

Aan het ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Datum 14 december 2016
Uw kenmerk 1049889-158416 CZ
Ons Kenmerk Br-BS-JP-201690
Betreft Bestuurlijk ROAZ

Geachte mevrouw Schippers,

In uw brief van 18 november vraagt u ROAZ-Euregio om aan te geven in hoeverre de problematiek die u geschetst heeft in de kamerbrief van 5 oktober, inzake de drukte binnen de acute zorg, ook in de regio Twente en Oost Achterhoek aan de orde is en daarbij bijzonder aandacht te besteden aan de zorg van kwetsbare ouderen. Gezien de korte beantwoordingstermijn is het niet mogelijk gebleken actuele cijfermatige onderbouwing te geven over 2016. Wel is het, mede dankzij het beperkt aantal SEH's en HAP's in onze regio, gelukt over de periode 2011 tot en met 2015.

De ervaren drukte in de acute zorg neemt ook in onze regio toe, voornamelijk door een toename van patiënten met multi-morbiditeit en kwetsbare ouderen. Vooral de uitstroom van deze patiënten, die vaak niet zelfredzaam zijn en daardoor intramurale vervolgzorg nodig hebben, gaat niet altijd voortvarend, doordat men onvoldoende zicht heeft welke vervolgzorg voor de patiënt voor handen is. De toegenomen drukte heeft vooralsnog niet geleid tot opnamestops van spoedeisende hulpen (SEH's).

Instroom ouderen in acute zorg

In onze regio hebben we een inventarisatie gedaan van de instroom van ouderen in de acute zorg in de afgelopen vijf jaar (zie bijlage 1). Het totaal aantal patiënten dat op de SEH wordt gezien, is in 2015 ten opzichte van 2011 met 11,1% afgenomen. De populatie is echter wel veranderd; het percentage ouderen is toegenomen. In 2011 was 28.6% van het aantal patiënten 65+; in 2015 is dit gestegen tot 35,2% van het totaal. Het aantal bezoeken van 65-plussers is de laatste jaren toegenomen met 9,3%. Dit terwijl de vergrijzing laat zien dat het aantal 65-plussers in onze regio Twente- Oost Achterhoek met 14.2% is gestegen. In onze regio maken juist relatief gezien minder 65-plussers gebruik van de SEH dan vijf jaar geleden. De zorgzwaarte van deze ouderen op de SEH is niet kwantitatief meetbaar, maar het gevoel is dat door de extramuralisering van de ouderenzorg de zorgzwaarte is toegenomen. Een vervolgstap zou kunnen zijn om te kijken of het aantal patiënten, dat als kwetsbaar wordt gescreend, toeneemt.

Het totaal aantal patiënten dat op de huisartsenposten (HAP's) wordt gezien is de afgelopen vijf jaar met 3,2% afgenomen. Wel is er in 2015 een behoorlijke stijging (4%) te zien in het aantal patiënten ten opzichte van het jaar ervoor. Ook binnen de HAP's is het percentage ouderen toegenomen. In 2011 was 21.8% van het aantal patiënten 65+, in 2015 is dit gestegen tot 24.6% van de totale instroom. Door de extramuralisering blijven meer ouderen onder hoofdbehandelaarschap van de huisarts en zijn daardoor in de ANW-uren aangewezen tot de huisartsenpost.

Uitstroom ouderen in acute zorg, beperken instroom acute zorg door alternatieve opvang

Ouderenzorg heeft een integrale aanpak nodig, waarbij afstemming tussen ketenpartners belangrijk is. De ouderenzorg heeft enkele raakvlakken met de acute zorg, maar is in hoge mate reguliere (niet acute) zorg. Ouderen hebben naast medische problematiek vaak psychische, sociale en maatschappelijke problematiek.

Bijzonder punt van aandacht voor ROAZ-Euregio zijn de kwetsbare ouderen binnen de acute zorg die wellicht geen medisch specialistische zorg nodig hebben en de uitstroom van patiënten naar passend vervolgzorg.

Wanneer er extramurale vervolgzorg nodig is, kan er aanspraak worden gemaakt op crisisbedden (somatiek of PG) of het eerstelijnsverblijf (ELV) (hoogcomplex, laagcomplex en palliatief). Er zijn momenteel knelpunten in het vinden van crisisbedden waarvoor een WLZ-indicatie nodig is. Niet elke patiënt komt hiervoor in aanmerking; vaak moet de huisarts of SEH-arts veel moeite doen om een patiënt geplaatst te krijgen. Ook de beschikbaarheid van eerstelijnsbedden is nog onvoldoende bekend bij de zorgprofessionals en kan vanaf de SEH niet ingezet worden. Per 1 januari 2017 valt het eerstelijnsverblijf onder de zorgverzekeringswet en kan de indicatie door de huisarts gesteld worden. De ELV-regeling voor 2017 is op papier een hele goede mogelijkheid om na HAP- of SEH-bezoek vervolgzorg te bieden. Echter zal de komende periode in kaart moeten worden gebracht hoe de werkwijze zal zijn en of er voldoende bedden capaciteit is.

Momenteel is onze regio Twente-Oost Achterhoek opgedeeld in drie regio's (regio Oost Achterhoek, regio Enschede e.o. en regio Almelo e.o.) waar allerlei werkoverleggen plaatsvinden. Er is de afgelopen maanden met ketenpartners in de 'acute' ouderenzorg kritisch naar de huidige werkafspraken gekeken en zijn eerste acties ingezet om de zorg te verbeteren. In deze regionale overleggen zijn vertegenwoordigd de regionale ziekenhuizen, huisartsenposten, vertegenwoordiging vanuit de dagpraktijk van de huisartsen, verpleeg/verzorgingshuizen, gemeenten en preferente zorgverzekeraar. In bijlage 2 vindt u per regio antwoorden op uw vragen over overlegstructuren en plannen (bijlage 2).

Proactieve eerstelijns ouderenzorg

Regionale zorggroepen hebben de afgelopen jaren met preferente zorgverzekeraar Menzis afspraken gemaakt over een proactieve integrale ketenaanpak in de ouderenzorg binnen segment 3 van de huisartsenzorg. Middels een proactieve integrale ketenzorg wordt beoogd de vraag naar hoger complexe zorg te verminderen.

In principe is de huisartsenpost de spiegel van de dagzorg: is het overdag in de reguliere zorg door de huisarts niet goed geregeld, dan heeft dit direct weerslag op de zorg in de avond en het weekend. Regel je het overdag goed, proactief, dan zullen er minder crisisopnamen van ouderen zijn in de spoedzorg. Veel huisartsenpraktijken hebben het afgelopen jaar geïnvesteerd in het opzetten van een geriatrisch netwerk en hebben door middel van casefinding in kaart gebracht welke ouderen kwetsbaar zijn. Voor iedere kwetsbare oudere heeft de huisarts samen met de oudere of mantelzorger een individueel zorgplan opgesteld en een casemanager (vaak praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige) aangewezen. Indien nodig, bijvoorbeeld bij achteruitgang, wordt de zorg rondom de kwetsbare oudere besproken in een multidisciplinair overleg. De huisarts is verantwoordelijk voor de uitvoering van de cure. Van personen en instanties die actief zijn binnen de ouderenzorg (ouderenadviseur, welzijnsmedewerker, thuiszorg, specialist ouderengeneeskunde, paramedici als de fysiotherapeut, de ergotherapeut etc.) wordt verlangd dat zij hun aandeel in de zorg aan ouderen inpassen wanneer dit nodig is.

Geriatrisch expertise team

De medisch specialistische zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie wordt primair geleverd door de huisartsen. Wanneer de zorgzwaarte de huisarts-geneeskundige zorg overstijgt, is expertise van een specialist ouderengeneeskunde (SO) noodzakelijk. Overstijgt de zorgvraag van de patiënt de algemene huisartsenzorg en bevindt de vraag zich op het expertisegebied van de SO, dan kan de SO de specifiek medische zorg leveren.

In Twente wordt gestart met een pilot 'Geriatrisch expertise team' waarbij de SO door de huisarts geconsulteerd kan worden voor kwetsbare ouderen met complexe problematiek waarbij de zorgvraag op de voorgrond staat en waarbij ziekenhuisbezoek niet gewenst is. Door de beperkte beschikbaarheid van SO in onze regio, is gekozen om binnen de ANW-uren met name in de piekuren op de huisartsenpost een SO beschikbaar te hebben voor complexe zorgvragen van ouderen.

Beschikbaarheid gespecialiseerd personeel ouderenzorg

Problematiek binnen de ouderenzorg in de regio ligt deels ook in de beschikbaarheid van specialisten ouderengeneeskunde en het praktijkondersteuners ouderenzorg (POH-O verpleegkundige niveau 5) die voor de ouderenzorg ingezet kunnen worden. Er zijn momenteel veel vacatures die niet opgevuld kunnen worden.

We hopen u hiermee voorlopig voldoende geïnformeerd te hebben. U zult uiterlijk mei 2017 informatie over de voortgang en ingezette acties vanuit onze regio ontvangen.

Met vriendelijke groet,

C.B. (Bas) Leerink
Voorzitter ROAZ

Bijlagen: 2

Bijlage 1: Instroom ouderen in acute zorg Twente-Oost Achterhoek

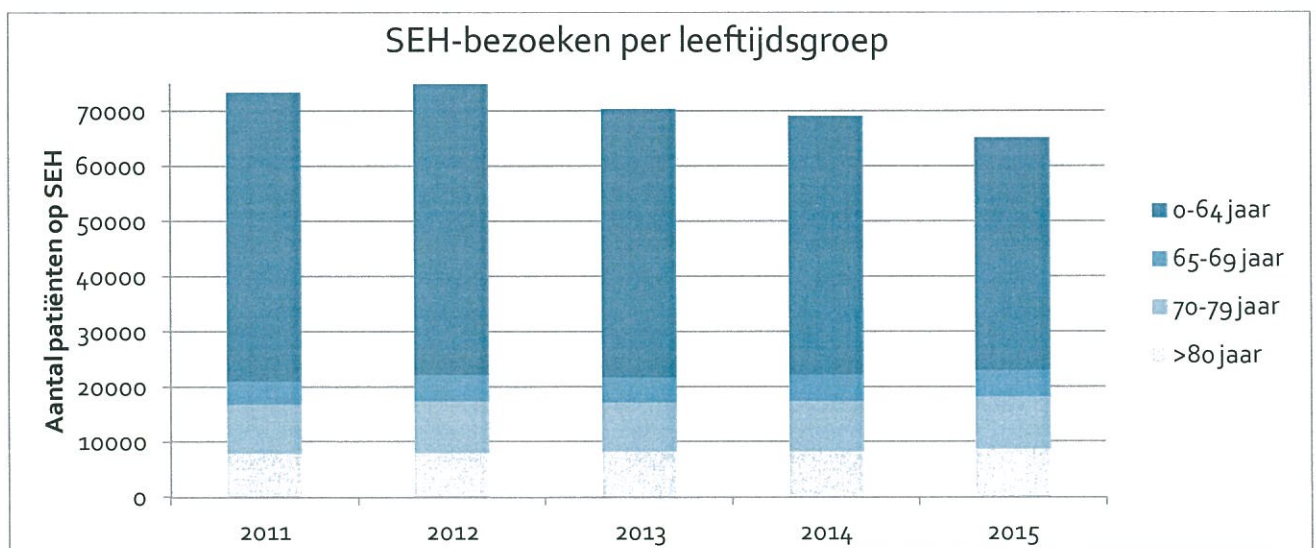
Bijlage 2: Werkoverleggen m.b.t. ouderen in acute zorg per regio.

Bijlage 1: Instroom ouderen in acute zorg Twente-Oost Achterhoek

Spoedeisende hulpen

Instroomcijfers SEH in regio Twente-Oost Achterhoek							
	2011 (n)	2012(n)	2013 (n)	2014(n)	2015(n)	2015 vs.2011	Toename/daling
0-64 jaar	52408	52815	48747	47027	42293	-10115	-19,3%
65-69 jaar	4195	4740	4554	4756	4844	649	+15,5%
70-79 jaar	8856	9317	8861	9042	9371	515	+5,8%
>80 jaar	7956	8075	8256	8324	8736	780	+9,8%
Totaal	73415	74947	70418	69149	65244	-8171	-11,1%
65+	21007	22132	21671	22122	22951	1944	+9,3%
% 65-69	5,7%	6,3%	6,5%	6,9%	7,4%		
% 70-79	12,1%	12,4%	12,6%	13,1%	14,4%		
% >80	10,8%	10,8%	11,7%	12,0%	13,4%		
% 65+	28,6%	29,5%	30,8%	32,0%	35,2%		

Het totaal aantal patiënten dat op de SEH wordt gezien is in 2015 ten opzichte van 2011 met -11,1% afgenomen. Het aantal bezoeken van 65-plussers is in die zelfde tijd toegenomen met 9,3%. Dit terwijl de vergrijzing laat zien dat het aantal 65-plussers in Nederland in deze periode met t 15.8% is toegenomen en in onze regio Twente- Oost Achterhoek met 14.2% Dit relatief gezien maken in onze regio juist minder 65-plussers gebruik van de SEH dan 5 jaar geleden.

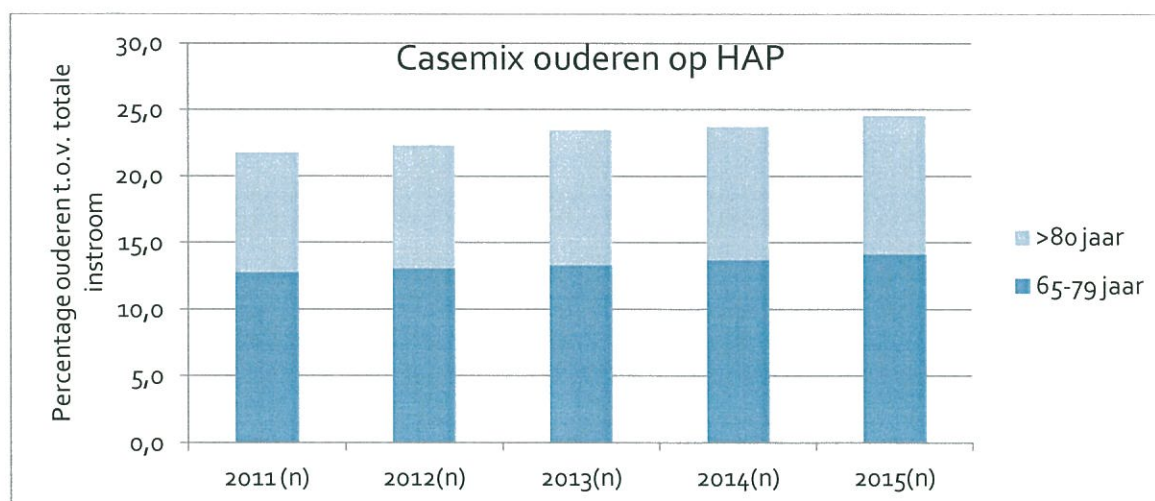
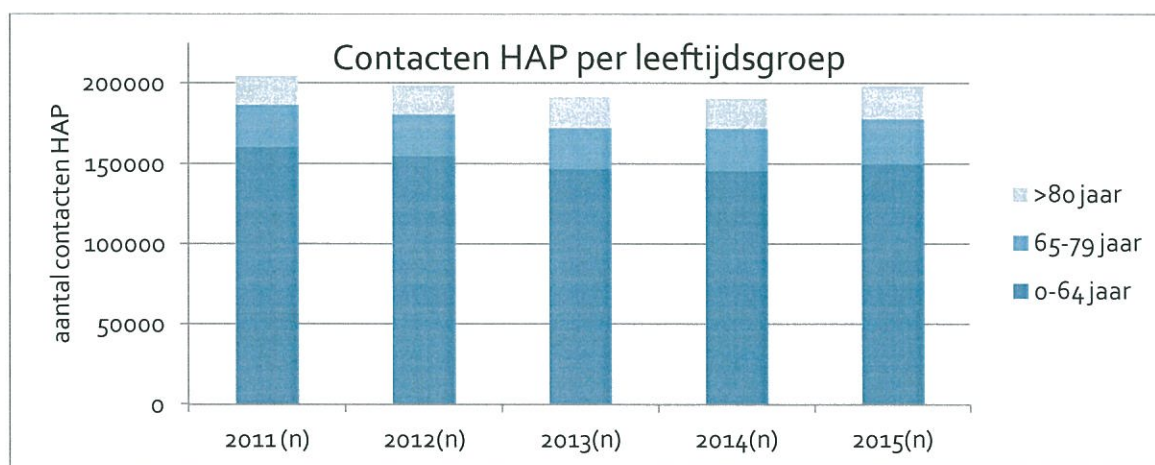


De populatie is echter wel veranderd; het percentage ouderen is toegenomen. In 2011 was 28.6% van het aantal patiënten 65+, in 2015 is dit gestegen tot 35,2% van het totaal. Dit zien we echter ook aan de percentages in de regionale populatie.

Huisartsenposten

Instroomcijfers HAPSregio Twente-Oost Achterhoek							
	2011 (n)	2012(n)	2013 (n)	2014(n)	2015(n)	2015 vs. 2011	Toename/daling
0-64 jaar	160252	154406	146524	145453	149611	-10641	-6,6%
65-79 jaar	26170	25945	25520	26072	27973	1803	6,9%
>80 jaar	18492	18427	19524	19236	20762	2270	12,3%
Totaal	204914	198778	191568	190761	198346	-6568	-3,2%
%65+	21,8%	22,3%	23,5%	23,8%	24,6%		
%>80 jaar	9,0%	9,3%	10,2%	10,1%	10,5%		

Het totaal aantal patiënten dat op de HAP wordt gezien is in 2015 ten opzichte van 2011 met -3,2% afgenomen. Wel is er in 2015 een behoorlijke stijging (4%) te zien aan het aantal patiënten ten opzichte van het jaar ervoor. Ook hier is populatie veranderd; het percentage ouderen is toegenomen. In 2011 was 21.8% van het aantal patiënten 65+, in 2015 is dit gestegen tot 24.6% van het totaal. Door de extramuralisering blijven meer ouderen onder hoofdbehandelaarschap van de huisarts en zijn daardoor in ANW-uren aangewezen tot de huisartsenpost.



Gegevens per huisartsenpost

HAP Almelo		2011 (n)	2012(n)	2013 (n)	2014(n)	2015(n)
0-64 jaar		48434	46471	43556	44924	46669
65 t/m 69 jaar		2370	2382	2561	2709	2977
70 t/m 79 jaar		5199	4907	4810	4780	5110
>80 jaar		5120	5274	5262	5591	6258
totaal		61123	59034	56189	58004	61014
65+		12689	12563	12633	13080	14345
%65+		20,8%	21,3%	22,5%	22,6%	23,5%
HAP Hengelo		2011 (n)	2012(n)	2013(n)	2014(n)	2015(n)
0-64 jaar		29160	27711	26726	26322	27022
65 t/m 69 jaar		1577	1597	1481	1486	1612
70 t/m 79 jaar		3384	3223	3053	3124	3381
>80 jaar		3799	3749	4019	3714	3867
totaal		37920	36280	35279	34646	35882
65+		8760	8569	8553	8324	8860
%65+		23,1	23,6	24,2	24,0	24,7
HAP Oldenzaal		2011 (n)	2012(n)	2013(n)	2014(n)	2015(n)
0-64 jaar		17710	16957	15601	14459	14587
65 t/m 69 jaar		1063	1117	1136	1107	1171
70 t/m 79 jaar		2126	2154	1927	1977	2119
>80 jaar		2088	2165	2316	2160	2286
totaal		22987	22393	20980	19703	20163
65+		5277	5436	5379	5244	5576
%65+		23,0	24,3	25,6	26,6	27,7
HAP Enschede		2011 (n)	2012(n)	2013(n)	2014(n)	2015(n)
0-64 jaar		40694	40132	38529	38102	39350
65 t/m 69 jaar		2070	2265	2331	2364	2376
70 t/m 79 jaar		4071	3934	3968	4017	4481
>80 jaar		4326	4240	4786	4636	4983
totaal		51161	50571	49614	49119	51190
65+		10467	10439	11085	11017	11840
%65+		20,5	20,6	22,3	22,4	23,1
HAP oost-achterhoek		2011 (n)	2012(n)	2013 (n)	2014(n)	2015(n)
0-64 jaar		24254	23135	22112	21646	21983
65-79 jaar		4310	4366	4253	4508	4746
>80 jaar		3159	2999	3141	3135	3368
totaal		31723	30500	29506	29289	30097
65+		7469	7365	7394	7643	8114
%65+		23,5	24,1	25,1	26,1	27,0

Bijlage 2: Werkoverleggen m.b.t. ouderen in acute zorg per regio.

Regio Oost Achterhoek

Binnen de regio Oost-Achterhoek is er een overlegtafel met de diverse zorgaanbieders. De regio is overzichtelijk waardoor de zorgaanbieders elkaar kennen. Het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk heeft een Medische Commissie, waar ook de huisartsenzorg een duidelijke plaats in neemt. De huisarts krijgt tijdens de ANW-uren regelmatig met crisissituaties (o.a. ouderen) te maken. Er is o.a. een crisis telefoonnummer waarmee thuiszorg en/of V&V aanbieders bereikt kunnen worden. Komend jaar willen we de werkafspraken rondom overdracht, verpleegtechnische handelingen en acute situaties nog verder verbeteren.

Samen met zorgverzekeraar Menzis werken we aan het samenwerkingsproject populatiegerichte zorg in Oost-Achterhoek. Samenhang in de zorg moet leiden tot een geïntegreerd zorgaanbod, dat aansluit op de behoefte van de populatie.

Ketenpartners in de regio Oost-Achterhoek zijn: Sensire, Buurtzorg, Livio, Careaz, Marga Klompé en Azora. Een aantal thuiszorgorganisaties overweegt hun afzonderlijke thuiszorgonderdelen samen te voegen in een nieuw op te richten organisatie. Op deze manier kan er efficiënter worden gewerkt en zijn er minder aanspreekpunten. Nachtzorg en specialistische zorg zijn gemakkelijker te organiseren.

Regio Enschede e.o

In oktober is een regionaal overleg gestart over het onderwerp eerstelijnsverblijf (ELV). Reden hiervoor is dat deze regeling per 2017 gaat veranderen, waarbij de huisarts deze zorg gaat indiceren. ELV kan vanuit 3 situaties worden ingezet: patiënt is thuis, patiënt is op de SEH en hoeft niet te worden opgenomen in het ziekenhuis, patiënt gaat na klinische opname met ontslag. Op dit moment (2016) kan ELV nog niet worden ingezet vanaf de SEH omdat er eerst een indicatie nodig is van CIZ en dat duurt gemiddeld zo'n 2 dagen. Waar op dit moment wel gebruik van gemaakt kan worden op de SEH is de somatische- en de pg-crisisregeling. Hiervoor is 7x24 uur een mogelijkheid om patiënten hiervoor aan te melden en te plaatsen. Grote nadeel van deze regeling is dat patiënten als een WLZ-indicatie (verpleeghuisindicatie) moeten hebben. En dit geldt voor de meeste patiënten niet.

De ELV-regeling 2017 is op papier een hele goede mogelijkheid na onderzoek/diagnose/behandeling op de SEH vervolgzorg te geven. Echter, in praktijk verwachten we wel wat problemen. Belangrijkste hiervan zijn:

- neemt de huisarts/HAP de verantwoordelijkheid voor regelen ELV na verblijf op SEH snel over?
- veel regelwerk voor de huisarts die een plek moet gaan zoeken.
- zorgen over 7x24 uur mogelijkheid om patiënten op ELV-bed (hoog- en laagcomplex) te plaatsen
- door verzekeraars ingekochte capaciteit ELV-bedden is naar verwachting veel te laag, waardoor er vaak geen plek zal zijn op een ELV-bed;
- snelle beschikbaarheid van vervoer (bv zorgambulance) ;
- verpleeg- en verzorgingshuizen hebben geen idee/gevoel dat ze onderdeel uitmaken van een acute zorgketen en zijn daar ook niet op ingesteld.

In het regionale overleg zijn vertegenwoordigd: MST, HAP, Huisarts dagsituatie (via vertegenwoordiger kring), verpleeg/verzorgingshuizen die in de regio Enschede-Noordoost-Twente ELV-bedden hebben o.a. Carint, Livio, De Posten, Zorggroep Manna. In deze groep zal met name de inhoudelijke werkwijze voor 2017 worden uitgewerkt. Daarnaast wordt een regionaal management overleg over ELV gepland waarin naast bovenstaande vertegenwoordigers ook gemeente Enschede, Menzis en het ROAZ participeren.

De regionale werkgroep is momenteel de praktische werkwijze aan het voorbereiden zodat per 1 januari helder is wie, wat, wanneer doet als er behoefte is aan een ELV-bed. De betrokken vertegenwoordigers van de huisartsen/HAP koppelen dit weer terug naar hun achterban. Na de start per 1 januari 2017 zal deze groep nog een aantal keer bij elkaar komen om de dagelijkse praktijk te monitoren.

Regio Almelo e.o.

In regio Almelo is er de afgelopen maanden kritisch gekeken naar de bestaande werkafspraken in de regio m.b.t. crisis bij kwetsbare ouderen (PG, somatiek en psychiatrie). Momenteel wordt daar de SEH beoordeeld door geriater/SEH-arts/ medisch specialist of er sprake is van een somatische aandoening die klinische behandeling behoeft. Geen opname betekent in die regio een terugverwijzing naar eigen huisarts (binnen kantooruren) of naar de huisartsenpost (binnen ANW-uren). Indien de patient meer zorg nodig heeft dan de huidige situatie geboden wordt zoekt men contact met

1. Een zorgorganisatie voor voorbereiding thuiszorg of voor somatische of psycho-geriatrie opname in een verpleeghuis (o.a. Trivium Meulebelt Zorg, Caring Reggeland en Zorgaccent). De verpleeghuizen zijn verantwoordelijk voor een adequate noodbeddenregeling en voldoende capaciteit van crisisopvangplaatsen.
2. De crisisdienst van de GGZ-instelling (Dimence of Mediant) wanneer psychiatrische opname noodzakelijk is.

Bovengenoemde werkwijze blijkt niet altijd werkbaar; het duurt lang om een beschikbare en geschikte plaats te vinden. Met de komst van de nieuwe regeling van ELV-bedden beoogt men in de regio een andere aanpak. Vanaf januari zal er een transferpunt komen, een bureau dat 24 uur per dag bereikbaar is via een centraal telefoonnummer. Omdat ouderenzorg complex is -er is vaak sprake van multimorbiditeit - zal er per patiëntengroep (PG, Somatiek, ELV laag-hoog complex, palliatief) worden gekeken welk soort bed er voor welk 'soort' patiënt nodig is. In januari zal in een werksessie met alle ketenpartners een flowchart/afspraken worden gemaakt. Ouderenadviseurs worden geschoold in de triage en zullen aan de hand van telefonische triage bij het transferpunt de juiste plek voor de oudere zoeken. Ook in regio Almelo e.o. zal de dagelijkse praktijk gemonitord worden en waar nodig geoptimaliseerd.