

**Datum** 12 mei 2017  
**Uw kenmerk** 1002963-1539940-CZ  
**Ons kenmerk** br-jp-cs-bl-201706  
**Contactpersoon**  
**Onderwerp** Acute Zorg in Twente en Oost-Achterhoek

Aan het ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Geachte mevrouw Schippers,

In de kamerbrief van 5 oktober 2016 vraagt u ROAZ-Euregio om deze maand een terugkoppeling te geven over de ontwikkelingen in de aanpak acute zorgketen in de regio Twente en Oost-Achterhoek. Naar aanleiding van uw brief op 18 november 2016 hebben wij u medio december een eerste terugkoppeling gegeven waarbij we voornamelijk de nadruk hebben gelegd op de gevraagde problematiek door toename van (kwetsbare) ouderen binnen de acute zorg.

#### **Toegankelijkheid Acute Zorg**

Vooralsnog zijn in onze regio geen problemen in de toegankelijkheid van de acute zorg. De door de Nederlandse Zorgautoriteit uitgevraagde stops, gebaseerd op het Acuut Zorgportaal over de toegankelijkheid van acute zorg zijn niet van toepassing in onze regio. In de regio's waar dit portaal gebruikt wordt, ziet de meldkamer een stop en wordt een ambulance verzocht de patiënt naar een ander ziekenhuis te vervoeren dan het dichtstbijzijnde, geschikte ziekenhuis. Dit is niet de werkwijze die we binnen ROAZ-Euregio hanteren; regionaal is afgesproken dat er geen opvangstops kunnen zijn en de acute zorg altijd toegankelijk is. Een maatregel waarbij het ziekenhuis gesloten is voor de opvang van gestabiliseerde patiënten voor alle specialismen kan alleen in een uitzonderlijke (nood)situatie afgekondigd worden. Een ziekenhuis dient altijd toegankelijk te zijn voor de opvang van niet stabiele patiënten die per ambulance worden aangeleverd. Wel zijn er in het afgelopen jaar, door de toenemende spoedstroom in de ziekenhuizen, meer selectieve (bepaald specialisme) en enkele totale opnamestops geweest. Maar ook dan is er geen sprake van een opvangstop van SEH/traumacentrum en worden patiënten daar eerst opgevangen, gestabiliseerd en, wanneer opname noodzakelijk is, wordt door de medisch specialist beoordeeld of overplaatsing verantwoordelijk is. Zo niet, wordt er intern beddencapaciteit gecreëerd, eventueel door overplaatsing van een reeds opgenomen patiënt. In geval van een (dreigende) opnamestop dienen de ziekenhuizen dit volgens regionale procedure te communiceren in de regio en de capaciteit in de regio te inventariseren.

Ons uitgangspunt is dat de regionale ziekenhuizen verantwoordelijk zijn voor de beschikbaarheid van bedden voor spoedopnames. Afzeggen van electieve OK-programma's kan bijdragen aan deze beschikbaarheid. Capaciteit is namelijk een integraal samenspel van zowel de spoedstroom, het electieve programma alsmede de beschikbare arbeidscapaciteit. Wel geven de ziekenhuizen aan dat naast (dreigende) opnamestops ook andere belangrijke capaciteitsinformatie zoals tests, onderhoud en beddensluitingen i.v.m. tekort aan arbeidscapaciteit, tijdig actiever met elkaar gedeeld kunnen worden.

Ondanks dat de toegankelijkheid van acute zorg (nog) niet in het geding is ervaren de ketenpartners wel een toenemende drukte in hun werkzaamheden. Tot op heden wordt aangegeven dat deze toenemende drukte de kwaliteit van zorg niet in geding brengt. De oorzaken van de toenemende drukte worden in deze brief geschetst met daarbij de aanpak of oplossingsrichtingen die worden gezocht.

Dat er gezamenlijk naar oplossingen wordt gezocht is belangrijk. Regio Twente en Oost-Achterhoek zijn een van de meest vergrijzende en 'ongezonde' regio's van Nederland. En net als in de rest van Nederland zet ook hier de vergrijzing door, hetgeen betekent dat het aandeel ouderen de komende jaren zal groeien.

#### **Toenemende (vergrijzende) instroom**

We rapporteerden medio december dat het aantal patiënten dat op de spoedeisende hulpen (SEHs) in 2015 werd gezien met ruim 11% was afgenomen ten opzichte van 2011. Inmiddels laten de cijfers van 2016 en het eerste kwartaal 2017 zien dat de spoedstroom stijgende is. Deze cijfers zeggen niet veel over de toenemende drukte, aangezien de zorgzwaarte niet wordt gemeten. Zoals eerder benoemd is de populatie veranderd; het percentage 65-plussers is gestegen van ongeveer 28 procent in 2011 tot ruim 36 procent in 2017. Deze veroudering van de populatie betekent indirect meer complexere zorgvragen; volgens een landelijke inventarisatie van Vektis leidt SEH bezoek bij ouderen tot meer opnamen en een langere verpleegduur in de ziekenhuizen.

### Toegenomen ervaren drukte huisartsen(posten).

In onze regio is de ervaren werkdruk tijdens de ANW-diensten hoog. Met name de drukte die wordt ervaren tijdens de consultdiensten ligt hoger dan landelijk (zie tabel 1).

		Twente	Landelijk
Weekenddiensten	Hoge werkdruk	31%	39%
	Zeer hoge werkdruk	60%	53%
Avonddiensten	Hoge werkdruk	60%	51%
	Zeer hoge werkdruk	24%	20%

In de regio Twente verkoopt 61% van de huisartsen ANW-diensten met als meest benoemde reden (78%) dat de diensten te zwaar zijn. Als oorzaken van de toegenomen drukte op de huisartsenposten (HAP's) wordt het hoge aantal niet-acute patiënten (83%), een verschuiving van dagzorg naar de HAP (67%), maar ook het toegenomen aantal patiënten (64%) en patiënten met een complexere zorgvraag (62%) genoemd. Opvallend is dat de complexere zorgvraag veel vaker als reden wordt benoemd dan in het rest van het land (52%). Bekend is dat de burgers in Twente en Oost-Achterhoek op verschillende gezondheidsaspecten slecht scoort; risicofactoren van veel spoedzorgindicaties en chronische ziekten zoals overgewicht, hoge bloeddruk, hoog cholesterol, hoog alcoholgebruik en roken zijn meer aanwezig. Er zijn diverse samenwerkingsverbanden in de regio's geïnitieerd met als doel de burgers gezonder en vitaler te krijgen.

De huisartsenpost is de spiegel van de dagpraktijk: is het in de dagsituatie niet goed geregeld, dan heeft dit direct weerslag op de zorg in de avond en weekend en vice versa. Door de transitie in de zorg is de grens tussen zorg voor ouderen in de thuisituatie en verpleeghuiszorg flink aan het vervagen. Dit betekent dat ouderen, die voorheen -gezien hun zorgzwaarte, maar merendeels ook gezien de ernst en complexiteit van hun medische problematiek - in het verzorgings- of verpleeghuis zouden zijn opgenomen, nu thuis verblijven en onder de verantwoordelijkheid van de huisarts vallen. Daarnaast neemt ook - door het huidige ziekenhuisbeleid dat gericht is op sneller ontslag- de zorgvraag onder ouderen toe. Aangezien Twente en Oost-Achterhoek in een hoog tempo vergrijzen, de bevolking zich kenmerkt door een relatief lager inkomen en opleidingsniveau en grotere kans heeft op een sociaal isolement door de plattelandsomgeving, is getracht een vraaggericht en samenhangend zorgconcept te ontwikkelen om voor iedere medische kwetsbare oudere en de oudere met complexe zorgproblemen, proactief, samenhangende zorg en/of begeleiding te bieden. De Twentse zorggroepen zijn jaren geleden begonnen met een proactieve integrale aanpak voor ouderen met de huisarts als regisseur waarbij wordt beoogd de vraag naar hoger complexe zorg te verminderen door vroegherkenning van kwetsbaarheid en tijdige behandeling. Echter komt dit door beperkte beschikbare middelen, o.a. tekort aan praktijkondersteuners voor de ouderenzorg, nog niet optimaal van de grond. In de Oost-Achterhoek zijn naast de eerste lijn en wijkverpleegkundige zorg ook het WMO-loket van gemeenten en ziekenhuiszorg actief betrokken bij deze integrale aanpak.

De vergrijzing en transitie zorgen dat ook in de dagsituatie een toenemende zorgvraag en werkdruk ervaren wordt waar de huisartsenpraktijken moeizaam op anticiperen. Landelijk is men voornemens daarom de normpraktijken te verkleinen. Aangezien het aantal ouderen met een complexe zorgbehoefte in de thuisituatie nog flink zal toenemen, vergt verdere versterking van de eerste lijn prioriteit en wordt regionaal gekeken hoe dit het best ingevuld kan worden. Momenteel zijn al diverse strategieën ontwikkeld, zoals een expertisecentrum/team geriatrie om de eerste lijn te ondersteunen bij complexe zorgvragen.

### Regionale arbeidscapaciteit

Door de toename van de complexiteit van de zorgvraag die ervaren wordt neemt de druk op de arbeidscapaciteit in de (spoed)zorg toe. Indien mogelijk hebben afdelingen/specialismen in de ziekenhuizen en andere zorginstellingen hier op geanticipeerd door de formatie te verhogen. Ook is er aandacht voor scholing en deskundigheidsbevordering op het gebied van geriatrie. Hoewel de vraag naar personeel toeneemt, blijkt het moeilijk om gespecialiseerde zorgprofessionals naar Twente en Oost-Achterhoek te krijgen. Dit wordt het meest ervaren in de regionale ziekenhuizen. Er is een tekort aan SEH-artsen. Hoewel actief geworven wordt, is het - met landelijk jaarlijks slechts een dertigtal opleidingsplekken en de kennis dat de meeste artsen na hun opleiding in het westen des lands aan de slag gaan - een illusie dat de komende jaren aan de regionale wens van 24/7 beschikbaarheid van SEH-artsen wordt voldaan.

Voor andere specialistische functies in de acute zorg (OK personeel, SEH- en IC-verpleegkundigen) is de regionale arbeidsmarkt eveneens aan het verslechteren. Niet enkel de patiëntenpopulatie veroudert ook de personeelsformatie vergrijsd, wat gevolgen heeft voor de inzetbare capaciteit. Oudere werknemers draaien geen nachtdiensten en bouwen hun contracten met persoonlijk levensfasebudget-uren af.. Vooral het beschikken over voldoende SEH-verpleegkundigen is op dit moment een probleem. Externe werving levert onvoldoende nieuwe medewerkers op, waardoor sommige ziekenhuizen genoodzaakt zijn dagelijks SEH-verpleegkundigen via externe bureaus in te huren. De regionale ziekenhuizen leiden momenteel extra verpleegkundigen (boventalig) op voor SEH, IC en OK en leiden meer in de breedte op door bijvoorbeeld verpleegkundigen de mogelijkheid te bieden om de opleidingen SEH/IC gecombineerd te volgen. Hiermee wordt een poule gecreëerd van breed inzetbare verpleegkundigen voor de acute zorg. Verder is met betrekking tot SEH- en IC-verpleegkundigen de doorstroom van verpleegkundigen naar de ambulancevoorzieningen een aandachtspunt. Ambulancediensten werven hun personeel onder verpleegkundigen die op de SEH of IC werken; enkele jaren ervaring in de acute zorg is namelijk een vereiste. Er wordt momenteel door ambulancezorg en ziekenhuizen gezamenlijk gekeken naar mogelijke oplossingen om verpleegkundig personeel beter in te zetten binnen de regionale acute zorg, om de krapte in capaciteit op te lossen. Dit zal eveneens een positief effect kunnen hebben op de onderlinge samenwerking tussen de ketenpartners.

Binnen de psychiatrie ondervinden de GGZ-instellingen dat bepaalde disciplines toenemend schaars worden. Dit geldt met name voor de beschikbaarheid van psychiaters. GGZ-instellingen proberen dit het hoofd te bieden door zelf op te leiden en kritisch en creatief te kijken naar inzet/opleiden van goede alternatieve disciplines

#### **Knelpunten in door- en uitstroom naar passend vervolgzorg**

Regionaal worden knelpunten ervaren in de doorstroming en/of uitstroming bij ontslag uit de SEH of het ziekenhuis, alsmede direct vanuit de eerste lijn naar passend vervolgzorg " waarbij de patiënt vaak een tijdelijk intramurale zorgvraag heeft. In elke subregio vindt structureel overleg plaats met vertegenwoordigers van o.a. huisartsen(posten), SEH's en transferafdelingen van ziekenhuizen, VVT-instellingen en preferente zorgverzekeraar Menzis om dit probleem aan te pakken. Deze overleggen hebben er inmiddels toe geleid dat alle subregio's werkwijzen hebben ontwikkeld en inzicht hebben in de (meeste) beschikbare bedden in de vervolgzorg - of plannen om deze op korte termijn te realiseren. Dit kan zijn d.m.v. een centraal telefoonnummer waarbij de zorgverlener ook wordt geholpen bij het indiceren of via een website. Gekeken gaat worden of dit - nu het subregionaal geregeld is - samengevoegd en geoptimaliseerd kan worden.

De vraag naar volgbedden in de herstellzorg m.n. het eerstelijns verblijf (ELV) is op dit moment in diverse subregio's groter dan het aanbod, waardoor de patiënten, veelal ouderen, de doorstroom in de keten stagneren of op de 'verkeerde' plek terecht komen. Door stagnatie van uitstroom naar de herstellzorg, verschuift het probleem van het einde van de keten naar voren. Vooral begin dit jaar was vanuit huisartsen(posten) en SEH's onvoldoende doorstroom mogelijk van patiënten die geen medisch specialistische zorg nodig hadden, maar wel geïndiceerd waren voor herstellzorg in het ELV. Wanneer er geen volgbedden beschikbaar zijn, belanden deze patiënten uiteindelijk op de SEH waar men — doordat de patiënt niet naar de thuissituatie terug kan keren — genoodzaakt is de patiënt op te nemen. Dit zorgt in de ziekenhuizen voor problemen in de capaciteit -waardoor het noodzakelijk was patiënten buiten de regio op te laten nemen.

De beschikbare basiscapaciteit in ELV is door VVT-instellingen gemaakt op basis van de huidige inkoopafspraken die door preferente zorgverzekeraar gebaseerd zijn op de productie in 2015 Nu de vraag naar ELV is toegenomen is het huidige budget naar verwachting voor de zomer op.

De preferente zorgverzekeraar die actief betrokken is bij de subregionale overleggen is zich ervan bewust dat op basis van de huidige vraag, zeker naar ELV hoogcomplex, onvoldoende is ingekocht. Men zoekt echter naar een toekomstbestendige oplossing en wil daarom eerst op basis van de eerste declaraties van 2017 kijken naar het gebruik van ELV en complementaire zorg zoals geriatrische revalidatiezorg (GRZ), WLz-(crisis)bedden en inzet van thuiszorg om te bepalen hoe de zorg doelmatiger kan worden georganiseerd.

Een groot knelpunt blijkt namelijk de triage naar passend vervolgzorg- zeker in de acute fase. Door gebrek aan patiënteninformatie vanuit premorbide fase, is het voor zorgverleners —die slechts een momentopname hebben- lastig een beslissing te maken over waar de patiënt op de juiste plek zal zijn. Zeker nu het indicatiestellingsproces gewijzigd is, waardoor laagdrempeliger gekozen kan worden voor ELV, wordt vaak eerst geïndiceerd voor ELV. Achteraf blijkt dat een aanzienlijk deel toch in aanmerking komt voor WLz of binnen enkele dagen overlijdt.

Regionaal is samen met zorgprofessionals en medische inhoudelijke experts gekeken hoe dit geoptimaliseerd kan worden, zodat de patiënt zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek (bed) krijgt.

Mogelijke oplosrichtingen zijn betere informatieregistratie -niet enkel medisch (cure), maar ook zorginformatie (care) en informatieoverdracht tussen de schakels in de keten zodat er meer context is om een goede beslissing te nemen. Daarnaast wordt aangegeven dat de organisatie in de VVT-instellingen voor de (herstel)zorg geoptimaliseerd en geïnnoveerd kan worden.

De intentie is aanwezig om dit regionaal met elkaar te verbeteren. Echter lijkt het probleem niet enkel regionaal oplosbaar. Mede door de verschillende financieringsstromen en beleidsregels (Zvw, WLz en WMO) en indicatiestellingen voor de "hersteltzorg" zijn er momenteel perverse prikkels en praktische belemmeringen aanwezig die er voor zorgen dat de zorg niet optimaal ingeregeld kan worden.

### **Ziekenhuiszorg gericht op ouderen**

Het merendeel van de regionale ziekenhuizen heeft het keurmerk seniorvriendelijk ziekenhuis. Dat wil zeggen dat deze ziekenhuizen de zorg en voorzieningen aantoonbaar hebben aangepast aan de wensen en behoeften van (kwetsbare) ouderen. Dit betekent o.a. dat er in deze regionale ziekenhuizen extra aandacht uitgaat naar de ontvangst van kwetsbare ouderen op de SEH en het voorkomen van onnodige opnames. Bij de patiënten die binnenkomen op de SEH en ouder zijn dan 70 jaar vindt er een risicoscreening plaats op kwetsbaarheid en / of functieverlies. Bij een verhoogd risico wordt het geriatrisch team betrokken bij het behandelplan. Bij een besluit dat ziekenhuisopname niet nodig is, maar dat er wel tijdelijk een plek nodig is waar de oudere patiënt kan herstellen heeft de SEH actuele werkafspraken met andere zorgaanbieders in de regio die de oudere de juiste zorg, o.a. geriatrische revalidatiezorg kunnen leveren.

Het Centrum voor Ouderen in ZiekenhuisGroep Twente locatie Almelo is een inspirerend voorbeeld van ziekenhuiszorg voor ouderen. In dit centrum staan kwetsbare ouderen centraal en werken vier verschillende specialismen (Geriatric, Geriatrische Traumatologie, Neurologie en Psychiatrie) samen met paramedische disciplines zoals fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtik om innovatieve en kwalitatieve topzorg te bieden met als doel dat kwetsbare ouderen zo gezond mogelijk terugkeren naar hun eigen woonomgeving.

Onlangs heeft onderzoek uitgewezen dat het geïntegreerde orthogeriatrische behandelmodel van de Geriatrische Traumatologie tot minder complicaties, heropnames en sterfte leidt en dat de patiënten op korte en lange termijn beter herstellen en meer zelfredzaam zijn.

Ook na ontslag vanuit de regionale ziekenhuizen zijn er diverse initiatieven— zoals bijvoorbeeld een transmurale zorgbrug waarbij er warme overdracht is van ziekenhuis naar wijkverpleging bij kwetsbare ouderen.

Kortom, er zijn voldoende aanleidingen, aanknopingspunten en oplossingsrichtingen om de toenemende drukte binnen de acute zorg -deels veroorzaakt door de vergrijzende populatie- aan te pakken en toekomstbestendig in te richten. Door de integraliteit van ouderenzorg is dit een grote uitdaging, maar gezien de proactieve samenwerking in de regio tussen de verschillende disciplines zeker niet onoverkomelijk.

We hopen u hiermee voorlopig voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

C.B. (Bas) Leerink  
Voorzitter ROAZ-Euregio