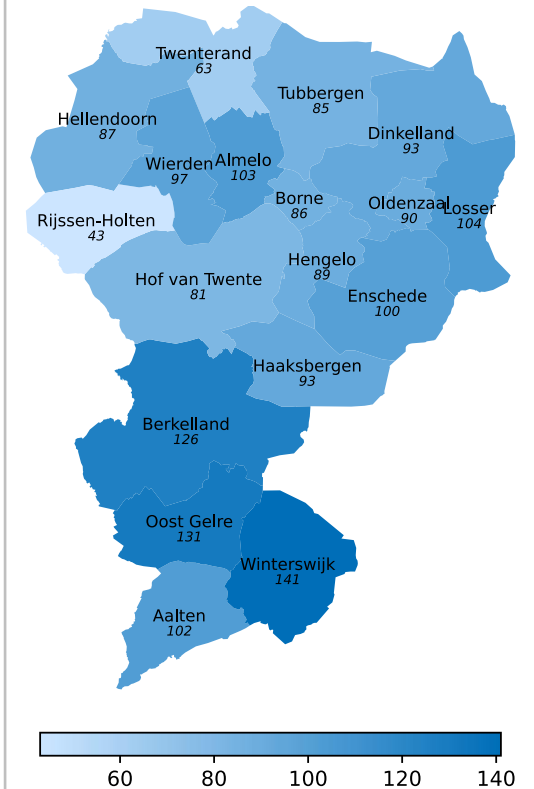
Overige analyse 70-plussers

- Ongeveer 48% van de EHH bezoeken in de Euregio door 70-plussers
- Daarnaast tonen 70-plussers ongeveer dezelfde spreiding over de gemeenten in de regio

Afbeelding 1 - trend aantal bezoekers per EHH (x 1.000)



Afbeelding 2 – aantal bezoeken EHH per 10.000 inwoners per gemeente (2022)





6.3.1 Zorggebruik – leeftijdsverdeling

Meeste bezoeken van 70- tot 79-jarigen

Toelichting

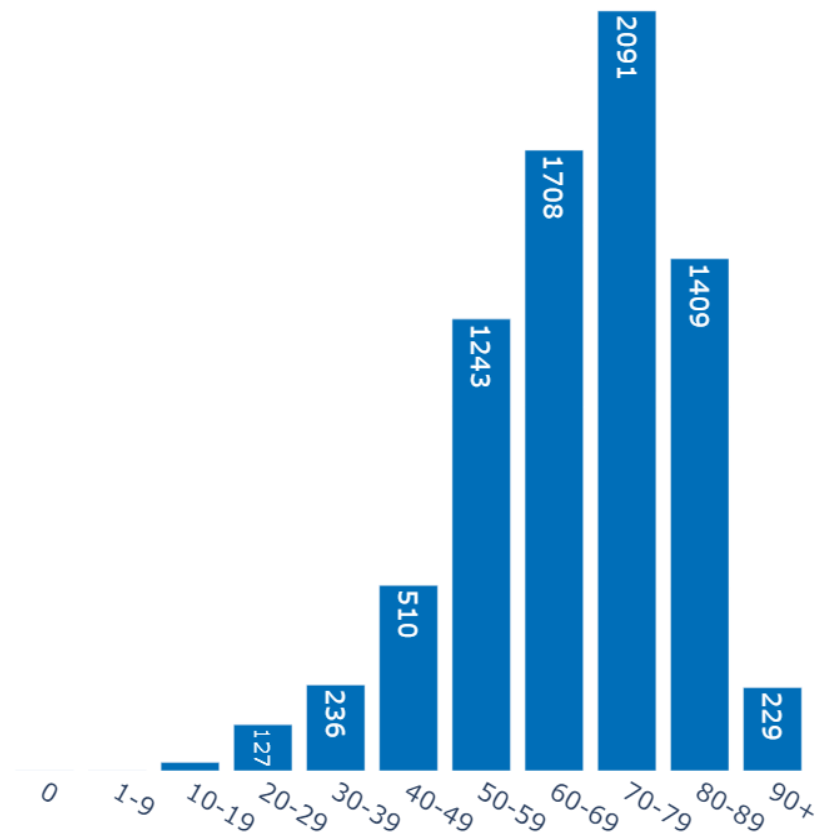
Afbeelding 1

- De meeste bezoeken zijn in de leeftijdscategorie 70-79 jaar
- Onder de 50 jaar de minste bezoeken aan de EHH

Overige analyses leeftijdsverdeling

- Het aantal bezoeken per 1.000 inwoners per leeftijdscategorie neemt toe naarmate de leeftijd toeneemt, met als uitzondering bezoeken door 90-plussers (37 bezoeken per 1.000 inwoners)
- Per 1.000 inwoners lage aantallen patiënten van 39 jaar of jonger (maximaal 2 bezoeken per 1.000 inwoners)

Afbeelding 1 – aantal bezoeken aan de EHH per leeftijdscategorie (2022)





6.3.2 Type zorgvraag – tijdstip van zorgvraag

Grootste aandeel EHH bezoeken overdag; instellingen verschillen m.n. in aandeel doordeweeks en in het weekend

Toelichting

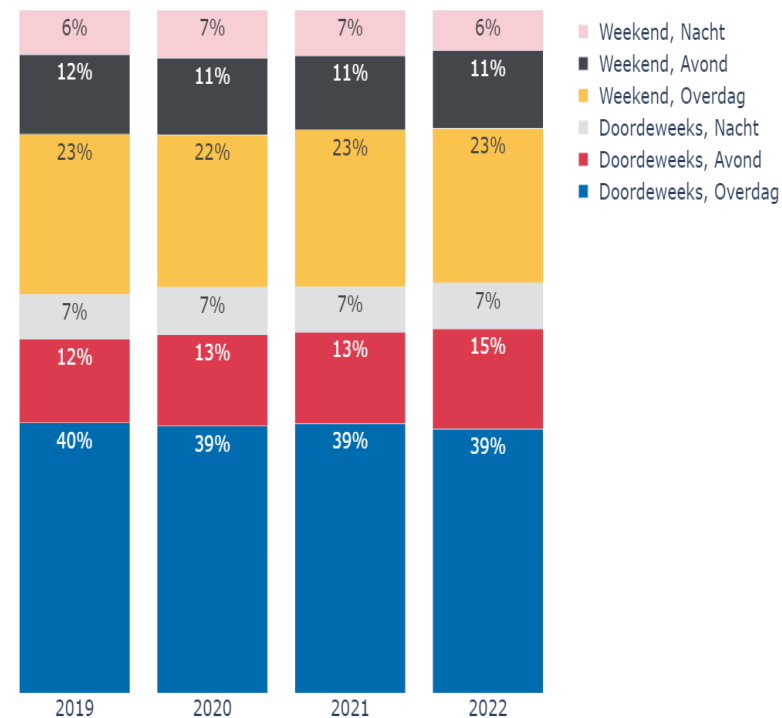
Afbeelding 1

- Tijdstip van zorgvraag redelijk stabiel over de afgelopen jaren
- Grootste aandeel zorgvragen doordeweeks overdag (39-40%), gevolgd door in het weekend overdag (22-23%)

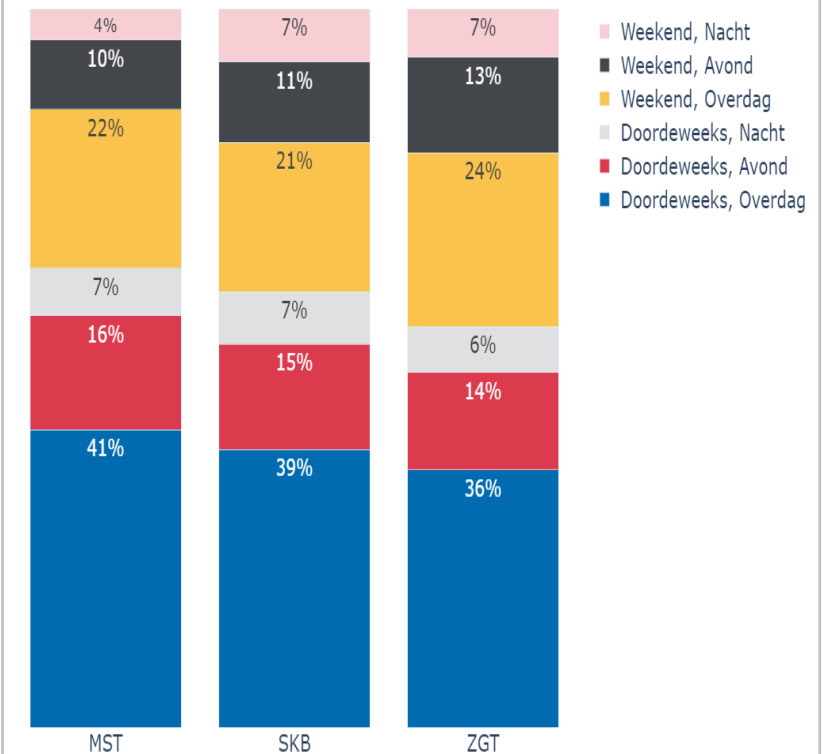
Afbeelding 2

- Instellingen verschillen iets tussen doordeweeks en in het weekend. MST heeft in totaal 36% in het weekend, SKB 39% en ZGT 43%
- Aandelen momenten op de dag (overdag, avond, nacht) verschillen licht tussen de instellingen

Afbeelding 1 – trend tijdstip¹ zorgvraag (gewogen gemiddelde per dag)



Afbeelding 2 – tijdstip¹ zorgvraag per instelling (gewogen gemiddelde per dag, 2022)



Bron: data MST, ZGT en SKB, analyse IG&H

1. De volgende definities worden gehanteerd: 08:00-16:59u overdag, 17:00-23:59u avond, 00:00-07:59u nacht, maandag t/m vrijdag doordeweeks, zaterdag en zondag weekend **91**



6.3.2 Type zorgvraag – verwijzingen instroom

Overdag en in de avond grootste aandeel verwijzingen vanuit huisarts naar SKB, in de nacht vanuit de ambulance

Toelichting

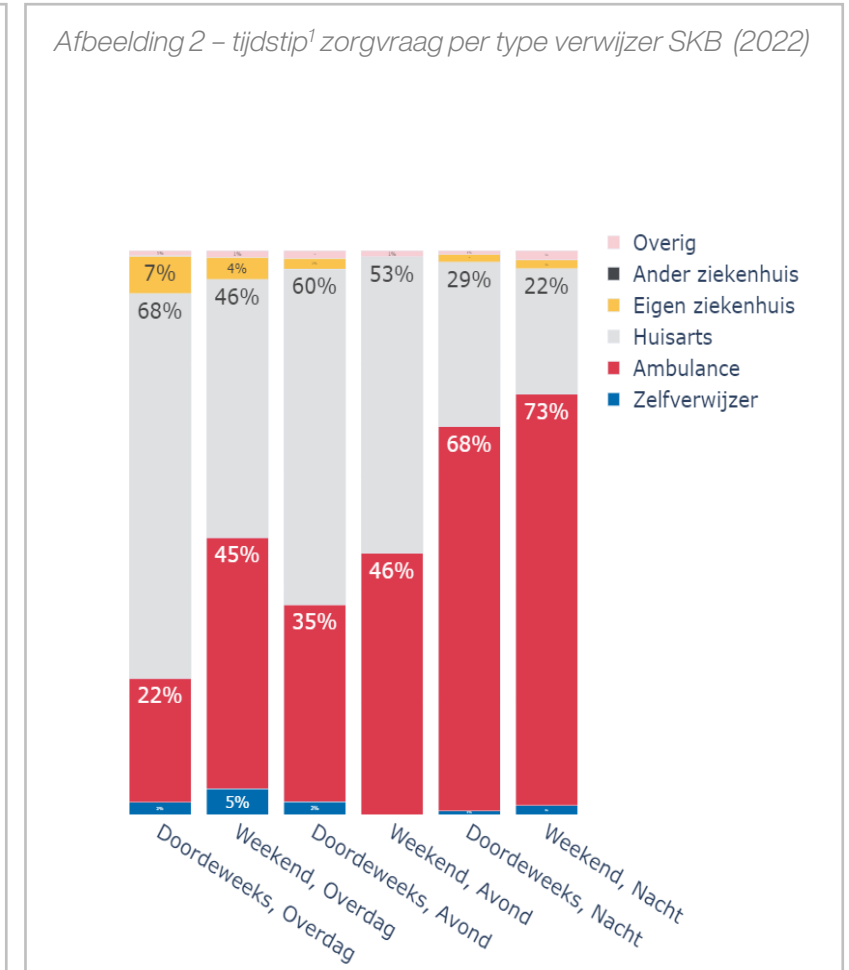
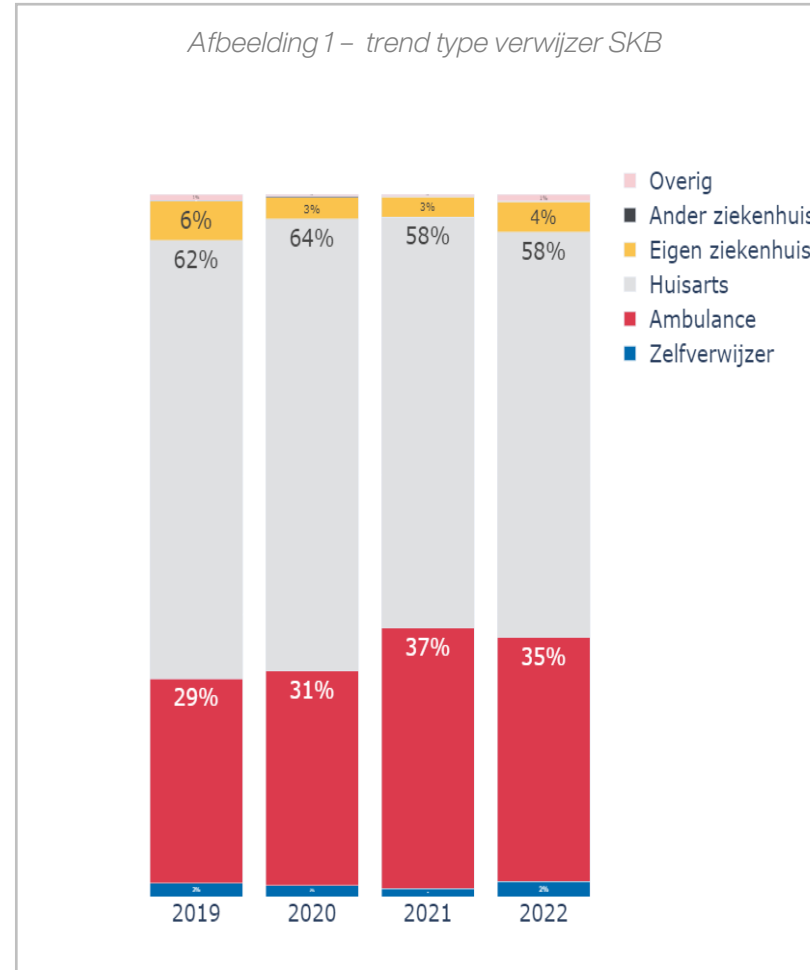
N.B. door registratiewijze voor MST en ZGT geen inzicht in het type verwijzer. Het onderstaande geschetste beeld van de verwijzingen per instroom wordt herkend door ZGT en MST

Afbeelding 1

- Het aandeel verwijzingen vanuit de ambulance naar de EHH in het SKB neemt licht toe van 2019 t/m 2021
- Het aandeel verwijzingen vanuit de huisarts naar de EHH in het SKB neemt licht af tussen 2019 en 2022: van 62% naar 58%

Afbeelding 2

- Overdag en in de avonden komen de meeste verwijzingen vanuit de huisarts naar het SKB. Overdag is dit doordeweeks 68% en in het weekend 46%, in de avond resp. 60% en 53%
- In de nacht worden de meeste patiënten verwezen vanuit de ambulance. Doordeweeks is dit 68% van de bezoeken en in het weekend 73%



Bron: data MST, ZGT en SKB, analyse IG&H

1. De volgende definities worden gehanteerd: 08:00-16:59u overdag, 17:00-23:59u avond, 00:00-07:59u nacht, maandag t/m vrijdag doordeweeks, zaterdag en zondag weekend **92**

6.3.3 Patiëntenstromen – diagnoses

30% tot 47% van de bezoeken kon niet cardiaal geduid worden; thoracale klachten eci meest voorkomende diagnose

Toelichting

Afbeelding 1

- Van 30% tot 47% van de bezoeken kon de klachten niet cardiaal geduid worden
- SKB heeft de meest klachten die niet cardiaal geduid konden worden (47%)
- MST heeft het grootste deel dat onbekend is (6%) ZGT het minste

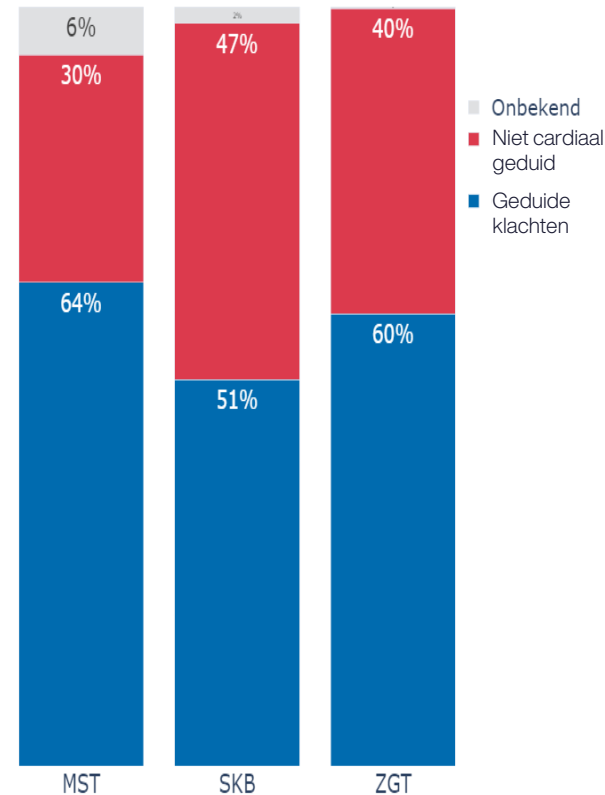
Tabel 1

- Het grootste aandeel patiënten heeft atrium fibrilleren (15%), gevolgd door chronisch hartalen (8%)

70-plussers

- De top 4 diagnoses is voor bezoeken door 70-plussers hetzelfde als voor alle bezoeken
- Het grootste aandeel patiënten heeft als diagnose atrium fibrilleren (16%)

Afbeelding 1 – aandeel niet cardiaal geduide klachten per instelling (2022)



Tabel 1 - top 5 cardiale diagnoses (2022)

#	Diagnoses	Aantal (%)
1.	Atrium fibrilleren (DBC 401)	1141 (15%)
2.	Chronisch hartfalen (DBC 302)	569 (8%)
3.	Non-ST elevatie hartinfarct (DBC 205)	406 (4%)
4.	Overige supraventriculaire hartritme stoornis (DBC 402)	312 (4%)
5.	Angina pectoris onstabiel (DBC 203)	267 (4%)

NB: Bij 42% van de patiënten zijn onbekende of geen cardiale klachten gediagnostiseerd



6.3.3 Patiëntenstromen – trend van diagnoses

SKB en ZGT laten verschillende trends zien binnen diagnoses

Toelichting

Definitie DBC codes:

- DBC 403: Ventriculaire hartritmestoornis
- DBC 301: Acuut hartfalen
- DBC 205: Non ST elevatie hartinfarct
- DBC 204: ST elevatie hartinfarct
- DBC 203: Angina pectoris, onstabiel

Afbeelding 1

- In 2022 kwam DBC 205 (7%) het vaakst voor van de niet overige diagnoses
- Overige diagnoses constant tussen de 76% en 79%
- Aandeel DBC 301 en 205 fluctueert over de jaren

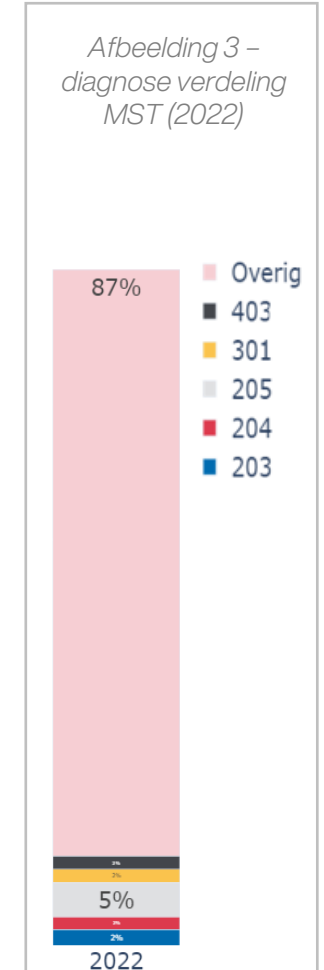
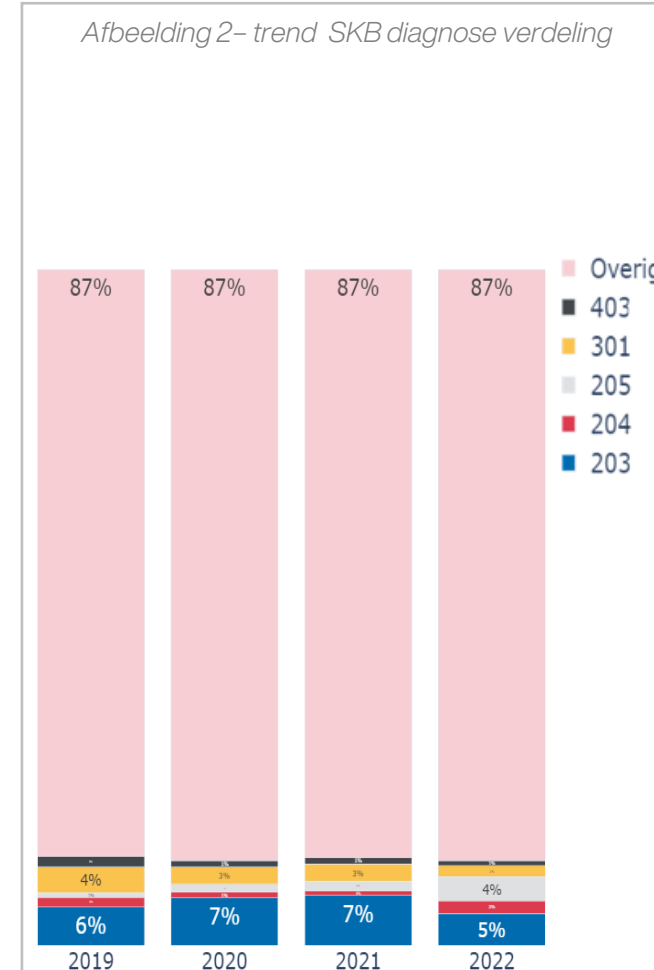
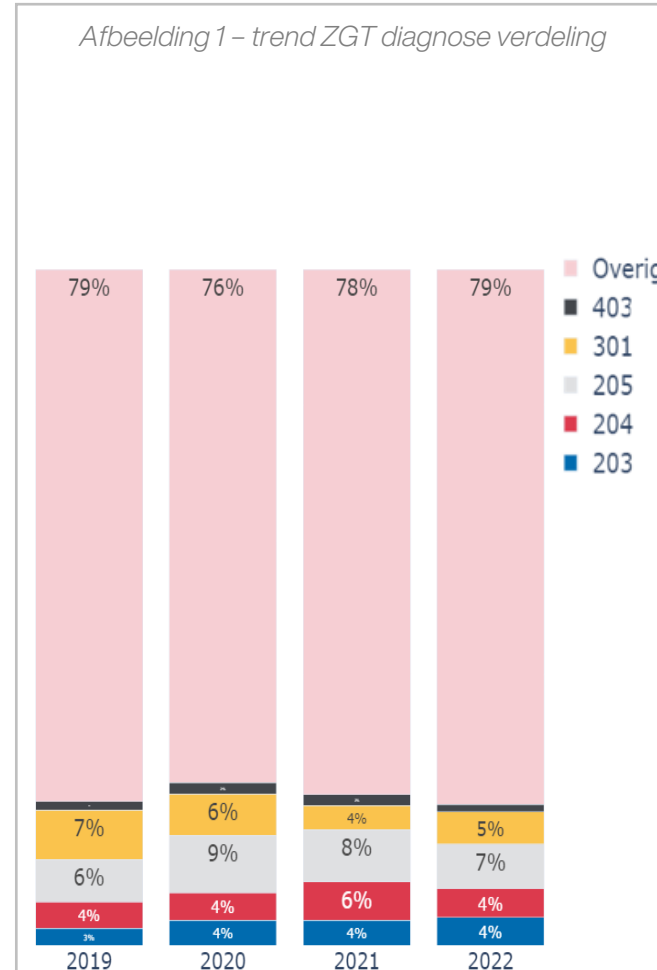
Afbeelding 2

- In 2022 kwam DBC 205 (5%) het vaakst voor van de niet overige diagnoses
- Stijging van DBC 205 over de jaren
- Aandeel overig stabiel op 87%

Afbeelding 3

N.B. Bij het MST alleen maar 2022 weergegeven vanwege niet beschikbare data van voorgaande jaren

- Aandeel overig hetzelfde als bij SKB
- Aandeel DBC 205 grootste van uitgelichte DBC codes (5%)



6.4 Acute klinische traumazorg

6.4.1 Ingangsklachten - (multi) traumapatiënten

6.4.2 Zorggebruik

- Aantal inzetten MMT
- Helikopterlandingen

6.4.3 Trauma

- Verwijzer en uitkomst van zorg

6.4.4 Ingangsklachten - heupfracturen





6.4.1 Ingangsklachten – (multi)traumapatiënten

Euregio heeft het hoogste percentage multitraumapatiënten dat direct naar level 1 traumacentrum wordt vervoerd

Toelichting

Afbeelding 1

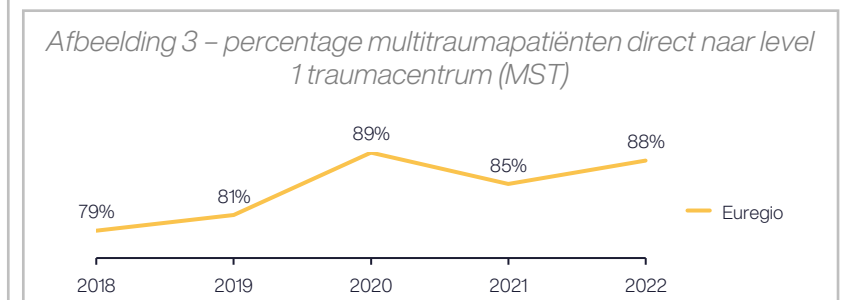
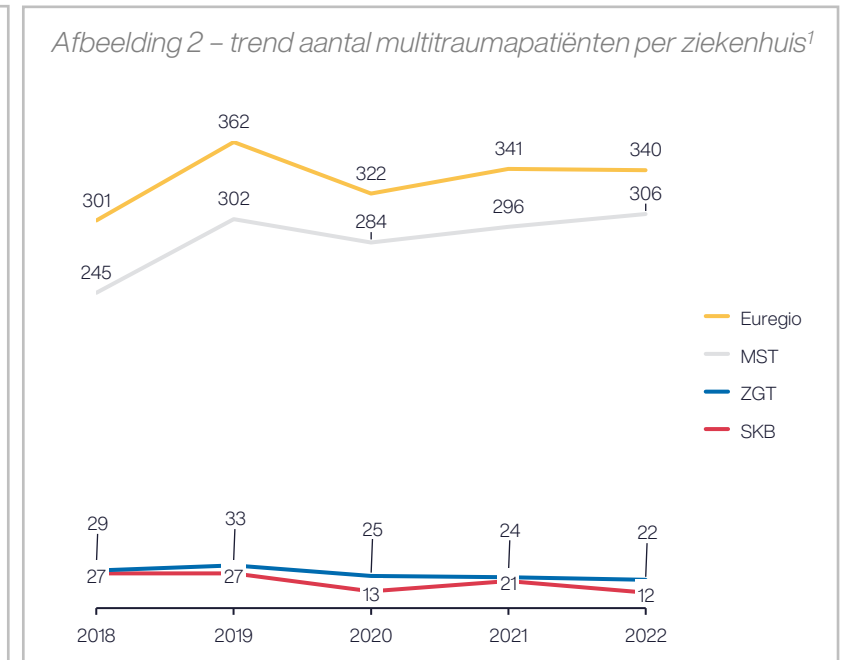
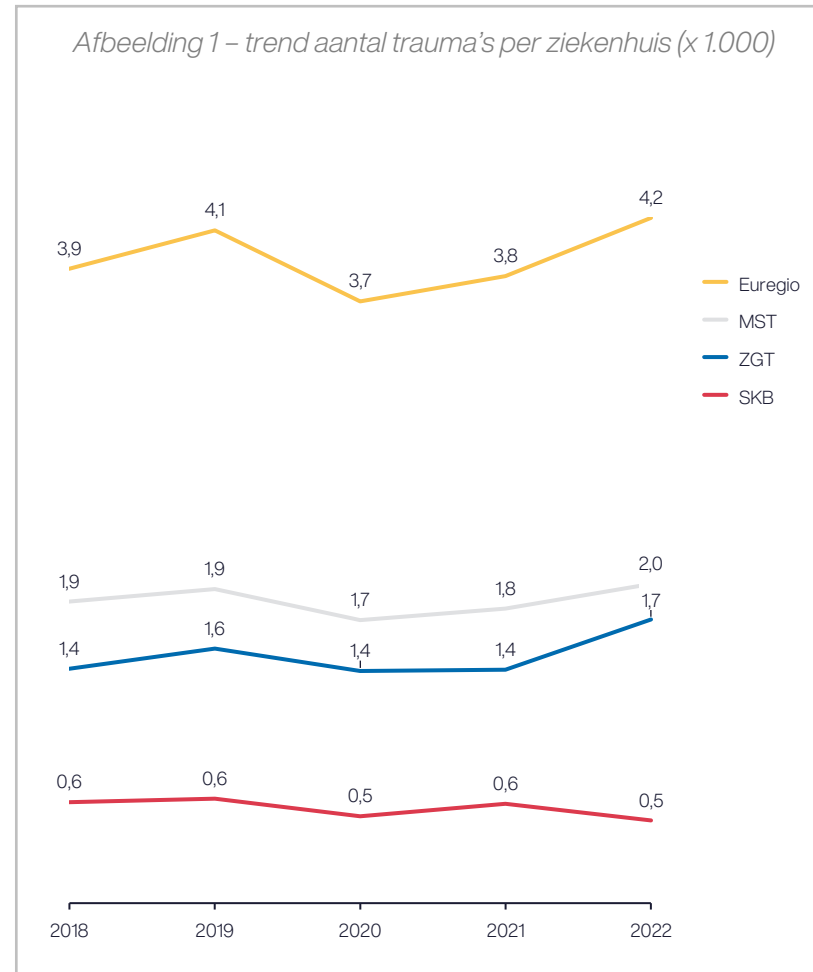
- Het aantal traumapatiënten varieert licht tussen de jaren met een gemiddelde van zo'n 4.000 patiënten
- Het percentage traumapatiënten t.o.v. het aantal inwoners is hoger in de Euregio (0.51%) dan op landelijk niveau (0.41%).

Afbeelding 2

- Het aantal multitraumapatiënten¹ dat per jaar wordt behandeld in MST is gemiddeld 306 per jaar. Dit is ruim boven de volumennorm voor een level 1 traumacentrum van 240 patiënten per jaar
- Het percentage van multitrauma patiënten t.o.v. het aantal inwoners in de Euregio (0.04%) ligt hoger dan het landelijk percentage (0.03%)

Afbeelding 3

- Het aandeel multitraumapatiënten dat rechtstreeks naar level 1 traumacentrum (MST) wordt vervoerd, voldoet met 88% in 2022 net niet aan de norm van 90%
- Het landelijk gemiddelde percentage is ongeveer 70%



Bron: Data landelijke traumaregistratie (LTR); betreft patiënten die binnen 48 uur na een ongeval op een SEH zijn gepresenteerd en naar aanleiding van hun letsel zijn opgenomen in het ziekenhuis, overgeplaatst worden naar een ander ziekenhuis of zijn overleden op de SEH.

1. Multitraumapatiënt: ernstig gewonde patiënt met een Injury Severity Score > 15

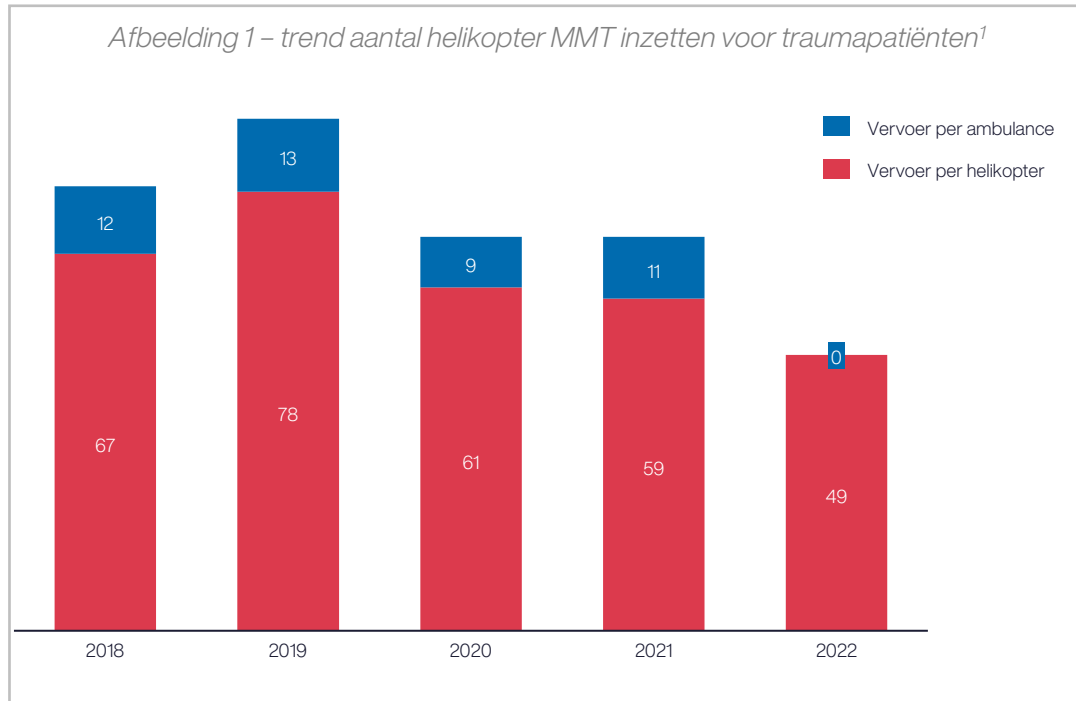


6.4.2 Zorggebruik – aantal inzetten MMT

Inzet MMT neemt af, ook t.o.v. het totaal aantal traumapatiënten in de regio

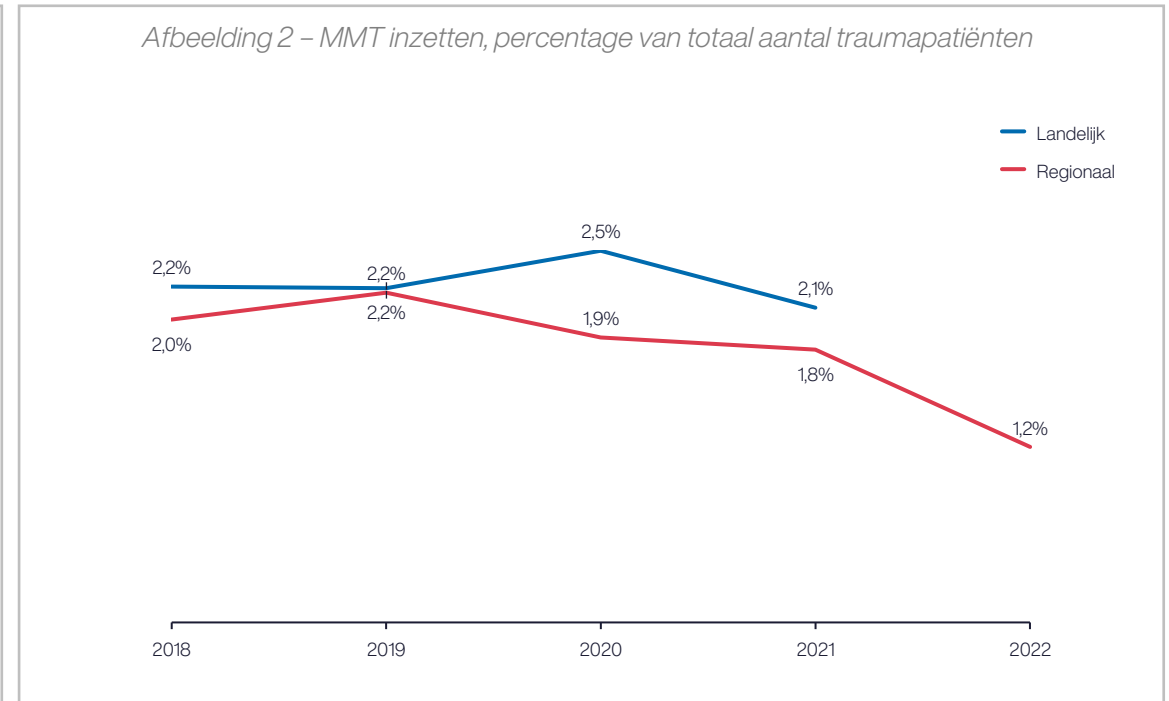
Toelichting

- Het aantal MMT inzetten voor traumapatiënten is de afgelopen jaren afgenomen
- Als een helikopter MMT is ingezet is, wordt de patiënt in de meeste gevallen daadwerkelijk met de helikopter vervoerd naar de SEH



Toelichting

- Het aandeel MMT inzetten in relatie tot het totaal aantal traumapatiënten in de regio is gedaald van 2% naar 1,2%. Dit percentage ligt in de Euregio lager dan het landelijke percentage



Bron: Data landelijke traumaregistratie (LTR); betreft patiënten die binnen 48 uur na een ongeval op een SEH zijn gepresenteerd en naar aanleiding van hun letsel zijn opgenomen in het ziekenhuis, overgeplaatst worden naar een ander ziekenhuis of zijn overleden op de SEH.
1. Patiënten worden door een MMT alleen vervoerd naar een level 1 traumacentrum, in de regio is dat MST



6.4.2 Zorggebruik – aantal inzetten MMT

In Euregio worden patiënten relatief vaak vervoerd met de helikopter, veroorzaakt door beleid Duitse heli

Toelichting

Afbeelding 1

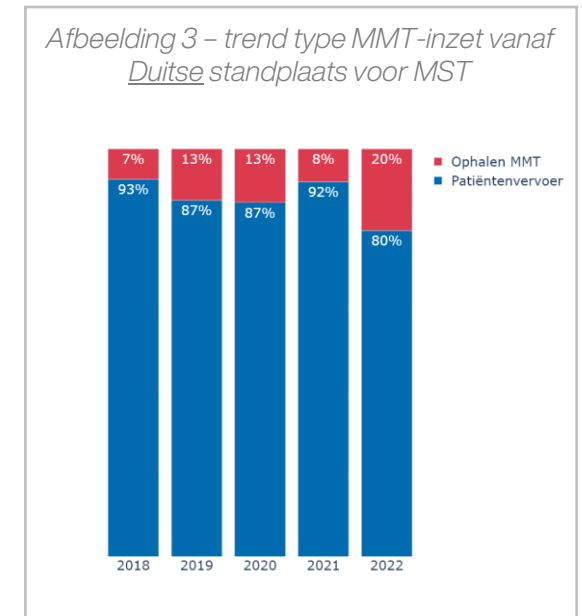
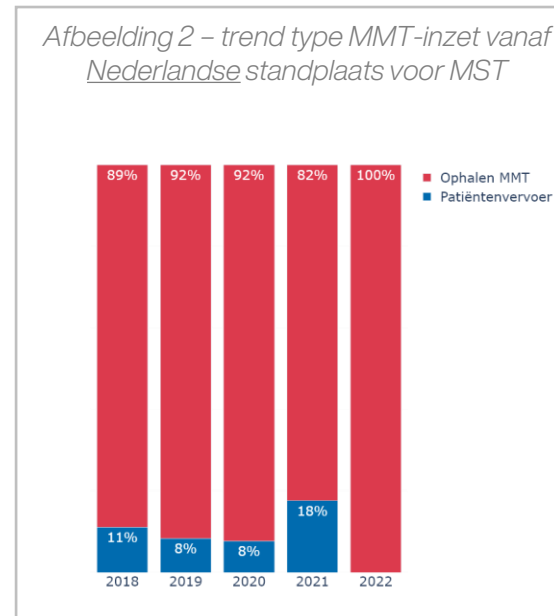
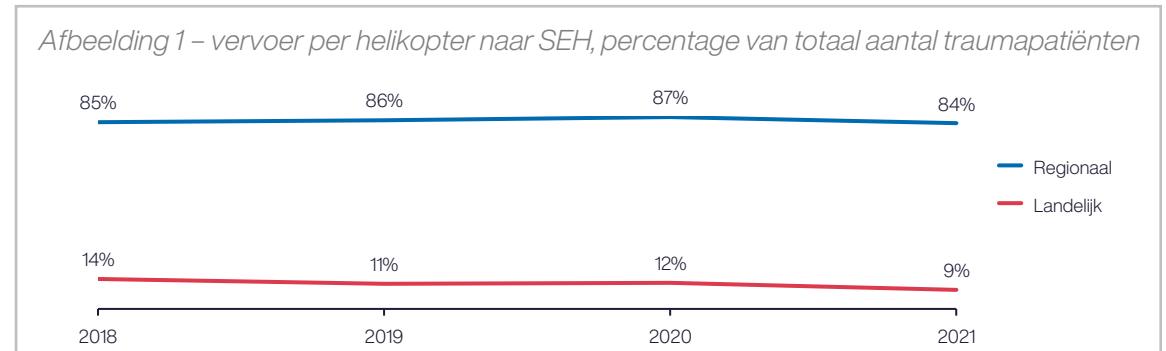
- Tussen de 84 en 87% van de patiënten waarbij in de regio een MMT betrokken is, is met de helikopter vervoerd naar het MST
- Dit percentage ligt vele malen hoger dan het landelijke gemiddelde van 9 tot 14%
- Verklaring hiervoor is het verschil in beleid, zie hieronder

Afbeelding 2

- Van de helikopterlandingen op MST door een Nederlandse helikopter werd in 0 tot 18% van de landingen de patiënt vervoerd per helikopter
- Het merendeel van de landingen was hiermee bedoeld voor het ophalen van het MMT, hier wordt in Nederland ook op ingezet

Afbeelding 3

- Van de helikopterlandingen op MST door een Duitse helikopter werd in de afgelopen jaren in 80-93% van de landingen de patiënt vervoerd per helikopter
- In Duitsland is het gebruikelijker om patiënten bij inzet van een helikopter ook daadwerkelijk met de helikopter te vervoeren





6.4.2 Zorggebruik – helikopterlandingen

Grootste aandeel van landingen op MST betreft helikopter vanuit Duitse standplaats

Toelichting

Afbeelding 1

N.B. De locaties in deze afbeelding gaan over de standplaats vanaf waar het MMT vertrekt

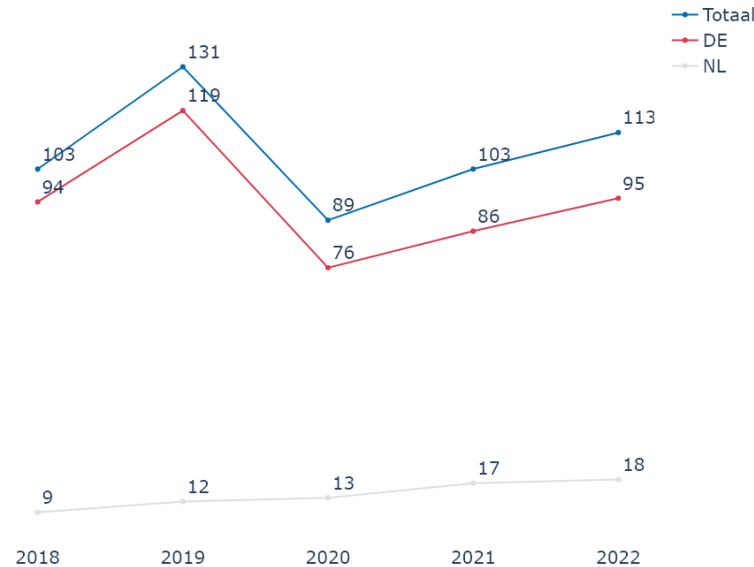
- Meeste MMT-inzetten voor MST worden gedaan vanaf de Duitse standplaats (84%)
- Tussen 2018 en 2022 een lichte stijging te zien
- 2020 laat een dip zien in het aantal inzetten, waarschijnlijk te verklaren door COVID

Afbeelding 2

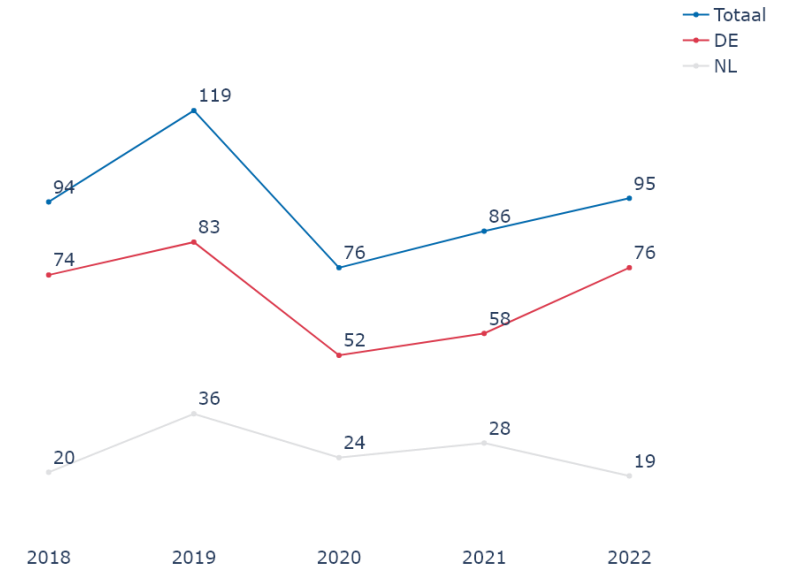
N.B. De locaties zijn de locaties waar de patiënt opgehaald wordt door het Duitse MMT en hierna naar het MST vliegen voor behandeling

- Aantal inzetten vanaf Duitse standplaats vaker naar Duitse locaties dan Nederlandse locaties
- In 2022 ging 20% van de Duitse MMT inzetten naar Nederlandse locaties

Afbeelding 1 – trend aantal MMT inzetten vanaf Nederlandse en Duitse standplaats voor MST



Afbeelding 2 – trend aantal MMT inzetten door Duits MMT met MST als bestemming vanuit Nederlandse en Duitse patiëntlocaties





6.4.3 Trauma – verwijzer en uitkomst van zorg

Huisarts vaker verwijzer van traumapatiënten in ZGT en SKB, uitkomst van zorg o.b.v. SMR van goede kwaliteit

Toelichting

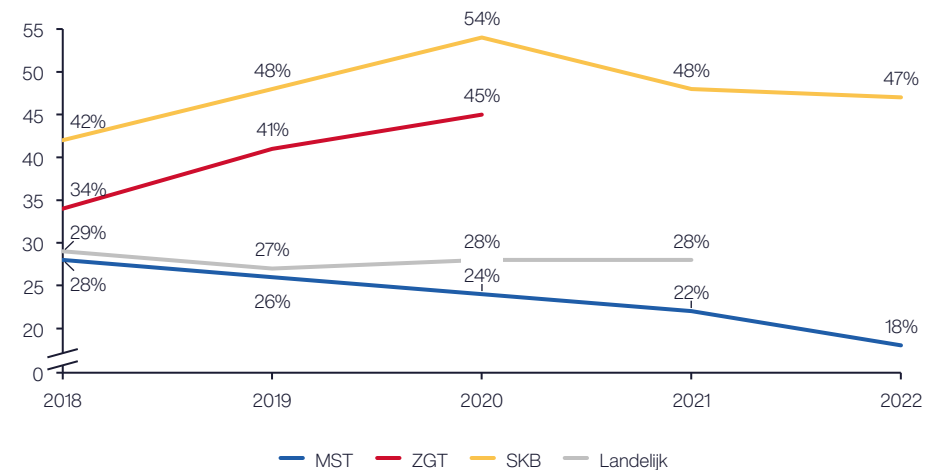
Afbeelding 1

- Het aandeel traumapatiënten dat door de huisarts verwezen wordt naar de SEH verschilt per ziekenhuis en is het hoogst voor SKB met gemiddeld 48%
- Voor MST geldt dat het aandeel traumapatiënten dat door de huisarts naar de SEH wordt verwezen met 10% is gedaald in de afgelopen 5 jaar naar 18% in 2022
- De LTR laat zien dat landelijk ongeveer 28% van traumapatiënten door de huisarts naar de SEH wordt verwezen. Het SKB en ZGT ontvangen meer traumapatiënten die door de huisarts zijn verwezen

Uitkomst van zorg voor traumapatiënten

- In de LTR wordt de uitkomst van zorg geëvalueerd met behulp van de ratio geobserveerde sterfte/verwachte sterfte (standardized mortality ratio (SMR))
- De berekening van de SMR laat zien dat de zorg in de Euregio vergelijkbaar is met landelijk: in MST, SKB en ZGT is het daadwerkelijk aantal sterfgevallen niet significant hoger dan het verwachte aantal sterfgevallen.

Afbeelding 1 – aandeel traumapatiënten dat door de huisarts naar de SEH is verwezen¹



Bron: Data landelijke traumaregistratie (LTR): betreft patiënten die binnen 48 uur na een ongeval op een SEH zijn gepresenteerd en naar aanleiding van hun letsel zijn opgenomen in het ziekenhuis, overgeplaatst worden naar een ander ziekenhuis of zijn overleden op de SEH.

1. Door de overgang op een nieuw EPD in sept. 2021 kon dit item niet meer goed vastgelegd worden voor ZGT.



6.4.4 Ingangsklachten – heupfracturen

Stijgend aantal patiënten met een heupfractuur verwacht

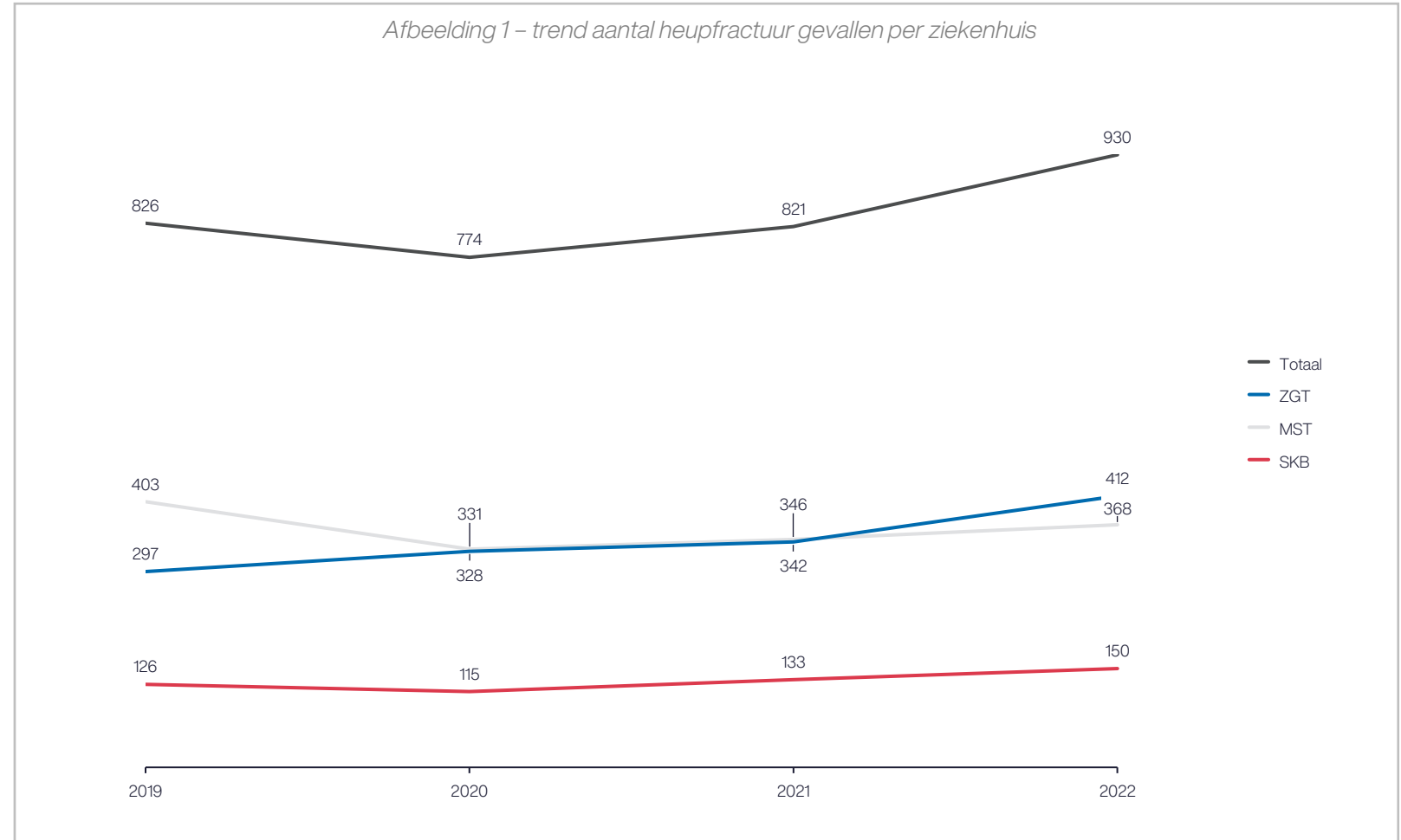
Toelichting

Algemene toelichting

- De indicatoren (ook de niet openbare) uit de Dutch Hip Fracture Audit (DHFA) worden transparant besproken in de regio. Ook worden de ingerichte zorgpaden voor een heupfractuur besproken en kan hierdoor van elkaars aanpak geleerd worden
- Gezien de vergrijzing wordt de komende periode een stijging verwacht in het aantal mensen met een heupfractuur

Afbeelding 1

- Het aantal patiënten met een heupfractuur varieert over de jaren met een gemiddelde in de regio van 840 per jaar



6.5 Belangrijkste inzichten acute zorg in ziekenhuis





Belangrijkste inzichten



Arbeidsmarkt

- Landelijk wordt verwacht dat er **tekorten in de gehele ziekenhuisbranche** zullen toenemen
- Het is **lastig te zeggen** of er in de Euregio tekorten zullen optreden. Het aantal spoedeisende hulpvragen stijgt minder hard dan landelijk, maar de grijze druk neemt sterker toe in de Euregio



Zorggebruik

- Euregio kent **geen presentatiestops** op de SEH, dit is een Euregio-brede afspraak
- Tussen 2018 en 2022 is het aantal bezoeken door 70-plussers aan de SEH toegenomen
- De meeste bezoeken aan de SEH zijn door 70- tot 79-jarigen
- De komende jaren wordt een **aanhoudende groei** van het aantal **spoedeisende zorgvragen in de msz** verwacht (+9% in 2040)



Urgentie

- Meeste patiënten worden via de **huisarts** naar de SEH verwezen. Daarbij heeft het grootste aandeel patiënten een **U3- of U4-urgentie**. Bij **70-plussers** is een hogere urgentie te zien: het grootste aandeel patiënten heeft een **U2- of U3-urgentie**
- De meeste patiënten met een U3-urgentie of lager gaan vanuit de SEH naar **huis**. Meer dan 70% van de patiënten met een **U1- of U2-urgentie** worden vanuit de SEH opgenomen in het ziekenhuis



Eerste Hart Hulp

- Meeste aantal bezoeken EHH door **70- tot 79-jarigen**
- Overdag en in de avond grootste aandeel verwijzingen vanuit **huisarts**



Acute klinische traumazorg

- 84% van de MMT-inzetten met helikopter zijn afkomstig vanaf Duitse standplaats (**Rheine**), deze locatie speelt daarmee een belangrijke rol in een lage responstijd in de Euregio
- Euregio heeft met 88% in vergelijking met landelijk het hoogste percentage multitraumapatiënten dat direct naar een level 1 traumacentrum wordt vervoerd, hiermee voldoet de Euregio bijna aan de huidige multitraumanorm
- Er wordt een stijging in het aantal mensen met een heupfractuur verwacht

7. Acute verloskunde

7.1 Zorgaanbod acute verloskunde

7.2 Zorgvraag acute verloskunde

7.3 Belangrijkste inzichten acute verloskunde



7.1 Zorgaanbod

7.1.1 Zorgaanbieders in de regio

7.1.2 Definitie acute verloskunde

7.1.3 Initiatieven in ROAZ-verband

7.1.4 Arbeidsmarkt



7.1.1 Zorgaanbieders verloskunde

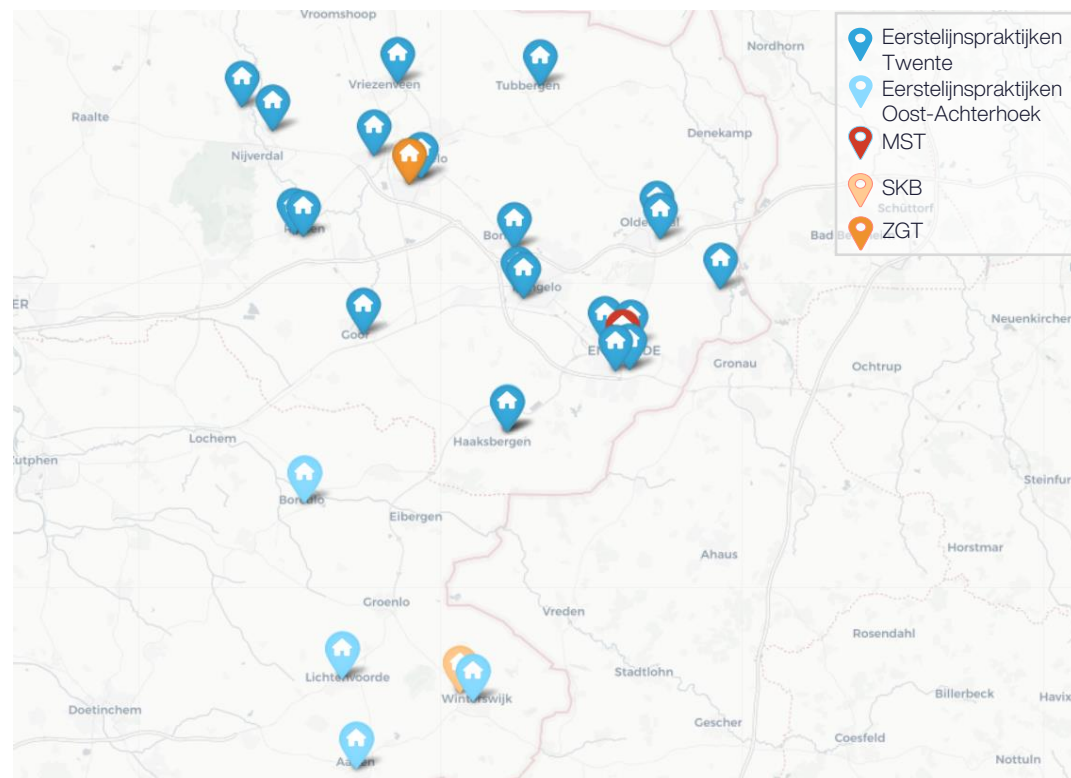
Er zijn 24 verloskundigenpraktijken in de Euregio

Toelichting

Afbeelding 1

- Er zijn 24 verloskundigenpraktijken in de Euregio, waarvan er twintig in Twente en vier in Oost-Achterhoek liggen
- Tweedelijns verloskundige zorg wordt geboden in de ziekenhuizen MST, ZGT en SKB
- Het dichtstbijzijnde perinatologisch centrum met een neonatale intensive care (NICU) is het Isala in ROAZ-regio Zwolle.
- Aanbieders van verloskundige zorg zijn over het algemeen aangesloten bij het Verloskundigen Samenwerkingsverband (VSV) Twente en/of VSV Oost-Achterhoek
- Er zijn voor de verloskunde geen rijtijden beschikbaar naar de locaties. De rijtijden naar de ziekenhuizen met een spoedrit per ambulance zijn per gemeente bekend (zie p. 67). Dit geeft inzicht in de rijtijden bij acute overplaatsing naar het ziekenhuis
- In Twente zijn er per verloskundigenpraktijk gemiddeld 5.500 vrouwen tussen de leeftijd 15 en 45, in Oost-Achterhoek is dit 4.900.

Afbeelding 1 – locaties van de eerstelijnspraktijken en ziekenhuizen





7.1.2 Definitie acute verloskunde

Indicaties voor acute en sub-acute verloskunde, opgesteld door federatie van de VSV'en

Omdat verloskundige zorg vaak niet planbaar is, heeft de Federatie van Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV) een definitie voor acute zorg beschreven: **“...bij acute zorg gaat het om zorg in een situatie waarin zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen. Daarnaast gaat het om spoedzorg als antwoord op een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is.”**



Indicaties acute verloskunde

- Reanimatie van de (aanstaande) moeder (tot eerste 6 weken post partum)
- Reanimatie van de pasgeborene (tot eerste 6 weken post partum)
- Foetale nood, cortonenpathologie of afwijkend CTG
- Pasgeborene in slechte conditie thuis (tot eerste 6 weken post partum)
- Navelstengprolaps
- Verdenking ernstige PE/eclamptisch insult
- Verdenking solutio
- Overmatig bloedverlies durante partu
- Overmatig bloedverlies tijdens zwangerschap (bijv. placenta previa, miskraam)
- Fluxus post partum (>1000ml bloedverlies), ongeacht conditie moeder (met/zonder placentarest)
- Uterus inversio
- Partus prematures vergevorderd in partu
 - < 35 weken verwijzing naar een tweedelijns ziekenhuis
 - < 32 weken verwijzing naar een derdelijns ziekenhuis
- Achterblijven van (deel van) placenta met totaal bloedverlies >500ml
- Intra uterine vruchtdood
- Schouderdystocie



Indicaties sub-acute verloskunde

- Niet vorderende uitdrijving (NVU), goede cortonen
- Niet vorderende ontsluiting
- Meconiumhoudend vruchtwater, goede cortonen
- Partus prematurus < 35 weken, niet heftig in partu
- Afwijkende ligging (geen hoofdligging), waarbij actief in partu en goede cortonen
- Koorts durante partu
- Achterblijven van (een deel van) de placenta, met totaal bloedverlies < 500 ml
- Vulvair hematoom
- Totaal/ subtotaalruptuur
- Zorgen over de conditie van de pasgeborene door de verloskundige, huisarts of jeugdarts (eerste 6 weken post partum)
- Verzoek pijnstilling
- Onveilige bedreigde thuissituatie



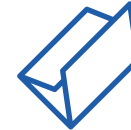
7.1.3 Initiatieven in ROAZ-verband

Regionale initiatieven t.b.v. zorgcontinuïteit en eenduidige protocollen



Regionale beheersplan zorgcontinuïteitsproblemen door capaciteitskrapte

- Om de regionale zorgcontinuïteit ook onder bijzondere omstandigheden te garanderen maken alle aanbieders van acute verloskundige zorg op ROAZ-niveau afspraken met elkaar over in te zetten beheersmaatregelen bij capaciteitskrapte. Op deze manier wordt de toegankelijkheid van de acute geboortezorg bewaakt en geborgd.



Gezamenlijke afspraken ROAZ d.m.v. zakkaartjes

- Sinds 2012 bestaan er vijf transmurale protocol-kaarten voor de meest voorkomende verloskundige spoedindicaties. De kaarten geven kort en bondig de acties weer voor de verloskundigen en ambulancepersoneel tijdens deze acute situaties.
- Daarbij horen twee communicatiekaarten met alle relevante spoednummers in de regio en de SBARR-methodiek voor zorgvuldige overdracht in acute situaties
- De ROAZ-zakkaartjes worden elke drie jaar gereviseerd in de expertgroep Acute Verloskunde



7.1.4 Arbeidsmarkt – verloskunde

Om tekorten te voorkomen moeten landelijke adviezen worden opgevolgd

Toelichting

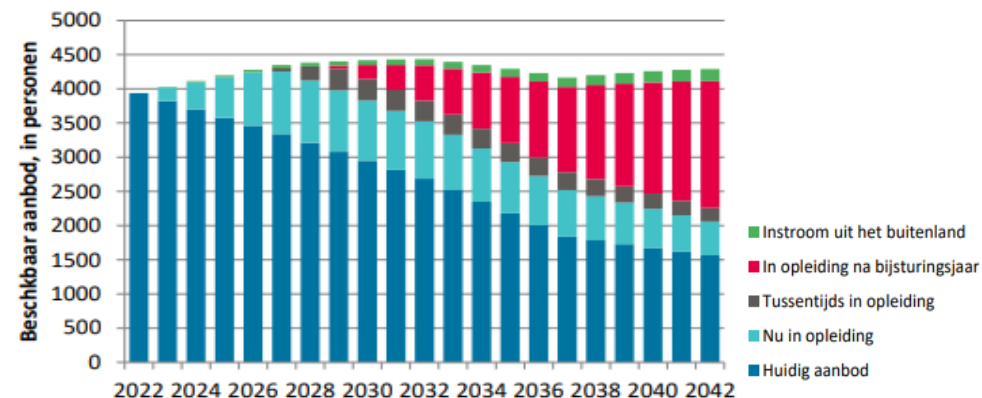
Capaciteitsberaming Verloskunde

- De capaciteitsberaming Verloskunde is een onderzoek van het Nivel over de ontwikkeling in de arbeidsmarkt voor verloskundige voor de komende 10 a 20 jaar
- In de beraming is een drietal adviezen gegeven
 - Verhoog de numerus fixus van de opleiding
 - Probeer de uitstroom uit het beroep te verminderen
 - Herhaal de raming eens in de drie a vier jaar om tijdig te kunnen bijsturen
- Door regelmatig te ramen en de in- en uitstroom uit het beroep van verloskundige zoveel mogelijk te optimaliseren kan de beschikbaarheid van verloskundigen nu en in de toekomst worden gewaarborgd.

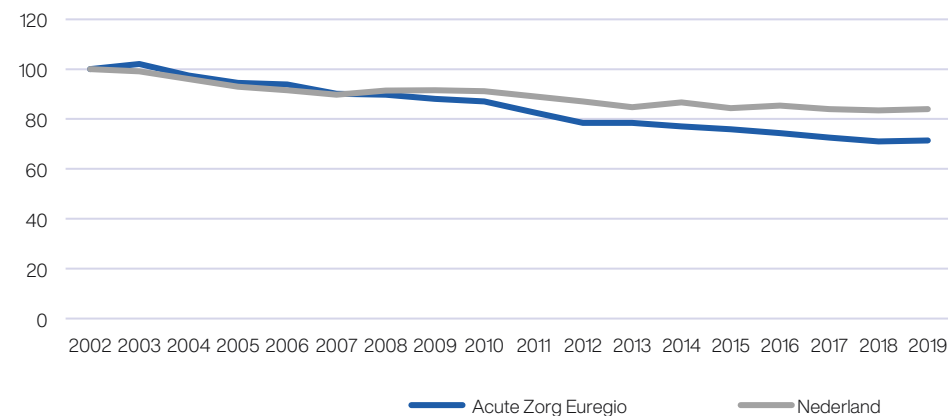
Afbeelding 1 en 2

- Tussen 2022 en 2042 zal het beschikbare aanbod van verloskundigen naar verwachting toenemen wanneer het advies wordt opgevolgd, omdat er meer verloskundige bij komen uit de opleiding en uit het buitenland
- Het aantal verloskundigen in de komende 20 jaar zal iets toenemen van 3.940 verloskundigen in 2022 naar ongeveer 4.300 verloskundigen in 2042 in Nederland. Dit is een toename van 9%
- Wanneer het externe rendement verbeterd wordt, kan het aantal verloskundigen verder toenemen naar ongeveer 4.700 verloskundigen, een totale toename van 19%
- Het benodigde aanbod van verloskundigen zal over 20 jaar tussen de 3.700 en 4.662 komen te liggen, daarmee kan er een tekort ontstaan als het rendement van de maatregelen niet verbeterd wordt (in 2022 wordt landelijk het tekort van verloskundigen op 1% van de huidige capaciteit geschat)
- Voor de Euregio is het aannemelijk dat het tekort relatief minder zal zijn, omdat er een (sterker) dalende trend is in het aantal geboortes in de Euregio (zie afbeelding 2)
- De prognose komt niet overeen met de huidige praktijkervaring in de Euregio: er worden momenteel personeelstekorten ervaren in de verloskundige sector. Mogelijk intensificeert de zorg per zwangerschap, bijv. als gevolg van arbeidstekorten in de kraamzorg

Afbeelding 1 – trend verwacht beschikbaar aanbod verloskundigen in Nederland



Afbeelding 2 – trend index in levend geboren kinderen



7.2 Zorgvraag

7.2.1 Zorggebruik

- Aantal baringen

7.2.2 Type zorgvraag

- Plaats van baring
- Overdracht durante partu
- Sectio's
- Indicatoren

7.2.3 Ambulance inzetten verloskunde

- Aantal inzetten
- Urgentieverdeling





7.2.1 Zorggebruik – aantal baringen

Tussen de 5.400 en 6.000 baringen per jaar in de Euregio; toename percentage inzetten tussen 2018 en 2022

Toelichting

Afbeelding 1

N.B. Overgang naar nieuw registratiesysteem kan ervoor zorgen dat de registratie afwijkt van de werkelijkheid

- In de Euregio zijn er jaarlijks tussen de 5.400 en 6.000 baringen
- Aansluitend bij de omvang van de populatie waren in regio Twente de meeste baringen, namelijk tussen ongeveer 4.600 en 5.000 baringen
- In 2021 is er een stijging van het totaal aantal baringen, dit komt overeen met het landelijk beeld

Afbeelding 2

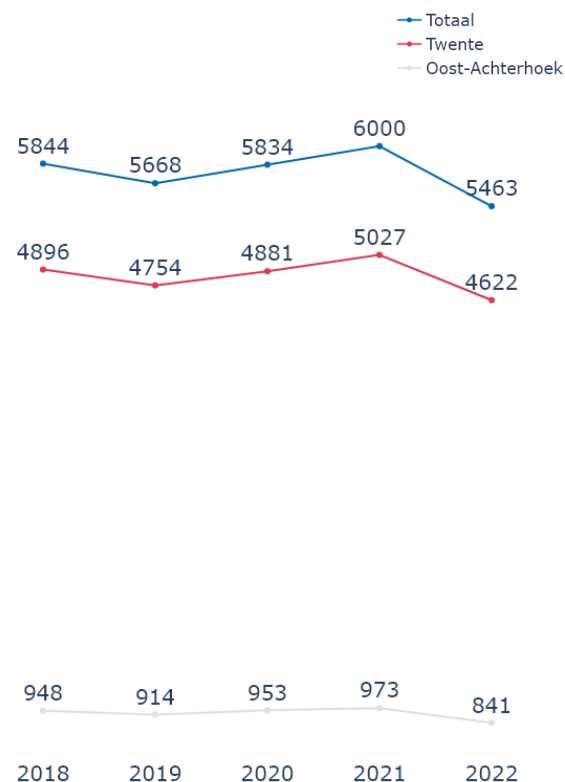
- Data is alleen van 2020, betrouwbare data van opvolgende jaren ontbreekt
- Aantal sectio's in Twente 19.2%, in Oost-Achterhoek 9.9%

Afbeelding 3

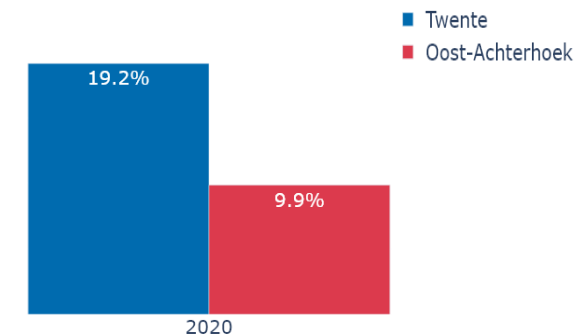
N.B. Registratie voor 2022 is minder betrouwbaar, getallen kunnen afwijken van de werkelijkheid

- Jaarlijks zijn er voor 6.9% tot 7.3% van het totaal aantal baringen in Twente inzetten door Ambulance Oost nodig, dit zijn planbare en niet-planbare inzetten
- Sinds 2018 is er een lichte stijging te zien in het percentage inzetten voor de verloskunde door Ambulance Oost, een mogelijke verklaring hiervoor is dat in de eerstelijnsverloskunde laagdrempeliger een ambulance wordt ingeschakeld
- Het absolute aantal inzetten voor de verloskunde is na stijging gedaald tussen 2021 en 2022. Het absolute aantal A1 inzetten is gestegen van 130 in 2018 naar 218 in 2022

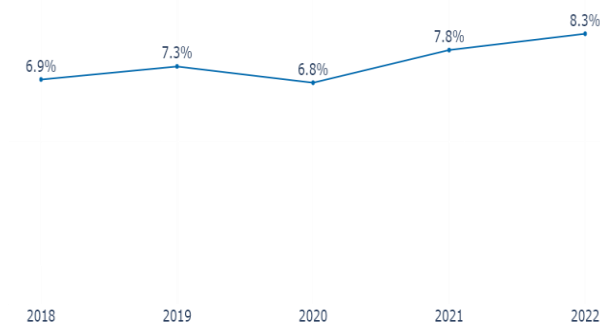
Afbeelding 1 – trend aantal baringen¹ per regio in de Euregio



Afbeelding 2 – percentage sectio's in de NTSV groep per regio in de Euregio (2020)



Afbeelding 3 – trend percentage aantal inzetten voor de verloskunde door Ambulance Oost van totaal aantal baringen in Twente



Bron: data eerstelijnsverpleegkundige Euregio en Ambulance Oost, analyse IG&H

1. Vanwege registratieproblemen bij Perined is de data verminderd betrouwbaar



7.2.2 Type zorgvraag – plaats van baring

Merendeel van de baringen is klinisch; vergelijkbaar beeld in Twente en Oost-Achterhoek

Toelichting

Definities

- Klinische baring: baring in de tweede lijn met medische indicatie, dit betreft ook baringen met pijnstilling. De (aanstaande) moeder valt onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog en wordt begeleid door een klinisch verloskundige
- Poliklinische baring: baring in het ziekenhuis zonder medische indicatie. De (aanstaande) moeder valt onder verantwoordelijkheid van de eerstelijnsverloskundige. De medium-risk bevallingen die niet konden worden opgenomen in de data zijn meegerekend in het totaal aantal poliklinische bevallingen

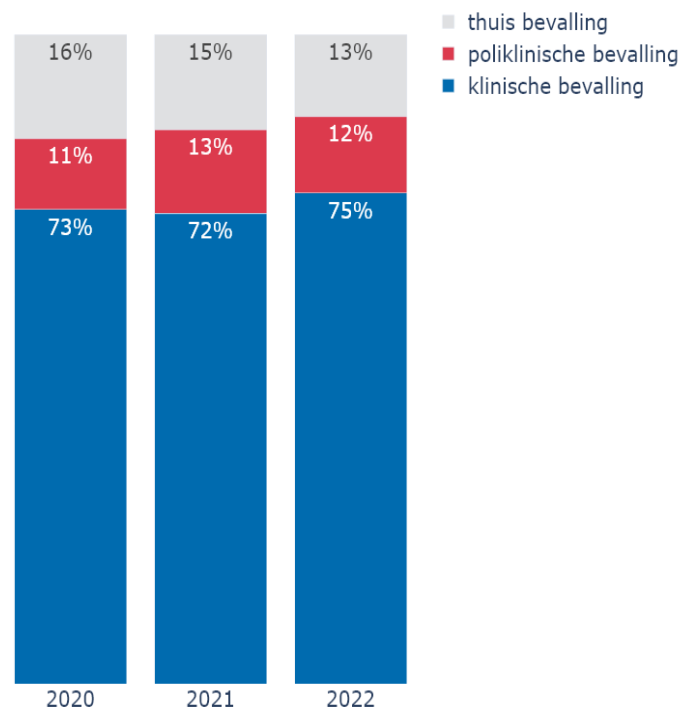
Afbeelding 1

- Ongeveer driekwart van de baringen is een klinische baring
- Percentage thuisbaringen is in 2020 het hoogst, dit komt overeen met het landelijk beeld en kan worden verklaard door meer thuis bevallingen tijdens COVID
- In 2022 is er een lichte stijging in het aandeel klinische baringen te zien, het aandeel thuisbaringen neemt iets af

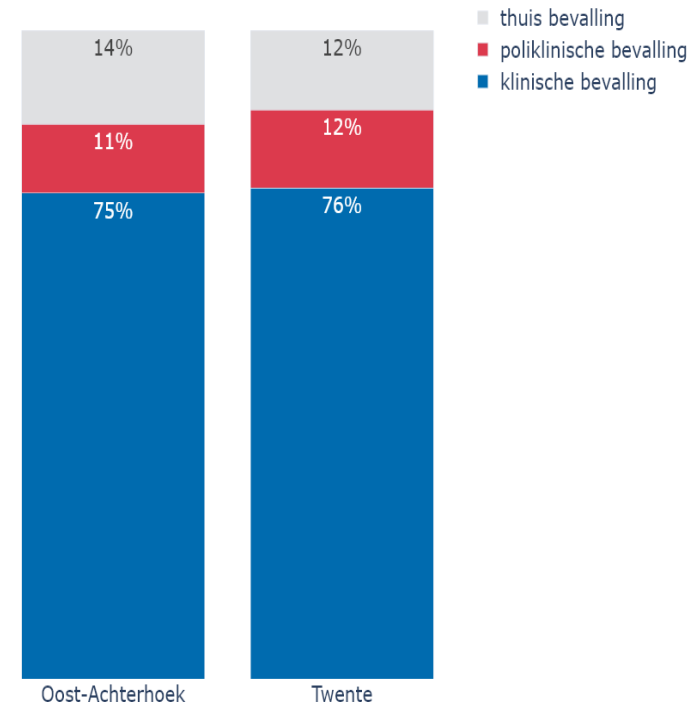
Afbeelding 2

- Twente en Oost-Achterhoek laten een vergelijkbare verdeling in thuis-, poliklinische- en klinische baringen zien

Afbeelding 1 – trend plaats van baring¹



Afbeelding 2 – plaats van baring per regio¹ (2022)



Bron: data eerstelijnsverpleegkundige Euregio, analyse IG&H

1. Vanwege registratieproblemen bij Perined is de data verminderd betrouwbaar **112**



7.2.2 Type zorgvraag – overdracht durante partu

Ongeveer de helft van de baringen die thuis of poliklinisch starten, worden durante partu overgedragen

Toelichting

Afbeelding 1

- Van alle baringen die thuis of poliklinisch zijn begonnen, is in 2022 bijna de helft durante partu (49%) overgedragen
- In 2021 is een daling te zien in het aandeel overdrachten durante partu, mogelijke verklaring hiervoor is dat barenden het ziekenhuis wilden vermijden tijdens COVID

Afbeelding 2

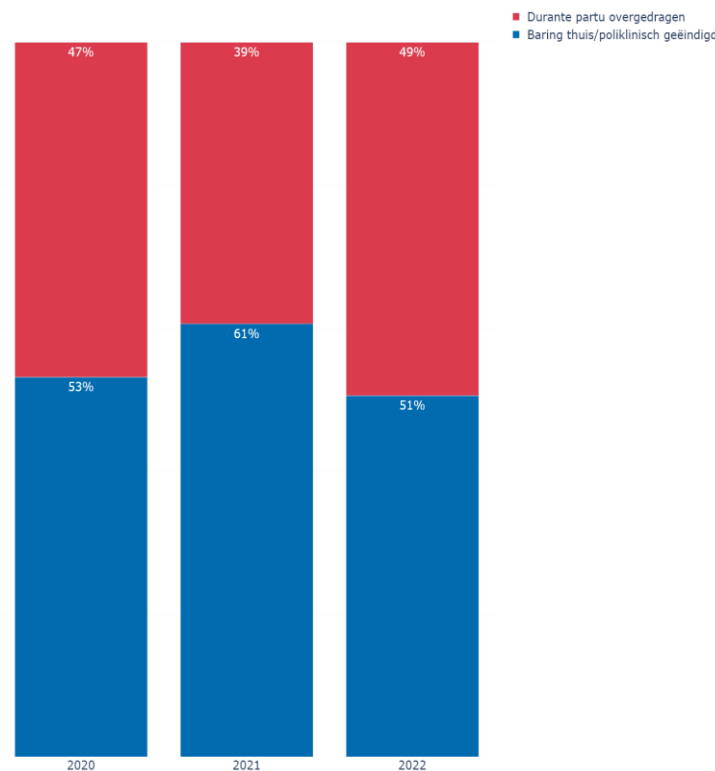
- Twente en Oost-Achterhoek laten vergelijkbare verdelingen zien in het aandeel overdrachten durante partu

Reden van overdracht durante partu

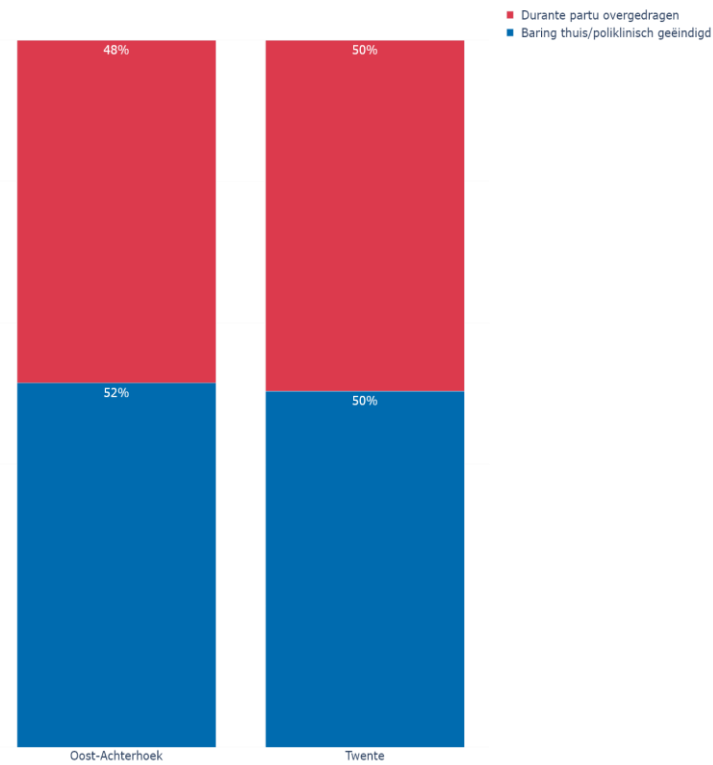
- In 2022 was in 33% van de gevallen pijnstilling de reden voor overdracht durante partu in de Euregio
- Landelijk was in 2022 in 25% van de gevallen pijnstilling de reden voor overdracht durante partu

N.B. In het percentage durante partu overgedragen is geen onderscheid gemaakt tussen nulliparae en multiparae

Afbeelding 1 – trend in evt. overdracht durante partu bij start thuis of poliklinisch



Afbeelding 2 – verdeling in evt. overdracht durante partu bij start thuis of poliklinisch, per regio (2022)



7.2.2 Type zorgvraag – indicatoren

Fluxus en rupturen liggen boven het landelijke gemiddelde; vroeggeboortes en overdracht onder landelijke gemiddelde

Toelichting

Afbeelding 1

- Vroeggeboorte vindt bij 4.9% tot 5.9% van de baringen plaats, dit percentage ligt onder het landelijk gemiddelde van 7.1%
- Aandeel vroeggeboortes stabiel over de jaren
- Een partus < 32 weken gaat naar een perinatologisch centrum.

Afbeelding 2

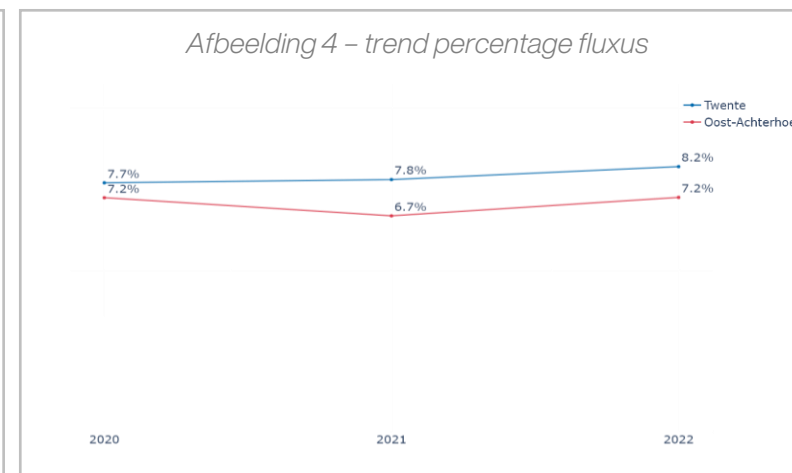
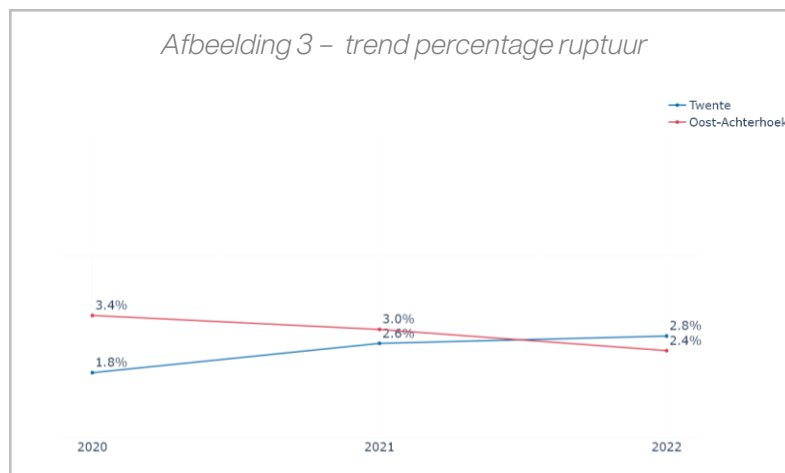
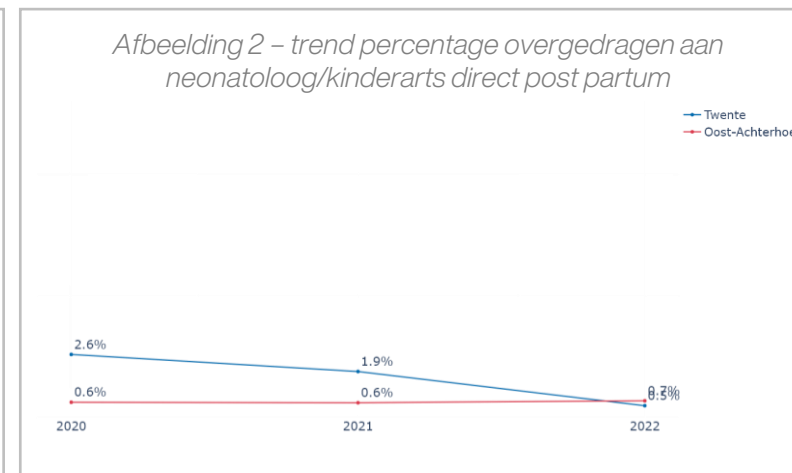
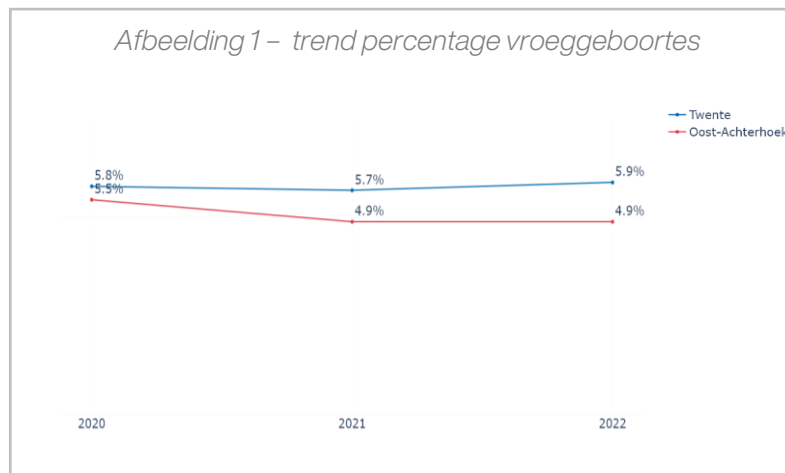
- Daling van percentage overdrachten aan neonatoloog/kinderarts direct postpartum in regio Twente van 2020-2022
- Percentage overdrachten (0.5-0.7%) in de Euregio ligt lager dan het landelijk gemiddelde (4.5%)

Afbeelding 3

- In Oost-Achterhoek is tussen 2020 en 2022 een lichte daling in het percentage rupturen te zien (3.4 naar 2.4%).
- In Twente is in deze periode een lichte stijging te zien (1.8% naar 2.8%)
- Beide liggen iets boven het landelijke gemiddelde van 2.3%

Afbeelding 4

- Zowel in Twente als in Oost-Achterhoek stijgt het percentage fluxus licht in de periode 2020-2022
- Het percentage Fluxus in de Euregio (7.2-8.2%) in 2022 ligt iets boven het landelijk gemiddelde (6.6%). Een verklaring hiervoor vraagt nader onderzoek. Een doorgemaakte fluxus geeft bij volgende baring een hoger risico op herhaling.





7.2.3 Ambulance inzetten verloskunde – urgentieverdeling Twente

Stijging in het aandeel A1-ritten te zien; stijging in het aandeel inzetten met als bestemming ziekenhuis

Toelichting

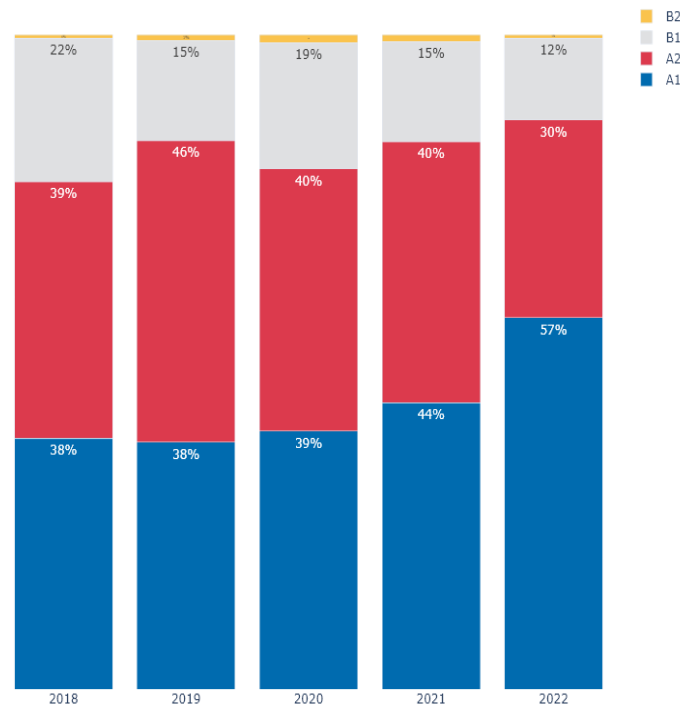
Afbeelding 1

- Er is een stijging te zien in het aandeel A1-inzetten voor de verloskunde. Deze stijging is vooral te zien in 2022
- Een mogelijke (gedeeltelijke) verklaring is een wijziging in het LPA waardoor er vaker een ambulance met hoge urgentie wordt ingezet t.b.v. de verloskunde

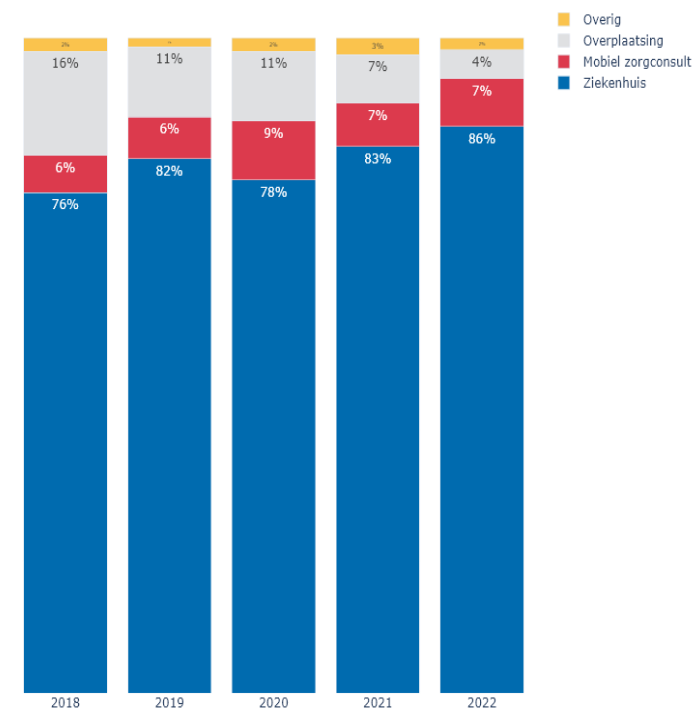
Afbeelding 2

- Het aandeel vervoer naar het ziekenhuis is gestegen tussen 2018 en 2022, van 76% in 2018 naar 86% in 2022
- Het aandeel overplaatsingen is tussen 2018 en 2022 gedaald van 16% naar 4%, dit is in lijn met de afname van het aandeel B-ritten

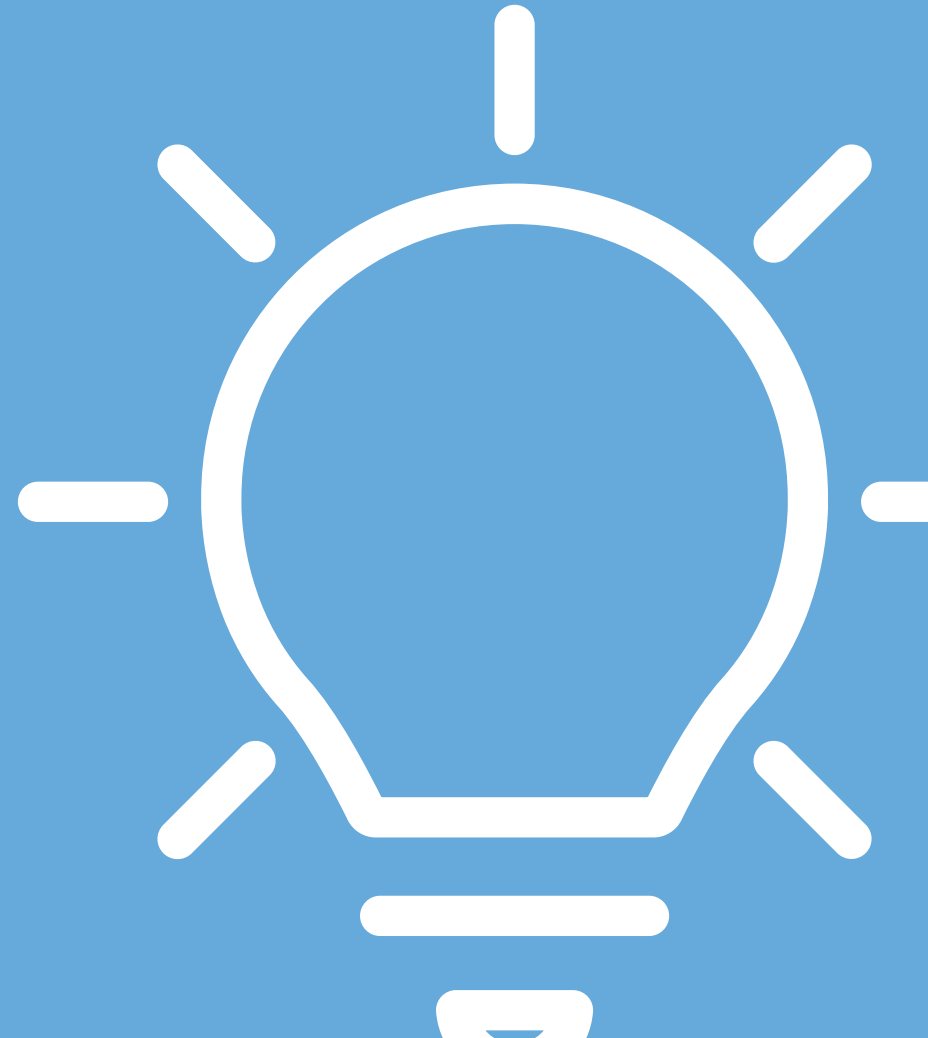
Afbeelding 1 – trend ambulance inzetten per urgentie voor de verloskunde inzetten (Ambulance Oost)



Afbeelding 2 – trend ambulance inzetten per bestemming voor de verloskunde (Ambulance Oost)



7.3 Belangrijkste inzichten acute verloskunde





Belangrijkste inzichten



Arbeidsmarkt

- Op dit moment worden personeelstekorten ervaren bij m.n. de eerstelijns verloskundigen in de Euregio
- Er wordt verwacht dat met de juiste maatregelen landelijk het aantal verloskundigen toeneemt, terwijl het aantal geboren kinderen afneemt
- Er dient nadrukkelijk ingezet te worden op [het behoud van voldoende personeel](#) binnen de verloskundige zorg volgens de adviezen uit de NIVEL capaciteitsberaming



Zorggebruik

- Jaarlijks zijn er tussen de [5400 en 6000](#) baringen in de Euregio, [bijna driekwart](#) hiervan betreft een [klinische baring](#)
- Ongeveer de helft van de baringen die thuis of poliklinisch wordt starten, wordt [durante partu](#) overgedragen. In ongeveer eenderde van deze gevallen is de reden van overdracht een pijnstillingswens
- Er is in de afgelopen jaren een [toename](#) in het aantal [ambulance inzetten](#) t.b.v. verloskundige zorg te zien. Daarbij stijgt ook het aandeel met een [A1-urgentie](#) (in ieder geval door wijzigingen in beleid)



Indicatoren

- Het aandeel [overdrachten aan neonatoloog/kinderarts](#) direct post partum en het aandeel [vroeggeboortes](#) liggen in de Euregio [onder](#) het landelijk gemiddelde
- Het aantal [rupturen](#) en het aantal [fluxus](#) liggen in de Euregio net iets boven het landelijk gemiddelde

8. Tijdelijke verpleeghuiszorg en wijkverpleging i.r.t. acute zorg

8.1 Zorgaanbod tijdelijke verpleeghuiszorg en wijkverpleging i.r.t. acute zorg

8.2 Zorgvraag tijdelijke verpleeghuiszorg en wijkverpleging i.r.t. acute zorg

8.3 Belangrijkste inzichten tijdelijke verpleeghuiszorg en wijkverpleging i.r.t. acute zorg



8.1 Zorgaanbod

8.1.1 Zorgaanbod in de regio

- Acute wijkverpleging
- Crisisbedden in Twente

8.1.2 Vrijgegeven capaciteit crisisbedden in Twente

8.1.3 Initiatieven in de acute zorgketen

8.1.4 Arbeidsmarkt





8.1.1 Zorgaanbod – acute wijkverpleging

Coördinatie en organisatie van acute en gespecialiseerde zorg in de thuissituatie

Acute zorg in de wijkverpleging

24/7 coördinatie en toeleiding naar de juiste vervolgzorg

In regio Twente wordt de acute wijkverpleging gecoördineerd door [Meld- en Zorgcentrale Alerta](#) en de [Zorgschakel Enschede](#). Binnen het eigen verzorgingsgebied staan beide instellingen in contact met de [wijkteams en thuiszorgorganisaties](#) in de subregio's. De Meld- en Zorgcentrale van Alerta verzorgt tevens de triage en inzet van vervolgzorg bij een alarmmelding vanuit personenalarmering in de thuissituatie.

In de Oost-Achterhoek is de coördinatie van de acute nachtzorg en personenalarmering voor de drie grote zorgaanbieders in de ANW-uren belegd bij Medisch Service Centrum NAAST.

Organisatie van [complexe verpleegtechnische zorg en nachtzorg](#) in de thuissituatie:

- [Almelo en Hengelo \(West-Twente\)](#): gezamenlijke organisatie, binnen samenwerkingsverband Thoez Twente en een team van Zorggroep Sint Maarten. Thoez Twente bestaat uit drie zorgorganisaties en het ZGT
- [Enschede \(Oost-Twente\)](#): gezamenlijk georganiseerd door Zorgschakel Enschede, een coöperatie van vier zorgorganisaties
- [Oost-Achterhoek](#): gezamenlijke organisatie van geplande en ongeplande aanvragen voor nachtzorg door de drie grootste aanbieders van thuiszorg

Hierbij gaat het o.a. om geplande en ongeplande inzet van specialistische verpleegkundige zorg (Medisch Technisch Handelen), wondzorg, medische noodzakelijke en/of acute nachtzorg. Een aanvraag voor deze zorg kan worden gedaan door een huisarts of specialist.



8.1.1 Zorgaanbod – crisisbedden in Twente

In regio Enschede zijn de meeste PG en somatische crisisbedden

Toelichting

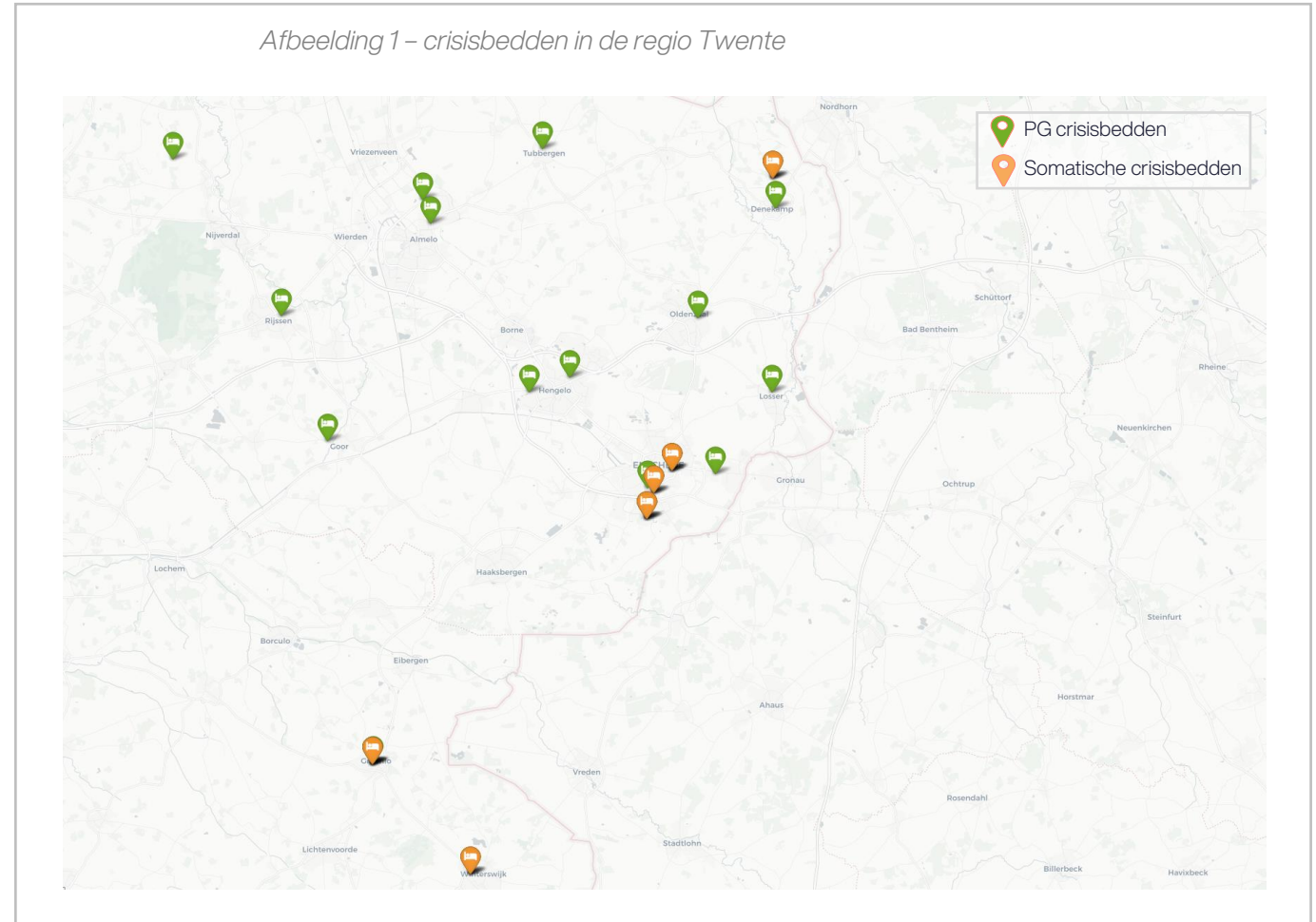
Algemeen

- In regio Twente bestaan uniforme procesafspraken (crisisregeling Twente in IZO-verband) waarmee invulling wordt gegeven aan de acute Wlz-zorg. Zorgschakel Enschede en Alerta fungeren hierbij als coördinatiepunt en zijn 24/7 bereikbaar om bij een crisisopname te zorgen voor een plaatsing. In de Oost-Achterhoek is deze coördinatiefunctie bij Stichting Zorgcombinatie Marga Klompé belegd
- Bij noodzakelijke beoordeling vanuit de GGZ wordt de crisisdienst van Mediant of Dimence voor regio Twente en GGNet voor Oost-Achterhoek ingeschakeld

Afbeelding 1

- In totaal zijn er dertien somatische crisisbedden en 25 PG crisisbedden in de regio Twente
- Elf van de dertien somatische crisisbedden van de regio Twente bevinden zich in Enschede
- In de regio Oost-Achterhoek vindt de crisiszorg (PG en SOM) op dit moment plaats in de Molenberg. Per 1 oktober a.s. vindt somatische crisiszorg plaats in Pronswaide
- Verpleeghuis de Molenberg biedt twee PG en één somatisch crisisbed aan

Afbeelding 1 – crisisbedden in de regio Twente





8.1.2 Zorgaanbod – beschikbaarheid per type bed in Twente

Gemiddeld genomen aan het einde van de dag geen crisisbed vrij

Toelichting

Algemeen

Het aantal vrijgegeven bedden aan het einde van de dag is geen indicatie voor de in- en uitstroom gedurende de dag

Afbeelding 1

- Er zijn doordeweeks gemiddeld genomen geen crisisbedden vrij aan het einde van de dag. Dit geldt voor zowel PG als somatische crisisbedden. De totale capaciteit van PG-crisisbedden is in de Twente 25 bedden en van somatische crisisbedden dertien
- Doordeweeks zijn in de regio Twente gemiddeld acht ELV laag bedden en zeven PG-bedden vrij aan het einde van de dag

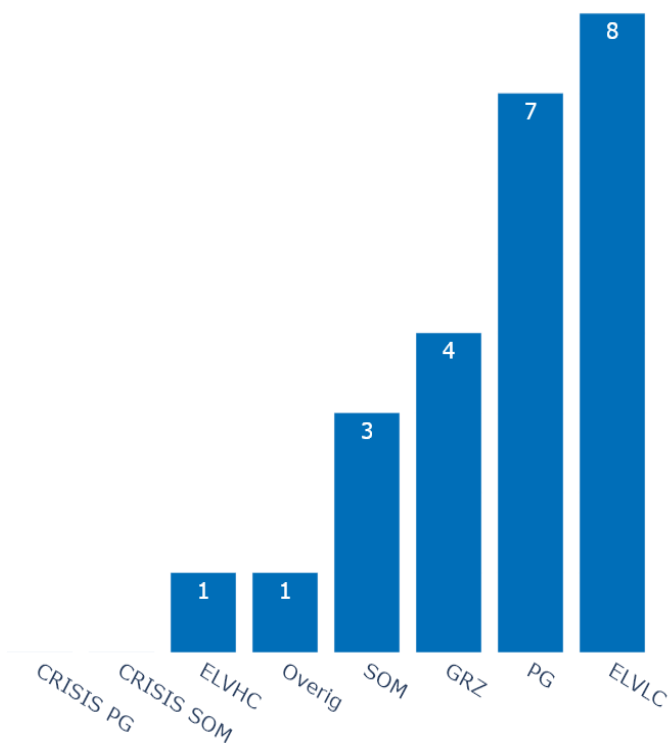
Afbeelding 2

- In het weekend zijn gemiddeld geen crisis (PG en somatisch), ELV hoog en overige bedden vrij aan het einde van de dag

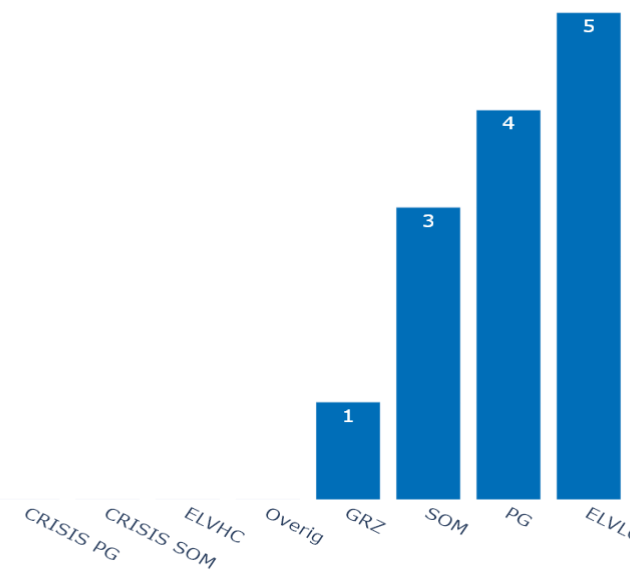
Gecombineerd inzicht

- De meeste typen bedden zijn in het weekend minder vaak vrij aan het einde van de dag dan doordeweeks
- Inwoners melden zich regelmatig bij Zorgbelang Overijssel vanwege niet vrijgegeven crisisbedden, dit onderstreept het belang van nadere verkenning

Afbeelding 1 – gemiddeld aantal bedden dat in regio Twente doordeweeks op het eind van de dag vrijgegeven is, per type bed (2022)



Afbeelding 2 – gemiddeld aantal bedden dat in de regio Twente in het weekend op het eind van de dag vrijgegeven is, per type bed (2022)





8.1.3 Initiatieven acute zorgketen in de regio

Verschillende initiatieven in zorgaanbod, zorglogistiek en zorgcoördinatie in de Euregio

Initiatieven zorgaanbod

- Pilots observatiebedden en TOA, zowel regio Almelo als Enschede (SWAW)
- Observatie Oost-Achterhoek (Marga Klompé, Huisartsenzorg Oost-Achterhoek en SKB)
- Proeftuin Kortdurende Herstelzorg (Zorg voor Morgen)
- Pilot flexibele bedden - procedure spoedbed de Horst (TriviumMeulenbelt Zorg, Carintreggeland, ZorgAccent, ZGT, CHPA)
- Verkenning concentratie regionale crisis som/PG aanbod (IZO Twente)

Initiatieven zorglogistiek

- Preventieve interventies ter voorkoming van acute zorgvragen
- Optimaliseren van de transferketen vanuit het NVZ-programma Waardegedreven Zorg.
 - de Twentse Transferketen
 - Samenwerken aan Waarde
- Doelstellingen: inzichtelijk maken vraag en aanbod in de keten HA – ziekenhuizen – VVT voor electieve en acute keten

Initiatieven zorgcoördinatie

- Inrichting zorg coördinatie voorziening (ROAZ-project)



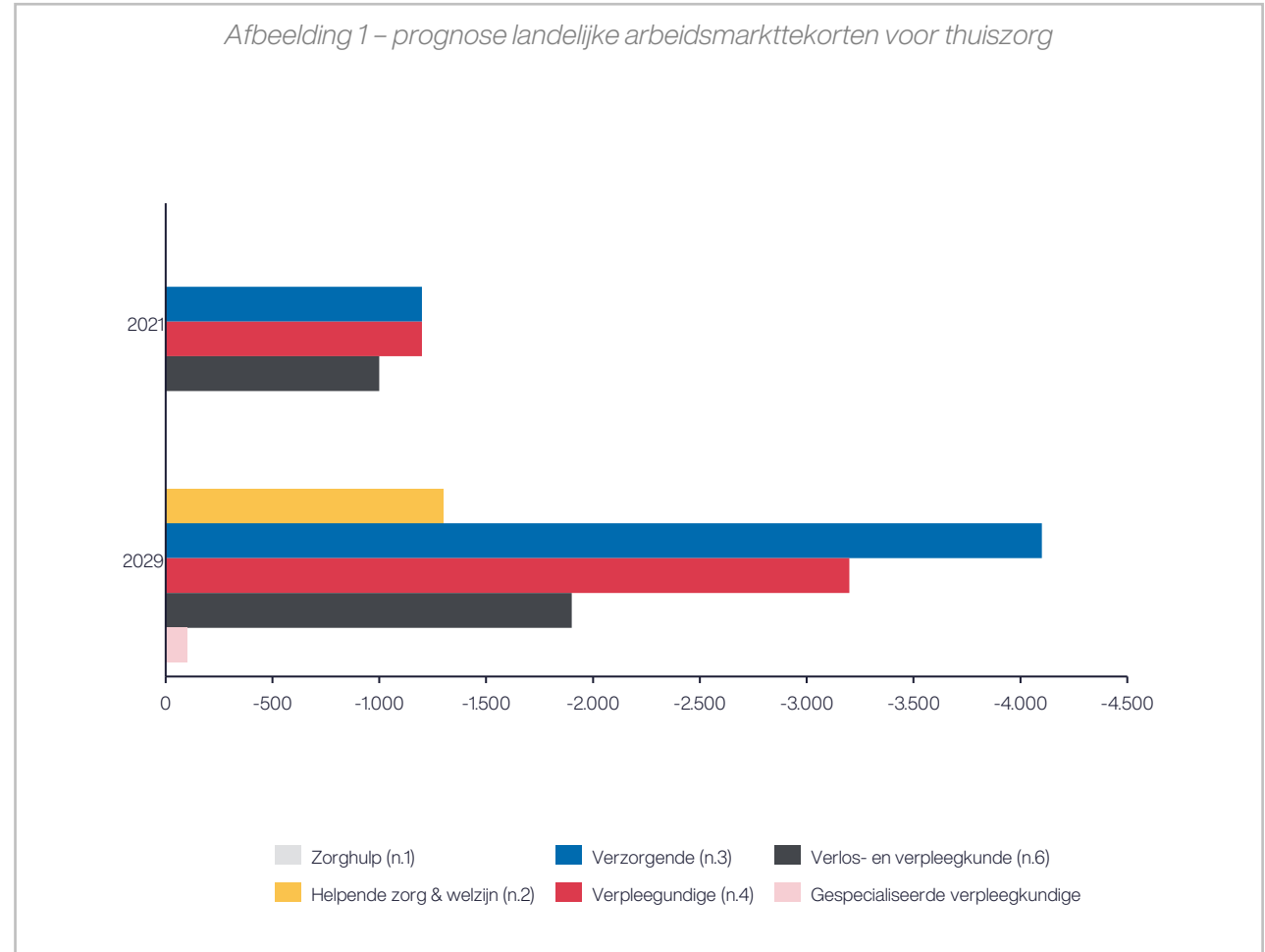
8.1.4 Arbeidsmarkt – thuiszorg

Toename in tekorten in de landelijke thuiszorg branche, met name verzorgend en verpleegkundig personeel

Toelichting

Afbeelding 1

- Voor de thuiszorg betreffen de landelijke tekorten vooral tekorten voor de functies helpende, verzorgende en verpleegkundige (mbo en hbo)
- Het verwachte tekort in 2029 aan gespecialiseerd verpleegkundigen is beperkt
- Bij alle beroepen behalve zorghulp wordt een toename in het aantal arbeidsmarkttekorten verwacht
- De tekorten in de Euregio zullen mogelijk relatief groter zijn dan landelijk, omdat de grijze druk hoger ligt in de Euregio vergeleken met Nederland. Hierdoor is de arbeidsbevolking kleiner t.o.v. het aandeel ouderen



8.2 Zorgvraag

8.2.1 Zorgvraag crisisbed





8.2.1 Zorgvraag – Cliënten voor crisisbed

Rond de 70% van de cliënten opgenomen op een crisisbed heeft PG indicatie; meeste cliënten uit Enschede

Toelichting

Algemeen

- 3,2% van de nieuwe patiënten in de V&V waren opgenomen op een crisisbed (o.a. somatische en PG) Een nieuwe cliënt is een cliënt die voor de eerste keer een indicatie besluit heeft ontvangen (herindicaties uitgesloten)
- Gemiddeld waren er per dag ongeveer 21 unieke cliënten op een crisisbed opgenomen in 2022; deze bezetting is vergelijkbaar tussen doordeweeks en in het weekend
- Het maximale aantal unieke cliënten tegelijk opgenomen op een crisisbed was 31

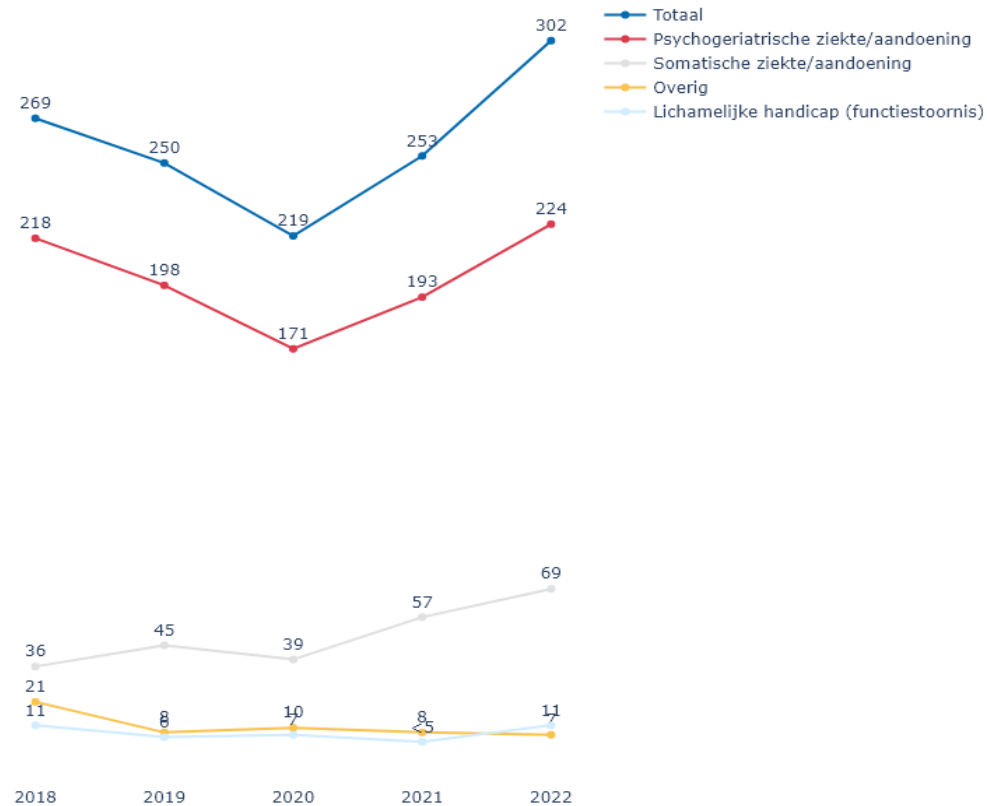
Afbeelding 1

- Tussen 2018 en 2022 is een dip te zien in het totaal aantal unieke cliënten die opgenomen zijn op een crisisbed; deze dip was al voor COVID ingezet
- Het aantal unieke cliënten op een crisisbed ligt in 2022 boven het niveau van 2018

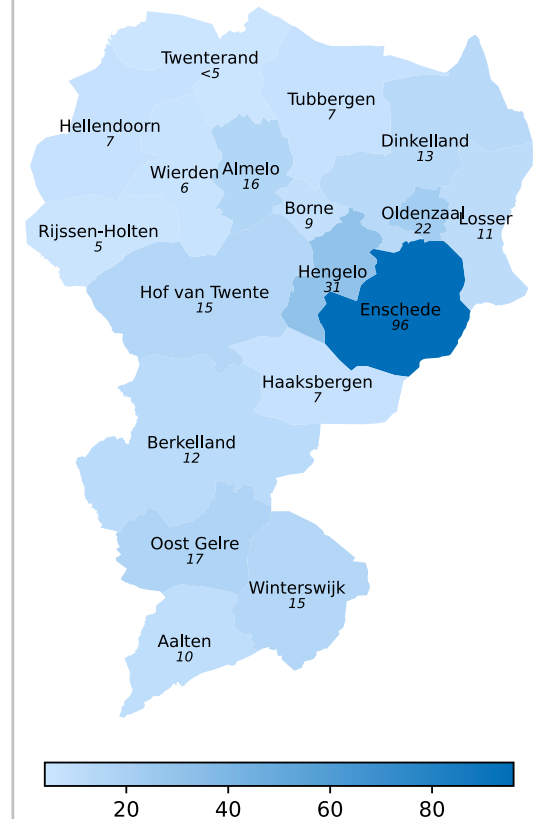
Afbeelding 2

- De meeste unieke cliënten waren in 2020 afkomstig uit Enschede (98). Dit is te verklaren door het grote aantal inwoners in Enschede t.o.v. de rest van de regio

Afbeelding 1 – trend aantal unieke patiënten inclusief grondslag voor opname op crisisbed



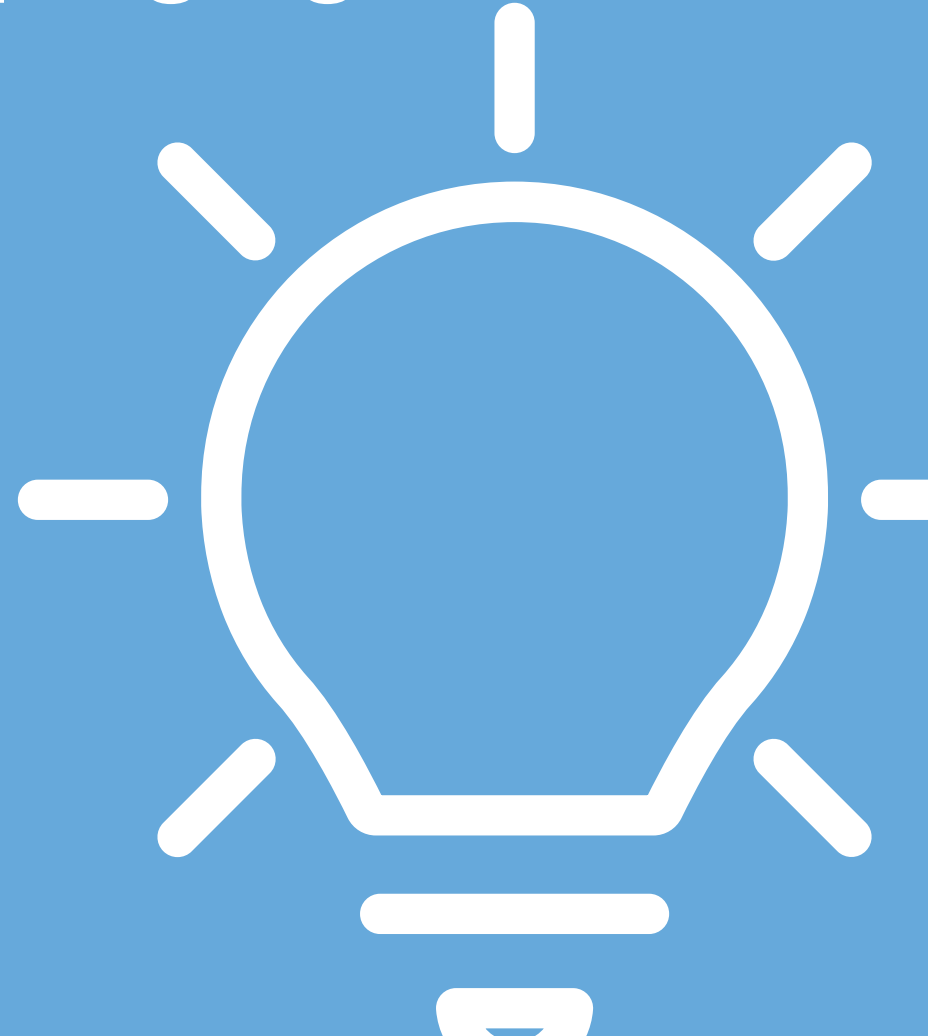
Afbeelding 2 – aantal unieke patiënten voor een crisisbed per gemeente¹ (2022)



Bron: Menzis data Euregio, analyse IG&H

1. Gemeente is zoals vastgelegd bij indicatiebesluit 126

8.3 Belangrijkste inzichten tijdelijke verpleeghuiszorg en wijkverpleging i.r.t. acute zorg





Belangrijkste inzichten



Data

- Voldoende data en uniforme registratie binnen de sector, benodigd voor analyses op regioniveau, is niet beschikbaar. Het is daardoor niet mogelijk een compleet beeld te geven van de patiëntstromen in en tussen de acute en electieve keten in de VVT
- Subregionaal lopen diverse initiatieven om vraag en aanbod in de keten inzichtelijk te maken en de transferketen te optimaliseren



Zorgaanbod

- Er is binnen de VVT sector een divers aanbod aan typen bedden (en bijbehorende financieringsstromen) waar een cliënt met acute zorgvraag kan worden opgenomen
- In het weekend waren er aan het einde van de dag minder crisisbedden vrij dan doordeweeks. Dit geldt voor zowel PG als somatische crisisbedden. Hiervoor wordt in algemene zin schaarste in (gekwalificeerd) personeel met bevoegdheid tot opname van cliënten als knelpunt gezien.



Arbeidsmarkt

- Er wordt landelijk een toename in tekorten verwacht in de thuiszorgbranche, met name voor verzorgend en verpleegkundig (n3, n4) personeel
- Tekorten in Euregio zullen mogelijk relatief groter zijn dan landelijk, omdat de grijze druk relatief hoger ligt in de Euregio



Zorgvraag

- Stijging in het aantal cliënten voor alle crisisbedden in de afgelopen jaren
- De meeste cliënten die in aanmerking komen voor een opname op een crisisbed hebben een PG-indicatie

9. Acute GGZ

9.1. Zorgaanbod acute GGZ

9.2. Zorgvraag acute GGZ

9.3. Belangrijkste inzichten acute GGZ



9.1 Zorgaanbod

9.1.1 Zorgaanbieders in de regio

- Locaties en verzorgingsgebieden

9.1.2 Regionale initiatieven

- Street triage





9.1.1 Zorgaanbod acute GGZ – locaties & verzorgingsgebieden

Acute GGZ wordt in Euregio aangeboden vanaf twee locaties; grootste verzorgingsgebied in Euregio voor Mediant

Toelichting

Afbeelding 1

- Er zijn twee acute GGZ locaties in de Euregio, in Almelo en Enschede
- Daarnaast is de acute GGZ locatie van GGNet in Apeldoorn weergegeven, omdat GGNet geen crisislocatie heeft binnen de Euregio

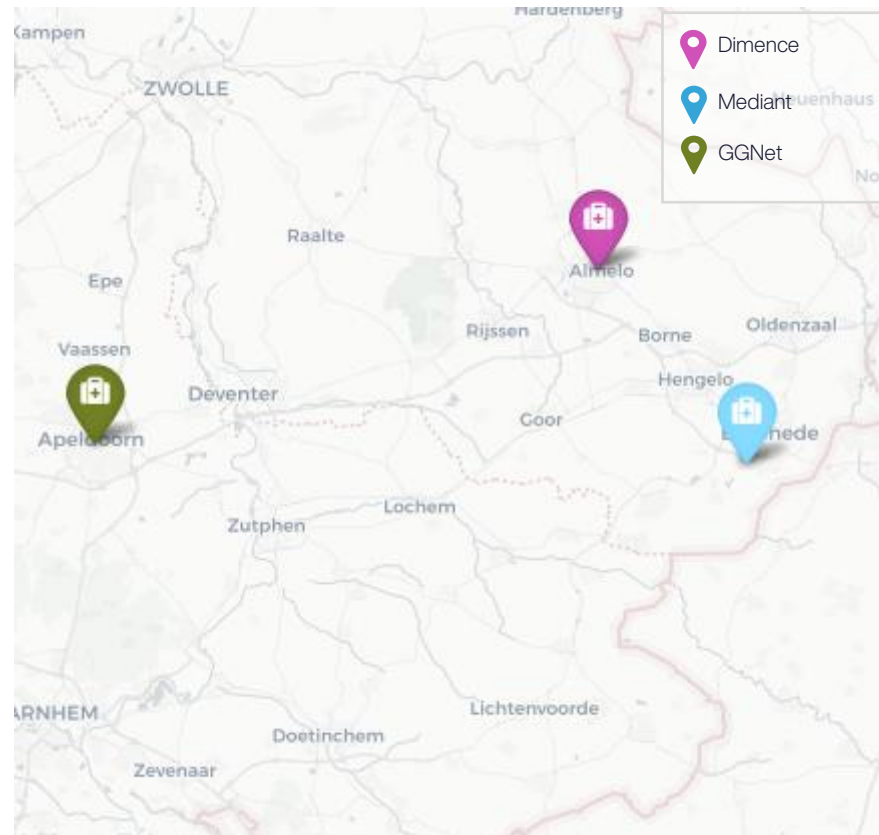
Afbeelding 2

- Mediant heeft het grootste verzorgingsgebied in de Euregio
- Dimence en GGNet hebben ook een (groot) verzorgingsgebied buiten de Euregio

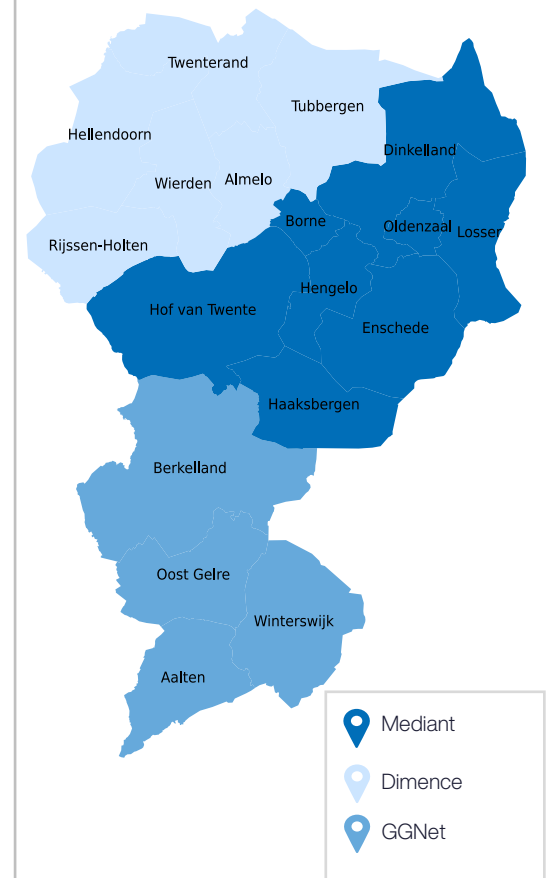
Algemene informatie

- Crisisbeoordeling vindt waar mogelijk bij de cliënt thuis plaats. Wanneer dit niet mogelijk is, wordt de cliënt beoordeeld op een crisislocatie

Afbeelding 1- locaties van de acute GGZ



Afbeelding 2- verzorgingsgebieden





9.1.2 Regionale initiatieven – Project Streettriage

Project Streettriage in Twente opgezet om (semi) acuut onbegrepen gedrag adequaat te benaderen

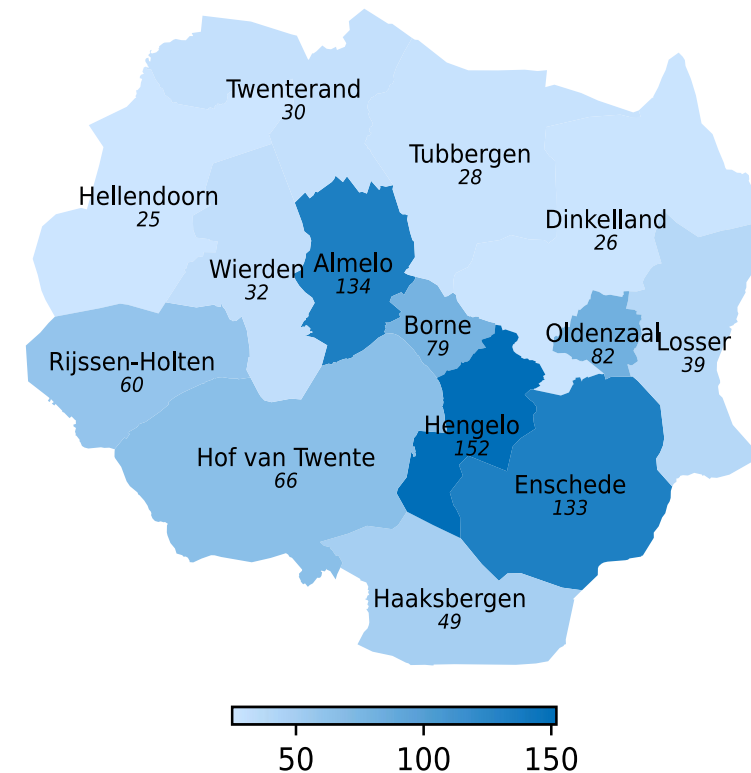
Project Streettriage Twente

- Het **doel** van Streettriage is om personen met onbegrepen gedrag die (semi) acuut in beeld komen, adequaat te benaderen en sneller door te geleiden naar passende zorg
- Voorheen waren er onvoldoende mogelijkheden tot opvang, triage en vervoer van deze personen
- Er wordt domeinoverstijgend met politie samengewerkt en men beschikt over een aantal **direct inzetbare oplossingen**, zonder dat op voorhand duidelijk is waardoor het onbegrepen gedrag wordt veroorzaakt
- De samenwerkende partijen zijn tevreden over het verloop van dit project, ook inwoners waarderen dit project

Afbeelding 1

- Meeste inzetten per 100.000 inwoners in Hengelo (152), Almelo (134) en Enschede (133)
- Het gemiddelde in de regio is 94 inzetten per 100.000 inwoners, in 2021 waren dit er 106 en in 2020 81
- De overige gemeenten in Twente liggen (ver) onder het regionaal gemiddelde (26 tot 82)

Afbeelding 1 – aantal inzetten streettriage per 100.00 inwoners (2022)





9.1.2 Streettriage Twente – meldingen, ingangsklachten & uitstroomlocaties

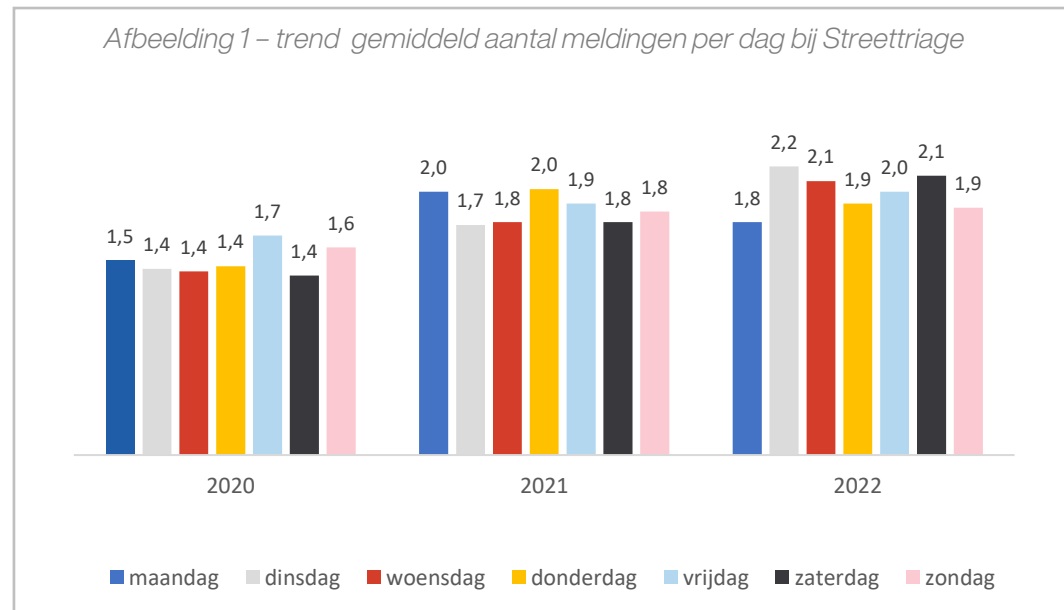
Streettriage draagt bij aan snellere toegang tot passende zorg

Toelichting

- Streettriage is actief binnen veertien Twentse gemeenten, in de late dienst van 15:00 tot 23:00 uur
- De samenwerking is in januari 2021 vastgesteld voor een periode van drie jaar

Afbeelding 1

- Gemiddeld minder aantal meldingen per dag in 2020 t.o.v. 2021 en 2022, deze dip in het aantal meldingen kan worden verklaard door COVID

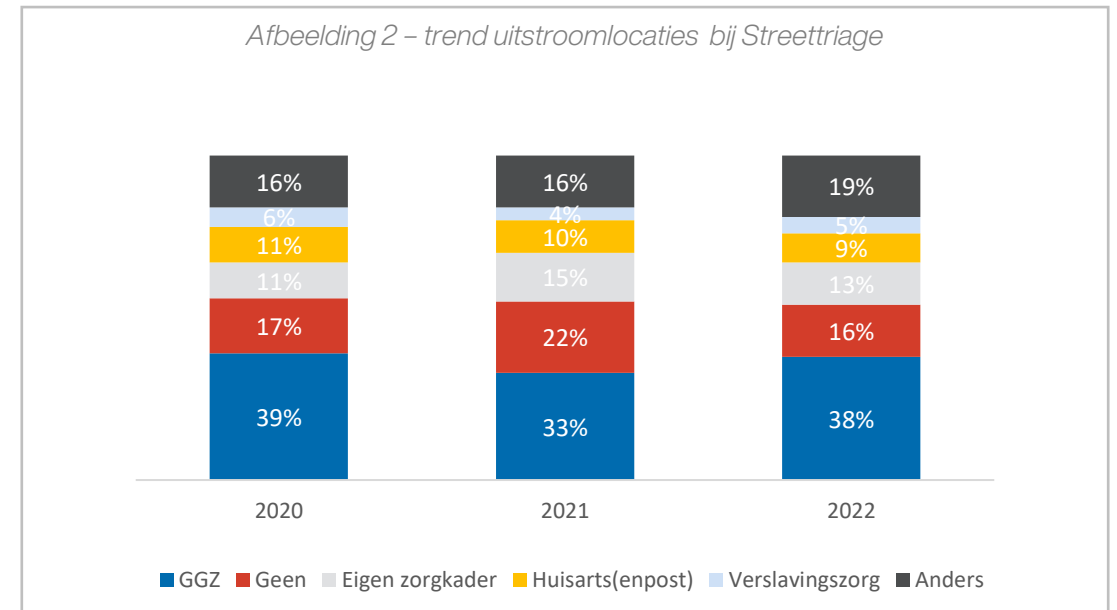


Afbeelding 2

- Grootste aandeel personen stroomt na Streettriage uit in de GGZ
- Het aandeel per uitstroomlocatie is vergelijkbaar over de afgelopen jaren

Reden van inzet

- Overlast door verward/overspannen persoon (politiecode E33) is de meest voorkomende reden van inzet



9.2 Zorgvraag

9.2.1 Zorggebruik

- Aantal meldingen

9.2.2 Type zorgvraag

- Tijdstip van zorgvraag
- Verwijzers
- Urgentieverdeling
- Duale beoordelingen

9.2.3 Cliëntenstromen

- Beoordelingslocaties
- Uitstroomlocaties
- Aanrijtijden





9.2.1 Zorggebruik – aantal meldingen

Het aantal meldingen in 2022 is vergelijkbaar met 2021

Toelichting

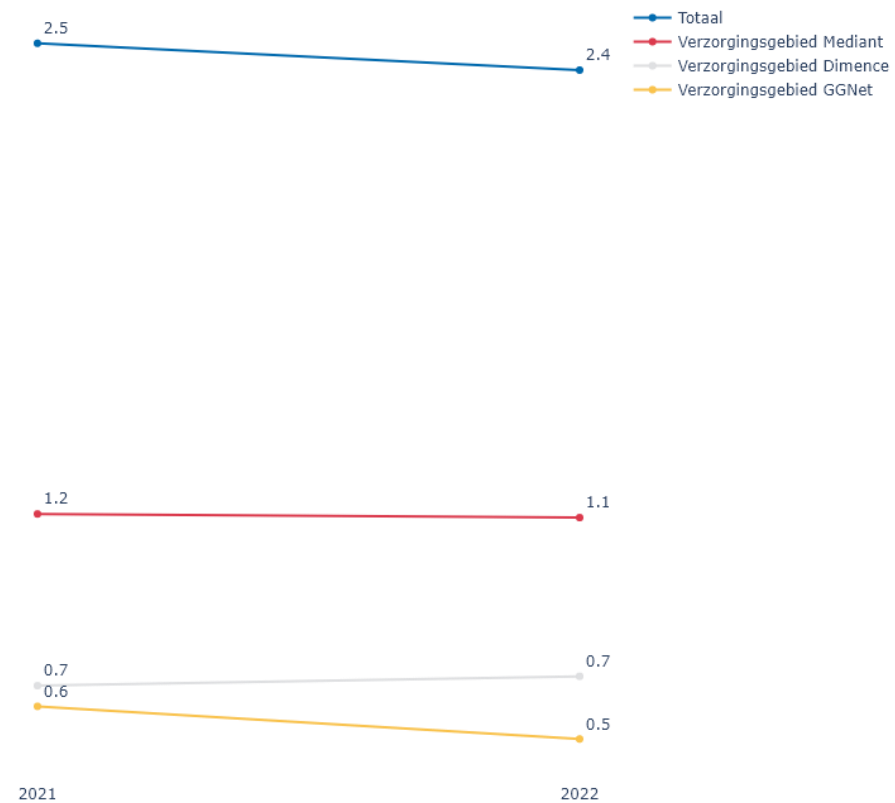
Afbeelding 1

- Jaarlijks tussen de 2.400 en 2.500 acute GGZ meldingen ontvangen in de Euregio
- Mediant ontvangt er tussen de 1.100 en 1.200, Dimence ongeveer 700 en GGNet tussen de 500 en 600
- Een verklaring voor dit verschil in meldingen is de grote van het werkgebied. Mediant heeft een twee keer zo groot werkgebied als Dimence en GGNet
- Het aantal meldingen is vergelijkbaar in 2021 en 2022

N.B.1. analyses van Dimence zijn gebaseerd op het totale verzorgingsgebied van Dimence, waarbij is gecorrigeerd voor het aandeel zorg dat in het gebied van de Euregio wordt geleverd (27%)

N.B.2. Dimence registreert als enige ook U6-urgenties welke niet konden worden opgenomen in de analyses. Hierdoor wijkt het totaal aantal meldingen in de acute GGZ af, dit geeft mogelijk een vertekend beeld van de drukte bij de AHP-triagist en voor het aantal U5-urgenties

Afbeelding 1 – trend aantal meldingen per GGZ verzorgingsgebied¹ (x 1.000)



Bron: data Dimence, Mediant en GGNet, analyse IG&H

1. Aantal meldingen Dimence is een schatting op basis van het gehele werkgebied van Dimence, de werkelijke aantallen kunnen afwijken **135**



9.2.2 Type zorgvraag – tijdstip van melding

Moment van melding in 2021 en 2022 vergelijkbaar; Dimence krijgt in verhouding minder meldingen doordeweeks overdag

Toelichting

Afbeelding 1

- Het tijdstip van zorgvraag is vergelijkbaar tussen 2021 en 2022
- Het aantal meldingen waarvan het tijdstip onbekend is, is in 2022 (4%) toegenomen t.o.v. 2021 (<1%)
- Het aantal meldingen 's avonds in het weekend is in 2022 (15%) afgenomen t.o.v. 2021 (19%), deze afname is vergelijkbaar met de toename in onbekende meldingen

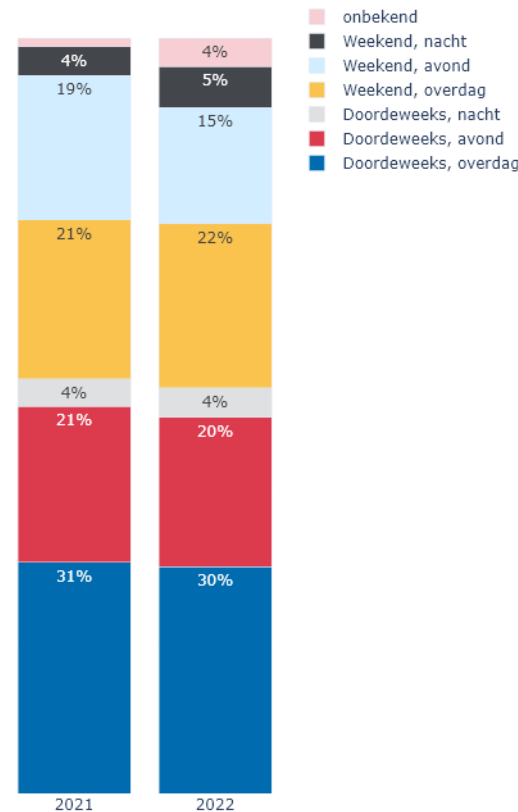
Afbeelding 2

- In 2022 was bij Dimence het tijdstip van melding in 12% van de gevallen onbekend. Bij Mediant en GGNet zijn er geen onbekende meldingstijdstippen
- Dimence heeft in verhouding minder meldingen doordeweeks overdag (22%) t.o.v. GGNet (35%) en Mediant (33%)

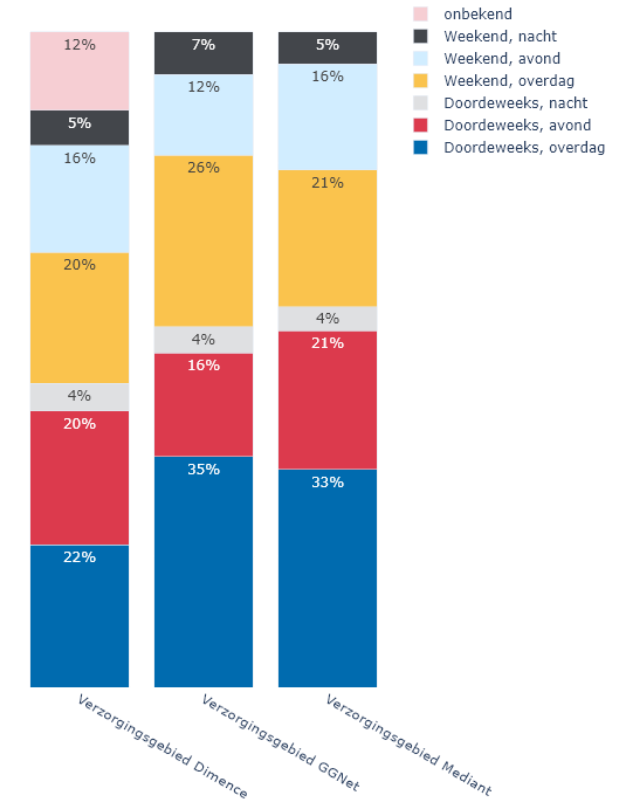
Overig inzicht type verwijzer per tijdstip

- Het tijdstip van de melding per verwijzer sluit aan bij de verwachting: GGZ en huisarts verwijzen m.n. overdag, terwijl politie vooral verwijst in ANW-uren. Dit sluit aan bij hoe de GGZ op dit moment is georganiseerd in de regio

Afbeelding 1 – trend tijdstip¹ zorgvraag (gewogen gemiddelde per dag)



Afbeelding 2 – tijdstip¹ zorgvraag per verzorgingsgebied (gewogen gemiddelde per dag, 2022)



Bron: data Dimence, Mediant en GGNet, analyse IG&H

1. De volgende definities worden gehanteerd: 08:00-16:59u overdag, 17:00-23:59u avond, 00:00-07:59u nacht, maandag t/m vrijdag doordeweeks, zaterdag en zondag weekend **136**



9.2.2 Type zorgvraag – verwijzers

Grootste instroom acute GGZ komt vanuit een verwijzing door de huisarts

Toelichting

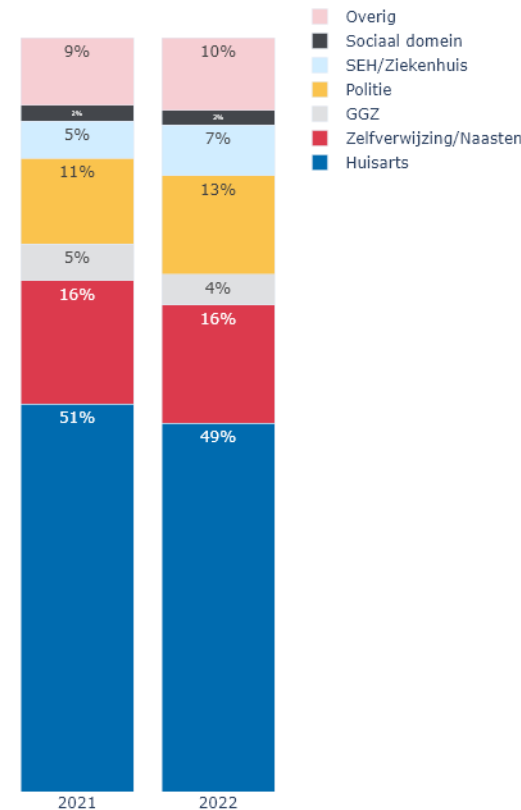
Afbeelding 1

- Relatief veel zelfverwijzers. Mogelijk te verklaren door het systeem in de GGZ: cliënten kunnen zelf contact opnemen met de crisisdienst. Andere mogelijke verklaring is dat cliënten vaak al bekend zijn binnen de GGZ en daarom de GGZ goed weten te vinden
- 0 tot 3% van de verwijzingen komt vanuit het sociaal domein; dit betreft schuldhulp, maatschappelijk werk, etc.
- Klein aandeel wordt verwezen vanuit de SEH, dit is deels te verklaren doordat Mediant SEH-verwijzingen niet apart registreert in de GMAP

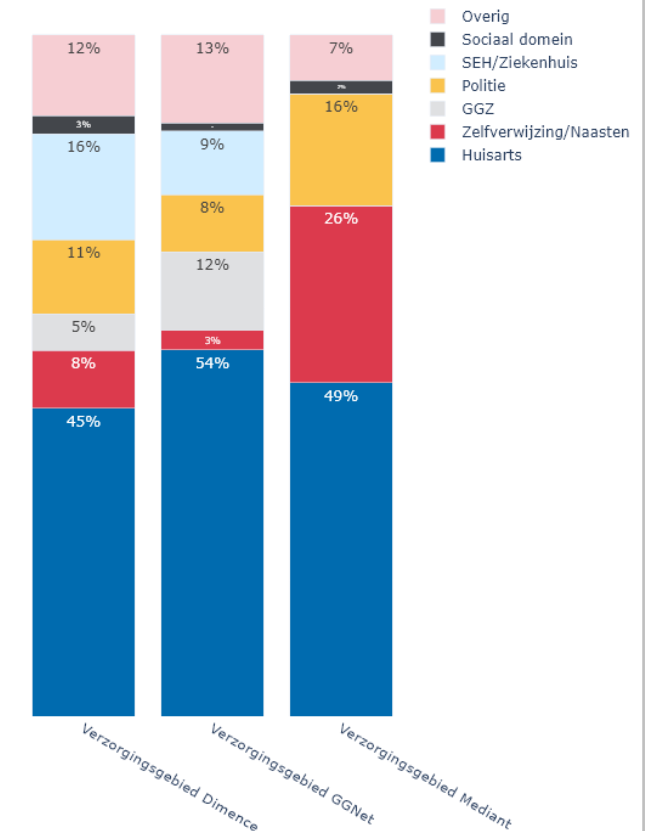
Afbeelding 2

- Er bestaan grote verschillen tussen de verdeling verwijzers per verzorgingsgebied. Dit valt mogelijk te verklaren door het verschil in registratie: Mediant registreert geen GGZ- en SEH/ziekenhuis verwijzingen in de GMAP
- Mediant laat een groot aandeel zelfverwijzingen/naasten zien (26%) t.o.v. de andere verzorgingsgebieden (3-8%)

Afbeelding 1 – trend verwijzers



Afbeelding 2 – verwijzers per verzorgingsgebied (2022)





9.2.2 Type zorgaanbod – urgentieverdeling

Ongeveer 2/3 van de meldingen heeft U3-urgentie of hoger; verdeling verschilt tussen verzorgingsgebieden

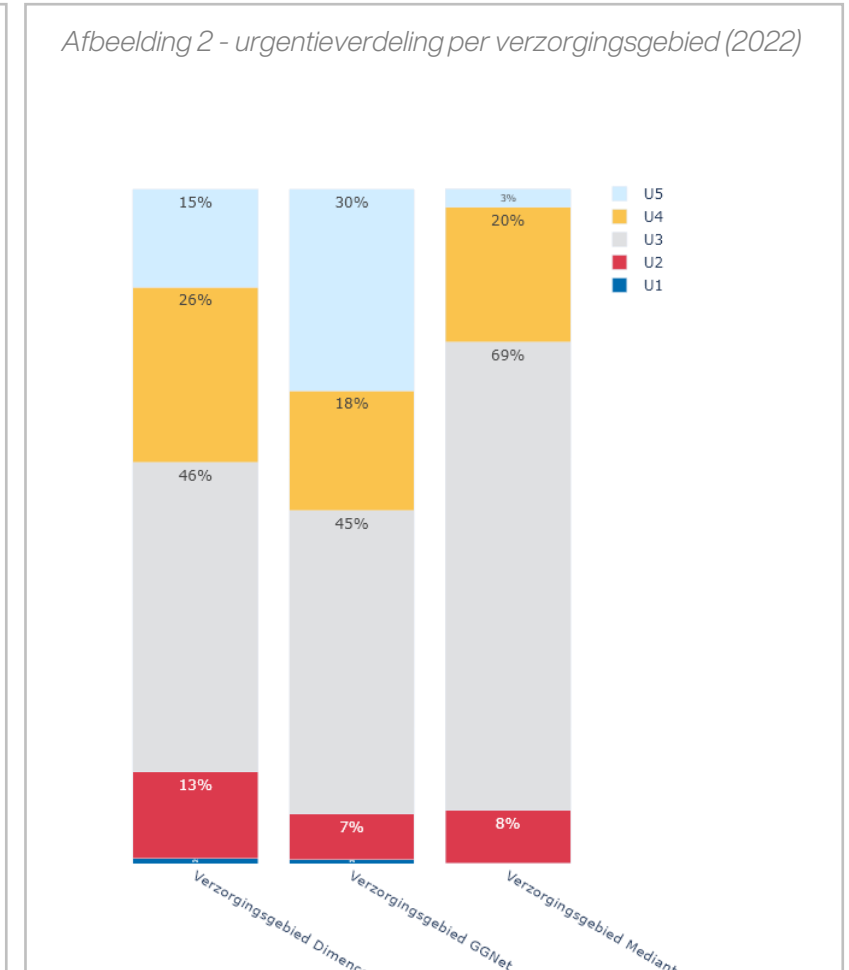
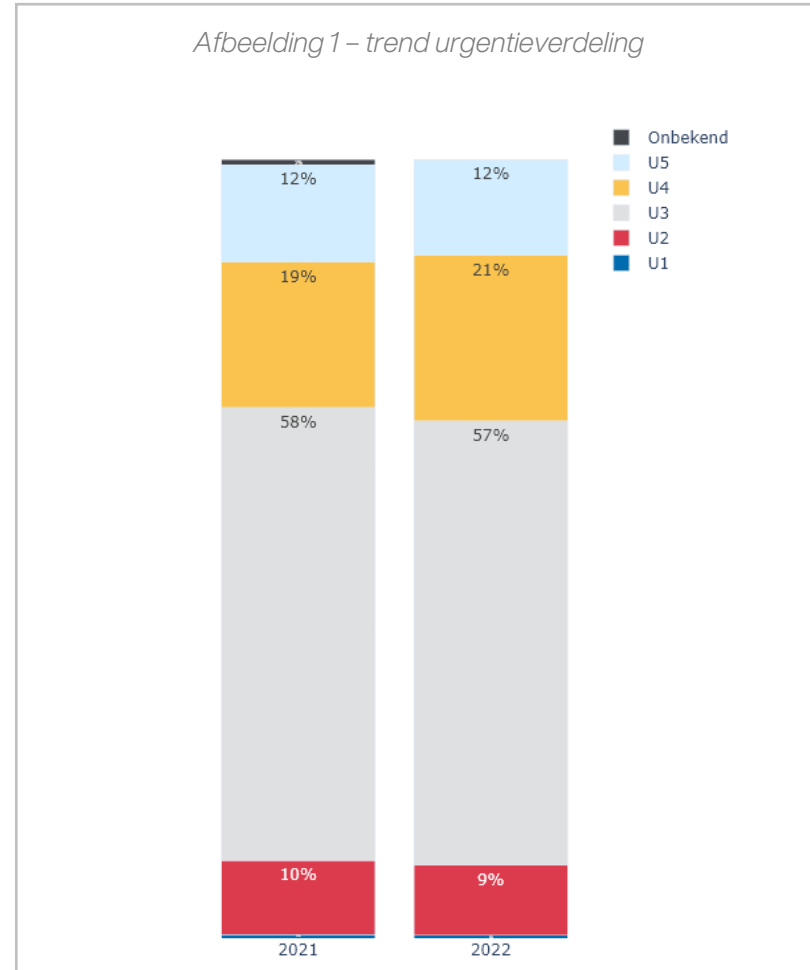
Toelichting

Afbeelding 1

- De urgentieverdeling¹ is in 2022 vergelijkbaar met 2021
- Er worden bijna geen U1-urgenties geregistreerd (<1%)
- Het grootste aandeel heeft een U3-urgentie of lager (66-68%)

Afbeelding 2

- Uit de data komt naar voren dat Mediant (77%) in vergelijking met andere verzorgingsgebieden (52-60%) een groot aandeel U3-urgenties of hoger heeft
- Daarnaast blijkt GGNet (30%) in vergelijking met andere verzorgingsgebieden (3-15%) een groot aandeel U5-urgenties te hebben





9.2.2 Type zorgvraag – tijdstip zorgvraag per urgentieverdeling

Het aandeel hogere urgenties groter in ANW uren; aandeel U5 het grootst doordeweeks overdag

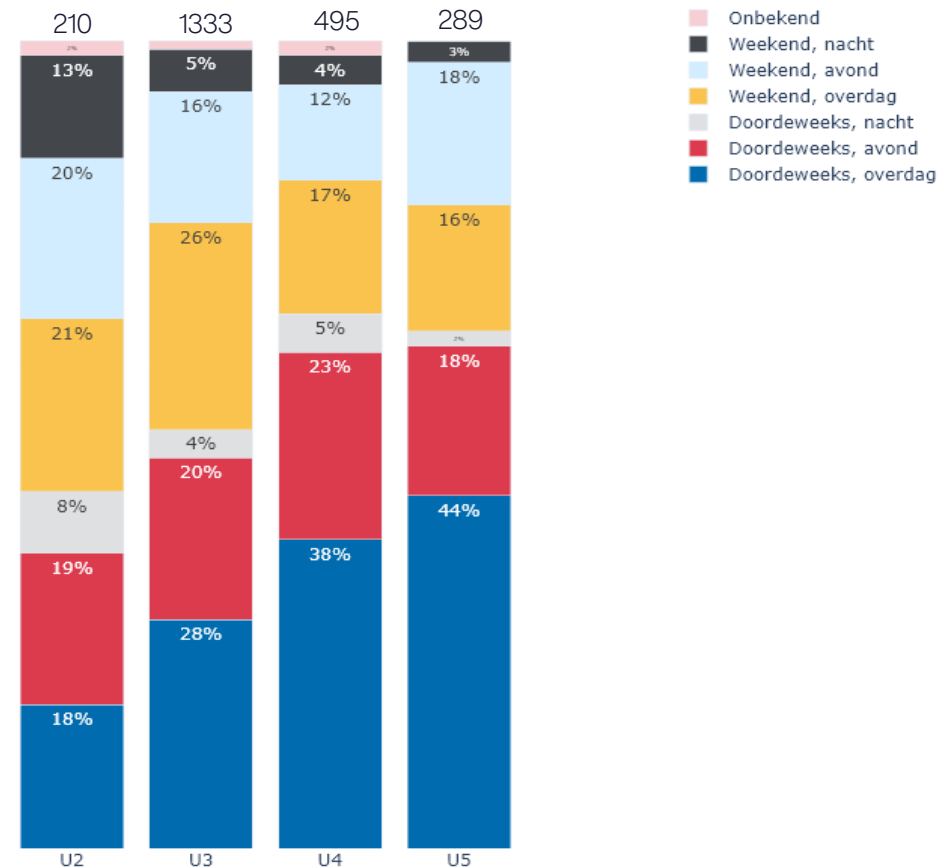
Toelichting

Afbeelding 1

- Zorgvragen in de ANW-uren hebben over het algemeen een hogere urgentie
- Zorgvragen met U1- en U2-urgenties vinden relatief vaak (13-20%) 's nachts in het weekend plaats in vergelijking met U3- t/m U5-urgenties (3-5%)
- De verdeling van tijdstip per urgentieniveau sluit aan bij wanneer de GGZ-aanbieders zien dat cliënten zich presenteren

N.B. in totaal zijn er in 2022 negen U1-urgenties geregistreerd. De momenten dat deze zorgvragen plaatsvinden kunnen dus berusten op toeval. Daarom is deze urgentie uit de analyse gehaald

Afbeelding 1 – tijdstip zorgvraag per urgentie (gewogen gemiddelde per dag, totalen bovenaan, 2022)





9.2.2 Type zorgaanbod – duale beoordelingen

Meeste beoordelingen duaal; 2022 laat stijging zien van duale beoordelingen t.o.v. 2021

Toelichting

Afbeelding 1

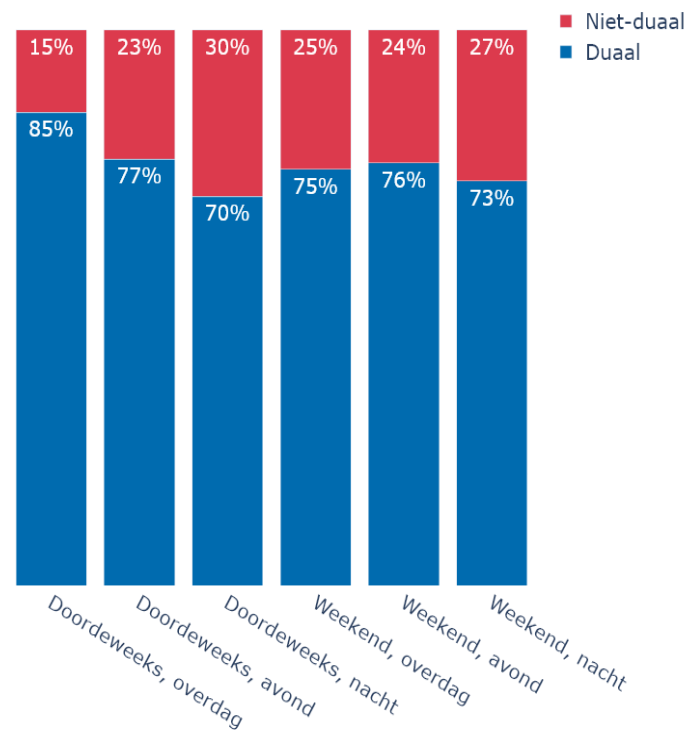
- In 2021 waren tussen de 70% en 85% van de beoordelingen duaal
- In de nachten het minste duale beoordelingen, doordeweeks overdag de meeste duale beoordelingen (85%)

Afbeelding 2

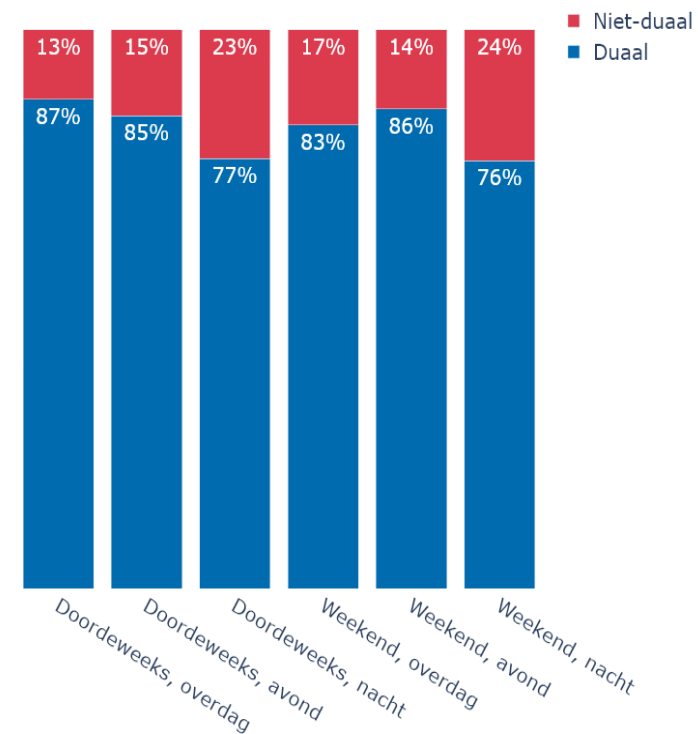
- Ten opzichte van 2021 zijn er relatief meer duale beoordelingen
- In de nacht zijn er de minste duale beoordelingen (76% en 77%), doordeweeks overdag de meeste (87%)

N.B. In de GMAP is de norm opgenomen dat in juni 2024 90% van de beoordelingen duaal plaatsvindt. Vanwege stapsgewijze invoer moest de GGZ-regio in juni 2022 voldoen aan de norm dat 70% van de beoordelingen duaal plaatsvindt. Deze norm wordt in de Euregio gehaald

Afbeelding 1 – verhouding duaal en niet-duaal per tijdstip zorgvraag (2021)



Afbeelding 2 – verhouding duaal en niet-duaal per tijdstip zorgvraag (2022)





9.2.3 Cliëntenstromen – locatie van beoordeling

Meeste cliënten worden bij een GGZ-locatie of thuis beoordeeld; verdeling verschilt per verzorgingsgebied

Toelichting

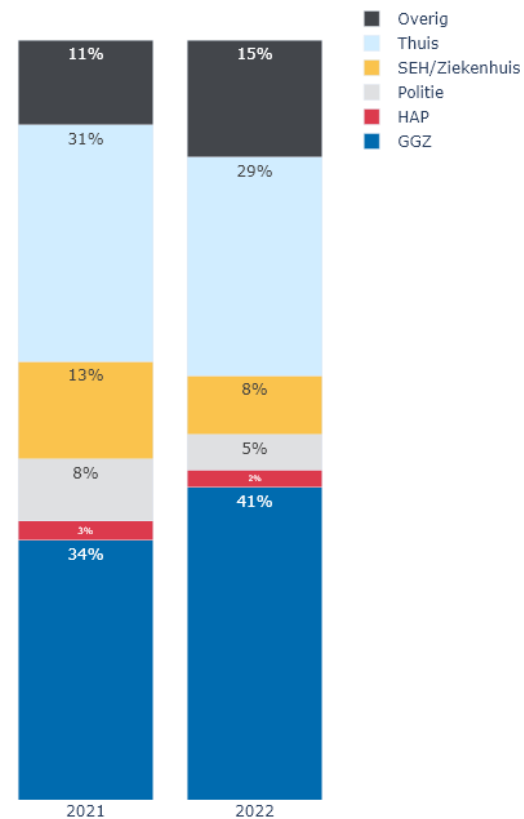
Afbeelding 1

- Grootste aandeel beoordelingen vindt plaats op een GGZ locatie of thuis, dit beeld is zowel in 2021 en 2022 te zien
- In 2022 was het aandeel beoordelingen op een GGZ locatie hoger dan in 2021 (41% t.o.v. 34%)

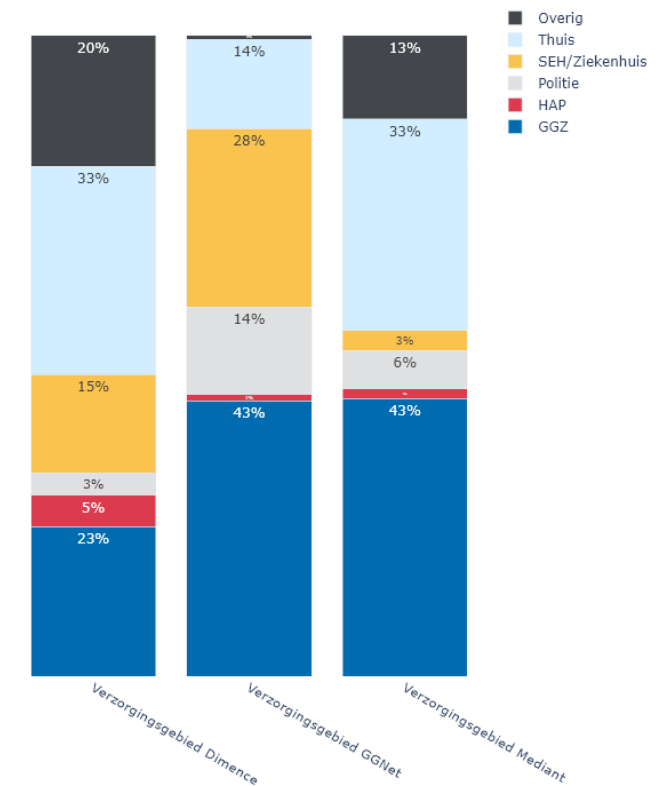
Afbeelding 2

- Locaties van beoordelingen verschillen tussen verzorgingsgebieden. Dit is mogelijk te verklaren door verschil in beleid, aanbod van zorg en/of beschikbaarheid van medewerkers
- Aandeel beoordelingen op de SEH verschilt fors tussen de verschillende verzorgingsgebieden. Opvallend is dat Mediant weinig beoordelingen op de SEH heeft

Afbeelding 1 – trend locaties waar beoordeling plaatsvindt



Afbeelding 2 – locaties waar beoordeling plaatsvindt, per verzorgingsgebied (2022)





9.2.3 Cliëntenstromen – tijdstip per beoordelingslocatie en wachttijd

Hoog aandeel GGZ beoordelingen is doordeweeks; verzorgingsgebied Mediant meer dan 97% in wachttijdnorm

Toelichting

Afbeelding 1

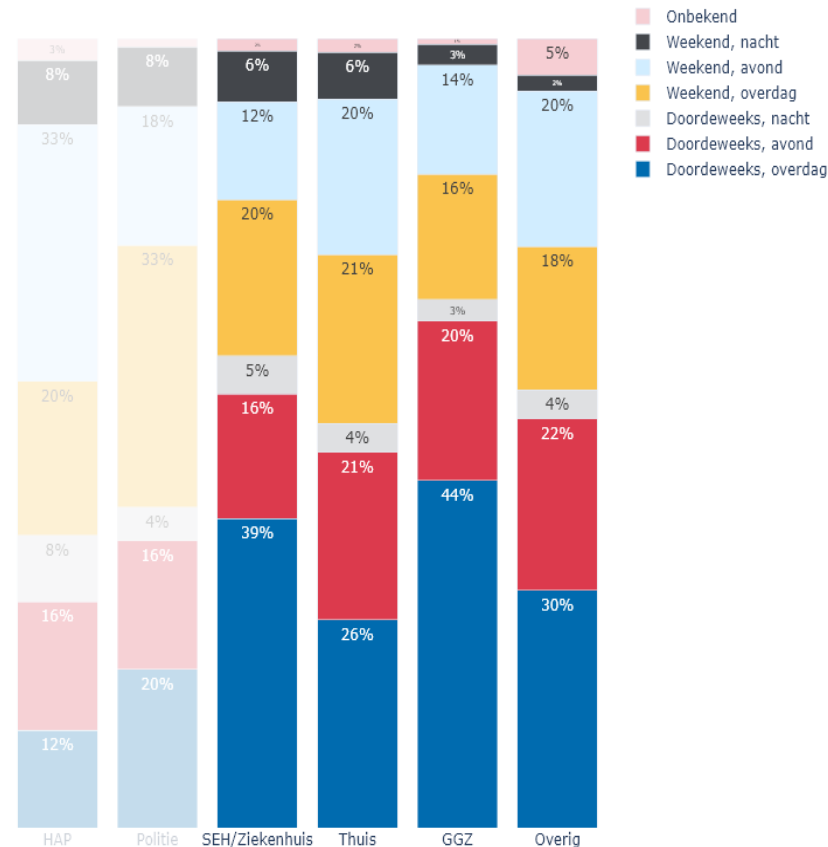
- Beoordelingen op een GGZ-locatie of op de SEH vinden relatief vaak doordeweeks overdag plaats in vergelijking met andere locaties (respectievelijk 44% en 39%)
- Beoordelingen thuis vinden relatief vaak 's avonds in het weekend plaats (20%) t.o.v. beoordelingen in SEH/ziekenhuis of GGZ (12-14%)

N.B. HAP en politie vervaagd weergegeven omdat deze beide minder dan 100 keer voorkwamen in 2022

Tabel 1, 2 & 3

- 70% van de beoordelingen bij GGNet voor U2-urgentie worden binnen 60 minuten na melding beoordeelt, voor Mediant is dit 99% en voor Dimence 88%. Een verklaring voor de 70% bij GGNet is dat het vaak het wachten op vervoer betreft, de cliënt wordt nooit alleen gelaten gedurende deze wachttijd
- 95% van de beoordelingen bij GGNet voor U3-urgentie worden binnen 4 uur na melding beoordeelt, bij Mediant is dat 97% en voor Dimence is dat 96%

Afbeelding 1 – verdeling van de zorgvraag per tijdstip per beoordelingslocatie (gewogen gemiddelde per dag, 2022)



Tabel 1 – percentage beoordelingen binnen wachttijd norm per U2 en U3 Mediant (2022)

Urgentie	Norm	Percentage beoordelingen
U2	Tot en met 60 minuten	99%
U3	Tot en met vier uur	97%

Tabel 2 – percentage beoordelingen binnen wachttijd norm per U2 en U3 Dimence (2022)

Urgentie	Norm	Percentage beoordelingen
U2	Tot en met 60 minuten	88%
U3	Tot en met vier uur	96%

Tabel 3 – percentage beoordelingen binnen wachttijd norm per U2 en U3 GGNet (2022)

Urgentie	Norm	Percentage beoordelingen
U2	Tot en met 60 minuten	70%
U3	Tot en met vier uur	95%



9.2.3 Cliëntenstromen – uitstroom

Bij GGNet in verhouding vaak ambulante vervolgzorg in vergelijking met andere verzorgingsgebieden

Toelichting

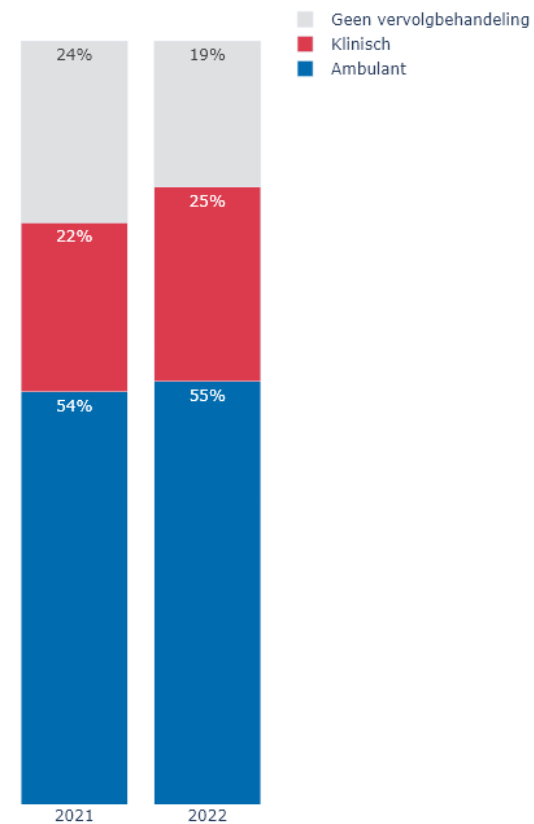
Afbeelding 1

- Het aandeel cliënten dat uitstroomt zonder vervolgbehandeling is licht afgenomen in 2022 (19%) t.o.v. 2021 (24%)

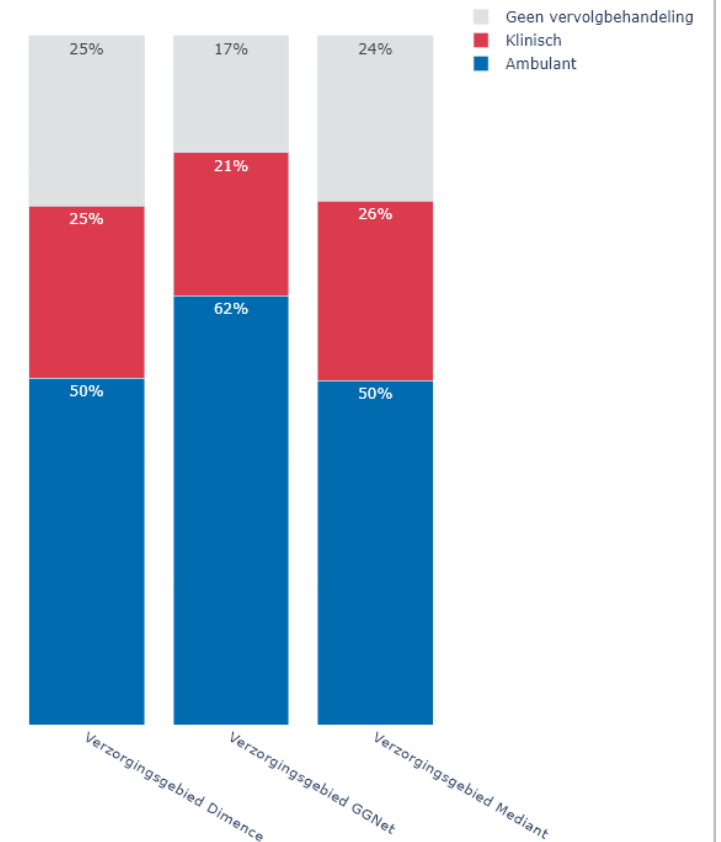
Afbeelding 2

- Het aandeel cliënten dat uitstroomt met ambulante zorg is groter bij GGNet (62%) in vergelijking met de andere verzorgingsgebieden (50%). Een mogelijke verklaring is dat GGNet minder crisisbedden heeft, waardoor cliënten eerder andere vervolgzorg krijgen
- Het aandeel cliënten dat uitstroomt zonder vervolgbehandeling is kleiner bij GGNet (17%) in vergelijking met de andere verzorgingsgebieden (24-25%)

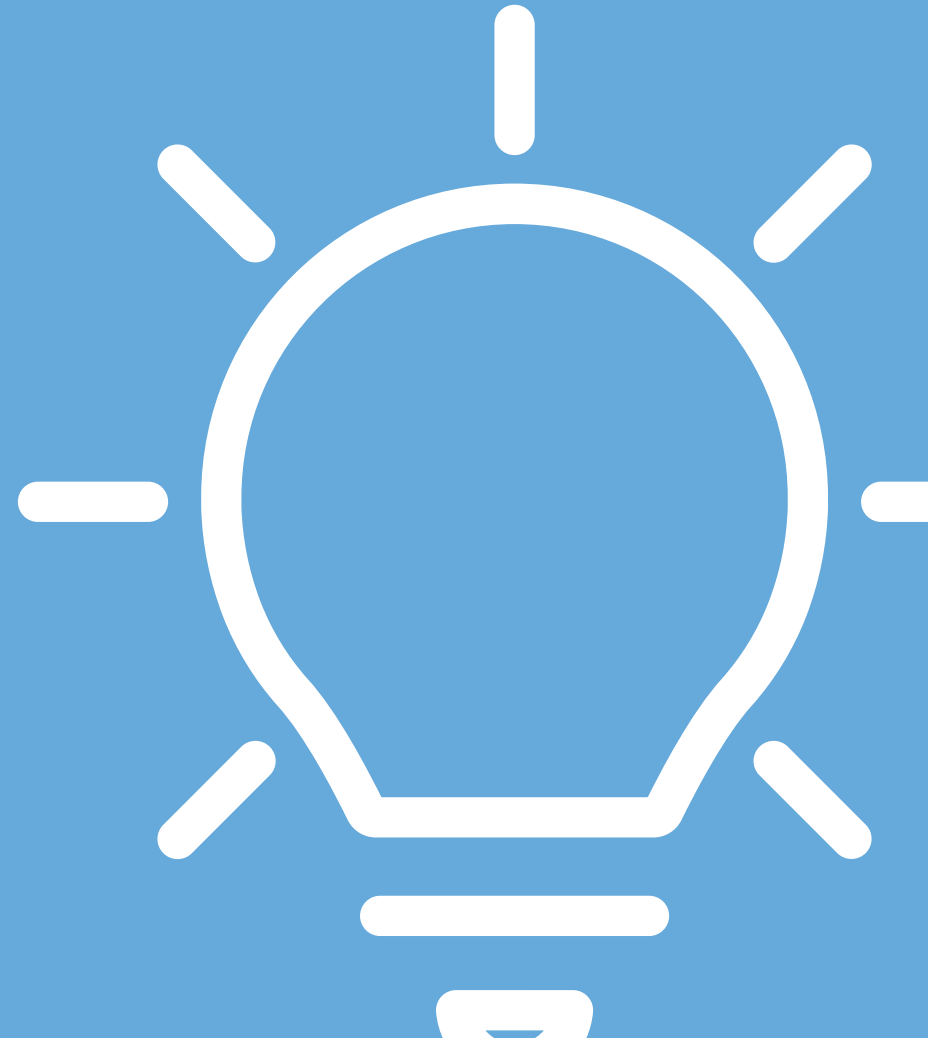
Afbeelding 1 – trend uitstroom behandeling



Afbeelding 2 – uitstroom behandeling per verzorgingsgebied (2022)



9.3 Belangrijkste inzichten acute GGZ





Belangrijkste inzichten



Zorggebruik

- Aantal meldingen voor de acute GGZ **vergelijkbaar** over de afgelopen twee jaar



Urgentie

- Ongeveer tweederde van de zorgvragen heeft een **U3-urgentie of hoger**, waarvan U3 het overgrote merendeel vormt (bijna 60%). Een cliënt met een melding met een U3-urgentie moet binnen vier uur beoordeeld worden



Cliëntenstromen

- Het grootste aandeel van de **instroom** in de acute GGZ komt vanuit een verwijzing door de **huisarts**
- De meeste beoordelingen vinden plaats in de **thuisituatie** of op een **GGZ beoordelingslocatie**
- In 2022 werd tussen de 70% en 85% van de meldingen **duaal beoordeeld**. Daarmee voldoet de regio aan de gefaseerde invoering van de norm uit de GMAP m.b.t. duale beoordeling
- Het grootste aandeel cliënten krijgt **ambulante vervolgzorg** in de GGZ



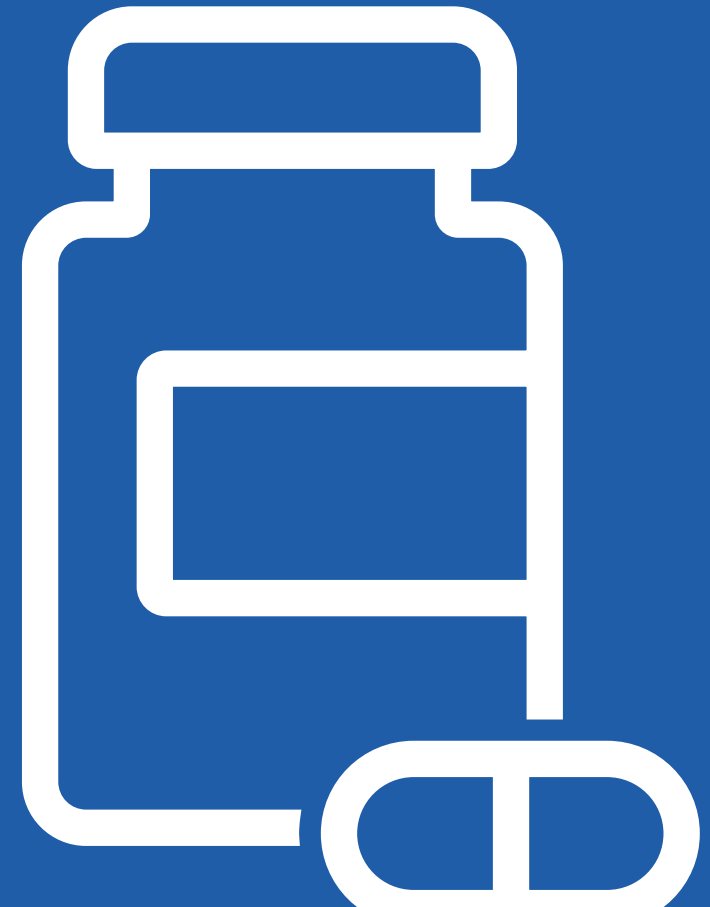
Initiatieven

- Het initiatief **Street Triage** in de regioTwente beoogt de toegang tot passende zorg te versnellen, dit project wordt vanuit samenwerkende partijen en inwoners gewaardeerd

10. Farmaceutische spoedzorg

10.1 Zorgaanbod farmaceutische spoedzorg

10.2 Belangrijkste inzichten farmaceutische spoedzorg



10.1 Zorgaanbod

10.1.1 Zorgaanbieders in de regio

10.1.2 Geneesmiddelentekort

10.1.3 Arbeidsmarkt





10.1.1 Farmaceutische spoedzorg – locaties

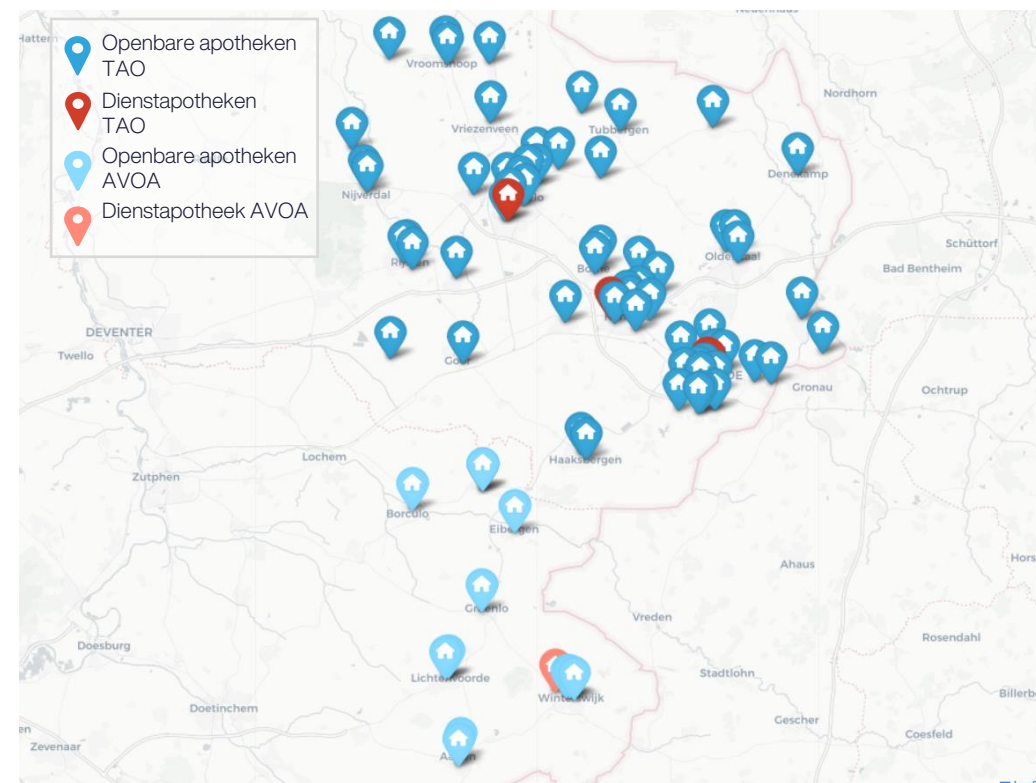
81 apotheken in de Euregio; spoedzorg voornamelijk door openbare apotheken binnen kantoortijden

Toelichting

N.B. onder farmaceutische spoedzorg wordt farmaceutische zorg verstaan die binnen twee uur geleverd moet worden

- In de Euregio bestaan er twee koepelorganisaties voor apotheken: Twentse Apothekersorganisatie (TAO) in Twente en de Apothekersvereniging Oost-Achterhoek in de Oost-Achterhoek (AVOA). De apotheken uit Twente zijn lid van TAO, net zoals de apotheek uit Neede in de Oost-Achterhoek. Apotheken uit Oost-Achterhoek zijn aangesloten bij AVOA
- In Twente liggen 69 apotheken, waarvan er drie een dienstapotheek zijn. In de Oost-Achterhoek liggen twaalf apotheken, waarvan er één een dienstapotheek is
- Openbare apotheken zijn doordeweeks geopend tijdens kantoortijden, specifieke openingstijden verschillen tussen de locaties. Deze apotheken verzorgen reguliere farmaceutische zorg en farmaceutische spoedzorg. Elke apotheek heeft een samenwerking met een dienstapotheek om 24/7 farmaceutische zorg te garanderen
- Dienstapotheken zijn geopend in de avond, nacht en het weekend en verzorgen (in principe) alleen spoedzorg. Uitzonderingen hierop zijn; de poliklinische apotheek Enschede, deze heeft reguliere openingstijden en op zaterdag van 10.00 tot 15.00, de ziekenhuisapotheek MST, deze is alleen voor de tweedelijnszorg en de dienstapotheek van AVOA is van 8.00 tot 23.00 uur geopend, daarna wordt er in noodgevallen medicatie vanaf het MST naar de patiënt thuisgebracht
- Het overgrote deel van de spoedzorg vindt plaats tijdens kantoortijden (precieze verhouding onbekend)¹

Afbeelding 1 – locaties van openbare en dienstapotheken²





10.1.2 Farmaceutische spoedzorg – geneesmiddelentekorten

Belangrijkste knelpunt in farmaceutische spoedzorg; regionale aanpak om impact te minimaliseren

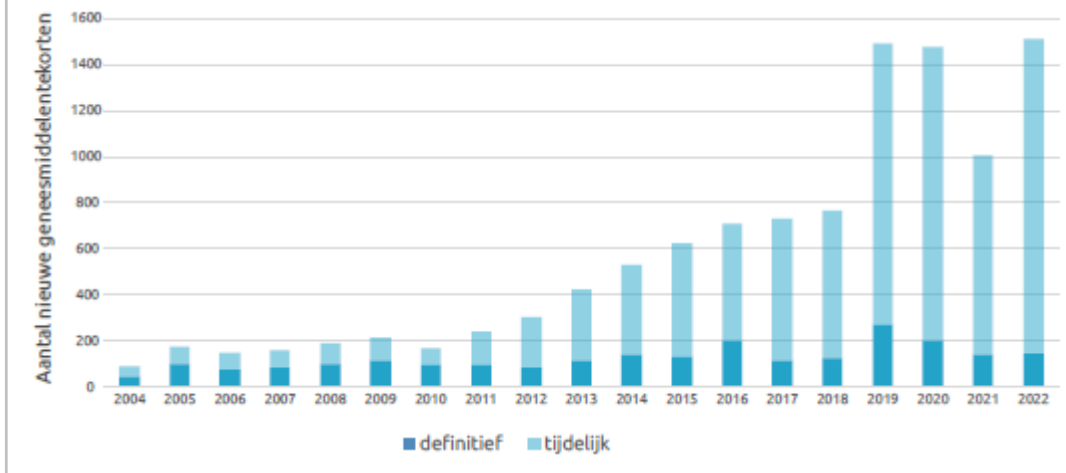
Toelichting

- KNMP Farmanco registreert sinds 2004 geneesmiddelentekorten in Nederland. Tekorten worden opgenomen als geneesmiddelen landelijk niet beschikbaar zijn en het tekort naar verwachting langer dan veertien dagen zal duren
- In 2022 was er in Nederland 1514 keer een tekort aan geneesmiddelen; dit is het hoogste aantal sinds de start van de registratie
- Er zijn verschillende oorzaken voor geneesmiddelentekorten. Wat hierbij specifiek in Nederland mogelijk van invloed is, zijn de lage prijzen voor geneesmiddelen²
- 10% van de geneesmiddelentekorten zijn definitief, omdat de producten uit de handel zijn genomen
- In de Euregio worden geneesmiddelentekorten gezien als het belangrijkste knelpunt in de farmaceutische spoedzorg²

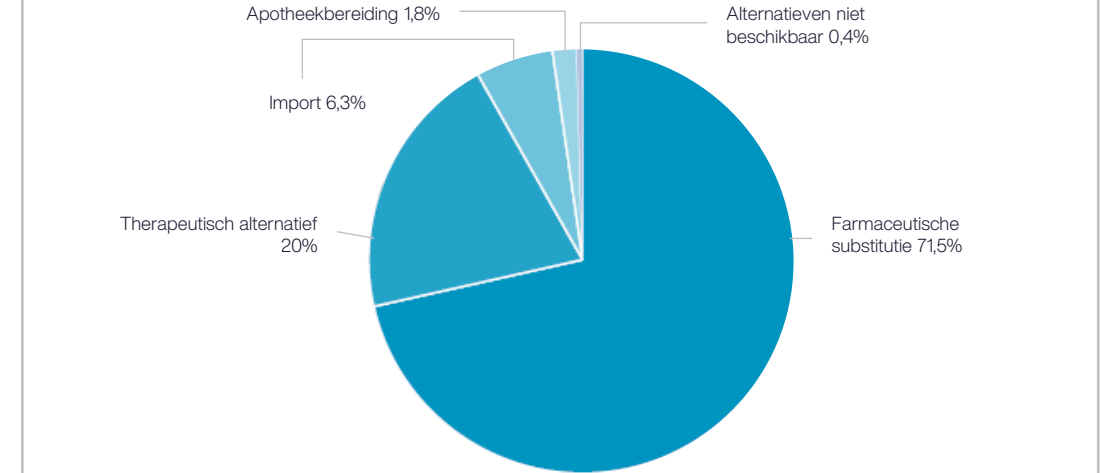
Toelichting

- Bij meer dan 70% van de geneesmiddelentekorten wordt het tekort opgevangen door een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof voor te schrijven
- Het tekort aan geneesmiddelen is een wereldwijd probleem en vraagt in ieder geval om een landelijke aanpak
- In de Euregio wordt via de werkgroep 'geneesmiddelentekorten' regionaal samengewerkt om dreigende tekorten effectief en eenduidig binnen de regio aan te pakken. Dit bespaart veel tijd in afstemming en besluitvorming²
- Ook regionaal wordt als eerste ingezet op farmaceutische substitutie en hierna wordt gekeken naar een therapeutisch alternatief²

Afbeelding 1 – aantal geneesmiddelentekorten in Nederland (2022)¹



Afbeelding 2 – oplossingen voor geneesmiddelentekorten (2022)¹



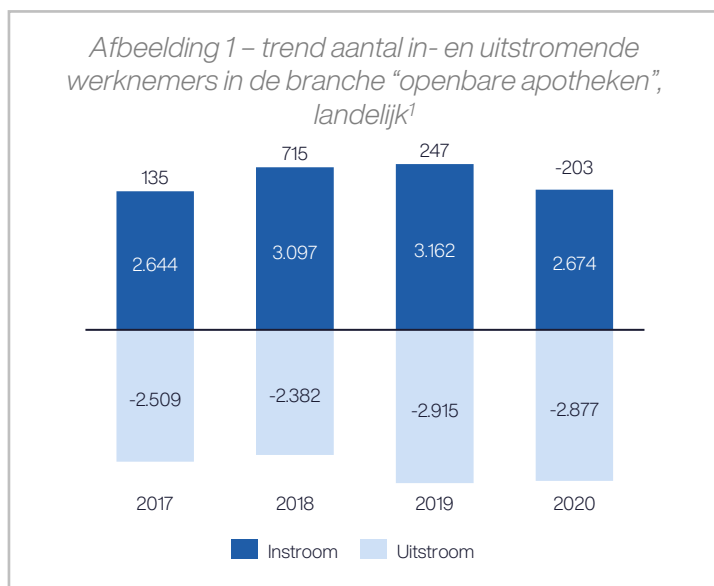


10.1.3 Arbeidsmarkt - farmaceutische spoedzorg

Landelijk arbeidsmarkttekort neemt naar verwachting toe; tekort het grootst voor apothekersassistenten

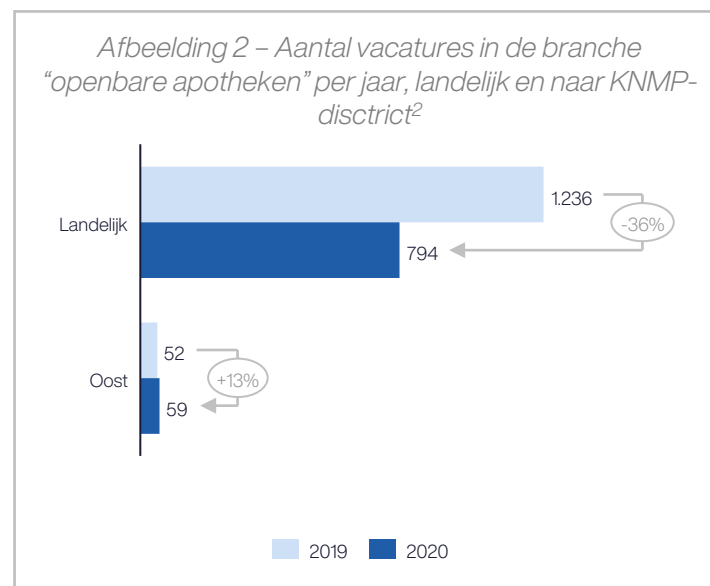
Toelichting

- Sinds 2018 neemt de netto instroom af van 715 werknemers naar een negatieve netto instroom van -203 werknemers in 2020
- In 2020 stromen er dus meer werknemers uit de branche openbare apotheken dan dat er instromen
- Dit vergroot het arbeidsmarkttekort in de branche



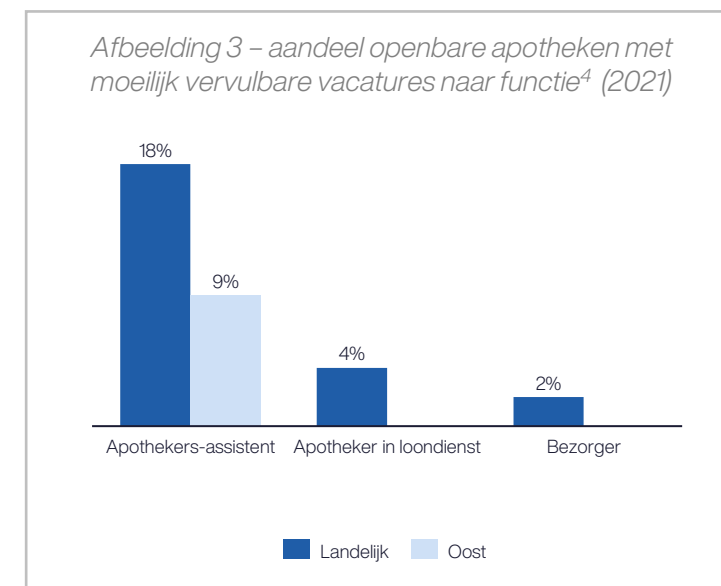
Toelichting

- Tussen 2019 en 2020 was landelijk een afname te zien van het aantal vacatures in de branche, welke is gedeeltelijk te verklaren door de COVID-crisis³
- In 2021 neemt het aantal vacatures weer toe: t/m september 2021 is het totaal aantal vacatures met 867 al hoger dan heel 2020³
- De KNMP-district Oost laat tussen 2019 en 2020 een stijging van 7 vacatures zien (+13%)



Toelichting

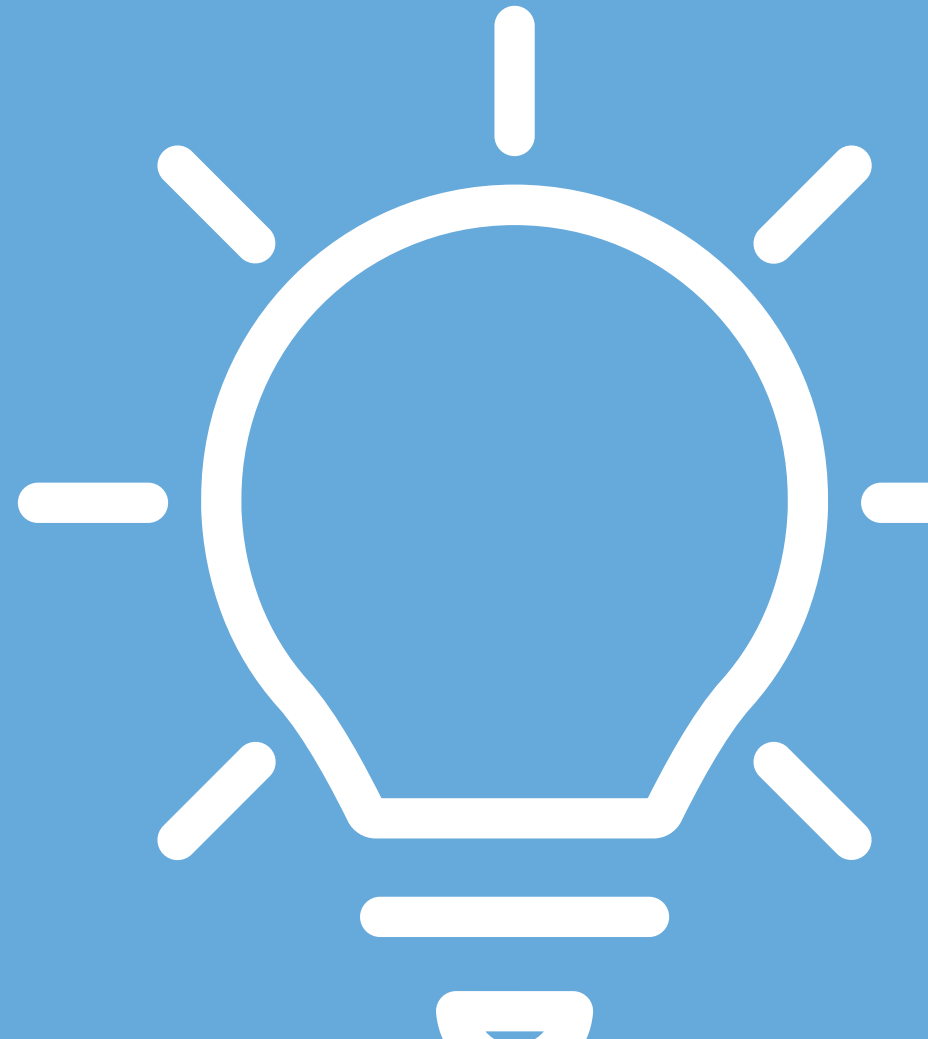
- Een moeilijk vervulbare vacature is een vacature die langer dan 3 maanden openstond
- 18% van de openbare apotheken kan de vacature van de functie apothekersassistent moeilijk vervullen; functies die hierop volgen zijn apotheker in loondienst en bezorger (resp. 4% en 2%)
- In de KNMP-district Oost is dit aandeel kleiner dan landelijk, daar geldt het namelijk voor 9% van de openbare apotheken⁴



De KNMP-district Oost is groter dan de Euregio en loopt van de Noordoostpolder t/m de Euregio

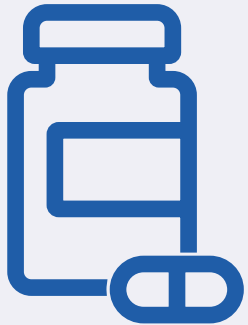
1. Bron: Bestand actieve polissen, PMA (2020); 2. Bron: Apotheekwerk, SBA (2021); 3. Bron: Arbeidsmarktonderzoek openbare apotheken, 2021; 4. Bron: Werkgeversenquête branche openbare apotheken, Panteia 2021

10.2 Belangrijkste inzichten farmaceutische spoedzorg





Belangrijkste inzichten



Zorggebruik

- Het overgrote deel van de **farmaceutische spoedzorg** vindt plaats binnen **kantoortijden**



Geneesmiddelentekort

- De afgelopen jaren is er een **toename** van het aantal **geneesmiddelentekorten**. Dit wordt binnen de farmaceutische (spoed)zorg als het grootste probleem ervaren
- Geneesmiddelentekorten vragen over het algemeen om een landelijke aanpak. Als **regio** wordt **samengewerkt** om de overstap naar een farmaceutisch of therapeutisch alternatief regionaal vast te stellen. Dit **bespaart veel tijd** die zorgverleners individueel kwijt zouden zijn geweest aan het vinden en vaststellen van deze alternatieven



Arbeidsmarkt

- De verwachting is dat het **arbeidsmarkttekort** binnen de farmaceutische (spoed)zorg zal toenemen, verwachte tekort het grootst voor apothekersassistenten

11. Regionale samenwerkingen

11.1 Zorgcoördinatie

11.2 Grensoverschrijdende samenwerking

11.3 Digitale gegevensuitwisseling





11.1 Zorgcoördinatie

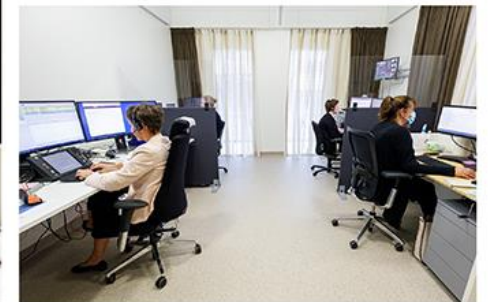
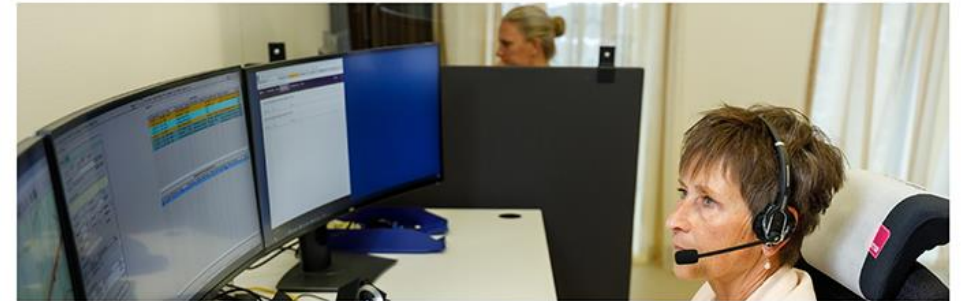
Er wordt een scenario voor keten-brede zorgcoördinatie in de Euregio uitgewerkt

Zorgcoördinatie Twente

- Eind 2020 is de pilot ZCC in Twente gestart. In deze pilot werkten de triagisten en verpleegkundig centralisten van de Ambulance Oost, Spoedzorg Huisartsen Twente, Mediant en Livio Zorgcentrale (i.s.m. Carintreggeland en Alerta) samen in één fysiek centrum
- Het doel van dit ZCC is de juiste zorg, door de juiste zorgverlener, op het juiste tijdstip op de juiste plek
- De afgelopen jaren hebben er in deze pilot diverse ontwikkelingen voorgedaan en is er de wens om de samenwerking binnen de regio te verbreden. Deze wens is gestimuleerd door de opdracht van minister Kuipers die in de brief van 10 mei 2022 staat beschreven
- In het bestuurlijk ROAZ is afgestemd en besloten dat onder projectleiding van bureau Acute Zorg Euregio een scenario van keten-brede zorgcoördinatie voor onze ROAZ-regio wordt uitgewerkt (eind juni 2023 gereed). Hierin wordt beschreven hoe partijen willen dat zorgcoördinatie in Twente in 2025 is georganiseerd en welke stappen in de loop daarnaartoe worden genomen
- In oktober 2022 in de stuurgroep zorgcoördinatie Twente voor het eerst bijeengekomen. In deze stuurgroep zijn alle betrokken partijen vertegenwoordigd. De volgende stuurgroep bijeenkomsten zullen in het teken staan van visievorming vanuit deelnemende ketenpartners

Zorgcoördinatie Oost-Achterhoek

- Inventarisatie van knelpunten is uitgevoerd en daarnaast zijn de eerste gesprekken met betrokken partijen gevoerd
- De projectorganisatie is gestart met ziekenhuizen en huisartsen(posten) waarbinnen de eerste overleggen hebben plaatsgevonden
- Stapsgewijs worden andere partners aangesloten bij het project





11.2 Grensoverschrijdende samenwerking - samenwerkingsverbanden

Snellere toegang tot zorg door grensoverschrijdende samenwerking



Inzet Duitse ambulance

- Sinds 2017 wordt er in Oost-Achterhoek een Duitse ambulance van de Rettungswache Isselburg (Kreis Borken) ingezet om de aanrijtijden voor de ambulancespoedritten in Dinxperlo en omgeving structureel te verbeteren
- Indien een Nederlandse ambulance niet tijdig beschikbaar is en een Duitse ambulance wel tijdig ter plaatse kan zijn wordt door de Meldkamer Ambulancezorg Apeldoorn aan de Leitstelle Borken ondersteuning gevraagd
- De digitale overdracht van de plaats van inzet verloopt via SMS



Samenwerking op specifieke ingrepen / doelgroepen

Dotter- of stentbehandeling (PCI)

- Het St. Agnes ziekenhuis in Bocholt biedt de allersnelst bereikbare behandelmogelijkheid voor patiënten uit een deel van de Oost-Achterhoek die een spoed dotter- of stentbehandeling (PCI) moeten ondergaan
- Het St. Agnes ziekenhuis voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
- In 2019 zijn er vijftien Nederlandse hartpatiënten behandeld in het St. Agnes. Tijdens COVID is de samenwerking tijdelijk stil komen te vallen

Beroerte of extremitetenletsel

- Patiënten met een beroerte of extremitetenletsel in de gemeente Dinkelland kunnen bij de Euregio-Kliniek in Nordhorn terecht

Kinderen

- Kinderen uit de omgeving Gronau kunnen voor een spoedbehandeling in het Vrouw-Kind Centrum van MST terecht. Deze kinderen hadden voorheen een langere reistijd tot acute klinische zorg
- Sinds 2015 worden er jaarlijks tussen de 50 en 70 kinderen uit de omgeving Gronau in het MST behandeld
- Deze patiënten zijn qua aantal en ziektebeeld goed op te vangen binnen de reguliere capaciteit van het MST



11.2 Grensoverschrijdende samenwerking – ambulancediensten

Twee aanbieders van ambulancezorg aan de grens in Duitsland

Toelichting

Afbeelding 1

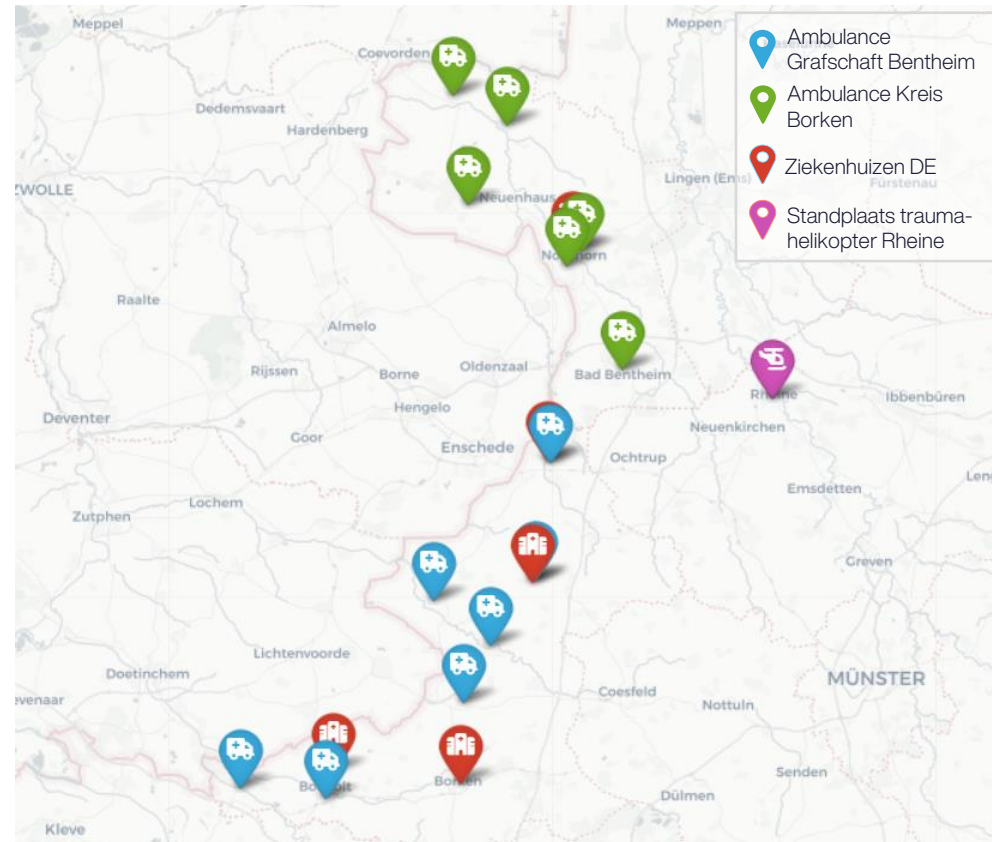
- Aan de grens in Duitsland zijn er vijf ziekenhuizen, dertien ambulanceposten en één helikopter standplaats
- Er zijn zes ambulanceposten in regio Grafschaft Bentheim (DE) en zeven in de regio Kreis Borken (DE)

Afbeelding 2

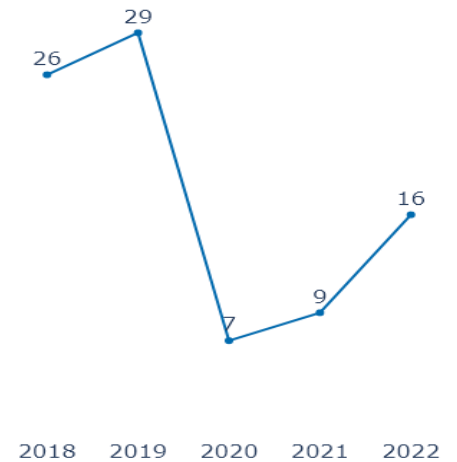
N.B. data Twente is van 1 jaar, derhalve niet opgenomen

- In 2020 en 2021 is het aantal ambulance inzetten vanuit Duitse standplaatsen lager dan de jaren ervoor, dit kan worden verklaard door minder inzetten tijdens COVID vanuit Duitse standplaatsen¹
- In 2022 is het aantal ambulance inzetten gestegen, maar nog steeds lager dan vóór 2020

Afbeelding 1 – locaties van de ziekenhuizen, ambulanceposten en helikopter standplaatsen in Duitsland



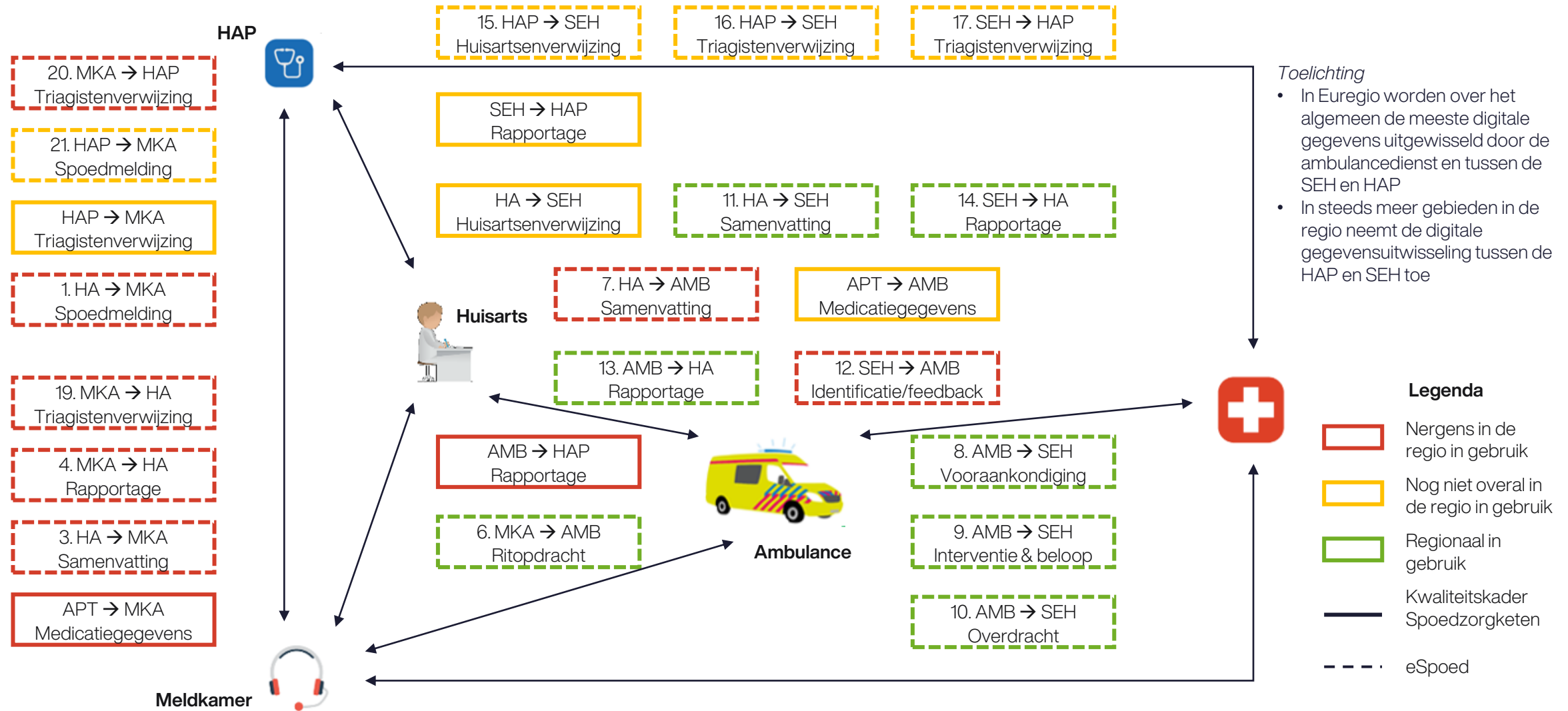
Afbeelding 2 – trend aantal inzetten ambulances vanuit Duitse standplaatsen voor Oost-Achterhoek





11.3 Digitale gegevensuitwisseling

Digitale gegevensuitwisseling met name bij ambulancezorg



12. Wensen aanvullende inzichten





12. Wensen voor aanvullende inzichten in de Euregio

Ambitie vanuit de Euregio om onderstaande aanvullende inzichten te onderzoeken



Domeinoverstijgende ambities

- Inzicht in patiëntenstromen door de keten heen: welke zorg ontvangen patiënten waar en hoe verloopt de overgang tussen domeinen?
- Inzicht in de regionale arbeidsontwikkelingen en – prognose, incl. aandacht voor ontwikkelingen betreffende deeltijd werken



Acute zorg in het ziekenhuis

- Inzicht in verband tussen geen eigen huisarts en aantal SEH-bezoeken
- Inzicht in volledige acute cardiologische zorg door data te selecteren o.b.v. DBC-Diagnosecode i.p.v. afdeling (t.b.v. includeren patiënten SEH en CCU)
- Inzicht in verwijzingen door huisarts en HAP (SKB)
- Inzicht in DBC-codes, o.a. t.b.v. analyses vaatchirurgie (ZGT)
- Inzicht in het aantal U3 urgenties die mogelijk naar eigen huisarts kunnen gaan de dag erna
- Inzicht in de werkelijke rijtijden vanaf gemeentes naar de SEH, in plaats van theoretische rijtijd



Acute huisartsenzorg

- Inzicht in uitstroom naar intramurale VVT, thuiszorg en wijkverpleging in relatie tot acute zorg, deze worden in de huidige registratie niet altijd apart geregistreerd
- Inzicht in acute zorgvragen in de dagpraktijken
- Spoedzorg 24h verbeteren (niet alleen in avonden en weekenden) en verschil tussen vraag binnen/buiten kantoor tijden verkleinen
- Inzicht in de relatie tussen het ontbreken van een eigen huisarts en een toename van SEH-bezoeken
- Inzicht in verklaring voor prognose voor dalend aantal HAP consulten



Acute verloskunde

- Op basis van valide data Perined verdiepende analyses op de kwaliteitsindicatoren. (o.a. onderscheid nulliparae en multiparae)
- Registratie van volmeldingen in eerste- en tweedelijns
- Aansluiting op LPZ geeft naar verwachting meer mogelijkheden de capaciteit in de keten inzichtelijk te maken



Acute zorg ambulancedienst en MMT

- Meer gedetailleerd inzicht in de ambulance inzetten
- Inzicht in ingangsklachten van patiënten
- Inzicht in de reden aanvraag ambulance, is inzet echt noodzakelijk (bijvoorbeeld niet zelfstandig mobiele oudere)?
- Inzicht in de instroom urgentie en uitstroomurgentie



Acute VVT

- Inzicht in zorggebruik (en –vraag) in de acute wijkverpleging en V&V
- Inzicht in “verkeerde bed”-dagen
- Inzicht of de medische behoefte overeenkomt met vrijgegeven bedtypes
- Inzicht in kosten en efficiëntie bij zorg aan huis in vergelijking met zorg in een eerstelijns verblijf



Acute GGZ

- Inzicht in verband tussen verslavingsproblematiek en de druk op de acute GGZ



Bijlage

Concept ROAZ-beeld – totaal

A. Samenstelling werkgroepen

Werkgroep Duiding ROAZ-beeld

Zorgsoort / organisatie	Organisatie	Naam	Functie
Medisch specialistische zorg	MST	Marijke Scheppink	Beleidsmedewerker ketencapaciteit
	ZGT	Michel Kats/ Laura Ooms	Beleidsadviseurs zorglogistiek
	SKB	Irma Winkelhorst	Teammanager
	Roessingh	Nel Nienhuis	Bedrijfskundig manager, agendalid
RAV	Ambulance Oost	Baukje van Ruiven/ Ingeborg Koning	Informatie adviseurs
	Witte Kruis NOG	Martin Nengerman	Beleidsadviseur
Huisartsenzorg	HuisartsenZorg Twente	Hilde Harmsma	Management adviseur kwaliteit en scholing
	HuisartsenZorg Twente	Marloes Bisseling	Adviseur kwaliteit en beleid
	HOOG	Andrea van der Walle	Teamleider en projectleider speedzorg
GGD/ GHOR	GHOR NOG (mede namens GGD NOG)	Henk Ruessink	Procesmanager
	GHOR Twente	Daisy Jansen	Beleidsadviseur zorg continuïteit, agendalid
	GGD Twente	Simone Boerema en Henk Broekhuizen	Epidemiologen
GGZ	Mediant (mede namens Dimence en GGNet)	Bas Bellers	Zorg controller
Verloskundige zorg (1 ^e en 2 ^e lijn)	De Kring Twentse Verloskundigen	Alie Kuiterman/ Hilde Lenferink	Verloskundigen
	VSV Oost-Achterhoek/ Verloskundige Kring Oost-Achterhoek	Nienke Meijnen-van Dijk/ Barbara Steverink	Verloskundigen
		2e lijn via vertegenwoordiging medisch specialistische zorg	
VVT*	Zorgschakel Enschede (namens VVT Twente)	Heleen Hindriks	Manager
	Zorgaccent (namens VVT Twente)	Hans Semmekrot	Manager
	Marga Klompé (Namens VVT Oost-Achterhoek)	Wilbert Rothman	Regiomanager, agendalid
Apotheken	TAO	Jacky de Wolff	Apotheker
Zorgverzekeraar	Menzis	Marcel Berkhout / Dennis Westerhof	Regiomanager zorg regio Oost / Senior zorginkoper
Acute zorg Euregio		Ralph de Wit	Medisch manager

*Aanbieders van wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, Wlz-zorg en geriatrische revalidatiezorg

A. Samenstelling werkgroepen

Werkgroep ROAZ-plan

Zorgsoort / organisatie	Organisatie	Naam	Functie
Medisch specialistische zorg	MST/ Acute zorg Euregio	Jan den Boon	Bestuurder/ voorzitter
	ZGT	Simone Roest	Bedrijfskundig clustermanager
	SKB	Theo Goertz	Clustermanager acute zorg
	Roessingh	Nel Nienhuis	Bedrijfskundig manager
RAV	Ambulance Oost (mede namens Witte Kruis NOG)	Johan Keijzer	Manager ambulancezorg
Huisartsenzorg	HuisartsenZorg Twente	Foke Dijkstra	Manager spoedzorg, SHT
	HuisartsenZorg Twente	Janke Snel	Directeur, CHPA
	HOOG	Andrea van der Walle	Teamleider en projectleider spoedzorg
GGD/ GHOR	GHOR NOG (mede namens GGD NOG)	Henk Ruessink	Procesmanager
	GHOR Twente	Daisy Jansen	Beleidsadviseur zorg continuïteit
	GGD Twente		
GGZ	Mediant (mede namens Dimence en GGNet)	Marcel Hooch Antink	Manager bedrijfsvoering circuit acute zorg
Verloskundige zorg (1 ^e en 2 ^e lijn)	De Kring Twentse Verloskundigen	Alie Kuiterman/ Hilde Lenferink	Verloskundigen
	De Kring Oost-Achterhoek / VSV Oost-Achterhoek	Nienke Meijnen-van Dijk/ Barbara Steverink	Verloskundigen
		2e lijn via vertegenwoordiging medisch specialistische zorg	
VVT*	Zorgschakel Enschede (namens VVT Twente)	Heleen Hindriks	Manager
	Zorgaccent (namens VVT Twente)	Hans Semmekrot	Manager
	Marga Klompé (namens VVT Oost-Achterhoek)	Wilbert Rothman	Regiomanager, agendalid
Apotheken	TAO	Jacky de Wolff	Apotheker
Zorgverzekeraar	Menzis	Marcel Berkhout / Dennis Westerhof	Regiomanager zorg regio Oost / Senior zorginkoper
Acute zorg Euregio		Ralph de Wit	Medisch manager
		Manon Bruens	Manager

B. Urgentieverdeling per zorggroep

Urgentie	HA(P)	Ambulance	SEH	GGZ
U0			Uitval vitale functies - Reanimatie	
U1	Levensbedreigend - Onmiddelijk		Direct levensgevaar - Onmiddelijk	Levensbedreigend voor persoon of omgeving - Onmiddelijk
U2	Spoed – Zo snel mogelijk		Bedreiging vitale functies of orgaanschade – Zo snel mogelijk	Spoed – Zo snel mogelijk
U3	Dringend – Binnen enkele uren		Reële kans op schade – Binnen enkele uren	Dringend – Binnen enkele uren
U4	Routine – Dezelfde dag		Verwaarloosbare kans op schade – Dezelfde dag	Preventie van escalatie – Dezelfde dag
U5	Advies/Andere dag – Volgende werkdag		Geen kans op schade – Volgende werkdag	Reguliere zorg – Volgende werkdag
A1		Spoed		
A2		Dringend		
B1		Bestelde rit (voor onderzoek/behandeling)		
B2		Bestelde rit (geen medische behandeling nodig)		



C. Afkortingen

Afkorting	Beschrijving
AMB	Ambulance
ANW	Avond-, nacht- en weekendzorg
APT	Apotheek
AVOA	Apothekersvereniging Oost-Achterhoek in de Oost-Achterhoek
CVA	Cerebro Vasculair incident
CHPA	Centrale Huisartsen Post Almelo
CCU	Coronaire Care Unit
DBC	Diagnose behandel combinatie
DHFA	Dutch Hip Fracture Audit
EHH	Eerste Hart Hulp
E.c.i.	e causa ignota betekent door onbekende oorzaak
ELV	Eerstelijns verblijf
ELVHC	Eerstelijns verblijf hoog complex
ELVLC	Eerstelijns verblijf laag complex
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GMAP	Generieke Module Acute Psychiatrie
GRZ	Geriatrische Revalidatie Zorg
HA(P)	Huisartsen(post)
IAT	Intra Arteriële Trombectomie

Afkorting	Beschrijving
ICPC	International Classification of Primary Care
IVT	Intraveneuze trombolysie
LPA	Landelijk Protocol Ambulance
MDL	Maag-darm-leverziekten
MKA	Meldkamer
MMT	Mobiel Medisch Team
MST	Medisch Spectrum Twente
NTS	Nederlandse Triage Standaard
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OTO	Opleiden, Trainen en Oefenen
PG	Psycho geriatric
PCI	Percutane coronaire interventie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
RS-virus	Respiratoir syncytiaal-virus
rAAA	Geruptureerd aneurysma
SEH	Spoedeisende hulp
SEGV	Sociaal Economische Gezondheidsverschillen
SES-WOA	Sociaal Economische Status inc. Welvaart, Opleidingsniveau en Arbeidsverleden
SKB	Streekziekenhuis Koningin Beatrix

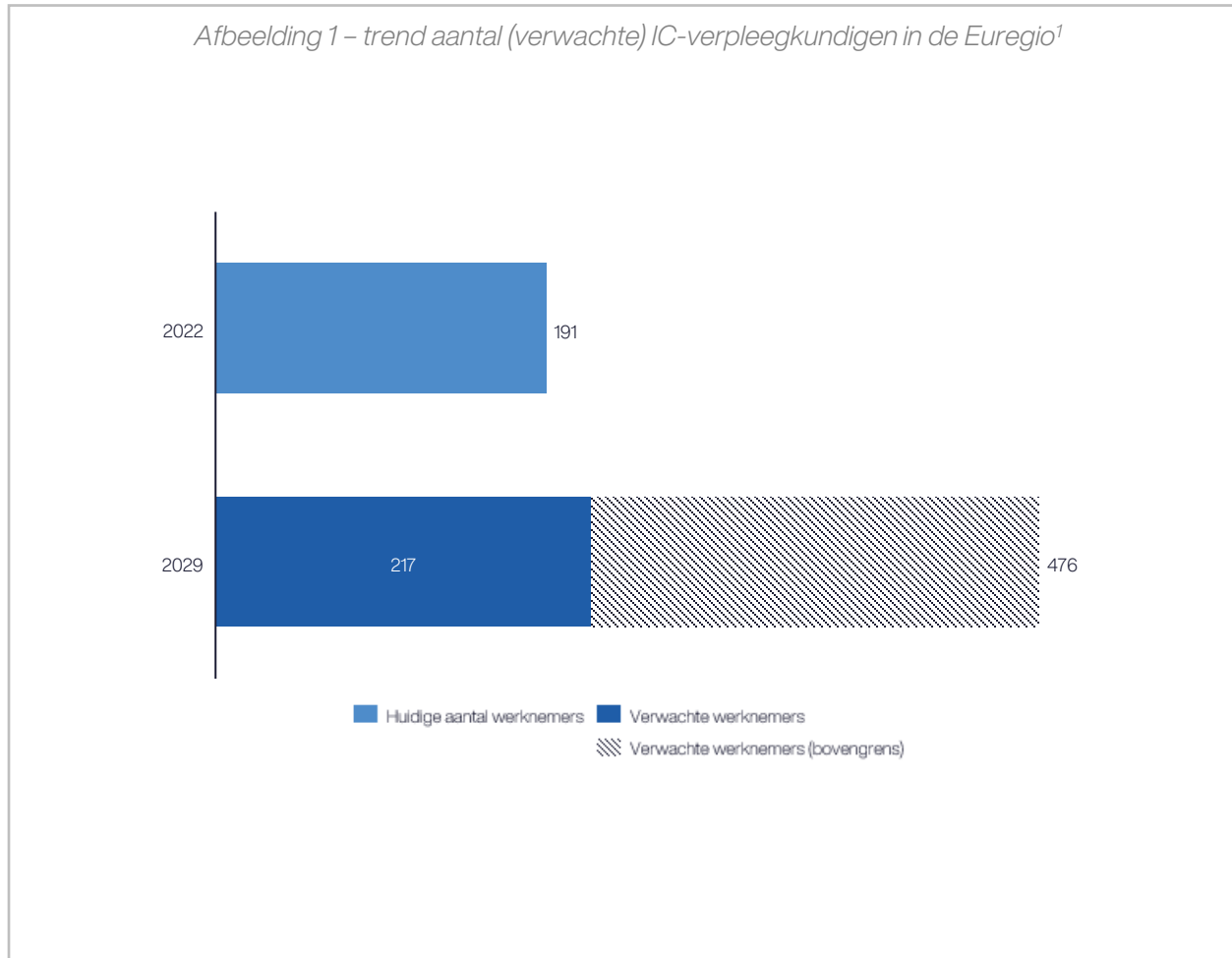
Afkorting	Beschrijving
SMR	Standardized Mortality Ratio
SOM	Somatisch
SWAW	Samen Werken Aan Waarde
TAO	Twentse Apothekersorganisatie
V&V	Verpleging en Verzorging
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
VVT	Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg
Wlz-zorg	Wet langdurige zorg
ZCC	Zorgcoördinatiecentrum
ZGT	Ziekenhuisgroep Twente

D. Arbeidsmarkt IC-verpleegkundigen

Aantal IC-verpleegkundigen in de Euregio zal de aankomende jaren toenemen met 14 tot 36%

In de Euregio neemt het aantal IC-verpleegkundigen naar verwachting met 14% tot 36% toe

- Naar verwachting zal het aantal IC-verpleegkundigen in de Euregio tussen 2022 en 2029 met 14% tot 36% toenemen (zie afbeelding 1)
- 13% van het aantal fte IC-verpleegkundigen in 2022 is ouder dan 60 jaar en zal binnen ~7 jaar uitstromen
- De verwachte jaarlijkse uitstroom van werknemers onder de 60 ligt rond de 9% van het aantal fte



Bronnen RIVM, regiobeeld.nl (2023) & Regio+, het arbeidsmarktfragment sector zorg en welzijn 2023

1. Verwachte werknemers ondergrens is berekend via het expert scenario, bovengrens is berekend via het demografisch scenario 165