

Monitor Toegankelijkheid van Zorg

Gevolgen van Covid-19 | Bijlage: Gebruikte data en methodologie



Inhoudsopgave

1	Bijlage: Gebruikte data en methodologie	3
1.1	Verwijzingen	5
1.2	Ziekenhuisproductie	7
1.3	Registratie-effect en bijschatting	8
1.4	Behandeltijd	9
1.5	Urgentie	10
1.5.1	Inhaalzorg	11
1.5.2	Vervolgzorg	12
1.6	Wachttijden	12
1.7	Ziekteverzuim	18
1.8	Bezettingsgraad V&V aanbieders	18
1.9	Werkvoorraad	19

1 Bijlage: Gebruikte data en methodologie

In deze bijlage zetten wij per hoofdstuk uiteen welke data de NZa voor dit rapport heeft gebruikt en welke bewerkingen daarop zijn uitgevoerd om de cijfers en figuren in dit rapport te creëren. Voor de regionale inzichten maken we gebruik van de indeling van de 'Regionaal Overleg Acute Zorgketen'-regio's (ROAZ) (Figuur 1 geeft de indeling van de regio's weer).

Figuur 1: ROAZ indeling



1.1 Verwijzingen

De data over verwijzingen krijgt de NZa wekelijks van ZorgDomein. ZorgDomein biedt een online platform waar vraag (vanuit de patiënt en huisarts) en aanbod bij elkaar komen. Huisartsen kunnen via het platform van ZorgDomein patiënten doorverwijzen naar aangesloten instellingen. Vrijwel alle ziekenhuizen en een groot deel van de huisartsen maakt gebruik van dit systeem. De NZa ontvangt van ZorgDomein wekelijks een geaggregeerd bestand met verwijstotalen per provincie, ROAZ regio, specialisme en verwijstype naar zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en ziekenhuizen. We ontvangen gegevens van 2019, 2020 en 2021. Voor het specialisme wordt het ZorgDomein specialisme gebruikt en we laten de 13 specialismen zien waarnaar het meest verwezen wordt in 2020.¹ In de provinciale analyse wordt Zeeland weggelaten omdat de verwijzingen hier naar slechts één ziekenhuis leiden.

Bij het interpreteren van de verwijsdata moet rekening gehouden worden met een aantal zaken:

- Een verwijzing betekent niet automatisch dat een patiënt hier ook daadwerkelijk gevolg aan geeft. Het aantal verwijzingen is dus waarschijnlijk een overschatting van het aantal mensen dat daadwerkelijk naar het ziekenhuis gaat. Dit effect kan door angst voor besmetting groter zijn dan normaal.
- Verwijzingen zijn niet op patiëntniveau, sommige patiënten krijgen meer dan een verwijzing. Het aantal patiënten waarop de verwijzingen betrekking hebben is dus lager dan het totaal aantal verwijzingen.
- De vakantieperiode kan per regio in een andere periode vallen, waardoor een mogelijk vakantie effect in een andere periode zichtbaar is. Ook kan de vakantieperiode per regio verschillen ten opzichte van vorig jaar.

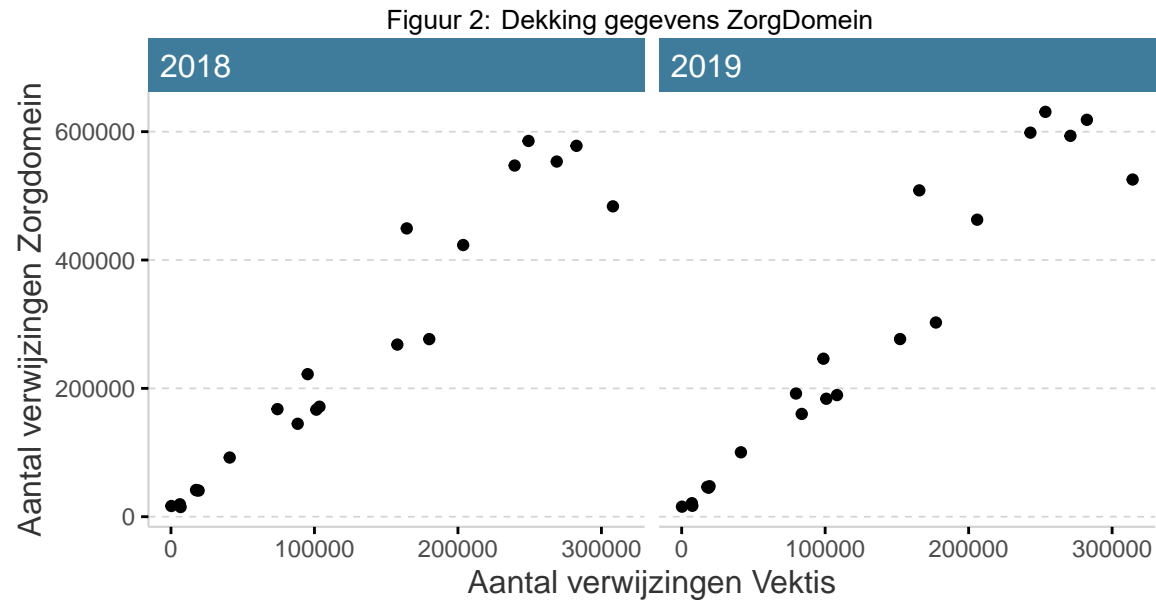
Ondanks dat de overgrote meerderheid van de verwijzingen van huisartsen via ZorgDomein gaat, hebben we voor de volledigheid de verwijzingen uit 2019 gecombineerd met het totale aantal initiële subtrajecten (nieuwe zorgvragen) in Vektis waarvan de verwijzer een huisarts is. De specialismen die door ZorgDomein worden gebruikt komen niet altijd overeen met de specialismen die de NZa hanteert, waar mogelijk zijn deze gekoppeld. De vergelijking tussen het aantal verwijzingen van ZorgDomein en het aantal zorgtrajecten in Vektis kent een aantal nuances:

- Niet iedere verwijzing zal resulteren in een zorgtraject.
- De periodes worden een op een vergeleken, terwijl een verwijzing ook later opgevolgd kan worden.
- De dekking van ZorgDomein is niet volledig.

¹ De selectie van specialismen kan afwijken van eerdere versies van dit rapport doordat het totaal van verwijzingen over 2020/2021 na elke nieuwe week anders is.

Figuur 2 geeft de relatie weer tussen de verwijzingen in ZorgDomein en de zorgtrajecten in Vektis. Elk datapunt staat voor een NZa specialisme. In totaal kunnen we 97.66% van de verwijzingen koppelen aan een NZa specialisme. De verwijzingen die we niet kunnen koppelen zijn niet medisch specialistisch. Bijvoorbeeld verpleging en verzorging, hulpmiddelenzorg, of paramedische zorg.

Uit de analyse blijkt dat er niet getwijfeld hoeft te worden aan de representativiteit van de ZorgDomein verwijzingen.



De gegevens van ZorgDomein hebben wij ook gebruikt om een ruwe schatting te maken van de omvang van het stuwmeer aan zorg: zorg die in vergelijking met voorgaande jaren niet is geboden. Het is een ruwe schatting omdat het een verschil betreft tussen het verwachte en het daadwerkelijke aantal verwijzingen naar de medisch specialistische zorg. Dit verschil is daarnaast niet één op één door te vertalen naar verschillen in geboden zorg, denk daarbij aan verwijzingen die nog niet tot zorg hebben geleid. We kunnen niet het aantal mensen schatten op basis van de verwijzingen omdat iemand meerdere verwijzingen kan krijgen. De schatting van het stuwmeer zal dus in termen van verwijzingen zijn. Om een inschatting te maken van het aantal verwijzingen dat niet is gedaan doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan moeten we het aantal verwijzingen schatten in het geval de coronacrisis niet zou hebben plaatsgevonden. Dit doen we op de volgende manier:

1. Bepalen van het aantal verwijzingen per werkdag per week, voor de periode week 1 van 2018 tot week 10 van 2020.
2. Het fitten van een regressielijn op de data van deze periode, om een schatting te kunnen maken van het aantal verwijzingen dat er in een situatie zonder coronacrisis zou hebben plaatsgevonden.
3. Het berekenen van week-effecten: We nemen hiervoor per week de gemiddelde afwijking van de regressielijn tot het daadwerkelijk aantal verwijzingen voor de periode week 1 2018 tot week 10 2020.
4. Voor de periode ná de start van de coronacrisis (vanaf week 10 2020) berekenen we het aantal geschatte verwijzingen per week door het aantal geschatte verwijzingen per dag (berekend o.b.v. de regressie) te vermenigvuldigen met het week-effect van de desbetreffende week, en dat vervolgens te vermenigvuldigen met het aantal werkdagen in die week.
5. Voor de volgende feestdagen en vakanties hebben we een correctie toegepast: Goede vrijdag, Pasen, Hemelvaart, Pinksteren, voorjaarsvakantie, en de kerstvakantie. De meivakantie, herfstvakantie en zomervakantie vielen in elk jaar in dezelfde weken, hiervoor hoeven we geen correctie toe te passen. De vakantieperiode kan per regio in een andere periode vallen, waardoor een mogelijk vakantie effect in een andere periode zichtbaar is. Ook kan de vakantieperiode per regio verschillen ten opzichte van vorig jaar.
6. Uiteindelijk nemen we het verschil tussen het verwachte aantal verwijzingen en het daadwerkelijke aantal in 2020 en 2021.

1.2 Ziekenhuisproductie

Van Dutch Hospital Data (DHD) ontvangen we maandelijks data over het onderhanden werk van ziekenhuizen. DHD verzamelt, beheert en bewerkt data van ziekenhuizen en beheert standaarden voor de registratie ervan. Dankzij de aanlevering hebben we inzicht in het onderhanden werk van tientallen ziekenhuizen die dit versneld hebben kunnen aanleveren. Dit biedt ons de mogelijkheid om te kijken waar en in welke mate de productie is teruggevallen naar aanleiding van de coronacrisis, en in hoeverre deze weer is hersteld. Het aantal ziekenhuizen kan verschillen tussen rapportages, omdat alleen ziekenhuizen zijn weergegeven die over de gehele periode vanaf begin 2019 tot afgelopen maand hebben aangeleverd.

Het onderhanden werk omvat de productiecijfers tot en met de laatste volledige maand. Dit bevat ook zorg die al wel aan patiënten is verleend maar nog niet is gedeclareerd². Net zoals bij de verwijzingen vergelijken we de wekelijkse cijfers met dezelfde weken in 2019. De laatste weken van 2020 worden dus vergeleken met de laatste weken in 2019, en de eerste weken van 2021 worden vergeleken met de eerste weken van 2019. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de cijfers van de laatste maanden minder compleet zijn dan die van de jaren ervoor. Daarnaast is het onderhanden werk versneld uitgevraagd en loopt de registratie hierdoor gewoonlijk over de laatste twee weken nog iets achter op de weken daarvoor.

² Het originele bestand betreft het aantal patiënten per ziekenhuis per diagnose, waardoor een patiënt met meerdere diagnoses ook meerdere keren in de overzichten terug kan komen.

Bij de figuren met betrekking tot het aantal verpleegdagen is een extra lijn toegevoegd die het aantal patiënten weergeeft die met Covid-19 zijn opgenomen in het ziekenhuis. Hierop is dezelfde correctie toegepast voor registratie-effecten als het totaal aantal patiënten. Omdat het een relatief kleine groep is (het aandeel patiënten kwam tijdens de piek iets boven de 0,5%) laten we deze informatie in de andere figuren achterwege.

1.3 Registratie-effect en bijschatting

In het afgelopen jaar hebben we gezien dat de hoeveelheid zorg die is geregistreerd en in de daaropvolgende maanden wordt aangeleverd niet de volledige productie weergeeft. Hierdoor lijkt het telkens alsof de productie sterker daalt (of minder stijgt) dan achteraf daadwerkelijk het geval is. We weten inmiddels dat bij iedere nieuwe aanlevering nog productie wordt toegevoegd voor alle voorgaande maanden. De laatste twee weken zijn het meest onvolledig, maar ook over de maanden daarvoor zijn in de afgelopen maand door sommige ziekenhuizen nog cijfers aangeleverd.

Dit lossen we gedeeltelijk op door de omvang van dit registratie-effect te schatten en de analyseresultaten hiermee te corrigeren. In dit rapport vergelijken we de verschillende aanleveringen van DHD om het registratie-effect vanaf april 2020 te schatten, met de aanname dat de data van januari, februari en maart 2020 volledig zijn. De uitkomst van deze berekening gebruiken we om de daadwerkelijke productie in de rest van 2021 te schatten, gecorrigeerd voor het registratie-effect. In de meeste figuren wordt deze geschatte productie weergegeven in plaats van de lijn die de daadwerkelijk gemeten productie toont.

We doen dit door op het niveau van ziekenhuizen en specialismen te berekenen hoe groot de toename in aanlevering over een bepaalde productiemaand is na 1 maand, na 2 maanden enzovoort. Deze percentages gebruiken we vervolgens om een factor te berekenen waarmee naar verwachting de data voor een bepaalde maand nog zal toenemen in de komende maanden totdat deze compleet zal zijn. De aangeleverde data hogen we op met deze factor. Het registratie-effect kan per ziekenhuis en per levering verschillend zijn. Bij verdeling naar specialismen worden dit soort uitzonderingen redelijk uitgemiddeld. Bij verdeling naar ROAZ-regio, kan de bijschatting voor een ROAZ-regio met slechts enkele ziekenhuizen sterk beïnvloed worden door een enkel ziekenhuis, als die bijvoorbeeld in één maand heel veel data aanlevert. Daarom tonen we de gecorrigeerde aantallen niet per ROAZ-regio. Verder berekenen we nog afzonderlijke correctiefactoren voor de laatste 4 weken. In deze periode is het registratie-effect het grootst, vooral in de laatste week verwachten we een significant grotere correctiefactor dan in de eerste week van de laatste maand.

We berekenen de correctiefactoren op basis van de aanleveringen vanaf april 2020, onder de aanname dat vertragingen in registratie en aanlevering gemiddeld genomen onveranderd zullen blijven. Als er (bijvoorbeeld vanwege een golf aan besmettingen) al veranderingen zijn in de snelheid van aanlevering, houden we daar geen rekening mee. We zien wel enige variatie in de maandelijks berekende registratie-effecten, maar die is niet zo groot dat we echt kunnen spreken van een betekenisvolle verandering van aanlevering.

Vanaf augustus 2021 wordt in de grafieken de geschatte productie getoond met een bandbreedte die de onzekerheid in deze schatting moet weergeven. Deze band wordt bepaald door onze eerdere schattingen van de patiëntenaantallen (gepubliceerd in de periode november '20 tot en met augustus '21)

te vergelijken met de uiteindelijk gerealiseerde patiëntenaantallen. Dit geeft voor elke week dat we terugkijken een gemiddelde afwijking van het geschatte niveau ten opzichte van de gerealiseerde productie (bias) en de variatie daarin (standaard deviatie). Deze vormen de grijze band rondom de lijnen die de actuele productie weergeven in dit rapport. De randen van de band worden gevormd door één standaarddeviatie onder en boven de geschatte productie plus bias. De lijn die we laten zien voor 2021 is gecorrigeerd voor deze bias, en ligt om die reden in het midden van de band.

Tenslotte zijn er nog een aantal aanvullende factoren die tot registratie artefacten kunnen leiden:

1. Er gaat enige tijd overheen voordat een patiënt wordt toegewezen aan een specialisme, mogelijk omdat er verschillende specialisten bij de behandeling betrokken zijn. Het aantal patiënten per specialisme lijkt hierdoor sneller af te nemen dan in de plotjes met het totaal aantal patiënten per week. Hiermee moet rekening gehouden worden bij de interpretatie van de figuren met aantallen patiënten per specialisme.
2. Het registratie-effect is groter bij verrichtingen, omdat deze pas later gecodeerd en aan een patiënt en specialisme worden gekoppeld. De daling is daarom sterker bij consulten, opnamen en operaties dan bij aantallen patiënten. Dit geldt in het bijzonder voor verpleegdagen.

1.4 Behandeltime

De meeste cijfers en figuren in dit rapport gaan over aantallen patiënten en aantallen verrichtingen/operaties. Bij de operaties maken we ook een vertaling naar de behandeltime. Hiervoor maken we gebruik van normtijden per verrichting die afkomstig zijn van Logex. Zij stellen jaarlijks gemiddelde operatietijden vast op basis van de OK registratie van alle ziekenhuizen die bij hen zijn aangesloten. Om de productiegegevens te laten koppelen met normtijden zijn wel enkele bewerkingen uitgevoerd en aannames gedaan. De DHD-data zijn beschikbaar op specialisme, diagnose en zorgprofielklasse-niveau. Door profielen te maken van historische ziekenhuisdata (DIS 2019) schatten we per diagnose om welke zorgactiviteiten het gaat, en wat de verwachte aantallen (normaal, en nog in te halen) per zorgactiviteit zijn. Dit beperken we uiteraard ook weer tot de intensieve/invasieve en wbm-verrichtingen. We veronderstellen dat de aandelen van de verschillende operatieve activiteiten binnen dezelfde diagnose gelijk zijn gebleven over de jaren 2019-2021. Door nu de aantallen in 2020/2021 te vergelijken met die in 2019 kan per specialisme het aantal operaties en de operatietijd geschat worden.

Voor een heel klein deel (ca. 0,5%) van de operaties werd er na week 10 van 2020 vaker geopereerd dan ervoor, wat resulteert in een klein negatief aantal in te halen operaties. Dit hebben we zo gelaten, omdat substitutie hier mogelijk een rol in speelt (bijvoorbeeld omdat vanwege afschaling een lichtere operatie werd uitgevoerd in plaats van een zwaardere). Specialismen die zelden of nooit opereren, worden niet in de figuur opgenomen. Dit zijn inwendige geneeskunde, MDL, longgeneeskunde, neurologie en radiotherapie.

1.5 Urgentie

Samen met Zorginstituut Nederland en medisch professionals heeft het LCPS (Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding) een indeling gemaakt om de urgentie van de zorgvragen te bepalen. De indeling is door medisch specialisten beoordeeld en door het Zorginstituut gevalideerd. Deze indeling is separaat gepubliceerd. Met deze indeling willen we medisch specialisten - die het beste kunnen bepalen welke patiënten eerst zorg nodig hebben - houvast bieden om te kunnen vergelijken en een onderverdeling te maken op basis van urgentie.

Er worden 7 urgentieklassen onderscheiden. Hieraan zijn categorielabels gekoppeld met een letter (A t/m F), en een termijn waarbinnen de eerste zorg geleverd zou moeten worden. Deze lopen uiteen van spoed (A: binnen 24 uur zorg nodig) tot uitstelbaar (F: kan eventueel 3 maanden of langer wachten). Een voorbeeld van de eerste categorie is de begeleiding van een bevalling door een gynaecoloog. De zorg voor patiënten in deze urgentieklasse gaat over het algemeen zeven dagen per week door. Het betreft relatief dure trajecten met bovendien een groot deel van de zorg in de eerste week. Een voorbeeld van de laatste categorie (F: kan eventueel 3 maanden of langer wachten) is een staaroperatie bij een ziekte van de oog lens door een oogheelkundige. De zorg voor deze groep vindt over het algemeen op werkdagen plaats, kent een lagere zorgintensiteit en is over een langere periode uitgespreid.

Per combinatie van specialisme, diagnose en zorgproduct (behandeling) is een toewijzing naar één van deze categorieën gemaakt. Dit is voor ruim 4.300 diagnose-zorgproduct combinaties gedaan, waarmee we voor bijna 90% van de jaarlijkse patiëntenstroom een urgentie-indicatie hebben.

Om de urgentie te bepalen van het onderhanden werk en de gemiste ingrepen in de ziekenhuizen is een vertaalslag nodig. De openstaande subtrajecten zijn immers nog niet af te leiden tot zorgproducten, waardoor koppeling met de urgentielijst niet mogelijk is. We hebben daarom historische zorgdata (DIS-data over 2018) gebruikt om de urgentielijst zover als mogelijk om te zetten naar het niveau van diagnose plus zorgactiviteiten (op zorgprofielklasse-niveau). Voor een deel van de productie blijkt dat goed mogelijk. Dit zijn de 'homogene diagnoses': alle zorgproducten die in de praktijk afgeleid kunnen worden bij patiënten met zo'n diagnose vallen in dezelfde urgentieklasse. We hoeven dus niet te weten welk zorgproduct er wordt afgeleid. Daarnaast zijn er ook heterogene diagnoses: in welke urgentieklasse het uiteindelijke zorgproduct valt is in dat geval sterk afhankelijk van specifieke zorgactiviteiten in het zorgprofiel. Zolang dus het zorgprofiel nog niet volledig is, kan de urgentie ook niet precies worden bepaald aan de hand van de data. Wel kunnen we met historische data de kans schatten dat deze zorg in een bepaalde urgentieklasse landt. Door dit voor alle patiënten te doen en de kansen op te tellen per urgentieklasse, lukt het om voor de volledige ziekenhuiszorg de urgentie toch redelijk goed te schatten.

Op een vergelijkbare manier proberen we het onderhanden werk uit te splitsen naar de mate van beslag op de intensive care. Op basis van dezelfde historische data hebben we per diagnose vastgesteld hoe vaak een operatie samengaat met een opname op de IC. Hiermee hebben we drie groepen gemaakt. In groep 1 bevinden zich alle diagnoses waarbij een operatie soms of vaak (>1 % van de operaties) samenvalt met een opname op de IC. In deze groep valt ruim 15% van het jaarlijkse aantal operaties. Hierbij moet bijvoorbeeld gedacht worden aan bypass-operaties, transplantaties of andere hartoperaties. In groep 2 bevinden zich de diagnoses waarbij zelden (tussen 0% en 1%) een IC nodig is na operatie. Dit is de grootste groep, en omvat ongeveer 60% van de operaties. Veelvoorkomende ingrepen in deze groep zijn bijvoorbeeld bij appendicitis, artrose, of bevallingen. Groep drie is de

groep van diagnoses waarbij in 2018 nooit een patiënt naar de IC ging na een operatie (ca. 25%). In de figuur waarin de zorgproductie wordt uitgesplitst naar urgentie en beslag op de IC zijn de ingrepen met een onbekend specialisme (en daardoor onbekende urgentie) proportioneel verdeeld over de andere groepen met hetzelfde IC-gebruik. Vervolgens zijn de ingrepen met een onbekende urgentie én een onbekend IC-gebruik (dit is nog maar een kleine groep, 3 tot 5%) proportioneel verdeeld over de andere groepen in dezelfde week.

Inhaalzorg

Welk deel van de ingrepen die minder zijn gedaan niet ingehaald hoeft te worden, is op basis van de beschikbare data niet met zekerheid te zeggen. Een deel van deze zorgvragen die niet ingehaald kunnen worden zijn eenvoudigweg niet ontstaan vanwege de pandemie en de bijbehorende maatregelen. Denk hierbij aan minder verkeers- en sportongevallen en minder infectieziekten. Bij een ander deel was sprake van een urgente zorgvraag die, als die al zou zijn ontstaan, nu niet meer kan worden ingehaald. In sommige gevallen zal dat betekenen dat de patiënt die niet tijdig hulp heeft gezocht nu zwaardere zorg nodig heeft en/of hier op een later moment schadelijke gevolgen van ondervindt. Deze schade is echter heel moeilijk te kwantificeren en te voorspellen en wordt niet meegenomen.

De gehanteerde criteria voor zorg die niet ingehaald hoeft of kan worden zijn:

- acute zorg (zoals breuken en hartinfarcten)
- infectieziekten
- periodiek/herhaaldelijk geleverde zorg (zoals sommige pijnbehandelingen)
- klachten van voorbijgaande aard
- vooruitgeschoven zorg

Aan de hand van deze criteria hebben we per diagnose die in de data voorkomt een inschatting gemaakt of de gemiste operaties nog zullen moeten worden ingehaald. Deze inschatting vormt de basis voor de verdere schatting van de aantallen in te halen operaties. Ook binnen diagnoses kan er natuurlijk nog een grote variatie zijn (ook wat betreft inhaalnoodzaak), wat bijdraagt aan de onzekerheid in deze schatting.

Er zijn verschillende manieren om het aantal in te halen operaties te schatten. Als we uitgaan van de data tot en met week 26 (begin juli) dan beschikken we over een compleet beeld van alle ziekenhuizen tot de zomer en hoeven we geen registratiecorrectie toe te passen. In totaal schatten we dan het aantal nog in te halen operaties tot dat moment op 180 duizend. Op basis van de meest recente aanleveringen kunnen we ook een schatting maken die een actueler beeld geven. Als gevolg van bijschatting voor het registratieeffect en een maandelijks verschillende populatie die data aanlevert, kent deze

schatting een behoorlijke mate van onzekerheid. Die wordt nog vergroot doordat we de mogelijke extra productie door ZBC's nog niet volledig in kaart hebben. Om deze redenen publiceren we bij dit getal een bandbreedte.

De oversterfte (door Covid-19) kan ook nog van invloed zijn op de in te halen zorg. Om hier een beeld bij te krijgen hebben we gekeken naar patiënten die zijn overleden tijdens een dbc met een Covid-19 diagnose en daaraan voorafgaand behandeld werden vanwege een cardiovasculaire aandoening. Afhankelijk van de definitie van de behandeling betreft het ongeveer 35% van de patiënten die zijn overleden met Covid-19.

Vervolgzorg

Om te schatten hoeveel patiënten na een ingehaalde operatie gebruik zullen maken van de IC maken we gebruik van DIS-data over 2019. Op diagnosesniveau is het gemiddeld aantal IC-dagen per operatie gecombineerd met het aantal verwachte in te halen operaties om te schatten hoe groot de belasting zou kunnen zijn als alle uitgestelde operaties ingehaald zouden worden. Op specialismeniveau is het gemiddeld aantal IC-dagen per operatie gecombineerd met de werkvoorraden om het aantal IC-dagen te schatten dat ziekenhuizen kunnen verwachten op basis van de ingeplande operaties.

Voor de andere sectoren is gebruik gemaakt van Vektisdata over 2018 en 2019. Op basis van een steekproef van patiënten die in 2018 een operatie ondergingen, met dezelfde kenmerken en samenstelling als de geschatte populatie die wacht op een in te halen operatie, wordt de vervolgzorg in 5 sectoren gedurende 6 maanden voor tot 6 maanden na ingreep uitgerekend, op patiëntgroepniveau.

Een vergelijkbare analyse hebben we uitgevoerd specifiek voor patiënten die met Covid-19 zijn opgenomen geweest in een ziekenhuis. Van de patiënten die in de eerste golf (tot juli 2020) in een ziekenhuis zijn gediagnosticeerd is in beeld gebracht hoeveel er in de maanden daarvoor en de maanden daarna gebruik maakten van zorg in andere sectoren. Deze figuren zijn dus niet indicatief voor de ervaren druk in die sectoren, maar alleen voor de directe (extra) druk die het gevolg is van zorg aan Covidpatiënten.

1.6 Wachttijden

Voor de drie wachttijdsoorten zijn Treeknormen vastgesteld. Dit zijn de maximaal aanvaardbare wachttijden waarbinnen de patiënt zorg moet kunnen krijgen, zoals afgesproken door veldpartijen in het Treekoverleg en vastgelegd in het 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw'. De Treeknorm is voor zowel diagnostiek als voor polikliniekbezoeken vier weken. Voor de 'poliklinische' behandelingen geldt een Treeknorm van zes weken, voor 'klinische' behandelingen is dit zeven weken. Omdat het lastig is om vast te stellen of een behandeling 'poliklinisch' is uitgevoerd gebruiken wij de zes week-Treeknorm ook voor klinische behandelingen. Bij het vaststellen van het aantal wachttijden dat de Treeknorm overschrijdt leidt dit tot een kleine overschatting van het werkelijke aantal overschrijdingen.

Tot 1 augustus 2021 konden zorgaanbieders wachttijden die bij de NZa worden aangeleverd actueel of retrospectief berekenen. Vanaf 1 augustus 2021 leveren zorgaanbieders alleen actuele wachttijden aan. Bij de actuele methode voor wachttijden polikliniek en diagnostiek wordt gerekend met de derde

beschikbare mogelijkheid in de agenda voor het maken van een afspraak. Bij de actuele methode voor behandelingen (vanaf 1 augustus) wordt de mediane wachttijd van orderdatum tot afspraakdatum bepaald. De mediaan wordt berekend over alle afspraken binnen twee maanden na de peildatum, waarbij er minimaal 5 waarnemingen moeten zijn. Bij de retrospectieve methode (tot 1 augustus) werd gekeken naar de gemiddelde gerealiseerde wachttijd voor behandelingen uitgevoerd in de afgelopen 3 maanden.

De coronaperiode kan direct invloed hebben op de uitkomsten van zowel de oude als de nieuwe methode:

- Voor wachttijden die volgens de actuele methode voor polikliniek en diagnostiek berekend worden, kan het afzeggen van afspraken leiden tot legere agenda's, en dus kortere toegangstijden volgens de letter van de regeling (de tijd tot de derde mogelijkheid in de agenda).
- Voor de retrospectieve wachttijden (tot 1 augustus) geldt dat er gedurende een bepaalde periode waarschijnlijk minder observaties zijn. Het aandeel urgente patiënten in de zorg die wel geleverd is, is mogelijk groter dan normaal. Het gevolg is dat de wachttijden een te rooskleurig beeld van de werkelijkheid schetsen.
- De nieuwe rekenmethode voor behandelingen (vanaf 1 augustus) vereist minimaal 5 afspraken om de mediane wachttijd mee te bepalen. Wanneer er vanwege de coronaperiode te weinig waarnemingen waren, ontbreekt de wachttijd data.

De gemiddelde landelijke en regionale wachttijden worden in twee stappen berekend:

1. Per instelling (zowel ziekenhuizen als ZBC's) wordt de gemiddelde wachttijd berekend over alle locaties van de instelling waar de wachttijd beschikbaar is (het specialisme / de behandeling geleverd wordt).
2. De gemiddelde wachttijden van alle instellingen worden vervolgens gebruikt om het landelijke en regionale gemiddelde te berekenen.

Voor de eerste figuren van het hoofdstuk wachttijden is van belang rekening te houden met het feit dat het totaal aantal aangeleverde wachttijden per wachttijdsoort verschilt. In de oude regeling (tot 1 augustus) zijn er respectievelijk 23, 34 en 4 wachttijden polikliniek (alleen hoofdspecialismen), behandeling en diagnostiek. In de nieuwe regeling zijn er respectievelijk 52 wachttijden polikliniek (waarvan 24 hoofdspecialismen), 47 wachttijden behandeling en 15 wachttijden diagnostiek.

Niet alle wachttijden zijn beschikbaar in elke regio. Doordat niet alle zorg in alle regio's geleverd wordt kan het beschikbare aantal wachttijden per regio verschillen.

Bij het interpreteren van de overige figuren is verder van belang rekening te houden met het feit dat het wegvallen van waarnemingen met hoge of lage wachttijden in regio's met wat minder zorgaanbieders kan leiden tot flinke schommelingen in het gemiddelde.

N.B. De gemiddelde wachttijd is een gemiddelde van de gemiddelde wachttijden die zorgaanbieders aanleveren. Het betreft een ongewogen gemiddelde: aanbieders die een groot deel van deze behandeling uitvoeren wegen even zwaar mee als aanbieders die deze zorg slechts sporadisch leveren

In deze monitor zijn afkortingen van de wachttijd omschrijvingen gebruikt voor de leesbaarheid. Tabel 1 bevat de afkortingen en de volledige wachttijd omschrijvingen geldig vanaf augustus 2021.

Tabel 1: Volledige omschrijvingen en afkortingen van de wachttijden

volledige omschrijving	afkorting
Kindergeneeskunde - Algemeen	kinder-algemeen
Kindergeneeskunde - Interne geneeskunde	kinder-interne
Kindergeneeskunde - Cardiologie	kinder-cardio
Kindergeneeskunde - Orthopedie	kinder-ortho
Kindergeneeskunde - Neurologie	kinder-neuro
Dermatologie - Algemeen	dermat-algemeen
Dermatologie - Oncologie (verdachte plek)	dermat-onco verdacht
KNO - Algemeen	kno-algemeen
KNO - Doofheid en gehoorverlies	kno-gehoor
Maag, darm en leverziekten - Algemeen	mdl-algemeen
Neurologie - Algemeen	neuro-algemeen
Neurologie - Hernia nek	neuro-hernia nek
Neurologie - Hernia rug	neuro-hernia rug
Reumatologie - Algemeen	reuma-algemeen
Chirurgie (heelkunde) - Algemeen	chir-algemeen
Chirurgie (heelkunde) - Liesbreuk	chir-liesbreuk
Chirurgie (heelkunde) - Proctologie	chir-procto
Chirurgie (heelkunde) - Mammapoli / Borstonderzoek	chir-mamma
Chirurgie (heelkunde) - Vaatchirurgie	chir-vaatchir
Neurochirurgie - Algemeen	neurochir-algemeen

Tabel 1: Volledige omschrijvingen en afkortingen van de wachttijden (*continued*)

volledige omschrijving	afkorting
Neurochirurgie - Hernia nek	neurochir-hernia nek
Neurochirurgie - Hernia rug	neurochir-hernia rug
Orthopedie - Algemeen	ortho-algemeen
Orthopedie - Rugklachten	ortho-rug
Orthopedie - Knieklachten	ortho-knie
Orthopedie - Schouderklachten	ortho-schouder
Orthopedie - Voet en/of enkelklachten	ortho-voet/enkel
Orthopedie - Heupklachten	ortho-heup
Anesthesiologie / Pijnbestrijding	anesth-pijn
Plastische Chirurgie - Algemeen	plast-algemeen
Plastische Chirurgie - Oncologie	plast-onco
Interne geneeskunde - Algemeen	interne-algemeen
Interne geneeskunde - Endocrinologie	interne-endocrino
Interne geneeskunde - Immunologie	interne-immuno
Interne geneeskunde - Oncologie	interne-onco
Interne geneeskunde - Nefrologie	interne-nefro
Interne geneeskunde - Allergologie	interne-allergo
Oogheelkunde - Algemeen	oog-algemeen
Oogheelkunde - Staar	oog-staar
Cardiologie - Algemeen	cardio-algemeen
Klinische geriatrie	geria-klin ger
Gynaecologie - Algemeen	gynae-algemeen
Gynaecologie - Infertiliteit	gynae-infert
Gynaecologie - Incontinentie voor de vrouw	gynae-incont
Kaakchirurgie	MKA
Longgeneeskunde - Algemeen	long-algemeen
Psychiatrie	consultat psych
Revalidatie	revalidatie
Urologie - algemeen	urologie

Tabel 1: Volledige omschrijvingen en afkortingen van de wachttijden (*continued*)

volledige omschrijving	afkorting
Sportgeneeskunde	sportgeneeskunde
Slaapcentra	slaapcentra
Transgender zorg	transgender
Colonscopie	mdl-coloscopie
Gastroscopie	mdl-gastroscopie
CT	rad-CT
MRI hersenen	rad-MRI hersenen
MRI heup(en)/ onderste extremiteit(en)	rad-MRI heup/been
MRI nek	rad-MRI nek
MRI rug	rad-MRI rug
MRI schouder(s)/ bovenste extremiteit(en)	rad-MRI schd/arm
Mammografie (radiologie)	rad-mammografie
Echografie (radiologie)	rad-echo
Röntgen (radiologie)	rad-röntgen
Botdichtheidsmeting DEXA meting (radiologie)	rad-DEXA
Slaapapnoe diagnostisch onderzoek / screening (kno, longgeneeskunde, neurologie)	screening slaapapneu
Slaaponderzoek / Polysomnografie (kno, longgeneeskunde, neurologie)	polysomnografie
Baarmoederhalsafwijkingen uitstrijkje (gynaecologie)	gynae-uitstrijkje
Operatieve behandeling navelbreuk (hernia umbilicalis) bij volwassenen (heelkunde)	navelbreuk
Operatieve behandeling goedaardige aandoeningen van/rondom de anus (heelkunde)	aambeien
Operatieve behandeling liesbreuk (hernia inguinalis/ hernia femoralis) (heelkunde)	liesbreuk
Galblaasverwijdering (heelkunde)	galblaasverw.
Volumereductieoperatie maag bij overgewicht (heelkunde)	maagverkleining
Operatieve verwijdering slokdarm (heelkunde)	slokdarmverw.
Initiële operatieve behandeling carpaal tunnel syndroom (heelkunde, orthopedie, plastische chirurgie)	carpaaltunnel
Extractie gebitselement(en) (kaakchirurgie)	kies trekken
Apexresectie(s) (kaakchirurgie)	wortelkanaal
Ooglidcorrectie (oogheelkunde)	ooglidcorrectie
Initiële staaroperatie (oogheelkunde)	staar

Tabel 1: Volledige omschrijvingen en afkortingen van de wachttijden (*continued*)

volledige omschrijving	afkorting
Operatieve behandeling hernia nucleï pulposi/kanaalstenose (orthopedie, neurochirurgie)	hernia
Spondylodese operatie aan de wervelkolom anders dan ihkv behandeling van hernia nucleï pulposi/kanaalstenose (orthopedie, neurochirurgie)	wervelfixatie
Neurolyse perifere zenuw, waaronder carpaal tunnel syndroom (neurochirurgie)	zenuwblokkade
Initiële totale heupvervangning (orthopedie)	heupvervangning
Diagnostische en/of therapeutische kijkoperatie knie (orthopedie)	arthroscopie
Initiële totale knie vervangning (orthopedie)	knievervangning
Operatieve behandeling meniscus en/of kniebanden (geen vers letsel, exclusief artroscopische behandeling) (heelkunde, orthopedie)	meniscus
Triggerfingerrelease (plastische chirurgie)	triggervinger
Operatieve behandeling contractuur van Dupuytren (plastische chirurgie)	kromme vingers
Operatieve borstreconstructie (plastische chirurgie)	borstreconstructie
Hartrevalidatie (revalidatiegeneeskunde)	hartrevalidatie
Revalidatie na beroerte (revalidatiegeneeskunde)	cva-revalidatie
Longrevalidatie (revalidatiegeneeskunde)	longrevalidatie
Vergruizing niersteen (urologie)	niersteenvergr.
Percutane niersteenverwijdering (urologie)	niersteenverw.
Operatieve behandeling bij vergrote prostaat (urologie)	vergrote prostaat
Operatieve behandeling urine-incontinentie en/of blaasverzakking bij man (urologie)	incontinentie (m)
Operatieve behandeling prostaatcarcinoom (urologie)	prostaatkanker
Sterilisatie man als zelfstandige verrichting (urologie, heelkunde)	sterilisatie (m)
Besnijdenis als zelfstandige verrichting (urologie, heelkunde)	besnijdenis
Ablatie (cardiologie)	ablatie
Bypass-operatie als zelfstandige verrichting (cardiopulmonale chirurgie)	by-pass
Hartkatheterisatie (cardiologie)	hartkatheterisatie
Dotterbehandeling (cardiologie)	dotteren
IUI (gynaecologie)	IUI (kinderwens)
IVF/ICSI (gynaecologie)	IVF/ICSI
Geïsoleerde/ op zichzelf staande baarmoederverwijdering (gynaecologie)	baarmoederverw

Tabel 1: Volledige omschrijvingen en afkortingen van de wachttijden (*continued*)

volledige omschrijving	afkorting
Operatieve behandeling urine-incontinentie en/of verzakking bij vrouw (gynaecologie)	incontinentie (v)
Sterilisatie vrouw als zelfstandige verrichting (gynaecologie)	sterilisatie (v)
(Vaat)chirurgische behandeling spataderen (heelkunde)	spataderen chir
Behandeling spataderen (endovasculaire procedure) (dermatologie, heelkunde)	spataderen endo
Mohs chirurgie (dermatologie)	Mohs chirurgie
Tonsillectomie en/of adenotomie (kno)	tonsillectomie
Primaire operatieve behandeling van afwijkingen van neustussenschot (kno)	neustussenschot
Plaatsen middenoorbeluchttingsbuisjes (kno)	buisjes oor
Anti-snurkbehandeling (CPAP, operatieve behandeling) (kno)	anti-snurk

1.7 Ziekteverzuim

Het Vernet Netwerk brengt verzuimcijfers uit diverse zorgsectoren in kaart. De dataset bevat gegevens over kortdurend verzuim (1 t/m 91 dagen), langdurend verzuim (92 t/m 730 dagen) en totalen. Het verzuimpercentage is het aandeel fte dat in een bepaalde periode wordt gemist als gevolg van ziekte van zorgmedewerkers. In dit rapport is verzuimdata van januari 2019 tot en met november 2021 opgenomen.

1.8 Bezettingsgraad V&V aanbieders

De gegevens over de bezettingsgraad zijn verzameld door de zorgkantoren en worden gebundeld aangeleverd. De gegevens betreffen de bezetting van V&V aanbieders per zorgkantorregio. De data zijn geschoond en worden weergegeven voor de weken 2 van 2020 t/m week 47 van 2021³. Let wel: de data van de bezettingsgraad bij VV aanbieders kan met terugwerkende kracht nog veranderen⁴.

De gegevens zijn als volgt opgezet:

- Voor gecontracteerde V&V aanbieders worden per datum (op dag niveau) de aantallen cliënten opgeteld die bij deze aanbieder 'In zorg' zijn voor 'Verblijf met opname'. De status 'In zorg' wordt afgeleid van informatie uit toewijzingen en bijbehorende meldingen (dus niet op basis van declaratie-informatie).

³ Week 1 van 2020 bestaat in deze dataset niet uit een volledige week, daarom zijn gegevens van week 1 niet vergelijkbaar tussen jaren en met andere weken.

⁴ Soms zit er een vertraging tussen het moment dat een cliënt wordt opgenomen en dat deze wordt aangemeld als zijnde 'In zorg'. Deze aanmelding kan met terugwerkende kracht worden gedaan. Ook komt het voor dat het aantal aanbieders, dat meegenomen wordt bij het berekenen van de bezettingsgraad van een regio, wijzigt. Een aanbieder die zowel GHZ als VV zorg levert, kan bij nader inzien toch als V&V aanbieder worden meegenomen, bijvoorbeeld. Dit heeft impact op de bezettingsgraad horende bij een regio.

- De sector is bepaald op aanbieder niveau. Verblijft bijvoorbeeld een cliënt met 3VG indicatie/toewijzing bij een V&V aanbieder, dan telt deze cliënt mee. Verblijft bijvoorbeeld een 4V&V-client bij een VG instelling, dan telt deze cliënt niet mee.

1.9 Werkvoorraad

Verzekeraars hebben met ziekenhuizen (incl. UMC's) afgesproken de actuele werkvoorraad per specialisme in kaart te brengen en hoe die zich de komende tijd ontwikkelt. Deze gegevens worden aangeleverd aan Zorgverzekeraars Nederland via het Zorgbeeldportaal van de NZa. De NZa gebruikt de cijfers voor deze rapportage met toestemming van Zorgverzekeraars Nederland, de NVZ en de NFU. De werkvoorraad wordt aangeleverd in OK-uren. Ter vergelijking wordt bij voorkeur de werkvoorraad van 2019 aangeleverd. Ziekenhuizen die deze gegevens niet beschikbaar hebben, wordt - als alternatief - de mogelijkheid gegeven om aan te geven hoeveel werkvoorraad kan worden geleverd in 6 weken (de Treeknorm voor behandeling bij een polikliniek) bij volle bezetting.