



Kerncijfers acute zorg 2017-2023

26 november 2024

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	3
2	Inleiding	4
3	Patiëntenstromen	5
4	Acuut zorggebruik per leeftijdscategorie	6
4.1	Acuut zorggebruik bij ouderen	8
5	Acuut zorggebruik	10
5.1	Trends instroom in acute zorg, 2017-2022	10
5.2	Acute huisartsenzorg	11
5.3	Ambulancezorg	13
5.4	Spoedeisende hulp	15
5.5	Klinische opname na spoedeisende hulp	16
5.6	Uitstroom	18
Bijlage 1 - ROAZ-regio's		19
Bijlage 2 - Achtergrondanalyses		20
Bijlage 3 – Bronnen en methoden		22
B3.1	Gegevensbronnen acute zorg	22
B3.1.1	Declaraties van Vektis	22
B3.1.2	Dataset ambulance inzetten van RIVM	27
B3.1.3	Dataset van CBS over de bevolking per viercijferige postcode	27
B3.2	Gegevens per analyse	27

1 Samenvatting

Om mogelijke knelpunten in de acute zorg tijdig te identificeren, monitort de Nederlandse Zorgautoriteit voortdurend de relevante cijfers en trends. Dit stelt ons in staat om snel in te spelen op veranderingen en te anticiperen op toekomstige uitdagingen. In dit document presenteren we een update van de cijfers uit de monitor acute zorg 2023 van de NZa, met extra aandacht voor het acute zorggebruik per leeftijdsgroep.

De kerncijfers over de acute zorg laten een aantal belangrijke ontwikkelingen zien in de periode 2017-2023. Er zijn drie opvallende trends: ten eerste zien we het aantal ambulance-inzetten dalen in 2023. Ten tweede neemt ook het gebruik van de huisarts buiten kantooruren (huisartsenpost) af in 2023. Tot slot zien we een toename van het aantal ouderen op de spoedeisende hulp (seh). Deze drie ontwikkelingen lichten we hieronder verder toe.

Aantal ambulanceritten daalt in 2023

Na drie jaar van sterke stijging daalt het aantal ambulance-inzetten in 2023 licht. Deze afname is vooral zichtbaar in het aantal ritten naar de spoedeisende hulp (seh). Daarnaast verlenen ambulances vaker zorgconsulten ter plaatse. Sinds 2017 blijft het aantal mobiele zorgconsulten stijgen. Dit geeft aan dat de zorg-rol van ambulances zich verder ontwikkelt.

Aantal bezoeken aan huisartsenposten daalt in 2023

Ook het aantal bezoeken aan de huisarts in avond, nacht en weekend daalt in 2023, na een stijging in de jaren ervoor. Het aantal visites door de huisarts buiten kantooruren daalt gestaag in de gehele periode 2017-2023 met in totaal 30%.

Aantal seh-bezoeken neemt toe, maar procentueel niet

Het aantal patiënten dat de seh bezoekt, is in 2022 (na een daling in 2020-2021) weer op het niveau van de jaren voor 2020. Als we corrigeren voor de bevolkingsgroei, dan is het percentage patiënten dat de seh bezoekt, lager.

Verschillen tussen leeftijdsgroepen in gebruik acute zorg

In de periode 2017-2023 zien we tussen de leeftijdsgroepen verschillende trends en verschillen in omvang van het acute zorggebruik:

- Jongeren maken meer gebruik van de huisartsenpost in de avond-, nacht- en weekenduren.
- In 2020 en 2021 daalde het acute zorggebruik onder jongeren sterker dan bij volwassenen en ouderen.
- De groep 65-plussers is in omvang enorm gegroeid de afgelopen jaren. Toch groeit het seh-bezoek niet evenredig mee: het gestandaardiseerde gebruik van de seh binnen deze leeftijd is gedaald. De groep ouderen tussen 75 en 84 jaar is in de afgelopen zeven jaar met meer dan 25% gegroeid. In absolute aantallen zien we een stijging in gebruik van de acute zorg.

2 Inleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt iedere twee jaar een monitor acute zorg uit: zie de [monitor acute zorg 2023](#). In de tussenliggende jaren presenteren we een update van de kerncijfers in de acute zorg. Dit doen we om de ontwikkelingen in de acute zorg te volgen en tijdig in te spelen op verwachte knelpunten in de organisatie van de acute zorg.

Deze update bevat de meeste actuele cijfers met data van 2022 én waar mogelijk 2023. De gegevens over bezoeken aan de spoedeisende hulp zijn bijna volledig; de dataset is naar schatting voor 96% compleet. We hebben deze gegevens toch opgenomen om een zo volledig mogelijk beeld van de ontwikkelingen te schetsen: ter aanduiding van de onvolledigheid worden deze gegevens weergegeven met een stippellijn.

Leeswijzer

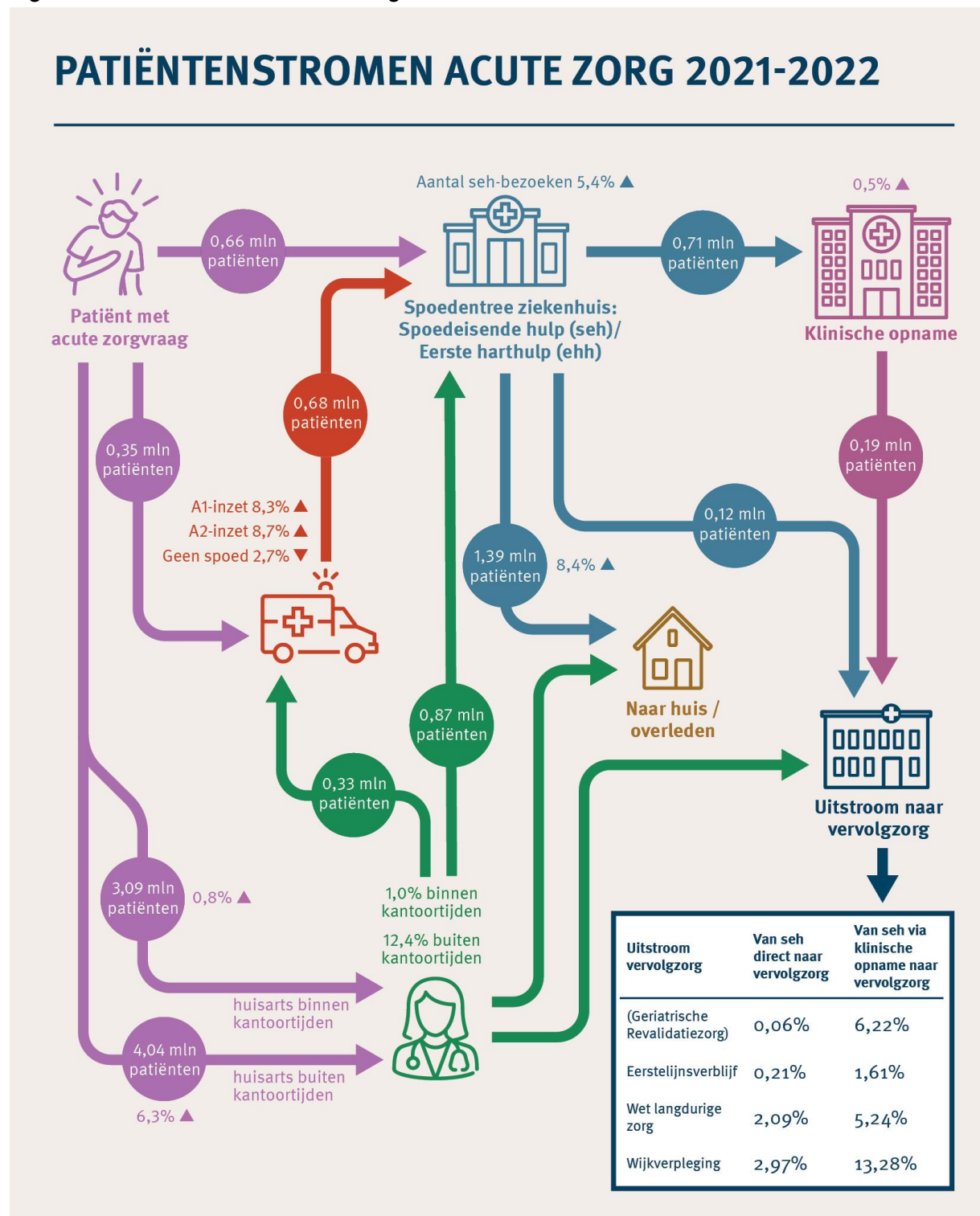
Hoofdstuk 3 bevat de patiëntenstromen in de acute zorg in 2022, met een vergelijking van deze cijfers ten opzichte van 2021. Hoofdstuk 4 biedt een overzicht van de analyses voor alle leeftijdsgroepen, gevolgd door inzichten per leeftijdsgroep: jongeren (0-4 en 5-19 jaar), volwassenen (20-44 en 45-64 jaar), en ouderen (65-74, 75-84, en 85+ jaar). In hoofdstuk 5 richten we ons op de ontwikkelingen in het acute zorggebruik per zorgschakel van de acute zorgketen. De onderdelen die aan bod komen zijn: instroom in het acute zorgsysteem, acute huisartsenzorg met name in de avond-, nacht- en weekenduren (anw-uren), ambulancezorg, spoedeisende hulp (seh), klinische opname na een seh-bezoek en de uitstroom uit de spoedeisende hulp.

In bijlage 1 staat een overzicht van de ROAZ-regio's. Bijlage 2 bevat een aantal aanvullende analyses. In bijlage 3 staat de beschrijving van de gebruikte bronnen en methoden bij het samenstellen van deze kerncijfers.

3 Patiëntenstromen

In onderstaand overzicht worden de patiëntenstromen in de acute zorg weergegeven. We spreken hier over het aantal (unieke) patiënten dat gedurende een jaar een bepaalde vorm van acute zorg heeft ontvangen. We zien over de gehele keten heen dat het aantal patiënten in de acute zorg in 2022 is gestegen ten opzichte van 2021. In de volgende hoofdstukken gaan we dieper in op de verschillende patiëntenstromen.

Figuur 1: Patiëntenstromen acute zorg 2021-2022



4 Acut zorggebruik per leeftijdscategorie

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de verschillen in acute zorggebruik per leeftijdsgroep over de afgelopen zes jaar. We vergelijken het acute zorggebruik per leeftijdsgroep, waarbij we ook kijken naar de bevolkingsgroei van de afgelopen periode. De patiënten worden uitgesplitst in drie leeftijdscategorieën: jongeren (0-4 jaar, 5-19 jaar), volwassenen (20-44 jaar, 45-64 jaar) en ouderen (65-74 jaar, 75-84 jaar, 85+ jaar). Deze vergelijking is te zien in figuur “Gestandaardiseerde trends acute zorggebruik per leeftijdsgroep, 2017-2022” op de volgende pagina. Hieronder volgt een toelichting en de belangrijkste inzichten.



Zorggebruik stijgt met de leeftijd

Een belangrijke factor in de ontwikkelingen in de acute zorg is vergrijzing. Sinds 2017 is het aantal ouderen (65+) met 14% gegroeid, wat in schril contrast staat met een groei van 3.5% bij volwassenen en geen groei bij jongeren. De leeftijdsgroepen van 20 tot 64 jaar omvatten meer dan de helft van de Nederlandse bevolking. De verwachting is dat de vergrijzingstrend de komende jaren aanhoudt.



Maar we zien een dalende trend in acut zorggebruik door ouderen

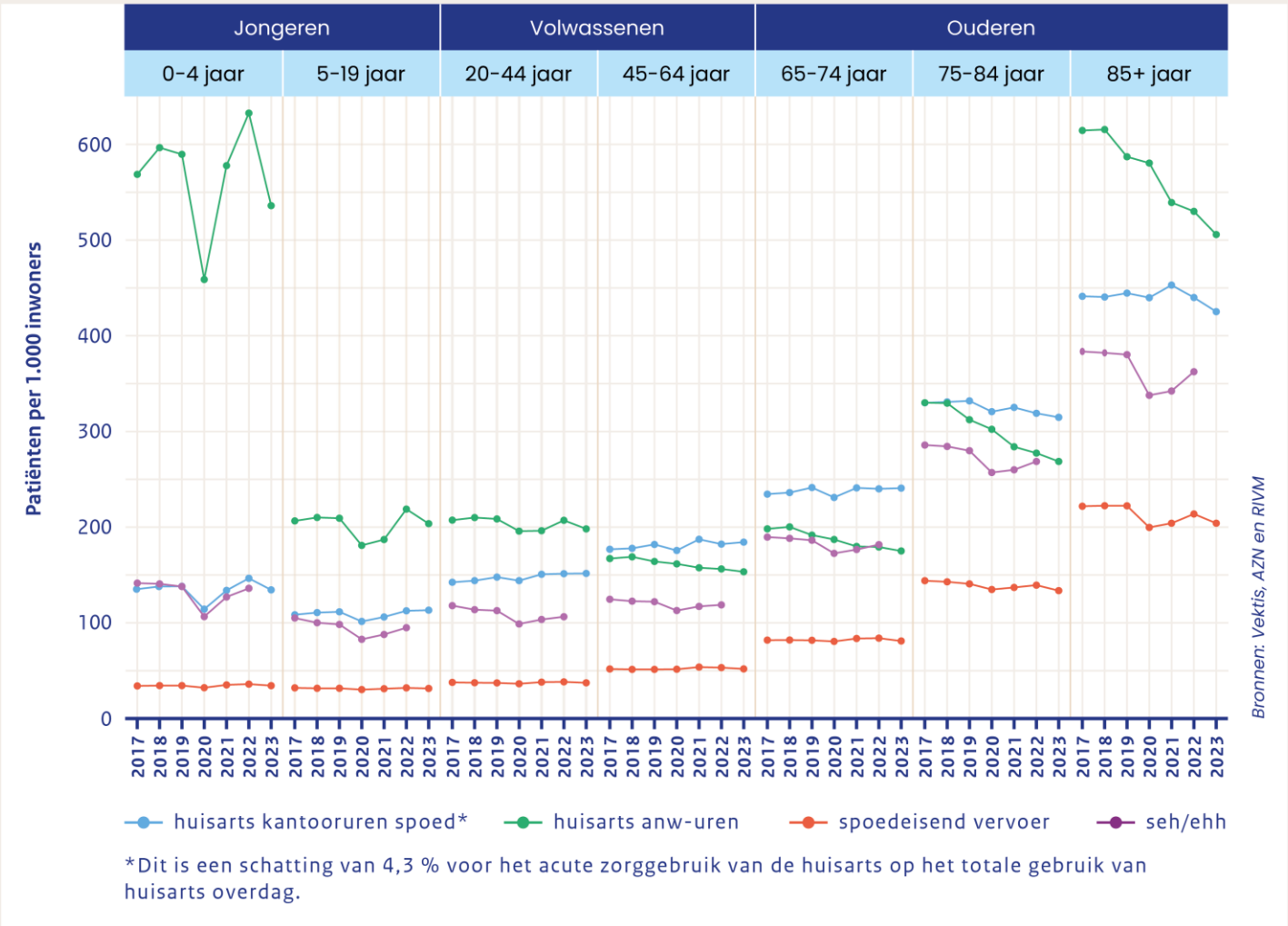
De analyse toont een aantal opvallende ontwikkelingen in het gestandaardiseerde gebruik van de acute zorg. Hoewel het zorggebruik toeneemt met de leeftijd, zien we bij ouderen juist het gebruik van acute zorg procentueel afneemt over tijd. De opvallendste trend is te zien binnen de groep van 85 jaar en ouder: waar in 2017 nog meer dan 60% van deze groep gebruik maakte van de huisarts in anw-uren, is dit percentage in 2022 gezakt naar 50%. Verderop in dit hoofdstuk gaan we in op het gebruik van de seh van ouderen en welke zorg zij nog meer hebben ontvangen.

Bij inwoners tussen de 5 en 74 jaar oud zien we een redelijk stabiel acut zorggebruik over de afgelopen periode (m.u.v. huisarts in anw-uren). De leeftijdsgroepen die in grootte (aantal inwoners) zijn gegroeid, zijn dus ook in absoluut zorggebruik gestegen. Als we kijken naar de bevolkingsgroei zien we dat de groep inwoners van 20-44 en 65-74 jaar rond de 7-8% gegroeid is. Het gestandaardiseerde zorggebruik is dus redelijk stabiel over deze periode, alleen de grootte van de groep is gegroeid. Dat betekent dat het absolute aantal patiënten van deze leeftijdsgroep dat gebruik maakt van acute zorg, stijgt. Zie bijlage 2, figuur 15 voor deze analyse.

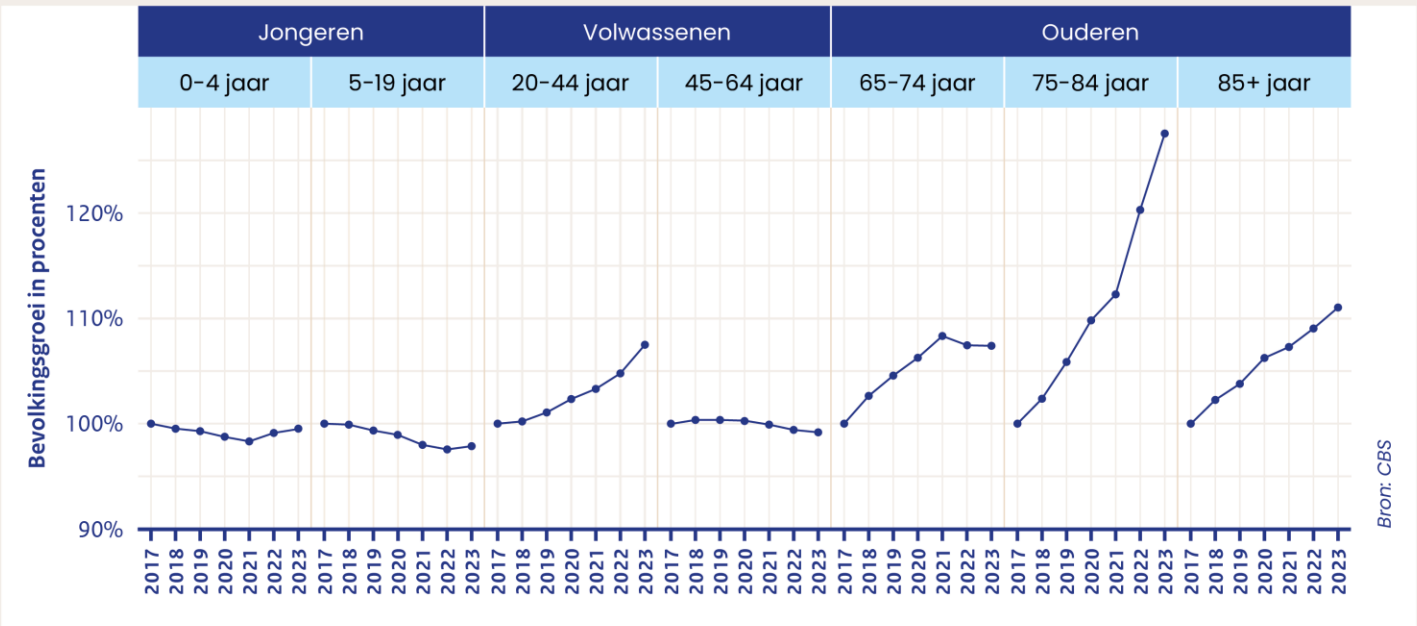
Ook valt het grote verschil in zorggebruik huisarts in anw-uren tussen verschillende leeftijdsgroepen op

Het gebruik van de huisarts in anw-uren laat in verschillende mate een dalende trend vanaf de leeftijd 45 jaar zien. Daarentegen zien we een duidelijk hoog gebruik van de huisarts in anw-uren onder kinderen (0-4 jaar). Ook voor de leeftijdsgroep 5-19 en 20 tot en met 44 jaar geldt dat er in verhouding tot de andere acute zorgschakels meer gebruik wordt gemaakt van de huisarts in anw-uren. Tijdens de coronapandemie in 2020 en 2021, daalde het gebruik van de huisarts in anw- uren het sterkst (-10%) bij kinderen van 0 tot 4 jaar.

Gestandaardiseerde trends acute zorggebruik per leeftijdsgroep, 2017-2023



Bevolkingsgroei, 2017-2023

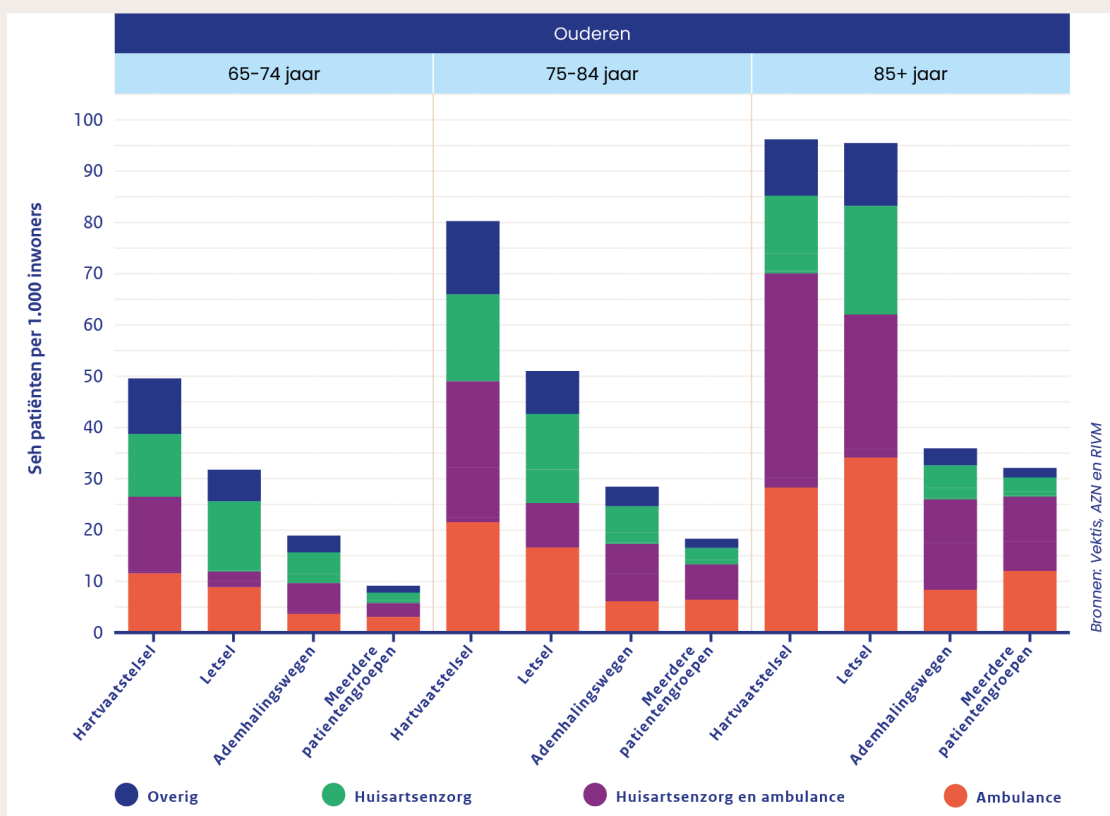


4.1 Acut zorggebruik bij ouderen

Het acut zorggebruik wordt hoger vanaf de leeftijd 65 jaar en is aanzienlijk meer bij de groep van 85 jaar en ouder. Ondanks dat de groep ouderen de afgelopen jaren groter is geworden in aantal, is het gebruik van de zorg per ouderen er niet groter op geworden. Desondanks is het zorggebruik binnen deze groep erg hoog in vergelijking met andere leeftijdsgroepen (m.u.v. huisarts in anw-uren voor jonge kinderen).

In onderstaand figuur worden de drie meest voorkomende patiëntengroepen en de patiëntengroep met meerdere aandoeningen op de seh onder ouderen in 2022 weergegeven. De verdeling laat zien welke andere acute zorg naast de seh-zorg deze patiënten op dezelfde dag hebben ontvangen. Hierbij wordt er gekeken naar huisartsenzorg (huisarts kantooruren en in anw-uren), ambulancezorg, zowel huisartsenzorg en ambulancezorg of overig. Onder de groep 'overig' behoren patiënten die noch acute huisartsenzorg noch ambulancezorg hebben ontvangen, onder andere zelfverwijzers, maar bijvoorbeeld ook patiënten die al onder behandeling zijn bij een specialist.

Zorggebruik van patiëntengroepen op de dag van seh-bezoek



- De drie meest voorkomende patiëntengroepen die gebruik maken van ambulancevervoer, zijn patiënten met problemen wat betreft hartvaatstelsel, letsel en ademhalingswegen. De patiënten die onder "meerdere patiëntengroepen" valt, zijn met name patiënten met meerdere aandoeningen. Hier is sprake van comorbiditeit, dit aantal patiënten groeit ook met de leeftijd.

- We zien dat deze patiëntengroepen op de seh vaak op dezelfde dag nog andere zorg hebben. Het gebruik van de ambulance op de dag van bezoek aan de seh, neemt sterk toe met de leeftijd onder ouderen. Hieronder valt zowel spoedvervoer als bestelvervoer. Meer dan de helft van de 85+'ers van deze patiëntgroepen maken gebruik van de ambulance (met/zonder huisartsen zorg) naar de seh toe.
- Het aantal patiënten dat klinisch wordt opgenomen na een seh-bezoek, stijgt met de leeftijd. We zien bij alle drie de leeftijdsgroepen een daling in de klinische opnames over de afgelopen periode.

Percentage klinische opname na seh bezoek



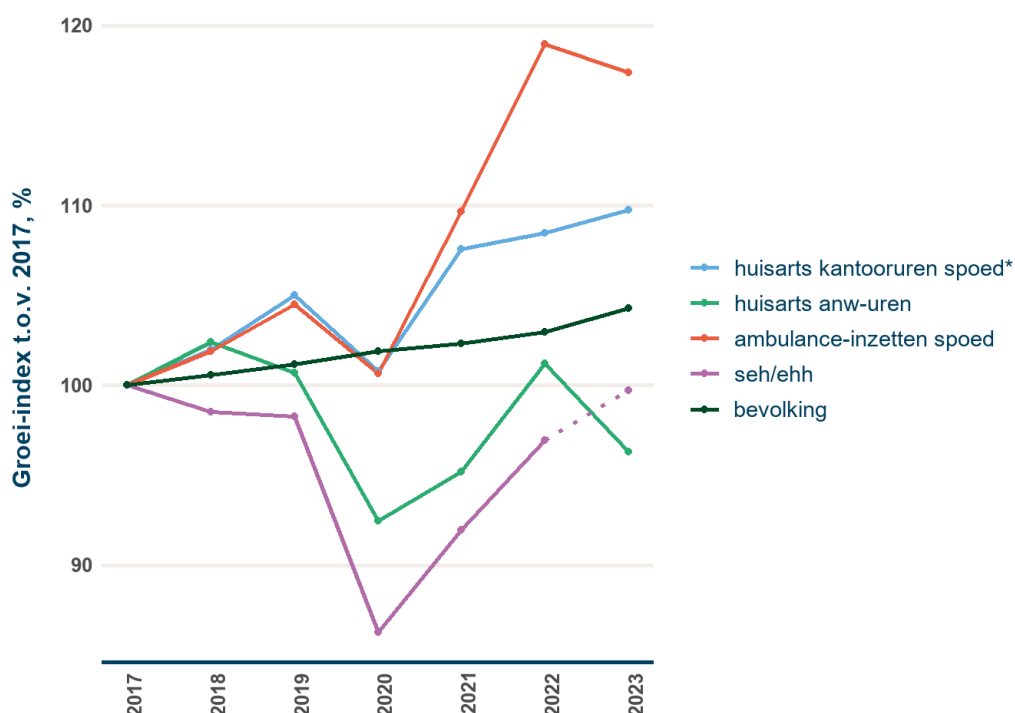
5 Acuut zorggebruik

5.1 Trends instroom in acute zorg, 2017-2022

Onder de instroom in de acute zorg verstaan we de melding, triage en consulten van acute zorg vragen via de volgende schakels: huisartsenzorg tijdens kantooruren, huisartsenzorg in de avond-, nacht- en weekenduren (in anw-uren), ambulancezorg en de spoedeisende hulp (seh). In onderstaand figuur zijn de trendlijnen van de verschillende schakels in de acute zorg te zien over de periode 2017-2023. Ook geven we de bevolkingsgroei weer als trendlijn.

In de jaren 2022 en 2023 zien we de volgende veranderingen in het gebruik van acute zorg. Het aantal ambulance-inzetten stijgt sterk in de periode 2020-2022, waarna dit in 2023 licht daalt. Voor meer inzichten in de ambulance-inzetten verwijzen we naar paragraaf 5.3 en het Sectorkompas 2023 van AZN. Dezelfde trend geldt voor het gebruik van de huisarts in anw-uren, waar ook een stijging tussen 2020 en 2022 wordt gevolgd door een daling in 2023. De stijgende trend van geschatte spoedconsulten bij huisartsen overdag in 2022 en 2023 gaat verder op de eerder waargenomen trendlijn in de periode 2017-2019. Naar schatting bestaat 4,3% van het totale aantal huisartsconsulten uit spoedconsulten.

Figuur 2: Trends instroom in acute zorg, 2017-2023



* Dit is een schatting van 4,3% voor het acute zorggebruik van de huisarts op het totale gebruik van de huisarts kantooruren.

In tabel 1 zien we dat patiënten vooral op de seh komen na een rit met de ambulance of bij spoed door de huisarts worden verwezen tijdens kantoren. Huisartsenposten verwijzen patiënten beduidend minder vaak door.

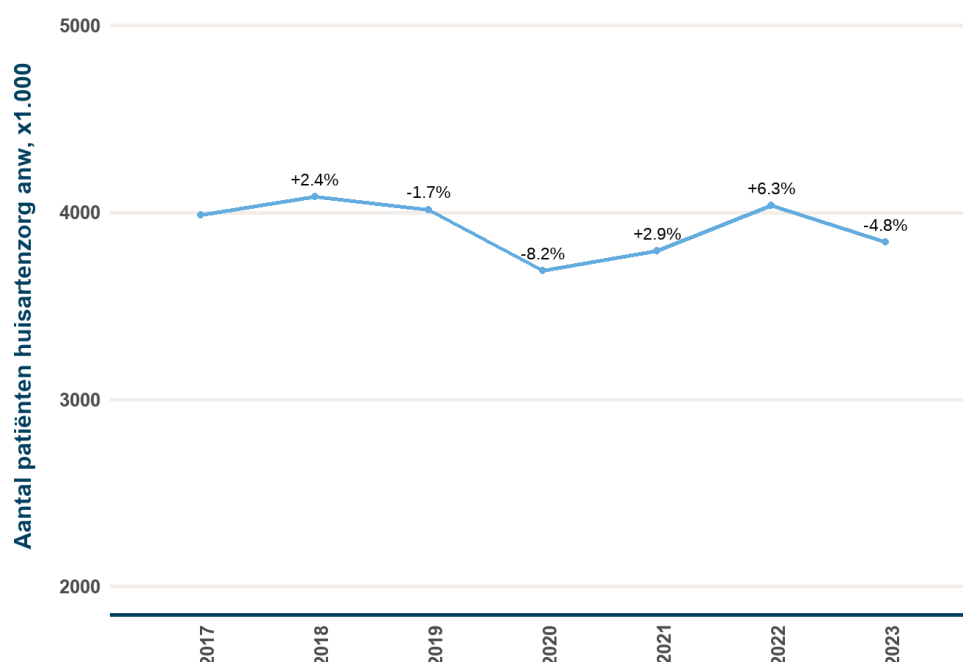
Tabel 1: Instroom acute zorg per 1.000 inwoners, 2022

Zorgschakel	Totaal aantal patiënten (per 1.000 inwoners)	Aantal patiënten doorverwezen naar seh/ehh (per 1.000 inwoners)
Seh/ehh	126,1	-
Huisarts kantooruren spoed*	175,9	42,6
Huisarts anw-uren	229,5	28,5
Ambulance-inzetten spoed	66,1	38,3

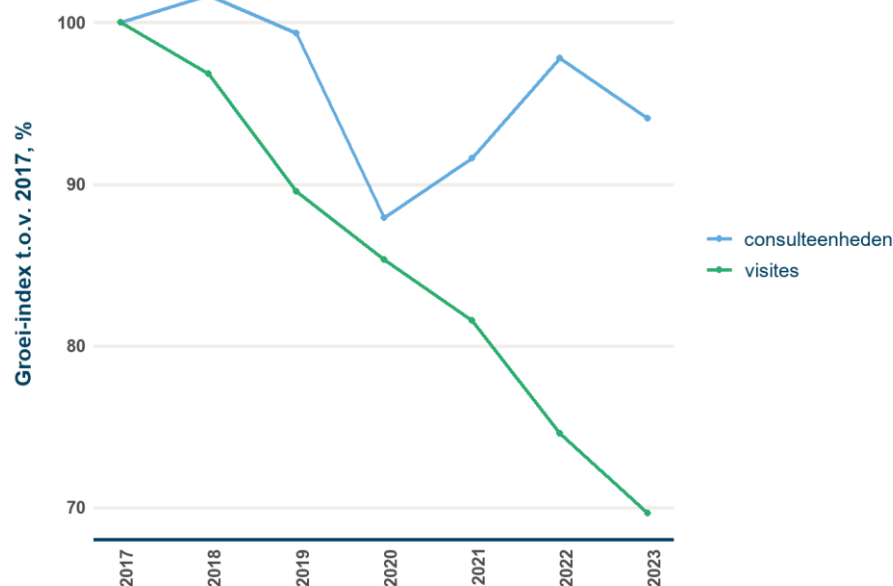
5.2 Acute huisartsenzorg

Figuur 3 toont de ontwikkeling van het gebruik bij de huisarts in anw-uren over de periode 2017-2023. Over de hele periode van 2017 tot en met 2023 fluctueert het gebruik per jaar, maar het meerjarig gemiddelde blijft constant. Het gebruik van de huisarts in anw-uren daalt met 4,8% in 2023. Deze daling (ook te zien in figuur 2) zien we vervolgens in het onderstaande figuur terug met een splitsing tussen visites en consulteenheden. Er is zowel een daling van consulteenheden (consulten en telefonische consulten) als visites. Deze verschuiving naar minder visites is een duidelijke trend die aanhoudt sinds 2017.

Figuur 3 Jaarlijkse ontwikkeling huisarts in anw-uren, 2017-2023

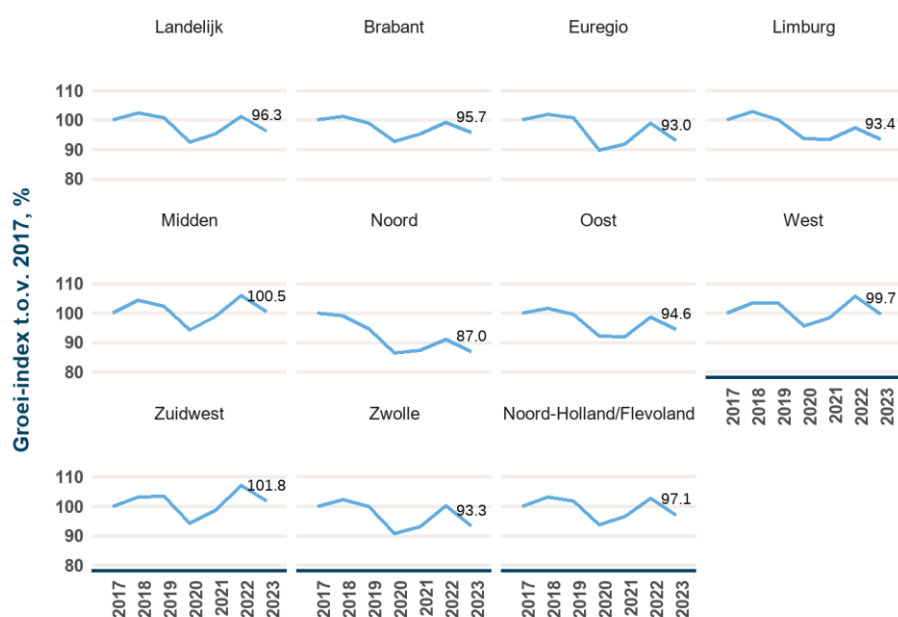


Figuur 4 Trend aantal visites ten opzichte van het totaal aantal (telefonische) consulteenheden huisartsenzorg anw-uren, 2017-2023

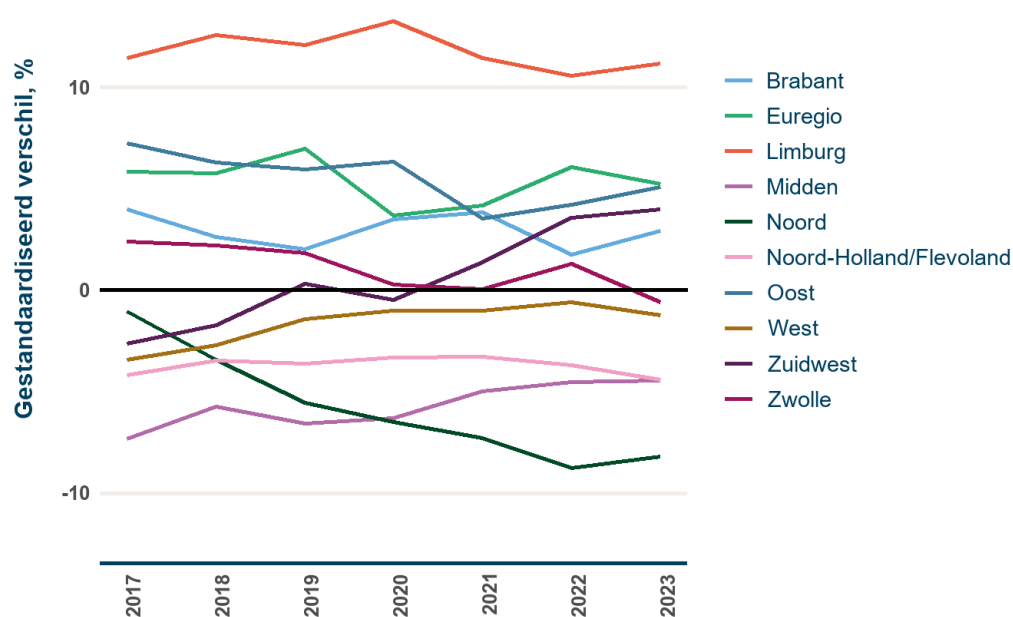


Figuur 5 en 6 geven de ontwikkeling van huisartsenzorg in anw-uren weer in een landelijk beeld en verdeeld naar de regio's van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Figuur 5 laat aan de hand van een groei-index van het aantal unieke patiënten per dag voor huisartsenzorg in anw-uren wordt de ontwikkeling weergegeven over de periode 2017-2023. We zien in 2022 een stijging in aantal unieke patiënten die gevolgd wordt door een daling in 2023 in zowel alle regio's als het landelijke beeld. De meeste regio's laten het hetzelfde beeld zien waar in 2023 ze rond de 5% lager zitten dan in 2017. Alleen regio Midden en Zuidwest zitten op hetzelfde niveau als in 2017. En het aantal patiënten regio Noord is 13% lager in 2022 ten opzichte van 2017. Figuur 6 toont het gestandaardiseerd verschil voor elke regio zien ten opzichte van het landelijk beeld.

Figuur 3: Groei-index aantal unieke patiënten huisartsenzorg per dag in anw-uren, 2017-2023



Figuur 4: Regionale verschillen patiëntaantallen huisartsenzorg in anw-uren, 2017-2023



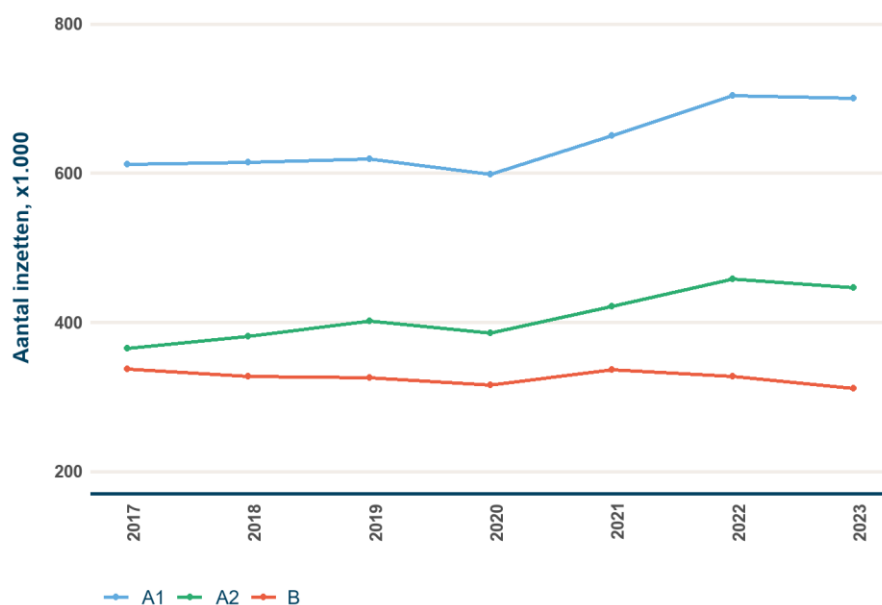
5.3 Ambulancezorg

In 2022 rapporteerden we in de monitor een sterke stijging in het aantal ambulance-inzetten. Echter, in 2023 lijkt het aantal inzetten voor alle drie de urgentie-niveaus van de ambulance-inzetten te stabiliseren of zelfs licht te dalen:

- spoedeisende ambulance inzetten A1 en A2 dalen respectievelijk met 0,5% en 2,6%
- het aantal ambulanceritten met urgentie B daalt met 4,9%

De ambulance inzetten worden in figuur 8 uitgesplitst per soort vervoer en figuur 9 laat het gestandaardiseerd aantal inzetten zien per regio in 2023.

Figuur 5: Ambulance-inzetten (Type A1, A2, B), 2017-2023

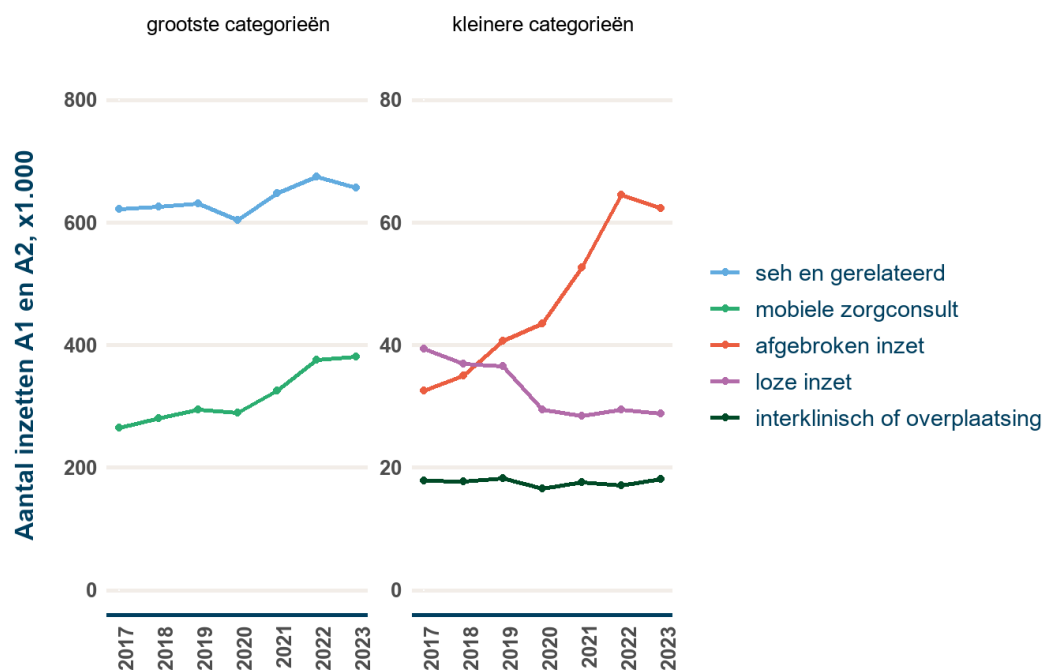


Binnen de drie urgentie ambulance-inzetten kennen we alle verschillende vormen van soorten vervoer. In figuur 8 wordt er alleen gekeken naar de spoedeisende inzetten en als welk soort vervoer de inzetten zijn gecategoriseerd. We zien dat soort vervoer verdeeld is in grootste categorieën (met 'seh en gerelateerd' en 'mobiele zorgconsulten') en kleinste categorieën (met 'afgebroken inzet', 'loze inzet' en 'interklinisch of overplaatsing').

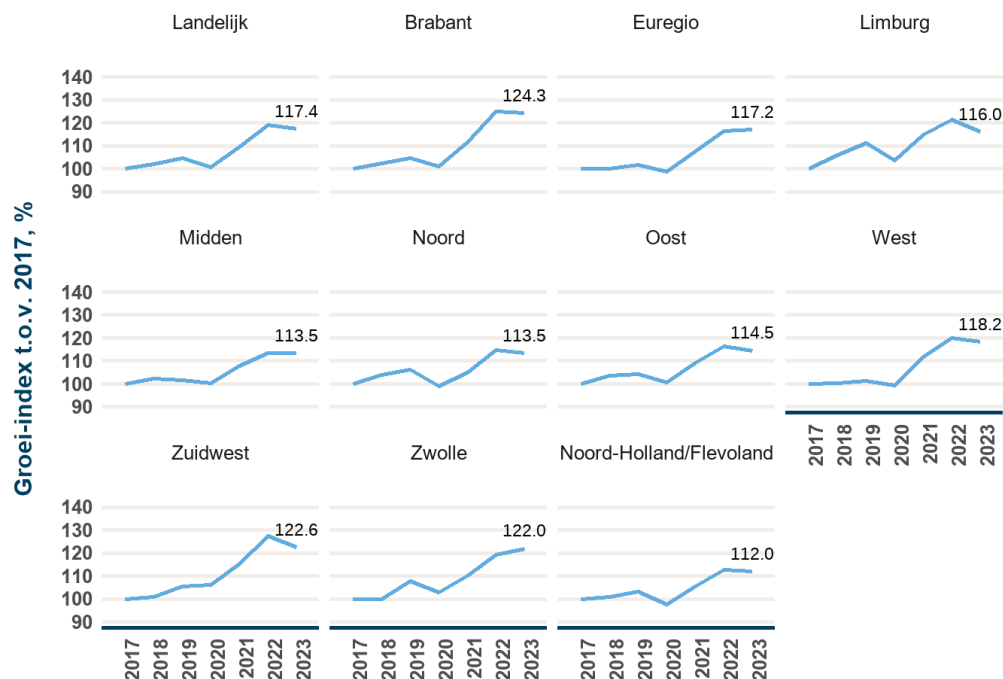
Voor de grootste categorie zien we dat het aantal ambulance-inzetten ten opzichte van 2022 voor 'seh en gerelateerd' met 2,6% is gedaald. 'Mobiele zorgconsulten' stegen met 1,1%. Voor de kleinere categorieën zien we dat het aantal 'afgebroken inzetten' met 3,4% is gedaald in 2023.

In figuur 9 zien we de trend van spoedeisende ambulance-inzetten per regio in een groei-index. We zien dat in vrijwel alle regio's het aantal spoedeisende ambulance-inzetten stabiliseert of licht afneemt in 2023. In bijlage 2, figuur 16, is het gestandaardiseerd aantal spoedeisende inzetten per regio in 2023 te zien.

Figuur 6: Aantallen spoedeisende ambulance-inzetten per soort vervoer, 2017-2023



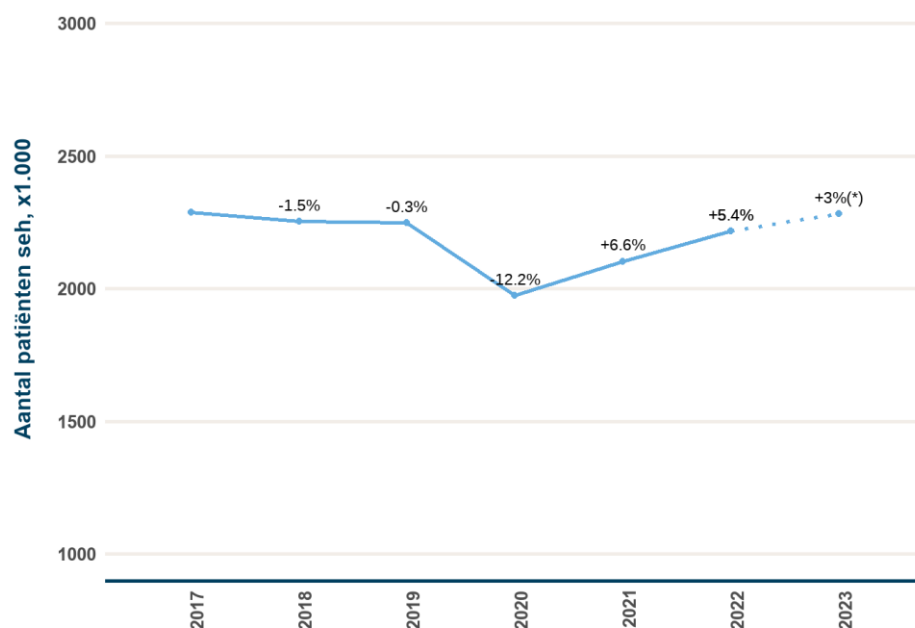
Figuur 7: Aantal spoedeisende inzetten per regio, 2023



5.4 Spoedeisende hulp

Vanaf 2020 zien we dat het aantal patiënten op de seh weer verder toeneemt, en weer gelijk is aan de aantallen van de jaren 2017-2019. Bij de correctie op bevolkingsgroei blijkt dat het aantal patiënten in 2022 in verhouding lager ligt dan in eerdere jaren. De gegevens voor 2023 zijn nog niet volledig (ongeveer 96% compleet), naar schatting is het aantal patiënten dit jaar met 3% gestegen ten opzichte van 2022. Dit wordt in de grafiek hieronder weergegeven met een stippellijn.

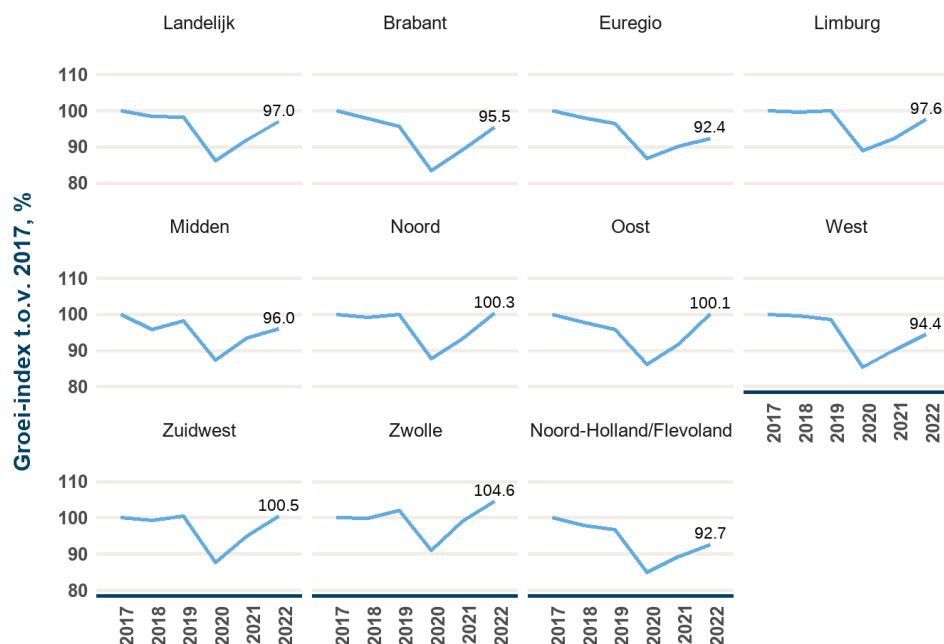
Figuur 8: Aantal patiënten spoedeisende hulp 2017-2023



* De cijfers voor de spoedeisende hulp over het jaar 2023 zijn nog niet volledig (96% compleet). Daarom geven we schatting voor 2023. Deze lijn is aangegeven met een stippellijn.

De regio's laten hetzelfde patroon in patiëntaantallen zien als het landelijke beeld van patiëntaantallen op de seh (figuur 11). Het verschil in aantal patiënten van het jaar 2022 ten opzichte van 2017 wisselt tussen de regio's, van een daling van 7,6% tot een stijging van 4,6%.

Figuur 9: Ontwikkelingen in patiëntaantallen seh ten opzichte van 2017 per ROAZ-regio

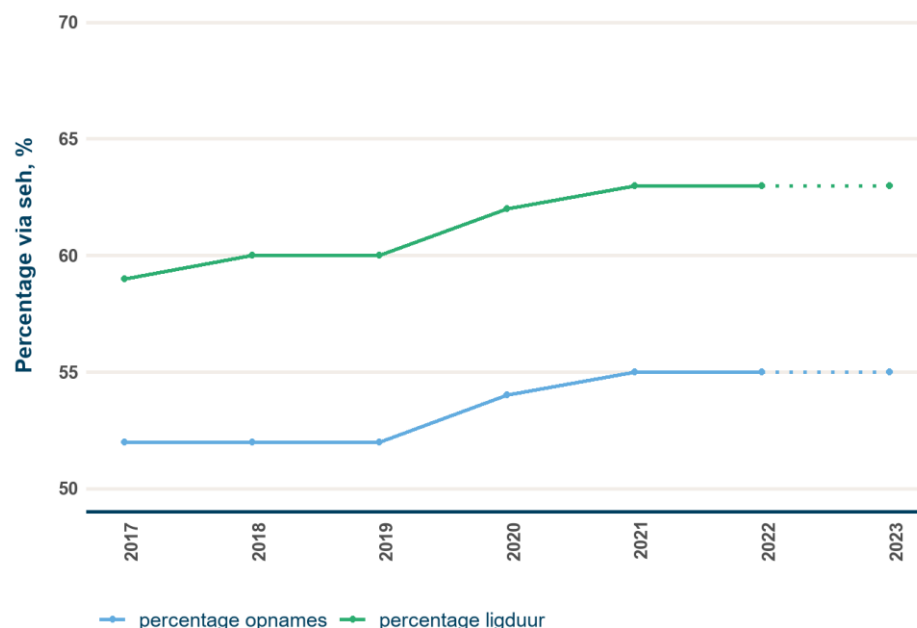


5.5 Klinische opname na spoedeisende hulp

In figuur 12 zien we de ontwikkeling van het aandeel patiënten dat via de seh klinisch wordt opgenomen op het totaal aantal klinische opnames en de totale ligduur. Hieronder is een stijging van de klinische opnames van seh-patiënten te zien. Dit is echter niet in absolute aantallen, omdat het aantal seh-patiënten ook is veranderd over de jaren.

In 2017 waren er 784 duizend van de 1.518 duizend patiënten via de seh klinisch opgenomen (52%) met een ligduur van 4,71 miljoen dagen (59% van totaal aantal ligdagen). In 2023 waren er 711 duizend van de 1.287 duizendpatiënten klinisch opgenomen via de seh (55%) met een ligduur van 4,16 miljoen dagen (63% van totaal aantal ligdagen).

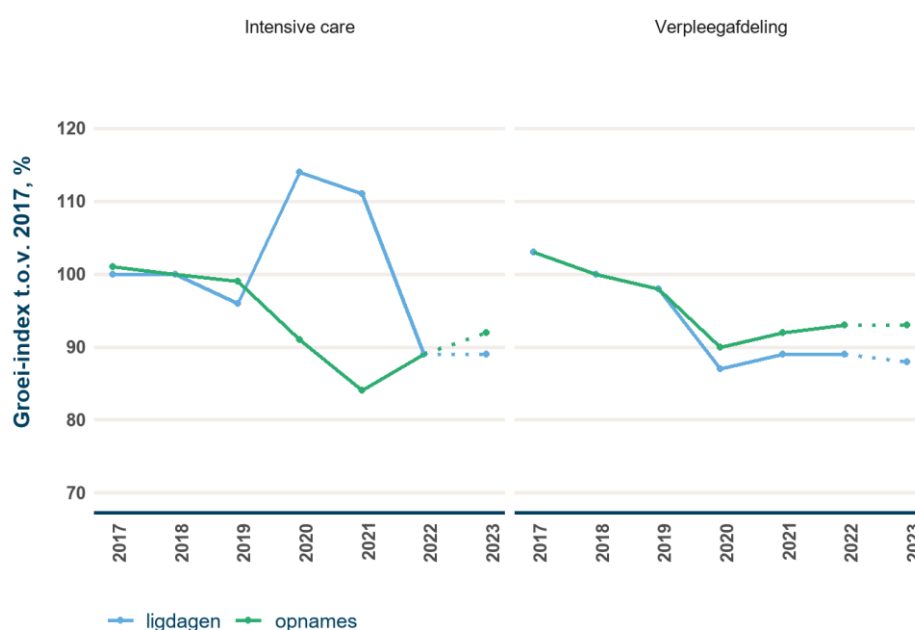
Figuur 10: Aandeel via seh in klinische opname en ligdagen, 2017-2023



Op de intensive care zien we in de jaren 2020 en 2021 minder opnames, maar een flinke stijging in de duur van de opnames op de intensive care (zie figuur 13). Het aantal ligdagen op de intensive care neemt in 2022 fors af, tegelijkertijd neemt het aantal opnames weer toe. Dit is een duidelijk effect van de COVID-19 pandemie waar patiënten met covid een erg lange ligduur hadden.

Als we de datapunten van de COVID-19 pandemie buiten beschouwing laten, zien we een dalende trend van IC en verpleeg opnames van seh-patiënten. Op de verpleegafdeling stabiliseert het aantal dagen en aantal opnames in 2022, waar de opnames gemiddeld een kortere ligduur hebben. In 2022 nam het effect van de COVID-19 pandemie op de ziekenhuizen af, waardoor het mogelijk werd om jaarlijks meer patiënten op te nemen.

Figuur 11: Trends bij intensive care en verpleegafdeling na seh-bezoek, 2017-2023

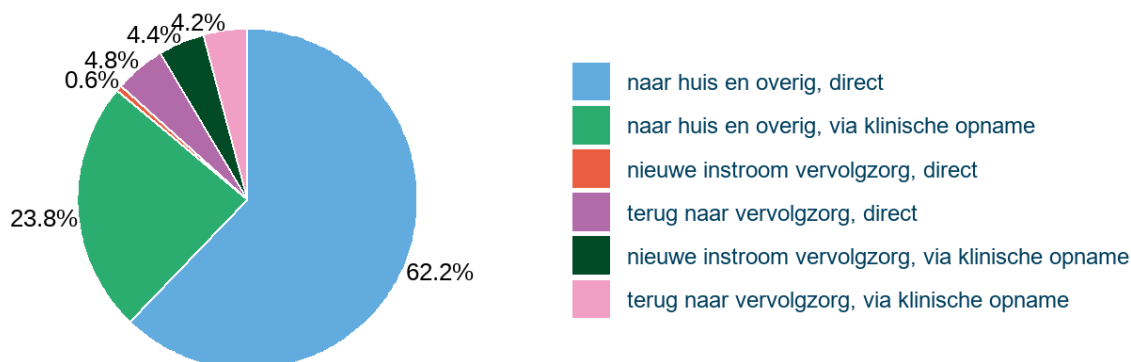


5.6 Uitstroom

Onderstaande figuur bevat de uitstroom van patiënten vanaf de seh, opgesplitst in uitstroom naar huis of naar vervolgzorg, via een klinische opname of direct.

Over de periode 2017-2023 zien we een constante verdeling in de uitstroom van patiënten op de seh, met als uitzondering dat er een lichte daling van 1,93% te zien is in het aandeel van patiënten dat na een seh-bezoek klinisch wordt opgenomen. Daarnaast zien we in deze periode een lichte stijging van het aantal patiënten dat na een seh-bezoek naar huis gaat.

Figuur 12: Verdeling uitstroom seh 2023



Tabel 2: Verdeling (%) uitstroom van seh-patiënten direct na seh-bezoek, 2017-2023

Uitstroom seh	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Naar huis en overig	60,98	61,08	61,54	59,91	60,96	62,62	62,04
Klinische opname	33,17	32,69	32,13	33,42	32,18	30,69	31,24
Ander ziekenhuis	1,09	1,11	1,12	1,16	1,26	1,19	1,16
(Geriatrische) Revalidatiezorg	0,05	0,05	0,05	0,04	0,05	0,06	0,08
Wet Langdurige zorg	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Wet langdurige zorg – type zorg voor seh-bezoek	1,53	1,64	1,75	1,80	1,93	2,07	2,10
Eerstelijnsverblijf	0,18	0,22	0,23	0,22	0,23	0,21	0,23
Wijkverpleging	0,30	0,33	0,33	0,37	0,36	0,32	0,31
Wijkverpleging – type zorg voor seh-bezoek	2,55	2,73	2,70	2,90	2,83	2,65	2,67
Overleden	0,13	0,13	0,13	0,16	0,18	0,16	0,16

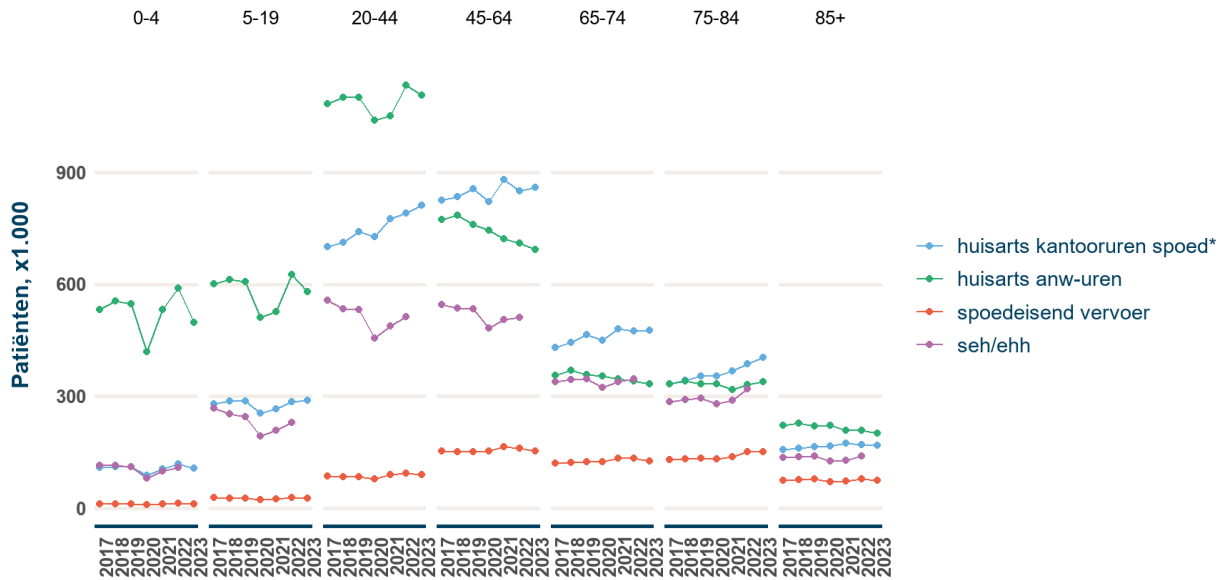
Bijlage 1 - ROAZ-regio's

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

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

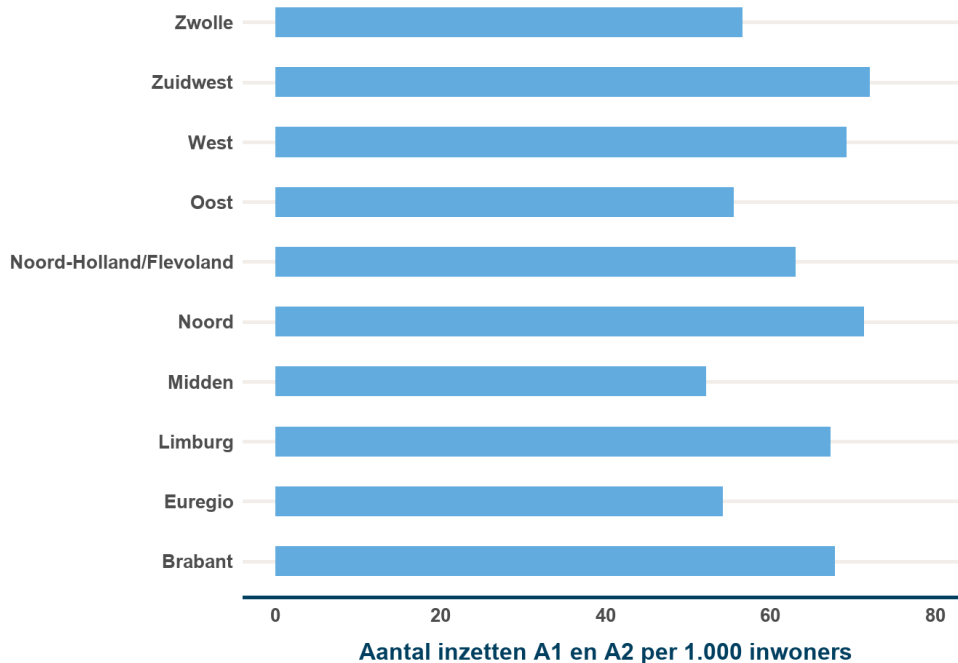
Bijlage 2 - Achtergrondanalyses

Figuur 15: Trends acuut zorggebruik in aantal patiënten per leeftijdsgroep, 2017-2023



* Dit is een schatting van 4,3% voor het acute zorggebruik van de huisarts op het totale gebruik van de huisarts kantooruren.

Figuur 13: Aantal spoedeisende inzetten per regio, 2023



Tabel 3: Uitstroom van seh-patiënten in aantallen, 2017-2023

Uitstroom seh	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Naar huis en overig	1.395.267	1.376.952	1.383.717	1.182.401	1.282.528	1.389.291	1.361.241
Klinische opname	758.992	736.954	722.449	659.563	677.161	680.845	685.460
Ander ziekenhuis	24.859	25.130	25.083	22.924	26.589	26.308	25.384
(Geriatrische) Revalidatiezorg	1.058	1.093	1.119	834	1.073	1.400	1.691
Wet Langdurige zorg	369	384	369	309	392	440	388
Wet langdurige zorg – type zorg voor seh-bezoek	35.073	36.895	39.293	35.597	40.567	45.918	46.055
Eerstelijnsverblijf	4.231	4.916	5.278	4.251	4.786	4.764	5.041
Wijkverpleging	6.873	7.524	7.500	7.289	7.589	7.114	6.854
Wijkverpleging – type zorg voor seh-bezoek	58.445	61.651	60.734	57.316	59.479	58.835	58.570
Overleden	2.914	3.023	3.016	3.248	3.855	3.656	3.551

Bijlage 3 – Bronnen en methoden

Deze bijlage bevat aanvullende informatie over de gebruikte gegevensbronnen, analyses en definities voor de Kerncijfers Acute Zorg 2017-2023. Deze informatie wordt per analyse gespecificeerd. Eerst geven we een overzicht van de gebruikte datasets (B3.1). Vervolgens worden gegevens per analyse weergegeven (B3.2).

De acute verloskunde en de acute ggz vallen buiten de scope van de Kerncijfers Acute Zorg. In de monitor acute zorg 2023 was er specifiek aandacht voor de acute ggz. De bedoeling was om dit voort te zetten in dit document. Echter, door de verandering naar het zorgprestatie-model in de ggz, is deze data momenteel nog niet bruikbaar.

B3.1 Gegevensbronnen acute zorg

De analyses zijn uitgevoerd op basis van de volgende datasets:

- Declaraties van Vektis (beschikbaar begin september 2024) op patiëntniveau over huisartsenzorg, ambulancevervoer, medisch-specialistisch zorg, elv, wijkverpleging, en Wlz. Naar verwachting zijn de declaratiegegevens over 2017-2023 (nagenoeg) compleet om het landelijke beeld te kunnen schetsen, echter zouden er later op de laatste jaren nog eventuele kleine mutaties/correcties worden verwerkt. De uitzondering is de data betreffende medisch-specialistische zorg, waarbij naar verwachting nog 4% van de gegevens uit 2023 ontbreekt. Dit heeft als gevolg dat we voor seh voor het jaar 2023 alleen een schatting kunnen rapporteren, waarbij we aannemen dat het werkelijke zorggebruik 4% hoger is dan in de dataset. Declaratiegegevens koppelen we aan de patiëntkenmerken bestanden van Vektis (geboortjaar, geslacht, viercijferige postcode van het woonadres). Records zonder patiënt ID worden verwijderd. 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 2017-2023.
- Dataset van het CBS over de bevolking per viercijferige postcode in 2017-2023.

Hieronder worden deze datasets in meer detail beschreven.

B3.1.1 Declaraties van Vektis

Dataset huisartsenzorg (Vektis)

De dataset over de huisartsenzorg bevat declaratiegegevens over de periode 2017-2023. Hiervan selecteren we declaraties over consulten, telefonische consulten, en visites. Een klein aantal declaraties waarbij het toegerekende bedrag gelijk is aan nul, terwijl het declaratiebedrag niet gelijk is aan nul, worden niet meegenomen.

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. Voor de huisartsenzorg in de kantooruren bevat deze selectie grotendeels reguliere zorg. Dit komt omdat er geen aparte prestaties bestaan voor acute consulten in de kantooruren. We schatten de omvang van spoedzorg in de kantooruren als 4,3% van de totale omvang van deze zorg. Dit percentage is gebaseerd op de bevinding over het percentage van acute contacten bij de huisartsenzorg overdag uit wetenschappelijke literatuur: Van der Maas, J., Rutten, M., Smits, M., Van Boven, K., & Giesen, P. (2018). Spoedzorg in de huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 61(2), 36-43. <https://doi.org/10.1007/s12445-018-0003-9>

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

PRESTATIECODE	Omschrijving	intreding
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
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 2017-2023. 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 in analyses waarbij de koppeling met andere onderdelen van de acute keten of met patiëntkenmerken van belang is, zoals in de analyses over instroom op de seh en de analyses over de leeftijdsgroepen. In analyses waarin we het totale beeld van de ambulancezorg willen schetsen, gebruiken we de dataset van ambulance-inzetten van het RIVM (zie B3.1.2).

Dataset seh (Vektis)

De dataset seh bevat de gegevens over de acute zorg in het ziekenhuis op de seh of een gerelateerde afdeling. De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over medisch-specialistische zorg in 2017-2023 die beschikbaar zijn bij de NZa in september 2024. Het jaar 2023 is op dat moment naar verwachting voor 4% incompleet. Zie ook een toelichting hierover in sectie B3.1.

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 2017-2023 die beschikbaar zijn bij de NZa in september 2024. Het jaar 2023 is op dat moment naar verwachting voor 4% incompleet. De selectie van ziekenhuizen bevat alleen algemene en academische ziekenhuizen (AGB-codes beginnend met '0601..' en '0602..'). Voor de analyses 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. Om opnameperiodes te definiëren zijn aaneengesloten periodes van verblijf aan elkaar verbonden. 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 dat wanneer er op dezelfde dag zowel een verpleegdag als een intensive care dag is gedeclareerd, de verpleegdagen voorrang hebben op intensive care dagen en intensive care dagen voorrang hebben op verkeerde bed dagen. Hierdoor zijn de seh-bezoeken en klinische opnames in een reeks aan elkaar gekoppeld. Additioneel wordt 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. De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over medisch-specialistische zorg in 2017-2023 die beschikbaar zijn bij de NZa in september 2024. Het jaar 2023 is op dat moment naar verwachting voor 4% incompleet.

- 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: hierbij is aangenomen dat seh-bezoek als eerst leidend is, vervolgens klinische opname, daarna grz en als laatste msrz.

Dataset elv (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over wijkverpleging in 2017-2023. De declaraties met prestaties die voorkomen in de prestatiecodelijst 065 van Vektis zijn meegenomen als wijkverpleging declaraties. 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 2017-2023. De declaraties met prestaties die voorkomen in de prestatiecodelijst 068 van Vektis zijn meegenomen als wijkverpleging declaraties. Voor de analyse zijn de declaraties van wijkverpleging op pseudo-BSN-niveau gekoppeld aan de seh-bezoeken en klinische opnames. Hiermee wordt bepaald hoeveel dagen vóór of na het SEH-bezoek of de klinische opname een declaratie voor wijkverpleging actief was.

Dataset Wlz (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over Wlz in 2017-2023. Voor de analyse zijn de declaraties van Wlz op pseudo-BSN-niveau gekoppeld aan de seh-bezoeken en klinische opnames. Hiermee wordt bepaald hoeveel dagen vóór of na het SEH-bezoek of de klinische opname een declaratie voor Wlz actief was.

B3.1.2 Dataset ambulance inzetten van RIVM

De dataset bevat records over ambulance inzetten in de periode 2017-2023. Deze gegevens zijn geanonimiseerd en daarom niet een-op-een (op patiëntniveau) te koppelen 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. 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.

B3.1.3 Dataset van CBS over de bevolking per viercijferige postcode

De tabel 'Bevolking; geslacht, leeftijd en viercijferige postcode, 1 januari, 2017-2023' bevat het aantal inwoners per postcode, ingedeeld naar 5-jarige leeftijdsgroepen en geslacht op peildatum 1 januari (bron: CBS Statline, de laatste download 8 juli 2024). Deze wordt gebruikt om gestandaardiseerd zorggebruik te berekenen binnen verschillende subgroepen van zorggebruikers.

B3.2 Gegevens per analyse

Figuur 1: Patiëntenstromen acute zorg 2021-2022

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

- Alle aantallen in dit schema zijn volgens de meest actuele gegevens over 2022. Deze getallen zijn altijd uitgedrukt als aantal unieke patiënten per dag (opgeteld op jaarbasis). De aantallen zijn afgerond tot 10 duizenden, en zijn bedoeld om de indruk te geven over de grootte van de patiëntenstroom in de acute zorgketen.
- Alle groeipercentages geven de groei sinds 2021 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: Van der Maas, J., Rutten, M., Smits, M., Van Boven, K., & Giesen, P. (2018). Spoedzorg in de huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 61(2), 36-43. <https://doi.org/10.1007/s12445-018-0003-9>
- Het totaal aantal van ambulance inzetten per urgentieniveau is inclusief alle inzetten. (Bron: RIVM)
- Het aantal patiënten seh/ehh is berekend op basis van de dataset seh. (Bron: Vektis)
- Het aantal patiënten met ambulancevervoer 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)

- Het aantal patiënten van uitstroom van seh naar klinisch opname is gelijk aan het aantal patiënten waarbij een klinische opname direct aansluit op een seh-bezoek. (Bron: Vektis).
- Het aantal patiënten van uitstroom van seh of klinische opname naar vervolgzorg is gelijk aan het aantal patiënten waarbij een vervolgzorg direct aansluit op een seh-bezoek of seh-bezoek gevolgd door een klinische opname. Het betreft vervolgzorg elv, wijkverpleging, Wlz en revalidatiezorg (Bron: Vektis).
- Het aantal patiënten van de uitstroom 'naar huis' is berekend als het verschil tussen de instroom en de door/uitstroom naar vervolgzorg. (Bron: Vektis).

Figuren hoofdstuk 4 (zonder nummers)

Figuur: Gestandaardiseerde trends acute zorggebruik per leeftijdsgroep, 2017-2023

Bron: Vektis, CBS en van der Maas et al (2018).

Per leeftijdsgroep laten we de ontwikkeling zien in het zorggebruik op basis van de gekoppelde dataset acute zorg. Deze dataset is samengesteld op basis van Vektis en bevat vier types zorg: seh/ehh, spoedeisende ambulancevervoer, huisartsenzorg in de anw-uren, en (geschat) spoedzorg van de huisarts in de kantooruren. De laatste schatting is berekend door 4.3% van de totale omvang van de huisartsenzorg zoals beschreven onder B3.1.1.

Eerst berekenen we de aantallen patiënten per type zorg, datum, jaar. Dit aantal wordt vervolgens gedeeld met het aantal inwoners in deze leeftijdsgroep.

Er zijn er twee verschillen tussen deze figuur en Figuur 3 waarin we het totaal gebruik van spoedzorg laten zien: (1) De huidige figuur laat alleen spoedvervoer zien (op basis van Vektis), terwijl Figuur 3 laat het totaal aantal spoedinzetten zien (op basis van de dataset RIVM). (2) In de huidige figuur worden alleen de patiënten meegenomen met beschikbare gegevens over het geboortjaar. Een klein percentage valt weg; grotendeels zijn dit de baby's (geboren in de tweede helft van het jaar) in hun geboortjaar. Hiermee wordt het zorggebruik iets onderschat in vergelijking met Figuur 3. De huidige figuur is echter alleen bedoeld om verschillen tussen de leeftijdsgroepen in kaart te brengen.

Figuur: Bevolkingsgroei, 2017-2023

Bron: CBS.

De bevolking is ingedeeld in leeftijdsgroepen op de peildatum 1 januari. De index drukt de omvang van de leeftijdsgroep in elk jaar in percentage van de omvang van deze leeftijdsgroep in 2017.

Figuur: Zorggebruik van patiëntengroepen op de dag van seh-bezoek, 2022

Bron: Vektis en CBS.

De figuur maakt gebruik van de dataset seh voor de leeftijdsgroep 65+, waarin de unieke patiënten per datum worden opgenomen. De indeling naar de patiëntengroepen wordt berekend volgens de NZa-definitie van hoofdgroepen. Omdat sommige patiënten met meerdere aandoeningen op dezelfde datum seh bezochten, introduceren we daarnaast een groep: 'meerdere patiëntengroepen'.

Naast de drie grootste patiëntengroepen seh (hartvaatstelsel, letsel, en ademhalingswegen) laten we ook deze aanvullende groep zien. Voor elke leeftijdscategorie is deze indicator gelijk aan het aantal van unieke patiënten in de patiëntengroep gedeeld door de bevolking van deze leeftijdscategorie (uitgedrukt per 1000 inwoners).

Figuur: Percentage klinische opname na seh bezoek

Bron: Vektis

Per leeftijdsgroep wordt het aantal patiënten dat uitstroomt van seh via klinische opname gedeeld met het totaal aantal van seh-patiënten.

Figuur 2: Trends instroom in acute zorg, 2017-2023

Bron: Vektis, RIVM, CBS en van der Maas et al (2018).

Het totaal aantal patiënten spoedzorg huisarts kantooruren (schatting), huisarts anw-uren en seh/ehh zijn berekend op basis van Vektis zoals beschreven in Figuur 1. Het aantal patiënten seh in 2023 is geschat op basis van de aanname dat de dataset seh 2023 in september 2024 nog 4% incompleet zou zijn. Het aantal van spoedeisende ambulance-inzetten is gelijk aan het aantal inzetten A1 en A2 in de dataset van RIVM (sectie B3.1.2). 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 B3.1.3).

Tabel 1: Instroom acute zorg per 1.000 inwoners, 2022

Bron: Vektis, RIVM, CBS en van der Maas et al (2018).

- Het totaal aantal patiënten spoedzorg huisarts kantooruren (schatting), huisarts anw-uren, en seh/ehh zijn berekend op basis van Vektis zoals beschreven in Figuur 1. Het totaal aantal van spoedeisende ambulance-inzetten is gelijk aan het aantal inzetten A1 en A2 in de dataset van RIVM (sectie B3.1.2).
- 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 2022 gebruikt (beschreven in sectie B3.1.3).
- 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. Bij ambulance-inzetten betreft dit het aantal spoedeisende inzetten in de categorie 'seh en gerelateerd' (zie sectie over ambulancezorg voor meer details over de soorten vervoer).

Figuur 3: Jaarlijkse ontwikkeling huisarts in anw-uren, 2017-2023

Bron: Vektis.

Het aantal patiënten is berekend op basis van unieke patiënten per dag in de dataset van de huisartsenzorg in de anw-uren op basis van Vektis (sectie B3.1.1). De groei is berekend als procentueel verschil tussen twee jaren.

Figuur 4: Trend aantal visites ten opzichte van het totaal aantal (telefonische) consulteenheden huisartsenzorg anw-uren, 2017-2023

Bron: Vektis.

Het totaal aantal consulteenheden is berekend als de gewogen som van alle prestaties in de anw-uren met hun respectievelijke gewichten (zie de tabel van prestaties aan het begin van deze bijlage). Het totaal aantal visites is berekend als de gewogen som van de prestaties betreffende visite. Hierbij maken we gebruik van de volgende gewichten: gewicht = 0.5 bij prestatiecodes 12204, 12207, 12302, 12304; gewicht = 1 bij prestatiecodes 12200, 12208, 12300; gewicht = 1.5 bij prestatiecodes 12202 en 12301; gewicht = 2 bij prestatiecode 12201; gewicht = 2.5 bij prestatiecode 12203. Beide reeksen worden vervolgens uitgedrukt als percentage van het aantal in het jaar 2017.

Figuur 5: Groei-index aantal unieke patiënten huisartsenzorg per dag in anw-uren, 2017-2023

Bron: Vektis.

We gebruiken de dataset van de huisartsenzorg buiten kantooruren (zie sectie B3.1.1). Het totaal aantal unieke patiënten per dag met (telefonische) consulten of visites in de anw-uren worden opgeteld per jaar en per regio. De groei-index laat het percentage van het jaar zien ten opzichte het jaar 2017.

Figuur 6: Regionale verschillen patiëntaantallen huisartsenzorg in anw-uren, 2017-2023

Bron: Vektis en CBS.

We gebruiken de dataset van de huisartsenzorg buiten kantooruren (zie sectie B3.1.1) 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 7: Ambulance-inzetten (Type A1, A2, B), 2017-2023

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 8: Aantallen spoedeisende inzetten per soort vervoer, 2017-2023

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”.
- “mobiele zorgconsult” bestaat uit “EH/geen vervoer” en “EH/assistentie”.
- “interklinisch, overplaatsing (geen seh)” bestaat uit “overplaatsing”, “interklinisch (ziekenhuis)”, “interklinisch (zorgverzekeraar)”, en “NICU/MICU/PICU (declarabel)”.

Figuur 9: Aantal spoedeisende inzetten per regio, 2023

Bron: RIVM, CBS.

Het totaal aantal spoedeisende inzetten (urgentie A1 en A2) 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 postcodeniveau.

Figuur 10: Aantal patiënten spoedeisende hulp, 2017-2023

Bron: Vektis.

Op basis van de dataset seh (beschreven in sectie B3.1.1) is het totaal aantal seh-patiënten berekend per jaar. Dit aantal wordt gebruikt voor de berekening van het percentageverschil tussen de jaren. Omdat het jaar 2023 naar verwachting voor 4% incompleet is, maken we een schatting over 2023: dit doen we door het aantal van 2023 met 4% te verhogen.

Figuur 11: Ontwikkelingen in patiëntaantallen seh ten opzichte van 2017 per ROAZ-regio

Bron: Vektis.

We gebruiken de dataset van de seh-zorg (zie sectie B3.1.1). Aantallen unieke patiënten per dag worden opgeteld per jaar en per regio. De groei-index laat het percentage zien ten opzichte van 2017.

Figuur 12: Aandeel via seh in klinische opname en ligdagen, 2017-2023

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. Omdat het jaar 2023 naar verwachting voor 4% incompleet is, geven de resultaten een schatting voor 2023.

Figuur 13: Trends bij intensive care en verpleegafdeling na seh-bezoek, 2017-2023

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 ligduur op de verpleegafdeling wanneer een patiënt via de seh opgenomen is, zijn opgeteld per jaar. De cijfers laten de toename/afname zien van het totaal aantal ligduur of opnames. De groei-index is berekend als percentage ten opzichte van 2017. Omdat het jaar 2023 naar verwachting voor 4% incompleet is, geven de resultaten een schatting voor 2023.

Figuur 14: Verdeling uitstroom seh 2023

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. De klinische opname betreft zowel de klinische opname in hetzelfde als een andere ziekenhuis. Het vervolgzorg betreft elv, wijkverpleging, Wlz en revalidatiezorg. Wanneer 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. Ook patiënten die zijn overleden behoren tot de groep overig.

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. Omdat het jaar 2023 naar verwachting voor 4% incompleet is, geven de resultaten een schatting voor 2023.

Tabel 2: Verdeling (%) uitstroom van seh-patiënten direct na seh-bezoek, 2017-2023

Bron: Vektis.

Het type verblijf na een seh-bezoek is per bezoek berekend door per patiënt te kijken of er een vervolgzorg direct aansluit op het seh bezoek. Voor de jaren 2017-2023 is berekend hoeveel patiënten de verschillende types vervolgzorg hadden na een seh-bezoek. Als er geen vervolgzorg aansluit bij het seh-bezoek en de patiënt niet is overleden op de dag van het seh bezoek dan 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. Omdat het jaar 2023 naar verwachting voor 4% incompleet is, geven de resultaten een schatting voor 2023.

Figuur 15: Trends acuut zorggebruik in aantal patiënten per leeftijdsgroep, 2017-2023

Bron: Vektis

Per leeftijdsgroep laat deze figuur aantallen zien van patiënten per onderdeel. De definities van de leeftijden en zorgonderdelen zijn dezelfde zoals in de bijbehorende figuur 'Gestandaardiseerde trends acute zorggebruik per leeftijdsgroep, 2017-2023' over in de hoofdtekst over het gestandaardiseerde zorggebruik per 1000 inwoners.

Figuur 16: Aantal spoedeisende inzetten per regio, 2023

Bron: RIVM, CBS.

Het totaal aantal spoedeisende inzetten (urgentie A1 en A2) 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 postcodeniveau.

Tabel 3: Uitstroom van seh-patiënten in aantallen, 2017-2023

Bron: Vektis.

De aantallen behorende tot tabel 2.



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