



netwerk
acute zorg
NOORD-HOLLAND
FLEVOLAND

ROAZ-BEELD

Noord-Holland Noord

DEEL I | OPLEGGER



COÖPERATIE VGZ
Voorop in gezondheid en zorg.
Voor iedereen.

Juni 2023

ROAZ-beeld Noord-Holland Noord

Ketenpartners en contactgegevens

Dit document is tot stand gekomen samen met:



GHORNHN



Contactgegevens

Netwerk acute zorg Noord-Holland Flevoland

Naam: Jeroen Dokter & Marloes Wessel

Mailadres: naznhfl@amsterdamumc.nl

Coördinerend zorgverzekeraar

Naam: René de Koning (VGZ)

Mailadres: R.dekoning@vgz.nl

TAZK Noord-Holland Noord

Naam: Anke Kortenaar (ambassadeur)

Mailadres: Tazknoord-hollandnoord@vrnhn.nl

- De (acute) VVT is bij de totstandkoming van dit document vertegenwoordigd door Omring.
- Vertegenwoordigers van de (acute) geboortezorg zijn tevens geraadpleegd. Met als uitkomst dat de uitdagingen worden herkend, maar dat de (acute) geboortezorg geen onderdeel uitmaakt van de prioritaire uitdagingen voor NHN, vanuit het perspectief van het versterken van de samenwerking binnen de acute keten.

Inhoudsopgave

Het ROAZ-beeld bestaat uit de kwalitatieve duiding en het kwantitatieve beeld dat hieraan ten grondslag ligt

DEEL I | DUIDING

1. Totstandkoming	p.4
2. Regioperspectief	p.5
3. Belangrijkste thema's	p.6
4. Verdieping per thema	p.7
A. Organiseren van passend aanbod bij acute zorgvraag	p.7
B. Beperken instroom acute zorg	p.9
C. Toename kwetsbare ouderen	p.10
D. Soepele doorstroom binnen de (acute) zorgketen	p.13
E. Inrichting en doorontwikkeling zorgcoördinatie	p.15
F. Effecten concentratie en spreiding van zorg	p.17
5. Bestaande interventies	p.19
6. Bestaande samenwerkingsverbanden	p.21
7. Connectie met het IZA en het regiobeeld NHN	p.22

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

DEEL II | KWANTITATIEVE BEELD EN CONCLUSIES

Totstandkoming

Dit ROAZ-beeld vloeit voort uit de afspraken in het IZA dat elke ROAZ-regio een beeld en plan opstelt voor de acute zorg in de regio

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

Context

In ROAZ-regio NH-FL 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 het Regiobeeld Noord-Holland Noord.

Dit document bevat het ROAZ-beeld zoals bruikbaar voor regio Noord-Holland Noord, 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 Noord-Holland Noord. De getoonde inzichten zijn deels opgebouwd uit gegevens direct verkregen van de zorginstellingen binnen de subregio Noord-Holland Noord over het jaar 2022. Er is gekozen om een ROAZ beeld informatieverzoek neer te leggen bij de Ziekenhuizen, HAP's, RAV's, Acute GGZ en de VVT. De belangrijkste motivatie voor deze aanpak is dat dit de meest beschikbare recente gegevens zijn, direct verkregen van de instellingen. Daarnaast is deze uitvraag voor de SEH, HAP en RAV in voorgaande jaren op soortgelijke wijze uitgevoerd voor de jaarlijkse trendmonitor waardoor een vergelijking met 2019 (laatste jaar voor COVID-19) kan worden getoond in het ROAZ beeld. Landelijk (via de LNAZ) is ook data beschikbaar gesteld over 2020, echter deze data is minder recent en mogelijk beïnvloedt door de COVID-19 pandemie dan het jaar 2022. Personele data is aangeleverd door de Sigra.

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). In het beeld is nog geen rekening gehouden met de impact van ontwikkelingen op het gebied van digitalisering en technologie in de zorg (zoals ontwikkelingen als AI in de zorg, zelfzorg, zelftriage etc).

Duiding

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

Deel 1 van dit document bestaat daarom uit de belangrijkste thema's (knelpunten) die onderschreven worden door de ketenpartners voor de acute zorg in de regio Noord-Holland Noord. Deze thema's zijn op basis van het kwantitatieve beeld geïdentificeerd en aangescherpt aan de hand van twee duidingssessies en een schriftelijke ronde. Deze duiding kan worden gezien als de oplegger op het kwantitatieve beeld, aangevuld met alle kennis en ervaring van alle acute ketenpartners 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.



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 en SEH-stops. 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 in de toekomst mogelijk niet geborgd worden. Waardoor patiënten er niet op kunnen vertrouwen dat ze de juiste zorg, op het juiste moment ontvangen.

De aansluiting tussen de zorgvraag en het zorgaanbod in de acute zorg kan beter om schaarse middelen (geld en personeel) doelmatiger in te zetten. Dit vraagt op regionaal niveau om optimalisatie 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 kan mogelijk nog meer worden ingezet

Domeinoverstijgende samenwerking in NHN

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 NH-FL wordt hier per subregio invulling aan gegeven als onderdeel van het initiatief toekomstbestendige acute zorgketen (TAZK).

De partners in Noord-Holland Noord 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 Noord-Holland Noord richt zich op domeinoverstijgende samenwerking en gaat daarmee over interventies die positief effect hebben op (een deel van) de acute zorgketen in de regio. Dit houdt in dat initiatieven die enkel gevolgen hebben voor één (type) ketenpartner geen onderdeel zijn van de scope van het ROAZ-beeld en plan NHN.



Thema's

Voor de acute zorg in Noord-Holland Noord zijn zes prioritaire uitdagingen geïdentificeerd

Onderstaand staan de belangrijkste thema's voor de acute zorg in Noord-Holland Noord die samen met de ketenpartners zijn geïdentificeerd. De thema's zijn weergegeven in 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 (knelpunten) die een nauwe samenwerking vragen tussen de diverse ketenpartners in NHN, om ook in de toekomst de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg te borgen.

-  **A. Organiseren van passend aanbod bij acute zorgvraag**
De vraag naar acute zorg is groter dan het aanbod, waardoor capaciteitsproblemen ontstaan. Dit stelt eisen aan de inrichting van de acute zorg. De stijgende vraag uit zich in toenemende aantallen en in langere duur van contactmomenten als gevolg van complexere zorgvragen. Tegelijkertijd kampen ketenpartners met een gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel. De instroom van personeel neemt af en de uitstroom neemt toe, door werkdruk en lagere bereidheid voor 24/7 diensten. Tevens wordt er veelal uit dezelfde 'vijver' gevist. De digitalisering van de zorg en de impact daarvan op het zorgaanbod en proces is nog volop in ontwikkeling.
-  **B. Beperken instroom acute zorg**
Benutten van de mogelijkheden in het voorkomen van instroom/groei van onnodige of laagurgente acute zorgvragen binnen de acute zorgketen, waardoor de schaarse capaciteit zo effectief mogelijk wordt benut.
-  **C. Toename kwetsbare ouderen**
Het aantal kwetsbare ouderen (75+) neemt in 2030 toe met 34%. 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.
-  **D. Doorstroom binnen de gehele (acute) zorgketen**
De doorstroom in de acute keten is suboptimaal. Dit leidt onder andere tot verkeerde beddenproblematiek in de ziekenhuizen en knelpunten rondom de inzet van ELV (en WLZ-crisis) bedden en acute wijkverpleegkundige zorg. Het onvoldoende benutten hiervan is onder meer het gevolg van (te) weinig capaciteit, kennis/gebruik van elkaars kennis en kunde, inzicht in elkaars zorgcapaciteit en uitdagingen op het gebied van digitale gegevensuitwisseling. Gevolg is dat patiënten niet altijd de juiste zorg op de juiste plek ontvangen en schaarse capaciteit onnodig bezet houden.
-  **E. Inrichting en doorontwikkeling zorgcoördinatie**
In 2025 moet er in elke ROAZ-regio een zorgcoördinatiecentrum zijn ingericht. Conform [opdracht](#) Ministerie van VWS. Dit vraagt van het ROAZ hier een plan voor uit te werken, met aandacht voor de patiëntengroepen waarvoor coördinatie van toegevoegde waarde is en met behoud van bestaande goed werkende samenwerkingsafspraken en zorgaanbod. Met als doel dat patiënten snel en op de juiste plek worden geholpen en dat er beter zicht en sturing is op capaciteit in de regio. Waardoor opstopping wordt voorkomen en de doorstroom van patiënten in de acute zorgketen verbetert.
-  **F. Effecten concentratie en spreiding van zorg**
Er is een trend gaande waarbij aanbod van hoogcomplexere zorg wordt geconcentreerd in een aantal hiervoor gespecialiseerde ziekenhuizen. In de regio Noord-Holland Noord betreft een belangrijk vraagstuk de lateralisatie van de multitraumazorg en de effecten hiervan op onder andere aanrijdtijden, de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg en de overlevingskans van patiënten.

A. Organiseren van passend aanbod bij acute zorgvraag (1/2)

Hoe het aanbod anders te organiseren, gegeven de stijgende vraag naar acute zorg



Regioperspectief

De uitdaging waar de regio NHN voor staat is de verwachting dat de totale bevolking procentueel licht stijgt met 2,4%, in combinatie met een relatief kleine huidige beroepsbevolking in de regio. Hierin zien we verschillen tussen de regio's en sectoren binnen NHN. Binnen de (huidige) beroepsbevolking zijn werknemers tussen de 50 en 65 jaar oververtegenwoordigd en de totale beroepsbevolking neemt met 1% af richting 2030. Hoewel het om relatief kleine percentages lijkt te gaan, leidt dit in toenemende mate tot zorgen.

Ter illustratie: alleen al voor de huisartsenzorg (N=900) GGZ (N=1.800) en de V&V-sector (N=6.300) loopt het aantal benodigde werknemers op tot liefst 9.000 voor de gehele ROAZ-regio. Binnen het ziekenhuis zijn het met name de IC-verpleegkundigen, anesthesiemedewerkers en operatie-assistenten waar de tekorten op het gebied van acute zorg zich bevinden.

Een groeiende groep van met name oudere zorgvragers en een afnemende beroepsbevolking is helaas een bekend gegeven. Daarbij speelt ook dat lagere instroom en hogere uitstroom van zorgprofessionals elkaar versterken bij personeelsgebrek. Zorgpartijen geven aan dat personeelstekorten de druk op het zittende personeel vergroten en de 24/7 bereidheid (en daarmee bereikbaarheid) bedreigen. Het huidige systeem en werktijden vragen veel van het personeel en zorgen voor disbalans tussen werk en privé. Professionals stromen dienstengevolge uit, om meer invloed te hebben op het eigen rooster en daarmee autonomie. Tot slot is er ook de realiteit dat het ziekteverzuim onder zorgpersoneel hoog is.

Zorgpartijen stellen daarnaast vast dat personeel de organisatie verlaat om in bepaalde gevallen bij een andere zorgaanbieder en/of als zzp-er te gaan werken. Er wordt veelal uit dezelfde 'vijver' gevist. Partijen geven aan dat onderlinge concurrentie niet wenselijk is en dat men liever kijkt naar hoe personeel (gezamenlijk) kan worden behouden voor de zorgsector.

Al met al leiden deze factoren tot een toenemend tekort aan voldoende gekwalificeerd persoon, waarbij deze factoren elkaar onderling versterken. Een stijgende zorgvraag en dalende beroepsbevolking zorgen ervoor dat capaciteit van zorgorganisaties steeds verder onder druk staat en afneemt. Deze stijgende vraag en schaarste aan personeel stellen eisen aan de inrichting van het aanbod van de acute zorg,

waarbij de stijgende zorgvraag een vaststaand gegeven is.

Wat geven individuele ketenpartners verder aan:

- **HA(P):** Sommige HAP's ervaren formatietekorten bij triagisten en tekort aan huisartsen/praktijkhouders. Gevolg is toenemende afhankelijkheid van zzp'ers tegen hogere kosten en met losse contracten. Effect op de HAP is langere wachttijden voor patiënten aan de telefoon en meer werkdruk voor de triagisten. Door het niet voldoende beschikbaar hebben van vervolgzorg, stagneert het zorgproces. Er is een landelijk initiatief 'spoed = spoed' om de zorgvraag te verlagen en daarnaast lopen er initiatieven rondom functiedifferentiatie.
- **ZKH:** Er loopt reeds een initiatief om SEH-stops te verminderen, gericht op de instroom, doorstroom en uitstroom. Zoals o.a. de inzet op meer zittende patiënten voor vergroten fysieke capaciteit; versnelling diagnostiek; SEH-visites tussen de middag door specialisten; patiënten alvast opnemen terwijl nog niet alle uitslagen bekend zijn. Vraag is wat het effect hiervan is op andere ketenpartners.
- **(MKA):** de MKA in Noord-Holland is fragiel. Structurele personeelskrapte en continue arbeidsmarkconcurrentie versus toename van meldingen c.q. laagdrempeliger beroep op meldkamerdienstverlening geeft constante druk op de kwaliteit en doorontwikkeling van meldkamerzorg. Opleidingen binnen MKA voor verpleegkundig centralisten duren doorgaans 3/4 jaar en nopen ook binnen meldkamer tot doorvoeren van meer functiedifferentiatie (o.a. meer uitgifte centralisten en landelijke pilot "anders gekwalificeerden"). Wat betreft de rijdende dienst is er meer mogelijkheid in differentiatie. Knelpunt is vooral de duur van vervanging van vertrekkende verpleegkundigen. Opleiden tot ambulance verpleegkundige duurt tenminste 9 maanden.
- **VVT:** Er bestaat reeds een coördinatiepunt ouderenzorg waar in de toekomst nog beter of meer gebruik van gemaakt kan worden zodat de doorstroom in de keten en over de domeinen wordt bevorderd en verbeterd. Te meer gegeven de steeds groter wordende groep ouderen met steeds zwaardere problematiek thuis. Uitdaging hierbij is dat de gesplitste bekostiging vanuit de WLZ en ZVW dit bemoeilijkt. Cliënten die langer thuis blijven wonen met een volledig pakket thuis vanuit de WLZ, kunnen in het geval van een acute situatie eigenlijk geen aanspraak maken op een ELV-bed (bekostigd vanuit ZVW).



A. Organiseren van passend aanbod bij acute zorgvraag (2/2)

Hoe het aanbod anders te organiseren, gegeven de stijgende vraag naar acute zorg

- **GGZ:** De zorgvraag is groter dan het aanbod, waardoor capaciteitsproblemen ontstaan. Toenemende vraag uit zich niet alleen in meer volume, maar ook in langere duur van contacten. In de regio is reeds sprake van één coördinatiepunt voor acute psychiatrie (crisisdienst GGZ NHN). Toeleiding naar dit punt vanuit andere aanbieders kan nog beter (wanneer en hoe).

Wat vraagt dit van de (acute) zorgketen in Noord-Holland Noord

Aan de ene kant hebben we te maken met toenemende zorgvraag en aan de aanbod kant, (steeds) beperkter(e) capaciteit. Van belang is om vanuit de ketengedachte de toenemende zorgvraag waar mogelijk te remmen en capaciteit te vergroten (of optimaler te benutten) zonder dat dit schadelijke neveneffecten heeft voor betrokken partijen. Het zal helpen een kader/overzicht (kapstok) op te stellen waarin oplossingen (ingrepen), eventuele nadelige effecten (op kwaliteit, kosten, druk, etc.), de omvang van het effect op het totale systeem inzichtelijk worden gemaakt. Dat biedt mogelijkheden voor gerichte beïnvloeding wanneer het probleem nauwgezet in kaart wordt gebracht en vanuit meerdere kanten wordt onderzocht c.q. aangepakt.

Belangrijk(st)e factor hierin is het slimmer inzetten van personeel met aandacht voor een gezonde en aantrekkelijke werkomgeving. De oplossingen moeten volgens ketenpartners gezocht worden in een andere manier van werken, met meer technologische en digitale toepassingen, minder regeldruk en in betere samenwerking met elkaar maar ook gemeenten. Om de toenemende druk op het personeel het hoofd te bieden, is het ook van belang om die zorgvragen die coördinatie en samenwerking behoeven, meer domeinoverstijgend en in gezamenlijkheid te organiseren. Waarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van elkaars competenties en capaciteiten. Belangrijk is wel dat nieuwe interventies niet ten koste gaan van het werkplezier.

Aandachtspunten die ketenpartners noemen¹:

- De huidige situatie vraagt om een paradigmashift van focus op kwaliteitsnormen en het systeem naar het centraal stellen van vertrouwen en daarmee werken vanuit de intrinsieke motivatie van zorgprofessionals. Dan volgt goede patiëntenzorg vanzelf.
- Organiseren van passend aanbod vraagt nog beter inzicht in de capaciteit en patiëntenstromen. Dit moet de basis zijn voor nieuwe interventies, anders leidt dit tot suboptimale oplossingen.

Samenwerking tussen domeinen moet zo transparant mogelijk worden ingericht, zodat men van elkaar weet wie wat doet (JZOJP, capaciteit, gezamenlijke zorgpaden).

Voor alle interventies geldt dat deze alleen ingezet moeten worden als dit aantoonbaar bijdraagt aan het verlichten van druk op personeel, bijvoorbeeld reductie van regeldruk en/of meer werkplezier. Het risico is dat nieuwe interventies onbedoeld leiden tot meerwerk.

- Ontwikkelen van combibanen, waardoor personeel multidisciplinair kan worden ingezet en uitgewisseld. Denk daarbij ook aan oplossingen waarbij werkdruk beter is verdeeld (intensieve baan combineren met minder-intensieve werkzaamheden).
- Dit vraagt ook (deels) gezamenlijk opleiden van personeel en opleidingsaanbod op maat.
- Binnen de regio uniforme werkwijzen voor de inzet van PNIL en waar mogelijk nauwere samenwerking (samenwerkingsverbanden, platform voor uitwisselen van personeel). Met als belangrijke voorwaarde dat PNIL meedraait in het reguliere 24/7 rooster. Vraagt afspraken tussen alle aanbieders om daarmee shop-gedrag te voorkomen en waarschijnlijk ook aanpassing van (wettelijke) kaders.
- Herzien van functie-eisen en functiewaardering, met inbegrip van het vertrouwen en daarmee de erkenning voor de kennis en kunde van zorgprofessionals. Waarbij goed, goed genoeg is en inzet goed wordt beloond.
- Huidige wet- en regelgeving en arbeidscontracten moeten multidisciplinair werken faciliteren en stimuleren. Onderling uitwisselen van personeel kost nu nog te veel (energie) en biedt te weinig voordelen.
- Grotere focus op binden en boeien van medewerkers. Zeker met alle aankomende veranderingen (zoals zorgcoördinatie). Voorkomen dat personeel uitstroomt.
- Effectieve inzet van slimme technologieën en digitalisering zoals digitale triage, dusdanig dat het aantoonbaar bijdraagt aan verlagen van regeldruk en verhogen van werkplezier van medewerkers.
- Arbeidsmarktcampagnes voor enthousiasmeren en (gezamenlijk) werven van nieuw personeel.
- Veel initiatieven lopen stuk op de bekostiging. Het is noodzakelijk dat zorgverzekeraars domeinoverstijgend georganiseerd worden en de handen ineenslaan. Vraagt ook meer ruimte voor integrale bekostiging van (nieuwe) initiatieven.

1) Voor afbuigen zorgvraag, zie thema F: Voorkomen van instroom (onnodige of laagurgente) acute zorgvragen in de spoedketen

B. Beperken instroom acute zorg

Voorkomen van instroom (onnodige of laagurgente) acute zorgvragen in de spoedketen

Regioperspectief

Het kwantitatieve ROAZ-beeld onderschrijft de toename van instroom in de acute zorg. Zo blijkt uit de cijfers van de HAP's dat in de regio NHN reeds sprake is van een relatief hoger aantal HAP contacten, hetgeen het afgelopen jaar fors is gestegen (7,2%) en ook richting de toekomst verder zal toenemen (2,3%¹). Gevolg daarvan is onder andere dat telefonische bereikbaarheid onder druk staat. Deze toenemende instroom lijkt zich in de regio NHN vooral te concentreren bij de HAP en het aantal ambulanceritten (19% stijging in 2022 t.o.v. 2019). Op basis van landelijke cijfers wordt van de HAP gemiddeld 13% van de patiënten doorverwezen naar de SEH². Desondanks leidt dit naar verwachting niet tot een evenredige stijging bij instroom op de SEH (+6,9%), vanwege verschillende redenen³.

Het voorkomen van de instroom en groei van (onnodige of laagurgente) acute zorgvragen kent verschillende facetten. Enerzijds gaat het over het voorkomen van acute zorg, oftewel preventie. Waarbij door gezondheidsbevordering, tijdige signalering en ongevallenpreventie de vraag naar acute zorg wordt voorkomen. In aanvulling op preventieve maatregelen is er grote noodzaak voor het afbuigen van onnodige acute zorgvragen, door voorlichting en (digitale) zelftriage. Waardoor acute zorg alleen wordt ingezet voor patiënten die dat echt nodig hebben.

Wat geven individuele ketenpartners verder aan:

- **HA(P):** Huisartsen zien een toename in het aantal (deels oneigenlijke of niet-spoed) contacten met de huisartsenposten. Ook is er een toename van complexere vraagstukken die meer triagetijd vragen of meer inzet van huisartsen (b.v. toename visites en consulten). Een deel van de patiënten belt met een zorgvraag type U4-U5. Dat kost tijd en is niet voor de HAP bedoeld. Aanbieders (HAP) zouden daarom nog meer moeten inzetten op wat echt spoed is. Dit betekent dat patiënten met een U4 of U5 zorgvraag een zelfzorgadvies ontvangen en/of worden verwezen naar de eigen huisarts. Een patiënt met een U3 zorgvraag wordt niet standaard gezien op de HAP in de nacht, maar enkel in specifieke gevallen en wordt anders doorverwezen naar de dagzorg (op de eerst volgende dag op de HAP of in de dagpraktijk). (Publieks)campagne en uitleg zal bijdragen om de

verwachtingen van patiënten die een beroep op de huisartsenspoedpost doen, aan te passen. Bijvoorbeeld door het landelijk aanpassen van de naam van 'huisartsenposten' in 'huisartsenspoedpost'. Verder is er behoefte aan het identificeren van doelgroepen die nu vaak voor onnodige instroom zorgen, zodat er voor deze groep een gerichte oplossing komt.

- **ZKH:** Belang wordt onderkend om dit bovenregionaal op te pakken met ketenpartners met als voorbeeld het project Semi Acute Ouderen Unit van Dijklander en partners. Doel is om acute zorgvragen bij kwetsbare ouderen die nu op de SEH komen te voorkomen door deze patiënten tijdig poliklinisch te zien en de zorgvraag in kaart te brengen. De kwetsbare oudere wordt niet opgenomen (tenzij ziekenhuiszorg noodzakelijk is), maar gaat met de juiste diagnose en juiste zorg terug naar de 1^e lijn.
- **(MKA):** De MKA maakt telefonisch en met hulp van uitvraagprotocollen (o.a. ProQ&A) een inschatting over de gezondheidssituatie van de patiënt en is daarmee de poortwachter voor de ambulancezorg. Wel zou er scherpere filtering op meldkamerproces moeten komen. Patiënten/partners weten nu wat ze moeten zeggen om door protocol te komen. In die rol komt het voor dat verschil van inzicht ontstaat of kan ontstaan tussen aanvragende zorgprofessional en triërende MKA centralist. Doorgaans verband houden met te laagdrempelig een beroep doen op ambulancezorg.
- **VVT:** Het inzetten van triage, diagnostiek en behandelmogelijkheden in subacute situaties thuis ontzorgt en ontlast de acute keten. Dit vraagt gezamenlijke ambities en organisatie-overstijgende maatregelen. Toegang tot informatie en ontwikkeling van organisatie-overstijgende zorgpaden zijn hierin cruciaal.
- **GGZ:** Specialistische doelgroep. Groep redelijk stabiel – constant beeld van aanmeldingen, wanneer, urgenties, opnamen. Groep 18-35 wordt alleen maar kleiner, en is de meest kwetsbare groep.

1) Deze toename is gebaseerd op de toekomstverkenning uitgevoerd door het ROAZ bureau NH-FL. Door ABF research is een [prognosemodel](#) opgesteld op basis van Vektis data uit 2021 voor heel Nederland en komt op basis van een 'scenario nieuw beleid' uit op een groeipercentage van jaarlijks 1,5% tot 2030.

2) [Monitor acute zorg 2020 | NZa-Magazines](#)

3) De daling van het aantal SEH-bezoeken laat zich onder andere zien bij patiënten met letsel, met oncologische aandoeningen en bij de acute zorg rondom zwangerschap, bevalling en postnatale zorg. Mogelijk vindt er substitutie plaats naar de eerste lijn of gaan deze patiënten met een acute zorgvraag direct naar de (spoed-)polikliniek.

B. Beperken instroom acute zorg

Voorkomen van instroom (onnodige of laagurgente) acute zorgvragen in de spoedketen

Wat vraagt dit van de acute zorgketen in Noord-Holland Noord?

Domeinoverstijgende samenwerking tussen ketenpartners in de zorg wordt gezien als een oplossing voor het voorkomen van instroom en groei van (onnodige en laag-urgente) zorgvragen. We zullen voor dit onderwerp de samenhang in zorgverlening moeten organiseren met het regioplan NHN (en haar partners) goed moeten bewaken omdat de oplossing met name gezocht moeten worden bij acties in de aanpalende zorg en het sociaal domein in de regio NHN. Zorgverleners dienen nog meer gebruik te maken van elkaars capaciteit en competenties met betrekking tot zorgvragen op het grensgebied van wel/niet acute zorg voor de regio NHN. Specifieke aandachtsgebied betreft preventie. Hoe zorgen we dat huidige inwoners met een verhoogd risico (chronisch zieken, kwetsbare ouderen, leefstijl, etc.) in de toekomst niet of zo weinig mogelijk in de acute zorgsetting terecht komen. Hoe werken we zorgketen breed (inclusief sociaal domein) goed samen op de doelgroep (kwetsbare) ouderen (waarvan we zien dat in de regio NHN de groep ouderen en de subgroep kwetsbaar flink gaat toenemen) zodat we onnodige instroom in de acute keten voorkomen. Zoals bijvoorbeeld niet-reanimatie verklaringen, valpreventie, etc. Hoe zorgen we ook bij de burgers dat ze zich bewust zijn van de grenzen die de zorg heeft in de regio en dat er in de hele keten (van sociaal domein, wijkverpleging, huisarts, acute zorg keten) 'het andere gesprek' wordt gevoerd zodat er soms andere zorg nodig is i.p.v. alles uit de kast te trekken in een fase waar het geen of weinig meerwaarde meer heeft).

Aandachtspunten die ketenpartners benoemen:

- Burgers moeten meer betrokken worden bij dit vraagstuk waarbij vanuit alle ketenpartners aandacht is voor 'het andere gesprek voeren'. Stuk heropvoeding/bewustwording dat zorg niet oneindig is waarbij de keten daar ook naar handelt.
- Door gerichte vroegsignalering en goede samenwerking tussen zorgverleners inclusief het sociaal domein kunnen gezondheidsrisico's bij kwetsbare burgers tijdig worden gesignaleerd en opgevolgd.
- De inzet van (digitale) monitoring op afstand en medisch specialistische consultatie op afstand is hierin cruciaal. Door dit tijdig in te zetten kan een acute zorgvraag mogelijk worden voorkomen en zo nodig thuis bij de patiënt worden opgelost.
- Binnen de regio bestaan er al diverse initiatieven gericht op het voorkomen van (onnodige) instroom in de acute zorg. Denk aan spoed=spoed bij de Huisartsenspoedposten en de daaraan verbonden landelijke campagne. En denk aan digitale zelftriage bij de Huisartsenspoedposten en de

inzet van www.thuisarts.nl voor zelfzorgadviezen. Vraag daarbij is of er meer initiatieven nodig zijn, of dat de huidige initiatieven moeten worden geborgd/versterkt.

- Zien we in de ANW uren ook patiënten op de SEH die overdag op een andere plek in de keten beter af zouden zijn?
- Zorgverleners beschikken over relevante en actuele patiëntinformatie conform de landelijke richtlijnen. Waarbij aanbieders elkaars patiënt-informatiesystemen kunnen inzien om te zorgen voor optimale gegevensuitwisseling (verder uitrol van E-spoed in de regio NHN). Dit voorkomt onnodige zorgvragen aan de huisarts, opnames in ziekenhuis of VVT. Met name heel relevant voor zorg aan terminale en/of palliatieve patiënten en kwetsbare patiënten met veel zorg.
- Er is passende bekostiging nodig voor acute zorgvoorzieningen in de ziekenhuizen en voor de inhoudelijke expertise die medisch specialisten in de acute zorg leveren, zowel binnen het ziekenhuis als daarbuiten voor bijvoorbeeld de (digitale) consultatiefunctie van medisch specialisten.
- Er is sterke behoefte aan het ontschotten van en daarmee dus domeinoverstijgende bekostiging voor beschikbaarheid, samenwerking, onderlinge digitale consultatie en preventie (Voorkomen van acute zorg). Waarbij WLZ en ZVW elkaar (kunnen) aanvullen indien nodig.

1) [Monitor acute zorg 2020 | NZa-Magazines](#)

2) De daling van het aantal SEH-bezoeken laat zich onder andere zien bij patiënten met letsels, met oncologische aandoeningen en bij de acute zorg rondom zwangerschap, bevalling en postnatale zorg. Mogelijk vindt er substitutie plaats naar de eerste lijn of gaan deze patiënten met een acute zorgvraag direct naar de (spoed-)polikliniek.

C. Toename kwetsbare ouderen

De dubbele vergrijzing stelt eisen aan inrichting van de acute zorg

Regioperspectief¹

Wat zijn de kenmerken van kwetsbaarheid bij oudere mensen? 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 (2023).*

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 NHN is de voorspelling dat het percentage 75-plussers tot 2030 toeneemt met liefst 34% naar een kleine 90.000 personen. De zorgpartijen zien en bevestigen het beeld dat zij een toename op zich zien afkomen van kwetsbare ouderen en geven aan dat ouderenzorg en de impact die de ouderenzorg heeft op de acute zorgketen de allergrootste uitdaging vormt. Zij komen vaker en sneller terecht in de (acute) zorgketen, verblijven daar over het algemeen langer en doorlopen meerdere sectoren uit de acute zorgketen. Dat in combinatie met een afname van het aantal personen in de leeftijdscategorie 20-65 jaar. Hierin bevinden zich zowel professionele zorgverleners als ook een belangrijke groep mantelzorgers.

Wat geven individuele ketenpartners verder aan:

- **HA(P):** Verwachten dat zij extra tijd kwijt zijn voor de coördinatie/organisatie van zorg aan kwetsbare ouderen zoals ELV opname, acute thuiszorg inregelen etc. De beschikbaarheid van ELV bedden en acute thuiszorg is een groot probleem. Men voorziet meer acute zorg(vragen) door onder andere meer terminale zorg bij de huisarts. Het inregelen van vervolgzorg, afstemming met mantelzorger/verzorgenden, beschikbaarheid patiëntinformatie inclusief Advanced Care Planning (ACP) afspraken zijn relevante zaken.
- **(MK)A:** de groep van 75+ kent een grote zorgvraag die van midden complexe aard is en een

groter beroep zal doen op planbaar vervoer. En hoewel de aard van de zorgvraag vaker van een lagere complexiteit is in ziektebeeld, is er wel meer tijd nodig om de juiste vervolgzorg te vinden. Met de inrichting van zorgcoördinatie wordt beoogd hier efficiency in aan te brengen, met mogelijk een lagere belasting op de huidige Meldkamers Ambulancezorg. Voor de rijdende dienst geldt dat deze groep wellicht door verdere differentiatie van zorg(verleners) anders kunnen worden opgevangen.

- **ZKH:** SEH's van de ziekenhuizen NWZ en Dijklander hebben vergeleken met de ROAZ-regio een groter aandeel 65-plussers. Deze stijging zal in procentuele en absolute aantallen doorzetten, waarbij de zorgvraag ook complexer van aard is. Dit bemoeilijkt de toegankelijkheid tot acute SEH zorg, omdat kwetsbare ouderen in volume en in verblijfsduur een grotere impact hebben.
- **VVT:** de doorstroom vanuit het ziekenhuizen/HAP is een probleem vanwege de beperkte capaciteit van het aantal ELV-bedden en WLZ crisisbedden. Beschikbaarheid van personeel heeft als effect dat er sprake is van verkeerde bed dagen en 'onbenutte' capaciteit binnen de VVT. Daarnaast geldt dat aan steeds meer kwetsbare ouderen met een langdurige zorgvraag thuis wonen en deze groep gaat meer aanspraak maken op de acute zorg. Dit is een aandachtspunt omdat er op dit moment geen passende Eerstelijnsverblijf is voor deze groep. Een acute situatie binnen een WLZ setting kan nu niet door de acute VVT worden opgepakt. Deze mensen vallen daarmee tussen wal en schip. Binnen Omring wordt dit nu geregeld via een WLZ-crisis regeling, hetgeen is afgesproken is met de zorgverzekeraar en het zorgkantoor. Andere VVT organisaties hebben deze afspraak (nog) niet. Gevolg is dat het coördinatiepunt ouderenzorg in dat geval niet kan bemiddelen.

1) De toename van kwetsbare ouderen is een gegeven (demografische ontwikkeling), maar gezien de impact die het heeft op de acute zorgketen is het in dit stuk wel als separate uitdaging beschreven.

C. Toename kwetsbare ouderen

De dubbele vergrijzing stelt eisen aan inrichting van de acute zorg

Wat vraagt dit van de acute zorgketen in Noord-Holland Noord?

Partijen geven aan dat er al veel binnen het sociale domein gebeurt. De uitdaging zit vooral in de comorbiditeit en patiënten op tijd in beeld te hebben (preventieve zorgprogramma's) om daarmee onnodige instroom te voorkomen (preventieve zorgprogramma's) in ANW uren. Dit vraagt ook om adequate inrichting van de afstemming in de acute zorgketen.

De inzet van één coördinatiepunt kan hierbij helpend zijn voor die patiëntengroep die coördinatie van zorg nodig heeft. Echter als capaciteit het probleem is dan heeft één coördinatiepunt onvoldoende toegevoegde waarde. Dat geldt ook voor een telefoonnummer voor (acute) thuiszorg. Wanneer er geen capaciteit of personeel beschikbaar is, is één gezamenlijk telefoonnummer onvoldoende om het probleem op te lossen. Er ligt wellicht nog wel ruimte voor verbetering in capaciteit door andere inzet van personeel, bijvoorbeeld taakherschikking door de Verpleegkundig Specialist .

Tot slot dragen ketenpartners uit de acute zorg en het sociale domein, samen met zorgverzekeraars en gemeenten zorg voor de doelgroep kwetsbare ouderen. Dit door met elkaar – vanuit het perspectief van het patiëntbelang - het zorgproces uit te werken over de domeinen heen en eventuele financiële problematiek met elkaar te bespreken daarvoor oplossingen te formuleren.

Aandachtspunten die ketenpartners noemen:

- Door het delen van ACP wensen kan niet-gewenste opname in het ziekenhuis of ritten met ambulance worden voorkomen. Via het Regioplatform wordt hieraan gewerkt. Noodzaak is dat alle organisaties in de acute keten toegang hebben tot deze wensen.
- Meer inzicht in elkaars (bedden)capaciteit, eventueel middels Landelijk Platform Zorgcoördinatie.
- Digitale gegevensuitwisseling patiëntinformatie
- Meer kennis en inzicht van elkaars organisatieprocessen
- Betere samenwerking vanuit integrale benadering (ANW) uren)
- Voordeel (efficiëntie of effectiever inzetten van zorg) halen uit de inzet van beschikbare en

Nieuwe technologieën

- Toepassen preventieve maatregelen, om te voorkomen dat kwetsbaren ouderen in de acute zorgketen terecht komen (eHealth toepassingen).
- Juiste zorg op de juiste plek (project DIRK)
- Aandacht voor rol ZCC hierin
- Verbindingen met sociale domein (preventie)
- De ontwikkeling in dementie: wellicht dat deze (complexe) zorgvraag een aparte benadering behoeft

D. Soepele doorstroom binnen de (acute) zorgketen (1/2)

Hoe de instroom, doorstroom en uitstroom in de acute keten gezamenlijk te verbeteren

Regioperspectief

De druk op het systeem neemt toe. De toename in een zwaardere en complexere zorgvraag door een bevolking die vergrijsd en de afname van de beroepsbevolking zorgen ervoor dat de doorstroom binnen de gehele (acute) zorgketen afneemt. In de duidingssessie gaven zorgaanbieders aan dat er ook nog te weinig wordt samengewerkt en er onvoldoende inzicht is in elkaars (schaarse) capaciteit. Verder is vastgesteld dat men elkaars organisatie (soms) onvoldoende kent en men niet altijd op de hoogte is van bestaande samenwerkingsverbanden en initiatieven. Gevolg is dat patiënten niet de juiste zorg op de juiste plek ontvangen en schaarse capaciteit (onnodig) bezet houden.

Ook doet zich het verschijnsel voor dat afhankelijk van het type patiënt, de patiënt:

- 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 om het verschil in impact laten zien. 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 dit laatste geval zien triagisten op de HAP nu al dat er meer tijd nodig is voor de urgentiebepaling van de zorgvraag omdat er meerdere ingangsklachten mogelijk zijn door multimorbiditeit.

Een belangrijk en urgent probleem binnen de GGZ is de beoordeling van crisis ggz hulpvragen buiten kantoortijden. Voor de beeldvorming, het gaat hier om beoordelingen van het acute (psychiatrische) toestandbeeld van personen welke grofweg te verdelen zijn in vier categorieën 1) verstandelijk gehandicapten¹, 2) ouderen geriatrie, 3) verslavingszorg en 4) acute psychiatrie. Met name voor de eerste drie groepen is het probleem dat er geen, of beperkte, gelabelde acute-opname bedden beschikbaar zijn in de regio. Dit komt doordat verschillende organisaties die deze groepen bedienen

aan de hand van verschillende wetten, verschillende bedden hebben ingekocht. Een ander urgent probleem is dat het beleid niet kan worden gestart c.q. overgedragen (24/7) als gevolg van niet beschikbare medisch specialisten als regie behandelaar buiten kantoortijd. Het effect is dat een beoordelingsteam van de GGZ crisisdienst 'vast loopt' met een persoon welke een acute zorgbehoefte heeft. Het beoordelingsteam is op dat momenten niet inzetbaar voor andere acute beoordelingsverzoeken in de regio.

Er zijn ook voorbeelden waaruit blijkt dat zorgaanbieders elkaar wel weten te vinden: Zo is er een spoedplein in Den-Helder en in Hoorn waarbij de HAP en SEH nauw met elkaar samenwerken. Verder is er regionale coördinatie daar waar het gaat om inzicht in én plaatsing binnen de VVT capaciteit met betrekking tot subacute zorgvragen (Coördinatie Noord-Holland). Ook is het palliatief consultteam een regionaal coördinatiepunt aan het oprichten.

Zorgaanbieders geven gezamenlijk aan dat zij allen problemen ervaren op het gebied van instroom, doorstroom en uitstroom. De oorzaken die zij daarbij benoemen zijn toename aantal complexe patiënten, toename benodigde coördinatie van (inzet) van (vervolg)zorg, beschikbare capaciteit, financieringsvraagstukken en personeelskrapte.

Wat geven individuele ketenpartners verder aan:

- **HA(P):** Verwachten dat zij door toename aan complexe zorgvragen, extra tijd kwijt zijn voor de coördinatie/organisatie van zorg zoals ELV opname, acute thuiszorg inregelen etc. De beschikbaarheid van ELV bedden en acute thuiszorg is een groot probleem. Men voorziet o.a. meer acute zorg(vragen) op zich afkomen doordat onder andere meer terminale en palliatieve zorg bij de huisarts terechtkomt. Het inregelen van vervolgzorg, afstemming met mantelzorger/verzorgenden, beschikbaarheid patiëntinformatie incl. Advanced Care Planning afspraken zijn relevante zaken.
- **ZKH:** ZH en VVT geven aan dat duidelijke en concrete afspraken over de overplaatsing van patiënten tussen ziekenhuis en VVT nu ontbreken c.q. onbekend zijn.

1) Op acute bedden in VG zorg worden cliënten opgenomen die escaleren op hun VG problematiek. Wanneer er sprake is van somatische problemen kunnen zij nauwelijks terecht in hun eigen sector

D. Soepele doorstroom binnen de (acute) zorgketen (2/2)

Hoe de instroom, doorstroom en uitstroom in de acute keten gezamenlijk te verbeteren

- **(MK)A:** Beperkte afstemming binnen het zorgdomein op instroom, doorstroom en uitstroom heeft effect op efficiënte inzet van schaarse high care ambulancezorg. Verbeterde coördinatie van zorg kan leiden tot benutten van beschikbare ambulancedifferentiatie (o.a. MC ambulances voor planbaar vervoer) in onze regio. Stroomlijnen van processen ook via verder doorgevoerde digitalisering o.a. digitaal "aanvragen en uitvoeren" van planbaar vervoer binnen MKA domein. Verpleegkundig specialisten/physician assistants kunnen een deel van de zorg afvangen die doorstroom zou kunnen bevorderen.
- **VVT:** Niet alle regio's hebben hetzelfde aanbod, bijvoorbeeld in het geval van crisis WLZ-zorg. Terwijl het aanbod van patiënten er wel is. Gevolg is dat andere regio's dit dan oplossen. Vraagt om uniformeren van aanbod en bovenregionale visie (zorgkantoor). Gegevensuitwisseling met de SEH is cruciaal. Ervaren ook dat er over een weer onbekendheid is over wat de mogelijkheden (kunnen) zijn. Zoals een deel van de zorg thuis bieden, die nu nog in het ziekenhuis plaatsvindt.
- **GGZ:** Het risico is dat om aan de beoordelingsverzoeken te kunnen voldoen, opnames buiten kantoor tijd worden gedaan door instellingen welke hier niet voor geschikt (of bevoegd) zijn. Met als gevolg 'verstopping' in de opnamecapaciteit. Op die manier ontstaat er een negatieve feedback loop, waarbij de capaciteit suboptimaal blijft. Collega zorgprofessionals binnen de huisartsen(posten) en op de SEH (en ook de politie) merken dat doordat zij de patiënten lastig kunnen doorverwijzen, de doorstroom stopt. Het niet kunnen uitvoeren van een beoordeling heeft als effect dat de acute psychiatrische keten vastloopt doordat er na een beoordeling geen opname kan plaatsvinden als gevolg van geen recht en/of doelmatige capaciteit zowel in faciliteit als personele zin.

Wat vraagt dit van de acute zorgketen in Noord-Holland Noord?

Verschillende zorgaanbieders zien de plannen rondom zorgcoördinatievoorzieningen (ZCV) als mogelijke oplossing en passen dit in bepaalde mate ook al toe. De stap om zorgcoördinatie in de (sub)regio door te ontwikkelen vraagt nog de nodige stappen in transparantie, inzicht in capaciteit/digitale gegevensuitwisseling, het durven opgeven van autonomie en mogelijkheden tot financiering.

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

Naast deze oplossingen zijn ook de wensen van patiënten en naasten genoemd die het bemoeilijken om doorstroom te bevorderen. 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 stopt ook de uitstroom. Het gesprek en de afspraken daarover zouden nog meer kunnen worden gevoerd binnen organisaties en met patiënt (inclusief familie).

Aandachtspunten die ketenpartners noemen:

- Technologische ontwikkelingen zodat er gebruik gemaakt kan worden van digitale gegevensuitwisseling tussen ketenpartners (o.a. inzet van E-spoed en Netwerk Informatie Systemen voor samenwerking rondom kwetsbare patiënten).
- Meer zicht op welke patiënten bij de 'verkeerde' zorgaanbieder de zorgvraag stellen
- Samenwerking tussen ketenpartners op het gebied van tijdige afstemming en coördinatie zodat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt. De wijze van bekostiging moet dit faciliteren en stimuleren, in plaats van tegenhouden (zoals nu het geval is), hierin is een rol weggelegd voor zorgverzekeraars.
- Wat is de impact van openingstijden op (oneigenlijke) instroom bij andere aanbieders voor de verschillende patiëntengroepen:
 - Beschikbaarheid tijdens ANW-uren: Voorkomen dat de ketenpartners die 24*7 open zijn te maken krijgen met te veel 'oneigenlijke' patiënten. Dit vraagt afspraken over hoe ketenpartners samenwerken in de ANW uren.
 - Coördinatie buiten ANW-uren: Het vraagt ook om het goed organiseren van acute vraagstukken (en de gehele zorg) buiten de ANW-uren om. Als daar niet goed gecoördineerd wordt stropen acute vraagstukken zich op in de ANW-uren. Zou bijvoorbeeld de HAP 24/7 open moeten zijn?

E. Inrichting en doorontwikkeling zorgcoördinatie (1/2)



De inrichting van zorgcoördinatie moet passen bij de acute zorgvraag in de regio en recht doen aan bestaande werkwijzen

Regioperspectief

Recent 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 opdracht voor de inrichting van het ZCC bevat een aantal concrete onderdelen:

- Per ROAZ-regio is er **één ZCC** (juridische entiteit), die mogelijk uit meerdere werklocaties bestaat.
- De **deelnemende partijen** zijn minimaal de RAV, HAP en VVT (o.a. ELV, acute wijkverpleging en WLZ crisis). De GGZ mag later aansluiten.
- Het ZCC is **24/7 bereikbaar**, met een goede samenwerkingsovereenkomst met de meldkamer(s).
- **Digitale zelftriage** is een integraal onderdeel van de werkwijze van het ZCC.
- Het ZCC heeft **inzicht in de beschikbare capaciteit** van RAV's, HA(P)'s, ziekenhuizen, acute wijkverpleging, farmaceutische spoedzorg, acute ggz, ELV, geriatrische revalidatiezorg, crisisbedden in verpleeghuizen en gehandicaptenzorg en geboortezorg.
- Het ZCC coördineert (**boven**) **regionale patiëntverplaatsingen**.

Wat geven individuele ketenpartners verder aan:

- **HA(P):** De huisarts, en daarmee ook de huisartsenpost, is de poortwachter van ons zorgsysteem. 90-95% van de telefoontjes op de HAP betreft huisartsenzorg die monodisciplinair afgehandeld kan worden door de triagist, huisarts, physician assistant of verpleegkundig specialist van de HAP (via een telefonisch advies, consult, visite). Voor slechts 5-10% van de telefoontjes op de HAP is afstemming met andere zorgdomeinen nodig. In het geval van zorgcoördinatie is het dus belangrijk de energie primair te richten op deze patiëntengroepen waarvoor coördinatie van toegevoegde waarde is. Veel triagisten voelen zich nu (fysiek) verbonden aan de HAP. NHH is een groot geografisch gebied en inrichting van zorgcoördinatie op andere locaties kan gevolgen hebben voor het aanbod van nu al schaarse triagisten. Ook moet zorgcoördinatie expliciet leiden tot een afname van de instroom van onnodige acute zorgvragen die (veelal) bij de HAP gepresenteerd worden. Over de precieze uitwerking bestaan nog veel vragen (impact personeel, organisatie, functies, locatie, aansluiting van systemen, enz.) en vindt er landelijk overleg plaats tussen InEen en VWS.

- **ZKH:** Zorgcoördinatie raakt aan oneigenlijk gebruik van SEH. Er is mogelijk winst te behalen uit nog meer samenwerking met de HAP. Betrokkenheid ziekenhuizen ligt niet alleen in capaciteitsvraagstuk, maar ook hoe expertise van medisch specialisten effectief in de keten in te zetten.
- **(MK)A:** De fragiele situatie van MKA Noord-Holland vereist dat de inbedding van zorgcoördinatie niet voor additionele druk zorgt. Vraagt om een gedegen (impact)analyse en aanpak hoe zorgcoördinatie in de ROAZ-regio in te richten. Binnen RAV NHH wordt ingezet op verbeterde digitale gegevensuitwisseling met o.a. ziekenhuizen en Huisartsen (invulling landelijk E-spoed). Momenteel wordt er nog geregeld geen of een handgeschreven overdracht achtergelaten voor de ambulancedienst bij een patiënt. Of er is informatie digitaal verzonden, welke niet inzichtelijk is voor de RAV.
- **VVT:** Er is reeds sprake van een goed werkend coördinatiepunt ouderenzorg in de regio. Van belang dat zorgcoördinatie op die manier wordt ingericht, dat deze goed werkende werkwijze niet verloren gaat. Vraagt om goede aansluiting.
- **GGZ:** Er bestaat al een meldpunt voor acute psychiatrie in de regio. Van belang dat zorgcoördinatie op die manier wordt ingericht, dat deze goed werkende werkwijze niet verloren gaat. Vraag is ook wat de toegevoegde waarde is om de GGZ fysiek aan te sluiten op een ZCC, aangezien het om een beperkt volume gaat.

Wat vraagt dit van de acute zorgketen in Noord-Holland Noord?

Deze opdracht van het Ministerie van VWS betekent dat er voor de hele ROAZ NH-FL de taak ligt om een ZCC in te richten conform bovengenoemde punten¹. Hoe dit in de praktijk vorm moet krijgen is van veel factoren afhankelijk. De regio bestrijkt een geografisch groot gebied, meerdere provincies en kent zowel grootstedelijke als landelijke gebieden². Ook is er in de regio Noord-Holland Noord al sprake van meerdere samenwerkingsverbanden, zoals een goedwerkend coördinatiepunt ouderenzorg dat tevens actief is voor de andere subregio's (West-Friesland, Noord Kennemerland, Waterland). De opdracht die voorligt vereist derhalve een scherpere afbakening van zorgcoördinatie voor de (sub)regio en de prioritaire opgaven³.

1) Zoveel mogelijk binnen de bestaande stelselafspraken, bekostigingssystematiek en wet- en regelgeving.

2) Verzekeraars pleiten ervoor dat grote ROAZ-regio's hun regio kunnen splitsen in twee of drie subregio's, zodat het gezamenlijk coördineren van zorg aansluit op de dagelijkse praktijk.

3) Zoals niet levensbedreigende spoedzorgvragen in de ANW-uren en coördinatie vervolginzet aansluitend op de acute zorgsetting.

E. Inrichting en doorontwikkeling zorgcoördinatie (2/2)



De inrichting van zorgcoördinatie moet passen bij de acute zorgvraag in de regio en recht doen aan bestaande werkwijzen

Vragen die leven bij ketenpartners zijn: Hoe gaat dit eruit zien? Waar? Wat betekent dit voor het huidige personeel? Hoe ingrijpend is dit voor hoe de acute keten nu is ingericht? Verliezen we personeel hierdoor en/of zijn hier ook kansen om personeel aan te trekken? Welke functies wil je dan gecentreerd hebben op 1 locatie en hoe ga je samenwerken met de regionale kernen? Kortom, er dient nog veel te worden uitgezocht om te bepalen hoe de opdracht van het ministerie van VWS vorm krijgt in het ROAZ NH-Flevo en daarmee ook in de subregio's. Uitgangspunt is dat het van toegevoegde waarde is en dat het een bovenregionale aanpak vereist, waarin de kenmerken van elke subregio een plek krijgen.

Aandachtspunten die ketenpartners noemen:

- Er is veel behoefte aan een (impact)analyse wat de meest geschikte inrichting is van zorgcoördinatie voor de ROAZ-regio NH-FL, waarbij voldoende rekening is gehouden met bestaande goedwerkende werkwijzen. Hierbij moet goed in beeld worden gebracht voor welke patiëntengroepen (aantallen, zorgvraag, kenmerken) coördinatie van zorg echt van toegevoegde waarde is.
- Bij uitwerking van scenario's dient men rekening te houden met bestaande goed werkende coördinatiepunten, de regionale context en een effectieve schaalgrootte (onderlinge verbondenheid en kennis van regionale situatie is cruciaal bij zorgcoördinatie). Voor de ROAZ-regio NH-FL pleit dit mogelijk voor zorgcoördinatie op meer subregionaal niveau. Vraag daarbij is ook of één juridische entiteit noodzakelijk dan wel passend is, gezien grote geografische spreiding en stedelijke gebieden (~25% v/d bevolking woont in dit gebied en bestrijkt meerdere provincies).
- Verder kan de geografische omvang van een ROAZ-regio tot gevolg hebben dat we triagisten kwijtraken, omdat ze verder moeten reizen of vervreemden van de organisatie.
- Door te zorgen voor goede technische voorzieningen tussen de zorgpartijen, goede protocollen en samenwerkingsafspraken én vertrouwen in elkaar geef je een impuls aan zorgcoördinatie in den brede. Zeker als vervolgzorg, zoals een ambulancerit naar de SEH of een ELV-bed, door beter inzicht in de beschikbare capaciteit sneller geregeld wordt.

- Digitale gegevens uitwisseling is cruciaal. Beschikken over relevante en actuele patiëntinformatie (overdrachten, inzage, verwijzingen) is nodig om de toegevoegde waarde van zorgcoördinatie in de praktijk te realiseren.
- Het verschuiven van taken en verantwoordelijkheden leidt automatisch tot minder grip op patiëntenstromen door individuele ketenpartners. Patiënten mogen niet tussen wal en schip vallen. Dit vraagt meer regie over de keten als geheel.
- Verschillende geldstromen en wet- en regelgeving zorgen voor (financiële) schotten. Dit belemmert de samenwerking in de praktijk. Ook verzekeraars moeten domeinoverstijgend en beter gaan samenwerken. Vraagt aanpassen van eigen inrichting. Daarnaast zou het mooi zijn als er nog meer focus komt op het oplossen van de rafelranden van de bekostiging (geen onnodig: 'computer says-no' effect).
- Er moet ruimte zijn om gefaseerd naar een eindbeeld te werken, passend bij de (sub)regionale context met nauwe betrokkenheid van de zorgprofessionals zelf. Dit zal bijdragen aan het draagvlak, haalbaarheid én snelheid van de implementatie van zorgcoördinatie.
- De verschillende belangen van ketenpartners en bijbehorende bestuurlijke processen kunnen een bedreiging vormen voor het succes van zorgcoördinatie in de regio. Het is essentieel dat deze belangen boven tafel komen en juist ten gunste van de zorg worden ingezet. Vraagt om betrekken van tactische laag en vergroten van onderlinge vertrouwen. Patiëntenzorg moet het uitgangspunt zijn.

1) Zoveel mogelijk binnen de bestaande stelselafspraken, bekostigingssystematiek en wet- en regelgeving.

2) Verzekeraars pleiten ervoor dat grote ROAZ-regio's hun regio kunnen splitsen in twee of drie subregio's, zodat het gezamenlijk coördineren van zorg aansluit op de dagelijkse praktijk.

3) Zoals niet levensbedreigende spoedzorgvragen in de ANW-uren en coördinatie vervolginzet aansluitend op de acute zorgsetting.

F. Effecten concentratie en spreiding van zorg

De toenemende concentratie van zorg leidt tot nieuwe vraagstukken



Regioperspectief

Spreiding en concentratie van zorg is een belangrijk thema in het Integraal Zorgakkoord. Doel is om door verdere concentratie de kwaliteit van zorg te verhogen en de toegankelijkheid van zorg te borgen door schaars personeel en dure infrastructuur optimaal in te zetten. Concentratie en spreiding van zorg betekent dat het aanbod van hoogcomplex (hoog risico) zorg wordt geconcentreerd in een aantal hiervoor gespecialiseerde ziekenhuizen en dat chronische, acute en planbare zorg juist gespreid en dichtbij de patiënt wordt aangeboden. Deze ontwikkelingen vragen om een nauwe samenwerking binnen zorgnetwerken en tussen regionale / topklinische ziekenhuizen, UMC's, zelfstandige behandelcentra en zorgverzekeraars.

In NHN wordt de ziekenhuiszorg geleverd vanuit de Noordwest Ziekenhuis groep (locaties Den Helder en Alkmaar) en het Dijklander Ziekenhuis (locaties Hoorn en Purmerend, waarbij locatie Purmerend in subregio Zaanstreek Waterland valt). Beide ziekenhuizen concentreren vanuit efficiency en kwaliteitsoverwegingen bepaalde ziekenhuisspecialismen op één van hun locaties. Dit heeft als effect meer overplaatsingen, meer en langere ambulanceritten en mogelijk meer kans op SEH/presentatie stops in de regio.

In de regio Noord-Holland Noord speelt een vraagstuk rondom de traumafunctie die het NWZ (Alkmaar) vervult voor een groot deel van de regio en daarbuiten. Waarbij deze regio-functie mogelijk op gespannen voet komt te staan met bepaalde kwaliteitsnormen¹. Belangrijk element hierin is wat dit voor de bewoners van de regio NHN betekent in termen van bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg. En daarnaast wat het effect is van het mogelijke verlies van deze functie voor het ziekenhuis en haar ketenpartners. Hieraan gerelateerd zijn onder andere behoud van de huidige tijdelijke helikopterlandingsplaats nabij locatie Alkmaar, aanrijtijden en beschikbaarheid van ambulances, uitstraling ziekenhuis en de overlevingskansen bij multitrauma incidenten voor de inwoners in (de kop van) Noord-Holland Noord. NWZ heeft een adviesbureau (SIRM) ingeschakeld om deze effecten in kaart te brengen.

Daarnaast zien partijen dat, gezien de arbeidsmarkttekorten in de ziekenhuizen op SEH/IC en de verwachte stijging van het aantal SEH bezoeken de komende jaren (zie paragraaf 3.4.3 in Deel II), nagedacht moet worden over de profielen van de acute voorzieningen. Hierbij dient in kaart te worden gebracht wat het betekent voor andere zorg in het ziekenhuis indien er geen 24/7 beschikbaarheid meer geboden kan worden (denk bijvoorbeeld aan trombolysen waardoor conform richtlijn 24/7 beschikbaarheid noodzakelijk is). Zo heeft Dijklander ziekenhuis al gedifferentieerd in SEH-profiel tussen Hoorn (level 2 trauma) en Purmerend (level 3 trauma) en zijn op locatie Purmerend acute voorzieningen (SEH, IC, neuro, EHH) in Purmerend geïntegreerd in de Acute Zorg Unit. Het kwaliteitskader spoedzorgketen is in het nadenken over profielen van acute voorzieningen uiteraard een belangrijk kader waaraan voldaan moet worden. En impact op differentiatie van zorg dient in afstemming met andere SEH locaties plaats te vinden, ook met de aangrenzende SEH's in Beverwijk en Zaandam.

Wat geven individuele ketenpartners verder aan:

- **HA(P):** SEH-stops of sluiting SEH i.c.m. met concentratie van zorg, leiden waarschijnlijk tot meer druk op de HAP's. De verwachting is dat dit zich vervolgens vertaalt in een toename van het aantal zelfverwijzers, maar ook in het aantal visites. Immers, bij geen paraatheid of beschikbaarheid van ambulancevervoer wordt er een beroep gedaan op de HAP.
- **ZKH:** Ziekenhuizen gaan een verschillend zorgaanbod leveren. Daarbij wordt voorzien dat tussen de locaties het aantal vervoersritten stijgt. Dijklander levert inmiddels op locatie Hoorn op bepaalde onderdelen ander zorgaanbod dan op locatie Purmerend.
- **(MK)A:** Concentratie van zorg betekent voor de ambulancedienst meer en langere ambulanceritten (buiten de eigen regio) en extra druk op paraatheid. Langere rijtijden naar zorginstellingen hebben in de zeer acute situatie effect op de gezondheidsuitkomst van de patiënt (toename mortaliteit). Dit vertaalt zich door naar stress (in levensbedreigende situaties, multitrauma) en een extra belasting van het ambulancepersoneel. Concentratie van zorg leidt er tevens toe dat er nog meer schaarste van beschikbare ambulances zal ontstaan ten tijde van opgeschaalde zorg situaties.

1) In het kwantitatieve ROAZ Beeld (paragraaf 3.6) ziet men een 'gap' tussen norm en de huidige aantallen van het NWZ.

F. Effecten concentratie en spreiding van zorg

De toenemende concentratie van zorg leidt tot nieuwe vraagstukken



Wat vraagt dit van de acute zorgketen in Noord-Holland Noord?

Voor wat betreft de aanscherping van de kwaliteitscriteria multitrauma vraagt dit om een impact analyse op de acute zorg keten van NHN bij het scenario 'Wat als NWZ niet langer multi-traumazorg zou leveren'?

Wat betreft de arbeidsmarkt problematiek zou er een inschatting moeten komen op welke wijze alle SEH locaties (3 binnen NHN, 3 aangrenzend in Zaandam, Purmerend en Beverwijk) 24/7 te bemensen zijn. Hierbij is daarbij logisch om na te denken over de profielen van de acute voorzieningen, zoals gedaan binnen Dijklander met het creëren van een AZU op locatie Purmerend

Aandachtspunten die ketenpartners noemen:

- Zijn de patiënten op tijd in beeld en is preventie(programma's) op tijd ingezet?
- Opvangcapaciteit in de regio voor de multi-trauma patiënt (denk aan middelen/materialen en opgeleid personeel).
- In het verleden zijn er gesprekken gevoerd over integratie van de HAP en de SEH in Alkmaar. Dit heeft eerder nog niet tot daadwerkelijke vervolgstappen geleid. In het licht van de huidige ontwikkelingen zouden deze plannen ter overweging nog eens tegen het licht kunnen worden gehouden en hierover nog eens met elkaar het gesprek over te voeren.

1) In het kwantitatieve ROAZ Beeld (paragraaf 3.6) ziet men een 'gap' tussen norm en de huidige aantallen van het NWZ.

Bestaande interventies (1/2)

Onderstaand een overzicht van bestaande interventies in de regio. Met een **interventie** wordt in deze context een specifiek initiatief bedoeld dat direct impact heeft op de zorgverlening en daarmee van invloed is op het zorgpad van de patiënt. Dit in tegenstelling tot een samenwerkingsverband, hetgeen een periodiek overleg of programma betreft waarin meerdere ketenpartners samenwerken ten behoeve van verschillende overkoepelende doelen/thema's, die over tijd kunnen veranderen.

Ref	Initiatief	Toelichting	ZKH	HA(P)	VVT	GGZ	RAV	MKA	GHOR	SD	A	B	C	D	E	F
1	Coördinatiepunt ouderenzorg Noord-Holland	Centraal geïntegreerd punt voor verwijzers (o.a. huisarts, spoedeisende hulp, transferpunt) wanneer een oudere cliënt niet meer (tijdelijk) zelfstandig thuis kan blijven wonen. Het Coördinatiepunt Ouderenzorg ondersteunt verwijzers bij de triage van (sub)acute zorgvragen en maakt gebruik van data en expertise om te anticiperen op trends en ontwikkelingen. Verwijzers kunnen terecht voor eerstelijnsverblijf (ELV), acute thuiszorg en consult specialist ouderengeneeskunde. Doel is om kwetsbare ouderen de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Hierdoor wordt de gezamenlijke capaciteit beter benut en wordt voorkomen dat kwetsbare ouderen onnodig lang moeten wachten op de juiste zorg in een acute situatie of na een ziekenhuisopname.	■	■	■	■	■	■		■	●	●	●	●	●	
2	Crisisdienst GGZ NHN	Crisisdienst GGZ waarvan het triageteam ook door de HA(P) geraadpleegd kan worden voor overleg.		■	■	■					●	●			●	
3	Spoedplein Del-Helder	Samenwerking van SEH en de HAP onder één dak in Den-Helder, waarbij de SEH en huisartsenpost volledig zijn geïntegreerd. Patiënten worden ontvangen en getrieerd via één balie, waarna zij direct doorgestuurd worden naar de juiste zorgverlener. Naast gedeelde werkprocessen, wordt ook gezamenlijk gebruik gemaakt van ruimtes, ICT en middelen zoals medicatie.	■	■	■						●	●		●	●	●
4	Spoedplein Hoorn	Samenwerking van SEH en de HAP onder één dak in Hoorn, waarbij de SEH van het Dijklander ziekenhuis en huisartsenpost West- Friesland en Wieringermeer volledig zijn geïntegreerd. Patiënten worden ontvangen en getrieerd via één balie, waarna zij direct doorgestuurd worden naar de juiste zorgverlener. Naast gedeelde werkprocessen, wordt ook gezamenlijk gebruik gemaakt van ruimtes, ICT en middelen zoals medicatie.	■	■	■						●	●		●	●	●
5	0-stops plan	Reduceren van minder/geen stops op de SEH van het Dijklander. Initiatieven richten zich op de instroom, doorstroom en uitstroom. Zoals de inzet op meer zittende patiënten, waardoor je de fysieke capaciteit vergroot; versnelling diagnostiek; SEH-visites tussen de middag door specialisten; patiënten alvast opnemen terwijl nog niet alle uitslagen bekend zijn, enz.	■	■												
6	Transmurale Zorgbrug	Het doel van de transmurale zorgbrug is om bij kwetsbare 75+ers de mate van zelfstandigheid en functiebehoud na ziekenhuisopname te optimaliseren, waarmee ook heropnames worden voorkomen. Om het doel van de transmurale zorgbrug te behalen is goede afstemming over de opvolging van zorg en informatieoverdracht noodzakelijk.	■	■	■							●	●			
7	Eén entree aanvraag wijkverpleegkundige zorg	Eén nummer voor aanvragen wijkverpleegkundige zorg (Zorg Thuis) in de regio.		■	■						●				●	

Bestaande interventies (2/2)

Onderstaand een overzicht van bestaande interventies in de regio. Met een **interventie** wordt in deze context een specifiek initiatief bedoeld dat direct impact heeft op de zorgverlening en daarmee van invloed is op het zorgpad van de patiënt. Dit in tegenstelling tot een samenwerkingsverband, hetgeen een periodiek overleg of programma betreft waarin meerdere ketenpartners samenwerken ten behoeve van verschillende overkoepelende doelen/thema's, die over tijd kunnen veranderen.

Ref	Initiatief	Toelichting	ZKH	HA(P)	VVT	GGZ	RAV	MKA	GHOR	SD	A	B	C	D	E	F
8	Netwerk Valpreventie	Netwerk Valpreventie is een samenwerking van meerdere zorgverleners in de regio NoordWest om de valrisico's en het aantal valincidenten te verminderen.	■	■	■							●	●			
9	Project DIRK (Directe Inzet Rode Kruis)	Bieden van tilassistentie zonder medische noodzaak, zodat dit o.a. huisartsen en RAV ontlast.		■	■		■	■	■		●		●	●	●	
10	Palliatief netwerk NHN - Regionale consultfunctie voor palliatieve zorg	Regionale huisartsen en verpleegkundigen kunnen voor vragen over palliatieve casuïstiek terecht bij een regionale specialist palliatieve zorg. Dit was een landelijk telefoonnummer, wordt nu teruggebracht naar de regio.	■	■	■						●			●	●	
11	Procesoptimalisatie subacute ouderenzorg	Procesoptimalisatie van acute zorg voor kwetsbare ouderen.	■	■	■								●			
12	Implementatie Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP)	Implementatie landelijke standaard met als doel tijdigheid, outreachendheid en anti stigma rondom acute psychiatrie.	■	■		■				■	●	●				●
13	Samenwerking nachtzorg HAP Alkmaar en EVEAN	Samenwerking tussen HAP Alkmaar en EVEAN in de nachtzorg om werkzaamheden van elkaar over te kunnen nemen.		■	■						●					
14	Zorgrisicoprofiel VRNHN	Geeft inzicht in waar de geneeskundige keten het meest kwetsbaar is ten tijden van ramp/crisis. Aan de hand daarvan kunnen we gezamenlijk prioriteiten stellen bij het ontwikkelen van beleidsplannen en OTO-programma's Geeft een gezamenlijke focus om zo goed mogelijk voorbereid te zijn.	■	■	■	■	■	■	■					●		
15	E-spoed: digitaal verwijzen van HAP naar SEH Noordwest	Digitaal kunnen verwijzen van patiënten tussen de HAP en de SEH (NWZ).	■	■												●

Bestaande samenwerkingsverbanden

Onderstaand een overzicht van bestaande samenwerkingsverbanden in de regio. Met een **samenwerkingsverband** wordt in deze context een periodiek overleg of programma bedoeld waarin meerdere ketenpartners samenwerken ten behoeve van verschillende overkoepelende doelen/thema's, die over tijd kunnen veranderen. Dit in tegenstelling tot een interventie, hetgeen een specifiek initiatief betreft dat direct impact heeft op de zorgverlening en daarmee van invloed is op het zorgpad van de patiënt.

Ref	Initiatief	Toelichting	ZKH	HA(P)	VVT	GGZ	RAV	MKA	GHOR	SD	A	B	C	D	E	F
1	RSO Zorgring 2.0	Samenwerkingsverband gericht op het verbeteren van informatiestromen en digitale gegevensuitwisseling tussen zorginstellingen, zodat patiëntgegevens sneller, veiliger, vollediger en met minder inspanningen bij de juiste zorgverlener terecht komen. RSO heeft een regiefunctie en bouwt zelf geen software of hardware. Ze brengen regionale en landelijke partijen bij elkaar en zoekt naar de best passende, digitale gegevensuitwisseling in de keten.	■	■	■	■					●			●	●	
2	Regioplatform Noord-Holland Noord	Een samenwerkingsverband van Noordwest Ziekenhuizen, Omring, Zorgcirkel en Dijklander. Waarbij de huisartsenkeopels en ZMC ook als partner aangesloten worden. Het is een samenwerking waarin we zorg voor kwetsbare ouderen en chronische patiënten voorkomen, verplaatsen en vervangen. Projecten lopen er op 3 deelgebieden: triage en transfer, digitale zorg thuis, netwerkzorg.	■	■	■						●	●	●	●	●	
3	INKT Ouderenzorg	Een samenwerkingsverband tussen HONK, HKN en een groot aantal zorgorganisaties. Deze samenwerking heeft, onder andere, tot doel 75+ers zo lang mogelijk in optimale gezondheid in de eigen omgeving te laten wonen. Tevens wordt voor alle 75+ers met een bijzondere zorgvraag in de regio's een zorgaanbod gerealiseerd.	■	■	■						●	●	●			
4	Samenwerking Acute GGZ en Verstandelijk gehandicapten zorg (VG)	Samenwerking uitwerking rondom acute situaties i.c.m. VG en GGZ problematiek en omgang met WZD en WVGZ kaders				■				■	●		●			●
5	Veilig leven	Het vergroten van kennis en bewustwording en aanzetten tot gedragsverandering bij op zichzelf wonende senioren of cliënten, medewerkers/bestuurders van (zorg)instellingen, om zo de (brand) veiligheid van senioren in hun thuisomgeving of in een zorginstelling structureel te verbeteren.			■				■	■		●				
6	Noord-Holland Noord Gezond (NHNG)	Samenwerkingsverband gericht op het verbeteren van de gezondheid en welzijn van inwoners in de regio, langs zes thema's. De missie van NHNG: In 2030 behouden we de toegankelijkheid van zorg en welzijn en zijn we de gezondste regio door meer gezondheidswinst per euro voor alle inwoners	■	■	■	■	■	■		■		●				
7	Ketenoverleg GGZ, Politie, Ambulancedienst	Samenwerking rondom vervoer acute psychiatrie (kader vervoer voor en na beoordeling).				■	■	■	■		●	●				●
8	Ketenoverleg GGZ en Politie	Samenwerking in de keten rondom personen met onbegrepen gedrag.				■	■	■	■	■	●	●				●
9	Ketenpartneroverleg VRNHN	Versterking ketensamenwerking. Is voornamelijk een informatief overleg.	■	■	■	■	■	■	■	■	●	●			●	●
10	Overleg opgeschaalde zorg vanuit VRNHN	Structureel overleg tussen betrokken partners rondom opgeschaalde zorg, bespreken laatste ontwikkelingen. Het regionaal crisisteam zorg (RCZ) komt in geval van crisis bijeen.	■	■	■		■	■	■	■	●	●		●	●	
10	Noordkop Gezond voor Elkaar	Samenwerkingsverband gericht op 'positieve gezondheid' langs vier routes: 1) Gezonde leefomgeving, 2) Meedoen naar vermogen, 3) Gezond opgroeien, 3) Gezond ouder worden		■	■					■						●



Connectie met het IZA en het regiobeeld NHN

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.





netwerk
acute zorg
NOORD-HOLLAND
FLEVOLAND

ROAZ-Beeld

Noord-Holland Noord

DEEL II | KWANTITATIEF BEELD EN CONCLUSIES



COÖPERATIE VGZ
Voorop in gezondheid en zorg.
Voor iedereen.

Juni 2023

Inhoudsopgave

Deel II – Kwantitatieve beeld en conclusies

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

Uitwerking



1.1 Samenvatting en conclusies

Samenvatting en conclusies per zorgtype

Demografie

- De bevolking in de regio Noord-Holland Noord stijgt in 2030 licht met 2,4%, het aantal ouderen (75+) neemt in 2030 toe met 34%. In de West Friesland (41%) is de groei voor deze groep ouderen hoger dan de in de kop van NH (30%) en Noord Kennemerland (27%). De beroepsbevolking neemt in deze periode af met 1%.

HAP

- De regio NHN heeft in relatie tot de bevolkingsomvang (per 1000 inwoners) een hoger aantal HAP contacten (264) in vergelijking met de totale ROAZ regio NH-FL (246).
- Ten opzichte van het laatste jaar voor COVID (2019) is het aantal **HAP contacten gestegen met 7,2%**. Dit wordt veroorzaakt door een stijging in het aantal HAP contacten in 2022 bij HAP West-Friesland met 19%¹.
- Met name de **telefonische bereikbaarheid voor niet-spoed voldoet niet aan de normen** van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen². Onduidelijk is in hoeverre dit van invloed is op onnodige instroom op de SEH.
- Op basis van de demografische ontwikkelingen, waarin leeftijdsgroepen (0-19, 20-74, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een stijging van 2,3% van het aantal **contacten met de HAP te verwachten tot en met 2030** (van 176.931 in 2022 naar 181.201 in 2030).
- De arbeidsvraag 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%).

RAV

- Het totaal aantal ritten in de regio NHN is in 2022 ten opzichte van 2019 **gestegen met 14%**.
- Het aantal ritten per inwoner ligt lager (61) in vergelijking met de totale ROAZ regio (65). Het aantal ritten per inwoner ligt hoger (185) bij de leeftijdsklasse 75+.
- De regio NHN verwerkt in vergelijking met het hele ROAZ gebied NH-FL 5% meer A1 ritten, ongeveer een gelijk aandeel A2 ritten (17%) en 5% minder B ritten.
- Op basis van de demografische ontwikkelingen, waarin leeftijdsgroepen (0-19, 20-74, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een totale toename van het aantal A1 en A2 ritten te verwachten van 10,8% t/m 2030. Met name het aantal ritten voor de leeftijdsklasse 75+ stijgt sterker **met 34% in 2030 en 76% in 2050**.
- De vacaturegraad verschilt per subregio. In de regio NHN is deze laag (1%).
- Het aantal FTE in de ROAZ-regio dat nodig is in 2029 stijgt met 19% tot 580. Hiervoor is een jaarlijkse instroom in de opleiding nodig van 45 nieuwe ambulance verpleegkundigen in de gehele ROAZ-regio.

1) Het nieuwe registratiesysteem van HAP West-Friesland heeft hier mogelijk een rol bij gespeeld.

2) Deze norm is opgenomen in het kwaliteitskader SZK, echter maakt geen onderdeel meer uit van de nieuwe branchenormen van Ineen (per 30-05-2023). De nieuwe normen richten zich voornamelijk op hoog risico processen.

1.1 Samenvatting en conclusies

Samenvatting en conclusies per zorgtype

SEH

- Het totaal aantal SEH bezoeken is **gedaald** in 2022 met 6% ten opzichte van 2019. Het percentage bezoekers ouder dan 75 jaar is met 2% gestegen ten opzichte van 2019. De bevolking nam in dezelfde periode toe met 1,9%.
- De regio NHN heeft minder SEH-bezoekers per inwoner (94) in vergelijking met de totale ROAZ regio (108). Het aantal SEH bezoeken per inwoner is het grootst voor de leeftijdsklasse 75+ (219).
- De regio Noord-Holland Noord kent t.o.v. het ROAZ-gemiddelde **weinig SEH-stops** (1,5% t.o.v. 3%). Er is in de afgelopen jaren wel een kleine stijging te zien.
- Op basis van de totale demografische ontwikkelingen waarin leeftijdsgroepen (0-19, 20-74, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een toename te verwachten van het aantal SEH-bezoeken t/m 2030 van in totaal 6,9%. De stijging is het sterkst voor de groep 75+ (34%).
- Gezien de **daling van het SEH-bezoek** van de afgelopen jaren (6% t.o.v. 2019) tegen de demografische trend in, zijn er ook andere factoren die een rol spelen. Zo heeft bijvoorbeeld in Dijklander ziekenhuis afbuiging van SEH bezoeken plaatsgevonden door patiënten poliklinisch te zien. Nader onderzoek is nodig, ook gezien de demografische druk, wat dit betekent.
- Wordt er opgeleid zoals de afgelopen jaren is gebeurd dan zal in 2029 het kleine tekort aan SEH-verpleegkundigen in 2022 zijn omgeslagen naar een overschot van 15 FTE.

IC

- De regio heeft iets meer IC zorg per hoofd (8,1) van de bevolking (45+) in vergelijking met het ROAZ gemiddelde (7,1).
- In 2022 is er al een klein tekort aan IC-verpleegkundigen. Dit tekort loopt hard op. In 2029 verwacht het capaciteitsorgaan een **tekort van ruim 78 FTE IC-verpleegkundigen** in de regio NHN (49% van de arbeidsvraag). In de totale ROAZ-regio loopt het tekort op tot 350 FTE.

Traumachirurgie

- Het aantal traumapatiënten is sinds 2017 met een kleine **5% 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 NWZ-Alkmaar worden de meeste multitrauma patiënten opgenomen. In 2022 waren dat er 143, een **toename van 44%** t.o.v. 2017.
- Recent heeft er lateraliserings plaatsgevonden van de traumachirurgie binnen het AUMC. Dit zou impact kunnen hebben op de acute zorg van de veiligheidsregio Noord-Holland Noord. Dit vraagt nadere analyse.
- Voor anesthesiemedewerkers en operatie-assistenten zijn er in 2029 **grote tekorten** met respectievelijk 20% en 28% tekort t.o.v. van de arbeidsvraag.

Geboortezorg

- Noord-Holland Noord heeft te maken met weinig stops voor klinische verloskunde, zowel in absolute aantallen als in totale tijd gesloten.
- Het aantal levend geboren stijgt richting 2030 met 19%.
- Dit zal bij ongewijzigd beleid leiden tot/vragen om soortgelijke:
 - toename in zorggebruik: bevallingen, inleidingen, sectio's en NEO-opnames.
 - toename in zorgaanbod: verloskamers, bedden, OK-capaciteit en bijbehorend tekort aan gespecialiseerd personeel.

1.1 Samenvatting en conclusies

Samenvatting en conclusies per zorgtype

Acute GGZ

- In de regio Noord-Holland Noord zijn er meer beoordelingen (6,2) per 1000 (volwassen) inwoners dan het gemiddelde over het gehele ROAZ-gebied (5,4).
- De meeste beoordelingen worden thuis bij de cliënt gedaan en maar heel weinig in de eigen beoordelingsruimte.
- De gemiddelde aanrijtijd bij U2 is 46 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%).
- Op dit moment zijn er geen cijfers beschikbaar voor de acute Jeugd GGZ (18-) in het beeld. Dit behoeft dit ook inzichtelijk te krijgen is groot.

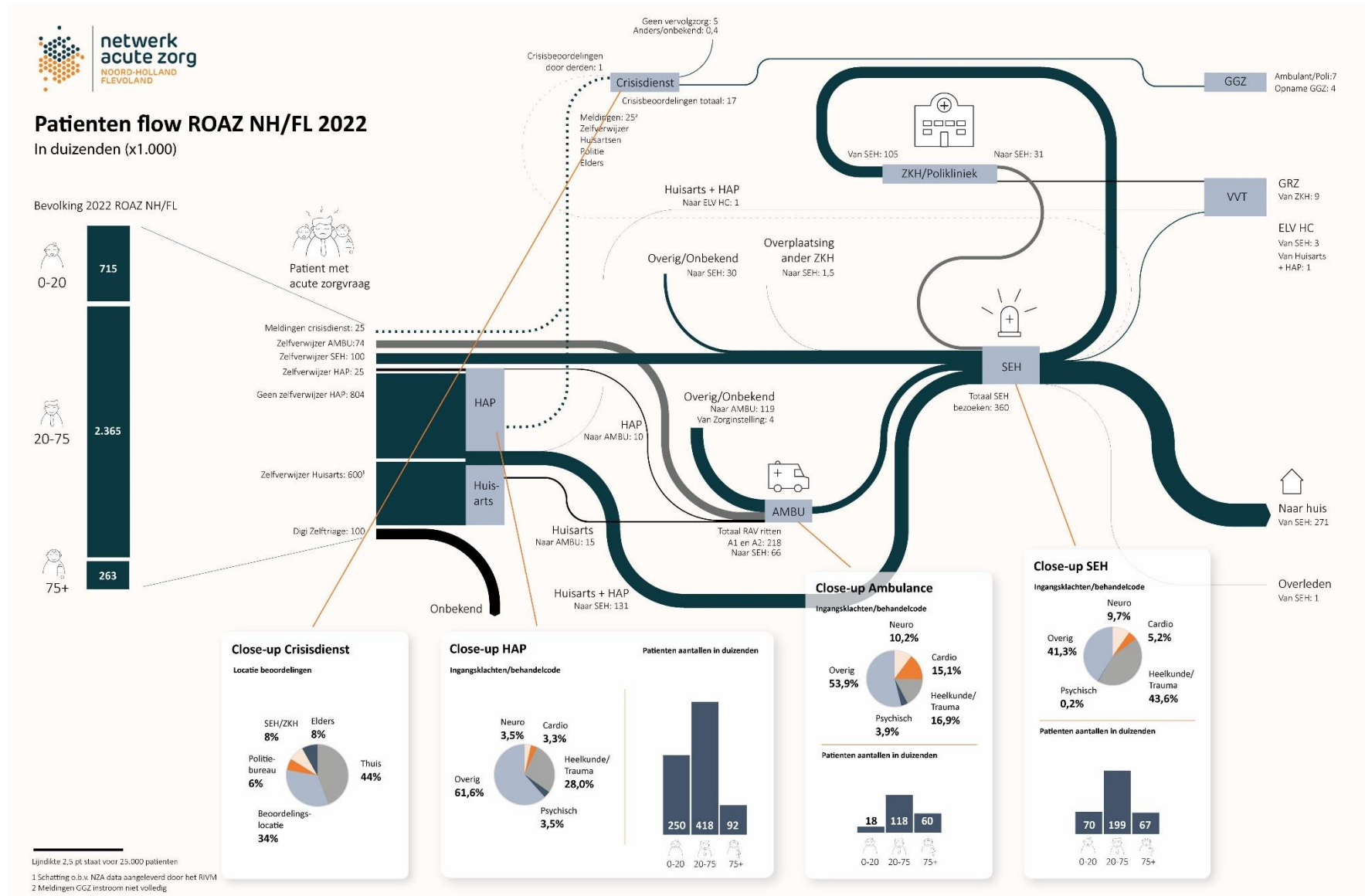
Acute VVT

- In de regio Noord-Holland Noord wordt er in vergelijking met de rest van de ROAZ-regio voor ELV en WLZ-crisis weinig zorg ingezet ten opzichte van het aantal ouderen (75+). N.B. Dit zegt niets over de relatie zorgvraag en zorgaanbod.
- Tussen de verschillende instellingen bestaan grote verschillen in gemiddeld aantal ligdagen voor de ELV-HC bedden.
- In de regio Noord-Holland Noord wordt er in vergelijking met de rest van de ROAZ-regio minder GRZ-zorg ingezet ten opzichte van het aantal ouderen (75+).
- Tussen de verschillende instellingen bestaan grote verschillen in gemiddeld aantal ligdagen.
- Het aantal ouderen 75+ stijgt van 2022 tot 2030 met 34%. 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)

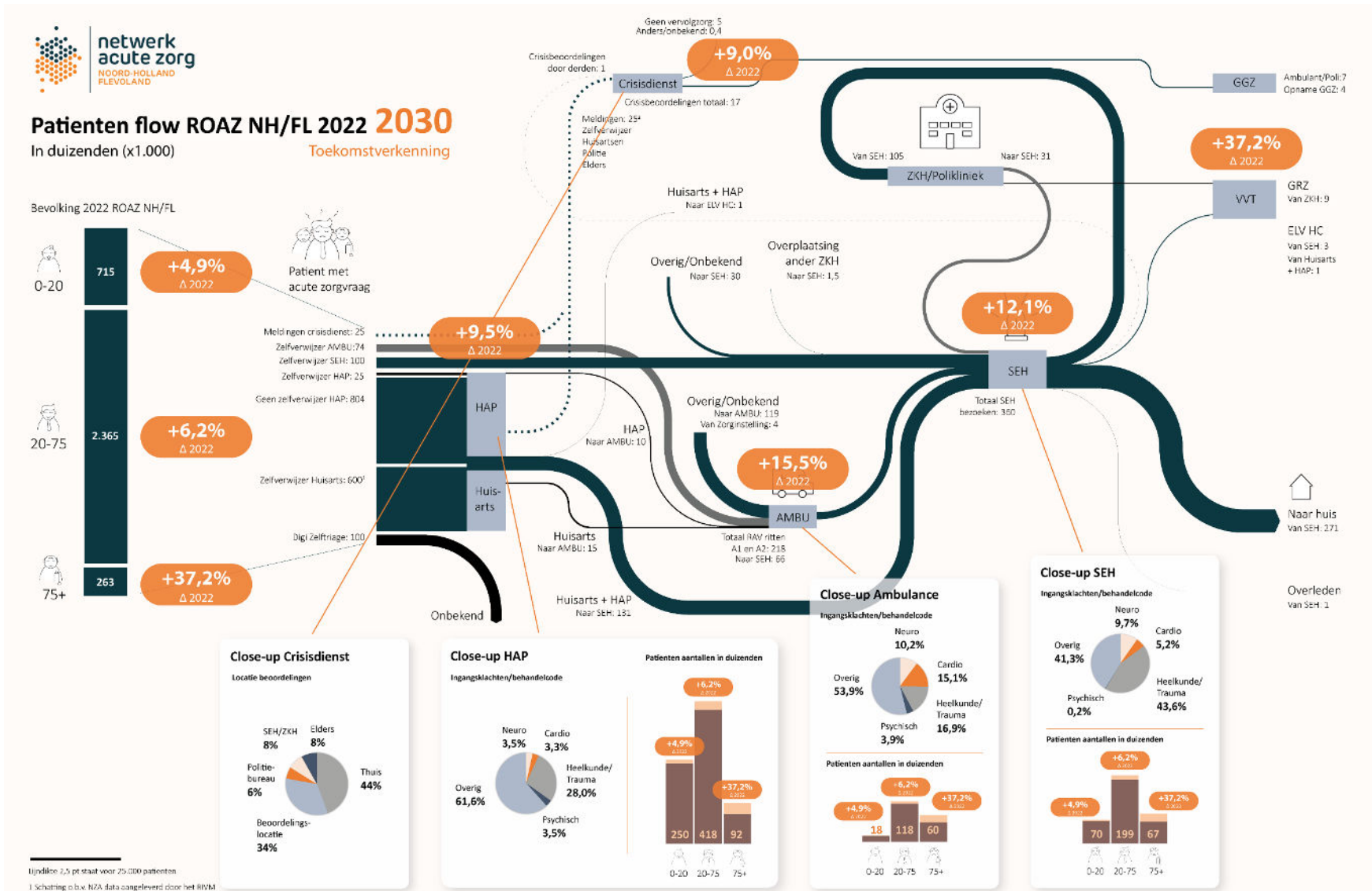


- Bron: ROAZ beeld uitvraag 2022 onder de HAP instellingen, SEH locaties en RAV organisaties en VVT instellingen uit ROAZ regio NH/FL.
- Aantallen betreffen HAP contacten, SEH bezoeken en RAV ritten (A1 en A2), aantal VVT en GGZ patiënten.
- Door afronding tellen aantallen niet altijd volledig op.
- 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.



1.2 Samenvatting en conclusies

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



- 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.

1. In dit beeld is per staat voor 25.000 patiënten
 1. Schatting o.b.v. NVA data aangeleverd door het RIVM
 2. Meldingen GGZ instroom niet volledig



2. Demografie

1. 2019

2. 2020

3. 2021

4. 2022

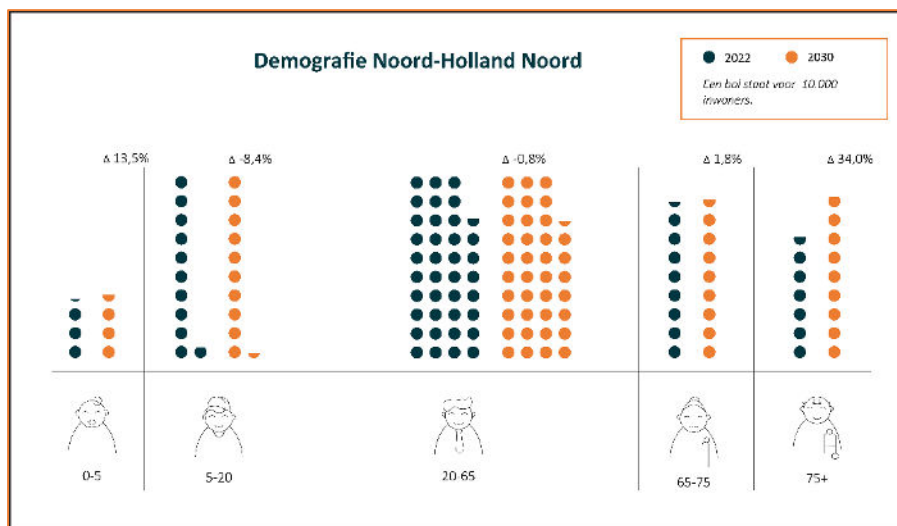
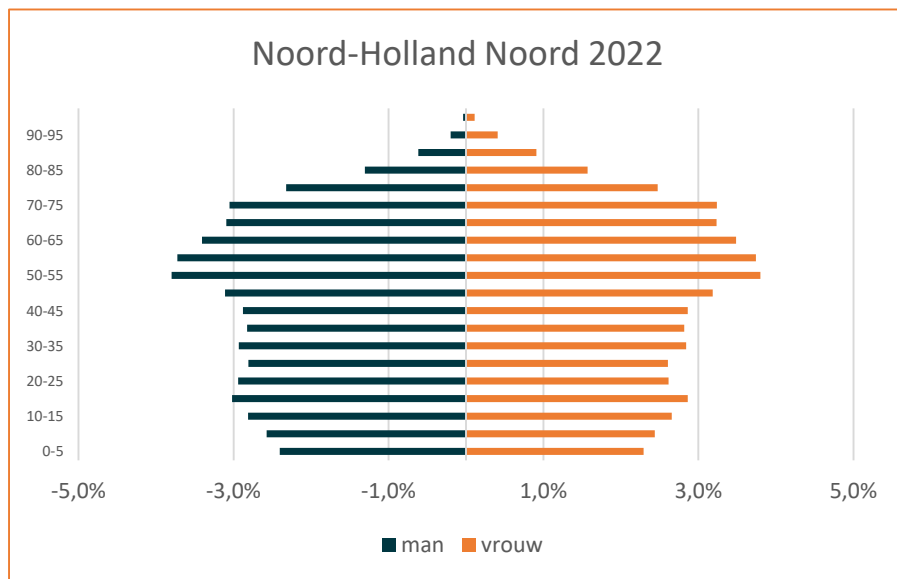
5. 2023

6. 2024





2.1 Demografie



De totale bevolking in de regio Noord-Holland Noord stijgt in 2030 licht met 2,4%.

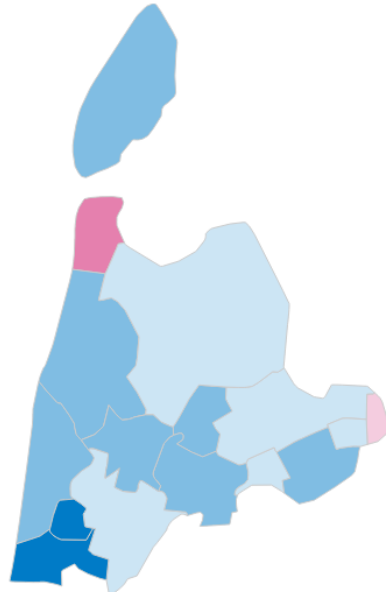
De subregio NHN (Noord-Holland Noord) heeft ten opzichte van het ROAZ-gemiddelde relatief veel 65+'ers (23% t.o.v. 18%). Het aandeel ouderen en daarmee de groep met de hoogste zorgvraag groeit in 2030 tot 26%. De stijging is vooral te zien bij de groep 75+ (+34%). In de West Friesland (41%) is de groei hoger dan de in de kop van NH (30%) en Noord Kennemerland (27%). Zie voor de bevolkingspiramides bijlage 5.2.1.

De beroepsbevolking (20-65) is relatief klein (56% t.o.v. 61% ROAZ). In deze groep zijn de ouderen (50-65) oververtegenwoordigd. In 2030 zal de beroepsbevolking licht dalen (-1%). Er zijn daarmee minder mensen beschikbaar voor de zorg terwijl de zorgvraag toeneemt. Ook na 2030 daalt de beroepsbevolking verder.

De algemene bevolking stijgt ook na 2030 langzaam verder van 670.000 in 2022, via 686.000 in 2030 tot 707.000 in 2050.

2.2 Sociaal economische klasse

SES-WOA in 2019



Bron: CBS



Sociaaleconomische status (SES-WOA) per regio

Deze kaart toont per gemeente in regio Noord-Holland-Noord 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 acut 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



3. Zorggebruik en Zorgaanbod 2022 - 2030

Uitvoeren

3.1 Berekening toekomstverkenning

- **Beleid neutrale toekomstverkenning:** Om de toekomstige zorgbehoefte voor de diverse zorgstromen te bepalen is een toekomstverkenning opgesteld door het ROAZ bureau gebaseerd op een zelfde berekeningsmethode als het RIVM hanteert bij het opstellen van hun 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 COVID-19 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

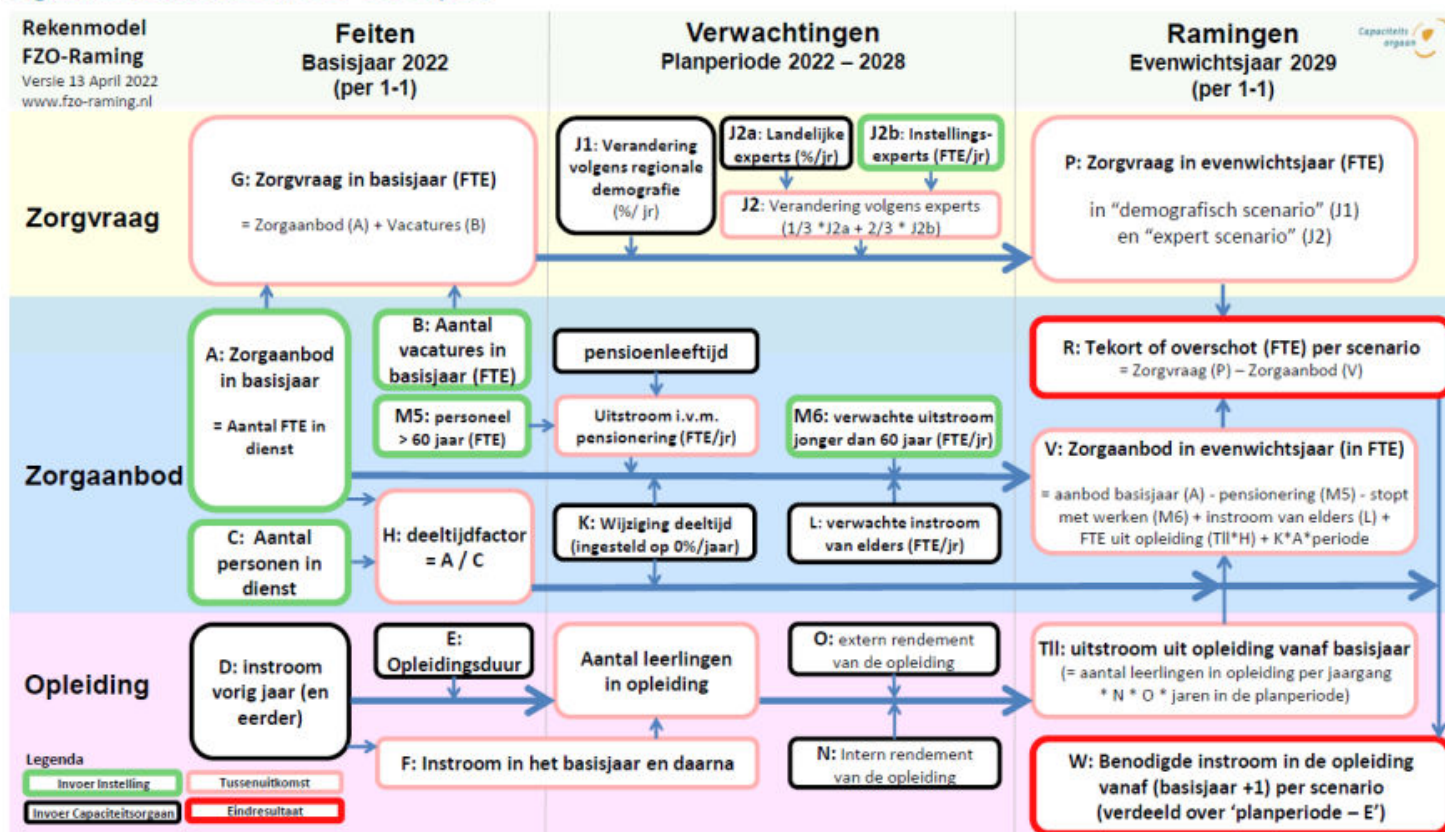
Het capaciteitsorgaan gebruikt bij de berekening van benodigd personeel en de tekorten daarbij het bijgaand model.

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 Noord-Holland Noord

- HKN
 - Den Helder(ANW)
 - Schagen (ANW)
 - Texel (ANW)
- HAP Alkmaar (ANW)
- HAP West-Friesland (ANW)

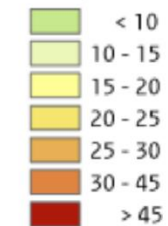
De HAP's van Den Helder en West-Friesland zijn gelokaliseerd bij de SEH van het ziekenhuis. De overige drie zijn dat niet.

Reistijd naar dichtstbijzijnde huisartsenpost

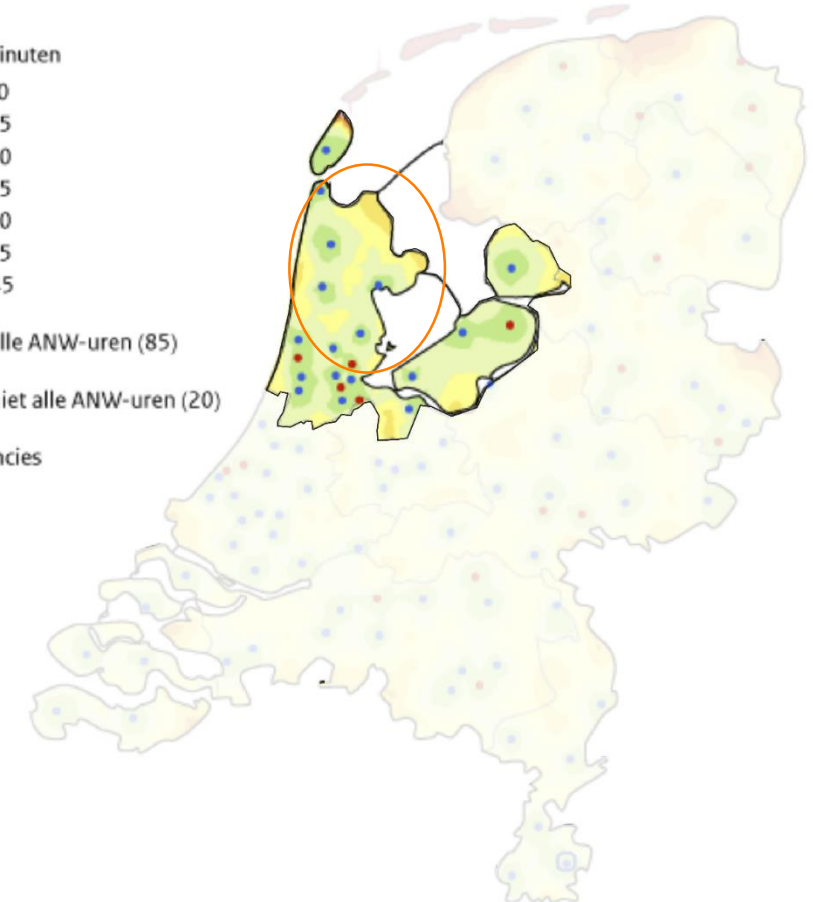
Per auto, 105 locaties, peildatum december 2022



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).

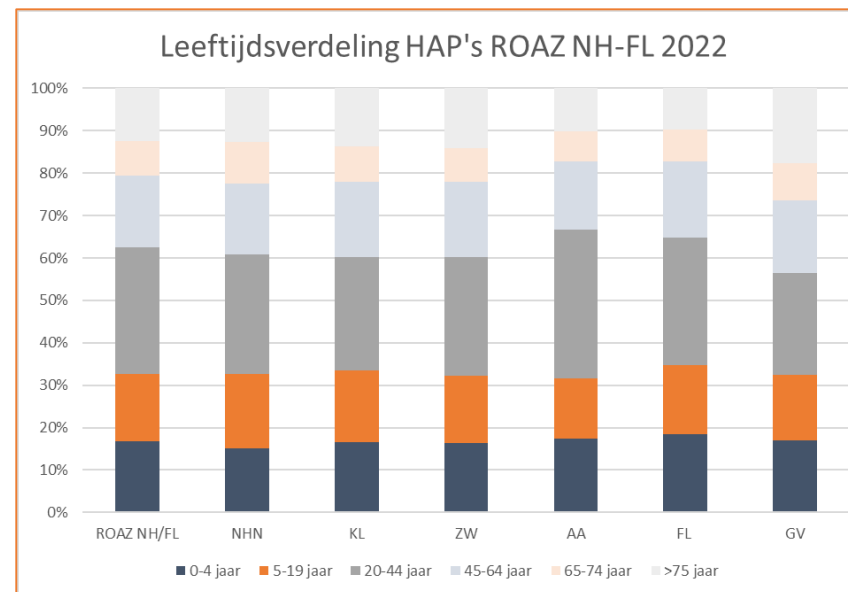
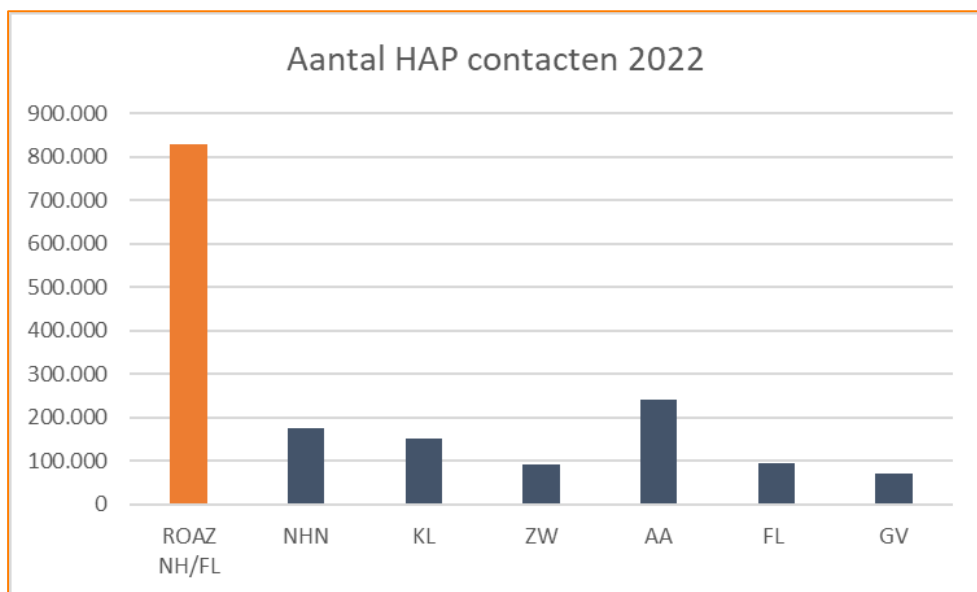
Kwaliteit aangeleverde data:

HAP West-Friesland heeft problemen gehad met het registratiesysteem en heeft sinds 2020 geen data meer kunnen aanleveren. Voor de ROAZ beeld uitvraag is alleen het totaal aantal contacten aangeleverd, dit aantal ligt 19% hoger dan de aantallen in 2019. Bij de analyses over alle HAP data uit de subregio NHN zijn de totale aantallen van HAP West-Friesland over 2022 gebruikt (deze zijn ook gebruikt bij de toekomstverkenning); bij de analyses naar leeftijd is de verdeling uit de aanlevering in 2019 toegepast (uit de trendmonitor) en bij de overige analyses is HAP West-Friesland niet meegenomen. Welke situatie van toepassing is, wordt bij elke dia toegelicht in de voetnoot.

Uitkomsten

De regio NHN verwerkte in 2022 176.931 HAP contacten. Dit is 21% 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 leeftijdsklasse 5-19 jaar ligt hoger (18%) in vergelijking met het ROAZ totaal (16%).



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

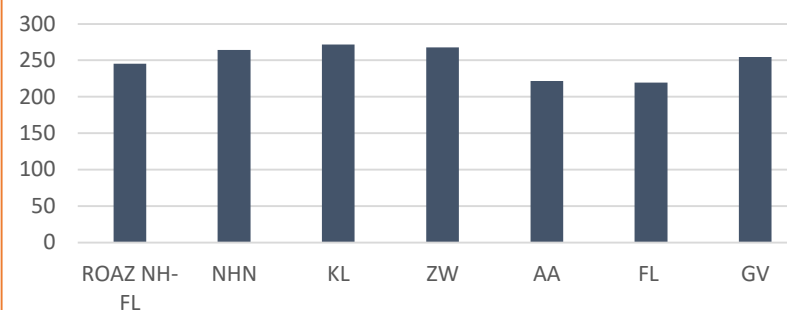
De regio NHN heeft een hoger aantal HAP contacten per 1000 inwoners (264) in vergelijking met de totale ROAZ regio NH-FL (246).

Ten opzichte van het laatste jaar voor COVID (2019) is het aantal HAP contacten gestegen met 7,2% in de regio NHN. De stijging wordt veroorzaakt door een toename van het aantal HAP contacten in HAP West-Friesland met 19%*.

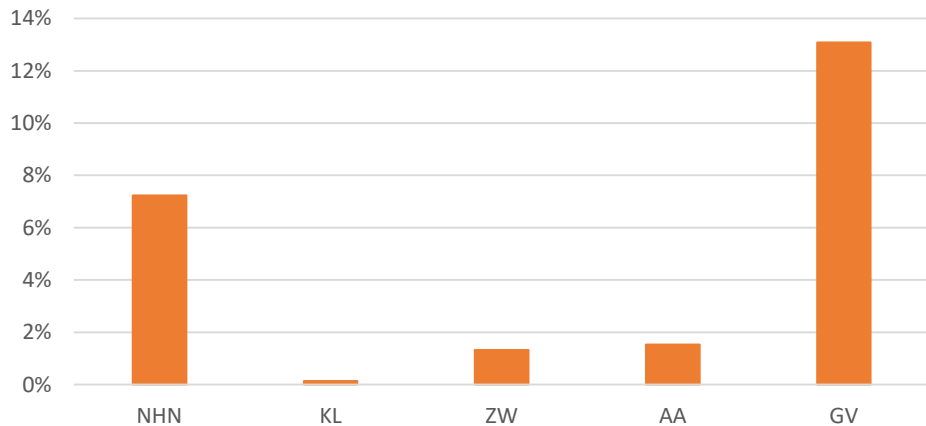
De HAP contacten per 1000 inwoners voor de leeftijdsklasse 0-19 jaar ligt hoger (409) dan het ROAZ totaal (376). Voor de leeftijdsklasse 75 jaar en ouder ligt dit lager (338) dan het ROAZ totaal (387).

*Extra toelichting bij deze stijging is opgenomen onder het kopje 'kwaliteit aangeleverde data' in Voorgaande dia.

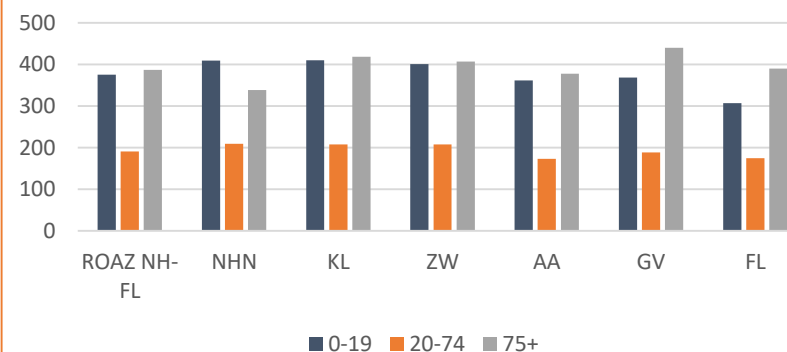
Aantal HAP contacten per 1000 inwoners
2022



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



Aantal HAP contacten per 1000 inwoners
2022 naar leeftijd



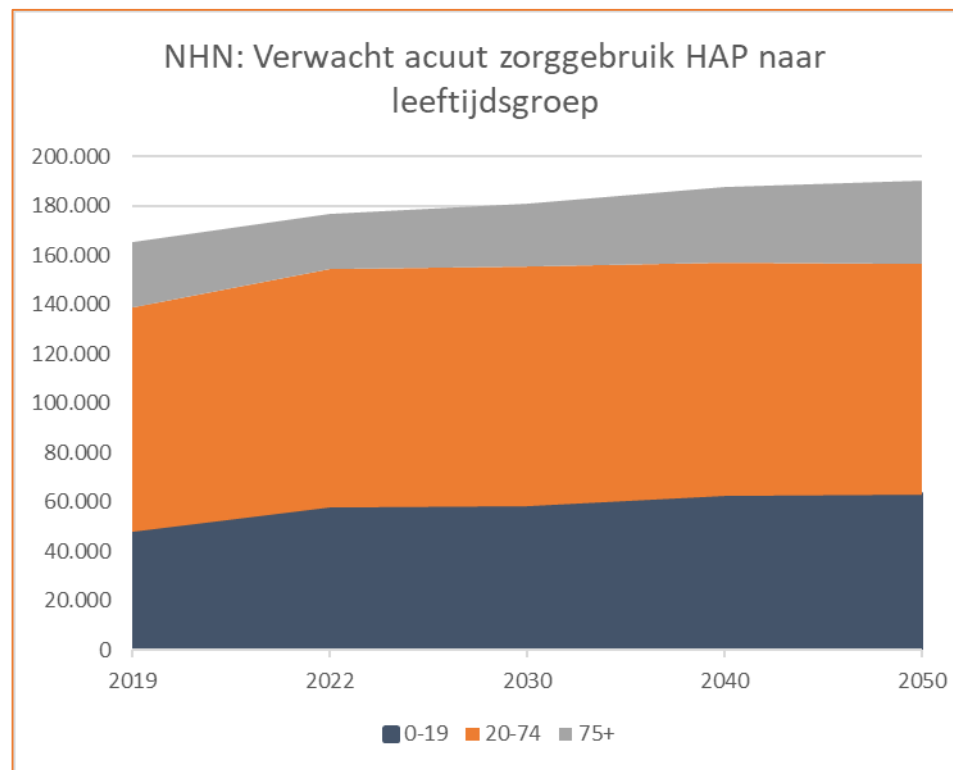
*HAP West- Friesland kon geen gegevens uitgesplitst naar leeftijd aanleveren in 2022, dezelfde verdeling naar leeftijd is toegepast zoals aangeleverd in 2019.



3.3.3 Verwacht zorggebruik HAP 2019 - 2050

Effecten van Covid-19 zijn zichtbaar in de HAP contacten in de jaren 2020 en 2021.

Op basis van de totale demografische ontwikkelingen waarin leeftijdsgroepen (0-19, 20-74, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een toename te verwachten van het aantal HAP contacten t/m 2030 van 2,3% ten opzichte van 2022. Voor de leeftijdsklasse 75+ betekent dit een stijging van 34% van het huidig aantal HAP contacten t/m 2030.



*HAP West-Friesland kon geen gegevens uitgesplitst naar leeftijd aanleveren in 2022, alleen de totale aantallen HAP contacten. Deze laten een stijging zien t.o.v. 2019 van 19%. De leeftijdsverdeling van 2019 is toegepast op de aantallen van 2022.

3.3.4 Zorggebruik HAP

Urgentie

De regio NHN laat in vergelijking met het hele ROAZ gemiddelde een nagenoeg vergelijkbare verdeling van urgentieklasse zien.

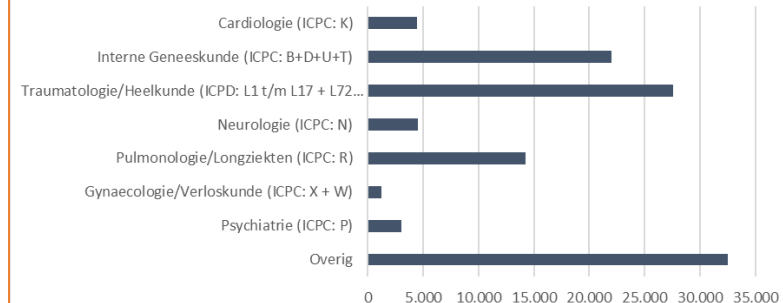
Type zorgcontact

De verdeling van het type zorgcontacten met de HAP van de regio NHN komt overeen met de verdeling hiervan over de totale ROAZ regio NH-FL. 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.

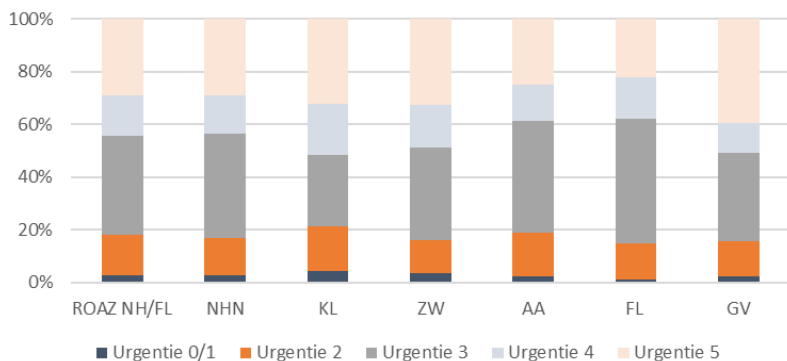
Werkdiagnose

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

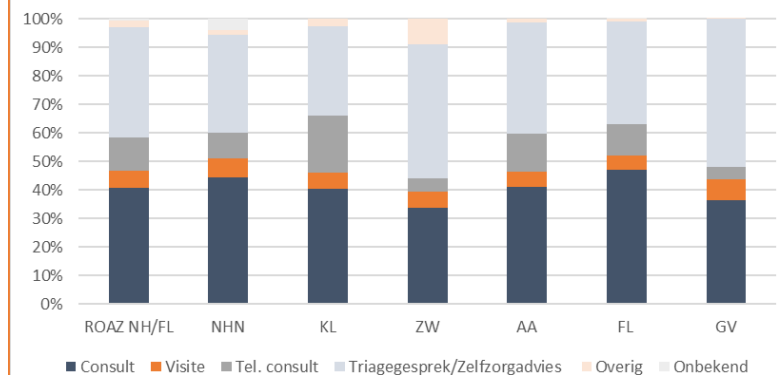
Werkdiagnose HAP's regio NHN 2022



Urgentie's HAP's ROAZ NH-FL 2022



Type Zorgcontact HAP's ROAZ NH-FL 2022



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

*HAP West-Friesland kon geen (kwalitatief) bruikbare data aanleveren en ontbreekt daarom in deze analyse.

3.3.5 Bereikbaarheid HAP

Digitale zelftriage			
	Zelftriage geïntegreerd op de website	Koppeling zelftriage met EPD HAP	aantal afgeronde zelftrages
Noord-Holland Noord			
HKN	ja	nee	?
Alkmaar	ja	nee	8.102
West-Friesland	ja	mee bezig	806

Bereikbaarheid (2022)				
	KK 3.2.3 Norm: 98% tel. spoed binnen 30 seconden opgenomen	KK 3.2.4 Norm: 75% tel. Niet-spoed 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%
Noord-Holland Noord				
HKN	90%	42%	42%	100%
Alkmaar	97%	55%	82%	100%
West-Friesland	92%	43%	81%	100%

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 wordt niet gerealiseerd. Deze norm is opgenomen in het kwaliteitskader SZK, echter maakt geen onderdeel meer uit van de nieuwe branchenormen van InEen (per 30-05-2023). De nieuwe normen richten zich voornamelijk op hoog risico processen.

3.3.6 Personeel huisartsenzorg

personen werkzaam in de huisartsenzorg (2022-2030 refentiescenario)					
Regio	Arbeidsvraag 2022	Toename 2030	Arbeidsvraag 2030	Arbeidsmarktsaldo 2030	Tekort % 2030
ROAZ NH/FL	6.300	15,9%	7.300	-900	-12,3%
NHN			1.800	-200	
KL+Amstelland			1.600	-200	
ZW			900	-100	
Amsterdam			1.600	-200	
FL			600	-100	
GV			800	-100	

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 arbeidsvraag 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 Noord-Holland Noord – Witte Kruis

Capaciteit

- Aantal parate ambulances in 2022: 39
- Standplaatsen (9):
 - Hoogkarspel
 - Wognum
 - Noord-Scharwoude
 - Schagen
 - Wieringerwerf
 - Den Helder
 - Texel (Den Burg)
 - Alkmaar Zuid
 - Alkmaar Noord
- Sinds mei 2023 is er een tweede standplaats op Texel (de Koog)
- Aangesloten bij meldkamer Noord-Holland

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

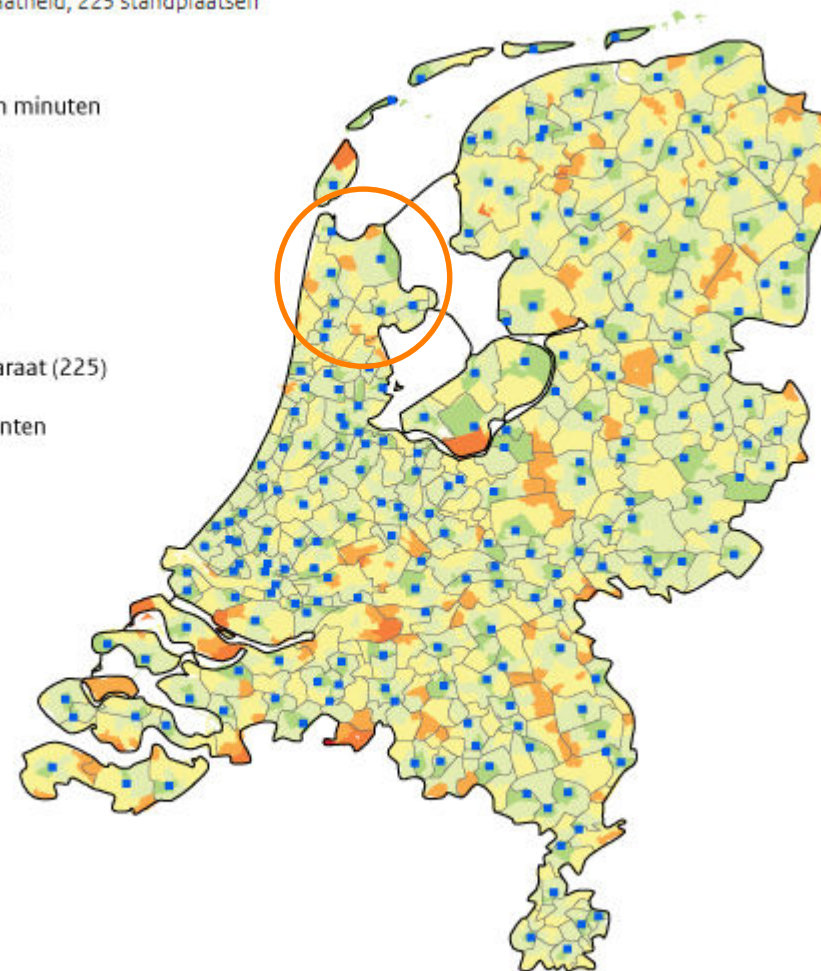
24/7-uurs paraatheid, 225 standplaatsen

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).

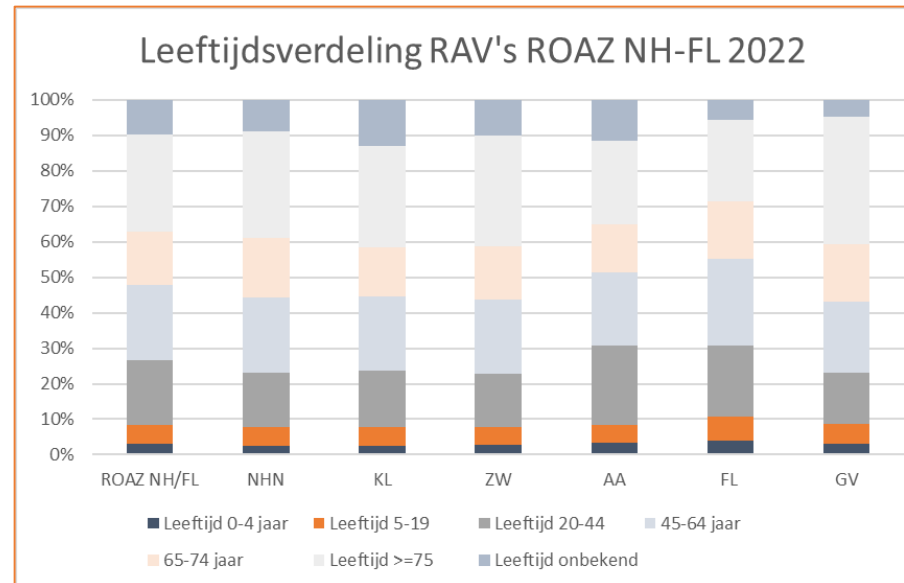
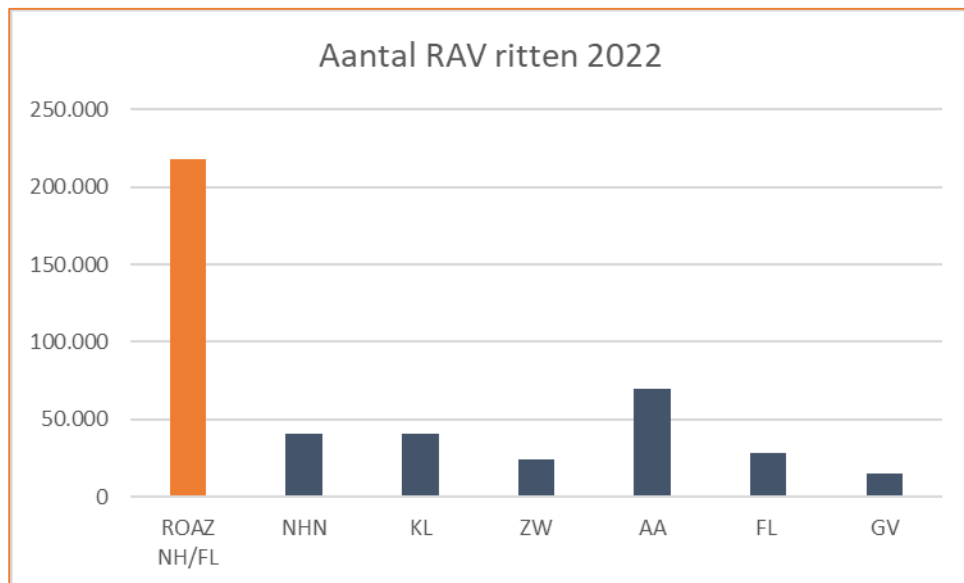
Inclusie criteria ritten

A1 en A2 ritten, declarabele 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.

Uitkomsten

De regio NHN verwerkt in 2022 40.921 ritten. Dit is 19% van alle RAV ritten in het totale ROAZ gebied. Het totaal aantal ritten in de regio NHN is in 2022 ten opzichte van 2019 **gestegen met 14%**.

Het aandeel ritten binnen de leeftijdsklasse 65+ is groter voor de regio NHN (47%) dan het ROAZ totaal (42%). Het grootste aandeel ritten valt, net als in de totale ROAZ regio binnen de leeftijdsklasse ouder dan 65 jaar.



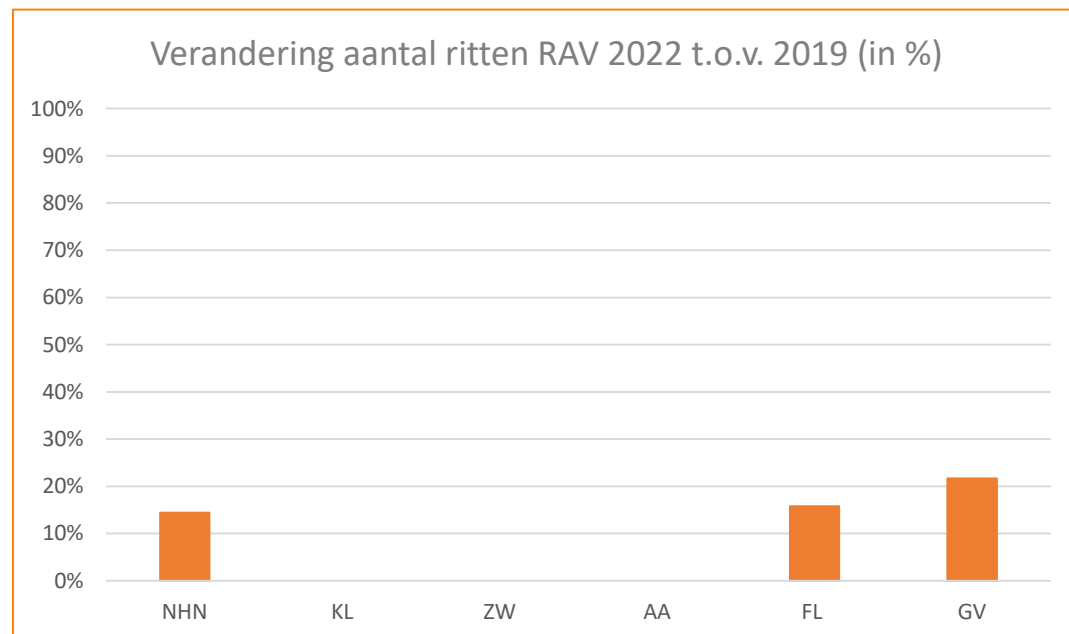
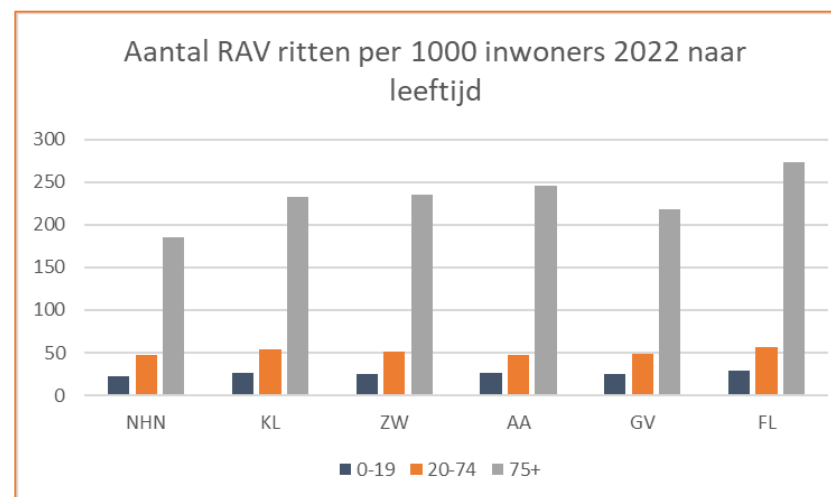
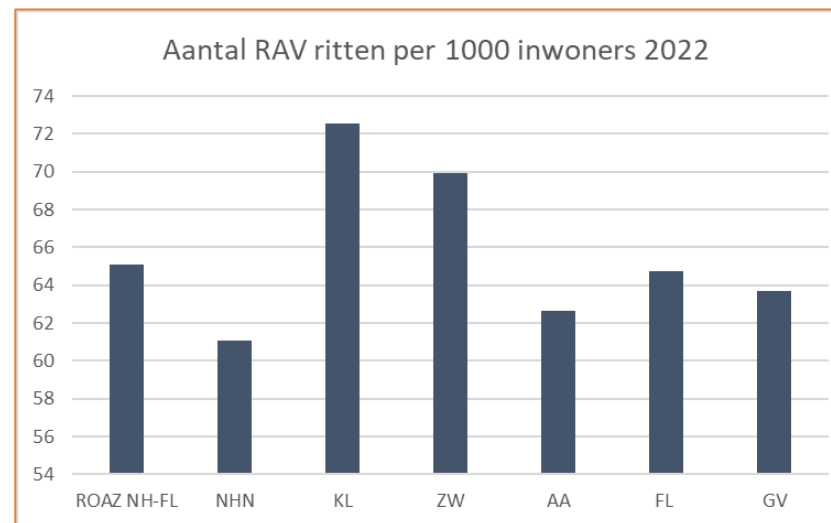
Bron: ROAZ beeld uitvraag ROAZ bureau NH-FL, analyse ROAZ bureau NH/FL.

3.4.2 Zorggebruik Ambulancezorg

Het aantal ritten per 1000 inwoners ligt lager (61) in vergelijking met de totale ROAZ regio (65).

Ten opzichte van 2019 steeg het aantal RAV ritten met 14%.

Het aantal ritten per 1000 inwoners (185) ligt hoger bij de leeftijdsklasse 75+, zoals ook bij de overige subregio's.

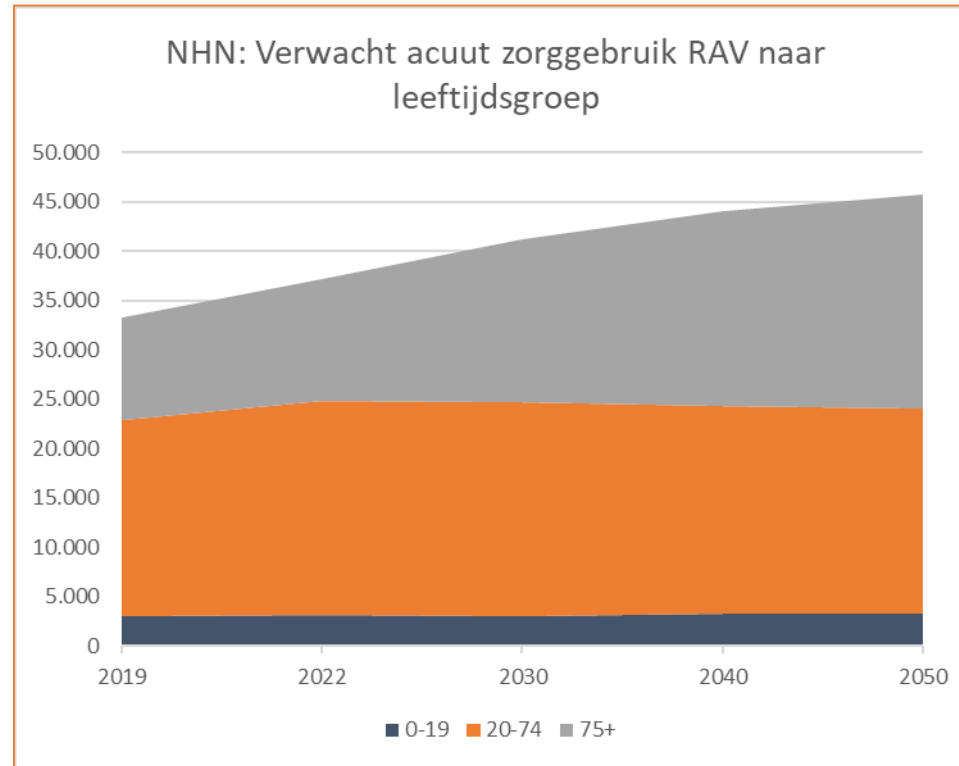


*De gegevens van regio's ZW en AA worden in bovenstaande grafiek niet apart getoond omdat ZW en AA in 2019 gezamenlijk aanleverden. Ook KL wordt niet getoond vanwege wijziging in aanlevercriteria t.o.v. 2019.

3.4.3 Verwacht zorggebruik Ambulancezorg 2019 - 2050

Op basis van de totale demografische ontwikkelingen waarin leeftijdsgroepen (0-19, 20-74, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een totale toename van het aantal A1 en A2 ritten te verwachten van 10,8% t/m 2030. Met name de groep 75+ stijgt sterk met 34% t/m 2030 en 76% t/m 2050.

Het aantal parate ambulances in 2022 is 39 en de verwachting op basis van demografische groei is dat dit aantal met 1 zal toenemen naar 40 t/m 2030.



3.4.4 Zorggebruik Ambulancezorg

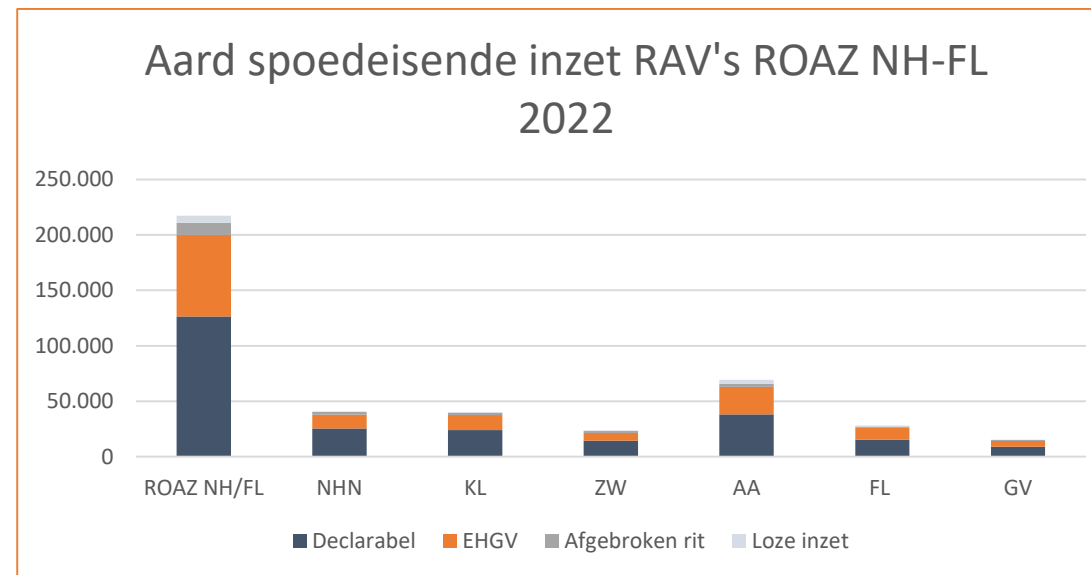
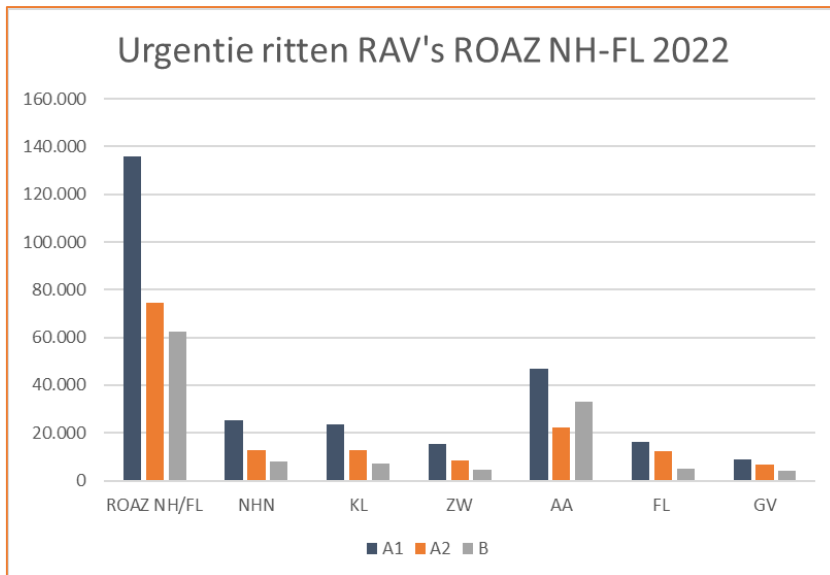
Urgentie

De regio NHN verwerkt in vergelijking met het hele ROAZ gebied NH-FL 5% meer A1 ritten, ongeveer een gelijk aandeel A2 ritten (17%) en 5% minder B ritten.

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

Aard spoedeisende inzet

Het aandeel declarabele ritten binnen RAV NHN ligt 4% hoger dan het aandeel binnen het ROAZ totaal (58%).





3.4.5 Ambulanceverpleegkundigen

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 de ROAZ-regio waren er in 2022 487 FTE ambulanceverpleegkundigen werkzaam. Het betreft hier zowel de verpleegkundigen op de ambulance als de verpleegkundig centralisten op de meldkamer.
- Er zijn geen gegevens bekend over hoe dit is verdeeld over de subregio's.
- Het aantal FTE dat nodig is in 2029 stijgt met 19% tot 580. Hiervoor is een jaarlijkse instroom in de opleiding nodig van 45 nieuwe verpleegkundigen.
- De vacaturegraad verschilt per subregio. In de regio ZW, AA en FL is deze het hoogst met respectievelijk 17%, 9% en 9%.

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.

*Vanuit MMT-NL

3.5 Ziekenhuizen - SEH

SEH's Noord-Holland Noord

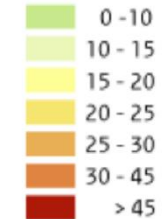
- Noordwest Ziekenhuisgroep, locatie Alkmaar (traumalevel 1 ziekenhuis*)
- Noordwest Ziekenhuisgroep, locatie Den Helder (level 3 traumacentrum)
- Dijklander Ziekenhuis, locatie Hoorn, (level 2 traumacentrum)

M.u.v. een deel van de inwoners van Texel zijn de drie SEH's binnen 45 minuten met de auto bereikbaar. Voor de inwoners van Texel kan de Waddenheli worden ingezet.

Reistijd naar dichtstbijzijnde ziekenhuis met SEH 2022

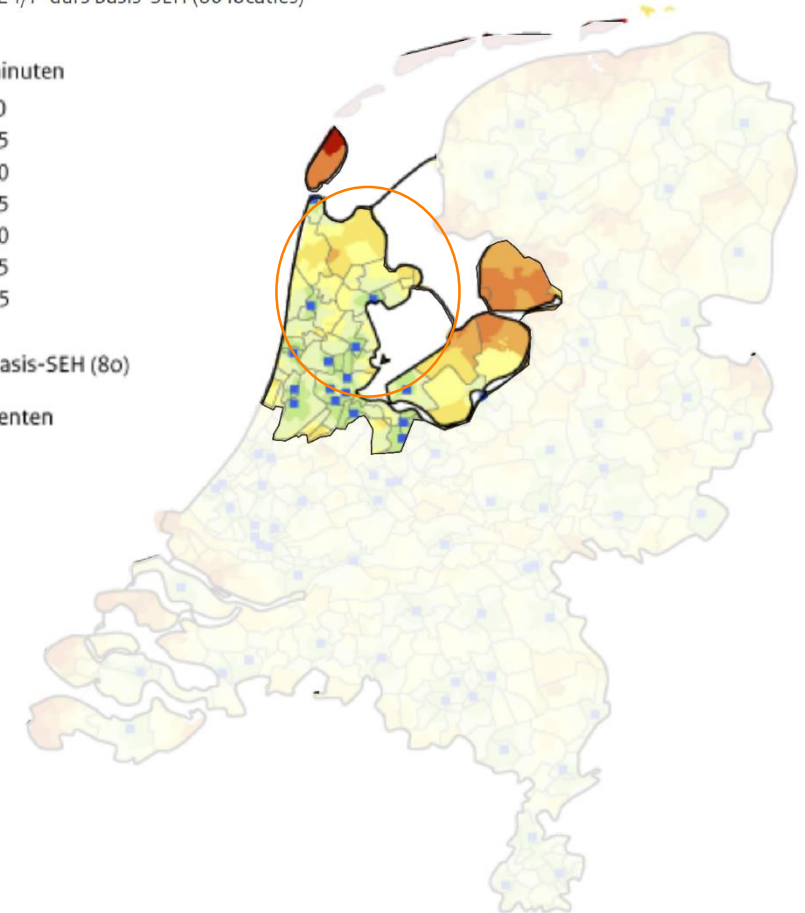
Met de auto, 24/7-uurs basis-SEH (80 locaties)

Reistijd in minuten



■ 24/7 basis-SEH (80)

— Gemeenten



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

* NWZ Alkmaar functioneert als level 1 traumaziekenhuis, maar is formeel niet aangewezen level 1 traumacentrum geweest (op basis van het landelijk visitatiemodel van het Landelijk Beraad Traumacentra (LBTC)).

3.5.1 Zorggebruik SEH

Bron en type gegevens zorggebruik SEH's

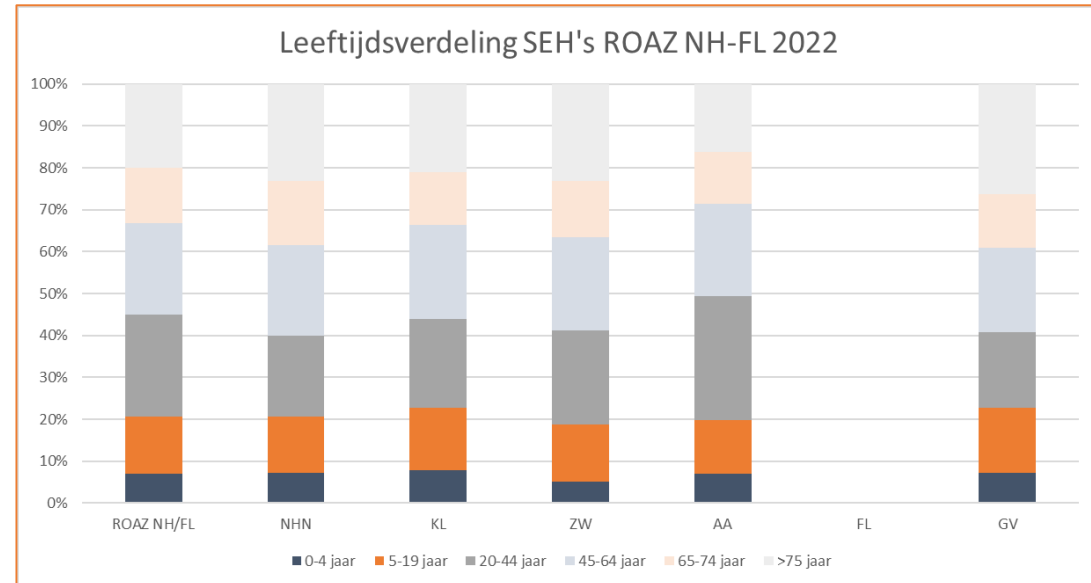
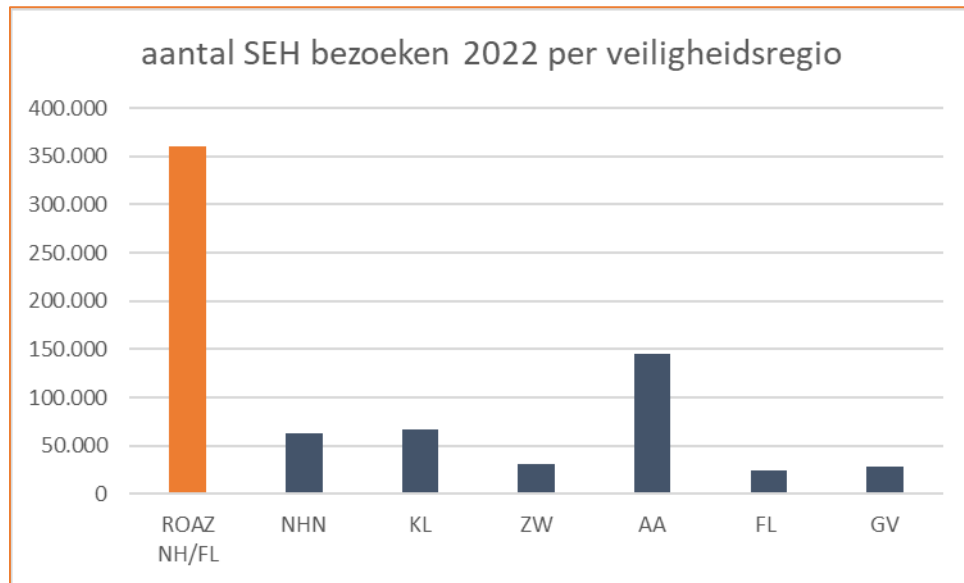
De huidige zorgvraag voor de SEH's in de ROAZ regio NH-FL is bepaald door een uitvraag gehouden onder de SEH's naar het aantal SEH bezoeken over 2022. Op het niveau van de SEH is gevraagd naar het aantal SEH bezoeken met uitsplitsingen naar leeftijd, urgentie, tijdstip, hoofdbehandelaar, verwijzer en 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).

Uitkomsten

De regio NHN verwerkt 63.258 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 18% van alle SEH bezoeken in het totale ROAZ gebied NH-FL.

Het aandeel SEH bezoeken binnen de leeftijdsklasse 20-44 is 5% kleiner voor de regio NHN in vergelijking met het ROAZ totaal. Het aandeel 65+ is juist groter in de regio NHN (5% totaal).

In vergelijking met 2019 is er een stijging binnen de regio NHN van het aantal SEH bezoeken (2%) van bezoekers in de leeftijdsklasse 75+ in 2022. Op totaalniveau is het aantal SEH bezoeken gedaald in 2022 met 6% ten opzichte van 2019.



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

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

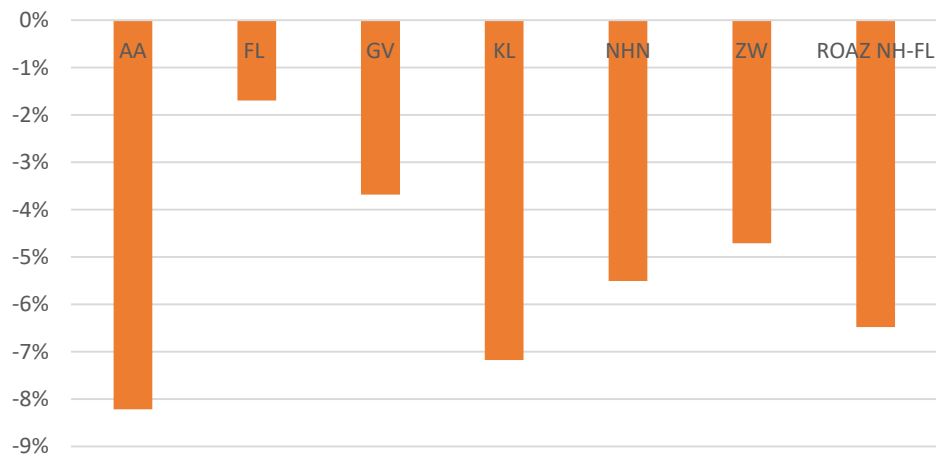


3.5.2 Zorggebruik SEH

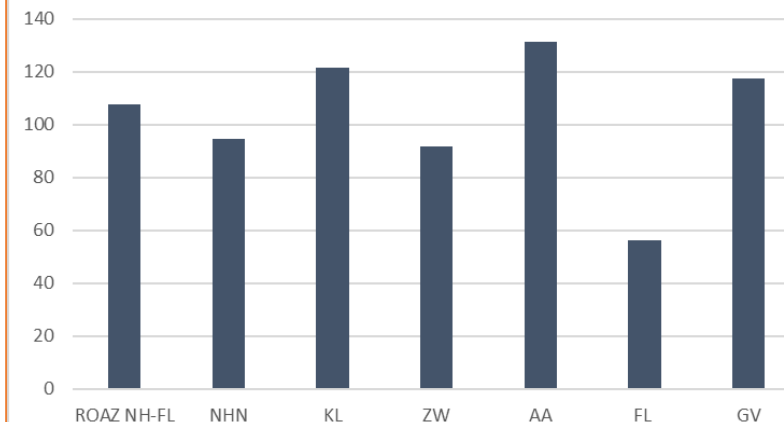
De regio NHN heeft minder SEH-bezoekers per 1000 inwoners (94) in vergelijking met de totale ROAZ regio (108). Het aantal SEH bezoeken per 1000 inwoners is het grootst voor de leeftijdsklasse 75+ (219).

Ten opzichte van het laatste jaar voor COVID (2019) is het aantal SEH-bezoeken gedaald met 5,5% terwijl de bevolking in dezelfde periode toenam met 1,9%.

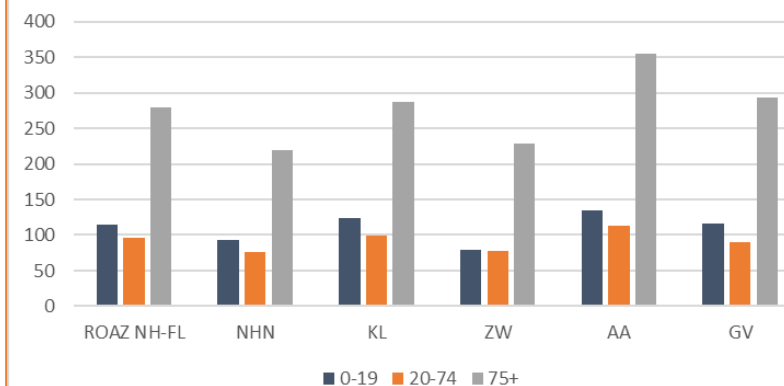
Verandering patiëntaantallen SEH
2022 t.o.v. 2019 (in %)



Aantal SEH bezoeken per 1000 inwoners 2022



Aantal SEH bezoeken per 1000 inwoners 2022
naar leeftijd

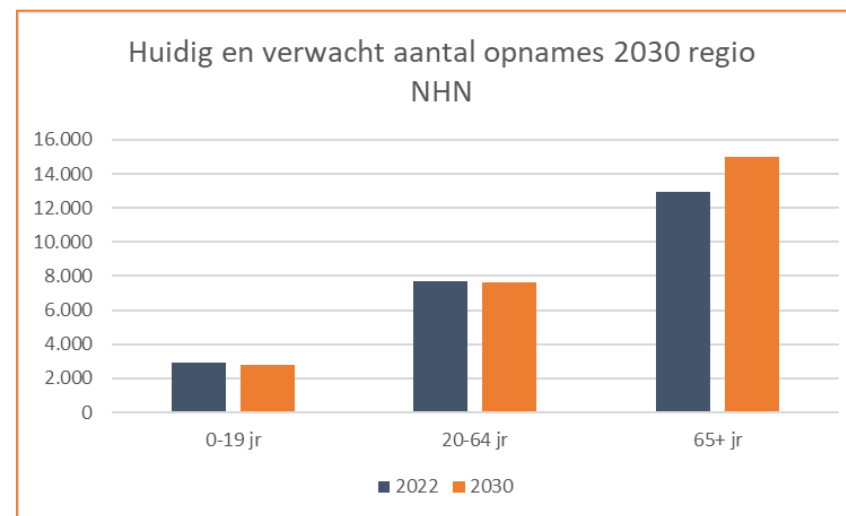
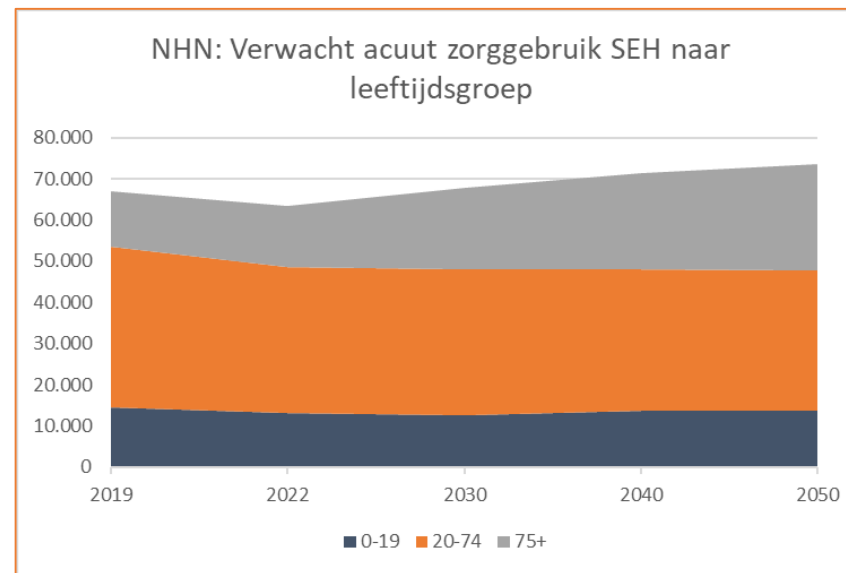


3.5.3 Verwacht zorggebruik SEH 2019 - 2050

Op basis van de totale demografische ontwikkelingen waarin leeftijdsgroepen (0-19, 20-74, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een toename te verwachten van het aantal SEH-bezoeken t/m 2030 van in totaal 6,9%. De stijging is het sterkst voor de groep 75+ (34%).

Gezien de daling van het SEH-bezoek van de afgelopen jaren (6% t.o.v. 2019) tegen de demografische trend in, zijn er ook andere factoren die een rol hebben gespeeld. Het is uit de data niet duidelijk welke factoren dat precies zijn.

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





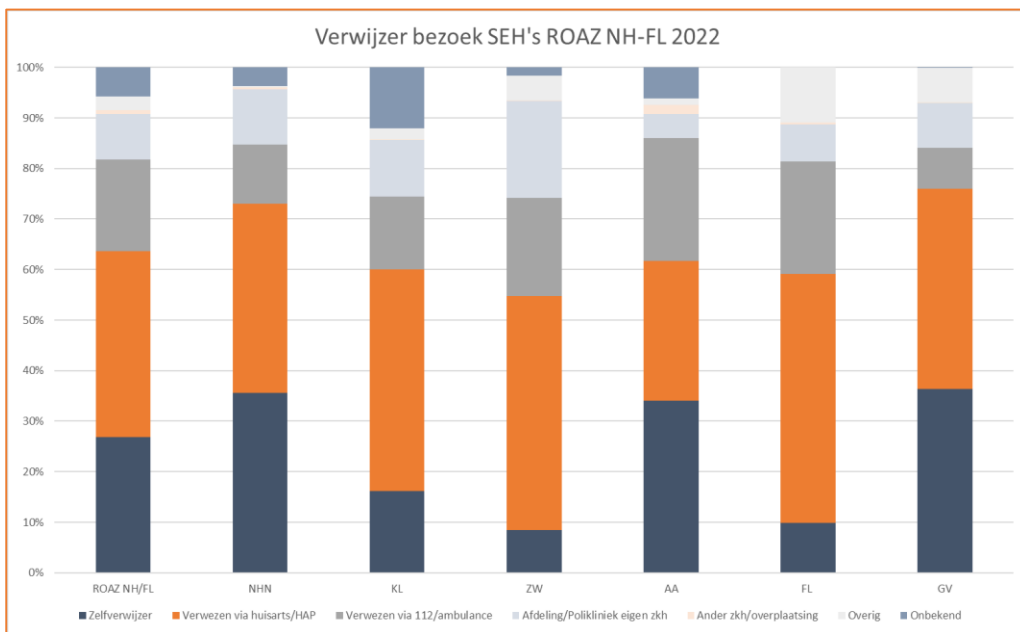
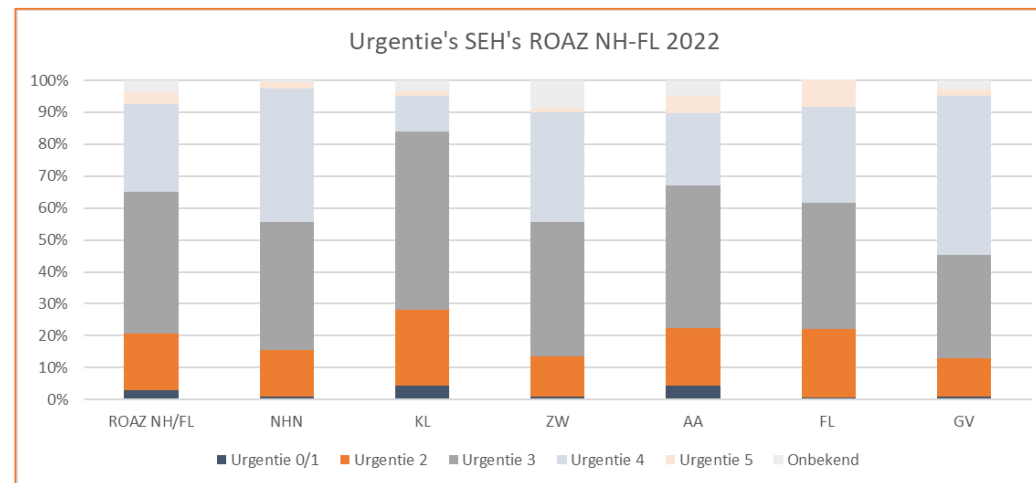
3.5.4 Zorggebruik SEH

Urgentie

De regio NHN (56%) heeft in vergelijking met het hele ROAZ gebied NH-FL (68%) een kleiner aandeel SEH bezoeken tot urgentieklasse 3 en een groter aandeel in de urgentieclassen 4 en (5). Dit aandeel in met name urgentieklasse 4 is ten opzichte van 2019 gedaald met 7% binnen de regio NHN.

Verwijzer

Het aandeel zelfverwijzers ligt binnen de regio NHN hoger (36%) in vergelijking met de totale ROAZ regio (27%).



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



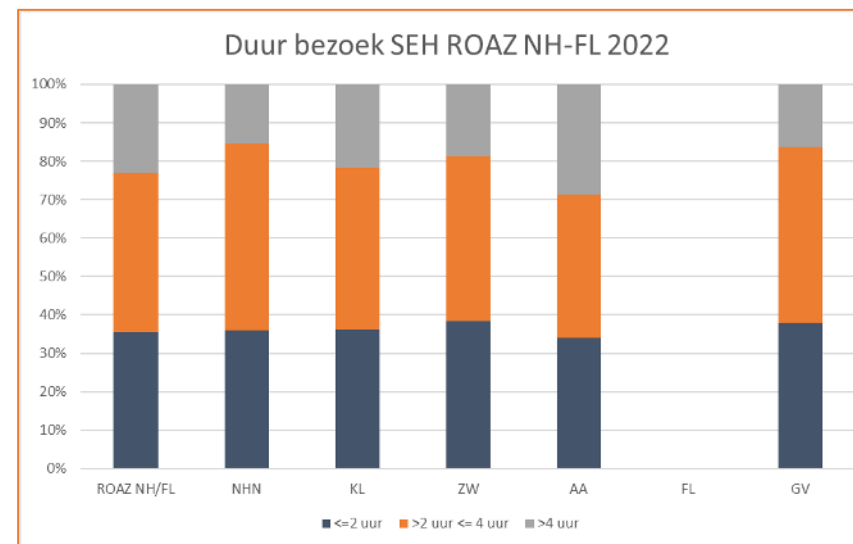
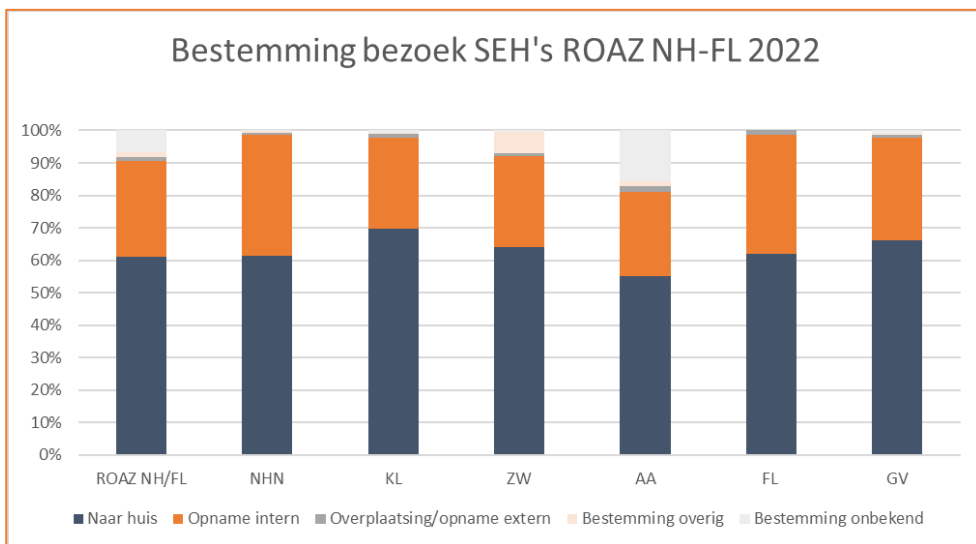
3.5.5 Zorggebruik SEH

Duur bezoek

De regio NHN heeft in 36% van het totaal aantal SEH bezoeken een duur korter dan 2 uur.

Bestemming

In totaal gaat 61% van alle SEH bezoekers weer naar huis in de regio NHN. Dit is een stijging van 2% ten opzichte van 2019.

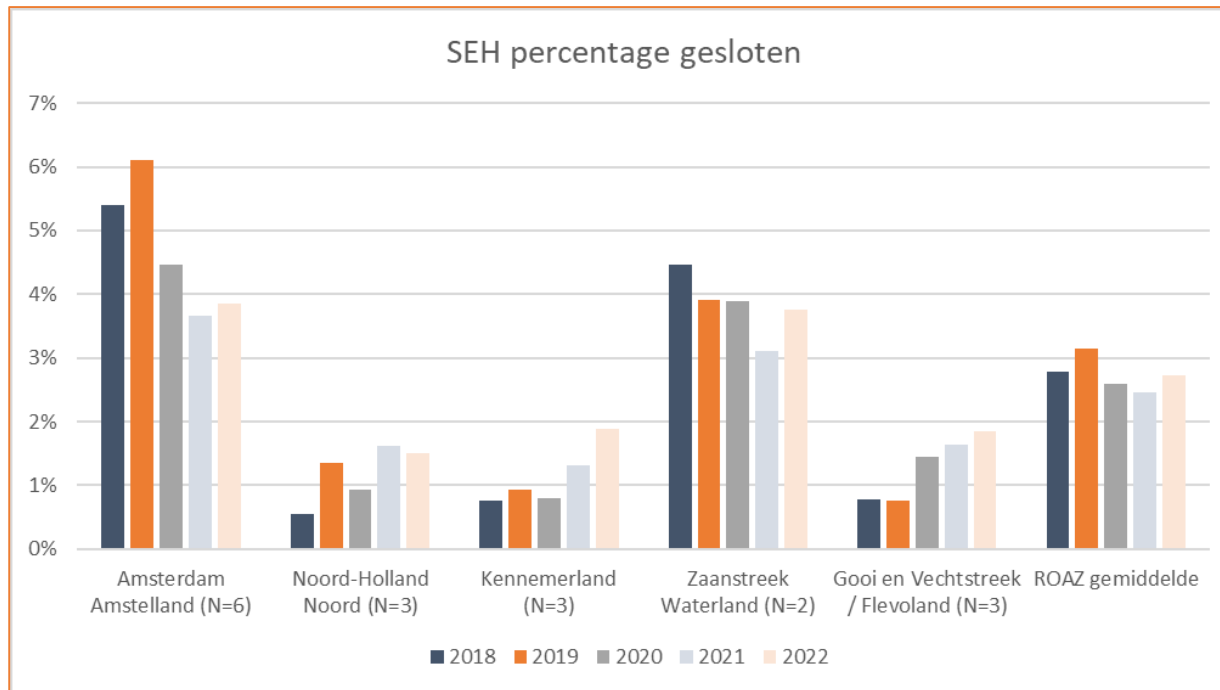


*geen gegevens aangeleverd vanuit de regio Flevoland

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

3.5.6 Beschikbaarheid SEH

De regio Noord-Holland Noord kent t.o.v. het ROAZ-gemiddelde weinig SEH-stops (1,5% t.o.v. 3%). 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).**

3.5.7 Capaciteit bedden SEH

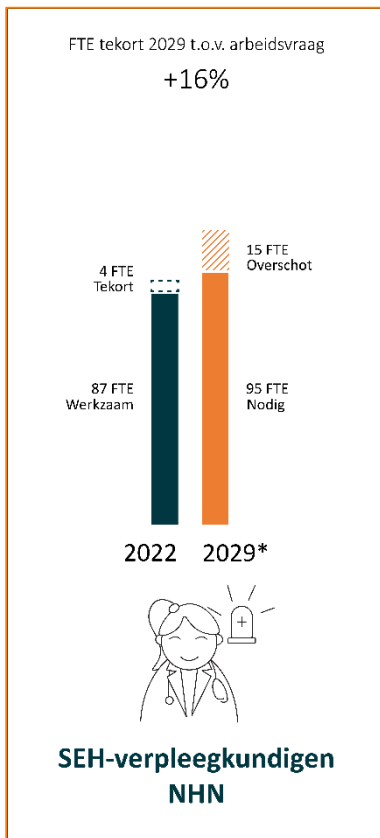
Gemiddeld aantal operationele SEH bedden + shockrooms (incl. personeel, apparatuur en noodbedden) in 2022 in de regio NHN: **59**

Aantal bedden nodig in 2030 op basis van alleen demografische ontwikkelingen: **60,4**



3.5.8 SEH-verpleegkundigen

Wordt er opgeleid zoals de afgelopen jaren is gebeurd dan zal in 2029 het kleine tekort aan SEH-verpleegkundigen in 2022 zijn omgeslagen naar een overschot van 15 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%
NHN	87	95	-4	15	16%

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

3.5.9 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 2% in de regio NHN 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%
NHN	5.918	6.061	2%

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%
NHN	26	27	2%

*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%
NHN	34	35	2%

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

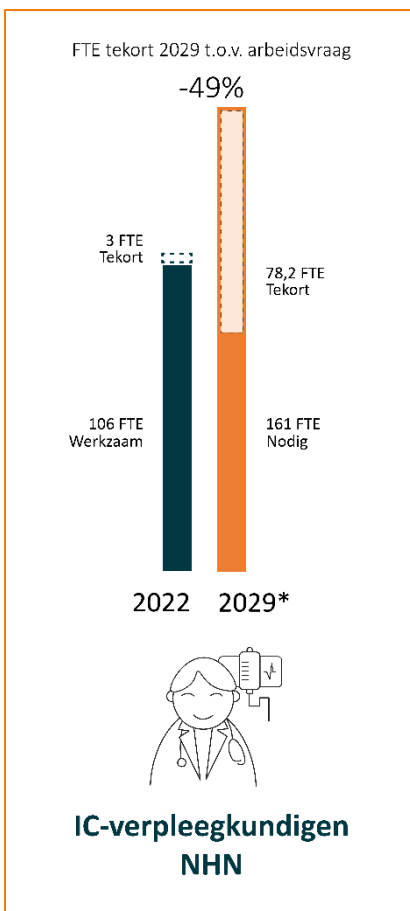
*niet alle ziekenhuizen uit de subregio NHN, FL en ZW hebben deze gegevens aangeleverd omdat niet alle huizen een aparte AOA hebben.

* 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).

3.5.10 IC-zorg

De regio heeft iets meer IC-zorg per hoofd van de bevolking (45+).

In 2022 is er al een klein tekort aan IC-verpleegkundigen. Dit tekort loopt hard op. In 2029 verwacht het capaciteitsorgaan een tekort van ruim 78 FTE IC-verpleegkundigen in de regio NHN (49% 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
NHN	2.811	27	8,1	2.856	27

* Toename (1,6% in NHN) 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%
NHN	106	161	-3	-78	-49%

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

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 expertsceario.

3.5.11 Traumachirurgie

- NWZ Alkmaar functioneert als level 1 traumaziekenhuis, maar is formeel niet aangewezen als level 1 traumacentrum (op basis van het landelijk visitatiemodel van het Landelijk Beraad Traumacentra (LBTC)). Echter, al bij regionale afstemming in 2001 is afgesproken en gedocumenteerd in zowel LPA als de (boven-)regionale rampen- en spreidingsplannen, dat NWZ Alkmaar een level I traumafunctie vervult. De meest recente SEH visitatie 2019 was conform de Level 1 traumanormen.
- In NWZ-Alkmaar worden veel multitrauma patiënten opgenomen. In 2022 waren dat er 143, een toename van 44% t.o.v. 2017.
- Het aantal traumapatiënten in NHN is sinds 2017 met een kleine 5% gedaald.
- De norm om 90% van de multitrauma patiënten te behandelen in een level 1 traumacentrum wordt in de ROAZ-regio ruim niet gehaald (56%). Indien NWZ-Alkmaar hierin zou meetellen komt het percentage op 76%.
- Recent heeft er lateraliseratie plaatsgevonden van de traumachirurgie binnen het AUMC. Dit zou impact kunnen hebben op de acute zorg van de veiligheidsregio Noord-Holland Noord. Dit vraagt nadere analyse.

Trauma patiënten 2022					
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
NHN	3.483	171			5,20

Trauma patiënten 2030		
Regio	aantal traumapatiënten	aantal multitrauma-patiënten
ROAZ NH/FL	13.407	786
NHN	3.567	175

* Toename (2,4% in NHN) op basis totaal aantal trauma patiënten in 2022 en geëxtrapoleerd a.d.h.v. de bevolkingsprognose CBS/PBL in 2030 (editie 2022).



3.5.12 Heupfracturen

Bron gegevens: LTR (Landelijke Trauma registratie 2022)

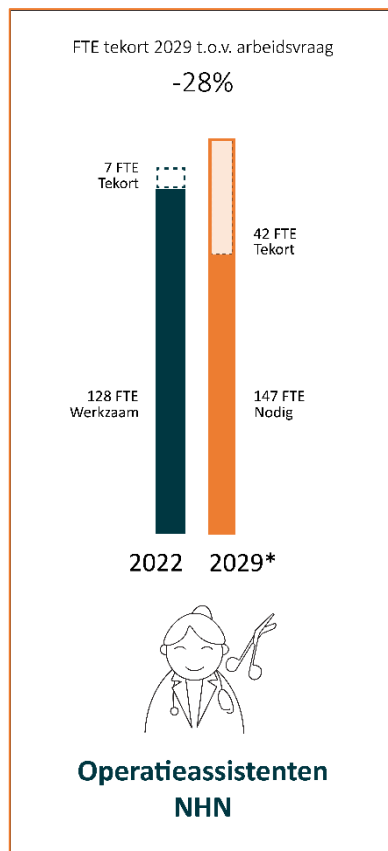
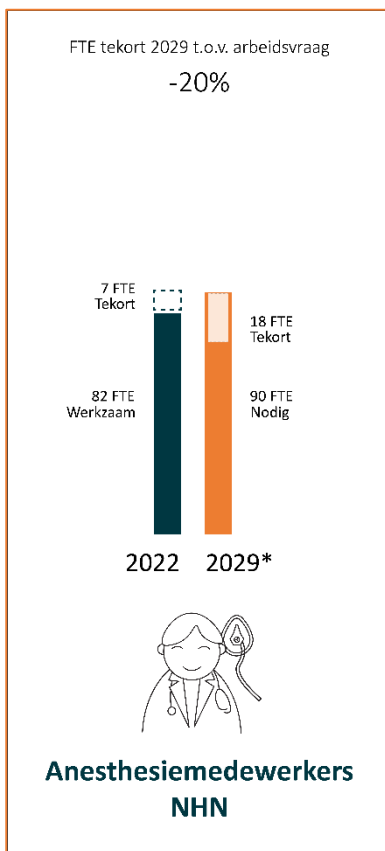
- Het aantal heupfracturen in de regio NHN per inwoner 75+ ligt boven het ROAZ-gemiddelde.
- Het aantal heupfracturen zal op basis van de toename van het aantal 75+ stijgen met 34% .

Heupfracturen			
Regio	aantal heupfracturen	aantal heupfracturen per 1.000 inw 75+	Aantal heupfracturen 2030*
ROAZ NH/FL	3.138	11,9	4.283
NHN	866	13,0	1.161

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

3.5.13 Anesthesiemedewerkers / Operatie assistenten

Voor Anesthesiemedewerkers en operatie assistenten zijn er in 2029 grote tekorten met respectievelijk 20% en 28% tekort 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%
NHN	82	90	-7	-18	-20%

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

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%
NHN	128	147	-7	-42	-28%

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

3.5.14 Acute neurologie

In de subregio NHN zijn alle drie de ziekenhuizen betrokken bij de opvang van de acuut neurologische patiënten.

Er wordt overal voldaan aan de volumenorm voor behandeling van CVA-patiënten.

NWZ, locatie Alkmaar is één van de twee ziekenhuizen in de ROAZ-regio waar ook IAT en neurochirurgie wordt uitgevoerd.

In de regio worden per 1.000 inwoners 75+ relatief weinig CVA-patiënten gezien op de SEH's (25,8 t.o.v. 30,9). Dit geldt ook voor het aantal IVT-behandelingen (3,7 t.o.v. 4,4).

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).



3.5.14.1 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
NHN	1.719	135	80%	25,8

Incidentie				
Regio	SEH (neuro + neurochir.)	Herseninfarct (norm > 100 per jaar / zh)	Hersenbloeding	Inf. + bloeding / 1.000 75+inw
ROAZ	35.586	8.302	994	25,7
NHN	8.792	1.207	162	15,3

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
NHN	244	3,7	107	1,6

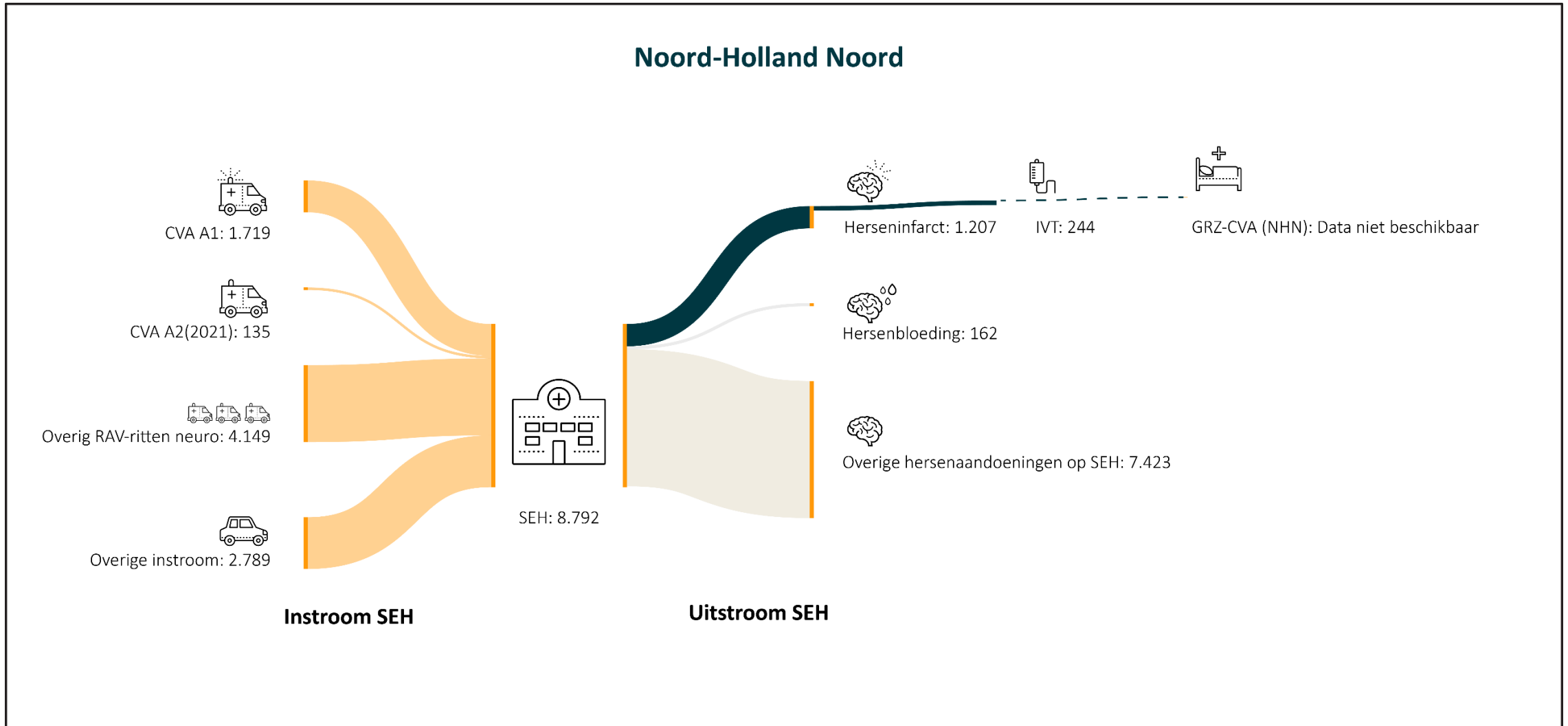
Brain Care Unit (BCU)		
Regio	aantal BCU	BCU / 1.000 75+
ROAZ	68	0,26
NHN	16	0,24

(Neuro)verpleegkundigen		
Regio	FTE VP	FTE VP / 1.000 75+ inw.
ROAZ	174	0,7
NHN	25	0,4

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

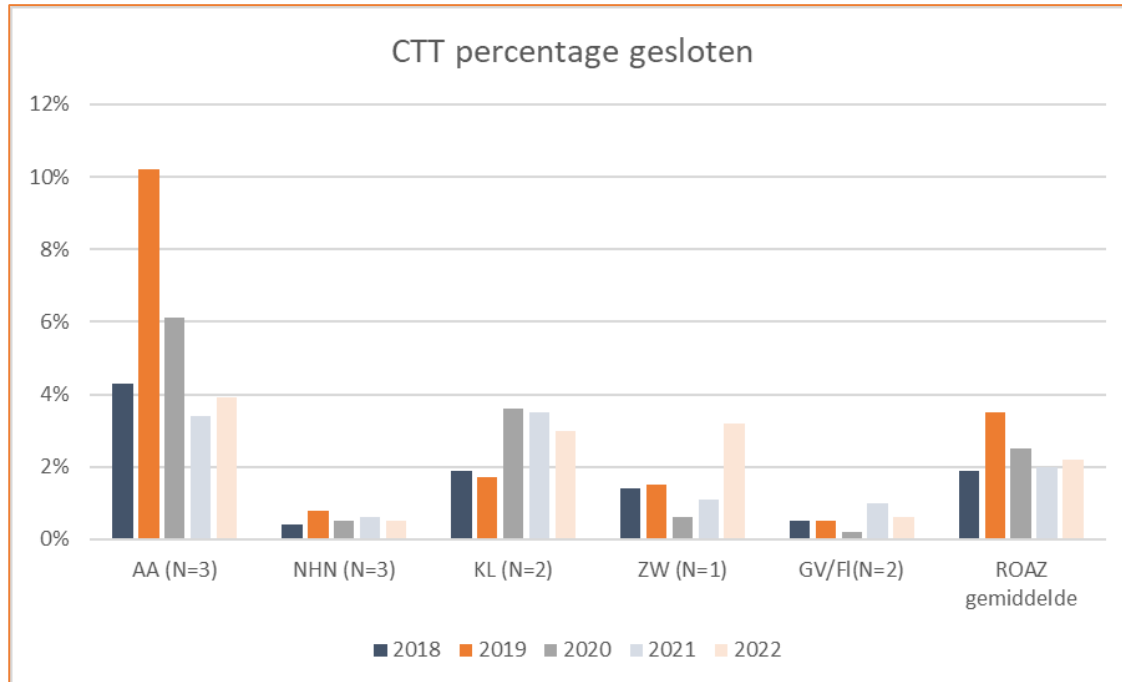
* Geen gegevens aangeleverd

3.5.14.2 Neurologie-keten (2022)



3.5.14.3 Stops acute neurologie/trombolyse

De regio Noord-Holland Noord heeft slechts zelden te maken met stops voor acute neurologie.



*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).

3.5.14.4 Acute neurologie 2030

Door de toename van het aantal inwoners 75+ in 2030 met 34% 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	herseneninfarct	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+

3.5.15 Acute cardiologie (2022)

In de regio Noord-Holland is er één interventiecentrum dat PCI's uitvoert, NWZ locatie Alkmaar. De norm van minimaal 600 PCI's per jaar wordt ruimschoots gehaald.

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%
NHN	520	1,5	80%

Incidentie / behandeling			
Regio	SEH (cardio / cardio chir.)	Aantal PCI norm > 600 per interventiecentrum	aantal PCI / 1.000 45+ inw
ROAZ	18.744	7.461	5,0
NHN	2.677	1.388	4,1

verpleegkundigen EHH / CCU		
Regio	FTE VP	FTE VP / 1.000 45+ inw.
ROAZ	330	0,22
NHN	65	0,19

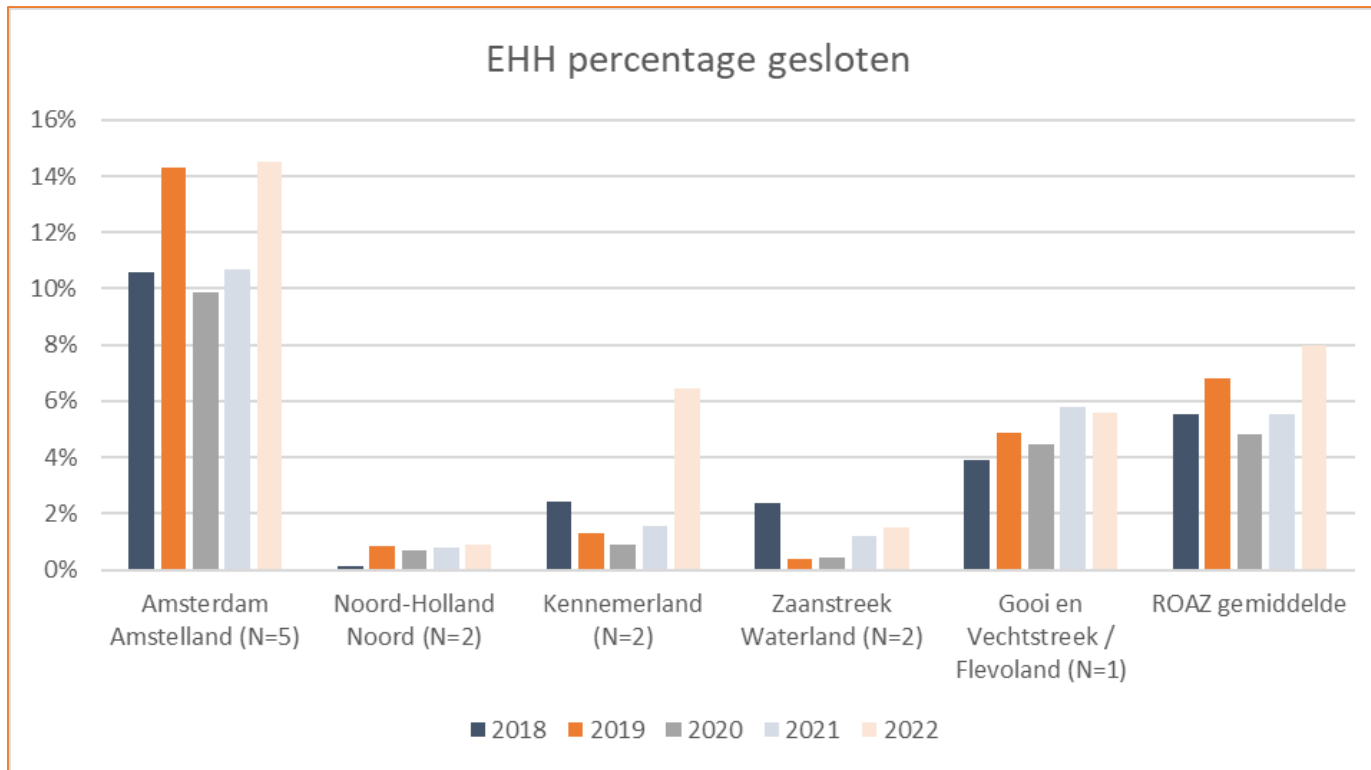
bedden EHH + CCU				
Regio	bedden EHH	bedden CCU	EHH + CCU	EHH + CCU / 1.000 inw. 45+
ROAZ	91	78	178	0,12
NHN	30	12	42	0,12

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).

3.5.15.1 Stops EHH

De regio Noord-Holland Noord heeft slechts zelden te maken met stops voor de Eerste Hart Hulp.



* 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).

3.5.15.2 Acute cardiologie 2030

Op basis van het aantal inwoners van 45+ verwachten we in de regio in 2030 een toename van de zorgvraag van 2%.

acute cardiologie 2030*			
Regio	PCI	bedden EHH/CCU	EHH/CCU verpleegkundige
ROAZ	7.894	219	366
NHN	1.410	43	66

* Toename op basis van het aantal inwoners 45+ (in NHN 1,6%)

3.5.16 Aorta aneurysma

In de ROAZ-regio worden aorta aneurysma of dissectie-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 volumenorm van 20 operaties per jaar voor niet complexe zorg wordt overal gehaald. Ook de volumenormen voor de complexe zorg van minimaal 40 operaties worden behaald.

Aorta aneurysma 2022	
	Aantal AA/dissectie operaties (Zie DSAA, indicator 2A) Norm > 20 niet complex
Dijklander Hoorn	70
NWZ	145
AUMC	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%
NHN	6.060	9,0	7.190	18,7%

Zorggebruik								
Regio	Aantal poliklinische bevallingen 2022	Aantal poliklinische bevallingen 2030	Aantal klinische bevallingen 2022	Aantal klinische bevallingen 2030	Aantal inleidingen 2022	Aantal inleiding 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
NHN	794	942	4.675	5.547	2.186	2.594	3.369	3.997

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
NHN	17	20	124	147	34	40

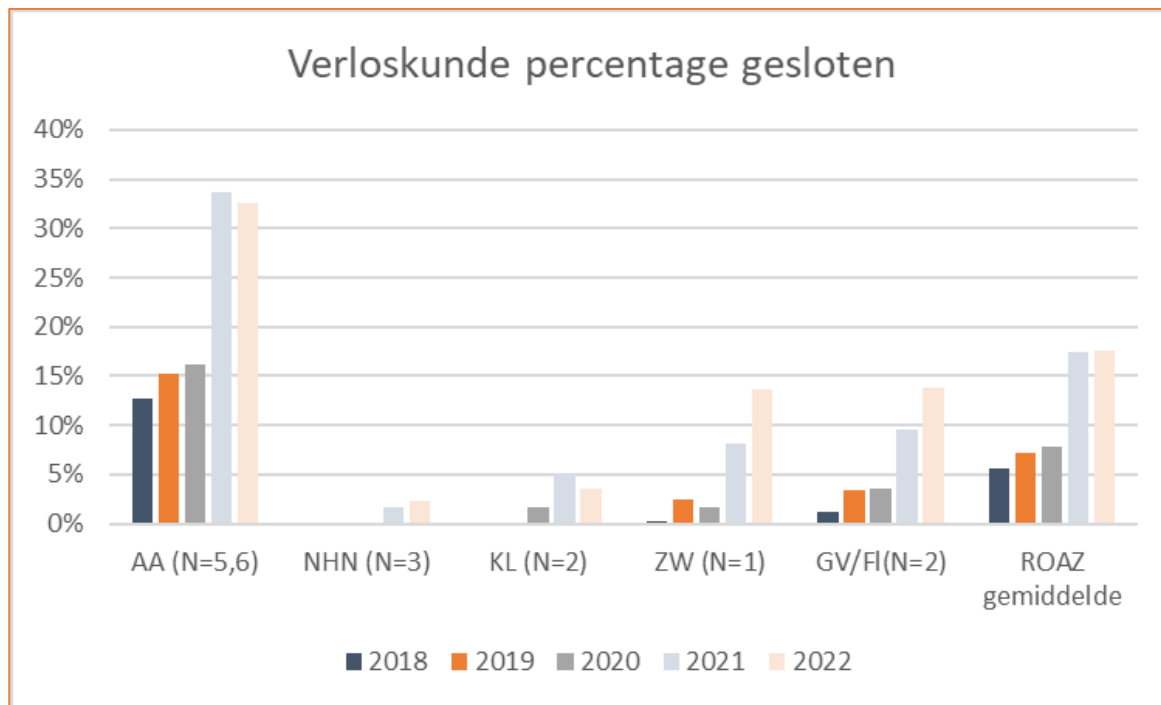
Bron en bewerking gegevens:

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 tot en met 2030 (+18,7%). 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

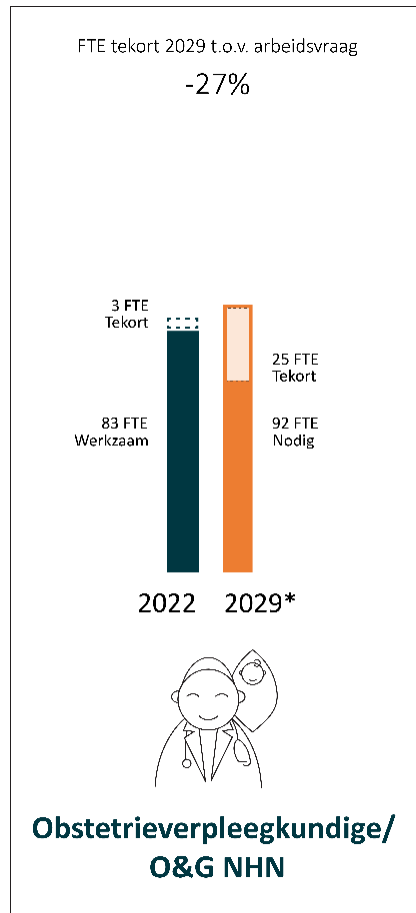
De regio Noord-Holland Noord heeft nog nauwelijks te maken met stops voor klinische verloskunde.



*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 (3 FTE) fors toenemen tot 25 FTE en 27% 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
NHN	1.402	1.663	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
NHN	23	27	0	0	118	140	0	0

3.6 Acute GGZ

Regio-indeling acute GGZ wijkt af van regio-indeling ROAZ-beelden. De subregio wijkt ook af van de veiligheidsregio. De gemeente Castricum valt onder de regio Kennemerland.

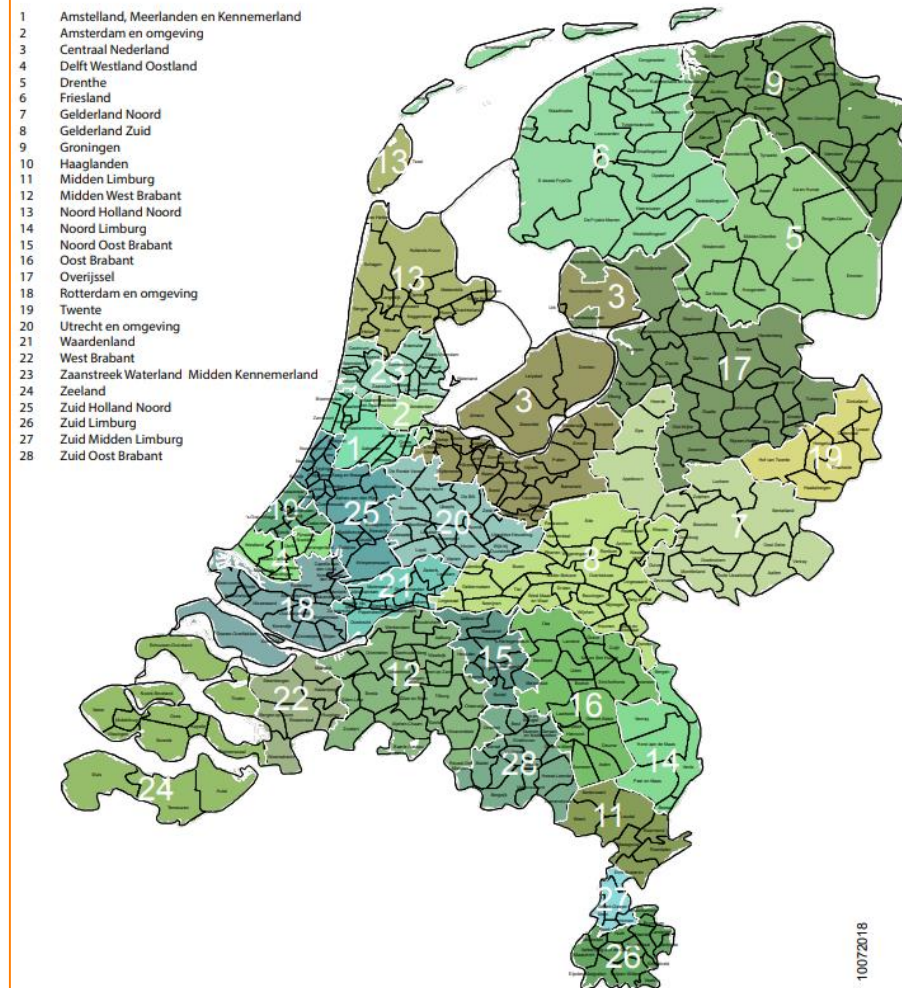
In Noord-Holland Noord is GGZ Noord-Holland Noord de regievoerder.

De data betreffen de populatie 18+. Over de 18-populatie zijn bij het ROAZ geen gegevens beschikbaar.

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).

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
NHN	3.203	6,2	102	3.305	6,3

Locatie beoordelingen 2022					
Regio	Thuis	Beoordelingslocatie	Politiebureau	SEH/ZH	Elders
NHN	72%	3%	6%	12% ¹	8%

Beoordelingen 2022 per tijdsvak						
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%
NHN	16%	38%	5%	24%	13%	4%

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)
NHN	143	3.227	76% (46 min)	93% (100 min)

Bedden acute opname in GMAP 2022		
Regio	Aantal	Aantal per 100.000 inw
ROAZ NH/FL	23,5	0,9
NHN	4,5	0,9

- In de regio Noord-Holland Noord zijn er meer beoordelingen (6,2) per 1000 (volwassen) inwoners dan het gemiddelde over het gehele ROAZ-gebied (5,4).
- De meeste beoordelingen worden thuis bij de cliënt gedaan en maar heel weinig in de eigen beoordelingsruimte.
- De gemiddelde aanrijtijd bij U2 is 46 minuten.

1) Percentage crisisbeoordeling door de crisisdienst op locatie SEH

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 4%.

Beoordelingen 2022 - 2030					
Regio	Crisisbeoordelingen	Crisisbeoordelingen derden	Crisisbeoordelingen totaal	Demografische groei 2030	prognose 2030
ROAZ NH/FL	13.945	1.222	15.167	9%	16.575
NHN	3.203	102	3.305	4%	3.441

3.6.3 Personeel GGZ

personen werkzaam in de GGZ (2022-2030 refentiescenario)					
Regio	Arbeidsvraag 2022	Toename arbeidsvraag 2030	Arbeidsvraag 2030	Arbeidsmarktsaldo 2030	Tekort % 2030
ROAZ NH/FL	17.100	9,4%	18.700	-1.800	-9,6%
NHN			4.200	-400	
KL+Amstelland			3.900	-400	
ZW			1.500	-100	
Amsterdam			5.700	-600	
FL			1.100	-100	
GV			2.300	-200	

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			
Noord-Holland Noord	avond	weekend	nacht
Regionale Spoedapothek Alkmaar	ja	ja	ja
De Texelse Apothek	dienstdoende bereikbaar	dienstdoende bereikbaar	dienstdoende bereikbaar
Maelson apothek in Dijklander Hoorn	ja	ja	ja
Poliklinische apothek NWZ, Den Helder	ja	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
NHN	3.417	1.458	-57,3%	22	21,0 - 26,0

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)
NHN	22.093	21.038	-4,8%	316	17,0 - 30,0

WLZ-crisis					
Regio	Begroot (dagen)	Realisatie (dagen)	% realisatie	realisatie per 1.000 75+	ligduur
ROAZ NH/FL	7.173	5.786	-19,3%	22,0	5,0 - 13,0
NHN	438	573	30,8%	8,6	12,0 - 12,9

VVT instellingen in de regio

- Omring
- Magenta
- Zorgcirkel
- Woonzorggroep Samen

Coördinatiepunt Ouderenzorg Noord-Holland

De regionale coördinatiepunten voor West-Friesland, Kop van Noord-Holland, Noord-Kennemerland en Waterland hebben hun krachten gebundeld door hun samenwerking te versterken onder de naam Coördinatiepunt Ouderenzorg Noord-Holland. In deze regio's kunnen verwijzers (huisarts, spoedeisende hulp, transferpunt) voortaan bij het geïntegreerde centrale punt terecht wanneer een oudere cliënt niet meer (tijdelijk) zelfstandig thuis kan blijven wonen. Door samen te werken met alle regionale zorgpartners is er voldoende zicht op de beschikbare plekken en wordt via een eenduidige uitvraag (triage) besloten wie voor deze schaarse plekken in aanmerking komt. Zij ondersteunen verwijzers bij de triage van (sub)acute zorgvragen en maken gebruik van data en expertise om te anticiperen op trends en ontwikkelingen.

- In de regio Noord-Holland Noord wordt er in vergelijking met de rest van de ROAZ-regio voor ELV en WLZ-crisis weinig zorg ingezet ten opzichte van het aantal ouderen (75+). N.B. Dit zegt niets over de relatie zorgvraag en zorgaanbod.
- 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
NHN	82.135	66.758	-18,7%	1.001,6	32,0 - 35,0

GRZ aantal patënten (verwijzingen)					
Regio	GRZ-CVA	GRZ-ortho	GRZ-trauma	GRZ-overig	GRZ-Totaal
ROAZ NH/FL	673	566	1043	7018	9300
NHN*				1983	1983

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

- In de regio Noord-Holland Noord wordt er in vergelijking met de rest van de ROAZ-regio minder GRZ-zorg ingezet ten opzichte van het aantal ouderen (75+).
- Tussen de verschillende instellingen bestaan grote verschillen in gemiddeld aantal ligdagen.

3.8.2 VVT – acute wijkverpleging

In de regio Noord-Holland Noord zijn de volgende teams acute wijkverpleging aanwezig:

- Omring: Kop van Noord-Holland, West-Friesland
- Zorgcirkel: Edam/Volendam, Purmerend, Waterland, Alkmaar en Bergen
- Woonzorggroep Samen: Hollands Kroon en Schagen

- Triage in de ANW-uren loopt via het coördinatiepunt Ouderenzorg Noord-Holland

3.8.3 VVT 2030

Het aantal ouderen 75+ stijgt van 2022 tot 2030 met 34%. 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	26.588	165.208	421.710	7.919
NHN	2.001	28.860	91.579	786

* op basis van gerealiseerde dagen 2022 en stijging aantal 75+ inwoners in 2030, in NHN 34%

3.8.4 Personeel VVT

personen werkzaam in de verpleging en verzorging (2022-2030 referentiescenario)					
Regio	Arbeidsvraag 2022	Toename arbeidsvraag 2030	Arbeidsvraag 2030	Arbeidsmarktsaldo 2030	Tekort % 2030
ROAZ NH/FL	57.300	33,3%	76.400	-6.300	-8,3%
NHN			19.700	-1.500	
KL+Amstelland			18.300	-1.500	
ZW			10.800	-800	
Amsterdam			12.100	-1.100	
FL			5.700	-500	
GV			9.800	-900	

personen werkzaam in de thuiszorg (2022-2030 referentiescenario)					
Regio	Arbeidsvraag 2022	Toename arbeidsvraag 2030	Arbeidsvraag 2030	Arbeidsmarktsaldo 2030	Tekort % 2030
ROAZ NH/FL	17.300	17,9%	20.400	-1.400	-6,9%
NHN			3.100	-200	
KL+Amstelland			2.900	-200	
ZW			1.500	-100	
Amsterdam			4.100	-300	
FL			2.800	-200	
GV			6.000	-400	

- 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

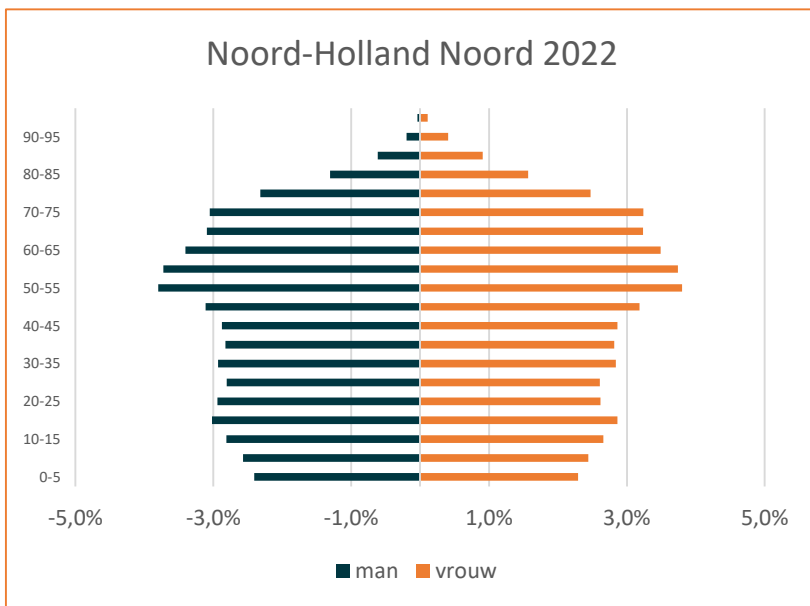
- Uitvragen zorgstromen, zorgaanbod en kwaliteit 2022 bij de volgende partijen:
 - HAPS (N=12/12)
 - RAV (N=6/6)
 - Ziekenhuis-organisaties (N=12/12)
 - VVT-organisaties (N= 20/24)
 - GGZ-organisaties (N=5/5)
- NAZNH/FL: Trendmonitor acute zorg Noord-Holland / Flevoland 2018 – 2021
- NAZNH/FL: registratie 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



4.2 Extra tabellen en figuren



4.2.1 Demografie



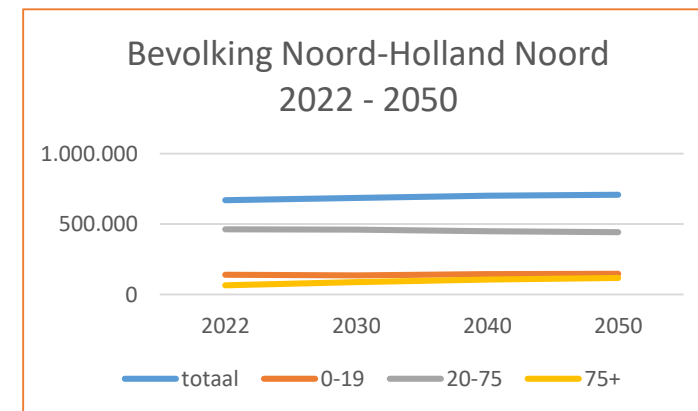
Leeftijd	Noord-Holland Noord 2022		ROAZ NH/FL 2022	
	Aantal	%	Aantal	%
0-5	31.465	4,7%	170.690	5,1%
5-20	109.590	16,4%	544.725	16,3%
20-65	377.692	56,4%	2.024.910	60,5%
65-75	84.550	12,6%	340.908	10,2%
75+	66.650	9,9%	263.365	7,9%
Totaal	669.947	100,0%	3.344.598	100,0%

Leeftijd	Noord-Holland Noord 2030			ROAZ-NH/FL 2030		
	Aantal	%	Δ 2022	Aantal	%	Δ 2022
0-5	35.726	5,2%	13,5%	201.520	5,6%	18,1%
5-20	100.420	14,6%	-8,4%	548.941	15,1%	0,8%
20-65	374.532	54,6%	-0,8%	2.118.021	58,4%	4,6%
65-75	86.097	12,5%	1,8%	394.008	10,9%	15,6%
75+	89.342	13,0%	34,0%	361.285	10,0%	37,2%
Totaal	686.117	100,0%	2,4%	3.623.775	100,0%	8,3%

De subregio NHN (Noord-Holland Noord) heeft ten opzichte van het ROAZ-gemiddelde relatief veel 65+'ers (23% t.o.v. 18%). Het aandeel ouderen en daarmee de groep met de hoogste zorgvraag groeit in 2030 tot 26%. De stijging is vooral te zien bij de groep 75+ (+34%).

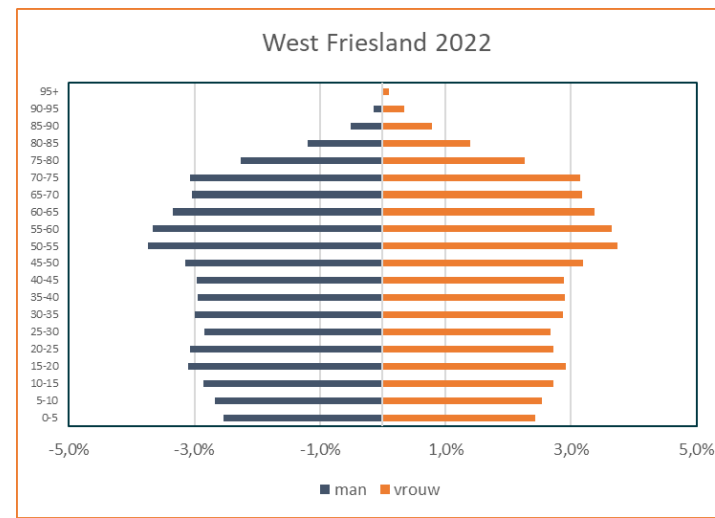
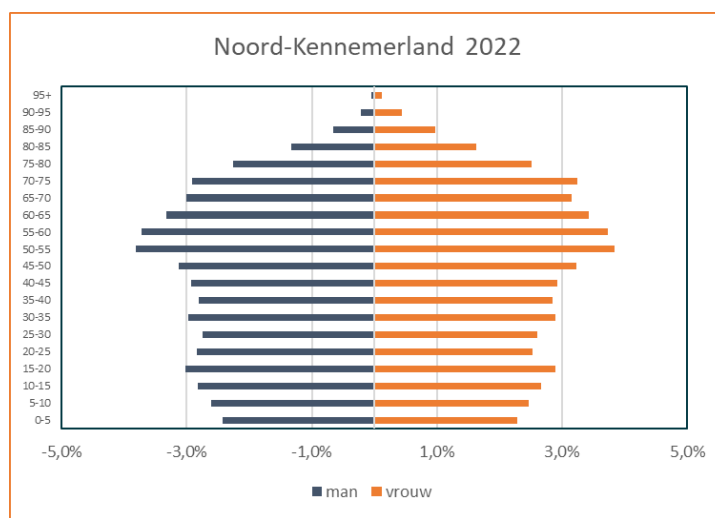
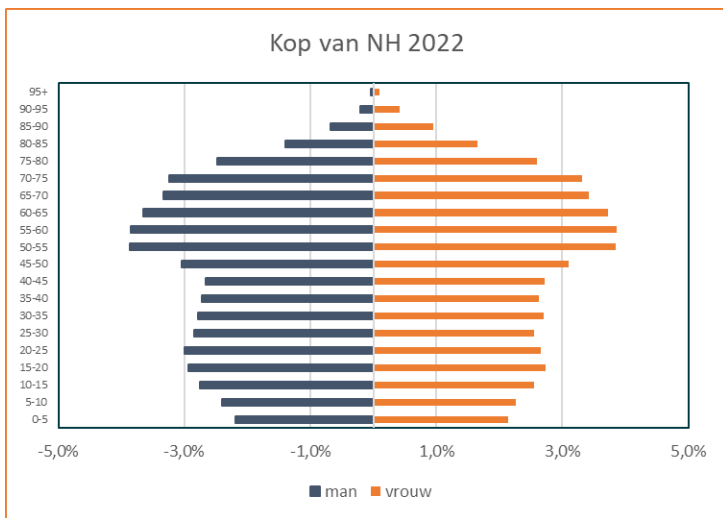
De beroepsbevolking (20-65) is relatief klein (56% t.o.v. 61% ROAZ). In deze groep zijn de ouderen (50-65) oververtegenwoordigd. In 2030 zal de beroepsbevolking licht dalen (-1%). Er zijn daarmee minder mensen beschikbaar voor de zorg terwijl de zorgvraag toeneemt. Ook na 2030 daalt de beroepsbevolking verder.

De algemene bevolking stijgt ook na 2030 langzaam verder van 670.000 in 2022, via 686.000 in 2030 tot 707.000 in 2050.



4.2.1 Demografie

Het aandeel ouderen en daarmee de groep met de hoogste zorgvraag groeit in 2030 tot 26%. De stijging is vooral te zien bij de groep 75+ (+34%). In de West Friesland (40,9%) is de groei hoger dan de in de kop van NH (30,3%) en Noord Kennemerland (27,2%).



Leeftijd	Noord-Holland Noord 2022		Kop NH 2022		Noord Kennemerland 2022		West-Friesland 2022	
	Aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
0-5	31.465	4,7%	7.174	4,3%	14.254	4,7%	10.716	5,0%
5-20	109.590	16,4%	25.903	15,6%	49.816	16,5%	36.233	16,8%
20-65	377.692	56,4%	93.110	56,2%	170.317	56,3%	122.207	56,7%
65-75	84.550	12,6%	22.037	13,3%	37.219	12,3%	26.807	12,4%
75+	66.650	9,9%	17.408	10,5%	30.838	10,2%	19.471	9,0%
Totaal	669.947	100,0%	165.632	100,0%	302.444	100,0%	215.434	100,0%



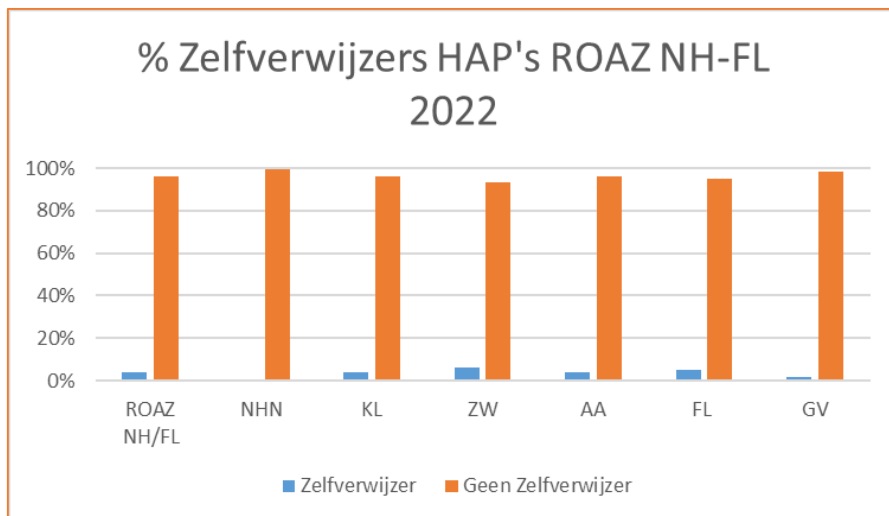
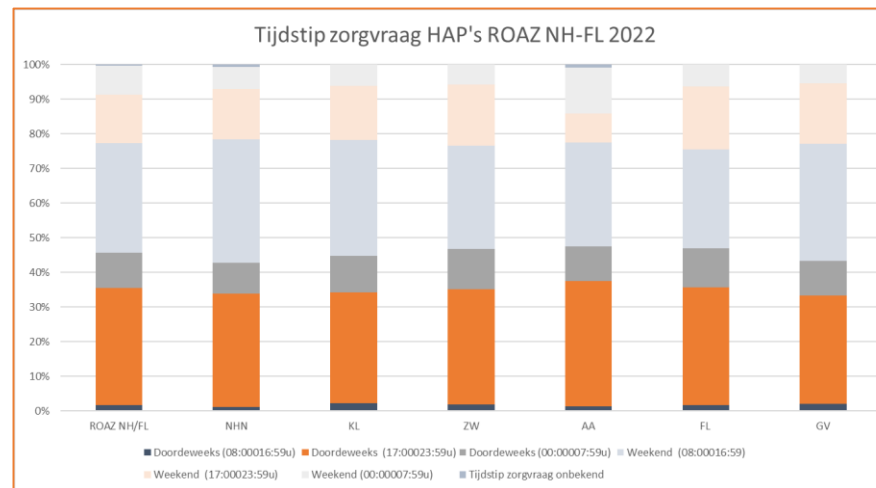
4.2.2 Zorggebruik HAP

Tijdstop zorgvraag

De zorgvraag in de weekenden overdag is in de regio NHN hoger (15%) dan voor de gehele ROAZ regio (14%).

Zelfverwijzer

Het percentage zelfverwijzers ligt in de regio NHN op 1%.



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

*HAP West-Friesland kon geen (kwalitatief) bruikbare data aanleveren en ontbreekt daarom in deze analyse.



4.2.3 Zorggebruik Ambulancezorg

Tijdstop zorgvraag

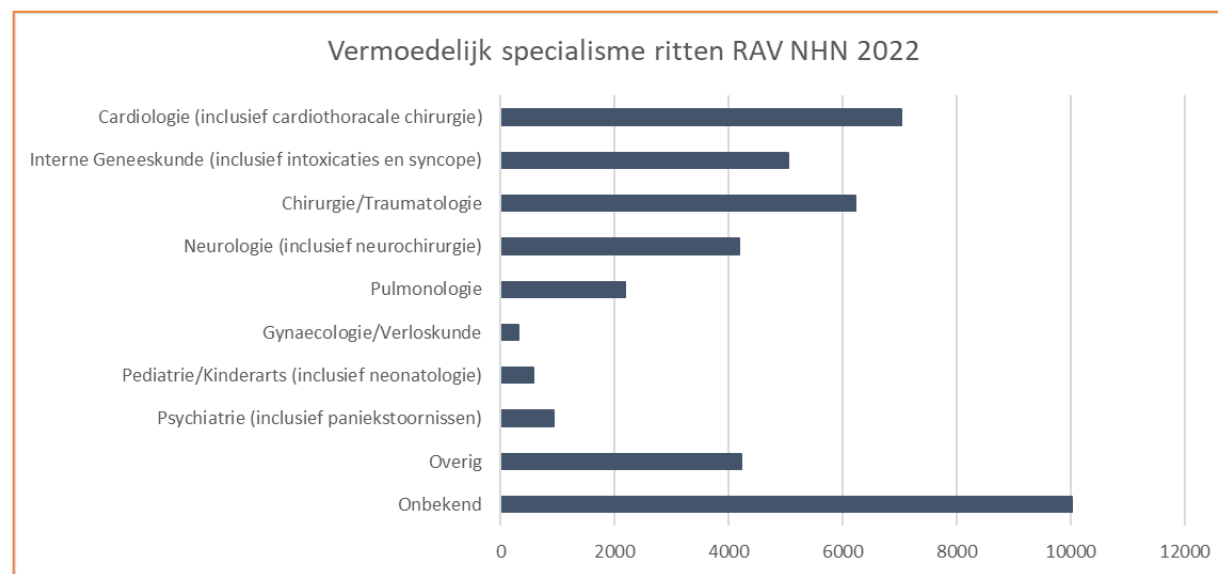
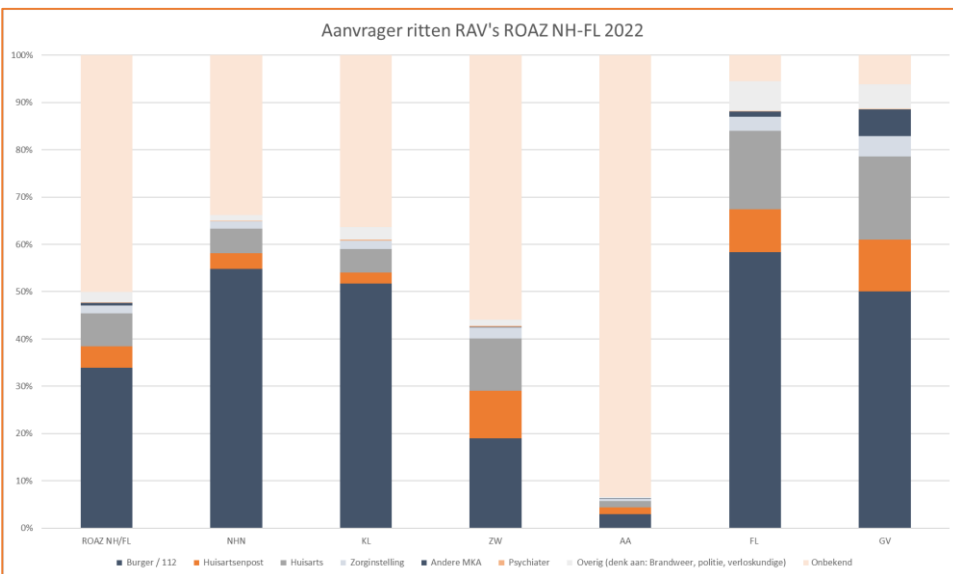
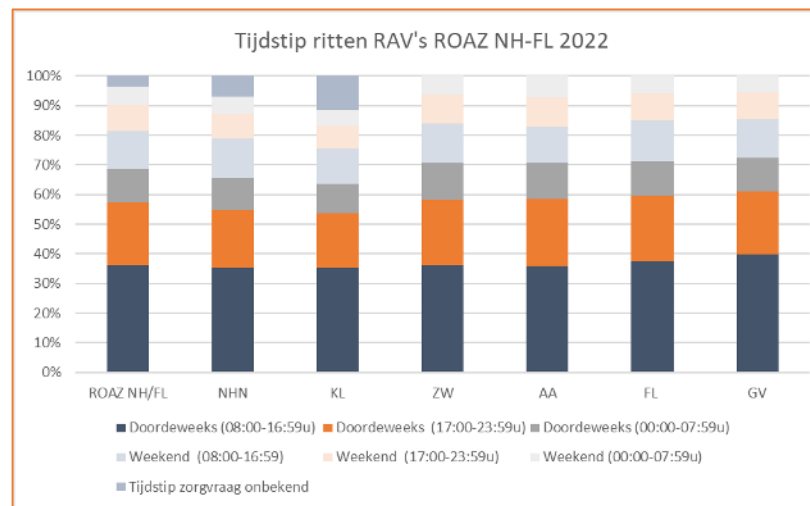
Er zijn geen grote verschillen in tijdstip zorgvraag tussen de subregio's.

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: Interne, Trauma, Cardiologie of Neurologie.



4.2.4 Zorggebruik SEH

Vermoedelijk specialisme

Bij het meeste aantal ritten is vermoedelijke specialisme Interne, Trauma, Cardiologie of Neurologie.

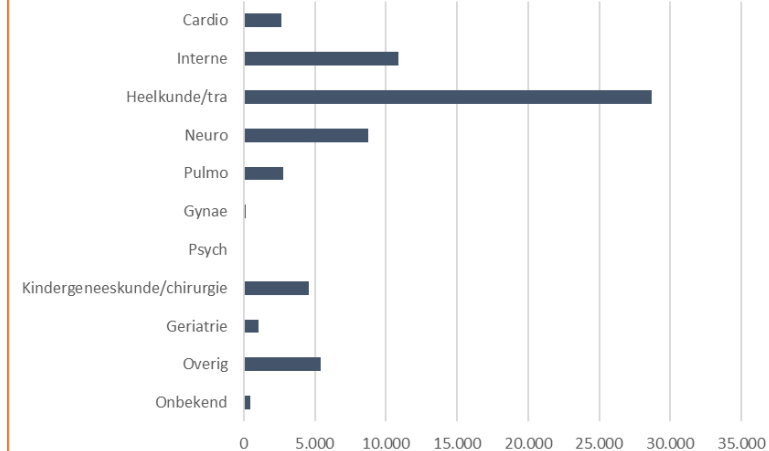
Tijdstip

Het grootste deel van de SEH bezoeken vindt doordeweeks plaats (66%) binnen de regio NHN, dit ligt iets lager in vergelijking met het ROAZ totaal (69%).

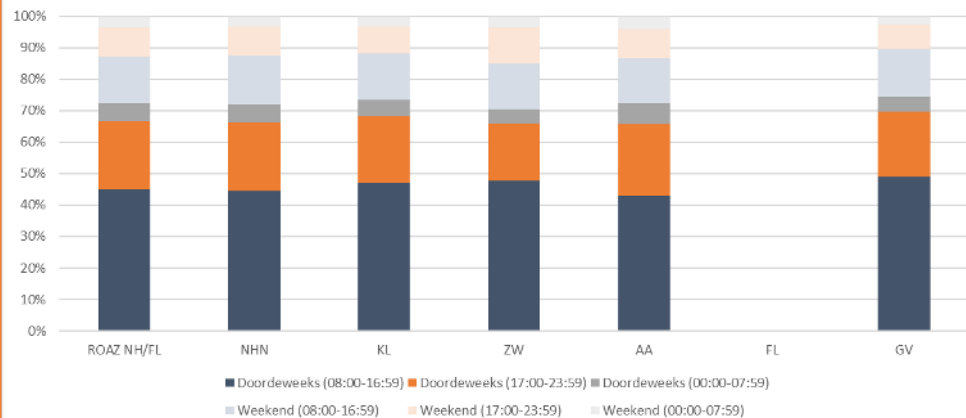
Duur bezoek

De regio NHN heeft het kleinste aandeel in de categorie “> 4uur per bezoek” van alle subregio’s.

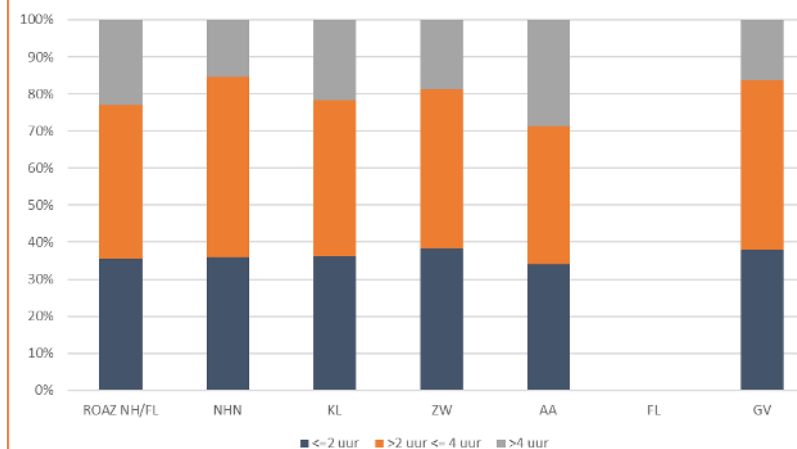
Specialisme SEH's regio NHN 2022



Tijdstip bezoek SEH's ROAZ NH-FL 2022



Duur bezoek SEH ROAZ NH-FL 2022



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

*geen gegevens aangeleverd vanuit de regio Flevoland

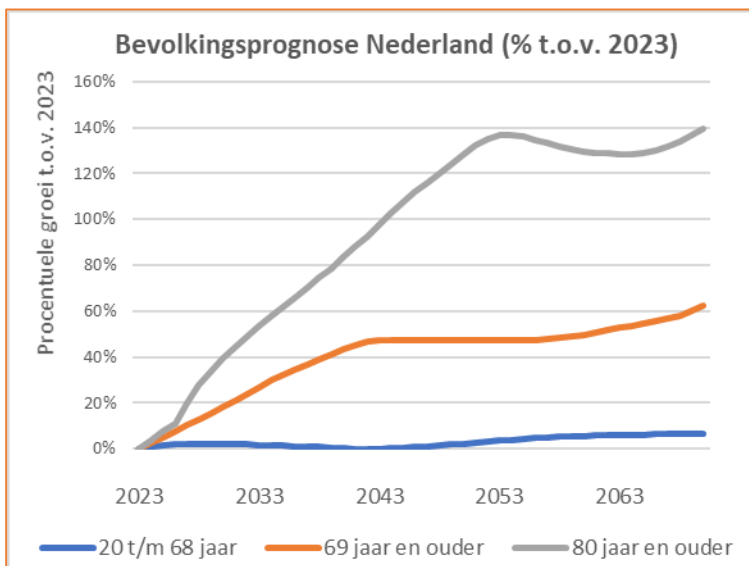
4.3 Regioplus arbeidsmarktvraagstuk

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





Regioplus arbeidsmarktvragestuk



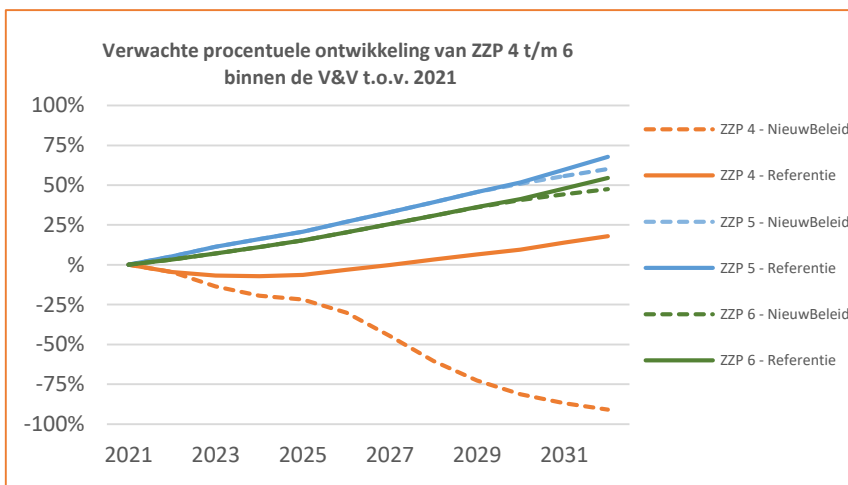
[CBS, KERNPROGNOSES 2022-2070](#)

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 ZZZP-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.



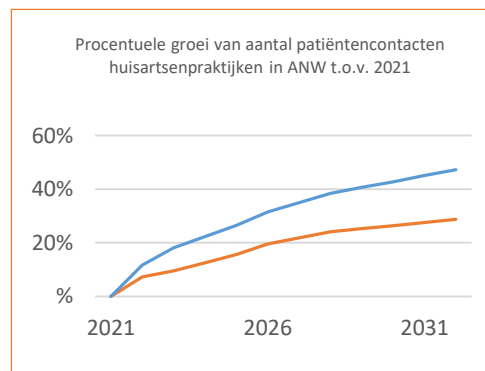
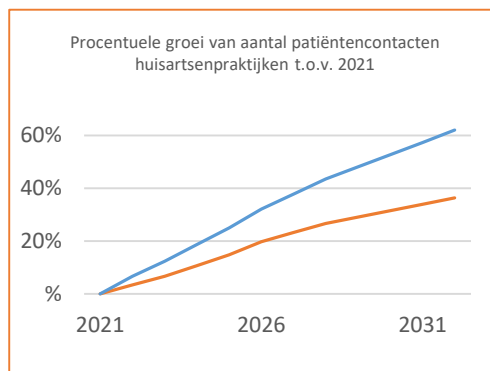
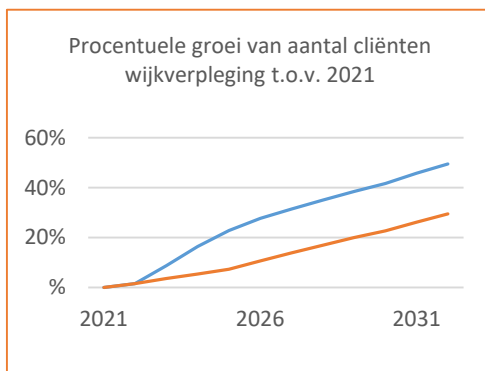
Regioplus arbeidsmarktvragestuk

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)

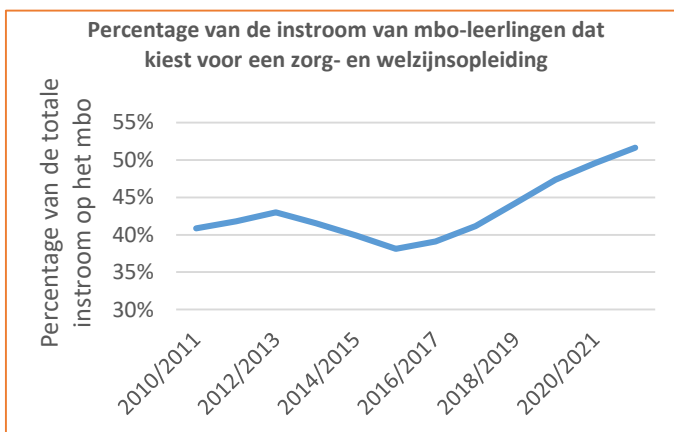


Regioplus arbeidsmarktvraagstuk

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 dit in 2021 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, het is dus 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 arbeidsmarktinformatie 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.



Regio+ 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.

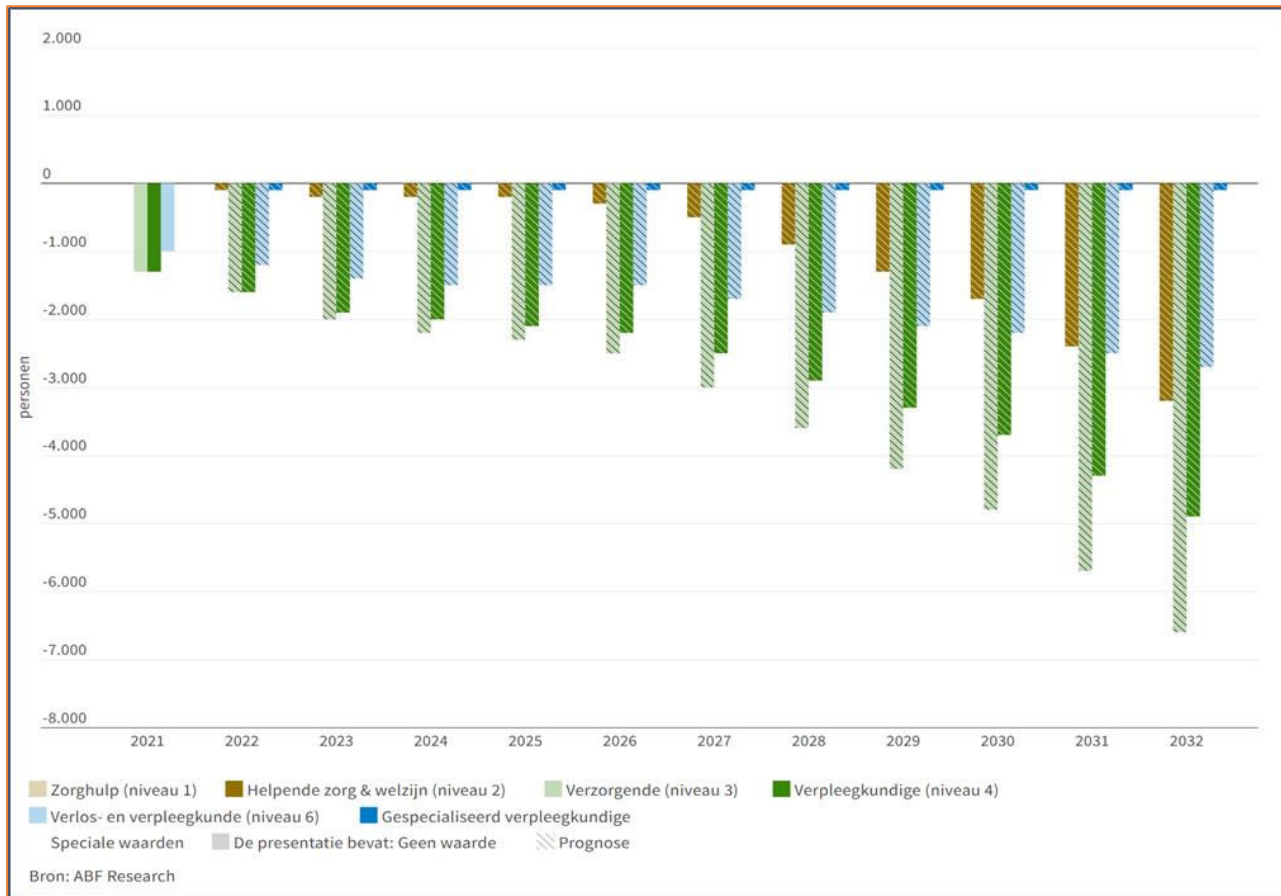
Prognose van de arbeidsmarkttekorten binnen de branche Huisartsen en Gezondheidscentra (ABF, maart 2023)





Regioplus arbeidsmarktvragestuk

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



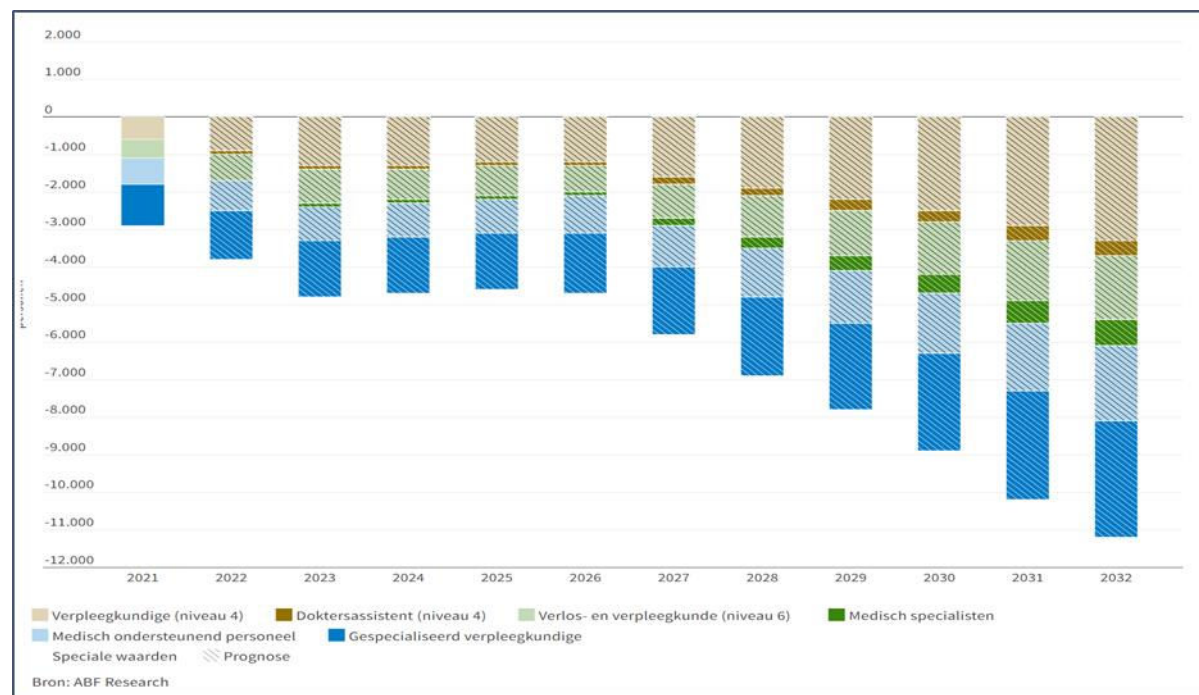
Voor de huisartsenzorg loopt het tekort sterk op voor huisartsen en ondersteuners en voor doktersassistenten. Het (landelijk) tekort voor verpleegkundigen op MBO en HBO-niveau zal voor deze branche in 2032 op enkele honderden uitkomen. Voor de thuiszorg betreffen de tekorten vooral tekorten voor de functies 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.



Regio+ 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 opzichte van de branche ziekenhuizen. Voor beide branches geldt hierbij wel dat het verwacht tekort aan medisch ondersteunend personeel tussen 2021 en 2032 verdrievoudigd.

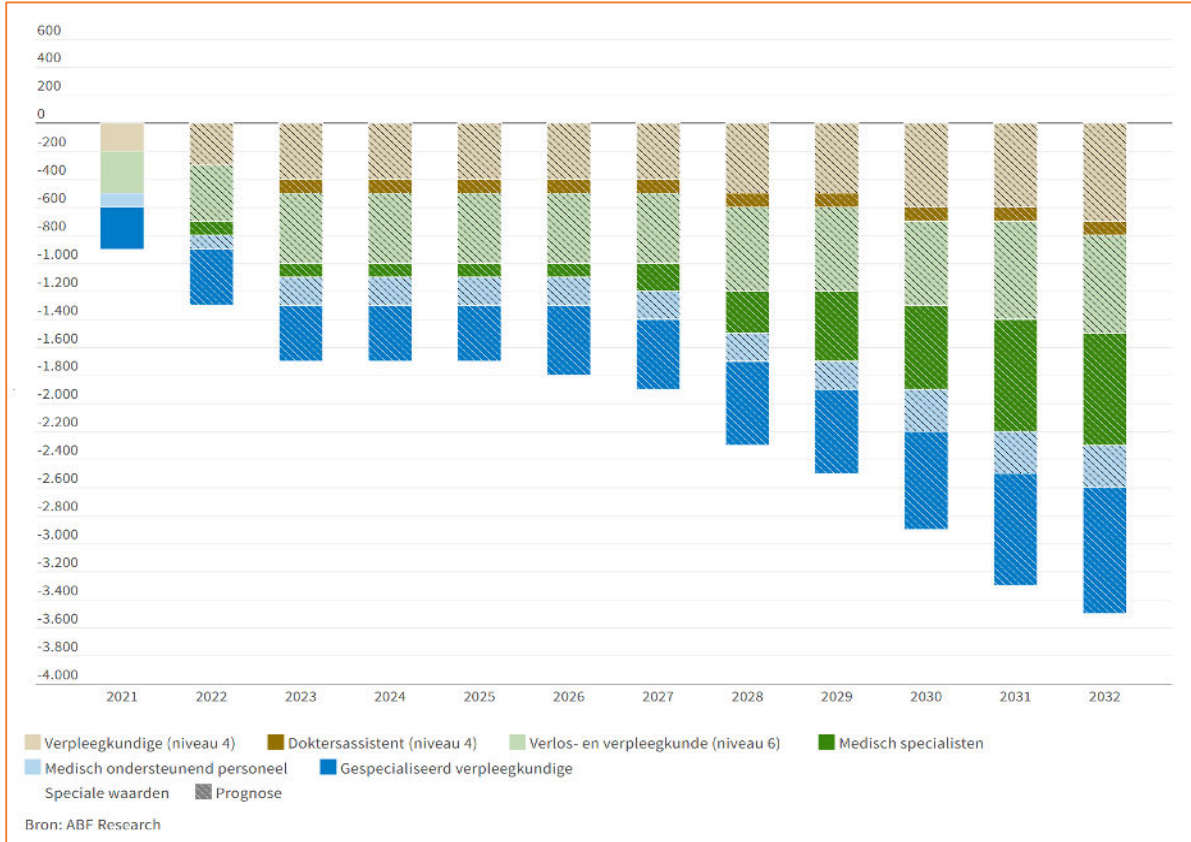
Prognose arbeidsmarkttekorten voor ziekenhuizen en overige med. spec. zorg (ABF, maart 2023)





Regioplus arbeidsmarktvragestuk

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



Regio+ 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 prognoseberekeningen. 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 co-morbiditeit 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 voorspeld 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 Noord-Holland Noord) en in samenwerking met de LNAZ, het RIVM, de NZA en de Sigra.

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: juni 2023

Postadressen

Postbus 7057
1007 MB Amsterdam

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)