

Monitor acute zorg 2023

Ontwikkelingen in de acute zorg in beeld



28 november 2023

Inhoudsopgave

1	Voornaamste bevindingen	3
2	Inleiding	6
3	Trends acute zorg	7
3.1	Instroom acute zorg	8
3.2	Uitstroom acute zorg	10
4	Acuut zorggebruik	12
4.1	Acute huisartsenzorg	12
4.2	Ambulancezorg	16
4.3	Spoedeisende hulp	19
4.4	Klinische opname na spoedeisende hulp	23
4.5	Vervolgzorg	27
4.6	Acute ggz	28
5	Organisatie van acute zorg	32
5.1	Ontwikkelingen in het aanbod van acute zorg	32
5.2	Toepassing digitale zelftriage	34
5.3	Samenwerking seh en hap	35
5.4	Registratie van seh-stops	37
5.5	Gegevensuitwisseling – informatie-uitwisseling	39
Bijlage 1 – ROAZ-regio's		41
Bijlage 2 – Bronnen en methoden		42

1 Voornaamste bevindingen

Acute-zorggebruik stijgt weer in 2021, na een sterke daling 2020

Na een sterke daling van het gebruik van acute zorg in 2020 als gevolg van de COVID-19 pandemie, zien we in 2021 weer een sterke toename in het gebruik van acute zorg. Hierbij is de omvang (in patiëntaantallen) van huisartsenzorg overdag en de inzet van ambulance van de acute zorg in 2021 alweer boven het niveau van 2019. Bij andere onderdelen is dat (nog) niet het geval, zoals de spoedeisende hulp (seh) en de huisartsenpost (hap). De toename in 2021 is een logisch gevolg van de daling in het door de pandemie gekenmerkt jaar (2020) naar een jaar waarin de samenleving meer open was (2021).

Deze ontwikkelingen laten de flexibiliteit en veerkracht van zorgaanbieders in de acute zorg zien. Aan de andere kant roept het duidelijk afgenomen aantal acute zorgvragen tijdens de COVID-19 pandemie de vraag op welk deel van de acute zorg echt acuut is en via deze acute zorgschakels zou moeten lopen.

Doordat de toename in het acute zorggebruik in 2021 sterk gerelateerd is aan de eerdere afname door de pandemie, is het complex om deze ontwikkelingen goed te kwalificeren. Daarbij is het van belang om te weten wat er na 2021 gebeurt; stijgt het verder, vlakkt de stijging af of blijft het daarna stabiel? Vanwege de vertraging in beschikbare data kunnen we geen inzicht geven in het acute zorggebruik na 2021.

Aantal ambulance-inzetten blijft stijgen, aantal huisartsvisites blijft afnemen

Bij de spoedzorg bij huisartsen en ambulance-inzetten zijn er verschillende ontwikkelingen. Met name de stijging in het aantal spoedeisende ambulance-inzetten is opmerkelijk. Vanaf de eerste monitor acute zorg die zag op ontwikkelingen vanaf 2014, zien we een groei in het aantal spoedinzetten. Maar deze groei is aanmerkelijk hoger geworden dan voor de COVID-19 pandemie. Het aantal ambulances groeit (daarmee) ieder jaar met een paar procent. We zien een groei van de inzet van mobiele zorgconsulten, maar ook dat het hoogste aandeel van de ambulance-ritten naar de seh gaat en dat dit blijft groeien. Terwijl het aantal seh-bezoeken nog onder het niveau van voor de COVID-19 pandemie ligt. Er zijn aanzienlijke verschillen tussen de ROAZ-regio's in het aantal A1- en A2-inzetten. De regio met het hoogste aantal A1- en A2-inzetten in relatie tot het aantal inwoners, heeft meer dan 40% meer inzetten dan de regio met het laagste aantal A1- en A2-inzetten.

Bij de hap of huisarts in avond-, nacht- en weekenduren (hierna huisarts anw-uren) blijft het aantal visites afnemen. Een trend die we in eerdere monitors ook al hebben waargenomen vanaf 2014. Deze daling staat mogelijk in relatie tot de toename van ambulance-inzetten.

Druk op de acute zorg door 75+'ers daalt

Het aandeel oudere patiënten in de acute zorg is nog steeds groot, maar het zorggebruik is beduidend minder geworden. In 2021 gingen patiënten ouder dan 75 jaar minder vaak naar de huisarts in anw-uren. Op de seh had deze leeftijdscategorie een kleiner aandeel in het totaal aantal seh-bezoeken dan in 2020. Bovendien worden er minder patiënten uit deze leeftijdscategorie klinisch opgenomen na een seh-bezoek. Nader onderzoek is nodig om de oorzaken hiervan te achterhalen.

We zien dat in 2021 juist jonge kinderen (0-4 jaar) de grootste stijging in zorggebruik hebben. We verwachten dat deze trend niet doorzet, omdat dit sterk gerelateerd lijkt te zijn aan de mate waarin de samenleving in 2020 te lijden had onder de COVID-19 pandemie. Zo waren kinderdagverblijven tijdens lockdowns gesloten en was de drempel toen wellicht hoger om met een ziek kind naar de hap/seh te gaan.

Aantal ziekenhuisopnames na seh-bezoek daalt verder

Het aantal patiënten dat na een seh-bezoek in het ziekenhuis wordt opgenomen, daalde verder in 2021. Dit geldt voor alle leeftijdscategorieën, behalve voor 0-4 jarigen. De patiëntenstroom die via een ambulance op de seh komt, wordt relatief het vaakst klinisch opgenomen.

Of patiënten via de huisarts overdag of via de huisarts tijdens in anw-uren op de seh komen, maakt voor de mate van klinische opname weinig verschil. Het aantal ligdagen na een seh-bezoek daalt, maar het totale aantal ligdagen in ziekenhuizen daalt nog sterker. Daarom neemt het aandeel ligdagen van patiënten die na een seh-bezoek klinisch zijn opgenomen in het totaal aantal ligdagen in ziekenhuizen toe tot 63% in 2021. Dit was in 2017 nog 59%.

Aantal cliënten in acute ggz blijft dalen

Deze monitor bevat ook cijfers over de acute geestelijke gezondheidszorg (ggz). We keken hierbij naar zorggebruik op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en niet naar de Jeugdwet (JW). Het aantal cliënten in de acute ggz laat over de periode 2017-2021 een dalende trend zien. In tegenstelling tot andere onderdelen van de acute zorg, maken jongvolwassenen en volwassenen tot 45 jaar het meest gebruik van deze acute zorg. Tussen de ROAZ-regio's zijn hierin wel verschillen te zien.

Verschillen tussen regio's

Tussen ROAZ-regio's zijn, afhankelijk van het onderwerp, grote verschillen te zien in zorggebruik. Een deel van de verschillen lijkt samen te hangen met de wijze waarop het zorgaanbod in de regio's vormgegeven is. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen kunnen ook een rol spelen in de mate van zorggebruik per regio.

Vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) worden met behulp van de ROAZ-beelden en vervolgens ROAZ-plannen de uitdagingen in kaart gebracht en samenwerking in de regio verbeterd. Ondanks dat de uitdagingen op hoofdlijnen voor veel regio's weinig zullen verschillen, zullen de plannen per regio een andere invulling hebben. Deze verschillen kunnen worden toegeschreven aan verschillende factoren, waaronder de organisatie van het zorgaanbod en de invloed van sociaal economische gezondheidsverschillen.

De organisatie van passende zorg blijft in ontwikkeling

Na jaren van een daling in het aantal seh's, is het aantal seh's sinds de COVID-19 pandemie redelijk stabiel. De samenwerking tussen seh's en hap's groeit. We zien dat patiënten vaker bij de hap getrieerd worden voordat ze doorverwezen worden naar de seh. Het concrete effect van veranderingen in samenwerking tussen de hap en seh laat zich moeilijk becijferen.

Seh-stops worden ingezet als coördinatie-instrument, maar ontwikkelingen hierin zijn moeilijk te duiden vanwege verschillen in registratie en gebruik. In de laatste cijfers over het tweede kwartaal van 2023 is wel een dalende trend zichtbaar ten opzichte van het eerste kwartaal.

Het uitwisselen van gegevens tussen zorgaanbieders is, zoals we eerder in ons advies 'Passende acute zorg' beschreven, relevant omdat goede uitwisseling nodig is om te zorgen dat acute zorg toegankelijk en van goede kwaliteit blijft. Het is belangrijk dat de implementatie van systemen die de uitwisseling van data moet bewerkstelligen met vaart doorgaat. Met het aflopen van het programma Met Spoed beschikbaar, zijn we er nog niet. Gegevensuitwisseling zou meer aandacht moeten krijgen bij zorgaanbieders/ict-leveranciers zodat de verschillende uitwisselingen sneller en bij meer zorgaanbieders geïmplementeerd worden.

Zoals we in de vorige monitor al schreven, blijft voldoende (ondersteunend) personeel een belangrijk aandachtspunt. We zien dat de zorg in brede zin, maar ook de acute zorg, nog steeds meer personeel blijft vragen. Om toekomstige bezetting van de acute zorg te waarborgen is het belangrijk deze groei op zijn minst te beheersen.

Deze knelpunten, in beschikbaarheid van personeel en gegevensuitwisseling, zijn moeizaam concreet te maken. Er zijn onvoldoende data beschikbaar om deze ontwikkelingen adequaat te analyseren. In deze monitor kiezen we er daarom voor om vooral kwalitatief te beschrijven dat we in Nederland op deze thema's nog steeds moeilijk grip krijgen. En dat er daarnaast nog een weg te gaan om deze knelpunten op te lossen.

2 Inleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt om het jaar met een monitor de ontwikkelingen in de acute zorg in kaart. De cijfers actualiseren we jaarlijks in een [informatiekaart](#). De [monitor acute zorg 2020](#) werd uitgebracht tijdens de COVID-19 pandemie en bracht het effect van de pandemie op het gebruik van acute zorg in beeld. In de huidige monitor onderzoeken we hoe het gebruik van acute zorg zich ontwikkelt over de periode 2017-2021 en meer specifiek naar de ontwikkelingen van 2020 naar 2021. De monitor richt zich met name op de periode tot en met 2021 omdat wij voor de meeste analyses gebruikmaken van Vektis-gegevens, die over 2022 nog niet bruikbaar zijn.

In veel RAOZ-regio's is de organisatie van de acute zorgketen verschillend, wat onder andere te maken heeft met de grootte van het gebied, de samenstelling van verschillende zorgaanbieders, de omgeving en de inwoners. Aan de hand van de ROAZ-beelden en vervolgens ROAZ-plannen werken regionale partijen samen en beschrijven zij wat er nodig is om de zorg toekomstbestendig te houden. Dit jaar hebben we ons geconcentreerd op het aanleveren van data voor deze ROAZ-beelden. Met het [Integraal Zorgakkoord](#) (IZA) en specifiek deze ROAZ-beelden en -plannen wordt steeds meer de nadruk gelegd op de kracht van de regio. In deze monitor gaan we daarom beknopter in op de duiding en gevolgtrekkingen van de landelijke cijfers.

In november 2020 publiceerden Zorginstituut Nederland en de NZa het advies over passende zorg gepubliceerd onder titel [Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú](#). In maart 2022 bracht de NZa het "[Advies Passende acute zorg](#)" naar buiten. In het licht van deze adviezen behandelen we in deze monitor enkele aanvullende thema's van passende zorg. Een belangrijke stap van de beweging naar passende zorg is het ondertekenen van het IZA in september 2022. Veel ontwikkelingen die wij in deze monitor beschrijven, spelen zich af voordat het IZA ondertekend werd. Hieraan gerelateerd is ook de focus op de ROAZ-regio's als het gaat om de organisatie van acute zorg. Dat is ook waarom we in deze monitor nadrukkelijker stilstaan bij de verschillen en overeenkomsten die tussen ROAZ-regio's zichtbaar zijn.

De COVID-19 pandemie heeft een groot effect op de acute zorg. Door onder andere de vrijheidsbeperkende maatregelen en afschaling van reguliere zorg is vanaf 2020 minder zorg geleverd. Ook bij het duiden van ontwikkelingen in de periode tot en met 2021 speelt dit nog een belangrijke rol. Zeker als we 2021 met 2020 vergelijken. We hebben echter geen specifieke analyses uitgevoerd ten aanzien van COVID-19-patiënten, uitgestelde zorg, enzovoort, en de impact hiervan op de acute zorg. Het goed in kaart brengen van de gevolgen van de COVID-19 pandemie op de acute zorg is een omvangrijke studie op zich. Daarom gaan we in deze monitor hier niet in detail op in.

De getoonde analyses in deze monitor zijn ter consultatie voorgelegd aan een klankbordgroep.¹ Wij danken deze groep voor hun commentaar op de voorgelegde inzichten in ontwikkelingen.

Leeswijzer

Het volgende hoofdstuk (3) schetst de ontwikkelingen in het zorggebruik aan de hand van de verschillende patiëntstromen in de acute zorg. De in- en uitstroom komen hierbij op hoofdlijnen aan de orde. Hoofdstuk 4 beschrijft vervolgens de veranderingen per onderdeel. Tot slot gaat hoofdstuk 5 in op een aantal aspecten rondom de organisatie van zorg. In bijlage 2 beschrijven we in detail welke bronnen en methoden gebruikt zijn om deze monitor te schrijven.

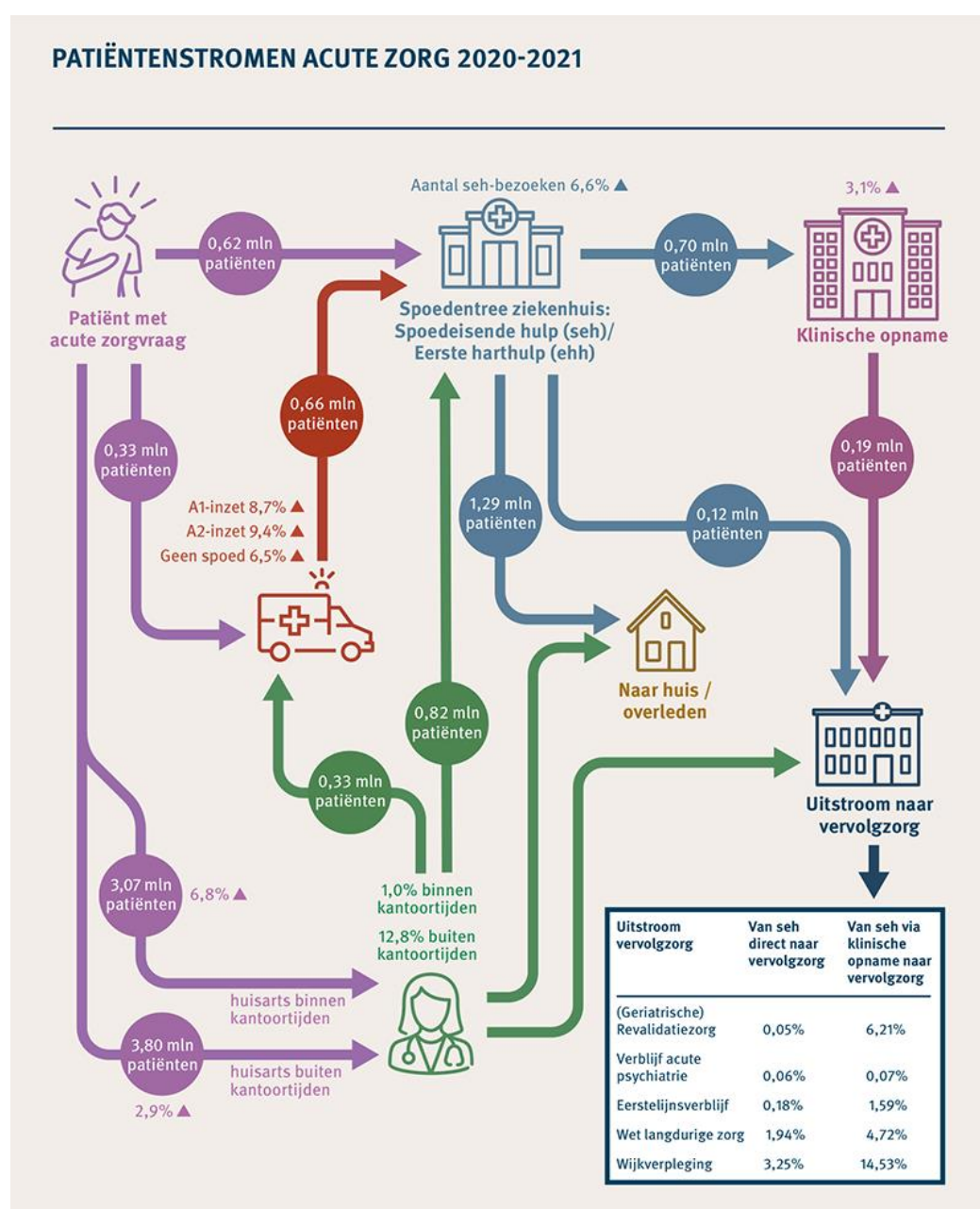
¹ Deelnemers klankbordgroep: Federatie Medisch Specialisten; InEen; LHV; LNAZ (incl. twee ROAZ-regio's); NVSHA; RIVM

3 Trends acute zorg

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de laatste cijfers en trends binnen de acute zorgsector. We concentreren ons daarbij op de instroom (paragraaf 3.1) en uitstroom (paragraaf 3.2) van patiënten in de acute zorgketen. In hoofdstuk 4 van deze monitor gaan wij dieper in op de trends in het zorggebruik.

Na de daling in 2020 zien we een stijging van het zorggebruik in alle onderdelen van de acute zorg in 2021. Daarmee neemt ook de druk op de zorg toe. Met name het aantal ambulance-inzetten maar ook het aantal seh-bezoeken steeg hard. Het aantal klinische opnames na een seh-bezoek groeide minder hard dan het aantal seh-bezoeken, waardoor een klinische opnames dus relatief minder vaak voorkomen. In de vervolgzorg zien we in 2021 een vergelijkbaar beeld als in 2020, met iets hogere percentages. Figuur 1 toont de patiëntenstromen binnen de acute zorgketen. Waar we in deze monitor seh-bezoeken noemen worden ook bezoeken aan de eerste harthulp (ehh) bedoeld.

Figuur 1: Patiëntenstromen acute zorg1

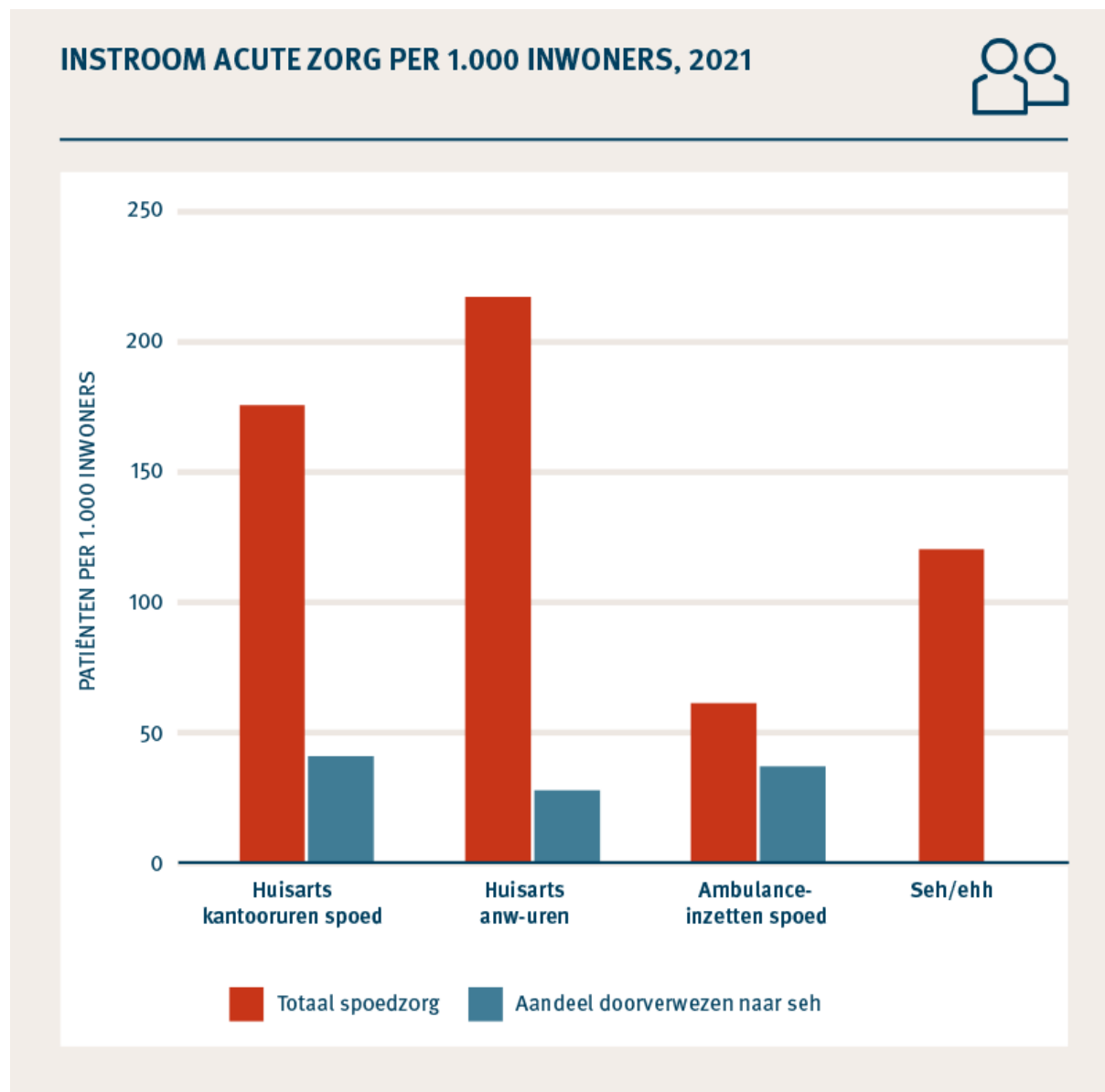


3.1 Instroom acute zorg

Onder instroom in de acute zorg vallen in deze monitor de huisartsenzorg spoed in kantooruren, huisartsenzorg in de anw-uren, ambulancezorg en seh.

De grootste hoeveelheid spoedzorg in patiëntenaantallen werd in 2021 verleend door huisartsen. Het aantal patiënten met spoedzorg overdag door huisartsen, is gebaseerd op een wetenschappelijke studie. Naar schatting bestaat 4,3% van het totale aantal huisartsconsulten uit spoedconsulten. Bij ambulancezorg wordt in vergelijking met huisartsenzorg relatief meer doorverwezen naar de seh (zie figuur 2).

Figuur 2: Instroom acute zorg



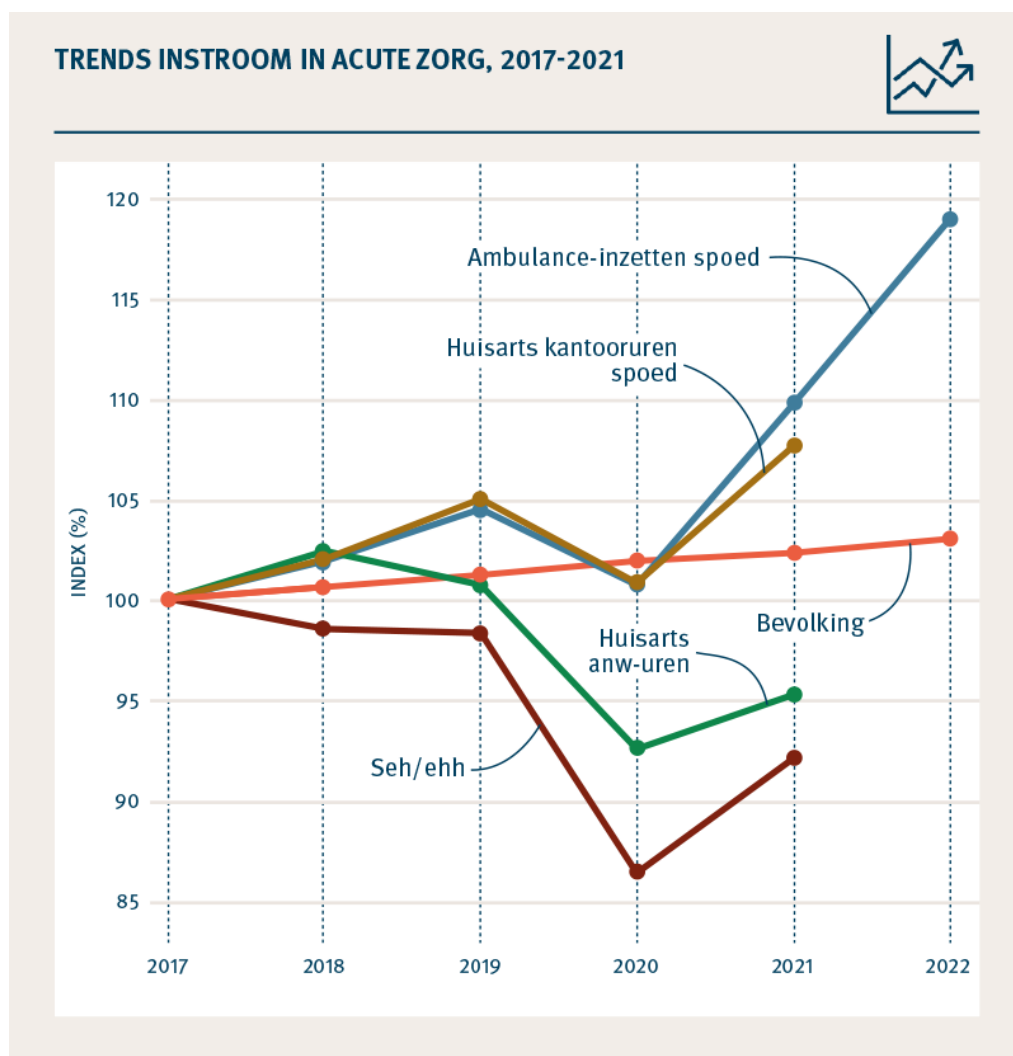
Trends instroom acute zorg

Bij de instroom in de acute zorg tussen 2017 en 2021 (voor de ambulancezorg tot 2022) is de trendbreuk in 2020 door de COVID-19 pandemie goed zichtbaar. In 2021 zien we dat het gebruik van acute zorg weer toeneemt.

In 2020 daalde vooral op de seh het aantal patiënten sterk, maar ook op bij de huisartsenzorg in de anw-uren. Het aantal patiënten op de seh daalde al voor de pandemie en laat slechts een lichte stijging zien in 2021. Vanaf 2021 is er weer een toename te zien van het aantal patiënten bij de huisartsenzorg overdag. De trend van de cijfers klopt dan weer met de situatie van voor 2019. De opvallendste verschillen tussen de typen instroom in de acute zorgketen zijn (zie figuur 3):

- Het aantal patiënten op de seh daalt het meest in 2020, en blijft nog steeds laag (ten opzichte van 2019);
- Het aantal patiënten dat de huisarts bezoekt in anw-uren blijft ook minder dan voor 2019;
- Het aantal patiënten dat met spoed de huisarts bezoekt tijdens kantooruren is al wel weer boven het niveau van 2019;
- Het aantal patiënten dat gebruik maakt van ambulancevervoer groeit hard, ondanks de daling van het totaal van bezoeken aan de seh.

Figuur 3: Trends instroom in acute zorg



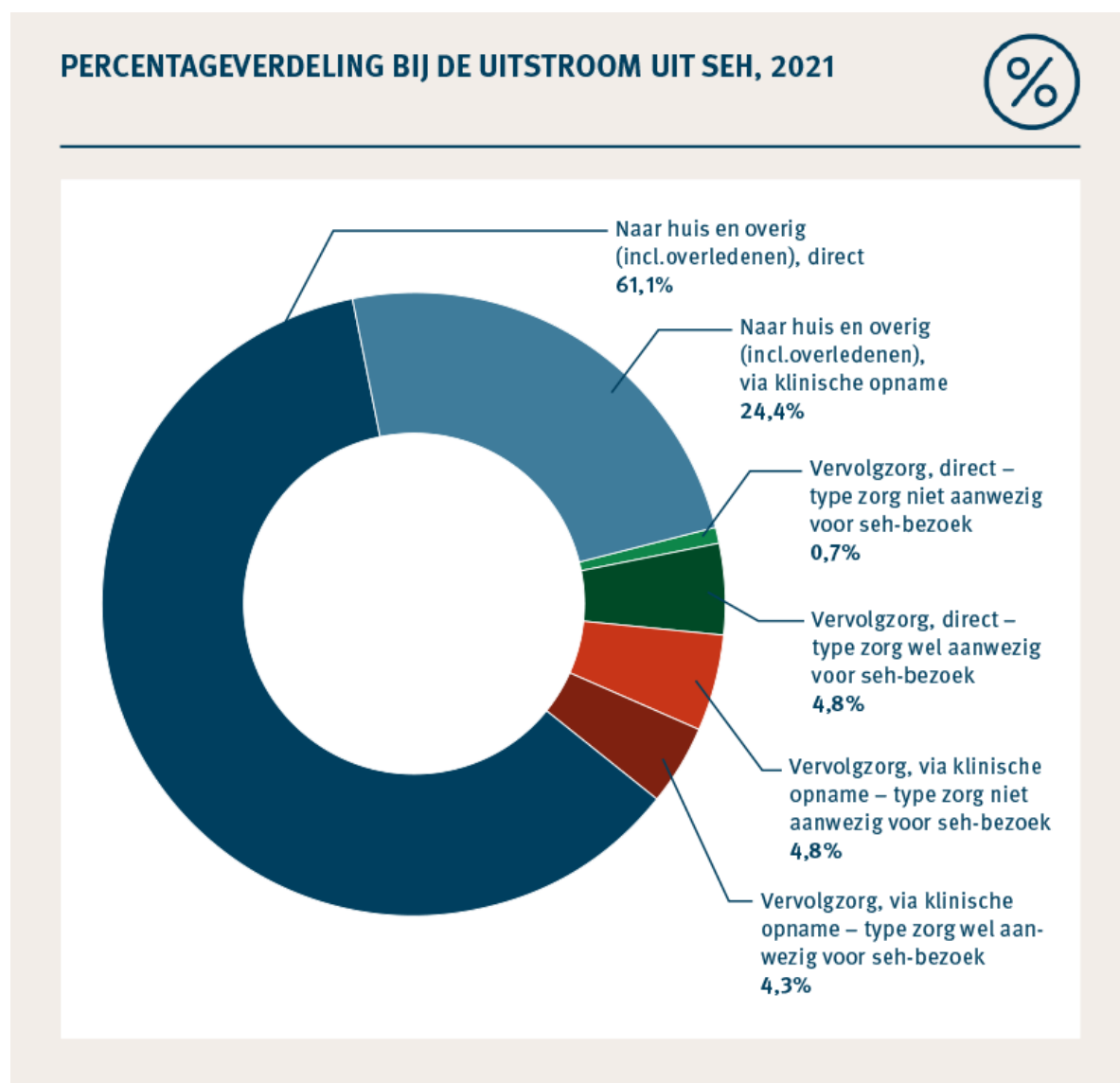
3.2 Uitstroom acute zorg

Als we spreken over vervolgzorg, bedoelen we zorgverlening vanuit de geriatrische revalidatiezorg (grz), acute geestelijke gezondheidszorg (ggz), eerstelijnsverblijf (elv), Wet langdurige zorg (Wlz) of wijkverpleging. Patiënten ontvangen deze zorg na hun bezoek aan de seh of na ontslag uit het ziekenhuis na een klinische opname. Alleen voor de wijkverpleging en de Wlz kijken we of iemand al voor het seh-bezoek dezelfde zorg had.

Vanwege de complexiteit om de directe uitstroom na een hap-bezoek te bepalen, hebben we deze analyse niet goed uit kunnen voeren en daarmee niet opgenomen in deze monitor.

De meeste patiënten die de seh bezoeken, keren na het bezoek terug naar huis (61,1%). Een andere grote groep wordt klinisch opgenomen in het ziekenhuis en gaat daarna naar huis (24,4%). Een kleiner percentage, 5,5%, ontvangt direct vervolgzorg na het seh-bezoek zonder opgenomen te worden, waarbij 4,8 procentpunt al zorg ontving vóór het seh-bezoek en 0,7 procentpunt niet. Na ontslag uit het ziekenhuis na een klinische opname krijgt 9,1% vervolgzorg, waarbij 4,3% deze zorg al ontving vóór het seh-bezoek en 4,8% niet. In figuur 4 is de verdeling van de uitstroom van de seh naar de genoemde categorieën weergegeven.

Figuur 4: Verdeling uitstroom uit seh



We zien in de periode voor de COVID-19 pandemie dat het aantal patiënten dat direct na een seh-bezoek vervolgzorg ontvangt, steeg. Ook nam het aantal patiënten toe dat klinisch wordt opgenomen en vervolgzorg krijgt die zij voor het seh-bezoek niet hadden. Ook zien we dat het aantal patiënten dat klinisch wordt opgenomen om vervolgens naar huis te gaan, daalde.

Logischerwijs zien we ook dalende trends bij de verschillende typen uitstroom aangezien de instroom sterk is afgenomen in het jaar 2020. Er was aanzienlijk minder acuut zorggebruik en dat is zichtbaar in de gehele keten. Vooral de patiëntenstroom die direct naar huis gaat of na klinische opname uitstroomt, toonde een aanzienlijke afname in 2020. In tegenstelling tot de uitstroom naar huis, was de afname bij de patiënten die vervolgzorg nodig hadden (de meest kwetsbare groep) minder uitgesproken.

In 2021 zien we weer een stijging in het acute zorggebruik over de gehele keten. De omvang van de patiënten die direct uitstromen naar vervolgzorg, is weer hetzelfde als in 2019. Dit zien we ook bij patiënten die klinisch werden opgenomen en vervolgzorg kregen die zij voor het seh-bezoek niet hadden. De andere mogelijke uitstromen zijn in 2021 lager in omvang dan ze in 2019 waren. Figuur 5 laat deze ontwikkelingen zien, waarbij ter vergelijking ook de trend in het aantal seh-bezoeken getoond wordt.

Figuur 5: Trends uitstroom uit seh



4 Acut zorggebruik

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen in acut zorggebruik. In paragraaf 4.1 komt de acute huisartsenzorg aan bod. Paragraaf 4.2 beschrijft de ambulancezorg en paragraaf 4.3 de seh. In paragraaf 4.4 brengen we de klinische opnames na een seh-bezoek in beeld en de vervolgzorg in paragraaf 4.5. Tot slot geven we een doorkijk naar acute ggz in paragraaf 4.6.

4.1 Acute huisartsenzorg

Binnen kantooruren levert de eigen huisarts de acute huisartsenzorg. Volgens een wetenschappelijke studie bestaat ongeveer 4,3% van de huisartsenzorg overdag uit spoedconsulten. Ongeveer 1% van de patiënten die in de kantooruren de huisarts bezoeken, wordt doorverwezen naar de seh. Alle huisartsenzorg in de anw-uren beschouwen we als acute huisartsenzorg. Meestal levert de hap deze zorg, maar soms de eigen huisarts (ongeveer 2%). Van deze patiënten gaat 13% alsnog naar de seh.

Het zorggebruik van de acute huisartsenzorg overdag daalde minder sterk in vergelijking met het gebruik van andere spoedzorg tijdens de pandemie: het zorggebruik in 2021 past bij de oude trend. In de anw-uren is het beeld anders. In 2021 zien we -na de opmerkelijke daling in aantal patiënten in 2020- weer een lichte toename van de acute huisartsenzorg in de anw-uren (met 2,9%). Hiermee ligt het aantal patiënten dat gebruik maakt van deze zorg lager dan het niveau in 2019. Het Nivel laat in de jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2018-2022 over de hap zien dat relatief gezien de patiënten met zeer hoge urgentie het meest voorkomen bij de triageconsulten. Wat betreft het type klachten zijn er over de jaren (zoals verwacht) weinig veranderingen.

In 2020 had 8,8% van de patiënten die huisartsenzorg in de anw-uren had ook op dezelfde dag zorg van de huisarts overdag, ten opzichte van 7,9% in 2019. In 2021 is dit percentage veranderd naar 9,1%.

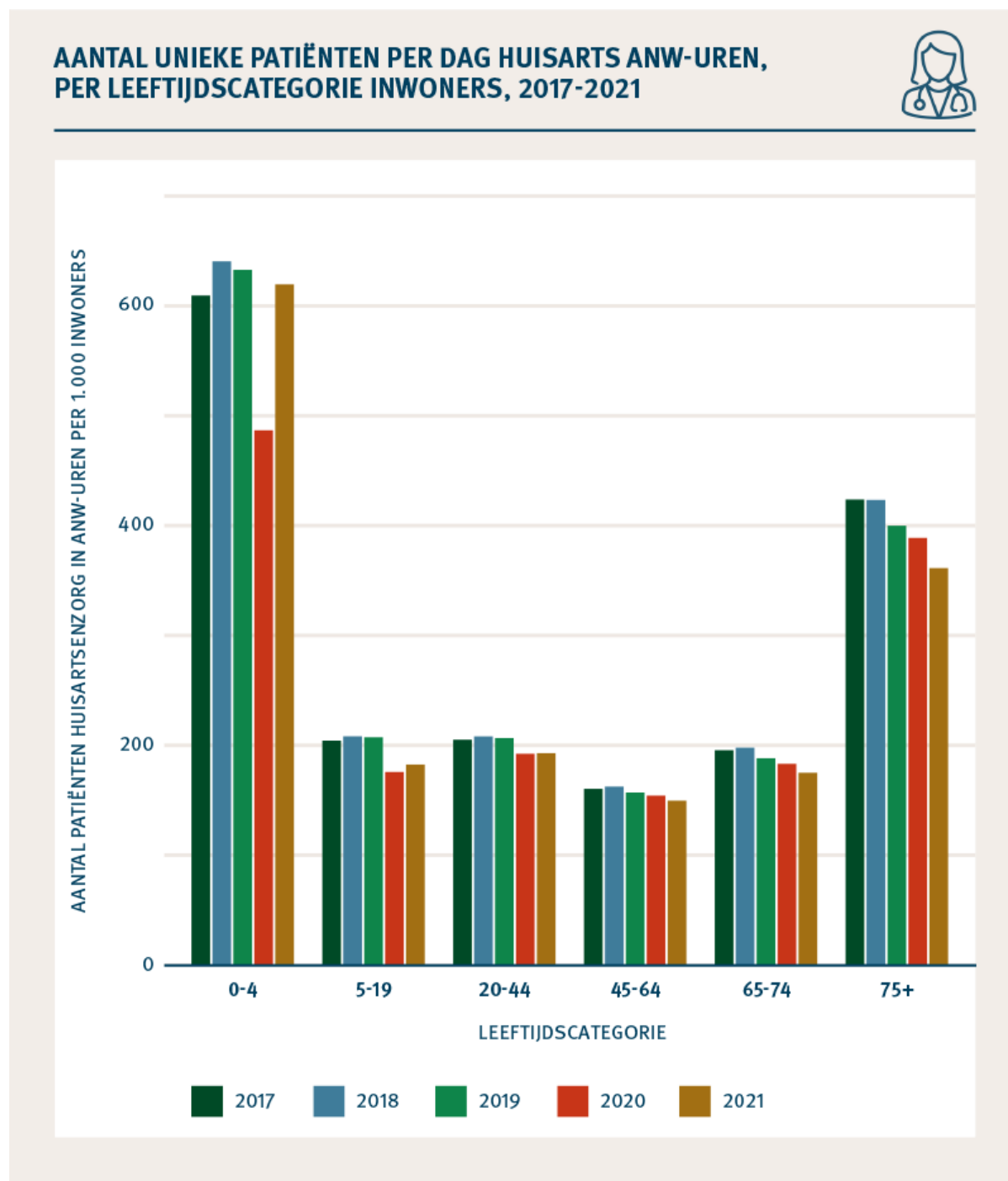
Het totaal aantal consulten huisartsenzorg in de anw-uren stijgt weer in 2021, maar blijft lager dan in 2019. In eerdere monitors constateerden we een verschuiving naar minder visites en meer telefonische consulten. Door de COVID-19 pandemie nam het aantal telefonische consulten in 2020 het sterkst toe. Vanaf 2021 is er een wijziging in het registreren van consulten op de hap. In plaats van telefonisch of niet telefonisch, wordt er onderscheid gemaakt tussen reguliere en triageconsulten. Tijdens een regulier consult begeleidt, adviseert en/of behandelt de huisarts of physician assistant/verpleegkundig specialist de patiënt een-op-een en bij een triageconsult inventariseert de triagist de zorgvraag. Het aantal triageconsulten was in 2021 hoger dan het aantal reguliere consulten.

Figuur 6 op de volgende pagina laat verschillen zien tussen leeftijdscategorieën bij huisartsenzorg in anw-uren. De daling van het zorggebruik bij leeftijdscategorieën boven 45 jaar zet door. Dit zagen we de afgelopen jaren en ook in 2021. Bij de leeftijdscategorie 75+ is de daling het grootst. Bij de leeftijdscategorieën onder 45 jaar stijgt in het zorggebruik in 2021. Juist daar zagen we in 2020 een sterkere daling. Opvallend is de toename van het zorggebruik bij de leeftijdscategorie van kinderen van 0-4 jaar. Terwijl het zorggebruik in 2020 het sterkst was afgenomen bij deze groep, zien we in 2021 juist een forse toename, waardoor deze cijfers vergelijkbaar zijn met het niveau van vóór 2020. De sterke afname in zorggebruik heeft waarschijnlijk onder andere te maken met de drempel die mensen tijdens de COVID-19 pandemie ervoeren om met een jong kind naar de hap te gaan. Bovendien hebben de sluitingen van kinderdagverblijven tijdens de lockdowns er ook voor gezorgd dat er minder jonge kinderen ziek werden. In Een zegt daarover in de Benchmark Huisartsenposten 2021 dat het aantal zieke jonge kinderen daardoor lager was, evenals de behoefte van hun ouders om advies te vragen aan een huisarts. Recente cijfers van Nivel over 2022 bevestigen dit beeld, en geven ook aan dat de trend

ook in 2022 doorzet namelijk minder bij ouderen maar snelle stijging bij de leeftijdscategorie van kinderen 0-4 jaar (bron: [Nivel](#)).

Bij de huisarts binnen kantooruren (niet getoond in grafiek) zien we minder verschil in trends per leeftijdscategorie: we zien 2020 een daling en in 2021 een stijging van het aantal patiënten in alle leeftijdscategorieën. Om dezelfde redenen als in de anw-uren zien we ook hier een sterkere daling (2020) en toename (2021) in de leeftijdscategorie van kinderen 0-4 jaar.

Figuur 6: Patiëntaantallen huisarts in anw-uren



Patiënten die huisartsenzorg tijdens anw-uren ontvangen, hebben steeds vaker ook een huisartsenbezoek overdag gehad. Bij oudere patiënten (75+'ers) komt dit vaker voor dan bij andere leeftijdsgroepen. De groei is echter wel hoger bij patiënten onder de 75 jaar dan bij patiënten boven de 75 jaar. De sterke groei in 2021 in huisartsenzorg bij de leeftijdscategorie 0-4 jaar lijkt geen groot effect te hebben op de stijging van de gehele groep tot 75 jaar. Tabel 1 gaat in op de patiënten die in 2017 en 2021 op dezelfde dag een huisartsenbezoek tijdens kantooruren hadden en huisartsenzorg tijdens anw-uren.

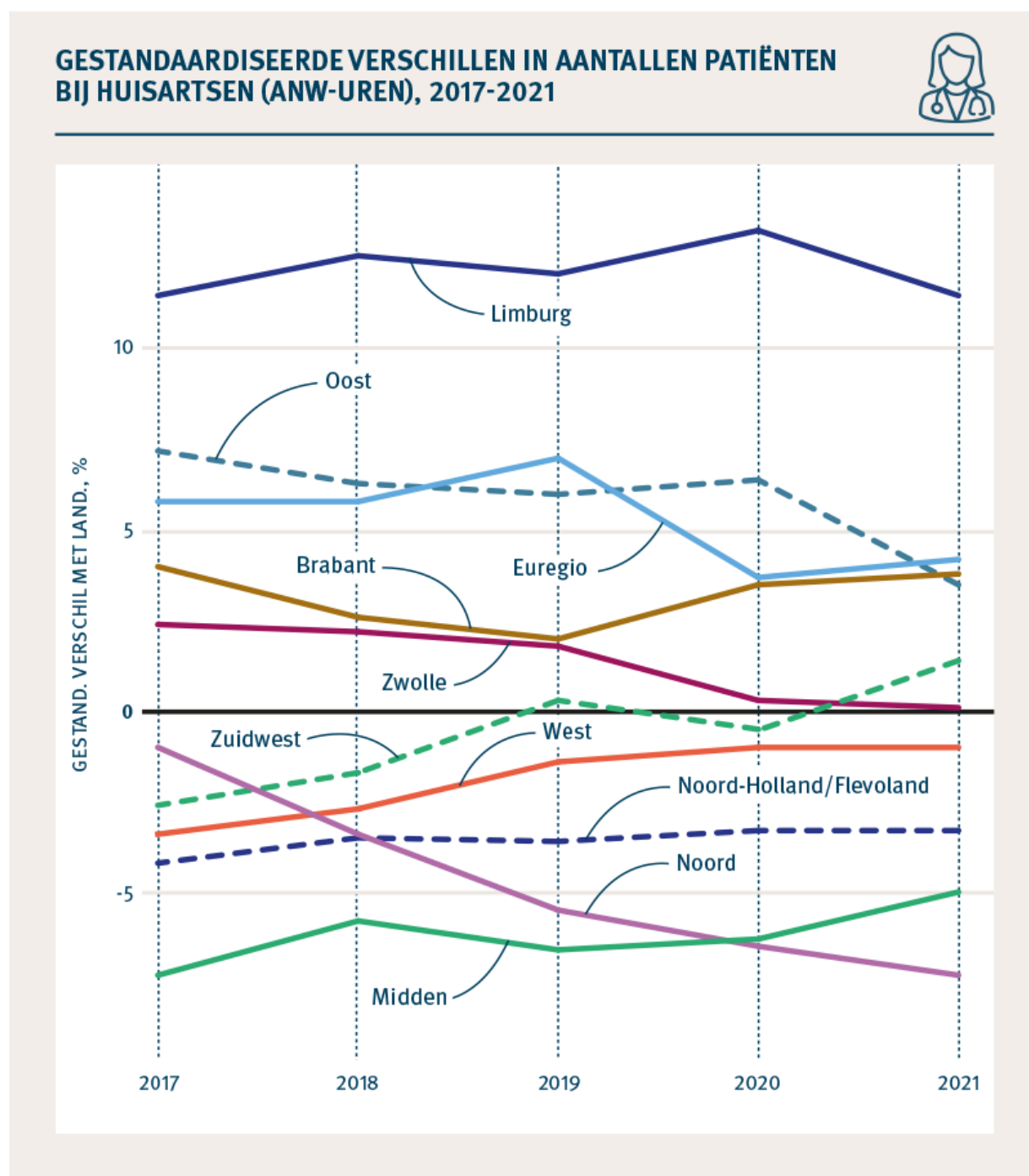
Tabel 1: Patiënten met huisartsenzorg in anw-uren én overdag

Leeftijdscategorie	Absolute aantallen, 2017 (x 1.000)	Aandeel (percentage), 2017	Absolute aantallen, 2021 (x 1.000)	Aandeel (percentage), 2021
75-'ers	227	6,8	269	8,5
75+'ers	65	11,7	68	13,0

In figuur 7 laten we de verschillen tussen ROAZ-regio's zien voor de huisartsenzorg in anw-uren. We tonen in welke mate ROAZ-regio's meer of minder patiënten hebben dan landelijk gemiddeld. Omwille van de leesbaarheid korten we de namen van de ROAZ-regio's af. In bijlage 1 zijn de volledige namen van de ROAZ-regio's opgenomen.

De verschillen tussen regio's zijn groot en ook is het beeld per ROAZ-regio niet constant. In een aantal regio's bewegen de patiënten aantallen richting het landelijk gemiddelde. Limburg heeft het grootste zorggebruik van de huisartsenzorg per inwoner in de anw-uren, gevolgd door Euregio, Oost en Brabant. Regio Brabant is sinds 2019 meer gestegen, terwijl Euregio sterker gedaald is. De regio's Midden Nederland, en sinds recent ook Noord, laten per inwoner het laagste zorggebruik zien.

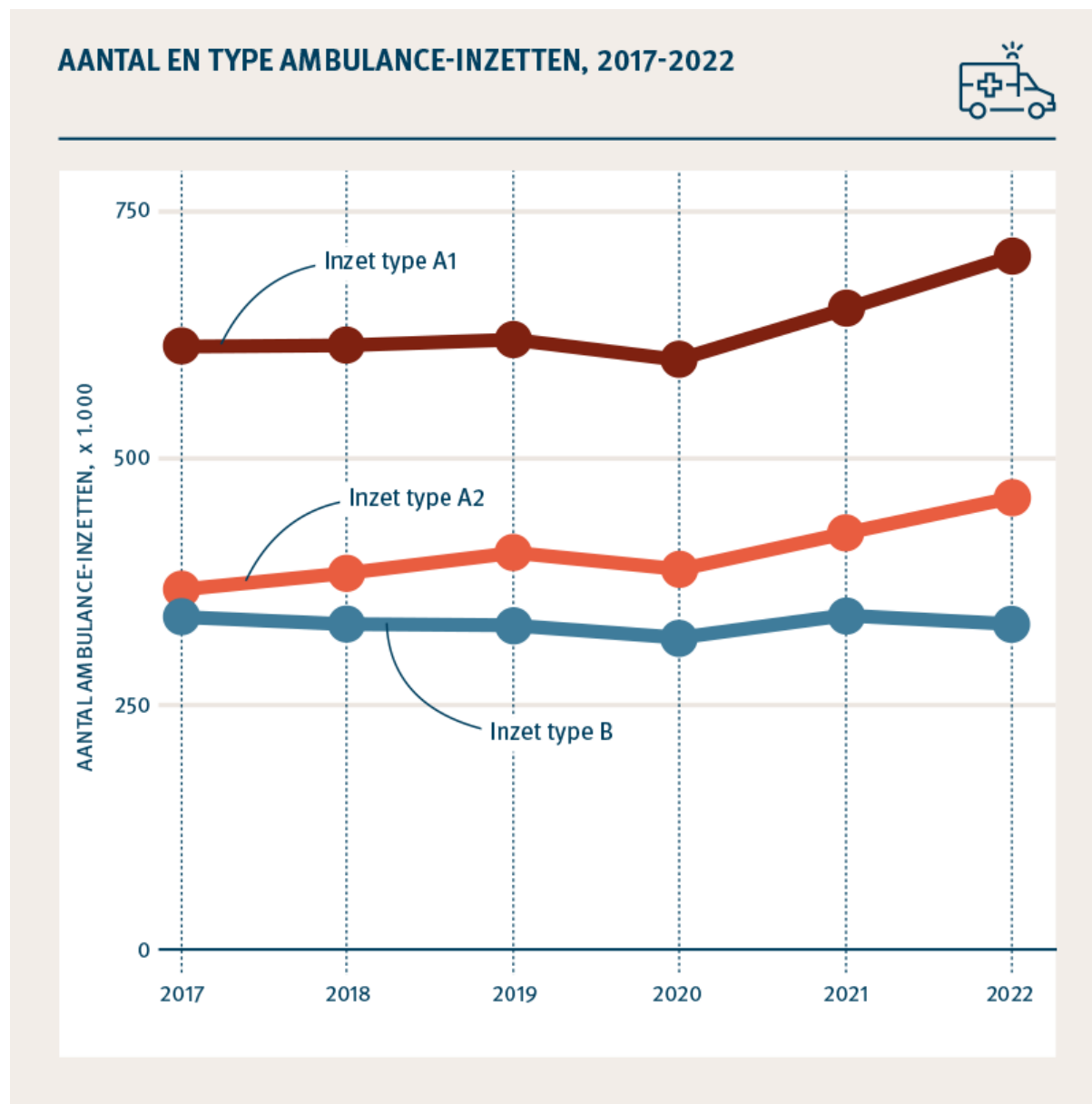
Figuur 7: Regionale verschillen patiëntaantallen huisartsenzorg in anw-uren



4.2 Ambulancezorg

Bij de ambulancezorg zien we de grootste stijging in het acute zorggebruik wat patiëntaantallen betreft (in 2017-2022). Na de afname in 2020, nam het aantal spoedeisende inzetten (zowel A1 als A2) in 2021 en 2022 toe met meer dan 8% per jaar. Het aantal planbare inzetten (B) bleef redelijk stabiel. De sterke groei van A1 is opvallend, omdat het aantal spoedinzetten in eerdere jaren stabiel was. Zie figuur 8 voor de genoemde trends.

Figuur 8: Ambulance-inzetten

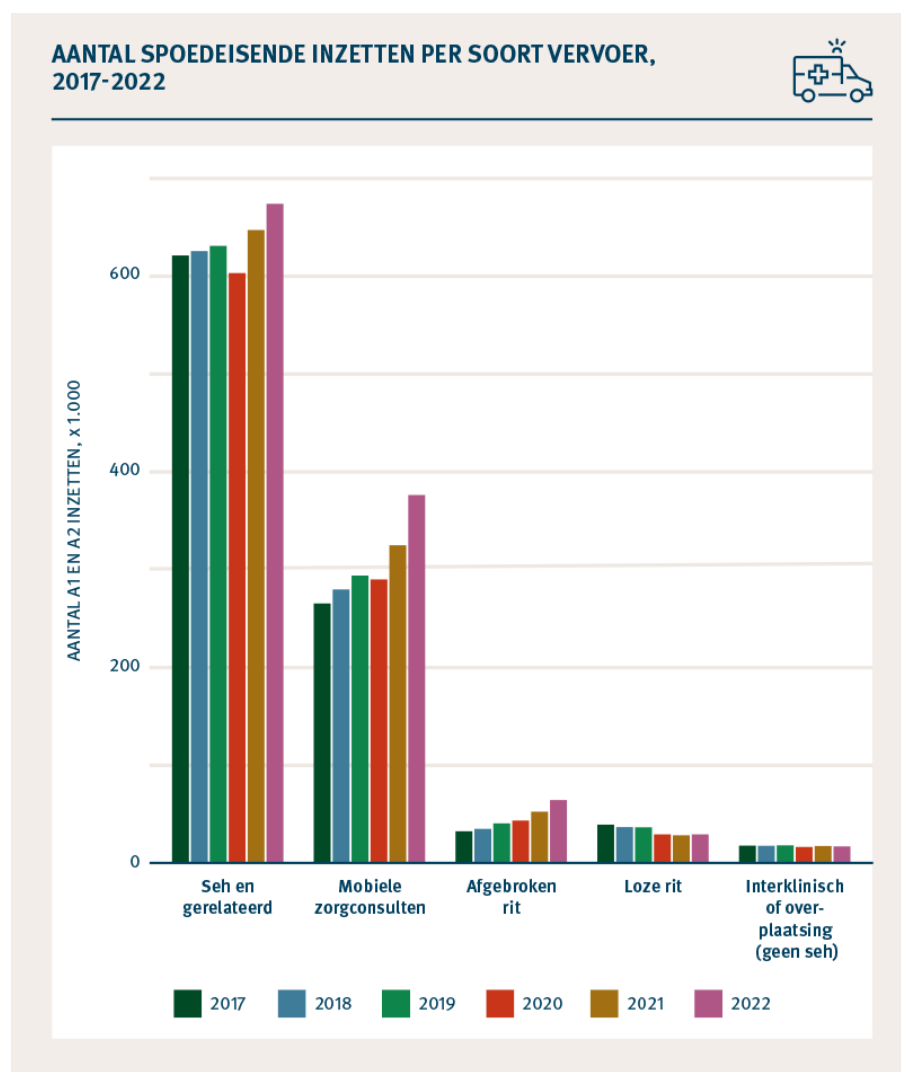


Uit figuur 9 blijkt dat de groei van het aantal spoedeisende inzetten (A1 en A2) in 2021 en 2022 veroorzaakt wordt door de groei bij drie categorieën: ritten naar de seh, mobiele zorgconsulten en afgebroken inzetten. Bij mobiele zorgconsulten is ter plaatse na onderzoek van de patiënt de noodzaak tot vervoer niet gebleken. Van een afgebroken rit is sprake als een ambulance wordt ingezet, maar waarbij vervolgens blijkt dat dit niet nodig is en de ambulance teruggeroepen wordt.

Over de periode 2017-2022 nam het aantal inzetten naar de seh en gerelateerde afdelingen met ongeveer 8.5% toe. Zowel mobiele zorgconsulten als afgebroken inzetten namen met meer dan 40% toe. Mobiele zorgconsulten zijn grotendeels A1. Dit draagt dus bij aan de toename van het totaal aantal A1-inzetten.

De stijging van het aantal afgebroken inzetten komt mogelijk door een toenemend gebruik van Directe Inzet Ambulance (DIA). De ambulance wordt dan bij een spoedeisende melding de weg opgestuurd voordat de centralist de urgentie vaststelt. Als vervolgens blijkt dat de melding niet levensbedreigend is, wordt de ambulancerit afgebroken. Op deze manier zou de patiënt sneller geholpen kunnen worden. Afgebroken zittingen kunnen ook veroorzaakt worden doordat de rit wordt overgenomen door een andere ambulance. Andere (kleinere) categorieën van spoedeisende inzet zijn stabiel ('loze inzetten', 'interklinisch en overplaatsing'). Het aantal loze spoedeisende inzetten daalt over het algemeen licht sinds het begin van de analyse periode (2017).

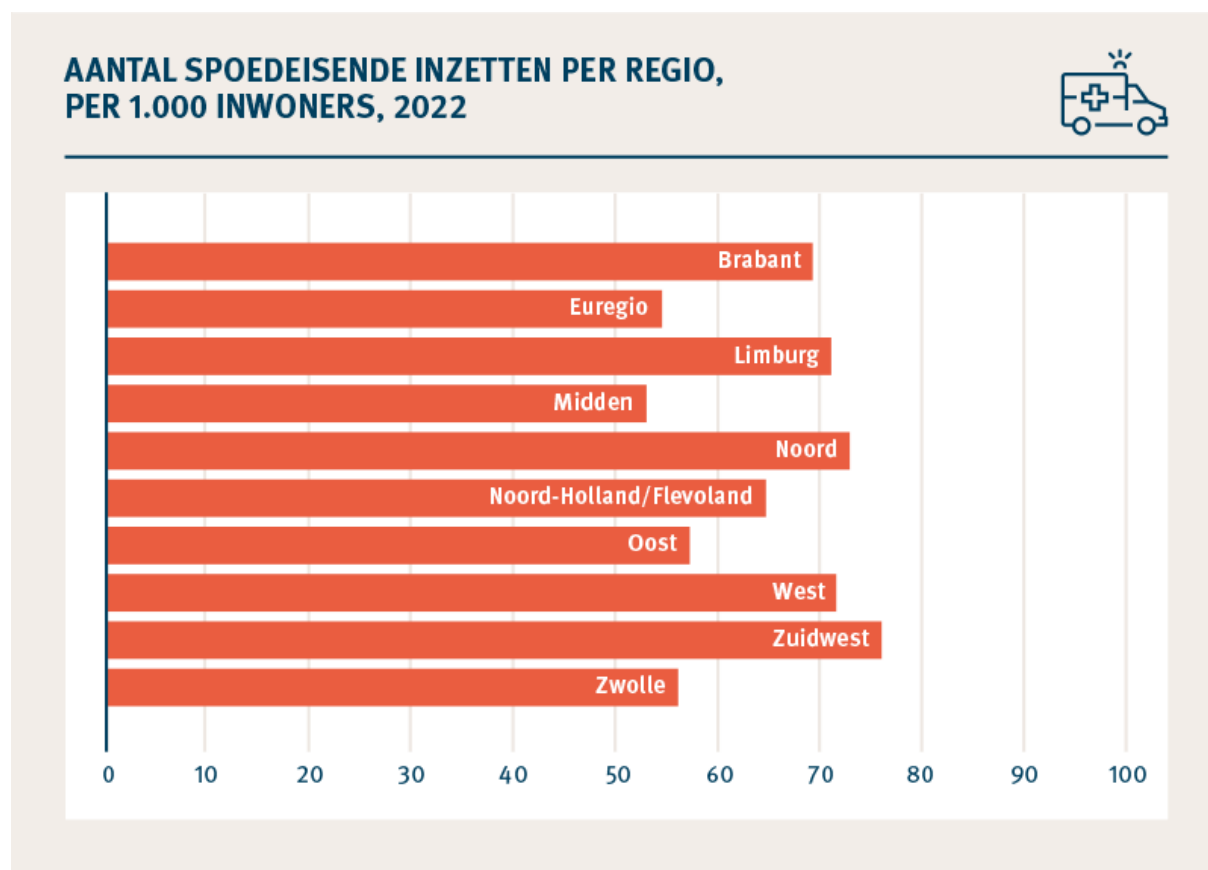
Figuur 9: Aantallen spoedeisende ambulance-inzetten



De kleinste categorie van spoedeisende inzet in figuur 9 op de vorige pagina betreft interklinisch vervoer en overplaatsingen. Slechts 15% van dit soort inzetten is spoedeisend, de rest is planbaar.

Figuur 10 bevat het aantal inzetten voor spoedeisende ambulancezorg per regio in 2022. In 2021 worden er in Nederland landelijk voor het eerst meer dan 60 spoedeisende (A1 en A2) inzetten uitgevoerd per 1.000 inwoners. In 2022 zien we een sprong naar 66 spoedeisende inzetten per inwoner (waarvan ongeveer 38 naar de seh). Een relatief hoog aantal spoedeisende inzetten per 1.000 inwoners zien we in de regio's Brabant, Noord, Limburg, West en Zuidwest. Vier regio's hebben een opvallend lager aantal spoedeisende inzetten per 1.000 inwoners: Midden Nederland, Euregio, Zwolle, en Oost.

Figuur 10: Aantallen spoedeisende ambulance-inzetten per regio

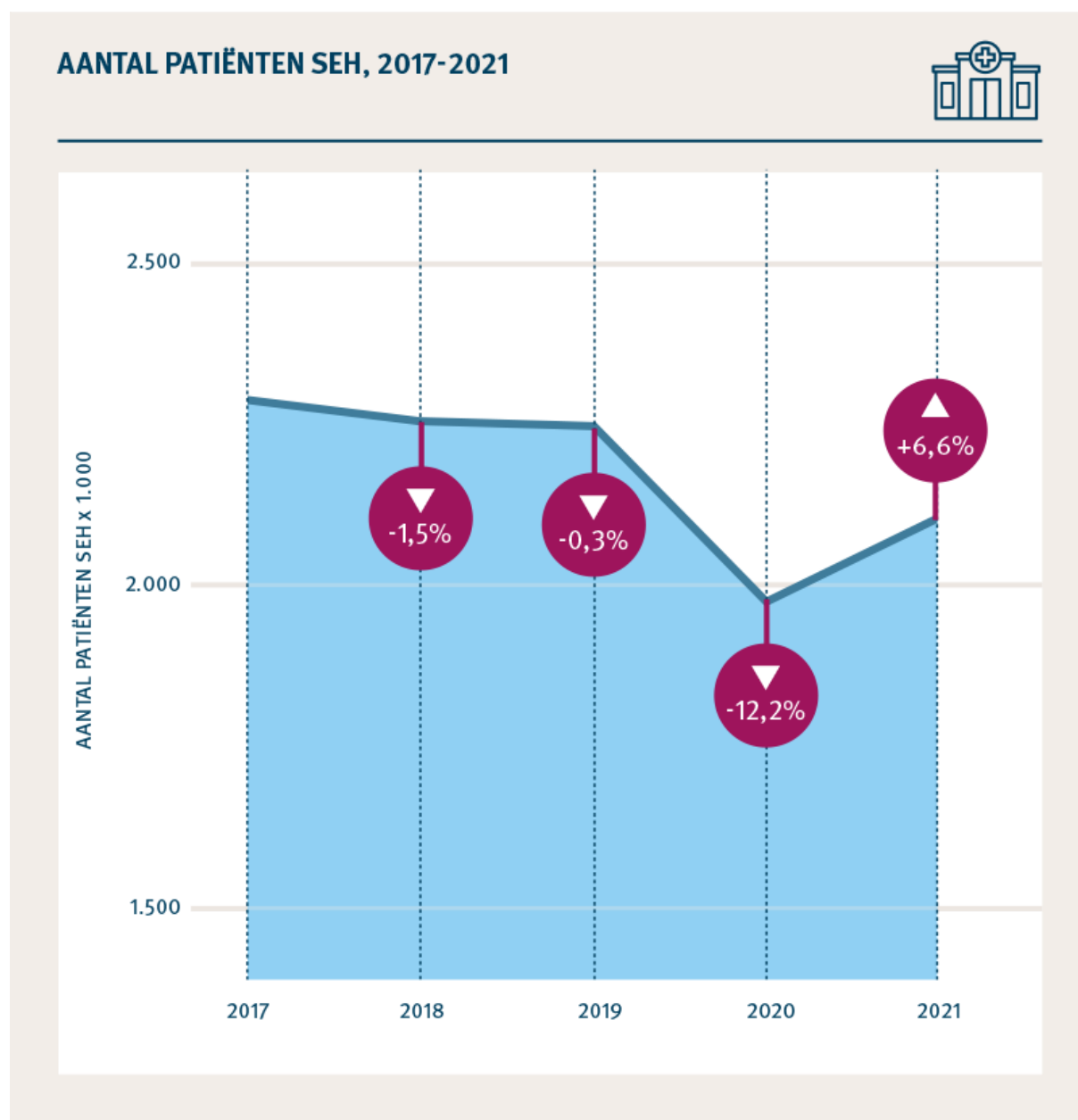


4.3 Spoedeisende hulp

Bij de seh zien we in de periode 2017-2020 een dalende trend in het aantal patiënten op de seh: hier was er ook de sterkste daling in 2020 door de COVID-19 pandemie. De samenleving ging weer open in juni 2021. In de zomermaanden t/m oktober 2021 zijn de aantallen vergelijkbaar met de periode vóór de COVID-19 pandemie; maar aan het eind van het jaar is er weer een daling (harde lockdown door de omikronvariant in december).

In 2021 is er een toename van aantallen patiënten in vergelijking met 2020 met 6.6%. Maar het totaal aantal patiënten op de seh blijft nog steeds onder het niveau van 2019. Zie figuur 11 voor de genoemde trends.

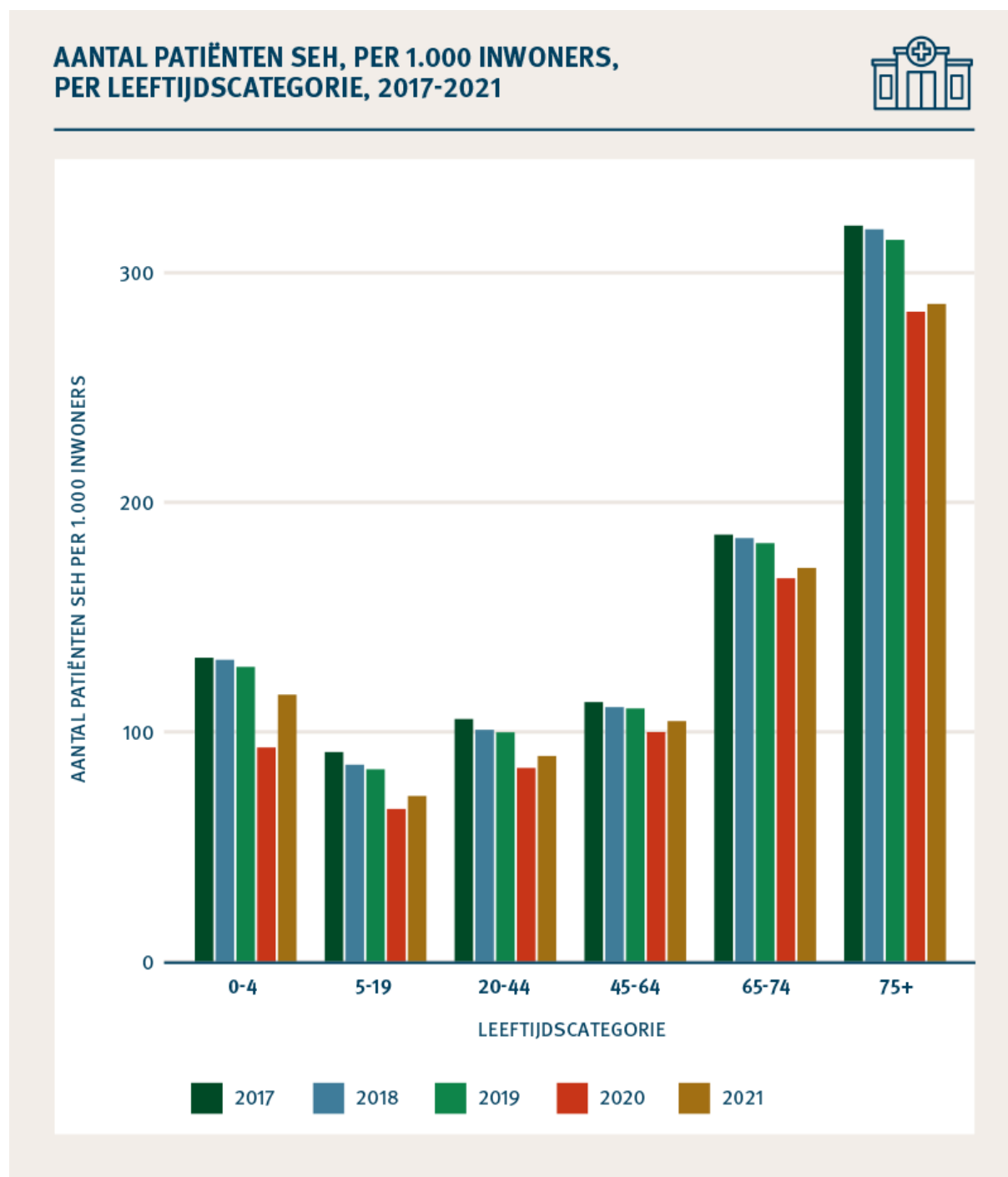
Figuur 11: Patiëntaantallen seh



Als we kijken naar het aantal seh-bezoeken per patiëntgroep, dan is alleen de patiëntgroep infectieziekten toegenomen in 2020, terwijl de rest is afgenomen. In 2021 is er een grote daling in het aantal patiënten in juist die groep (met 21,4%). Patiëntengroep ‘ademhalingswegen’ groeit naar een hoger niveau dan vóór de COVID-19 pandemie (waarschijnlijk als gevolg van de COVID-19 pandemie).

Het aandeel van de ouderen dat een seh-bezoek had daalde in de periode tot en met 2020. We zien in 2021 hier wel een stijging in maar doordat andere leeftijdscategorieën harder stegen daalde het aandeel 75+’ers op de seh. In 2021 was de stijging bij de leeftijdscategorie kinderen 0-4 jaar het grootst. Zie figuur 12 voor de trends bij alle leeftijdscategorieën.

Figuur 12: Patiëntaantallen seh, per leeftijdscategorie

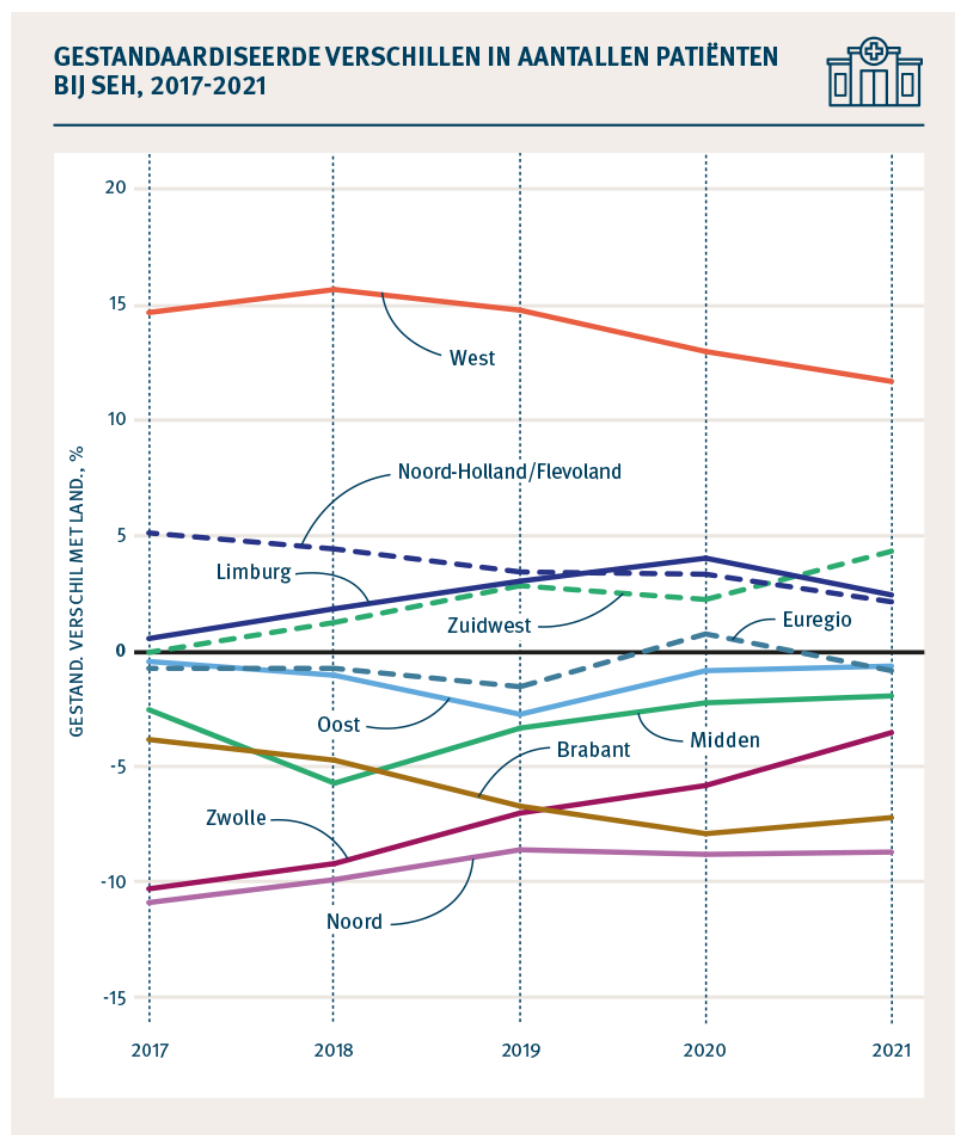


Zowel in 2020 als in 2021 vindt er een groei plaats in het aantal patiënten dat per ambulance naar de seh komt: van 28,3% in 2019 naar 31,1% in 2020 en 31,4% in 2021. Het deel van de patiënten dat op een andere manier instroomt (met onder andere zelfverwijzers) neemt af.

Het gebruik van de seh verschilt per ROAZ-regio, net zoals bij de huisartsenzorg in de anw-uren, maar de verschillen worden kleiner. Figuur 13 laat deze gestandaardiseerde verschillen zien. De regio's zijn gedefinieerd op basis van de postcode van de patiënt. In de hele analyseperiode heeft de regio West de meeste seh-patiënten per 1.000 inwoners, hoewel we over de periode wat daling zien. Het kleinste aantal zien we bij de regio Noord. Bovendien zien we in deze periode regio's dat Brabant en Noord-Holland/Flevoland zijn gedaald ten opzichte van het landelijk gemiddelde in het seh-gebruik. Regio Zwolle is daarentegen gestegen in seh-gebruik. De overige regio's zitten dicht bij het landelijk gemiddelde.

In een recente [publicatie](#) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) worden ook de verschillen tussen regio's geschetst. Daarin worden verschillende factoren genoemd die deze verschillen kunnen verklaren zoals morbiditeit, de eigen beoordeling door mensen van een plotseling ontstane klacht of aandoening, voorkeur voor huisartsenzorg of specialistische zorg en toegankelijkheid.

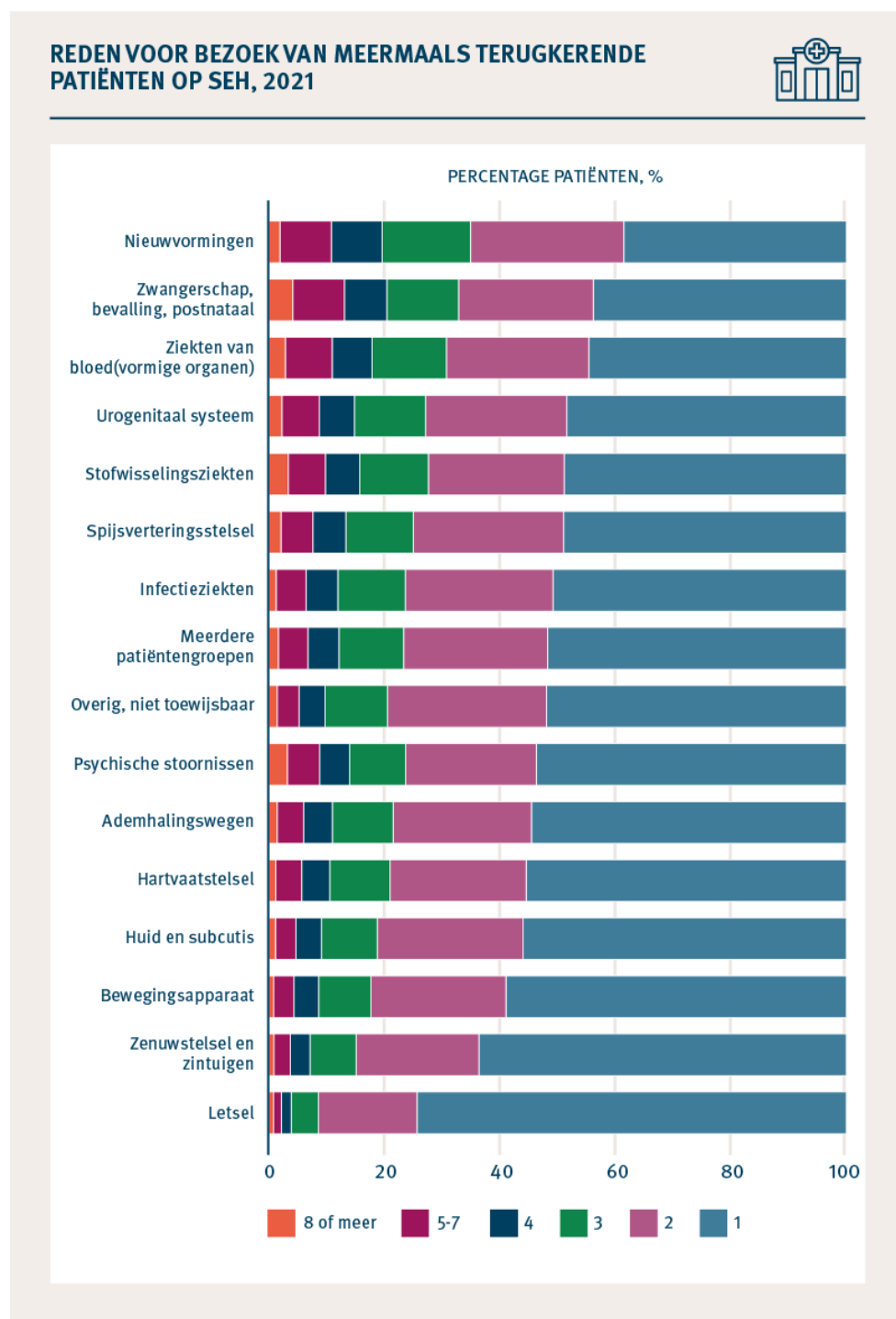
Figuur 13: Regionale verschillen patiëntaantallen seh



Patiënten met kanker (nieuwvormingen) en vrouwen tijdens of net na de zwangerschap hebben meerdere seh-bezoeken per jaar. Meer dan de helft van deze patiënten die op de seh komen, komt meer dan één keer. 20% komt zelfs vier keer of vaker op de seh.

Letsel zorgt daarentegen voor bijna drie kwart van de patiënten voor 1 seh-bezoek per jaar. In figuur 14 is per patiëntengroep weergegeven welk deel van de bezoeken bij patiënten hoort die een of meerdere keren per jaar naar de seh komen. Dit geeft een indruk van welke aandoeningen vaker tot meerdere seh-bezoeken door dezelfde patiënt kunnen leiden. Zie bijlage 2 voor het totaal aantal seh-bezoeken per patiëntengroep.

Figuur 14: Meermaals terugkerende patiënten naar reden voor bezoek van



4.4 Klinische opname na spoedeisende hulp

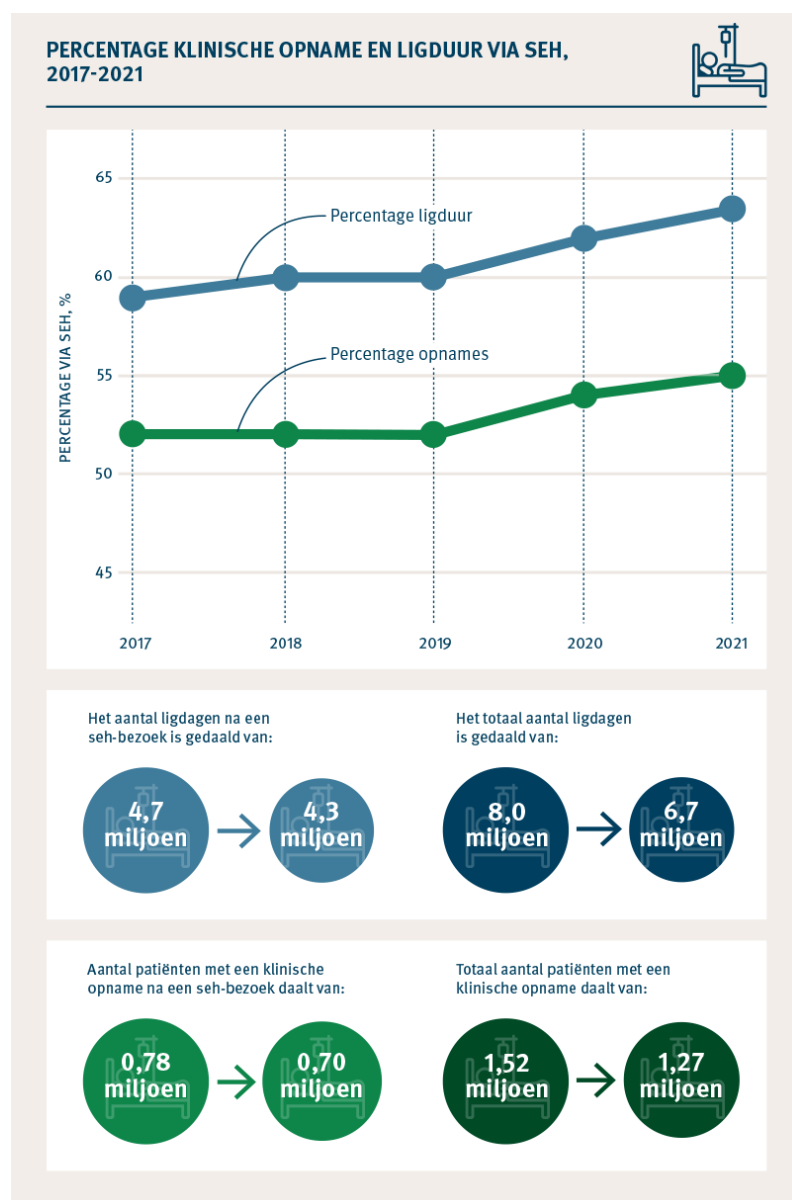
Ongeveer een derde van het aantal patiënten stroomt na de behandeling op de seh door naar een klinische opname in het ziekenhuis. Veruit het grootste deel van de patiënten (circa 60%) kan direct na behandeling op de seh naar huis. Het resterende deel krijgt andere vervolgzorg.

Het aantal patiënten met een klinische opname na een seh-bezoek neemt af, maar de duur van de opname neemt licht toe. Op landelijk niveau brengt dit een daling van deze zorgvraag met zich mee.

Ongeveer 63% van het totale aantal ligdagen van de ziekenhuizen in 2021 is van patiënten die na een seh-bezoek zijn opgenomen in het ziekenhuis. Over de periode 2017 tot en met 2021 is het aandeel van patiënten vanuit de seh in het totaal aantal ligdagen toegenomen van 59% (2017) naar 63% (2021).

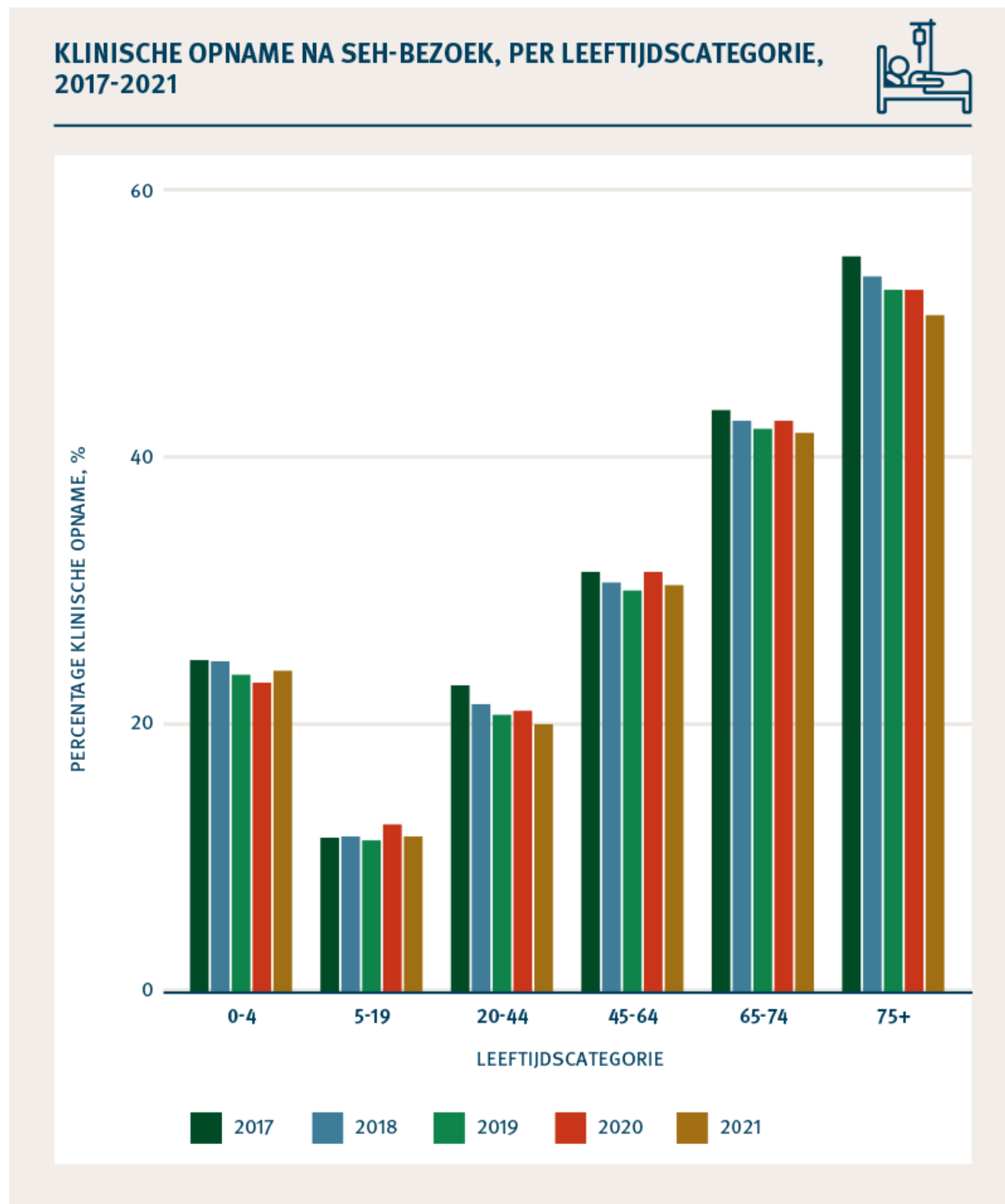
Figuur 15 laat deze trend zien. Ook de trend van het aandeel opnames wordt weergegeven. De toename van het aandeel seh opnames en ligdagen kan komen door de COVID-19 pandemie, waarbij relatief minder niet-spoedeisende patiënten in het ziekenhuis werden opgenomen.

Figuur 15: Aandeel via seh in klinische opname en ligdagen



Het percentage van 75+'ers dat na een seh-bezoek opgenomen wordt, blijft afnemen. In paragraaf 4.3 zagen we al dat van aandeel van 75+'ers met een seh-bezoek ook afneemt. Dat maakt dat de druk van ouderen op wat opnames na een seh-bezoek betreft, afneemt. Figuur 16 laat het percentage klinische opname per leeftijd zien voor patiënten met een seh-bezoek.

Figuur 16: Mate van klinische opname na seh-bezoek

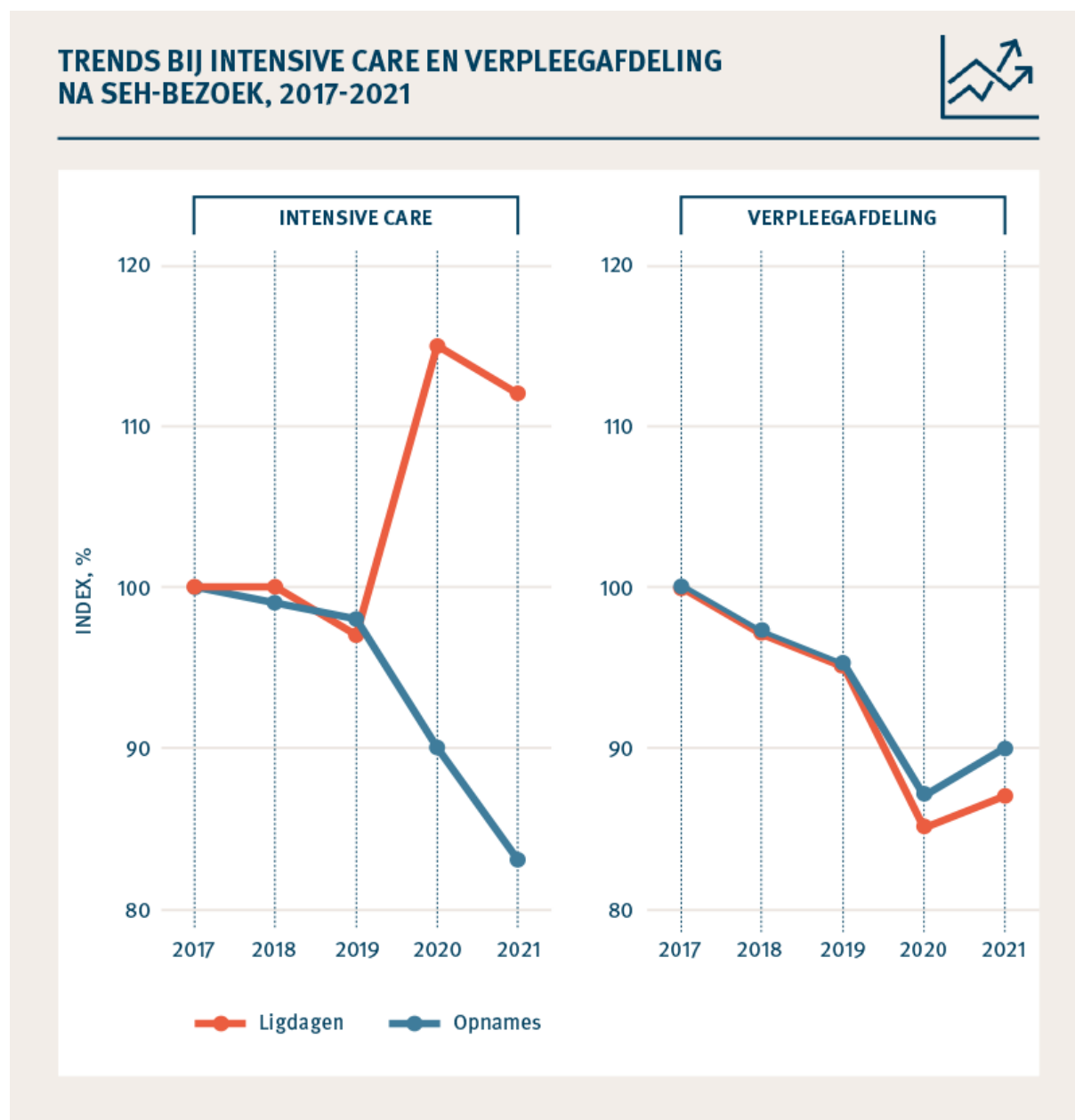


Het aantal intensive care opnames is in 2020 en 2021 sterk gedaald ten opzichte van voorgaande jaren, terwijl het aantal ligdagen is toegenomen. De gemiddelde ligduur op de intensive care was in 2019 4,8 dagen terwijl die in 2020 en 2021 respectievelijk 6,2 en 6,6 dagen was.

Deze veranderingen kunnen grotendeels worden verklaard doordat er veel COVID-19-patiënten in 2020 en 2021 werden opgenomen en deze verbleven relatief langer op de intensive care.

In figuur 17 zien we de trend van het aantal ligdagen en opnames van intensive care en verpleegdagen over de jaren.

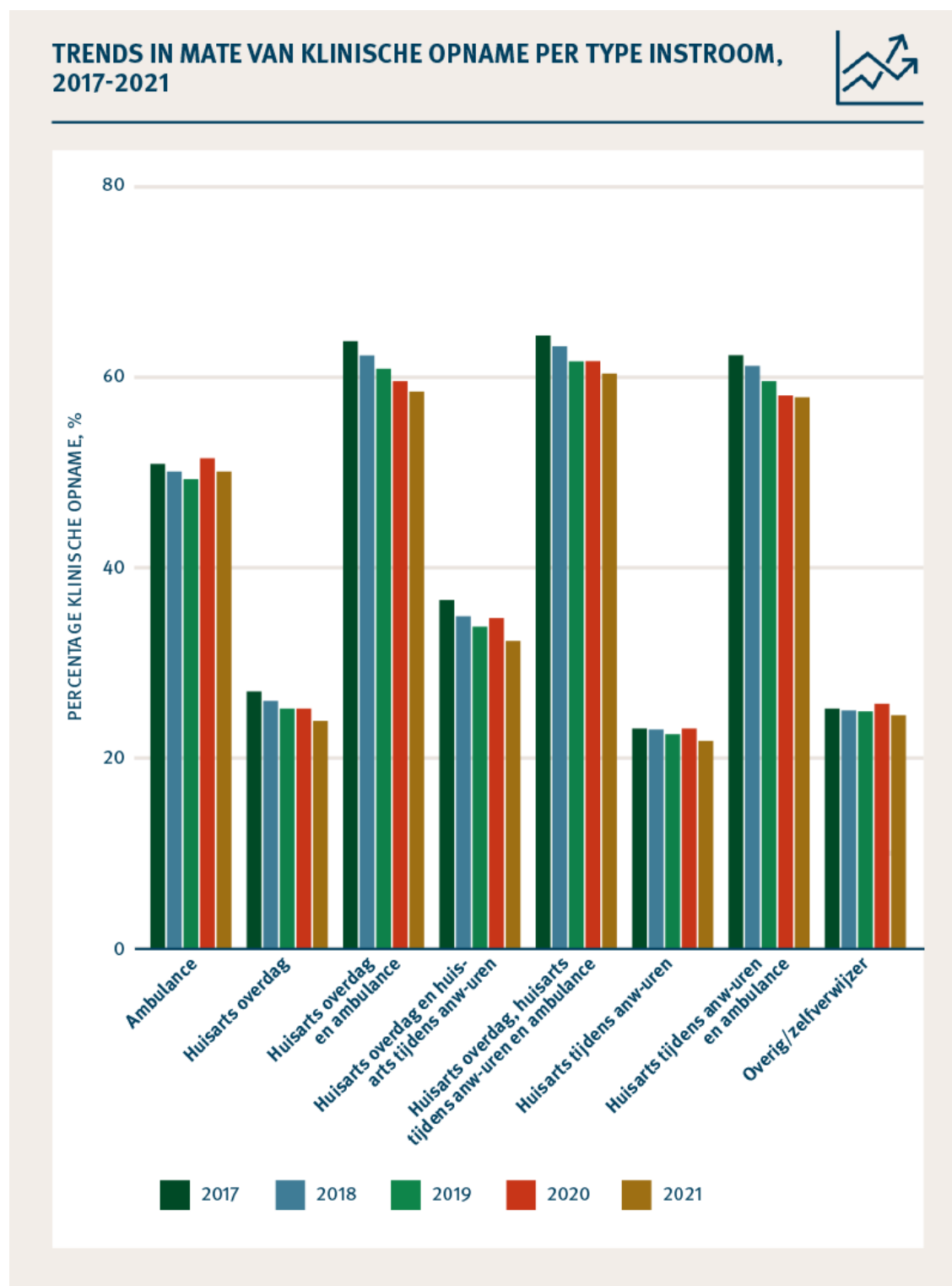
Figuur 17: Trends bij intensive care en verpleegafdeling na seh-bezoek



Als we kijken naar de herkomst van patiënten die een klinische opname krijgen na hun seh-bezoek, zien we dat dat de meeste van deze patiënten via de ambulance naar een seh zijn gebracht.

Zoals al eerder aangegeven neemt het aantal klinische opnames af in de periode 2017-2021. In 2020 zien we voor sommige typen instroom een wat hoger percentage klinische opname: mogelijk is dit het gevolg van de COVID-19 pandemie. Genoemde ontwikkelingen zijn te zien in figuur 18.

Figuur 18: Trends in mate van klinische opname na seh-bezoek, naar type instroom

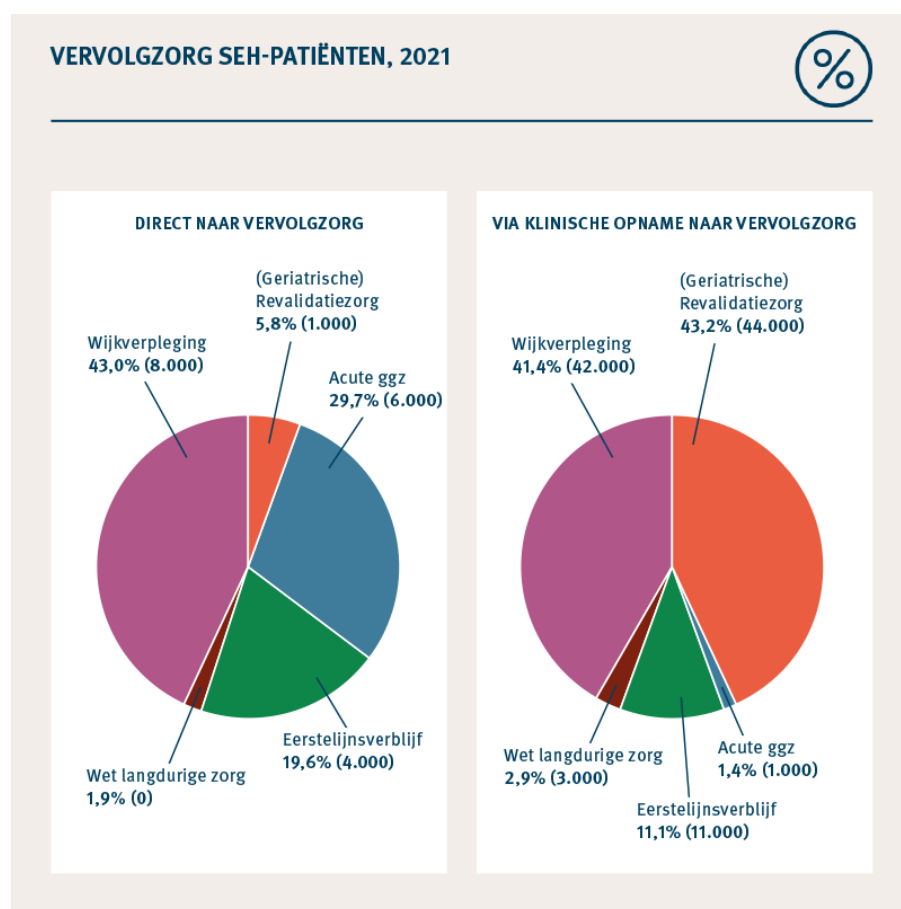


4.5 Vervolgzorg

Van de patiënten die de seh bezoeken, ontvangt 0,7% (19.000) direct vervolgzorg waarbij de betreffende zorg niet ontvangen werd voor het seh-bezoek. Van de patiënten die de seh bezoeken ontvangt 4,8% (101.000) vervolgzorg na klinische opname, waarbij de betreffende zorg niet ontvangen werd voor het seh-bezoek.

Als patiënten na het seh-bezoek direct naar vervolgzorg gaan, gaan de meeste mensen naar huis met wijkverpleging (43,0%) of naar acute ggz (29,7%). Het heeft er ook mee te maken in welke mate de vervolgzorg direct na een seh-bezoek op te starten is. Patiënten die na het seh-bezoek via een klinische opname naar vervolgzorg gaan, gaan meestal naar geriatriische revalidatie (22,9%) of naar huis met wijkverpleging (43,2%). Figuur 19 laat de vervolgzorg zien, met onderscheid naar wel of geen klinische opname na het seh-bezoek.

Figuur 19: Vervolgzorg na seh-bezoek



Een belangrijk deel van de patiënten die de seh eigenlijk kan verlaten richting vervolgzorg komt op een 'verkeerd' bed te liggen (3,9% van de opgenomen seh-patiënten; 27.000 patiënten). Hiermee wordt bedoeld dat de patiënt geen zorg in het ziekenhuis meer nodig heeft maar er nog geen plek is bij de vervolgzorg of de patiënt de zorg nog niet thuis kan ontvangen en dus in het ziekenhuis moet wachten. Dit is zowel voor de patiënt als voor de organisatie van de zorg een onwenselijke situatie. Daarbij moet toegevoegd worden dat dit een onderschatting is van het werkelijke percentage, omdat de registratie niet in alle ziekenhuizen goed gebeurt. En daarbij moet worden opgemerkt dat het te vroeg naar huis sturen van een patiënt nog meer onwenselijk is.

Uit nadere analyse van de uitstroom van de 'verkeerd' bed patiënten blijkt in 2021 dat 38% daarvan uitstroomt naar de geriatrische revalidatiezorg en 21% naar eerstelijnsverblijf.

4.6 Acute ggz

In deze monitor hebben we data over de acute ggz opgenomen. We presenteren nu een aantal kerngetallen. De verdere duiding volgt in latere publicaties.

Bij acute psychiatrische hulpverlening is direct ingrijpen nodig om gevaar voor de persoon of de omgeving voor te zijn of om ernstige overlast te voorkomen of stoppen. Het gaat om mensen bij wie sprake is van een vermoeden van een acute psychiatrische stoornis.

In 2020 is een daling te zien in het aantal cliënten, wat verklaard kan worden door de COVID-19 pandemie en door aanpassingen in de registratie. In 2021 is er in aantal verblijfsdagen weer een beweging te zien terug naar de omvang van de periode voor deze pandemie. In tabel 2 is het aantal cliënten in de acute ggz te zien.

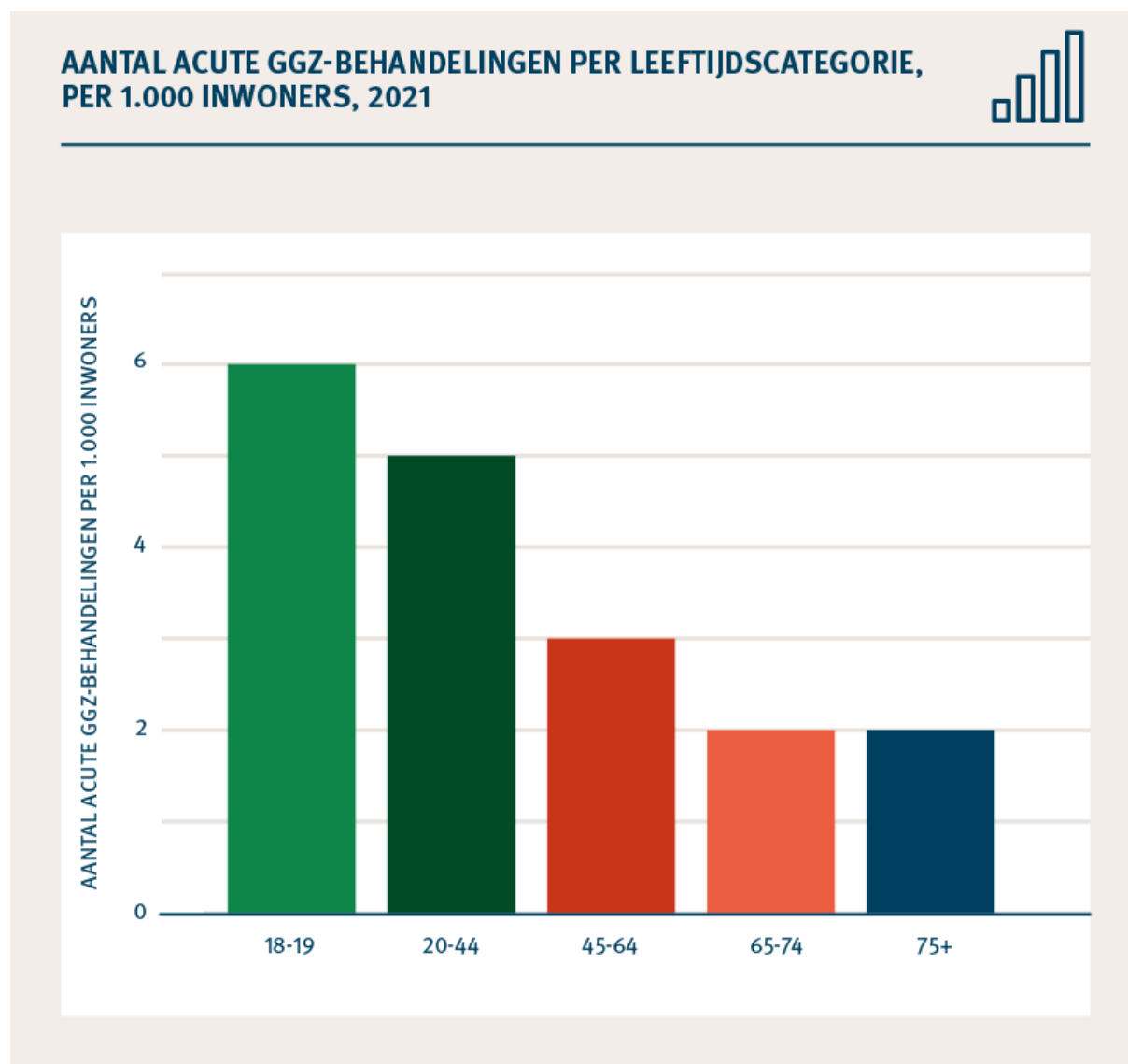
Tabel 2: Trends in acute ggz

Jaar	Aantal cliënten x 1.000 (acute ggz-behandelingen)	Aantal cliënten x 1.000 (verblijfsdagen)	Aantal dagen x 1.000 (verblijfsdagen)
2017	46	7	65
2018	44	7	62
2019	44	8	78
2020	39	8	72
2021	38	9	76

Jongvolwassenen en volwassenen tot 45 jaar maken het meest gebruik van acute ggz. Bij andere onderdelen van de acute zorg vormen deze leeftijdscategorieën juist het kleinste aandeel.

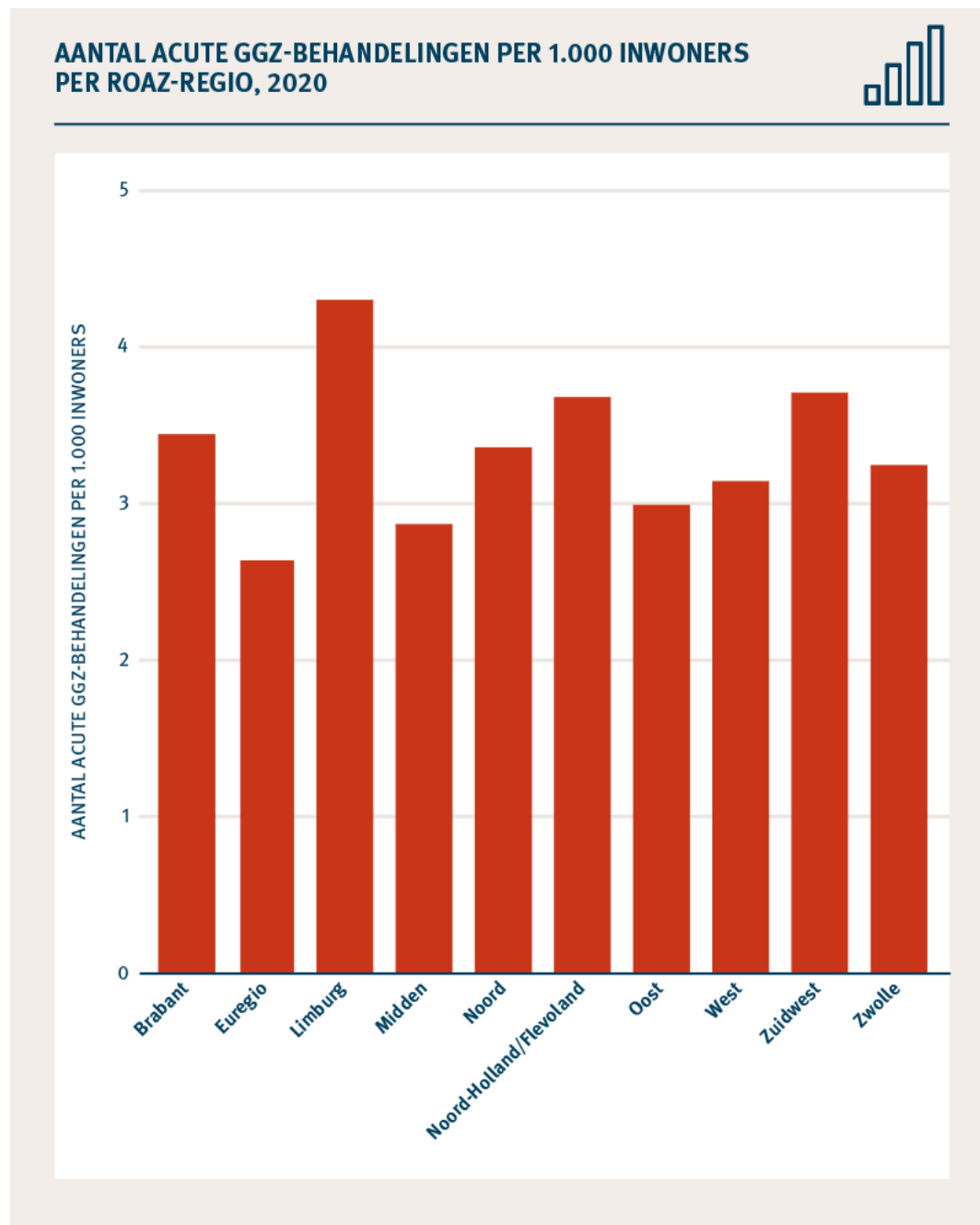
In figuur 20 is het aantal acute ggz-behandelingen per 1.000 inwoners te zien, per leeftijdscategorie. Omdat de NZa geen zicht heeft op het zorggebruik vanuit de Jeugdwet, zijn de leeftijdscategorieën tot en met 17 jaar niet weergegeven.

Figuur 20: Aantal acute ggz-behandelingen, per leeftijdscategorie



Tussen ROAZ-regio's verschilt de mate waarin acute ggz plaatsvindt. Verschillen tussen regio's kunnen worden toegeschreven aan verschillen in zorgvraag maar ook regionale variatie in het aanbod en de manier van registreren spelen hierbij een rol. Figuur 21 geeft inzicht in de verschillen tussen ROAZ-regio's, wat betreft patiënten vanaf 20 jaar.

Figuur 21: Aantal acute ggz-behandelingen per regio



Het grootste aandeel patiënten dat instroomt via een zorgverlener naar de acute ggz, komt via de huisarts. Over de jaren 2017-2021 zien we dat deze percentages relatief gelijk blijven. Daarom nemen we in tabel 3 alleen de procentuele verdeling op van patiëntenstromen naar een behandeling in de acute ggz in 2021.

Het grootste aandeel van de instroom van patiënten in de acute ggz komt niet binnen via de huisarts of seh (Overige instroom). De exacte herkomst van deze cliënten is niet uit de data te herleiden, maar dit kan bijvoorbeeld instroom zijn via een zelfverwijzing of de politie.

Tabel 3: Instroom acute ggz-behandeling

Type instroom naar acute ggz-behandeling (%)	2021
Huisarts	33
Huisarts in anw-uren	14
Huisarts en huisarts in anw-uren op dezelfde dag	6
Spoedeisende hulp	9
Spoedeisende hulp en klinische opname	3
Klinische opname	0,1
Overige instroom (waaronder politie, justitie, zelfverwijzers etc.)	36

5 Organisatie van acute zorg

In de vorige hoofdstukken lag de focus op het zorggebruik van patiënten. In dit hoofdstuk kijken we naar ontwikkelingen in de organisatie van de acute zorg. Paragraaf 5.1 beschrijft het aanbod van seh's en ambulancezorg. In paragraaf 5.2 gaan we nader in op digitale zelftriage op de hap. Daarna komt in paragraaf 5.3 de samenwerking tussen seh's en hap's aan bod. Paragraaf 5.4 beschrijft het gebruik van het instrument seh-stops. In paragraaf 5.5 raken we tot slot het onderwerp gegevensuitwisseling.

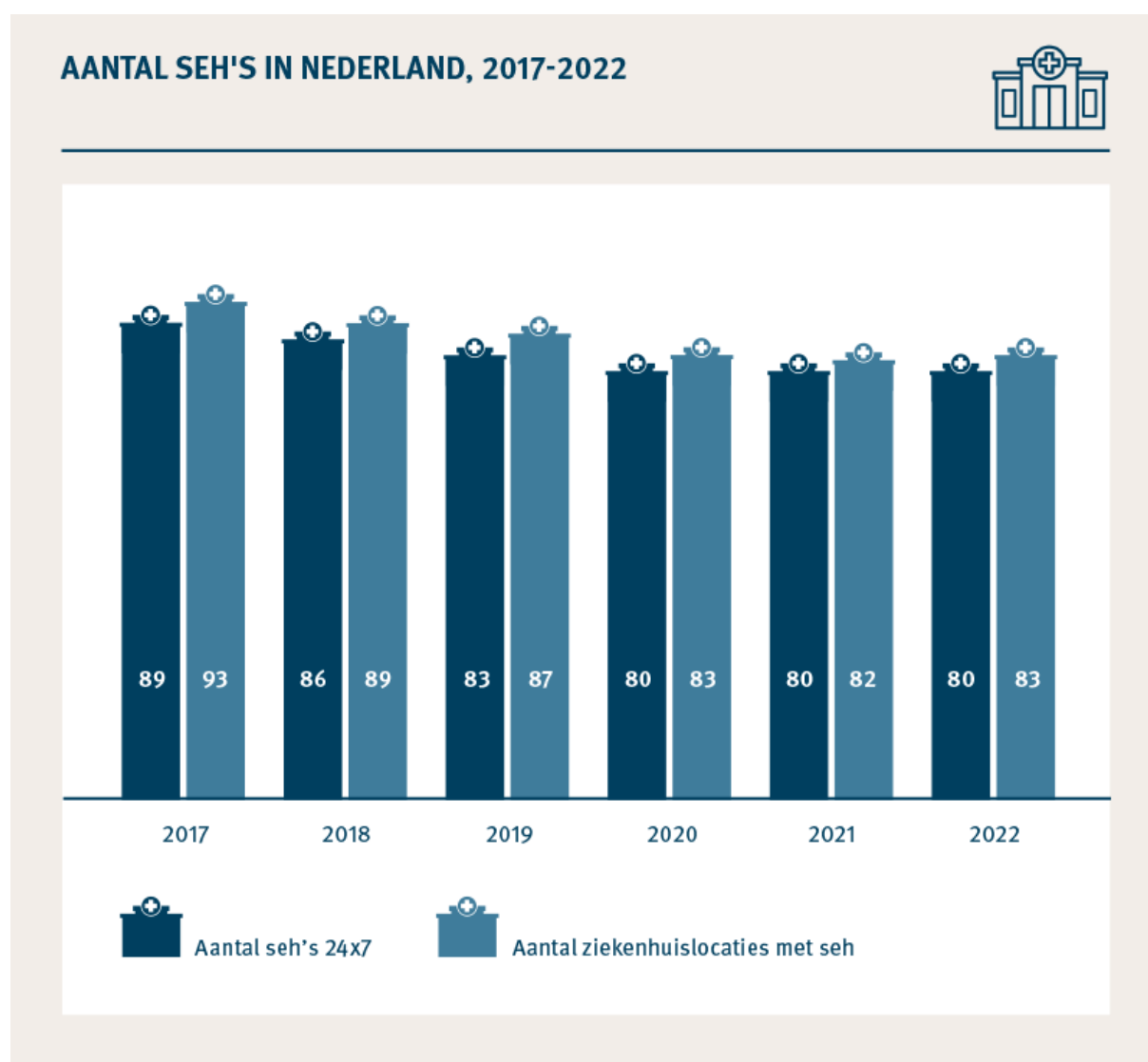
5.1 Ontwikkelingen in het aanbod van acute zorg

In deze paragraaf komt achtereenvolgens kort het aanbod van seh's, hap's en ambulancezorg aan bod.

5.1.1 Seh's

Waar we eerder een dalende trend zagen in het aantal seh's, zien we dat het aantal de afgelopen jaren meer constant is gebleven. Figuur 22 geeft weer hoe het aantal seh's over de afgelopen periode gewijzigd is.

Figuur 22: Aantal seh's



5.1.2 Hap's

Het aantal hap's is over de jaren heen licht gedaald: van 118 hap's in 2017 naar 105 in 2022. Omdat het aantal hap's maar beperkt iets zegt over de beschikbare capaciteit, hebben wij dat ook niet opgenomen in deze monitor.

5.1.3 Ambulancezorg

Met betrekking tot ambulancezorg zien we een groei in het aanbod. Het aantal ambulances is sinds 2017 hard gestegen, met bijna 20%. Het aantal ambulancestandplaatsen varieert meer, maar is sinds 2018 (afgezien van 2021) redelijk constant. In tabel 4 zijn deze trends te zien.

Tabel 4: Trends aantallen ambulances en ambulancestandplaatsen

Jaar	Aantal ambulances	Aantal ambulancestandplaatsen
2017	790	231
2018	813	238
2019	832	241
2020	881	240
2021	900	241
2022	940	240

De ambulancezorg staat in toenemende mate onder druk. We zien bij de meeste regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) dat de responstijden niet verbeteren na de eerste twee jaar van de coronapandemie of zelfs verslechteren. Bij A1-inzetten is de streefwaarde voor het aantal minuten waarin 95% van de inzetten ter plaatse is, 15 minuten. De Sectorkompas ambulancezorg van Ambulancezorg Nederland (AZN) geeft weer dat deze streefwaarde in 2021 en in 2022 slechts door één RAV gehaald werd en dat meerdere RAV's ook de minimale waarde niet halen. De voorlopige streefwaarde van de mediane responstijd is vanaf 2019 tot en met 2022 ieder jaar verhoogd.

Bij A2-inzetten is de streefwaarde van het responstijdpercentage 30 minuten. In 2021 haalde, net als in 2022, ongeveer twee derde van de RAV's deze streefwaarde. De voorlopige streefwaarde van de mediane responstijd bij A2-inzetten is in 2022 verlaagd. Daarbij moet vermeld worden dat er het afgelopen jaar bij de NZa geen meldingen zijn geweest van incidenten met patiënten en/of continuïteitsproblemen.

Zorgverzekeraars geven op basis van hun informatie aan dat de toegankelijkheid van zorg niet in het geding is en ook niet is geweest. Bij iedere melding wordt door middel van triage de urgentie bepaald, zodat bij echte spoed de ambulances nog steeds op tijd bij de vitaal bedreigde patiënten kunnen zijn. Zorgverzekeraars noemen schaarste aan personeel en de toenemende zorgvraag als redenen voor het achterblijven van de responstijdpercentages.

De komende jaren wordt een nieuwe urgentie-indeling voor de ambulancezorg geïmplementeerd. Het doel van deze nieuwe urgentie-indeling is het optimaliseren van de huidige urgentie-indeling zodat de patiënt met een acute zorgvraag, meer dan nu, de juiste zorg op de juiste plek krijgt.

5.2 Toepassing digitale zelftriage

Ook in de acute zorg worden digitale toepassingen ontwikkeld om inzet van arbeid te kunnen verminderen. Dit kan helpen om de werkdruk op de hap te verminderen en ook wachttijden voor patiënten te verkorten. Zo zien we dat patiënten rondom triage steeds meer informatie en tools geboden worden om een afweging te maken om wel of geen hulp te vragen.

Voorbeelden hiervan zijn *Dokter Appke* en *Moet ik naar de dokter?* (MINDD) waarbij gebruikers via het beantwoorden van enkele vragen geadviseerd worden om wel of niet naar de dokter te bellen. Als men niet naar de dokter hoeft, volgt een uitgebreid zelfzorgadvies. Het gebruik van MINDD bij hap's is over de afgelopen jaren significant toegenomen: van gemiddeld 350 afgeronde triages per dag in 2020 tot 1.500 afgeronde triages per dag in 2023 (Bron: MINDD). We verwachten een verdere toename hierin de komende jaren. We kijken uit naar meer analyses over het directe effect van dergelijke toepassingen op het ontlasten van de zorg. Vanwege de potentie van digitale zelftriage blijven we ontwikkelingen daarin volgen.

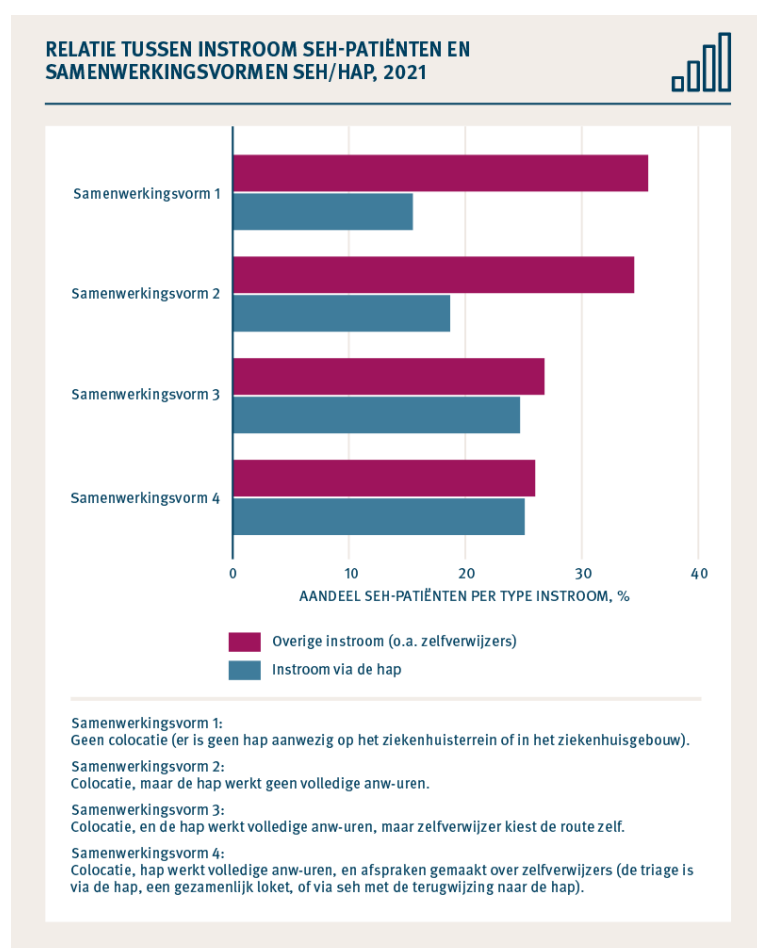
5.3 Samenwerking seh en hap

De spoedeisende hulp en de huisartsenpost kunnen op verschillende manieren samenwerken. Bij de meeste seh's in Nederland is er ook een hap aanwezig in hetzelfde gebouw om de huisartsenzorg in de anw-uren te leveren. De meeste van deze hap's zijn de volledige anw-uren open. Seh's die nauwer samenwerken met een hap, zien relatief meer doorverwezen patiënten vanuit de hap en minder patiënten die niet via de huisartsenzorg/ambulance doorverwezen worden. Dat wil niet zeggen dat er bij die seh's in totaal meer patiënten via de hap verwezen worden, maar dat patiënten op deze seh's vaker via de hap zijn gekomen dan bij andere seh's. Daarmee functioneert de hap bij die seh's meer als een poortwachter.

De overige instroom naar de seh loopt niet via de huisartsenzorg of ambulance. Dit kunnen zelfverwijzers zijn, maar ook bijvoorbeeld patiënten die onder behandeling zijn van een medisch specialist en tijdens anw-uren direct de seh benaderen. Het aandeel van deze patiënten in de instroom van de seh neemt af naarmate de samenwerking tussen de seh en hap intensiveert. Er is op basis van onze data echter geen inschatting te maken hoe groot het aandeel zelfverwijzers is in deze groep 'overige instroom'.

Bijna alle in hetzelfde gebouw gevestigde seh en hap maken afspraken over triage van zelfverwijzers: in de meeste gevallen loopt triage via de hap of een gezamenlijk loket. Dit soort afspraken zorgen ervoor dat zorgvragen die door de hap kunnen worden behandeld, ook daar belanden. Ook dit draagt bij aan dit resultaat, weergegeven in het onderstaande figuur. Figuur 23 laat gemiddelde percentages zien van de twee genoemde typen instroom van patiënten op de seh.

Figuur 23: Instroom seh-patiënten naar samenwerkingsvormen seh/hap



In onderstaande twee tabellen staan cijfers van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) over de relatie tussen de seh en de hap. Tabel 5 laat zien dat er qua aanwezigheid van hap's op ziekenhuislocaties de afgelopen jaren weinig veranderingen zijn geweest. Het aantal seh's waarbij een hap gevestigd is in het ziekenhuis maar geen gezamenlijke ingang deelt, daalt licht.

Tabel 5: Trends samenwerkingsvormen seh/hap

Jaar	Is er op deze ziekenhuislocatie een hap aanwezig?			
	Hap in ziekenhuis gevestigd en gezamenlijke ingang met seh	Hap in ziekenhuis gevestigd maar geen gezamenlijke ingang met seh	Wel een hap maar niet in ziekenhuisgebouw gevestigd	Geen hap op ziekenhuislocatie aanwezig
2020	63	12	1	7
2021	61	12	1	8
2022	63	11	0	9
2023	65	8	1	9

In tabel 6 is zichtbaar dat het aantal seh's toeneemt dat ten aanzien van de stroom zelfverwijzers serieel opereert met de hap. Daarmee wordt er dus vaker een poortwachter (hap) voor de seh geplaatst. Dit vermindert de instroom van patiënten op de seh. Het aandeel seh's dat met de hap een gezamenlijk loket heeft voor triage ten aanzien van zelfverwijzers, neemt juist af. Verdere informatie over de afspraken tussen hap en seh staat in de tabel hieronder.

Tabel 6: Trends afspraken logistieke stromen zelfverwijzers seh/hap

Jaar	Welke afspraken zijn gemaakt tussen hap en seh over de logistieke stroom van zelfverwijzers tijdens gezamenlijke openingstijden van hap en seh?					
	Parallel	Serieel	Volledige integratie	Triage: seh (terugverwijzing hap als dat gepast is)	Triage en behandeling: seh	Overig
2020	8	39	22	7	0	0
2021	7	42	17	7	1	0
2022	9	41	18	0	1	5
2023	8	49	13	1	3	0

- Parallel: zelfverwijzers kunnen vrij kiezen uit hap of seh. Hap en seh triëren eigen zelfverwijzers.
- Serieel: alle zelfverwijzers gaan naar de hap en worden daar getrieerd (eventueel met uitzondering van enkele patiëntgroepen, zoals ABCD-instabiele patiënten of specifieke klachten).
- Volledige integratie: hap en seh hebben een gezamenlijk loket voor triage, waar onder meer bepaald wordt of zelfverwijzers door een huisarts of arts van de seh worden gezien.
- Alle zelfverwijzers gaan naar de seh en worden daar getrieerd, met terugverwijzing naar de hap als dat gepast is.
- Alle zelfverwijzers gaan naar de seh en worden daar getrieerd en behandeld.
- Overig (open antwoord)

5.4 Registratie van seh-stops

Door middel van een seh-stop kan de spoedeisende hulp een signaal afgeven dat de instroom, doorstroom of uitstroom van patiënten op de seh stopt. De meldkamer ambulancezorg coördineert in een aantal regio's dat ambulances dan (indien mogelijk) naar een andere seh rijden. Het doel hiervan is om de drukte tijdig te verspreiden naar andere ziekenhuizen en lange wachttijden te voorkomen. Daarnaast wordt daarmee ook de ambulancecapaciteit weer vrijgespeeld, waardoor ruimte ontstaat voor een eventuele volgende patiënt. In het geval van een echte spoedsituatie waarbij iedere minuut telt, kan een ambulance altijd bij de betreffende seh terecht, ook als daar een seh-stop van kracht is.

Per 1 april 2022 wordt de registratie van de stops zichtbaar gemaakt in de applicatie Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ). Tot die tijd hadden zorgverleners in de spoedeisende hulpverlening van enkele regio's direct inzage in de actuele beschikbare medische behandelcapaciteit via het Acute Zorgportaal. Dit zijn de samengevoegde regio Noord-Holland/Flevoland (samenvoeging van twee ROAZ-regio's), regio Midden-Nederland en regio West. We schetsen de ontwikkelingen sinds 2019, op basis van gegevens over 29 seh-locaties uit deze regio's (35% van alle locaties in Nederland).

De seh-stops kunnen per soort stop worden afgegeven. Regio's gaan daar verschillend mee om. Naast de tijdelijke sluitingen van de seh (ofwel 'stop 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 grootste soorten stops zijn seh, ehh en ccu.

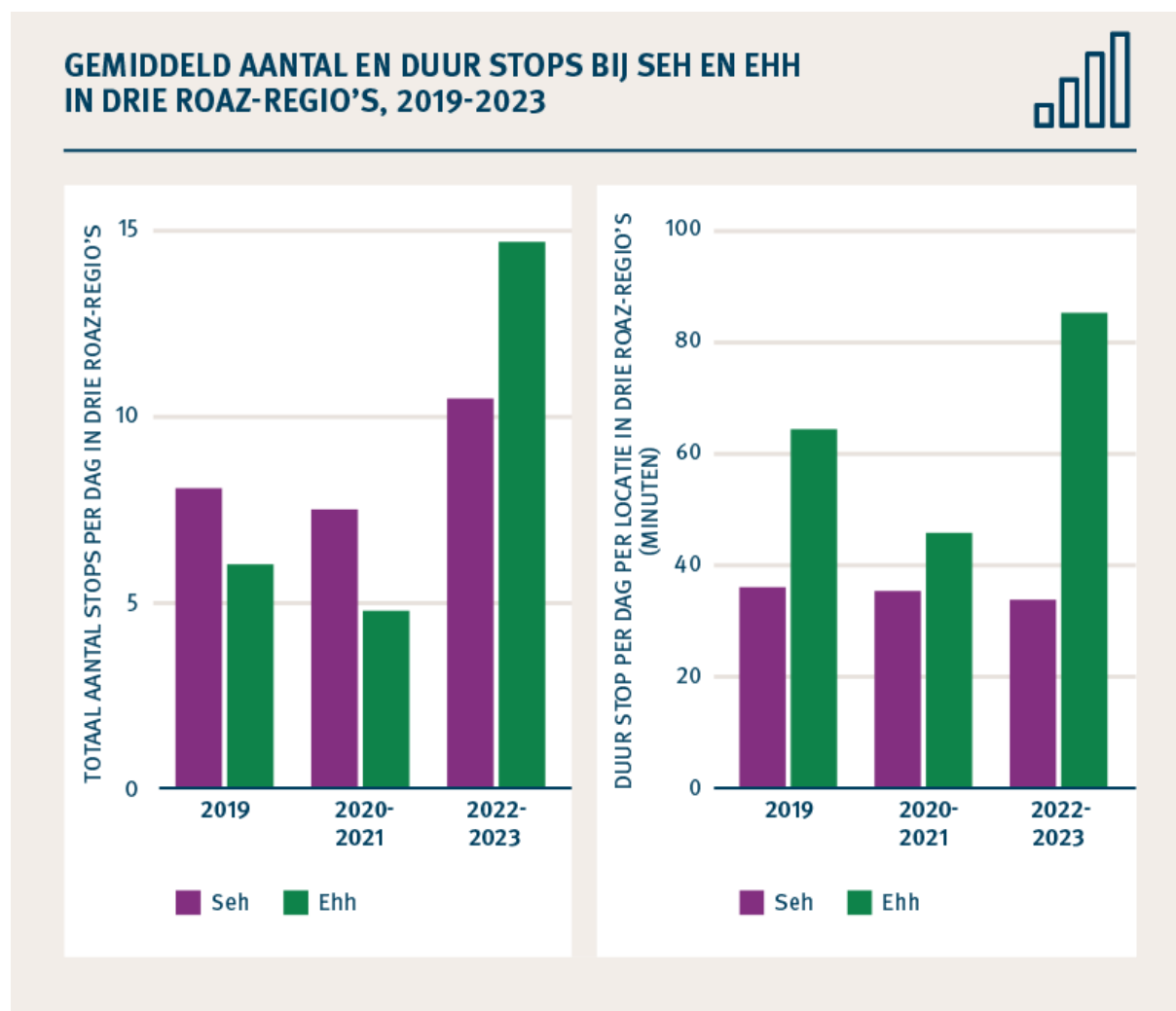
De uitbraak van de COVID-19 pandemie had een groot effect op stops: het aantal icu-stops nam aanzienlijk toe, terwijl het aantal bij andere soorten stops afnam. Dit is in lijn met de daling van het aantal patiënten op de reguliere acute zorg tijdens de pandemie. Na de pandemie zien we inderdaad minder icu-stops.

Figuur 24 brengt de ontwikkeling in beeld bij de meest voorkomende soorten stops die we over de hele periode kunnen volgen in alle drie de regio's, bestaande uit 29 seh-locaties: seh en ehh.

In de analyse wordt het gemiddeld aantal stops per dag weergegeven in dit gebied en de gemiddelde tijdsduur per dag dat een seh een stop had. Dit is opgedeeld in drie sub-periodes: vóór de COVID-19 pandemie (2019), tijdens de COVID-19 pandemie (2020-2021), en daarna (2022 tot juni 2023).

Na de afname tijdens de COVID-19 pandemie zien we in 2022-2023 weer een stijging van aantallen stops bij seh en ehh stops. Seh's hadden gemiddeld per dag ruim 30 minuten een seh-stop. Dit is de afgelopen jaren vrij constant. Voor de ehh varieert dit meer. We beschikken niet over alle gegevens van de ccu- en icu-stops, waardoor we deze niet in onderstaande analyse hebben meegenomen. Maar we zien in de beschikbare cijfers dat het aantal icu-stops na de pandemie afneemt.

Figuur 24: Seh- en ehh-stops in drie ROAZ-regio's



Seh-stops in 2023

Op één regio na laten de regio's een dalende lijn zien in de totale duur van seh-stops in 2023. Dit komt omdat het totaal aantal seh-stops daalt, maar ook de gemiddelde duur per seh-stop. In tabel 7 is weergegeven wat het aantal stops is geweest, op basis van cijfers van het LNAZ. We geven daarnaast ook weer hoe lang een seh-locatie per dag gemiddeld een stop had.

Tabel 7: Seh-stops per ROAZ-regio

		Kwartaal 1 2023		Kwartaal 2 2023	
ROAZ-regio	Aantal seh-locaties (peildatum 30 juni 2023)	Aantal seh-stops	Gemiddelde duur seh-stops per dag per seh-locatie (in minuten)	Aantal seh-stops	Gemiddelde duur seh-stops per dag per seh-locatie (in minuten)
Brabant	11	4	0,3	1	0,1
Euregio	3	0	0	0	0
Limburg	6	8	1	4	1
Midden	5	188	56	184	50
Noord	9	402	52	307	38
Noord-Holland/ Flevoland	17	315	26	334	27
Oost	6	32	8	33	6
West	7	137	23	105	19
Zuidwest	11	223	31	196	24
Zwolle	7	90	21	75	14

5.5 Gegevensuitwisseling – informatie-uitwisseling

Het verbeteren van de gegevensuitwisseling binnen de acute zorg is een belangrijk thema. Zoals het wordt omschreven in Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg is het van levensbelang dat zorgverleners in één oogopslag relevante medische gegevens en informatie over de acute situatie van een patiënt kunnen overzien.

Tussen de meldkamer ambulancezorg, ambulance, huisarts, hap en seh hebben we het over de volgende gegevensuitwisselingen:

- Ambulanceberichten (naar de seh)
- Logistieke berichten (ondersteunende berichten)
- Opvragingen dossier huisarts (door meldkamer, ambulance en seh)
- Rapportages verleende zorg (aan huisarts door meldkamer, ambulance en seh)
- Verwijzingen (huisarts-/triagistverwijzingen)

We zien dat de ondersteuning van het programma Met spoed beschikbaar met ingang van 1 juli 2023 is komen te vervallen, maar dat niet overal de implementatie hiervan succesvol is uitgevoerd.

Amigo!, het kennisplatform van Nictiz, vermeldt dat bij een derde van de seh's de gegevensoverdracht van de ambulance naar de seh nog niet geïmplementeerd is. Bij alle vijftientig Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) is dit overigens wel het geval, net als de ambulancerapportages naar huisartsen. De terugkoppeling naar de RAV's (logistiek bericht) kan slechts in één RAV ontvangen worden. Maar ook wat betreft de implementatie van spoedmeldingen van de hap naar de meldkamer is dit meer uitzondering dan regel. Minder dan de helft van de huisartsendienstenstructuren (45%) verstuurt digitaal de hapverwijzing en minder dan de helft van de seh's (42%) ontvangt digitaal de hapverwijzing.

Om meer achtergrond te krijgen bij de cijfers, hebben we met een aantal ROAZ-regio's een gesprek gevoerd. In de gesprekken hebben we het gehad over waarom het op sommige plekken wel lukt om gegevensuitwisseling te implementeren en op andere plekken nog niet. In deze gesprekken worden als ervaren knelpunten onder andere de beschikbare capaciteit bij de zorgaanbieders, de mogelijkheden via ict-leveranciers maar ook de mate van urgentie genoemd. Dit zorgt dat er nog veel stappen gezet moeten worden om de implementatie in alle regio's op orde te krijgen.

Bijlage 1 – ROAZ-regio's

In onderstaande tabel staan de volledige namen van de ROAZ-regio's genoemd, die in deze monitor omwille van de leesbaarheid afgekort worden.

Naam regio in deze monitor	Naam ROAZ-regio
Brabant	Netwerk Acute Zorg Brabant
Euregio	Acute Zorg Euregio
Limburg	Netwerk Acute Zorg Limburg
Midden	Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland
Noord	Acute Zorgnetwerk Noord Nederland
Noord-Holland/Flevoland	Netwerk Acute Zorg Noord-Holland/Flevoland
Oost	Acute Zorgregio Oost
West	Netwerk Acute Zorg West
Zuidwest	Traumacentrum Zuidwest-Nederland
Zwolle	Netwerk Acute Zorg Zwolle

Bijlage 2 – Bronnen en methoden

Deze bijlage bevat aanvullende informatie over de gebruikte gegevensbronnen, analyses en definities in de monitor 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).

6.1 Gegevensbronnen acute zorg

De analyses zijn uitgevoerd op basis van de volgende datasets:

- Declaraties van Vektis (beschikbaar begin augustus 2023) op patiëntniveau over huisartsenzorg, ambulancevervoer, medisch-specialistisch zorg, ggz, elv, wijkverpleging, en Wlz. Naar verwachting zijn declaratiegegevens over 2017-2021 (nagenoeg) compleet om het landelijke beeld te kunnen schetsen, alleen eventuele kleine mutaties/correcties op de laatste jaren kunnen eventueel nog later worden verwerkt. Deze bestanden koppelen we aan de patiëntkenmerken bestanden van Vektis (geboortejaar, geslacht, viercijferige 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 de indeling 2023.
- Dataset ambulance inzetten van het RIVM
- Dataset van seh-stops t/m juni 2023
- Dataset van RIVM over samenwerking seh en hap
- Dataset van CBS over de bevolking per viercijferige postcode

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 2017-2021 uit de aanlevering van Vektis beschikbare in augustus 2023. Hiervan selecteren we declaraties over consulten, telefonische consulten, en visites. Bij de dataset huisartsenzorg is er een klein aantal declaraties (0,08%) aangeleverd die niet gedeclareerd zijn door een huisarts. Omdat dit klein aantal de uitkomsten niet kan beïnvloeden, is er geen additionele filtering toegepast,

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.

Prestaties huisartsenzorg (consulten en visites) in de kantooruren

PRESTATIECODE	Omschrijving	intreding
12000	Consult regulier korter dan 20 minuten	t/m 2018
12001	Consult regulier 20 minuten en langer	
12002	Visite regulier korter dan 20 minuten	
12003	Visite regulier 20 minuten en langer	
12004	Telefonisch consult regulier	t/m 2018
12400	Consult passant korter dan 20 minuten	t/m 2018
12401	Consult passant 20 minuten en langer	
12402	Visite passant korter dan 20 minuten	
12403	Visite passant 20 minuten en langer	
12404	Telefonisch consult passant	t/m 2018
12500	Consult militair korter dan 20 minuten	t/m 2018
12501	Consult militair 20 minuten en langer	
12502	Visite militair korter dan 20 minuten	
12503	Visite militair 20 minuten en langer	
12504	Telefonisch consult militair	t/m 2018
12510	Consult gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten	t/m 2018
12511	Consult gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer	
12512	Visite gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten	
12513	Visite gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer	
12514	Telefonisch consult gemoedsbezwaarde	t/m 2018
12010	Consult regulier korter dan 5 minuten	per 2019
12011	Consult regulier vanaf 5 minuten en korter dan 20 minuten	per 2019
12410	Consult passant korter dan 5 minuten	per 2019
12411	Consult passant vanaf 5 minuten tot 20 minuten	per 2019
12507	Consult militair korter dan 5 minuten	per 2019

PRESTATIECODE	Omschrijving	intreding
12519	Consult militair vanaf 5 minuten tot 20 minuten	per 2019
12520	Consult gemoedsbezwaarden korter dan 5 minuten	per 2019
12521	Consult gemoedsbezwaarden vanaf 5 minuten tot 20 minuten	per 2019
12522	Consult buitenlandse patiënt korter dan 5 minuten	per 2021
12523	Consult buitenlandse patiënt vanaf 5 minuten tot 20 minuten	per 2021
12524	Consult buitenlandse patiënt 20 minuten en langer	per 2021
12525	Visite buitenlandse patiënt korter dan 20 minuten	per 2021
12526	Visite buitenlandse patiënt 20 minuten en langer	per 2021

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

PRESTATIECODE	Omschrijving	intreding
12300	Consult hap/hds	
12301	Visite hap/hds	
12302	Telefonisch consult hap/hds	t/m 2020
12304	Triage consult hap/hds	per 2021
12200	Consult anw korter dan 20 minuten	t/m 2018
12201	Consult anw 20 minuten en langer	
12202	Visite anw korter dan 20 minuten	
12203	Visite anw 20 minuten en langer	
12204	Telefonisch consult anw	t/m 2018
12207	Consult anw korter dan 5 minuten	per 2019
12208	Consult anw vanaf 5 minuten tot 20 minuten	per 2019

Dataset vervoer (Vektis)

De dataset bevat declaratierecords over ambulancevervoer in 2017-2021. Hierbij zijn (per definitie) alleen de gedeclareerde ambulance-inzetten meegenomen waarbij een patiënt vervoerd is door de ambulance (geen afgebroken ritten, geen mobiele zorgconsulten, geen intra klinisch 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 rit.

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 2017-2021.

De dataset bestaat uit alle seh-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 1.000 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 2017-2021. 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. Hierbij is toegestaan dat er maximaal 1 dag verschil is binnen de types verblijfsdagen en dat er maximaal 2 dagen verschil is tussen de types verblijfsdagen. 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 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 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, 190038, 190092 en 190093

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 2017-2021.

- 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-codes 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 wijkverpleging. We gebruiken voor de jaren 2017-2021 de gegevens uit het wijkverplegingbestand met de prestaties A0001, A0002 en A0003 om elv te selecteren. 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 2017-2021. Voor de analyse zijn de declaraties van wijkverpleging op pseudo-BSN-niveau gekoppeld aan de seh-bezoeken en klinische opnames. Hiermee wordt dan bepaald het aantal dagen voor of na het seh-bezoek/klinische opname dat er een declaratie van wijkverpleging liep.

Dataset Wlz (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over Wlz in 2017-2020. Voor de analyse zijn de declaraties van Wlz op pseudo-BSN-niveau gekoppeld aan de seh-bezoeken en klinische opnames. Hiermee wordt dan bepaald het aantal dagen voor of na het seh-bezoek/klinische opname dat er een declaratie van Wlz loopt.

Dataset ggz (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over ggz in 2017- 2021. Voor de analyse zijn de acute ggz dbc declaraties geselecteerd. Dit zijn declaraties met zorgtype 301 en 302 in de jaren 2017-2019 en 303, 304, 305, 306 in de jaren 2020 en 2021. De verblijfsdagen voor acute ggz zijn de deelprestaties waarbij naast de zorgtype, 301 en 302 in de jaren 2017-2019 en 303, 304, 305, 306 in de jaren 2020 en 2021, de activiteiten code met act_8 beginnen. Aaneengesloten periodes van declaratie zijn aan elkaar verbonden, om aaneengesloten periodes van zorg te definiëren.

Aaneengesloten periodes van verblijf zijn aan elkaar verbonden, om opname periodes te definiëren. Voor de analyse zijn de declaraties en deelprestaties van acute ggz op pseudo-BSN-niveau gekoppeld aan de seh-bezoeken en klinische opnames. Hiermee wordt dan bepaald het aantal dagen voor of na het seh-bezoek/klinische opname dat een declaratie van acute ggz loopt of dat er een acute ggz opname heeft plaatsgevonden.

6.1.2 Dataset ambulance inzetten van RIVM

De dataset bevat records over ambulance inzetten in de periode 2017-2022. Deze gegevens zijn geanonimiseerd en daarom niet een-op-een te koppelen (op patiëntniveau) aan Vektis-bestanden.

Het aantal ambulance inzetten 2017 wijkt af van de AZN-publicaties. Dat verklaart ook een mogelijk verschil in respectievelijke groeicijfers in 2017-2018. De afwijking komt door een aanvullende datalevering van een regio voor november-december 2017. Daarnaast zijn 64 inzetten met niet eenduidige definitie van het jaar zijn niet meegenomen in het bestand van 2017.

De indeling naar ROAZ is uitgevoerd op basis van het ophaaladres van de patiënt (volgens de ROAZ-indeling in het jaar 2023). In de meeste gevallen is de afhaalpostcode bekend. Bij de records met een onbekende postcode, maar waar wél bekende informatie over de woonplaats of gemeente aanwezig is, wordt de centrale postcode van de woonplaats/gemeente gebruikt. De rest van de inzetten wordt op basis van de centrale postcode RAV naar ROAZ ingedeeld.

6.1.3 Dataset van seh-stops

De dataset van stops bevat de registratie van seh-stops in 2019 t/m juni 2023. De dataset is samengesteld door de NZa op basis van gegevens over 3 ROAZ-regio's die in de periode sinds 2019 seh-stops hebben geregistreerd: Netwerk Acute Zorg Noord-Holland/Flevoland, Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland, en Netwerk Acute Zorg West. De dataset dekt 29 seh-locaties en meerdere soorten stops.

Hierbij worden analyses gedaan over twee soorten acute zorg met de grootste aantallen geregistreerde stops: "seh" en "ehh". In 2021 heeft er bij Midden Nederland een wijziging plaatsgevonden in registratie van "ehh", waardoor we het gegevensjaar 2021 niet meenemen in de analyse over de ehh.

Extra lange stops (langer dan een week) worden uitgesloten, omdat deze meestal met andere redenen te maken hebben dan de drukte. Ook de stops die korter zijn dan 15 minuut worden uitgesloten voor meer consistentie tussen verschillende aanleveringen, waarin verschillende afkapgrenzen werden toegepast. De absolute getallen kunnen hierdoor verschillen met andere rapporten, maar de trends worden hierdoor meer nauwkeurig.

In totaal waren er medio 2023 al acht ROAZ-regio's bij de stop registratie (module 'seh') in het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) volledig aangesloten, en twee andere regio's zijn in het proces van volledig aansluiten². Omdat de registratie via het LPZ nog nieuw is, is deze data niet in de analyse van trends 2019-2023 meegenomen.

Vanaf 2023 wordt informatie over seh-stops op regioniveau ook door het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) per kwartaal gedeeld. In twee regio's is de registratie nog niet volledig geïmplementeerd. In Brabant wordt er momenteel gewerkt aan de regionale implementatie van de seh-module van LPZ en is er afgesproken dat seh-stops alleen worden afgekondigd bij calamiteiten. Euregio is ook momenteel bezig om de seh-module van LPZ te implementeren. In deze regio is de afspraak dat patiënten altijd aangeboden kunnen worden op de seh waardoor er nooit seh-stops worden afgekondigd. Seh-stops korter dan 10 minuten worden geëxcludeerd en seh-stops die elkaar binnen 15 minuten opvolgen worden gezien als één stop waar de duur wordt gezien als de starttijd van de eerste stop en de stoptijd van de laatste stop.

² <https://www.lnaz.nl/nieuws/seh-stops-in-kwartaal-2-van-2023>

6.1.4 Dataset van RIVM over de samenwerking tussen seh en hap

De dataset 'Overzicht samenwerking seh en hap, 2017-2023' bevat de gegevens over de organisatie van de spoedzorg op seh-locatieniveau op basis van de inventarisatie van RIVM (juni 2023). Deze gegevens betreffen (1) de aanwezigheid van een hap op de seh-locatie; (2) openingsuren van de hap; (3) afspraken over zelfverwijzers en triage van patiënten. De reeksen 2017-2021 zijn aangeleverd op landelijk niveau. Over het jaar 2021 zijn gegevens beschikbaar op locatieniveau.

6.1.5 Dataset van CBS over de bevolking per viercijferige postcode

De tabel 'Bevolking; geslacht, leeftijd en viercijferige postcode, 1 januari, 2016-2022' bevat het aantal inwoners per postcode, ingedeeld naar 5-jarige leeftijdsgroepen en geslacht op peildatum 1 januari (bron: CBS Statline, download 12 juni 2023). Deze wordt gebruikt om gestandaardiseerd zorggebruik te berekenen binnen verschillende subgroepen van zorggebruikers.

6.1.6 Dataset van RIVM over aantal SEH's

De tabel "Aantal seh's in Nederland, 2017-2022" bevat het aantal SEH's in Nederland over de jaren heen. Deze cijfers zijn gebaseerd op twee rapporten van het RIVM: 'Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2023' (en eerdere versies) en 'Aanbod en bereikbaarheid van de spoedeisende ziekenhuiszorg in Nederland'

6.2 Gegevens per analyse: Patiëntenstromen acute zorg

Figuur 1: Patiëntenstromen acute zorg 2019-2021

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

- Alle aantallen in dit schema zijn volgens de meest actuele gegevens over 2021. Deze getallen zijn altijd uitgedrukt als aantal unieke patiënten per dag (opgeteld op jaarbasis). 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 de groei sinds 2020 aan.
- Het aantal patiënten van de huisartsenzorg buiten kantooruren is gelijk aan het aantal unieke patiënten per dag in de dataset van de huisartsenzorg 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 kantooruren (bron: Vektis). Dit percentage is gebaseerd op de bevinding over het percentage van acute contacten bij de huisartsenzorg overdag 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.* <https://link.springer.com/article/10.1007/s12445-018-0003-9>
- 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 de 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, verblijf acute ggz, 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: Instroom acute zorg per 1.000 inwoners, 2021

Bron: Vektis, RIVM en CBS.

- Het totaal aantal patiënten huisarts kantooruren spoed, huisarts anw-uren, ambulance-inzetten spoed en seh/ehh zijn berekend zoals beschreven in Figuur 1.
- Bovenstaande onderdelen zijn vervolgens gestandaardiseerd op aantal inwoners. Dit is berekend door het totaal aantal patiënten te vermenigvuldigen met 1.000 en vervolgens te delen door de bevolking. De bevolkingscijfers zijn gedownload uit CBS Statline, hierbij zijn de bevolkingscijfers met als peildatum 1 januari 2021 gebruikt (beschreven in sectie 6.1.5).
- Per categorie is het aandeel dat wordt doorverwezen naar de spoedeisende hulp berekend. Onder doorverwijzing vallen de patiënten die op dezelfde dag als het seh-bezoek ook een andere vorm van zorg hebben.

Figuur 3: Trends instroom in acute zorg, 2017-2021

Bron: Vektis en RIVM.

Het totaal aantal patiënten huisarts kantooruren spoed, huisarts anw-uren, ambulance-inzetten spoed en seh/ehh zijn berekend zoals beschreven in Figuur 1. De cijfers laten de toename/afname zien van het totaal aantal patiënten in de 4 instroom-groepen. De index is berekend als percentage ten opzichte van 2017. Ook de trend van de bevolkingsgroei per jaar is meegenomen in het figuur. De bevolkingsgroei is berekend met de dataset van CBS over de bevolking (sectie 6.1.5).

Figuur 4: Percentageverdeling bij de uitstroom uit seh, 2021

Bron: Vektis. Het aantal patiënten dat uitstroomt 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, acute ggz, Wlz en revalidatiezorg. Als er geen vervolgzorg aansluit bij het seh-bezoek of seh-bezoek gevolgd door een klinische opname behoren deze patiënten tot de groep die naar huis gaat of zorg in een andere vorm krijgt. Als vervolgzorg wel aansluit en er is geen wijkverpleging declaratie of Wlz declaratie 31 dagen voor het seh-bezoek dan behoren deze patiënten tot de groep waar het type zorg niet aanwezig is voor het seh-bezoek. Als vervolgzorg wel aansluit en er is wel wijkverpleging declaratie of Wlz declaratie 31 dagen voor het seh-bezoek dan behoren deze patiënten tot de groep waar het type zorg wel aanwezig is voor het seh-bezoek.

Figuur 5: Trends bij uitstroom seh, 2017-2021

Bron: Vektis. De cijfers laten de toename/afname zien van het totaal aantal patiënten in de zes uitstroom-groepen, zoals beschreven voor figuur 4. Ook de trend van seh-bezoeken per jaar is meegenomen in de figuur. Op basis van de dataset seh (beschreven in sectie 6.1.1) is het totaal aantal seh-patiënten berekend per jaar. De index is berekend als percentage ten opzichte van 2017.

Figuur 6: Aantal unieke patiënten per dag huisarts anw-uren, per leeftijdscategorie inwoners, 2017-2021

Bron: Vektis, Statline CBS. Het aantal patiënten is berekend per leeftijdsgroep 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 gestandaardiseerd per 1.000 inwoners per leeftijdsgroep op basis van de bevolkingsstatistiek van het CBS (sectie 6.1.5).

Tabel 1: Aantal patiënten huisartsenzorg anw-uren en huisartsenzorg kantooruren op dezelfde dag, 2017-2021

Bron: Vektis. De getallen in deze tabel zijn berekend als totaal aantal patiënten per leeftijdscategorie dat op dezelfde datum een declaratie voor huisartsbezoek alsmede een declaratie voor huisarts in anw-uren heeft staan. De absolute aantallen zijn uitgesplitst voor de leeftijdscategorieën 75+ en 75-. De percentages zijn berekend door de analyse uit te voeren op alle leeftijdscategorieën behalve 75+, en nogmaals voor alle leeftijdscategorieën behalve 75-. Vervolgens is het aantal patiënten dat zowel huisartsbezoek als huisarts in anw-uren op dezelfde dag heeft, gedeeld door het aantal patiënten dat huisartsbezoek in anw-uren heeft.

Figuur 7: Gestandaardiseerde verschillen in aantallen patiënten bij huisartsen (anw-uren), 2017-2021

Bron: Vektis en CBS. We gebruiken de dataset van de huisartsenzorg buiten 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. De regio's zijn gedefinieerd op basis van de postcode van het woonadres van de patiënt. Per ROAZ-regio laat de figuur het verschil zien met het landelijk gemiddeld zorggebruik. Het landelijk gemiddelde is berekend als het totaal aantal 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 8: Aantal en type inzetten ambulance, 2017-2022

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 9: Aantal spoedeisende inzetten per soort vervoer, 2017-2022

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 10: Aantal spoedeisende inzetten per regio, per 1.000 inwoners, 2017-2022

Bron: RIVM, CBS. Het totaal aantal inzetten is per regio weergegeven op basis van het bronbestand van het RIVM. Het aantal inzetten is gedeeld met het totaal aantal inwoners van de regio. Het totaal aantal inwoners van de ROAZ is berekend op basis van de bevolkingsstatistieken van het CBS op postcode-niveau.

Figuur 11: Aantal patiënten seh, 2017-2021

Bron: Vektis. 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 de jaren.

Figuur 12: Aantal patiënten seh, per 1.000 inwoners, per leeftijdscategorie, 2017-2021

Bron: Vektis en CBS. Het aantal patiënten is berekend per leeftijdsgroep op basis van unieke patiënten per dag met een seh-bezoek (sectie 6.1.1). Het aantal patiënten is gedeeld door het aantal inwoners per leeftijdsgroep op basis van de bevolkingsstatistieken van het CBS (sectie 6.1.5).

Figuur 13: Gestandaardiseerde verschillen in aantallen patiënten bij seh, 2017-2021

Bron: Vektis en CBS. De analyse is gedaan op basis van de dataset van patiënten seh, waarbij we dezelfde standaardisatie toepassen als bij dezelfde soort figuur hierboven (zie figuur 7).

Figuur 14: Reden voor bezoek van meermaals terugkerende patiënten op seh, 2021

Bron: Vektis. Voor deze figuur maken we per patiënt met tenminste één seh-bezoek in 2021 een indicator aan van het aantal seh-bezoeken in dat jaar. De indicator heeft de waarden 1, 2, 3, 4, en 5-7, en '8 of meer'. Elk seh-bezoek wordt daarnaast aan een patiëntengroep toegewezen. Bij deze toewijzing maken we gebruik van de standaardindeling van de NZa van dbc naar doelgroepen o.b.v. de combinatie van specialisme en diagnose. Vervolgens wordt er elke patiëntengroep apart bekeken, waarbij verdelingspercentages worden berekend m.b.t. de indicator van het aantal bezoeken van de patiënt.

In onderstaande tabel is per patiëntengroep het totaal aantal seh-bezoeken in 2021 weergegeven.

Patiëntengroep	Aantal seh-bezoeken in 2021
nieuwvormingen	86.000
zwangerschap, bevalling, postnataal	144.000
ziekten van bloed(vormige organen)	10.000
urogenitaal systeem	72.000
stofwisselingsziekten	22.000
spijsverteringsstelsel	194.000
infectieziekten	23.000
meerdere patiëntengroepen	90.000
overig, niet toewijsbaar	93.000
psychische stoornissen	11.000
ademhalingswegen	207.000
hartvaatstelsel	377.000
huid en subcutis	28.000
bewegingsapparaat	40.000
zenuwstelsel en zintuigen	149.000
letsel	556.000

Figuur 15: Percentage klinische opname en ligduur via seh, 2017-2021

Bron: Vektis. De duur van verblijf na het seh-bezoek is per patiënt berekend door de aaneensluitende verblijfdagen na het seh-bezoek aan elkaar te koppelen. De ligduur per patiënt die wel en niet via de seh klinisch zijn opgenomen zijn opgeteld en hiermee is het aandeel ligdagen via seh berekend. Het aantal patiënten die wel en niet via de seh klinisch zijn opgenomen zijn opgeteld en hiermee is het aandeel patiënten via seh berekend.

Figuur 16: Klinische opname na seh-bezoek, per leeftijdscategorie, 2017-2021

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 is per leeftijdscategorie berekend.

Figuur 17: Trends bij intensive care en verpleegafdeling na seh-bezoek, 2017-2021

Bron: Vektis. De ligduur van verblijf na het seh-bezoek is per patiënt berekend door de aaneensluitende verblijfdagen op intensive care en op de verpleegafdeling na het seh-bezoek aan elkaar te koppelen. De ligduur per patiënt op de intensive care en de verpleegafdeling die via de seh opgenomen zijn, zijn opgeteld per jaar. De cijfers laten de toename/afname zien van het totaal aantal ligduur of opnames. De index is berekend als percentage ten opzichte van 2017.

Figuur 18: Trends in mate van klinische opname per type instroom, 2017-2021

Bron: Vektis. In deze analyse wordt per type instroom op de seh, bekeken voor welk percentage er een klinische opname volgt. Hierbij is de instroom op de seh voor de verschillende categorieën berekend zoals beschreven in figuur 1. De uitstroom na het seh-bezoek is berekend zoals beschreven in figuur 4. Hierbij is meegenomen dat de begindatum van de instroom op de seh gelijk is aan de begindatum van de uitstroom (en dus de start van de klinische opname). Het percentage is berekend per instroomcategorie, door het aantal klinische opnames te delen door alle patiënten die via die instroomcategorie instromen op de seh.

Figuur 19: Vervolgzorg seh patiënten, 2021

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, acute ggz, Wlz en revalidatiezorg. Als vervolgzorg wijkverpleging worden alleen patiënten genomen die geen wijkverpleging declaratie open hadden staan 31 dagen voor het seh-bezoek. Als vervolgzorg Wlz worden alleen patiënten genomen die geen Wlz declaratie hadden 31 dagen voor het seh-bezoek.

Tabel 2: Trends in acute ggz, 2017-2021

Bron: Vektis. Het aantal patiënten is berekend per leeftijdsgroep op basis van unieke patiënten per dag en aantal verblijfsdagen in de dataset van ggz.

Figuur 20: Aantal acute ggz-behandelingen per leeftijdscategorie, per 1.000 inwoners, 2021

Bron: Vektis, Statline CBS. Het aantal patiënten is berekend per leeftijdsgroep op basis van unieke patiënten per dag in de dataset van ggz. Het aantal patiënten is gedeeld door het aantal inwoners per leeftijdsgroep op basis van de bevolkingsstatistieken van het CBS op postcodeniveau.

Tabel 3: Instroom acute ggz-behandeling, 2021

Bron: Vektis. Het aantal patiënten dat per type instroom instroomt naar een acute ggz-behandeling, is berekend op basis van unieke patiënten per dag in de dataset van ggz. Hierbij is de instroom voor de verschillende categorieën berekend zoals beschreven in figuur 1.

Figuur 21: Aantal acute ggz-behandelingen per 1.000 inwoners, per ROAZ-regio, 2020

Bron: Vektis, Statline CBS. Het aantal patiënten is berekend per ROAZ-regio op basis van unieke patiënten per dag in de dataset van ggz. Het aantal patiënten is gedeeld door het aantal inwoners per ROAZ-regio op basis van de bevolkingsstatistieken van het CBS op postcodeniveau. In dit figuur zijn de patiënten jonger dan 20 jaar niet meegenomen. De patiënten die jonger dan 20 jaar zijn in de dataset van ggz, zijn tussen de 17-19 jaar oud. Echter is er op ROAZ-niveau geen data tot onze beschikking van hoeveel 17-19-jarigen er in iedere ROAZ-regio wonen. Om het standaardiseren wiskundig correct te houden, is er daarom voor gekozen om de patiënten onder de 20 jaar niet mee te nemen in de analyse.

Figuur 22: Aantal seh's in Nederland, 2017-2022

Bron: RIVM. Cijfers ontvangen van het RIVM, zoals beschreven in sectie 6.1.6.

Tabel 4: Aantal ambulances en ambulancestandplaatsen in Nederland, 2017-2022

Bron: VZinfo. Cijfers online verkregen via [https://www.vzinfo.nl/acute-zorg/aanbod/ambulancenezorg#:~:text=Ambulancezorg%20vanuit%20RAV's&text=\(Regionale%20ambulancevoorziening, aantal%20standplaatsen%20varieert%20per%20regio](https://www.vzinfo.nl/acute-zorg/aanbod/ambulancenezorg#:~:text=Ambulancezorg%20vanuit%20RAV's&text=(Regionale%20ambulancevoorziening, aantal%20standplaatsen%20varieert%20per%20regio).

Figuur 23: Relatie tussen instroom seh-patiënten en samenwerkingsvormen seh/hap

Bron: Vektis en RIVM. Voor deze analyse worden twee type gegevens geconstrueerd en aan elkaar gekoppeld. (1) De gegevens over de percentages van doorverwezen en overige patiënten in instroom seh 2021 zijn berekend op basis van Vektis. Hierbij maken we gebruik van de dataset seh op patiëntniveau. We definiëren 'doorverwezen patiënten via huisarts anw' als patiënten met deze zorg op de dag van hun seh-bezoek; en 'overige instroom' bestaat uit patiënten die op de dag van hun seh-bezoek noch huisartsenzorg (kantoor- of anw-uren), noch ambulancezorg hebben gehad. Vervolgens berekenen we de bijbehorende percentage per AGB-code van een ziekenhuis (72 AGB-codes van ziekenhuizen in 2021). (2) De gegevens over locatiemarkers seh zijn afkomstig van het overzicht van samenwerking seh/hap van RIVM (sectie 6.1.4). Op basis van beschikbare kenmerken bepalen we het type samenwerking per seh (84 seh's worden ingedeeld naar 4 samenwerkingsvormen). Vervolgens worden seh's aan ziekenhuizen gekoppeld, waarbij ze horen. In de meeste gevallen is dit een-op-een koppeling. Bij ziekenhuisorganisaties met meerdere seh's kijken we nog of alle deze seh's dezelfde samenwerkingsvorm hebben met hap. Zo nee, verplaatsen we deze naar de categorie 'niet uniek' (14 seh's in totaal vallen in deze categorie). Als laatste stap, berekenen we gemiddelde percentages van 'doorverwezen via de huisarts anw' en 'overige instroom' per samenwerkingsvorm.

Tabel 5: Aantallen per samenwerkingsvorm hap en seh, 2020-2023

Bron: RIVM. Cijfers ontvangen van het RIVM, zoals beschreven in sectie 6.1.4.

Tabel 6: Afspraken logistieke stroom tussen hap en seh, 2020-2023

Bron: RIVM. Cijfers ontvangen van het RIVM, zoals beschreven in sectie 6.1.4.

Figuur 24: Aantal en duur van stops bij seh/ehh, 2019-2023

Bron: dataset seh-stops zoals beschreven in 6.1.3. In deze analyse zijn drie periodes geanalyseerd: vóór de COVID-19 pandemie (2019), tijdens de COVID-19 pandemie (2020-2021), en daarna (2022 tot juni 2023). Het gemiddeld aantal stops per dag wordt berekend door het aantal stops dat in die periode plaatsvindt, te delen door het aantal dagen dat deze periode duurt. De gemiddelde duur van de stops wordt berekend door de totale duur van de stops in de periode bij elkaar op te tellen, te delendoor het aantal dagen dat deze periode duurt, en dit te delen door het aantal ziekenhuizen per periode dat die stops registreerden.

Tabel 7: Aantal seh-stops per ROAZ-regio, 2023

Bron: LNAZ. Cijfers ontvangen van het LNAZ, zoals beschreven in sectie 6.1.



Newtonlaan 1-41 • 3584 BX Utrecht • Postbus 3017 • 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 • E info@nza.nl • www.nza.nl