

Update cijfers acute zorg 2019

Samenvatting

In de monitor acute zorg 2018 constateerden we dat de acute zorg voldoende toegankelijk is, maar dat de druk ook de komende jaren blijft toenemen. Een van de aandachtspunten van de monitor acute zorg is om frequenter data over de acute zorg beschikbaar te stellen. Het doel van de informatiekaart Acute zorg is om inzicht te geven in ontwikkelingen rondom de acute zorg op basis van de meest recent beschikbare data.

Deze informatiekaart geeft de ontwikkelingen van de acute zorg weer op basis van de cijfers over 2017 en 2018. Wij zien dat het aantal consulten van de huisartsen toenemen met 1,3% overdag en met 1,4% buiten kantooruren. Huisartsen sturen tijdens kantoortijden ongeveer 1,1% van de patiënten door naar de spoedeisende hulpafdeling. Buiten kantoortijden ligt dit percentage op 13,6 % van de patiënten.

De ambulancezorg laat zien dat het aantal spoedeisende inzetten toeneemt (A1-inzetten met 0,4%, A2-inzetten met 4,4%) , maar het aantal planbare inzetten afneemt. Bij spoedeisende inzetten (A1/A2-ritten) zien we de laatste 5 jaar op landelijk niveau een sterke toename in het aantal eerste hulp, geen vervoer (ehgv) ambulance inzetten. In 2018 nam dit met 5,4% toe ten opzichte van 2017.

Het aantal seh-consulten neemt af tussen 2016 en 2017 met 2,2%. De cijfers per 1000 inwoners per leeftijdscategorie laten zien dat de daling in 2017 aanwezig was in alle leeftijdsgroepen. Tegelijkertijd zien we een verschuiving van de leeftijdsopbouw naar de oudere leeftijdscategorieën. Dit beeld zien we terug bij bijna alle regio's.

Voor onderliggende analyses verwijzen wij u graag naar de informatiekaart en de update cijfers acute zorg. De NZa blijft de ontwikkelingen in de acute zorg volgen en zal volgend jaar opnieuw de monitor acute zorg uitbrengen.

1 Inleiding

In de monitor acute zorg 2018 constateerden we dat de acute zorg voldoende toegankelijk is, maar dat de druk ook de komende jaren blijft toenemen. De ketenpartners in de acute zorg zullen in sterke mate de samenwerking met elkaar moeten opzoeken om de acute zorg goed te organiseren en coördineren. Dit is noodzakelijk om de toenemende vraag naar acute zorg op te kunnen vangen. Actueel inzicht in de meest recent beschikbare data over acute zorg kan partijen hierbij helpen.

Een van de aandachtspunten van de monitor acute zorg is om frequenter data over de acute zorg beschikbaar te stellen. Het doel van de informatiekaart Acute zorg is een update te geven van de cijfers over de acute zorg op basis van de meest recent data.

Definitie acute zorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving heeft een acute zorgvraag gedefinieerd als 'een patiënt/slachtoffer of omstander vraagt om onmiddellijke hulp in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert'. Deze definitie sluit aan bij het Kwaliteitskader Spoedzorgketen dat het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in april 2019 namens elf partijen aan Zorginstituut Nederland.

Bronnen & methoden

Voor meer informatie over de gebruikte data, zie de bijlage Bronnen & Methoden bij de informatiekaart en dit document.

2 Ontwikkelingen acute zorg

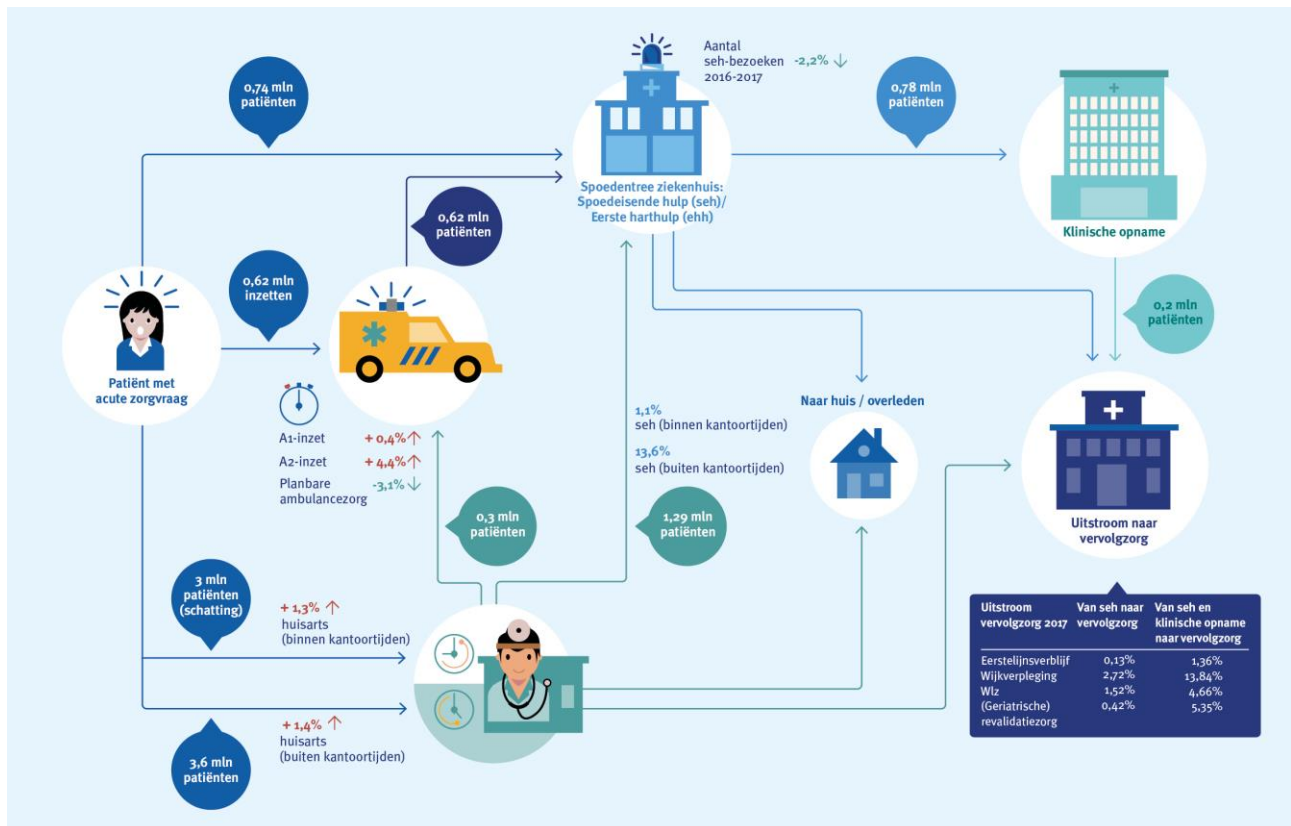
De aanbieders die het meeste zorg leveren in de acute zorg zijn de huisartsen (overdag en 's nachts), ambulancediensten en seh-afdelingen van ziekenhuizen. Onderstaande tabel geeft enkele basisgegevens van deze aanbieders weer.

Basisgegevens acute zorg 2018

	Huisartsen	Huisartsenposten (hap)	Ambulancezorg	Spoedeisende hulp (seh)
Zorggebruik	3,1 miljoen patiënten (schatting o.b.v. literatuur)	3,6 miljoen consulteenheden	1,3 miljoen inzetten waarvan 995.000 spoedeisende inzetten waarvan 615.000 met urgentie A1 en 381.000 met urgentie A2	2,3 miljoen patiënten (schatting o.b.v. 2017)

Bron: Vektis, v.d. Maas en RIVM

Stromen acute zorg 2017



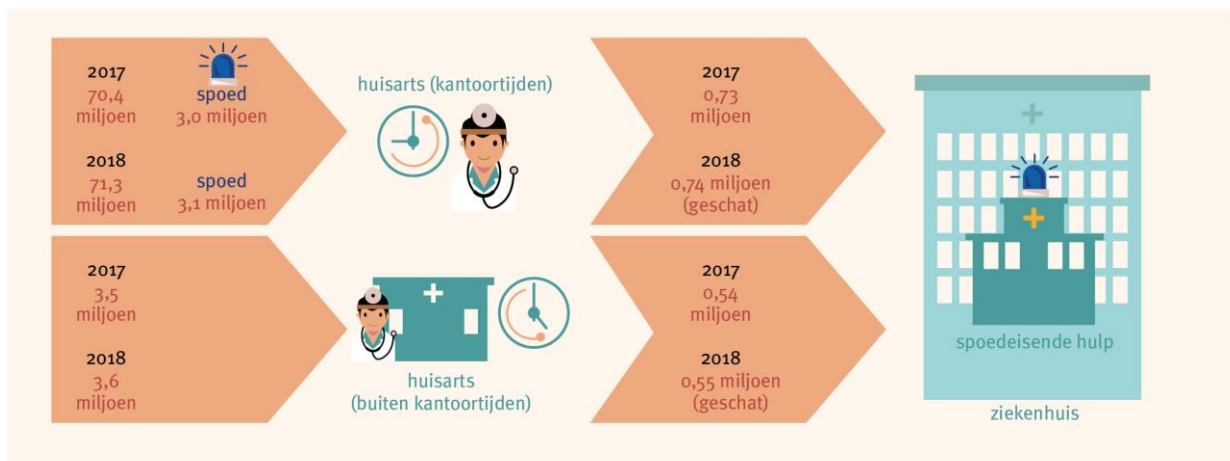
2.1 Instroom van patiënten acute zorg

Onder instroom verstaan wij de melding en de primaire triage van de spoedzorgvraag. Dit kan zowel telefonische triage zijn, maar ook fysieke triage. We brengen de instroom van patiënten in kaart via de huisarts, de huisartsenpost en via de meldkamer ambulancezorg (mka) van de regionale ambulancevoorziening (rav). Voor bereikbaarheidsnormen van de verschillende instroommogelijkheden van acute zorg wordt verwezen naar de [monitor acute zorg 2018](#).

2.1.1 Huisarts

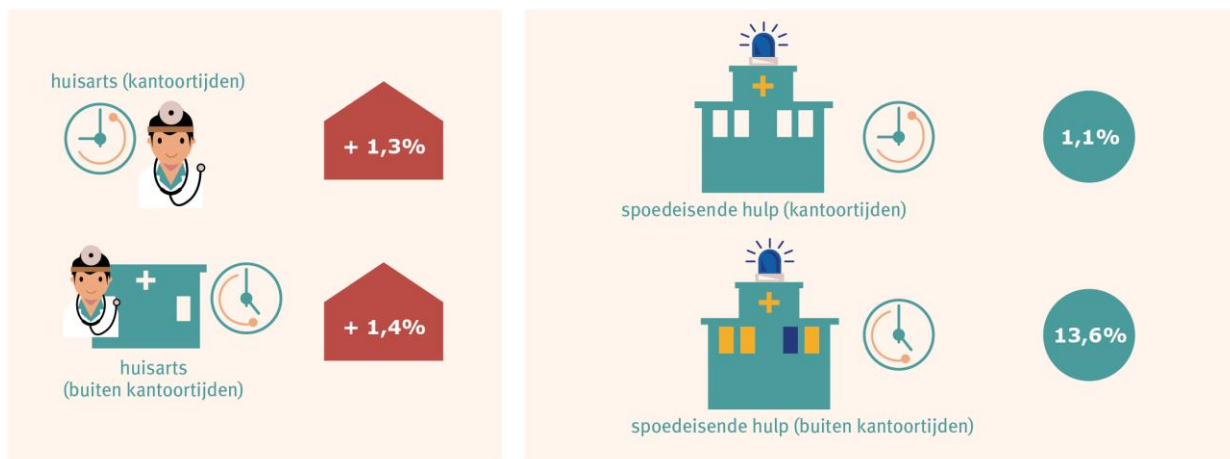
De patiënt kan via de huisarts tijdens kantooruren de acute zorg instromen, of via de huisartsenpost (hap) tijdens avond-, nachten weekenduren (anw). Een klein aantal huisartsen in Nederland vangt zelf de bereikbaarheid tijdens anw-uren op. In onderstaande figuren wordt daarom onderscheid gemaakt tussen huisartsenzorg tijdens kantooruren en huisartsenzorg tijdens niet-kantooruren. Deze laatste categorie bestaat dus uit zorg geleverd door de eigen huisarts tijdens anw-uren én zorg geleverd door huisartsen vanuit de huisartsenposten.

Instroom acute zorg via de huisarts tijdens kantooruren (2017-2018)



Bron: Vektis en v.d. Maas

Instroom acute zorg via de huisarts tijdens kantooruren (2017-2018)



Bron: Vektis en v.d. Maas

Instream via de huisarts tijdens kantooruren

Op basis van declaratiegegevens kan een beeld worden geschetst van alle zorgvragen bij de huisarts; acuut en niet-acuut tijdens kantooruren. Uit de declaratiegegevens kan niet worden afgeleid welk percentage van de acute zorg via de huisarts instroomt.

Aantal consulteenheden huisarts

Landelijk is een lichte toename in het aantal consulteenheden (1,3%) zichtbaar in 2018 ten opzichte van 2017. Het aantal patiënten is echter weinig veranderd in 2018 (toename van 0,4% ten opzichte van bevolkingsgroei van 0,6%). Voor toelichting op het aantal consulteenheden, zie Bronnen en Methodes.

In 2018 zien we een kleine stijging in het aantal consulteenheden bij kinderen (0-4) en een kleine daling bij ouderen ouder dan 75 jaar. De toename op totaal niveau in 2018 komt deels door de veranderde leeftijdsmix (vergrijzing), en deels door een kleine toename van consulten bij kinderen in vergelijking met 2017 (in sommige regio's).

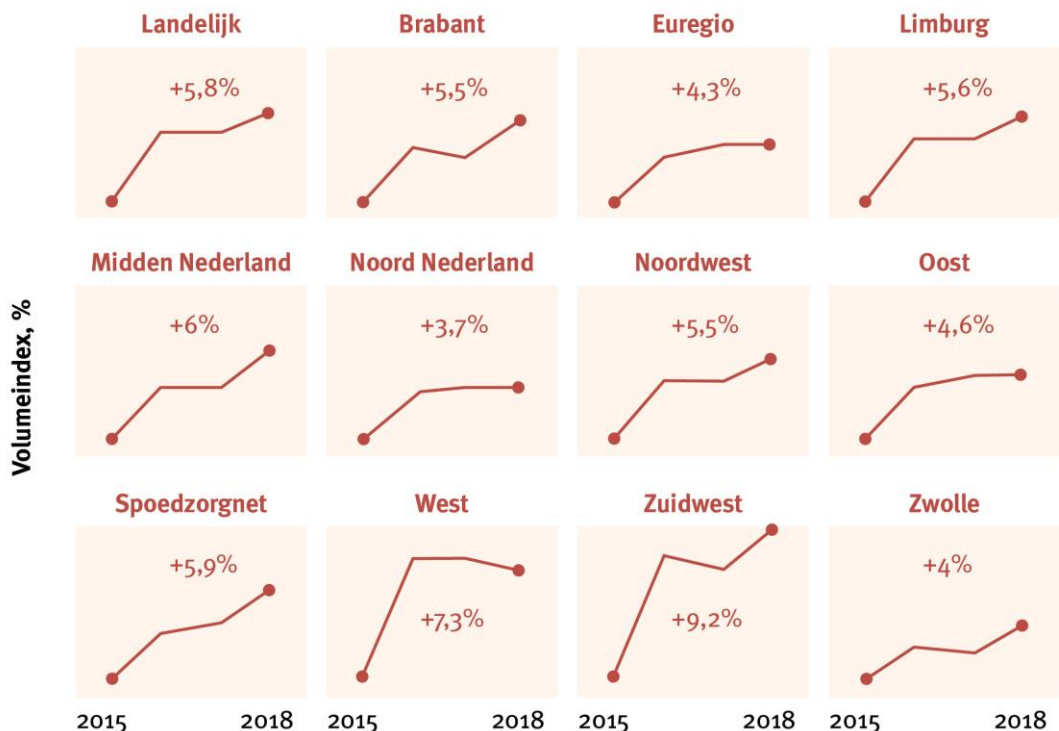
Maas et al. stelt dat het aandeel spoedconsulten van de huisarts rond de 4,3% ligt. Met dat aandeel wordt het aantal spoedconsulten van de huisarts tijdens kantooruren geschat op rond de 3 miljoen per jaar.

Daarnaast is gebleken dat 1,1% van de patiënten die de huisarts tijdens kantooruren heeft bezocht, op dezelfde dag de seh hebben bezocht in 2016 en 2017. Dit is dus vermoedelijk maar een deel van de patiënten dat met een acute zorgvraag bij de huisarts is geweest. De huisarts kan immers voorkomen hebben dat de patiënt met de acute zorgvraag naar de seh is gegaan.

Aantal consulteenheden per ROAZ-regio

Een analyse naar de 11 ROAZ-regio's laat zien dat er ook sprake is van een toename in het aantal consulteenheden. Er zijn ook regio's waar het aantal consulteenheden stabiel is of zelfs gedaald is.

Aantal consulten bij de huisarts tijdens kantooruren, per regio 2015-2018



Bron: Vektis

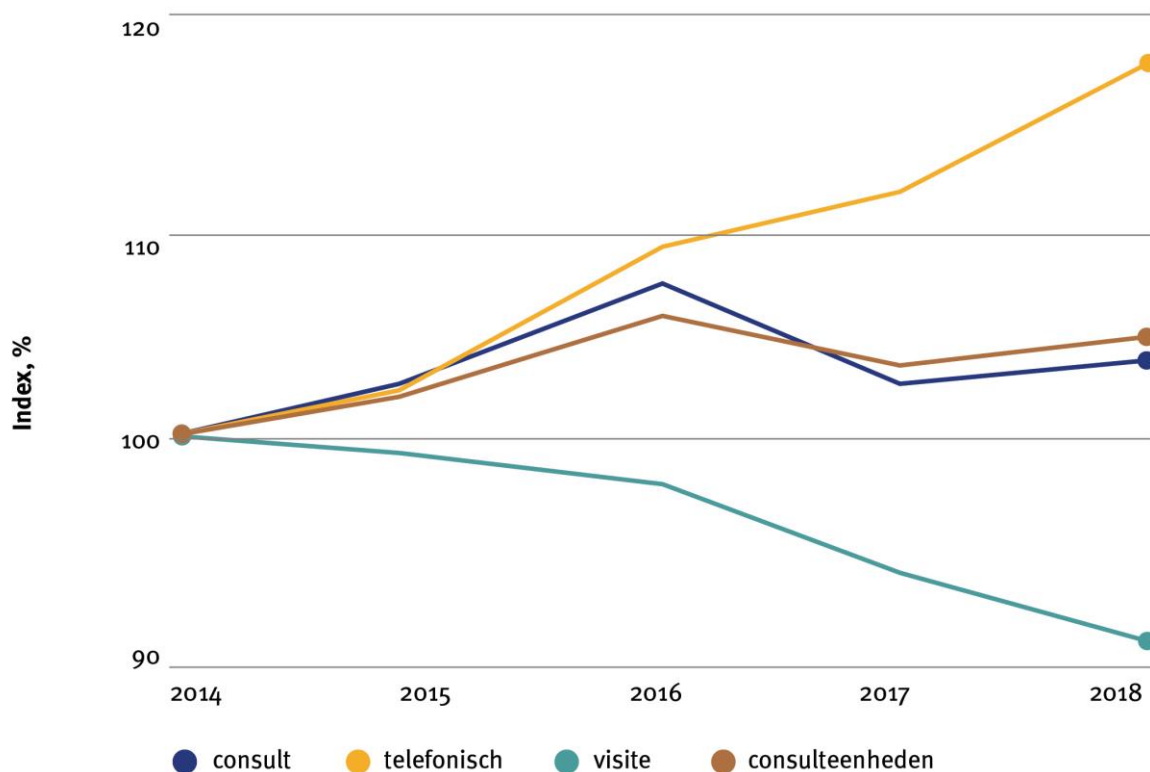
Instream via de huisarts tijdens avond, nacht en weekenden (anw-uren)

Buiten kantooruren kan de patiënt (als de eigen huisarts niet bereikbaar is) via de huisartsenpost gebruik maken van acute zorg.

Aantal consulten en visites

Onderstaande figuur bevat de trend in het aantal consulteenheden bij de huisarts en hap buiten kantoor tijden. Hieruit blijkt dat het aantal telefonische consulten van 2014 tot 2018 is toegenomen, terwijl het aantal visites afnam.

Aantal (telefonische) consulten en visites anw huisarts 2014-2018

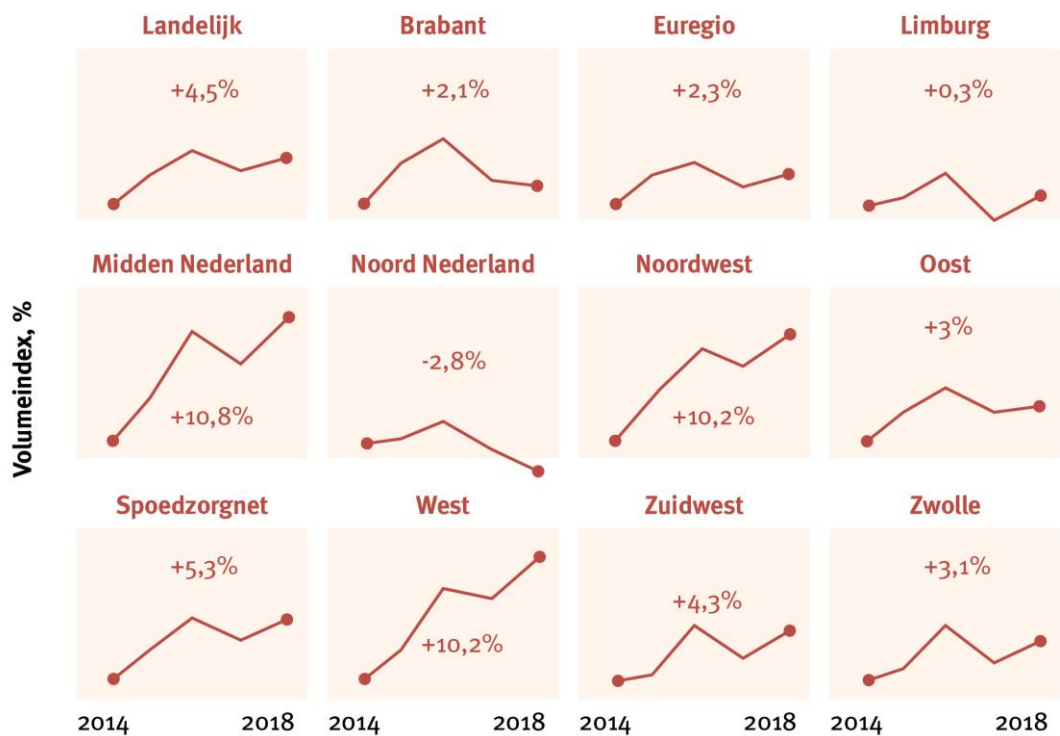


Bron: Vektis

Het totaal aantal contactmomenten met de huisarts buiten kantooruren (consult, telefonisch consult en visite) is in 2018 ten opzichte van 2017 toegenomen met 1,4%. In sommige regio's is er echter een sterkere toename in 2018.

Verder is op basis van de gedeclareerde prestaties gebleken dat er iets meer zorg door de huisarts (niet op de huisartsenpost) in de anw wordt geleverd. Tot slot zien we de afgelopen jaren een lichte toename in het aantal patiënten dat op dezelfde dag zowel door de huisarts als bij de huisartsenpost is geweest. Deze stijging is vooral zichtbaar bij de 75jarigen en ouder.

Aantal consulten huisarts anw per regio, 2014-2018



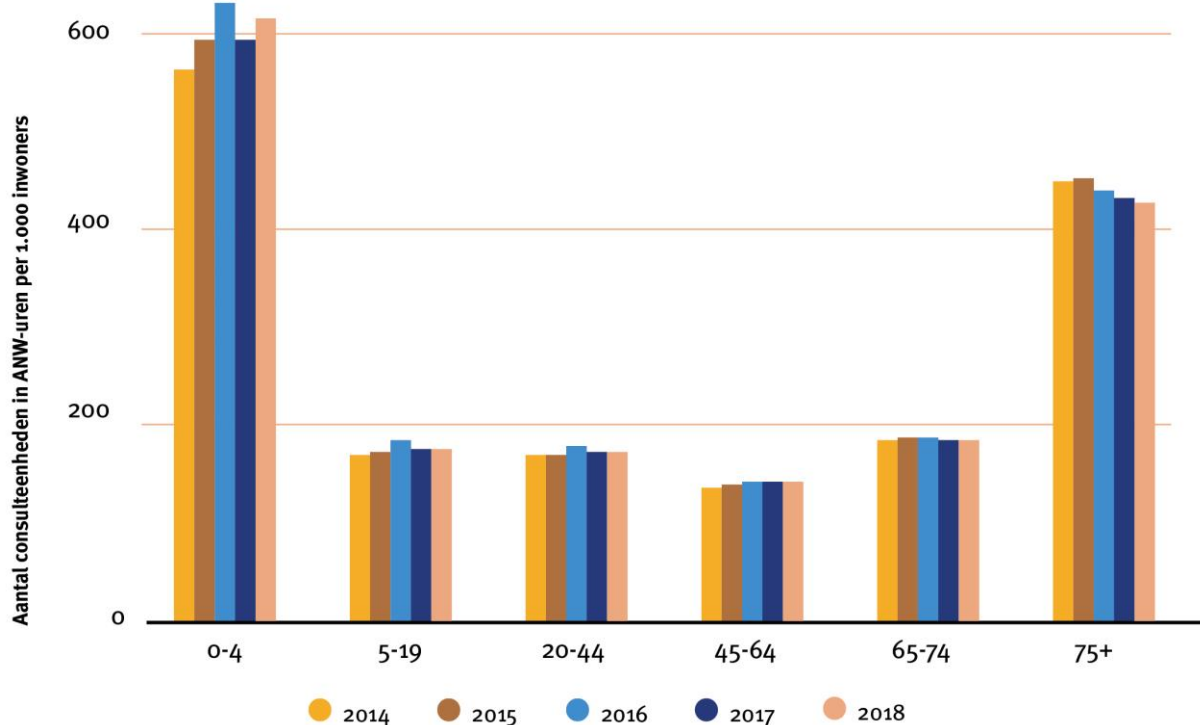
Bron: Vektis

In elke regio neemt het aantal visites en consulten af, terwijl het aantal telefonische consulten toeneemt (niet getoond). De mate waarin, verschilt wel tussen regio's. In de regio's Limburg en Brabant neemt het aantal consulteenheden relatief weinig toe buiten kantooruren. De regio Noord Nederland laat als enige regio een verdere daling zien van 2017 naar 2018.

Aantal consulteenheden naar leeftijd patiënten

Onderstaande grafiek laat een toename zien bij de leeftijdscategorie 0-4. De hogere leeftijdscategorieën laten een daling in het aantal consulten zien. De andere leeftijdscategorieën blijven ongeveer gelijk. Deze trend is zichtbaar in de meeste roaz-regio's.

Aantal consulteenheden huisarts anw, per leeftijdscategorie inwoners, 2014-2018



Bron: Vektis en bevolking CBS

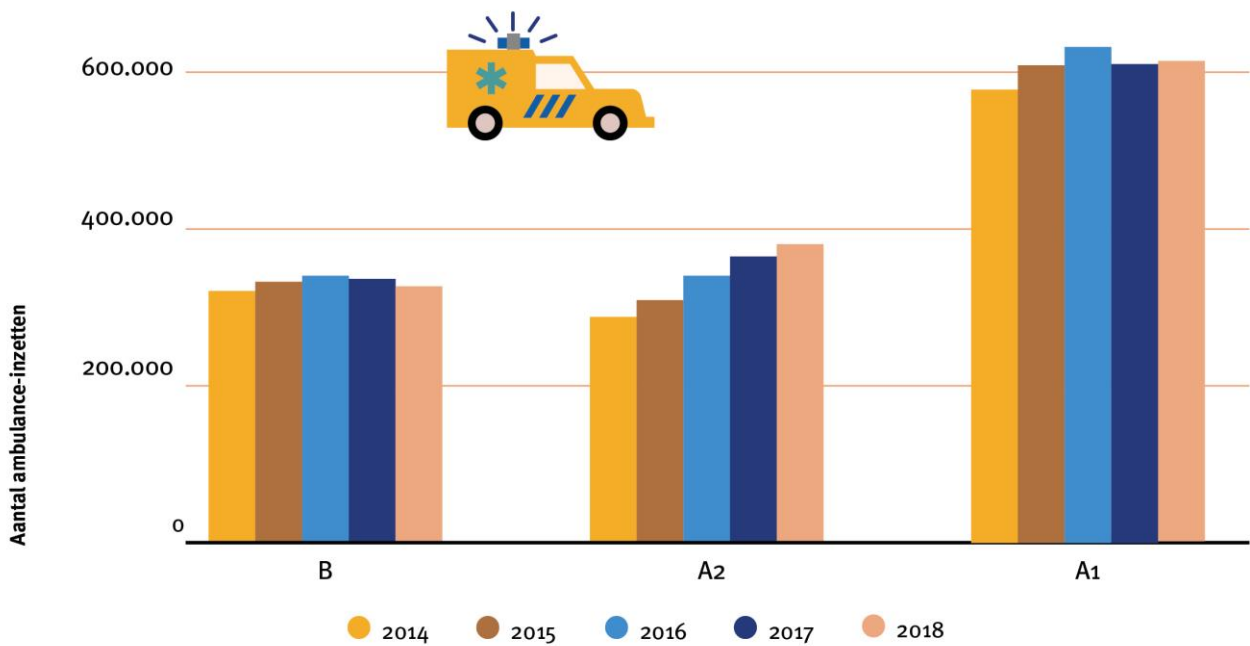
Kinderen van 0-4 jaar en de groep ouderen van 75+ maken ten opzichte van de andere leeftijdsgroepen relatief veel gebruik van huisartsenzorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren. Jonge kinderen (0-4 jarigen) ontvangen minder huisartsenzorg overdag (zowel acuut als niet acuut) dan in de anw-uren. Het aandeel acute zorg naar leeftijdscategorie overdag bij de huisarts is niet bekend.

Het aandeel patiënten dat in 2016 en 2017 buiten kantooruren doorstroomt van de huisarts of huisartsenpost naar de seh (13.6%), is groter dan bij de huisarts tijdens kantooruren (1,1%). Dat het percentage verwijzingen naar de seh vanuit de huisarts buiten kantooruren hoger ligt dan bij de huisarts tijdens kantooruren, is verklaarbaar. Tijdens anw-uren ontvangt de huisarts namelijk meer acute zorgvragen dan tijdens kantooruren. De huisartsenvoorzieningen tijdens anw zijn immers ingericht ten behoeve van spoedvragen.

2.1.2 Regionale ambulancevoorziening

Een patiënt kan ook via de regionale ambulancevoorziening (rav) de acute zorgketen instromen. Er is dan contact geweest met de meldkamer ambulancezorg. De meldkamer ambulancezorg heeft opdracht gegeven aan een ambulance om naar de patiënt toe te gaan en zorg te verlenen.

Aantal ambulance-inzetten 2014-2018



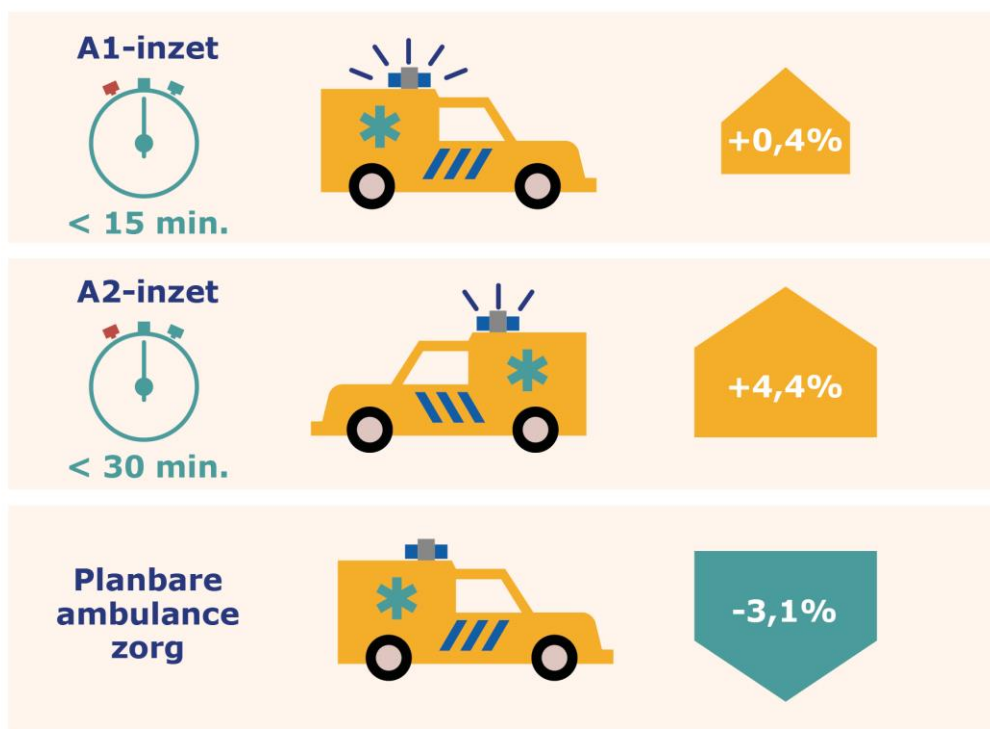
Bron: RIVM

Het totaal aantal spoedeisende inzetten door ambulances steeg in 2018 met 1,9% ten opzichte van 2017. In de monitor acute zorg 2018 zagen we dat het aantal spoedeisende inzetten in 2017 vrijwel gelijk bleef ten opzichte van 2016.

In 2018 bleef het aantal A1-inzetten (responstijd 15 minuten onder normale omstandigheden) vrijwel gelijk (stijging 0,4%) ten opzichte van 2017. Daarentegen nam het aantal A2-inzetten (streefnorm: responstijd 30 minuten) toe met 4,4%. De planbare ambulancezorg nam in 2018 af met 3,1% ten opzichte van 2017.

Door de groei van het aantal A-inzetten en de daling in het aantal planbare inzetten, neemt het aandeel van de planbare inzetten opnieuw af.

Instroom acute zorg via de regionale ambulancevoorziening (2017-2018)



Bron: RIVM

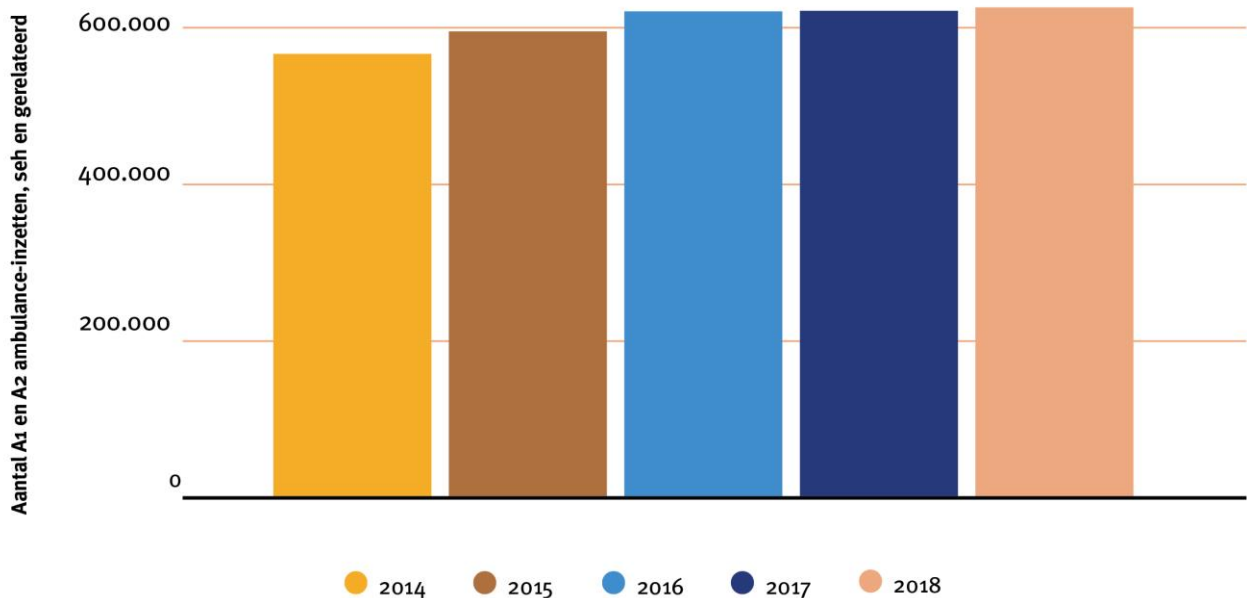
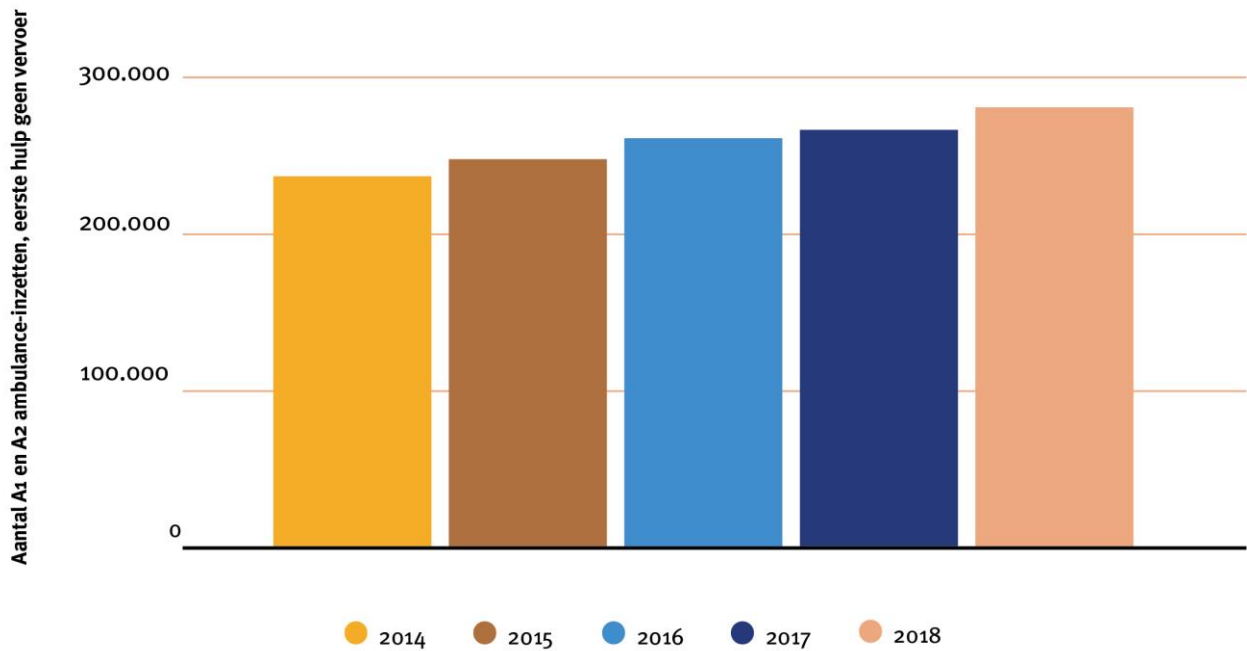
Bij spoedeisende inzetten (A1/A2-ritten) zien we de laatste 5 jaar op landelijk niveau een sterke toename in het aantal eerste hulp, geen vervoer (ehgv) ambulance inzetten. In 2018 nam dit met 5,4% toe ten opzichte van 2017. Ook in 2017 zagen we een jaarlijkse stijging van het aantal spoedeisende inzetten met eerste hulp/geen vervoer van 2,1%.

Het aantal afgebroken inzetten neemt opnieuw toe in 2018 naar ongeveer 35.000 inzetten (in 2017: 32600 inzetten). In 2016 waren dit nog ongeveer 29.000 inzetten. Deze stijging heeft te maken met het toenemend gebruik van Directe Inzet Ambulance (DIA). Niet alle regio's registreren afgebroken ritten. Het aantal ritten is dus geen landelijk cijfer.

Het aantal loze inzetten is van 2016 tot en met 2018 gedaald van ongeveer 42.000 inzetten naar 37.000 inzetten. Ook het aantal interklinische inzetten of overplaatsingen is van 2016 naar 2018 afgenomen van ongeveer 21.000 inzetten naar ongeveer 18.000 inzetten.

Voor de inzetten naar de seh (en gerelateerde afdelingen) zien we een sterke toename tussen 2014-2016. Dit stabiliseerde in 2017, maar in 2018 zien we opnieuw een lichte toename. Voor definities van de type inzetten, zie pagina 15 van het [uniform begrippenkader ambulancezorg](#).

Instroom acute zorg via de regionale ambulancevoorzieningen (2014-2018), ehgv-ritten en ritten naar seh



Bron: RIVM

Landelijk zien we een toename in het totaal aantal spoedeisende ambulance inzetten in 2018. Deze trend zien we terug in alle ROAZ-regio's, behalve in de regio Zwolle en Euregio. In 2018 zien we een toename van deze inzetten met 3,9% tot 6,2% in de regio's Noord-Nederland, Acute Zorgregio Oost en Limburg. In verschillende regio's zoals Euregio, Noordwest, West, Zuidwest en Zwolle zien we een daling tot een lichte groei in 2018 van -0,1% tot 0,8% (na een sterke groei in de periode daarvoor). Dit zien we terug in het aantal absolute spoedeisende inzetten, als in de gestandaardiseerde aantal inzetten per 1000 inwoners van de bevolking.

2.1.3 Spoedeisende hulpafdelingen

De patiënt kan op verschillende manieren op de seh belanden: via de huisarts, via de regionale ambulancevoorziening, maar ook via een telefonische doorverwijzing van bijvoorbeeld de verloskundige of verpleeghuisarts.

Daarnaast kan de patiënt op eigen initiatief naar de seh komen: de zogenoemde 'zelfverwijzers'. Dit is het geval als de patiënt zelf heeft ingeschat dat de seh de juiste plek voor behandeling is en er geen tijd verloren mag gaan. Ook kan de patiënt in overleg met een zorgverlener (bijv. een behandelend arts of andere zorgverlener zoals een verloskundige) afspreken dat zij bij bepaalde klachten direct naar de seh komen.

We zien in de cijfers dat ouderen en heel jonge kinderen het vaakst op de seh komen. De manier waarop, verschilt per leeftijdscategorie. De meeste patiënten komen via de huisarts bij de seh. Vooral ouderen hebben een grotere kans om via de ambulance op de seh terecht te komen. Jonge kinderen tot 4 jaar en jong volwassenen komen juist relatief minder vaak bij de seh via de huisarts of de ambulance.

Ten opzichte van 2016 zien wij een afname van 1 procentpunt in het aandeel patiënten die op een andere manier op de seh komen (niet via de huisarts of ambulance), van 33,5 procent naar 32,5 procent. Ook zien we dat de doorverwijzing vanuit de huisarts/huisartsenpost voor de leeftijdscategorieën 0-4 en 75 jaar en ouder in 2017 afneemt.

Aantal seh's

Het aantal seh's in Nederland neemt gestaag af. Tussen 2016 en 2019 sloten 7 seh's en nam het aantal seh's dat 24x7 geopend is met 7 af naar 83. De bereikbaarheid van seh's blijft echter op peil. Uit de analyses van het RIVM blijkt dat nog steeds kan 99,8% van de bevolking binnen 45 minuten van melding per ambulance op de dichtstbijzijnde seh worden gebracht.

Aantal seh-locaties, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
seh's 24x7	91	90	89	86	83
seh's totaal	95	94	94	89	87

Bron: RIVM (peilmoment: maart 2019)

Aantal seh-bezoeken

Uit onderstaande figuur blijkt sprake te zijn van een lichte daling van het aantal seh-bezoeken in 2017 ten opzichte van 2016 van 2,2 procent. Omdat 2018 nog incompleet is, kunnen we alleen een schatting maken met betrekking tot het totaal aantal seh-bezoeken in dat jaar. De verwachting is dat 2018 vergelijkbaar aantal seh-bezoeken laat zien. Het totaal aantal seh-bezoeken in 2017 is 2,3 miljoen.

Aantal seh-bezoeken, 2016-2017

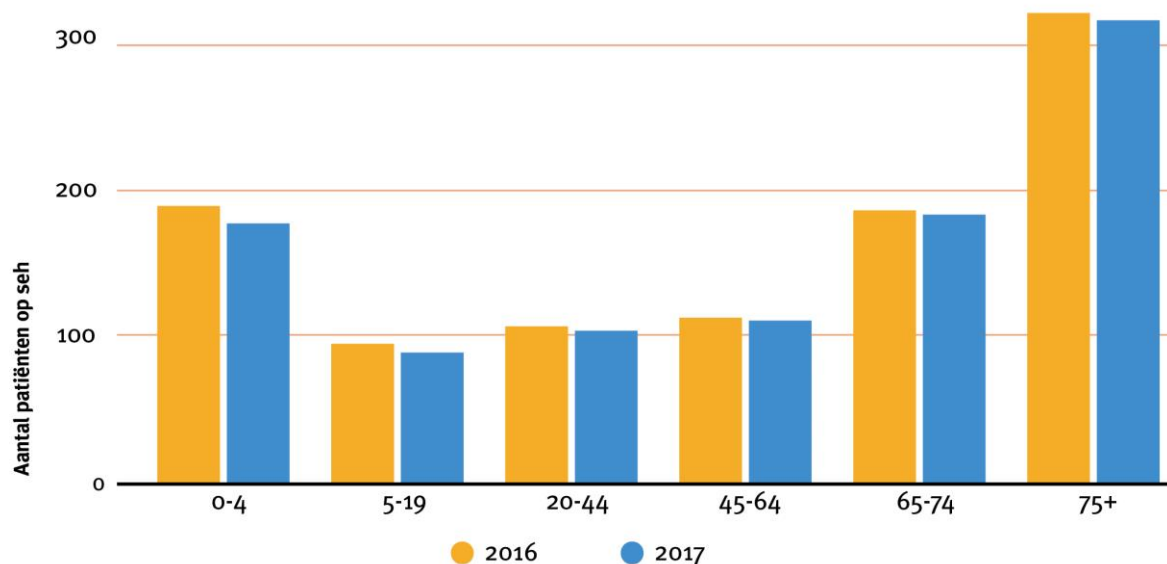


Bron: Vektis

Leeftijd patiënten op de seh

Onderstaande grafiek geeft een beeld van de leeftijd van patiënten die de seh-bezoeken per 1000 inwoners in Nederland. Daaruit blijkt dat naar rato veel 65-plussers en jonge ouders met kinderen tussen 0-4 gebruik maken van de seh.

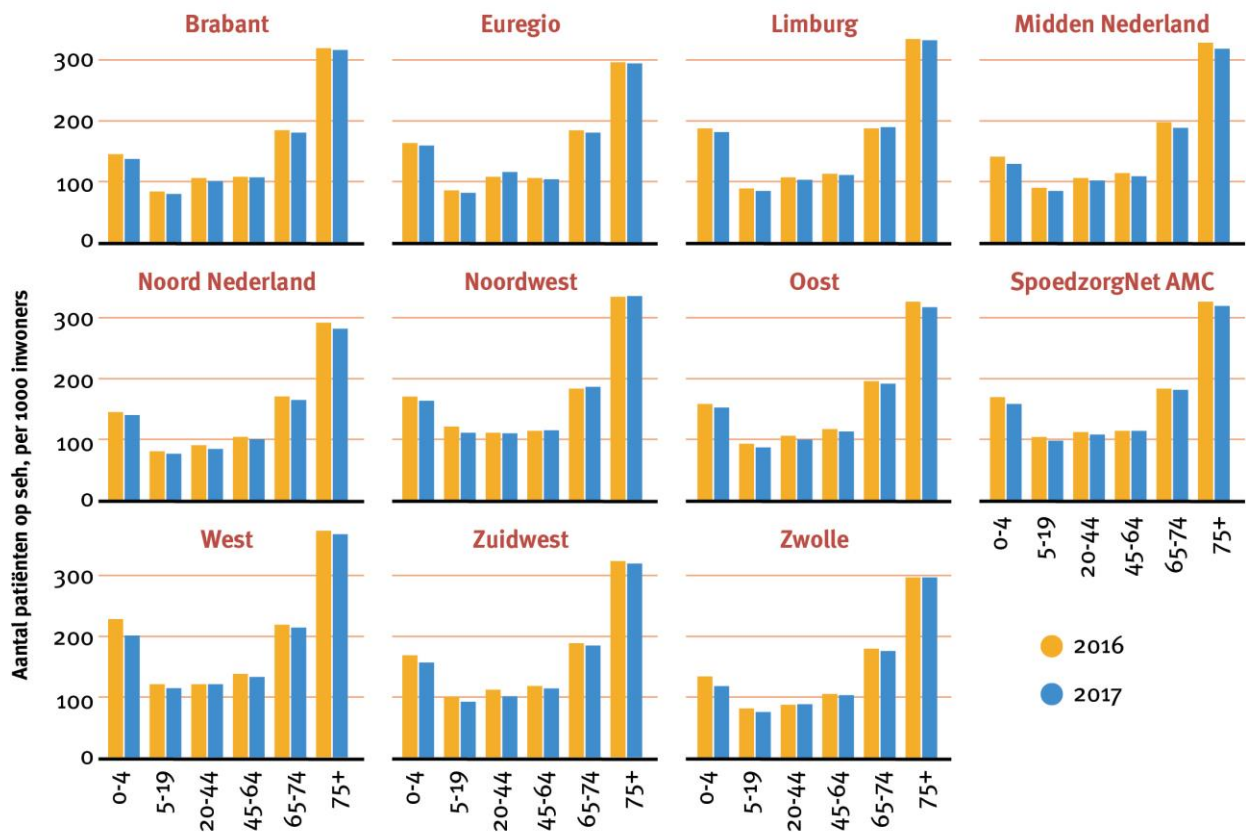
Aantal patiënten op seh, per leeftijdscategorie inwoners, 2016-2017



Bron: Vektis en bevolking CBS

De cijfers per 1000 inwoners per leeftijdscategorie laten zien dat de daling in 2017 aanwezig was in alle leeftijdsgroepen. Tegelijkertijd zien we een verschuiving van de leeftijdsopbouw naar de oudere leeftijdscategorieën. Dit beeld zien we terug bij bijna alle regio's (zie figuur hieronder).

Aantal patiënten op seh, per leeftijdscategorie inwoners per ROAZ, 2016-2017

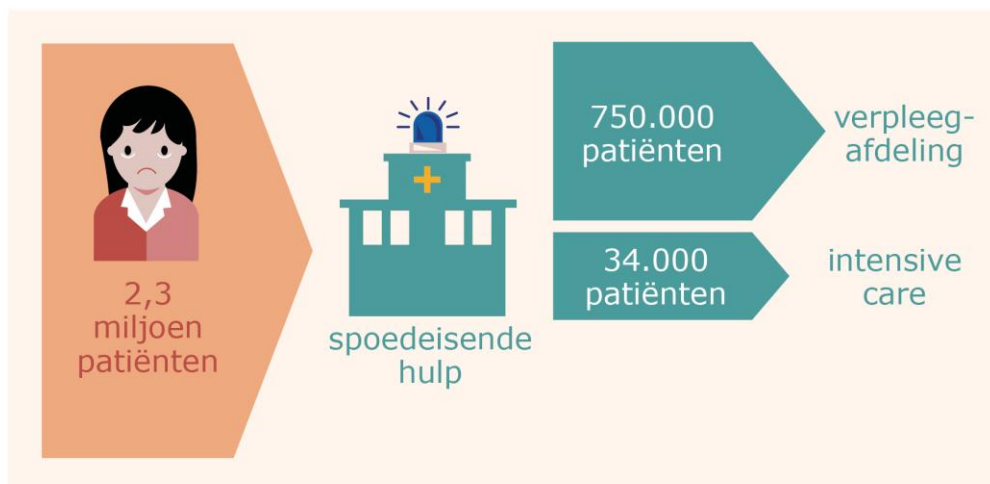


Bron: Vektis en bevolking CBS

2.1.4 Doorstroom vanuit de seh

In 2016 en 2017 wordt ruim een derde van het aantal seh-patiënten na behandeling op de seh opgenomen in het ziekenhuis. Van deze patiënten wordt ongeveer 7 procent van de patiënten eerst opgenomen op de intensive care. 93 procent van de patiënten wordt rechtstreeks opgenomen op de verpleegafdelingen.

Aantal patiënten naar verpleegafdelingen en intensive care, 2017



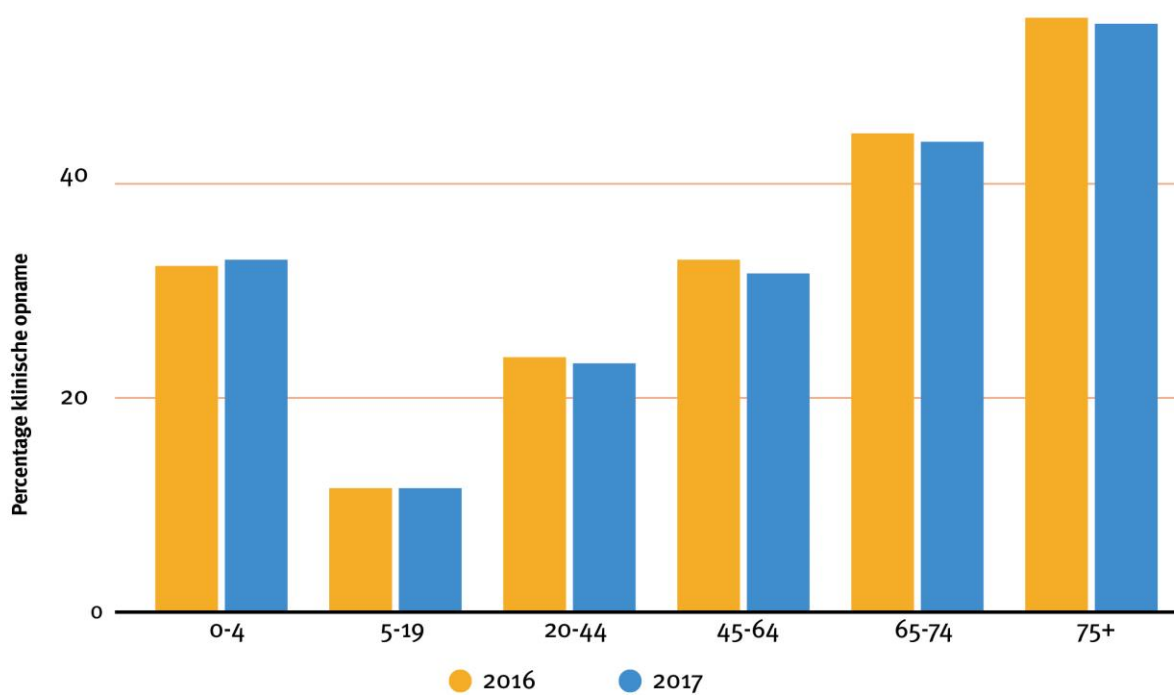
Bron: Vektis

Klinische opnames per leeftijd en aantal dagen

Patiënten die na een seh-bezoek worden opgenomen in het ziekenhuis, liggen hier gemiddeld ruim 6 dagen. Wij zien geen grote verschillen tussen de regio's.

We zien ook hier hetzelfde beeld in de opbouw van de leeftijden: relatief veel 0-4 jarigen, weinig 5-44 jarigen en vooral veel patiënten boven de 65. Een uitsplitsing van de patiënten die na een seh-bezoek worden opgenomen in het ziekenhuis laat zien dat met name 65-plussers in verhouding vaak worden opgenomen.

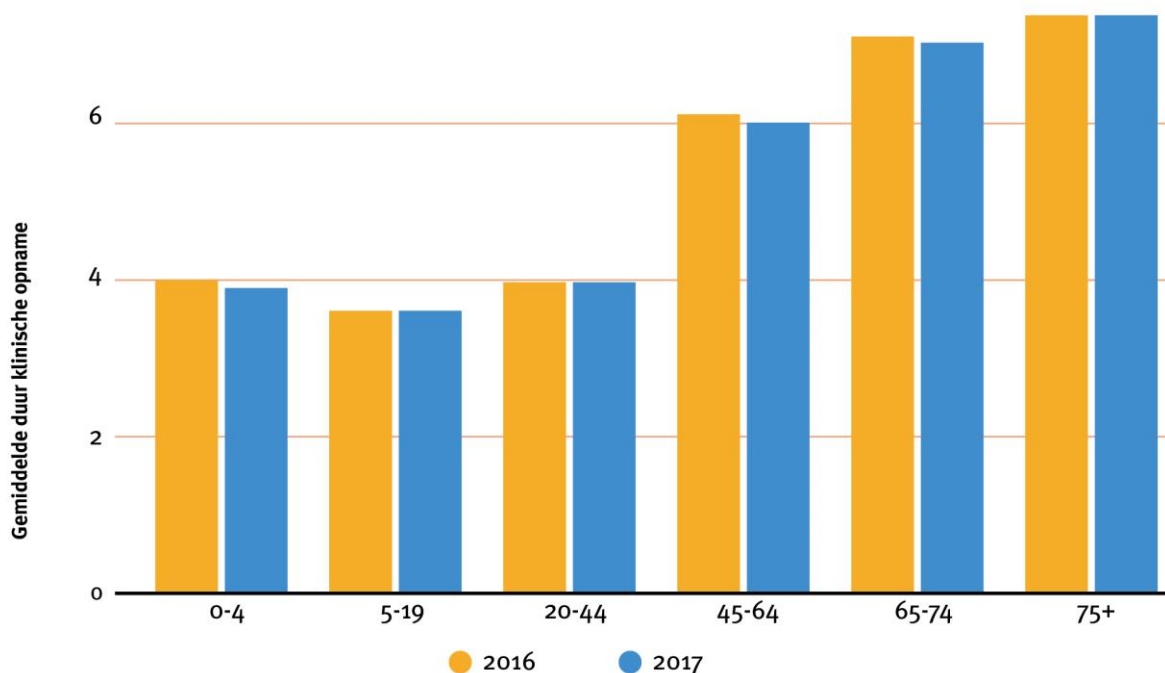
Klinische opname na seh-bezoek per leeftijdscategorie



Bron: Vektis

Onderstaande figuur toont de opnameduur naar leeftijd.

Gemiddeld aantal dagen klinische opname na seh-bezoek per leeftijdscategorie, 2016-2017



Bron: Vektis

Een uitsplitsing van het aantal ligdagen naar ROAZ over de jaren 2016 en 2017 laat zien het gemiddeld aantal dagen klinische opname na een seh-bezoek rond de 6 dagen ligt in alle roaz-regio's. Wel laten sommige roaz-regio's een lichte toename zien in het aantal ligdagen, waar andere regio's een lichte daling laten zien.

2.2 Uitstroom van patiënten acute zorg

Onder uitstroom verstaan wij het moment dat de patiënt de acute fase van de zorgverlening verlaat. Uitstroom kan betekenen dat de patiënt weer gezond is en naar huis terug kan gaan, maar uitstroom kan ook betekenen dat er vervolgzorg nodig is.

2.2.1 Uitstroom van seh

Voor de uitstroom van patiënten vanaf de seh zien we weinig veranderingen tussen 2016 en 2017. Wel zien we een toename in het aantal patiënten dat vanuit de seh doorstroomt naar het eerstelijnsverblijf.

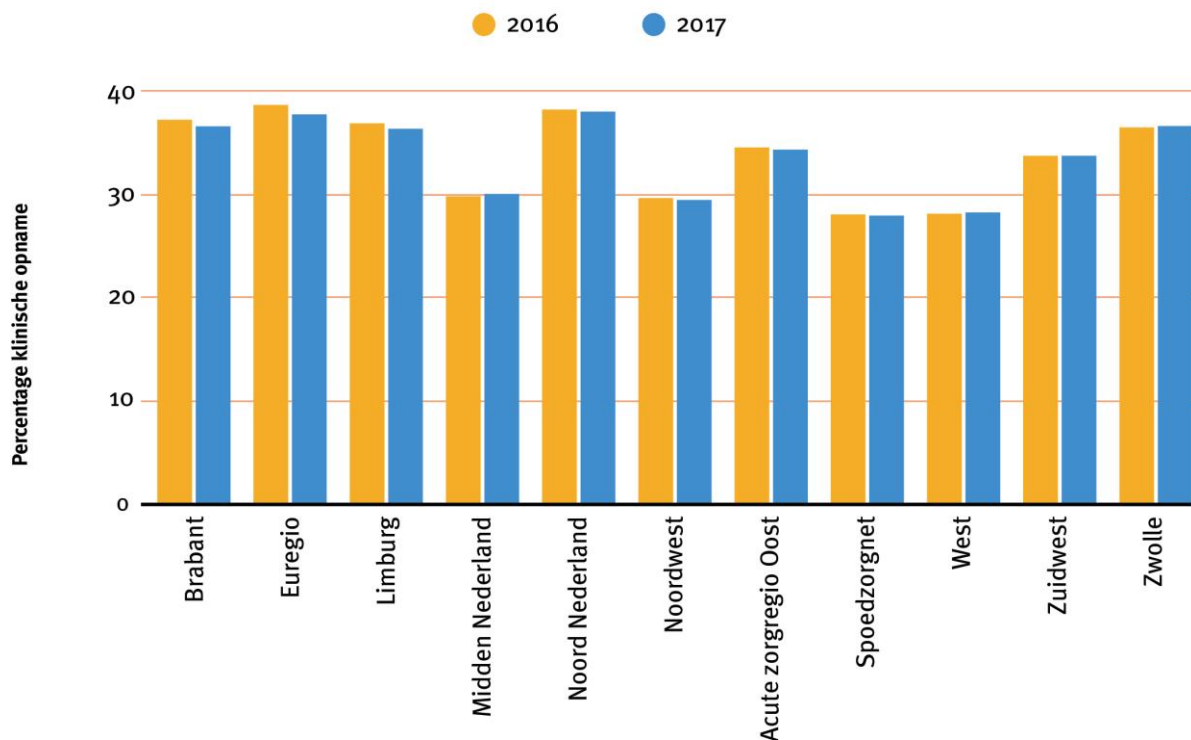
Uitstroom van de seh in procenten

Vervolgzorg, in procenten	2016	2017
Naar huis en overig	60,64	60,79
Klinische opname	33,5	33,33
Ander ziekenhuis	0,92	0,93
(Geriatrische) Revalidatiezorg	0,41	0,42
Wet langdurige zorg	1,53	1,52
Eerstelijnsverblijf	0,08	0,13
Wijkverpleging	2,76	2,72
Verblijf acute psychiatrie	0,04	0,04
Overleden	0,12	0,12

Bron: Vektis

Het aandeel patiënten dat na behandeling op de seh naar huis gaat of wordt opgenomen in het ziekenhuis, verschilt per regio. De vormen van uitstroom vanuit de seh, zoals Wet langdurige zorg, eerstelijnsverblijf of wijkverpleging, zijn erg klein en daarmee moeilijk vergelijkbaar tussen regio's.

Percentage klinische opname per ROAZ-regio



Bron: Vektis

2.2.2 Uitstroom na klinische opname

Onderstaande tabel toont de verdeling van de verschillende uitstroommogelijkheden gezien vanuit de seh. In de figuur zijn de onderlinge procentuele verhoudingen opgenomen. Hierin zie je een weinig veranderingen tussen 2016 en 2017. Wel zien we een toename in het aantal patiënten dat vanuit de seh en een klinische opname in het ziekenhuis doorstroomt naar elv.

Uitstroom van SEH-patiënten na klinische opname in procenten

Vervolgzaam, in procenten	2016	2017
(Geriatrische) Revalidatiezorg	5.32	5.35
Eerstelijnsverblijf	1.12	1.36
Naar huis en overig	71.32	71.04
Overleden	3.60	3.69
Verblijf acute psychiatrie	0.06	0.06
Wet langdurige zorg	4.64	4.66
Wijkverpleging	13.94	13.84

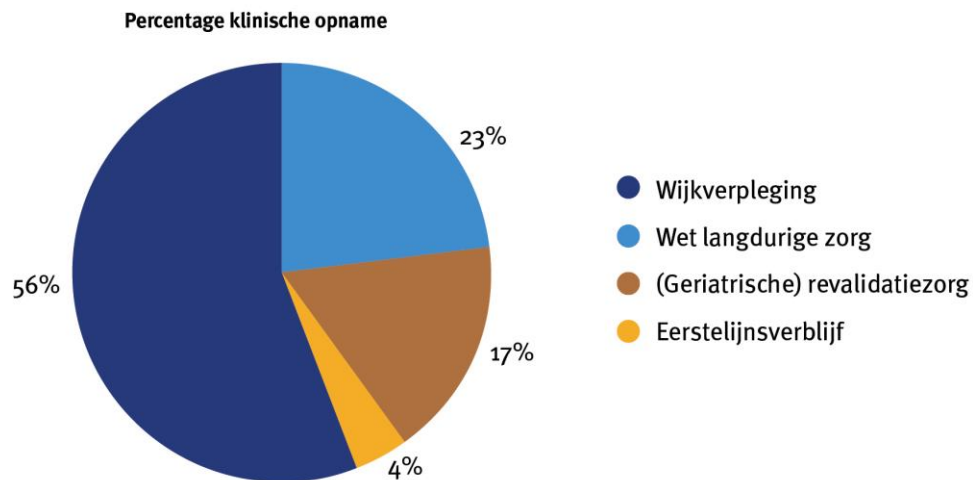
Bron: Vektis

Vervolgzorg buiten het ziekenhuis na seh-bezoek met klinische opname

Onderstaande figuur toont de vervolgzorg die patiënten na het bezoeken van de seh ontvangen (en eventueel na opname in het ziekenhuis).

De meeste patiënten ontvangen wijkverpleging: in 2017 waren dit ongeveer 171.000 patiënten (in 2016: circa 177.000). Ook ontvangen mensen zorg vanuit de Wlz (ca. 72.000 in 2016 en 2017), revalidatiezorg (ca. 52.000 in 2016 en 2017) of eerstelijnsverblijf: ongeveer 13.500 patiënten (ca. 11.000 in 2016).

Vervolgzorg buiten het ziekenhuis na seh-bezoek in 2017



Bron: Vektis

Tabelversie van bovenstaande grafiek

Type vervolgzorg buiten ziekenhuis	% uitstroom na seh-bezoek
Wijkverpleging	56%
Eerstelijnsverblijf	4%
(Geriatrische) revalidatiezorg	17%
Wet langdurige zorg	23%

3 Bronnen en methoden

Dit document bevat aanvullende informatie over de gebruikte gegevensbronnen, analyses en definities in de Informatiekaart Acute Zorg. Deze informatie wordt per analyse gespecificeerd. Eerst geven we een overzicht van de gebruikte datasets.

In onze analyse van de uitstroom kijken wij primair naar de verschillende soorten vervolgzorg. Hierin zijn we gebonden aan beperkingen. Voor een volledig beeld van de uitstroom uit de acute fase zouden wij meer informatie over de stroom in het ziekenhuis willen geven, bijvoorbeeld door informatie over verkeerde beddagen in relatie tot andere vervolgzorg te tonen. Hiermee zouden wij meer duiding kunnen geven aan de vraag of patiënten onterecht in het ziekenhuis liggen, omdat zij bijvoorbeeld niet tijdig kunnen doorstromen naar het elv of de wijkverpleging. Dergelijke analyses zijn echter niet uit de data te halen. Alleen voor patiënten die de langdurige zorg hadden moeten instromen, in plaats van het ziekenhuis, hebben wij het label 'verkeerde beddagen' beschikbaar.

Overzicht van de datasets

In deze sectie worden de gegevensbronnen beschreven die in verschillende analyses worden gebruikt.

2.1 Gegevensbronnen acute zorg

De analyses zijn uitgevoerd op basis van de volgende datasets:

- Declaraties van Vektis (beschikbaar in oktober 2019) op patiëntniveau over huisartsenzorg, medisch-specialistisch zorg, elv, Wlz en wijkverpleging. Deze bestanden koppelen we aan de patiëntkenmerken bestanden van Vektis (geboortjaar, geslacht, postcode van het woonadres)
- Vektis Basic bestand op patiëntniveau, de kolom over spoedeisende zorg door regionale ambulancevoorzieningen
- Dataset ambulance inzetten van het RIVM

Hieronder worden deze datasets in meer detail beschreven.

2.2 Declaraties van Vektis

2.2.1 Dataset huisartsenzorg (Vektis)

De dataset over de huisartsenzorg bevat declaratiegegevens over de periode 2014-2018. Hiervan selecteren we declaraties over consulten, telefonische consulten, en visites.

Onderstaande tabellen bevatten de prestatiecodes die we gebruiken om de relevante prestaties te identificeren met betrekking tot huisartsenzorg in de kantooruren en in de anw-uren. Het productievolume wordt in consulteenheden gemeten. De kolom 'weging' in onderstaande tabellen laat zien met welke weging verschillende prestaties worden meegenomen.

Prestaties huisartsenzorg (consulten en visites) in de kantooruren

PRESTATIECODE	omschrijving	weging
12000	Consult regulier korter dan 20 minuten	1
12001	Consult regulier 20 minuten en langer	2
12002	Visite regulier korter dan 20 minuten	1,5
12003	Visite regulier 20 minuten en langer	2,5
12004	Telefonisch consult regulier	0,5

12400	Consult passant korter dan 20 minuten	1
12401	Consult passant 20 minuten en langer	2
12402	Visite passant korter dan 20 minuten	1,5
12403	Visite passant 20 minuten en langer	2,5
12404	Telefonisch consult passant	0,5
12500	Consult militair korter dan 20 minuten	1
12501	Consult militair 20 minuten en langer	2
12502	Visite militair korter dan 20 minuten	1,5
12503	Visite militair 20 minuten en langer	2,5
12504	Telefonisch consult militair	0,5
12510	Consult gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten	1
12511	Consult gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer	2
12512	Visite gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten	1,5
12513	Visite gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer	2,5
12514	Telefonisch consult gemoedsbezwaarde	0,5

Prestaties huisartsenzorg (consulten en visites) in de anw-uren

PRESTATIECODE	omschrijving	weging
12300	Consult hap/hds	1
12301	Visite hap/hds	1,5
12302	Telefonisch consult hap/hds	0,5
12200	Consult anw korter dan 20 minuten	1
12201	Consult anw 20 minuten en langer	2
12202	Visite anw korter dan 20 minuten	1,5
12203	Visite anw 20 minuten en langer	2,5
12204	Telefonisch consult anw	0,5

2.2.2 Dataset seh (Vektis)

De dataset seh bevat de gegevens over de acute zorg in het ziekenhuis op de seh of een gerelateerde afdeling. De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over medisch-specialistische zorg in 2016,

2017 en 2018 (voor zover beschikbaar in oktober 2018). De gegevens over het jaar 2018 zijn op dit moment nog niet volledig. Daarom wordt dit jaar maar gedeeltelijk in analyses meegenomen. De gegevens over de eerdere jaren zijn nagenoeg volledig. Alleen correcties moeten nog worden verwerkt.

De dataset bestaat uit alle spoedeisende hulp contacten die we identificeren aan de hand van de volgende kenmerken:

- spoedeisende hulp contact op de seh afdeling (ZA 190015)
- spoedeisende hulp contact buiten de seh afdeling, elders in het ziekenhuis (ZA 190016)
- DBC's waarbij geen ZA 190015 of ZA 190016 voorkomen, maar CODE_ZELFVERWIJZER_CD gelijk is aan '01' of '03'. In dit geval zetten we de datum van het bezoek op de openingsdatum van de dbc
- Daarnaast zijn overige zorgproducten van kaakchirurgie meegenomen waarbij CODE_ZELFVERWIJZER_CD gelijk is aan '01' of '03' (declaratiecode begint met '23'). Het aantal van deze declaraties is rond 1000 per jaar.

De selectie van ziekenhuizen bevat alleen algemene en academische ziekenhuizen (AGB-codes beginnend met '0601..' en '0602..').

2.2.3 Dataset klinische opnames (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over medisch-specialistische zorg in 2016-2018. De selectie van ziekenhuizen bevat alleen algemene en academische ziekenhuizen (AGB-codes beginnend met '0601..' en '0602..'). Voor de analyse zijn verpleegdagen, intensive care dagen en "verkeerde bed"-dagen gekoppeld aan de dag van seh-bezoek, waarbij er maximaal één dag verschil is tussen de dag van het seh-bezoek en de verblijfsdag. Aaneengesloten periodes van verblijf zijn aan elkaar verbonden, om opname periodes te definiëren. Op één dag kan een patiënt maar één verblijfstype hebben. Hierbij is uitgegaan dat bij overlap van verschillende typen verblijf de opname die als eerste begint, leidend is. Daarnaast geldt als op dezelfde dag zowel een verpleegdag als een intensive care dag is gedeclareerd, dat verpleegdagen voorrang hebben op intensive care dagen en intensive care dagen op verkeerde bed dagen. Hierdoor zijn de seh-bezoeken en klinische opnames in een reeks aan elkaar gekoppeld. Additioneel is aangenomen dat een seh-bezoek of een klinische opname zonder seh direct vooraf altijd voor de start van een reeks opnames is. Dit betekent dat een reeks maar één seh-bezoek en één klinische opname kan hebben. Dit is zo aangenomen zodat de analyses per seh-bezoek of per klinische opname uitgevoerd kunnen worden

- Verpleegdagen: Zorgactiviteiten met codes 190216, 190218 en 190200.
- Intensive care dagen: Add-ons met declaratiecodes 190155 190154, 190153, 190151 en 190150
- Verkeerde bed dagen: Overige zorgproducten met codes 190031 en 190038

2.2.4 Dataset Revalidatie zorg (Vektis)

We onderscheiden twee types revalidatie zorg, namelijk geriatrische revalidatiezorg (grz) en medisch specialistische revalidatiezorg (msrz). De revalidatiezorg in de Wlz (Wlz) is meegenomen bij de vervolgzorg WLZ. Voor alle types kijken we alleen naar het verblijf in de gegevens over 2015-2017.

- Voor grz zijn de grz verpleegdagen geselecteerd uit de medisch-specialistische zorg data van Vektis. Dit zijn zorgactiviteiten met code 194804.
- Voor msrz zijn de msrz verpleegdagen geselecteerd uit de medisch-specialistische zorg data van Vektis. Dit zijn zorgactiviteiten met code 190200 en 190218 bij agb code waarvan de eerste drie cijfers 616 zijn.

Per type revalidatie zorg zijn aaneengesloten periodes van verblijf aan elkaar verbonden, om opname periodes te definiëren. Vervolgens is dit gekoppeld aan de seh-bezoeken en klinische opname periodes. Op één dag kan een patiënt maar één verblijfstype hebben. Hierbij is uitgegaan van dat bij overlap in opname, de opname die als eerste begint leidend is en vervolgens dat eerst seh-bezoek leidend is daarna klinische opname, daarna grz en daarna msrz.

2.2.5 Dataset elv (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over Wlz en wijkverpleging. We gebruiken voor 2016 de gegevens uit het Wlz bestand met de prestaties SE031, SE063 en SE103. We gebruiken voor de jaren 2017 en 2018 de gegevens uit het wijkverpleging bestand met de prestaties A0001, A0002 en A0003. Aaneengesloten periodes van verblijf zijn aan elkaar verbonden, om opname periodes te definiëren. Elv-opnames zijn gekoppeld aan de dag van seh-bezoek of de laatste dag van klinische opname, waarbij er maximaal twee dagen verschil is tussen de opnames.

2.2.6 Dataset Wijkverpleging (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over wijkverpleging in 2016-2018. Voor de analyse zijn de declaraties van wijkverpleging op pseudo-bsn niveau gekoppeld aan de seh-bezoeken en klinische opnames. Hiermee wordt dan bepaald of er aansluitend, voor of na het seh-bezoek/klinische opname een declaratie van wijkverpleging liep.

2.2.7 Dataset Wlz (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over Wlz in 2016-2017. Voor de analyse zijn de declaraties van Wlz op pseudo-bsn niveau gekoppeld aan de seh-bezoeken en klinische opnames. Hiermee wordt dan bepaald of er aansluitend, voor of na het seh-bezoek/klinische opname een declaratie van Wlz loopt.

2.3 Basic dataset van Vektis

De Basic dataset van Vektis bevat per verzekerde per jaar de totale jaarlijkse kosten van de verzekerde per zorgsector. Uit deze dataset selecteren we alleen de kolom van de jaarlijkse kosten van ambulance spoedeisende inzetten in 2016-2017. Op basis van deze kolom wordt het maximaal mogelijke aantal spoedeisende inzetten berekend per verzekerde in 2016-2017. Deze gegevens koppelen we via het pseudo-bsn aan de gegevens over seh-bezoeken om vervolgens de kans te bepalen per seh-bezoek dat dit bezoek via een ambulance spoedinzet is gebeurd.

2.4 Dataset ambulance inzetten van RIVM

De dataset bevat records over ambulance inzetten in de periode 2014-2018. Deze gegevens zijn niet één-op-één te koppelen (op patiëntniveau) aan Vektis bestanden.

Het aantal regels voor 2017 wijkt af van de AZN publicaties. Dit komt door een aanvullende datalevering van een regio voor November-December 2017. Daarnaast is er nog een mogelijke kleine discrepantie door een andere bewerking van de gegevens over 64 ritten in het bestand voor 2017, waarbij de definitie van het jaar niet eenduidig was. In onze analyse hebben we deze records meegenomen bij het jaar 2016. Dat verklaart een mogelijk verschil in de 2016-2017 cijfers, en hierdoor in de groeicijfers in de periode 2016-2018.

De indeling naar ROAZ is uitgevoerd op basis van het ophaaladres van de patiënt. In de meeste gevallen is de afhaalpostcode bekend. Bij de records met een onbekende postcode, maar waar wél bekende informatie over de woonplaats of gemeente aanwezig is, wordt de centrale postcode van de woonplaats/gemeente gebruikt. De rest van de inzetten wordt op basis van de centrale postcode RAV naar ROAZ ingedeeld. Omdat het aantal inzetten met een ontbrekend afhaaladres relatief klein is, en omdat de meeste patiënten van een RAV vaak in dezelfde ROAZ zitten, kunnen we deze procedure in de meeste gevallen toepassen, behalve regio Amsterdam in het jaar 2014, waarin dit tot een scheve verdeling kunnen leiden tussen ROAZ Noordwest en ROAZ SpoedZorgNet AMC. Omdat de gegevens over afhaaladressen volledig zijn in het jaar 2016, maar niet in 2014, gebruiken we de ratio van het jaar 2016 als verdelingsleutel voor het jaar 2014.

Gegevens per analyse: Patiëntenstromen acute zorg

Tabel: basisgegevens aanbieders acute zorg 2018

Bronnen:

Capaciteit is ingevuld op basis van eerdere publicaties.

Het zorggebruik is berekend op basis van bestanden van declaraties Vektis en ambulance inzetten RIVM.

Figuur: Instroom patiënten acute zorg via de huisarts

Bronnen: Vektis en van der Maas et al (2018)

- Het aantal consulteenheden in de kantooruren en in de anw-uren is berekend met de weging volgens de bovenstaande tabellen. (Bron: Vektis)
- Het aantal acute spoedconsulten van de huisarts in de kantooruren is weergegeven op basis van: Josan van der Maas, Martijn Rutten, Marleen Smits, Kees van Boven, Paul Giesen (2018) Spoedzorg in de huisartsenpraktijk, Huisarts en wetenschap, februari 2018.
- Het aantal doorverwezen patiënten naar seh is het aantal patiënten met zowel een contact met de huisarts/hap als een seh-bezoek op dezelfde dag. De cijfers over 2017 zijn realisatie; de respectievelijke cijfers over 2018 zijn geschat als aantal consulteenheden in 2018 * doorverwijzing percentage in 2017 (Bron: Vektis)

Figuur: Consulteenheden huisartsen in de kantooruren per ROAZ, 2015-2018

Bron: Vektis

De index is berekend als percentage ten opzichte van 2014. De cijfers laten de toename/afname zien van de totale productie per ROAZ. De indeling naar ROAZ is gedaan op basis van de postcode van de patiënt.

Figuur: Landelijke ontwikkeling aantal (telefonische) consulten en visites anw-uren 2014-2018

Bron: Vektis

De index is berekend als percentage ten opzichte van 2014.

Het aantal consulten is het aantal prestaties 12300, 12200, 12201.

Het aantal telefonische consulten is het aantal prestaties 12302, 12204.

Het aantal visites is het aantal prestaties 12301, 12202, 12203.

Het aantal consulteenheden is een gewogen som met de weging op basis van de tabel van gewichten in sectie 2.2.1 van Bronnen en Methoden.

Door de verschillen in standaardisaties kunnen de aantallen in deze publicatie licht afwijken van de aantallen in eerdere publicaties (Marktscan 2017, en Monitor 2018) maar het kwalitatieve beeld blijft consistent met eerdere publicaties. Onze constatering over de ontwikkeling 2015 wijkt licht af van recent NIVEL-onderzoek. NIVEL constateert op basis van gegevens van 19 hds'en dat de omvang van de zorgvraag op de hap nauwelijks verandert in de periode 2013-2015. Wij constateren een stijging in 2015 en 2016.

Figuur: Consulteenheden huisartsen anw per ROAZ, 2014-2018

Bron: Vektis

De index is berekend als percentage ten opzichte van 2014. De cijfers laten de toename/afname zien van de totale productie per ROAZ. De indeling naar ROAZ is gedaan op basis van de postcode van de patiënt.

Figuur: Aantal consulteenheden huisarts anw, per leeftijdscategorie inwoners, 2014-2018

Bron: Vektis

Zie sectie 2.2.1 voor de relevante selectie van prestaties huisartsenzorg anw uren en de definitie van (gewogen) 'consulteenheden'. Het aantal consulteenheden is gecorrigeerd per 1000 inwoners per leeftijdsgroep

op basis van de bevolkingsstatistieken van het CBS op postcodeniveau. We gebruiken peildatum 1 januari. De acute zorg aan baby's geboren in dat jaar, wordt in hun geboortjaar meegenomen bij de leeftijdsgroep '0-4'.

Een kleine discrepantie met gestandaardiseerde getallen uit onze eerdere publicaties ontstaat door kleine verschillen in toegepaste standaardisaties, o.a. de keuze van de peildatum. Het kwalitatief beeld blijft consistent met eerdere publicaties.

Figuur: Aantal ambulance-inzetten 2014-2018

Bron: RIVM

Per urgentieniveau is het totaal aantal inzetten weergegeven op basis van het bronbestand van het RIVM. Een kleine afwijking in de cijfers van de eerdere publicaties komt door de update van het bronbestand dat we gebruiken.

Figuur: Spoedeisende ambulance inzetten (A1- en A2-urgentie) per type, 2014-2018

Bron: RIVM

De analyse is uitgevoerd op basis van urgentieniveaus A1 en A2. Om presentatieredenen zijn enkele categorieën samengevoegd, namelijk:

- "seh en gerelateerde afdelingen" staat voor "seh (presentatie)", "opname" of "poliklinisch".
- "eerste hulp; geen vervoer" bestaat uit "EH/geen vervoer" en "EH/assistentie".
- "interklinisch, overplaatsing (geen seh)" bestaat uit "overplaatsing", "interklinisch (ziekenhuis)", "interklinisch (zorgverzekeraar)", en "MICU/PICU (declarabel)".

Figuur: Spoedeisende inzetten (A1- en A2-urgentie) per regio 2014-2018

Bron: RIVM en Statline CBS

De indeling naar ROAZ is gedaan op basis van het ophaaladres van de patiënt. Zie sectie 2.4 van Bronnen en Methoden voor de beschrijving van de benadering bij inzetten met een ontbrekende ophaallocatie van de patiënt. Het aantal inzetten is gecorrigeerd per 1000 inwoners per ROAZ op basis van de bevolkingsstatistieken van het CBS. Voor meer details over de toegepaste standaardisatie zie de beschrijving van de figuur over aantallen consulteenheden huisarts anw per leeftijdscategorie inwoners (eerder in deze sectie).

Figuur: Herkomst patiënt op de seh naar leeftijd, 2016-2017

Bron: Vektis en Statline CBS

Bij elke patiënt op de seh (per seh-bezoek) wordt bepaald of de patiënt op dezelfde dag gebruik heeft gemaakt van huisartsenzorg of van ambulancezorg. Categorie 'Overige herkomst' staat voor seh-bezoeken zonder huisartsenzorg of ambulancezorg op dezelfde dag.

Per seh-contact is het gebruik van de huisartsenzorg op dezelfde datum geïdentificeerd op basis van declaraties van Vektis. De kans op het gebruik van de spoedeisende ambulancezorg is berekend bij benadering, op basis van de gegevens uit Basic bestand van Vektis:

Als eerste stap gebruiken we de tarieven van de ambulancezorg om het maximaal mogelijke aantal spoedeisende inzetten per jaar per patiënt te berekenen. Als tweede stap nemen we aan dat het aantal relevante inzetten waarin de patiënt per ambulance naar het ziekenhuis is gebracht gelijk is aan het minimum van het aantal uit de eerste stap en het aantal seh-bezoeken van de patiënt in dat jaar. Na deze stap zijn er drie groepen patiënten: (i) zonder spoedeisende ambulancezorg; (ii) met spoedeisende ambulancezorg waarbij het aantal ambulance inzetten per jaar gelijk is aan het aantal seh-bezoeken; (iii) met spoedeisende ambulancezorg waarbij het aantal inzetten kleiner is dan het aantal seh-bezoeken. Bij deze laatste groep gaan we ervan uit dat de kans van een ambulance inzet bij elk seh-bezoek even groot is. Als het aantal seh-bezoeken meer dan of gelijk is aan het aantal spoedeisende ambulance inzetten, nemen we aan dat alle bezoeken per ambulance zijn gegaan. Onder deze aannames berekenen we het verwachte aantal patiënten per categorie, inclusief de categorie "overige herkomst".

Het aantal patiënten is gecorrigeerd per 1000 inwoners per leeftijdsgroep op basis van de bevolkingsstatistieken van het CBS. Voor meer details over deze standaardisatie zie de beschrijving van de figuur over aantallen consulteenheden huisarts anw per leeftijdscategorie inwoners (eerder in deze sectie).

Tabel: Aantal seh's 2003-2019

Bron: RIVM

RIVM "Aanbod en bereikbaarheid van de spoedeisende ziekenhuiszorg in Nederland "

Figuur: Aantal seh-bezoeken, 2016-2017

Bron: Vektis

De analyse is uitgevoerd op basis van de dataset SEH, geselecteerd uit declaraties van Vektis 2016-2017 over de medisch specialistische zorg. In 2016-2017 zijn deze declaratiegegevens nagenoeg volledig. Alleen correcties worden nog verwerkt.

Figuur: Bezoek seh naar leeftijd, 2016-2017

Bron: Vektis

De SEH bezoeken (beschreven hierboven) zijn gekoppeld aan de leeftijd en ROAZ op basis van de postcode van de patiënt. De leeftijd is gedefinieerd op de peildatum 1 januari. Baby's in hun geboortjaar worden meegenomen bij de leeftijdscategorie '0-4'. Een kleine discrepantie met de monitor 2018 ontstaat door het gebruik van volledige gegevens over beide jaren in de huidige publicatie en door de andere peildatum. Het kwalitatief beeld komt overeen in beide publicaties.

Figuur: Aantal patiënten op seh, per leeftijdscategorie inwoners, 2016-2017

Bron: Vektis

Het aantal bezoeken SEH (beschreven hierboven) is gecorrigeerd per 1000 inwoners per leeftijdsgroep op basis van de bevolkingsstatistieken van het CBS. Voor meer details over deze standaardisatie zie de beschrijving van de figuur over aantallen consulteenheden huisarts anw per leeftijdscategorie inwoners (eerder in deze sectie).

Figuur: Aantal seh-patiënten naar verpleegafdelingen en intensive care, 2017

Bron: Vektis

De gekoppelde data zoals beschreven in 2.2.2-2.2.3 is hiervoor gebruikt.

Voor 2017 is berekend hoeveel patiënten vervolgzorg naar een verpleegafdeling of intensive care nodig hadden na een seh-bezoek.

Figuur: Percentage klinische opname na seh-bezoek per leeftijdscategorie, 2017

Bron: Vektis

De gekoppelde data zoals beschreven in 2.2.2-2.2.3 is hiervoor gebruikt.

In de gekoppelde data is per seh-bezoek aangegeven of er een klinische opname is. Het percentage klinische opname per leeftijdscategorie berekend.

Figuur: Gemiddeld aantal dagen klinische opname na seh-bezoek per leeftijdscategorie, 2017

Bron: Vektis

De gekoppelde data zoals beschreven in 2.2.2-2.2.3 is hiervoor gebruikt.

In de gekoppelde data is per seh-bezoek het aantal klinische opname dagen aangegeven. Hiervan is dan het gemiddeld aantal klinische opnamedagen per leeftijdscategorie berekend.

Tabel: Uitstroom seh 2016-2017

Bron: Vektis

De gekoppelde data zoals beschreven in 2.2.2-2.2.7 is hiervoor gebruikt.

Voor 2016 en 2017 is berekend hoeveel patiënten de verschillende types vervolgzorg hadden na een seh-bezoek of een seh-bezoek met klinische opname. Additioneel is de vervolgzorg in een ander ziekenhuis bepaald. Als er op de dag of de dag na het seh-bezoek een klinische opname was met een andere agb-code dan de agb-code van het seh-bezoek dan is het vervolgzorg in een ander ziekenhuis.

Figuur: Percentage klinische opname na seh-bezoek per ROAZ-regio, 2017

Bron: Vektis

De gekoppelde data zoals beschreven in 2.2.2-2.2.3 is hiervoor gebruikt.

In de gekoppelde data is per seh-bezoek aangegeven of er een klinische opname is. Het percentage klinische opname per ROAZ-regio berekend. De SEH bezoeken zijn gekoppeld aan de ROAZ op basis van de postcode van de patiënt.

Tabel: Uitstroom seh na klinische opname 2016-2017

Bron: Vektis

De gekoppelde data zoals beschreven in 2.2.2-2.2.7 is gebruikt.

Voor 2016 en 2017 is berekend hoeveel patiënten de verschillende types vervolgzorg hadden na een seh-bezoek met klinische opname.

Figuur: Vervolgzorg na seh, buiten het ziekenhuis, 2017

Bron: Vektis

Het aantal seh-bezoeken en het aantal seh-bezoeken waarna klinische opname volgde zijn opgeteld en van de relevante vervolgzorg is de verdeling gepresenteerd.