



Hoofdrapport

# > Vergrijzing vraagt om creativiteit

Meer maar vooral slimmere inzet  
van spoedzorgverleners nodig

Utrecht, 21 december 2018

dr. Steef Baeten

ir. Saskia van der Erf

dr. Jan-Peter Heida

dr. Susanne Lucieer

**SiRM.** Strategies  
in Regulated  
Markets

# Vergrijzing vraagt om creativiteit

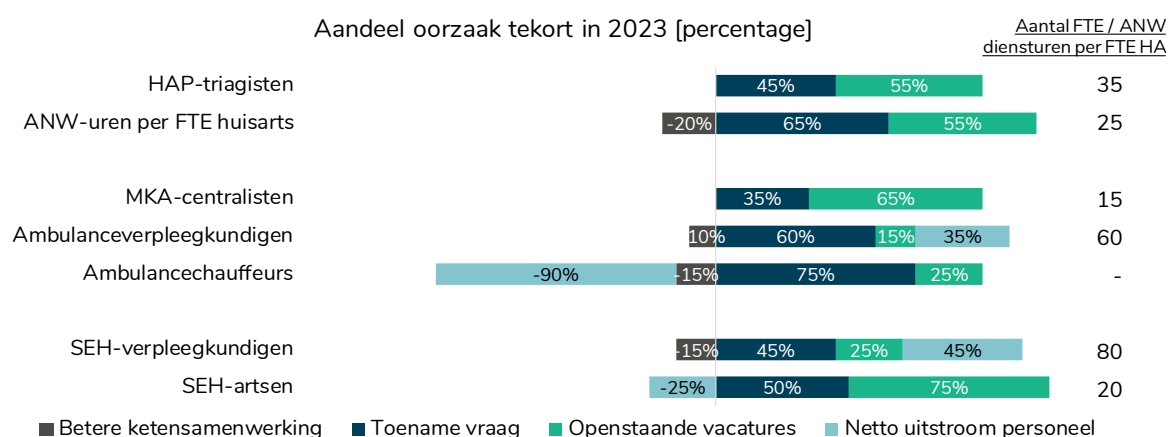
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>2</b>
De vraag naar spoedzorg neemt toe	2
Het personeelstekort loopt verder op	3
Betere samenwerking dempt benodigd extra aanbod	3
<b>1 Aanleiding en conclusie</b>	<b>4</b>
<b>2 Vraag naar spoedzorg neemt toe</b>	<b>6</b>
2.1 Toename door bevolkingsgroei en vergrijzing	7
2.2 Toename door verwachting dat zorg 24/7 beschikbaar is	9
2.3 Toename doordat capaciteit huisartsenzorg afneemt	10
2.4 Toename door aantal kleinere oorzaken	10
2.5 Afname door campagnes juist gebruik spoedzorg	11
<b>3 Personeelstekort loopt verder op</b>	<b>13</b>
3.1 Er zijn openstaande vacatures die ingevuld moeten worden	14
3.2 Er stromen meer verpleegkundigen uit door pensionering en hoge belasting, dan dat er opgeleid worden	15
<b>4 Betere samenwerking dempt benodigd extra aanbod</b>	<b>17</b>
4.1 Gezamenlijke triage en inzetbepaling voorkomt ondoelmatige inzet	18
4.2 Betere doorstroom naar VVT verhoogt productiviteit op SEH	19
<b>Lijst met afkortingen</b>	<b>21</b>

# Managementsamenvatting

De ketenpartners van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) in Noord-Brabant ervaren een toenemende druk op de spoedzorgketen. Om de kwaliteit van de spoedzorg te kunnen blijven waarborgen, hebben de partners, die worden ondersteund door Netwerk Acute Zorg Brabant (NAZB), besloten een pro-actieve houding aan te nemen zodat zij tijdig in kunnen spelen op de ontwikkelingen in de spoedzorgketen. NAZB heeft SiRM – Strategies in Regulated Markets – gevraagd om in kaart te brengen welke ontwikkelingen in vraag en aanbod van spoedzorg partijen uit het ROAZ op middellange termijn (vijf jaar) kunnen verwachten en wat dit betekent voor het benodigde aanbod.

Uit de analyse van SiRM blijkt dat in 2023 zowel in de huisartsenspoedzorg, als de ambulancezorg en de acute ziekenhuiszorg, een tekort aan personeel zal optreden. Ketenpartners verwachten het tekort aan FTE in de komende jaren niet te kunnen invullen. De instroom uit opleidingen is al meegenomen in de analyse en meer personen opleiden wordt lastig. Zij zullen de productiviteit van de keten moeten verhogen en hun personeel slimmer in moeten zetten. Het activiteitenplan biedt ketenpartners hier handvaten voor.

Het tekort aan spoedzorgverleners ontstaat doordat de vraag naar spoedzorg toeneemt en het personeelstekort verder oploopt (zie Figuur 1). Bovenop de openstaande vacatures die er nu al zijn verwachten we voor ambulance- en SEH-verpleegkundigen een netto uitstroom de komende jaren. Het tekort wordt naar verwachting wel enigszins gedempt door intensievere samenwerking tussen de ketenpartners.

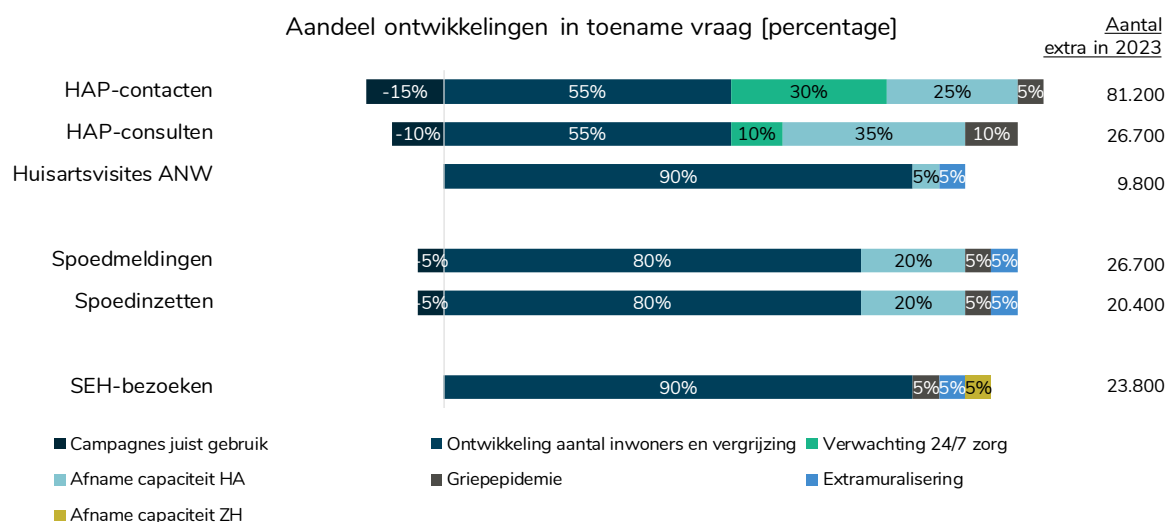


Figuur 1. Het aandeel van de oorzaken van het personeelstekort in 2023 verschilt sterk per functie, maar openstaande vacatures spelen bijna overal een belangrijke rol (percentages, FTE's en uren afgerond naar 5)

## De vraag naar spoedzorg neemt toe

De vraag naar spoedzorg neemt toe. De verwachte groei is het hoogst voor huisartsenvisites met 3,0% per jaar. Voor huisartsencontacten en -consulten, ambulancezorg en acute ziekenhuiszorg ligt de jaarlijkse groei tussen de 1,5 tot 2%. De voornaamste oorzaak van de stijgende vraag is de

groei en de vergrijzing van de bevolking (zie Figuur 2). Andere ontwikkelingen die een belangrijk aandeel hebben in de toename zijn de verwachting dat zorg 24/7 beschikbaar is en de afname van huisartsenzorg. Ontwikkelingen die een kleinere bijdrage leveren aan de groei zijn: een griepepidemie, extramuralisering van kwetsbare ouderen en afname van reguliere ziekenhuiszorg. We verwachten dat de vraag juist afneemt door campagnes juist spoedzorggebruik.



Figuur 2. De voornaamste oorzaak van de stijgende vraag naar spoedzorg, is de groei en vergrijzing van de bevolking (percentages afgerond naar 5 en aantallen naar 100)

## Het personeelstekort loopt verder op

Het tekort aan personeel dat we verwachten in 2023, ontstaat niet alleen doordat de vraag naar spoedzorg toeneemt. We zien dat er voor alle functies in de spoedzorgketen nu al vacatures openstaan. Daarnaast stromen er veel ambulanceverpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen uit door pensionering en de hoge belasting. Het aantal ambulance- en SEH-verpleegkundigen dat opgeleid wordt, is niet toereikend voor deze uitstroom.

## Betere samenwerking dempt benodigd extra aanbod

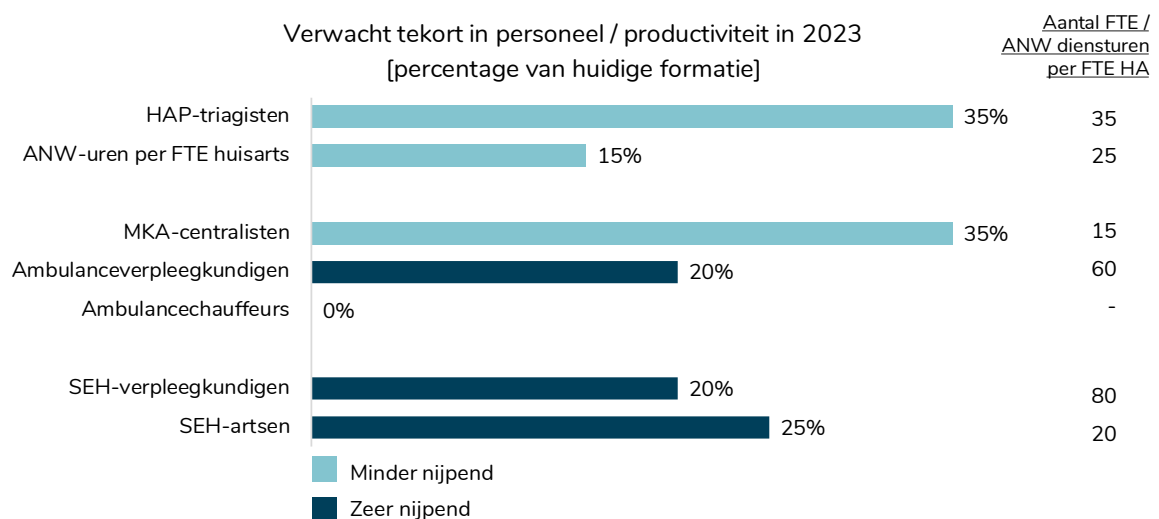
De tekorten in personeel in de spoedzorgketen worden enigszins gedempt door intensievere samenwerking tussen ketenpartijen. Er zijn twee aanbodontwikkelingen waarvan wij verwachten dat zij aanzienlijke impact kunnen hebben en waarvan de kans groot is dat zij optreden. Het gaat om gezamenlijke triage en inzetbepaling om ondoelmatige huisartsenspoedzorg en ambulancezorg te voorkomen. Daarnaast zal het verbeteren van de doorstroom naar de VVT ervoor zorgen dat de druk op de SEH afneemt.

# I Aanleiding en conclusie

De ketenpartners van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)<sup>1</sup> in Noord-Brabant ervaren een toenemende druk op de spoedzorgketen. Om de kwaliteit van de spoedzorg te kunnen blijven waarborgen, hebben de partners, die worden ondersteund door Netwerk Acute Zorg Brabant (NAZB), besloten een pro-actieve houding aan te nemen zodat zij tijdig in kunnen spelen op de ontwikkelingen in de spoedzorgketen. Vanuit het ROAZ is hiervoor een werkgroep analyse acute zorgketen gevormd. Deze werkgroep bestaat uit managers van huisartsenposten (HAP's), Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV'en), de GHOR en ziekenhuizen. NAZB heeft SiRM – Strategies in Regulated Markets – gevraagd om in kaart te brengen welke ontwikkelingen in vraag en aanbod van spoedzorg partijen uit het ROAZ op middellange termijn (vijf jaar) kunnen verwachten en wat dit betekent voor het benodigde aanbod.

Samen met de werkgroep analyse acute zorgketen heeft SiRM ontwikkelingen in vraag en aanbod geïnventariseerd en geselecteerd voor kwantificering. De selectie heeft plaatsgevonden op basis van de kans dat de ontwikkeling de komende vijf jaar plaatsvindt of verder toeneemt, en op basis van de impact van de ontwikkeling. Voor een volledige overzicht van de geïnventariseerde en geselecteerde ontwikkelingen verwijzen wij naar Bijlage 1. De vraag naar spoedzorg en het aanbod van spoedzorg in 2017 vormen de basis van onze berekeningen. In Bijlage 2 treft u hiervan een overzicht aan per sector.

Uit de kwantificering van de vraag- en aanbodontwikkelingen blijkt dat zowel de HAP, als de RAV en de SEH over vijf jaar een aanzienlijk tekort aan personeel zullen hebben (zie Figuur 3).

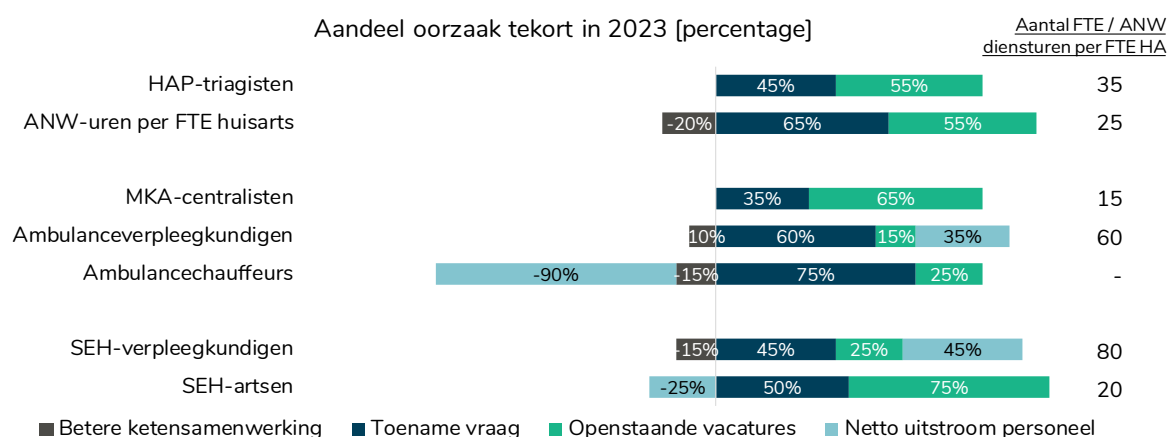


Figuur 3. De verwachting is dat in 2023 vooral een tekort zal zijn aan HAP-triagisten en MKA-centralisten, al is het voor deze functies wel minder nijpend door een kortere opleidingsduur (percentages, FTE's en uren zijn afgerond naar 5)

<sup>1</sup> Afkortingen staan uitgeschreven en toegelicht in "Lijst met afkortingen"

Omdat zij niet verwachten het tekort aan FTE te kunnen invullen<sup>2</sup>, zullen partners in de spoedzorgketen de productiviteit van de keten moeten verhogen. Het tekort treedt vooral op bij HAP-triagisten en MKA-centralisten, al is het voor deze functies minder nijpend door een kortere opleidingsduur dan voor ambulanceverpleegkundigen, SEH-verpleegkundigen en SEH-artsen. We verwachten dat het geen probleem vormt om het aantal extra ambulancechauffeurs dat nodig is in 2023, te werven. In Bijlage 4 presenteren we het verwachte tekort per organisatie.

Het tekort aan personeel komt doordat de vraag naar spoedzorg de komende vijf jaar stijgt, met name door de vergrijzing van de bevolking, en doordat het al bestaande personeelstekort verder oploopt (zie Figuur 4). We verwachten wel dat het tekort enigszins gedempt wordt door betere samenwerking in de spoedzorgketen. Het aandeel van deze oorzaken verschilt sterk per functie, maar openstaande vacatures spelen bijna overal een belangrijke rol. Voor HAP-triagisten, huisartsen en MKA-centralisten zijn we uitgegaan van een netto uitstroom van nul. In principe zouden er genoeg HAP-triagisten en MKA-centralisten opgeleid kunnen worden de komende vijf jaar, de vraag is alleen of er voldoende interesse is in deze functies. Ook is de instroom van huisartsen in de regio Noord-Brabant voldoende de komende jaren, zij zijn wel steeds minder bereid om de ANW-diensten op zich te nemen.



Figuur 4. Het aandeel van de oorzaken van het personeelstekort in 2023 verschilt sterk per functie, maar openstaande vacatures spelen bijna overal een belangrijke rol (percentages, FTE's en uren afgerond naar 5)<sup>3</sup>

In 'Pro-actieve spoedzorgketen – Overzicht activiteiten' staat beschreven welke activiteiten de ketenpartners kunnen ondernemen om pro-actief in te spelen op deze toenemende vraag en verwachte personeelstekorten. De activiteiten zijn gericht op het dempen van de vraag, het verhogen van de productiviteit van de spoedzorgketen, en op het vergoten van de instroom en het verlagen van de uitstroom van personeel.

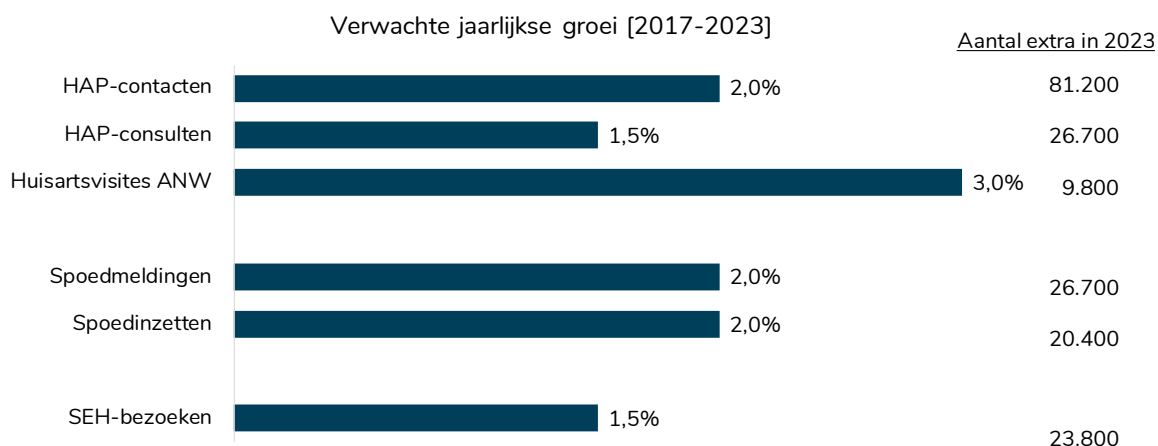
<sup>2</sup> Werkgroepleden gaven aan niet te verwachten dat zij meer personeel dan nu gepland kunnen opleiden in de komende vijf jaar

<sup>3</sup> De Figuur geeft welke oorzaken leiden tot het tekort en hun aandeel. Bij HAP-triagisten draagt de toenemende vraag voor 45% bij aan het tekort in 2023, dat wil zeggen ruim 15 FTE HAP-triagisten zijn nodig om de toenemende vraag op te vangen (45% x 35 FTE). 55% - circa 20 FTE - van het tekort wordt veroorzaakt door vacatures die nu al open staan. Het tekort aan ANW-uren per FTE huisarts wordt eveneens veroorzaakt door de toenemende vraag (65% - ruim 15 ANW diensturen per FTE HA) en door openstaande 'vacatures' (55%). Het tekort wordt hier deels gedempt door een betere ketensamenwerking: we verwachten dat er hierdoor 5 ANW diensturen per FTE HA minder nodig zijn (20%)

## 2 Vraag naar spoedzorg neemt toe

De vraag naar spoedzorg neemt toe. De verwachte groei is het hoogst voor huisartsenvisites met 3,0% per jaar. De voornaamste oorzaak van de stijgende vraag is de groei en de vergrijzing van de bevolking. Andere ontwikkelingen die een belangrijk aandeel hebben in de toename zijn de verwachting dat zorg 24/7 beschikbaar is en de afname van huisartsenzorg. Ontwikkelingen die een kleinere bijdrage leveren aan de groei zijn: een griep epidemie, extramuralisering van kwetsbare ouderen en afname van reguliere ziekenhuiszorg. We verwachten dat de vraag juist afneemt door campagnes rondom juist spoedzorggebruik.

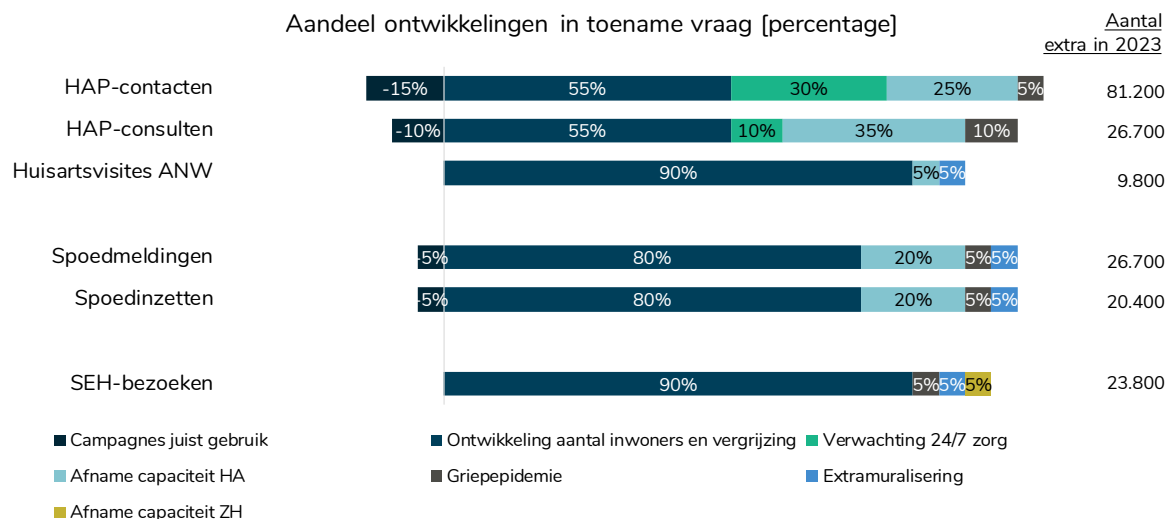
De vraag naar huisartsenspoedzorg, ambulancezorg en acute ziekenhuiszorg neemt de komende vijf jaar toe. Het aantal huisartsenvisites in de ANW-uren stijgt de komende jaren het meest, met 3,0% per jaar. Het aantal HAP-contacten, spoedmeldingen en spoedinzetten ambulancezorg stijgt met 2,0% per jaar en het aantal HAP-consulten en SEH-bezoeken met 1,5% per jaar (zie Figuur 5).



Figuur 5. De vraag naar spoedzorg neemt toe. De verwachte jaarlijkse groei is het hoogst voor huisartsenvisites (percentages afgerond naar 0,5 en aantallen naar 100)

De voornaamste oorzaak van de stijgende vraag is de groei en de vergrijzing van de bevolking (zie Figuur 6). De vraag naar huisartsenspoedzorg neemt daarnaast toe omdat we ervan uitgaan dat burgers steeds vaker verwachten dat zorg 24/7 beschikbaar is. We verwachten daarnaast dat afname van huisartsencapaciteit leidt tot een toename van de vraag naar huisartsenzorg in de ANW-uren en een toename van het aantal spoedmeldingen en spoedinzetten ambulancezorg. Het optreden van een griep epidemie zal – tijdelijk – tot een hogere vraag leiden bij alle ketenpartners. Alhoewel we inschatten dat de grootste toename van de vraag door extramuralisering van kwetsbare ouderen al heeft plaatsgevonden, verwachten we dat deze ontwikkeling nog zorgt voor

een kleine toename in aantal huisartsenvisites in de ANW-uren, spoedmeldingen en spoedinzetten van de ambulancezorg en SEH-bezoeken. We schatten tenslotte in dat SEH-bezoeken licht toenemen doordat de reguliere ziekenhuiszorg afneemt.



Figuur 6. De voornaamste oorzaak van de stijgende vraag naar spoedzorg, is de groei en vergrijzing van de bevolking (percentages afgerond naar 5 en aantallen naar 100)

We verwachten dat er ook een ontwikkeling optreedt die ervoor zorgt dat de vraag naar spoedzorg juist afneemt. We denken dat de bewustwording van burgers over wanneer zij een beroep mogen doen op de spoedzorgketen zal toenemen door (landelijke) campagnes over juist gebruik van de spoedzorgketen.

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten voor heel Noord-Brabant. We hebben bij alle ontwikkelingen een gunstig en een ongunstig scenario berekend. In de hoofdtekst staat het ongunstige scenario beschreven, het gunstige scenario is terug te vinden in Bijlage 3. Daarnaast hebben we per organisatie waarvan wij gedetailleerde informatie hebben ontvangen, berekend hoeveel de vraag toeneemt en door welke ontwikkelingen dit komt. Deze resultaten zijn opgenomen in Bijlage 4.

## 2.1 Toename door bevolkingsgroei en vergrijzing

De voornaamste oorzaak van de stijgende vraag naar spoedzorg, is de groei van de bevolking en de vergrijzing (zie Figuur 6).

Heel Nederland vergrijst. Op 1 januari 2016 woonden er in Nederland bijna 3,1 miljoen personen van 65 jaar of ouder en het aantal 80+-ers neemt toe.<sup>4</sup> Deze trend zet door, de verwachting is dat er in 2040 twee keer zoveel mensen van 75 jaar of ouder zijn in Nederland.<sup>5</sup> Noord-Brabant vergrijst zelfs sneller dan de rest van Nederland (zie Figuur 7).<sup>5</sup> Het aantal personen ouder dan 85 jaar groeit van 2017 tot en met 2023 met 27%, ten opzichte van 17% in Nederland.

<sup>4</sup> <https://www.volksgezondheidenzorg.info>

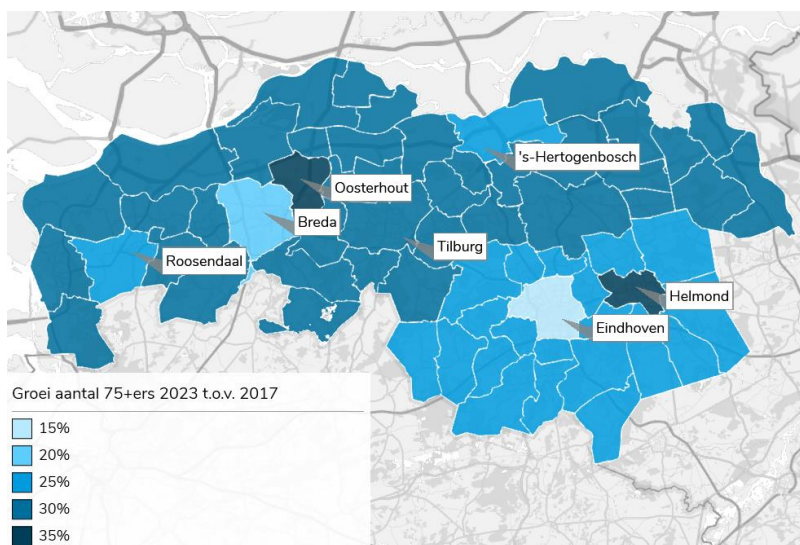
<sup>5</sup> <https://www.pbl.nl>





Figuur 7. Noord-Brabant vergrijst sneller dan de rest van Nederland

Binnen Noord-Brabant zien we aanzienlijke verschillen tussen de subregio's (zie Figuur 8). De groei van het aantal personen ouder dan 75 jaar is met 35% voor de periode 2017-2023 het hoogst in de gemeentes Oosterhout en Helmond. In Eindhoven is de groei het laagst met 15%.<sup>6</sup>



Figuur 8. De groei van het aantal personen ouder dan 75 jaar verschilt per subregio in Noord-Brabant en is het hoogst in de gemeentes Oosterhout en Helmond

<sup>6</sup> De groei van het aantal 75+-ers hangt samen met de huidige samenstelling van de populatie

Ouderen hebben meer (chronische) ziekten en lichamelijke problemen dan jongeren. Zij maken daardoor aanzienlijk meer gebruik van de (spoed)zorg.<sup>7</sup>

Om de impact van de bevolkingsgroei en vergrijzing op het gebruik van spoedzorg in Noord-Brabant te kwantificeren, hebben we gegevens gebruikt van het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL).<sup>8</sup> PBL geeft prognoses voor de 75 grootste gemeentes in Nederland, en voor elke GHOR-regio. We hebben elk viercijferig postcodegebied (PC4-gebied) in Noord-Brabant ingedeeld naar gemeente en GHOR-regio. Als de PC4 in een van de 75 grootste gemeentes viel, hebben we de prognose op gemeenteniveau gebruikt. Indien de gemeente niet onder de 75 grootste gemeentes viel, hebben we de prognoses op GHOR-regio gebruikt. Vervolgens hebben we op basis van deze gegevens een voorspelling gemaakt van de procentuele groei van de bevolking per leeftijdscategorie en van de vergrijzing per PC4-gebied.

De impact van de bevolkingsgroei en de vergrijzing op de vraag naar spoedzorg hebben we vervolgens berekend door de huidige incidentie van het spoedzorggebruik<sup>9</sup> toe te passen op het verwachte aantal inwoners in 2023.

## 2.2 Toename door verwachting dat zorg 24/7 beschikbaar is

De vraag naar huisartsenspoedzorg neemt daarnaast toe omdat we ervan uitgaan dat burgers steeds vaker verwachten dat zorg 24/7 beschikbaar is. Dit levert een stijging in de vraag naar huisartsenspoedzorg (contacten met de HAP-triagist en consulten met de huisarts) op (zie Figuur 6).<sup>10</sup>

We leven in een 24/7 maatschappij waarin burgers in toenemende mate verwachten dat zij 24/7 toegang hebben tot (reguliere) zorg. Zij wenden zich makkelijker tot de HAP voor zorg die ook binnen kantooruren geleverd zou kunnen worden.

We gaan ervan uit dat er door deze ontwikkeling meer mensen 'onnodig' een beroep doen op de spoedzorg, dat wil zeggen dat het aantal patiënten op de HAP en het aantal zelfverwijzers op de SEH met een U5-classificatie stijgt. We gaan hierbij uit van een toename van het aantal patiënten met een U5-classificatie van 10% op de HAP, en een toename van het aantal zelfverwijzer met een U5-classificatie van 5% op de SEH.

<sup>7</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (2018), Monitor Zorg voor ouderen

<sup>8</sup> <https://www.pbl.nl>

<sup>9</sup> Huidige zorggebruik is bepaald aan de hand van de data die ontvangen hebben van de ketenpartners in Noord-Brabant

<sup>10</sup> De verwachting is dat het aantal zelfverwijzers op de SEH met een U5-classificatie eveneens licht stijgt door deze ontwikkeling. De impact van deze stijging op het totaal aantal SEH-bezoeken is echter minimaal, waardoor deze ontwikkeling wegvalt in Figuur 6.

## 2.3 Toename doordat capaciteit huisartsenzorg afneemt

Een andere ontwikkeling die leidt tot een toename in de vraag is de verwachte afname van huisartsencapaciteit. Dit leidt tot een toename van de vraag naar huisartsenzorg in de ANW-uren en een toename van het aantal spoedmeldingen en spoedinzetten ambulancezorg (zie Figuur 6).

De grootte van een normpraktijk van een huisarts is de afgelopen jaren gedaald om huisartsen meer ruimte te geven om bijvoorbeeld tijd te besteden aan complexe patiënten die steeds vaker thuis wonen of om goede ketenzorg in te richten. In 2006 was een normpraktijk nog vastgesteld op 2.350 patiënten, in 2017 zijn het er 2.095.<sup>11</sup> Het aantal patiënten dat ingeschreven staat bij een huisarts, is echter vaak groter dan het aantal van een normpraktijk. Reguliere zorgvragen kunnen hierdoor onvoldoende tijdens kantooruren worden afgehandeld. Enerzijds leidt dit tot een verschuiving van huisartsenzorg binnen kantooruren naar huisartsenzorg buiten kantooruren. Anderzijds treedt een verschuiving op van huisartsenspoedzorg naar de ambulancezorg: burgers bellen 112 als zij te lang in de wachtrij staan bij de HAP en de huisarts overdag/HAP schakelt ambulancezorg in als zij onvoldoende capaciteit hebben om huisartsenspoedzorg te leveren.

We hebben de impact van de verschuiving van de huisartsenzorg binnen kantooruren naar de huisartsenzorg buiten kantooruren gekwantificeerd door uit te gaan van een toename van de U3, U4 en U5 meldingen op de HAP op maandag tot en met vrijdag. De impact van de verschuiving naar de ambulancezorg hebben we berekend door van een stijging van 10% van het aantal EHGV-ritten (Eerste Hulp Geen Vervoer) uit te gaan.

Wij zijn ervan uit gegaan dat de afname van de huisartsencapaciteit de komende vijf jaar in heel Nederland doorzet, dus ook in Noord-Brabant. Mochten huisartsen er de komende jaren wel beter in slagen om hun praktijk te verkleinen, dan kan dit juist een afname van de vraag naar spoedzorg teweeg brengen. We verwachten echter niet dat huisartsen in de komende vijf jaar deze kentering kunnen realiseren.

## 2.4 Toename door aantal kleinere oorzaken

We verwachten dat er de komende vijf jaar nog een aantal kleinere ontwikkelingen bijdragen aan de toename van de vraag naar spoedzorg:

- We schatten in dat er in de periode tot 2023 een griepepidemie plaatsvindt die vergelijkbaar is met de epidemie in 2018. Het optreden van een griepepidemie zal – tijdelijk – tot een hogere vraag leiden bij alle ketenpartners.
- Alhoewel we inschatten dat de grootste toename van de vraag door de extramuralisering van kwetsbare ouderen al heeft plaatsgevonden, verwachten we dat deze trend nog even doorzet en nog zorgt voor een kleine toename in vraag.
- We schatten tenslotte in dat SEH-bezoeken licht toenemen doordat de reguliere ziekenhuiszorg afneemt. Door afname van de reguliere ziekenhuiszorg moeten patiënten langer wachten op een bezoek aan een medisch specialist of duurt de aanvraag van diagnostiek langer. Dit kan ertoe leiden dat patiënten op de SEH terechtkomen, ofwel omdat hun klachten acuut zijn geworden, ofwel omdat hun behandelend arts hen doorstuurt voor snellere diagnostiek.

<sup>11</sup> <https://www.lhv.nl/uw-beroep/over-de-huisarts/kerncijfers-huisartsenzorg>

Het aandeel van deze ontwikkelingen in de totale toename van de vraag naar spoedzorg staat weergegeven in Figuur 6.

We hebben de ontwikkelingen met kleinere impact als volgt gekwantificeerd:

- We hebben het aantal bezoeken aan de huisarts in een seizoen mét griep epidemie vergeleken met een seizoen zonder griep epidemie.<sup>12,13,14,15</sup> De extra huisartsbezoeken hebben we op basis van inwonersaantallen<sup>12</sup>, leeftijd van de inwoners<sup>12</sup> en de nationale leeftijdsspecifieke incidentiecijfers van griep<sup>14</sup> verdeeld over de inwoners van Noord-Brabant. Vervolgens hebben we op basis van een artikel van Simonson et al.<sup>16</sup> een inschatting gemaakt van het deel van de extra zorgvragen die door de griep in de ANW-uren plaatsvond. We hebben een deel van de extra zorgvragen in de ANW-uren toegeschreven aan de HAP, en een deel van de toename in zorgvragen aan de RAV en SEH.
- Om de impact van de extramuralisering te berekenen hebben we gekeken naar het aantal 75+-ers dat de afgelopen jaren in particuliere huishoudens woonde.<sup>17</sup> We hebben deze trend doorgetrokken tot 2023. Vervolgens hebben we berekend hoeveel huisartsenspoedzorg, ambulancezorg en acute ziekenhuiszorg 75+-ers nu gebruiken.<sup>18</sup> We zijn ervan uitgegaan dat ouderen die niet zelfstandig wonen, het grootste deel van de (spoed)zorg ontvangen in het verpleeg of verzorgingstehuis en relatief minder vaak een beroep doen op ambulancezorg en acute ziekenhuiszorg. De 75+-ers die gebruik maken van huisartsenspoedzorg, ambulancezorg en acute ziekenhuiszorg wonen dus allemaal in particuliere huishoudens. De huidige incidentie van zorggebruik door 75+-ers is daarom toegepast op het aantal 75+-ers dat volgens de doorgetrokken trend de komende jaren in particuliere huishoudens woont.
- De afname van reguliere ziekenhuiszorg heeft effect op de policapaciteit in het ziekenhuis. We nemen aan dat patiënten die door een (huis)arts zijn doorverwezen naar de polikliniek door de lange wachttijden risico lopen om op de SEH terecht te komen. De verwachting is dat door deze ontwikkeling het aantal doorverwijzingen van patiënten met een lage urgentie (U5) vanuit het eigen ziekenhuis en vanuit de HAP naar de SEH zal stijgen.

## 2.5 Afname door campagnes juist gebruik spoedzorg

We verwachten dat er ook een ontwikkeling optreedt die ervoor zorgt dat de vraag naar spoedzorg juist afneemt. We denken dat de bewustwording van burgers over wanneer zij een beroep mogen doen op de spoedzorgketen zal toenemen door (landelijke) campagnes over juist gebruik van de spoedzorgketen (zie Figuur 6). Eerdere campagnes hebben aangetoond dat dergelijke campagnes effectief zijn, met name bij de HAP.<sup>19</sup>

<sup>12</sup> <https://www.cbs.nl>

<sup>13</sup> <https://www.mmilab.nl>

<sup>14</sup> <https://www.rivm.nl>

<sup>15</sup> <https://www.rtvnoord.nl>

<sup>16</sup> Simonson, Hunksaar, Sandvik & Rotveit (2015), Primary Care utilization among patients with influenza during the 2009 pandemic. Does risk for severe influenza disease or prior contact with the general practitioner have any influence? *Family Practice*, 32, 1, 56-61

<sup>17</sup> <https://www.cbs.nl>

<sup>18</sup> Huidige incidentie zorggebruik is bepaald aan de hand van de data die ontvangen hebben van de ketenpartners in Noord-Brabant

<sup>19</sup> <https://praktijkvoorbeeldenanw.lhv.nl/communicatie-met-patienten>

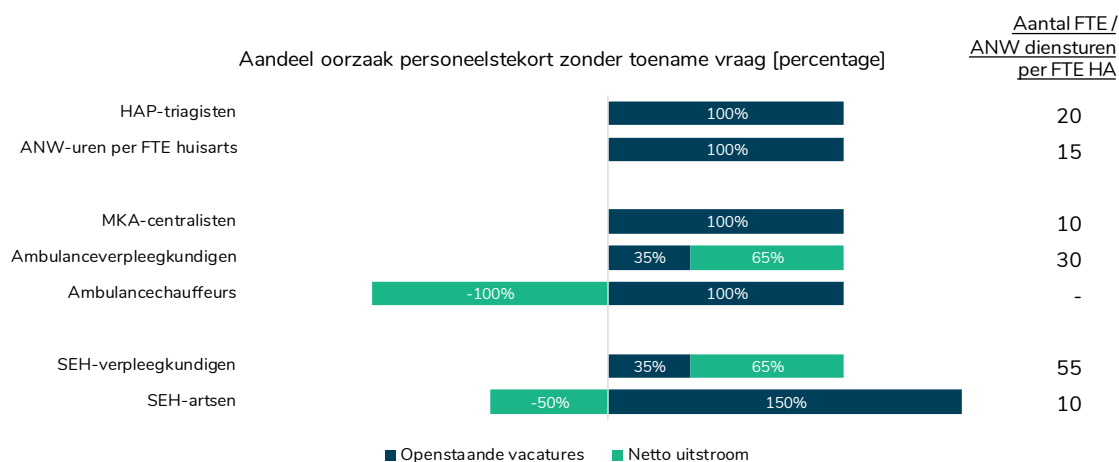
Campagnes over juist gebruik van spoedzorg hebben voornamelijk effect op mensen die met een laag urgente zorgvraag een beroep doen op de spoedzorgketen. We hebben een inschatting van de grootte van deze ontwikkeling gemaakt door:

- Het aantal HAP-contacten en HAP-consulten met een U5-classificatie te laten dalen met 5%, en het aantal HAP-contacten en HAP-consulten met een U4-classificatie met 2%.
- Het aantal EHGv-ritten van de RAV te laten dalen. We verwachten een afname van 2% van het aantal A1-ritten dat nu resulteert in EHGv, en een afname van 5% van het aantal A2-ritten dat nu resulteert in EHGv.
- Het aantal zelfverwijzers op de SEH met een U5-classificatie te laten dalen met 5% en het aantal zelfverwijzers met een U4-classificatie met 2%.

### 3 Personeelstekort loopt verder op

Het personeelstekort loopt naar verwachting verder op. Het tekort dat we verwachten in 2023, ontstaat niet alleen doordat de vraag naar spoedzorg toeneemt. We zien dat er voor alle functies in de spoedzorgketen nu al vacatures openstaan. Daarnaast stromen er veel ambulanceverpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen uit door pensionering en de hoge belasting. Het aantal ambulanceverpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen dat opgeleid wordt, is niet toereikend voor deze uitstroom.

Er is voor alle functies in 2017 al een personeelstekort (zie Figuur 9). Het tekort aan ambulanceverpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen loopt in de komende jaren verder op zelfs zonder rekening te houden met de toenemende vraag. Er stromen in deze beroepsgroepen meer mensen uit door pensionering en hoge werkbelasting, dan dat er vanuit de opleiding de beroepsgroep instromen.



Figuur 9. Het personeelstekort loopt verder op doordat er vacatures opstaan en door de netto uitstroom van SEH-verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen (percentages, FTE's en uren afgerond naar 5)

Voor SEH-artsen verwachten we een kleine netto instroom de komende jaren, ook al stromen er relatief veel SEH-artsen uit door hoge werkbelasting. Per jaar ronden in Nederland 30 AIOS de opleiding tot SEH-arts af.<sup>20</sup> Daarnaast zal er, gezien de relatief jonge gemiddelde leeftijd van de beroepsgroep, nauwelijks uitstroom door pensionering plaatsvinden.<sup>21</sup> Wel verwachten we dat

<sup>20</sup> <https://www.nvsha.nl/nvsha/feiten-en-cijfers/>

<sup>21</sup> Van Driel, Alkemade, Maas, ter Maaten, Schouten & Scherpbier (2010), Implementatie van het curriculum voor de opleiding tot Spoedeisende Hulp (SEH)-arts, Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde

een kwart van de huidige beroepsgroep de komende vijf jaar zal uitstromen door de hoge werkdruk en de onregelmatige diensten.<sup>22</sup>

Voor ambulancechauffeurs verwachten we geen problemen omdat de opleidingseisen relatief laag zijn en het animo voor deze functie hoog. De uitdaging voor de ambulancezorg zit in de instroom van ambulanceverpleegkundigen. Zonder ambulanceverpleegkundigen kan de ambulance niet rijden en kunnen de ambulancechauffeurs niet ingezet worden.<sup>23</sup>

Voor HAP-triagisten, huisartsen en MKA-centralisten gaan we uit van een netto instroom van nul<sup>24</sup>. Het tekort in deze functies lijkt minder nijpend:

- Het zou mogelijk moeten zijn om de komende vijf jaar genoeg HAP-triagisten en MKA-centralisten op te leiden. Verpleegkundigen en doktersassistenten niveau 4 kunnen de opleiding tot HAP-triagist volgen.<sup>25</sup> Om MKA-centralist te kunnen worden, moeten verpleegkundigen een relatief korte aanvullende opleiding volgen.<sup>26</sup> De vraag is wel of er voldoende interesse is voor deze functies, ten opzichte van de andere arbeidsmogelijkheden die deze personen hebben. De werktijden van HAP-triagisten zijn voor veel mensen onaantrekkelijk. En verpleegkundigen moeten de klinische setting achter zich willen laten om MKA-centralist te worden.
- De instroom van huisartsen in de regio Noord-Brabant lijkt de komende jaren voldoende, de bereidheid om de ANW-diensten op zich te nemen, loopt wel steeds verder terug.<sup>27</sup>

In paragraaf 3.1 gaan we in op de huidige openstaande functies. In paragraaf 3.2 zetten we uiteen hoe we de netto uitstroom voor ambulance- en SEH-verpleegkundigen hebben berekend. In dit hoofdstuk beschrijven we het personeelstekort voor heel Noord-Brabant. In Bijlage 4 gaan we in op de verwachte personeelstekorten per organisatie.

### 3.1 Er zijn openstaande vacatures die ingevuld moeten worden

Er staan momenteel voor elke functie vacatures open (zie Figuur 10). Voor alle functies in de spoedzorgketen in Noord-Brabant geldt dat er in totaal een grotere formatie was begroot dan is gerealiseerd.

Deze openstaande vacatures leiden er in een aantal gevallen toe dat wettelijke normen en richtlijnen met betrekking tot de responstijden niet of nauwelijks gehaald worden. De

<sup>22</sup> In Nederland ronden jaarlijks 30 artsen de opleiding tot SEH-arts af. Dit zijn 180 SEH-artsen in zes jaar. Op basis van inwonersaantallen gaat 15%, dus 27 SEH-artsen, in Noord-Brabant werken. Er werken nu 550 SEH-artsen in Nederland. We verwachten de komende zes jaar een uitstroom van 25% door de hoge werkdruk, stress en onregelmatige diensten. Dit betekent dat er 21 SEH-artsen uitstromen in Noord-Brabant. De netto instroom bedraagt zodoende over zes jaar tijd, zes SEH-artsen. (Bron: <https://www.nvsha.nl/nvsha/feiten-en-cijfers/>)

<sup>23</sup> Om de opleiding tot ambulancechauffeur te mogen volgen, moet je een niveau MBO-3 opleiding hebben, een leer- en arbeidsovereenkomst met de RAV en in het bezit zijn van minimaal rijbewijs B. (Bron: College Zorg Opleidingen (2017), Deskundigheidsgebied en Eindtermen, opleidingseisen van de opleiding tot ambulancechauffeur)

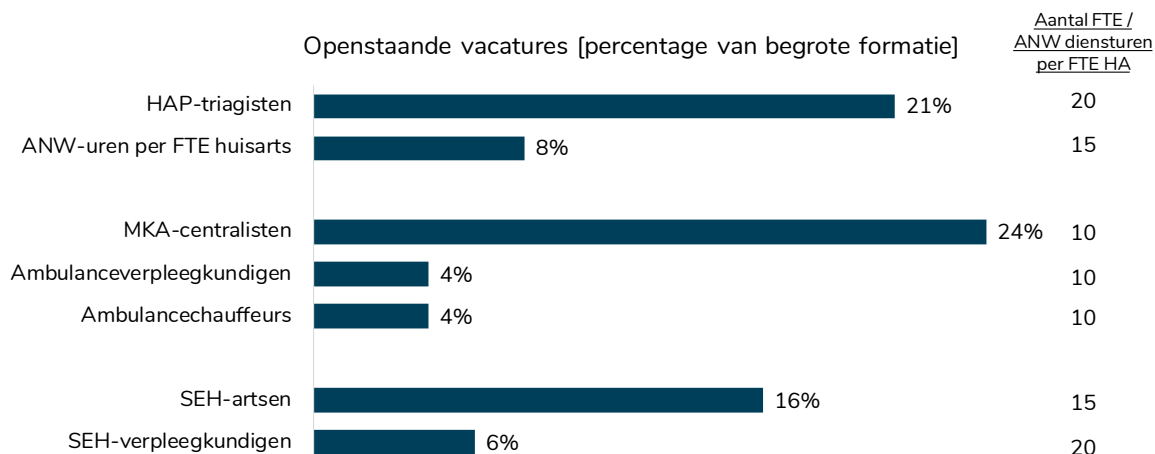
<sup>24</sup> Een netto instroom van nul houdt in dat er evenveel mensen het vak verlaten, als dat er nieuwe mensen instromen

<sup>25</sup> De duur van de opleiding tot HAP-triagist wisselt. Op sommige plaatsen kun je de opleiding in 10 weken afronden, op andere plaatsen duurt de opleiding 1-1,5 jaar. (Bronnen: <https://highcare.nu/scholingsaanbod/triage-opleiding>; <https://www.gchaarlemmermeer.nl/organisatie/werken-bij-de-sgh/vacature-poh-ggz/>)

<sup>26</sup> De opleiding tot MKA-centralist bestaat uit een praktijkgedeelte en uit een theoriegedeelte. Het praktijkgedeelte duurt 645 uur, het minimaal aantal lesuren theorie bedraagt 140. (Bron: College Zorg Opleidingen)

<sup>27</sup> Nobel & Suichies (2016), ANW-zorg niet alleen door praktijkhouders. Medisch Contact, 38, 38-41

ambulancezorg heeft bijvoorbeeld moeite met het halen van de '15 minuten'-norm. In de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg opgenomen dat, onder normale omstandigheden, een ambulanceteam bij minimaal 95% van de inzetten met een urgentie A1 (ambulanceritten met de hoogste urgentie) binnen 15 minuten na de melding op locatie aanwezig moet zijn.<sup>28</sup>



Figuur 10. Bijna een kwart van de formatie MKA-centralisten is op dit moment niet ingevuld. Daarnaast zijn er vooral veel vacatures voor HAP-triagisten en SEH-artsen (FTE's en uren afgerond naar 5)

We hebben de openstaande vacatures berekend door de personele begroting en realisatie van 2017 van twee HAP's, twee RAV'en en zes ziekenhuizen te vergelijken. Vervolgens hebben we berekend welk deel van de bevolking van Noord-Brabant door deze HAP's, RAV'en en ziekenhuizen wordt bediend. De verschillen tussen de personele begroting en realisatie zijn vervolgens opgeschaald zodat zij van toepassing zijn op de hele provincie Noord-Brabant, en niet alleen op de HAP's, RAV'en en ziekenhuizen waarvan wij gegevens over de personele bezetting hebben ontvangen.

### 3.2 Er stromen meer verpleegkundigen uit door pensionering en hoge belasting, dan dat er opgeleid worden

Van alle tekorten, is het tekort aan ambulanceverpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen het meest nijpend. Het tekort loopt in de komende jaren verder op zelfs zonder rekening te houden met de toenemende vraag. Er stromen in deze beroepsgroepen meer mensen uit door pensionering en de hoge werkbelasting (uitstroom < 60 jaar), dan dat er vanuit de opleiding instromen (zie Figuur 9). Daarnaast maken de aanvullende opleidingseisen en het gegeven dat het ziekenhuis en de RAV uit dezelfde vijver vissen om personeel te vinden, het niet makkelijk om dit tekort op te vullen.<sup>29</sup>

<sup>28</sup> <https://wetten.overheid.nl/BWBR0032159/2018-07-01#HoofdstukII>

<sup>29</sup> Om SEH-verpleegkundige te kunnen worden, moet je BIG-geregistreerd verpleegkundige zijn en een dienstverband hebben bij een zorginstelling. De opleiding tot SEH-verpleegkundige duurt vervolgens 12-18 maanden. De opleiding tot ambulanceverpleegkundige duurt minimaal 7 maanden, maar om deze opleiding te mogen volgen, moet iemand eerst opgeleid



Medewerkers op de ambulance ervaren een hoge werkdruk. Daarnaast worden ze regelmatig geconfronteerd met geweld en agressie.<sup>30</sup> Er is de afgelopen jaren veel gesproken tussen werkgevers en werknemers in de ambulancezorg over meer vaste banen, en hogere salarissen. De salarissen lijken in de huidige CAO onder het niveau van ziekenhuizen en UMC's te liggen.<sup>31</sup>

Ook de uitstroom van SEH-verpleegkundigen is hoger dan de instroom. De raming van het Capaciteitsorgaan laat zien dat de uitstroom van SEH-verpleegkundigen onder de 60 jaar, 3,9% bedraagt. Dit is relatief hoog in vergelijking tot de andere FZO (Fonds Ziekenhuis Opleidingen)-beroepen. De gemiddelde uitstroom van alle FZO-beroepen ligt op 2,8%.<sup>32</sup> Uit onderzoek van IZZ naar de psychosociale arbeidsbelasting op de SEH, waarbij 74% van de respondenten SEH-verpleegkundige is, komt naar voren dat 41% van de SEH-medewerkers uitgeput is en 14% last heeft van slaapkachten en/of Post Traumatische Stress Klachten. Volgens de enquête die IZZ heeft uitgezet voor dit onderzoek, overweegt zelfs één op de drie SEH-medewerkers om een andere baan te zoeken.<sup>33</sup>

We lichten hieronder toe hoe we de netto instroom van de ambulanceverpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen hebben berekend:

- Ambulanceverpleegkundigen: De basis voor de berekening van de instroom en uitstroom van ambulanceverpleegkundigen is een rapport van Kiwa (2016).<sup>34</sup> In dit rapport staat dat er ruim 2.200 ambulanceverpleegkundigen werkzaam zijn in Nederland. Wanneer wij dit toerekenen naar het inwonersaantal in Noord-Brabant,<sup>35</sup> werken er circa 325 ambulanceverpleegkundigen in Noord-Brabant. De instroom in Nederland bedraagt jaarlijks 90 ambulanceverpleegkundigen, dit komt neer op een instroom van bijna 14 ambulanceverpleegkundigen per jaar in Noord-Brabant. We nemen aan dat de door Kiwa geschatte jaarlijkse uitstroom van 5% over de periode 2015-2020 aanhoudt tot en met 2023, en in Brabant hetzelfde is als elders in Nederland.<sup>34</sup> Dit betekent dat er in Noord-Brabant circa 17 ambulanceverpleegkundigen per jaar uitstromen. De netto uitstroom bedraagt daarmee in zes jaar tijd circa 20 ambulanceverpleegkundigen.
- SEH-verpleegkundigen: Volgens een rapportage van het capaciteitsorgaan zijn er in 2014 en 2015 ruim 180 SEH-verpleegkundigen met de opleiding gestart. Op basis van inwonersaantallen betekent dit dat er in Noord-Brabant jaarlijks ruim 25 SEH-verpleegkundigen worden opgeleid. Het rendement van de opleiding is 92,5%. Na zes jaar zijn er in Noord-Brabant dus circa 145 SEH-verpleegkundigen afgestudeerd. Jaarlijks stroomt 3,6% van de SEH-verpleegkundigen onder de 60 jaar uit, tegenover een uitstroom van 4,6% boven de 60 jaar.<sup>36</sup> In zes jaar tijd stromen er dus ongeveer 180 SEH-verpleegkundigen in Noord-Brabant uit, een netto uitstroom van 35.

---

zijn tot SEH-verpleegkundige, IC-verpleegkundige of anesthesieverpleegkundige. (Bronnen: Capaciteitsorgaan, Erasmus opleidingscentrum en College Zorg Opleidingen).

<sup>30</sup> Merckelbach (2017), Geweld tegen ambulancepersoneel, aantal geregistreerde meldingen valt mee. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde

<sup>31</sup> <https://ambtenarensalaris.nl/waterschap/dreigende-acties-ambulancemedewerkers-werkdruk-en-personeelstekorten/>

<sup>32</sup> Capaciteitsorgaan (2016), Capaciteitsplan 2018 Deelrapport 8, FZO-beroepen

<sup>33</sup> De Wijn & van der Doef (2017), Psychosociale Arbeidsbelasting op de Spoedeisende Hulp (SEH). Onderzoek naar werkfactoren, individuele factoren en gezondheid/welbevinden bij verpleegkundigen en artsen op 19 SEH-afdelingen.

<sup>34</sup> Brink & van der Velde (2016). Vraag naar en aanbod van Ambulanceverpleegkundigen en Verpleegkundig Centralisten meldkamer ambulancezorg 2016-2026, Kiwa.

<sup>35</sup> <https://www.cbs.nl>

<sup>36</sup> Capaciteitsorgaan (2016), Capaciteitsplan 2018 Deelrapport 8, FZO-beroepen

## 4 Beter samenwerking dempt benodigd extra aanbod

De tekorten in personeel in de spoedzorgketen zullen naar verwachting enigszins gedempt worden door intensievere samenwerking tussen ketenpartijen. Er zijn twee aanbodontwikkelingen waarvan wij verwachten dat zij aanzienlijke impact kunnen hebben en waarvan de kans groot is dat zij optreden. Het gaat om gezamenlijke triage en inzetbepaling om ondoelmatige huisartsenspoedzorg en ambulancezorg te voorkomen. Daarnaast zal het verbeteren van de doorstroom naar de VVT ervoor zorgen dat de productiviteit op de SEH toeneemt.

Naast de ontwikkelingen die invloed hebben op de vraag naar spoedzorg hebben we ook ontwikkelingen die impact hebben op het aanbod van spoedzorg geïnventariseerd (zie Bijlage 1). Er zijn twee aanbodontwikkelingen waarvan wij verwachten dat zij aanzienlijke impact kunnen hebben en waarvan de kans groot is dat zij optreden. We verwachten dat het benodigd aanbod in 2023 gedempt wordt doordat spoedzorgverleners door deze ontwikkelingen beter ingezet kunnen worden (zie Figuur 4). Het gaat om:

- Gezamenlijke triage en bepaling van de inzet door huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, acute GGZ, VVT (en eventueel ziekenhuis) om zo ondoelmatige huisartsenspoedzorg en ambulancezorg te voorkomen.
- Verbeteren van doorstroom vanuit het ziekenhuis naar de VVT zodat de productiviteit op de SEH toeneemt.

We hebben deze twee ontwikkelingen geselecteerd omdat we verwachten dat deze de komende vijf jaar plaatsvinden, ook zonder pro-actieve inzet van de werkgroepleden. In het Actieplan ambulancezorg, waarin afspraken zijn vastgelegd tussen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), staat dat voor optimale inzet van ambulancezorg goede samenwerking binnen de keten van groot belang is.<sup>37</sup> VWS, AZN en ZN willen de komende jaren inzetten op zorgcoördinatie. De knelpunten rondom de doorstroming naar de VVT staan al langer op het vizier.<sup>38</sup> Verschillende partijen zetten

<sup>37</sup> Actieplan ambulancezorg (2018), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ambulancezorg Nederland en Zorgverzekeraars Nederland

<sup>38</sup> Brief aan het Ministerie van VWS: Update stand van zaken en aanpak van drukte in de acute zorg, 31 mei 2018 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg

al in op het verbeteren van de doorstroom naar de VVT na een (korte) ziekenhuisopname,<sup>39</sup> de verwachting is dat deze initiatieven en het effect hiervan de komende jaren verder uitbreiden.

In dit hoofdstuk beschrijven we de impact van de ontwikkelingen voor heel Noord-Brabant. We geven hier het meest ongunstige scenario weer. Voor het gunstige scenario verwijzen we naar Bijlage 3. Van een aantal organisaties hebben wij gedetailleerde data ontvangen. Voor deze organisaties hebben we berekend wat het dempend effect van deze ontwikkelingen is. Deze resultaten zijn opgenomen in Bijlage 4.

## 4.1 Gezamenlijke triage en inzetbepaling voorkomt ondoelmatige inzet

Gezamenlijke triage en inzetbepaling voorkomt ondoelmatige inzet. Wij schatten in dat er hierdoor jaarlijks 1.200 huisartsensites in de ANW-uren voorkomen kunnen worden, bijna 500 spoedinzetten van de RAV en 250 SEH-bezoeken. Dit leidt tot een afname van het benodigd aanbod in de spoedzorgketen. Er is hierdoor in 2023 3.200 uur minder huisartsenspoedzorg in de ANW-uren nodig, 5 FTE minder ambulanceverpleegkundigen en 5 FTE minder ambulancechauffeurs. De gezamenlijke triage en inzetbepaling leidt niet tot een afname in het benodigd aantal SEH-verpleegkundigen of SEH-artsen.

De noodzaak van gezamenlijke triage en bepaling van de inzet staat beschreven in het rapport van de Taskforce De juiste zorg op de juiste plek (2018). Hierin staat dat mensen met een spoedzorgvraag een groot belang hebben bij goede samenwerking tussen zorgprofessionals. Volgens de Taskforce zou één partij de coördinerende rol op zich moeten nemen. Bij dit 'loket' is de sociaal-medische kaart binnen de gemeente of regio bekend, er vindt brede triage plaats en wordt bepaald welke inzet gepast is.<sup>40</sup> Ambulancezorg Nederland neemt met het Actieplan ambulancezorg het initiatief om samen met partners uit de spoedzorgketen het concept zorgcoördinatie verder uit te werken. Het concept beantwoordt aan de eisen zoals genoemd door de Taskforce. Zorgcoördinatie houdt in dat er één gezamenlijk loket komt waar de patiënt met zijn spoedzorgvraag terecht kan en waar acute zorgverleners samenwerken. Essentieel is dat op dit punt actuele informatie beschikbaar is, over de patiënt en over het verzorgingsgebied. In het Actieplan ambulancezorg is afgesproken dat het concept zorgcoördinatie in drie pilots wordt getest waarna de resultaten dienen als lessen voor verbetering van de spoedzorgketen in de toekomst.<sup>41</sup>

Gezamenlijke triage en inzetbepaling levert winst op voor de huisartsenspoedzorg doordat een deel van de visites in de ANW-uren overgenomen kan worden door de acute thuiszorg. Wij

<sup>39</sup> Berdowski & Toor (2016), Capaciteitsprobleem acute zorg: Best Practices, Netwerk Acute Zorg Noordwest en Trauma-Net AMC

<sup>40</sup> Taskforce De juiste zorg op de juiste plek, wie durft? (2018), onder leiding van B.E. van der Dungen, Directeur-Generaal Curatieve Zorg Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

<sup>41</sup> Actieplan ambulancezorg (2018), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ambulancezorg Nederland en Zorgverzekeraars Nederland

verwachten een afname van 25% van het aantal visites met een U2 of U3-classificatie van 75+-ers. We gaan er hierbij wel vanuit dat de acute thuiszorg hier voldoende personeel voor beschikbaar heeft. Tien procent van de psychiatrie-gerelateerde ritten kan naar verwachting door een zorgambulance van de RAV gereden worden, in plaats van door een ALS-ambulance.<sup>42</sup> Zorgambulances leggen minder beslag op geschoolde ambulanceverpleegkundigen. De acute thuiszorg/wijkverpleging kan naar verwachting 5% van de zorgvragen van 75+-ers overnemen van de RAV. Deze patiënten komen vervolgens niet op de SEH terecht. Daarnaast gaan we ervan uit dat het aantal zelfverwijzers op de SEH van het ETZ, het enige ziekenhuis in Noord-Brabant waar geen HAP naast de SEH zit, terugloopt tot een incidentie die vergelijkbaar is met de andere SEH's. Deze patiënten zijn vervolgens wel toegerekend aan de HAP Midden-Brabant. Het aantal SEH-bezoeken daalt door deze ontwikkeling met 250 per jaar. Deze daling is te klein om tot afname in het benodigd personeel te leiden.

## 4.2 Betere doorstroom naar VVT verhoogt productiviteit op SEH

Verbeteren van doorstroom vanuit het ziekenhuis naar de VVT zorgt voor een hogere productiviteit op de SEH. Wij schatten in dat deze ontwikkeling met name impact heeft op de productiviteit van SEH-verpleegkundigen en hebben berekend dat hierdoor in 2023 10 FTE SEH-verpleegkundigen minder nodig zijn in Noord-Brabant. Wij gaan ervan uit dat de verbeterde doorstroom een efficiencywinst van 2,5% oplevert voor de SEH-verpleegkundigen. Het betreft een relatief klein percentage omdat intensiveren van de samenwerking met de VVT lastig is door het grote aantal (kleine) aanbieders.

Het is al een aantal jaar bekend dat de doorstroom naar de VVT vanuit het ziekenhuis beter kan. Uit een inventarisatie van het Netwerk Transfer in 2017 bleek dat de gemiddelde wachttijd voor patiënten die vanuit een ziekenhuis naar een ELV-bed gaan, oploopt tot zes dagen.<sup>43</sup> Het probleem van de doorstroom beperkt zich niet alleen tot de afdelingen, SEH's geven aan dat het organiseren van nazorg voor patiënten die op de SEH komen, disproportioneel veel tijd in beslag neemt.<sup>43</sup>

Verschillende partijen zetten al in op het verbeteren van de doorstroom naar de VVT na een (korte) ziekenhuisopname.<sup>44</sup> De verwachting is dat deze initiatieven en het effect hiervan de komende jaren verder uitbreiden. Er zijn verschillende mogelijkheden om de doorstroom naar de VVT te verbeteren. Zo moeten er voldoende mogelijkheden zijn voor tijdelijk verblijf, en zorgverleners hebben inzicht nodig in de beschikbaarheid van de eerstelijnsverblijven. Daarnaast moet de acute thuiszorg zo georganiseerd worden dat mensen thuis de benodigde zorg kunnen ontvangen na thuiskomst uit het ziekenhuis.<sup>45</sup>

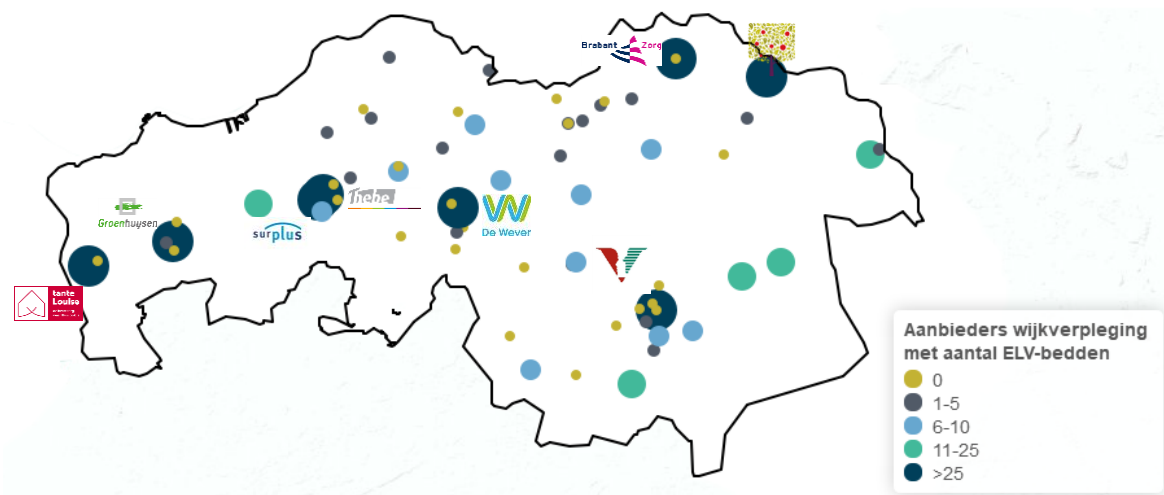
<sup>42</sup> Advanced Life Support ambulance

<sup>43</sup> Glas (2017), Analyse problematiek van huisarts of ziekenhuis (SEH) naar ELV en crisisopname in VVT. Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken

<sup>44</sup> Berdowski & Toor (2016), Capaciteitsprobleem acute zorg: Best Practices, Netwerk Acute Zorg Noordwest en Trauma-Net AMC

<sup>45</sup> Gaakeer, van der Erf, van der Linden & Baden (2018). Drukke op de SEH vergt integrale aanpak, Medisch Contact

Er zijn al verschillende initiatieven ontwikkeld om de doorstroom naar de VVT te verbeteren. Zo is er op diverse plaatsen een herstelafdeling of zijn er ELV-bedden geopend in het ziekenhuis of zijn er buurtziekenhuizen gestart die een oplossing bieden voor de overgang van mensen van het ziekenhuis naar huis.<sup>44</sup> Wij verwachten dat deze initiatieven de komende jaren (in Noord-Brabant) op grotere schaal worden uitgerold waardoor het effect toeneemt. Tegelijkertijd realiseren wij ons dat de samenwerking met VVT-aanbieders weerbarstig kan zijn door het grote aantal (kleine) aanbieders (zie Figuur 11). Er zijn bijna 70 aanbieders van wijkverpleging in Brabant, waarvan acht aanbieders met meer dan 25 ELV-bedden.



Figuur 11. Samenwerking met VVT is weerbarstig door het grote aantal (kleine) aanbieders. Er zijn bijna 70 aanbieders van wijkverpleging in Brabant, waarvan acht aanbieders met meer dan 25 ELV bedden.

# Lijst met afkortingen

Afkorting	Toelichting
A1-rit	Ambulancerit met de hoogste prioriteit
ALS-ambulance	Advanced Life Support ambulance
ANW-uren	Avond, nacht en weekend uren, term wordt in dit kader gebruikt om voor de huisartsendiensten op de huisartsenpost
AZN	Ambulance Zorg Nederland
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
EHGV-rit	Eerste Hulp Geen Vervoer-rit van de ambulance
ELV-bed	Eerstelijnsverblijf-bed: bed voor kortdurend verblijf waarbij geen ziekenhuisopname nodig is
ETZ	Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis
FTE	Fulltime equivalent
FZO	Fonds Ziekenhuis Opleidingen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR-regio	Veiligheidsregio. GHOR staat voor Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de regio
HAP	Huisartsenpost
HAP-triagist	Triagist werkzaam op de huisartsenpost
IZZ	Ledencollectief voor mensen in de zorg
MKA-centralist	Centralist werkzaam op de Meldkamer Ambulancezorg
NAZB	Netwerk Acute Zorg Brabant

<b>PBL</b>	Planbureau voor de Leefomgeving
<b>PC4</b>	Viercijferige postcode
<b>RAV</b>	Regionale Ambulance Voorziening
<b>ROAZ</b>	Regionaal Overleg Ambulance Zorg
<b>SEH</b>	Spoedeisende Eerste Hulp van een ziekenhuis
<b>SEH-arts</b>	Arts opgeleid om te werken op de Spoedeisende Eerste Hulp van een ziekenhuis
<b>SEH-verpleegkundige</b>	Verpleegkundige opgeleid om te werken op de Spoedeisende Eerste Hulp van een ziekenhuis
<b>U0/U1/U2/U3/U4/U5-classificatie</b>	<p>Classificatiesysteem om urgentie van zorgvraag te duiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>U0= uitval ABCD – resuscitatie (reanimatie)</li> <li>U1= instabiele ABCD – direct levensgevaar (onmiddellijk)</li> <li>U2 = bedreiging ABCD of orgaanschade (zo snel mogelijk)</li> <li>U3= reële kans op schade/humane redenen (binnen enkele uren)</li> <li>U4= verwaarloosbare kans op schade (binnen een etmaal)</li> <li>U5= geen kans op schade (volgende werkdag)<sup>46</sup></li> </ul>
<b>UMC</b>	Universitair Medisch Centrum
<b>VVT</b>	Verpleeg- en Verzorgingstehuizen en Thuiszorg
<b>VWS</b>	Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>ZN</b>	Zorgverzekeraars Nederland

<sup>46</sup> <https://de-nts.nl/nts/basisprincipes-nts/>