

Marktscan Acute Zorg

Inhoud

Samenvatting	5
1. Aanleiding, doel en scope	9
1.1 Aanleiding van de marktscan	9
1.2 Doel van de marktscan	9
1.3 Aanpak	9
1.4 Scope van de marktscan	9
2. De acute zorg in vogelvlucht	11
2.1 Wat is acute zorg?	11
2.2 De acute zorg als netwerk	11
2.3 Onderdelen van het acute zorgnetwerk	12
2.4 Bekostiging van acute zorg	15
3. Huisartsenzorg	17
3.1 Aanbodzijde	17
3.2 Vraagzijde	17
3.3 Urgentie van acute zorgvragen	20
3.4 Doorverwijzingen van de hap naar de seh	21
3.5 Bevindingen	22
4. Ambulancezorg	23
4.1 Aanbodzijde	23
4.2 Vraagzijde	24
4.3 Doorstroom vanuit de ambulancezorg	26
4.4 Bevindingen	30
5. Spoedeisende Hulpafdeling	31
5.1 Aanbodzijde	31
5.2 Vraagzijde	32
5.3 Instroom op de seh	36
5.4 Uitstroom uit de seh	39
5.5 Doorlooptijd op de seh	41
5.6 Stops	42
5.7 Bevindingen	45
6. Eerstelijnsverblijf	47
6.1 Aanbodzijde	47
6.2 Vraagzijde	48
6.3 Instroom	51
6.4 Ervaringen ketenpartners met het elv	54
6.5 Bevindingen	56
7. Conclusies en aanbevelingen	57
7.1 Conclusies	57
7.2 Aanbevelingen	63

Samenvatting

Aanleiding, doel en scope

Dit is de eerste marktscan van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de acute zorg. Signalen uit het zorgveld over toenemende druk op de acute zorg zijn hiervoor de aanleiding. Deze druk kan zorgen voor tijdelijke beperkingen in de toegankelijkheid. In de marktscan richten we ons dan ook vooral hierop en op het sturen van patiëntstromen in het acute zorgnetwerk. De marktscan geeft een overzicht van de capaciteit van en de vraag naar acute zorg.

Deze scan baseren we vooral op cijfers van 2013 tot 2016. We bekijken (achtergronden van) ontwikkelingen en best practices om de toegankelijkheid van de acute zorg te verbeteren. Een enquête van voorjaar 2017 onder zorgaanbieders van acute zorg geeft meer informatie over knelpunten binnen het zorgveld. Ook praatten we met zorgverzekeraars over hun invulling van de zorgplicht. Deze samenvatting geeft de bevindingen op hoofdlijnen weer. Voor meer achtergrond bij de conclusies en aanbevelingen verwijzen we naar hoofdstuk 7.

Conclusie

Acute zorg is voldoende toegankelijk, maar de druk neemt toe; samenwerking en coördinatie zijn nodig om toegankelijkheid op lange termijn te garanderen.

De toegankelijkheid van de acute zorg als geheel is op dit moment niet in gevaar. Wanneer zich een knelpunt voordoet bij een aanbieder van acute zorg zijn er uitwijkmogelijkheden bij andere aanbieders. De druk op de acute zorg neemt echter toe, verschilt per regio en kent een piekmoment op doordeweekse middagen. Door betere samenwerking en coördinatie tussen zorgaanbieders kunnen we de druk op het acute zorgnetwerk gelijkmatiger verdelen. De patiënt kan zo tijdig de juiste acute zorg blijven ontvangen.

Er zijn slechts twee indicatoren die op een cijfermatige manier inzicht geven in eventuele belemmeringen van de toegankelijkheid van de acute zorg, namelijk stops op de spoedentrees in ziekenhuizen en de responstijd van spoedeisende ambulance-inzetten. Het afgeven van stops door de seh, ehh of andere spoedentree beperkt de toegankelijkheid lokaal, maar heeft een klein effect op de toegankelijkheid van medisch-specialistische zorg in de regio, omdat er doorgaans voldoende alternatieven zijn bij nabijgelegen ziekenhuizen. De wettelijke norm voor responstijden wordt door de meeste 'RAV's structureel niet gehaald, maar de landelijk gemiddelde responstijd laat geen verdere verslechtering zien.

De groei in patiëntaantallen verschilt per schakel en per regio. Vooral de hap en de spoedeisende ambulancezorg zien meer patiënten. Er zijn geen regio's waar het aantal patiënten in alle schakels tegelijkertijd groeit.

De groeiende druk op de acute zorg heeft vele oorzaken, waarvan er niet één dominant is. Dit komt onder meer door interne factoren, zoals gebrekkige afstemming tussen schakels die leidt tot domino-effecten. Patiënten met acute zorgvragen komen daardoor niet automatisch terecht bij de juiste schakel in de acute zorg. Een voorbeeld: als door

defensieve triage een te hoge urgentie wordt afgegeven, krijgen patiënten sneller en meer specialistische zorg dan ze nodig hebben. Oorzaken die de uitstroom van ziekenhuispatiënten bemoeilijken, zijn te weinig informatie over de capaciteit van vervolgzorg, slechte afstemming om die te krijgen en ingewikkelde procedures. Er zijn ook externe factoren die een rol spelen, bijvoorbeeld het stijgend aantal ouderen met een relatief grote kans om te worden opgenomen in het ziekenhuis en het gebruik van de hap in de avond als alternatief voor de huisarts overdag.

We zien dat de hap wordt gebruikt voor niet-acute zorgvragen. Mogelijk rekenen patiënten steeds meer op een 24/7 beschikbaarheid van huisartsenzorg. Daarnaast zijn huisartsen overdag niet altijd beschikbaar waardoor de seh en hap in de ANW uren extra drukte kunnen ervaren omdat zij als alternatief voor de huisarts worden gezien.

Het ontbreken van samenhangende informatie over de acute zorg maakt het moeilijk de druk in de acute zorg objectief in kaart te brengen. De informatie over acute zorg verschilt per schakel en is versnipperd beschikbaar. Vaak wordt gelijksoortige informatie niet op dezelfde manier vastgelegd. Dit maakt uitwisseling van informatie tussen de schakels moeilijk, en dit belemmert een samenhangend beeld van de oorzaken van de toegenomen druk in de acute zorg.

Volgens zorgverleners is de uitwisseling van patiëntgegevens een knelpunt. Registraties sluiten niet op elkaar aan en dit belemmert verdere zorgverlening.

Aanbevelingen

De conclusies leiden tot verbeterpunten voor een effectievere en efficiëntere werking van het acute zorgnetwerk. Hiervoor bevelen wij aan om de instroom in de acute zorg te verminderen en de door- en uitstroom te bevorderen, zodat de burger kan rekenen op tijdige toegang tot de juiste acute zorg.

De toegankelijkheid van de acute zorg wordt versterkt als het actieplan acute zorg van het Ministerie van VWS de aanbevelingen in deze marktscan meeneemt. De NZa vindt dat naast toegankelijkheid ook de kwaliteit van de acute zorg goed in orde moet zijn. Kwaliteit en toegankelijkheid gaan hand in hand. Daarom vinden wij het belangrijk om bij het afspreken van acties voor de toegankelijkheid ook de kwaliteit te betrekken. Om dit te bereiken is het Kwaliteitskader Spoedzorgketen van belang. De NZa kan vervolgens beoordelen of de doelmatigheid van de acute zorg wordt bevorderd. Wij zullen in gesprek blijven met het Ministerie, onze partnerinstituten en met het veld over onze aanbevelingen.

De *cursief* weergegeven aanbevelingen bieden naar onze inschatting op korte termijn kansen om drukte in de spoedzorg beter te reguleren. Bij elke aanbeveling benoemen wij de partijen die hiervoor primair aan zet zijn.

- Informatievoorziening:
 - Zorgverzekeraars gaan proactief in gesprek met het ROAZ om met zorgaanbieders de informatie waar nodig aan te vullen **(zorgverzekeraars en ROAZ)**.
 - Gebruik slimme informatietechnologie om met geregistreerde data de informatievoorziening in het acute zorgnetwerk te verbeteren **(zorgverzekeraars en ROAZ)**.
 - Richt een passende informatievoorziening rond de patiënt in met een persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo) **(Informatieberaad)**.

- Instroom
 - *Afspraken over de bereikbaarheid van de huisarts overdag en de hap in de ANW-uren die moeten zorgen voor een goede aansluiting* **(hds'en)**.
 - *Afspraken over spreiding van visites over de dag door huisartsen* **(hds'en)**.
 - *Mogelijkheden benutten voor reguliere huisartsenzorg buiten kantoor tijden* **(LHV en zorgverzekeraars)**.
 - *Verminder herhaalbezoek van de seh met gericht beleid voor patiëntgroepen met een hoge kans op herhaalbezoek* **(ziekenhuizen)**.
 - *Gezondheidsrisico's bij ouderen tijdig signaleren en opvolgen in de eerstelijnszorg en door Wmo-voorzieningen* **(gemeenten, Ineen)**.
 - *Eén loket om het urgentieniveau te bepalen en een passend verwijzingsadvies te geven* **(AZN, FMS, InEen, LHV, NFU, NVZ, Patiëntfederatie, VPH)**.

- Doorstroom
 - *Uniforme en consequente registratie van stops bij spoedentrees van ziekenhuizen met ruimte voor regionaal beleid* **(LNAZ/ROAZ)**.
 - *Voorkom stops door vroegtijdige afstemming tussen seh's en ambulancediensten over de druk op de spoedentrees* **(ziekenhuizen en RAV's)**.
 - *Verken de mogelijkheden om de samenwerking tussen hap en seh lokaal te verbeteren om de patiënt op de juiste plek te krijgen* **(ziekenhuizen en hds'en)**.
 - *Zorg ervoor dat de juiste expertise op de seh aanwezig is voor een goede beoordeling van oudere patiënten met een complexe problematiek* **(ziekenhuizen)**.
 - *Benut de onderhandelingsruimte om personeelstekorten tegen te gaan* **(zorgaanbieders en zorgverzekeraars)**.

- Uitstroom
 - *Organiseer real-time inzicht in de capaciteit van vervolgzorg via 24-uurs digitaal loket* **(zorgverzekeraars en zorgaanbieders)**.
 - *Vergroot de kennis bij ziekenhuispersoneel over het regelen van vervolgzorg* **(ziekenhuizen)**.
 - *Verbeter de zorgprocessen om de acute en electieve zorg beter op elkaar af te stemmen* **(zorgverzekeraars en ziekenhuizen)**.
 - *Breng de aanleiding van het gebruik van elv-capaciteit in kaart en neem maatregelen om de capaciteit voor de juiste patiënten te benutten* **(zorgverzekeraars en elv-aanbieders)**.

1. Aanleiding, doel en scope

1.1 Aanleiding van de marktscan

In 2016 hebben [veldpartijen](#) aandacht gevraagd voor de groeiende toestroom aan patiënten op de spoedeisende hulpafdelingen (seh) van ziekenhuizen. Als tegelijkertijd de doorstroom naar vervolgzorg thuis of in een instelling stagneert, dreigt verantwoorde acute zorg niet altijd meer gegarandeerd te zijn. Door de [Tweede Kamer](#) is in het bijzonder aandacht gevraagd voor de invulling van de zorgplicht van zorgverzekeraars als het gaat om eerstelijnsverblijf (elv). De signalen uit het veld, de hierop volgende [brief](#) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de vragen over de zorgplicht ten aanzien van elv vormen de aanleiding voor deze marktscan.

1.2 Doel van de marktscan

Deze marktscan richt zich op de toegankelijkheid van de acute zorg en geeft een overzicht van de vraag naar acute zorg en de capaciteit van het acute zorgnetwerk.

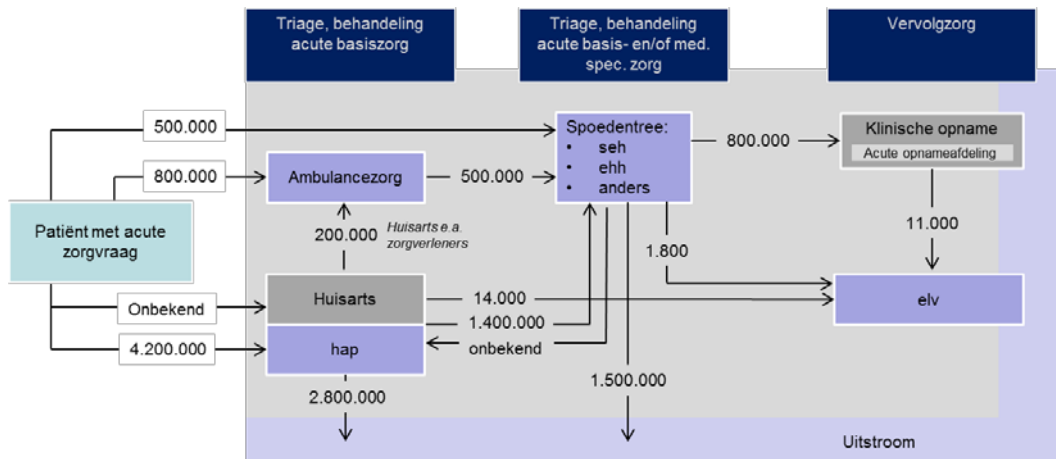
1.3 Aanpak

Met cijfers van 2013 tot en met 2016 (waar mogelijk) brengen we de ontwikkeling van vraag en aanbod in kaart en we analyseren de achtergronden hiervan. We vullen de cijfers aan met een enquête onder zorgaanbieders in de acute zorg. De enquête is gehouden met behulp van verschillende brancheverenigingen en biedt aanvullende informatie over knelpunten zoals het zorgveld deze ervaart en duidt. De resultaten hiervan worden uitgelicht in de marktscan door de kaders met als titel 'Wat zegt de sector?'. Ook zijn gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars over hun invulling van de zorgplicht op het gebied van acute zorg en elv.

1.4 Scope van de marktscan

De marktscan richt zich op de onderdelen van de acute zorg die in figuur 1.1 zijn weergegeven. De focus ligt daarbij op de schakels in de paarse kaders. Dit zijn de onderdelen waarover de meeste signalen uit het veld komen over toegenomen drukte. We bekijken de schakels als onderdeel van het acute zorgnetwerk en proberen waar mogelijk de in-, door-, en uitstroom van patiënten in kaart te brengen. Figuur 1.1 laat de patiëntstromen binnen het acute zorgnetwerk in grote lijnen zien. De klinische opname valt binnen het ziekenhuis en is samen met het eerstelijnsverblijf (elv) van belang voor de doorstroming van patiënten in de acute zorg.

Figuur 1.1 De acute zorg in deze marktscan (cijfers 2016)



Buiten het bereik van deze marktscan vallen acute hulp verleend door burgers, de bedrijfshulpverlening, de acute ggz, en Wmo-voorzieningen. De acute ggz wordt in een NZa advies over de bekostiging van ggz meegenomen. Wmo-voorzieningen kunnen effectief zijn om problemen die kunnen leiden tot een acute zorgvraag op tijd te signaleren en te verhelpen, maar hierover zijn onvoldoende gegevens beschikbaar. Ook over bedrijfshulpverlening (BHV) en hulp door burgers zijn onvoldoende data beschikbaar.

Naast de toegankelijkheid zijn de kwaliteit van spoedeisende zorg en de mogelijkheden om complexe spoedeisende zorg te concentreren lopende discussies. Deze thema's vallen buiten deze marktscan, maar andere partijen nemen ze wel onder handen. Zie hiervoor bijlage 1.

2. De acute zorg in vogelvlucht

2.1 Wat is acute zorg?

Acute zorg is zorg die onverwachts nodig is. Acute zorg is daarmee te onderscheiden van planbare zorg. De grens waar de acute zorg ophoudt en de geplande zorg begint is niet scherp te trekken. In de acute fase is de stabilisatie van de patiënt van belang, maar vervolgens ook het stellen van de juiste diagnose en de bijbehorende behandeling.

Acute zorg betreft in de praktijk een breed spectrum aan zorgvragen die in te delen zijn naar de mate van spoedeisendheid en complexiteit van de zorg. De Nederlandse Triage Standaard (NTS), een veelgebruikt triage-instrument, maakt onderscheid tussen vijf urgentieniveaus (tabel 1.1). Een deel van de acute zorg is spoedeisend, namelijk urgentieniveaus 1 en 2. Dit is circa 10% van de patiënten. Urgentieniveaus 3-5 worden gezien als acute basiszorg. Het tweede onderscheid is naar complexiteit van de zorg. [Complexe spoedeisende zorg](#) betreft onder meer patiënten met multitrauma, heupfractuur, een beroerte, een acuut hartinfarct of een gescheurde buikslagader. Deze 5 patiëntstromen betreffen ongeveer 5% van het totaal aantal patiënten met een acute zorgvraag. In de overige spoedeisende zorg doet complexiteit zich ook voor, bijvoorbeeld bij patiënten met meerdere aandoeningen of een sterk verzwakt immuunsysteem.

Tabel 2.1 Urgentieniveaus acute zorg volgens de Nederlandse Triage Standaard

Urgentie niveau	Definitie	Spoedeisendheid van zorg
U1	Levensbedreigende acute zorgvragen. Uitval van of een instabiele vitale functie.	Zo snel mogelijk
U2	Spoedeisende, maar niet levensbedreigende zorgvraag. Een bedreigde vitale functie.	Binnen een uur
U3	Dringende zorgvraag om medische of emotionele redenen. Een reële kans op schade van een vitale functie.	Binnen een aantal uur
U4	Hulpvraag zonder tijdsdruk. Een verwaarloosbare kans op schade van een vitale functie.	Binnen 24 uur
U5	Advies. Geen kans op schade van vitale organen.	Meer dan 24 uur

Bronnen: [NZa](#); [NVZ](#)

2.2 De acute zorg als netwerk

De acute zorg bestaat uit veel verschillende partijen. Ze worden vaak voorgesteld als schakels in een zorgketen. Dit suggereert dat een patiënt met een acute zorgvraag deze keten doorloopt. In werkelijkheid kunnen patiënten op verschillende plaatsen in de acute zorg terechtkomen en deze op verschillende manieren doorlopen en verlaten. Deze flexibiliteit is zelfs noodzakelijk om te zorgen dat patiënten de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats krijgen. Daarom is het zuiverder om te spreken van een netwerk van acute zorgaanbieders in plaats van een keten.

De zorgvraag en de situatie van de patiënt bepalen waar hij het acute zorgnetwerk instroomt. Dit kan een bedrijfshulpverlener zijn die eerste hulp verleent bij een bedrijfsongeval, een EHBO-gediplomeerd burger die op straat helpt bij een ongeluk of een ambulanceverpleegkundige die als eerste aankomt bij een zelfstandig wonende oudere vrouw die uit bed is gevallen. De meeste mensen met een acute zorgvraag komen, direct of indirect, terecht bij een huisarts, huisartsenpost (hap), de ambulance of seh. Na hulp door de huisarts, hap of seh kan iemand in het ziekenhuis worden opgenomen of naar huis gaan eventueel met wijkverpleging en/of thuiszorg. Een andere mogelijkheid is dat de patiënt wordt opgenomen in een instelling voor kortdurend (elv, geriatrische revalidatiezorg) of langdurend verblijf. Er zijn dus vele startpunten en vervolgens verschillende routes door het acute zorgnetwerk.

Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) is het overlegplatform waar het netwerk van aanbieders van acute zorg op regionaal niveau kennis uitwisselt en afspraken maakt over organisatie en samenwerking (figuur 1.2).

Figuur 2.1 De ROAZ-regio's



* Traumanet AMC heet inmiddels SpoedZorgNet Noord-Holland/Flevoland

2.3 Onderdelen van het acute zorgnetwerk

De huisartsenzorg, ambulancezorg, seh en het elv zijn belangrijke onderdelen van het acute zorgnetwerk. Huisartsen, hap's en de ambulancezorg verlenen de acute basiszorg, terwijl de seh-afdelingen binnen ziekenhuizen acute basiszorg en medisch-specialistische zorg verlenen. Toegankelijkheid van vervolgzorg, waaronder elv, is van belang voor een goede doorstroom van patiënten in de acute zorg. Tabel 2 geeft enkele basisgegevens van onderdelen van de acute zorg weer.

Tabel 2.2 Basisgegevens acute zorg

	Huisartsenposten	Ambulancezorg	Seh-afdeling	Elv
Capaciteit in 2016	11.568 huisartsen - 7906 zelfstandig gevestigd - 898 huisartsen in loondienst - 2764 waarnemers - 518 apotheek houdende huisartsen - 5.045 praktijken - 120 huisartsenposten - 50 huisartsendienstenstructuren (hds'en)	Capaciteit ambulance-eenheden verschilt per weekdag en per dagdeel (zie hoofdstuk 3) 25 regionale ambulancevoorzieningen (RAV's)	89 seh-afdelingen die 24/7 geopend zijn	1401 zorgaanbieders (abg-codes); Aantal bedden is onbekend
Prestaties	Prestaties per patiënt en per verrichting	Prestaties per kilometer, per rit en per uur	Seh-zorgactiviteiten zijn onderdeel van dbc's	Eerstelijnsverblijf laag complex Eerstelijnsverblijf hoog complex Eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg Onderlinge dienstverlening
Financiering	Huisartsenpraktijk: Maximumtarieven Vrije prijzen Hds'en: Gebudgetteerd Aanvullende resultaatfinanciering	Gebudgetteerd segment op basis van landelijk Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg Vrij onderhandelbaar segment Beschikbaarheidsbijdrage ambulancehelikopter	Max-maxtarieven Vrije prijzen Beschikbaarheidsbijdrage voor sommige ziekenhuizen	Max-maxtarieven (onderlinge dienstverlening: vrij tarief)
Eigen risico	Nee	Ja	Ja	Ja
Zorggebruik in 2016	4,2 miljoen patiënten	1,0 miljoen spoedeisende inzetten	2,4 miljoen patiënten	27.700 patiënten

Bronnen: [NIVEL](#); [Ineen](#); NZa; Vektis

Huisartsenzorg

De huisartsenzorg is tijdens werkuren georganiseerd in huisartsenpraktijken en vindt in de ANW-uren meestal plaats via de hap. In beide vormen is de huisartsenzorg beschikbaar voor acute zorg. De [hap](#) is bedoeld voor acute, niet-levensbedreigende zorgvragen die niet kunnen wachten tot de eerstvolgende werkdag van de huisarts van de patiënt. Tweederde van de hap's bevindt zich in of bij een ziekenhuis met seh. De hap's vallen onder verantwoordelijkheid van de huisartsendienstenstructuren.

Ambulancezorg

Ambulancezorg is zorg die ter plekke wordt verricht aan patiënten die dit acuut nodig hebben en waarbij de patiënt met de ambulance wordt vervoerd als dat noodzakelijk is. Een ambulance kan een (motor)voertuig, vaartuig of helikopter zijn. Ambulancezorg is op te splitsen in spoedeisende en planbare ambulancezorg. In dit laatste geval wordt een ambulance ingezet om patiënten te vervoeren die tijdens het vervoer zorg nodig hebben. De mobiel medische teams (MMT's; traumahelikopter) vullen de reguliere ambulancezorg aan.

De ambulancezorg is georganiseerd in 25 Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) die ambulancezorg moeten verlenen en die de meldkamer ambulancezorg (MKA) in stand moeten houden.

Spoedeisende hulp

De seh is onderdeel van het ziekenhuis en levert acute basiszorg en medisch-specialistische zorg. Behalve op de seh vindt acute basiszorg ook plaats op de eerste harthulp (ehh), de acute opnameafdeling en de spoedpoli. Het verschilt per ziekenhuis of deze onderdelen aanwezig zijn en hoe dit is georganiseerd. De diagnostiek en behandeling die plaatsvinden als een patiënt is gestabiliseerd, vindt in sommige ziekenhuizen plaats op de seh. Andere ziekenhuizen hebben hiervoor een acute opnameafdeling.

Het Landelijk Netwerk Acute Zorg deelt ziekenhuizen in drie levels in voor de zorg aan traumapatiënten. Een level 3-ziekenhuis kan geïsoleerde letsels behandelen, bijvoorbeeld een enkel- of heupfractuur. In een level 2-ziekenhuis kunnen ook vitaal bedreigde patiënten worden opgevangen, maar zijn niet alle voorzieningen aanwezig, zoals neurochirurgie. In een level 1-ziekenhuis kunnen alle ernstig gewonde patiënten 24/7 worden opgevangen.

Eerstelijnsverblijf

Elv is voor mensen met een tijdelijke behoefte aan basiszorg die thuis niet geleverd kan worden. Als de behandelend (huis)arts doorverwijst naar een elv weegt hij/zij af of er een acuut en duidelijk risico op gezondheidsverlies is. Elv kan in de eerstelijns plaatsvinden in de gevallen dat:

- er geen noodzaak (meer) is tot medisch-specialistische zorg;
- er op (korte) termijn herstel te verwachten is met terugkeer naar de eigen omgeving;
- er een levensverwachting van minder dan drie maanden is (eerstelijnsverblijf palliatief)

Een patiënt kan aanspraak maken op maximaal drie jaar verblijf, maar omdat het hier gaat om 'kortdurend verblijf' wordt in de praktijk meestal een norm van drie maanden aangehouden. Op dit moment bieden met name de verpleeghuizen elv aan, maar ook ziekenhuizen of huisartsinitiatieven kunnen deze zorg leveren.

Elv onderscheidt zich van andere verblijfsvormen, zoals ziekenhuiszorg, geriatrische revalidatiezorg en specialistische geestelijke gezondheidszorg (ggz), doordat het verblijf weliswaar medisch noodzakelijk is, maar opname in één van de hierboven genoemde instellingen niet aangewezen is, en er geen structurele behoefte is aan verblijf (Wlz). Voor thuiswonende patiënten met een Wlz-indicatie (of waarvan verwacht wordt dat deze binnen 2 weken met terugwerkende kracht een Wlz-indicatie krijgt) bestaat de Wlz-crisisopvang. Deze zorg kent een andere bekostigingsvorm en valt buiten de scope van deze marktscan.

2.4 Bekostiging van acute zorg

Huisartsenzorg

De bekostiging van de huisartsenzorg bestaat uit drie segmenten: basisvoorziening huisartsenzorg, programmatische multidisciplinaire zorg, en resultaatbeloning en zorgvernieuwing. De huisartsenzorg in anw-uren, beschikbaar via de hap's, valt onder de verantwoordelijkheid van de 50 huisartsendienstenstructuren (hds). Een hds spreekt een budget af met de zorgverzekeraar die in de regio het grootste marktaandeel heeft. Dit budget bestaat uit een vast bedrag gebaseerd op het aantal patiënten van de deelnemende huisartsen, en een aanvullend overeengekomen budget dat mede afhangt van het behalen van resultaten zoals substitutie van zorg.

Seh

Er bestaat geen aparte bekostiging van de seh; deze maakt integraal onderdeel uit van de prestatiebekostiging van de medisch-specialistische zorg. De zorgactiviteiten die plaatsvinden op de seh, worden binnen een dbc geregistreerd. Voor de meeste dbc's gelden vrije prijzen. Hierover kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders prijsafspraken maken. Voor de dbc's die vallen binnen het gereguleerde segment geldt een maximumtarief. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen voor deze dbc's een maximaal 10% hogere prijs afspreken dan het maximumtarief, om ruimte te bieden aan het belonen van innovatie en kwaliteit. Enkele ziekenhuizen ontvangen aanvullend een beschikbaarheidsbijdrage voor de seh. Dit zijn ziekenhuizen waarbij de seh onvoldoende inkomsten genereert om de kosten te kunnen dekken maar waarbij de seh als gevoelig is aangemerkt voor de landelijke bereikbaarheidsnorm van 45 minuten. Seh's zijn gevoelig indien de sluiting van de seh tot gevolg heeft dat een aantal mensen niet meer binnen de norm per ambulance naar een spoedeisende hulp vervoerd kan worden.

Hap en seh

De verschillen in de bekostigungsstructuur van hds'en (en daarmee de hap's) en seh's leiden tot verschillende financiële prikkels. Omdat hds'en grotendeels gebudgetteerd zijn, hebben zij geen financiële prikkel om meer patiënten te zien. Seh's die onderdeel zijn van de bekostiging van medisch-specialistische zorg hebben deze prikkel wel. Het economisch belang van de seh voor ziekenhuizen neemt bovendien toe, omdat het aantal ziekenhuisopnamen via de seh toeneemt.

Ambulancezorg

VWS bepaalt landelijk een budget dat door de NZa wordt onderverdeeld in regionale budgetten met behulp van het 'Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg' van het RIVM. De NZa stelt prestaties op en geeft budgetten en tariefbeschikkingen af. Zorgverzekeraars maken jaarlijks budgetafspraken met de RAV's, waarbij de twee zorgverzekeraars met het grootste marktaandeel per RAV namens de andere zorgverzekeraars optreden. Een deel van de regionale budgetten is gemaximeerd (de loonkosten) en een deel is vrij onderhandelbaar (alle andere kostenposten).

Eerstelijnsverblijf

Tot aan 2015 was deze zorg ondergebracht in de AWBZ. In de jaren 2015 en 2016 bestond een subsidieregeling voor het elv (Subsidieregeling Eerstelijns Verblijf). Met ingang van 1 januari 2017 is deze zorg ondergebracht in de Zvw. Er is verschil tussen de prestaties laag complex, hoog complex of palliatief terminale zorg. In 2015 en 2016 waren dit nog de termen 'basis', 'intensief' en 'palliatief'.

3. Huisartsenzorg

3.1 Aanbodzijde

Een deel van de huisartsenzorg betreft acute zorg. Cijfers over het aantal huisartsen en ander personeel zijn daarom een indicatie van de huisartsenzorg die beschikbaar is voor acute zorg. Uit recent [kostenonderzoek](#) van de NZa naar huisartsenzorg blijkt dat er in 2015 gemiddeld 1,1 fte personeel per 1000 verzekerden beschikbaar is. Dit zijn huisartsen, praktijkondersteuners en huisartsassistenten. Dit is 25% meer fte dan in 2010. Er zijn vooral meer huisartsen en praktijkondersteuners. Het aantal uren dat praktijkhouders per week werken is niet gewijzigd ten opzichte van 2010. Gemiddeld werken voltijd werkende praktijkhouders 52 uur per week.

Er zijn [120 huisartsenposten](#) in Nederland. Eind 2016 is 78% van de 120 hap's alle anw-uren geopend. 23 van de 120 hap's zijn 's nachts dicht, en 4 hap's zijn alleen in het weekend geopend. In 2016 zijn in totaal 8075 huisartsen aangesloten bij een hap. In 2016 zijn de huisartsen gemiddeld voor 195 uur per normpraktijk van 2168 patiënten ingeroosterd voor diensten. Het totaal aantal uren dat huisartsen zijn ingeroosterd is toegenomen van 1,48 miljoen in 2013 tot 1,53 miljoen in 2015 en is daarna ongeveer gelijk gebleven in 2016. Ongeveer een derde van de diensten wordt ingevuld door waarnemend huisartsen.

Buiten de dienstdoende huisartsen en triagisten is het aantal op een hap werkzame personen toegenomen van 1.175 in 2014 naar 1.382 in 2016 (+17,6%). Eind 2016 is, inclusief triagisten, 1504 fte aan personeel betrokken bij de huisartsenposten die hierover gegevens hebben gedeeld met de branchevereniging.

3.2 Vraagzijde

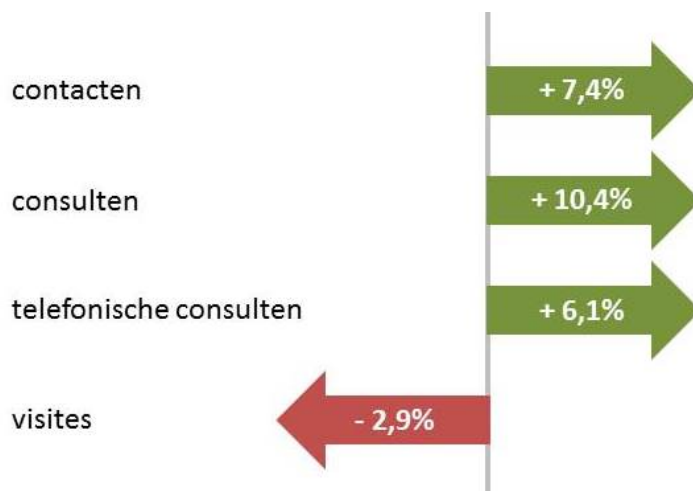
Consulten en visites huisarts

De gelijke werkuren van praktijkhouders (52 uur per w/per fte) en de stijging van het beschikbare personeel per 1.000 verzekerden moet worden afgezet tegen de zorgvraag in de huisartsenzorg. Het totaal aantal gewogen consulten per 1.000 verzekerden is met 5% toegenomen tussen 2010 en 2015.

Consulten en visites bij huisartsenposten

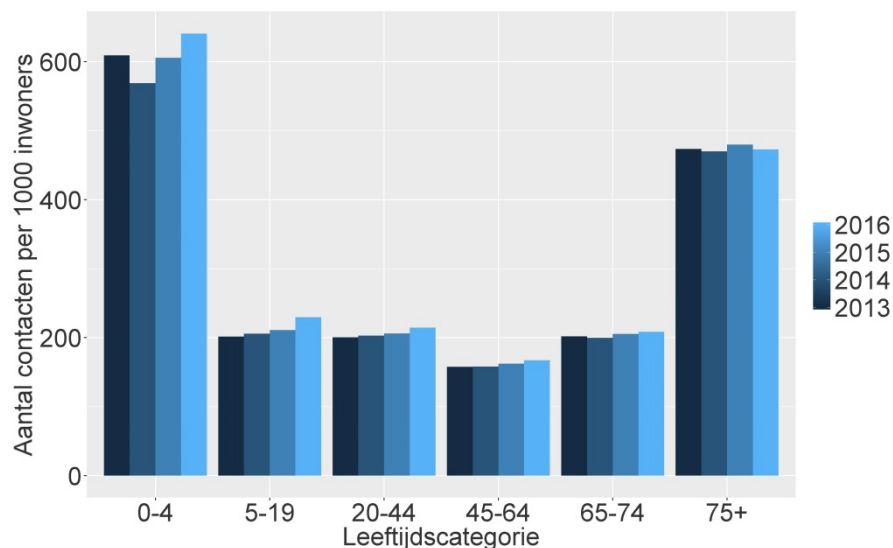
Het totale aantal (telefonische) consulten en visites bij hap's is met 7,4% toegenomen tussen 2013 en 2016, tot 4,2 miljoen in 2016 (figuur 3.1). Het aantal gewone consulten is met 10,4% het meest toegenomen en het aantal visites door hap-medewerkers is met 2,9% licht afgenomen. Het aantal telefonische consulten neemt met name sinds 2015 toe.

Figuur 3.1 Ontwikkeling aantal hap-contacten van 2013 tot en met 2016



Figuur 3.2 toont de ontwikkeling van het aantal contacten (consulten, telefonische consulten, visites) met de hap per 1000 inwoners per leeftijdscategorie voor 2013 t/m 2016. Het totaal aantal contacten per 1000 inwoners is 231, 230, 236 en 245 in de jaren 2013-2016. De jongste en de oudste leeftijdsgroep laten de meeste contacten per 1000 inwoners zien. In alle leeftijdscategorieën neemt het aantal contacten per inwoner in deze periode toe, hoewel bij personen van 75 jaar en ouder sprake is van een lichte daling in 2016.

Figuur 3.2 Aantal contacten met hap's per 1000 inwoners per leeftijdsgroep van 2013 tot 2016



Bron: Vektis

Wat zegt de sector?

De helft van de huisartsen geeft aan dat de toename van patiënten lastig te hanteren is. Eventuele knelpunten voor de toegankelijkheid lijken zich op specifieke momenten voor te doen. Huisartsen ervaren een piekdrukte vooral tussen 15.00 en 18.00 uur (34% van de huisartsen) en personen werkzaam bij hap's tussen 21.00 en 24.00 uur.

Het stijgend aantal patiënten bij de hap past bij de ervaringen van huisartsen dat het op de hap steeds drukker wordt. Huisartsen noemen hiervoor als belangrijkste oorzaken:

- mensen gebruiken de hap als alternatief voor huisartsenbezoek op tijdstippen die hen beter uitkomen;
- patiënten weten de hap steeds beter te vinden;
- het aantal ouderen met een complexere zorgvraag neemt toe;
- er zijn meer oudere patiënten met klachten die langer thuis blijven wonen, waardoor zij vaker in de spoedzorgketen terecht komen.

Ook wordt er genoemd dat er meer patiënten zijn met een complexe zorgvraag of met multimorbiditeit, waardoor behandelen meer tijd kost. We kunnen dit niet bevestigen omdat de gebruikte cijfers geen informatie over zorgzwaarte bevatten.

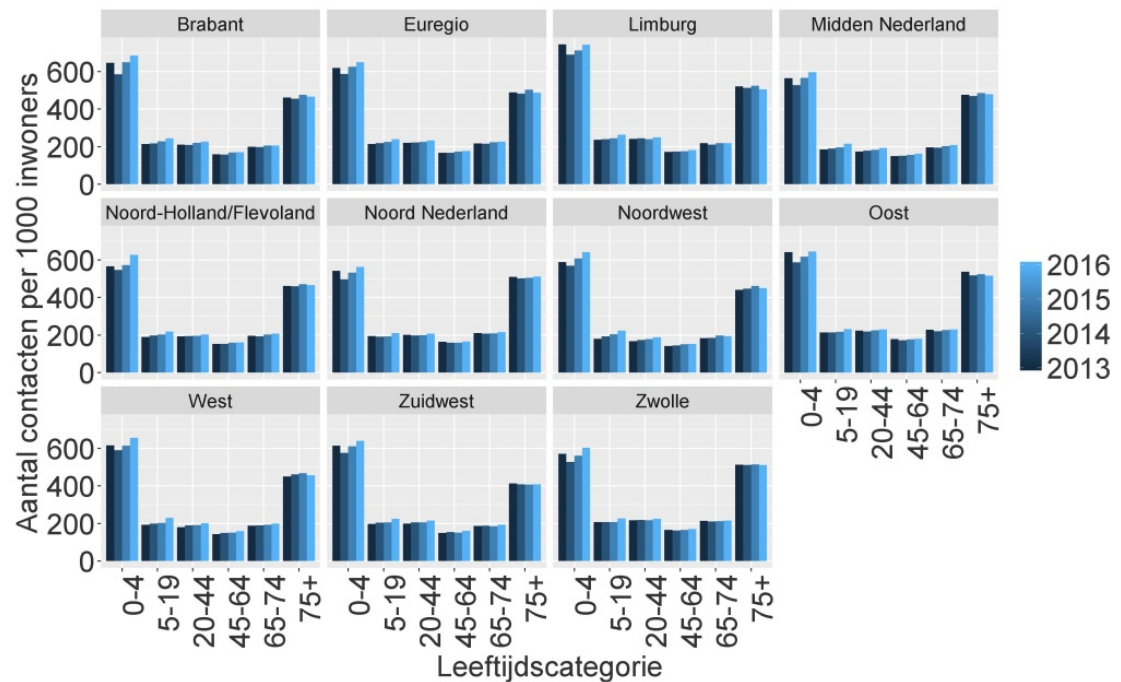
Het stijgend aantal patiënten bij de hap kan het gevolg zijn van samenwerkingsafspraken tussen hap en seh (zie hoofdstuk 5). Hoewel deze en door de sector genoemde mogelijke oorzaken niet zijn te toetsen met de gebruikte cijfers, komt het geheel van de factoren wel overeen met de bevinding dat het aantal patiënten bij de hap bij bijna alle leeftijdsgroepen stijgt. Mogelijke verklaringen voor de daling in het aantal visites door hap-personeel zouden zijn dat de ambulancezorg of de wijkverpleging deze visites overneemt of vanwege drukte op de hap geen visites gereden worden. We hebben echter geen cijfers om deze hypothese te toetsen.

Consulten en visites bij huisartsenposten per regio

De ontwikkeling in het aantal contacten met de hap verschilt per regio. Deze zijn tussen 2013 en 2016 het meest toegenomen in de ROAZ-regio's Noordwest (+13,1%), West (+12,1%) en Midden-Nederland (+11,1%). De ROAZ-regio's Limburg, Noord-Nederland en Oost laten met ongeveer 3% de geringste toename zien. De trends in het aantal contacten per leeftijdscategorie zijn in elke regio vergelijkbaar.

Het aantal contacten met hap's vertoont ook regionale verschillen als we inzoomen op afzonderlijke leeftijdsgroepen (figuur 3.3). Zo is bij 0- tot 4-jarigen het aantal contacten relatief het laagst in Noord-Nederland en het hoogst in Limburg. Bij de groep 75 jaar en ouder is dit respectievelijk regio Zuidwest en Oost. Wat de oorzaken zijn van deze regionale verschillen is niet uit de cijfers op te maken.

Figuur 3.3 Per ROAZ-regio het aantal contacten met hap's per 1000 inwoners per leeftijdscategorie in 2016



Bron: Vektis

3.3 Urgentie van acute zorgvragen

Triage in de huisartsenpraktijk en de hap is een belangrijk middel om spoedzorgvragen te identificeren en patiënten naar de juiste zorg te verwijzen. De huisarts-assistent triert overdag onder de verantwoordelijkheid en supervisie van de huisarts en heeft in het algemeen geen aanvullende triageopleiding [gevolgd](#). Hap's triëren voor zichzelf en steeds vaker ook voor seh's, al dan niet in een samenwerkingsverband. In totaal werkten er eind 2016 ruim [2427 triagisten](#) bij de hap's waarvan ruim 1900 gediplomeerde triagisten (81%). De meeste hds'en maken gebruik van de computerondersteunde NTS als triagesysteem. Een triagist voert deze uit, waarbij in sommige huisartsenposten een regiearts – een huisarts die is vrijgesteld van consulten en visites – aanwezig is om de triage te ondersteunen.

Triage

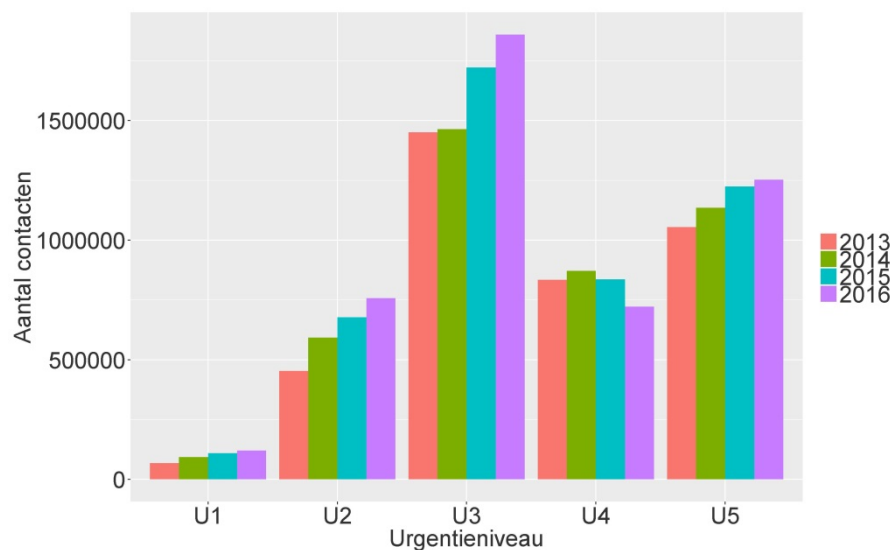
Brancheverenigingen laten weten dat huisartsen vaak de indruk hebben dat er te defensief wordt getrieerd sinds de invoering van de NTS. Met andere woorden: zorgvragen met een lage urgentie (te lichte casussen) zouden als 'acuut' worden getrieerd waardoor een huisarts de patiënt binnen één of enkele uren geconsulteerd moet hebben. Dit zou de huisarts in de anw-uren meer belasten. Ook geven zij aan dat dit tegelijk wordt tegengesproken door een aantal huisartsen dat intensief met de triagisten heeft meegeluisterd en begrip kon opbrengen voor de triage-uitkomst.

Een thema binnen deze discussie is 'medisch noodzakelijk juiste triage' tegenover 'patiëntperceptie juiste triage'. De Nederlandse samenleving zou meer behoefte hebben aan zekerheid voor de patiënt (of ouders van de patiënt, in het geval van kinderen). De huisarts/hap zou zich dan

meer richten op het geven van zekerheid door een zorgvraag in ernst te bekijken en de patiënt gerust te stellen. Dit kan een oorzaak zijn van grotere belasting van de huisarts/hap, wat eventueel tot meer doorverwijzing naar de seh kan leiden.

Alleen voor de hap's zijn er gegevens over de triage beschikbaar. De meeste contacten met de hap hebben urgentieniveau 3 waarbij de patiënt binnen enkele uren gezien moet worden (figuur 3.4). Er is een duidelijke toename te zien in het aantal contacten met een hoge urgentie tussen 2013 en 2016. In deze periode is alleen bij urgentieniveau 4 het aantal contacten gedaald. De relatieve stijging is het hoogst bij urgentieniveau 2 (zo snel mogelijk handelen – binnen een uur).

Figuur 3.4 Aantal contacten met hap's per urgentieniveau van 2013 tot 2016



Bron: NZa

De inschatting van de urgentie verandert bij alle leeftijdsgroepen. De toename in het aantal contacten met een hoge urgentie is sterker bij personen tot 44 jaar dan bij oudere leeftijdsgroepen. Nu is het de vraag wat de oorzaken zijn van de hogere inschatting van de urgentie. Het opnemen van pijn in de NTS zou een oorzaak kunnen zijn. Door het NIVEL worden deze mogelijkheden [genoemd](#): meer aandacht bij huisartsenposten om calamiteiten te voorkomen en het werken met geprotocolleerde triage. Dit laatste komt tot uiting in de grote verschillen die er zijn tussen huisartsenposten in het bepalen van het urgentieniveau. Bij huisartsenposten waar een regiearts aanwezig is, is het aandeel U2, U3 en U5 contacten lager dan bij huisartsenposten zonder regiearts. Het aantal U4 contacten is echter (veel) hoger.

De contacten met een hoge urgentie nemen bij jongeren meer toe dan bij ouderen. Hierin is de vaak genoemde toegenomen complexiteit van de zorgvraag van ouderen niet terug te zien. Het door huisartsen gerapporteerde toegenomen gebruik van de hap als alternatief voor een bezoek aan de huisarts tijdens kantooruren is deels in overeenstemming met de cijfers: een daling van consulten met urgentieniveau 4 (zorg binnen 24 uur), tegenover een stijging van urgentieniveau 5 (advies).

3.4 Doorverwijzingen van de hap naar de seh

Het totale percentage patiënten dat van een hap is doorverwezen naar een seh neemt toe tussen 2013 en 2016 van 6,1% naar 8,3%. Het is

niet af te leiden uit de cijfers of dit te maken heeft met medisch-inhoudelijke redenen, met beleid om het aantal zelfverwijzers op de seh terug te dringen, of om drukte bij de hap op te vangen.

Tabel 3.1 Percentage patiënten dat van een hap naar een seh wordt doorverwezen per urgentieniveau in 2016

	Percentage
U1	10 %
U2	20%
U3	11 %
U4	4 %
U5	1 %

Bron: NZa

De meeste doorverwijzingen naar de seh vinden plaats bij patiënten met urgentieniveau 2 (binnen een uur handelen). Binnen U2 worden patiënten van 45 tot 74 jaar het meest doorverwezen naar een seh, tussen de 20-23%. Van de patiënten met urgentieniveau 1 (zo snel mogelijk handelen) worden met name patiënten van 0 tot 19 jaar doorverwezen naar de seh (11-13%). Binnen U3, U4 en U5 zijn er amper verschillen tussen de leeftijden.

3.5 Bevindingen

Het aantal contacten bij hap's is toegenomen tussen 2013-2016. Deze toename vindt plaats bij patiënten van alle leeftijden.

Het aantal contacten bij hap's is tussen 2013 en 2016 met meer dan 10% toegenomen in de ROAZ-regio's Noordwest, West, en Midden-Nederland.

Het aantal contacten bij hap's met een hoge urgentie neemt toe tussen 2013 en 2016. Deze toename is sterker bij personen tot 44 jaar dan bij personen van 45 jaar en ouder.

Het percentage patiënten dat van een hap is doorverwezen naar een seh neemt bij alle urgentieniveaus toe tussen 2013 en 2016.

De piekdrukke bij de huisartsen doet zich vooral voor op doordeweekse dagen tussen 15:00 en 18:00 uur. Bij de hap's ligt dit moment tussen 21:00 en 24:00 uur.

De beschikbare cijfers over vraag en aanbod van huisartsenzorg geven geen signalen dat patiënten met acute zorgvragen onvoldoende toegang hebben tot huisartsenzorg. Een aantal huisartsen en personen werkzaam bij hap's zegt dat de toename van patiënten lastig te hanteren is. Dit kan verklaren waarom ook patiënten met een lage urgentie meer worden doorverwezen naar de seh.

4. Ambulancezorg

4.1 Aanbodzijde

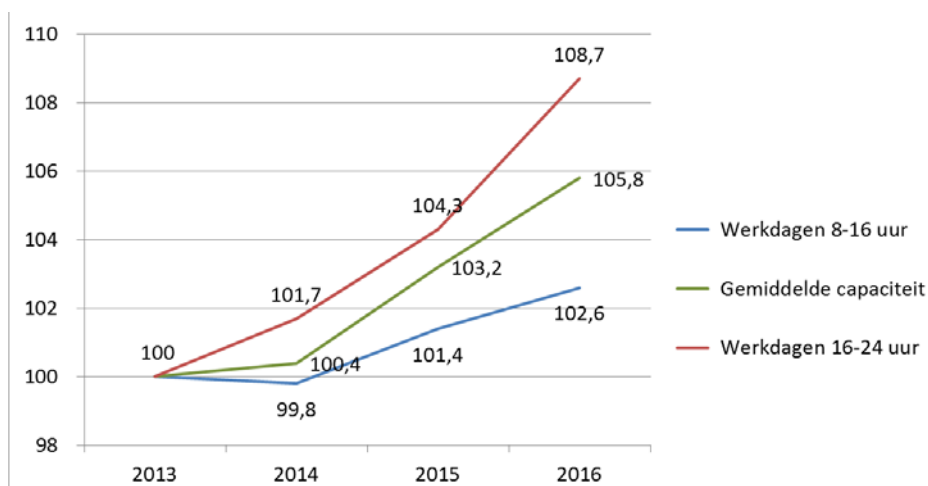
De ambulancezorg kent spoedeisende (A1, A2) en planbare ambulancezorg (B). De meldkamer indiceert een A1-inzet voor acute levensbedreigende situaties waarbij de ambulance binnen 15 minuten bij de patiënt moet zijn (responstijd). Bij de A2-inzetten moet de ambulance zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse zijn.

Waar in dit hoofdstuk over de capaciteit van ambulancediensten wordt gesproken, hebben we het over het aantal beschikbare ambulance-eenheden voor spoedeisende ambulancezorg. Dit is exclusief zorgambulances die gebruikt worden voor planbare inzetten. Spoedambulances kunnen echter ook ingezet worden voor planbare inzetten. De capaciteit van rapid responders is apart meegenomen. Een rapid responder kan ingezet worden voor een spoedzorgvraag, maar kan geen patiënten vervoeren. Een reguliere ambulance is dus alsnog nodig als vervoer geïndiceerd is. Het vervoer van de patiënt wordt gelijktijdig met de rapid responder geregeld of volgt na triage ter plaatse door de ambulanceverpleegkundige van de rapid responder.

De capaciteit groeit tussen 2013 en 2016 gemiddeld met 5,6%. Op werkdagen tussen 16.00 en 24.00 uur is de capaciteitsstijging met 8,7% meer ambulance-eenheden het grootst (figuur 4.1). Op werkdagen van 00.00 tot 08.00 uur en op weekenddagen is de capaciteit tussen 2,6% en 8,7% toegenomen tussen 2013 en 2016.

Met name in 2015 en 2016 neemt de capaciteit toe. Deze stijging komt door meer benodigde capaciteit vanuit het 'Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid ambulancezorg 2013' en daardoor ook meer financiële middelen (per 2014). Eventuele capaciteitsstijgingen gaan niet direct in en zijn daardoor niet meteen zichtbaar in 2014. Het opleiden en werven van ambulancemedewerkers kost immers tijd, waardoor de capaciteitsstijging pas later zichtbaar is, namelijk vanaf 2015 en 2016.

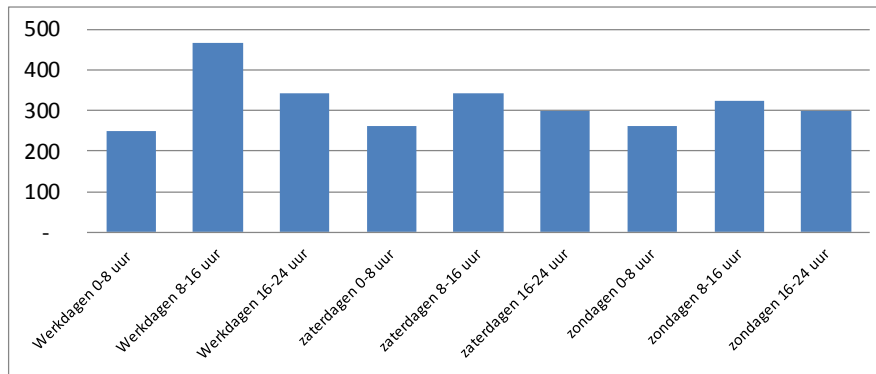
Figuur 4.1 Landelijke capaciteit beschikbare ambulance-eenheden, exclusief rapid responders en zorgambulances



Bron: NZa

Het aantal beschikbare ambulance-eenheden verschilt per tijdstip, en is het hoogste op werkdagen tussen 8 en 16 uur (figuur 4.2).

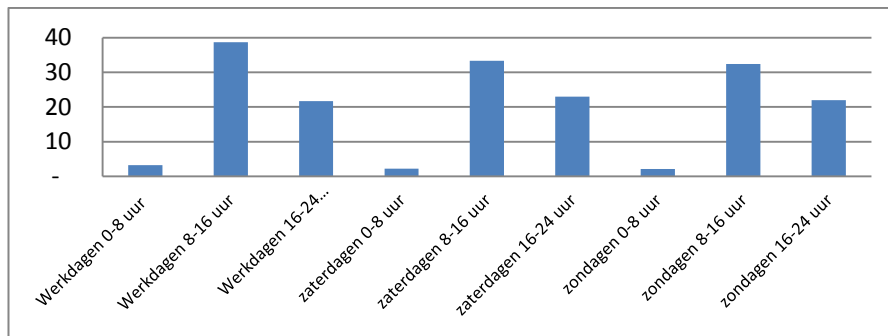
Figuur 4.2 Aantal beschikbare ambulance-eenheden in 2016



Bron: NZa

In 2016 waren er landelijk maximaal 39 rapid responders tegelijk beschikbaar (figuur 4.3). Tussen 2013 en 2016 is het aantal rapid responders nauwelijks gewijzigd. Rapid responders worden voornamelijk overdag ingezet tussen 08.00 en 16.00 uur en iets minder tussen 16.00 en 24.00 uur.

Figuur 4.3 Aantal beschikbare rapid responders in 2016



Bron: NZa

4.2 Vraagzijde

De instroom in de acute zorg via de ambulancezorg verloopt altijd via een melding bij de meldkamer ambulancezorg. In 2015 komt 79% van de meldingen die tot een ambulance-inzet leiden van burgers en 21% komt van een melding door een zorgverlener. De centralist in de meldkamer triert de zorgvraag en kan naar aanleiding hiervan een ambulance uitsenden met drie verschillende urgentieniveaus: spoedeisende A1- en A2-inzetten, en planbare B-inzetten.

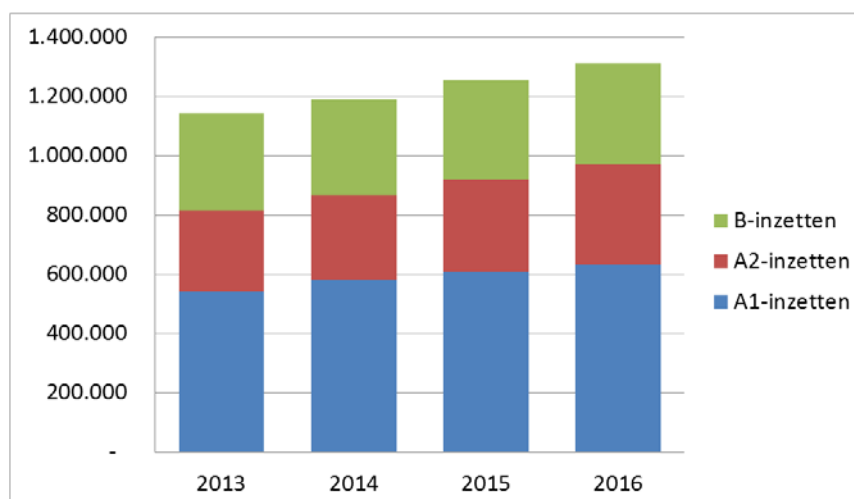
In 2016 zijn in totaal 632.875 inzetten spoedeisende ambulancezorg met A1-urgentie geweest, en 340.056 inzetten met A2-urgentie. Het aantal spoedeisende ambulance-inzetten steeg in de periode van 2013-2016 met 16,9% (A1-inzetten) en 23,7% (A2-inzetten) (figuur 4.4). De vraag naar ambulance-inzetten is niet in alle maanden gelijk. Zo is de vraag naar ambulance-inzetten in de winter (eerste en vierde kwartaal) groter dan in de zomer (tweede en derde kwartaal).

De toename in spoedeisende ambulancezorg kan deels verklaard worden door een stijging van de acute zorgvraag, mede door een toenemend aantal (thuiswonende) ouderen. Het is echter onwaarschijnlijk dat dit de sterke toename volledig verklaart. Burgers kunnen vaker het alarmnummer 112 bellen. Bijvoorbeeld als resultaat van campagnes waarin burgers worden voorgelicht over het gebruik van 112. De geprotocolleerde triage bij de meldkamer kan niet altijd onderscheid maken tussen burgers die wel of geen spoedzorg door de ambulance nodig hebben. Ook kan het zijn dat zorgverleners, zoals de huisarts, vaker een beroep doen op de ambulancezorg, maar dit is niet in de beschikbare cijfers na te gaan. Een ontwikkeling van de laatste jaren binnen de ambulancezorg is de invoering van Directe Inzet Ambulance (DIA). Dit is bedoeld om de responstijd te verkorten, maar het aantal inzetten neemt hierdoor toe (zie hieronder).

Wat zegt de sector?

95% van de respondenten binnen de ambulancezorg geeft aan dat burgers of patiënten steeds vaker bellen naar 112 voor een (spoed)klacht. 84% van de respondenten binnen de ambulancezorg geeft aan dat het urgentieniveau van de zorgvraag van de patiënt waarvoor een ambulance is uitgereden, is toegenomen ten opzichte van een aantal jaar geleden.

Figuur 4.4 Ontwikkeling ambulancezorg per urgentieniveau 2013-2016



Bron: RIVM

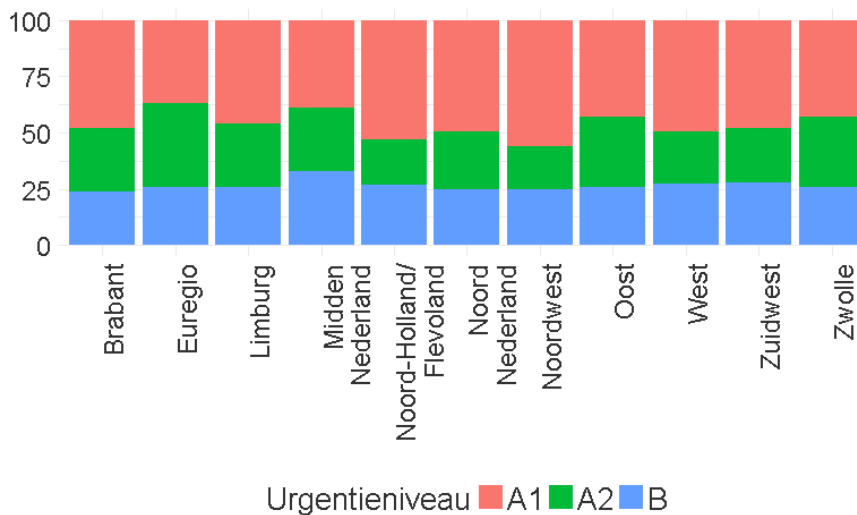
Er is een relatief sterke stijging in de spoedeisende ambulancezorg in de ROAZ-regio's Brabant, Noordwest, en Noord Nederland. In deze regio's is het aantal spoedeisende inzetten met meer dan 20% gestegen van 2013 tot 2016. In de regio's Zwolle (+8,6%), Limburg (+9,4%), en Euregio (+13,8%) is het aantal spoedeisende inzetten het minst gestegen. Het aandeel planbare inzetten neemt in de meeste regio's af ten gunste van spoedeisende inzetten.

In figuur 4.5 is het verloop van het aantal inzetten in de 11 ROAZ-regio's weergegeven voor 2016. In sommige regio's is de verhouding tussen spoedeisende A1- en A2 inzetten groter dan in andere regio's, met name in de ROAZ-regio's Noordwest en SpoedZorgNet Noord-Holland / Flevoland. Verder is in de regio Midden-Nederland het aandeel planbare inzetten relatief hoog.

Deze regionale verschillen roepen de vraag op wat hiervan de oorzaken zijn. Er kunnen regionale verschillen in spoedeisende inzetten zijn als er

verschillen tussen regio's zijn in de onderliggende oorzaken die hierboven zijn genoemd: verschillen in de zorgvraag, in de demografie, in de mate waarin het alarmnummer wordt gebeld, in de triage, en in het beleid van ambulancediensten. Een mogelijke verklaring voor regionale verschillen in het aandeel planbare inzetten is een verschil in interklinische inzetten voor het overplaatsen van patiënten tussen ziekenhuizen of ziekenhuislocaties.

Figuur 4.5 Procentuele verdeling spoedeisende en planbare ambulance-inzetten per ROAZ-regio in 2016



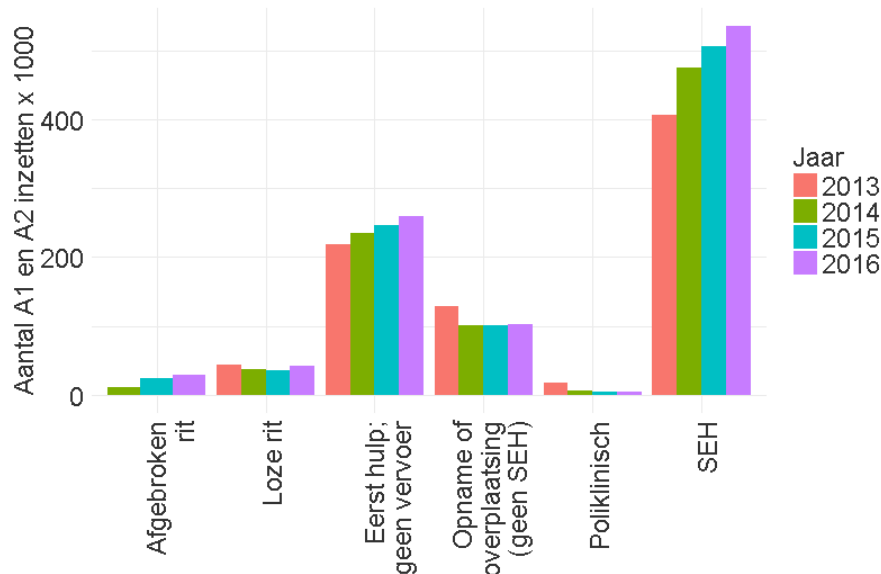
Bron: RIVM

4.3 Doorstroom vanuit de ambulancezorg

Nadat de centralist in de meldkamer een ambulance heeft ingezet, zijn er verschillende vervolgszenario's mogelijk. Het kan zijn dat inzet geannuleerd wordt voordat de ambulance bij de patiënt aankomt, het kan ook zijn dat de ambulance ter plaatse is, maar dat de patiënt niet is aangetroffen (loze rit). Een andere mogelijkheid is dat de patiënt is aangetroffen, maar niet vervoerd hoeft te worden (eerste hulp, geen vervoer; wel zorg maar geen patiëntenvervoer), of dat de patiënt wel vervoerd zal worden.

Figuur 4.6 toont de bestemming van de spoedeisende ambulancezorg in de periode 2013-2016. Dit overzicht bevat de twee soorten spoedeisende inzetten (A1-, A2-inzetten). In 2016 stroomden patiënten in 66% van de spoedeisende inzetten door naar een andere schakel in de (acute) zorg, waarvan het merendeel naar de seh. Vooral het aantal inzetten met bestemming seh is gegroeid. Deze inzetten nemen toe met 29% in de periode 2013-2016. Het aantal eerste hulp-inzetten zonder vervoer, 27% van het aantal inzetten in 2016, is met 19% gestegen. Dit is in lijn met de algemene stijging van het aantal spoedeisende inzetten. De inzetten waarbij geen patiëntenvervoer plaatsvindt, maar wel ter plaatse zorg wordt verleend, helpen voorkomen dat patiënten een beroep doen op de huisartsenzorg of de seh. Deze inzetten stijgen mogelijk doordat burgers en zorgverleners vaker het alarmnummer bellen en door protocollering van de triage.

Figuur 4.6 Bestemming van spoedeisende ambulance-inzetten van 2013 tot 2016



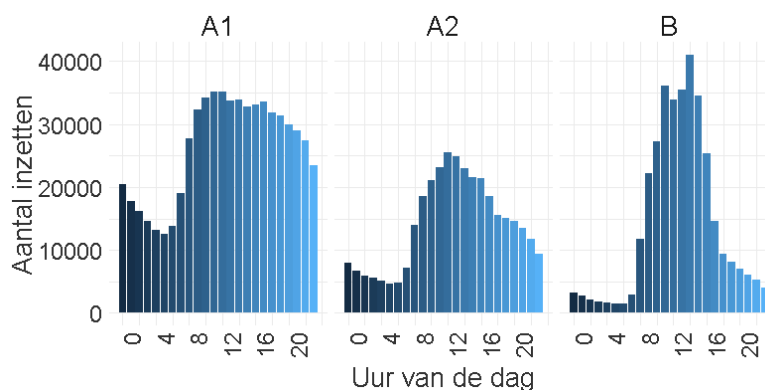
Bron: RIVM

In 2016 bedroeg het aantal loze inzetten bijna 57.000, 13% minder dan in 2013. Het aantal afgebroken inzetten is gegroeid tot ruim 43.000 in 2016. Dit laatste heeft te maken met het feit dat RAV's vanaf 2013 meer gebruik maken van DIA. Bij het binnenkomen van een melding ruikt de ambulance als het adres bekend is direct uit op A2-urgentie om op deze manier de responstijd te verkorten. Als uit de triage een hogere urgentie blijkt, wordt de A2-inzet opgeschroefd tot A1-inzet. Als uit de triage blijkt dat er geen ambulancezorg geïndiceerd is, wordt de inzet afgebroken. Omdat het voornamelijk gaat om afgebroken inzetten met een zeer korte ritduur, hebben ze naar verwachting nauwelijks effect op de beschikbare capaciteit en daarmee de beschikbaarheid van de ambulancezorg.

Inzicht in de vraag per 24 uur

De vraag naar ambulancezorg verschilt van uur tot uur. In figuur 4.7 is het aantal inzetten in 2016 getoond, verdeeld over de uren van de dag. Vanaf 07.00 uur neemt de vraag naar spoedeisende ambulancezorg substantieel toe tot omstreeks 11.00 uur. Het aantal A1-inzetten stijgt in dit tijdsbestek van zo'n 13000 naar 35000 per uur, ofwel van 38 naar 96 per uur op een gemiddelde dag. Daarna blijft de vraag naar spoedeisende ambulancezorg redelijk constant tot 17.00 uur, en daalt deze vervolgens geleidelijk tot 07.00 uur.

Figuur 4.7 Aantal inzetten per uur van de dag in 2016

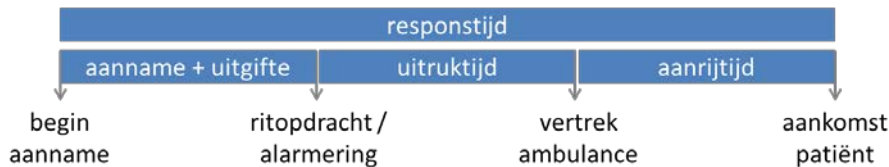


Bron: RIVM

Toegankelijkheid ambulancezorg

Een indicator voor de toegankelijkheid van ambulancezorg is de responstijd (figuur 4.8). Waar in de volksmond vaak gesproken wordt over de norm voor 'aanrijtijden' gaat het in werkelijkheid over de norm voor responstijden. De verhouding tussen deze tijden wordt hieronder schematisch weergegeven.

Figuur 4.8 Responstijd



Binnen de responstijd voor A1-inzetten (norm maximaal 15 minuten) zijn drie fasen te onderscheiden met elk een eigen veldnorm:

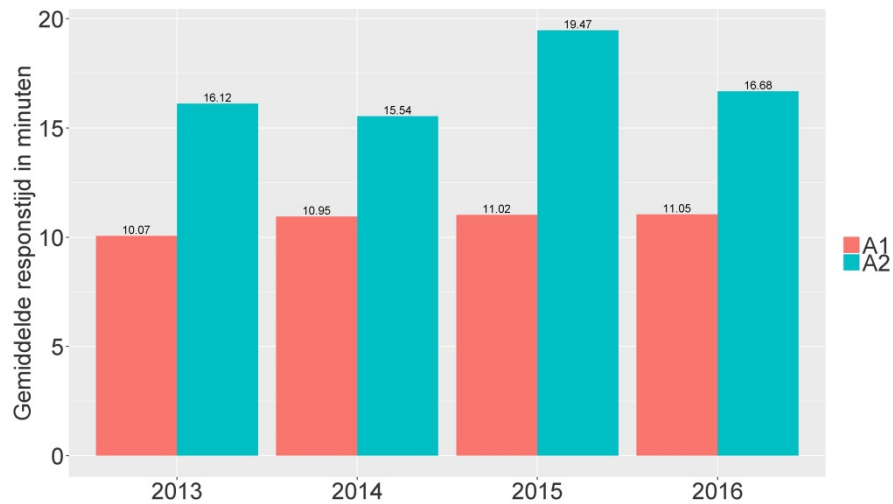
- de meldtijd (aanname en uitgifte): maximaal 2 minuten;
- de uitruktijd: maximaal 1 minuut;
- de aanrijtijd: maximaal 12 minuten.

Uitgangspunt is dat minimaal 97% van de inwoners in een RAV-regio binnen 12 minuten aanrijtijd vanuit de standplaats bereikt moet kunnen worden. Hiermee is de spreiding van ambulancestandplaatsen bepaald.

De responstijd is een norm voor de tijdigheid van spoedeisende ambulance-inzetten die geldt ongeacht de aard van de problematiek. De responstijd voor specifieke patiëntengroepen is niet bekend. De informatie over de toegankelijkheid of kwaliteit van spoedeisende ambulancezorg is hierdoor beperkt.

Figuur 4.9 toont de gemiddelde responstijd voor A1- en A2-inzetten in de periode 2013 tot 2016. Hieruit blijkt dat de responstijd van A1-inzetten in de periode van 2013 tot 2016 met één minuut is toegenomen. Gemiddeld was in 2015 [93,4%](#) van de A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt. Dit is een lichte verbetering ten opzichte van voorgaande jaren, terwijl de vraag naar ambulancezorg is gestegen. Een mogelijke verklaring hiervoor is de invoering van de DIA en de gestegen capaciteit. Overigens laat onderzoek van de NZa naar de tijdigheid van ambulancevervoer zien dat ook in de periode 2010-2014 de wettelijke norm voor responstijden structureel [niet gehaald werd](#). In 17 van 24 RAV-regio's was minder dan 95% van de A1-inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt.

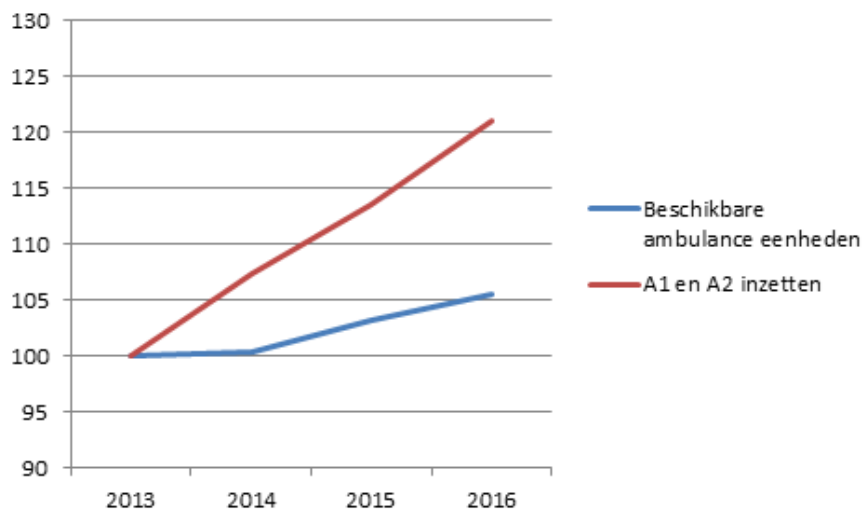
Figuur 4.9 Gemiddelde responstijd spoedeisende ambulancezorg van 2013 tot 2016



Bron: RIVM

Uit figuur 4.10 is af te lezen dat de vraag naar spoedeisende ambulancezorg in de periode 2013-2016 sneller is gestegen dan het aanbod van beschikbare ambulance-eenheden. Dit betekent dat er meer spoedeisende inzetten per beschikbare eenheid zijn uitgevoerd. Dit lijkt niet ten koste te gaan van de gemiddelde responstijd, gezien deze tijd nauwelijks is gestegen, maar het zou wel de wachttijden voor geplande ambulancezorg kunnen beïnvloeden. Dit valt buiten het bereik van de marktscan.

Figuur 4.10 Verhouding aantal beschikbare ambulance-eenheden en aantal uitgevoerde A1- en A2-inzetten



Bron: NZa/RIVM

Wat zegt de sector?

71% van de ondervraagden binnen de gehele acute zorg noemt de instroom van patiënten die geen acute zorg nodig hebben als knelpunt binnen de ambulancezorg. 89% van het ambulancepersoneel noemt dit knelpunt ook.

Het merendeel (78%) van het ambulancepersoneel geeft aan dat stops bij ziekenhuizen het lastig maken voor ambulancediensten om patiënten bij een ziekenhuis af te leveren. 59% van het ambulancepersoneel geeft aan dat geen goede informatievoorziening over stops is. 43% van het ambulancepersoneel denkt dat de meldkamer hier niet tijdig van op de hoogte is, tegenover 43% die vindt dat de meldkamer hier wél tijdig van op de hoogte is.

Om de acute zorg beter en toegankelijker te maken noemt de meerderheid van het ambulancepersoneel aanpassing van de meldkamertriage (81%). Volgens 70% moet er een grotere focus op samenwerking met acute zorgpartners komen, en 58% noemt betere informatievoorziening tussen partners in de acute zorg (58%). Verder noemen ze: meer financiële middelen (52%), efficiëntere inzet van ambulances (28%) en meer voorzieningen aan boord van ambulances (19%).

Het merendeel (58%) van de respondenten werkzaam in de ambulancezorg vindt dat er onvoldoende ambulance-eenheden beschikbaar zijn om te voldoen aan de ontwikkelingen in de acute zorg. Tevens geeft 76% van het ambulancepersoneel aan dat er onvoldoende ambulancepersoneel is. Het merendeel (55%) van het ambulancepersoneel vindt dat er onvoldoende mogelijkheden zijn om ambulancepersoneel te werven.

4.4 Bevindingen

Er is een toename van spoedeisende ambulancezorg. Het aantal spoedeisende ambulance-inzetten is in de periode 2013 tot 2016 sneller toegenomen dan het aantal beschikbare ambulance-eenheden. De gemiddelde responstijd neemt echter niet toe. Het landelijk aandeel A1-inzetten dat er langer dan 15 minuten over doet om bij de patiënt te zijn blijft gelijk. Het merendeel van de RAV's is bij A1-inzetten echter structureel in minder dan 95% binnen 15 minuten ter plaatse.

De capaciteit van de spoedeisende ambulancezorg (in beschikbare ambulance-eenheden) houdt met enige vertraging gelijke tred met de benodigde capaciteit in het Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg.

De spoedeisende ambulancezorg neemt het meest toe in de ROAZ-regio's Brabant, Noordwest, en Noord Nederland. In de regio's Zwolle, Limburg en Euregio is het aantal spoedeisende inzetten het minst gestegen.

Het aantal spoedeisende inzetten met bestemming seh neemt sterk toe in de periode 2013-2016 evenals het aantal inzetten waarbij ambulancepersoneel alleen ter plekke hulp verleent. Het aantal loze inzetten daalt.

De piekdrukke doet zich bij de spoedeisende ambulancezorg vooral voor op doordeweekse dagen tussen 11.00 en 17.00 uur.

5. Spoedeisende Hulpafdeling

De spoedeisende hulp (seh) en gerelateerde afdelingen voor acute zorg leveren acute basiszorg en acute medisch-specialistische zorg. Om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen van de patiëntenstroom en de capaciteit van de seh en het ziekenhuis over de jaren heen, zijn verschillende analyses gemaakt. Hieronder presenteren we ze.

5.1 Aanbodzijde

Het aantal seh's daalt licht (tabel 5.1). Naast het aantal seh's is het aantal behandelplekken en de personeelscapaciteit van de seh's bepalend voor de toegankelijkheid ervan.

Tabel 5.1 Aantal seh's in Nederland in de periode 2013 tot 2016

	2013	2014	2015	2016
Aantal seh's 24x7 geopend	94	91	89	89

Bron: RIVM

Hoeveel behandelplekken zijn er in Nederland op de seh?

De capaciteit van de behandelplekken op de seh is van 2013 naar 2016 licht gestegen met 4,2%. Deze stijging geldt niet overal. Er zijn ziekenhuizen die tot 6 behandelplekken extra hebben ingericht en er zijn ziekenhuizen die het aantal behandelplekken hebben afgebouwd (tussen de 2 en 5 plekken). Het merendeel van de instellingen heeft echter haar behandelcapaciteit niet veranderd in deze periode.

Steeds meer ziekenhuizen richten alternatieve spoedentrees in.

Voorbeelden hiervan zijn:

- eerste harthulp (ehh);
- eerste orgaanhulp;
- acute verloskunde;
- een entree bij kindergeneeskunde.

Deze afdelingen helpen om de bezetting van behandelplekken en de druk op de seh te verminderen. Patiënten kunnen naar deze afdelingen worden doorverwezen of ze kunnen er direct naartoe gaan zonder eerst op de seh te komen. De gemiddelde werkbelasting op de spoedafdelingen verandert hierdoor niet.

Hoeveel personeel werkt er op de seh?

Het personeel op de seh bestaat uit seh-verpleegkundigen en verschillende typen artsen. Dit zijn bijvoorbeeld seh-artsen KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst), medisch specialisten en AIOS-en/ANIOS-en. De medisch specialisten en seh-artsen KNMG hebben een afgeronde opleiding in acute zorg. Verder zijn er basisartsen (in opleiding) die onder eindverantwoordelijkheid van een seh-arts of medisch specialist op de seh werken.

Van 2013 tot en met 2016 neemt het aantal fte van seh-verpleegkundigen toe met 1,6%. Het aantal seh-artsen KNMG is met 35% toegenomen over de periode 2013 tot en met 2016. De relatief

sterke toename van de seh-artsen komt deels doordat de opleiding tot seh-arts KNMG sinds 2008 erkend is. Daardoor zijn er steeds meer artsen die deze opleiding hebben afgerond.

Wat zegt de sector?

Ondanks de stijging in het aantal beschikbare personeelsleden voor de seh, is er volgens ziekenhuispersoneel (70%) nog steeds een personeelstekort. 65% van de medewerkers van ziekenhuizen geeft aan dat de vacatures voor seh-verpleegkundigen moeilijk gevuld worden. Bijna de helft van de ziekenhuismedewerkers ervaart dat de vacatures voor seh-artsen KNMG moeilijk in te vullen zijn. Vacatures voor AIOS-en en ANIOS-en worden vaak wel gemakkelijk ingevuld.

Ziekenhuispersoneel geeft aan dat het personeel op de seh niet altijd de juiste kwalificaties heeft voor de zorgvraag op de seh. Er ontbreekt specifieke kennis over ouderen en er zijn AIOS-en en ANIOS-en werkzaam op de seh in plaats van seh-artsen KNMG of medisch specialisten.

5.2 Vraagzijde

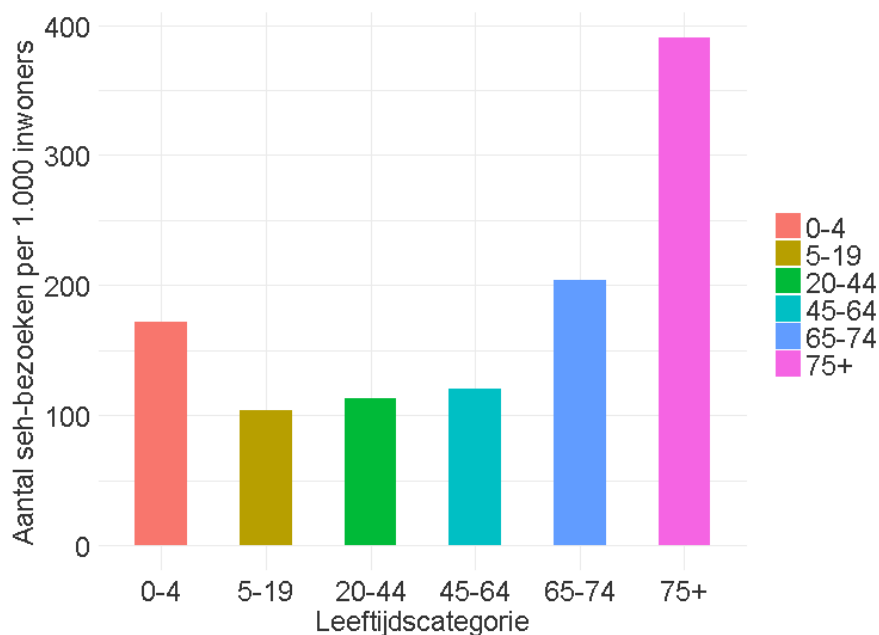
Aantal seh-bezoeken

Er komt ongeveer 2,4 miljoen keer per jaar iemand met een acute zorgvraag in het ziekenhuis.

Wat is de leeftijd van patiënten op de seh?

De seh wordt relatief vaak bezocht door jonge patiënten van 0 tot 4 jaar en door 65-plussers (figuur 5.1). Bij deze leeftijdscategorieën neemt het aantal seh-bezoeken per inwoner in de periode 2013 tot 2016 toe, terwijl deze bij andere leeftijden afneemt. Bij personen van 75 jaar en ouder is sprake van een lichte daling in het aantal seh-bezoeken per inwoner in 2016 ten opzichte van 2015.

Figuur 5.1 Aantal seh-bezoeken per 1000 inwoners per leeftijdsgroep in 2016



Bron: Vektis

Het aandeel patiënten van 65 jaar of ouder op de seh neemt toe. Dit aandeel stijgt van 29,1% naar 33% in de periode 2013 tot 2016, een stijging van 14% (tabel 5.2). Dit is meer dan verklaard kan worden door de algehele toename van het aantal ouderen. Het aandeel ouderen op de seh neemt in vergelijkbare mate toe in de verschillende ROAZ-regio's.

Tabel 5.2 Aantal seh-bezoeken naar leeftijd van 2013 tot 2016

	2013	2014	2015	2016
0 – 64	70,9%	69,7%	67,4%	67,0%
65 -74	12,3%	12,8%	13,7%	14,1%
75 en ouder	16,8%	17,5%	18,9%	18,9%

Bron: NZa.

Regionale verschillen in seh-bezoeken

De ontwikkeling in het aantal seh-bezoeken verschilt per regio. Deze zijn tussen 2013 en 2016 het meest toegenomen in de ROAZ-regio's Oost (+6,1%), Noord-Nederland (+5,5%) en Brabant (+3,1%). Het aantal seh-bezoeken is het meest gedaald in de ROAZ-regio's Euregio (-4,4%), Zwolle (-4,2%) en Noordwest (-2,3%). Figuur 5.2 laat zien dat 0- tot 4-jarigen in de regio's West, Euregio, en Limburg relatief vaak naar de seh komen. Voor personen van 65 jaar en ouder geldt dat zij vaak op de seh komen in de regio's West en Midden Nederland. Wat de oorzaken zijn van deze regionale verschillen is niet bekend.

Figuur 5.2 Aantal seh-bezoeken per 1000 inwoners per leeftijdsgroep en per ROAZ-regio in 2016



Bron: Vektis

Wat is de zorgvraag van patiënten?

In tabel 5.3 staan de vijf meest voorkomende zorgvragen waarmee patiënten op de seh binnenkomen. Het aandeel van de zorgvraag per leeftijdscategorie is stabiel tussen 2013 en 2016. Bij personen jonger dan 65 jaar gaat het vooral om letsels, terwijl het bij personen ouder dan 65 jaar vooral gaat om klachten gerelateerd aan het hart vaatstelsel en minder om letsels. Onder patiënten van 85 jaar en ouder is het aandeel patiënten dat op de seh komt met letsel relatief hoger dan bij de 65-84-jarigen. De zorgvraag is gebaseerd op de geregistreerde hoofddiagnose. In het bijzonder bij ouderen kan sprake zijn van meerdere diagnoses.

Tabel 5.3 Zorgvraag op de seh naar leeftijdscategorie van 2013 tot 2016

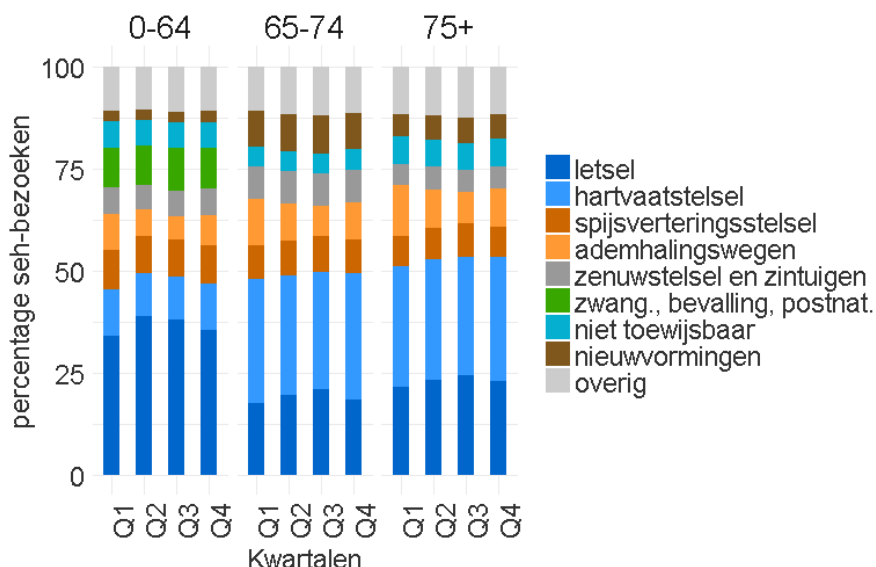
	Zorgvraag 0-64	Zorgvraag 65 en ouder
1	Letsel (38%)	Hart vaatstelsel (30%)
2	Hart vaatstelsel (11%)	Letsel (22%)
3	Spijsverteringsstelsel (10%)	Ademhalingswegen (10%)
4	Ademhalingswegen (8%)	Spijsverteringsstelsel (8%)
5	Zenuwstelsel en zintuigen (7%)	Nieuwvormingen (7%)

Bron: DIS/Vektis

Is er sprake van seizoenseffecten in de zorgvraag van patiënten?

De zorgvraag van patiënten op de seh laat seizoenseffecten zien. Het totaal aantal patiënten is in Q2 (april tot en met juni) het hoogst. In dit kwartaal neemt vooral het aandeel letsels toe (figuur 5.3). Het aandeel van patiënten met luchtwegproblemen is in Q1 het hoogst. Deze toename geldt in het bijzonder bij ouderen boven de 65 jaar. Ouderen hebben vaker last van hun onderste luchtwegen. Zij zijn vaker vatbaar voor winterziekten, zoals verkoudheid of griep. Een mogelijke verklaring voor de toename van ouderen op de seh is dat de griepepidemie ouderen vaker ernstig treft dan jongeren en daardoor zorgt voor toestroom op de seh.

Figuur 5.3 Zorgvraag op de seh naar leeftijdscategorie en kwartaal van 2013 tot 2016



Bron: DIS/Vektis

Wat is het urgentieniveau van patiënten op de seh?

De meeste patiënten op de seh krijgen urgentieniveau 3 (zorg binnen een aantal uur) of 4 (zorg binnen 24 uur) (tabel 5.4). Het aandeel bezoeken met een hogere urgentie neemt toe in de periode 2013 tot 2016.

Tabel 5.4 Urgentieniveau van seh-patiënten van 2013 tot 2016

	U1 Levensbedreigend	U2 Spoed	U3 Dringend	U4 Niet dringend	U5 Advies
2013	1,1%	18,0%	42,4%	35,9%	2,7%
2014	1,1%	18,3%	43,4%	34,5%	2,7%
2015	1,2%	18,8%	43,6%	33,2%	3,2%
2016	1,4%	19,4%	43,5%	31,8%	3,8%

Bron: NZa

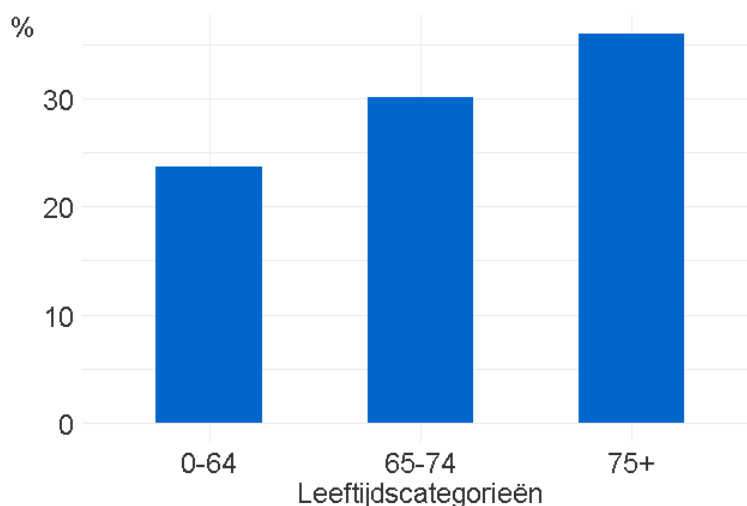
Wat is de zorgzwaarte van patiënten?

Om meer te kunnen zeggen over de zorgzwaarte van patiënten, is gekeken naar het aantal patiënten dat vanaf de seh opgenomen wordt in het beddenhuis. Deze patiënten hebben namelijk een groter effect op de beschikbare capaciteit op de seh dan patiënten die alleen op de seh gezien worden. Het aandeel patiënten dat wordt opgenomen is toegenomen van 33,5% in 2013 naar 36% in 2016.

Hoe vaak komen patiënten terug op de seh?

Meer dan een kwart van de seh-patiënten komt meer dan één keer in het jaar op de seh. Deze frequente patiënten zijn verantwoordelijk voor bijna de helft van de seh-bezoeken. Oudere patiënten komen vaker terug op de seh dan jongere (figuur 5.4).

Ziekenhuizen proberen op verschillende manieren te voorkomen dat patiënten vaker terugkomen op de seh. Dit doen zij bijvoorbeeld door de patiënt goed over te dragen aan de huisarts, en door duidelijke adviezen te geven aan de patiënt en zijn familie. Het is echter niet altijd te voorkomen dat patiënten vaker terugkomen op de seh.

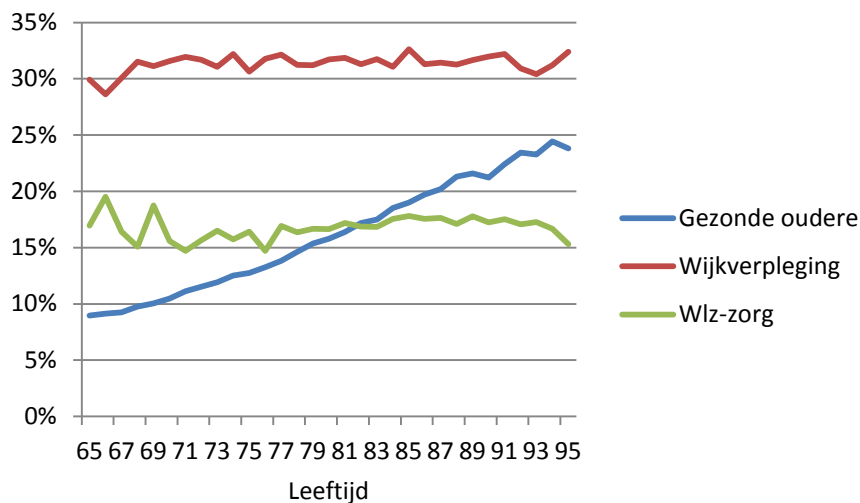
Figuur 5.4 Aandeel frequente patiënten op de seh: seh-patiënten in 2015 met een follow-up-bezoek in 2015

Bron: DIS/Vektis

Hoe vaak komen thuiswonende ouderen en ouderen in een instelling op de seh?

Thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouderen die wijkverpleging krijgen hebben een kans van ruim 30% om in een jaar op de seh te komen (figuur 5.5). Bij ouderen die in een Wlz-instelling verblijven is deze kans gemiddeld 17%. Ouderen die geen wijkverpleging of zorg in het kader van de Wlz ontvangen, hebben een kans van circa 9% tot 25% om in een jaar op de seh terecht te komen. Deze kans neemt toe met de leeftijd. Maar dit betekent niet dat er een oorzakelijk verband is tussen de zorg die mensen krijgen en de kans dat zij op de seh terechtkomen. Andere factoren kunnen immers een rol spelen, zoals verschillen in de gezondheidstoestand. Het is echter waarschijnlijk dat thuiswonende ouderen met wijkverpleging gezonder zijn dan ouderen in een Wlz-instelling. Thuiswonende ouderen hebben wel een groter risico om te vallen, omdat zij mobieler zijn. Het aantal valincidenten bij ouderen [neemt toe](#), wat zich mogelijk vertaalt in een stijgend aantal ouderen met letsel op de seh. Een andere verklaring voor het verschil in seh-gebruik is de aanwezige medische zorg in Wlz-instellingen. In dit perspectief is een hoger beroep op de seh bij zelfstandig wonende ouderen niet per definitie ongewenst of onnodig, maar is dit onderdeel van de zorg dichtbij.

Figuur 5.5 Kans dat een persoon van 65 jaar en ouder op de seh belandt; ouderen met/zonder wijkverpleging of Wlz-zorg in januari 2016, met een follow-up-duur van 1 jaar



Bron: Vektis

5.3 Instroom op de seh

Wat is de herkomst van patiënten?

Patiënten die op de seh van een ziekenhuis belanden, komen daar op verschillende manieren. Patiënten komen op eigen initiatief (zelfverwijzers), via de huisarts of huisartsenpost, na verwijzing door 112, per ambulance of via het MMT (traumahelikopter). Het aandeel zelfverwijzers is afgenomen van ruim 36% in 2013 naar bijna 23% in 2016. Het aandeel dat door de huisarts of hap naar de seh verwezen wordt, is van 2013 naar 2016 toegenomen van bijna 47% naar ruim 56% (figuur 5.6). Deze trends zijn deels te verklaren doordat steeds meer ziekenhuizen nauwer samenwerken met een huisartsenpost, waardoor patiënten niet meer op eigen initiatief op de seh komen. Het

aantal patiënten dat via de ambulance of 112 op de seh komt, is licht toegenomen.

Figuur 5.6 Instroom op de seh, 2013-2016



Bron: NZa

Op welke manier werken ziekenhuizen samen met de huisartsenpost?

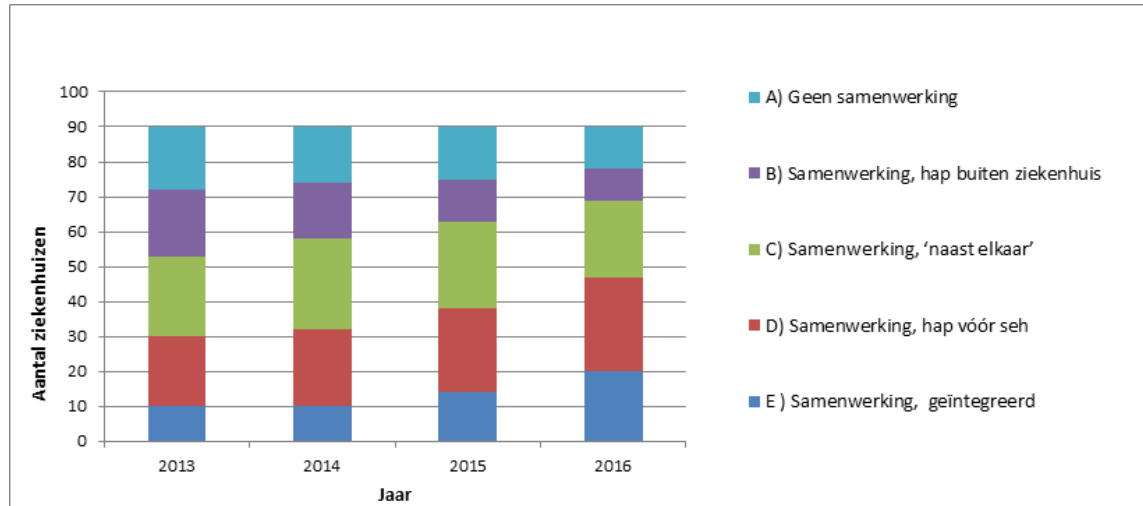
De instroom op een seh is deels afhankelijk van de samenwerking die een seh heeft met een hap. Er zijn verschillende manieren waarop een hap en een seh kunnen samenwerken (zie kader). Een onderdeel van de samenwerking kunnen triage-afspraken zijn. Hierdoor kan het aantal zelfverwijzers naar de seh worden teruggedrongen. Zelfverwijzers hebben relatief veel lichte zorgvragen die voor een deel door de huisarts kunnen worden behandeld.

Samenwerking hap en seh

Er zijn verschillende vormen hoe een hap en een seh kunnen samenwerken. De NZa heeft gegevens gevraagd over een vijftal samenwerkingsvormen.

- Geen samenwerking: een patiënt kiest zelf of hij naar de hap of seh gaat.
- Wel samenwerking, maar de hap bevindt zich op een andere locatie op het terrein van het ziekenhuis dan de seh (colocatie).
- Samenwerking waarbij de hap in het ziekenhuis naast de seh zit, maar waar ze verder gescheiden zijn.
- Samenwerking waarbij de hap zich vóór de seh bevindt. Dit betekent dat de patiënten eerst beoordeeld worden op de hap voordat zij doorgestuurd worden naar de seh.
- Samenwerking waar de hap en seh geïntegreerd zijn met een gemeenschappelijke triage. De triagist bepaalt of de patiënt naar de hap of naar de seh gaat.

Figuur 5.7 geeft weer welke samenwerking er is tussen de hap en de seh tussen 2013 en 2016. De categorieën zonder samenwerking met een hap of met alleen een hap met een colocatie op het ziekenhuisterrein worden steeds kleiner. De samenwerking waarin de hap en de seh zich achter elkaar bevinden of deze posten geïntegreerd zijn, neemt de laatste jaren toe.

Figuur 5.7 Samenwerkingsvormen hap-seh, 2013 tot 2016

Bron: NZa

De samenwerkingsvorm heeft effect op het aantal zelfverwijzers. Als de hap zich bevindt vóór de seh is het aandeel zelfverwijzers het laagst (tabel 5.5). Dit komt doordat patiënten gedurende de openingstijden van de hap eerst gezien worden door een huisarts en vervolgens pas doorverwezen worden naar een seh wanneer dit nodig is. Het aandeel zelfverwijzers is het grootst wanneer de seh en de hap zich naast elkaar in het ziekenhuis bevinden, maar verder gescheiden zijn. Het aandeel zelfverwijzers is bij alle samenwerkingsvormen gedaald tussen 2013 en 2016.

Tabel 5.5 Aandeel zelfverwijzers op de seh per samenwerkingsvorm hap-seh in 2016

Samenwerking hap-seh	Aantal	Aandeel zelfverwijzers*
A) Geen samenwerking	12	30%
B) Samenwerking, hap buiten ziekenhuis	9	26%
C) Samenwerking, naast elkaar	22	46%
D) Samenwerking, hap vóór seh	27	13%
E) Samenwerking, geïntegreerd	20	26%
Totaal	90	29%

* Als percentage van het aantal seh-patiënten zonder patiënten die per ambulance op de seh komen.

Bron: NZa

Voor meer informatie over de substitutie van patiënten tussen de seh en de hap verwijzen we naar de monitor van de NZa over dit onderwerp.

Wat zegt de sector?

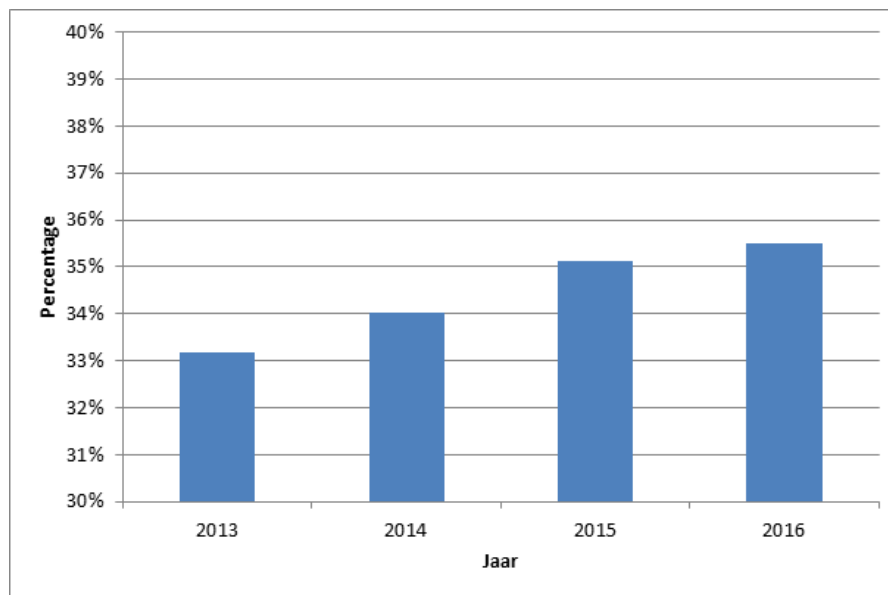
Meer dan de helft van het ziekenhuispersoneel zegt dat er sprake is van een stroom patiënten op de seh die geen acute zorgvraag heeft en waarbij huisartsenzorg zou volstaan. Volgens hen draagt een intensievere samenwerking tussen de hap en seh eraan bij dat een patiënt op de juiste plek komt met zijn zorgvraag.

5.4 Uitstroom uit de seh

De patiënten op de seh kunnen naar verschillende plekken uitstromen: naar huis met eventueel thuiszorg of wijkverpleging, opname in het ziekenhuis, naar een eerstelijnsverblijf (elv), of naar een instelling voor langdurige zorg.

Het aandeel seh-patiënten dat in het ziekenhuis wordt opgenomen is gestegen van 33,2% naar ongeveer 35,5% tussen 2013 en 2016 (figuur 5.8). De belasting van het beddenhuis door acute patiënten groeit daarmee.

Figuur 5.8 Percentage patiënten met een klinische opname na een seh-bezoek



Bron: NZa

Het overgrote deel van de patiënten vanuit de seh gaat rechtstreeks naar huis, namelijk 65,2%. De overige 34,8% van de patiënten wordt in 2016 bijna helemaal opgenomen in het ziekenhuis (zie tabel 5.6). Van deze patiënten is 1,3% opgenomen op de Intensive Care (IC). In 2016 gingen vanaf de seh 865 patiënten (0,1%) rechtstreeks naar een elv, en 3.780 patiënten (0,4%) werden na de seh klinisch opgenomen.

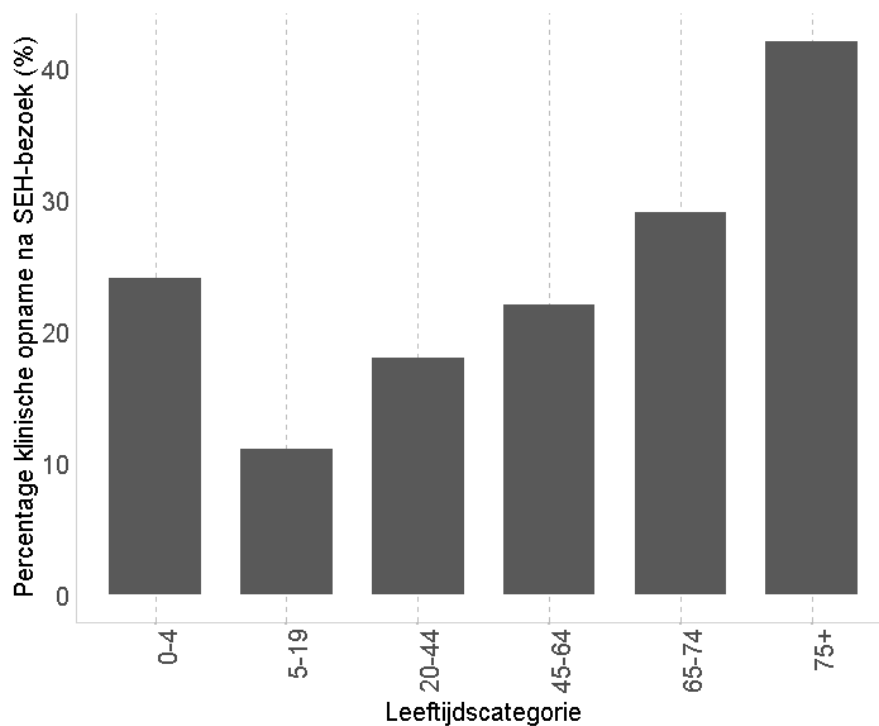
Tabel 5.6 Uitstroom van seh-patiënten in eerste helft 2016

Traject patiënt	Aandeel SEH-bezoeken (%)
Naar huis	65,2
Opname in het beddenhuis	33,0
Opname IC	1,3
Klinische opname/Opname GRZ	0,4
Opname elv	0,1

Bron: Vektis

De kans om na een seh-bezoek opgenomen te worden in het ziekenhuis hangt sterk samen met de leeftijd (figuur 5.9). Dit geldt zowel voor de opname in het beddenhuis als voor opname op de IC.

Figuur 5.9 Percentage klinische opname na seh-bezoek per leeftijdscategorie in eerste helft 2016



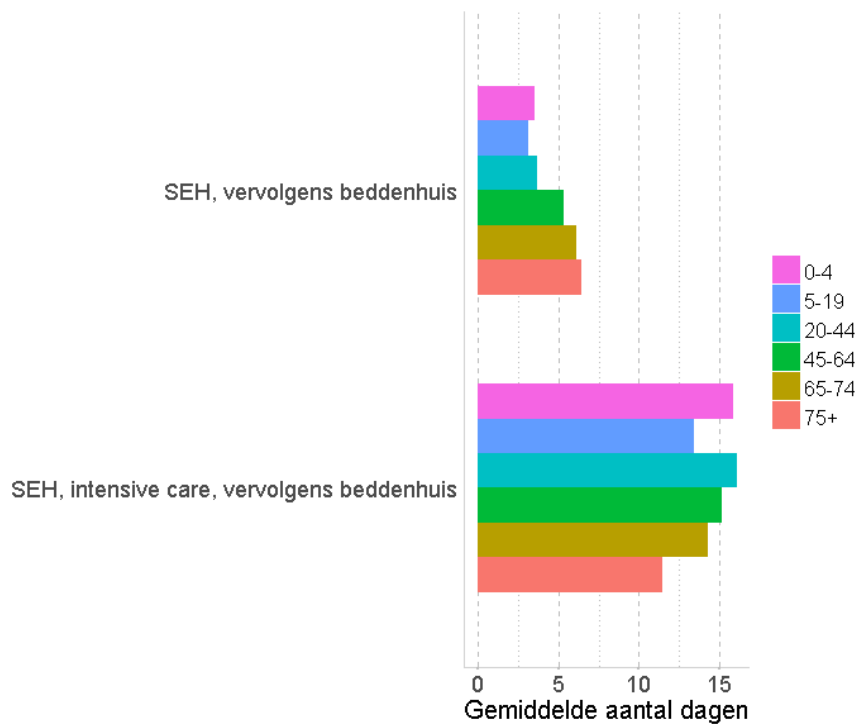
Bron: Vektis

Daarnaast is gekeken naar de gemiddelde verblijfsduur van patiënten in het beddenhuis in 2016. Er zijn verschillende trajecten die een patiënt kan afleggen in het ziekenhuis:

- Een patiënt wordt opgenomen in het beddenhuis op een klinische afdeling.
- Een patiënt wordt opgenomen op de IC en stroomt door naar een klinische afdeling.

Gemiddeld verblijven patiënten ongeveer 5 dagen in het beddenhuis van het ziekenhuis. De verdeling in leeftijdscategorieën laat zien dat de ligduur in het beddenhuis toeneemt met de leeftijd (figuur 5.10). Bij patiënten die eerst op de IC zijn opgenomen en vervolgens op een andere afdeling belanden, neemt de totale ligduur licht af bij de hogere leeftijdscategorieën. Een mogelijke verklaring is dat oudere patiënten eerder overlijden. Een tweede mogelijke verklaring is dat jongere patiënten die in de intensive care belanden andere symptomen hebben, waarvoor wellicht langer intensive care nodig is dan bij oudere patiënten. Als een patiënt met een Wlz-indicatie niet overgeplaatst kan worden naar een Wlz-instelling en medische behandeling niet meer nodig is, is sprake van een patiënt op het ‘verkeerde bed’. Dit is het geval bij 0,5% van de patiënten die op de seh zijn geweest. Het aantal ‘verkeerde bedpatiënten’ is mogelijk een onderschatting van het aantal patiënten dat daadwerkelijk eerder ontslagen had kunnen worden. Uit gesprekken met ziekenhuizen is gebleken dat sommige instellingen niet consequent ‘verkeerde bed’ declareren. Ook kan voor patiënten die moeten uitstromen naar elv geen ‘verkeerde bed’ worden gedeclareerd.

Figuur 5.10 Gemiddelde opnameduur in het ziekenhuis per leeftijdscategorie in eerste helft van 2016



Bron: Vektis

5.5 Doorlooptijd op de seh

Hoe lang is de patiënt op de seh?

De door-to-door-tijd is de tijd die de patiënt doorbrengt op de seh. De door-to-door-tijd is toegenomen met bijna 10% over de periode 2013 tot en met 2016. Mogelijke oorzaken voor deze toename zijn een gebrek aan behandelplekken op de seh of in het beddenhuis, een gebrek aan personeel op de seh of een toename van de gemiddelde zorgzwaarte van de patiënten op de seh.

De door-to-door-tijd wordt ook beïnvloed door de lokale organisatie van de spoedzorg. Sommige ziekenhuizen stabiliseren en diagnosticeren patiënten volledig op de seh. Zij worden zo nodig opgenomen in het beddenhuis. In andere ziekenhuizen vindt op de seh alleen de eerste noodzakelijke zorg plaats waarna een patiënt naar een andere spoedafdeling of een acute opnameafdeling wordt verplaatst voor verdere diagnostiek en behandeling.

Wat zegt de sector?

Volgens personeel op de seh kan de doorstroom vanaf de seh naar het beddenhuis, een eerstelijnsverblijf of een verpleeghuis verbeterd worden door te zorgen voor voldoende capaciteit in de verschillende instellingen en door de capaciteit tijdig inzichtelijk te maken. Wanneer het beddenhuis beperkte capaciteit heeft, moet een patiënt soms in een ander ziekenhuis worden opgenomen.

5.6 Stops

Bij een piekdruk kan het zijn dat een ziekenhuis tijdelijk een stop afgeeft. Om meer inzicht te krijgen in de toegankelijkheid van spoedafdelingen in het ziekenhuis, hebben we stops die afgegeven worden door verschillende ziekenhuizen in Nederland bekeken, naast de zorgvraag en het zorgaanbod. Er zijn verschillende spoedafdelingen waarvoor een stop afgegeven kan worden: de seh, de CT trombolysie, de traumakamer/shockroom (SR), de eerste harthulp (ehh) of de hartbewaking (CCU). Een stop is voor de meldkamer een signaal dat op dat moment de afdeling ontlast moet worden en dat ambulances voor de betreffende patiëntengroep naar een ander ziekenhuis in de regio moeten rijden. In verschillende ROAZ-regio's zijn afspraken gemaakt dat er voor patiënten in een levensbedreigende situatie altijd plaats is. Voor patiënten die niet met de ambulance komen blijft de spoedafdeling toegankelijk.

De mogelijkheid een stop af te geven is voor het acute zorgnetwerk een instrument om de vraag naar acute ziekenhuiszorg te reguleren. De belasting op de verschillende spoedafdelingen binnen een regio kan met stops beter verdeeld worden. Zo kan de toegankelijkheid van de acute ziekenhuiszorg als geheel in stand blijven. De patiënt wordt mogelijk niet naar de dichtstbijzijnde spoedafdeling gebracht, maar naar een spoedafdeling waar de juiste zorg gegarandeerd en snel geleverd kan worden. Door een stop kan de druk op andere seh's in de regio toenemen.

Er zijn drie ROAZ-regio's waarin spoedafdelingen van de 25 ziekenhuizen een stop consequent registreren: SpoedZorgNet Noord-Holland/Flevoland en Netwerk Acute Zorg Noordwest en Traumazorgnetwerk Midden-Nederland. Deze laatste regio registreert niet door welke spoedafdeling de stop is afgegeven. Deze regio is daarom niet in alle analyses meegenomen. De overige regio's registreren stops nog niet consequent, gebruiken verschillende definities of hebben helemaal geen gegevens.

Hoeveel stops worden er afgegeven?

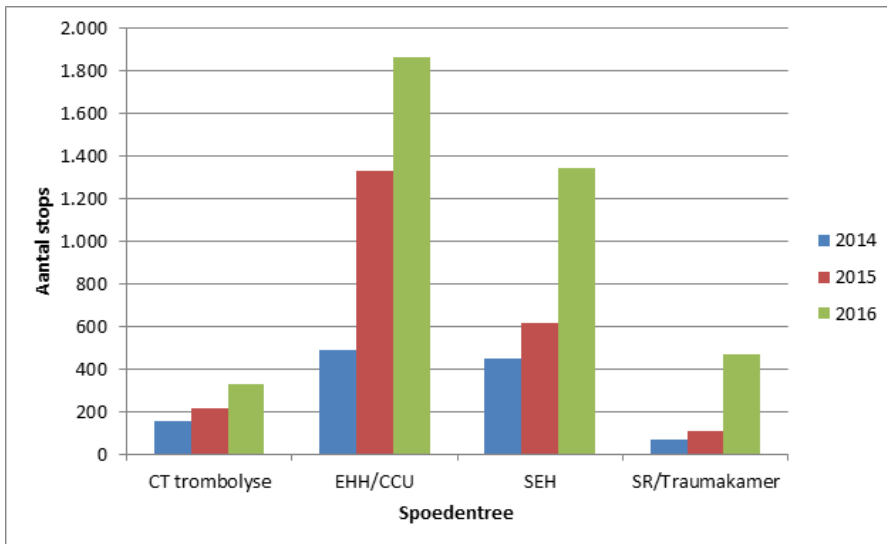
Het aantal stops in de bovengenoemde drie ROAZ-regio's is toegenomen met 76% van 2015 naar 2016. Deze toename is met name te zien in de regio's SpoedZorgNet Noord-Holland/Flevoland en Netwerk Acute Zorg Noordwest. Het aantal stops is vooral bij de ehh/hartbewaking en de seh toegenomen (figuur 5.11a). De toename komt deels doordat de registratie van stops nog maar sinds enkele jaren plaatsvindt. Een gedeelte van de toename is een effect van betere registratie. De verschillen tussen de ziekenhuizen zijn groot: er zijn ziekenhuizen die gemiddeld per dag twee tot drie stops afgeven voor één van de afdelingen en er zijn ziekenhuizen die (vrijwel) nooit een stop registreren.

De gemiddelde duur van stops (figuur 5.11b) is daarentegen afgenomen voor alle spoedafdelingen: bij de seh van bijna 3,5 uur gemiddeld in 2014 naar 2,5 uur in 2016 en bij de ehh/CCU van 5,5 uur in 2014 naar minder dan 4 uur in 2016.

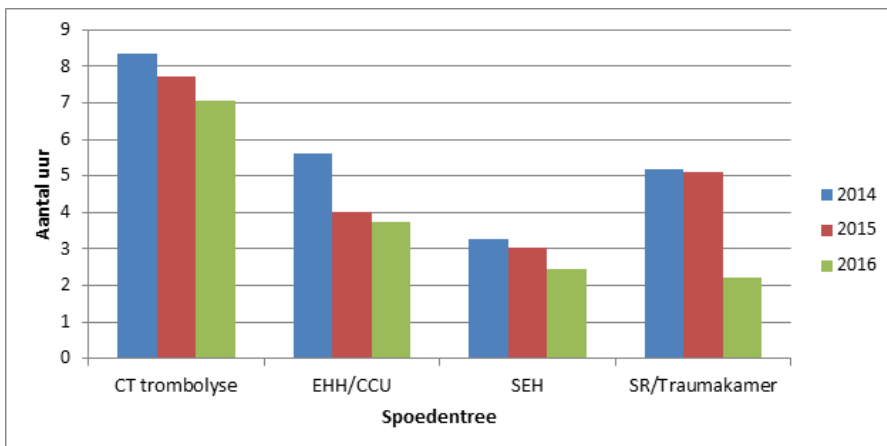
Per saldo is in de regio's SpoedZorgNet Noord-Holland/Flevoland en Netwerk Acute Zorg Noordwest het totaal aantal uren dat er in 2016 een stop gold voor alle spoedafdelingen gestegen ten opzichte van 2015. Voor de seh is de totale duur van stops gestegen met 75% naar 3300

uur in 2016. De totale duur van stops voor de ehh/CCU (figuur 5.11c) is in 2016 bijna 7000 uur in de regio's. Dit is 4% van de tijd (24/7) gemiddeld voor alle 19 ziekenhuizen in de twee regio's samen. Dit varieert van 21% van de tijd voor het ziekenhuis met de meeste stops tot ziekenhuizen die (vrijwel) nooit een stop registreren voor de ehh/CCU.

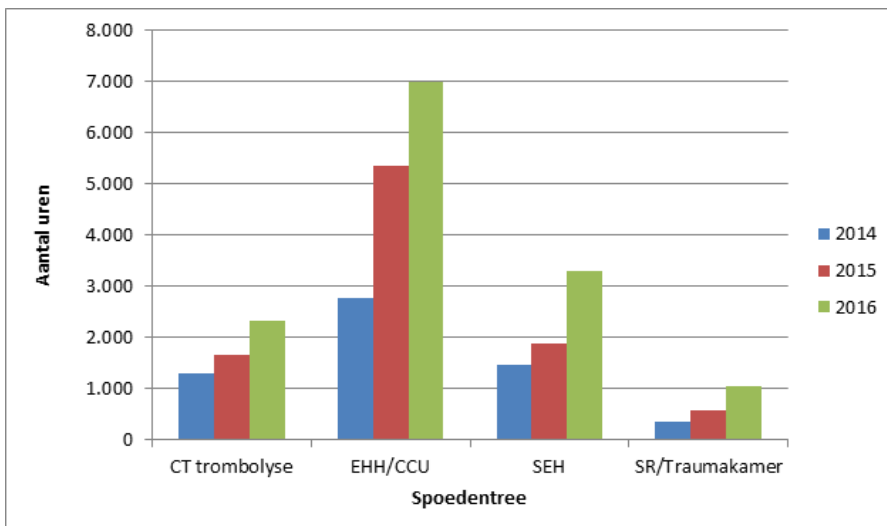
Figuur 5.11a Aantal stops per jaar in 2014-2016



Figuur 5.11b Gemiddelde duur stops in uren in 2014-2016



Figuur 5.11c Totale duur stops in uren in 2014-2016

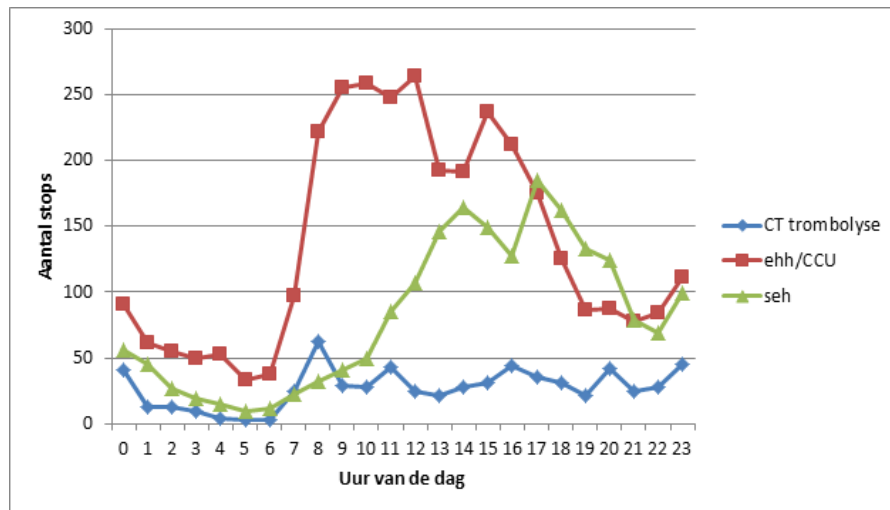


Bron: NZa

Wanneer worden stops afgegeven?

De meeste stops worden op maandag en dinsdag afgegeven. Dit patroon is van 2014 tot 2016 hetzelfde. In het weekend worden de minste stops afgegeven. De meeste stops op de seh worden overdag rond 17 uur afgegeven (figuur 5.12). Partijen hebben aangegeven dat dit (deels) komt doordat de huisarts gedurende het eind van de dag zijn visites gaat rijden en dan patiënten naar de seh doorverwijst of patiënten op dat moment als zelfverwijzer bij de seh terecht komen door beperkte beschikbaarheid van de huisarts. De meeste stops op de eerste harthulp (ehh) en hartbewaking zijn 's morgens en rond 15 uur.

Figuur 5.12 Aantal stops per tijdstip in de periode 2014-2016



Bron: NZa

Effect van stops op de toegankelijkheid

Wanneer een ziekenhuis een stop afgeeft voor de seh, vraagt het ziekenhuis aan de meldkamer om deze seh tijdelijk te ontzien. De meldkamer kan ambulances dan tijdelijk naar een ander ziekenhuis sturen.

Voor de regio Amsterdam zijn 23.084 spoedeisende inzetten in 2016 geanalyseerd. Hiervan vonden 4.448 inzetten (19%) plaats terwijl er een stop was afgegeven op één van de spoedentrees van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Hiervan gingen 1.198 inzetten (27%) naar een ander ziekenhuis dan de twee meest nabijgelegen ziekenhuizen. De stops kunnen hiervoor de reden zijn geweest, maar ook zijn medisch-inhoudelijke overwegingen en andere factoren niet uit te sluiten. Daarom is nagegaan wat de kans is dat een spoedeisende inzet eindigt bij een derde ziekenhuis als er geen stop was op één van de spoedentrees van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Deze kans is 16%. Dit betekent dat circa $11\% (27\% - 16\%) \times 4448 = 500$ extra inzetten eindigen bij een derde ziekenhuis waarbij het waarschijnlijk is dat dit komt door een stop bij het meest nabijgelegen ziekenhuis. Dit is 2% van het totaal aantal spoedeisende inzetten. In 2016 is het niet voorgekomen dat in alle Amsterdamse ziekenhuizen sprake was van een stop op de seh of ehk tijdens een spoedeisende inzet. Stops hebben hiermee een klein effect op de toegankelijkheid van acute medisch-specialistische zorg.

Wat zegt de sector?

Oorzaken van een stop zijn volgens ziekenhuispersoneel capaciteitstekort op een afdeling in het beddenhuis, op de spoedeisende hulp of andere spoedafdeling, en een tekort aan seh-verpleegkundigen.

5.7 Bevindingen

Het aantal behandelplekken en de personeelscapaciteit op seh's is de afgelopen jaren gestegen. Desondanks zijn volgens ziekenhuispersoneel de vacatures voor met name seh-verpleegkundigen lastig in te vullen.

Het aantal seh-bezoeken daalt licht. Het aandeel ouderen op de seh is toegenomen, meer dan we kunnen verklaren vanuit de demografische toename van het aantal ouderen.

Het aandeel patiënten dat in het ziekenhuis is opgenomen na een seh-bezoek is gestegen. Hierdoor neemt de acute patiëntenstroom richting het beddenhuis toe.

Het aandeel zelfverwijzers op de seh is afgenomen ten gunste van het aandeel dat door de hap naar de seh verwezen wordt. Dit wordt verklaard door een nauwere samenwerking tussen hap's en seh-afdelingen. Het aandeel zelfverwijzers is het laagst wanneer de hap zich vóór de seh bevindt.

De meeste seh-patiënten hebben urgentieniveau 3 (zorg binnen een aantal uur) of 4 (zorg binnen 24 uur). Tussen 2013 en 2016 is het aantal patiënten met urgentieniveau 3 het meest gestegen, terwijl die met urgentieniveau 4 het meest is gedaald.

Iets meer dan een kwart van de seh-patiënten komt meer dan één keer per jaar op de seh en is verantwoordelijk voor bijna de helft van de seh-bezoeken.

De doorlooptijd op de seh is licht gestegen. Het beleid om stops af te geven verschilt per ROAZ-regio en per ziekenhuis. In drie ROAZ-regio's (SpoedZorgNet Noord-Holland/Flevoland, Midden-Nederland, NAZ-Noordwest) worden stops consequent geregistreerd.

De totale duur van stops in deze regio's is sterk toegenomen van 2014 tot 2016, met name bij de ehh/hartbewaking en bij de seh. Een deel van deze toename komt door een betere registratie. Door uitwijkmogelijkheden naar andere nabijgelegen ziekenhuizen hebben stops weinig effect op de toegankelijkheid van de acute medisch-specialistische zorg.

6. Eerstelijnsverblijf

6.1 Aanbodzijde

In 2016 hebben 1401 aanbieders eerstelijnsverblijf geleverd (NB: het gaat hier om unieke agb-codes; mogelijk behoren meer agb-codes tot dezelfde zorginstelling). Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal beschikbare eerstelijnsbedden.

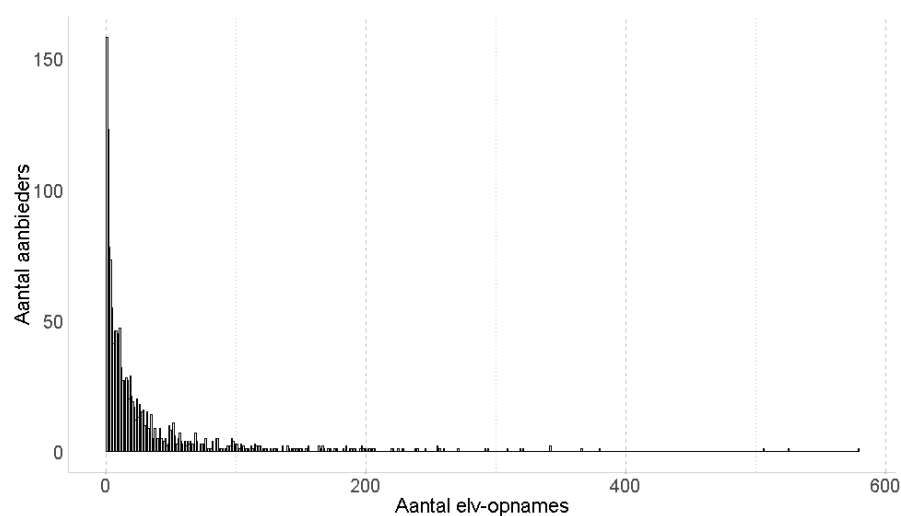
Tabel 6.1 Aantal opnames elv per aanbieder per ROAZ-regio 2016

ROAZ-regio	gemiddeld aantal opnames per aanbieder
Euregio	16
Zwolle	11
Limburg	12
SpoedZorgNet Noord-Holland / Flevoland	13
Midden Nederland	8
Oost	11
Noord Nederland	14
West	14
Noordwest	14
Zuidwest	19
Brabant	13

Bron: Vektis

Het gemiddeld aantal opnames per aanbieder varieert van 8 tot 19 per regio in 2016. Er zijn veel aanbieders die maar één of enkele patiënten per jaar opnemen (figuur 6.1).

Figuur 6.1 Aantal elv-patiënten per aanbieder in 2016



Bron: Vektis

6.2 Vraagzijde

Aantal patiënten, verblijfsdagen en ligduur

Ten opzichte van 2015 is in 2016 het aantal patiënten dat gebruik heeft gemaakt van elv met 29% toegenomen van 20.820 naar 26.940. Deze stijging is hoger dan de stijging van het aantal 65-plussers: dit aantal steeg met 17,7% van de totale bevolking in 2015 en 18,2% in 2016.

Het aantal patiënten en het aantal elv-verblijfsdagen stijgt binnen alle drie de prestaties (tabellen 6.2 en 6.3). Elv intensief neemt tussen 2015 en 2016 het sterkst toe met 48% meer patiënten. Bij elv basis en elv palliatief is deze toename 15% respectievelijk 14%. Tegelijk daalt de opnameduur voor alle drie de prestaties (tabel 6.4). Het totaal aantal patiënten is niet gelijk aan de som van het aantal patiënten per type prestatie in tabel 6.2, omdat patiënten twee verschillende prestaties kunnen hebben in een jaar.

Tabel 6.2 Aantal patiënten elv per prestatie, 2015-2016

	2015	2016
Basis	6.215	7.123
Intensief	10.241	15.108
Palliatief	4.805	5.477
Totaal	20.820	26.940

Bron: Vektis

Tabel 6.3 Totaal aantal verblijfsdagen elv per prestatie, 2015-2016

	2015	2016
Basis	274.346	300.130
Intensief	506.191	724.334
Palliatief	134.582	157.316
Eindtotaal	915.119	1.181.780

Bron: Vektis

Tabel 6.4 Gemiddelde verblijfsduur elv in dagen per prestatie per opnamejaar

	2015	2016
Basis	46	40
Intensief	53	45
Palliatief	33	29
Eindtotaal	47	41

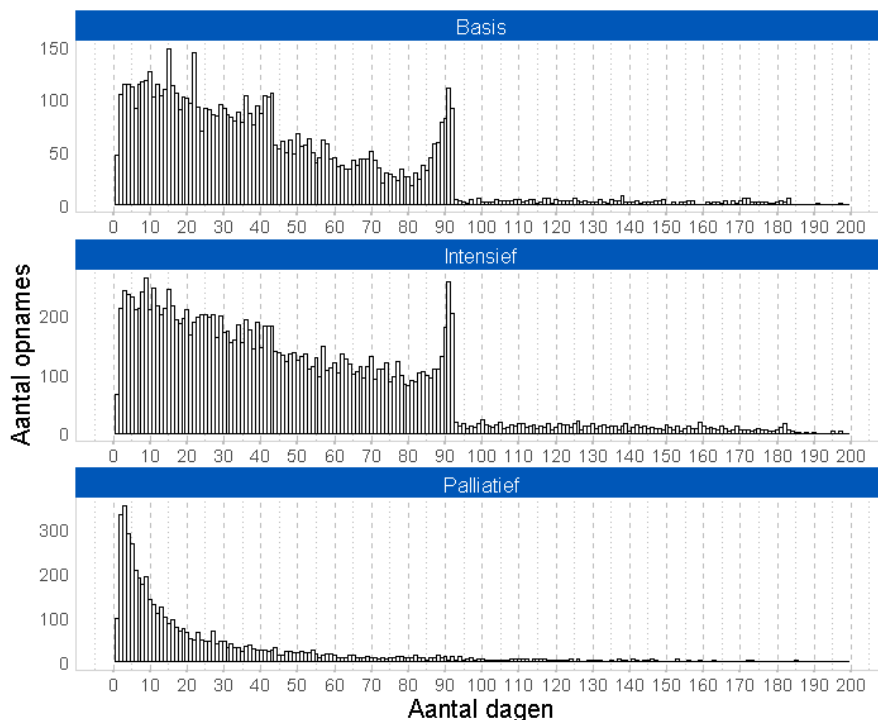
Bron: Vektis

Ongeveer een kwart van de elv-patiënten in 2016 maakte 2 weken of korter aanspraak op elv. 14% van de patiënten verblijft korter dan een week. Elv palliatief laat een andere verdeling van de verblijfsduur zien. Dit past ook bij de aard van deze zorg.

De afkapgrens bij 90 dagen elv komt doordat een indicatie voor basis of intensief elv (afgegeven door het CIZ) 90 dagen geldig is. Een klein deel van de patiënten kreeg vervolgens een herindicatie.

Elv onderdeel van de Zvw vanaf 2017
 Vanaf 2017 is geen indicatie van het CIZ meer nodig. De indicatie en verwijzing naar het elv wordt per 2017 gesteld door de (behandelend) (huis)arts, in overeenstemming met het afwegingsinstrument van Verenso. De meeste zorgverzekeraars stellen een initiële grens aan de opnameduur en stellen aan de zorgaanbieder een toestemmingsvereiste als de patiënt deze opnameduur overschrijdt. De termijnen verschillen per zorgverzekeraar.

Figuur 6.2 Aantal elv-opnames naar verblijfsduur in 2016

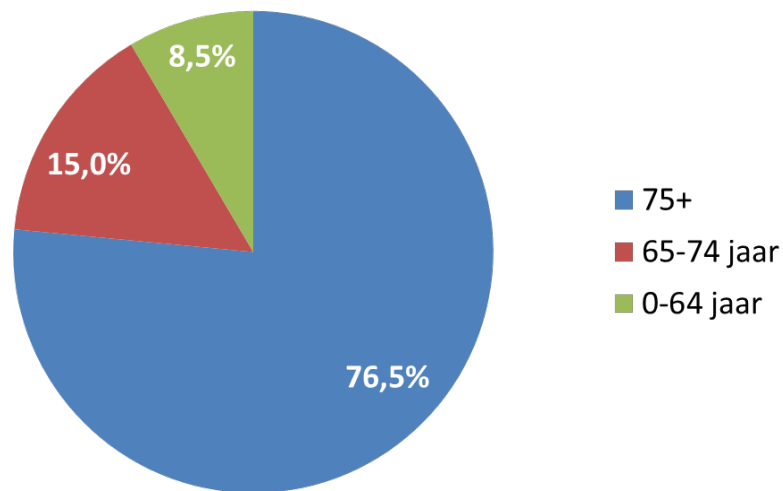


Bron: Vektis

Patiëntenkenmerken

Eerstelijnsbedden zijn beschikbaar voor iedereen, maar met name ouderen gebruiken ze. In 2016 was ruim 76% van de patiënten 75 jaar of ouder (figuur 6.3).

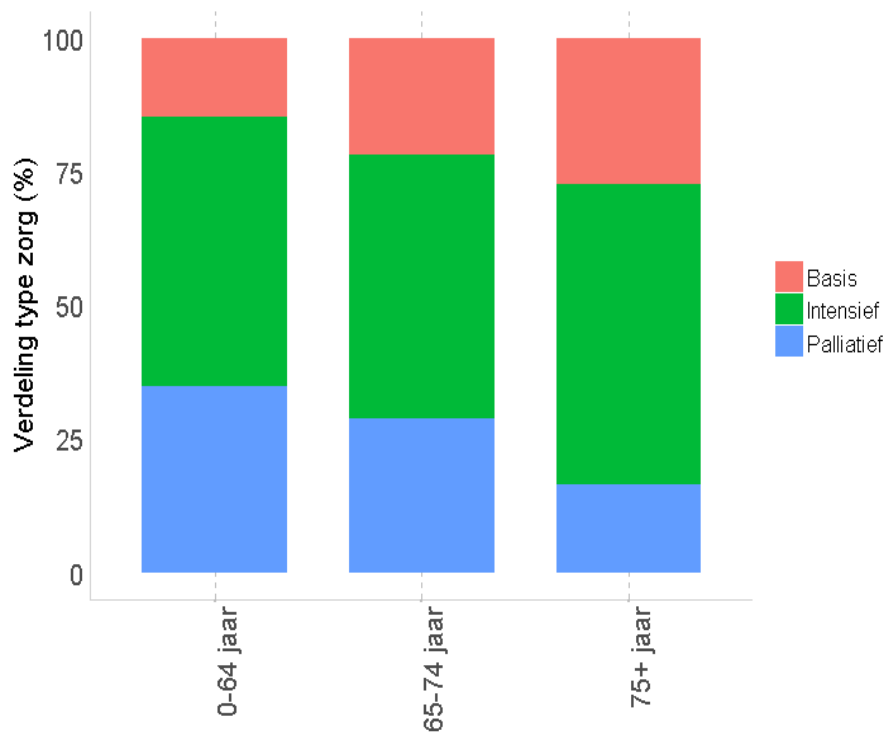
Figuur 6.3 Verdeling van opnamen elv naar leeftijd in 2016



Bron: Vektis

Elv-intensief wordt door alle leeftijdsgroepen het meeste gebruikt. Bij de groep ouderen van 75+ is het aandeel elv intensief het grootst (56%), zoals te zien is in figuur 6.4.

Figuur 6.4 Verdeling type elv zorg naar leeftijd



Bron: Vektis

6.3 Instroom

Data

De analyses van instroom gaan over de eerste helft van 2016, omdat de gegevens over medisch-specialistische zorg in de tweede helft van 2016 niet compleet zijn.

Instroommogelijkheden

De instroom naar het elv kan op verschillende manieren plaatsvinden. Instroom kan zowel vanuit de thuissituatie ('het gaat thuis niet meer') als vanuit het ziekenhuis ('het gaat thuis nog niet') plaatsvinden. Een opname kan acuut en gepland zijn.

We onderscheiden 4 belangrijke instroomroutes richting elv, namelijk:

1. Elv: patiënten die geen ziekenhuiszorg hadden direct voorafgaand aan de elv-opname.
2. Seh – KO (klinische opname) – elv: patiënten die via de seh op een klinische afdeling van het ziekenhuis zijn opgenomen en daarna zijn doorgestroomd naar een elv.
3. KO – elv: patiënten die na een klinische opname zonder voorafgaand seh-bezoek zijn doorgestroomd naar een elv.
4. Seh – elv: patiënten die na een seh bezoek en zonder klinische opname direct zijn doorgestroomd naar een elv.

Bij type 1 en 4 gaan we er vanuit dat er in de meeste gevallen sprake is van een acute verslechtering van de gezondheid van de patiënt. Bij type 3 is vaak sprake van verder herstel na een ziekenhuisopname en is opname in elv min of meer gepland. Instroomtype 2 is een mengvorm. Het kan zijn dat na het seh-bezoek een klinische opname aangewezen is. Het kan ook zijn dat de klinische opname (deels) dient ter overbrugging naar elv als er geen medische noodzaak is om de patiënt in het ziekenhuis te houden. Dit kan een aanwijzing zijn voor onvoldoende (inzicht in) beschikbare eerstelijnsbedden. Omdat voor patiënten die vanuit het ziekenhuis moeten uitstromen naar elv geen 'verkeerd bed' kan worden gedeclareerd, is hier vanuit de data geen zicht op.

Instroom van patiënten

Bij de meeste opnames (52,0%) worden patiënten rechtstreeks vanuit huis in het elv opgenomen, waarschijnlijk via de huisarts (tabel 6.5). Daarnaast stroomt 41,1% van de patiënten na een klinische opname door naar het elv, al dan niet via een seh-bezoek.

De overige 6,9% gaat van de seh rechtstreeks naar elv. Het kan zijn dat patiënten eerst op de seh terecht komen omdat ze hier uit zichzelf naartoe gaan. Het kan ook zo zijn dat de verwijzende arts medisch-specialistische zorg wil uitsluiten. Het kan ook voorkomen dat er geen elv-bed beschikbaar was, of dat de betreffende arts niet wist of en waar elv-bedden beschikbaar waren. Een andere mogelijkheid is dat het ging om een opname tijdens anw-uren en de betreffende elv-instelling geen mogelijkheid had voor opname tijdens deze anw-uren.

Tabel 6.5 Aantal elv-opnames en aantal elv-patiënten per instroommogelijkheid, eerste halfjaar 2016

	Aantal opnames	Aantal patiënten
elv	6.491 (52,0%)	6.225 (51,3%)
seh-KO-elv	3.780 (30,3%)	3.725 (30,7%)
KO-elv	1.351 (10,8%)	1.332 (11,9%)
seh - elv	865 (6,9%)	857 (7,1%)
Eindtotaal	12.487 (100%)	12.139 (100%)

Bron: Vektis

De gemiddelde ligduur in het elv verschilt weinig tussen de verschillende typen instroompatiënten (tabel 6.6).

Tabel 6.6 Gemiddelde ligduur per instroomtype

	aantal dagen elv	aantal dagen msz*
elv	42	0
seh-KO-elv	44	14
KO-elv	39	15
seh - elv	42	0

* voorafgaand aan elv opname

Bron: Vektis

Zorgvragen

Tabel 6.7 laat de procentuele verdeling in zorgvragen per instroommogelijkheid zien, afgeleid van de dbc van het ziekenhuisbezoek. Voor patiënten die direct instroom naar elv is deze informatie niet beschikbaar, omdat deze patiënten niet in het ziekenhuis zijn geweest en er geen dbc is gedeclareerd.

Tabel 6.7 Percentage zorgvragen per instroommogelijkheid van elv-patiënten die vanuit het ziekenhuis naar een elv zijn ontslagen

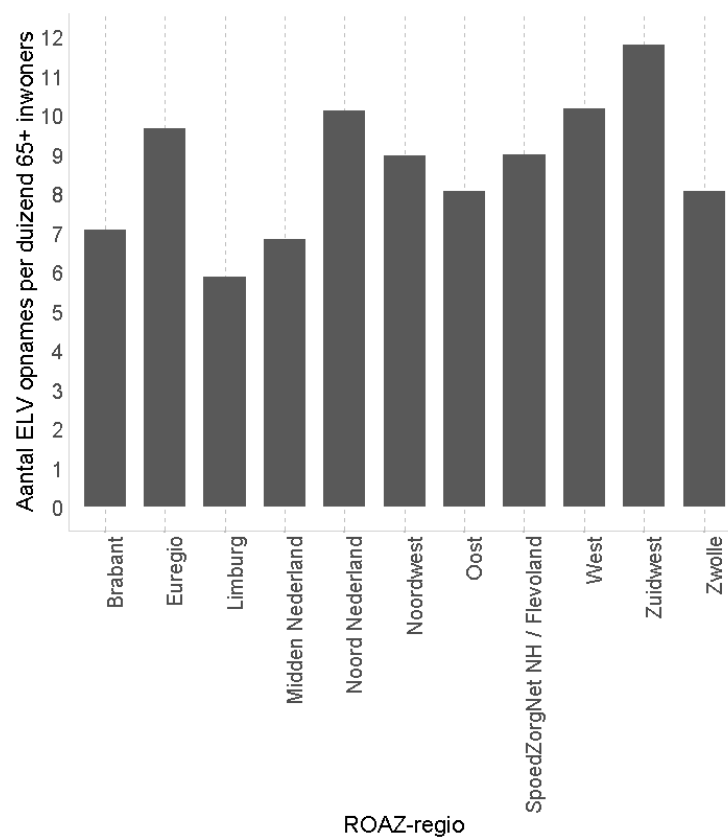
Hoofdgroep	seh.KO.elv	KO.elv	seh.elv
Letsel	26,0%	14,6%	73,6%
Hart vaatstelsel	16,3%	16,0%	4,8%
Nieuwvormingen	12,7%	22,5%	1,3%
Overig, niet toewijsbaar	10,5%	7,6%	7,1%
Ademhalingswegen	9,5%	5,5%	1,1%
Spijsverteringsstelsel	6,6%	4,9%	0,9%
Urogenitaal systeem	4,6%	3,1%	1,5%
Infectieziekten	3,0%	1,8%	0,1%
Zenuwstelsel en zintuigen	2,7%	2,0%	2,3%
Bewegingsapparaat	2,2%	16,8%	3,9%
Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	1,9%	1,7%	0,7%
Psychische stoornissen	1,8%	1,7%	2,0%
Huid en subcutis	1,4%	1,2%	0,4%
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	0,7%	0,4%	0,2%

Meer dan 70% van de patiënten die vanuit de seh rechtstreeks naar elv doorstromen, behoort tot de patiëntengroep letsel. Bij de patiënten die na een seh-bezoek nog klinisch worden opgenomen, is dit percentage een stuk lager (26,0%), maar ook binnen deze groep is letsel de belangrijkste reden voor opname. De groep patiënten die niet langs de seh is geweest, kent een heel andere verdeling en heeft relatief vaak klachten van het bewegingsapparaat (16,8% tegenover 2,2% en 3,9%) en nieuwvormingen (22,5% tegenover 12,7% en 1,3%). Dit gaat vooral om patiënten met artrose.

Elv-opnames per ROAZ-regio

Figuur 6.5 geeft het aantal opnames elv in 2016 voor de verschillende ROAZ-regio's weer per duizend 65+ inwoners. Het aantal elv-opnames per duizend 65+ inwoners varieert sterk tussen de verschillende regio's. Te zien is dat in regio Zuidwest bijna twee keer zoveel opnames elv per 65+ inwoner plaatsvinden dan in Limburg. Er zijn veel factoren die deze verschillen kunnen verklaren, zoals verschillen in gezondheid, gebruik van institutionele zorg, stedelijkheid en cultuur.

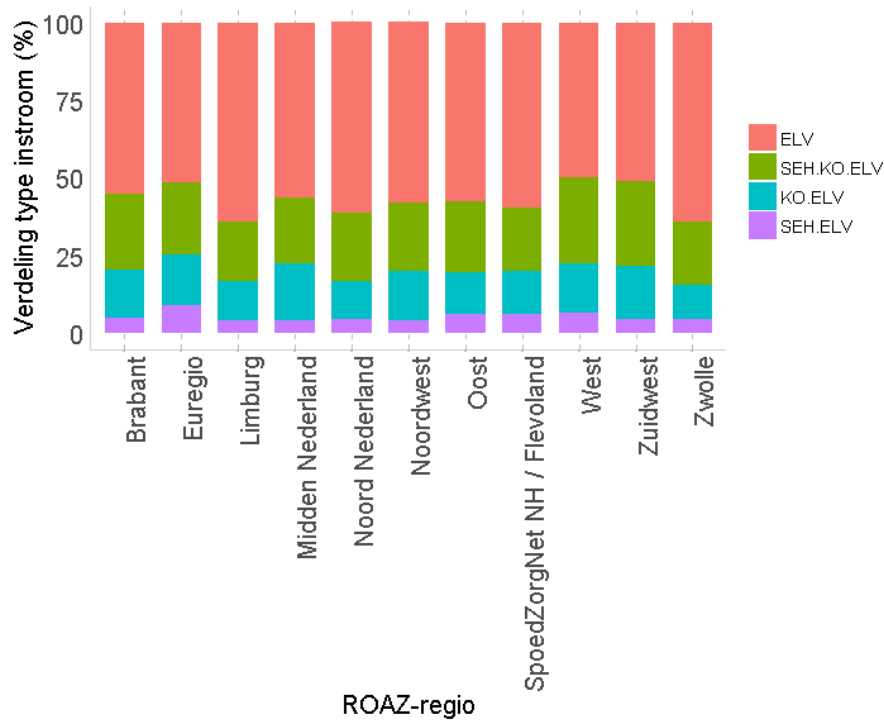
Figuur 6.5 Aantal elv-opnames per 1000 inwoners van 65 jaar en ouder



Bron: Vektis

Figuur 6.6 geeft op regionaal niveau de verdeling van het type instroompatiënten over 2016 weer. De directe instroom naar een elv vanuit de huisarts is het grootst in de ROAZ-regio Zwolle. In de ROAZ-regio Euregio stromen naar verhouding de meeste patiënten vanuit de seh rechtstreeks door naar een elv.

Figuur 6.6 Verdeling type instroom in een elv per ROAZ-regio



Bron: Vektis

6.4 Ervaringen ketenpartners met het elv

Volgende eerstelijnsbedden ingekocht

[Zorgaanbieders](#) geven aan dat er schaarste in elv bedden is. Een deel van deze (ervaren) schaarste komt mogelijk voort uit het ontbreken van informatie over de beschikbare capaciteit in de regio. Uit gesprekken met verzekeraars blijkt dat zij geen knelpunten constateren met betrekking tot de beschikbare capaciteit eerstelijnsverblijf en extra inkopen indien het omzetplafond bereikt wordt.

Verschillen in procedures en vereisten eerstelijnsbedden

Uit gesprekken met zorgverzekeraars blijkt dat de inhoudelijke en procedurele afspraken over het benutten van eerstelijnsbedden verschillen tussen zorgverzekeraars (Bijlage 3; NZa-factsheet eerstelijnsverblijf). We constateren dat de regelgeving hiervoor ruimte biedt, maar dat deze verschillen leiden tot administratieve druk.

Wat zegt de sector?*Samenwerking elv binnen de keten acute zorg*

Ongeveer de helft van de zorgaanbieders in de acute zorg geeft aan dat de samenwerking met aanbieders van elv slecht tot zeer slecht verloopt. Daarnaast geeft ruim 20% aan dat er zelfs helemaal geen samenwerking is. Personeel op de klinische afdelingen in het ziekenhuis waardeert de samenwerking het meest: 36% beoordeelt haar als goed.

Doorverwijzing naar elv

Bijna alle huisartsen (97%) kennen het aanbod van eerstelijnsverblijf, maar dit geldt vaak niet voor ziekenhuispersoneel, zowel op de seh als op de klinische afdelingen (47% en 35%). Toch verwijst maar 62% van de huisartsen patiënten door naar elv. Bij de seh's verwijst 50% door naar elv en bij de overige ziekenhuisafdelingen 40%. De meest genoemde reden om niet door te verwijzen is dat men niet weet welke instellingen elv aanbieden en/of waar ruimte is. 42% geeft aan dat er geen elv-instellingen in de buurt zijn.

Andere redenen die nog genoemd zijn: de aanvraag is een te bureaucratisch proces, het gebrek aan een centraal coördinerend aanmeldpunt, geen toegankelijkheid bij spoed (geen bedden of niet bereikbaar) of patiënten komen er niet voor in aanmerking.

Overzicht van het elv-aanbod

Een knelpunt is het gebrek aan overzicht welke instellingen in de regio eerstelijnsbedden aanbieden. Zowel huisartsenpraktijken (74%), huisartsenposten (94%) als ziekenhuizen (80%) hebben dit overzicht vaak niet. Aanbieders die wel zicht hebben op het aanbod, krijgen dit vaak via een centraal telefoonnummer of ze hebben zelf een overzicht opgesteld. Minder vaak verkrijgen ze informatie via een centrale website, de specialist ouderengeneeskunde, het transferbureau in het ziekenhuis of een app.

24/7

Meer dan de helft van de respondenten weet niet of er in de regio een mogelijkheid bestaat om iemand 24/7 op een elv bed op te nemen. 60% van de huisartsen, 41% van de seh's en 39% van de overige afdelingen geeft aan dit wel te weten.

Bijna alle aanbieders (87%) vinden de 24/7-opnamemogelijkheid noodzakelijk om patiënten op de juiste plaats te behandelen. Een genoemde reden is dat steeds meer ouderen langer thuis wonen. De thuissituatie kan dan acuut ontoereikend worden, waardoor er behoefte is aan een plek tussen thuis en het ziekenhuis, vaak buiten kantooruren. Als elv niet (24/7) beschikbaar is, wordt het ziekenhuis onnodig belast met patiënten die daar niet thuishoren en kan er verstopping ontstaan. Juist dan stagneert de keten. Dit zorgt voor een trage doorstroming op de seh, het afgeven van stops en overplaatsingen naar andere ziekenhuizen. Opname in elv is kostenefficiënter en voor patiënten vaak prettiger.

Het overige deel van de aanbieders (13%) vindt niet dat opname in elv 24/7 mogelijk moet zijn. Zij geven aan dat elv geen plek is voor spoedzorg, maar meer voor continue zorg, dichtbij de huisarts. Niet spoedeisende zorgproblemen kunnen tijdens kantoor tijden behandeld worden, mits er dan wel voldoende bedden beschikbaar zijn en de samenwerking goed verloopt.

6.5 Bevindingen

Het gebruik van elv neemt toe sinds de invoering in 2015. Tegelijk daalt het gemiddelde aantal elv-verblijfsdagen per patiënt.

Elv wordt vooral gebruikt door ouderen: ruim 76% is 75 jaar of ouder in 2016.

Ruim de helft van de elv-patiënten wordt door de huisarts doorverwezen en komt zo rechtstreeks vanuit huis in een elv-instelling. Ongeveer een derde stroomt in vanuit de seh, direct of met een tussentijdse ziekenhuisopname.

De huisartsen die onze enquête hebben ingevuld, zijn bijna allemaal bekend met het elv. Ziekenhuispersoneel kent het begrip elv vaak niet.

Er is geen informatie over het aantal beschikbare elv-bedden. De NZa gaat na hoe hier inzicht in verkregen kan worden.

Niet doorverwijzen naar elv komt naar eigen zeggen vooral doordat huisartsen en ziekenhuizen geen real-time inzicht hebben in de instellingen die in de regio elv aanbieden en in de beschikbaarheid van elv-bedden.

Er zijn geen signalen dat er onvoldoende elv-capaciteit is ingekocht door zorgverzekeraars. Er zijn wel signalen dat eerstelijnsbedden worden benut voor patiënten die wachten op een Wlz-indicatie en voor patiënten die in aanmerking komen voor respijtzorg op grond van de Wmo.

7. Conclusies en aanbevelingen

7.1 Conclusies

Acute zorg is voldoende toegankelijk; samenwerking en coördinatie zijn nodig

De toegenomen druk op de acute zorg laat regionaal verschillen zien, komt vooral doordeweeks voor in de middag en kan lokaal de toegankelijkheid tijdelijk beperken. De toegankelijkheid van de acute zorg als geheel en het belang van patiënten zijn nu niet in gevaar. Er zijn namelijk voldoende uitwijkmogelijkheden bij andere aanbieders van acute zorg in de regio. Ook is de zorgplicht niet in het geding. Als er niets gebeurt kan dit echter veranderen. Er zijn maatregelen nodig op korte en langere termijn om de samenwerking en coördinatie tussen acute zorgaanbieders te verbeteren. Zij moeten ervoor zorgen dat patiënten tijdig de juiste zorg op de juiste plaats krijgen.

De toegankelijkheid van de acute zorg wordt versterkt als het actieplan acute zorg van het Ministerie van VWS de aanbevelingen in deze marktscan meeneemt. De NZa vindt dat naast toegankelijkheid ook de kwaliteit van de acute zorg goed in orde moet zijn. Kwaliteit en toegankelijkheid gaan hand in hand. Daarom vinden wij het belangrijk om bij het afspreken van acties voor de toegankelijkheid ook de kwaliteit te betrekken. Om dit te bereiken is het Kwaliteitskader Spoedzorgketen van belang. De NZa kan vervolgens beoordelen of de doelmatigheid van de acute zorg wordt bevorderd. Wij zullen in gesprek blijven met het Ministerie, onze partnerinstituten en met het veld over onze aanbevelingen.

Daar waar NZa-beleidsregels oplossingen in de weg staan is de NZa bereid om deze aan te passen.

Groeiende druk op de acute zorg tijdens piekmomenten

- Groei van het aantal patiënten vooral bij de hap en spoedeisende ambulancezorg in de periode 2013-2016.
- De piekdruk is vooral op doordeweekse dagen in de middag.
- De leeftijd van patiënten en de gemiddelde doorlooptijd van patiënten op de seh nemen toe.
- Gebrek aan real-time informatie over de beschikbaarheid van vervolgzorg belemmert de uitstroom van oudere patiënten uit het ziekenhuis.

Er is een toenemend aantal patiënten dat acute zorg gebruikt, vooral bij de hap en de spoedeisende ambulancezorg. Het gebruik van acute zorg vertoont daarbij pieken en dalen, terwijl de capaciteit maar beperkt mee kan bewegen. Er is een verloop over de dag, over de week, en over de seizoenen, die de toegankelijkheid lokaal tijdelijk kan belemmeren. De piekdruk op het netwerk van acute zorg doet zich vooral voor in de middag op de doordeweekse dagen. Huisartsen geven aan dat de piekdruk vooral tussen 15.00 en 18.00 uur ligt. Bij de ambulancediensten zit de piek aan spoedeisende inzetten tussen 11.00 en 17.00 uur. De drukte op de seh begint vooral in de middag en loopt door tot in de avonduren. Deze piekmomenten hangen met elkaar samen. Verder is sprake van seizoenseffecten: in het winterseizoen doen meer patiënten vanwege problemen met de luchtwegen (griep) een beroep op de seh.

Er wordt gesproken over een stijgend aantal ouderen in de acute zorg en een mede daardoor toegenomen zorgzwaarte. Met de beschikbare gegevens is de zorgzwaarte van patiënten, de extra inspanningen om een patiënt te helpen, echter niet goed vast te stellen. De langer wordende doorlooptijd op de seh kan een indicatie zijn voor toenemende zorgzwaarte, maar deze kan ook andere oorzaken hebben. Wel zien we dat ouderen niet alleen andere gezondheidsproblemen hebben, maar vaak ook meerdere gezondheidsproblemen tegelijk. Zij hebben een hogere kans om opgenomen te worden en zijn vaker aangewezen op vervolgzorg thuis of in een instelling. Bij onvoldoende capaciteit aan vervolgzorg binnen of buiten het ziekenhuis, of door informatie- en coördinatieproblemen om dit te realiseren kan de seh extra belast worden.

Het gebruik van de hap stijgt bij alle leeftijden. Opvallend is dat bij personen van 75 jaar en ouder sprake is van een lichte daling in het gebruik van de hap en de seh in 2016.

De ontwikkeling van het beroep op de acute zorg en de capaciteit ervan verschilt regionaal. Een stijgend gebruik van de hap doet zich in het bijzonder voor in de ROAZ-regio's Noordwest, West en Midden-Nederland. Van spoedeisende ambulancezorg stijgt het gebruik in Brabant, Noord Nederland en Noordwest, en van de seh in de regio's Oost, Noord Nederland en Brabant. Er zijn dus geen regio's waar het gebruik in alle schakels van de acute zorg tegelijk sterk stijgt.

Toenemende druk op onderdelen van de acute zorg leidt niet tot wachttijden voor patiënten met een acute zorgvraag

- De ontwikkeling van de zorgvraag en het zorgaanbod in de acute zorg levert geen aanwijzingen voor knelpunten in de toegankelijkheid van de acute zorg.
- De responstijden in de spoedeisende ambulancezorg nemen niet toe.
- Het aantal stops op seh's neemt toe. Dit varieert lokaal sterk, en is deels een registratie-effect.
- De toegang tot acute zorg voor patiënten is niet in gevaar omdat er voldoende alternatieve zorgaanbieders zijn.

De beschikbare cijfers over vraag en aanbod van acute zorg laten niet zien dat patiënten met acute zorgvragen onvoldoende toegang hebben tot acute zorg. De totale hoeveelheid personeel in de huisartsenzorg is met 25% toegenomen. De capaciteit van de ambulancezorg is minder toegenomen dan de vraag, terwijl de gemiddelde responstijd en overschrijdingen van de normtijden bij spoedeisende ambulance-inzetten niet zijn toegenomen. De totale seh-capaciteit (behandelplekken) is toegenomen, ondanks dat tussen 2013 en 2016 enkele seh-locaties zijn gesloten.

Er zijn slechts twee indicatoren die op een cijfermatige manier inzicht geven in eventuele belemmeringen van de toegankelijkheid van de acute zorg, namelijk stops op de spoedentrees in ziekenhuizen en de responstijd van spoedeisende ambulance-inzetten. Het fenomeen zelfverwijzers op de seh is niet één-op-één te vertalen in een ontoegankelijke acute eerstelijnszorg. Wel is het een indicator dat patiënten mogelijk op een te dure plek worden behandeld.

Dat er stops zijn, is sterk regionaal bepaald door verschillen in beleid en registratiepraktijk. In drie ROAZ-regio's worden stops op een eenduidige manier geregistreerd: SpoedZorgNet Noord-Holland/Flevoland, Midden-Nederland, en Noordwest. In deze regio's is een sterke toename te zien

in het aantal en de totale duur van stops op de seh en de ehh. Dit komt deels door een betere registratie. Stops laten een consistent beeld zien met een piekdrukke in de middag op doordeweekse dagen. Verder verschilt het aantal stops dat voorkomt sterk per ziekenhuis en per seizoen (meer in de wintermaanden). Voor andere regio's bestaan in verband met de registratiepraktijk geen eenduidige cijfers over stops. Er zijn ook regio's die als beleid hebben dat er nooit een stop wordt afgegeven. De betekenis van stops is hierdoor regionaal verschillend.

Het afgeven van stops door de seh, ehh of andere spoedentree heeft een klein effect op de toegankelijkheid van medisch-specialistische zorg. Voor patiënten zijn er doorgaans voldoende alternatieven bij nabijgelegen ziekenhuizen. Patiënten die niet per ambulance op de seh of ehh komen, worden tijdens een stop wel toegelaten, evenals patiënten in een levensbedreigende situatie.

Om inhoudelijke redenen zijn beide indicatoren – stops en de responstijd – een beperkte graadmeter voor de toegankelijkheid van de acute zorg vanuit patiëntperspectief. De responstijd is een norm die gebruikt wordt voor de spreiding van ambulancestandplaatsen. Over de toegankelijkheid of kwaliteit van ambulancezorg geeft dit beperkte informatie, omdat de responstijd niet gespecificeerd is per patiëntgroep. Een stop is een signaal voor de ambulancedienst om (tijdelijk) naar een ander ziekenhuis uit te wijken met patiënten die niet in levensgevaar zijn. Het afgeven van een stop is dus mede bedoeld om de doorstroom te bevorderen.

De acute zorg functioneert als netwerk waarbij afzonderlijke onderdelen knelpunten van elkaar opvangen

- Er is met beschikbare gegevens beperkt inzicht mogelijk in het functioneren van de acute zorg als netwerk.
- Er zijn aanwijzingen dat piekmomenten bij verschillende onderdelen op andere plekken in het netwerk worden opgevangen.
- Er lijkt te weinig afstemming tussen deze onderdelen.
- Samenwerking tussen hap en seh biedt mogelijkheden voor een betere regulering van de instroom op de seh.

Vanuit patiënten gezien is toegang tot de acute zorg als netwerk van belang, en niet alleen de toegang tot de afzonderlijke schakels of zorgaanbieders. Patiënten moeten tijdig toegang hebben tot de juiste zorg op de juiste plaats, zonder onnodig hoge kosten te maken. Als zich ergens in de acute zorg knelpunten voordoen gaat het erom dat ze op andere plekken kunnen worden opgevangen. Hiermee blijft de toegankelijkheid van de acute zorg in stand, maar verplaatst de instroom van patiënten zich tussen de schakels van het netwerk. Daar staat tegenover dat knelpunten ook tot een domino-effect kunnen leiden als de druk op andere plekken al hoog is. De beschikbare cijfers geven weinig inzicht in het functioneren van de acute zorg als netwerk.

Verwijzingen door de hap naar de seh nemen toe bij alle urgentieniveaus. Uit de cijfers blijkt echter niet of dit is om medisch-inhoudelijke redenen, vanwege beleid om het aantal zelfverwijzers op de seh te verminderen, of om drukke bij de hap op te vangen. Twee zaken onderstrepen het laatste: het percentage verwijzingen stijgt ook bij contacten met een lage urgentie en een aantal huisartsen en hap's zegt dat de toename in patiënten lastig te hanteren is. Samenwerking tussen hap en seh heeft zichtbare impact op de aanloop van zelfverwijzers op de seh: er zijn minder zelfverwijzers als de hap zich vóór de seh bevindt.

In de spoedeisende ambulancezorg is de piekdrukke van 11.00 tot 17.00 uur en op de seh is dit in de loop van de middag tot in de avond. We

kunnen in de cijfers niet terugzien of dit komt doordat bijvoorbeeld de huisartsenzorg onvoldoende toegankelijk is. De piekdrukke in de spoedeisende ambulancezorg komt mede door meer spoedeisende ambulance-inzetten waarbij ter plekke hulp wordt verleend zonder dat patiëntenvervoer nodig is. De oorzaak kan volgens ambulancepersoneel ook liggen in de triage door de meldkamer. Op de seh is sprake van een aanzienlijk aantal patiënten met een lage urgentie en een (dalend) aantal zelfverwijzers. Hiervoor kunnen ook andere redenen zijn dan onbereikbaarheid van de huisarts.

In de ANW-uren neemt het aantal visites door hap-personeel af. Een reden kan zijn dat de wijkverpleging of de ambulancezorg deze visites overneemt, maar dit is onbekend.

Toegenomen druk op de acute zorg en eventuele beperkingen in toegankelijkheid zijn niet aan één oorzaak toe te schrijven

- Een combinatie van onderliggende factoren zorgt voor toegenomen druk op de acute zorg.
- Intern: gebrek aan inzicht in en regulering tussen de onderdelen van het acute zorgnetwerk, onvoldoende doorstroom naar vervolgzorg, hogere urgentiebepaling, personeelsproblematiek.
- Extern: groeiend aantal ouderen, ouderen wonen langer zelfstandig, mensen weten hap beter te vinden, huisarts onvoldoende bekend als spoedzorgverlener.

De toegenomen druk op de acute zorg hangt samen met een combinatie van onderliggende factoren. Er is niet één dominante oorzaak zoals de toename van het aantal ouderen. De mogelijke oorzaken komen vooral uit kwalitatieve informatie. Zonder goede cijfers zijn deze uiterst lastig te kwantificeren. Hier volgen de factoren die mogelijk een rol spelen.

Interne factoren: oorzaken binnen het acute zorgnetwerk

Het gaat hier ten eerste om mogelijke domino-effecten tussen onderdelen in de acute zorg. Deels is hierboven al op ingegaan. De piekdrukke op de seh kan te maken hebben met onvoldoende toegankelijkheid van reguliere huisartsenzorg overdag, en door meer verwijzingen van hap naar de seh in de ANW-uren. Onduidelijk is of dit komt door onvoldoende capaciteit bij de hap of door bijvoorbeeld betere triage. Visites door huisartsen, vaak in de middag, kunnen zorgen voor meer verwijzingen naar de seh en meer zelfverwijzers.

Ten tweede kan onvoldoende uitstroom naar vervolgzorg - waaronder elv - een oorzaak zijn voor knelpunten in het ziekenhuis. Uit de cijfers is niet af te leiden of elv onderbenut wordt bij acute zorgvragen. Omdat capaciteitsgegevens van elv-bedden niet beschikbaar zijn, is dit onbekend. Uit gesprekken met zorgverzekeraars blijkt niet dat onvoldoende eerstelijnsverblijf is ingekocht. Vooral nijpend is dat er een gebrek aan informatie is op de werkvloer. Huisartsen en ziekenhuizen geven aan onvoldoende real-time inzicht te hebben in de beschikbare capaciteit aan vervolgzorg bij instellingen in de regio. Veel ziekenhuispersoneel is echter ook niet bekend met het elv als voorziening. Verder zijn er [verschillen in procedurele](#) en inhoudelijke eisen die zorgverzekeraars stellen aan elv die zorgen voor administratieve lasten bij zorgaanbieders (Bijlage 3).

Minder dan een kwart van de patiënten komt meermaals per jaar op de seh en is verantwoordelijk voor bijna de helft van het aantal seh-bezoeken. Deze informatie biedt potentieel om het aantal frequente gebruikers te verminderen.

De toename van contacten of inzetten met een hoge urgentie bij de hap's, de ambulancezorg en seh's, en de toename van loze ambulance-inzetten roept de vraag op of dit mogelijk komt door (veranderingen in) de triage van patiënten. Zorgpartijen geven aan dat 'pijn' recent is toegevoegd aan de urgentiebepaling waardoor de beleving van de klacht sneller tot een hoger urgentieniveau leidt. Verder zou de triage onvoldoende aangeven wat de zorgvraag is bij kwetsbare ouderen. Ook wordt genoemd dat het werken met geprotocolleerde triage een hogere urgentie dan nodig uitlokt en dat er meer aandacht is bij huisartsenposten voor het voorkómen van calamiteiten. Branchepartijen en stichting NTS bekijken momenteel in hoeverre het systeem bijdraagt aan (onterecht) hoge urgenties.

De tekorten aan met name verpleegkundigen in de ambulancezorg en bij de spoedentrees kunnen een oorzaak zijn. Omdat normen voor de personeelscapaciteit ontbreken, is dit niet onderzocht.

Zorgpartijen zeggen dat patiënten sneller dan vroeger ontslagen worden uit het ziekenhuis, en dat dit zorgt voor meer instroom in de acute zorg. Afgezien van het feit dat de opnameduur de laatste jaren stabiliseert, zijn er geen gegevens om dit te toetsen.

Externe factoren: oorzaken buiten het acute zorgnetwerk

Voor een deel wordt de stijgende vraag naar acute zorg verklaard doordat er meer ouderen zijn en zij relatief vaak acute zorg krijgen. Het beroep op de seh door ouderen stijgt meer dan verklaard kan worden door de toename van het aantal ouderen. Ouderen kunnen een vrij complexe zorgvraag hebben vanwege co- en multimorbiditeit, maar cijfermatig inzicht in de zorgwaarte ontbreekt (zie hierboven).

Ouderen wonen steeds langer zelfstandig, waarbij de zorg in instellingen verschuift naar zorg dichtbij via onder meer wijkverpleging, huisartsenzorg, Wmo-voorzieningen en zorg door naasten. Deze ontwikkelingen kunnen gevolgen hebben voor het beroep op acute zorg. Het beroep op de seh is bij ouderen met wijkverpleging ongeveer twee keer zo hoog als bij ouderen die in een Wlz-instelling verblijven, terwijl bij de overige ouderen het gebruik van de seh stijgt met de leeftijd. Dit zegt echter niets over het oorzakelijk verband. Andere factoren kunnen immers een rol spelen, zoals de gezondheidstoestand. Het is echter waarschijnlijk dat thuiswonende ouderen met wijkverpleging gezonder zijn dan ouderen in een Wlz-instelling. Thuiswonende ouderen hebben wel een groter risico om te vallen, omdat zij mobieler zijn. Het aantal valincidenten bij ouderen neemt dan ook toe. Een andere verklaring voor het verschil in seh-gebruik is de aanwezige medische zorg in Wlz-instellingen. In dit perspectief is een hoger beroep op de seh bij zelfstandig wonende ouderen niet per definitie als ongewenst of onnodig te typeren, maar is dit onderdeel van de zorg dichtbij.

Een verklaring voor het toegenomen beroep op de hap is dat mensen de hap steeds beter weten te vinden bij (niet-)acute zorgvragen en door samenwerkingsafspraken tussen de hap en de seh. Voor zover het gaat om acute zorgvragen is dit een goede ontwikkeling. Huisartsen noemen echter een toename van niet-acute zorgvragen bij de hap. Dit is deels in overeenstemming met de cijfers: een daling van consulten met urgentie 4 bij de hap (zorg binnen 24 uur), tegenover een stijging van U5-consulten (advies) bij de hap. Een stijging in het aantal niet-acute zorgvragen bij de hap kan de uiting zijn van een groeiende maatschappelijke behoefte om buiten kantooruren een beroep te doen op huisartsenzorg.

Seh-personeel geeft aan dat de druk op de seh mede komt doordat mensen de seh bezoeken terwijl zij geen medisch-specialistische zorg nodig hebben. Dit is zeer lastig te kwantificeren. Weliswaar neemt het aantal zelfverwijzers af, maar voor zelfverwijzers geldt niet per definitie dat zij geen medisch-specialistische zorg nodig hebben. Vooral in stedelijke gebieden komt het voor dat mensen geen vaste huisarts hebben (expats, toeristen). Er is wel kwalitatieve informatie dat mensen niet weten dat ze in geval van spoed bij de huisarts of hap terecht kunnen.

Beleid

Hervormingen in de langdurige zorg worden vaak genoemd als oorzaak. De verschuiving naar zorg dichtbij is echter een reactie op langer thuiswonende ouderen (zie boven). Deze hervormingen zijn dus geen op zichzelf staande verklaring voor het toenemende beroep op acute zorg. Zorg op een seh is onlosmakelijk verbonden met zorg dichtbij. Dat zelfstandig wonende ouderen meer gebruik maken van de seh dan ouderen die in een instelling verblijven, is vanuit dit perspectief dus niet per se ongewenst.

Identificeren van knelpunten bemoeilijkt door ontbrekende informatie

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Gegevens zijn per onderdeel van het acute zorgnetwerk georganiseerd.- Bestaande indicatoren voor de toegankelijkheid van acute zorg schieten tekort. |
|---|

De beschikbare gegevens zijn vaak per onderdeel van de acute zorg georganiseerd. Hierdoor ontstaat een gefragmenteerd beeld en is weinig bekend over de samenhang tussen de onderdelen van de acute zorg. Dit belemmert ook analyses van ontwikkelingen op regionaal niveau. We hebben daardoor niet voldoende informatie over de knelpunten in de acute zorg, op onderliggende oorzaken en daarmee op verbeteringsmaatregelen.

Ook schieten bestaande indicatoren voor de toegankelijkheid van acute zorg tekort: stops op spoedentrees in ziekenhuizen en de responstijd van spoedeisende ambulancezorg. Hetzelfde geldt voor indicatoren voor de 'juiste zorg op de juiste plaats', zoals zelfverwijzers op de seh.

Een aantal opvallende voorbeelden van ontbrekende gegevens over het acute zorgnetwerk zijn:

- oorzaken voor het groeiend beroep op acute zorg, zoals reguliere zorgvragen bij de hap in ANW-uren;
- gegevens die een verband leggen tussen ontwikkelingen bij de huisartsen en hap's, en andere onderdelen van de acute zorg. Bijvoorbeeld: redenen voor de doorverwijzingen door hap's naar de seh en overnemen van visites van hap's door de ambulancedienst of wijkverpleging;
- gegevens die een verband leggen tussen ontwikkelingen bij de seh's en ambulancezorg, bijvoorbeeld interklinisch vervoer om de doorstroom op de seh te bevorderen als het beddenhuis vol is;
- verwijzingen van de seh naar de huisartsenzorg (hap);
- redenen voor stops;
- de mate waarin stops bekend zijn bij de meldkamer van de ambulancedienst;
- kwaliteit van de triage: de uitvoering en de passendheid van de bepaling van de urgentie en het verwijzingsadvies;
- zorgzwaarte van patiënten;

- kenmerken van 'draaideurpatiënten' op de seh;
- kenmerken van ambulancepatiënten;
- capaciteitsgegevens van het eerstelijnsverblijf;
- het gebruik van 'verkeerde bedden' in het ziekenhuis door patiënten zonder Wlz-indicatie.

7.2 Aanbevelingen

De conclusies geven aanleiding tot een reeks aan verbeterpunten voor een effectieve en efficiënte werking van het acute zorgnetwerk die de toegankelijkheid van de acute zorg bevorderen. Voor alles is patiëntgerichtheid van belang. Een veel gehoorde uitspraak is dat mensen niet weten of ze met een bepaalde zorgvraag bij de huisarts, de hap of de seh moeten zijn. Richt het netwerk zodanig in dat het voor de burger logisch en zo praktisch mogelijk is. Vanwege regionale verschillen is er geen blauwdruk, maar moeten partijen samen regionaal maatwerk bieden.

Omdat er een combinatie van factoren is die voor knelpunten kan zorgen, zijn er geen enkelvoudige oplossingen, maar is een geheel van maatregelen nodig. Dit zijn: het verbeteren van de informatievoorziening, het verminderen van de instroom, het verbeteren van de doorstroom, en het bevorderen van de uitstroom van patiënten na de acute fase. We beginnen met enkele aanbevelingen die naar inschatting van de NZa op kortere termijn de ervaren piekdrukke in (onderdelen van) het acute zorgnetwerk kunnen verminderen.

Aanbevelingen gericht op snel te behalen resultaten

Aansluiting huisartsenpraktijk en hap bij acute zorgvragen

De huisartsenzorg is overdag niet altijd beschikbaar en bereikbaar. Dit zorgt voor druk op de hap in ANW-uren en op de seh, ook als dit laatste medisch-inhoudelijk niet nodig is. Dit probleem is relatief eenvoudig en snel op te lossen. De LHV, InEen en de VPH hebben een website ontwikkeld met praktijkvoorbeelden om de druk op de hap te verlichten. Verder moeten huisartsen in hds-verband afspraken maken. Die moeten zorgen voor goede aansluiting tussen de bereikbaarheid van de huisartsenzorg overdag en de hap, en voor het inrichten van een triagesysteem dat patiënten gepast verwijst naar hun huisarts. De nieuwe beleidsregel voor hds'en biedt zorgverzekeraars en hds'en de ruimte om afspraken te maken en in te spelen op de hoge werkdruk bij hap's.

Gespreide visites door de huisarts

De piekdrukke op de seh in de loop van de middag houdt verband met de tijd waarop huisartsen geen inloospreekuur of afspraken meer hebben maar bijvoorbeeld visites lopen. Een visite kan voor een huisarts aanleiding zijn de patiënt door te sturen naar de seh of voor de patiënt om direct naar de seh te gaan vanwege het niet beschikbaar zijn van de huisarts; deze zorgen dus voor extra instroom. Huisartsen moeten in hds-verband afspraken maken over de planning van hun visites om te zorgen dat de instroom naar de seh, naar aanleiding van visites, meer gespreid over de dag plaatsvindt.

Reguliere huisartsenzorg buiten kantoortijden

De toegankelijkheid van de hap voor acute zorg staat onder druk door een stijgend gebruik ervan. Huisartsen geven aan dat de hap wordt gebruikt voor niet-acute zorgvragen. Mogelijk rekenen patiënten steeds meer op constante beschikbaarheid van huisartsenzorg. De LHV moet samen met zorgverzekeraars bekijken hoe aan de vraag naar

huisartsenzorg buiten kantoor tijden kan worden voldaan, om de toegankelijkheid van de acute huisartsenzorg te garanderen. De NZa blijft in gesprek met partijen over de afstemming van reguliere huisartsenzorg en de hap's om knelpunten en oplossingsrichtingen te verkennen.

Voorkomen van 'draaideurpatiënten'

De druk op de seh kan worden verminderd door draaideurpatiënten tegen te gaan. Enerzijds door een goede aansluiting met zorg thuis te organiseren na ontslag uit elv of uit het ziekenhuis. Anderzijds kunnen ziekenhuizen gericht beleid toepassen bij frequente bezoekers van de seh. Voor een deel gaat het om patiënten met psychosociale problematiek en om ouderen. Een goed voorbeeld is het Medisch Centrum Haaglanden waar de verpleegkundige alle patiënten van 70 jaar en ouder één dag nadat ze de seh hebben bezocht opbelt om na te gaan of de overdracht met vervolgzorg goed is verlopen en of medicatieadviezen worden opgevolgd.

Uniforme en consequentie registratie van stops

De stops die ziekenhuizen afgeven worden niet uniform geregistreerd. Het beleid om stops af te geven kan regionaal verschillen, maar het is dan wel wenselijk dat ziekenhuizen de stops altijd bijhouden, zodat ambulancediensten hierop kunnen inspelen. Door regionale verschillen in beleid ligt het voor de hand dat de ROAZ-regio's hierin het voortouw nemen.

Stopbeleid samen met ambulancediensten

Doorgaans worden stops op de seh en ehh eenzijdig afgegeven waarbij de ambulancedienst voor een voldongen feit wordt gesteld. Ziekenhuizen moeten tijdig met ambulancediensten communiceren over de situatie op de seh en ehh en over de te nemen maatregelen zodat zij stops kunnen voorkomen.

Real-time inzicht vervolgzorg

Om te garanderen dat patiënten na de seh of een ziekenhuisopname de juiste vervolgzorg krijgen, moeten ziekenhuizen en huisartsen de verschillende mogelijkheden hiervoor kennen. Dit is bij ziekenhuispersoneel nog onvoldoende het geval. Ook moeten huisartsen en ziekenhuizen een actueel overzicht hebben van de beschikbaarheid van vervolgzorg in de regio: elv, geriatrische revalidatie of andere zorg. Er zijn al veel initiatieven op dit vlak en sommige ROAZ-regio's zijn hier al ver in. Ook uit gesprekken met zorgverzekeraars blijkt dat zij dit actief oppakken.

Kennis over het regelen van vervolgzorg

Ziekenhuizen moeten ervoor zorgen dat medisch-specialisten, transferverpleegkundigen en het seh-personeel kennis hebben van de procedures voor vervolgzorg. Sommige ziekenhuizen hebben een wijkverpleegkundige, transferverpleegkundige of thuiszorgmedewerker op de seh aangesteld om vervolgzorg te regelen.

De NZa zal in de komende tijd in gesprek blijven met het veld om nader te verkennen welke knelpunten zich voordoen rondom vervolgzorg en welke oplossingsrichtingen er mogelijk zijn. Specifiek voor elv verkent de NZa mogelijkheden om inzicht in elv capaciteit te krijgen.

Aanbevelingen gericht op complete informatie over de acute zorg

Zorgverzekeraars zoeken proactief het gesprek met het ROAZ voor een betere informatievoorziening

De gefragmenteerde informatie over de acute zorg belemmert een compleet overzicht en verdere verbetering van de acute zorg. In ROAZ-verband wisselen aanbieders onderling kennis en informatie uit. [ROAZ'en geven aan](#) dat zorgverzekeraars reactief zijn in de samenwerking, maar enkele zorgverzekeraars zeggen een actieve rol aan te nemen. In het algemeen hebben zorgverzekeraars ruimte en mogelijkheden om informatie over de gehele acute zorg te ontwikkelen en te delen. Ook zorgaanbieders zien voor hen een rol in de informatievoorziening. Zorgverzekeraars moeten daarom proactief het gesprek aangaan met het ROAZ om samen met zorgaanbieders te helpen gaten in de informatie te vullen.

Benut geregistreeerde data met slimme informatietechnologie

Voor complete informatie over de acute zorg moeten veldpartijen de mogelijkheden verkennen om geregistreeerde data te gebruiken. Die zijn meestal versnipperd en weinig uniform beschikbaar, maar kunnen met slimme technologie ('Internet of Things') worden vertaald in bruikbare informatie voor verschillende doeleinden: informatie-uitwisseling tussen zorgpartijen, managementinformatie, beleidsinformatie, et cetera. In diverse sectoren buiten de gezondheidszorg zijn hiervan goede voorbeelden.

Ontsluiting van patiënteninformatie

Een deel van de acute zorg is te voorkomen door vroegtijdige signalering in de eerstelijnszorg en Wmo, door bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen, huisartsenzorg en wijkteams. Meerdere ROAZ-regio's melden lokale initiatieven om samenhangende zorg voor ouderen te organiseren. Bij een beroep op acute zorg wordt de overdracht van medische gegevens tussen huisarts, hap en seh door zorgverleners als een knelpunt ervaren, omdat registraties niet op elkaar aansluiten. Dit belemmert de triage en de verdere zorgverlening. Een informatievoorziening die rond de patiënt is georganiseerd helpt beide problemen te ondervangen. Dit kan met een persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo). Hierbij is het uitgangspunt dat de patiënt zelf de regie heeft, over zijn gezondheidsgegevens, als hij dat wil. Het pgo is een hulpmiddel om gezondheidsgegevens te verzamelen, te beheren en te delen. Het bevat naast zelf verzamelde gegevens ook (kopieën van) de elektronische medische dossiers van zorgaanbieders. Het Informatieberaad dat het ministerie van VWS samen met belanghebbende partijen is gestart moet zorgen voor betere uitwisseling van digitale patiëntengegevens tussen zorgverleners. Hierbij moeten de privacy en toestemming van patiënten zijn geborgd. Het [landelijk schakelpunt](#) van de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) is een praktijkvoorbeeld van uitwisseling van patiëntinformatie waarbij de patiënt zelf regie heeft.

Aanbevelingen om instroom op de seh en hap te verminderen

Integrale eerstelijnszorg voor ouderen

Door gerichte vroegsignalering en goede samenwerking tussen zorgverleners kunnen gezondheidsrisico's bij ouderen tijdig worden gesignaleerd en opgevolgd. Hiervoor bestaan diverse best practices zoals de pilot Valpreventie in Eindhoven. Gemeenten kunnen de Wmo-gesprekken gebruiken om de hulpbehoefte van burgers levensbreed in kaart te brengen.

Patiënten op de juiste plaats

Patiënten met acute zorgvragen komen niet automatisch terecht bij de juiste schakel in de acute zorg. Dit is een aandachtspunt. Een mogelijkheid om nader te onderzoeken is een digitaal loket waar patiënten terecht kunnen om het urgentieniveau te bepalen en een verwijfsadvies te krijgen. Dit kan zijn in de vorm van een website of app, in combinatie met een speciaal telefoonnummer. Er zijn initiatieven als de app 'moet ik naar de dokter' om eventueel bij aan te sluiten. Het ligt het meest voor de hand als vertegenwoordigers van zorgaanbieders en van patiënten deze mogelijkheid gezamenlijk onderzoeken: NVZ, NFU, InEen, LHV, FMS, VPH, AZN, ZN en de Patiëntenfederatie.

Aanbevelingen gericht op een goede doorstroom

Juiste expertise op de seh

Het toenemend aantal ouderen met complexe problematiek op de seh heeft gevolgen voor de klinische expertise die nodig is voor een juiste beoordeling van patiënten en voor passende zorg. Ziekenhuizen moeten hiervoor zorgen. Dit kan door scholing en betere geriatrische deskundigheid bij seh-personeel, een ontwikkeling die al gaande is. Sommige ziekenhuizen organiseren een structurele inzet van medisch-specialisten op de seh, bijvoorbeeld een klinisch geriater, internist, of chirurg. Uit een pilot bij MC Haaglanden bleek dat door de inzet van specialisten de doorlooptijd op de seh met ongeveer een kwartier werd teruggebracht voor patiënten die na het seh-bezoek opgenomen werden in het ziekenhuis.

Samenwerking hap-seh

Een dalend maar nog steeds aanzienlijk aantal zelfverwijzers doet een beroep op de seh terwijl ze verantwoord in de eerste lijn kunnen worden geholpen. De NZa heeft naast deze marktscan een specifieke monitor uitgevoerd over de samenwerking tussen hap en seh. Goede samenwerking tussen hap en seh is nodig – waaronder triage en afspraken - om te garanderen dat patiënten op de juiste plek worden geholpen en dat geen onnodig hoge kosten worden gemaakt. De verschillende samenwerkingsvormen tussen hap en seh, en het effect hiervan op het aantal zelfverwijzers laten verbeterpotentieel zien. De NZa nodigt hds'en en ziekenhuizen met een seh uit om dit potentieel te gebruiken en lering te trekken uit bestaande samenwerkingsvormen, waarbij lokale verschillen om verschillende oplossingen vragen. Naast een verkenning van de samenwerkingsvormen is ook nodig de capaciteit binnen de huisartsenzorg regionaal te onderzoeken om passende investeringen te kunnen doen die de realisatie van substitutie van lichte spoedzorg tussen seh en hap haalbaar maakt.

Monitoring van stops

In sommige regio's stijgt het aantal stops op de seh en ehh. Zorgverzekeraars moeten de ontwikkeling hiervan nauwlettend in de gaten houden en de urgentie hiervan aangeven. Uit gesprekken met zorgverzekeraars blijkt dat zij deze signalen actief volgen en zo nodig verdere afspraken maken met ziekenhuizen.

Voldoende personeel bij de seh en in de ambulancezorg

Uit data-analyses is gebleken dat het aantal seh-artsen en het aantal seh-verpleegkundigen van 2013 tot en met 2016 is toegenomen. Desondanks geven veel ziekenhuizen aan dat vacatures moeilijk te vervullen zijn. Ook kampen sommige regio's met structurele problemen om ambulanceverpleegkundigen aan te trekken en te behouden, ondanks dat inmiddels extra financiële middelen voor opleidingen zijn ingezet. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, dat mede door de LNAZ en het

Zorginstituut wordt ontwikkeld, kan handvatten bieden om te bepalen hoeveel personeel nodig zal zijn om goede zorg te leveren op een seh of in de ambulancezorg. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben onderhandelingsruimte om dergelijke knelpunten op te lossen.

Monitoring van responstijd spoedeisende ambulancezorg

In de meerderheid van de RAV's wordt de norm voor de tijdigheid van spoedeisende ambulancezorg structureel niet gehaald. Voor de regio's waar de norm voor de responstijd niet gehaald wordt in de ambulancezorg vraagt de NZa verbeterplannen op en monitort de uitvoering van verbeteracties. Bevindingen stemt de NZa af met de zorgverzekeraars.

Aanbevelingen gericht op een betere uitstroom uit de acute zorg

Afstemming acute en geplande zorg

De acute zorg doet een steeds groter beroep op de capaciteit van het beddenhuis. Ouderen op de seh hebben een grotere kans om te worden opgenomen en liggen gemiddeld langer in het ziekenhuis. Dit leidt tot belemmering van de uitstroom. Ook bemoeilijkt dit het inplannen van electieve zorg, wat kan zorgen voor hogere wachttijden. Van de Bernhovenkliniek is bekend dat die actief beleid voert om zorgprocessen te verbeteren en de acute en electieve zorg beter op elkaar af te stemmen. Zorgverzekeraars moeten deze ervaringen actief bespreken tijdens de zorgcontractering bij andere ziekenhuizen.

Toegang tot en gepast gebruik van eerstelijnsbedden

Uit gesprekken met veldpartijen blijkt dat eerstelijnsbedden worden gebruikt voor patiënten waarvoor zij niet primair bedoeld zijn, bijvoorbeeld door patiënten die in aanmerking komen voor respijtzorg op basis van de Wmo. Mogelijk zullen huisartsen en ziekenhuizen met real-time informatie over de beschikbaarheid van vervolgzorg beter in staat zijn om voor hun patiënten de juiste plek te vinden. Er zijn op dit vlak al veel initiatieven van de grond gekomen. Verder moeten zorgverzekeraars met informatie over hun verzekerden de achtergrond (achterliggende zorgvraag) van het elv gebruik in kaart brengen en afspraken maken om juist gebruik van elv bedden te bevorderen. De NZa houdt nauwgezet nieuwe signalen over problemen met de toegankelijkheid van het eerstelijnsverblijf in de gaten.