

## **Bronnen en methode monitor acute zorg 2020**

# Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

**Originele versie:**

Citeertitel: Bronnen en methode monitor acute zorg 2020

**Soort document:**

Type: Onderzoek en analyse - Rapport

# Inhoudsopgave

Overzicht van de datasets.....	5
Deel 1: Gegevens per analyse: Patiëntenstromen acute zorg.....	11
Deel 2: Gegevens per analyse: Informatiekaart regionale ontwikkelingen.....	14
Gegevens per analyse: Aanvullende figuren.....	16

## **Bronnen en methode monitor acute zorg 2020**

Dit document bevat aanvullende informatie over de gebruikte gegevensbronnen, analyses en definities in de monitor Acute Zorg 2020. Deze informatie wordt per analyse gespecificeerd. Eerst geven we een overzicht van de gebruikte datasets.

# Overzicht van de datasets

In deze sectie worden de gegevensbronnen beschreven die in verschillende analyses worden gebruikt.

## 2.1 Gegevensbronnen acute zorg

De analyses zijn uitgevoerd op basis van de volgende datasets:

- Declaraties van Vektis (beschikbaar in december 2020) op patiëntniveau over huisartsenzorg, ambulancezorg medisch-specialistisch zorg, elv, wlz en wijkverpleging. Deze bestanden koppelen we aan de patiëntkenmerken bestanden van Vektis (geboortjaar, geslacht, postcode van het woonadres)
- Dataset Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (aanlevering: oktober 2020)
- Dataset ambulance inzetten van het RIVM (aanlevering: september 2020)
- Dataset van seh-stops (de laatste aanlevering: 1e kwartaal 2021)

Hieronder worden deze datasets in meer detail beschreven.

## 2.2 Declaraties van Vektis

### 2.2.1 Dataset huisartsenzorg (Vektis)

De dataset over huisartsenzorg bevat declaratiegegevens over de periode 2015-2020. Het jaar 2020 is nog incompleet, maar we gaan ervan uit dat de eerste helft van 2020 al redelijk compleet is. We selecteren declaraties van consulten, telefonische consulten, en visites. Onderstaande tabellen bevatten de prestatiecodes die we gebruiken om de relevante prestaties te identificeren met betrekking tot huisartsenzorg in de kantooruren en in de anw-uren. Het productievolume wordt in consulteenheden gemeten. De kolom 'weging' in onderstaande tabellen laat zien met welke weging verschillende prestaties worden meegenomen. De laatste kolom betreft de wijziging per 2019.

Per 2019 is er een wijziging van de prestaties voor huisartsenzorg in de kantooruren: de specifieke prestaties e-mailconsult en het telefonische consult vervallen. Nieuw is de prestatie 'consult tot 5 minuten'. Hierdoor kunnen we het aantal consulteenheden bij de huisartsenzorg in de kantooruren niet gebruiken voor de trends. Hierdoor presenteren we de trends over de zorg in de kantooruren alleen in termen van aantal patiënten.

In de anw-uren kunnen we wel de indicator van consulteenheden gebruiken, omdat de meeste zorg door de hap is geleverd, en er geen wijziging van prestaties was bij de hap. Alleen een klein aandeel van deze zorg is geleverd door de eigen huisarts, waar ook dezelfde wijziging van toepassing was als voor de zorg in de kantooruren.

Prestaties huisartsenzorg (consulten en visites) in de kantooruren

PRESTATIECODE	omschrijving	weging	intreding
12000	Consult regulier korter dan 20 minuten	1	
12001	Consult regulier 20 minuten en langer	2	
12002	Visite regulier korter dan 20 minuten	1,5	
12003	Visite regulier 20 minuten en langer	2,5	

12004	Telefonisch consult regulier	0,5	
12400	Consult passant korter dan 20 minuten	1	
12401	Consult passant 20 minuten en langer	2	
12402	Visite passant korter dan 20 minuten	1,5	
12403	Visite passant 20 minuten en langer	2,5	
12404	Telefonisch consult passant	0,5	
12500	Consult militair korter dan 20 minuten	1	
12501	Consult militair 20 minuten en langer	2	
12502	Visite militair korter dan 20 minuten	1,5	
12503	Visite militair 20 minuten en langer	2,5	
12504	Telefonisch consult militair	0,5	
12510	Consult gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten	1	
12511	Consult gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer	2	
12512	Visite gemoedsbezwaarde korter dan 20 minuten	1,5	
12513	Visite gemoedsbezwaarde 20 minuten en langer	2,5	
12514	Telefonisch consult gemoedsbezwaarde	0,5	
12010	Consult regulier korter dan 5 minuten	0,5	per 2019
12011	Consult regulier vanaf 5 minuten en korter dan 20 minuten	1	per 2019
12410	Consult passant korter dan 5 minuten	0,5	per 2019

12411	Consult passant vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1	per 2019
12507	Consult militair korter dan 5 minuten	0,5	per 2019
12519	Consult militair vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1	per 2019
12520	Consult gemoedsbezwaarden korter dan 5 minuten	0,5	per 2019
12521	Consult gemoedsbezwaarden vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1	per 2019

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

PRESTATIECODE	omschrijving	weging	intreeding
12300	Consult HAP/HDS	1	
12301	Visite HAP/HDS	1,5	
12302	Telefonisch consult HAP/HDS	0,5	
12200	Consult ANW korter dan 20 minuten	1	
12201	Consult ANW 20 minuten en langer	2	
12202	Visite ANW korter dan 20 minuten	1,5	
12203	Visite ANW 20 minuten en langer	2,5	
12204	Telefonisch consult ANW	0,5	
12207	Consult ANW korter dan 5 minuten	0,5	per 2019
12208	Consult ANW vanaf 5 minuten tot 20 minuten	1	per 2019

#### 2.2.2 Dataset ambulancezorg (Vektis)

De dataset bevat records over ambulance vervoer in 2016-2019. Hierbij zijn alleen de gedeclareerde ambulanceritten meegenomen waarbij een patiënt vervoerd is door de ambulance (geen afgebroken ritten, geen SHGV, geen intra klinisch vervoer). Deze dataset wordt alleen gebruikt om de instroom via ambulancevervoer naar de seh in kaart te brengen. In eerdere publicaties gebruikten we hiervoor de BASIC

dataset van Vektis, waarbij we het jaarbedrag van ambulancezorg van seh-patiënten modelmatig naar de seh-bezoeken hadden verdeeld. Met de huidige dataset kan dit op basis van de koppeling van de datums van de seh en de datum van de rit, wat meer nauwkeurig is. Dat betekent dat we dit meer nauwkeurig in kaart kunnen brengen dan in eerdere publicaties. Door deze wijziging ontstaat er een kleine discrepantie met de absolute cijfers van de instroom in de seh via ambulance in de vorige publicatie, maar kwalitatief gezien zijn de cijfers in beide berekeningen in lijn met elkaar.

### 2.2.3 Dataset seh (Vektis)

De dataset seh bevat de gegevens over de acute zorg in het ziekenhuis op de seh of op een gerelateerde afdeling. De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over medisch-specialistische zorg in 2016-2019 (de jaren 2016-2018 zijn nagenoeg volledig; de gegevens van het jaar 2019 zijn mogelijk nog niet helemaal volledig, maar gezien een hoger aantal declaratierecords in Q4.2019 in vergelijking met Q4.2018, beschouwen we deze gegevens als bijna compleet; eventuele correcties in dit of eerdere jaren moeten mogelijk nog worden verwerkt). De dataset bestaat uit alle spoedeisende hulp contacten die we identificeren aan de hand van de volgende kenmerken:

- spoedeisende hulp contact op de seh-afdeling (ZA 190015)
- spoedeisende hulp contact buiten de seh afdeling, elders in het ziekenhuis (ZA 190016)
- DBC's waarbij geen ZA 190015 of ZA 190016 voorkomen, maar CODE\_ZELFVERWIJZER\_CD gelijk is aan '01' of '03'. In dit geval zetten we de datum van het bezoek op de openingsdatum van de dbc
- Daarnaast zijn overige zorgproducten van kaakchirurgie meegenomen waarbij CODE\_ZELFVERWIJZER\_CD gelijk is aan '01' of '03' (declaratiecode begint met '23'). Het aantal van deze declaraties is rond 1000 per jaar.

De selectie van ziekenhuizen bevat alleen algemene en academische ziekenhuizen (AGB-codes beginnend met '0601..' en '0602..').

### 2.2.4 Dataset klinische opnames (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over medisch-specialistische zorg in 2016-2019. De selectie van ziekenhuizen bevat alleen algemene en academische ziekenhuizen (AGB-codes beginnend met '0601..' en '0602..'). Voor de analyse zijn verpleegdagen, intensive care dagen en 'verkeerde bed'-dagen gekoppeld aan de dag van seh-bezoek, waarbij er maximaal één dag verschil is tussen de dag van het seh-bezoek en de verblijfsdag. Aaneengesloten periodes van verblijf zijn aan elkaar verbonden, om opname periodes te definiëren. Op één dag kan een patiënt maar één verblijfstype hebben. Hierbij is er van 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 190216, 190218 en 190200.
- Intensive care dagen: Add-ons met declaratiecodes 190150, 190151, 190153, 190154, 190155, 190157 en 190158
- Verkeerde bed dagen: Overige zorgproducten met codes 190031 en 190038

### 2.2.5 Dataset Revalidatie zorg (Vektis)



We onderscheiden twee types revalidatie zorg, namelijk geriatrische revalidatiezorg (grz) en medisch specialistische revalidatiezorg (msrz). De revalidatiezorg in de Wlz (Wlz) is meegenomen bij de vervolgzorg WLZ. Voor alle types kijken we alleen naar het verblijf in de gegevens over 2015-2019.

- 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 190216, 190218 en 190200 bij instellingen waarvan de eerste drie cijfers van de AGB-code 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 er van uitgegaan 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.

#### 2.2.6 Dataset elv (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over wlz en wijkverpleging. We gebruiken voor 2016 de gegevens uit het wlz bestand met de prestaties SE031, SE063 en SE103. We gebruiken voor de jaren 2017-2019 de gegevens uit het wijkverpleging bestand met de prestaties A0001, A0002 en A0003. Aaneengesloten periodes van verblijf zijn aan elkaar verbonden om opname periodes te definiëren. Elv-opnames zijn gekoppeld aan de dag van seh-bezoek of de laatste dag van klinische opname, waarbij er maximaal twee dagen verschil is tussen de opnames.

#### 2.2.7 Dataset Wijkverpleging (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over wijkverpleging in 2016-2019. Voor de analyse zijn de declaraties van wijkverpleging op pseudo-bsn niveau gekoppeld aan de seh-bezoeken en klinische opnames. Hiermee wordt dan bepaald of er aansluitend, na het seh-bezoek/klinische opname een declaratie van wijkverpleging liep.

#### 2.2.8 Dataset Wlz (Vektis)

De gegevens zijn geselecteerd uit de declaratiebestanden van Vektis over Wlz in 2016-2019. Voor de analyse zijn de declaraties van Wlz op pseudo-bsn niveau gekoppeld aan de seh-bezoeken en klinische opnames. Hiermee wordt dan bepaald of er aansluitend, na het seh-bezoek/klinische opname een declaratie van Wlz loopt.

### 2.3 Dataset Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

De dataset van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn bevat data over de huisartsenzorg in de kantooruren en in de anw-uren. De dataset is koppelbaar met de gegevens van Vektis, en bevat aanvullende gegevens rond het contact met de zorgverlener (zoals tijd, urgentie, ingangsklacht, diagnosecode). De dataset is bovendien representatief voor Nederland, met een dekking van ongeveer 50-60% van de zorg door de hap en 10% van de zorg in de kantooruren. In de monitor maken we gebruik van enkele gegevens over de zorg geleverd door de hap in 2019, gekoppeld met de seh-dataset. De verdelingen voor andere jaren zijn vergelijkbaar met het jaar 2019.

### 2.4 Dataset ambulance inzetten van RIVM

De dataset bevat records over ambulance inzetten in de periode 2015-2019. Deze gegevens zijn niet één-op-één te koppelen (op patiëntniveau) aan Vektis bestanden.

Het aantal regels voor 2017 wijkt af van de AZN publicaties. Dit komt door een aanvullende datalevering van een regio voor November-December 2017. Daarnaast is er nog een mogelijke kleine discrepantie met AZN door een andere bewerking van de gegevens over 64 ritten in het bestand voor 2017, waarbij de definitie van het jaar niet eenduidig was, omdat deze ritten de begindatum in 2016 hadden. In onze analyse hebben we deze records meegenomen bij het jaar 2016. Dat verklaart een mogelijk verschil in de 2016-2017 cijfers, en hierdoor in de groeicijfers in de periode 2016-2018.

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. Omdat het aantal inzetten met een ontbrekend afhaaladres relatief klein is, en omdat de meeste patiënten van een RAV vaak in dezelfde ROAZ zitten, kunnen we deze procedure in de meeste gevallen toepassen.

#### **2.4 Dataset van seh-stops**

De dataset van stops bevat de registratie van seh-stops. Deze stops worden apart geregistreerd voor enkele soorten acute zorg: SEH, ICU, EHH, CCU, CT, SR en OK. De dataset dekt vier ROAZ gebieden: namelijk: SpoedzorgNet AMC, Noordwest, Midden Nederland en West. Over de eerste drie regio's hebben we de volledige periode 2016-2020. Sinds 2018 zijn er ook gegevens beschikbaar over de ROAZ West: de periode 2018-2020. Daarom zijn de meeste analyses uitgevoerd op basis van de eerste drie regio's over 2016-2020; en vervolgens zijn de conclusies gecontroleerd op consistentie op basis van de volledige dataset, inclusief de gegevens van ROAZ West.

# Deel 1: Gegevens per analyse: Patiëntenstromen acute zorg

Figuur: Stromen acute zorg, 2018-2019

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

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

Figuur: Aantal (telefonische) consulten en visites anw huisarts, 2015-2019

Bron: Vektis

De index is berekend als percentage ten opzichte van 2015.

Het aantal consulten is het aantal prestaties 12300, 12200, 12201, 12207, 12208.

Het aantal telefonische consulten is het aantal prestaties 12302, 12204.

Het aantal visites is het aantal prestaties 12301, 12202, 12203.

Het aantal consulteenheden is een gewogen som met de weging op basis van de tabel van gewichten in sectie 2.2.1 van Bronnen en Methoden.

Door de verschillen in standaardisaties kunnen de aantallen in deze publicatie licht afwijken van de aantallen in eerdere publicaties (Marktscan 2017, en Monitor 2018) maar het kwalitatieve beeld blijft consistent met eerdere publicaties.

#### Figuur: Ingangsklachten patiënten huisartsenpost, met en zonder verwijzing seh

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en Vektis

Deze figuur maakt gebruik van ingangsklachten van patiënten uit de dataset Nivel. Hierbij gaat het over de ingangsklachten vanuit de triage (niet de diagnoses vastgesteld tijdens het contact). De records over ingangsklachten worden gekoppeld aan de dataset seh, hierbij worden alleen de records geselecteerd waarbij we patiënt-ID kunnen koppelen met Vektis. Vervolgens worden unieke records geselecteerd (per patiënt x datum x ingangsklacht x indicator bezoek-seh) en deze selectie wordt naar een hoger niveau geaggregeerd. De figuur van de verdeling naar de ingangsklachten is gemaakt op basis van het meest recente jaar in beide datasets, het jaar 2019. De verdeling van de ingangsklachten (zonder de indicator seh) komt overeen met de eerdere publicatie van Nivel: <https://nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/triage-ingangsklachten-en-urgentietoekening>.

#### Tabel: Ontwikkeling aantal ambulance-inzetten, 2015-2019

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.

#### Figuur: Aantal en type inzetten, 2015-2019

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)'.

#### Tabel: Aantal seh's in Nederland, 2015- 2020

Bron: RIVM

Deze tabel geeft het aantal seh's in Nederland weer op basis van verschillende rapporten van het RIVM.

RIVM 'Aanbod en bereikbaarheid van de spoedeisende ziekenhuiszorg in Nederland'

RIVM 'Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2020'

RIVM 'Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2019'

#### Tabel: Aandeel ligdagen ziekenhuis patiënten via seh in %, 2016-2019

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. Hierbij is toegestaan dat er maximaal 2 dagen verschil is tussen de types verblijfsdagen. 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.

Tabel: Uitstroom vanaf de seh 2019

Bron: Vektis

Voor 2019 is berekend hoeveel patiënten de verschillende types vervolgzorg hebben gehad na een seh-bezoek. Additioneel is de vervolgzorg in een ander ziekenhuis bepaald. Als er op de dag of de dag na het seh-bezoek een klinische opname was met een andere agb-code dan de agb-code van het seh-bezoek dan is het vervolgzorg in een ander ziekenhuis.

## Deel 2: Gegevens per analyse: Informatiekaart regionale ontwikkelingen

Figuur: Ontwikkelingen consulteenheden huisartsenzorg anw-uren naar ROAZ-regio, 2015-2019

Bron: Vektis

Het aantal consulteenheden is gedefinieerd als het gewogen gemiddelde van het aantal prestaties van de zorg van de hap en de eigen huisarts in de anw-uren. De gewichten zijn te vinden in de tabel over de anw-uren in sectie 2.2.1. De index is berekend als percentage ten opzichte van 2015. De cijfers laten de toename/afname zien van de totale productie per ROAZ. De indeling naar ROAZ is gedaan op basis van de postcode van de patiënt.

Figuur: Ontwikkelingen gestandaardiseerd aantal patiënten huisartsenzorg anw-uren naar ROAZ-regio, 2015-2019

Vektis en CBS Statline

We gebruiken de dataset van de huisartsenzorg in de anw-uren om het aantal unieke patiënten per dag te bepalen. De figuur laat het verschil zien met het landelijk gemiddeld zorggebruik. Het landelijk gemiddelde is berekend als het totaal aantal van patiënten per jaar gedeeld door de bevolking. Het ROAZ-gemiddelde is gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht.

De bevolkingscijfers zijn gedownload uit CBS Statline op 5-jaarsleeftijdsgeslacht categorie op postcodeniveau, en zijn vervolgens geaggregeerd naar ROAZ. De standaardisatie houdt in dat de gegevens over patiënten worden ingedeeld in de 5-jaarsleeftijdsgeslacht categorie en naar ROAZ. Het gemiddelde zorggebruik wordt berekend op dit aggregatieniveau. We definiëren het gestandaardiseerd gemiddeld gebruik van de ROAZ als een gewogen gemiddeld zorggebruik in de ROAZ, met de landelijke populatieaandelen van 5-jaarleeftijdsgeslacht groepen als gewichten.

Voor deze analyse gebruiken we de leeftijd op de peildatum 1 januari van dat jaar.

Figuur: Ontwikkelingen ambulancezorg (spoedeisende en planbare inzetten) naar ROAZ-regio, 2015-2019

Bron: RIVM

De index is berekend als percentage ten opzichte van 2015. De indeling naar ROAZ is gedaan op basis van het ophaaladres van de patiënt. Zie sectie 2.4 van Bronnen en Methoden voor de beschrijving van de benadering bij inzetten met een ontbrekende ophaallocatie van de patiënt.

Figuur: Ontwikkelingen spoedeisende hulp naar ROAZ-regio, 2016-2019

Bron: Vektis

De analyse is uitgevoerd op basis van dataset seh, waarbij we het aantal unieke patiënten per dag optellen. De index is berekend als percentage ten opzichte van 2016. De indeling naar ROAZ is gedaan op basis van de postcode van de patiënt.

Figuur: Ontwikkelingen gestandaardiseerd aantal patiënten op de seh naar ROAZ-regio, 2016-2019

Bron: Vektis en CBS Statline

De analyse is gedaan obv de dataset van patienten seh, waarbij we dezelfde standaardisatie toepassen als bij dezelfde soort figuur hierboven (zie figuur: 'Ontwikkeling van gestandaardiseerd aantal patiënten huisartsenzorg anw-uren naar ROAZ-regio').

Figuur: Ontwikkelingen klinische opname naar ROAZ-regio, 2016-2019

Bron: Vektis en CBS Statline

De analyse is gedaan obv de dataset van klinische opname na seh-bezoek, waarbij we het aantal klinische opnames optellen. De index is berekend als percentage ten opzichte van 2016.

Figuur: Ontwikkelingen gestandaardiseerd aantal klinische opname naar ROAZ-regio, 2016-2019

Bron: Vektis

De analyse is gedaan obv de dataset van klinische opname, waarbij we dezelfde standaardisatie toepassen als bij dezelfde soort figuur hierboven (zie figuur: 'Ontwikkeling van gestandaardiseerd aantal patiënten huisartsenzorg anw-uren naar ROAZ-regio').

Figuur: Ontwikkelingen eerstelijnsverblijf opnames naar ROAZ-regio, 2016-2019

Bron: Vektis en CBS Statline

De analyse is gedaan obv de dataset van elv, waarbij we het aantal elv opnames optellen. De index is berekend als percentage ten opzichte van 2016.

Figuur: Ontwikkelingen gestandaardiseerd aantal eerstelijnsverblijf opnames naar ROAZ-regio, 2016-2019

Bron: Vektis

De analyse is gedaan obv de dataset van eerstelijnsverblijf, waarbij we dezelfde standaardisatie toepassen als bij dezelfde soort figuur hierboven (zie figuur: 'Ontwikkeling van gestandaardiseerd aantal patiënten huisartsenzorg anw-uren naar ROAZ-regio').

## Gegevens per analyse: Aanvullende figuren

### Figuur: Tijdstip hap

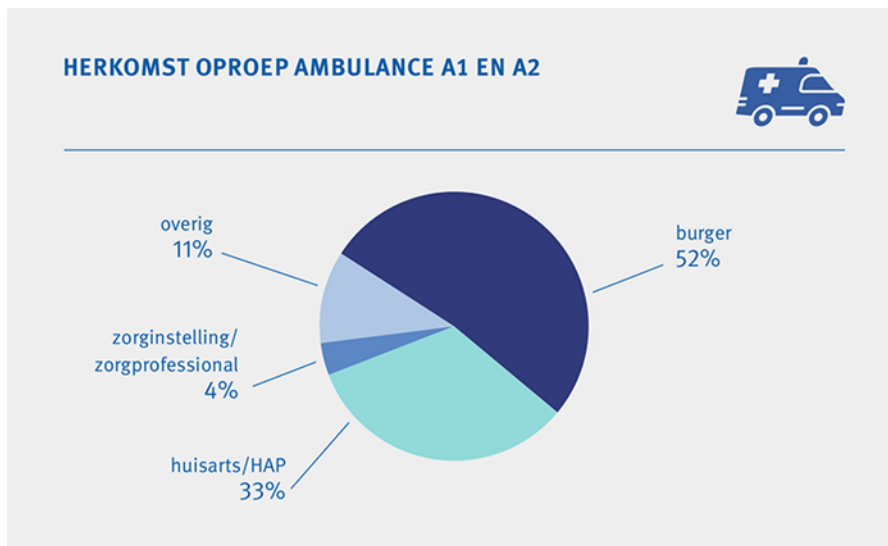
Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

De figuur is gemaakt obv de gegevens over het tijdstip van contact met de hap in 2019. Hierbij selecteren we unieke contacten met het beschikbare tijdstip: unieke waarnemingen per patiënt x tijdstip x prestatiedatum. Deze regels worden gekoppeld aan de seh-bezoeken met dezelfde datum (uit dataset seh obv Vektis). Hierbij zijn alleen de waarnemingen meegenomen met het koppelbare ID.

### Figuur: Herkomst oproep ambulancezorg

Bron: RIVM

Deze figuur is gemaakt op basis van de analyse van het veld 'verwijzer' uit de dataset RIVM. Hiervoor gebruiken we alleen spoedeisende inzetten (A1 en A2). Eerst maken we een selectie van RAV-regio's en jaren waarin de verwijzing is ingevoerd voor ten minste 90% van deze ritten. In de analyseperiode zijn dit in totaal 22 combinaties (van regio en jaar), waarbij in totaal 10 verschillende regio's voorkomen. De oorspronkelijke registraties zijn in 6 standaard categorieën ingedeeld. Dit is nodig omdat de regio's niet altijd dezelfde typering gebruiken van verwijzers. We rapporteren de verdelingspercentages in de geselecteerde groep ritten.



### Figuur: Terugkerende patiënten seh naar patiëntengroepen

Bron: Vektis

Voor deze figuur maken we per patiënt met tenminste één seh-bezoek in 2019 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 obv de combinatie van specialisme en diagnose. Vervolgens wordt er elke patiëntengroep apart bekeken, waarbij verdelingspercentages worden berekend mbt de indicator van het aantal bezoeken van de patiënt.



## TERUGKERENDE PATIËNTEN SEH NAAR PATIËTENGROEPEN

