

Trends in de vraag naar acute zorg  
in Acute Zorgregio Oost in de periode 2014-2017



Versie 1.0, 30 april 2018

### **Acute Zorgregio Oost**

*De activiteiten van Acute Zorgregio Oost (AZO) vloeien voort uit de opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport om een regionaal netwerk acute zorg te realiseren. Het doel van dit netwerk is de keten van acute zorg zo optimaal mogelijk te organiseren. AZO organiseert het Regionaal overleg Acute Zorg voor de regionale zorgpartners binnen het werkveld van de acute zorg. Ter ondersteuning van regionale afspraken en regionaal beleid verricht AZO onderzoek op het gebied van de acute zorg; voor, door en samen met de regio. **Trends in de vraag naar acute zorg in Acute Zorgregio Oost in de periode 2014-2017** is uitgevoerd in opdracht van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) AZO.*

### **Tekst**

Samenstelling en redactie rapport: Ir. Anneke Bloemhoff, Drs. Karin van den Berg, Dr. Sivera Berben.

### **Disclaimer**

Dit rapport is zo zorgvuldig mogelijk samengesteld. Alle informatie in het rapport is afkomstig uit externe bronnen. Mochten er desondanks onjuistheden in het rapport staan, dan kan AZO hiervoor niet aansprakelijk gesteld worden. Aan eventuele onjuistheden of onvolledigheden kunnen geen rechten ontleend worden. De lezer is verantwoordelijk voor keuzes die hij/zij maakt op grond van de informatie in dit rapport, alsmede voor het gebruik van deze informatie.

### **Contact**

AZO huispost 911  
Radboudumc  
Postbus 9101  
6500 HB Nijmegen  
Anneke.Bloemhoff@azo.nl  
024 3613347

### **Copyright**

© 2018, AZO

### **Verwijzing rapport**

Indien aan het rapport gerefereerd wordt vraagt AZO de volgende referentie te gebruiken: Anneke Bloemhoff, Karin van den Berg, Sivera Berben. Trends in de vraag naar acute zorg in Acute Zorgregio Oost in de periode 2014-2017; versie 1.0. 30 april, 2018.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, e-mail of op andere wijze zonder voorafgaande (schriftelijke) toestemming van de rechthebbende.

## INHOUDOPGAVE

1	Doel en vraagstelling .....	4
2	Methode.....	4
3	Resultaten.....	5
3.1	Bevolking .....	5
3.2	Vraag naar acute zorg.....	6
3.3	Leeftijd en sekse .....	7
3.4	Urgentie van acute zorgvragen .....	9
3.5	Type acute zorgvragen .....	10
3.6	Tijdstip van acute zorgvragen.....	10
3.7	Type acute zorgcontact .....	12
3.8	Verwijzing in de acute zorgketen .....	13
3.9	Bestemming na de acute zorgketen.....	14
4	Conclusies.....	15
5	Discussie .....	15
5.1	Beperkingen van de data.....	15
5.2	Resultaten vergeleken met ander onderzoek .....	15
5.3	Monitor Acute Zorg .....	16
	Referenties .....	17
	Bijlage 1 Verschillen tussen de vragenlijst 2013-2016 en 2017 .....	18
	Bijlage 2 Beperkingen data en consequenties voor de resultaten.....	19

# 1 Doel en vraagstelling

Op verzoek van het bestuurlijk ROAZ onderzocht Acute Zorgregio Oost trends in de vraag naar acute zorg in de regio. Het doel van het onderzoek was om snel, op geaggregeerd niveau, inzicht te krijgen in eventuele verschuivingen in de vraag naar acute zorg bij Huisartsenposten (HAP), Spoedeisende Hulpafdelingen (SEH), Eerste Harthulpen (EHH) en Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV) binnen Acute Zorgregio Oost in de periode 2014-2017. Het onderzoek geeft antwoord op de volgende vragen:

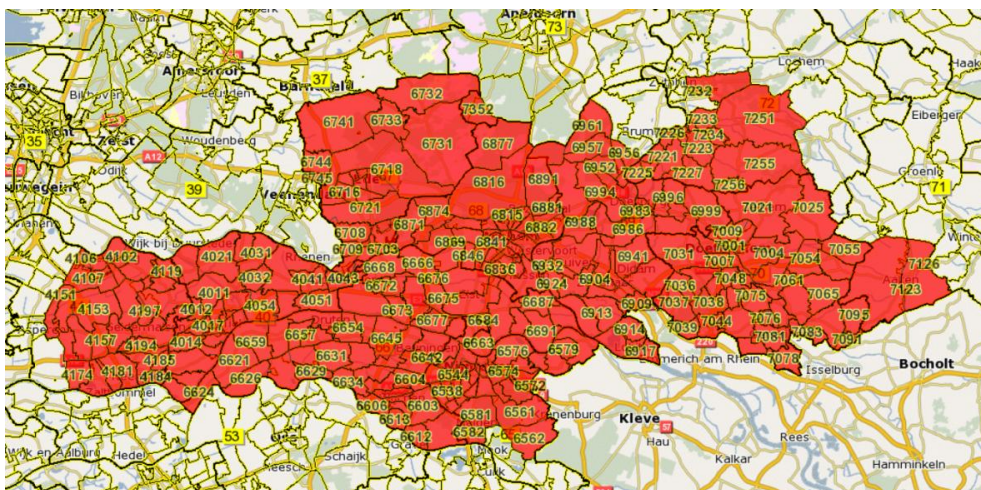
In hoeverre zijn er verschuivingen in:

1. het aantal vragen naar acute zorg
2. demografische kenmerken van patiënten
3. de urgentie van acute zorgvragen
4. het type acute zorgvragen
5. het tijdstip van acute zorgvragen
6. het type acute zorgcontact
7. de verwijzing in de acute zorgketen
8. de bestemming na de acute zorgketen.

# 2 Methode

In 2017 ontvingen alle ketenpartners (RAV (n=3), HAP (n=5), SEH (n=6) en EHH (n=6)) in Acute Zorgregio Oost een schriftelijke vragenlijst . We vroegen naar reeds beschikbare informatie met betrekking tot het totaal aantal contacten/bezoeken/ritten per jaar, uitgesplitst naar leeftijd, urgentie, soort contact, verwijzer, bestemming en werkdiagnose/specialisme op geaggregeerd niveau in de periode 2013, 2014, 2015 en 2016. Aanvullend ontvingen dezelfde ketenpartners in januari 2018 een nieuwe vragenlijst over 2017, gebaseerd op de landelijke, uniforme vragenlijst van de LNAZ Werkgroep registraties (zie bijlage 1 voor de overeenkomsten en verschillen tussen beide vragenlijsten). In 2018 startte ook Maasziekenhuis Pantein (SEH en EHH) met deelname aan het trendonderzoek vanwege deelname aan het ROAZ Acute Zorgregio Oost. Ook ontvingen we de gegevens van HAP Nijmegen en Boxmeer separaat voor beide locaties, om op subregionaal niveau meer passende analyses te kunnen uitvoeren.

Verschuivingen in acute zorgvragen en in de leeftijd van patiënten kunnen mogelijk deels verklaard worden door verschuivingen in de bevolkingsomvang en -samenstelling in de regio. Daarom maakten we schattingen van de populatie at risk (1) in de regio (zie figuur 1) in 2014-2017 en corrigeerden we voor deze factoren.



Figuur 1:  
Acute Zorgregio  
Oost

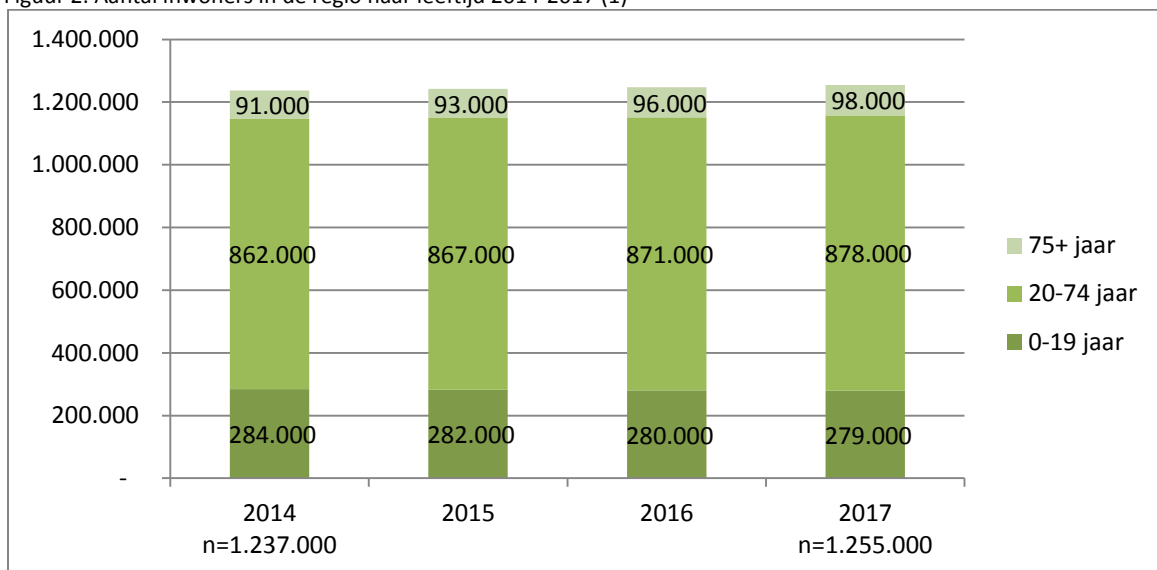
Voor deze rapportage maakten we gebruik van de gegevens van 22 regiopartners: RAV Noord- en Oost-Gelderland, Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid; HAP Gelders Rivierenland, Gelderse Vallei, Onze Huisartsen, Oude IJssel, Nijmegen en Boxmeer (beide locaties); SEH/EHH Ziekenhuis Rivierenland, Ziekenhuis Gelderse Vallei, Rijnstate Ziekenhuis, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Slingeland Ziekenhuis, Radboudumc en Maasziekenhuis Pantein. De geaggregeerde gegevens voerden we in en bewerkten we met Microsoft Office Excel 2007. Ter validatie controleerden we data via een aantal checks. In de rapportage geven we beschrijvende resultaten weer. Er is, vanwege de geaggregeerde gegevens, niet getoetst op significantie. Een aantal ketenpartners leverde (deels) onvolledige of niet-vergelijkbare gegevens aan. In de rapportage is steeds het aantal deelnemende ketenpartners en de periode weergegeven. In geval de gegevens van ketenpartners over een langere periode niet vergelijkbaar waren, kozen we vaak voor een minder lange periode, zodat in de trendanalyse zoveel mogelijk ketenpartners meegenomen werden. Zie bijlage 2 voor meer detailinformatie.

### 3 Resultaten

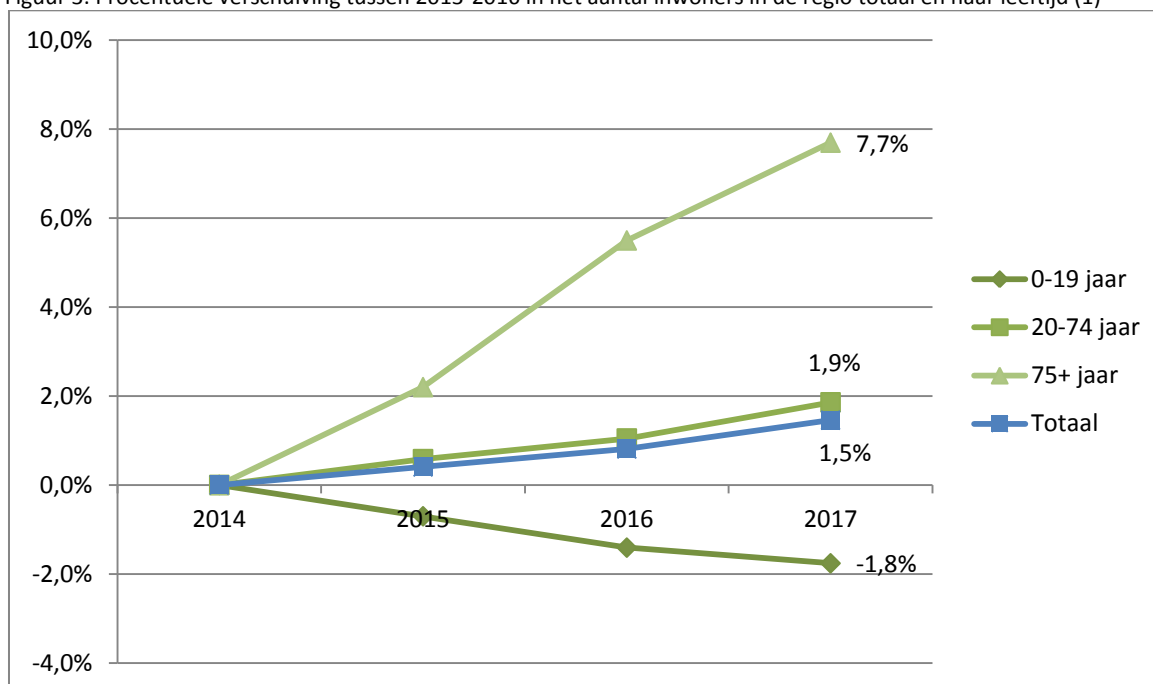
#### 3.1 Bevolking

In Acute Zorgregio Oost wonen ruim 1,2 miljoen personen (figuur 2). In 2014-2017 is het aantal inwoners in deze regio met 1,5% gestegen (figuur 3); in dezelfde periode is het aantal jongeren tot 20 jaar 1,8% gedaald, het aantal volwassenen tot 75 jaar 1,9% gestegen en het aantal 75plussers zelfs met 7,7% gestegen (figuur 3).

Figuur 2: Aantal inwoners in de regio naar leeftijd 2014-2017 (1)



Figuur 3: Procentuele verschuiving tussen 2013-2016 in het aantal inwoners in de regio totaal en naar leeftijd (1)



### 3.2 Vraag naar acute zorg

De absolute vraag naar acute zorg bij HAP, SEH, EHH en RAV in de regio neemt toe tussen 2014 en 2016, maar neemt in 2017 weer af, met name bij de HAP en SEH, zie tabel 1. De groei van de bevolking en de toename van ouderen in de bevolking verklaren voor een deel de toename van de vraag naar acute zorg tussen 2014-2016. Echter, gecorrigeerd voor bevolkingsomvang en leeftijd is dezelfde trend zichtbaar. Er is een toename in het aantal zorgvragen per 1000 inwoners tussen 2014 en 2016. In 2017 is er juist een afname.

Tabel 1: Aantal contacten HAP, SEH, EHH en RAV in 2014, 2015, 2016 en 2017, procentuele verschuiving t.o.v. 2014 en aantal zorgvragen per 1000 inwoners gecorrigeerd voor leeftijd

	2014	2015	2016	2017
HAP (n=5): aantal contacten	383.955	398.105	407.911	402.826
% tov 2014	0%	3,7%	6,2%	4,9%
Aantal per 1000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd	-	307	314	307
SEH (n=7): aantal SEH bezoeken	144.366	146.338	149.738	146.543
% tov 2014	0%	1,4%	3,7%	1,5%
Aantal per 1000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd (n=5)	112	113	115	110
EHH (n=5): aantal EHH bezoeken	21.868	22.977	23.768	23.671
% tov 2014	0%	5,1%	8,7%	8,2%
Aantal per 1000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd (n=4)	17,7	17,8	18,1	17,9
RAV (n=3): aantal A1/A2/B/EHGV ritten	80.767	84.250	88.766	88.095
% tov 2014	0%	4,3%	9,9%	9,1%
Aantal per 1000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd	65	67	70	69

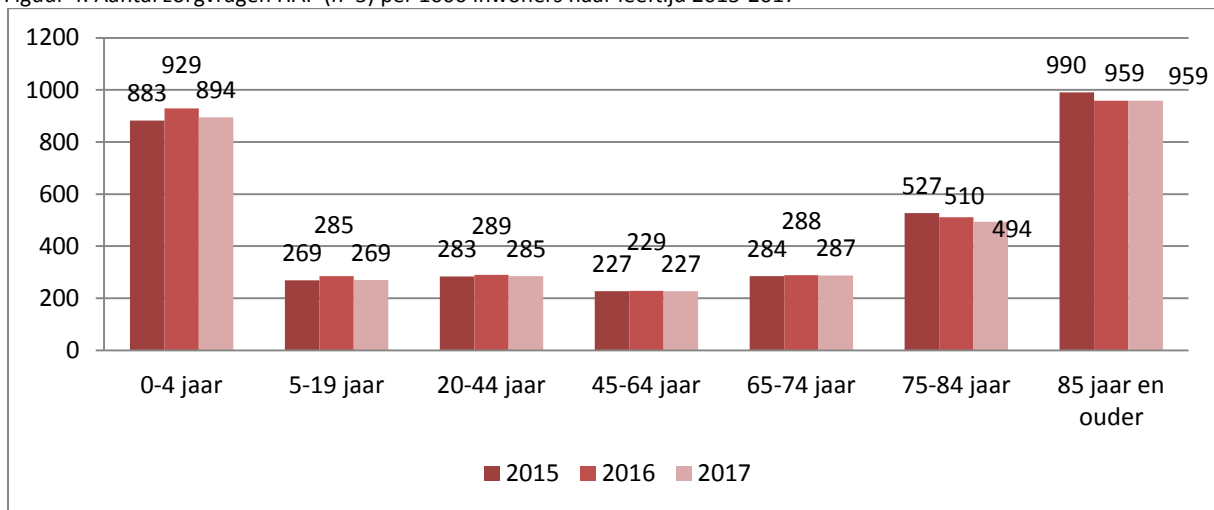
- = onvoldoende gegevens beschikbaar

### 3.3 Leeftijd en sekse

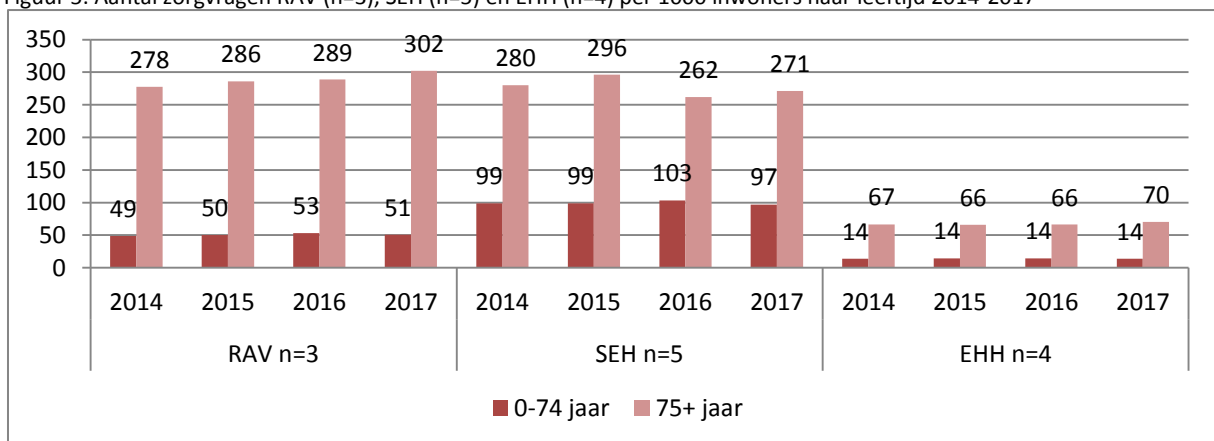
Bij patiënten tot 75 jaar zien we over het algemeen bij alle sectoren een toename in het aantal zorgvragen tussen 2014 en 2016 en vervolgens een afname in 2017. Bij 75plussers is het beeld meer divers. Bij de HAP daalt het aantal zorgvragen tussen 2015 en 2017 bij de patiënten van 75-84 jaar en bij 85plussers neemt het aantal zorgvragen tussen 2015 en 2017 juist toe. Bij de RAV en EHH neemt het aantal zorgvragen van 75plussers tussen 2014 en 2017 toe. Het aantal zorgvragen bij de SEH neemt tussen 2014 en 2015 toe bij 75plussers, in 2016 neemt dit aantal weer af en in 2017 weer toe.

Gecorrigeerd voor de bevolkingsomvang per leeftijdsgroep laat het aantal zorgvragen per 1000 inwoners per leeftijdsgroep een vergelijkbaar beeld zien, zie figuur 4 en 5.

Figuur 4: Aantal zorgvragen HAP (n=5) per 1000 inwoners naar leeftijd 2015-2017

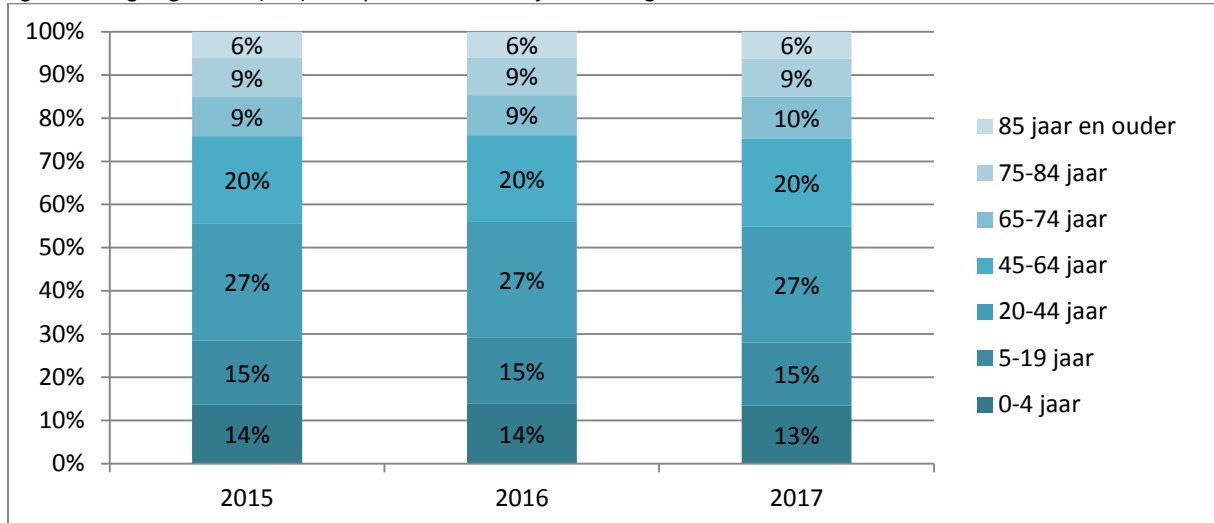


Figuur 5: Aantal zorgvragen RAV (n=3), SEH (n=5) en EHH (n=4) per 1000 inwoners naar leeftijd 2014-2017

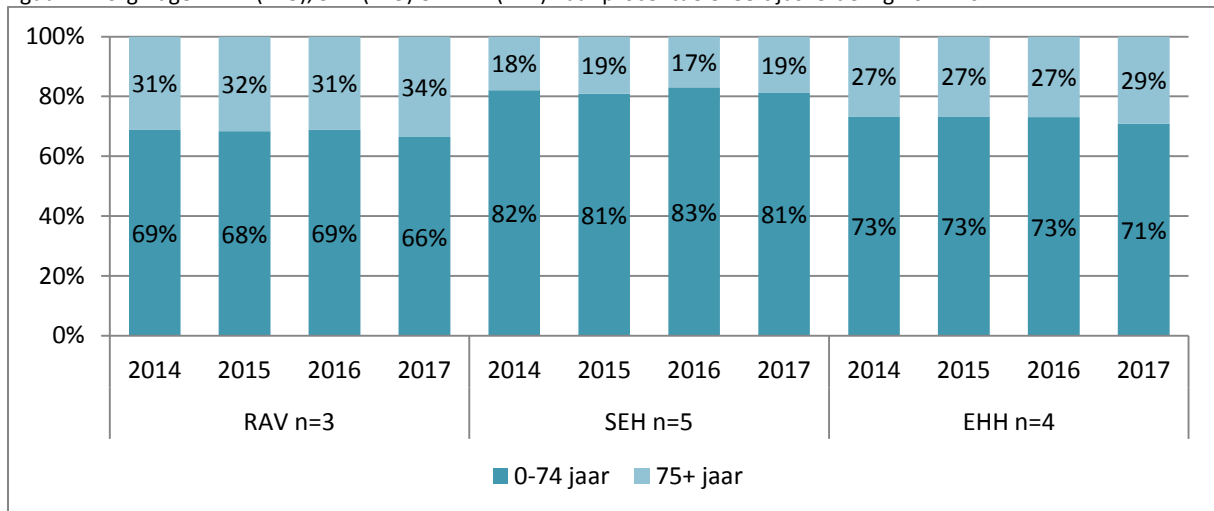


Bij de RAV en EHH zien we duidelijke procentuele verschuivingen in de leeftijdsopbouw tussen 2014 en 2017, zie figuur 6 en 7. Het procentuele aandeel oudere patiënten in de regio neemt met name tussen 2016 en 2017 toe bij de RAV en EHH.

Figuur 6: Zorgvragen HAP (n=5) naar procentuele leeftijdsverdeling 2015-2017

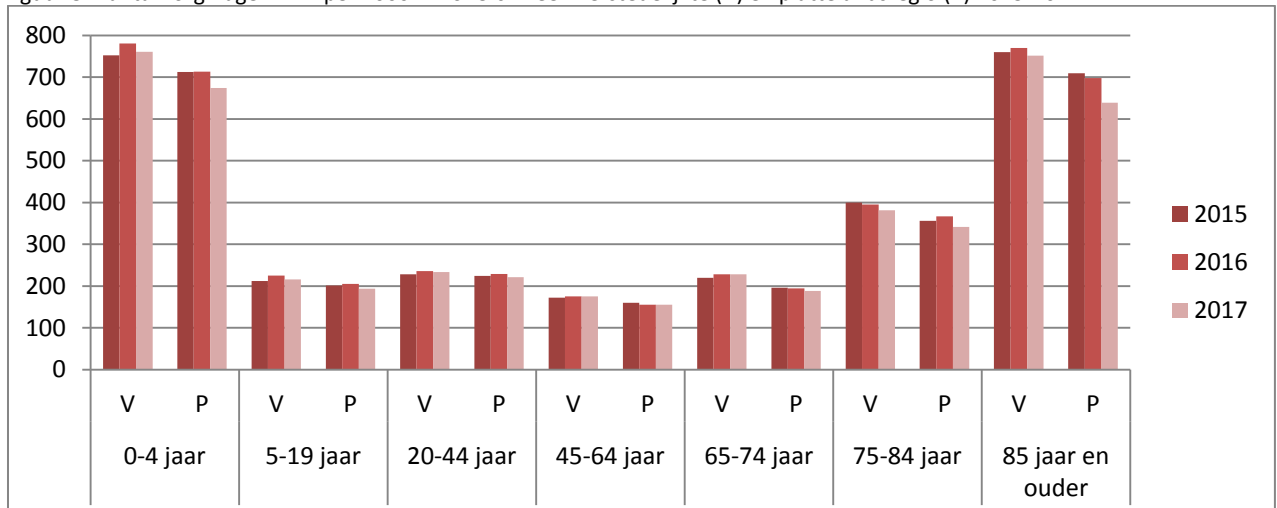


Figuur 7: Zorgvragen RAV (n=3), SEH (n=5) en EHH (n=4) naar procentuele leeftijdsverdeling 2014-2017



Waarschijnlijk zijn er subregionale verschillen, omdat de regio zowel verstedelijkte als minder verstedelijkte gebieden kent. Figuur 8 toont als voorbeeld het aantal HAP zorgvragen per 1000 inwoners voor een verstedelijkte regio en een plattelandsgregio in de periode 2015-2017.

Figuur 8: Aantal zorgvragen HAP per 1000 inwoners in een verstedelijkte (V) en plattelandsgregio (P) 2015-2017

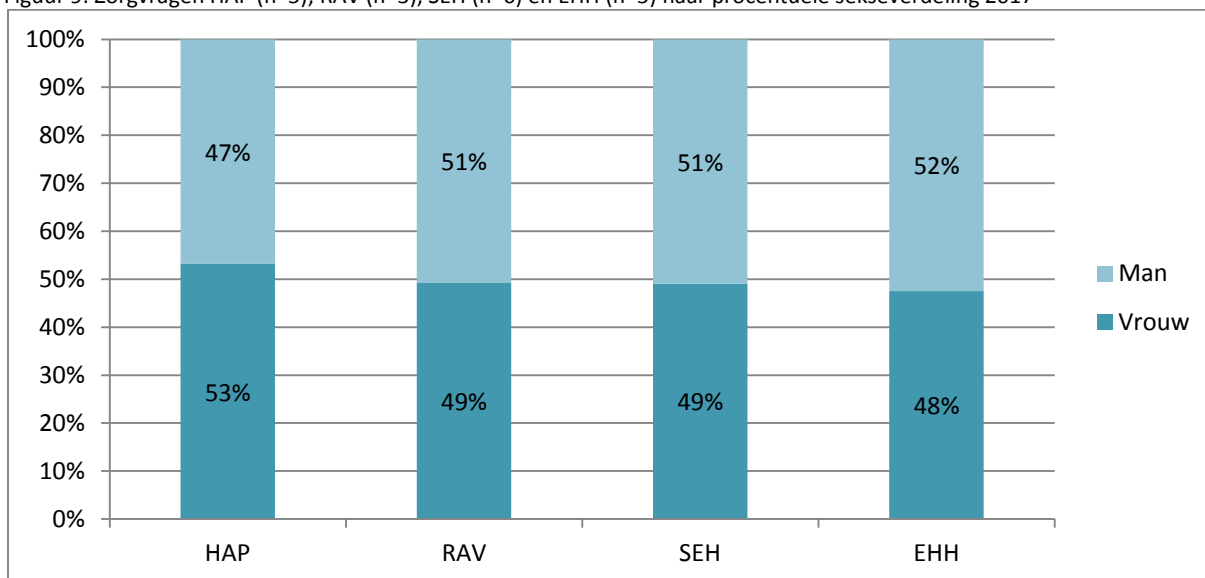




In de verstedelijkte regio is het aantal HAP zorgvragen per 1000 inwoners hoger dan in de plattelandregio, vooral bij de 0-4 jarigen en 85plussers. Ook de ontwikkelingen in de tijd per leeftijdsgroep zijn in beide regio's vaak verschillend.

In 2017 is het aandeel vrouwen bij de HAP wat groter dan het aandeel mannen. Bij de RAV, SEH en EHH is de verdeling juist andersom: wat meer mannen dan vrouwen, zie figuur 9. Het aandeel vrouwen bij de HAP is tussen 2015 en 2017 licht gedaald, van 55% naar 53%.

Figuur 9: Zorgvragen HAP (n=5), RAV (n=3), SEH (n=6) en EHH (n=5) naar procentuele sekseverdeling 2017

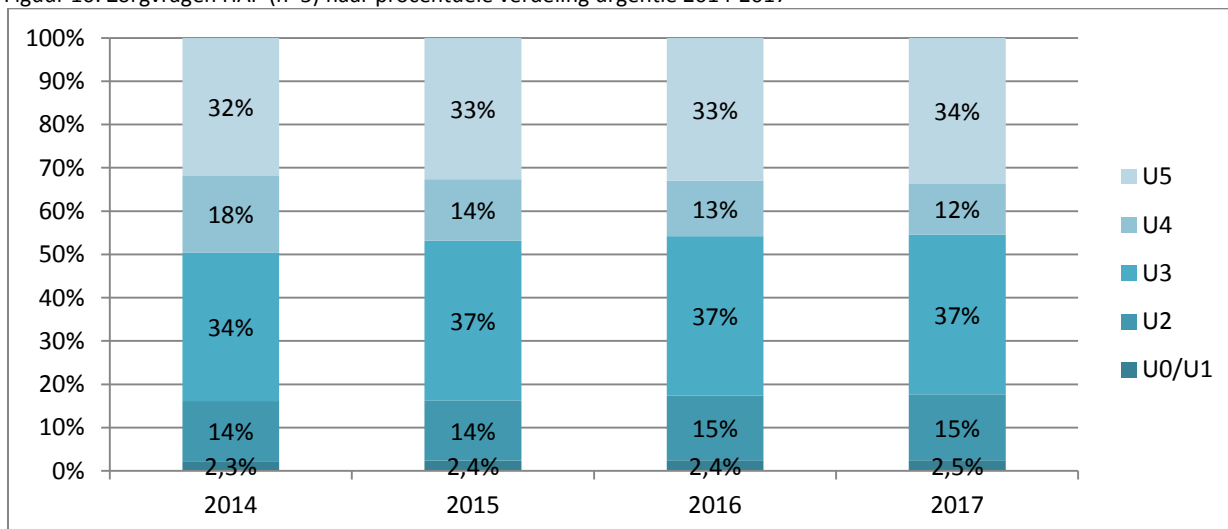


### 3.4 Urgentie van acute zorgvragen

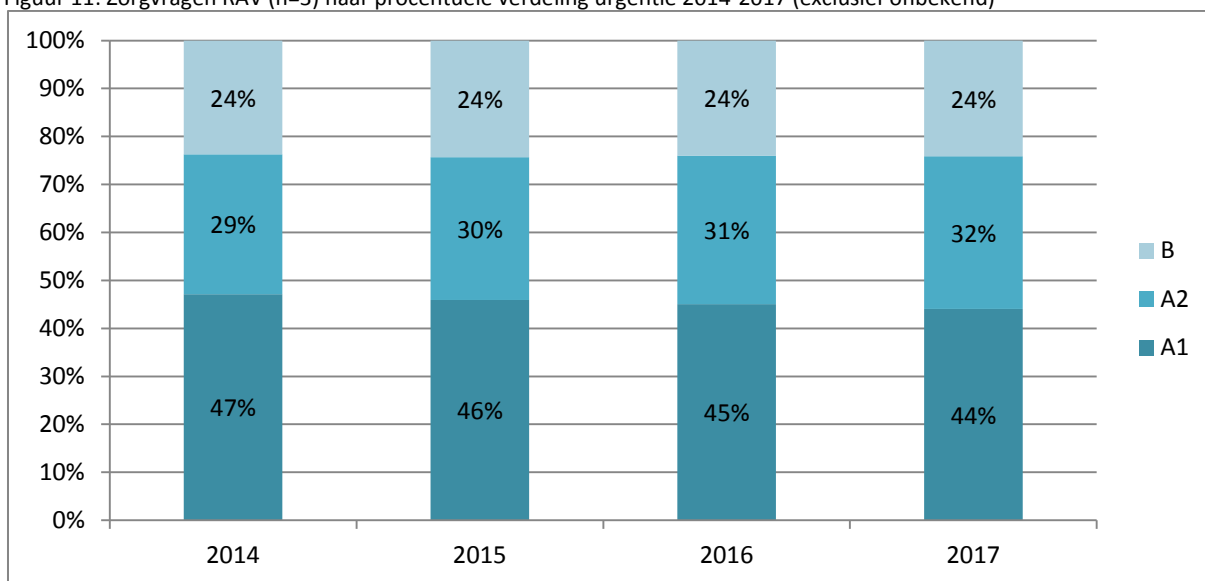
Bij de HAP zien we tussen 2014 en 2017 een absolute en procentuele toename van de hoogurgente zorgvragen U0/U1, U2 en U3, een daling van U4 zorgvragen en een toename van de U5 zorgvragen, zie figuur 10.

Bij de SEH (n=6) neemt tussen 2016 en 2017 absoluut en procentueel de zorgvragen met U2 en U4 toe en met U3 juist af. Bij de RAV neemt het absolute aantal zorgvragen bij alle urgentie categorieën toe, maar neemt het procentuele aandeel A1 zorgvragen af en A2 zorgvragen toe, zie figuur 11.

Figuur 10: Zorgvragen HAP (n=5) naar procentuele verdeling urgentie 2014-2017



Figuur 11: Zorgvragen RAV (n=3) naar procentuele verdeling urgentie 2014-2017 (exclusief onbekend)



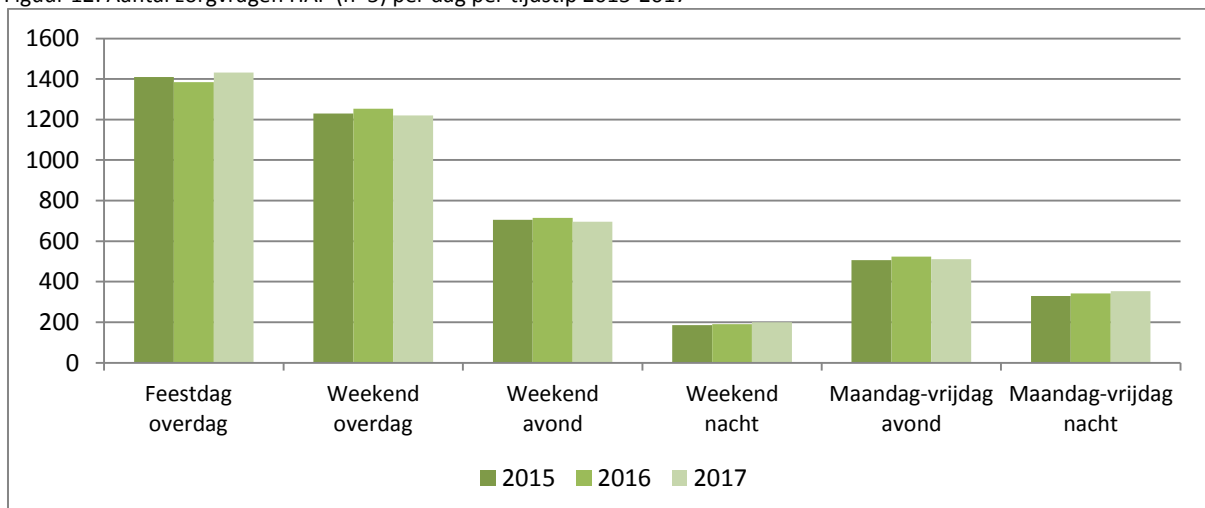
### 3.5 Type acute zorgvragen

Er zijn geen grote verschuivingen te zien in de werkdiagnose bij de HAP (n=5) en de hoofdbehandelaar bij de SEH (n=6). Wel zien we bij de SEH tussen 2014 en 2017 een lichte afname van het aandeel Heelkunde en een lichte toename van het aandeel Interne geneeskunde tussen 2016 en 2017. Dit laatste heeft waarschijnlijk te maken met een iets ruimere definitie van dit specialisme in de vragenlijst van 2017.

### 3.6 Tijdstip van acute zorgvragen

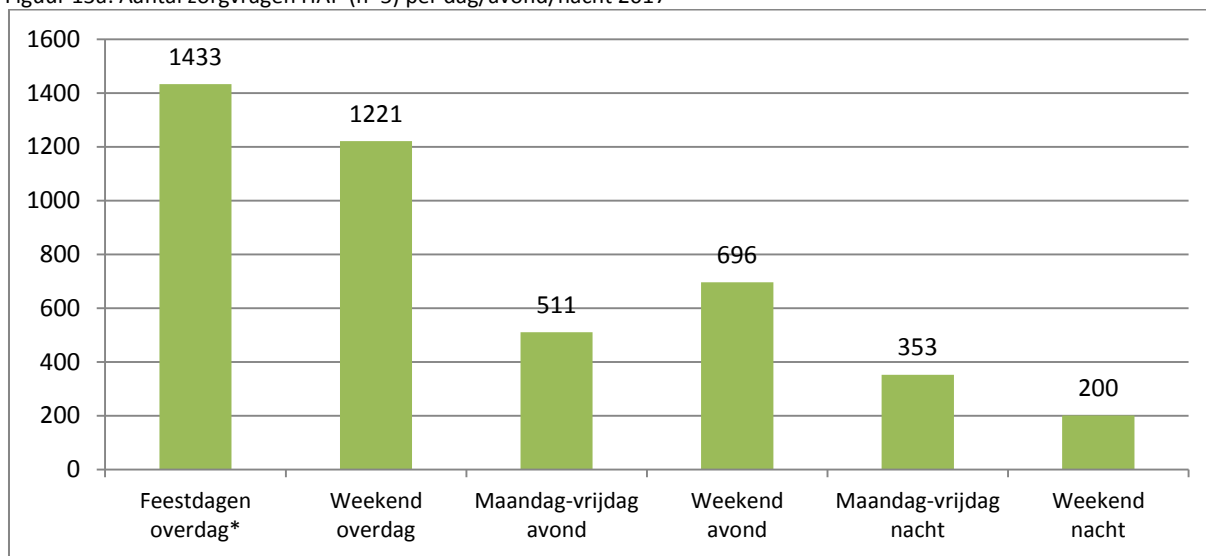
De HAP is alleen geopend tijdens avond (17.00-23.59 uur) en nacht (00.00 – 7.59 uur) en overdag tijdens officiële feestdagen en in het weekend (8.00-16.59 uur). Het aantal feestdagen en weekenddagen kan per jaar verschillen. In figuur 12 is daarom het aantal zorgvragen per dag weergegeven voor de HAP. Over het algemeen neemt het aantal zorgvragen per tijdstip tussen 2015 en 2016 toe en in 2017 weer af. Uitzondering zijn de zorgvragen gedurende de nacht, die tussen 2015 en 2017 toenemen en de zorgvragen tijdens feestdagen overdag die tussen 2016 en 2017 ook toeneemt.

Figuur 12: Aantal zorgvragen HAP (n=5) per dag per tijdstip 2015-2017



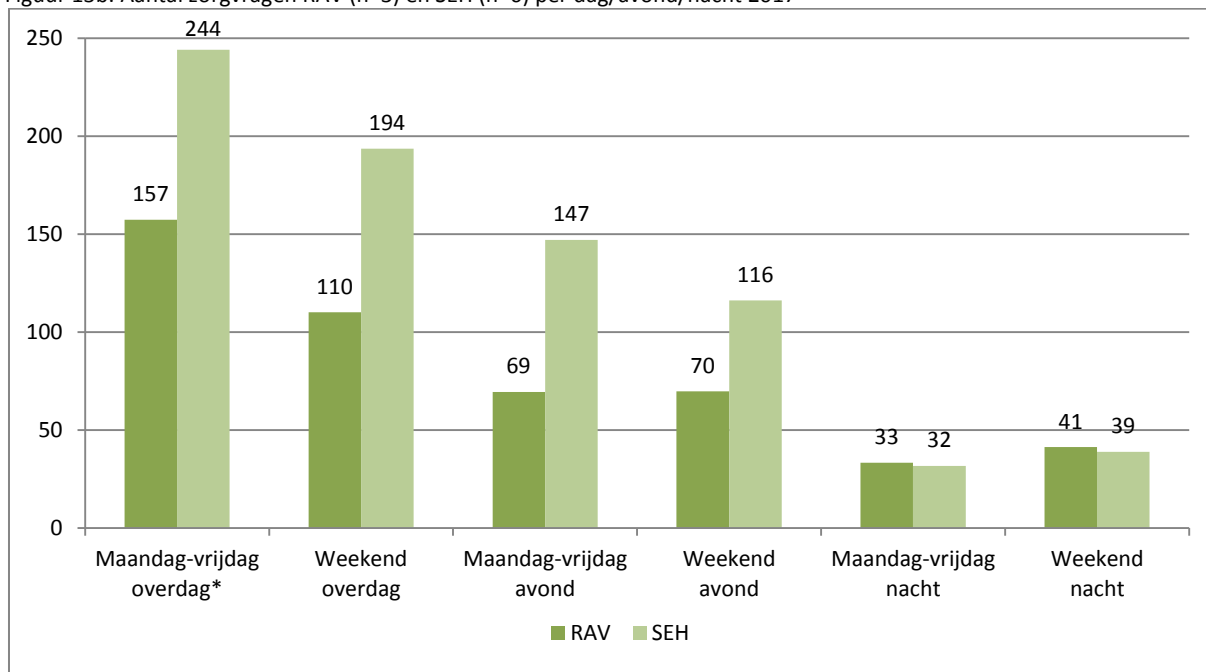
In figuur 13a en 13b is te zien hoe de verdeling van acute zorgvragen per dag (9 uren), avond (7 uren) en nacht (8 uren) is voor de HAP, RAV en SEH in 2017. Het aantal zorgvragen per dag bij HAP (figuur 13a), SEH en RAV (figuur 13b) is doordeweeks overdag groter dan in het weekend overdag. Per avond zijn er bij de HAP meer zorgvragen in het weekend dan doordeweeks (figuur 13a). Bij de RAV is dat ongeveer gelijk en bij de SEH zijn s'avonds juist meer zorgvragen doordeweeks dan in het weekend (figuur 13b). Per nacht zijn er bij de HAP meer zorgvragen op een doordeweekse nacht dan op zaterdag- of zondagnacht (figuur 13a), terwijl bij de RAV en SEH juist de weekendnacht wat drukker is (figuur 13b).

Figuur 13a: Aantal zorgvragen HAP (n=5) per dag/avond/nacht 2017



\* n=6 feestdagen op maandag-vrijdag

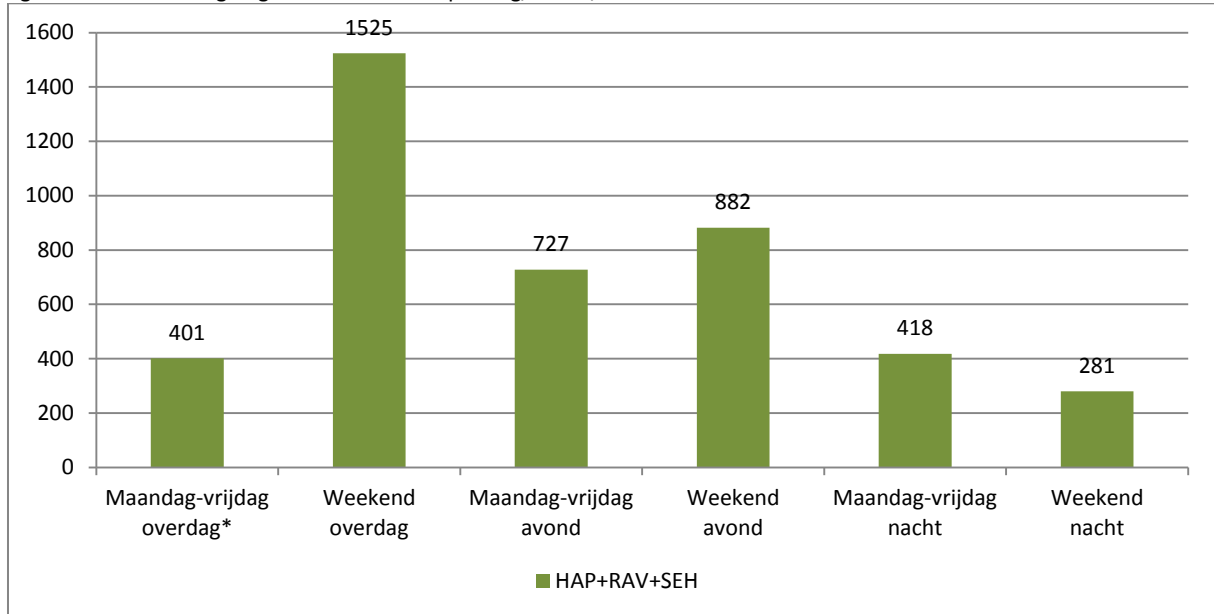
Figuur 13b: Aantal zorgvragen RAV (n=3) en SEH (n=6) per dag/avond/nacht 2017



\* Inclusief feestdagen

Figuur 13c laat zien hoe de totale drukte bij de HAP, RAV én SEH verdeeld is. De grootste vraag naar acute zorg per tijdstip is te zien op weekenddagen overdag. Ook in de avond is de druk op de spoedzorg in het weekend het grootst. In de nacht is juist doordeweeks meer vraag naar acute zorg.

Figuur 13c: Aantal zorgvragen HAP+RAV+SEH per dag/avond/nacht 2017

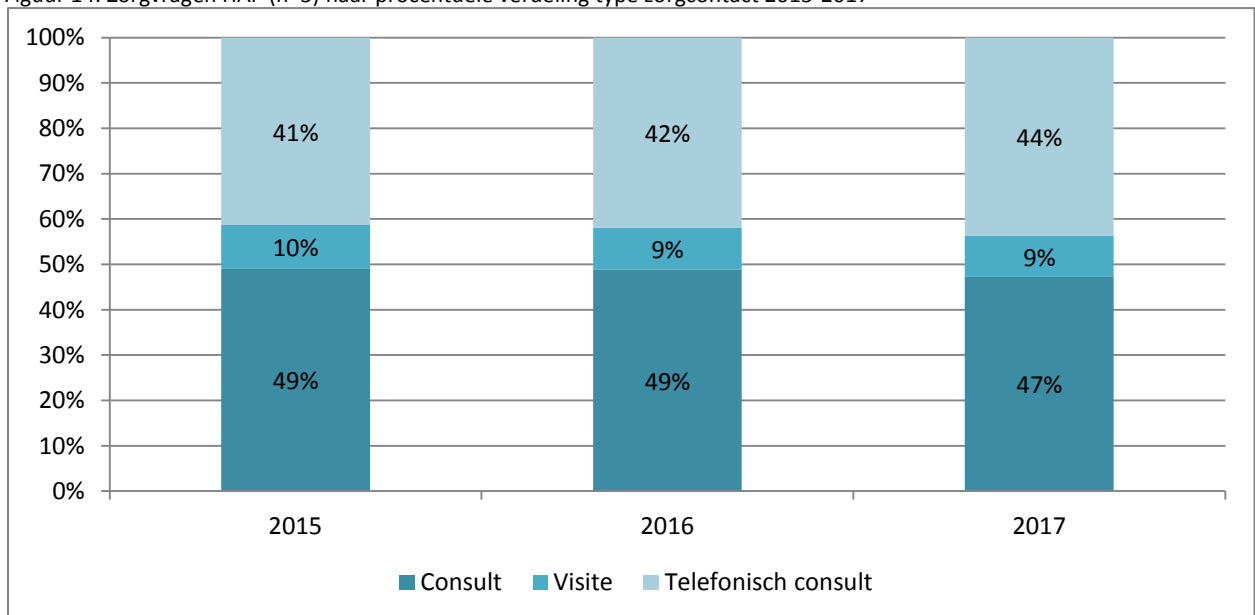


\* Inclusief feestdagen RAV en SEH, exclusief feestdagen HAP

### 3.7 Type acute zorgcontact

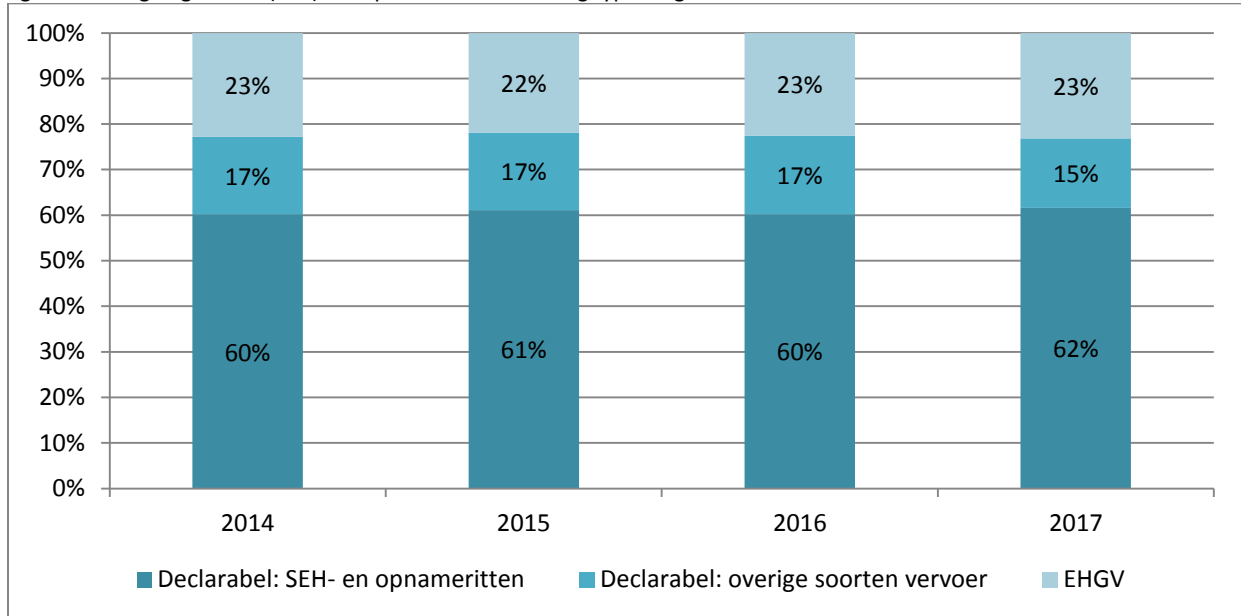
We zien bij de HAP een absolute en procentuele toename van telefonische consulten tussen 2015 en 2017, terwijl dit bij de consulten en visites licht lijkt te dalen, zie figuur 14.

Figuur 14: Zorgvragen HAP (n=5) naar procentuele verdeling type zorgcontact 2015-2017



Bij de declarabele ambulanceritten is er met name tussen 2016 en 2017 een verschuiving te zien naar een groter aandeel SEH- en opnameritten en minder overige soorten vervoer (o.a. overplaatsings- en ontslagritten). Het aandeel EHGVRitten lijkt redelijk stabiel tussen 2014 en 2017, zie figuur 15.

Figuur 15: Zorgvragen RAV (n=3) naar procentuele verdeling type zorgcontact 2014-2017

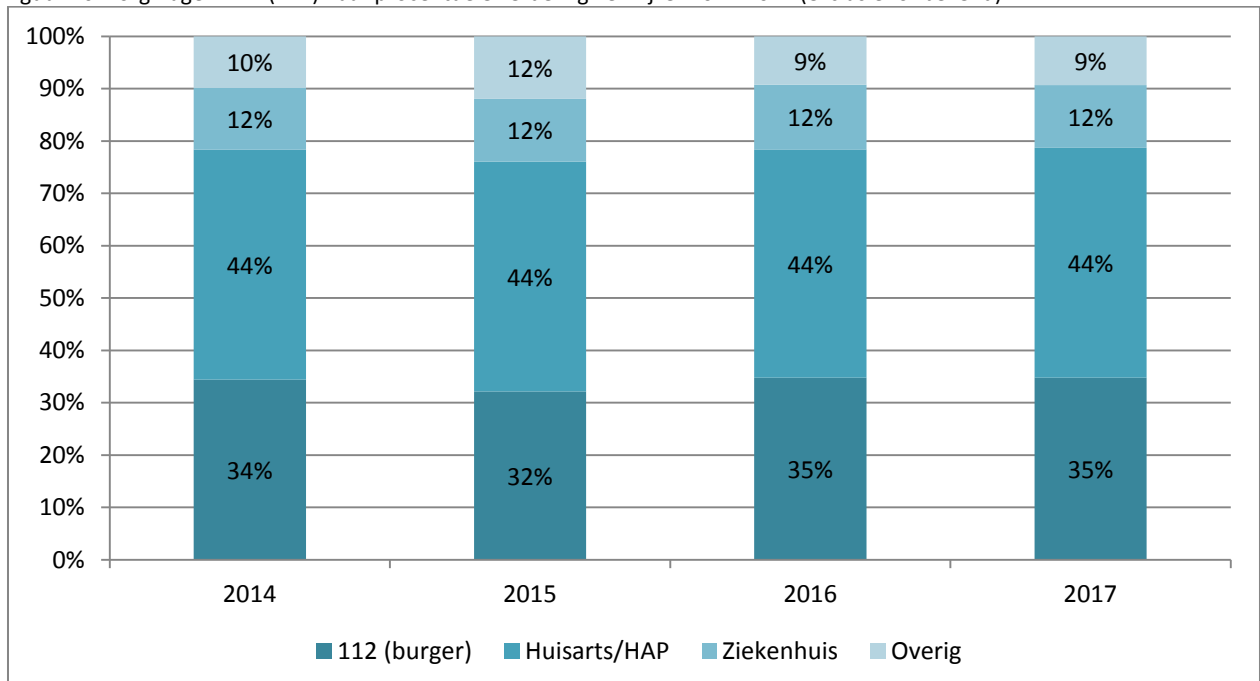


### 3.8 Verwijzing in de acute zorgketen

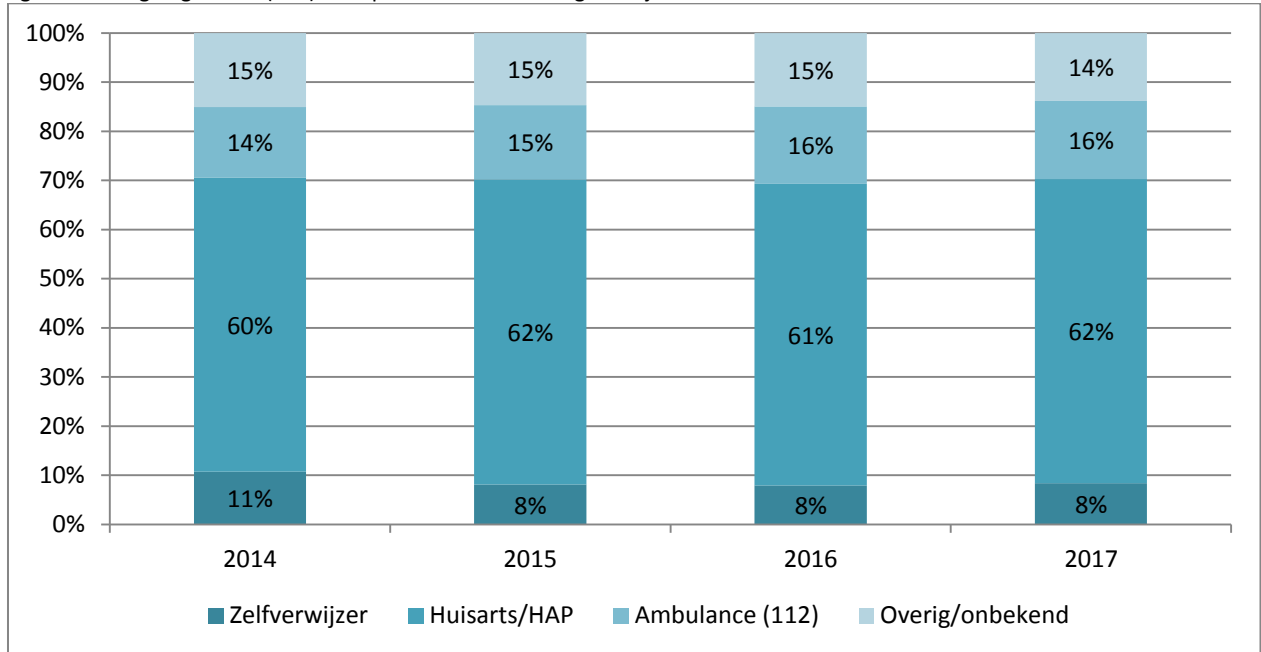
Het aantal ambulanceritten (RAV n=2) met verwijzer 112 (burger), huisarts/HAP en het ziekenhuis neemt toe tussen 2014 en 2017, maar procentueel lijkt alleen het aandeel ambulanceritten via 112 toe te nemen tussen 2015 en 2017, zie figuur 16.

Tussen 2014 en 2017 zien we bij de SEH een verschuiving naar meer huisarts/HAP en 112 als verwijzer en minder zelfverwijzers, zie figuur 17.

Figuur 16: Zorgvragen RAV (n=2) naar procentuele verdeling verwijzer 2014-2017 (exclusief onbekend)



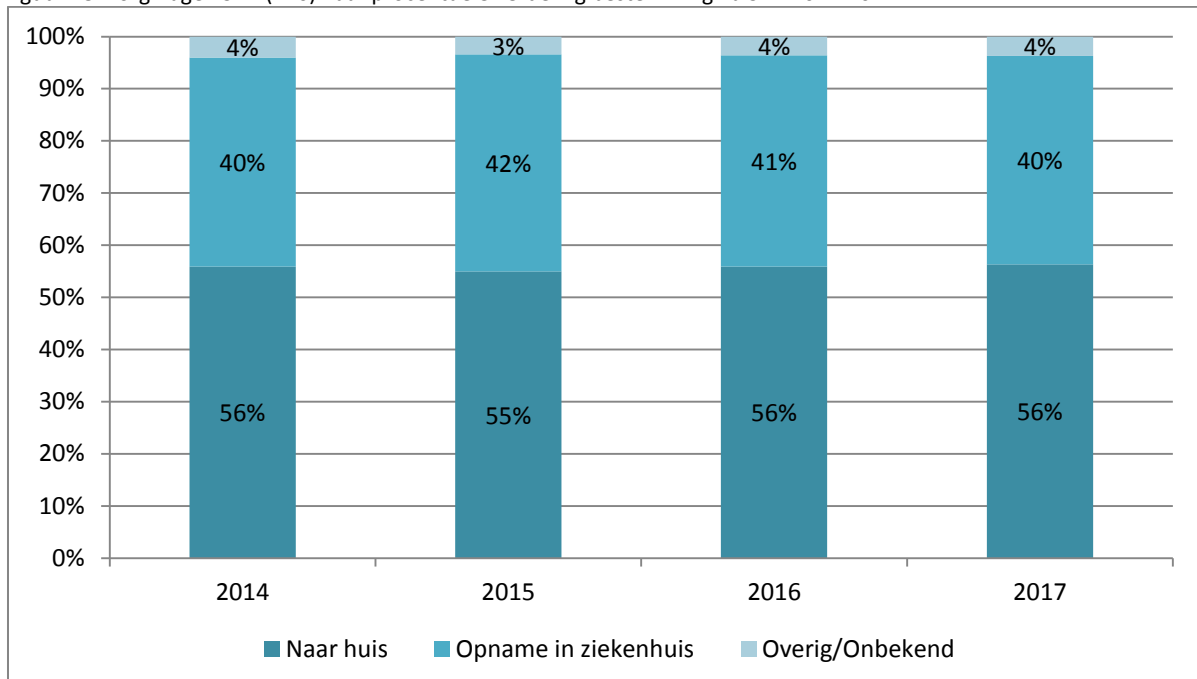
Figuur 17: Zorgvragen SEH (n=6) naar procentuele verdeling verwijzer 2014-2017



### 3.9 Bestemming na de acute zorgketen

De bestemming na SEH verandert weinig tussen 2014 en 2017: het aandeel mensen dat naar huis gaat en het aandeel mensen dat wordt opgenomen na de SEH blijft redelijk stabiel in die periode, zie figuur 18.

Figuur 18: Zorgvragen SEH (n=6) naar procentuele verdeling bestemming na SEH 2014-2017



## 4 Conclusies

- De vraag naar acute zorg (aantal contacten, bezoeken, ritten) bij de HAP, SEH, EHH en RAV in de regio neemt toe tussen 2014 en 2016. In 2017 is er sprake van een daling, met name bij HAP en SEH. Correctie voor de groeiende en ouder wordende bevolking verandert dit beeld niet, zie tabel 1.
- 75plussers:
  - Afwijkend van het algemene beeld, neemt bij 75plussers het aantal zorgvragen toe tussen 2016 en 2017 bij de RAV, SEH en EHH. Bij de HAP neemt het aantal zorgvragen van 85plussers toe tussen 2016 en 2017, maar daalt het aantal zorgvragen van 75-84 jarigen.
  - Kijkend naar de totale groep patiënten met acute zorgvragen zien we dat de groep 75plussers procentueel niet toeneemt tussen 2014 en 2016, maar in 2017 zien we wel 2-3% toename van de groep 75plussers bij de RAV, SEH en EHH. Daarbij zijn er subregionale verschillen.
- Urgenties:
  - Er is een verschuiving in urgentie van acute zorgvragen bij de HAP, RAV en SEH. Het aandeel urgentiecategorieën U4 (HAP) en U3 (SEH) neemt af, terwijl het aandeel van de hogere urgenties toeneemt bij HAP en SEH. Daarnaast neemt op de HAP ook het aandeel U5 en op de SEH het aandeel U4 toe.
  - Bij de RAV zien we echter een procentuele afname van de A1 ritten en een toename van de A2 ritten.
- Type zorg:
  - Er is bij de HAP een procentuele toename van het aandeel telefonische consulten ten koste van het aandeel consulten en visites.
  - Bij de RAV blijft het aandeel EHGVR ritten procentueel gelijk, terwijl het aandeel SEH/opname ritten toeneemt. Ook het procentuele aandeel ritten die via 112 worden ingezet neemt toe.
  - Bij de SEH neemt procentueel het aantal zelfverwijzers af, terwijl het aandeel verwijzingen via de HA(P) en RAV procentueel toeneemt.

## 5 Discussie

### 5.1 Beperkingen van de data

- De gepresenteerde resultaten zijn gebaseerd op volledige data; onvolledige gegevens werden in de analyse niet meegenomen. In de resultaten zijn daarom wisselende partners en/of jaren gerapporteerd.
- Gegevens van partners zijn niet altijd vergelijkbaar door verschil in triagesysteem (SEH) of verschil in organisatiestructuur (EHH).
- Het adherentiegebied voor de acute zorg in de regio is gedefinieerd door gemeenten in de provincie Gelderland die zowel in het adherentiegebied van de RAV als van de HAP vallen. Deze schatting komt waarschijnlijk niet geheel overeen met de adherentiegebieden van de deelnemende ziekenhuizen. Daarmee is de exacte populatie at risk niet bekend.

### 5.2 Resultaten vergeleken met ander onderzoek

De resultaten over de periode 2014-2016 in dit onderzoek komen grotendeels overeen met andere landelijke trendonderzoeken over die periode, uitgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (2) (HAP, SEH en RAV), Ineen (3) en NIVEL (4) (HAP), Ambulancezorg Nederland (5) (RAV) en Gaakeer et al (6), Fluent Healthcare (7) en VeiligheidNL (8) (SEH).

- Er zijn nog geen landelijke cijfers beschikbaar over 2017. De gevonden daling in het aantal acute zorgvragen tussen 2016 en 2017 in de Acute Zorgregio Oost kunnen daarom nog niet vergeleken worden met landelijke cijfers.
- Alle onderzoeken laten een toename zien van zorgvragen tussen 2014 en 2016 bij de HAP, evenals een verschuiving naar hogere urgenties (2,3,4).
- Ook het aantal A1, A2 en B ritten van de RAV neemt landelijk toe (2,5). Landelijk daalt het aandeel EHGV ritten tussen 2014 en 2015 en blijft dit in 2016 stabiel (5), terwijl dit aandeel in Acute Zorgregio Oost tussen 2014 en 2017 stabiel blijft.
- Het aantal SEH zorgvragen neemt in de Acute Zorgregio Oost in de periode 2014-2016 toe, terwijl landelijk (2, 6, 7) het aantal SEH zorgvragen in de periode 2014-2016 afneemt. Uit de Markscan van de Nationale Zorgautoriteit blijkt dat het aantal SEHbezoeken in onze regio het meest is toegenomen ten opzichte van alle andere acute zorgregio's (2).
- In Acute Zorgregio Oost neemt het aantal zorgvragen van 75 plussers per 1000 inwoners bij de HAP af tussen 2015 en 2017. Deze daling is landelijk ook al te zien tussen 2015 en 2016 (2,4). De landelijke cijfers over de ambulancezorg (5) tonen een vergelijkbaar beeld als in Acute Zorgregio Oost over het procentuele aandeel zorgvragen van 75plussers: tussen 2014 en 2015 een (lichte) toename en vervolgens weer een (lichte) daling in 2016. Bij de SEH komen de landelijke cijfers niet helemaal overeen. Landelijk (2) en in Acute Zorgregio Oost zien we een lichte toename van het aandeel zorgvragen van 75plussers tussen 2014 en 2015. In 2016 blijft het aandeel zorgvragen van 75 plussers landelijk gelijk (2), maar in Acute Zorgregio Oost daalt het aandeel weer.
- Landelijk (6) trendonderzoek bevestigen het beeld dat er op de SEH een afname is van zelfverwijzers en een toename van verwijzingen door HA/HAP en 112. Daarnaast blijkt uit landelijke cijfers (2,6) ,dat in de periode 2014-2016 patiënten vanuit de SEH vaker opgenomen worden in het ziekenhuis. Ook in Acute Zorgregio Oost zien we die trend, die echter in 2016 juist weer ombuigt naar minder opnames na SEH-bezoek.
- Landelijke cijfers (8) wijzen op een geleidelijke toename van het aantal zorgvragen gerelateerd aan ziekte/aandoening en een daling van het aantal letselgerelateerde SEH zorgvragen tussen 2006 en 2016. Als een mogelijke verklaring wijst VeiligheidNL op de afname van het aantal en aandeel SEH-bezoeken voor oppervlakkig letsel en open wonden. In de regio zien we eveneens een daling van het aandeel heelkunde op de SEH.
- Er zijn geen landelijke of regionale trendgegevens bekend over de EHH. De gegevens uit dit onderzoek geven daarmee een eerste beeld van de ontwikkelingen in de cardiologische zorgvragen.

### 5.3 Monitor Acute Zorg

Passend bij de taakstelling van het ROAZ is er sturingsinformatie nodig, om adequaat op de gesignaleerde toename in de acute zorgvraag te kunnen anticiperen. Daartoe voert AZO jaarlijks samen met de partners de Monitor Acute Zorg uit. De Monitor geeft inzicht in specifieke patiëntengroepen (bijvoorbeeld AMI-keten, ouderen, syncope) en hun route door de acute zorgketen. Resultaten uit de Monitor Acute Zorg en dit trendonderzoek zijn daarmee aanvullend aan elkaar.

Recent zijn de gegevens van de Monitor Acute Zorg (april) 2015 en (april) 2016 en de trendgegevens 2015 en 2016 met elkaar vergeleken. Hieruit blijkt dat de patiëntgegevens en de gegevens met betrekking tot de acute zorgvraag van de maand april een goede afspiegeling vormen van het hele jaar.



## Referenties

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. <http://statline.cbs.nl/Statweb/dome/default.aspx>.
2. Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan acute zorg. NZa, september 2017.
3. Ineen. Benchmarkbulletin Huisartsenposten 2016. Ineen, augustus 2017.
4. T. Jansen, M. Smits, R. Verheij. Zorg op de huisartsenpost; Jaarcijfers 2016 en trendcijfer 2013-2016. NIVEL, Utrecht, juli 2017.
5. Ambulancezorg Nederland. Tabellenboek 2016. AZN, 16 november 2017.
6. M.I. Gaakeer et al. Landelijke ontwikkelingen in de Nederlandse SEH's; aantallen en herkomst van patiënten in de periode 2012-2015. Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D970.
7. G. de Kousemaeker. Code Oranje; kwantitatief onderzoek naar de ontwikkelingen in de spoedzorg. Fluent Healthcare, Amsterdam, 12-01-2017.
8. C. Stam, B. Blatter. Letsels 2016; Kerncijfers LIS. Rapport 675 versie 2, VeiligheidNL, Amsterdam, september 2017.

## **Bijlage 1 Verschillen tussen de vragenlijst 2013-2016 en 2017**

De vragenlijst 2017 is aangepast aan de landelijke, uniforme vragenlijst trendonderzoek van de LNAZ Werkgroep registraties. Hierdoor is er een aantal wijzigingen ten opzichte van de vragenlijst 2013-2016:

### **HAP, RAV, SEH en EHH**

- Extra vraag Sekse
- Extra vraag Tijdstip zorgvraag
- Gewijzigde leeftijdsindeling

### **HAP**

- Extra vraag Herkomst patiënt

### **RAV**

- Gewijzigde exclusiecriteria: 2013-2016 exclusief loze en afgebroken inzetten en voorwaardenscheppende ritten; 2017: exclusief voorwaardenscheppende ritten
- Extra vraag Aard inzet
- Vervallen vraag Soort vervoer
- Bestemming: gewijzigde inclusiecriteria 2017: het betreft alleen A1 en A2 SEH-en opnameritten

### **SEH**

- Hoofdbehandelaar:
  - 2017 gewijzigde inclusiecriteria Interne geneeskunde: inclusief nefrologie, MDL/gastro en hematologie;
  - 2017 gewijzigde inclusiecriteria Heelkunde: inclusief traumatologie/chirurgie/orthopedie en vaatchirurgie

## Bijlage 2 Beperkingen data en consequenties voor de resultaten

### HAP:

- Door wijzigingen in het softwaresysteem waren enkele gegevens van 2017 minder vergelijkbaar met die van eerdere jaren. Alle HAP hebben daarom de gegevens van 2015, 2016 en 2017 aangeleverd volgens de nieuwe vragenlijst;
- Resultaten gebaseerd op n=5 en periode 2014-2017 of 2015-2017;

### SEH:

- Totaal: gebaseerd op n=7 en periode 2014-2017; 1 SEH heeft gegevens van 340 dagen aangeleverd, vanwege wijziging naar een nieuwe ZIS; deze gegevens zijn omgerekend naar 365 dagen.
- Leeftijd per 1000 inwoners: gebaseerd op n=5 en periode 2014-2017; 1 SEH heeft geen leeftijdgegevens over 2017 aangeleverd; 1 SEH valt niet binnen de regio wat betreft inwonersgegevens.
- Urgentie: gebaseerd op n=6 en periode 2016-2017; bij 1 SEH is het aandeel onbekend groot, waardoor de aangeleverde gegevens onvoldoende betrouwbaar zijn;
- Hoofdbehandelaar: gebaseerd op n=6 en periode 2014-2017; 1 SEH heeft alleen gegevens van 2017 aangeleverd
- Verwijzer: gebaseerd op n=6 en periode 2014-2017; bij 1 SEH is het aandeel onbekend groot waardoor de aangeleverde gegevens onvoldoende betrouwbaar zijn;
- Bestemming: gebaseerd op n=6 en periode 2014-2017, bij 1 SEH is het aandeel onbekend groot waardoor de aangeleverde gegevens onvoldoende betrouwbaar zijn.

### EHH:

- Totaal: gebaseerd op n=5 en de periode 2014-2017; 1 EHH heeft geen gegevens van 2017 aangeleverd; 1 EHH heeft alleen gegevens van 2017 aangeleverd
- Leeftijd: gebaseerd op n=4 en periode 2014-2017; 2 EHH hebben geen gegevens van 2017 aangeleverd; 1 EHH heeft alleen gegevens van 2017 aangeleverd
- Verwijzer niet geanalyseerd vanwege onvoldoende betrouwbare gegevens;
- Bestemming: niet geanalyseerd vanwege onvoldoende betrouwbare gegevens.

### RAV:

- Resultaten gebaseerd op n=3 en de periode 2014-2017; 1 RAV is eind 2017 overgestapt naar een ander systeem en heeft de gegevens van januari-november 2017 omgerekend naar 12 maanden
- Leeftijd: gebaseerd op n=3 en periode 2014-2017; door de CAO-acties in 2015 is er een substantieel aandeel leeftijd onbekend; we nemen aan dat de zorgvragen met ontbrekende leeftijdsinformatie geen selectie vormen naar leeftijd en hebben de zorgvragen met onbekende leeftijd naar rato verdeeld over de leeftijdscategorieën;
- Urgentie: gebaseerd op n=3 en 2014-2017; exclusief onbekend
- Werkdiagnose: niet geanalyseerd vanwege ontbrekende en onvoldoende betrouwbare gegevens
- Verwijzer: gebaseerd op n=2 en 2014-2017; 1 RAV heeft geen gegevens 2014 en 2015 aangeleverd door softwareproblemen;
- Aard inzet: gebaseerd op n=3 en 2014-2017; mede gebaseerd op de gegevens van type vervoer 2014-2016
- Bestemming: niet geanalyseerd vanwege gewijzigde inclusiecriteria in 2017.