

Update cijfers acute zorg 2016-2020

Maart 2022



Inhoudsopgave

1	Samenvatting	3
2	Inleiding	4
3	Ontwikkelingen acute zorg	5
4	Instroom van patiënten acute zorg	7
4.1	Huisarts	8
4.1.1	Instroom via de huisarts tijdens kantooruren	8
4.1.2	Instroom via de huisarts buiten kantooruren	12
4.2	Ambulancezorg	16
4.3	Spoedeisende hulpafdelingen	21
4.4	SEH-stops	24
5	Uitstroom van patiënten acute zorg	27
5.1	Klinische opname na seh	27
5.2	Uitstroom na klinische opname	29
6	Bronnen en methoden	31
6.1	Gegevensbronnen acute zorg	31
6.1.1	Declaraties van Vektis	31
6.1.2	Dataset ambulance inzetten van RIVM	35
6.1.3	Dataset van seh-stops	35
6.2	Gegevens per analyse: Patiëntenstromen acute zorg	36

1 Samenvatting

In de monitor acute zorg 2020 constateerden we dat de acute zorg nog steeds voldoende toegankelijk is, maar dat de druk hoog is. Inzicht in de ontwikkelingen van de acute zorg blijft dan ook belangrijk om problemen tijdig te kunnen signaleren. Het doel van deze informatiekaart acute zorg is een update te geven van de cijfers over de acute zorg op basis van de meest recent beschikbare data, zonder deze cijfers diepgaand te duiden. Een uitgebreide duiding van de cijfers en ontwikkelingen in de acute zorg zullen we volgend jaar doen in de monitor acute zorg.

Deze informatiekaart geeft de ontwikkelingen van de acute zorg weer op basis van de cijfers uit de periode 2016 tot en met 2020 (behalve voor de SEH-stops, waar ook data over 2021 beschikbaar is). De uitbraak van het Covid-19 virus in 2020 en de maatregelen om de verspreiding te voorkomen (zoals de lockdowns) hebben een grote invloed gehad op de zorgvraag. Uit diverse onderzoeken en analyses blijkt dat er in deze periode minder letsel, minder andere infecties, minder alcohol intoxicaties en zelfs minder hartinfarcten zijn geregistreerd. Hierdoor zien we ook een afname van de reguliere acute zorg. Deze afname van de reguliere patiëntenstroom naar de acute zorg is vele malen groter dan de toename als gevolg van de patiënten met het Covid-19 virus. Hierdoor zien we in 2020 een terugval van de zorgvraag binnen de gehele acute zorgketen: we zien dat het aantal patiënten bij de huisartsen tijdens kantoortijden en daarbuiten is gedaald met respectievelijk 4% en 8,2%. En vanuit de huisartsenpost is het aantal patiënten dat is doorverwezen naar de seh gedaald van 13,1% in 2019 naar 12,3% in 2020.

De ambulancezorg laat zien dat het aantal spoedeisende inzetten na jaren van stijging in 2020 daalt (A1-inzetten met 3,4%, A2-inzetten met 4,0%). Opvallend daarbij blijft de grote toename in A2-inzetten in de afgelopen jaren. Deze toename wordt vooral veroorzaakt door een stijging in aantal mobiele zorgconsulten en afgebroken inzetten.

Vanaf 2016 tot en met 2019 zien we een afname van 3,9% in het aantal seh-bezoeken op de spoedeisende hulp en gerelateerde afdelingen, zoals de eerste harthulp (ehh). In 2020 is er echter een veel grotere afname van 12,4% in één jaar. Ook deze daling wordt verklaard door de uitbraak van het Covid-19 virus en de maatregelen tegen de verspreiding daarvan. De grootste daling van het aantal seh-bezoeken vindt plaats tijdens de lockdown-periodes in het tweede en het vierde kwartaal van 2020.

Wel moet opgemerkt worden dat de hierboven beschreven dalingen in reguliere acute zorg gelijktijdig plaats vonden met een toename in zorgvraag als gevolg van het aantal besmettingen met het Covid-19 virus. De in deze informatiekaart geconstateerde afname in acute zorgvraag in 2020 weerspiegelt dus geenszins de druk op de gehele zorg zoals deze in ditzelfde jaar is beleefd.

In de uitstroom van patiënten vanaf de seh zien we weinig veranderingen tussen 2019 en 2020. Ongeveer één derde van het aantal patiënten stroomt na de behandeling op de seh door naar een klinische opname in het ziekenhuis. Veruit het grootste deel van de patiënten (circa 60%) kan direct na behandeling naar huis. Het resterende deel krijgt een andere vorm van vervolgzorg.

Wij blijven de ontwikkelingen in de acute zorg volgen: volgend jaar brengen we opnieuw de monitor acute zorg uit.

2 Inleiding

In de monitor acute zorg 2020 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. Het doel van de informatiekaart acute zorg en dit document is een update te geven van de cijfers over de acute zorg op basis van de meest recente data.

Waar in deze informatiekaart enige duiding aan de cijfers wordt gegeven, is dit gedaan op basis van signalen of verklaringen van veldpartijen, onderzoek van de NZa naar de invloed van de Covid-19 pandemie op andere onderdelen van de zorg of algemene ontwikkelingen die bijvoorbeeld in de media zijn beschreven. Deze duidingen moeten dan ook met enige voorzichtigheid worden gehanteerd. Een uitgebreide duiding van de cijfers en ontwikkelingen in de acute zorg zullen we volgend jaar doen in de monitor acute zorg.

De scope van de informatiekaart is beperkt tot de acute zorg volgens onderstaande definitie. Daarnaast publiceert de NZa sinds begin van de pandemie regelmatig informatie over andere onderdelen, zoals over de planbare acute zorg: de zorg waarbij een langer uitstel van behandeling tot schade voor de patiënt kan leiden.

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 is opgenomen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen dat in februari 2020 is opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland.

Patiënten

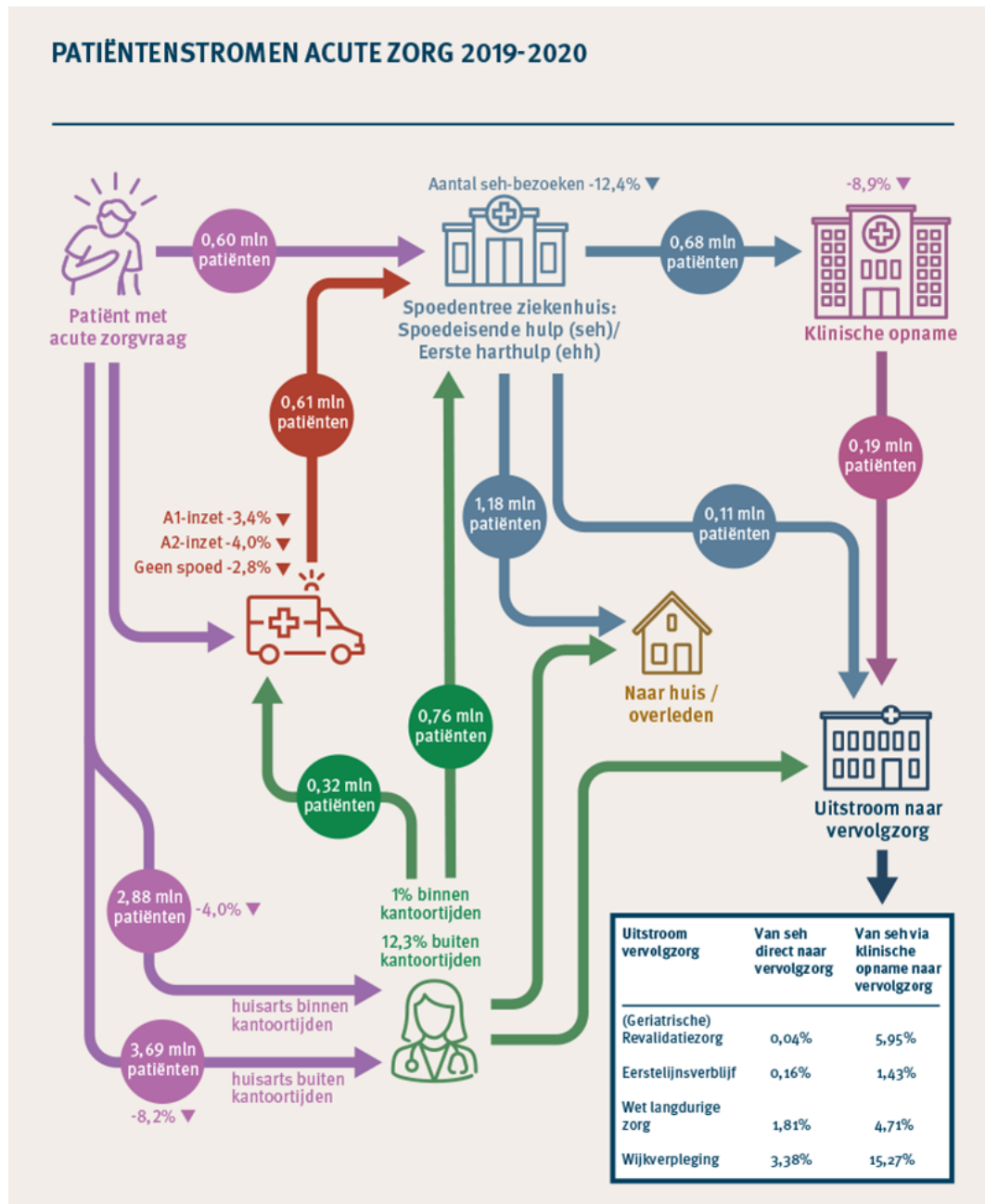
Wanneer we in deze informatiekaart over het aantal patiënten spreken die een bepaalde zorg hebben gehad tijdens een jaar, bedoelen we altijd het aantal unieke patiënten per dag opgeteld naar het jaarniveau.

Bronnen & methoden

Meer informatie over de gebruikte data staat in het hoofdstuk 6 Bronnen & Methoden aan het eind van dit document.

3 Ontwikkelingen acute zorg

De informatiekaart laat de patiëntstromen zien in de acute zorg (zie figuur 1). In de hoofdstukken hierna worden deze verschillende stromen nader toegelicht. Wanneer we in deze informatiekaart over het aantal patiënten spreken die een bepaalde zorg hebben gehad tijdens een jaar, bedoelen we altijd het aantal unieke patiënten per dag opgeteld naar het jaarniveau.



Figuur 1 - bron: Vektis, RIVM en v.d. Maas

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

Tabel 1: Basisgegevens acute zorg 2019 en 2020

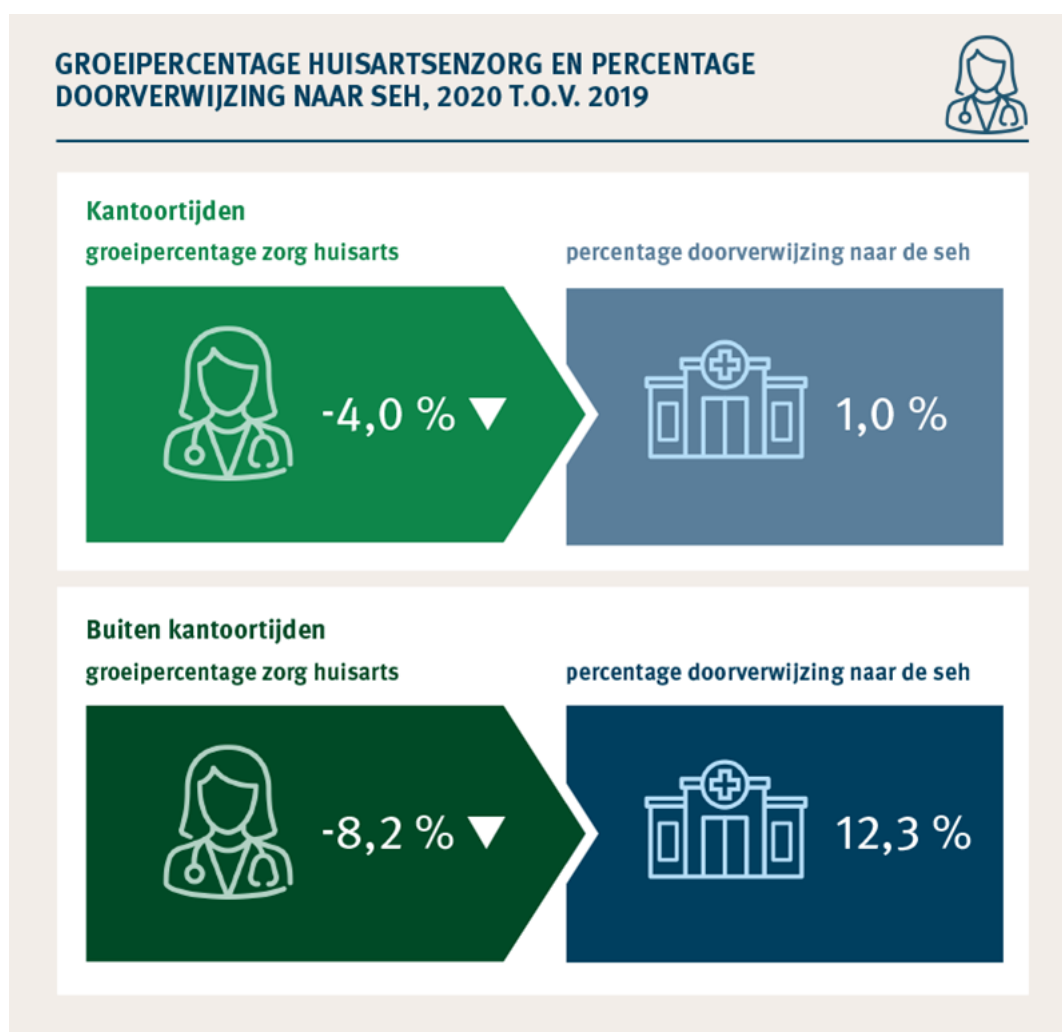
	Huisartsen ¹	Huisartsenposten (hap)	Ambulancezorg	Spoedeisende hulp (seh)
2019	3 miljoen acute patiënten (schatting o.b.v. literatuur)	4 miljoen patiënten	1,35 miljoen inzetten, waarvan ruim 1 miljoen spoedeisende inzetten. Hiervan circa 61% met urgentie A1 en 39% met urgentie A2.	2,25 miljoen patiënten
2020	2,9 miljoen acute patiënten (schatting o.b.v. literatuur)	3,7 miljoen patiënten	1,30 miljoen inzetten, waarvan ruim 983.500 spoedeisende inzetten. Hiervan circa 61% met urgentie A1 en ruim 39% met urgentie A2.	1,97 miljoen patiënten

Bron: Vektis, v.d. Maas en RIVM

¹ Op basis van declaratiegegevens kan een beeld worden geschetst van alle zorgvragen bij de huisarts tijdens kantooruren. Uit die gegevens kan echter niet worden afgeleid welk percentage van deze instroom precies acute zorg is. Deze cijfers zijn een schatting op basis van literatuuronderzoek (zie 4.1.1)

4 Instroom van patiënten acute zorg

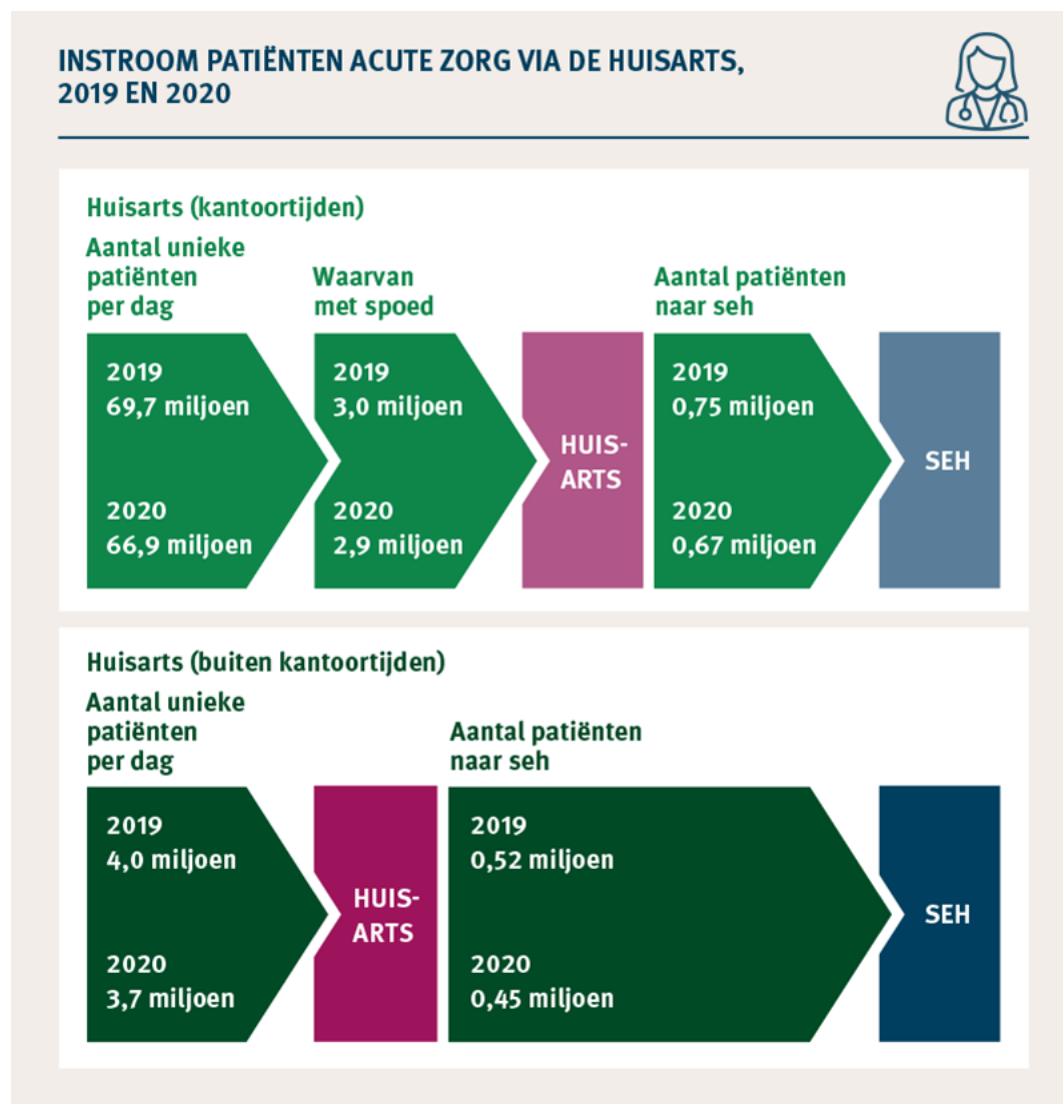
Voor de instroom van patiënten in de acute zorg kijken we naar de instroom via de huisartsenzorg overdag tijdens kantooruren, de huisartsenzorg buiten kantooruren (in de avond-, nacht- en weekenduren), de ambulancezorg en de spoedeisende hulp. Onder instroom verstaan wij de melding en de primaire triage van de spoedzorgvraag. Dit kan zowel telefonische triage zijn, maar ook fysieke triage. Door de uitbraak van de Covid-19 pandemie zien we een daling in de acute zorgvraag in de hele reguliere acute zorgketen. Het aantal patiënten dat spoed-contact zocht met de huisartsen tijdens kantoor tijden en daarbuiten is gedaald met respectievelijk 4% en 8,2% in 2020 (zie figuur 2). Vanuit de huisartsenpost is ook het aantal patiënten dat is doorverwezen naar de seh gedaald van 13,1% in 2019 naar 12,3% in 2020.



Figuur 2 - bron: Vektis en v.d. Maas

4.1 Huisarts

De patiënt kan de acute zorg instromen via de huisarts tijdens kantooruren of via de huisartsenpost (hap) buiten kantooruren. Een klein aantal huisartsen in Nederland vangt zelf de bereikbaarheid buiten kantooruren op. In de analyses hierna maken we onderscheid tussen huisartsenzorg tijdens kantooruren en huisartsenzorg buiten kantooruren. Deze laatste categorie bestaat dus uit zorg geleverd door de eigen huisarts (of diens waarnemer) tijdens avond-, nacht- en weekenduren én zorg geleverd door huisartsen vanuit de huisartsenposten.



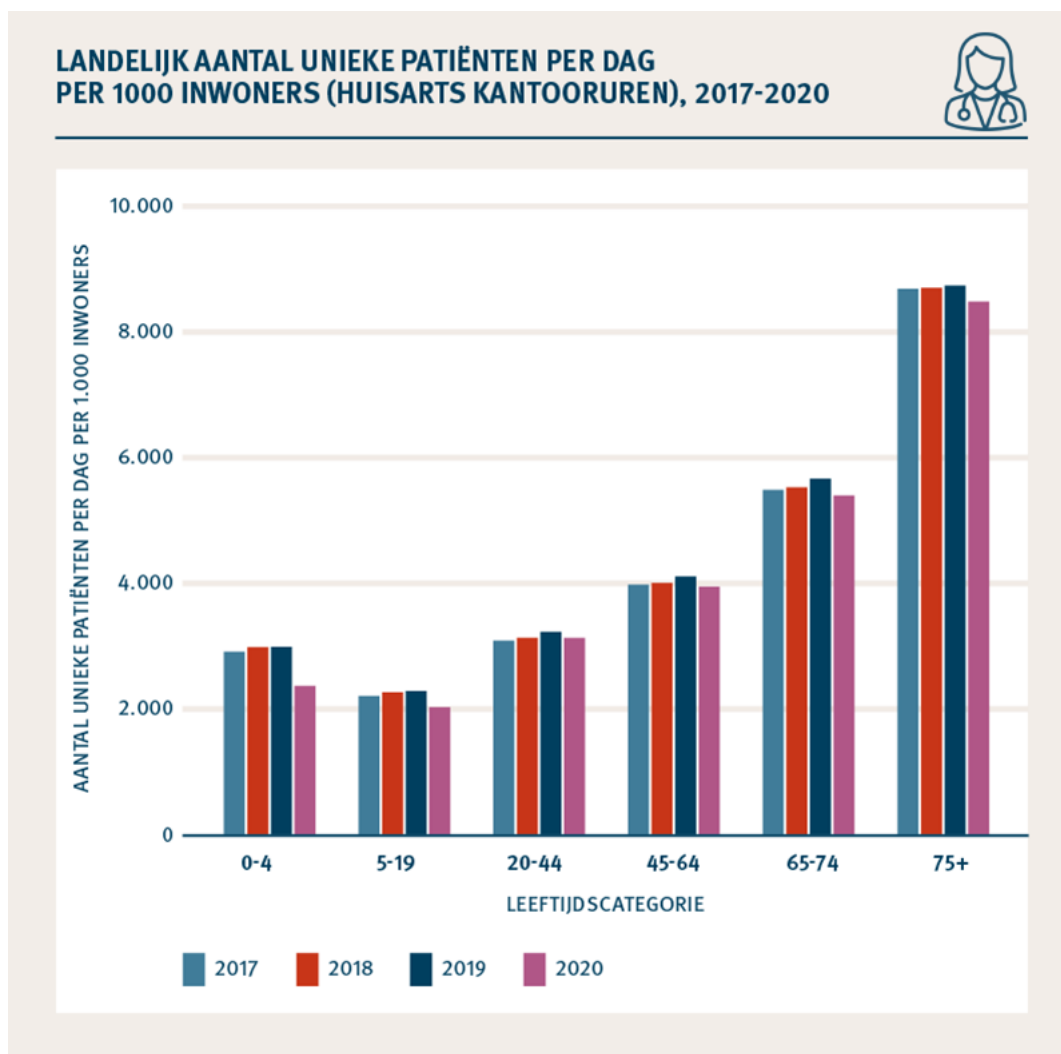
Figuur 3 - bron: Vektis en v.d. Maas

4.1.1 Instroom via de huisarts tijdens kantooruren

Op basis van declaratiegegevens kan een beeld worden geschetst van alle zorgvragen bij de huisarts tijdens kantooruren. Uit deze gegevens kan echter niet worden afgeleid welk percentage van deze instroom precies acute zorg is. Maas et al. (2018) stelt dat het aandeel spoedconsulten van de huisarts rond de 4,3% ligt van alle consulten. Dit uitgangspunt wordt hierna dan ook gebruikt om het aantal spoedconsulten te kunnen schatten. Het onderzoek van Maas et al. (2018) is gebaseerd op data uit 2016. Mogelijk dat het aandeel spoedconsulten door corona veranderd is. Hierover is echter geen nieuw onderzoek beschikbaar.

Aantal patiënten overdag

Een contact met de huisarts kan bestaan uit een fysiek consult bij de huisarts zelf, een visite, een telefonisch consult of een e-mailconsult. Door de uitbraak van de Covid-19 pandemie, de maatregelen daaromheen en voorzichtigheid van huisartsen voor het fysiek leveren van zorg zien we het laatste jaar een substantiële daling in de huisartsenzorg en dan met name in het tweede kwartaal van 2020. In heel 2020 hebben minder patiënten tijdens kantooruren contact gezocht met de huisarts dan het jaar daarvoor, namelijk bijna 66,9 miljoen patiënten (unieke patiënten per dag opgeteld naar het jaarniveau) ten opzichte van 69,7 miljoen patiënten in 2019. Dit is een daling van circa 4%. De daling in het aantal huisartsencontacten zien we terug bij alle leeftijdsgroepen: tot en met 2019 een kleine stijging in patiënten die contact zoeken met de huisarts, gevolgd door een substantiële daling in 2020 tot onder het niveau van 2017.



Figuur 4 - bron: Vektis en bevolking CBS

Op basis van het uitgangspunt dat 4,3% van de huisartsen-consulten spoed zijn, is de schatting dat in 2020 ongeveer 2,9 miljoen spoedconsulten plaats vonden. Daarnaast is gebleken dat in 2019 en 2020 circa 1% van de patiënten die de huisarts tijdens kantooruren heeft bezocht, op dezelfde dag ook de seh heeft bezocht. Dat betekent dat in 2020 tijdens kantooruren ongeveer 0,67 miljoen patiënten werden doorverwezen naar de spoedeisende hulp (zie ook figuur 3).

In 2020 zien we dat er meer korte consulten wordt geleverd, en minder reguliere consulten en visites. Tegelijkertijd zien we dat het aantal contacten per patiënt (op dezelfde dag) met 1% is toegenomen in 2020. We zien dus dat er minder verschillende patiënten per dag zijn, maar dat de patiënten die de huisarts ziet vaker contact hebben met de huisarts gedurende een klachtenepisode. Meerdere kortere (waarschijnlijk telefonische) contacten per dag kunnen op een meer intensieve begeleiding wijzen. Een mogelijke verklaring is een toegenomen gemiddelde zorgzwaarte van patiënten die de huisarts bezoeken.

Aantal unieke patiënten per ROAZ-regio

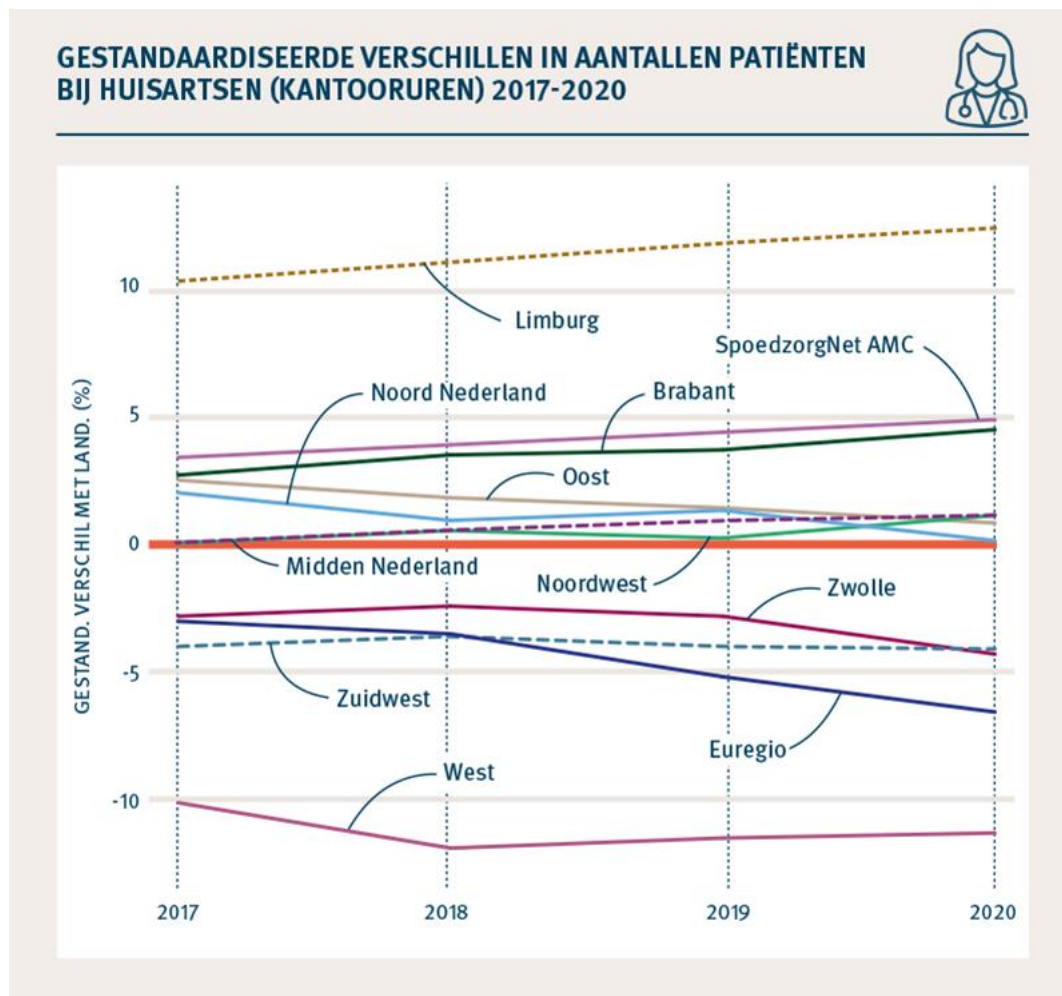
Een analyse per ROAZ-regio laat zien dat er in alle 11 regio's na een geleidelijke stijging tot 2019, in 2020 sprake is van een sterke daling in het aantal patiënten dat per dag de huisarts bezoekt.



Figuur 5 - bron: Vektis

De grootste toename tussen 2016 en 2020 is in regio's Spoedzorgnet AMC, Brabant en Midden Nederland. In 2020 treedt in alle regio's een forse daling op. De meeste regio's komen uit tussen het niveau van 2017 en 2018. In 4 regio's daalt het aantal patiënten zelfs onder het niveau van 2017.

Naast de ontwikkelingen in absolute aantallen patiënten bij de huisarts tijdens de kantooruren, hebben we ook per ROAZ-regio gekeken naar relatieve verschillen in het gebruik van deze zorg. In figuur 6 laten we per regio het verschil in het zorggebruik zien ten opzichte van het landelijk gemiddelde zorggebruik per inwoner, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Een waarde boven (onder) nul betekent dat de regio relatief meer (minder) gebruik maakt van deze zorg in vergelijking met het landelijk gemiddelde zorggebruik. Figuur 6 laat zien dat het zorggebruik van huisartsenzorg tijdens de kantooruren in de regio Limburg in verhouding het hoogst is.

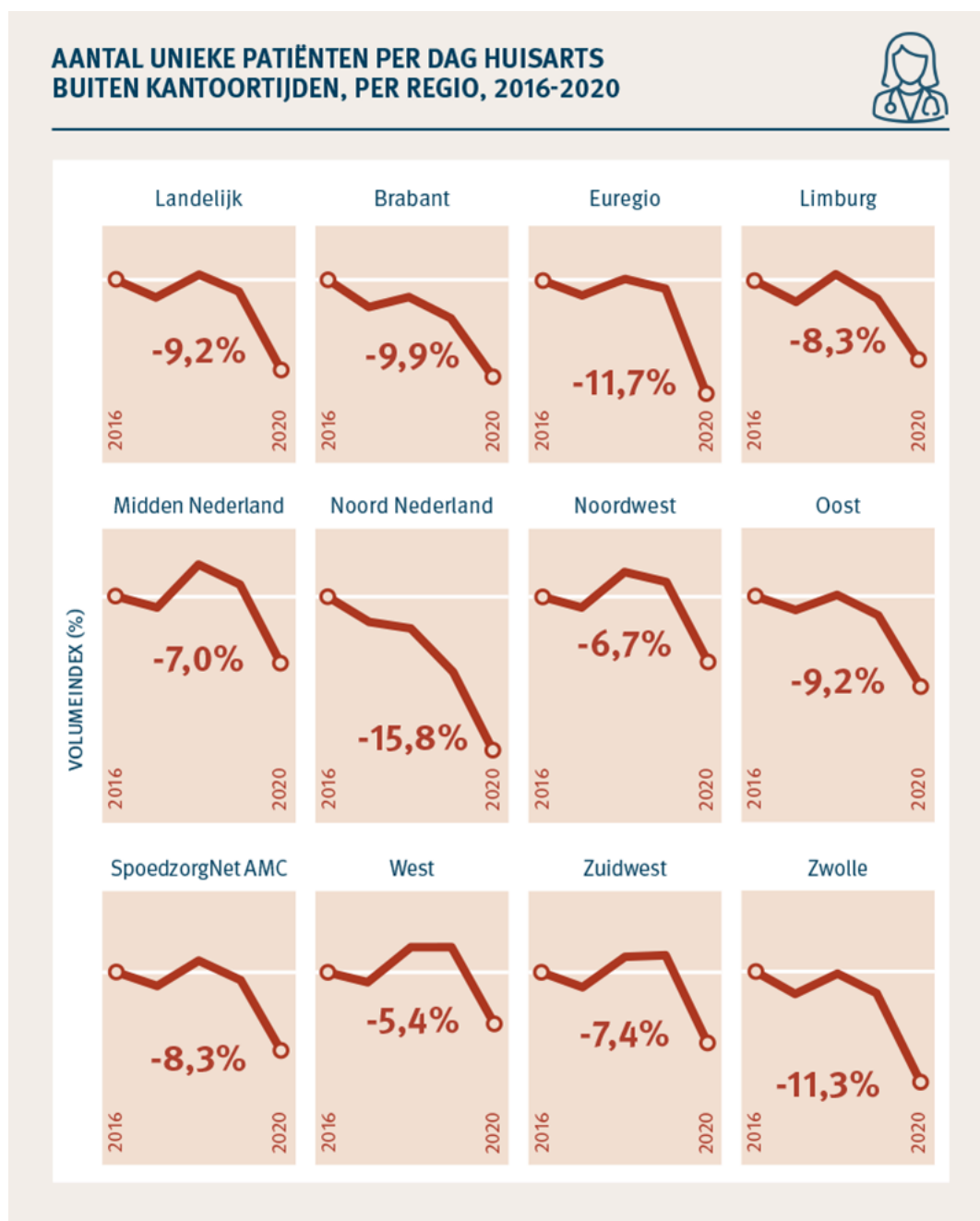


Figuur 6 - bron: Vektis en bevolking CBS

In regio West zien we per inwoner het minste aantal declaraties van reguliere consulten van huisartsenzorg tijdens kantooruren. Dit heeft mogelijk te maken met een andere manier van het contracteren van de huisartsenzorg tijdens kantooruren in deze regio, waardoor deze zorg niet per consult wordt gedeclareerd. Als we bijvoorbeeld kijken naar het gebruik van huisartsenzorg buiten kantooruren, dan valt op dat het gebruik in deze regio nauwelijks verschilt van het landelijk gemiddelde (figuur 10).

4.1.2 Instroom via de huisarts buiten kantooruren

Buiten kantooruren kan de patiënt via de huisartsenpost (hap)² gebruik maken van acute zorg. Het aantal patiënten dat gebruik maakt van de hap is gedaald, mogelijk versterkt door de uitbraak van de Covid-19 pandemie en de lockdown-maatregelen om die uitbraak te beheersen. Over de gehele periode 2016 tot en met 2019 daalt het aantal patiënten met circa 1%, maar in 2020 zien we opeens een grote daling in het aantal patiënten. In 2020 maken 3,7 miljoen patiënten buiten kantooruren gebruik van huisartsenzorg: dat is 8,2% minder dan in 2019 (zie ook figuur 2 en 3).



Figuur 7 - bron: Vektis

² De huisartsenzorg in de avond-, nacht- en weekenduren wordt bijna altijd geleverd door de hap; minder dan 2% van deze zorg wordt geleverd door de individuele huisartsenpraktijken. Uit de gedeclareerde prestaties blijkt dat de hoeveelheid zorg die door de eigen of waarnemende huisarts buiten kantooruren wordt geleverd, sinds 2018 is afgenomen (1,6% in 2020 ten opzichte van 1,9% in 2018).

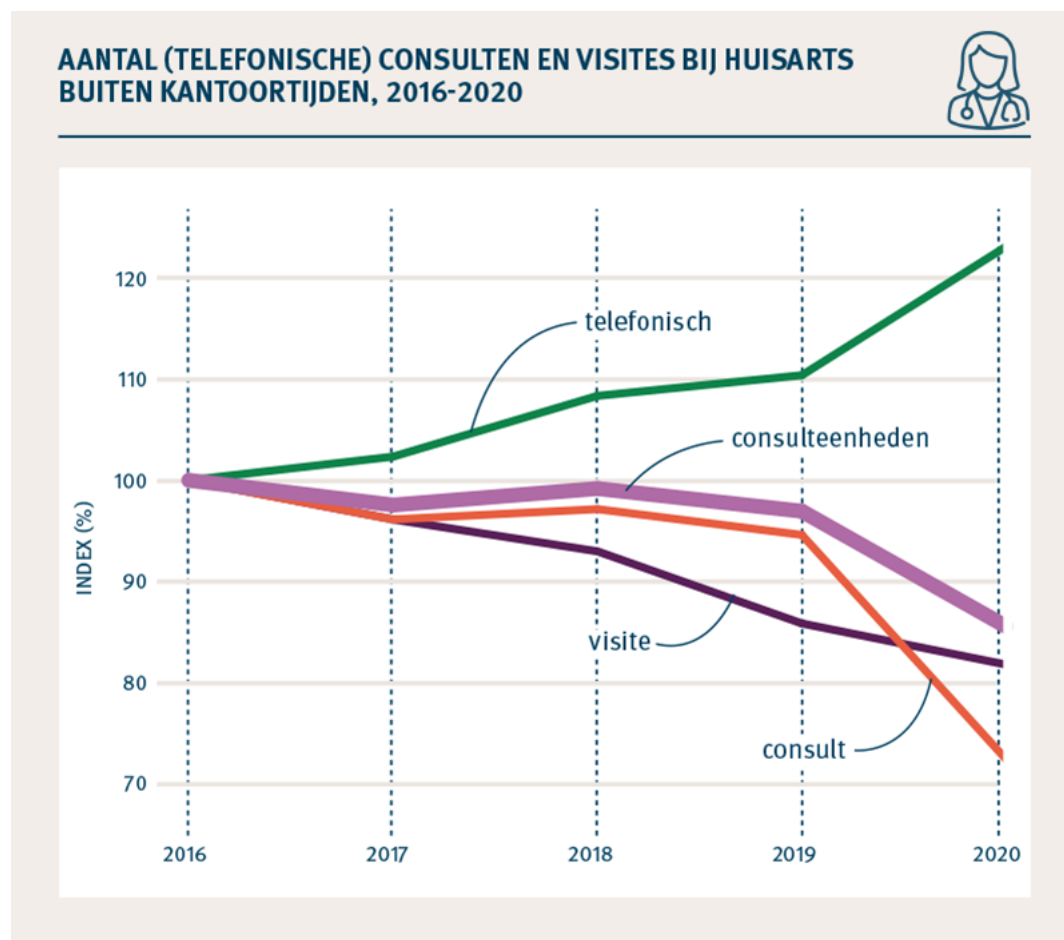
Uit de gegevens per ROAZ-regio blijkt dat de hierboven beschreven ontwikkeling in alle regio's terug is te zien. Er zijn wel verschillen in de precieze omvang van de afname. Wel valt op dat in tegenstelling tot de afname in het aantal patiënten, we een duidelijke toename zien in het aantal (met name telefonische) contacten per patiënt (van 1,053 in 2019 naar 1,068 in 2020). Dit kan duiden op een verzwaring van de zorgvraag en/of een terughoudendere triage om onnodige bezoeken te voorkomen.

Verwijzing naar seh

Als we kijken naar het aantal patiënten dat op dezelfde dag zowel zorg van de eigen huisarts overdag ontving, als zorg bij de huisartsenpost buiten kantooruren, dan zien we dat dit aantal in 2020 iets is toegenomen: in 2019 ging het om 7,9%, in 2020 waren dit 8,8% van de patiënten. Een kleine toename kan mogelijk verklaard worden door de vergrijzing, omdat een bezoek aan de eigen huisarts en hap vaker voorkomt bij ouderen. Het aandeel patiënten dat in 2020 tijdens avond-, nacht- en weekenduren doorstroomt van de huisartsenpost naar de seh is licht afgenomen ten opzichte van de jaren daarvoor (van circa 13% naar 12,3%). Dit percentage ligt hoger dan van de huisarts tijdens kantooruren.

Aantal consulten en visites

Ten aanzien van het type consult zien we de verandering van de voorgaande jaren doorzetten: onderstaande figuur laat zien dat er buiten kantooruren een verdere daling is in het aantal visites en een toename van het aantal telefonische consulten.

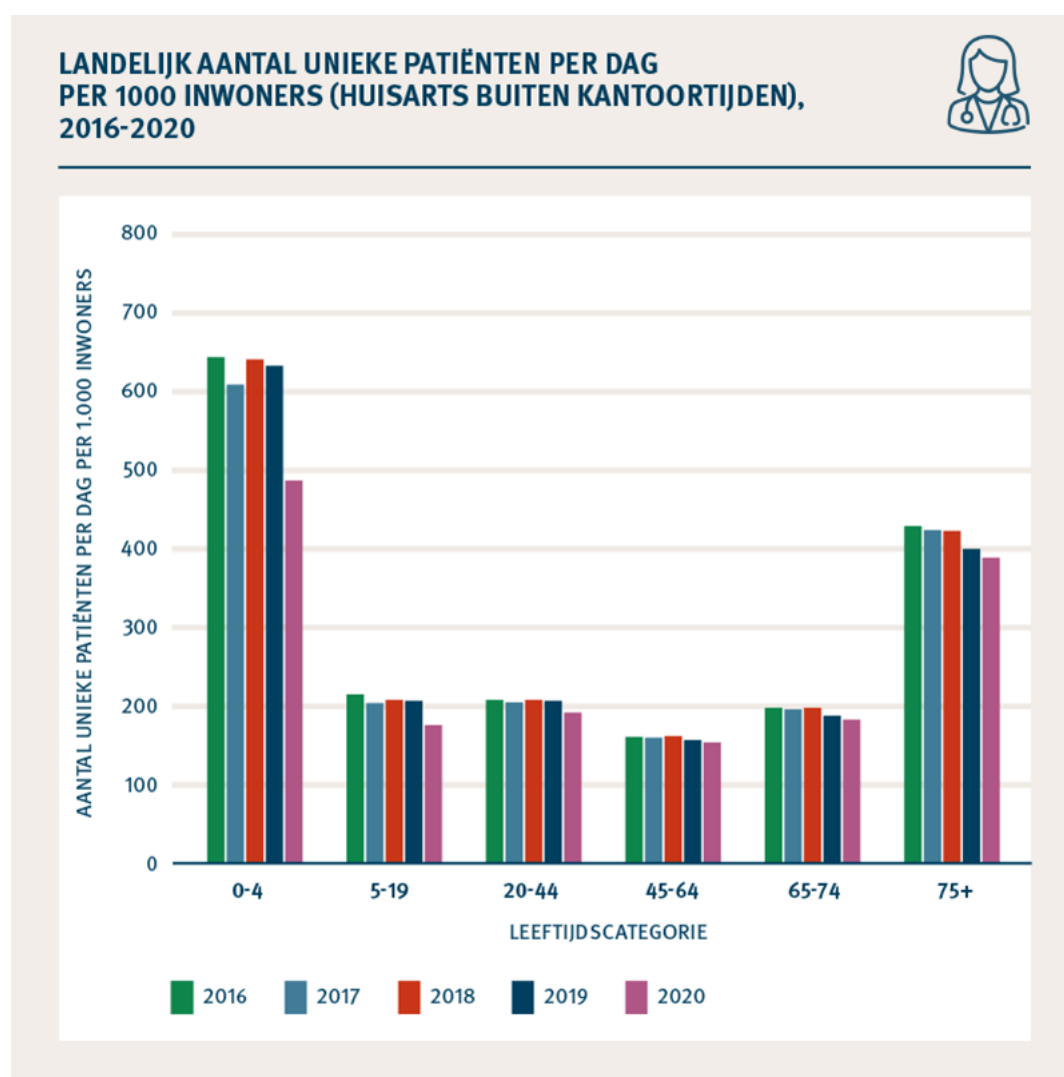


Figuur 8 - bron: Vektis

Met name het aantal telefonische consulten is het laatste jaar opvallend gestegen (ruim 11% toename ten opzichte van 1,8% in 2019). Het aantal fysieke consulten is juist fors gedaald in 2020 (-23%). Gedurende de uitbraak van de Covid-19 pandemie hebben veel huisartsenposten meer digitale consulten en telefonische consulten verricht om de kansen op besmettingen te beperken.

Aantal patiënten naar leeftijd patiënten

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. Onderstaande figuur laat zien dat in 2020 met name bij de leeftijdscategorie 0-4 een relatief grote afname in het aantal patiënten is te zien. Dit kan worden verklaard door het uitblijven van infectieziekten zoals het RS-virus, omdat jonge kinderen in 2020 weinig tot niet naar de kinderopvang gingen. Ook bij alle overige leeftijdscategorieën is een daling te zien, maar duidelijk minder groot.

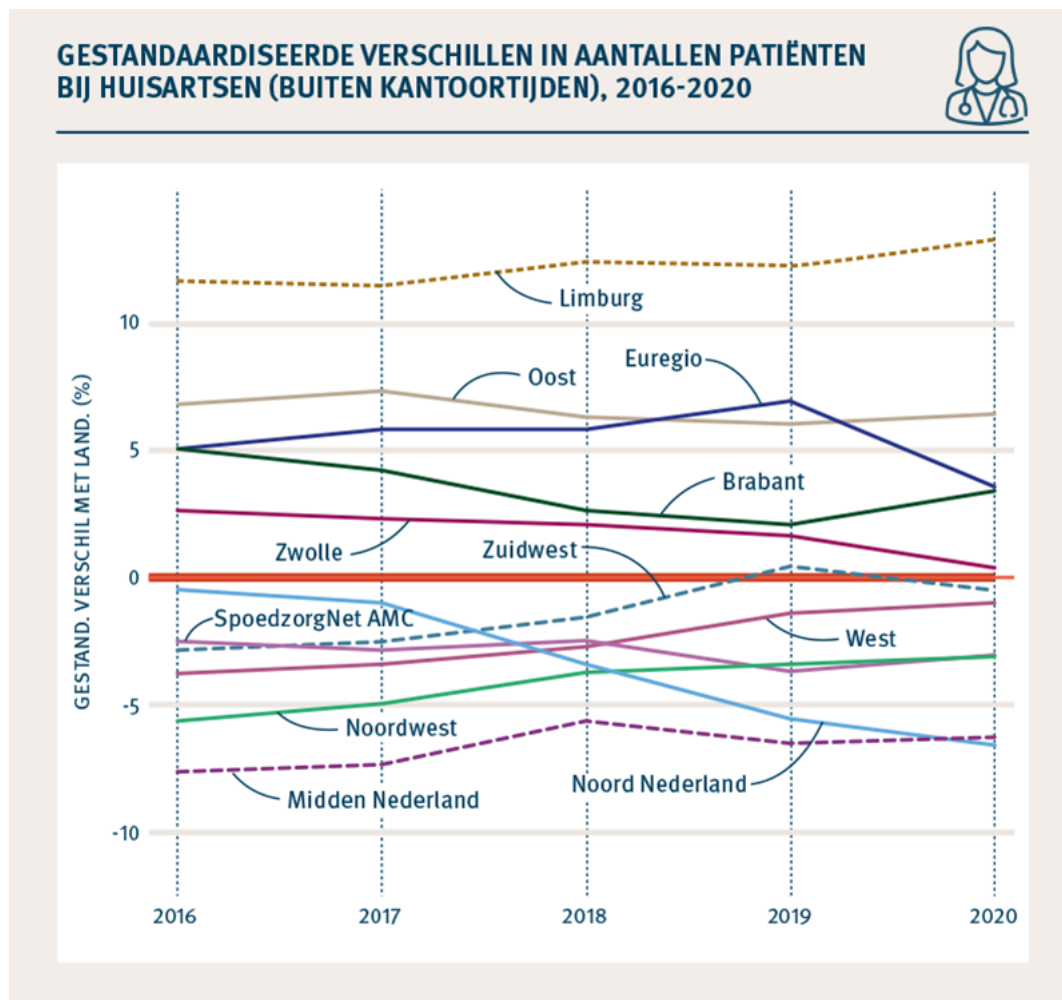


Figuur 9 - bron: Vektis en bevolking CBS

Verschillen tussen regio's

In de onderstaande figuur is het gebruik van huisartsenzorg buiten kantooruren per inwoner gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Een waarde boven (onder) nul betekent dat de regio relatief meer (minder) gebruik maakt van deze zorg in vergelijking met het landelijk gemiddelde zorggebruik. We zien dat in de regio Limburg inwoners het meest gebruik maken van de huisartsenzorg buiten kantooruren (gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht van de inwoners), gevolgd door Euregio, Oost en Brabant. In de regio's Midden Nederland, en sinds recent ook Noord Nederland, maken gemiddeld inwoners het minst gebruik van huisartsenzorg in de avond-, nacht- en weekenduren.

We zagen eerder al in figuur 6 dat in Limburg ook veel gebruik wordt gemaakt van de huisartsenzorg tijdens de kantooruren. In de monitor acute zorg 2020 werd al genoemd dat een mogelijke verklaring voor dit hoge gebruik van de huisartsenzorg zowel binnen als buiten kantooruren is dat een deel van de populatie van die ROAZ-regio een lagere sociaaleconomische status heeft dan de rest van Nederland: dit zou kunnen samenhangen met een sterke eerstelijns en relatief meer gebruik van de huisartsenzorg.

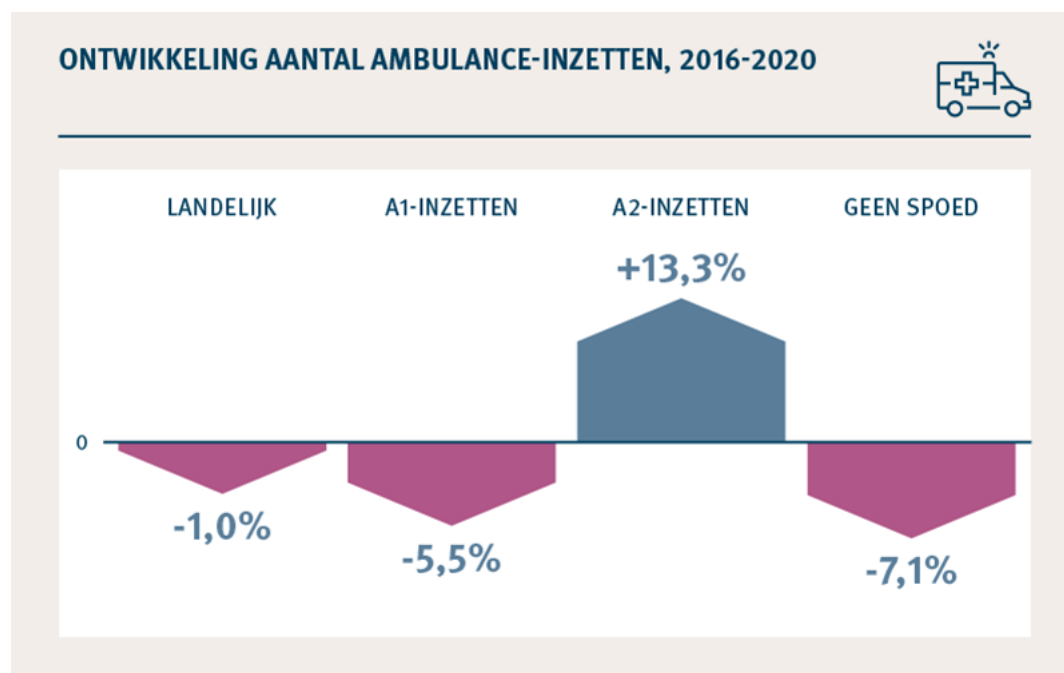


Figuur 10 - bron: Vektis en bevolking CBS

4.2 Ambulancezorg

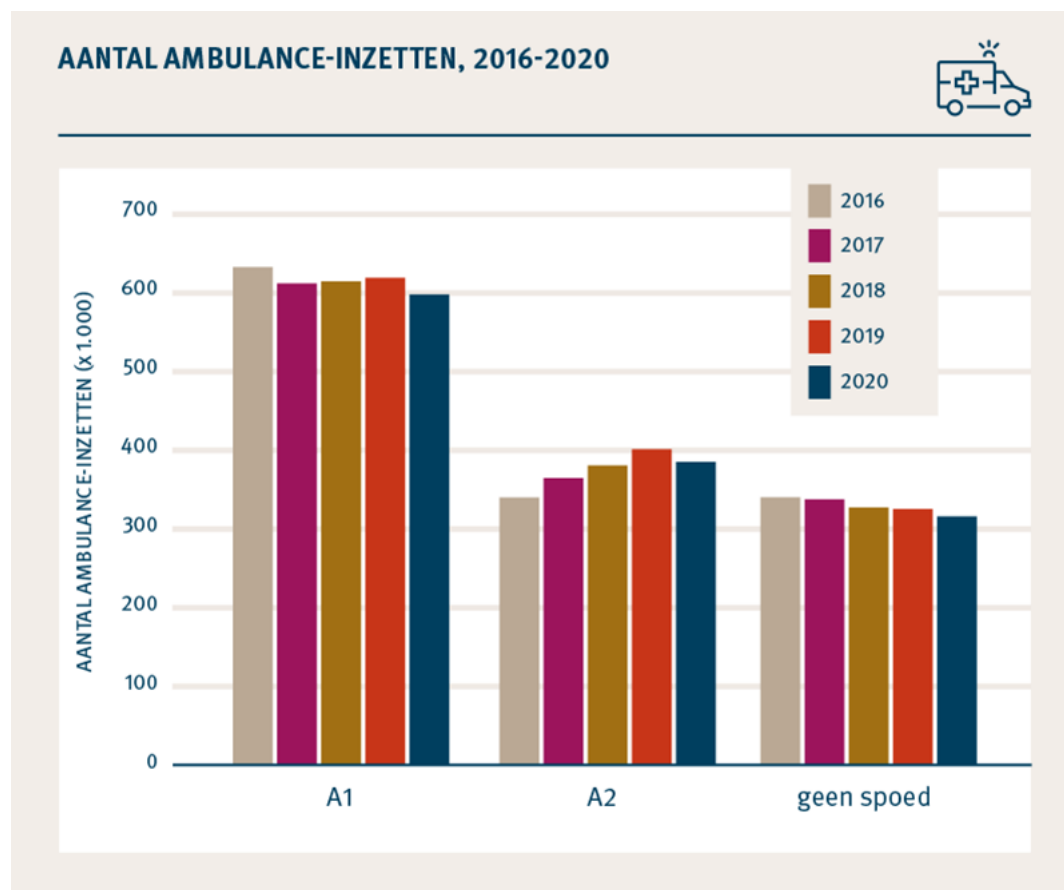
In 2020 werden ambulances bijna 1,30 miljoen keer ingezet. Hiervan was, net als in 2019, circa 76% spoedeisend (A1-/A2- inzetten). In de periode 2016 tot en met 2019 steeg het totaal aantal inzetten in de ambulancezorg nog met 2,5%. Deze stijging zet zich in 2020 echter niet door: het aantal inzetten in dat jaar is door de uitbraak van de Covid-19 pandemie gemiddeld 3,5% lager dan in 2019, waardoor over de periode 2016 tot en met 2020 zelfs sprake is van een daling in het totaal aantal inzetten met 1% (zie figuur 11). Voor definities van het type inzetten, zie pagina 15 van het uniform begrippenkader ambulancezorg.

Alle geregistreerde inzetten zijn inclusief de inzetten gerelateerd aan het Covid-19 virus. De maatregelen tijdens de Covid-19 pandemie kunnen een verklaring zijn voor de daling in het aantal inzetten in 2020. Zo leidden de lockdowns en thuiswerkadviezen bijvoorbeeld tot minder verkeer, minder sportactiviteiten, sluiting van horeca en minder grote evenementen. Hierdoor waren er minder incidenten waarvoor inzet van een ambulance nodig was. Wel zorgden de extra procedures rond aan- en uittrekken van beschermende kleding en schoonmaken van de ambulance na het vervoer van een met Covid-19 virus besmette patiënt tot een toename in de duur van de inzetten. Ook als gevolg van de toegenomen afstanden voor het bovenregionale vervoer van patiënten (en soms buitenlandse inzetten) nam de duur toe. Dit heeft er mogelijk toe geleid dat er per ambulance minder inzetten in eenzelfde tijdsbestek kunnen worden gemaakt.



Figuur 11- bron: RIVM

Van het totaal aantal inzetten was, net als in 2019, circa 76% spoedeisend (A1- /A2-inzetten). Het aantal spoedeisende inzetten (A1 en A2) door ambulances steeg in 2019 nog met 2,5% ten opzichte van 2018, maar daalde door de Covid-19 pandemie in 2020 met 3,6%. Deze daling was bij zowel de A1-inzetten als de A2-inzetten van dezelfde orde grootte (-3,4% respectievelijk -4,0%, zie figuren 12 en 13). Ook de niet spoedeisende inzetten daalden ten opzichte van 2019, namelijk met 2,8%.



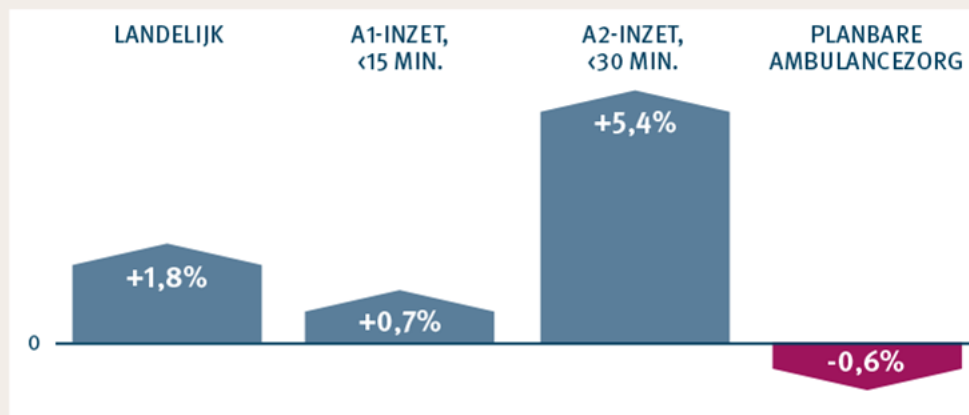
Figuur 12 - bron: RIVM

De daling in A1-inzetten is al opvallend, aangezien dit aantal inzetten in 2018 en 2019 vrij stabiel bleef ten opzichte van het jaar daarvoor (stijging respectievelijk 0,4% en 0,7%). Nog opvallender is echter de daling in het aantal A2-inzetten in 2020: dit aantal inzetten is in de periode 2016 tot en met 2019 met 18% gestegen, en zelfs met 29% als ook 2015 wordt meegenomen in de cijfers. Ook in 2019 was nog sprake van een flinke stijging van 5,4% ten opzichte van 2018 (zie figuur 13). In 2020 daalt het aantal A2-inzetten echter met bijna 4% ten opzichte van 2019.

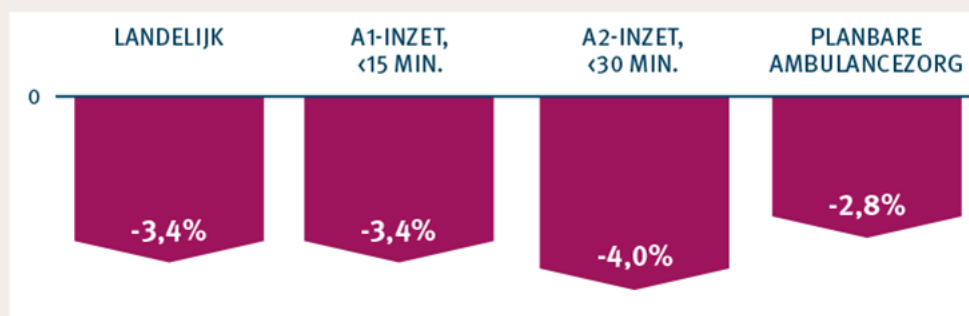
VERANDERING INSTROOM ACUTE ZORG VIA DE REGIONALE AMBULANCEVOORZIENING, 2019 EN 2020



2018/2019



2019/2020

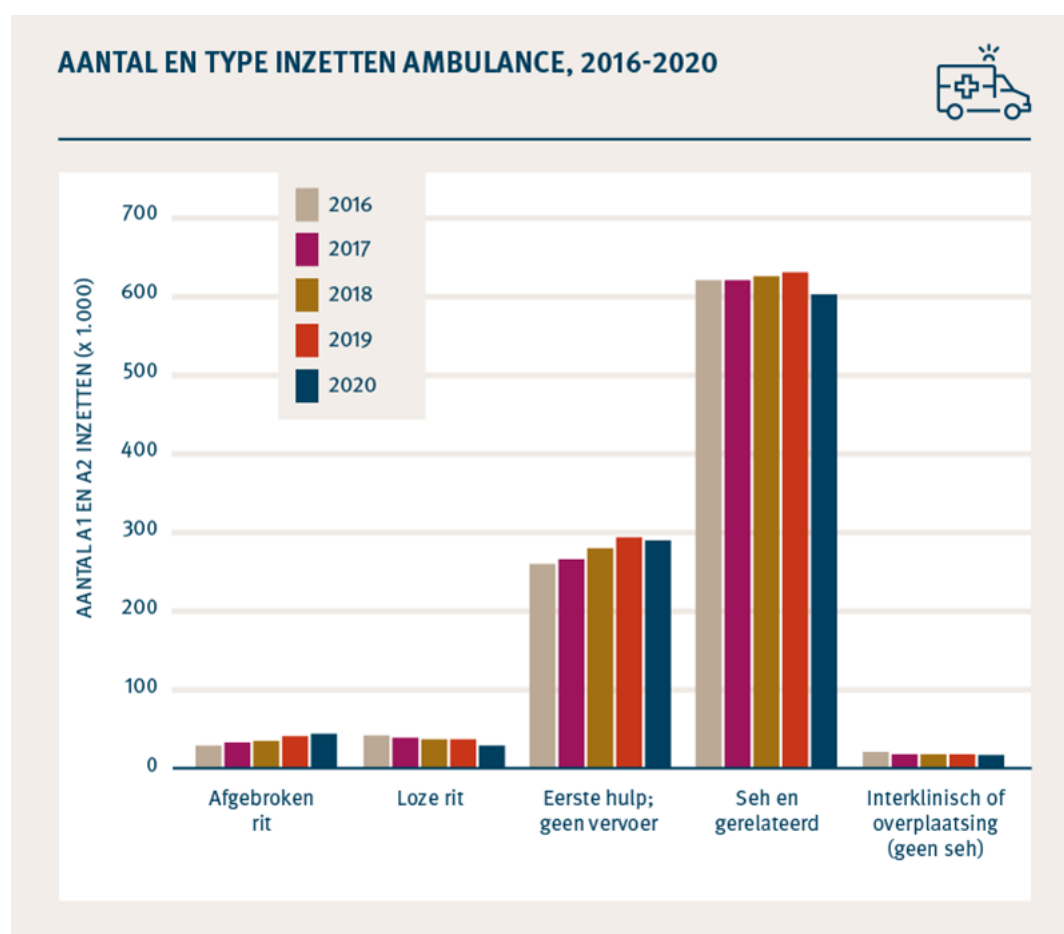


Figuur 13 - bron: RIVM

Ondanks de afname in het totaal aantal inzetten in het jaar 2020 ten opzichte van 2019, is voor wat betreft de A2-inzetten nog altijd sprake van een aanzienlijke groei als we kijken naar de periode vanaf 2016 (zie figuur 11). In de monitor acute zorg 2020 werd al geconstateerd dat de groei van het totaal aantal inzetten vooral veroorzaakt werd door een stijging van het aantal inzetten met A2-urgentie (spoedeisend, maar niet levensbedreigend). Als we naar de periode 2016 tot en met 2020 kijken, zien we dat de stijging in het aantal geregistreerde A2-inzetten voor circa 84% verklaard kan worden uit een toename in het aantal mobiele zorgconsulten en de directe inzet ambulance. We gaan daarom hierna iets dieper op dit type inzetten in.

Bij spoedeisende inzetten (A1- /A2-inzetten) zien we de laatste 5 jaar op landelijk niveau een sterke toename in het aantal mobiele zorgconsulten, ook bekend als 'eerste hulp, geen vervoer' (ehgv) ambulance inzetten. Hierbij verleent het ambulancepersoneel ter plaatse hulp, maar is vervoer van de patiënt naar het ziekenhuis niet nodig. In de periode 2016 tot en met 2020 bedroeg deze stijging ruim 10% en wanneer we 2020 buiten beschouwing laten zelfs bijna 13%. Vrijwel de volledige toename in deze periode bestaat uit A2-inzetten, hetgeen goed verklaard kan worden als we aannemen dat een lagere urgentie ook vaker leidt tot behandeling ter plaatse, zonder vervoer naar een ziekenhuis.

Naast de stijging in mobiele zorgconsulten, zien we ook een stijging in het aantal afgebroken spoedinzetten. Het aantal afgebroken spoedinzetten (A1- /A2-inzetten) neemt ondanks de Covid-19 pandemie ook in 2020 verder toe naar ongeveer 43.500 inzetten (in 2019: 40.600 inzetten). Deze stijging heeft te maken met het toenemend gebruik van Directe Inzet Ambulance (DIA). Hierbij wordt een ambulance tijdens het triageproces direct ingezet zodra het adres van het noodgeval is vastgesteld. Als later in het triageproces blijkt dat inzet toch niet nodig is, wordt de inzet afgebroken. Het gebruik van DIA is een procesafspraken en wordt niet beïnvloed door de maatregelen rondom de Covid-19 pandemie. Dit verklaart ook waarom in tegenstelling tot het algemene beeld het aantal afgebroken inzetten in 2020 verder toe neemt (7,1% stijging ten opzichte van 2019). Veruit het grootste deel van de afgebroken spoedeisende inzetten zijn A2-inzetten (in 2020 ruim 65%).



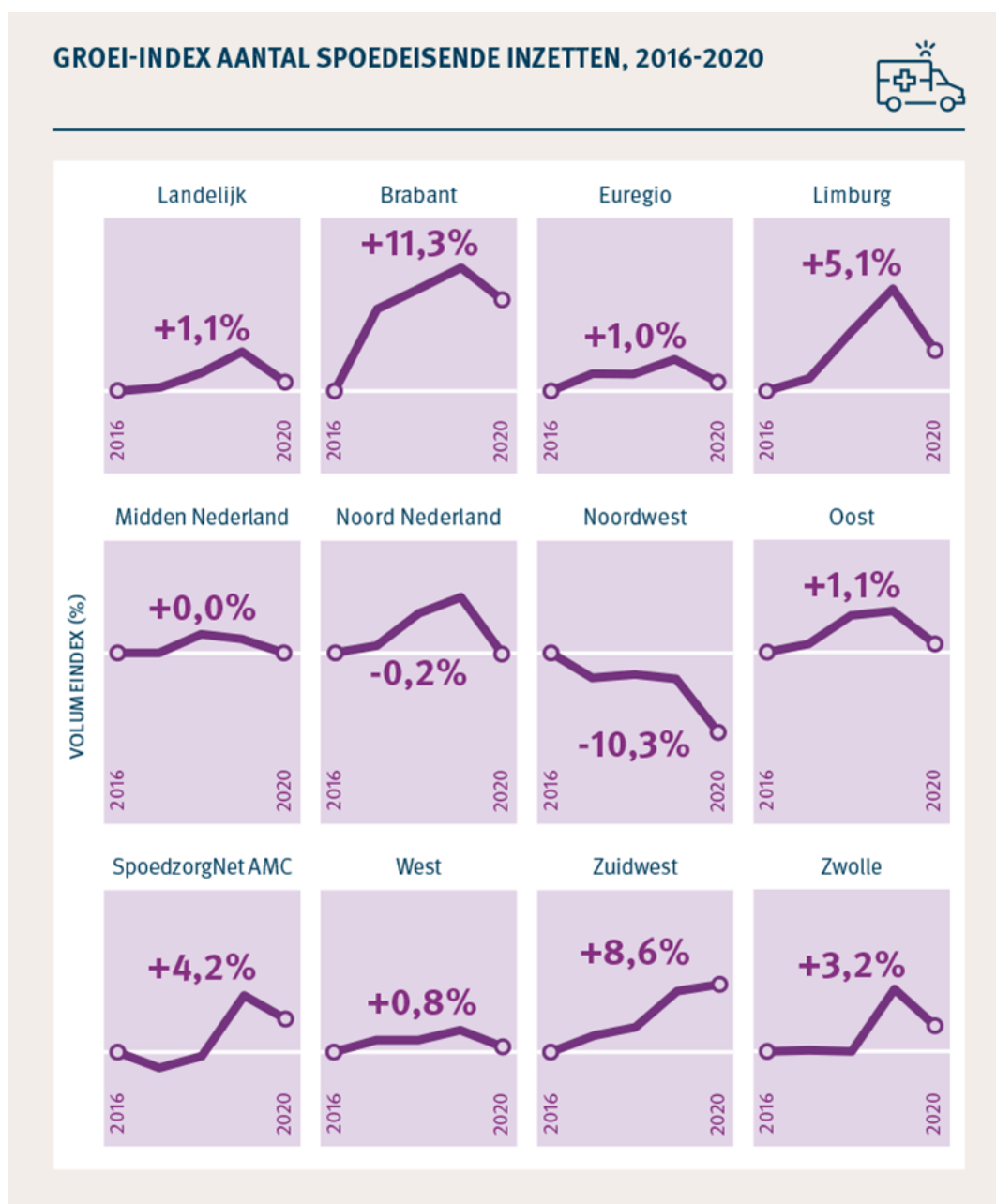
Figuur 14 - bron: RIVM

Kijken we tot slot ook naar de andere typen inzetten, dan zien we dat het aantal loze spoedinzetten van 2018 tot en met 2020 is gedaald van ongeveer 36.900 inzetten naar 29.400 inzetten. Voor de inzetten naar de seh (en gerelateerde afdelingen) zien we een toename tussen 2016 en 2019 met circa 1,7%. In 2020 is er echter een flinke daling van 4,4% ten opzichte van 2019, wat aansluit bij de reeds geconstateerde daling in spoedeisende inzetten. Ook het aantal interklinische spoedinzetten of overplaatsingen is van 2018 naar 2020 afgenomen van ongeveer 17.700 inzetten naar ongeveer 16.300 inzetten.

Verschillen tussen regio's

Landelijk zien we een toename in het totaal aantal spoedeisende ambulance-inzetten in 2019, gevolgd door een daling in 2020. Deze trend zien we terug in bijna alle ROAZ-regio's. Alleen in de regio's Midden-Nederland en Noordwest zien we ook in 2019 al een daling in het aantal spoedeisende inzetten. In regio Zuidwest is in 2020 juist een lichte stijging te zien van het aantal inzetten (0,9%).

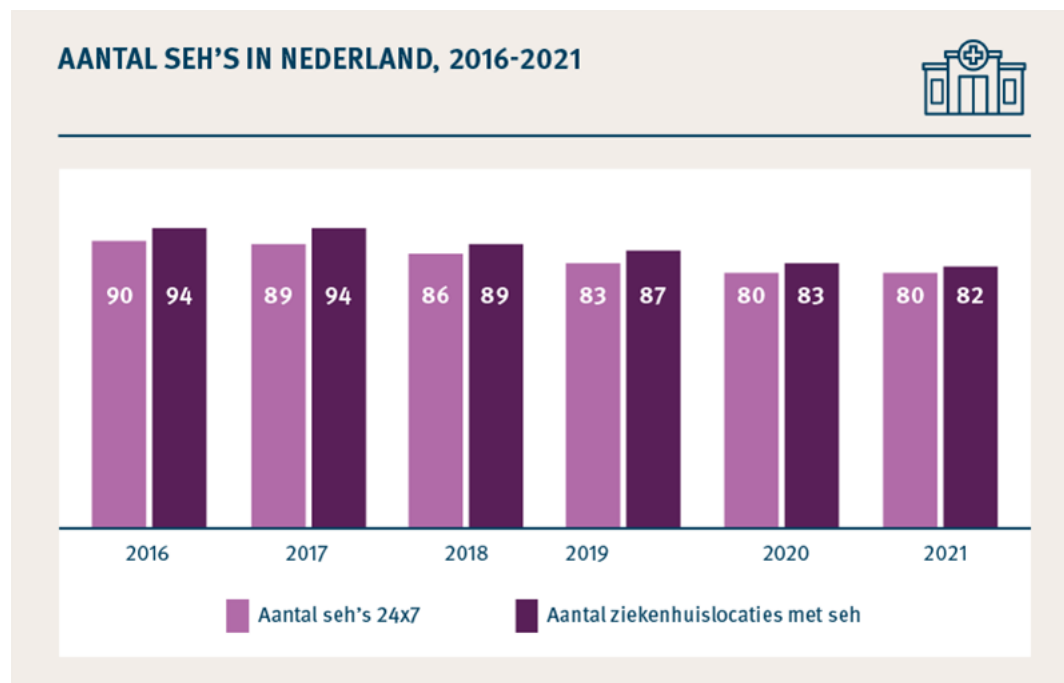
In 2020 zien we in alle regio's, behalve de regio Zuidwest, een daling van spoedeisende inzetten (A1+A2) uiteenlopend van 1,7% tot 7,3%. In de regio's Limburg, Noord Nederland en Noordwest is deze daling het grootst (6,8% tot 7,3%). De kleinste daling is in de regio's Midden Nederland, SpoedzorgNet AMC en West (1,7 tot 2,1%). Bij de overige regio's ligt de daling tussen de 3% en 4,4%. In de regio Noordwest daalt het aantal inzetten ver onder het niveau van 2016.



Figuur 15 - bron: RIVM

4.3 Spoedeisende hulpafdelingen

Het aantal seh's in Nederland neemt gestaag af. Tussen 2016 en 2021 sloten 12 seh's en nam het aantal seh's dat 24x7 geopend is met 10 af naar 80. De bereikbaarheid van seh's blijft echter op peil. Uit de analyses van het RIVM blijkt dat nog steeds 99,8% van de bevolking binnen 45 minuten van melding per ambulance op de dichtstbijzijnde seh kan worden gebracht.



Figuur 16 - bron: RIVM (peilmoment: november 2021)

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 specialist ouderenzorg. Een patiënt kan ook 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.

Herkomst patiënten op de seh

In tabel 2 staat een indicatie voor de herkomst van seh-patiënten weergegeven. Het betreft hierbij de herkomst van de patiënt op dezelfde dag. Dus *via huisarts* betekent dat de betreffende patiënt op dezelfde dag waarop deze zorg via de seh heeft ontvangen ook contact heeft gehad met de huisarts.

Tabel 2: Aandeel herkomst seh-patiënten, 2016-2020

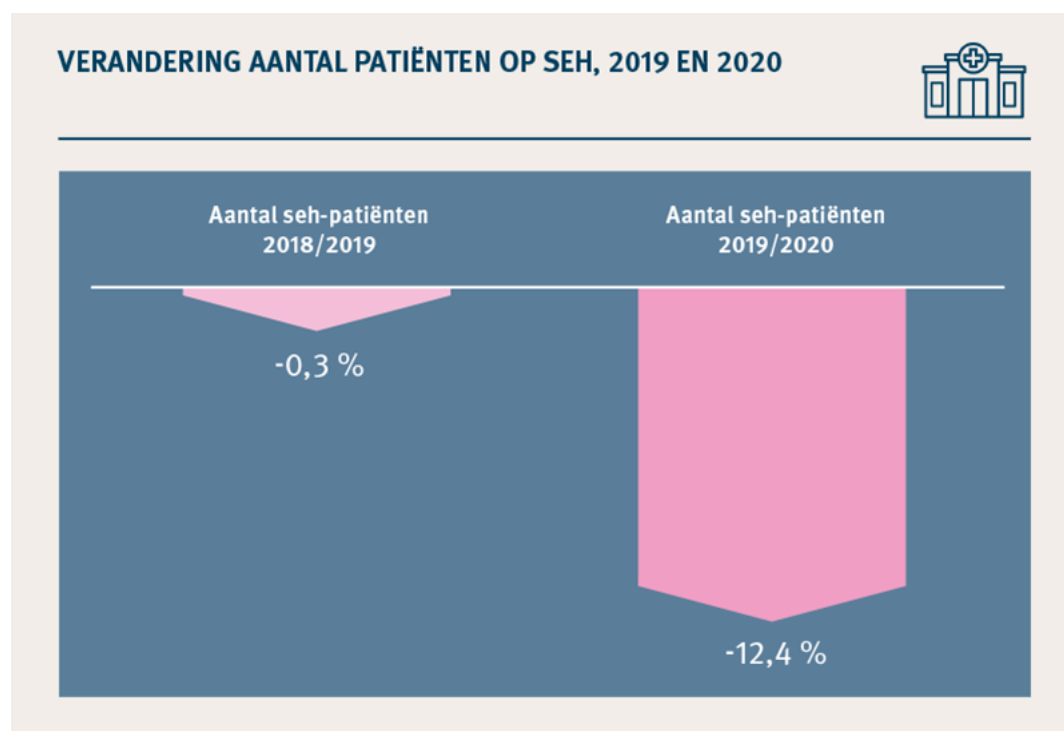
Categorie	2016	2017	2018	2019	2020
Via huisarts (geen ambulance)	39,2%	39,4%	39,6%	39,9%	38,6%
Via huisarts én ambulance	14,0%	14,4%	14,5%	14,5%	16,0%
Via ambulance (geen huisartsenzorg)	12,4%	13,1%	13,5%	13,7%	15,1%
Overig of zelfverwijzer	34,5%	33,2%	32,4%	31,8%	30,3%

Bron: Vektis

Over de periode 2016 tot en met 2020 zien we een afname in het aandeel overig of zelfverwijzers van 34,5% naar 30,3%. Ook zien we dat het aantal patiënten dat eerst door een ambulance is vervoerd, is toegenomen van 26,4% naar 31,1%. Dit zijn de aantallen *via ambulance* en *via huisarts én ambulance* in tabel 2 bij elkaar opgeteld. De meeste patiënten komen via de huisarts op de seh.

Aantal seh-bezoeken

Sinds 2016 zien we een afname in het aantal seh-bezoeken op de spoedeisende hulp en gerelateerde afdelingen (zoals de eerste harthulp (ehh) van 2,34 miljoen in 2016 naar 2,25 miljoen in 2019. Dit is een afname van 3,9% over een periode van 3 jaar. In 2020 zien we echter een veel grotere afname naar 1,97 miljoen seh-bezoeken, een daling van 12,4% ten opzichte van 2019. Deze daling wordt verklaard door de uitbraak van de Covid-19 pandemie. De grootste daling van het aantal seh-bezoeken vindt plaats in de beide lockdown-periodes in het tweede en het vierde kwartaal van 2020.



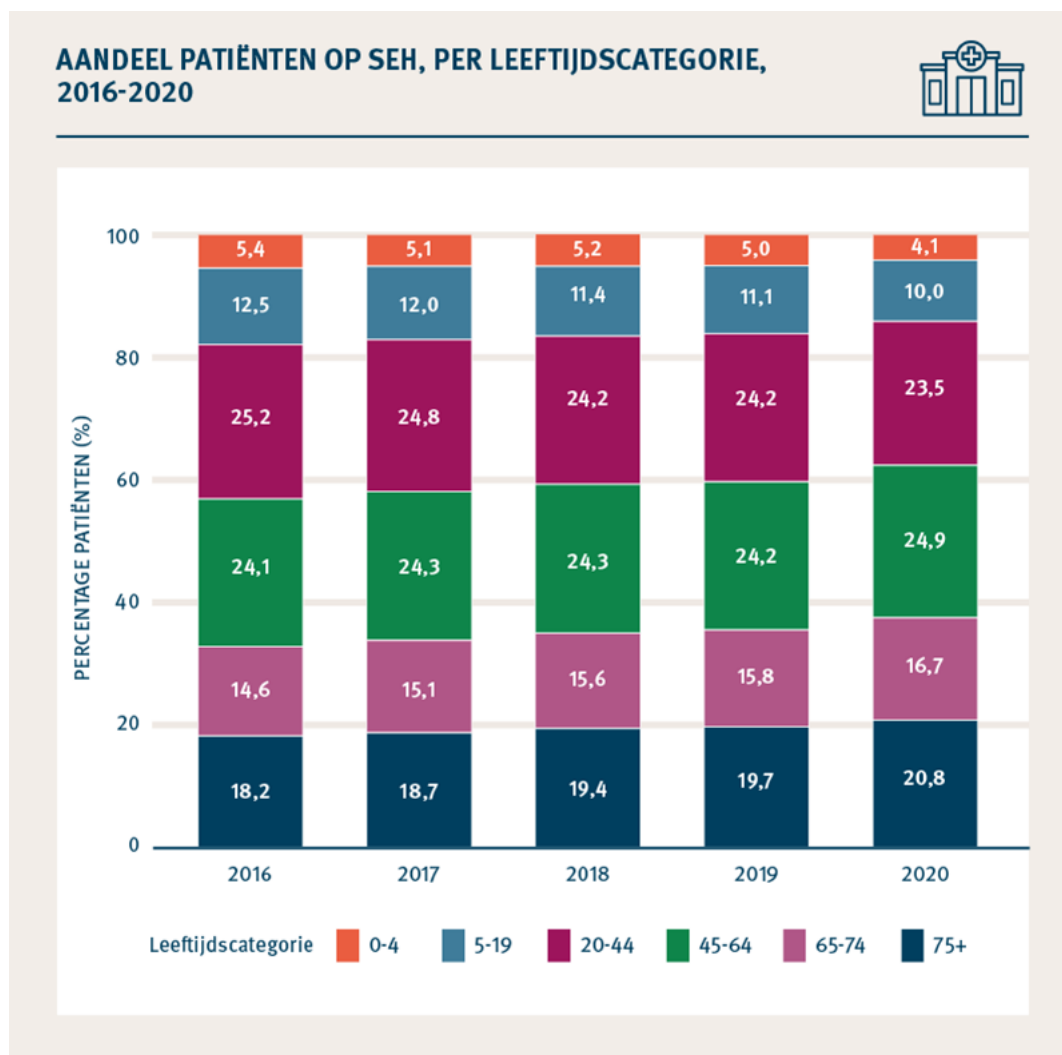
Figuur 17 - bron: Vektis

De sterke daling in aantal seh-bezoeken is terug te zien voor alle patiëntgroepen. In de monitor acute zorg 2020 werd al opgemerkt dat er een dalende trend bij groepen 'letsel' en 'zwangerschap en bevalling' te zien was, wat mogelijk wijst op de substitutie die plaats vindt tussen de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg. In de periode 2016-2019 zagen we de sterkste daling in de categorie letsel ook vooral bij de leeftijdsgroepen 5-19 en 20-44, terwijl de groep 65+ juist groeide. Dit viel ook te verwachten gezien de veranderende samenstelling van de bevolking (vergrijzing). Ook waren er minder acute patiënten van de patiëntengroep 'nieuwvormingen', en minder patiënten met acute zorg voor meerdere aandoeningen. In 2020 zien we bij vrijwel alle aandoeningen (behalve patiëntengroep 'infectieziekten', waar patiënten met covid-19 onder vallen) een daling bij alle leeftijden. In absolute aantallen is de daling het grootst bij de grote patiëntengroepen, zoals letsel en hartvaatstelsel (deze twee patiëntengroepen samen zijn ongeveer de helft van het totale aantal seh-patiënten).

Een deel van de afname is verklaarbaar door de lockdown maatregelen, die leiden tot minder (verkeers-)ongelukken, minder sportblessures en minder andere infecties. Daarnaast hadden patiënten met het Covid-19 virus vaak andere aandoeningen. Door de oversterfte bij fragiele patiënten door het Covid-19 virus, zien we dan ook afname bij andere aandoeningen.

Leeftijd patiënten op de seh

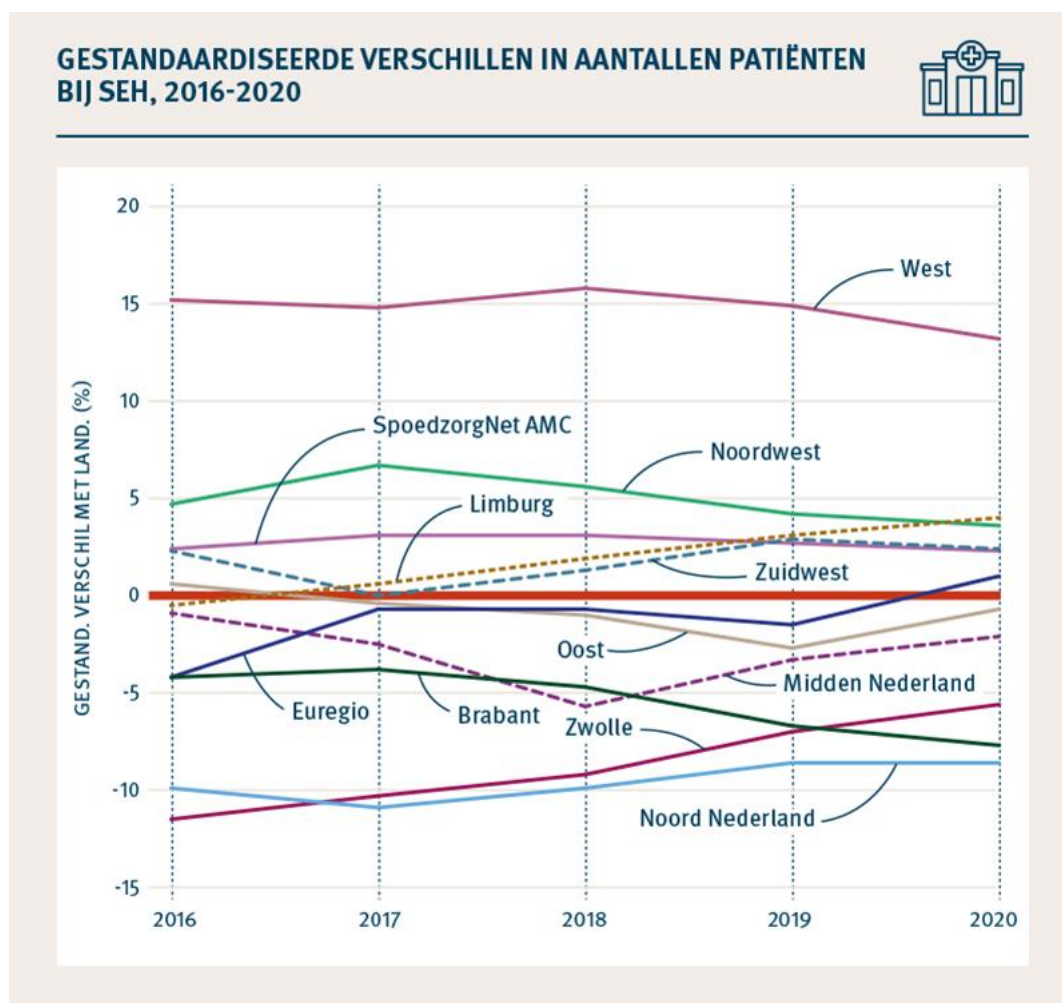
We zien dat vanaf 2016 steeds meer oudere patiënten (65 jaar en ouder) naar de spoedeisende hulp komen. De verwachting is dat er bij deze patiënten vaker sprake is van co-morbiditeit en/of een complexe zorgvraag. Hoewel het aantal patiënten op de seh dus afneemt, wordt verwacht dat er wel sprake is van patiënten met een zwaardere zorgvraag. Dit beeld zien we terug bij alle ROAZ-regio's. Het aandeel patiënten ouder dan 75 jaar op de seh (20,8%) is ook veel groter dan het aandeel van deze groep binnen de bevolking in 2020 (circa 8%).



Figuur 18 - bron: Vektis

Verschillen tussen ROAZ-regio's

In de periode 2016 tot en met 2020 heeft de regio West de meeste patiënten die de seh bezoeken per inwoner (in totaal, gestandaardiseerd naar leeftijdsgroepen). In regio's Noord-Nederland, Zwolle en Brabant is er in de afgelopen periode daarentegen per inwoner het minst gebruik gemaakt van de seh. De meeste andere regio's liggen rond het landelijk gemiddelde. Het verschil tussen het hoogste en het laagste zorggebruik is in de loop van de tijd wel iets afgenomen. Het relatieve verschil met het landelijk gemiddelde per regio zien we in figuur 19, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Een waarde boven (onder) nul betekent dat de regio relatief meer (minder) gebruik maakt van deze zorg in vergelijking met het landelijk gemiddelde zorggebruik.



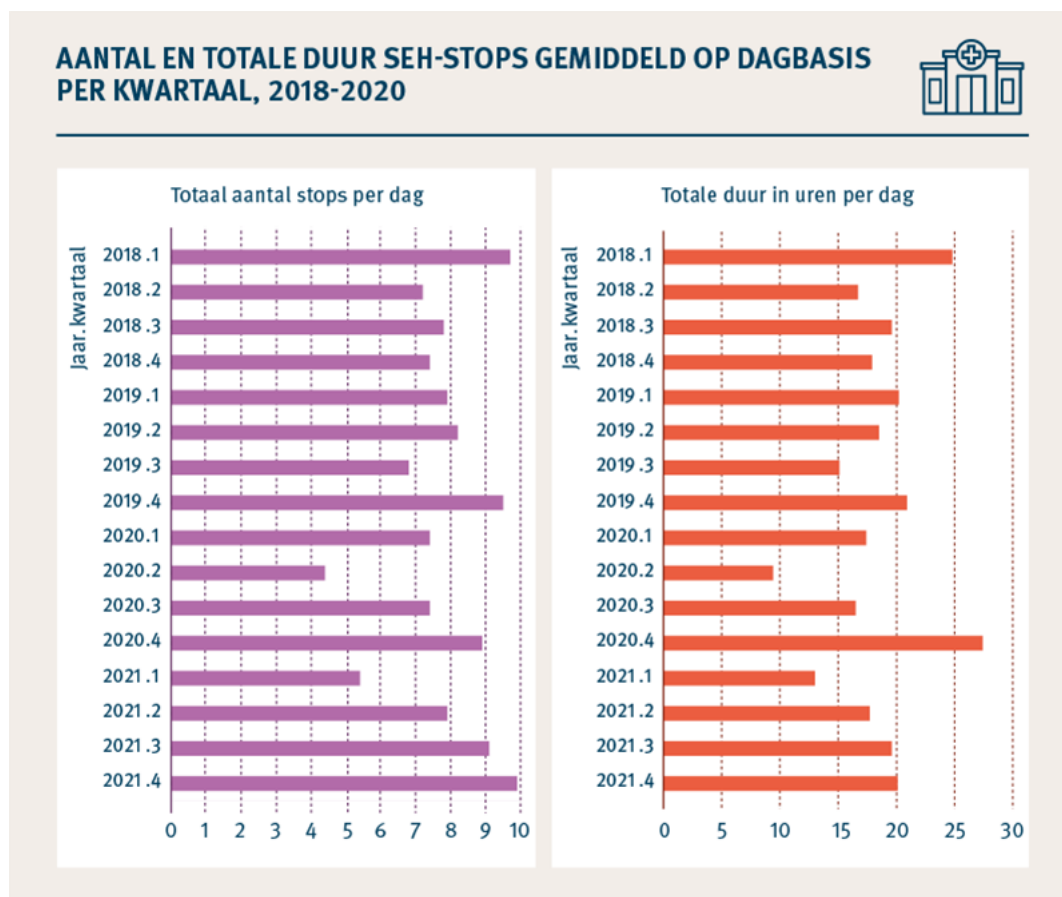
Figuur 19 - bron: Vektis en bevolking CBS

4.4 SEH-stops

Als de doorstroom of uitstroom op de seh stopt kan een seh de instroom van patiënten minder snel verwerken. In sommige gevallen kan een seh dan tijdelijk een stop afgeven. Een stop kan ook een coördinerende functie hebben: als er voldoende andere ziekenhuizen in de buurt zijn, kan bij het bereiken van een bepaalde capaciteitsgrens al besloten worden om de seh tijdelijk te sluiten. Hiermee wordt de drukte tijdig verspreid naar andere ziekenhuizen en worden lange wachttijden voorkomen. De meldkamer ambulancezorg coördineert dan dat ambulances indien mogelijk naar een andere seh rijden. In geval er sprake is van een echte spoedsituatie en iedere minuut telt, kan een ambulance altijd bij de betreffende seh terecht, ook als daar een seh-stop van kracht is.

Op basis van gegevens over 29 ziekenhuizen (2021) binnen de vier ROAZ-regio's die gebruik maken van het Acuuut Zorgportaal³ brengen we de ontwikkelingen van de verschillende soorten stops in beeld. Naast de tijdelijke sluitingen van de seh, zijn dit bijvoorbeeld ook de stops van andere afdelingen in de acute zorgketen, zoals de eerste harthulp (ehh), de cardio care unit (ccu) en de intensive care unit (icu). De seh, ehh en ccu zijn in 2021 gezamenlijk verantwoordelijk voor circa 75% van het totaal aantal stops en circa 56% van de totale duur van de stops. Door de uitbraak van de Covid-19 pandemie is het aantal stops op de icu aanzienlijk toegenomen.

In het algemeen zien we dat het aantal geregistreerde stops in 2021 ongeveer overeen komt met het aantal in 2019. In het tussenliggende jaar 2020 zagen we echter een daling in zowel het aantal stops (met 14%) als in de totale duur van de stops (met grofweg 20%). Deze ontwikkeling hangt samen met de daling in reguliere acute zorg in 2020. Met name de daling in het tweede kwartaal van 2020 – de eerste lockdown – valt op. Na deze periode neemt zowel het aantal stops, als de duur van de stops weer toe. Ook in het eerste kwartaal van 2021 zien we een vergelijkbare daling, gevolgd door een toename in de periode daarna. Deze periode komt overeen met de lockdown eind 2020 en begin 2021. Deze beide dalingen in aantal stops is bijvoorbeeld goed te zien in de cijfers over de sluiting van de spoedeisende hulp (zie figuur 20). Seh-stops zijn circa 35% van alle geregistreerde stops en beslaan circa 20% van de totale duur. Dit sluit goed aan bij het beeld dat in die perioden de druk van de niet-covid gerelateerde zorg op de spoedeisende hulp afnam.



Figuur 20 - bron: Dataset stops van 4 ROAZ-gebieden

³ Het Acuuut Zorgportaal is een webapplicatie waarmee zorgverleners in de spoedeisende hulpverlening direct inzage hebben in de actuele beschikbare medische behandelcapaciteit. Het Acuuut Zorgportaal stopt per 1 april 2022. De dienst gaat over naar Landelijk Platform Zorgcoördinatie (www.lpz.nu).

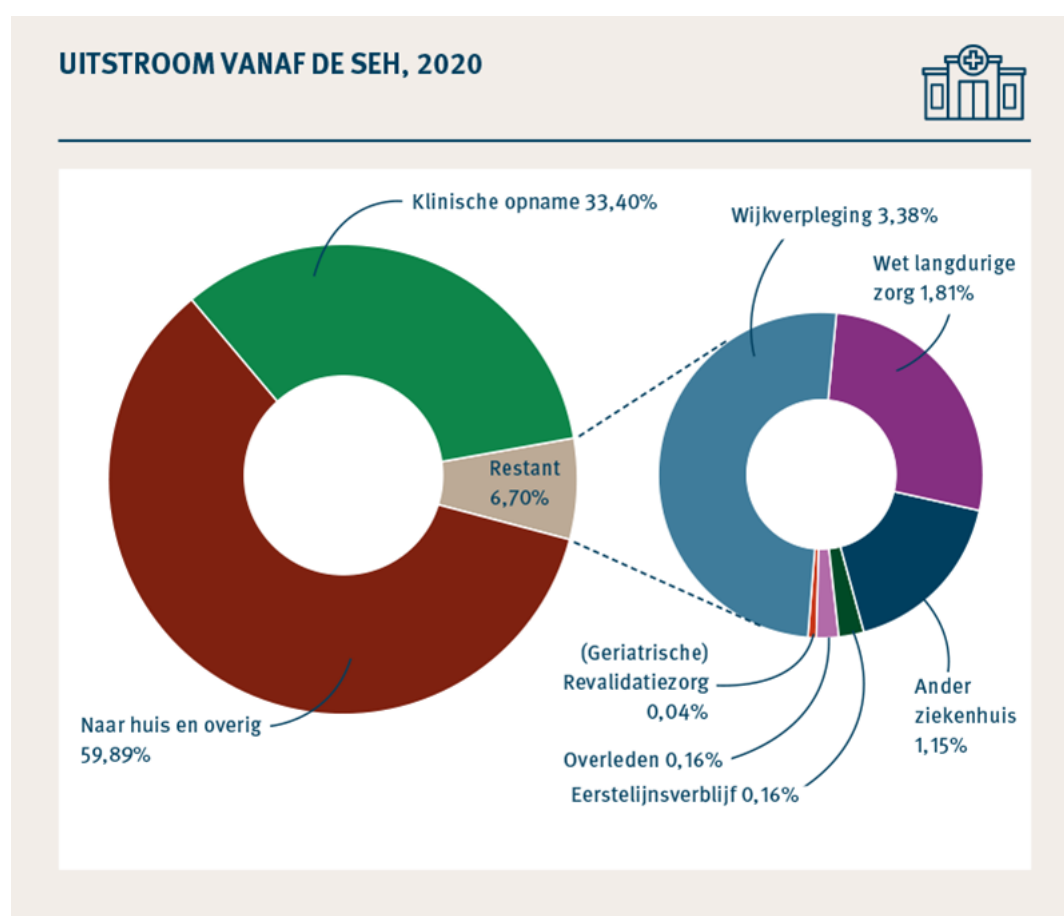
Als we het aantal seh-stops in figuur 20 optellen naar het jaarniveau (niet getoond), dan blijkt het dat deze door de daling in het tweede kwartaal in 2020 aanzienlijk lager ligt dan in de voorgaande jaren. Het totaal aantal stops op de seh is in 2021 echter weer op het niveau van 2018 en 2019. De totale 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.

De gegevens over de stops van de icu laten zien dat vanaf 2020 meer ziekenhuizen stops op de icu registreren en dat ook de duur van deze stops toenemen. Dit komt overeen met de druk die de Covid-19 pandemie op de intensive care legt. Al voor de uitbraak van de pandemie waren de icu stops de langste van alle soorten stops. De stijging van de gemiddelde duur en aantal van deze stops in de laatste twee jaar heeft een groot effect op de totale duur van alle geregistreerde stops. Na een daling van de totale duur in 2020, zien we dan ook weer een toename in 2021.

5 Uitstroom van patiënten acute zorg

Als we het hebben over de uitstroom uit de acute zorg bedoelen we het moment dat de patiënt de acute fase van de zorgverlening verlaat. Dit kan betekenen dat de patiënt weer gezond is en naar huis terug kan gaan, maar het kan ook betekenen dat er vervolgzorg nodig is.

In de uitstroom van patiënten vanaf de seh zien we weinig veranderingen tussen 2019 en 2020. Ongeveer één derde van het aantal patiënten stroomt na de behandeling op de seh door naar een klinische opname in het ziekenhuis. Veruit het grootste deel van de patiënten (circa 60%) kan direct na behandeling naar huis. Het resterende deel krijgt andere vervolgzorg (zie figuur 21).

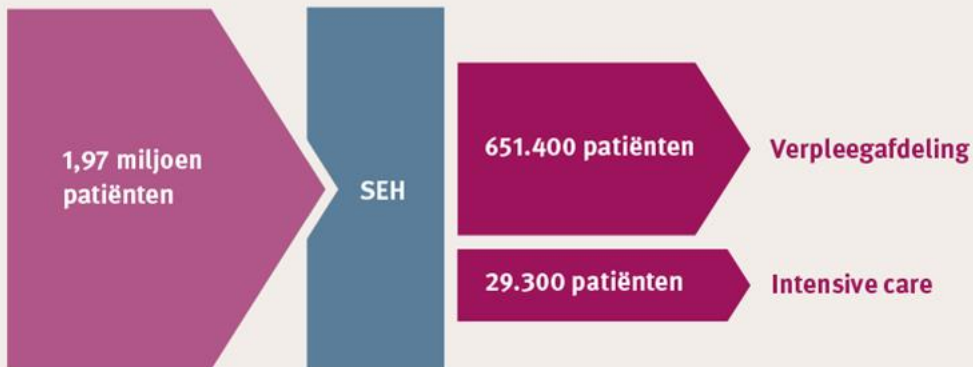


Figuur 21 - bron: Vektis

5.1 Klinische opname na seh

Zoals hiervoor al aangegeven wordt in 2019 en 2020 ongeveer een derde van het aantal seh-patiënten na behandeling op de seh opgenomen in het ziekenhuis. Van deze patiënten wordt ongeveer 4% van de patiënten eerst opgenomen op de intensive care en 96% van de patiënten wordt rechtstreeks opgenomen op de verpleegafdelingen (zie figuur 22).

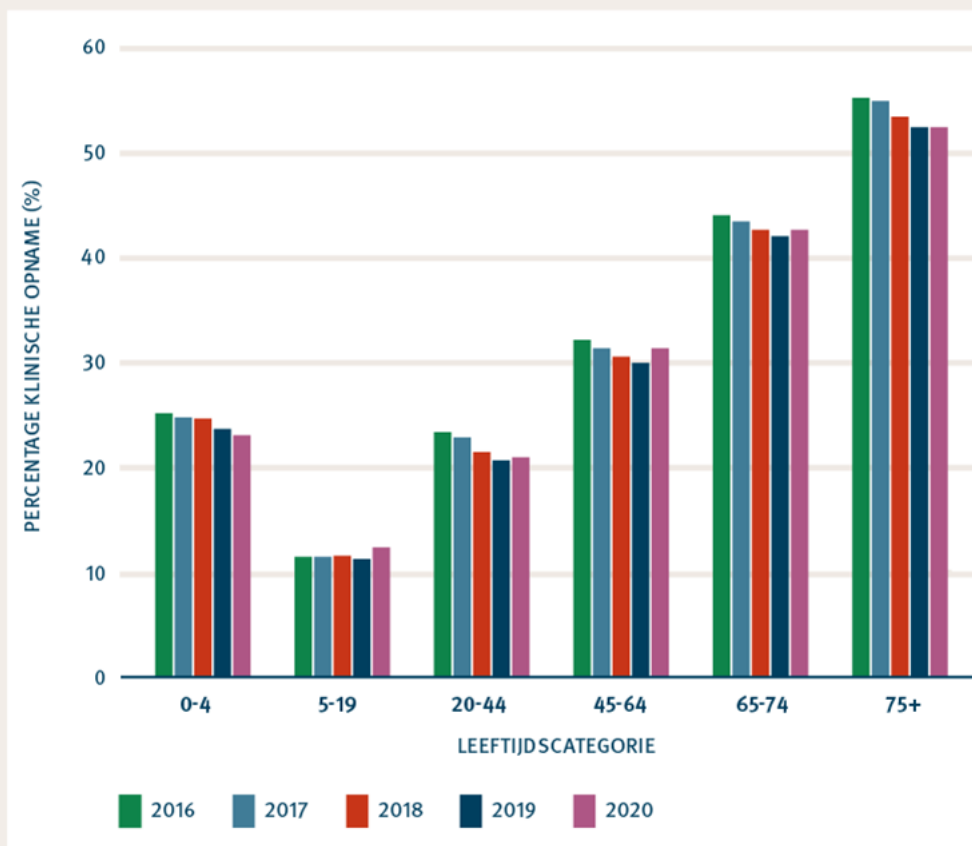
AANTAL PATIËNTEN NAAR VERPLEEGAFDELINGEN EN INTENSIVE CARE, 2020



Figuur 22 - bron: Vektis

In figuur 23 zien we dat met name relatief weinig 5-19 jarigen na een bezoek aan de seh worden opgenomen, in tegenstelling tot een juist relatief groot aandeel van de patiënten boven de 65 jaar.

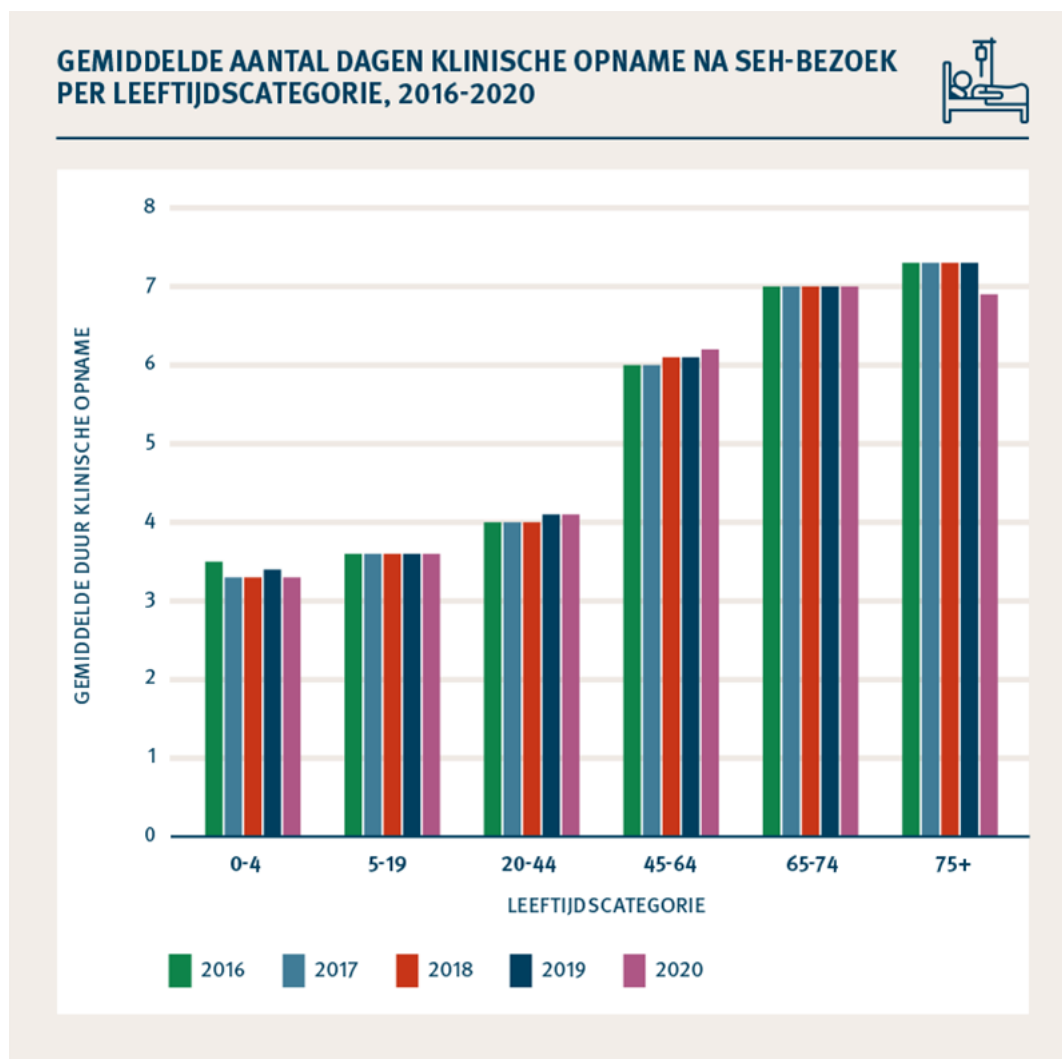
KLINISCHE OPNAME NA SEH-BEZOEK, PER LEEFTIJDSCATEGORIE, 2016-2020



Figuur 23 - bron: Vektis

Ligduur van klinische opnames na seh-bezoek

Ongeveer 62% van het totale aantal ligdagen van de ziekenhuizen in 2020 is van patiënten die na een seh-bezoek zijn opgenomen in het ziekenhuis. We zien over de periode 2016 tot en met 2020 dat het aandeel ligdagen van patiënten vanuit de seh van 58% (2016) naar 62% (2020) is toegenomen. Het aantal dagen dat een patiënt na een seh-bezoek wordt opgenomen in het ziekenhuis, ligt voor de leeftijdsgroepen tot 44 jaar een stuk lager (circa 3-4 dagen) dan voor de groepen boven de 44 jaar (circa 6-7 dagen).



Figuur 24 - bron: Vektis

5.2 Uitstroom na klinische opname

Onderstaande tabel 3 toont de verdeling van de uitstroom van patiënten nadat zij via de seh een klinische opname hebben gekregen. In de figuur zijn de onderlinge procentuele verhoudingen opgenomen. Hierin zien we weinig veranderingen tussen 2019 en 2020. Wel is er een toename in het aantal patiënten dat vanuit de seh en een klinische opname overlijdt. Deze procentuele toename kan veroorzaakt zijn door de grotere kans op overlijden van Corona-patiënten en omdat patiënten met lichtere zorgvraag de seh gedurende de pandemie vermeden.

Tabel 3: Uitstroom van seh-patiënten na klinische opname in procenten in 2019 en 2020

Vervolg zorg (%)	2019	2020
Naar huis en overig	69,41	67,96
Wijkverpleging	14,33	15,27
(Geriatrische) Revalidatiezorg	5,89	5,95
Wet langdurige zorg	4,89	4,71
Overleden	3,89	4,67
Eerstelijnsverblijf	1,50	1,43

Bron: Vektis

Ongeveer 3,6% van de seh-patiënten komt na een klinische opname op een verkeerde bed. Een verkeerde bed binnen de medisch specialistische zorg is de situatie dat de indicatie voor medisch-specialistische zorg is beëindigd, maar de patiënt noodgedwongen in de instelling voor medisch-specialistische zorg moet blijven. Meestal omdat geschikte vervolgzorg op dat moment niet beschikbaar is. Uit een nadere analyse van de uitstroom van deze verkeerde-bed-patiënten blijkt dat het aandeel dat via een verkeerde bed instroomt in de geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf toeneemt over de periode 2016 tot en met 2020: voor de geriatrische revalidatiezorg van 19% naar 35%, voor het eerstelijnsverblijf van 10% naar 20%.

6 Bronnen en methoden

Dit hoofdstuk 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 (6.1). Vervolgens worden gegevens per analyse opgeschreven (6.2).

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 bed-dagen 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 bed-dagen' beschikbaar.

6.1 Gegevensbronnen acute zorg

De analyses zijn uitgevoerd op basis van de volgende datasets:

- Declaraties van Vektis (beschikbaar begin januari 2022) op patiëntniveau over huisartsenzorg, ambulancevervoer, medisch-specialistisch zorg, elv, Wlz en wijkverpleging. Deze bestanden koppelen we aan de patiëntkenmerken bestanden van Vektis (geboortejaar, geslacht, postcode van het woonadres). De indeling naar ROAZ is gemaakt op basis van het woonadres van de patiënt. De grenzen van ROAZ-gebieden zijn gedefinieerd op basis van 2020 (eerdere publicaties: 2018).
- Dataset ambulance inzetten van het RIVM
- Dataset van seh-stops

Hieronder worden deze datasets in meer detail beschreven.

6.1.1 Declaraties van Vektis

Dataset huisartsenzorg (Vektis)

De dataset over de huisartsenzorg bevat declaratiegegevens over de periode 2016-2020. 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 huisartsenzorg in de anw-uren. De analyses zijn uitgevoerd per onderdeel. Kolom 'weging' geeft de relatieve weging die kan worden gebruikt om producten op te tellen tot consulteenheden (zie figuur 8). De laatste kolom betreft de wijziging per 2019. Per 2019 is er een wijziging van de prestaties voor huisartsenzorg in de kantooruren: de specifieke prestaties e-mailconsult en het telefonische consult vervallen. Nieuw is de prestatie "consult tot 5 minuten". Hierdoor kunnen we het aantal consulteenheden bij de huisartsenzorg in de kantooruren niet gebruiken voor de trends en presenteren we de trends over de zorg in de kantooruren alleen in termen van aantal patiënten.

Prestaties huisartsenzorg (consulten en visites) in de kantooruren

PRESTATIECODE	omschrijving	weging	intreiding
12000	Consult regulier korter dan 20 minuten	1	t/m 2018
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	t/m 2018
12400	Consult passant korter dan 20 minuten	1	t/m 2018
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	t/m 2018
12500	Consult militair korter dan 20 minuten	1	t/m 2018
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	t/m 2018
12510	Consult gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten	1	t/m 2018
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	t/m 2018
12010	Consult regulier korter dan 5 minuten	0,5	per 2019
12011	Consult regulier vanaf 5 minuten en korter dan 20 minuten	1	per 2019
12410	Consult passant korter dan 5 minuten	0,5	per 2019
12411	Consult passant vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1	per 2019
12507	Consult militair korter dan 5 minuten	0,5	per 2019
12519	Consult militair vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1	per 2019
12520	Consult gemoedsbezwaarden korter dan 5 minuten	0,5	per 2019
12521	Consult gemoedsbezwaarden vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1	per 2019

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

PRESTATIECODE	omschrijving	weging	intreding
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	t/m 2018
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	t/m 2018
12207	Consult anw korter dan 5 minuten	0,5	per 2019
12208	Consult anw vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1	per 2019

Dataset vervoer (Vektis)

De dataset bevat records over ambulance inzetten in 2016-2020. Hierbij zijn alleen de gedeclareerde inzetten van een ambulance meegenomen waarbij een patiënt vervoerd is door de ambulance (geen afgebroken inzetten, geen mobiele zorgconsulten, geen interklinisch vervoer). Deze dataset wordt alleen gebruikt om de instroom via ambulancevervoer naar de seh in kaart te brengen op basis van de koppeling van de datum van de seh en de datum van de inzet. In onze eerdere publicaties (t/m publicatiejaar 2020) gebruikten we hiervoor de BASIC dataset van Vektis, waarbij we deze instroom modelmatig benaderden. De huidige benadering is meer nauwkeurig. Door deze wijziging ontstaat er een kleine discrepantie met de absolute cijfers van deze patiëntenstroom ten opzichte van eerste publicaties, maar kwalitatief gezien zijn de cijfers in beide berekeningen in lijn met elkaar.

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 2016-2020. Naar verwachting zijn deze gegevens nagenoeg volledig. Alleen mogelijke 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..').

Dataset klinische opnames (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over medisch-specialistische zorg in 2016-2020. 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 ervan 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 190150, 190151, 190153, 190154, 190155, 190157 en 190158
- Verkeerde bed dagen: Overige zorgproducten met codes 190031 en 190038

Dataset Revalidatie zorg (Vektis)

We onderscheiden twee typen revalidatie zorg, namelijk geriatrische revalidatiezorg (grz) en medisch specialistische revalidatiezorg (msrz). De revalidatiezorg in de Wlz is meegenomen bij de vervolgzorg WLZ. Voor alle types kijken we alleen naar het verblijf in de gegevens over 2016-2020.

- 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.

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 2017-2020 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.

Dataset Wijkverpleging (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over wijkverpleging in 2016-2020. 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.

Dataset Wlz (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over Wlz in 2016-2020. 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.

6.1.2 Dataset ambulance inzetten van RIVM

De dataset bevat records over ambulance inzetten in de periode 2016-2020. Deze gegevens zijn geanonimiseerd en daarom niet een-op-een 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. Dat verklaart een mogelijk verschil in de 2016-2017 cijfers, en hierdoor in de groeicijfers in de periode 2016-2018. (Daarnaast is er nog een zeer kleine discrepantie door een andere bewerking van de gegevens over 64 inzetten 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.)

De indeling naar ROAZ is uitgevoerd op basis van het ophaaladres van de patiënt (de ROAZ-grenzen zijn gedefinieerd zoals in het jaar 2020). In de meeste gevallen is de afhaallocatiepostcode 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.

6.1.3 Dataset van seh-stops

De dataset van stops bevat de registratie van seh-stops in 2018-2021. Deze stops worden apart geregistreerd voor enkele soorten acute zorg: SEH, ICU, EHH, CCU, CT, SR en OK. De dataset dekt vier ROAZ-gebieden: namelijk: SpoedzorgNet AMC, Noordwest, Midden Nederland en West. De eerste drie regio's registreerden de gegevens al vóór 2018. Sinds 2018 zijn er ook gegevens beschikbaar over de ROAZ West. Om alle vier ROAZ die al meerdere jaren stops registreren in de analyse te kunnen meenemen, beperken we de analyse periode tot de periode 2018-2021. Naast deze vier regio's zijn er ook regio's die pas recent met registratie zijn begonnen: regio's Noord Nederland, Zwolle en Zuidwest zijn afgelopen jaar begonnen met registratie in het Landelijk Platform Zorgcoördinatie. Omdat deze registratie nog nieuw is, en korter dan één jaar, zijn deze regio's niet in de analyse meegenomen.

6.2 Gegevens per analyse: Patiëntenstromen acute zorg

Tabel 1: basisgegevens acute zorg 2019 en 2020

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

Figuur 1: Patiëntenstromen acute zorg 2019-2020

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

- Alle aantallen in dit schema zijn volgens de meest actuele gegevens over 2020. Deze getallen zijn altijd uitgedrukt als aantal unieke patiënten per dag (opgeteld op jaarbasis). De definities in sommige onderdelen van het huidige schema verschillen van onze eerdere publicatie. Aanvankelijk was de instroom in de huisartsenzorg weergegeven door middel van de indicator van consulteenheden. De aantallen patiënten bij de pijl van de ambulancezorg en bij de doorstroom vanuit huisartsenzorg waren getoond inclusief de patiënten die beide deze soorten zorg gebruikten. In de huidige publicatie zijn de definities bij deze onderdelen aangepast voor een meer consistente weergave van patiëntenstromen. De aantallen zijn afgerond tot 10 duizenden, en bedoeld om de indruk te geven over de grootte van de patiëntenstroom in de acute zorgketen.
- Alle groeipercentages geven aan de groei sinds 2019.
- Het aantal patiënten van de huisartsenzorg buiten kantooruren is gelijk aan het aantal unieke patiënten per dag in de dataset van de huisartsenzorg in de buiten kantooruren. (Bron: Vektis)
- Het aantal acute patiënten van de huisarts in de kantooruren is berekend als percentage (4.3%) van alle unieke patiënten per dag in de dataset van de huisartsenzorg in de kantooruren (bron: Vektis). Dit percentage is gebaseerd op de bevinding over het percentage van acute contacten bij de huisartsenzorgoverdag uit de literatuur: *Josan van der Maas, Martijn Rutten, Marleen Smits, Kees van Boven, Paul Giesen (2018) Spoedzorg in de huisartsenpraktijk, Huisarts en wetenschap, februari 2018.*
- Het totaal aantal van ambulance inzetten per urgentieniveau is inclusief alle inzetten. (Bron: RIVM)
- Het aantal ambulance inzetten naar de seh is op basis van koppeling van dataset seh met de gegevens over het ambulancevervoer; en de aanvullende splitsing met betrekking tot het gebruik van de huisartsenzorg is gemaakt op basis van koppeling met de dataset van de huisartsenzorg. (Bron: Vektis)
- 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. (Bron: Vektis)
- De groei van de klinische opname dagen betreft de groei van het aantal klinische opname dagen van patiënten die na een seh-bezoek klinisch zijn opgenomen. (Bron: Vektis)
- Het aantal patiënten van uitstroom van seh naar klinisch opname is gelijk aan het aantal patiënten waarbij een klinische opname direct aansluit op een seh-bezoek. (Bron: Vektis).
- Het aantal patiënten van uitstroom van seh of klinische opname naar vervolgzorg is gelijk aan het aantal patiënten waarbij een vervolgzorg direct aansluit op een seh-bezoek of seh-bezoek gevolgd door een klinische opname. Het betreft vervolgzorg elv, wijkverpleging, Wlz en revalidatiezorg (Bron: Vektis).
- Het aantal patiënten van de uitstroom 'naar huis' is berekend als het verschil tussen de instroom en de door/uitstroom naar vervolgzorg. (Bron: Vektis).

Figuur 2: Groeipercentage huisartsenzorg en percentage doorverwijzing naar SEH, 2020 t.o.v. 2019

Bron: Vektis. Het groeipercentage tussen 2019 en 2020 is berekend op basis van de totale aantallen patiënten per jaar in bovenstaande figuur (figuur 2). Het percentage van doorverwezen patiënten in

2020 is berekend als percentage van doorverwezen patiënten in het totaal aantal patiënten seh van dat jaar.

Figuur 3: Instroom patiënten acute zorg via de huisarts, 2019 en 2020

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

- Het aantal patiënten met huisartsenzorg in de kantooruren en buiten de kantooruren is berekend als aantal unieke patiënten per dag in de respectievelijke datasets, opgeteld naar het jaarniveau. Beide datasets zijn beschreven in sectie 6.1.1. (Bron: Vektis)
- Het aantal patiënten met acute spoedconsulten van de huisarts in de kantooruren is geschat als 4.3% van het totaal aantal van deze patiënten, op basis van het percentage uit de literatuur:
- *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. (Bron: Vektis)

Figuur 4: Landelijk aantal unieke patiënten per dag per 1000 inwoners (huisarts kantooruren) 2017-2020

Het aantal patiënten 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 eerste publicaties (Marktscan 2017, en Monitor 2018) ontstaat door kleine verschillen in toegepaste standaardisaties, o.a. de keuze van de peildatum. Kwalitatief gezien komen de huidige uitkomsten overeen met de eerdere uitkomsten.

Figuur 5: Aantal unieke patiënten per dag bij de huisarts tijdens kantooruren, per regio, 2017-2020

Bron: Vektis. De index is berekend als percentage ten opzichte van 2017, op basis van de dataset van de huisartsenzorg tijdens kantooruren. De cijfers laten de toename/afname zien van het totaal aantal unieke patiënten per dag per ROAZ. De indeling naar ROAZ is gedaan op basis van de postcode van de patiënt.

Figuur 6: Gestandaardiseerde verschillen in aantallen patiënten bij huisartsen (kantooruren) 2017-2020

Bron: Vektis en CBS Statline. We gebruiken de dataset van de huisartsenzorg in de kantooruren (zie sectie 6.1.1) om het (totaal) aantal unieke patiënten per dag te bepalen voor elke relevante subset. Deze subsets zijn combinaties van jaar x leeftijdsgroep x regio. Per ROAZ-regio laat de figuur het verschil zien met het landelijk gemiddeld zorggebruik. Het landelijk gemiddelde is berekend als het totaal aantal van patiënten per jaar gedeeld door de bevolking. Het ROAZ-gemiddelde is gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht. De bevolkingscijfers zijn gedownload uit CBS Statline op 5-jaarsleeftijdsgeslacht categorie op postcodeniveau, en zijn vervolgens geaggregeerd naar ROAZ. De standaardisatie houdt in dat de gegevens over patiënten worden ingedeeld in de 5-jaarsleeftijdsgeslacht categorie en naar ROAZ. Het gemiddelde zorggebruik wordt berekend op dit aggregatieniveau. We definiëren het gestandaardiseerd gemiddeld gebruik van de ROAZ als een gewogen gemiddeld zorggebruik in de ROAZ, met de landelijke populatieaandelen van 5-jaarleeftijdsgeslacht groepen als gewichten. Voor deze analyse gebruiken we de leeftijd op de peildatum 1 januari van dat jaar.

Figuur 7: Aantal unieke patiënten per dag huisarts buiten kantooruren, per regio, 2016-2020

Bron: Vektis. De index is berekend als percentage ten opzichte van 2016. Het aantal patiënten is berekend op basis van unieke patiënten per dag in de dataset van de huisartsenzorg buiten de kantooruren (sectie 6.1.1). De cijfers laten de toename/afname zien van het aantal patiënten per ROAZ. De indeling naar ROAZ is gedaan op basis van de postcode van de patiënt.

Figuur 8: Aantal (telefonische) consulten en visites bij huisarts buiten kantoortijden, 2016-2020

Bron: Vektis. De index is berekend als percentage ten opzichte van 2016.

- Het aantal consulten is het aantal prestaties 12300, 12201, 12200 (t/m 2018), en 12207, 12208 (per 2019).
- Het aantal telefonische consulten is het aantal prestaties 12302, 12204 (t/m 2018).
- 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 6.1.1.
- Omdat de prestatiecode '12204 telefonisch consult anw' (door de huisarts) is per 2019 vervallen, kunnen we per 2019 telefonische consulten van huisartsenpraktijken niet onderscheiden. Die worden dan meegenomen als 'consulten'. Dit heeft echter weinig effect voor deze analyse, omdat de huisartsenzorg in de anw-tijden merendeels door de HAP wordt geleverd.

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.

Figuur 9: Landelijk aantal unieke patiënten per dag per 1000 inwoners (huisarts buiten kantoortijden), 2016-2020

Bron: Vektis, Staatline CBS. Het aantal patiënten is berekend op basis van unieke patiënten per dag in de dataset van de huisartsenzorg in de anw-uren (sectie 6.1.1). Het aantal patiënten is gecorrigeerd per 1000 inwoners per leeftijdsgroep op basis van de bevolkingsstatistieken van het CBS op postcodeniveau. Voor meer details over deze standaardisatie zie de beschrijving van figuur 4 hierboven. In eerdere publicaties was deze gestandaardiseerde figuur gemaakt op basis van consulteenheden (gewogen som prestaties) in plaats van het aantal patiënten. Omdat we in andere onderdelen van deze rapportage de uitkomsten presenteren op basis van het aantal patiënten, wordt vanaf de huidige publicatie ook deze figuur op dezelfde manier uitgedrukt.

Figuur 10: Gestandaardiseerde verschillen in aantallen patiënten bij huisartsen (buiten kantoortijden), 2016-2020

Bron: Vektis en CBS Statline. We gebruiken de dataset van de huisartsenzorg in de anw-uren om het aantal unieke patiënten per dag te bepalen. De figuur laat het verschil zien met het landelijk gemiddeld zorggebruik. De analyse is gedaan o.b.v. de dataset over de huisartsenzorg in de anw-uren, waarbij we dezelfde standaardisatie toepassen als bij dezelfde soort figuur over de huisartsenzorg in de kantoortijden hierboven (zie figuur 6).

Figuur 11: Ontwikkeling aantal ambulance-inzetten, 2016-2020

Bron: RIVM. Per urgentieniveau is de percentuele verandering berekend in het aantal inzetten in 2020 ten opzichte van 2016.

Figuur 12: Aantal ambulance-inzetten, 2016-2020

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 13: Verandering instroom acute zorg via de regionale ambulancevoorziening, 2019 en 2020

Bron: RIVM. Per urgentieniveau is de percentuele verandering berekend in het aantal inzetten in 2020 ten opzichte van 2019; en in 2021 ten opzichte van 2020.

Figuur 14: Aantal en type inzetten ambulance, 2016-2020

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 15: Groei-index aantal spoedeisende inzetten, 2016-2020

Bron: RIVM. De index is berekend als percentage ten opzichte van 2016. De index maakt gebruik van het totale aantal van spoedeisende inzetten (type A1/A2 bij elkaar) per ROAZ in de dataset van RIVM. De cijfers laten de toename/afname zien per ROAZ. De indeling naar ROAZ is gedaan op basis van de postcode van de patiënt.

Tabel 2: Aandeel herkomst seh-patiënten, 2016-2020

Bron: Vektis. 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 en de ambulancezorg op dezelfde datum geïdentificeerd op basis van declaraties van Vektis. Onder deze aannames berekenen we het verwachte aantal patiënten per categorie, inclusief de categorie “overige herkomst”. De figuur laat percentuele verdeling zien van patiënten naar deze categorieën.

Figuur 16: Aantal seh in Nederland, 2016-2021

Bron: RIVM.

- RIVM “Aanbod en bereikbaarheid van de spoedeisende ziekenhuiszorg in Nederland”. Deze tabel geeft het aantal seh’s in Nederland weer op basis van verschillende rapporten van het RIVM.
- RIVM “Aanbod en bereikbaarheid van de spoedeisende ziekenhuiszorg in Nederland”
- RIVM “Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2021”
- RIVM “Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2020”
- RIVM “Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2019”

Figuur 17: Verandering aantal patiënten op seh, 2019 en 2020

Bron: RIVM. Op basis van de dataset seh (beschreven in sectie 6.1.1) is het totaal aantal seh-patiënten berekend per jaar. Dit aantal wordt gebruikt voor de berekening van het percentageverschil tussen 2020 en 2019; en tussen 2021 en 2020.

Figuur 18: Aandeel patiënten op seh, per leeftijdscategorie, 2016-2020

Bron: Vektis. De SEH-bezoeken (beschreven hierboven) zijn gekoppeld aan de leeftijd 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 kan ontstaan door het gebruik van volledige gegevens over beide jaren in de huidige publicatie en door de andere peildatum.

Figuur 19: Gestandaardiseerde verschillen in aantallen patiënten bij seh, 2016-2020

Bron: Vektis en CBS Statline. De analyse is gedaan o.b.v. de dataset van patiënten seh, waarbij we dezelfde standaardisatie toepassen als bij dezelfde soort figuur hierboven (zie figuur 6).

Figuur 20: Aantal en totale duur seh-stops gemiddeld op dagbasis per kwartaal, 2018-2020

Bron: Dataset stops van 4 ROAZ-gebieden. We gebruiken de registraties van vier ROAZ-gebieden over het soort stop 'seh'. Andere soorten stops zijn niet meegenomen. Ook eventuele extra lange stops (langer dan één week) zijn niet meegenomen. We gebruiken deze selectie om het aantal en de totale duur van deze stops te berekenen per kwartaal. Vervolgens delen we de berekende totale aantallen en de totale duur met het aantal dagen dat in dat kwartaal valt om het gemiddelde aantal en duur op dagbasis te berekenen.

Figuur 21: Uitstroom vanaf de SEH, 2020

Bron: Vektis. Het type verblijf na een seh-bezoek is per bezoek berekend door per patiënt de aaneensluitende verblijfdagen na een seh-bezoek aan elkaar te koppelen. Voor 2019 en 2020 is berekend hoeveel patiënten de verschillende types vervolgzorg hebben gehad na een seh-bezoek. 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 22: Aantal patiënten naar verpleegafdelingen en intensive care, 2020

Bron: Vektis. Het type verblijf na een seh-bezoek is per bezoek berekend door per patiënt de aaneensluitende verblijfdagen na een seh-bezoek aan elkaar te koppelen. Voor 2020 is berekend hoeveel patiënten vervolgzorg naar een verpleegafdeling of intensive care nodig hadden na een seh-bezoek.

Figuur 23: Klinische opname na seh-bezoek, per leeftijdscategorie, 2016-2020

Bron: Vektis. Het type verblijf na een seh-bezoek is per bezoek berekend door per patiënt de aaneensluitende verblijfdagen na een seh-bezoek aan elkaar te koppelen. In de gekoppelde data is per seh-bezoek aangegeven of er een klinische opname is. Het percentage klinische opname per leeftijdscategorie berekend.

Figuur 24: Gemiddeld aantal dagen klinische opname na seh-bezoek per leeftijdscategorie, 2016-2020

Bron: Vektis. De duur van verblijf na het seh-bezoek is per bezoek berekend door per patiënt de aaneensluitende verblijfdagen na het seh-bezoek aan elkaar te koppelen. 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 3: Uitstroom van seh-patiënten na klinische opname in procent in 2019-2020

Bron: Vektis. Het type verblijf na een seh-bezoek en klinische opname is per bezoek berekend door per patiënt de aaneensluitende verblijfdagen na een seh-bezoek met klinische opname aan elkaar te koppelen. Voor 2019 en 2020 is berekend hoeveel patiënten de verschillende types vervolgzorg hadden na een seh-bezoek met klinische opname.

