



netwerk
acute zorg
NOORD-HOLLAND
FLEVOLAND

ROAZ-BEELD

Regio Kennemerland

IJmond, Haarlem, Haarlemmermeer

DEEL I | OPLEGGER

juni 2023

Inhoudsopgave

DEEL 1 | DUIDING

- | | |
|--|---------|
| 1. Totstandkoming | Pag. 4 |
| 2. Regioperspectief | Pag. 6 |
| 3. belangrijkste uitdagingen / thema's | Pag. 7 |
| 4. Verdieping per thema | Pag. 9 |
| A. Personeelstekorten bij alle ketenpartners | |
| B. Toename zorgvraag kwetsbare ouderen en geboortezorg | |
| C. Kleine groep, maar grote zorgen binnen de geestelijke gezondheidszorg | |
| D. Stokkende doorstroom binnen de gehele (acute) zorgketen | |
| E. Opdracht tot inbedding van zorgcoördinatie in de (sub-)regio | |
| 5. Bestaande initiatieven en samenwerkingsverbanden | Pag. 15 |
| 6. Connectie met het IZA en regiobeeld KL | Pag. 16 |
| 7. Deelnemers werk-/duidingssessies | Pag. 17 |

ROAZ-beeld Kennemerland

Ketenpartners en contactgegevens

Ketenpartners



Spaarne
Gasthuis



parnassia
groep

Rode Kruis Ziekenhuis

Medisch Specialistische Zorg



huisartsenvereniging
midden-kennemerland



Contactgegevens

Netwerk acute zorg Noord-Holland Flevoland

Jeroen Dokter & Marloes Wessel

Coördinerend zorgverzekeraar

Floor Burgers (Zilveren Kruis)

Subregionale vertegenwoordigers TAZK Kennemerland

Bert van de Velden (Veiligheidsregio Kennemerland)

Judith Ferwerda (Rode Kruis Ziekenhuis)

- Vertegenwoordigers van de (acute) geboortezorg zijn geraadpleegd met als uitkomst dat de uitdagingen worden herkend, maar dat de (acute) geboortezorg geen onderdeel uitmaakt van de prioritaire opgaven voor deze subregio. Zij zijn via de focusgroep acute verloskunde betrokken.

Totstandkoming

Dit document is opgesteld naar aanleiding van het IZA waarin is afgesproken dat elke ROAZ-regio een ROAZ-beeld opstelt

Uit de landelijk vastgestelde criteria ROAZ-beeld

Het doel van het ROAZ-beeld is het identificeren van de ontwikkelingen in de zorgvraag en zorgaanbod en de knelpunten in toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van acute zorg. De ROAZ-beelden geven inzicht in welke actoren en karakteristieken in de regio een rol spelen om te komen tot effectieve interventies.

Het ROAZ-beeld geeft inzicht in enerzijds de capaciteit van de het acute zorgaanbod in de regio en de kwaliteitsparameters geldende in de acute zorg en anderzijds de prognoses en ontwikkelingen in zorgbehoefte en andere relevante informatie over de bevolking van de regio. Op basis van deze feitelijke weergave geven partijen duiding aan het ROAZ-beeld.

In het ROAZ Noord-Holland en Flevoland is gekozen het ROAZ-beeld en ROAZ-plan subregionaal op te stellen. Dit document bevat het ROAZ-beeld voor de subregio Kennemerland.

Context

In ROAZ-regio Noord-Holland/Flevoland wordt het ROAZ-beeld uitgewerkt langs de lijnen van het ROAZ-brede programma Toekomstbestendige Acute Zorgketen (TAZK).

Het document is tot stand gekomen in samenwerking met de regionale ketenpartners, in afstemming met de LNAZ, het RIVM, de NZA, Sigra, Flever en het capaciteitsorgaan.

Relatie met andere documenten

Dit ROAZ-beeld vormt de onderlegger voor een ROAZ-plan, waarin specifieke transformatieopgaven en -plannen geconcretiseerd worden. Daarnaast wordt het beeld rondom de niet-acute zorg in de regio uitgewerkt in een regiobeeld per zorgkantoorregio.

Dit document bevat het ROAZ-beeld zoals bruikbaar voor regio Kennemerland, maar bevat ook vergelijkingen met het ROAZ totaal en met de andere subregio's binnen de totale ROAZ-regio Noord-Holland en Flevoland. Onderdelen uit dit subregionale beeld vormen de basis voor het totale ROAZ-beeld, dat gebruikt kan worden voor de vergelijking met andere ROAZ regio's.

Herkomst data

Dit ROAZ-beeld bevat enerzijds de elementen zoals opgesteld in het basis ROAZ-beeld vanuit het IZA, verrijkt met een interpretatie specifiek voor de subregio Kennemerland.

De getoonde inzichten zijn opgebouwd uit gegevens verkregen van de zorginstellingen binnen de subregio Kennemerland. Er is een uitvraag gedaan onder betrokken ketenpartners. Daarnaast zijn aanvullende data en analyses gebruikt van de Sigra, het RIVM en de NZa. De getoonde informatie is grotendeels gebaseerd op data uit 2022, waar mogelijk is een vergelijking gemaakt met 2019 (laatste jaar voor COVID-19) met data uit de ROAZ Trendmonitor.

Toekomstverkenning

Er is een toekomstverkenning (op basis van alleen demografische ontwikkelingen) gemaakt naar het verwachte zorgvraag/aanbod voor 2030 op basis van de huidige zorgvraag/aanbod (2022). De verwachtingen rond in te zetten personeel zijn gemaakt door de Sigra voor het jaar 2029 (2030 is nog niet beschikbaar).

Duiding

De analyse van de opgevraagde cijfers leidt tot een kwantitatief beeld over de acute zorg in de regio KL. Bij de eerste oplevering van dit beeld is geconcludeerd dat de cijfers vaak niet het hele verhaal vertellen en dat de juiste nuance, kwalitatieve aanvulling en duiding noodzakelijk zijn om tot de grootste knelpunten voor deze regio te komen.

Deel 1 van dit document bestaat daarom uit de grootste thema's (uitdagingen) die onderschreven worden door de ketenpartners voor de acute zorg in de regio Kennemerland. Deze thema's zijn geïdentificeerd en aangescherpt aan de hand van een schriftelijke ronde. Deze duiding is de oplegger op het kwantitatieve beeld, aangevuld met alle kennis, expertise en ervaring van alle zorgpartners in de regio.

1) De ROAZ-structuur binnen het Netwerk Acute Zorg Noord-Holland/Flevoland bestaat uit verschillende overleggen. Deze overleggen vinden plaats op bestuurlijk, tactisch en operationeel niveau. Zie de [website](#) van het ROAZ NH-FL voor meer informatie.

Totstandkoming

Dit document is opgesteld naar aanleiding van het IZA waarin is afgesproken dat elke ROAZ-regio een ROAZ-beeld opstelt

Leeswijzer

De opdracht om te komen tot een ROAZ-beeld en later dit jaar een ROAZ-plan is neergelegd in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en beschreven in de werkagenda C *Regionale samenwerking – samenwerking in de acute zorg*. Maar het IZA is breder en het werkkterrein van zorgaanbieders ook. Naast het IZA hebben zorgaanbieders ook te maken met opdrachten vanuit het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Deze drie beleidsontwikkelingen zijn ook ter sprake gekomen in dit proces en meer of minder aan de orde gekomen. Het is tegen deze achtergrond dat zorgpartijen gesproken hebben over de beweging en de richting die zij op het terrein van de acute zorg op zich af zien komen. Met als belangrijkste opmerking om deze opdrachten in samenhang te bezien en daar gemeenschappelijk in op te trekken.

Verder geldt dat zorgpartijen op subregionaal niveau verschillende initiatieven zijn gestart om zo goed mogelijk de ontwikkelingen van de zorgvraag tegemoet te kunnen treden, binnen de mogelijkheden die zij hiervoor hebben (intern) en krijgen (extern). En ook hier geldt dat de zorgpartijen in Kennemerland, gelijk aan hun collega's in andere subregio's, hebben vastgesteld dat het niet mogelijk is om enkel vanuit de zorgsector alles op te kunnen lossen. Ook vanuit andere terreinen en op landelijk niveau liggen opdrachten om burgers te informeren over wat zij mogen en kunnen verwachten van de zorg. Men is gewend geraakt dat alle voorzieningen bijna 24/7 beschikbaar zijn, maar voor de zorg geldt dat dit geen houdbaar scenario is. Meer bewust zijn en aandacht hebben voor spoed is spoed en inzetten op preventie in de breedste zin van het woord zijn onderwerpen die in de duidingssessie zijn besproken, en waarvan is gezegd dat dit een taak van de overheid is.

Gezien de ontwikkelingen zullen zorgaanbieders er alles aan doen om mensen die aan hun zorg worden toevertrouwd te blijven helpen. Maar de constatering is ook dat er keuzes moeten worden gemaakt om de zorg anders te organiseren dan we wellicht gewend zijn en dat er ook grenzen zijn aan wat zij kunnen bieden.

Een onderwerp dat aandacht vraagt voor de regio Kennemerland, maar waarbij de partijen niet waren betrokken voor deze duidingssessie is geboortezorg. Binnen Kennemerland is de prognose dat de vraag naar geboortezorg tot 2030 toeneemt met 26%. Deze stijging is een belangrijk onderwerp dat de aandacht vraagt, zeker ook gezien de situatie van geboortezorg in Groot-Amsterdam. Binnen de focusgroep acute verloskunde is er structureel aandacht voor het ROAZ-beeld en zijn de leden ook betrokken geweest bij de uitvraag. De uitkomsten van de uitvraag zijn besproken binnen de focusgroep. Voor Kennemerland geldt dat er actieve leden zijn die bezig gaan met planvorming om te bepalen hoe de effecten van deze stijging kunnen worden aangepakt.



Regioperspectief

De focus ligt op domeinoverstijgende samenwerking in de (acute) zorg



Transitie in de acute zorg noodzakelijk

De acute zorg staat onder druk met als gevolg langere wachttijden, SEH-stops. Maar ook dat ambulances langere rijtijden hebben naar ziekenhuizen en daarmee langer uit de regio zijn.

Door de dubbele vergrijzing en toenemende personeelsschaarste zullen knelpunten alleen maar groter worden. Als er niets verandert, komen de toegang tot zorg en betaalbaarheid onder druk te staan. Hierdoor kan de kwaliteit van de zorg niet geborgd worden. Patiënten kunnen er niet op vertrouwen dat ze de juiste zorg, op het juiste moment ontvangen.

De aansluiting tussen de zorgvraag en het zorgaanbod in de acute zorg moet beter om schaarse middelen (geld en personeel) doelmatiger in te zetten. Dit vraagt op regionaal niveau om een herziening van de acute zorgketen. Hiervoor is intensieve

samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorgverzekeraars nodig.

Vraagstukken die spelen in de acute zorg zijn onder andere:

- Het voorkomen van acute zorg kan beter
- Het is niet altijd duidelijk waar patiënten met een acute zorgvraag moeten zijn
- Patiënten blijven soms te lang in zorg op de verkeerde plek
- Er zijn niet genoeg zorgprofessionals voor de toenemende vraag naar zorg
- De samenwerking tussen zorgprofessionals binnen de totale keten van acute zorg kan beter
- Zorgprofessionals beschikken niet altijd over de juiste informatie
- Er wordt nog te weinig gebruik gemaakt van slimme digitale zorg
- Acute zorg thuis wordt nog niet groots opgepakt

Domein overstijgende samenwerking in Kennemerland

Omdat elke regio in Nederland zijn eigen specifieke opgaven en uitdagingen heeft, is in het IZA afgesproken dat elke ROAZ-regio de eigen situatie in kaart brengt. Binnen het ROAZ NHF wordt hier per subregio invulling aangegeven als onderdeel van het initiatief toekomstbestendige acute zorgketen (TAZK).

De partners in Kennemerland hebben de ambitie te komen tot één gezamenlijk ROAZ-beeld dat inzicht geeft in de situatie en de knelpunten in de acute zorg in deze regio. Hierbij was de wens om de vele verschillende (kwantitatieve en kwalitatieve) bronnen, kennis en ervaring bij elkaar te brengen in één gedeelde visie.

Met het ROAZ-beeld wordt de basis gelegd en een denkrichting: wat komt er op de regio af als we kijken naar populatie, zorgvraag en zorgaanbod? En hoe willen we omgaan met die uitdagingen?

Dit is de input voor het ROAZ-plan, die een concreet plan van aanpak bevat voor de prioritaire opgaven voor de (sub)regio en de impactvolle transformaties die noodzakelijk zijn om deze opgaven het hoofd te bieden. Het is vervolgens aan de ketenpartners om deze opgaven en bijbehorende transformaties gedurende de tijd op te pakken, aan te scherpen, te monitoren en bij te sturen.

De scope van het ROAZ-beeld en ROAZ-plan voor de regio Kennemerland richt zich uitdrukkelijk op domein overstijgende samenwerking. Dit houdt in dat initiatieven die zich afspelen binnen één enkele (type) ketenpartner geen onderdeel zijn van deze opdracht.





Belangrijkste thema's (1/2)

Voor de acute zorg in Kennemerland zijn zes prioritaire uitdagingen geïdentificeerd

Onderstaand staan de belangrijkste thema's voor de acute zorg in Kennemerland die samen met de ketenpartners zijn geïdentificeerd. De thema's zijn weergegeven op willekeurige volgorde. Het is niet mogelijk hier een eenduidige prioritering aan te hangen omdat de thema's onderling verband houden, elkaar versterken en niet uitputtend zijn. Daarnaast hangt de prioritering af van het perspectief en de situatie van individuele ketenpartners. De beschrijving van de thema's heeft als doel op hoofdlijnen een beeld te geven van de belangrijkste uitdagingen die een nauwe samenwerking vragen tussen de diverse ketenpartners in Kennemerland, om ook in de toekomst de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg te borgen.



A. Toenemende zorgvraag kwetsbare ouderen en geboortezorg

Aan de twee uitersten van het begrip demografie zijn er twee groepen die de aandacht op zich vestigen. Het aantal kwetsbare ouderen (75+) neemt in 2030 toe met 26%. Deze ouderen hebben vaak meerdere chronische aandoeningen tegelijk en hebben meer zorg nodig. Bovendien is de zorg vaak complexer omdat er verschillende zorgverleners bij betrokken zijn. Dit heeft als effect dat deze groep meer tijd kost en impact heeft op de (acute) zorgketen. Aan de andere kant van dit spectrum zien we een groei in de vraag naar geboortezorg. Met een tekort aan personeel en de situatie in Amsterdam, is het belangrijk om de komende periode te kijken wat er nodig is om pasgeborene en hun ouders een goede start te kunnen laten maken.



B. Personeelstekorten bij alle ketenpartners

Hoewel specifieke gegevens ontbreken bevestigen alle ketenpartners dat zij bekend zijn met personeelstekorten. Organisaties kennen soms moeilijk vervulbare posities, verhoogde uitstroom door pensioen of omdat jongere generaties na slechts enkele jaren uitstromen. Onderzoek heeft eerder uitgewezen dat de redenen voor uitstroom van personeel onder andere te maken hebben met: het ontbreken van goede begeleiding, kansen voor ontwikkeling, werkdruk (en hoog ziekteverzuim) en de combinatie dat werk/privé niet in balans is.



C. Aandacht voor bestaande problemen binnen de geestelijke gezondheidszorg

Cijfers over het aantal jongeren onder de 18 jaar die gebruik maken van de (acute) ggz zijn niet uitgevraagd, maar wel genoemd als belangrijk aandachtspunt. Professionals binnen de ggz geven aan dat kinderen en jeugdigen nu geen gebruik kunnen maken van de kracht van het netwerk acute zorg. Dit heeft kort gezegd als gevolg suboptimale organisatie en kwaliteit van ggz-zorg. In het algemeen geldt dat de wachtlijsten in de ggz veel langer zijn dan iedereen wil en dat in de tussentijd het risico op verergering toeneemt en dat patiënten (jong en oud) zelfs in crisis kan belanden. Het thema wordt daarbij compleet met het borgen van voldoende personele capaciteit en middelen waarbij gekeken wordt naar mogelijkheden in de regio die zich niet beperken tot aanbieders die nu verantwoordelijk zijn voor de regio op deze cruciale zorg.



D. Stokkende instroom, doorstroom en uitstroom binnen de gehele (acute) zorgketen

De zorgvraag is groter dan het aanbod, waardoor capaciteitsproblemen ontstaan. Deze toenemende zorgvraag uit zich niet alleen in toenemende aantallen, maar ook in de langere duur van contactmomenten. De zorgvraag is ook complexer geworden (meer chronische zieken en co-morbiditeit), waarbij er voor bepaalde patiënten/cliënten niet altijd een gericht aanbod is. Verder kunnen bepaalde kaders vanuit de zorgstelselwetten (inclusief prestatiebeschrijvingen en tarieven) een stagnerend effect hebben op de doorstroom. Dit onderwerp straalt niet alleen af op het somatische deel van de zorg, maar ook op de geestelijke gezondheidszorg. Er zijn nog verbeteringen nodig in de doorstroom van patiënten tussen de HAP en de GGZ.



Belangrijkste thema's (2/2)

Voor de acute zorg in Kennemerland zijn zes prioritaire uitdagingen geïdentificeerd

Onderstaand staan de belangrijkste thema's voor de acute zorg in Kennemerland die samen met de ketenpartners zijn geïdentificeerd. De thema's zijn weergegeven op willekeurige volgorde. Het is niet mogelijk hier een eenduidige prioritering aan te hangen omdat de thema's onderling verband houden, elkaar versterken en niet uitputtend zijn. Daarnaast hangt de prioritering af van het perspectief en de situatie van individuele ketenpartners. De beschrijving van de thema's heeft als doel op hoofdlijnen een beeld te geven van de belangrijkste uitdagingen die een nauwe samenwerking vragen tussen de diverse ketenpartners in Kennemerland, om ook in de toekomst de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg te borgen.

E. Digitalisering en gegevensuitwisseling

Doel is om data-uitwisseling digitaal, gestandaardiseerd en simpel te laten verlopen (zonder tussenliggende systemen en schakels), specifiek in de spoedketen. Ambitie: informatie niet opnieuw hoeven uitvragen en simpel en snel in de spoedketen delen zodat de patiënt niet opnieuw uitgevraagd hoeft te worden of er tijd verloren gaat, of onderzoek dubbel gedaan moet worden omdat informatie wel bekend is bij de collega nog niet door is gegeven aan de volgende 'zorgverlener' die de patiënt met spoed behandelt.



F. Opdracht tot inrichting zorgcoördinatie

In 2025 moet er in elke ROAZ-regio een zorgcoördinatiecentrum zijn ingericht. Conform [opdracht](#) Ministerie van VWS.



A. Toenemende zorgvraag kwetsbare ouderen en geboortezorg

Hoe organiseren we de zorg rondom een toename in de zorgvraag rondom ouderen en geboortezorg

Regioperspectief

Wat is een kwetsbare oudere eigenlijk? Verenso (2023) omschrijft het als volgt: *'Kwetsbare ouderen hebben verminderde (of verlies van) regie over het eigen leven en een complexe zorgbehoefte. Deze patiënten ervaren daarmee aanzienlijke fysieke, psychische, cognitieve, communicatieve en sociale beperkingen in hun dagelijks leven. Daardoor vermindert de functionele autonomie.'*

Deze omschrijving toont aan dat het gaat om een opeenstapeling van 'tekorten' op verschillende onderdelen en maakt duidelijk waarom deze groep zich presenteert met complexe zorgvragen, die zich uitstrekt over de gehele acute zorgketen.

Voor Kennemerland is de voorspelling dat het percentage 75-plussers tot 2030 toeneemt met liefst 26% naar 62.577 personen. De zorgpartijen zien en bevestigen het beeld dat zij een toename op zich zien afkomen van ouderen en geven aan dat ouderenzorg en de impact die de ouderenzorg heeft op de acute zorgketen de allergrootste uitdaging vormt.

Wat geven zorgpartijen aan?

- **Huisartsen:** 75-plussers vormen de grootste groep per hoofd van de bevolking die contact heeft met de huisartsenpost. De mogelijkheden om tijdig en voldoende wijkzorg te organiseren wordt steeds lastiger vanwege het personeelstekort.
- **Ambulancediensten:** zien een toename van groep van 75-plusser met (midden) complexe zorgvragen. Kennemerland kent per 1.000 inwoners het meest aantal ritten in de ROAZ-regio, waarbij het merendeel A1-ritten zijn. Een oproep zonder vervoer is daarbij reden tot verder onderzoek. Opkomst van e-bikes geeft lichte toename in ongevallen.
- **Ziekenhuizen:** SEH's van de ziekenhuizen Spaarne Gasthuis en Rode Kruis Ziekenhuis worden het meest bezocht door ouderen (65 jaar en ouder) en hebben meer met U1-U3 categorieën te maken in vergelijking met andere regio's. Bekend is dat een toename van ouderen op de SEH is gerelateerd met langere verblijfsduur op de SEH en kans op klinische opname. Met als effect verminderde doorstroom.
- **VVT:** geeft aan dat ondanks alle inspanningen niet kan worden voorkomen dat de druk op de VVT fors toeneemt. Daarbij wordt ook de financiering rondom de productmix van GRZ, Wlz en ELV genoemd als belangrijk ervaren knelpunt.
- **ZV:** ziet meer ritten per inwoner t.o.v. ROAZ regio, maar weinig B-ritten. Er komt groei aan van 75+ doelgroep. Daar lijkt potentieel te liggen.

Op basis van de cijfers merkte de zorgverzekeraar op dat er ook een fikse groei is in de vraag naar geboortezorg. Tot 2023 neemt de vraag over de gehele breedte toe met 26%. We spreken dan over (poli)klinische bevallingen, inleidingen, sectio's en aantal opnames op de neonatologie. Parallel daaraan laat ook hier het personeelstekort zich voelen. Binnen de focusgroep acute verloskunde binnen het ROAZ is hier structureel aandacht voor binnen alle subregio. Deelnemers zijn verzocht om hun bestaande plannen binnen hun eigen VSV te beoordelen en indien nodig aan te passen.

Wat vraagt dit van de acute zorgketen in Kennemerland?

Met betrekking tot kwetsbare ouderen

- De vraag die in dit proces is gesteld, is of de HAP, de huisartsen/PA de gelegenheid moeten krijgen om meer beoordelingen uit te voeren bij de oudere patiënt? Ketenpartners zien dat de huisartsenzorg onder enorme druk staat en dat hier iets moet gebeuren.
- Als ouderen langer thuisblijven is het ook essentieel dat de specialist ouderengeneeskunde de patiënt thuis zorg verleent. Dit voorkomt volgens de reacties escalatie waardoor de patiënt in de acute zorgketen stroomt.
- Voor de VVT is benoemd dat de 1,5-lijnszorg aan deze sector moet worden overgelaten. Daarbij wordt gedacht aan zowel wijkzorg als intramurale zorg (hartfalen, mobiele teams en wondzorg)).
- Verder vraag het om bewustwording te kweken dat alleen spoedzorg thuishoort bij de acute zorgketen, met name bij de HAP.
- Tot slot is gesproken over de inzet van meer digitale middelen zoals beeldbellen, digitale zelftriage, waarbij de deelnemers aan de duidingssessie hebben aangegeven dat het belangrijk is dat alle zorgaanbieder hierop inzetten.

Met betrekking tot geboortezorg

- Leden van de focusgroep acute verloskunde worden structureel op de hoogte gehouden over het ROAZ-beeld en plan. Binnen de focusgroep is afgesproken om de eigen beleidsplannen te toetsten aan de ontwikkelingen die in het ROAZ-beeld naar voren te komen. Indien nodig is de opdracht om de plannen bij te stellen. Het verdient aanbeveling om deze in de ROAZ-plannen mee te nemen.
- Leren van de ervaringen vanuit de regio Amsterdam-Amstelland en onze eigen regio goed voorbereiden, aangezien uitwijkmogelijkheden beperkt zijn. Samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg is daarom cruciaal en vergt nog de nodige aandacht in meerdere regio's.



B. Personeelstekorten bij alle ketenpartners

Grote uitdagingen om zorgsector aantrekkelijk te houden rondom het werven en behouden van personeel

Regioperspectief

De vraag naar acute zorg stijgt en wordt steeds complexer, terwijl het aanbod achter blijft vanwege personeelskrapte. En ondanks dat er over het thema personeel op aanbiederniveau beperkt gegevens zijn gepresenteerd, wordt deze conclusie door alle ketenpartners onderschreven. Over de gevolgen van personeelskrapte is al veel geschreven en ook voor de regio Kennemerland leidt dit tot langere wachttijden, hogere werkdruk en meer kans op ongewenste situaties voor zowel patiënt als personeel. Hier ligt volgens de ketenpartners ook een belangrijke rol om als zorgaanbieders en opleiders (MBO, HBO, WO) blijvend te investeren in samenwerking, omdat hier verschillende gemeenschappelijke overwegingen aan ten grondslag liggen:

- **Samenwerking vanuit (onderwijs)visie:** partijen hebben belang studenten/stagiaires kennis en ervaring te laten op doen in de zorg voor patiënten/cliënten.
- **Samenwerking vanuit nabijheid:** onderwijsinstellingen en zorgaanbieders bevinden zich vaak in de directe omgeving (goede burens) en kunnen wellicht accommodaties delen.
- **Samenwerking vanuit maatschappelijke opgave:** door de uitwisseling van veranderingen in de samenleving (o.a. onderwijs, technologische en sociaal-culturele ontwikkelingen) kunnen partijen blijvend op elkaar aansluiten inzake wensen en behoeften.

Er liggen dus grote uitdagingen om continu voldoende personeel te werven – om nu en straks de zorgvraag ‘te beantwoorden’ - met een stijging van de zorgvraag, maar ook om personeel te behouden. Alle ketenpartners onderschrijven dit probleem als één van de grootste zorgen die zij hebben.

Daarbij is ook duidelijk geworden dat de regio Kennemerland in vergelijking met de ROAZ-regio procentueel een kleinere beroepsbevolking kent, zeker in de regio Midden-Kennemerland. Dat draagt niet bij om straks voldoende personeel te werven en mantelzorgers te hebben. Zo wordt voor de huisartsenzorg in 2030 een tekort verwacht van 900 medewerkers en ziet men een oplopend tekort aan operatieassistenten. Er zijn geen specifieke cijfers voor de VVT, maar voor de gehele ROAZ-regio wordt voor de V&V-sector in 2030 een tekort voorspeld van liefst 6.300 medewerkers.

Deze twee constatering zorgen ervoor dat in de gehele acute zorgketen problemen ontstaan die zich in verschillende vormen uiten en hier onder verschillende thema's worden benoemd als: schaarste in opnamecapaciteit, oplopende wachttijden, beperkte telefonische bereikbaarheid bij de huisartsenposten enzovoort.

Ketenpartners hebben aangegeven dat dit probleem niet alleen binnen de regio Kennemerland speelt, maar dat ook op landelijk niveau hier meer aandacht voor moet komen. De acute zorgketen is er voor spoedvragen (spoed is spoed) en niet-spoedeisende hulp hoort hier niet thuis, maar komt hier nog te veel en te vaak terecht.

Wat vraagt dit van de (acute) zorgketen in Kennemerland

Ketenpartners zijn zich volop bewust dat met de huidige ontwikkelingen op demografisch gebied, alleen meer personeel niet voldoende zal zijn om de zorgvraag adequaat te kunnen beantwoorden. Er zal op andere manieren moeten worden samengewerkt dan tot nu toe is gedaan, waarbij ook de rol van onder andere technologie, innovatie en de organisatie van de acute zorgketen rondom de patiënt een belangrijke rol spelen. Daarbij spelen de collega's in het sociale domein ook een essentiële rol op het gebied van onder andere preventie.

De RAV geeft aan dat ALS-ambulanceverpleegkundigen voldoende gevoel moeten houden bij hoog complexe zorg, door deze te ervaren op de plekken waar zich dit gecentreerd voor doet (bijv. SEH of IC). Dit kan door bijvoorbeeld intensiveren van stages dan wel combi-banen.

Een ander punt dat ter sprake is gekomen is dat men onderlinge concurrentie wil voorkomen, waarbij zorgmedewerkers overstappen binnen hun eigen sector of andere zorgsector, omdat zij daar betere arbeidsvoorwaarden hebben (overstapbonus, meer salaris e.d.).

Een aantal deelnemers heeft aangegeven om meer samen te willen werken op het gebied van personeel met het oog op de groeiende zorgvraag bij alle ketenpartners. Door bijvoorbeeld slimmer inzetten en bemensen van ambulances, thuisbezoeken.



C. Aandacht voor bestaande problemen binnen de geestelijke gezondheidszorg

Een veelheid van knelpunten binnen een sector die minder snel op het netvlies staat in het gesprek over acute zorg

Regioperspectief

Hoewel exacte cijfers voor de (acute) geestelijke gezondheidszorg (ggz) lastig waren om aan te leveren en cijfers rondom de jongeren onder de 18 jaar met (ernstige) mentale problemen zijn niet opgevraagd, is er voldoende te vertellen over de stand van zaken van de (acute) psychiatrie. Binnen de subregio Kennemerland is daar ook over gesproken. Het is meer dan bekend dat er een toenemende zorgvraag is op het gebied van mentale problemen en dat een belangrijk deel van de oorzaak een maatschappelijk probleem is, waarvoor het antwoord niet altijd moet worden gezocht in de ggz. Daarnaast is bekend dat de uitstroom van zorgprofessionals hoger is dan de instroom (de ggz kent volgende de Nederlandse GGZ de hoogste vacaturegraad) en tot slot staat deze sector onder grote financiële druk. Deze en andere onderwerpen hebben als effect dat de sector kampt met grote en lange wachtlijsten (m.n. op de doorstroming naar verdere vervolgzorg en instroom van niet-acute zorg). Dat is niet alleen merkbaar binnen de sector zelf, maar komt ook tot uiting bij andere zorgaanbieders van de acute zorgketen. Passende zorg kan vaak niet worden geboden. Hoewel alle normen van de GMAP worden gehaald, zal dit onder druk komen te staan met de olopende zorgvraag en arbeidsmarktkrapte.

Kern van het verhaal binnen deze regio (maar ook landelijk) is de geprognosticeerde toename van acute zorgvragen en de arbeidsmarktkrapte, in een context van een grote diversiteit aan kleine aanbieders c.q. zelfstandigen die een beroep doen op de acute keten, maar geen capaciteit leveren om deze cruciale infrastructuur te borgen. Met toenemende arbeidskrapte en zorgvraag zal dit in toenemende mate een probleem zijn. Dat vraagstuk ligt niet alleen bij de regioverantwoordelijke voor de acute psychiatrie, maar zou een gezamenlijke opgave moeten zijn. Verder is de doorstroming na de acute fase van belang. Als dat verder onder druk komt te staan komt ook de acute zorg onder druk.

Wat geven zorgpartijen aan?

- **GGZ:** Doordat acute ggz voor jeugd en volwassen vanuit twee verschillende wetten wordt gefinancierd (Jeugdwet versus Zorgverzekeringswet) is er onvoldoende regie en aansluiting tussen de acute ggz hulp voor kind en jeugd (sociaal domein (lees gemeenten) met de acute GGZ hulp aan volwassenen. Daar is verbetering mogelijk om jeugd-ggz op de volwassen ggz te laten aansluiten. Verder stellen zij vast dat er een groot aantal kleine zorgaanbieders zijn van ggz-zorg, waaronder zelfstandige praktijken.
- Deze praktijken doen een beroep op de acute zorgketen, maar leveren geen aandeel in het bemensen van die acute zorgketen. De beschikbare capaciteit in de regio inzetten om de cruciale infrastructuur te borgen is een vraagstuk dat in de beantwoording niet enkel bij aanbieders/regioverantwoordelijke van acute psychiatrie ligt, maar ook bij kleinere organisaties, vrijgevestigden en nadrukkelijk ook bij zorgverzekeraars

en gemeenten als het gaat om inkoopvoorwaarden.

- **HA:** Vanuit de HAP is de ervaring dat zij hun collega's binnen de acute ggz niet goed kunnen bereiken in de ANW-uren. In het proces van overdracht zou de HAP graag de afspraken nog eens met elkaar doornemen waar het gaat om het in behandeling nemen van patiënten.
- **RAV en ZH:** zien een toename in het volume ggz patiënten. RAV merkt verder op dat psychosociale problematiek zich in alle leeftijdscategorieën voor. De RAV ziet ook een toename van personen onder invloed van middelengebruik en intoxicaties.
- **VVT:** Met betrekking tot de regio Haarlemmermeer: Op dit moment loopt de operationele samenwerking met de GGZ (GGZ InGeest) goed. Specialisten ouderengeneeskunde weten de GGZ te vinden als er vragen zijn (bijv. inzake inbewaringstellingen). Ook is er in Haarlemmermeer overleg met de rechtbank waar ook de VVT als GGZ bij aansluiten. Wel zou het goed zijn om afspraken te formaliseren.
- **GGZ/ZV:** het probleem zit vooral rond de zorg van verstandelijk gehandicapten en verslavingszorg. De toename van het aantal intoxicaties is daarom zorgelijk en krijgt ook het regiobeeld en regioplan aandacht. Zoals bij de VVT hierboven benoemd, is de organisatie rondom ouderen erg goed georganiseerd.

Wat vraagt dit van de acute zorgketen in Kennemerland?

Het gaat om een aantal zaken waar we hier een paar benoemen. Er ligt een gezamenlijke (ook gemeenten en zorgverzekeraar) opgave voor het borgen van de capaciteit. Verder is het maken van duidelijke en goede afspraken tussen ketenpartners over wanneer en hoe patiënten over te plaatsen naar de GGZ belangrijk. En tot slot ook meer kennis over hoe het werkveld van de ggz is georganiseerd en hoe men beter gebruik kan maken van elkaar processen.



D. Stokkende instroom, doorstroom en uitstroom binnen de acute zorgketen

Hoe een stijgende zorgvraag en een tekort aan personeel en capaciteit bij elkaar komen in de acute zorgketen

Regioperspectief

Niet alleen een toename in een zwaardere en complexere zorgvraag en een beroepsbevolking die afneemt zijn onderdelen die ervoor zorgen dat de instroom, doorstroom en uitstroom binnen de gehele (acute) zorgketen afneemt. In de duidingssessie geven zorgaanbieders ook aan dat er nog te weinig samenwerking plaatsvindt, er te weinig inzicht is c.q. onvoldoende gebruik wordt gemaakt van elkaars capaciteit.

‘Ook doet zich het verschijnsel voor dat afhankelijk van het type patiënt hij of zij:

- Langer of korter in de acute zorgketen verblijft (verblijfsduur)
- Meer of minder vaak gebruikt maakt van de acute zorgketen (frequentie)
- Meer of minder schakels van de acute zorgketen nodig heeft (aantal).

Ter illustratie twee voorbeelden. 1 een patiënt die betrokken is bij een eenvoudig auto-ongeluk en met een ambulance wordt vervoerd naar een SEH om daarna met ontslag te kunnen. 2 Een kwetsbare en verwarde oudere die thuis is gevallen en na een bezoek door de huisarts met de ambulance naar de SEH wordt gestuurd. Na behandeling in het ziekenhuis gaat de patiënt naar de GRZ voor revalidatie om daarna terug te keren naar huis met ondersteuning van de wijkverpleging. In het eerste voorbeeld is de impact op verblijfsduur, frequentie en aantal minder groot.

De RAV geeft aan dat zij verwachten dat er behoefte komt aan meer mogelijkheden tot overdracht. De bestemming van de patiënt is nu nog beperkt tot vervoer naar het ziekenhuis of thuislaten en overdracht naar de huisarts.

Tot slot geven meerder zorgpartijen aan dat de kaders van de Wlz en Zvw (inclusief prestatiebeschrijvingen (en tarieven)) een stagnerend effect kunnen hebben op de doorstroom. Indien bijvoorbeeld een patiënt vanuit de SEH wordt opgenomen binnen een VVT instelling op basis van ELV-hoog na 20.00 uur, dan wordt deze dag niet gefinancierd. Daarnaast merkt één van de VVT-instellingen op dat ziekenhuizen soms nog meer gebruik kunnen maken van de capaciteit van GRZ bedden tijdelijk verblijf. Maar, zoals eerder beschreven gaat het niet enkel om de ouderenzorg. Ook bij de vraag naar de geboortezorg en rondom de (acute) liggen grote uitdagingen.

Er zijn ook voorbeelden waaruit blijkt dat zorgaanbieders elkaar wel weten te vinden: Zo hebben HZK en Spaarne Gasthuis al jaren een spoedpost waarbij er na de gezamenlijke triage wordt beslist bij welke zorgverlener de patiënt thuishoort. De HAP Haarlemmermeer werkt al jaren zeer nauw samen met het SG Hoofdorp alwaar zij werken en bestaat er regionale coördinatie daar waar het gaat om inzicht in VVT capaciteit door middel van CAZHEM en ATZAH. De samenwerkingen zijn echter nog onvoldoende om echt goed een

oplossing te bieden voor oplopende inefficiënties, dubbelingen (in bv. ANW bezetting) onduidelijkheden voor de patiënt (waar moet ik naartoe), onnodige verwijzingen, verkeerde bedden, groeiende werkdruk, verstopte door- en uitstroom en oplopende kosten.

Wat vraagt dit van de acute zorgketen in Kennemerland?

Versillende zorgaanbieders zien de plannen rondom zorgcoördinatiecentra (ZCC) als mogelijke oplossing en passen dit in bepaalde mate ook al toe. De stap om ZCC verder uit te breiden vraagt nog de nodige stappen in transparantie, inzicht in capaciteit/digitale gegevensuitwisseling, het durven opgeven van autonomie en mogelijkheden tot financiering.

Tegelijk is het ZCC er met name voor de coördinatie en (al dan niet virtuele) telefonische triage van de instroom, maar niet voor de opvolgende zorgverlening of als er niet goed pluis/niet pluis is te triëren aan de telefoon. De zorgketen zelf zal ook beter georganiseerd en geïntegreerd moeten worden zodra er (fysieke) triage, diagnose en behandeling nodig is. Daarvoor zien partijen de nieuwe vormen van samenwerking in SpoedEisende Medische Dienst (SEMD) als oplossing.

Wat ook van belang is naast inzicht beschikbare capaciteit uitstroom (VVT) is een voorspelde uitstroom vanuit de ziekenhuizen. De VVT kan hier dan op anticiperen.

De wensen van patiënten en naasten bemoeilijken ook de doorstroom. Begrijpelijkerwijs wil men het liefste dicht bij familie en/of naasten verblijven, maar wanneer dit niet mogelijk is en een opnameplek verder weg wordt afgewezen stukt ook de uitstroom. Het gesprek en de afspraken daarover zouden nog meer kunnen worden gevoerd binnen organisaties.

Voor de GGZ ligt er een grote vraag binnen de eigen keten als het gaat om doorstroom na de acute fase. Wat betreft de bereikbaarheid van de (sub)acute ggz om de druk op de huisartsen(post) te verminderen (ook onderdeel van het IZA) zien partijen mogelijkheden om efficiënter met elkaar te werken in de keten. Dit onderwerp staat ook op de agenda in het initiatief 'Acute Zorg Coördinatie Coalitie' in de regio Zuid-Kennemerland.



E. Digitalisering en gegevensuitwisseling

Steeds meer stappen de organisatie van zorg

Regioperspectief

Sinds enige tijd hebben de ziekenhuizen in Noord Holland Noord (Kennemerland) een gezamenlijk overleg met elkaar. Het betreft hier de ziekenhuizen Dijklander Ziekenhuis, Zaans Medisch Centrum, Noordwest Ziekenhuis Groep, Rode Kruis Ziekenhuis en Spaarne Gasthuis. Het onderwerp is het realiseren van 'ziekenhuis verplaatste zorg' en de benodigde infrastructuur (zowel technisch als organisatorisch) die hiervoor nodig is.

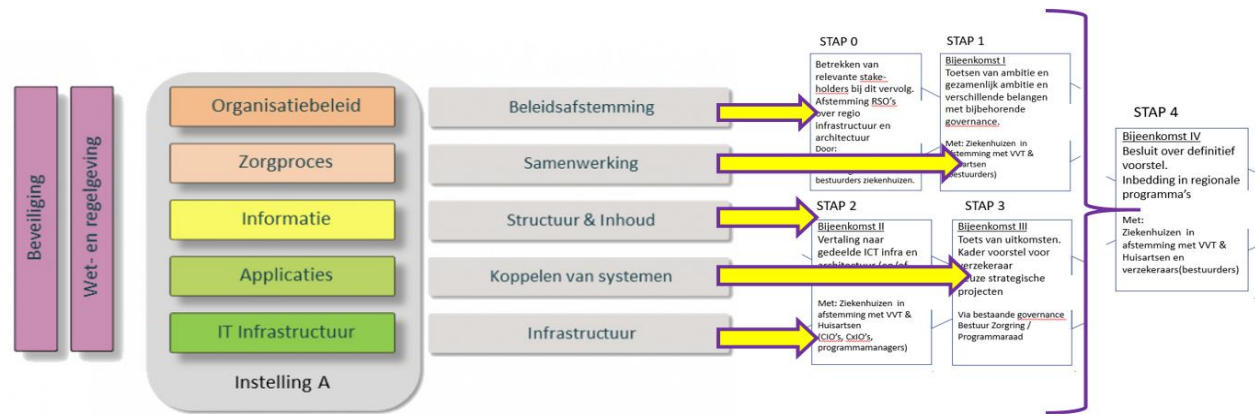
In het bestuurlijk overleg is aangegeven dat er behoefte is aan een governance waar ziekenhuizen en verzekeraars gezamenlijk afspraken kunnen maken over deze 'ziekenhuis verplaatste zorg'. Hierbij is opgemerkt dat het belangrijk is om allereerst 1) gezamenlijk concrete (SMART geformuleerde) doelstellingen te bepalen en vervolgens 2) keuzes te maken (en hieraan vasthouden) ten aanzien van architectuur (dit betreft zowel technische alsmede organisatorische vragen). Dit laatste met als doelstelling dat interconnectiviteit en interoperabiliteit geborgd is. Het doel is om op basis van bestuurlijke ambities de ziekenhuis verplaatste zorg en digitalisering daadwerkelijk te realiseren.

Wat geven zorgpartijen aan?

Er worden stukje bij beetje steeds meer stappen gezet om (delen van de) organisatie binnen de acute zorgketen te digitaliseren. Op het overzicht van bestaande samenwerkingsverbanden en initiatieven staan hier ook een aantal voorbeelden van genoemd.



Proces conform Nictiz





F. Opdracht tot inbedding van zorgcoördinatie in de (sub-)regio

Hoe organiseren we de zorg rondom een toename in de zorgvraag rondom ouderen en geboortezorg

Regioperspectief

Om de acute zorg zo te organiseren dat deze ook in de toekomst beschikbaar blijft voor iedereen, heeft Minister Kuipers (VWS) in een [brief aan de Tweede Kamer](#) zijn visie op zorgcoördinatie bekendgemaakt. De Minister heeft de opdracht gegeven dat in 2025 in elke ROAZ-regio een zorgcoördinatiecentrum (ZCC) is ingericht. De brief van Kuipers is een vervolg op het [adviesrapport zorgcoördinatie](#) dat door de koepelpartijen Actiz, Ambulancezorg Nederland, InEen, LNAZ en ZN in maart 2023 aan VWS is gepresenteerd.

Het doel van zorgcoördinatie is om door middel van een eenduidige toegang en eenduidige, multidisciplinaire triage en inzicht in beschikbare capaciteit in de keten ervoor te zorgen dat de patiënt met een acute maar niet levensbedreigende zorgvraag op het juiste moment, de juiste zorg, op de juiste plek, van de juiste zorgverlener ontvangt. De patiënt krijgt goede zorg en de zorgverlener die een plek zoekt voor een patiënt wordt ontzorgd. De druk op de acute zorg kan worden verminderd, beter worden gespreid en de capaciteit beter benut.

Wat zeggen de partners in de regio?

HA: ziet de zorgvraag toenemen en dat niet alle vragen bij hen thuishoren spoed zijn.

Binnen het gebied van Haarlemmermeer is er geen CAZHEM, maar heeft men wel een ELV-aanmeldportaal. Vanuit de HAP Haarlemmermeer ziet men dat hier nog winst en efficiency is te behalen. Er is bij de huisartsenposten onrust over de organisatievorm omdat triagisten naast de telefonische triagetaak een integraal onderdeel uitmaken van een huisartsenpost met vele andere taken en verantwoordelijkheden rond zowel de patiëntzorg als ondersteunende processen.

RAV: Ontwikkelingen m.b.t. nieuwe urgentie classificatie en zorgcoördinatie zullen een betere inrichting moeten geven in de urgentie en het zorgniveau waarop een zorgvraag moet worden beantwoord.

ZH: Flinke groei in de regio KL, met name in de categorie oudere patiënt. Er zal meer druk komen op de HAP en de acute zorg. Er liggen enorme uitdagingen in personeelstekorten bij vooral bij de IC en OK. Het risico van ketenverstoppingen is meer (verkeerde) patiënten en/of beddenproblematiek in het ziekenhuis. Toename cardiologie. Relatief weinig SEH stops. Noodzaak tot andere vormen en structuren van zorg. Zorgcoördinatie zou ertoe moeten bijdragen dat er alleen mensen in de 2^{de} lijn terecht komen die er ook echt horen.

VVT: we zijn samen met ziekenhuizen bezig om in de overdracht van patiënten zaken te verbeteren en zetten hierin al goede stappen voorwaarts (zoals CAZHEM en ATZAH). Gezamenlijke afspraken over bijvoorbeeld in en exclusiecriteria om patiënten over te plaatsen tussen ziekenhuis en vvt in beide richtingen kunnen daarin nog extra verbeteringen in brengen. Het koesteren van ons CAZHEM/ATZAH in Kennemerland wordt de capaciteit die er wél is, uitzonderlijk efficiënt ingezet.

Wat vraagt dit van de acute zorgketen in Kennemerland?

Deze opdracht van het Ministerie van VWS betekent dat er voor de hele ROAZ Noord-Holland Flevoland de taak ligt om een ZCC in te richten conform bovengenoemde punten.

Hoe dit echter vorm zal krijgen is van veel factoren afhankelijk. De regio bestrijkt een geografisch groot gebied, meerdere provincies en kent zowel grootstedelijke als landelijke gebieden. Ook is er in de regio Kennemerland al sprake van meerdere samenwerkingsverbanden zoals de oprichting van een concept van zorgcoördinatie, maakt men gebruik van CAZHEM en ATZAH en bouwt men in Beverwijk een Spoedeisende medische dienst (SEMD). Binnen deze SEMD werken huisartsen, ambulance, ziekenhuis, vvt en ggz samen aan de triage en behandeling van de zorgvrager.

Zorgcoördinatie komt verschillende keren terug in de gesprekken, al is men geen voorstander van de uitwerking zoals verwoord in de Kamerbrief. Dat doet geen recht aan de bestaande samenwerkingsstructuren, subregionale verschillen en geografische omvang. Wat de werklocaties, het aantal werklocaties en een fysieke en/of virtuele samenwerking in de brief van de minister precies betekenen moeten we met alle partijen samen goed over in gesprek. Belangrijk voor de te maken keuzes is aan te sluiten bij bestaande samenwerkingsverbanden.

Het “probleem” bij zorgcoördinatie en de triage blijft altijd dat de bewoners bellen met een vraag/zorg waarvan hij of zij niet weet of de zorgprofessional dat vanuit medische kant het als acuut aanmerkt en dat het wellicht niet bij de zorg hoort (informatievoorziening aan de voorkant voorkomt ook instroom). Een aspect dat zich bij uitstek HAP voordoet. De winst zit met name bij de coördinatie als de hulpvraag helder is.

Het gaat – zoals door een van de HAP’s is aangegeven – om onder andere:

- Juiste zorg op de juiste plek: goede afspraken met de ketenpartners wat waar thuishoort, zodat patiënten ook het juiste telefoonnummer bellen en geen kostbare tijd verloren gaat van de verkeerde hulpverlener.
- Triage die over de hele keten hetzelfde werkt: Ambulance, HAP, SEH, waarbij patiënten die ergens anders thuishoren met de triage die al is gedaan naar de volgende ketenpartner kan, zodat niet alles opnieuw hoeft te worden uitgevraagd.

Bestaande samenwerkingsverbanden en interventies

Toelichting		Thema's Integraal Zorgakkoord						Betrokken sectoren				
Ref	Initiatief	Voorkomen van acute zorg	Zorgcoördinatie en triage	Kwaliteit van zorg	Differentiatie, concentratie en spreiding	Samenwerking in de keten	Data-uitwisseling en capaciteitsinformatie	HA(P)	RAV	ZH	VVT	GGZ
1	Spoeisende Medische Dienst (SEMD)		X	X	X	X		●	●		●	
2	Coalitie Acute Zorg Haarlem en Meer	X	X	X	X	X	X	●	●	●	●	●
3	MCC+/IZA-overleg		X	X	X	X	X	●		●	●	
4	Wakker in de nacht		X	X	X	X	X	●	●	●	●	
5	CAZHEM + ATZAH	X	X	X	X	X	x	●		●	●	
6	Pilot Spaarne Gasthuis/Zorgbalans	X		X	X	X		●			●	
7	Concentratie hoog complexe acute zorg Spaarne Gasthuis			X	X	X				●		
8	VZI-project Spaarne Gasthuis/Amstelring		X	X	X	X				●	●	
9	Met Spoed Beschikbaar						X	●	●	●		
10	Telecoachingscentrum	X		X			X			●		
11	Afspraken VVT/GGZ (inzake Wzd en Wvggz)			X		X					●	●

Connectie met het IZA en het regiobeeld KL

Partijen streven naar samenhang tussen het ROAZ en REGIO beeld/plan

Gezondheid is voor iedereen belangrijk. Het helpt mensen om een goed leven te leiden, zelf en met elkaar. Wanneer de gezondheid wankelt, wil iedereen kunnen rekenen op goede, toegankelijke en betaalbare zorg en ondersteuning op basis van de (para)medische, verpleegkundige en gemeentelijke expertise. Die zorg staat echter toenemend onder druk. Als we niets doen, dreigt de zorg vast te lopen. We moeten daarom aan de slag en dit is de reden waarom er per ROAZ en Zorgkantoor regio een ROAZ Beeld & Plan respectievelijk Regiobeeld & plan worden opgesteld om te zorgen dat de inwoners ook in de toekomst erop kunnen vertrouwen dat de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar word gehouden.



Deelnemers werk-/duidingssessies

Huisartsen (HA(P))

Jaap Davids Huisartsen Coöperatie Zuid-Kennemerland
Agnés Zuurendonk Huisartsenpost Beverwijk
Joyce de Vries Huisartsenpost Beverwijk

Regionale Ambulance Voorziening (RAV)

David Harten GGD Kennemerland
Frouke van Oosten Witte Kruis

Ziekenhuizen (ZH)

Judith Ferwerda Rode Kruis Ziekenhuis
Marita Kromhout Spaarne Gasthuis

Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT)

Ilse Geraerds Amstelring
Sanne-Iris Lentjes Amstelring
Ted Kraakman Kennemerhart
Paul van Roermund ViVa! Zorggroep
Frans Blokland ViVa! Zorggroep
Bouke Bijnsdorp Zorgbalans

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Joelle Ratsma Youz (Parnassia)
Paul de Beer GGZ InGeest
Martijn Heijdra Parnassia Groep

Geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen (GHOR)

Marjolein Somers GHOR Kennemerland

Zorgverzekeraar

Floor Burgers Zilveren Kruis

ROAZ Noord-Holland/Flevoland

Jeroen Dokter Netwerk Acute Zorg Noord-Holland/Flevoland
Marloes Wessel Netwerk Acute Zorg Noord-Holland/Flevoland



netwerk
acute zorg
NOORD-HOLLAND
FLEVOLAND

ROAZ-Beeld

Regio Kennemerland

IJmond, Haarlem, Haarlemmermeer

DEEL II | KWANTITATIEF BEELD EN CONCLUSIES

juni 2023

Inhoudsopgave

DEEL I | DUIDING

DEEL II | KWANTITATIEVE BEELD EN CONCLUSIES

1. Samenvatting en conclusies

1. [Samenvatting en conclusies](#)
2. [Acute ketenstromen ROAZ NH/FL 2022](#)

2. Demografie

1. [Demografie](#)
2. [Sociaal economische klasse](#)

3. Zorggebruik en zorgaanbod 2022 – 2030

1. [Berekening toekomstverkenning](#)
2. [Rekenmodel FZO-beroepen](#)
3. [Huisartsenposten](#)
4. [Ambulancedienst](#)
5. [Ziekenhuis](#)
6. [Acute GGZ](#)
7. [Farmaceutische spoedzorg](#)
8. [Acute VVT](#)

4. Bijlagen

1. [Gebruikte bronnen](#)
2. [Extra tabellen en figuren](#)
3. [Regioplus arbeidsmarktvragestuk](#)
4. [Colofon](#)

Veelgebruikte afkortingen

AA	Amsterdam Amstelland
FL	Flevoland
GV	Gooi en Vechtstreek
KL	Kennemerland
NHN	Noord-Holland Noord
ZW	Zaanstreek / Waterland
ELV-Laag	Eerstelijnsverpleging laag complex
ELV-hoog	Eerstelijnsverpleging hoog complex
GRZ	Geriatrische Revalidatie Zorg
WLZ	Wet Langdurige Zorg
VVT	Verpleeg- en verzorgingshuizen en Thuiszorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
SEH	Spoedeisende Hulp
HAP	Huisartsenpost
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
IC	Intensive care
AOA	Acute Opname Afdeling
CVA	Cerebro Vasculair Accident
IAT	Intra-arteriële trombolysie
IVT	intraveneuze trombolysie
PCI	Percutane Coronaire Interventie
AAA	Aneurysma van de abdominale aorta
GMAP	Geïntegreerde Module Acute Psychiatrie



1. Samenvatting en conclusies

1.1 Samenvatting en conclusies

Samenvatting en conclusies per zorgtype

Demografie

- De subregio Kennemerland heeft ten opzichte van het ROAZ-gemiddelde relatief meer 65+'ers (20% t.o.v. 18%). Het aandeel ouderen en daarmee de groep met de hoogste zorgvraag groeit in 2030 tot 22%. De stijging is vooral te zien bij de groep 75+ (+26%).
- De beroepsbevolking (20-65 jaar) is relatief klein (57% t.o.v. 61% ROAZ).
- De algemene bevolking stijgt en ook na 2030 verder van 554.000 in 2022, via 606.000 in 2030 tot 669.000 in 2050.

HAP

- De regio Kennemerland heeft een hoger aantal HAP contacten (272) per 1000 inwoners in vergelijking met de totale ROAZ regio NH-FL (246).
- Ten opzichte van het laatste jaar vóór COVID (2019) is het aantal HAP contacten **minimaal gestegen met 0,1%**.
- De **telefonische bereikbaarheid voldoet niet aan de normen** van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Onduidelijk is in hoeverre dit van invloed is op onnodige instroom op de SEH.
- Op basis van de demografische ontwikkelingen waarin leeftijdsgroepen (0-19 jr, 20-74 jr, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een stijging van het aantal HAP contacten te verwachten t/m 2030 van 9,8%. Voor de **leeftijdsklasse 75+ betekent dit een stijging van 26% t/m 2030**.
- De zorgvraag in de huisartsenzorg neemt tot 2030 toe met 16%.
- Voor de gehele ROAZ-regio wordt voor de huisartsenzorg in 2030 een tekort voorspeld van 900 medewerkers **(-12%)**.

1.1 Samenvatting en conclusies

Samenvatting en conclusies per zorgtype

RAV

- Het aantal ritten per 1000 inwoners ligt hoger (73) in vergelijking met de totale ROAZ regio (65). Het aantal ritten per inwoner ligt hoger (232) bij de leeftijdsklasse 75+
- De subregio KL verwerkt in vergelijking met het hele ROAZ gebied NH-FL afgerond 4% meer A1 ritten, 2% meer A2 ritten en 5% minder B ritten.
- Op basis van de totale demografische ontwikkelingen waarbij leeftijdsgroepen (0-19, 20-74, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een totale **toename** van het aantal A1 en A2 ritten te verwachten **van 14% t/m 2030**. Met name de leeftijdsgroep 75+ stijgt sterker met 26% t/m 2030 en 49% t/m 2050.
- Het capaciteitsorgaan gaat uit van een **stijging van 19% van het aantal FTE ambulance verpleegkundigen** in 2029 in de gehele ROAZ-regio.

SEH

- Het totaal **aantal SEH bezoeken** is **gedaald** in 2022 met **7,2%** ten opzichte van **2019**. De bevolking nam in dezelfde periode toe met 1,5%.
- De subregio KL heeft meer SEH-bezoekers per 1000 inwoners (121) in vergelijking met de totale ROAZ regio (108). Het aantal SEH bezoeken per inwoner is het grootst voor de leeftijdsklasse 75+ (286).
- De subregio Kennemerland kent t.o.v. het ROAZ-gemiddelde weinig SEH-stops. Er is in de afgelopen jaren wel een kleine stijging te zien.
- Op basis van de totale demografische ontwikkelingen waarbij de leeftijdsgroepen (0-19 jr, 20-74 jr, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een totale toename te verwachten van het aantal SEH-bezoeken t/m 2030 van in totaal 10,1%. De stijging is het sterkst voor de groep 75+ (26%).
- Gezien de daling van het SEH-bezoek van de afgelopen jaren (7,2% t.o.v. 2019) tegen de demografische trend in, zijn er ook **andere factoren** die een rol moeten hebben gespeeld.
- In 2022 was er een klein tekort aan SEH-verpleegkundigen (-7 FTE). Wordt er opgeleid zoals de afgelopen jaren gebeurd is, dan zal dit tekort in 2029 dalen naar een **tekort van 6 FTE**.

1.1 Samenvatting en conclusies

Samenvatting en conclusies per zorgtype

IC

- De subregio heeft iets minder IC-zorg per hoofd van de bevolking van 45 jaar en ouder.
- In 2022 is er al een tekort aan IC-verpleegkundigen van 12 FTE. **Dit tekort loopt hard op.** In 2029 verwacht het capaciteitsorgaan een tekort van ruim **69 FTE IC-verpleegkundigen** in de subregio KL (53% van de arbeidsvraag). In de totale ROAZ-regio loopt het tekort op tot 350 FTE.

Traumachirurgie

- Het aantal traumapatiënten is sinds 2017 met een 35% gedaald.
- De norm om 90% van de multitrauma patiënten te behandelen in een level 1 traumacentrum wordt in de ROAZ-regio ruim niet gehaald. In KL werden in 2022 43 multitraumapatiënten opgenomen (5% van totaal ROAZ).
- Het aantal heupfracturen in de subregio KL per inwoner 75+ ligt boven het ROAZ-gemiddelde.
- Het aantal heupfracturen zal op basis van de toename van het aantal 75+ stijgen met 26%.
- Voor anesthesiemedewerkers verwacht men een klein tekort in 2029. Voor operatie assistenten ontstaat er in 2029 een groot tekort van 28% t.o.v. van de arbeidsvraag.

Geboortezorg

- De subregio Kennemerland heeft te maken met **weinig stops voor klinische verloskunde**, zowel in absolute aantallen als in totale tijd gesloten.
- Het aantal geboortes stijgt in 2030 met 26%.
- Het huidige **tekort aan obstetrie verpleegkundigen stijgt verder** en komt in 2029 uit op 12% van de arbeidsvraag.

1.1 Samenvatting en conclusies

Samenvatting en conclusies per zorgtype

Acute GGZ

- In de subregio Kennemerland zijn er meer beoordelingen per hoofd van de volwassen bevolking dan het gemiddeld over het gehele ROAZ-gebied.
- De meeste beoordelingen worden in de eigen beoordelingsruimte en thuis bij de cliënt gedaan.
- De gemiddelde aanrijtijd bij U2 is 50 minuten.
- De **zorgvraag** in de GGZ-sector **neemt tot 2030 toe met 9%**.
- Voor de gehele ROAZ-regio wordt voor de GGZ-sector in 2030 een **tekort voorspeld van 1.800 medewerkers (-10%)**.

Acute VVT

- In de subregio Kennemerland wordt er in vergelijking met de rest van de ROAZ-regio voor **ELV hoog complex meer** ingezet ten opzichte van het aantal ouderen (75+).
- Tussen de verschillende instellingen bestaan grote verschillen in gemiddeld aantal ligdagen voor de ELV-HC bedden.
- In de regio Kennemerland wordt er in vergelijking met de rest van de ROAZ-regio **meer GRZ-zorg ingezet** ten opzichte van het aantal ouderen (75+).
- Patiënten **liggen gemiddeld meer dagen op de GRZ-afdeling** ten opzichte van het ROAZ-gemiddelde.
- Het **aantal ouderen 75+ stijgt** van 2022 tot 2030 met **26%**. Dit zal bij ongewijzigd beleid leiden tot een grote toename van de zorgvraag in deze regio.
- **De zorgvraag in de verpleging en verzorging neemt tot 2030 toe met 33% en voor de thuiszorg met 18%**.
- Voor de gehele ROAZ-regio wordt voor de deze V&V-sector in 2030 een **tekort voorspeld van 6.300 medewerkers (-8%) en in de thuiszorg met 1.400 medewerkers (-7%)**.



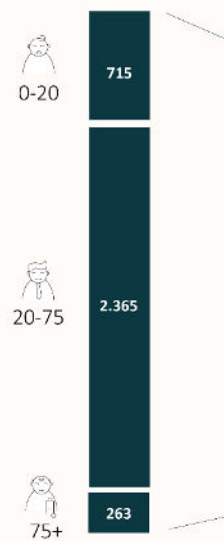
1.2 Samenvatting en conclusies

Acute Ketenstromen ROAZ NH/FL 2022 (in, uit en doorstroom)

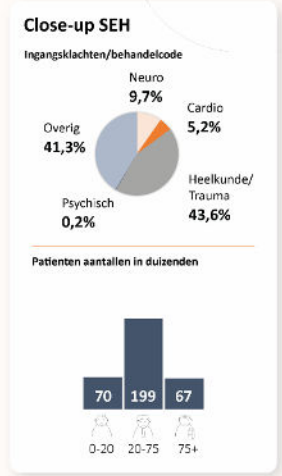
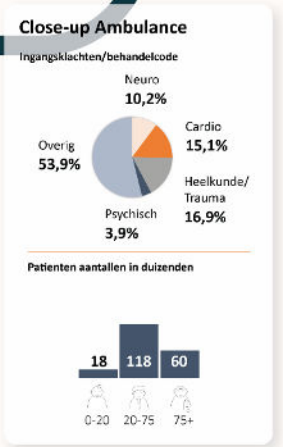
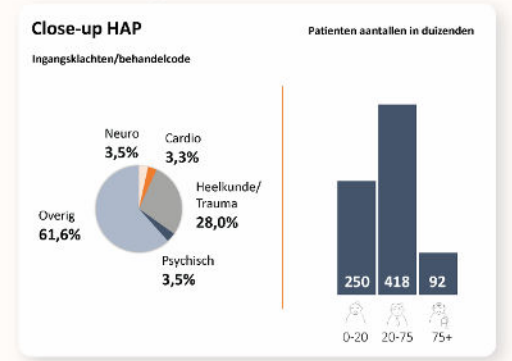
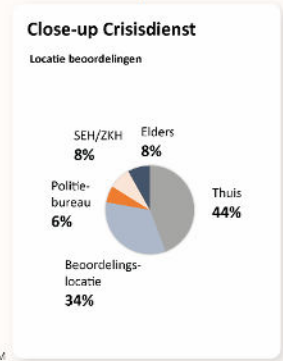
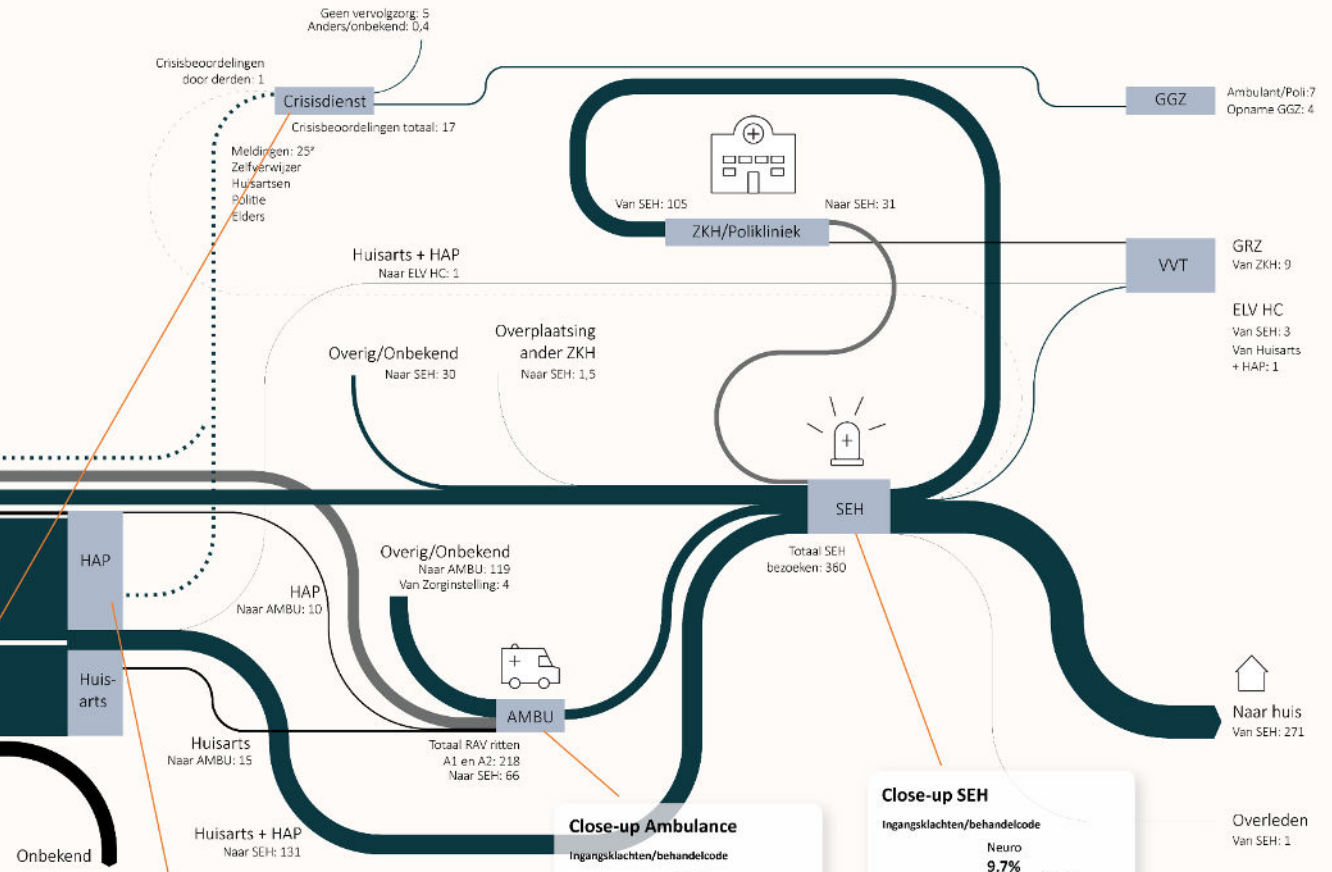
Patienten flow ROAZ NH/FL 2022

In duizenden (x1.000)

Bevolking 2022 ROAZ NH/FL



Meldingen crisisdienst: 25
Zelfverwijzer AMBU: 74
Zelfverwijzer SEH: 100
Zelfverwijzer HAP: 25
Geen zelfverwijzer HAP: 804
Zelfverwijzer Huisarts: 600¹
Digi Zelftriage: 100



- Bron: ROAZ beeld uitvraag 2022 onder de HAP instellingen, SEH locaties en RAV organisaties, GGZ-organisaties en VVT instellingen uit ROAZ regio NH/FL.
- Aantallen betreffen HAP contacten, SEH bezoeken en RAV ritten (A1 en A2), GGZ patiënten en VVT patiënten.
- Door afronding tellen aantallen niet altijd volledig op
- Het ROAZ bureau besteedt de uiterste zorg aan de betrouwbaarheid van de aangeleverde data. Onjuistheden of onvolledigheden zijn echter niet altijd te vermijden. Aan de inhoud van deze figuur kunnen op geen enkele wijze rechten worden ontleend of aanspraken worden gemaakt.

Lijndikte 2,5 pt staat voor 25.000 patiënten
1 Schatting o.b.v. NZA data aangeleverd door het HVM
2 Meldingen GGZ instroom niet volledig

1.2 Samenvatting en conclusies

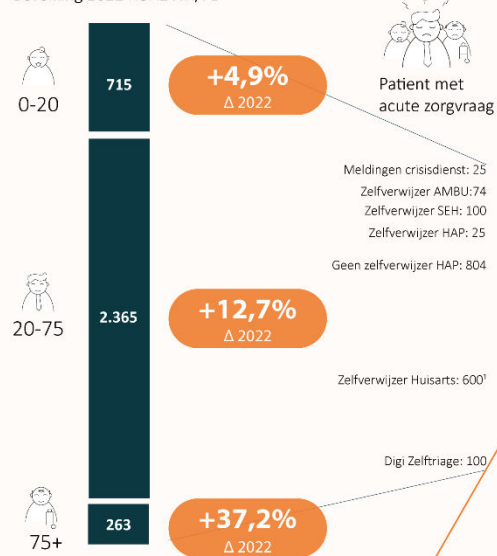
Acute Ketenstromen ROAZ NH/FL 2022-2030 (in, uit en doorstroom)



Patienten flow ROAZ NH/FL 2022 2030

In duizenden (x1.000) Toekomstverkenning

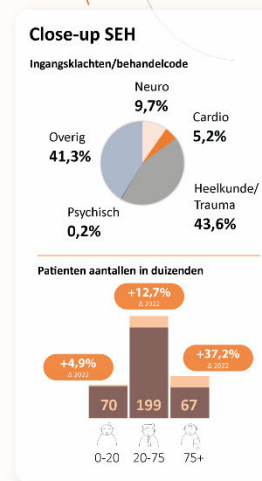
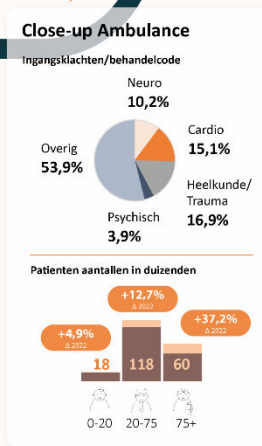
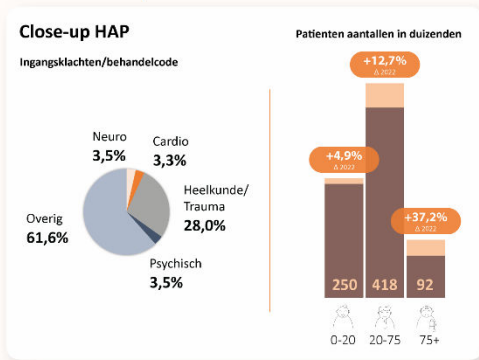
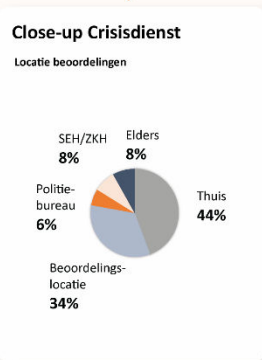
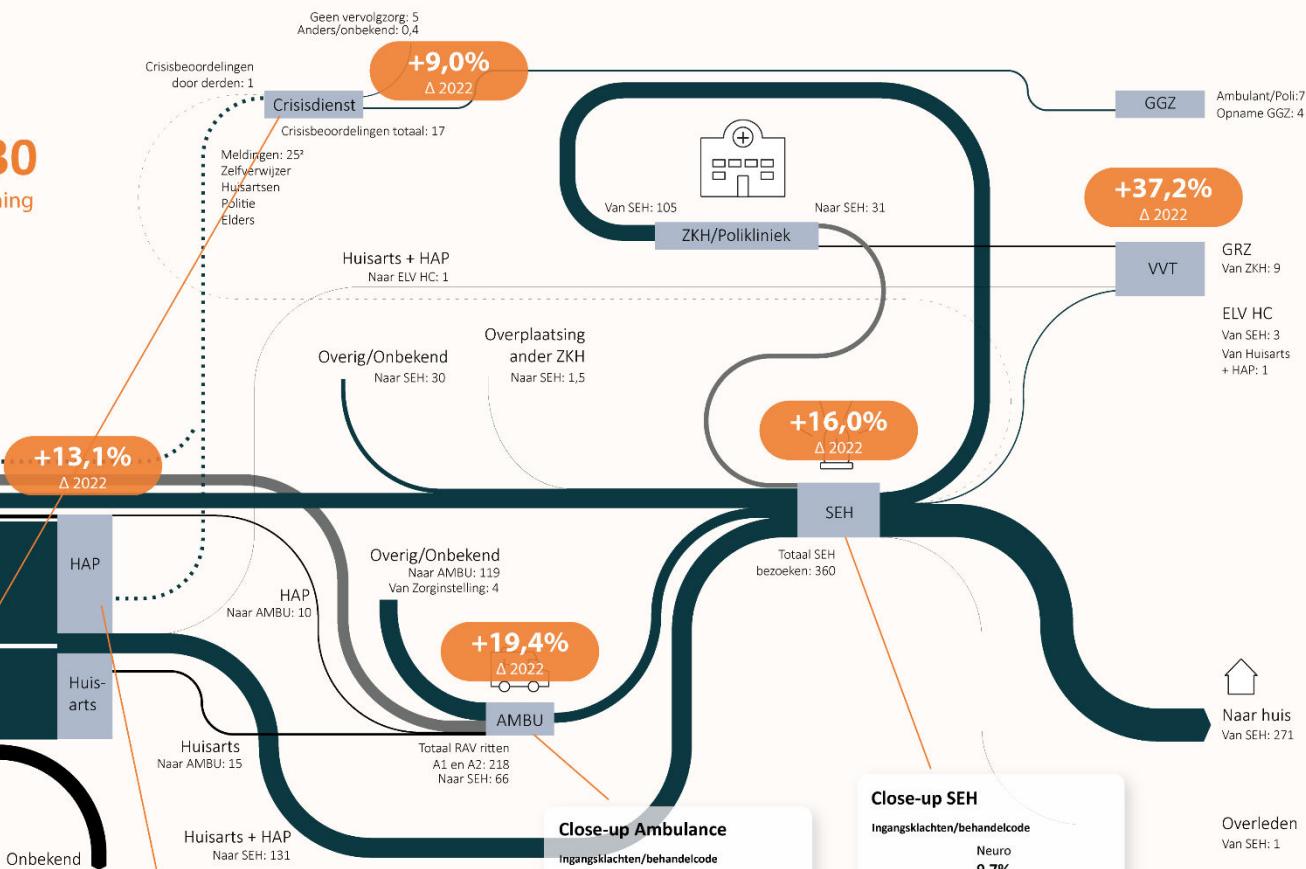
Bevolking 2022 ROAZ NH/FL



Patient met acute zorgvraag

Meldingen crisisdienst: 25
Zelfverwijzer AMBU: 74
Zelfverwijzer SEH: 100
Zelfverwijzer HAP: 25
Geen zelfverwijzer HAP: 804

Zelfverwijzer Huisarts: 600¹
Digi Zelftriage: 100



Lijndikte 2,5 pt staat voor 25.000 patiënten
1 Schatting o.b.v. NZA data aangeleverd door het RIVM
2 Meldingen GGZ instroom niet volledig

- Bron: ROAZ beeld uitvraag 2022 onder de HAP instellingen, SEH locaties en RAV organisaties, GGZ-organisaties en VVT instellingen uit ROAZ regio NH/FL.
- De toekomstverkenning in deze figuur is gebaseerd op leeftijdsgroepen, waardoor het effect van de vergrijzing sterker tot uitdrukking komt in de groeipercentages van de zorgstromen waarbij het aandeel ouderen groter is.
- Aantallen betreffen HAP contacten, SEH bezoeken en RAV ritten (A1 en A2), GGZ patiënten en VVT patiënten.
- Door afronding tellen aantallen niet altijd volledig op
- Het ROAZ bureau besteedt de uiterste zorg aan de betrouwbaarheid van de aangeleverde data. Onjuistheden of onvolledigheden zijn echter niet altijd te vermijden. Aan de inhoud van deze figuur kunnen op geen enkele wijze rechten worden ontleend of aanspraken worden gemaakt.



2. Demografie



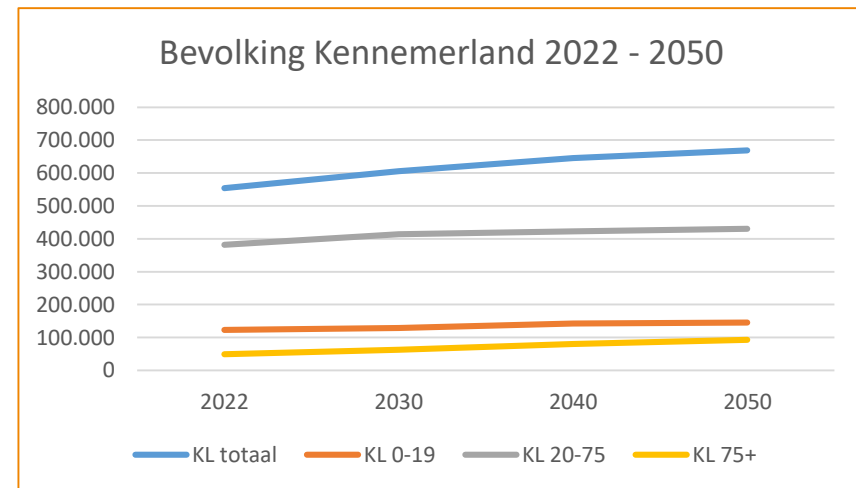
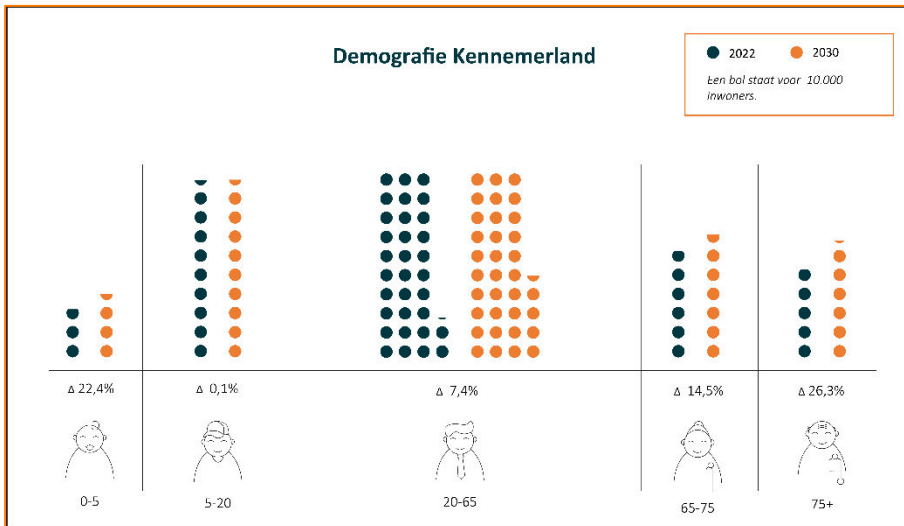
2.1 Demografie



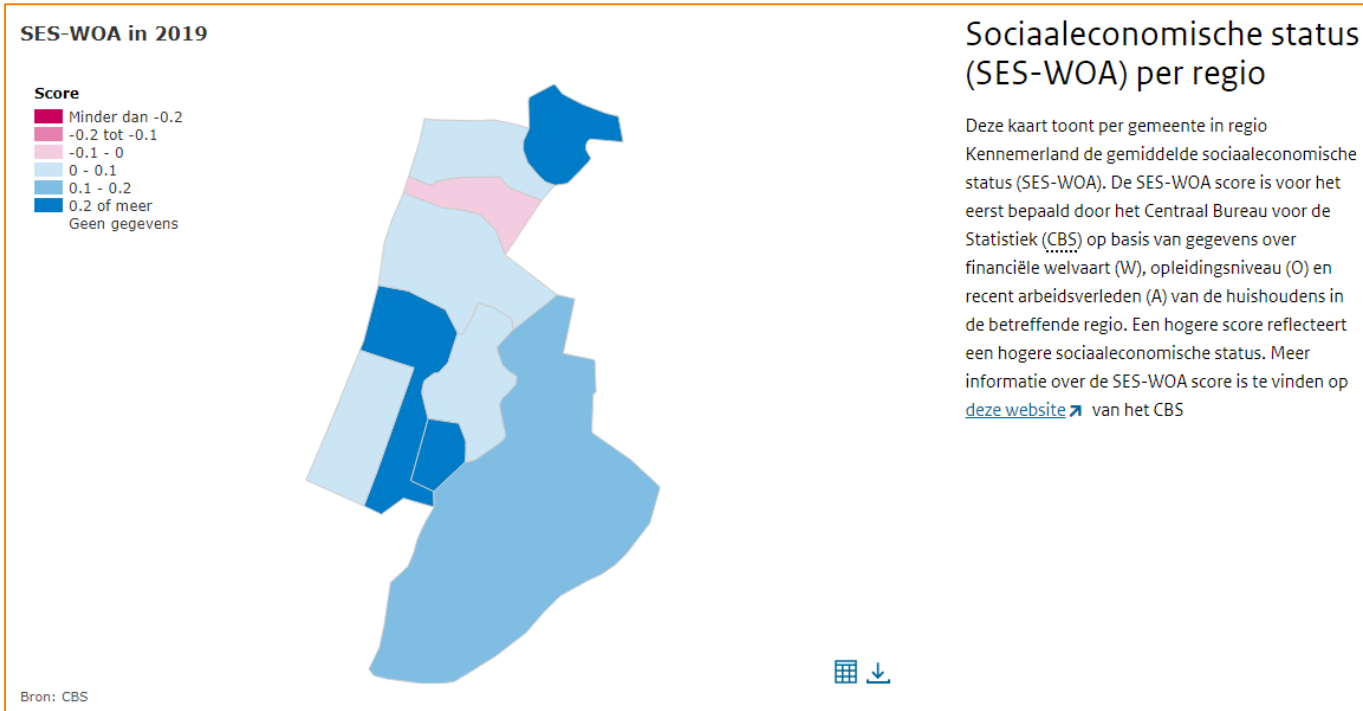
De subregio KL (Kennemerland) heeft ten opzichte van het ROAZ-gemiddelde relatief veel 65+'ers (20% t.o.v. 18%). Het aandeel ouderen en daarmee de groep met de hoogste zorgvraag groeit in 2030 tot 22%. De stijging is vooral te zien bij de groep 75+ (+26%).

De beroepsbevolking (20-65) is relatief klein (57% t.o.v. 61% ROAZ).

De algemene bevolking stijgt ook na 2030 verder van 554.000 in 2022, via 606.000 in 2030 tot 669.000 in 2050.



2.2 Sociaal economische klasse



Sociaaleconomische status (SES-WOA) per regio

Deze kaart toont per gemeente in regio Kennemerland de gemiddelde sociaaleconomische status (SES-WOA). De SES-WOA score is voor het eerst bepaald door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) op basis van gegevens over financiële welvaart (W), opleidingsniveau (O) en recent arbeidsverleden (A) van de huishoudens in de betreffende regio. Een hogere score reflecteert een hogere sociaaleconomische status. Meer informatie over de SES-WOA score is te vinden op [deze website](#) van het CBS

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

Bron tekst: Het RIVM in afstemming met team Data ROAZ beeld LNAZ

2.3 Gezondheidsproblemen in de regio IJmond; een verkenning

Binnen de regio Kennemerland is de regio IJmond een subgebied met specifieke kenmerken en karakteristieken; Voor het huidige ROAZ beeld wordt deze subregio niet apart verkend of geduid met uitzondering van onderstaande conclusies/samenvattingen van het Nivel, de GGD monitor en het RIVM:

Conclusies/samenvattend: Het betreft een ecologische vergelijking over de jaren 2013 – 2019, waaruit blijkt dat onder bewoners van de IJmond vergeleken met beide controlegroepen een relatief groot aantal symptomen statistisch significant vaker gepresenteerd wordt aan de huisarts. (...)

In het studiegebied zijn er meerdere statistisch significant grotere kansen op verscheidene klachten en aandoeningen dan in de twee controlegebieden. Voor de vergelijking met de controlegroep 'industrie' geldt dat inwoners van de IJmond een grotere kans hebben op symptomen van buik of maag, misselijkheid of braken, symptomen van het oog, pijn of druk op de borst, hoofdpijn, duizeligheid, benauwdheid en jeuk. Daarnaast is de kans op chronische aandoeningen van het hart, longkanker en diabetes groter.

Voor de vergelijking tussen het studiegebied en de controlegroep 'platteland' geldt dat de kans op misselijkheid of braken, gastro-enteritis, symptomen van het oog, pijn of druk op de borst, tintelen van vingers/voeten/tenen, een angstig of depressief gevoel, stoornissen van geheugen/concentratie/oriëntatie, benauwdheid, bloedneus, jeuk significant groter is voor inwoners van het studiegebied. Dat geldt tevens voor de chronische aandoeningen van het hart, longkanker, COPD en diabetes.*

GGD 2020 Gezondheidsmonitor

Facsheet: Volwassenen die dichtbij het Tata-Steel terrein wonen, hebben een hoger risico op chronische aandoeningen zoals luchtwegaandoeningen, hart- en vaatziekten en een hoge bloeddruk.

RIVM: De tien postcodegebieden met de hoogste concentraties fijnstof liggen in Beverwijk en Velsen. Inwoners uit deze gebieden blijken 11 tot 16 procent vaker medicijnen te krijgen voor hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk en diabetes. Voor aandoeningen aan de luchtwegen bij volwassenen is dat 5 tot 10 procent vaker.

*Bron tekst: Nivel, rapport gezondheidsproblemen in de regio IJmond; een verkenning: data afkomstig uit de database van huisartsenpraktijken uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (zie: <https://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgregistraties-eerstelijin>)



3. Zorggebruik / zorgaanbod 2022 - 2030

3.1 Berekening toekomstverkenning

- **Beleid neutrale toekomstverkenning:** Om de toekomstige zorgbehoefte te bepalen voor de diverse zorgstromen is een toekomstverkenning opgesteld door het ROAZ bureau gebaseerd op een zelfde berekeningsmethode als het RIVM hanteert bij het opstellen van toekomstverkenningen. De gehanteerde methode houdt rekening met de ontwikkelingen op basis van demografie en verklaart geen andere ontwikkelingen bijvoorbeeld als gevolg van beleidswijzigingen, maatschappelijke factoren, gewijzigde afspraken in de keten of eventuele andere invloeden zoals recent de Corona pandemie. De verkenning is daarom een beleid neutrale toekomstverkenning.
- De toekomstige zorgvraag wordt bepaald door het gemiddelde verhoudingsgetal te berekenen. De som wordt genomen van het totaal aantal patiënten over 2022 en deze wordt gedeeld door de som van de populatie over 2022 (beiden op het niveau van de veiligheidsregio). Het gemiddelde verhoudingsgetal wordt vervolgens vermenigvuldigd met de verwachte bevolkingsomvang in 2030. Het resultaat hiervan levert het te verwachten aantal patiënten voor 2030 op. Deze berekening is uitgevoerd voor de volgende drie leeftijdsgroepen, 0-19 jaar, 20-74 jaar en 75 jaar en ouder. Bij deze berekening is de omvang van de huidige en verwachte populatie op het niveau van de veiligheidsregio gebruik gemaakt van de bevolkingsprognose van het CBS/PBL naar 5-jaars leeftijdsklassen, editie 2022.
- Daar waar geen informatie bestaat over de huidige leeftijdsverdeling van specifieke zorgstromen is voor de voorspelling een keuze gemaakt voor de extrapolatie van een deel van de bevolking. Zo is bijvoorbeeld voor de VVT de populatie 75+ gebruikt en voor de acute GGZ de populatie 20+.
- Voor de personele toekomstverkenning FZO (Fonds Ziekenhuis Opleidingen) beroepen geldt de berekeningssystematiek volgens het expert scenario. Deze is uitgevoerd t/m 2029 op basis van de meest recente verkenning van het Capaciteitsorgaan.

3.2 Rekenmodel FZO-beroepen

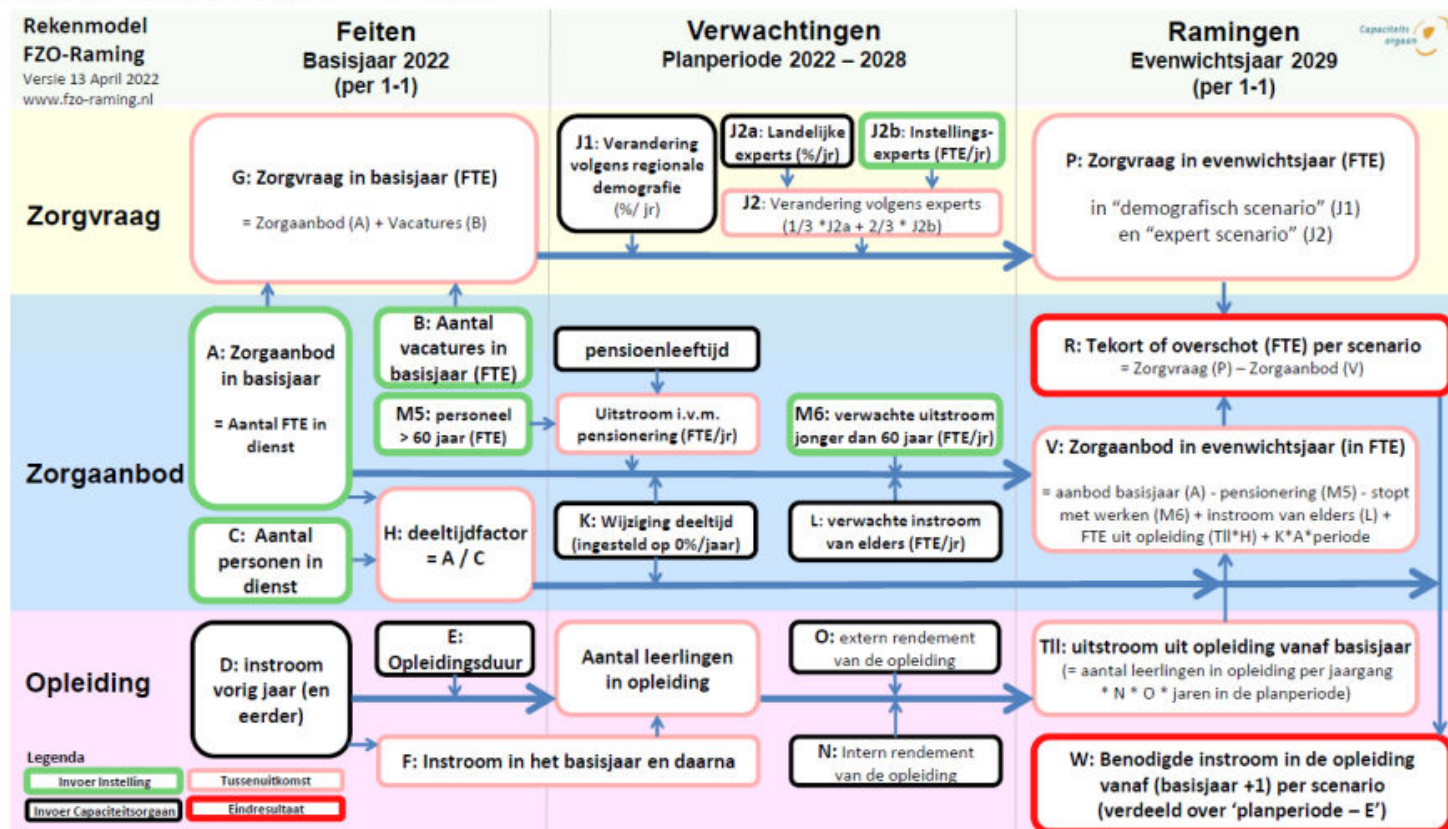
Het capaciteitsorgaan gebruikt bij de berekening van benodigd personeel en de tekorten daarbij het bijgaand model.

Het capaciteitsorgaan gebruikt hiervoor twee verschillende soorten scenario's. Wij hebben in het rapport het expert scenario genomen.

Demografisch scenario: de groei van de zorgvraag wordt alleen gebaseerd op de demografische ontwikkeling van de Nederlandse bevolking. Door bevolkingsgroei en vergrijzing is de verwachting dat er meer vraag naar zorg komt. Dit wordt berekend op basis van onder andere de bevolkingsprognoses van het CBS.

Expert scenario: naast demografische ontwikkelingen zijn er nog een groot aantal factoren die de vraag kunnen beïnvloeden, zoals nieuwe technieken, verwachtingen vanuit de maatschappij, politieke besluitvorming, bekostiging of taakverschuiving. Al deze factoren worden niet meegenomen in het demografisch scenario. Binnen het expert scenario doen experts een inschatting van de omvang van deze ontwikkelingen. Voor 2/3 wordt dit opgebouwd uit de verwachtingen die zorginstellingen doorgeven. Voor 1/3 wordt dit gebaseerd op landelijke bijeenkomsten met experts vanuit beroepsverenigingen en opleidingsorganisatie, aangevuld door informatie uit literatuur, andere gesprekken en overige bronnen.

Figuur 1: Rekenmodel FZO-beroepen



3.3 Huisartsenpost (HAP)

HAP's Kennemerland

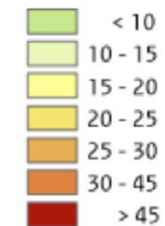
- HAP Midden Kennemerland (ANW)
- HAP Haarlemmermeer (ANW)
- HAP Haarlem Zuid (ANW)
- HAP Haarlem Noord (AW)

Alle vier de HAP's zijn verbonden aan een SEH

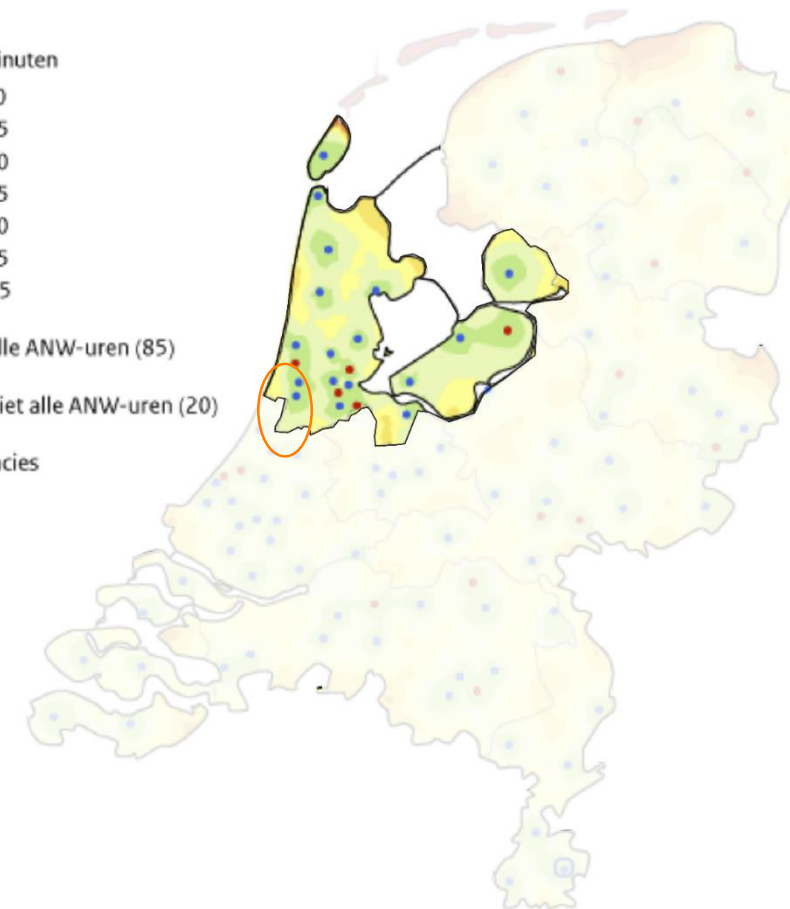
Reistijd naar dichtstbijzijnde huisartsenpost

Per auto, 105 locaties, peildatum december 2022

Reistijd in minuten



- HAP alle ANW-uren (85)
- HAP niet alle ANW-uren (20)
- Provincies



Bron: Gebaseerd op Benchmark huisartsenposten 2021 (InEen, 2022); bewerkt door RIVM en [Drive Time Matrix](#)

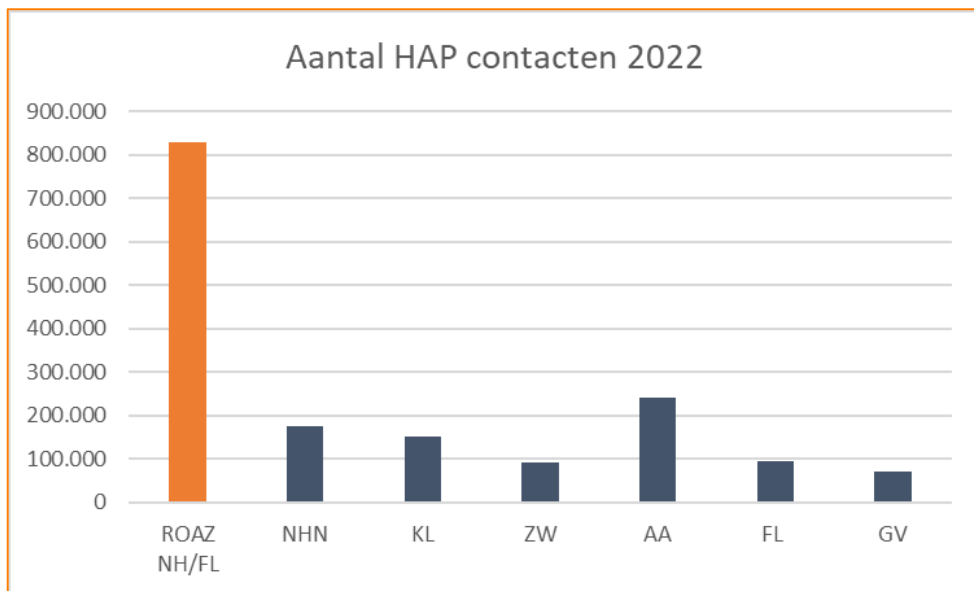
3.3.1 Zorggebruik HAP

Bron en type gegevens zorggebruik HAP's

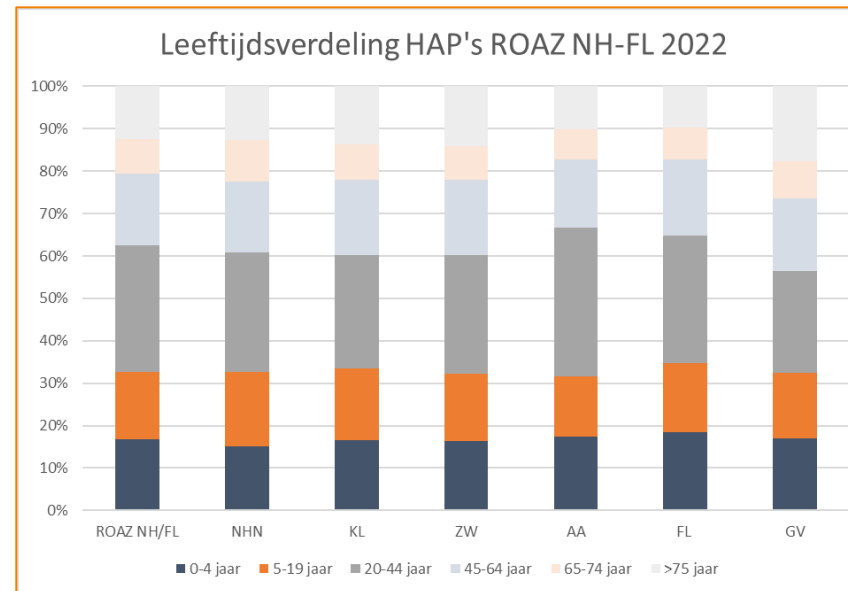
De huidige zorgvraag voor de HAP's in de ROAZ regio NH-FL is bepaald door een uitvraag onder de HAP instellingen naar het aantal HAP contacten over 2022. Daarnaast is op het niveau van de HAP gevraagd naar het aantal HAP contacten met uitsplitsingen naar leeftijd, urgentie, type zorgcontact, tijdstip contact, werkdiagnose, herkomst en bestemming. Ook is gevraagd naar de personele capaciteit en enkele relevante kwaliteitsindicatoren zoals het aantal telefonische contacten met de spoedlijn van de HAP volgens de bereikbaarheidsnormen uit het kwaliteitskader. Daarnaast is de (voormalige) trendmonitor van het ROAZ bureau ook een bron van dezelfde type gegevens van voorgaande jaren. Waar mogelijk wordt een vergelijking gemaakt met 2019 (het jaar voor de Covid-19 pandemie).

De subregio Kennemerland verwerkte in 2022 151.792 HAP contacten. Dit is 18% van alle HAP contacten in het ROAZ gebied NH-FL.

Bijna tweederde van de HAP bezoekers is jonger dan 45 jaar. Het aandeel van HAP bezoekers (in de regio KL) in de leeftijdsklasse 20-44 jaar ligt 3% lager (27%) in vergelijking met het ROAZ totaal (30%) en het aandeel HAP bezoekers 75 jaar en ouder ligt 2% hoger (14%) in de subregio Kennemerland dan het ROAZ totaal (12%).



Bron: ROAZ beeld uitvraag ROAZ bureau NH-FL, analyse ROAZ bureau NH/FL.



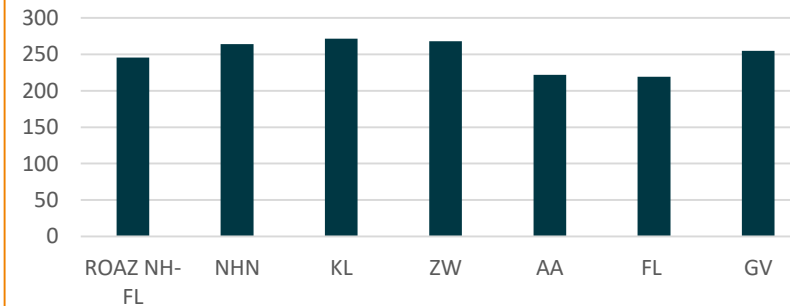
*HAP West- Friesland kon geen gegevens uitgesplitst naar leeftijd aanleveren in 2022, dezelfde verdeling naar leeftijd is toegepast zoals aangeleverd in 2019.

3.3.2 Zorggebruik HAP

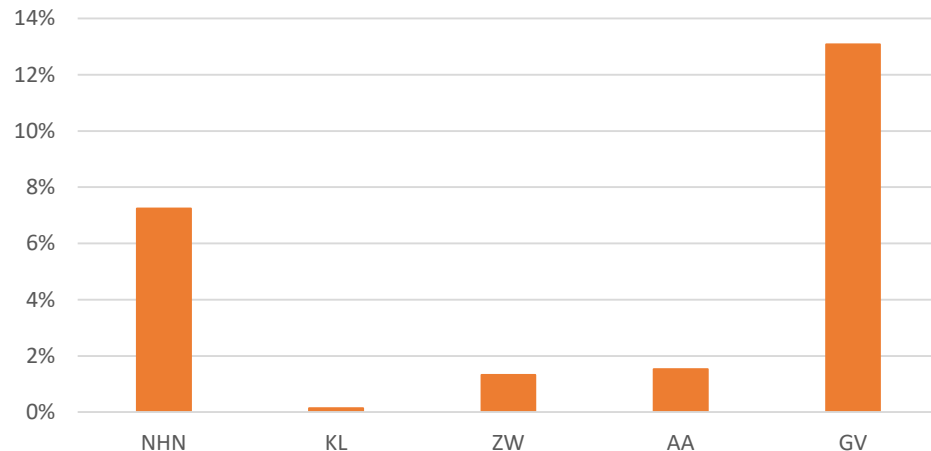
De subregio Kennemerland heeft een hoger aantal HAP contacten (272) per 1000 inwoners in vergelijking met de totale ROAZ regio NH-FL (246). Dat geldt ook voor alle leeftijdsklassen (0-19 jr, 20-74 jr en 75+) in de regio KL, waarbij de leeftijdsklassen 0-19 jr (410) en 75+ (418) het hoogste aantal HAP contacten heeft per inwoner.

Ten opzichte van het laatste jaar voor COVID (2019) is het aantal HAP contacten gestegen met 0,1% in de regio Kennemerland.

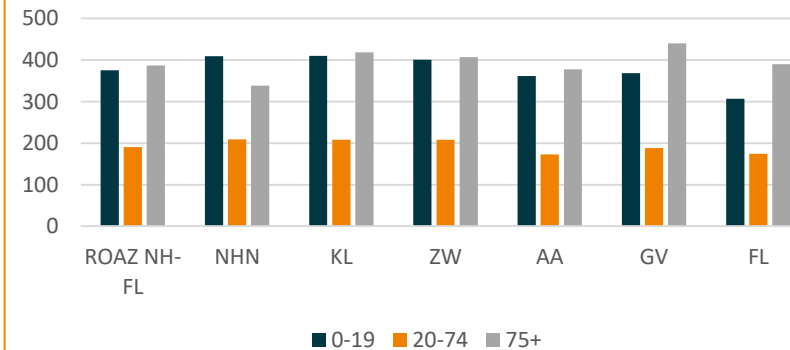
Aantal HAP contacten per 1000 inwoners
2022



Verandering aantal contacten HAP 2022 t.o.v.
2019 (in %)



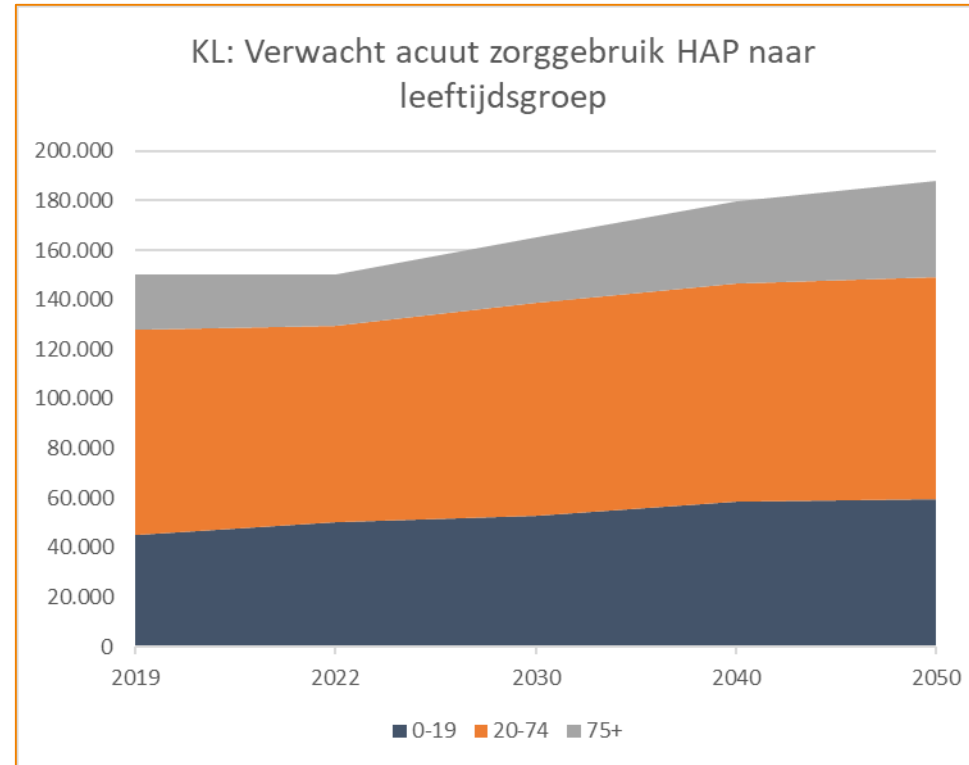
Aantal HAP contacten per 1000 inwoners
2022 naar leeftijd



*HAP West- Friesland kon geen gegevens uitgesplitst naar leeftijd aanleveren in 2022, dezelfde verdeling naar leeftijd is toegepast zoals aangeleverd in 2019.

3.3.3 Verwacht zorggebruik HAP 2019 - 2050

Op basis van de demografische ontwikkelingen waarin leeftijdsgroepen (0-19 jr, 20-74 jr, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een stijging van het aantal HAP contacten te verwachten t/m 2030 van 9,8%. Voor de leeftijdsklasse 75+ betekent dit een stijging van 26% t/m 2030.





3.3.4 Zorggebruik HAP

Urgentie

De subregio KL verwerkt in vergelijking met het hele ROAZ gebied NH-FL procentueel meer contacten in urgentieklasse t/m 2 (21% versus 18%) en 4 en 5 (52% versus 44%). Het aandeel in urgentieklasse 3 ligt juist lager (27% versus 38%).

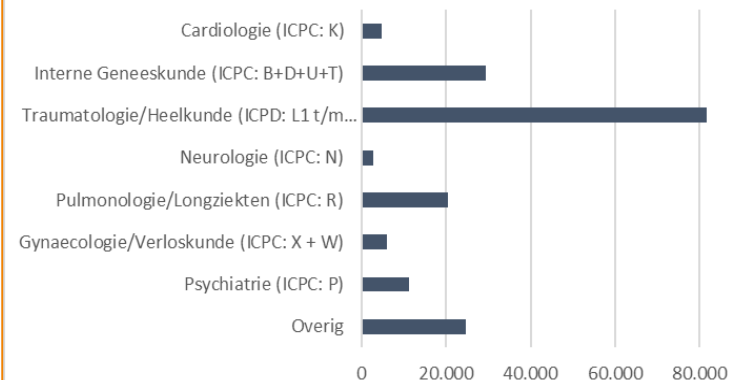
Type zorgcontact

De HAP's in de subregio Kennemerland verwerken in vergelijking met de totale ROAZ regio NH-FL een groter aandeel telefonische consulten (20% versus 12%). In de uitvraag is gevraagd naar het aantal videoconsulten, de ingevulde aantallen zijn voor nagenoeg alle HAP's zeer laag en zijn daarom niet opgenomen in onderstaand overzicht.

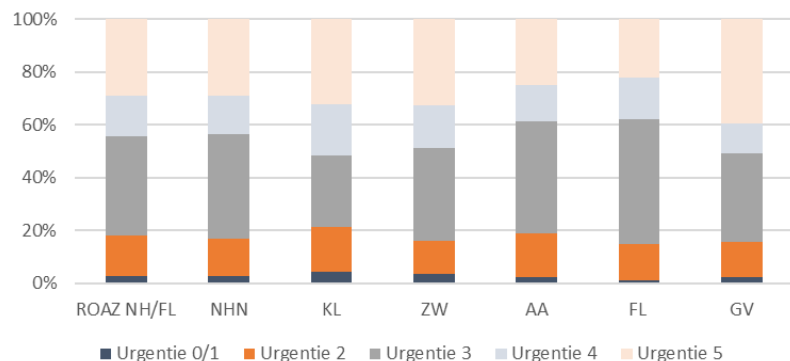
Werkdiagnose

De meeste HAP contacten hebben de werkdiagnoses Interne Geneeskunde of Traumatologie.

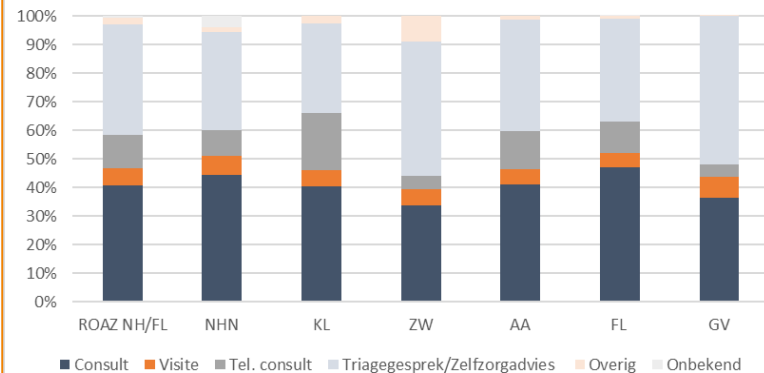
Werkdiagnose HAP's regio KL 2022



Urgentie's HAP's ROAZ NH-FL 2022



Type Zorgcontact HAP's ROAZ NH-FL 2022



3.3.5 Bereikbaarheid HAP

Digitale zelftriage (2022)			
	Zelftriage geïntegreerd op de website	Koppeling zelftriage met EPD HAP	aantal afgeronde zelftrages
Kennemerland			
Haarlemmermeer	ja	nee	2.835
Haarlem Zuid/Noord	ja	komt	wordt uitgezocht
Midden Kennemerland	nee	nee	nvt

Er wordt door de verschillende HAP's niet voldaan aan alle normen uit het kwaliteitskader, met name de telefonische bereikbaarheid van de niet-spoedlijn binnen 2 minuten.

Bereikbaarheid (2022)				
	KK 3.2.3 Norm: 98% tel. spoed binnen 30 seconden opgenomen	KK 3.2.4 Norm: 75% tel. nietspoed binnen 2 minuten opgenomen	KK 3.2.9 Norm: 98% U2 binnen 60 minuten ter plaatse	KK 3.2.8 Norm: 90% bereikbaarheid binnen 30 minuten
ROAZ	86% - 99%	11% - 74%	42% - 92%	100%
Kennemerland				
Haarlemmermeer	96%	63%	90%	100%
Haarlem Zuid/Noord	97%	26%	69%	100%
Midden Kennemerland	99%	21%	82%	100%

3.3.6 Personeel huisartsenzorg

Personen werkzaam in de huisartsenzorg (2022-2030 referentiescenario)					
Regio	Arbeidsvraag 2022	Toename 2030 zorg en arbeidsvraag	Arbeidsvraag 2030	Arbeidsmarktsaldo 2030	Tekort % 2030
ROAZ NH/FL	6.300	15,9%	7.300	-900	-12,3%
NHN	1600	12,5%	1.800	-200	-11,1%
KL+Amstelland	1400	14,3%	1.600	-200	-12,5%
ZW	800	12,5%	900	-100	-11,1%
Amsterdam	1300	23,1%	1.600	-200	-12,5%
FL	500	20,0%	600	-100	-16,7%
GV	700	14,3%	800	-100	-12,5%

Bron: ABF Research (<https://www.prognosemodelzw.nl/>)

- Er zijn geen personeelsgegevens beschikbaar specifiek over de acute huisartsenzorg.
- Bijgaande gegevens hebben betrekking op de gehele sector huisartsenzorg.
- Het betreffen functies op MBO en HBO-niveau.
- Het referentiescenario is een scenario gebaseerd op demografische ontwikkelingen per regio.
- Getallen afgerond naar beneden op 100-tal.
- De zorgvraag in de huisartsenzorg neemt tot 2030 toe met 16%.
- Voor de gehele ROAZ-regio wordt voor de huisartsenzorg in 2030 een tekort voorspeld van 900 medewerkers (-12%).

3.4 Ambulancezorg

Ambulance Kennemerland – Witte Kruis

Capaciteit

- Aantal parate ambulances in 2022: 28
- Standplaatsen (4):
 - Heemskerk
 - Velsen
 - Haarlem
 - Hoofddorp

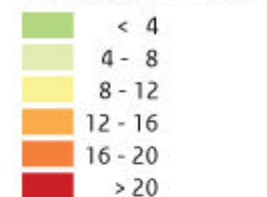
Kwaliteit

- A1 inzetten binnen 15 minuten (norm 95%): 95%
- A1 CVA-inzet totaal binnen 45 minuten: 80% (landelijke streefwaarde: 80%)
- A1 PCI-inzet totaal binnen 45 minuten: 36% (voorlopige landelijke streefwaarde 53%)

Rijtijd vanaf dichtstbijzijnde ambulancestandplaats 2022

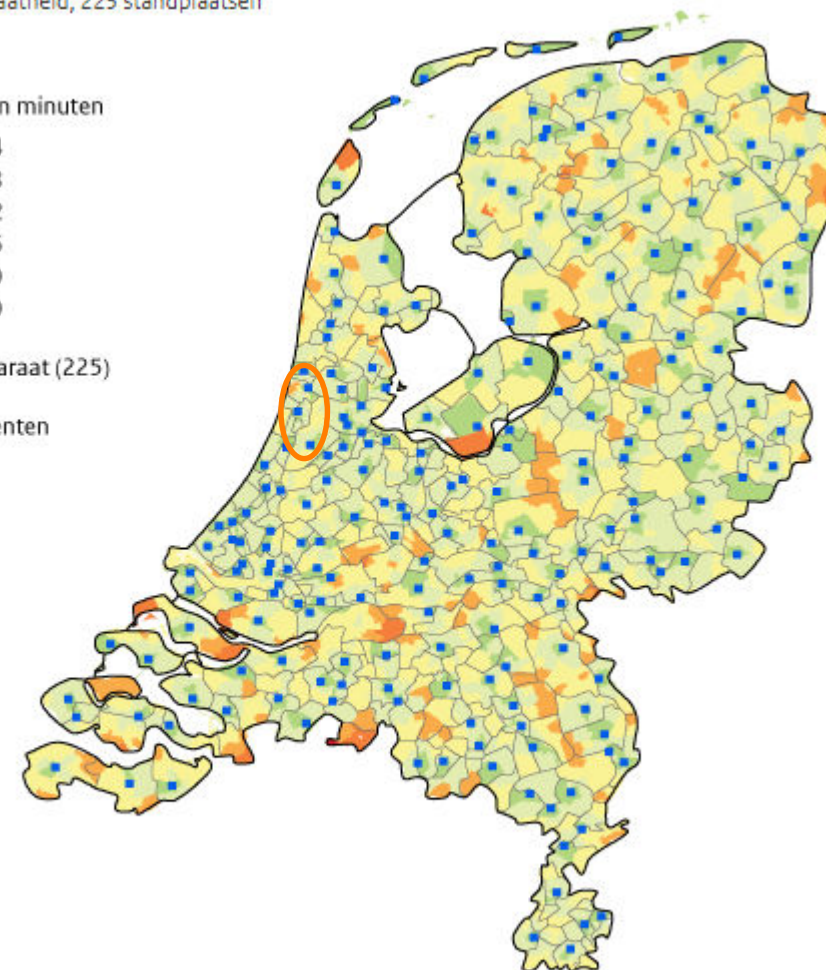
24/7-uurs paraatheid, 225 standplaatsen

Netto rijtijd in minuten



■ 24/7 paraat (225)

— Gemeenten



Bron: [RIVM](#), juli 2022

3.4.1 Zorggebruik Ambulancezorg

Bron en type gegevens zorggebruik RAV's

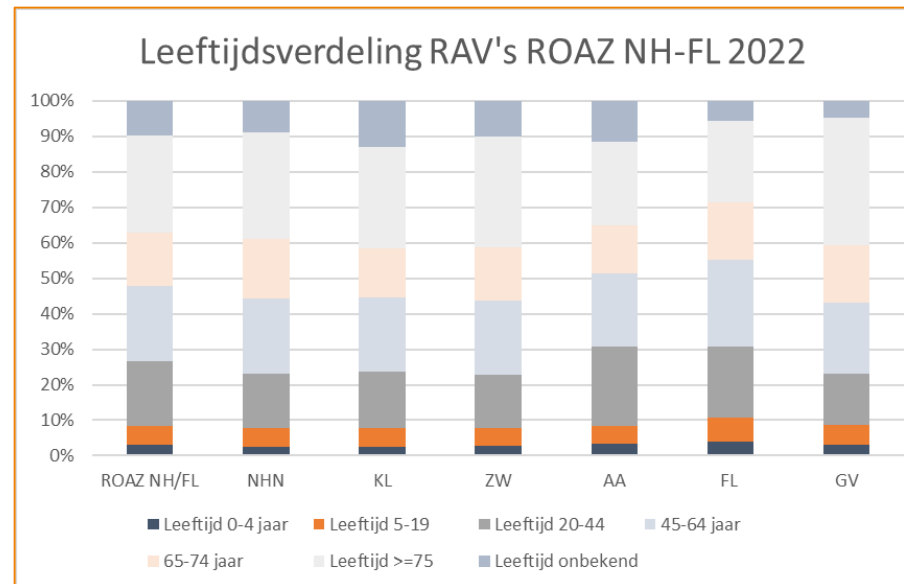
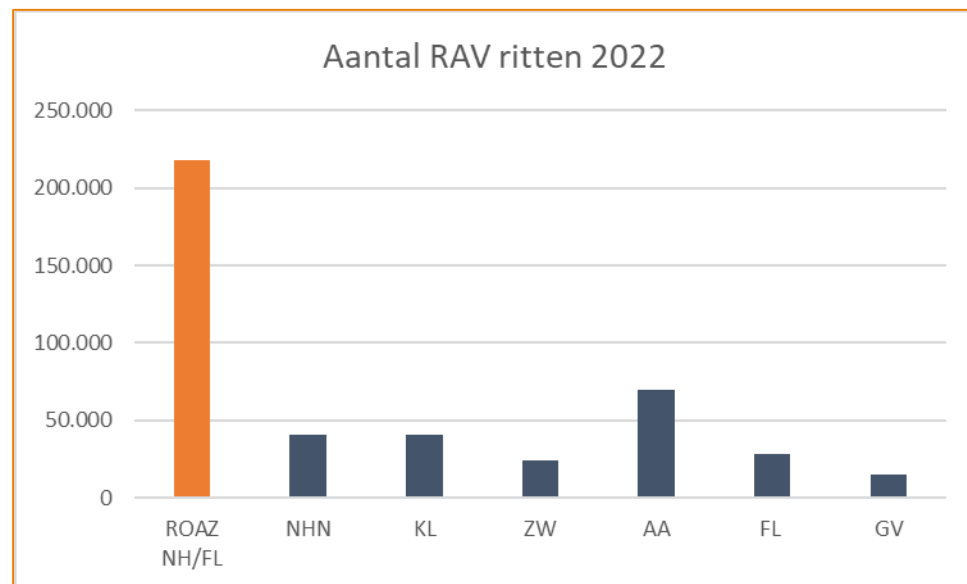
De huidige zorgvraag voor de RAV's in de ROAZ regio NH-FL is bepaald door een uitvraag onder de RAV's naar het aantal RAV ritten over 2022. Op het niveau van de RAV is gevraagd naar het aantal RAV ritten met uitsplitsingen naar leeftijd, urgentie, aard spoedeisende inzet, tijdstip inzet, vermoedelijk specialisme, aanvrager en bestemming. Ten slotte zijn ook de personele capaciteit en enkele relevante kwaliteitsindicatoren zoals het percentage A1 ritten binnen 15 minuten (gerelateerd aan de bereikbaarheidsnormen uit het KK (kwaliteitskader) meegenomen. De (voormalige) trendmonitor van het ROAZ bureau is tevens een bron van dezelfde type gegevens van voorgaande jaren. Waar mogelijk wordt een vergelijking gemaakt met 2019 (het jaar voor de Covid-19 pandemie).

Inclusie criteria ritten

A1 en A2 ritten, declareerbare ritten (inzetten waarbij de patiënt vervoerd wordt), EHGv-inzet (Eerste Hulp Geen Vervoer/mobiel zorgconsult: altijd contact met de patiënt), afgebroken ritten, loze ritten en interregionale ritten.

De subregio Kennemerland verwerkt in 2022 40.202 ritten. Dit is 18% van alle RAV ritten in het totale ROAZ gebied.

Het aandeel ritten binnen de leeftijdsklasse 75+ is groter voor de regio KL (29%) dan het ROAZ totaal (27%). Het grootste aandeel ritten valt, net als in de totale ROAZ regio binnen de leeftijdsklasse ouder dan 65 jaar.

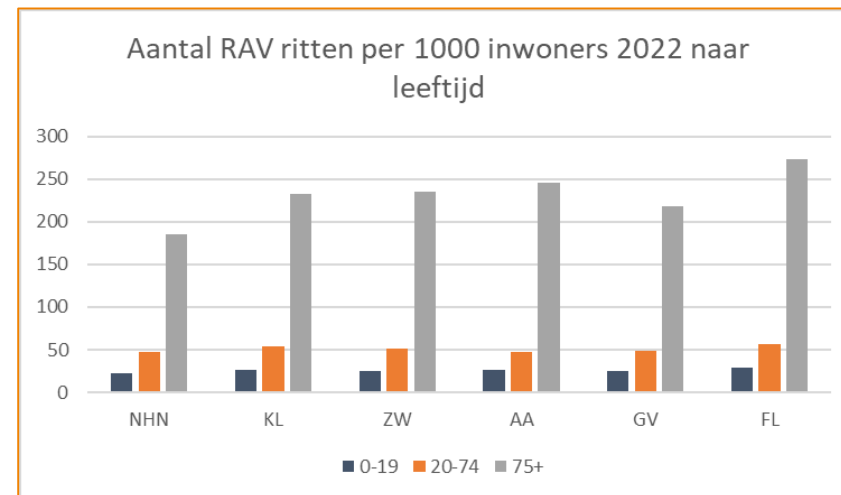
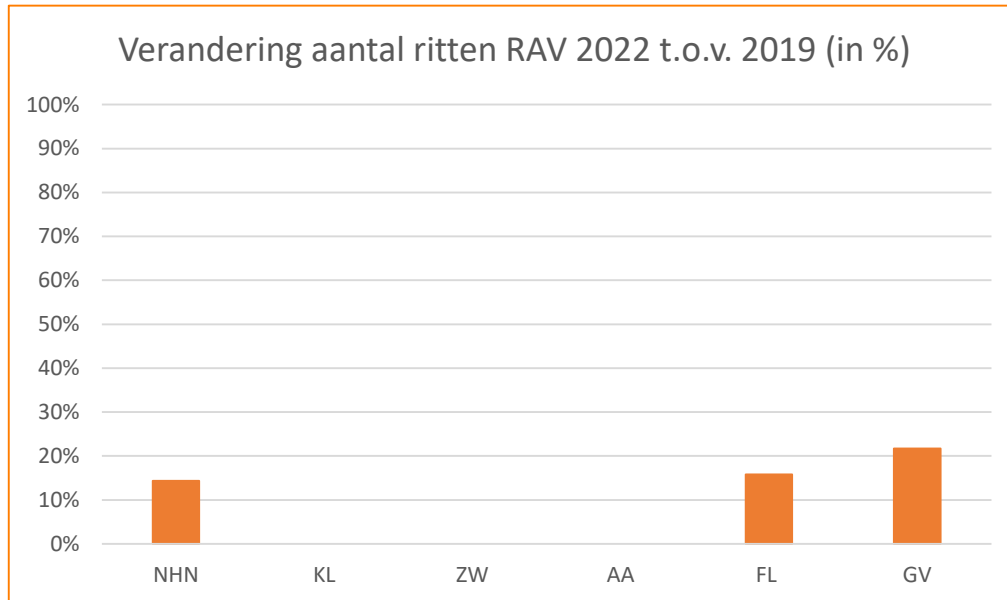
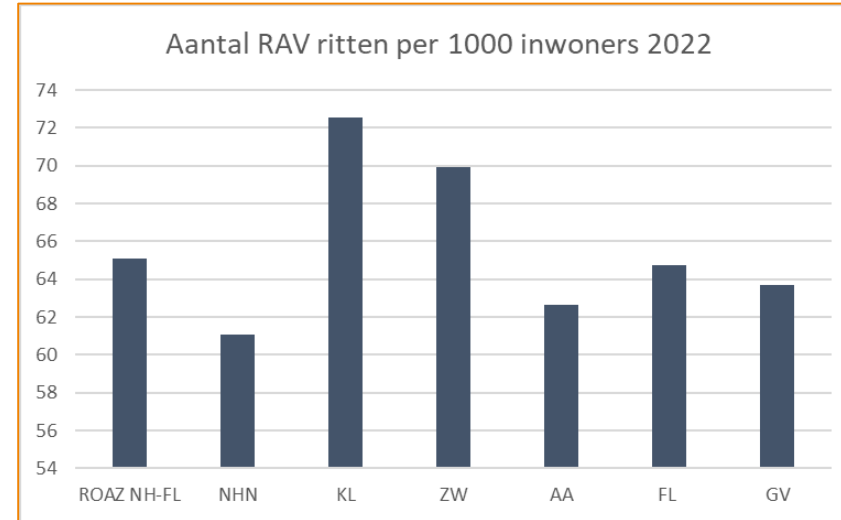


Bron: ROAZ beeld uitvraag ROAZ bureau NH-FL, analyse ROAZ bureau NH/FL.

3.4.2 Zorggebruik Ambulancezorg

Het aantal ritten per 1000 inwoners ligt hoger (73) in vergelijking met de totale ROAZ regio (65).

Het aantal ritten per inwoner (232) ligt hoger bij de leeftijdsklasse 75+, zoals ook bij de overige subregio's.

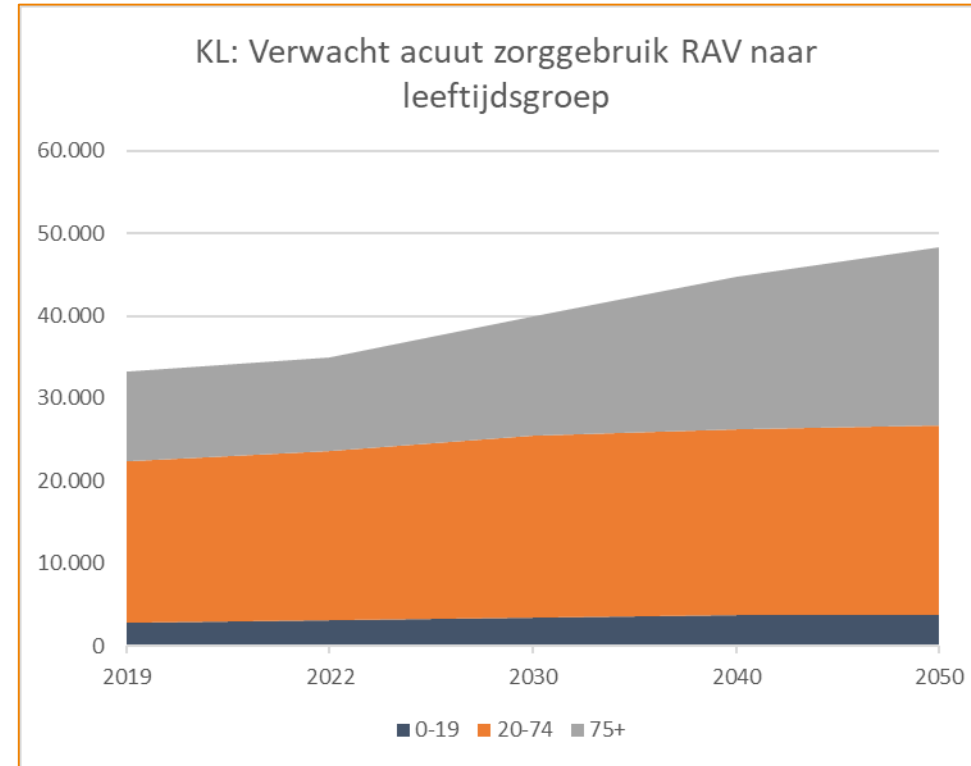


*De gegevens van regio's ZW en AA worden in bovenstaande grafiek niet apart getoond omdat ZW en AA in 2019 gezamenlijk aanleverden. Ook KL wordt niet getoond vanwege wijziging in aanlevercriteria t.o.v. 2019.

3.4.3 Verwacht zorggebruik Ambulancezorg 2019 - 2050

Op basis van de totale demografische ontwikkelingen waarbij leeftijdsgroepen (0-19, 20-74, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een totale toename van het aantal A1 en A2 ritten te verwachten van 14% t/m 2030. Met name de leeftijdsgroep 75+ stijgt sterker met 26% t/m 2030 en 49% t/m 2050.

Het aantal parate ambulances in 2022 is 28 en de verwachting op basis van demografische groei zal dit aantal met 3 moeten toenemen in 2030.



3.4.4 Zorggebruik Ambulancezorg

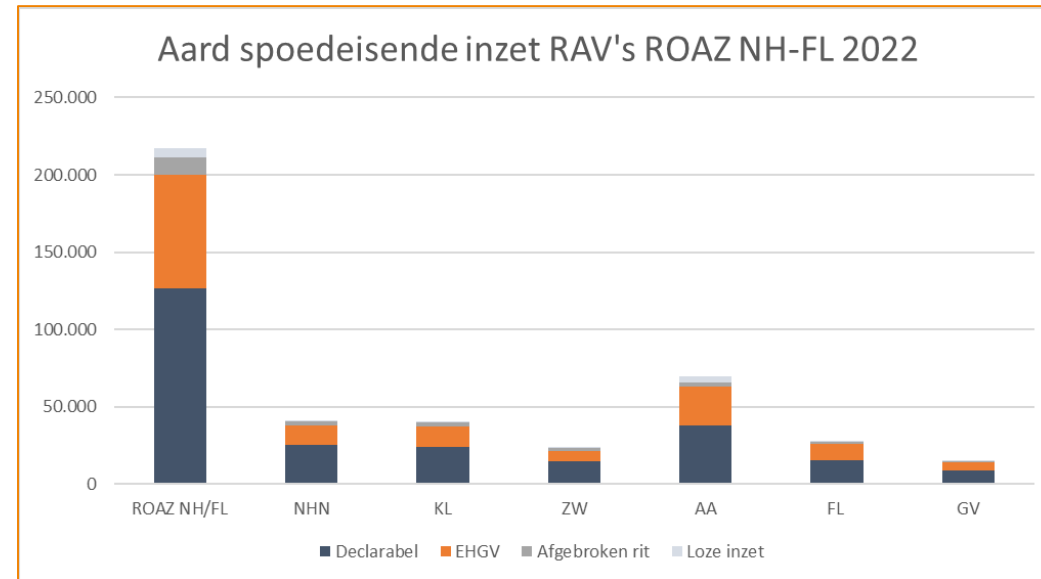
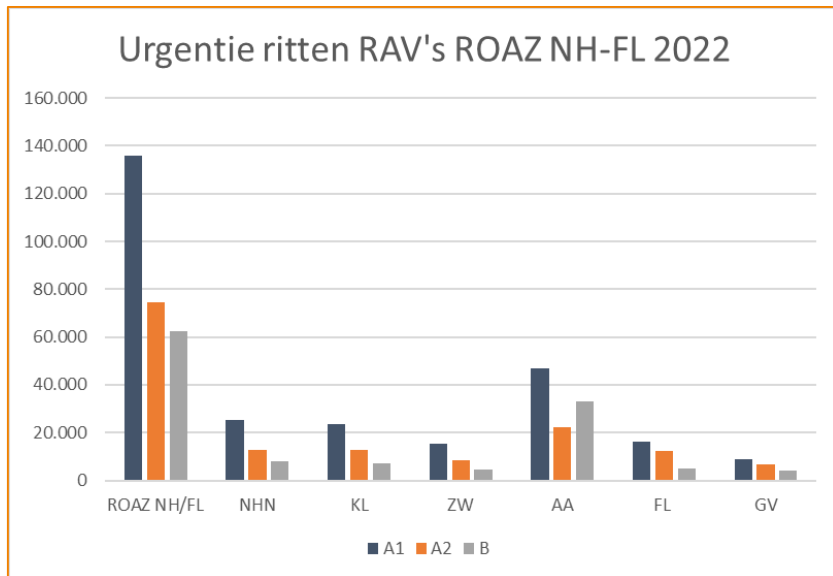
Urgentie

De subregio Kennemerland verwerkt in vergelijking met het hele ROAZ gebied NH-FL afgerond 4% meer A1 ritten, 2% meer A2 ritten en 5% minder B ritten.

Ten opzichte van 2019 laat de regio NHN een stijging van 2% zien van het aantal A1 ritten in 2022 en een daling van 3% van het aantal B ritten.

Aard spoedeisende inzet

Het aandeel declarabele ritten binnen RAV KL (60%) ligt 2% hoger dan het aandeel binnen het ROAZ totaal (58%).



3.4.5 Ambulance verpleegkundigen

Ambulance-verpleegkundigen				
Regio	FTE 2022 (werkzaam)	FTE 2029 nodig*	Vacaturegraad 2022	Instroomadvies per jaar
ROAZ NH/FL	487	580		45
NHN			1,0%	8
KL			1,3%	7
ZW			17,1%	7
AA			9,1%	12
FL			9,0%	4
GV			3,2%	7

- In het ROAZ-gebied waren er in 2022 487 FTE ambulance verpleegkundigen werkzaam. Het betreft hier zowel de verpleegkundigen op de ambulance als de verpleegkundig centralisten op de meldkamer.
- Er zijn geen gegevens bekend over de verdeling over de subregio's.
- In de regio's ZW, AA en FL hebben te maken met een hoge vacaturegraad van respectievelijk 17%, 9% en 9%.
- Het capaciteitsorgaan gaat uit van een stijging van 19% van het aantal FTE ambulance verpleegkundigen in 2029.
- Hiervoor is een jaarlijkse instroom in de opleiding nodig van 45 nieuwe verpleegkundigen.

3.4.6 Mobiel Medisch Team (MMT)

- Het MMT met standplaats Amsterdam UMC (VUmc) is één van de vier landelijke MMT's. Het inzetgebied is veel groter dan de regio dan de ROAZ-regio Noord-Holland en Flevoland alleen.
- Het aantal inzetten met de helikopter is tussen 2019 en 2022 gestegen met 20%. De inzet van de auto was in deze periode stabiel.
- Medio 2023 verhuist de standplaats van het MMT naar de locatie Heliport in het Westelijk havengebied.
- Het aantal oproepen voor het MMT stijgt tot 2030 met 8%

MMT 2022 - 2030						
	Oproepen 2022	Inzet 2022	Cancel 2022	Oproepen 2030*	Inzet 2030*	Cancel 2030*
Auto	1.458	661	797	1.579	716	863
Helikopter	3.080	1.205	1.875	3.336	1.305	2.031
Totaal	4.538	1.866	2.672	4.915	2.021	2.894

*Op basis algemene groei bevolking ROAZ (8%)

De vier MMT's in Nederland verzorgen MMT-zorg voor alle inwoners.

Het totaal aantal oproepen per jaar is gestegen van 11.760 in 2020 naar 12.763 in 2021 en 15.498 in 2022.

Dat is een totaal gemiddelde per dag in Nederland van respectievelijk 32 , 35 en 42 oproepen.

Om de dekking te verbeteren in een aantal gebieden in Nederland is, na onderzoek, een verzoek gedaan voor uitbreiding van MMT-teams. VWS heeft dit verzoek in behandeling, Na effectuering van deze uitbreiding zal de verwachte dekking van MMT-zorg binnen 20 minuten in Nederland voor de daglicht situatie stijgen naar 83,4%.

Met deze uitbreiding zijn de MMT's voorbereid op de toekomst.

*Tekst aangeleverd door MMT-NL

3.5 Ziekenhuizen - SEH

SEH's Kennemerland

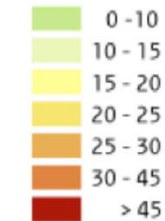
- RKZ, traumalevel 2 + brandwondencentrum
- Spaarne Gasthuis Haarlem-Zuid, traumalevel 2
- Spaarne Gasthuis Haarlem-Noord, traumalevel 3 (8.00 – 23.00)
- Spaarne Gasthuis Hoofddorp, traumalevel 3

De drie 24/7 SEH's zijn binnen 45 minuten met de auto bereikbaar.

Reistijd naar dichtstbijzijnde ziekenhuis met SEH 2022

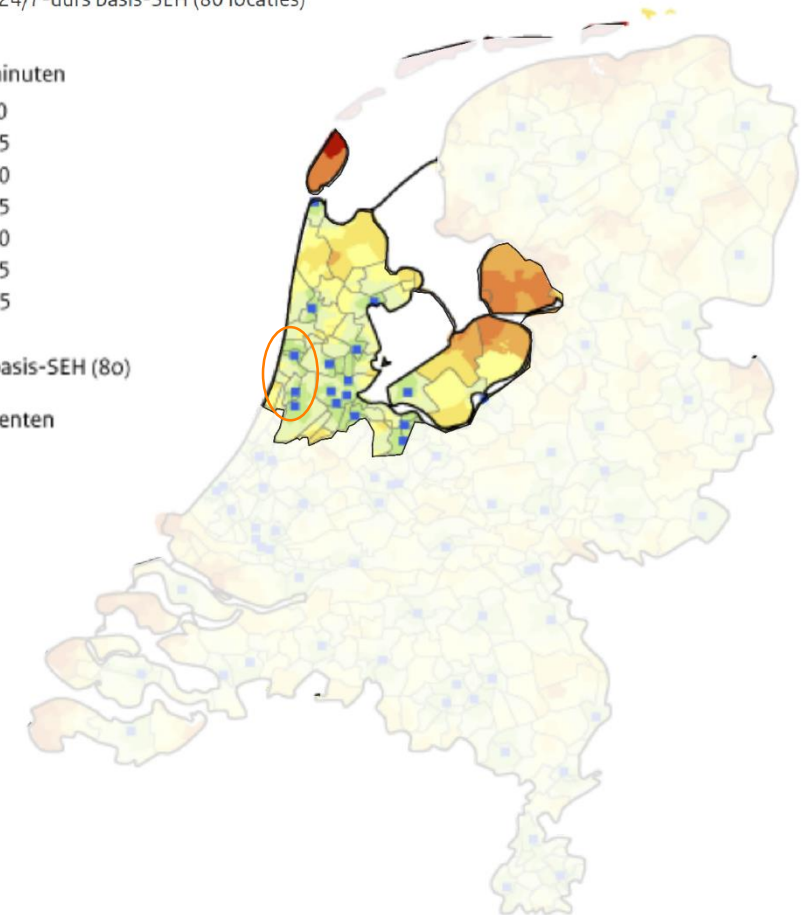
Met de auto, 24/7-uurs basis-SEH (80 locaties)

Reistijd in minuten



 24/7 basis-SEH (80)

 Gemeenten



Bron: [RIVM, juli 2022](#); [Drive Time Matrix, 2022](#)

3.5.1 Zorggebruik SEH

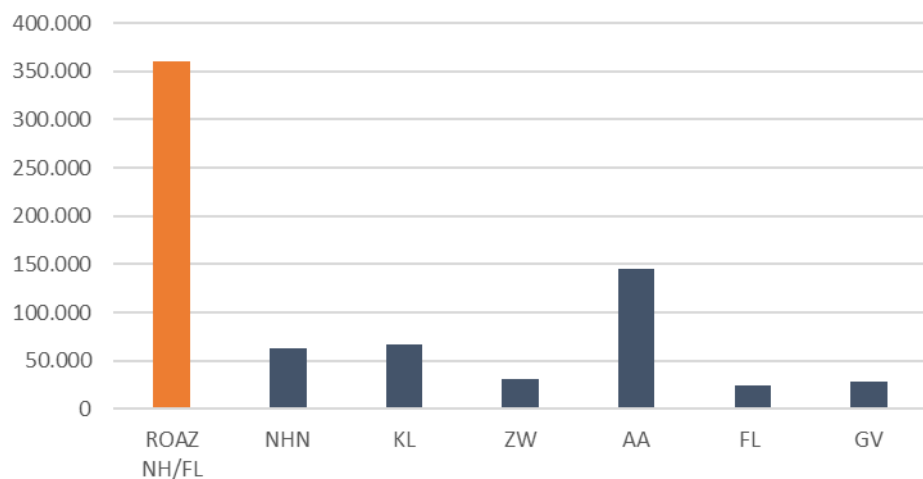
Bron en type gegevens zorggebruik SEH's

De huidige zorgvraag voor de SEH's in de ROAZ regio NH-FL is bepaald door een uitvraag gehouden onder de SEH's naar het aantal SEH bezoeken over 2022. Op het niveau van de SEH is gevraagd naar het aantal SEH bezoeken met uitsplitsingen naar leeftijd, urgentie, tijdstip, hoofdbehandelaar, verwijzer en bestemming en verblijfsduur. Ten slotte is ook de personele capaciteit (SEH artsen) en het gemiddeld aantal operationele bedden uitgevraagd. De (voormalige) trendmonitor van het ROAZ bureau is ook een bron van dezelfde type gegevens van voorgaande jaren. Waar mogelijk wordt een vergelijking gemaakt met 2019 (het jaar voor de COVID-19 pandemie).

De subregio Kennemerland verwerkt 67.276 SEH bezoeken in 2022. Dit betreft alle typen SEH-bezoeken. Het gaat om het aantal SEH-bezoeken, niet om het aantal unieke patiënten. Dit is 19% van alle SEH bezoeken in het totale ROAZ gebied NH-FL.

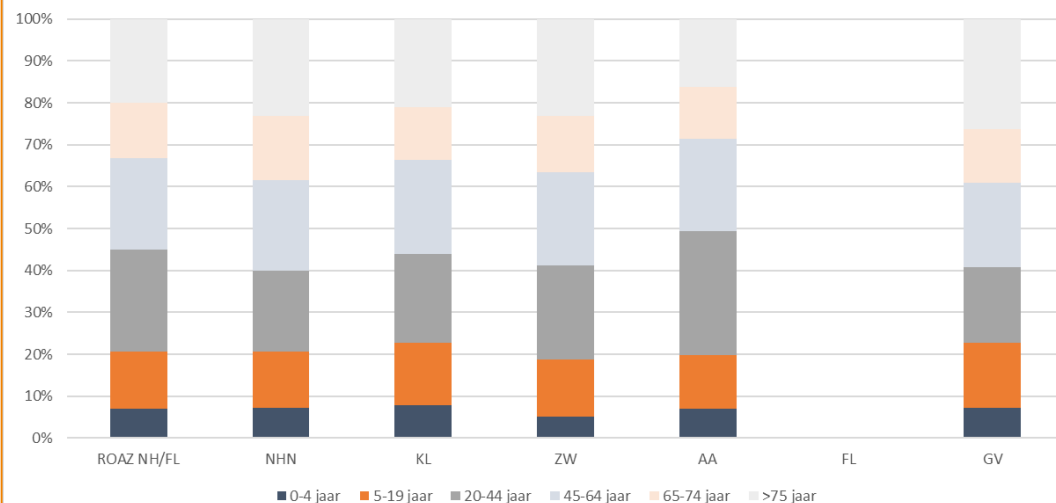
Het aandeel SEH bezoeken binnen de leeftijdsklasse 20-44 is 3% kleiner voor de regio KL in vergelijking met het ROAZ totaal.

aantal SEH bezoeken 2022 per veiligheidsregio



Bron: ROAZ beeld uitvraag ROAZ bureau NH-FL, analyse ROAZ bureau NH/FL.

Leeftijdsverdeling SEH's ROAZ NH-FL 2022

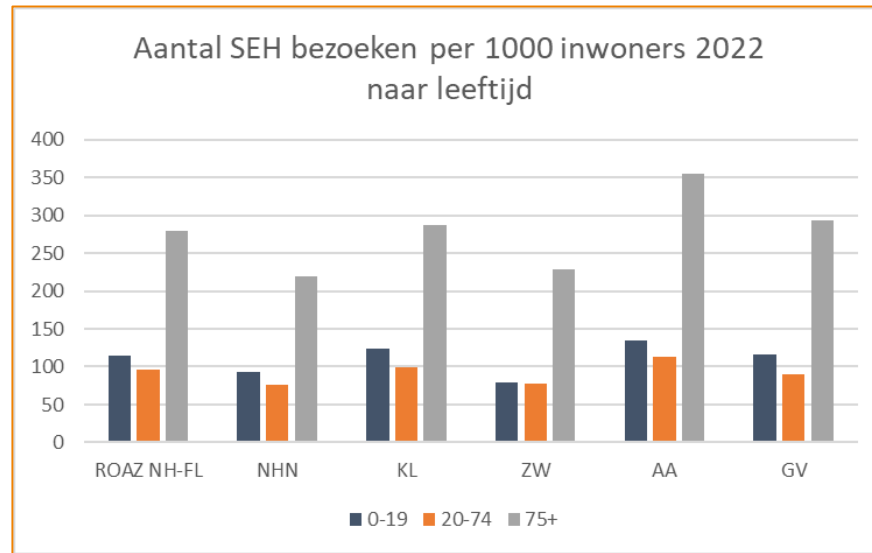
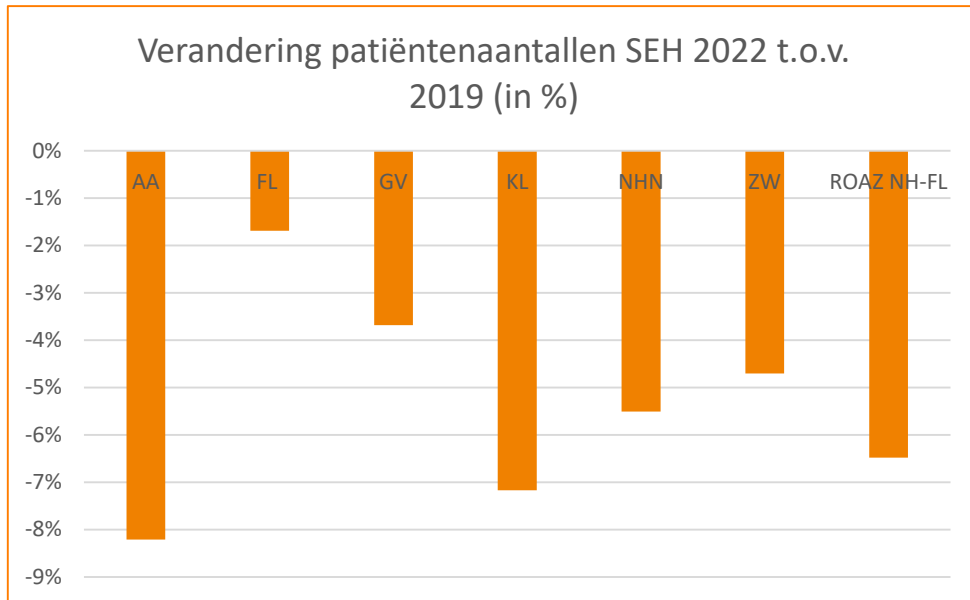
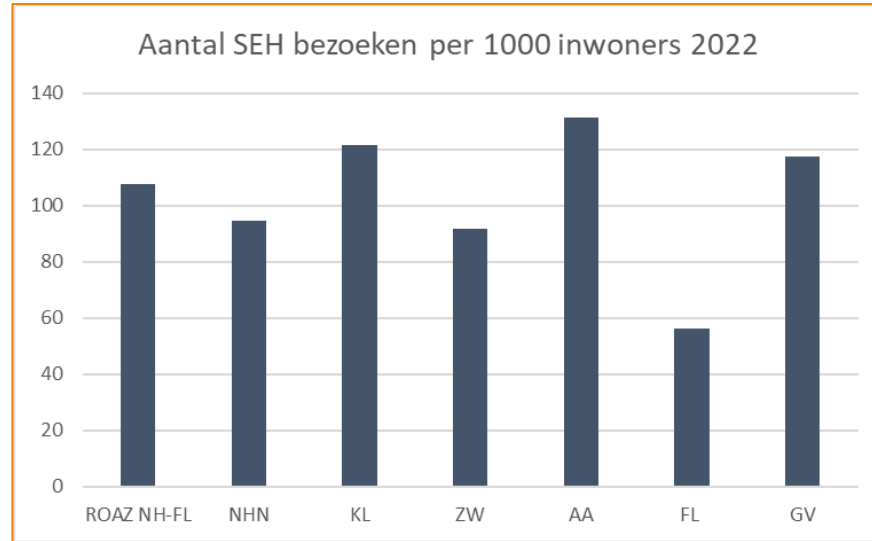


*Het Flevoziekenhuis hanteert een andere indeling in leeftijdsklassen dan uitgevraagd en wordt daarom niet in deze figuur getoond.

3.5.2 Zorggebruik SEH

De subregio KL heeft meer SEH-bezoekers per 1000 inwoners (121) in vergelijking met de totale ROAZ regio (108). Het aantal SEH bezoeken per inwoner is het grootst voor de leeftijdsklasse 75+ (286).

Ten opzichte van het laatste jaar voor COVID (2019) is het aantal SEH-bezoeken gedaald met 7,2% terwijl de bevolking in dezelfde periode toenam met 1,5%.



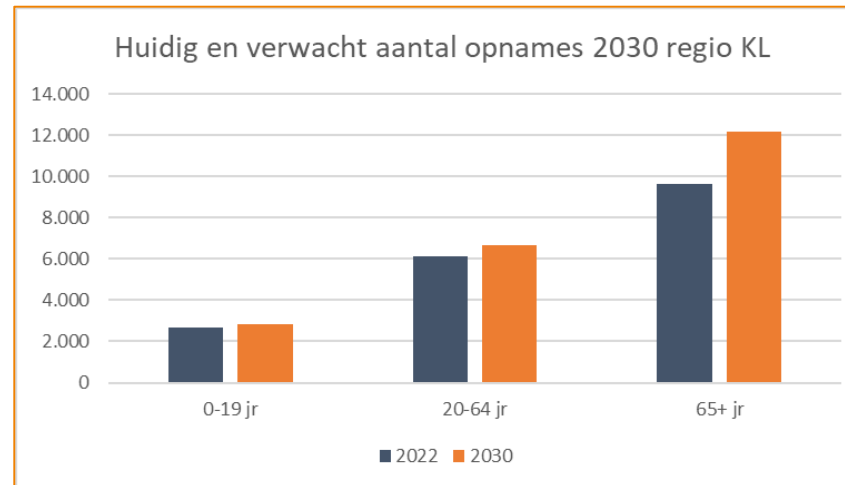
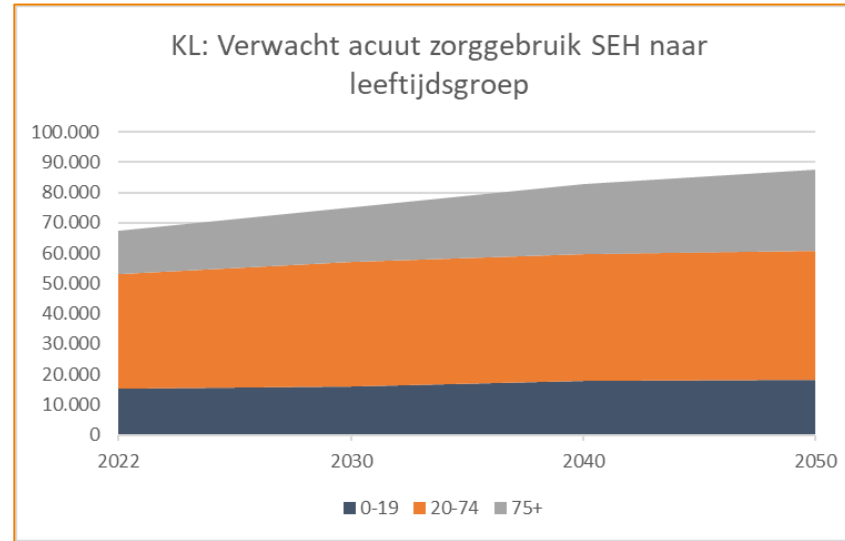
*geen leeftijdsgegevens aangeleverd vanuit de regio Flevoland

3.5.3 Verwacht zorggebruik SEH 2022 - 2050

Op basis van de totale demografische ontwikkelingen waarbij de leeftijdsgroepen (0-19 jr, 20-74 jr, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een totale toename te verwachten van het aantal SEH-bezoeken in 2030 van in totaal 10,1%. De stijging is het sterkst voor de groep 75+ (26%).

Gezien de daling van het SEH-bezoek van de afgelopen jaren (7,2% t.o.v. 2019) tegen de demografische trend in, zijn er ook andere factoren die een rol moeten hebben gespeeld. Op basis van de data kunnen we niet zeggen welke factoren dit zijn geweest.

Het aantal verwachte opnames zal stijgen richting 2030 op basis van demografische ontwikkelingen voor de leeftijdsklasse 65+.



3.5.4 Zorggebruik SEH

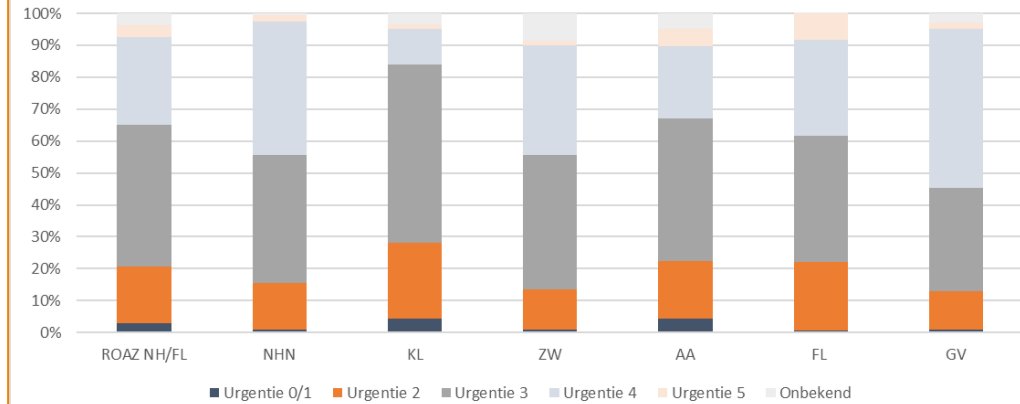
Urgentie

De subregio KL (28%) heeft in vergelijking met het hele ROAZ gebied NH-FL (21%) een groter aandeel SEH bezoeken t/m urgentieklasse 2 en een kleiner aandeel in de urgentieklassen 4 en 5 (resp. 13% vs. 31%).

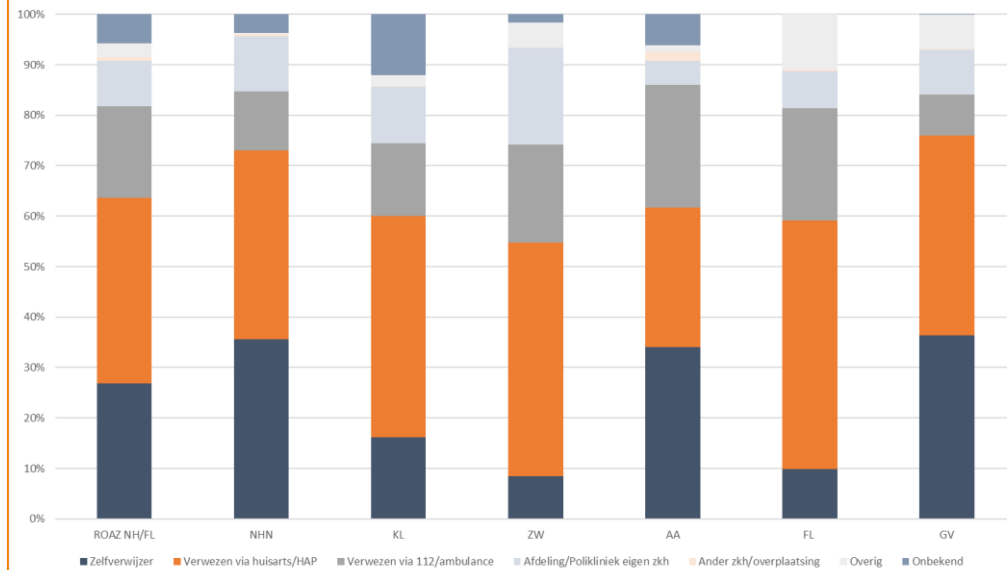
Verwijzer

Het aandeel zelfverwijzers ligt binnen de subregio KL lager (17%) in vergelijking met de totale ROAZ regio (27%).

Urgentie's SEH's ROAZ NH-FL 2022



Verwijzer bezoek SEH's ROAZ NH-FL 2022



Bron: ROAZ beeld uitraag ROAZ bureau NH-FL, analyse ROAZ bureau NH/FL.

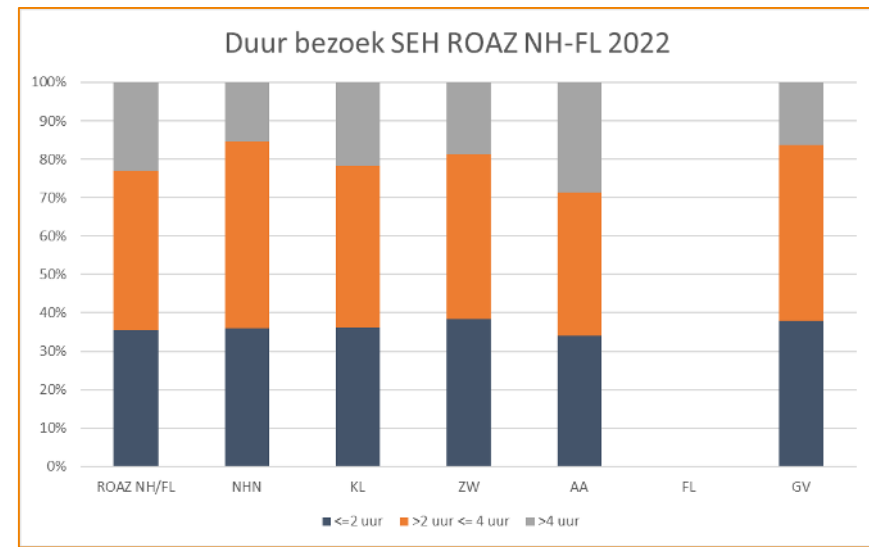
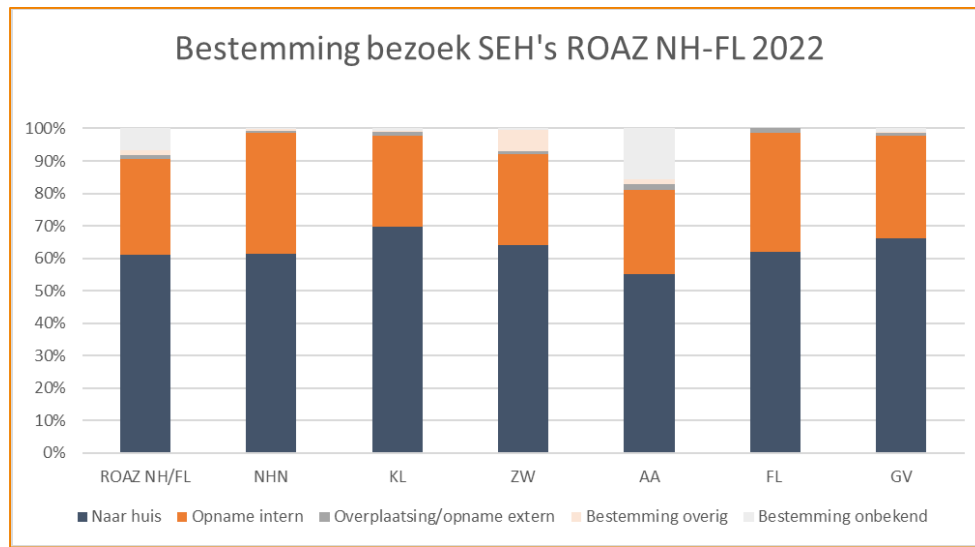
3.5.6 Zorggebruik SEH

Duur bezoek

De subregio KL heeft in 19% van het totaal aantal SEH bezoeken een duur langer dan 4 uur. Dit aandeel ligt iets lager dan het ROAZ totaal (23%).

Bestemming

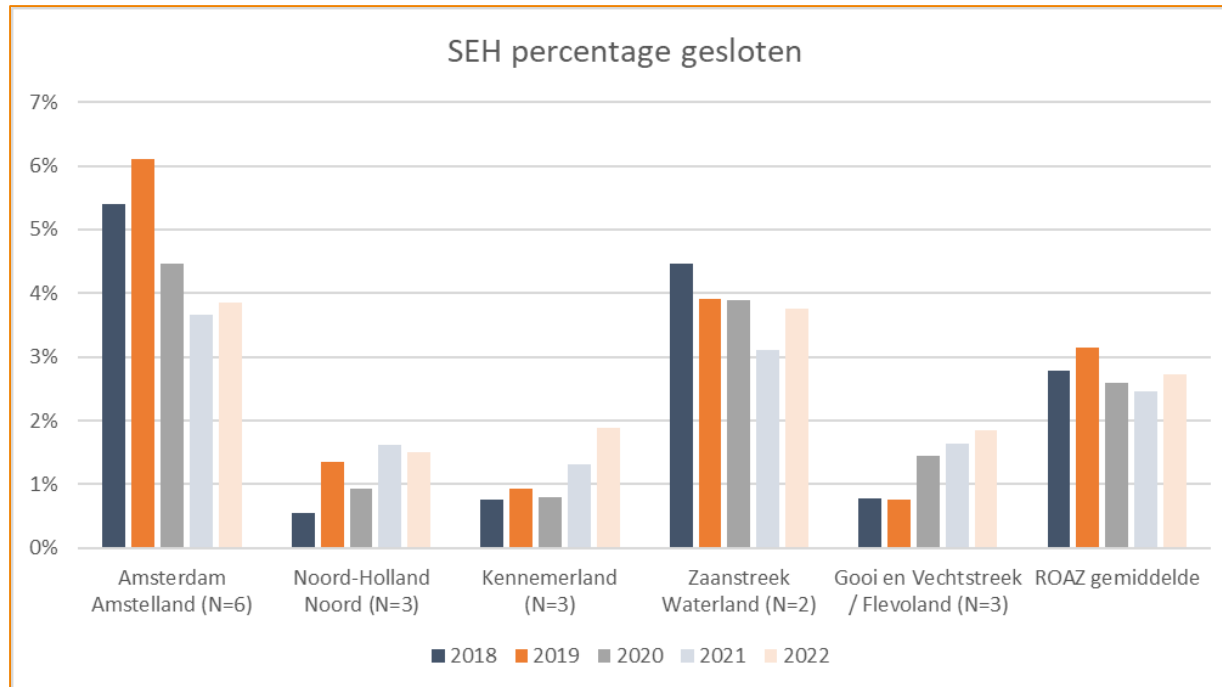
In totaal gaat 70% van alle SEH bezoekers weer naar huis in de regio KL. Dit aandeel ligt 9% hoger in vergelijking met het ROAZ totaal (61%). Het aandeel 'bestemming onbekend' ligt bij het ROAZ totaal iets hoger.



*geen gegevens aangeleverd vanuit de regio Flevoland

3.5.7 Beschikbaarheid SEH

De subregio Kennemerland kent t.o.v. het ROAZ-gemiddelde weinig SEH-stops. Er is in de afgelopen jaren wel een kleine stijging te zien.



*Een stop is een verzoek tot uitwijken naar een andere aanbieder, er gelden normtijden per type stop (meer informatie hierover is te vinden in de [regionale procedure](#)). De stops gelden niet voor de spoedindicaties. Hiervoor moeten de ziekenhuizen altijd ruimte maken. Het percentage gesloten betreft de totale tijd dat er een stop werd afgekondigd t.o.v. de totale beschikbare tijd (24/7).

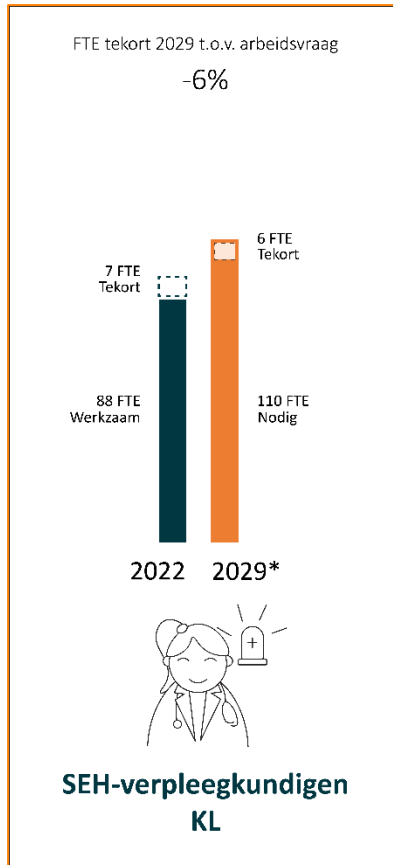
3.5.8 Capaciteit bedden SEH

Gemiddeld aantal operationele SEH bedden + shockrooms (incl personeel, apparatuur en noodbedden) in 2022 in de subregio
KL: **46**

Aantal bedden nodig in 2030 op basis van alleen demografische ontwikkelingen: **50**

3.5.9 SEH-verpleegkundigen

In 2022 was er een klein tekort aan SEH-verpleegkundigen (-7 FTE). Wordt er opgeleid zoals de afgelopen jaren gebeurd is, dan zal dit tekort in 2029 dalen naar een tekort van 6 FTE.



SEH-verpleegkundigen					
Regio	FTE 2022 (werkzaam)	FTE 2029 nodig*	FTE tekort 2022	FTE tekort 2029*	FTE tekort 2029 t.o.v. arbeidsvraag
ROAZ NH/FL	416	523	-36	-10	-2%
KL	88	110	-7	-6	-6%

In de uitvraag van het ROAZ-bureau is gevraagd naar de personele capaciteit van de SEH – artsen. De uitkomsten hiervan kunnen momenteel niet eenduidig worden gepresenteerd in het beeld.

* Gegevens FZO-raming 2022, uitgedrukt in fte, gebaseerd op expertscenario

3.5.10 AOA (Algemene Opname Afdeling)

De verwachting is op basis van alleen demografische ontwikkelingen voor 2030 dat het aantal AOA opnames, operationele bedden en dat nodig zal zijn gaat stijgen met 9% in de regio KL en met 8% voor de totale ROAZ regio.

AOA Opnames			
Regio	Aantal AOA opnames 2022	Aantal AOA opnames 2030	Δ% aantal AOA opnames 2022 v.s. 2030
ROAZ NH/FL	41.001	44.423	8%
KL	6.071	6.638	9%

Bron en bewerking gegevens:

De gegevens over de AOA (opnames, bedden en verpleegkundigen) zijn afkomstig uit de ROAZ beeld uitvraag 2022. De verwachte aantallen in 2030 zijn berekend met behulp van de bevolkingsprognose van het CBS/PBL (editie 2022).

AOA Operationele bedden			
Regio	Gemiddeld aantal operationele AOA-bedden 2022	Gemiddeld aantal operationele AA bedden 2030	Δ% Gemiddeld aantal operationele bedden 2022 v.s. 2030
ROAZ NH/FL	234	254	8%
KL	40	43,7	9%

*incl. personeel, apparatuur en noodbedden

AOA verpleegkundigen			
Regio	Aantal FTE gediplomeerde AOA-verpleegkundigen (1 jan 2022)	Aantal FTE gediplomeerde AOA verpleegkundigen 2030	Δ% Gemiddeld aantal operationele bedden 2022 v.s. 2030
ROAZ NH/FL	294	319	8%
KL	54	59,0	9%

*Incl. externe inhuur dat bij u werkt op 1 januari 2022

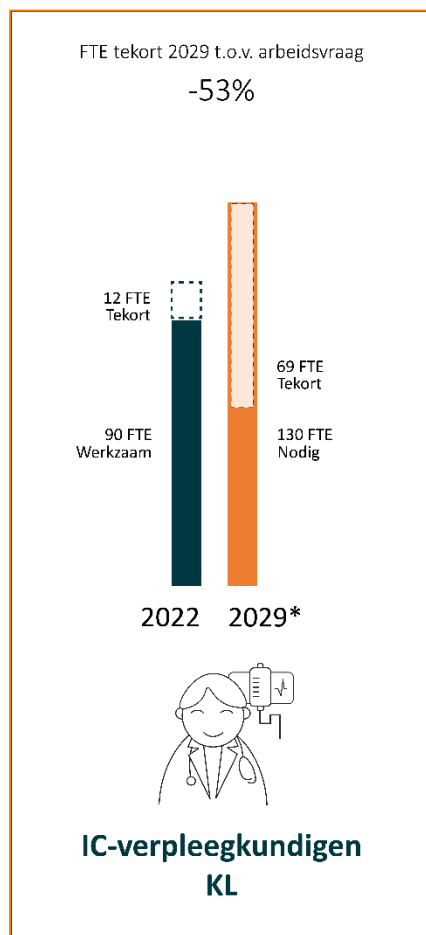
*niet alle ziekenhuizen uit de subregio NHN, FL en ZW hebben deze gegevens aangeleverd omdat niet alle huizen een aparte AOA hebben.

* Verwachting aantallen in 2030 op basis totaal aantal trauma patiënten in 2022 en geëxtrapoleerd a.d.h.v. de bevolkingsprognose CBS/PBL in 2030 (editie 2022).

3.5.11 IC-zorg

De subregio Kennemerland heeft iets minder IC-zorg per hoofd van de bevolking (45+).

In 2022 is er al een tekort aan IC-verpleegkundigen van 12 FTE. Dit tekort loopt hard op. In 2029 verwacht het capaciteitsorgaan een tekort van ruim 69 FTE IC-verpleegkundigen in de regio KL (53% van de arbeidsvraag). In de totale ROAZ-regio loopt het tekort op tot 350 FTE.



IC					
Regio	Opnames IC 2022	Aantal operationele IC-bedden 2022	IC-opnames per 1.000 inwoners 45+	Aantal opnames IC 2030	Aantal operationele IC-bedden 2030
ROAZ NH/FL	12.530	165	7,7	13.646	180
KL	1.783	24	6,3	1.888	25

* Toename (5,9% in KL) op basis van het aantal inwoners 45+ in 2030

IC-verpleegkundigen					
Regio	FTE 2022 (werkzaam)	FTE 2029 nodig*	FTE tekort 2022	FTE tekort 2029*	FTE tekort 2029 t.o.v. arbeidsvraag
ROAZ NH/FL	583	928	-70	-352	-38%
KL	90	130	-12	-69	-53%

* Gegevens FZO-raming 2022, uitgedrukt in fte, gebaseerd op expertsenario

Bron en bewerking gegevens:

De gegevens over de IC (opnames en bedden) zijn afkomstig uit de ROAZ beeld uitvraag 2022. De verwachte aantallen in 2030 zijn berekend met behulp van de bevolkingsprognose van het CBS/PBL (editie 2022).

De gegevens over IC-verpleegkundigen komen uit de FZO raming, uitgedrukt in fte, gebaseerd op expertsenario.

3.5.12 Traumachirurgie

Bron gegevens: LTR (Landelijke Trauma registratie 2022)

- Het aantal traumapatiënten is sinds 2017 met een 35% gedaald.
- De norm om 90% van de multitrauma patiënten te behandelen in een level 1 traumacentrum wordt in de ROAZ-regio ruim niet gehaald. In KL werden in 2022 43 multitraumapatiënten opgenomen (5% van totaal ROAZ).

Traumachirurgie					
Regio	aantal traumapatiënten	aantal multitrauma-patiënten	% multitrauma naar level 1 traumacentrum norm 90%	volume multitraume per traumacentrum norm 240	aantal trauma per 1.000 inw
ROAZ NH/FL	12.430	719	55,9%%	(179 - 223)	3,72
KL	2.104	39			3,80

Trauma patiënten 2030		
Regio	aantal traumapatiënten	aantal multitrauma-patiënten
ROAZ NH/FL	13.407	786
KL	2.301	43

* Toename (9,3% in KL) op basis totaal aantal trauma patiënten in 2022 en geëxtrapoleerd a.d.h.v. de bevolkingsprognose CBS/PBL in 2030 (editie 2022).

3.5.13 Heupfracturen

Bron gegevens: LTR (Landelijke Trauma registratie 2022)

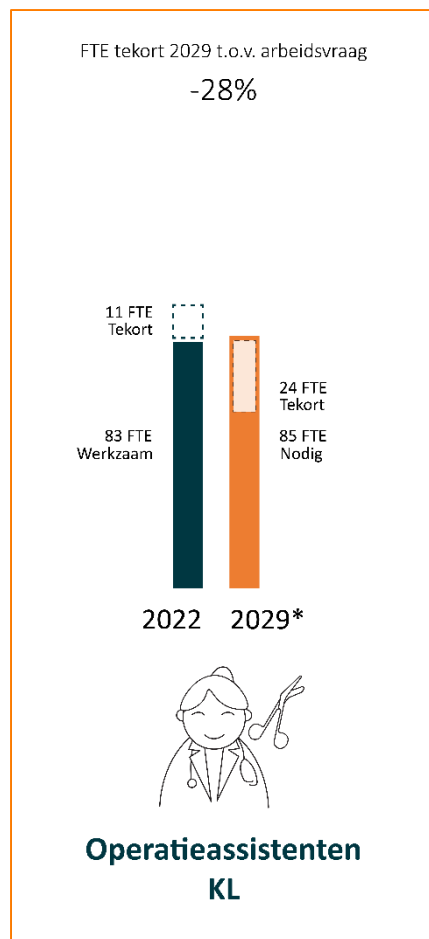
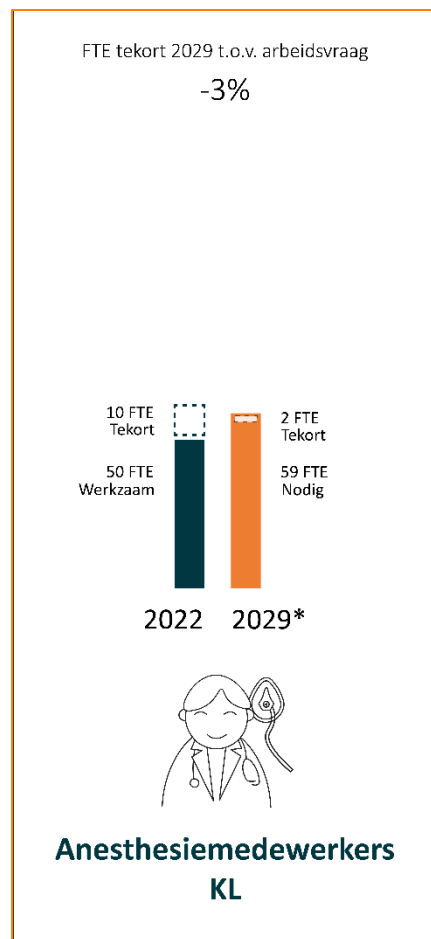
- Het aantal heupfracturen in de regio NHN per inwoner 75+ ligt boven het ROAZ-gemiddelde.
- Het aantal heupfracturen zal op basis van de toename van het aantal 75+ stijgen met 26% .

Heupfracturen			
Regio	aantal heupfracturen	aantal heupfracturen per 1.000 inw 75+	Aantal heupfracturen 2030*
ROAZ NH/FL	3.138	11,9	4.283
KL	632	12,8	798

* Toename (in de regio KL + 26% op basis van het aantal inwoners 75+

3.5.14 Anesthesiemedewerkers / operatie assistenten

Voor anesthesiemedewerkers verwacht men een klein tekort in 2029. Voor operatie assistenten ontstaat er in 2029 een groot tekort van 28% t.o.v. van de arbeidsvraag.



Anesthesiemedewerkers					
Regio	FTE 2022 (werkzaam)	FTE 2029 nodig*	FTE tekort 2022	FTE tekort 2029*	FTE tekort 2029 t.o.v. arbeidsvraag
ROAZ NH/FL	408	475	-57	-61	-13%
KL	50	59	-10	-2	-3%

* Gegevens FZO-raming 2022, uitgedrukt in fte, gebaseerd op expertsceario

Operatieassistenten					
Regio	FTE 2022 (werkzaam)	FTE 2029 nodig*	FTE tekort 2022	FTE tekort 2029*	FTE tekort 2029 t.o.v. arbeidsvraag
ROAZ NH/FL	626	738	-77	-186	-25%
KL	83	85	-11	-24	-28%

* Gegevens FZO-raming 2022, uitgedrukt in fte, gebaseerd op expertsceario

3.5.15 Acute neurologie

In de subregio KL zijn het Spaarne Gasthuis Haarlem–Zuid en het RKZ betrokken bij de opvang van de acuut neurologische patiënten.

Voor IAT-behandeling is de subregio aangewezen op Amsterdam UMC, locatie AMC.

In de regio worden per 1.000 inwoners van 75 jaar en ouder 4 IVT behandelingen uitgevoerd, dit aantal is gelijk aan het ROAZ totaal.

Bron en bewerking gegevens:

De gegevens over de acute neurologie zijn afkomstig uit de ROAZ beeld uitvraag 2022. De verwachte aantallen in 2030 zijn berekend met behulp van de bevolkingsprognose van het CBS/PBL (editie 2022).



3.5.15.1 Neurologie-keten

RAV CVA-ritten				
Regio	CVA A1	CVA A2 (2021)	CVA A1 tijd van MKA -> SEH < 45 min, signaal = 80%	CVA A1 / 1.000 75+inw
ROAZ	8.131	961	72%	30,9
KL	1.758	194	85%	35,5

Incidentie				
Regio	SEH (neuro + neurochir.)	Herseneninfarct	Hersenenbloeding	Inf. + bloeding / 1.000 75+inw
ROAZ	35.586	8.302	994	25,7
KL	3.119	1.271	139	22,5

Behandeling CVA				
Regio	IVT	IVT / 1.000 75+ inw	IAT (norm minimaal 50 / jaar / zh)	IAT / 1.000 75+ inw
ROAZ	1.155	4,4	370	1,6
KL	215	4,3		

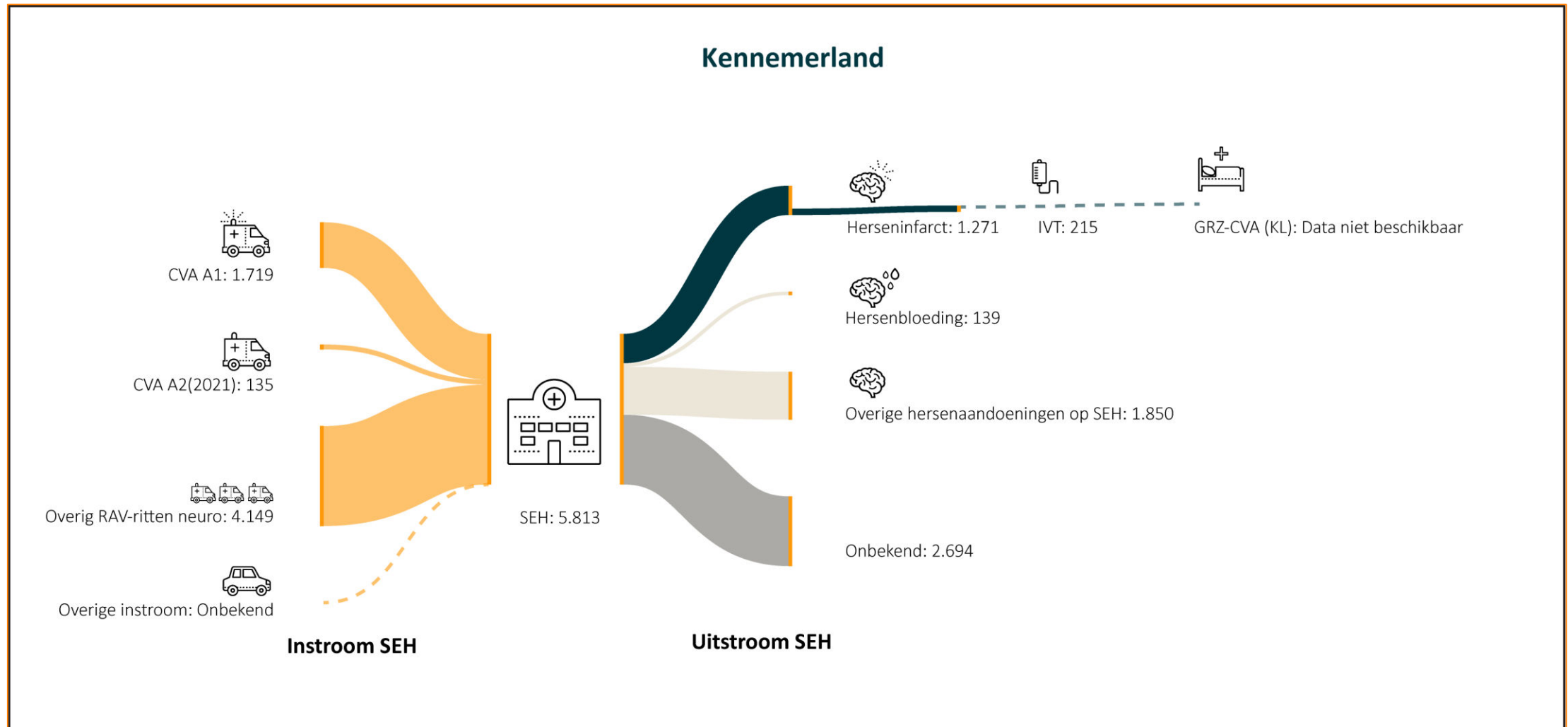
Brain Care Unit (BCU)		
Regio	aantal BCU	BCU / 1.000 75+
ROAZ	68	0,26
KL	16	0,32

(Neuro)verpleegkundigen		
Regio	FTE VP	FTE VP / 1.000 75+ inw.
ROAZ	174	0,7
KL	34	0,7

Instroom GRZ-CVA		
Regio	Verwijzingen	verwijzingen per 1.000 75+ inw.
ROAZ	673	0,003
KL*		

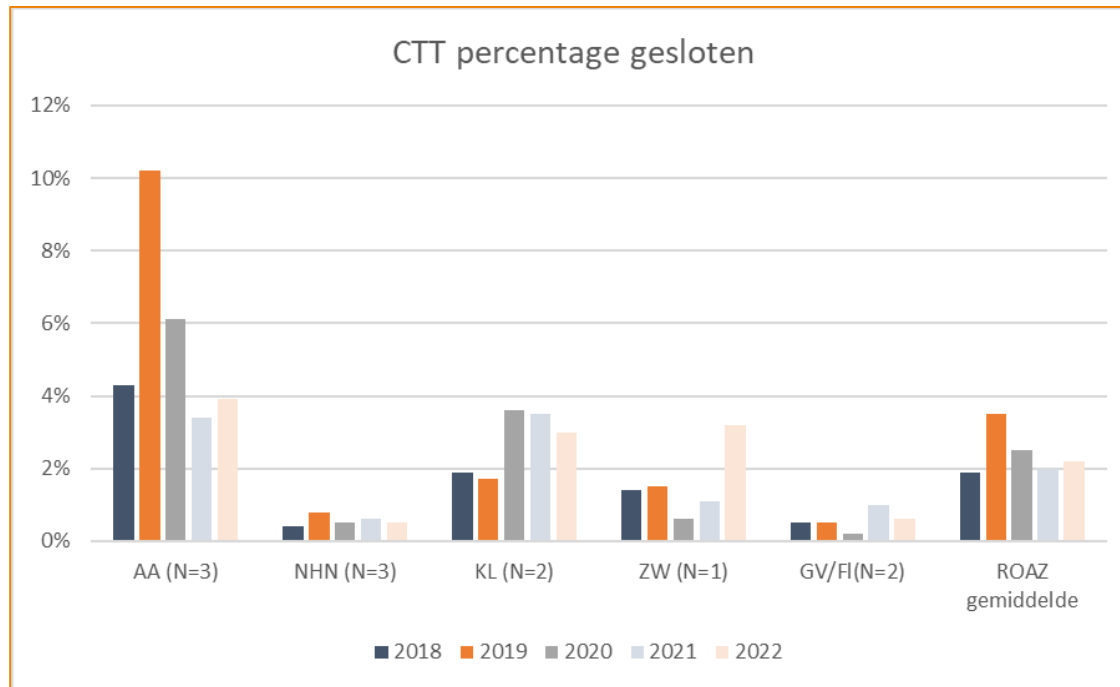
* Geen gegevens aangeleverd

3.5.15.2 Neurologie-keten (2022)



3.5.15.3 Stops acute neurologie/trombolyse

De totale stopduur is in 2022 ten opzichte van 2020 licht gedaald in de subregio Kennemerland.



*Een stop is een verzoek tot uitwijken naar een andere aanbieder, er gelden normtijden per type stop (meer informatie hierover is te vinden in de [regionale procedure](#)). De stops gelden niet voor de spoedindicaties. Hiervoor moeten de ziekenhuizen altijd ruimte maken. Het percentage gesloten betreft de totale tijd dat er een stop werd afgekondigd t.o.v. de totale beschikbare tijd (24/7).

3.5.15.4 Acute neurologie 2030

Door de toename van het aantal inwoners 75+ in 2030 met 26% zal ook het aantal CVA's en het aantal interventies met dat percentage toenemen.

Het aantal brain care units (BCU) en het aantal verpleegkundigen dat nodig is om deze zorg uit te voeren zal met hetzelfde percentage moeten stijgen.

CVA 2030*						
Regio	herseninfract	hersenvloeding	IVT	IAT	BCU	FTE VP
ROAZ	11.487	1.387	1.609	545	93	247
NHN	1.618	217	327	143	21	33
KL	1.428	176	272		20	43
ZW	1.073	151	57		9	20
AA	5.584	576	701	402	24	124
FL	843	141	94		11	19
GV	941	127	158		7	8

* Toename (34% in NHN) op basis van het aantal inwoners 75+

3.5.16 Acute cardiologie (2022)

In de subregio Kennemerland is er geen interventiecentrum dat PCI's uitvoert aanwezig. De regio is hiervoor aangewezen op andere ziekenhuizen in de ROAZ-regio.

RAV PCI-ritten			
Regio	PCI A1	PCI A1 / 1.000 45+inw	PCI A1 tijd van MKA -> SEH < 45 min, signaal = 53%
ROAZ	2.006	1,3	72%
KL	334	1,3	85%

Incidentie / behandeling			
Regio	SEH (cardio / cardio chir.)	Aantal PCI norm > 600 per interventie-centrum	aantal PCI / 1.000 45+ inw
ROAZ	18.744	7.461	5,0
KL	1.527	via AA	

verpleegkundigen EHH / CCU		
Regio	FTE VP	FTE VP / 1.000 45+ inw.
ROAZ	330	0,22
KL	73	0,27

bedden EHH + CCU				
Regio	bedden EHH	bedden CCU	EHH + CCU	EHH + CCU / 1.000 inw. 45+
ROAZ	91	87	178	0,13
KL	18	18*	36	0,13

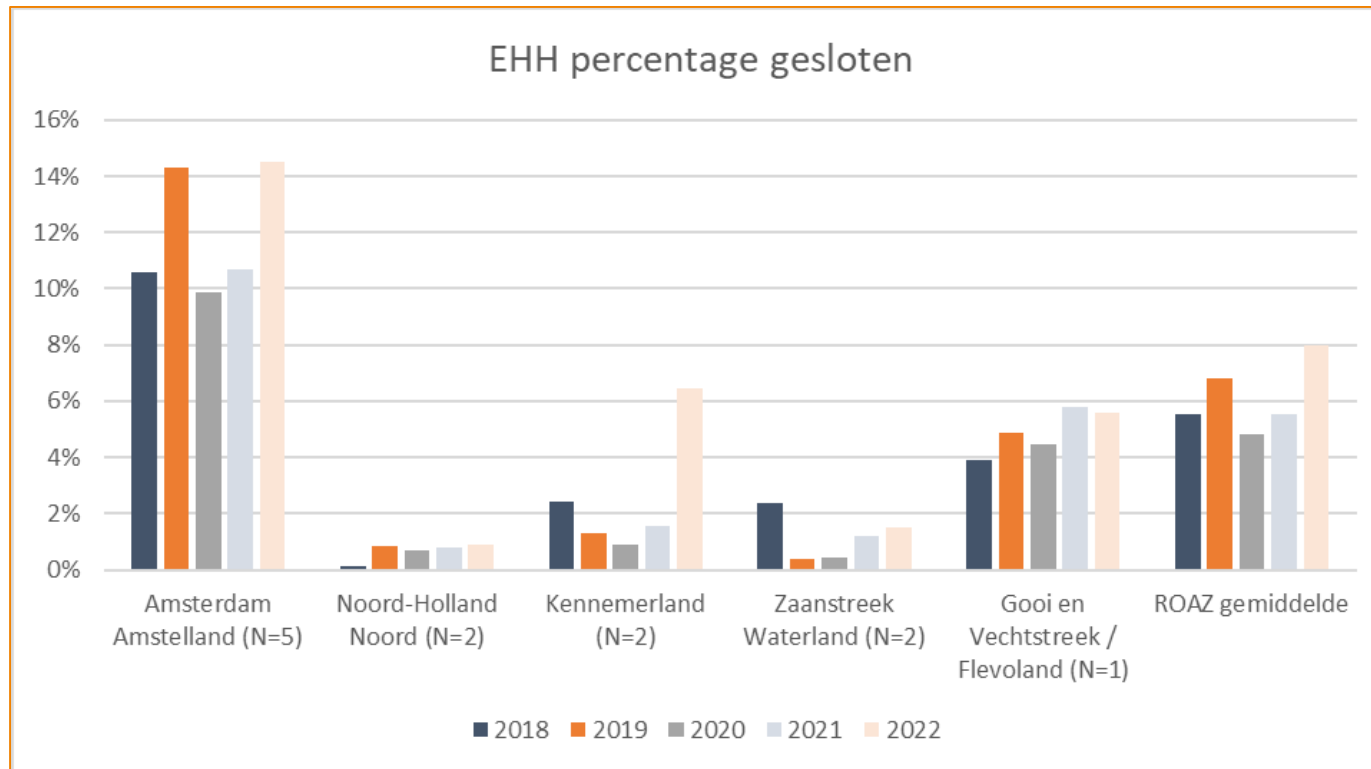
*Er zijn plannen om het aantal bedden uit te breiden (toekomstige verbouwing)

Bron en bewerking gegevens:

De gegevens over de acute cardiologie zijn afkomstig uit de ROAZ beeld uitvraag 2022. De verwachte aantallen in 2030 zijn berekend met behulp van de bevolkingsprognose van het CBS/PBL (editie 2022).

3.5.16.1 Stops EHH

De subregio Kennemerland had slechts weinig te maken met stops voor de Eerste Hart Hulp. In 2022 is er een grote toename van minder dan 2% van de tijd gesloten tot ruim 6%.



* Een stop is een verzoek tot uitwijken naar een andere aanbieder, er gelden normtijden per type stop (meer informatie hierover is te vinden in de [regionale procedure](#)). De stops gelden niet voor de spoedindicaties. Hiervoor moeten de ziekenhuizen altijd ruimte maken. Het percentage gesloten betreft de totale tijd dat er een stop werd afgekondigd t.o.v. de totale beschikbare tijd (24/7).

3.5.16.2 Acute cardiologie 2030

Op basis van het aantal inwoners van 45+ verwachten we in de subregio KL in 2030 een toename van de zorgvraag van 6%.

acute cardiologie 2030*			
Regio	PCI	bedden EHH/CCU	EHH/CCU verpleegkund.
ROAZ	7.793	196	366
NHN	1.410	43	66
KL		38	77
ZW		15	27
AA	5.270	84	170
FL		9	8
GV	1.113	8	18

* Toename op basis van het aantal inwoners 45+ (in KL 5,9%)

3.5.16.3 Aneurysma Abdominale Aorta (AAA)

In de ROAZ-regio worden aortadissectie- of aorta aneurysma-operaties niet overal uitgevoerd. In het ZMC, Dijklander Hoorn en in Tergooi MC worden alleen niet complexe operaties (segment C) uitgevoerd. In de andere ziekenhuizen worden ook de complexe operaties uitgevoerd. De minimale volumennorm van 20 operaties per jaar voor niet complexe zorg wordt overal gehaald. Ook de volumennormen voor de complexe zorg van minimaal 40 operaties worden behaald.

Aorta aneurysma 2022	
	Aantal dissectie operaties (Zie DSAA, indicator 2A) Norm > 20 niet complex
Dijklander Hoorn	70
NWZ	145
Amsterdam UMC	177
OLVG	90
ZMC	22
Tergooi MC	38

3.5.17 Geboortezorg

Bevolking 2022 en 2030				
Regio	Levend geboren kinderen (2017) - 2022 gemiddeld	Aantal levend geboren kinderen per 1000 inwoners 2022	Aantal levend geboren kinderen 2030	% Groei levend geboren kinderen 2030
NL	171.233	9,7	199.290	16,4%
ROAZ NH/FL	34.430	10,3	40.770	18,4%
KL	5.315	9,6	6.690	25,9%

Zorggebruik								
Regio	Aantal poliklinische bevallingen 2022	Aantal poliklinische bevallingen 2030	Aantal klinische bevallingen 2022	Aantal klinische bevallingen 2030	Aantal inleidingen 2022	Aantal inleidingen 2030	Aantal sectio's 2022	Aantal sectio's 2030
ROAZ NH/FL	4.263	5.040	23.463	27.663	8.657	10.190	7.792	9.187
KL	825	1.038	4.046	5.093	1.338	1.684	928	1.168

Zorgaanbod						
Regio	Aantal operationele verloskamers 2022	Aantal operationele verloskamers 2030	Aantal Fte O&G in dienst 2022 (incl. inhuur)	Aantal Fte O&G nodig in 2030	Aantal Fte klin. Verloskundigen in dienst 2022 (incl. inhuur)	Aantal Fte klin. Verloskundigen nodig in 2030
ROAZ NH/FL	89	105	555	655	157	183
KL	16	20	110	138	23	29

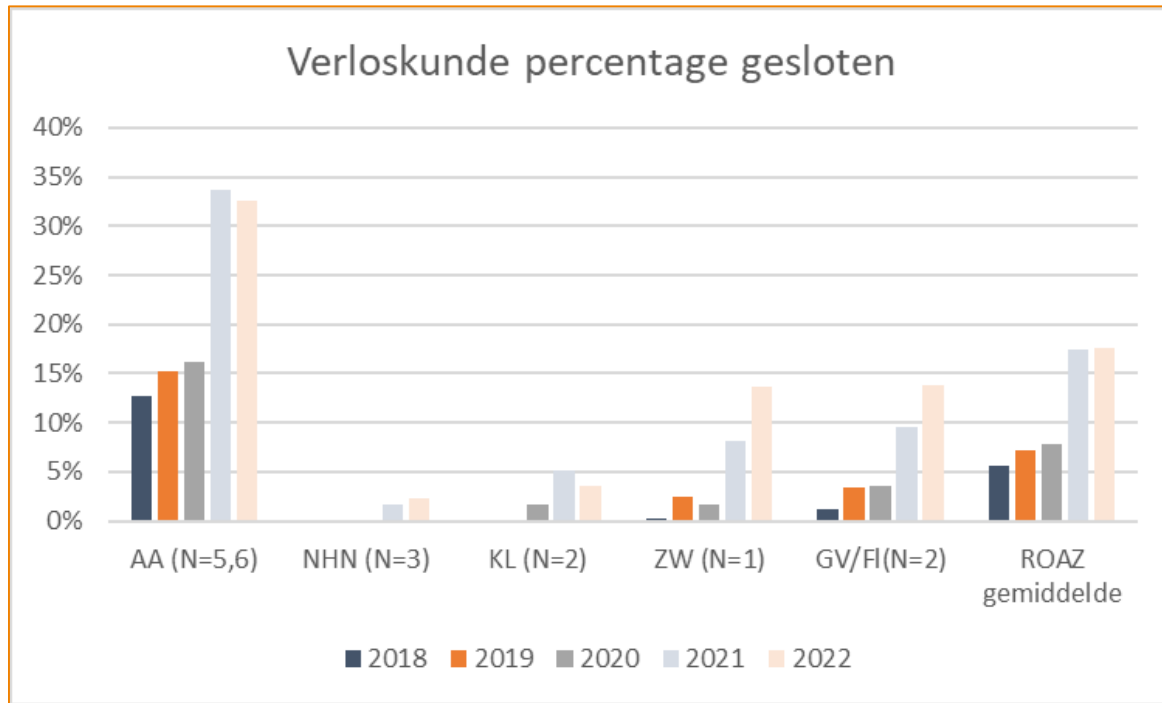
Bron en bewerking gegevens:

De gegevens over de acute verloskunde zijn afkomstig uit een separate ROAZ beeld uitvraag gekoppeld aan de focusgroep Acute Verloskunde. De verwachte aantallen in 2030 zijn berekend met behulp van de bevolkingsprognose van het CBS/PBL (editie 2022).

Er wordt een aanzienlijke toename van het aantal levend geboren kinderen verwacht richting 2030 (+26%). Dit zal bij ongewijzigd beleid vragen om een soortgelijke toename in zorggebruik en aanbod (bevallingen, sectio's, opnames bevalkamers, neo-bedden en gespecialiseerde verpleegkundigen).

3.5.17.1 Stops geboortezorg

De subregio Kennemerland heeft nog weinig te maken met stops voor klinische verloskunde.

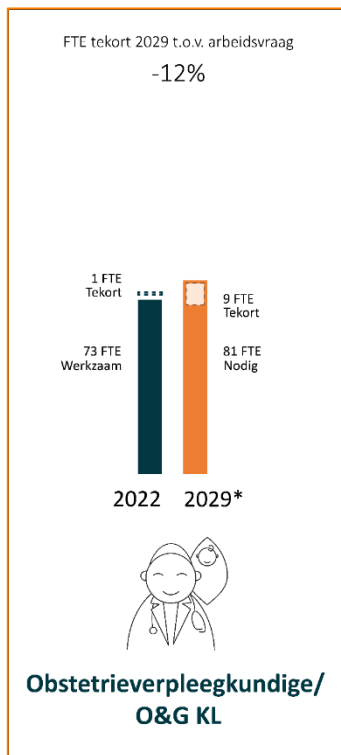


*De definitie van een VLK stops wijkt af van de overige stopdefinities (verzoek tot uitwijken naar een andere aanbieder); een stop bij VLK betekent dat verloskundigen van andere VSV's een verzoek tot uitwijken krijgen en in sommige gevallen krijgen ook verloskundigen van de eigen VSV's een verzoek tot uitwijken. Meer informatie hierover is te vinden in de [regionale procedure](#). De stops gelden niet voor de spoedindicaties. Hiervoor moeten de ziekenhuizen altijd ruimte maken. Het percentage gesloten betreft de totale tijd dat er een stop werd afgekondigd t.o.v. de totale beschikbare tijd (24/7).



3.5.17.2 Geboortezorg FZO-raming

Uit de FZO-raming 2022 (expertsce­nario) zal het kleine tekort aan obstetrie­verpleegkundigen in 2022 (1 FTE) toenemen tot 9 FTE en 12% van de arbeidsvraag in 2029.





3.5.17.3 Neonatologie

Zorggebruik				
Regio	Aantal pasgeborenen opgenomen op afdeling neonatologie 2022 (HC/Post IC+MC+LC)	Aantal pasgeborenen opgenomen op afdeling neonatologie 2030 (HC/Post IC+MC+LC)	Aantal pasgeborenen opgenomen op de NICU 2022 (alleen AUMC)	Aantal pasgeborenen opgenomen op de NICU 2030 (alleen AUMC)
ROAZ NH/FL	7.338	8.714	731	866
KL	2.050	2.580	0	0

Zorgaanbod								
Regio	Aantal operationele neonatologie-bedden 2022 (HC/Post IC+MC+LC)	Aantal operationele neonatologie-bedden 2030 (HC/Post IC+MC+LC)	Aantal operationele NICU-bedden 2022 (alleen AUMC)	Aantal operationele NICU-bedden 2030 (alleen AUMC)	Aantal Fte Kinder/neonatologie-verpleegkundigen in dienst 2022 (incl. inhuur)	Aantal Fte Kinder/neonatologie-verpleegkundigen nodig in 2030	Aantal Fte IC neonatologie-verpleegkundigen in dienst 2022 (incl. inhuur)*	Aantal Fte IC neonatologie-verpleegkundigen nodig in 2030
ROAZ NH/FL	115	137	21	25	503	625	127	150
KL	25	31	0	0	63	79	0	0



3.6 Acute GGZ

Regio-indeling acute GGZ wijkt af van regio-indeling ROAZ-beelden. De GGZ regio omvat naast de veiligheidsregio Kennemerland ook Amstelland.

In Kennemerland is GGZ InGeest de regievoerder. Voor IJmond wordt de regie gevoerd door Parnassia.

De data betreffen de populatie 18+.

Bron en bewerking gegevens:

De gegevens over de acute GGZ zijn afkomstig uit de ROAZ beeld uitvraag 2022. De verwachte aantallen in 2030 zijn berekend met behulp van de bevolkingsprognose van het CBS/PBL (editie 2022).

Jeugd GGZ (18-)

De huidige versie van het ROAZ beeld bevat geen data over de acute jeugd GGZ (18-). Het is belangrijk dat ook de jeugd GGZ een kwantitatieve duiding krijgt in het beeld, zodat eventuele knelpunten die daaruit komen de nodige aandacht krijgt. In een volgende versie zal hiervoor (mogelijk) een uitvraag worden neergelegd bij gemeenten.

Uit de duidingssessie kwam naar voren dat de jeugd GGZ suboptimaal is georganiseerd, samenwerkingsafspraken zijn niet altijd duidelijk vastgesteld. Gemeenten zouden (meer) regie moeten nemen over de keuzes in het aanbieden van acute GGZ aan kind en jeugd. Daarnaast zorg dragen voor betere samenwerking en aansluiting met de acute GGZ hulp aan volwassenen.

Acute GGZ-regio's





3.6.1 Zorggebruik Acute GGZ

Beoordelingen crisisdienst (2022)					
Regio	Crisisbeoordelingen	Crisisbeoordelingen per 1.000 inw.	Crisisbeoordelingen derden	Crisisbeoordelingen totaal	Totaal crisisbeoordelingen per 1.000 inw. 20+
ROAZ NH/FL	15.565	5,4	1.222	16.787	5,8
KL	3.835	5,9	0	3.835	5,9

Locatie beoordelingen (2022)					
Regio	Thuis	Beoordelingslocatie	Politiebureau	SEH/ZH	Elders
ROAZ NH/FL					
KL	31%	39%	6%	12%	11%

Beoordelingen per tijdsvak (2022)						
Regio	ma-vr 8.00 16.00	ma-vr 16.00 0.00	ma-vr 0.00 8.00	za-zo 8.00 16.00	za-zo 16.00 0.00	za-zo 0.00 8.00
ROAZ NH/FL	33%	33%	7%	12%	10%	4%
KL	31%	35%	9%	10%	12%	3%

Urgenties / aanrijtijden (2022)				
Regio	U2	U3	% U2 < 1 uur (gem) Norm = 90%	% U3 < 4 uur (gem) norm = 90%
ROAZ NH/FL	2.936	8.874	(46 - 70 min)	(99 - 153 min)
KL	385	1.545	(50 min)	(99 min)

Bedden acute opname in GMAP (2020)		
Regio	Aantal	Aantal per 100.000 inw
ROAZ NH/FL	23,5	0,9
KL	3,4	0,8

In de cijfers zijn opgenomen het volledig aantal beoordelingen van GGZ inGeest en 35% van de beoordelingen van Parnassia. De andere gegevens zijn alleen afkomstig van GGZ inGeest.

In de regio Kennemerland zijn er meer beoordelingen per hoofd van de volwassen bevolking dan het gemiddeld over het gehele ROAZ-gebied.

De meeste beoordelingen worden in de eigen beoordelingsruimte en thuis bij de cliënt gedaan.

De gemiddelde aanrijtijd bij U2 is 50 minuten.

3.6.2 Zorggebruik Acute GGZ 2030

Op basis van de bevolkingsgroei van de volwassen populatie (20+) is de verwachting dat ook het aantal crisisbeoordelingen bij ongewijzigd beleid toeneemt met 11%.

Beoordelingen 2022 - 2030					
Regio	Crisisbeoordelingen	Crisisbeoordelingen derden	Crisisbeoordelingen totaal	Demografische groei 2030	prognose 2030
ROAZ NH/FL	15.565	1.222	16.787	9%	18.346
KL	3.835	0	3.835	11%	4.242



3.6.3 Personeel GGZ

personen werkzaam in de GGZ (2022-2030 refentiescenario)					
Regio	Arbeidsvraag 2022	Toename 2030 zorg en arbeidsvraag	Arbeidsvraag 2030	Arbeidsmarktsaldo 2030	Tekort % 2030
ROAZ NH/FL	17.100	9,4%	18.700	-1.800	-9,6%
NHN	3.900	7,7%	4.200	-400	-9,5%
KL+Amstelland	3.600	8,3%	3.900	-400	-10,3%
ZW	1.400	7,1%	1.500	-100	-6,7%
Amsterdam	5.100	11,8%	5.700	-600	-10,5%
FL	1.000	10,0%	1.100	-100	-9,1%
GV	2.100	9,5%	2.300	-200	-8,7%

Bron: ABF Research (<https://www.prognosemodelzw.nl/>)

- Er zijn geen personeelsgegevens beschikbaar specifiek over de acute GGZ.
- Bijgaande gegevens hebben betrekking op de gehele GGZ-sector.
- Het betreffen functies op MBO en HBO-niveau.
- Het referentiescenario is een scenario gebaseerd op demografische ontwikkelingen per regio.
- Getallen afgerond naar beneden op 100-tal.
- De zorgvraag in de GGZ-sector neemt tot 2030 toe met 9%.
- Voor de gehele ROAZ-regio wordt voor de GGZ-sector in 2030 een tekort voorspeld van 1.800 medewerkers (-10%).

3.7 Farmaceutische spoedzorg

Dienstapotheken			
Kennemerland	avond	weekend	nacht
Dienstapotheek Midden Kennemerland (RKZ)	ja	ja	ja
SAHZ Haarlem, SG Haarrlem Zuid	ja	ja	ja
SAHZ Haarlem, SG Haarrlem Noord	nee	ja	nee
SAHZ Haarlem, SG Hoofddorp	nee	ja	nee

3.8 VVT – ELV / WLZ-crisis

ELV laag complex (2022)					
Regio	Begroot (dagen)	Realisatie (dagen)	% realisatie	realisatie per 1.000 75+	ligduur
ROAZ NH/FL	28.998	19.364	-33,2%	74	19,6 - 56,2
KL	5.110	3.491	-31,7%	70	56,2

ELV hoog complex (2022)					
Regio	Begroot (dagen)	Realisatie (dagen)	% realisatie	realisatie per 1.000 75+	ligduur
ROAZ NH/FL	160.071	131.012	-18,2%	497	26 (17,0 - 60,0)
KL	34.631	28.833	-16,7%	582	21,0 - 43,8

WLZ-crisis					
Regio	Begroot (dagen)	Realisatie (dagen)	% realisatie	realisatie per 1.000 75+	ligduur
ROAZ NH/FL	7.903	6.157	-22,1%	23,4	5,0 - 13,0
KL	1.823	1.214	-33,4%	24,5	5,0 - 9,0

VVT instellingen in de regio:

- Sint Jacob
- Zorgbalans
- Kennemerhart
- ViVa! Zorggoep
- Amstelring
- CAZHEM (coördinatiepunt 24/7 voor (sub)acute bedden en meer geplande zorg)
- Aanmeldportaal tijdelijke zorg Asterdam en Amstelland-Meerlanden

- In de regio Kennemerland wordt er in vergelijking met de rest van de ROAZ-regio voor ELV hoog complex meer zorg ingezet ten opzichte van het aantal ouderen (75+).
- Tussen de verschillende instellingen bestaan grote verschillen in gemiddeld aantal ligdagen voor de ELV-HC bedden.

Bron en bewerking gegevens:

De gegevens over de VVT zijn afkomstig uit de ROAZ beeld uitvraag 2022.

3.8.1 VVT - GRZ

GRZ					
Regio	Begroot (dagen)	Realisatie (dagen)	% realisatie	realisatie per 1.000 75+	ligduur
ROAZ NH/FL	346.947	317.089	-8,6%	1.204,0	22,0 - 41,8
KL	105.388	94.065	-10,7%	1.899,0	36,0 - 41,8

GRZ aantal patënten (verwijzingen)					
Regio	GRZ-CVA	GRZ-ortho	GRZ-trauma	GRZ-overig	GRZ-Totaal
ROAZ NH/FL	673	566	1043	7184	9466
KL*				2393	2393

* Er is door de organisaties geen informatie aangeleverd over specifieke vormen van GRZ-zorg.

- In de regio Kennemerland wordt er in vergelijking met de rest van de ROAZ-regio meer GRZ-zorg ingezet ten opzichte van het aantal ouderen (75+).
- Patiënten liggen gemiddeld meer dagen op de GRZ-afdeling ten opzichte van het ROAZ-gemiddelde.

3.8.2 VVT – acute wijkverpleging

In de regio Kennemerland zijn de volgende teams acute wijkverpleging aanwezig:

- Viva Zorggroep: Beverwijk, Heemskerk, Velsen-Noord, Uitgeest en Castricum via MTH Team i.s.m. Zorgcentrale Noord
- Kennemerhart: Zuid Kennemerland
- Zorgbalans: Zuid Kennemerland
- Amstelring: Haarlemmermeer

3.8.3 VVT 2030

Het aantal ouderen 75+ stijgt van 2022 tot 2030 met 26%. Dit zal bij ongewijzigd beleid leiden tot een even zo grote toename van de zorgvraag in deze regio.

VVT 2030 -dagen per zorgsoort*				
Regio	ELV LC	ELV HC	GRZ	WLZ-crisis
ROAZ NH/FL	26.847	175.330	422.118	8.445
KL	4.680	38.650	126.091	1.627

* op basis van gerealiseerde dagen 2022 en stijging aantal 75+ inwoners in 2030, in KL 26%

3.8.4 Personeel VVT

personen werkzaam in de verpleging en verzorging (2022-2030 referentiescenario)					
Regio	Arbeidsvraag 2022	Toename 2030 zorg en arbeidsvraag	Arbeidsvraag 2030	Arbeidsmarktsaldo 2030	Tekort % 2030
ROAZ NH/FL	57.300	33,3%	76.400	-6.300	-8,3%
NHN	14.100	39,7%	19.700	-1.500	-7,6%
KL+Amstelland	14.700	24,5%	18.300	-1.500	-8,2%
ZW	8.000	35,0%	10.800	-800	-7,4%
Amsterdam	9.100	33,0%	12.100	-1.100	-9,1%
FL	4.000	42,5%	5.700	-500	-8,8%
GV	7.400	32,4%	9.800	-900	-9,2%

personen werkzaam in de thuiszorg (2022-2030 referentiescenario)					
Regio	Arbeidsvraag 2022	Toename 2030 Zorg en arbeidsvraag	Arbeidsvraag 2030	Arbeidsmarktsaldo 2030	Tekort % 2030
ROAZ NH/FL	17.300	17,9%	20.400	-1.400	-6,9%
NHN	2.600	19,2%	3.100	-200	-6,5%
KL+Amstelland	2.600	11,5%	2.900	-200	-6,9%
ZW	1.300	15,4%	1.500	-100	-6,7%
Amsterdam	3.400	20,6%	4.100	-300	-7,3%
FL	2.300	21,7%	2.800	-200	-7,1%
GV	5.100	17,6%	6.000	-400	-6,7%

- Er zijn geen personeelsgegevens beschikbaar specifiek over de acute VVT.
- Bijgaande gegevens hebben betrekking op de gehele sector.
- Het betreffen functies op MBO en HBO-niveau.
- Het referentiescenario is een scenario gebaseerd op demografische ontwikkelingen per regio.
- Getallen zijn afgerond naar beneden op 100-tal.
- De zorgvraag in de verpleging en verzorging neemt tot 2030 toe met 33% en voor de thuiszorg met 18%.
- Voor de gehele ROAZ-regio wordt voor de deze V&V-sector in 2030 een tekort voorspeld van 6.300 medewerkers (-8%) en in de thuiszorg met 1.400 medewerkers (-7%).



4. Bijlagen

4.1 Gebruikte bronnen

- Uitvragen zorgstromen, zorgaanbod en kwaliteit 2022 bij de volgende partijen:
 - HAPS (N=12/12)
 - RAV (N=6/6)
 - Ziekenhuis-organisaties (N=12/12)
 - VVT-organisaties (N= 20/24)
 - GGZ-organisaties (N=5/5)
- NAZNH/FL: Trendmonitor acute zorg Noord-Holland / Flevoland 2018 – 2021
- NAZNH/FL: registratie stops AZP/LPZ
- CBS/PBL : Bevolkingscijfers 2022 en prognose van het naar 5-jaars leeftijdsklassen en aantal levend geboren
- CBS: SES/WOA
- RIVM: Reistijden naar dichtstbijzijnde HAP, SEH en RAV
- Sigra/Flever: FZO-raming 2022 per veiligheidsregio
- Sigra/Flever: Arbeidsmarkt (tekorten) 2022 en 2030 per sector
- AZN: Sectorkompas 2021
- LTR: registratie 2022
- MMT: interne registratie
- Capaciteitsorgaan: Capaciteitsplan-2022_2025-Deelrapport-8-FZOAVP-DEF-12-jan-23
- Nivel: Gezondheidsproblemen in de regio IJmond; een verkenning (2021)
- GGD Gezondheidsmonitor 2020



4.2 Extra tabellen en figuren

4.2.1 Demografie



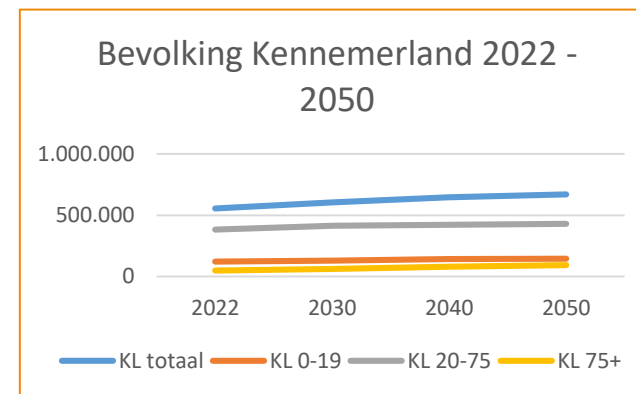
Kennemerland 2022			ROAZ NH/FL 2022	
Leeftijd	Aantal	%	Aantal	%
0-5	28.021	5,1%	170.690	5,1%
5-20	94.664	17,1%	544.725	16,3%
20-65	322.700	58,3%	2.024.910	60,5%
65-75	59.028	10,7%	340.908	10,2%
75+	49.535	8,9%	263.365	7,9%
Totaal	553.948	100,0%	3.344.598	100,0%

Kennemerland 2030			ROAZ-NH/FL 2030		
Leeftijd	Aantal	%	Aantal	%	Δ 2022
0-5	34.285	5,7%	201.520	5,6%	18,1%
5-20	94.771	15,6%	548.941	15,1%	0,8%
20-65	346.502	57,2%	2.118.021	58,4%	4,6%
65-75	67.574	11,2%	394.008	10,9%	15,6%
75+	62.577	10,3%	361.285	10,0%	37,2%
Totaal	605.709	100,0%	3.623.775	100,0%	8,3%

De subregio KL (Kennemerland) heeft ten opzichte van het ROAZ-gemiddelde relatief veel 65+'ers (20% t.o.v. 18%). Het aandeel ouderen en daarmee de groep met de hoogste zorgvraag groeit in 2030 tot 22%. De stijging is vooral te zien bij de groep 75+ (+26%).

De beroepsbevolking (20-65) is relatief klein (57% t.o.v. 61% ROAZ).

De algemene bevolking stijgt ook na 2030 verder van 554.000 in 2022, via 606.000 in 2030 tot 669.000 in 2050.



4.2.2 Zorggebruik HAP

Tijdstop zorgvraag

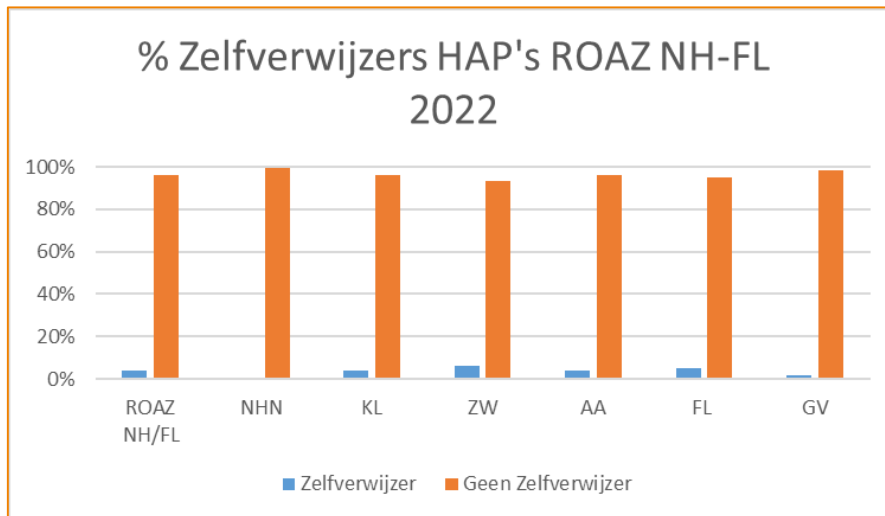
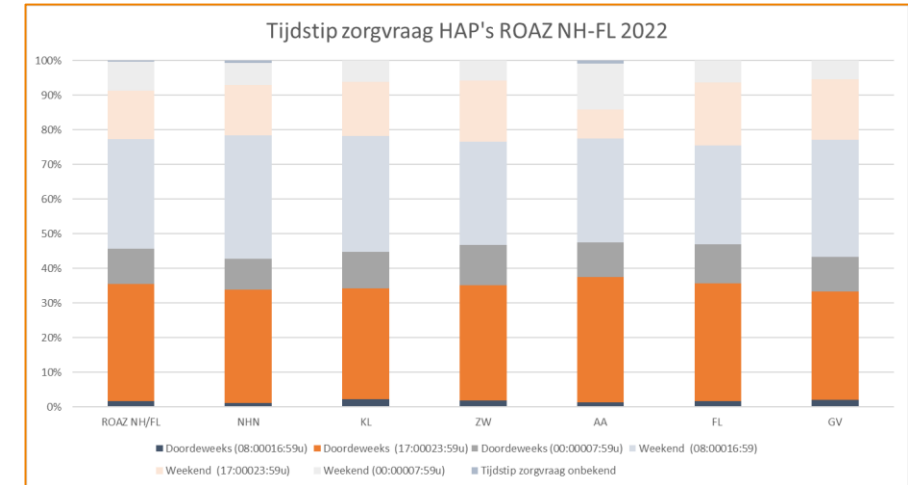
De zorgvraag in de weekenden in de nacht is in de subregio KL hoger (16%) dan voor de gehele ROAZ regio (14%).

Zelfverwijzer

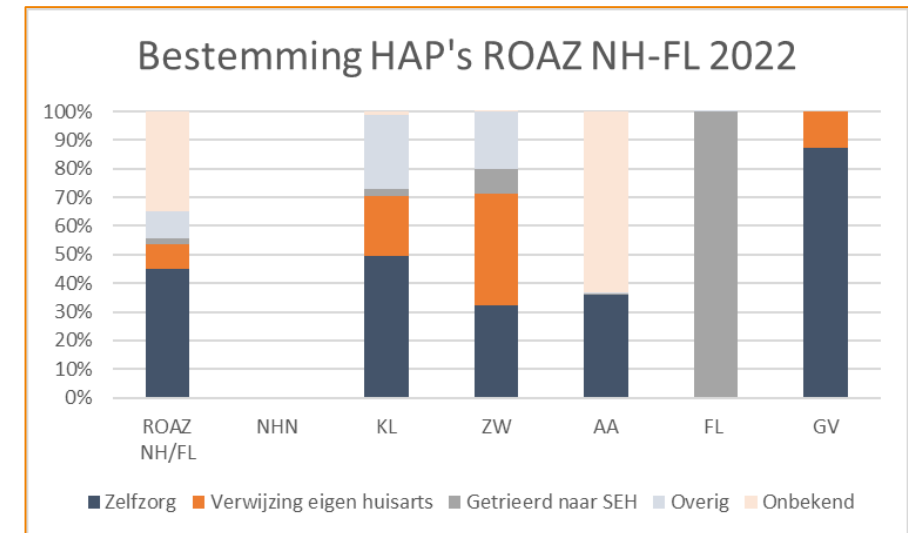
Het percentage zelfverwijzers ligt in de regio KL op 4%.

Bestemming

Bestemming is voor veel HAP's moeilijk aan te leveren.



Bron: ROAZ beeld uitvraag ROAZ bureau NH-FL, analyse ROAZ bureau NH/FL.



*In de regio NHN konden onvoldoende HAP's deze gegevens aanleveren en wordt daarom niet getoond in deze grafiek.

4.2.3 Zorggebruik Ambulancezorg

Tijdstop zorgvraag

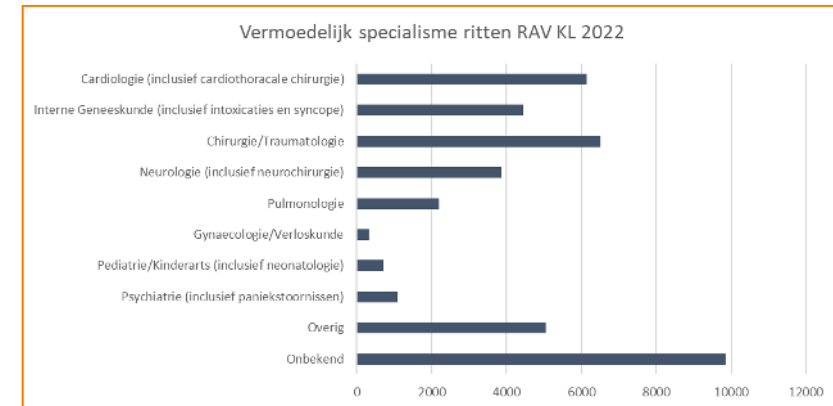
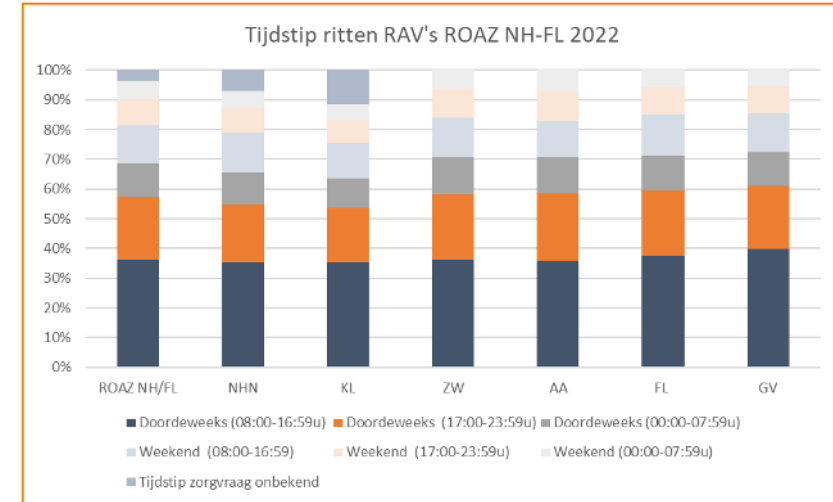
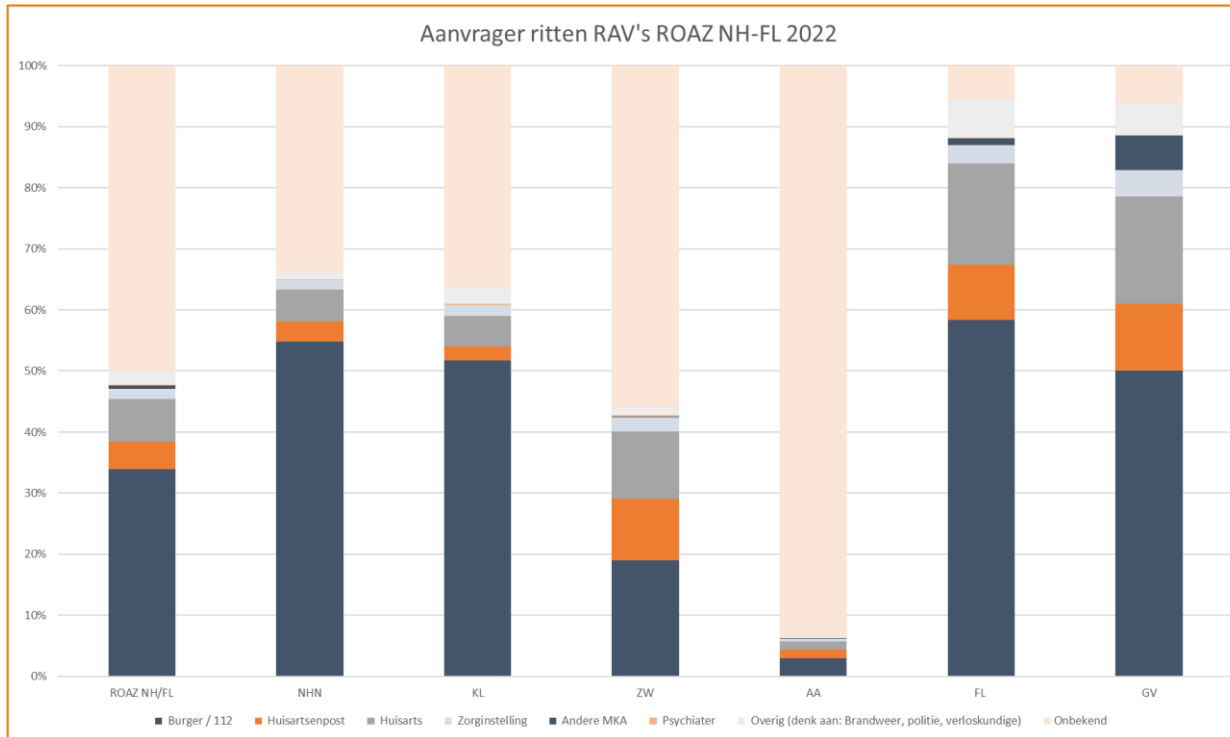
Er zijn geen grote verschillen in tijdstip zorgvraag tussen de subregio's.

Aanvrager

Vanwege de grote aantallen ingevuld in de categorie 'onbekend' is het lastig om vergelijkingen tussen subregio's te maken. De meerderheid van de ritten worden aangevraagd door de burger/112.

Vermoedelijk specialisme

Bij het meeste aantal ritten valt binnen de categorieën: Trauma, interne en Cardiologie.



Bron: ROAZ beeld uitvraag ROAZ bureau NH-FL, analyse ROAZ bureau NH/FL.

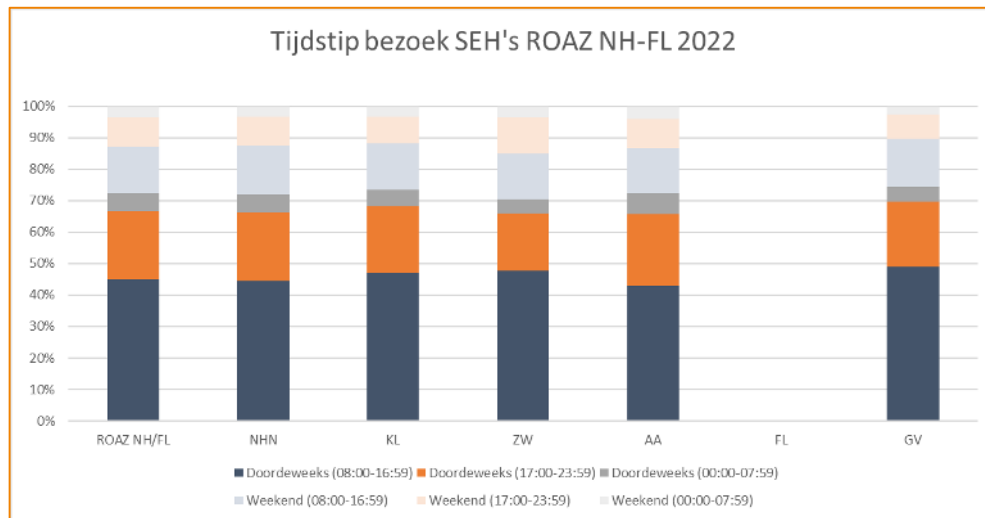
4.2.4 Zorggebruik SEH

Specialisme

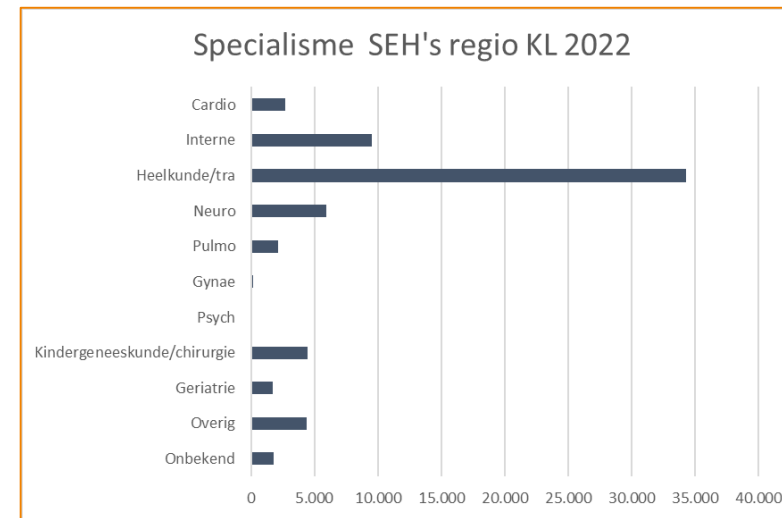
In de subregio Kennemerland verwerkt Heelkunde/trauma het meeste aantal SEH bezoeken.

Tijdstip

Er zijn geen grote verschillen tussen de tijdstippen van bezoek op de SEH en de andere subregio's.



Bron: ROAZ beeld uitvraag ROAZ bureau NH-FL, analyse ROAZ bureau NH/FL.



*geen gegevens aangeleverd vanuit de regio Flevoland

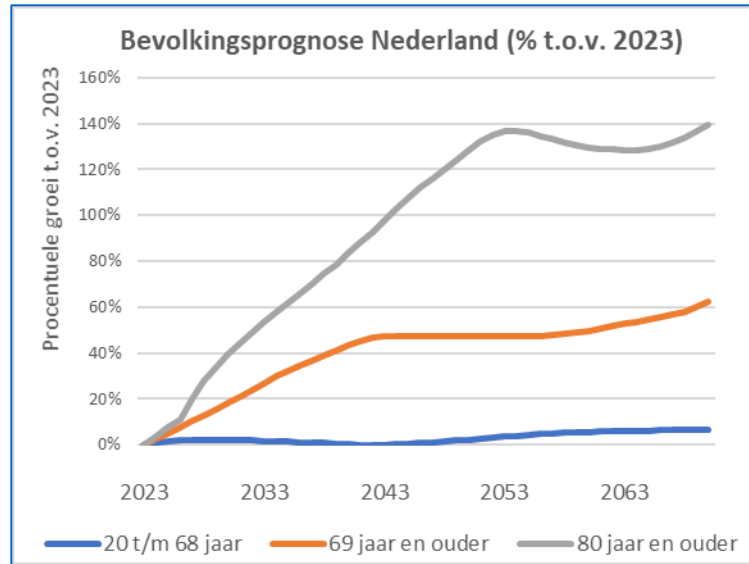


4.3 Regioplus arbeidsmarktvraagstuk

Het arbeidsmarktvraagstuk sector zorg en welzijn
2023 met focus op acute zorg



Regio+ arbeidsmarktvragestuk

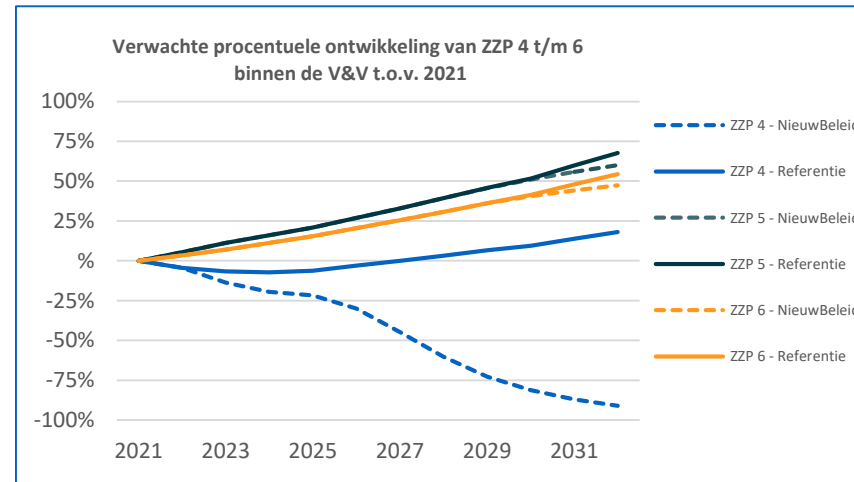


CBS, KERNPROGNOSES 2022-2070

Het arbeidsmarktvragestuk voor zorg en welzijn

De bevolking ouder dan 68 jaar neemt de komende decennia harder toe dan de potentiële beroepsbevolking. En binnen de groep van 68 jaar en ouder neemt de groep van 80 jaar en ouder het snelste toe.

De meeste zorgconsumptie vindt plaats in de groep van 80 jaar en ouder, waardoor het beroep op zorg en welzijn sterk zal toenemen terwijl de beroepsbevolking vrijwel gelijk blijft. Dit gecombineerd met medische vooruitgang waardoor mensen langer in leven blijven, ook met uitdagingen in de eigen gezondheid, creëert het arbeidsmarktvragestuk voor zorg en welzijn.



Prognose zorggebruik – nieuw beleid

Om zorg en welzijn betaalbaar en uitvoerbaar te houden is het ministerie van VWS diverse programma's gestart (IZA, WOZO, GALA & TAZ). De beoogde effecten van deze programma's zijn voor een deel verwerkt in de nieuwe prognoses binnen het scenario 'nieuw beleid'. Kern van het nieuw beleid is verwoord in de slogan van WOZO: Thuis als het kan, zelf als het kan, digitaal als het kan. Concreet betekent dit volgens de prognoses onder andere een afbouw van ZZP-4 in de verpleeghuiszorg en een toename van het Volledig Pakket Thuis (VPT) vanuit de thuiszorg. Dit bovenop de groei die al plaats vindt in de thuiszorg door de groei van het aantal hulpbehoevende ouderen.

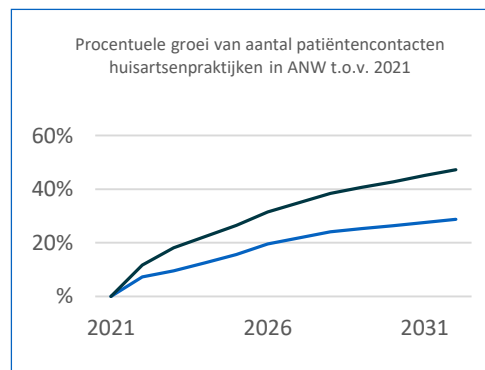
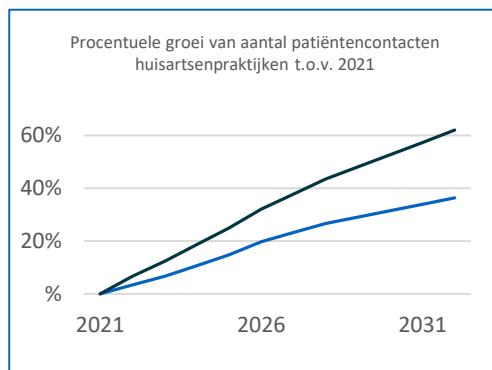
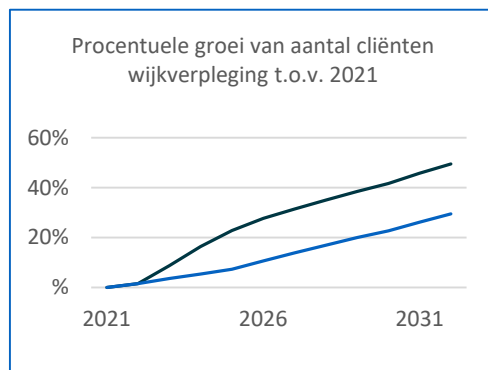
Regioplus arbeidsmarktvragestuk

Vanuit IZA wordt ingezet op meer zorg en ondersteuning vanuit de thuissituatie door het beperken van de financiële volumegroei binnen de medische specialistische zorg en de Geestelijke Gezondheidszorg, terwijl de huisartsenzorg en de wijkverpleging juist extra financiële groei ruimte krijgen.

Zorgtype	2023	2024	2025	2026
Medisch Specialistische Zorg (MSZ)	1,0%	0,8%	0,4%	0,0%
GGZ	1,0%	0,8%	0,6%	0,4%
Wijkverpleging	2,0%	2,4%	3,0%	3,5%
Huisartsenzorg	2,0%	2,4%	3,0%	3,5%
Multidisciplinaire zorg (MDZ)	2,0%	3,0%	4,0%	5,0%

De effecten hiervan op de groei van de wijkverpleging en de huisartsenzorg (zowel overdag als voor de Avond, Nacht en Weekenddiensten) is weergegeven in de volgende figuren.

Effecten van Beleid op procentuele groei van cliënten en patiëntcontacten voor de wijkverpleging en huisartsenpraktijken



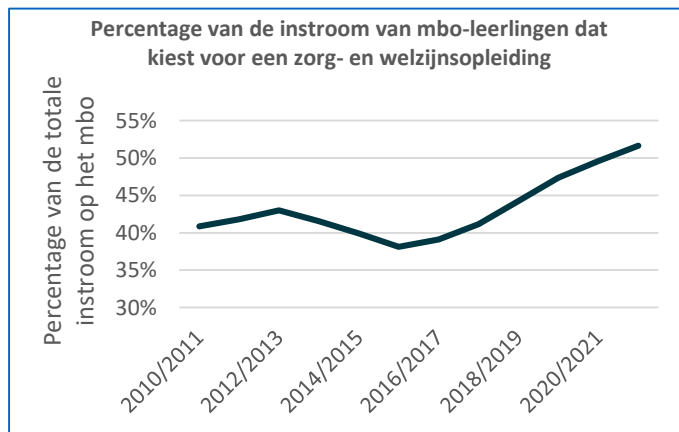
(— NieuwBeleidsscenario, — Referentiescenario; ABF, maart 2023, www.prognosemodelzw.nl)

Regio+ arbeidsmarktvragestuk

Ontwikkelingen Jeugdhulp en GGZ

De Jeugdhulp kent de afgelopen 20 jaar een enorme groei. In het jaar 2000 kreeg nog 1 op de 27 jongeren (0-17 jaar) Jeugdhulp (Pommer e.a. 2011) terwijl in 2021 dit is opgelopen tot 1 op 7,5 jongeren (CBS, Jeugdhulp 2021). Tegelijkertijd is ambulantisering al jaren het beleid binnen de GGZ en Jeugdhulp wat een verder beroep doet naar zorg en ondersteuning vanuit de wijk. Het verloop binnen de Jeugdzorg is echter groot met een uitstroom uit de sector vanuit de branche Jeugdhulp van 13%. Gemiddeld is de uitstroom uit de sector tussen het 3e kwartaal 2021 en het 3e kwartaal 2022 10,8% (CBS, AZWstatline). Er wordt gewerkt aan een hervormingsagenda voor jeugdhulp en deze zal ook invloed hebben op de behoefte aan zorg en ondersteuning vanuit de wijk dus het is belangrijk om deze ontwikkelingen te monitoren.

Het zorggebruik stijgt al vele jaren en daarmee stijgt ook het aantal medewerkers in de sector zorg en welzijn. Het CBS verzamelt arbeidsmarkt informatie over de sector zorg en welzijn en publiceert deze via <http://azwstatline.cbs.nl>. Hier is onder andere te vinden dat het aandeel mbo-studenten dat kiest voor een opleiding binnen de sector zorg en welzijn tussen 2010 en 2021 opliep tot meer dan 50% van de totale instroom van mbo'ers. Dit maakt dat ook de komende jaren de instroom in de sector zorg en welzijn nog zal toenemen. Tegelijkertijd is sinds 2021 de uitstroom weer toegenomen na een stabiele fase tussen 2016 en 2020 waardoor de groei van het aantal medewerkers sterk afneemt.



RegioPlus arbeidsmarktvragestuk

Het prognosemodel zorg en welzijn zoals in maart 2023 opgeleverd door ABF Research bevat prognoses voor een aantal kritische beroepen binnen de sector op het niveau van branches en regio's (RegioPlus-arbeidsmarktregio's en zorgkantoorregio's). Uit het scenario Nieuwbeleid in dit model volgt dat alle kritische beroepen nog zullen groeien tussen 2032 en 2023. De top 10 snelst groeiende beroepen zijn weergegeven op de volgende tabel:

Beroepsgroepen	Grootte van de beroepsgroep in 2032 t.o.v. 2021
Specialist ouderengeneeskunde, AVG en ondersteuners	142%
Huisartsen en ondersteuners	136%
Helpende zorg & welzijn (niveau 2)	134%
Zorghulp (niveau 1)	123%
Verzorgende (niveau 3)	121%
GGZ beroepen Capaciteitsorgaan	120%
Sociaal geneeskundige	119%
Verpleegkundige (niveau 4)	116%
Medisch specialisten	115%
Gespecialiseerd verpleegkundige	114%

Zoals ook zichtbaar is in de tabel zijn de prognoses van een aantal functies gebaseerd op de gegevens en berekeningen van het Capaciteitsorgaan. Daarnaast is het belangrijk om op te merken dat in bovenstaande tabel geen rekening wordt gehouden met het streven om het aandeel medewerkers binnen de sector zorg en welzijn niet verder op te laten dan 1 op 6 ten opzichte van de rest van de economie. De specialisten ouderengeneeskunde, AVG en ondersteuners en de Huisartsen en ondersteuners springen er bovenuit, aangevuld met de zorgberoepen op mbo-niveau van Zorghulp t/m Verpleegkundige. De medisch specialisten en Gespecialiseerd verpleegkundigen sluiten de top 10 van snelst groeiende beroepen af.

Regioplus arbeidsmarktvragestuk

Ondanks de blijvende groei van het aantal medewerkers in de sector, ook voor de kritische beroepen, zal het arbeidsmarkttekort toenemen door de sterker stijgende zorgvraag. Voor de acute zorg wordt specifiek gekeken naar de branches ‘huisartsen en gezondheidscentra’, ‘thuiszorg’ en ‘ziekenhuizen en overige med. Spec. Zorg’ en ‘UMC’s’. Dit gezien het beleid om zoveel mogelijk zorg en welzijn naar de wijk te verplaatsen en daar dan ook de acute zorgbehoefte zal ontstaan waarbij deze mede vanuit het ziekenhuis wordt geboden.

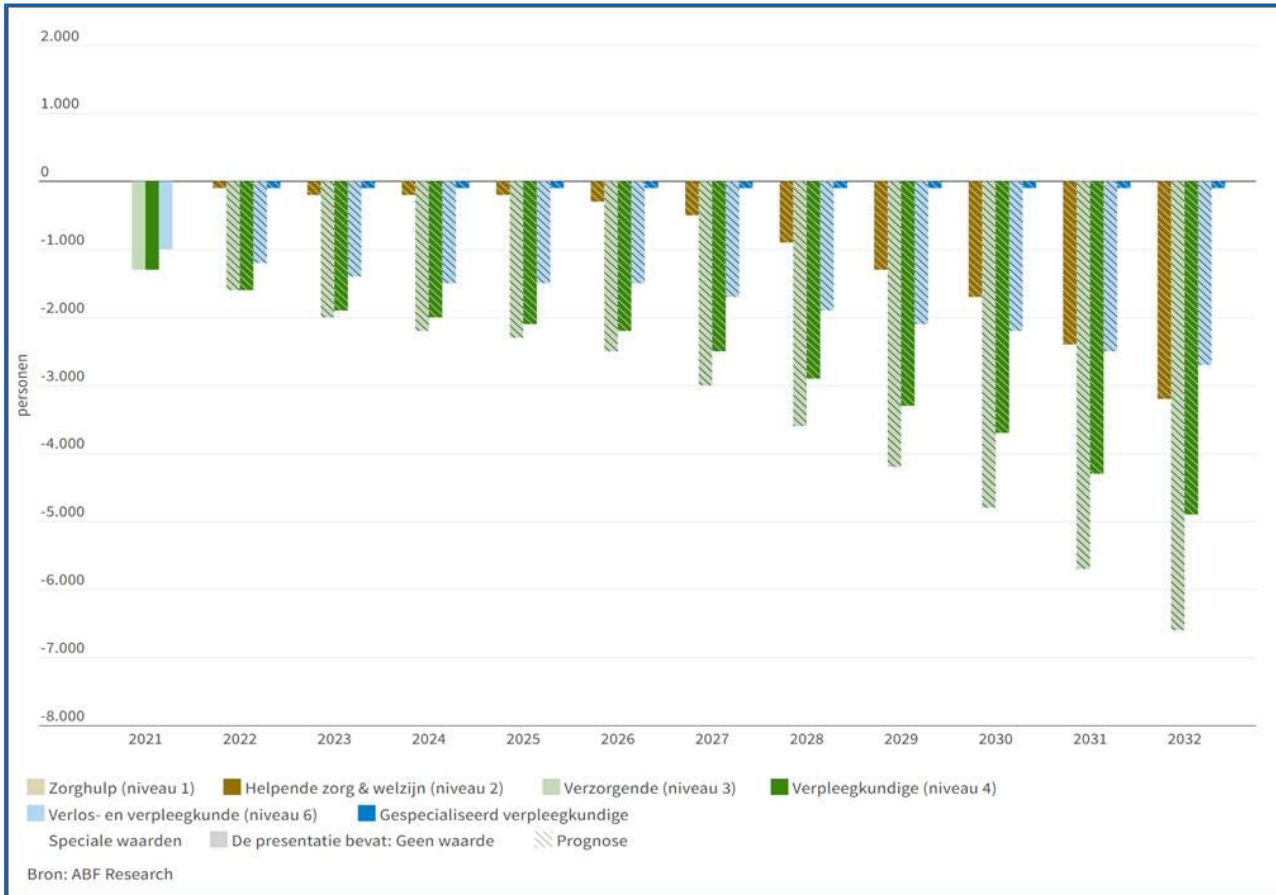
Prognose van de arbeidsmarkttekorten binnen de branche Huisartsen en Gezondheidscentra (ABF, maart 2023)





Regioplus arbeidsmarktvragestuk

Prognose van de arbeidsmarkttekorten binnen de branche Thuiszorg (ABF, maart 2023)



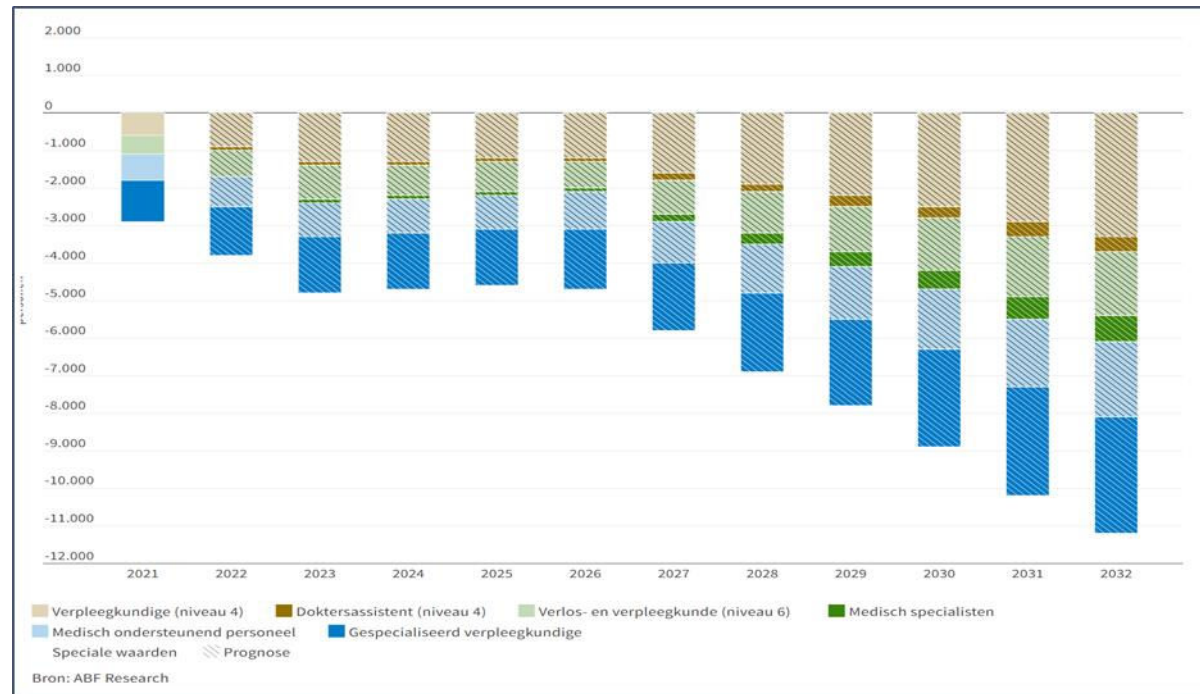
Voor de huisartsenzorg loopt het tekort sterk op voor huisartsen en ondersteuners en voor doktersassistenten. Het (landelijk) tekort voor verpleegkundigen op mbo en hbo-niveau zal voor deze branche in 2032 op enkele honderden uitkomen. Voor de thuiszorg betreffen de tekorten vooral tekorten voor de functies helpende, verzorgende en verpleegkundige (mbo en hbo). Het verwachte tekort in 2032 aan gespecialiseerd verpleegkundigen is beperkt. Voor de ziekenhuizen geldt daarentegen juist dat bijna het grootste tekort plaatsvindt onder de gespecialiseerd verpleegkundigen, net na de mbo-verpleegkundigen. In het figuur worden alleen de grootste tekortfuncties in de branche ziekenhuizen getoond, waarbij de verpleegkundige functies bijna de helft van alle tekorten in de branche vormen.



Regioplus arbeidsmarktvragestuk

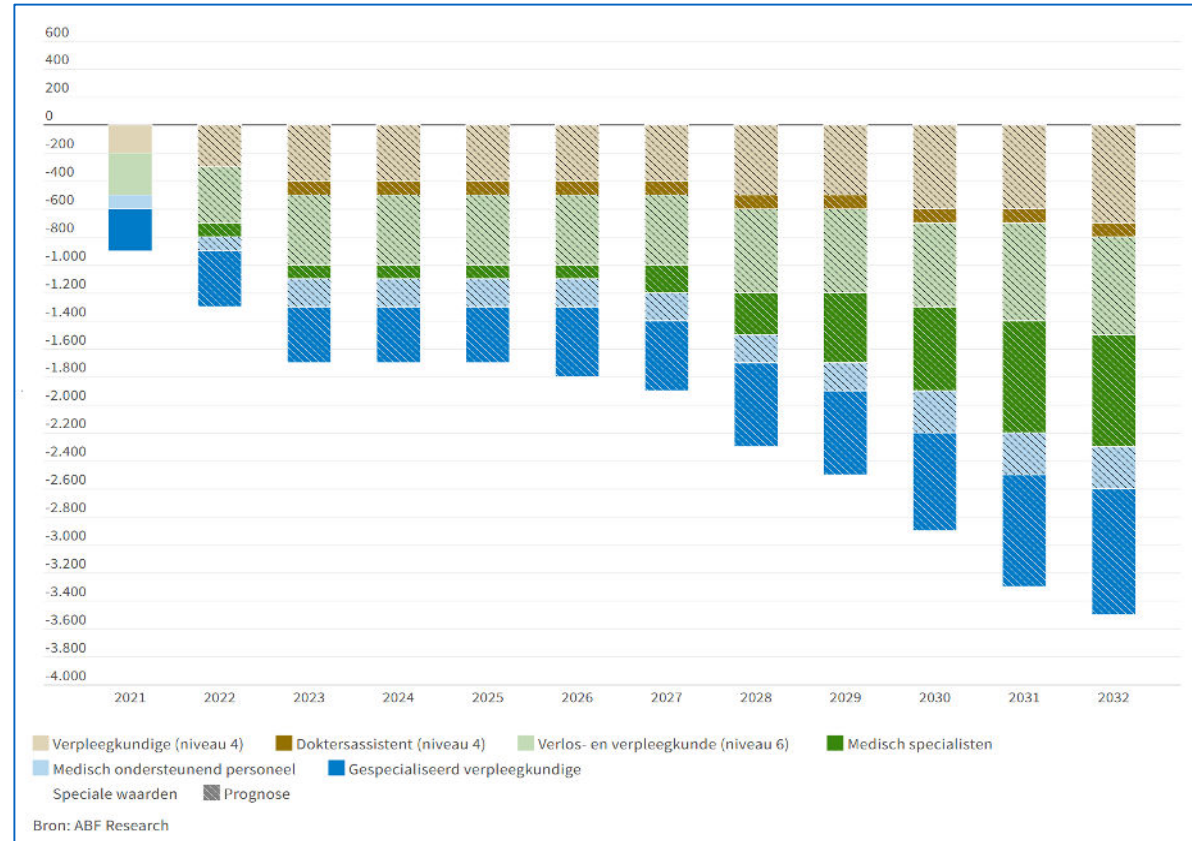
Opvallend verschil tussen de branche ziekenhuizen en de branche UMC's is dat het tekort aan medisch personeel bij UMC's een veel groter aandeel van het totaal aan tekorten inneemt dan binnen de branche ziekenhuizen. Ook in absolute zin is het verwachte aantal tekorten bij UMC's groter dan bij de branche ziekenhuizen (respectievelijk 800 en 700 tekorten). Daarentegen neemt bij UMC's het tekort aan medisch ondersteunend personeel juist een kleiner aandeel in van het totaal aan tekorten ten op zichte van de branche ziekenhuizen. Voor beide branches geldt hierbij wel dat het verwacht tekort aan medisch ondersteunend personeel tussen 2021 en 2032 verdrievoudigd.

Prognose arbeidsmarkttekorten voor ziekenhuizen en overige med. spec. zorg (ABF, maart 2023)



Regioplus arbeidsmarktvragestuk

Prognose arbeidsmarkttekorten voor UMC's (ABF, maart 2023)



Regioplus arbeidsmarktvragestuk

De arbeidsmarktprognoses van ABF van maart 2023 geven duidelijk de impact weer van het beleid voortkomend uit de regelingen IZA, WOZO en TAZ. De verplaatsing van zorg zoveel mogelijk naar de leefomgeving van patiënten en cliënten staat hierbij centraal voor de prognoseberekningen. Hier zijn twee belangrijke kanttekeningen bij:

1. Niet alle beleidsonderdelen vanuit de IZA, WOZO, TAZ en GALA zijn meegenomen in de prognoses.
2. In het scenario Nieuw-beleid blijft nog steeds een groot aantal arbeidsmarkttekorten over.

De verplaatsing naar de thuissituatie zal extra druk zetten op de acute zorg aangezien zorg die in de oude / huidige situatie vanuit de intramurale voorziening zelf geleverd wordt, nu vervangen moeten worden door de voorzieningen die beschikbaar zijn vanuit de thuissituatie, zoals de huisartsenpraktijken, de huisartsenposten en de SEH's. Dit vraagt meer van de huisarts wat de afgelopen jaren heeft geleid tot het ontstaan van een divers aantal ondersteunende functies in de huisartsenpraktijk. Een aantal dat nog groeiende is met bijvoorbeeld de Praktijkondersteuner Ouderen waarvoor in 2021 het functieprofiel is verschenen.

Bepalend voor het doen slagen van de verplaatsing van zorg naar de thuissituatie vanuit het perspectief van de acute zorg en de arbeidsmarkt is (naast het uiteraard op peil houden van de beschikbaarheid van huisartsen zelf) de capaciteit van deze ondersteunende functies in de huisartsenzorg en het behouden of vergroten van die capaciteit. Dit is het grootste verwachte tekort voor de huisartsenpraktijken en gezondheidscentra.

Vervolgens is het de vraag of de acuut ontstane zorgvraag nog steeds wel geleverd kan blijven worden vanuit de thuissituatie. Idealiter is er kort contact met bijvoorbeeld de huisartsenpost of de SEH, waarna de eventuele zorgbehoefte die volgt op het contact geleverd kan worden vanuit de thuissituatie. De thuiszorg kent echter (ook in de huidige situatie) al grote tekorten. Het risico ontstaat dat (veelal) ouderen een bekende zorgvraag hebben die geboden wordt vanuit de thuiszorg, er vervolgens via de acute zorg een aanvullende zorgvraag komt voor de thuiszorg, maar dat deze niet geboden kan worden (of in ieder geval niet acuut) en de oudere via de acute zorg alsnog een verblijfplaats in een intramurale instelling krijgt, maar dan via crisisopvang. Dit is zowel voor de cliënt/patiënt ongewenst als een tegengestelde ontwikkeling op het doel om mensen zo lang mogelijk vanuit een thuissituatie verzorging, verpleging en ondersteuning te bieden.

Hier komen nog twee knelpunten bij. Het eerste knelpunt is dat de arbeidsmarkttekorten in de thuiszorg vergelijkbare functies betreft als de ondersteunende functies in de huisartsenpraktijken. Het bewaken van de capaciteit van de ondersteunende functies in de huisartsenzorg kan het tekort in de thuiszorg hierdoor versterken. Het tweede knelpunt is de toenemende complexiteit van zorg, zowel voor de huisartspraktijken, de huisartsenposten, de SEH's én de thuiszorg. Hierbij gaat het om stijgende complexiteit vanwege de toename van aantal GGZ-aandoeningen in de thuissituatie vanwege de ambulantisering van de GGZ, als de complexiteit veroorzaakt door de stijgende comorbiditeit onder de groep ouderen in de thuissituatie. Samengevat zal de vraag die op de acute zorg afkomt zowel stijgen als in complexiteit toenemen.

Vanuit de sectoranalyse volgen daarmee vier adviezen voor de acute zorg:

1. Bewaak de regionale capaciteit van de ondersteunende functies over de hele keten van de acute zorg, dus vanaf het moment van melding, via de huisartsenpraktijken- posten en SEH's tot aan de verdere ondersteuning vanuit de thuiszorg.
2. Investeer in kennisontwikkeling van het personeel voor aandoeningen die voorheen vanuit de intramurale instellingen werden behandeld en verzorgd maar in de toekomst steeds vaker vanuit de thuissituatie opgepakt moeten worden.
3. Zet in op ketenbrede triage, zodat cliënten/patiënten direct op de juiste plek komen en zo min mogelijk tijd van professionals innemen die hen niet verder kunnen helpen. Aansluiting met het sociaal domein is hierbij sterk aan te raden aangezien het risico anders ontstaat dat de capaciteit van de acute zorg gebruikt wordt voor het beantwoorden van sociaal-maatschappelijke vraagstuk zoals eenzaamheid onder ouderen.
4. Vanuit de behoefte aan ketenbrede triage is ook het bewaken en investeren in capaciteit van doktersassistenten van groot belang. Ook in deze beroepsgroep worden grote tekorten veroorzaakt door ABF.





Colofon

Dit ROAZ beeld is een uitgave van het ROAZ bureau Noord-Holland Flevoland.

Dit beeld is mede tot stand gekomen met input van de ketenpartners uit de ROAZ regio (subregio Kennemerland) en in samenwerking met de LNAZ, het RIVM, de NZA, Flever en Siga.

Het ROAZ bureau besteedt de uiterste zorg aan de betrouwbaarheid van de aangeleverde data. Onjuistheden of onvolledigheden zijn echter niet altijd te vermijden. Aan de inhoud van dit ROAZ beeld kunnen op geen enkele wijze rechten worden ontleend of aanspraken worden gemaakt.

Publicatiedatum: mei 2023

Postbus 22660
1100 DD Amsterdam

Auteurs Deel II: Tom Fresen (t.fresen@amsterdamumc.nl),
Marloes Wessel (m.wessel@amsterdamumc.nl)

Graphics: Jesse Geurtsen (J.F.Geurtsen@student.tudelft.nl)