

Aan de raadsleden van de gemeente Dronten

Onderwerp: Toezending rapport KPMG Health over het zorggebruik en de zorgvraag in Flevoland

Geachte leden van de gemeenteraad van Dronten,

De provincie Flevoland heeft KPMG Health in november 2018 gevraagd het huidige zorgaanbod en zorggebruik in Flevoland in kaart te brengen en daarnaast ook toekomstige ontwikkelingen en de doorwerking daarvan op het zorggebruik te beschrijven. Daarbij is nadrukkelijk de samenwerking met de gemeenten in Flevoland gezocht: niet alleen met direct betrokken gemeenten (Lelystad, Urk, Dronten en Noordoostpolder), maar ook met Zeewolde en Almere.

In de bijgevoegde mededeling van gedeputeerde Hofstra aan de Staten van Flevoland treft u de context en toelichting aan. Dit onderzoek en rapport is onderdeel van het proces toekomstverkenning zorg Flevoland. Tevens is de brief toegevoegd die de provincie Flevoland aan het ministerie van VWS heeft gestuurd. Het feitenboek waarover in de mededeling wordt gerept heeft u in een eerder stadium al ontvangen. De mededeling, rapport en brief van de provincie treft u ter kennisname aan.

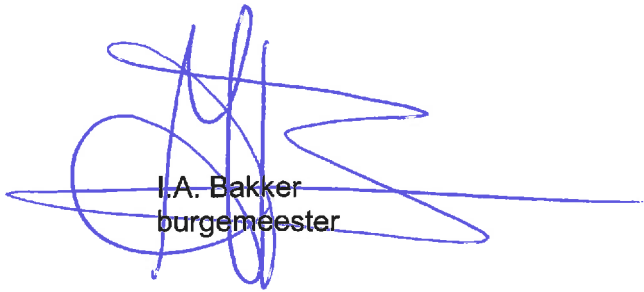
Wethouder Korting heeft u eerder toegezegd alle relevante informatie dat betrekking heeft op dit proces aan u toe te sturen. Wij gaan ervan uit u hiermee van voldoende informatie te hebben voorzien.

Hoogachtend,

het college van Dronten



drs. T. van Lenthe
Secretaris



I.A. Bakker
burgemeester

Bijlage(n): 1



Huidige zorggebruik en trends toekomstige zorgvraag regio Flevoland

KPMG Health

Maart 2019

Provincie Flevoland

A-1800016065

Managementsamenvatting (1/4)

Aanleiding en vraagstuk via twee sporen

Met het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen op 25 oktober 2018 is het zorgaanbod binnen de provincie Flevoland in een kort tijdsbestek ingrijpend veranderd. Een deel van de inwoners van Flevoland was voor de tweedelijnsvoorziening ziekenhuiszorg grotendeels aangewezen op de MC IJsselmeerziekenhuizen. Het faillissement leidt daarom tot zorgen en vragen onder inwoners, zorgprofessionals en – instellingen, gemeenten en provincie over de toegankelijkheid en continuïteit van ziekenhuiszorg in de regio.

Provincie en gemeenten benaderen het vraagstuk omtrent het borgen van de kwaliteit en toegankelijkheid van medisch specialistische zorg via twee sporen: enerzijds de korte termijn en anderzijds de lange termijn. Op de korte termijn ligt de focus op het onderzoeken van de opties om het ziekenhuis, mogelijk in een andere vorm, in Lelystad te behouden. Hiervoor is een gedetailleerder inzicht in de huidige situatie nodig voor provincie en gemeenten om de (on)mogelijkheden van een eventuele doorstart te kunnen beoordelen. Gemeenten en provincie realiseren zich tegelijkertijd dat een eventuele doorstart van het ziekenhuis niet in hun handen ligt. Parallel aan het verkrijgen van gedetailleerder inzicht in de huidige situatie, wordt daarom ook een basis gelegd voor de ontwikkeling van een lange termijnvisie op het zorglandschap in de provincie. In plaats van af te wachten hoe zaken zich verder ontwikkelen bereiden zij zich hiermee gezamenlijk voor op de toekomst. Dit is voor elk scenario nuttig.

De provincie Flevoland heeft KPMG Health gevraagd het huidige zorgaanbod, zorggebruik en toekomstige ontwikkelingen en hun impact op het zorggebruik in kaart te brengen. Hierbij is door de provincie de samenwerking met de gemeenten opgezocht. Het is belangrijk om een gezamenlijk beeld te hebben van de zorgvraag waar het zorglandschap op aan moet sluiten, zowel voor de afwegingen op de korte termijn waarin onderzocht wordt of er nog opties zijn om het ziekenhuis te behouden (en in welke vorm), als om gezamenlijke uitgangspunten te formuleren voor de

lange termijnvisie op het toekomstige zorglandschap in de provincie.

Huidig zorglandschap: afstand tot acute en klinische zorg voor een deel van de inwoners toegenomen

Met het faillissement van het MC Zuiderzee in Lelystad zijn acute en klinische zorg voor een deel van de inwoners op grotere afstand gekomen. Inwoners, provincie en gemeenten hebben hun zorgen geuit over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van met name de acute zorg (inclusief verloskunde). Op dit moment is er geen volwaardige spoedeisende hulp meer in Lelystad, er is enkel nog een spoedpoli die overdag en een deel van de avond open is. Het St. Jansdal neemt het voormalig MC Zuiderzee over, maar heeft eerder aangegeven geen mogelijkheden te zien om een volwaardige spoedeisende hulp (SEH) te realiseren.

Voor ambulances geldt een responsnorm van 15 minuten voor de hoogste prioriteit ritten, deze dient in 95% van de gevallen onder deze norm te blijven. De aanrijtijden van de ambulance (de tijd van melding tot aankomst bij de patiënt) blijven na het faillissement gemiddeld genomen onder de norm. Inzicht in de variatie tussen de ritten, en dus in eventuele uitschieters, ontbreekt echter nog. Op basis van de gemiddelden is niet te bepalen of bij minimaal 95% van de ritten de ambulance binnen 15 minuten ter plekke is, en of het aantal ritten waarbij de norm niet gehaald wordt is toegenomen sinds het faillissement. De reistijd vanaf de locatie van de patiënt tot aan het ziekenhuis lijkt sinds het faillissement wel toegenomen te zijn, met name voor ritten voor Lelystad (gemiddeld ongeveer 10 minuten langer) en Urk (gemiddeld ongeveer 8 minuten langer).

Voor klinische zorg kunnen inwoners van Flevoland o.a. terecht in het Flevoziekenhuis (Almere), St Jansdal (Harderwijk), Meander MC (Amersfoort), Isala (Zwolle/Meppel), Antonius Zorggroep (Sneek), Tergooi (Blaricum/Hilversum), Tsjongerschans (Heerenveen) en Dijklander ziekenhuis (Hoorn).

Managementsamenvatting (2/4)

Poliklinische zorg is op meer plekken aanwezig en blijft naar verwachting (deels) behouden in Lelystad. Naast in de hiervoor genoemde ziekenhuizen wordt deze zorg ook voor een deel geleverd in zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en buitenpoliklinieken. In de provincie Flevoland zijn (grote) regionale verschillen zichtbaar in de reisafstanden naar zowel acute, klinische als poliklinische zorg. Met name voor inwoners van Urk, Lelystad, en de woonkern Swifterbant zijn als gevolg van het faillissement de reistijden naar acute en klinische zorg toegenomen.

Huidige zorggebruik: zorggebruik per verzekerde in de zorgverzekeringswet iets lager dan landelijk gemiddelde

De gemiddelde zorgkosten per verzekerde in de zorgverzekeringswet waren in 2016 in Flevoland iets lager (2.217 EUR per verzekerde) dan het landelijk gemiddelde (2.406 EUR per verzekerde). Dit komt naar verwachting door de relatief jonge populatie die Flevoland kenmerkt.

Op basis van een globale inschatting zijn ongeveer 500 klinische bedden en 90 dagverplegingsbedden nodig voor inwoners van Flevoland. Deze zorg werd voorheen niet enkel in de MC IJsselmeerziekenhuizen geleverd, maar ook in het Flevoziekenhuis en andere omliggende ziekenhuizen. Daarnaast leggen de inwoners naar verwachting ruim 500.000 polikliniekbezoeken af per jaar. Dit betreft ook een schatting van de totale zorgproductie voor alle inwoners van Flevoland, dus niet enkel van de voormalig patiënten van de MC IJsselmeerziekenhuizen. Deze inschatting is gebaseerd op landelijke cijfers.

De huidige populatie in Flevoland is relatief jong ten opzichte van het Nederlands gemiddelde. Chronische aandoeningen komen echter relatief vaker voor in Flevoland, met name in Almere en Lelystad. Gemiddeld genomen heeft Flevoland een licht hogere sociaaleconomische statusscore, maar hierin zijn grote verschillen zichtbaar tussen gemeenten, en binnen gemeenten tussen verschillende wijken. De wijk Grietenij in Lelystad heeft de laagste SES-score. De gemiddelde SES-score per gemeente is

het laagst in Noordoostpolder.

Chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, COPD en diabetes, en kanker komen relatief vaker voor onder personen met een lagere SES, waarschijnlijk resulterend in een hoger zorggebruik.

Verskillende ontwikkelingen hebben impact op het toekomstige zorggebruik

Een viertal ontwikkelingen hebben naar verwachting impact op de toekomstige zorgvraag: demografische ontwikkelingen, ontwikkelingen in verschillende ziektebeelden, veranderende samenstelling van de regio en van huishoudens, en tot slot de technologische ontwikkelingen.

Demografische ontwikkelingen: inwonersaantal neemt toe, forse vergrijzing

Het inwonersaantal in de provincie neemt toe, naar verwachting groeit het aantal inwoners richting 2030 met 8% tot 13%. Het aandeel ouderen neemt de komende jaren fors toe, het aantal tachtigplussers verdubbelt bijvoorbeeld. Een oudere populatie heeft naar verwachting een hogere zorgvraag. Typische ouderdomsaandoeningen die hierdoor vaker voor gaan komen zijn dementie, artrose, nek- en rugklachten, osteoporose, gezichts- en gehoorstoornissen. De groep volwassenen tussen de 15 en 65 jaar blijft de grootste groep, waarbinnen chronische aandoeningen en kanker het vaakst voorkomen.

Ontwikkelingen ziektebeelden: meer chronische aandoeningen, vaker in combinatie met elkaar

Door de verhoogde overlevingskansen bij kanker krijgen meer personen te kampen met de langetermijneffecten van kanker, zoals chronische vermoeidheid en concentratieverlies. Het aantal personen met een chronische aandoening neemt daarnaast verder toe. Multimorbiditeit (combinatie van meerdere aandoeningen) komt in de toekomst nog vaker voor onder ouderen en vraagt om een andere, meer samenhangende, maatwerk benadering van de patiënt in plaats van te focussen op één enkele aandoening.

Managementsamenvatting (3/4)

Veranderende samenstelling van de regio en van huishoudens: mantelzorgpotentieel neemt af

Het aantal eenpersoonshuishoudens neemt de komende jaren fors toe. Tegelijkertijd neemt het mantelzorgpotentieel fors af, in 2040 is dit bijna gehalveerd. Wanneer niet teruggevallen kan worden op een partner/mantelzorger wordt naar verwachting eerder aanspraak gedaan op de professionele zorg- en hulpverlening. Het reeds bestaande personeelstekort in de zorg neemt daarnaast de komende jaren naar verwachting verder toe.

Technologische ontwikkelingen: mogelijkheid zorg dichtbij huis

De vraag naar eHealth toepassingen neemt de komende jaren toe. Andere ontwikkelingen zoals de personeelstekorten in de zorg maken daarnaast dat de inzet van technologie steeds noodzakelijker wordt om aan de zorgvraag te kunnen blijven voldoen. eHealth kan de mogelijkheid bieden om een deel van de zorg uit het ziekenhuis te verplaatsen naar dichtbij huis of thuis.

Implicaties voor vervolg

Korte termijn

Om te kunnen beoordelen of een ziekenhuis in Lelystad haalbaar, wenselijk en toekomstbestendig is hebben gemeenten en provincie gedetailleerde informatie nodig. Op dit moment is het voor gemeenten en provincie met de aanwezige informatie niet mogelijk om het standpunt van andere stakeholders te staven. Evident is dat de reistijden naar acute en klinische zorg voor een deel van de inwoners van Flevoland, waar voorheen het MC Zuiderzee het dichtstbijzijnde ziekenhuis was, zijn toegenomen. Inwoners kunnen voor acute en klinische zorg terecht in het Flevoziekenhuis, of in een van de andere omliggende ziekenhuizen (zie [pagina 14](#)). Het faillissement lijkt op het eerste gezicht niet te leiden tot het overschrijden van de aanrijtijden door de ambulance. Onduidelijk is echter nog in hoeverre de omliggende ziekenhuizen voldoende capaciteit hebben om de acute en

klinische zorgvraag over te nemen, of de sluiting van de SEH in Lelystad tot incidenten heeft geleid, hoe de rittijden van de ambulances zich over een langere periode ontwikkelen, en of de toegenomen reistijden mogelijk leiden tot het mijden van zorg door patiënten. Een specifiek perspectief dat hierin meegenomen moet worden is de acute verloskunde.

Gezien de geuite wensen van de inwoners, provincie en gemeenten en hun belangen rondom behoud van het ziekenhuis in Lelystad is het van belang de (on)mogelijkheden van het behoud van het ziekenhuis te objectiveren en te onderbouwen en de nog bestaande vragen hieromtrent beantwoord te krijgen. De tijdigheid van de beantwoording van deze vragen is een belangrijke factor. Hoe meer tijd verstrijkt, hoe minder er over zal zijn van de bestaande infrastructuur (denk aan personeel en apparatuur) in Lelystad. Daarnaast zullen de verwijspatronen van huisartsen en verloskundigen zich meer verleggen.

Lange termijn

Op de lange termijn zijn er een aantal belangrijke ontwikkelingen die impact hebben op de toekomstige zorgvraag. Een verwachte bevolkingsgroei, forse vergrijzing, een afname in het mantelzorgpotentieel, personeelstekorten in de zorg en een toename in chronische aandoeningen veroorzaken naar verwachting een hogere zorgvraag in de toekomst. Verwacht wordt dat deze ontwikkelingen voor een belangrijk deel zullen resulteren in een laagcomplexere zorgvraag, waarbij het de voorkeur heeft deze zorg dichtbij huis of thuis te kunnen leveren. Mocht een ziekenhuis in de nabijheid in de toekomst ontbreken dan moet vervangend aanbod gerealiseerd worden. Het aanbod zal in moeten kunnen spelen op de toenemende verschillen in voorspellers van SES, de personeelstekorten in de zorg en het vaker voorkomen van multimorbiditeit. Dit vereist bovendien dat er sluitende ketenafspraken gemaakt worden tussen zorgaanbieders. Het realiseren van vervangend aanbod dichtbij huis kan door met andere vormen van zorg te werken aan de nabijheid en toegankelijkheid van zorg, bijvoorbeeld middels 1,5 lijns-centra, buitenpoliklinieken of eerstelijnsverblijf

Managementsamenvatting (4/4)

(ELV) bedden, maar ook middels de inzet van eHealth op grotere schaal waarbij een patiënt onder controle kan staan van een gespecialiseerd centrum op grotere afstand.

VWS heeft begin januari een toekomstverkenner aangesteld, die rond de zomer een langetermijnvisie op het zorglandschap voor inwoners van de provincie Flevoland zal presenteren. In het traject beschrijft VWS een stabilisatiefase voor 2019. Het St Jansdal heeft aangegeven vanaf begin 2020 te bekijken of verdere uitbouw van de huidige zorg in het ziekenhuis in Lelystad mogelijk is. Zoals aangegeven is tijdigheid een belangrijk punt in het proces. Hoe meer tijd verstrijkt, hoe minder er over zal zijn van de bestaande infrastructuur en hoe lastiger het waarschijnlijk wordt om de zorg weer uit te bouwen. In voorbereiding op dit traject heeft het huidige rapport de kennispositie van gemeenten en provincie op gelijk niveau gebracht en zijn een aantal verdiepingsvragen voor de verkenner geformuleerd. Deze vragen worden door de provincie en gemeenten nog verder aangevuld. Tevens worden de belangrijkste uitgangspunten voor de langetermijnvisie gezamenlijk door hen opgesteld, welke bij dienen te dragen aan het behoud en de verdere ontwikkeling van de krachtige samenleving binnen de provincie Flevoland.

De gemeenten zijn als lokale overheden aan zet als het gaat om de communicatie richting inwoners en om de lokale belangen en zorgbehoeften in de toekomstvisie in te brengen. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van wettelijke taken binnen het sociaal domein en ervaren direct de (financiële) gevolgen van herinrichting van het zorglandschap, waarbij verschuiving van zorg naar dichtbij huis plaatsvindt. De provincie heeft belang bij een goede regionale zorginfrastructuur en behartigt de bovenlokale belangen. Vanuit dit perspectief is een actieve rol voor gemeenten en provincie in het vervolgtraject gewenst, ook in de fase nadat de toekomstverkenner zijn opdracht heeft afgerond.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	2
Aanleiding, centrale vraag en bijbehorende scope	7
Huidig zorgaanbod	10
Regiokaart met welk type zorg waar geleverd wordt	
Huidige zorggebruik	16
Kwantitatieve beschrijving	
Kwalitatieve beschrijving	
Ontwikkelingen met impact op de toekomstige zorgvraag	25
Demografische ontwikkelingen	
Ontwikkelingen ziektebeelden	
Veranderende samenstelling van huishoudens en samenstelling van de regio	
Technologische ontwikkelingen	
Vervolg	33
Bijlagen	36

Aanleiding, centrale vraag en bijbehorende scope

Aanleiding – twee sporen

Met het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen op 25 oktober 2018 is het zorgaanbod binnen de provincie Flevoland in een kort tijdsbestek ingrijpend veranderd. Een deel van de inwoners van Flevoland was voor de tweedelijnsvoorziening ziekenhuiszorg grotendeels aangewezen op de MC IJsselmeerziekenhuizen. Het faillissement leidt daarom tot zorgen en vragen onder inwoners, zorgprofessionals en – instellingen, gemeenten en provincie over de toegankelijkheid en continuïteit van ziekenhuiszorg in de regio.

Provincie en gemeenten hebben groot belang bij het borgen van de kwaliteit en toegankelijkheid van de medisch specialistische zorg voor haar inwoners. Daarbij benaderen zij dit vraagstuk via twee sporen: één voor de korte termijn en één voor de lange termijn. Op de korte termijn ligt de focus op het onderzoeken van de opties om het ziekenhuis, mogelijk in een andere vorm, in Lelystad te behouden. Dit blijft een wens van veel inwoners, en er zijn bij veel betrokkenen zorgen over de toegankelijkheid van medisch specialistische zorg en in het bijzonder de acute zorg en acute verloskunde zonder een lokaal ziekenhuis. Hoewel zorgverzekeraar en het St Jansdal hebben ingestoken op een andere route is het voor gemeenten en provincie nog een vraagstuk dat niet eensluidend is beantwoord. Gemeenten en provincie beschikken nog over onvoldoende informatie om te kunnen beoordelen of een ziekenhuis in Lelystad haalbaar, wenselijk en toekomstbestendig is. Qua haalbaarheid is het bijvoorbeeld de vraag of zorgverzekeraars bereid zijn de te leveren zorg in te kopen, maar ook of er voldoende personeel beschikbaar is om de zorg te kunnen leveren. Of een ziekenhuis wenselijk is hangt onder meer samen met de wens van de patiënten, maar ook met kwaliteit. Kan bij een eventuele doorstart naar verwachting de juiste kwaliteit geleverd worden en kan voldaan worden aan de volumenormen? Gemeenten en provincie hebben tot nu toe weinig gedetailleerde informatie over de situatie bij de ziekenhuizen tot hun beschikking. Het is daarom lastig een goed onderbouwd beeld te vormen

van de (on)mogelijkheden van een eventuele doorstart en wat daarbij passend is voor de zorgvraag in Flevoland nu en in de toekomst. Het is belangrijk hier op de korte termijn inzicht in te krijgen, met het verstrijken van de tijd zal de bestaande infrastructuur in Lelystad immers verder afnemen waarmee de mogelijkheden beperkter worden.

Tegelijkertijd realiseren gemeenten en provincie zich dat een eventuele doorstart van het ziekenhuis niet in hun handen ligt. Hoewel de inrichting van het zorglandschap af zal hangen van de vorm waarin het ziekenhuis in Lelystad mogelijk behouden blijft, is het goed na te denken over wat nodig en passend is voor een toekomstbestendige invulling van het zorglandschap. Parallel aan het verkrijgen van gedetailleerder inzicht in de huidige situatie, wordt daarom ook een basis gelegd voor de ontwikkeling van een lange termijnvisie op het zorglandschap in de provincie. In plaats van af te wachten hoe zaken zich verder ontwikkelen bereiden zij zich gezamenlijk voor op de toekomst. Zij pakken daarin actief hun rol, zodat zij hierin sturend kunnen zijn en het belang van de inwoners voorop kunnen zetten. Deze verkenning is in alle scenario's waardevol, zowel bij een eventuele doorstart van het ziekenhuis, als wanneer op andere wijzen gewerkt zal moeten worden aan het toegankelijk maken van zorg dichtbij.

Zowel voor de korte als lange termijn is het belangrijk de dynamiek in Flevoland in ogenschouw te nemen als het gaat om ruimtelijke en economische ontwikkelingen, bevolkingsgroei, vergrijzing en andere demografische ontwikkelingen.

Vraag

De provincie Flevoland heeft KPMG Health gevraagd het huidige zorggebruik en toekomstige ontwikkelingen en hun impact op het zorggebruik in kaart te brengen, waarbij door de provincie de samenwerking met de gemeenten is opgezocht. Het is belangrijk om een gezamenlijk beeld te hebben van de zorgvraag waar het zorglandschap op aan moet sluiten, zowel voor de afwegingen op de korte termijn waarin onderzocht

Aanleiding, centrale vraag en bijbehorende scope

wordt of er nog opties zijn om het ziekenhuis te behouden (en in welke vorm), als om gezamenlijke uitgangspunten te formuleren voor de lange termijnvisie op het toekomstige zorglandschap in de provincie.

Context

Overnames delen van zorg voormalig MC IJsselmeerziekenhuizen

Op 22 november deelde de curator mee dat de poliklinische zorg in Lelystad en Dronten behouden blijft en overgenomen wordt door het St Jansdal, gevestigd in Harderwijk. Daarnaast wordt er gesproken met het Zilveren Kruis over eerstelijnsverblijf zorg in Lelystad.¹ De klinische zorg voor de voormalige patiënten van de MC IJsselmeerziekenhuizen uit de Noordoostpolder en Urk wordt overgenomen door de Antonius Zorggroep in Sneek. Ook het aanbod van poliklinische zorg in Emmeloord wordt overgenomen door de Antonius Zorggroep.

Verkennerstraject

Eind november heeft de minister voor Medische Zorg en Sport in Lelystad en op Urk met een aantal partijen gesproken over de toekomst van de zorg in Flevoland. In deze gesprekken is afgesproken om een toekomstverkenner te vragen om rond de zomer 2019 een toekomstvisie op de zorg voor inwoners van Flevoland vanaf 2020 te presenteren. Over de inhoud en scope van de opdracht aan de toekomstverkenner heeft het ministerie van VWS in december overleg gehad met betrokken gemeenten en provincie. De toekomstverkenner is begin januari aangesteld en van start gegaan (zie [bijlage VIII](#): Taakopdracht toekomstverkenner Flevoland).

Algemene ontwikkelingen zorg

Naast het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen spelen ook de algemene ontwikkelingen rondom de zorguitgaven en houdbaarheid van het huidige zorgsysteem in Nederland een rol. In Nederland zijn er uitstekende voorzieningen voor medisch specialistische zorg. Zowel wat betreft de kwaliteit van de zorg als de toegankelijkheid van zorg behoort Nederland

wereldwijd tot de top. De kosten blijven echter groeien (zie ook [bijlage I](#)), ondanks de verschillende beleidsinterventies die zijn gedaan.²⁸ In 2017 is in Nederland 97,5 miljard euro uitgegeven aan zorg, 2 miljard meer dan in 2016.²⁷ Om de medisch specialistische zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief hoogwaardig te houden, is een andere inrichting van het zorglandschap noodzakelijk. Het leveren van 'de juiste zorg op de juiste plek' heeft de potentie de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg op een betaalbare duurzame manier te verbeteren of tenminste op een gelijkwaardig niveau te houden. Het principe 'de juiste zorg op de juiste plek' houdt in: meer zorg op maat, dichtbij de patiënt, met meer ruimte voor principes als eigen regie en zelfmanagement.

Naast het belang van goede zorgverlening in de regio, heeft de provincie ook een belang bij de werkgelegenheid afkomstig van het ziekenhuis en de spin-off van toeleveranciers en samenwerkingspartijen. Een goed ingericht zorglandschap straalt af op de provincie, en draagt bij aan haar ambitie een krachtige samenleving te realiseren. De provincie wil groeien en een goede inrichting van het zorglandschap is onderdeel van een gunstig vestigingsklimaat. Vanuit de gedeelde zorgen en belangen is door provincie en gemeenten gekozen om gezamenlijk op te trekken in dit traject.

Scope

De scope van de opdracht richt zich op het verzorgingsgebied van de gehele provincie. Hierbij is tevens oog voor de verschillen tussen de gemeenten Lelystad, Urk, Noordoostpolder, Dronten, Zeewolde en Almere. In de analyse van het huidige zorgaanbod wordt ook het zorgaanbod binnen en grenzend aan de provincie meegenomen: o.a. het Flevoziekenhuis (Almere), St Jansdal (Harderwijk), Meander (Amersfoort), Isala (Zwolle), Antonius Zorggroep (Sneek), Tergooi (Blaricum/Hilversum), Tsjongerschans (Heerenveen) en Dijklander (Hoorn). Het startpunt van de analyses ligt bij de tweedelijns ziekenhuiszorg, aangezien dit de aanleiding voor de opdracht is. Ontwikkelingen die impact hebben op de toekomstige

Aanleiding, centrale vraag en bijbehorende scope

zorgvraag worden in kaart gebracht voor de middellange (5 jaar) tot lange termijn (10 tot 15 jaar). In het rapport wordt geen relatie gelegd met effecten van preventiebeleid, gezondere leefomgeving, armoedebelid en beleid voor laaggeletterdheid. Dit beleid is wel van invloed op de gezondheid en de toekomstige zorgvraag van inwoners, maar valt niet binnen de scope van het onderzoek. De analyse is gebaseerd op publiekelijk beschikbare bronnen. Het beeld voor Flevoland is op onderdelen een afgeleide, omdat meer specifieke informatie niet publiekelijk toegankelijk is. Verdere specificatie is op onderdelen gewenst in het verkennerstraject. Hiervoor zijn aandachtspunten en verdiepingsvragen in het rapport opgenomen. Belangrijk is erop te wijzen dat dit rapport niet bedoeld is om een antwoord te geven op de vraag welke (basis)voorziening in Lelystad noodzakelijk is en welke omvang deze zou moeten hebben. De beantwoording van deze vraag is, onder meer, onderdeel van het Verkennerstraject en uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de minister van VWS.

Leeswijzer

Dit rapport start in hoofdstuk 1 met een overzicht van het huidige zorgaanbod, waarbij wordt ingegaan op het aanbod van acute, klinische en poliklinische zorg en eerstelijnsverblijf in de provincie (en aangrenzende gebieden). Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 inzicht gegeven in het huidige zorggebruik, wat zowel op een kwantitatieve als kwalitatieve wijze is beschreven. In hoofdstuk 3 worden verschillende ontwikkelingen beschreven die een impact hebben op de toekomstige zorgvraag van de inwoners in de provincie. In hoofdstuk 4 staat beschreven wat de impact van de resultaten is op het vervolg, en tot welke verdiepende vragen dit heeft geleid. Elk hoofdstuk eindigt met een samenvatting en nog openstaande vragen van de provincie en gemeenten aan de toekomstverkenner.



1. Huidig zorgaanbod

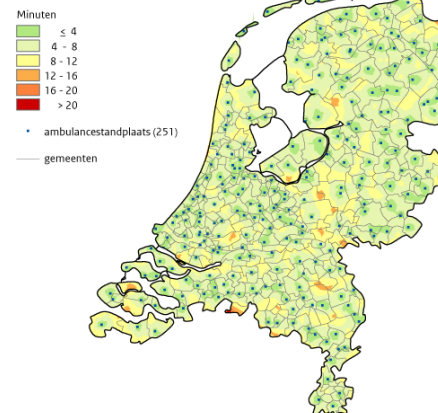
Grote regionale verschillen in bereikbaarheid acute zorg

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het huidige zorgaanbod. Het is belangrijk te weten welke zorg op dit moment waar geleverd wordt en wat de effecten zijn van het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen op het beschikbare zorgaanbod. Voor de korte termijn is het relevant om te weten wat de verwachte gevolgen zijn van het faillissement op de bereikbaarheid van acute zorg (voor zover die nu in kaart te brengen zijn) en waar binnen en rondom de provincie welk type zorg geleverd wordt. Voor de lange termijn is het relevant om te weten vanuit welk zorgaanbod verder gewerkt moet worden aan de herinrichting van het zorglandschap, waarbij aandacht moet zijn voor de effecten van het faillissement en de wijze waarop die opgevangen dienen te worden. Bij het in kaart brengen van het huidige zorgaanbod focussen we ons op de medische specialistische zorg. Met name rondom de acute zorg zijn zorgen geuit door inwoners, provincie en gemeenten over de bereikbaarheid en toegankelijkheid. Het hoofdstuk start daarom met een beschrijving van de bereikbaarheid van acute zorg. Vervolgens wordt in dit hoofdstuk achtereenvolgens het aanbod van klinische zorg, poliklinische zorg en eerstelijnsverblijfbedden in de provincie beschreven. De regionale verschillen worden hierin belicht.

Bereikbaarheid acute zorg

Na het faillissement van het MC Zuiderzee heeft de spoedeisende hulp (SEH) in Lelystad zijn deuren recent moeten sluiten. Overdag is nog wel een spoedpoli geopend van 08.00-20.00 uur, met beperktere faciliteiten. Het St. Jansdal neemt het voormalig MC Zuiderzee over, maar heeft eerder aangegeven geen mogelijkheden te zien om een volwaardige SEH in Lelystad te realiseren. Voor een deel van de inwoners van Flevoland is hiermee de reistijd naar een SEH toegenomen. Verschillende gemeenten en inwoners uiten daarom hun zorgen over de (tijdige) toegankelijkheid en bereikbaarheid van acute verloskunde en spoedeisende zorg. Met name voor inwoners van Lelystad, Urk en de woonkern Swifterbant (onderdeel van de Dronten) is de reistijd naar een SEH toegenomen.

Rijdtijd vanaf dichtstbijzijnde ambulancestandplaats 2017
Situatie dag/avond, 251 standplaatsen



In Nederland geldt een responsnorm voor ambulances. Deze bepaalt dat bij 95% van de A1-spoedritten (A1 is de aanduiding voor de hoogste prioriteit voor een ambulance) in een regio een responstijd van maximaal 15 minuten moet worden gehaald. Dit betekent dat er, in 95% van de gevallen, binnen 15 minuten na de 112-melding een ambulance ter plaatse moet zijn. De kaart hierboven geeft inzicht in de aanrijtijden van ambulances, dit is de tijd van 112-melding tot aankomst bij de patiënt. Op de kaart is te zien dat de gehele provincie binnen 12 minuten met een ambulance te bereiken is vanaf de dichtstbijzijnde ambulancestandplaats. Dit valt binnen de gestelde wettelijke norm van 15 minuten. Alleen in Zeewolde ligt de aanrijtijd iets hoger, maar dit was reeds het geval voor het faillissement.

De GGD Flevoland heeft daarnaast gegevens aangeleverd over de gerealiseerde rittijden van ambulances voor de gemeenten Urk, Noordoostpolder, Lelystad en Dronten voor de gehele rit. De aanrijtijden van 112-melding tot aankomst bij de patiënt varieerden voor deze gemeenten van gemiddeld 7,87 minuten voor Lelystad tot 10,20 minuten voor Noordoostpolder in december 2018. [Bijlage VI](#) geeft inzicht in de rittijden van de ambulance voor de eerdergenoemde vier gemeenten. De

Aanbod van klinische zorg, poliklinische zorg en eerstelijnsverblijf

aanrijtijden van de ambulance blijven gemiddeld dus onder de norm. Inzicht in de variatie tussen de ritten ontbreekt echter nog. Op basis van de gemiddelden is niet te bepalen of bij minimaal 95% van de ritten de ambulance binnen 15 minuten ter plekke is, en of het aantal ritten waarbij de norm niet gehaald wordt is toegenomen sinds het faillissement.

Naast de responsnorm, welke enkel kijkt naar de aanrijtijden van de ambulance, gebruikt het RIVM een 45-minutennorm in hun bereikbaarheidsanalyses van acute zorg en verloskunde. Deze analyse wordt door het RIVM gebruikt om te beoordelen of bereikbaarheid van deze zorg bij sluiting van een ziekenhuis in gevaar komt. Een gedetailleerde beschrijving van deze spreidingstoets is te vinden in [bijlage V](#). Op basis van deze norm bepaalt het RIVM welke ziekenhuizen als 'gevoelig' worden aangemerkt. Een ziekenhuis wordt aangemerkt als gevoelig, wanneer het aantal mensen dat niet binnen 45 een SEH kan bereiken bij sluiting van het ziekenhuis naar verwachting toeneemt. De 45 minuten is opgebouwd uit de aanrijtijd (van melding tot aankomst bij patiënt), de behandeltijd ter plekke en de reistijd voor vervoer naar het ziekenhuis. Dit is echter geen prestatienorm waarop op basis van gerealiseerde rittijden in de praktijk gestuurd kan worden. Het kan bijvoorbeeld wenselijk zijn om een patiënt langer ter plekke te behandelen, zodat de patiënt stabiel naar een ziekenhuis vervoerd kan worden.

Het MC Zuiderzee in Lelystad was door het RIVM niet aangemerkt als gevoelig ziekenhuis. Het aantal inwoners dat volgens het model van het RIVM niet binnen 45 minuten naar een SEH kan worden gebracht neemt volgens het RIVM na sluiting dus niet toe.

Uit de gegevens over rittijden van de GGD Flevoland blijkt wel dat de reistijd vanaf de patiënt naar het ziekenhuis met name voor Lelystad (ongeveer 10 minuten) en Urk (ongeveer 8 minuten) zijn toegenomen. Of dit van invloed is op de kwaliteit van zorg die inwoners ontvangen is onduidelijk. Ook is nog onduidelijk in hoeverre de omliggende ziekenhuizen de capaciteit hebben op de SEH om de acute zorg van het MC Zuiderzee over te nemen.

In [bijlage IV](#) is aanvullend op de rittijden van de ambulance, de impact van het faillissement van het MC Zuiderzee op de reistijden van de inwoners per personenauto naar een ziekenhuis met klinische capaciteit/SEH in kaart gebracht. Er is geen analyse uitgevoerd op de reistijden wanneer met het openbaar vervoer gereisd wordt.

Aanbod van klinische zorg in en rondom Flevoland

[Pagina 14](#) bevat een overzicht van de ziekenhuizen binnen en rondom Flevoland waar klinische en acute zorg (inclusief verloskunde) geleverd worden. Het Flevoziekenhuis is na het faillissement van het MC Zuiderzee het enige ziekenhuis in Flevoland met klinische bedden capaciteit, en daarmee beschikt over de mogelijkheid om patiënten op te nemen. De MC IJsselmeerziekenhuizen beschikten voor het faillissement over 250 bedden. Het MC Zuiderzee in Lelystad beschikte tevens over een SEH. Het St Jansdal heeft per 1 maart 2019 de zorg van het MC Zuiderzee overgenomen. Onduidelijk is nog welke zorg in de toekomst precies behouden blijft in de locatie in Lelystad. De klinische zorg voor de voormalige patiënten van de MC IJsselmeerziekenhuizen uit de Noordoostpolder en Urk wordt overgenomen door de Antonius Zorggroep in Sneek.

Aanbod van poliklinische zorg in Flevoland

Poliklinische zorg wordt in de verschillende ziekenhuizen in en rondom Flevoland geleverd. Daarnaast kan deze zorg ook geleverd worden in zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en buitenpoliklinieken. Zowel in Almere als in Lelystad zijn een aantal ZBC's gevestigd, waar laagcomplex medisch-specialistische zorg geleverd wordt voor diverse specialismen, zoals cardiologie, kindergeneeskunde, vermoeidheids- en slaapstoornissen. Ook in Swifterbant is een ZBC gevestigd, gericht op cardiologie.

Aanbod van klinische zorg, poliklinische zorg en eerstelijnsverblijf

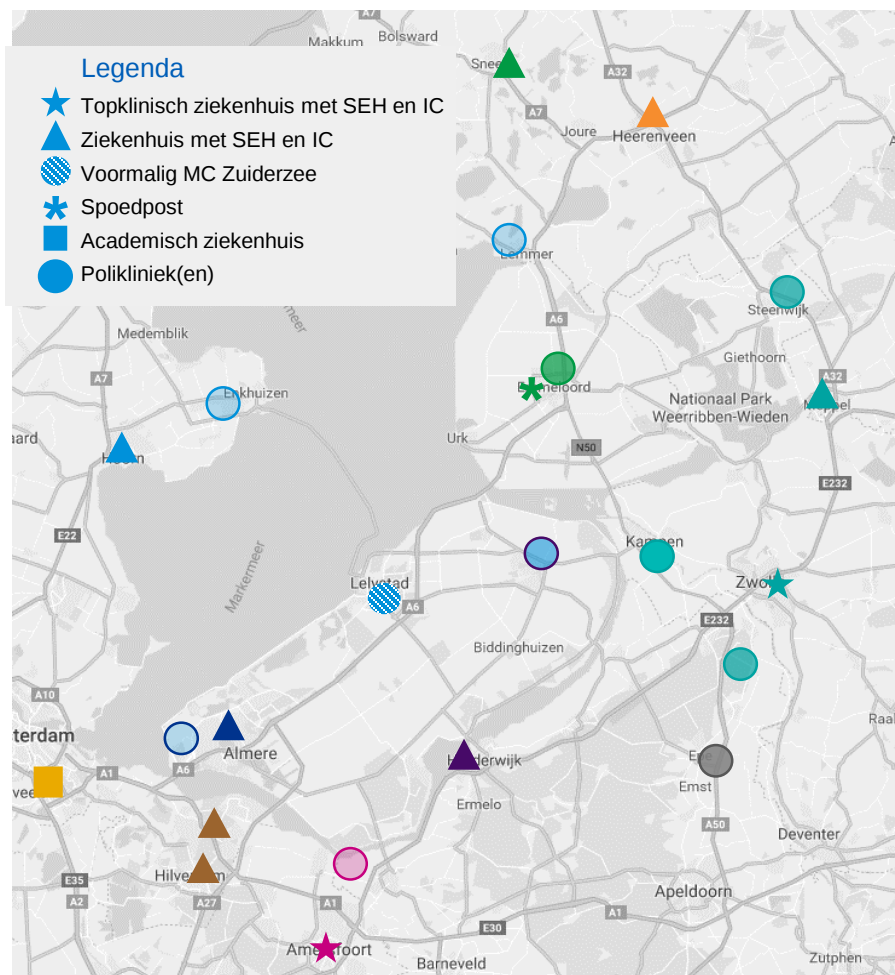
Aanbod van eerstelijnsverblijf in Lelystad en Almere

Naast de klinische en poliklinische zorg in de regio, is ook aanbod van eerstelijnsverblijf (ELV) beschikbaar. Dit is een kortdurend verblijf in een intramurale locatie van een zorginstelling, onder verantwoordelijkheid van een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG). Hierin kunnen zorgbehoevenden tijdelijk verblijven bij overbelaste mantelzorgers of bij een plotselinge achteruitgang in de gezondheid. Dit kan bijvoorbeeld wenselijk zijn na een ziekenhuisopname, waarna een patiënt niet in staat is naar huis te gaan, maar er ook geen noodzaak voor opname in het ziekenhuis is. De eerstelijnsbedden voorkomen vaak een onnodige, duurdere bezetting in het ziekenhuis. In Almere worden de ELV-bedden verzorgd door de Zorggroep (11 laag-complexe eerstelijnsbedden en een aantal hoog-complexe eerstelijnsbedden). In Lelystad worden de eerstelijnsbedden verzorgd door de Coloriet en Woonzorg Flevoland.

1. Huidig zorgaanbod

Overzicht zorgaanbod in en rondom Flevoland

Overzicht zorgaanbieders in Flevoland en omstreken 2018



Acute en klinische zorg in en rondom Flevoland

Instelling	Plaats(en)	SEH	Klinische opname	Focusgebied(en)
Flevoziekenhuis	Almere	Ja	Ja, 389 bedden	- Laagcomplex - Oncologie, interne geneeskunde, orthopedische zorg en Maag-Darm- en Leverziekten (MDL)
St. Jansdal	Harderwijk	Ja	Ja, 340 bedden	- Laagcomplex - Oncologisch centrum en een moeder en kind-centrum
Isala	Zwolle/Meppel	Ja	Ja, 1103 bedden	- Topklinisch - Oncologie, hart en diabetici centrum. - IC unit voor pasgeborenen & moeder en kind centrum
Antonius Zorggroep	Sneek	Ja	Ja, 300 bedden	Laagcomplex
Tjongerschans	Heerenveen	Ja	Ja, 250 bedden	Laagcomplex
Meander MC	Amersfoort	Ja	Ja, 422 bedden	Topklinisch
Tergooi	Blaricum/Hilversum	Ja	Ja, 633 bedden	Topklinisch
Dijklander ziekenhuis	Hoorn	Ja	Ja, 506 bedden	Laagcomplex
Amsterdam UMC	Amsterdam	Ja	Ja, 1800 bedden	Academisch, hoogcomplex

Huidige zorgaanbod - overzicht

Samenvattend

- Met het faillissement van het MC Zuiderzee zijn acute en klinische zorg voor een deel van de inwoners op grotere afstand gekomen, met name voor inwoners van Lelystad, Urk en de woonkern Swifterbant is de afstand tot deze zorg toegenomen. Provincie en gemeenten hebben hun zorgen geuit over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van met name de acute zorg en acute verloskunde. De gemiddelde aanrijtijden (de tijd van 112-melding tot aankomst bij de patiënt) van de ambulance varieerden voor de vier gemeenten Urk, Noordoostpolder, Dronten en Lelystad van gemiddeld 7,87 minuten voor Lelystad tot 10,20 minuten voor Noordoostpolder in december 2018 (gegevens GGD Flevoland). Voor ambulances geldt een responsnorm van 15 minuten voor de hoogste prioriteit ritten, deze dient in 95% van de gevallen onder deze norm te blijven. De aanrijtijden van de ambulance (de tijd van melding tot aankomst bij de patiënt) blijven na het faillissement gemiddeld genomen onder de norm. Inzicht in de variatie tussen de ritten, en dus in eventuele uitschieters, ontbreekt echter nog. Op basis van de gemiddelden is niet te bepalen of bij minimaal 95% van de ritten de ambulance binnen 15 minuten ter plekke is, en of het aantal ritten waarbij de norm niet gehaald wordt is toegenomen sinds het faillissement. De reistijd vanaf de locatie van de patiënt tot aan het ziekenhuis lijkt sinds het faillissement met name voor ritten voor Lelystad (ongeveer 10 minuten) en Urk (ongeveer 8 minuten) toegenomen te zijn. Of dit van invloed is op de kwaliteit van zorg is onduidelijk. Tevens is niet onderzocht in welke mate de omliggende ziekenhuizen de capaciteit hebben om de acute zorg van het MC Zuiderzee over te nemen, en of dit mogelijk tot incidenten heeft geleid.
- Voor klinische zorg kunnen inwoners van Flevoland binnen de provincie alleen terecht in het Flevoziekenhuis. In de aangrenzende regio's zijn daarnaast diverse ziekenhuizen waar inwoners terecht kunnen voor klinische zorg: het St. Jansdal (Harderwijk), Isala (Zwolle), Tjongerschans (Heerenveen), Meander (Amersfoort), Tergooi (Hilversum/Blaricum), Antonius Zorggroep (Sneek) en het Dijklander ziekenhuis (Hoorn). Voorheen werd klinische zorg naast in de genoemde ziekenhuizen ook in het MC Zuiderzee geleverd.
- Poliklinische zorg wordt naast in de hierboven genoemde ziekenhuizen ook geleverd in zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en buitenpoliklinieken.
- Naast de poliklinische en klinische zorg zijn in Lelystad en Almere ook eerstelijnsverblijfbedden beschikbaar.

Nog openstaande vragen

- Hebben de omliggende spoedeisende hulpen voldoende capaciteit om de acute zorg op te vangen?
- Wat zijn de gevolgen van de sluiting van de SEH op toegankelijkheid en kwaliteit van zorg? Zijn er incidenten geweest, of meldingen bij de inspectie binnengekomen?
- Hoe ontwikkelen de rittijden van de ambulances zich over een langere periode?



2. Huidige zorggebruik

Naar schatting 500 klinische bedden en 90 dagverplegingsbedden nodig voor inwoners van Flevoland

In het voorgaande hoofdstuk is beschreven hoe het zorgaanbod er in en rondom de provincie op dit moment uit ziet. Dit hoofdstuk gaat in op het huidige zorggebruik om een beeld te krijgen van het aanbod dat benodigd is. Allereerst wordt de omvang hiervan in kaart gebracht, zoals de geschatte benodigde capaciteit aan klinische bedden en het aantal polikliniekbezoeken. Deze cijfers zijn gebaseerd op de landelijke cijfers, aangezien inzicht in cijfers op provinciaal niveau ontbreekt. Op basis van inwonersaantallen vertalen we de omvang van landelijke naar provinciale cijfers, en geven dus een globale inschatting. De cijfers helpen om orde grootte te geven aan de omvang van de zorgvraag in de provincie Flevoland. Tot slot wordt inzicht gegeven in het huidige zorggebruik van de provincie, en de afzonderlijke gemeenten. Dit is niet gebaseerd op schattingen, maar op de daadwerkelijk gemaakte zorgkosten in 2016. De cijfers hebben betrekking op alle inwoners van Flevoland, niet enkel de voormalig patiënten van het MC Zuiderzee. Een deel van deze zorg werd dus reeds geleverd in andere ziekenhuizen, zoals het Flevoziekenhuis maar bijvoorbeeld ook het Tjongerschans, Antonius en het St Jansdal.

Bijna 35.000 klinische opnamen per jaar

In 2016 waren er in Nederland 1,7 miljoen opnamen in ziekenhuizen, waarvan bijna 1,47 miljoen in algemene ziekenhuizen. De overige opnamen vonden plaats in de academische setting. De 1,47 miljoen opnamen resulteerden in 1,28 miljoen dagverplegingsdagen en 7,23 miljoen verpleegdagen. De gemiddelde klinische ligduur was in 2016 5,0 verpleegdagen. Deze data zijn voor 90% volledig volgens de NZa. Het daadwerkelijke aantal ligt dus hoger, maar is nog niet opgenomen in de registratie.¹⁴ Voor Flevoland zou dit, enkel gebaseerd op het aantal inwoners, betekenen dat er jaarlijks 34.900 opnamen, 173.100 verpleegdagen en 30.500 dagverplegingsdagen zijn. Bij een bedbezetting van 90%, en een correctie van 10% voor de onvolledigheid van de data, betekent dit dat er 682 bedden nodig zijn voor de inwoners van Flevoland: 580 klinische bedden en

102 dagverplegingsbedden.¹⁴ In 2012 waren er in Flevoland gemiddeld 5% minder ziekenhuisopnamen dan in Nederland.¹⁵ Dit komt waarschijnlijk door de gemiddeld lagere leeftijd in Flevoland versus heel Nederland. Naast het lagere aantal ziekenhuisopnamen was de gemiddelde ligduur per opname in Flevoland ook korter dan in Nederland, bijna 8%. Het daadwerkelijk benodigde aantal bedden voor de inwoners van Flevoland zal dus lager zijn. Als dit wordt meegenomen in het aantal benodigde bedden betekent dit dat er ongeveer 508 klinische bedden en 90 dagverplegingsbedden nodig zijn. Deze zorg hoeft niet geheel in Flevoland geleverd te worden. Er zijn ook omliggende ziekenhuizen waar inwoners van Flevoland terecht kunnen, welke in het voorgaande hoofdstuk beschreven zijn.

Ruim half miljoen polikliniekbezoeken per jaar

In de algemene ziekenhuizen vonden in 2016 bijna 8 miljoen eerste polikliniekbezoeken en 16,9 miljoen herhaalbezoeken plaats. Vertaald naar de provincie Flevoland komt dit neer op 190.000 eerste polikliniekbezoeken en 350.000 herhaalbezoeken aan de polikliniek.¹⁴ Deze data zijn naar schatting ook voor 90% compleet, het daadwerkelijke aantal polikliniekbezoeken ligt dus nog iets hoger.

Landelijk meeste patiënten bij specialisten oogheelkunde en chirurgie

Landelijk werden in 2016 de meeste patiënten behandeld door de specialisten chirurgie en oogheelkunde: ieder specialisme behandelde meer dan één miljoen patiënten. Andere specialisten waarvoor veel patiënten het ziekenhuis bezochten waren cardiologie (0,96 miljoen), inwendige geneeskunde (0,94 miljoen) en orthopedie (0,79 miljoen). De vaakst voorkomende aandoeningen binnen deze specialisten zijn veelal laagcomplex van aard (o.a. cataract, artrose en diabetes mellitus). Deze specialisten leveren zorg steeds vaker vanuit zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Voor een groot aantal patiënten kan de benodigde zorg dus ook geleverd worden buiten het ziekenhuis.

2. Huidige zorggebruik

Vrijwel al het zorggebruik in Flevoland lager dan landelijk, gebruik van huisartsenzorg wel ongeveer op landelijk gemiddelde

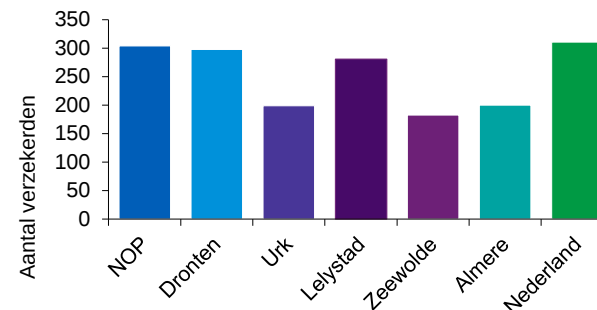
Zorgkosten in Flevoland iets lager dan gemiddeld in Nederland, Urk ruim onder en Lelystad iets boven gemiddelde

Naast de schattingen zijn ook gegevens beschikbaar over de daadwerkelijk gemaakte gemiddelde kosten per verzekerde in de zorgverzekeringswet (Zvw). In Flevoland bedroegen deze in 2016 2.217 EUR per verzekerde. In Nederland was dit 2.406 EUR.* De gemiddelde kosten in Flevoland zijn dus bijna 8% lager. De relatief jonge populatie in Flevoland is daar mogelijk een van de redenen voor. De verschillen tussen de gemeenten zijn hierin groot. In Urk zijn de gemiddelde zorgkosten uit de Zvw 1.788 EUR, terwijl deze in Lelystad 2.526 EUR bedroegen. Van de gemeenten in Flevoland maakt in Lelystad ook het hoogste percentage van de inwoners gebruik van zorg uit de Zvw (ruim 89%), in Zeewolde maken de inwoners het minste gebruik (bijna 86%).⁴⁶

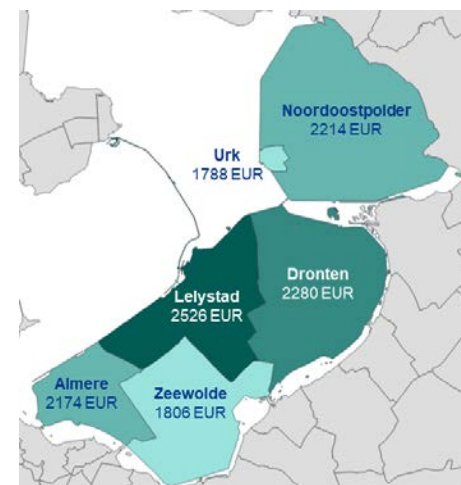
In Flevoland maken per 10.000 inwoners gemiddeld 236 personen gebruik van wijkverpleging (uit de Zvw), versus 311 in Nederland. Dit hangt waarschijnlijk samen met de gemiddeld lagere leeftijd in de provincie. In ieder van de gemeenten is het zorggebruik van de wijkverpleging gemiddeld lager dan landelijk.

Ook het aantal personen per 10.000 inwoners dat gebruikmaakt van de Wet langdurige zorg (Wlz) is in Flevoland lager (161) dan in Nederland (213). Inwoners van Flevoland maakten ongeveer evenveel gebruik van de huisartsenzorg als landelijk. In Flevoland deed 79% van de inwoners in 2016 een beroep op de huisartsenzorg, landelijk was dit 78,4%.

Gemiddeld aantal verzekerden per 10.000 verzekerden dat gebruik maakt van de wijkverpleging



Gemiddelde zorgkosten per verzekerde in de Zorgverzekeringswet 2016



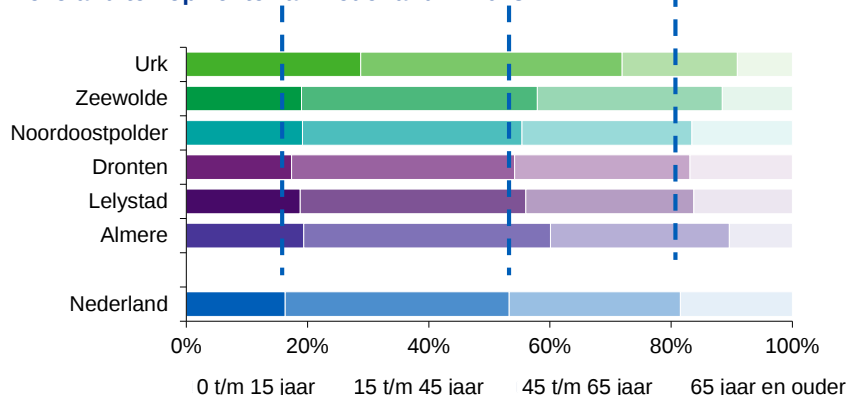
Bron: VNG, waarstaategemeente, 2016

* De kosten uit de zorgverzekeringswet hebben o.a. betrekking op huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, verloskundige zorg, volwassen GGZ. Jeugd GGZ is hier geen onderdeel van.

Flevoland kent een relatief jonge populatie

Naast de kwantitatieve weergave van het zorggebruik, is het ook mogelijk het zorggebruik (deels) te omschrijven aan de hand van verschillende kenmerken van de populatie, zoals de demografie, sociaaleconomische status (SES) en het voorkomen van chronische aandoeningen om zo ook een kwalitatief beeld te schetsen. Waar wijken deze kenmerken af ten opzichte van het gemiddelde in Nederland en zijn deze onderscheidend voor de provincie?

Percentage inwoners per leeftijdsgroep in de gemeenten in Flevoland ten opzichte van Nederland in 2018



Bron: CBS, 2018

Flevoland heeft relatief veel kinderen en weinig ouderen ten opzichte van het gemiddelde in Nederland

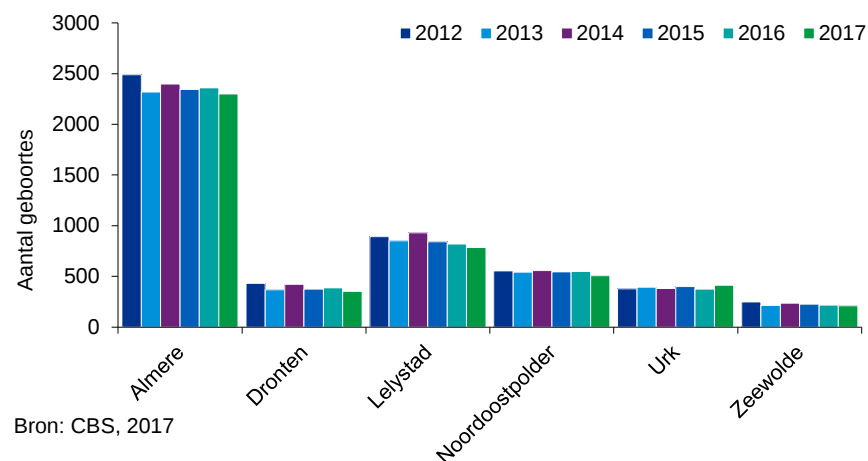
Op 1 januari 2017 had Flevoland 407.818 inwoners.² De grootste gemeente is Almere met 200.914 inwoners. Daarna volgen Lelystad (76.937), Noordoostpolder (46.544), Dronten (40.746), Zeewolde (22.457) en tot slot Urk (20.220). Vergeleken met het gemiddelde in Nederland heeft Flevoland 5,7% minder ouderen en 3,2% meer kinderen. Urk wijkt het meeste af met

10% minder ouderen (lichtste staafjes in de grafiek links) en 13% meer kinderen (donkerste staafjes in de grafiek). Buiten Urk, wijkt Almere het meest af met 8% minder ouderen. De (jong)volwassenen (15 t/m 45 jaar) zijn relatief de grootste groep in alle gemeenten.

Aantal geboortes absoluut het hoogst in Almere, relatief gezien het hoogst in Urk

In 2017 werden in Flevoland ruim 4.550 kinderen geboren. In 2012 waren dit er nog bijna 5.000. In Almere werden de meeste kinderen geboren: 2.299 in 2017. Relatief gezien was het aantal geboortes per 1.000 inwoners met 20,3 geboortes het hoogst in Urk. In Dronten waren er relatief gezien de minste geboortes, namelijk 8,6 per 1.000 inwoners. Landelijk vond in 2016 70% van de bevallingen plaats in de 2^e lijn, onder begeleiding van een gynaecoloog in het ziekenhuis.⁵⁷ Van de 4.550 geboortes in Flevoland in 2017 vonden naar schatting dus ruim 3.000 geboortes plaats in het ziekenhuis.

Absoluut aantal geboortes per jaar per gemeente



Bron: CBS, 2017

Inwoners van Almere en Lelystad hebben relatief vaker een chronische aandoening

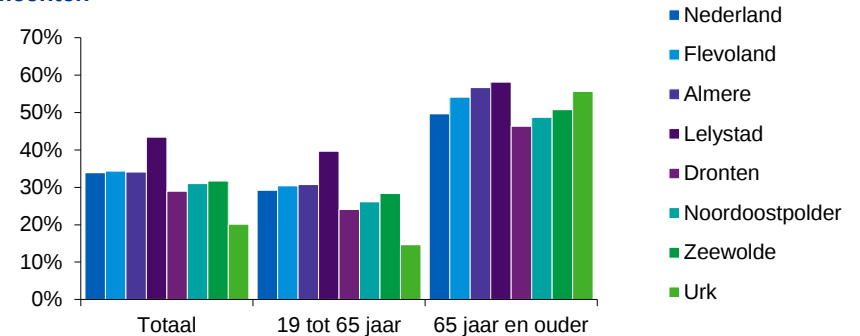
Zowel jongere als oudere inwoners van Almere en Lelystad hebben relatief vaker een chronische aandoening

Het percentage mensen met één of meerdere chronische aandoeningen is in Flevoland gelijk aan het gemiddelde van Nederland, namelijk 34%.³ Wanneer we kijken naar de mensen van 65 jaar en ouder zien we dat het percentage in Almere (+7%), Lelystad (+8%), Zeewolde (+1%) en Urk (+6%) hoger ligt dan het gemiddelde in Nederland. Voor mensen tussen 19 en 65 jaar geldt dat in Almere (+2%) en Lelystad (+11%) relatief meer mensen met één of meer chronische aandoeningen wonen. In Dronten (-5%), Noordoostpolder (-3%), Zeewolde (-1%) en Urk (-14%) wonen relatief minder mensen met één of meer chronische aandoeningen.

Sociaaleconomische status varieert sterk tussen en binnen gemeenten, op totaal licht hogere gemiddelde SES in Flevoland

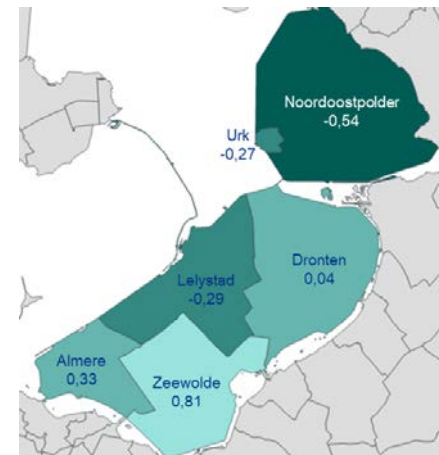
De sociaaleconomische status (SES) score weerspiegelt de mate waarin personen, gezinnen, huishoudens en geografische gebieden de mogelijkheid hebben om maatschappelijk gewaardeerde goederen te creëren of te consumeren.²⁰ De SES-score wordt gebaseerd op opleiding, inkomen en positie op de arbeidsmarkt van de inwoners. Een hogere SES-score geeft aan dat de sociaaleconomische status in die gemeente hoger is, en vice versa. Flevoland heeft een (gewogen) gemiddelde sociaaleconomische status score van 0,1; de gemiddelde SES-score in Nederland ligt op -0,2.⁴ De variëteit is hoog, zowel tussen de gemeenten (zie figuur rechts) als binnen de gemeenten (zie [bijlage II](#)), met de laagste SES-score van -5,66 in de wijk Grietenij in Lelystad. Zeewolde heeft gemiddeld de hoogste SES-score (0,81), gevolgd door Almere (0,33). Noordoostpolder scoort gemiddeld het laagst (-0,54), gevolgd door Lelystad (-0,29). De sociaaleconomische status is gerelateerd aan gezondheid en toegang van individuen of groepen tot middelen die nodig zijn om een goede gezondheid te krijgen of te houden.⁵⁷

Percentage inwoners met één of meerdere chronische aandoeningen in Nederland ten opzichte van de zes gemeenten



Bron: Gezondheidsmonitor, 2016

Gemiddelde SES-score per gemeente



Bron: SCP, 2016

Oversterfte in Lelystad, ondersterfte in Zeewolde & Dronten

Personen met een lagere SES-score – zoals de inwoners van een groot aantal wijken in Lelystad, Noordoostpolder, Urk en Dronten – kampen vaker met chronische aandoeningen, hart- en vaatziekten, COPD, diabetes en kanker. Andersom heeft gezondheid op een bepaalde leeftijd ook invloed op loopbaan, arbeidsmarktpositie en inkomen (en daarmee dus op SES).

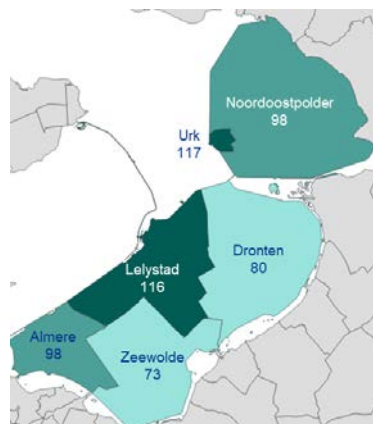
De grote verschillen tussen de gemeenten en in wijken binnen gemeenten, maken dat zorg lokaal op maat voor burgers aangeboden dient te worden. In een gemeente of wijk met een hoge SES is de zorgvraag, en de daarvoor gevraagde ondersteuning en zorg, anders dan in gebieden met een lage SES.

Oversterfte in Lelystad, ondersterfte in Zeewolde & Dronten

De figuren hiernaast geven inzicht in de sterftecijfers per gemeente. Hierbij is de sterfte afgezet ten opzichte van Nederland door middel van een index. Nederland heeft hierbij een index van 100. Wanneer de index voor een gemeente boven de 100 uitkomt, betekent dit een oversterfte in relatie tot de doodsoorzaak en vice versa: er sterven meer mensen aan deze aandoening dan je op basis van de verdeling naar leeftijd en geslacht zou verwachten. Wanneer sprake is van oversterfte komt de aandoening mogelijk vaker voor, resulterend in een hoger zorggebruik. De precieze oorzaak van de oversterfte is echter niet altijd bekend. In de staafgrafiek rechts is een uitsplitsing gemaakt van het sterftecijfer naar vier doodsoorzaken voor de zes gemeenten tussen 2013 en 2015: hartvaatstelsel, kanker, ademhalingswegen en niet-natuurlijke doodsoorzaken.⁶

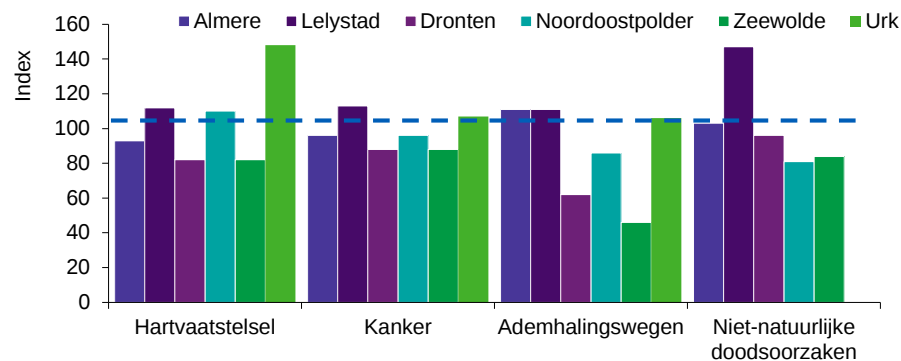
De gemeente Lelystad scoort op alle vier de doodsoorzaken bovengemiddeld: er is sprake van oversterfte. Dit komt deels door ongezondere leefstijl en daarmee samenhangende hogere kans op verschillende aandoeningen. In Urk is er sprake van een hoge oversterfte door aandoeningen aan het hartvaatstelsel (+48%). De gemeenten Dronten en Zeewolde scoren overal lager dan het gemiddelde in Nederland; hier is sprake van ondersterfte.

Sterftecijfer per gemeente (100 is gemiddeld)



Bron: Volksgezondheid en Zorg, 2018

Doodsoorzaak per gemeente afgezet tegen het gemiddelde in Nederland (index = 100)



Bron: Volksgezondheid en Zorg, 2018

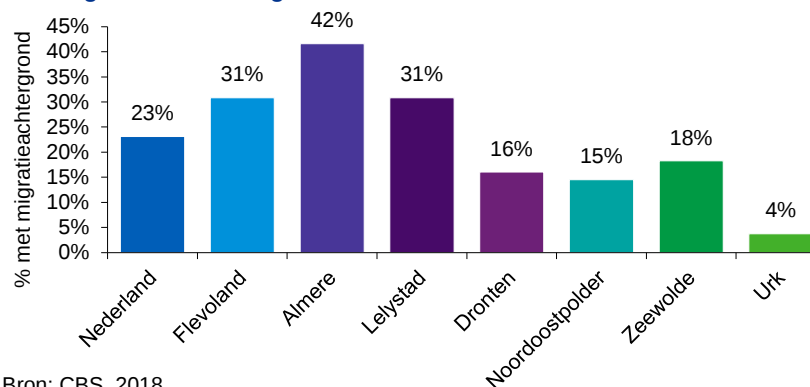
Meer mensen met een migratieachtergrond in Almere en Lelystad

Almere en Lelystad hebben relatief veel inwoners met een migratieachtergrond

Bepaalde (chronische) aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten komen vaker voor bij mensen met een migratieachtergrond. Het is daarom relevant om ook naar de samenstelling van de bevolking in de provincie te kijken. De provincie Flevoland heeft 8% meer inwoners met een migratieachtergrond dan gemiddeld in Nederland.⁷ Dit verschil wordt met name veroorzaakt door een hoger percentage personen met een migratieachtergrond in Almere (+19%) en Lelystad (+8%) vergeleken met het gemiddelde in Nederland. In Almere heeft ongeveer een kwart van de mensen met een migratieachtergrond een westerse achtergrond en driekwart een niet-westerse achtergrond. In Lelystad heeft ongeveer een derde een westerse achtergrond en twee derde een niet-westerse achtergrond. Urk heeft de meeste inwoners met een Nederlandse achtergrond: 96%. Deze andere samenstelling van de bevolking heeft impact op de zorgvraag. Diabetes type II komt twee tot drie keer zo vaak voor bij mensen met een Turkse, Marokkaanse en Surinaamse achtergrond.⁸ Dementie komt drie tot vier keer vaker bij personen met een migratieachtergrond.⁹ Geestelijke gezondheidsklachten zoals depressie en psychose komen, afhankelijk van het land van herkomst, twee tot vijf keer zo vaak voor. De verschillen bestaan echter niet alleen uit aandoeningen die vaker voorkomen. Kanker komt bijvoorbeeld minder vaak voor bij mensen met een migratieachtergrond dan bij autochtonen. Los van de andere zorgvraag door een andere prevalentie van aandoeningen, is ook speciale aandacht nodig voor de wijze waarop de zorg geleverd wordt aan mensen met een migratieachtergrond. Bijvoorbeeld door dementie vallen ouderen terug op hun moedertaal en culturele gewoonten van vroeger.⁹ Tot slot mijden migranten iets vaker zorg en zijn zij minder goed in staat om de weg te vinden in de zorg en adviezen toe te passen in de praktijk. Voor deze groep is vaak een andere benadering nodig, omdat de werkwijze in het Nederlandse zorgstelsel niet altijd goed aansluit bij de vraag en gezondheidsvaardigheden van deze doelgroep. Ook

kunnen culturele stigma's rondom bepaalde aandoeningen leiden tot het mijden van zorg.

Percentage personen met een (1^e of 2^e generatie) migratie-achtergrond in de vier gemeenten versus Nederland in 2018



Bron: CBS, 2018

Samenstelling van de huishoudens, minder eenpersoonshuishoudens

Als we kijken naar de gezinssamenstelling ligt in Flevoland het aandeel eenpersoonshuishoudens onder het Nederlands gemiddelde. In 2015 is in Flevoland bijna 31% van de huishoudens een eenpersoonshuishouden. Dit is 6% lager dan het landelijk gemiddelde (37%).³⁸ De meeste eenpersoonshuishoudens bestaan uit personen in de leeftijd 15 t/m 45 jaar. Van de groep tachtigplussers in Flevoland woont relatief gezien het grootste deel alleen: 62%. Dit is iets onder het landelijk gemiddelde van 64%. Ook hier zijn regionale verschillen zichtbaar. In Urk woont 68% van de tachtigplussers alleen, in Dronten in dit 58%. In Flevoland is gemiddeld een hoger percentage huishoudens een eenoudergezin, namelijk 10% ten opzichte van het landelijk gemiddelde van 7%.²⁶

Veel eenpersoonshuishoudens en een grotere groep met beperkte gezondheidsvaardigheden

Minder rokers in Flevoland en minder personen voldoen aan beweegnorm

Flevoland kent minder rokers dan gemiddeld in Nederland, maar ook minder mensen die voldoende bewegen. Van alle mensen tussen de 19 en 64 jaar uit Flevoland voldoet 53% aan de beweegnorm.¹⁰ Dit is 7% lager dan het Nederlands gemiddelde (60%). Voor de mensen van 65 jaar en ouder is dit 68%, 4% lager dan het Nederlandse gemiddelde.¹⁰

Van de Flevolandse mensen tussen de 19 en 64 jaar rookt 19%, wat lager is dan het landelijk gemiddelde van 23%.³⁰ Onder de 65-plussers ligt dit percentage op 12%, dit is iets boven het landelijk gemiddelde van 11%. In Dronten roken in vergelijking met de overige gemeenten de minste personen (16% van de volwassenen en 9% van de 65-plussers), in Lelystad ligt het aantal rokers het hoogst (respectievelijk 23% en 13%).

Beperkte gezondheidsvaardigheden komen vaker voor in Almere, Lelystad, Noordoostpolder en Urk

In Flevoland is 16% van de inwoners laaggeletterd, in Nederland is dit gemiddeld 12%.^{11, 12} Dronten en Zeewolde worden getypeerd als 'Enigszins hoger' in vergelijking met Nederland, Noordoostpolder en Urk als 'Enigszins lager' en Almere en Lelystad als 'Lager'. Laaggeletterdheid heeft invloed op gezondheidsvaardigheden. Dit zijn de vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen, of het toepassen van deze informatie in het dagelijks leven. Overigens komen beperkte gezondheidsvaardigheden niet enkel voor onder laaggeletterden.

Het hebben van beperkte gezondheidsvaardigheden maakt het moeilijker om de juiste zorg te vinden, en om verkregen uitleggen en adviezen in de praktijk te brengen. Het hebben van beperkte gezondheidsvaardigheden is gerelateerd aan het hebben en ervaren van een slechtere gezondheid.

Astma, COPD, diabetes, kanker, hart- en vaatziekten en psychische problemen komen bijvoorbeeld vaker voor bij personen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Zij komen gemiddeld ook eerder te overlijden. Personen met beperkte gezondheidsvaardigheden maken daarnaast vaker gebruik van de huisarts en medisch specialistische zorg (MSZ), maar juist minder van preventie en nazorg.¹¹

Huidige zorggebruik - overzicht

Samenvattend

- Op basis van een globale inschatting zijn ongeveer 508 klinische bedden en 90 dagverplegingsbedden nodig voor inwoners van Flevoland. Daarnaast leggen de inwoners naar verwachting ruim 500.000 polikliniekbezoeken af per jaar. Dit betreft de geschatte totale zorgproductie, dus niet enkel van de voormalig patiënten van het MC Zuiderzee.
- De gemiddelde zorgkosten per verzekerde in de zorgverzekeringswet zijn in Flevoland iets lager dan het landelijk gemiddelde. Dit komt naar verwachting door de relatief jonge populatie die Flevoland kenmerkt.
- Chronische aandoeningen komen relatief vaker voor in Flevoland, met name in Almere en Lelystad.
- Gemiddeld genomen heeft Flevoland een licht hogere sociaaleconomische statusscore, maar hierin zijn grote verschillen zichtbaar tussen gemeenten, en binnen gemeenten tussen verschillende wijken. Personen met een lagere SES-score – zoals de inwoners van een groot aantal wijken in Lelystad, Noordoostpolder, Urk en Dronten – kampen vaker met chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, COPD en diabetes en kanker, waarschijnlijk resulterend in hoger zorggebruik.
- De provincie Flevoland heeft 8% meer inwoners met een migratieachtergrond dan gemiddeld in Nederland. Bepaalde chronische aandoeningen komen vaker voor onder mensen met een migratieachtergrond.
- Beperkte gezondheidsvaardigheden komen vaker voor in Almere, Lelystad, Noordoostpolder en Urk. Beperkte gezondheidsvaardigheden zijn gerelateerd aan het hebben en ervaren van een slechtere gezondheid.

Nog openstaande vragen

- Hebben de omliggende ziekenhuizen voldoende klinische bedden capaciteit om de zorgproductie van het MC Zuiderzee bij een eventuele definitieve sluiting over te nemen? Bij het in kaart brengen hiervan dient onderscheid gemaakt te worden tussen de operationele capaciteit (hoeveel bedden zijn operationeel, ofwel is ook voldoende personeel voor) en de potentiële capaciteit (hoeveel fysieke bedden zijn er aanwezig).
- Afhankelijk van de poliklinische zorg die mogelijk niet behouden blijft in het MC Zuiderzee: beschikken de omliggende ziekenhuizen over voldoende capaciteit om die poliklinische zorg over te nemen? Hoe ontwikkelen de wachttijden zich voor deze specialismen?



3. Ontwikkelingen met impact op de toekomstige zorgvraag

Flevoland krijgt naar verwachting een bevolkingsgroei van acht tot dertien procent en een verdubbeling van het aantal tachtigplussers.

Het voorgaande hoofdstuk beschrijft het huidige zorggebruik in de provincie en een aantal kenmerken van de populatie die invloed hebben op de zorgvraag. Verschillende ontwikkelingen hebben naar verwachting een impact op deze zorgvraag in de toekomst. Dit hoofdstuk beschrijft per thema de belangrijkste ontwikkelingen in Flevoland en beschrijft hoe deze naar verwachting invloed hebben op de toekomstige zorgvraag. De volgende thema's komen hierin aan bod:

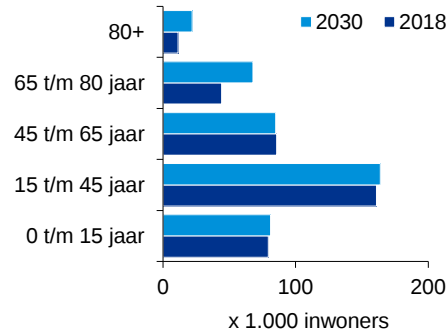
1. Demografische ontwikkelingen
2. Ontwikkelingen ziektebeelden
3. Veranderende samenstelling van huishoudens en de regio
4. Technologische ontwikkelingen

1. Demografische ontwikkelingen

In 2030 is het aantal tachtigplussers verdubbeld in Flevoland, hierdoor komen ouderdomsziekten vaker voor

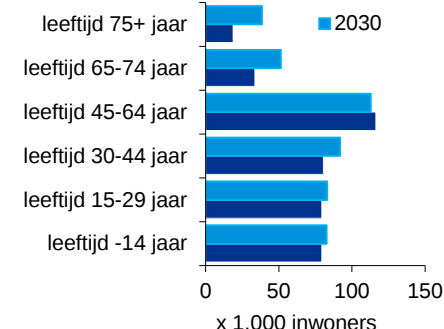
Richting 2030 is de inwonersgroei van de provincie Flevoland geprognosticeerd op 8%¹⁷ tot 13%⁵². Verschillende regionale ontwikkelingen kunnen daarnaast voor meer migratie naar de provincie vanuit andere gebieden zorgen, waardoor schattingen voor Almere bijvoorbeeld zelfs oplopen tot een groei van 30%.⁴⁹ Door de gunstige ligging ten opzichte van Amsterdam, kan Almere een alternatief bieden voor de groeiende Randstad. Met het versterken van de economie en de werk- en leeromgeving ambieert Almere om meer inwoners aan te trekken. Het aantal personen in Lelystad groeit ook, maar naar verwachting minder hard (1%¹⁷ tot 11%⁵²), waarbij het aantal ouderen als enige groep toeneemt. Hiervoor geldt eveneens dat dit mogelijk een onderschatting is en gebiedsontwikkelingen (zoals Lelystad Airport, het distributiecentrum van Inditex en uitbreiding van Flevokust Haven) kunnen bijdragen aan een hardere groei. Naar verwachting groeien de gemeenten Dronten, Urk, Zeewolde en Noordoostpolder elk met ongeveer 4%.

Prognose bevolkingsopbouw in Flevoland 2030 versus 2018



Bron: CBS, 2018

Prognose bevolkingsopbouw in Flevoland 2030 versus 2017



Bron: Primos prognose, 2017

De ontwikkelingen in de bevolkingsopbouw in Flevoland zijn nagenoeg gelijk aan de landelijke ontwikkelingen. Het aantal kinderen tot 15 jaar neemt licht toe met 2% (1600 personen) tot 4%. De groep jongvolwassenen tussen 15 en 45 jaar neemt toe met 2 tot 9% (2800-15.000 personen) en blijft daarmee de grootste bevolkingsgroep vormen. De enige groep die iets kleiner wordt in Flevoland, zijn de volwassenen tussen 45 en 65 jaar (afname van 1% tot 3%). De groep ouderen tussen 65 en 80 jaar neemt met ongeveer 50% toe tot 67.800 personen. Het aantal tachtigplussers verdubbelt tot 22.100 personen. Ondanks deze groei in het aantal 65-plussers, blijft het aandeel ouderen in Flevoland lager dan gemiddeld in Nederland (in Flevoland 17% lager dan in Nederland). De ontwikkelingen in Almere en Lelystad wijken op twee punten af ten opzichte van Flevoland. Almere kent een grotere groei (van 8%) in het aantal kinderen en jongvolwassenen dan Flevoland (groei van resp. 3700 en 6300 personen). Het aantal personen tussen 65 en 80 jaar verdubbelt in Almere. De groep tachtig-plussers in Lelystad verdrievoudigt naar 5.700 personen in 2030.

Chronische aandoeningen blijven veelvoorkomend, evenals kanker, mede veroorzaakt door een ongezonde leefstijl

Chronische aandoeningen komen vaker voor onder 65-plussers dan in jongere leeftijdsgroepen (zie [pagina 20](#)), waarbij de huidige generatie ouderen in Lelystad en Almere vaker dan gemiddeld in Nederland kampen met chronische aandoeningen. Door de toename in het aantal ouderen, stijgt tevens het aantal personen met één of meer chronische aandoeningen. Typische ouderdomsaandoeningen die door de veranderende demografie in de toekomst vaker voorkomen zijn artrose, nek- en rugklachten en dementie.⁹ Ook andere aandoeningen aan botten en gewrichten nemen sterk toe, zoals reuma en osteoporose. Verder hebben ouderen door de hogere leeftijd vaker te kampen met gezichts- en gehoorstoornissen.

Flevoland krijgt door de toenemende groep ouderen in de toekomst dus vaker te maken met een zorgvraag van ouderen resulterend uit ouderdomsziekten. Aandoeningen zoals dementie hebben een hoge ziektelast* en kunnen ertoe leiden dat ouderen niet meer zelfstandig kunnen wonen. Lichamelijke beperkingen zoals artrose en gezichtsstoornissen geven een grotere kans op vereenzaming. Deelname aan sociale activiteiten wordt bijvoorbeeld moeilijker. De vereenzaming leidt ook tot een kleiner sociaal vangnet, waardoor ouderen naar verwachting sneller professionele zorg zullen aanspreken. Lichamelijke beperkingen maken ouderen ook kwetsbaarder voor een val. Circa 70% van de ouderen loopt ernstig letsel op na een val.

De verwachting is dat in 2040 10% meer tachtigplussers op de spoedeisende hulp (SEH) komen.⁹ Dit kan ten gevolge van een val zijn, maar ook als gevolg van ziekte. Van de 65-plussers heeft ruim drie procent een bezoek gebracht aan de SEH in 2017.¹⁸ Dit percentage loopt naar verwachting tot 2030 op met 40% tot ruim 4%.

* Onder ziektelast verstaan we de hoeveelheid gezondheid die patiënten gemiddeld verliezen gedurende een normaal verwachte levensduur als gevolg van een aandoening

De groep volwassenen tussen 15 en 65 jaar groeit licht, waarbinnen met name chronische aandoeningen en kanker voorkomen

Het aantal volwassenen tussen 15 en 65 jaar groeit beperkt richting 2030. De groep 45 tot 65-jarigen neemt zowel volgens de Primos als de CBS prognose zelfs wat af. Desondanks blijft dit de grootste groep. Hart- en vaatziekten, psychische stoornissen, COPD en kanker zijn veelvoorkomende aandoeningen binnen deze groep.⁹

Aantal kinderen neemt licht toe, met name huisartsenzorg

Het aantal kinderen neemt toe met ongeveer 2% (1600 kinderen) over Flevoland. De toename in Almere en Urk is naar verwachting groter dan in Lelystad. De zorgvraag voor kinderen bestaat met name uit huisartsenzorg voor eczeem, astma, allergie, hoofdpijn en verkoudheid.¹⁹ Ongeveer 25% van de kinderen ziet één keer of vaker per jaar een medisch specialist.

In de toekomst minder rokers, maar meer personen met (ernstig) overgewicht

Landelijk nam de sociaaleconomische status de afgelopen jaren toe, door een toename in opleidings-, inkomens- en beroepsniveau.²⁰ Publiekelijk beschikbare voorspellingen over de ontwikkeling van de SES ontbreken, maar de verwachting is dat deze trend zich ook in Flevoland voortzet. De gezondheidsverschillen tussen de verschillende SES-groepen nemen naar verwachting toe. Dit komt omdat de twee belangrijkste voorspellers van toekomstige gezondheidsproblemen, roken en overgewicht, zich anders ontwikkelen in de lage en hoge SES groepen.²¹ De verwachting is dat de ervaren gezondheid onder hoog opgeleiden in de toekomst ongeveer gelijk blijft, maar dat deze onder laagopgeleiden daalt met 5%.⁹ Flevoland kent grote verschillen in SES tussen de gemeenten en binnen een gemeente tussen wijken. Almere en Zeewolde kennen een relatief hogere score. Inwoners van Noordoostpolder, Urk en Lelystad hebben een lagere gemiddelde SES-score. Zoals omschreven op [pagina 22](#) komen verschillende chronische aandoeningen en kanker vaker voor onder personen met een lagere SES.

Hoger aantal personen met beperkte gezondheidsvaardigheden door groeiend aantal personen met migratieachtergrond.

Richting 2040 neem het aantal rokers landelijk gezien af tot 14%.⁹ Bij personen met een hoge SES is dit een afname van bijna 60% (van 17% rokers in 2015 naar 7% in 2040). Bij personen met een lage SES is de afname ongeveer een derde (van 29% in 2015 naar 19% in 2040). Onder andere chronische aandoeningen zoals diabetes en longziekten (COPD en astma) zijn gerelateerd aan roken. Rokers hebben ook een hoger risico op hart- en vaatziekten en kanker. Deze ziekten nemen als gevolg van de afname in het roken op de lange termijn dus af, zowel onder de populatie met een hoge als met een lage SES, al is de daling in dat laatste geval langzamer.

Het aantal personen met overgewicht (BMI 25 of hoger) neemt in alle SES-groepen landelijk toe tot 62% in 2040.⁹ Het percentage personen met ernstig overgewicht (BMI hoger dan 30) neemt naar verwachting harder toe bij mensen met een lage SES. In 2015 had landelijk 20% van de personen met een lage SES ernstig overgewicht, in 2040 is dat waarschijnlijk toegenomen tot ongeveer 31%. Ernstig overgewicht leidt onder meer tot hart- en vaatziekten, diabetes type II, artrose en rugklachten. De verwachting is dat deze aandoeningen ten gevolge van ernstig overgewicht in de toekomst vaker voorkomen.

Het bestaande gezondheidsverschil tussen personen met een hoge en een lage SES wordt door deze ontwikkelingen (de verschillen in afname van roken en het voorkomen van overgewicht) verder vergroot. Door de (grote) verschillen in gemiddelde SES score per gemeente, worden in de toekomst ook de gezondheidsverschillen tussen de gemeenten naar verwachting groter. Lelystad, Noordoostpolder en Urk krijgen door hun lagere gemiddelde SES score waarschijnlijk meer te maken met personen met ernstig overgewicht. Wel daalt naar verwachting ook binnen deze gemeenten het aantal rokers, waardoor eerdergenoemde aandoeningen hier op de lange termijn minder vaak voorkomen ten gevolge van roken. De gemeenten Almere en Zeewolde krijgen naar verwachting nog minder te maken met de gevolgen van roken, aangezien het aantal rokers hier naar

verwachting harder afneemt.

Groeiend aantal personen met een migratieachtergrond neemt verder toe, wat andere eisen stelt aan het zorgaanbod

Zoals beschreven op [pagina 22](#), komen chronische aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en psychische gezondheidsklachten gemiddeld vaker voor onder personen met een migratieachtergrond. De verwachting is dat deze aandoeningen vaker zullen voorkomen in Almere en Lelystad in de toekomst ten gevolge van een toename in het aantal personen met een migratieachtergrond. Landelijk neemt het aantal personen met een migratieachtergrond toe met 22% (dit komt overeen met een absolute toename van 500.000 personen) tot 2030.²² Regionale voorspellingen zijn niet publiekelijk beschikbaar. Als de relatieve toename vertaald wordt naar Flevoland, zullen Almere en Lelystad te maken hebben met een grote toename in absolute aantallen. Op dit moment heeft Almere bijvoorbeeld 42% en Lelystad 31% inwoners met een migratieachtergrond. Urk heeft een zeer laag percentage personen met een migratieachtergrond, een toename van 22% zal hier daarom resulteren in een kleine absolute toename. Zoals beschreven op [pagina 22](#) leidt dit tot een andere zorgvraag. Het zorglandschap zal zich hieraan voldoende aan moeten kunnen passen, om hen de zorg te leveren die zij nodig hebben. Het aanpassen van de leefstijl naar de Westerse leefstijl bij 2^e generatiemigranten kan er in de toekomst toe leiden dat de gezondheidsverschillen verkleinen.

Chronische aandoeningen, zoals dementie, nemen harder toe in Flevoland dan landelijk

2. Ontwikkelingen ziektebeelden

Langetermijneffecten van kanker worden belangrijker door verhoogde overlevingskansen

Een ongezonde leefstijl veroorzaakt bijna 40% van de sterfte aan kanker.²³ In Lelystad (+13%) en Urk (+7%) zijn er meer sterfgevallen door kanker dan het landelijke gemiddelde. Dit komt deels doordat personen met een lage SES, zoals in Lelystad en Urk, minder snel een gezonde leefstijl ontwikkelen dan personen met een hoge SES, zoals vaker voorkomt in Almere en Zeewolde. Kanker blijft ten gevolge daarvan in de toekomst een belangrijk volksgezondheidsprobleem in de regio.

De overlevingskans bij kanker neemt echter toe.⁹ In de jaren '90 was 47% van de patiënten na vijf jaar nog in leven. Op dit moment leeft na vijf jaar landelijk gemiddeld 62% van de kankerpatiënten nog. De voorspelling is dat deze verbetering doorzet tot 66% in 2040. Gezien het hogere aantal sterfgevallen in Lelystad en Urk is daar waarschijnlijk een hogere toename in overleving mogelijk. De verbeterde behandeling en preventie zijn belangrijke veroorzakers van de hogere overlevingskansen. Door deze hogere overlevingskansen worden de langetermijneffecten van kanker zichtbaarder. Veel ex-kankerpatiënten kampen met concentratieverlies, chronische vermoeidheid, zenuwpijn, voetklachten en problemen met algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).⁹ Ook angst en depressie komen relatief vaker voor. De behandeling van deze effecten wordt steeds belangrijker, waarbij de grootste druk op dit moment bij de eerstelijnszorg (huisarts en psychologen) ligt.⁹ De zorgvraag richting de oncologen ligt met name bij de nacontroles en als de kanker terugkomt.

Aantal personen met een chronische aandoening neemt verder toe, grootste toename in dementie verwacht

In 2040 heeft in Nederland meer dan de helft van de bevolking een chronische aandoening.⁹ Eén op de drie heeft twee of meer chronische aandoeningen en één op de vijf drie of meer. In Lelystad hebben momenteel

meer volwassenen dan gemiddeld in Nederland een chronisch aandoening (zie [pagina 20](#)).

De verwachting is daarom dat de landelijke trend een onderschatting is voor de volwassenen in Lelystad. In de overige gemeenten groeit het aantal personen met chronische aandoeningen ook, maar waarschijnlijk minder hard dan in Lelystad.

Aandoeningen die specifiek in Flevoland vaker gaan voorkomen in 2040 zijn: diabetes (+60%), artrose (+70%), coronaire hartziekten (+77%), ouderdomsdoofheid (+72%), dementie (+136%), astma (+20%) en COPD (+65%).²⁴ De incidentie van dementie stijgt in Flevoland harder dan landelijk (waar de gemiddelde stijging ruim 80% is). Dit komt mede door de sterkere toename in het aantal ouderen, en mogelijk ook door het grotere aandeel van personen met een migratieachtergrond in Flevoland.²⁵

De toename in chronische aandoeningen wordt veroorzaakt door de toegenomen overlevingskansen bij deze aandoeningen, vroegtijdigere opsporing en de vergrijzing, maar ook door een ongezondere leefstijl. De stijging in het vóórkomen van ouderdomsziekten en chronische aandoeningen zal naar verwachting met name een druk leggen op de eerstelijnszorg.⁹

De combinatie van langer thuis wonen en de verschuiving van zorg uit het ziekenhuis richting de huisarts en de thuissituatie maakt dat naar verwachting (een groot deel van) de zorgvraag in de eerstelijns opgevangen moet worden. Randvoorwaarde hierbij is dat hiervoor voldoende capaciteit wordt gecreëerd in de eerstelijns. Daarnaast kunnen door technologische vooruitgang en wetenschappelijke ontwikkelingen aandoeningen die nu als (hoog)complex gezien worden, in de toekomst als laagcomplex gezien worden.⁵⁰ Diabetes werd vroeger bijvoorbeeld gezien als hoogcomplex en wordt tegenwoordig voor een belangrijk deel in de eerstelijns behandeld.

Multimorbiditeit bij ouderen vraagt om een nieuwe aanpak

Zoals hierboven genoemd, krijgen meer inwoners van Flevoland in de toekomst chronische aandoeningen. Naast de toename in het aantal

Het mantelzorgpotentieel neemt af en het aantal eenpersoonshuishoudens in Flevoland neemt toe

personen met een chronische aandoening, zijn er ook steeds meer personen met meerdere aandoeningen: multimorbiditeit.

Ouderen hebben vaker een combinatie van hoor- of zichtproblemen, coronaire hartziekten, artrose, COPD en/of diabetes. Door de multimorbiditeit hebben ouderen vaak ook meerdere verschillende soorten medicatie, genaamd polyfarmacie.⁹ De helft van de 75-plussers hebben te maken met polyfarmacie. De kans op bijwerkingen en afname van de effectiviteit nemen toe wanneer de medicatie die wordt voorgeschreven door verschillende zorgverleners niet goed op elkaar is afgestemd. In ergere gevallen kan dit zelfs leiden tot onnodige ziekenhuisopnames.

Het is hierdoor in toenemende mate van belang de patiënt te zetten in de behandeling en niet zozeer één enkele aandoening. De inrichting van het zorglandschap dient hierop afgestemd te zijn. Multimorbiditeit vraagt om generalisten die niet alleen oog hebben voor één enkele aandoening, maar die aandoeningen ook in samenhang met elkaar bekijken. Onderwerpen als de invloed op de (kwaliteit van) het leven van de patiënt en de voorkeuren en wensen van de patiënt krijgen in de toekomst meer aandacht. Generalisten kunnen in deze nieuwe vragen voorzien en de patiënt hier persoonlijk in begeleiden.

3. Veranderende samenstelling van huishoudens en samenstelling van de regio

In 2030 zijn er in de provincie Flevoland 30% meer eenpersoonshuishoudens ten opzichte van 2018

In 2030 zijn er in Flevoland een kleine 80.000 eenpersoonshuishoudens, dit betekent dat ongeveer 17% van de inwoners alleen woont.²⁶ Deze stijging van 30% ten opzichte van 2018 is ver boven het landelijke gemiddelde van 12%. De hoogste aandelen eenpersoonshuishoudens zijn te vinden in de grote steden Almere (ruim 40%) en Lelystad (ruim 35%). Ondanks de grootste stijging in de regio van ruim 50% houdt Urk het kleinste aandeel

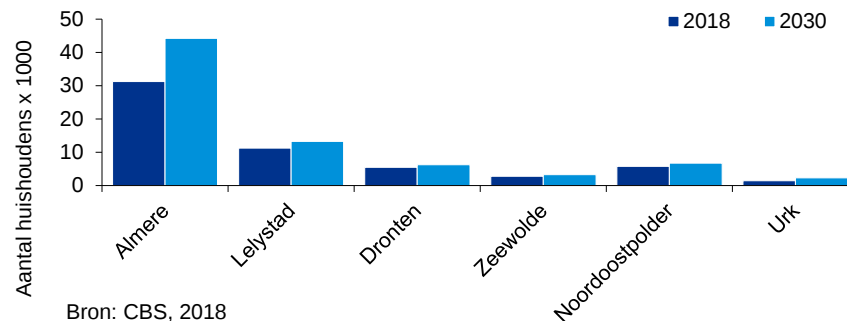
eenpersoonshuishoudens (30%).

Prognoses per leeftijd zijn niet publiekelijk beschikbaar. Op [pagina 22](#) hebben we laten zien dat binnen de groep tachtigplussers een groot deel alleen woont. Eén van de belangrijkste mantelzorgers voor tachtigplussers is de partner. In een eenpersoonshuishouden kan iemand echter niet terugvallen op de partner. Hierdoor maakt hij/zij naar verwachting sneller aanspraak op professionele zorg of ondersteuning.

Het mantelzorgpotentieel neemt af, waardoor de druk op mantelzorgers toeneemt

Het mantelzorgpotentieel is de ratio 50-64 jarigen ten opzichte van hun ouders, de 85-plussers.²⁷ De ratio lag in 2015 landelijk op 15: per 85-plusser zijn er 15 50-64 jarigen. In Flevoland lag dit in 2018 iets hoger, namelijk op 16 50-64 jarigen per 85-plusser.¹⁷ Tot 2040 neemt dit aantal landelijk flink af, tot onder de 6. In Flevoland neemt het af richting de 9. Regionale verschillen zijn ook hierin zichtbaar; in Almere zakt het naar 12 en in Lelystad naar 7.

Prognose aantal eenpersoonshuishoudens 2018 versus 2030



De afname betekent dat er in Lelystad een groter potentieel tekort is aan mantelzorgers, en zorgvragers dus mogelijk eerder professionele ondersteuning aanvragen vanuit het sociaal domein. Naast de afname van

Personeelstekorten lopen zonder maatregelen verder op en technologische ontwikkelingen hebben impact op toekomstige zorgvraag en -aanbod

het potentieel, kunnen mantelzorgers een hogere druk ervaren door de combinatie met een (parttime) baan.⁹ Deze combinatie kan zorgen voor een verminderd welzijn, met een hogere ervaren tijdsdruk en mogelijk burn-out klachten.

Personeelstekorten in de zorg lopen zonder maatregelen verder op

De komende jaren neemt het reeds bestaande personeelstekort in de zorg naar verwachting verder toe. De tekorten hebben onder andere betrekking op verpleegkundige beroepen in de ziekenhuizen (zowel mbo als hbo-geschoold) en de verzorgende en verpleegkundige in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT). In 2016 werkte landelijk 10,9% van de beroepsbevolking in de zorg, in Flevoland was dit 8,6%.⁵⁵ Wanneer geen aanvullende maatregelen genomen worden, wordt een tekort van bijna 450 verzorgenden, en bijna 400 verpleegkundigen MBO en HBO in 2021 verwacht in Flevoland.⁵⁴ Ook binnen andere disciplines ervaren werkgevers problemen met de werving, zoals voor kinderartsen, specialisten ouderengeneeskunde, OK-assistenten en huisartsen.⁵⁶ Om de personeelstekorten op te lossen is een gezamenlijke aanpak gestart (Regionaal Actieplan Aanpak Tekorten) vanuit meer dan 30 organisaties in Flevoland op het gebied van zorg, onderwijs en het UWV.

Het personeelstekort is een landelijk knelpunt. De sector zorg en welzijn kent een hoge uitstroom, onder andere door de hoge ervaren werkdruk. Naast de uitdaging om personeel in de sector te behouden, is ook het aantrekken en behouden van het personeel in de regio een belangrijk aandachtspunt. Door de landelijk oplopende tekorten zal men ook in omliggende regio's zoals Utrecht en Amsterdam proberen personeel aan te trekken. Verschillende factoren spelen een rol in de keuze van het personeel om zich ergens te vestigen, zoals de woningmarkt en beschikbaarheid en nabijheid van voorzieningen. Hierin speelt ook mee dat in Flevoland geen universiteit gevestigd is, en slechts één hogeschool (Windesheim) waar zorgpersoneel wordt opgeleid. Hoger opgeleid personeel dient dus voor een groot deel van buiten de regio aangetrokken te worden.

4. Technologische ontwikkelingen

Vraag naar en noodzaak van technologische toepassingen neemt toe

De vraag naar eHealth toepassingen neemt de komende jaren toe. Dit komt deels door de toenemende wil van patiënten om zelf de regie te voeren over de eigen gezondheid en de toegenomen computervaardigheden en beschikbaarheid van de technologie. Ruim 60 procent van de zorggebruikers verwacht door online inzage in hun dossier beter geïnformeerd te zijn over hun gezondheid of behandeling. Ruim een derde van de chronisch zieken geeft aan interesse te hebben in een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)²⁹, dit neemt naar verwachting de komende jaren toe. De vraag zal harder stijgen wanneer het gebruik onder zorggebruikers beter gefaciliteerd wordt en zij meer uitleg ontvangen over de mogelijkheden en (potentiële) voordelen van het gebruik van deze nieuwe tools. Los van de vraag die vanuit de zorggebruikers gaat toenemen, maken andere ontwikkelingen, zoals de toekomstige personeelstekorten, de inzet van technologie onmisbaar om aan de zorgvraag te kunnen blijven voldoen en betaalbaar te houden. Robots kunnen in de toekomst bijvoorbeeld een deel van de huidige zorgtaken van het zorgpersoneel overnemen. Robots kunnen daarnaast ook ingezet worden voor het uitvoeren van operaties. Een andere ontwikkeling is gentechologie, waarmee specifiek op de patiënt toegesneden behandeling mogelijk wordt gemaakt. In het overzicht in [bijlage IX](#) worden een aantal voorbeelden benoemd van eHealth toepassingen die momenteel al ingezet worden in de zorg.

Hoe groot de impact van eHealth toepassingen op de zorgvraag exact gaat zijn is niet te zeggen, maar dat het een impact gaat hebben is evident. eHealth toepassingen maken het mogelijk zorg dichterbij huis of thuis, en dus vaker buiten het ziekenhuis te kunnen leveren. eHealth toepassingen bieden tevens kansen om gezondheidsinformatie op maat te leveren, bijvoorbeeld door het op een begrijpelijke manier beschikbaar te maken voor laaggeletterden in de vorm van video's.

Toekomstige zorgvraag - overzicht

Samenvattend

Een viertal ontwikkelingen hebben impact op de toekomstige zorgvraag:

1. Demografische ontwikkelingen

- Het inwonersaantal in de provincie neemt toe, naar verwachting met 8% tot 13% tussen nu en 2030.
- Het aandeel ouderen neemt de komende jaren fors toe, het aantal tachtigplusser verdubbelt bijvoorbeeld. Ondanks deze groei in het aantal 65-plussers, blijft het aandeel ouderen in Flevoland lager dan gemiddeld in Nederland. Een oudere populatie heeft naar verwachting een hogere zorgvraag. Zo komen chronische aandoeningen vaker voor onder 65-plussers. Typische ouderdomsaandoeningen die hierdoor vaker voor gaan komen zijn artrose, nek- en rugklachten, osteoporose, gezichts- en gehoorstoornissen en dementie.
- De groep volwassenen tussen de 15 en 65 jaar blijft de grootste groep vormen, hierbinnen komen met name chronische aandoeningen en kanker vaker voor.
- Het aantal personen met een migratieachtergrond neemt naar verwachting verder toe de komende jaren. Verschillende chronische aandoeningen zoals diabetes komen vaker voor in deze groep. Daarnaast is binnen deze groep gemiddeld vaker sprake van beperkte gezondheidsvaardigheden.

2. Ontwikkelingen ziektebeelden

- Door verhoogde overlevingskansen van kanker krijgen meer personen te kampen met de langetermijneffecten van kanker, zoals chronische vermoeidheid en concentratieverlies.
- Het aantal personen met een chronische aandoening neemt verder toe. Landelijk heeft in 2040 meer dan de helft van de bevolking minstens één chronische aandoening. In bepaalde delen van de provincie, zoals Lelystad, komen chronische aandoeningen vaker dan gemiddeld voor.
- Multimorbiditeit (het hebben van meerdere aandoeningen) komt vaker voor onder ouderen en vraagt om een andere, meer generalistische benadering van de patiënt in plaats van te focussen op één aandoening.

3. Veranderende samenstelling van huishoudens en samenstelling van de regio

- Het aantal eenpersoonshuishoudens neemt de komende jaren fors toe. Tegelijkertijd neemt het mantelzorgpotentieel fors af. Wanneer niet teruggevallen kan worden op een partner/mantelzorger wordt naar verwachting eerder aanspraak gedaan op de professionele zorg- en hulpverlening.
- De verwachting is dat de personeelstekorten in de zorg de komende jaren verder oplopen.

4. Technologische ontwikkelingen

- De vraag naar eHealth toepassingen neemt de komende jaren toe. Andere ontwikkelingen zoals de personeelstekorten in de zorg maken daarnaast de inzet van technologie benodigd is om aan de zorgvraag te kunnen blijven voldoen.



4. Vervolg

Implicaties voor vervolg

Met het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen is het zorgaanbod binnen de provincie Flevoland in een kort tijdsbestek ingrijpend veranderd. Een deel van de inwoners van Flevoland was voor de tweedelijnsvoorziening ziekenhuiszorg grotendeels aangewezen op de MC IJsselmeerziekenhuizen. Het faillissement leidt daarom tot zorgen en vragen onder inwoners, zorgprofessionals en –instellingen, gemeenten en provincie over de toegankelijkheid en continuïteit van ziekenhuiszorg in de regio.

Provincie en gemeenten benaderen het vraagstuk omtrent het borgen van de kwaliteit en toegankelijkheid van medisch specialistische zorg via twee sporen: de korte termijn (met een focus op het vormen van een beeld van de (on)mogelijkheden van een eventuele doorstart van het ziekenhuis en wat daarbij passend is), en de lange termijn (met een focus op het formuleren van gezamenlijke uitgangspunten voor een lange termijnvisie op het zorglandschap).

Om te kunnen beoordelen of een ziekenhuis in Lelystad haalbaar, wenselijk en toekomstbestendig is hebben gemeenten en provincie gedetailleerde informatie nodig. Op dit moment is het voor gemeenten en provincie met de aanwezige informatie niet mogelijk om het standpunt van andere stakeholders te staven. Evident is dat de reistijden naar acute en klinische zorg voor een deel van de inwoners van Flevoland, waar voorheen het MC Zuiderzee het dichtstbijzijnde ziekenhuis was, zijn toegenomen. Met name voor inwoners van Lelystad, Urk en de woonkern Swifterbant (onderdeel van de Dronten) zijn de reistijden toegenomen. Inwoners kunnen voor acute en klinische zorg terecht in het Flevoziekenhuis, of in een van de andere omliggende ziekenhuizen (zie [pagina 14](#)). Voor inwoners van Lelystad neemt de reistijd per personenauto naar het ziekenhuis met maximaal 25 minuten toe. De reistijd per ambulance vanaf de locatie van de patiënt tot aankomst in het ziekenhuis lijkt met name voor ritten voor Lelystad (ongeveer 10 minuten) en Urk (ongeveer 8 minuten) toe te nemen. De aanrijtijden van de ambulance (tijd van 112-melding tot aankomst bij de patiënt) zijn gemiddeld onder de norm van 15 minuten. Inzicht in de variatie

tussen de ritten ontbreekt echter nog. Op basis van de gemiddelden is niet te bepalen of bij minimaal 95% van de ritten de ambulance binnen 15 minuten ter plekke is. Onduidelijk is ook nog in hoeverre de omliggende ziekenhuizen voldoende capaciteit hebben om de klinische en acute zorgvraag over te nemen, of de sluiting van de SEH in Lelystad tot incidenten heeft geleid, en hoe de rittijden van de ambulances zich over een langere periode ontwikkelen.

Gezien de geuite wensen van de inwoners, provincie en gemeenten en hun belangen rondom behoud van het ziekenhuis in Lelystad is het van belang de (on)mogelijkheden van het behoud van het ziekenhuis te objectiveren en te onderbouwen en de nog bestaande vragen hieromtrent beantwoord te krijgen. De tijdigheid van de beantwoording van deze vragen is een belangrijke factor. Hoe meer tijd verstrijkt, hoe minder er over zal zijn van de bestaande infrastructuur (denk aan personeel en apparatuur) in Lelystad. Daarnaast zullen de verwijspatronen van huisartsen en verloskundigen zich meer verleggen.

Op de lange termijn zijn er een aantal belangrijke ontwikkelingen die impact hebben op de toekomstige zorgvraag. Een verwachte bevolkingsgroei, forse vergrijzing, een afname in het mantelzorgpotentieel en een toename in chronische aandoeningen veroorzaken naar verwachting een hogere zorgvraag in de toekomst. Verwacht wordt dat deze ontwikkelingen voor een belangrijk deel zullen resulteren in een laagcomplexere zorgvraag, waarbij het de voorkeur heeft deze zorg dichtbij huis of thuis te kunnen leveren. Mocht een ziekenhuis in de nabijheid in de toekomst ontbreken dan moet vervangend aanbod gerealiseerd worden. Het zorglandschap dient dan bij voorkeur dusdanig ingericht te worden dat de verbinding tussen het sociaal domein, de eerstelijnszorg versterkt en uitgebreid wordt, en de ziekenhuiszorg afhankelijk van complexiteit geconcentreerd dan wel gespreid wordt, passend bij de zorgbehoefte en uitdagingen in de maatschappij. Het aanbod zal in moeten kunnen spelen op de toenemende verschillen in voorspellers van SES, de personeelstekorten in de zorg

Implicaties voor vervolg

en het vaker voorkomen van multimorbiditeit. Dit vereist bovendien dat er sluitende ketenafspraken gemaakt worden tussen zorgaanbieders. Het realiseren van vervangend aanbod dichtbij huis kan door met andere vormen van zorg te werken aan de nabijheid en toegankelijkheid van zorg, bijvoorbeeld middels 1,5 lijns-centra*, buitenpoliklinieken of eerstelijnsverblijf (ELV) bedden, maar ook middels inzet van eHealth op grotere schaal waarbij een patiënt onder controle kan staan van een gespecialiseerd centrum op grotere afstand. Belangrijk is om te zorgen dat hier voldoende capaciteit van beschikbaar is om aan de vraag te kunnen (blijven) voldoen. Financiering dient hierop afgestemd te zijn en de juiste prikkel te geven, om de juiste zorg op de juiste plek te organiseren en te leveren.

Vervolgstappen

Het verkennertraject moet resulteren in een langetermijnvisie op het zorglandschap voor inwoners van de provincie Flevoland. De resultaten hiervan worden rond de zomer 2019 verwacht. In het traject beschrijft VWS een stabilisatiefase voor 2019. Het St Jansdal heeft aangegeven vanaf begin 2020 te bekijken of verdere uitbouw van de huidige zorg in het ziekenhuis in Lelystad mogelijk is. Zoals aangegeven is tijdigheid een belangrijk punt in het proces. Hoe meer tijd verstrijkt, hoe minder er over zal zijn van de bestaande infrastructuur en hoe lastiger het waarschijnlijk wordt om de zorg weer uit te bouwen. In voorbereiding op dit traject heeft het huidige rapport de kennispositie van gemeenten en provincie op gelijk niveau gebracht en zijn een aantal verdiepingsvragen voor de verkenner geformuleerd. Deze vragen worden door de provincie en gemeenten nog verder aangevuld. Tevens worden de belangrijkste uitgangspunten voor de langetermijnvisie gezamenlijk door hen opgesteld, welke bij dienen te dragen aan het behoud en de verdere ontwikkeling van de krachtige samenleving binnen de provincie Flevoland.

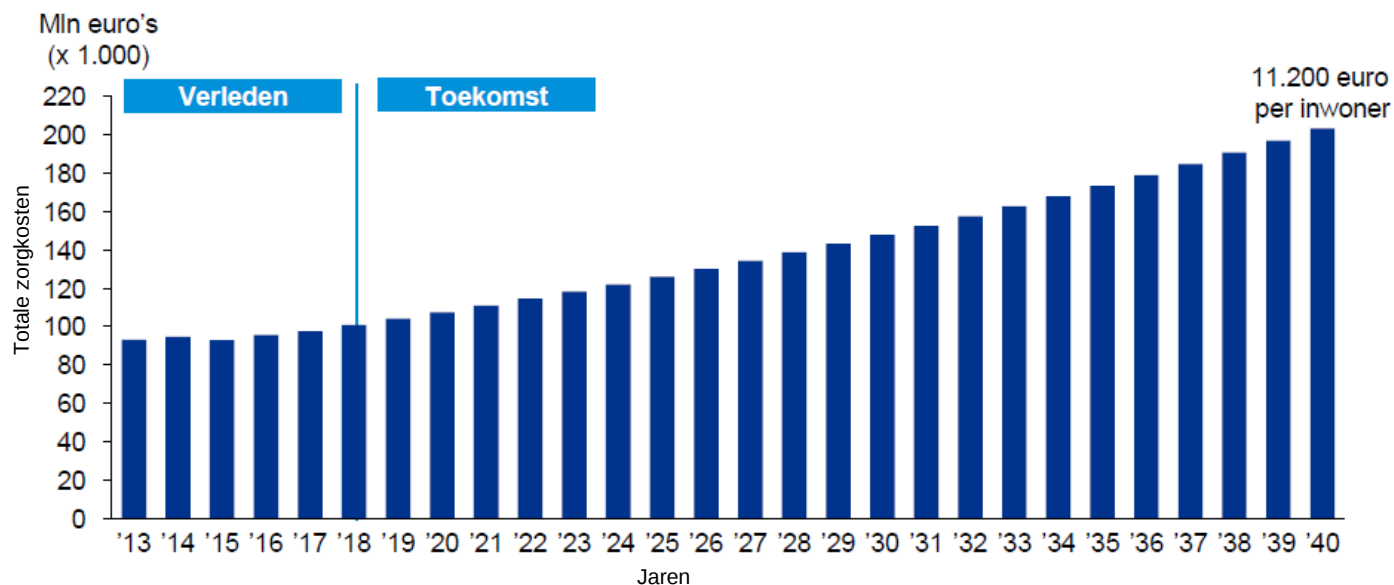
De gemeenten zijn als lokale overheden aan zet als het gaat om de communicatie richting inwoners en om de lokale belangen en zorgbehoeften in de toekomstvisie in te brengen. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van wettelijke taken binnen het sociaal domein en ervaren direct de (financiële) gevolgen van herinrichting van het zorglandschap, waarbij verschuiving van zorg naar dichtbij huis plaatsvindt. De provincie heeft belang bij een goede regionale zorginfrastructuur en behartigt de bovenlokale belangen. Vanuit dit perspectief is een actieve rol voor gemeenten en provincie in het vervolgtraject gewenst, ook in de fase nadat de toekomstverkenner zijn opdracht heeft afgerond.

* Een 1,5 lijns-centrum is een zorglocatie waarbij eerstelijns zorg aangevuld wordt met zorg op het grensvlak van de eerste lijn en de eenvoudige tweede lijn. Dit kan bijvoorbeeld door medisch specialisten spreekuur te laten houden op de locatie, laagcomplex medische ingrepen uit te laten voeren, en aanvullende diagnostische faciliteiten te bieden.



5. Bijlagen

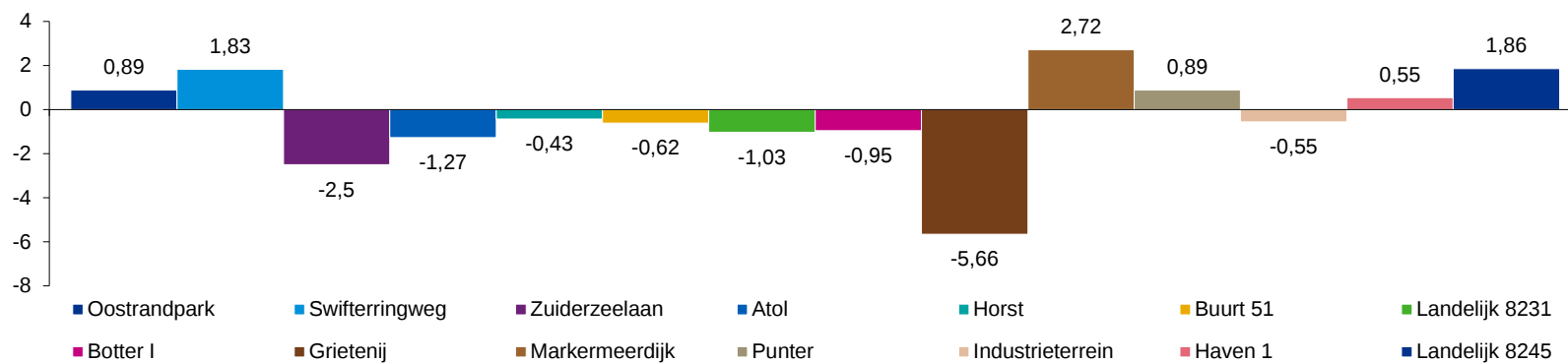
Als zorguitgaven blijven stijgen in het huidige tempo, wordt ons stelsel onbetaalbaar



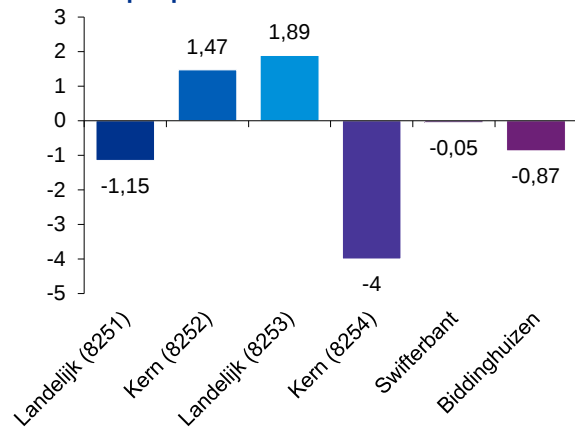
Bron: NDSD, 2018

SES-score per postcodegebied - Lelystad, Dronten en Noordoostpolder

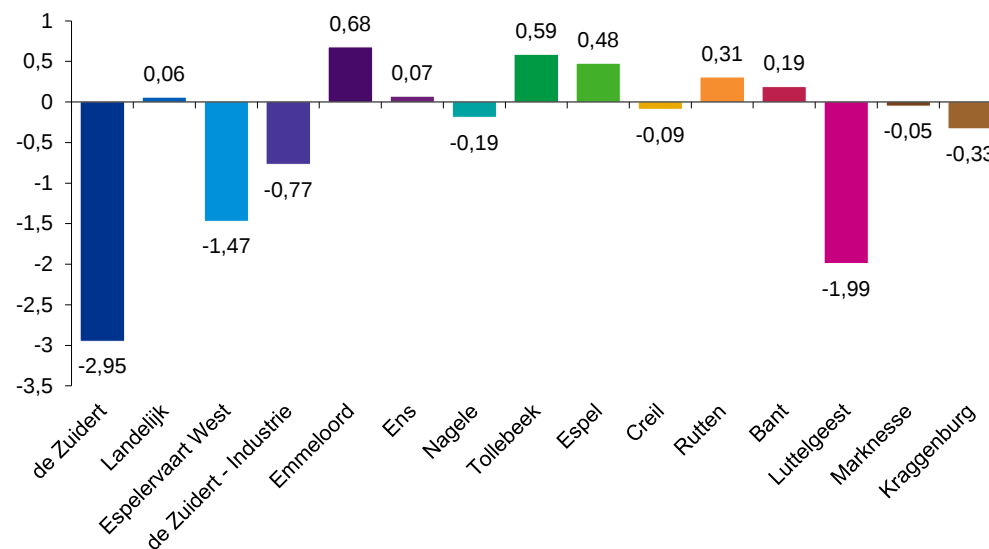
SES-score per postcode in Lelystad over 2016



SES-score per postcode in Dronten over 2016



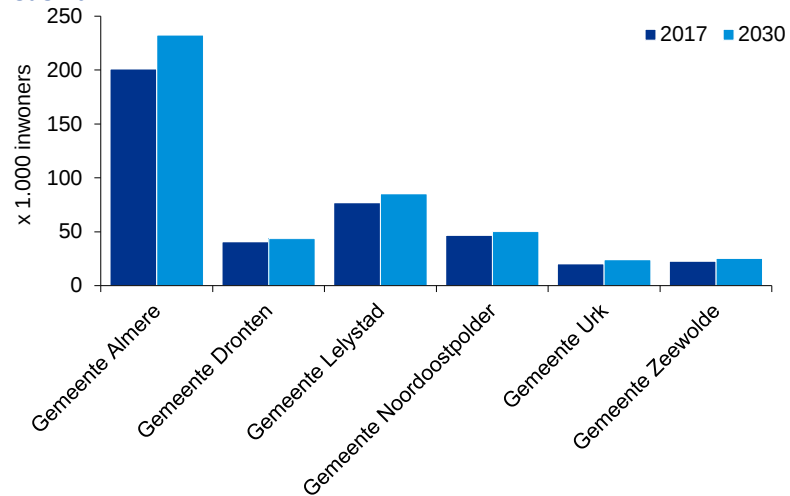
SES-score per postcode in Noordoostpolder over 2016



Bron: SCP, 2016

Prognose bevolkingsopbouw voor Flevoland

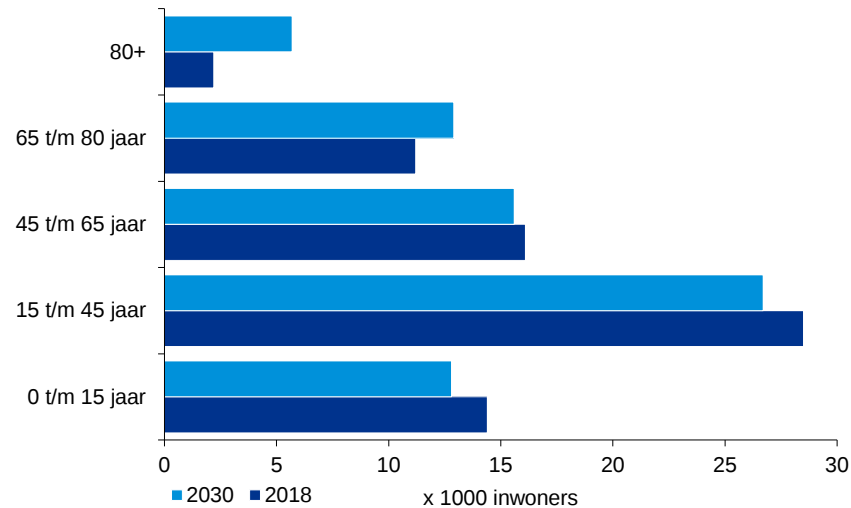
**Prognose bevolkingsopbouw in Flevoland per gemeente 2030
versus 2017**



Bron: Primos prognose 2017

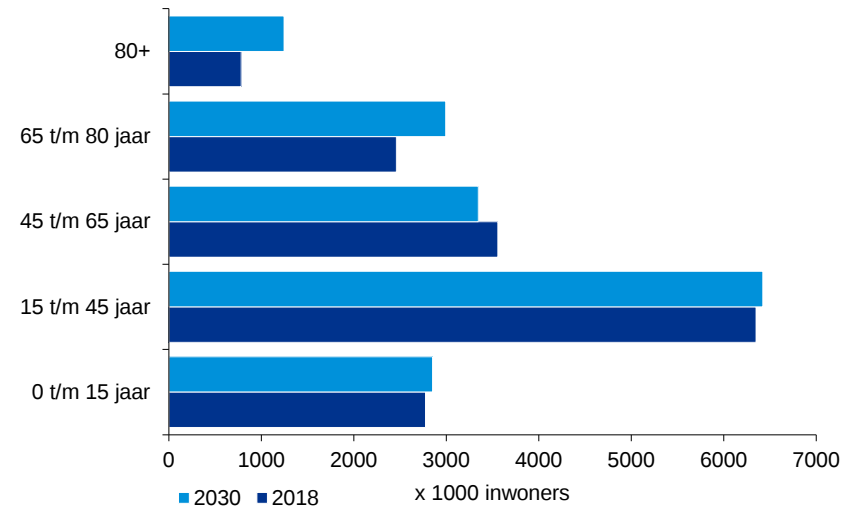
Prognose bevolkingsopbouw voor Lelystad en Nederland

Prognose bevolkingsopbouw Lelystad 2030 versus 2018



Bron: CBS, 2018

Prognose bevolkingsopbouw Nederland 2030 versus 2018



Impact van het faillissement van het MC Zuiderzee op de reistijden voor inwoners van Lelystad, Urk, NOP en Dronten

De reistijd per personenauto naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een SEH neemt gemiddeld 10 minuten toe

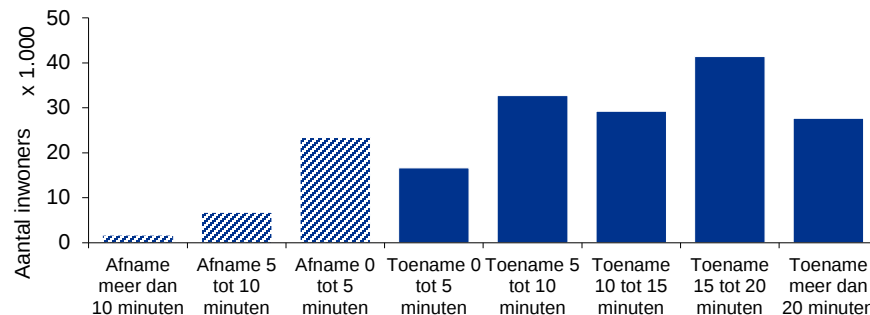
Om de impact van de sluiting van de SEH in Lelystad op de reistijden in kaart te brengen, is onderzocht wat de reistijden (per personenauto) vanaf iedere postcode (vier cijfers) naar het MC Zuiderzee in Lelystad zijn. Deze reistijd is vergeleken met de reistijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis (niet zijnde het MC Zuiderzee). De gemiddelde reistijd neemt met 10 minuten toe. Dit gemiddelde is een gewogen gemiddelde, waarmee rekening is gehouden met het aantal inwoners per postcodegebied.

Voor een deel van de inwoners is de reistijd naar een ander ziekenhuis korter dan naar het MC Zuiderzee. Dit geldt met name voor inwoners van de Noordoostpolder. In de onderstaande grafiek zijn de reistijden met gearceerde kolommen aangegeven. Voor deze groep is het niet aannemelijk dat zij gebruik hebben gemaakt van de SEH van het MC Zuiderzee.

De grootste impact op de reistijden is voor de inwoners van Lelystad (postcodegebied 8233). Zij moeten gemiddeld 24 minuten langer reizen per auto naar een ander ziekenhuis, voorheen was dit 0 minuten. De inwoners van Urk (postcodegebied 8322) zijn het langst onderweg naar een ander ziekenhuis. Zij moeten gemiddeld 39 minuten rijden naar een ziekenhuis, naar het MC Zuiderzee bedroeg de reistijd gemiddeld 27 minuten. De hier genoemde reistijden betreffen reistijden per personenauto. De reistijd per ambulance naar de ziekenhuizen is aanzienlijk korter, omdat zij de maximumsnelheid kunnen overschrijden en door rood kunnen rijden.

Een deel van de inwoners van het verzorgingsgebied reist met het openbaar vervoer (OV) in plaats van met de auto. Hierop hebben we geen analyse uitgevoerd. Het is echter aannemelijk dat de reistijd met het OV langer duurt dan met de auto.

Verandering in reistijd als men naar een ander dichtstbijzijnd ziekenhuis moet reizen



Bron: Analyse KPMG o.b.v. reistijden 2015

NB: De analyse is gebaseerd op data uit 2015, door verbeterde infrastructuur en nieuwe wegen kunnen de huidige reistijden korter zijn dan weergegeven. In de reistijdenanalyse zijn enkel ziekenhuizen met een SEH meegenomen. Buitenpoli's vormen dus geen onderdeel van de analyse.

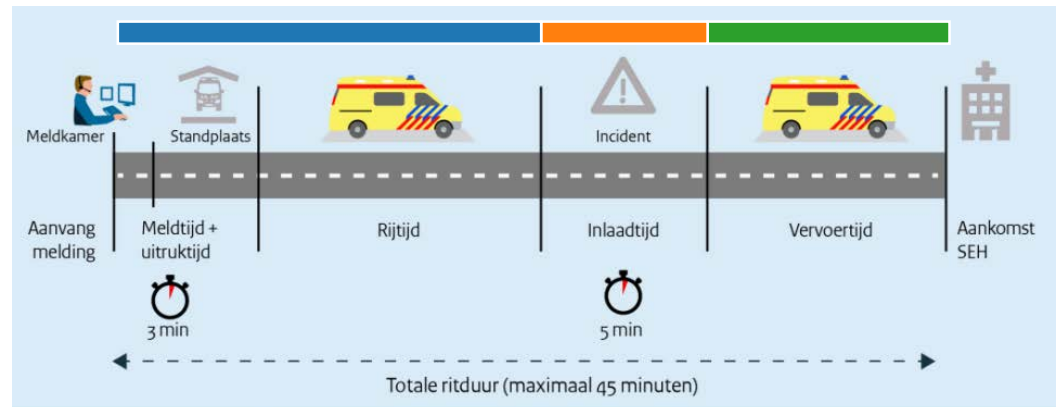
Uitleg spreidingsnorm RIVM (1/2)

“De bereikbaarheid van de SEH's en van ziekenhuislocaties met acute verloskunde wordt berekend volgens de methodiek van de 'gevoelige ziekenhuizen'. In deze paragraaf bespreken we deze methodiek uitgaande van SEH's. Dezelfde methodiek wordt gevolgd voor ziekenhuislocaties met acute verloskunde. In de analyse worden de ritduren tussen woonadressen en SEH's berekend, in relatie met de locaties van ambulancestandplaatsen. De ritduur geeft de tijd aan waarin een ambulance met spoed een traject aflegt. Het bereikbaarheidsmodel gaat er van uit dat een ambulance met spoed naar een plaats van incident rijdt, een patiënt in de ambulance overbrengt en vervolgens met spoed naar de dichtstbijzijnde SEH rijdt. Om de bereikbaarheid te beoordelen wordt uitgegaan van een norm van 45 minuten. Er wordt gekeken of het aantal mensen met een ritduur langer dan 45 minuten toeneemt wanneer een SEH zou sluiten. Als dit zo is wordt deze SEH 'gevoelig' genoemd. Het bereikbaarheidsmodel is geschetst in onderstaande figuur en gaat uit van vier tijdsintervallen die samen de totale ritduur bepalen. De totale ritduur is gedefinieerd als de som van de volgende tijdsintervallen:

1. Meldtijd van de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) en uitruktijd van de ambulance. Hiervoor wordt een vaste tijdspanne van gezamenlijk drie minuten gehanteerd;
2. Rijtijd per ambulance onder spoed vanuit de dichtstbijzijnde ambulancestandplaats naar de plaats van het incident;
3. Inlaadtijd van de patiënt, hiervoor wordt een vaste tijdspanne van vijf minuten gehanteerd;
4. Vervoertijd per ambulance onder spoed van de plaats van incident naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een afdeling Spoedeisende Hulp.

Zoals gezegd wordt het model uitsluitend gebruikt als spreidingstoets. Het model is niet bedoeld voor toetsing van de werkelijke ritduur, respons- of behandeltijd. De norm van 45 minuten is geen prestatienorm om de kwaliteit of tijdigheid van de ambulancezorg te meten. Het bereikbaarheidsmodel hanteert een vaste waarde voor de inlaadtijd en gaat uit van het rijden met A1-urgentie door de ambulance. Bij A1-urgentie is er acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of dit kan pas na beoordeling door de ambulancebemannings ter plaatse worden uitgesloten. Er kunnen redenen zijn om in het belang van de patiënt niet met volle snelheid naar een SEH te rijden en er kunnen ook redenen zijn om niet naar de dichtstbijzijnde SEH te rijden. Ook zegt het model niets over de werkelijke meld- en uitruktijd en de werkelijke behandeltijd ter plaatse of hoe snel een patiënt in de ambulance geplaatst moet worden. Het bereikbaarheidsmodel is ook geen toets op de responstijd van 15 minuten in geval van A1-urgentie. Het model analyseert de afstanden tussen ambulancestandplaatsen, woonadressen en ziekenhuizen met een SEH.”

Bron: RIVM, 'Aanbod en bereikbaarheid van de spoedeisende zorg in Nederland 2017'



Uitleg spreidingsnorm RIVM (2/2)

De Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg omschrijft een aantal eisen o.a. rondom spreiding van de ambulancezorg. Onderdeel hiervan is dat de Regionale Ambulancevoorziening ervoor zorgt dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is. De Regionale ambulancevoorziening kan hier in overleg met de zorgverzekeraars in de regio gemotiveerd van afwijken. Daarnaast is in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) een artikel opgenomen over de spreiding en bereikbaarheid van o.a. acute zorg. Als een instelling met een voorgenomen wijziging in het zorgaanbod niet voldoet aan de bereikbaarheidsnorm, kan aan de bestaande toelating van de instelling het voorschrift worden verbonden dat die instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt. Dit kan bijvoorbeeld resulteren in het verplicht openhouden van de SEH-afdeling op het niveau van een basisziekenhuis op een bepaalde locatie.

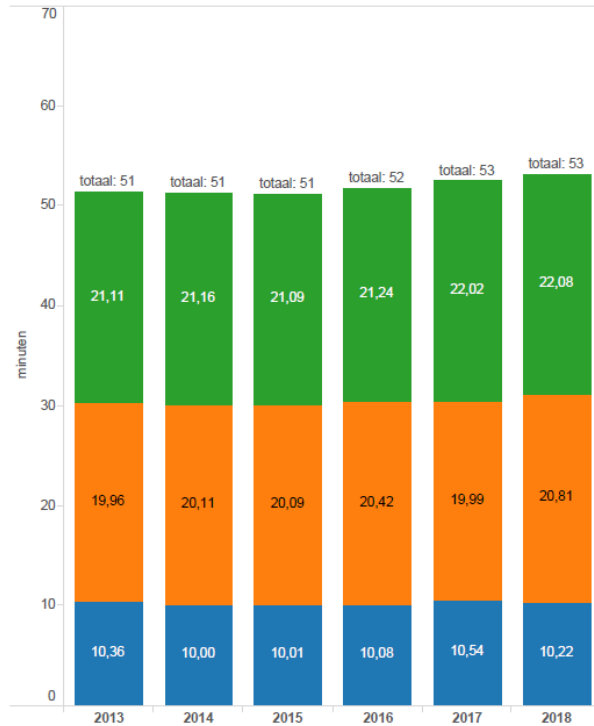
Gemiddelde rittijden ambulance standplaats Dronten

gemiddelde tijd in minuten

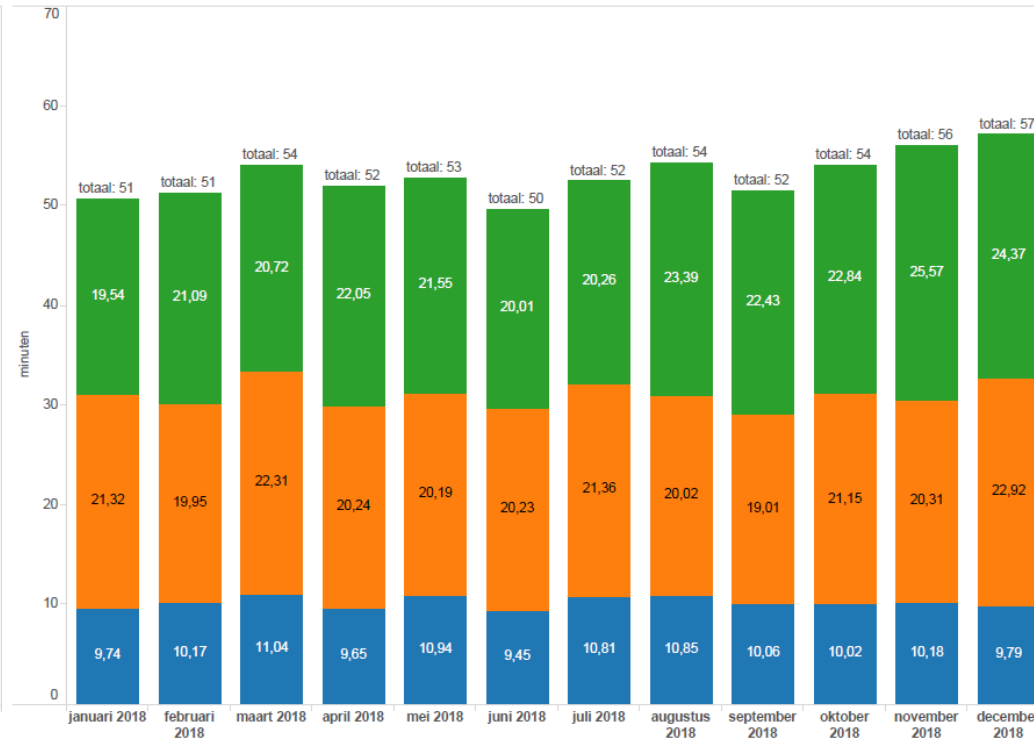
- van vertrek patiënt tot aankomst bestemming
- van aankomst patiënt tot vertrek patiënt
- van 112-melding tot aankomst patiënt

StandplaatsRit
Dronten

Dronten: A1-urgentie, rittijd per onderdeel, langetermijn



Dronten: A1-urgentie, rittijd opgedeeld, 2018



Bron: interne rapportage GGD Flevoland

NB Voor uitleg van de tijden zie figuur op pagina 42 (kleuren corresponderen met de kleuren uit de onderstaande staafgrafieken)

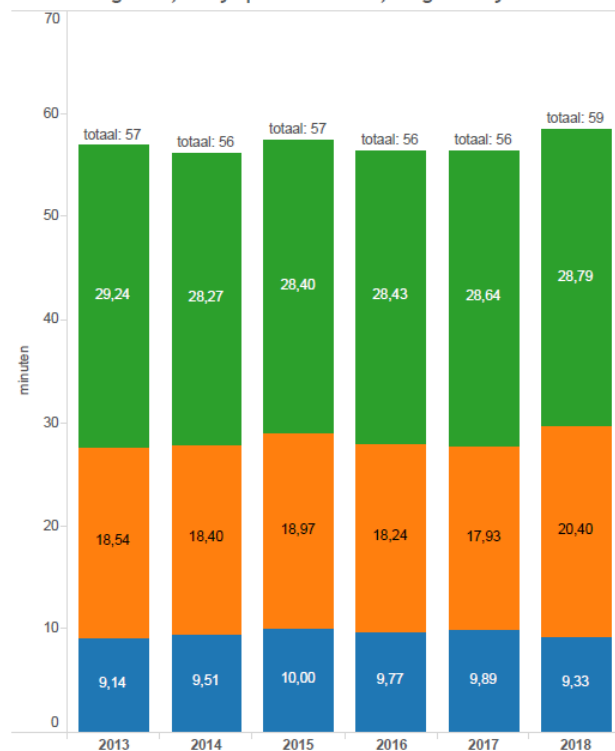
Gemiddelde rittijden ambulance standplaats Urk

gemiddelde tijd in minuten

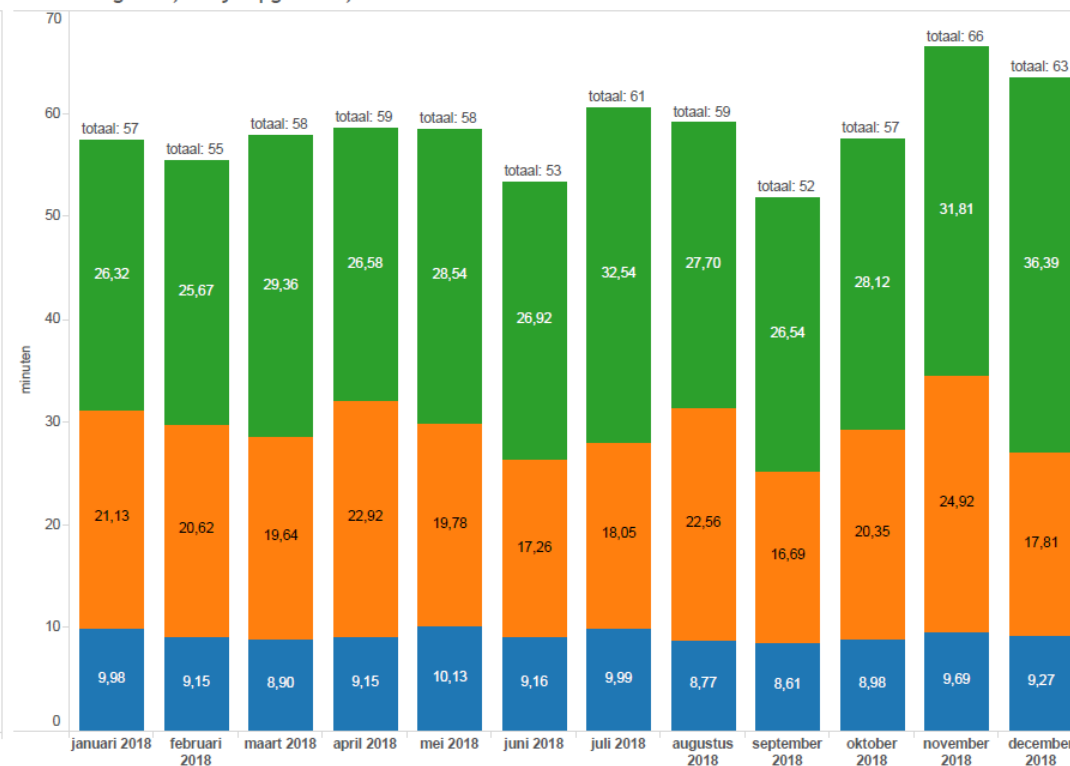
- van vertrek patiënt tot aankomst bestemming
- van aankomst patiënt tot vertrek patiënt
- van 112-melding tot aankomst patiënt

StandplaatsRit
Urk

Urk: A1-urgentie, rittijd per onderdeel, langetermijn



Urk: A1-urgentie, rittijd opgedeeld, 2018



Bron: interne rapportage GGD Flevoland

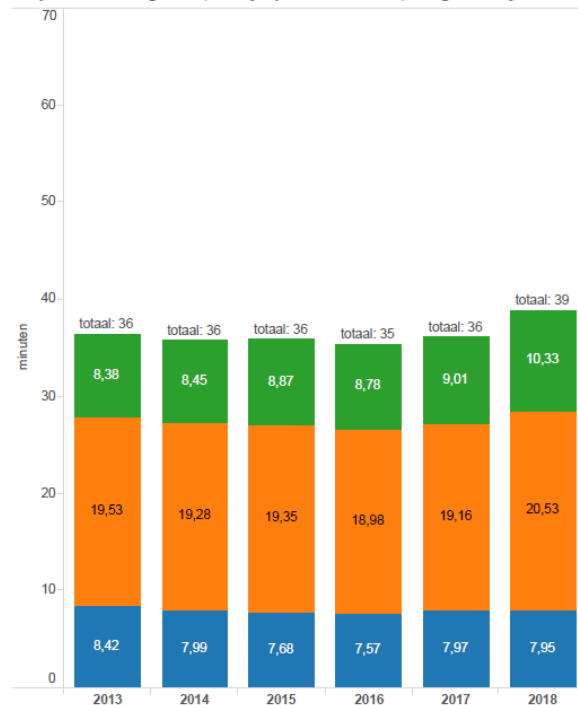
NB Voor uitleg van de tijden zie figuur op pagina 42 (kleuren corresponderen met de kleuren uit de onderstaande staafgrafieken)

Gemiddelde rittijden ambulance standplaats Lelystad

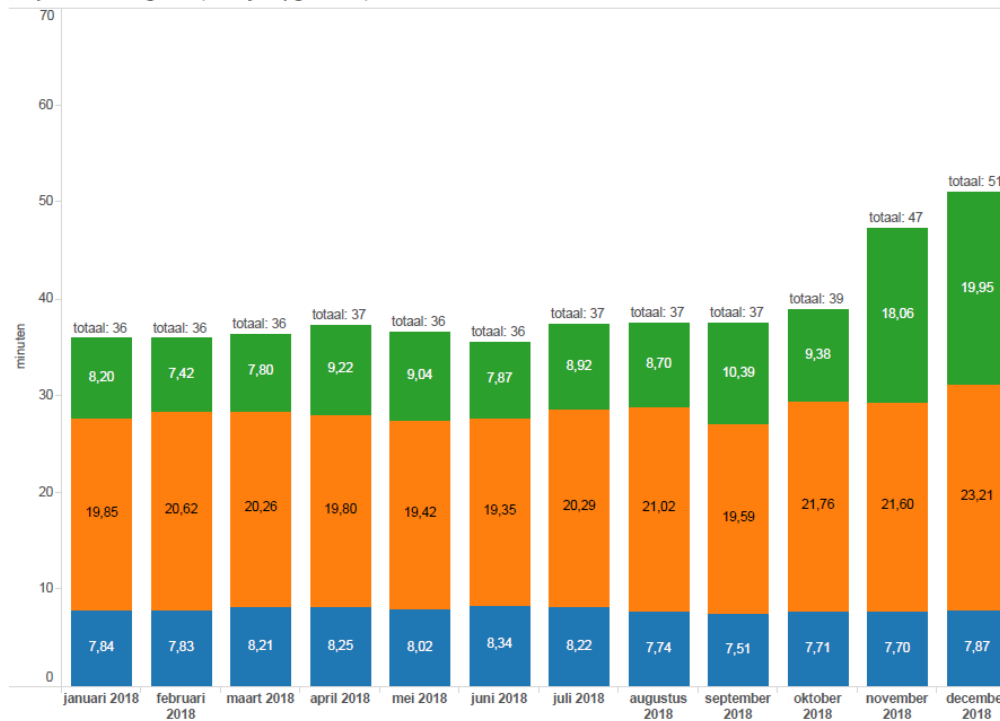
gemiddelde tijd in minuten
 van vertrek patiënt tot aankomst bestemming
 van aankomst patiënt tot vertrek patiënt
 van 112-melding tot aankomst patiënt

StandplaatsRit
Lelystad

Lelystad: A1-urgentie, rittijd per onderdeel, langetermijn



Lelystad: A1-urgentie, rittijd opgedeeld, 2018



Bron: interne rapportage GGD Flevoland

NB Voor uitleg van de tijden zie figuur op pagina 42 (kleuren corresponderen met de kleuren uit de onderstaande staafgrafieken)

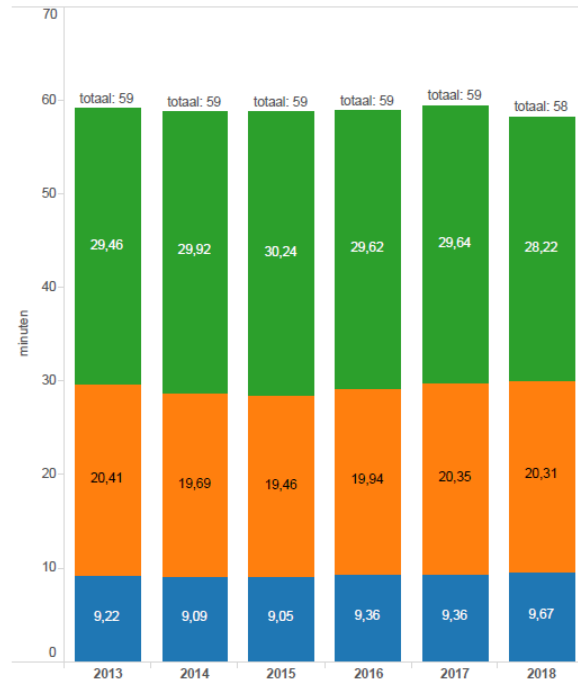
Gemiddelde rittijden ambulance standplaats Noordoostpolder

gemiddelde tijd in minuten

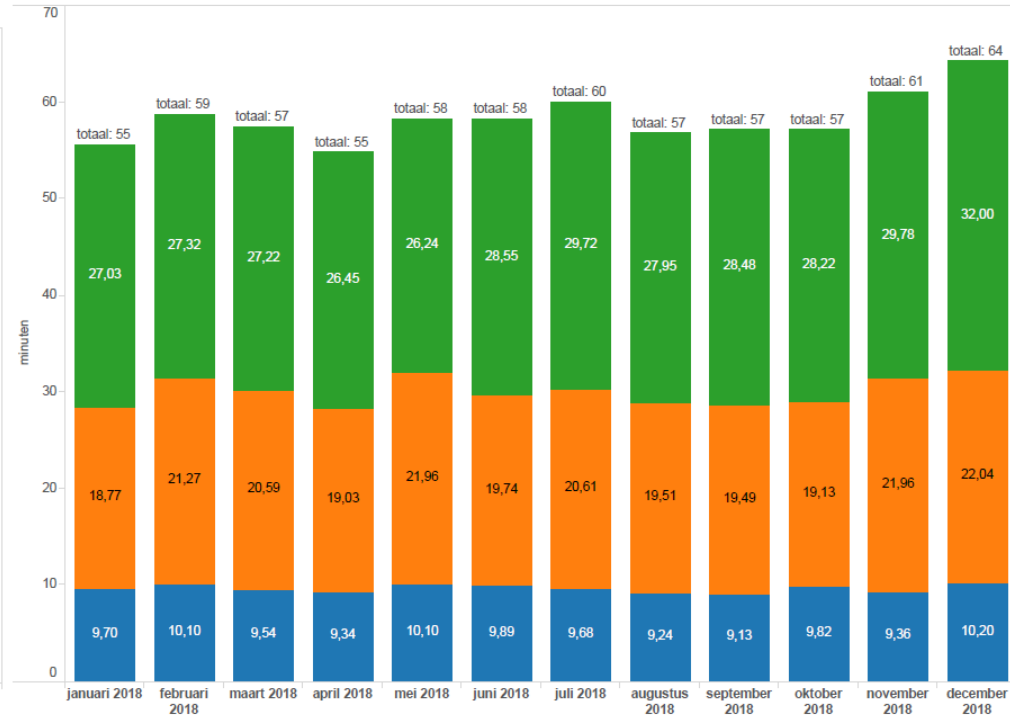
- van vertrek patiënt tot aankomst bestemming
- van aankomst patiënt tot vertrek patiënt
- van 112-melding tot aankomst patiënt

StandplaatsRit
Noordoostpolder

Noordoostpolder: A1-urgentie, rittijd per onderdeel, langetermijn



Noordoostpolder: A1-urgentie, rittijd opgedeeld, 2018



Bron: interne rapportage GGD Flevoland

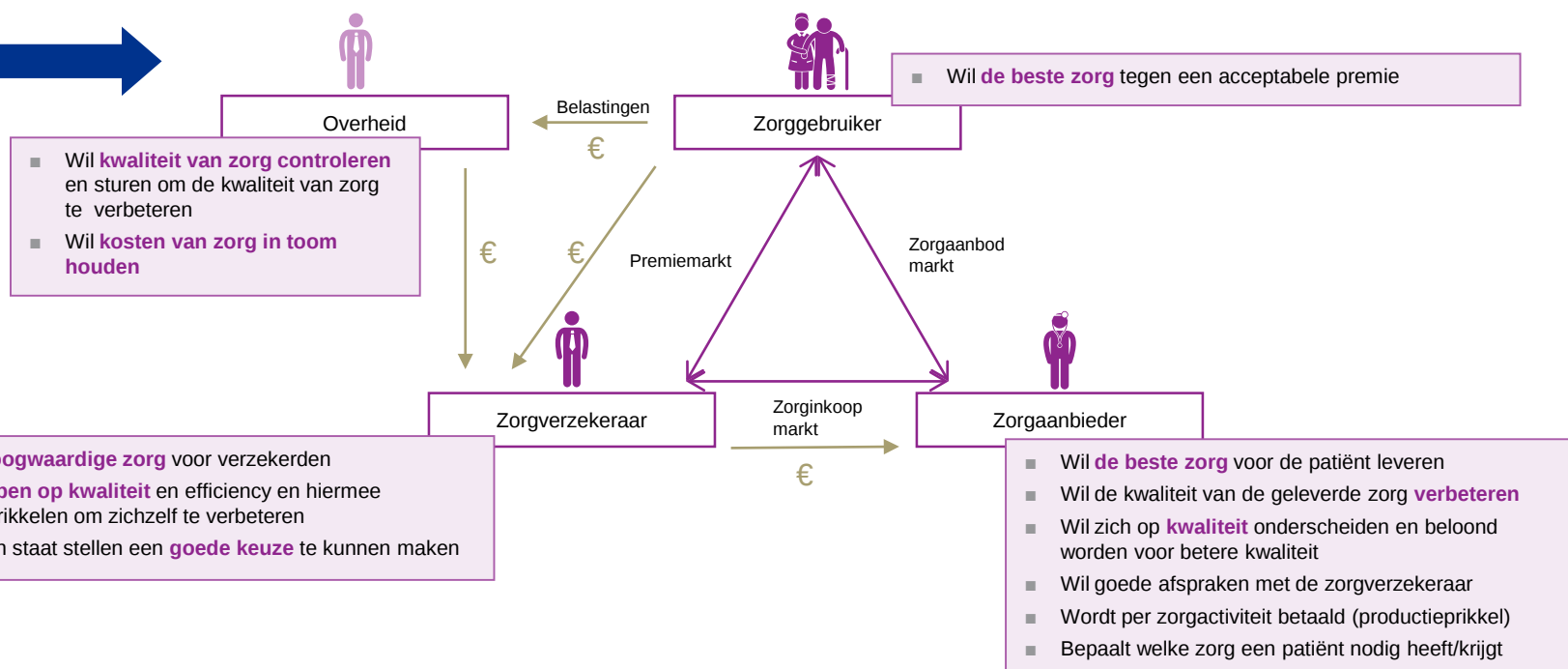
NB Voor uitleg van de tijden zie figuur op pagina 42 (kleuren corresponderen met de kleuren uit de onderstaande staafgrafieken)

Zorgverzekeringsstelsel

De zorgverzekeringswet (Zvw) ...

- ... is in werking getreden op 1 januari 2006 en regelt de financiering van de curatieve zorg
- ... regelt een verplichte en gelijk toegankelijke basisverzekering voor iedereen
- ... verplicht zorgverzekeraars iedereen als verzekerde te accepteren tegen dezelfde premie
- ... is 50% premie gefinancierd en 50% gefinancierd via belastingen (begrote totale kosten 2018 48,5 miljard euro)

- Met de Zvw is ook gereguleerde marktwerking geïntroduceerd, waarbij er een drie markten stelsel is ontstaan



Partijen en verantwoordelijkheden

Verschillende partijen spelen een belangrijke rol in de continuïteit van zorg in Nederland:

- Private zorgverzekeraars, met als leidende speler in Flevoland Zilveren Kruis, moeten vanuit hun wettelijke zorgplicht garanderen dat hun verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot alle zorg uit het basispakket.
- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zij controleert of deze spelers zich aan de regels houden en maken regels wanneer dat nodig blijkt te zijn.
- De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt daarbij toezicht op kwaliteit in de ziekenhuizen, waarbij zij een rol spelen in het behoud van voldoende kwalitatief hoogwaardige zorg in de regio.
- Het ministerie van VWS draagt zorg voor de volksgezondheid, onder meer door beleid(sontwikkeling) met betrekking tot medisch specialistische zorg.
- De provincie heeft geen wettelijke taak binnen de zorgverzekeringswet (Zvw) maar wel een groot belang om te faciliteren dat haar burgers de juiste zorg in de regio kunnen krijgen. Een goede infrastructuur draagt daarnaast bij aan een gunstig vestigingsklimaat en hoogwaardige werkgelegenheid.

Taakopdracht toekomstverkenner Flevoland (1/2)

Inleidend

Op 25 oktober zijn de MC IJsselmeerziekenhuizen met locaties in Lelystad, Emmeloord, Urk en Dronten failliet verklaard. Dat heeft tot veel onrust geleid over de zorgverlening in Flevoland. Inmiddels is bekend dat Ziekenhuis St Jansdal een groot deel van de zorg in Lelystad en Dronten zal overnemen en vinden nog gesprekken plaats met de Antonius zorggroep uit Sneek over de zorg in Noordoostpolder en op Urk. Op 28 november j.l. heeft de minister voor Medische Zorg en Sport in Lelystad met een aantal partijen gesproken over de toekomst van de zorg in Flevoland. In dat gesprek is afgesproken om een toekomstverkenner te vragen om rond de zomer 2019 een toekomstvisie op de zorg voor de inwoners van Flevoland vanaf 2020 te presenteren.

Aan deze toekomstvisie worden de volgende eisen gesteld voor wat betreft inhoud, reikwijdte, haalbaarheid en betrokkenheid van partijen in de regio.

Inhoud

Allereerst dient de toekomstvisie duidelijkheid te scheppen in de informatiepositie voor alle betrokkenen. Er zijn nu nog te veel verschillende geluiden over precieze cijfers en percentages over het al dan niet schaars zijn in de regio van bepaalde zorgverleners (zoals kinderartsen) etc. De juiste informatiepositie is in belangrijke mate bepalend voor de mogelijkheden in de regio.

Vervolgens dient een helder beeld te worden gecreëerd van wat er aan zorg nodig en mogelijk is in Flevoland. Waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de periode direct vanaf 2020 en de langere termijn. Dit beeld betreft de (optioneel verdere uitbouw van) ziekenhuiszorg in Flevoland, maar ook de ontwikkeling van de zorg in de eerste lijn (huisartsen/ verloskundigen), de ambulancezorg, de verpleeg- en verzorgingshuizen, de wijkverpleging, de paramedie (voorzover paramedie kan bijdragen aan substitutie van zorg) en maatschappelijke ondersteuning door de gemeente voor zover het raakvlakken betreft aan het aanbod van curatieve zorg. Innovatieve vormen van zorg (eHealth e.d.) dienen ook onderdeel van de visie zijn. Zowel de Tweede Kamer, het lokaal bestuur als zorgaanbieders in de regio pleiten voor beschikbaarheid van Spoedeisende hulp en acute verloskunde in Lelystad of directe omgeving. De mogelijkheden daartoe zullen expliciet onderdeel van de toekomstvisie uit moeten maken.

Reikwijdte

Het uitgangspunt is de zorg in brede zin *voor de inwoners van Flevoland*. Een deel van die zorg vormt de ziekenhuiszorg. Voor de ziekenhuiszorg geldt als startpunt voor de toekomstverkenner het aanbod zoals die door St Jansdal is neergelegd (aanbod voor doorstart zorg) alsmede het aanbod van de Antonius zorggroep uit Sneek. Ook zorgaanbod van buiten de regio dat relevant is voor de inwoners in de regio kan worden betrokken.

Haalbaarheid

De toekomstvisie dient reëel, haalbaar en duurzaam te zijn, rekening houdend met feitelijke informatie zoals de bevolkingssamenstelling en zorgvolumes, de arbeidsmarktsituatie, de betaalbaarheid van de zorg en met behoud van ieders huidige verantwoordelijkheden in het bestaande zorgstelsel. Gezien deze stelselverantwoordelijkheden is het van groot belang dat gedurende het proces goed wordt afgestemd met de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zullen immers uiteindelijk de visie in samenwerking met zorgaanbieders in de praktijk vorm moeten geven via de zorginkoop in de regio. In die zin is het 'Visiedocument op duurzame medische zorg in de polder' van zorgverzekeraar Zilveren Kruis (november 2018) ook belangrijke input voor de toekomstvisie.

Taakopdracht toekomstverkenner Flevoland (2/2)

Betrokkenheid partijen in de regio

De toekomstvisie moet voldoende draagvlak hebben in de regio. Daartoe is het in ieder geval gewenst dat alle gesprekspartners van het eerder genoemde gesprek op 28 november j.l. in Lelystad worden geconsulteerd bij het maken van de toekomstvisie alsmede een aantal vertegenwoordigers van andere direct betrokken partijen/sectoren¹. Daarbij zal de toekomstverkenner er op toe zien dat zo snel als mogelijk overleg met verloskundigen en zorgverzekeraar in de regio Urk plaatsvindt.

¹ Dit zijn in ieder geval de curatoren van de MC IJsselmeerziekenhuizen, het bestuur van St Jansdal, het bestuur van Antonius zorggroep, zorgverzekeraar Zilveren Kruis, het medisch stafbestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen, delegatie van het personeel van MC IJsselmeerziekenhuizen, Patiëntenfederatie Flevoland, huisartsen(post), verloskundigen, paramedie, wijkverpleging, V&V-partijen, de GGD/Regionale ambulancevoorziening, het ROAZ, de colleges van B&W van de gemeenten Lelystad, Dronten, Emmeloord, Urk en Almere en de gedeputeerde van de provincie Flevoland.

Na de (eerste oriënterende) gespreksrondes door de toekomstverkenner is er ruimte en mogelijkheid om (in overleg met de opdrachtgever VWS) de opdracht uit te breiden en te verfijnen.

Proces

De rapportage dient uiterlijk 1 juli 2019 te worden opgeleverd. Gedurende het proces zal de toekomstverkenner een aantal malen in een voortgangsoverleg met opdrachtgever VWS (mondeling) terugkoppelen over de voortgang.

De toekomstverkenner organiseert zelf inhoudelijke en secretariële ondersteuning.

Vanzelfsprekend kan en zal VWS ondersteunen bij concrete vragen van de toekomstverkenner. Indien de toekomstverkenner gebruik wil maken van de diensten van het RIVM ten aanzien van de inrichting van het zorglandschap, dan kan dat. VWS zal het RIVM daarover informeren.

De toekomstverkenner zal zijn bevindingen laten toetsen bij de NZa en de IGJ, VWS zal de NZa en de IGJ daarover informeren.

Voorbeelden technologische toepassingen

Voorbeelden technologische toepassingen

- Jaarlijks worden 30.000 COPD-patiënten in het ziekenhuis opgenomen vanwege een exacerbatie (plotselinge verergering van klachten), waarvan de helft heropnames zijn. In een pilot in het Slingeland ziekenhuis met *COPD thuismonitoring* werden 28% van de heropnames voorkomen.
- Hoewel robots nu nog beperkt ingezet worden in de directe patiëntenzorg is de verwachting dat dit in de toekomst verder toe zal nemen. In de ouderenzorg kunnen robots voor verschillende doelen ingezet worden: sociale robots tegen eenzaamheid, robots die ouderen ondersteunen in huishoudelijke taken, helpen bij het eten, of hen monitoren. Een voorbeeld van een reeds bestaande zorgrobot is de tinybot Tessa. De tinybot helpt structuur aan te brengen in de dag van dementerende ouderen, en herinnert hen er bijvoorbeeld aan dat het tijd is om te ontbijten, of dat de thuiszorg om 11.00 uur komt.
- De meest voorkomende oorzaak van letsel door een ongeval bij ouderen is het maken van een val. Hierbij breken ouderen geregeld hun heup, waarna 50% minder mobiel wordt en 25% binnen 1 jaar overlijdt. Wolk creëerde een heupairbag die heupfracturen bij een val voorkomt.
- De Da Vinci robot wordt reeds ingezet tijdens operaties waarbij de prostaat verwijderd moet worden als gevolg van prostaatkanker. De robot zorgt voor een grotere precisie, waardoor minder kans bestaat op complicaties.

Overzicht bronnen (1/2)

- (1) De Stentor, 'Doorstart IJsselmeerziekenhuizen: dit is wat we nu weten', 21 november 2018
- (2) CBS, 'Bevolking op 1 januari, leeftijd, geboorteland, regio', 2018
- (3) CBS, 'Gezondheidsmonitor', 2016
- (4) SCP, 'Statusscores', 2016
- (5) NIVEL, 'Inzicht in Zorgmijden', 2015
- (6) Volksgezondheid en Zorg, 'Sterfte – regionaal', 2017
- (7) CBS, 'Bevolking op 1 januari, leeftijd, migratie-achtergrond, geslacht, regio', 2018
- (8) Diabetesfonds, 'Diabetes in Cijfers', geraadpleegd op 21 november 2018
- (9) RIVM, 'Volksgezondheid Toekomstverkenning', 2018
- (10) GGD Flevoland, 'Een gezonder Flevoland', 2016
- (11) GGD Flevoland, 'Kernboodschap Lelystad', 2017
- (12) Stichting Lezen & Schrijven, 'Feiten & cijfers geleterdheid 2016', 2016
- (13) Pharos, 'Factsheet beperkte gezondheidsvaardigheden', 2018
- (14) Dutch Hospital Data, 'Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen', 2016
- (15) CBS, 'Ziekenhuisopnamen, kerncijfers: geslacht, leeftijd en regio' 2012
- (16) Analyse DIS data downloads 2016
- (17) CBS, 'Bevolkingsprognose', 2016
- (18) VeiligheidNL, 'Infographic Valongevallen Ouderen 65+', 2017
- (19) CBS, 'Gezondheid en Zorggebruik', 2016
- (20) Volksgezondheid en Zorg, 'Sociaaleconomische status, cijfers & context', 2018
- (21) WRR, 'Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen', 2018
- (22) CBS, 'Prognose bevolking naar migratieachtergrond 2018 – 2060', 2018
- (23) Ntvg, 'Bijdrage van leefstijlfactoren aan kanker', 2014
- (24) GGD, 'Toekomstverkenning Flevoland', 2016
- (25) CMO, 'Zorguitdagingen rond de toename van ouderen in Flevoland', 2017
- (26) CBS, 'Regionale prognose, huishoudens', 2016
- (27) SCP, 'Sterke daling van potentiële mantelzorgers in de toekomst', 2018
- (28) Zowelwerk, 'Facts & Figures 2017 – de Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn in Flevoland', 2017
- (29) Nictiz, 'eHealth Monitor 2018', 2018
- (30) Een gezonder Flevoland, 'Leefstijl – Roken', 2016
- (31) Flevoziekenhuis, 'Kerngegevens', 2017
- (32) St Jansdal, 'Jaarverslag 2016', 2016
- (33) Isala, 'Feiten en cijfers', 2017
- (34) St Jansdal, 'Samenvatting meerjarenbeleid 2015-2019', 2016
- (35) Landelijke Huisartsen Vereniging, 'ELV-peiling 2017', 2017
- (36) St. Jansdal, 'Situatie Lelystad', 2018
- (37) Tjongerschans, 'Medisch beleidsplan 2015-2020', 2015
- (38) CBS, 'Huishoudens per leeftijd en regio', 2018
- (39) KPMG, 'Juiste Zorg op de Juiste Plek – Rapport van de Taskforce', 2018, te raadplegen via <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/nl/pdf/2018/advisory/juiste-zorg-op-de-juiste-plek.pdf>
- (40) Antonius, 'Over ons', 2018
- (41) Meander Medisch Centrum, 'Financieel jaarverslag 2017', 2017
- (42) Amsterdam UMC, 'Brochure AMC', 2011
- (43) Almere, 'Meerjarenprogramma Almere 2017-2021', 2018
- (44) CBS, 'Arbeidsdeelname per regio', 2018
- (45) CBS, 'Motorvoertuigenpark; inwoners, type, regio, 1 januari', 2018
- (46) VNG, 'Waarstaatjegemeente', 2016
- (47) CBS, 'Zorguitgaven stijgen in 2017 met 2,1 procent', 2018

Overzicht bronnen (2/2)

- (48) KPMG, 'Wie doet het met wie', 2018, te raadplegen via <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/nl/pdf/2018/sector/gezondheidszorg/wie-doet-het-met-wie.pdf>
- (49) KPMG, 'Health check – Ontwikkelingen binnen de Ziekenhuiszorg', 2018, te raadplegen via <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/nl/pdf/2018/sector/gezondheidszorg/healthcheck-2017.pdf>
- (50) ZIN & Verwey-Jonker Instituut, 'Wat doet de zorgprofessional in 2030?', 2015
- (51) Martijn Souren en Jasper van Thor, 'Het onbenut arbeidspotentieel in beeld', 2017/2018
- (52) ABF Research, 'Primos prognose', 2017
- (53) CBS, 'Vergrijzing meest toegenomen in Limburg', 2016
- (54) Zowelwerk, 'Factsheet RAAT Flevoland', 2018
- (55) Landelijk onderzoeksprogramma AZW, 'Regionaal tabellenboek', 2017
- (56) RAAT, 'Kritische functies Flevoland', 13 december 2018
- (57) Shavers VL 'Measurement of socioeconomic status in health disparities research', 2007



KPMG on social media



KPMG app

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.