

# Ziekenhuiszorg: soms op een andere plek, wel in de buurt



## Onderzoek

Zorg  
voor de regio  
Drenthe en  
Zuidoost-Groningen



Toetsing scenario's aan criteria



Scenario's



Toetsingscriteria



Beoordeling scenario's op toetsingskader



Toegankelijkheid patiënt



Werkbaarheid en kwaliteit



Betaalbaarheid



Haalbaarheid

Kernteam

**Zorg voor de regio**

Drenthe en Zuidoost-Groningen



# Gezamenlijk plan

## Zorg voor de regio Drenthe en Zuidoost-Groningen



Om de zorg voor de regio Drenthe en Zuidoost-Groningen te behouden, presenteerde een kernteam, bestaande uit ziekenhuizen Treant, Ommelander Ziekenhuis Groningen en Wilhelmina Ziekenhuis Assen, huisartsen en verzekeraars Menzis en Zilveren Kruis op 11 februari 2019 zijn gezamenlijk plan voor de zorg in de regio.

Het plan is om de basiszorg in alle bij het kernteam aangesloten ziekenhuizen te handhaven. De ingewikkelde ziekenhuiszorg wil het kernteam concentreren in Assen, Emmen en Scheemda. En de planbare zorg in Stadskanaal en Hoogeveen uitbreiden door opzet van expertisecentra.

Het kernteam zal over de invulling van het plan spreken met medewerkers, zorgaanbieders, overheden en bewoners. De uitvoering van het plan gaat enkele jaren duren. Het is de bedoeling na de zomer van 2019 de eerste stappen te zetten.



### Kernteam zorg voor de regio

Veranderingen zijn volgens huisartsen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars alleen succesvol als partijen daar samen voor gaan.

In september 2018 startten de ziekenhuisorganisaties Treant, Ommelander Ziekenhuis Groningen, Wilhelmina Ziekenhuis Assen en Huisartsenzorg Drenthe samen met de zorgverzekeraars Menzis en Zilveren Kruis met de opzet voor een gezamenlijk plan.

Het plan is op basis van dit onderzoek en in samenwerking met adviesbureau [Gupta Strategists](#) opgesteld.

### Wilt u meer informatie?

Kijkt u dan op [www.zorgvoorregio.nl](http://www.zorgvoorregio.nl) of e-mail naar [kernteam@zorgvoorregio.nl](mailto:kernteam@zorgvoorregio.nl).

### Voor u ligt een samenvatting van het uitgebreide onderzoek.

Dit onderzoek is uitgevoerd door het extern adviesbureau Gupta Strategists.

Op basis van dit onderzoek en gesprekken over o.a. bereikbaarheid met de ambulancedienst en het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) onderbouwt het kernteam zijn plan.



# Toetsing scenario's aan criteria



Om te bepalen wat de effecten zijn van het veranderen van het ziekenhuiszorgaanbod in Assen, Emmen, Hoogeveen en/of Stadskanaal heeft het kernteam scenario's gedefinieerd. Deze scenario's zijn zodanig gekozen dat ze alle relevante opties onderzoeken. De scenario's beschrijven welke zorg waar beschikbaar is (bijvoorbeeld wel of geen acute zorg), maar gaan niet over de vraag welke organisatie de zorg biedt.

Het kernteam heeft de scenario's laten evalueren door Gupta Strategists aan de hand van een evenwichtige set van toetsingscriteria. Deze criteria zijn zo gekozen dat ze, naast evenwichtig, ook zoveel mogelijk objectief meetbaar zijn en recht doen aan de perspectieven van belanghebbenden.

Deze samenvatting beschrijft:

- ✓ Welke scenario's zijn onderzocht en op basis van welke criteria ze zijn geëvalueerd
- ✓ De uitkomsten van de analyses die zijn uitgevoerd voor elk van de toetsingscriteria. Alhoewel deze uitkomsten zo objectief mogelijk zijn, zal iedereen de verschillende criteria anders wegen.





Om te komen tot een volledige set van scenario's zijn de volgende stappen doorlopen:

- Verdeel ziekenhuiszorg in zorgblokken
- Construeer archetype ziekenhuisprofielen op basis van de zorgblokken
- Stel op basis hiervan relevante scenario's vast met verschillende profielen op de locaties.



In principe willen alle partijen zoveel mogelijk zorg dichtbij de patiënt organiseren, waar mogelijk thuis of in de buurt.

Een deel van de zorg moet vanuit een ziekenhuislocatie worden gedaan om redenen van kwaliteit (de aanwezigheid van gespecialiseerd personeel en dokters en van infrastructuur zoals operatiekamers of verpleegafdelingen). Vooral de vraag welke zorg binnen een ziekenhuislocatie kan worden aangeboden, zodanig dat het veilig, haalbaar en betaalbaar is drijft de scenario's.

Scenario's voor dit onderzoek zijn gebaseerd op verschillende vormen van ziekenhuiszorgaanbod (hierna genoemd: locatieprofielen) in Assen, Emmen, Hoogeveen en Stadskanaal. Hoewel de scenario's niet variëren in het ziekenhuisaanbod buiten deze vier locaties, houden de analyses wel degelijk rekening met het aanbod dat op andere locaties aanwezig is.



# De scenario's

## Stap 1 verdeel ziekenhuiszorg in zorgblokken



Ziekenhuiszorg is voor dit onderzoek verdeeld in blokken.

De blokken zijn zo gedefinieerd dat ze corresponderen met de faciliteiten die minimaal noodzakelijk zijn om de zorg te kunnen bieden.

We onderscheiden de hiernaast genoemde 6 zorgblokken.

- Acuut:** dit blok omvat alle zorg waarvoor een spoedeisende hulp en achterliggende faciliteiten zoals een kliniek en 24/7 OK noodzakelijk zijn, met uitzondering van moeder-/kindzorg
- Moeder/kind:** dit blok omvat geboortezorg en klinische kindergeneeskunde. Voor deze zorg zijn o.a. verloskamers, operatiekamers en -teams nodig en moeten dienstdoende gynaecologen, anesthesiologen en kinderartsen beschikbaar zijn
- Hoogrisico klinisch:** dit blok omvat zorg voor patiënten die worden opgenomen op een klinische afdeling, en die een hoge kans hebben op opname op de intensive care. Voor het aanbieden van deze zorg is onder andere een intensive care noodzakelijk
- Basis klinisch:** dit blok omvat zorg voor patiënten die een opname nodig hebben op een klinische afdeling, maar hoogstwaarschijnlijk geen IC-zorg nodig hebben. Voor het aanbieden van deze zorg zijn onder andere een beddenhuis en operatiekamers en -teams noodzakelijk
- Dagbehandeling:** dit blok omvat de zorg aan patiënten die een operatie krijgen en dezelfde dag nog naar huis gaan. Hiervoor zijn onder andere (poliklinische) operatiekamers noodzakelijk
- Poliklinisch:** dit blok bevat alle zorg aan patiënten die niet in een van de andere bovenstaande blokken valt. Het gaat om poliklinische zorg en diagnostiek.



# De scenario's

## Stap 2 construeer archetype ziekenhuizen o.b.v. de zorgblokken



We onderscheiden de volgende locatieprofielen:

### □ 24/7 ziekenhuis

In dit profiel is acute, klinische en poliklinische zorg aanwezig. Deze definitie maakt geen onderscheid tussen 24/7 ziekenhuizen die wel moeder-/kindzorg en hoogrisico klinische zorg bieden (Assen en Emmen) versus ziekenhuizen die dat niet doen (op dit moment Hoogeveen en Stadskanaal). Nu zijn alle vier de locaties 24/7 ziekenhuizen

□ **Electief ziekenhuis** In dit profiel kunnen patiënten terecht voor poliklinische zorg en dagbehandeling, maar niet voor acute zorg waar een opname voor nodig is of een opname in de kliniek. Ook kunnen patiënten in dit ziekenhuis terecht voor een overnachting na een operatie, zo lang het gaat om laagrisico zorg.

Op basis van deze zorgblokken zijn twee 'archetype' locatieprofielen gedefinieerd (zie figuur 1). Het locatieprofiel beschrijft welke zorgblokken het ziekenhuis aanbiedt.

We bekijken daarbij combinaties van zorgblokken die ook daadwerkelijk in Nederland bestaan of denkbaar zijn.

Zorgblok	<b>E</b> Electief ziekenhuis	<b>24/7</b> 24/7 ziekenhuis
1 - Acut	~ Evt. concept spoedpost ('HAP+')	✓
2 - Moeder/kind		~ Eventueel
3 - Hoogrisico klinisch		~ Eventueel
4 - Basis klinisch	~ OK en short stay (niet acuut)	✓
5 - Dagbehandeling	✓	✓
6 - Poliklinisch	✓	✓

Figuur 1: archetype locatieprofielen op basis van zorgblokken



# De scenario's

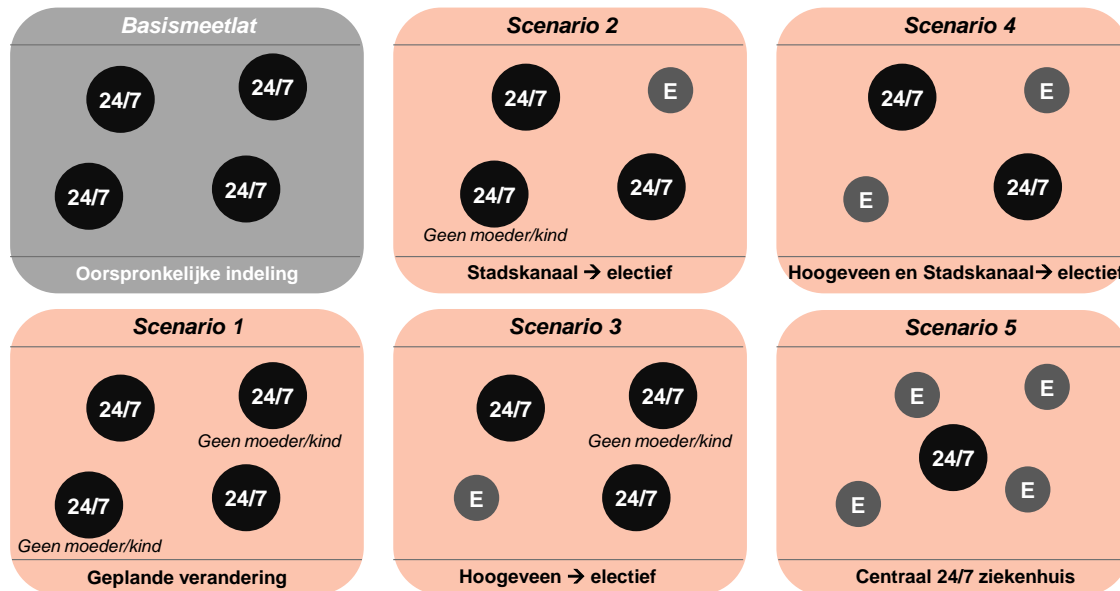
## Stap 3 creëer scenario's met de gekozen profielen per locatie



Vervolgens hebben we toekomstscenario's gedefinieerd op basis van locatieprofielen. Ten eerste definiëren we een 'basismeetlat', waarin op alle vier de locaties een 24/7 ziekenhuis aanwezig is (zoals nu het geval is). In de analyses vergelijken we alle overige scenario's met deze basismeetlat.

Daarna hebben we vijf scenario's samengesteld<sup>1</sup>, zoals samengevat in figuur 2.

<sup>1</sup> Er zijn ook diverse sub-varianten van scenario's onderzocht; deze zijn ten behoeve van de leesbaarheid en helderheid niet opgenomen in dit rapport, ook omdat deze niet sterk differentiëren op de gehanteerde beoordelingscriteria



Figuur 2: scenario's o.b.v. verschillende locatieprofielen in Assen (linksboven), Stadskanaal (rechtsboven), Emmen (rechtsonder) en Hoogeveen (linksonder). Voor scenario 5 gaan we uit van Beilen als centrale locatie in Drenthe

<b>Scenario 1</b>	Gelijk aan basismeetlaan	Maar geen moeder-/kindzorg in Hoogeveen en Stadskanaal
<b>Scenario 2</b>	24/7 ziekenhuizen in Assen, Emmen en Hoogeveen	In Stadskanaal is een dag/weekziekenhuis (voor niet-acute, niet-complexe zorg)
<b>Scenario 3</b>	24/7 ziekenhuizen in Assen, Emmen en Stadskanaal	In Hoogeveen is een dag/weekziekenhuis (voor niet-acute, niet-complexe zorg)
<b>Scenario 4</b>	24/7 ziekenhuizen in Assen en Emmen	In Hoogeveen en Stadskanaal is een dag/weekziekenhuis (voor niet-acute, niet-complexe zorg)
<b>Scenario 5</b>	Eén ziekenhuis centraal in Drenthe	O.b.v. eerder onderzoek uitgevoerd door Treant en WZA is gekozen om in deze analyse Beilen te hanteren als centrale locatie. In Assen, Emmen, Hoogeveen en Stadskanaal electieve ziekenhuizen (voor niet-acute, niet-complexe zorg)



De scenario's zijn geëvalueerd op basis van een evenwichtige set toetsingscriteria. Deze zijn, naast evenwichtig, zoveel mogelijk objectief meetbaar. En doen recht aan de perspectieven die belanghebbenden beschreven in de interviews.

## Toegankelijkheid voor de patiënt

Toegankelijkheid van zorg is door alle belanghebbenden aangemerkt als een belangrijk toetsingscriterium. De impact van een scenario op toegankelijkheid van zorg is bepaald op basis van:

- ❖ **Gemiddelde reistijd**  
De toename van de gemiddelde reistijd voor patiënten ten opzichte van de basismeetlat
- ❖ **Patiënten met lange reistijd**  
De toename van het aantal patiënten dat meer dan 30 minuten reistijd heeft in vergelijking met de basismeetlat
- ❖ **Inwoners met lange ambulance aanrijtijd**  
De toename van het aantal inwoners in de regio voor wie het dichtstbijzijnde ziekenhuis per ambulance op meer dan 45 minuten reisafstand ligt, vergeleken met de basismeetlat. Dit is een benadering van het RIVM ambulance-aanrijtijden model<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Responstijd volgens RIVM-normen: steekproef uitgevoerd in reisplanner [www.lazk.nl](http://www.lazk.nl) om gemiddelde ambulance-aanrijtijden te benaderen; bij daadwerkelijke concentratie moet precieze toetsing door RIVM plaatsvinden

<sup>3</sup> Minimale fte-bezetting van een SEH op basis van 8.8 fte SEH-artsen en 13.4 fte SEH-verpleegkundigen. Minimale fte-bezetting van de IC op basis van 4.2 fte intensivisten en 21 IC-verpleegkundigen. Bron: richtlijnen NVIC, richtlijn acute zorg, rekensystematiek NZa, beroepsvereniging SEH-artsen

## Werkbaarheid en kwaliteit

Werkbaarheid en kwaliteit van zorg is door vele belanghebbenden genoemd als belangrijke reden voor dit onderzoek. Onder dit criterium vatten wij een aantal onderwerpen dat op zowel werkbaarheid als kwaliteit invloed heeft:

- ❖ **Benodigd schaars personeel SEH en IC<sup>3</sup>**  
Door nieuwe richtlijnen is er steeds meer gespecialiseerd, schaars personeel nodig op de SEH en de IC. We bekijken per scenario hoeveel FTE van deze schaarse beroepen nodig zijn en vergelijken dit met de basismeetlat
- ❖ **Schaal en kwaliteit van SEH's en geboortecentra**  
Kleine acute afdelingen vormen een minder aantrekkelijke werkomgeving voor specialisten en verpleegkundigen, omdat er minder vaak complexe problematiek voorbijkomt. Daarmee is dit ook een kwaliteitsparameter – zorgverleners op kleinere locaties doen ervaring op met een smaller spectrum aan problematiek. Voor dit criterium vergelijken we per scenario de omvang van SEH's en geboortecentra met de rest van Nederland
- ❖ **Dienstendruk medisch specialisten**  
Het aantal specialisten in relatie tot het aantal locaties waar diensten nodig zijn. Hiervoor hebben we aangenomen dat de dienstendruk direct samenhangt met het aantal locaties met een SEH en kliniek.







## Betaalbaarheid

Om de betaalbaarheid per scenario te toetsen bekijken we veranderingen in de (jaarlijkse) operationele kosten en eventuele (eenmalige) investeringen en afschrijvingen die nodig zijn in een scenario.

### ❖ Operationele kosten

Een deel van de kosten voor het aanbieden van acute zorg in de regio is direct afhankelijk van het aantal locaties met een SEH. Dat komt door het beschikbaarheidskarakter van een SEH: medewerkers zijn nodig, ongeacht het aantal patiënten. Omdat er nu op veel SEH's relatief weinig patiënten komen, zijn de kosten lager als het aantal SEH's kleiner is. Het effect is gekwantificeerd op basis van huidige personele kosten op de SEH en achterliggende spoedfaciliteiten bij deelnemende ziekenhuizen in het kernteam

### ❖ Omvang investeringen en desinvesteringen

Aanname is dat kapitaallasten op de lange termijn ongeveer gelijk blijven, ongeacht het scenario, omdat grote en kleine ziekenhuizen in Nederland ongeveer dezelfde kapitaallasten hebben. Investerings zijn daarmee niet een maat voor waardeverlies per scenario, maar het doen van grote investeringen heeft wel invloed op de kasstroom en de noodzaak tot het aantrekken van extern kapitaal. Desinvesteringen door het buiten gebruik stellen van (delen van) gebouwen zijn wel een belangrijke graadmeter voor verlies in activawaarde en zijn daarom meegenomen in de beoordeling.

## Haalbaarheid

Sommige scenario's zijn complexer om voor elkaar te krijgen dan andere. Om de haalbaarheid per scenario te toetsen is de haalbaarheid gevat in factoren die **de complexiteit van de transitie** beïnvloeden.

Aanname is dat een grote transitie complexer is dan een kleine. Factoren die een transitie groter maken zijn het aantal locaties waarop een transformatie plaatsvindt, de noodzaak tot het uitvoeren van nieuwbouw en het risico op grote verschuivingen in patiëntenstromen tussen ziekenhuizen.

Daarnaast is het verwachte draagvlak voor een scenario bij belanghebbenden ingeschat gebaseerd op basis van de interviews.



# Beoordeling scenario's op toetsingskader



Hier beschrijven we de uitkomsten van de analyses op de beschreven criteria.

- ✓ De zorgvraag per hoofd van de bevolking in het gebied is relatief hoog
  - ❖ De bevolking in het werkgebied van drie locaties (Emmen, Hoogeveen en Stadskanaal) is bovengemiddeld vergrijsd. In Assen is het aandeel ouderen op dit moment juist wat lager dan het gemiddelde in Nederland
  - ❖ De bevolking in de werkgebieden van vooral Emmen en Stadskanaal heeft een lager dan gemiddelde sociaal economische status
  - ❖ De beroepsbevolking, als percentage van de gehele bevolking, is relatief klein in de gebieden rond Hoogeveen en vooral Stadskanaal.
  
- ✓ De groei van de zorgvraag in de komende jaren is echter lager dan in de rest van Nederland (behalve rond Assen)
  - ❖ Op basis van demografische ontwikkelingen groeit de zorgvraag in de regio de komende decennia aanzienlijk minder snel dan in de rest van Nederland (figuur 3). Er zijn wel grote subregionale verschillen. In de gemeente Assen groeit de zorgvraag juist harder dan in Nederland, terwijl de zorgvraag in bijvoorbeeld Stadskanaal de komende decennia zelfs kan krimpen op basis van de demografische prognose.



Het is belangrijk om deze resultaten te beschouwen in de context van ziekenhuiszorg in Drenthe.



# Beoordeling scenario's op toetsingskader



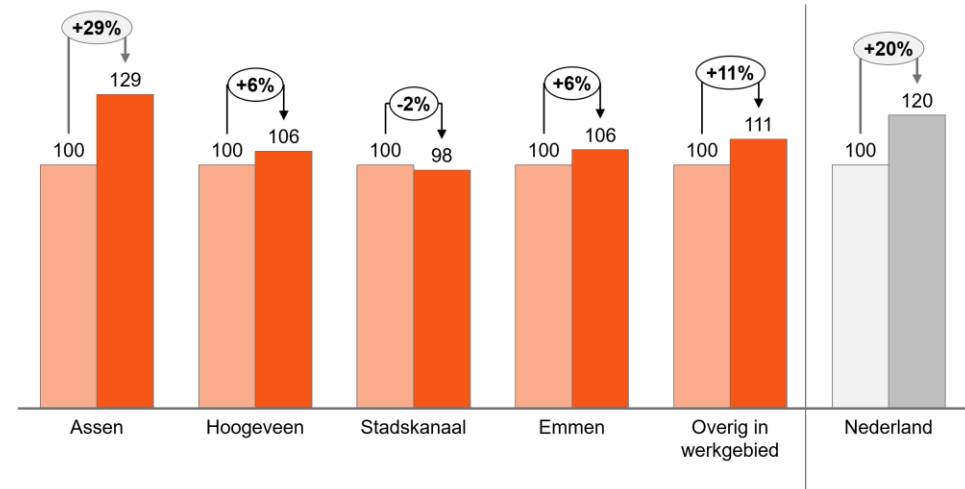
Daarnaast is de verwachting dat door technologische ontwikkelingen een fors deel van de huidige ziekenhuiszorg in de toekomst buiten het ziekenhuis kan plaatsvinden.

In de studie 'No place like home' (2017) schat Gupta Strategists in dat 46% van de zorgactiviteiten die nu plaatsvinden in het ziekenhuis in de komende tien jaar buiten het ziekenhuis kunnen plaatsvinden.

Het hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg is onder andere gericht op het verplaatsen van ziekenhuiszorg, zie bijvoorbeeld het rapport 'Juiste zorg op de juiste plek'.

Concreet betekent deze context dat het ziekenhuis in Stadskanaal, en ook de ziekenhuizen in Emmen en Hoogeveen, voor de komende jaren eerder een krimpende dan een groeiende vraag naar zorg binnen de muren van het ziekenhuis kunnen verwachten.

**Verwachte groei zorgkosten 2018-2040 o.b.v. demografische effecten**  
[Geïndexeerd, 2018 = 100]



Figuur 3: verwachte groei van zorgkosten 2018-2040 op basis van demografische effecten in subregio's in vergelijking met de gemiddelde groei in Nederland. Bron voor bevolkingsprognose: Primos



# Toegankelijkheid voor de patiënt



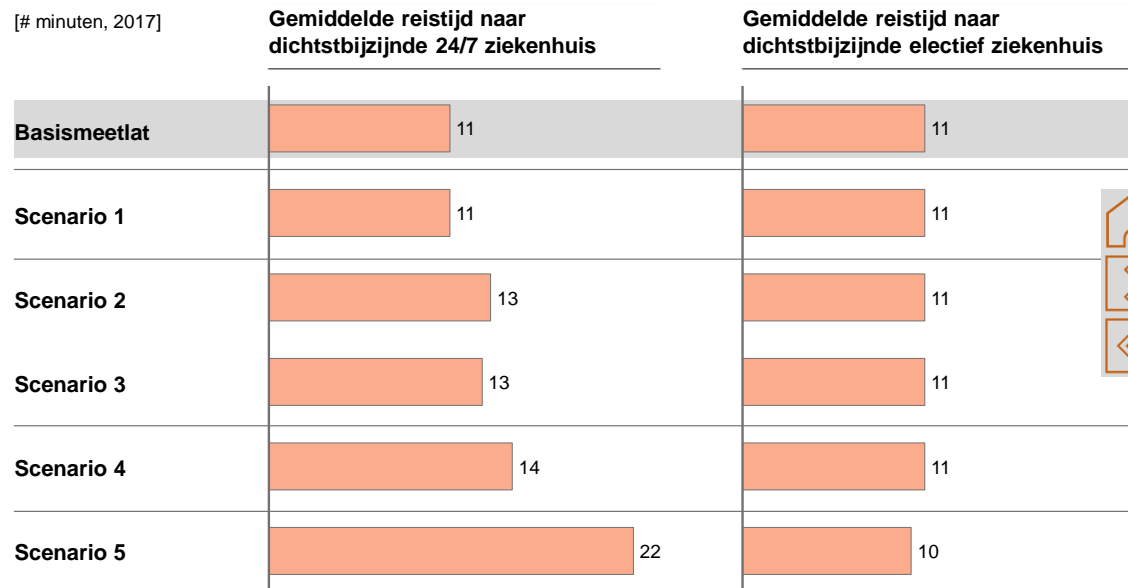
De toegankelijkheid van zorg voor de patiënt is beoordeeld op basis van (1) de gemiddelde reistijd, (2) patiënten met een lange reistijd (meer dan 30 minuten) en (3) aantal inwoners met een lange ambulance-aanrijtijd (meer dan 45 minuten).

## Gemiddelde reistijd

Figuur 4 laat zien dat de gemiddelde reistijd vooral toeneemt in het scenario 5, met één centraal 24/7 ziekenhuis in de omgeving van Beilen: daar neemt de gemiddelde reistijd toe van 11 minuten nu naar 22 minuten. Figuren 5a en 5b op de volgende slide illustreren de gemiddelde reistijd per postcode in de basismeetlat en in scenario 4, met 24/7 ziekenhuizen in Assen en Emmen.

Deze gemiddelde reistijden houden er rekening mee dat een deel van de huidige patiënten kiest voor andere ziekenhuizen die voor hen dichterbij komen te liggen bij omvorming tot dagziekenhuis.

Als we hier geen rekening mee houden – ofwel uitgaan van géén verschuivingen in patiëntenstromen – dan neemt de gemiddelde reistijd voor acute en klinische zorg toe van 11 minuten nu, naar 14-17 minuten in scenario's 2-4, en naar 25 minuten in scenario 5. Ter illustratie laat figuur 5c op de volgende slide zien wat de gemiddelde reistijd per postcode is als patiënten naar Beilen gaan.



Figuur 4: impact van scenario's op gemiddelde reistijd

# Toegankelijkheid voor de patiënt

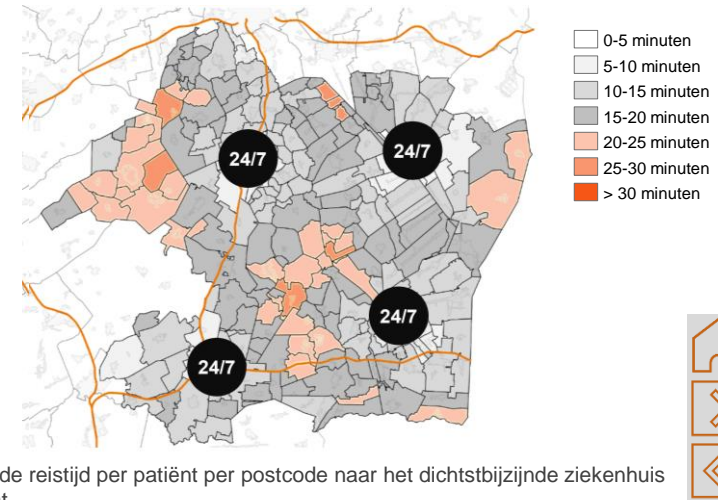


Ook voor patiënten die zijn aangewezen op het openbaar vervoer neemt de reistijd toe. Vooral vanuit Stadskanaal en Pekela neemt de OV-reistijd toe bij omvorming van het ziekenhuis in Stadskanaal (scenario's 2, 4 en 5).

Voor mensen die met het OV komen neemt de reistijd in scenario 5 met gemiddeld een kwartier toe. Deze reistijden zijn mogelijk deels te beïnvloeden door aanpassingen in het OV- schema.

## Basismeetlat: reistijd naar dichtstbijzijnde 24/7 ziekenhuis

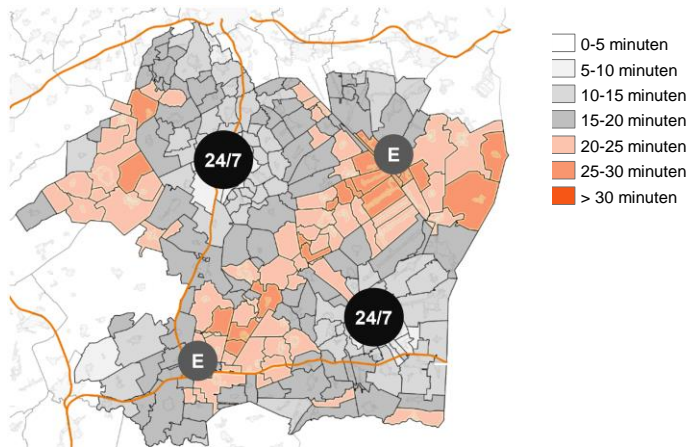
[reistijd per postcode naar dichtstbijzijnde ziekenhuis in minuten, 2017]



Figuur 5a: gemiddelde reistijd per patiënt per postcode naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis voor de basismeetlat

## Scenario 4: reistijd naar dichtstbijzijnde 24/7 ziekenhuis

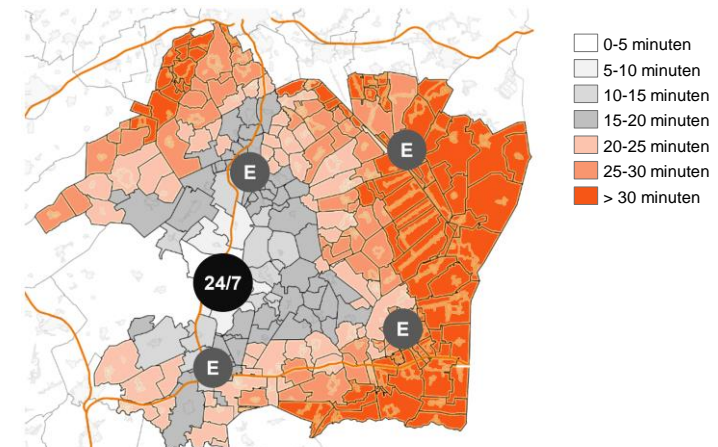
[reistijd per postcode naar dichtstbijzijnde ziekenhuis in minuten, 2017]



Figuur 5b: gemiddelde reistijd per patiënt per postcode naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis voor scenario 4

## Scenario 5: reistijd naar centraal 24/7 ziekenhuis (aangenomen dat dit in Beilen is)

[reistijd per postcode naar dichtstbijzijnde ziekenhuis in minuten, 2017]



Figuur 5c: gemiddelde reistijd per patiënt per postcode naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis voor scenario 5, aangenomen dat alle patiënten naar Beilen reizen en niet uitwijken naar een ander (dichterbij gelegen) ziekenhuis

# Toegankelijkheid voor de patiënt



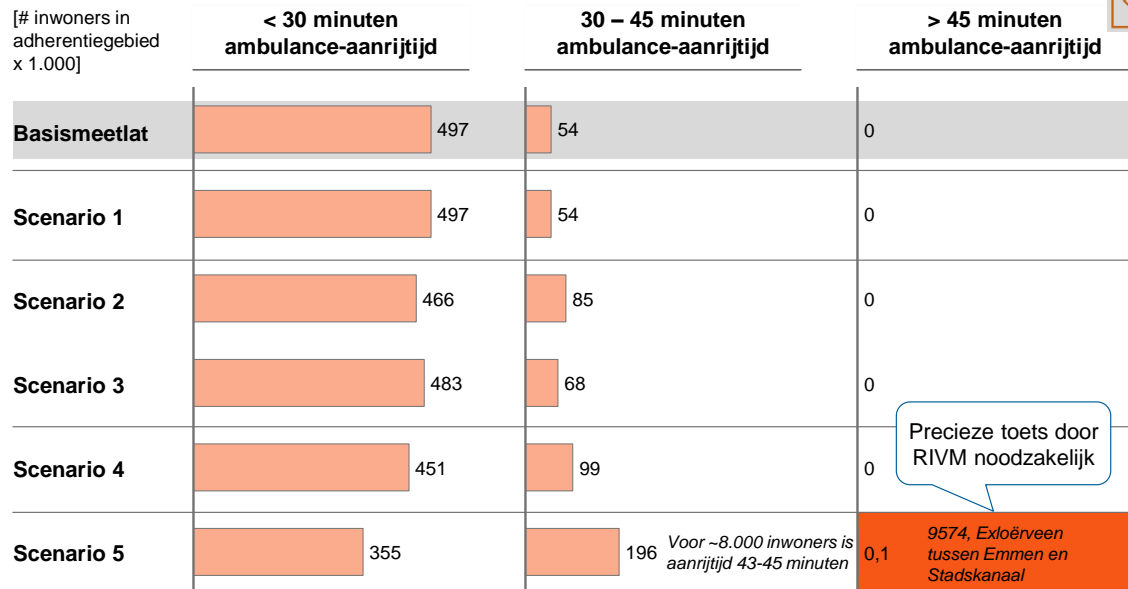
## Patiënten met lange reistijd

Het aantal patiënten waarvoor de reistijd naar een SEH boven de 30 minuten komt, is 0 in de scenario's 1-4 en ongeveer 9.000 in scenario 5.

## Inwoners met lange ambulance aanrijtijd

Figuur 6 laat zien dat in het scenario 5, met één 24/7 ziekenhuis in Beilen, het risico bestaat dat ongeveer 100 inwoners in een postcodegebied tussen Emmen en Stadskanaal boven de RIVM-aanrijtjennorm van 45 minuten vallen. Bovendien ligt de aanrijtijd voor nog eens 8.000 inwoners tussen de 43 en 45 minuten.

Precieze toetsing door het RIVM zou moeten uitwijzen wat de exacte reistijd is.



Figuur 6: ambulance aanrijtijden per scenario, gedefinieerd volgens het RIVM-aanrijtijdenmodel

# Werkbaarheid en kwaliteit



Onder dit criterium kijken we naar de impact op de schaalgrootte en daarmee kwaliteit van SEH's en geboortecentra, het benodigde schaarse personeel voor SEH en IC, en de dienstendruk voor medisch specialisten.

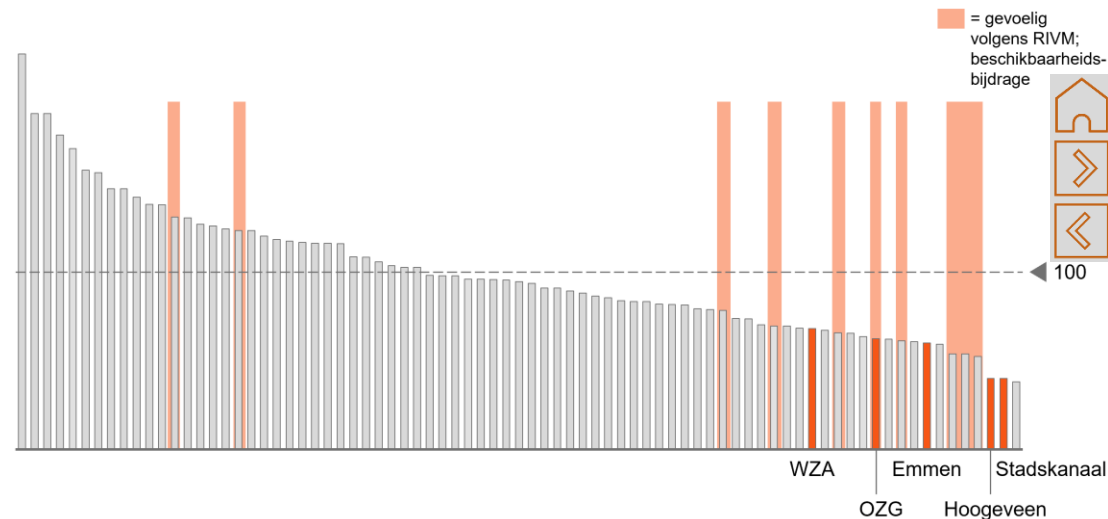
## Schaal en daarmee kwaliteit van SEH's en geboortecentra

**Basismeetlat - Aantal acute subtrajecten in adherentiegebied per SEH-locatie<sup>1,2</sup>**  
[Geïndexeerd, gemiddelde = 100, voor alle 24x7 SEH-locaties van algemene ziekenhuizen]

Figuur 7 laat zien dat de SEH's van de vier locaties ruim kleiner zijn dan gemiddeld. De SEH's in Stadskanaal en Hoogeveen behoren tot de allerkleinste SEH's van Nederland.

We merken daarbij op dat veel andere kleine SEH's een beschikbaarheidsbijdrage krijgen van overheidswege. Dit omdat zij een gevoelige locatie zijn op basis van de 45-minutennorm voor de ambulance. En het voor hen zonder aanvullende subsidie niet rendabel is om deze beschikbaarheidsfunctie te bieden vanwege het relatief kleine aantal patiënten.

Hoogeveen en Stadskanaal zijn geen 'gevoelige' ziekenhuizen en komen dan ook niet in aanmerking voor een dergelijke beschikbaarheidsbijdrage.



Figuur 7: relatieve omvang van Nederlandse SEH's. Op basis van zorgproducten waarbij in >70% van de gevallen een SEH-verrichting plaatsvindt. Adherentiegebied is gedefinieerd als alle postcodegebieden waarvoor de SEH-locatie de dichtstbijzijnde SEH is

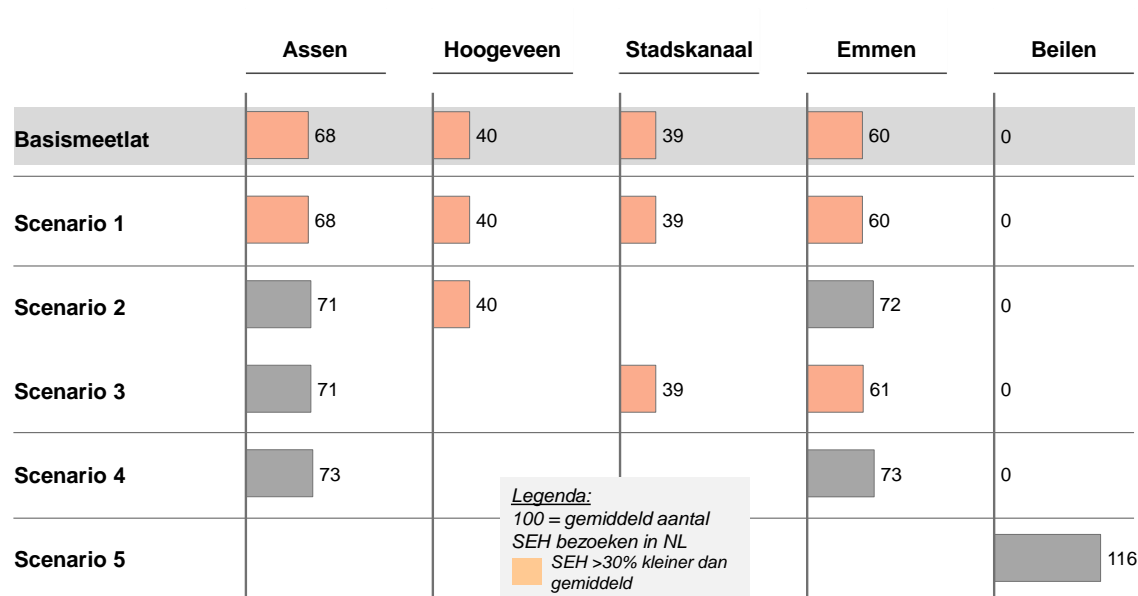
# Werkbaarheid en kwaliteit



Figuur 8 toont dat de relatieve omvang van de SEH's in Assen en Emmen groter wordt in scenario's waarin er geen SEH is in Hoogeveen en/of Stadskanaal (scenario's 2-4).

De groei in Assen en Emmen is naar verwachting enigszins beperkt, omdat patiëntenstromen zullen verschuiven op basis van reistijd naar andere ziekenhuizen in de regio zoals Ommelander Ziekenhuis Groningen, Meppel en Hardenberg. Concentratie naar één acuut centrum (scenario 5) zou leiden tot een SEH die qua omvang vergelijkbaar is met de gemiddelde Nederlandse SEH.

Hierbij is het van belang op te merken dat patiëntenstromen moeilijk exact te voorspellen zijn en mede af zullen hangen van de kwaliteit van het lokale zorgaanbod, afspraken met verwijzers en specifieke voorkeuren van patiënten.



Figuur 8: impact van scenario's op relatieve omvang van SEH's op de locaties





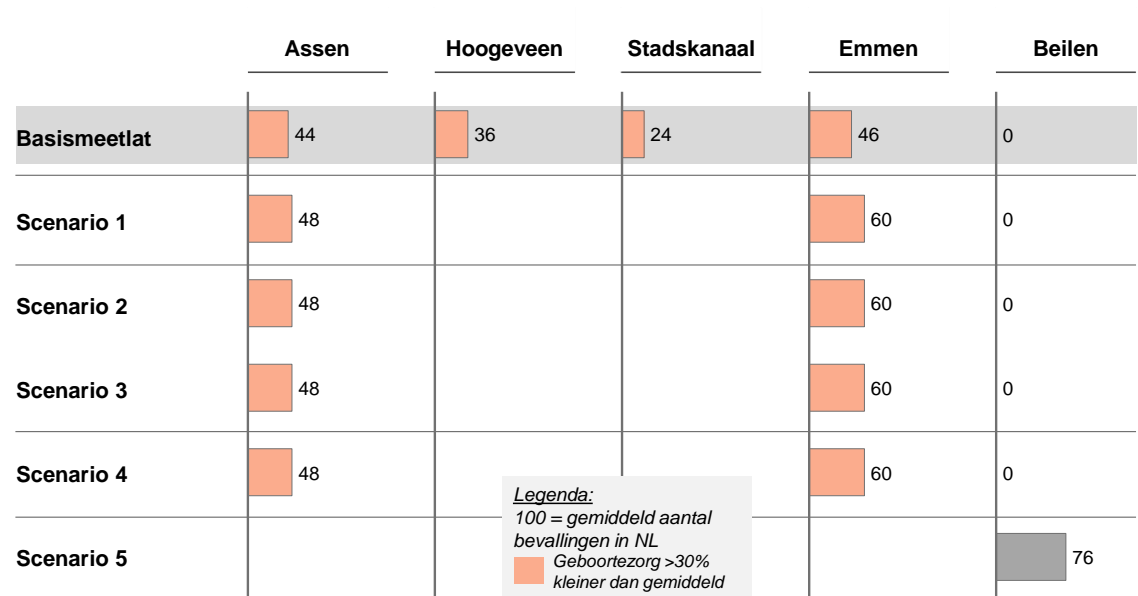
# Werkbaarheid en kwaliteit



Analyse van de omvang van geboortecentra (figuur 9) laat een soortgelijke impact van de scenario's zien.

Het aantal bevallingen per ziekenhuis is lager dan gemiddeld in Nederland, en dat zien we ook terug in de cijfers in de figuur.

Assen en Emmen zijn voor wat betreft het aantal bevallingen fors kleiner dan het gemiddelde Nederlandse ziekenhuis met geboortezorg, en de ziekenhuizen in Hoogeveen en Stadskanaal zijn de kleinste locaties van Nederland.



Figuur 9: impact van scenario's op relatieve hoeveelheid bevallingen op de 4 locaties

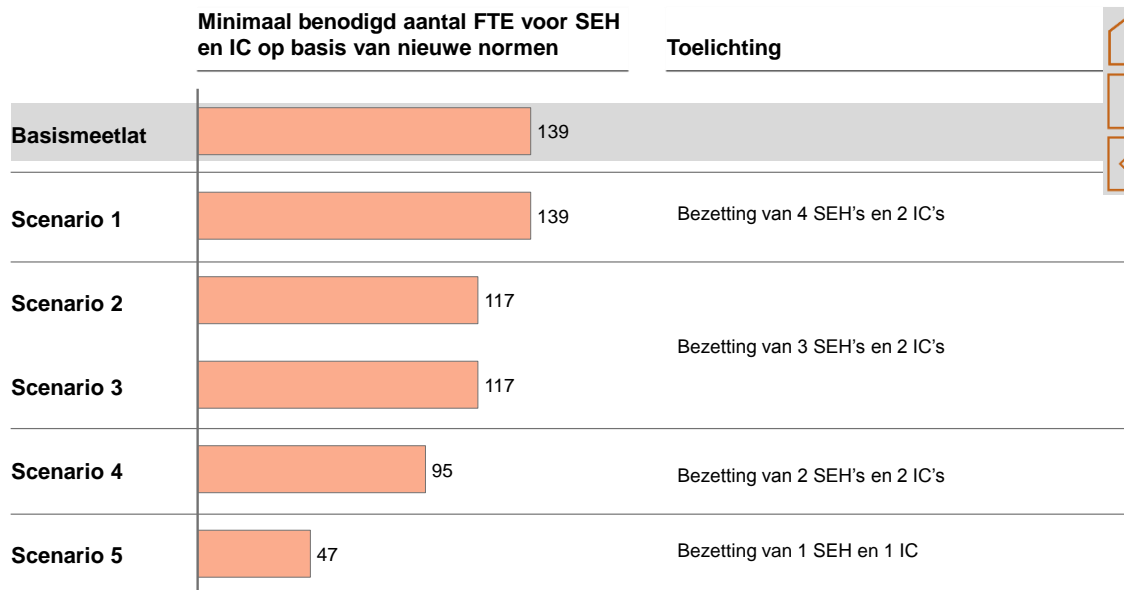


## Benodigd schaars personeel voor SEH en IC

Schaarste van personeel voor acute zorg speelt in Drenthe en Zuidoost-Groningen, net als landelijk, op SEH, IC, OK en kliniek. Bijvoorbeeld, in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen<sup>4</sup> spraken partijen onlangs met elkaar af dat op elke geopende SEH 24/7 tenminste een arts aanwezig is met minimaal 2 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal 1 jaar ervaring in een poortspecialisme.

Ziekenhuizen in de regio hebben, net als veel andere Nederlandse ziekenhuizen, grote moeite om aan dergelijke steeds strengere normen te voldoen, omdat zij het daarvoor benodigd personeel niet kunnen aantrekken.

Concentratie van acute zorg geeft grote efficiencyvoordelen op de SEH en de IC. Figuur 10 laat zien dat daardoor ook minder SEH-artsen en verpleegkundigen, intensivisten en IC-verpleegkundigen nodig zijn in de scenario's met minder SEH's en minder IC's. In OK en kliniek verwachten wij geen grote schaalvoordelen, en daarom ook geen effect op het aantal zorgmedewerkers dat nodig is.



Figuur 10: minimaal benodigd aantal FTE schaars personeel voor spoedeisende hulp (SEH-artsen en verpleegkundigen) en IC (intensivisten en verpleegkundigen), op basis van richtlijn NVIC en richtlijn acute zorg

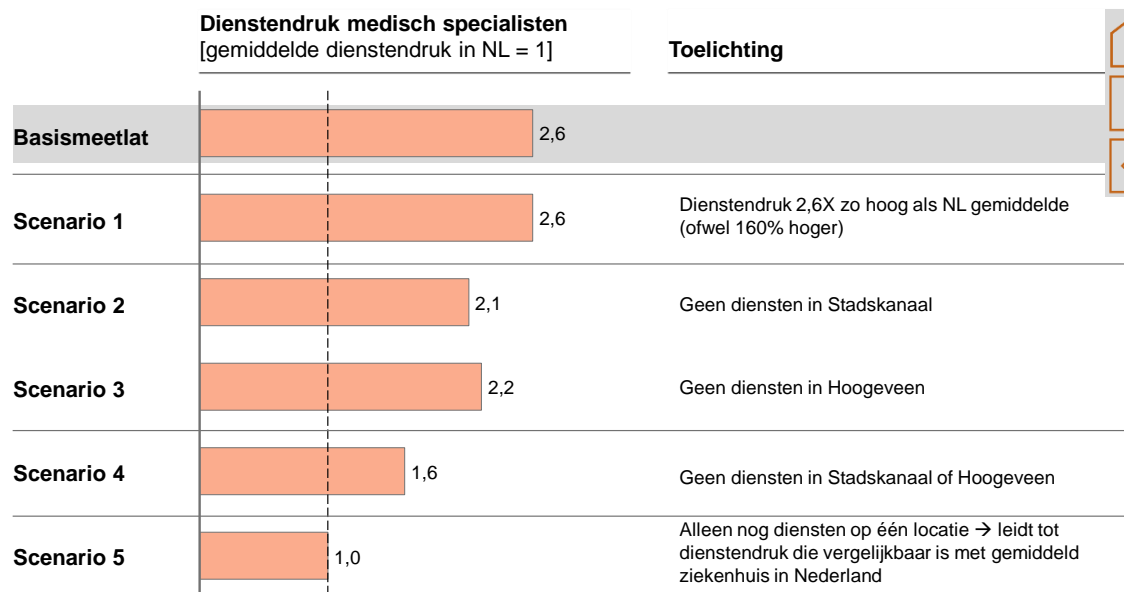
<sup>4</sup> <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/kwaliteitskader-spoedzorgketen/Paginas/Home.aspx>



## Dienstendruk medisch specialisten

De dienstendruk is nu hoog, omdat het aantal specialisten per acute locatie veel lager ligt dan gemiddeld in Nederland.

In scenario 5 daalt de dienstendruk van 2,6X het gemiddelde van Nederland nu naar ongeveer het gemiddelde van Nederland (zie figuur 11).



Figuur 11: dienstendruk medisch specialisten per scenario. Het gemiddelde is bepaald voor alle ziekenhuizen exclusief UMC's, door per ziekenhuis de omzet te delen door het aantal locaties met acute zorg



Onder het criterium van betaalbaarheid is gekeken naar de impact van de scenario's op operationele kosten en naar de omvang van (eenmalige) investeringen en desinvesteringen.

## Impact op operationele kosten

Voor het bepalen van de mogelijke impact van concentratie op operationele kosten zijn alleen voordelen op locatie-gedreven kosten meegenomen.

Zoals weergegeven in figuur 12 lopen deze voordelen op van 30% van het maximale voordeel in scenario's 2 en 3, naar 65% in scenario 4 naar 100% in scenario 5.

In scenario 5, met één centrum, is het voordeel maximaal. Dit voordeel op jaarlijkse kosten ligt in dat scenario boven de EUR 20 miljoen.

	Impact oper. kosten [% max. besparing]	Desinvesteringen [% max. desinvest.]	Investerings [EUR mln]	
<b>Basismeetlat</b>				
<b>Scenario 1</b>				
<b>Scenario 2</b>	30%	25%	Wij gaan ervan uit dat kapitaallasten op de lange termijn ongeveer gelijk blijven, ongeacht het scenario	
<b>Scenario 3</b>			Desinvesteringen zijn de belangrijkste graadmeter voor verlies in activawaarde	
<b>Scenario 4</b>	65%	50%	Het maken van grote investeringen heeft vooral invloed op kasstroom en noodzaak tot het vergaren van extern kapitaal	
<b>Scenario 5</b>	100%	100%		

Figuur 12: impact van scenario's op operationele kosten, desinvesteringen en investeringen



## Omvang investeringen en desinvesteringen

Wij nemen aan dat het langetermijninvesteringsniveau ongeveer gelijk is tussen de scenario's, omdat kapitaalslasten van kleine en grote ziekenhuizen in Nederland vergelijkbaar zijn. Uiteraard vergt een investering in een nieuw ziekenhuis wel een aanzienlijk bedrag en dat heeft impact op financiële ratio's en kan tot knelpunten leiden in de financierbaarheid van het ziekenhuis. Figuur 12 laat zien dat de verwachte investeringen vooral oplopen bij de bouw van een geheel nieuw ziekenhuis (scenario 5).

Desinvesteringen zijn de belangrijkste graadmeter voor verlies in activawaarde. Wij nemen aan dat de desinvesteringen toenemen in de hogere scenario's, omdat concentratie naar minder locaties leidt tot een afschrijving gegeven de boekwaarde op dat moment. De omvang van deze desinvesteringen zijn afhankelijk van de timing. In deze analyse gaan we ervan uit dat desinvesteringen in de komende 5 tot 7 jaar plaatsvinden, en dat in de tussentijd niet of nauwelijks extra geïnvesteerd wordt.



# Haalbaarheid



Onder dit criterium kijken we per scenario naar de complexiteit van de transitie die nodig is om het scenario te verwezenlijken. De complexiteit van de transitie neemt toe naarmate er meer concentratie van acute en klinische zorg plaatsvindt, om drie redenen (zie figuur 13):

## ❖ Meer te transformeren locaties

Het is complex om zorg op een locatie om te vormen van een 24/7 ziekenhuis naar een dagziekenhuis. Dit aantal neemt toe van 1 naar 2 naar 4

## ❖ Opening van een volledig nieuw ziekenhuis in scenario's 5

Grootschalige bouw is een complexe aangelegenheid

## ❖ Grotere verwachte verschuivingen in patiëntenstromen

Geeft onzekerheid in benodigde capaciteit per ziekenhuis en onzekerheid voor personeel. Dat maakt het moeilijker voor alle partijen om de transitie goed vorm te geven, zeker omdat de werkelijke keuzes van patiënten bij verandering in zorgaanbod onzeker zijn.

	Score complexiteit [0-100]	Aantal te transformeren locaties	Wel of geen grote nieuwbouw	Verwacht patiëntverschuivingen
<b>Basismeetlat</b>				
<b>Scenario 1</b>	2	0	GEEN	Vrijwel geen
<b>Scenario 2</b>	21	1	GEEN	+
<b>Scenario 3</b>	18	1	GEEN	++
<b>Scenario 4</b>	43	2	GEEN	+++
<b>Scenario 5</b>	100	4	WEL	++++

Figuur 13: complexiteit van transitietraject per scenario

Draagvlak, in het bijzonder bij patiënten, gemeenten en verwijzers neemt af met toenemende concentratie. Dit blijkt onder andere uit de gevoerde gesprekken met diverse belanghebbenden.



Meer informatie?



[www.zorgvoorregio.nl](http://www.zorgvoorregio.nl)  
of  
e-mail [kernteam@zorgvoorregio.nl](mailto:kernteam@zorgvoorregio.nl)



Kernteam

**Zorg voor de regio**

Drenthe en Zuidoost-Groningen