



Regiobeeld Acute zorg Limburg

Managementsamenvatting - pag. 3**1. Inleiding ROAZ-beeld Limburg – pag. 8****2. Kenmerken van de regio Limburg - zorggebruik en/of vraag - pag. 11**

- a) Demografie
- b) Geografische kenmerken
- c) Gezondheidskenmerken
- d) Sociale determinanten
- e) Ingangsklachten in relatie tot demografie
- f) Ontwikkelingen arbeidsmarkt
- g) Patiëntenstromen (in-, door-, uitstroom)

3. Acute zorg in de regio (per sector) - zorgaanbod - pag. 43

- a) Acute zorgketens in de ROAZ-regio
- b) Acute huisartsenzorg
- c) Ambulancezorg en MMT
- d) Spoedeisende Hulpen incl. specifieke voorzieningen
- e) Acute verloskunde
- f) Acute GGZ
- g) Onplanbare wijkzorg
- h) Verpleeghuisverwijzing in relatie tot acute zorg
- i) Farmaceutische spoedzorg
- j) Medisch specialistische revalidatie

4. Regionale samenwerking - pag. 80

- a) Welke regionale samenwerkingen/pilots/initiatieven bestaan al in de regio?

5. Conclusies ROAZ-beeld - pag. 82

- a) Wat zijn de conclusies vanuit het ROAZ-beeld?

6. Belangrijkste knelpunten en vervolgstappen naar ROAZ-plannen - p. 84

- a) Knelpunten met betrekking tot complexiteit van de zorgvraag
- b) Knelpunten met betrekking tot in-, door- en uitstroom in de acute keten
- c) Knelpunten met betrekking tot inzet van middelen en faciliteiten
- d) Knelpunten in randvoorwaarden voor acute zorg

Managementsamenvatting

Ondanks krimpende bevolking, wordt door vergrijzing en een ongezonde leefstijl de acute zorgvraag complexer

Gedurende dit onderzoek is informatie bij verschillende bronnen verzameld om een accuraat beeld te schetsen van het acute zorglandschap in de ROAZ-regio Limburg. Hiervoor zijn o.a. gegevens verzameld over demografische en sociaaleconomische indicatoren. Middels een vijftal focusgroepen met ketenpartijen uit de verschillende subregio's en een aantal verdiepende interviews is aanvullende informatie verzameld over de verwachte zorgvraag, het aanbod en de huidige en voorziene knelpunten in de acute zorgketen.

Hfst. 2

Verwachte zorgvraag

Doordat het aandeel **ouderen** binnen de ROAZ-regio 4% harder **stijgt** dan in de rest van Nederland, zullen de ingangsklachten in de acute keten verschuiven naar **vaak voorkomende klachten bij ouderen**.

Opvallend is de relatief **ongezondere levensstijl** binnen de regio, terwijl de levensverwachting bij geboorte sneller toeneemt dan landelijk.

De **totale populatie** binnen ROAZ-Limburg **daalt** voor 2040 met bijna 6% (1,12 miljoen naar 1,05 miljoen), wat te verklaren is door de vergrijzende populatie die minder kinderen krijgt.

Hfst. 3

Verwacht zorgaanbod

SEH's en HAP's zijn voor een groot deel van de regio **goed te bereiken** als het gaat om reistijd.

Door **tekort aan personeel** in de acute zorgketen blijft het aanbod onder druk staan.

Om een accuraat beeld te schetsen van het aanbod in de regio, zal **verdiepend onderzoek** uitgevoerd moeten worden.

Hfst. 6

Thema's in knelpunten

De **complexiteit** van de zorgvragen in de acute zorgketen **neemt toe**.

De **in-, door- en uitstroom** in de acute zorgketen loopt op verschillende plekken om verschillende redenen **vast**.

Een deel van de **middelen worden inefficiënt ingezet**. Om een beter beeld te krijgen over verdeling van de inzet van middelen en faciliteiten is **maatwerkonderzoek** nodig per type faciliteit en per regio.

Een aantal **randvoorwaarden** is niet goed geregeld om de keten optimaal te laten samenwerken (arbeid, data, financiering & leiderschap)

De geïnventariseerde knelpunten leiden tot 4 thema's

1

Op zowel strategisch, tactisch als operationeel niveau zijn middels focusgroepen partijen die betrokken zijn bij de acute zorgketen, bevraagd om de knelpunten die zij ervaren in de keten te benoemen. Er is specifiek gevraagd naar knelpunten die niet binnen één organisatie van invloed zijn, maar knelpunten die de hele of een deel van de keten beïnvloeden.

2

Op basis van de opgehaalde knelpunten in de focusgroepen zijn vier thema's geïdentificeerd.

1

Complexiteit van de zorgvraag in de acute keten

2

In-, door- en uitstroom in de acute keten

3

Inzet van mensen en middelen in de acute keten

4

Randvoorwaarden als arbeidsmarkt, bekostiging, financiering en leiderschap

3

In stap 3 is gepoogd de knelpunten verder (kwantitatief) te onderbouwen met data. Dit is echter lastig gebleken in verband met een lage beschikbaarheid van data. De openbaar beschikbare data is onvoldoende toereikend om knelpunten te onderbouwen. De analyse wordt (waar nodig) tijdens de planfase in samenwerking met de betrokken organisaties nader uitgewerkt.

Demografische en overige ontwikkelingen leiden tot knelpunten binnen vier verschillende thema's

Onderstaand zijn de conclusies per thema van knelpunten weergegeven. De knelpunten zijn aangeleverd door de betrokken organisaties tijdens focusgroepen en verdiepende interviews. Na een prioritering zal een aantal van de onderstaande knelpunten in het ROAZ-plan aangepakt worden.

1

Knelpunten rondom complexiteit van de acute zorgvraag

Op basis van de conclusies uit het ROAZ-beeld is op te maken dat de knelpunten met betrekking tot complexiteit van de patiënten in de acute keten nu al aanwezig zijn, maar in de komende 15 jaar nog sterker gaan worden. Met name de groter wordende groep oudere inwoners zullen de acute instroom laten toenemen. Daarnaast zorgt de relatief ongezonde leefstijl van Limburgers voor veel mensen met overgewicht, dat meer maar ook complexere acute zorgvragen oplevert. Ook komen patiënten met niet-medische klachten steeds vaker op de HAP terecht. Dit probleem speelt in alle subregio's binnen Limburg. Dit knelpunt speelt niet alleen bij de HAP's, maar ook bij enkele VVT-instellingen .

2

Knelpunten rondom in-, door- en uitstroom

De in-, door- en uitstroom in de acute keten staat onder druk. Vanuit de inzichten in het ROAZ-beeld is dit met name kwalitatief te duiden. De data laat zien dat het aantal spoedzorgvragen in het ziekenhuis de komende jaren toe gaat nemen, weliswaar minder snel dan landelijk. Het aantal huisartsconsulten tijdens de ANW-uren blijft nagenoeg gelijk tot aan 2030 en neemt dan af. Een relatief lage telefonische bereikbaarheid wordt door enkele HAP's als knelpunt ervaren. Dit kan ertoe leiden dat patiënten zich op een andere wijze zich tot de acute zorg wenden, waardoor de instroom niet op de juiste manier plaatsvindt. Daarnaast ervaren alle subregio's SEH-stops. Ook geven alle subregio's aan knelpunten te zien in de doorstroom van patiënten in de keten. Dit wordt veelal veroorzaakt door een gebrek aan inzicht in capaciteit.

Demografische en overige ontwikkelingen leiden tot knelpunten binnen vier verschillende thema's (2)

3

Knelpunten rondom inzet van mensen en middelen

Uit de gesprekken met betrokken partijen komt naar voren dat per subregio druk op acute faciliteiten verschillend worden ervaren en dat deze over de tijd ook varieert. Om een beter beeld te krijgen over verdeling van de inzet van middelen en faciliteiten is maatwerkonderzoek nodig per type faciliteit en per subregio. Alle ziekenhuizen hebben aangegeven onderzoek te willen doen naar de invulling van SEH's in de regio. Daarnaast hebben de dienstapotheken aangegeven dat de belasting in enkele subregio's tijdens ANW-uren erg laag is, waardoor nader onderzoek nodig is om te zien of het efficiënter ingericht kan worden. Rondom het voldoen aan de multitraumazorgnormen worden reeds plannen geschreven. Het behoud van de multitraumazorg in de regio en het daarmee het Level-1 centrum wordt door alle betrokken partijen als essentieel ervaren.

4

Knelpunten rondom randvoorwaarden voor acute zorg

De arbeidsmarktkrapte blijft de komende jaren aanwezig en treft direct de acute zorg in alle subregio's. Het ROAZ beeld laat dit ook zien (p. 36 & 37). Uitdagingen als gevolg van knelpunten in gegevensuitwisseling, bekostiging en financiering zijn moeilijker in kaart te brengen in het ROAZ-beeld, maar vormen wel belemmeringen in het uitwerken van verschillende oplossingen. Tenslotte dienen de leiders binnen de verschillende betrokken organisaties hun verantwoordelijkheid te pakken. Er zal over de grenzen van de eigen subregio en organisatie heen nagedacht moeten worden om tot duurzame oplossingen te komen. De noodzaak hiervoor wordt in elke regio ervaren.

Prioritaire opgaven voor de komende periode

De ROAZ-regio Limburg heeft reeds de opgaven voor de komende periode met elkaar kunnen prioriteren. Dit maakt dat we als regio in het derde kwartaal direct van start kunnen gaan met het opstellen van de plannen op onderstaande thema's. In eerste instantie is besloten te focussen op een aantal onderwerpen binnen de thema's in-, door- en uitstroom en de inzet van mensen en middelen. Daarnaast worden de opgaven rondom zorgcoördinatie en multitrauma verder vormgegeven. Binnen de projecten rondom al deze onderwerpen wordt rekening gehouden met randvoorwaarden omtrent arbeidsmarkt, leiderschap en gegevensuitwisseling. Daarnaast worden in de betrokken projectgroepen alle relevante perspectieven, waaronder het burgerperspectief, meegenomen. Onderstaand is per prioritaire opgave een korte uitleg gegeven.

2

In-, door- en uitstroom



Zorgcoördinatie

Invulling geven aan zorgcoördinatie om de patiëntenstromen zo optimaal mogelijk te kunnen stroomlijnen in de regio

3

Inzet van mensen en middelen



Spoedeisende hulpen

De regio onderzoekt de optimale invulling van de SEH's in de regio



Huisartsenposten

De regio onderzoekt optimale in beschikbaarheid en bereikbaarheid van de HAP's.



Multitrauma

Invulling geven aan multitraumanormen, om multitraumazorg te kunnen blijven waarborgen in de regio.

4

Randvoorwaarden: arbeidsmarkt, leiderschap en data- en gegevensuitwisseling

Aanleiding

Dit document laat op gestructureerde wijze zien hoe het ROAZ-beeld Limburg er anno 2023 uit ziet

Aanleiding & vraag

In het IZA is opgenomen dat elk ROAZ een regiobeeld en regioplan voor de acute zorg zal opstellen dat beschrijft op welke wijze de regio invulling geeft aan de transities uit het IZA. Het ROAZ-beeld besteedt in elk geval aandacht aan de volgende vier onderwerpen:

1. (Verwachte) zorggebruik en/of zorgvraag
2. (Verwachte) zorgaanbod
3. Regionale samenwerking
4. Conclusies op basis van het ROAZ-beeld

Aan de hand van het opgestelde ROAZ-beeld kan vervolgens een ROAZ-plan worden geformuleerd. Het ROAZ-plan bestaat uit twee delen:

1. ROAZ-opgaven: een handvol prioritare transformatieopgaven wordt geformuleerd.
2. ROAZ-afspraken: er worden concrete, meetbare en bindende resultaat-afspraken gemaakt met de regionale zorgpartijen, waar concreet op kan worden gestuurd.

Definitie acute zorg

In dit ROAZ-beeld is acute zorg gedefinieerd zoals de NZa en VWS dit doen. 'Acute zorg betreft zorg die zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen.'

Onze aanpak

De focus van het onderzoek lag bij het creëren van inzichten op basis waarvan invulling gegeven kon worden aan het ROAZ-beeld en uiteindelijk het ROAZ-plan voor ROAZ Limburg. Om ervoor te zorgen dat deze specifiek waren voor de regio en concrete handvatten boden, was de focus van de aanpak tweeledig. Enerzijds werd een zo objectief mogelijk beschrijvend beeld gegeven, van minimaal de opsomming zoals weergegeven in de criteria voor de ROAZ-beelden zoals geformuleerd door VWS (gepubliceerd in januari 2023). Anderzijds werd dit onderzoek zo specifiek mogelijk gemaakt door de identificatie van knelpunten zoals ervaren door samenwerkingspartners in de regio.

Het beschrijvende beeld is opgesteld door middel van desk research en het houden van verdiepende interviews. Aan de hand van dit onderzoek is een beeld gevormd van de verwachte zorgvraag, het verwachte zorgaanbod en de regionale samenwerking.

De identificatie van regio-specifieke knelpunten is gedaan door een vijftal focusgroepen te organiseren met alle betrokken zorgorganisatie in de subregio. Dit heeft geresulteerd een uitgebreide lijst met knelpunten, die vervolgens in thema's zijn ingedeeld. Er is getracht om al deze knelpunten zowel kwantitatief als kwalitatief uitvoerig te onderbouwen, maar hier bleken te weinig bronnen voor beschikbaar te zijn. Na een uitvraag bij verschillende partijen gedaan te hebben, is nagenoeg geen extra informatie aangeleverd. Dit leidt ertoe dat in de ROAZ-planfase nog verdiepend onderzoek naar een aantal knelpunten nodig is.

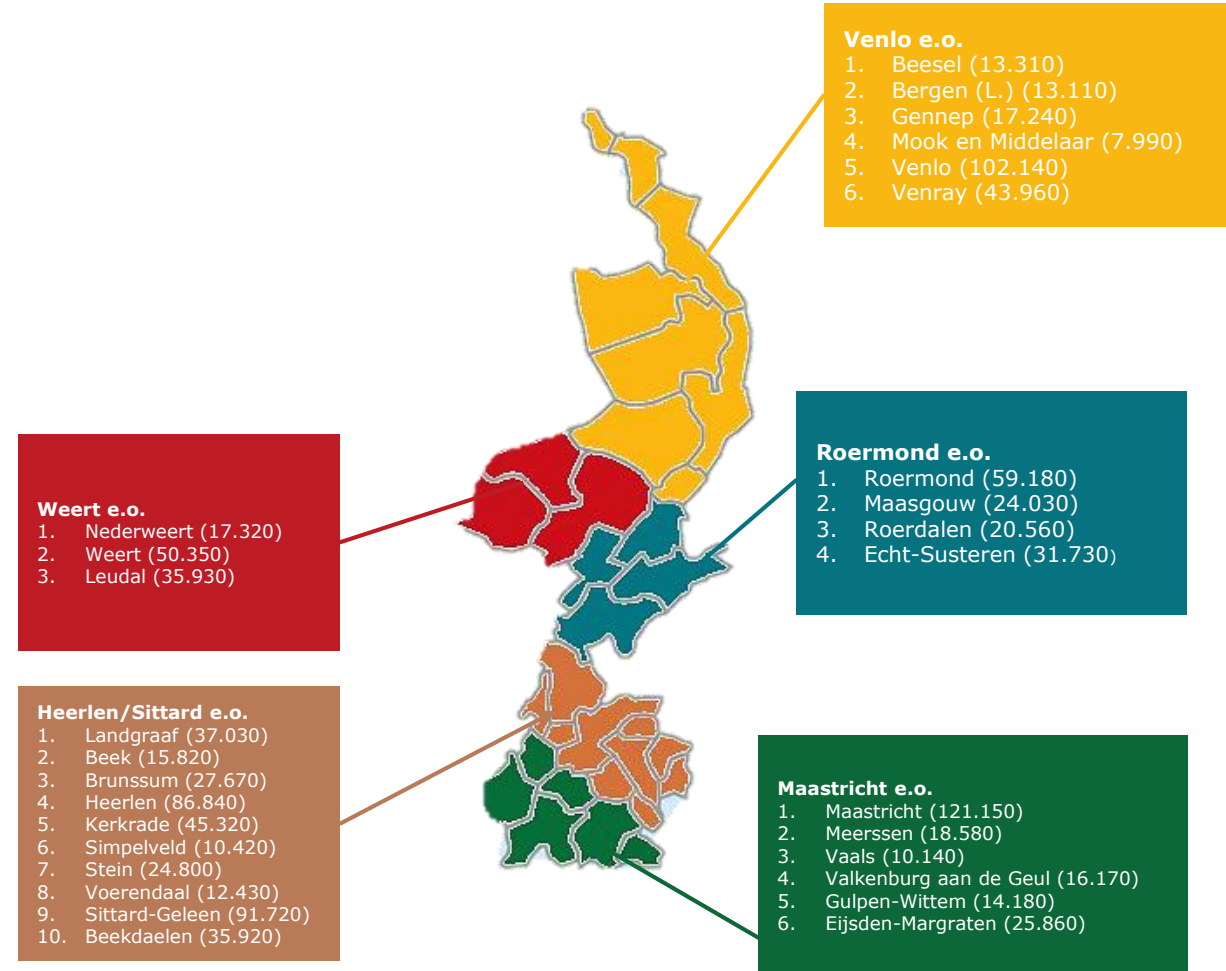
De toekomst

Na het opleveren van het ROAZ-beeld start de plan-fase. In deze fase worden op basis van het ROAZ-beeld knelpunten geprioriteerd en geselecteerd voor verdere uitwerking in het ROAZ-plan. Aan verschillende thematafels zal gezocht worden naar oplossingen voor deze knelpunten. Deze oplossingen worden vervolgens samengebracht in het ROAZ-plan, waarna (waar mogelijk) transformatiegelden aangevraagd worden.

ROAZ-regio Limburg

Binnen het ROAZ Limburg zijn op dit moment meerdere tientallen ketenpartners betrokken bij de inrichting van de acute zorg. Bovenstaande geeft in het kort de complexiteit van het landschap weer waarbinnen het ROAZ acteert.

Naast de complexiteit voortkomend uit het aantal betrokken partijen, heeft het ROAZ Limburg te maken met vijf subregio's. Deze regio-indeling wordt in de regio veel gebruikt, maar is geen leidende indeling. Zo bestaan ook de veiligheidsregio's Noord en Zuid. De vijf subregio's zijn op een aantal gebieden zeer verschillend van elkaar. Waar de data beschikbaar is worden deze verschillend inzichtelijk gemaakt in dit rapport. Onderstaand zijn de subregio's weergegeven, met daarbij de gemeenten per subregio en de inwonersaantallen (CBS, 2022).



Ketenpartners ROAZ-regio Limburg

Overzicht van samenwerkingspartners

In de afbeelding hieronder wordt een aantal van de samenwerkingspartners van het ROAZ Limburg/NAZL weergegeven.



Noot: overzicht ketenpartners zoals op: [Partners](#) | [NAZL](#) | [Netwerk Acute Zorg Limburg](#)

Leeswijzer

In hoofdstuk twee worden de belangrijkste kenmerken die invloed hebben op de verwachte zorgvraag van de ROAZ-regio Limburg besproken. In hoofdstuk drie wordt ingegaan op het verwachte zorgaanbod in de regio. Hoofdstuk vier beschrijft de bestaande regionale samenwerkingen rondom de acute zorg in de regio Limburg. Hoofdstuk vijf formuleert de conclusies voor het ROAZ-beeld op basis van hoofdstuk drie, vier en vijf. Tenslotte worden in hoofdstuk zes de belangrijkste knelpunten en vervolgstappen naar het ROAZ-plan uiteengezet.

2. Kenmerken van de regio Limburg

(Verwacht) zorggebruik en/of vraag

Subinhoud

- a) Demografie
- b) Geografische kenmerken
- c) Gezondheidskenmerken
- d) Sociale determinanten
- e) Ingangsklachten in relatie tot demografie
- f) Ontwikkelingen arbeidsmarkt
- g) Patiëntenstromen (in-, door-, uitstroom)

Subinhoud

- a) Bevolkingsopbouw
- b) Kinderen en levensverwachting
- c) Leeftijdsopbouw

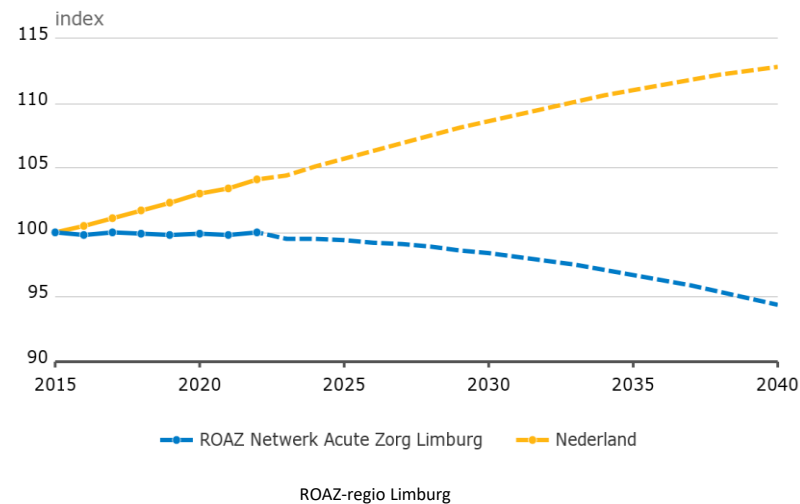
Demografie

De ROAZ-regio Limburg telt in 2022 1.118.310 inwoners, maar neemt tot 2040 af in tegenstelling tot landelijk

De ROAZ-regio Limburg telde 1.118.310 inwoners in 2022. Dit aantal neemt de komende jaren af waarbij het aantal inwoners in 2040 geschat wordt op 1.055.100, wat ruim 5,5% lager ligt. Deze ontwikkeling is tegengesteld aan de ontwikkeling in Nederland, waar in dezelfde tijdperiode de bevolking met 12% groeit. Deze demografische trend vormt de basis voor veel trends in verwachte zorgvraag, maar ook in het aanbod. Ondanks de afname in bevolkingsaantal, is de verwachting niet dat de zorgvraag af zal nemen. Het zorgaanbod kan afnemen omdat de beroepsbevolking ook kleiner zal worden. Dit heeft te maken met de ouder wordende bevolking, wat verderop in dit hoofdstuk besproken wordt.

Bevolkingsontwikkeling

Gebaseerd op Bevolkingsstatistiek, CBS i.c.m. Primos-prognose (ABF Research).

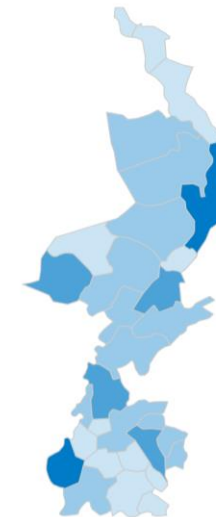


Totale bevolking ROAZ regio in 2022

Gebaseerd op Bevolkingsstatistiek, CBS; bewerkt door RIVM.

Aantal

- < 20.000
- 20.000 - 50.000
- 50.000 - 100.000
- 100.000 - 500.000
- > 500.000
- Geen gegevens



De grafiek links toont de trend in het aantal inwoners van de ROAZ-regio Limburg.

De rechter kaart toont de totale bevolking van de ROAZ-regio Limburg in 2022. Het betreft in totaal 1.118.310 personen. De kaart toont de verschillende gemeenten in de regio.

De levensverwachting is in Limburg lager dan Nederland, dit verschil is de afgelopen jaren kleiner geworden

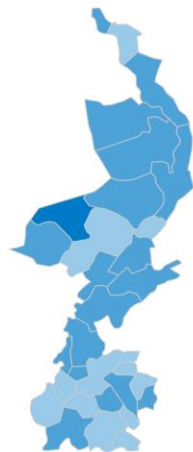
In de ROAZ-regio Limburg worden minder kinderen geboren, wanneer dit vergeleken wordt met Nederland. Mogelijk is dit het gevolg van de relatief oudere populatie in de regio. Het verschil met landelijk is de afgelopen jaren ook groter geworden. Dit draagt bij aan de afname in de totale bevolking. Het verschil in levensverwachting tussen Nederland en Limburg is in de laatste 20 jaar afgenomen en loopt nu vrijwel gelijk aan elkaar.

Aantal geboren kinderen in 2021*

Gebaseerd op Bevolkingsstatistiek, CBS; bewerkt door RIVM.

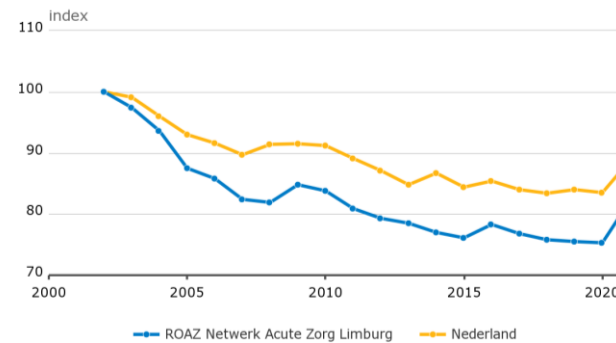
Aantal per 10.000

- < 60
- 60 - 80
- 80 - 100
- 100 - 120
- > 120
- Geen gegevens



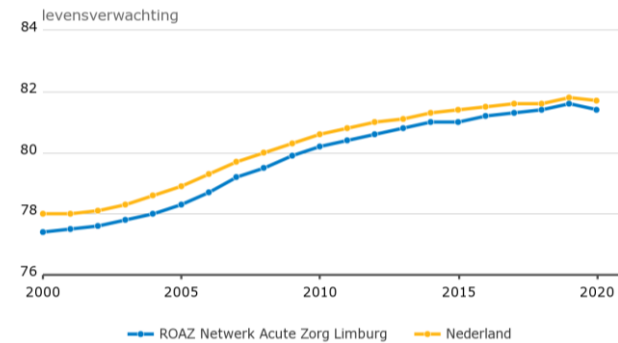
Trend in geboren kinderen*in 2021

Gebaseerd op Bevolkingsstatistiek, CBS; bewerkt door RIVM.



Levensverwachting bij geboorte in 2021

Gebaseerd op Bevolkingsstatistiek, CBS; bewerkt door RIVM.



De kaart linksboven toont het aantal levend geboren kinderen per 10.000.

De grafiek in het midden toont de trend in het absolute aantal geboorten in Limburg vanaf 2002, in vergelijking met Nederland. Hierbij is het jaar 2002 als index genomen, waarna de procentuele veranderingen voor de jaren daarna weergegeven zijn.

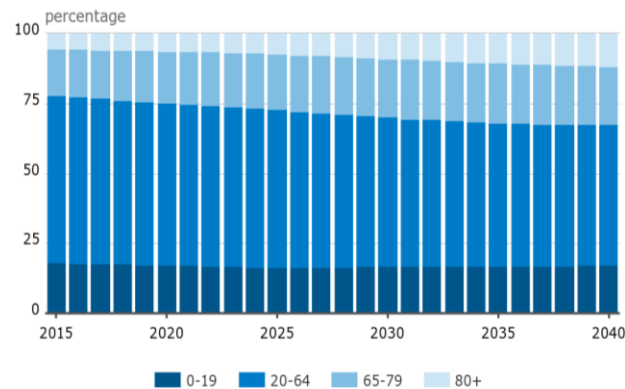
De grafiek rechtsboven toont de levensverwachting bij geboorte in Limburg en Nederland.

* CBS spreekt van 'levend geboren kinderen'.

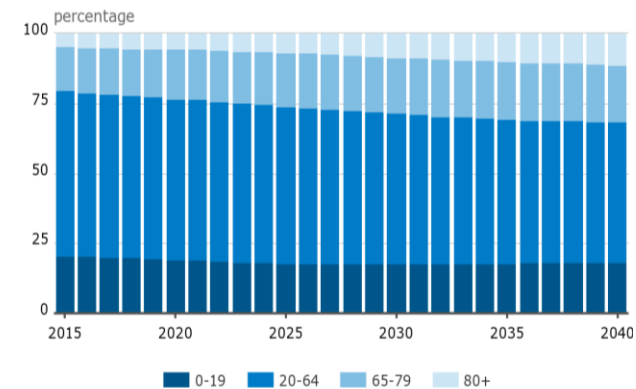
Limburg kent een relatief groot aandeel ouderen, waardoor vergrijzing een grote impact heeft op beroepsbevolking

Het aantal mensen in de leeftijdscategorie 20-68 neemt in de komende 15-20 jaar af van 56% naar 50%, waardoor de beroepsbevolking afneemt, en dus ook het aanbod in zorgpersoneel afneemt.

Leeftijdopbouw Veiligheidsregio Zuid-Limburg in 2022
 Gebaseerd op Bevolkingsstatistiek, CBS i.c.m. Primos-prognose (ABF Research).



Leeftijdopbouw Veiligheidsregio Noord-Limburg in 2022
 Gebaseerd op Bevolkingsstatistiek, CBS i.c.m. Primos-prognose (ABF Research).



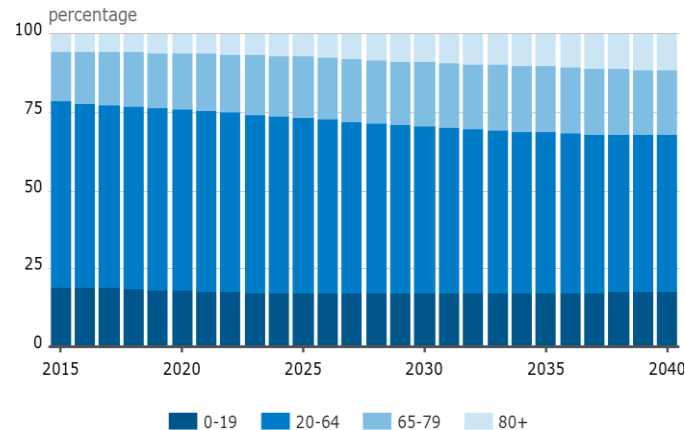
De grafieken tonen de trend in de leeftijdsopbouw in de veiligheidsregio's van Limburg, op basis van de krimp en groei van vier leeftijdscategorieën. De cijfers geven een toekomstprojectie vanaf 2022 op basis van de prognoses van de bevolkingsontwikkeling gemaakt door Primos-prognose, ABF Research.

Het aantal mensen wat 80 jaar of ouder is in Limburg zal in de komende 15-20 jaar verdubbelen

De komende 15-20 jaar zal het aantal mensen dat 80 jaar of ouder is bijna verdubbelen in de ROAZ-regio Limburg. Daarnaast neemt de groep met een leeftijd tussen de 65 en 80 jaar ook een aantal procentpunten toe. Dit zal ertoe leiden dat zowel de reguliere, als de acute zorgketen met een hogere zorgvraag te maken gaan krijgen.

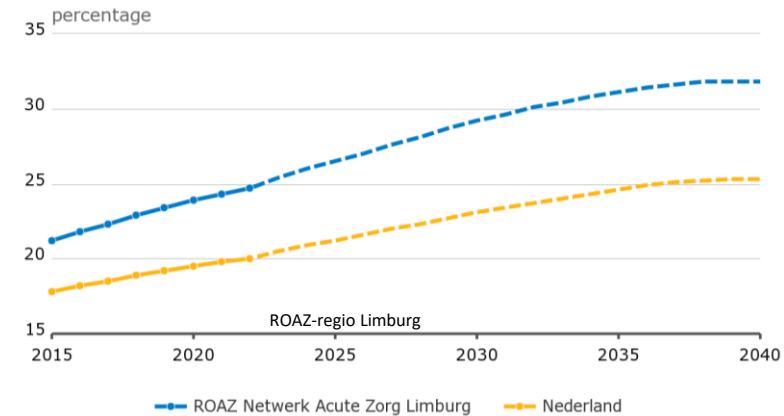
Leeftijdopbouw ROAZ Limburg in 2022

Gebaseerd op Bevolkingsstatistiek, CBS i.c.m. Primos-prognose (ABF Research).



Percentage 65 jaar en ouder

Gebaseerd op Bevolkingsstatistiek, CBS i.c.m. Primos-prognose (ABF Research).



De grafiek linksboven toont de leeftijdsopbouw van in de ROAZ-regio Limburg in 2022.

De grafiek rechtsboven toont het percentage van de bevolking wat ouder is dan 65 jaar.



Subinhoud

- a) Uitleg geografische kenmerken



Geografische kenmerken



De geografische kenmerken van de regio vertalen zich in de bereikbaarheid, nabijheid en toegang van acute zorg

Informatie over bereikbaarheid acute zorg

Gebaseerd op meerdere bronnen

De criteria van het ROAZ-beeld geven aan dat de geografische kenmerken van de regio vervlochten zijn met het aanbod van de acute zorg. Zodoende kan deze informatie in dit hoofdstuk óf in hoofdstuk 3, wat over het aanbod van acute zorg gaat, gepresenteerd worden. Vooral informatie over de toegang en bereikbaarheid van bepaalde faciliteiten is erg afhankelijk van de geografische kenmerken van de regio.

In dit beeld is er voor gekozen om de informatie over de bereikbaarheid te weergeven in hoofdstuk 3. Hier is voor een aantal sectoren informatie over de bereikbaarheid, beschikbaarheid, nabijheid en toegang van acute zorg weergegeven. Uit hoofdstuk 3 blijkt dat acute zorgvoorzieningen in de regio Limburg goed bereikbaar zijn.

Subinhoud

- a) Ervaren gezondheid
- b) Broze gezondheid en kans op depressie
- c) Levensstijl (roken, alcohol, sporten)

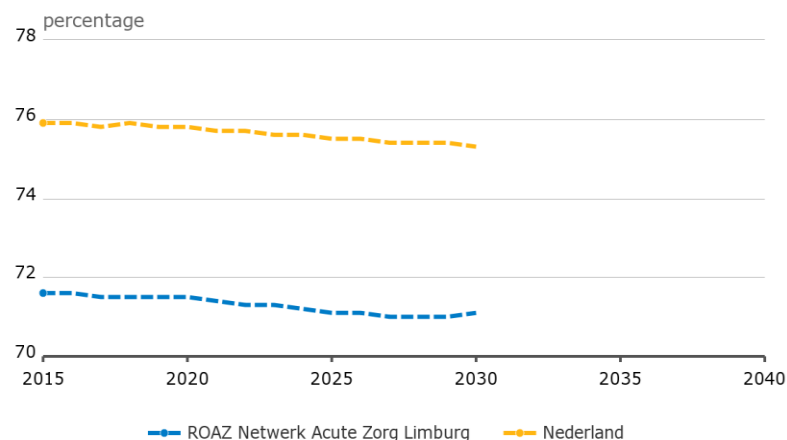
Gezondheidskenmerken

Het percentage inwoners dat een goede gezondheid ervaart gemiddeld bijna 4% lager dan in de rest van Nederland

In Noord-Limburg en Midden-Limburg is over het algemeen de ervaren gezondheid hoger dan in Zuid-Limburg.

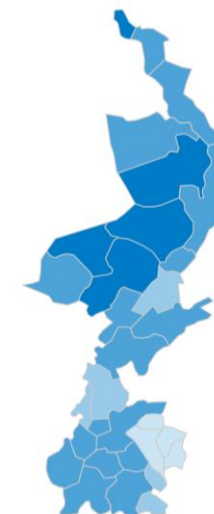
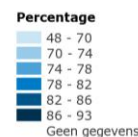
(Zeer) goed ervaren gezondheid grafiek

Gebaseerd op Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, RIVM.



(Zeer) goed ervaren gezondheid kaart

Gebaseerd op Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, RIVM.



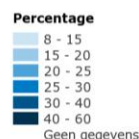
De grafiek linksboven toont het percentage personen van 20 jaar en ouder dat hun gezondheid als 'zeer goed' of 'goed' ervaart. De cijfers geven een toekomstprojectie vanaf 2016 op basis van de verwachte demografische ontwikkelingen in de regio. De kaart rechtsboven toont de verschillen in ervaren gezondheid binnen de regio.

In Limburg zijn grote subregionale verschillen in psychologische gezondheid waar te nemen

In Zuid-Limburg en Midden-Limburg ervaart een groter deel van de 65-plussers een broze gezondheid in het algemeen, waar op psychologisch domein dit aandeel nog groter is.

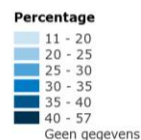
Broze gezondheid algemeen

Gebaseerd op Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020, GGD/CBS/RIVM



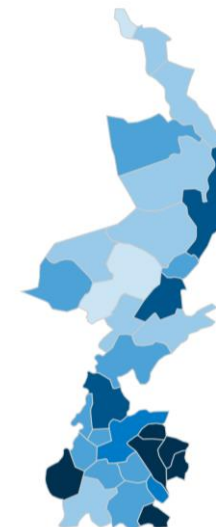
Broze gezondheid psychologisch domein

Gebaseerd op Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020, GGD/CBS/RIVM



Hoog risico op angst of depressie

Gebaseerd op Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020, GGD/CBS/RIVM



De kaart linksboven en in het midden tonen het aandeel mensen van 65 jaar en ouder met toenemende (psychologische) kwetsbaarheid. Bij een toenemende kwetsbaarheid is er sprake van een verminderde 'reservcapaciteit'. Daardoor kunnen kleine kwalen of, normaal gesproken, onschuldige incidenten, zoals een toevallige valpartij, eenvoudig uitgroeien tot grote gezondheidsproblemen. Deze maat is ontwikkeld door [Kleinenberg et al.](#)

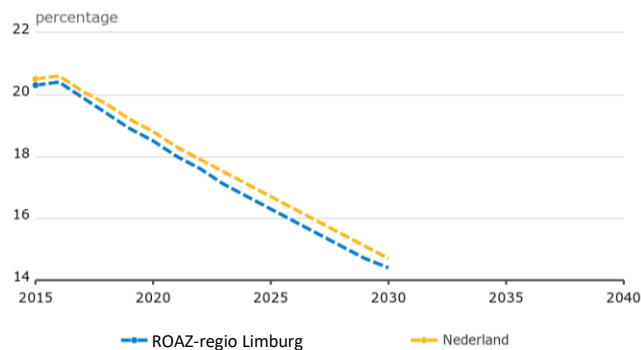
De kaart rechtsboven presenteert cijfers over hoog risico op een angststoornis of depressie onder personen van 18 jaar en ouder. Deze cijfers zijn gebaseerd op een veel gebruikte vragenlijst voor screening van angst en depressie (Kessler-10 vragenlijst). Daarin worden vragen gesteld over o.a. vermoeidheid, rusteloosheid en somberheid in de afgelopen vier weken.

In Limburg leven mensen ongezonder wanneer dit vergeleken wordt met Nederland

In Limburg roken mensen relatief veel en voldoen mensen relatief weinig aan de bewegingsrichtlijn. Dit maakt dat er veel mensen met overgewicht zijn in de regio. Een ongezonder leven leidt tot een hogere zorgvraag en -consumptie in gehele keten. Dit leidt ertoe dat de zowel de reguliere als de acute zorgketen met een hogere vraag om dient te gaan. Deze ongezonde levensstijl komt ook duidelijk naar voren in de regiobeelden van Noord-Midden Limburg en (vooral in) Zuid Limburg.

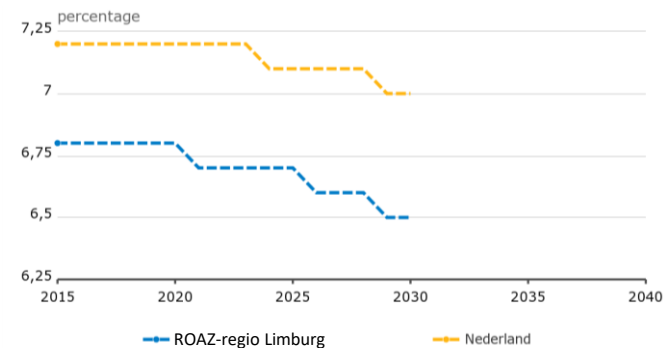
Roken (soms)

Gebaseerd op Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018, RIVM



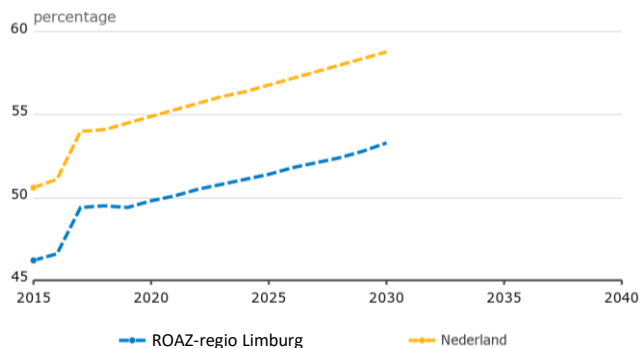
Overmatig alcoholgebruik

Gebaseerd op Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018, RIVM



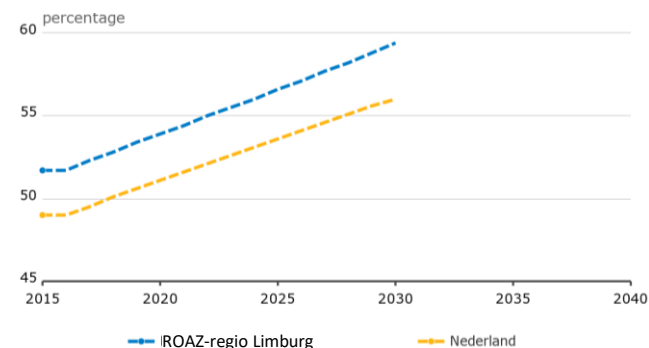
Voldoen aan de bewegingsrichtlijn

Gebaseerd op Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018, RIVM



Overgewicht (BMI > 25)

Gebaseerd op Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018, RIVM



De grafieken links- en rechtsboven weergeven de percentages rokers en overmatige alcoholgebruikers. De grafieken links- en rechtsonder weergeven de ontwikkelingen in de indicatoren 'voldoen aan de bewegingsrichtlijn' en 'overgewicht'. Alle grafieken vergelijken de ROAZ-regio Limburg met Nederland.

Subinhoud

- a) Sociaal economische status
- b) Inkomensverdeling en moeite met rondkomen
- c) Regie over leven en eenzaamheid
- d) Sociaal kapitaal

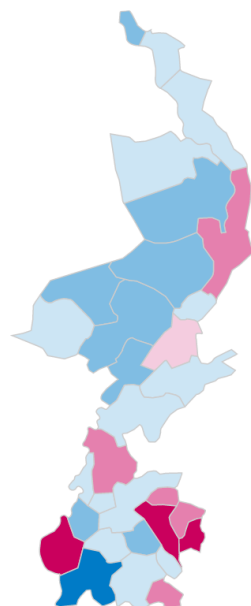
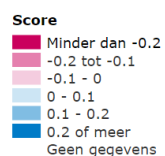
Sociale determinanten

De SES-score is in Zuid-Limburg lager dan in Midden-Limburg en Noord-Limburg, met grote onderlinge verschillen

Limburg kent verschillen in de SES-WOA score. Vooral de stedelijke gebieden kenmerken zich door een lage SES. In Zuid-Limburg zijn absoluut de meeste gemeenten met een lagere SES, maar ook in Noord-Limburg zijn gebieden langs de grens met een lagere SES.

SES-WOA score 2019

Gebaseerd op Inkomensstatistiek 2019, CBS



Deze kaart toont per gemeente in regio Netwerk Acute Zorg Limburg de gemiddelde sociaaleconomische status (SES-WOA). De SES-WOA score is voor het eerst bepaald door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS(Centraal Bureau voor de Statistiek)) op basis van gegevens over financiële welvaart (W), opleidingsniveau (O) en recent arbeidsverleden (A) van de huishoudens in de betreffende regio. Een hogere score reflecteert een hogere sociaaleconomische status.

Algemene tekst ten aanzien van causaliteit SES-score en zorggebruik*

Wat verstaan we onder sociaal economische status:

[De sociaal economische status \(SES\)](#) wordt bepaald op basis van opleiding, inkomen en positie op de arbeidsmarkt. De SES wordt gebruikt om sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) uit te drukken. SEGV zijn systematische verschillen in gezondheid en levensverwachting, afhankelijk van iemands positie in de maatschappij. 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 [regiobeeld.nl](#) wordt gesproken over de SES-WOA, beiden worden nu nog gebruikt.

Gezondheid en sociaal economische status

Inwoners met een lager opleidingsniveau, basisonderwijs of VMBO, [leven gemiddeld 15 jaar](#) in minder goed ervaren gezondheid dan inwoners met een HBO of universitaire opleiding. Daarnaast leven zij gemiddeld 4 jaar korter. Verder spelen sociale determinanten zoals leefstijl, armoede en woonomstandigheden een belangrijke rol bij de gezondheid.

Sociaal economische status en zorg

Zorggebruik

Uit de paper (Loef *et al*, 2021¹) over sociaal economische verschillen in zorggebruik blijkt dat lage opleidings- en inkomensgroepen 50-150% meer zorg gebruiken, afhankelijk van het type zorg. Deze verschillen zijn 74-91% lager na correctie voor gezondheid. Deze conclusie is vergelijkbaar met de conclusie uit het rapport in Kunst: variatie in zorggebruik voor bijna alle typen zorg naar inkomen en opleiding, wat grotendeels verklaard kan worden door een slechtere gezondheid. Hierdoor wordt de zorg (nog steeds) wel gebruikt op de plek waar deze het meest nodig is.

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van CBS microdata (persoonskenmerken en ses-maten inkomen en opleiding), de gezondheidsenquête (zorggebruik en gezondheid) en Vektis declaratiedata (zorgkosten). De aanleiding voor het paper was om de huidige sociaaleconomische verschillen in zorggebruik en uitgaven te updaten en te vergelijken met 2003 (uit het rapport van Anton Kunst, Johan Polder en Johan Mackenbach).

Daarnaast geeft het proefschrift *Mind the safety net Socioeconomic inequalities in out-of-hours primary care use* (Jansen, T. 2020²) meer inzicht in het gebruik van de HAP in relatie tot de SES. De studies in het proefschrift laten een consistente samenhang zien tussen HAP-gebruik en SES, met meer zorggebruik binnen ieder lagere trede in de SES-rangorde. Deze verschillen worden zowel voor het buurtniveau als op persoonsniveau aangetoond, daarbij is gebruik gemaakt van verschillende methoden om SES te operationaliseren.

Lage SES in relatie tot (chronische) ziekten

Bij inwoners met een lager opleidingsniveau, basisonderwijs of VMBO worden vaker (chronische) ziekten gezien dan bij inwoners met een HBO of universitaire opleiding. Zo zien we o.a.:

- Dat [angststoornissen](#), [depressie en stemmingsstoornissen](#), [COPD](#) en [Asthma](#), vaker voorkomen bij inwoners met een lager opleidingsniveau.
- Dat diabetes vaker voorkomen bij inwoners met alleen [basisonderwijs](#), [14,2% tegenover 2.5%](#) onder inwoners met een HBO of WO opleiding.
- Inwoners met een laag opleidingsniveau [2-3 keer vaker een hartinfarct](#) krijgen dan inwoners met een hoog opleidingsniveau.

Algemene afsluiting

De relatie tussen de sociaal economische status en het acuut zorggebruik is op basis van de beschikbare informatie niet direct te leggen. Wel laat de beschikbare informatie zien dat patiënten met een lage ses een hoger zorggebruik hebben dan patiënten met een hogere ses maar verklaard door een slechtere gezondheid. Hierdoor wordt de zorg (nog steeds) wel gebruikt op de plek waar deze het meest nodig is. Daarnaast dat mensen met een lage ses vaker gebruik maken van de HAP. Als laatste weten we dat mensen met een lager opleidingsniveau vaker bepaalde chronische ziekten hebben.

¹Bette Loef¹, Iris Meulman¹, Gerrie-Cor M. Herber¹, Geert Jan Kommer¹, Marc A. Koopmanschap^{1,2}, Anton E. Kunst³, Johan J. Polder^{1,4}, Albert Wong¹ and Ellen Uiters¹ (2021) Socio economic differences in healthcare expenditure and utilization in The Netherlands BMC Health Services Research (2021) 21:643 <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06694-9>

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

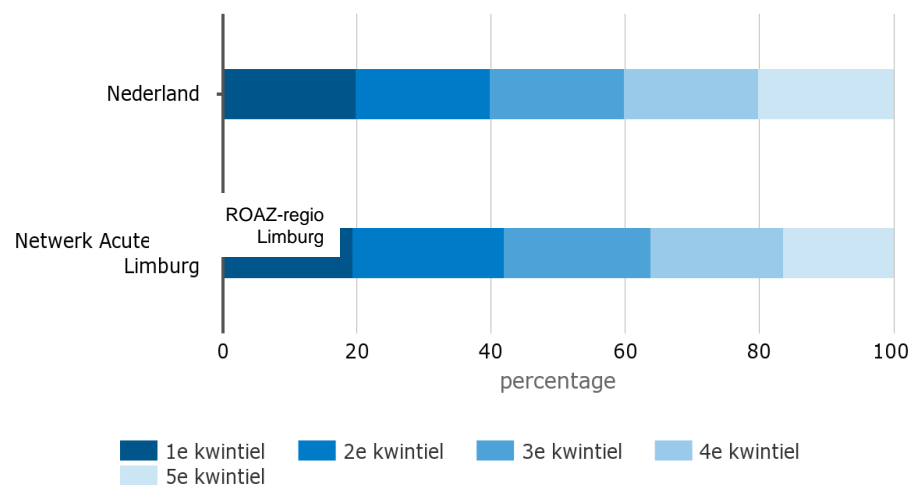
* Deze tekst is verplicht gesteld om op te nemen in het ROAZ-beeld en is opgesteld door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Limburg kent, vergeleken met Nederland, minder mensen met de laagste inkomens dan landelijk

Limburg is een regio waarin veel inwoners een middeninkomen hebben en relatief weinig lage en hoge inkomens voorkomen. Dat maakt dat er relatief weinig gemeenten in Limburg zijn waar men moeite heeft met rondkomen. Wel is te zien dat deze gemeenten zich vooral in Zuid-Limburg bevinden.

Inkomensverdeling

Gebaseerd op Inkomensstatistiek 2019, CBS



Moeite met rondkomen

Gebaseerd op Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020, GGD/CBS/RIVM

Percentage

- 1 - 5
- 5 - 10
- 10 - 15
- 15 - 20
- 20 - 25
- 25 - 44
- Geen gegevens



De grafiek linksboven toont de verdeling van huishoudinkomens in 5 groepen, de zogeheten inkomenskwintielen. Ieder kwintiel bevat op landelijk niveau 20% van alle huishoudens. Het eerste kwintiel betreft de huishoudens met een laag inkomen, terwijl het vijfde kwintiel de hoogste inkomens omvat. Het inkomen is gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden. Regio's met relatief veel huishoudens met een hoog inkomen hebben een vijfde kwintiel dat hoger is dan 20% en een eerste kwintiel dat juist lager is dan 20%.

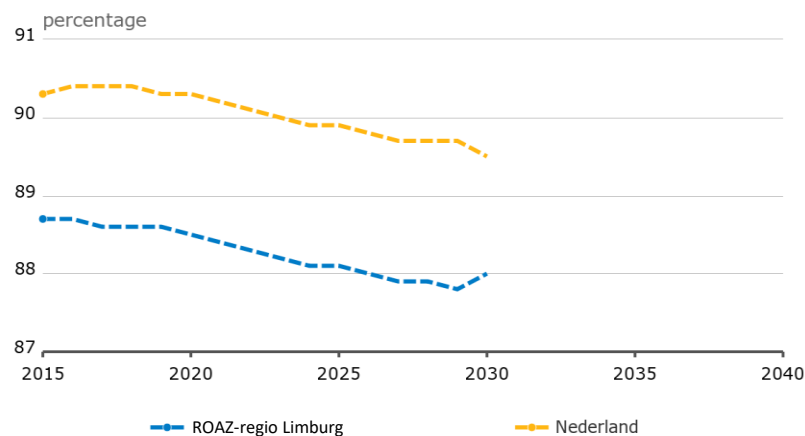
De kaart rechtsboven presenteert per gemeente in ROAZ-regio Limburg het aantal personen dat moeite heeft met rondkomen, als een percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder. Het gaat hierbij om de mensen die aangaven de afgelopen 12 maanden enige of grote moeite te hebben gehad met rondkomen.

De volwassen bevolking in Limburg is psychisch kwetsbaarder dan landelijk

De ROAZ-regio Limburg kent relatief veel mensen die eenzaamheid ervaren. Mensen die eenzaamheid ervaren komen mogelijk vaker bij de huisarts en de HAP met klachten die niet medisch zijn*. Dit zorgt voor onjuiste instroom in de acute zorgketen en verhoogt de druk op deze keten.

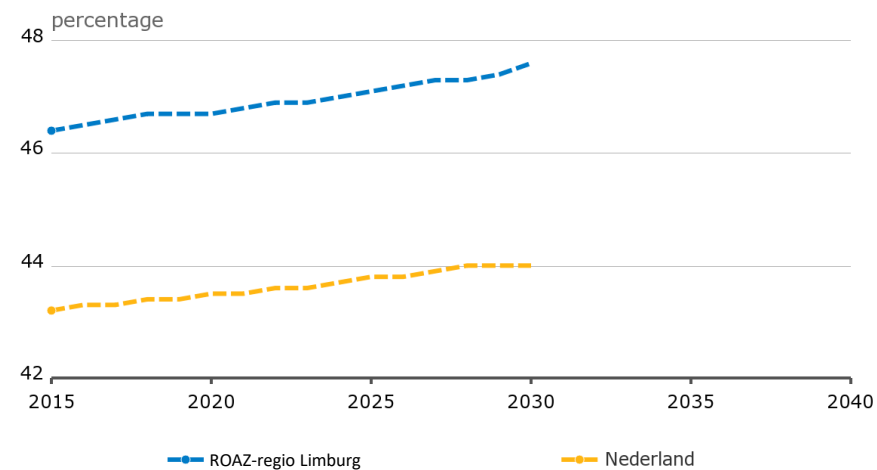
Regie over het leven

Gebaseerd op Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018, RIVM



Eenzaamheid

Gebaseerd op Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018, RIVM



De grafiek linksboven geeft de ontwikkeling weer van het percentage van de bevolking van 20 jaar en ouder dat regie over het eigen leven heeft. De grafiek rechtsboven geeft de ontwikkeling weer van het percentage van de bevolking van 20 jaar en ouder dat eenzaam is. Beide grafieken zijn gebaseerd op informatie van het RIVM.

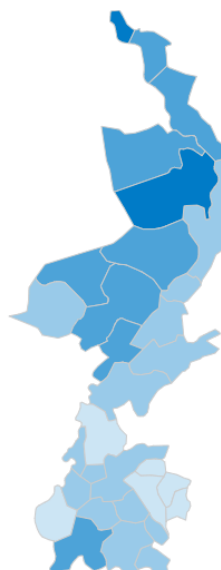
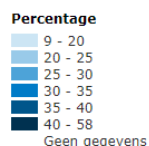
*Ellaway A, Wood S, Macintyre S. Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP consultations. *Br J Gen Pract.* 1999 May;49(442):363-7. PMID: 10736886; PMCID: PMC1313421.

Limburg kent vergeleken met Nederland relatief veel mantelzorgers, maar weinig mensen doen vrijwilligerswerk

De ROAZ-regio Limburg kent relatief veel mensen die mantelzorgers zijn. Het percentage mensen dat vrijwilligerswerk doet is daarentegen over het algemeen lager dan in andere regio's in Nederland. Door de afnemende beroepsbevolking en het afnemend aantal jonge mensen, wordt verwacht dat een dalende trend zal optreden.

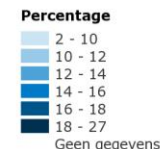
Sociaal kapitaal: vrijwilligerswerk

Gebaseerd op Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020, GGD/CBS/RIVM



Sociaal kapitaal: mantelzorger

Gebaseerd op Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020, GGD/CBS/RIVM



De kaart links presenteren het sociaal kapitaal in de vorm van het percentage dat vrijwilligerswerk doet en het percentage dat als mantelzorger actief is, per gemeente als een percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder. Deze data is aangeleverd door de GGD, het RIVM en CBS.

Subinhoud

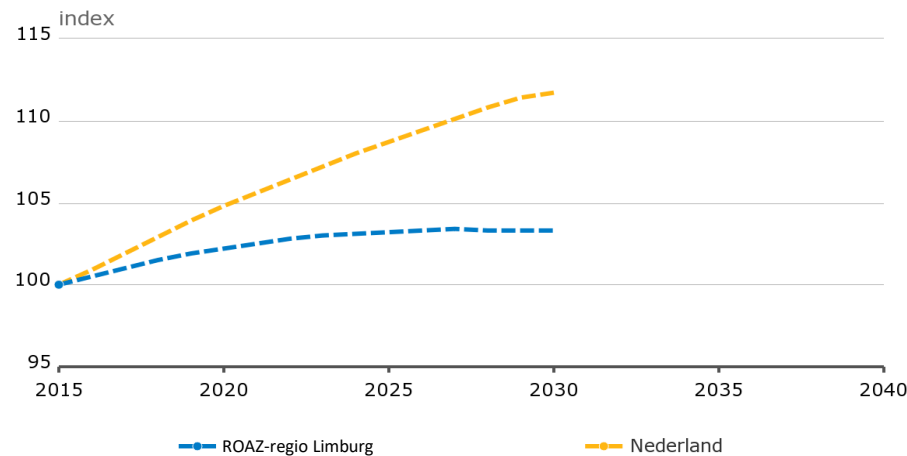
- a) Personen met één of meerdere aandoeningen
- b) Prevalenties
- c) Instroomklachten en -diagnoses
- d) Ernstig psychiatrische aandoeningen
- e) Trauma

Ingangsklachten in relatie tot demografie

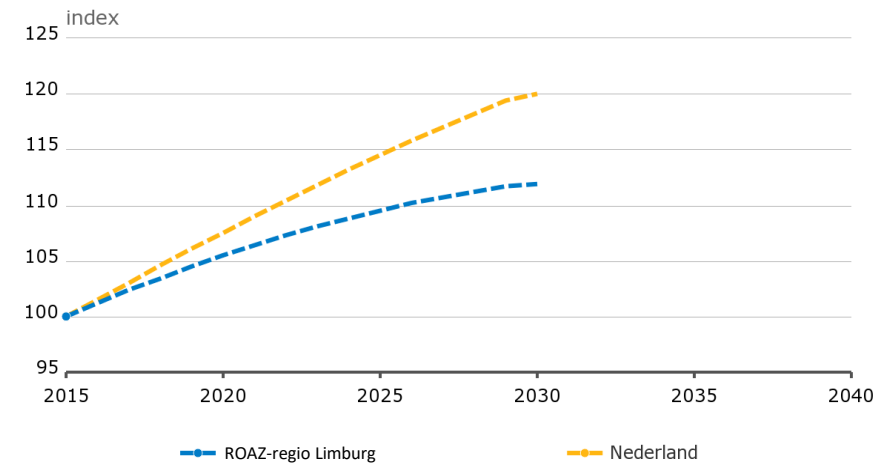
Prognoses tonen dat Limburg een relatief lage stijging in aantal personen met één of meerdere aandoeningen wacht

In Limburg stijgt het aantal mensen met één of meerdere aandoeningen als index ten opzichte van 2015 minder hard dan in de rest van Nederland. Dit kan ertoe leiden dat de druk op de zorgketens minder hard toe zal nemen dan in de rest van Nederland. Dit kan echter ook betekenen dat Limburg nu een relatief hoger aantal mensen met één of meerdere aandoeningen de rest van Nederland.

Personen met één aandoening
Gebaseerd op Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018, RIVM



Personen met twee of meer aandoeningen
Gebaseerd op Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018, RIVM

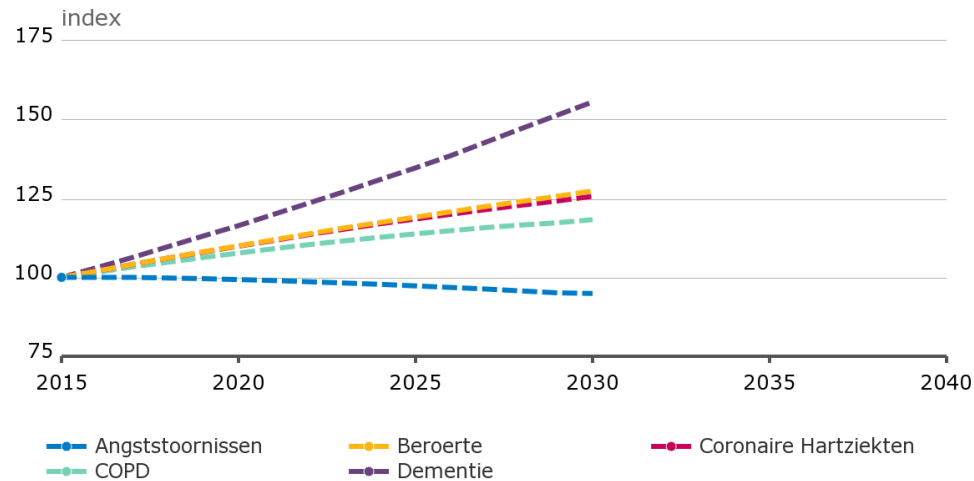


De grafieken tonen voor de ROAZ-regio Limburg de ontwikkeling van het aantal personen met één of meer aandoeningen. De cijfers geven een toekomstprojectie vanaf 2015 op basis van de verwachte demografische ontwikkelingen in de regio. De grafiek toont een index met basisjaar 2015 zodat de landelijke en regionale cijfers met elkaar kunnen worden vergeleken. De cijfers geven een toekomstprojectie vanaf 2016 in de regio.

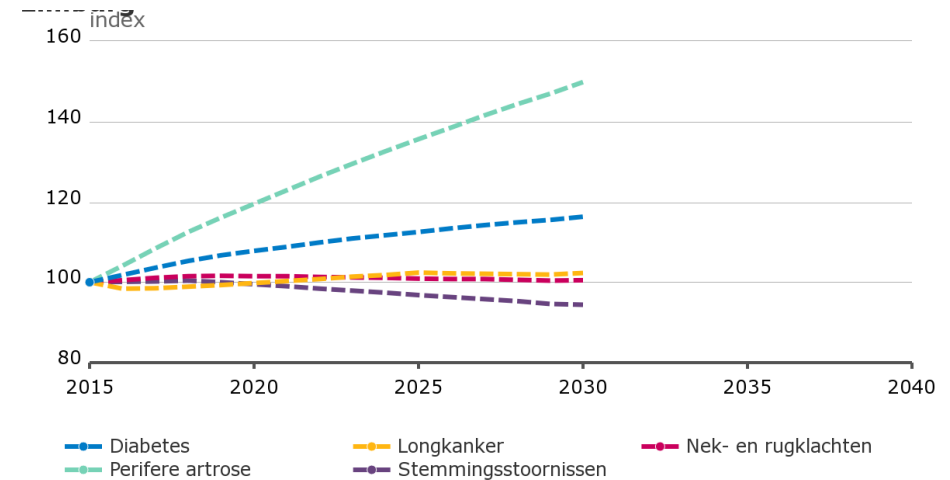
De grootste stijging in aandoeningen binnen Limburg richting 2030 zijn dementie en perifere artrose

In Limburg stijgen aandoeningen met hoge prevalentie onder ouderen het hardst. Dit is te verklaren door de hoge vergrijzing in Limburg. Een stijging van het aantal patiënten met deze aandoeningen kan leiden tot een stijging van het aantal acute zorgvragen wat veroorzaakt wordt door deze aandoeningen.

Prevalenties van aandoeningen in Limburg 1/2
Gebaseerd op Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018, RIVM



Prevalenties van aandoeningen in Limburg 2/2
Gebaseerd op Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018, RIVM

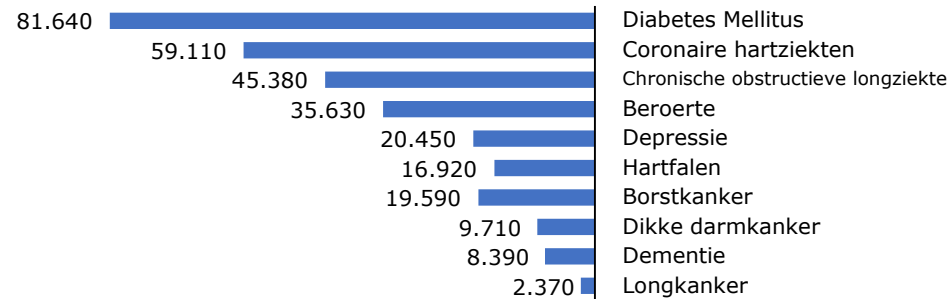


De grafieken laten de ontwikkeling zien van een aantal geselecteerde aandoeningen in de ROAZ-regio Limburg als percentage van de totale bevolking. De grafiek toont een index met basisjaar 2015 zodat de landelijke en regionale cijfers met elkaar kunnen worden vergeleken. De cijfers geven een toekomstprojectie vanaf 2016 in de regio.

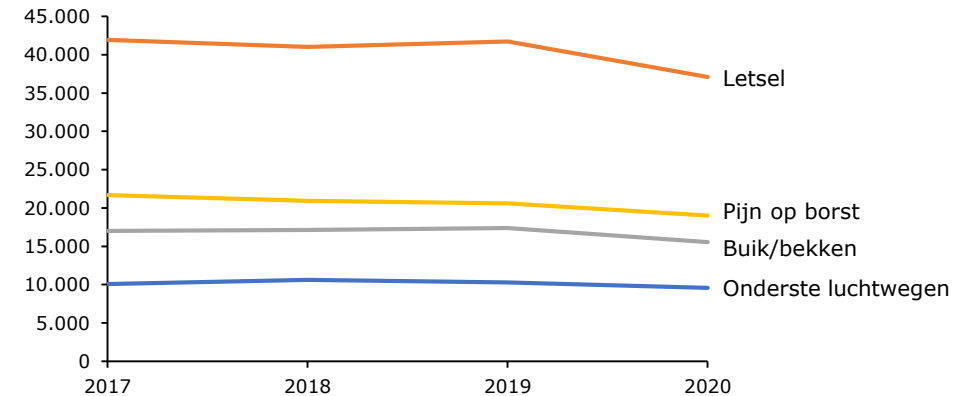
In Limburg komen relatief weinig mensen met letsel en relatief veel mensen met pijn op de borst op de SEH

In Limburg zijn de meest voorkomende instroomdiagnoses diabetes mellitus en coronaire hartziekten. De klachten waarmee men het acute zorgsysteem binnenstroom, betreffen vooral letselklachten. Het aandeel van letselklachten in het totale aantal klachten, is echter lager dan in Nederland.

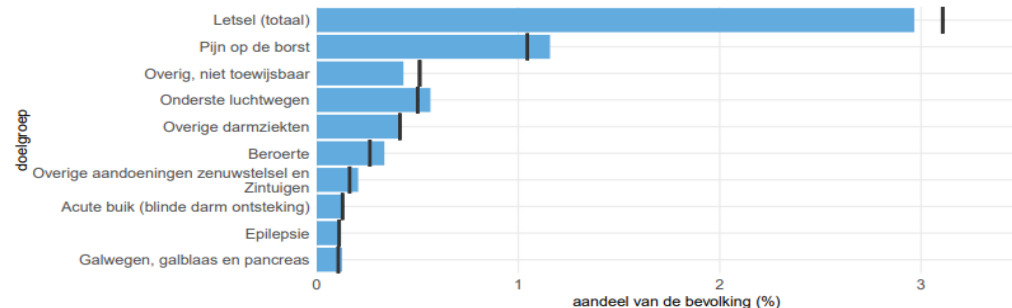
Vaakst voorkomende instroomdiagnoses
Gebaseerd op RIVM, 2023



Vaakst voorkomende instroomklachten
Gebaseerd op RIVM, 2023



Vaakst voorkomende instroomdiagnoses
Gebaseerd op Vektis declaraties, 2021



De grafiek links boven toont de vaakst voorkomende instroomdiagnoses in de ROAZ-regio Limburg.

De grafiek rechtsboven toont de vaakst voorkomende instroomklachten in de ROAZ-regio Limburg.

De grafiek links toont het aandeel van de bevolking dat op de SEH kwam voor de grootste doelgroepen in de ROAZ-regio Limburg, vergeleken met Nederland.

Blauw: ROAZ-regio Limburg
Zwart: gemiddelde Nederland

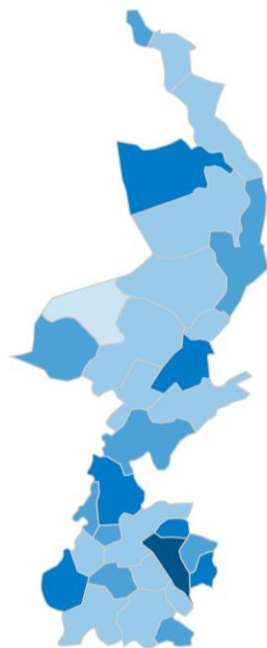
In Midden-Limburg en Zuid-Limburg zijn meer patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen

In Midden-Limburg en Zuid-Limburg zijn meer patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Dit kan ertoe leiden dat de druk op de acute zorgketen in die regio's groter is. Psychiatrische patiënten komen vaak op de verkeerde plek in de keten terecht, wat de keten veel tijd en middelen kost.

Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen in 2021

Gebaseerd op Vektis declaraties, 2021.

Aantal per 10.000

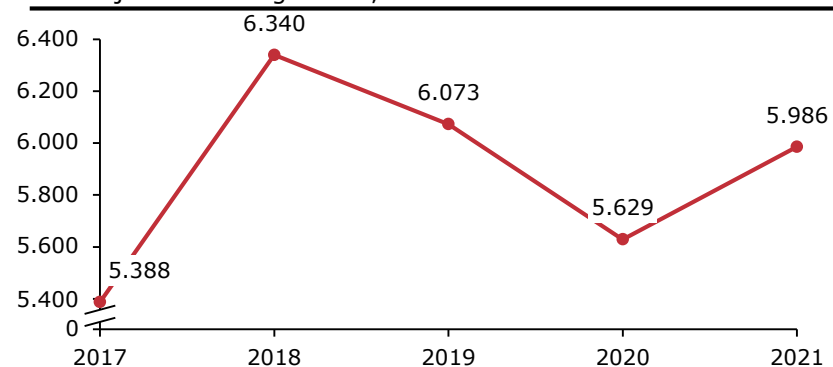


Deze kaart toont het aantal patiënten per gemeenten met een ernstige psychiatrische aandoening. Deze patiënten hebben vaak een langere periode een psychiatrische stoornis, ondervinden daardoor langdurige beperkingen en hebben meerdere zorgbehoeftes.

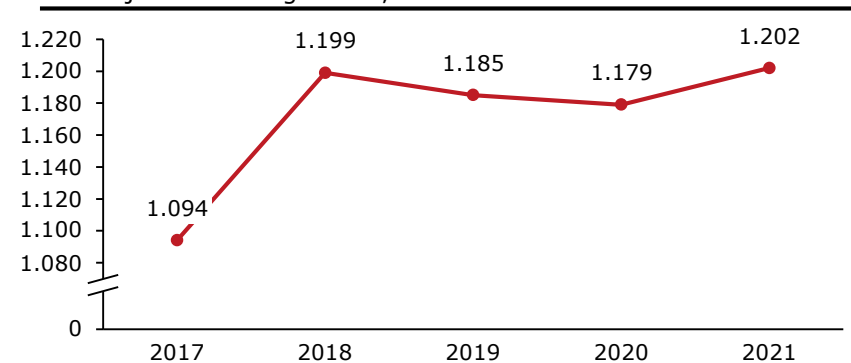
In Limburg wordt een stijgend aantal multitraumapatiënten opgenomen

Limburg heeft te maken met een stijgend aantal (multi)traumapatiënten. Daarnaast blijkt uit de rapportages over 2021 van de LTR*, dat NAZL de hoogste incidentie klinische patiënten met letsel per 10.000 inwoners kent. Dit gaat om 53 patiënten per 10.000 inwoners. Dit kan komen door de vergrijzende populatie met multiproblematiek en een bijbehorend verhoogd valrisico. Rond de COVID-pandemie is een dip te zien in het aantal (multi)traumapatiënten, maar niet in het aantal heupfracturen. Dit is te verklaren door het feit dat veel heupfracturen in de thuissituatie ontstaan, terwijl (multi)trauma's vaak buitenshuis ontstaan. Door de lockdown tijdens de pandemie, is daarom een dip te zien in het aantal patiënten.

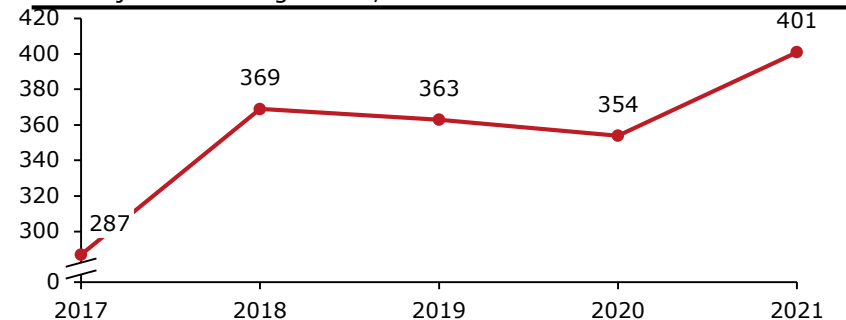
Aantal opgenomen traumapatiënten
Landelijke traumaregistratie, 2021



Aantal heupfracturen bij traumapatiënten
Landelijke traumaregistratie, 2021



Aantal multitraumapatiënten
Landelijke traumaregistratie, 2021



De grafiek linksboven toont het aantal opgenomen traumapatiënten in de ROAZ-regio Limburg.

De grafiek rechtsboven toont het aantal heupfracturen bij traumapatiënten in de ROAZ-regio Limburg.

De grafiek linksonder toont het aantal opgenomen multitrauma traumapatiënten in de ROAZ-regio Limburg.

*[LTR Rapportage 2017-2021](#), pagina 10: tabel 2

Subinhoud

- a) SEH-arts, ambulanceverpleegkundige en SEH-verpleegkundige
- b) IC-verpleegkundige, IC-kinderverpleegkundige en IC-neonatologieverpleegkundige

Ontwikkeling arbeidsmarkt

Limburg heeft voldoende ambulanceverpleegkundigen maar een tekort aan SEH-verpleegkundigen

Het open staan van vacatures voor SEH-verpleegkundigen geeft aan dat er mogelijk tekorten zijn op de SEH, wanneer deze vacatures niet gevuld kunnen worden. Dit kan ertoe leiden dat de SEH overloopt en een SEH-stop optreedt. In de toekomst worden tekorten verwacht voor ambulance- en SEH-verpleegkundigen.

	SEH-Arts (2022)	
	ROAZ Limburg	Landelijk
Vacaturegraad (aantal vacatures/aantal FTE werkzaam)		0,1
Werkzame personen		671,0
Totaal FTE		554,0
FTE factor vrouw		0,8
FTE factor man	Niet beschikbaar	0,9
Aandeel vrouwen		0,7
Benodigd aantal FTE 2029		744,0
Benodigd aantal werkzame personen 2029		901,0

De bovenstaande tabel presenteert informatie over de huidige en toekomstige arbeidsmarkt voor SEH-artsen. Deze data is alleen landelijke beschikbaar en is aangeleverd door het capaciteitsorgaan.

	Ambulance verpleegkundige		SEH-verpleegkundige	
	ROAZ Limburg	Landelijk	ROAZ Limburg	Landelijk
Aantal FTE moeilijk vervulbare vacatures	0,0	99,8	10,0	136,8
Aantal gediplomeerde personen in deze beroepsgroep	169,0	2454,0	169,0	3148,0
Aantal werkzame FTE gediplomeerden	153,2	2142,8	134,0	2253,1
Zorgvraag in FTE in 2029 (demografisch scenario)	163,5	2423,6	152,0	2584,2
Zorgvraag in FTE in 2029 (expert scenario)	176,4	2519,5	167,3	2719,1
Zorgvraag in personen in 2029 (demografisch scenario)	180,3	2774,5	191,9	3610,8
Zorgvraag in personen in 2029 (expert scenario)	224,9	3212,0	213,3	3466,4
Aantal FTE werkzame gediplomeerden van 60 jaar en ouder	26,6	453,0	12,5	212,9
De verwachte uitstroom van gediplomeerde medewerkers van 59 jaar of jonger per jaar in fte	5,9	82,2	13,4	185,7
Verwacht tekort in FTE 2029 (Zorgvraag in FTE in 2029 (expert scenario) minus aantal werkzame FTE gediplomeerden)	23,2	376,7	32,7	466

De bovenstaande tabel presenteert informatie over de huidige en toekomstige arbeidsmarkt voor ambulance verpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen. Deze data is aangeleverd door het capaciteitsorgaan. Het demografisch scenario bevat zorgvraag groei door demografische ontwikkelingen. Het expertscenario neemt ook andere groeifactoren zoals maatschappelijke of vakinhoudelijke ontwikkelingen mee die de bevroegde experts voorzien. Deze bevraging is door het capaciteitsorgaan uitgevoerd.

Voor alle vormen van IC-verpleegkunde een aanzienlijk aantal vacatures open en worden grotere tekorten verwacht

Het open staan van vacatures in de IC-verpleegkunde geeft aan dat er mogelijk arbeidstekorten bestaan op de IC, wanneer deze vacatures niet gevuld kunnen worden. Dit kan de doorstroom van SEH naar IC bemoeilijken, waardoor de capaciteit van de SEH oneigenlijk benut wordt.

	IC-verpleegkundige		IC-kinderverpleegkundige		IC-neonatologieverpleegkundige	
	ROAZ Limburg	Landelijk	ROAZ Limburg	Landelijk	ROAZ Limburg	Landelijk
Aantal FTE moeilijk vervulbare vacatures	26,0	330,2	5,6		3,5	65,7
Aantal gediplomeerde personen in deze beroepsgroep	374,0	4846,0	29,0		54,0	686,0
Aantal werkzame FTE gediplomeerden	303,7	3652,1	24,9		46,7	544,1
Zorgvraag in FTE in 2029 (demografisch scenario)	343,6	4305,6	34,3		57,2	690,1
Zorgvraag in FTE in 2029 (expert scenario)	463,5	4758,5	32,6		67,7	734,5
Zorgvraag in personen in 2029 (demografisch scenario)	424,3	5713,1	40,0	Niet beschikbaar	66,2	870,0
Zorgvraag in personen in 2029 (expert scenario)	590,9	6066,4	41,6		86,4	936,4
Aantal FTE werkzame gediplomeerden van 60 jaar en ouder	44,4	427,6	2,0		3,7	57,7
De verwachte uitstroom van gediplomeerde medewerkers van 59 jaar of jonger per jaar in fte	16,5	230,2	1,9		2,0	30,8
Verwacht tekort in FTE 2029 (Zorgvraag in FTE in 2029 (expert scenario) minus aantal werkzame FTE gediplomeerden)	159,8	1106,4	7,7		21	190,4

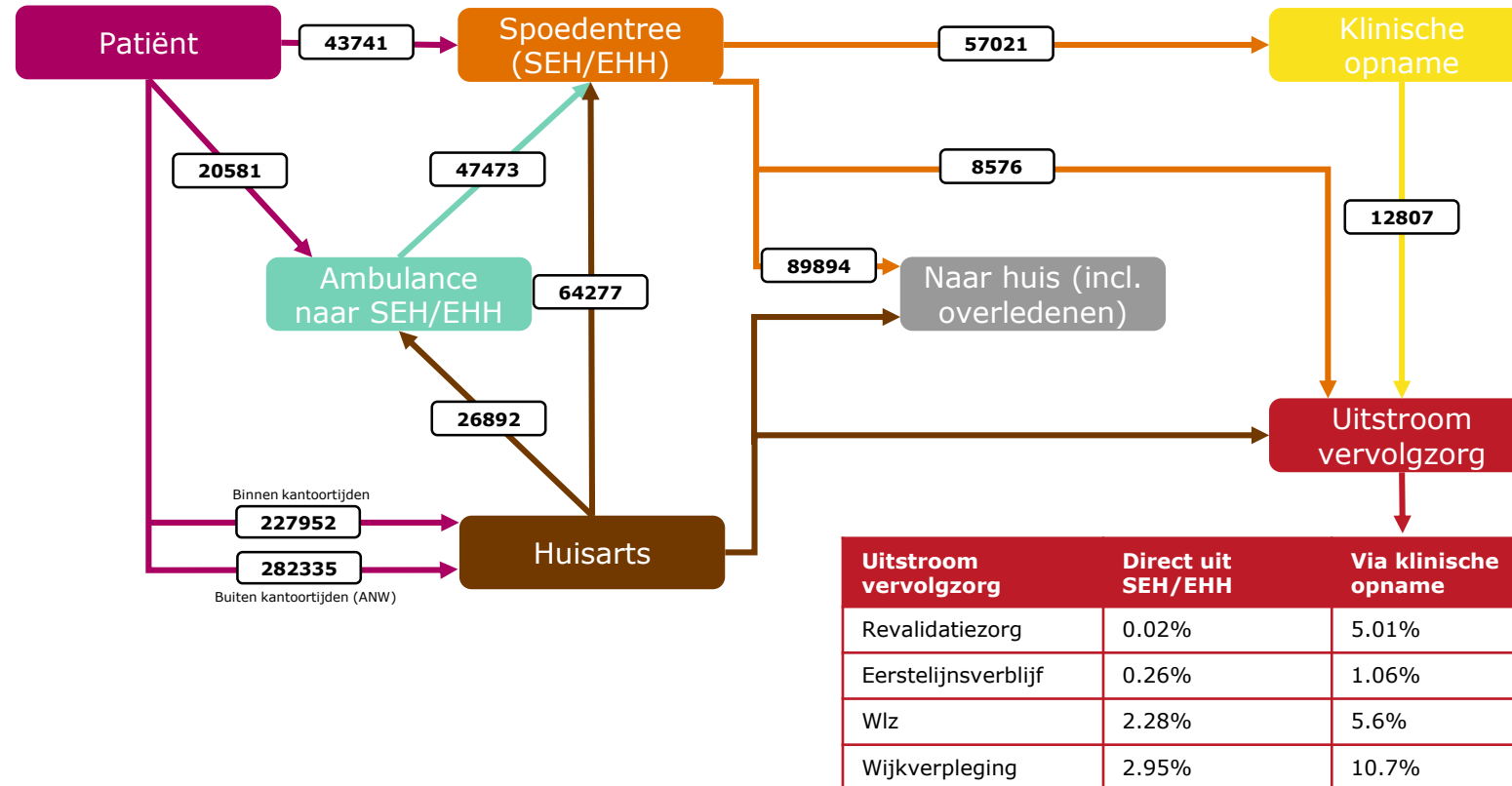
De bovenstaande tabel presenteert informatie over de huidige en toekomstige arbeidsmarkt voor IC-verpleegkundigen, IC-kinderverpleegkundigen en IC-neonatologieverpleegkundigen. Deze data is aangeleverd door het capaciteitsorgaan. Het demografisch scenario bevat zorgvraag groei door demografische ontwikkelingen. Het expertscenario neemt ook andere groeifactoren zoals maatschappelijke of vakinhoudelijke ontwikkelingen mee die de bevragede experts voorzien. Deze bevraging is door het capaciteitsorgaan uitgevoerd.

Subinhoud

- a) Patiëntenstromen 2019
- b) Patiëntenstromen 2020
- c) Patiëntenstromen 2021
- d) Procentuele verandering 2021 t.o.v. 2020 voor Limburg en Nederland

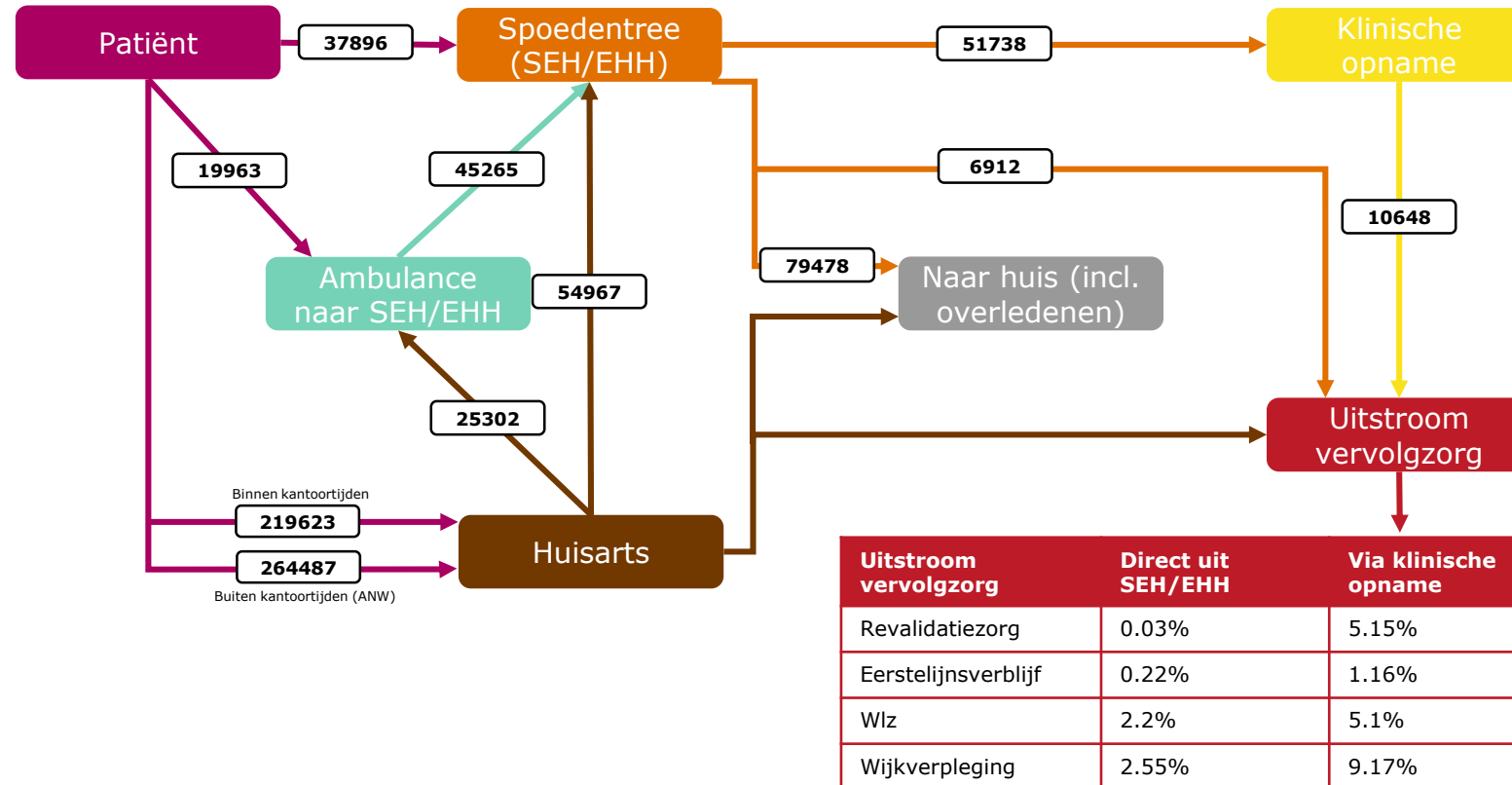
Patiëntenstromen (in-, door-, uitstroom)

In 2019 stroomden in Limburg ongeveer 578.000 patiënten de acute zorgketen in



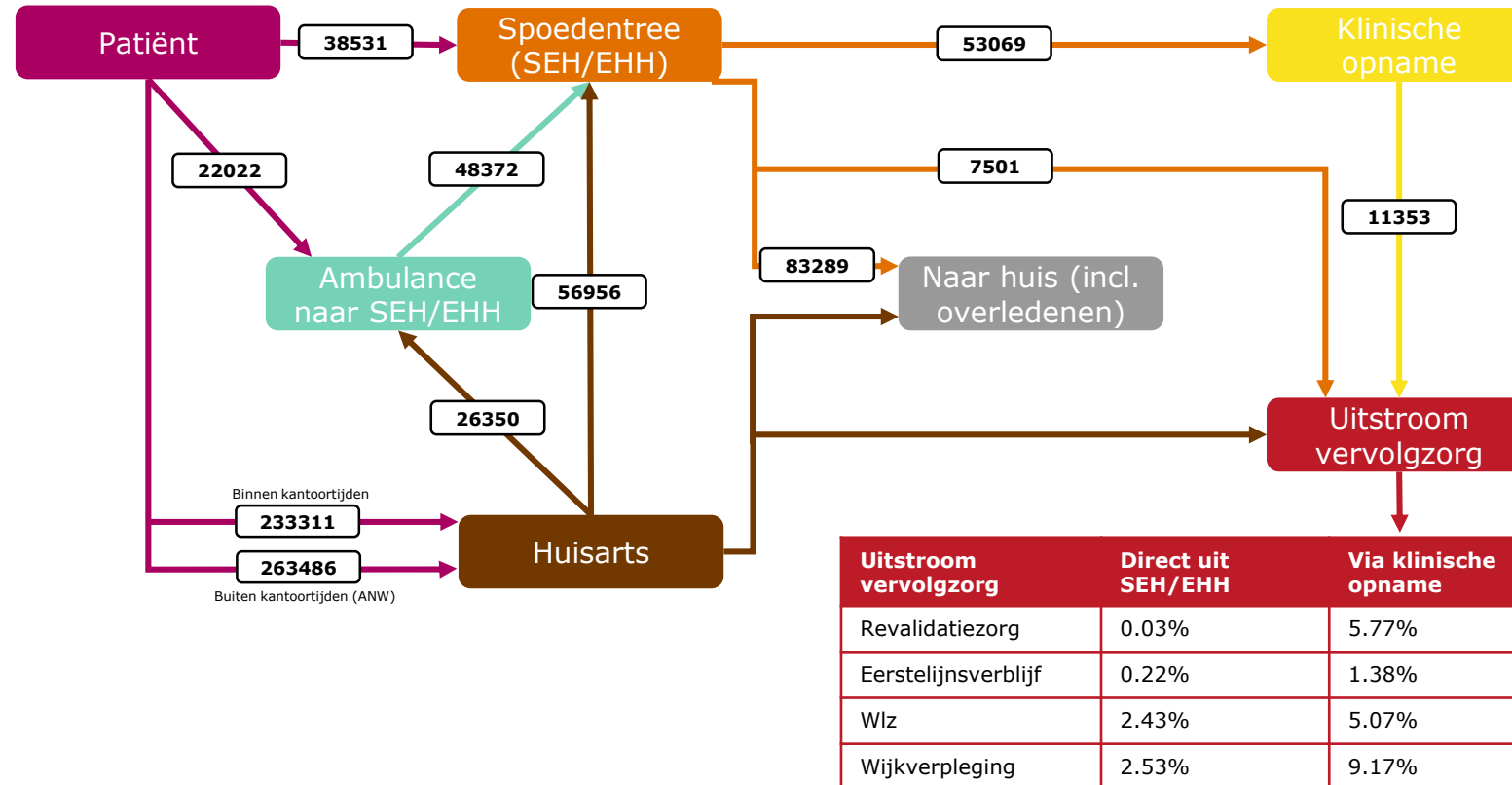
De bovenstaande figuur weergeeft de absolute patiëntaantallen in de doorstroom in de acute zorgketen van Limburg in 2019. De cijfers zijn aangeleverd door de NZa.

In 2020 stroomden in Limburg ongeveer 542.000 patiënten de acute zorgketen in



De bovenstaande figuur weergeeft de absolute patiëntaantallen in de doorstroom in de acute zorgketen van Limburg in 2020. De cijfers zijn aangeleverd door de NZa.

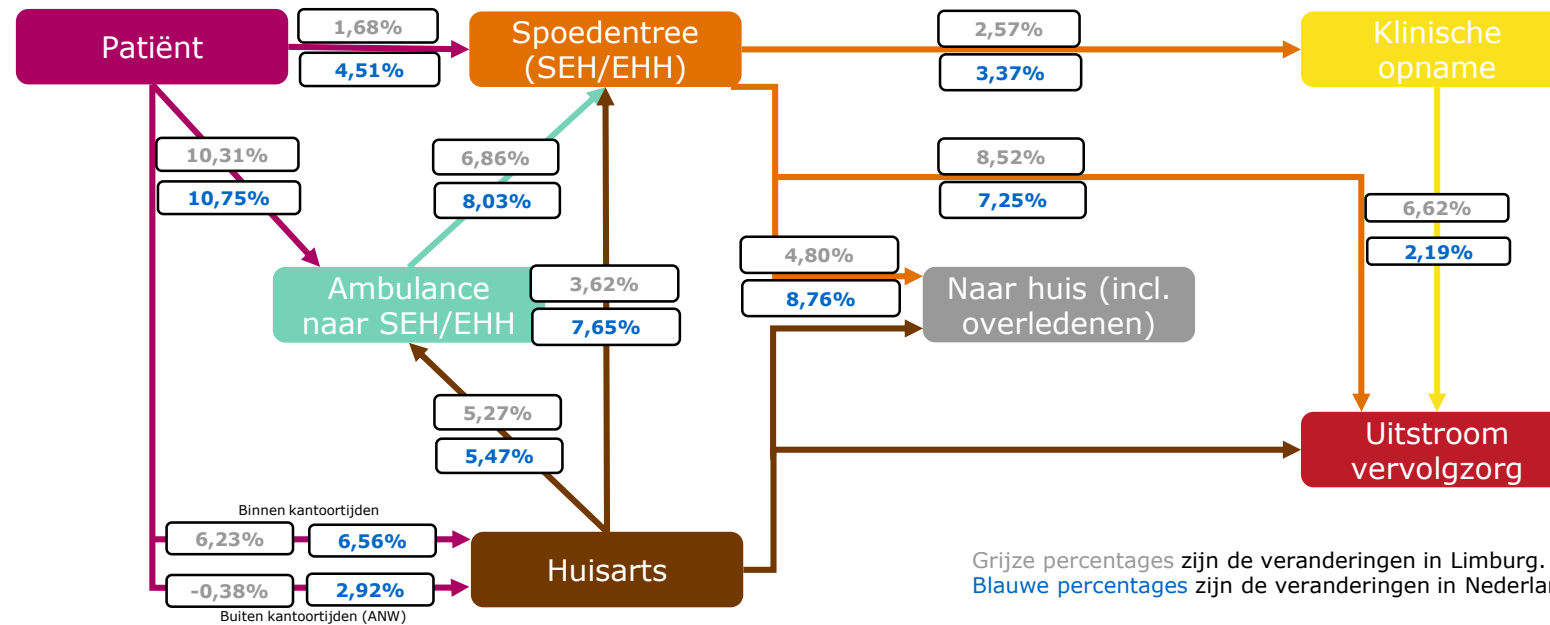
In 2021 stroomden in Limburg ongeveer 557.000 patiënten de acute zorgketen in



De bovenstaande figuur weergeeft de absolute patiëntaantallen in de doorstroom in de acute zorgketen van Limburg in 2021. De cijfers zijn aangeleverd door de NZa.

In 2021 stroomden in Limburg ongeveer 15.000 ($\pm 3\%$) meer patiënten de acute zorgketen in dan 2020

De stijging van het aantal patiënten wat instroomt in de acute zorgketen kan leiden tot extra druk op deze keten. In Nederland nam de totale instroom in de acute zorgketen echter met bijna 5% toe. Dit kan verklaard worden door het feit dat Limburg al verder vergrijsd is dan de rest van Nederland en de acute instroom al een aantal jaar hoger is dan in de rest van Nederland. Dit drukt het groeipercentage voor de daarop volgende jaren. In de duiding van deze getallen dient rekening gehouden te worden met de impact van de COVID-19 pandemie op de cijfers uit 2019 en 2020



De bovenstaande figuur weergeeft de procentuele verandering tussen de patiëntaantallen in de keten aan. Hierin wordt 2021 afgezet tegen 2020. Dit wordt gedaan voor Limburg en Nederland. De cijfers zijn aangeleverd door de NZa.

3. Acute zorg in de regio (per sector)

(Verwacht) zorgaanbod

Subinhoud

- a) Acute zorgketens in de ROAZ-regio
- b) Acute huisartsenzorg
- c) Ambulancezorg en MMT
- d) Spoedeisende Hulpen inclusief specifieke voorzieningen
- e) Acute verloskunde
- f) Acute GGZ
- g) Onplanbare wijkzorg
- h) Verpleeghuisverwijzing in relatie tot acute zorg
- i) Farmaceutische spoedzorg

Subinhoud

- a) Beschikbaarheid en voorzieningen SEH
- b) Beschikbaarheid acute GGZ en farmaceutische spoedzorg
- c) Kwaliteitscriteria

De acute zorgketen in Limburg

De SEH's in Limburg zijn 24/7 geopend en bieden op veel locaties dezelfde behandelingen aan

Veel ziekenhuizen bieden veel verschillende faciliteiten en behandelingen aan. Opvallend is dan het MUMC geen intraveneuze trombolysie (IVT), maar wel intra-arteriële trombectomie (IAT) aanbiedt.

Voorzieningen en behandelingen in de ziekenhuizen

Gebaseerd op informatie NAZL

Beschikbaarheid faciliteiten en behandelingen												
Ziekenhuis	24/7 uren SEH	Acute Verloskunde	Beroerte behandeling	Gerupteerde AAA	EVAR behandeling	Acuut myocardinfarct	Acute cardiale aandoening op EHH	Vitaal bedreigde kinderen	Acute gedragsstoornissen	IVT	IAT	PCI
Academisch Ziekenhuis Maastricht	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja*
Zuyderland Medisch Centrum locatie Heerlen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja*
Laurentius Ziekenhuis Roermond	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Zuyderland Medisch Centrum locatie Sittard-Geleen	Ja		Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee
St. Jans Gasthuis Weert	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
VieCuri Medisch Centrum Venlo	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja

* MUMC en Zuyderland Heerlen doen dit samen in een roulatiesysteem.

De bovenstaande tabel toont de beschikbaarheid van faciliteiten en bepaalde behandelingen in de ziekenhuizen binnen de ROAZ-regio Limburg.

De acute GGZ is goed bereikbaar en in de farmaceutische spoedzorg is sprake van overcapaciteit

De acute GGZ heeft een goede bereikbaarheid in de regio. Alle aanbieders zijn 24/7 geopend. In de ROAZ-regio Limburg is ook de farmaceutische spoedzorg goed bereikbaar. In verdiepende gesprekken is aan het licht gekomen dat er op sommige locaties zelfs sprake is van overcapaciteit.

Beschikbaarheid acute GGZ

Gebaseerd op informatie GGZ instellingen

Organisatie	Locatie	Openingstijden
Vincent van Gogh	Venlo	Altijd geopend
Vincent van Gogh	Venray	Altijd geopend
MET ggz	Weert	Altijd geopend
Mondriaan	Maastricht	Altijd geopend
Mondriaan	Heerlen	Altijd geopend
Zuyderland GGZ	Sittard-Geleen	Altijd geopend
MET ggz	Roermond	Altijd geopend

Deze tabel toont de beschikbaarheid a.d.h.v. openingstijden van acute GGZ in de ROAZ-regio Limburg.

Beschikbaarheid farmaceutische spoedzorg

Gebaseerd op informatie Stichting Dienstapotheken

Organisatie	Locatie	Openingstijden
SJG apotheek	Weert	Dagelijks van 18.00-8.00 uur en op zondag en feestdagen van 8.00 tot 18.00 uur
Dienstapotheek Noord Limburg	Venlo	Dagelijks van 18.00-8.00 uur en in de weekenden en feestdagen van 8.00-18.00 uur
Apotheek Laurentius Kwartier	Roermond	Dagelijks van 18.00-8.00 uur en in de weekenden en feestdagen van 8.00-18.00 uur
Dienstapotheek Westelijke Mijnstreek	Sittard	Dagelijks van 17.30-8.00 uur en in de weekenden en feestdagen van 8.00-17.30 uur
Apotheek Maastricht UMC +	Maastricht	Dagelijks van 17.30-8.00 uur en in de weekenden en feestdagen van 8.00-17.30 uur
Dienstapotheek OZL	Heerlen	Dagelijks van 17.30 - 8.30 uur en in de weekenden en feestdagen van 8.30-17.30

Deze tabel toont de beschikbaarheid a.d.h.v. openingstijden van farmaceutische spoedzorg in de ROAZ-regio Limburg.

Niet alle betrokken ketenpartijen rapporteren op de gestelde kwaliteitscriteria

Uit het onderstaande blijkt dat ketenpartners welwillend zijn om met elkaar in gesprek te gaan om het functioneren van de acute zorgketen te verbeteren. Veel partijen zijn of gaan met elkaar in gesprek om informatie te delen. De doorlooptijd van verschillende ingangsklachten wordt echter niet uitgebreid gemonitord.

#	Norm	Betrokken partijen	☆☆	☆☆☆	☆☆☆☆	☆☆☆☆☆	☆☆☆☆☆☆	☆☆☆☆☆☆*
8.1.2	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.	RAV, HAP, HA, MMT, RZC, SEH, ZKH	3	2	3	2	1	
9.2.1	Ketenpartners in de spoedzorgketen evalueren het functioneren van de spoedzorgketen, mede aan de hand van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en sturen de uitvoering van de acute zorg waar nodig bij.	RAV, HAP, HA, MMT, RZC, SEH, ZKH	5	2			4	
9.1.4	Er vindt regelmatig overleg plaats tussen de ketenpartners in de acute zorgketen 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.	RAV, HAP, HA, MMT, RZC, SEH, ZKH	3	3	1	1	3	
9.2.3	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.	RAV, HAP, HA, MMT, RZC, SEH, ZKH	2	7			2	

* De getallen geven het aantal organisaties aan die het bijbehorende aantal sterren gescoord hebben. De sterren staan voor volgende statussen: 0 sterren: geen status ingevuld, 1 sterren: geen plannen gemaakt, 2 sterren: plannen gemaakt, 3 sterren: bezig met implementatie van plannen, 4 sterren: plannen geïmplementeerd.

Subinhoud

- a) Aanbod en nabijheid huisartsenpraktijken, huisartsbezoeken in ANW
- b) Aantal huisartsconsulten (lang) regulier, telefonisch en in ANW/bij de HAP
- c) Telefonische bereikbaarheid HAP
- d) Kwaliteitscriteria

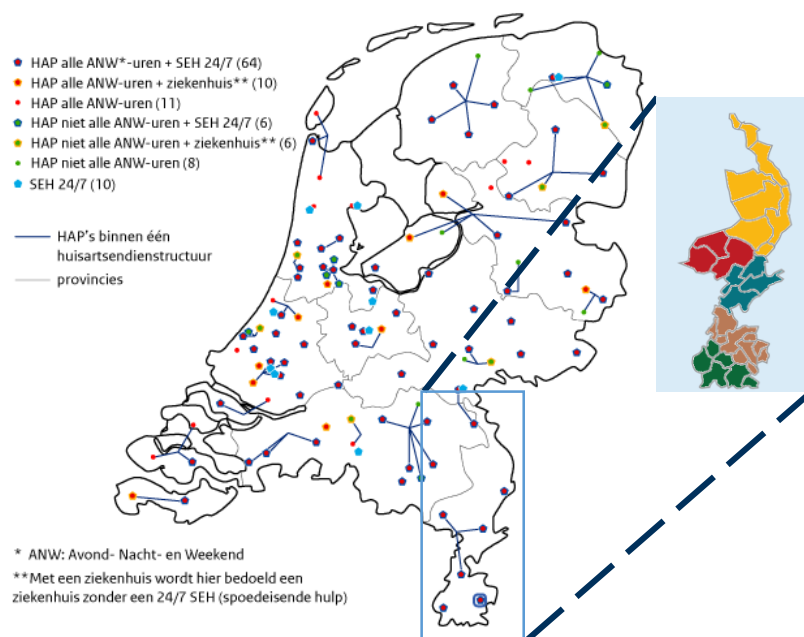
Acute huisartsenzorg

In Venlo en omstreken is de reistijd naar een HAP fors langer dan in andere regio's in Limburg

Binnen ROAZ-Limburg zijn zes HAP locaties die alle ANW-uren zijn geopend. Voor inwoners langs de grens met Brabant en Gelderland kan het sneller zijn om naar een HAP in die regio te reizen. Indien dit het geval is, is hier rekening mee gehouden in de gemiddelde reistijd. Toch is de reistijd naar een HAP in Noord-Limburg gemiddeld langer dan landelijk gemiddeld.

Locaties huisartsenposten en spoedeisende hulpen

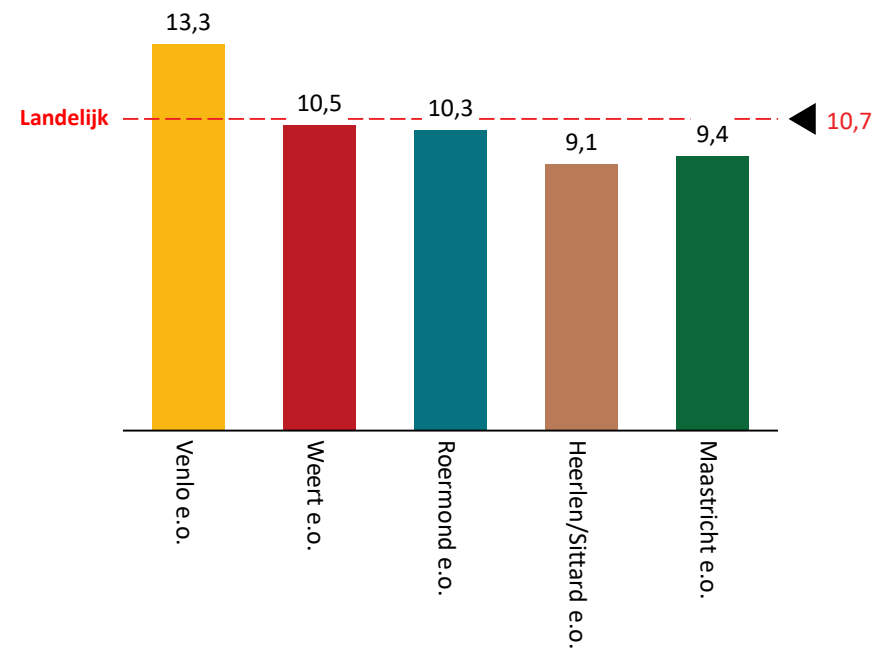
Situatie HAP (dec 2022), Gebaseerd op Benchmark huisartsenposten 2021; bewerkt door RIVM.



De kaart toont de spreiding van de huisartsenposten (HAP (Huisartsenpost)) in relatie tot de afdelingen spoedeisende hulp (SEH (Spoedeisende hulp)) met 24/7-uurs openingstijden.

Gemiddelde reistijd met personenauto naar dichtstbijzijnde HAP per subregio in minuten (dec 2022)

RIVM, april 2023



De bovenstaande grafiek toont de gemiddelde reistijd met een personenauto voor de inwoners van de subregio's (gewogen gemiddelde) naar de dichtstbijzijnde HAP (kan ook buiten Limburg zijn).

Alle leeftijdscategorieën in Limburg bezoeken vaker de huisarts in ANW-uren dan gemiddeld in Nederland

De hoge druk op de acute zorgketen in Limburg kan deels verklaard worden door het relatief grote aantal huisartsbezoeken in ANW-uren. Opmerkelijk is dat naast de langere reistijd naar een HAP, er in sommige gemeenten rondom Roermond en Venlo ook minder huisartsenaanbod is.

Huisartsenaanbod in 2022

Gebaseerd op Beroepenregistraties in de Gezondheidszorg, Nivel

Aantal huisartsen per 10.000 inwoners



Nabijheid huisartsenpraktijk

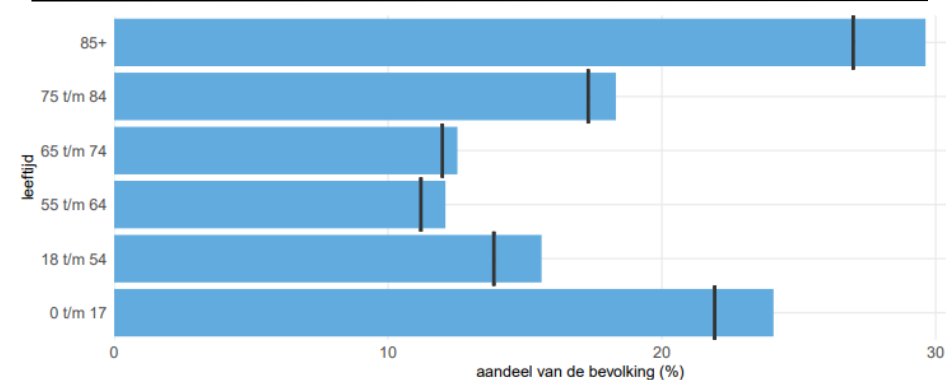
Gebaseerd op Nabijheidsstatistiek 2018, CBS

Gemiddelde afstand (km)



Huisartsbezoeken in ANW

Gebaseerd op Vektis declaraties, 2021



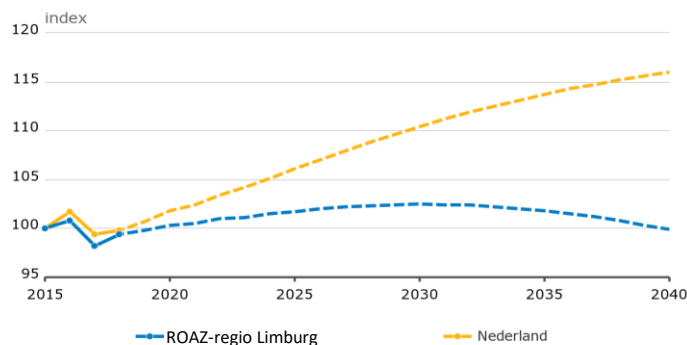
Blauw: ROAZ-regio Limburg
Zwart: gemiddelde Nederland

De kaart links laat het aantal huisartsen in een regio zien per 10.000 inwoners. De in het midden toont het aantal kilometers afstand naar de dichtstbijzijnde huisartsenpraktijk. De grafiek rechts presenteert het aandeel van de bevolking wat de huisarts bezoekt in de ANW-uren per leeftijdscategorie. Hierin wordt Limburg vergeleken met Nederland.

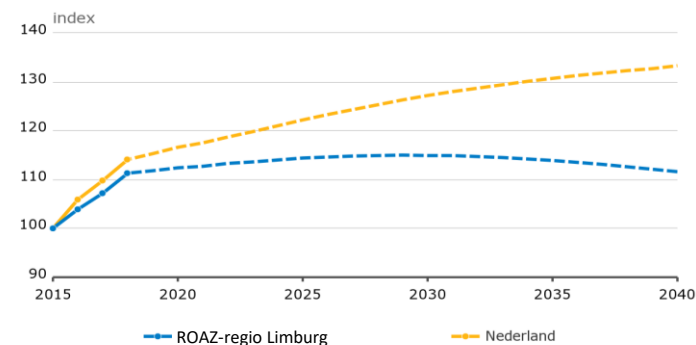
Prognoses laten zien dat Limburg in de toekomst het aantal huisartsconsulten minder hard groeit dan gemiddeld

Het aantal huisartsconsulten in Nederland gaat stijgen. In Limburg is te zien dat deze stijging ook plaatsvindt, maar afvlakt en zelfs ombuigt naar daling. Er wordt verwacht dat het aantal reguliere huisartsconsulten in 2040 gelijk zal zijn aan het aantal in 2015. Het aantal consulten in de ANW en de HAP zal zelfs 10% minder zijn dan in 2015. Wanneer het aantal huisartsen gelijk blijft, zal het tekort hieraan dus niet toenemen.

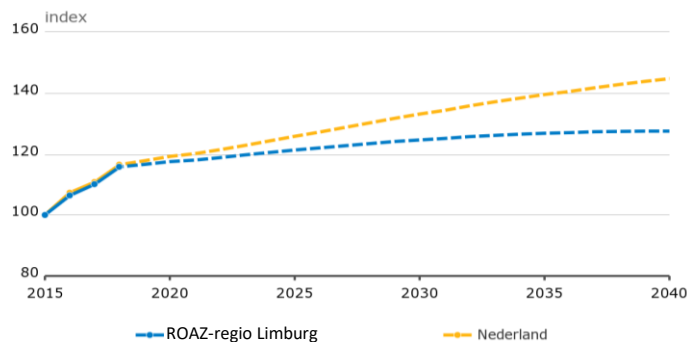
Aantal reguliere huisartsconsulten 2019
 Gebaseerd op Vektis; projecties gedaan door RIVM.



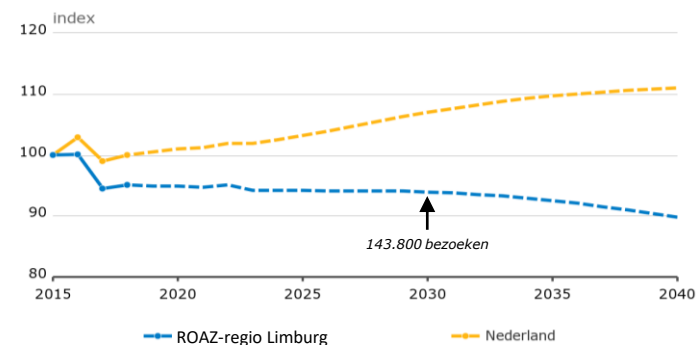
Aantal lange reguliere huisartsconsulten 2019
 Gebaseerd op Vektis; projecties gedaan door RIVM.



Aantal telefonische huisartsconsulten 2019
 Gebaseerd op Vektis; projecties gedaan door RIVM.



Aantal huisartsconsulten in ANW/bij de HAP 2019
 Gebaseerd op Vektis; projecties gedaan door RIVM.



De grafieken laten de ontwikkeling van het gebruik van huisartsconsulten zien voor de ROAZ-regio en Nederland. De grafiek toont een index met basisjaar 2015 zodat de landelijke, regionale en gemeentelijke cijfers met elkaar kunnen worden vergeleken. De cijfers geven een toekomstprojectie vanaf 2019 op basis van de verwachte demografische ontwikkelingen in de regio.

De telefonische bereikbaarheid van de HAP's voldoet niet aan de norm door tekorten aan triagisten en een stijgende vraag

Wanneer de HAP telefonisch niet goed bereikbaar is, bestaat de mogelijkheid dat een patiënt met een spoedvraag de HAP overslaat en direct naar de SEH gaat. Dit kan ertoe leiden dat patiënten met klachten op de SEH terecht komen, die ook door de HAP opgelost kunnen worden. Dit kan ertoe leiden dat de druk op de SEH onnodig hoog is.

Telefonische bereikbaarheid HAP

Informatie aangeleverd door twee van de vier aangeschreven HAP's

Om deze informatie te verzamelen, zijn vier HAP's in de regio aangeschreven. Hiervan hebben twee HAP's informatie aangeleverd.

De norm voor het percentage spoedgesprekken dat binnen 30 seconden wordt aangenomen is 98%. Beide HAP's hebben zowel in 2021 als in 2022 niet kunnen voldoen aan deze norm. Bij HAP 1 werden in 2021 gemiddeld 92% en in 2022 88% van de spoedgesprekken tijdig beantwoord. Bij HAP 2 betrof dit in 2021 en 2022 ongeveer 95%.

De normen voor het percentages niet-spoedgesprekken dat binnen 2 minuten en binnen 10 minuten worden aangenomen, zijn respectievelijk 75% en 98%. HAP 1 kon in 2021 59% en in 2022 52% van de gesprekken binnen de 2-minutennorm op tijd beantwoorden. Voor HAP 2 waren deze percentages respectievelijk 40% en 25%. In 2023 zien zij echter een stijging van deze percentages i.v.m. een toename in het aantal werkzame triagisten. HAP 2 heeft ook informatie aangeleverd over de prestaties omtrent de 10-minutennorm. Aan deze norm werd in 2021 in 70% en in 2022 in ongeveer 49% van de gevallen voldaan. Ook hier zien ze in 2023 een verbetering door het stijgende aantal werkzame triagisten.

De HAP's kunnen de telefonische bereikbaarheid op piekmomenten onvoldoende garanderen

De HAP's proberen de telefonische bereikbaarheid zo goed mogelijk in te regelen. Ze geven echter ook aan dat het lastig is om altijd de gestelde eisen na te komen door pieken in de vraag.

#	Norm	Betrokken partijen	☆☆☆☆	☆☆☆☆	☆☆☆☆	☆☆☆☆	☆☆☆☆	*
3.2.3	Als een patiënt de spoedlijn van de HAP (voor acute hulp) belt, wordt de telefoon in 98% van de gevallen binnen 30 seconden opgenomen.	HAP				2	2	
3.2.4	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.	HAP				2	2	
3.2.8	Minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van de HAP kan binnen 30 minuten per auto de HAP bereiken.	HAP					4	
3.2.9	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.*	HAP			1		3	

* De getallen geven het aantal organisaties aan die het bijbehorende aantal sterren gescoord hebben. De sterren staan voor volgende statussen: 0 sterren: geen status ingevuld, 1 sterren: geen plannen gemaakt, 2 sterren: plannen gemaakt, 3 sterren: bezig met implementatie van plannen, 4 sterren: plannen geïmplementeerd.

Subinhoud

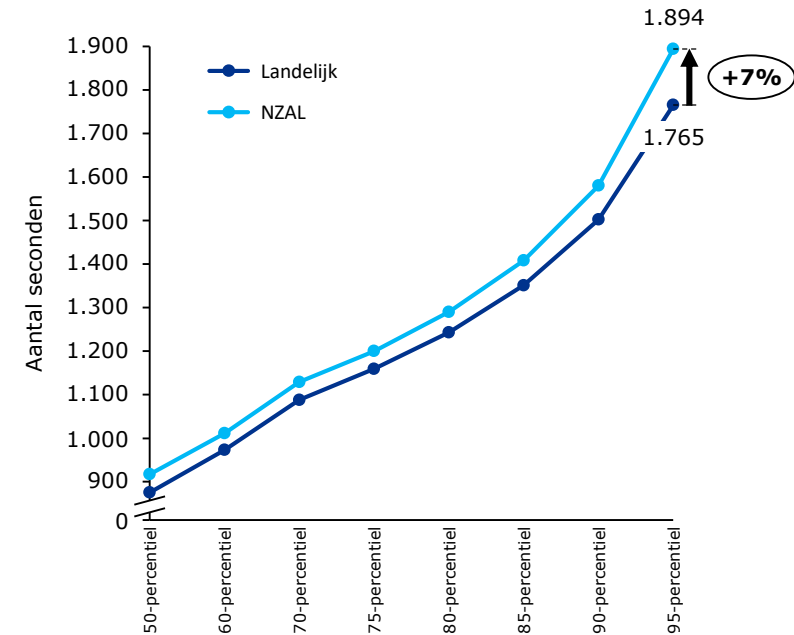
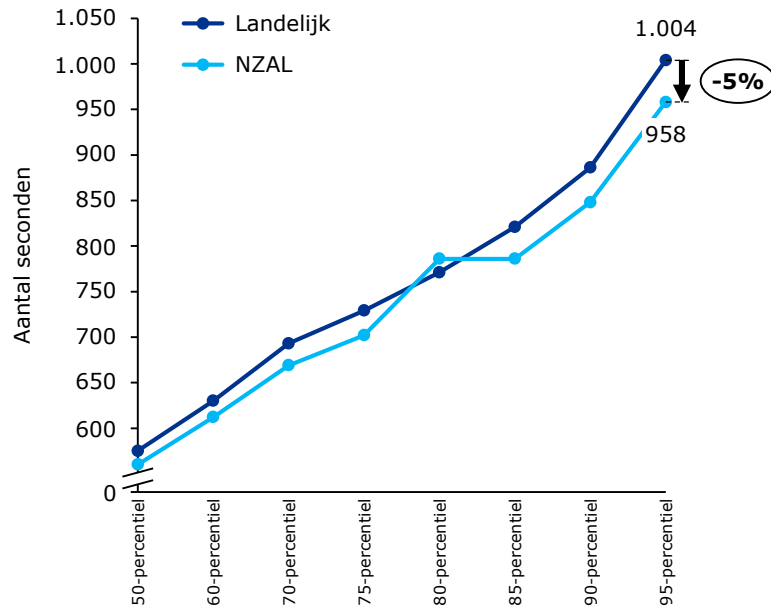
- a) Responstijden ambulance
- b) Ritduur naar dichtstbijzijnde SEH (MMT)
- c) Kwaliteitscriteria

Ambulancezorg en MMT

De tijd waarin 95% van de A1-inzetten ter plaatse is, is binnen Limburg bijna 5% korter. Voor A2-ritten is dat ruim 7% langer

De RAV van Limburg laat vergelijkbare responstijds met de rest van Nederland zien. Bij A1-vervoer zijn de responstijden 5% korter dan in Nederland en bij A2-vervoer 7% langer. Dit maakt dat de meest acute patiënten, gemiddeld gezien, snel geholpen kunnen worden door ambulancepersoneel.

Verskil in responstijden A1 en A2 vervoer binnen ROAZ Limburg ten opzichte van landelijk
Gebaseerd op Sectorkompas Ambulancezorg, 2021.



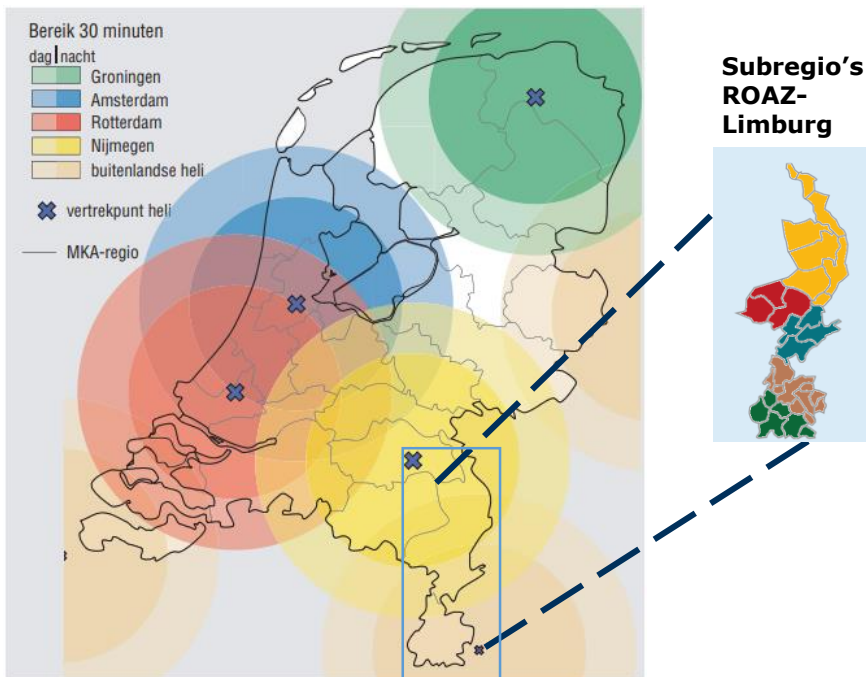
De bovenstaande grafieken tonen de responstijden van de ambulancezorg in 2021, verdeeld naar percentielen. Hierin worden Nederland en de NAZL met elkaar vergeleken. De linker grafiek betreft A1 vervoer, de rechter betreft A2.

Responstijden van de traumahelikopter liggen voor Noord- en Midden-Limburg hoger dan het landelijk gemiddelde

Binnen de ROAZ-Limburg is geen eigen MMT actief. De dichtstbijzijnde helikopterstandplaatsen zijn Aachen (voor Zuid-Limburg) en Nijmegen (voor Noord- en Midden-Limburg). Voor Noord- en Midden-Limburg liggen de responstijden daardoor boven het landelijk gemiddelde. Dit leidt niet tot ervaren knelpunten. Op dit moment wordt onderzocht of voor Limburg een extra grondgebonden MMT team opgetuigd moet worden.

Bereikgebieden vanuit stationeringsplaatsen van helikopters, overdag en 's nachts

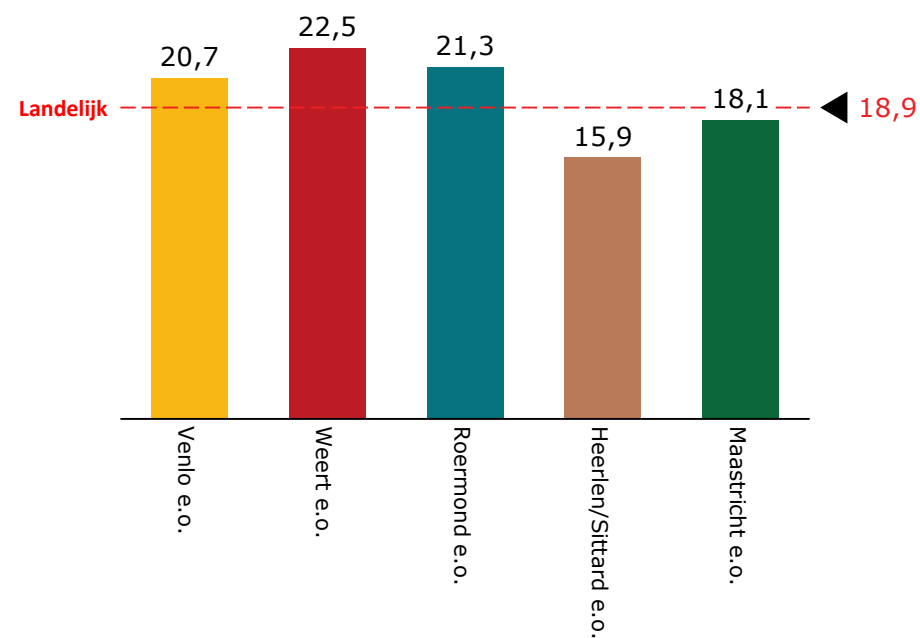
Spoed bij nacht en ontij, RIVM Rapport 270144001/2008



De bovenstaande kaart toont de bereikgebieden van de vier verschillende MMT-posten.

Gemiddelde responstijd MMT-helikopter per subregio in minuten (2023)

RIVM, maart 2023



De bovenstaande grafiek toont de gemiddelde responstijd van de MMT helikopter. De responstijd bestaat uit de som van meld- en uitruktijd en vliegtijd en tijd nodig voor landen en natransport. Responstijdenmodel gaat uit van x-y-coördinaten en hemelsbrede afstanden.

In Limburg voldoet men aan de bereikbaarheidsnorm van de SEH's

De RAV in Limburg zorgen ervoor dat het ambulancevervoer binnen de afgesproken normtijden uitgevoerd wordt. Daarnaast worden in de regio afspraken gemaakt en geïmplementeerd om de triage in de ambulance te verbeteren, zodat de ontvangende zorginstelling beter voorbereid is.

#	Norm	Betrokken partijen	☆☆☆☆	★★☆☆	★★★★	★★★☆☆	★★★★*
3.2.10	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.	RAV					1
3.2.14	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.	RAV, SEH		1			5
5.1.1	De medisch manager ambulancezorg is bereikbaar voor huisartsen bij triage en zorgcoördinatie.	RAV, HAP, HA, MMT, RZC, SEH, ZKH	4	1	1		5
5.1.3	In 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 prehospital triage vanuit de ambulance.	RAV, MMT, RZC, SEH, ZKH		2	5		

* De getallen geven het aantal organisaties aan die het bijbehorende aantal sterren gescoord hebben. De sterren staan voor volgende statussen: 0 sterren: geen status ingevuld, 1 sterren: geen plannen gemaakt, 2 sterren: plannen gemaakt, 3 sterren: bezig met implementatie van plannen, 4 sterren: plannen geïmplementeerd.

De RAV in Limburg maakt gebruik van actuele capaciteitsinformatie van zorginstellingen

Alle partijen die betrokken zijn bij het plaatsen van de patiënt op de juiste plek en ook de tool hebben ingevuld, geven aan werkende systemen te hebben die aangeven waar patiënten naartoe vervoerd moeten worden.

#	Norm	Betrokken partijen	☆☆☆☆	☆☆☆☆	☆☆☆☆	☆☆☆☆	☆☆☆☆	*
5.2.1	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.	RAV, HAP, HA, MMT, RZC, SEH, ZKH	3					7
5.2.12	De RAV beschikt over en maakt gebruik van actuele informatie over de beschikbaarheid van capaciteit (waaronder specifieke opvangcapaciteit).	RAV, RZC						1
6.1.2	Ambulancezorgprofessionals voldoen aan de wettelijke en sectorale opleidings- en bekwaamheidseisen. Het wettelijke 'Besluit functionele zelfstandigheid' beschrijft nadere regels voor voorbehouden handelingen voor ambulanceverpleegkundigen.	RAV						1

* De getallen geven het aantal organisaties aan die het bijbehorende aantal sterren gescoord hebben. De sterren staan voor volgende statussen: 0 sterren: geen status ingevuld, 1 sterren: geen plannen gemaakt, 2 sterren: plannen gemaakt, 3 sterren: bezig met implementatie van plannen, 4 sterren: plannen geïmplementeerd.

Subinhoud

- a) Locaties SEH, reistijden naar SEH en gevoeligheid SEH
- b) Aandeel en aantal SEH-bezoeken
- c) Kwaliteitscriteria

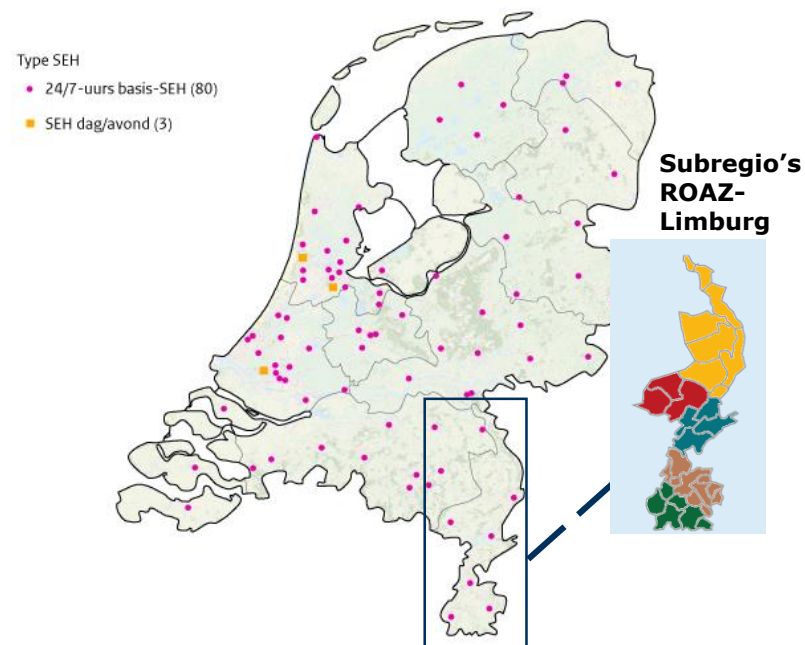
SEH's inclusief specifieke voorzieningen

De reistijd naar de SEH in Venlo is langer dan het landelijk gemiddelde

Aangezien de HAP locaties gevestigd zitten op plek waar ook een SEH zit, is dezelfde lange reistijd naar een SEH waarneembaar in Venlo en omstreken. Verder valt voor ongeveer 2500 bewoners van Limburg de aanrijtijd van een SEH buiten de normtijd, wanneer het Laurentius of het VieCuri gesloten wordt.

Locaties ziekenhuizen met SEH

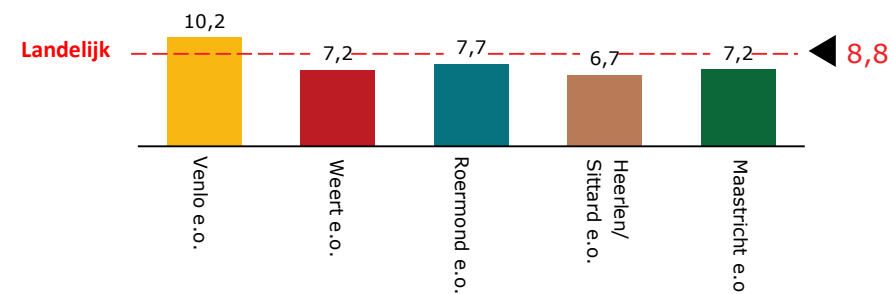
RIVM, juli 2022



De kaart toont de ziekenhuizenlocaties met een afdeling spoedeisende hulp (SEH(Spoedeisende hulp)) in Nederland.

Gemiddelde reistijd met ambulance naar dichtstbijzijnde SEH per subregio in minuten (dec 2022)

RIVM, april 2023



Gevoeligheid bereikbaarheid SEH

RIVM bereikbaarheidsanalyse, 2022

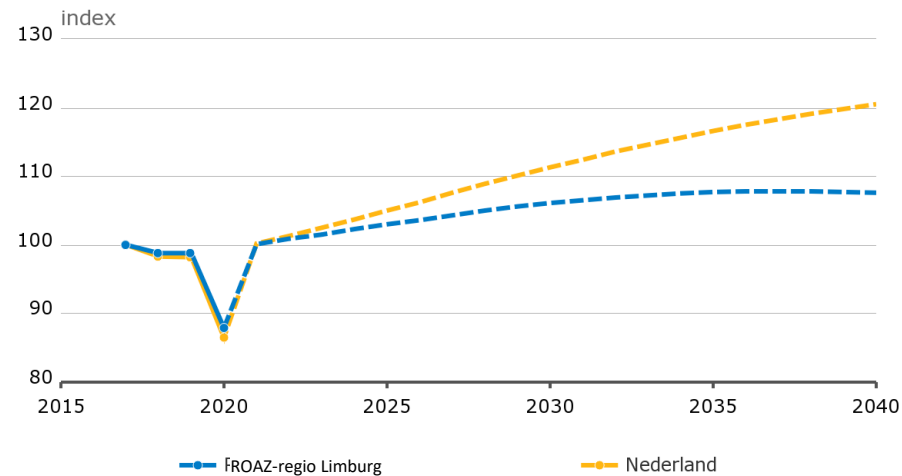
SEH	Aantal inwoners waarvoor het ziekenhuis gevoelig is in 2021	Aantal inwoners waarvoor het ziekenhuis gevoelig is in 2022
Academisch Ziekenhuis Maastricht	Niet gevoelig	Niet gevoelig
Zuyderland Medisch Centrum locatie Heerlen	Niet gevoelig	Niet gevoelig
Laurentius Ziekenhuis Roermond	Niet gevoelig	2400
Zuyderland Medisch Centrum locatie Sittard-Geleen	Niet gevoelig	Niet gevoelig
St. Jans Gasthuis Weert	Niet gevoelig	Niet gevoelig
VieCuri Medisch Centrum Venlo	Niet gevoelig	2600

De grafiek rechts bovenaan geeft de reistijd weer in minuten naar de dichtstbijzijnde SEH. De reistijden zijn een gewogen gemiddelde van de afzonderlijke 4-cijferig postcodegebieden op basis van inwoneraantallen. Daaronder is het aantal gevoelige patiënten per SEH weergegeven. Deze getallen geven aan wat het aantal patiënten is dat niet binnen de normtijd op een andere SEH kan zijn, wanneer de desbetreffende SEH wordt gesloten.

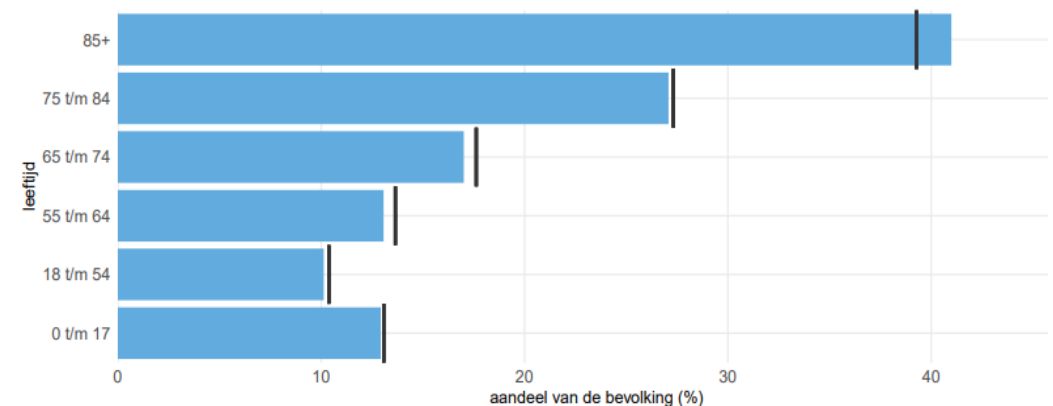
De prognose toont aan dat de stijging in het aantal spoedeisende zorgvragen in Limburg minder hard stijgt

Het aantal spoedeisende zorgvragen in het ziekenhuis stijgt tot 2040 in Nederland harder dan in Limburg. Op basis van deze data kan gesteld worden dat de druk op de SEH's in Limburg relatief weinig toeneemt. Het risico bestaat dat de patiënten die niet naar de SEH gaan, ergens anders in de reguliere of acute zorgketen terecht komen, waardoor de netto druk op het zorgsysteem niet afneemt.

Aantal spoedeisende zorgvragen in het ziekenhuis
Gebaseerd op Vektis; bewerking en projecties RIVM, 2021.



Aandeel bevolking wat naar SEH gaat per leeftijdscategorie
Gebaseerd op Vektis declaraties, 2021.



Blauw: ROAZ-regio Limburg
Zwart: gemiddelde Nederland

De grafiek linksboven toont de ontwikkeling van het aantal spoedeisende zorgvragen in het ziekenhuis. Het betreft het totaal 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.

De figuur rechtsboven laat per leeftijdscategorie het aandeel wat de SEH heeft bezocht 2021 voor Nederland en Limburg zien.

De RAV beschikt over een goed beeld welke competenties in welk ziekenhuis aangeboden worden

De SEH's in de regio zijn bezig met het in kaart brengen van actuele informatie over de beschikbaarheid van capaciteit. Wanneer dit initiatief gecombineerd wordt met de al geïmplementeerde inzichtelijk gemaakte competenties per ziekenhuis, zal de RAV in staat zijn de patiënt vaker naar de juiste plek te vervoeren.

#	Norm	Betrokken partijen	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	*
5.2.14	Zorgverleners op de SEH beschikken 24/7 over en maken gebruik van actuele informatie over de beschikbaarheid van capaciteit (waaronder specifieke opvangcapaciteit).	RZC, SEH, ZKH	1	1			1	2	
5.2.2	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.	RAV, HAP, HA, MMT, RZC, SEH, ZKH	2					8	
6.1.4	Op elke SEH is gedurende openingstijden een SEH-arts KNMG of een medisch specialist aanwezig die minimaal de cursus Advanced Life Support en de cursus Advanced Pediatric Life Support afgerond heeft, fysiek aanwezig.	SEH			2			3	

* De getallen geven het aantal organisaties aan die het bijbehorende aantal sterren gescoord hebben. De sterren staan voor volgende statussen: 0 sterren: geen status ingevuld, 1 sterren: geen plannen gemaakt, 2 sterren: plannen gemaakt, 3 sterren: bezig met implementatie van plannen, 4 sterren: plannen geïmplementeerd.

Meer dan de helft van de SEH's voldoen aan alle gestelde eisen omtrent verplichte bezetting

Bijna alle SEH's hebben plannen geïmplementeerd om te garanderen dat de bezetting van de SEH op orde is.

#	Norm	Betrokken partijen	☆☆	★☆☆	★★★	★★★★	★★★★
6.1.5	Indien niet aan aanbeveling 6.1.4 kan worden voldaan, geldt de volgende norm: 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.	SEH				2	4
6.1.8	In het ziekenhuis is (gedurende de 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 zekeren en te reanimeren.	SEH			2		4
6.1.10	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.	SEH					6

* De getallen geven het aantal organisaties aan die het bijbehorende aantal sterren gescoord hebben. De sterren staan voor volgende statussen: 0 sterren: geen status ingevuld, 1 sterren: geen plannen gemaakt, 2 sterren: plannen gemaakt, 3 sterren: bezig met implementatie van plannen, 4 sterren: plannen geïmplementeerd.

Op ten minste 3 SEH's zijn cardiologen binnen 30 minuten aanwezig en kunnen IC-behoefte kinderen meteen terecht

Drie van de vijf betrokken partijen hebben de status ingevuld. Deze geven allemaal aan te voldoen aan de onderstaande criteria.

#	Norm	Betrokken partijen	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆
6.1.14	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.	SEH	2				3
6.1.15	Ieder ziekenhuis is 24/7 verantwoordelijk voor en in staat tot de eerste opvang en stabilisatie van IC-behoefte kinderen: - Er zijn schriftelijk vastgelegde procedures voor de acute opvang van kinderen. - De benodigde middelen en getrainde/bevoegde medewerkers zijn beschikbaar. Iedere Pediatrische Intensive Care Unit (PICU) heeft werkafspraken met de ziekenhuizen in zijn regio over verantwoordelijkheid voor de eerste opvang, overdracht en transport van IC-behoefte kinderen en de zorg na ontslag uit de PICU.	SEH	2				3

* De getallen geven het aantal organisaties aan die het bijbehorende aantal sterren gescoord hebben. De sterren staan voor volgende statussen: 0 sterren: geen status ingevuld, 1 sterren: geen plannen gemaakt, 2 sterren: plannen gemaakt, 3 sterren: bezig met implementatie van plannen, 4 sterren: plannen geïmplementeerd.

Op alle SEH's zijn ondersteunende specialisten binnen 30 minuten na afroep beschikbaar

Alle betrokken partijen hebben gerapporteerd op de onderstaande criteria. Op alle SEH zijn een apotheek, klinische chemie en medische microbiologie binnen 30 minuten na afroep beschikbaar. Ook hebben bijna alle betrokken partijen afspraken gemaakt over vervoer en overdracht naar een tijdelijk verblijf waar medisch specialistisch zorg verleend wordt, wanneer dit nodig is.

#	Norm	Betrokken partijen	☆☆	★☆☆	★★★	★★★★	★★★★	*
6.2.5	Bij iedere geopende SEH zijn ondersteunende specialismen binnen 30 minuten na oproep bereikbaar: - apotheek - klinische chemie - medische microbiologie	SEH, ZKH					6	
7.2.6	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.	RAV, MMT, RZC, SEH, ZKH				2	5	

* De getallen geven het aantal organisaties aan die het bijbehorende aantal sterren gescoord hebben. De sterren staan voor volgende statussen: 0 sterren: geen status ingevuld, 1 sterren: geen plannen gemaakt, 2 sterren: plannen gemaakt, 3 sterren: bezig met implementatie van plannen, 4 sterren: plannen geïmplementeerd.



Subinhoud

- a) Locaties en aanrijtijd crisis GGZ



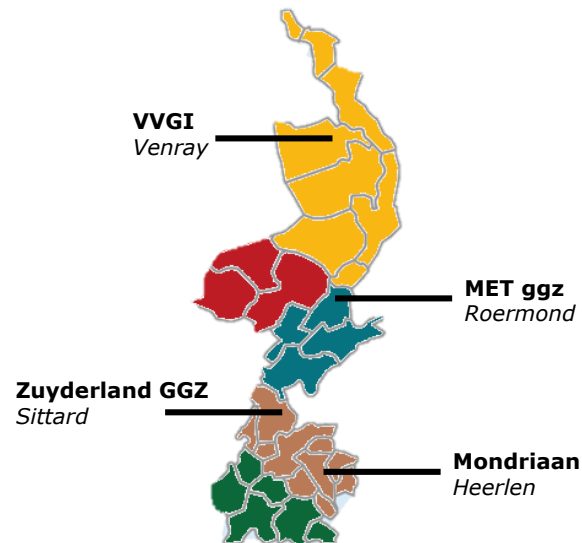
Acute GGZ

De reistijden van een acute GGZ locatie naar PC4-locaties binnen de subregio's zijn lager dan gemiddeld

Binnen de ROAZ Limburg kan de crisisdienst die acute GGZ zorgvragen moet beoordelen relatief snel op locatie zijn. Voor alle regio's ligt de gemiddelde reistijd van een locatie waar het crisisteam zich bevindt naar een PC4 locatie binnen de regio onder het landelijk gemiddelde. Wanneer de zorgvraag niet op locatie beoordeeld kan worden, moet het team samen met cliënt naar een beoordelingslocatie rijden. Dit is niet meegenomen in de weergave.

Locaties crisis GGZ teams

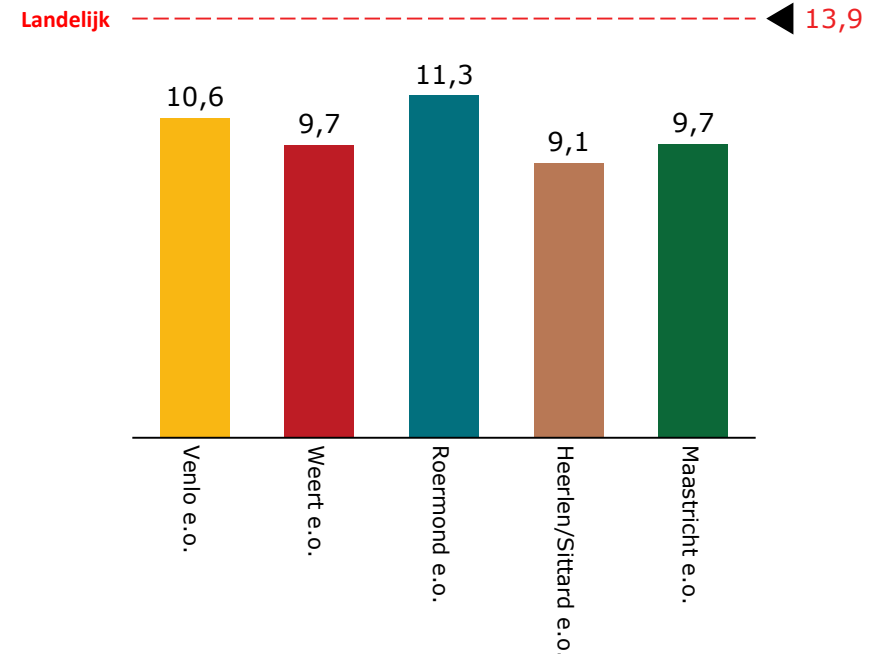
Informatie aangeleverd door LNAZ via websites GGZ-instellingen en Bureau Jeugdzorg



In de regio zijn vier standplaatsen van GGZ crisisdiensten voor de acute GGZ. Deze zijn bovenstaand weergegeven. Bureau Jeugdzorg heeft 3 locaties verdeeld over Limburg (noord, midden en zuid).

Gemiddelde reistijd met personenauto van dichtstbijzijnde crisis-GGZ locatie naar PC4 locatie in subregio in minuten (dec 2022)

RIVM, april 2023



De bovenstaande grafiek geeft de reistijd weer in minuten van de locatie waar een crisis team zich bevindt naar de dichtstbijzijnde PC4 locatie. De reistijden zijn een gewogen gemiddelde van de afzonderlijke 4-cijferig postcodegebieden op basis van inwoneraantallen.

Subinhoud

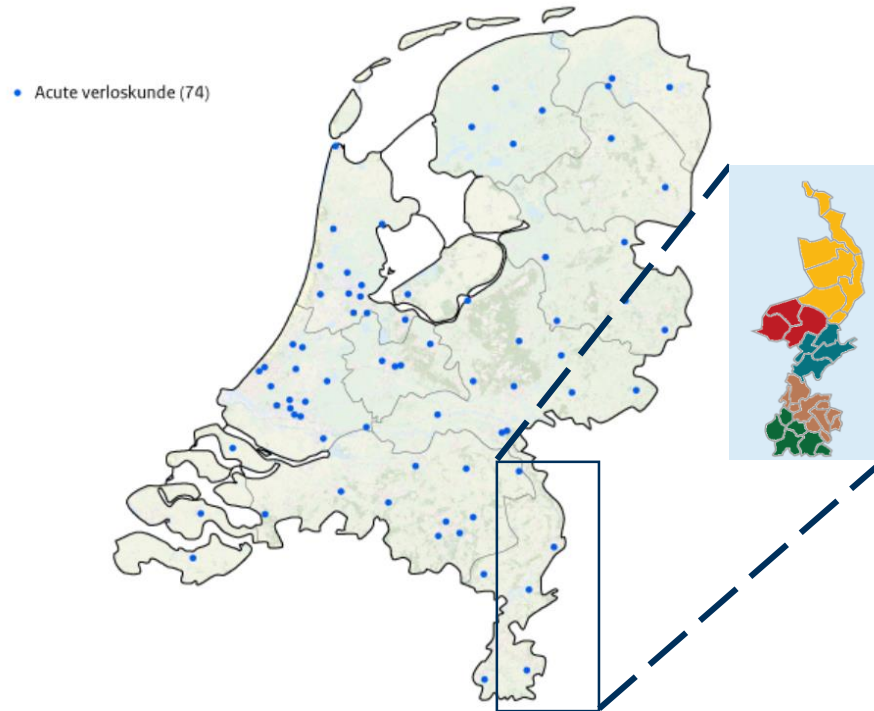
- a) Locaties van en reistijd naar acute verloskunde
- b) Gebruik kraamzorg

Acute verloskunde

Vijf van de zes ziekenhuizen met een SEH in de regio bieden acute verloskunde aan

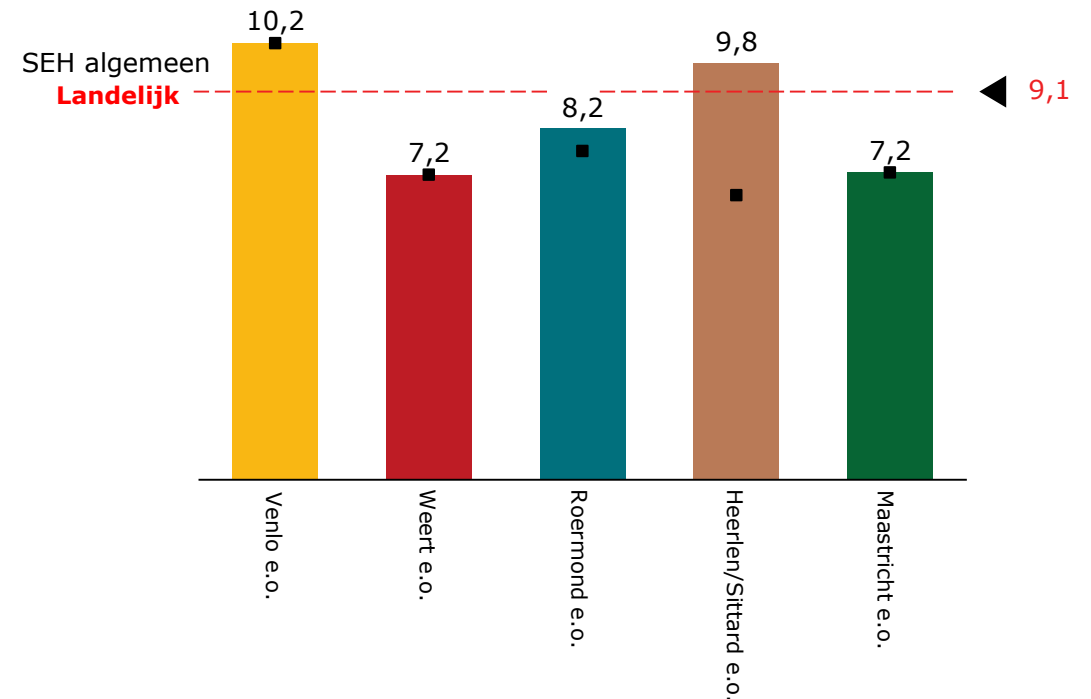
Doordat het Zuyderland ziekenhuis in Sittard-Geleen geen acute verloskunde biedt is de reistijd per PC4 locatie in de subregio's Heerlen/Sittard e.o. en Roermond e.o. langer dan de reistijd naar een algemene SEH locatie. Vergeliken met landelijke reistijden is de reistijd in Heerlen/Sittard e.o. en Venlo e.o. langer.

Locaties ziekenhuizen met acute verloskunde
RIVM, juli 2022



De kaart toont de ziekenhuislocaties met een afdeling acute verloskunde in Nederland.

Gemiddelde reistijd met personenauto naar dichtstbijzijnde locatie voor acute verloskunde per subregio in minuten (dec 2022)
RIVM, april 2023



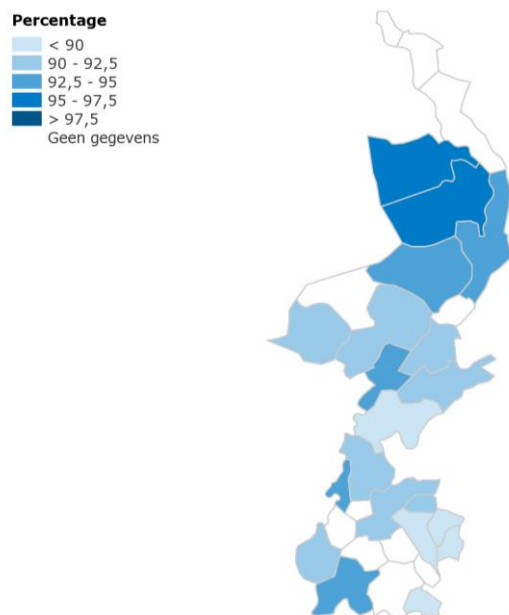
De bovenstaande grafiek geeft de reistijd weer in minuten naar de dichtstbijzijnde locatie met acute verloskunde. De reistijden zijn een gewogen gemiddelde van de afzonderlijke 4-cijferig postcodegebieden op basis van inwoneraantallen

In Midden-Limburg en Noord-Limburg gebruiken moeders na de geboorte vaker kraamzorg dan in Zuid-Limburg

Het gebruik van kraamzorg kan een acute zorgvraag voorkomen. Nieuwe ouders zijn vaak genegen hun baby snel naar de HAP op SEH te brengen wanneer er iets aan de hand is. Deze zorgvraag zou eventueel door een kraamverzorgster opgelost kunnen worden, waardoor de druk op de acute zorgketen afneemt. Het gebruik van kraamzorg is sinds 2019 lager dan landelijk. Mogelijk is dit het gevolg van krapte in het aanbod.

Percentage moeders met pasgeboren kinderen* wat kraamzorg gebruikt in Limburg

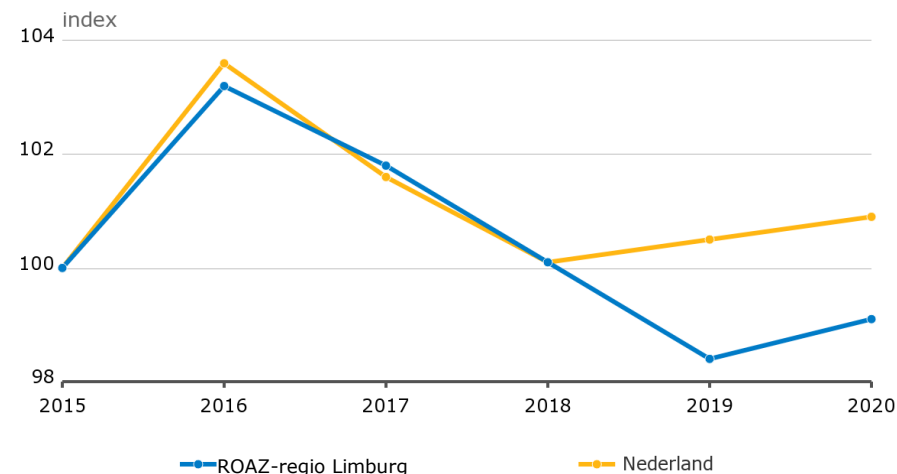
Gebaseerd op Vektis declaraties, 2021.



* CBS en Vektis noemen dit 'levend geboren kinderen'. Het bovenstaande betreft de data over levendgeboren kinderen.

Percentage moeders met pasgeboren kinderen wat kraamzorg gebruikt in Limburg t.o.v. Nederland

Gebaseerd op Vektis declaraties, 2021.



Deze twee figuren tonen het gebruik van kraamzorg. De kaart links bevat per gemeente in Limburg het percentage levend geboren kinderen waarbij de moeder kraamzorg heeft ontvangen na de geboorte in het geboortjaar t.o.v. het totaal aantal levend geboren kinderen geboren na een zwangerschapsduur van 24 weken of meer. De lijngrafiek rechts toont de ontwikkeling van het aantal kinderen waarvan de moeder een declaratie voor kraamzorg heeft na de geboorte binnen Limburg en Nederland.



Subinhoud

a) Aantal cliënten wijkverpleging



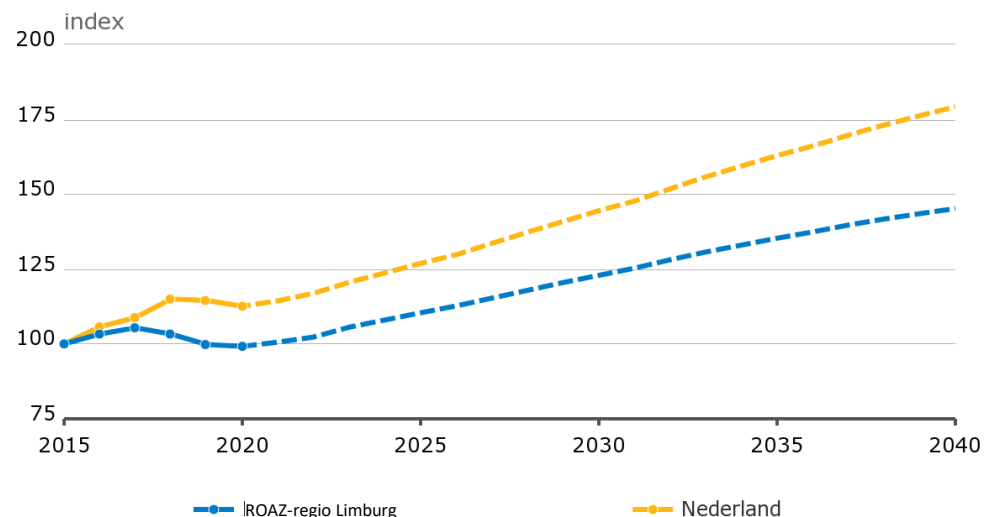
Onplanbare wijkzorg

De prognose toont dat het aantal cliënten van wijkverpleging gemiddeld gezien minder hard stijgt in Limburg

Een stijging in het aantal cliënten van wijkverpleging kan een goede indicator van de druk op de acute zorgketen zijn. Wanneer meer mensen in hun eigen woonomgeving zorg ontvangen, zullen zij minder snel de acute zorgketen betreden met een zorgvraag. Deze zorgvraag kan in de thuisomgeving opgelost worden door de wijkverpleging. De onderstaande prognose geeft aan dat de vraag naar wijkverpleging minder hard stijgt in Limburg dan in de rest van Nederland. Een noot hierbij is dat in Limburg relatief veel mensen gebruik maken van een VPT. Dit pakket wordt vergoed vanuit de Wlz. Deze mensen komen niet terug in deze grafiek, aangezien dit op ZVW-declaraties gebaseerd is. Daarnaast zijn er indicaties dat er in Limburg al veel gebruik wordt gemaakt van de wijkverpleging, waardoor de groei relatief laag is.

Aantal cliënten wijkverpleging

Gebaseerd op Vektis declaraties, 2021; projecties door RIVM



De grafiek toont de ontwikkeling van het aantal cliënten dat in een jaar gebruik maakt van wijkverpleging via de Zorgverzekeringswet. Het betreft zowel zorg in natura als zorg bekostigd uit een persoonsgebonden budget.



Subinhoud

a) Aantal cliënten V&V



Verpleeghuis- verwijzing in relatie tot acute zorg

In Noord-Limburg is het aantal cliënten in de V&V lager dan in Midden-Limburg en Zuid-Limburg

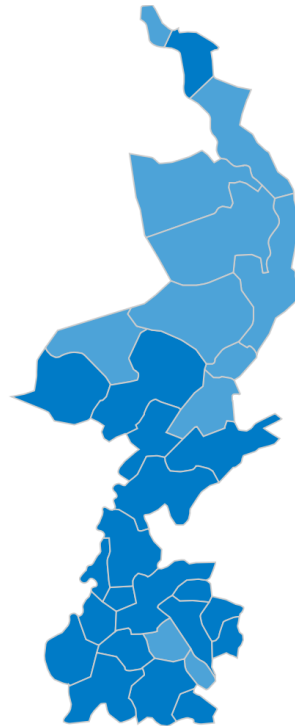
Wanneer patiënten een plek krijgen in de V&V, kunnen zij geholpen worden met zorgvragen die buiten de VVT kunnen escaleren naar een acute zorgvraag. Wanneer de V&V goed beschikbaar en toegankelijk is, kan dit tot een verlaging van de druk op de acute zorgketen leiden.

Aantal cliënten V&V per 10.000 inwoners

Gebaseerd op Registraties GAK.

Aantal per 10.000

- Minder dan 10
- 10 tot 50
- 50 tot 100
- 100 tot 200
- meer dan 200
- Geen gegevens



De kaart laat het aantal cliënten Verpleging en Verzorging in Limburg zien per 10.000 inwoners.



Subinhoud

- a) Nabijheid apotheek
- b) Kwaliteitscriteria



Farmaceutische spoedzorg

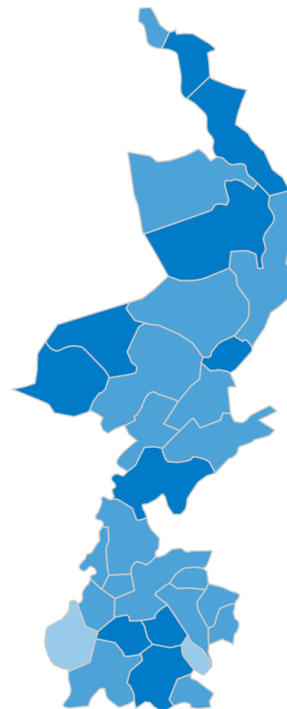
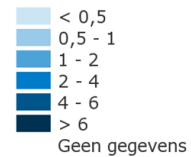
Apotheken zijn goed bereikbaar in de ROAZ-regio Limburg

De apotheken in Limburg zijn qua afstand goed bereikbaar. Daarnaast hebben, zoals op pagina 48 weergegeven, de dienstapotheken ruime openingstijden.

Nabijheid apotheek

Gebaseerd op Nabijheidsstatistiek 2018, CBS.

Gemiddelde afstand (km)



Deze kaart toont de nabijheid van de apotheek voor Limburg. De gekleurde vlakken geven de afstand in kilometers weer tot aan de dichtstbijzijnde apotheek. De cijfers komen uit de CAK (Centraal Administratie Kantoor)-registratie.

Een groot deel van de betrokken partijen beschikt bij ieder contact met een patiënt over een actueel medicatieoverzicht

Zes van de acht partijen die betrokken zijn bij het voorschrijven van medicatie geven aan plannen te hebben geïmplementeerd om ervoor te zorgen dat voorschrijvers bij ieder contact met een patiënt een actueel medicatieoverzicht tot hun beschikking hebben.

#	Norm	Betrokken partijen						*
8.1.5	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.	RAV, HAP, HA, MMT, RZC, SEH, ZKH	3	2			6	

* De getallen geven het aantal organisaties aan die het bijbehorende aantal sterren gescoord hebben. De sterren staan voor volgende statussen: 0 sterren: geen status ingevuld, 1 sterren: geen plannen gemaakt, 2 sterren: plannen gemaakt, 3 sterren: bezig met implementatie van plannen, 4 sterren: plannen geïmplementeerd.



Subinhoud

- a) Aanbod medisch specialistische revalidatiezorg



Medisch specialistische revalidatie

In Limburg zijn meerdere medisch specialistische revalidatieklinieken met verschillende expertises

Aanbod medisch specialistische revalidatie

Informatie aangeleverd een ketenorganisatie

Medisch specialistische revalidatie (MSR) is voor een deel van de patiënten een essentieel onderdeel van de acute zorgketen. Hierbij moet onderscheid gemaakt worden in de medisch specialistische revalidatie in het ziekenhuis (consulent, medebehandelaar tijdens opname of poliklinisch/dagbehandeling direct na de acute episode).

In de regio zijn meerdere aanbieders van MSR, met verschillende expertise(centra). Zo zijn er twee gespecialiseerde centra voor klinische opname; één voor volwassenen en één voor kinderen. In het centrum voor volwassenen wordt (poli)klinische revalidatie aangeboden. Dit centrum is tevens één van de acht dwarlaesiecentra in Nederland. In het kindercentrum wordt intensieve kindverpleging aangeboden.

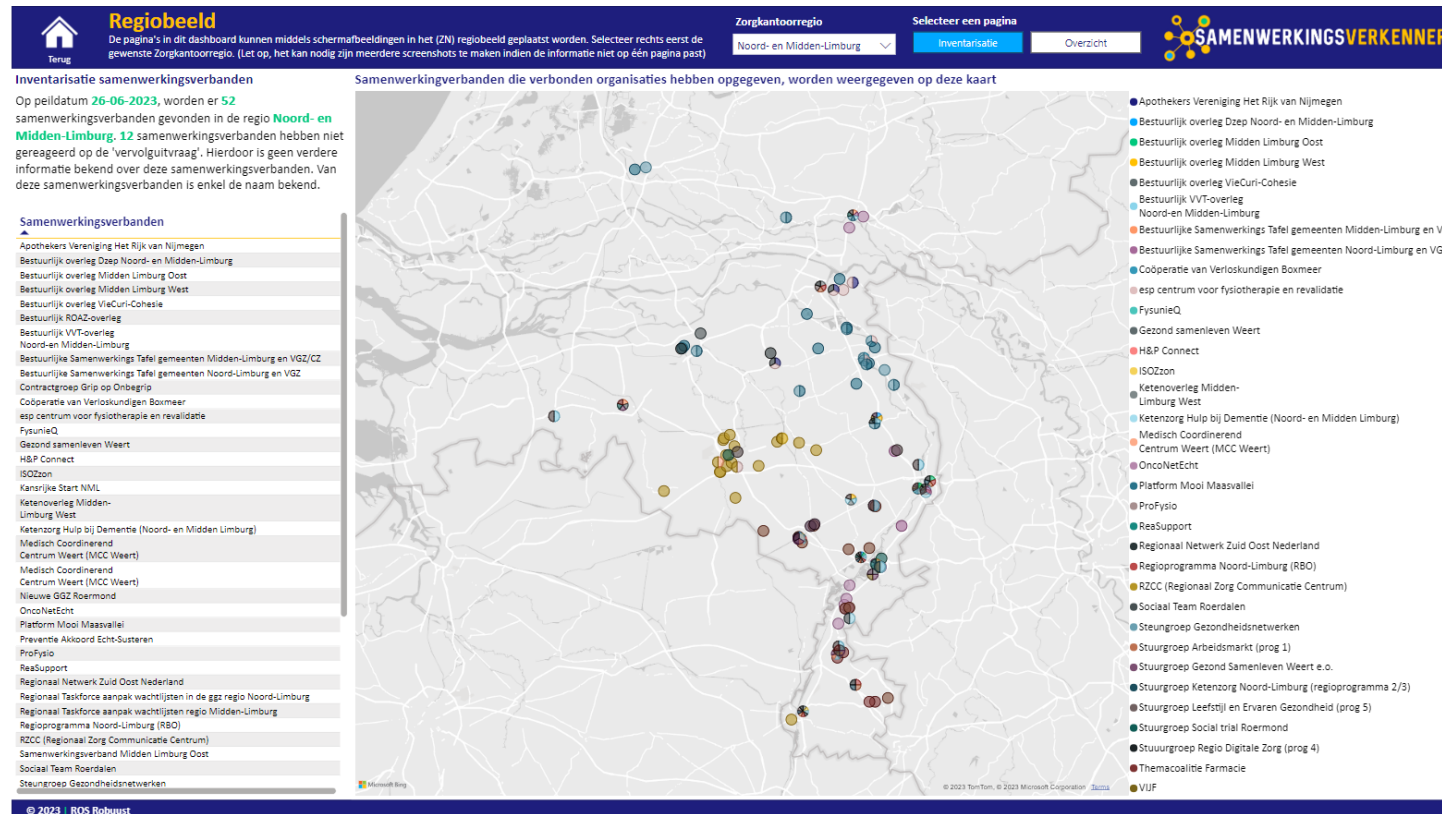
4. Regionale samenwerking

Subinhoud

a) Dashboard

Gedurende de komende weken worden de samenwerkingen op ROAZ-niveau in een dashboard verzameld

Gedurende de komende weken worden de relevante samenwerkingsverbanden op ROAZ-niveau toegevoegd aan [dit dashboard](#). Het dashboard is ontwikkeld door Robuust voor de regiobeelden op zorgkatoorniveau. Dit dashboard weergeeft de betrokken organisaties, contactpersonen, reikwijdte en centrale thematiek van de verschillende samenwerkingen. Het dashboard is een dynamisch geheel en kan aangepast worden wanneer nieuwe samenwerkingsverbanden opgezet worden.



5. Conclusies ROAZ-beeld

De disbalans tussen vraag en aanbod resulteert in een gezamenlijke opgave voor de ROAZ Limburg

- De zorgvraag verandert doordat het aandeel **ouderen** binnen de ROAZ-regio harder **stijgt** in relatie tot de rest van Nederland, waardoor hieraan gerelateerde instroomklachten vaker voor gaan komen
- Het aandeel mensen met een **ongezondere levensstijl** is in Limburg groter dan Nederland, waardoor er meer klachten zullen ontstaan (op latere leeftijd)
- In Limburg zijn relatief meer mensen **psychologisch kwetsbaar**.

Complexer wordende acute zorgvraag

Veel subregionale samenwerkingen

- Subregionaal bestaan er diverse samenwerkingsverbanden met overeenkomstige speerpunten.
- Knelpunten worden niet in alle regio's even sterk herkend, vaak als gevolg van **succesvolle initiatieven** die knelpunten lokaal verminderen.
- Er is weinig zicht op de gerealiseerde uitkomsten/successen van initiatieven, samenwerkingen en pilots.

- De **totale populatie** binnen ROAZ-Limburg **daalt** tot 2040 met bijna 6%, wat te verklaren is door minder geboortes en een relatief oude populatie.
- De zorgvraag per inwoner **zal mogelijk hoger** liggen dan gemiddeld in Nederland waardoor de totale zorgvraag niet zo snel krimpt als de bevolking.
- Volgens de prognoses neemt de **druk op de SEH toe** en op de **HAP af**.

Verwacht gelijkblijvend tot dalend volume

Aanbod niet altijd voldoende aanwezig

- Er worden veel **personele tekorten** verwacht, die direct en indirect de acute keten raken.
- Op basis van gesprekken lijken de momenten waarop SEH-stops afgegeven worden, telefonische wachttijden lang zijn en uitstroombeperkingen bestaan, in scherp contrast te staan met momenten waarop er overcapaciteit is.*
- **SEH's en HAP's** zijn voor een groot deel van de regio **goed te bereiken** als het gaat om reistijd.

* Deze conclusie is getrokken op basis van de opgehaalde knelpunten en de gesprekken die daaromheen gevoerd zijn. Er wordt verwacht dat er in de regio veel momenten zijn dat de acute zorgvraag samenkomt, waardoor stops optreden. Anderzijds wordt er ook veel gesproken over het bestaan van overcapaciteit in verschillende sectoren. Er zijn echter geen kwantitatieve data beschikbaar om dit te onderbouwen. Dit zal in een later stadium gedaan moeten worden.

6. Belangrijkste knelpunten en oplossingsrichtingen

Subinhoud

- a) Knelpunten rondom complexiteit van de zorgvraag
- b) Knelpunten rondom in-, door- en uitstroom
- c) Knelpunten rondom inefficiënte inzet van middelen
- d) Knelpunten rondom randvoorwaarden
- e) Werkwijze rondom knelpunten

De complexiteit van patiënten in de acute zorgketen neemt toe

1 Knelpunten rondom complexiteit van de acute zorgvraag

#	Knelpunten
1	De hulpvraag van mensen die zich op de HAP presenteren is niet enkel medisch van aard, maar gaat vaak gepaard met sociale problematiek en of psychiatrisch. Deze zijn onder andere gevolg van overloop van huisartsenzorg overdag: alles wat niet overdag gedaan kan worden, komt op de HAP terecht. Limburg kent regionaal grote verschillen in sociale factoren binnen de populatie**.
2	Een aantal patiënten die acuut instromen in VVT hebben meer dan een medische zorgvraag, GHZ, GGZ maar kan ook sociaal of psychisch zijn. Bed in VVT is hier niet altijd een passende oplossing voor. Dit kan soms ook thuis opgevangen worden. Voor acute zorg is niet altijd voldoende tijd en aandacht om alles goed te regelen*.
3	Beschikbaarheid van acute psychiatrie staat onder druk door aanmelding mensen met verward gedrag, wat vaak niet psychiatrisch van aard is. Kost veel tijd en capaciteit om een passende plek te vinden.
4	Doordat psychiatrische zorg vaker ambulante wordt georganiseerd ontstaat er meer druk bij hoofdbehandelaars. Maar het leidt ook tot druk op huisartsen (bij klinische psychiatrische zorg wordt alle zorg door interne artsen uitgevoerd). Hierdoor komen de patiënten vaker in het ziekenhuis terecht, aangezien de huisarts het niet aan kan*.
5	De HAP/HA ervaart te weinig zeggenschap op assortiment uit te geven medicatie bij complexere patiënten, waardoor vaak doorwezen moet worden naar apotheken en tweede lijn
6	Huisarts heeft weinig zicht op de zorg die geleverd wordt in kleinschalige woonvormen. Op moment van instroom is de ondersteuning ter plekke passend, maar ouderen blijven langer thuis wonen en waardoor verzwaaring van de zorgvraag minder snel wordt opgemerkt. Hierdoor komt de huisarts uiteindelijk in aanraking met te zware zorgvragen en meer reistijd*.
7	Acute psychiatrie: kinderen onder 18 opvangen en behandelen is lastig en expertise niet altijd aanwezig op SEH.
8	Er is een toenemende complexiteit van zorgzwaarte, waarbij bepaalde organisaties (vaak commercieel) focussen op eenvoudige zorg en de zware casuïstiek overblijft voor de grote instellingen. Dit maakt het lastig voor de grote instellingen om voldoende marge te behouden*.

* Deze knelpunten zijn breder dan alleen een knelpunt voor het ROAZ-beeld en dienen eventueel in afstemming met de regioplannen opgepakt te worden.

Disclaimer: deze lijst knelpunten is niet uitputtend. Dit betreffen slechts de knelpunten die zijn opgehaald in de focusgroepen. Het is aannemelijk dat er, bijvoorbeeld, organisatie-specifieke problematiek meespeelt in het ontstaan van (bovengenoemde) knelpunten.

De doorstroom in de acute zorgketen loopt op een aantal punten vast

2 Knelpunten rondom in-, door- en uitstroom

#	Knelpunten
9	De (telefonische) bereikbaarheid HAP staat onder druk. Lange wachttijden, waardoor niet alle verzoeken tijdig kunnen worden opgelost. Patiënten zoeken dan andere routes naar zorg, via bijvoorbeeld de meldkamer of SEH.
10	Er wordt een toename gezien van time-outs op SEH's in de regio. Dit leidt tot een hogere druk op andere SEH's en langere reistijden voor patiënt en ambulance/MMT.
11	Samenwerking SEH en HAP is niet efficiënt. Fysieke ruimte in het ziekenhuis worden niet goed benut, geen duidelijke afspraken waardoor er veel dingen dubbel gedaan worden.
12	Beschikbare capaciteit en vraag naar ELV bedden niet in balans. Leegstand en tekorten wisselen elkaar af. Verschilt per regio. Onder andere door beperkt zicht op beschikbare (kortdurende) observatiebedden en ELV. Zorgverleners zijn veel tijd kwijt met vinden van bed.
13	Er wordt nog niet overal ingespeeld op de verwachte pieken in- door en uitstroom op de SEH's, wat zich presenteert door stagnatie in uitstroom naar vervolgzorg (VVT en revalidatie), niet actueel overzicht in capaciteit van ketenpartners; ook geen overzicht tussen SEH's onderling.
14	Verwachte instroom is niet afgestemd op de beschikbaarheid van personeel op de dag. Ook ontbreekt het aan inzichten in (bedden)capaciteit, zowel kortdurend als langdurig verblijf.
15	Uitdagingen in de uitstroom, met name overgang naar VVT en gehandicaptenzorg. wvGGZ en WZD maken dit extra complex.
16	Er zijn voor de GGZ onduidelijke afspraken over samenwerking met politie en ambulance. Bijvoorbeeld bij een vrijwillige opname wordt verzoek door ambulance afgewezen.
17	Verbeteringen zijn nog te bereiken in de keten ziekenhuis en revalidatiekliniek door betere en snellere afstemming (alg.) ziekenhuis en revalidatiekliniek en aanvullend beleid t.a.v. triage en start revalidatie (al op de intensive care) en de keten herstel zorg voor de start van een revalidatiebehandeling.

Disclaimer: deze lijst knelpunten is niet uitputtend. Dit betreffen slechts de knelpunten die zijn opgehaald in de focusgroepen. Het is aannemelijk dat er, bijvoorbeeld, organisatie-specifieke problematiek meespeelt in het ontstaan van (bovengenoemde) knelpunten.

Middelen worden niet optimaal ingezet in de regio wat negatieve impact heeft op toegang en kwaliteit

3

Knelpunten rondom inzet van mensen en middelen

#	Knelpunten
18	In Limburg zijn 6 SEH's. Onvoldoende onderzoek of er efficiënter kan worden samengewerkt met de beschikbare middelen. Er wordt ook onderzocht of de HAP's op een optimale manier verspreid zijn over de regio.
19	Er is één multitraumacentrum in Limburg, namelijk in Maastricht. De landelijke eisen stellen dat 90% van de multitrauma patiënten primair in een level 1 traumacentrum gepresenteerd moet worden. Nu is dat circa 64% (2022).
20	De centralisatie en lateralisatie van ziekenhuiszorg in meerdere vestigingen maakt het ingewikkeld voor de ambulance en MMT om de patiënten meteen naar de juiste vestiging te vervoeren omdat er gebrek aan inzicht is in welke locatie welke patiëntcategorieën behandelt.
21	Grote regionale verschillen in de belasting van dienstapotheken tijdens de ANW. Veel van de vragen tijdens de ANW zijn niet acuut van aard. Leidt tot hoge kosten.
22	Bepaalde gebieden in Noord Limburg zijn lastig te bereiken. Echter te weinig volume om een ambulancepost in te richten op locatie.*

* Deze knelpunten zijn breder dan alleen een knelpunt voor het ROAZ-beeld en dienen eventueel in afstemming met de regioplannen opgepakt te worden.

Disclaimer: deze lijst knelpunten is niet uitputtend. Dit betreffen slechts de knelpunten die zijn opgehaald in de focusgroepen. Het is aannemelijk dat er, bijvoorbeeld, organisatie-specifieke problematiek meespeelt in het ontstaan van (bovengenoemde) knelpunten.

Een aantal randvoorwaarden zijn suboptimaal ingeregeld om de acute zorgketen te kunnen optimaliseren

4

Knelpunten rondom randvoorwaarden voor acute zorg

Sub-thema	#	Knelpunten
Arbeidsmarkt	23	Tekort aan personeel leidt op verschillende plekken in de acute keten tot knelpunten. Deels komt dit door tekorten in de niet acute zorg, maar ook direct in de acute zorg. Functies die concreet benoemd zijn: artsen van verschillende betrokken disciplines, verpleegkundigen, arts-assistenten, huisartsen, triagisten, apothekers, verloskundigen, kraamhulp en personeel in VVT.*
Gegevensuitwisseling	24	Onder andere door het gebruik van verschillende EPD-systemen en de AVG is beperkte gegevensuitwisseling mogelijk bij bijvoorbeeld overdracht of opname en is het niet mogelijk om historie van patiënten en cliënten bij andere (GGZ-)aanbieders in te zien. Bij acuut handelen leidt dit vaak tot problemen.* Dit knelpunt speelt niet alleen op patiëntniveau, maar ook op aanbieder niveau. De huidige manier van het vastleggen van stuurinformatie is niet doelmatig genoeg om de aanstaande ROAZ-plannen goed te kunnen monitoren.
Bekostiging	25	Productiegerichte bekostiging belemmert focus op ambulantisering. Schotten in bekostiging en registratie leiden tot prikkels die domein overstijgende samenwerking beperken en resulteren in hoge administratieve lasten bij professionals.*
Leiderschap	26	Binnen de verschillende organisaties dient sterk leiderschap aanwezig te zijn, wat over de grenzen van de eigen organisatie en subregio heen nadenkt. Om tot een goede functionerende keten te komen, moeten er keuzes gemaakt worden die niet voor alle organisaties even wenselijk zijn.

* Deze knelpunten zijn breder dan alleen een knelpunt voor het ROAZ-beeld en dienen eventueel in afstemming met de regioplannen opgepakt te worden.

Disclaimer: deze lijst knelpunten is niet uitputtend. Dit betreffen slechts de knelpunten die zijn opgehaald in de focusgroepen. Het is aannemelijk dat er, bijvoorbeeld, organisatie-specifieke problematiek meespeelt in het ontstaan van (bovengenoemde) knelpunten.

