

## Bijlage 1: Ontwikkelingen in de acute zorg

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van ontwikkelingen in de acute zorg op het gebied van 1) de toename in de vraag naar acute zorg, 2) druk op de capaciteit door personele schaarste en 3) de kwaliteit van acute zorg. Voor dit overzicht is onder andere gebruik gemaakt van het overzicht 'Feiten en cijfers acute zorg' dat het RIVM in juni 2022 heeft opgeleverd.<sup>1</sup>

### 1. Vraag naar acute zorg neemt toe

#### 1a. Demografische ontwikkeling tot 2030 laat groei in gebruik acute zorg zien

Net als in andere zorgsectoren leidt vergrijzing tot een toenemende druk op de acute zorg. Met een hogere leeftijd van de patiënt neemt immers ook het risico op acute zorgvragen toe. Dat is het meest het geval in de ambulancezorg, waar ruim 30% van de ambulanceritten voor mensen van 75 jaar en ouder is.<sup>2</sup> Dat leidt ertoe dat de verwachte groei van de zorgvraag in ambulancezorg op basis van demografie de komende jaren naar verwachting met 1,4% per jaar toeneemt (zie tabel 1). Voor de spoedeisende hulp (SEH) en huisartsenposten is dit met respectievelijk 1,1% en 0,8% per jaar iets lager. Als we deze groei extrapoleren van 2019 tot 2030, zien we dat de demografie zorgt voor een extra druk van 9% tot 16%.

Tabel 1. Groei in gebruik acute zorg op basis van demografische ontwikkelingen<sup>3</sup>

	Groei per jaar op basis van demografische ontwikkelingen	Gestegen gebruik in 2030 ten opzichte van 2019
<b>Huisartsenpost (HAP)</b>	+0,8%	+9,2%
<b>Ambulancezorg</b>	+1,4%	+16,5%
<b>Spoedeisende hulp (SEH)</b>	+1,1%	+12,8%

#### 1b. Ontwikkelingen met autonome groei meegewogen geven verschillend beeld tussen sectoren en regio's

De ontwikkeling van het zorggebruik wordt door meer factoren bepaald dan alleen demografie, zoals effecten van beleidsontwikkeling, gebruik van medische technologie en sociaal-culturele aspecten (ook wel autonome groei). Een prognose van de ontwikkelingen in het zorggebruik voor de periode 2019-2030 laat grote verschillen per sector zien. Er wordt verwacht dat het gebruik van ambulancezorg met 4,1% per jaar toeneemt.<sup>4</sup> Als we dit extrapoleren van 2019 naar 2030, komen we uit op een totale groei van ruim 55%. Tegelijkertijd wordt verwacht dat het gebruik van de SEH juist met gemiddeld 2,6% per jaar zal afnemen<sup>5</sup>, wat een afname van ruim 25% tussen 2019 en 2030 zou betekenen. Voor het gebruik van de huisartsenposten wordt verwacht dat dit met gemiddeld 1,2% per jaar toeneemt.<sup>6</sup> Daar komt bij dat ook de ontwikkelingen per regio sterk uiteenlopen. In tabel 2 zijn de verschillen weergegeven. Het is onzeker of genoemde dalingen en stijgingen zich in de toekomst blijven voordoen. De verkenningen op basis van demografische ontwikkelingen gaan uit van ongewijzigd beleid en trekken de trends van de betreffende periodes door naar de toekomst. De verkenningen gaan uit van het zorggebruik in basisjaar 2019.

Tabel 2. Groei in gebruik acute zorg op basis van demografische ontwikkelingen en autonome groei en groei per regio<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 361. Zie ook <https://www.rivm.nl/zorg/organisatie-van-zorg/acute-zorg>.

<sup>2</sup> AZN, "Sectorkompas Ambulancezorg", 2021.

<sup>3</sup> RIVM, "Trendanalyse en toekomstverkenning gebruik acute zorg: macromodellering", 2021.

<sup>4</sup> Gebaseerd op een analyse van het zorggebruik in de periode 2012-2019. De 4,1% per jaar is demografie en restgroei samen; RIVM, "Trendanalyse en toekomstverkenning gebruik acute zorg: macromodellering", 2021.

<sup>5</sup> Toelichting RIVM: er zijn twee belangrijke onzekerheden in deze trendanalyse: 1) het is gebaseerd op een relatief korte periode van data uit 2016-2018 en 2) het is een selectie op basis van dbc's (zie ook hoofdstuk 6 Bronnen en methoden van de NZa Informatiekaart acute zorg). De vraag is in hoeverre deze trend de recente ontwikkelingen in SEH-gebruik representeert. Er is tot op heden nog geen nieuw trendonderzoek gedaan. Wel blijkt uit onderzoek dat een stijging van aantal lichte letsels bij de huisarts en HAP samenvalt met een daling op de SEH (Panneman e.a., "Stijging lichte letsels bij de huisarts valt samen met daling op de SEH", 2020. <https://vzinfo.nl/acute-zorg/gebruik/seh>).

<sup>6</sup> Gebaseerd op de trends van 2014-2019.

<sup>7</sup> RIVM, "Trendanalyse en toekomstverkenning gebruik acute zorg: macromodellering", 2021.

	<b>Groei per jaar op basis van demografische ontwikkelingen en autonome groei</b>	
	Nederland totaal	Per regio
<b>Huisartsenpost (HAP)</b>	+1,2%	-0,6% - +2,2%
<b>Ambulancezorg</b>	+4,1%	+2,8% - +4,8%
<b>Spoedeisende hulp (SEH)</b>	-2,6%	-4,1% - -1,6%

#### 1c. Trendcijfers afgelopen jaren verschillend per sector<sup>8</sup>

- Cijfers uit de benchmarkbulletins van InEen laten een stijging zien in het aantal verrichtingen op de huisartsenpost tussen 2010 en 2019 en ook tussen 2014 en 2019, met een kleine fluctuatie van minder verrichtingen in 2013 en 2014 dan in 2010.<sup>9</sup> Deze totaal aantal verrichtingen zijn een optelsom van consulten, telefonisch consulten en visites. Cijfers van de NZa laten zien dat het aantal consulteenheden in 2019 is gedaald en op vergelijkbaar niveau is als in 2015. Deze trendanalyse is gebaseerd op gewogen consulteenheden.<sup>10</sup> Er is een grote verschuiving te zien in het aantal telefonische consulten en visites, waarbij het aantal visites is gedaald en de telefonische consulten zijn gestegen.
- Van 2016-2019 stegen de ambulance-inzetten van 1313 duizend naar 1346 duizend.<sup>11</sup> Op de spoedeisende hulp (SEH) is het totaal aantal spoedeisende zorgvragen tussen 2015 en 2019 gedaald van 2,35 naar 2,25 miljoen.<sup>12</sup> Mogelijk dat in deze daling meespeelt dat in deze periode meer geïntegreerde spoedposten zijn ontstaan, waarin HAP en SEH samenwerken. Deze trend zal afvlakken in de toekomst, omdat op enig moment elke SEH – indien gewenst – waarschijnlijk een geïntegreerde samenwerking met de HAP zal kunnen hebben.
- Het aantal crisiscontacten in de acute ggz is gedaald van 60,6 duizend in 2016 naar 55,1 duizend in 2019.<sup>13</sup>
- Het aantal patiënten dat gebruik maakt van eerstelijnsverblijf was in 2016 29,7 duizend, in 2019 was dat een stuk hoger met 39,9 duizend patiënten. In 2018 lag dit nog iets hoger met 40,4 duizend patiënten.<sup>14</sup>

#### 1d. Zorgzwaarte neemt toe door vergrijzing

Een goede weging van de ontwikkelingen is ingewikkeld, omdat dit bekeken moet worden in een bredere context van ontwikkelingen in bijvoorbeeld zorgzwaarte en -complexiteit die de komende jaren naar verwachting ook toeneemt door dubbele vergrijzing. Het aandeel 65-plussers in de patiëntenpopulatie op de HAP stijgt van 23% in 2019 naar 28% in 2030.<sup>15</sup> Het aandeel 65-plussers in de patiëntenpopulatie van de ambulancezorg neemt toe van 48% in 2019 naar 56% in 2030. Het aandeel patiënten op de SEH van 65-jaar en ouder neemt toe van 35% in 2019 tot 42% in 2030. Deze ontwikkeling heeft gevolgen voor zowel het aantal patiënten in de acute zorg als ook de zorgzwaarte van deze patiënten, omdat bij oudere patiënten vaker sprake is van co-morbiditeit en/of een complexe zorgvraag.<sup>16</sup>

<sup>8</sup> Bij de meeste reeksen in deze ontwikkelingenanalyse zijn de cijfers van 2020 en later niet meegenomen vanwege de uitzonderlijke situatie in de covid-crisis. Deze cijfers laten zien dat het zorggebruik binnen de gehele acute zorgketen in 2020 tijdelijk stagneerde. Dit valt te verklaren door de uitbraak van covid-19 en de maatregelen die getroffen waren om de verspreiding van het virus in te dammen, zoals de lockdowns en thuiswerkadviezen. De afname van de reguliere patiëntenstroom was groter dan de toename als gevolg van de patiënten met het covid-19 virus. Hierdoor was er in de uitzonderlijke periode 2020 een afname van de zorgvraag binnen de gehele acute zorgketen (NZa, "Monitor acute zorg", 2022, Update cijfers acute zorg 2016-2020). De zorgzwaarte van covid-patiënten was echter erg hoog door onder andere het ziekteverloop en het gebruik van beschermende middelen. Daardoor was de druk op de zorg dermate hoog dat de planbare zorg in ziekenhuizen zeer ver is afgeschaald met uitgestelde zorg tot gevolg. Veel personeel uit de acute zorgketen is in deze periode ingezet voor covid-zorg.

<sup>9</sup> RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022. Kamerstukken II 2021/22, 29 247, nr. 361.

<sup>10</sup> NZa, "Monitor acute zorg", 2020.

<sup>11</sup> RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

<sup>12</sup> RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

<sup>13</sup> RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022. Er is in deze periode een verandering geweest in registratiesystematiek waardoor mogelijk de aantallen niet goed vergelijkbaar zijn.

<sup>14</sup> RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

<sup>15</sup> NZa, "Monitor acute zorg", 2020.

<sup>16</sup> NZa, "Monitor acute zorg", 2020.

### *1e. De zorgvraag van burgers komt niet altijd op de juiste plek*

Niet alle burgers weten met welke vraag ze bij welke zorgaanbieder moeten zijn, of waar bepaalde zorg voor bedoeld is. Huisartsenposten worden vaak gebeld voor niet-acute zorgvragen, waarbij een reden kan zijn dat de patiënt de gevraagde zorg graag in de avond wil en overdag niet naar de eigen huisarts kan of wil. Ook zijn op dit moment wachttijden bij de huisarts overdag geregeld lang waardoor burgers er ook voor kiezen om met een niet-urgente zorgvraag de huisartsenpost te bellen. Uit de benchmark huisartsenposten 2020 van InEen blijkt dat meer dan 50% van de telefonische consulten aan de huisartsenpost een lage urgentie hebben en tot de volgende dag kunnen wachten.<sup>17</sup> Dit percentage is de afgelopen jaren niet toegenomen (zelfs licht gedaald, van 81% in 2014 naar 75% in 2019<sup>18</sup>), maar de zorgzwaarte is wel toegenomen, zo geeft InEen aan. Dit lijkt ook te blijken uit de cijfers van de consultduur. Waar een telefonisch inkomend gesprek bij de HAP in 2016 gemiddeld nog 5 minuten en 40 seconden duurde, was dit in 2020 gemiddeld 6 minuten en 39 seconden. Een consult in de spreekkamer op de HAP duurde in 2017 gemiddeld 13 minuten en 49 seconden. Dit is in 2020 gestegen naar gemiddeld 14 minuten en 59 seconden.<sup>19</sup> In de pilot zorgcoördinatie in Brabant is gewerkt met een zelftriage applicatie op onder andere de huisartsenpost. Daar bleek dat er door gebruik van deze applicatie het aantal verrichtingen afnam met 9,9%.<sup>20</sup> Uit de analyse van de pilot Midden Nederland bleek dat in 41% van de zorgvragen digitale zelftriage of een digitaal consult mogelijk is in plaats van telefonische triage, vooral bij de HAP.

In 2020 was het aandeel zelfverwijzers (of 'overig') op de SEH 30,3%. Dit was in 2016 nog wat hoger, namelijk 34,5%.<sup>21</sup> Uit de impactanalyse van de nieuwe urgentie-indeling ambulancezorg blijkt dat naar verwachting 10% van alle 112-bellers de juiste zorg geen ambulancezorg is, maar huisartsen(spoed)zorg, wijkverpleegkundige zorg of acute ggz.<sup>22</sup> Uit de pilot zorgcoördinatie van Midden-Nederland blijkt dat 48% van de 112-meldingen, 112 onterecht als ingang wordt gekozen.<sup>23</sup>

Uit de pilot zorgcoördinatie van Rotterdam bleek dat bij 78% van de 407 behandelde casussen de zorginzet bij multidisciplinair overleg passender of sneller is geweest dan zonder zorgcoördinatie.<sup>24</sup> In de pilot Midden Nederland blijkt in 23% van de gesprekken van de HAP en meldkamer multidisciplinaire triage van toegevoegde waarde door betere kwaliteit van triage en/of (beter passende) vervolgzorg. Daarnaast is in de pilot van Rotterdam gekeken of er voor bepaalde ingangsklachten en urgentie-codes een verschuiving van inzet vanuit HAP naar wijkverpleging kan plaatsvinden. Er zijn tijdens de openingstijden van het zorgcoördinatiecentrum (in 13 maanden tijd) 145 patiënten door de acute wijkverpleging geholpen in plaats van de HAP en in ten minste 71% van deze gevallen was na de inzet van de wijkverpleging geen aanvullende inzet meer nodig. De pilot Noord Nederland heeft een ketenanalyse gedaan op onder andere de katheterzorg vanuit de HAP. Bij 25% van de HAP-inzetten bij katheterzorgvragen kan daar de zorgcentrale/wijkverpleging worden ingezet in plaats van de HAP.

## **2. Capaciteit acute zorg staat onder druk door personele schaarste**

### *2a. In de materiële capaciteit van acute zorg hebben verschuivingen plaatsgevonden*

Het aantal SEH-locaties (24/7-uurs opening) is gedaald met 11 locaties tussen 2015 en 2022, maar het aantal behandelkamers (op een 24/7-uurs SEH) is nagenoeg gelijk gebleven, zelfs licht gestegen (van 1.278 in 2018 naar 1.303 in 2022). Het aantal HAP's is gedaald, maar het aantal ambulances en standplaatsen van ambulances is juist toegenomen. Dit is ook te zien in tabel 3. De daling in het aantal HAP's en SEH's heeft niet geleid tot overschrijding van de

<sup>17</sup> InEen, "Benchmark huisartsenposten", 2020. <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2021/12/InEen-Benchmark-Bulletin-2020V4.pdf>.

<sup>18</sup> RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

<sup>19</sup> RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

<sup>20</sup> IG&H, "Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie", 2022. Zie ook bijlage 5 bij deze brief.

<sup>21</sup> NZa, "Update cijfers acute zorg 2016-2020", 2022.

<sup>22</sup> SiRM, "Slimmer, en sneller wanneer écht nodig: impactanalyse nieuwe urgentie-indeling ambulancezorg", 2021.

<sup>23</sup> IG&H, "Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie", 2022. Zie ook bijlage 5 van deze brief.

<sup>24</sup> IG&H, "Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie", 2022. Zie ook bijlage 5 van deze brief.

bereikbaarheidsnormen<sup>25</sup> en de bereikbaarheid van ambulances in geografische zin is verbeterd door de uitbreiding van het aantal standplaatsen.<sup>26</sup>

Tabel 3. Materiële capaciteit<sup>27</sup>

<b>Discipline</b>	<b>Jaren</b>	<b>Trend</b>
Aantal HAP's alle ANW-uren open	2014-2021	-10%
Aantal ambulances	2016-2020	+13%
Aantal standplaatsen ambulances 24/7-uurs paraatheid	2016-2022	+10%
Aantal SEH's 24/7	2015-2022	-12%
Aantal behandelkamers SEH's 24/7	2018-2022	+2%

Daarnaast wordt voor een aantal regio's het aantal SEH stops geregistreerd. Stops worden ingesteld om de kwaliteit van de zorg te bewaken. Het is een tijdelijke maatregel om bij piekdruk de instroom te reguleren. Patiënten met levensbedreigende klachten worden altijd opgenomen. Het aantal stops kan een indicator zijn van de druk in de acute zorgketen. Onderstaande tabel geeft van 4 regio's het aantal SEH stops weer tussen 2015 en 2021 (aangesloten op Acuu Zorgportaal). Niet alle ROAZ-regio's registreren consequent stops of hanteren dezelfde definities. De NZa gaf aan dat de SEH's in de vier onderzochte regio's in de periode 2018 – begin 2019 in gemiddeld 97% van de tijd geen SEH-stop hadden. Zoals in de tabel te zien, en wat de NZa ook aangeeft, wordt er geen stijging gezien in het aantal stops op de SEH en de duur van de stops. Wel was er invloed van de pandemie: tijdens de lockdowns waren er minder stops en nam de duur van de stops af. Het totaal aantal stops op de SEH is in 2021 weer op het niveau van 2018 en 2019. De totale duur van stops op de SEH liggen zowel in 2020 als in 2021 onder het niveau van voorgaande jaren. De gemiddelde duur van deze stops is redelijk stabiel gebleven.

Tabel 4. SEH stops 2015-2021<sup>28</sup>

<b>Jaar</b>	<b>Aantal SEH stops</b>	<b>Aantal regio's</b>
<b>2015</b>	987	3 regio's
<b>2016</b>	1889	3 regio's
<b>2017</b>	2283	3 regio's
<b>2018</b>	2926	4 regio's
<b>2019</b>	2962	4 regio's
<b>2020</b>	2573	4 regio's
<b>2021</b>	2961	4 regio's

Met bovenstaande informatie voldoe ik aan het verzoek van het lid Agema uit de commissiebrief van 19 april 2022, waarin werd gevraagd om meer informatie over SEH stops.<sup>29</sup>

Per 1 april 2022 is het Acuu Zorgportaal gestopt. De stops worden nu geregistreerd in het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ). De ROAZ-regio's zijn bereid om op verzoek van VWS ieder kwartaal data aan te leveren over het aantal stops per regio, waarbij de data niet direct of indirect herleidbaar zijn tot een ziekenhuis.

## *2b. Schaarste in personele capaciteit*

Het verwachte personeelstekort voor het hele zorg en welzijn domein blijft de komende tien jaar onverminderd groot.<sup>30</sup> Op dit moment werkt in Nederland ongeveer een op de zes werknemers in zorg en welzijn. Duidelijk is dat als we niets doen, de tekorten op de arbeidsmarkt in de zorg – evenals in andere sectoren – de komende jaren alleen maar groter zullen worden. Uit een analyse van de WRR volgt dat bij ongewijzigd beleid in 2030 1 op de 5 werknemers in de zorg zou moeten werken om aan de stijgende zorgvraag te kunnen voldoen.<sup>31</sup> In 2040 zou al 1 op de 4 in de zorg

<sup>25</sup> Blijkt uit de bereikbaarheidsanalyses van het RIVM van de 30-minutennorm HAP's en 45-minutennorm SEH's.

<sup>26</sup> Het aantal standplaatsen is met 5 gestegen tussen 2016 en 2020.

<sup>27</sup> RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

<sup>28</sup> Kamerstukken II, 2021/22, Aanhangsel 2202.

<sup>29</sup> Commissiebrief van 19 april 2022 met kenmerk 2022Z07813.

<sup>30</sup> Kamerstukken II, 2021/22, 29 282, nr. 451.

<sup>31</sup> Kamerstukken II, 2021/22, 29 282, nr. 462.

moeten werken. Zoals in de brief van 20 januari 2022 aangegeven is het huidige geraamde tekort voor 2022 circa 49 duizend personen. Het geraamde tekort in 2031 is 135.000 personen.<sup>32</sup> Op de lange termijn zorgen de beperktere toename van het arbeidsaanbod en een stijging van het zorggebruik door vergrijzing voor een toename van het tekort.

Het is lastig om de exacte tekorten per beroepsgroep aan te geven. De vacaturegraad kan een goede indicator zijn van de krapte op de arbeidsmarkt per beroepsgroep, hoewel daarbij wel de kanttekening moet worden gemaakt dat er verschillende redenen kunnen zijn om een vacature wel of niet uit te zetten. Er kan bijvoorbeeld geen budget zijn om mensen aan te stellen waardoor er wel vraag is naar personeel, maar deze niet wordt geuit in vacatures.

Tabel 5. Vacaturegraad (%) in zorg en welzijn (smal) en specifieke domeinen, 4<sup>e</sup> kwartaal van elk jaar<sup>33</sup>

	2018	2019	2020	2021
<b>Vacaturegraad zorg en welzijn (smal)</b> <sup>34</sup>	2,5	2,7	2,6	3,7
<b>Universitair medische centra</b>	1,9	1,9	2,6	2,9
<b>Ziekenhuizen en overige med. Spec. Zorg</b>	1,9	2,1	1,6	2,5
<b>Geestelijke gezondheidszorg</b>	4,5	5,6	4,8	6,6
<b>Huisartsen en gezondheidscentra</b>	1,3	1,9	0,8	3,4
<b>Overige zorg en welzijn</b>	3,1	3,1	3,7	4,3
<b>Verpleging, verzorging en thuiszorg</b>	2,4	2,6	2,7	3,6

Uit bovenstaande tabel blijkt dat in alle aangegeven domeinen er een stijging te zien is in de vacaturegraad tussen 2018 en 2021.<sup>35</sup> Er is dus de afgelopen jaren een grote(re) vraag gekomen naar zorgmedewerkers. Een vacaturegraad van meer dan 2% duidt op onvervulde vraag volgens het Capaciteitsorgaan.<sup>36</sup>

Van sommige beroepsgroepen is gespecificeerde data beschikbaar, zoals in de twee tabellen hieronder is te zien.

Tabel 6. Vacaturegraad (%)\*\* verpleegkundigen<sup>37</sup>

	2016	2018	2020
<b>Ambulanceverpleegkundige</b>	Niet bekend	5,6	7,5
<b>SEH-verpleegkundige</b>	4,3	9,1	6,9
<b>Obstetrie-verpleegkundige</b>	2,3	4,4	4,9

Tabel 7. Vacaturegraad (%)\*\* artsen<sup>38</sup>

	2019-1e halfjaar	2019-2e halfjaar	2020-1e halfjaar	2020-2e halfjaar
<b>SEH-arts</b>	7,28	6,91	5,86	5,97

<sup>32</sup> Kamerstukken II, 2021/22, 29 282, nr. 451.

<sup>33</sup> CBS Statline AZW, "Vacatures; ontstaan, openstaand, vacaturegraad", 2022.

<https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24136NED/table?ts=1656333116845>

<sup>34</sup> Het domein zorg en welzijn (smal) is de totale arbeidsmarkt in zorg en welzijn zonder de kinderopvang.

<sup>35</sup> De vacaturegraad is het gemiddelde aantal maandelijks vacatures per 100 werkzame artsen.

<sup>36</sup> Capaciteitsorgaan, "Arbeidsmarktmonitor", 2020 2<sup>e</sup> halfjaar. Zie tabje Groot, Middel, Klein, regel 6:

<http://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2021/07/analyse-vacatures-MS-tbv-AMM-2020-2-WEBVERSIE.xlsx>

<sup>37</sup> RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

<sup>38</sup> RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

<b>Gynaecoloog</b>	4,98	4,56	3,38	4,31
<b>Psychiater</b>	8,31	10,1	8,96	9,85
<b>Huisarts</b>	0,47	0,42	0,48	0,53

In de Arbeidsmonitor lijkt er een laag vacaturepercentage voor huisartsen te zijn, maar het Capaciteitsorgaan geeft aan dat dat beeld vertekend lijkt te zijn: veel vacatures worden niet gepubliceerd. Het Capaciteitsorgaan gaat bij hun capaciteitsramingen uit van een onvervulde vraag naar huisartsen van 3% tot 5%.<sup>39</sup>

### 2c. Personeel in de zorg ervaart hoge werkdruk

Een groot deel van de zorgmedewerkers ervaart ook te hoge werkdruk en ervaart een toegenomen werkdruk, zoals te zien is in onderstaande tabel.

Tabel 8. Ervaren werkdruk en ontwikkeling werkdruk in zorg en welzijn (smal), in percentages<sup>40</sup>

	<b>2019 2<sup>e</sup> kwartaal*</b>	<b>2019 4<sup>e</sup> kwartaal</b>	<b>2020 4<sup>e</sup> kwartaal</b>	<b>2021 2<sup>e</sup> kwartaal</b>	<b>2021 4<sup>e</sup> kwartaal</b>
<b>Werkdruk volgens werknemer (veel) te hoog</b>	44,0	47,8	38,5	42,0	42,7
<b>Werkdruk volgens werknemer goed</b>	54,1	51,1	59,6	56,2	56,0
<b>Werkdruk volgens werknemer (veel) te laag</b>	1,9	1,1	1,9	1,8	1,3
<b>Ontwikkeling werkdruk toegenomen</b>	64,8	n.b.**	62,2	n.b.	67,1
<b>Ontwikkeling werkdruk gelijk gebleven</b>	31,0	n.b.	33,0	n.b.	29,3
<b>Ontwikkeling werkdruk afgenomen</b>	4,2	n.b.	4,8	n.b.	3,6

\*Sinds 2019 voert het CBS de metingen uit. Er zijn wel cijfers bekend van eerdere jaren, maar deze werden door andere enquêtes opgehaald waardoor er een methodebreuk is en de cijfers minder goed vergelijkbaar zijn. In 2013 was het aandeel werknemers dat de werkdruk als (veel) te hoog ervaart 34%, in 2015 43% en in 2017 49%.<sup>41</sup>

\*\*niet bekend

### 2d. Druk op de acute zorg wordt bepaald door verhouding vraag en aanbod

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat voor de meeste sectoren de verwachting is dat de vraag naar acute zorg zal toenemen. Dit zal per sector en regio verschillend zijn en is ook afhankelijk van autonome ontwikkelingen zoals professionele en technologische ontwikkelingen en beleid. De complexiteit of zwaarte van de zorgvraag neemt toe: het aandeel ouderen in zorg wordt steeds groter. In de materiële capaciteit heeft er een verschuiving plaatsgevonden, maar de totale materiële capaciteit lijkt ongeveer gelijk gebleven. Daarentegen is er in alle sectoren personele krapte, die naar verwachting de komende jaren nog groter wordt.

## 3. Cijfers over kwaliteit acute zorg kunnen inzichtelijker en beter

### 3a. Weinig openbare data over kwaliteit acute zorg

Er zijn weinig openbare data over de kwaliteit van acute zorg. De IGJ heeft een basisset met kwaliteitsindicatoren.<sup>42</sup> Spoedzorg heeft daarin geen eigen indicatoren en de resultaten van de indicatoren zijn niet openbaar. De vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) doet elk jaar uitvraag naar een aantal kwaliteitsindicatoren, zoals pijnbestrijding, triage en totale duur op de SEH. Deze resultaten zijn ook niet openbaar.

<sup>39</sup> Capaciteitsorgaan, "Capaciteitsplan 2021-2024, Deelrapport 2, Huisartsgeneeskunde", 2019. <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2019/12/Capaciteitsplan-2021-2024-Deelrapport-2-Huisartsgeneeskunde.pdf>

<sup>40</sup> CBS Statline AZW, "Werknemers; tevredenheid en psychosociale arbeidsbelasting", 2022. <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24126NED/table?ts=1656333239594>

<sup>41</sup> Kamerstukken II, 2021/22, 29 282, nr. 416. Bijlage Monitor Actieprogramma Werken in de Zorg, 2020, figuur 22 op p. 37.

<sup>42</sup> IGJ, "Basisset Medisch Specialistische Zorg", 2022. <https://www.igj.nl/publicaties/indicatorensets/2021/10/04/basisset-medisch-specialistische-zorg-2022>

### 3b. ZIN registreert resultaten van zes spoedindicaties

ZIN heeft via Zorginzicht voor zes spoedindicaties indicatoren vastgesteld.<sup>43</sup> Deze staan op de Transparantiekalender<sup>44</sup> en ziekenhuizen zijn verplicht om data aan te leveren. Dit geldt alleen voor aanbieders die deze zorg leveren. In tabel 9 zijn de resultaten te zien van vier indicaties, de andere twee indicaties hebben betrekking op multitraumazorg en zullen hieronder worden besproken.

Tabel 9. Resultaten van vier spoedindicaties van ZIN, 2020<sup>45</sup>

Vraag	Aantal ziekenhuizen		
	Ja	Nee	Geen antwoord/levert de zorg niet
<b>Is op deze ziekenhuislocatie 24/7 een CT inclusief CTA direct inzetbaar en worden deze direct aansluitend door een hiervoor bekwaam medisch specialist beoordeeld en vastgelegd in het medisch dossier?</b>	70	1	1
<b>Heeft deze ziekenhuislocatie schriftelijk vastgelegde afspraken over samenwerking met ketenpartners (huisarts, RAV, niet-PCI-centra)?</b>	72	0	0
<b>Zijn op uw ziekenhuislocatie 24/7 een bed op de afdeling Intensive Care en een intensivist direct beschikbaar?</b>	71	0	1
<b>Is op uw ziekenhuislocatie 24/7 de mogelijkheid voor het direct uitvoeren van een acute Endovasculair Aneurysma Repair (EVAR) procedure?</b>	54	13	5

### 3c. Implementatie Kwaliteitskader Spoedzorgketen vraagt aandacht

Nadat deze indicatoren in 2014 zijn vastgesteld, was er vanuit partijen behoefte aan een kwaliteitskader voor de spoedzorgketen. Sinds 2020 is er het Kwaliteitskader Spoedzorgketen waarin de samenwerking tussen ketenpartners wordt beschreven en de minimale vereisten voor de (regionale) organisatie van de spoedzorg. Het RIVM heeft recent een eerste uitvraag gedaan naar de implementatie van de normen uit het Kwaliteitskader, waaruit bleek dat implementatie van de normen nadrukkelijk aandacht vraagt. Deze resultaten zijn te lezen in hoofdstuk 2 van de beleidsagenda acute zorg.

### 3d. Kwaliteitskader ambulancezorg wordt doorontwikkeld

In de ambulancezorg is er het kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0 opgesteld met 26 signalen voor de kwaliteit van zowel spoedeisende- als planbare ambulancezorg en is gericht op aansluiting met de keten. Dertien signalen zijn geoperationaliseerd en voorzien van een implementatieplan, voor de andere signalen is een doorontwikkelagenda opgesteld. Doel is om in 2023 een kwaliteitskader 2.0 te realiseren. Een aantal signalen (en voorlopige streefwaarden) uit dit kader is gericht op de hele keten, bijvoorbeeld de doorlooptijd bij CVA en STEMI<sup>46</sup>, ketenpartnertevredenheid, multitraumapatiënten naar de juiste zorgplek, kwaliteit en interoperabiliteit van digitale dossiers. De resultaten van jaarlijkse metingen en de voorlopige streefwaarden zijn te vinden in de rapportages van AZN.<sup>47</sup>

<sup>43</sup> ZIN, "Spoedzorg indicatoren". <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/spoedzorg-indicatoren>

<sup>44</sup> Te vinden via [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl).

<sup>45</sup> ZIN, "Open data Ziekenhuizen en Zelfstandige Behandelcentra / Medisch-specialistische zorg", verslagjaar 2020. <https://www.zorginzicht.nl/openbare-data/open-data-ziekenhuizen-en-zelfstandige-behandelcentra---medisch-specialistische-zorg#verslagjaar-2020>

<sup>46</sup> CVA is de afkorting voor Cerebro Vasculair Accident. Een CVA kan een herseninfarct of hersenbloeding zijn en wordt ook wel een beroerte genoemd. STEMI is de afkorting voor een ST-Elevatie Myocard Infarct, een hartinfarct dat meteen behandeld moet worden.

<sup>47</sup> AZN, "Kwaliteitsinformatie Ambulancezorg". <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/kwaliteitsinformatie-ambulancezorg>

### 3e. Normen multitraumazorg worden niet gehaald

Het ZIN heeft een multitraumanorm opgesteld waarbij 90% van de multitrauma-patiënten (ISS $\geq$ 16<sup>48</sup>) in een traumacentrum zou moeten worden behandeld. Deze norm werd de afgelopen jaren niet gehaald, zoals te zien is in onderstaande tabel.

Tabel 11. Spreiding opvang ernstig gewonde patiënten (ISS $\geq$ 16)<sup>49</sup>

	2016		2017		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Traumacentra</b>	3.065	69	3.050	68	3.295	70	3.260	69	3.295	71
<b>Regionale ziekenhuizen</b>	1.357	31	1.404	32	1.427	30	1.438	31	1.357	29
<b>Totaal</b>	4.422	100	4.454	100	4.722	100	4.698	100	4.652	100

Onderstaande tabel geeft voor 2020 het aantal ernstig gewonde patiënten geregistreerd in de 11 traumazorgregio's en het totale percentage van de ernstig gewonden dat is behandeld in het regionale traumacentrum. Dit varieert tussen de 53% en 90% voor de elf traumazorgregio's, waarvan het traumacentrum dat de norm haalt (90%) het samenwerkingsverband van Traumacentrum West is.<sup>50</sup>

Tabel 12. Aantal ernstig gewonde patiënten (ISS $\geq$ 16) per traumazorgregio en aandeel behandeld in het regionale traumacentrum, 2020<sup>51</sup>

Traumazorgregio	Aantal ernstig gewonde patiënten (ISS $\geq$ 16)	Aandeel behandeld in het regionale traumacentrum
<b>NAZB</b>	477	53%
<b>NAZNW</b>	286	61%
<b>AZNN</b>	434	62%
<b>TCZWN</b>	696	65%
<b>NAZZ</b>	345	68%
<b>NAZL</b>	354	69%
<b>SZN</b>	298	72%
<b>AZO</b>	568	75%
<b>TZMN</b>	455	80%
<b>AZEUR</b>	322	88%
<b>TCW</b>	417	90%

Een andere norm voor traumazorg is dat er per ziekenhuislocatie tenminste 240 patiënten per jaar behandeld moeten worden met een ISS hoger of gelijk aan zestien om de kwaliteit te waarborgen.<sup>52</sup> Deze norm wordt ook door een deel van de traumacentra niet gehaald, zoals te zien is in onderstaande tabel. Daarnaast wordt een deel van deze multitraumapatiënten behandeld in een regionaal ziekenhuis (zijnde geen traumacentrum), terwijl dit alleen is voorbehouden aan traumacentra omdat daar de gespecialiseerde zorg voor is ingericht. Van deze ziekenhuizen zijn er elf die meer dan veertig multitraumapatiënten in 2021 hebben behandeld.<sup>53</sup>

<sup>48</sup> Injury Severity Score geeft de totale letselernst per patiënt weer. Dit is een score tussen de 1 en 75, hoe hoger de score des te ernstiger de patiënt gewond is en hoe hoger het risico op overlijden. Een ISS van 16 of hoger wordt over het algemeen gezien als een ernstig gewonde patiënt (multitrauma).

<sup>49</sup> LNAZ, "Trauma in Beeld: Landelijke Traumaregistratie 2016-2020".

<sup>50</sup> Traumacentrum West is een samenwerkingsverband tussen het Hagaziekenhuis, LUMC en HMC Westeinde.

<sup>51</sup> LNAZ, "Trauma in Beeld: Landelijke Traumaregistratie 2016-2020".

<sup>52</sup> Levelcriteria Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie.

<sup>53</sup> RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.



Tabel 13. Aantal multitraumapatiënten per traumacentrum, 2020<sup>54</sup>

<b>Traumacentrum</b>	<b>Aantal geregistreerde ernstig gewonde patiënten (ISS≥16)</b>
<b>Amsterdam UMC, locatie VUmc</b>	175
<b>Amsterdam UMC, locatie AMC</b>	214
<b>Isala</b>	236
<b>Maastricht UMC+</b>	244
<b>ETZ Elisabeth</b>	253
<b>UMCG</b>	269
<b>MST</b>	284
<b>UMC Utrecht</b>	366
<b>Traumacentrum West*</b>	377
<b>Radboudumc</b>	425
<b>Erasmus MC</b>	452

\*Traumacentrum West is een samenwerkingsverband tussen de drie ziekenhuizen Hagaziekenhuis, LUMC en HMC Westeinde.

Ook wordt gemeten of een patiënt met letsel direct door het 'ziekenhuistraumateam' is opgevangen op de SEH, oftewel of het traumateam geactiveerd was voorafgaand of bij aankomst van de patiënt op de SEH. In 2020 was bij slechts 9% van alle geregistreerde patiënten in de Landelijke Traumaregistratie een traumateam geactiveerd voor de opvang. De duur tot de eerste CT-scan na aankomst op de SEH is echter wel gedaald.<sup>55</sup>

<sup>54</sup> LNAZ, "Trauma in Beeld: Landelijke Traumaregistratie 2016-2020".

<sup>55</sup> LNAZ, "Trauma in Beeld: Landelijke Traumaregistratie 2016-2020".