

Monitor Toegankelijkheid van Zorg

Gevolgen van Covid-19

NZa
30 september 2021

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
1.1 Samenvatting	3
1.2 Leeswijzer	5
2. Ziekenhuiszorg	7
2.1 Verwijzingen ZorgDomein	7
2.2 Oncologische diagnoses	16
2.3 Wachttijden	18
2.4 Zorgbeeld	29
2.5 Actuele productie	42
2.6 Gemiste ingrepen, inhaalzorg en werkvoorraad	47
3. Langdurige zorg	65
3.1 Bezettingsgraad V&V aanbieders	65
3.2 Ziekteverzuim	67
3.3 Aantal wachtenden	70
4. Geestelijke gezondheidszorg	73
4.1 Aantal verwijzingen	73
4.2 Aantal verwijzingen naar leeftijdsgroep	76
4.3 Wachttijden	77
4.4 Ziekteverzuim	82
5. Bijlage: Gebruikte data en methodologie	84
5.1 Verwijzingen	86
5.2 Ziekenhuisproductie	88
5.3 Registratie-effect en bijschatting	89
5.4 Behandeltijd	91
5.5 Urgentie	91
5.6 Wachttijden	93
5.7 Ziekteverzuim	94

5.8	Bezettingsgraad V&V aanbieders	95
5.9	Aantal wachtenden WLZ	95
5.10	Werkvoorraad	95

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

In deze monitor presenteren we de eerste inzichten over de toename van de werkvoorraad in ziekenhuizen als gevolg van de coronapandemie. Dit is een belangrijke schakel in het zicht op de gevolgen van de coronacrisis op de reguliere zorg. Inmiddels hebben 31 ziekenhuizen met een plan inhaalzorg hun cijfers over de werkvoorraad gedeeld met verzekeraars.

Uit de eerste berekeningen blijkt dat de toename van de werkvoorraad het grootst is bij (plastische) chirurgie, orthopedie, oogheelkunde, urologie en gynaecologie. Uitgedrukt in OK-uren is dit een werkvoorraad van 1 tot 6 weken extra bij een normale bezetting; voor oogheelkunde is dit ongeveer een week, voor orthopedie zijn dit ruim 6 normale productieweken. Hoewel deze cijfers nog niet volledig zijn, komt er hiermee een steeds beter beeld naar voren van wat de inhaalzorg de komende tijd vraagt van zorgprofessionals en patiënten. Uit de analyse van de wachttijden blijkt eveneens dat voor een aantal van deze specialismen de wachttijden zijn opgelopen ten opzichte van de periode voor corona. Bij oogheelkunde was de wachttijd deze zomer iets korter dan voor de coronapandemie, maar voor bijvoorbeeld borstverkleining (plastische chirurgie), heup- en knieervangende operaties (orthopedie), liesbreuk en spataderen (chirurgie), en (stress)incontinentie (urologie) zijn de wachttijden opgelopen met 2 tot 5 weken. Met ziekenhuizen is afgesproken dat zij patiënten op de wachtlijst goed informeren over de opties die zij hebben als ze wachten op zorg. Artsen zullen ook steeds vaststellen voor welke patiënten wachten verantwoord is en voor welke patiënten niet.

Daarnaast kunnen verzekerden contact opnemen met hun zorgverzekeraar. Deze kan bemiddelen naar een aanbieder waar eerder plek is. Deze monitor begint weer bij de ontwikkeling in de verwijzingen door de huisarts naar vervolgzorg. Inmiddels zijn er 1,5 miljoen minder verwijzingen uitgeschreven. 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 operaties met 8%.

De laatste maanden zijn de verwijzingen naar de ziekenhuizen weer vrijwel op het verwachte niveau. Dat betekent dat de toestroom naar ziekenhuizen en 'ZBC's in lijn is met de ontwikkeling van de zorgvraag in een normaal jaar. Het is dus nog niet zo dat er extra veel patiënten worden verwezen, zoals we zouden verwachten wanneer zorg wordt ingehaald. Wel worden er relatief meer patiënten naar ZBC's verwezen. In 2020 is ook het aantal zorgvragen in de eerste lijn afgenomen. Fysiotherapeuten hebben bijvoorbeeld 5 % minder patiënten gezien.

De focus ligt op de zorg die uitgesteld kon worden zonder blijvende schade tot gevolg. Deze zorg staat nog steeds onder druk, vanwege de niet afnemende aantallen corona-patiënten in het ziekenhuis, maar achterstanden lijken niet of nauwelijks toe te nemen.

In het hoofdstuk Zorgbeeld gaan we in op de druk op de zorg door coronazorg.

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 kunnen leveren voor de eigen patiënten. De oncologische zorg heeft bijvoorbeeld gewoon doorgang kunnen vinden. Ook is inmiddels de achterstand die was ontstaan doordat mensen terughoudend waren om naar de huisarts of het ziekenhuis te gaan, vrijwel geheel ingehaald. Zowel het aantal diagnoses als het aantal behandelingen zijn weer op normaal niveau.

1.1.1 Inhaaloperaties

We verfijnen in dit rapport de inschatting die we in de vorige monitor hebben gemaakt van de ziekenhuiszorg die naar verwachting nog moet worden ingehaald.

Jaarlijks worden ongeveer 1,6 miljoen operaties uitgevoerd. Sinds de start van de pandemie zijn 380-420 duizend minder operaties uitgevoerd. We schatten in dat 45-55% van deze operaties niet ingehaald hoeft te worden. Dit komt omdat sommige zorg is voorkomen (minder letsel, minder infectieziekten anders dan COVID-19), klachten zijn overgegaan of er andere behandeltrajecten zijn gestart. Uit een verfijnde schatting blijkt dat maximaal 180-200 duizend operaties nog moeten worden ingehaald. Dit is gelijk aan 12-14% van het aantal operaties dat jaarlijks wordt uitgevoerd. We hebben deze achterstand ook vertaald in OK-uren per specialisme. Voor chirurgie en urologie omvat dit rond de 10% van een normale jaarproductie, terwijl dit voor orthopedie en

plastische chirurgie ruim 20% bedraagt. Als we kijken naar de werkvoorraad zijn de patiënten die wachten op zorg bij chirurgie en urologie al goed in beeld. Bij orthopedie is dit niet het geval, we verwachten daar dat mensen die een operatie nodig hebben zich over langere tijd gaan melden; omdat bij een klacht bij heup of knie eerst andere behandelopties bekeken worden voor er geopereerd wordt. Hoeveel operaties op korte termijn ingehaald gaan worden, zal de komende tijd blijken uit de werkvoorraad die ziekenhuizen inzichtelijk moeten maken en de productie van ziekenhuizen en klinieken.

1.1.2 Vervolgzorg

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.

1.1.3 Verpleging en verzorging en ggz

We zien dat de bezettingsgraad in de verpleeghuizen de afgelopen maanden is toegenomen en in de laatste weken stabiliseert. We zien daarnaast dat het aantal verwijzingen voor jongeren naar de ggz al sinds de eerste lockdown in 2020 boven het niveau ligt dat je zou verwachten zonder coronapandemie. Het lijkt er op dat de verwijzingen voor volwassenen en ouderen naar de ggz al langere tijd op het verwachte niveau zijn. De wachttijden in de ggz zijn stabiel, behalve voor aandachtstekort-, gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen waar mensen langer moeten wachten voor een eerste gesprek. De hoge wachttijden voor ggz leiden tot een zwaardere belasting voor onder meer huisartsen, omdat zij patiënten niet kunnen doorverwijzen.

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

In dit hoofdstuk kijken we allereerst naar verwijzingen gedurende de coronacrisis (hoofdstuk 2.1) en oncologische diagnoses (hoofdstuk 2.2). Daarna kijken we hoe de wachttijden 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 naar gemiste ingrepen, inhaalzorg en werkvoorraad (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

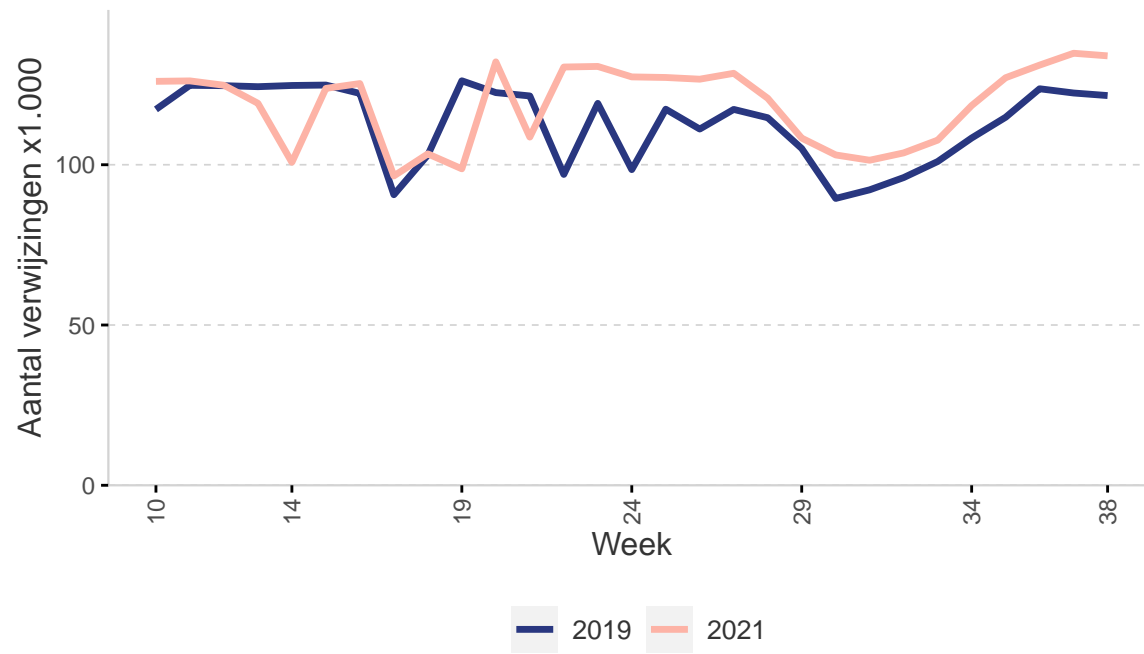
2.1.1 Landelijke verwijzingen

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

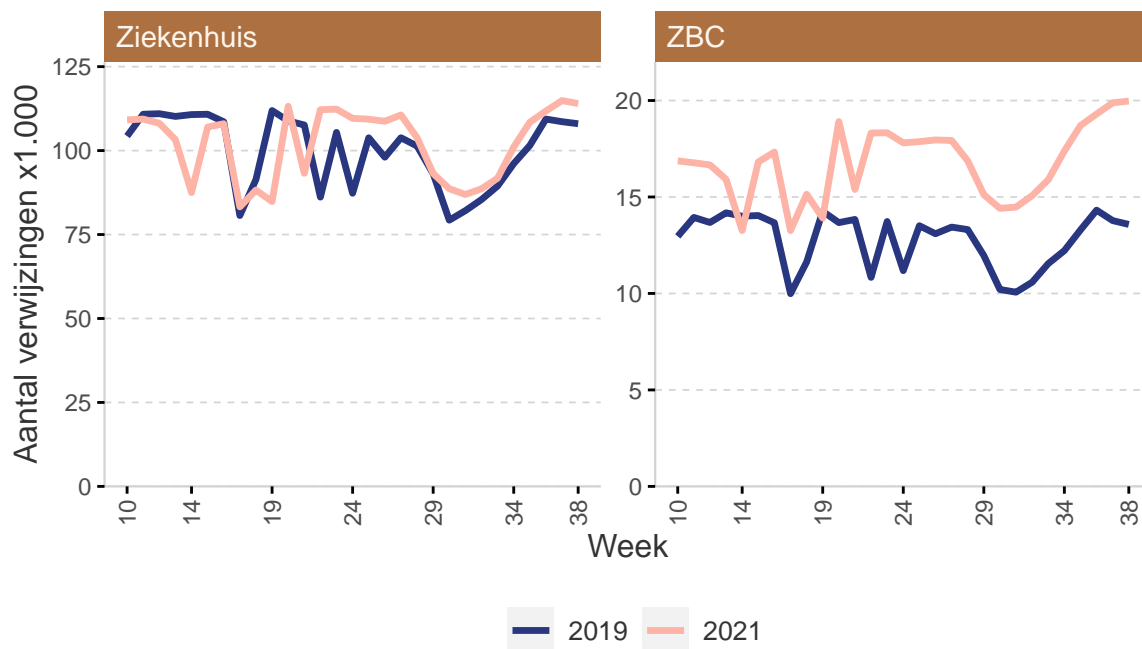
We zien dat het aantal verwijzingen in de afgelopen maand is toegenomen. Het niveau ligt de afgelopen maand boven het niveau van 2019, maar gezien de extra aangesloten instellingen zouden we verwachten dat het aantal verwijzingen daar nog wat verder boven zou liggen. In week 38 hebben 134 duizend verwijzingen plaats gevonden.

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 1 Landelijk verwijzingsvolume 2019 en 2021 per week



Figuur 2 Uitgesplitst landelijk verwijzingsvolume 2019 en 2021 per week

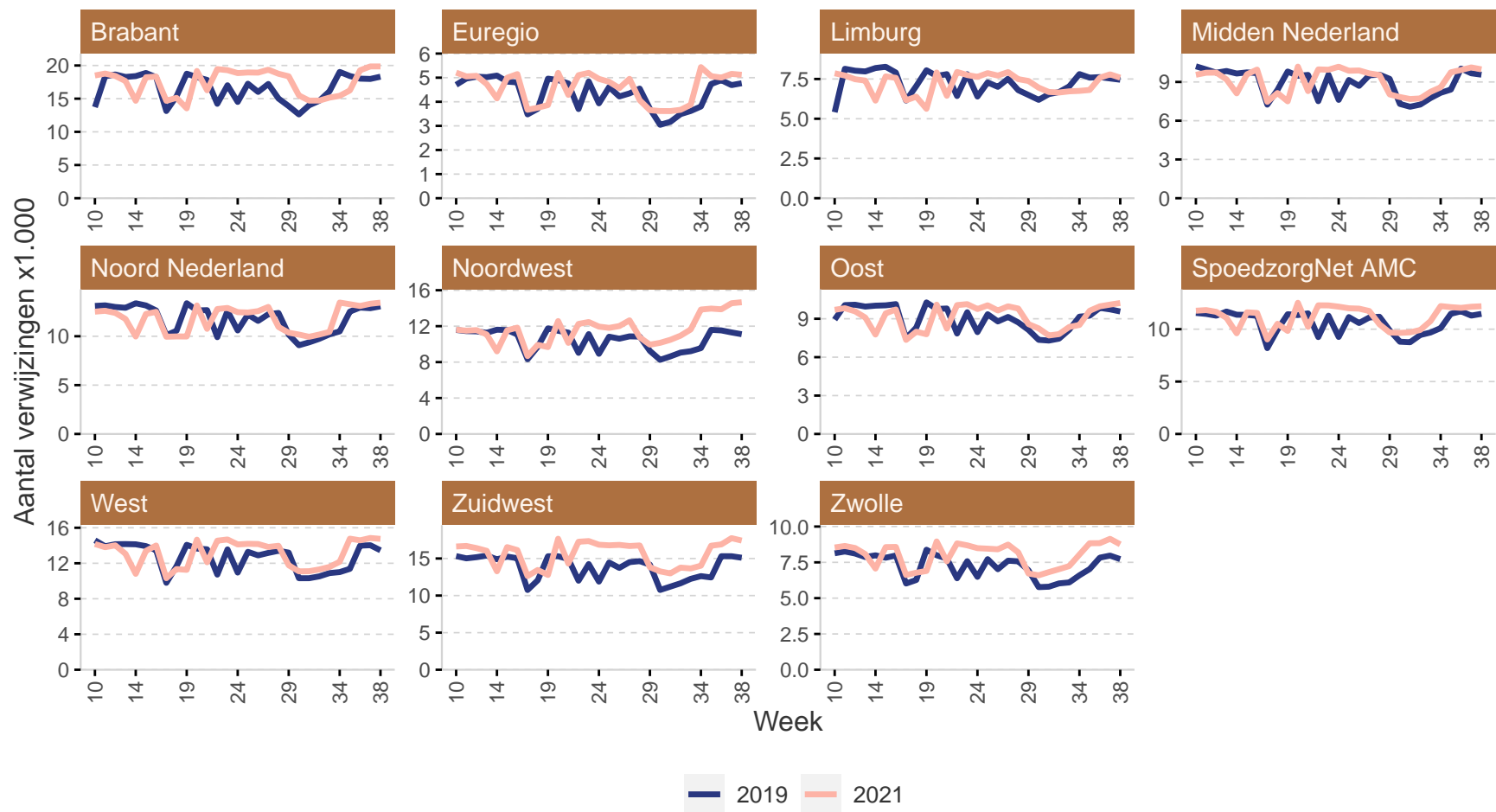


2.1.2 Verwijzingen per ROAZ-regio en specialisme

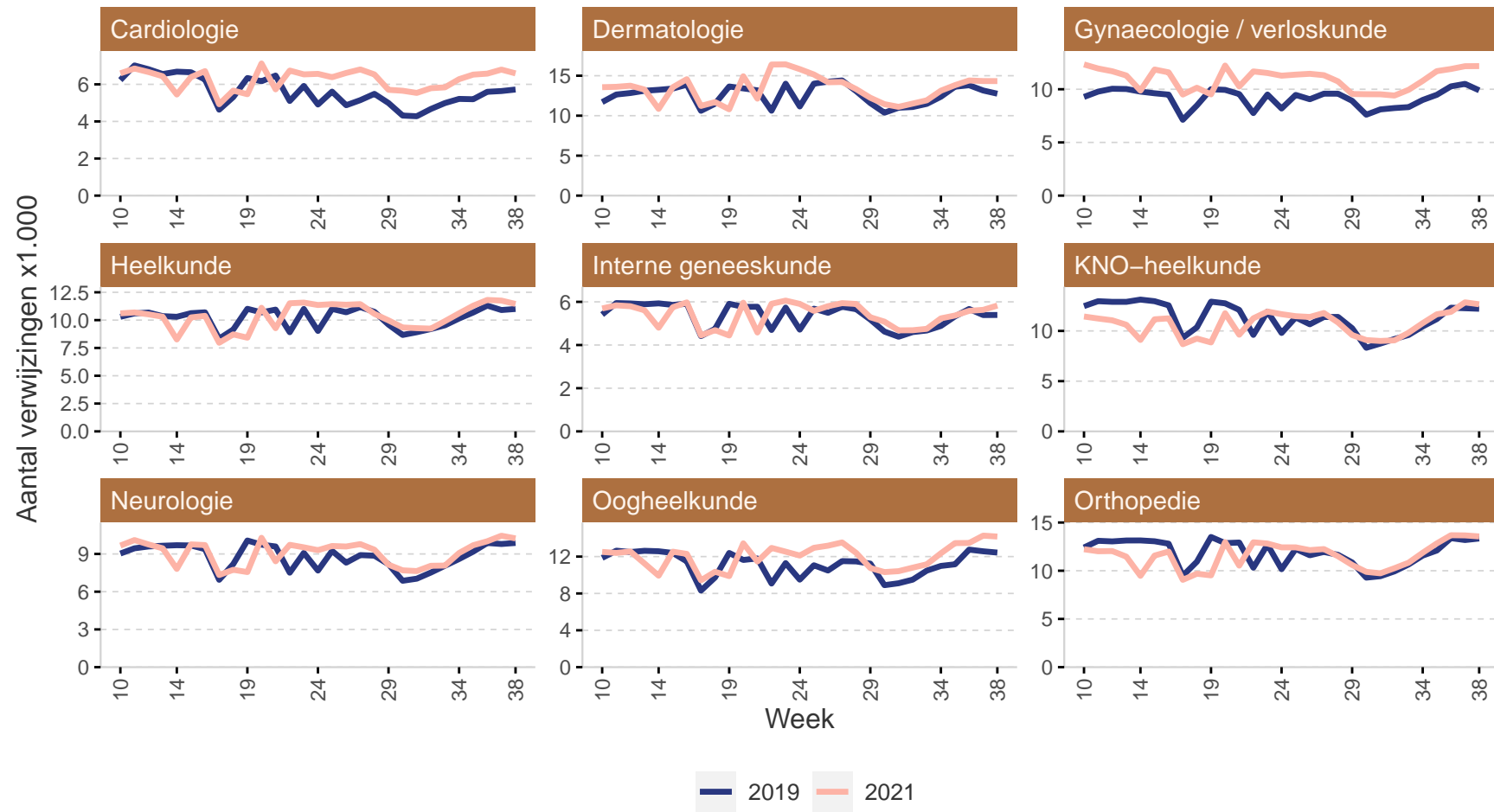
In Figuur 3 wordt het verwijzingsvolume uitgesplitst naar ROAZ-regio. Een uitsplitsing naar specialisme volgt in Figuur 4. Uit deze figuren kunnen we het volgende concluderen:

- Het aantal verwijzingen ligt in de laatste week (week 38) in alle ROAZ-regio's boven of rond het niveau van 2019. Dit komt overeen met het beeld van vorige maand. Gezien de extra aangesloten instellingen zouden we een iets grotere stijging verwachten.
- 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 Verwijzvolume per ROAZ-regio per week



Figuur 4 Verwijzingsvolume grootste 9 ZorgDomein specialismen per week

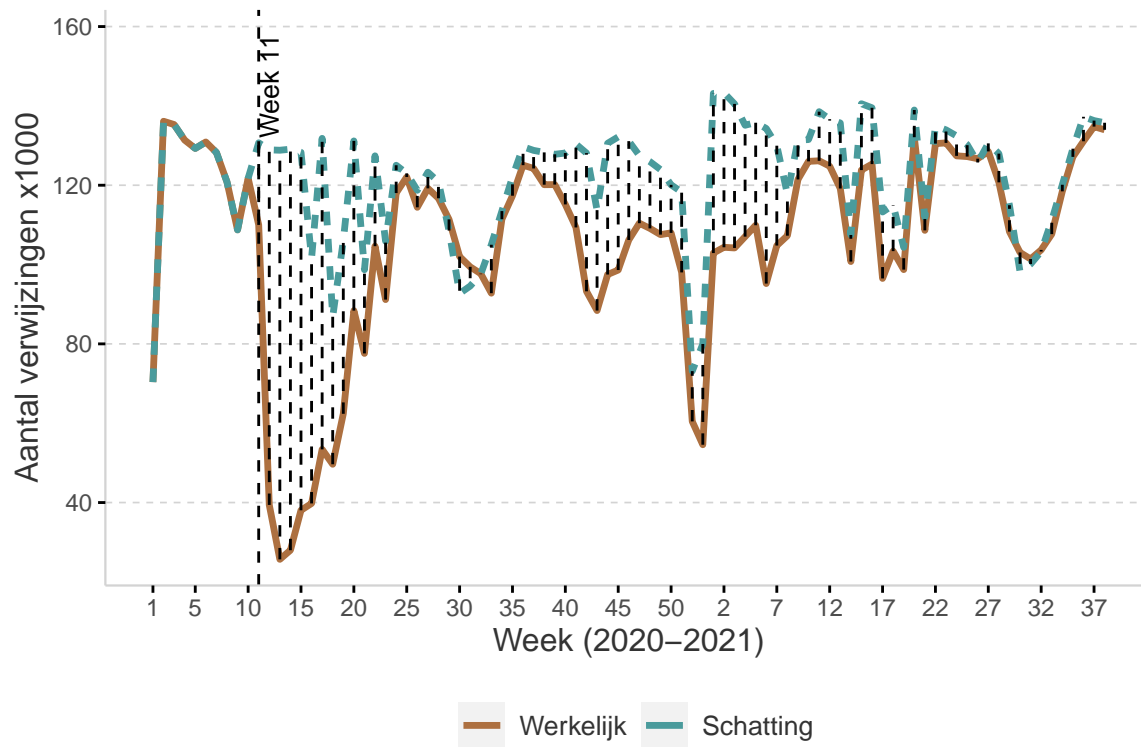


2.1.3 Schatting aantal gemiste verwijzingen

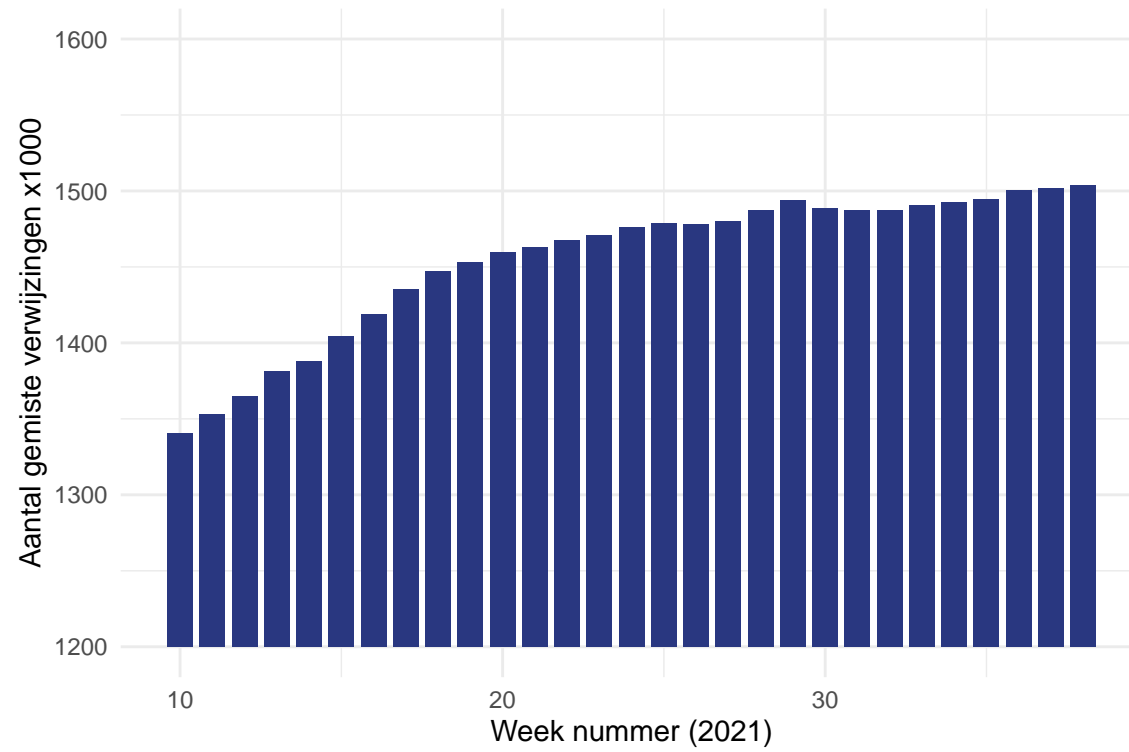
Landelijk Om een inschatting te maken van het aantal gemiste verwijzingen doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan, hebben we het aantal verwijzingen geschat in het geval dat de coronacrisis niet zou hebben plaatsgevonden. Het verschil tussen het verwachte aantal verwijzingen en het daadwerkelijke aantal verwijzingen in 2020 en 2021 is te zien in Figuur 5. Het gaat in totaal om ruim 1.503 miljoen minder verwijzingen dan dat we zouden verwachten zonder coronacrisis. Op dit moment ligt het aantal verwijzingen op 98% 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.

Onze verwachting is gebaseerd op de trendmatige groei in verwijzingen via ZorgDomein. Deze groei is gebaseerd op een toenemend aantal aangesloten zorgaanbieders en een trendmatige toename van het aantal zorgvragen dat wordt verwezen. Het percentage verwijzingen ligt al ongeveer een half jaar net onder dit verwachte aantal, maar is dus wel weer op het niveau van voor de coronacrisis. Of dit een trendbreuk is of nog een effect is van de coronacrisis is moeilijk te zeggen. We verwachten echter dat we het effect van inhaalzorg terug gaan zien in een toename van het aantal doorverwijzingen. Dit zien we nu nog niet in het landelijke beeld.

Figuur 5 Schatting ontwikkeling verwijzingen

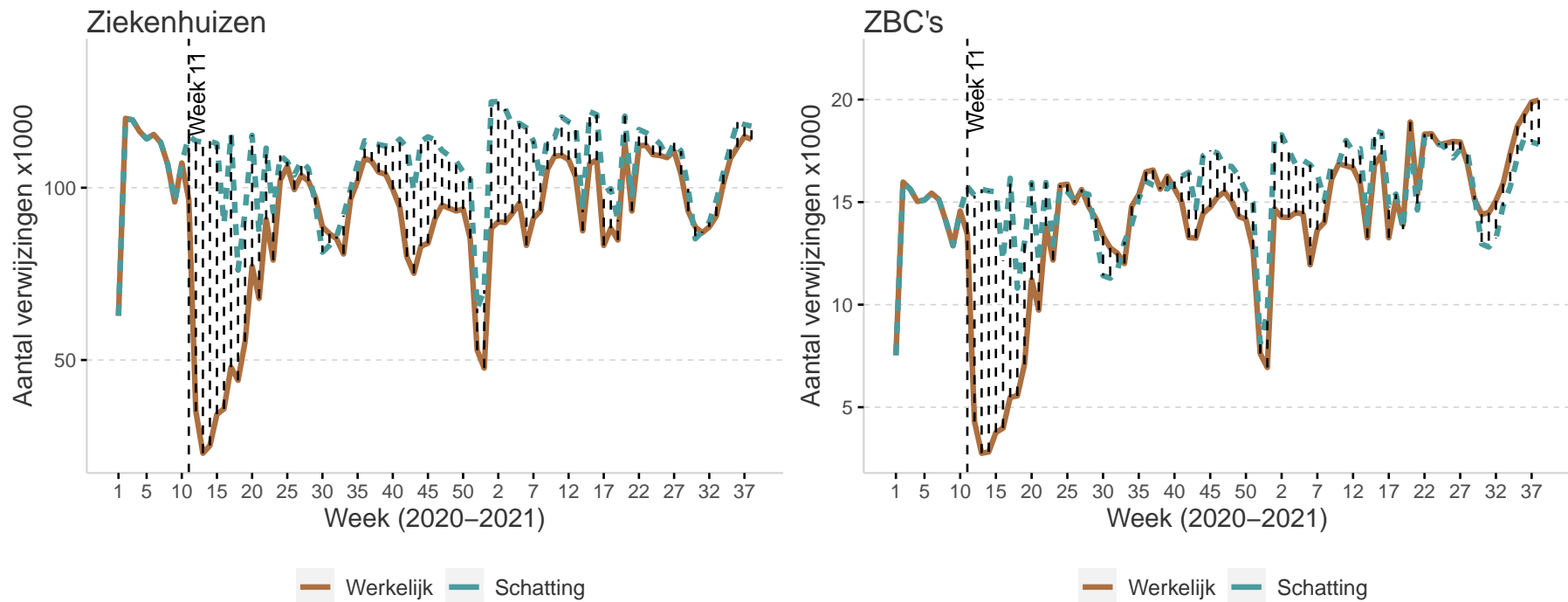


Figuur 6 Cumulatief aantal geschatte gemiste verwijzingen



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. In deze schatting is de jaarlijkse groei in aandeel verwijzingen naar ZBC's meegenomen. De ZBC's leveren ieder jaar meer zorg. De laatste maanden zien wij voor het eerst dat ZBC's een extra groei laten zien in het aantal verwijzingen en daarmee een deel van de zorg lijken in te halen.

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 Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA), Dutch Hospital Data (DHD), 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 2021 is 6% 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 ook ongeveer 6% meer kankerdiagnoses kunnen verwachten dan in de periode 2017-2019. Daarnaast is er ook een inhaaleffect van diagnoses die in 2020 niet zijn gesteld.

Door het hogere aantal diagnoses in het najaar van 2020 en begin 2021 is de achterstand ten opzichte van de voorgaande jaren inmiddels bij de meeste soorten kanker grotendeels ingehaald. Dit is onder andere te zien bij prostaatkanker en melanoom. Bij huidkanker en kanker van de vrouwelijke geslachtsorganen startte de inhaalslag al in de zomer. Door de snelle inhaalslag is de vertraging in diagnose voor veel patiënten naar verwachting beperkt gebleven.

Op dit moment is er alleen bij borst- en darmkanker nog een daling in het cumulatieve aantal diagnoses vanaf maart 2020 ten opzichte van voorgaande jaren zichtbaar. Bij beide kankersoorten is dit een gevolg van het tijdelijk stopzetten van de bevolkingsonderzoeken. Dit is zorg die met enkele maanden is opgeschoven en die we niet meerekenen in het kader van inhaalzorg. Daarnaast geldt bij darmkanker dat de incidentie een sterk dalende tendens vertoont door de vroeg-opsporing in het bevolkingsonderzoek. De daling die nu rest past in die trend.

2.2.1 Aantal operaties

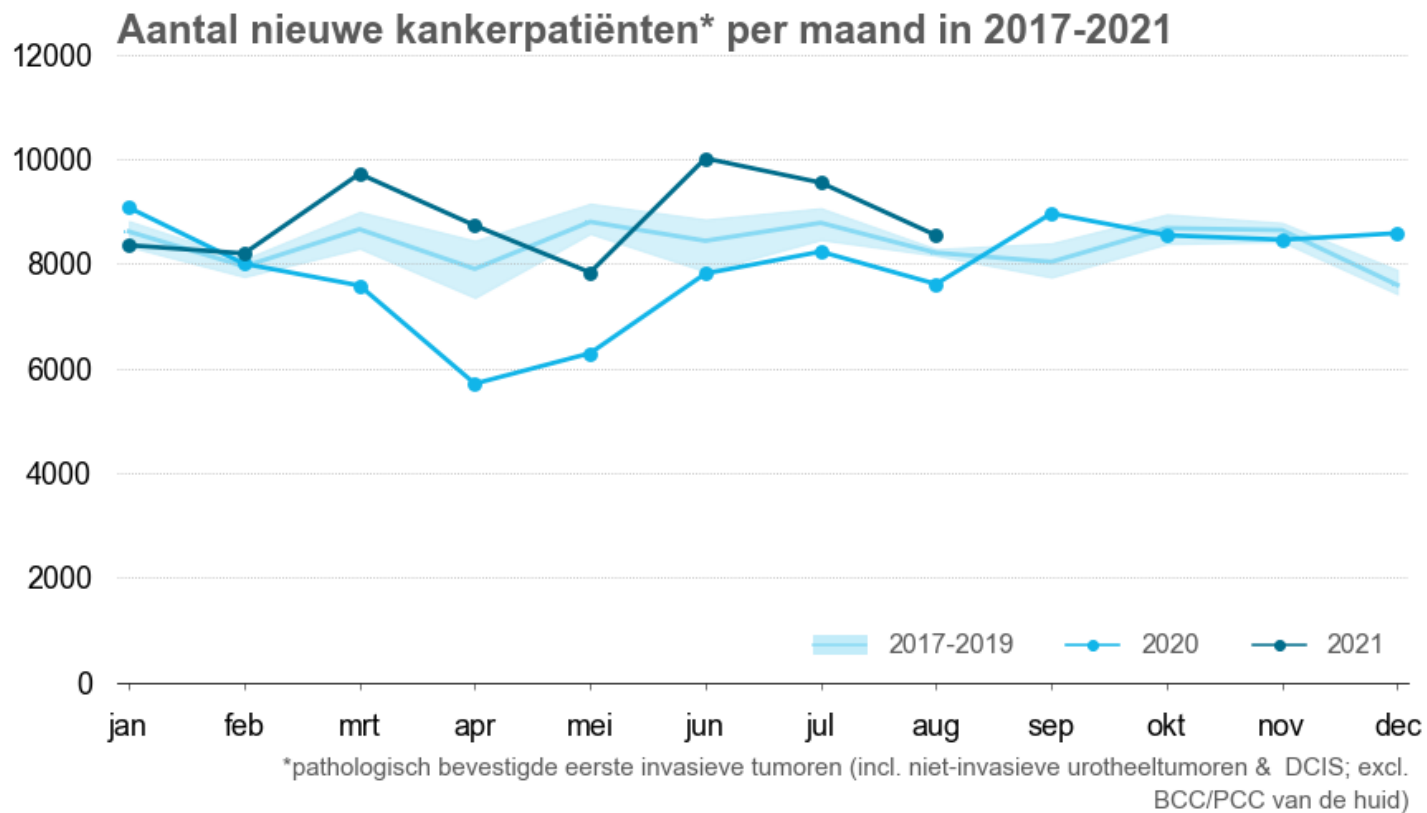
IKNL heeft inmiddels ook analyses gepubliceerd van de stadiumverdeling bij diagnose en verschuivingen in de behandeling. De belangrijkste conclusies zijn dat de gevolgen van de coronacrisis voor de behandeling van kanker beperkt zijn gebleven: de tijdelijke daling in diagnoses was groter bij lage stadia dan bij hoge stadia en over de beschikbare periodes is vooralsnog geen verschuiving van lage naar hoge stadia zichtbaar.

² <https://www.iknl.nl/covid-19>

Ook zijn er uiteindelijk ongeveer evenveel operaties uitgevoerd. In sommige gevallen zijn zorgtrajecten aangepast om een operatie uit te kunnen stellen. Maar dit uitstel heeft niet tot afstel geleid. Omdat alle oncologische patiënten met voorrang zijn behandeld hebben ook minder urgente operaties zoals prostatectomie bij laag risico prostaatcancer gewoon doorgang kunnen vinden. Er zijn nog geen aanwijzingen dat het uitstel van sommige operaties heeft geleid tot verergering van de ziekte.

Voor een uitgebreide analyse van de ontwikkeling in aantal gestelde kankerdiagnoses en de gevolgen van de Covid-19 crisis voor de oncologische zorg verwijzen we naar de website van IKNL.

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 de 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.

Per 1 augustus 2021 is de nieuwe regeling aanlevering wachttijden MSZ⁴ ingegaan. In het eerste gedeelte van het hoofdstuk vindt u analyses gebaseerd op de oude regeling, zoals beschreven in de bijlage. Het tweede gedeelte bevat analyses op basis van de meest recente data.

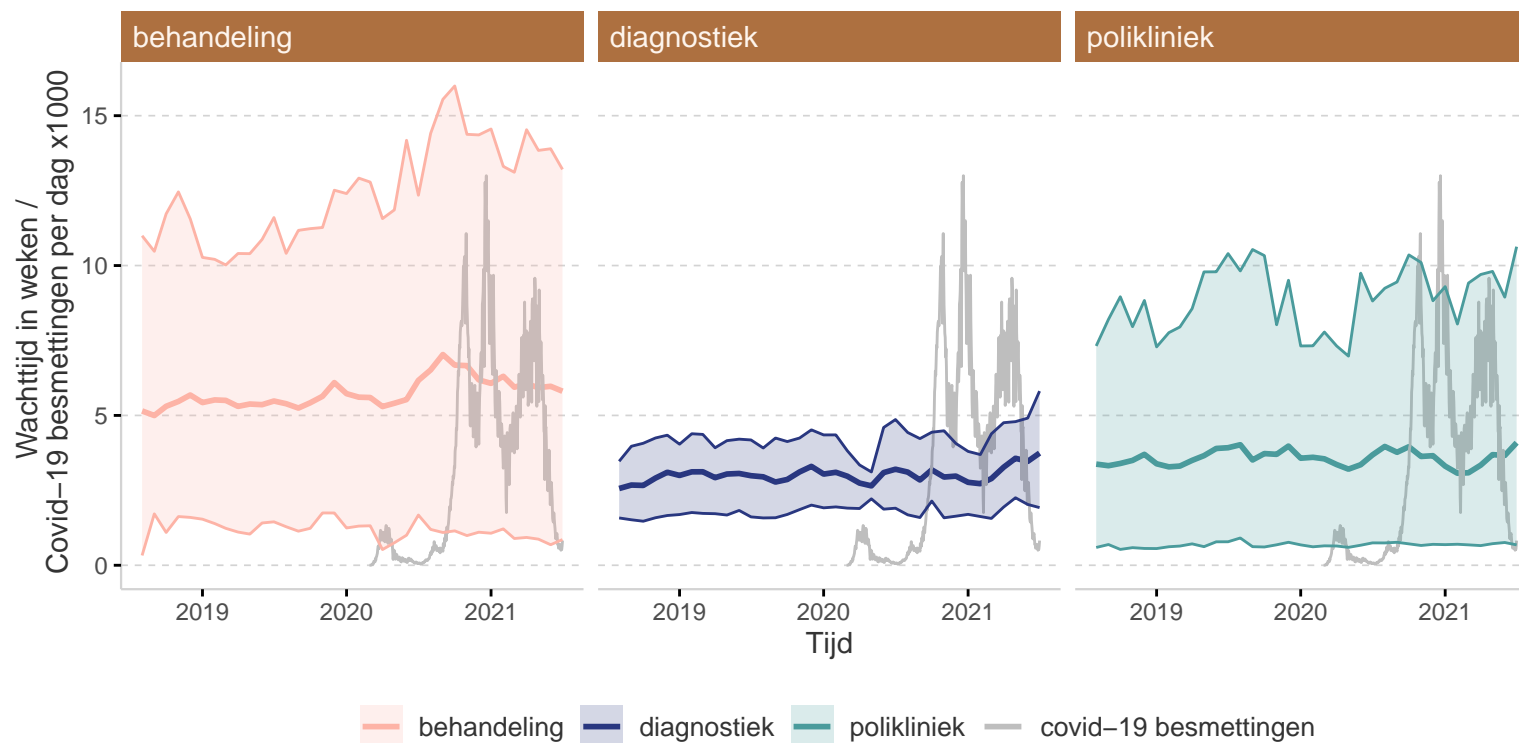
2.3.1 Wachttijdverloop tijdens de coronacrisis

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)

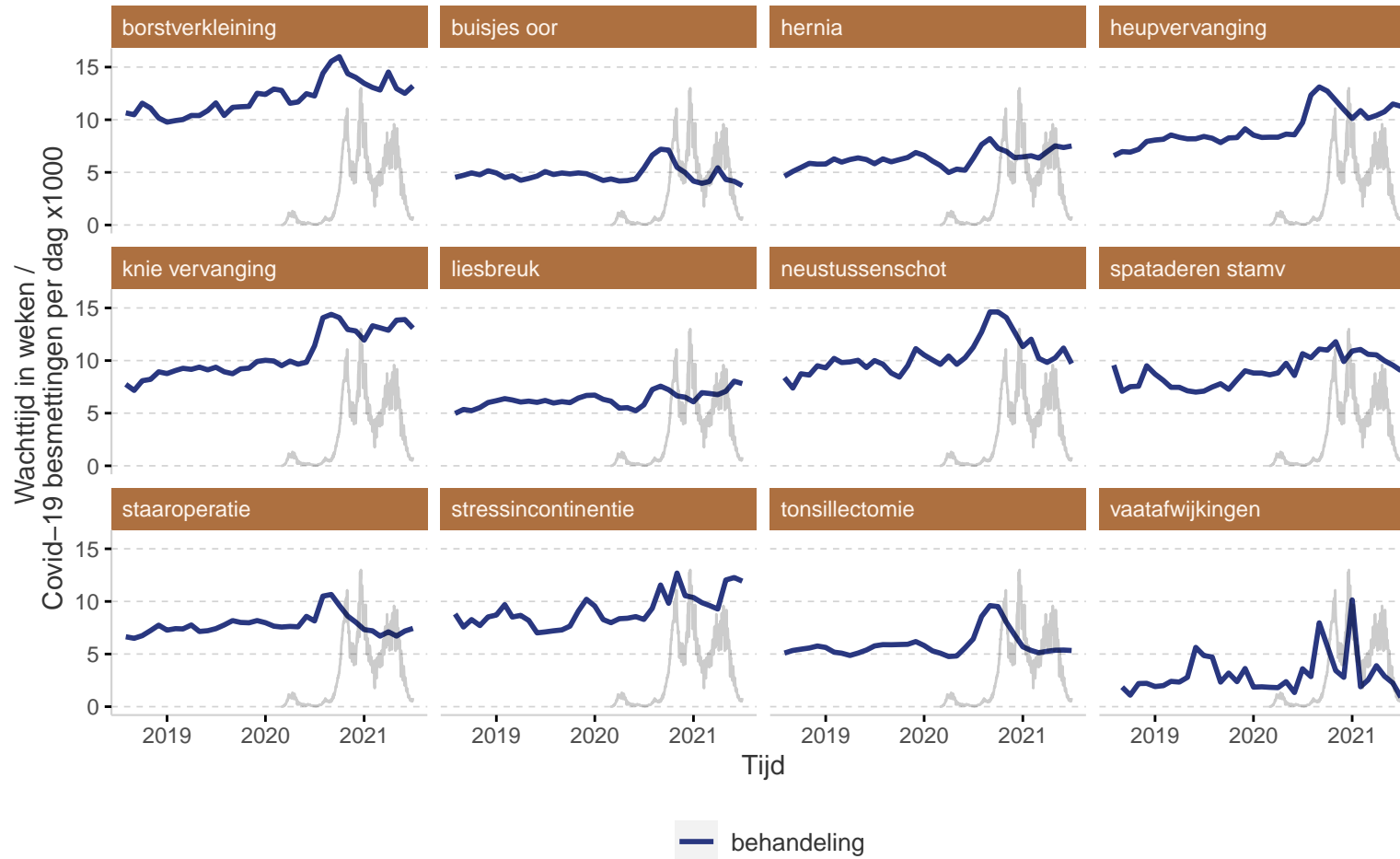


Opvallend is dat de wachttijden voor polikliniekbezoek en diagnostiek nauwelijks zijn veranderd. Voor behandelingen is de gemiddelde wachttijd wel opgelopen. In Figuur 10 is voor een aantal veelvoorkomende behandelingen de ontwikkeling van de wachttijd apart weergegeven. Voor behandelingen met weinig 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

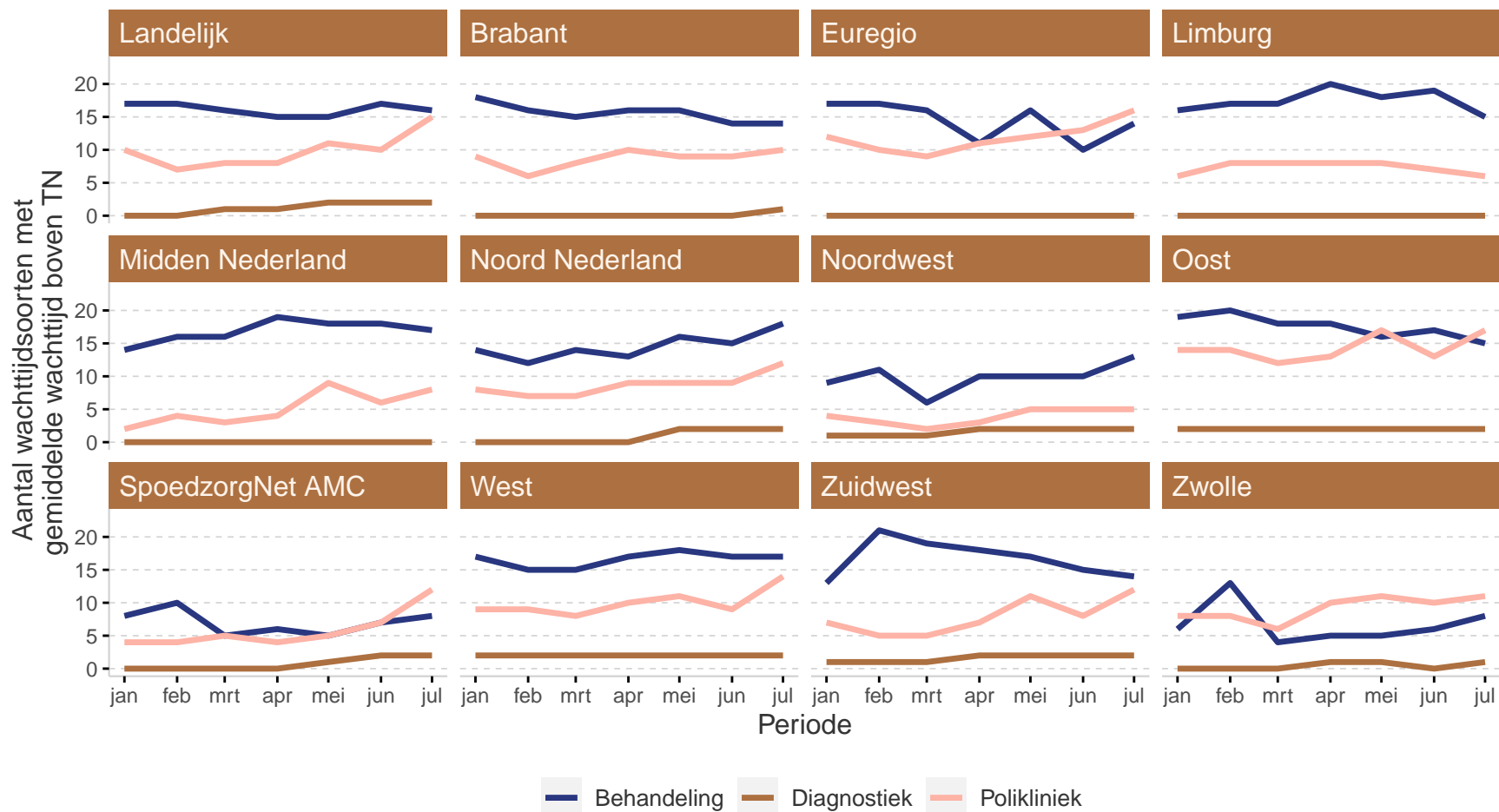
de gemiddelde wachttijd van mei t/m juli 2021 ten opzichte van dezelfde periode in 2019 het meest toegenomen. Dit betreft klinische zorg en deze behandelingen behoren tot de top 10 van de in te halen operatieve zorg. Bij andere voorbeelden van chirurgische behandelingen zoals varices (+2,4 weken) en liesbreuk (+1,5 weken) was de toename geleidelijker. Bij varices (spataderen) is er al weer duidelijk een daling waarneembaar.

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



In Figuur 11 geven we een overzicht van de wachttijden van januari tot en met juli 2021 per regio. We plotten hier de ontwikkeling van het aantal typen aandoeningen waarvoor de wachttijden langer zijn dan de Treeknorm. Uit Figuur 11 blijkt dat op landelijk niveau het aantal wachttijden dat de treeknorm overschrijdt van het type 'polikliniek' en 'diagnostiek' toeneemt en van het type 'behandeling' stabiel bleef in juli. De wachttijd voor diagnostiek is veelal onder de norm van 4 weken en dit veranderde slechts in enkele gevallen. De wachttijd bij de polikliniek is vaak rond de Treeknorm van 4 weken. De Treeknorm werd overschreden bij 11 van de 24 poliniek-wachttijden. Er zijn echter verschillen tussen de regio's. Zo daalde het aantal wachttijden van het type polikliniekbezoek dat de treeknorm overschrijdt in Brabant en stabiliseerde dat aantal in Noord Nederland. Het aantal wachttijden dat de treeknorm overschrijdt van het type diagnostiek steeg sterk in Noord Nederland: voor twee van de drie wachttijdsoorten overschreed de gemiddelde wachttijd de treeknorm. De wachttijden voor behandeling waren voor een groot deel al geruime tijd langer dan 6 weken. We zien hier wel verschillen tussen regio's waar de behandeltijden afnemen of juist toenemen. Gemiddeld genomen zien we weinig veranderingen. Opvallend is verder dat het aantal wachttijden dat de treeknorm overschrijdt van het type 'behandeling' zeer laag bleef in Zwolle en SpoedzorgNet AMC.

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



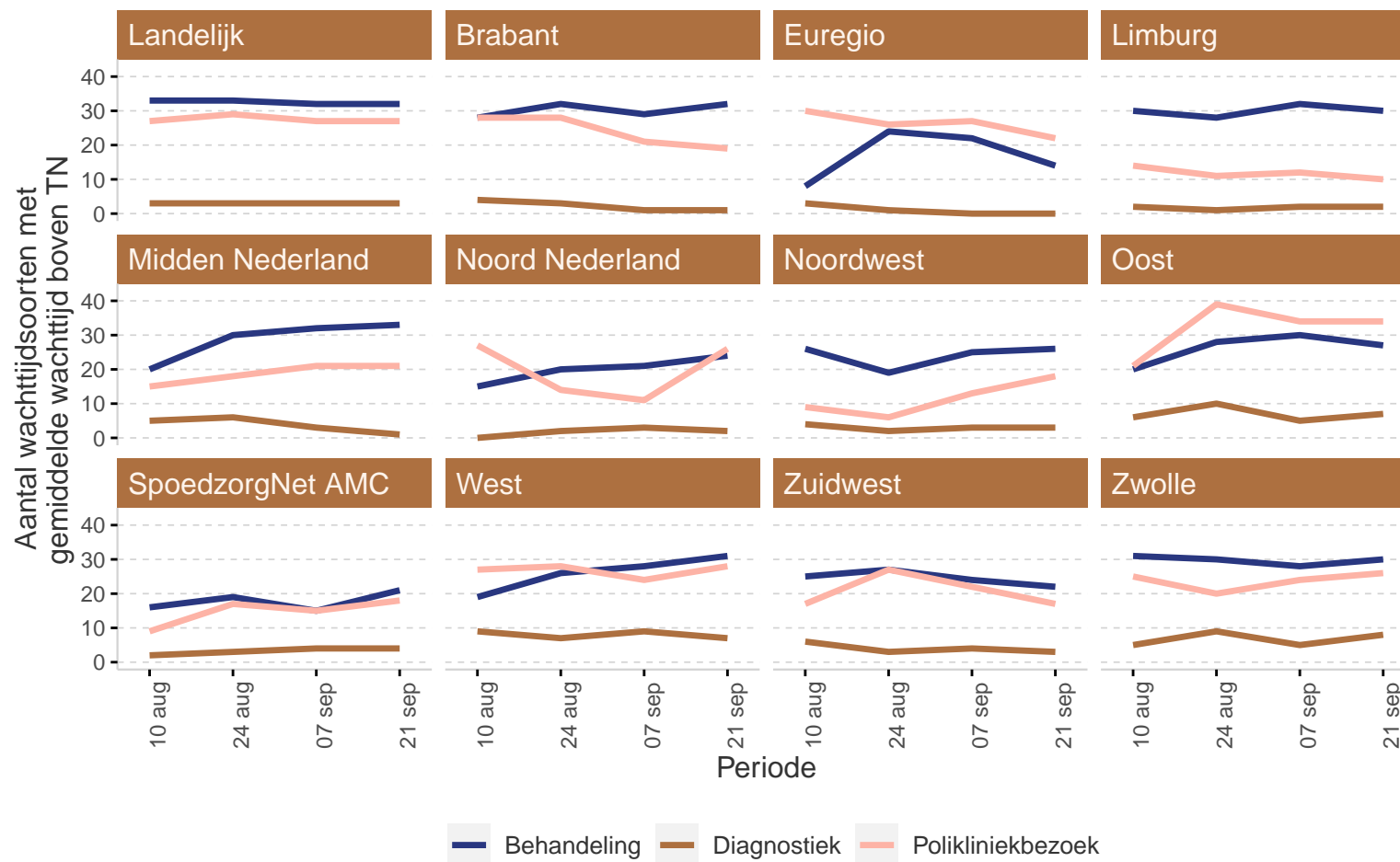
2.3.2 Actuele wachttijden vanaf augustus 2021

In Figuur 12 zien we de ontwikkeling van de gemiddelde wachttijden volgens de nieuwe wachttijdenregeling (per 1 augustus 2021). Let op: de onderliggende set behandelingen, diagnostiek en poliklinische consulten is aangepast ten opzichte van de oude regeling.

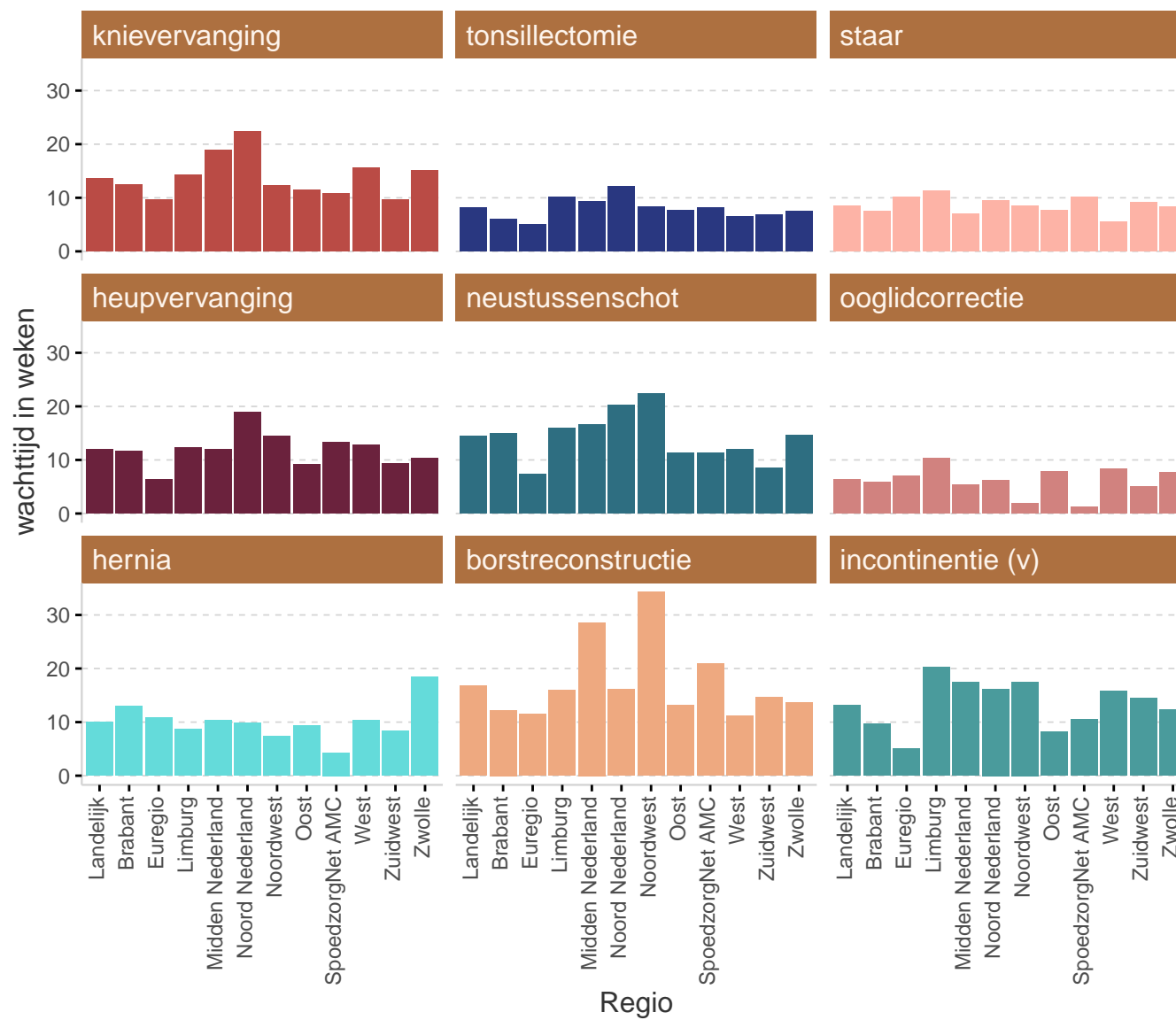
Daarom kan deze figuur niet één op één vergeleken worden met eerdere figuren die wachttijden volgens de oude regeling weergaven. Bij het vergelijken van individuele behandelingen kunnen methode-effecten ook een rol spelen. Daarom is de keuze gemaakt om in deze monitor geen oude wachttijden naast nieuwe wachttijden te plaatsen.

Figuur 13 gaat in op de regionale verschillen tussen een negental relevante behandelingen. De getoonde wachttijden zijn een gemiddelde van de laatste twee meetpunten. Vooral voor de behandelingen met langere wachttijden zien we ook grotere verschillen tussen regio's. Het is nog te vroeg om de verschillen te duiden. Een lange wachttijd kan ook samenvallen met behandelingsduur (bijvoorbeeld borstreconstructie in een oncologisch traject). De cijfers over de wachttijden worden meegenomen in gesprekken met de regio's en patiëntenorganisaties.

Figuur 12 Het aantal wachttijdsoorten waarbij de gemiddelde wachttijd boven de Treeknorm (TN) ligt. NB Niet alle wachttijden zijn beschikbaar in elke regio



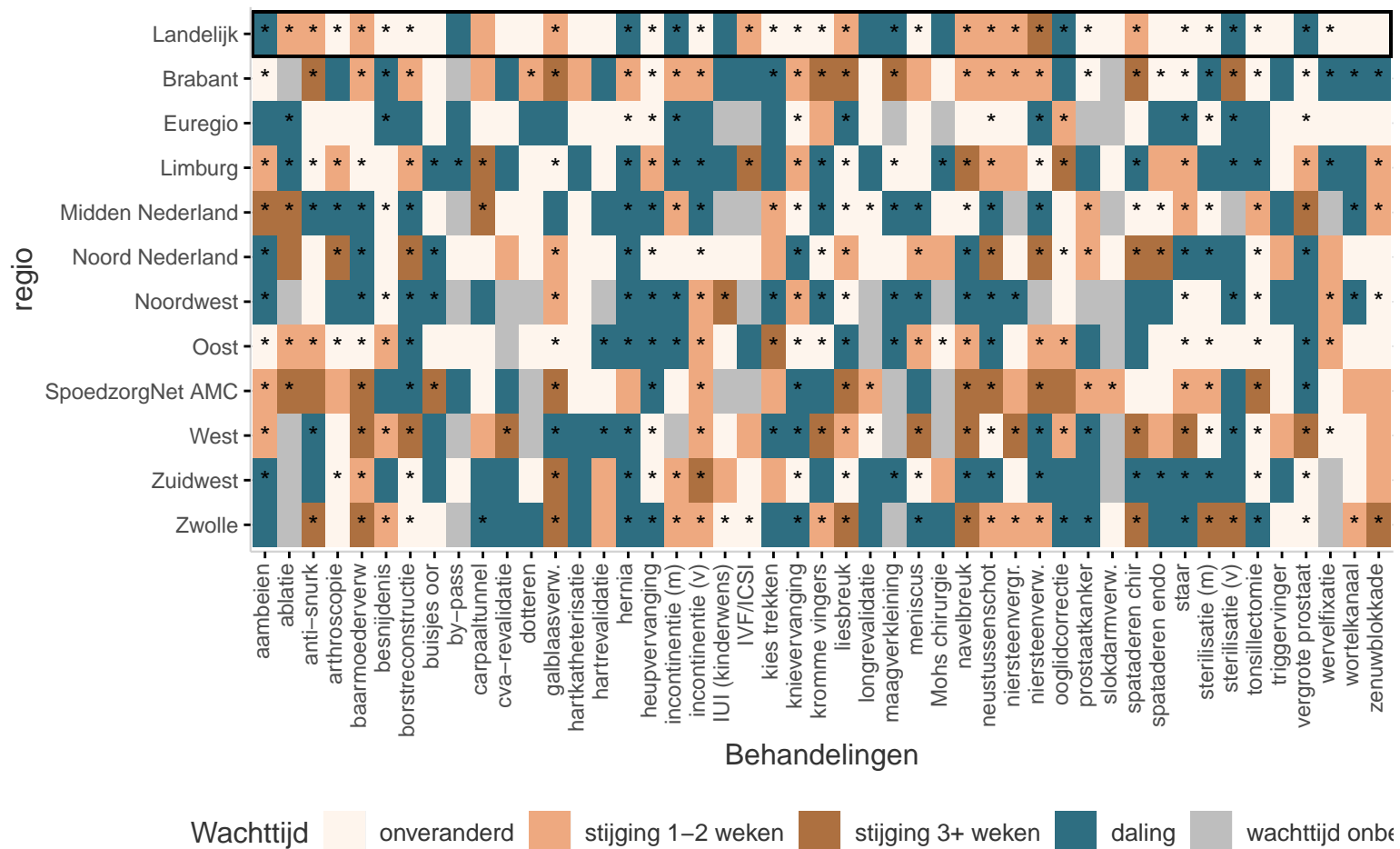
Figuur 13 De verschillen in wachttijd per regio voor 9 behandelwachtlijden. De weergegeven wachttijd is het gemiddelde van de laatste 2 peildatum (7 september 2021 en 21 september 2021).



De recente ontwikkelingen voor de wachttijden voor het type 'behandeling' is te vinden in Figuur 14. Hierin zien we voor 47 behandelingen uit Figuur 12 per type behandeling het verschil tussen de gemiddelde wachttijd in de afgelopen peildatum (21-09-2021) ten opzichte van de peildatum daarvoor (07-09-2021). 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 wachttijd onbekend. Deze laatste categorie ('wachttijd onbekend') betekent dat voor deze behandeling in één of meerdere peildatums 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 14 zijn te vinden in Tabel 1.

We zien net als in Figuur 12 dat de wachttijden redelijk stabiel gebleven zijn over de laatste 2 datapunten, met regionale verschillen en verschillen tussen de afzonderlijke behandelingen. Een trend die we zowel landelijk zien als in 8/11 ROAZ-regio's is een daling van de wachttijd voor hernia behandelingen.

Figuur 14 Het landelijke en regionale (ROAZ-regio) verschil tussen de gemiddelde wachttijd van de laatste peildatum ten opzichte van de peildatum ervoor. Indien er in één of meerdere maanden geen wachttijd in de regio beschikbaar is valt deze regio / wachttijd combinatie in de categorie 'wachttijd onbekend'. 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

Regio	daling	onveranderd	stijging 1-2 wk	stijging 3+ wk	boven treeknorm	totaal
Landelijk	11	24	11	1	31	47
Brabant	13	10	14	7	30	44
Euregio	16	23	2	0	14	41
Limburg	20	12	11	4	30	47
Midden Nederland	16	14	6	4	31	40
Noord Nederland	10	21	9	7	24	47
Noordwest	22	9	4	1	26	36
Oost	12	22	9	1	27	44
SpoedzorgNet AMC	10	8	13	11	20	42
West	11	9	10	10	30	40
Zuidwest	22	13	7	2	22	44
Zwolle	17	8	9	9	30	43

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 69.3% van de ziekenhuizen de data in het Zorgbeeldportaal geactualiseerd.

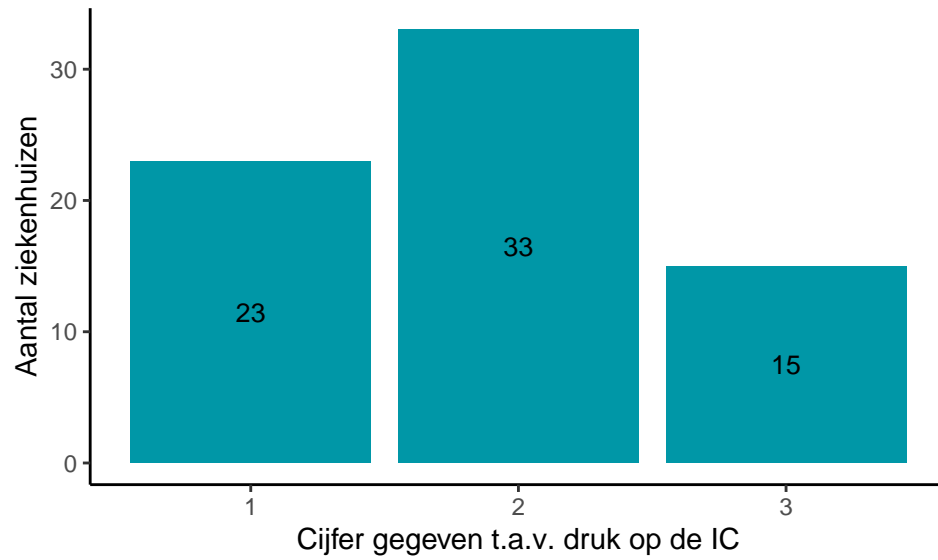
2.4.1 Druk op de zorg

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

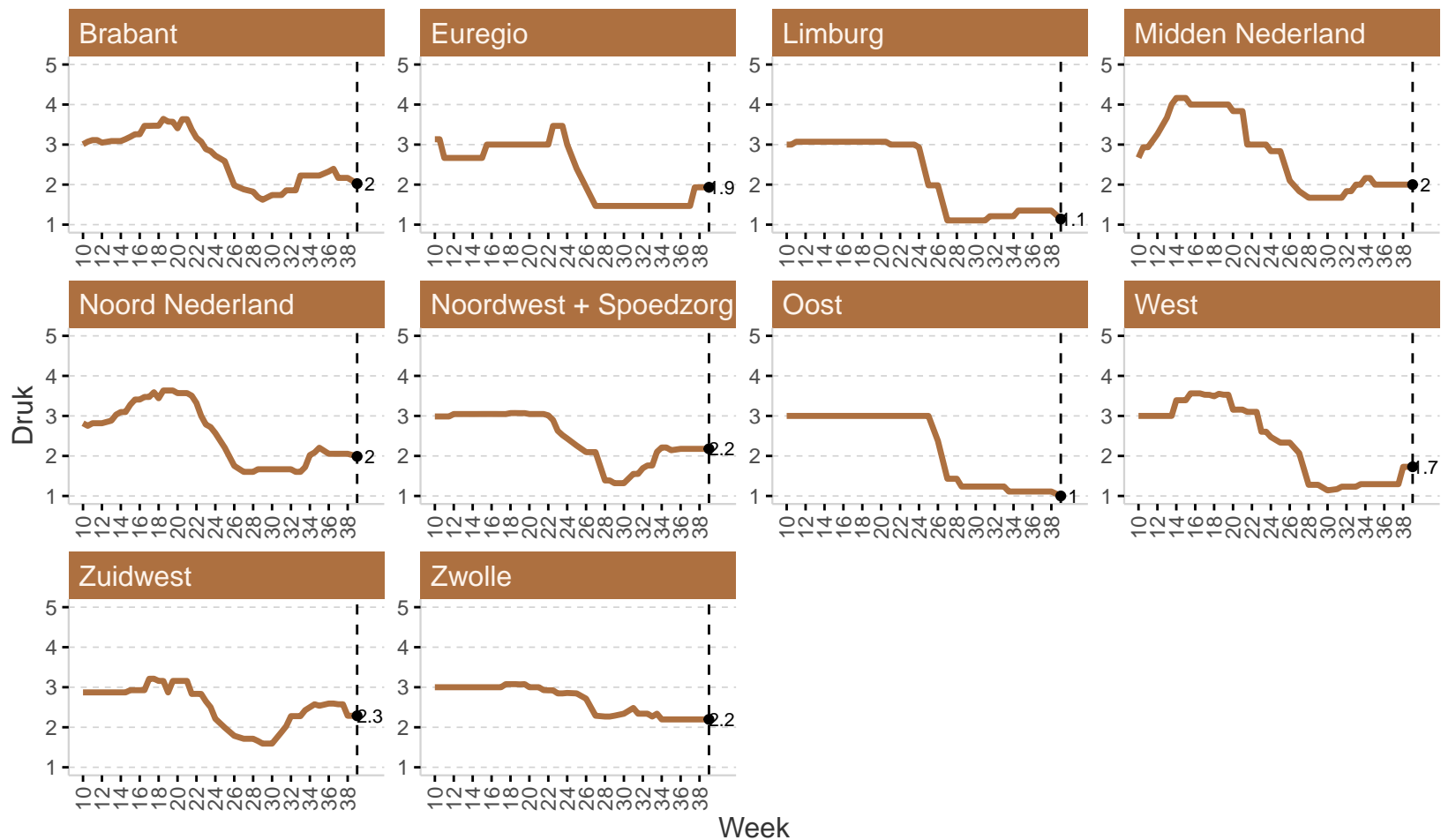
Druk op de IC Onderstaand ziet u hoeveel ziekenhuizen welke mate van druk ervaren op het leveren van zorg op de IC. De gewogen gemiddelde druk in Nederland op de IC is 1.9. Vorige maand was dit 2.

Figuur 15 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 16 Druk op de IC - ontwikkeling (2021)



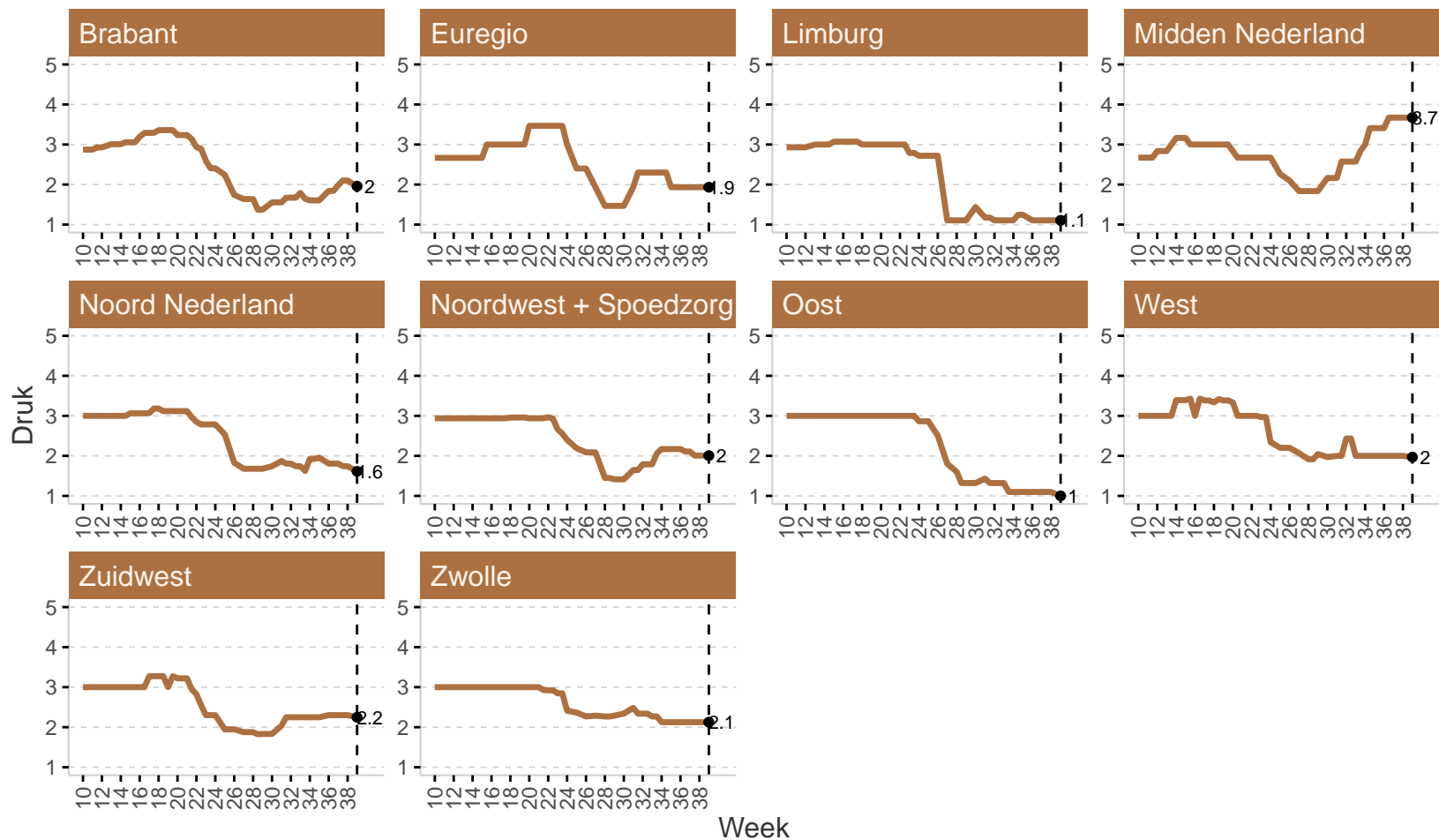
Druk op de kliniek Onderstaand ziet u hoeveel ziekenhuizen welke mate van druk ervaren op de zorg die geleverd wordt in de kliniek. De gewogen gemiddelde druk in Nederland op de kliniek is 1.9. Dit komt overeen met vorige maand.

Figuur 17 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 18 Druk op de kliniek - ontwikkeling (2021)



2.4.2 Doorgang kritiek planbare zorg

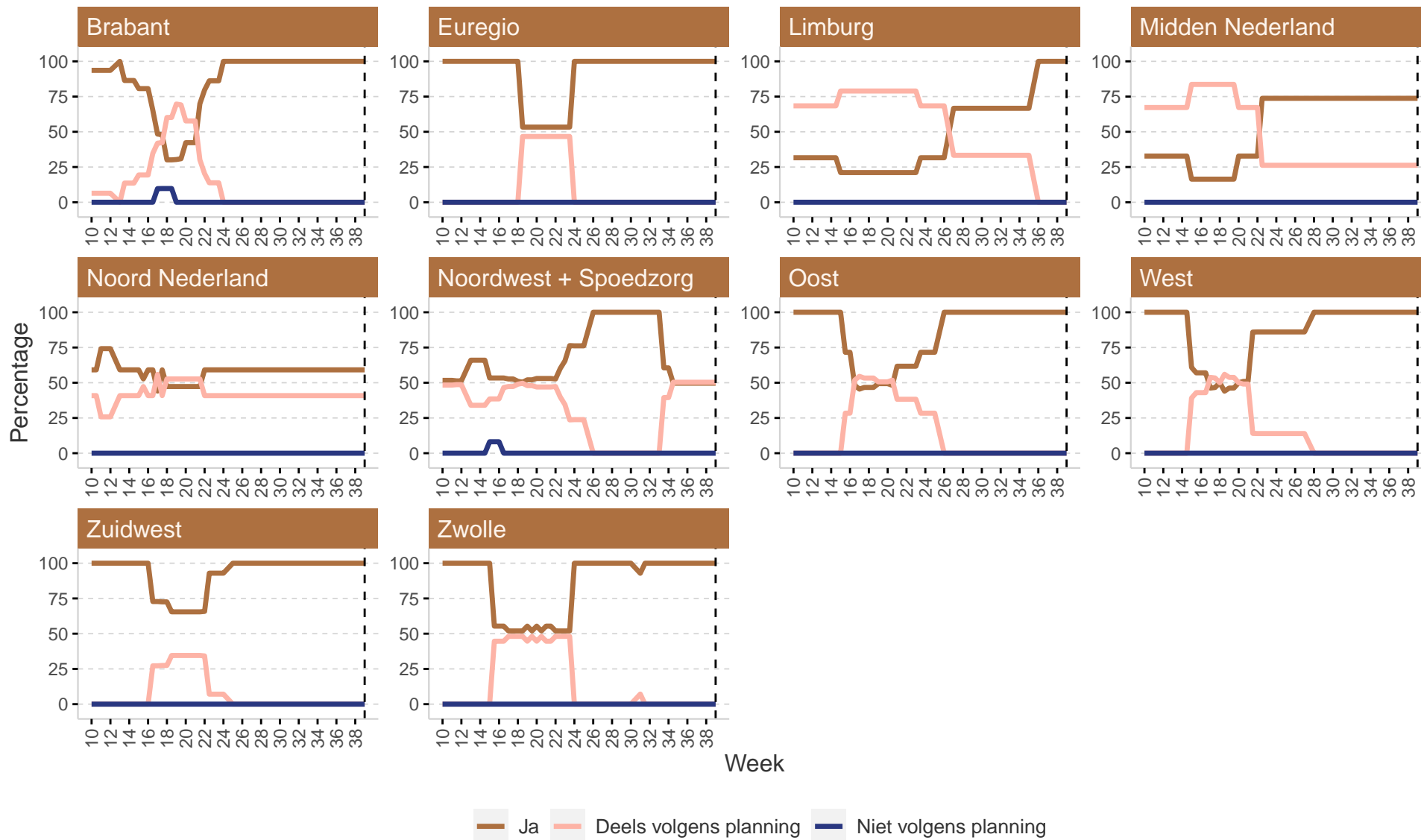
Alle ziekenhuizen kunnen kritiek planbare zorg (deels) leveren. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft kritiek planbare zorg (hierna: KPZ⁵) volledig volgens planning te kunnen leveren is 86%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft deels KPZ volgens planning te kunnen leveren is 14%.

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 7 ziekenhuizen die aangaven de KPZ slechts deels of volledig niet te kunnen leveren volgens planning, gaven 3 ziekenhuizen aan dit nog wel binnen 6 weken te kunnen leveren, 4 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 90.6% 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 19 Percentages kritiek planbare zorg - ontwikkeling

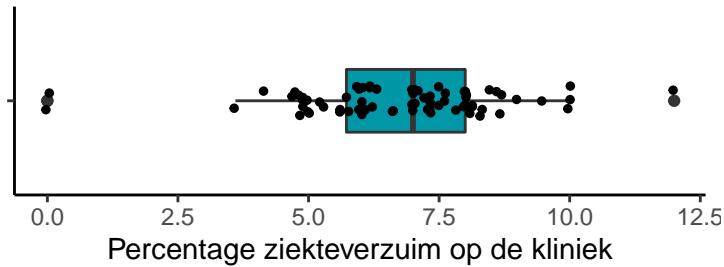


2.4.3 Ziekteverzuim

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, quarantaine verplichtingen etc.) is 7%. Dit is hetzelfde als vorige maand. Zoals hieronder te zien is varieert dit percentage sterk tussen ziekenhuizen.

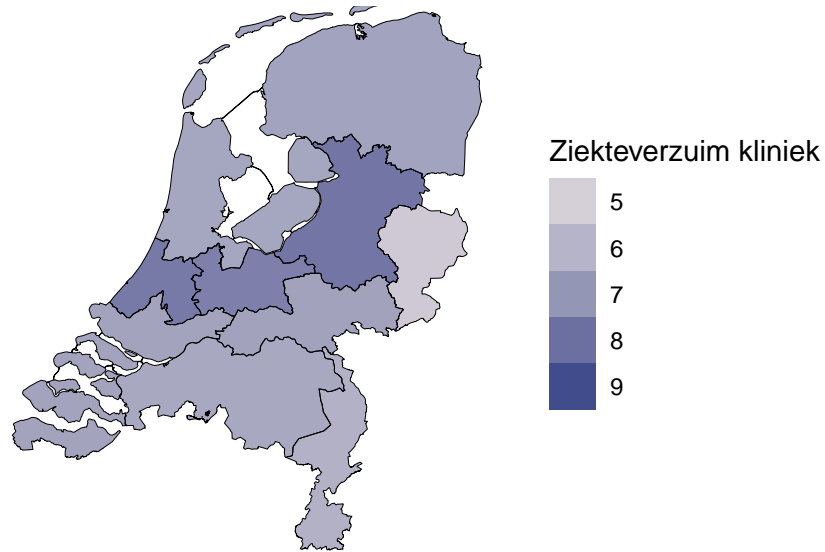
N.B. Vanwege een wijziging in het Zorgbeeldportaal rondom deze vraag (waarbij het totale ziekteverzuim sinds april 2021 wordt gesplitst in ziekteverzuim IC en ziekteverzuim in de kliniek), is het van belang om onderstaande cijfers met voorzichtigheid te interpreteren.

Figuur 20 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.). De range tussen de verschillende regio's loopt van 5.24% tot 7.83% (vorige maand was dit 4.97% tot 8%).

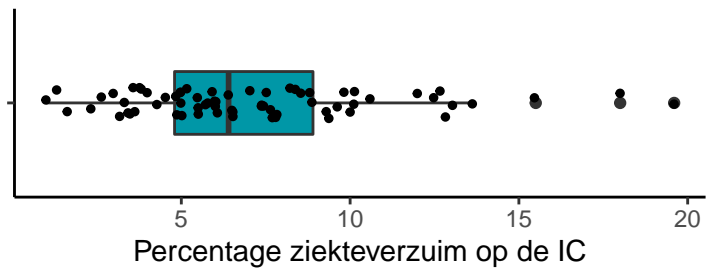
Figuur 21 Ziekteverzuim



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 in april 2021 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.

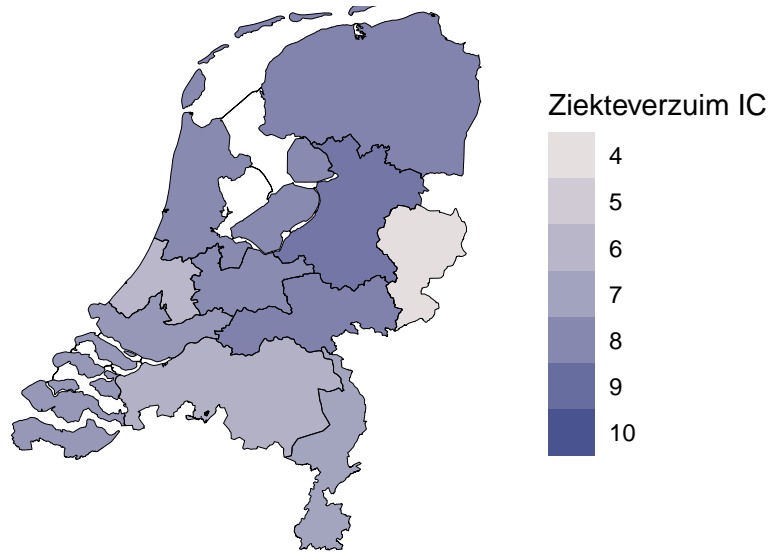
Het gemiddelde ziekteverzuim op de IC is in Nederland net als vorige maand 7%. Dit percentage varieert sterk tussen ziekenhuizen, zoals in de onderstaande figuur te zien is.

Figuur 22 Variatie tussen ziekenhuizen in ziekteverzuim



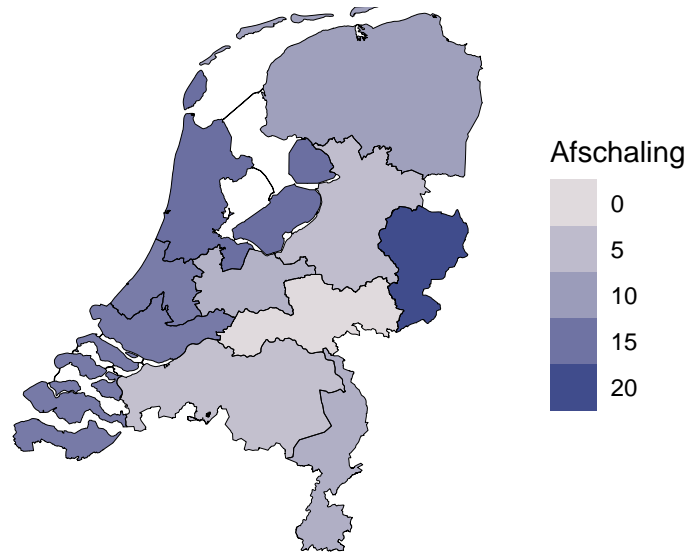
Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer wat het percentage ziekteverzuim op de IC is onder personeel dat direct zorg levert aan patiënten (inclusief personeel dat afwezig is door positieve coronatest, quarantaine verplichtingen etc.). De range tussen de verschillende regio's loopt van 4.05% tot 8.6% (vorige maand was dit 4.31% tot 8.66%).

Figuur 23 Ziekteverzuim IC



Onderstaand kaartje geeft per ROAZ- regio het afschalingspercentage van de operatiekamers weer. Het afschalingspercentage van de verschillende regio's loopt van 0% tot 20%.

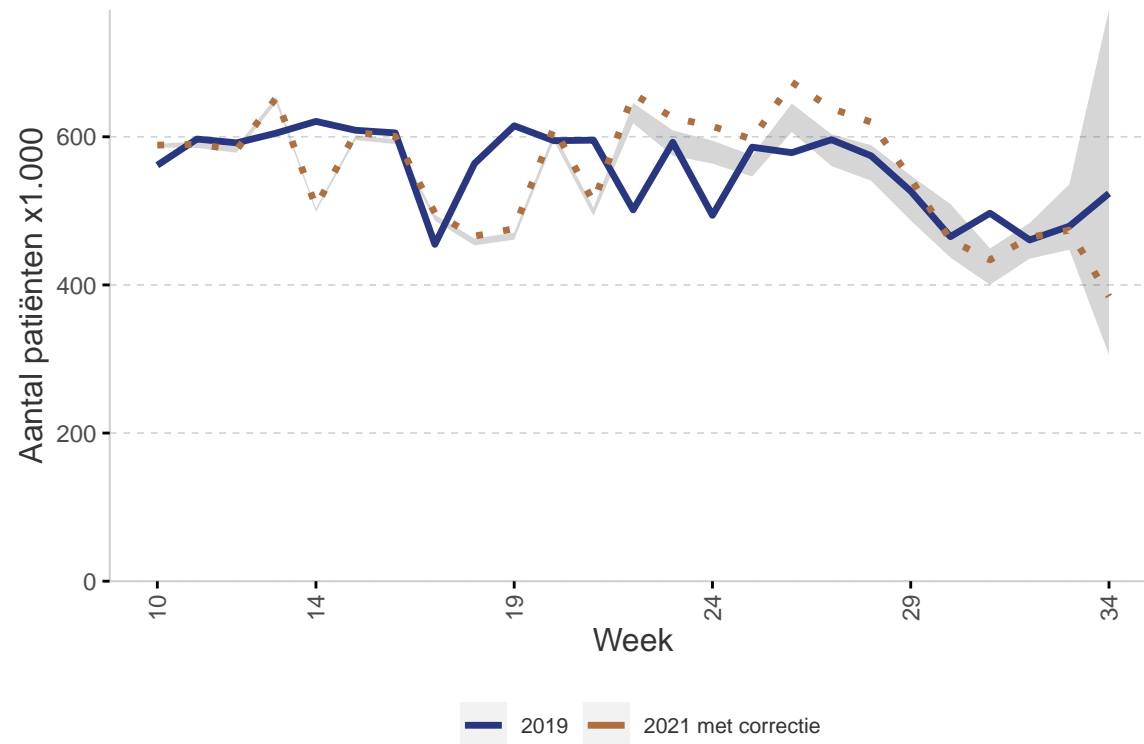
Figuur 26 Percentage afschaling operatiekamers



2.5 Actuele productie

Figuur 27 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. Gedurende de zomervakantie ligt het aantal patiënten weer rond of iets onder normaal⁶. Nieuw in dit rapport is dat we de geschatte productie weergeven met een stippellijn, en de (historisch geschatte) onzekerheid daarin met een grijs gearceerde band. Hoe de data wordt gecorrigeerd voor registratie-effecten en hoe de onzekerheid daarin wordt bepaald, wordt verder uitgelegd in de bijlage.

Figuur 27 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2019 en 2021 per week



⁶ De data is beschikbaar tot en met week 34, dat is eind augustus.

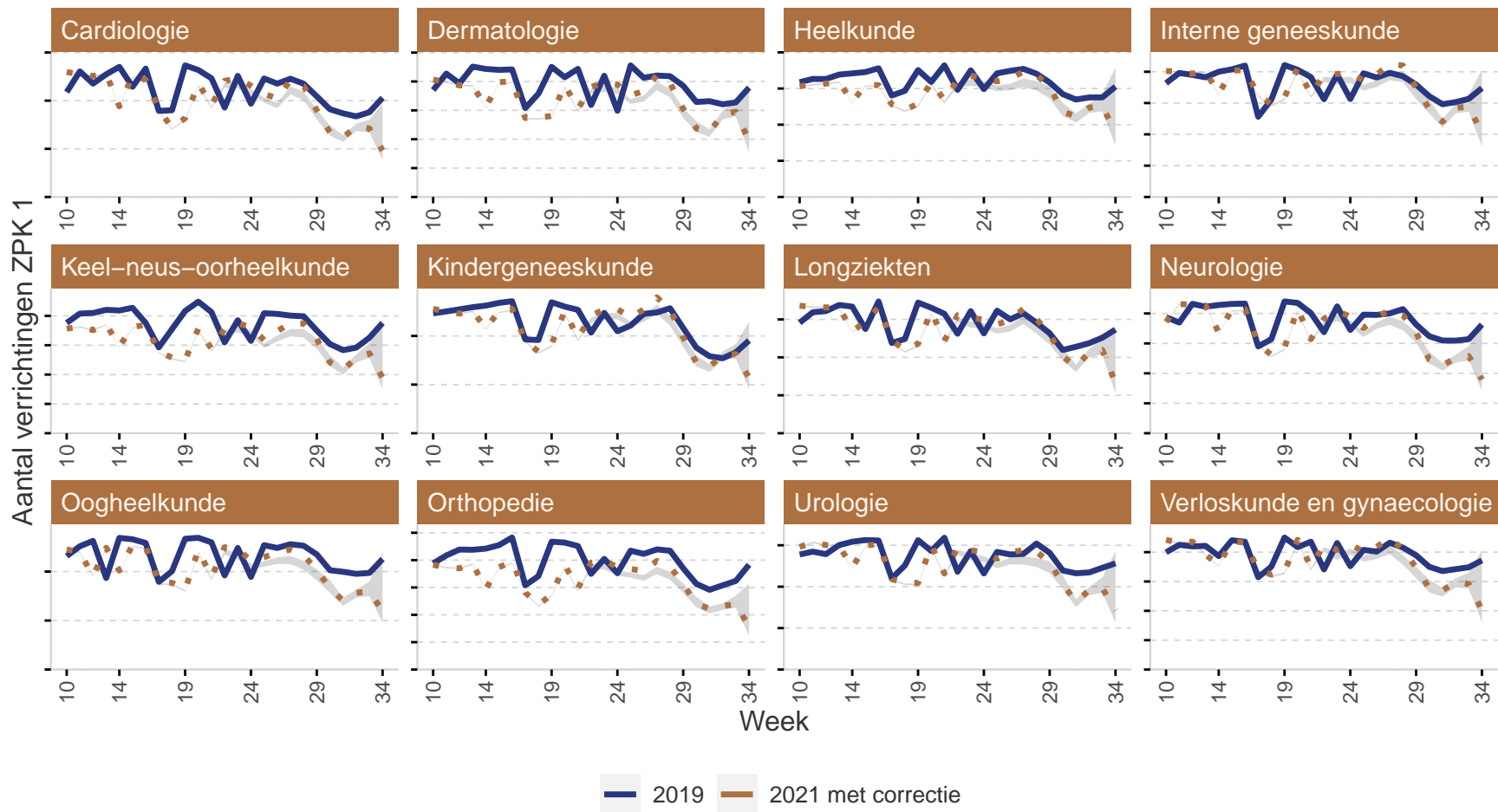
Naast het aantal patiënten kunnen we ook kijken naar het aantal activiteiten. We focussen hierbij op een uitsplitsing naar specialismen.

Figuur 28 laat het aantal polikliniekbezoeken (inclusief belconsulten/e-consulten) zien per specialisme. Het aantal polikliniekbezoeken lag in juni bij alle grote specialismen rond normale niveaus, maar is bij de meeste specialismen in juli en augustus weer iets onder normaal geraakt. Alleen bij kindergeneeskunde waren in de afgelopen maanden evenveel poliklinische activiteiten als in dezelfde weken van 2019.

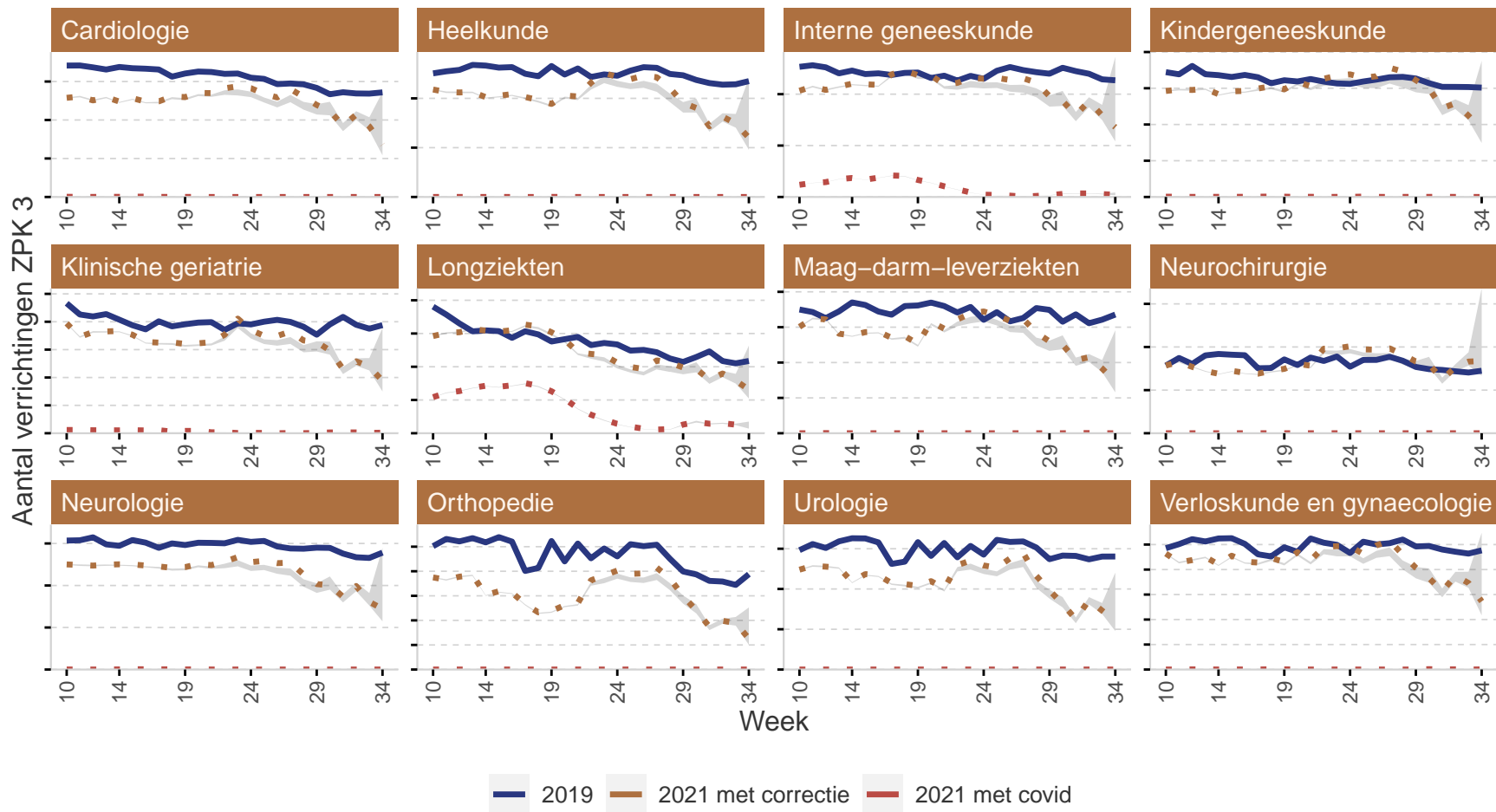
Het aantal verpleegdagen (Figuur 29) blijft al langere tijd bij bijna alle specialismen sterk achter op de normale aantallen. Alleen bij neurochirurgie ligt het aantal verpleegdagen rond of iets boven normaal. De verpleegdagen van coronapatiënten zijn met een afzonderlijke lijn zichtbaar gemaakt in de figuren. Vanaf week 24 is het aantal opnames dat toe te wijzen is aan Covid-19 relatief gering.

Bij het aantal operaties (Figuur 30) 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 of iets onder normaal niveau, zoals dermatologie, heilkunde en oogheelkunde. Bij andere specialismen nam het aantal operaties in augustus weer af, zoals bij keel-neus-oorheelkunde, orthopedie en plastische chirurgie. Dit laat zien dat er nog steeds geprioriteerd wordt in ziekenhuizen. Daarnaast kwamen vanwege de coronamaatregelen bepaalde aandoeningen (zoals bovenste luchtwegeninfecties) mogelijk minder vaak voor, wat ook zichtbaar is in de productiecijfers.

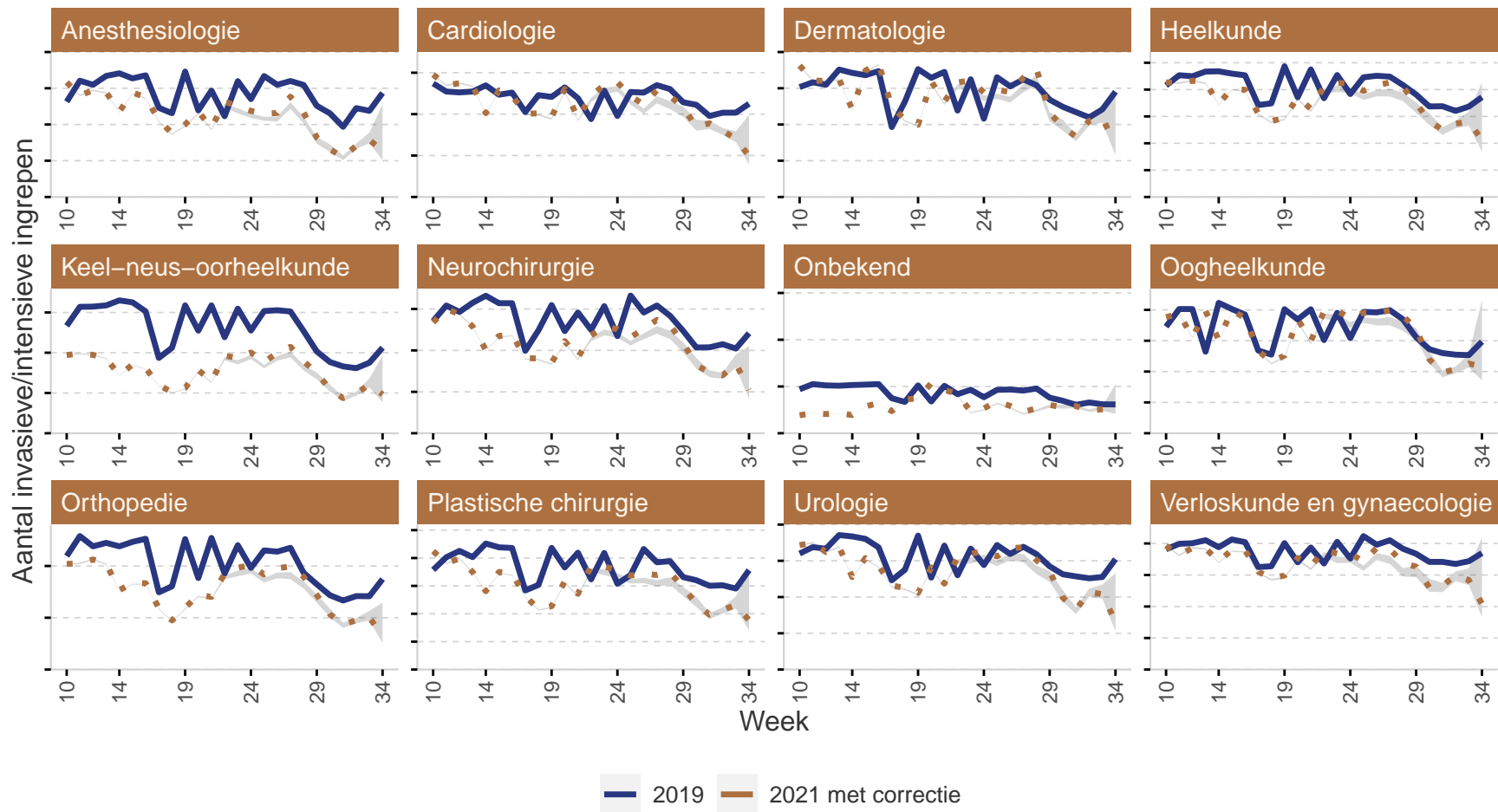
Figuur 28 Aantal polikliniekbezoeken (zorgprofielklasse 1) per specialisme



Figuur 29 Aantal klinische opnames (zorgprofielklasse 3) per specialisme



Figuur 30 Aantal operaties (subselectie van zorgprofielklasse 5) per specialisme



2.6 Gemiste ingrepen, inhaalzorg en werkvoorraad

2.6.1 Gemiste ingrepen

Vanaf maart 2020 tot en met week 34 van 2021 zijn er bij de 41 ziekenhuizen die in dit rapport zijn opgenomen 1.7 miljoen polikliniekbezoeken minder geweest dan normaal in dezelfde periode. Dit komt overeen met 11% van de normale jaarproductie⁷. In dezelfde periode waren er 0.8 miljoen verpleegdagen minder, en 229 duizend operaties minder⁸. Dit zijn alle operaties uitgezonderd de kleine poliklinische ingrepen, ongeacht specialisme. Het gaat naar verwachting om ca. 210 duizend unieke patiënten. Deze aantallen zijn ten opzichte van onze vorige publicatie toegenomen met ca. 10% - 15%. In de voorgaande figuren zagen we al dat de productie in de ziekenhuizen in augustus bij nagenoeg alle specialismen beneden het niveau van 2019 lag. Ziekteverzuim en ingehaalde vakanties spelen hier mogelijk een rol in. Daarnaast kennen deze cijfers een bepaalde mate van onzekerheid die zichtbaar wordt in de maandelijkse publicaties: onze schattingen zijn gebaseerd op data van ongeveer 55% van de ziekenhuizen, en dat is niet elke maand dezelfde groep.

Deze cijfers hebben dus alleen betrekking op de ziekenhuizen waarvan wij over volledige data beschikken. Extrapoleren we deze cijfers, dan schatten we dat er in totaal tussen 380 en 420 duizend operaties minder zijn uitgevoerd dan onder normale omstandigheden 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	Verschil met normaal (x 1.000 verrichtingen)	% van normaal jaar
Poliklinische consulten	-1699	-11.1
Verpleegdagen	-828	-20.7
Operatieve verrichtingen	-287	-25.6

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 31 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 D⁹), en het grootste deel

⁷ Merk op dat de afname betrekking heeft op ongeveer 1.5 jaar

⁸ Tijdens iedere operatie worden gemiddeld ongeveer 1,2 operatieve verrichtingen uitgevoerd, dit verschilt per diagnose.

⁹ indeling o.b.v. urgentielijst medisch-specialistische zorg (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_306624_22/1/)

(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 72.500 minder plaats, een afname van ca. 62%. Omdat het hier vaak om twee of meer gelijktijdige ingrepen gaat, betreft het ongeveer 46.000 operaties. Andere grote groepen zijn cataractoperaties (24.000 operaties minder dan normaal) en operaties vanwege artrose aan knie of heup (14.000 operaties minder).

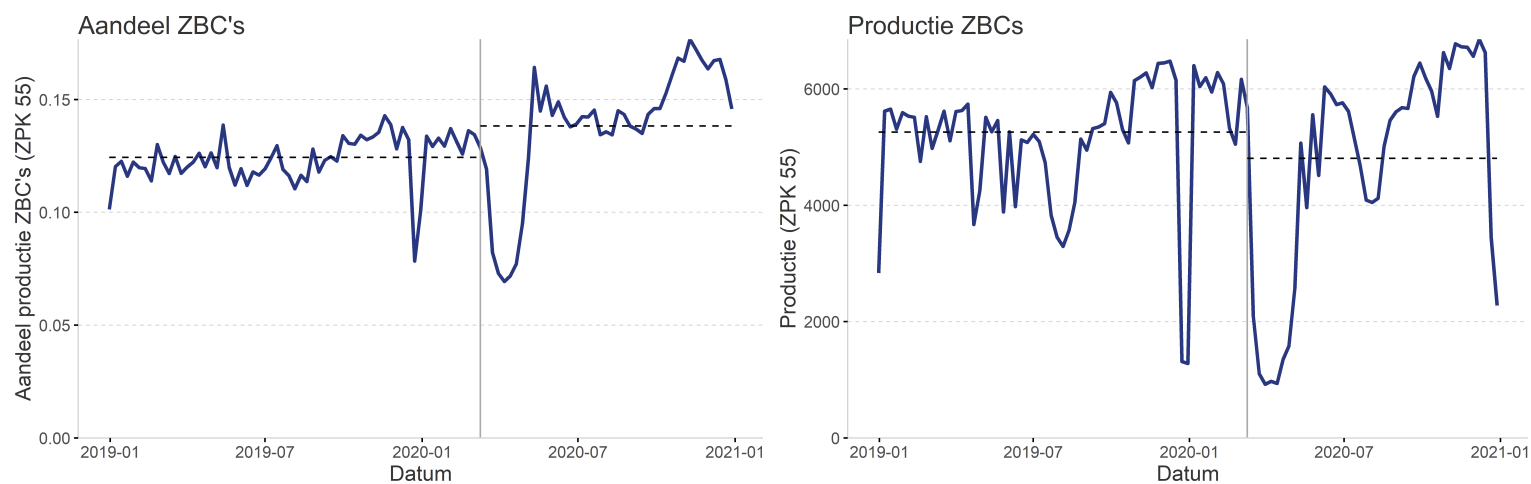
Figuur 31 Aantal operaties dat minder is gedaan sinds maart 2020 (excl. zbc's)



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.

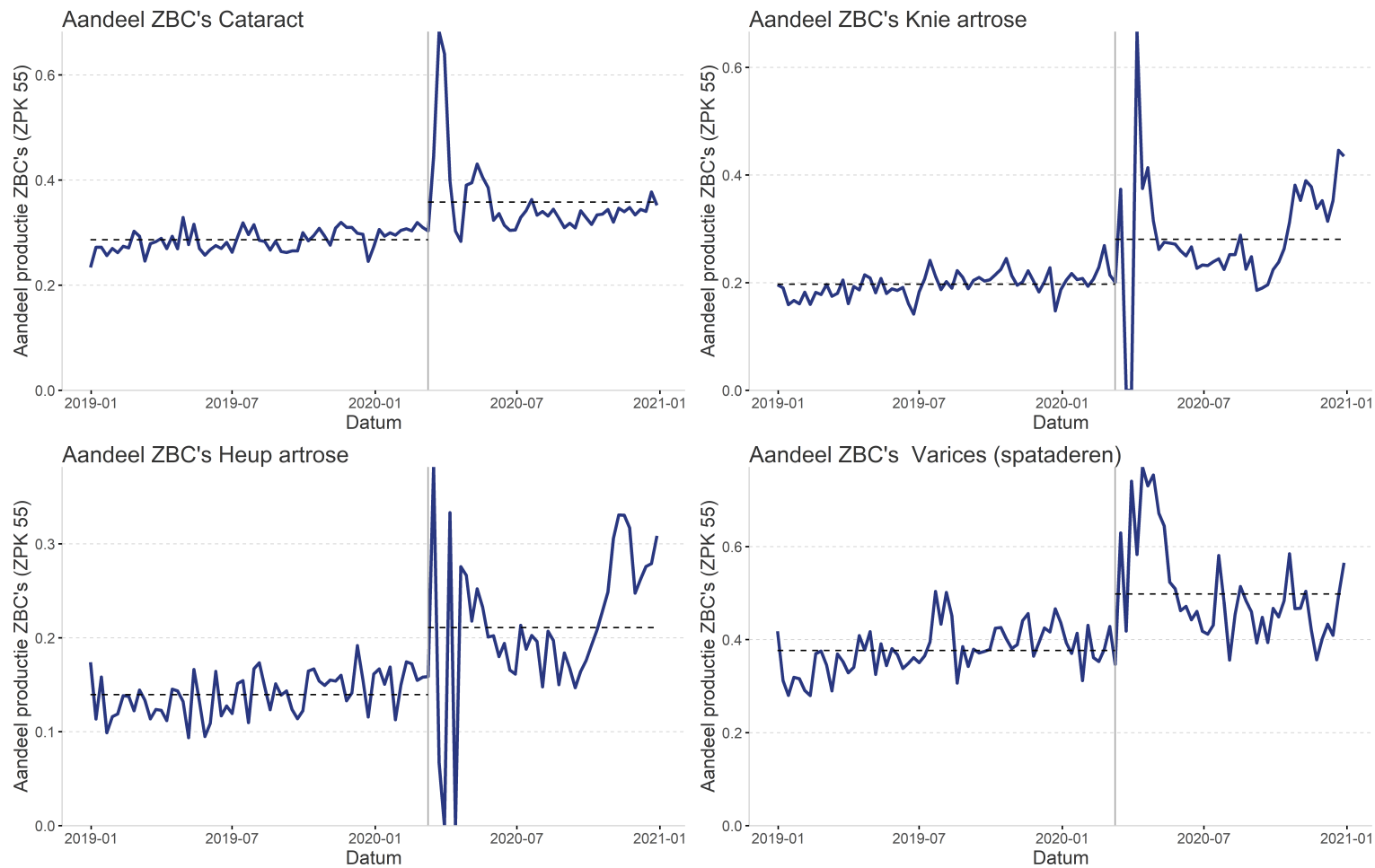
Verdieping: Aandeel en productie ZBC's

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 ca. 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%.

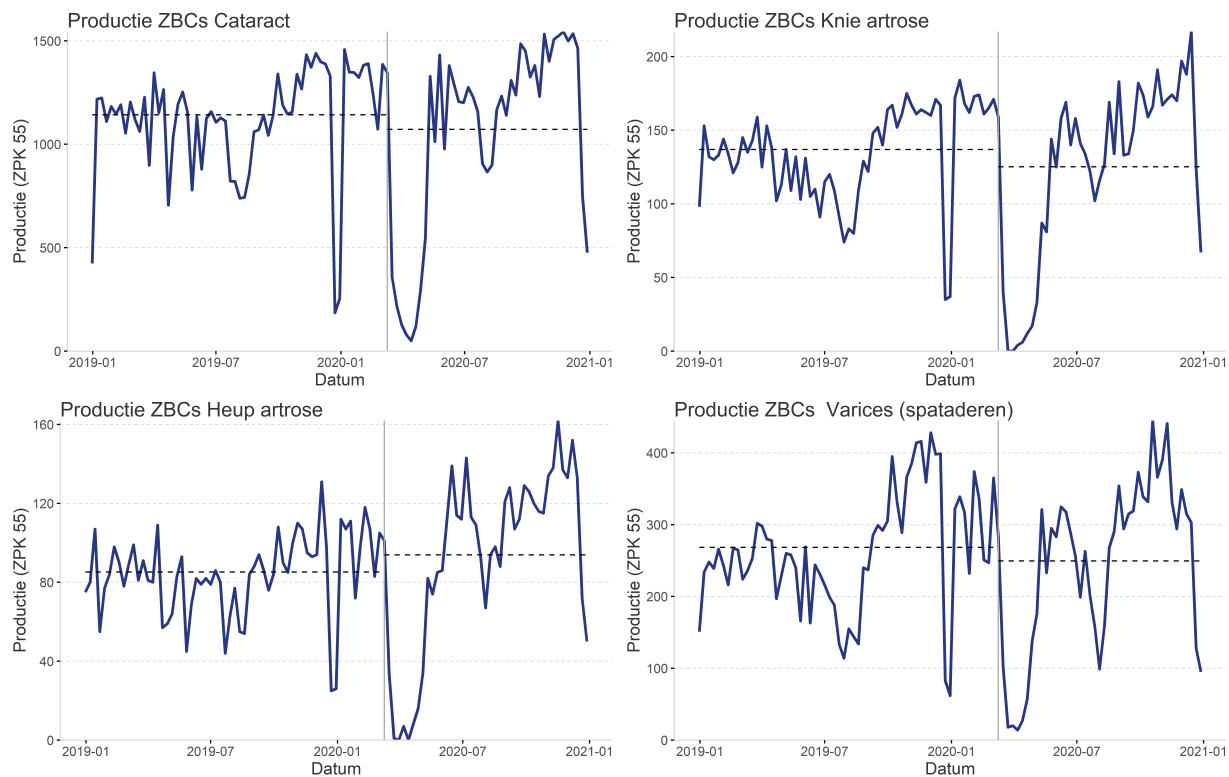


Verdieping: Aandeel ZBC's - per diagnose

Bij de meeste aandoeningen met een grote verwachte inhaalvraag zijn ZBC's na het begin van de coronacrisis een relatief groter aandeel van de operaties gaan uitvoeren. In 2019 (en de eerste maanden van 2020) werd 12,4% van de operaties uitgevoerd in een ZBC. Na de eerste schok bij het begin van de coronacrisis is dit percentage geleidelijk opgelopen tot ca. 17% aan het einde van 2020. Vooral bij knie- en staaroperaties steeg het marktaandeel van ZBC's hard.



Verdieping: Productie ZBC's - per diagnose Bij aanvang van de coronacrisis viel ook bij ZBC's de productie enkele weken grotendeels stil, waarna snel weer werd opgeschaald. In de laatste weken van 2020 (de feestdagen buiten beschouwing latend) lag de productie ongeveer 5% hoger dan normaal, en was het grootste deel van de operaties dat eerder door ZBC's werd uitgesteld weer ingehaald. Het aantal knie- en staaroperaties lag over geheel 2020 nog iets lager dan normaal, terwijl het aantal heupoperaties wat hoger lag. Over 2021 is nog onvoldoende data beschikbaar om te beoordelen of en hoeveel inhaalzorg ZBC's hebben geleverd. Als het productieniveau van ZBC's gedurende 2021 op hetzelfde niveau is gebleven als in de drukke eerste weken van december 2020, zou het aantal extra uitgevoerde operaties rond 10 duizend liggen, wat correspondeert met ruim 5% van wat er in de ziekenhuizen moet worden ingehaald. Mogelijk is het productieniveau in de loop van 2021 nog verder verhoogd, maar daarbij moeten we ook rekening houden met een trendmatige groei (door o.a. vergrijzing) van 8% bij ZBC's. We hopen in de volgende monitor meer inzicht te hebben in de productie van ZBC's in 2021.

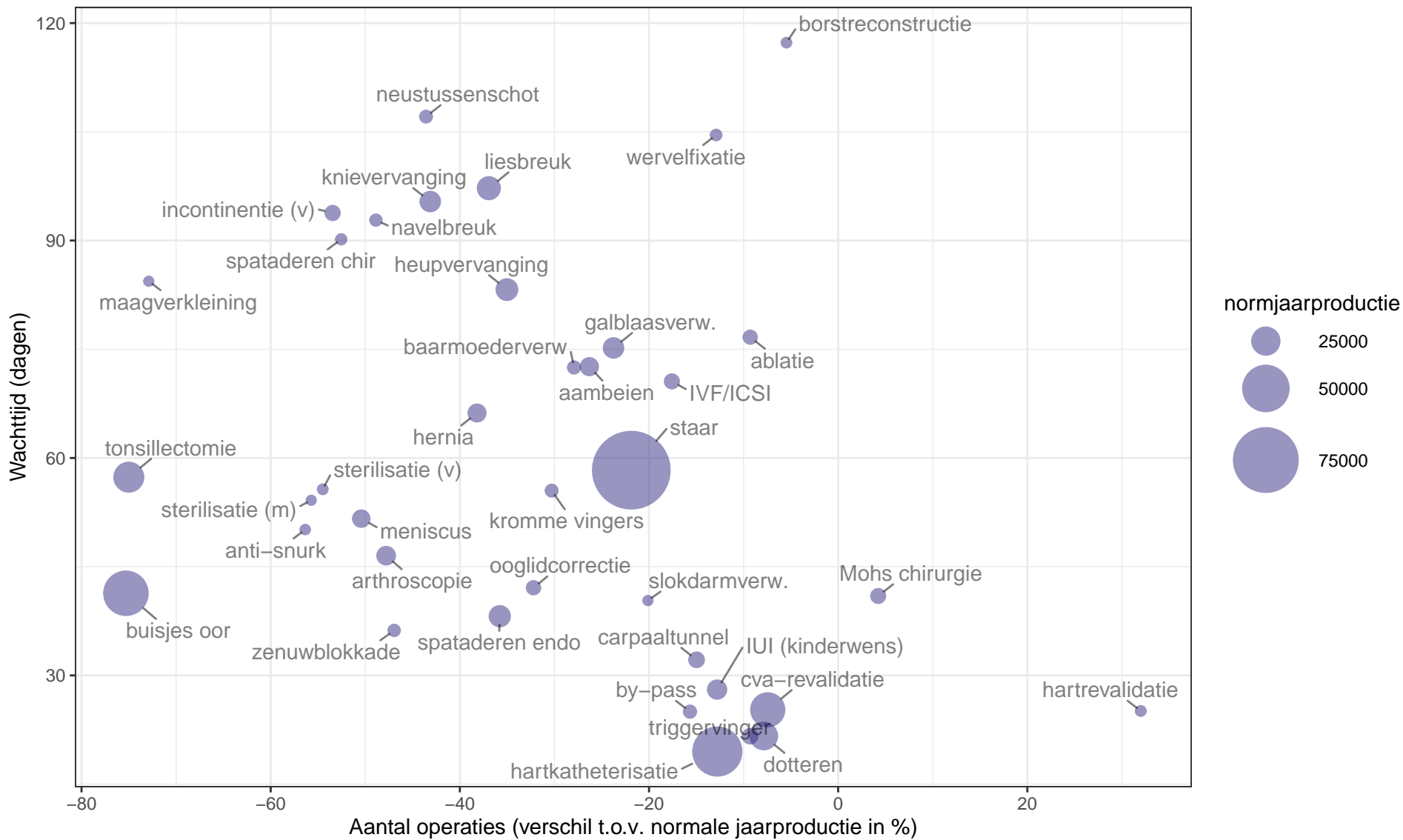


2.6.2 Wachttijden en mogelijke inhaalzorg

De grootste knelpunten zouden we kunnen verwachten bij behandelingen waarbij veel operaties uitgesteld zijn, die (nu al) een lange wachttijd kennen. In figuur 32 wordt per behandeling weergegeven hoeveel ingrepen er minder zijn uitgevoerd, en wat de bijbehorende actuele wachttijd is. Ook geldt hier dat niet alle gemiste behandelingen nog moeten worden ingehaald.

De wachttijden zijn 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 32 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. 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 zou ca. 45% tot 55% van de afname van het aantal operaties op een later moment nog moeten worden uitgevoerd. Als we uitgaan van de data tot en met week 26 (begin juli) dan beschikken we over een compleet beeld van alle ziekenhuizen en hoeven we geen registratiecorrectie toe te passen. In totaal schatten we dan het aantal nog in te halen operaties op 180 duizend. Gebruiken we data tot en met week 34 (eind augustus) dan moeten we corrigeren voor onvolledige aanlevering, en schatten we het totaal aantal in te halen operaties op 200 duizend. Het verschil hiertussen kan veroorzaakt worden doordat er in de zomermaanden minder operaties zijn uitgevoerd dan normaal, maar kan ook het gevolg zijn van onvolledigheden in de meer recente data en de beperkingen in het bijstellen daarvan. In de volgende monitor zal dit met meer recente data duidelijker worden.

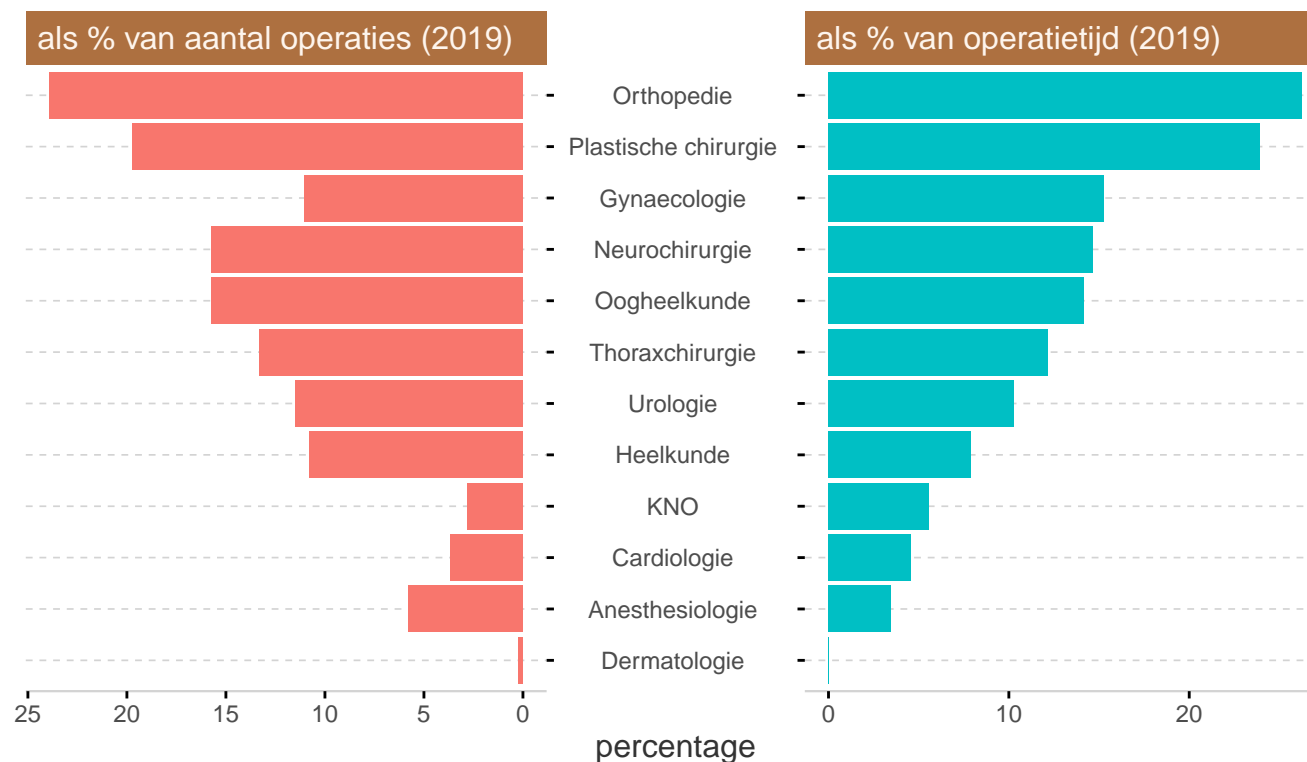
Het gaat om ruim 200 uiteenlopende patiëntengroepen. De operaties met de hoogste aantallen patiënten hierbinnen zijn staar- en nastaaroperaties (18%), heup- en knieervanging (10%), liesbreuken en andere buikwandbreuken (8%), operaties bij spataderen

(3%), en operaties bij incontinentie en prolaps (3%). In totaal schatten we het aantal in te halen operaties op 12% tot 13% van het normale jaarlijkse aantal operaties.

De meeste operaties verwachten we bij oogheelkunde en orthopedie. Ten opzichte van de normale jaarlijkse productie is het aantal ingrepen dat nog zal worden ingehaald het grootst bij orthopedie. We schatten dat bij orthopedie tussen 23% en 25% van het normale jaarlijkse aantal ingrepen nog wordt ingehaald. Voor plastische chirurgie ligt dit rond 20%, en voor oogheelkunde en neurochirurgie rond 15%.

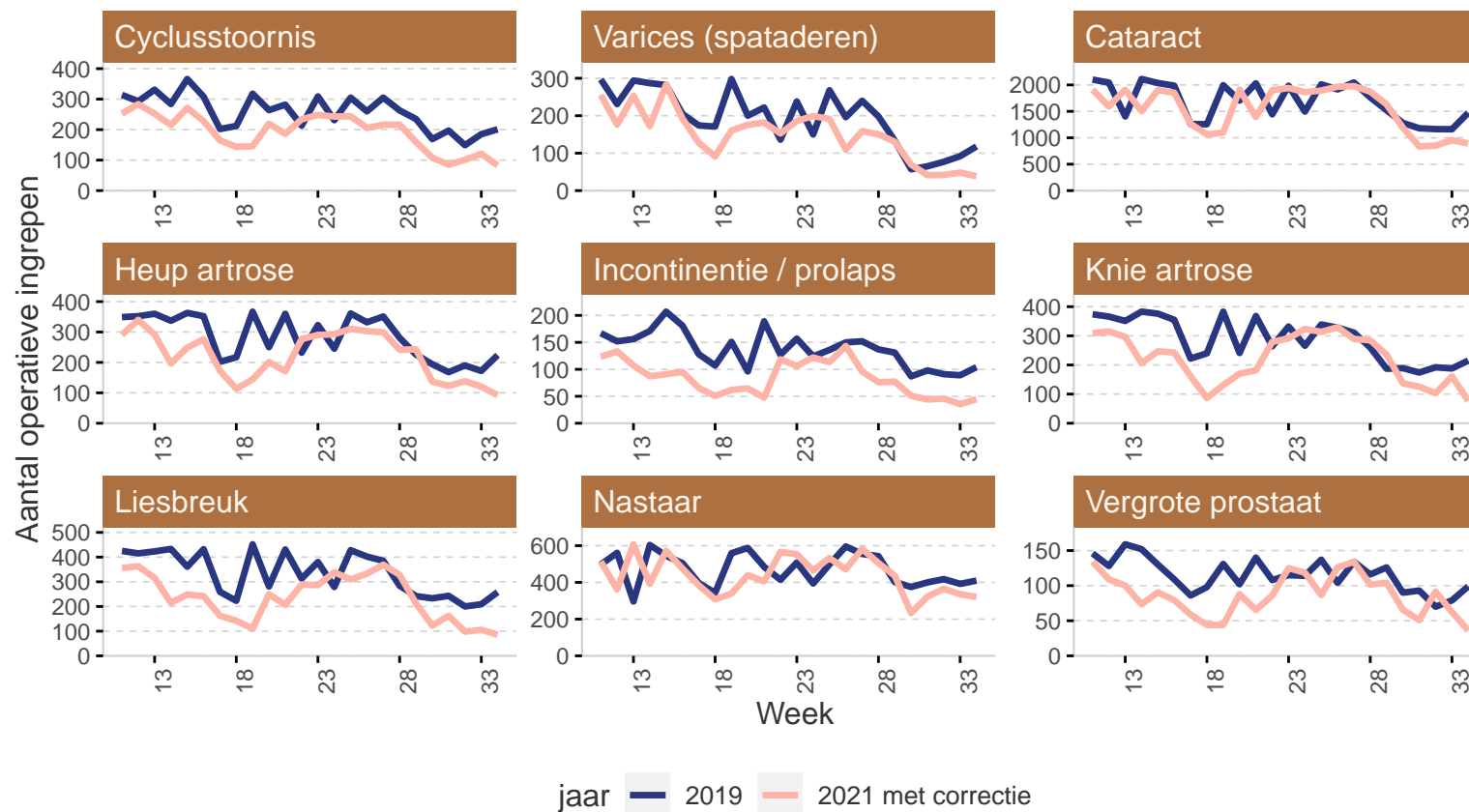
Met behulp van normtijdgegevens van Logex kunnen we deze aantallen omrekenen naar operatietijd. Dan zien we dat bij orthopedie iets meer dan een kwart van de normale jaarlijkse operatietijd naar verwachting ingehaald moet worden. Bij plastische chirurgie ligt dit iets onder 25%. In Figuur 33 is per specialisme te zien hoe de verwachte inhaalvraag zich verhoudt tot de normale (2019) jaarlijkse productie, zowel in termen van aantallen als van operatietijd.

Figuur 33 Geschatte inhaalvraag per specialisme, uitgedrukt als percentage van de normale jaarproductie



Diagnoses met de grootste inhaalvraag Van de diagnoses met de meeste ingrepen die minder zijn gedaan en die naar verwachting nog ingehaald moeten worden, is in Figuur 34 afzonderlijk weergegeven hoeveel ingrepen er wekelijks plaatsvinden. Bij de meeste van deze behandelingen lag het aantal ingrepen in juli rond normaal, maar daalde het in augustus tot iets onder normale niveaus. Bij de gynaecologische diagnoses (cyclusstoornis, incontinentie en prolaps) vinden al langere tijd minder ingrepen plaats dan normaal. Van inhaalproductie lijkt op dit moment nog geen sprake. Op lokaal niveau kan het lijken dat er inhaalvraag plaatsvindt als het aantal operaties toeneemt in vergelijking met het aantal verwijzingen in dezelfde periode. Vanwege seizoenseffecten en natuurlijke schommelingen maken wij echter een vergelijking van het aantal operaties over een langere periode en een grotere regio met het aantal operaties in een gelijksoortige eerdere periode, en niet met het aantal verwijzingen.

Figuur 34 Productie van de diagnoses met de grootste inhaalzorgvraag (excl. zbc's)

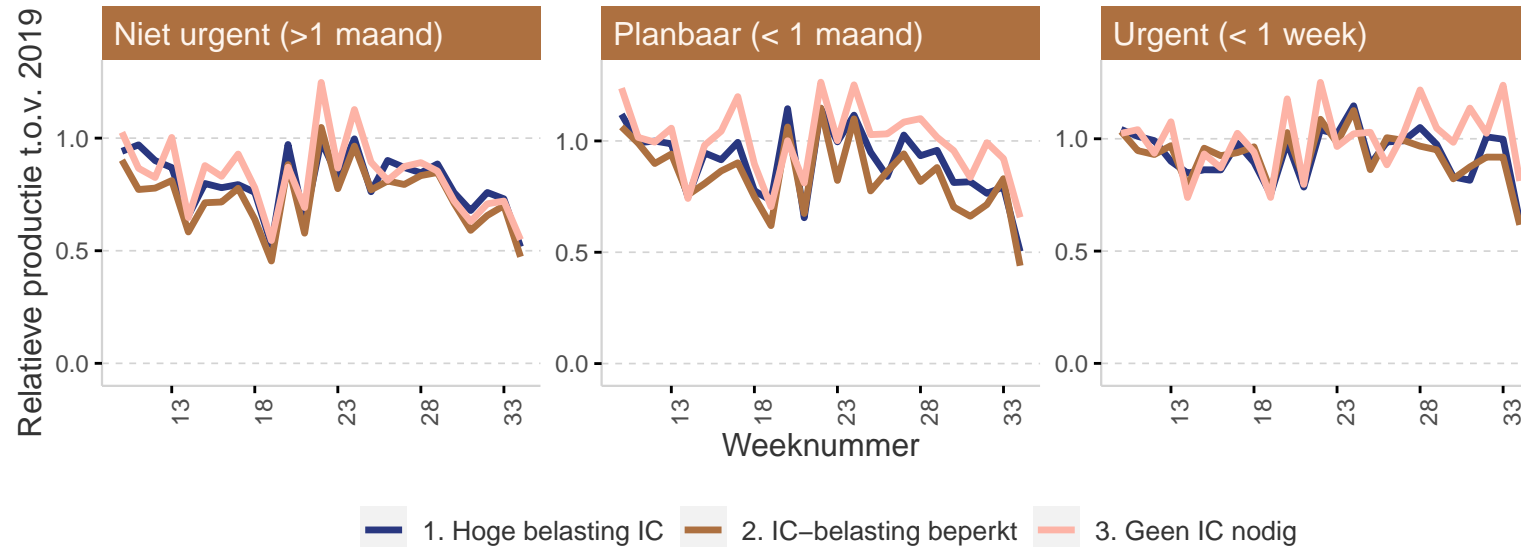


Figuur 35 laat zien in hoeverre operaties doorgaan afhankelijk van de urgentie en de mate van afhankelijkheid van IC-capaciteit¹⁰. Operaties die soms of vaak gepaard gaan met opname op de IC (>1% kans op IC-opname) vallen in categorie 1. Operaties die nooit een IC-opname hebben op dezelfde dag vallen in categorie 3. De tussengroep betreft operaties waarbij in zeldzame gevallen (tot 1%) een beroep op de IC wordt gedaan.

¹⁰ voor deze urgentiebepaling is gebruik gemaakt van de urgentielijst medisch-specialistische zorg (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_306624_22/1/). Deze indeling wijkt daarom af van een andere veelgebruikte indeling waarbij de grens tussen kritiek planbare zorg en overig planbare zorg op 6 weken ligt.

De meest urgente zorg heeft gedurende het hele jaar normale doorgang gevonden. De planbare zorg, en in sterkere mate de niet-urgente zorg, liggen wel onder het niveau van 2019. Dit duidt erop dat er nog nauwelijks of geen inhaalzorg wordt geleverd in de ziekenhuizen. Bij de urgente en planbare zorg zien we verder dat vooral de zorg waarvoor geen IC-capaciteit nodig is op of boven het normale niveau ligt. Dit geldt minder voor zorg die wel een beroep doet op de IC.

Figuur 35 Doorgang van ingrepen afhankelijk van urgentie en beslag op IC



2.6.4 Werkvoorraden

Verzekeraars hebben met ziekenhuizen (incl. umc's) afgesproken de actuele werkvoorraad¹¹ per specialisme in kaart te brengen en hoe die zich de komende tijd ontwikkelt. Deze gegevens worden in het Zorgbeeldportaal van de NZa aangeleverd. Tot nu toe hebben 31 ziekenhuizen met een Plan Inhaalzorg dit gedaan. Vanwege dit lage aantal moeten we voorzichtig zijn met het trekken van conclusies, ook omdat we een grote spreiding zien tussen de verschillende ziekenhuizen¹².

Desalniettemin constateren we een logische samenhang tussen enerzijds de toename in de werkvoorraad en anderzijds de

¹¹ Werkvoorraad is een proxy. Op dit moment leveren nog niet alle ziekenhuizen/umc's werkvoorraad OK-uren aan om verschillende redenen. Dit wordt nader onderzocht door ZN, NVZ en NFU.

¹² Het lijkt erop dat de grootste toenames van de werkvoorraad zich voordoen bij een beperkt aantal ziekenhuizen.

ontwikkeling van de wachttijden en de productie. Dit lichten we hieronder toe.

De werkvoorraad is uitgedrukt in OK-uren. Een aantal ziekenhuizen heeft ter vergelijking een werkvoorraad van 6 weken electieve zorg aangeleverd in plaats van historische cijfers (2019).

In deze tabel is het aantal OK-uren vergeleken met de OK-uren in heel 2019 en teruggerekend naar volledige werkweken. De werkvoorraad van een week is dus de hoeveelheid OK-uren die normaal gesproken in een week wordt uitgevoerd. De werkvoorraad die nu bekend is kan wel over meer weken zijn uitgesmeerd. Soms is een deel van de werkvoorraad voor een langere periode bekend, omdat voor sommige patiëntgroepen langere besluitvorming nodig is, patiënten al eerder in beeld zijn of omdat de wachttijden langer zijn.

In tabel 2 vergelijken we de werkvoorraad met het aantal operatie-uren in een jaar per specialisme¹³.

Relatieve toename werkvoorraad Als de werkvoorraad toeneemt, is meer operatiecapaciteit voor dat specialisme nodig. Dit gaat dan tijdelijk ten koste van tijd voor de polikliniek of vraagt verruiming van werktijden. Wanneer dit niet mogelijk is, vanwege capaciteitsbeperkingen in het ziekenhuis of omdat er te weinig gespecialiseerde artsen of onvoldoende OK-personeel beschikbaar zijn om meer operaties te doen, dan nemen de wachttijden toe.

Tabel 2 Actuele werkvoorraad van 31 ziekenhuizen die via Zorgbeeldportaal hebben aangeleverd

Specialisme	Relatieve toename werkvoorraad	Huidig aandeel werkvoorraad in normale jaarproductie	Normaal aandeel werkvoorraad in normale jaarproductie	Relatieve toename werkvoorraad in weken
Chirurgie	70%	15%	9%	3.1
Gynaecologie	66%	21%	13%	2.1
Oogheelkunde	66%	26%	16%	1
Orthopedie	64%	32%	20%	6.3
Plastische Chirurgie	45%	14%	9%	4.3
Urologie	32%	8%	6%	5.2

¹³ OK uren berekening door Logex.

Uit de data die ziekenhuizen hebben aangeleverd, blijkt dat de werkvoorraad als gevolg van de pandemie het meest is toegenomen bij chirurgie. Tegelijkertijd is de doorstroming bij chirurgie hoger dan bij de meeste specialismen en is de werkvoorraad relatief beperkt. In deze tabel ongeveer 9% van de jaarproductie, wat zich verhoudt tot 4,5 week. Een 70% toename vertaalt zich daarom in een volume van 3 weken bij een gebruikelijke capaciteit, terwijl een toename van 64% bij orthopedie een volume van ruim 6 weken beslaat. Voor oogheelkunde komen jaarlijks grote aantallen patiënten voor een operatie naar het ziekenhuis. Tijdens de pandemie is deze zorg fors minder geleverd. Het gaat echter om operaties van korte duur. De werkvoorraad is met 32% toegenomen, maar dit vertaalt zich naar een volume van minder dan 1 week. Uit de analyse van de verwijzingen weten we echter dat nog niet alle patiënten met een in te halen (oogheeskundige) zorgvraag zich gemeld hebben en verwezen zijn. Wanneer de Nivel-cijfers¹⁴ beschikbaar zijn voor 2020 kunnen wij achterhalen of deze patiënten wel bekend zijn in de eerste lijn. We kunnen nu nog niet voorspellen wanneer deze inhaalzorg zich aandient. Daarom blijven we de ontwikkeling in de verwijzingen, de werkvoorraad en wachttijden monitoren.

Vergelijking wachttijden Wanneer we de toename van de werkvoorraad in weken vergelijken met de toename van de wachttijd tussen het begin van de corona-crisis en 1 juli 2021 voor kenmerkende ingrepen van dit specialisme dan zien we dat voor oogheelkunde de extra werkvoorraad geheel kon worden opgevangen. Tijdens de 2e en 3e golf is de wachttijd opgelopen en enkele maanden ruim boven de Treeknorm uitgekomen. De gemiddelde wachttijd in de periode mei t/m juli 2021 was weer op het niveau van dezelfde periode in 2019 en zelfs iets daaronder. (zie onze analyse in hoofdstuk 2.3) Oogheeskundige zorg wordt op heel veel locaties geleverd en zal mede hierdoor sneller kunnen worden opgeschaald.

Voor chirurgie zijn kenmerkende ingrepen met een grote inhaalzorgvraag en varices (spataderen). De wachttijden van liesbreuk zijn gemiddeld met ongeveer 1,5 week toegenomen. De wachttijden van chirurgische varices-behandelingen zijn tijdens de coronapandemie opgelopen, maar zijn inmiddels ook weer wat afgenomen. De gemiddelde wachttijd van mei t/m juni 2021 ligt nog ruim 2 weken hoger dan de wachttijd in dezelfde periode in 2019.

Voor orthopedie, gynaecologie en urologie zien we een toegenomen werkvoorraad die blijkens de toegenomen wachttijden niet geheel is opgevangen door opschaling binnen het ziekenhuis of door verplaatsing naar klinieken. De wachttijd bij knie- en heupvervangende operaties (orthopedie) van 6 à 7 weken is toegenomen met zo'n 3 tot 4 weken. Dit komt overeen met de relatieve toename van de werkvoorraad. Ook de toegenomen wachttijd voor bijvoorbeeld urine-incontinentie zien we terug in de toegenomen werkvoorraad van urologie en gynaecologie.

Voor orthopedie, gynaecologie en urologie zien we tevens dat de productie in augustus (net) onder het niveau van dezelfde maand in 2019 ligt. Ook dit duidt erop dat er nog geen sprake is van het opschalen van capaciteit en het inhalen van deze zorg.

¹⁴ <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/jaarcijfers-aandoeningen-huisartsenregistraties>

Bij plastische chirurgie waren de wachttijden al geruime tijd langer dan bij de meeste andere specialismen. De toename van de werkvoorraad zien we niet vertaald naar een (nog) langere wachttijd.

Bij veel aandoeningen is de wachttijd ook niet één op één te vertalen naar de werkvoorraad. Wel is het zo dat zowel de wachttijd als de werkvoorraad langer (bekend) zijn als de besluitvorming langer duurt. Voor bijvoorbeeld een knieervangende operatie is de tijd tussen diagnose en operatie gemiddeld meer dan een jaar.

Het exacte moment dat een patiënt wordt toegevoegd aan de werkvoorraad kan verschillen per instelling. De werkvoorraad is meer een rekenmodel, bedoeld als inschatting van de benodigde capaciteit op de middellange termijn. Dit model kan rekening houden met de patiënten die al bekend zijn in het ziekenhuis, zoals verwijzingen, maar niet met de "onbekende" patiënt. Een deel van de instellingen heeft de werkvoorraad berekend op basis van de capaciteit voor 6 weken van de electieve zorg. Het moment dat een patiënt daadwerkelijk wordt ingepland is meestal pas kort van te voren.

De wachttijd startte (bij de oude regeling) op het moment dat de patiënt een nieuw (operatief) zorgtraject startte, bijvoorbeeld omdat de klachten verergerden en opnieuw gekeken moest worden of er een indicatie zou zijn voor een prothese; of omdat er al een indicatie was voor een operatie, maar de patiënt hier nog niet voor had gekozen. Het begin van de gemeten wachttijd hoeft dus niet overeen te komen met het moment dat de patiënt besluit om voor een operatie te kiezen.

In de nieuwe wachttijdregeling wordt het moment vastgelegd dat de operatie(tijd) wordt aangevraagd door de specialist. De nieuwe regeling is ingegaan op 1 augustus dit jaar en zullen we in de komende analyses vaker kunnen gebruiken.

Doordat operaties ook vaker werden verplaatst zijn de gemeten wachttijden in 2020 extra opgelopen, terwijl dit niet direct het geval hoefde te zijn voor de werkvoorraad.

Toch geeft het vergelijken van de verandering in werkvoorraad en de verandering in wachttijd een indruk van bij welke specialismen de toegankelijkheid meer onder druk is komen te staan.

Vervolgzorg De toename van de werkvoorraad heeft ook gevolgen voor de vervolgzorg. Ook na de operatie is er extra capaciteit nodig. Dit is zorg die veelal wordt verleend 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 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.

Geleverde zorg overige sectoren In tabel 3 is voor zes sectoren gekeken naar de totale geleverde zorg in 2020, ook in vergelijking met 2019¹⁵. We kijken hierbij naar het ambulancevervoer, eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg, huisartsenzorg, paramedische zorg en wijkverpleging. Er is voor elke sector te zien aan hoeveel patiënten er zorg is geleverd en voor hoeveel euro er zorg is vergoed. Ook is te zien hoe groot het percentuele verschil is ten opzichte van dezelfde zorg in 2019.

Te zien is dat voor de meeste sectoren het aantal patiënten en het totale vergoede bedrag in 2020 lager ligt dan in 2019, met uitzondering van het eerstelijnsverblijf en de huisartsenzorg. De sterkste daling over deze sectoren wordt gezien in de geriatrische revalidatiezorg, met 17,5% minder patiënten t.o.v. 2019. De huisartsenzorg laat juist zien dat het totale vergoede bedrag in 2020 is toegenomen met 6,0% t.o.v. 2019. Dit wijst erop dat huisartsen intensievere zorg hebben geleverd. In diezelfde periode werden veel minder patiënten verwezen naar het ziekenhuis (zie hoofdstuk 2.1).

Tabel 3 Aantal patiënten en het totale vergoede bedrag in 2020 voor verschillende sectoren

Sector	Aantal patiënten	Totaal vergoed (€ mln.)	Aantal patiënten t.o.v. 2019	Vergoed bedrag t.o.v. 2019
Ambulancevervoer	572.462	592	-3,4%	-1,6%
Eerstelijnsverblijf	37.438	285	1,5%	1,4%
Geriatrische revalidatiezorg	43.970	588	-17,5%	-22,1%
Huisartsenzorg	-	3.871	-	6,0%
Paramedische zorg	1.524.339	762	-3,5%	-5,0%
Wijkverpleging	574.045	3.380	-2,1%	-4,5%

¹⁵ Op basis van declaratiedata

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.

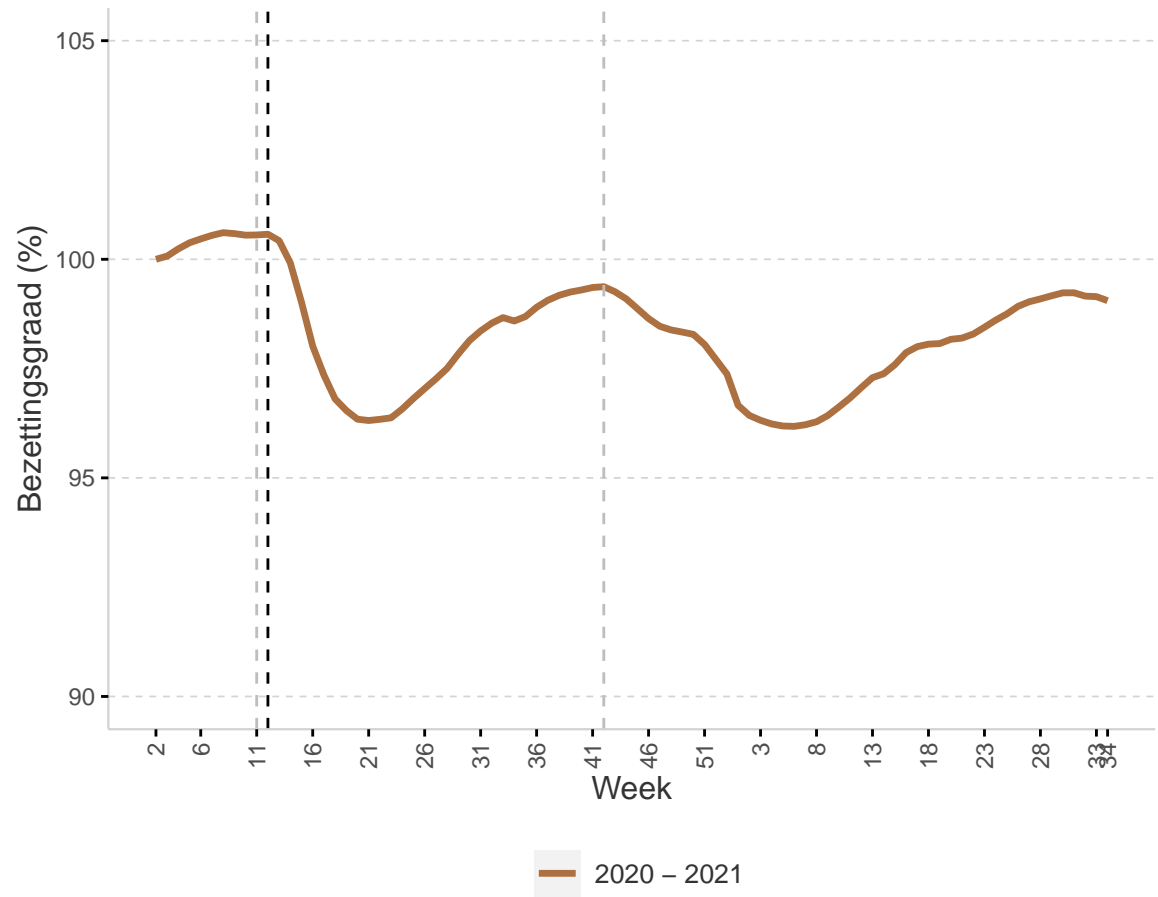
3.1 Bezettingsgraad V&V aanbieders

In Figuur 36 is de bezettingsgraad van de V&V aanbieders in Nederland weergegeven voor de weken 2 van 2020 t/m 34 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 129.886 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. In de laatste weken zien we een stabilisering van die toename. 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 34 nog 1.728 plekken lager. Dit waren op het laagste punt in 2021 nog 5.462 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. Zo kan het zijn dat personen met een Wlz-indicatie opname in een instelling hebben uitgesteld en zorg zo lang mogelijk thuis proberen te regelen met behulp van mpt, vpt, pgb en mantelzorg. Daarnaast zijn er veel signalen dat het ziekteverzuim in verpleeghuizen hoog is, wat voor (extra) personeelstekorten zorgt. Ook is er vanuit het CIZ een achterstand in het beoordelen van indicatieaanvragen.

Figuur 36 Bezettingsgraad van V&V aanbieders tov week 2 2020, landelijk weergegeven



Databron: Zorgkantoren

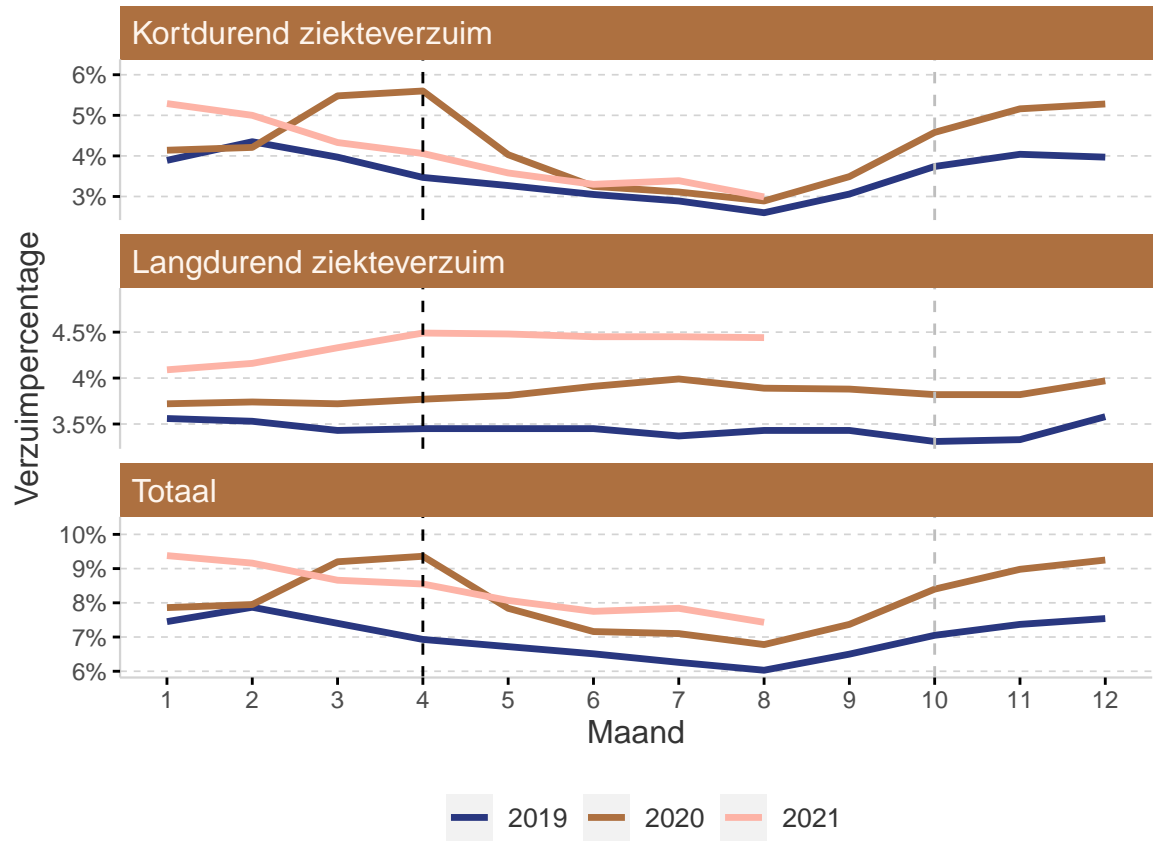
3.2 Ziekteverzuim

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 37 zijn de verzuimpercentages weergegeven voor de VVT sector. Hier zien we een afname in het totale ziekteverzuim sinds januari. Op 1 augustus ligt het nog wel boven het niveau van 2019 en 2020. Het totale verzuimpercentage in de VVT sector is op 1 augustus 2021 7.4%, ten opzichte van 6.8% op 1 augustus 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.

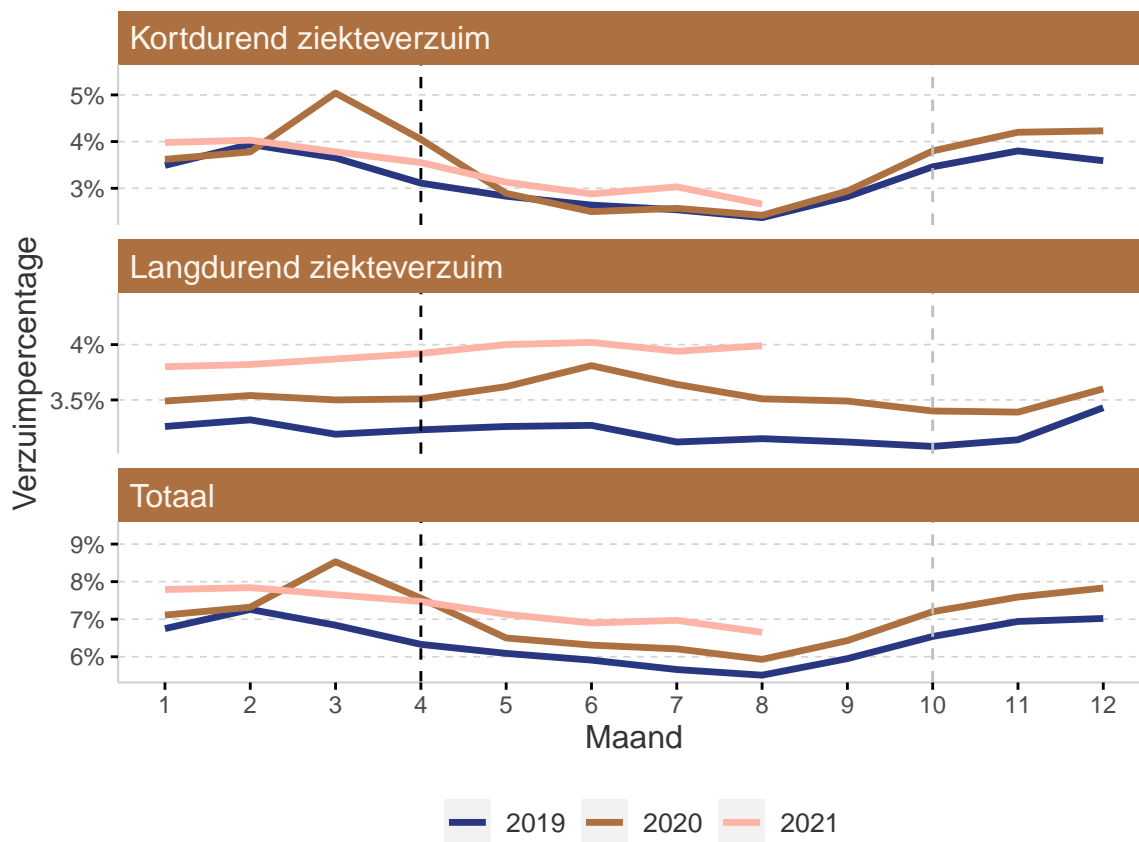
Figuur 37 Ziekteverzuim per sector: Verpleging, verzorging en thuiszorg



3.2.2 Ziekteverzuim cijfers GHZ

In Figuur 38 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 dalende trend. Op 1 augustus 2021 is het totale verzuimpercentage in de GHZ sector 6.7%. Het langdurend verzuim in de GHZ is al het hele jaar hoger dan voorgaande jaren.

Figuur 38 Ziekteverzuim per sector: Gehandicaptenzorg



3.3 Aantal wachtenden

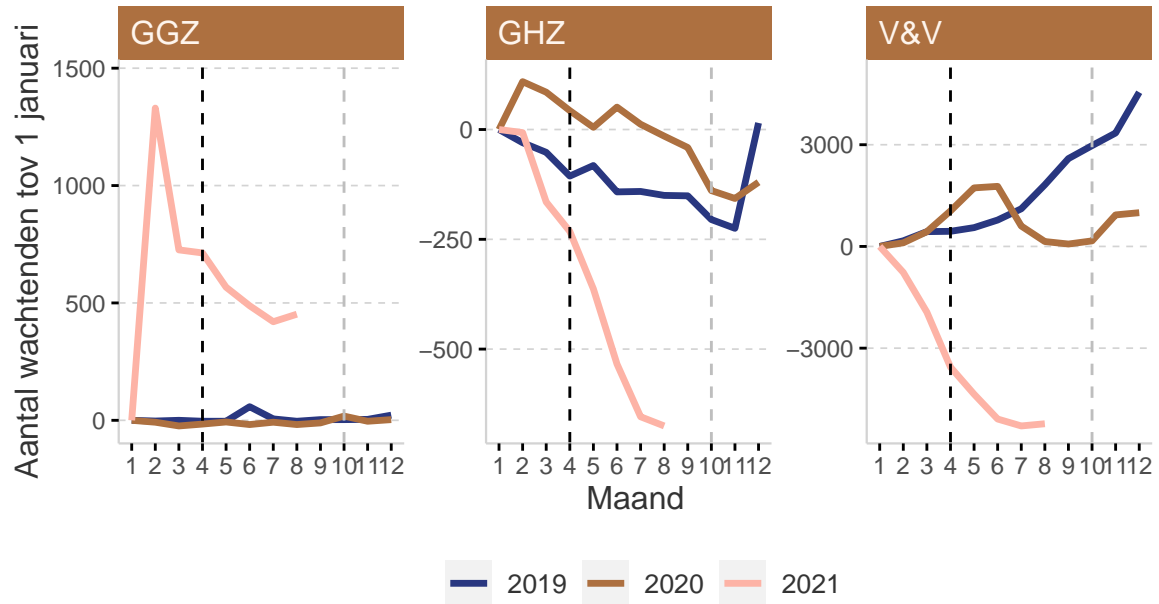
3.3.1 Wachtenden per sector

Figuur 39 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 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, waarbij we een stabilisatie zien in de V&V sector in de laatste maanden. Tussen 1 januari 2021 en 1 augustus 2021 is het aantal GHZ wachtenden afgenomen met 675 wachtenden, en is het aantal V&V wachtenden afgenomen met 5.229 wachtenden.

Figuur 39 Aantal wachtenden per sector - gecentreerd rondom 1 januari van betreffende jaar



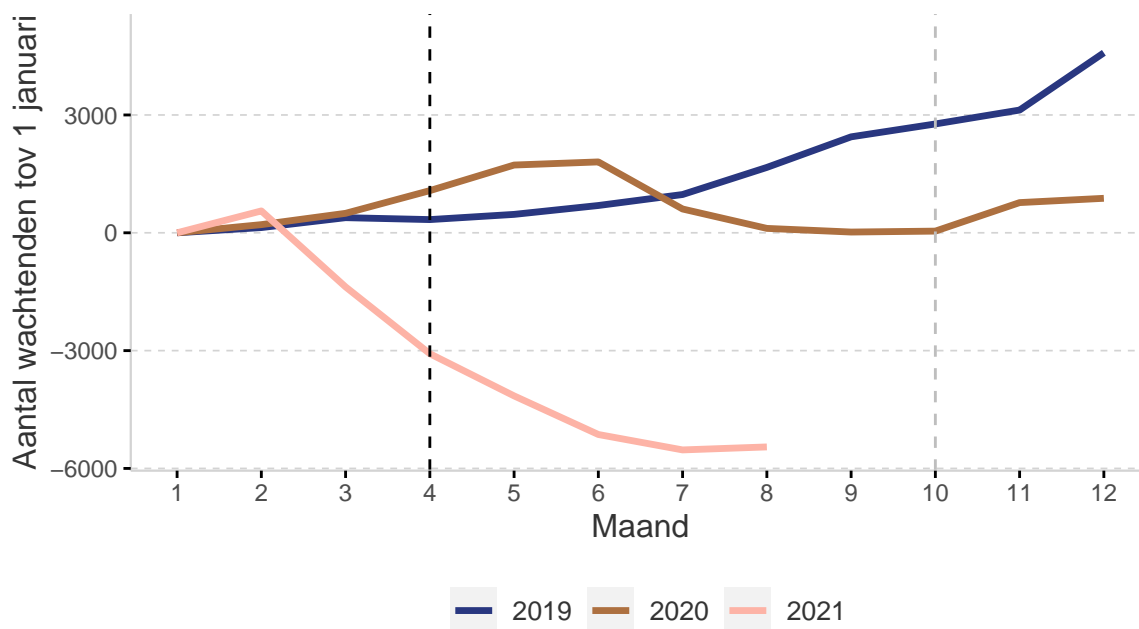
Databron: ZINL

3.3.2 Ontwikkeling van de wachtlijsten: landelijk

Figuur 40 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 de laatste maand zien we een kleine stijging in het aantal wachtenden. 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 40 Ontwikkeling wachtenden landelijk - gecentreerd rondom peildatum 1 januari van betreffende jaar



Databron: ZINL

4. Geestelijke gezondheidszorg

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

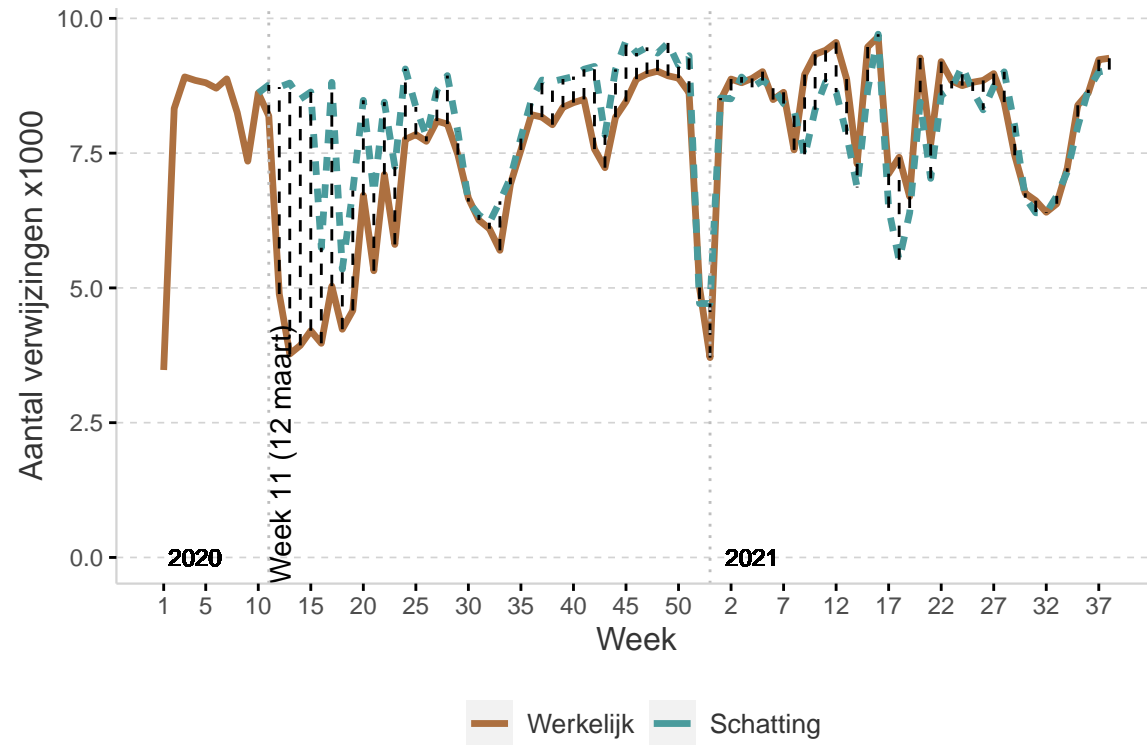
In week 38 hebben ongeveer 9300 verwijzingen plaatsgevonden. Dit is vergelijkbaar met het aantal verwijzingen in week 37. Vanwege de vakantie is het aantal verwijzingen vanaf week 30 aanzienlijk lager dan daarvoor.

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 38 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 64 duizend minder verwijzingen dan we zouden verwachten zonder pandemie.

Uit Figuur 41 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 43) zien we dat dit niet voor alle leeftijdsgroepen geldt.

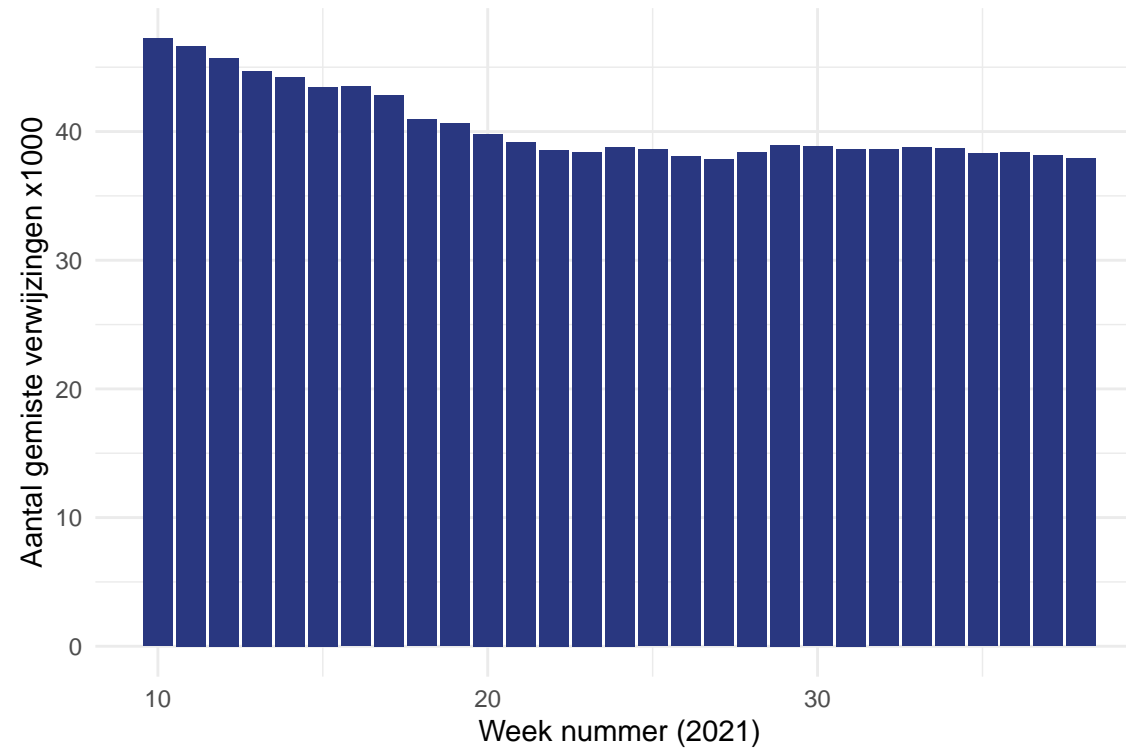
Let op: deze getallen zijn schattingen.

Figuur 41 Schatting landelijk verwijzingsvolume per week



In Figuur 42 zien we het totaal aantal verwijzingen dat we op basis van onze aannames nog verwachten. Dit aantal is inmiddels al enige weken aan het afnemen. De laatste weken stabiliseert dit weer enigszins. Een deel van deze verwijzingen zal wellicht niet ingehaald worden.

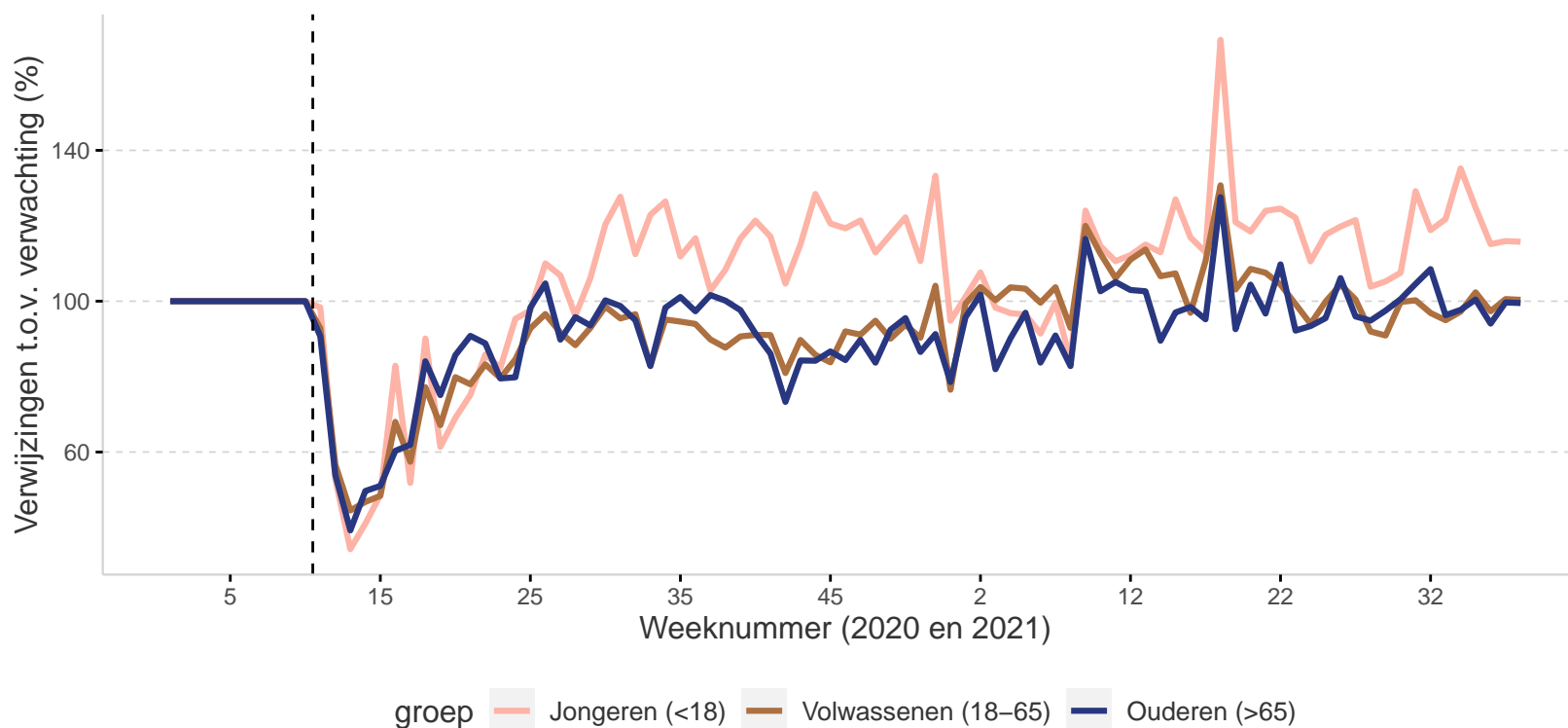
Figuur 42 Schatting van het totaal aantal nog te verwachten verwijzingen



4.2 Aantal verwijzingen naar leeftijdsgroep

In Figuur 43 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 43 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 schatten¹⁶:

- 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.

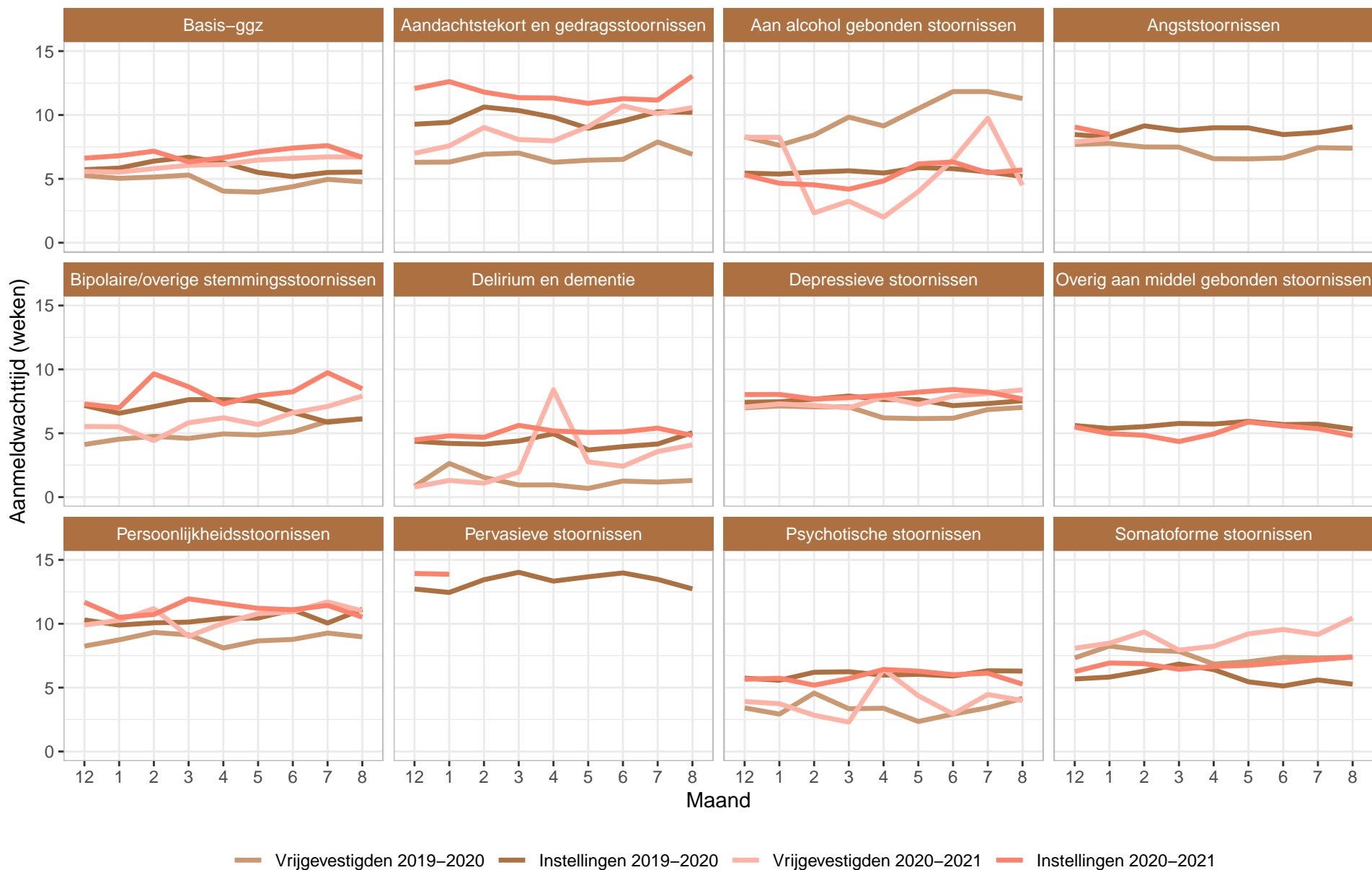
¹⁶ Zie transparantieregeling zorgaanbieders ggz voor meer achtergrond

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 44 laten we het verloop van de gewogen gemiddelde aanmeldwachttijden zien per diagnosehoofdgroep.¹⁷ Voor vrijwel alle diagnosegroepen ligt de aanmeldwachttijd in elk geval sinds april boven het niveau van een jaar geleden. We zien de aanmeldwachttijden dus langzaam maar zeker oplopen.

¹⁷ 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.

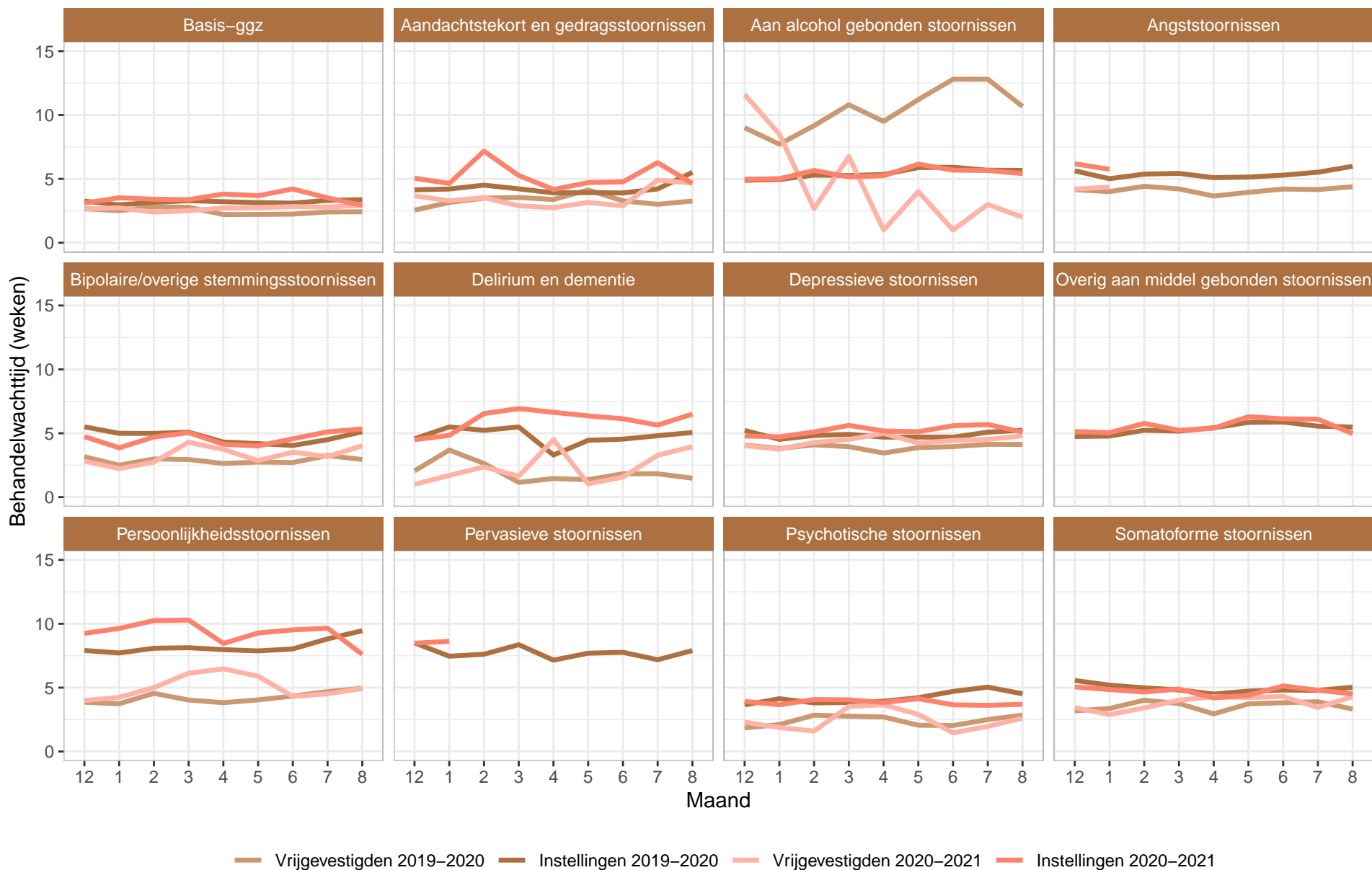
Figuur 44 De aanmeldwachtijd per diagnosehoofdgroep per maand



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 45). 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.

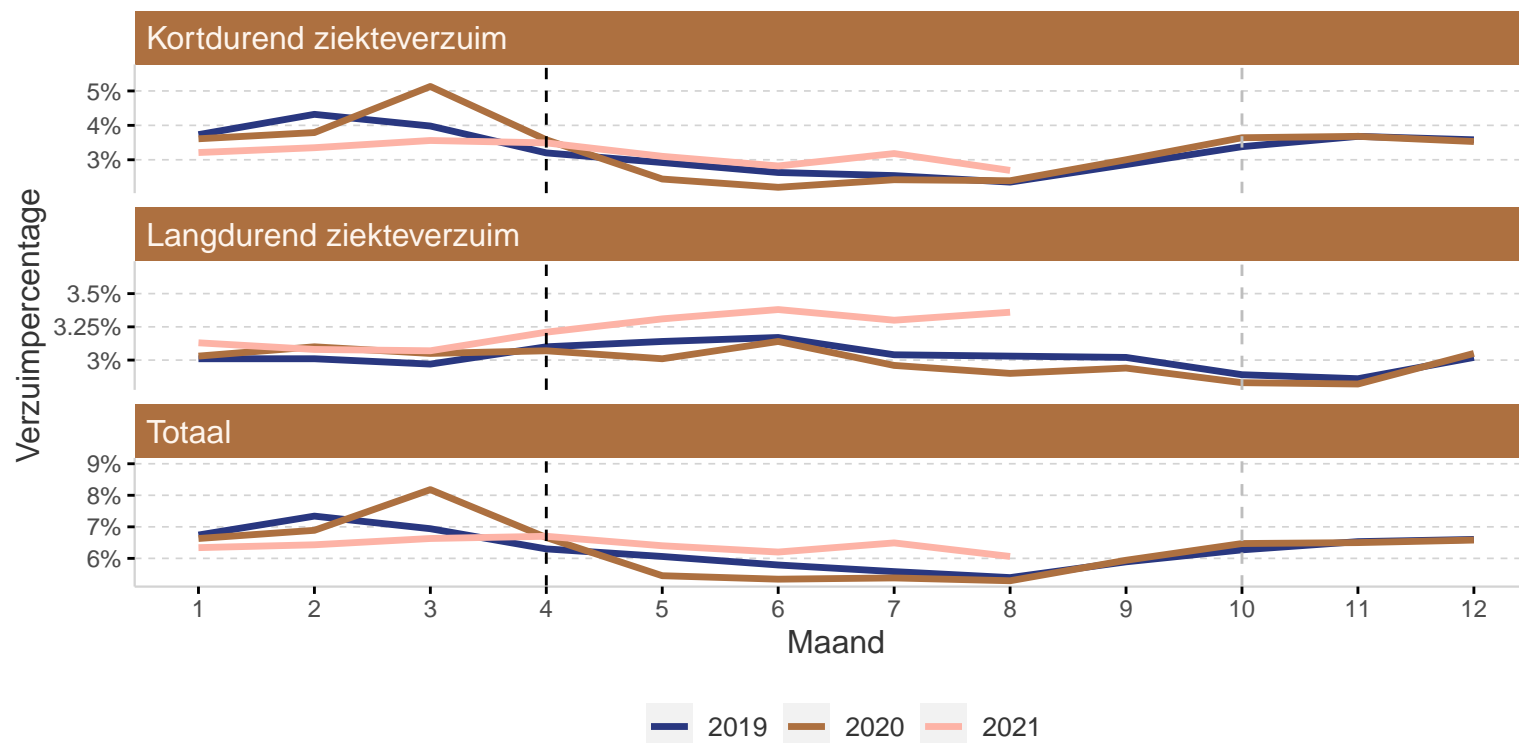
Figuur 45 Behandelwachtijd per diagnosehoofdgroep per maand



4.4 Ziekteverzuim

4.4.1 Resultaten ziekteverzuim in de ggz

Figuur 46 Landelijke verzuimcijfers 2019-2021 per maand



In Figuur 46 worden de cijfers 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 (zie Figuur 46). De cijfers kunnen daarom het beste vergeleken worden met dezelfde periode van een eerder jaar. In deze rapportage laten we 2019 en 2020 ter vergelijking zien.

Kortdurend verzuim liet van juni naar juli een sterke stijging zien. Dit is van juli naar augustus weer wat gedaald. Het percentage langdurend verzuim laat vanaf april een afwijkend patroon zien ten opzichte van eerdere jaren. Het gaat richting de 3,5%, waar het de afgelopen jaren op 3% lag rond deze tijd van het jaar. Het totale verzuim is opgebouwd uit de som van langdurend en kortdurend verzuim en laat dezelfde fluctuaties zien als het kortdurende verzuim. Op 1 augustus 2021 is het totale verzuimpercentage in de ggz 6.1%.

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 47 geeft de indeling van de regio's weer).

Figuur 47 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 2020.¹⁸ 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.

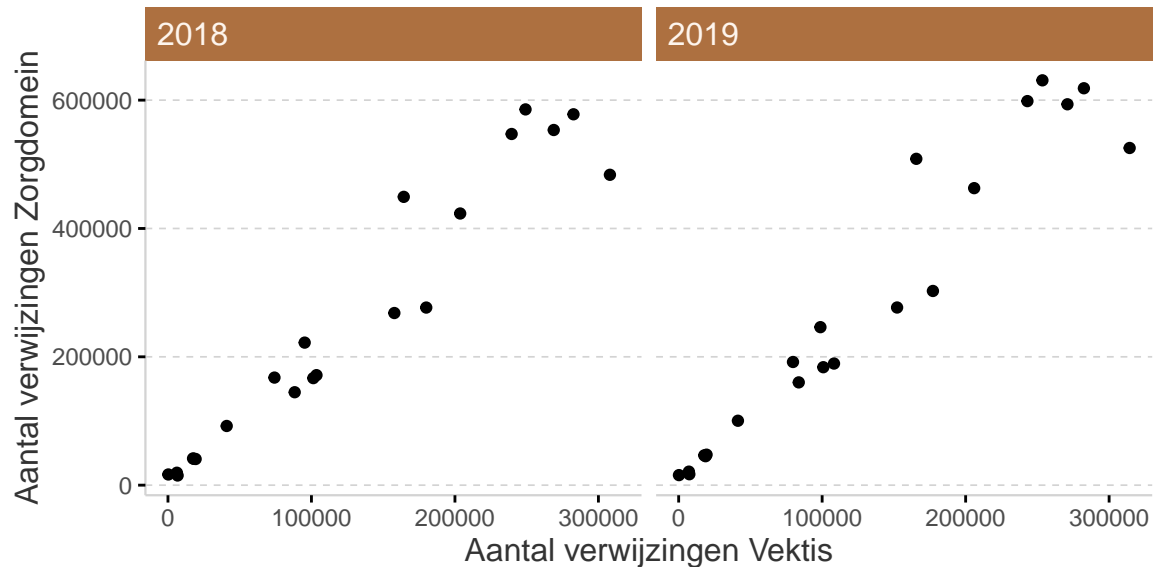
¹⁸ De selectie van specialismen kan afwijken van eerdere versies van dit rapport doordat het totaal van verwijzingen over 2020/2021 na elke nieuwe week anders is.

- De dekking van ZorgDomein is niet volledig.

Figuur 48 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 48 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, en in hoeverre deze weer is hersteld. 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 gedeclareerd¹⁹. 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

¹⁹ 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.

Vanaf augustus 2021 wordt in de grafieken de geschatte productie getoond met een bandbreedte die de onzekerheid in deze schatting moet weergeven. Deze band wordt bepaald door onze eerdere schattingen van de patiëntenaantallen (gepubliceerd in de periode november '20 tot en met juli '21) te vergelijken met de uiteindelijk gerealiseerde patiëntenaantallen. Dit geeft voor elke week dat we terugkijken een gemiddelde afwijking van het geschatte niveau ten opzichte van de gerealiseerde productie (bias) en de variatie daarin (standaard deviatie). Deze vormen de grijze band rondom de lijnen die de actuele productie weergeven in dit rapport. De randen van de band worden gevormd door één standaarddeviatie onder en boven de geschatte productie plus bias. Soms heeft dit tot gevolg dat de geschatte productie buiten de bandbreedte komt, wat een indicatie zou kunnen zijn van een standaardfout in de schatting. Omdat we geen fundamentele oorzaak kunnen geven voor deze afwijking corrigeren we de schatting hier niet verder voor.

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 Behandeltijd

De meeste cijfers en figuren in dit rapport gaan over aantallen patiënten en aantallen verrichtingen/operaties. Bij de operaties maken we ook een vertaling naar de behandeltijd. Hiervoor maken we gebruik van normtijden per verrichting die afkomstig zijn van Logex. Zij stellen jaarlijks gemiddelde operatietijden vast op basis van de OK registratie van alle ziekenhuizen die bij hen zijn aangesloten. Om de productiegegevens te laten koppelen met normtijden zijn wel enkele bewerkingen uitgevoerd en aannames gedaan. De DHD-data zijn beschikbaar op specialisme, diagnose en zorgprofielklasse-niveau. Door profielen te maken van historische ziekenhuisdata (DIS 2019) schatten we per diagnose om welke zorgactiviteiten het gaat, en wat de verwachte aantallen (normaal, en nog in te halen) per zorgactiviteit zijn. Dit beperken we uiteraard ook weer tot de intensieve/invasieve en wbm-v verrichtingen. We veronderstellen dat de aandelen van de verschillende operatieve activiteiten binnen dezelfde diagnose gelijk is gebleven over de jaren 2019-2021. Door nu de aantallen in 2020/2021 te vergelijken met die in 2019 kan per specialisme het aantal operaties en de operatietijd geschat worden.

Voor een heel klein deel (ca. 0,5%) van de operaties werd er na week 10 van 2020 vaker geopereerd dan ervoor, wat resulteert in een klein negatief aantal in te halen operaties. Dit hebben we zo gelaten, omdat substitutie hier mogelijk een rol in speelt (bijvoorbeeld omdat vanwege afschaling een lichtere operatie werd uitgevoerd in plaats van een zwaardere). Specialismen die zelden of nooit opereren, worden niet in de figuur opgenomen. Dit zijn inwendige geneeskunde, MDL, longgeneeskunde, neurologie en radiotherapie.

5.5 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 oogheekundige. 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%). In de figuur waarin de zorgproductie wordt uitgesplitst naar urgentie en beslag op de IC zijn de ingrepen met een onbekend specialisme (en daardoor onbekende urgentie) proportioneel verdeeld over de andere groepen met hetzelfde IC-gebruik. Vervolgens zijn de ingrepen met een onbekende urgentie én een onbekend IC-gebruik (dit is nog maar een kleine groep, 3 tot 5%) proportioneel verdeeld over de andere groepen in dezelfde week.

5.6 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-Treeknorm 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

5.7 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 augustus 2021 opgenomen.

5.8 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 34 van 2021²⁰. Let wel: de data van de bezettingsgraad bij VV aanbieders kan met terugwerkende kracht nog veranderen²¹.

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.

5.9 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 augustus 2021.

5.10 Werkvoorraad

Verzekeraars hebben met ziekenhuizen (incl. UMC's) afgesproken de actuele werkvoorraad per specialisme in kaart te brengen en hoe die zich de komende tijd ontwikkelt. Deze gegevens worden aangeleverd aan Zorgverzekeraars Nederland via het Zorgbeeldportaal van de NZa. De NZa gebruikt de cijfers voor deze rapportage met toestemming van Zorgverzekeraars Nederland, de NVZ en de NFU.

²⁰ 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.

²¹ 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.

Tot nu toe is dat aangeleverd door 50% van de ziekenhuizen met een Plan Inhaalzorg. Dat zijn 31 ziekenhuizen in totaal. Vanwege dit lage aantal moeten we voorzichtig zijn met de getrokken conclusies.

De werkvoorraad wordt aangeleverd in OK-uren. Ter vergelijking wordt bij voorkeur de werkvoorraad van 2019 aangeleverd. Ziekenhuizen die deze gegevens niet beschikbaar hebben, wordt - als alternatief - de mogelijkheid gegeven om aan te geven hoeveel werkvoorraad kan worden geleverd in 6 weken (de Treeknorm voor behandeling bij een polikliniek) bij volle bezetting. Het aandeel van ziekenhuizen dat de werkvoorraad van 2019 heeft aangeleverd varieert per specialisme tussen de 57 en 81 procent.