

Monitor Toegankelijkheid van Zorg

Gevolgen van Covid-19

NZa
26 augustus 2021

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
1.1 Samenvatting	3
1.2 Leeswijzer	5
2. Ziekenhuiszorg	6
2.1 Verwijzingen ZorgDomein	6
2.2 Oncologische diagnoses	14
2.3 Wachttijden	15
2.4 Zorgbeeld	24
2.5 Actuele productie	35
2.6 Gemiste ingrepen en inhaalzorg	40
3. Langdurige zorg	52
3.1 Bezettingsgraad V&V aanbieders	52
3.2 Ziekteverzuim	54
3.3 Aantal wachtenden	57
4. GGZ	60
4.1 Aantal verwijzingen	60
4.2 Aantal verwijzingen naar leeftijdsgroep	63
4.3 Wachttijden	64
5. Bijlage: Gebruikte data en methodologie	69
5.1 Verwijzingen	71
5.2 Ziekenhuisproductie	73
5.3 Registratie-effect en bijschatting	74
5.4 Urgentie	75
5.5 Wachttijden	77
5.6 Ziekteverzuim	78
5.7 Bezettingsgraad V&V aanbieders	79
5.8 Aantal wachtenden WLZ	79

1. Inleiding

Covid-19 heeft een zware wissel getrokken op de toegankelijkheid van de zorg. Nog altijd heeft de zorg aan coronapatiënten gevolgen voor de reguliere zorg. Vooral de niet-urgente en planbare zorg werd langdurig afgeschaald om ruimte te bieden aan de zorg voor coronapatiënten. Een deel van deze afgeschaalde zorgvraag is inmiddels verdwenen, omdat bijvoorbeeld klachten zijn verminderd of er is gekozen voor een andere behandeling. Een ander deel van deze zorg zal nog moeten worden ingehaald. Actuele ontwikkelingen, zoals de recente RS-uitbraak onder jonge kinderen, maar ook de huidige (stabiele, maar substantiële) druk door Covid-19 in de ziekenhuizen spelen hierbij bijvoorbeeld een rol. Daarnaast is het herstelplan voor zorgpersoneel in werking getreden. Er zijn dus verschillende factoren met een mogelijke rol bij het kunnen inhalen van zorg.

Het doel van dit rapport is om een beeld te krijgen van de huidige stand van de (inhaal)zorg en de toegankelijkheid hiervan, en te monitoren hoe dit ontwikkelt. Hierdoor kunnen we knelpunten signaleren, en ingrijpen als dat nodig is. Dit rapport wordt maandelijks uitgebracht, en zal regelmatig worden aangevuld met nieuwe inzichten. Het vormt een vervolg op de rapporten die we van mei 2020 tot juni 2021 uitbrachten, waarin we de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere zorg in beeld brachten.

1.1 Samenvatting

De afgelopen anderhalf jaar heeft de NZa gemonitord wat de coronacrisis voor gevolgen had voor de zorg. Wat de extra toestroom aan patiënten met Covid-19 betekende voor de capaciteit en de druk op de zorg voor reguliere patiënten. En wat het betekende voor de ontwikkeling van de vraag en het aanbod: hoeveel mensen door de huisarts werden verwezen naar het ziekenhuis of de GGZ, hoeveel mensen in behandeling werden genomen, hoe de oversterfte samenhangt met de vraag naar (langdurige) zorg en hoe de wachtlijsten zich ontwikkelden.

Deze monitor beschrijft de zorg die tijdens de coronacrisis onder druk kwam te staan, doordat mensen minder gauw hulp vroegen, minder naar het ziekenhuis gingen en langer moesten wachten op hun behandeling. We maken een inschatting van de zorg die minder is geleverd dan op grond van de zorgvraag in de afgelopen jaren zou mogen worden verwacht. Hiervan berekenen we welke zorg naar verwachting nog moet worden ingehaald. We maken een inschatting van de capaciteit die hiervoor nodig is, en hoe de huidige situatie is en dus hoe groot de ruimte voor inhaalzorg.

De focus ligt dus op de zorg die uitgesteld kon worden zonder blijvende schade tot gevolg. Dankzij de nationale coördinatie op het spreiden van de coronapatiënten, de lokale samenwerking en de enorme inzet van personeel is de toegankelijkheid van de acute zorg

en de kritiek planbare zorg zo goed als mogelijk geborgd, ondanks dat sommige instellingen niet meer alle zorg tijdig konden leveren voor de eigen patiënten.

Op momenten dat het aantal besmettingen opliep en het aantal coronapatiënten in de ziekenhuizen toenam, nam het aantal patiënten dat door de huisarts werd verwezen af. Met name tijdens de eerste golf meden patiënten de zorg. In totaal zijn er sinds maart 2020 1,49 miljoen minder verwijzingen naar de medisch specialistische zorg (MSZ) geweest dan we zouden verwachten zonder coronacrisis. Dit gold zowel voor verwijzingen naar ziekenhuizen als naar zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Sinds half april 2021 is het aantal verwijzingen weer op verwacht niveau, voor zowel ziekenhuizen als ZBC's. Ook het aantal verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nam af tijdens de eerste golf. Inmiddels ligt het aantal verwijzingen naar de GGZ al maanden juist hoger dan verwacht. We zien hier vooral een stijging bij jongeren: 15% meer jongeren worden verwezen naar de GGZ dan in eerdere jaren.

In 2020 kwamen 7% minder mensen naar het ziekenhuis dan in 2019 (DHD-data). Het aantal verwijzingen dat de huisartsen uitschreven naar de MSZ daalde sterk in 2020 en tezamen met interne doorverwijzing en verwijzing vanuit het bevolkingsonderzoek resulteerde dit in 1,6 miljoen minder nieuwe zorgtrajecten in de MSZ, blijkt uit de verzekeraarsdeclaraties. Dat is 15% van het totaal aantal nieuwe zorgtrajecten in 2019. Het aantal operaties nam nog meer af met ruim 20%. De gevolgen voor ZBC's waren minder groot. Het aantal nieuwe trajecten nam af met ruim 9%, en het gemiddeld aantal operatieve verrichtingen lag na de start van de coronacrisis ruim 8% lager in de rest van 2020 (t.o.v. begin 2019 tot de start van de coronacrisis).

Uit de productiedata van DHD blijkt dat ook in 2021 het aantal patiënten en het aantal operaties achter is gebleven bij de verwachting. Op basis van een selectie van ziekenhuizen schatten we dat er sinds de start van de pandemie 340-380 duizend minder operaties zijn uitgevoerd dan in de vergelijkbare periode vóór de pandemie.

Vanwege het feit dat zorg is voorkomen (minder letsel, minder andere infectieziekten) en klachten zijn overgegaan of niet meer behandeld (kunnen) worden, hoeven niet al deze verrichtingen te worden ingehaald. Wij schatten dat er landelijk tussen de 170-210 duizend operaties moeten worden ingehaald. Dat is ongeveer 11 tot 14% van het totale aantal operaties en betreft vooral veelvoorkomende ingrepen zoals staar, knie- en heupvervangingen.

Inmiddels worden deze patiëntengroepen weer ongeveer even vaak behandeld als in 2019. De wachttijd voor deze behandelingen is vaak wel met enkele weken opgelopen. Nu de capaciteit voor planbare zorg weer toeneemt in de ziekenhuizen nemen deze wachttijden voor met name kortdurende ingrepen ook weer snel af, zoals bij het vervangen van een ooglenzen of het laseren van het oog. Daarentegen moeten patiënten met een knie- of heupvervangende operatie nog gemiddeld 4 weken langer wachten dan voorheen, terwijl de wachttijd hier al relatief lang was.

Inhaalzorg kan gepaard gaan met vervolgzorg, zoals wijkverpleging of fysiotherapie. Het is daarom van groot belang dat de inhaalzorg in nauwe samenwerking met de vervolgzorg wordt geleverd. Iedere 10 extra patiënten met een heupvervanging bijvoorbeeld betekenen extra (coördinerende en administratieve) zorg voor de huisarts, en gemiddeld 2 patiënten met (meer) wijkverpleging, 1 extra opname bij de geriatrische revalidatiezorg en 7 nieuwe patiënten bij de fysiotherapeut.

Ook in eerstelijnszorg en de verpleging zijn de gevolgen van de coronacrisis groot geweest. De nieuwe toestroom van patiënten, de corona-maatregelen en ziekte onder het personeel hebben veel gevraagd van alle zorgverleners. Nog steeds is de druk in alle schakels van de keten hoger dan normaal. Het ziekteverzuim onder verplegend personeel is nog steeds hoog en het langdurig ziekteverzuim is toegenomen. Op dit moment is de beschikbare capaciteit weer bijna op het normale niveau, maar de ruimte voor inhaalzorg is in alle schakels van de keten nog beperkt.

1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geven we een overzicht van de MSZ, met name de verwijzingen van huisartsen, de productie en de wachttijden. Daarnaast maken we een schatting van de grootte van de afname van de zorgvraag tijdens de coronacrisis, in termen van het aantal verwijzingen en ingrepen dat minder is gedaan tijdens de coronacrisis. Ook schatten we hier de omvang van de inhaalzorg en kijken we naar de vervolgzorg. In hoofdstuk 3 ligt de focus de langdurige zorg. In hoofdstuk 4 gaan we in op de verwijzingen en wachttijden in de GGZ. Een toelichting op de gebruikte data en de uitgevoerde bewerkingen voor al deze hoofdstukken volgt in de bijlage van dit rapport.

2. Ziekenhuiszorg

Door de coronacrisis is er sinds maart 2020 substantieel minder reguliere zorg geleverd dan normaal. Dit heeft meerdere oorzaken, zowel aan de kant van de zorgvraag, als van het zorgaanbod. De maatregelen om Covid-19 in te dammen hadden als positief bijeffect dat er minder letsel ontstond door bijvoorbeeld het verkeer en het uitgaan; en dat infectieziekten zich minder konden verspreiden. Ook zijn relatief vaker patiënten met onderliggend lijden overleden aan de gevolgen van een infectie met het coronavirus. Daarnaast lag voor veel patiënten de drempel hoger om naar de huisarts te gaan en heeft de huisarts dus ook minder patiënten doorverwezen. Ook zijn sommige klachten na verloop van tijd overgegaan, waardoor er uiteindelijk geen zorg nodig was. Tenslotte is voor een deel van de verwezen en in het ziekenhuis gediagnosticeerde patiënten de behandeling uitgesteld en zijn patiënten op een wachtlijst geplaatst.

Deze oorzaken zijn niet geheel uit elkaar te halen. Het is daarom niet mogelijk om exact te bepalen hoeveel zorg is uitgesteld en moet worden ingehaald. We baseren onze inschatting op de bovengrens van wat er minder aan zorg is geleverd dan verwacht en proberen hiervan te bepalen of het wel of niet ingehaald kan worden.

Hierbij kijken we eerst naar hoeveel verwijzingen er gedurende de coronacrisis minder zijn geweest (hoofdstuk 2.1) en oncologische diagnoses (hoofdstuk 2.2). Daarna kijken we hoe de wachtlijsten zich ontwikkeld hebben (hoofdstuk 2.3), kijken we naar de (ontwikkeling van de) druk op de zorg (hoofdstuk 2.4), en gaan we dieper in op de productie (hoofdstuk 2.5). Tot slot kijken we hoeveel zorg er minder is uitgevoerd, kijken we welk deel hiervan inhaalzorg is, en naar de impact van (een deel van de) inhaalzorg op de vervolgzorg (hoofdstuk 2.6).

Iedere paragraaf begint met een vergelijking tussen de periode voor de coronacrisis en de periode tot nu. Vervolgens kijken we naar de meest recente ontwikkelingen.

2.1 Verwijzingen ZorgDomein

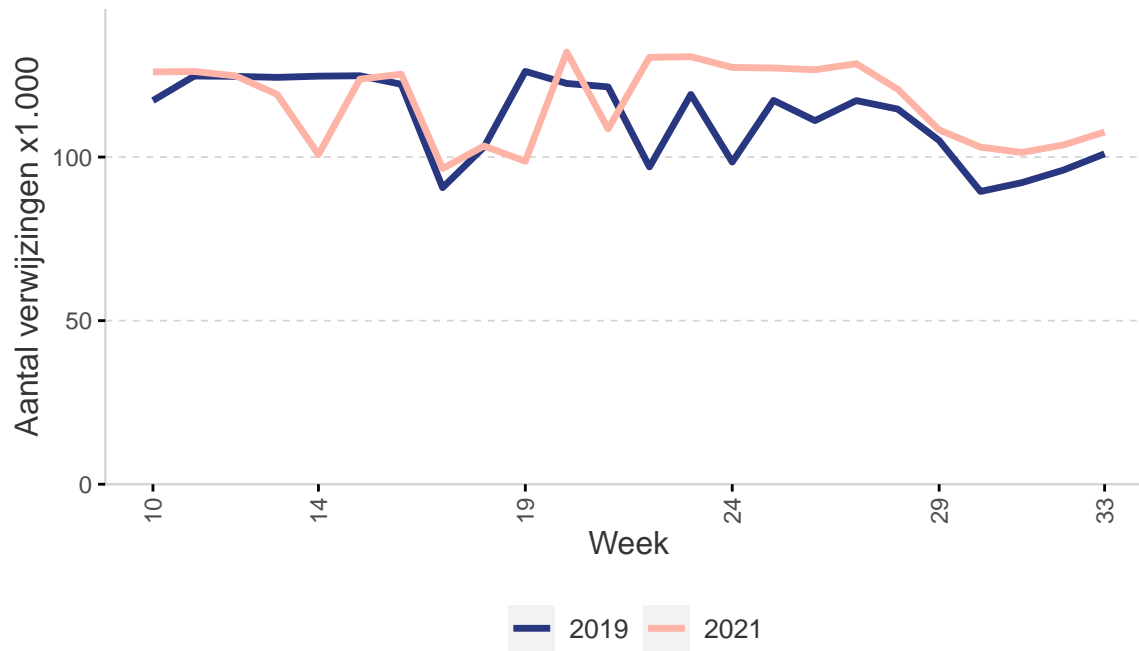
2.1.1 Landelijke verwijzingen

In Figuur 1 wordt het landelijke verwijzingsvolume getoond voor 2019 en 2021. Daarna laten we het verwijzingsvolume zien waarbij we een uitsplitsing maken tussen verwijzingen naar ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra (ZBC's; Figuur 2). De referentielijn voor 2021 is die van 2019. De verwachting is dat het aantal verwijzingen per week in 2021 hoger zou liggen (zonder de effecten van de coronacrisis) dan in 2019, omdat er meer zorgaanbieders aangesloten zijn bij het systeem van ZorgDomein. Onderstaande figuren

geven de werkelijke aantallen weer (zonder correcties), de lijn van 2021 zou daarom boven de lijn van 2019 moeten liggen (zonder coronacrisis).¹

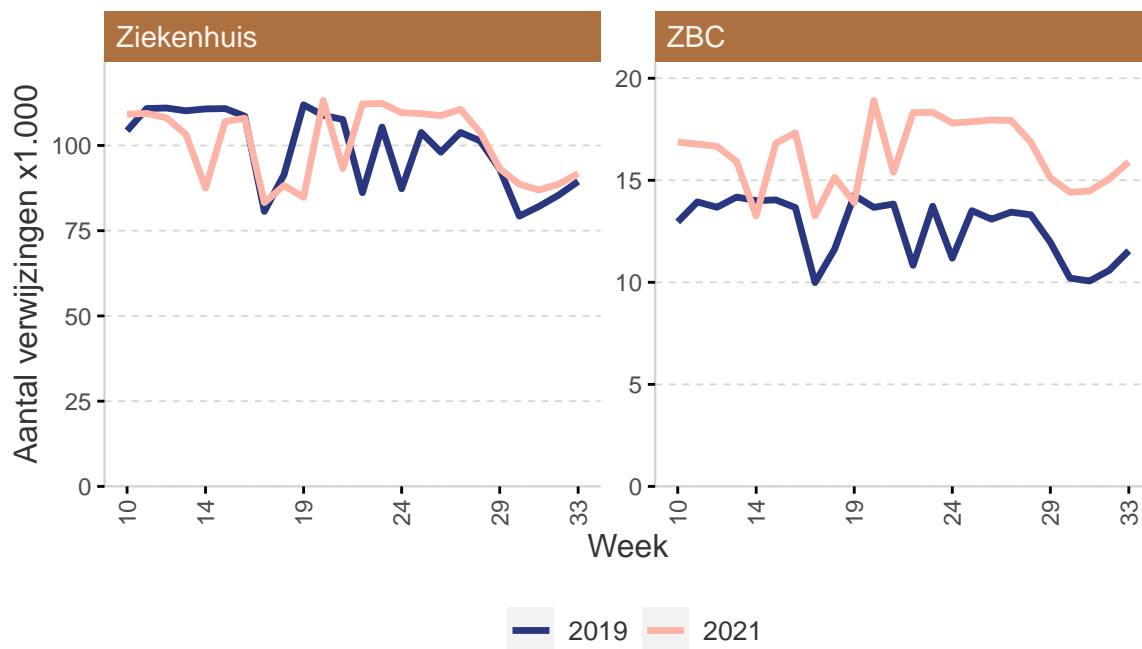
We zien dat het aantal verwijzingen in de afgelopen maand eerst is afgenomen en daarna weer toenam. Het niveau ligt nu boven het niveau van 2019. In week 33 hebben 108 duizend verwijzingen plaats gevonden.

Figuur 1 Landelijk verwijzingsvolume 2019 en 2021 per week



¹ Bij het schatten van het aantal gemiste verwijzingen door de coronacrisis (paragraaf 2.4) corrigeren we wel voor het hogere verwachte aantal verwijzingen.

Figuur 2 Uitgesplitst landelijk verwijzingsvolume 2019 en 2021 per week

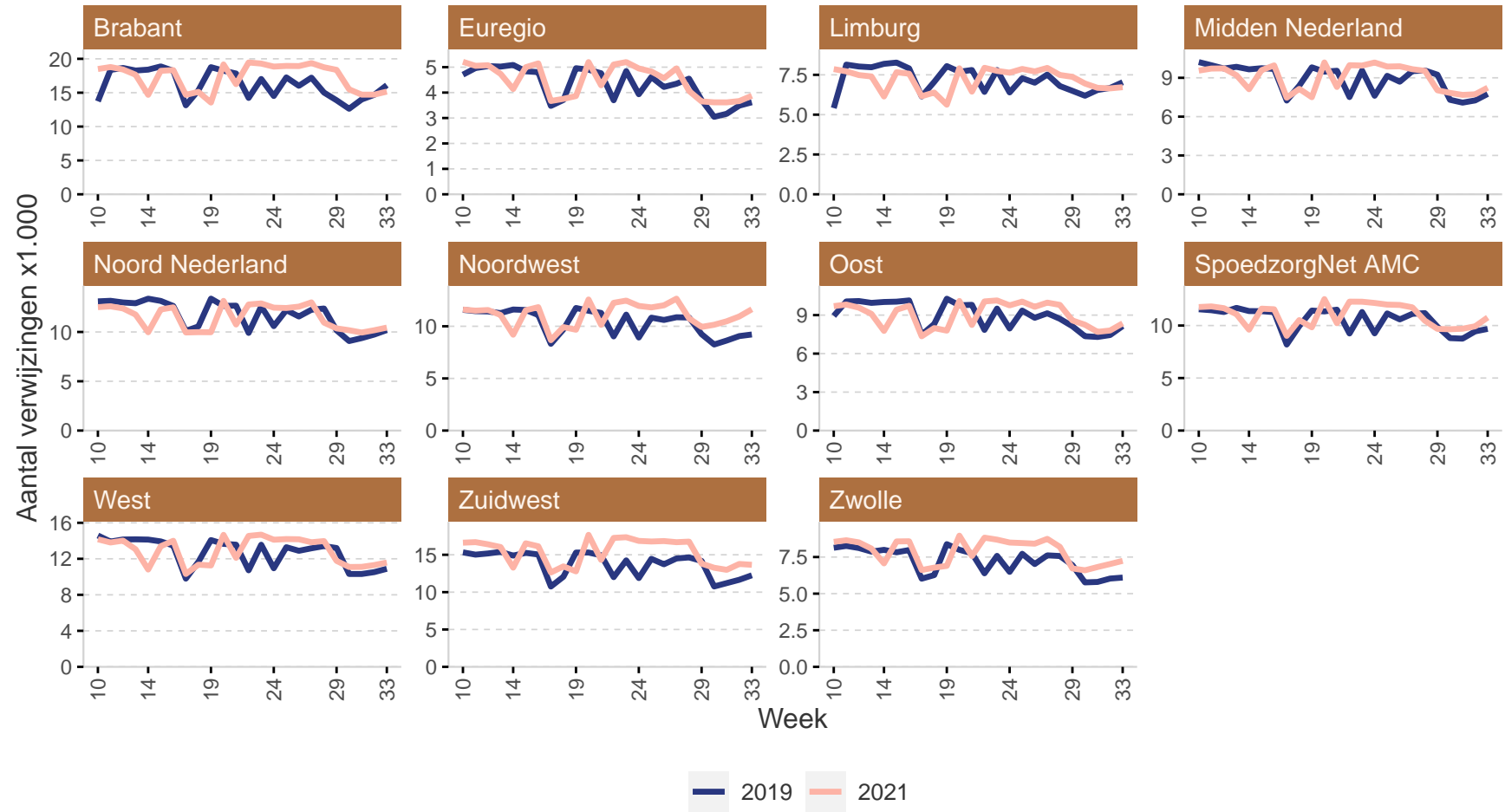


2.1.2 Verwijzingen per ROAZ regio en specialisme

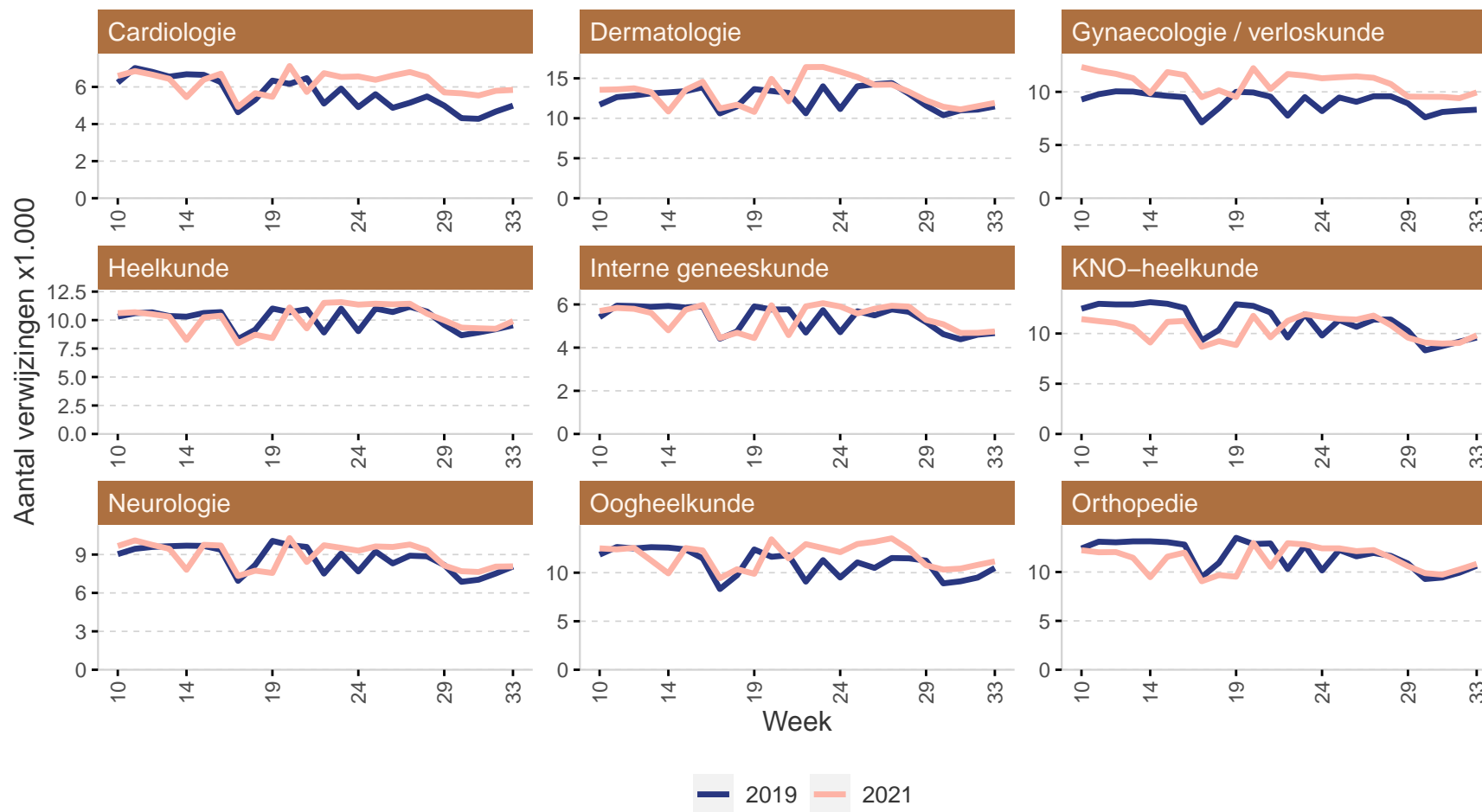
In Figuur 3 wordt het verwijzingsvolume uitgesplitst naar ROAZ regio. Een uitsplitsing naar specialisme volgt in Figuur 4. Uit deze figuren kunnen we het volgende concluderen:

- Het aantal verwijzingen ligt in de laatste week (week 33) in alle ROAZ regio's boven of rond het niveau van 2019.
- Het aantal verwijzingen in 9 van de 9 getoonde specialismen ligt in de meest recente week boven het niveau van dezelfde week in 2019.

Figuur 3 Verwijzingsvolume per ROAZ regio per week



Figuur 4 Verwijzingsvolume grootste 9 ZorgDomein specialismen per week

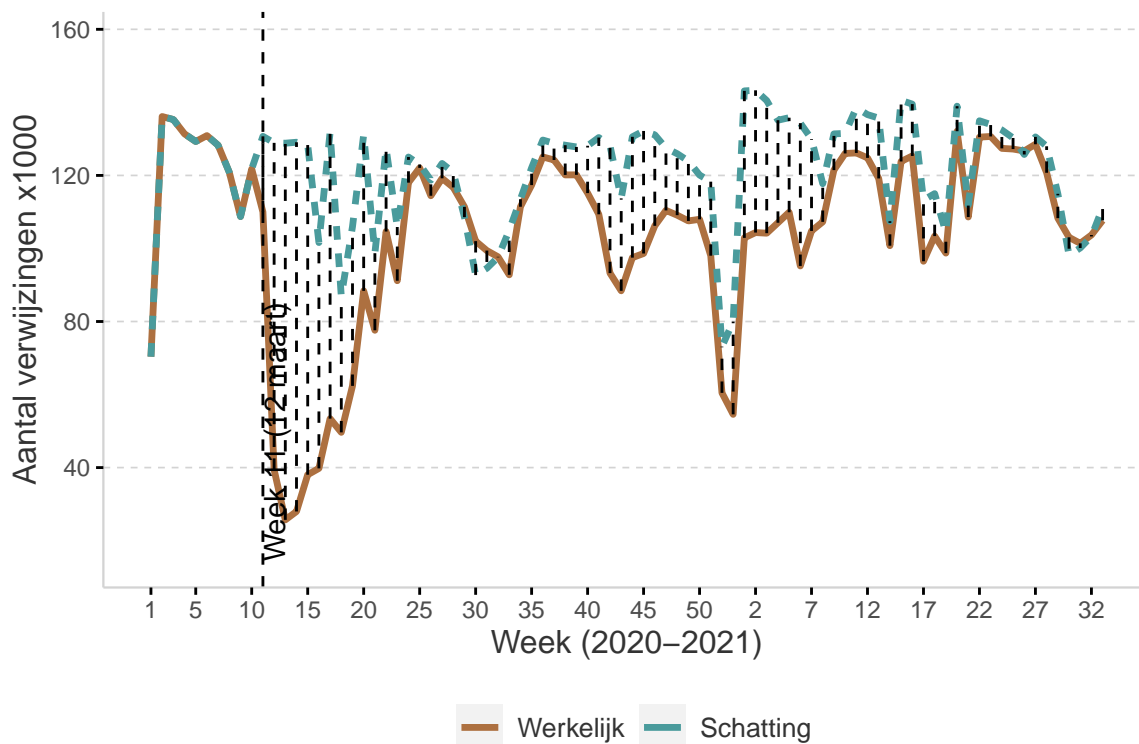


2.1.3 Schatting aantal gemiste verwijzingen

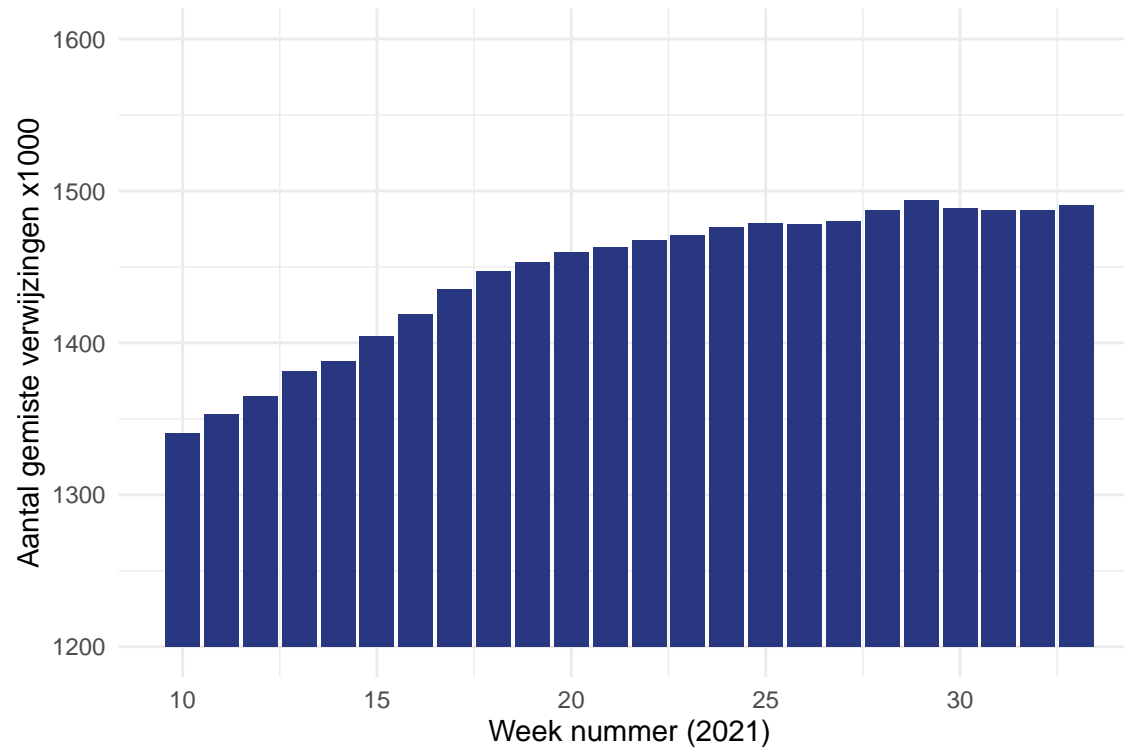
Landelijk Om een inschatting te maken van het aantal gemiste verwijzingen doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan, hebben we het aantal verwijzingen geschat in het geval dat de coronacrisis niet zou hebben plaatsgevonden. Het verschil tussen het

verwachte aantal verwijzingen en het daadwerkelijke aantal verwijzingen in 2020 en 2021 is te zien in Figuur 5. Het gaat in totaal om ruim 1.49 miljoen minder verwijzingen dan dat we zouden verwachten zonder coronacrisis. Op dit moment ligt het aantal verwijzingen op 96% van het verwachte aantal verwijzingen zonder coronacrisis. In de laatste 2 weken is het aantal verwijzingen 3 duizend minder dan verwacht. In Figuur 6 staat een overzicht van het cumulatief aantal geschatte gemiste verwijzingen.

Figuur 5 Schatting ontwikkeling verwijzingen

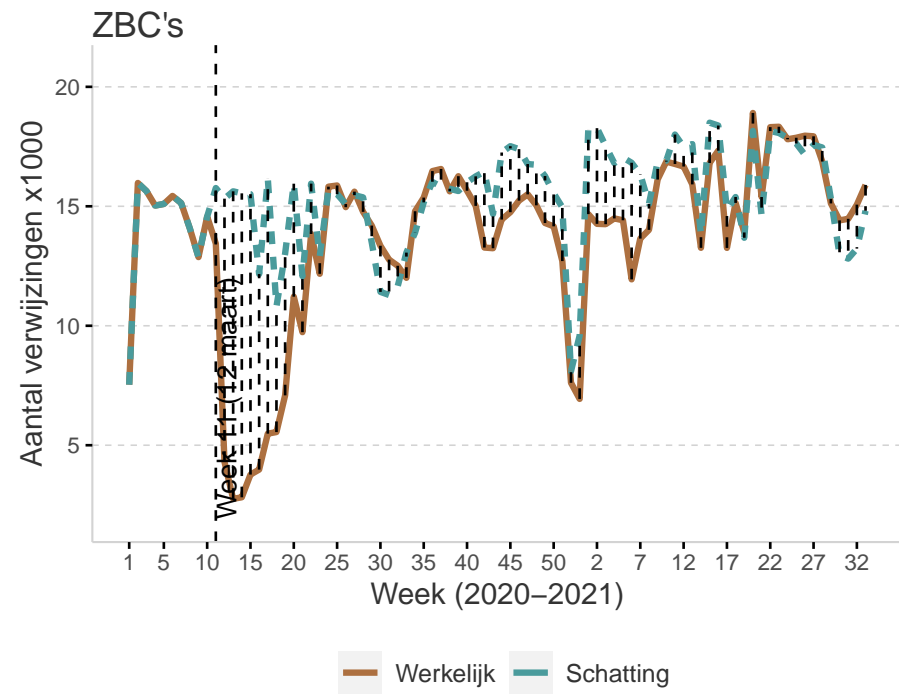
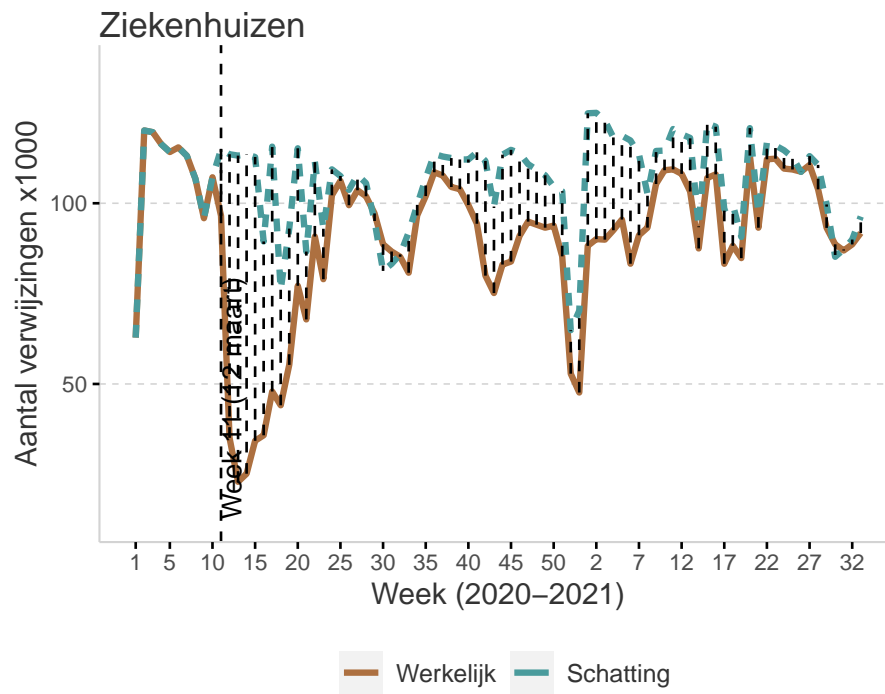


Figuur 6 Cumulatief aantal geschatte gemiste verwijzingen



Splitsing ziekenhuis/ZBC Het merendeel van de verwijzingen zijn naar een ziekenhuis en een kleiner deel (ongeveer 10 tot 15%) naar een ZBC. In Figuur 7 zien we dat de schatting van het aantal verwijzingen naar ZBC's en ziekenhuizen een vergelijkbaar patroon laten zien. We zien wel dat de verwijzingen naar ZBC's weer sneller op het verwachte niveau (niveau zonder coronacrisis) waren en de laatste weken daarboven.

Figuur 7 Schatting ontwikkeling verwijzingen voor ziekenhuizen/ZBC's



2.2 Oncologische diagnoses

Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) monitort de gevolgen van de coronacrisis op het aantal kankerdiagnoses, behandelpatronen en uiteindelijk ook de uitkomsten in samenwerking met PALGA (Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief), DHD (Dutch Hospital Data), en in nauwe afstemming met de partners van de landelijke Taskforce Oncologie en de Nederlandse Zorgautoriteit. Op hun website² publiceren ze de meest actuele cijfers. De cijfers betreffen voorlopige aantallen diagnoses in de Nederlandse Kankerregistratie die later zullen worden aangepast als er aanvullende informatie beschikbaar komt.

Figuur 8 vergelijkt het aantal nieuwe kankerpatiënten (invasieve kanker) per maand in 2020-2021 met het aantal nieuwe kankerpatiënten per maand in de periode 2017-2019. Het aantal diagnoses in de eerste helft van 2021 is iets hoger dan gemiddeld in 2017-2019. De maand-op-maand schommelingen worden vooral veroorzaakt door verschillen in werkdagen en feestdagen.

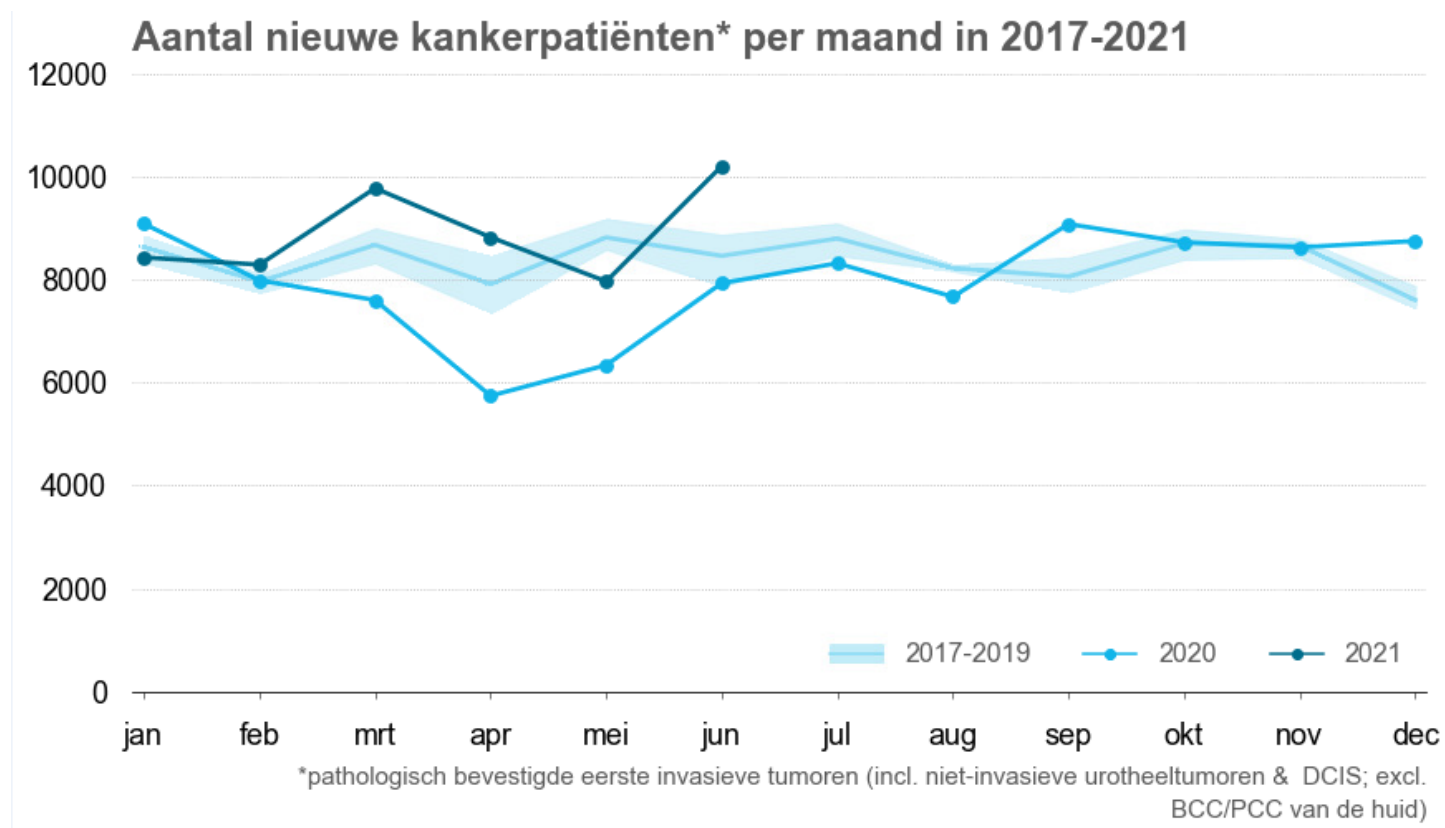
In Nederland groeit het aantal kankerdiagnoses met gemiddeld twee procent per jaar door de bevolkingsgroei en vergrijzing van de populatie. Dit betekent dat we in 2021 ongeveer 6%t meer kankerdiagnoses kunnen verwachten dan in de periode 2017-2019. Tussen januari en mei 2021 was het aantal kankerdiagnoses 6% hoger dan het gemiddelde van 2017-2019, ofwel het verwachte aantal op basis van de trend.

Een dip in het aantal diagnoses tijdens de tweede en derde coronagolf is waarschijnlijk voorkomen doordat mensen met klachten op tijd contact hebben opgenomen met de huisarts, de noodzakelijke diagnostiek plaats kon vinden en de bevolkingsonderzoeken naar kanker ook grotendeels door konden gaan.

Voor een uitgebreide analyse van de ontwikkeling in aantal gestelde kankerdiagnoses verwijzen we naar de website van IKNL.

² <https://www.iknl.nl/covid-19>

Figuur 8 Aantal kanker diagnoses per maand in 2020 - 2021 t.o.v. 2017-2019 (Bron: IKNL)



2.3 Wachttijden

De wachttijden in de medisch specialistische zorg laten zien hoe lang het gemiddeld duurt om een afspraak in te plannen voor de polikliniek, voor diagnostiek en voor behandeling als er geen indicatie is voor spoed. In dit hoofdstuk vergelijken we die gemiddelde wachttijden van voor de coronacrisis met de laatst gemeten wachttijden in mei, juni en juli van dit jaar. Dit geeft een indicatie voor de hoeveelheid inhaalzorg die al kan worden ingepland en de extra tijd die patiënten moeten wachten op zorg. Ook identificeren we welke inhaalzorg - zoals geïdentificeerd in het vorige hoofdstuk - de langste wachttijden kent en waar de grootste knelpunten zijn of

dreigen te ontstaan.

Daarnaast kijken we naar lokale verschillen in wachttijden en veranderingen in wachttijden om te zien of de toegankelijkheid gelijk blijft in het hele land. Daarbij vergelijken we de wachttijden met de Treeknormen³ die voor deze wachttijden gelden. Voor veel behandelingen waren de wachttijden al langer dan de Treeknorm en is een verdere verslechtering extra onwenselijk.

De eerste analyses waarin we de ontwikkeling in de wachttijden vergelijken zijn gebaseerd op de oude methodiek, zoals beschreven in de bijlage. Per 1 augustus 2021 is de nieuwe regeling aanlevering wachttijden MSZ⁴ ingegaan. De meest actuele cijfers van 10 en 24 augustus 2021 zijn volgens deze nieuwe methode aangeleverd. Hiermee kunnen we nog geen ontwikkelingen in de tijd beschrijven, maar wel regionale verschillen.

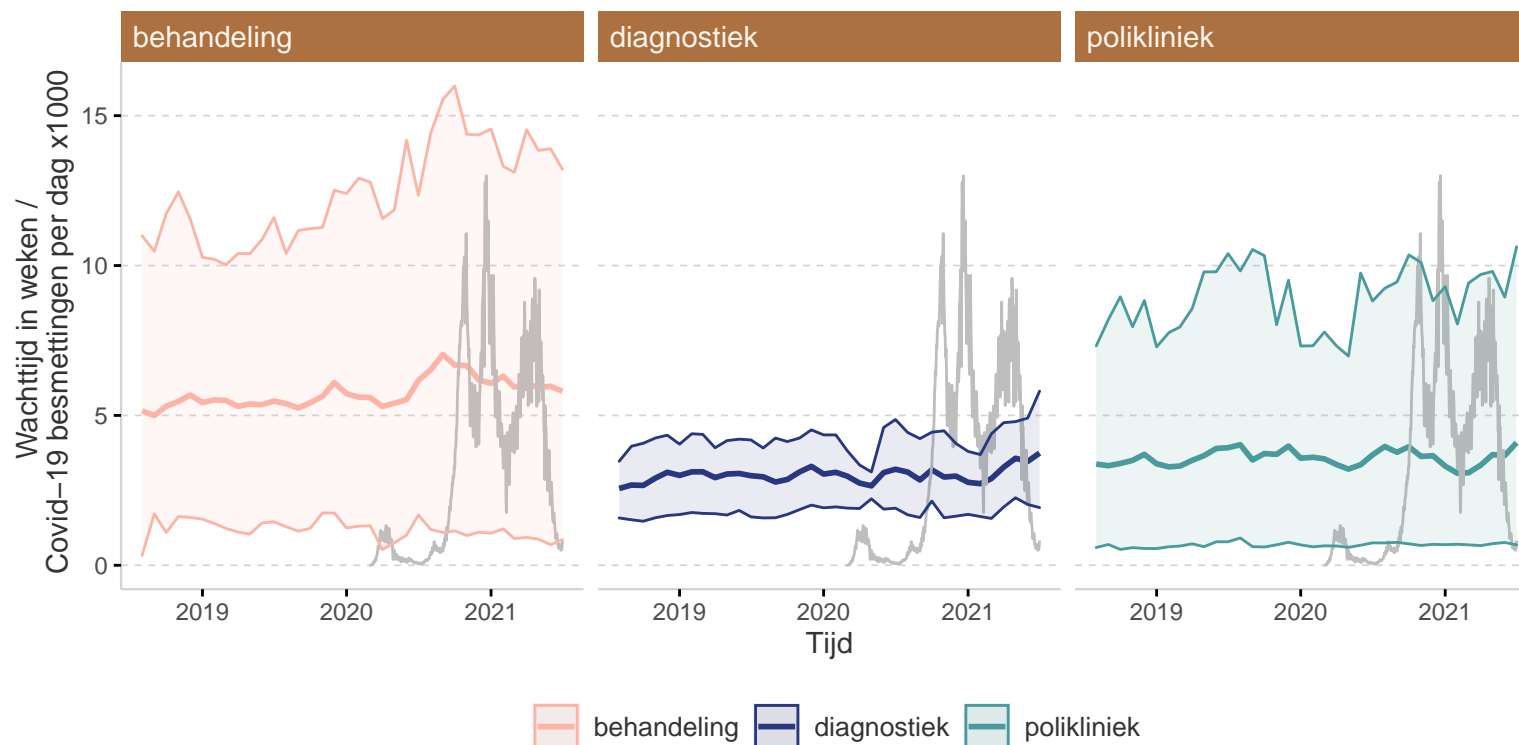
2.3.1 Wachttijdverloop tijdens de coronacrisis

Hieronder is het wachttijdverloop geplot van alle wachttijden van januari 2018 t/m juli 2021. Veel wachttijden fluctueerden ook al voor de coronacrisis. Dit maakt het lastig om te zeggen wat het effect van de coronacrisis precies is. Als er minder behandelingen kunnen plaatsvinden, stijgt de wachttijd. Als er minder doorverwijzingen zijn, daalt de wachttijd. Deze effecten kunnen elkaar opheffen. Hierdoor kan het zijn dat de wachttijd hetzelfde bleef, terwijl er minder zorg geleverd kon worden.

³ De maximaal aanvaardbare wachttijd die door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk is overeengekomen (de Treeknorm) bedraagt voor de toegang tot de polikliniek en diagnostiek 4 weken. Voor behandeling is de maximaal aanvaardbare wachttijd 7 weken

⁴ Regeling Aanleveren wachttijden medisch-specialistische zorg (NR/REG-2127)

Figuur 9 Gemiddeld verloop van de wachttijden voor en tijdens de coronacrisis (bron besmettingscijfers: RIVM)

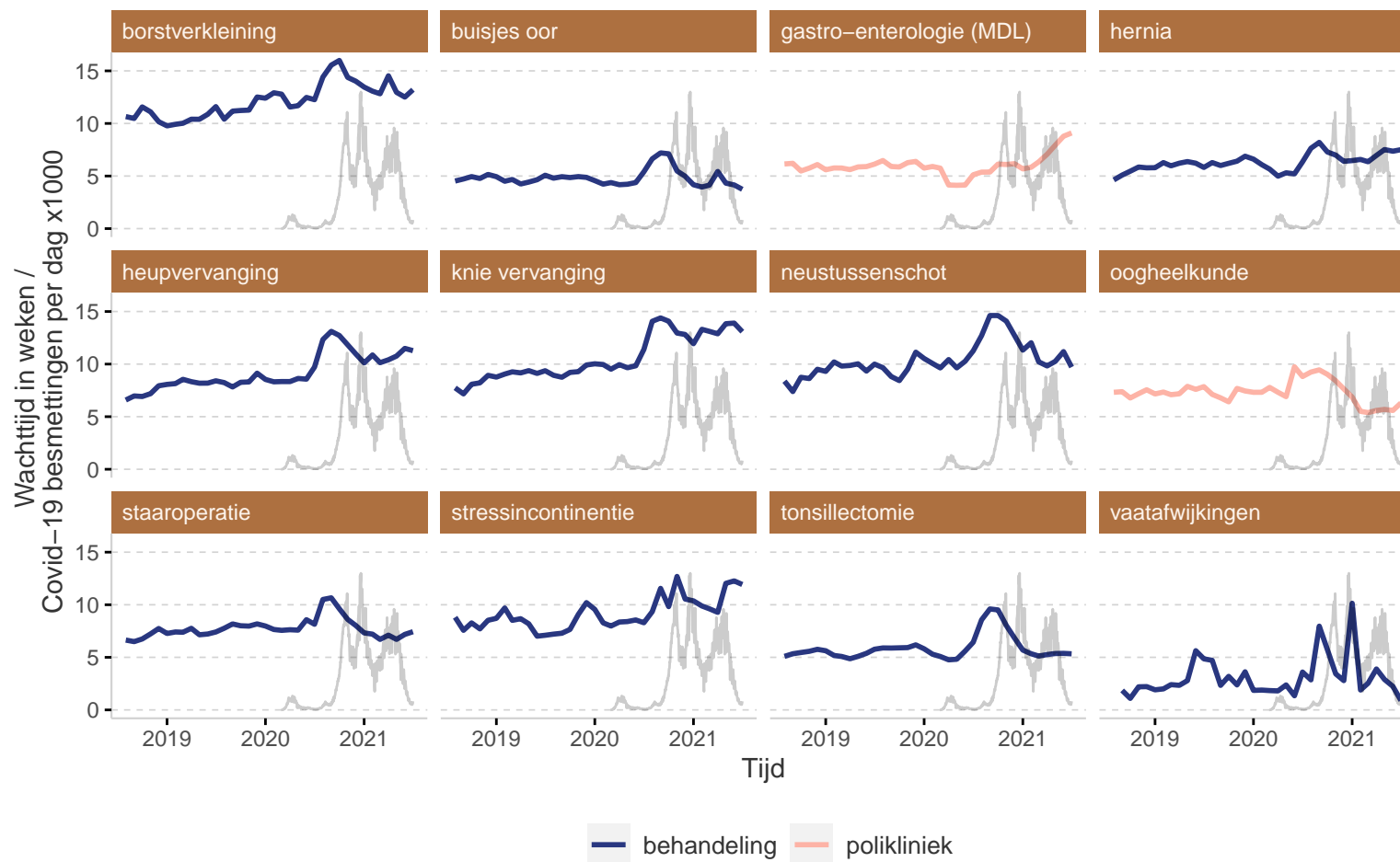


Opvallend is dat de wachttijden voor polikliniek bezoek en diagnostiek nauwelijks zijn veranderd. Voor behandelingen is de gemiddelde wachttijd wel opgelopen. In Figuur 10 is voor een aantal veelvoorkomende behandelingen de ontwikkeling van de wachttijd apart weergegeven. Voor behandelingen met weinig verwachte inhaalzorg, zoals tonsillectomie en buisjes (zie hoofdstuk 1), is de wachttijd weer op het oude niveau van voor de coronacrisis. Voor behandelingen met relatief veel inhaalzorg varieert het beeld. Bij oogheelkunde zijn de wachttijden zelfs iets afgenomen. Mogelijk kan door de korte operatietijd (veelal 15 minuten of minder) een oplopende vraag sneller worden ingelopen. Het kan ook zijn dat hier nog sprake is van achterblijvende vraag en deze patiënten nog op de wachtlijst moeten komen.

Bij heupvervangning (+2,9 weken), knievervangning (+4,3 weken) en operatieve behandeling van stressincontinentie (+4,6 weken) is

de huidige wachttijd ten opzichte van zomer 2019 het meest toegenomen. Dit betreft klinische zorg en deze behandelingen behoren tot de top 10 van de in te halen operatieve zorg.

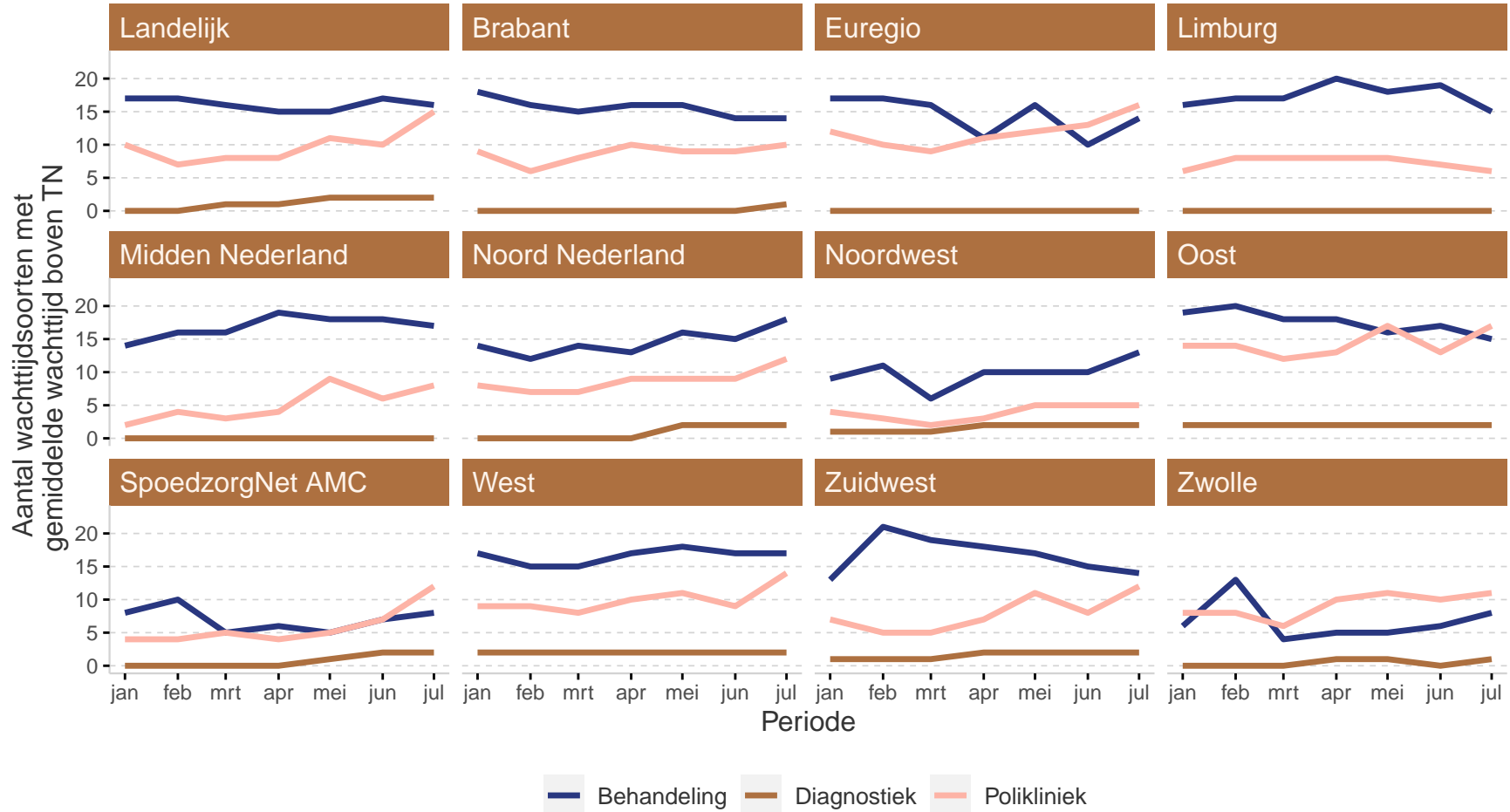
Figuur 10 Verloop van de wachttijden voor en tijdens de coronacrisis van enkele veelvoorkomende behandelingen (bron besmettingscijfers: RIVM)



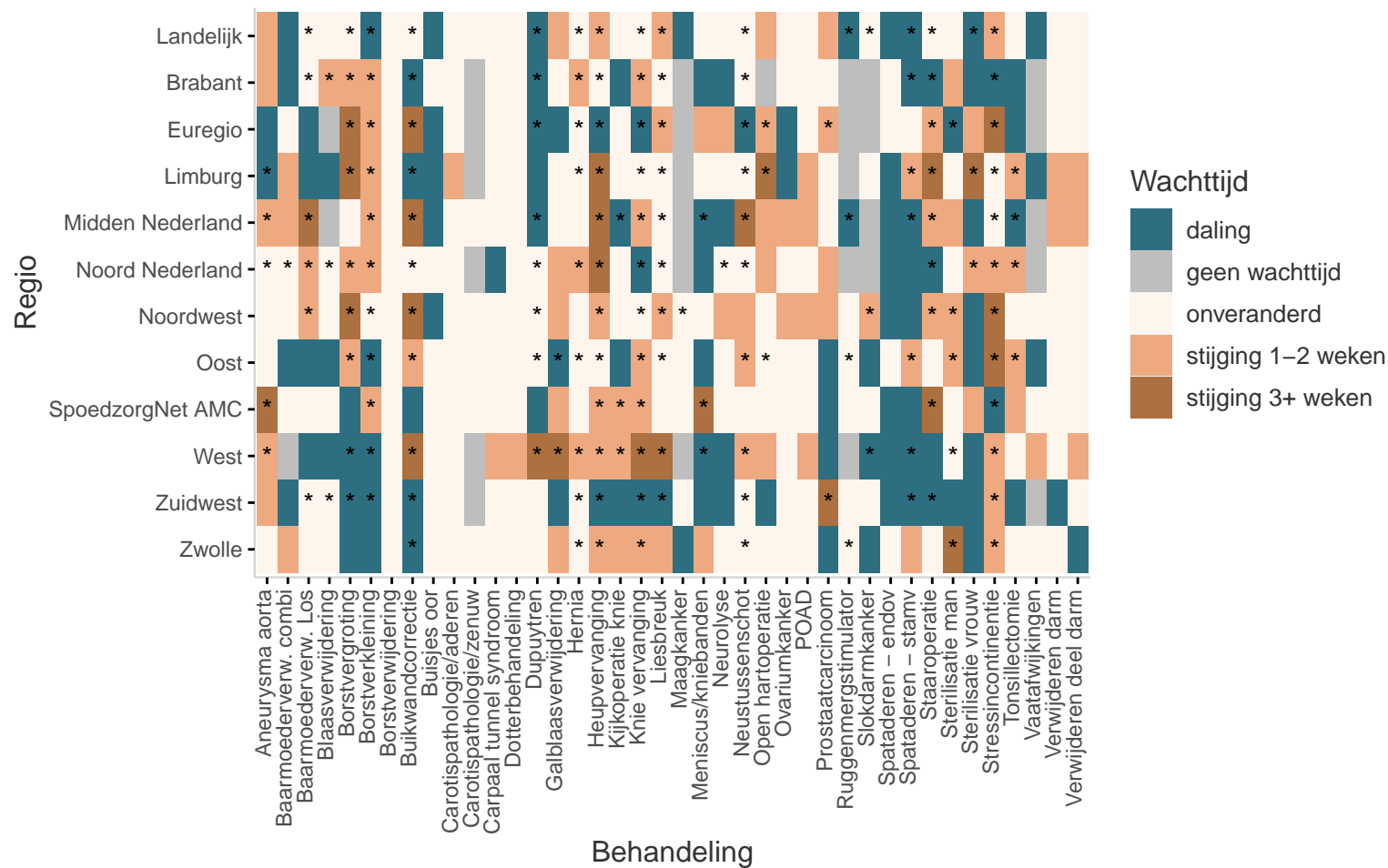
2.3.2 Actuele wachttijden

Per 1 augustus 2021 is de nieuwe regeling aanleveren wachttijden medisch-specialistische zorg ingegaan. Hierdoor zijn de wachttijden t/m juli 2021 niet vergelijkbaar met de wachttijden van augustus 2021. In de volgende figuren geven we eerst een overzicht van de wachttijden van juli 2021, daarna geven we een overzicht van de nieuwe wachttijden van augustus 2021.

Figuur 11 Het aantal wachtjidssoorten waarbij de gemiddelde wachttijd boven de treeknorm (TN) ligt. NB Niet alle wachttijden zijn beschikbaar in elke regio



Figuur 12 Het landelijke en regionale (ROAZ regio) verschil tussen de gemiddelde wachttijd over de twee laatst beschikbare maanden ten opzichte van de gemiddelde wachttijd over de twee maanden ervoor. Indien er in één of meerdere maanden geen wachttijd in de regio beschikbaar is valt deze regio / wachttijd combinatie in de categorie 'geen wachttijd'. Regio's met een gemiddelde wachttijd boven de treeknorm in de laatst beschikbare maand zijn gemarkeerd met een *.



Tabel 1 Overzicht totalen behandelwachtijden behorende bij Figuur 11

	daling	onveranderd	stijging 1-2 wk	stijging 3+ wk	stijging totaal	boven treeknorm	totaal
Landelijk	10	23	7	0	7	16	40
Brabant	11	16	7	0	7	14	34
Euregio	11	12	8	3	11	14	34
Limburg	9	15	8	5	13	15	37
Midden Nederland	10	11	11	4	15	16	36
Noord Nederland	6	18	10	1	11	18	35
Noordwest	4	21	12	3	15	13	40
Oost	11	21	7	1	8	16	40
SpoedzorgNet AMC	7	23	7	3	10	8	40
West	12	7	12	5	17	17	36
Zuidwest	19	16	2	1	3	14	38
Zwolle	8	22	9	1	10	8	40

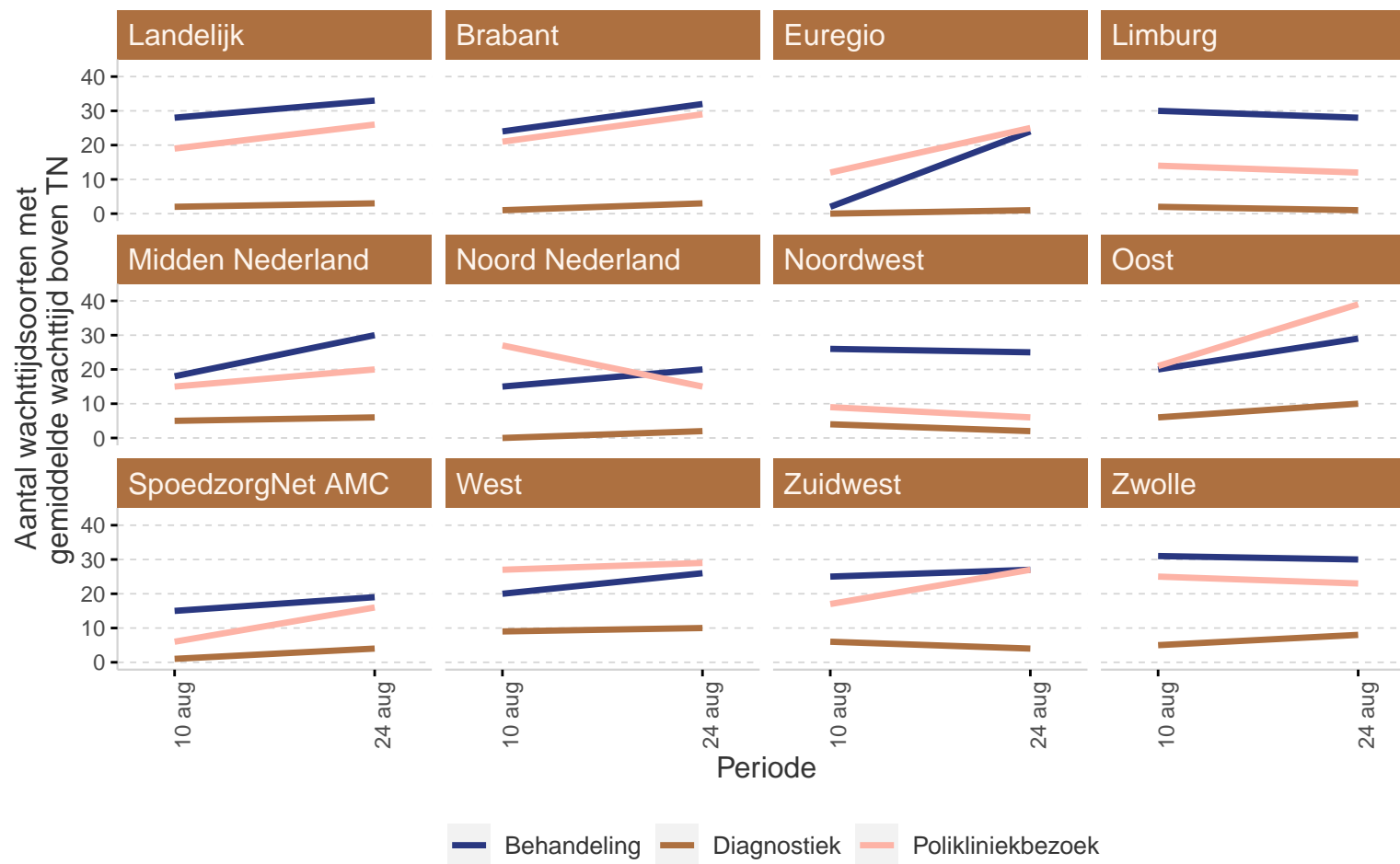
Uit Figuur 11 blijkt dat op landelijk niveau het aantal wachtijden dat de treeknorm overschrijdt van het type 'polikliniek' en 'diagnostiek' toeneemt en van het type 'behandeling' stabiel is gebleven in juli. De treeknorm wordt overschreden bij 11 van de 24 polikliniek-wachtijden. Er zijn echter verschillen tussen de regio's. Zo is het aantal wachtijden van het type polikliniekbezoek dat de treeknorm overschrijdt gedaald in Brabant en gestabiliseerd in Noord Nederland. Het aantal wachtijden dat de treeknorm overschrijdt van het type diagnostiek is sterk gestegen in Noord Nederland: voor twee van de drie wachttijdsoorten overschrijdt de gemiddelde wachttijd de treeknorm. Opvallend is verder dat het aantal wachtijden dat de treeknorm overschrijdt van het type 'behandeling' zeer laag blijft in Zwolle en SpoedzorgNet AMC.

Een verdieping van de wachttijden voor het type 'behandeling' is te vinden in Figuur 12. Hierin zien we voor 34 behandelingen uit Figuur 11 per type behandeling het verschil tussen de gemiddelde wachttijd in de afgelopen twee maanden ten opzichte van de 2 maanden daarvoor. De verschillen zijn onderverdeeld in vijf categorieën: onveranderde wachttijden, gedaalde wachttijden, licht gestegen wachttijden (1 of 2 weken), sterk gestegen wachttijden (3 weken of meer), en geen wachttijd. Deze laatste categorie ('geen wachttijd') betekent dat voor deze behandeling in één of meerdere maanden die gebruikt worden in de berekening van het gemiddelde verschil geen wachttijd beschikbaar is. De vijf verschillende categorieën worden weergegeven met kleuren en de regio's

waar de wachttijd in de meest recente maand boven de treeknorm uitkomt zijn gemarkeerd met een *. Alle totalen bij Figuur 12 zijn te vinden in Tabel 1.

In Figuur 13 zien we de wachttijden volgens de nieuwe wachttijdenregeling (per 1 augustus 2021). In totaal hebben 98% van de ziekenhuizen en 67% van de ZBC's op enig moment gegevens aangeleverd onder de nieuwe wachttijdenregeling.

Figuur 13 Het aantal wachttijdsoorten waarbij de gemiddelde wachttijd boven de treetnorm (TN) ligt. NB Niet alle wachttijden zijn beschikbaar in elke regio



2.4 Zorgbeeld

De NZa heeft ziekenhuizen gevraagd om informatie aan te leveren over de druk op de zorg. Sinds 10 november 2020 leveren ziekenhuizen deze aan via het Zorgbeeldportaal. In de volgende figuren laten we een aantal inzichten uit het Zorgbeeldportaal zien. Daarnaast laten we een aantal van de ontwikkelingen per regio over tijd zien. Deze ontwikkelingen worden per week weergegeven, waarbij de maandag en donderdag peilmomenten kunnen zijn. Bij de berekening is rekening gehouden met de verschillen in omvang van ziekenhuizen door het aantal normaal beschikbare operatiekamers mee te wegen. In de afgelopen week heeft 71.6% van de ziekenhuizen de data in het Zorgbeeldportaal geactualiseerd.

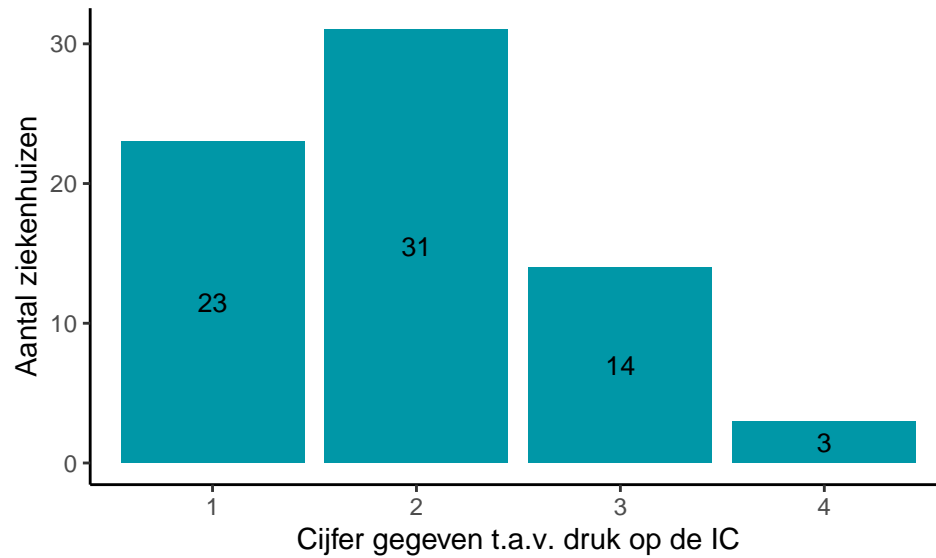
2.4.1 Druk op de zorg

Aan de ziekenhuizen is gevraagd om een inschatting te maken van de druk op de IC en de kliniek. De druk wordt hierbij uitgedrukt op een schaal van 1 tot 5 waarbij de volgende omschrijvingen gelden:

1. Gebruikelijke interne maatregelen en reguliere afspraken volstaan
2. Reguliere buffercapaciteit volledig opgebruikt maar nog geen bijzondere maatregelen
3. Bijzondere maatregelen en accentverlegging om de kwaliteit te behouden
4. Aanpassingsvermogen is volledig opgebruikt en zorgkwaliteit komt in gevaar
5. De kwaliteit en / of veiligheid van zorg kan niet meer worden gewaarborgd

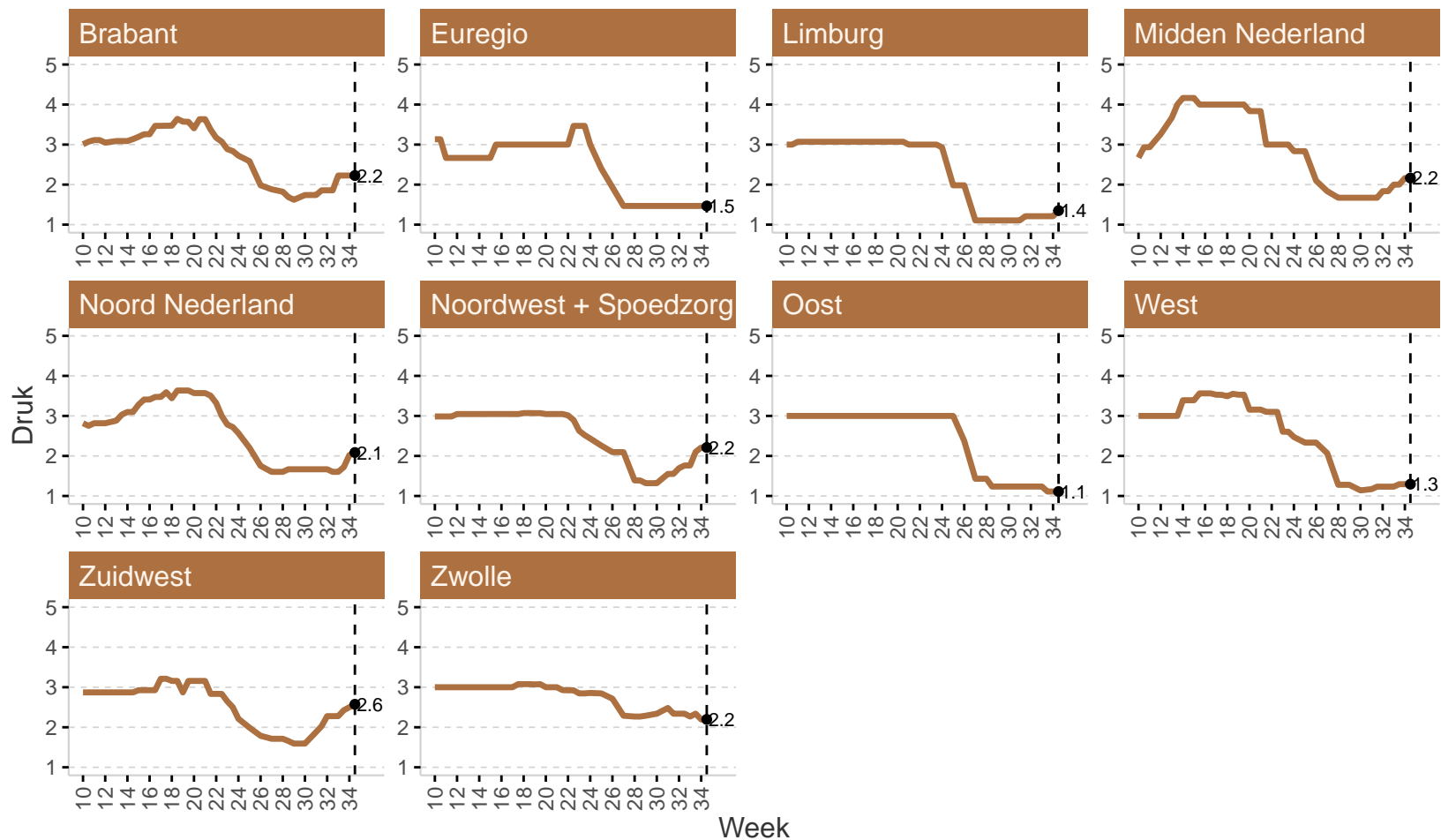
Druk op de IC Onderstaand ziet u hoeveel ziekenhuizen welke mate van druk ervaren op het leveren van zorg op de IC. De gewogen gemiddelde druk in Nederland op de IC is 2.

Figuur 14 Variatie tussen ziekenhuizen in druk op de IC



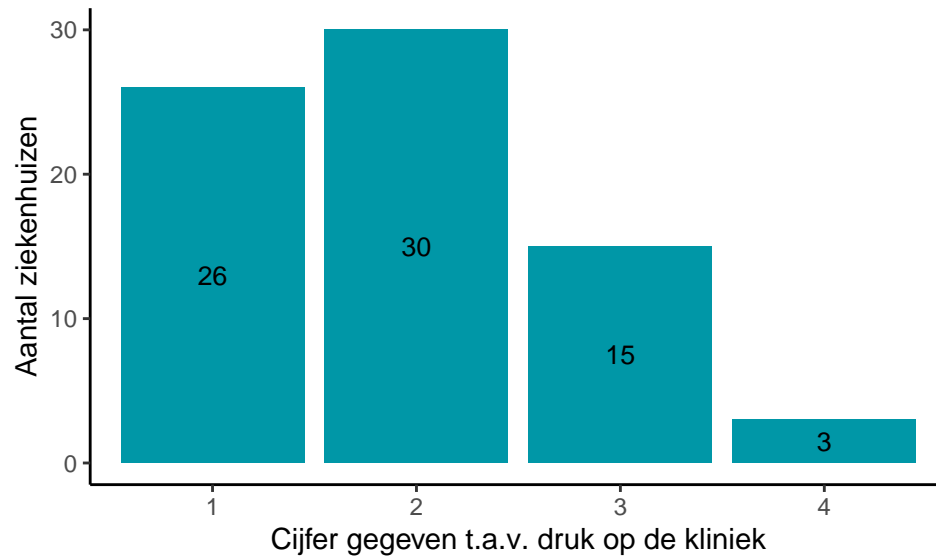
In de onderstaande figuur wordt per ROAZ-regio de ontwikkeling over de afgelopen maanden van de druk op de IC weergegeven.

Figuur 15 Druk op de IC - ontwikkeling (2021)



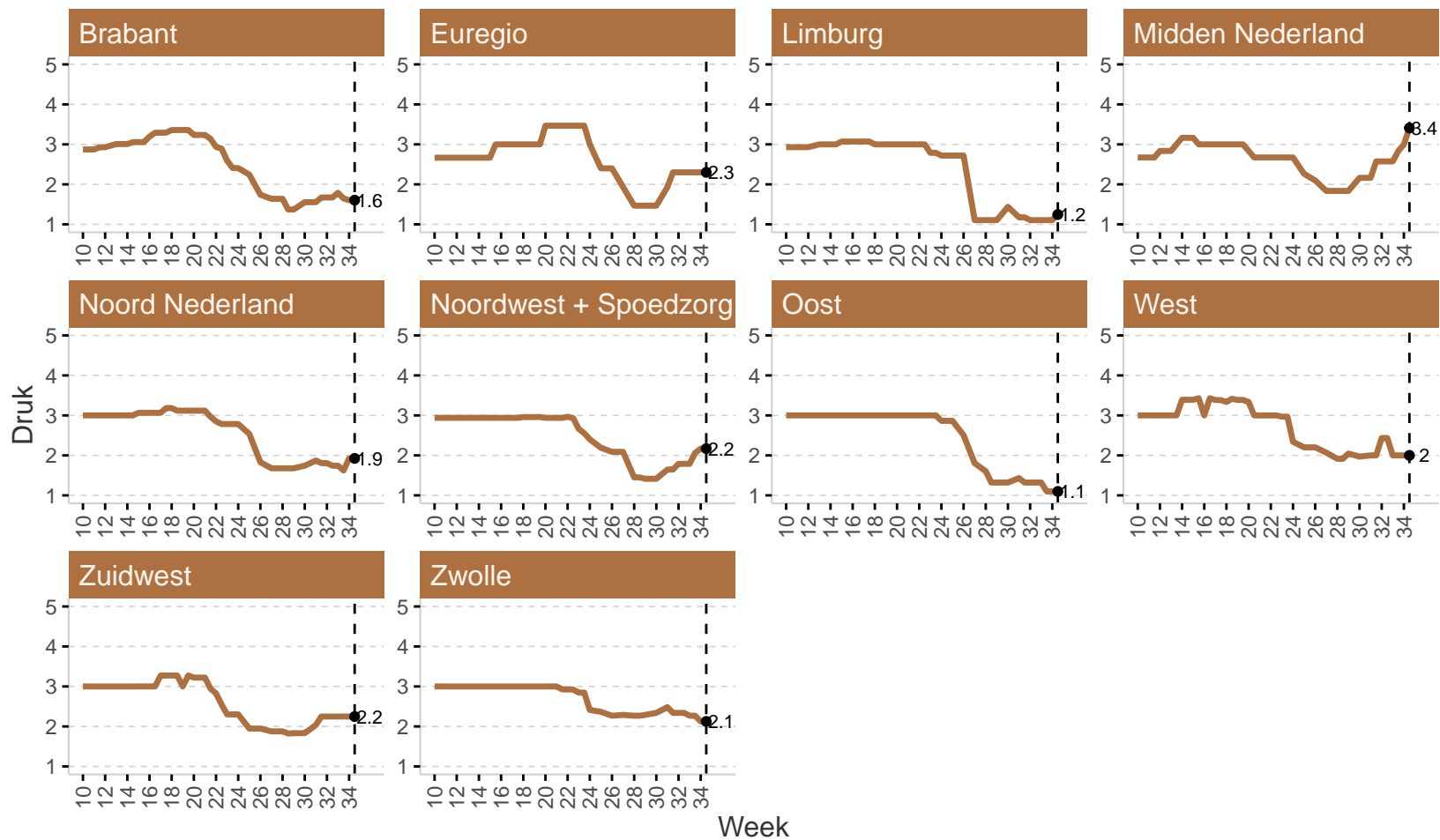
Druk op de kliniek Onderstaand ziet u hoeveel ziekenhuizen welke mate van druk ervaren op de zorg die geleverd wordt in de kliniek. De gewogen gemiddelde druk in Nederland op de kliniek is 1.9.

Figuur 16 Variatie tussen ziekenhuizen in druk op de kliniek



In de onderstaande figuur wordt per ROAZ-regio de ontwikkeling over de afgelopen maanden van de druk op zorg in een klinische setting weergegeven.

Figuur 17 Druk op de kliniek - ontwikkeling (2021)



2.4.2 Doorgang kritiek planbare zorg

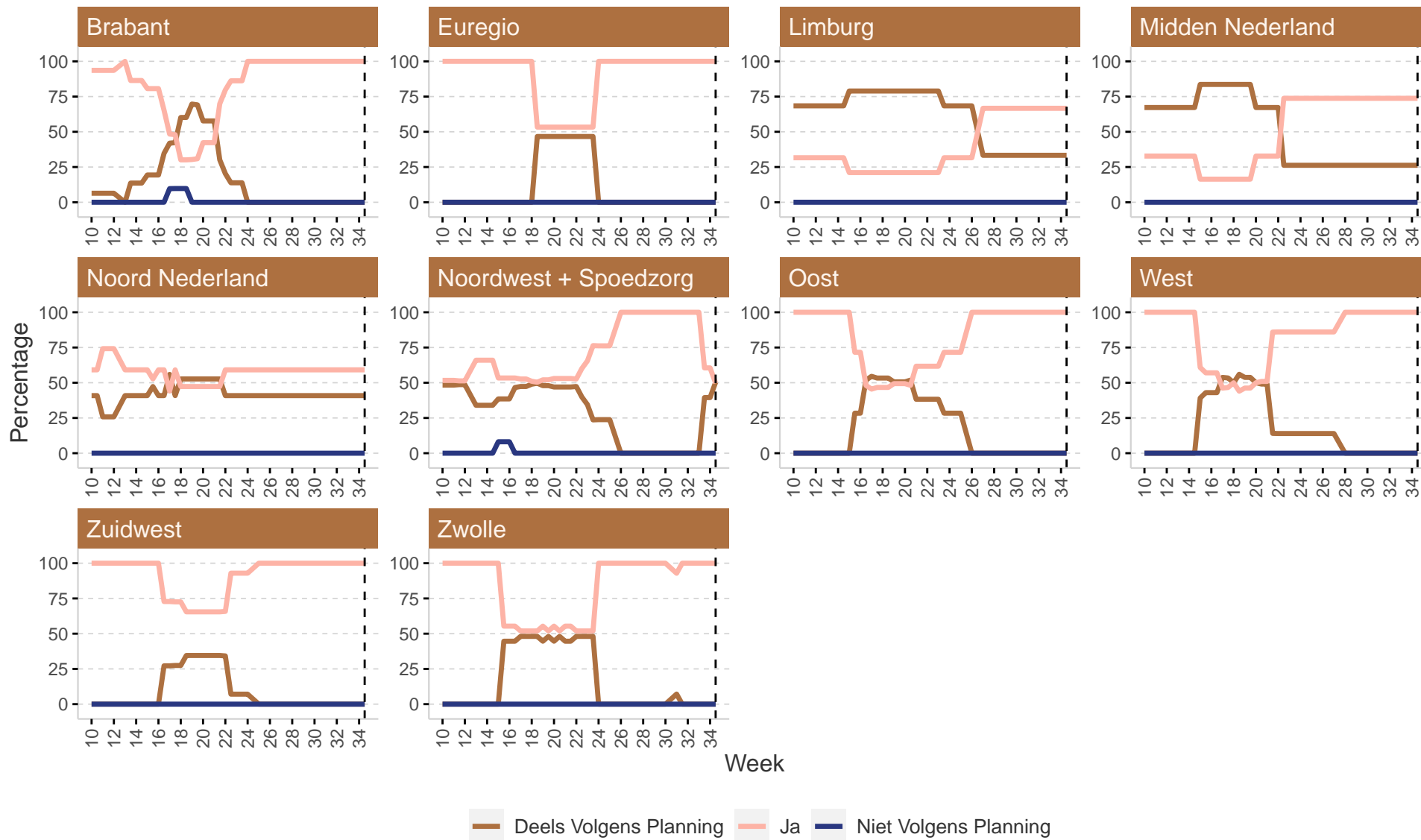
Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft kritiek planbare zorg (hierna: KPZ⁵) volledig volgens planning te kunnen leveren is 83%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft deels KPZ volgens planning te kunnen leveren is 17%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft volledig geen KPZ te kunnen leveren is 0%.

Wanneer de KPZ niet volgens planning wordt geleverd, betekent dit niet per definitie dat de KPZ langer dan 6 weken op zich laat wachten. Daarom is de ziekenhuizen gevraagd of de KPZ die deels of niet conform planning geleverd kon worden wel binnen 6 weken geleverd kon worden. Van de 8 ziekenhuizen die aangaven de KPZ slechts deels of volledig niet te kunnen leveren volgens planning, gaven 2 ziekenhuizen aan dit nog wel binnen 6 weken te kunnen leveren, 6 ziekenhuizen aan dit deels binnen 6 weken te kunnen leveren en 0 ziekenhuizen aan dit niet meer binnen 6 weken te kunnen leveren. In totaal kan 87.4% van de ziekenhuizen de KPZ volledig binnen 6 weken leveren.

Op de volgende pagina zien we per ROAZ-regio de ontwikkeling van het percentage van ziekenhuizen dat zegt de KPZ volledig niet of slechts deels volgens de planning te kunnen leveren. Het gaat hier om percentages gewogen voor de grootte van het ziekenhuis.

⁵ Hieronder valt zorg uit urgentieklasse 3, waarbij een aanmerkelijk risico op permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren ontstaat bij uitstel > 6 weken.

Figuur 18 Percentages kritiek planbare zorg - ontwikkeling

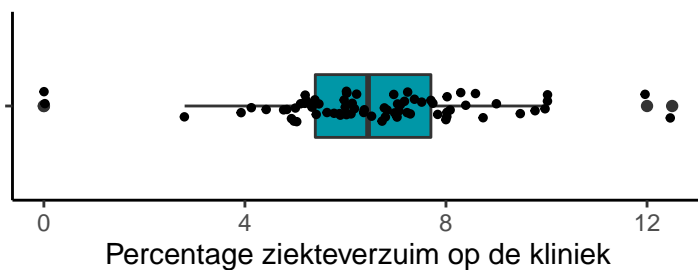


2.4.3 Ziekteverzuim

Ziekteverzuim onder zorgpersoneel (kliniek) Het gemiddelde percentage ziekteverzuim (in de kliniek) onder personeel dat direct zorg levert aan patiënten (inclusief personeel dat afwezig is door positieve coronatest, quarantaineverplichtingen etc.) is 7%. Zoals hieronder te zien is varieert dit percentage sterk tussen ziekenhuizen.

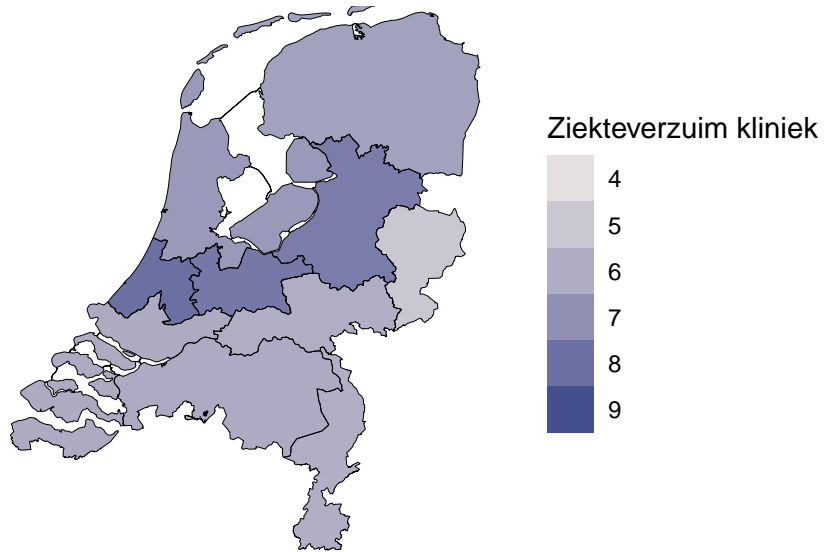
N.B. Vanwege een wijziging in het Zorgbeeldportaal rondom deze vraag (waarbij het totale ziekteverzuim nu wordt gesplitst in ziekteverzuim IC en ziekteverzuim in de kliniek), is het van belang om onderstaande cijfers met voorzichtigheid te interpreteren.

Figuur 19 Variatie tussen ziekenhuizen in ziekteverzuim



Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer wat het percentage ziekteverzuim in de kliniek is onder personeel dat direct zorg levert aan patiënten (inclusief personeel dat afwezig is door positieve coronatest, quarantaine verplichtingen etc.).

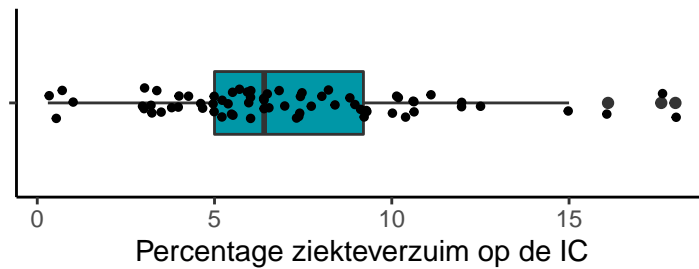
Figuur 20 Ziekteverzuim



Ziekteverzuim onder zorgpersoneel (IC) Vanwege een wijziging in het Zorgbeeldportaal rondom deze vraag (waarbij het totale ziekteverzuim is gesplitst in ziekteverzuim IC en ziekteverzuim in de kliniek), is het van belang om onderstaande cijfers met voorzichtigheid te interpreteren. Bij de splitsing van deze vragen is in Zorgbeeld standaard een 0 als waarde ingevuld voor het ziekteverzuim IC. Omdat nog niet alle ziekenhuizen dit percentage hebben aangepast, is ervoor gekozen om alle ziekenhuizen die hier 0 hebben staan niet mee te nemen in de berekeningen hierover.

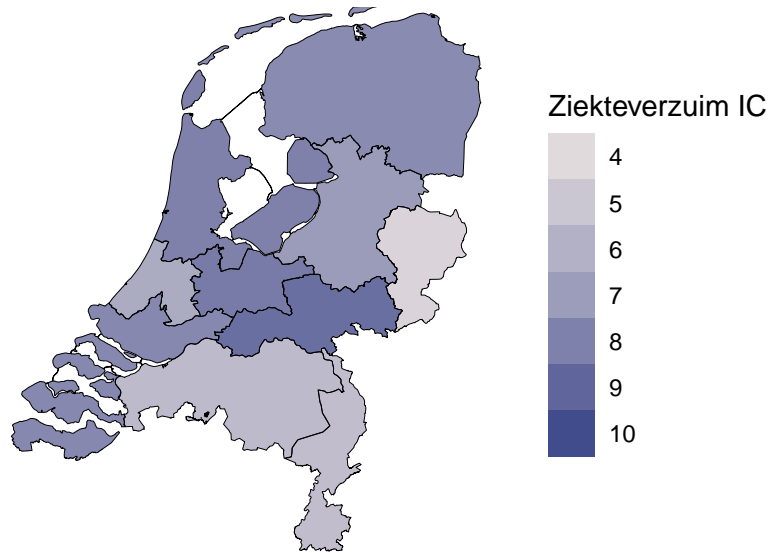
Het gemiddelde ziekteverzuim op de IC is in Nederland 7%. Dit percentage varieert sterk tussen ziekenhuizen, zoals in de onderstaande figuur te zien is.

Figuur 21 Variatie tussen ziekenhuizen in ziekteverzuim



Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer wat het percentage ziekteverzuim op de IC is onder personeel dat direct zorg levert aan patiënten (inclusief personeel dat afwezig is door positieve coronatest, quarantaine verplichtingen etc.).

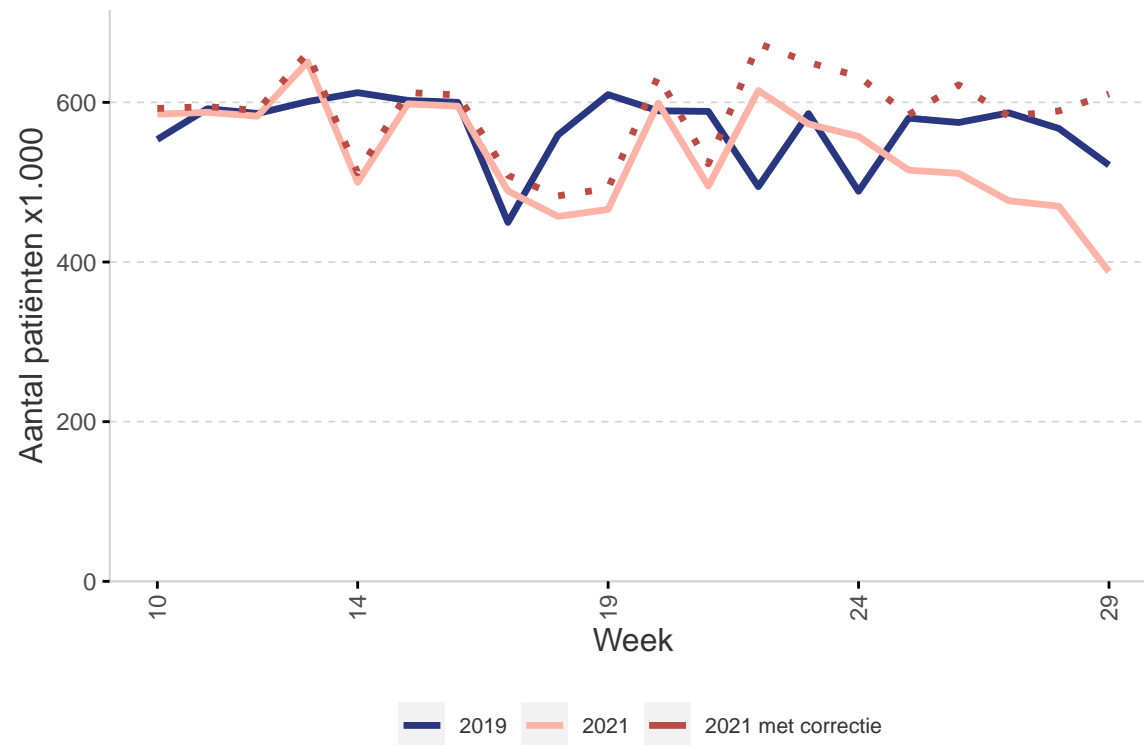
Figuur 22 Ziekteverzuim IC



2.5 Actuele productie

Figuur 23 geeft de landelijke ontwikkeling van het aantal patiënten per week weer. Vanaf begin juni (week 22) lijkt het aantal patiënten dat door een arts gezien is, hoger dan normaal. De correctie die toegepast wordt op de meest recente data dient om registratie-effecten te corrigeren. Dit wordt verder uitgelegd in de bijlage.

Figuur 23 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2019 en 2021 per week



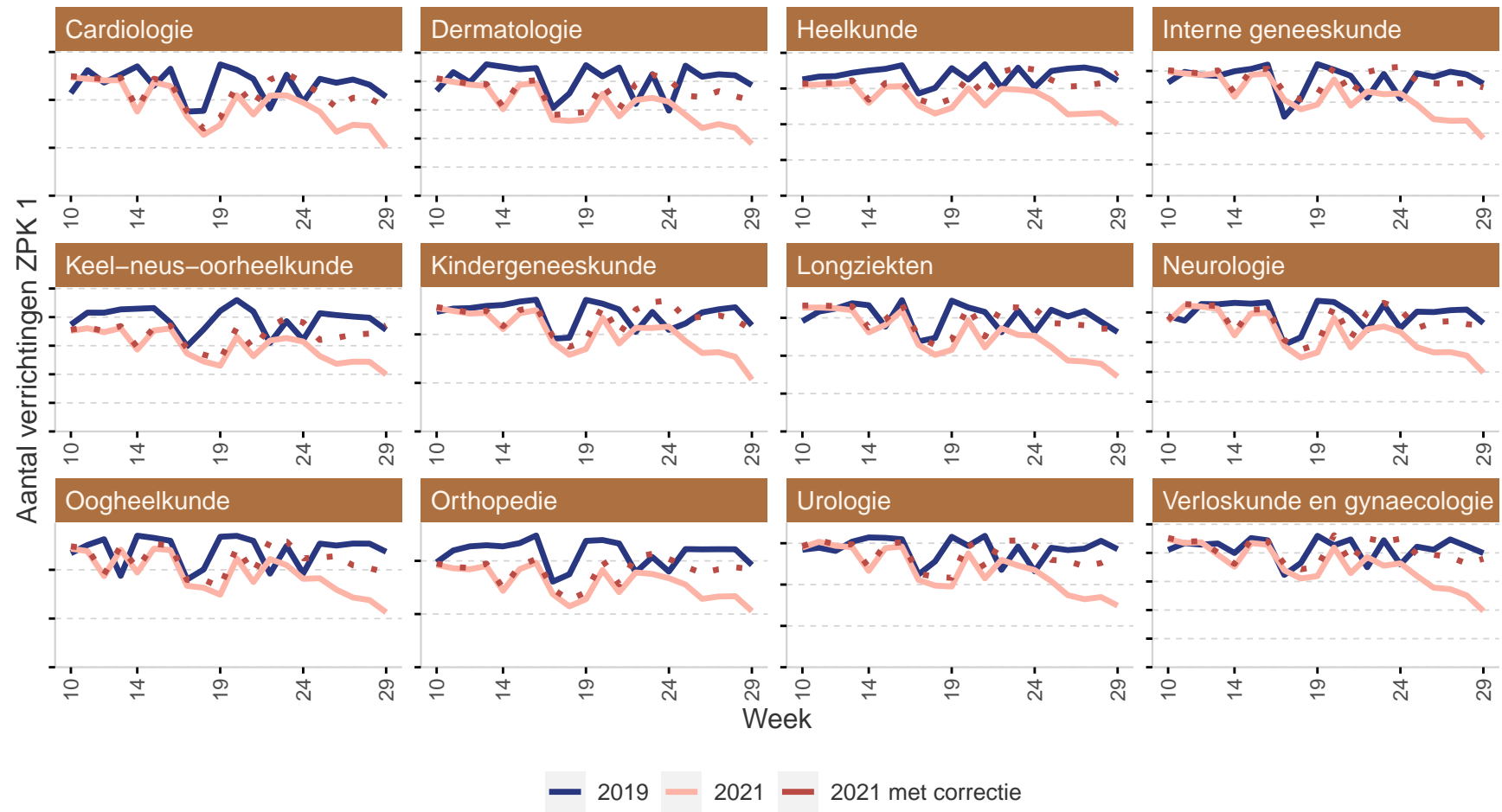
Naast het aantal patiënten kunnen we ook kijken naar het aantal activiteiten. We focussen hierbij op een uitsplitsing naar specialismen.

Figuur 24 laat het aantal polikliniekbezoeken (inclusief belconsulten/e-consulten) zien per specialisme. Het aantal polikliniekbezoeken was in mei bij alle grote specialismen wat lager dan normaal, maar vanaf juni schommelt het rond normaal.

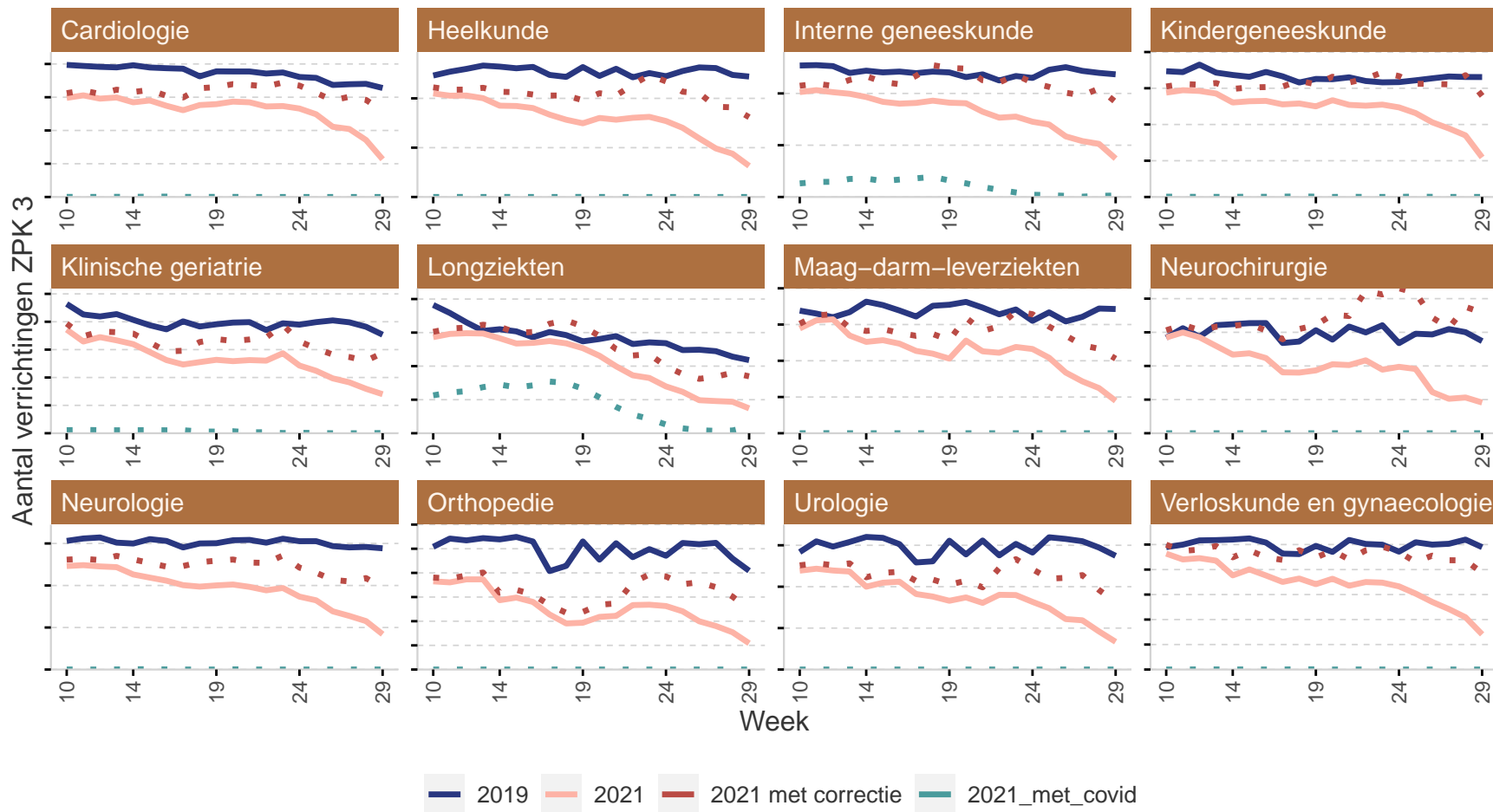
Het aantal verpleegdagen (Figuur 25) blijft al langere tijd bij bijna alle specialismen sterk achter op de normale aantallen. De verpleegdagen van coronapatiënten zijn met een afzonderlijke lijn zichtbaar gemaakt in de figuren. Vanaf week 24 is het aantal opnames dat toe te wijzen is aan Covid-19 relatief gering. Bij enkele specialismen, waaronder MDL, orthopedie en urologie leek vanaf week 20 weer een toename in het aantal opnames te zien, maar die zet niet door in de laatste maand.

Bij het aantal operaties (Figuur 26) ligt de focus in dit rapport vooral op de intensieve/invasieve zorgactiviteiten inclusief de ingrepen die vallen onder de wet bijzondere medische verrichtingen (wbmv). Lichte poliklinische ingrepen worden hier dus niet meegeteld. Bij een aantal specialismen ligt het aantal operaties rond normaal niveau, zoals dermatologie en oogheelkunde. Bij andere specialismen nam het aantal operaties in juli weer af, zoals bij keel-neus-oorheelkunde en orthopedie. Dit laat zien dat er nog steeds geprioriteerd wordt in ziekenhuizen. Daarnaast komen vanwege de coronamaatregelen bepaalde aandoeningen (zoals bovenste luchtwegeninfecties) minder vaak voor, wat ook zichtbaar is in de productiecijfers.

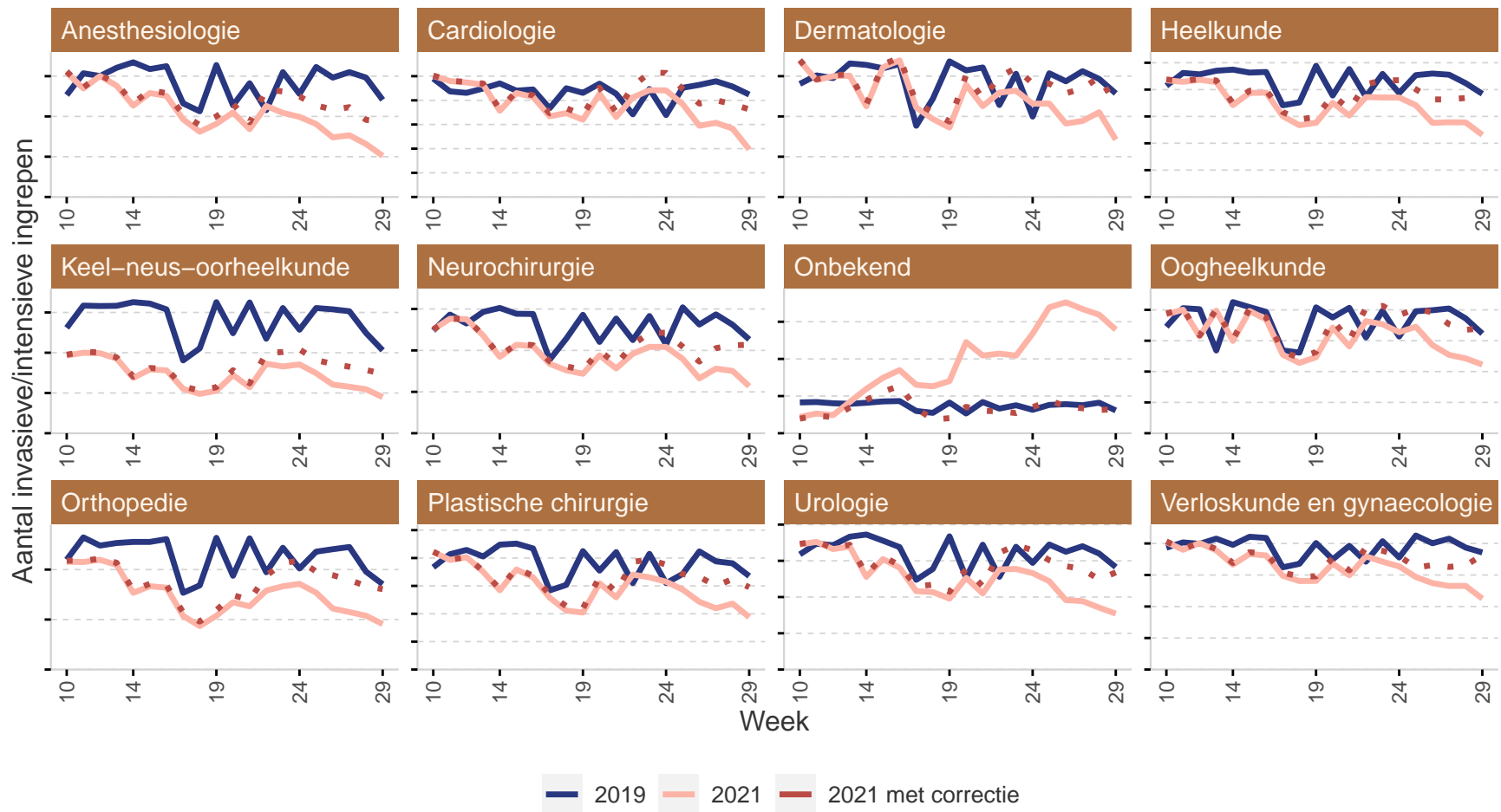
Figuur 24 Aantal polikliniekbezoeken (zorgprofielklasse 1) per specialisme



Figuur 25 Aantal klinische opnames (zorgprofielklasse 3) per specialisme



Figuur 26 Aantal operaties (subselectie van zorgprofielklasse 5) per specialisme



2.6 Gemiste ingrepen en inhaalzorg

2.6.1 Gemiste ingrepen

Vanaf maart 2020 tot en met week 29 van 2021 zijn er bij de 43 ziekenhuizen die in dit rapport zijn opgenomen 1.5 miljoen polikliniekbezoeken minder geweest dan normaal in dezelfde periode. Dit komt overeen met 10% van de normale jaarproductie⁶. In dezelfde periode waren er 0.7 miljoen verpleegdagen minder, en 218.8 duizend operaties minder⁷. Dit zijn alle operaties uitgezonderd de kleine poliklinische ingrepen, ongeacht specialisme. Deze cijfers hebben alleen betrekking op de ziekenhuizen waarvan wij over volledige data beschikken. Extrapoleren we deze cijfers, dan schatten we dat er in totaal tussen 340 en 380 duizend operaties gemist zijn in alle Nederlandse ziekenhuizen. Van ZBC's hebben we geen recente cijfers. De verwachting is dat het aantal gemiste operaties in 2020 niet verder is opgelopen en voor een deel ook al zal zijn ingehaald.

Groep	Afname (x 1.000 verrichtingen)	% van normaal jaar
Poliklinische consulten	-1475	-9.6
Verpleegdagen	-722	-18.2
Operatieve verrichtingen	-256	-23.1

Van deze operaties hebben we zoveel mogelijk ingeschat op welke patiëntgroep deze betrekking hebben, en welke mate van urgentie hierbij waarschijnlijk aan de orde was. Dit wordt in de bijlage verder toegelicht. In Figuur 27 is voor de meest voorkomende behandelingen weergegeven bij welke patiëntgroepen de afname van het aantal operaties het grootst was. De omvang van de vierkantjes is proportioneel met het aantal operaties in een normaal jaar (2019). De kleur geeft weer welk percentage operaties er in 2020 en 2021 minder zijn uitgevoerd. Ook hier is de daling uitgedrukt als percentage t.o.v. één jaar (2019).

Rechts onderin zijn de meest urgente operaties te zien, rechts boven de minder urgente (categorie C en D⁸), en het grootste deel (links) heeft betrekking op de niet urgente zorg. Duidelijk zichtbaar is dat de afname bij de urgente operaties (waar bijvoorbeeld letsel en geboortezorg in vallen) beperkt is. De afname is zowel in absolute als in relatieve zin het grootst bij de niet-urgente ingrepen aan de bovenste luchtwegen en het middenoor. Hierbij moet gedacht worden aan het plaatsen van buisjes in het trommelvlies en het verwijderen van keelamandelen. Van dergelijke ingrepen vonden er bij de betrokken ziekenhuizen 70.000 minder plaats, een afname van ca. 65%. Andere grote groepen zijn cataractoperaties (27.000 operaties minder dan normaal) en operaties vanwege artrose aan knie of heup (16.000 operaties minder).

⁶ Merk op dat de afname betrekking heeft op ongeveer 1.4 jaar

⁷ Tijdens iedere operatie worden ongeveer 1,18 operatieve verrichtingen uitgevoerd

⁸ indeling o.b.v. urgentielijst medisch-specialistische zorg (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_306624_22/1/)

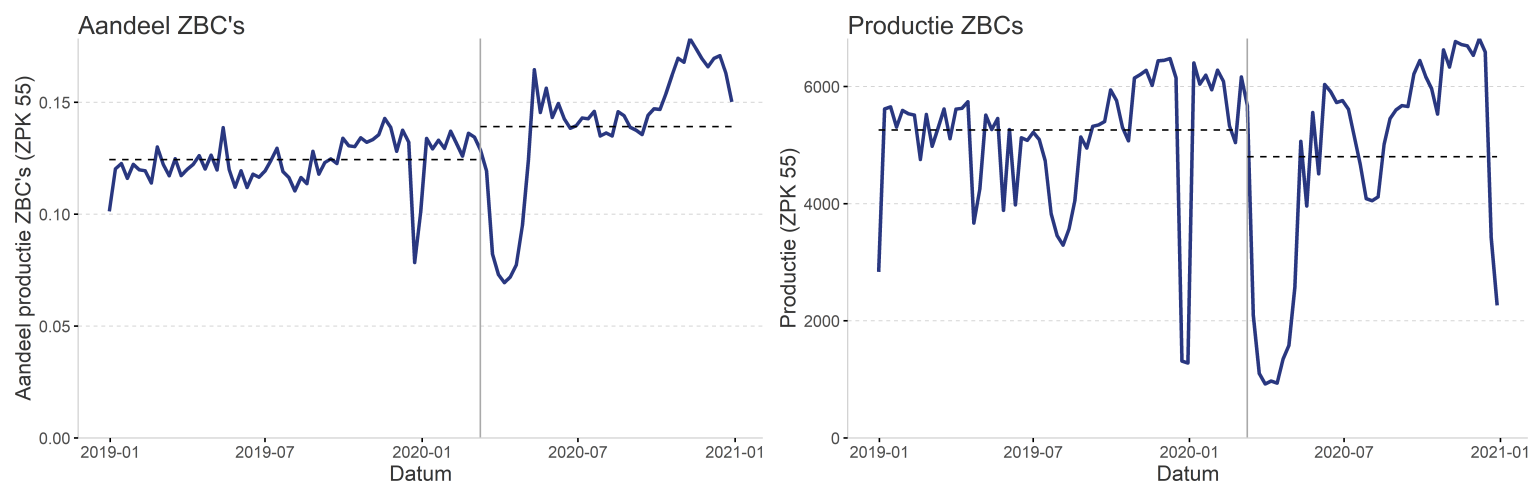
Figuur 27 Aantal operaties dat minder is gedaan sinds maart 2020



Deze operaties die minder zijn gedaan, hebben voor een deel betrekking op zorgvragen die (nog) niet in beeld zijn bij het ziekenhuis, omdat patiënten minder snel met klachten naar de huisarts en naar het ziekenhuis zijn gegaan. Voor een deel zijn het patiënten die wel voor diagnostiek naar het ziekenhuis zijn gekomen, maar waarvoor de ingreep is uitgesteld. Hierbij is het goed om te benadrukken dat voor een deel van deze operaties de zorg niet hoeft worden ingehaald, omdat bijvoorbeeld klachten niet zijn ontstaan (bijvoorbeeld minder luchtweginfecties vanwege de afstandsmaatregelen), klachten in de tussentijd zijn verdwenen of er is gekozen voor een andere behandeling. In een volgende paragraaf gaan wij hier dieper op in.

Verdieping: Productie ZBC's

De DHD-data hebben geen betrekking op de zelfstandige behandelklinieken (ZBC's). ZBC's voeren ongeveer 10-15% van de operatieve verrichtingen uit. Uit de analyse van de declaratiegegevens van Vektis blijkt dat ook ZBC's minder productie hebben geleverd in 2020 (na de start van de coronacrisis) dan in 2019. Mogelijk is deze onderproductie in de eerste helft van 2021 ingelopen. Omdat de terugval minder groot was dan bij ziekenhuizen is het aandeel van ZBC's in het totaal uitgevoerde operaties groter geworden (tot ruim 17% aan het einde van 2020). Het aantal verwijzingen naar ZBC's (zie Figuur 7) is pas sinds kort boven het niveau dat we zouden verwachten zonder coronacrisis en zonder inhaalzorg. In die verwachting is wel meegenomen dat er ieder jaar meer vanuit Zorgdomein wordt verwezen naar ZBC's (doordat meer aanbieders zijn aangesloten). Het is daarmee onwaarschijnlijk dat een substantieel deel van de in dit hoofdstuk beschreven "inhaalzorg" al is uitgevoerd door ZBC's. Als we kijken naar de absolute productie van ZBC's wat betreft operatieve verrichtingen, dan zien we dat het productieniveau na de start van de coronacrisis onder het gemiddelde van voor de start van de coronacrisis ligt. Het gaat hierbij om een afname van de gemiddelde productie van ruim 8%.



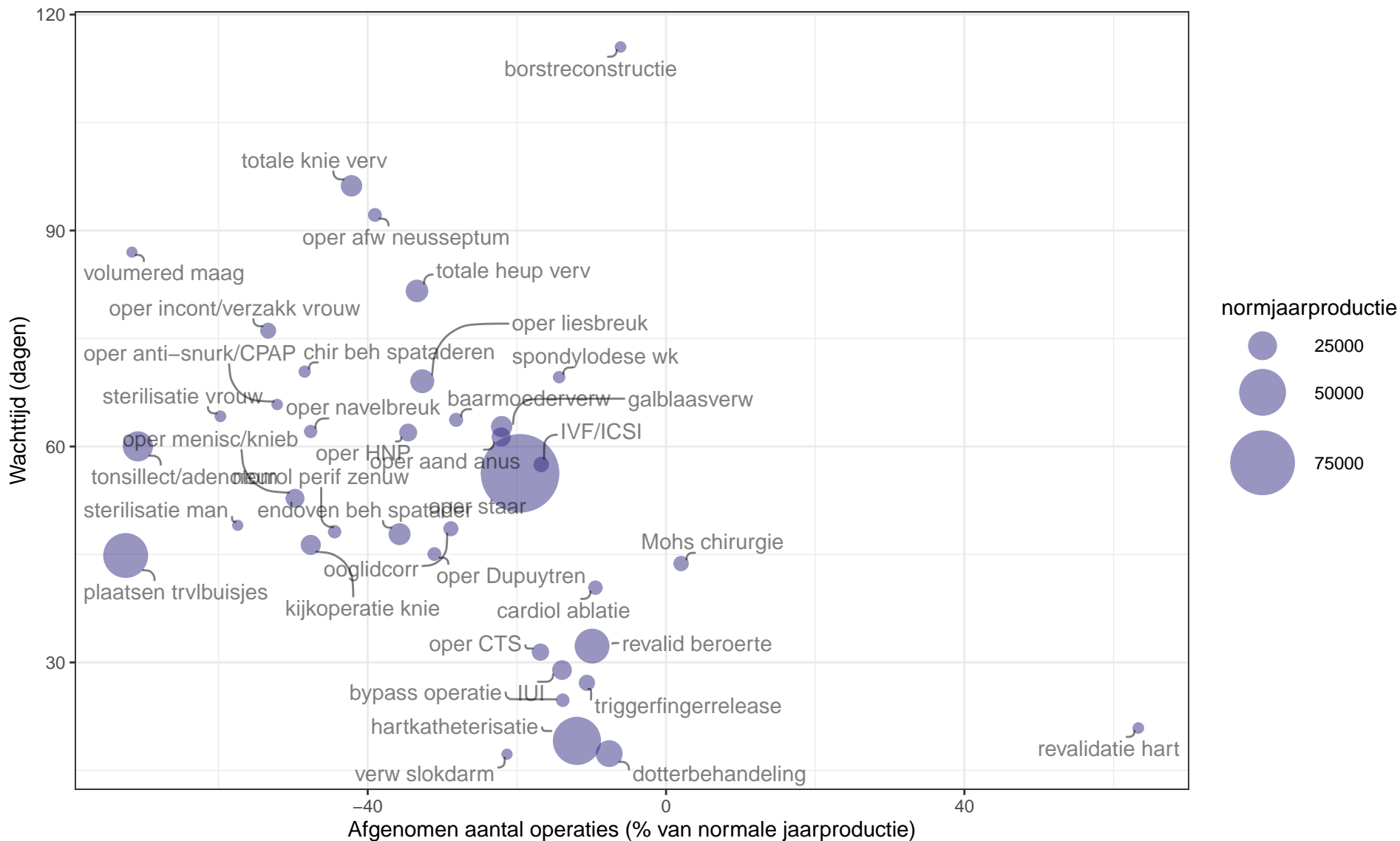
2.6.2 Wachtlijden en mogelijke inhaalzorg

De grootste knelpunten zouden we kunnen verwachten bij patiëntgroep-behandelcombinaties waarbinnen veel operaties uitgesteld zijn, die (nu al) een lange wachttijd kennen. In figuur 28 wordt per behandeling weergegeven hoeveel ingrepen er minder zijn uitgevoerd, en wat de bijbehorende actuele wachttijd is. Door de wijzigingen in de manier van uitvragen en berekenen van de wachttijden per 1 augustus 2021 is de aanlevering van wachttijden in het nieuwe format nog niet volledig, en is de onzekerheid in

deze data momenteel dus nog wat groter dan normaal. Ook geldt hier dat niet alle gemiste behandelingen nog moeten worden ingehaald.

De wachttijd is het langst bij enkele orthopedische ingrepen (heup en knie), bij plastische chirurgie (borstreconstructie), en bij gynaecologie (stressincontinentie). Deze worden veelal uitgevoerd bij patiëntgroepen waarin het afgelopen jaar veel minder operaties zijn uitgevoerd. De grootste groep (in absolute aantallen) betreft staaroperaties, waarvoor de wachttijd ongeveer 8 weken bedraagt.

Figuur 28 Afgenomen aantal operaties en bijbehorende wachttijden



2.6.3 Inhaalzorg

Welk deel van de ingrepen die minder zijn gedaan niet ingehaald hoeft te worden, is op basis van de beschikbare data niet met zekerheid te zeggen. Een deel van deze zorgvragen die niet ingehaald kunnen worden zijn eenvoudigweg niet ontstaan vanwege de pandemie en de bijbehorende maatregelen. Denk hierbij aan minder verkeers- en sportongevallen en minder infectieziekten. Bij een ander deel was sprake van een urgente zorgvraag die, als die al zou zijn ontstaan, nu niet meer kan worden ingehaald. In sommige gevallen zal dat betekenen dat de patiënt die niet tijdig hulp heeft gezocht nu zwaardere zorg nodig heeft en/of hier op een later moment schadelijke gevolgen van ondervindt (zie kader 'Verdieping: Vervolgzorg cardiologie'). Deze schade is echter heel moeilijk te kwantificeren en te voorspellen en wordt niet meegenomen. De oversterfte (door Covid-19) laten we vooralsnog ook buiten beschouwing.

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

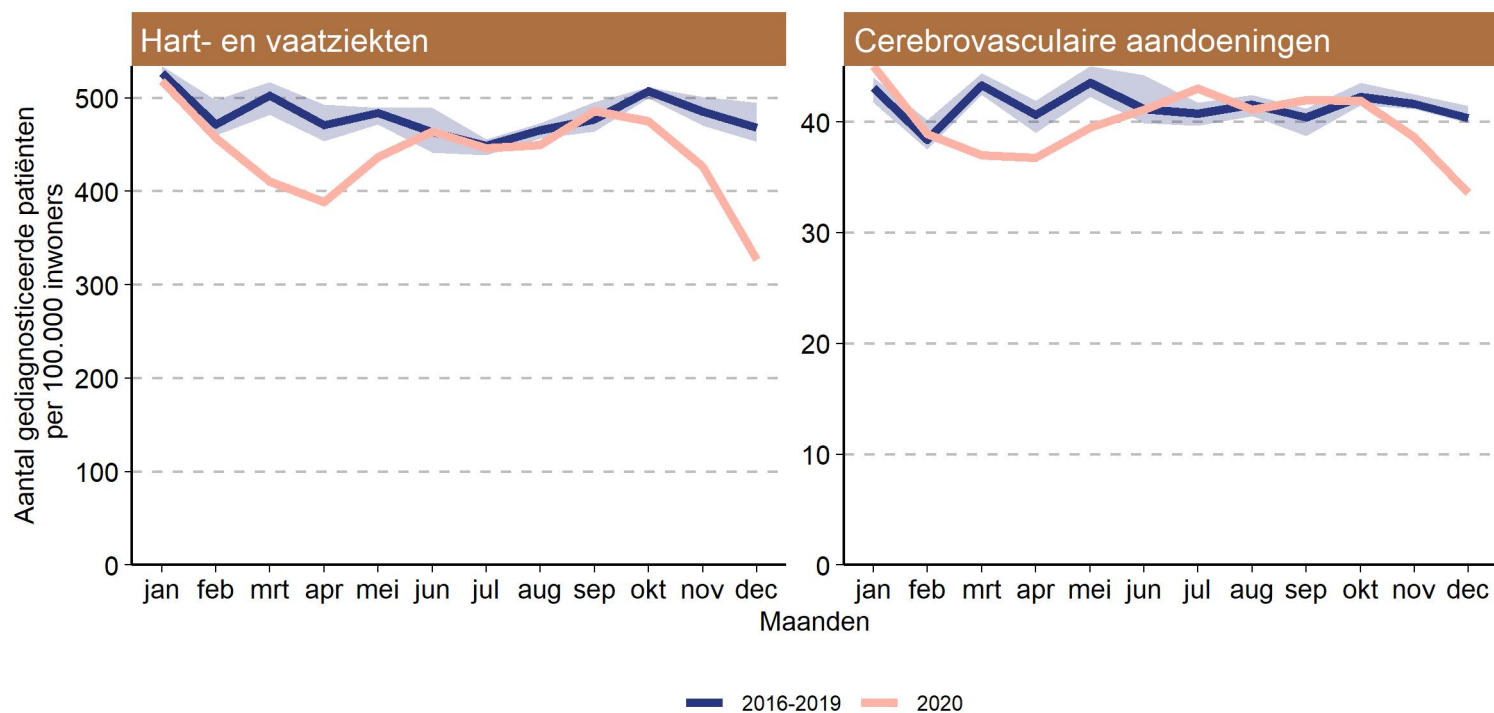
- acute zorg (zoals breuken en hartinfarcten)
- infectieziekten
- periodiek/herhaaldelijk geleverde zorg (zoals sommige pijnbehandelingen)
- klachten van voorbijgaande aard
- vooruitgeschoven zorg

Aan de hand van deze criteria hebben we per diagnose die in de data voorkomt een inschatting gemaakt of de gemiste operaties nog zullen moeten worden ingehaald. Op basis van deze inschatting zouden 50% tot 60% van de afname van het aantal operaties op een later moment nog moeten worden uitgevoerd. Voor alle Nederlandse ziekenhuizen komt dit neer op 170 tot 210 duizend operaties.

Het gaat om ruim 200 uiteenlopende patiëntengroepen. De operaties met de hoogste aantallen patiënten hierbinnen zijn staar- en nastaaroperaties (18%), heup- en knieervanging (9%), liesbreuken en andere buikwandbreuken (7%), operaties bij spataderen (3%), en operaties bij incontinentie en prolaps (3%). In totaal schatten we het aantal in te halen operaties op 11% tot 14% van het normale jaarlijkse aantal operaties.

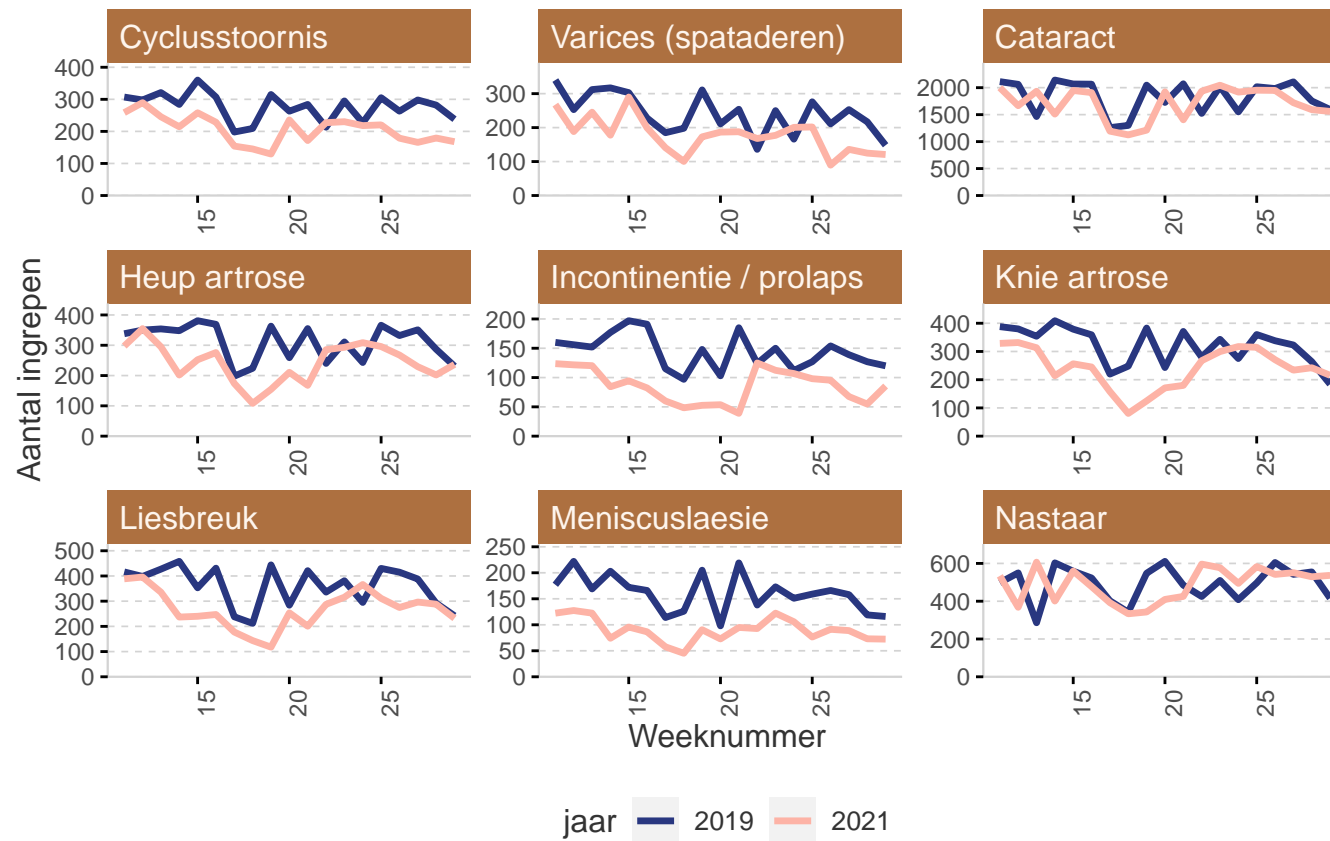
Verdieping: Vervolgzorg cardiologie

Tijdens de eerste coronagolf zijn veel minder diagnoses gesteld voor hart- en vaatziekten. Daarnaast is vanaf het begin van de tweede coronagolf (oktober 2020) wederom een afname in diagnoses zichtbaar (zie onderstaand figuur). Het is daarom goed mogelijk dat er patiënten met ernstige hartaandoeningen gemist zijn. De meeste van deze aandoeningen vallen onder acute of subacute zorg, en we weten dat deze zorg tijdens de coronacrisis is doorgegaan. Het niet behandelen van een hartinfarct of ritmestoornis kan leiden tot nieuwe zorgvragen, bijvoorbeeld omdat de kans op stolsels in het bloed toeneemt en daarmee de kans op een Transient Ischemic Attack (TIA) of herseninfarct (hier samen weergegeven onder de diagnosegroep cerebrovasculaire aandoeningen (CVA)). Maar net als hart- en vaatziekten is er tijdens de eerste coronagolf een (kleine) afname zichtbaar in het aantal CVA's. Aan het eind van 2020 is voor deze diagnosegroep ook een afname te zien in het aantal gediagnosticeerde patiënten. Vooralsnog is hier dus nog geen vervolgschade in de vorm van een toename in zorgvragen zichtbaar. Echter, ook patiënten met een TIA kunnen "gemist" zijn. Wij zullen deze patiëntengroepen daarom blijven monitoren.



Diagnosen met de grootste inhaalzorgvraag Van de diagnoses met de meeste ingrepen die minder zijn gedaan en die naar verwachting nog ingehaald moeten worden, is in Figuur 29 afzonderlijk weergegeven hoeveel ingrepen er wekelijks plaatsvinden. Het aantal ingrepen bij (na)staar ligt al vanaf begin maart op een normaal niveau. Bij de andere diagnoses is de productie in de periode maart tot mei duidelijk lager. Vanaf medio juni komt het aantal ingrepen bij artrose, varices, cyclusstoornissen, incontinentie en liesbreuken weer op normaal niveau. Van inhaalproductie lijkt op dit moment nog geen sprake.

Figuur 29 Productie van de diagnoses met de grootste inhaalzorgvraag



2.6.4 Benodigde capaciteit inhaalzorg

Om de zorg die uitgesteld kon worden weer in te halen is extra capaciteit nodig. Dit betreft de capaciteit in ziekenhuizen en ZBC's, maar ook in de zorg die vlak voor tot een half jaar na de operatie wordt gegeven door bijvoorbeeld huisartsen, wijkverpleging en fysiotherapeuten. Het vertalen van de aantallen patiënten die we per aandoening verwachten naar benodigde capaciteit kunnen wij op dit moment nog niet exact maken. Wel hebben we een aantal indicaties. Voor de ziekenhuizen gaan we in op operatieduur en wachttijden. Voor de vervolgzorg kijken we per aandoening naar de kans dat een patiënt die vervolgzorg nodig heeft. Door dit in een volgende monitor te relateren aan de impact van de patiëntengroep op de zorgverlener kunnen we een inschatting maken van de totale impact van de inhaalzorg.

Ziekenhuiscapaciteit De inhaalzorg die wij in deze paragraaf hebben geprobeerd te berekenen bestaat uit patiënten met een aandoening waarvoor de behandeling is uitgesteld en patiënten die wij hadden verwacht op grond van zorggebruik in eerdere jaren, maar die nog niet bekend zijn in het ziekenhuis. De patiënten die bekend zijn in het ziekenhuis komen op een wachtlijst. Voor een aantal ingrepen is de verwachte tijd tot behandeling toegenomen. Dit verschilt per aandoening, maar is gemiddeld ongeveer 4 weken. (zie de paragraaf over wachttijden). Mogelijk lopen deze wachttijden nog verder op wanneer (een deel van) de onbekende patiënten zich alsnog meldt.

Dit is één manier van hoe het aantal niet uitgevoerde ingrepen zich vertaalt naar capaciteit: het aantal weken dat extra nodig is om de achterstand weg te werken. Dit is echter vertekend, omdat de wachttijden horen bij de situatie waarin de capaciteit nog beperkt is vanwege de hogere druk in de ziekenhuizen.

De capaciteit die nodig is voor de inhaalzorg kan ook volgen uit een vertaling van patiënten naar OK-uren. Van de ingrepen die veel worden gedaan, zoals ooglaseren, kunnen er ook heel veel op één dag worden gedaan, omdat de ingreep zelf maar enkele minuten vergt. Daarnaast zijn er operaties die een hele dag kunnen duren. Deze capaciteitsgegevens worden op dit moment verzameld door verzekeraars en zullen wij in de volgende monitor opnemen. Daarnaast zijn we in gesprek over gestandaardiseerde lijsten met OK-tijden per ingreep om de gemoeide tijd voor inhaalzorg in beeld te brengen.

Vervolgzorg Iedere patiënt die voor een (uitgestelde) operatie naar het ziekenhuis komt heeft hier doorgaans contact over met de huisarts. De huisarts houdt ook het dossier bij en stemt af met en over vervolgzorg.

Voor kleine ingrepen zoals het genoemde ooglaseren is meestal niet veel vervolgzorg nodig. De hersteltijd is relatief kort en de nazorg eenvoudig. Een deel van de patiënten heeft na een operatie wel (extra) verpleging nodig en paramedische zorg, zoals

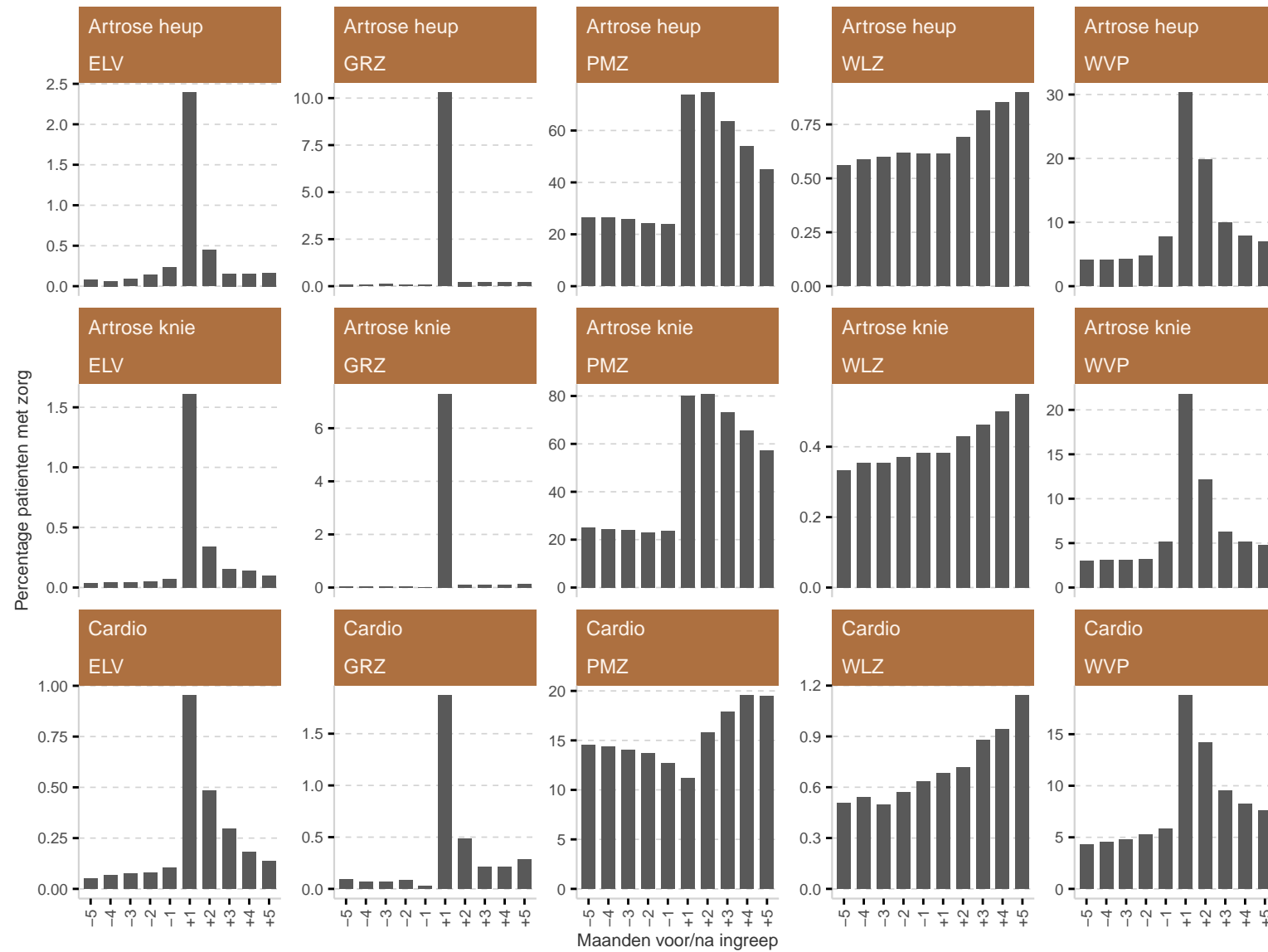
fysiotherapie. Dit is bijvoorbeeld het geval bij patiënten met een cardiologische aandoening of CVA en bij patiënten die een nieuwe heup of knie krijgen. We hebben daarom gekeken naar de verwachte vervolgzorg voor drie veelvoorkomende inhaalzorg operaties.

In Figuur 30 is voor drie veelvoorkomende patiëntengroepen het zorggebruik voor en na een operatie weergegeven⁹. We kijken hierbij naar zorg in 5 sectoren: Eerstelijnsverblijf (ELV), Geriatrische revalidatie (GRZ), Paramedische zorg (PMZ), Wet langdurige zorg (WLZ), en Wijkverpleging (WVP). Er is voor elke ingreep en sector te zien welk percentage van de patiënten die de ingreep had, in de maanden voor/na de ingreep zorg kreeg vanuit deze sectoren¹⁰. Een klein deel (3 tot 5%) heeft voor de ingreep al verpleging thuis of in een instelling. Direct na de ingreep is dat 20%. 80% van de patiënten die een heup- of knie vervangende operatie krijgt, heeft fysiotherapie in de maanden na de operatie. Voor de operatie had slechts een kwart fysiotherapie en/of andere paramedische zorg. Van de mensen met een nieuwe heup, wordt gemiddeld 10% eerst opgenomen bij geriatrische revalidatie.

⁹ Op basis van declaratiedata uit 2018

¹⁰ De maand +1 is hierbij de eerste maand direct vanaf de ingreep

Figuur 30 Zorggebruik vervolgzorg voor en na ingreep



3. Langdurige zorg

Dit hoofdstuk staat in het teken van de langdurige zorg. Onder langdurige zorg vallen de sectoren verpleging & verzorging (V&V), de gehandicaptenzorg (GHZ) en een deel van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In dit hoofdstuk ligt de focus op de bezettingsgraad in de V&V, de ziekteverzuimcijfers en aantal wachtenden in de langdurige zorg.

3.1 Bezettingsgraad V&V aanbieders

In Figuur 31 is de bezettingsgraad van de V&V aanbieders in Nederland weergegeven voor de weken 2 van 2020 t/m 30 van 2021. In de figuur zijn de weken 11, 42 (beide grijs) en 12 (zwart) van 2020 gemarkeerd met een verticale stippellijn. In week 11 2020 valt 12 maart, het moment waarop de eerste landelijke coronamaatregelen werden aangekondigd (op deze dag werden evenementen afgelast en riep de overheid op om zoveel mogelijk thuis te werken). In week 12 werden de bezoekersrestricties in de verpleeghuizen ingevoerd en vanaf week 42 was er wederom sprake van een landelijke, gedeeltelijke lockdown. De data is geïndexeerd op week 2 van 2020, op dat moment waren er gemiddeld 129.885 plekken bezet.

Vanaf week 7 2021 zien we de bezettingsgraad in de verpleeghuizen weer toenemen. Dit lijkt het effect te zijn van het vaccineren van bewoners en personeel en de daling die te zien is in het aantal (Covid-19 gerelateerde) sterfgevallen. De bezettingsgraad heeft tot op heden het niveau van voorafgaand aan de coronacrisis niet meer gehaald. Ten opzichte van het gemiddelde over week 2 tot en met 10 in 2020 (voorafgaand aan de coronacrisis), ligt de landelijke bezetting van de V&V aanbieders op basis van de laatste data in week 30 nog 1.941 plekken lager. Dit waren op het laagste punt in 2021 nog 5.545 lege plaatsen in totaal.

Een lage bezettingsgraad impliceert dat er lege plaatsen zijn bij V&V aanbieders. Er kunnen verschillende redenen zijn waarom deze lege plaatsen niet direct zijn gevuld, bijvoorbeeld: personen met een Wlz-indicatie hebben opname in een instelling uitgesteld en proberen zorg zo lang mogelijk thuis te regelen met behulp van mpt, vpt, pgb en mantelzorg. Daarnaast zijn er veel signalen dat het ziekteverzuim in verpleeghuizen hoog is wat voor personeelstekorten zorgt. Ook is het aannemelijk dat verpleeghuizen waar een uitbraak van Covid-19 gaande is, op dat moment geen of slechts beperkt nieuwe cliënten kunnen opnemen.

Figuur 31 Bezettingsgraad van V&V aanbieders tov week 2 2020, landelijk weergegeven



Databron: Zorgkantoren

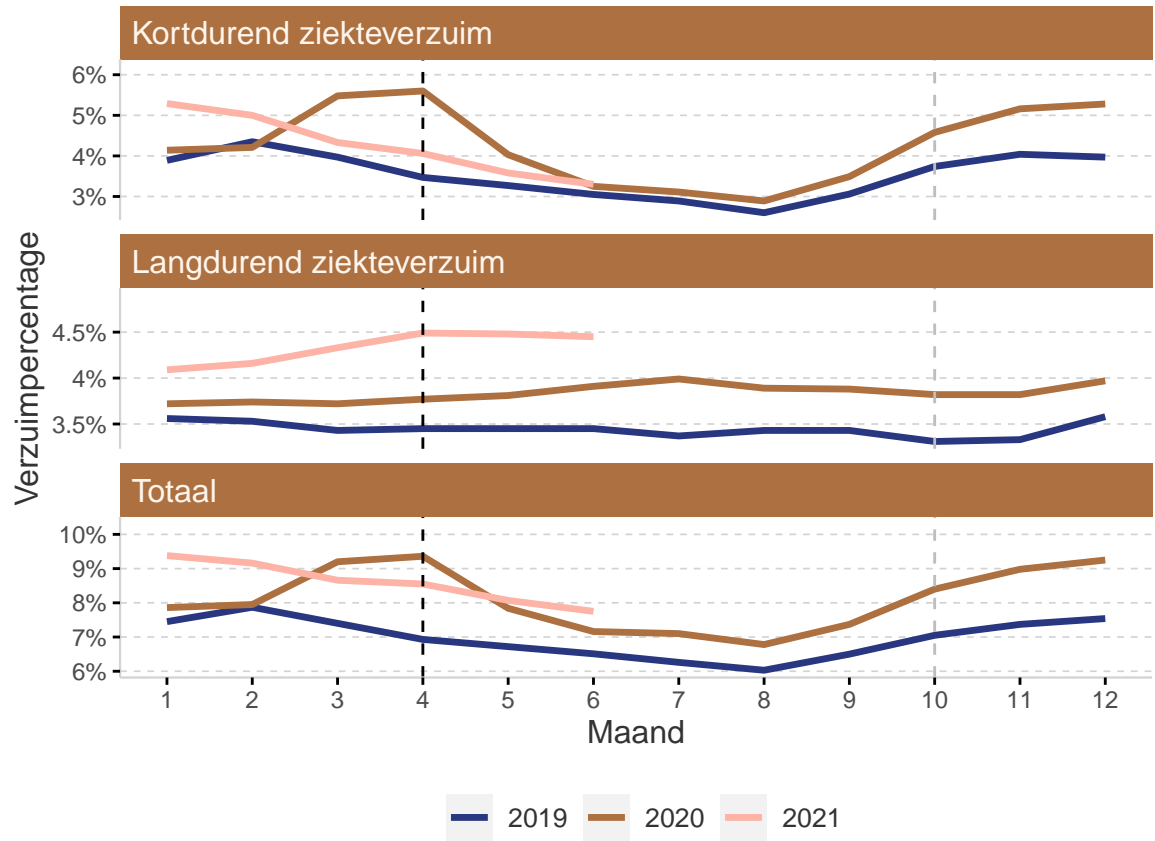
3.2 Ziekteverzuim

In de volgende figuren worden de ziekteverzuim cijfers (bron: Vernet) weergegeven met betrekking tot zowel kortdurend (1 t/m 91 dagen) als langdurend ziekteverzuim (92 t/m 730 dagen). Data over kortdurend ziekteverzuim (en dus ook in het totale verzuim) laat over het algemeen een sterk seizoenspatroon zien met een lager ziekteverzuim in de zomermaanden. De cijfers kunnen daarom het beste vergeleken worden met dezelfde periode van het voorgaande jaar.

3.2.1 Ziekteverzuim cijfers VVT (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg)

In Figuur 32 zijn de verzuimpercentages weergegeven voor de VVT sector. Hier zien we een afname in het totale ziekteverzuim sinds januari. Op 1 juni ligt het nog wel boven het niveau van 2019 en 2020. Het totale verzuimpercentage in de VVT sector is op 1 juni 2021 7.8%, ten opzichte van 7.2% op 1 juni 2020. Bij het kortdurende ziekteverzuim zien we sinds de jaarwisseling een daling. Langdurend ziekteverzuim liet sinds eind 2020 een stijging zien, maar is de afgelopen maanden stabiel.

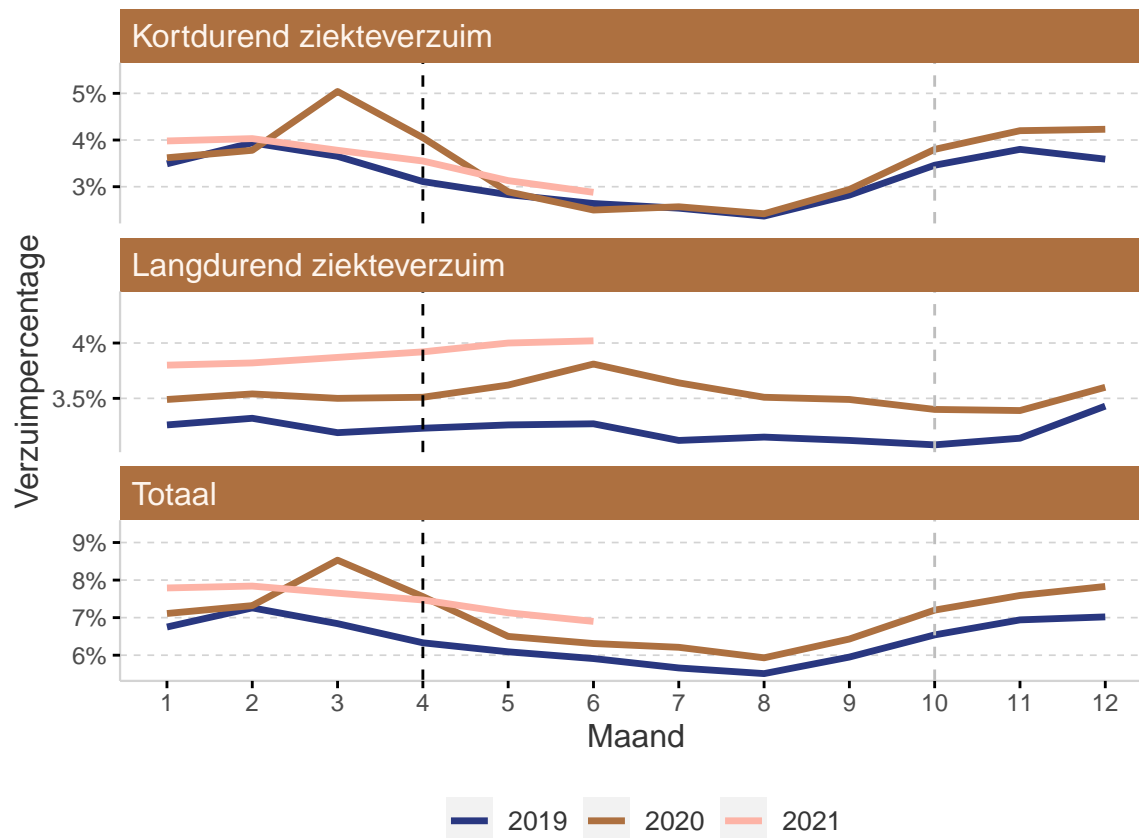
Figuur 32 Ziekteverzuim per sector: Verpleging, verzorging en thuiszorg



3.2.2 Ziekteverzuim cijfers GHZ

In Figuur 33 zijn de verzuimpercentages weergegeven voor de GHZ sector. We zien hier een vergelijkbaar patroon met de VVT sector. De piek in de kortdurende en de totale verzuimcijfers lag in maart 2020. Vervolgens daalt het percentage tot aan augustus 2020, waarna het verzuim weer toeneemt. Sinds januari 2021 zien we hier weer een daling. Op 1 juni 2021 is het totale verzuimpercentage in de GHZ sector 6,9%. Het langdurend verzuim piekt in de GHZ sector in juni 2020 en neemt vervolgens tot aan november af, waarna het langdurend verzuim weer stijgt en ook in 2021 licht blijft stijgen.

Figuur 33 Ziekteverzuim per sector: Gehandicaptenzorg



3.3 Aantal wachtenden

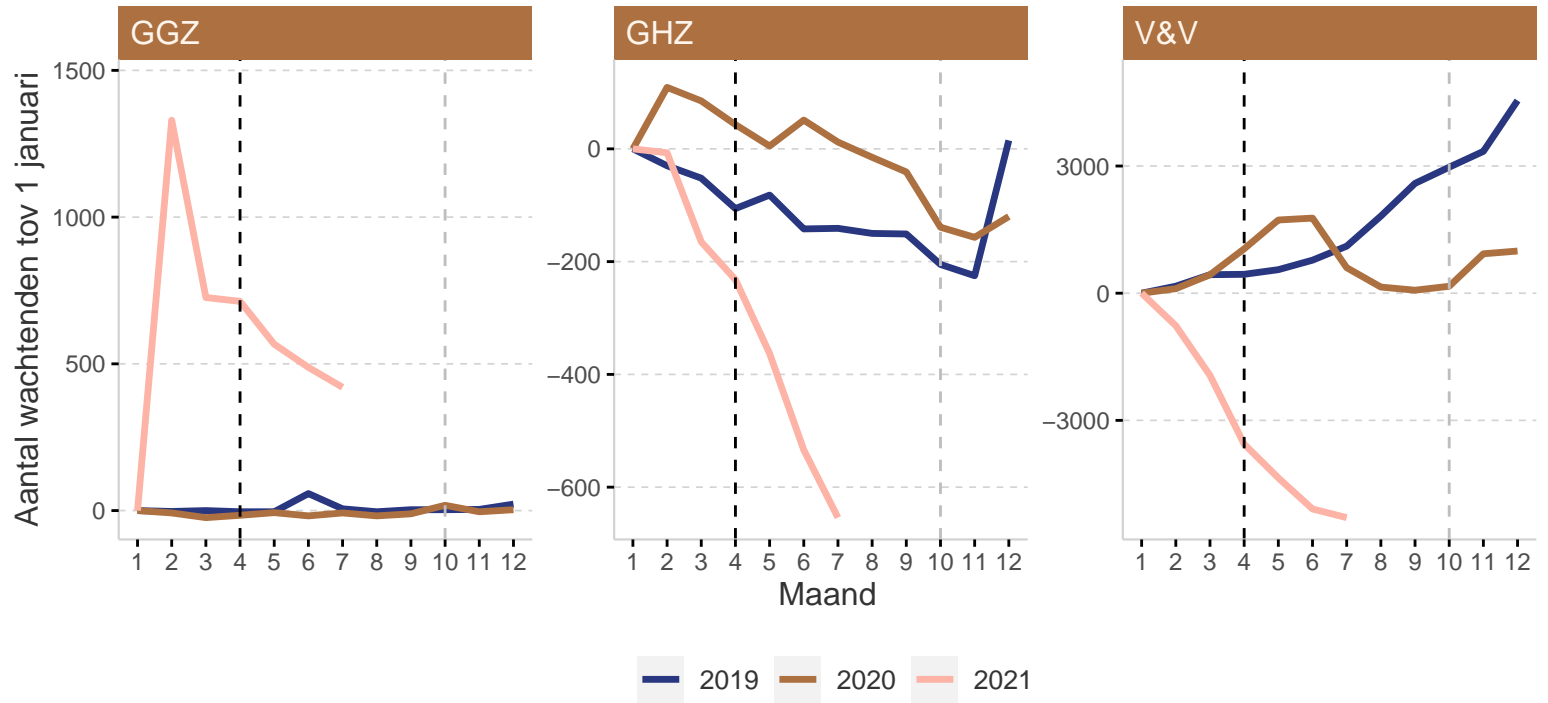
3.3.1 Wachtenden per sector

Figuur 34 geeft de ontwikkeling van het totaal aantal wachtenden in de langdurige zorg per sector weer voor 2019, 2020 en een deel van 2021. Maand 4 (april) is gemarkeerd met een verticale lijn. Dit is rond het peilmoment in 2020 waarop de maatregelen van de eerste golf van kracht waren. De gegevens zijn gecentreerd rondom de stand van peildatum 1 januari van het betreffende jaar. Op 1 januari 2021 was het aantal wachtenden voor de langdurige GGZ 25, voor de GHZ 2.475 en voor de V&V 21.029 personen.

Op 1 februari 2021 zien we een piek in het aantal wachtenden GGZ, maar daarna neemt dit aantal weer wat af. Per 1 januari 2021 is directe toegang tot de Wlz voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zorgprofielen uitgebreid. Dit betekent dat het aantal GGZ-wachtenden binnen de Wlz ook is toegenomen. Dit was in de data van peilmoment 1 januari 2021 nog niet zichtbaar.

Zowel in de V&V sector als de GHZ sector zien we na 1 januari 2021 een forse daling in het aantal wachtenden. Tussen 1 januari 2021 en 1 juli 2021 is het aantal GHZ wachtenden afgenomen met 654 wachtenden, en is het aantal V&V wachtenden afgenomen met 5.294 wachtenden.

Figuur 34 Aantal wachtenden per sector - gecentreerd rondom 1 januari van betreffende jaar



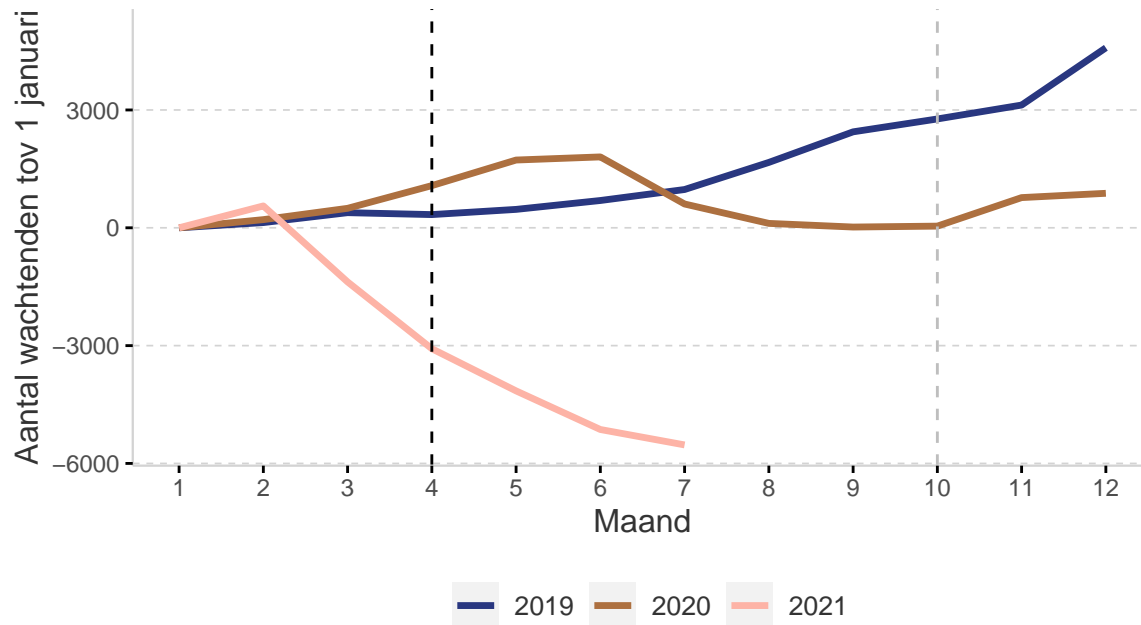
Databron: ZINL

3.3.2 Ontwikkeling van de wachtlijsten: landelijk

Figuur 35 toont de landelijke ontwikkeling van de wachtlijsten ten opzichte van 1 januari in 2019, 2020 en 2021. Hierin zijn alle regio's en alle wachtstatussen (actief, urgent, wachtend op voorkeur met en zonder zorg) meegenomen. De aantallen zijn gecentreerd ten opzichte van peildatum 1 januari van de betreffende jaren. Op 1 januari 2019 was het aantal wachtenden 17.929, op 1 januari 2020 was het aantal wachtenden 22.676 en op 1 januari 2021 was het aantal wachtenden 23.529.

In 2021 zien we eerst een kleine stijging in het aantal wachtenden. Uit de eerdere grafieken blijkt dat deze stijging geheel veroorzaakt wordt door de toestroom van nieuwe GGZ cliënten in de Wlz. Vanaf 1 februari neemt het aantal wachtenden af, en deze daling zet door tot aan 1 juli 2021. In voorgaande jaren zien we dat het totaal aantal wachtenden niet of nauwelijks onder het niveau van 1 januari van het betreffende jaar kwam, en hoger of gelijk lag.

Figuur 35 Ontwikkeling wachtenden landelijk - gecentreerd rondom peildatum 1 januari van betreffende jaar



Databron: ZINL

4. GGZ

In dit hoofdstuk presenteren wij het aantal verwijzingen naar de GGZ dat via ZorgDomein wordt gedaan. Daarnaast laten we de wachttijden zien voor de GGZ.

4.1 Aantal verwijzingen

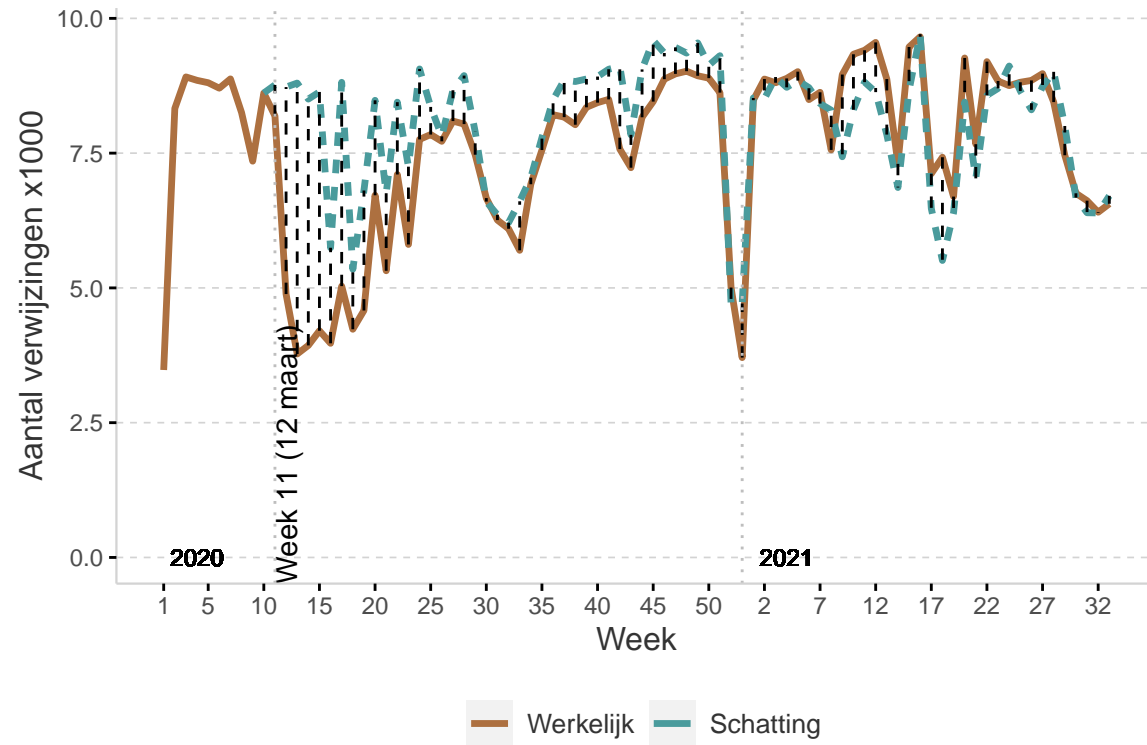
In week 33 hebben ongeveer 6600 verwijzingen plaatsgevonden. Dit is vergelijkbaar met het aantal verwijzingen in week 32. Vanwege de vakantie is het aantal verwijzingen vanaf week 30 aanzienlijk lager dan daarvoor.

Vanwege de coronacrisis kan het aantal verwijzingen afwijken van het gebruikelijke aantal. Om dit te berekenen kijken we naar het verschil tussen het verwachte aantal verwijzingen zonder pandemie en het aantal daadwerkelijke verwijzingen. Sinds maart 2020 gaat het in totaal om ongeveer 39 duizend minder verwijzingen dan we zouden verwachten zonder pandemie. Dit aantal verwijzingen moet nog worden opgeschaald omdat we niet alle verwijzingen in beeld hebben. We hebben berekend dat de dekking van de verwijzingsdata rond de 59% van de geopende initiële dbc's ligt. Dit zou betekenen dat het in totaal gaat om ongeveer 66 duizend minder verwijzingen dan we zouden verwachten zonder pandemie.

Uit Figuur 36 is duidelijk af te leiden dat zeker vanaf week 20 de schatting en het werkelijk aantal verwijzingen elkaar nauw volgen. Dit betekent dat op totaalniveau het aantal verwijzingen net zo hoog is als we zouden verwachten zonder Covid-19. Hieronder (Figuur 38) zien we dat dit niet voor alle leeftijdsgroepen geldt.

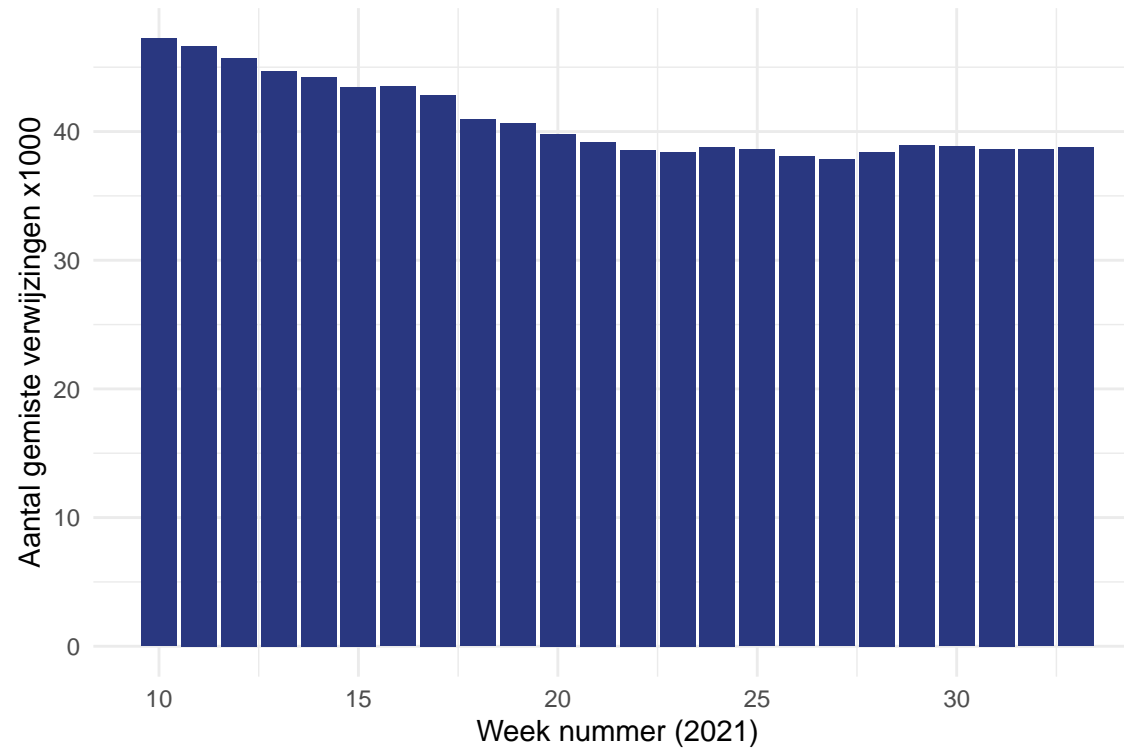
Let op: deze getallen zijn schattingen.

Figuur 36 Schatting landelijk verwijzingsvolume per week



In Figuur 37 zien we dat het totaal aantal verwijzingen dat we op basis van onze aannames nog verwachten inmiddels al enige weken aan het afnemen is. Een deel van deze 'gemiste' verwijzingen zal wellicht niet ingehaald worden. De laatste weken stabiliseert dit weer enigszins, wellicht als een gevolg van de zomervakantie.

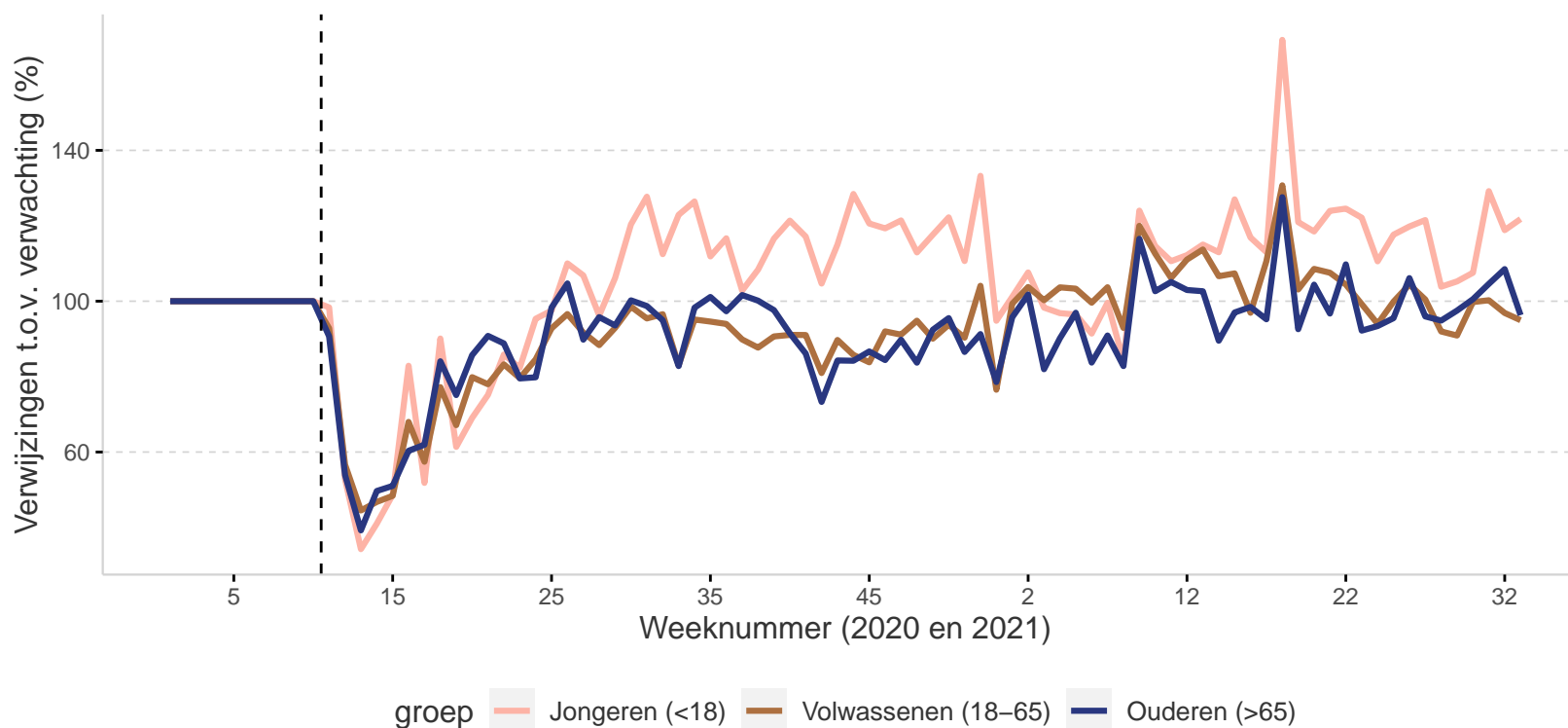
Figuur 37 Schatting van het totaal aantal nog te verwachten verwijzingen



4.2 Aantal verwijzingen naar leeftijdsgroep

In Figuur 38 is in beeld gebracht hoeveel procent het aantal verwijzingen per leeftijdsgroep afwijkt van de schatting. Elke lijn geeft dus het verschil weer tussen de schatting en het werkelijk aantal verwijzingen. Een waarde van 100% betekent dat het aantal verwijzingen gelijk is aan de schatting. We zien dat het aantal verwijzingen voor jongeren het afgelopen jaar consistent boven verwachting ligt (gemiddeld 15%). Voor volwassenen en met name voor ouderen zien we (zij het in mindere mate) het tegenovergestelde. Voor deze groepen lag het aantal verwijzingen het afgelopen jaar meestal lager dan verwacht, maar sinds maart dit jaar schommelt het aantal verwijzingen rond het verwachte aantal.

Figuur 38 Percentage verwijzingen tov verwachting per leeftijdscategorie per week



4.3 Wachttijden

In het kader van de Transparantieregeling zorgaanbieders GGZ van de NZa leveren zorgaanbieders voor elke vestiging maandelijks bij Vektis aan hoe lang de wachttijd is voor een diagnosehoofdgroep bij de betreffende vestiging. Aanbieders mogen de wachttijd op één van twee manieren schatten¹¹:

- Prospectief, op basis van de derde mogelijkheid om een afspraak te plannen in de agenda;
- Retrospectief, de gemiddelde gerealiseerde wachttijd voor patiënten die zich de afgelopen twee maanden hebben aangemeld (aanmeldwachttijd) of in behandeling zijn genomen (behandelwachttijd).

Kleinere aanbieders gebruiken naar verwachting vooral de prospectieve schatting, terwijl grote GGZ-instellingen vooral retrospectieve schattingen doen.

Hierbij zijn de wachttijden opgedeeld in de aanmeld- en behandelwachttijd voor de diagnosehoofdgroepen die de aanbieder onder behandeling heeft. Deze wachttijden zijn door Vektis verrijkt en doorgeleverd aan de NZa. De gegevens in dit hoofdstuk gaan specifiek over de wachttijd en niet over het aantal mensen dat op een GGZ-wachtlijst staat. Op 1 januari 2021 is de vernieuwde Transparantieregeling zorgaanbieders GGZ ingegaan. Deze verplicht aanbieders ook het aantal wachtenden aan te leveren.

Van sommige diagnosehoofdgroepen zijn er relatief weinig aanbieders die wachttijden aanleveren. Daardoor kunnen de wachttijden sterk fluctueren. Deze diagnosehoofdgroepen, specifiek eetstoornissen, stoornissen in de kindertijd en restgroep diagnoses, hebben we uit de huidige rapportage gelaten.

Sinds februari 2021 leveren aanbieders de wachttijden voor pervasieve stoornissen en angststoornissen uitgesplitst aan. Voor deze uitsplitsingen kunnen we nog geen goede weging maken. Daarom laten we de wachttijden van deze diagnosehoofdgroepen na 1 februari 2021 niet zien.

In de GGZ waren er al aanzienlijke wachttijden vóór de coronacrisis. Op basis van de verwijsdata verwachten we bovendien dat het verhoogde aantal verwijzingen zal leiden tot het oplopen van de wachttijden. We houden er dan ook rekening mee dat de wachttijden in de GGZ de komende maanden oplopen. We zullen dit nauwlettend blijven monitoren.

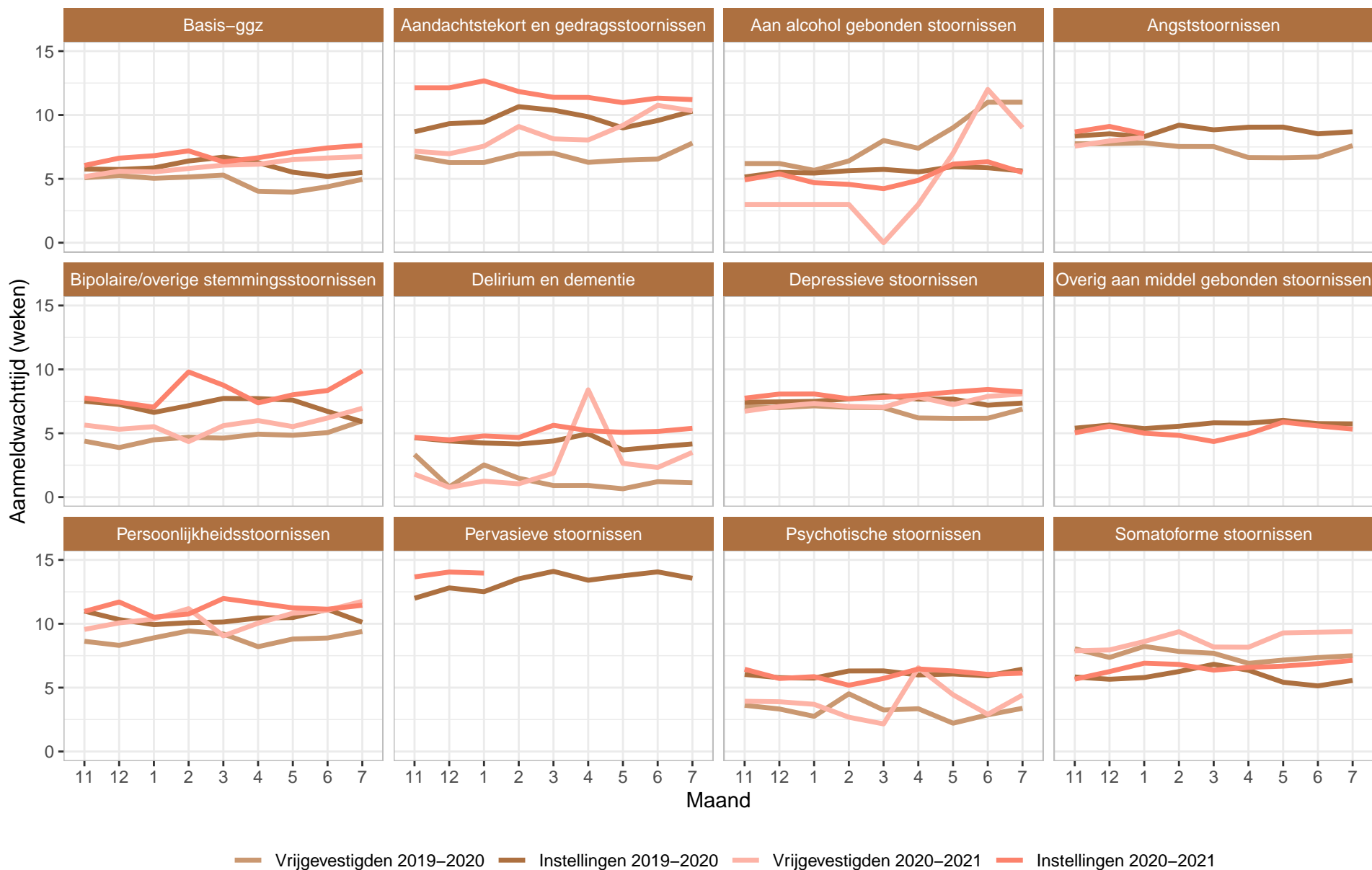
¹¹ Zie transparantieregeling zorgaanbieders GGZ voor meer achtergrond

4.3.1 Aanmeldwachttijden

Wanneer een patiënt contact opneemt met een GGZ-aanbieder komt hij of zij vaak eerst op een wachtlijst voordat er een intake gedaan kan worden. De periode dat de patiënt wacht op een intakegesprek is de aanmeldwachttijd. In Figuur 39 laten we het verloop van de gewogen gemiddelde aanmeldwachttijden zien per diagnosehoofdgroep.¹² Voor vrijwel alle diagnosegroepen ligt de aanmeldwachttijd in elk geval sinds april boven het niveau van een jaar geleden. We zien de wachttijden dus langzaam maar zeker oplopen. Opvallend is dat de aanmeldwachttijd voor Bipolaire/overige stemmingsstoornissen bij Instellingen zelfs tegen de trend van een jaar geleden in gaat.

¹² Sinds februari 2021 worden de wachttijden voor pervasieve stoornissen en angststoornissen gesplitst aangeleverd. Hierdoor beschikken we niet over een goede weging, daarom zullen we de meest recente maand voor deze diagnosegroepen weggelaten uit deze rapportage. Voor een volgende rapportage zullen we meer inzicht in deze groepen kunnen verkrijgen.

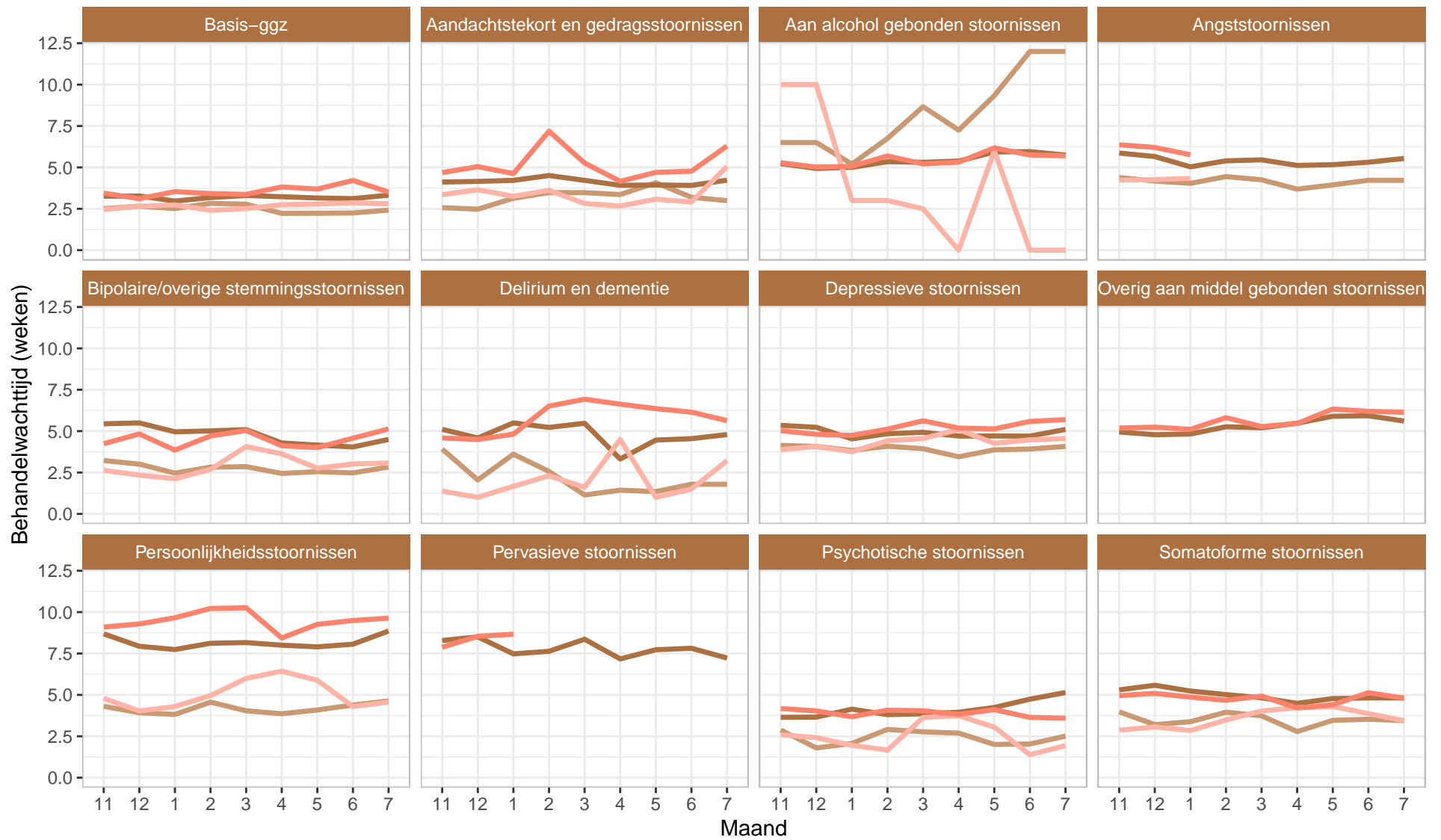
Figuur 39 De aanmeldwachtijd per diagnosehoofdgroep per maand



4.3.2 Behandelwachtlijden

Na de intake wordt een patiënt in veel gevallen op een nieuwe wachtlijst geplaatst voor de behandeling kan beginnen. De wachttijd die hierbij hoort wordt als behandelwachtlijden aangeleverd bij Vektis. Hieronder geven we de gewogen gemiddelden weer van de behandelwachtlijden van de verschillende diagnosehoofdgroepen (figuur 40). In de meeste gevallen ligt de behandelwachtlijden rond hetzelfde niveau als een jaar geleden. Wel zien we een vrij sterke stijging voor Aandachtstekort en gedragsstoornissen. Daarnaast valt op dat de behandelwachtlijden voor Aan alcohol gebonden stoornissen bij Vrijgevestigden sterk afwijkt vergeleken met een jaar geleden en vergeleken met afgelopen mei. Dit komt doordat niet altijd dezelfde aanbieders aanleveren en doordat het aantal aanbieders zeer klein is.

Figuur 40 Behandelwachtijd per diagnosehoofdgroep per maand



— Vrijgevestigden 2019-2020 — Instellingen 2019-2020 — Vrijgevestigden 2020-2021 — Instellingen 2020-2021

5. Bijlage: Gebruikte data en methodologie

In deze bijlage zetten wij per hoofdstuk uiteen welke data de NZa voor dit rapport heeft gebruikt en welke bewerkingen daarop zijn uitgevoerd om de cijfers en figuren in dit rapport te creëren. Voor de regionale inzichten maken we gebruik van de indeling van de 'Regionaal Overleg Acute Zorgketen'-regio's (ROAZ) (Figuur 41 geeft de indeling van de regio's weer).

Figuur 41 ROAZ indeling



5.1 Verwijzingen

De data over verwijzingen krijgt de NZa wekelijks van ZorgDomein. ZorgDomein biedt een online platform waar vraag (vanuit de patiënt en huisarts) en aanbod bij elkaar komen. Huisartsen kunnen via het platform van ZorgDomein patiënten doorverwijzen naar aangesloten instellingen. Vrijwel alle ziekenhuizen en een groot deel van de huisartsen maakt gebruik van dit systeem. De NZa ontvangt van ZorgDomein wekelijks een geaggregeerd bestand met verwijstotalen per provincie, ROAZ regio, specialisme en verwijstype naar zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en ziekenhuizen. We ontvangen gegevens van 2019, 2020 en 2021. Voor het specialisme wordt het ZorgDomein specialisme gebruikt en we laten de 13 specialismen zien waarnaar het meest verwezen wordt in 2020.¹³ In de provinciale analyse wordt Zeeland weggelaten omdat de verwijzingen hier naar slechts één ziekenhuis leiden.

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

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

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

- Niet iedere verwijzing zal resulteren in een zorgtraject.
- De periodes worden een op een vergeleken, terwijl een verwijzing ook later opgevolgd kan worden.

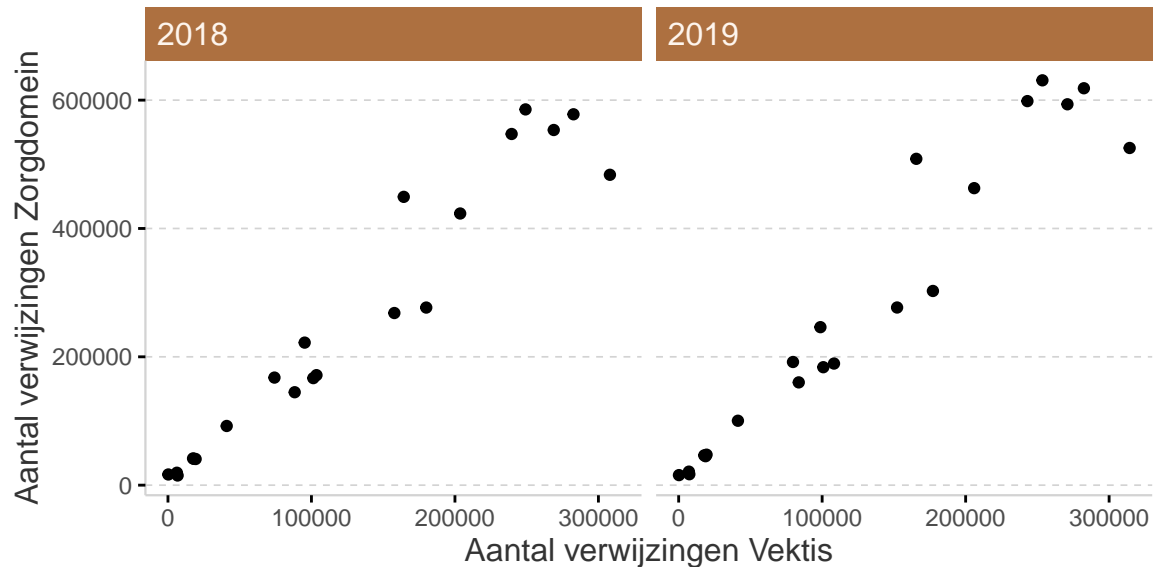
¹³ De selectie van specialismen kan afwijken van eerdere versies van dit rapport doordat het totaal van verwijzingen over 2020/2021 na elke nieuwe week anders is.

- De dekking van ZorgDomein is niet volledig.

Figuur 42 geeft de relatie weer tussen de verwijzingen in ZorgDomein en de zorgtrajecten in Vektis. Elk datapunt staat voor een NZa specialisme. In totaal kunnen we 97.66% van de verwijzingen koppelen aan een NZa specialisme. De verwijzingen die we niet kunnen koppelen zijn niet medisch specialistisch. Bijvoorbeeld verpleging en verzorging, hulpmiddelenzorg, of paramedische zorg.

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

Figuur 42 Dekking gegevens ZorgDomein



De gegevens van ZorgDomein hebben wij ook gebruikt om een ruwe schatting te maken van de omvang van het stuwmeer aan zorg: zorg die in vergelijking met voorgaande jaren niet is geboden. Het is een ruwe schatting omdat het een verschil betreft tussen het verwachte en het daadwerkelijke aantal verwijzingen naar de medisch specialistische zorg. Dit verschil is daarnaast niet één op één door te vertalen naar verschillen in geboden zorg, denk daarbij aan verwijzingen die nog niet tot zorg hebben geleid. We kunnen niet het aantal mensen schatten op basis van de verwijzingen omdat iemand meerdere verwijzingen kan krijgen. De schatting van het

stuwmeer zal dus in termen van verwijzingen zijn. Om een inschatting te maken van het aantal verwijzingen dat niet is gedaan doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan moeten we het aantal verwijzingen schatten in het geval de coronacrisis niet zou hebben plaatsgevonden. Dit doen we op de volgende manier:

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

5.2 Ziekenhuisproductie

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

Het onderhanden werk omvat de productiecijfers tot en met de laatste volledige maand. Dit bevat ook zorg die al wel aan patiënten is

verleend maar nog niet is gedeclareerd¹⁴. Net zoals bij de verwijzingen vergelijken we de wekelijkse cijfers met dezelfde weken in 2019. De laatste weken van 2020 worden dus vergeleken met laatste weken in 2019, en de eerste weken van 2021 worden vergeleken met de eerste weken van 2019. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de cijfers van de laatste maanden minder compleet zijn dan die van de jaren ervoor. Daarnaast is het onderhanden werk versneld uitgevraagd en loopt de registratie hierdoor gewoonlijk over de laatste twee weken nog iets achter op de weken daarvoor.

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

5.3 Registratie-effect en bijschatting

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

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

We doen dit door op het niveau van ziekenhuizen en specialismen te berekenen hoe groot de toename in aanlevering over een bepaalde productiemaand is na 1 maand, na 2 maanden enzovoort. Deze percentages gebruiken we vervolgens om een factor te berekenen waarmee naar verwachting de data voor een bepaalde maand nog zal toenemen in de komende maanden totdat deze compleet zal zijn. De aangeleverde data hogen we op met deze factor. Het registratie-effect kan per ziekenhuis en per levering verschillend zijn. Bij verdeling naar specialismen worden dit soort uitzonderingen redelijk uitgemiddeld. Bij verdeling naar ROAZ-regio, kan de bijschatting voor een ROAZ-regio met slechts enkele ziekenhuizen sterk beïnvloed worden door een enkel ziekenhuis, als die

¹⁴ Het originele bestand betreft het aantal patiënten per ziekenhuis per diagnose, waardoor een patiënt met meerdere diagnoses ook meerdere keren in de overzichten terug kan komen.

bijvoorbeeld in één maand heel veel data aanlevert. Daarom tonen we de gecorrigeerde aantallen niet per ROAZ-regio. Verder berekenen we nog afzonderlijke correctiefactoren voor de laatste 4 weken. In deze periode is het registratie-effect het grootst, vooral in de laatste week verwachten we een significant grotere correctiefactor dan in de eerste week van de laatste maand.

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

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

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

5.4 Urgentie

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

Er worden 7 urgentieklassen onderscheiden. Hieraan zijn categorielabels gekoppeld met een letter (A t/m F), en een termijn waarbinnen de eerste zorg geleverd zou moeten worden. Deze lopen uiteen van spoed (A: binnen 24 uur zorg nodig) tot uitstelbaar (F: kan eventueel 3 maanden of langer wachten). Een voorbeeld van de eerste categorie is de begeleiding van een bevalling door een gynaecoloog. De zorg voor patiënten in deze urgentieklasse gaat over het algemeen zeven dagen per week door. Het betreft relatief

dure trajecten met bovendien een groot deel van de zorg in de eerste week. Een voorbeeld van de laatste categorie (F: kan eventueel 3 maanden of langer wachten) is een staaroperatie bij een ziekte van de ooglenzen door een oogheeskundige. De zorg voor deze groep vindt over het algemeen op werkdagen plaats, kent een lagere zorgintensiteit en is over een langere periode uitgespreid.

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

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

Op een vergelijkbare manier proberen we het onderhanden werk uit te splitsen naar de mate van beslag op de intensive care. Op basis van dezelfde historische data hebben we per diagnose vastgesteld hoe vaak een operatie samengaat met een opname op de IC. Hiermee hebben we drie groepen gemaakt. In groep 1 bevinden zich alle diagnoses waarbij een operatie soms of vaak (>1 % van de operaties) samenvalt met een opname op de IC. In deze groep valt ruim 15% van het jaarlijkse aantal operaties. Hierbij moet bijvoorbeeld gedacht worden aan bypass-operaties, transplantaties of andere hartoperaties. In groep 2 bevinden zich de diagnoses waarbij zelden (tussen 0% en 1%) een IC nodig is na operatie. Dit is de grootste groep, en omvat ongeveer 60% van de operaties. Veelvoorkomende ingrepen in deze groep zijn bijvoorbeeld bij appendicitis, artrose, of bevallingen. Groep drie is de groep van diagnoses waarbij in 2018 nooit een patiënt naar de IC ging na een operatie (ca. 25%).

5.5 Wachttijden

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

Tot 1 augustus 2021 konden zorgaanbieders wachttijden die bij de NZa worden aangeleverd actueel of retrospectief berekenen. Vanaf 1 augustus 2021 leveren zorgaanbieders alleen actuele wachttijden aan. Bij de actuele methode voor wachttijden polikliniek en diagnostiek wordt gerekend met de derde beschikbare mogelijkheid in de agenda voor het maken van een afspraak. Bij de actuele methode voor behandelingen (vanaf 1 augustus) wordt de mediane wachttijd van orderdatum tot afspraakdatum bepaald. De mediaan wordt berekend over alle afspraken binnen twee maanden na de peildatum, waarbij er minimaal 5 waarnemingen moeten zijn. Bij de retrospectieve methode (tot 1 augustus) werd gekeken naar de gemiddelde gerealiseerde wachttijd voor behandelingen uitgevoerd in de afgelopen 3 maanden.

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

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

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

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

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

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

Bij het interpreteren van de overige figuren in hoofdstuk 2 is verder van belang rekening te houden met het feit dat het wegvallen van waarnemingen met hoge of lage wachttijden in regio's met wat minder zorgaanbieders kan leiden tot flinke schommelingen in het gemiddelde.

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

5.6 Ziekteverzuim

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

5.7 Bezettingsgraad V&V aanbieders

De gegevens over de bezettingsgraad zijn verzameld door de zorgkantoren en worden gebundeld aangeleverd. De gegevens betreffen de bezetting van V&V aanbieders per zorgkantorregio. De data zijn geschoond en worden weergegeven voor de weken 2 van 2020 t/m week 30 van 2021¹⁵. Let wel: de data van de bezettingsgraad bij VV aanbieders kan met terugwerkende kracht nog veranderen¹⁶.

De gegevens zijn als volgt opgezet:

- Voor gecontracteerde V&V aanbieders worden per datum (op dag niveau) de aantallen cliënten opgeteld die bij deze aanbieder 'In zorg' zijn voor 'Verblijf met opname'. De status 'In zorg' wordt afgeleid van informatie uit toewijzingen en bijbehorende meldingen (dus niet op basis van declaratie-informatie).
- De sector is bepaald op aanbiederniveau. Verblijft bijvoorbeeld een cliënt met 3VG indicatie/toewijzing bij een V&V aanbieder, dan telt deze cliënt mee. Verblijft bijvoorbeeld een 4V&V-client bij een VG instelling, dan telt deze cliënt niet mee.

5.8 Aantal wachtenden WLZ

De zorgkantoren leveren maandelijks gegevens over wachtlijsten en wachttijden in de langdurige zorg aan bij het Zorginstituut Nederland (ZiNL). Deze data wordt door het Zorginstituut geaggregeerd en maandelijks aangeleverd bij de NZa. De data bestaat uit het aantal personen per wachtstatus, de wachtduur en de zorginstelling. De gegevens zijn vervolgens geaggregeerd op sector. In dit rapport hebben wij de wachtlijstgegevens gebruikt van 1 januari 2019 tot en met 1 juli 2021.

¹⁵ Week 1 van 2020 bestaat in deze dataset niet uit een volledige week, daarom zijn gegevens van week 1 niet vergelijkbaar tussen jaren en met andere weken.

¹⁶ Soms zit er een vertraging tussen het moment dat een cliënt wordt opgenomen en dat deze wordt aangemeld als zijnde 'In zorg'. Deze aanmelding kan met terugwerkende kracht worden gedaan. Ook komt het voor dat het aantal aanbieders, dat meegenomen wordt bij het berekenen van de bezettingsgraad van een regio, wijzigt. Een aanbieder die zowel GHZ als VV zorg levert, kan bij nader inzien toch als V&V aanbieder worden meegenomen, bijvoorbeeld. Dit heeft impact op de bezettingsgraad horende bij een regio.