

> ROAZ-beeld Brabant

27-06-2023 (met aantal rectificaties d.d. 1 oktober 2024)

Projectteam



Thijs Stoop

Laura Visser

Marin Baelde

Projectleider: Roderik Ponds
(roderik.ponds@sirm.nl)

Copyright



Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding:

NAZB, ROAZ-beeld Brabant,
juni 2023

Opdrachtgever



Netwerk Acute Zorg Brabant
(NAZB) voor ROAZ-regio
Brabant

Foto voorblad



Fotograaf Reyer Boxem
ANP

Het door SiRM gemaakte ROAZ-beeld d.d. 27 juni 2023 bevatte een viertal rekenfouten. Het gaat om de patiëntstromen (pagina 33), de prognose van specifieke aandoeningen (pagina 41), de verwachte impact van kansen voor de GGZ (pagina 53, pagina 61) en de zorgvragen per uur op de SEH in het weekend (pagina 65). Per 1 oktober 2024 is dit hersteld in het ROAZ-beeld.

Voorwoord door NAZB (I)



Een van de uitgangspunten van het Integraal Zorgakkoord ([IZA](#)) is regionale samenwerking, ook in de acute zorg. Zo staat in het IZA dat iedere ROAZ-regio in het tweede kwartaal van 2023 een ROAZ-beeld en in het vierde kwartaal van 2023 een ROAZ-plan gereed moet hebben over de aanpak van de acute zorg in de regio. Voor u ligt het ROAZ-beeld voor ROAZ-regio Brabant.

Bespiegeling

Uit het beeld komt duidelijk naar voren dat over de volle breedte van de regionale acute zorgketen en op alle vlakken een nog grotere disbalans zal ontstaan tussen vraag en aanbod dan waar de zorgsector momenteel al mee te maken heeft. Hoewel in het proces met onder andere de werkgroep enkele eerste suggesties voor acties zijn gedaan (beleidsrijke scenario), laat het beeld zien dat deze onvoldoende soelaas bieden. Het gesprek over welke acties nodig zijn om deze disbalans zoveel mogelijk te beperken en/of hiermee om te gaan, zal gevoerd moeten worden. De in het beeld gedane suggesties voor acties om de toegankelijkheid, beschikbaarheid en kwaliteit van acute zorg in de toekomst duurzaam te borgen, vormen dan ook niet anders dan het startpunt voor de verdere discussie; ze zijn nadrukkelijk onderwerpen om discussies te starten en niet het eindpunt.

Tegelijkertijd geldt dat dit beeld zich, conform de opdracht, primair richt op de acute zorgketen. Verscheidene suggesties hebben mogelijk wel een positief effect op de acute zorgketen, maar kunnen deels ook een verschuiving van zorg richting de reguliere zorg (bijvoorbeeld VVT en dagzorg door de huisartsen) teweegbrengen met extra belasting als gevolg. Daarom is het essentieel om in de volgende fase de regioplannen en het ROAZ-plan goed op elkaar af te stemmen en te laten aansluiten. Tot slot is het van belang om niet alleen regionaal, maar ook landelijk het maatschappelijke debat te voeren over welke zorg nog geleverd wordt door professionals en wat op andere manieren gedaan kan worden. Het burgerperspectief is daarbij belangrijk.

Voorwoord door NAZB (2)



Achtergrond

NAZB liet in 2018 een soort ROAZ-beeld samenstellen door adviesbureau SiRM (Strategies in Regulated Markets). Dit beeld richtte zich toen enkel op de somatische acute keten (huisartsenposten, ambulancediensten en ziekenhuizen) en keek vooruit naar 2023. Inmiddels is de situatie, mede vanwege de coronapandemie, enorm veranderd. Gezien de tijdslijn van de prognoses in het eerdere plan is een herijking op zijn plaats. Deze herijking valt mooi samen met de opdracht vanuit het IZA en heeft geresulteerd in een update van het eerdere ROAZ-beeld met verbreding naar de andere partners zoals de geestelijke gezondheidszorg en VVT. Uiteraard vormden de landelijk vastgestelde criteria de basis voor het ROAZ-beeld.

SiRM heeft in opdracht van het Dagelijks Bestuur ROAZ, ROAZ-regio Brabant in het verlengde van het eerdere traject opnieuw ondersteund bij de totstandkoming van het ROAZ-beeld. Voor een accurate begeleiding van het proces, toetsing en duiding van de bevinding is een werkgroep samengesteld met vertegenwoordiging per sector op managementniveau van de regionale partners. Deze werkgroep is ondersteund door SiRM en NAZB.

Aanvullende data gebruikt

Het ministerie van VWS heeft via het RIVM landelijke data beschikbaar gesteld voor het opstellen van het ROAZ-beeld. Aanvullend daaraan is een extra data-uitvraag gedaan bij ketenpartners en zijn zij allen geïnterviewd om informatie op te halen ten aanzien van kansen en knelpunten voor de duurzame borging van de toegankelijkheid, beschikbaarheid en kwaliteit van acute zorg in de toekomst. Met de combinatie van deze aanvullende informatie is getracht tot een beter toepasbaar ROAZ-beeld te komen. Daarbij wordt uitdrukkelijk gesteld dat dit het startpunt biedt voor het opstellen van het ROAZ-plan.

Voorwoord door NAZB (3)



NAZB bedankt alle ketenpartners voor hun betrokkenheid (deelname aan de interviews, leveren van data en aanwezigheid bij de sectorale- en duidingsbijeenkomsten) bij de totstandkoming van dit ROAZ-beeld. Daarnaast worden de leden van de werkgroep hartelijk bedankt voor hun bijdrage en het vertegenwoordigen van de eigen sector in dit traject.

Regio-beelden Brabant

Conform de opdracht uit IZA wordt met het ROAZ-beeld voor ROAZ-regio Brabant inzicht gegeven in enerzijds de capaciteit van het acute zorgaanbod in de regio en de kwaliteitsparameters geldend in de acute zorg en anderzijds de prognoses en ontwikkelingen in zorgbehoefte en andere relevante informatie over de bevolking van de regio. Voor meer inzicht in bovenstaande ten aanzien van de reguliere zorgbehoefte, verwijzen wij naar de regio-beelden die voor de vier zorgkantorregio's in Brabant worden gemaakt. Dit is in lijn met het verzoek vanuit IZA om te streven naar inhoudelijke congruentie tussen voor de regio relevante regioplannen en op elkaar aansluitende processen na, met name voor wat betreft acute zorg plannen en transitieplannen.

Aanleiding en vraag aan SiRM

Aanleiding



- In het IZA hebben partijen afgesproken om in ieder ROAZ een ROAZ-beeld voor de acute zorg te maken.
- Het ROAZ-beeld is een voorbereiding op een ROAZ-plan. Het maakt inzichtelijk wat de prioritaire opgaven in de regio zijn om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de acute zorg duurzaam te borgen.
- Netwerk Acute Zorg Brabant (NAZB) heeft in 2018 al een soort ROAZ-beeld laten samenstellen door adviesbureau SiRM – Strategies in Regulated Markets. Vanwege de tijdshorizon van het vorige plan, de coronapandemie en de afspraken in het IZA, is 2023 voor NAZB een logisch moment om een verdiepende update te maken van het beeld.

Vraag aan SiRM



- NAZB heeft SiRM gevraagd om hen te ondersteunen bij het opstellen van een ROAZ-beeld dat voldoet aan de criteria en voor medio 2023 gereed is.
- We stemmen hierbij af met ROAZ-Zuidwest Nederland waarvoor SiRM ook een ROAZ-beeld opstelt.

Hoofdconclusies ROAZ-beeld Brabant

Aanleiding ROAZ-beeld	Prognose beleidsarm	Prognose beleidsrijk	Suggesties voor ROAZ-plan
<ul style="list-style-type: none">• De geografische dekking van het acute zorgaanbod in Brabant voldoet op hoofdlijnen aan de bereikbaarheidsnormen. Alleen voor de spreiding van ambulance standplaatsen wordt niet aan de norm voldaan.• De toegankelijkheid van de acute zorg staat echter toch onder druk.• Daarbij verschilt de specifieke samenstelling van de zorgvraag per sector.	<ul style="list-style-type: none">• In alle sectoren en zorgkantoorregio's neemt het aantal acute zorgvragen door demografie en incidentie toe over 2022 – 2032.• Het beschikbare zorgaanbod neemt in alle sectoren af.• Zonder iets te doen, kan in de toekomst steeds minder goed aan de vraag worden voldaan.	<ul style="list-style-type: none">• Door het voorkomen of verplaatsen van acute zorgvragen kan een deel van de groei door demografie en incidentie gedempt worden.• Door een slimmere inzet van aanbod kan de productiviteit worden verhoogd.• Het realiseren van de door partijen genoemde kansen om de vraag te dempen is naar verwachting niet voldoende om de kloof tussen toenemende vraag en aanbod te dichten.	<ul style="list-style-type: none">• Om de beleidsrijke koers te realiseren kan in het ROAZ-plan worden ingezet op genoemde kansen.• Realisatie van de vraagkansen vraagt vooral om vraagreductie, investeringen in de dagzorg en samenwerking tussen sectoren.• Vooral aanbodkansen behoeven nog nadere uitwerking.• Betere en snellere data-beschikbaarheid helpt bij uitbreiding en reproductie ROAZ-beeld, m.n. in de VVT.

Aanleiding ROAZ-beeld

We onderscheiden in het ROAZ-beeld de 4 zorgkantorregio's in Brabant waar zich in totaal o.a. 14 HASP- en 11 SEH-locaties bevinden

ROAZ-regio Brabant (totaal)

- 14 HASP's⁴
- 11 SEH's, 10 loc. acute verlosk.
- 40 ambulancestandplaatsen¹
- 8 beoord.loc. acute psych.²
- 12 dienstapotheken

West-Brabant

- 4 HASP's
- 3 SEH's³, 2 loc. acute verlosk.
- 16 ambulancestandplaatsen
- 2 beoord.locaties acute psych.
- 4 dienstapotheken



Midden-Brabant

- 2 HASP's
- 1 SEH, 1 loc. acute verlosk.
- 6 ambulancestandplaatsen
- 2 beoord.locatie acute psych.⁵
- 1 dienstapotheek

Noord-Brabant

- 4 HASP's⁶
- 3 SEH's, 3 loc. acute verlosk.
- 10 ambulancestandplaatsen
- 3 beoord.locaties acute psych.
- 4 dienstapotheken

Zuidoost-Brabant

- 4 HASP's
- 4 SEH's, 4 loc. acute verlosk.
- 8 ambulancestandplaatsen
- 1 beoord.locatie acute psych.
- 3 dienstapotheken

1. Incl. voorwaardenscheppende posten, 2. 5 GGZ-aanbieders – zie volgende slide, 3. Vanaf 2030 zijn dit er twee, 4. Met ingang van 1 juni jl. is de HASP in Oss gesloten en sinds 1 mei is de HASP in Roosendaal vanaf 23.00 gesloten. 5. Ook beoordeling door Medisch Psychiatische Unit (MPU) ETZ. 6. HASP in Boxmeer is onderdeel van Huisartsenspoedposten Nijmegen en Boxmeer met de hoofdlocatie in Nijmegen. Voor het overzicht van aanbieders wordt de HASP in Boxmeer meegenomen maar omdat hoofdlocatie in andere ROAZ-regio valt (Acute Zorgregio Oost) zijn de data van deze organisatie niet meegenomen in dit beeld. Bron: landelijk beschikbaar gestelde data RIVM, NAZB.

Er zijn 5 HASP organisaties, 10 ziekenhuizen, 3 RAV's¹ en 5 GGZ-instellingen actief in de acute zorg in ROAZ-regio Brabant

Sector	West-Brabant	Midden-Brabant	Noordoost-Brabant	Zuidoost-Brabant
HASP's	Huisartsenposten West-Brabant, Zorroo	Primacura	Huisartsenposten Oost Brabant	Huisartsenposten Oost Brabant, SHoKo
Ziekenhuizen	Amphia, Bravis ziekenhuis	Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis	Bernhoven, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Maasziekenhuis Pantein	Anna Ziekenhuis, Catharina Ziekenhuis, Elkerliek Ziekenhuis, Máxima MC,
RAV's & meldkamer	RAV Brabant Midden-West (meldkamer Bergen op Zoom)	RAV Brabant Midden-West, RAV Brabant Noord (meldkamers Bergen op Zoom & Den Bosch)	RAV Brabant Noord (meldkamer Den Bosch)	RAV Brabant-Zuidoost (meldkamer Den Bosch)
GGZ-instellingen ²	GGz Breburg, GGZ Westelijk Noord Brabant	GGz Breburg	GGZ Oost-Brabant, Reinier van Arkel	GGZ Eindhoven

Alle ziekenhuizen in Brabant hebben een IVT-centrum en EHH, daarnaast zijn er 3 IAT-centra, 4 PCI-centra en 1 L1 traumacentrum






Locaties EHH en PCI-centra



Locatie trauma-, IAT-, IVT- centra en acute verloskunde locaties



Locaties kaart:

-  EHH en PCI
-  EHH
-  Traumacentrum, IAT, IVT en acute verloskunde
-  IAT, IVT en acute verloskunde
-  IVT en acute verloskunde

Conform kwaliteitskader is duidelijk en/of zijn in ROAZ-Brabant afspraken gemaakt welke ziekenhuizen specifieke competenties en/of faciliteiten voor bepaalde toestandsbeelden hebben (zoals IAT-, PCI- en multitrauma)

De VVT is vertegenwoordigd in het ROAZ door vijf organisaties die samen het ROAZ VVT vormen

	West-Brabant	Midden-Brabant	Noordoost-Brabant	Zuidoost-Brabant
VVT-organisatie	TanteLouise, Thebe	Mijzo, Thebe	Zorggroep Elde Maasduinen	Archipel
Hoofdlocatie	Bergen op Zoom, resp. Breda	Waalwijk, resp. Tilburg	Boxtel	Eindhoven

ROAZ VVT

Het ROAZ heeft als doel de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in ROAZ-regio Brabant te borgen

ROAZ

- In het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) maken aanbieders van acute zorg in regionaal verband afspraken over betere samenwerking.
- Het doel hiervan is om de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg te allen tijde te borgen en te verbeteren. NAZB coördineert dit voor Noord-Brabant.



ROAZ



Taken & verantwoordelijkheden

Taken en verantwoordelijkheden:

- Borgen van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg in de regio
- Inzicht bieden in competenties, expertises en faciliteiten in de regio in informatie hierover beschikbaar stellen
- Informatie delen over de actuele situatie in de acute zorg en IC-capaciteit
- Inzicht bieden in opleidingsplannen en capaciteitsvraagstukken
- Crisisplannen up-to-date houden

Structuur ROAZ-Brabant

- Gezamenlijke afspraken en besluitvorming vinden plaats op basis van consent binnen de (inter)sectorale overleggen.
- Het DB ROAZ en Tactisch Kernteam hebben de verantwoordelijkheid dat afspraken op de juiste tafel worden gemaakt.
- NAZB ondersteunt in het maken van afspraken en nemen van besluiten.
- Binnen ROAZ: project- (specifieke vraagstukken en thema's) en expertgroepen (specifieke spoedzorgstromen)



Structuur

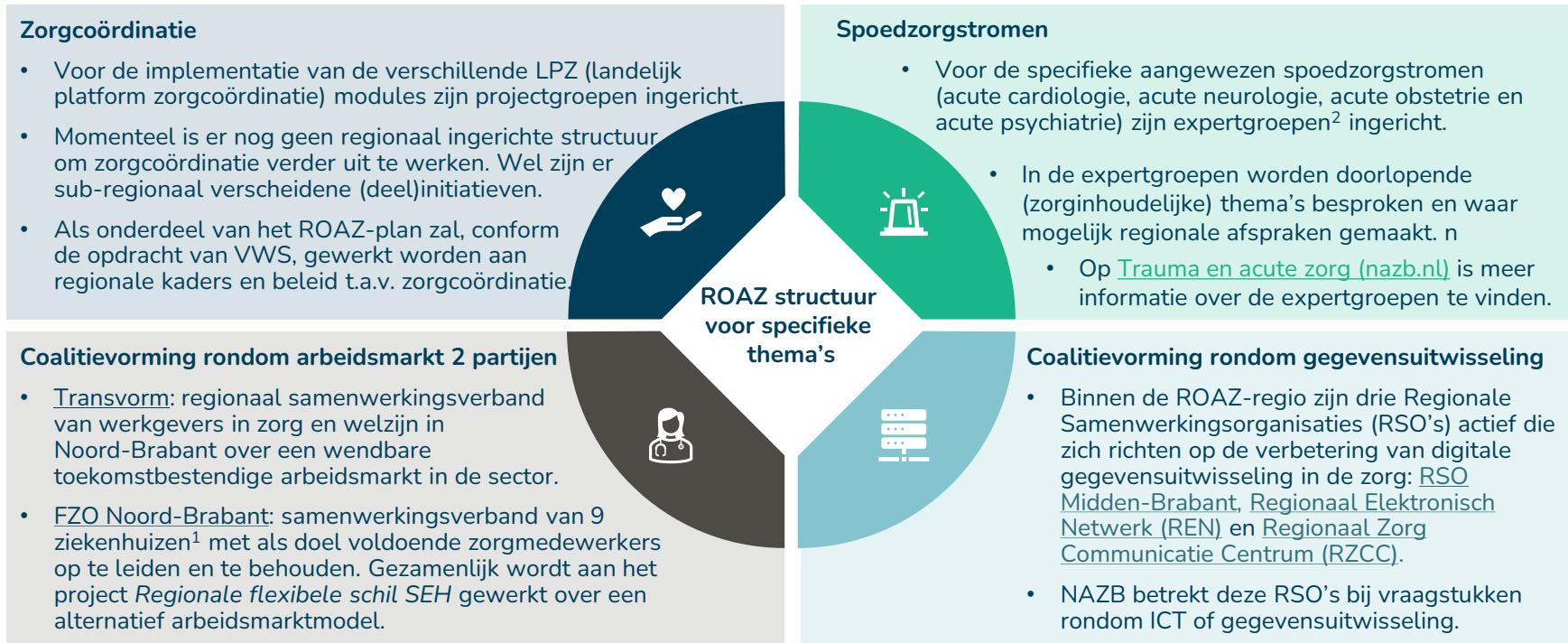


Ketenpartners

Ketenpartners

- Ambulancezorg (2), geboortezorg (10), farmaceutische spoedzorg, GGD/GHOR (3/2), GGZ (5), huisartsenzorg (9), medisch specialistische revalidatie (2), VVT via vertegenwoordiging (5) en ziekenhuis (10)
- Samenwerking met o.a. Transvorm, FZO Brabant

Voor specifieke onderwerpen als zorgcoördinatie en gegevensuitwisseling zijn project- en expertgroepen of coalities gevormd



De geografische dekking van het acute zorgaanbod in Brabant voldoet alleen voor de ambulance niet aan de bereikbaarheidsnorm

Spreiding HASP's voldoet aan norm



- Volgens de bereikbaarheidsnorm voor HA(S)P's moet 90% van de inwoners van het verzorgingsgebied binnen 30 minuten met eigen auto een spoedpost kunnen bereiken.¹
- De maximale reistijd in ROAZ-Brabant is 26 minuten; hiermee wordt aan de norm voldaan.

Spreiding ambulance-standplaatsen voldoet niet aan norm



- De streefnorm is dat 97% van de inwoners kan worden bereikt binnen 12 minuten rijtijd vanaf een ambulance standplaats.
- 96,3% van de inwoners van ROAZ-regio Brabant woonde in 2022 binnen 12 minuten rijtijd van een ambulance standplaats.²

Spreiding SEH's voldoet aan norm



- Volgens de bereikbaarheidsnorm voor SEH's moet iedere inwoner binnen 45 minuten bij een SEH kunnen zijn. Dit betekent dat de totale rij- en vervoerstijd samen maximaal 37 minuten mag zijn.³
- >99% van de inwoners van ROAZ-regio Brabant kan binnen 45 (37+8³)minuten bij een SEH zijn.²

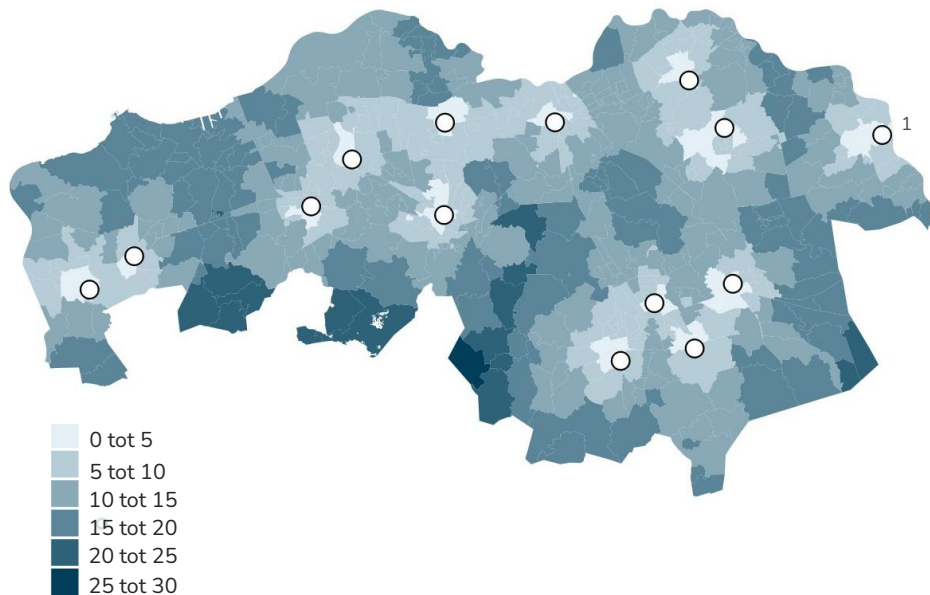
Spreiding GGZ crisisdienst locaties voldoet meestal aan norm



- Als de patiënt beoordeeld wordt op de locatie waar deze zich op dat moment bevindt, wonen alle inwoners van ROAZ-regio Brabant binnen kantoortijden binnen de maximale responstijd voor U2 (60 minuten).
- Responstijd kan langer zijn als de crisisdienst zich op een andere locatie bevindt, of als patiënt vervoerd moet worden voor beoordeling.

Met een max. reistijd van 26 minuten naar een HASP voldoet de spreiding van HASP's in Brabant aan de bereikbaarheidsnorm

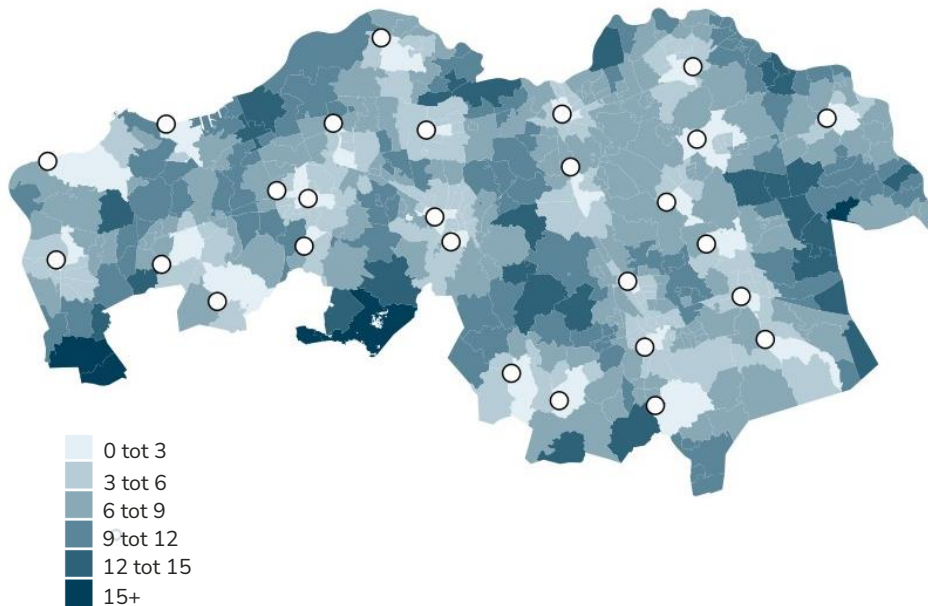
Reistijd met personenauto naar dichtstbijzijnde HASP
[minuten]



- De bereikbaarheidsnorm voor HASP's is dat 90% van de inwoners van het verzorgingsgebied binnen 30 minuten met eigen auto een spoedpost moet kunnen bereiken.
- De maximale reistijd in ROAZ-Brabant is 26 minuten.
- Hiermee wordt aan de bereikbaarheidsnorm voor HASP's voldaan.

Spreiding van ambulancestandplaatsen voldoet niet aan norm: 96% van inwoners kan binnen 12 min. bereikt worden

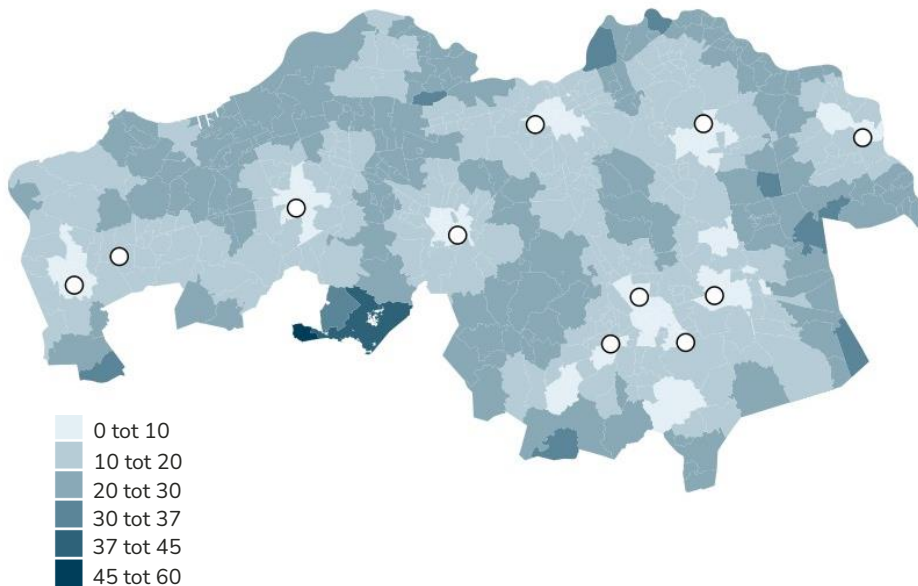
Reistijd met ambulance van dichtstbijzijnde 24/7 standplaats naar pc4 [minuten]



- De streefnorm is dat 97% van de inwoners kan worden bereikt binnen 12 minuten rijtijd vanaf een ambulance standplaats.
- 97 duizend inwoners (van de 2,6 miljoen inwoners) woonden in 2022 op meer dan 12 minuten rijtijd van een 24/7 standplaats met een ambulance.
- 96,3% van de inwoners kan vanaf een 24/7 standplaats binnen 12 minuten bereikt worden. Hiermee voldoet ROAZ Brabant niet aan de norm.
- De gebieden waar niet aan de norm kan worden voldaan liggen voor een deel aan de Belgische grens en kunnen mogelijk sneller bereikt worden vanuit België.
- De dekingsgraad in Brabant van de MMT helikopters is 53% voor een responstijd van 20 minuten en 100% voor een responstijd van 30 minuten.

Spreiding van SEH's voldoet aan norm: 99% van inwoners heeft max. 37 min. rij- en vervoerstijd tot een SEH

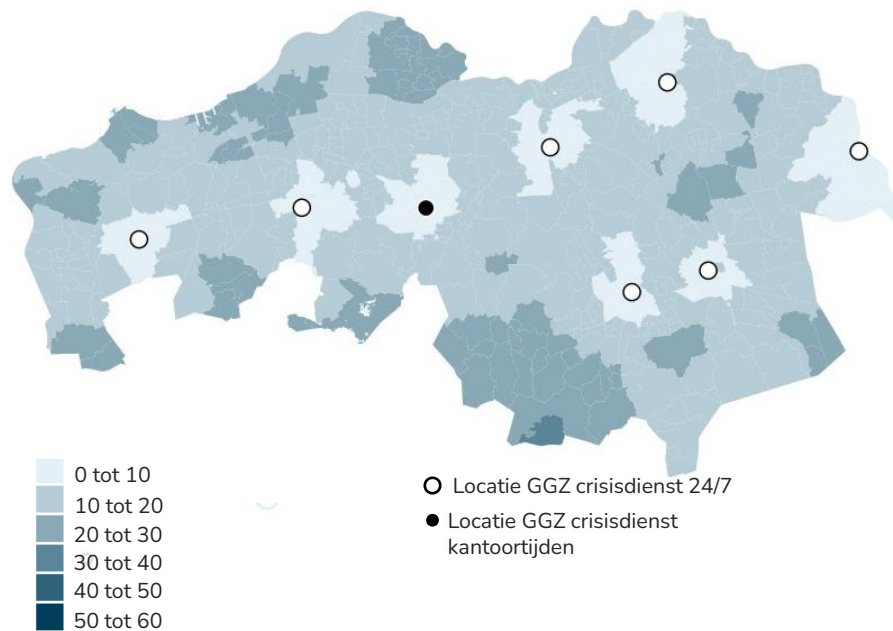
Rij- en vervoerstijd van 24/7 ambulance standplaats naar pc4 naar 24/7 SEH [minuten]



- Volgens de bereikbaarheidsnorm voor SEH's moet iedere inwoner binnen 45 minuten bij een SEH kunnen zijn. Dit betekent dat de totale rij- en vervoerstijd samen maximaal 37 minuten mag zijn.¹
- 6 duizend inwoners (van de 2,6 miljoen inwoners) hebben een rij- en vervoerstijd van meer dan 37 minuten.
- >99% van de inwoners van ROAZ-regio Brabant heeft een maximale rij- en vervoerstijd van 37 minuten. Hiermee voldoet ROAZ-regio Brabant aan de norm.
- Alleen voor de ~130 inwoners in postcodegebied 5114 is de SEH niet binnen 45 minuten bereikbaar (via ambulancepost Gilze is voor hen de SEH van Amphia binnen 52 minuten bereikbaar). RAV Brabant MWN heeft voor deze inwoners afspraken gemaakt met de brandweer dat zij in geval van spoed als rapid responder optreden zolang de RAV nog niet ter plaatse is.
- De bereikbaarheidsanalyse uit 2023 toont dat vijf SEH's (en acute verloskunde) in Brabant 'gevoelig' zijn.²

Aan de norm voor maximale responstijd voor de crisis-GGZ kan in bijna alle gevallen worden voldaan

Rijtijd met personenauto naar crisis-GGZ kantooruren
[minuten]



- Volgens de GMAP dient in 90% van de gevallen conform de getrieerde urgentie, dat wil zeggen binnen één uur (U2) of vier uur (U3), te worden aangevangen met de beoordeling.
- Met een maximale rijtijd van 33 minuten wonen alle inwoners van ROAZ-regio Brabant binnen kantoor tijden binnen één uur rijtijd vanaf een locatie van de GGZ crisisdienst.
- Als de crisisdienst zich op een andere locatie bevindt, bijvoorbeeld bij een beoordeling aan de andere kant van het gebied, of als de patiënt vervoerd moet worden voor beoordeling, kan de responstijd langer zijn.

Desondanks staat de toegankelijkheid van acute zorg nu soms wel onder druk in Brabant

Telefonische wachttijden HASP lopen soms op



- Telefonische wachttijden bij huisartsenspoedposten (HASP's) voor minder urgente vragen lopen soms op door hoge zorgvraag.

RAV's haalden streefwaardes reistijden in 2021 niet



- Het aantal minuten waarbinnen 95% van de A1-inzetten bij de patiënt is, ligt in 2021 voor alle drie de RAV's boven de streefwaarde van 15 minuten.
- Voor de bereikbaarheidsnorm van CVA- en STEMI-inzetten zit een deel van de RAV's onder de voorlopige streefwaarden.

Ambitie van nul SEH-stops is in 2022 niet gehaald



- Ondanks de primaire afspraak dat er geen SEH-stops worden afgekondigd, kwam dit minimaal 37 keer voor in 2022.
- De SEH's voldoen aan de normen rond bemensing, maar arbeidsmarktkrapte leidt tot een uitdaging om hier 24/7 aan te blijven voldoen.

2022: volumenorm multitrauma gehaald, concentratienorm niet



- Een level-1 traumacentrum moet jaarlijks 240 multitraumapatiënten behandelen. ETZ behandelde in 2022 412 multitraumapatiënten.
- Volgens de 90-procentnorm moet ten minste 90% van de multitraumapatiënten in de ROAZ-regio naar het level-1 centrum gebracht worden. In ROAZ-Brabant was dit in 2022 56%.

Telefonische wachttijden bij huisartsenposten voor minder urgente vragen lopen soms op door hoge zorgvraag

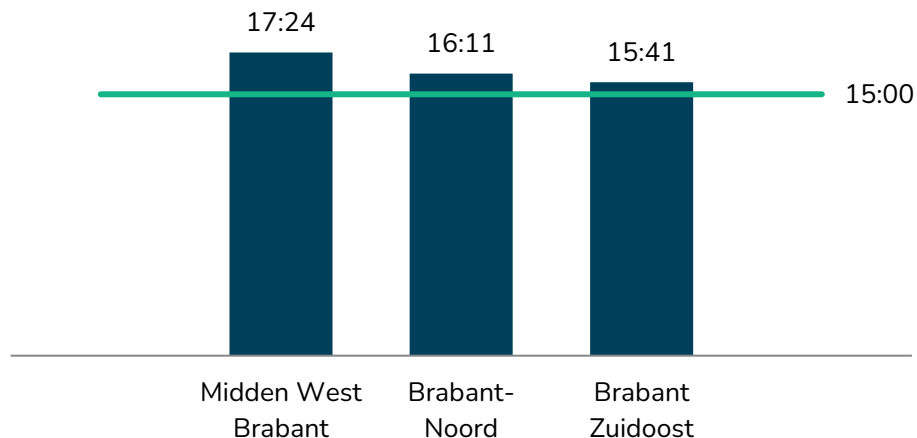
Telefonische wachttijden bij huisartsenspoedposten (HASP's) voor minder urgente vragen lopen soms op door hoge zorgvraag.



- In ROAZ-Brabant zijn spoedzorgverleners 24/7 telefonisch en/of fysiek bereikbaar en beschikbaar voor het in behandeling nemen van een melding van een spoedzorgvraag.
- Telefonisch behandelen van de spoedzorgvraag bij de huisartsenspoedposten gebeurt, met uitzondering van zeer hoge druktes, binnen de genormeerde tijd en dit is ook het streven.
- Gezien de druk op de zorgvraag komt het wel voor dat de telefonische wachttijden voor minder urgente vragen bij de huisartsenspoedpost oplopen.
- De huisarts kan de medisch manager ambulancezorg bereiken voor triage en zorgcoördinatie.

Het aantal minuten waarbinnen 95% van A1-inzetten bij de patiënt is, ligt in 2021 voor alle 3 de RAV's boven de streefwaarde van 15 min

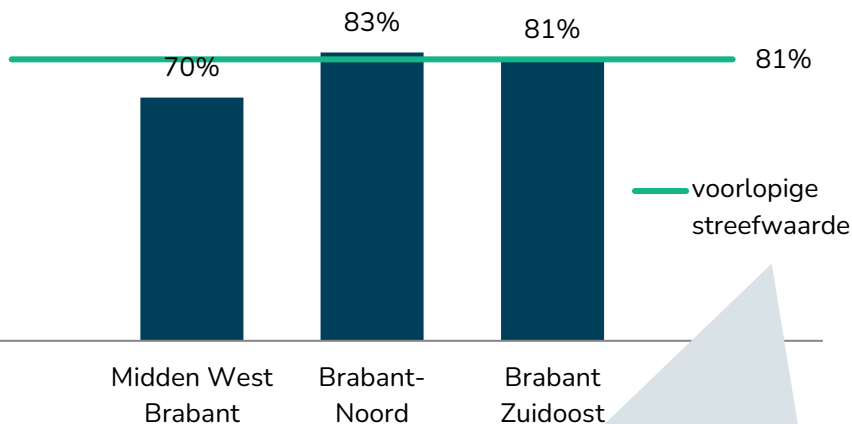
Aantal minuten waarbinnen 95% van de A1-inzetten bij de patiënt is in 2021 [mm:ss]



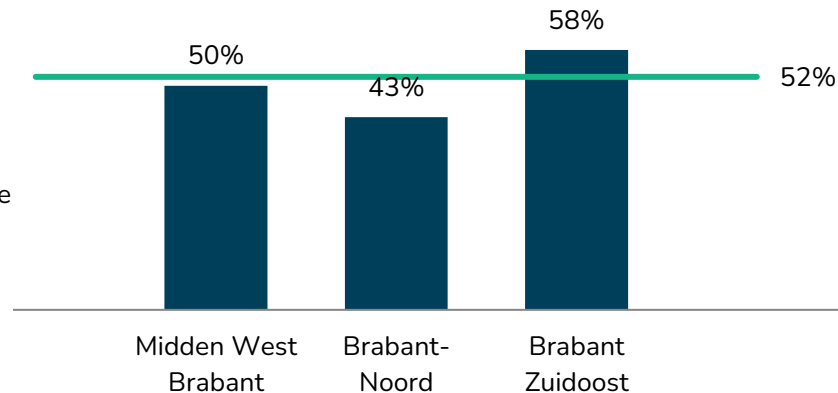
- De bestaande samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenspoedpost en de meldkamer bevorderen dat de ambulance tijdig ter plaatse is.
- Tijdens het vervoer kan de ambulance 24/7 een SEH-arts KNMG of medisch specialist consulteren ten behoeve van pre-hospitale triage.
- In delen van Brabant is de uitwisseling van digitale informatie/beelden tussen de ketenpartners (huisartsenspoedpost, ambulance en spoedeisende hulp) al mogelijk.

Voor de bereikbaarheidsnorm van CVA- en STEMI-inzetten zit een deel van de RAV's onder de voorlopige streefwaarde

% CVA patiënten dat binnen 45 minuten na melding MKA is gepresenteerd bij SEH (A1-ritten) [%]



% STEMI-patiënten dat binnen 45 minuten na melding MKA is gepresenteerd bij SEH (A1-en A2-ritten) [%]



De voorlopige streefwaardes worden vastgesteld op basis van de 20% best scorende RAV's. Dit betekent dat 80% van de RAV's deze streefwaarde nog niet haalt.

De hier gepresenteerde resultaten zijn sterk afhankelijk van afstanden tot IAT- en PCI-centra (waar RAV's geen invloed op hebben).

Ondanks de primaire afspraak dat er geen SEH-stops worden afgekondigd, kwam dit minimaal 37 keer voor in 2022



Visie



- Primaire afspraak: geen presentatiestops SEH, EHH en acute geboortezorg
- Afspraken over gedeelde werkwijze voor uitzonderingen in geval van een ernstig capaciteitsprobleem of een calamiteit

Evaluatie SEH-stops 2022



- Tussen 1 februari en 31 oktober 2022 hebben er voor zover bekend 37 stops plaatsgevonden (30x vanwege een capaciteitsprobleem, 7x vanwege een calamiteit¹)
- Het vermoeden is dat dit een onderschatting is omdat mogelijk niet alle stops in beeld zijn

Aanscherping afspraken SEH-stops



- Begin 2023: aanscherping afspraken over afkondigen van een stop (o.a. vooraf bevestiging dat andere ziekenhuizen aanvullende stroom patiënten kunnen opvangen)
- Daarnaast: inzet op beter inzicht in aantal stops (via implementatie LPZ-SEH module)

Verloskunde-stops



- Laatste jaren steeds frequenter weigeringen voor niet acute/poliklinische indicaties
- Landelijke capaciteitsproblematiek in geboortezorg wordt in toenemende mate ook in ROAZ-regio Brabant herkend

Monitoring verloskunde-stops



- Sinds 1 februari 2023: geboortezorgmodule van LPZ waardoor eerstelijns verloskundigen inzicht krijgen in actuele capaciteit van de ziekenhuizen.
- Vanuit ROAZ-Brabant wordt in LNAZ-verband gewerkt aan monitoring weigering via LPZ



De SEH's voldoen aan de normen rond bemensing maar arbeidsmarktkrapte leidt tot uitdaging om hier 24/7 aan te blijven voldoen

SEH's voldoen aan normen rond bemensing



- Organisaties dragen (zelf) zorg voor de inzet van zorgprofessionals die voldoen aan de wettelijke en sectorale opleidings- en bekwaamheidseisen.
- De SEH's in Brabant voldoen aan de normeringen rondom bemensing (een 24/7 aanwezigheid van SEH-arts KNMG, medisch specialist of arts met voldoende ervaring).

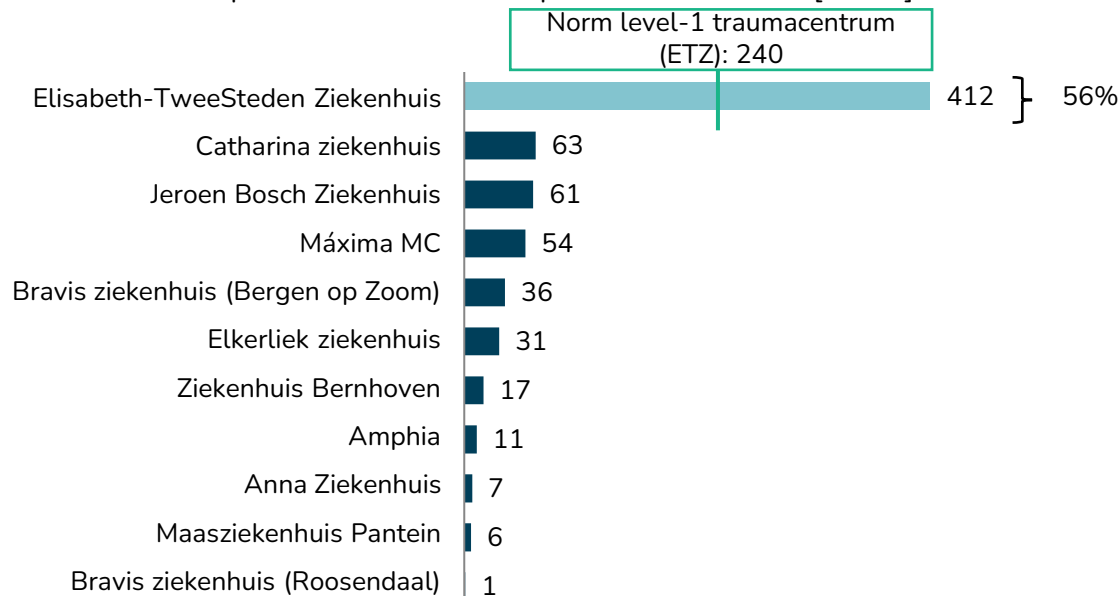
Uitdaging om hier 24/7 aan te blijven voldoen



- De landelijke krapte op de arbeidsmarkt zorgt voor uitdagingen om de acute zorg 24/7 te blijven voorzien van de juiste bemensing.
- Het ROAZ geeft aan dat belang van de aanwezigheid deskundig personeel op het netvlies staat.
- Er zijn diverse lokale en regionale initiatieven (zoals het regionale project Flexibele schil SEH, combinatiefuncties SEH/IC of SEH/RAV, en gezamenlijk opleiden) om de toenemende uitdagingen binnen de arbeidsmarkt het hoofd te bieden.

Het ETZ ziet ruim voldoende patiënten met ISS>15 om aan volumenorm te voldoen, de regio voldoet niet aan de concentratienorm

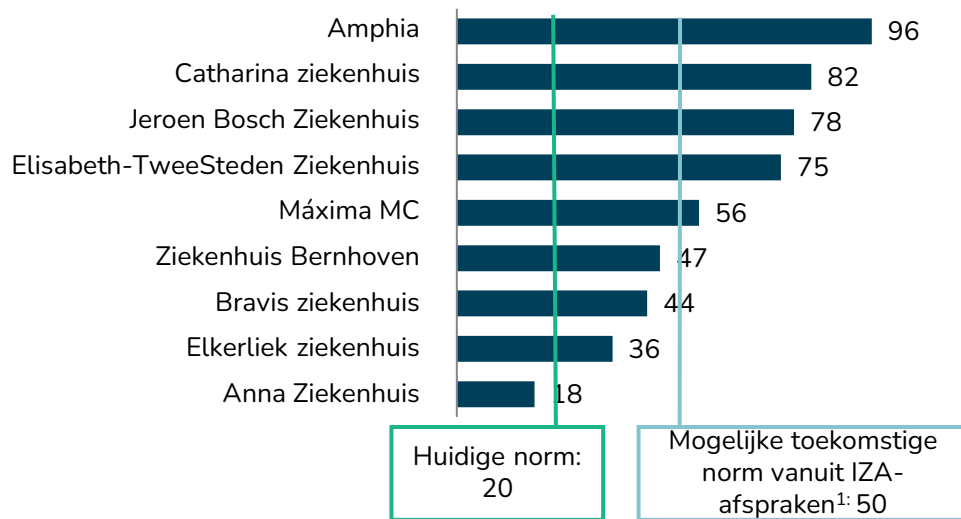
Aantal patiënten met ISS > 15 per ziekenhuis 2022 [aantal]



- De Injury Severity Score (ISS) is een vastgestelde medische score om achteraf de ernst van een trauma te beoordelen.
- Het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ) voldoet aan de volumenorm om als level-1 traumacentrum minimaal 240 patiënten met ISS > 15 per jaar te behandelen.
- Volgens de 90-procentnorm moet ten minste 90% van de multitraumapatiënten in de ROAZ-regio naar het level-1 centrum gebracht worden. In ROAZ-Brabant was dit in 2022 56%.

Acht ziekenhuizen voldeden in 2022 aan de huidige norm van 20 (r)AAA-operaties

Aantal patiënten met een aneurysma aortae of dissectie waarbij operatief geïntervenieerd is in 2022

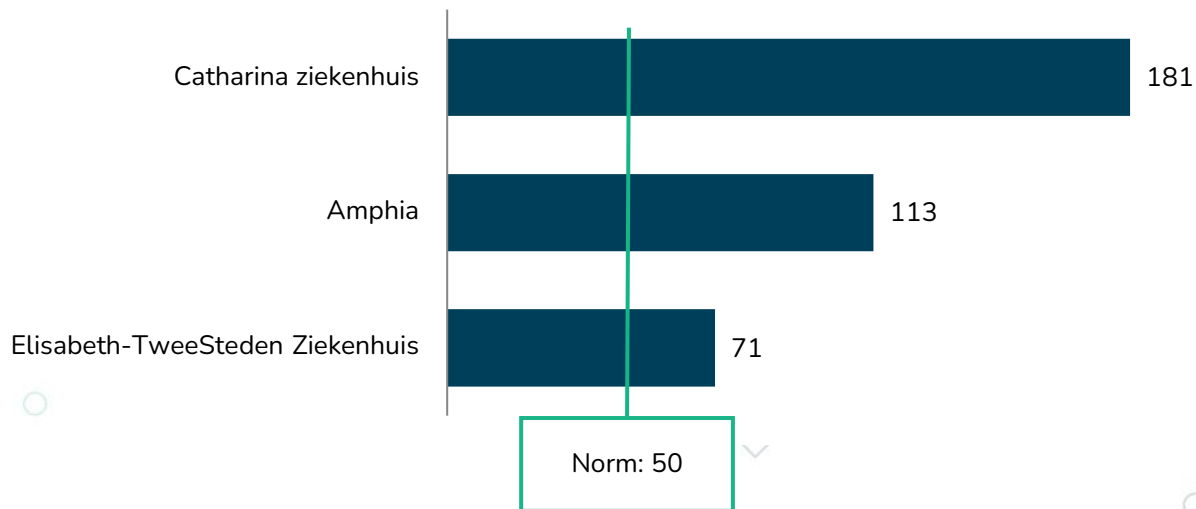


Bron: analyse SiRM o.b.v. openbare data MSZ

¹ In het IZA is afgesproken dat via Rondetafeloverleggen voor verschillende interventies wordt bekeken of deze in aanmerking komen voor de richtinggevendende volumenorren van 50 tot 100. Als dit ook voor aaa-operaties het geval zou zijn dan zou de norm van 20 in de toekomst op 50 kunnen komen te liggen

De 3 IAT-centra in Brabant voldoen aan de norm van 50 (IAT-)ingrepen

Patiënten met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan [aantal 2022]



De samenstelling van de zorgvraag verschilt per sector

Leeftijdverdeling van zorgvragen verschilt per sector



- HASP visites, RAV en SEH kennen een relatief hoog aandeel 70+ers.
- HASP consulten en de GGZ hebben relatief juist veel 30-minners.

Urgentieverdeling van zorgvragen verschilt per sector



- De urgentieverdeling van zorgvragen verschilt per sector, een groot deel van de (acute) zorgvragen is laag-urgent.
- Voor de verdeling van de acute diagnoses op de SEH maken we gebruik van de FMS indeling.
- Het aandeel patiënten met een levensbedreigende en/of complexe acute zorgvraag op de SEH is erg klein (1-4%).

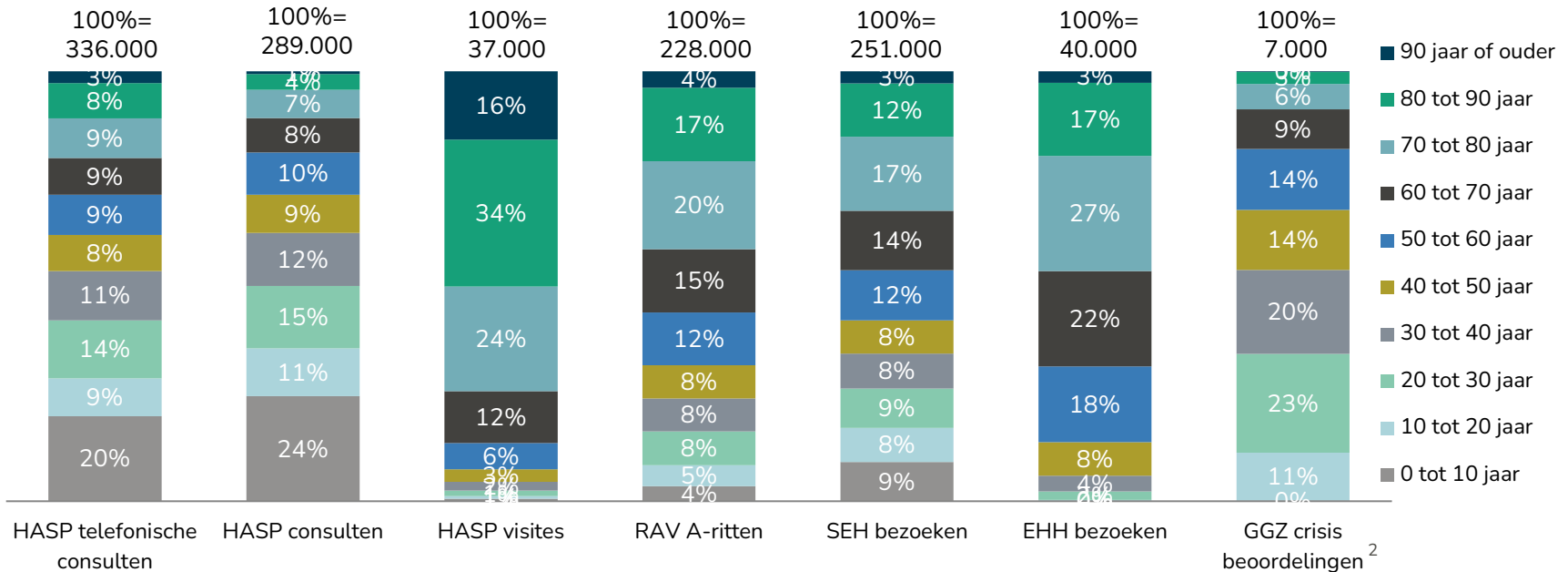
Patiëntenstromen verschillen per sector



- Patiëntstromen laten zien dat verzorgingsgebieden per sector verschillen.
- De zorgkantorregio's overlappen vooral met de patiëntstromen van de HASP's en de SEH's.
- In het ROAZ-beeld voeren we analyses op niveau van zorgkantorregio's waarbij we uitgaan van de plaats waar patiënten worden geholpen, niet waar de patiënten vandaan komen.

HASP^x visites, RAV, SEH en EHH kennen relatief hoog aandeel 70+ers, HASP (tel.) consulten en GGZ relatief juist veel 30-minners

Leeftijdverdeling¹ per sector [% 2022]

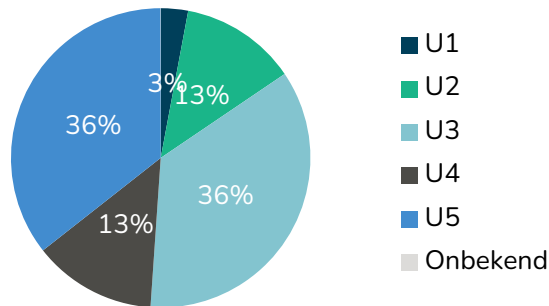


Aanleiding ROAZ-beeld

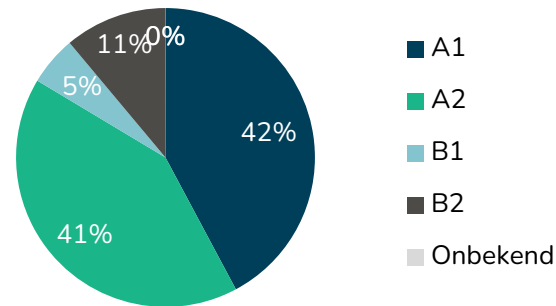
1. Verdeling op basis van data waarvoor leeftijd is gegeven, totaal aantal inclusief leeftijd onbekend
 2. De GGZ-data omvat voornamelijk de patiënten van 18 jaar of ouder en in elk geval voor deel van de instellingen ook niet de data van PAAZ/MPU
 Bron: analyse SiRM op basis van de aangeleverde data

De urgentieverdeling van zorgvragen verschilt per sector, een groot deel van de (acute) zorgvragen is laag-urgent

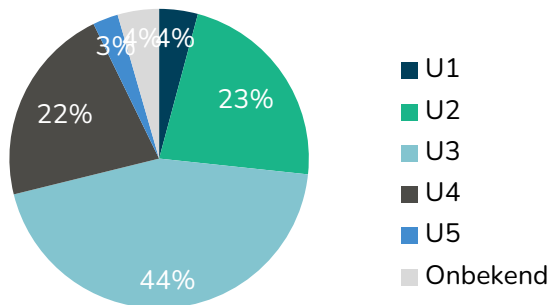
Urgentieverdeling HASP registraties



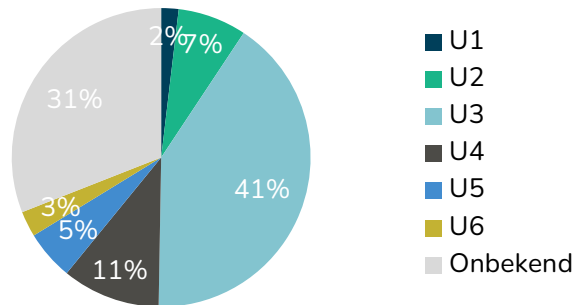
Urgentieverdeling ambulanceritten



Urgentieverdeling SEH-bezoeken

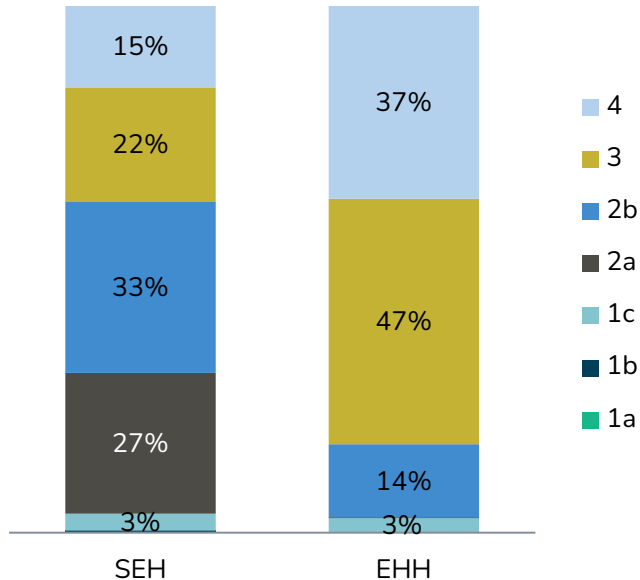


Urgentieverdeling acute GGZ-registraties¹



Slechts 3% van de patiënten op de SEH en de EHH heeft een levensbedreigende acute vraag

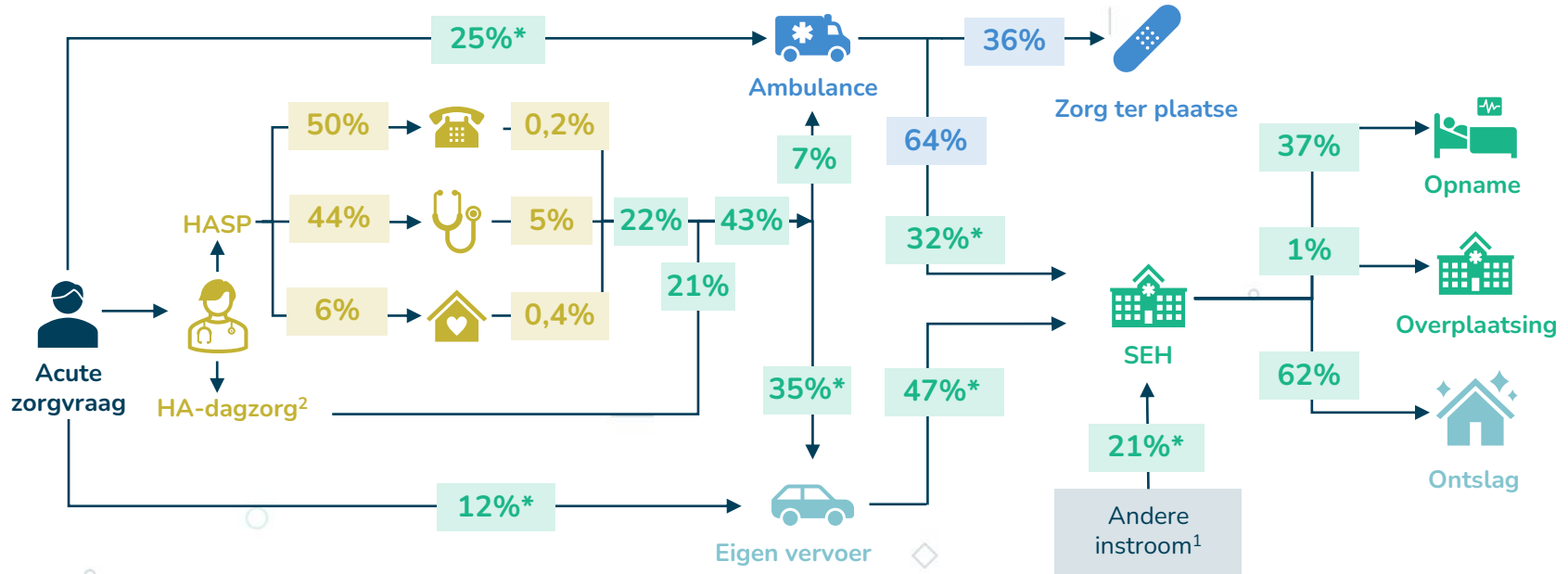
Verdeling FMS klassen¹ [% 2022]



Patiëntstromen in acute zorg volgens FMS:

1. Patiënten met een levensbedreigende en/of complexe acute zorgvraag
 - a. Multitrauma
 - b. Vitaal bedreigd (bijv. OHCA, ernstige brandwonden, schedel#)
 - c. Complexe acute zorgvraag met een zorgpad (bijv. acute hartzorg, geboortezorg, acute neurologie).
2. Patiënten met een herkenbare acute zorgvraag
 - a. Eenmalige korte interventie (bijv. enkelvoudige pols#)
 - b. Complexe interventie/specialistische interventie (bijv. gecompliceerde pols#)
3. Patiënten met een ongedifferentieerde zorgvraag (bijv. verdenking acute buik)
4. Patiënten met een acute verslechtering van een bestaande chronische aandoening (bijv. decompensatio cordis, exacerbatie COPD)

Patiënten met een acute zorgvraag in Brabant worden door verschillende samenwerkende ketenpartners geholpen



% van de HASP registraties in 2022

% van de registraties op de SEH in 2022

% van de EHGv en vervoer ritten in 2022

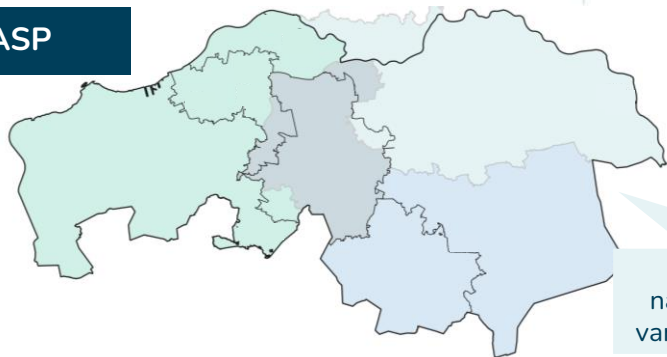
Meer dan 15% van de patiënten ontvangt een vorm van VVT-zorg na uitstroom van SEH¹

Uitstroom naar VVT vanuit SEH/EHH in 2021

		% totaal SEH/EHH	Absoluut aantal	
SEH/EHH bezoek	Klinische opname	ELV	0,5%	1.300
		GRZ	2,0%	5.700
		Wijkverpleging	5,3%	15.100
		Wlz	1,7%	5.000
		Subtotaal	9,5%	27.100
	Geen klinische opname	ELV	0,2%	500
		GRZ	0,1%	200
		Wijkverpleging	3,3%	9.500
		Wlz	0,2%	6.000
		Subtotaal	5,6%	16.200
Totaal	15,1%	43.300		

De zorgkantoorregio's overlappen vooral met de patiëntstromen van de HASP's en de SEH's

HASP



RAV

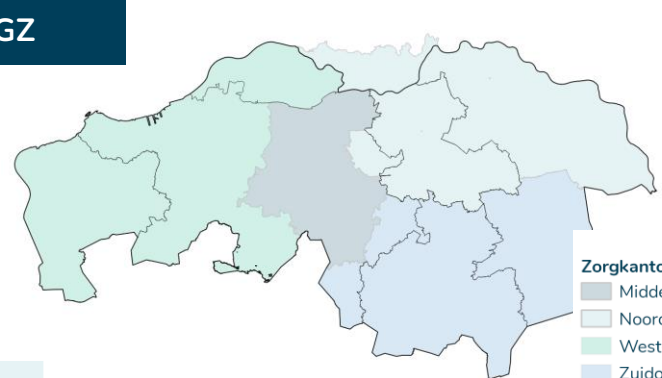


De donkere lijnen geven de natuurlijke verzorgingsgebieden van de verschillende sectoren aan.

SEH



GGZ



Zorgkantoorregio's

- Midden-Brabant (ZK12)
- Noordoost-Brabant (ZK19)
- West-Brabant (ZK25)
- Zuidoost-Brabant (ZK30)

In de analyses gebruiken we voor de indeling naar zorgkantoorregio's de plaats waar patiënten worden geholpen, niet waar de patiënten vandaan komen

Bron: analyse SiRM o.b.v. aangeleverde data ROAZ-Brabant. Zie bijlage 1 voor meer gedetailleerde kaarten per sector

Prognose beleidsarm

De druk op de acute zorg neemt toe door een toenemende vraag en een afnemend aanbod

- Het aantal fysieke acute zorgcontacten neemt tussen 2022-2032 in alle zorgkantoorregio's toe door demografie en incidentie¹.
- De toename is het grootst voor de HASP-visites, RAV-ritten en SEH-bezoeken door groei aantal 70+ers die hier relatief vaak beroep op doen.



**Acute
zorgvraag
neemt toe**

- Het aantal werkenden en mantelzorgers per oudere neemt af door een groeiende groep ouderen.
- De gemiddelde leeftijd is binnen de GGZ, waar al een groot personeelstekort is, het hoogst. Voor alle sectoren is gemiddeld 15% over 10 jaar op een pensioenleeftijd.
- Het arbeidstekort neemt in alle branches van zorg en welzijn toe.
- Voor SEH-artsen, verpleegkundigen op de SEH, IC en ambulance zijn er momenteel moeilijk vervulbare vacatures en gaat het benodigd aantal FTE toenemen.



**Zorg-
aanbod
neemt af**

Beleidsarme prognose

- De druk op de acute zorg neemt toe doordat met minder aanbod meer vraag moet worden opgevangen.
- Zonder iets te doen kan in de toekomst steeds minder aan vraag worden voldaan.
- Dit betekent dat er een noodzaak is voor verandering in de hele acute zorg keten.







Het aantal fysieke acute zorgcontacten neemt tussen 2022-2032 in alle zorgkantoorregio's toe door demografie en incidentie¹

ROAZ-regio Brabant (totaal)





	+30.000 (+9%) HASP tel. consulten
	+16.000 (+6%) HASP consulten
	+11.000 (+30%) HASP visites
	+31.000 (+14%) RAV A-ritten
	+32.000 (+13%) SEH-bezoeken
	+5.000 (+13%) EHH-bezoeken
	+80 (+0%) GGZ crisisregistraties ³







Zuidoost-Brabant

	+9.000 (+10%) HASP tel. consulten
	+6.000 (+7%) HASP consulten
	+3.500 (+37%) HASP visites
	+11.500 (+17%) RAV A-ritten
	+12.000 (+15%) SEH-bezoeken
	+2.000 (+17%) EHH-bezoeken





West-Brabant

	+8.000 (+8%) HASP tel. consulten
	+4.500 (+6%) HASP consulten
	+2.500 (+25%) HASP visites
	+19.500 (+12%) RAV A-ritten ²
	+7.000 (+11%) SEH-bezoeken
	+1.000 (+10%) EHH-bezoeken

Midden-Brabant

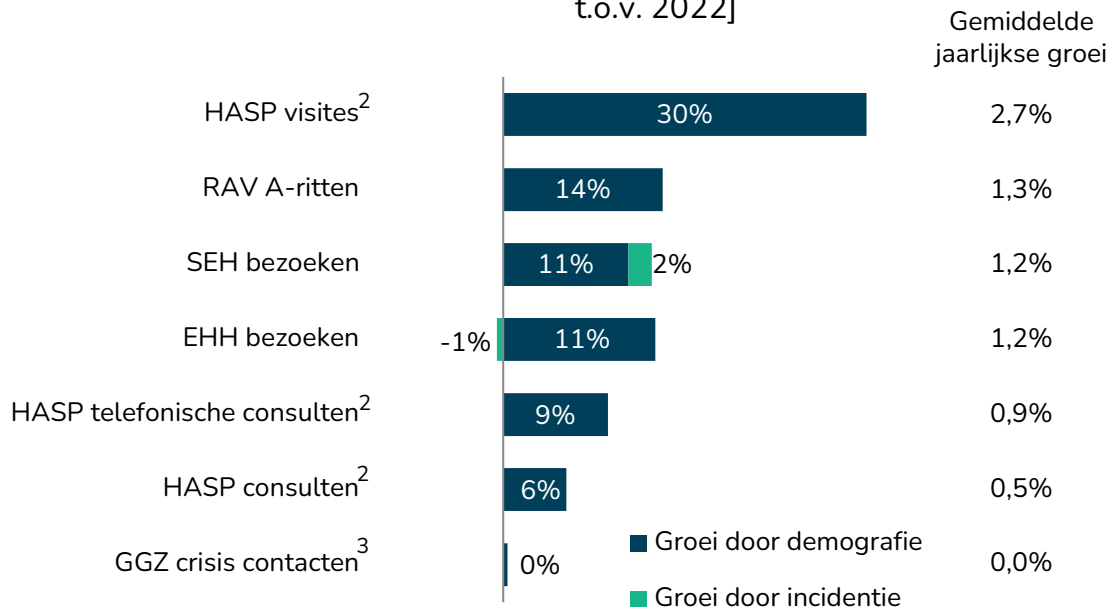
	+5.000 (+8%) HASP tel. consulten
	+1.500 (+4%) HASP consulten
	+2.000 (+27%) HASP visites
	+19.500 (+12%) RAV A-ritten ²
	+4.500 (+11%) SEH-bezoeken
	+1.000 (+13%) EHH-bezoeken

Noordoost-Brabant

	+8.000 (+9%) HASP tel. consulten
	+4.000 (+5%) HASP consulten
	+3.000 (+30%) HASP visites
	+19.500 (+12%) RAV A-ritten ²
	+8.500 (+13%) SEH-bezoeken
	+1.000 (+10%) EHH-bezoeken

Het aantal acute zorgvragen neemt in elke sector binnen ROAZ-Brabant toe door demografie en incidentie

Groei aantal zorgvragen door demografie en incidentie¹ naar 2032 [% t.o.v. 2022]

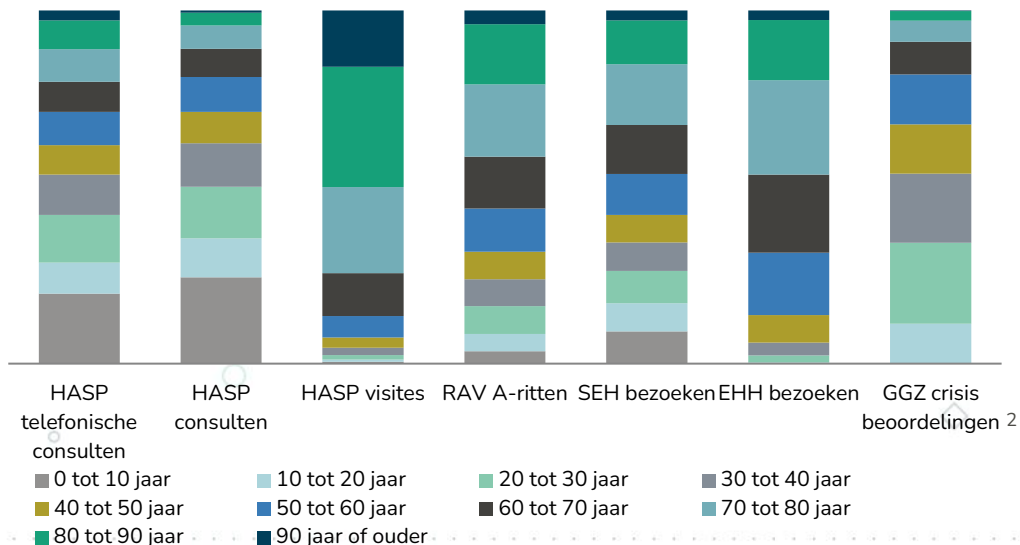


Deze prognoses zijn alleen gebaseerd op basis van demografie en incidentie en niet op basis van andere factoren. 1. Incidentie is alleen te bepalen voor de SEH. 2. Groei van HASP zorgvragen is mogelijk onderschatting door toename aantal mensen zonder huisarts. 3. De gegevens die voor de GGZ prognose zijn gebruikt, omvatten voornamelijk 18+ers, wat mogelijk tot een onderschatting leidt. Bovendien zijn er aanwijzingen vanuit NEMESIS 3 dat de incidentie toeneemt. Bron: analyse SiRM op basis van de aangeleverde data en data van CBS en RIVM

Sterke groei in HASP visites, RAV-ritten en SEH-bezoek komt door sterke toename aantal 70+ers die hier relatief vaak beroep op doen

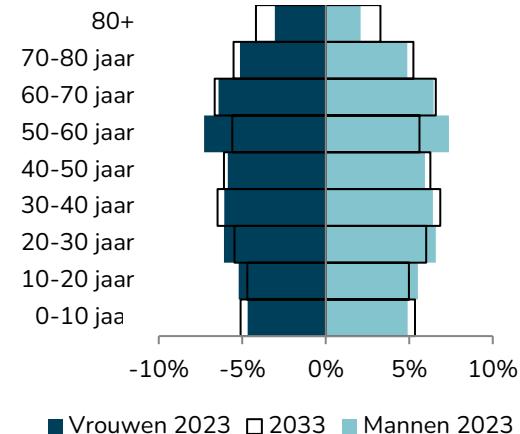
HASP visites, RAV en SEH kennen relatief hoog aandeel 70+ers...

Leeftijdverdeling¹ per sector [% 2022]



...wat een groeiende is groep in de bevolking.

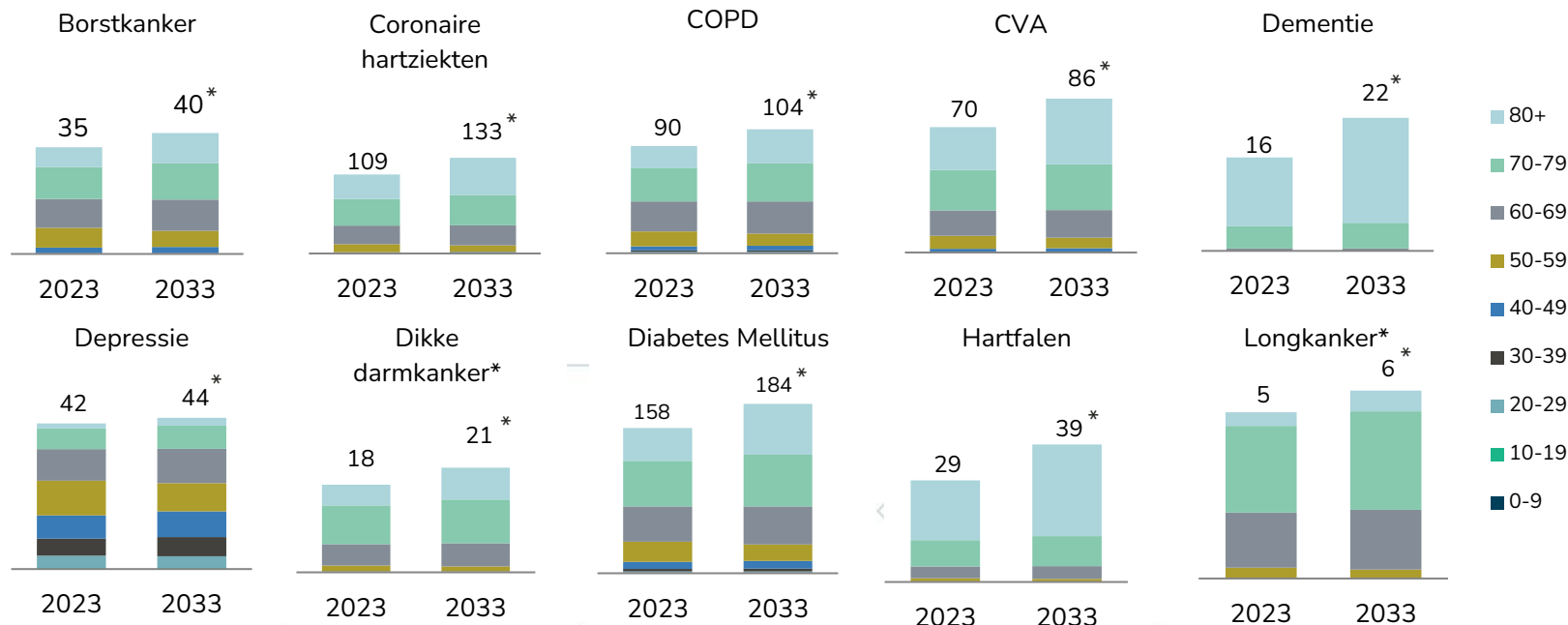
De bevolkingsopbouw in ROAZ-regio Brabant [% in 2023 en 2033]



1. Verdeling op basis van data waarvoor leeftijd is gegeven, totaal aantal inclusief leeftijd onbekend
 2. De GGZ-data omvat alleen de patiënten van 18 jaar of ouder en in elk geval voor deel van de instellingen ook niet de data van PAAZ/MPU
 Bron: analyse SiRM o.b.v. CBS data t.b.v. ROAZ-beelden en op basis van de aangeleverde data

Het aantal patiënten voor specifieke aandoeningen neemt door demografische ontwikkelingen sneller toe dan voor andere

Verwachte patiënten per aandoening in Brabant o.b.v. demografische groei* [aantal x1000]



Partijen ervaren extra druk door toenemende arbeidsmigratie, 24/7 cultuur, GGZ-problematiek jongeren en patiënten zonder huisarts

Arbeidsmigratie



- In de Brainport regio Eindhoven is er een groeiend aantal expats.
- Deze expats hebben vaak geen huisarts en komen daarmee direct in de tweede lijn terecht.
- Ook zijn er culturele verschillen waardoor deze groep andere verwachtingen heeft van de (acute) zorg, waarbij ze gewend zijn zelf het ziekenhuis binnen te lopen met een (niet-acute) zorgvraag.
- Dit levert binnen deze regio een extra druk op voor de acute zorgketen.

24/7 cultuur



- Zorgaanbieders ervaren dat de maatschappelijke trend naar een '24/7 cultuur' zich ook vertaalt naar de verwachtingen van de burger over de beschikbaarheid van acute zorg.
- Er ontstaat daarmee een toenemende discrepantie tussen wat de burger ziet als spoed (en daarbij behorende verwachtingen) en wat echte spoed is vanuit zorgperspectief.
- Een extra uitdaging ligt er de komende jaren in het 'opvoeden' en managen van verwachtingen van burgers over de acute zorg.

GGZ problematiek jongeren



- GGZ-aanbieders geven aan dat sinds corona ze meer GGZ-crisisproblematiek zien bij jongeren (m.n. suïcidaliteit).
- Daarnaast zijn er aanwijzingen vanuit NEMESIS 3¹ dat de incidentie van deze problematiek bij jongeren toeneemt.
- Als deze trend inderdaad doorzet, zorgt dit mogelijk voor extra druk op de GGZ-crisisdiensten.

Patiënten zonder huisarts

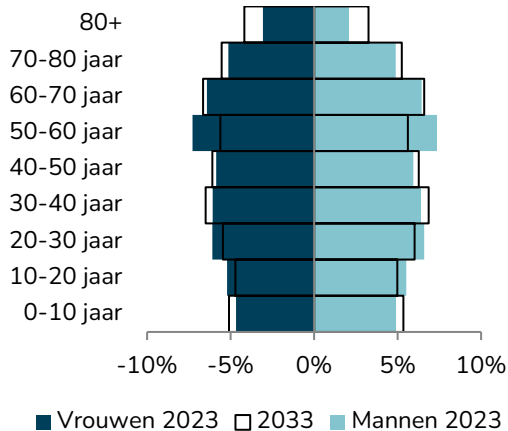


- Er zijn steeds meer Niet Op Naam Ingeschreven (NONI) patiënten (mensen zonder huisarts) in Brabant.
- Deze groep zorgt voor een toenemende druk bij de HASP's.

Het aantal werkenden en potentiële mantelzorgers per oudere neemt af waardoor het personeelsaanbod nog krappere zal worden

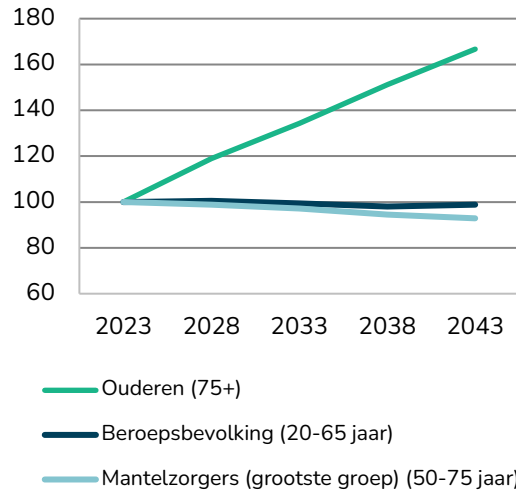
De verandering in bevolkingsopbouw...

De bevolkingsopbouw in de ROAZ-regio Brabant [% in 2023 en 2033]



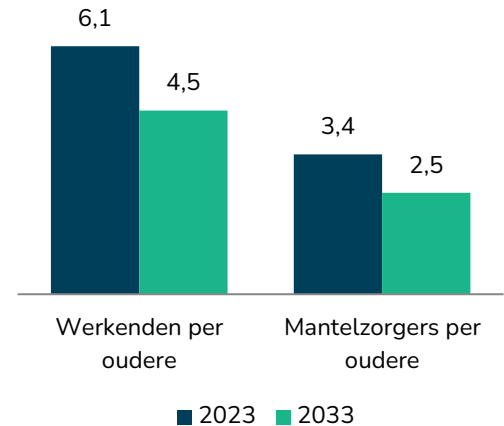
...heeft als gevolg dat de groep 75+'ers relatief groeit...

Demografische ontwikkeling beroepsbevolking, mantelzorgers¹ en ouderen [index, 100=2023]



...waardoor er meer druk komt op de beroepsbevolking.

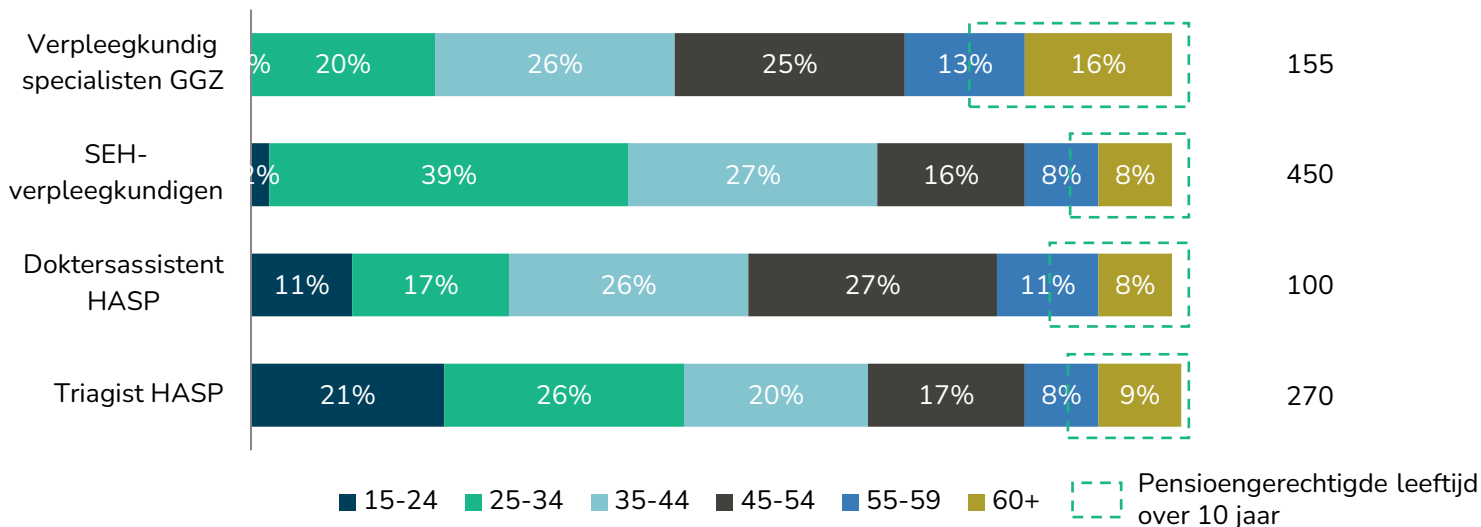
Aantal werkenden (20-65 jaar) en mantelzorgers (50-65 jaar) t.o.v. ouderen (75+) [factor]



De gemiddelde leeftijd is binnen de GGZ het hoogst, voor alle sectoren is gemiddeld 15% over 10 jaar op een pensioenleeftijd

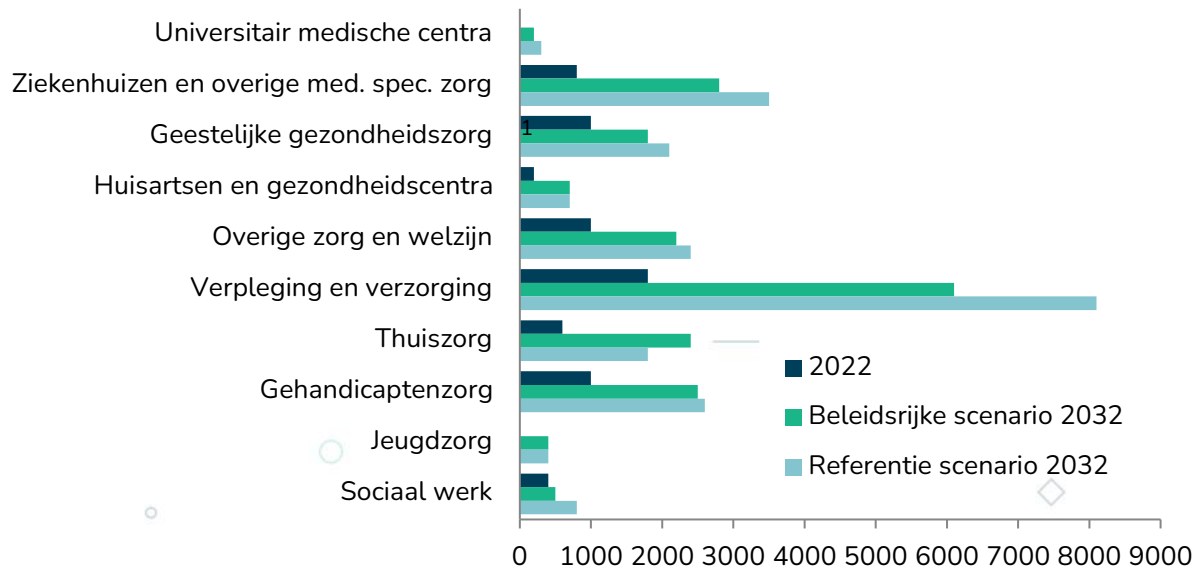
Leeftijdsverdeling acute zorgprofessionals in Brabant 2022
[percentage van totaal aantal professionals]

Totaal aantal professionals



Het arbeidstekort in Brabant neemt in alle branches van zorg en welzijn toe

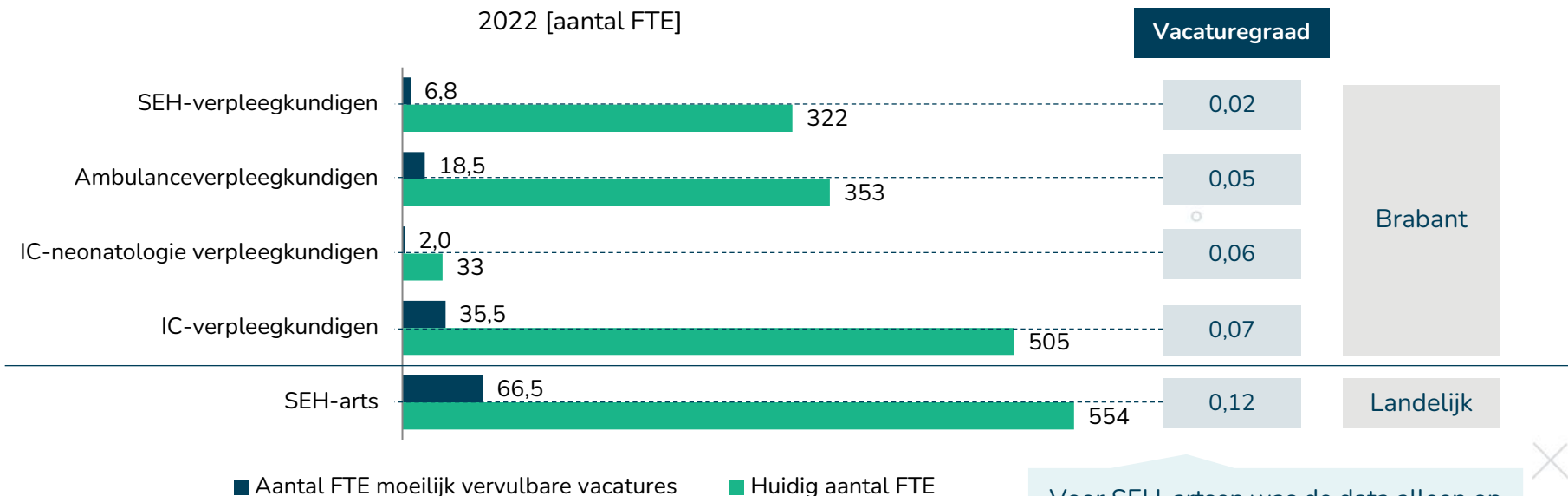
Arbeidstekort per branche in Brabant [aantal personen]



- Het absolute arbeidstekort (aantal personen) neemt in alle branches toe, met de grootste absolute tekorten binnen de VVT.
- Voor de GGZ zijn de absolute tekorten minder, maar aanbieders geven dat ze ervaren dat de relatieve tekorten (tekort t.o.v. het aantal werkenden binnen de sector) in deze sector erg hoog zijn. Dit leidt tot continuïteitsproblemen in de crisisdienst vanwege het beperkte aantal participerende professionals. Dit effect wordt versterkt doordat er meerdere GGZ-aanbieders in de regio zijn die nog geen onderdeel zijn van de crisisdienst.

De vacaturegraad in Brabant is het hoogst voor IC-verpleegkundigen

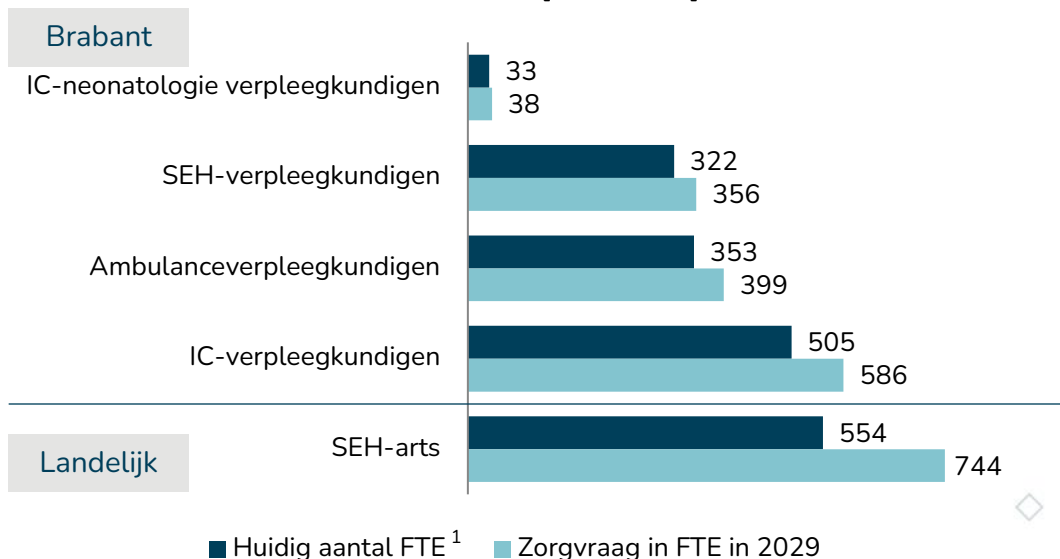
Moeilijk vervulbare vacatures t.o.v. aantal werkenden binnen de acute zorg in 2022 [aantal FTE]



Voor SEH-artsen was de data alleen op landelijk niveau beschikbaar en niet specifiek voor Brabant.

De toename in het verwachte benodigde aantal FTE in 2029 is het hoogst voor SEH-artsen met +34%

Verwachte capaciteitsbehoefte in 2029 t.o.v. huidig aantal
[aantal FTE]



- Het Capaciteitsorgaan heeft op basis van de verwachte zorgvraag in 2029 een raming gemaakt voor het benodigd aantal FTE voor een aantal acute zorgberoepen.
- Voor alle beroepen is een toename nodig in het aantal FTE, maar de omvang van deze toename verschilt per beroepsgroep:
 - SEH-artsen: +34%
 - IC-verpleegkundigen: +16%
 - Ambulanceverpleegkundigen: +13%
 - IC-neonatalogie verpleegkundigen: +13%
 - SEH-verpleegkundigen: +11%

Voor SEH-artsen was de data alleen op landelijk niveau beschikbaar en niet specifiek voor Brabant.

Prognose beleidsrijk

In de beleidsrijke prognose is effect ingeschat van genoemde kansen voor dempen van de groei van de vraag en efficiëntere inzet aanbod

De groei van de acute zorgvraag kan worden gedempt door het:

- **Voorkomen** dat niet-acute zorgvraag acuut wordt of in de acute zorg terecht komt.
- **Verplaatsen** van acute zorgvragen zodat de patiënt de juiste acute zorg op de juiste plek krijgt en het proces wordt ontdudd.



Groei vraag dempen

Het beschikbare aanbod kan efficiënter worden ingezet door het benodigd personeel te minimaliseren en het proces te optimaliseren:

- **Functieverruiming:** het uitbreiden van de mogelijkheden van het aanbod.
- **Integratie:** samenwerken in de sector en in keten.



Aanbod efficiënter inzetten

Beleidsrijke prognose



De beleidsrijke prognose is gebaseerd op inschatting effect van genoemde kansen door aanbieders in sessies en interviews en deskresearch. De kansen zijn suggesties voor het ROAZ-plan en nadrukkelijk niet bedoeld als een uitputtend of definitief overzicht.

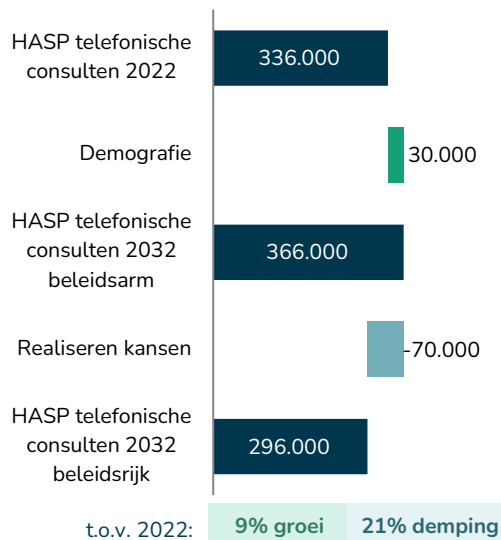
De genoemde kansen zijn gegroepeerd in 6 thema's)¹:

- Zelfzorg en voorlichting
- Advance care planning
- Monitoring en digitale zorg
- Organisatie dagzorg en sociaal domein
- Zorgcoördinatie en uitgebreidere triage
- Optimalisatie aanbod

Door het voorkomen en verplaatsen van zorgvragen door wordt de groei van de vraag door demografie deels gedempt (1)

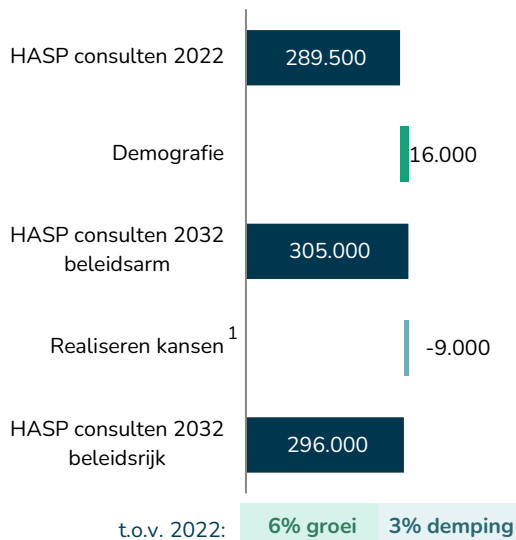
HASP telefonische consulten

Verandering HASP telefonische consulten 2022-2032 [aantal]



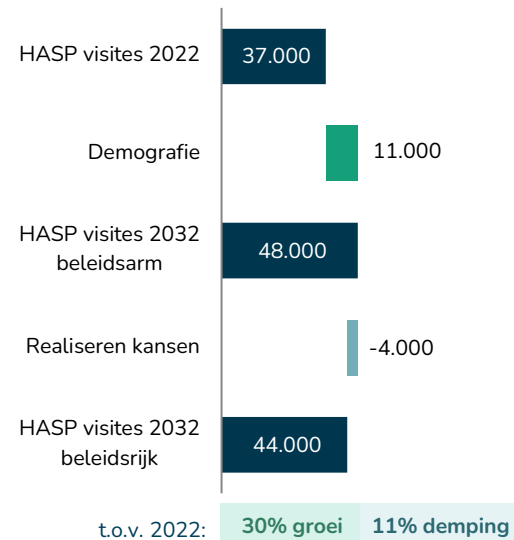
HASP consulten

Verandering HASP consulten 2022-2032 [aantal]



HASP visites

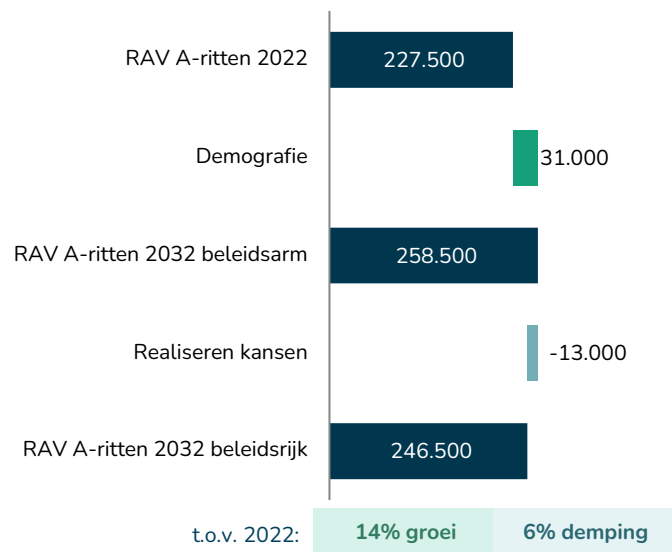
Verandering HASP visites 2022-2032 [aantal]



Door het voorkomen en verplaatsen van zorgvragen wordt de groei van de vraag door demografie deels gedempt (2)

RAV A-ritten

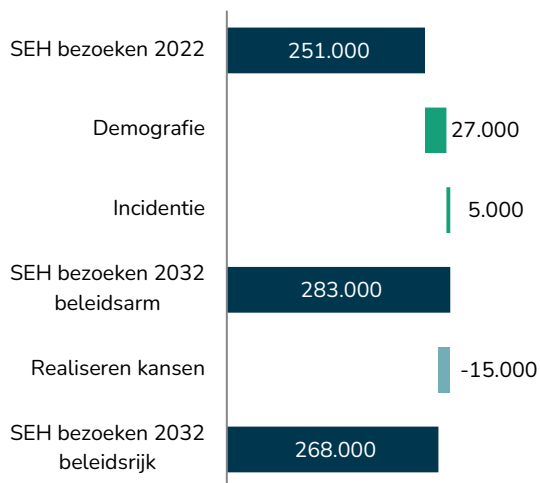
Verandering RAV A-ritten 2022-2032
[aantal]



Door het voorkomen en verplaatsen van zorgvragen wordt de groei van de vraag door demografie en incidentie deels gedempt (3)

SEH-registraties

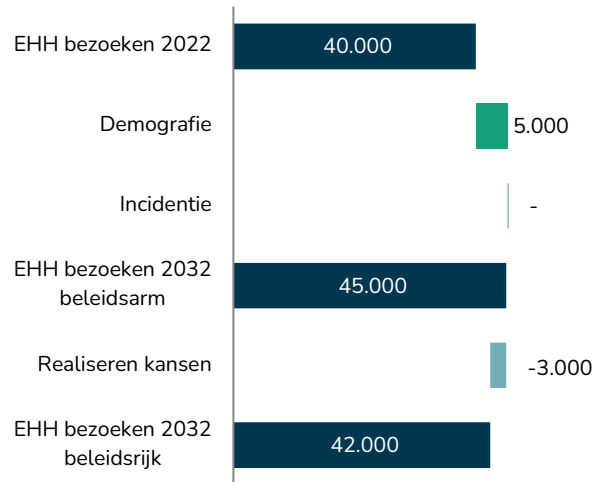
Verandering bezoeken SEH
2022-2032 [aantal]



t.o.v. 2022: 13% groei 6% demping

EHH-registraties

Verandering bezoeken EHH¹
2022-2032 [aantal]

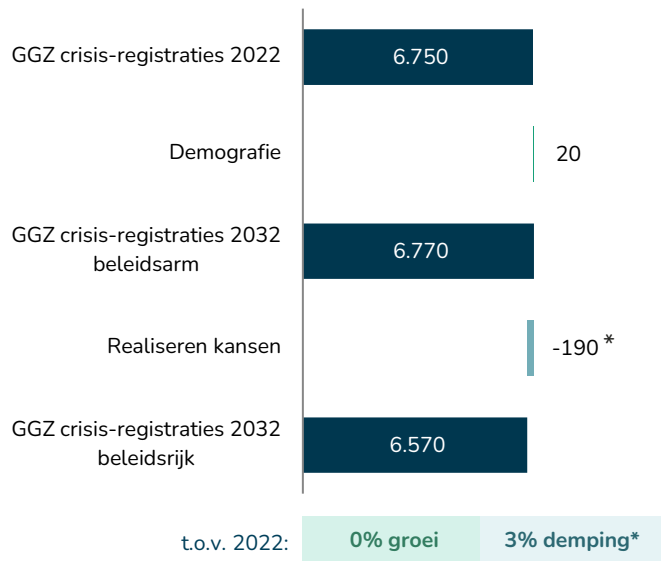


t.o.v. 2022: 13% groei 8% demping

Door het voorkomen en verplaatsen van zorgvragen wordt de groei van de vraag door demografie deels gedempt (4)

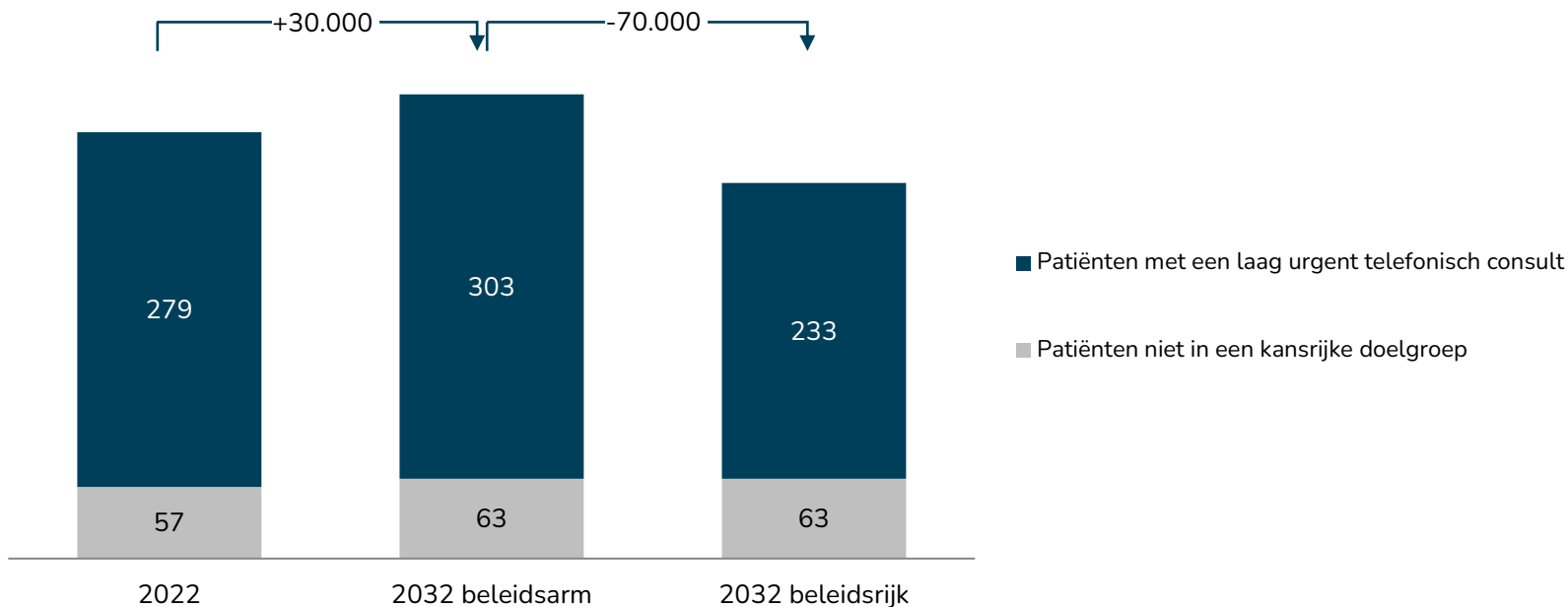
GGZ crisis-registraties

Verandering GGZ crisis-registraties¹
2022-2032 [aantal]



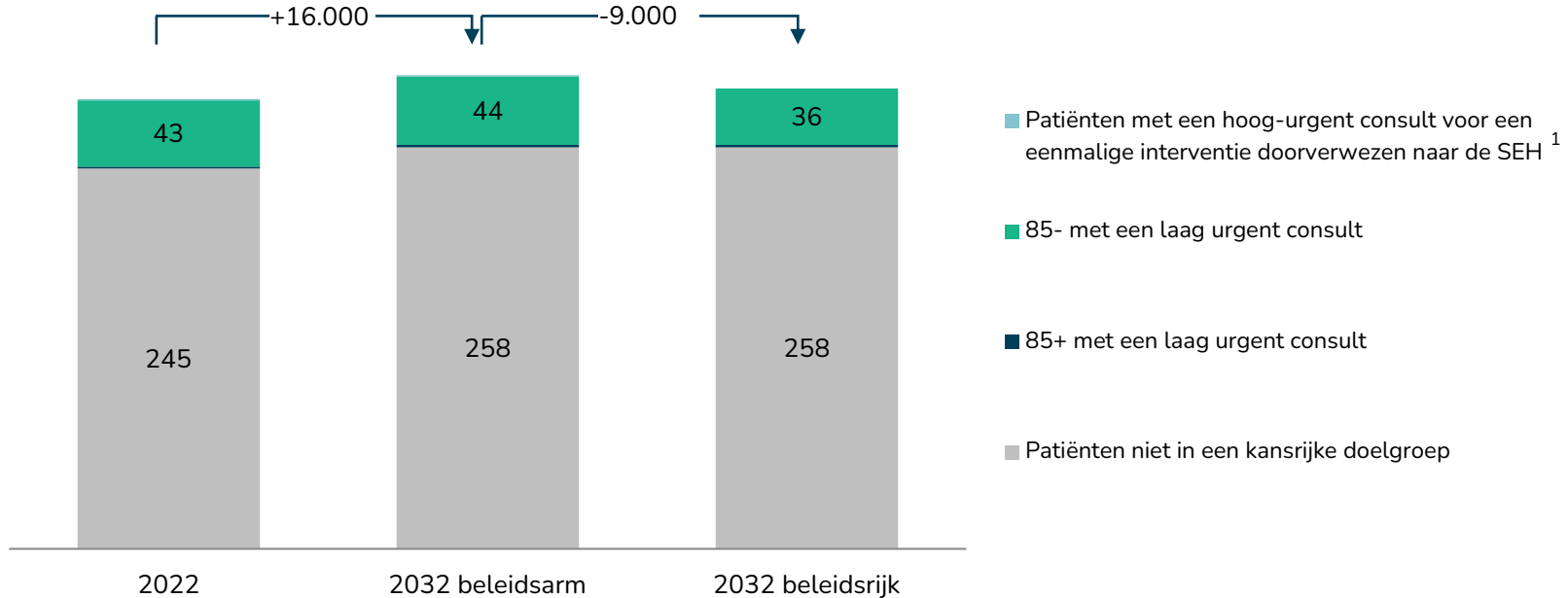
De grootste kans voor dempen van de vraag naar telefonische HASP ligt bij verminderen laag-urgente telefonische consulten

Aantal telefonische HASP consulten per patiëntgroep in Brabant [aantal x1000]



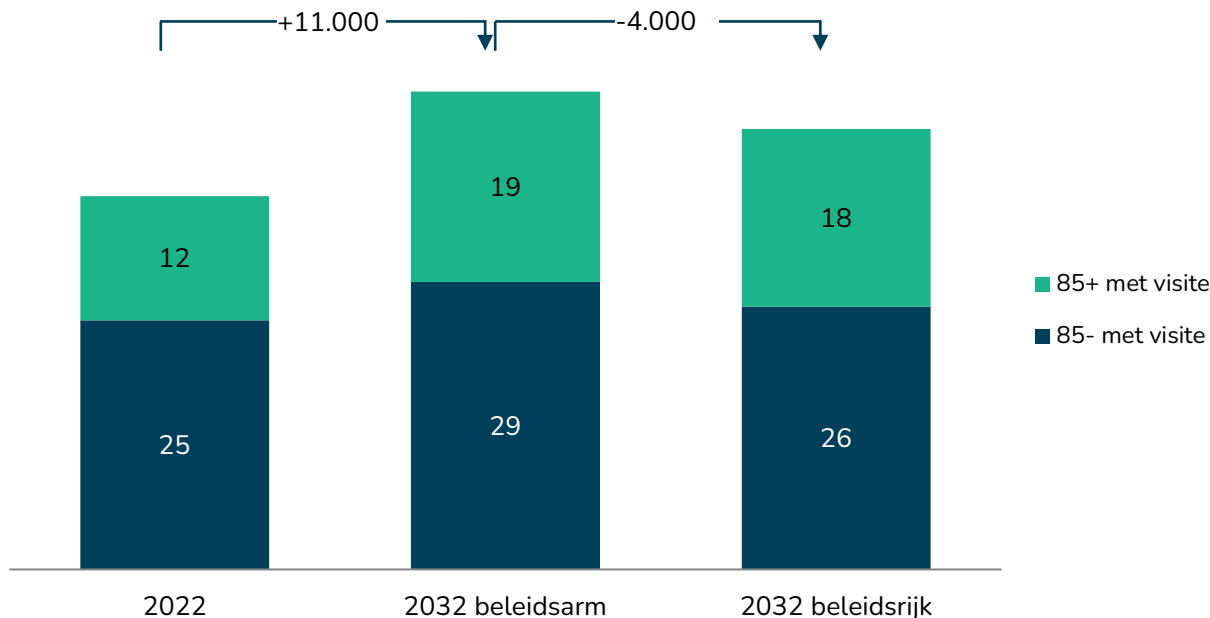
Voor dempen van de vraag naar HASP consulten ligt grootste kans bij patiënten onder de 85 jaar met laag urgente consulten

Aantal HASP consulten per patiëntgroep in Brabant [aantal x1000]



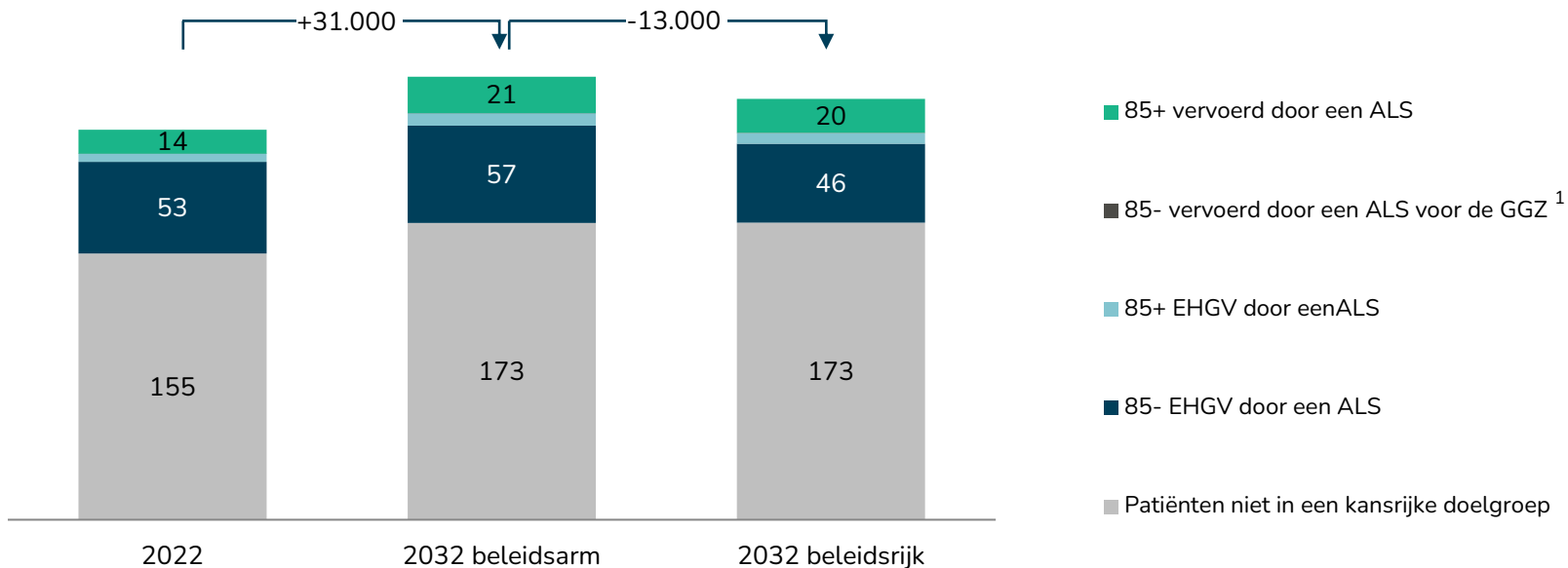
De groei in het aantal HASP visites wordt beperkt gedempt in het beleidsrijke scenario

Aantal visites van de HASP per patiëntgroep in Brabant [aantal x1000]



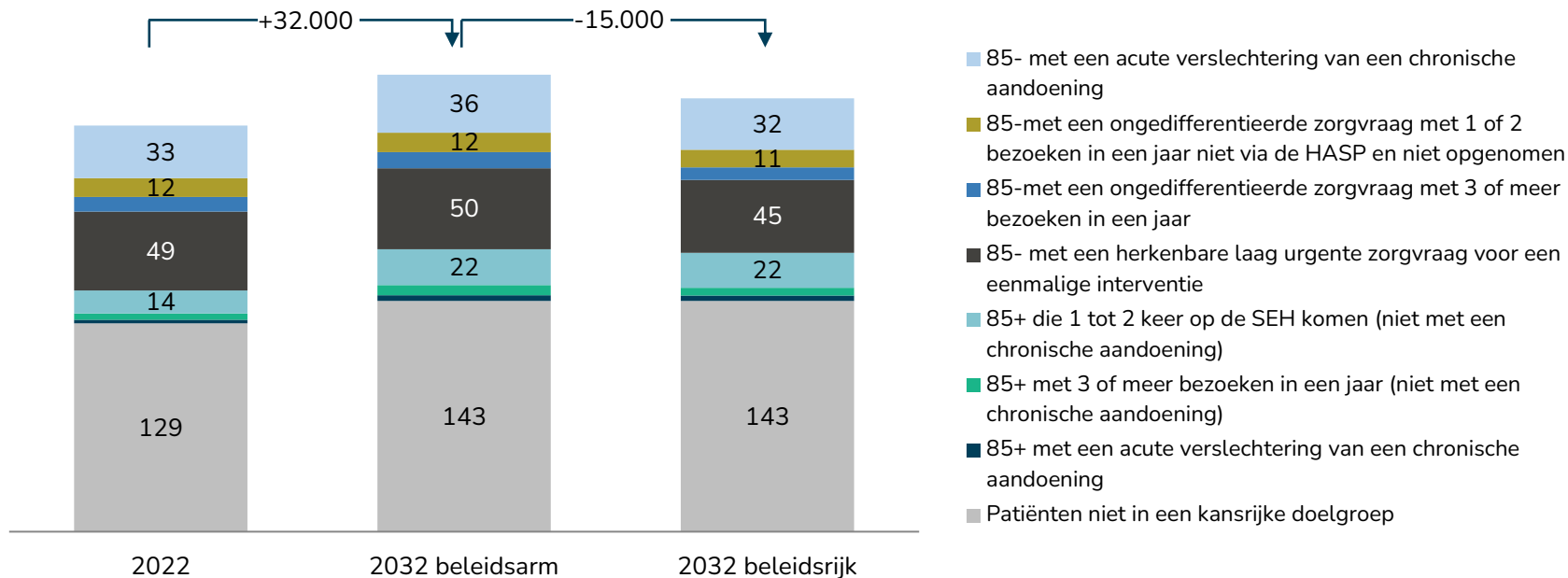
De grootste kansen voor dempen groei vraag naar RAV liggen bij reductie van EHGv ritten en het vervoer van 85+'ers

RAV A-ritten per patiëntgroep in Brabant [aantal x1000]



Grootste kansen voor dempen groei vraag naar SEH-bezoeken liggen bij chronische patiënten, ouderen en laag-complexe zorgvragen

Aantal SEH-bezoeken per patiëntgroep in Brabant [aantal x1000]



Partijen zien personen met verward gedrag en middelengebruik op de SEH en HASP als aanvullende kansrijke doelgroep

Personen met verward gedrag



- Een andere kansrijke doelgroep die vaak naar voren is gekomen tijdens de interviews bestaat uit personen met verward gedrag op de SEH en HASP.
- Deze groep kan niet eenduidig uit de data worden gehaald. Ze worden gekenmerkt door ingangsklachten zoals “verward”, maar de registratie hiervan is gebrekkig.
- De groep die geïdentificeerd kon worden is klein. Ziekenhuizen in de regio geven aan dat de omvang van deze groep niet heel groot is, maar dat de impact hiervan wel heel groot is in termen van inzet van personeel en ontregeling van processen.
- Het is belangrijk om ook deze doelgroep mee te nemen in het bepalen van kansen om de druk op de SEH en HASP te verminderen en zo efficiëntere inzet van aanbod te realiseren.

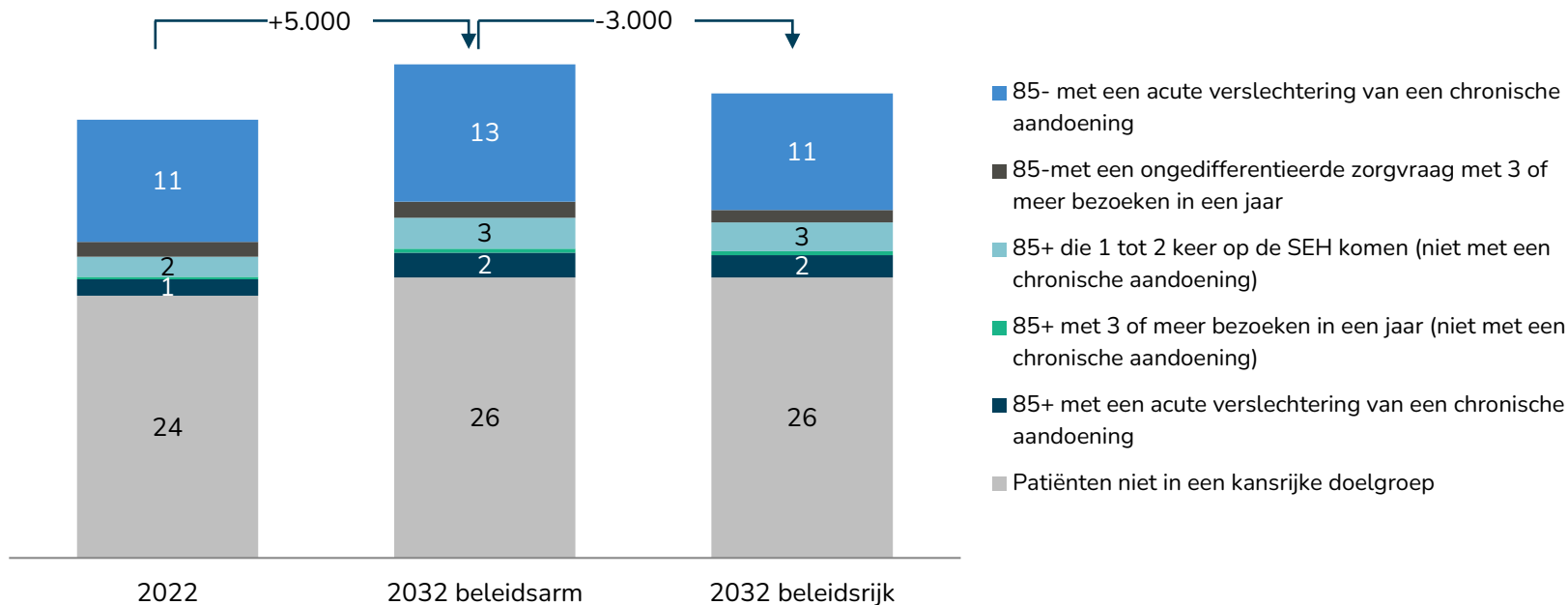
Personen met middelengebruik



- Een andere doelgroep die veel impact heeft op de SEH zijn personen met middelengebruik.
- Deze groep kan niet eenduidig uit de data worden gehaald. Ze worden gekenmerkt door ingangsklachten zoals “intoxicatie”, maar de registratie hiervan is gebrekkig en ambigu (niet elke intoxicatie is door middelengebruik).
- Deze groep groeit de laatste jaren en heeft ook grote impact op de capaciteit op de SEH in termen van inzet van personeel en ontregeling van processen.
- Binnen de acute zorgketen en het sociaal domein is er discussie waar deze groep geholpen zou moeten worden. Ook deze groep is daarom belangrijk om mee te nemen bij het bepalen van kansen voor de prioritaire opgaven binnen de acute zorg in de regio.

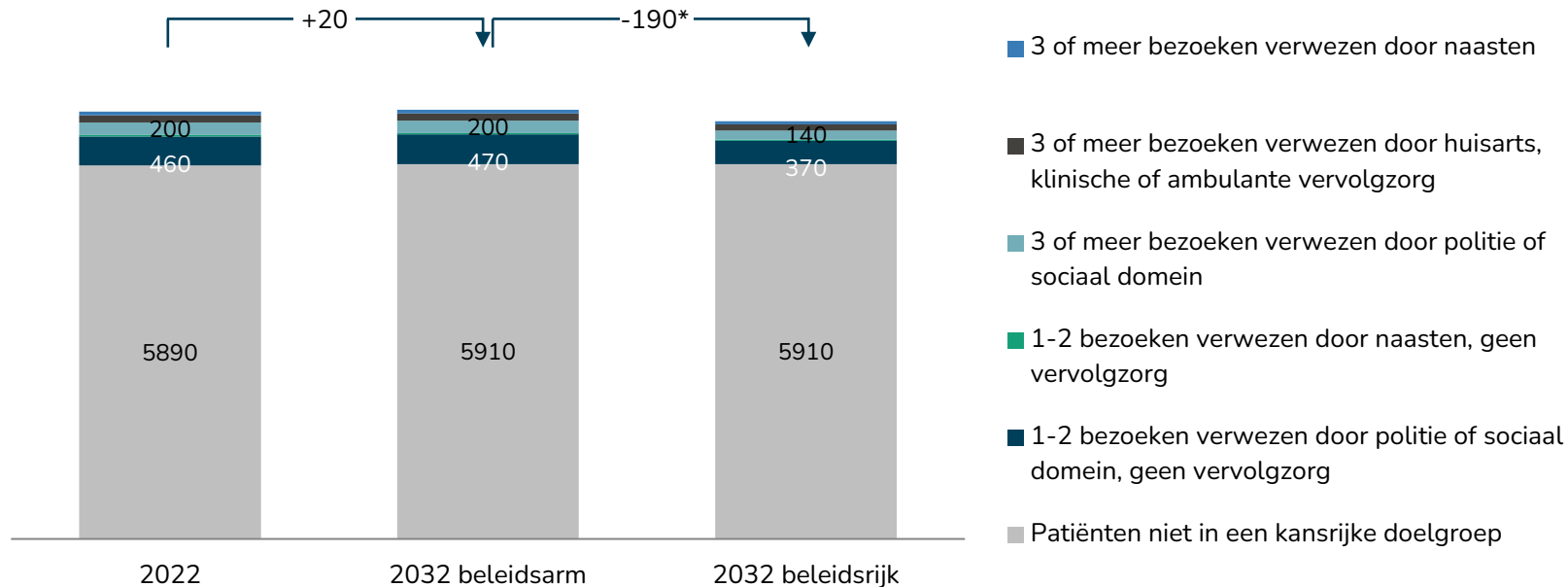
Voor de EHH verwachten we de grootste kansen voor dempen bij chronische patiënten

Aantal EHH-bezoeken per patiëntgroep¹ in Brabant [aantal x1000]



Voor de GGZ verwachten we de grootste kansen voor patiënten die door politie of sociaal domein zijn verwezen zonder vervolgzorg

GGZ crisisbeoordelingen per patiëntgroep in Brabant [aantal]



Het aanbod kan efficiënter worden georganiseerd om de vraag naar personeel te verminderen en productiviteit te verhogen

Aanknopingspunten voor kansen rond efficiëntie in aanbod



Op basis van aangeleverde data zijn er patronen die aanleiding geven tot verdere verdieping:

- Het aantal consulten en visites verschilt tussen HASP's met hetzelfde aantal aanwezige huisartsen.
- De mogelijke relatie tussen piek HASP visites en ambulance ritten vergt een nadere verkenning voor potentieel effect van spreiding.
- De spreiding van het aantal zorgvragen over de dag op de SEH biedt wellicht kansen om aanbod optimaler in te zetten.
- In de avond en nacht zijn er gemiddeld zes beoordelingen door de GGZ crisisdiensten in heel Brabant.

Minder benodigd personeel en optimalisatie proces

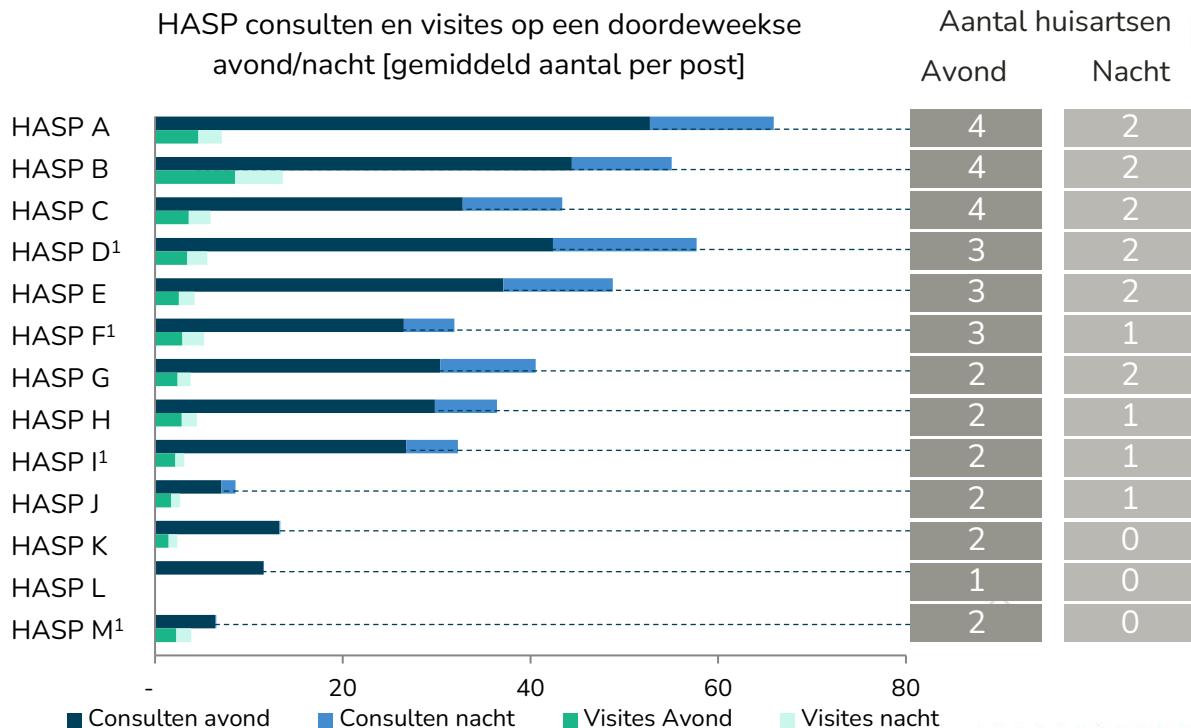


Efficiëntere organisatie van aanbod kan zorgen voor:

- Lagere (groei van de) vraag naar personeel: de inzet van personeel kan omlaag als zorgvragen efficiënter opgevangen worden zodat met minder mensen evenveel zorgvragen kunnen worden opgevangen.
- Optimalisatie proces: efficiëntere inzet, samenwerking en afstemming van aanbod kan het zorgproces versnellen, waardoor meer zorgvragen in dezelfde tijd kunnen worden opgevangen.

De daadwerkelijke besparingen van de genoemde kansen voor efficiëntere organisatie van het benodigd aanbod zijn moeilijk te kwantificeren, vergen eerst nadere uitwerking en zijn afhankelijk van de lokale situatie.

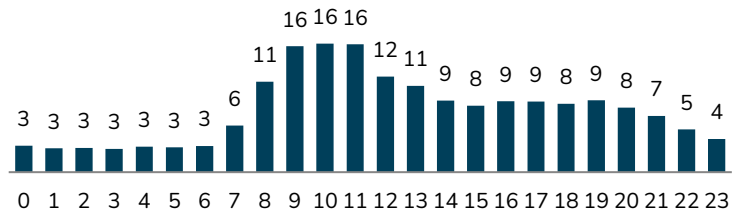
Het aantal consulten en visites verschilt tussen HASP's met hetzelfde aantal aanwezige huisartsen



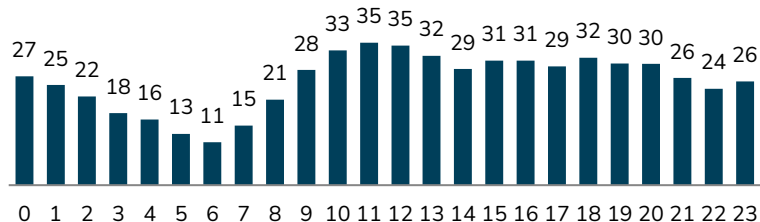
- Het verschil per post in het aantal huisartsen suggereert dat niet alle huisartsen even efficiënt worden ingezet. Het sluiten van posten en samenwerking in de diensten zou een mogelijkheid kunnen zijn om de efficiëntie te verhogen.
- De verwachte grote toename in het aantal visites door demografische ontwikkelingen heeft mogelijk als gevolg dat een huisarts niet tegelijk de visites en consulten op de post kan doen. Met de huidige inzet is er samenwerking tussen de posten nodig om hierop in te spelen.

De mogelijke relatie tussen piek HASP visites en ambulance ritten vergt een nadere verkenning voor potentieel effect van spreiding

Aantal visites HASP in het weekend in
Brabant [gemiddeld aantal per uur in 2022]



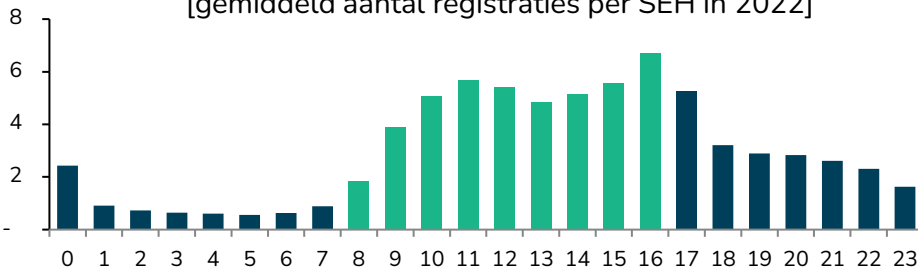
Aantal RAV A-ritten in het weekend in Brabant
[gemiddeld aantal per uur in 2022]



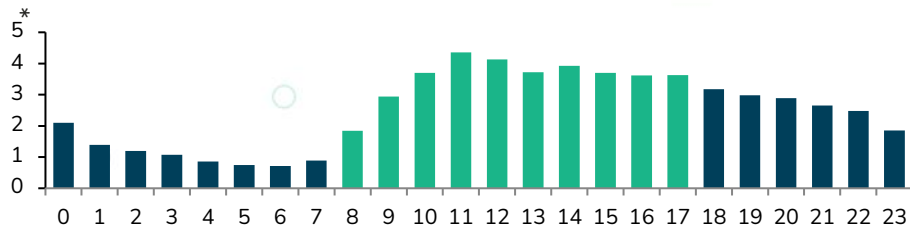
- De concentratie van visites van de huisartsen in de ochtend werd gezien als één van de mogelijke oorzaken van een piek in ambulance ritten.
- Spreiden van HASP visites kan daarmee mogelijk tot gelijkere spreiding van ambulance-ritten leiden.
- In dit beeld hebben we alleen de data van de HASP in ANW-uren, en daarom kunnen we dit effect alleen in het weekend bekijken.
- In de data van het weekend zien we tussen 8 en 12 een piek in het aantal visites van de HASP in het weekend. In de A-ritten van de ambulance zien we een stijging in de ochtend en na 12 uur een kleine daling. De stijging in ambulance ritten kan mogelijk voor een klein deel worden toegeschreven aan de HASP visites.
- Meer spreiding van de HASP visites zou kunnen leiden tot een kleine afvlakking in de ambulance ritten. De daadwerkelijke impact is echter onduidelijk en vereist een nadere verkenning.

De spreiding van het aantal zorgvragen over de dag op de SEH biedt wellicht kansen om aanbod optimaler in te zetten

Zorgvragen per doordeweeks uur op de SEH
[gemiddeld aantal registraties per SEH in 2022]



Zorgvragen per weekend uur op de SEH
[gemiddeld aantal registraties per SEH in 2022]

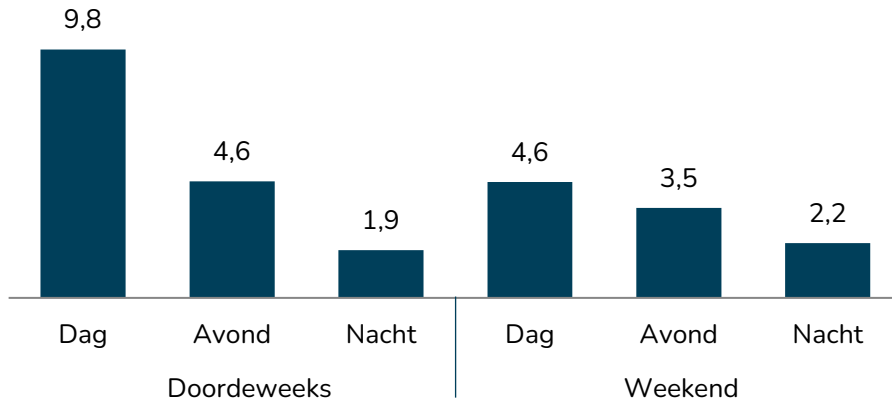


■ Avond/nacht ■ Overdag

- Zowel overdag als in het weekend ligt de instroom van patiënten op de SEH veel hoger dan in de nacht. De piek in instroom ligt doordeweeks rond 16 uur. In het weekend is de instroom tussen 10 en 17 het hoogst en redelijk constant.*
- Ondanks dat het gemiddeld aantal SEH-bezoeken in de nacht laag is, werd een SEH sluiten niet gezien als mogelijkheid om de efficiëntie te verhogen.
 - Het personeel op de SEH vervult in de nacht meerdere functies in het ziekenhuis, zoals het bewaken van de kliniek. Het sluiten van de SEH betekent daarom niet dat het personeel niet meer nodig is.
 - In 2030 worden de 2 locaties van Bravis (beide nu met SEH) samengevoegd tot 1 locatie waardoor er een SEH minder is in Brabant.
- Mogelijkheden voor het verhogen van de efficiëntie werden voornamelijk gezien in productiviteitsverbeteringen.

In de avond en nacht zijn er gemiddeld zes beoordelingen door de GGZ crisisdiensten in heel Brabant

Beoordelingen van de GGZ crisisdiensten in Brabant
[gemiddeld aantal per moment in 2022]



- Het gemiddeld aantal beoordelingen van de GGZ crisisdienst per nacht is zes. Het aandeel beoordelingen dat door de politie is verwezen is 16% overdag en 44% in de nacht.
- Het aantal telefonische triages is (fors) hoger dan het aantal beoordelingen maar gegevens hierover waren niet beschikbaar.
- Om eventuele kansen voor gezamenlijke triage en samenwerking in beoordelingen te bepalen is aanvullende data nodig (over o.a. aantal telefonische triages en variatie in aanrijtijden en complexiteit van beoordeling).
- Om kansen nader vorm te geven en te verkennen is meer uitwerking nodig. De huidige aanbod-data is niet toereikend om eenduidige conclusies te trekken.

Suggesties voor ROAZ-plan

We adviseren om in het ROAZ-plan het realiseren van de geïdentificeerde kansen centraal te stellen



Opgaven ROAZ-plan



- Om de beleidsrijke koers te realiseren ligt inzetten op genoemde kansen in het ROAZ-plan voor de hand.
- Deze kansen zijn gegroepeerd naar 6 thema's rond vraag en aanbod.

Kansen



- Realisatie van de vraagkansen vraagt om investeringen in dagzorg en samenwerking tussen verschillende sectoren.
- De verschillende genoemde aanbod-kansen zijn beschreven maar behoeven nadere uitwerking.

Betere data



- Inzetten op betere en snellere beschikbaarheid van data helpt om het ROAZ-beeld te kunnen uitbreiden en reproduceren, vooral voor VVT en GGZ.



Om de beleidsrijke koers te realiseren ligt inzetten op genoemde kansen in de 6 categorieën in het ROAZ-plan voor de hand





Zelfzorg en voorlichting

Door het realiseren van kansen rondom digitale (zelf)zorg en voorlichting kan worden voorkomen dat niet-acute zorgvragen in de acute zorg terecht komen.

Genoemde initiatieven

- Landelijke campagnes voor voorlichting over wat acute zorg is
- Burgers meer gezondheidsvaardigheden leren
- Digitale voor-triage
- Gericht inspelen op groepen zoals arbeidsmigranten, bezorgde ouders etc.



Patiëntgroepen waar kansen op aangrijpen

HASP

- Laag urgente telefonische consulten
- Laag urgente consulten bij 85-

SEH

- 85-met een ongedifferentieerde zorgvraag met 3 of meer bezoeken in een jaar
- 85-met een ongedifferentieerde zorgvraag met 1 of 2 bezoeken in een jaar niet via de HASP en niet opgenomen



Keteneffecten

- Vereist landelijke initiatieven



Advance care planning



Door met kwetsbare ouderen/potentiële acute zorg patiënten en hun naasten in samenwerking met de dagzorg en het sociaal domein afspraken te maken over hoe om te gaan met bepaalde acute situaties kan instroom in acute keten vermeden worden.

Genoemde initiatieven

- Advance care planning



Patiëntgroepen waar kansen op aangrijpen

HASP

- 85+ met een visite
- 85+ met een consult op de HASP met een laag-urgente zorgvraag

RAV

- 85+ vervoerd door een ALS ambulance
- 85+ EHGK door een ALS ambulance

SEH

- 85+ (zowel degene die vaker komen als degene die eenmalig komen)

GGZ

- EPA doelgroep (via o.a. implementatie crisiskaart)



Keteneffecten

- Vereist samenwerking met huisarts, VVT¹ en specialisten ziekenhuis.
- Minder instroom zorgt ook voor minder doorstroom naar de rest van de keten.
- Groot deel van oudere patiënten die naar SEH gaat heeft al VVT-zorg: realiseren kans is mogelijk vooral andere inzet VVT om SEH bezoek te voorkomen.
- Onzeker is in hoeverre acute zorgvraag reden voor VVT-vraag is: waarschijnlijk zal groot deel ook zonder SEH-bezoek beroep gaan doen op VVT na verloop van tijd.





Monitoring en digitale zorg

Door het realiseren van kansen rondom de samenwerking met de dagzorg en het sociaal domein kan worden voorkomen dat niet-acute zorgvragen acuut worden.

Genoemde initiatieven

- (Digitale) monitoring van chronische patiënten in samenwerking met de huisarts
- Registreren van recidivisten op de SEH en daarover in overleg gaan met de huisarts
- Bekende patiënten direct contact met zorgverlener/naar acute poli i.p.v. via HASP of SEH
- Betere signalering in de dagzorg voor GGZ
- Betere (digitale) toegang tot patiëntdossiers



Patiëntgroepen waar kansen op aangrijpen

HASP

- 85- met HASP visite

SEH

- Patiënten met een acute verslechtering van een chronische aandoening
- 85-met een ongedifferentieerde zorgvraag met 3 of meer bezoeken in een jaar

GGZ

- Patiënten verwezen door huisarts, politie of sociaal domein



Keteneffecten

- Vereist samenwerking met dagzorg, zoals bijvoorbeeld de huisarts
- Minder vervoer door de RAV doordat minder mensen naar de SEH vervoerd moeten worden



Organisatie in de dagzorg en sociaal domein



Door het realiseren van kansen rondom de organisatie in de dagzorg en het sociaal domein kan worden voorkomen dat niet/semi-acute zorgvragen in de acute zorg terecht komen.

Genoemde initiatieven

- Meer tijd voor huisartsen om patiënten te zien om goed te kunnen filteren
- Huisartsen spreekuur voor semi-spoed
- Samenwerking politie en OM omtrent mensen met verward gedrag
- Openingstijden o-GGZ en huisartsen uitbreiden
- Domein-overstijgend zorg en welzijn
- Dazorg anders organiseren zodat je alleen echte spoed buiten kantooruren hebt
- Actief opvolgen in de dagzorg wanneer een persoon op de acute zorg is geweest, bijv. bij een zorgmijder dit melden bij bemoeizorg.



Patiëntgroepen waar kansen op aangrijpen

HASP

- Laag-urgente consulten
- Visites

GGZ

- Verwezen door politie of sociaal domein, geen vervolgzorg of bij 3 of meer bezoeken per jaar



Keteneffecten

- Vereist samenwerking met de dagzorg en het sociaal domein.
- Dempnen acute zorgvraag betekent ook verschuiven van vraag naar niet-acute dagzorg, maar ook weer van dagzorg naar sociaal domein en informele zorg: investeren 'aan de voorkant'.





Zorgcoördinatie en uitgebreidere triage

Door het realiseren van kansen rondom zorgcoördinatie en uitgebreidere triage wordt de juiste acute zorg op de juiste plek verleend waardoor dubbele handelingen worden voorkomen.

Genoemde initiatieven

- Gemeenschappelijke triage aan de voorkant en afbuiging/uitstroom naar sociaal domein
- Uitgebreidere triage op afstand om te bepalen of/waar patiënt heen moet (bijv. tropanine-test)
- Psychiatrische triage voor lichamelijke (somatische) triage mogelijk maken
- GGZ triage op een hoger (regionaal) niveau organiseren (aantallen zijn niet heel veel)
- Triagesysteem passend bij ketensamenwerking
- Zorgcoördinatie centrum (fysiek of digitaal)
- Centrale coördinatie: beter coördineren waar momenteel ruimte is en patiënten geplaatst kunnen worden
- Spoedplein inclusief GGZ en VVT
- Centraal aanmeldcentrum VVT



Patiëntgroepen waar kansen op aangrijpen

HASP

- Laag-urgente consulten
- Patiënten die via de HASP naar de SEH gaan met een hoog-urgente zorgvraag voor een eenmalige interventie

RAV

- Vervoerd door een ALS-ambulance
- EHGv door een ALS-ambulance

SEH

- 85-met een ongedifferentieerde zorgvraag met 1 of 2 bezoeken in een jaar niet via de HASP en niet opgenomen
- Personen met verward gedrag op de SEH

GGZ

- Verwijzingen door naasten, bij geen vervolgzorg of 3 of meer bezoeken per jaar



Keteneffecten

- Vereist sector-integrale samenwerking en coördinatie



Optimalisatie aanbod



Door het realiseren van kansen rondom uitbreiden mogelijkheden aanbod wordt de juiste acute zorg op de juiste plek verleend waardoor dubbele handelingen worden voorkomen.

Genoemde initiatieven

- Beter geoutilleerde HASP: meer op de HASP doen om doorstroom naar de SEH te voorkomen
- Inzet van andere modaliteiten door de RAV
- 1,5^e lijnszorg
- Beperken van de toegankelijkheid van de HASP (die nu gratis is)



Patiëntgroepen waar kansen op aangrijpen

SEH

- 85- met een herkenbare laag urgente zorgvraag voor een eenmalige interventie bij beter geoutilleerde HASP

RAV

- EHGv door een ALS ambulance bij inzet andere modaliteiten
- Vervoer bij 1,5^e lijnszorg



Keteneffecten

- Vereist sector-integrale samenwerking.
- Een beter geoutilleerde HASP kan wel betekenen dat de zorgzwaarte op de HASP toeneemt.
- Beperken van de gratis toegankelijkheid van de HASP vereist landelijke aanpassingen.



Optimalisatie aanbod



Door het realiseren van kansen rondom uitbreiden mogelijkheden aanbod wordt de inzet van aanbod efficiënter. De genoemde initiatieven richten zich op **functieverruiming en integratie**. De besparingen zijn onduidelijk zonder aanvullende data en analyses.

Functieverruiming



- Functiedifferentiatie
- Andere groepen professionals inzetten (bijv. medische hulpverlening, meer inzet Physician Assistant (PA))
- Specialisten op de SEH
- Specialisatie spoed huisarts
- Uitbreiding faciliteiten om doorstroom te bevorderen, zoals gipskamer, observatiebedden, weaning centrum en geriatrische IC
- Benodigd personeel minimaliseren door bijvoorbeeld aanmeldzuilen

Integratie



- ANIOS SEH op HASP
- Specialist ouderengeneeskunde (SO) op SEH/ 1,5e lijns geriatrisch expertisecentrum
- Acute psychiatrie centraal organiseren
- Personeel uitwisselen
- Transferverpleegkundige aan de voorkant
- Betere samenwerking met huisartsen en VVT rondom ouderenzorg
- Meer data en beeldmateriaal in de keten delen
- (Virtuele) samenvoeging call-centers
- Sluiting van HASP's in de nacht

Inzetten op betere en snellere beschikbaarheid van data helpt om het ROAZ-beeld te kunnen uitbreiden en reproduceren

Aanbodata

- Aanbodata (inzet personeel) blijkt lastiger om op een eenduidige manier aan te leveren dan data over zorgvraag
- Om het ROAZ-beeld verder uit te breiden op het gebied van aanbod is een hogere datakwaliteit hiervoor nodig.

Huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, ambulancezorg en dienstapotheken

- De datakwaliteit is goed en over het algemeen snel aan te leveren.
- Voor de ziekenhuisdata is het belangrijk om categorieën (en definities) vooraf goed af te stemmen zodat de data goed vergeleken kan worden.
- Voor dienstapotheken is nu geen data uitgevraagd, maar er zijn mogelijkheden om dit in de toekomst wel te doen.

Geestelijke gezondheidszorg

- Voor de GGZ bleken de MDS gegevens van de GMAP niet door alle partijen (eenvoudig) aan te leveren en zaten hier nog veel lege velden in¹.
- De GMAP-data is exclusief 18-ers die nu ook grotendeels ontbreken en exclusief acute GGZ data van ziekenhuizen die wel acute GGZ zorg leveren maar geen afspraak hebben in kader van GMAP financiering.

Verpleging, verzorging & thuiszorg

- Vanuit de VVT is geen data uitgevraagd omdat in inventariserende gespreksrondes duidelijk werd dat data over in- en uitstroom niet uniform wordt geregistreerd in de sector.
- De landelijke data heeft daarnaast ook niet het detailniveau dat de andere sectoren wel hebben.
- Aanbeveling om binnen de sector te kijken naar uniforme registratie om ook vanuit de VVT een uniforme dataset te hebben.

Bijlage I: aanvullende beschrijvende statistieken

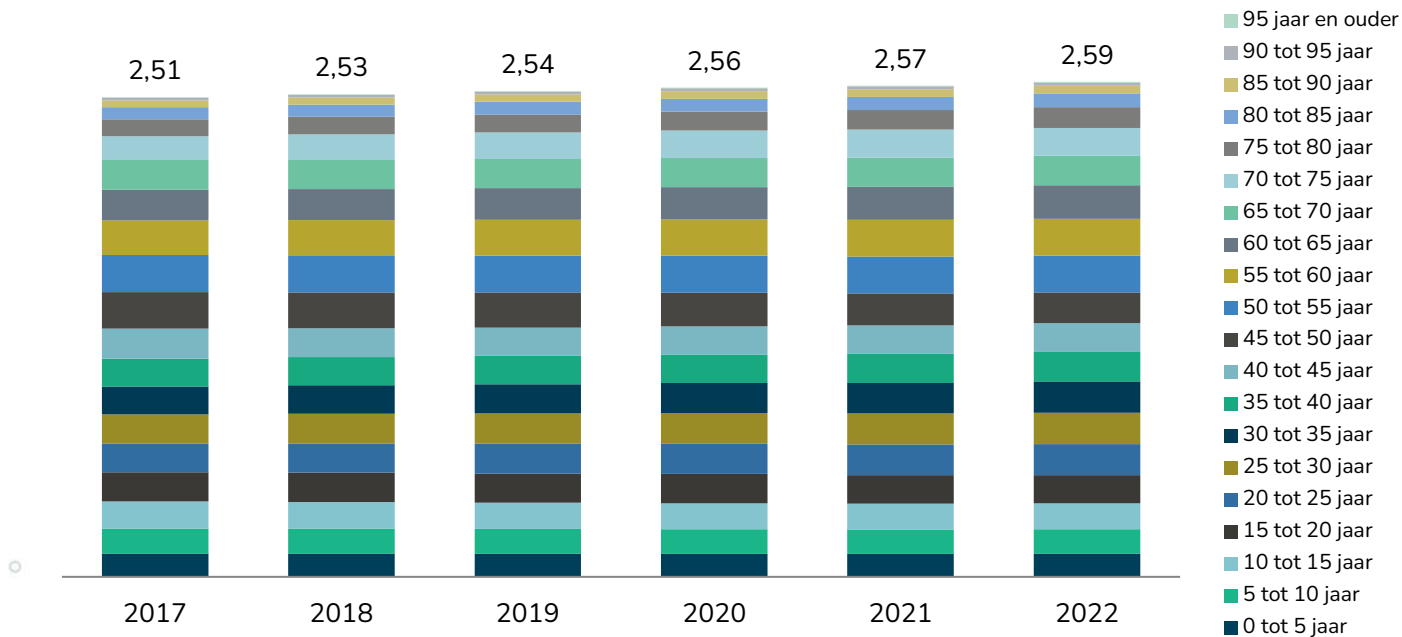
Inhoudsopgave

1. Bevolking p. 80 – 88
2. Kenmerken acute zorgvraag p. 89 - 100
3. Patiëntstromen p. 101 – 112
4. Aanbod p. 113 – 117

Bevolking

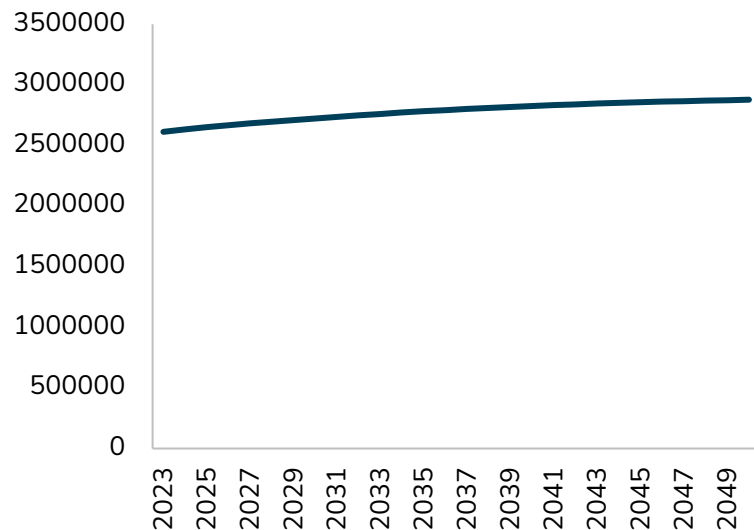
Het aantal inwoners in Brabant is toegenomen tussen 2017 en 2022

Inwoners ROAZ-regio Brabant per leeftijdscategorie [aantal mln]

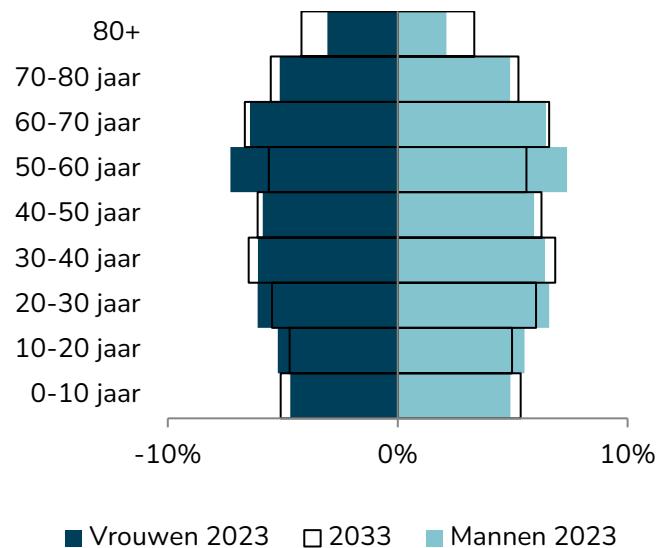


De bevolking in Brabant neemt toe en heeft een toenemend aandeel 65+

Prognose inwoners Brabant [aantal]

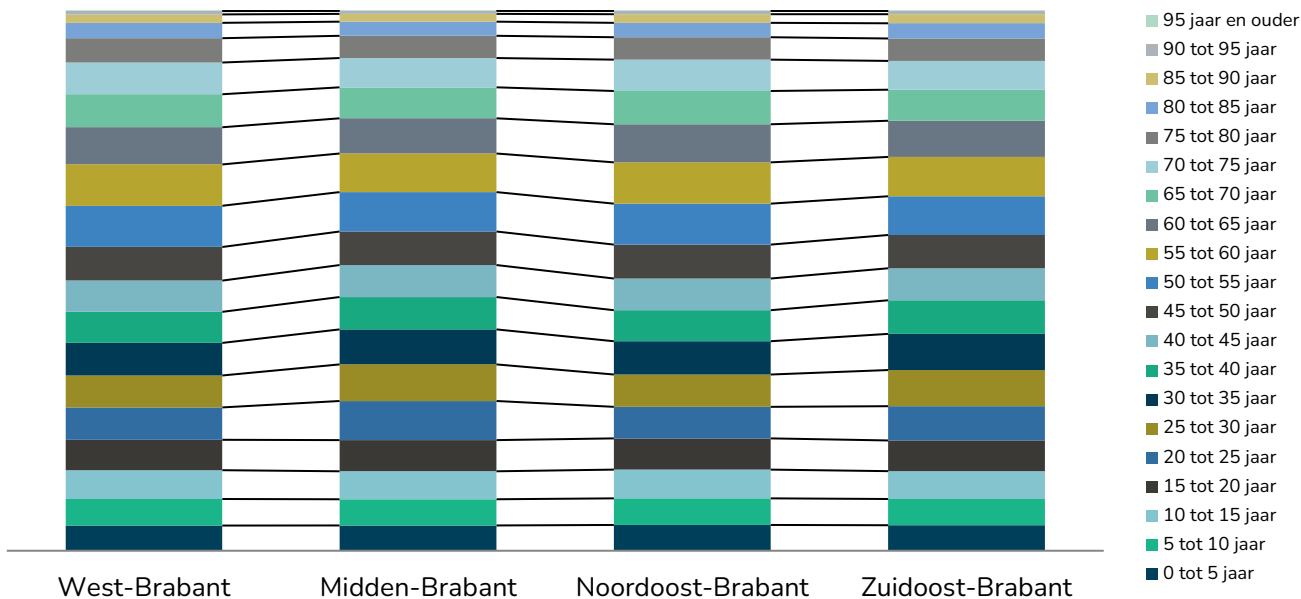


De bevolkingsopbouw in ROAZ-regio Brabant [% in 2023 en 2033]



De bevolkingsopbouw is vergelijkbaar tussen de zorgkantoren

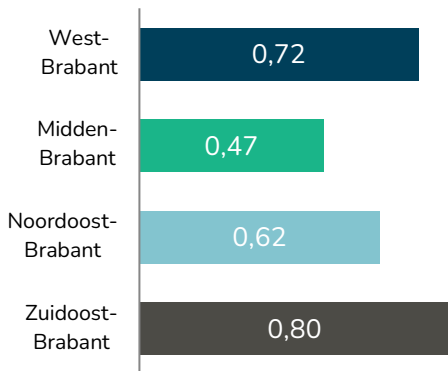
Bevolkingsopbouw 2022 per zorgkantoorregio in Brabant



Het aantal inwoners neemt in alle zorgkantorregio's naar verwachting toe

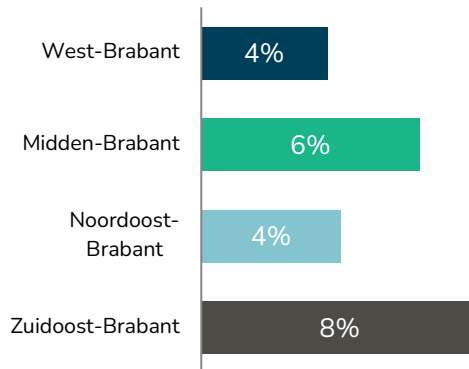
De zorgkantorregio's verschillen in grootte...

Inwoners 2023 per zorgkantorregio [aantal x mln]



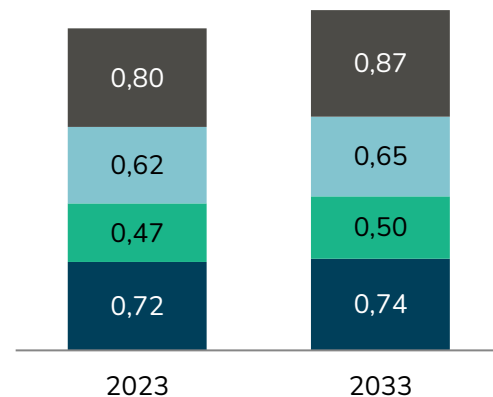
...en groeien alle vier...

Groei in bevolking naar 2033 door demografische ontwikkeling [% t.o.v. 2023]

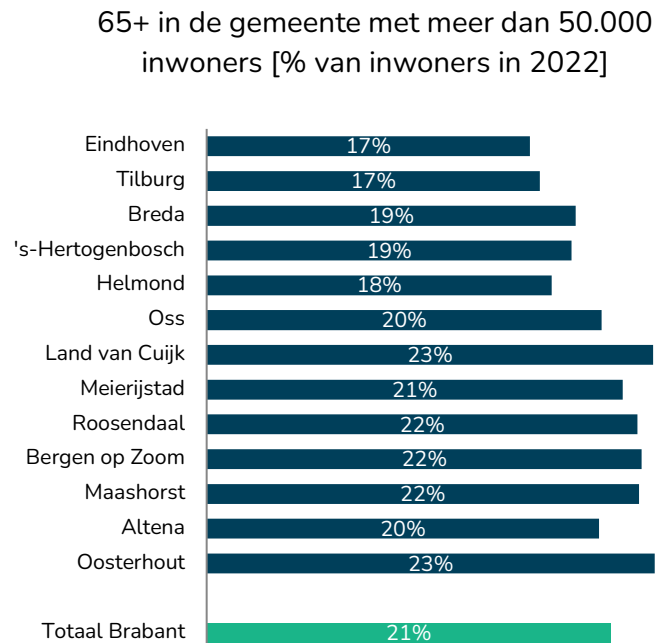
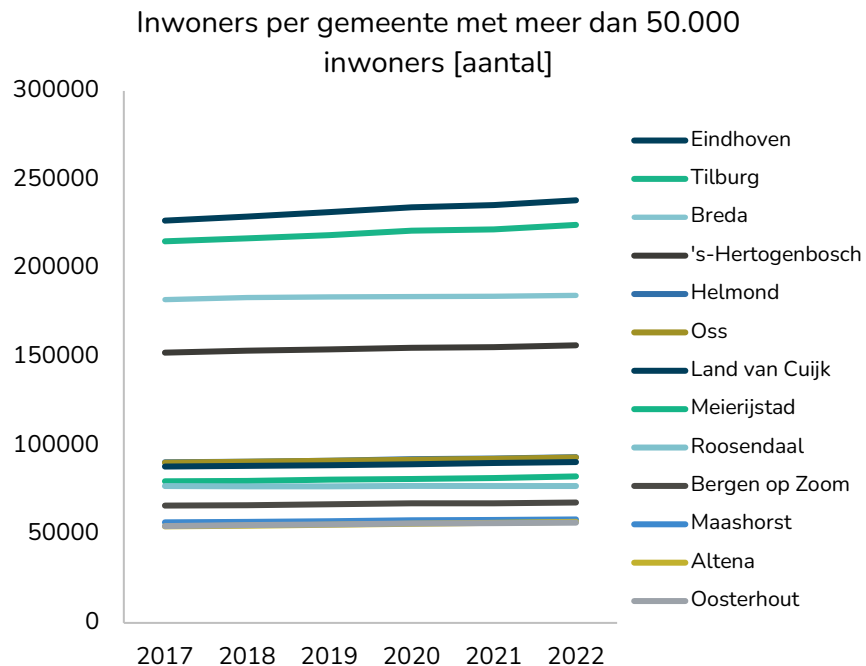


...waardoor de onderlinge verhouding vergelijkbaar blijft

Verdeling inwoners Brabant over de zorgkantoren [aantal x mln]



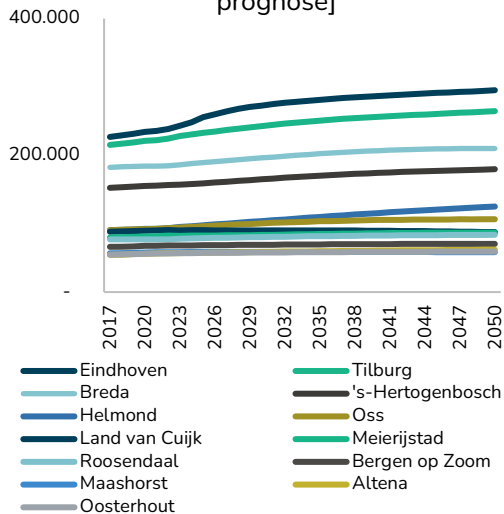
Alle grotere gemeenten zijn gegroeid tussen 2017-2022; het aandeel 65+ wisselt tussen de grote gemeenten van 17% tot 23%



Voor bijna alle gemeentes wordt een groei verwacht in het aantal inwoners en een toename in het aandeel 65+

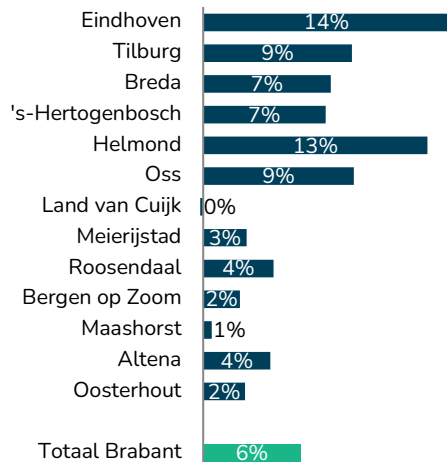
De meeste grote gemeentes groeien in de toekomst...

Inwoners per gemeente met meer dan 50.000 inwoners [aantal en prognose]



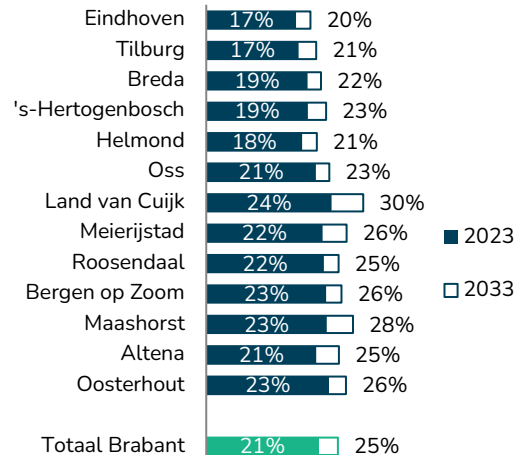
...met uiteenlopende percentages...

Groei in inwoners naar 2033 per gemeente met meer dan 50.000 inwoners [% t.o.v. 2023]



...maar overal met een groeiend aandeel 65+.

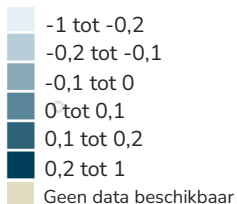
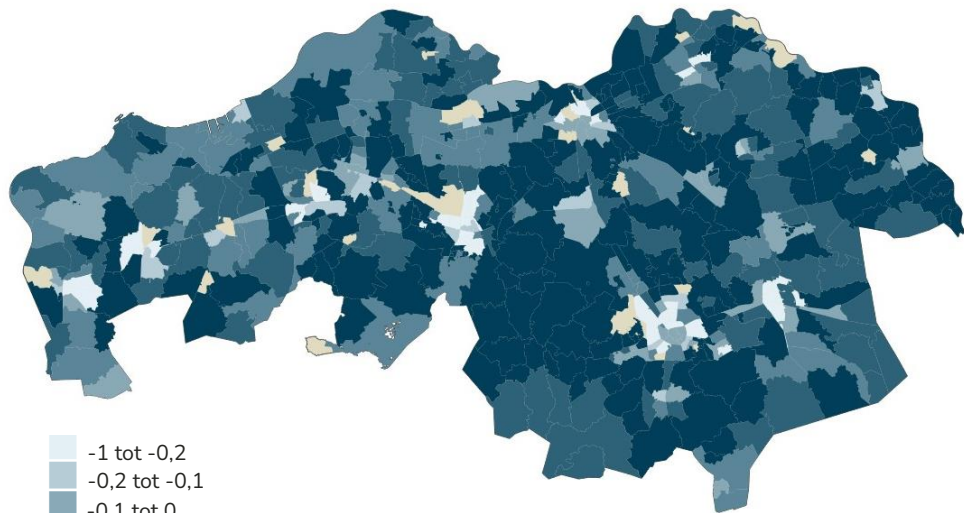
65+ in de gemeente met meer dan 50.000 inwoners [% van inwoners in 2023 en prognose 2033]



De SES-WOA score is in veel gebieden in Brabant hoger dan het landelijk gemiddelde



Sociaal-economische status o.b.v. welvaart opleidingsniveau en arbeidsmarktdeelname in 2019 [Z-score]

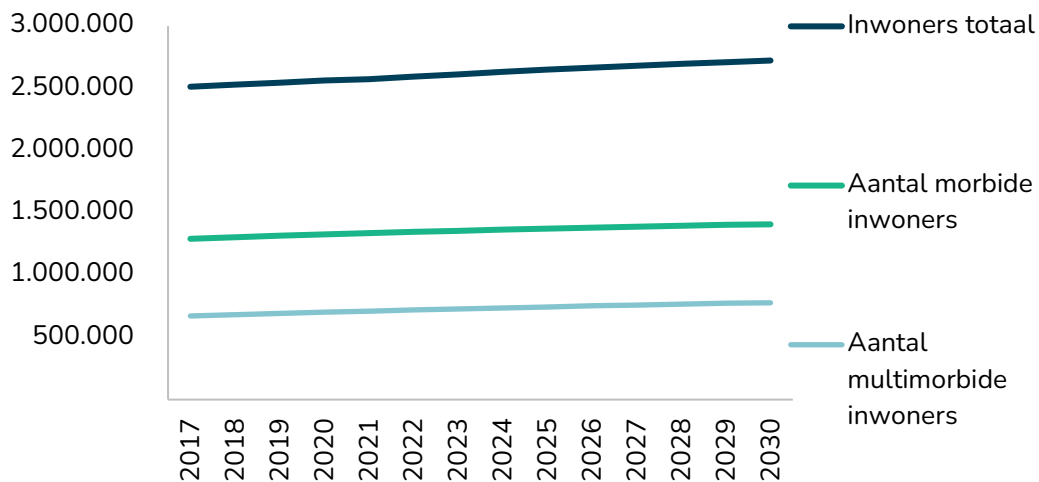


- De SES-WOA geeft inzicht in gegevens over financiële welvaart (W), opleidingsniveau (O) en recent arbeidsverleden (A) van inwoners.
- De relatie tussen SES-WOA en acut zorggebruik is niet direct te leggen, maar beschikbare informatie laat zien dat inwoners met een lage SES een hoger zorggebruik hebben (verklaard door een slechtere gezondheid) en vaker gebruik maken van de HASP.
- Ook worden bij inwoners met een laag opleidingsniveau vaker (chronische) ziekten gezien, zoals COPD, diabetes en hartinfarcten.



Naast het totaal aantal inwoners neemt ook het aantal inwoners met een of meerdere aandoeningen naar verwachting toe

Verloop inwoners en morbiditeit in de ROAZ-regio Brabant
[aantal]



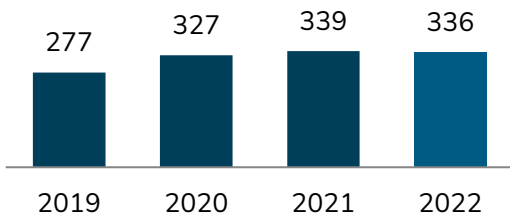
Kenmerken acute zorgvraag

HASP^x consulten daalden tijdens Covid-19, telefonische consulten en visites namen juist toe

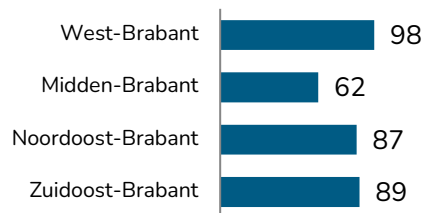
Telefonische consulten



Telefonische consulten in Brabant
[aantal x1000]



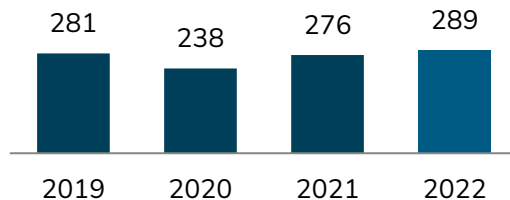
Telefonische consulten 2022 per
zorgkantoorregio [aantal x1000]



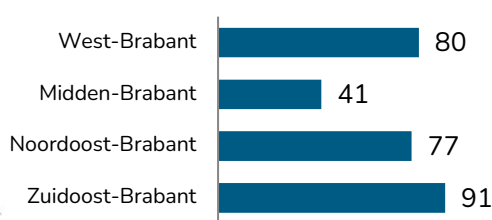
Consulten



Consulten in Brabant
[aantal x1000]



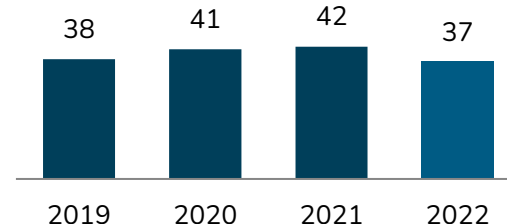
Consulten 2022 per
zorgkantoorregio [aantal x1000]



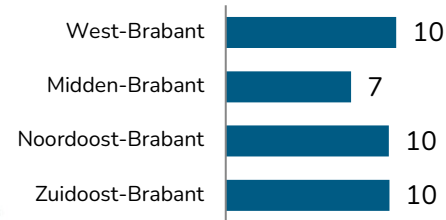
Visites



Visites in Brabant
[aantal x1000]



Visites 2022 per zorgkantoorregio
[aantal x1000]

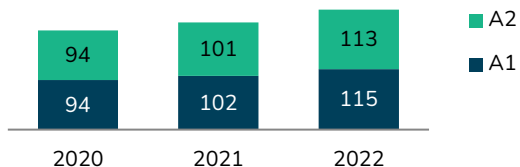


Het aantal vervoerde patiënten door de RAV's is de afgelopen jaren toegenomen

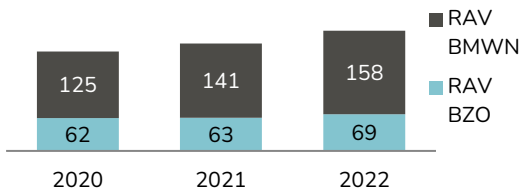
Ambulance



RAV A-ritten in Brabant
[aantal x1000]



RAV A-ritten in Brabant
[aantal x1000]



Meldkamer ambulance



- Het aantal MKA-contacten wordt in het Capaciteitsmodel meldkamer ambulancezorg 2022 geschat op 142% van de ambulance inzetten.
- Dit zou betekenen dat het aantal MKA-contacten in 2022 gelijk was aan 323.000. Voor RAV BMWN is dit gelijk aan 225.000 contacten, voor RAV BZO is dit gelijk aan 98.000 contacten.

Mobiel Medisch Team



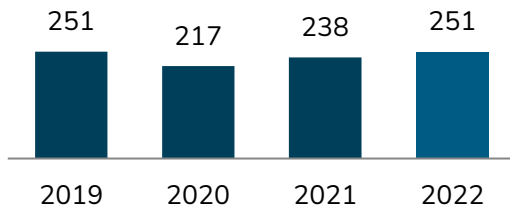
- De vier MMT's in Nederland verzorgen MMT-zorg voor alle inwoners. Het totaal aantal oproepen per jaar is gestegen van 11.760 in 2020 naar 12.763 in 2021 en 15.498 in 2022.
- Dat is een totaal gemiddelde per dag in Nederland van respectievelijk 32, 35 en 42 oproepen. Om de dekking te verbeteren in een 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.

Het aantal bezoeken op de SEH daalde tijdens Covid relatief sterk maar is in 2022 weer op niveau van 2019

SEH



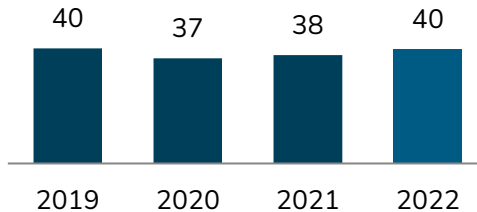
SEH bezoeken in Brabant
[aantal x1000]



EHH



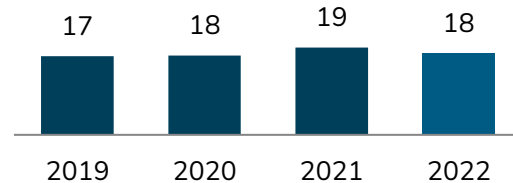
EHH bezoeken in Brabant
[aantal x1000]



Verloskunde



Klinische bevallingen Brabant
[aantal x1000]



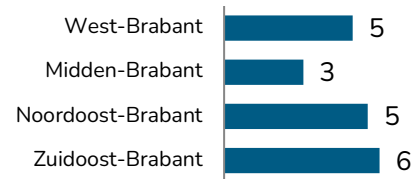
SEH bezoeken 2022 per
zorgkantoorregio [aantal x1000]



EHH bezoeken 2022 per
zorgkantoorregio [aantal x1000]

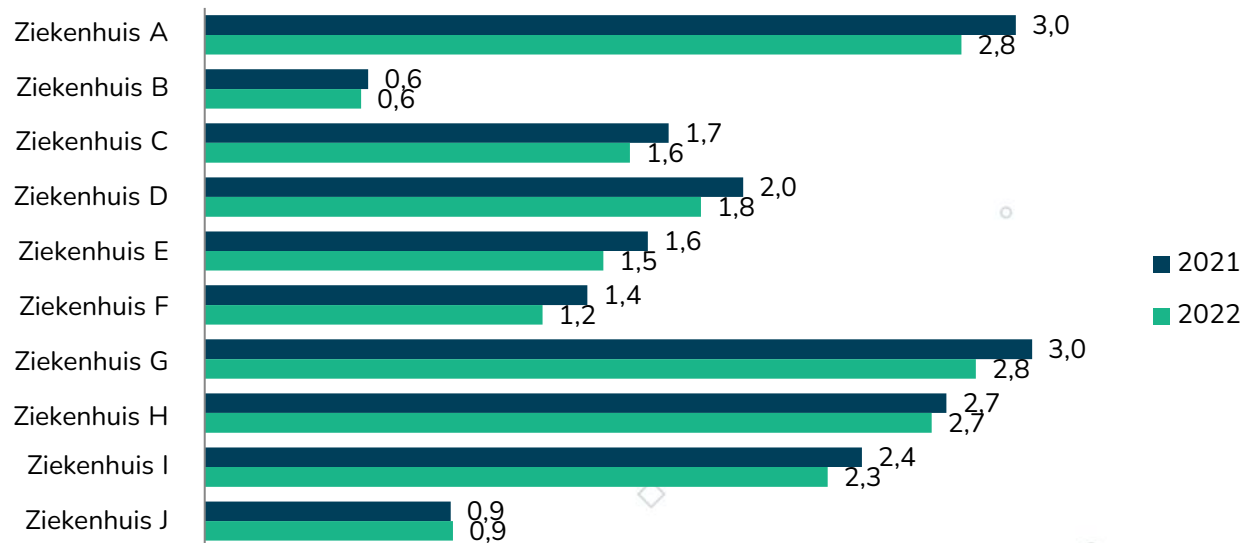


Klinische bevallingen 2022 per
zorgkantoorregio [aantal x1000]



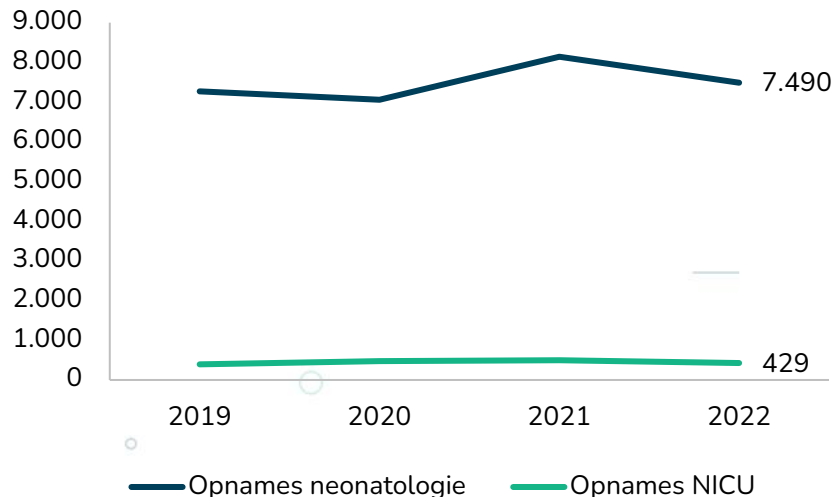
Het aantal klinische bevallingen is bij alle ziekenhuizen in Brabant iets afgenomen in 2022 t.o.v. 2021

Aantal klinische bevalling per instelling [aantal x1000]

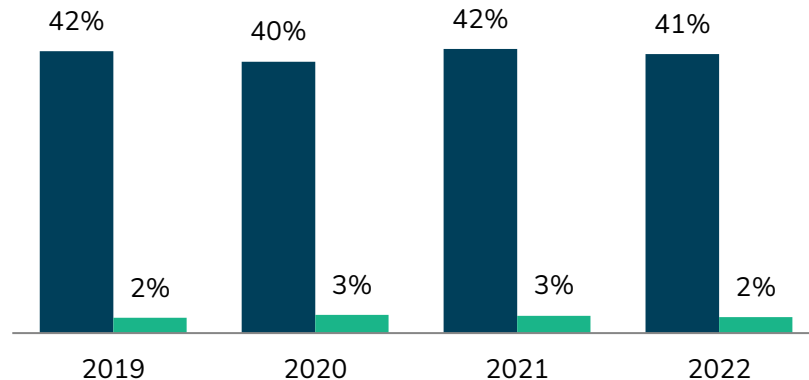


Het aandeel neonatologie en NICU opnames binnen het aantal klinische bevallingen is constant tussen 2019 en 2022

Directe postpartum opnames op de afdeling neonatologie en NICU in Brabant [aantal unieke pasgeborenen]

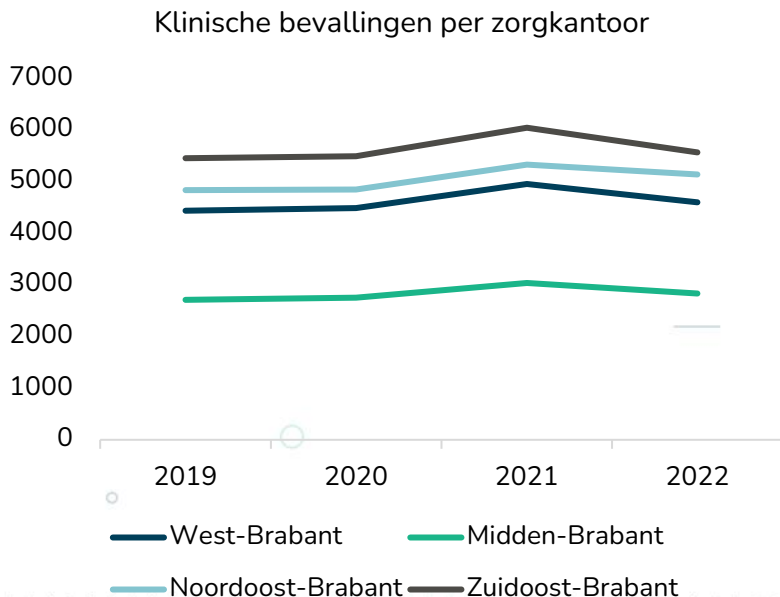


Directe postpartum opnames op de afdeling neonatologie en NICU in Brabant [% van totaal aantal klinische bevallingen]



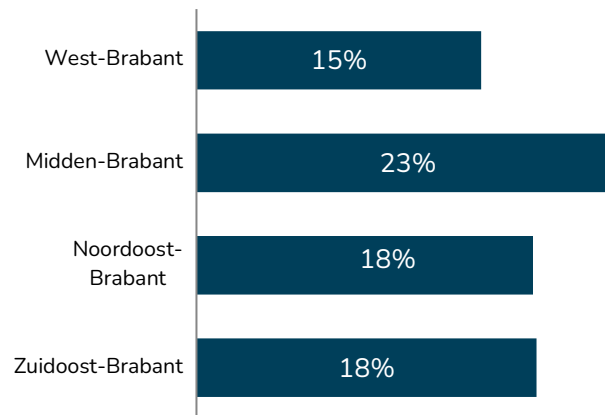
In alle zorgkantorregio's groeit het aantal 0 tot 5 jarigen tot en met 2033

De trend in het aantal klinische bevallingen is nagenoeg gelijk per zorgkantorregio...



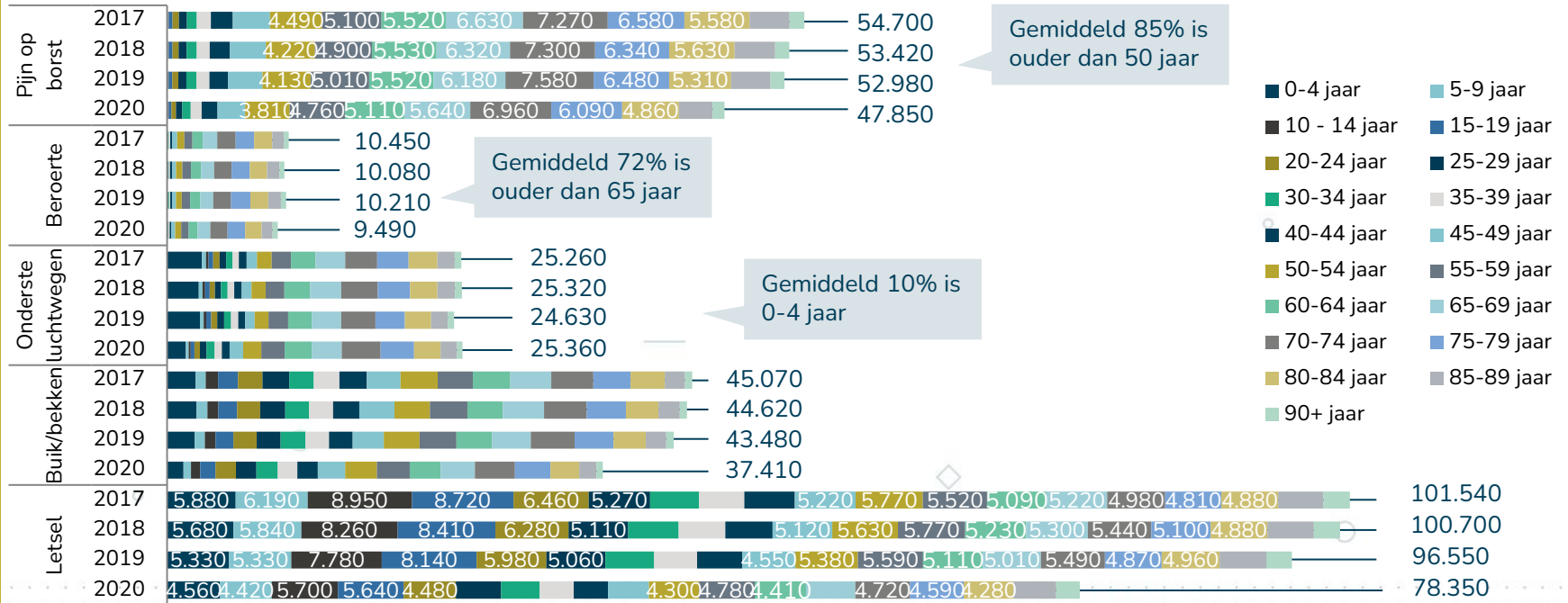
...en de groep 0 tot 5 jarigen groeit in alle zorgkantorregio's sterk.

Verandering in de bevolking van 0 tot 5 jaar naar 2033 [% t.o.v. 2023]



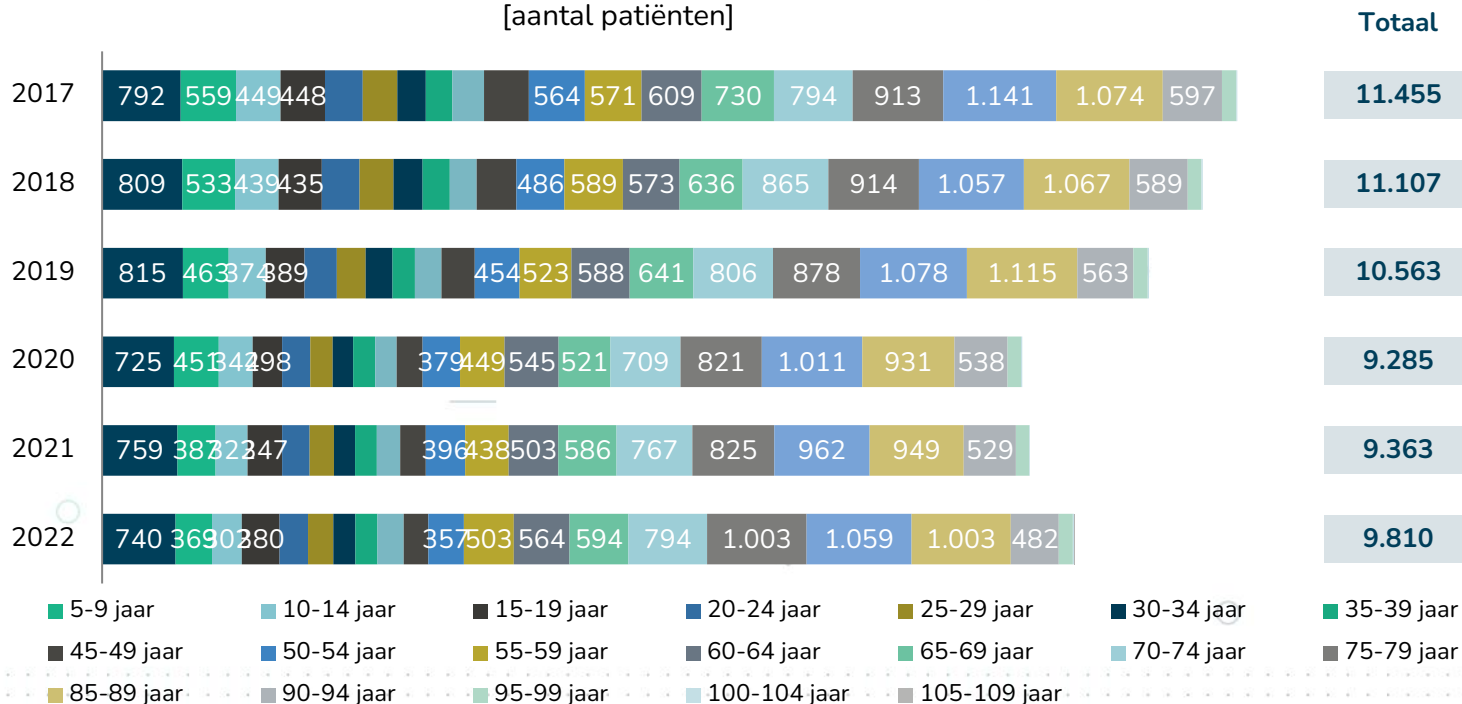
De ingangsklacht letsel is het sterkst afgenomen tussen 2017-2020 (-23%), gemiddeld 39% van deze patiënten is jonger dan 30 jaar

Aantal SEH-contacten binnen ROAZ-Brabant naar ingangsklacht en leeftijdscategorie
[aantal patiënten]



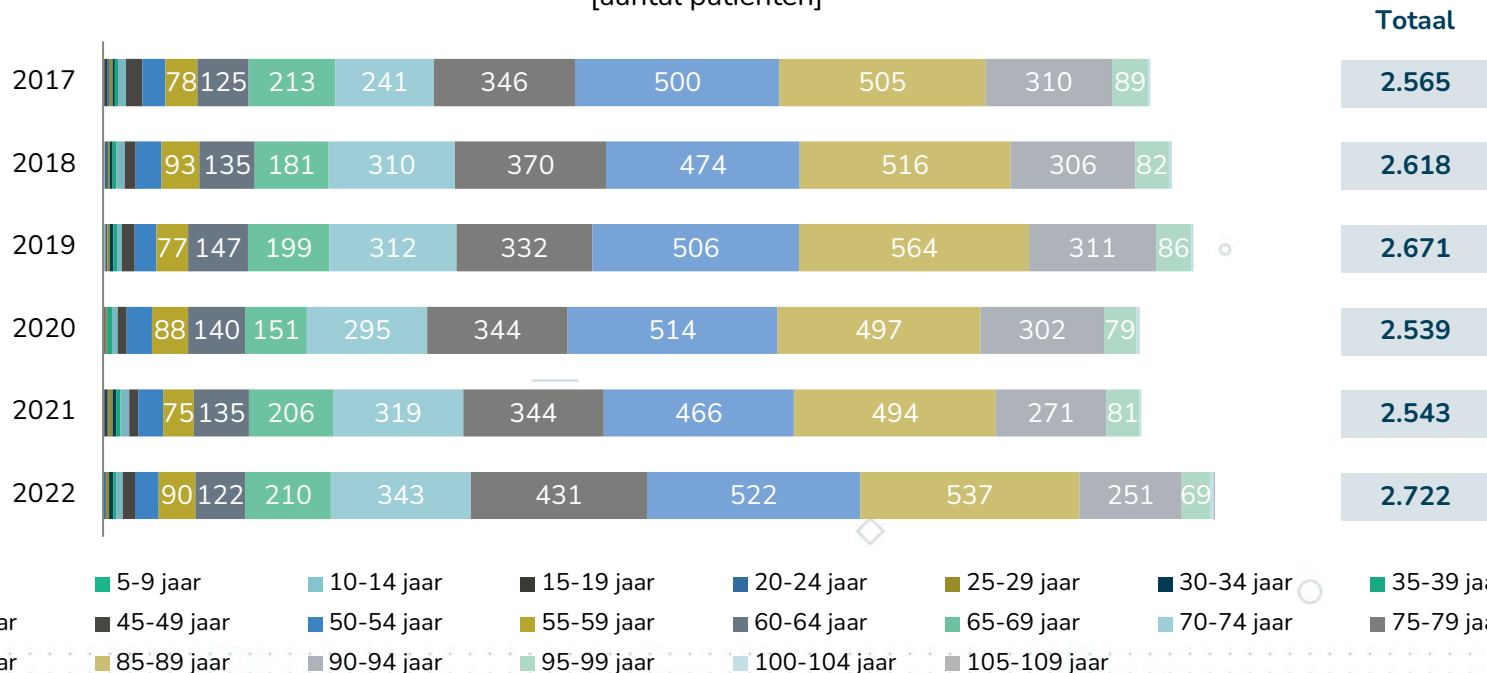
Het aantal opgenomen traumapatiënten in de regio neemt na een Covid-19 dip in 2020 weer toe

Aantal opgenomen traumapatiënten in ROAZ-regio Brabant per leeftijdscategorie
[aantal patiënten]



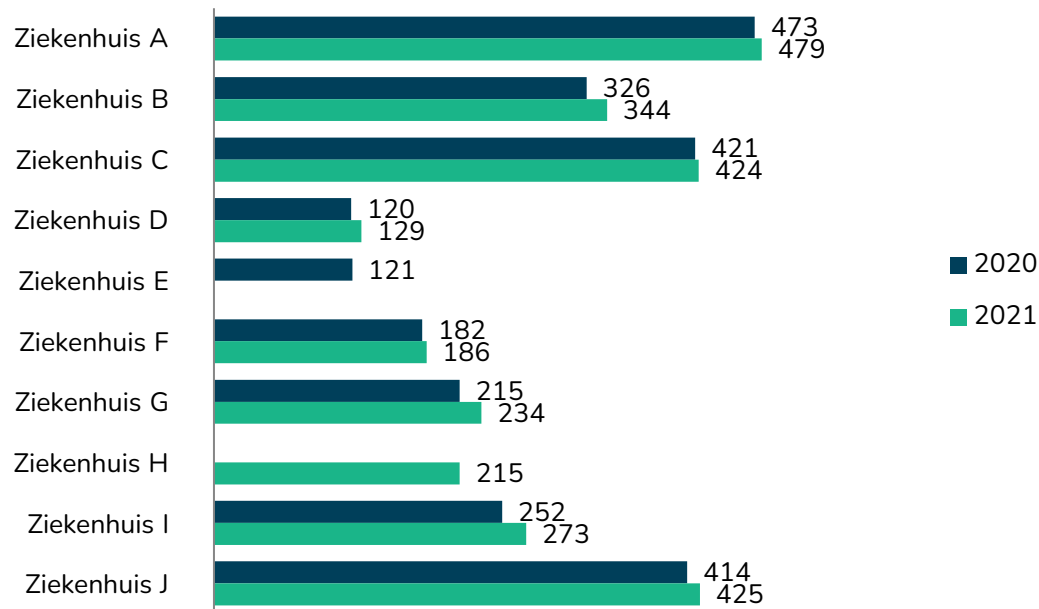
Gemiddeld heeft 26% van de traumapatiënten een heupfractuur, 79% van deze patiënten is ouder dan 70 jaar

Aantal heupfracturen van traumapatiënten in ROAZ-regio Brabant per leeftijdscategorie
[aantal patiënten]



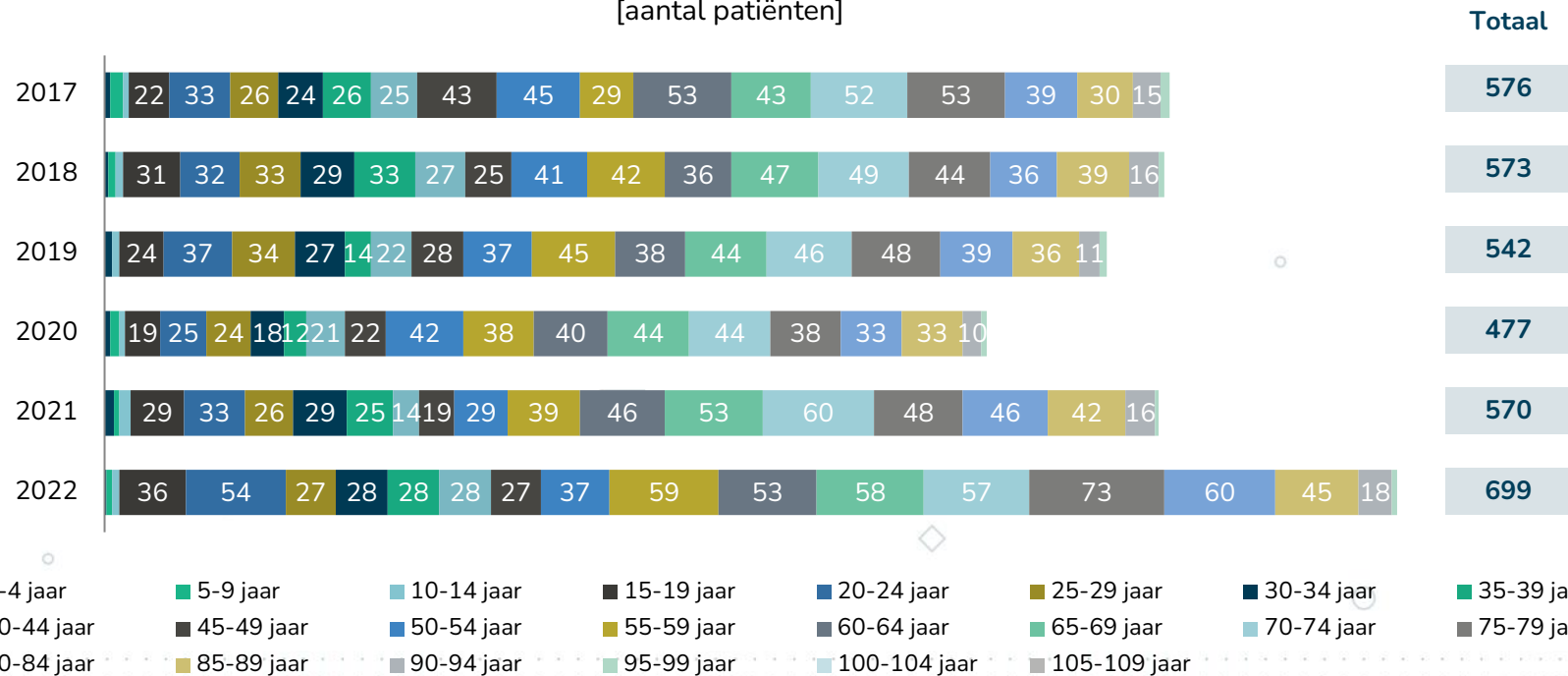
Het aantal patiënten met een heupfractuur is bij alle ziekenhuizen in Brabant toegenomen in 2021 t.o.v. 2020

Aantal heupfracturen per ziekenhuis [aantal patiënten]



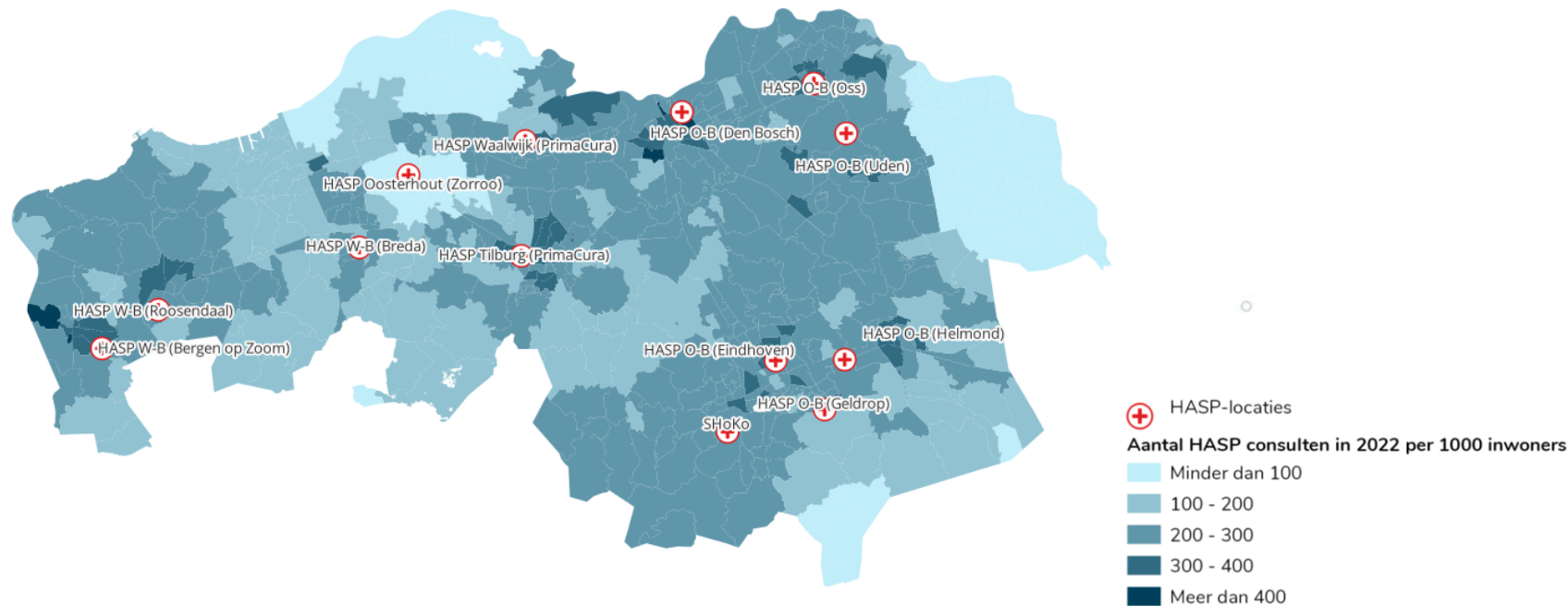
Het aantal multitraumapatiënten neemt in 2022 hard toe; gemiddeld 35% van deze patiënten is ouder dan 70 jaar

Aantal opgenomen multitraumapatiënten in ROAZ-regio Brabant per leeftijdscategorie
[aantal patiënten]



Patientenströmen

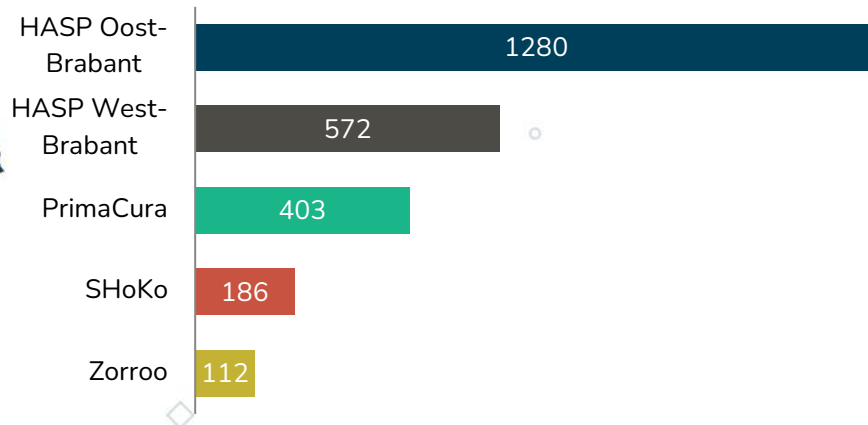
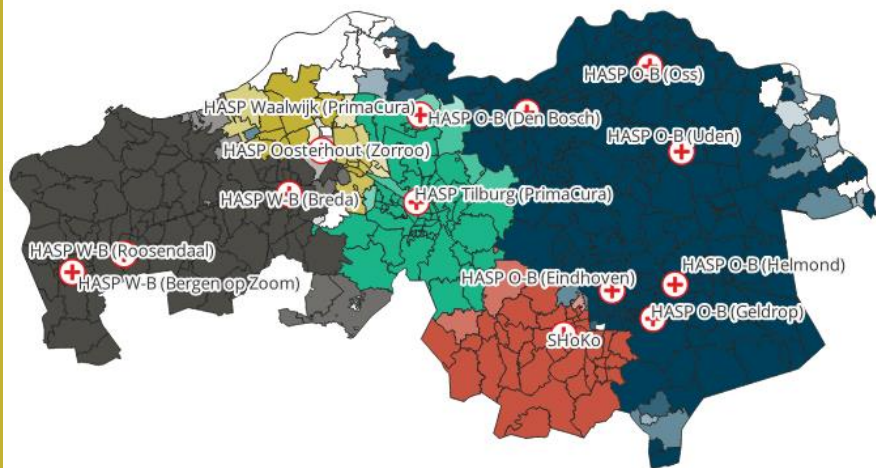
Een deel van de inwoners in de randgebieden lijken voor HASP bezoeken uit te wijken naar HASP's buiten ROAZ-regio Brabant



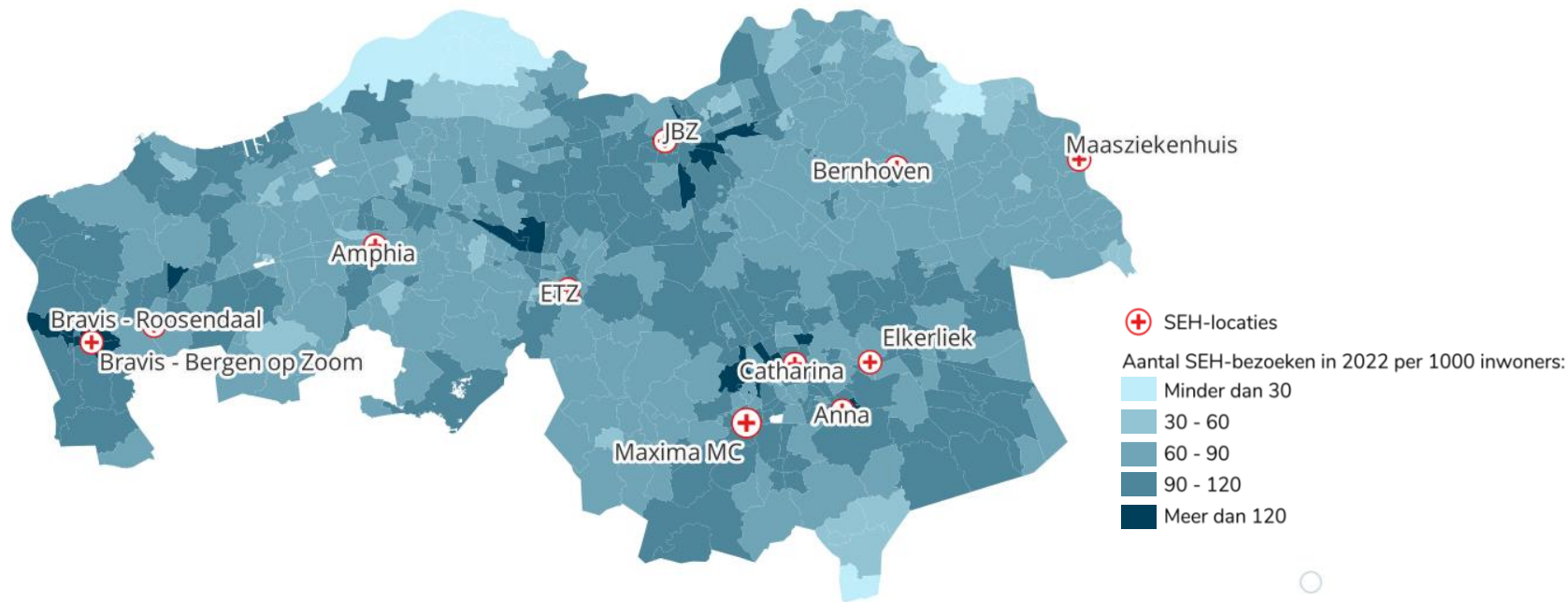
Patiënten komen uit de pc4-gebieden rondom de HASP's, HASP Oost-Brabant bedient het grootste deel van de inwoners

Pc4-gebied waar HASP het grootste marktaandeel¹ heeft

Inwoners gebied met een marktaandeel van >50%
[aantal x1000]

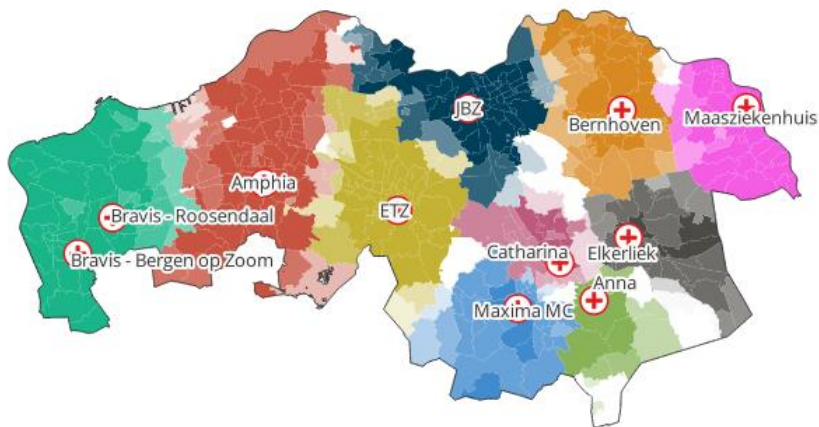


Een deel van de inwoners in de randgebieden lijken voor SEH-bezoeken uit te wijken naar SEH's buiten ROAZ-regio Brabant

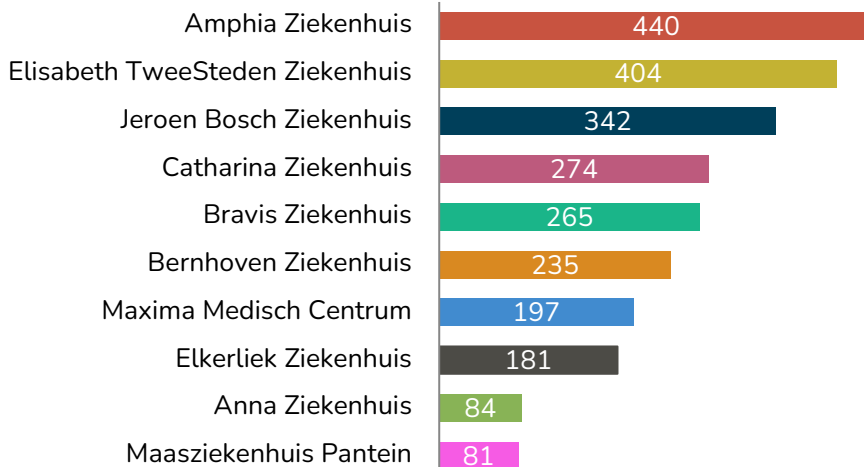


SEH patiënten komen grotendeels uit de pc4-gebieden rondom de SEH's, in grensgebieden is het marktaandeel verdeeld

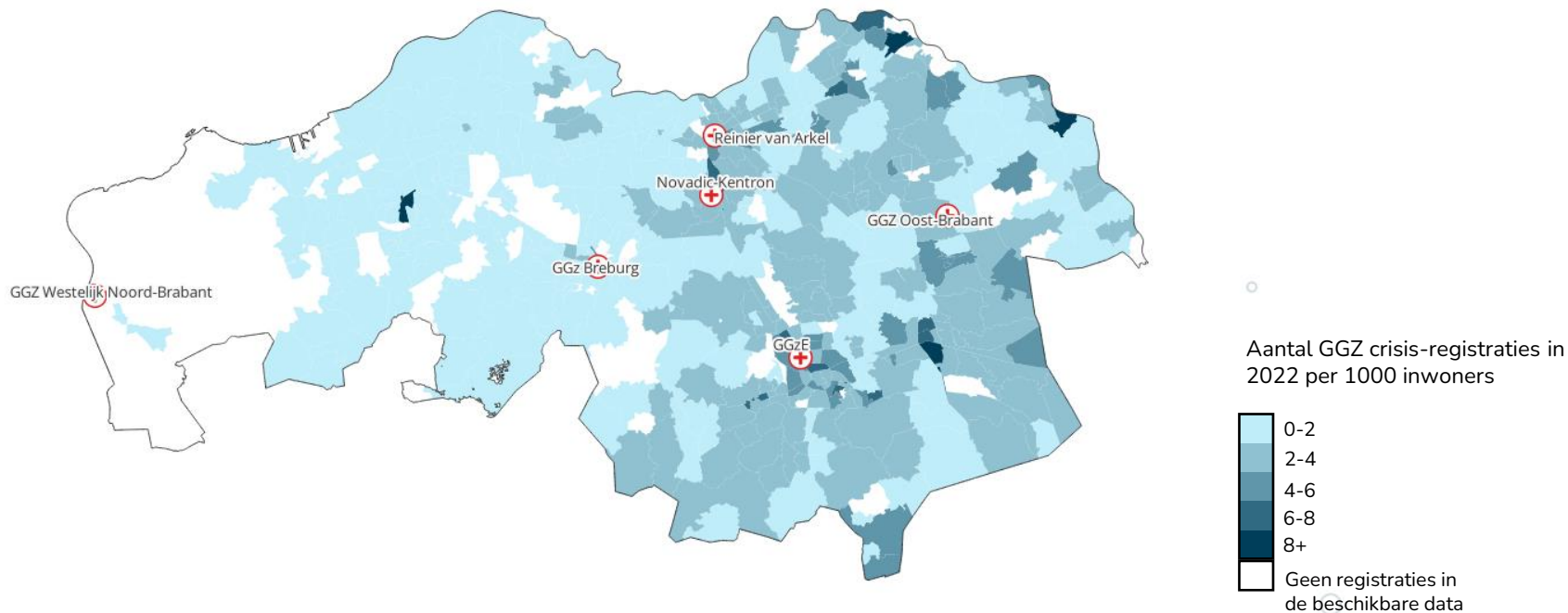
Pc4-gebied waar SEH het grootste marktaandeel¹ heeft



Aantal inwoners in pc4 bij een marktaandeel van >50%
[aantal x1000]

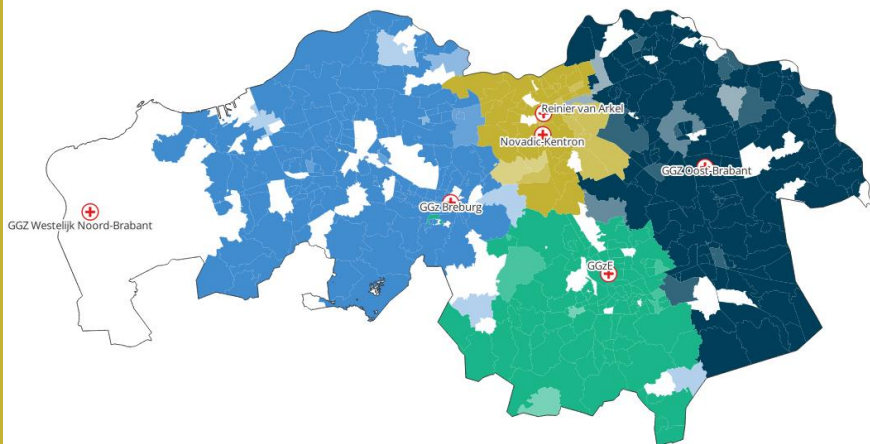


Het aantal GGZ-crisis zorgvragen per 1000 inwoners lijkt zich rond een aantal gebieden te concentreren

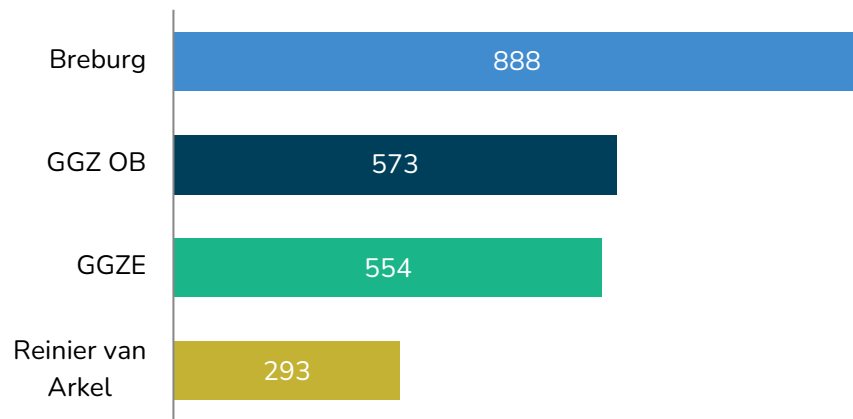


GGZ-cliënten komen grotendeels uit de pc4-gebieden rondom de crisis-locaties, voor een aantal pc4 is het marktaandeel verdeeld

Pc4-gebied waar GGZ-instelling het grootste marktaandeel¹ heeft

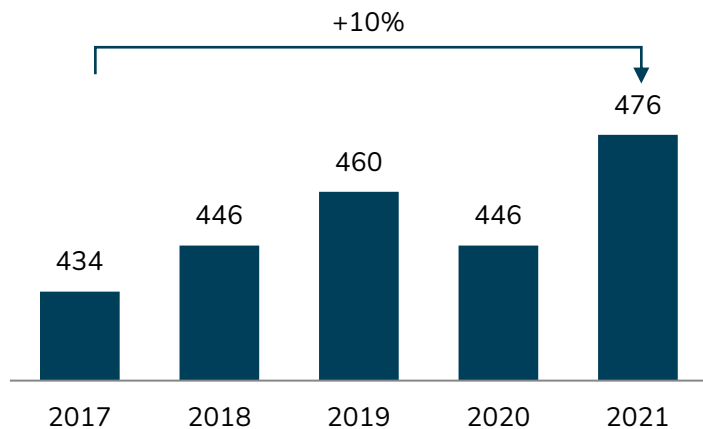


Inwoners gebied met een marktaandeel van >50%
[aantal x1000]

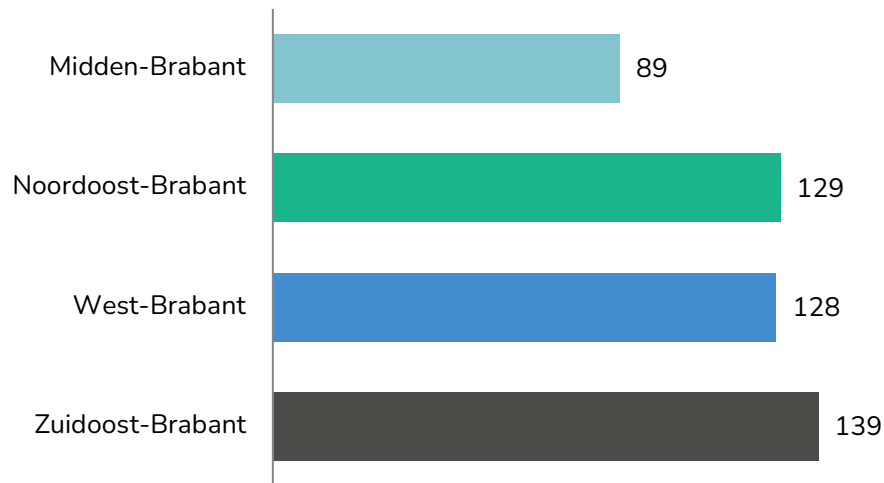


Het aantal patiënten in de huisartsenzorg binnen kantoortijden is in Brabant tussen 2017-2021 met 10% toegenomen

Aantal patiënten huisartsenzorg binnen kantoortijden in ROAZ-regio Brabant [aantal x1000]



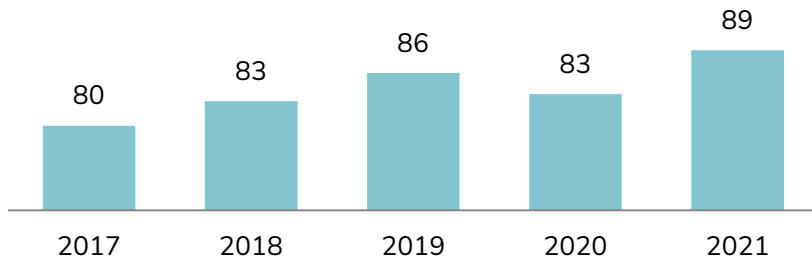
Aantal patiënten huisartsenzorg binnen kantoortijden in 2021 [aantal x1000]



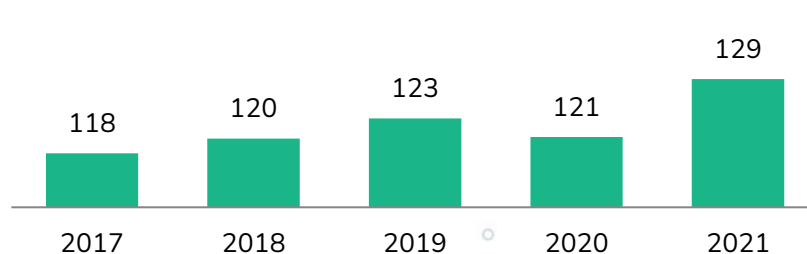
Het aantal patiënten dat gezien wordt in huisartsenzorg neemt tussen 2017 en 2021 in alle regio's toe



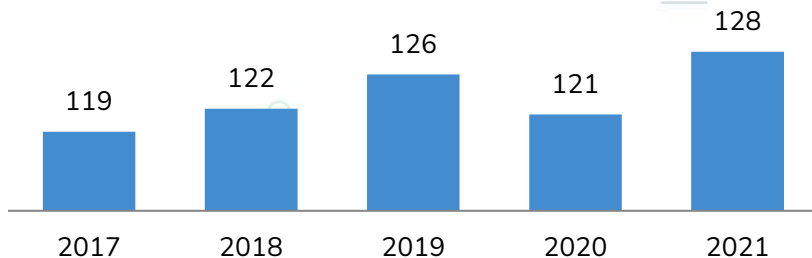
Aantal patiënten HA-zorg binnen kantoortijden
Midden-Brabant [aantal x1000]



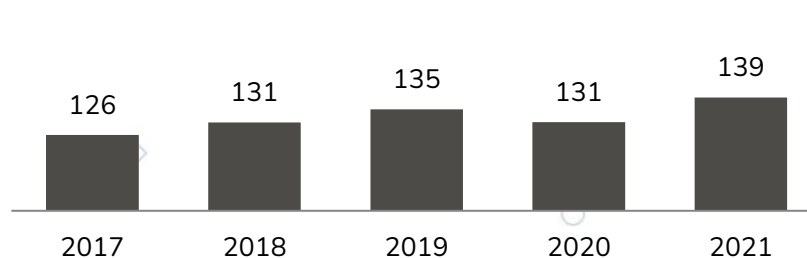
Aantal patiënten HA-zorg binnen kantoortijden
Noordoost-Brabant [aantal x1000]



Aantal patiënten HA-zorg binnen kantoortijden
West-Brabant [aantal x1000]

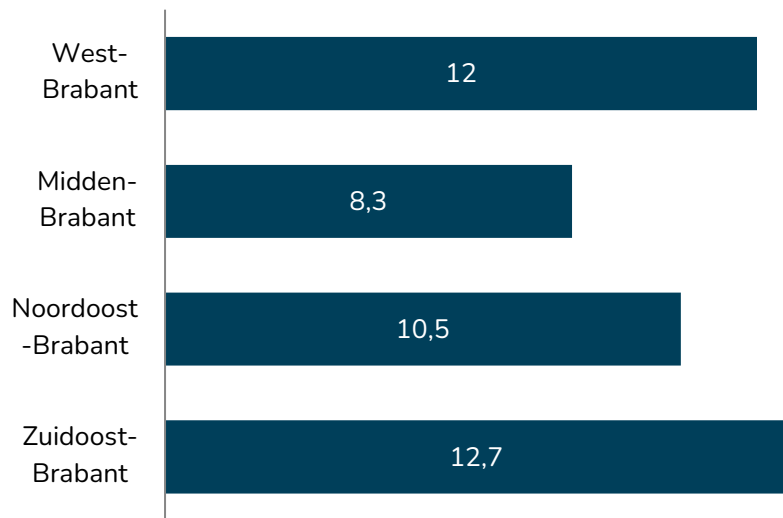


Aantal patiënten HA-zorg binnen kantoortijden
Zuidoost-Brabant [aantal x1000]

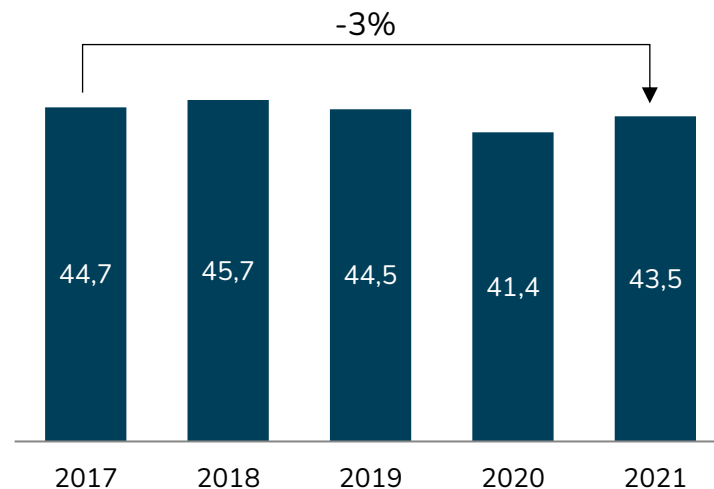


Vanuit de SEH stroomden in 2021 ~43.500 patiënten door naar de VVT¹. Dit aantal nam met 3% af tussen 2017-2021

Instroom vanuit de SEH (direct + via klinische opname) naar de VVT per zorgkantoorregio in 2021
[aantal x1000]

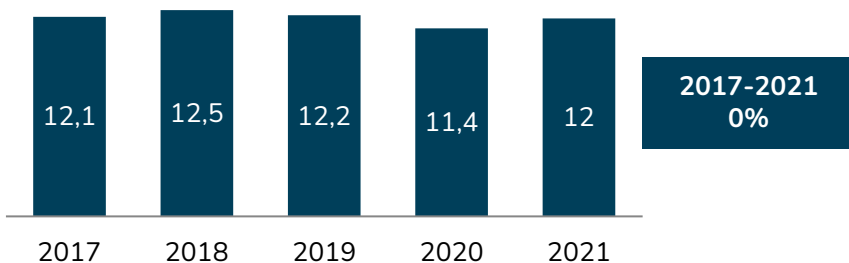


Instroom vanuit de SEH (direct + via klinische opname) naar de VVT per jaar [aantal x1000]

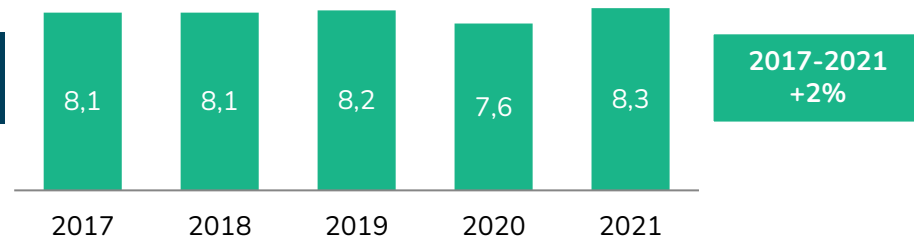


De instroom vanuit de SEH naar de VVT¹ is tussen 2017-2021 afgenomen in Zo-Brabant en toegenomen in Midden en No-Brabant

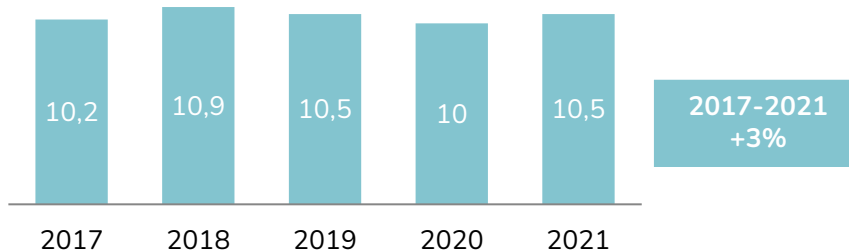
Instroom vanuit de SEH (direct + via klinische opname) naar de VVT per jaar in West-Brabant [aantal x1000]



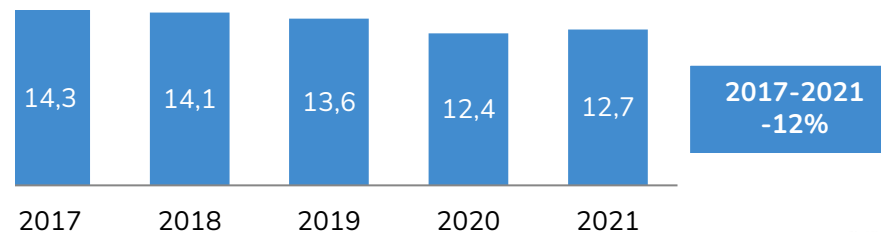
Instroom vanuit de SEH (direct + via klinische opname) naar de VVT per jaar in Midden-Brabant [aantal x1000]



Instroom vanuit de SEH (direct + via klinische opname) naar de VVT per jaar in Noordoost-Brabant [aantal x1000]

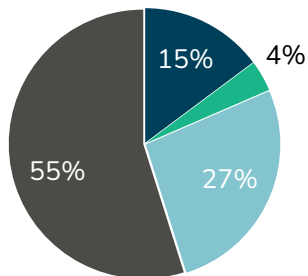


Instroom vanuit de SEH (direct + via klinische opname) naar de VVT per jaar in Zuidoost-Brabant [aantal x1000]

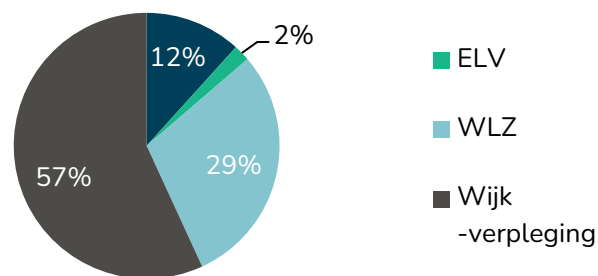


De verdeling tussen het type VVT-zorg na uitstroom SEH verschilt enigszins tussen de zorgkantorregio's in Brabant

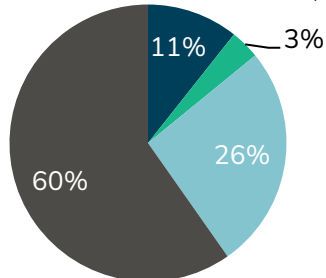
West-Brabant: verdeling uitstroom naar VVT-vorm
[% van alle SEH-uitstroom naar VVT, 2021]



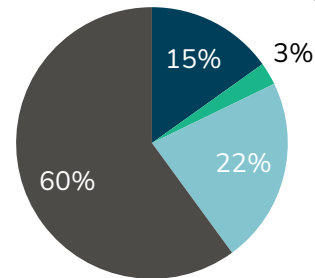
Midden-Brabant: verdeling uitstroom naar VVT-vorm
[% van alle SEH-uitstroom naar VVT, 2021]



N.O.-Brabant: verdeling uitstroom naar VVT-vorm
[% van alle SEH-uitstroom naar VVT, 2021]



Z.O.-Brabant: verdeling uitstroom naar VVT-vorm
[% van alle SEH-uitstroom naar VVT, 2021]

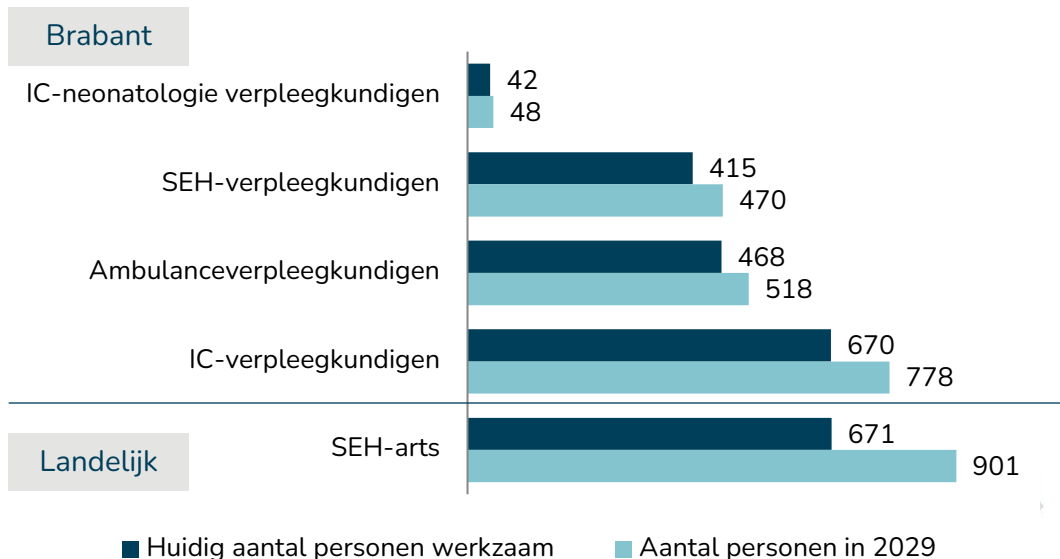


- ELV
- WLZ
- Wijk-verpleging

Aanbod

De toename in het verwachte benodigde aantal werkzame personen in 2029 is het hoogst voor SEH-artsen met +34%

Verwachte capaciteitsbehoefte in 2029
[aantal werkzame personen]

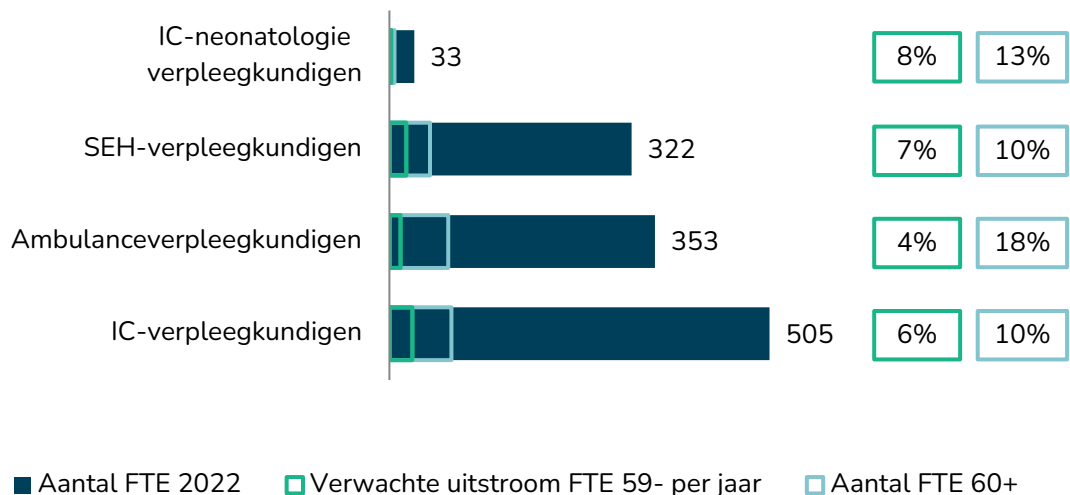


- Het Capaciteitsorgaan heeft op basis van de verwachte zorgvraag in 2029 een raming gemaakt voor het benodigd aantal werkzame personen voor een aantal acute zorgberoepen.
- Voor alle beroepen is een toename nodig in het aantal werkzame personen, maar de omvang van deze toename verschilt per beroepsgroep:
 - SEH-artsen: +34%
 - IC-verpleegkundigen: +16%
 - Ambulanceverpleegkundigen: +13%
 - IC-neonatologie verpleegkundigen: +13%
 - SEH-verpleegkundigen: +11%

Voor SEH-artsen was de data alleen op landelijk niveau beschikbaar en niet specifiek voor Brabant.

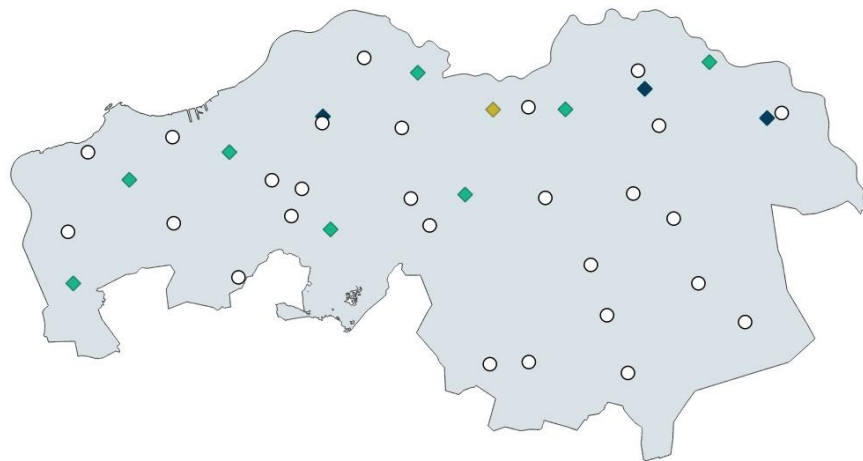
Ongeveer 20% van het totaal aantal FTE binnen vier type verpleegkundige beroepen stroomt naar verwachting uit

Verwachte toekomstige uitstroom in de capaciteit van 2022 in Brabant [FTE]



- Het Capaciteitsorgaan heeft voor verschillende type verpleegkundigen in de acute zorg de mogelijke uitstroom in beeld gebracht op basis van het aantal FTE.
- Dit is verdeeld in:
 - De verwachte uitstroom van gediplomeerde medewerkers van 59 jaar of jonger per jaar in FTE
 - Aantal FTE werkzame gediplomeerden van 60 jaar en ouder
 - Bij de ambulanceverpleegkundige ligt de grens op 55 jaar vanwege andere pensioenafspraken en functioneel leeftijdsontslag

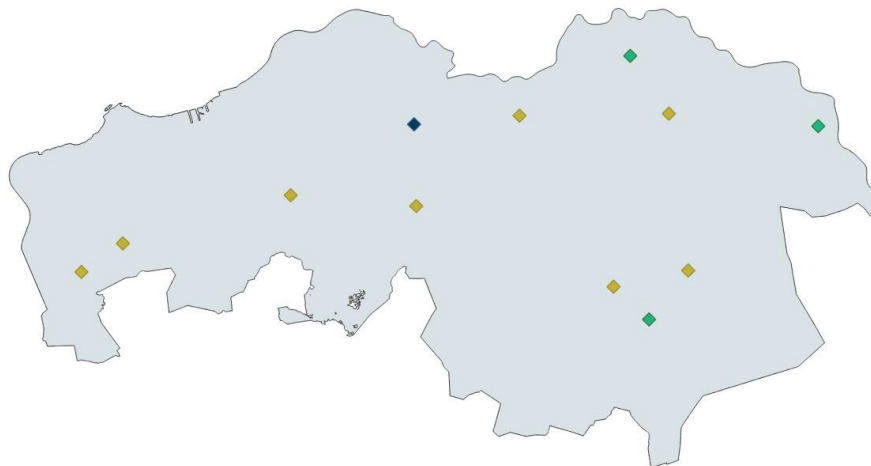
Brabant telt naast de 24/7 standplaatsen van de RAV nog 13 aanvullende posten



Standplaatsen RAV:

- 24/7 open
- ◆ Voorwaardenscheppend
- ◆ Dag/avond open
- ◆ Dag open

Brabant telt 12 farmaceutische spoedposten, waarvan 8 open gedurende de avond en nacht



Farmaceutische spoedzorgposten die open zijn gedurende:

- ◆ Weekend overdag
- ◆ Tot 23 uur
- ◆ Avond en nacht

Bijlage II: Methodologie

We hebben het effect bepaald van het realiseren van de kansen die in de interviews zijn genoemd



Toelichting

Uit de interviews kwamen kansen naar voren die acute zorgvragen kunnen voorkomen of verplaatsen

- Voor elke kans is de doelgroep bepaald
- Dit is omgezet naar een indeling waarin een patiënt in maximaal 1 groep valt

De impact van de kans is geschat op basis van:

- De grootte van de doelgroep
- Een schatting van het effect

Voor het effect van de kans op de ketenpartners bepalen we:

- Benodigde samenwerking om te realiseren
- Cascade-effecten
- Samenwerking benodigd met de HA-dagzorg en de VVT-dagzorg

Voorbeeld

Advance care planning voor het voorkomen van een consult voor ouderen op de HASP

Ouderen(85+) met een laag-urgent HASP consult

- *Omvang: 1-2% van HASP consulten en visites (data HASPs)*
- *Verminderen aandeel naar maximaal 1%*

Gezamenlijk biedt dit een 'menukaart' voor ROAZ-plan: overzicht van genoemde kansen met de aantal patiënten waar dit over gaat, inschatting van de orde-grootte impact en inzicht welke partijen elkaar nodig hebben om kans te realiseren. Dit is niet bedoeld als een uitputtend of definitief overzicht van kansen voor het ROAZ-plan maar als suggesties als startpunt voor het gesprek over het ROAZ-plan.

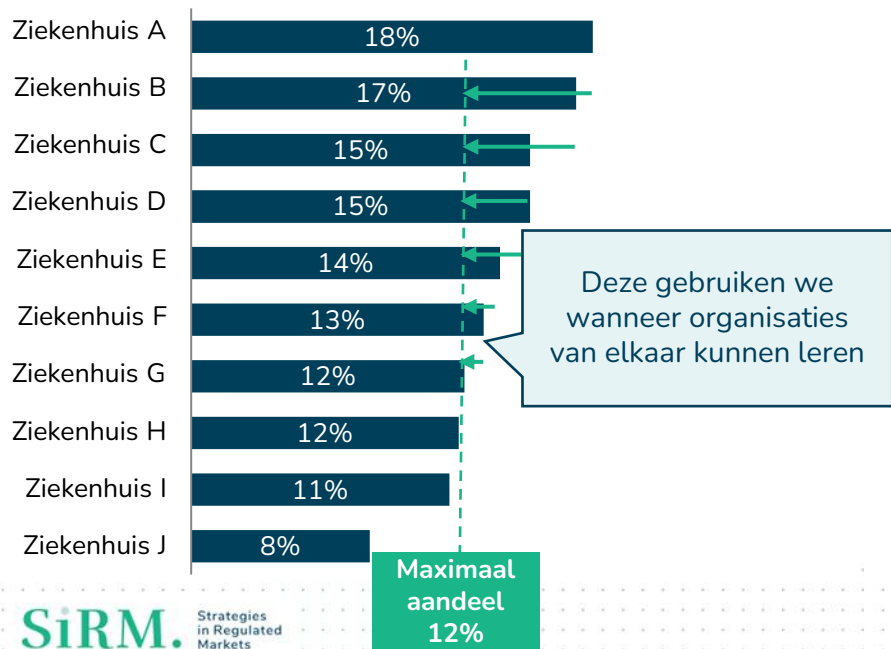
We maken op basis van patiëntgroepen een inschatting van het potentieel van de kansen uit de kwalitatieve analyse



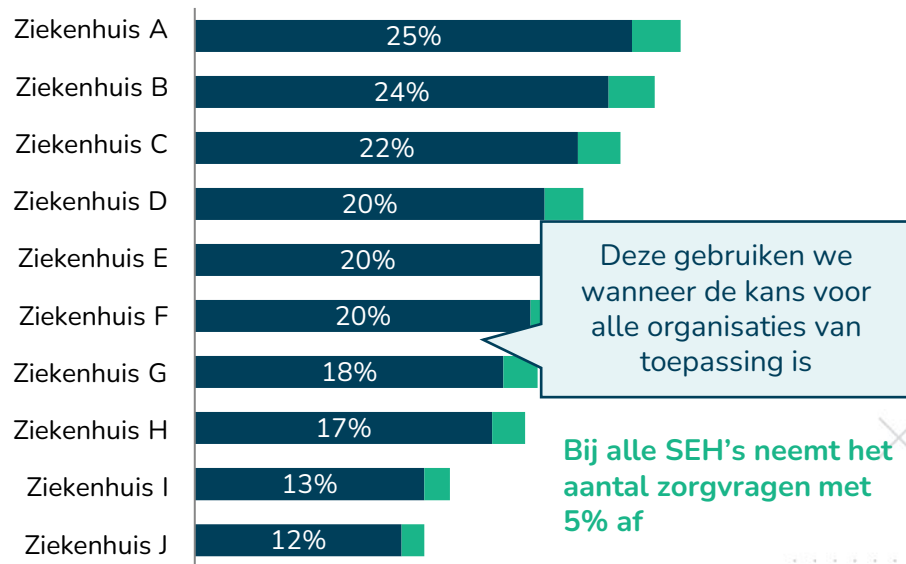
Patiëntgroepen	SEH	Ouderen (85+) met een zorgvraag op de SEH		Voor de patiëntgroepen op de SEH maken we verder onderscheid naar: FMS classificatie, aantal keer op de SEH, verwijzing via de HASP, urgentieklasse en wel/niet opgenomen.		
		Niet-ouderen (85-) met een zorgvraag op de SEH				
	HASP	Ouderen (85+) met een consult op de HASP	Ouderen (85+) met een visite van de HASP		Voor de patiëntgroepen op de HASP maken we verder onderscheid naar: laag- en hoog-urgente zorgvragen en patiënten die bij de eigen huisarts gezien hadden kunnen worden.	
		Niet-ouderen (85-) met een consult op de HASP	Niet-ouderen (85-) met een visite van de HASP			
	RAV	Ouderen (85+) met Eerste Hulp Geen Vervoer (EHGV)	Ouderen (85+) die vervoerd zijn met de ambulance			Voor de patiëntgroepen bij de RAV maken we verder onderscheid naar het type ambulance dat ingezet is en waar mee vervoerd is en of sprake was van GGZ problematiek.
		Niet-ouderen (85-) met EHGV	Niet-ouderen (85-) die vervoerd zijn met de ambulance			
	GGZ	1-2 bezoeken aan de crisisdienst		Voor de patiëntgroepen bij de GGZ maken we verder onderscheid naar de verwijzer en de vervolgzorg die is gegeven.		
		Meer dan 2 bezoeken aan de crisisdienst				

Voor het aandeel van een patiëntgroep dat voorkomen/verplaatst kan worden, gebruiken we ofwel een maximum ofwel een factor

85- met een acute verslechtering van een chronische aandoening [aandeel van SEH-registraties 2022]



85- met een herkenbare laag urgentie zorgvraag voor een eenmalige interventie [aandeel van SEH-registraties 2022]



Voor de HASP verwachten we de grootste kansen in het verminderen van laag-urgente zorgvragen van 85-ers

Patiëntgroepen	Aandeel van totaal aantal in 2022	Maximaal aandeel of factor	Kansen
Patiënten met een laag-urgente telefonische consulten	76-88% van de telefonische consulten		
85+ met een consult op de HASP met een laag-urgente zorgvraag	0,1-0,8% van consulten	Maximaal aandeel 0,4%	Zorgcoördinatie Betere voorlichting Advance care planning
85- met een consult op de HASP met een laag-urgente zorgvraag	7-21% van consulten	Maximaal aandeel 13%	Zorgcoördinatie Betere voorlichting, digitale (zelf)zorg
85- met een visite van de HASP	62-72% van de visites	Factor 10%	Digitale zorg
85+ met een visite van de HASP	28-38% van de visites	Factor 20%	Advance care planning Digitale zorg

We verwachten de grootste kansen voor de RAV door reductie van EHGv ritten en het vervoer van 85+'ers

Patiëntgroepen	Aandeel van totaal aantal A-ritten in 2022	Maximaal aandeel of factor	Kansen
85- met EHGv door een ALS ambulance*	23%-24%	Factor 20%	Inzet andere modaliteiten Zorgcoördinatie Uitgebreidere triage
85+ vervoerd door een ALS ambulance	6%-7%	Factor 10%	Inzet andere modaliteiten Zorgcoördinatie Uitgebreidere triage
85+ met EHGv door een ALS ambulance *	2%	Factor 20%	Inzet andere modaliteiten Zorgcoördinatie Uitgebreidere triage
85- GGZ rit door een ALS ambulance	0%	Factor 10%	Zorgcoördinatie Betere afspraken met regiopartners

Voor de SEH verwachten we de grootste kansen voor chronische patiënten, advance care planning en laag-complexe zorgvragen

Patiëntgroepen	Aandeel van totaal aantal SEH-bezoeken in 2022 ¹	Maximaal aandeel of factor	Kansen
85- met een acute verslechtering van een chronische aandoening	8% - 18%	Maximaal aandeel: 12%	Monitoring
85- met een herkenbare laag urgente zorgvraag voor een eenmalige interventie	12%-25%	Factor: 10%	Beter geoutilleerde HASP
85+ met 3 of meer bezoeken in een jaar (niet met een chronische aandoening)	1%-2%	Maximaal aandeel: 1%	Advance care planning
85-met een ongedifferentieerde zorgvraag met 1 of 2 bezoeken in een jaar niet via de HASP en niet opgenomen	2%-7%	Factor: 10%	Verbeterde triage/voorlichting
85-met een ongedifferentieerde zorgvraag met 3 of meer bezoeken in een jaar	2%-8%	Maximaal aandeel: 3%	Voorlichting/in kaart brengen
85- met een herkenbare hoog urgente zorgvraag voor een eenmalige interventie via de HASP	0%-1%	Maximaal aandeel: 0.5%	Verbeterde triage
85+ die 1 tot 2 keer op de SEH komen (niet met een chronische aandoening)	5%-7%	Maximaal aandeel: 6%	Advance care planning
85+ met een acute verslechtering van een chronische aandoening	0%-2%	Maximaal aandeel: 1%	Advance care planning en monitoring
Hoog-complexe zorgvragen (FMS 1)	0%-1 %	-	Concentratie van zorg

Voor de EHH verwachten we de grootste kansen voor chronische patiënten, advance care planning en laag-complexe zorgvragen

Patiëntgroepen	Aandeel van totaal aantal EHH-bezoeken in 2022 ¹	Maximaal aandeel of factor	Kansen
85- met een acute verslechtering van een chronische aandoening	20% - 39%	Maximaal aandeel: 25%	Monitoring
85+ met 3 of meer bezoeken in een jaar (niet met een chronische aandoening)	0%-1%	Maximaal aandeel: 1%	Advance care planning
85-met een ongedifferentieerde zorgvraag met 3 of meer bezoeken in een jaar	2%-7%	Maximaal aandeel: 3%	Voorlichting/in kaart brengen
85+ die 1 tot 2 keer op de SEH komen (niet met een chronische aandoening)	3%-9%	Maximaal aandeel: 5%	Advance care planning
85+ met een acute verslechtering van een chronische aandoening	0%-10%	Maximaal aandeel: 4%	Advance care planning en monitoring
Hoog-complexe zorgvragen (FMS 1)	0%-4 %	-	Concentratie van zorg

Voor de GGZ verwachten we de grootste kansen voor patiënten die door de politie of het sociaal domein zijn verwezen

Patiëntgroepen	Aandeel van totaal aantal crisisregistraties in 2022 ¹	Maximaal aandeel of factor	Kansen
1-2 bezoeken verwezen door politie of sociaal domein, geen vervolgzorg	6%-9%	Factor 20%	Betere samenwerking met politie en sociaal domein Zorgcoördinatie
3 of meer bezoeken verwezen door politie of sociaal domein	1%-4%	Factor 20%	Betere samenwerking met politie en sociaal domein Zorgcoördinatie
3 of meer bezoeken verwezen door huisarts, klinische of ambulante vervolgzorg	1%-3%	Factor 30%	Betere dagzorg/ signalering
1-2 bezoeken verwezen door naasten, geen vervolgzorg	0%-1%	Factor 10%	Uitgebreidere triage
3 of meer bezoeken verwezen door naasten	0%-2%	Factor 10%	Uitgebreidere triage

Bijlage III: Inzichten per zorgkantoorregio

Deze bijlage is alleen regionaal beschikbaar gesteld voor de ketenpartners.

Bijlage IV: ROAZ structuur algemeen



nazb

netwerk acute zorg brabant



Juni 2023

www.nazb.nl

ROAZ Structuur algemeen

ROAZ | Regionaal Overleg Acute Zorgketen



ROAZ

In het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) maken de aanbieders van acute zorg in regionaal verband afspraken over een betere samenwerking. Het **doel** hiervan is om de **beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg te allen tijde te borgen en te verbeteren**. NAZB coördineert het ROAZ voor Noord-Brabant.

Voor de optimale kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg werken tien regionale acute zorgnetwerken in Nederland samen met de ketenpartners. Ieder netwerk is verbonden aan een van de tien traumacentra. NAZB is verbonden aan het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, traumacentrum voor de regio Brabant. De tien acute zorgnetwerken vormen samen het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ).



Ketenpartners



ambulancezorg (2), geboortezorg (10), farmaceutische spoedzorg, GGD/GHOR (3/2), GGZ (5), huisartsenzorg (9), medisch specialistische revalidatie (2), VVT via vertegenwoordiging (5) en ziekenhuis (10).

In een adviserende rol nemen zorgverzekeraars en IGGJ deel. Voor diverse thema's wordt samengewerkt met andere netwerken en samenwerkingsverbanden (bv. Resisto, FZO/Transvorm, RSO's)



Taken en verantwoordelijkheden

- Bereikbaarheid van de acute zorg in de regio borgen volgens de normen;
- Maatregelen nemen die de druk op de acute zorgketen;
- Beschikbaarheid van de acute zorg in de regio borgen, ook tijdens piekperiodes, en bij crises en rampen;
- Inzicht bieden in welke zorgverleners in de regio welke specifieke competenties, expertises en faciliteiten hebben voor het bieden van acute zorg aan cliënten met specifieke ziektebeelden;
- Informatie die zorgaanbieders in de regio beschikbaar stellen over de specifieke competenties, expertise en faciliteiten die zij hebben voor het bieden van acute zorg aan cliënten met specifieke ziektebeelden;
- Informatie die zorgaanbieders met elkaar te delen om een beeld te krijgen van de actuele situatie met betrekking tot acute zorg en beschikbare intensive care-capaciteit in de regio;
- Inzicht bieden in de opleidingsinspanningen van zorgaanbieders, voortbordurend op capaciteitsvraagstukken in de regio;
- Crisisplannen up-to-date houden van zorgaanbieders in de regio.

- Sinds 1 januari 2022 geldt de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) die zorgaanbieders verplicht hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. De wet waarborgt dat patiënten kunnen vertrouwen op goede zorg.
- De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de naleving van de Wkkgz. Binnen de Wkkgz zijn de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) en bijbehorende ministeriële regeling (minREG) opgenomen.
- De AMvB en minREG gaan over (de taken van) het ROAZ en de besluitvorming die zorgaanbieders moeten volgen als zij overwegen het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te sluiten.

ROAZ-organisaties

10



ziekenhuizen



1

Farmaceutische spoedzorg
via vertegenwoordiging



3

GGD-regio's



5

huisartsenzorgregio's



2

zorgverzekeraars



2

GHOR-bureaus



2

ambulancediensten
inclusief meldkamers



2

Revalidatieklinieken



6

GGZ met crisisdienst (5),
verslavingszorg (1)

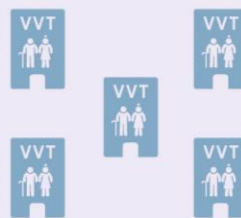


Coalitievorming met o.a. FZO
regio Transform en RSO's



5

VVT via vertegenwoordiging



10

Geboortezorg
via kring en VSV



✓ Alle ROAZ partners zijn te vinden
op onze website: [Partners \(nazb.nl\)](https://partners.nazb.nl)

Structuur ROAZ Brabant



Achtergrond

Het Dagelijks Bestuur (DB) ROAZ heeft in 2022 een adviesbureau de opdracht gegeven om een aanpak te maken voor de **verdere ontwikkeling van een gedragen, passende en toekomstbestendige structuur voor ROAZ-Brabant** waarin de positieve punten uit de tijdelijke COVID-crisisstructuur en de aanpassingen in de nieuwe wet- en regelgeving zijn meegenomen. Na een zorgvuldig traject waarin input van alle ketenpartners, o.a. door doorleving van de concept structuren in de diverse (sectorale) overleggen, is meegenomen heeft **het DB ROAZ de structuur in december 2022** vastgesteld. Sinds 1 januari 2023 wordt conform de nieuwe structuur gewerkt, waar nodig wordt op een aantal onderdelen nog aan de implementatie gewerkt.

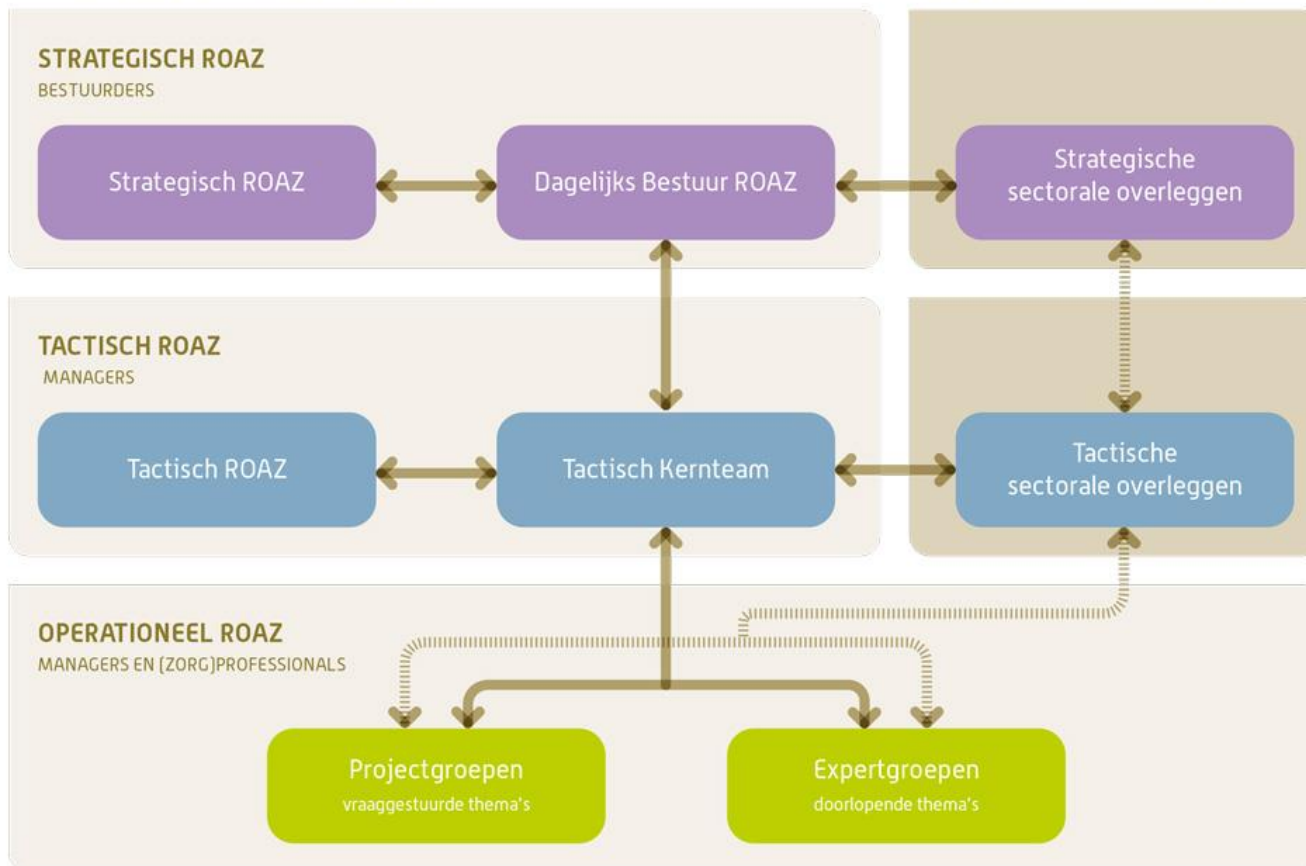
Afspraken/besluitvorming en afstemming

- Gezamenlijke (samenwerkings-)afspraken en besluitvorming worden in ROAZ-Brabant **op basis van consent** gemaakt/genomen, passend bij het takenpakket en verantwoordelijkheden van het ROAZ.
 - In de sectorale (bestuurlijke) overleggen worden afspraken gemaakt die specifiek voor de betreffende sector gelden
 - Intersectoraal worden afspraken gemaakt binnen het DB ROAZ (strategisch) of het Tactisch Kernteam (tactisch)
 - Tevens zijn er binnen het operationeel ROAZ diverse project- en themagroepen actief
- Het DB ROAZ en het Tactisch Kernteam hebben de verantwoordelijkheid dat afspraken en besluiten op de juiste tafel worden gemaakt.
- NAZB ondersteunt in het maken van afspraken en het nemen van besluiten.
- Tussen de verschillende lagen en overleggen vindt afstemming en informatie-uitwisseling plaats t.b.v. agendavorming, gezamenlijke afspraken en effectieve besluitvorming. Waar nodig en gewenst kan advies, coördinatie en verantwoording plaatsvinden.
- Binnen de sectoren wordt in iedere organisatie interne afstemming gezocht (verantwoordelijkheid van de eigen organisatie) over de verschillende lagen van het ROAZ.
- ✓ Zie [Regionaal Overleg Acute Zorgketen \(nazb.nl\)](https://nazb.nl) voor meer informatie over de verschillende ROAZ gremia (o.a. taken, verantwoordelijkheden en deelnemers)

INTERSECTORAAL OVERLEG

SECTORAAL OVERLEG

NAZB COÖRDINATIE EN VERBINDING



DOEL VAN HET ROAZ

- Een gemeenschappelijk en gedragen doel is een belangrijke voorwaarde voor een succesvol ROAZ. Los van personen, structuren en historie. Deze doelstelling moet in lijn zijn met de wettelijke taken van het ROAZ. Deze wettelijke taken van het gemeenschappelijk doel moeten vertaald worden naar plannen en doelstellingen.
- Zorg voor een goede afbakening van de definitie 'acute zorg'. Waar de acute zorgketen begint en eindigt, bepaalt wat er wel in ROAZ besproken kan/moet worden.
- ROAZ is geen oplossing voor ieder probleem in de regio.

WERKWIJZE

- Werk op basis van consent en het ROAZ-regio belang.
- Open en transparante communicatie.
- Gemandateerde stakeholders brengen expertise in vanuit eigen achtergrond en sector en informeren eigen sector en organisatie over ontwikkelingen en relevante onderwerpen vanuit verschillende overlegorganen.
- NAZB verzorgt juiste ondersteuning op verschillende niveau's en thema's.
- Pak problemen en knelpunten aan de voorkant aan in gezamenlijkheid. Betrek tijdig alle relevante partijen.

BELANGEN

- Het belang van het ROAZ staat voorop. Kijk over de belangen van je eigen organisatie heen en ben bereid om open-minded naar problematiek van anderen te kijken.
- Zorg ervoor dat het oordeelvormende en besluitvormende gesprek over politiek geladen thema's niet binnen het ROAZ plaatsvindt, omdat dit een (mogelijk belemmerende) impact kan hebben op het netwerk en de samenwerking tussen de partijen. Heb wel gezamenlijk oog voor de mogelijke impact.

EFFECTIEVE BESLUITVORMING

- Strakke en goed voorbereide agenda(voering), die voorspelbaar en relevant is voor iedere stakeholder.
- Goede representatie van en afstemming met de achterban. Hiervoor zijn de organisaties zelf verantwoordelijk.
- Fysiek vergaderen waar dat kan en mogelijk is.
- De kracht van samenwerking en besluitvorming ligt in dat je elkaar kent en vertrouwt.
- Keuzes, besluiten en acties dienen uitlegbaar en beproefd te zijn.
- Effectieve samenwerking en besluitvorming vraagt om leiderschap.

INRICHTING

- De passende, toekomstbestendige structuur moet binnen de wettelijke kaders passen.
- Duidelijke communicatielij(n)en tussen verschillende lagen.
- Houd het 'lean and mean' en leg niet alles vast in regels.
- Voldoende capaciteit en ondersteuning is nodig om structuur werkbaar te houden. Workload ligt primair bij NAZB voor ondersteuning en facilitering.
- Verander in overzichtelijke stappen en evalueer na een jaar of de structuur passend is.

CULTUUR

- Gemeenschappelijkheid, gezamenlijkheid en gelijkwaardigheid tussen de stakeholders.
- Elkaar kennen, erkennen en herkennen.
- Goed leiderschap, vertrouwen en verbinding.
- Spreek elkaar aan waar nodig.



ROAZ project- en expertgroepen



Projectgroepen

Binnen ROAZ-regio Brabant zijn verschillende **projectgroepen actief die een inhoudelijke verdieping bieden op concrete vraagstukken en thema's** (projecten) die expertise overstijgend zijn. Deelnemers aan de projectgroepen zijn leden van het tactisch ROAZ, zorgprofessionals en experts vanuit de ketenpartners. NAZB verzorgt de coördinatie en voortgang van de projectgroepen. Voorbeelden zijn de projectgroepen t.b.v. de **implementatie van de verschillende LPZ (landelijk platform zorgcoördinatie) modules zoals geboortezorg, kliniek en SEH**.

! Momenteel is er regionaal nog geen ingerichte structuur (bijvoorbeeld middels een projectgroep) om **zorgcoördinatie** uit te werken. Wel zijn er uiteraard subregionaal (niet in ROAZ-verband) al verscheidene (deel) initiatieven rondom zorgcoördinatie, bijvoorbeeld de eerdere pilot zorgcoördinatie in de regio 's-Hertogenbosch en vanuit het [programma Precies](#) in Zuidoost-Brabant. Conform de opdracht van VWS t.a.v. de implementatie van zorgcoördinatie zal als onderdeel van het ROAZ-plan gewerkt worden aan regionale kaders en beleid t.a.v. zorgcoördinatie.

Expertgroepen

Naast de projectgroepen zijn er regionaal, onder coördinatie van NAZB, ook verscheidene expertgroepen actief. In de expertgroepen worden doorlopende (zorginhoudelijke) thema's besproken en worden waar mogelijk regionale afspraken gemaakt en activiteiten uitgevoerd. Voorbeelden zijn de (voorheen focusgroepen genoemd) **expertgroepen t.b.v. de specifieke aangewezen spoedzorgstromen**: acute cardiologie, acute neurologie, acute obstetrie en acute psychiatrie, maar ook het netwerk capaciteitsmanagement, het Regionaal Spoedzorg Overleg en het Regionaal Trauma Overleg. Op [Trauma en acute zorg \(nazb.nl\)](#) is meer informatie over de expertgroepen, onderwerpen en opgeleverde resultaten te lezen.

✓ Voor beide type groepen geldt dat waar passend en nodig relevante onderwerpen binnen andere ROAZ gremia worden besproken (zoals het tactisch Kernteam, DB ROAZ of strategisch ROAZ).

Coalitievorming op thema's – arbeidsmarkt



Regionaal worden, waar mogelijk, met andere samenwerkingsverbanden en netwerken de krachten gebundeld voor specifieke thema's met als doel elkaar te versterken en van elkaar te leren.

Transvorm

[Transvorm](#) is het regionaal samenwerkingsverband van werkgevers in zorg en welzijn in Noord-Brabant en stimuleert de bijna 300 aangesloten organisaties bij de regie over een wendbare toekomstbestendige arbeidsmarkt in de sector. Naar aanleiding van mogelijke activiteiten rondom de inzet en behoud van personeel, voortvloeiend uit het eerdere [ROAZ-project Vergrijzing vraagt om creativiteit](#), wordt met Transvorm gekeken waar gezamenlijk aan gewerkt kan worden.

- ✓ Daarnaast heeft Transvorm meegewerkt aan de totstandkoming van dit ROAZ-beeld door vertegenwoordiging in de regionale werkgroep en het leveren van arbeidsmarkt data t.b.v. de aanvullende regionale analyses.

FZO Noord-Brabant en het project Regionale flexibele schil SEH

[FZO Noord-Brabant](#) is een samenwerkingsverband dat bestaat uit negen ziekenhuizen (alle Brabantse ziekenhuizen op Maasziekenhuis Pantein dat tot een andere FZO-regio behoort na) die samenwerken om voldoende zorgmedewerkers op te leiden en te behouden als antwoord op de arbeidsmarkttekorten.

Samen met FZO werkt NAZB aan het project **Regionale flexibele schil SEH** waarin wordt gezocht naar een alternatief arbeidsmarktmodel met behulp van collegiale uitwisseling tussen ziekenhuizen, waarbij de kwaliteit en continuïteit van zorg in de regio gewaarborgd blijft. Naast behoud zijn extra en anders opleiden hierbij een cruciaal onderdeel. Een flexibele schil geeft de SEH-verpleegkundige de kans om in verschillende ziekenhuizen te werken (binnen en naast hun arbeidscontract). Dat biedt meer uitdaging, ruimte voor ontwikkeling en levert daarmee een bijdrage aan behoud van regionaal personeel.

- ✓ Meer lezen over dit regionale project? Kijk op [FZO-regio Brabant \(nazb.nl\)](#)

Coalitievorming op thema's – gegevensuitwisseling



Regionaal worden, waar mogelijk, met andere samenwerkingsverbanden en netwerken de krachten gebundeld voor specifieke thema's met als doel elkaar te versterken, van elkaar te leren en waar mogelijk versnelling aan te brengen.

Regionale samenwerkingsorganisaties (RSO's)

Binnen ROAZ-regio Brabant zijn drie RSO's actief: [RSO Midden-Brabant](#) (als onderdeel van Zorgnetwerk Midden-Brabant); [Regionaal Elektronisch Netwerk \(REN\)](#) en [Regionaal Zorg Communicatie Centrum \(RZCC\)](#) en richten zich op de verbetering van de digitale gegevensuitwisseling in de zorg. Begin 2023 heeft een eerste kennismaking tussen de drie RSO's en NAZB plaatsgevonden waarin is besproken hoe en op welke onderwerpen de samenwerking regionaal kan worden gevonden. Voor nu is afgesproken dat:

- De RSO's door NAZB worden betrokkenen als er vanuit het ROAZ vraagstukken of behoefte spelen t.a.v. ICT of digitale gegevensuitwisseling
- Versterking en kennisdeling voornamelijk op de twee volgende thema's plaats zal vinden: [Met spoed beschikbaar](#) en later data- en gegevensuitwisseling ten behoeve van zorgcoördinatie