



netwerk  
acute zorg  
NOORD-HOLLAND  
FLEVOLAND

# ROAZ-BEELD

## GOOI EN VECHTSTREEK / FLEVOLAND

DEEL I | OPLEGGER

Juni 2023

# ROAZ-beeld Gooi en Vechtstreek / Flevoland

## Ketenpartners en contactgegevens

### Ketenpartners



### Contactgegevens

#### Netwerk acute zorg Noord-Holland Flevoland (ROAZ-regio)

Voorzitter: Mark Kramer

Adviseurs: Marie-Fleur van der Steeg & Tom Fresen

Mailadres: [roaz@amsterdamumc.nl](mailto:roaz@amsterdamumc.nl)

#### Coördinerend zorgverzekeraar: Zilveren Kruis

Naam: Jan-Willem Hofman & Tamara van Beek (Zilveren Kruis)

Mailadres: [Jan-Willem.Hofman@zilverenkruis.nl](mailto:Jan-Willem.Hofman@zilverenkruis.nl)

Mailadres: [tamara.van.beek@zilverenkruis.nl](mailto:tamara.van.beek@zilverenkruis.nl)

#### Programmacoördinator TAZK Gooi en Vechtstreek / Flevoland

Naam: Dennis Thuis

Mailadres: [D.Thuis@ggdflevoland.nl](mailto:D.Thuis@ggdflevoland.nl)

Naam: Emil Hofstra

Mailadres: [e.hofstra@ggdgv.nl](mailto:e.hofstra@ggdgv.nl)

# Inhoudsopgave

## DEEL I | DUIDING

1. Totstandkoming
2. Duiding
3. Belangrijkste uitdagingen / thema's
4. Verdieping per thema
  - A. Door- en uitstroom verbeteren
  - B. Personele capaciteit integraler en gezamenlijk oppakken
  - C. Preventie en zelfredzaamheid vergroten
  - D. Digitale gegevensuitwisseling goed inrichten
  - E. Psychische en mentale expertise sneller en eerder beschikbaar maken
  - F. Opdracht tot inbedding van zorgcoördinatie in de (sub-)regio

## DEEL II | KWANTITATIEVE BEELD EN CONCLUSIES

# 1. Totstandkoming

**Dit document is opgesteld naar aanleiding van het Integraal Zorgakkoord (IZA) waarin is afgesproken dat elke ROAZ-regio een ROAZ-beeld opstelt**

## **Uit de landelijk vastgestelde criteria ROAZ-beeld**

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

Het ROAZ-beeld geeft inzicht in enerzijds de capaciteit van de 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.

## **Aparte beelden voor Gooi- en Vechtstreek en Flevoland**

In het ROAZ Noord-Holland en Flevoland is gekozen het ROAZ-beeld en ROAZ-plan subregionaal op te stellen. Dit document bevat het ROAZ-beeld voor de subregio Gooi- en Vechtstreek / Flevoland. Omdat Gooi- en Vechtstreek en Flevoland geografisch uit meerdere, niet aaneengesloten gebieden bestaan en de ketenpartners aangaven dat de populatie en regionale dynamiek nogal verschilt, zijn op hun verzoek aparte ROAZ-beelden uitgewerkt: één voor Gooi- en Vechtstreek en één voor Flevoland.

## **Context**

In ROAZ-regio Noord-Holland/Flevoland wordt het ROAZ-beeld uitgewerkt langs de lijnen van het ROAZ-brede programma Toekomstbestendige Acute Zorgketen (TAZK). Het document is tot stand gekomen in samenwerking met de regionale ketenpartners, in afstemming met de LNAZ, het RIVM, de NZa, Sigra, Flever en het capaciteitsorgaan.

## **Relatie met andere documenten**

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

regio uitgewerkt in het Regiobeeld, dat voor het niet-acute deel van de zorg samen met gemeenten en sociaal domein wordt opgesteld.

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

## **Toekomstverkenning**

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

## 2. Duiding

### Van cijfers naar gedeeld beeld

#### Duiding

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

Deel 1 van dit document bestaat daarom uit de grootste thema's (uitdagingen) die onderschreven worden door de ketenpartners voor de acute zorg in de regio Noord-Holland Noord. Deze thema's zijn geïdentificeerd en aangescherpt aan de hand van twee duidingsessies. Deze duiding is de oplegger bij het kwantitatieve beeld, aangevuld met alle kennis en ervaring van alle zorgpartners in de regio.

#### Cijfers apart, duiding samen

Hoewel de cijfermatige kant van het ROAZ-beeld voor Gooi- en Vechtstreek en Flevoland apart is uitgewerkt in twee beelden, is er bewust voor gekozen de duiding ervan gezamenlijk te doen. Op die manier konden onderling overeenkomsten en verschillen inzichtelijk worden gemaakt, wat leerzaam bleek, en het kenmerkte de start van een gezamenlijk proces in deze subregio. Daarnaast zijn de ontwikkelingen en uitdagingen die de acute zorgketen op zich af ziet komen, in de hele ROAZ-regio (en landelijk) globaal hetzelfde.

#### Geboortezorg en zorgcoördinatie

Gezien de brede en algemene strekking van het ROAZ-beeld is in deze fase besloten om de meer specifieke onderwerpen als geboortezorg en zorgcoördinatie in het vervolgproces richting ROAZ-plan mee te nemen.

#### Uitgangspunten

Vanuit het IZA zal middels het geduide ROAZ-beeld worden toegewerkt naar een ROAZ-plan per subregio. Het is de bedoeling dat in dit plan aan een handvol prioritaire opgaven uitgewerkt wordt in oplossingen.

Daarom is het duiden van de cijfers gedaan op basis van de volgende uitgangspunten:

- Identificeren van de belangrijkste opgaven voor deze subregio. Deze lijst is niet uitputtend en bevat de meest prangende uitdagingen waar deze subregio voor staat.
- In de duidingsfase wordt enkel gekeken naar de opgaven, mogelijke oplossingen volgen later.
- Hoewel deze lijst de meest prangende uitdagingen bevat, heeft er nog geen prioritering plaatsgevonden in welke volgorde aan deze opgaven gewerkt zal worden. Prioritering volgt na inventarisatie van lopende initiatieven met betrekking tot deze opgaven.

#### Opgaven

Op de volgende dia's volgt een opsomming van de belangrijkste opgaven/uitdagingen in de subregio Gooi- en Vechtstreek/ Flevoland. Vervolgens wordt elke opgave inhoudelijk verder toegelicht.

De opgaven zijn zoveel mogelijk geconcretiseerd door te benoemen welk aspect van een probleem of ontwikkeling men zou willen beïnvloeden, om alvast voor te sorteren op de ontwikkeling van het ROAZ-plan.



### 3. Belangrijkste uitdagingen / thema's

#### Wat zijn de belangrijkste opgaven voor Gooi- en Vechtstreek/ Flevoland?

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



#### A. Door- en uitstroom verbeteren

Doorstroom en uitstroom bij ziekenhuizen verbeteren en het bij elkaar brengen van vraag en aanbod binnen zowel de VVT-zorg als de GGZ-zorg en de geboortezorg.



#### B. Personele capaciteit integraler en gezamenlijk oppakken

Gemeenschappelijke, samenhangende visie/beleid ontwikkelen op werven, werken, opleiden, continuïteit en behoud personeel over alle sectoren heen.



#### C. Preventie en zelfredzaamheid vergroten

- Normaliseren van de hulpvraag aan de voorkant/1<sup>e</sup> lijn en sociaal-maatschappelijke problematiek uit de zorg houden;
- Voorkomen van (onnodige) acute zorgvraag



#### D. Digitale gegevensuitwisseling goed inrichten

Verbeteren van informatie-overdracht en de beschikbaarheid van de juiste patiënten informatie. Inrichten van goede digitale gegevensuitwisseling tussen en binnen ziekenhuizen, VVT-instellingen, 1<sup>e</sup> lijn en sociaal domein.



#### E. Psychische en mentale expertise sneller en eerder beschikbaar maken

Van en binnen de gespecialiseerde GGZ, maar juist ook in de reguliere medische zorg en het sociaal/maatschappelijk domein.



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

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

# 4 - A. Door- en uitstroom verbeteren

## Bij elkaar brengen van vraag en aanbod in VVT-zorg, GGZ en geboortezorg



### Regioperspectief

#### Stagnatie ziekenhuis/VVT

Een kernonderdeel van de uitdagingen in de acute zorg in Gooi- en Vechtstreek / Flevoland vindt men het gebrek aan door- en uitstroom in de acute zorgketen. Wanneer er onvoldoende beschikbare bedden zijn in de VVT, kunnen patiënten het ziekenhuis niet verlaten. Daardoor ontstaat onvoldoende plek voor nieuwe patiënten op de afdelingen van het ziekenhuis, waardoor er geen patiënten meer kunnen worden opgenomen. Hierdoor komt ook de SEH-afdeling vol te liggen, die geen patiënten meer kwijt kan richting de afdelingen. Dit alles heeft als risico dat nieuwe patiënten met acute zorgvraag die hulp op sommige momenten niet of minder goed kunnen krijgen.

Problemen verplaatsen zich vervolgens naar huisartsen en HAP's.

#### Kwetsbare ouderen

Met name kwetsbare en comorbide ouderen spelen een rol in bovenstaande stagnatie. Hun zorgvraag is complex. De demografie Gooi- en Vechtstreek en Flevoland verschilt van elkaar: Flevoland heeft relatief minder ouderen (65-plussers) dan het gemiddelde in de ROAZ-regio; Gooi- en Vechtstreek heeft er méér dan het ROAZ-gemiddelde. Evengoed geven ketenpartners uit beide delen van de subregio aan dat zij het aantal ouderen op hun SEH de afgelopen jaren hebben zien toenemen en daarmee stagnatie in de door- en uitstroom. In Flevoland is een tekort aan huisartsen waardoor ouderen eerder naar de SEH komen en in Gooi- en Vechtstreek ziet men eveneens ouderen naar de SEH komen die eigenlijk andere zorg nodig hebben.

Bovendien zien beide delen van de subregio in de nabije toekomst een toename van het aantal ouderen (75-plussers) op zich afkomen. In Gooi- en Vechtstreek zal het aantal 75-plussers toenemen (met 19% naar 24% van de totale populatie in 2030). In Flevoland is de populatie weliswaar jonger (nu 15% 65-plussers), maar dit gaat eveneens toenemen naar 18% 2030. Met name in Almere groeit het aantal 75-plussers daarbij snel (met 74%). Dit heeft ook impact op de VVT en daarmee de huisartsen. Naast ziekenhuizen zijn zeker ook huisartsen veel tijd kwijt met het vinden van goede zorg voor ouderen. De VVT kampt met een tekort aan opvang voor mensen met psychogeriatrische problematiek, terwijl men deze zorgvraag ziet toenemen.

### GGZ

Niet enkel kwetsbare ouderen zorgen voor stagnatie in de acute zorgketen. Gebrek aan door- en uitstroom is een breder probleem. Ook binnen de GGZ ervaart men capaciteitsproblemen, met name door een gebrek aan hoogbeveiligde bedden, waardoor veel kosten voor beveiligers worden gemaakt. Ook is er onvoldoende verslavingszorg (deze mensen komen nu in de psychiatrie). Daarnaast zijn er onvoldoende oplossingen voor patiënten met dubbeldiagnoses (als naast psychiatrie ook nog andere zorg nodig is).

### Geboortezorg

Zowel Flevoland als Gooi- en Vechtstreek hebben in toenemende mate te maken met stops voor klinische verloskunde. Dit is een zorg, aan gezien het aantal geboorten naar verwachting zal stijgen met respectievelijk 23% en 21% in 2030.

### Wat vraagt dit van de (acute) zorgketen in Gooi- en Vechtstreek / Flevoland?

- Het 24/7 zeer goed bij elkaar brengen van vraag en aanbod in VVT-zorg. Hiervoor zien ketenpartners zorgcoördinatie als zeer belangrijke factor met betrekking tot het wegnemen van barrières op gebied van labelen/oormerken van bedden (en bijbehorende financiering): dit wordt gezien als randvoorwaardelijk. Dit vraagt daarom om 1) (nieuw en ander?) aanbod binnen de VVT; 2) beschikbaarheid van bedden binnen de VVT en 3) een evaluatieve analyse op de financiering.
- Het voorkomen van SEH-stops is de KPI van de doorstroom in de keten. Thema's waar aan gewerkt moeten worden zijn goede triage en gegevensoverdracht, onderlinge communicatie, verminderen zelfverwijzers, de HAP versterken in zijn rol als 'voorportaal' en samenwerking met de GGZ om mensen met gedragsproblematiek sneller de juiste zorg te bieden.
- Voorkomen van laagcomplexere zorg op SEH en HAP die elders verricht kan worden.

# 4 - B. Personele capaciteit integraler en gezamenlijk oppakken

Gemeenschappelijke, samenhangende visie en beleid op werven, werken, opleiden, continuïteit en behoud van personeel over alle sectoren heen.



## Regioperspectief

### Demografie

In Flevoland is de beroepsbevolking gelijk aan het ROAZ-gemiddelde, maar daarbij moet worden opgemerkt dat de Noordoostpolder een eigen beeld laat zien, met relatief meer jongeren en een kleinere en licht afnemende populatie in 2030. In Almere neemt de populatie naar verwachting toe, waarbij de beroepsbevolking met 6% stijgt in 2030 en tegelijkertijd het aantal ouderen fors toeneemt. Gooi- en Vechtstreek heeft een relatief kleine beroepsbevolking, deze zal 3% stijgen in 2030. In zowel Flevoland als Gooi- en Vechtstreek worden aanzienlijke tekorten verwacht in 2030 van het aantal huisartsen, gespecialiseerd verpleegkundigen zoals voor SEH, IC en obstetrie. Wetende dat de groep van ouderen (75-plussers) zal toenemen, wordt het gat tussen de werkende bevolking en het niet-werkende deel dat meer gebruik zal gaan maken van de acute zorgketen groter en neemt de druk toe.

### VVT

Daarnaast geeft de VVT-sector aan dat men nu al te kampen heeft met gebrek aan personeel, dit wordt vanuit de VVT zelfs als grootste probleem gezien voor de toekomst, want men verwacht dat deze tekorten zullen toenemen. Dit tekort geldt zeker ook in de wijkverpleging, terwijl die vaak wordt genoemd als mogelijke oplossing voor het voorkómen van acute zorg. Ook ziet men in de VVT met name een tekort ontstaan aan personeelsleden met een dermate opleidingsniveau dat zij gemandateerd kunnen worden voor het nemen van beslissingen over opnamen bij acute hulpvragen, vooral in avond-, weekend en nachturen. Dit helpt niet mee bij uitstroom vanuit het ziekenhuis of het vinden van plek door de huisarts.

### Samenwerken

Werven van meer personeel is ook in deze subregio geen haalbare oplossing. Personeel moet slimmer en anders worden ingezet, met aandacht voor het behoud van personeel. Dit begint al bij het opleiden en ook moet men anders gaan kijken naar wie welke inhoudelijke taken verricht. Dit

kunnen de sectoren en organisaties echter niet afzonderlijk bereiken: men zal hierin samen moeten optrekken en veel meer in gezamenlijkheid moeten gaan organiseren (zoals opleiden) en meer weten over elkaars specifieke kennis en competenties binnen de verschillende sectoren.

### Wat vraagt dit van de (acute) zorgketen in Gooi- en Vechtstreek / Flevoland?

- Het is nodig om een gemeenschappelijke visie en beleid op personeel over de sectoren heen te maken, waarbij:
  - o Opleiden gezamenlijk wordt georganiseerd en personeel qua taken flexibeler kan worden opgeleid;
  - o Mogelijkheden voor multidisciplinaire taakherschikking goed en zo breed mogelijk worden onderzocht, die potentieel veel kunnen opleveren;
  - o Vertrekkers worden behouden voor de zorg in brede zin (overstappen van de ene naar de andere zorgsector mogelijk maken). Dit biedt ook kansen voor het aantrekken en behouden van personeel;
  - o Inhuur van personeel niet in loondienst (PNIL) zou moeten worden beperkt t.b.v. kostenbeheersing;
  - o Adequate digitale gegevensuitwisseling zorgt voor minder administratieve taken (m.n. in de 1<sup>e</sup> lijn);
  - o Het verhogen van VVT opleidingsniveau zou randvoorwaardelijk moeten zijn om de naar huis verplaatste (ziekenhuiszorg) op te kunnen vangen.



# 4 - C. Preventie en zelfredzaamheid vergroten

## Normaliseren en voorkomen van de acute zorgvraag



### Regioperspectief

#### Zorgvraag ouderen

Zoals op de sheet over opgave A (Door- en Uitstroom verbeteren) al werd aangegeven, gaat het aantal 65- en 75-plussers in Gooi- en Vechtstreek en Flevoland naar 2030 toe verder toenemen. Met het toenemen van de leeftijd neemt ook de zorgbehoefte en acute zorgvraag toe. Ouderen blijven langer zelfstandig thuis wonen. In de praktijk ziet men in de spoedzorg regelmatig kwetsbare ouderen die in huis zijn gevallen. Daarnaast is de SEH met regelmaat de plek waar een kwetsbare oudere belandt omdat een andere soort zorg (bijvoorbeeld Eerstelijnsverblijf) niet voorhanden is, maar deze persoon ook niet thuis gelaten kan worden. Deze ouderen hebben vaak meerdere kwalen tegelijk (comorbiditeit). Het achterhalen van de zorgvraag en bepalen wat de juiste zorg is, is dan vaak complex, waardoor de capaciteitsbelasting van de spoedzorgketen door deze patiënten aanzienlijk is.

Belangrijk punt hierbij is dat ook de grote populatie van ouderen die nog geen (acute) zorgvraag hebben moet worden betrokken: de juiste ondersteuning vroeg in het proces voorkomt zorgvragen verderop in de keten.

#### Zorgvraag jongeren

Toch is de belasting van de acute zorgketen niet enkel te wijten aan ouderen: er is ook een maatschappelijke tendens zichtbaar waarbij jongere mensen niet goed lijken te kunnen inschatten wanneer een zorgvraag nou echt spoedeisend is en/of niet meer bereid te zijn hun schema aan te passen aan de dagzorg en dus de HAP of SEH zien als 'avondservice' waar zij recht op hebben.

#### Sociaal-maatschappelijke problematiek in de zorg

Huisartsen geven aan dat sociaal-maatschappelijke problematiek een zware wissel trekt op de zorgcapaciteit van de huisartsen en hun beschikbaarheid op andere vlakken. Patiënten met problemen die starten als sociaal-maatschappelijk en vervolgens escaleren, komen uiteindelijk ook in de spoedzorgketen terug. De juiste zorg op de juiste plaats is dus in dit verband nodig.

### Wat vraagt dit van de (acute) zorgketen in Gooi- en Vechtstreek / Flevoland?

- Het normaliseren van de (spoed)zorgvraag aan de voorkant en in de 1<sup>e</sup> lijn. Hiermee wordt bedoeld dat spoedzorg zoveel mogelijk enkel nog te maken krijgt met zorgvragen waarbij de inzet van spoedzorg gerechtvaardigd is. Er moet daarom op veel grotere schaal zelftriage worden ingezet en aan burgers worden uitgelegd wat spoed is en wat niet, en ook dat de spoedzorgketen echt enkel voor spoed bestaat.
- De zelfredzaamheid van mensen moet worden vergroot. Dit geldt zeker ook voor mantelzorgers.
- Een goede koppeling tussen 1<sup>e</sup> lijn en sociaal domein.
- Het voorkomen van de acute zorgvraag:
  - o Vanuit perspectief ziekenhuizen: Laagcomplexe zorg op HAP en SEH voorkomen, huisartsen vanuit ziekenhuizen meer ondersteunen, evenals mantelzorgers, zorg op externe locatie leveren en meekijken van specialisten op consult.
  - o Vanuit perspectief van ouderen: algemene ondersteuning van ouderen die (nog) niet ziek zijn en wel op zo'n manier dat ouderen verantwoord langer thuis kunnen blijven wonen. Escalaties naar medische zorg voorkomen door die ondersteuning van ouderen te benaderen zoals bijvoorbeeld consultatiebureaus voor kindzorg zijn ingericht. Ook is het belangrijk om gebruik te maken van collectiviteit onder ouderen door senioren met elkaar in contact te brengen om elkaar te helpen en zo een sociaal netwerk te vormen voor meer zelfredzaamheid. Daarnaast zijn er denkrichtingen; VVT meer de wijk in brengen en digitale zorg.

# 4 - D. Digitale gegevensuitwisseling goed inrichten

Verbeteren van informatie-overdracht, beschikbaarheid van de juiste patiënteninformatie en digitale gegevensuitwisseling tussen sectoren en sociaal domein.

## Regioperspectief

### *Digitale gegevensuitwisseling is randvoorwaardelijk*

In de acute zorgketen is een snelle, betrouwbare en volledige overdracht van gegevens randvoorwaardelijk voor een toekomstbestendige acute zorgketen. Tijdens de duidingssessies werd digitale uitwisseling van gegevens dan ook meerdere keren ter sprake gebracht, omdat men hier ruimte ziet voor verbetering of het ontbreken hiervan. Dit raakt aan verschillende aspecten van de spoedzorg, van (het voorkomen van) instroom tot uitstroom:

### *Vlottere doorstroming in de keten*

Het ontbreken van de juiste relevante informatie voor, tijdens maar ook na het acute zorgproces zorgt ervoor dat er moet worden gezocht naar en gewacht op gegevens. Dit alles vertraagt het proces in de keten.

### *Goede en passende zorg*

Wanneer goede en tijdige digitale gegevensuitwisseling plaatsvindt, beschikken behandelaren op het juiste moment over belangrijke informatie waarmee men de zorgvraag sneller helder kan krijgen en waardoor ook eerder de juiste zorg kan worden ingezet. Dit betekent niet alleen betere zorg, maar ook passender zorg. Hierbij kan worden gedacht aan een actueel medicatie-overzicht vanuit het Landelijk Schakelpunt (LSP), beeldvorming of meetwaarden die elders zijn verkregen zodat er geen dubbele diagnostiek plaatsvindt, of inzicht voor de huisarts in dossiers vanuit het sociaal domein, VVT of GGZ zodat escalatie wellicht eerder kan worden voorkomen.

### *Inzicht in capaciteit en zorgcoördinatie*

Verschillende sectoren noemden inzicht in elkaars capaciteit als randvoorwaardelijk voor het goed op elkaar kunnen laten aansluiten van vraag en aanbod tussen de schakels in de acute zorgketen en daarmee voor zorgcoördinatie.

### *Verminderen administratieve werkdruk in zorgketen, m.n. 1<sup>e</sup> lijn*

Vaak moeten gegevens handmatig worden overgenomen in de verschillende dossiers die op verschillende plekken over dezelfde patiënt bestaan, ook in het sociaal domein. Vooral huisartsen gaven aan dat dit een aanzienlijke administratieve belasting geeft en werkplezier negatief beïnvloedt.

### **Wat vraagt dit van de (acute) zorgketen in Gooi- en Vechtstreek / Flevoland?**

- Uitwisseling van informatie over systemen en sectoren heen, zoals bijvoorbeeld Zorgdomein, waardoor alle relevante patiëntgegevens beschikbaar zijn op de plek waar de patiënt zich ook daadwerkelijk bevindt.
- LSP-dekking verbeteren
- Zorgen dat alle ziekenhuizen, verloskundigen en VVT-instellingen zijn aangesloten op en/of werken met LPZ (Landelijk Platform Zorgcoördinatie).
- Gegevensuitwisseling volgens de standaarden van landelijk programma Met Spoed Beschikbaar.
- Goed en snel kunnen uitwisselen van acute beeldvorming.

# 4- E. Psychische en mentale expertise sneller en eerder beschikbaar maken

**Van en binnen de gespecialiseerde GGZ, maar juist ook in de reguliere medische zorg en het sociaal/maatschappelijk domein.**

## Regioperspectief

Ook in de GGZ worden in beide delen van de subregio voor 2030 een toenemende zorgvraag (bij mensen van 18 jaar en ouder), een toenemend aantal crisisbeoordelingen en aanzienlijk tekort aan personeel voorspeld. Acute GGZ is bij uitstek een vorm van zorg waarbij de aantallen niet hoog zijn, maar de impact ervan binnen de acute zorgketen is groot. Bijvoorbeeld van een agressieve patiënt met gedragsproblemen die op de SEH terechtkomt, of de politie, wijkteams of ambulance die te maken krijgen met een verward persoon op straat. In de huidige situatie neemt acute GGZ veel tijd en moeite in beslag, wat de capaciteit in de acute zorgketen niet ten goede komt. De grote wachtlijsten binnen de GGZ veroorzaken problemen, waardoor acute hulpvragen niet (snel) kunnen worden behandeld.

### *Zicht op het grotere geheel ontbreekt*

Men benoemt in de acute GGZ de neiging om onvoldoende naar het grotere geheel te kijken wanneer wordt beslist om een bepaalde vorm van GGZ-zorg wel of niet meer aan te bieden. Dit brengt cascade-effecten met zich mee die vervolgens ook weer moeten worden opgelost. Zo constateert de GGZ dat er beslissingen zijn genomen waardoor nu beveiligde plekken voor 'zwaardere' crisis ontbreken, maar tegelijkertijd wèl verlangd wordt dat TBS-patiënten zo snel mogelijk terug naar huis gaan. Op die manier ontbreekt een vangnet als het misgaat. Daarnaast worden hoge PNIL-kosten gemaakt omdat er beveiliging moet worden ingehuurd. Dit betekent slechtere zorgkwaliteit en hogere kosten en verplaatsen problemen zich, waardoor politie en wijkteams vaker te maken krijgen met de problematiek die hieruit voortvloeit.

### *Dubbeldiagnoses tussen wal en schip*

Zoals de acute GGZ en de overige zorg nu zijn georganiseerd (en gefinancierd), kunnen/mogen sectoren steeds één vorm van zorg geven. De combinatie van psychiatrie en somatiek kan terecht op een Medisch Psychiatrische Unit in het ziekenhuis (al ontbreekt deze in Flevoland), maar wanneer

iemand naast psychiatrie ook nog andere hulp nodig heeft (bijvoorbeeld verslavingszorg), valt deze vaak tussen wal en schip omdat de verschillende hulp- of zorginstanties dan naar elkaar gaan wijzen om de patiënt te behandelen. Daarnaast benoemt men in Gooi- en Vechtstreek dat patiënten die op de PAAZ komen, vaak niet worden teruggenomen door de ziekenhuizen waar ze vandaan komen.

## Wat vraagt dit van de (acute) zorgketen in Gooi- en Vechtstreek / Flevoland?

- Psychische/mentale expertise sneller en eerder en vroeger beschikbaar maken, zowel binnen gespecialiseerde GGZ maar juist ook reguliere medische zorg en het sociaal-maatschappelijk domein:
  - o Aan patiënten zelf (op tijd hulp en normaliseren van de psychische hulpvraag bij burgers)
  - o Aan hulp- en zorgverleners: ook zij hebben vaak moeite om in te schatten in welke situaties GGZ acuut nodig is en wanneer niet. Het vergroten van expertise en ervaring op dit gebied is erg belangrijk, geeft meer comfort aan zorg- en hulpverleners en kan helpen om de vraag naar acute GGZ te verminderen.
- Er is een relatief kleine groep psychiatrische patiënten die voor aanzienlijke overlast zorgt. Dit vraagt veel tijd van alle betrokken ketenpartners. Er kan hierbij bijvoorbeeld gekeken worden naar samenwerking met gemeenten.
- Betere procesafspraken rond dubbele diagnoses (voorkomen dat iemand met hulpvraag niemands patiënt is).

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



## Regioperspectief

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

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

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, ELV en acute wijkverpleging. 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 vraagt dit van de acute zorgketen in Gooi- en Vechtstreek / Flevoland?

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

Hoe dit echter vorm zal krijgen is van veel factoren afhankelijk. De regio bestrijkt een geografisch groot gebied, meerdere provincies en kent zowel grootstedelijke als landelijke gebieden. Ook is er in de regio Gooi- en Vechtstreek / Flevoland al sprake van meerdere samenwerkingsverbanden zoals een coördinatiepunt VVT en pilot zorgcoördinatie heeft waardevolle inzichten opgeleverd.

Kortom, wat betreft zorgcoördinatie dient er nog veel te worden uitgezocht en onderzocht om te bepalen hoe de opdracht van het ministerie van VWS vorm krijgt in Noord-Holland en Flevoland en daarmee ook in de subregio's. Duidelijk is dat dit geen subregionale aangelegenheid is, maar de kenmerken van elke subregio hier wel een plek in moeten krijgen. Verder geldt als uitgangspunt dat de inrichting van zorgcoördinatie in deze regio moet leiden tot de genoemde doelstellingen, gebruikmakend van reeds opgedane ervaringen. Alleen dan is het van toegevoegde waarde.



netwerk  
acute zorg  
NOORD-HOLLAND  
FLEVOLAND

# ROAZ-BEELD

## FLEVOLAND

DEEL II | KWANTITATIEF BEELD EN CONCLUSIES

juni 2023

# Inhoudsopgave

## DEEL I | DUIDING

## DEEL II | KWANTITATIEVE BEELD EN CONCLUSIES

1. **Samenvatting en conclusies**
  1. [Samenvatting en conclusies](#)
  2. [Acute ketenstromen ROAZ NH/FL 2022](#)
2. **Demografie**
  1. [Demografie](#)
  2. [Sociaal economische klasse](#)
3. **Zorggebruik en zorgaanbod 2022 – 2030**
  1. [Berekening toekomstverkenning](#)
  2. [Rekenmodel FZO-beroepen](#)
  3. [Huisartsenposten](#)
  4. [Ambulancedienst](#)
  5. [Ziekenhuis](#)
  6. [Acute GGZ](#)
  7. [Farmaceutische spoedzorg](#)
  8. [Acute VVT](#)
4. **Bijlagen**
  1. [Gebruikte bronnen](#)
  2. [Extra tabellen en figuren](#)
  3. [Regioplus arbeidsmarktvragestuk](#)
  4. [Zorgaanbieders, lopende initiatieven, lopende programma's en bestaande gremia](#)
  5. [ROAZ-structuur](#)
  6. [Colofon](#)

### Lijst met afkortingen

#### Subregio's

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



# 1. Samenvatting en conclusies



# 1.1 Conclusies en samenvatting

## Samenvatting en conclusies per onderwerp

### Demografie

- De subregio Flevoland heeft ten opzichte van het ROAZ-gemiddelde relatief **minder 65+'ers (15% t.o.v. 18%)**. Het aandeel ouderen en daarmee de groep met de hoogste zorgvraag stijgt in 2030 tot 18%. De **stijging** is vooral te zien bij de groep **75+ (+56%)**.
- De beroepsbevolking (20-65 jr) is gelijk aan het ROAZ-gemiddelde. In 2030 zal de beroepsbevolking stijgen (+5%), maar minder dan de totale bevolking (+9%).
- De algemene bevolking stijgt en ook na 2030 fors verder van 434.000 in 2022, via 472.000 in 2030 tot 557.000 in 2050.
- De bevolking in de NO-polder wijkt af van het totaal in Flevoland. Er zijn meer jongeren en de beroepsbevolking is kleiner. De totale omvang van de **bevolking in de NO-polder is dalende** (-0,4 in 2030).
- De bevolking van **Almere groeit tot 2030 met 11%**. De groei zit voor een groot deel bij de ouderen. De populatie 65-75 jaar stijgt met 36% de populatie **75+ zelfs met 74%**. De beroepsbevolking stijgt ook maar veel minder (+6%).

### HAP

- De subregio Flevoland heeft een lager aantal HAP contacten (219) per inwoner in vergelijking tot de totale ROAZ regio NH-FL (246).
- Het aantal HAP contacten is het hoogst voor de leeftijdsklasse 75 jaar en ouder (390).
- Op basis van de demografische ontwikkelingen is een toename te verwachten van het aantal HAP contacten voor 2030 van **9%** en stijgt het nog verder door richting 2050 (28%). Voor de **leeftijdsklasse 75+** betekent dit een stijging van **56% in 2030**.
- De **telefonische bereikbaarheid voldoet niet aan de normen** van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Onduidelijk is in hoeverre dit van invloed is op onnodige instroom op de SEH.
- Op basis van de demografische ontwikkelingen waarin leeftijdsgroepen (0-19 jr, 20-74 jr, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een toename te verwachten van het aantal **HAP contacten t/m 2030 van 10,5%**. Voor de leeftijdsklasse 75+ betekent dit een **stijging van 56% t/m 2030**.
- De zorgvraag in de **huisartsenzorg neemt** in de ROAZ-regio tot 2030 **toe** met 16%.
- Voor de gehele ROAZ-regio wordt voor de huisartsenzorg in 2030 een tekort voorspeld van 900 medewerkers (-12%).



# 1.1 Conclusies en samenvatting

## Samenvatting en conclusies per onderwerp

### RAV

- Het totaal aantal ritten in de subregio FL is in 2022 ten opzichte van 2019 **gestegen met 16%**.
- 24% van de A1 en A2 ritten wordt naar het Flevoziekenhuis gereden, de andere ritten hebben een ander ziekenhuis als bestemming.
- Het aantal ritten per inwoner ligt even hoog als in de totale ROAZ regio (65).
- Het aantal ritten per inwoner (274) is in **leeftijdsklasse 75+ het hoogst** van alle subregio's.
- 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 18,6% t/m 2030. Met name de groep **75+ stijgt sterker met 56% in 2030**.
- Het Capaciteitsorgaan gaat uit van een stijging van 19% van het aantal FTE ambulance verpleegkundigen in 2029 in de gehele ROAZ-regio.

### SEH

- De regio FL heeft **minder SEH-bezoekers per inwoner (56)** in vergelijking met de totale ROAZ regio (108).
- Gezien de grote afstanden naar het Flevoziekenhuis vanuit het Noordoostelijke deel van Flevoland en de beschikbaarheid van andere ziekenhuizen die voor deze inwoners veelal dichterbij zijn, zal een groot deel van de acute zorg voor deze inwoners niet worden geleverd door het Flevoziekenhuis, maar door SEH's buiten Flevoland. Vanuit het adherentiegebied van het Flevoziekenhuis worden vrijwel alle A1 en A2 ritten naar het Flevoziekenhuis gereden.
- Het aantal SEH bezoeken per inwoner is het grootst voor de leeftijdsklasse 75+ (109).
- Ten opzichte van het laatste jaar voor COVID (2019) is het **aantal SEH-bezoeken gedaald met 1,7%**. De totale bevolking in Flevoland nam in dezelfde periode toe met 9%.
- Op basis van de demografische ontwikkelingen waarin leeftijdsgroepen (0-19, 20-74, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een **toename** te verwachten van het aantal **SEH-bezoeken tot en met 2030 van in totaal 12,9%**. De stijging is het sterkst voor de groep 75+ (56%).
- De subregio FL (38%) heeft in vergelijking tot het hele ROAZ gebied NH-FL (31%) een **groter aandeel** SEH bezoeken in de **urgentieclassen 4 en 5**. Dit aandeel in met name urgentieklasse 4 is ten opzichte van 2019 gestegen met 6% binnen de regio FL.
- De regio FL/GV kent t.o.v. het ROAZ-gemiddelde minder SEH-stops. Er is in de afgelopen jaren wel een duidelijke stijging te zien.
- In 2029 zal het tekort aan SEH-verpleegkundigen in 2022 (-10 FTE) iets teruglopen naar een tekort van -7 FTE.



# 1.1 Conclusies en samenvatting

## Samenvatting en conclusies per onderwerp

### IC

- De regio heeft iets meer IC-zorg per hoofd van de bevolking van 45 jaar en ouder.
- In 2022 is er al een behoorlijk tekort aan IC-verpleegkundigen. Dit tekort loopt hard op. In 2029 verwacht het Capaciteitsorgaan een tekort van 23 FTE IC-verpleegkundigen in de regio FL (**63% 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 19% gedaald.
- De norm om 90% van de multitrauma patiënten te behandelen in een level 1 traumacentrum wordt in de ROAZ-regio ruim niet gehaald.
- Voor anesthesiemedewerkers en operatie-assistenten zijn er in 2029 **grote tekorten** met respectievelijk 37% en 26% tekort t.o.v. van de arbeidsvraag.

### Geboortezorg

- De subregio Flevoland / Gooi en Vechtstreek heeft in toenemende mate te maken met stops voor klinische verloskunde. In 2022 is het percentage gesloten opgelopen tot 15%.
- Het aantal geboortes stijgt in 2030 met 23%.
- Het huidige **tekort aan obstetrie-verpleegkundigen stijgt verder** en komt in 2029 uit op 36% van de arbeidsvraag.



# 1.1 Conclusies en samenvatting

## Samenvatting en conclusies per onderwerp

### Acute GGZ

- In de subregio Flevoland / Gooi en Vechtstreek zijn er minder beoordelingen per hoofd van de volwassen bevolking dan het gemiddeld over het gehele ROAZ-gebied.
- De meeste beoordelingen worden gedaan in de eigen beoordelingsruimte.
- De gemiddelde aanrijtijd bij U2 is 70 minuten. De norm van 90% binnen de 60 minuten wordt hiermee niet gehaald.
- In de regio GV/FL zijn er minder beoordelingen per hoofd van de volwassen bevolking dan het gemiddeld over het gehele ROAZ-regio.
- De **zorgvraag in de GGZ-sector neemt in de ROAZ-regio tot 2030 toe met 9%**.
- Voor de gehele ROAZ-regio wordt voor de GGZ-sector in 2030 een **tekort voorspeld van 1.800 medewerkers (-10%)**.

### Acute VVT

- Het aantal ouderen 75+ stijgt van 2022 tot 2030 met 56%. Dit zal bij ongewijzigd beleid leiden tot een even zo grote toename van de zorgvraag in deze regio.
- In de subregio Flevoland wordt er in vergelijking tot de rest van de ROAZ-regio voor **ELV laag complex veel** zorg ingezet ten opzichte van het aantal ouderen (75+) en voor **ELV hoog complex weinig**.
- Tussen de verschillende organisaties bestaan grote verschillen in gemiddeld aantal ligdagen voor de ELV en WLZ-crisis bedden.
- **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%)**.

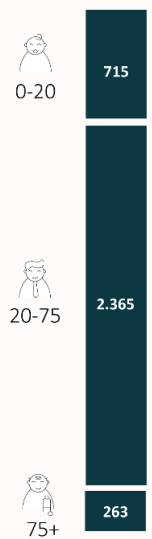


# 1.2 Acute Ketenstromen ROAZ NH/FL 2022



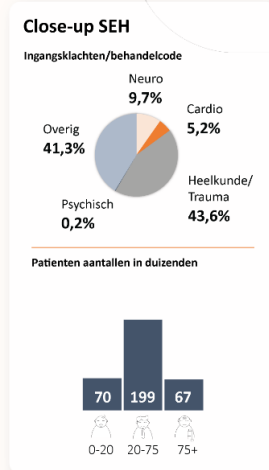
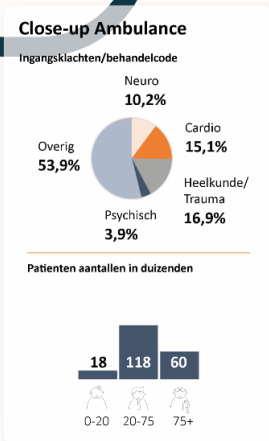
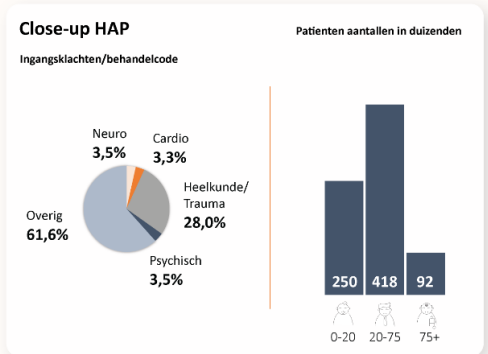
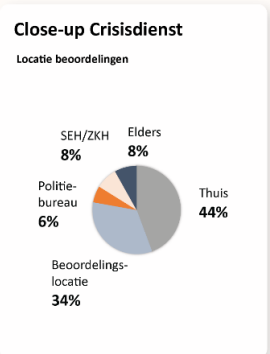
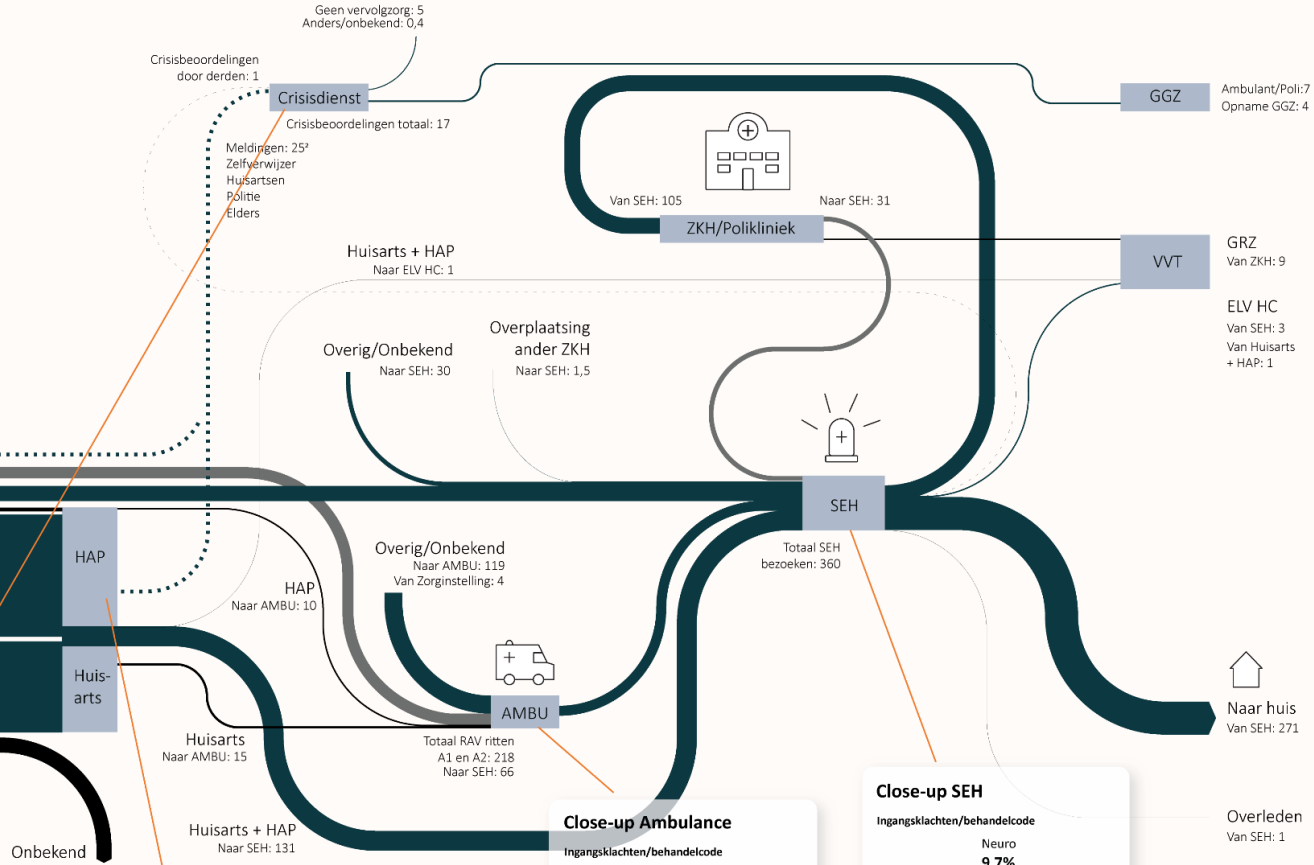
## Patienten flow ROAZ NH/FL 2022 In duizenden (x1.000)

Bevolking 2022 ROAZ NH/FL



Patient met acute zorgvraag

Meldingen crisisdienst: 25  
Zelfverwijzer AMBU: 74  
Zelfverwijzer SEH: 100  
Zelfverwijzer HAP: 25  
Geen zelfverwijzer HAP: 804  
Zelfverwijzer Huisarts: 600  
Digi Zelftriage: 100



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

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



# 1.2 Acute Ketenstromen ROAZ NH/FL 2022-2030

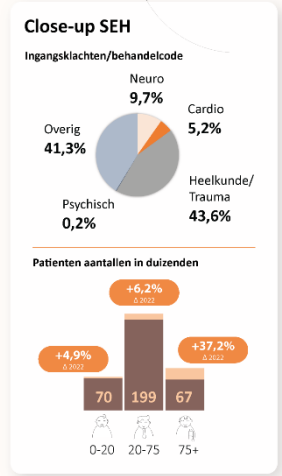
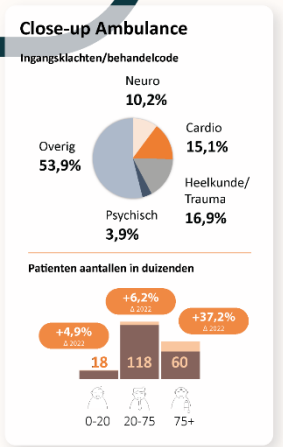
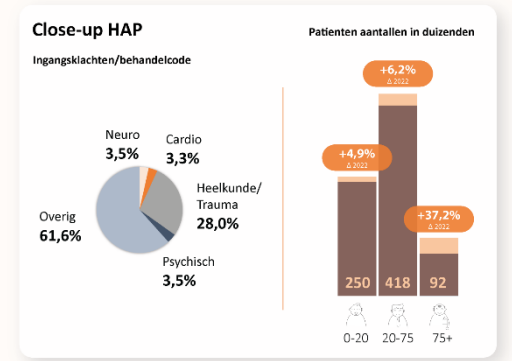
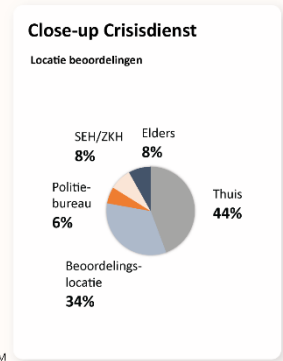
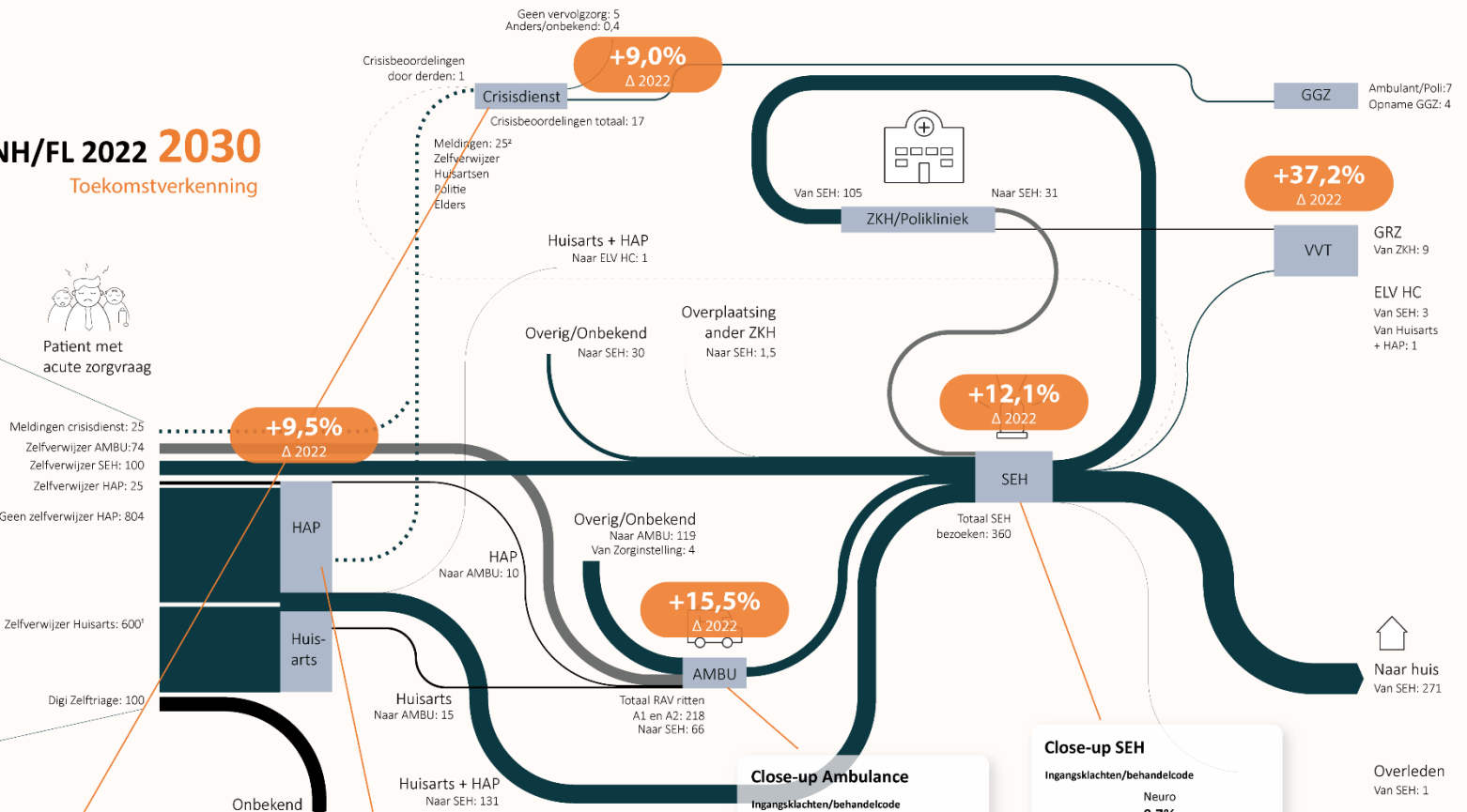
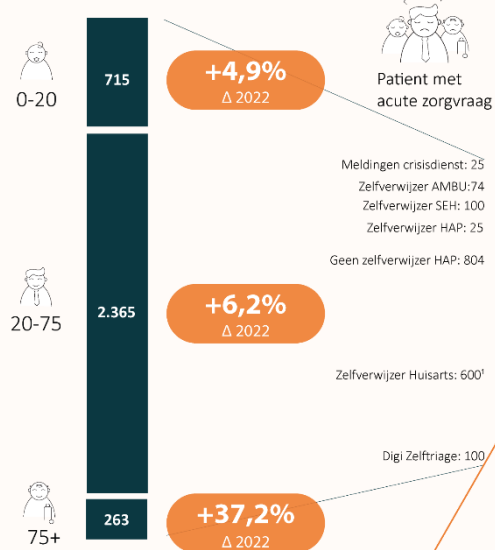


## Patienten flow ROAZ NH/FL 2022 2030

In duizenden (x1.000)

Toekomstverkenning

Bevolking 2022 ROAZ NH/FL



- 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.

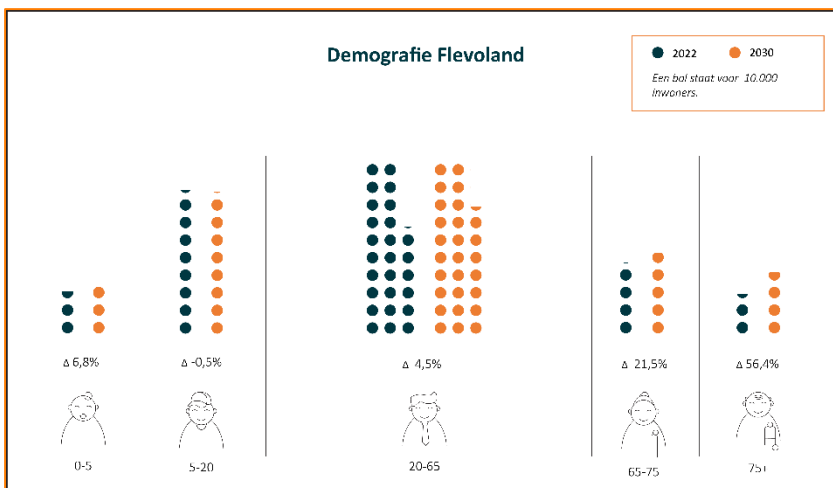
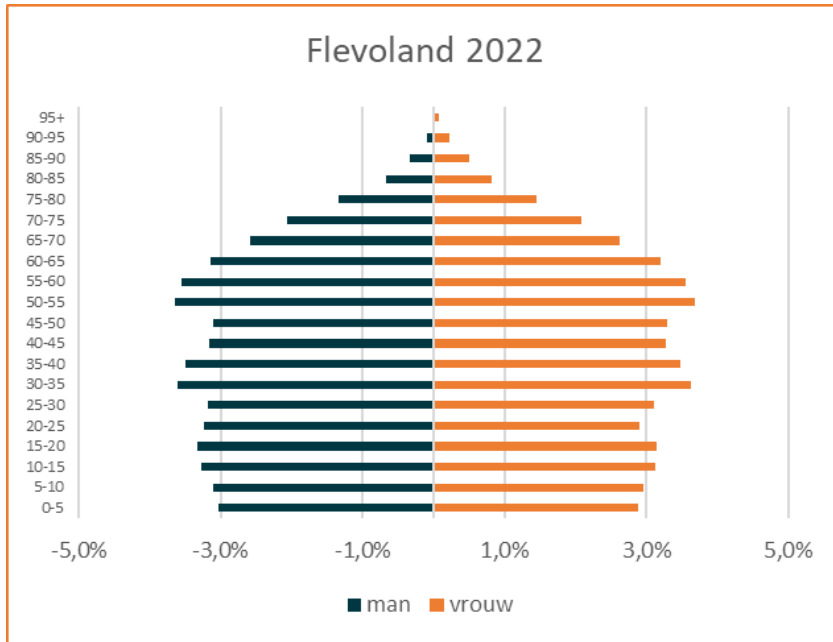
Lijndikte 2,5 pt staat voor 25.000 patiënten  
1 Schatting o.b.v. NZA data aangeleverd door het RIVM  
2 Meldingen GGZ instroom niet volledig



## 2. Demografie



## 2.1 Demografie



De subregio FL (Flevoland) heeft ten opzichte van het ROAZ-gemiddelde een kleiner aandeel 65+'ers (15% t.o.v. 18%). Het aandeel ouderen en daarmee de groep met de hoogste zorgvraag stijgt in 2030 tot 18%. De stijging is vooral te zien bij de groep 75+ (+56%).

De beroepsbevolking (20-65) is gelijk aan het ROAZ-gemiddelde. In 2030 zal de beroepsbevolking stijgen (+5%), maar minder dan de totale bevolking (+9%).

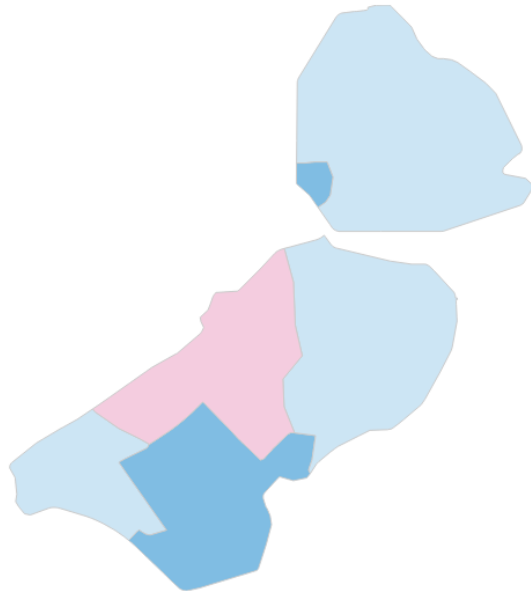
De algemene bevolking stijgt ook na 2030 fors verder van 434.000 in 2022, via 472.000 in 2030 tot 557.000 in 2050.

De bevolking in de NO-polder wijkt af van het totaal in Flevoland. Er zijn meer jongeren en de beroepsbevolking is kleiner. De totale omvang van de bevolking in de NO-polder is dalende (-0,4% in 2030).



## 2.2 Sociaal economische klasse

SES-WOA in 2019



Bron: CBS



### Sociaaleconomische status (SES-WOA) per regio

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

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

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





### 3. Zorggebruik / zorgaanbod 2022 - 2030

## 3.1 Berekening toekomstverkenning

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



## 3.2 Rekenmodel FZO-beroepen

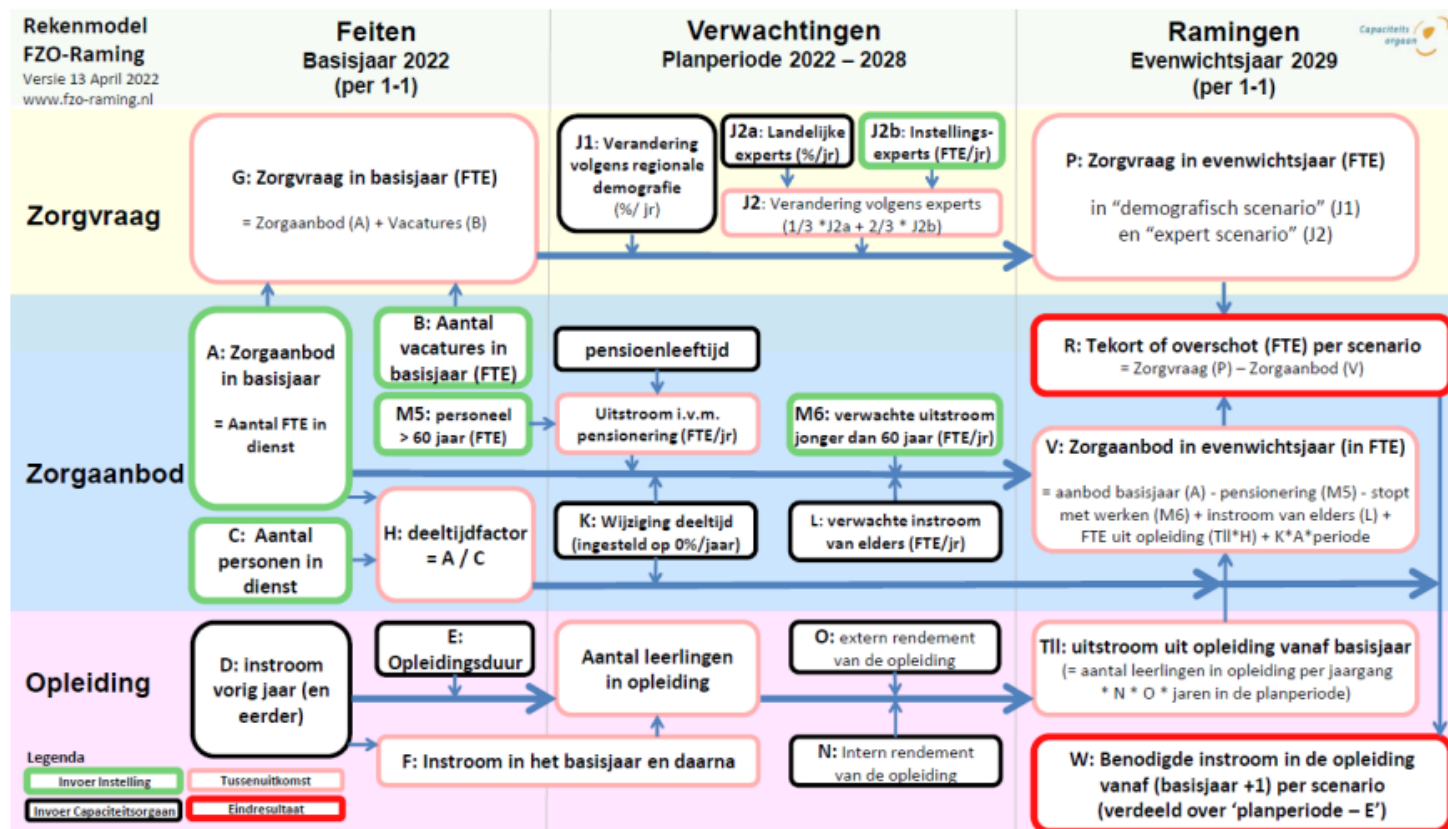
Het Capaciteitsorgaan gebruikt bij de berekening van benodigd personeel en de tekorten daarbij het bijgaand model.

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

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

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

**Figuur 1: Rekenmodel FZO-beroepen**





## 3.3 Huisartsenpost (HAP)

### HAP's Flevoland

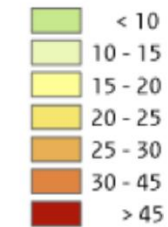
- HAP Almere (ANW)
- Medrie
  - HAP Lelystad (ANW)
  - Dienstenstructuur Dronten (AW)
  - HAP Emmeloord (ANW)
  - Triagepost Zwolle

De HAP van Almere is gelokaliseerd bij de SEH van het ziekenhuis.  
De overige zijn dat niet.

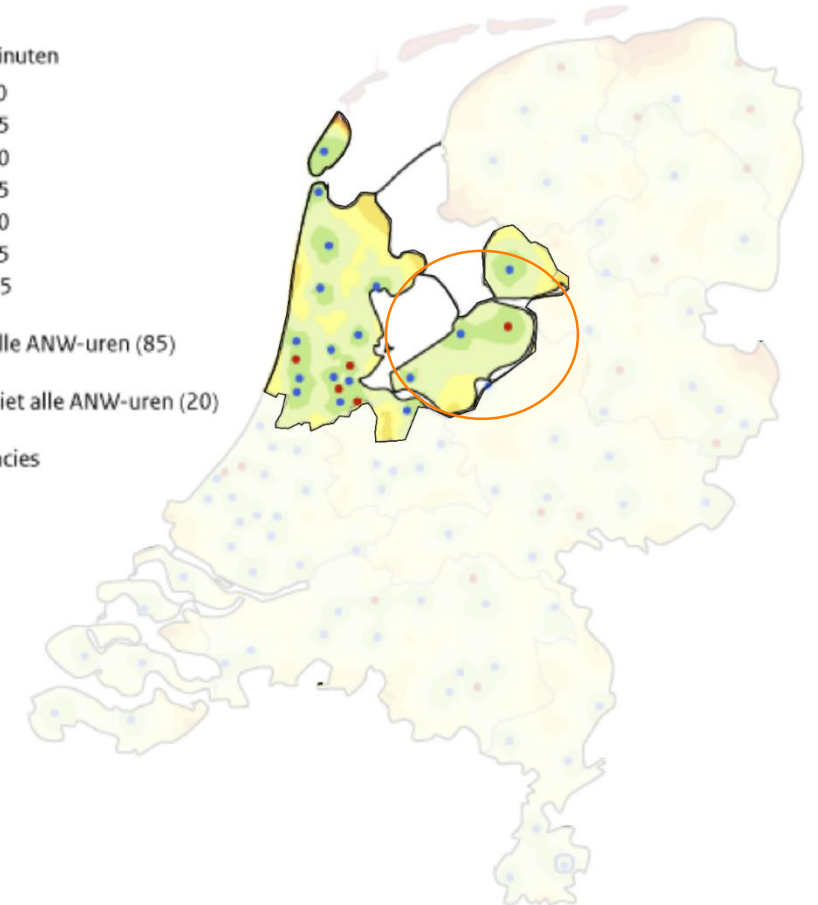
### Reistijd naar dichtstbijzijnde huisartsenpost

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

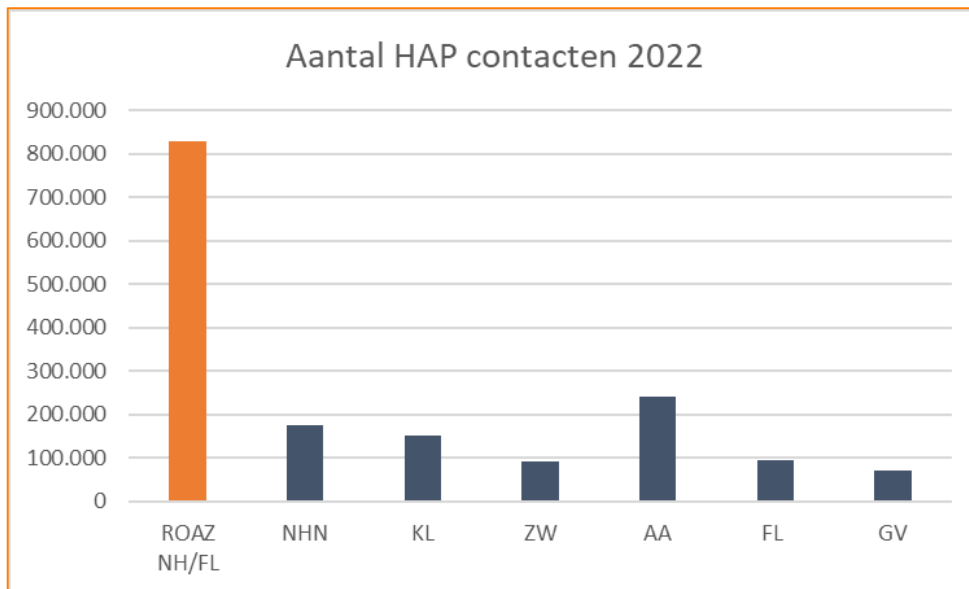
### Bron en type gegevens zorggebruik HAP's

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).

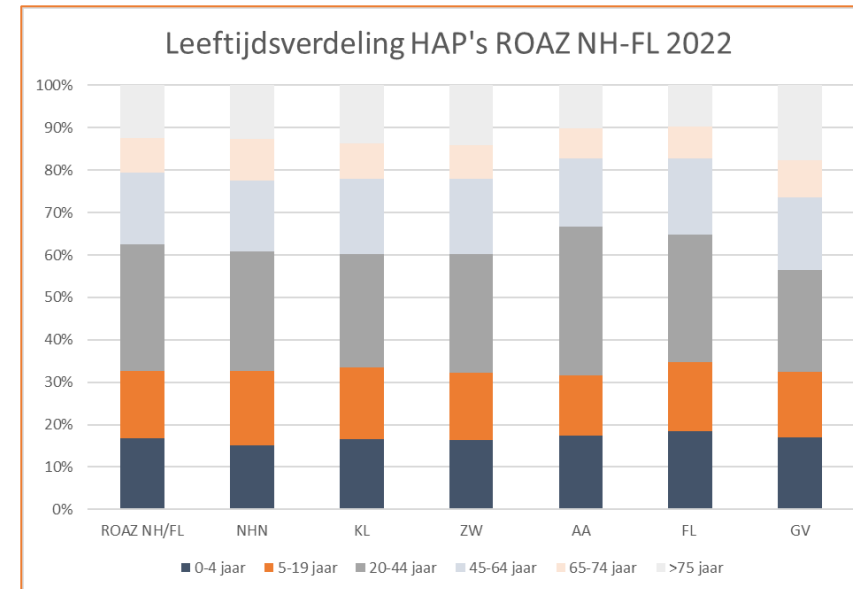
De subregio Flevoland verwerkte in 2022 95.366 HAP contacten. Dit is 9% van alle HAP contacten in het ROAZ gebied NH-FL.

Tweederde van de HAP bezoekers is jonger dan 45 jaar. Het aandeel van HAP bezoekers in de leeftijdsklasse 75+ jaar ligt iets lager (10%) in vergelijking tot het ROAZ totaal (12%).

*De vergelijking van het aantal HAP contacten met 2019 is niet goed mogelijk vanwege een trendbreuk in de data door een verandering in de toewijzing van de telefonische consulten.*



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



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

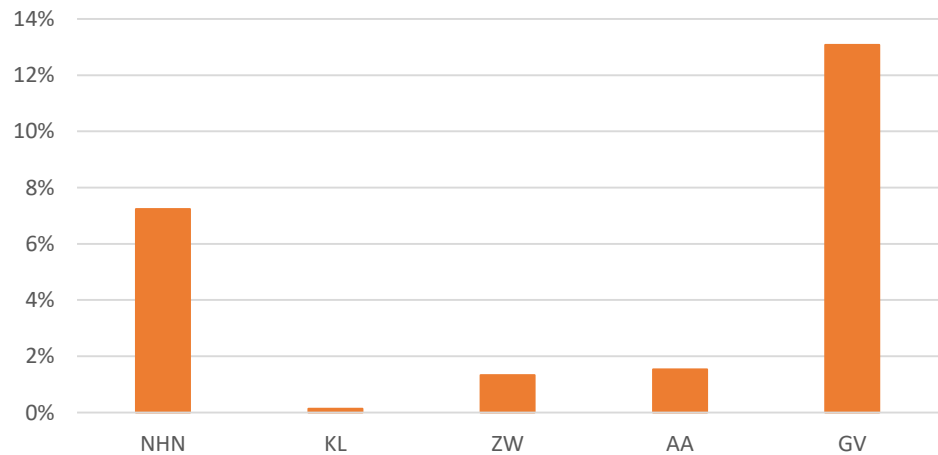


## 3.3.2 Zorggebruik HAP

De subregio FL heeft een lager aantal HAP contacten (219) per inwoner in vergelijking tot de totale ROAZ regio NH-FL (246).

Het aantal HAP contacten is het hoogst voor de leeftijdsklasse 75 jaar en ouder (390).

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

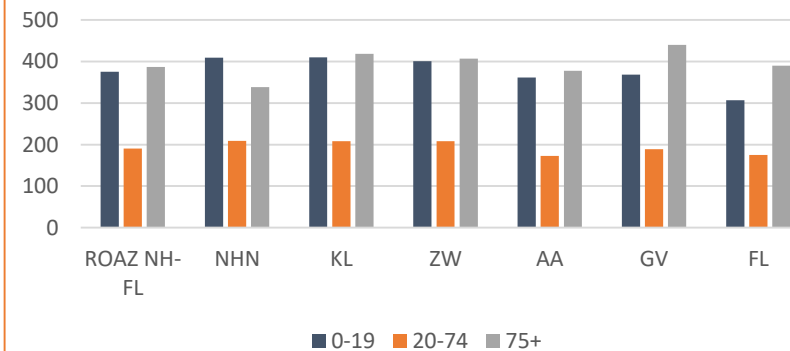


\*Flevoland kan niet worden getoond vanwege trendbreuk in de data t.o.v. 2019.

Aantal HAP contacten per 1000 inwoners 2022



Aantal HAP contacten per 1000 inwoners 2022 naar leeftijd



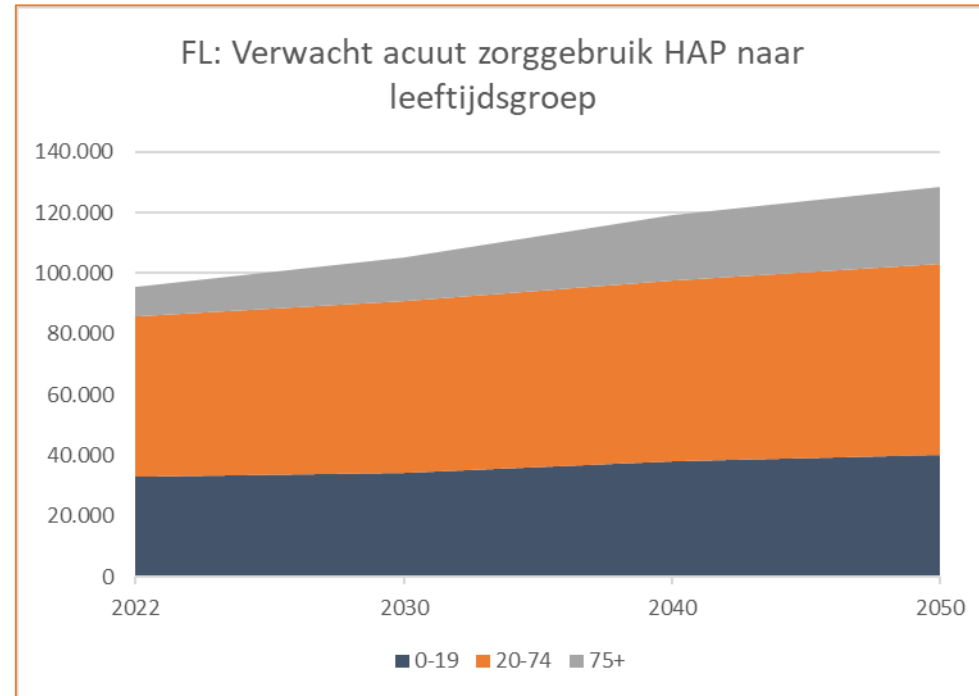
\*HAP West- Friesland kon geen gegevens uitgesplitst naar leeftijd aanleveren in 2022, dezelfde verdeling naar leeftijd is toegepast zoals aangeleverd in 2019.

\*\* De relatieve aantallen betreffen de aantallen per leeftijdscategorie t.o.v. het aantal inwoners in deze leeftijdscategorie



### 3.3.3 Verwacht zorggebruik HAP 2019 - 2050

Op basis van de demografische ontwikkelingen waarin leeftijdsgroepen (0-19 jr, 20-74 jr, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een toename te verwachten van het aantal HAP contacten t/m 2030 van 10,5%. Voor de leeftijdsklasse 75+ betekent dit een stijging van 56% in 2030.





### 3.3.4 Zorggebruik HAP

#### Urgentie

De subregio FL verwerkt in vergelijking tot het hele ROAZ gebied NH-FL procentueel meer contacten in urgentieklasse 3 (47% vs. 38%) en minder in 4 en 5 (38% vs. 44%).

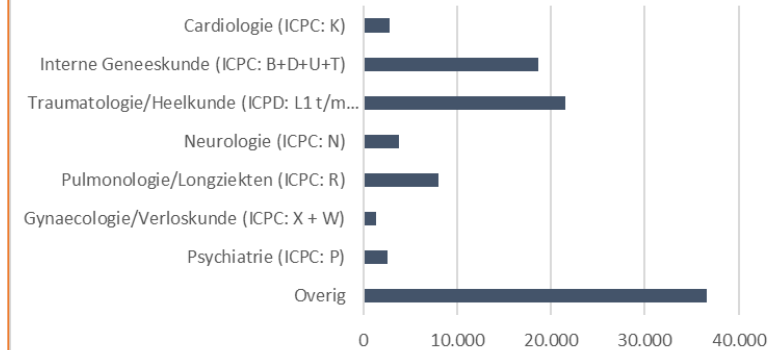
#### Type zorgcontact

Het aandeel consulten ligt met 47% boven het aandeel binnen de totale ROAZ regio NH-FL (41%). 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.

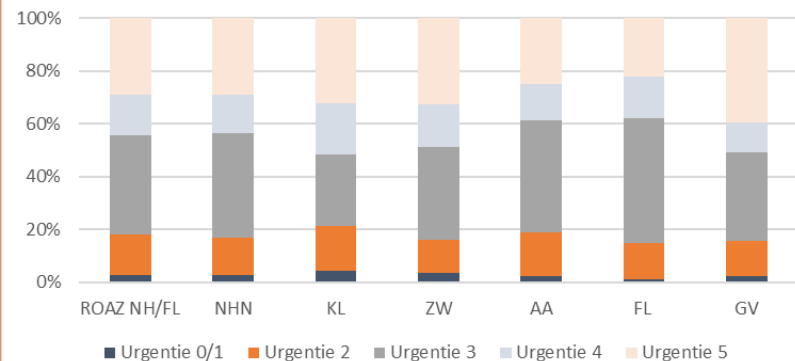
#### Werkdiagnose

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

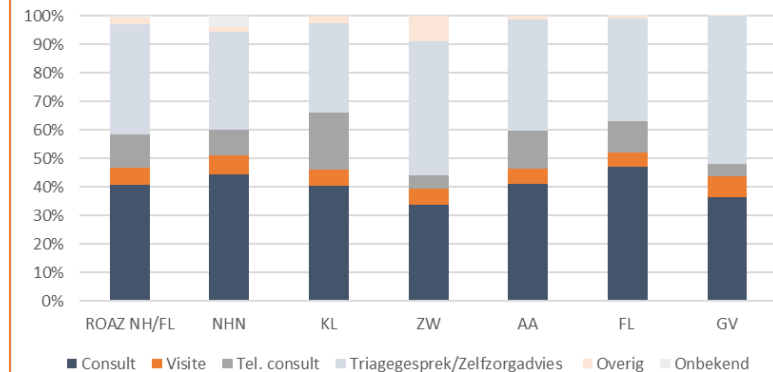
#### Werkdiagnose HAP's regio GV 2022



#### Urgentie's HAP's ROAZ NH-FL 2022



#### Type Zorgcontact HAP's ROAZ NH-FL 2022







## 3.3.5 Bereikbaarheid HAP

Digitale zelftriage (2022)			
	Zelftriage geïntegreerd op de website	Koppeling zelftriage met EPD HAP	aantal afgeronde zelftrialoges
<b>Flevoland</b>			
Almere	ja	nee	14.127
Medrie	nee	nee	nvt

Bereikbaarheid (2022)				
	KK 3.2.3 Norm: 98% tel. spoed binnen 30 seconden opgenomen	KK 3.2.4 Norm: 75% tel. nietspoed binnen 2 minuten opgenomen	KK 3.2.9 Norm: 98% U2 binnen 60 minuten ter plaatse	KK 3.2.8 Norm: 90% bereikbaarheid binnen 30 minuten
<b>ROAZ</b>	86% - 99%	11% - 74%	42% - 92%	100%
<b>Flevoland</b>				
Almere	99%	46%	85%	100%
Medrie	93%	25%	85%	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, maar 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 referentiescenario)					
Regio	Arbeidsvraag 2022	Toename 2030	Arbeidsvraag 2030	Arbeidsmarktsaldo 2030	Tekort % 2030
<b>ROAZ NH/FL</b>	<b>6.300</b>	<b>15,9%</b>	<b>7.300</b>	<b>-900</b>	<b>-12,3%</b>
NHN	1600	12,5%	1.800	-200	-11,1%
KL+Amstelland	1400	14,3%	1.600	-200	-12,5%
ZW	800	12,5%	900	-100	-11,1%
Amsterdam	1300	23,1%	1.600	-200	-12,5%
FL	500	20,0%	600	-100	-16,7%
GV	700	14,3%	800	-100	-12,5%

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

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

## 3.4 Ambulancezorg

### RAV Flevoland

#### Capaciteit

- Aantal parate ambulances in 2022: 15
- Standplaatsen (6):
  - Almere
  - Zeewolde
  - Lelystad
  - Dronten
  - Emmeloord
  - Urk
- Aangesloten bij meldkamer Flevoland/Gooi en Vechtstreek in Lelystad. Voorjaar 2025 gaat de meldkamer samen met de meldkamer in Utrecht verder als meldkamer Midden-Nederland, gevestigd in Hilversum.

#### Kwaliteit

- A1 inzetten binnen 15 minuten (norm 95%): 93%
- A1 CVA-inzet totaal binnen 45 minuten: 42% (landelijke streefwaarde 80%)
- A1 PCI-inzet totaal binnen 45 minuten: 53% (voorlopige landelijke streefwaarde 53%)

### Rijtijd vanaf dichtstbijzijnde ambulancestandplaats 2022

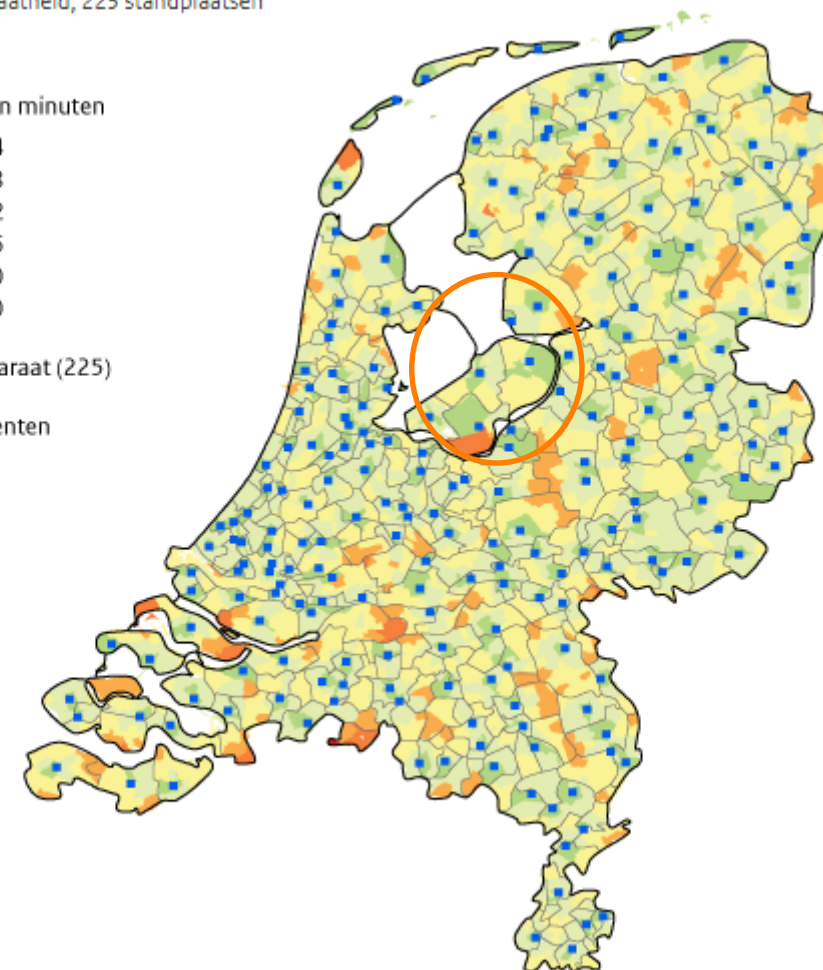
24/7-uurs paraatheid, 225 standplaatsen

Netto rijtijd in minuten



■ 24/7 paraat (225)

— Gemeenten



Bron: [RIVM](#), juli 2022

## 3.4.1 Zorggebruik Ambulancezorg

### Bron en type gegevens zorggebruik RAV's

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

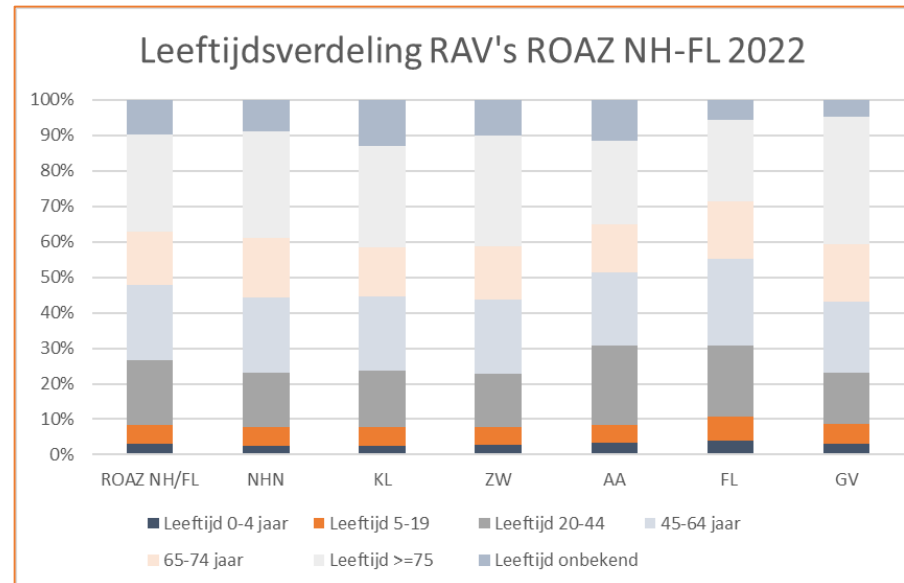
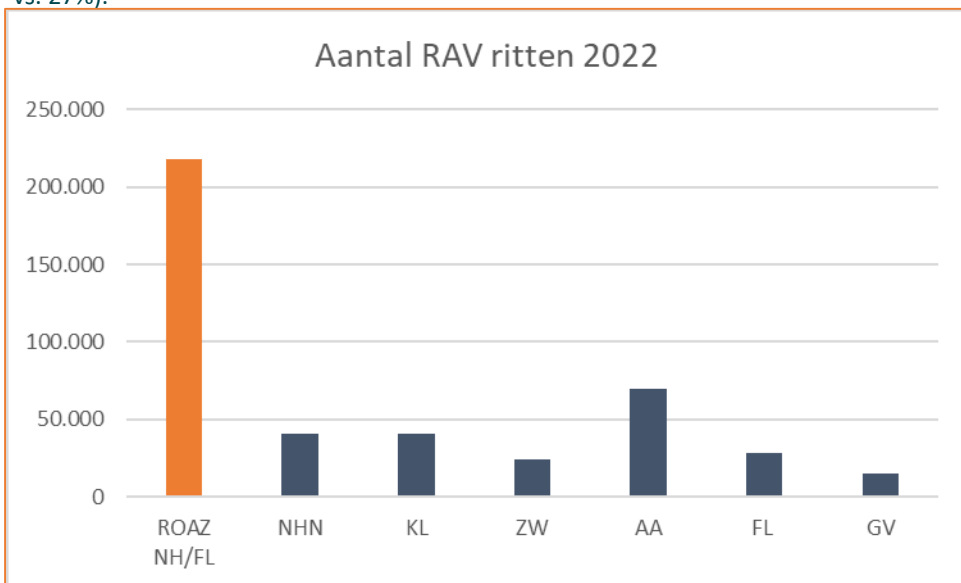
### Inclusie criteria ritten

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

De subregio FL verwerkt in 2022 28.157 ritten. Dit is 13% van alle RAV ritten in het totale ROAZ gebied. Het totaal aantal ritten in de regio FL is in 2022 ten opzichte van 2019 **gestegen met 16%**.

24% van de A1 en A2 ritten wordt naar het Flevoziekenhuis gereden, de andere ritten hebben een ander ziekenhuis als bestemming.

Het aandeel ritten binnen de leeftijdsklasse 20-65 jr is groter voor de regio FL (44%) dan het ROAZ totaal (39%). Het aandeel jonger dan 19 jaar is 3% groter en leeftijdsklasse boven de 75 jr is kleiner (23% vs. 27%).



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



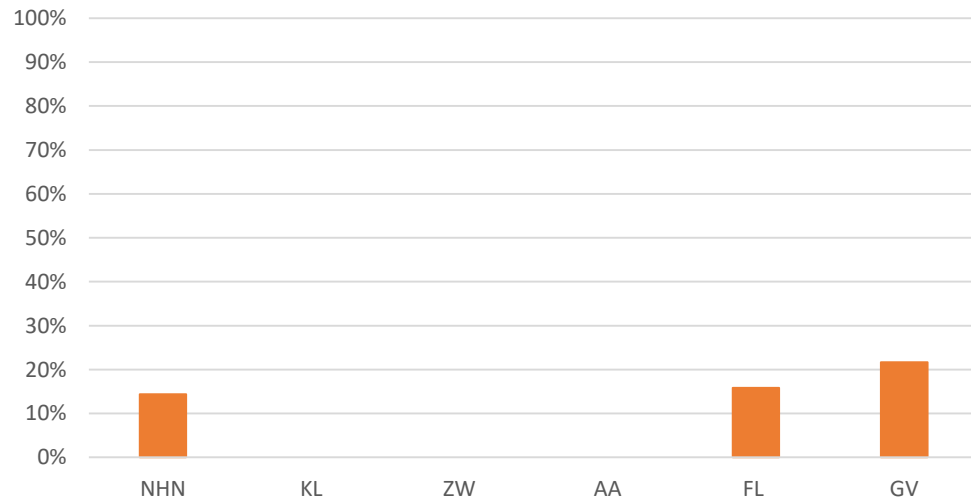
## 3.4.2. Zorggebruik Ambulancezorg

Het aantal ritten per inwoner ligt even hoog als in de totale ROAZ regio (65).

Ten opzichte van 2019 steeg het aantal RAV ritten met 16%.

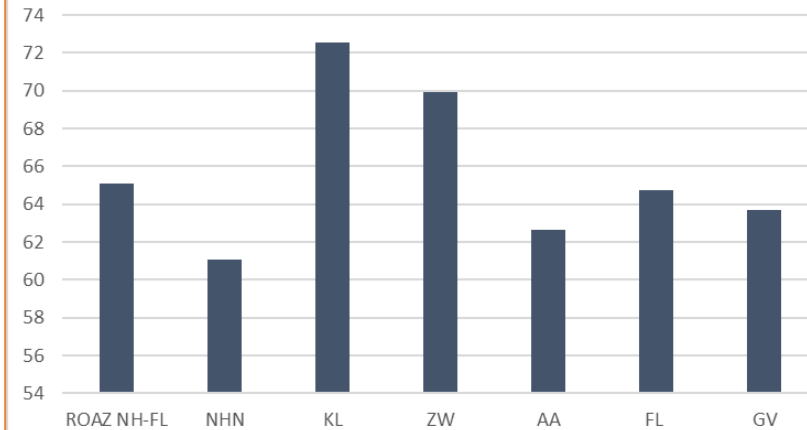
Het aantal ritten per inwoner (274) is in leeftijdsklasse 75+ het hoogst van alle subregio's.

Verandering aantal ritten RAV 2022 t.o.v. 2019 (in %)

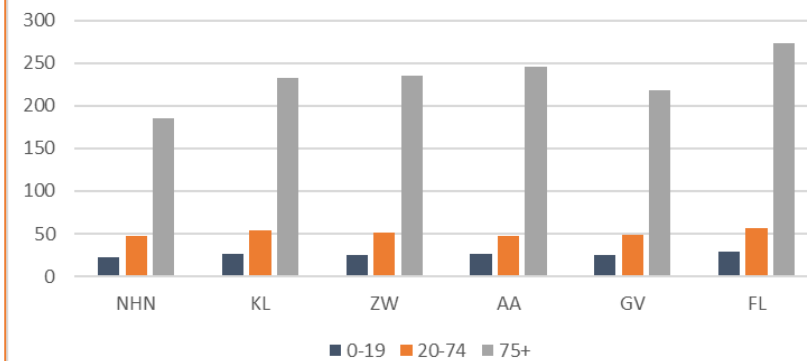


\*De gegevens van regio's ZW en AA worden in bovenstaande grafiek niet apart getoond omdat ZW en AA in 2019 gezamenlijk aanleverden. Ook KL wordt niet getoond vanwege wijziging in aanlevercriteria t.o.v. 2019.

Aantal RAV ritten per 1000 inwoners 2022



Aantal RAV ritten per 1000 inwoners 2022 naar leeftijd



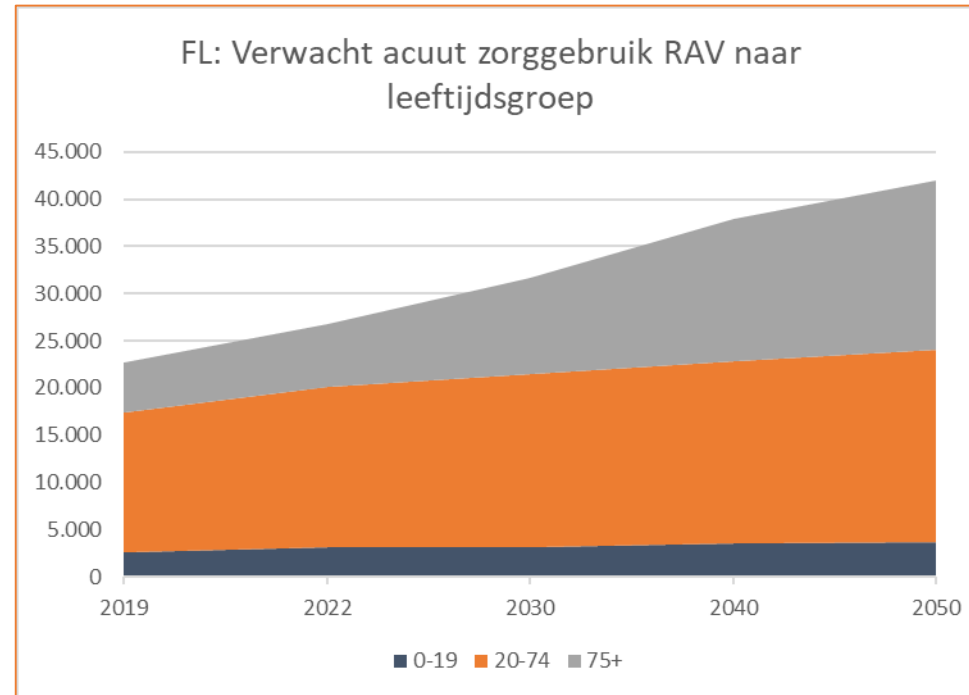
\* De relatieve aantallen betreffen de aantallen per leeftijdscategorie t.o.v. het aantal inwoners in deze leeftijdscategorie



### 3.4.3 Verwacht zorggebruik Ambulancezorg 2019 - 2050

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 18,6% t/m 2030. Met name de groep 75+ stijgt sterker met 56% in 2030 en 172% in 2050.

Het aantal parate ambulances in 2022 is 15 en de verwachting op basis van demografische groei is dat dit aantal met 1 zal toenemen naar 16 in 2030.





## 3.4.4 Zorggebruik Ambulancezorg

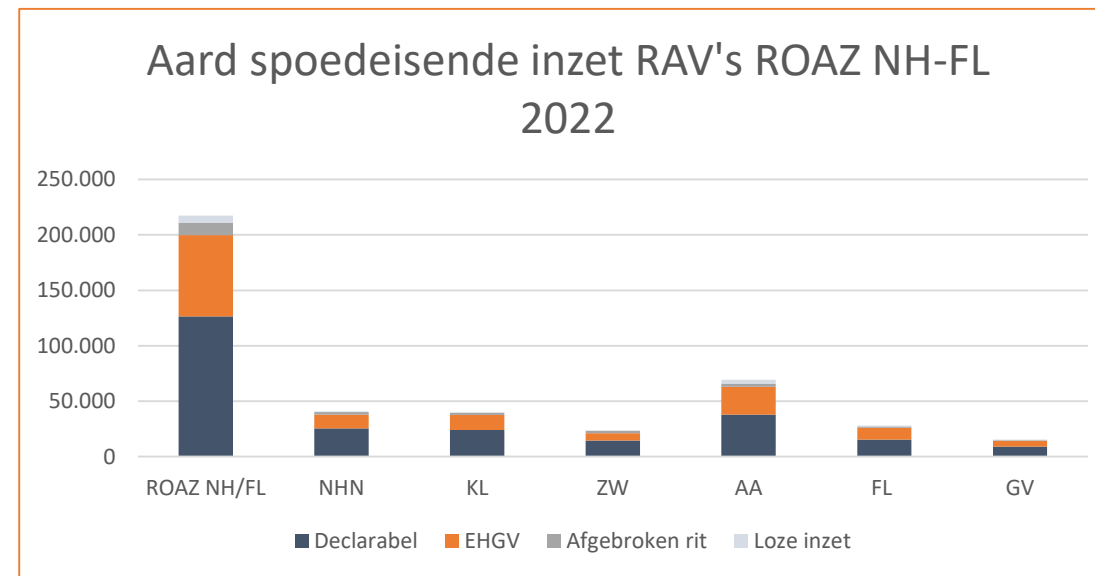
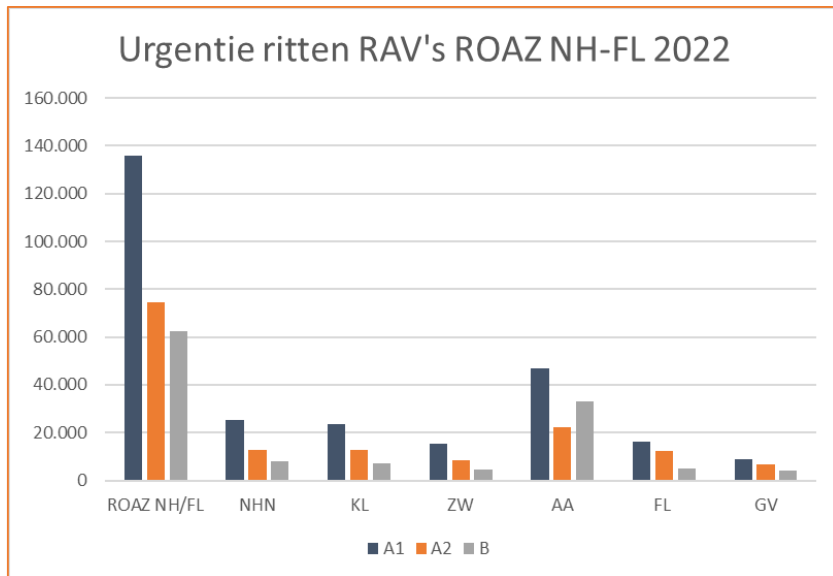
### Urgentie

De subregio FL verwerkt in vergelijking tot het hele ROAZ gebied NH-FL 10% meer A2 ritten (37% vs. 27%), 8% minder B ritten (15% vs. 23%).

*Ten opzichte van 2019 laat de regio FL een stijging van 2% zien van het aandeel B ritten in 2022 en 2% daling in het aandeel A2 ritten.*

### Aard spoedeisende inzet

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





## 3.4.5 Ambulance verpleegkundigen

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

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





## 3.4.6 Mobiel Medisch Team (MMT)

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

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

\*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 Flevoland

- Flevoziekenhuis, Almere (traumalevel 3)

Na het faillissement van het IJsselmeerziekenhuis in Lelystad is dit het enige ziekenhuis in de veiligheidsregio met een volwaardige SEH. In Lelystad zit wel een vestiging van St Jansdal ziekenhuis. Hierin zit geen SEH maar wel een spoedpost. Zeker voor het noordelijke en oostelijke deel van deze subregio wordt veel van de acute zorg geleverd door ziekenhuizen buiten deze regio, zoals St. Jansdal in Harderwijk, Isala in Zwolle en Meppel, Antonius in Sneek en Tjongerschans in Heerenveen. In dit beeld zijn geen gegevens bekend over de acute zorg voor inwoners van Flevoland die is verzorgd door ziekenhuizen buiten de regio.

Voor de verschillende vormen van derdelijnszorg wordt gebruik gemaakt van andere ziekenhuizen in de ROAZ-regio, zoals Amsterdam UMC en Tergooi MC.

### Reistijd naar dichtstbijzijnde ziekenhuis met SEH 2022

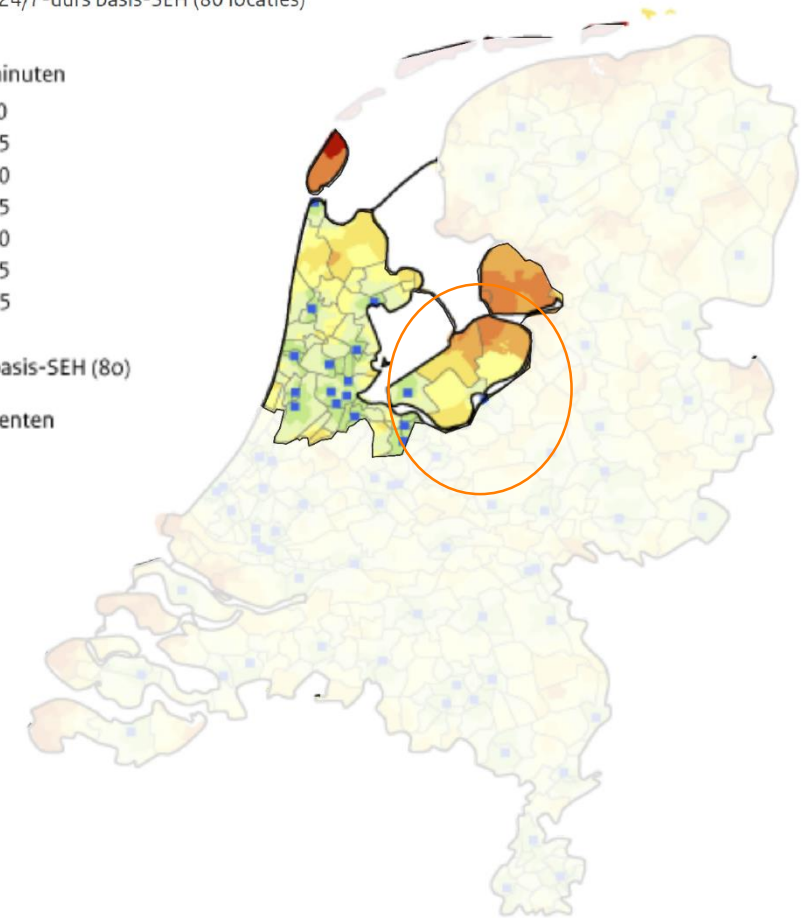
Met de auto, 24/7-uurs basis-SEH (80 locaties)

Reistijd in minuten



■ 24/7 basis-SEH (80)

— Gemeenten



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



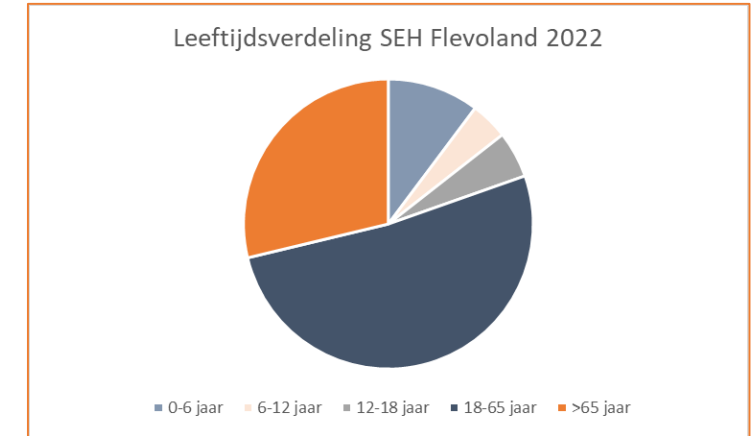
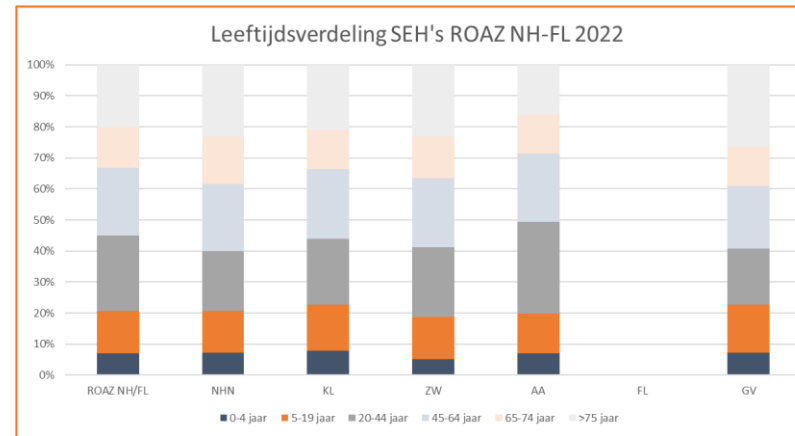
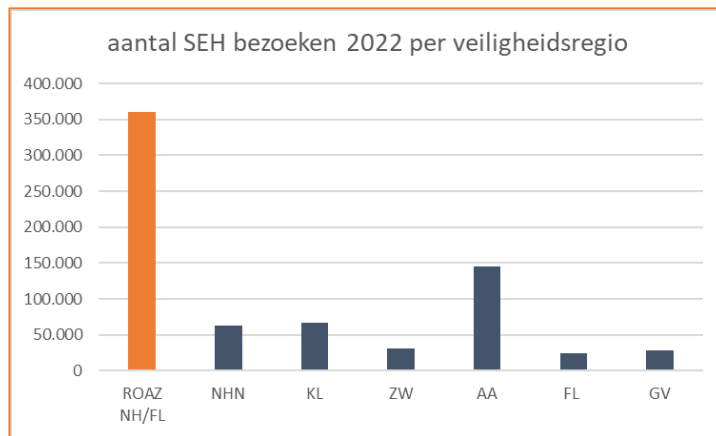
## 3.5.1 Zorggebruik SEH

### Bron en type gegevens zorggebruik SEH's

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

De subregio FL verwerkt 24.505 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 7% van alle SEH bezoeken in het totale ROAZ gebied NH-FL.

Het aandeel SEH bezoeken binnen de leeftijdsklasse 65 jaar en ouder is 4% kleiner in de regio FL in vergelijking tot het ROAZ totaal (29% vs. 33%).



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

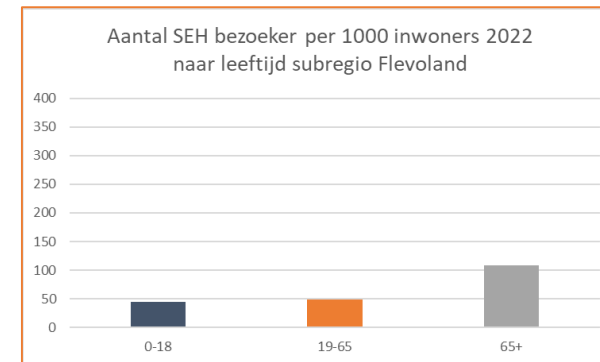
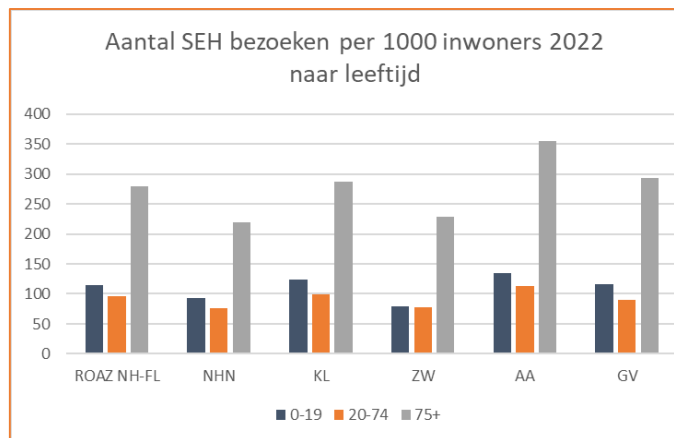
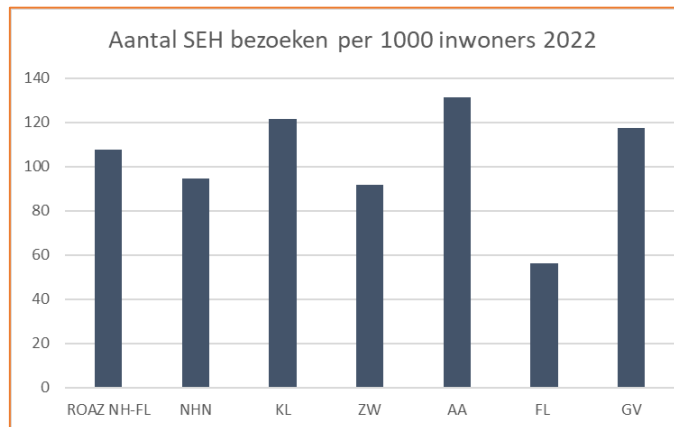
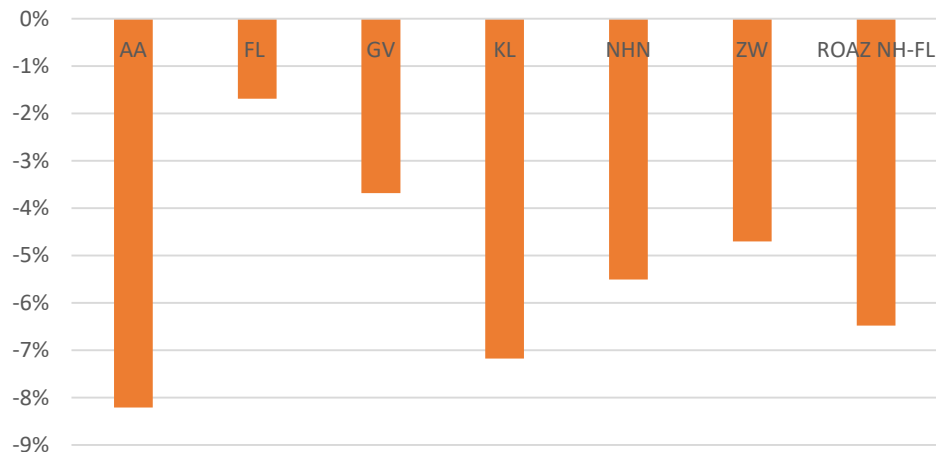


## 3.5.1.2 Zorggebruik SEH

De regio FL heeft minder SEH-bezoekers per inwoner (56) in vergelijking met de totale ROAZ regio (108). Dit wordt mede veroorzaakt omdat veel acute zorg ook geleverd wordt door SEH's buiten de regio Flevoland. Het aantal SEH bezoeken per inwoner is het grootst voor de leeftijdsklasse 75+ (109).

Ten opzichte van het laatste jaar voor COVID (2019) is het aantal SEH-bezoeken gedaald met 1,7%. De totale bevolking in Flevoland nam in dezelfde periode af met 9%.

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



\*De subregio Flevoland hanteert een andere leeftijdsindeling en wordt in deze figuur niet getoond maar separaat in de figuur ernaast

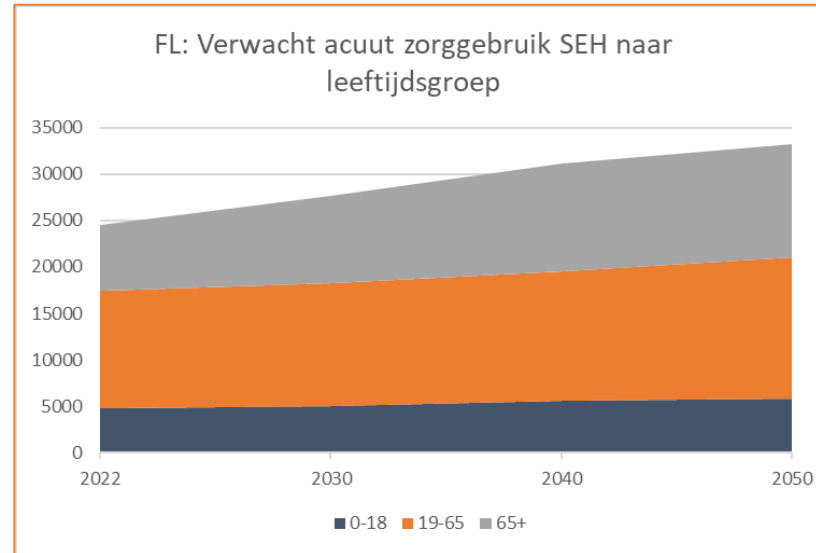
\*\* De relatieve aantallen betreffen de aantallen per leeftijdscategorie t.o.v. het aantal inwoners in deze leeftijdscategorie.



### 3.5.1.3 Verwacht zorggebruik SEH 2019 - 2050

Op basis van de demografische ontwikkelingen waarin leeftijdsgroepen (0-19, 20-74, 75+) bij elkaar zijn opgeteld is een toename te verwachten van het aantal SEH-bezoeken in 2030 van in totaal 12,9%. De stijging is het sterkst voor de groep 75+ (56%).

*Het huidig en verwachte aantal opnames kan niet worden getoond omdat de brongegevens hiervoor niet zijn aangeleverd.*





## 3.5.1.4 Zorggebruik SEH

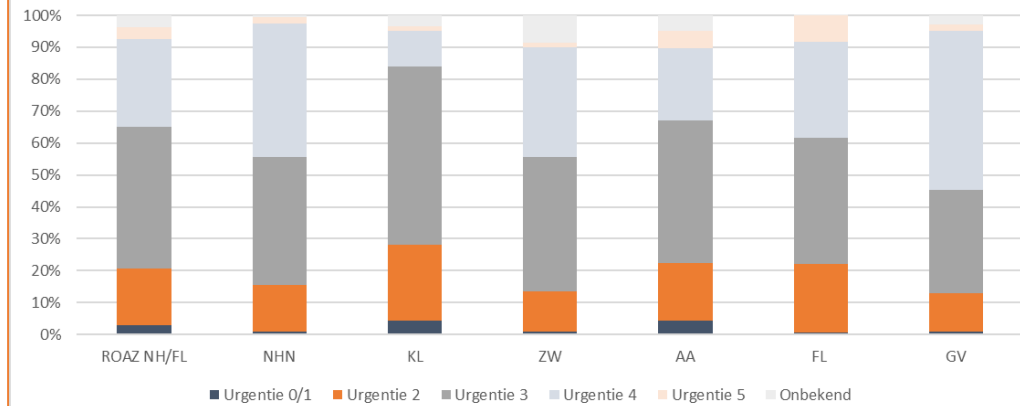
### Urgentie

De subregio FL (38%) heeft in vergelijking tot het hele ROAZ gebied NH-FL (31%) een groter aandeel SEH bezoeken in de urgentieclassen 4 en 5. Dit aandeel in met name urgentieklasse 4 is ten opzichte van 2019 gestegen met 6% binnen de regio FL. Het aandeel in urgentieklasse 2 is met 7% gedaald ten opzichte van 2019.

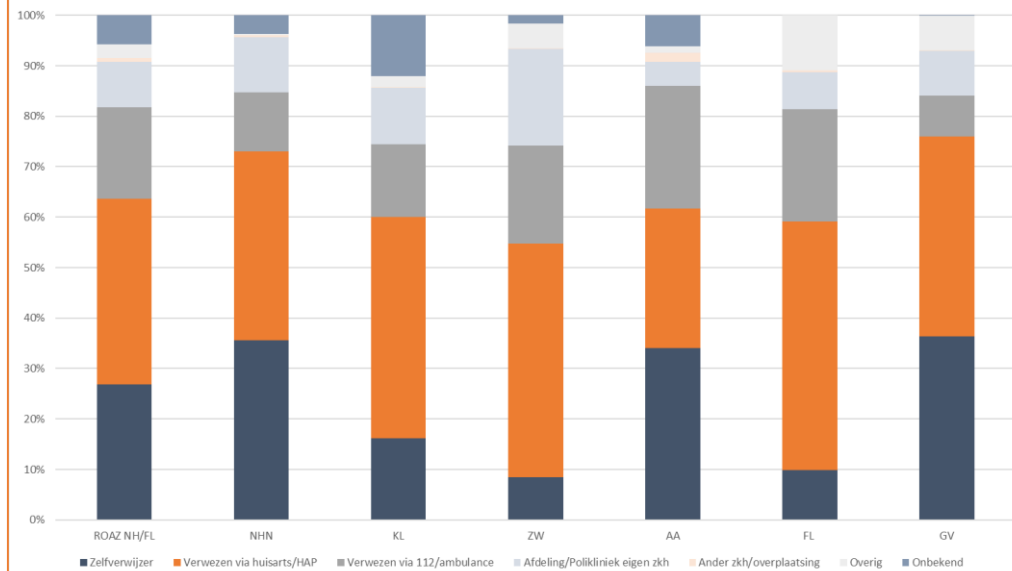
### Verwijzer

Het aandeel zelfverwijzers ligt binnen de regio FL lager (12%) in vergelijking met de totale ROAZ regio (27%).

Urgentie's SEH's ROAZ NH-FL 2022



Verwijzer bezoek SEH's ROAZ NH-FL 2022



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



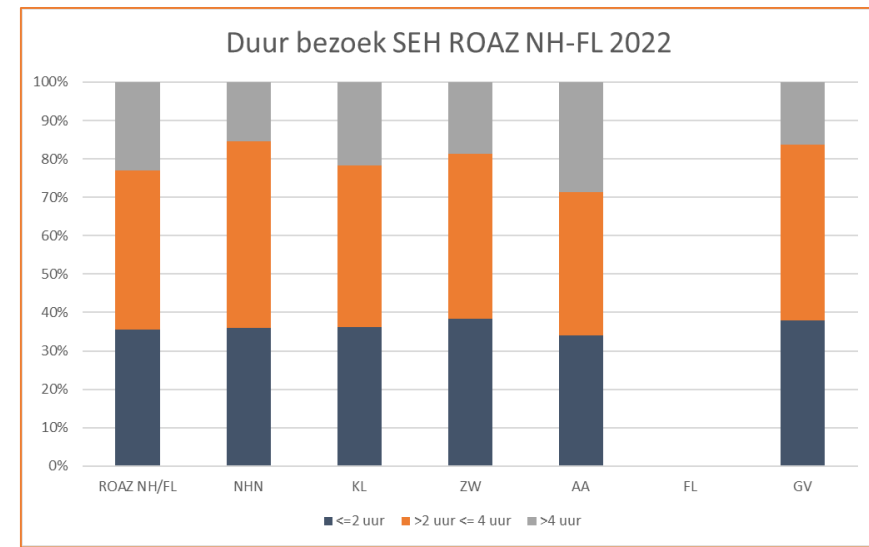
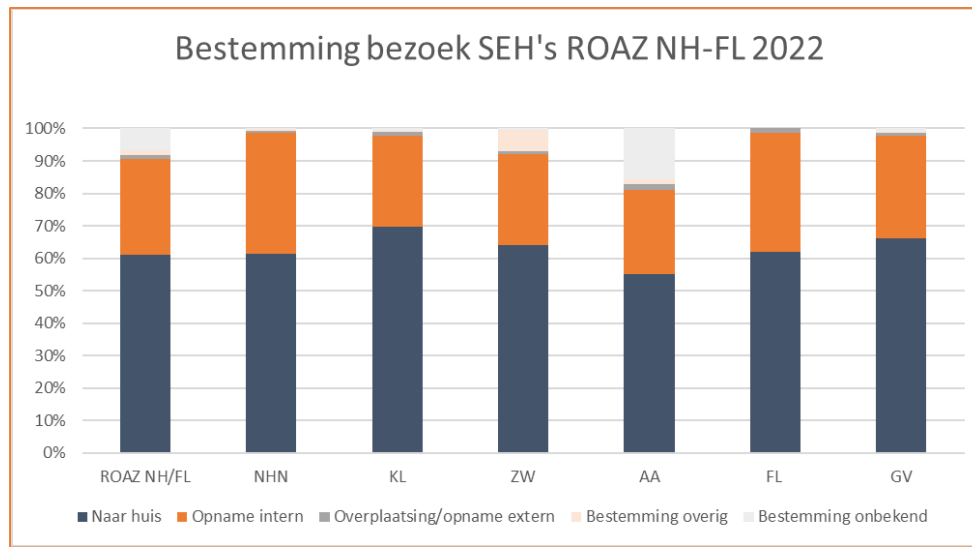
## 3.5.1.5 Zorggebruik SEH

### Duur bezoek

De subregio FL heeft geen gegevens aangeleverd.

### Bestemming

In totaal gaat 62% van alle SEH bezoekers weer naar huis in de regio FL. Dit aandeel was gelijk in 2019. In totaal zijn 24 SEH bezoekers overleden in 2022.

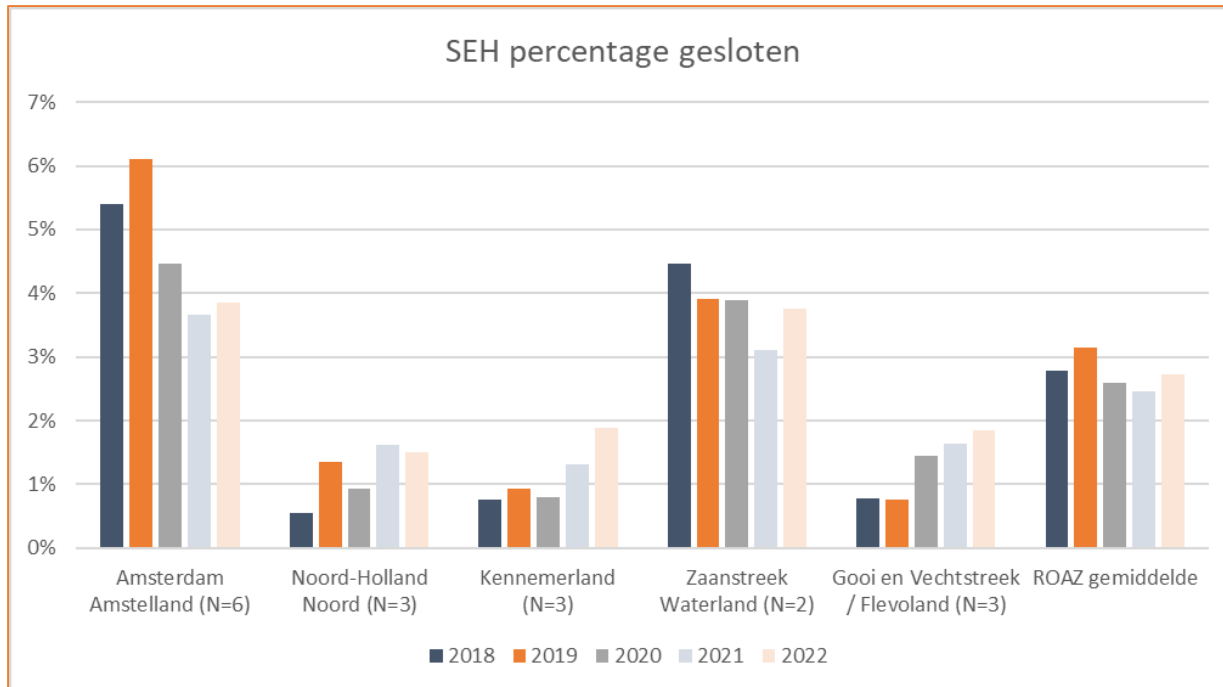


\*Geen gegevens aangeleverd vanuit de subregio Flevoland



### 3.5.1.6 Beschikbaarheid SEH

De regio Flevoland kent t.o.v. het ROAZ-gemiddelde wat minder SEH-stops (2% t.o.v. 3%). Er is in de afgelopen jaren wel een duidelijke 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).





## 3.5.1.7 Capaciteit bedden SEH

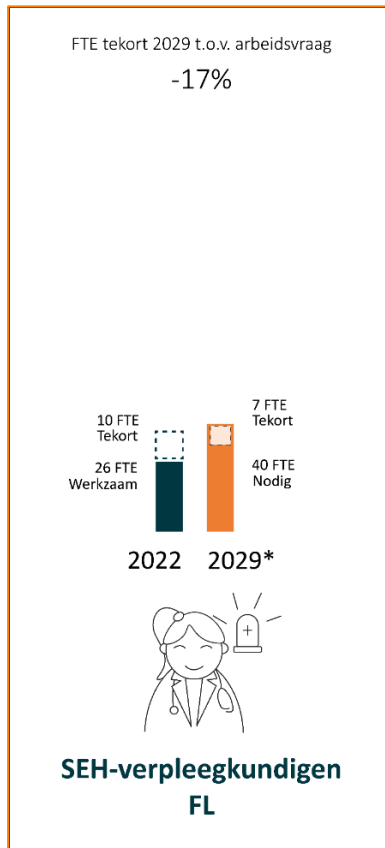
Gemiddeld aantal operationele SEH bedden + shockrooms (incl personeel, apparatuur en noodbedden) in 2022 in de subregio FL: **17**

Aantal bedden nodig in 2030 op basis van alleen demografische ontwikkelingen: **19**



## 3.5.1.8 SEH-verpleegkundigen

In 2029 zal het tekort aan SEH-verpleegkundigen in 2022 (-10 FTE) iets teruglopen naar een tekort van -7 FTE. Wordt er opgeleid zoals de afgelopen jaren is gebeurd dan zal in 2029 zal het tekort aan SEH-verpleegkundigen van 10 FTE in 2022 zijn verlaagd naar een tekort van 7 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%
FL	26	40	-10	-7	-17%

In de uitvraag van het ROAZ-bureau is gevraagd naar de personele capaciteit van de SEH-artsen. Door de kwaliteit van de aangeleverde data kunnen de uitkomsten hiervan niet eenduidig worden gepresenteerd in het beeld.

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

## 3.5.2 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 8% voor de totale ROAZ regio.

Gegevens vanuit de subregio Flevoland zijn niet aangeleverd en kunnen niet worden weergegeven.

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%

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%

\*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%

\*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).

### 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).

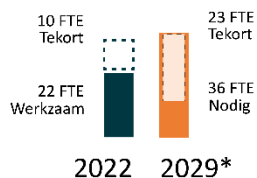


## 3.5.3 IC-zorg

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

In 2022 is er al een behoorlijk tekort aan IC-verpleegkundigen. Dit tekort loopt hard op. In 2029 verwacht het Capaciteitsorgaan een tekort van 23 FTE IC-verpleegkundigen in de regio GV (63% van de arbeidsvraag). In de totale ROAZ-regio loopt het tekort op tot 350 FTE.

FTE tekort 2029 t.o.v. arbeidsvraag  
-63%



**IC-verpleegkundigen**  
FL

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
FL	1.790	12	8,9	1.965	13

\* Toename ( 9,8% in FL) 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%
FL	22	36	-10	-23	-63%

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

### 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 expertscenario.



## 3.5.4 Traumachirurgie

Bron gegevens: LTR (Landelijke Trauma registratie 2022)

- Het aantal traumapatiënten is sinds 2017 met een kleine 19% gedaald.
- De norm om 90% van de multitrauma patiënten te behandelen in een level 1 traumacentrum wordt in de ROAZ-regio ruim niet gehaald.

Traumachirurgie					
Regio	aantal traumapatiënten	aantal multitrauma-patiënten	% multitrauma naar level 1 traumacentrum norm 90%	volume multitraume per traumacentrum norm 240	aantal trauma per 1.000 inw
ROAZ NH/FL	12.430	719	55,9%	(179 - 223)	3,72
FL	513	2			1,18

Trauma patiënten 2030		
Regio	aantal traumapatiënten	aantal multitrauma-patiënten
ROAZ NH/FL	13.407	786
FL	558	2

\* Toename (8,7% in FL) op basis totaal aantal trauma patiënten in 2022 en geëxtrapoleerd a.d.h.v. de bevolkingsprognose CBS/PBL in 2030 (editie 2022).



## 3.5.4.1 Heupfracturen

Bron gegevens: LTR (Landelijke Trauma registratie 2022)

- Het aantal heupfracturen in de regio FL per inwoner 75+ ligt ver onder het ROAZ-gemiddelde.
- Het aantal heupfracturen zal op basis van de toename van het aantal 75+ stijgen met 56% .

Heupfracturen			
Regio	aantal heupfracturen	aantal heupfracturen per 1.000 inw 75+	Aantal heupfracturen 2030*
ROAZ NH/FL	3.138	11,9	4.283
FL	156	6,5	244

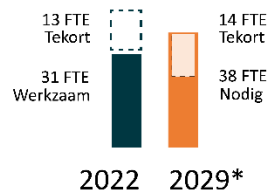
\* Toename (in de regio FL +56% op basis van het aantal inwoners 75+



## 3.5.4.2 Anesthesiemedewerkers / operatie assistenten

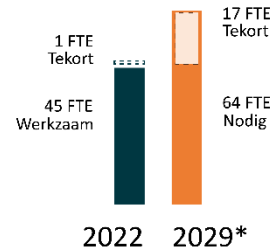
Voor anesthesiemedewerkers en operatie assistenten zijn er in 2029 grote tekorten met respectievelijk 20% en 28% tekort t.o.v. van de arbeidsvraag.

FTE tekort 2029 t.o.v. arbeidsvraag  
-37%



**Anesthesiemedewerkers**  
FL

FTE tekort 2029 t.o.v. arbeidsvraag  
-26%



**Operatieassistenten**  
FL

### 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%
FL	31	38	-13	-14	-37%

\* 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%
FL	45	64	-1	-17	-26%

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

## 3.5.5 Acute neurologie

In de subregio FL is het Flevoziekenhuis betrokken bij de opvang van de acuut neurologische patiënten.

Voor IAT worden patiënten behandeld in Amsterdam UMC, locatie AMC.

In de regio worden per 1.000 inwoner 75+ relatief weinig CVA-patiënten gezien op de SEH's. Dit geldt ook voor het aantal IVT-behandelingen.

**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).





## 3.5.5.1 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
FL	501	181	62%	20,9

Incidentie				
Regio	SEH (neuro + neurochir.)	Herseninfarct	Hersenbloeding	Inf. + bloeding / 1.000 75+inw
ROAZ	35.586	8.161	992	25,3
FL	3.022	539	90	16,7

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
FL	60	2,5		

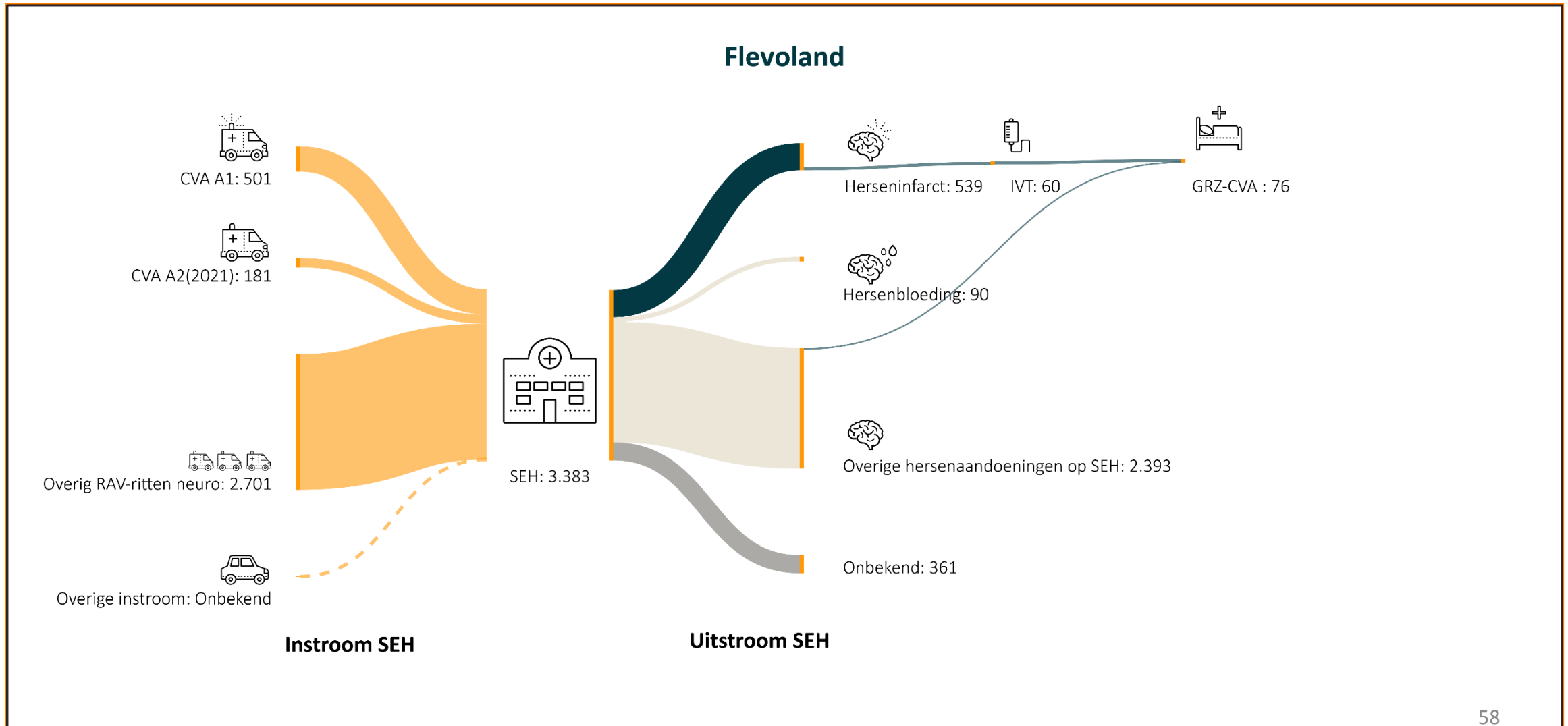
Brain Care Unit (BCU)		
Regio	aantal BCU	BCU / 1.000 75+
ROAZ	68	0,26
FL	7	0,29

(Neuro)verpleegkundigen		
Regio	FTE VP	FTE VP / 1.000 75+ inw.
ROAZ	174	0,7
FL	12	0,5

Instroom GRZ-CVA		
Regio	Verwijzingen	verwijzingen per 1.000 75+ inw.
ROAZ	673	0,003
FL	76	0,003

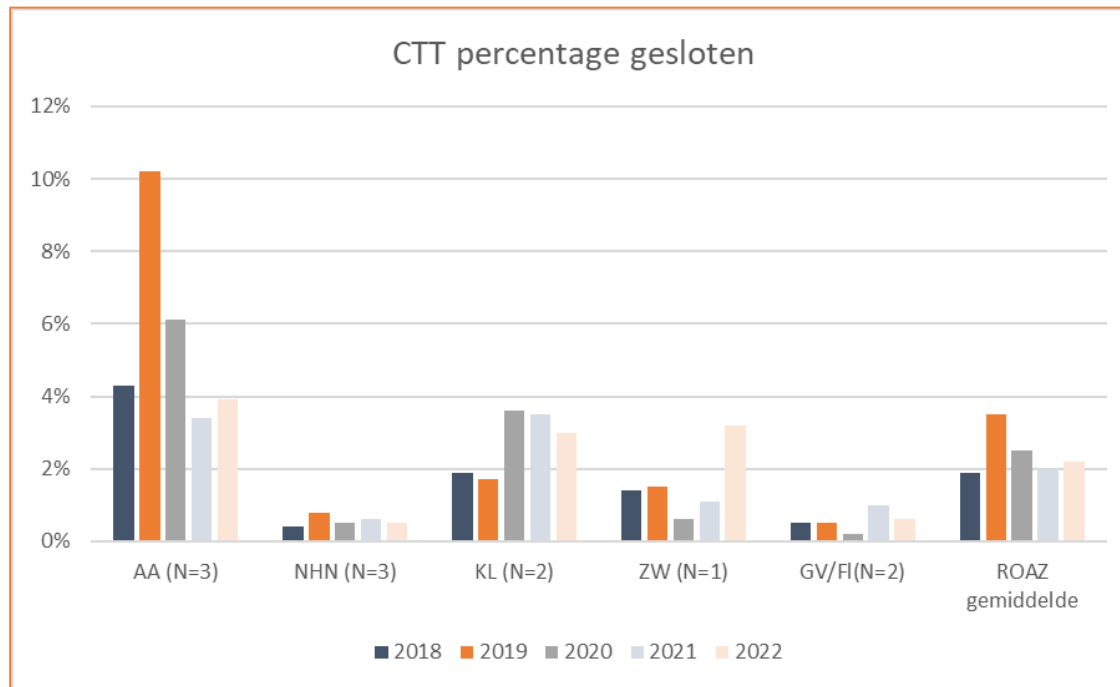


### 3.5.5.2 Neurologie-keten (2022)



### 3.5.5.3 Stops acute neurologie/trombolyse

De subregio Flevoland / Gooi en Vechtstreek heeft weinig 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.



## 3.5.5.4 Acute neurologie 2030

Door de toename van het aantal inwoners 75+ in 2030 met 56% zal ook het aantal CVA's en het aantal interventies met dat percentage toenemen.

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

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

\* Toename (56% in FL) op basis van het aantal inwoners 75+

## 3.5.6 Acute cardiologie (2022)

In de subregio Flevoland zijn er geen interventiecentra die PCI's uitvoeren. Hiervoor worden patiënten verwezen naar ziekenhuizen in de subregio's Amsterdam-Amstelland en Gooi en Vechtstreek.

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%
FL	238	1,3	62%

verpleegkundigen EHH / CCU		
Regio	FTE VP	FTE VP / 1.000 45+ inw.
ROAZ	330	0,22
FL	7	0,04

Incidentie / behandeling			
Regio	SEH (cardio / cardio chir.)	Aantal PCI norm > 600 per interventie-centrum	aantal PCI / 1.000 45+ inw
ROAZ	18.744	7.461	5,0
FL	329	via GV/AA	

bedden EHH + CCU				
Regio	bedden EHH	bedden CCU	EHH + CCU	EHH + CCU / 1.000 inw. 45+
ROAZ	91	87	178	0,12
FL	0	8	8	0,04

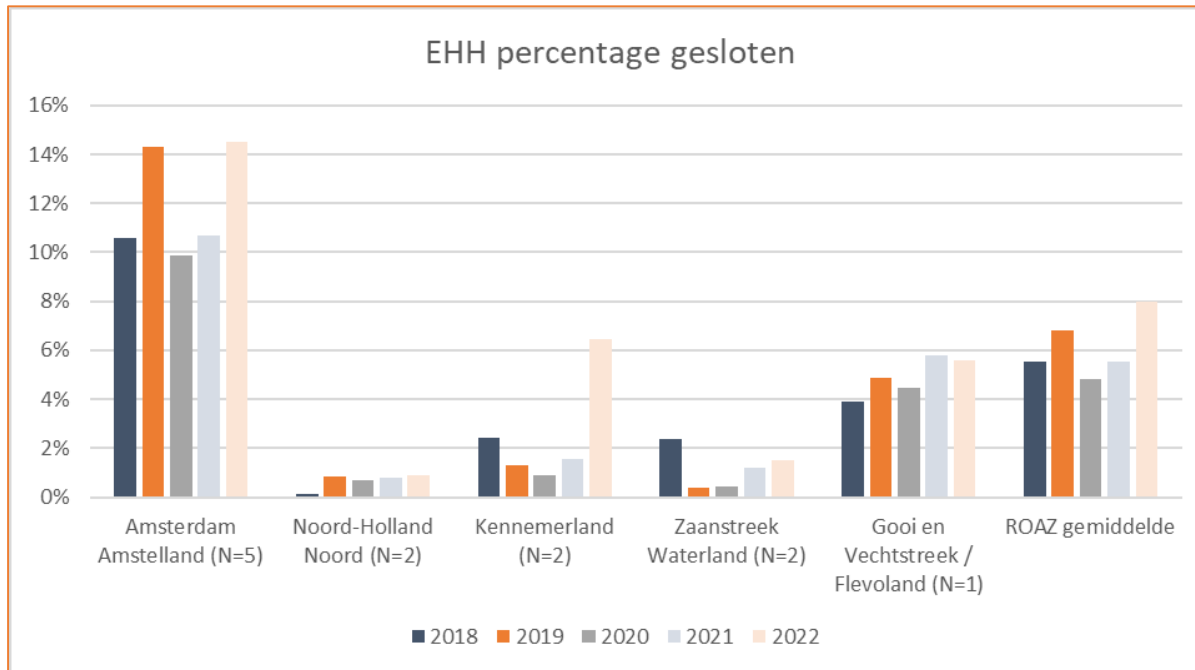
### Bron en bewerking gegevens:

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).



### 3.5.6.1 Stops EHH

De subregio Flevoland / Gooi en Vechtstreek heeft regelmatig te maken met stops voor de Eerste Hart Hulp. Het aandeel dat de EHH is gesloten stijgt langzaam over de jaren.



\* 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.



## 3.5.6.2 Acute cardiologie 2030

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

acute cardiologie 2030*			
Regio	PCI	bedden EHH/CCU	EHH/CCU verpleegkund.
ROAZ	7.793	219	366
FL		9	8

\* Toename op basis van het aantal inwoners van 45 jaar en ouder (in FL 10%)



## 3.5.7 Aneurysma Abdominale Aorta (AAA)

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

<b>Aorta aneurysma 2022</b>	
	Aantal dissectie operaties (Zie DSAA, indicator 2A) Norm > 20 niet complex
Dijklander Hoorn	70
NWZ	145
Amsterdam UMC	177
OLVG	90
ZMC	22
Tergooi MC	38
Spaarne Gasthuis	97



## 3.5.8 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%
FL	4.860	11,2	5.990	23,3%

### 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).

In 2030 neemt de zorgvraag toe met 23%.

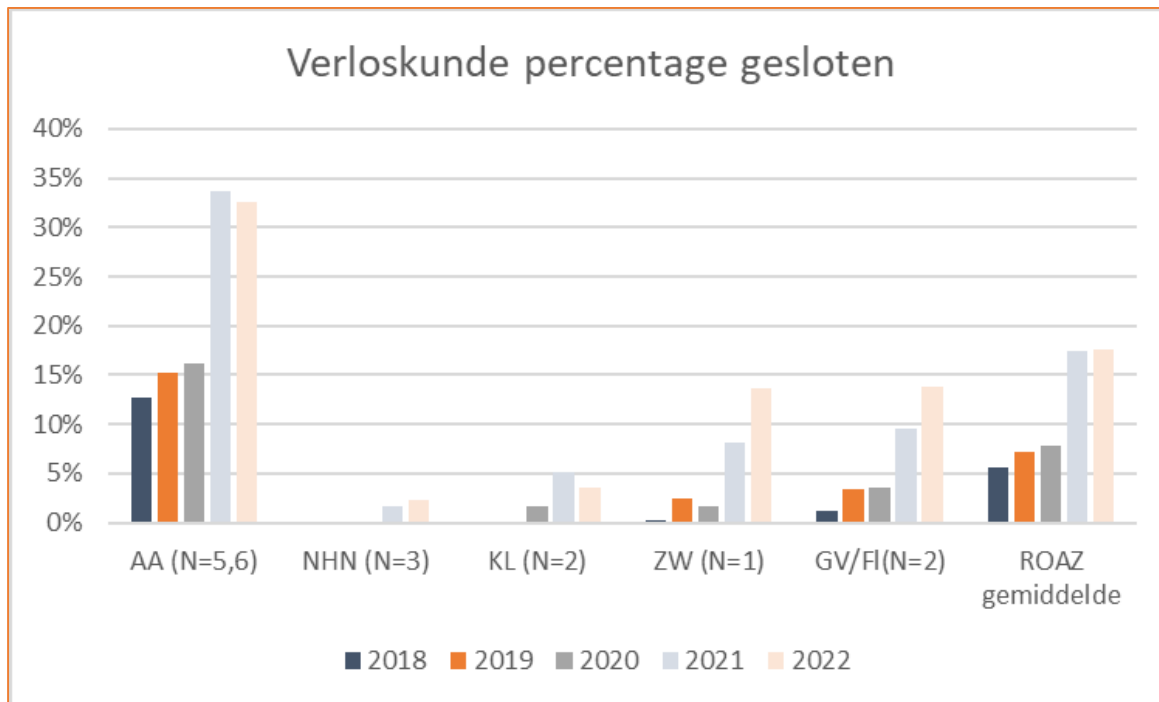
Zorggebruik								
Regio	Aantal poliklinische bevallingen 2022	Aantal poliklinische bevallingen 2030	Aantal klinische bevallingen 2022	Aantal klinische bevallingen 2030	Aantal inleidingen 2022	Aantal inleiding 2030	Aantal sectio's 2022	Aantal sectio's 2030
ROAZ NH/FL	4.263	5.040	23.463	27.663	8.657	10.190	7.792	9.187
FL	290	357	2.204	2.716	411	507	488	601

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
FL	9	11	35	43	7	9



### 3.5.8.1 Stops geboortezorg

De subregio Flevoland / Gooi en Vechtstreek heeft in toenemende mate te maken met stops voor klinische verloskunde. In 2022 is het percentage gesloten opgelopen tot 15%.

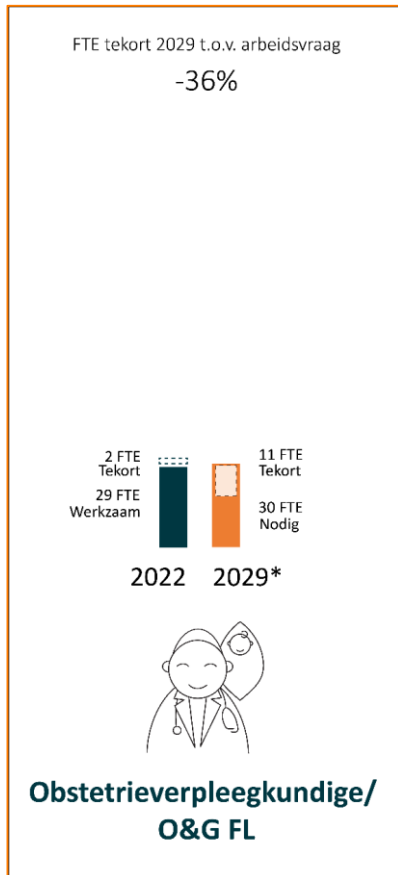


\*De definitie van een VLK stops wijkt af van de overige stopdefinities (verzoek tot uitwijken naar een andere aanbieder); een stop bij VLK betekent dat verloskundigen van andere VSV's een verzoek tot uitwijken krijgen en in sommige gevallen krijgen ook verloskundigen van de eigen VSV's een verzoek tot 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.



## 3.5.8.2 Geboortezorg FZO-raming

Uit de FZO-raming 2022 (expertsceario) zal het kleine tekort aan obstetrieverpleegkundigen in 2022 (2 FTE) fors toenemen tot 11 FTE en 36% van de arbeidsvraag in 2029.





## 3.5.8.3 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
FL	190	234	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
FL	14	17	0	0	51	63	0	0



## 3.6 Acute GGZ

Regio-indeling acute GGZ wijkt af van regio-indeling ROAZ-beelden. GGZ Centraal is de regievoerder in de regio Gooi en Vechtstreek. Het verzorgingsgebied van GGZ Centraal is veel groter. Het bevat niet alleen Flevoland als deel van het ROAZ NH/FL, maar ook delen van de regio Utrecht en de regio Zwolle.

De getoonde data hebben betrekking op het gebied Gooi en Vechtstreek en Flevoland en niet op het andere deel van hun verzorgingsgebied.

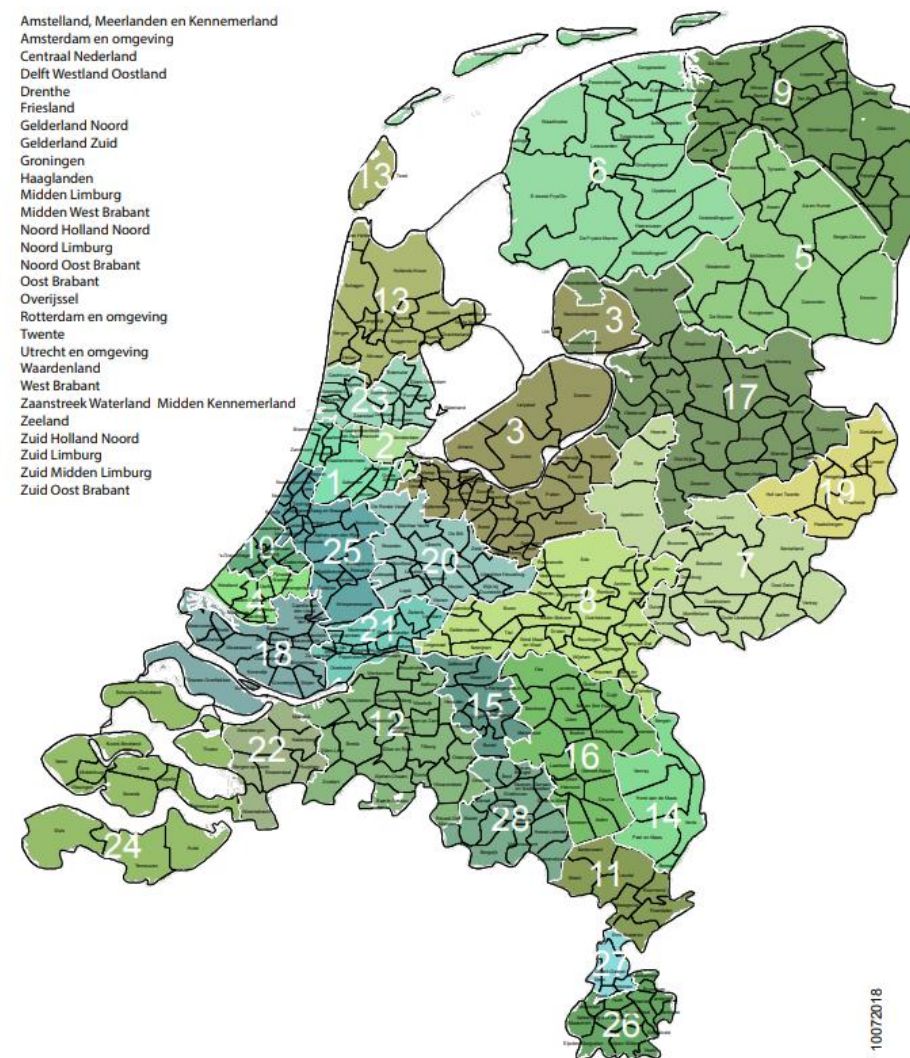
De data betreffen de populatie 18+. Over de 18-populatie zijn bij het ROAZ geen gegevens beschikbaar.

### 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

- 1 Amstelland, Meerlanden en Kennemerland
- 2 Amsterdam en omgeving
- 3 Centraal Nederland
- 4 Delft Westland Oostland
- 5 Drenthe
- 6 Friesland
- 7 Gelderland Noord
- 8 Gelderland Zuid
- 9 Groningen
- 10 Haaglanden
- 11 Midden Limburg
- 12 Midden West Brabant
- 13 Noord Holland Noord
- 14 Noord Limburg
- 15 Noord Oost Brabant
- 16 Oost Brabant
- 17 Overijssel
- 18 Rotterdam en omgeving
- 19 Twente
- 20 Utrecht en omgeving
- 21 Waardenland
- 22 West Brabant
- 23 Zaanstreek Waterland Midden Kennemerland
- 24 Zeeland
- 25 Zuid Holland Noord
- 26 Zuid Limburg
- 27 Zuid Midden Limburg
- 28 Zuid Oost Brabant



## 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
FL+GV	1.357	2,4	189	1.546	2,8

Locatie beoordelingen (2022)					
Regio	Thuis	Beoordelingslocatie	Politiebureau	SEH/ZH	Elders
ROAZ NH/FL					
FL+GV	29%	51%	5%	8%	6%

Beoordelingen per tijdsvak (2022)						
Regio	ma-vr 8.00 16.00	ma-vr 16.00 0.00	ma-vr 0.00 8.00	za-zo 8.00 16.00	za-zo 16.00 0.00	za-zo 0.00 8.00
ROAZ NH/FL	33%	33%	7%	12%	10%	4%
FL+GV	34%	33%	10%	8%	10%	5%

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)
FL+GV	449	817	(70 min)	(143 min)

Bedden acute opname in GMAP (2020)		
Regio	Aantal	Aantal per 100.000 inw
ROAZ NH/FL	23,5	0,9
FL+GV	0,5	0,1

In de regio GV/FL zijn er minder beoordelingen per hoofd van de volwassen bevolking dan het gemiddeld over het gehele ROAZ-gebied.

De meeste beoordelingen worden gedaan in de eigen beoordelingsruimte.

De gemiddelde aanrijtijd bij U2 is 70 minuten. De norm van 90% binnen de 60 minuten wordt hiermee niet gehaald.



## 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
FL+GV	1.357	189	1.546	9%	1.683

## 3.6.3 Personeel GGZ

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

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

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





## 3.7 Farmaceutische spoedzorg

Dienstapotheken			
Flevoland	avond	weekend	nacht
Apotheek de Brug in Flevoziekenhuis	ja	ja	ja
Poliklinische apotheek Lelystad	tot 22.00	tot 22.00	nee
Spoedapotheek Emmeloord	tot 22.00	tot 22.00	nee

## 3.8 VVT – ELV / WLZ-crisis

In de subregio Flevoland wordt er in vergelijking tot de rest van de ROAZ-regio voor ELV laag complex veel zorg ingezet ten opzichte van het aantal ouderen (75+) en voor ELV hoog complex weinig.

Tussen de verschillende organisaties bestaan grote verschillen in gemiddeld aantal ligdagen voor de ELV en WLZ-crisis bedden.

### 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
FL	5.737	4.842	-15,6%	202	19,6 -43,0

### 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)
FL	10.218	6.798	-33,5%	283	29,0 - 60,0

### 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
FL	639	538	-15,7%	22,4	13,0

### VVT instellingen in de subregio:

- Zorggroep Almere
  - Woonzorg Flevoland
  - Coloriet
  - Zorggroep Oude en Nieuwe Land
  - Talma Urk
- In ontwikkeling Transferpunt Flevoland-Zuid: Zorggroep Almere, Coloriet, Woonzorg Flevoland en Leger des Heils.
  - Getijde: Tijdelijk verblijf Flevoland, een samenwerking tussen Coloriet, Woonzorg Flevoland en St Jansdal (Lelystad).

#### Bron en bewerking gegevens:

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



## 3.8.1 VVT - GRZ

In de subregio Flevoland wordt er in vergelijking tot de rest van de ROAZ-regio minder GRZ-zorg ingezet ten opzichte van het aantal ouderen (75+).

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
FL	20.583	20.739	0,8%	863,4	38,9 - 41,0

GRZ aantal patënten (verwijzingen)					
Regio	GRZ-CVA	GRZ-ortho	GRZ-trauma	GRZ-overig	GRZ-Totaal
ROAZ NH/FL	673	566	1043	7018	9300
FL	76	92	164	188	520

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

## 3.8.2 VVT – acute wijkverpleging



In de subregio Flevoland zijn de volgende teams acute wijkverpleging aanwezig:

- Zorggroep Almere (Almere als onderdeel van de pilot Zorgcoördinatie en ambulante nachtzorg)
- Zorggroep Oude en Nieuwe Land (via de MHT-teams in Noordoost polder, Urk en Steenwijkerland)
- Talma Urk (Urk)
- 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 56%. Dit zal bij ongewijzigd beleid leiden tot een even zo grote toename van de zorgvraag in deze regio.

VVT 2030 -dagen per zorgsoort*				
Regio	ELV LC	ELV HC	GRZ	WLZ-crisis
ROAZ NH/FL	26.847	175.330	422.118	8.445
FL	7.393	10.380	31.666	821,5

\* op basis van gerealiseerde dagen 2022 en stijging aantal 75+ inwoners in 2030, in FL 56%.

## 3.8.4 Personeel VVT

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

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

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



## 4. Bijlagen



## 4.1 Gebruikte bronnen

- Uitvragen zorgstromen, zorgaanbod en kwaliteit 2022 bij de volgende partijen:
  - HAPS (N=12/12)
  - RAV (N=6/6)
  - Ziekenhuis-organisaties (N=12/12)
  - VVT-organisaties (N= 20/24)
  - GGZ-organisaties (N=5/5)
- NAZNH/FL: Trendmonitor acute zorg Noord-Holland / Flevoland 2018 – 2021
- NAZNH/FL: registratie stops AZP/LPZ
- CBS/PBL : Bevolkingscijfers 2022 en prognose van het naar 5-jaars leeftijdsklassen en aantal levend geboren
- CBS: SES/WOA
- RIVM: Reistijden naar dichtstbijzijnde HAP, SEH en RAV
- Sgra/Flever: FZO-raming 2022 per veiligheidsregio
- Sgra/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

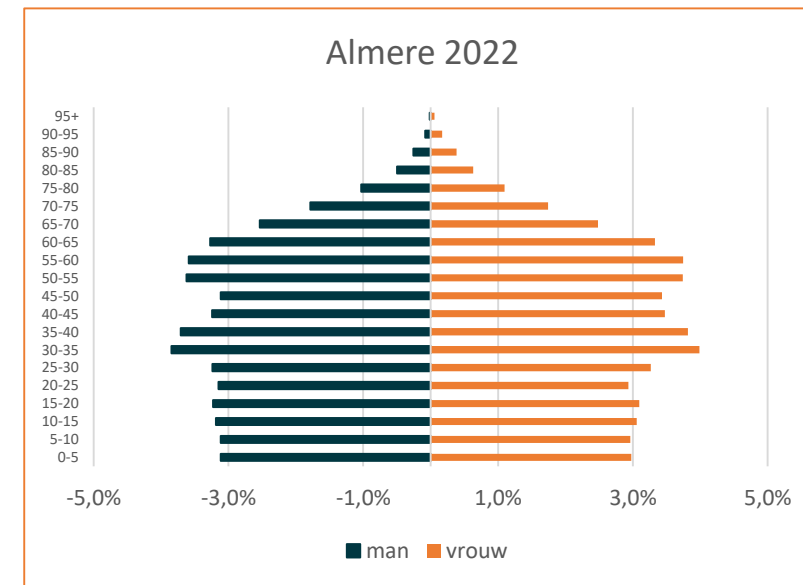
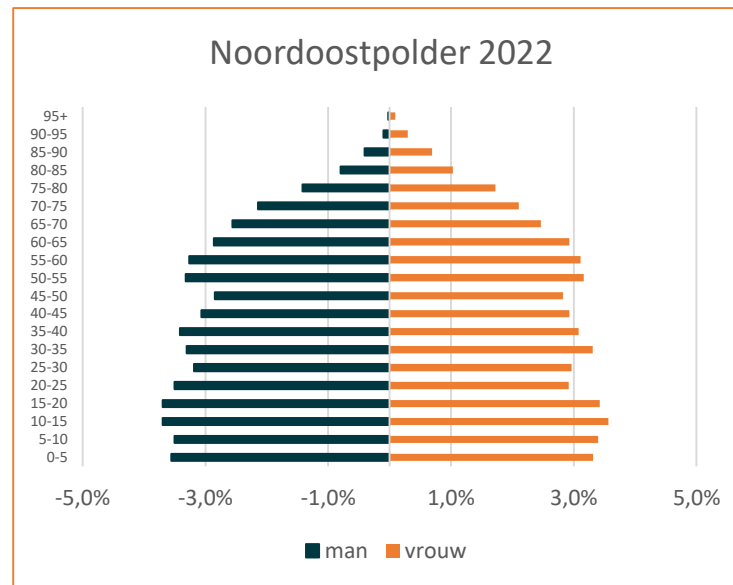
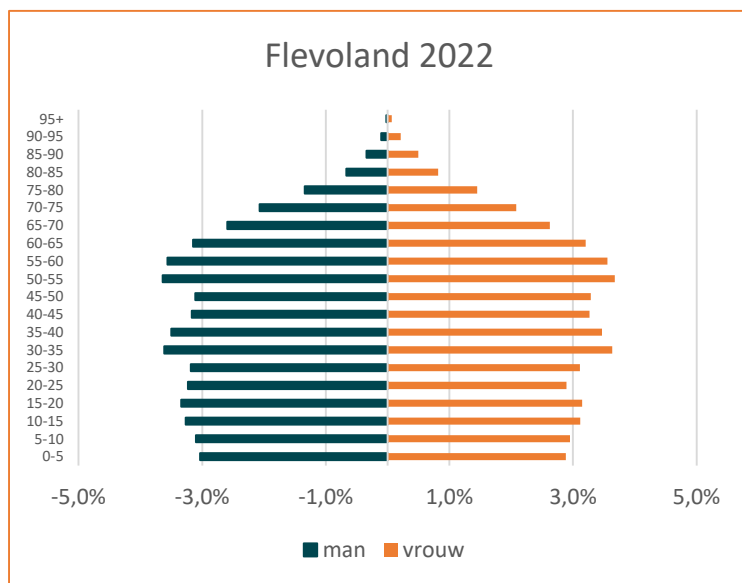


## 4.2 Extra tabellen en figuren





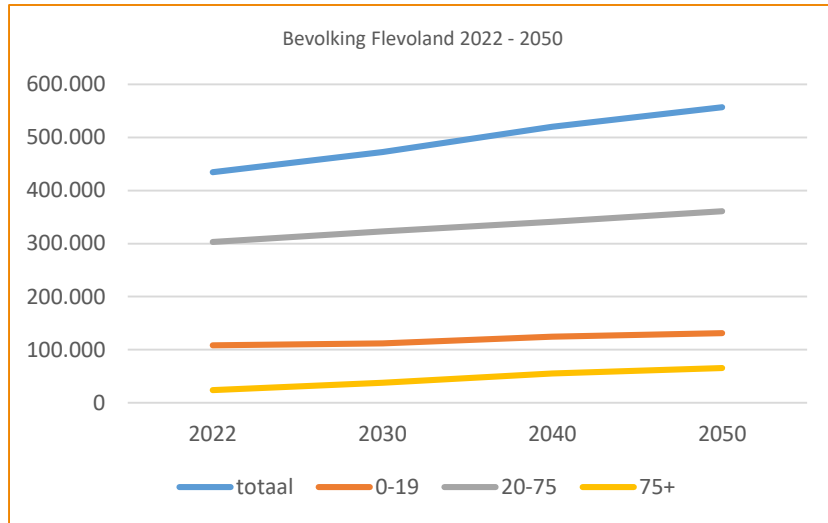
## 4.2.1 Demografie



Leeftijd	Flevoland 2022			Noordoostpolder 2022			Almere 2022			ROAZ NH/FL 2022		
	Aantal	%		Aantal	%		Aantal	%		Aantal	%	
0-5	25.744	5,9%		4.773	6,9%		13.270	6,1%		170.690	5,1%	
5-20	82.282	18,9%		14.793	21,3%		40.614	18,6%		544.725	16,3%	
20-65	261.985	60,3%		38.923	56,0%		136.147	62,5%		2.024.910	60,5%	
65-75	40.741	9,4%		6.445	9,3%		18.614	8,5%		340.908	10,2%	
75+	24.019	5,5%		4.582	6,6%		9.183	4,2%		263.365	7,9%	
<b>Totaal</b>	<b>434.771</b>	<b>100,0%</b>		<b>69.516</b>	<b>100,0%</b>		<b>217.828</b>	<b>100,0%</b>		<b>3.344.598</b>	<b>100,0%</b>	
Leeftijd	Flevoland 2030			Noordoostpolder 2030			Almere 2030			ROAZ-NH/FL 2030		
	Aantal	%	% Δ 2022	Aantal	%	Δ 2022	Aantal	%	Δ 2022	Aantal	%	Δ 2022
0-5	30.019	6,4%	6,8%	4.765	6,9%	-0,2%	15.597	6,4%	17,5%	201.520	5,6%	18,1%
5-20	81.847	17,3%	-0,5%	13.086	18,9%	-11,5%	42.537	17,5%	4,7%	548.941	15,1%	0,8%
20-65	273.678	57,9%	4,5%	37.871	54,7%	-2,7%	143.595	59,1%	5,5%	2.118.021	58,4%	4,6%
65-75	49.512	10,5%	21,5%	7.217	10,4%	12,0%	25.394	10,4%	36,4%	394.008	10,9%	15,6%
75+	37.559	7,9%	56,4%	6.281	9,1%	37,1%	15.971	6,6%	73,9%	361.285	10,0%	37,2%
<b>Totaal</b>	<b>472.615</b>	<b>100,0%</b>	<b>8,7%</b>	<b>69.220</b>	<b>100,0%</b>	<b>-0,4%</b>	<b>243.094</b>	<b>100,0%</b>	<b>11,6%</b>	<b>3.623.775</b>	<b>100,0%</b>	<b>8,3%</b>



## 4.2.2 Demografie



De subregio FL (Flevoland) heeft ten opzichte van het ROAZ-gemiddelde relatief weinig 65+'ers (15% t.o.v. 18%).

Het aandeel ouderen en daarmee de groep met de hoogste zorgvraag stijgt in 2030 tot 18%. De stijging is vooral te zien bij de groep 75+ (+56%).

De beroepsbevolking (20-65) is gelijk aan het ROAZ-gemiddelde. In 2030 zal de beroepsbevolking stijgen (+5%), maar minder dan de totale bevolking (+9%).

De algemene bevolking stijgt ook na 2030 fors verder van 434.000 in 2022, via 472.000 in 2030 tot 557.000 in 2050.

De bevolking in de NO-polder wijkt af van het totaal in Flevoland. Er zijn meer jongeren en de beroepsbevolking is kleiner. De totale omvang van de bevolking in de NO-polder is dalende (-0,4 in 2030).

De bevolking van Almere groeit tot 2030 met 11%. De groei zit voor een groot deel bij de ouderen. De populatie 65-75 jaar stijgt met 36% de populatie 75+ zelfs met 74%. De beroepsbevolking stijgt ook maar veel minder (+6%).



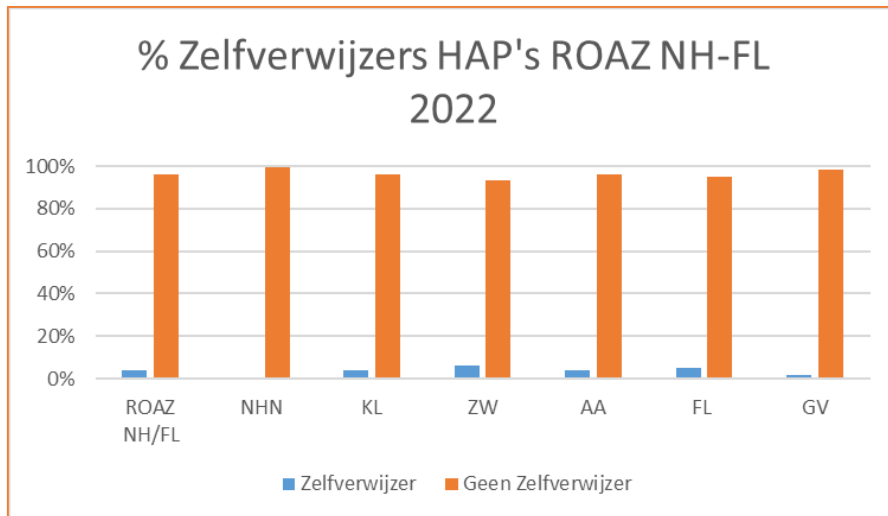
## 4.2.3 Zorggebruik HAP

### Tijdstop zorgvraag

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

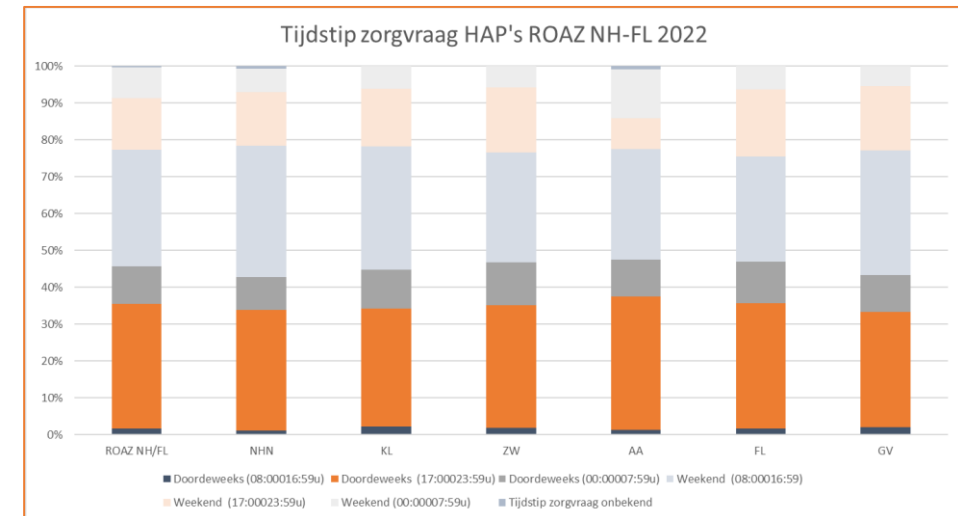
### Zelfverwijzer

Het percentage zelfverwijzers ligt in de regio Flevoland ligt op 5%.



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.



## 4.2.4 Zorggebruik Ambulancezorg

### Tijdstop zorgvraag

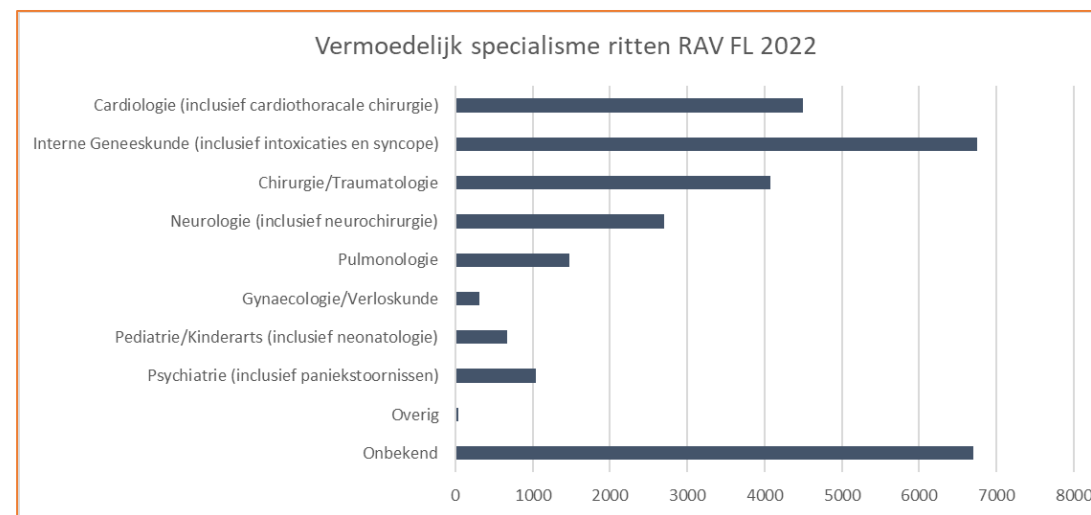
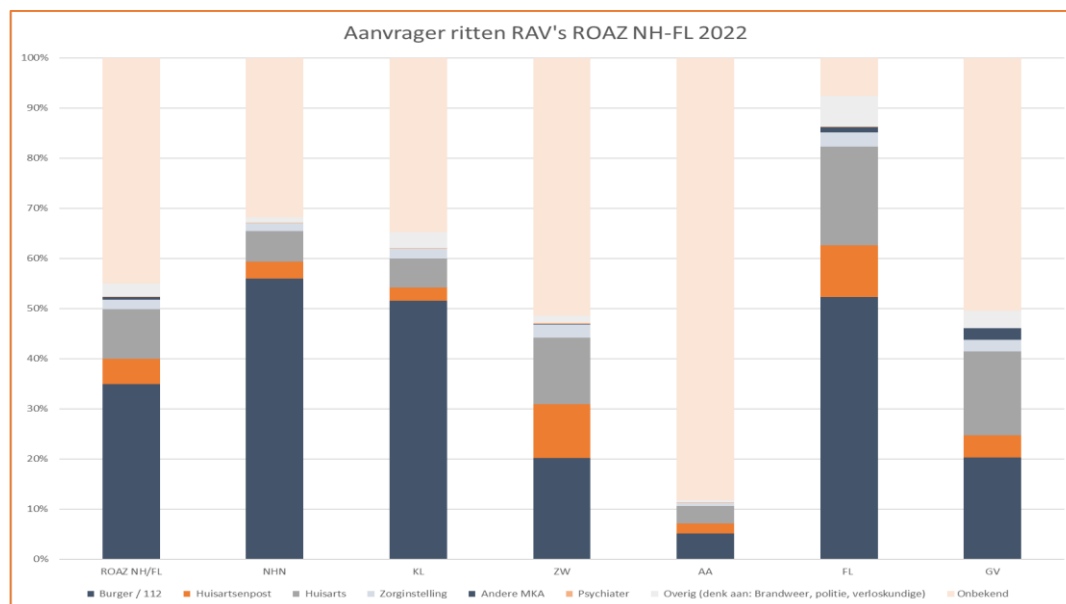
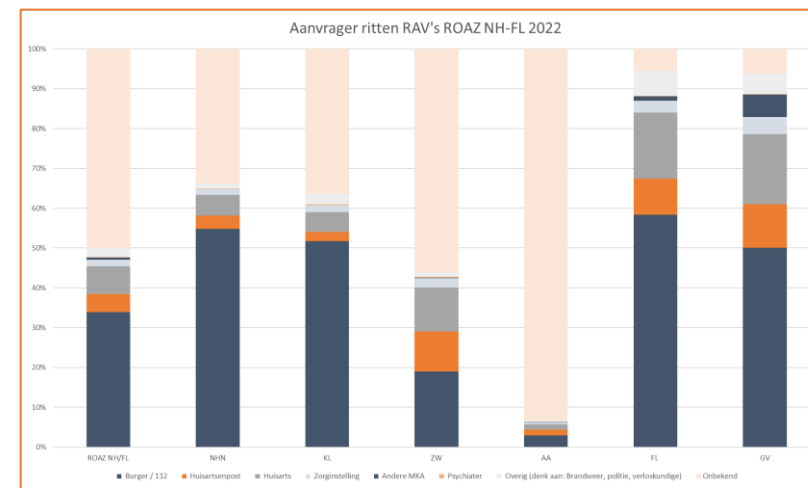
Er zijn geen grote verschillen in tijdstip zorgvraag tussen de subregio's.

### 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 en Neurologie.





## 4.2.5 Zorggebruik SEH

### Vermoedelijk specialisme

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

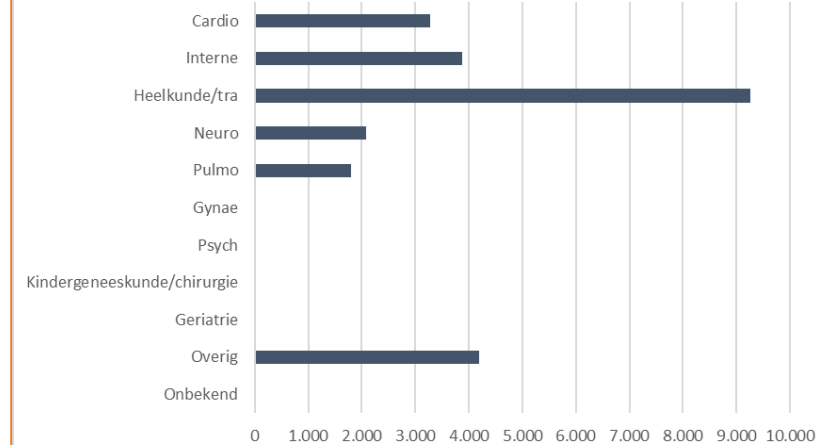
### Tijdstip

Er zijn geen gegevens aangeleverd door subregio FL over tijdstip bezoek SEH.

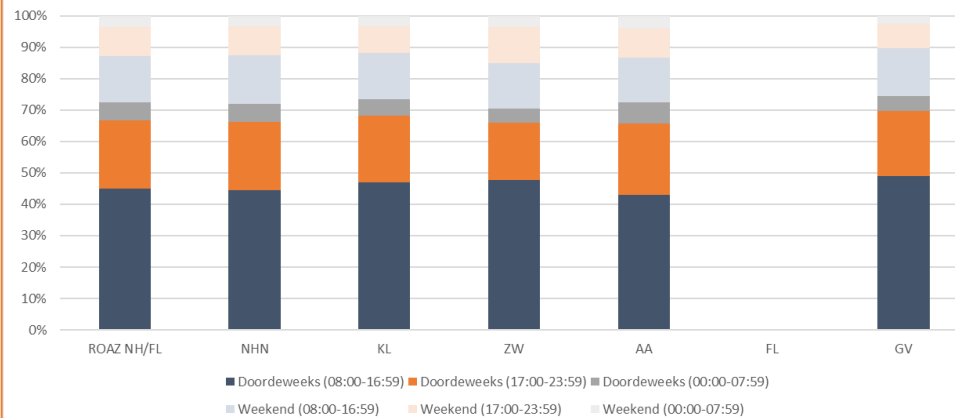
### Duur bezoek

Er zijn geen gegevens aangeleverd door subregio FL over duur bezoek SEH.

Specialisme SEH regio FL 2022

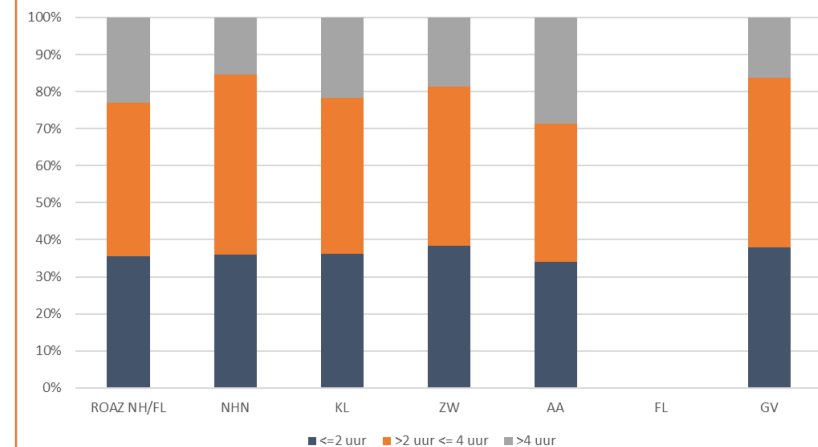


Tijdstip bezoek SEH's ROAZ NH-FL 2022



\*Geen gegevens aangeleverd vanuit de regio Flevoland  
Bron: ROAZ beeld uitvraag ROAZ bureau NH-FL, analyse ROAZ bureau NH/FL.

Duur bezoek SEH ROAZ NH-FL 2022



\*Geen gegevens aangeleverd vanuit de regio Flevoland

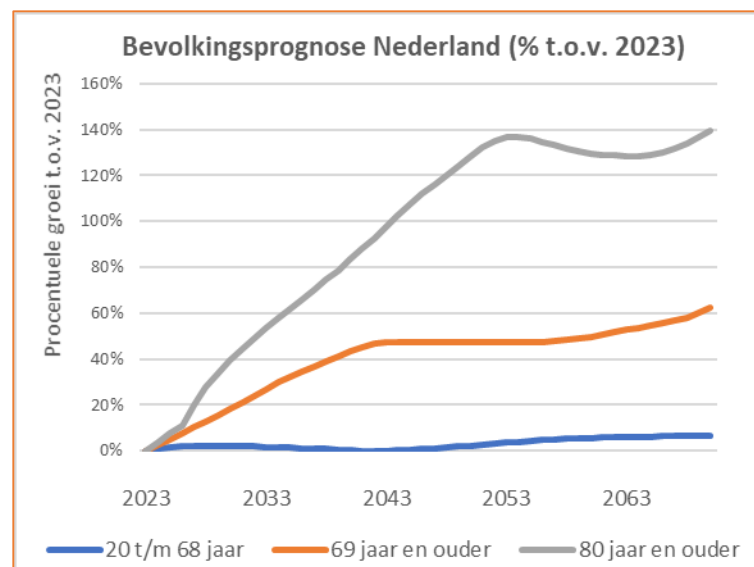


## 4.3 Regioplus arbeidsmarktvraagstuk

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



# Regio+ arbeidsmarktvragestuk



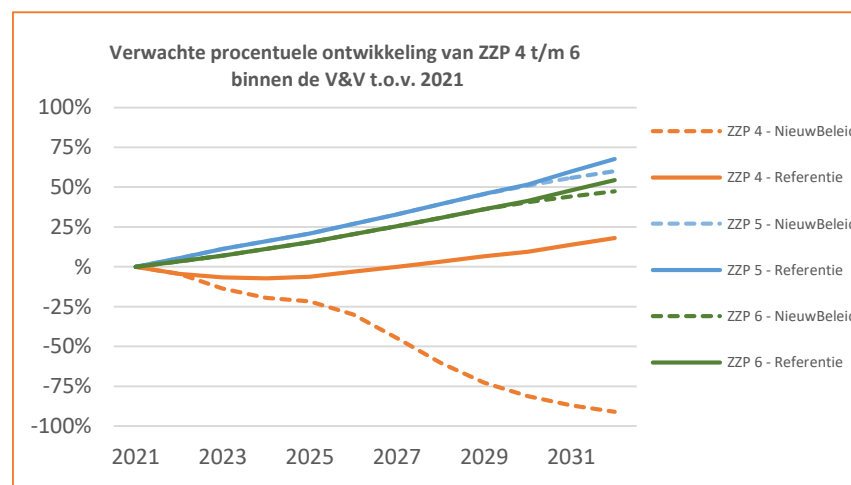
[CBS, KERNPROGNOSES 2022-2070](#)

## Het arbeidsmarktvragestuk voor zorg en welzijn

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

De meeste zorgconsumptie vindt plaats in de groep van 80 jaar en ouder, waardoor het beroep op zorg en welzijn sterk zal toenemen terwijl de beroepsbevolking vrijwel gelijk blijft.

Dit gecombineerd met medische vooruitgang waardoor mensen langer in leven blijven, ook met uitdagingen in de eigen gezondheid, creëert het arbeidsmarktvragestuk voor zorg en welzijn.



## Prognose zorggebruik – nieuw beleid

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



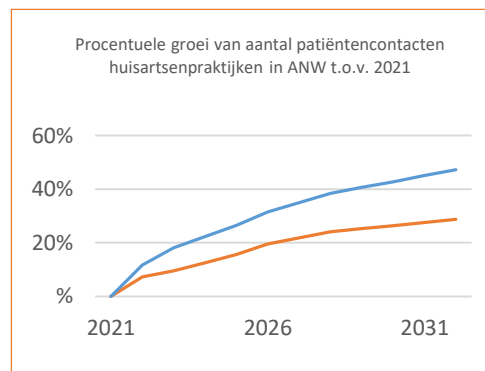
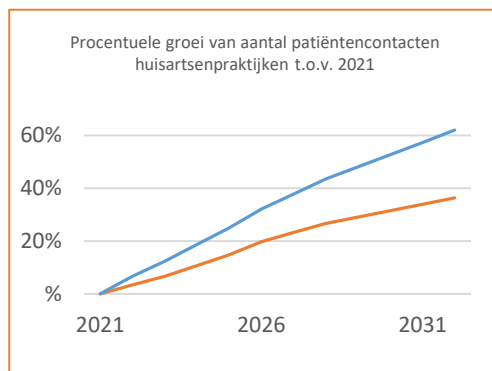
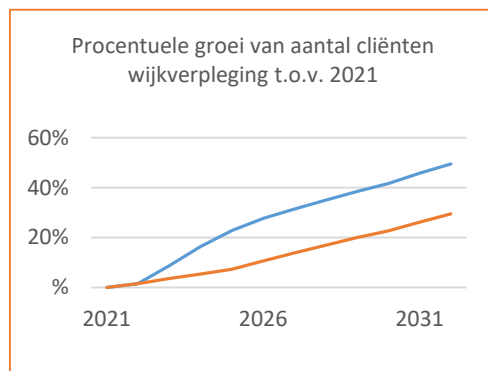
# Regioplus arbeidsmarktvragestuk

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

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

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

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



(— NieuwBeleidsscenario, — Referentiescenario; ABF, maart 2023, [www.prognosemodelzw.nl](http://www.prognosemodelzw.nl))

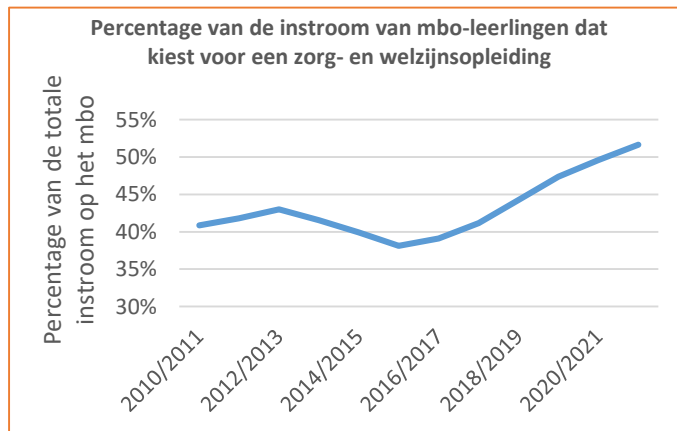


# Regio+ arbeidsmarktvragestuk

## Ontwikkelingen Jeugdhulp en GGZ

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

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





# RegioPlus arbeidsmarktvragestuk

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

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

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



# Regioplus arbeidsmarktvragestuk

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

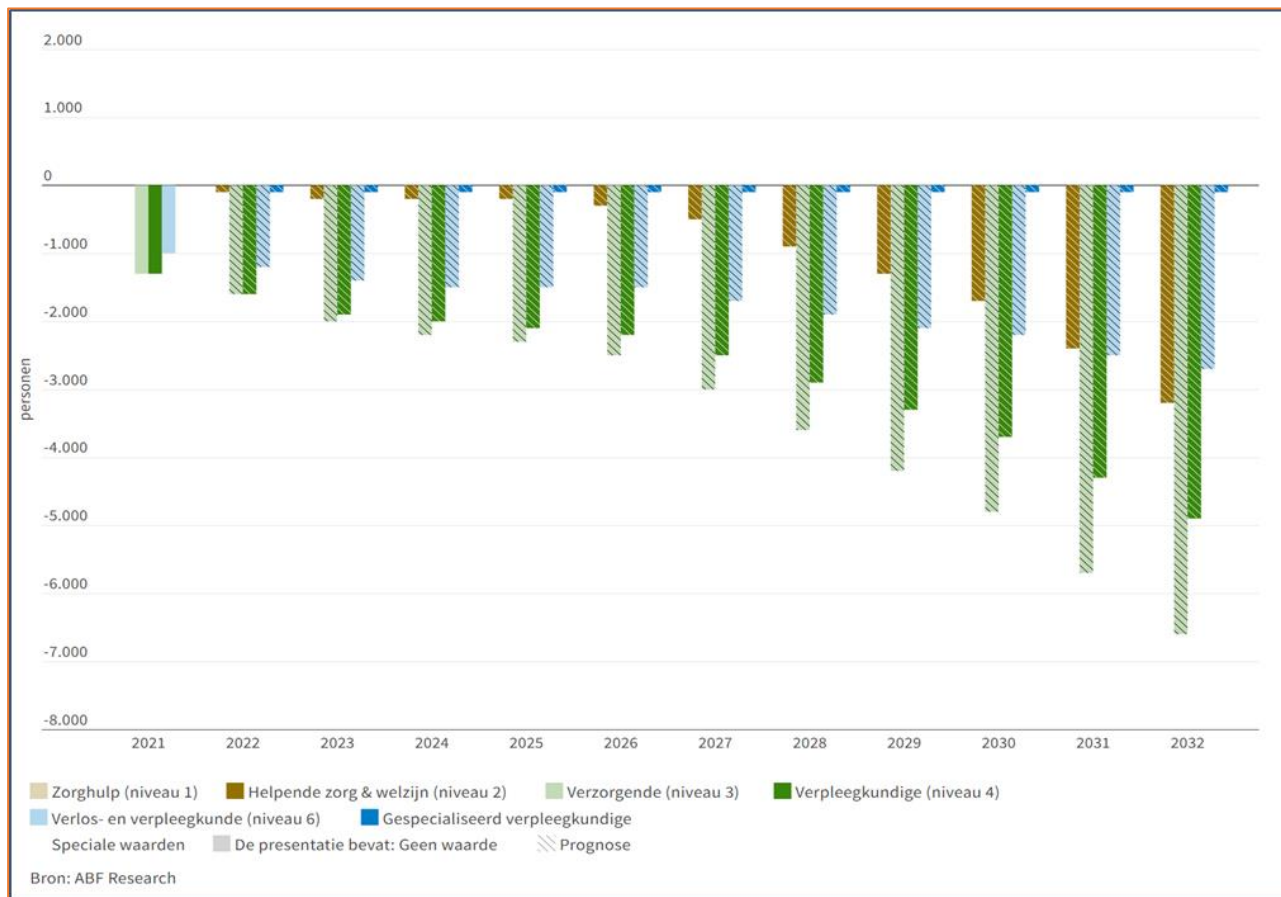
Prognose van de arbeidsmarkttekorten binnen de branche Huisartsen en Gezondheidscentra (ABF, maart 2023)





# Regioplus arbeidsmarktvragestuk

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



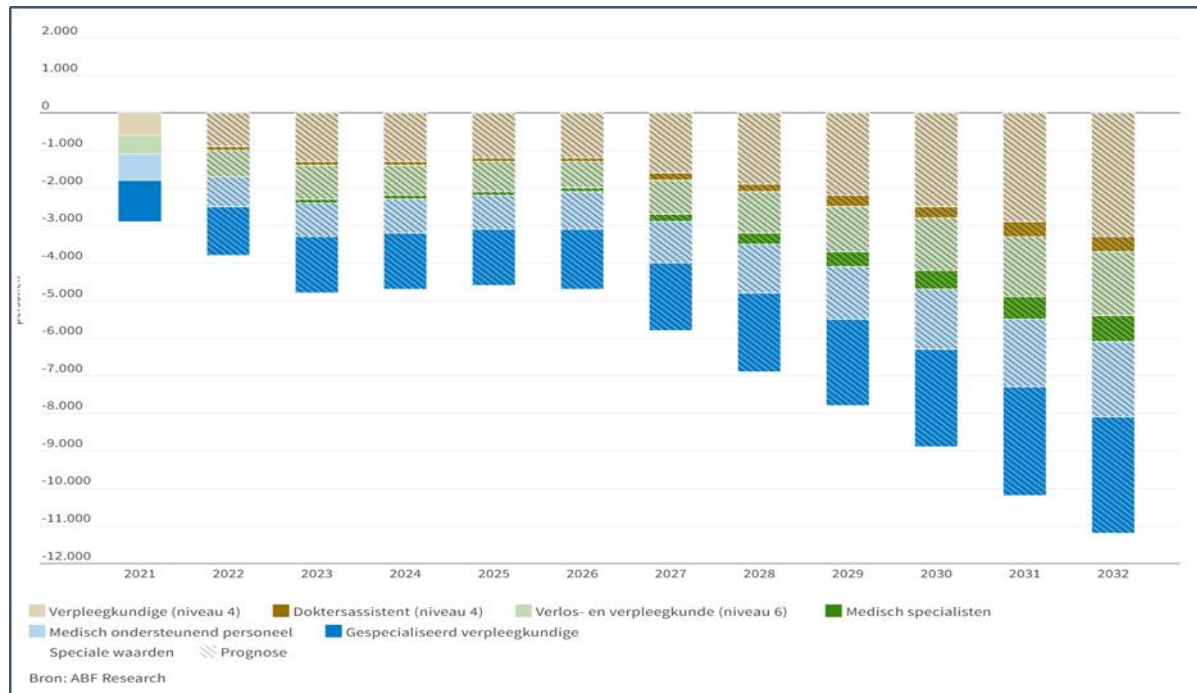
Voor de huisartsenzorg loopt het tekort sterk op voor huisartsen en ondersteuners en voor doktersassistenten. Het (landelijk) tekort voor verpleegkundigen op mbo en hbo-niveau zal voor deze branche in 2032 op enkele honderden uitkomen. Voor de thuiszorg betreffen de tekorten vooral tekorten voor de functies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



# Regioplus arbeidsmarktvragestuk

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

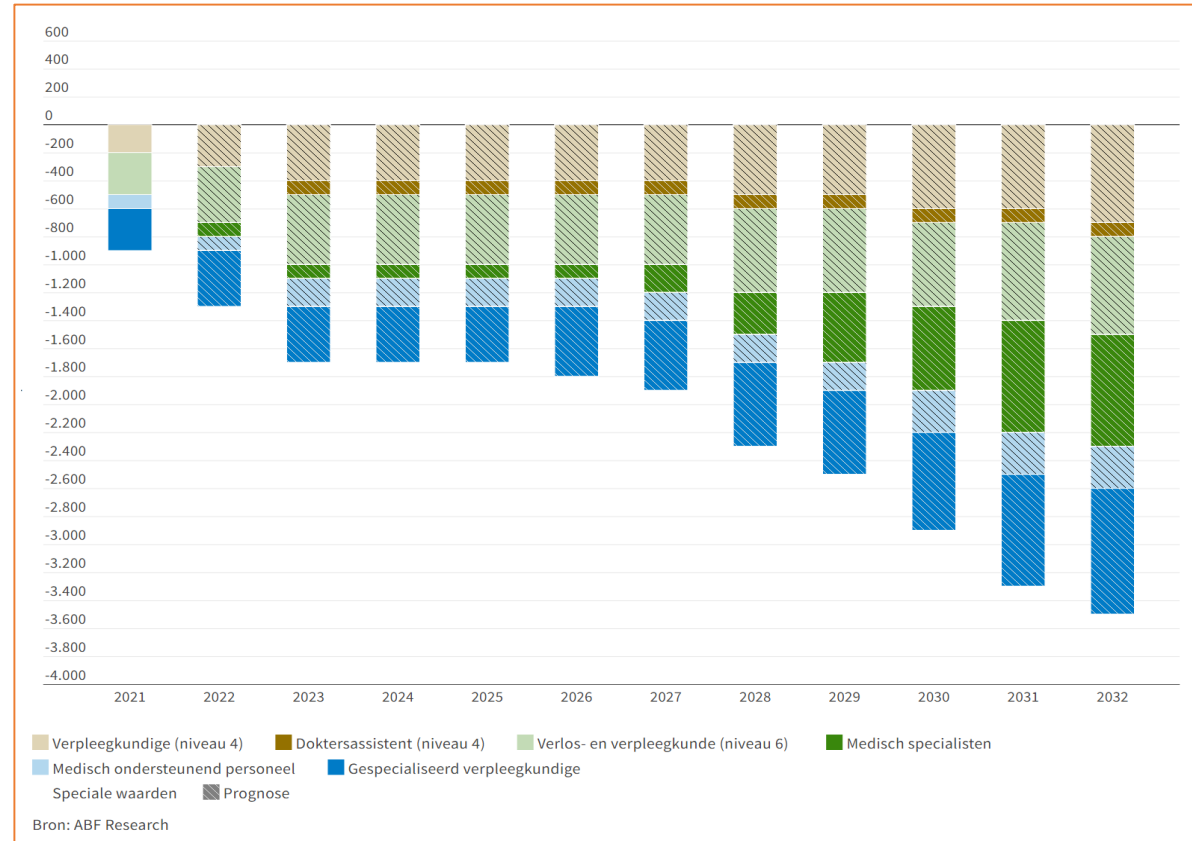
Prognose arbeidsmarkttekorten voor ziekenhuizen en overige med. spec. zorg (ABF, maart 2023)





# Regio+ arbeidsmarktvragestuk

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



# Regioplus arbeidsmarktvragestuk

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





## **4.4 Zorgaanbieders, lopende initiatieven, lopende programma's en bestaande gremia**

**TAZK Flevoland en Gooi en Vechtstreek**



# Inhoudsopgave

## ➤ **Zorgaanbieders Flevoland en Gooi en Vechtstreek**

Een weergave van zorgaanbieders in de sub-ROAZ regio op gemeentelijk en sector- en expertiseniveau.

## ➤ **Lopende initiatieven**

1. Ketenbrede acute wijkzorg
2. Ketenbrede coördinatie GRZ-/ELV bedden
3. Ketenbrede coördinatie tweede naar eerste lijn
4. Ketenbrede coördinatie acute anderhalflijszorg
5. Ketenbrede coördinatie eerste naar tweede lijn

## ➤ **Lopende Programma's**

Bestaande programma's die betrekking hebben de acute zorgketen in regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek

## ➤ **Bestaande Gremia**

Bestaande gremia die betrekking hebben de acute zorgketen in regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek

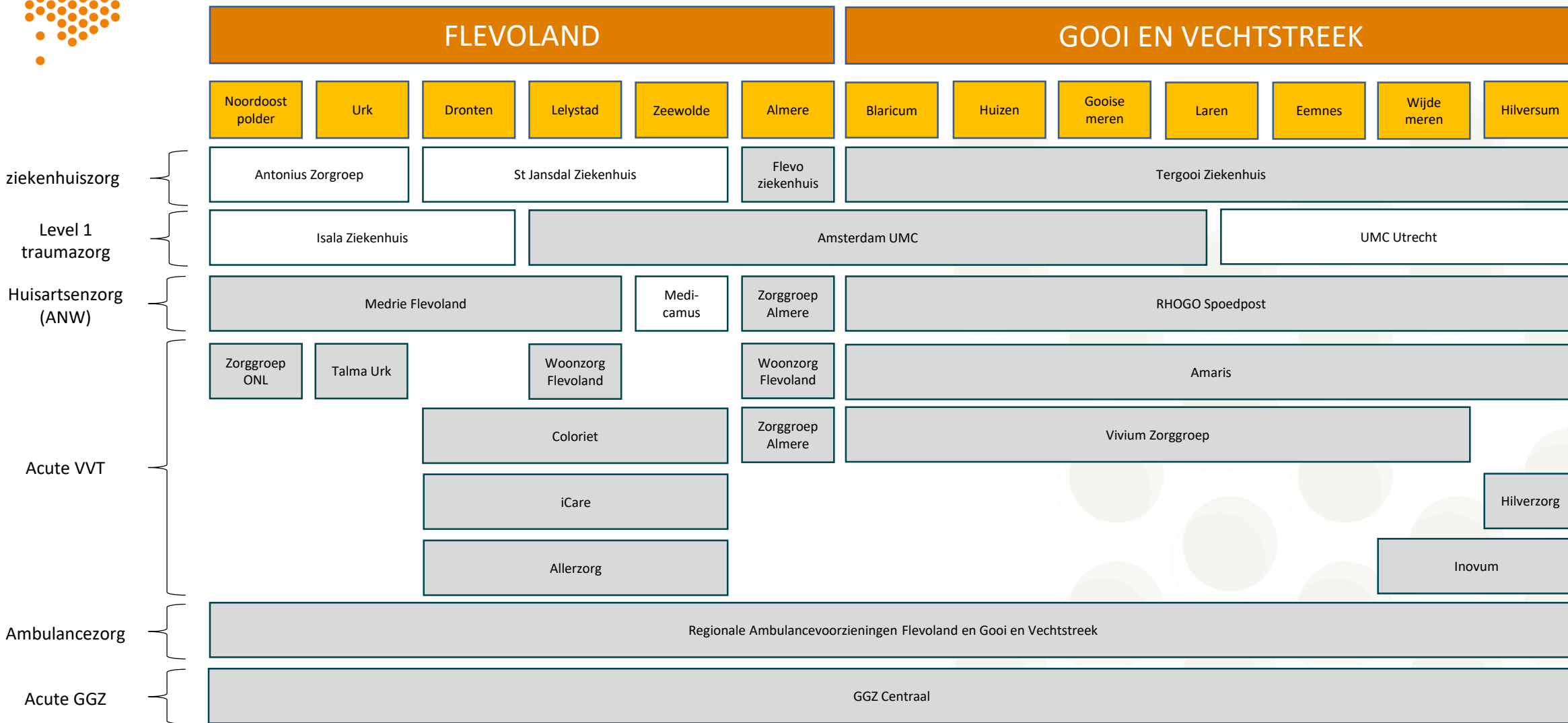


# Zorgaanbieders TAZK FLGV

Een weergave van zorgaanbieders in de sub-ROAZ regio op gemeentelijk en sector- en expertiseniveau.



# Zorgaanbieders sub-ROAZ regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek





# Lopende initiatieven TAZK FLGV

1. Ketenbrede acute wijkzorg
2. Ketenbrede coördinatie GRZ-/ELV bedden
3. Ketenbrede coördinatie tweede naar eerste lijn
4. Ketenbrede coördinatie acute anderhalflijszorg
5. Ketenbrede coördinatie eerste naar tweede lijn



# Lopende initiatieven TAZK FLGV

## Disclaimer:

- Met “ketenbrede benadering” wordt bedoeld: 3 of meerdere sectoren betrokken bij één initiatief/ project/ proces in het licht van TAZK/ IZA.
- De “samenwerkende partijen” zijn betrokken zorgaanbieders – tijdens het duidingsproces binnen het TAZK-programma – en/ of openbare publicaties, meegenomen in het initiatief-beeld.
- Initiatief-beeld is opgenomen in mei en juni 2023. Dit beeld is onderhevig aan interpretaties van de duidingswerkgroep en/ of veranderingen binnen zorglandschap (contingentiefactoren, procesoptimalisatie(s) of anderszins).
- Toegepaste begrippen binnen het getoonde initiatief-beeld zijn afkomstig uit de correspondentie vanuit de volgende partijen: Ministerie VWS, Eindrapportage Zorgcoördinatie 2020-2022 en het ROAZ.



# 1. Ketenbrede acute wijkzorg

	FLEVOLAND						GOOI EN VECHTSTREEK						
	Noordoost polder	Urk	Dronten	Lelystad	Zeewolde	Almere	Blaricum	Huizen	Gooise meren	Laren	Eemnes	Wijde meren	Hilversum
Initiatief	Pilot ZC		Acute Verpleegkundige Nachtzorg			Pilot ZC	Regionaal Ambulant Verpleegkundig Team						
Ketenbrede benadering	JA		NEE			JA	JA						
Spreading beschikbaarheid	7x ANW					Vr, za, zo, ma	7x ANW						
Zorgcoördinatie thema	Eénduidige toegang zorgverleners					Eénduidige toegang zorgverleners	Eénduidige toegang zorgverleners						
	Passende zorginzet					Passende zorginzet	Passende zorginzet						
	Coördinatie zorginzet					Coördinatie zorginzet	Coördinatie zorginzet						
Samenwerkende partijen in de keten	Zorggroep ONL		Allerzorg			Flevo ziekenhuis	RHOGO Spoedpost						
	Talma Urk		Coloriet			Woonzorg Flevoland	Amaris						
	RAV FLGV		iCare			RAV FLGV	Vivium Zorggroep						
	Antonius Zorggroep					Zorggroep Almere							
	Medrie												
Gegevens uitwisseling	Mondeling					Mondeling	Mondeling						

Initiatief

Ketenbrede benadering

Spreading beschikbaarheid

Zorgcoördinatie thema

Samenwerkende partijen in de keten

Gegevens uitwisseling

## 2. Ketenbrede coördinatie GRZ-/ ELV bedden



FLEVOLAND						GOOI EN VECHTSTREEK							
Noordoost polder	Urk	Dronten	Lelystad	Zeewolde	Almere	Blaricum	Huizen	Gooise meren	Laren	Eemnes	Wijde meren	Hilversum	
Initiatief		Het Vlie & Pilot ZC		Getijde (tijdelijk verblijf Flevoland)		RTP Almere	Regionaal Transfer Punt Gooi e.o.						
Ketenbrede benadering		JA		JA		JA	JA						
Spreiding beschikbaarheid		Kantoortijden (mogelijk uitbreiding 2023)		24/7		Project in opstartfase	Ma t/m Vr van 8:00 tot 20:00, za/zo en feestdagen van 12:00 tot 20:00						
Zorgcoördinatie thema		Eénduidige toegang zorgverleners		Eénduidige toegang zorgverleners			Eénduidige toegang zorgverleners						
		Passende zorginzet		Passende zorginzet			Passende zorginzet						
		Eénduidige urgentie bepaling		Eénduidige urgentie bepaling			Eénduidige urgentie bepaling						
		Coördinatie zorginzet		Coördinatie zorginzet			Coördinatie zorginzet						
Samenwerkende partijen in de keten		Zorggroep ONL		Woonzorg Flevoland			Woonzorg Flevoland	RHOGO Speedpost					
		Talma Urk		Coloriet			Flevo ziekenhuis	Amaris					
		RAV FLGV		St Jansdal Ziekenhuis		RAV FLGV	Vivium Zorggroep					Hilverzorg	
		Antonius Zorggroep				Zorggroep Almere	Tergooi Ziekenhuis						
		Medrie					Inovum						
Gegevens uitwisseling		Mondeling		Mondeling			Mondeling						
		Schriftelijk		Schriftelijk			Digitaal						

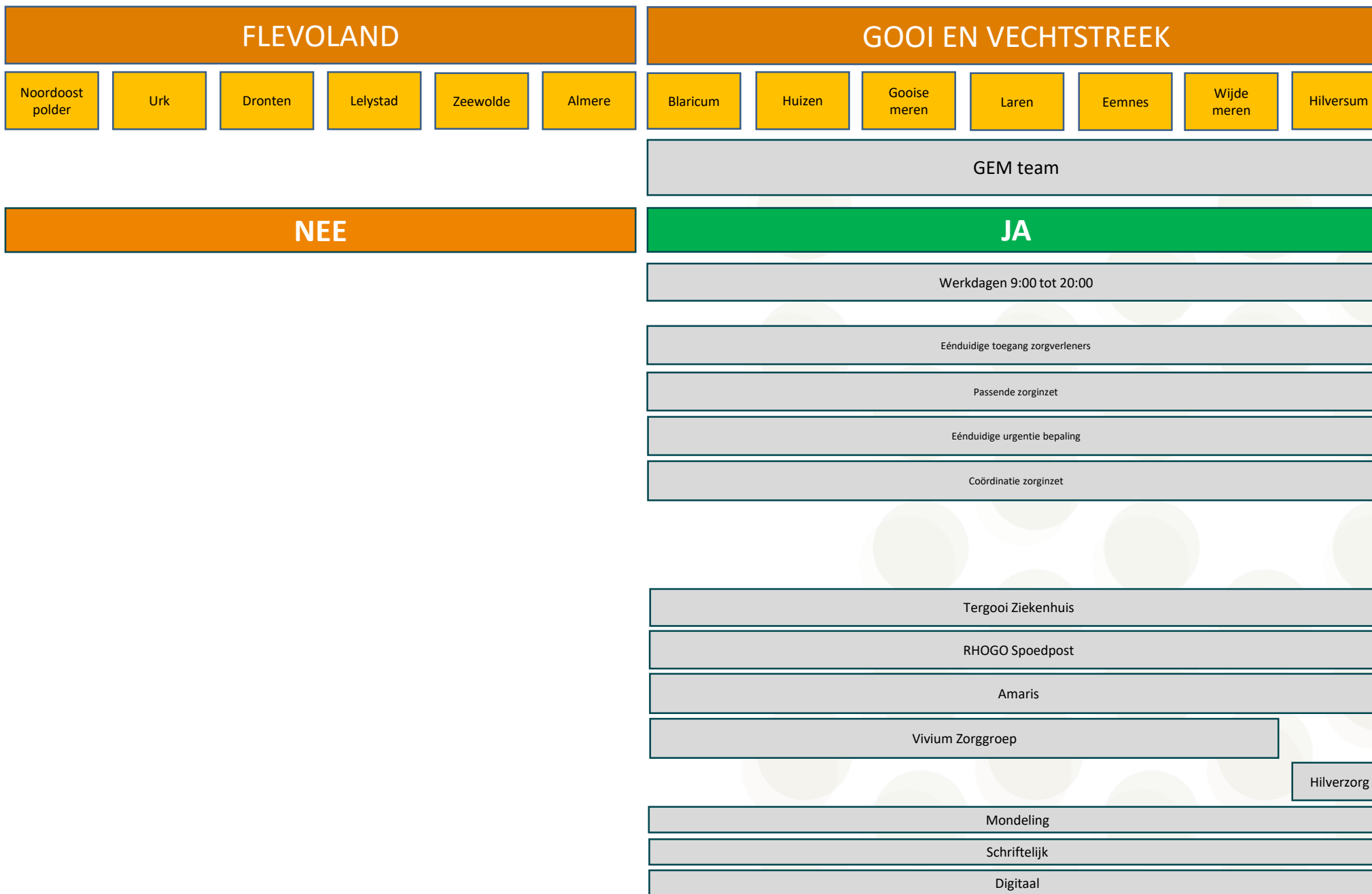


# 3. Ketenbrede coördinatie tweede naar eerste lijn 1/2



FLEVOLAND						GOOI EN VECHTSTREEK						
Noordoost polder	Urk	Dronten	Lelystad	Zeewolde	Almere	Blaricum	Huizen	Gooise meren	Laren	Eemnes	Wijde meren	Hilversum
Initiatief					RTP Almere	Regionaal Transfer Punt Gooi e.o.						
Ketenbrede benadering					NEE	JA	JA					
Spreiding beschikbaarheid					Project in opstartfase	Ma t/m Vr van 8:00 tot 20:00, za/zo en feestdagen van 12:00 tot 20:00						
Zorgcoördinatie thema						Eénduidige toegang zorgverleners						
						Passende zorginzet						
						Eénduidige urgentie bepaling						
						Coördinatie zorginzet						
Samenwerkende partijen in de keten		Antonius Zorggroep	St Jansdal Ziekenhuis		Flevo ziekenhuis	RHOGO Spoedpost						
		Zorggroep ONL	Allerzorg		Woonzorg Flevoland	Amaris						
		Talma Urk	Coloriet		RAV FLGV	Vivium Zorggroep					Hilverzorg	
			iCare		Zorggroep Almere	Tergooi Ziekenhuis						
		Medrie									Inovum	
Gegevens uitwisseling						Mondeling						
						Digitaal						

# 3. Ketenbrede coördinatie tweede naar eerste lijn 2/2

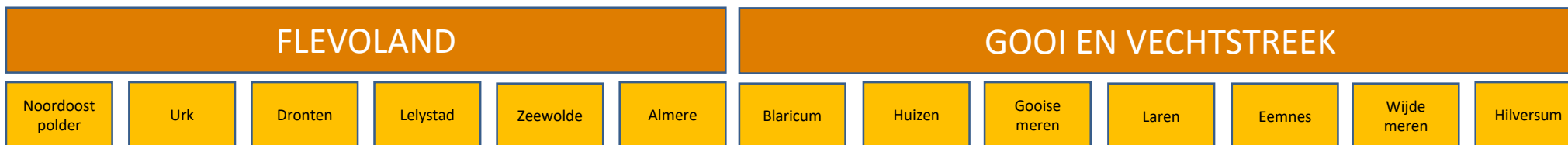


# 4. Ketenbrede coördinatie acute anderhalflijszorg



	FLEVOLAND						GOOI EN VECHTSTREEK						
	Noordoost polder	Urk	Dronten	Lelystad	Zeewolde	Almere	Blaricum	Huizen	Gooise meren	Laren	Eemnes	Wijde meren	Hilversum
Initiatief	Opleiden én werken met VSPA												
Ketenbrede benadering	JA						NEE						
Spreiding beschikbaarheid	Per september 2023 operationele start 50/50 construct: VSPA op AMBU en op HAP												
Zorgcoördinatie thema	Eénduidige toegang zorgverleners												
	Passende zorginzet												
	Eénduidige urgentie bepaling												
	Coördinatie zorginzet												
Samenwerkende partijen in de keten	Medrie												
	RAV FLV												
Gegevens uitwisseling	Mondeling												
	Schriftelijk												

# 5. Ketenbrede coördinatie eerste naar tweede lijn



- Initiatief
- Ketenbrede benadering
- Spreiding beschikbaarheid
- Zorgcoördinatie thema
- Samenwerkende partijen in de keten
- Gegevens uitwisseling





# Lopende programma's TAZK FLGV

Bestaande programma's die betrekking hebben de acute zorgketen in regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek



# Lopende programma's TAZK FLGV

## Disclaimer:

- Programma's die betrekking hebben acute zorg (TAZK/ IZA) thema's zijn meegenomen in de beeldvorming.
- Er is gebruik gemaakt van openbare publicaties t.b.v. van het programma-beeld.
- Programma-beeld is opgenomen in mei en juni 2023. Dit beeld is onderhevig aan interpretaties van de duidingswerkgroep en/ of veranderingen binnen zorglandschap (contingentiefactoren, programmaduur of anderszins).
- Toegepaste begrippen binnen het getoonde programma-beeld zijn afkomstig uit de correspondentie vanuit de volgende partijen: Ministerie VWS, Eindrapportage Zorgcoördinatie 2020-2022 en het ROAZ.



# Programma's

	FLEVOLAND						GOOI EN VECHTSTREEK						
	Noordoost polder	Urk	Dronten	Lelystad	Zeewolde	Almere	Blaricum	Huizen	Gooise meren	Laren	Eemnes	Wijde meren	Hilversum
<b>Titel</b>	Flevoland Gezond en Wel												
<b>IZA thema</b>	Instroom beperking acute zorg						Instroom beperking acute zorg						
	Uitstroom beperking acute zorg						Uitstroom beperking acute zorg						
<b>TAZK thema</b>							Digitale Gegevens Uitwisseling						
							Zorg-Coördinatie						
<b>Betrokken zorgsectoren</b>							Ziekenhuis zorg						
							Huisartsen zorg (ANW)						
							VVT						
							GGZ						
							Ambulance zorg						
<b>Betrokken zorgverzekeraar</b>	GGD Flevoland						Zilveren Kruis						



# Bestaande gremia TAZK FLGV

Bestaande gremia die betrekking hebben de acute zorgketen in regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek





# Bestaande Gremia TAZK FLGV

## Disclaimer:

- Gremia die betrekking hebben acute zorg (TAZK/ IZA) thema's zijn meegenomen in de beeldvorming.
- Gremia die een directe betrekking hebben op initiatieven zijn buiten beschouwing gelaten.
- Er is gebruik gemaakt van openbare publicaties t.b.v. van het gremia-beeld.
- Gremia-beeld is opgenomen in mei en juni 2023. Dit beeld is onderhevig aan interpretaties van de duidingswerkgroep en/ of veranderingen binnen zorglandschap (contingentiefactoren, gremia samenstelling of anderszins).
- Toegepaste begrippen binnen het getoonde gremia-beeld zijn afkomstig uit de correspondentie vanuit de volgende partijen: Ministerie VWS, Eindrapportage Zorgcoördinatie 2020-2022 en het ROAZ.

# Gremia 1/4



Gremium

IZA thema

TAZK thema

Betrokken  
zorgsectoren

Betrokken  
zorgverzekeraar

Betrokken  
Overheid

FLEVOLAND						GOOI EN VECHTSTREEK						
Noordoost polder	Urk	Dronten	Lelystad	Zeewolde	Almere	Blaricum	Huizen	Gooise meren	Laren	Eemnes	Wijde meren	Hilversum
<b>Bestuurlijk Ketenpartner Overleg TAZK (KPO)</b>												
<b>Werkgroep duiding ROAZ-beeld en -plan</b>												
Instroom beperking acute zorg												
Uitstroom beperking acute zorg												
Digitale Gegevens Uitwisseling												
Zorg- Coördinatie												
S&B acute zorg												
Ziekenhuiszorg												
Huisartsenzorg (ANW)												
VVT												
GGZ												
Ambulancezorg												
GGD Flevoland						Regio Gooi en Vechtstreek (GGD)						
Zilveren Kruis												
Ministerie VWS												



# Gremia 2/4

	FLEVOLAND						GOOI EN VECHTSTREEK						
	Noordoost polder	Urk	Dronten	Lelystad	Zeewolde	Almere	Blaricum	Huizen	Gooise meren	Laren	Eemnes	Wijde meren	Hilversum
Gremium						Samenwerking agenda	Bestuurlijk overleg						
IZA thema	Zorgtafel 2.0.												
	Instroom beperking acute zorg						Instroom beperking acute zorg						
	Uitstroom beperking acute zorg						Uitstroom beperking acute zorg						
TAZK thema	Digitale Gegevens Uitwisseling						Zorg-Coördinatie						
							S&B acute zorg						
Betrokken zorgsectoren	Ziekenhuiszorg					Ziekenhuiszorg							
	Huisartsenzorg (ANW)						Huisartsenzorg (ANW)						
	VVT						VVT						
	GGZ						Apothekerszorg						
	Ambulancezorg												
	Verloskunde												
Betrokken zorgverzekeraar	Zilveren Kruis												
Betrokken Overheid	Provincie Flevoland												
						Gemeente Almere							

# Gremia 3/4



## FLEVOLAND

## GOOI EN VECHTSTREEK

Noordoost polder	Urk	Dronten	Lelystad	Zeewolde	Almere	Blaricum	Huizen	Gooise meren	Laren	Eemnes	Wijde meren	Hilversum
------------------	-----	---------	----------	----------	--------	----------	--------	--------------	-------	--------	-------------	-----------

Gremium

Sectortafel HCA ZWF Human Capital

IZA thema

TAZK thema

Betrokken  
zorgsectoren

- Ziekenhuiszorg
- Huisartsenzorg (ANW)
- VVT
- GGZ
- Ambulancezorg
- GGD Flevoland

Betrokken  
zorgverzekeraar

Zorgkantoor/ Zorgverzekeraar

Betrokken  
Overheid

Provincie Flevoland

Gemeenten



# Gremia 4/4

## FLEVOLAND

## GOOI EN VECHTSTREEK

Noordoost polder	Urk	Dronten	Lelystad	Zeewolde	Almere	Blaricum	Huizen	Gooise meren	Laren	Eemnes	Wijde meren	Hilversum
------------------	-----	---------	----------	----------	--------	----------	--------	--------------	-------	--------	-------------	-----------

Gremium

Bestuurlijk overleg Netwerk Flevoland

IZA thema

Instroom beperking acute zorg

Uitstroom beperking acute zorg

TAZK thema

Digitale Gegevens Uitwisseling

Zorg-Coördinatie

S&B acute zorg

Betrokken zorgsectoren

Ziekenhuiszorg

Huisartsenzorg (ANW)

VVT

Betrokken zorgverzekeraar

Zilveren Kruis

Betrokken Overheid

Provincie Flevoland

Gemeenten



# 4.5 ROAZ STRUCTUUR

# ROAZ-structuur

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.

## Bestuurlijk ROAZ

Op bestuurlijk niveau zijn er twee typen ROAZ-overleggen:

- *Sector ROAZ*

In principe vindt regionale besluitvorming plaats in het Sector ROAZ. Doel van het Sector ROAZ is om te komen tot bestuurlijke afstemming en besluitvorming t.a.v. het functioneren van de acute zorgketen in de regio Noord-Holland/Flevoland.

Het Sector ROAZ bestaat uit vertegenwoordigers van alle sectoren die onderdeel uitmaken van het ROAZ (huisartsenzorg, RAV, ziekenhuizen, VVT, GGD-GHOR, GGZ en GHZ). De sectorvertegenwoordigers organiseren sectoroverleggen met hun 'achterban' (alle bestuurders van de betreffende sector) om ROAZ-onderwerpen af te stemmen en standpunten te bepalen. Deze standpunten brengt de vertegenwoordiger namens de hele sector naar het bestuurlijk Sector ROAZ.

- *Algemeen ROAZ*

Twee keer per jaar vindt er een Algemeen ROAZ-overleg plaats met alle ROAZ-partners, aangezien het belangrijk is dat de bestuurders van alle organisaties binnen het ROAZ elkaar blijven ontmoeten. Daarnaast kunnen er ook onderwerpen zijn waarbij informatiedeling of brede besluitvorming nodig is of een andere reden om dit in een breed Algemeen ROAZ in te brengen.

## Tactisch ROAZ

Het Tactisch ROAZ bestaat voornamelijk uit deelnemers uit de tactische managementlaag (niveau onder RvB/directie) vanuit de ketenpartners. Het doel van het Tactisch ROAZ is om bestuurlijke afspraken en het operationele niveau steviger met elkaar te verbinden, vanuit het perspectief van de acute zorgketen. Daarnaast heeft het Tactisch ROAZ onderstaande functies:

- Monitorende functie
- Informatie ophalen uit veld
- Huidige problematiek snel aanpakken
- Concrete vragen nodig / onderwerpen inbrengen (bepalen op welk niveau door de juiste mensen wordt opgepakt / wie zijn er nodig om probleem aan te pakken en op te lossen)
- Bij bepaalde onderwerpen toetsing vooraf op inhoud/haalbaarheid bij voorgenomen besluitvorming door bestuurlijk ROAZ
- Bewaken keten
- Bij elkaar komen, lijnen verkorten / netwerken (wordt door leden zelf als belangrijke meerwaarde gezien: elkaar en elkaars organisaties beter leren kennen, en elkaar daardoor laagdrempeliger kunnen benaderen, lopende initiatieven bij elkaar brengen).

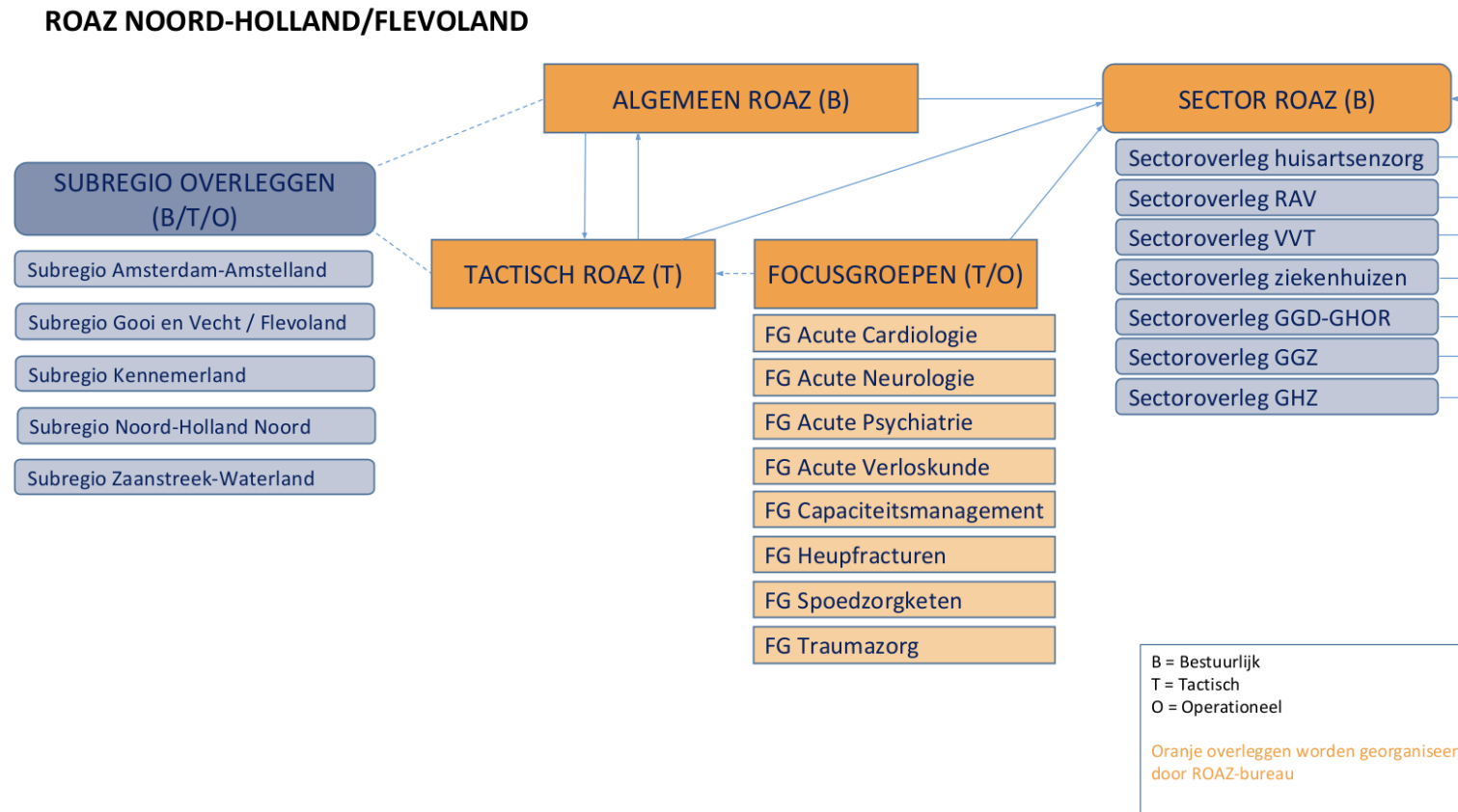
# ROAZ-structuur

## Focusgroepen

Binnen het Netwerk Acute Zorg Noord-Holland/Flevoland werken (zorg)professionals in verschillende focusgroepen aan een optimale instroom, doorstroom en uitstroom van de acute zorgketen. Daarbij worden knelpunten geanalyseerd en met elkaar besproken en wordt samen nagedacht over en gewerkt aan oplossingen. Het kan daarbij gaan om zowel zorginhoudelijke als organisatorische knelpunten. Voor meer informatie zie [Focusgroepen](#).

## Bestuurlijk Crisis ROAZ (BCR)

Met de komst van de COVID-crisis is het Bestuurlijk Crisis ROAZ (BCR) ontstaan, dat zich specifiek richt op crisissituaties en waarin snelle en adequate besluitvorming moet plaatsvinden. Dit BCR kan parallel aan het Sector ROAZ actief zijn. Het BCR functioneert naar gelang de druk van de crisis op de zorgketen in actieve of wakende toestand.







### **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 Flevoland) en in samenwerking met de LNAZ, het RIVM, de NZA, Flever en 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

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)