



Monitor acute zorg 2018



Nederlandse
Zorgautoriteit

Inhoud

Samenvatting

- 1 Aanleiding, doel en scope**
- 2 Patiëntenstromen acute zorg**
- 3 Toekomstverkenning**
- 4 Conclusies & aanbevelingen**

(Bijlagen Monitor acute zorg 2018: separaat bestand)

Samenvatting

In 2017 constateerde de NZa dat de acute zorg voldoende toegankelijk is, maar dat de druk wel toeneemt. Uit deze monitor blijkt opnieuw dat de acute zorg voldoende toegankelijk is, maar dat de druk ook de komende jaren blijft toenemen. De ketenpartners in de acute zorg zullen in sterke mate de samenwerking met elkaar moeten opzoeken om de acute zorg goed te organiseren en coördineren. Dit is noodzakelijk om de toenemende vraag naar acute zorg op te kunnen vangen.

De voorlopige cijfers van 2017 laten een daling zien van het aantal patiënten op de seh. Ook het aantal huisartsconsulten (zowel tijdens als buiten kantooruren) daalt ook licht. Het aantal spoedritten van de ambulances naar de seh daalt ook, maar het totaal aantal ambulanceritten is licht toegenomen.

De toegankelijkheid van de acute zorg verschilt van dag tot dag en zelfs van uur tot uur. De seh is het drukst op maandagen en tussen 10 en 20 uur, de huisartsenposten in de weekenden. Voor spoedeisende ritten van de ambulances is de maandag eveneens de drukste dag en ligt de piekdrukke doorgaans tussen 8 en 17 uur. Er valt nog veel te winnen door op die momenten te zorgen dat er voldoende personeel en apparatuur beschikbaar is om de drukte op te vangen.

Doelgroepen die het meest gebruik maken van de acute zorg zijn jonge kinderen van 0-4 jaar en mensen van 65 jaar en ouder. In de acute zorg zien we dat de behandel tijd per patiënt, het aantal klinische opnames na seh-bezoek, de verblijfsduur in het ziekenhuis en het beroep op vervolgzorg toeneemt met de leeftijd van de patiënt.

Uit een toekomstverkenning van de NZa in samenwerking met het RIVM blijkt dat het zorggebruik van mensen van 65 jaar en ouder met een factor twee tot vier toeneemt. Gezien de complexiteit van deze zorg, betekent dit dat de druk op de keten de komende jaren verder zal toenemen.

Drukke in de acute zorg wordt vaak veroorzaakt als de doorstroom (bijvoorbeeld van spoedeisende hulp naar opnameafdelingen) of de uitstroom naar vervolgzorg (zoals verpleging en verzorging thuis of in een eerstelijnsinstelling) niet soepel verloopt. De toegankelijkheid van vervolgzorg (eerstelijns verblijf, wijkverpleging, revalidatiezorg, Wlz-crisis zorg en Wmo-spoedzorg) vanuit de acute zorg laat zich nog niet goed meten. Wel zijn eerste stappen gezet om de coördinatie van vervolgzorg, met name het eerstelijnsverblijf, te verbeteren. Deze coördinatiefunctie moet de komende tijd breder op vervolgzorg worden toegepast. Naarmate de coördinatie effectiever wordt zal ook per regio inzichtelijk worden of behalve het coördinatieprobleem ook sprake van een capaciteitstekort is.

Het gebruik van wijkverpleging neemt toe met gemiddeld 5% per jaar. Patiënten die op de seh komen en voor het eerst wijkverpleging nodig hebben, worden vaker opgenomen en liggen gemiddeld langer in het ziekenhuis.

We constateren daarnaast dat de afgelopen jaren minder gebruik gemaakt wordt van Wlz-crisis zorg en fors meer van zorg in het eerstelijnsverblijf.

Aanbevelingen

Samenwerking is het sleutelwoord

De toenemende vraag naar acute zorg vraagt om steeds effectievere oplossingen om met schaarse middelen (menskracht en materieel) steeds meer zorg te kunnen bieden. Om te zorgen dat de acute zorg ook in de toekomst toegankelijk blijft is samenwerking het sleutelwoord.

Samenwerking tussen alle ketenpartners in de acute zorg: de zorgaanbieders, brancheorganisaties en zorgverzekeraars. Samenwerking betekent **gezamenlijk en gedeeld inzicht** (in de uitdagingen, in de trends en patronen en in het functioneren van de keten als geheel en in de eigen rol in die keten), een onderling **gecoördineerde aanpak** om de toegankelijkheid te borgen (de zorg moet zodanig gecoördineerd worden dat de capaciteit is berekend op de voorspelbare drukte, en pieken zo mogelijk worden voorkomen) en **onderlinge kennisdeling** van oplossingen die werken.

Gezamenlijk en gedeeld inzicht:

- Het is noodzakelijk dat zorgaanbieders in de acute zorg regionaal in gesprek blijven met elkaar en met de zorgverzekeraars, om knelpunten op te lossen en cijfers/trends te duiden.
- Zorg voor effectieve registratie van zorg voor personen met verward gedrag in de acute zorgketen, zodat inzichtelijk wordt in welke mate nog geen sprake is van de juiste zorg op de juiste plek. Dat is nu onvoldoende duidelijk.
- De NZa draagt graag bij aan de discussie op welke wijze partijen in de acute zorgketen zinvol keteninformatie over de zorg kunnen delen met elkaar, om de coördinatie van de acute zorg te verbeteren.

- De NZa kan samen met het RIVM de toekomstverkenning verder ontwikkelen, de regionale situatie verder in kaart brengen en op basis daarvan beleidsscenario's doorrekenen,
- Om de acute zorg goed te kunnen monitoren, is het belangrijk om te borgen dat relevante cijfers over acute zorg worden gedeeld in de acute zorgketen, met zorgverzekeraars en met de NZa.

Gecoördineerde aanpak en betere organisatie van de acute zorg

- Blijf werken aan sterkere coördinatie tussen de ketenpartners om ook tijdens momenten van ongebruikelijke piekdrukte naar behoren te blijven functioneren. Maak tijdig plannen en gebruik oefeningen en simulaties om als keten voorbereid te zijn op het doorstaan van de minder alledaagse pieken, zoals die die wordt veroorzaakt door griep epidemieën.
- Zorg dat de beschikbare capaciteit van eerstelijnsverblijf structureel voldoende is én voldoende is om de minder alledaagse - maar wel deels voorspelbare- piekmomenten zoals een griepgolf op te kunnen vangen.
- Organiseer de acute zorg beter met het inzicht dat de 'niet-planbare' acute zorg grotendeels wel een voorspelbaar patroon heeft. Mogelijkheden hiervoor zijn:
 - Effectieve keten-brede registratiesystemen om gezamenlijk inzicht te ontwikkelen in het functioneren van de keten, waar de knelpunten zitten en wat de potentiële oplossingen zijn. Effectief spreiden van visites door huisartsen in hetzelfde verzorgingsgebied, zodat niet aan het einde van de dag een plotselinge toestroom van patiënten op de seh ontstaat. Nagaan of de ontwikkeling van druktemeters op seh's bijdraagt aan de totstandkoming van meer real-time inzicht in de patronen van drukte op de seh op regionaal niveau, zodat de meldkamer de patiëntenstroom naar de seh's beter kan regisseren. Zorg ervoor dat specialismen

zoals radiologie en chirurgie de overdrachtsmomenten waar mogelijk plannen buiten de momenten van voorspelbare piekdrukke op de seh. Pas de roostering van personeel aan naar het, zeer voorspelbare, patiënten-aanbod van die dag gebaseerd op historische gegevens. Zorg ervoor dat verpleeg- en verzorgingshuizen hun dienstenstructuur zodanig inrichten dat patiënten niet tot maandag blijven liggen, maar ook in het weekend worden beoordeeld.

- Optimaliseer de samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten om onnodige opnames te voorkomen en stimuleer ook bij presentatie op de seh een nauwe samenwerking tussen huisartsen, seh-artsen en medisch specialisten om tijdig de juiste zorg op de juiste plek te kunnen organiseren.
- Beloon effectieve samenwerkingsinitiatieven vanuit de eerstelijnszorg die tot afname van onnodige instroom in de acute zorg leiden
- Onderzoek of en hoe de grote autonome groei van de vraag naar ambulancezorg is te beperken.
- Creëer mogelijkheid tot bekostiging van breder toepasbare zorgcoördinatiefuncties dan alleen voor het eerstelijnsverblijf. Creëer ook op korte termijn bekostigingsvormen die eraan bijdragen dat de coördinatie daadwerkelijk tot stand komt. Onlangs publiceerde de NZa daarvoor [een analyse](#).
- Geef invulling aan de juiste zorg op de juiste plek en maak concrete afspraken over het ombuigen van patiëntenstromen. Welke patiëntenstromen onderscheiden we? Wat is voor hen de juiste zorg? En waar kan die het beste geleverd worden, rekening houdend met de bestaande knelpunten?
- Op dit moment loopt er vanuit de NZa een onderzoek naar de wachttijden in de wijkverpleging. De uitkomsten hiervan kunnen als basis dienen voor afspraken in de acute zorg over concretere normen voor tijdige beschikbaarheid van vervolgzorg voor patiënten.

Kennisdeling

- Er wordt overal volop geïnnoveerd en geëxperimenteerd. Uit de hoofdlijnakoorden blijkt dat de partijen kiezen voor een regionale aanpak zonder centrale regie. Toch moet de opgedane kennis ook buiten de eigen regio kunnen verspreiden. Op landelijk niveau moet een partij daarom ook de verantwoordelijkheid dragen om te zorgen dat de effectieve initiatieven snel standaardpraktijk worden.

Vervolg

De NZa zal de ontwikkelingen in de acute zorg blijven volgen in een tweejaarlijkse monitor. De gegevens uit deze monitor vormen hiervoor de basis. Daarnaast blijven we de ontwikkelingen in de acute zorg nauwlettend volgen en zullen we ingrijpen als we zien dat de zorgplicht in het geding dreigt te komen. Op dit moment is daar nog geen reden toe.

We zien dat partijen onze aanbevelingen uit 2017 hebben verwerkt in een '[Agenda acute Zorg](#)' en belegt bij verschillende instanties. De NZa vertrouwt erop dat dit zal leiden tot concrete acties, en dat de aanbevelingen uit deze monitor hieraan worden toegevoegd.

Aanbieders van acute zorg, brancheorganisaties en zorgverzekeraars signaleren dat er behoefte is aan beter inzicht in cijfers over de acute zorg, met name ook op regionaal niveau. Wij zien daarom een rol voor de NZa in het frequenter beschikbaar stellen van zulke cijfers. Zo kunnen wij regelmatig updates geven van de ontwikkelingen binnen deze sector; bijvoorbeeld halfjaarlijks of jaarlijks in plaats van tweejaarlijks. Dit hoeft niet in de vorm van een rapport met aanbevelingen, er kan ook gedacht worden aan een dashboard dat op een website wordt gepubliceerd.

Het klankborden van de acute zorgpartners in het kader van de totstandkoming van deze monitor wordt als waardevol forum gezien om actualiteiten te bespreken, cijfers te helpen duiden en vervolgvragen aan te reiken. De NZa wil dit forum blijven bieden, ook in de jaren dat deze tweejaarlijkse monitor niet verschijnt. De hiervoor genoemde periodieke updates kunnen steeds in dat forum worden besproken.

1 Aanleiding, doel en scope

1 Aanleiding, doel en scope

Aanleiding

De NZa concludeerde in september 2017 dat de acute zorg voldoende toegankelijk is, maar dat de druk wel toeneemt. Om de toegankelijkheid op langere termijn te waarborgen is meer samenwerking en coördinatie noodzakelijk. Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) brengt de NZa vanaf nu iedere twee jaar een overzicht uit van de ontwikkelingen in de acute zorg.

Deze monitor is tot stand gekomen in samenwerking met veel partijen in de acute zorg (ActiZ, AZN, FMS, InEen, LHV, LNAZ, NFU, NVSHA, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland, ZN, ZINL). Zij gaven via een klankbordgroep feedback op de onderzoeksvragen, duiding van de resultaten en informatie over initiatieven die de druk op de acute zorg verlichten.

Doel

Deze monitor heeft vier doelen:

- Inzicht geven in de ontwikkelingen acute zorg sinds september 2017. Daarbij brengen we de patiëntstromen in kaart, met extra aandacht voor tijdige vervolgzorg;
- Verkennen van de verwachte ontwikkeling in de vraag naar acute zorg tot 2025;
- De toegankelijkheid van de vervolgzorg en de relatie daarvan met de acute zorg onderzoeken;
- Aanbevelingen doen ter verbetering van de toegankelijkheid van de acute zorg.

Hiermee ontstaat een kader om ontwikkelingen in de acute zorg te voorspellen en te duiden, aan te geven waar knelpunten kunnen ontstaan en wat effectieve maatregelen zijn om deze knelpunten op te lossen.

Definities

'Acute zorg', 'spoedzorg' en 'acute zorgvraag' definiëren we als volgt:

Acute zorg:

Een situatie waarin aan iemand zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen (RVZ, 2003).

Spoedzorg:

Zorg als antwoord op een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is (NHG, 2013). Spoedzorg is hiermee breder dan 'acute zorg'.

Acute zorgvraag (ook wel: spoedzorgvraag):

Een patiënt/slachtoffer of omstander vraagt om onmiddellijke hulp in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling ontstaat of verergert. (RVZ, 2003)

Deze definities sluiten aan bij het concept [Kwaliteitskader Spoedzorgketen](#) (kwaliteitskader) dat het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) begin 2018 namens elf partijen aanbood aan Zorginstituut Nederland (Zorginstituut). Het Kwaliteitskader bevat onder andere vier nieuwe normen met betrekking tot personeel. Voordat het Kwaliteitskader kan worden ingeschreven in het register, toetst het Zorginstituut of dit kader voldoet aan de criteria van het [Toetsingskader](#).

Scope en aanpak

In deze monitor brengen we de patiëntstromen in de acute zorg in beeld. We onderscheiden de volgende fasen:

- Zorg voorafgaand aan instroom acute zorg;
- Instroom acute zorg (melding en triage);
- Doorstroom acute zorg (eventuele coördinatie om de patiënt naar de juiste zorgaanbieder te geleiden, diagnose en behandeling);
- Uitstroom acute zorg (inclusief eventuele vervolgzorg nadat de acute zorgvraag adequaat beantwoord is/onder controle is).

We brengen het aantal patiënten in beeld van de volgende aanbieders die betrokken zijn bij de acute zorg en vervolgzorg:

- Huisartsen en huisartsenposten (hap);
- Regionale ambulancevoorzieningen (rav);
- Spoedeisende hulpafdelingen (seh);
- Acute psychiatrische hulpverlening;
- Verpleegafdelingen van ziekenhuizen;
- Eerstelijnsverblijf (elv);
- Wijkverpleging (wvp);
- Wlz-crisis zorg;
- (Geriatrische) revalidatiezorg (grz).

De bevindingen van deze monitor baseren we op gegevens van Vektis, RIVM en de ROAZ-regio's. We maken zoveel mogelijk gebruik van cijfers over 2017. De cijfers voor de ziekenhuis-declaraties zijn nog niet volledig voor heel 2017. Voor meer informatie over de gebruikte data, zie de bijlage Bronnen & Methoden bij deze monitor.

Als bijlage staat ook een overzicht van de vele initiatieven die er zijn om de druk op de verschillende onderdelen van de acute zorgketen te verminderen.

Toekomstverkenning in samenwerking met het RIVM

De NZa en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) ontwikkelden samen twee modellen voor de acute zorg. De modellen hebben als doel om effecten van beleid door te rekenen en om inzicht te krijgen in het toekomstige gebruik van acute zorg. De verantwoordelijkheid van de technische ontwikkeling van het model, de analyses van autonome trends van het zorggebruik en de uitkomsten van de rekenmodellen ligt bij het RIVM. De NZa heeft het proces begeleid, gegevens beschikbaar gesteld en is verantwoordelijk voor de eindredactie van de resultaten in dit rapport.

Aanbevelingen

In de marktscan acute zorg van september 2017 formuleerde de NZa een aantal belangrijke aanbevelingen om de acute zorg ook in de toekomst toegankelijk te houden voor wie dat nodig heeft. De aanbevelingen in deze monitor zijn een vervolg hierop.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat cijfers over de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in de acute zorg. Hoofdstuk 3 bevat een toekomstverkenning voor de acute zorg. Hoofdstuk 4 bevat de conclusies en aanbevelingen voor de verschillende partijen in de acute zorg en voor het ministerie van VWS.





2 Patiëntenstromen acute zorg

- 2.1 Instroom van patiënten in de acute zorg**
- 2.2 Doorstroom van patiënten in de acute zorg**
- 2.3 Uitstroom**
- 2.4 Gemeten drukte in de acute zorg**

2 Patiëntenstromen acute zorg

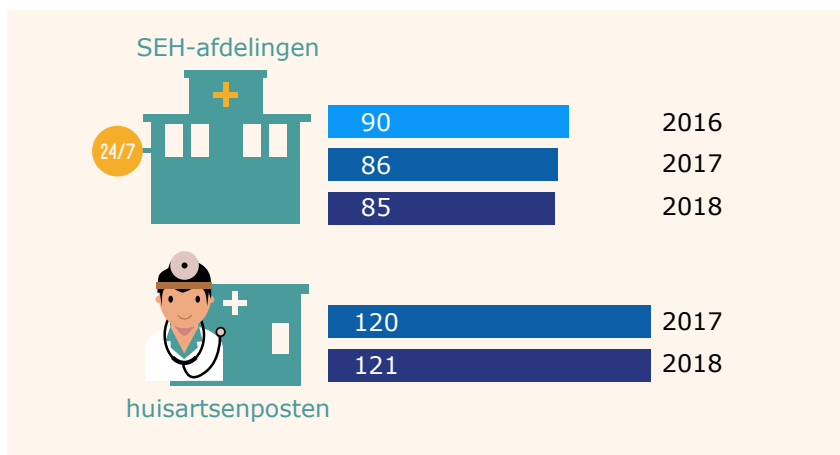
De aanbieders die het meeste zorg leveren in de acute zorg zijn de huisartsen (overdag en 's nachts), ambulancediensten en seh-afdelingen van ziekenhuizen. Onderstaande tabel geeft enkele basisgegevens van deze aanbieders weer.

Basisgegevens aanbieders acute zorg 2017

	 Huisartsen	 Huisartsenposten (hap)	 Ambulancezorg	 Spoedeisende hulp (seh)
Zorggebruik	Nnb	3.525.945 consulteenheden	975.616 inzetten waarvan 611.193 met A1-urgentie en 364.422 met A2-urgentie	2,4 miljoen patiënten (schatting o.b.v. eerste helft 2017)
Capaciteit	<ul style="list-style-type: none"> • 11.568 huisartsen - 7906 zelfstandig gevestigd - 898 huisartsen in loondienst - 2764 waarnemers - 518 apotheek houdende huisartsen - 5.045 praktijken (nb. Deze cijfers zijn van 2016, 2017 is nog niet bekend)	<ul style="list-style-type: none"> - 121 huisartsenposten - 50 huisartsendiensten structuren (hds'en) 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.925 fte medewerkers 790 ambulances inclusief reservecapaciteit, hiervan zijn ongeveer 608 op werkdagen overdag paraat in dienst • 234 standplaatsen (waarvan 213 met 24/7-uurs paraatheid en 21 met dag/avond paraatheid) • 25 rav-regio's en 25 aanwijzingen conform Twaz 22 rav's (organisaties) 	<ul style="list-style-type: none"> • 86 seh-afdelingen (24/7 open)
Zorg wordt geregistreerd in	Prestaties per patiënt en per verrichting	Prestaties per patiënt en per verrichting	Prestaties per kilometer, per rit en per uur	Diagnose-behandel combinaties (dbc's)
Financiering	<ul style="list-style-type: none"> • Inschrijftarieven per patiënt • Maximumtarieven Vrije prijzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaste budgetten • Aanvullende financiering op resultaat mogelijk 	<ul style="list-style-type: none"> • Budgetten deels vast, deels vrij onderhandelbaar • Vaste tarieven • Beschikbaarheidsbijdragen voor ambulance-helikopter 	<ul style="list-style-type: none"> • Max-maxtarieven • Vrije prijzen • Beschikbaarheidsbijdragen mogelijk
Eigen risico	Nee	Nee	Ja, alleen bij vervoer	Ja

De capaciteit van de acute zorg is ten opzichte van 2016 ongeveer gelijk gebleven, maar wel iets sterker geconcentreerd: het aantal aanbieders daalt licht.

Het aantal seh-afdelingen dat 24/7 open is, nam af van 90 naar 86 in 2017. In totaal zijn er in 2018 (stand per 1 november) 88 seh-afdelingen in ziekenhuizen waarvan 85 24/7 open. Het aantal huisartsenposten is licht toegenomen van 120 naar 121. Ook het zorggebruik lijkt in 2017 ongeveer gelijk gebleven.



2.1 Instroom van patiënten in de acute zorg

Onder instroom verstaan wij de melding en de primaire triage van de spoedzorgvraag. Dit kan zowel telefonische triage zijn, maar ook fysieke triage.

We brengen de instroom van patiënten in kaart via de huisarts, de huisartsenpost en via de meldkamer ambulancezorg (mka) van de regionale ambulancevoorziening.

Patiënten stromen ook in de acute zorg in via verpleeghuisartsen en verloskundigen, deze zijn niet bij de analyses van deze monitor betrokken. Daarnaast kan de patiënt zich ook zonder verwijzing melden bij de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Deze patiëntstromen geven we in deze monitor gezamenlijk weer als 'overige'. In toekomstige monitors hopen we meer inzicht in deze restcategorie te krijgen.



Binnen kantooruren zijn de huisarts en eventueel de wijkverpleegkundige de meest geschikte hulpverlener(s) om spoedzorg te coördineren en te verlenen. Zij kennen de patiënt en zijn omgeving goed.



Buiten kantooruren verleent of coördineert de huisartsenpost de spoedzorg die het meest passend is voor de zorgvraag.

Indien sprake is van spoed waarbij de vitale functies bedreigd (kunnen) worden en/of zorg waarbij liggend vervoer nodig is, biedt de regionale ambulancevoorziening, het mobiel medisch team of (de spoedeisende hulpafdeling van) het ziekenhuis voor de patiënt de meest passende zorg vanwege aanwezige kennis, coördinatie, kunde en infrastructuur.

Bron: Concept Kwaliteitskader Spoedzorgketen, pagina 21

Zorg vóór instroom acute zorg

Van goede en gecoördineerde eerstelijnszorg gaat een belangrijke werking uit die veel potentiële acute zorgvragen tijdig opvangt of voorkomt. In de afgelopen jaren zijn veel initiatieven ontstaan om dit ontlastend effect op de acute zorg te versterken. Voor een overzicht van initiatieven wordt naar de tabel behorende bij bijlage 1 verwezen.

We noemen een aantal initiatieven die (mede) op deze voorfase gericht zijn, door een deel van de instroom in de acute zorg effectief in de eerstelijnszorg op te vangen ('zorg op de juiste plaats') of preventieve zorg die een acute situatie kan voorkomen.



Voor een juiste instroom in de acute zorg gelden de volgende voorwaarden, aldus de partijen die betrokken zijn bij het opstellen van het kwaliteitskader spoedzorgketen:

1. Bij de patiënt moet bekend zijn hoe de toegang tot de spoedzorgketen georganiseerd is.
2. De patiënt of de omgeving moet een inschatting kunnen maken van de ernst van de klachten.

3. De verschillende ingangen van de spoedzorg moeten snel (telefonisch) bereikbaar zijn.
4. Overdracht en overleg tussen patiënt en zorgverleners en tussen zorgverleners onderling moet snel kunnen verlopen.

Bron: [LNAZ](#)

Vrij vertaald betekent dit dat een patiënt weet waar hij terecht kan. Dat een triagist de patiënt of de omgeving helpt de klacht te specificeren en bepaalt waar de beste zorg geleverd kan worden. Daarnaast betekent dit dat de zorgaanbieders voor zowel de patiënt als voor elkaar goed bereikbaar zijn.

Bereikbaarheid acute zorg

Voor aanbieders van acute zorg bestaan telefonische en fysieke bereikbaarheidsnormen. Deze normen volgen uit richtlijnen en veldnormen (zie overzichtstabel aan het einde van deze sectie voor details).

Huisarts:

in geval van spoed moet de patiënt binnen 30 seconden een medisch deskundig persoon aan de telefoon krijgen. Nadat een melding van een spoedgeval is ontvangen, dient de [huisarts zich in te spannen](#) om onder normale omstandigheden binnen een kwartier bij de patiënt te zijn.

Huisartsenpost:

in geval van spoed moet de telefoon [in 98%](#) van de gevallen binnen 30 seconden worden opgenomen. 90% van de inwoners van het verzorgingsgebied van de huisartsenpost moet binnen 30 minuten per auto de huisartsenpost kunnen bereiken. Bij spoedgevallen met urgentiegraad U0 en U1 moet de dienstdoende huisarts onmiddellijk naar de patiënt en in 90%

van de gevallen binnen 20 minuten aanwezig zijn, óf de huisarts schakelt de ambulance in. In geval van U2 urgentie, dient de huisarts in 90% van de gevallen binnen een uur aanwezig te zijn. Voor toelichting op de verschillende urgentiegraden, wordt verwezen naar pagina 10 van de [marktscan acute zorg 2017](#).

Regionale ambulancevoorziening:

de regionale ambulancevoorziening moet er voor zorgen dat de meldkamer ambulancezorg 24/7 telefonisch bereikbaar is. De meldkamer ambulancezorg indiceert een A1-inzet voor acute levensbedreigende situaties waarbij de ambulance bij A1-meldingen onder normale omstandigheden in minimaal 95% van de gevallen binnen **15 minuten** bij de patiënt moet zijn. Voor A2-meldingen geldt geen wettelijk vastgelegde norm, maar wordt er naar gestreefd dat onder normale omstandigheden zo spoedig mogelijk en binnen 30 minuten een ambulance ter plaatse is.

Spoedeisende hulpafdeling:

voor de tijd waarbinnen een patiënt op de seh moet zijn bestaat geen wettelijke bereikbaarheidsnorm. Er zijn allerlei factoren van belang bij het beantwoorden van de vraag of het goed is om een patiënt zo snel mogelijk naar de dichtstbijzijnde seh te brengen; het is de professionele verantwoordelijkheid van de ambulanceverpleegkundige om te beoordelen wat voor de patiënt het beste is. Wel bestaat er een [wettelijke spreidingsnorm](#), de zogeheten '45 minuten-norm'. Op basis daarvan wordt bepaald dat sommige seh's niet mogen sluiten omdat anders de bereikbaarheid van de zorg teveel zou

verslechteren. Als de patiënt eenmaal op de spoedeisende hulpafdeling aanwezig is, dan moet er binnen vijf minuten na binnenkomst triage plaatsvinden. Binnen tien minuten moet ook de urgentiegraad bepaald en geregistreerd zijn.






[Acute psychiatrie](#)

Er wordt geëxperimenteerd met de triagewijzer uit de [generieke module acute psychiatrie](#), die onderscheid maakt tussen de urgentiegraden *levensbedreigend* waarbij binnen 15 minuten de beoordeling dient aan te vangen, *spoed* waarbij binnen 60 minuten de beoordeling moet starten, *dringend* waarbij de start van de beoordeling binnen vier uur moet starten, en *preventie van escalatie* waarbij binnen 24 uur de patiënt beoordeeld dient te worden.

Landelijk wordt geëxperimenteerd met het [voorlopig model melding](#) vanuit de acute psychiatrische hulpverlening in het kader van de generieke module acute psychiatrie. Daarbij worden telefonische meldingen, waarbij de somatiek is uitgesloten, doorverbonden naar een acuut psychiatrisch hulpverlener (APH). De APH triert de patiënt vervolgens via haar protocol. Uit dit protocol volgt waar de patiënt terecht kan en of bijvoorbeeld de crisisdienst ingeschakeld moet worden, of dat de patiënt vanuit de gemeente (Wmo) gezien moet worden.

Het voorlopig model melding spreekt van 24/7 telefonische bereikbaarheid van de APH-triagist. De APH-triagist dient binnen 5 minuten telefonisch beschikbaar te zijn om de triage te kunnen uitvoeren.

Bereikbaarheidsnormen acute zorgketenpartners

	 Huisarts	 Huisartsenpost	 Regionale ambulancevoorziening	 Spoedeisende hulp	 Acute ggz
Telefonische norm	Binnen 30 seconden	Binnen 30 seconden (98%)	24/7 bereikbaar	geen	24/7 binnen 5 minuten
Fysieke norm In geval van hoogste urgentie (A1, U0, U1)	15 minuten	20 minuten (90%) 30 minuten (98%)	15 minuten (95%) (wettelijke norm)	Triage – binnen 5 minuten Urgentieregistratie – binnen 10 minuten	15 minuten (levensbedreigend U1)
Fysieke norm In geval van lagere urgentie (A2, U2)	15 minuten	60 minuten (90%) 120 minuten (98%)	30 minuten (veldnorm)	geen	60 minuten (spoed U2) 4 uur (dringend U3)
Verankering norm	Richtlijnen	Veldnormen	Wettelijke en veldnorm	Veldnorm NVSHA	Triagewijzer GM acute psychiatrie

Naleving bereikbaarheidsnormen

De NZa monitort de bereikbaarheidsnorm van de regionale ambulancevoorzieningen. In 2017 werd de norm, dat 95% van de inzetten onder normale omstandigheden binnen een responstijd van 15 minuten aanwezig moet zijn bij de patiënt, in 21 van de 24 regio's niet gehaald. In de marktscan 2017 rapporteerden wij nog dat in 2016 in 17 van de 24 regio's de norm niet werd gehaald.

In 2017 waren ambulances in **92,4%** van de spoedeisende inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt. In de jaren 2014, 2015, en 2016 was dit nog 93,4%. De gemiddelde responstijd van een A1-inzet lag in 2017 op 9 minuut 41 seconde, dit is al zes jaar vrij stabiel.

Voor de minder urgente inzetten geldt dat landelijk 96,1% van de A2-inzetten binnen 30 minuten aanwezig was bij de patiënt in 2017. In de jaren 2014, 2015 en 2016 was dit nog 97%.

Van de andere aanbieders in de acute zorg is de bereikbaarheid nog niet zo duidelijk in beeld te brengen als die van de regionale ambulancevoorzieningen. Dit komt omdat de naleving van bestaande normen nog niet eenduidig geregistreerd wordt en omdat de gewenste doorstroom nog niet in alle gevallen genormeerd.

InEen rapporteerde in haar [benchmark huisartsenzorg 2016](#) dat 96% van de spoedoproepen binnen 30 seconden worden beantwoord, maar in de [benchmark huisartsenzorg 2017](#) wordt dit niet meer gerapporteerd. In de benchmark 2016 rapporteerde InEen tevens dat de huisartsdienstenstructuren verschillende definities van wachttijden hanteren.

De acute wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige kan ingeroepen worden voor incidentele niet-medische zorgvragen, zoals uit bed vallen of problemen met hulpmiddelen. Begin dit jaar is de landelijke coöperatie voor acute wijkverpleging opgericht die streeft naar landelijke dekking om deze zorg 24 uur per dag te kunnen bieden. De coöperatie wil op termijn één telefoonnummer gebruiken voor een landelijke hulplijn. Dat nummer kan dan gebruikt worden voor acute verpleegkundige zorgvragen die nu vaak bij de spoedeisende hulp terechtkomen. De werkzaamheden van de acute wijkverpleegkundige zijn met deze monitor niet kwantitatief in beeld gebracht, omdat ze nog niet kunnen worden onderscheiden in de data van reguliere wijkverpleging. Met een volgende monitor is het streven om dat wel te doen, omdat deze actor een belangrijke rol speelt in het bieden van acute verpleging en verzorging thuis aan met name oudere patiënten, zowel overdag als tijdens anw-uren. In die rol kan de wijkverpleegkundige ook een belangrijke coördinatiefunctie hebben wat helpt om vroegtijdig escalerende gezondheidsklachten te signaleren.

Instroom via de huisarts

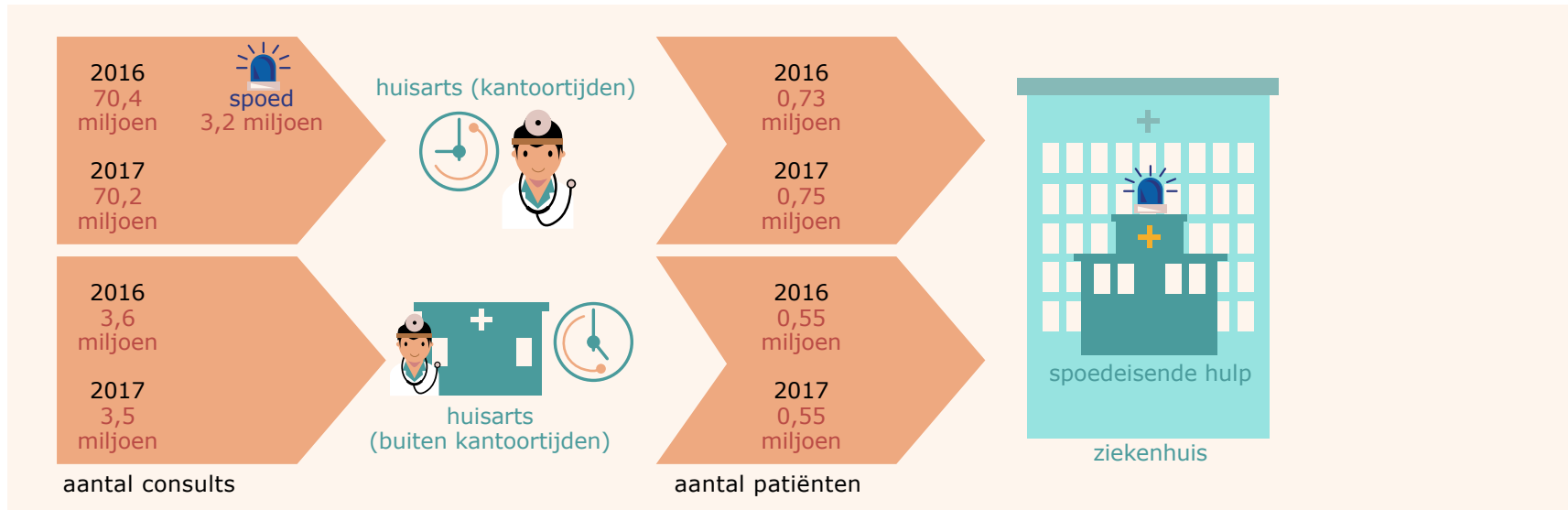
De patiënt kan via de huisarts tijdens kantooruren de acute zorg instromen, of via de huisartsenpost (hap) tijdens avond-, nacht- en weekenduren (anw). Een klein aantal huisartsen in Nederland vangt zelf de bereikbaarheid tijdens anw-uren op. In onderstaande figuren wordt daarom onderscheid gemaakt tussen huisartsenzorg tijdens kantooruren en huisartsenzorg tijdens niet-kantooruren. Deze laatste categorie bestaat dus uit zorg geleverd door de eigen huisarts tijdens anw-uren én zorg geleverd door huisartsen vanuit de huisartsenposten.

We spreken over *consulteenheden* waarbij de volgende gewichten gelden: telefonisch consult (0,5), normaal consult (1,0), visite (1,5), lang consult (2,0), lange visite (2,5). Dezelfde verhouding geldt bij de totstandkoming van de tarieven in de huisartsenzorg. De reden voor het tonen van *consulteenheden* is dat een fysiek consult of een visite in verhouding een zwaardere belasting is van de huisarts dan een telefonisch consult. De consulteenheden geven dus een betere indicatie van de vraag naar huisartsenzorg.

Totale instroom in de acute zorgketen via de huisarts

Onderstaande figuur bevat het *aantal consulteenheden* bij de huisarts, zowel tijdens kantoortijden als buiten kantoortijden. Daarnaast geven we aan hoeveel *patiënten* doorstromen naar een vervolgschakel in de acute zorg. De stippelijijn bevat de schatting op basis van het artikel van Van der Maas e.a. over 2016.

Instream patiënten acute zorg via de huisarts



Bron: Vektis en v.d. Maas

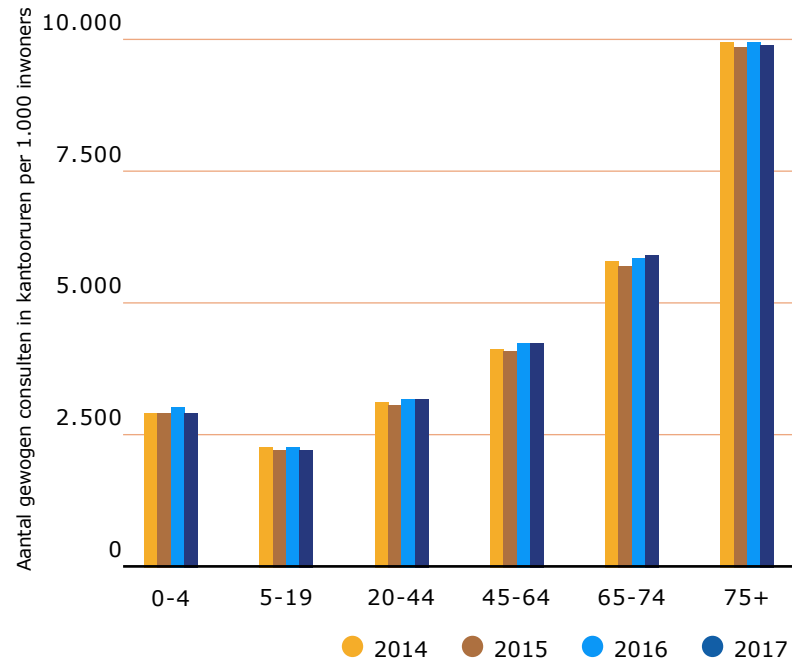
Instream via de huisarts tijdens kantooruren

Uit de declaratiegegevens kan niet worden afgeleid welk percentage van de acute zorg via de huisarts instroomt. Wel kan worden afgeleid dat 1,1% van de patiënten die de huisarts tijdens kantooruren heeft bezocht, op dezelfde dag ook de seh heeft bezocht. Dit zijn in 2016 zo'n 733 duizend patiënten. Dit is vermoedelijk maar een deel van de patiënten dat met een acute zorgvraag bij de huisarts is geweest. De huisarts kan immers voorkomen hebben dat de patiënt met de acute zorgvraag naar de seh is gegaan.

Op basis van declaratiegegevens kan een beeld worden geschetst van alle zorgvragen bij de huisarts; acuut en niet-acuut tijdens kantooruren. Landelijk is een minimale afname in het aantal *consulteenheden* (0,2%) zichtbaar in 2017 ten opzichte van 2016.

Ten opzichte van 2016 neemt het aantal consulteenheden in 2017 per leeftijdsgroep niet toe. Niet duidelijk is of de verhouding tussen het aantal acute en niet acute zorgcontacten gedurende de jaren wijzigt, én of de duur (het aantal minuten) van een consult toe- of afneemt.

Landelijk aantal consulteenheden huisarts kantooruren, per leeftijdscategorie 2014-2017



Bron: Vektis en bevolking CBS

Ongeveer 4 à 5% van de contacten in de huisartsenpraktijk zijn spoedcontacten, zo blijkt uit [onderzoek van Huisarts & Wetenschap](#) uit 2018. Het betreft hier spoed zoals het NHG dit definieert: *Zorg bij een vraag 'die vanuit de beleving van de patiënt acuut is.'* Landelijk zou dit betekenen dat 2,9 miljoen spoedcontacten door de huisarts plaatsvinden. Hiervan wordt 18% doorgestuurd naar het ziekenhuis. Het betreft een eerste meting: er is dus nog geen ontwikkeling aan te geven.

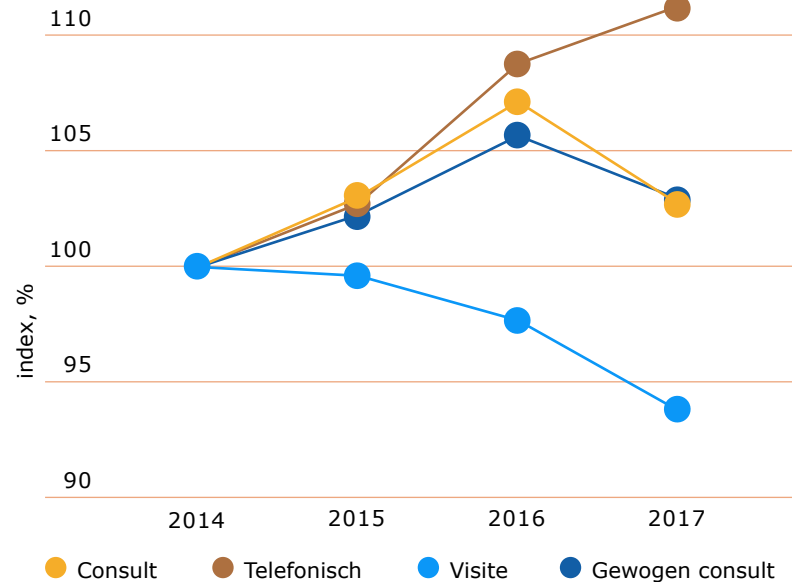
Vertaald naar *consulteenheden*, betekent dit dat er 3,2 miljoen gewogen spoedconsulten tijdens kantooruren door de huisarts plaatsvinden in Nederland in 2016.

[Instroom via de huisarts tijdens avond, nacht en weekend \(anw\)](#)

Buiten kantooruren kan de patiënt (als de eigen huisarts niet bereikbaar is) via de huisartsenpost gebruik maken van acute zorg. Landelijk en regionaal is een lichte afname van het totaal aantal contactmomenten tijdens niet-kantooruren zichtbaar tussen 2016 en 2017. Het aantal consulteenheden neemt relatief meer af. Hiermee is de trend van de toename van het jaarlijks aantal consulteenheden tijdens anw in afgelopen jaren omgebogen naar een afname. Dit geldt voor alle leeftijdscategorieën.

Onderstaande figuur bevat de trend in het aantal consulteenheden bij de huisarts en hap buiten kantoortijden. Hieruit blijkt dat het aantal telefonische consulten van 2014 tot 2017 is toegenomen, terwijl het aantal visites afnam. Ten opzichte van 2016 is het totaal aantal consulten afgenomen met 3,9%

Landelijke ontwikkeling aantal (telefonische) consulten en visites 2014-2017



Bron: Vektis

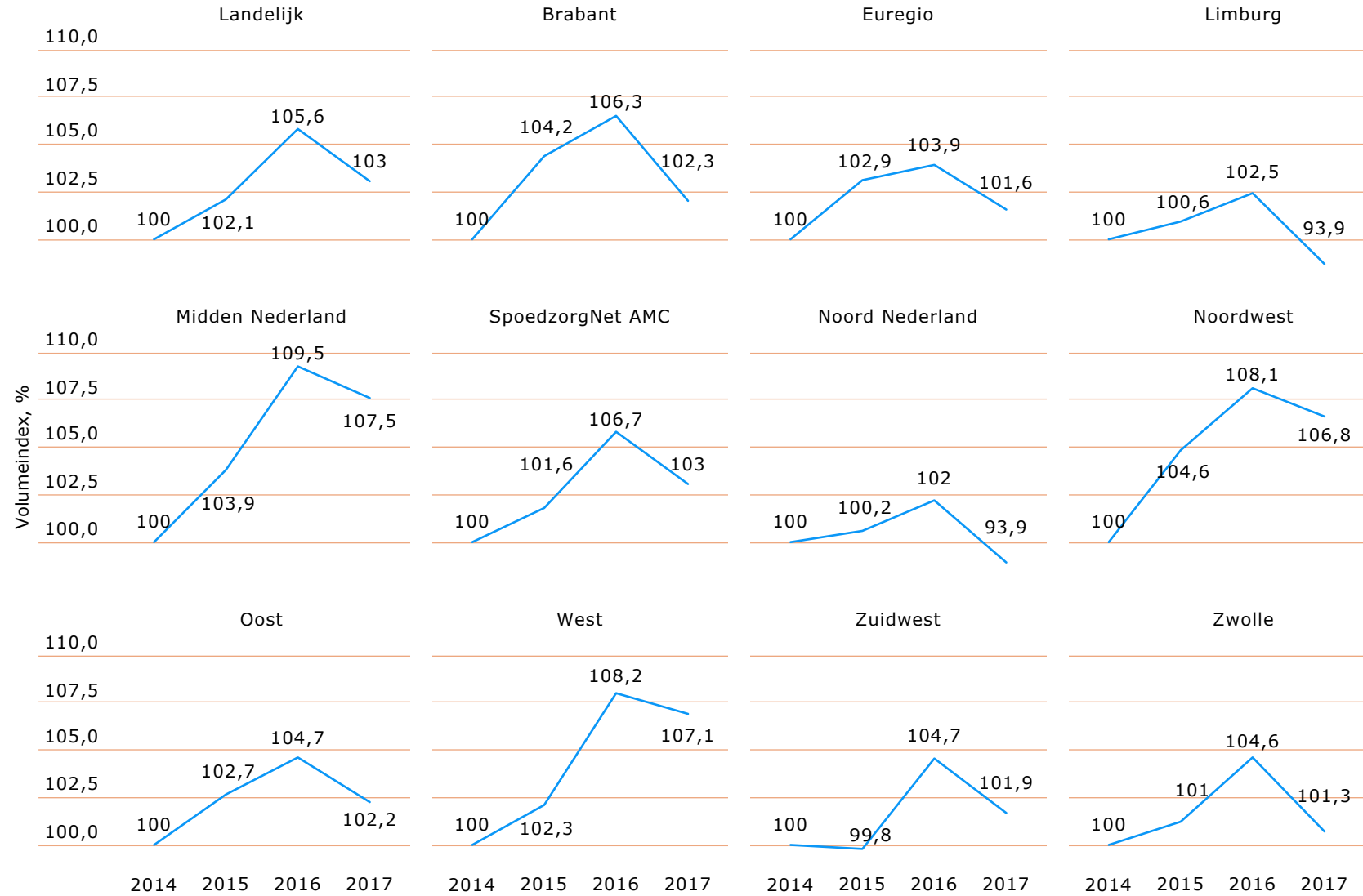


Het totaal aantal contactmomenten tijdens niet-kantooruren (consult, telefonisch consult en visite) is in 2017 ten opzichte van 2016 afgenomen met 1,5%. Als we uitgaan van consulteenheden is de afname 2,5% in 2017, terwijl dit in 2016 nog steeg met 3,4%.

Op basis van de gedeclareerde prestaties blijkt dat ook het aantal patiënten dat voor zorg bij de huisarts tijdens anw-uren terecht komt, licht gedaald is.

Deze bevindingen komen ruwweg overeen met de [benchmark rapportage van InEen](#), waarin wordt vermeld dat het totaal aantal verrichtingen in 2017 ten opzichte van 2016 met 2,0% is gedaald. Het totaal aantal consulteenheden buiten kantooruren daalde in deze periode met 2,9%.

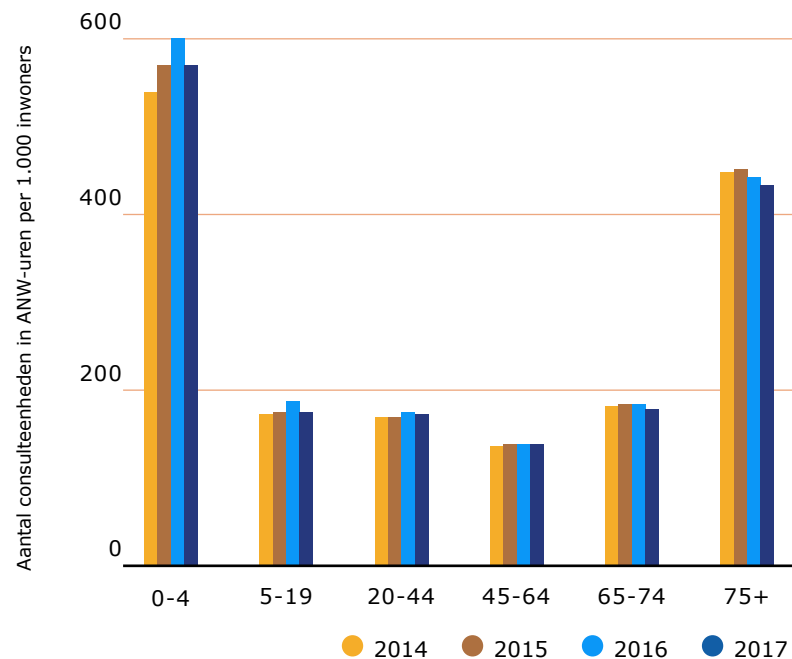
Consulteenheden huisartsen anw per ROAZ, 2014-2017



Bron: Vektis

In elke regio neemt het aantal visites en consulten af, terwijl het aantal telefonische consulten toeneemt (niet getoond). De mate waarin, verschilt wel tussen regio's. In de regio's Limburg en Brabant neemt het aantal consulteenheden tussen 2016 en 2017 het sterkste af (respectievelijk 3,5% en 3,8%). De marktscan 2017 van de NZa toonde voor de ROAZ-regio's Noordwest, West en Midden-Nederland een stijgend aantal contacten op de hap, maar in 2017 is zichtbaar dat ook in deze regio's een afname in het aantal consulteenheden te zien is, hoewel deze afname relatief kleiner is dan in de andere regio's.

Aantal consulteenheden huisarts buiten kantoortijden, per leeftijdscategorie inwoners



Bron: Vektis en bevolking CBS

Uit deze figuur blijkt dat het aantal consulteenheden bij de huisarts buiten kantoortijden in elke leeftijdsklasse daalt in 2017.

Kinderen van 0-4 jaar en de groep ouderen van 75+ maken ten opzichte van de andere leeftijdsgroepen relatief veel gebruik van huisartsenzorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren. Vorig jaar zagen we hetzelfde beeld. De trend verschilt niet per ROAZ-regio.

Wat wel nieuw is ten opzichte van de inzichten uit de Marktscan 2017, is dat het leeftijdspatroon van de patiënten die de huisarts overdag bezoeken, anders is dan in buiten kantoortijden.

Jonge kinderen (0-4 jarigen) ontvangen tijdens kantoortijden relatief veel minder huisartsenzorg (zowel acuut als niet acuut) dan in de anw-uren. De groep 0-4 jarigen is relatief gezien de groep die (na de groep 5-19 jarigen), het minste huisartsenzorg overdag ontvangt. Het aandeel acute zorg overdag bij de huisarts is niet bekend voor deze leeftijdscategorieën.

Over het algemeen geldt dat dezelfde groep jonge kinderen vaker op de hap verschijnt dan andere leeftijdsgroepen. Een regio waarin relatief veel jonge kinderen op de hap komen, heeft relatief meer frequente bezoeken door dezelfde patiënt in hetzelfde jaar. De helft van de consulteenheden is toe te schrijven aan patiënten die vaker dan één keer per jaar gebruik maken van de huisarts buiten kantooruren. Dit was in 2017 niet anders dan in 2016.

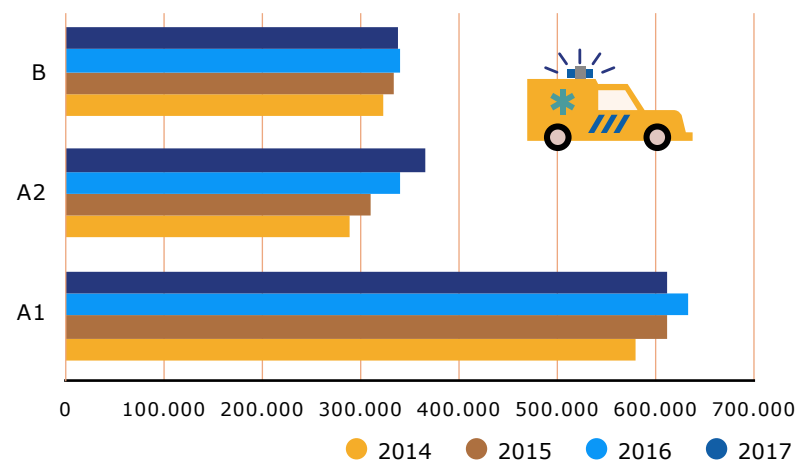
Het aandeel patiënten dat in 2016 buiten kantoortijden doorstroomt van de huisarts of huisartsenpost naar de seh (13,6%), is groter dan bij de huisarts tijdens kantooruren (1,1%).

Dat het percentage verwijzingen naar de seh vanuit de huisarts buiten kantooruren hoger ligt dan bij de huisarts tijdens kantooruren, is verklaarbaar. Tijdens anw-uren ontvangt de huisarts namelijk meer acute zorgvragen dan tijdens kantooruren. De huisartsenvoorzieningen tijdens anw zijn immers ingericht ten behoeve van spoedvragen.

Instream via de regionale ambulancevoorziening

Een patiënt kan ook via de regionale ambulancevoorziening (rav) de acute zorgketen instromen. Er is dan contact geweest met de meldkamer ambulancezorg. De meldkamer ambulancezorg heeft opdracht gegeven aan een ambulance om naar de patiënt toe te gaan.

Aantal ambulance-inzetten 2014-2017

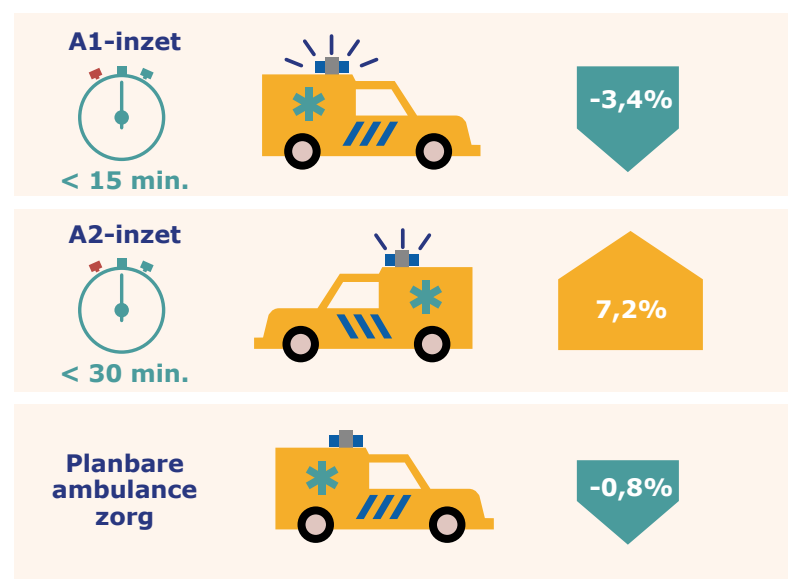


Bron: RIVM

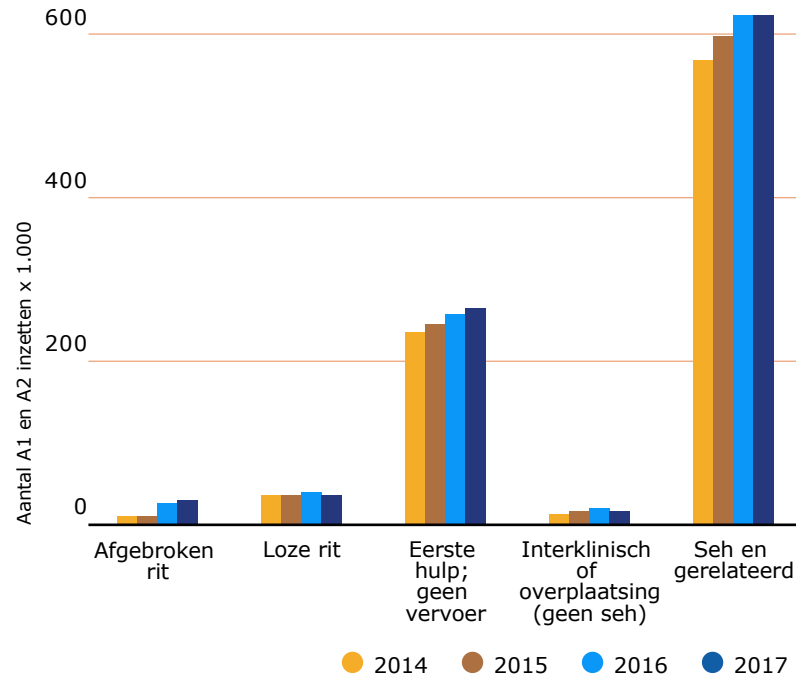
Het totaal aantal spoedeisende inzetten door ambulances bleef in 2017 nagenoeg gelijk ten opzichte van 2016 (stijging 0,3%).

In 2017 nam het aantal A1-inzetten (responstijd 15 minuten) met 3,4% af ten opzichte van 2016. Daarentegen nam het aantal A2-inzetten (responstijd 30 minuten) toe met 7,2%.

De planbare ambulancezorg nam in 2017 af met 0,8% ten opzichte van 2016. In voorgaande jaren steeg zowel de spoedeisende ambulancezorg als de planbare ambulancezorg.



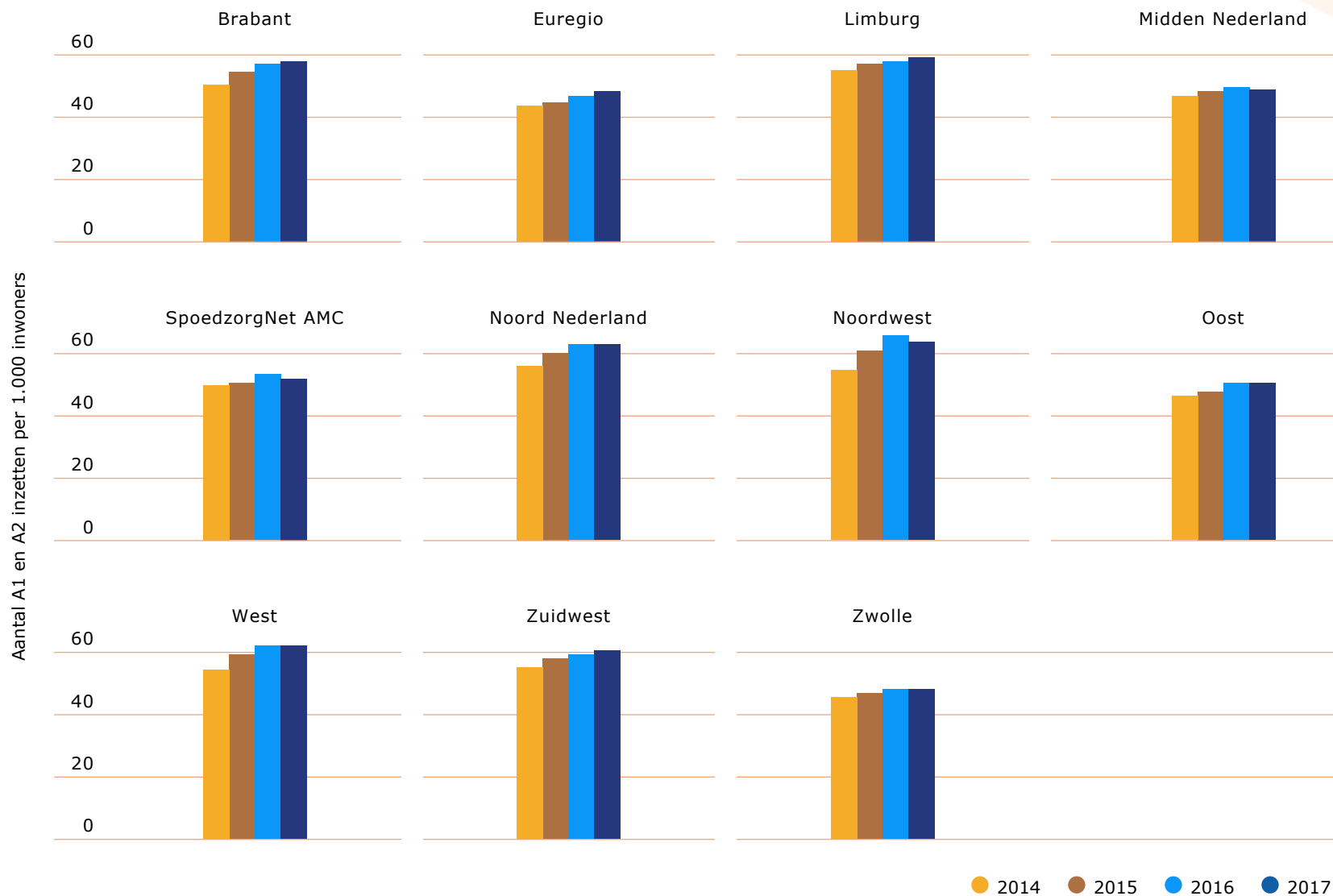
Spoedeisende ambulance inzetten (A1- en A2-urgentie) per type, 2014-2017



Bron: RIVM

Deze figuur laat zien dat het aantal eerste hulp, geen vervoer (ehgv) ambulance inzetten in 2017 met 1,9% toenam ten opzichte van 2016. Ook vorig jaar zagen we een jaarlijkse stijging van het aantal spoedeisende ehgv-inzetten. Het aantal afgebroken ritten neemt ook toe in 2017, met 12,5%. Loze ritten en interklinisch vervoer of overplaatsing dalen met 6% en 16% en het aantal seh-ritten blijft gelijk. Voor definities van de type inzetten, zie pagina 15 van het [uniform begrippenkader ambulancezorg](#).

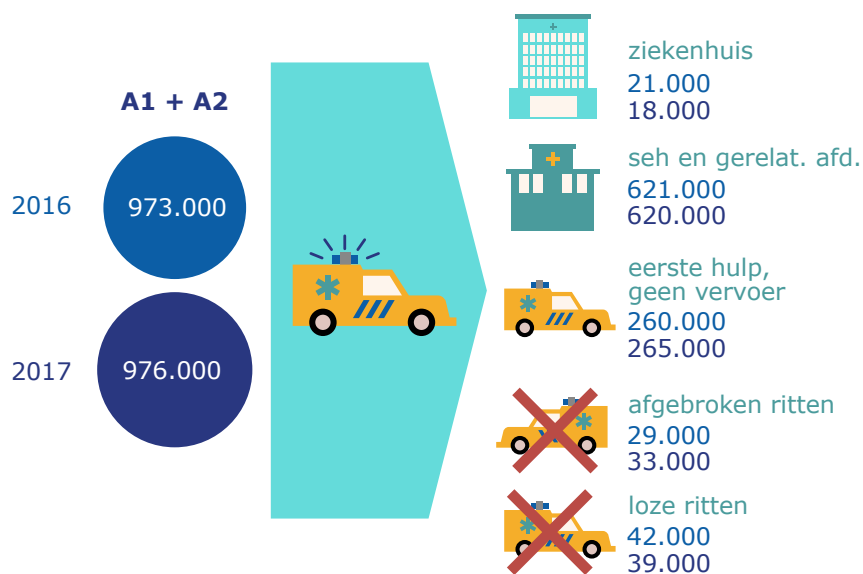
Spoedeisende inzetten (A1- en A2-urgentie) per 1000 inwoners 2014-2017



Bron: RIVM en bevolking CBS

Deze figuur laat zien dat het aantal spoedeisende inzetten in 2017 in alle regio's ongeveer gelijk of minder is dan in 2016. In de regio's waarvan wij vorig jaar concludeerden dat het aantal inzetten het sterkste was toegenomen (Brabant, Noord-Nederland en Noordwest), zien we in 2017 nog maar een zeer lichte toename.

Instream acute zorg via de regionale ambulancevoorziening (2016-2017)



Bron: Vektis

Instream op de seh

De patiënt kan op verschillende manieren op de seh terecht komen: via de huisarts, via de regionale ambulancevoorziening, maar ook via een telefonische doorverwijzing van bijvoorbeeld de verloskundige of verpleeghuisarts.

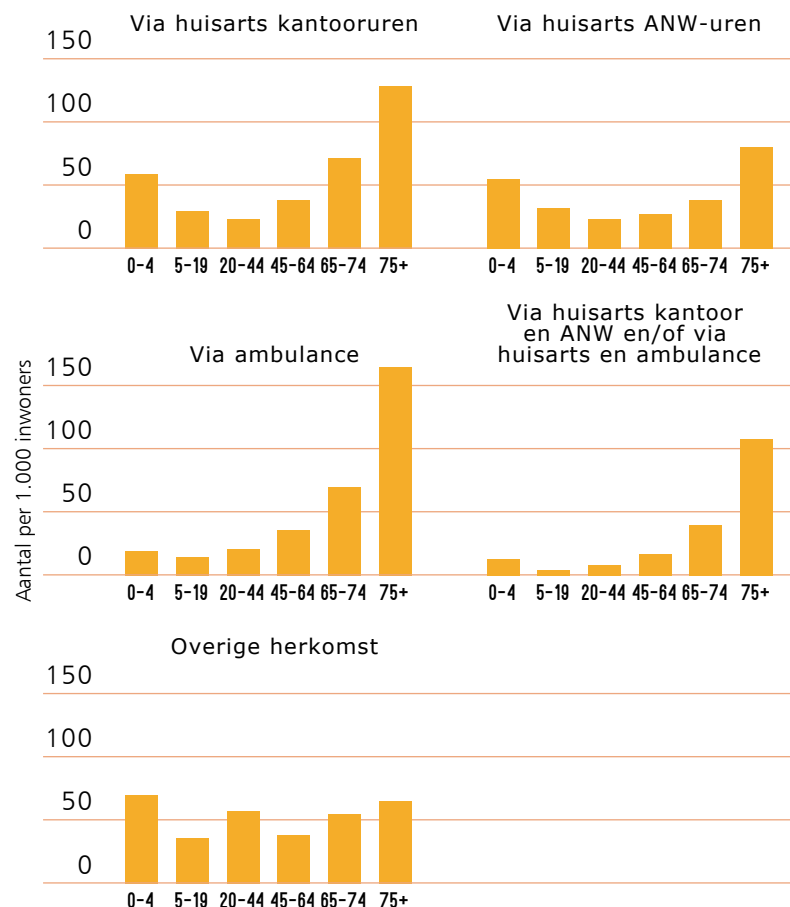
Daarnaast kan de patiënt zich op eigen initiatief begeven naar de seh, zogenaamde 'zelfverwijzers'. In sommige gevallen kan sprake zijn van terechte zelfverwijzing, bijvoorbeeld als de patiënt zelf terecht heeft ingeschat dat de seh de juiste plek voor behandeling is en er geen tijd verloren mag gaan, of als de patiënt bijvoorbeeld in overleg met een behandelend arts (bijv. een oncoloog) of andere zorgverlener (bijv. een verloskundige) heeft afgesproken dat zij bij een bepaald beeld en klachten direct naar de seh komen.

Uit recent onderzoek blijkt dat bijna 20 procent van de seh-bezoekers uit zelfverwijzers bestaat en ongeveer de helft van die groep terecht op de seh komt. Patiënten die uit oprechte bezorgdheid om de gezondheid op eigen initiatief naar de seh gaan zijn vaker 'terechte zelfverwijzers' dan patiënten die uit praktische overwegingen voor zelfverwijzing (nabijheid, geen afspraak hoeven maken) kiezen.

Dat een patiënt 'zelfverwijzer' is, wordt niet eenduidig geregistreerd in de seh gegevens. Er is wel een invulrecord voor, maar dit is geen verplicht veld in de registratie van de seh. Met deze monitor krijgen we de zelfverwijzers daarom niet scherp in beeld. Zie voornoemd onderzoek voor meer inzicht in de zelfverwijzers.

Onderstaande figuren tonen per leeftijdscategorie de herkomst van de patiënt op de seh per 1000 inwoners.

Herkomst patiënt op de seh naar leeftijd, 2016



Bron: Vektis (berekening NZa)

Ouderen en heel jonge kinderen komen het vaakst op de seh. De cijfers laten zien dat de manier waarop patiënten op de seh terecht komen per leeftijdsgroep verschilt. De meeste patiënten komen via de huisarts bij de seh. Met name de groep ouderen van 75 jaar en ouder hebben een grotere kans om via de ambulance op de seh terecht te komen. Jonge kinderen tot 4 jaar en jong volwassenen komen juist relatief minder vaak bij de seh via de huisarts of de ambulance.

Het aantal seh's in Nederland neemt gestaag af. Tussen 2016 en 2018 sloten 6 seh's en nam het aantal seh's dat 24x7 geopend is met 5 af naar 85. De beschikbaarheid van seh's blijft echter op peil, nog steeds kan 99,8% van de bevolking binnen 45 minuten van melding per ambulance op de dichtstbijzijnde seh worden gebracht. Zoals vorig jaar al werd opgemerkt is bij sluiting van seh's meestal geen sprake van het verdwijnen van behandelplekken, maar van concentratie van deze zorg op één locatie. De afname tussen 2013 en 2016 ging namelijk gepaard met een toename van de capaciteit van de behandelplekken op seh's met 4,2%.

Aantal seh's 2003-2018

	2003	2005	2006	2011	2015	2016	2017	2018
seh's 24x7	n/b	n/b	n/b	n/b	91	90	89	85
seh's totaal	107	106	104	99	95	94	94	88

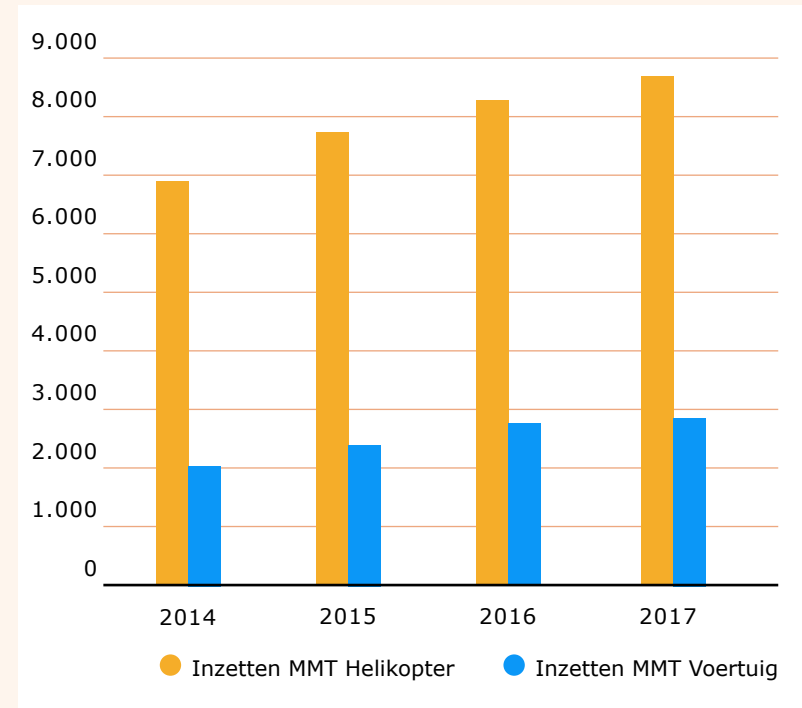
Bron RIVM, stand per 1-11-2018 (Na sluiting van het MC Slotervaart Ziekenhuis. De seh van MC Zuiderzee Ziekenhuis Lelystad wordt hier wel meegeteld) n/b: niet beschikbaar

Mobiele medische teams

In Nederland staan vier mobiele medische teams (mmt) 24x7 paraat om aanvullend op de ambulancezorg pre-hospitale medische zorg te verlenen. Zij werken vanuit vier traumacentra in Amsterdam, Rotterdam, Nijmegen en Groningen en worden per voertuig of helikopter naar de patiënt gebracht. Samen met inzet vanuit Duitsland wordt gezorgd voor een landelijke dekking. Het mmt bestaat uit een gespecialiseerde arts (anesthesioloog of traumachirurg) en een gespecialiseerd verpleegkundige. Het mmt kan ter plaatse specialistische zorg bieden en werkt daarbij nauw samen met de ambulanceverpleegkundigen. Deze zorg verhoogt de overlevingskans van het slachtoffer en verkleint het risico op blijvende gezondheidsschade.

Het mmt wordt opgeroepen door de meldkamer ambulancezorg (mka) op basis van landelijke inzetcriteria. De patiënt wordt vervolgens meestal in de ambulance vervoerd naar het ziekenhuis. In onderstaand overzicht is het aantal jaarlijkse inzetten in de periode 2014-2017 weergegeven; dit nam in deze periode met bijna 30% toe. Van het totaal aantal inzetten betreft circa 50% 'cancels', waarin het voertuig of helikopter terugkeert zonder zorg te verlenen. Bij nadere beoordeling door het plaatselijke ambulanceteam bleek dan dat de extra inzet van het mmt niet nodig was.

Aantal inzetten mobiele medische teams 2014-2017



Bron: traumacentra

Verminderen instroom acute zorg

We zien dat er de laatste jaren veel initiatieven zijn genomen om de instroom in de acute zorg te beperken. Dit lijkt een veelbelovende manier om de acute zorg te ontlasten.

We noemen een aantal initiatieven die (mede) op deze voorfase gericht zijn, enerzijds door een deel van de instroom in de acute zorg effectief in de eerstelijnszorg op te vangen ('zorg op de juiste plaats') of anderzijds ter preventie van het ontstaan van acute zorg. In veel gevallen gaat het om kleine initiatieven waarvan nog moet blijken of ze structurele gevolgen hebben.

Zorg op de juiste plaats: initiatieven 2017-2018

In 2018 hebben InEen en de LHV samen een campagne ontwikkeld genaamd [Eerste hulp bij overbelasting](#) om gepast gebruik van spoedzorg te stimuleren. Met vier animatiefilmpjes, die in de wachtkamer van huisartsenpraktijken en huisartsenpost kunnen worden vertoond, worden mensen aan het denken gezet. Wanneer is er wel en niet sprake van spoed? De app [Moet ik naar de dokter](#) kan mensen helpen die twijfelen of het nodig is om naar de huisarts, de huisartsenpost of de spoedeisende hulp te gaan.

Bij wijze van pilot in 2017 zette Huisartsenpost Oostelijk Zuid-Limburg in samenwerking met de Spoedeisende Hulp van het Zuyderland Ziekenhuis in de anw-uren op afroep een wijkverpleegkundige in van Meander Thuiszorg, met als doel de huisarts te ontlasten en om een eventuele opname in het ziekenhuis te voorkomen. De wijkverpleegkundige kan vaak goed inschatten welke zorg nodig is om een opname te vermijden en beschikt over de juiste contacten die hierbij kunnen helpen. In ongeveer een derde van de gevallen waarbij de wijkverpleegkundige is langs geweest, kon inzet door de huisarts vermeden worden. Ook opname in het ziekenhuis kon in sommige gevallen vermeden worden.

Huisartsenpost Harderwijk schakelt sinds 2017 op afroep een wijkverpleegkundige van Icare in voor visites als er sprake is van laagdrempelige handelingen, zoals het wisselen van een katheter. Ook zoekt de wijkverpleegkundige namens de huisartsenpost naar een eerstelijnsbed voor een patiënt als daar acuut vraag naar is.

In Enschede heeft de huisartsenpost bij wijze van pilot tussen oktober 2016 en maart 2017 visites laten rijden door een verpleegkundig specialist acute zorg. Zo zou de werkdruk bij de huisartsen op de post kunnen worden verlaagd. De pilot heeft aangetoond dat ongeveer de helft van de visites die door een huisarts worden gedaan, door een verpleegkundig specialist kunnen worden overgenomen, grotendeels naar tevredenheid van de patiënten en betrokken huisartsen.

De huisartsenposten Enschede Oldenzaal en de huisartsenpost Hengelo geven huisartsen sinds 2017 zogenoemde spiegelinformatie terug om huisartsen meer bewust te maken van het gebruik van hun patiënten van de huisartsenposten. Zij kunnen dan nadenken over oorzaken en tot oplossingen komen, in de hoop dat uiteindelijk het aantal laag-urgente en oneigenlijke hulpvragen daalt.

In juni 2018 opent in Amsterdam Zuidoost de WijkKliniek. De WijkKliniek is een nieuw zorgconcept voor ouderen die normaal gesproken in het ziekenhuis worden opgenomen vanwege acute medische problemen. In de WijkKliniek is er zowel acute medische zorg als goede ondersteuning en begeleiding om verdere achteruitgang te voorkomen en zo fit mogelijk weer naar huis te kunnen. Dat voorkomt nieuwe acute gezondheidsproblemen en haalt de druk af van de dichtslibbende spoedeisende hulpen. De WijkKliniek is een unieke samenwerking tussen het AMC, Zilveren Kruis en Cordaan.

Met de pilot Springplankproject IJsselland wordt geëxperimenteerd met een centrale multidisciplinaire triage. Het probleem dat hiermee wordt aangepakt is dat er veel verschillende ingangen in de acute zorg zijn die een patiënt kan kiezen en dat de patiënt niet altijd de juiste ingang kiest, of een deel van de relevante expertise bij de gekozen ingang ontbreekt. De regionale zorgpartners willen door intensieve samenwerking de zorg zo inrichten dat de zorgvragen op juiste wijze worden beoordeeld en dat door middel van eenduidige triage, de juiste zorgverlener op het juiste moment passende zorg biedt. Bij de Triagepost zijn daarom werkplekken ingericht voor de verpleegkundig centralist ambulancezorg, verpleegkundig centralist Zorgcentrale Noord Nederland, de coördinerend doktersassistent, regiearts en alle triagisten van de huisartsen dienstenstructuur. Hoewel de patiënt binnen deze pilot nog steeds meerdere telefoonnummers kan bellen, komt hij of zij altijd bij dezelfde Triagepost uit, waar de regionale zorgpartners dus kunnen samenwerken.

In een aantal regio's wordt gewerkt aan het realiseren van één centraal contactpunt/ webapplicatie voor 24/7 informatie over de beschikbaarheid van bedden voor vervolgzorg voor zorgverleners in de 1ste en 2de lijn.

Op de Spoedeisende Hulp (seh) van HMC Westeinde zijn dagelijks tijdens de drukste uren in de middag en avond naast seh-artsen altijd een radioloog, internist, cardioloog, chirurg en neuroloog aanwezig. Zo krijgen patiënten met spoedeisende klachten sneller de juiste behandeling. Patiënten worden niet meer opeenvolgend gezien door verschillende specialisten, maar dit gebeurt in een keer gezamenlijk. De wachttijden verminderen, de behandeling gaat sneller en patiënten ervaren meer rust. De gemeten drukte op de seh (HMC Westeinde gebruikt een

druktemeter) is ook duidelijke afgenomen en de seh heeft geen stop meer hoeven te verkondigen, zelfs niet tijdens de griepiepidemie van begin 2018. De uitkomsten van de pilot – onder [andere 1.800 uur tijdswinst voor de patiënt](#), terwijl er ruim 700 patiënten meer op de seh werden gezien - hebben het ziekenhuis doen besluiten om dit haar vaste werkwijze te maken. Ook ziekenhuis Bernhoven zet medisch specialisten in op de seh. Door de patiënt daar meteen te behandelen is een ziekenhuisopname minder vaak nodig en hoeft de patiënt ook minder vaak terug te komen voor een polibezoek na het bezoek aan de seh.

De regionale coördinatiepunten elv vervullen een potentieel belangrijke rol in de spoedketen om 24 uur per dag, 7 dagen per week, inzicht in beschikbaarheid van eerstelijnsverblijf te organiseren. Niet alleen de beschikbaarheid van bedden, maar juist een goede triage is van belang voor het optimaal functioneren van de coördinatiefunctie. Alleen met een goede triage ontvangen kwetsbare ouderen de juiste zorg op de juiste plaats. Om goede triage tot stand te brengen is het van belang om de juiste expertise beschikbaar te hebben en in te zetten, waarbij een goede regionale (en subregionale) samenwerking tussen de huisarts, wijkverpleging en specialist ouderengeneeskunde cruciaal is.

De rav's IJsselland en Friesland experimenteren met vroegdiagnostiek in de ambulance voor patiënten met pijn op de borst. Door al ter plekke de troponine-waarde van de patiënt te kunnen bepalen is de hoop dat het zorgpad voor patiënten met klachten van pijn op de borst zal gaan veranderen waarbij de zorg voor de patiënt verbetert en behandeling efficiënter, veiliger en kosteneffectiever zal worden.

Preventie acute zorgvraag

Volgens VeiligheidNL werden in 2017 102.000 ouderen op de seh gezien als gevolg van een val. Sinds 2017 is er een nieuwe multidisciplinaire evidence-based richtlijn gericht op het voorkomen van valincidenten bij ouderen. De nieuwe richtlijn zou moeten bijdragen aan vermindering van het aantal letsels dat op de seh moet worden behandeld en zodoende de druk op de keten zou kunnen verminderen.

Ook de grieprik moet in dit kader genoemd worden. De jaarlijkse griepgolf zet de toegankelijkheid van acute zorg onder druk omdat er enerzijds meer acute zorgvraag ontstaat en anderzijds ook personeel werkzaam in het acute zorgnetwerk uitvalt. De grieprik is gericht op het verminderen van de impact van griep. Daarom geldt dat hoe effectiever de grieprik is, des te kleiner de impact van een griepgolf op de toegankelijkheid van acute zorg zal zijn.

De dag na het seh-bezoek bellen medewerkers van HMC de patiënt om na te gaan of de ontslaginstructies en het medicatievoorschrift duidelijk waren en of er voldoende nazorg is. Hoewel hier de initiële acute zorgvraag niet mee wordt voorkomen wordt wel voorkomen dat er in het vervolgtraject onnodige complicaties ontstaan. Er wordt momenteel onderzocht of de telefonische nazorg herbezoeken aan de seh en klinische opnames voorkomt.

De wijkverpleging speelt eveneens een belangrijke rol bij de preventie. Vanzelfsprekend wanneer een patiënt al in zorg is.

Daarnaast zijn er binnen het Nederlands Programma Ouderenzorg screeningsinstrumenten ontwikkeld om kwetsbare ouderen in een bepaalde regio of huisartspraktijk op te sporen die nog geen ondersteuning hebben. De huisartsondersteuner of wijkverpleegkundige beoordeelt in samenwerking met de huisarts in hoeverre ouderen kwetsbaar zijn in hun thuissituatie. Mocht het nodig zijn dan wordt er gezamenlijk een behandelplan opgesteld.

Meer initiatieven zijn onder andere te vinden op de [website met praktijkvoorbeelden](#) van LHV, InEen en VPH, de website [zorg op de juiste plek](#) en op de website [De Nieuwe Praktijk](#), een initiatief van het ministerie van VWS.


2.2 Doorstroom van patiënten in de acute zorg

Onder doorstroom verstaan we het proces van de diagnose en behandeling van de acute zorgvraag inclusief de eventuele opname in het ziekenhuis die na behandeling op de seh volgt. Bij dit proces zijn vaak meerdere aanbieders betrokken.

Samenwerking huisartsenposten (hap) en spoedeisende hulp (seh)

Als gevolg van samenwerking tussen hap en seh komen minder patiënten onnodig op de seh terecht. De verschuiving van seh naar hap ontlast de seh (en belast de hap) en is doelmatiger. Voor de patiënt geldt ook geen eigen risico voor een bezoek aan de hap, een bezoek aan de seh wordt wel verrekend met het eigen risico.

Aantal seh's naar de vorm van samenwerking met een hap 2017 (2014).



	Alle seh-locaties	24/7-uurs seh
Aantal seh-locaties	94 (95)	89 (91)
Aantal seh's met een hap op het ziekenhuisterrein	79 (71)	76 (69)
Aantal seh-locaties met gezamenlijke hap/seh ingang waar zelfverwijzers naar de hap gaan of zo nodig naar hap worden terugverwezen, of er is een gezamenlijk loket	45 (31)	42 (29)

Bron: RIVM

De voorgaande tabel toont het aantal seh-locaties waar ook een hap is gevestigd en op welke manieren die locaties samenwerken, van 2014 en 2017. We herhalen de observatie van het RIVM van 2017: het aantal locaties met geïntegreerde samenwerking is ten opzichte van 2014 met 45% gegroeid - een forse toename.

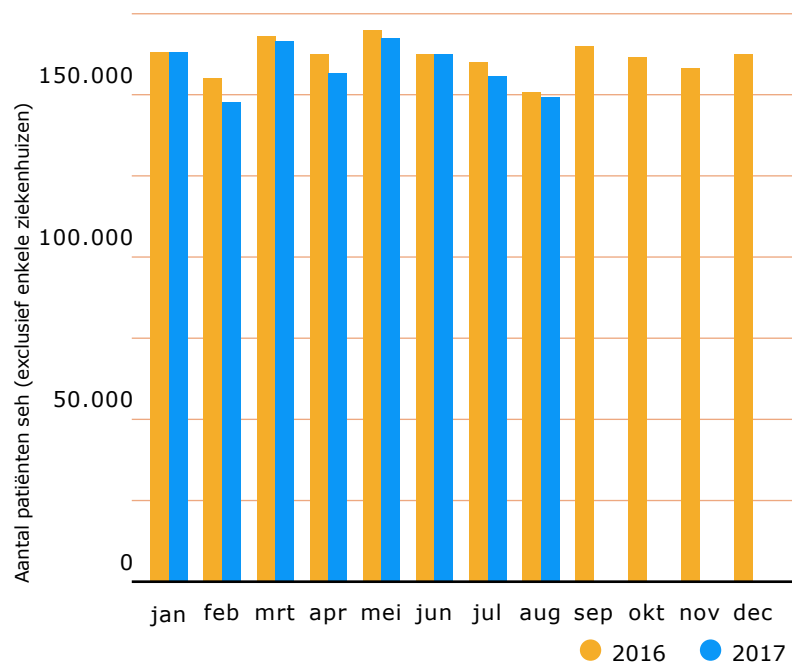
Hoewel effectieve inzet van de hap de seh kan ontlasten, is ook de belasting op de hap zelf van belang voor de toegankelijkheid van het acute zorgnetwerk. Er is een aantal signalen dat de huisartsenzorg in de anw-uren in toenemende mate onder druk staat. Zie daarover verder het thema-kader arbeidsmarktcrapte.

Gezamenlijke vestiging van hap en seh biedt op zichzelf nog geen garantie voor de juiste zorg op de juiste plek. Uit [onderzoek van het Radboud UMC](#) blijkt dat vier van de vijf hap's tijdens de anw uren nog geen toegang hebben tot röntgendiagnostiek. Overdag heeft de huisarts dat wel. Bij een vermoede breuk moeten huisartsen van deze hap's de patiënt dus altijd overdragen aan de tweedelij. Dit belast de patiënt qua tijd en qua kosten. De patiënt komt namelijk onnodig opnieuw in een wachtkamer terecht en het onnodige bezoek aan de seh gaat ten koste van het eigen risico (hap bezoek niet). Merk op dat de diagnostiek wel ten koste van het eigen risico gaat, ook als de huisarts het aanvraagt. Maar de kosten van alleen röntgendiagnostiek zijn lager dan die diagnostiek samen met een seh-bezoek. De aanbeveling van de auteurs is dan ook dat de huisarts ook tijdens de anw-uren toegang zou moeten hebben tot röntgendiagnostiek, wat zorgt voor een afname in kosten en onnodige druk op de acute zorgketen. Tijdens consultatie van externe partijen kreeg de NZa signalen dat dit soort samenwerking wel in toenemende mate plaatsvindt.

Spoedeisende hulpafdelingen

Uit onderstaande figuur blijkt sprake te zijn van een lichte daling van het aantal seh-bezoeken in 2017 per maand (tot en met augustus) ten opzichte van 2016.

Aantal seh-bezoeken per maand, 2016 en 2017



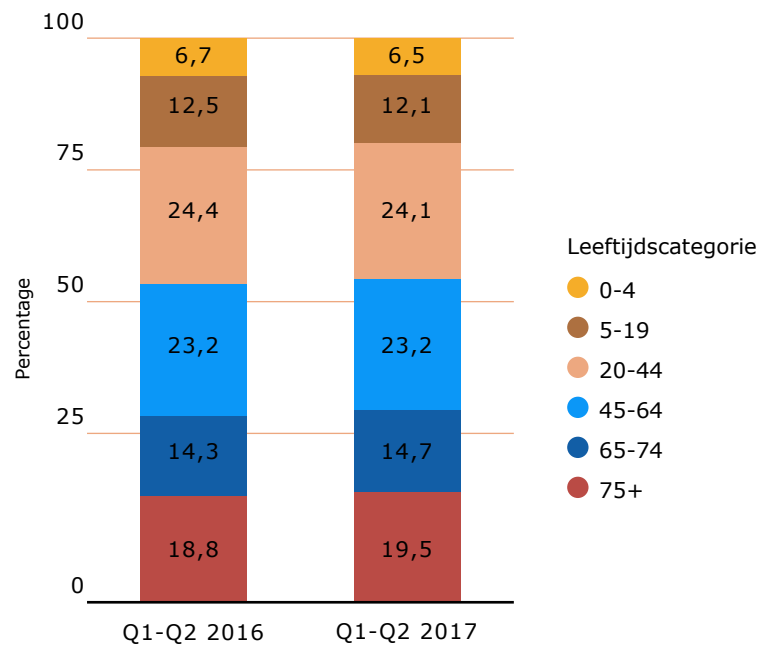
Bron: Vektis

Op basis van de huidige gegevens kunnen we nog niet met zekerheid zeggen of dit dalende aantal seh-bezoeken een daadwerkelijke daling is, of komt door incomplete registratie. Dit zal blijken uit toekomstig vervolgonderzoek, wanneer de

beschikbare tijdreeks langer is. Met de nu beschikbare gegevens is in ieder geval duidelijk dat geen sprake is van stijging van het aantal seh-bezoeken.

65-plussers vertegenwoordigen in 2017 ruim een derde van de seh-bezoekers. In onderstaand figuur wordt ook de toename van ouderen op de seh zichtbaar: de groep 65-plussers groeit van 2016 naar 2017 met ruim 3% en de groep 75-plussers met bijna 4%. Deze groei is groter dan alleen op basis van demografie kan worden verklaard (zie daarover verder de Toekomstverkenning van hoofdstuk 3).

Bezoek seh naar leeftijd, 2016 - 2017



Bron: Vektis

Druk op doorstroom seh

Goede doorstroom op de seh komt onder druk wanneer:

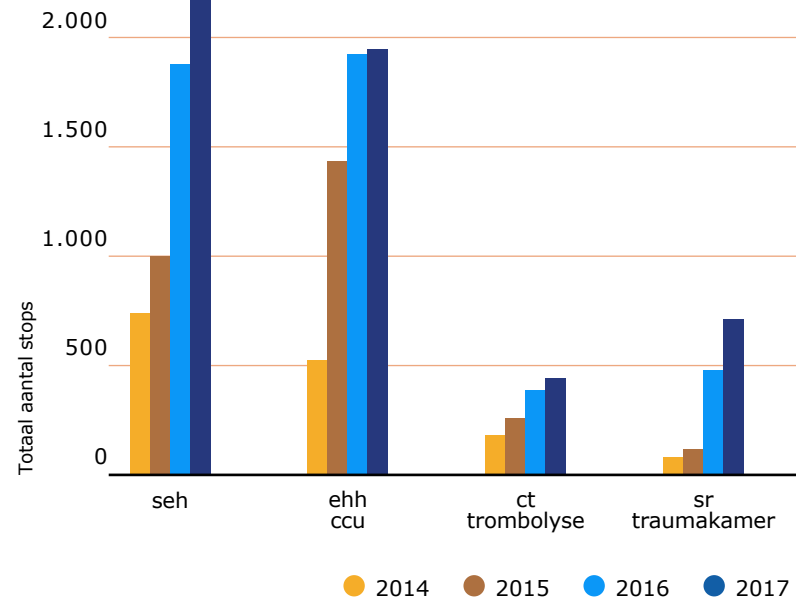
- de aanwas van patiënten tijdelijk hoger ligt dan gebruikelijk en de seh deze tijdelijke piek niet kan verwerken (te veel instroom ten opzichte van de beschikbare capaciteit), en/of
- de patiënten die op dat moment op de seh zijn opgenomen meer tijd/aandacht vragen dan gebruikelijk, en/of
- doordat sprake is van personeelstekorten, en/of
- de uitstroom uit de seh stokt, bijvoorbeeld wanneer een aantal patiënten op de seh is uitbehandeld en in het ziekenhuis moet worden opgenomen, maar voor hen nog geen geschikt bed in het ziekenhuis is gevonden (al dan niet beschikbaar is), hetgeen weer kan worden veroorzaakt doordat patiënten die in de tweede lijn zijn uitbehandeld nog niet naar huis kunnen i.v.m. niet-inzetbaarheid van wijkverpleging, elv, verpleeghuis etc.

Als doorstroom of uitstroom op de seh stokt, kan de seh de nieuwe aanwas van patiënten uiteraard minder snel verwerken. In sommige gevallen kan een seh dan tijdelijk stop afgeven. De meldkamer ambulancezorg coördineert dan dat ambulances indien mogelijk naar een andere seh rijden. Echter, de afspraak is dat wanneer van echte spoed sprake is (wanneer iedere minuut telt) een ambulance altijd bij de seh terecht kan, ook als daar een seh-stop van kracht is.

Overigens geven niet alle seh's een stop af bij tijdelijk overmatige drukte. Bij sommige seh's is namelijk geen goed alternatief beschikbaar als die een stop zou afkondigen. Een voorbeeld is het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis locatie Goes. Als de seh daar een stop zou afkondigen, zou voor patiënten uit de uiterste west grens van het verzorgingsgebied tot 90 kilometer moeten reizen naar een volgend ziekenhuis. Uitgangspunt daar is dan ook dat de seh niet wordt ontzien.

Hieronder is de ontwikkeling van seh-stops in beeld gebracht. Deze ontwikkeling geldt als graadmeter van de piekdrukke op seh's. We rapporteren de ontwikkeling van het aantal seh-stops van drie regio's: SpoedZorgNet, Netwerk Acute Zorg Noordwest en Traumazorgnetwerk Midden-Nederland, omdat zij de enige zijn met een betrouwbare en eenduidige stops-registratie. Netwerk Acute Zorg West is recent met dezelfde registratie begonnen, Traumacentrum Zuidwest-Nederland doet dat nog niet.

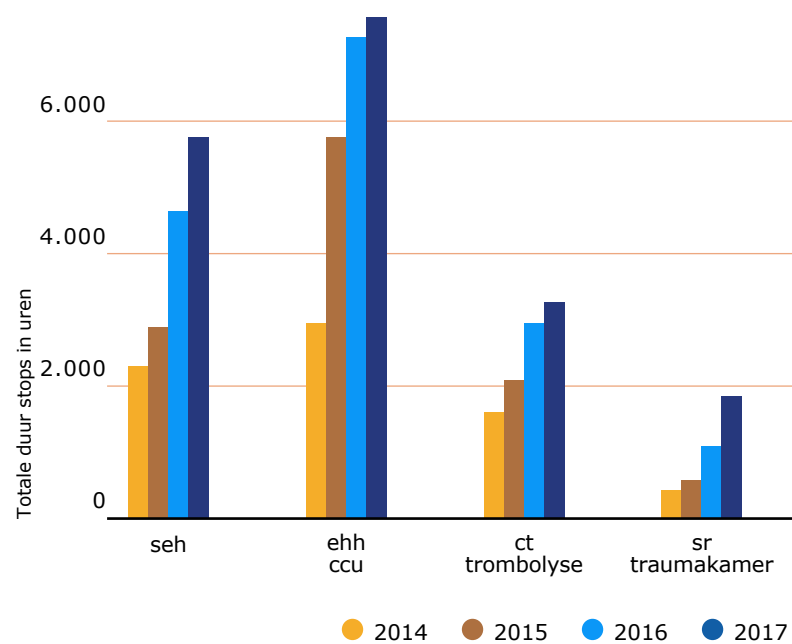
Aantal seh-stops 2014-2017



Bron: NZa, uitvraag stops van ROAZ-regio's

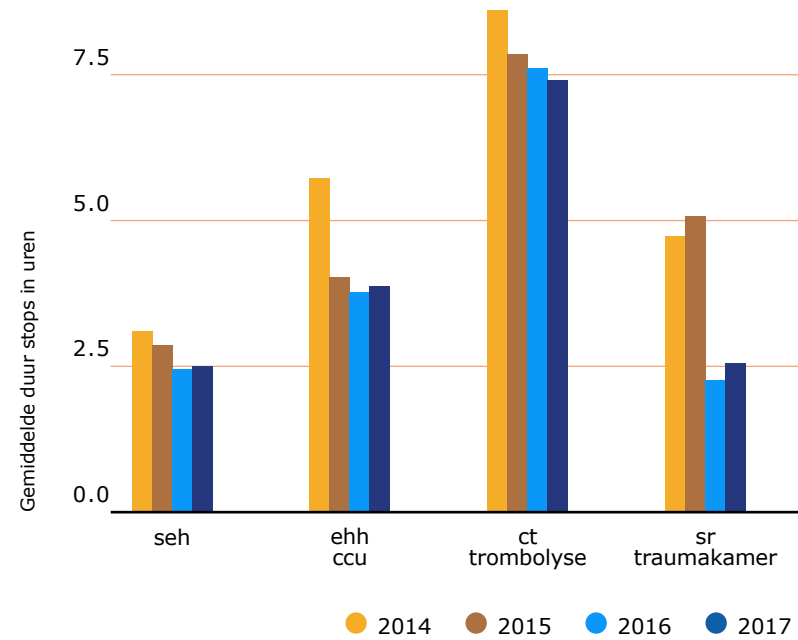
Net als de voorgaande jaren zijn ook in 2017 alle soorten seh-stops toegenomen in aantal. Voor eerste harthulp / ccu is de toename - anders dan de voorgaande jaren - klein. Voor de seh is de toename van 2016 naar 2017 nog steeds groot, maar kleiner dan van 2015 naar 2016. De ontwikkeling van de totale duur van seh-stops geeft hetzelfde beeld als de ontwikkeling van het aantal stops.

Totale duur seh-stops 2014 - 2017



Bron: NZa, uitvraag stops van ROAZ-regio's

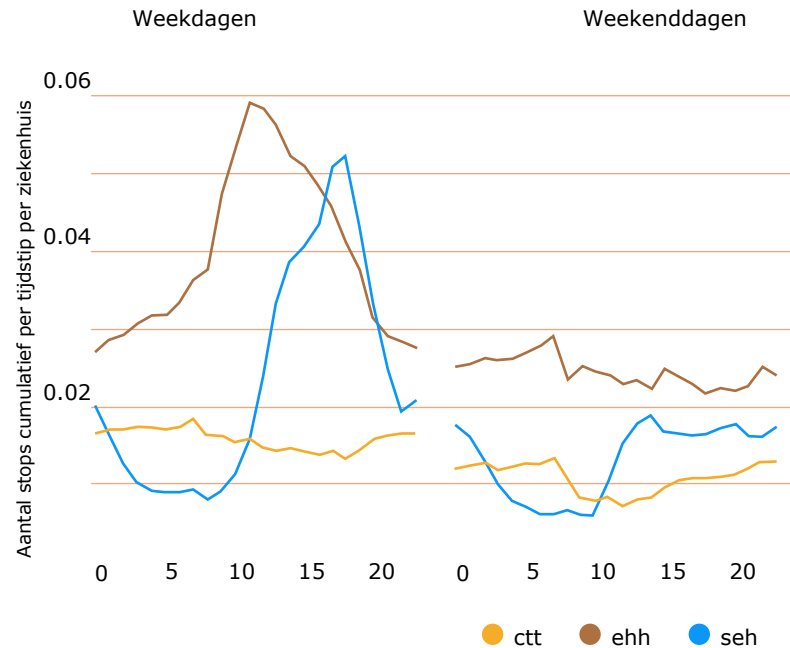
Gemiddelde duur seh-stops 2014 - 2017



Bron: NZa, uitvraag stops van ROAZ-regio's

De gemiddelde duur van seh-stops toont geen opvallende verandering in 2017. Relevant om hier toe te voegen is het aantal seh-stops op ieder moment van de dag. Een stop die om 9 uur is afgegeven maar om 10 uur nog steeds van kracht is, wordt in deze weergave om 10 uur ook meegeteld. Hiermee komt de daadwerkelijke beperking van de toegankelijkheid op basis van seh-stops beter tot uitdrukking.

Aantal seh-stops (cumulatief) per tijdstip, weekdays en weekenddagen



Bron: NZa, uitvraag stops van ROAZ-regio's

Uit de figuur is te zien dat de seh het doordeweeks in de loop van de dag steeds drukker krijgen, met een piek in de namiddag. Vanaf 17:30 loopt het aantal stops op de seh sterk terug. Voor de eerste harthulp loopt het aantal stops vanaf 's morgens vroeg op tot omstreeks 10 uur en daalt daarna weer. Het aantal stops voor CT- trombolysie is vrij stabiel gedurende het etmaal. In het weekend loopt het aantal stops op de seh op van 10:00 tot 14:00 en blijft de rest van de dag vrij constant

Geef rav inzicht in drukte seh

Pas wanneer een seh een seh-stop afgeeft, is het voor de rav duidelijk dat deze seh druk bezet is. De rav als spoedzorgketenpartner is daardoor pas laat betrokken bij de drukteontwikkeling. Als de rav op de meldkamer ambulancezorg meer inzicht zou hebben in de ontwikkeling van de drukte op de seh, kan beter op drukte worden geanticipeerd. Een ambulance met een stabiele patiënt zou bijvoorbeeld naar ziekenhuis B kunnen rijden wanneer bekend is dat de seh van A het drukker heeft dan van B, zelfs als seh A nog geen stop heeft afgekondigd. Dit leidt tot betere spreiding en een eventuele seh-stop kan hierdoor worden voorkomen.

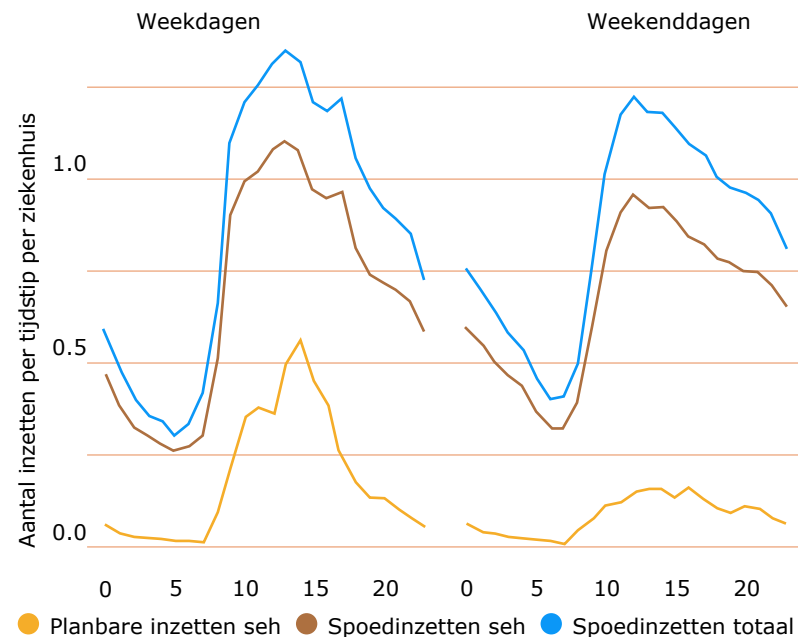
Dergelijk inzicht wordt structureel mogelijk met de opkomst van druktemeters voor de seh. Een druktemeter is in staat om op basis van bepaalde parameters (zoals aantal patiënten in de wachtkamer, aantal bedden op de seh, aantal bedden in het ziekenhuis en aantal het aantal patiënten dat op de seh is uitbehandeld en wacht op plaatsing in het ziekenhuis) in een getal uit te drukken hoe druk het is op de seh. Zo kan het getal 60 bijvoorbeeld 'normale drukte' zijn, 80 'druk' en 100 'te druk'.

Naar verwachting zullen de komende jaren steeds meer seh's een druktemeter gaan hanteren. Hierdoor ontstaat de kans om keteninformatie over drukte te verbeteren. Bijvoorbeeld in de vorm van een dashboard op de meldkamer. Een vereiste voor een dergelijk dashboard is dat de ontwikkeling van seh-druktemeters in Nederland met enige coördinatie gepaard gaat, tenminste binnen de regio, zodat de link naar een regionaal dashboard op standaardwijze kan worden gelegd.

Ter vergelijking met de analyse van drukte op de seh naar tijdstip tonen we ook de ambulance inzetten naar tijdstip. Het aantal spoedinzetten naar de seh begint doordeweeks en in het weekend op te lopen vanaf 7:30 uur en piekt rond het midden van de dag. Doordeweeks is nog een tweede piek zichtbaar aan het einde van de werkdag. Uit de consultatie van deze bevinding onder externe partijen kwam vrijwel unaniem de verklaring voor de tweede piek dat huisartsen aan het einde van de middag nog visites doen en sommige van de patiënten per ambulance doorsturen naar het ziekenhuis.

In onderstaande figuur valt ook op dat de piek in de planbare inzetten samenvalt met de piek in spoedinzetten.

Ambulance-inzetten op basis van tijdstip aankomst bestemming



Bron: RIVM

Het is opvallend dat het aantal seh-stops toeneemt terwijl het aantal patiënten dat instroomt op de seh in 2017 ten opzichte van 2016 niet is gestegen. De kwalitatieve signalen vanuit de sector geven ook aan dat de druktebeleving op de seh in 2017 is toegenomen. Dit komt niet tot uiting in de hoeveelheid patiënten, maar zou wel met drie andere factoren te maken kunnen hebben.

Er kan sprake zijn van toegenomen complexiteit van de zorgvraag, van uitbreiding van de diagnostiek- en behandelmogelijkheden, en waarschijnlijk wordt de ervaren drukte ook veroorzaakt door tekorten in het beschikbare personeel. Om die reden gaan we hieronder nader in op arbeidsmarktproblematiek.

Arbeidsmarktproblematiek

Arbeidsmarktproblematiek kan effect hebben op de toegankelijkheid van de acute zorg. Een toenemende werkdruk, meer administratieve verplichtingen, uitval van collega's en onvervulde vacatures voeren de druk op de bestaande arbeidskrachten verder op. Dit leidt in sommige gevallen weer tot meer uitval en toenemende druk op de resterende medewerkers. We hebben met deze monitor slechts beperkt inzicht gekregen in de mate van krapte op de arbeidsmarkt.

Het komt voor dat afdelingen tijdelijk moeten sluiten wegens een plotseling tekort aan gespecialiseerd verpleegkundig personeel. Ook een griepgolf kan de druk opvoeren: het aantal patiënten neemt dan toe, terwijl ook een deel van het beschikbare personeel zelf griep kan krijgen.

Cijfers van het Capaciteitsorgaan geven inzicht in de personele krapte voor de Fonds Ziekenhuis Opleidingen (FZO) beroepen. In onderstaande tabel worden specifiek de moeilijk vervulbare vacatures voor seh-verpleegkundigen, IC-verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen weergegeven. De krapte neemt sinds 2016 duidelijk toe.

Moeilijk vervulbare vacatures, % van totaal werkzaam (FTE)

Beroep	2016	2017	2018
seh-verpleegkundigen	4,8%	7,6%	10,0%
IC-verpleegkundigen	4,0%	5,7%	7,8%
Ambulanceverpleegkundigen			6,2%

Bron: Capaciteitsorgaan

Van seh-artsen houdt het Capaciteitsorgaan het aantal registraties en de vacaturegraad bij, deze ligt in het derde kwartaal van 2018 op 6,5%.

Vacatures seh-artsen, aantal werkzaam en % van totaal aantal werkzaam

Beroep	Q1 2018	Q2 2018	Q3 2018
Totaal seh-artsen geregistreerd	555	560	571
Aantal vacatures	33	27	37
Vacaturegraad	5,9%	4,8%	6,5%

Bron: Capaciteitsorgaan

Sinds 2018 houdt het Capaciteitsorgaan ook het aantal personeel niet-in-loondienst bij voor de Fonds Ziekenhuis Opleidingen (FZO) beroepen. In toekomstige monitors kan dit ook als indicator dienen voor de arbeidsmarktkrapte voor deze beroepen.

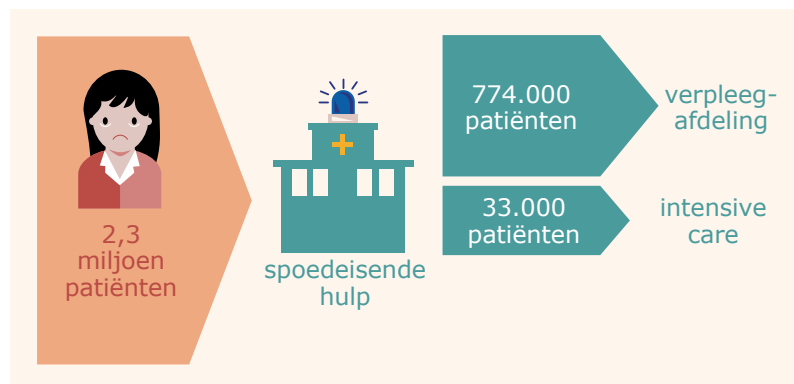
Ook huisartsen hebben te maken met personele krapte, blijkt uit de benchmark 2017 van InEen: "Bijna 70% van de huisartsendienstenstructuren geeft te kennen dat het voor aangesloten huisartsen moeilijk tot zeer moeilijk is om waarnemers te vinden. [...]"

Iets minder dan driekwart van de huisartsenposten geeft aan dat het gedurende 2017 moeilijk tot zeer moeilijk was om vacatures voor triagisten te vervullen." Dit kan regionaal sterk verschillen, zo is bijvoorbeeld het signaal bekend dat in de perifere gebieden het vinden van vervangers of waarnemers voor huisartsen soms buitengewoon moeilijk is, wat tot grote werkdruk van de in die regio werkzame huisartsen kan leiden.

Tenslotte merken we op dat een deel van de initiatieven die tot ontlasting van de acute zorgketen zouden moeten leiden, juist leidt tot meer taken door verpleegkundig personeel. Als er te weinig verpleegkundigen zijn, staat dit grootschaliger toepassing van dergelijke initiatieven in de weg.

Doorstroom naar opname in het ziekenhuis

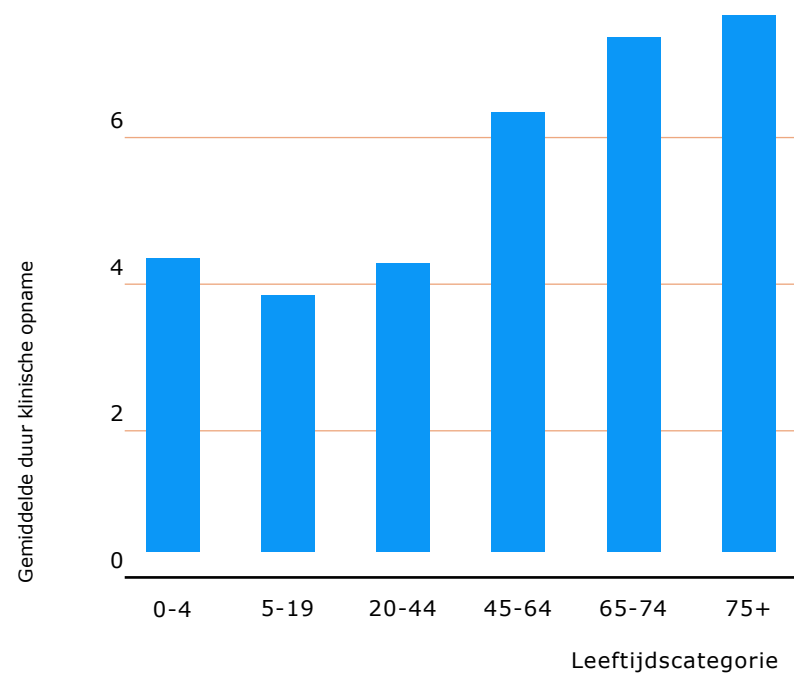
Aantal seh-patiënten naar verpleegafdelingen en intensive care, 2016



Bron: Vektis

Ruim een derde van het aantal seh-patiënten wordt vervolgens opgenomen in het ziekenhuis (807.000 van 2,3 miljoen). Patiënten die na een seh-bezoek worden opgenomen in het ziekenhuis, liggen hier gemiddeld ruim 6 dagen. Onderstaande figuur toont de opnameduur naar leeftijd.

Gemiddeld aantal dagen klinische opname na seh-bezoek per leeftijdscategorie, 2016



Bron: Vektis

Thema acute psychiatrische hulpverlening en seh-bezoeken

Patiënten met verward gedrag op de seh kosten meer aandacht en tijd dan gemiddeld. Verward gedrag gaat vaak hand in hand met somatische klachten. Een (meestal oudere) patiënt kan bijvoorbeeld in een delier komen als gevolg van een infectie. Maar bij een patiënt met een psychische aandoening kan ook somatisch screening nodig zijn alvorens door de psychiater van het ziekenhuis of ggz crisisdienst gezien te kunnen worden. Onderstaande bevindingen geven enig zicht op de hoeveelheid patiënten met een acute psychiatrische achtergrond op de seh.

- Patiënten met een acute psychiatrische achtergrond zorgen voor circa 1,6% van het totale aantal bezoeken aan de seh.
- Ruim 39% van de patiënten in de acute psychiatrische hulpverlening komt naar de seh, tegen 10% van de totale bevolking;
- Bijna 17%, of circa 8.000 van de patiënten acute psychiatrie komt 2 keer of vaker naar de seh. Zij bezoeken de seh bijna 27.000 keer. Van de totale bevolking komt 2% minstens 2 keer naar de seh. Dit zijn bijna 1.020.000 bezoeken door circa 394.000 mensen.

- 5.812 mensen hadden direct aansluitend op seh bezoek een behandeling acute psychiatrie open staan of zijn direct aansluitend een behandeling acute psychiatrie gestart.
- Bij 9.218 patiënten die op de seh kwamen liep al behandeling of is uiterlijk 30 dagen na het seh-bezoek een behandeling acute psychiatrie gestart.
- Bij 5.225 patiënten is uiterlijk een maand voorafgaand aan het seh-bezoek sprake van een behandeling acute psychiatrie.

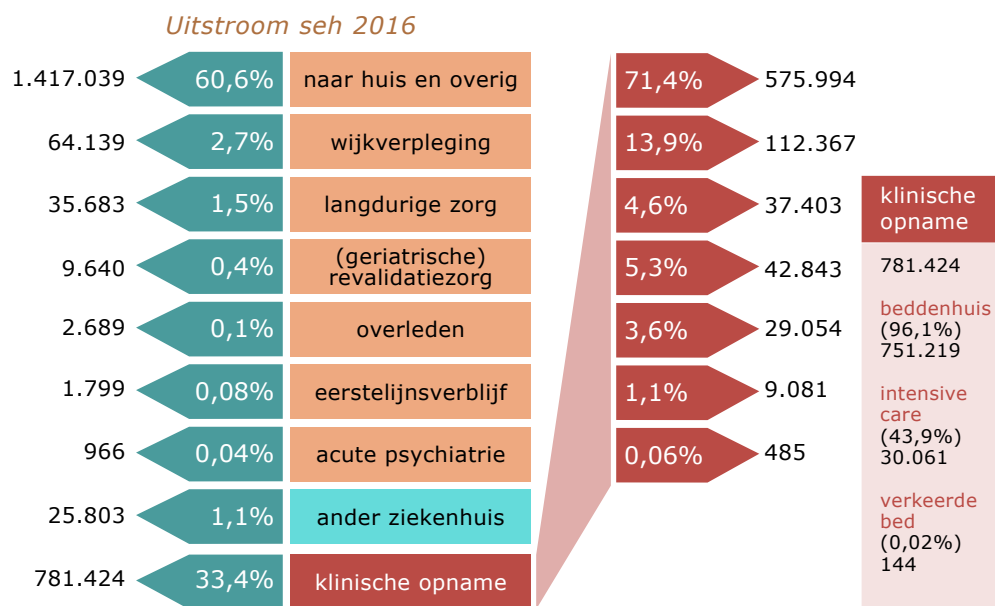
Praktijkvoorbeelden rondom acute psychiatrie op de seh: Met het project [Haagse Spoed](#) werken het HMC Westeinde en een psychiatrisch verpleegkundige en een arts of arts-assistent psychiatrie van de ggz crisisdienst nauw samen in de opvang en veilige beoordeling van verwarde personen. De samenwerking leidde tot verkorte doorlooptijd voor de psychiatrische patiënten. Ook het UMC Utrecht introduceerde in februari 2018 een psychiatrisch verpleegkundige op de seh. Daarmee wordt vermeden dat, wanneer lichamelijke zorg vereist is, de voor sommige patiënten net zo noodzakelijke psychiatrische zorg niet verwaarloosd wordt.

2.3 Uitstroom

Onder uitstroom verstaan wij het moment dat de patiënt de acute fase van de zorgverlening verlaat. Uitstroom kan betekenen dat de patiënt weer gezond is en naar huis terug kan gaan, maar uitstroom kan ook betekenen dat er vervolgzorg nodig is.

Overzicht uitstroom

Onderstaande figuur toont de verdeling van de verschillende uitstroommogelijkheden gezien vanuit de seh. In de figuur zijn de bijbehorende patiëntenaantallen en de onderlinge procentuele verhoudingen opgenomen.



Bron: Vektis

Toelichting op de analyses uitstroom

In het bovenstaande overzicht zijn niet alle soorten vervolgzorg verwerkt. We beperken ons tot vervolgzorg die eveneens een acuut karakter heeft en/of voor een directe doorstroom vanuit het ziekenhuis of seh kunnen zorgen. Veel ambulante varianten van zorg, denk hierbij aan ggz of revalidatie, komen niet terug in dit hoofdstuk.

Niet alle vervolgzorg binnen de uitstroom is per se gerelateerd aan de acute zorg. Er kan namelijk ook sprake zijn van electieve zorg. Wij hebben in onze analyses een inschatting gemaakt welk deel van de uitstroom volgt op de acute zorg. Zo is te zien welke typen zorg de patiënt heeft gehad voordat diegene bijvoorbeeld in zorg kwam bij de wijkverpleging. Bij de meeste zorgvormen is er ook sprake van een aanzienlijk deel electieve zorg.

Voor de Wlz geldt dat in bovenstaande figuur alle uitstroom naar de zorg in de Wlz is weergegeven. In het vervolg van dit stuk zullen wij ons primair richten op zorg in kader van Wlz-crisis.

Beperkingen

In onze analyse van de uitstroom kijken wij primair naar de verschillende soorten vervolgzorg. Hierin zijn we gebonden aan een aantal beperkingen. Ten eerste zouden wij voor een volledig beeld van de uitstroom uit de acute fase meer informatie over de stroom in het ziekenhuis willen geven, bijvoorbeeld door informatie over verkeerde bed-dagen in relatie tot andere vervolgzorg te tonen. Hiermee zouden wij meer duiding kunnen geven aan de vraag of patiënten onterecht in het ziekenhuis liggen, omdat zij bijvoorbeeld niet tijdig kunnen doorstromen naar het elv of de wijkverpleging. Dergelijke analyses zijn echter niet uit de data te halen. Alleen voor patiënten die de langdurige zorg hadden moeten instromen, in plaats van het ziekenhuis, hebben wij het label 'verkeerde bed-dagen' beschikbaar.

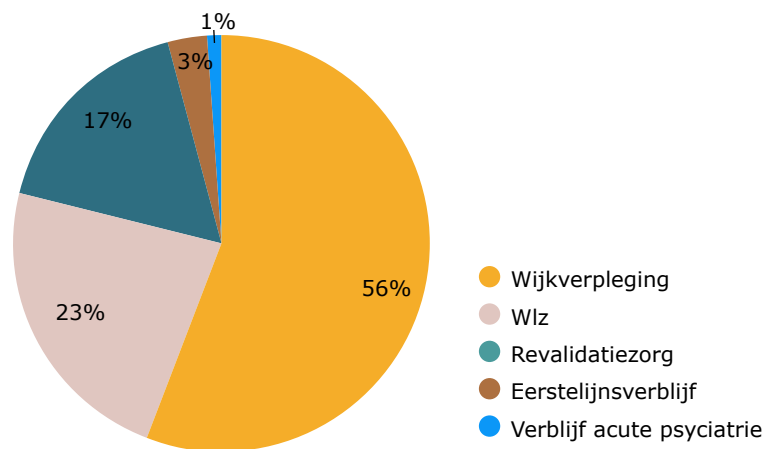
Een deel van de analyses in de uitstroom is gericht op 2016, en niet op de eerste helft van 2017. De keuze om in bepaalde figuren 2016 als uitgangspunt te nemen, is omdat de data over de eerste helft van 2017 nog incompleet is voor bepaalde vormen van zorg. Een weergave over 2017 zou daarmee een vertekend beeld geven. Er is met name sprake van incomplete data bij zorgsoorten die dbc-zorgproducten kennen.

Vervolg zorg na seh-bezoek

Onderstaande figuur toont de vervolgzorg die patiënten na het bezoeken van de seh ontvangen, buiten het ziekenhuis.

De wijkverpleging was in 2016 met ca. 177.000 patiënten de grootste vorm van vervolgzorg, gevolgd door zorg vanuit de Wlz (ca. 73.000), revalidatiezorg (ca. 52.000) en het elv (ca. 11.000). De verhoudingen in de eerste helft van 2017 zijn globaal hetzelfde, maar omdat deze data nog niet compleet zijn tonen wij hier 2016.

Vervolg zorg na seh, exclusief klinische opname 2016



Bron: Vektis

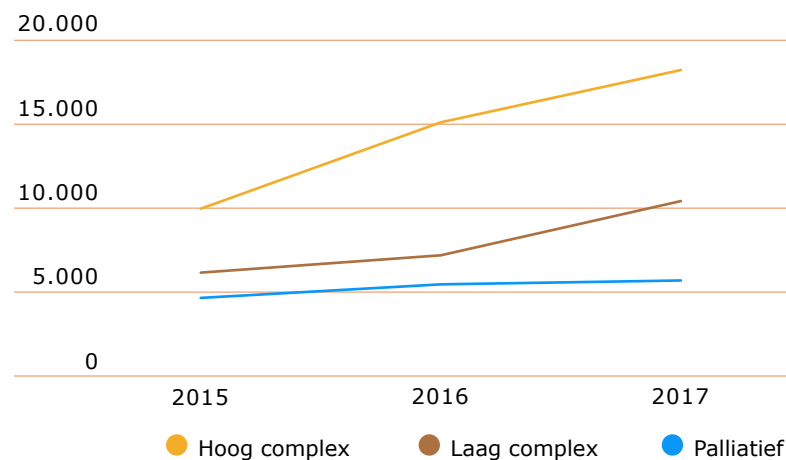
Uitstroom naar eerstelijnsverblijf (elv)

Elv is zorg met verblijf die onder de verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten valt. Het gaat hier kort medisch noodzakelijk verblijf voor mensen die niet in aanmerking komen voor medisch-specialistische zorg. Het elv is meestal bedoeld voor kortdurend verblijf. Het zijn vooral verpleeghuizen die elv aanbieden. Circa 75% van de patiënten binnen het elv is 75 jaar of ouder.

Aantal patiënten

Ten opzichte van 2016 is het aantal patiënten dat in 2017 gebruik maakte van elv bij alle deelprestaties (laag complex, hoog complex en palliatief) gestegen. Met name het aantal patiënten binnen de varianten laag en hoog complex kent in 2017 een flinke toename. De grootste stijging was in 2016; toen steeg het volume hoog complexe elv met meer dan 50%. Een eenduidige verklaring voor deze stijging is niet te geven.

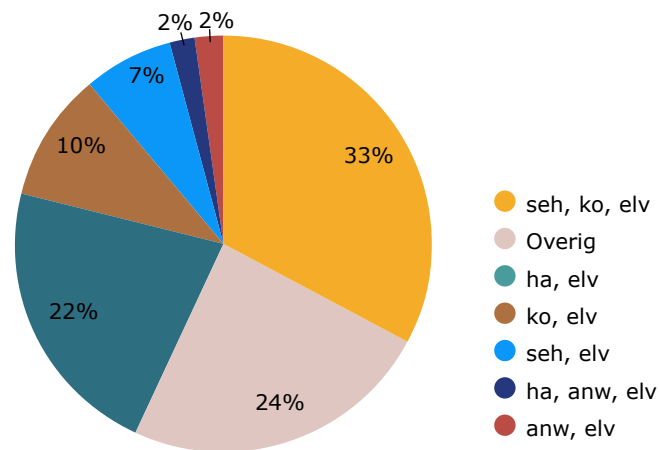
Aantal patiënten elv 2015-2017



Bron: Vektis

De instroom naar het elv kan zowel vanuit de thuissituatie als vanuit het ziekenhuis plaatsvinden. Een opname kan enerzijds acuut maar ook gepland zijn. Onderstaande figuur geeft de verdeling van de patiëntenstromen in 2016. Hierbij gaat het om de zorg die maximaal 1 dag is geleverd alvorens de patiënt in het elv wordt opgenomen.

Patiëntenstroom elv, 2016



Bron: Vektis

De belangrijkste patiëntenstromen voor het elv zijn:

- Na het seh-bezoek verblijft 33% (ca. 8.000) van de patiënten in het ziekenhuis, alvorens zij het elv instromen.
- In 26% van alle elv-opnamen is de patiënt door de huisarts doorverwezen.
- Voor 10% (ca. 2.500) van de elv-patiënten geldt dat zij vanuit een klinische opname in het ziekenhuis het elv instromen, zonder dat zij op de seh zijn geweest.
- Ongeveer 7% (ca. 1.700) van de elv-patiënten is direct vanaf de seh afkomstig.
- Zo'n 6.000 patiënten ('Overig', 24%) stromen op een andere manier het eerstelijnsverblijf in. Bijvoorbeeld via een verwijzing van de specialist ouderengeneeskunde.

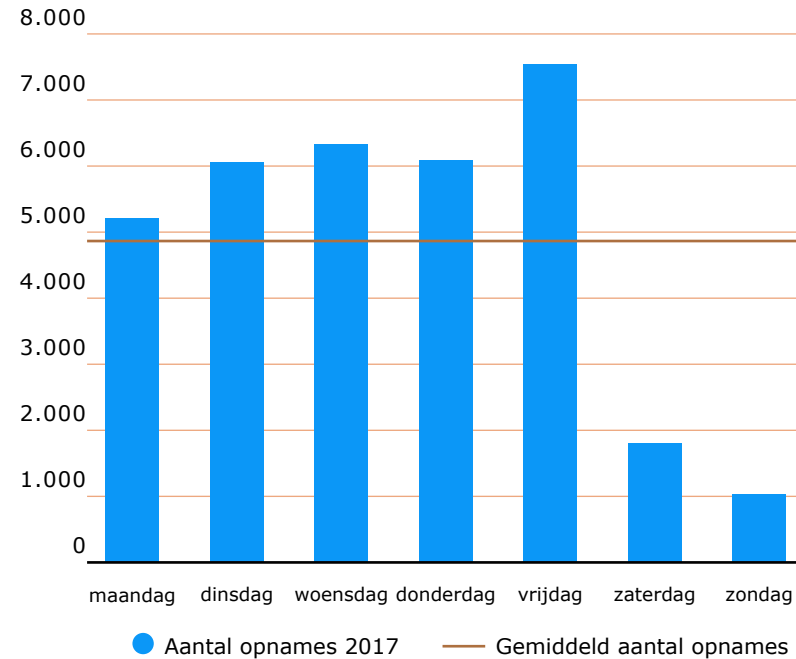
In totaal heeft circa 39,5% van de elv-patiënten eerst een bezoek aan de seh gebracht. Daarnaast is een deel van de patiënten op dezelfde dag verwezen door de huisarts (22,4%) of de huisarts gedurende anw-uren (3,6%). Het lijkt erop dat circa 65,5% van de elv-patiënten acute klachten heeft voor zij het eerstelijnsverblijf instromen.

Potentieel is de patiëntengroep met acute klachten nog groter. Het is namelijk niet bekend in welke mate de klachten acuut zijn van de patiëntengroep die langer dan twee dagen voor de elv-opname door de huisarts is verwezen naar het elv. Ook is niet bekend hoe groot de groep is die direct wordt doorverwezen door de medisch specialist of ouderengeneeskunde.

Instroom elv per weekdag

Onderstaand figuur toont de gemiddelde instroom van patiënten bij het elv per dag van de week.

Gemiddeld aantal opnames elv per weekdag, 2017



Bron: Vektis

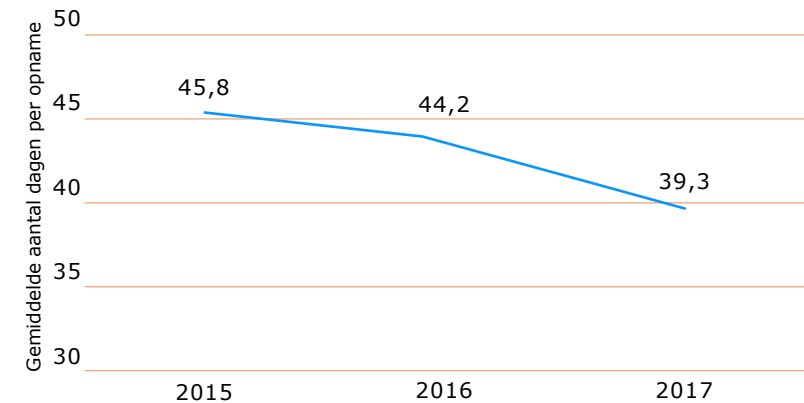
Uit de figuur komt een duidelijk verschil in het aantal opnames per dag naar voren: in het weekend worden significant minder patiënten opgenomen. Wel stijgt het aandeel van het aantal weekendopnames van 6,4% in 2015 naar 8,3% in 2017 van het totaal.

Daarnaast lijkt er op vrijdag sprake te zijn van een hogere opname vanwege het naderende weekend; circa 22% van alle opnames gebeurt op vrijdag. Dit is al jaren het geval. Vanuit veldpartijen komt naar voren dat de coördinatiepunten voor het elv (zie *ontwikkelingen elv*), die per 2018 operatief zijn, een positieve invloed zullen hebben voor de instroom van het elv gedurende het weekend. Hierdoor zal ook de naamsbekendheid van het elv bij huisartsen en transferverpleegkundigen in het ziekenhuis toenemen. Ten slotte wordt aangegeven dat er binnen het elv niet altijd opnamecapaciteit is gedurende de anw-uren.

Verblijfsduur elv

Onderstaand figuur toont de gemiddelde opnameduur binnen het elv in de periode 2015-2017.

Gemiddelde opnameduur elv, 2015-2017



Bron: Vektis

Deze gemiddelde afname van de opnameduur komt voornamelijk komt door een stevige groei in het aantal kortdurende opnames. Daarnaast blijkt dat het aantal langdurige opnames in 2016 van rond de 90 dagen zowel absoluut als relatief veel minder sterk terugkomt in 2017. Er is geen eenduidige verklaring voor de afgenomen opnameduur.

Ontwikkelingen elv

Gedurende 2017 kwamen er vanuit zorgaanbieders signalen over knellende budgetten binnen het elv. In navolging van de verruiming van het landelijk budgettair kader voor het elv hebben verzekeraars de elv-budgetten voor 2017 met gemiddeld 24% verhoogd. In 2018 komen minder signalen over problemen het elv-budget bij ons binnen, echter volgens een recente [ledenpeiling van de LHV](#) over de toegankelijkheid van de elv vindt slechts 21 procent van de huisartsen een eerstelijnsbed op dezelfde dag.

In de vorige scan van de NZa naar de acute zorg werd gerefereerd aan het gebrek aan informatie over de landelijke capaciteit van beschikbare elv-bedden. Sinds 1 april 2018 zijn alle coördinatiepunten voor elv in gebruik. De coördinatiefunctie dient 24/7 real-time inzicht in de beschikbare capaciteit te bieden.

De punten zijn divers ingericht; de coördinatiefunctie kan, afhankelijk van de regionale situatie, via de telefoon of een website worden uitgevoerd. Het verschilt welke partij de coördinatiefunctie oppakt. Dit kan één aanbieder zijn, maar de verantwoordelijkheid kan ook worden gerouleerd onder een aantal aanbieders. Per coördinatiepunt is er verschil welke vormen van tijdelijk verblijf gecoördineerd worden en welke taken het coördinatiepunt uitvoert.

Uit een recente inventarisatie blijkt dat momenteel nog niet alle punten voldoen aan de 24/7 invulling; zo zijn sommige nog niet tijdens anw-uren beschikbaar, of is de informatie niet up-to-date.

Momenteel wordt, als [vervolgstap](#), gekeken of deze coördinatiefunctie verbreed kunnen worden naar niet-planbare zorgvormen met tijdelijk verblijf (grz, Wlz en Wmo). Op deze manier kan er meer real-time inzicht in de beschikbare capaciteit worden verkregen, wat de toegankelijkheid ten goede moet komen.

De financiering van de coördinatiefunctie is momenteel mogelijk via de prestaties elv. Op beleidsmatig vlak wordt er door verschillende partijen gewerkt aan de financiering van de coördinatiepunten, hier moet een structurele oplossing voor worden bedacht. Om dit te bewerkstelligen moeten de wettelijke kaders van de Wmg waarschijnlijk ook worden aangepast. VWS heeft de NZa daarom gevraagd de mogelijke bekostigingsvormen van de coördinatiefunctie te analyseren, waarvan de NZa afgelopen zomer [verslag deed](#). Vervolgens wordt nu bekeken of er een structurele oplossing mogelijk is (en wat de tijdelijke opties zijn).

Vanuit verzekeraars komt naar voren dat er mogelijk sprake is van cliënten die eigenlijk aanspraak maken op Wlz-crisiszorg, geriatrische revalidatie of respijtzorg binnen de Wmo in plaats hiervan het elv instromen. Er zijn daarom meerdere pilots gestart met zogenaamde observatie- of triagebedden. Hierbij worden de symptomen van de patiënt gedurende een korte periode onderzocht. Hierna wordt pas besloten of de patiënt het beste eerstelijnsverblijf, langdurige-zorg, geriatrische revalidatie-zorg of respijtzorg kan ontvangen.

Uitstroom naar de revalidatiezorg

In deze sectie kijken we naar de uitstroom uit de acute zorg naar verblijf bij de geriatrische revalidatiezorg (grz), medisch specialistische revalidatiezorg (msrz) en revalidatiezorg in de Wlz.

De grz is een vorm van geneeskundige zorg waarbij verblijf nodig is. Circa 90% van de doelgroep is ouder dan 65 jaar. De zorg is erop gericht om kwetsbare ouderen te helpen terug te keren naar de thuissituatie, bijvoorbeeld na een operatie of een hersenbloeding. Verpleeghuizen bieden grz aan, hier is de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de zorg voor deze patiënten.

Waar bij de grz is sprake van een specifieke patiëntenpopulatie en specifieke problematiek, is de doelgroep van msrz breder. Msrz vindt plaats onder leiding van een revalidatiearts. Bij de grz is er geen sprake van medisch specialistische zorg, waar medisch specialistische revalidatie dit wel is.

Als een patiënt die verblijf vanuit de Wlz ontvangt, herstelgericht moet revalideren, dan is er sprake van revalidatiezorg in de Wlz.

Kerngegevens

In onderstaande tabel staat een overzicht van de aantallen patiënten en het totaal aantal gedeclareerde (klinische) verblijfdagen. We hebben specifiek gekozen voor zorg met verblijf. Voor een relatief grote sector als de revalidatiezorg is daarom een relatief klein aantal patiënten opgenomen, circa 7.800 in 2016. Er zijn meer patiënten die zorg ontvangen in deze sector, maar zij verblijven thuis en zijn dus niet weer-gegeven in deze tabel.

Voor de geriatrische revalidatie geldt dat de cijfers over 2017 incompleet zijn. Dit is voor de gewone revalidatiezorg in 2017 ook het geval. Voor de revalidatie in de Wlz is er wel sprake van een redelijk complete dataset. In 2017 neemt het aantal dagen Wlz-revalidatie toe met 17% ten opzichte van 2016 en het aantal patiënten met ruim 21%.

Aantal dagen en patiënten grz, msrz en Wlz-revalidatie, 2015-2017

		2015	2016	2017
grz	Totaal aantal dagen	2.082.510	2.405.520	2.300.441
	Aantal patiënten	50.551	58.623	57.247
rsz	Totaal aantal dagen	300.180	348.757	327.074
	Aantal patiënten	6.528	7.788	7.359
Wlz	Totaal aantal dagen	198.455	212.449	248.521
	Aantal patiënten	2.717	2.997	3.634

Bron: Vektis. Grijsgedrukte cijfers zijn incompleet

Opnameduur

De opnameduur is binnen de Wlz-revalidatie significant langer dan binnen de andere vormen van revalidatie. Dit kan mogelijk worden verklaard doordat er bij deze patiënten sprake is van een chronische aandoening, waarvoor voortdurende zorg nodig is.

Opnameduur grz, msrz en Wlz-revalidatie, 2015-2017

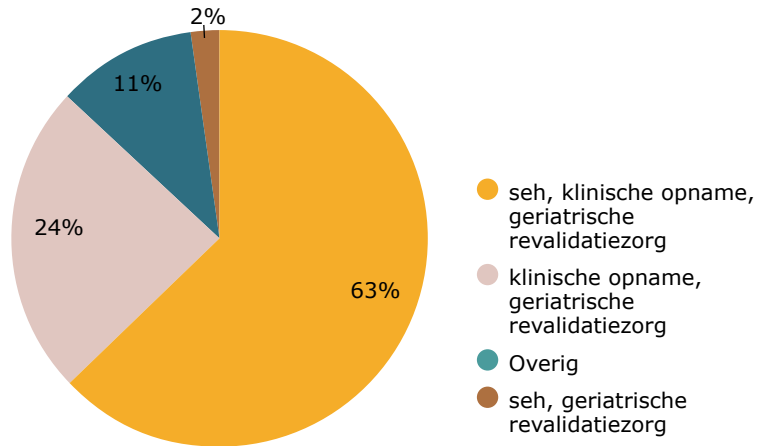
		2015	2016	2017
grz	Gemiddelde opnameduur	39	39	38
rz	Gemiddelde opnameduur	11	10	10
Wlz	Gemiddelde opnameduur	83	81	79

Bron: Vektis

Patiëntenstromen

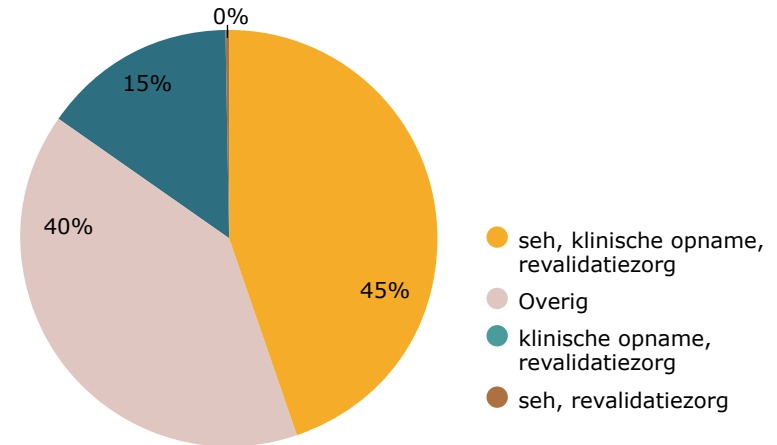
Onderstaande figuren laten de patiëntenstromen zien voorafgaand aan de drie vormen van revalidatiezorg.

Patiëntenstromen geriatrische revalidatiezorg, 2016



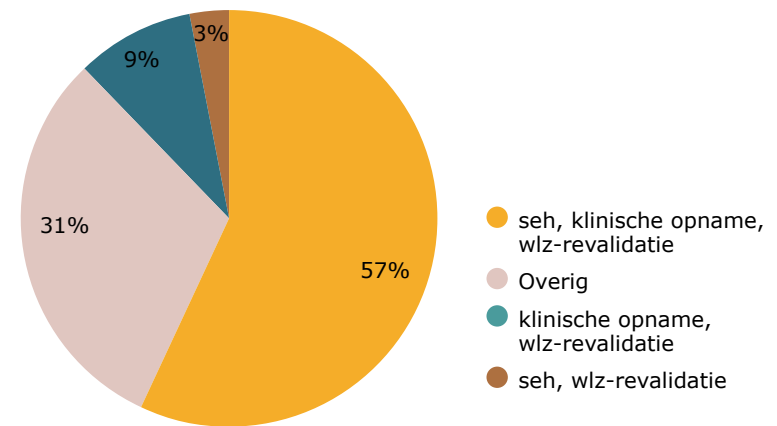
Bron: Vektis

Patiëntenstromen medisch specialistische revalidatiezorg, 2016



Bron: Vektis

Patiëntenstromen Wlz-revalidatie, 2016



Bron: Vektis

Uit de figuren op de vorige pagina komt naar voren dat er voor alle vormen van revalidatie met verblijf een sterke link met de acute zorg is:

- Binnen de geriatrische revalidatiezorg komt 65% van de patiënten direct (63%) of indirect (2%) vanuit van de seh.
- In de medisch specialistische revalidatiezorg heeft 45% van de patiënten de seh bezocht en is vervolgens opgenomen in het ziekenhuis.
- In de Wlz-revalidatiezorg komt in 60% indirect (57%) of direct (3%) van de seh.

Medisch specialistische revalidatie (met verblijf) lijkt met 45% herkomst vanuit de seh een minder sterke link te hebben met de acute zorg dan de andere twee vormen van revalidatie (met verblijf). Een verklaring hiervoor kan zijn dat het bij grz en de wlz-revalidatie vooral gaat om cliënten van 65 jaar en ouder. Deze cliëntengroep komt na een plotselinge en zware gebeurtenis, zoals een trauma of cardiovasculaire aandoening, via de seh in het ziekenhuis terecht. Na ontslag uit het ziekenhuis heeft deze oudere groep meestal direct een verblijfsplaats nodig. Jongere revalidanten kunnen na het ziekenhuis meestal eerst naar huis voordat revalidatie met verblijf start.

Uitstroom naar de wijkverpleging

Onder wijkverpleging vallen verpleegkundige en bepaalde verzorgende handelingen die thuis plaatsvinden. Het kan bijvoorbeeld gaan om verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging, het klaarzetten van medicijnen en deze toedienen, stomazorg en katheteriseren. De zorg is er op gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, ondanks ouderdom, ziekte of beperking. Na een seh-bezoek of ziekenhuisopname kan het zijn dat wijkverpleging een noodzakelijke voorwaarde is om iemand veilig naar huis te kunnen laten gaan. Voor wijkverpleging is geen verwijzing nodig; de wijkverpleegkundige indiceert zelf en bepaalt wie de zorg moet leveren.

Kerngegevens

Onderstaande tabel toont de kerngegevens van de wijkverpleging. Deze sector laat -in lijn met de afgelopen jaren- ook in 2017 een duidelijke groei zien.

Volumes wijkverpleging, 2015-2017

	2015	2016	2017
Aantal uren wijkverpleging	64.941.149	69.574.829	71.891.899
Aantal patiënten	539.194	568.308	590.594
Gemiddeld aantal uren per patiënt	120	122	122

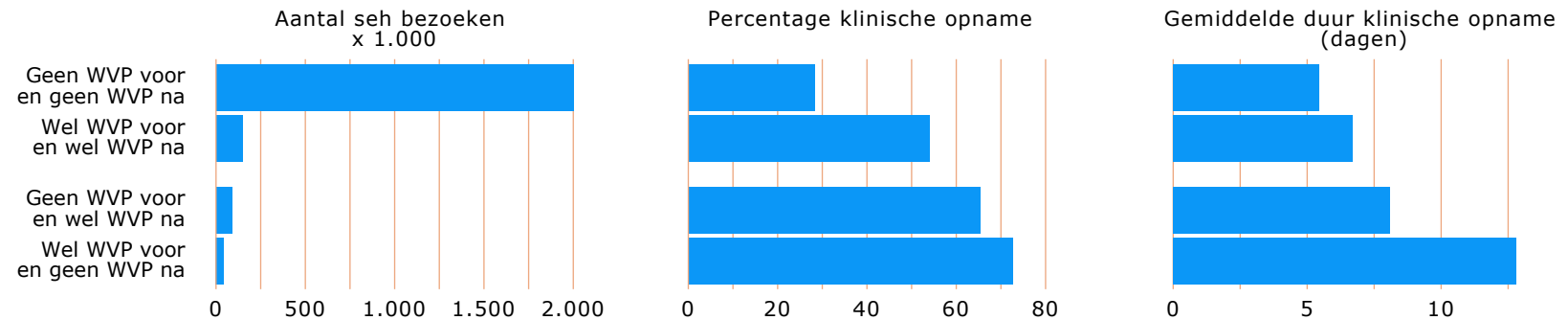
Bron: Vektis

Patiëntenstromen

Circa 198.000 mensen die de seh in 2016 bezochten, maken of maakten recent gebruik van de wijkverpleging. Dit is rond 35% van alle patiënten in de wijkverpleging.

Onderstaande figuur laat het verband zien tussen een bezoek aan de seh en de wijkverpleging. Hiervoor is bekeken of er een maand voorafgaand en een maand volgend op het seh-bezoek sprake is van wijkverpleging.

Uitstroom seh-patiënten met en zonder wijkverpleging 2016



Bron: Vektis

Er zijn 4 groepen te onderscheiden:

- Zowel voor als na het seh-bezoek geen wijkverpleging (ca. 2.013.000 mensen). Circa 29% van deze groep wordt opgenomen en verblijft gemiddeld 5,5 dagen in het ziekenhuis.
- Zowel voor als na het seh-bezoek wel wijkverpleging (ca. 157.000 mensen). Deze groep wordt in ruim 54% van de gevallen klinisch opgenomen en verblijft gemiddeld 7 dagen in het ziekenhuis.
- Geen wijkverpleging voor het seh-bezoek, maar wel er na (circa 92.000 mensen). Deze groep wordt in ruim 65% van de gevallen na het seh-bezoek klinisch opgenomen. Dit percentage ligt hoger dan bij de groep die voor het bezoek aan de seh al wel wijkverpleging had (54%). Ook ligt de groep zonder wijkverpleging voor het seh-bezoek, maar wel

- wijkverpleging erna, gemiddeld 1,3 dagen langer in het ziekenhuis. Dit houdt mogelijk verband met de situatie dat de wijkverpleging nog georganiseerd moet worden, en hier eerst op gewacht moet worden. Ook kan dit komen doordat patiënten zonder thuiszorg minder fit of met ernstigere klachten bij de seh komen, omdat de klachten pas laat zijn gesignaleerd en zij geen of te weinig hulp hebben ontvangen.
- Wel wijkverpleging voor het seh-bezoek, maar niet meer erna (ca. 41.000 mensen). Deze groep ligt gemiddeld 13 dagen in het ziekenhuis.

Het valt op dat mensen die al thuiszorg hadden minder vaak worden opgenomen na het seh-bezoek en korter verblijven in het ziekenhuis.

Er is ons geen onderzoek bekend waarin dit is onderzocht. Het hebben van thuiszorg is een indicatie dat mensen al een chronische ziekte of beperking hebben. Over het algemeen is dat gecorreleerd met minder snel herstel en een grotere kans op complicaties en dus juist een grotere kans op opname en een langere ligduur.

Dat patiënten die al thuiszorg hebben minder vaak worden opgenomen is een aanwijzing dat voor de andere patiënten er te weinig achtervang is om de patiënt veilig naar huis te kunnen laten gaan of dat de klachten onnodig ernstig zijn geworden, waardoor opname noodzakelijk was.

De langere ligduur van patiënten zonder thuiszorg kan ook te maken hebben met de aard van de klachten en met de organisatie van nazorg. Vanuit het zorgveld wordt aangegeven dat het personeelstekort in de wijkverpleging een reden kan zijn dat de patiënt langer moet wachten voordat de wijkverpleging op gang komt. Daarnaast kan het op sommige momenten, zoals vrijdagmiddag en in het weekend, lastig zijn om de wijkverpleging op te starten. Goede samenwerking tussen wijkverpleging en het ziekenhuis is hierbij van belang. Wij zien in het land diverse pilots waarin wijkverpleegkundigen en het ziekenhuis hun samenwerking intensiveren. Hierdoor kunnen patiënten sneller naar huis, of hoeven zij niet in het ziekenhuis opgenomen te worden.

Ontwikkelingen

Over de wijkverpleging verschenen diverse berichten over mogelijke patiëntenstops in de media. Bij een patiëntenstop

kondigt een aanbieder bij de zorgverzekeraar aan geen (nieuwe) patiënten meer in zorg te nemen. In principe hoeft een patiëntenstop geen probleem voor de toegankelijkheid van zorg op te leveren, indien er voldoende andere aanbieders zijn die de zorg tijdig kunnen leveren.

De NZa heeft in de afgelopen jaren onderzoek gedaan naar de toegankelijkheid van zorg binnen de wijkverpleging. Uit het [meest recente onderzoek](#) (april 2018) kwam onder meer naar voren dat 27% van de aanbieders een of meerdere patiëntenstops heeft afgegeven in 2017. Hiervoor werden de volgende oorzaken gegeven:

- het bereiken van het budgetplafond. Aanbieders en verzekeraars maken jaarlijks afspraken over het budget. Als het plafond hiervan wordt bereikt dan moet de aanbieder de zorgverzekeraar inlichten. Uit ons onderzoek blijkt dat alle zorgverzekeraars extra wijkverpleging hebben ingekocht; tot gemiddeld 90% van het gevraagde bedrag.
- de situatie op de [arbeidsmarkt](#); aanbieders hebben moeite om nieuw personeel aan te trekken, waardoor de personele capaciteit bij de aanbieder te laag is.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben het voortouw genomen om over deze en andere thema's nadere [afspraken](#) te maken. De NZa blijft dit onderwerp nauwlettend volgen. Zo doen wij in de tweede helft van 2018 onderzoek naar de wachttijden binnen de wijkverpleging. Hierin wordt onder meer onderzocht hoe lang patiënten moeten wachten totdat zij een indicatie hebben ontvangen van de wijkverpleegkundige, en wat vervolgens de wachttijd is totdat de zorgverlening op gang komt.

Uitstroom naar Wlz-crisis zorg

Crisis zorg binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) betreft een tijdelijke opname van 14 dagen binnen de verpleging en verzorging, of zes weken in de gehandicaptenzorg.

Rond 84% van de cliënten is ouder dan 65 jaar en circa 74% is ouder dan 75. De cliënten wonen meestal thuis. Wanneer er sprake is van een plotselinge verandering in de gezondheid of in de mantelzorg, en de gezondheid van de cliënt loopt gevaar, dan kan crisis zorg worden ingezet. De crisis opname wordt benut om andere mantelzorgers te zoeken, of een geschikte plek in een instelling te vinden.

Kerngegevens

De totale instroom in de Wlz-crisis zorg in de laatste jaren is gedaald. Sinds 2015 daalde het aantal gedeclareerde dagen met ruim 17%, het aantal patiënten met ruim 14%, en de opnames met meer dan 16%.

Omvang Wlz-crisis zorg, 2015-2017

	2015	2016	2017
Aantal dagen Wlz-crisis	72.868	64.508	60.164
Aantal patiënten	3.873	3.526	3.322
Aantal opnames	6.012	5.369	5.039

Bron: Vektis

Binnen de Wlz-crisis zorg onderscheiden we acuut verblijf voor patiënten met een indicatie in verpleging en verzorging (VV), verstandelijk gehandicapt (VG) en licht verstandelijk gehandicapt (LVG).

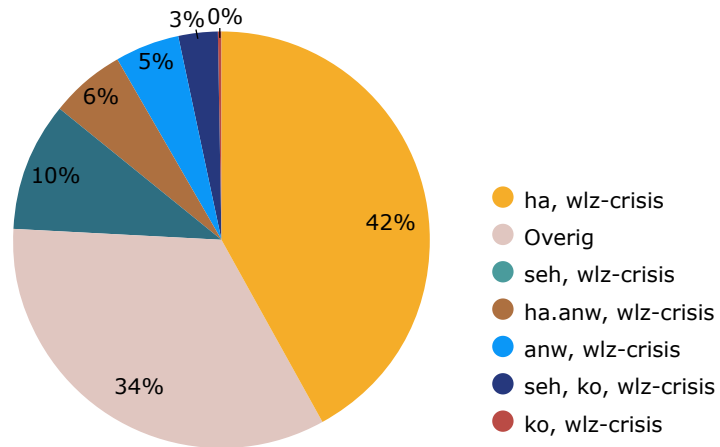
Als we kijken naar de cijfers van de Wlz-crisis zorg tussen 2015 en 2017, dan zien we vooral dalingen in het aantal gedeclareerde dagen voor de VV-variant (-23%) en de LVG-variant (-66%). Voor de VG-variant is deze daling veel minder sterk (-6%). De cliëntaantallen nemen in deze periode bij zowel VG als VV met 14% af.

Een verklaring voor deze daling zou kunnen liggen in een signaal dat wij van zorgverzekeraars ontvingen over de Wlz-crisis zorg, en ook door andere zorgpartners wordt herkend. Patiënten die voorheen aangewezen zijn op de Wlz-crisis zorg, zouden nu eerder het elv instromen. Inhoudelijk lijken het elv en de Wlz-crisis zorg op elkaar, maar bij het elv moet aan andere voorwaarden te worden voldaan. Tevens kan er langer elv worden genoten dan Wlz-crisis zorg, terwijl de locatie waar de zorg wordt verleend vaak hetzelfde is. Gelet op de overlap met het elv heeft het ministerie van VWS de NZa [gevraagd](#) een onderzoek uit te voeren om de bekostigingssystematiek en het tarief van Wlz-crisis zorg aan te laten sluiten bij het eerstelijnsverblijf (elv).

Cliëntenstromen

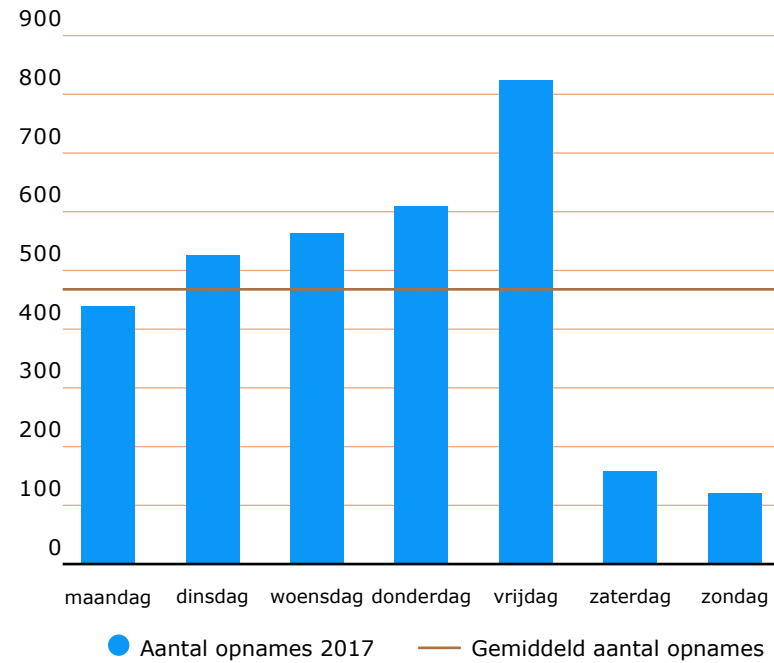
In onderstaand figuur zijn de diverse cliëntenstromen van de Wlz-crisis zorg weergegeven. De meeste cliënten (53%) worden verwezen door de huisarts, inclusief anw. Deze groep heeft niet altijd een somatische klacht. Het kan bijvoorbeeld zijn dat mantelzorg tijdelijk wegvalt. Een cliënt met bijvoorbeeld dementie kan daardoor niet meer thuis wonen. 13% van de cliënten heeft wel een somatische klacht en stroomt vanuit de seh in. Bij de groep overig (34%) is niet helder waar zij vandaan komen. Hierin zitten bijvoorbeeld cliënten die door de specialist ouderengeneeskunde zijn verwezen.

Verdeling instroom Wlz-crisiszorg, 2016



Bron: Vektis

Gemiddeld aantal opnames Wlz-crisis per weekdag, 2017



Bron: Vektis

Uit bovenstaande figuur blijkt dat er op doordeweekse dagen veel meer mensen de crisis-Wlz instromen dan in het weekend. Vooral op vrijdag is er sprake van een grote instroom, die mogelijk te maken heeft met het gegeven dat het weekend nadert en een opname dan minder goed is te organiseren dan op doordeweekse dagen. Het patroon lijkt sterk op de dagelijkse instroom bij het elv.

Uitstroom naar acute psychiatrische hulpverlening

Bij acute psychiatrische hulpverlening is direct ingrijpen nodig om gevaar voor de persoon of de omgeving voor te zijn of om ernstige overlast te voorkomen of stoppen. Het gaat om mensen bij wie sprake is van een vermoeden van een acute psychiatrische stoornis.

Wanneer een instelling (GGZ-instelling of ziekenhuis), die een regionale 24 x 7 functie heeft voor acute psychiatrische zorg, zorg verleent in een crisissituatie, mag zij een crisis-dbc declareren. Binnen die dbc kan de behandelaar een beperkt aantal crisis-gerelateerde activiteiten registreren. De geregistreerde tijd telt net als bij een reguliere dbc in de ggz op tot een bepaalde tijds categorie en leidt daarmee af naar een bepaalde prestatie met bijbehorend tarief.

Het kan in de praktijk zo zijn dat er een dbc wordt geopend, en tevens verblijf nodig is. Het kan dus een crisis-dbc met of zonder verblijf zijn.

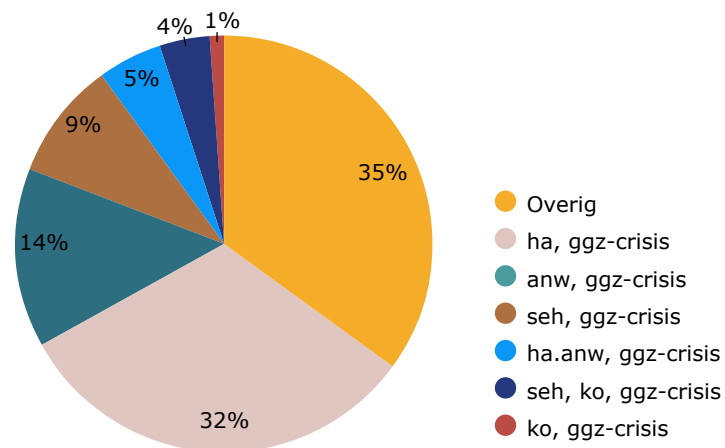
De declaratie-informatie over 2016 en 2017 is momenteel nog onvolledig. Dit geldt met name voor de dbc's. Het is daarom niet goed aan te geven wat de recente ontwikkelingen qua volumina zijn. Wel is duidelijk dat het aantal verblijfsdagen in 2016 met minimaal 9% is gestegen.

Aantal patiënten acute psychiatrie, verblijfsdagen en behandelingen 2015-2017

Jaar	Aantal patiënten (verblijfsdagen)	Aantal verblijfsdagen	Aantal patiënten (dbc's acute psychiatrie)
2015	8.153	73.901	49.432
2016	7.675	80.804	46.853
2017	6.735	61.818	44.887

Bron: Vektis. Grijsgedrukte cijfers zijn incompleet.

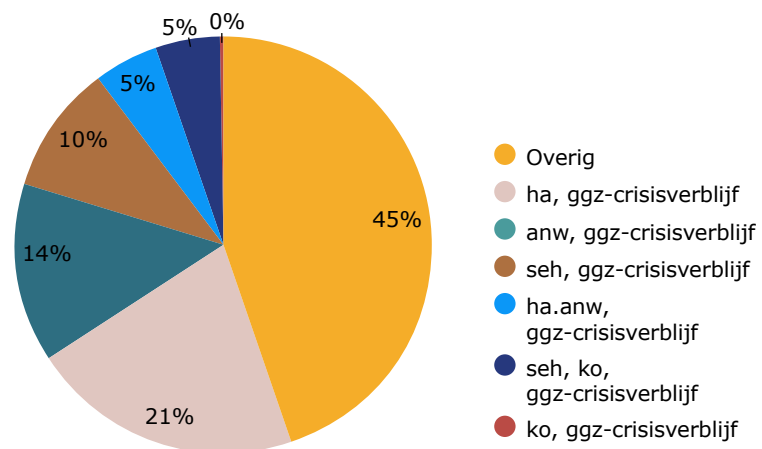
Patiëntenstroom acute psychiatrie in 2016



Bron: Vektis

Deze figuur laat zien dat in totaal ongeveer 13% van de patiënten (ca. 6.000) via de seh in de acute psychiatrie instroomt voor een behandeling.

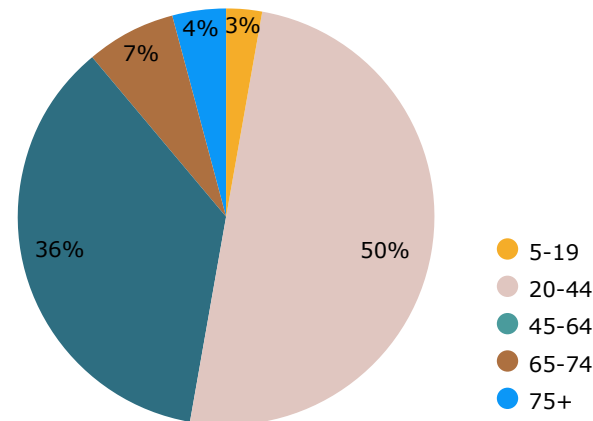
Patiëntenstroom ggz-crisisverblijf in 2016



Bron: Vektis

In deze figuur zien we dat in totaal circa 15% van de patiënten (ca. 1.100) via de seh instroomt in de acute psychiatrie met verblijf. Daarnaast zien we dat 19% (ca. 1.500) van de patiënten via de huisarts in de anw-uren is doorverwezen naar het crisisverblijf.

Leeftijd patiënten acute psychiatrie met verblijf in 2017



Bron: Vektis

De figuur laat zien dat in tegenstelling tot de andere vormen van vervolgzorg vanuit de acute zorg, het hier meer jongere mensen betreft. De leeftijdsgroep 20-44 jarigen vertegenwoordigt circa de helft van de patiënten.

Uitstroom naar gemeentelijke voorzieningen (Wmo-zorg)

Ook gemeenten hebben verantwoordelijkheden om vanuit de Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo) voorzieningen te bieden aan haar inwoners. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) maakt in haar analyses een onderscheid naar diverse vormen van zorg die Wmo-maatwerkvoorzieningen worden genoemd. Hoewel er diverse vormen van maatwerkvoorzieningen zijn, is de voorziening *verblijf en opvang* voor deze monitor een relevant onderdeel. Het CBS schat dat in 2016 34.995 cliënten hiervan gebruik maakten. Een deel daarvan heeft betrekking op verblijf in het kader van respijtzorg of spoedzorg.

Verblijf en opvang

Binnen het verblijf onderscheiden we respijtzorg in planbare en onverwachte situaties. De planbare respijtzorg wordt bijvoorbeeld ingezet wanneer mantelzorg gedurende een korte periode overgenomen kan worden. Een cliënt kan hierdoor tijdelijk bij een (zorg-)instelling verblijven of andere vormen van respijtzorg van de gemeente ontvangen. In onverwachte situaties kan deze vorm van verblijf ook plaatsvinden: de cliënt doet dan beroep op Wmo-spoedzorg. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer de mantelzorg uitvalt en er geen medische aanleiding is voor opname. Ook is er geen sprake van een Wlz-indicatie. De huisarts kan dan direct tijdelijk verblijf in een zorginstelling regelen, maar in overleg met de gemeente kan ook een andere voorziening worden getroffen. Bijvoorbeeld door tijdelijke opschaling van zorg thuis.

Grensvlakken wetgeving

In de praktijk loopt men tegen diverse issues aan bij de grensvlakken van de bekostiging van zorg met verblijf. Zo is het onderscheid tussen respijtzorg, het eerstelijnsverblijf en de Wlz-crisis zorg niet altijd helder.

Hierdoor komt het voor dat cliënten die respijtzorg horen te krijgen binnen de Wmo, in de praktijk het elv instromen, of vice versa. Diverse gemeenten en zorgverzekeraars doen onderzoek naar deze casuïstiek om meer grip te krijgen op dit vraagstuk. Hierbij is het vergroten van kwantitatief en kwalitatief inzicht een eerste prioriteit; er is bijvoorbeeld momenteel nog weinig inzicht in hoe vaak verblijf vanwege spoedsituaties voorkomt.

Cijfers

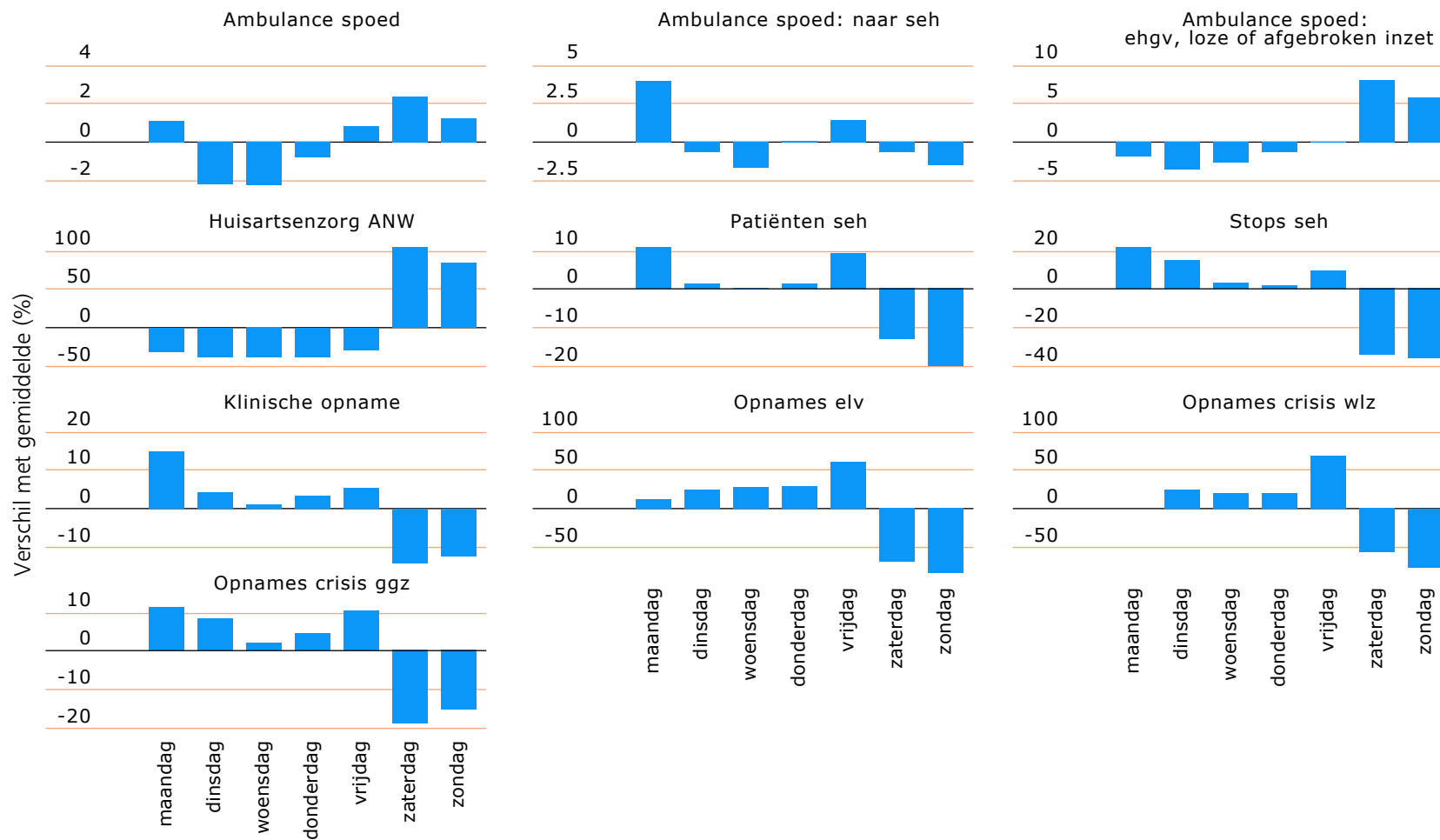
Het CBS is al enkele jaren actief in het verzamelen van gegevens over het gebruik van de maatwerkvoorzieningen. CBS ontving van 243 van de 390 gemeenten gegevens over het gebruik van de voorzieningen. Om een compleet beeld te schetsen moet het CBS het stellen met een schatting op basis van deze gemeenten.

Over 2017 is er voor 37 gemeenten inzichtelijk hoeveel cliënten zij in verblijf hadden (27.565). In 2016 zijn er gegevens vanuit 52 gemeenten aangeleverd, met een totaal van 27.275 cliënten.

2.4 Gemeten drukte in de acute zorg

Onderstaande figuren brengen de drukte bij de aanbieders van acute zorg in beeld, voor elke dag van de week.

Gemiddeld gemeten drukte in de acute zorg per dag



Bron: Vektis en RIVM

Weekend

In het weekend lijken vooral de hap en de ambulancevoorziening aan zet. Dat de hap meer consulten heeft dan doordeweeks ligt voor de hand, gelet op de ruimere openingstijden. Opvallend is dat er veel meer ambulance-inzetten van het type eerste hulp, geen vervoer, loze ritten en/of afgebroken ritten plaatsvinden. Het is beduidend rustiger op de seh (minder patiënten en minder stops), in termen van klinische opnames, in de acute psychiatrie en in de vervolgzorg.

Deze observaties roepen vragen op waarop we met deze monitor nog geen antwoord hebben:

- Wat verandert er in het type zorgvraag dat de ambulancevoorziening krijgt, dat er zoveel meer ehgv, loze ritten en/of afgebroken ritten plaatsvinden?
- Waarom ligt de instroom op de seh en de doorstroom en uitstroom zo veel lager in het weekend? Worden er minder mensen ziek in het weekend of wordt de patiëntenstroom als gevolg van acute zorgvraag in het weekend anders gestuurd?

Maandag

De maandag is doordeweeks voor veel aanbieders van acute zorg de drukste dag. De meeste spoedinzetten van de ambulance naar de seh, de meeste patiënten op de seh, de meeste seh-stops, de meeste opnames in de acute psychiatrie en de meeste klinische opnames. Daarentegen is het aantal patiënten dat een beroep doet op de vervolgzorgsoorten elv en crisis wlz het kleinst op de maandag ten opzichte van de andere doordeweekse dagen.

- Waarom is het maandag zo druk? Ontstaan er maandag plots zoveel acute zieken of is er ongeadresseerde acute zorgvraag tijdens het weekend opgestapeld?

Woensdag rustdag?

Zowel het aantal patiënten dat instroomt, als het aantal patiënten dat doorstroomt in de acute zorg lijkt op woensdag het kleinst ten opzichte van de andere doordeweekse dagen. Daarnaast geldt ook dat het aantal klinische opnames en het aantal opnames in de acute psychiatrie op woensdag het kleinst is op woensdag ten opzichte van de andere doordeweekse dagen.

- Worden er op woensdag minder mensen ziek?

Vrijdag

De vrijdag is na de maandag weer de drukste dag voor de ambulance spoedinzetten naar de seh, voor de seh (met vooral hoger dan gemiddelde aantallen patiënten, de seh-stops laten een minder sterke piek zien). De uitstroom naar elv en crisis wlz vertoont een sterke piek op de vrijdag.

Waarom stromen op vrijdag zoveel patiënten uit naar vervolgzorg? Anticiperen de ziekenhuizen op minder toegankelijkheid van de vervolgzorg in het weekend of willen de ziekenhuizen de eigen afdelingen gewoon zo leeg mogelijk hebben voor het weekend? Als dat op de vrijdag kan, kan een deel van die patiënten dan niet ook al op de woensdag of donderdag uit het ziekenhuis worden ontslagen?

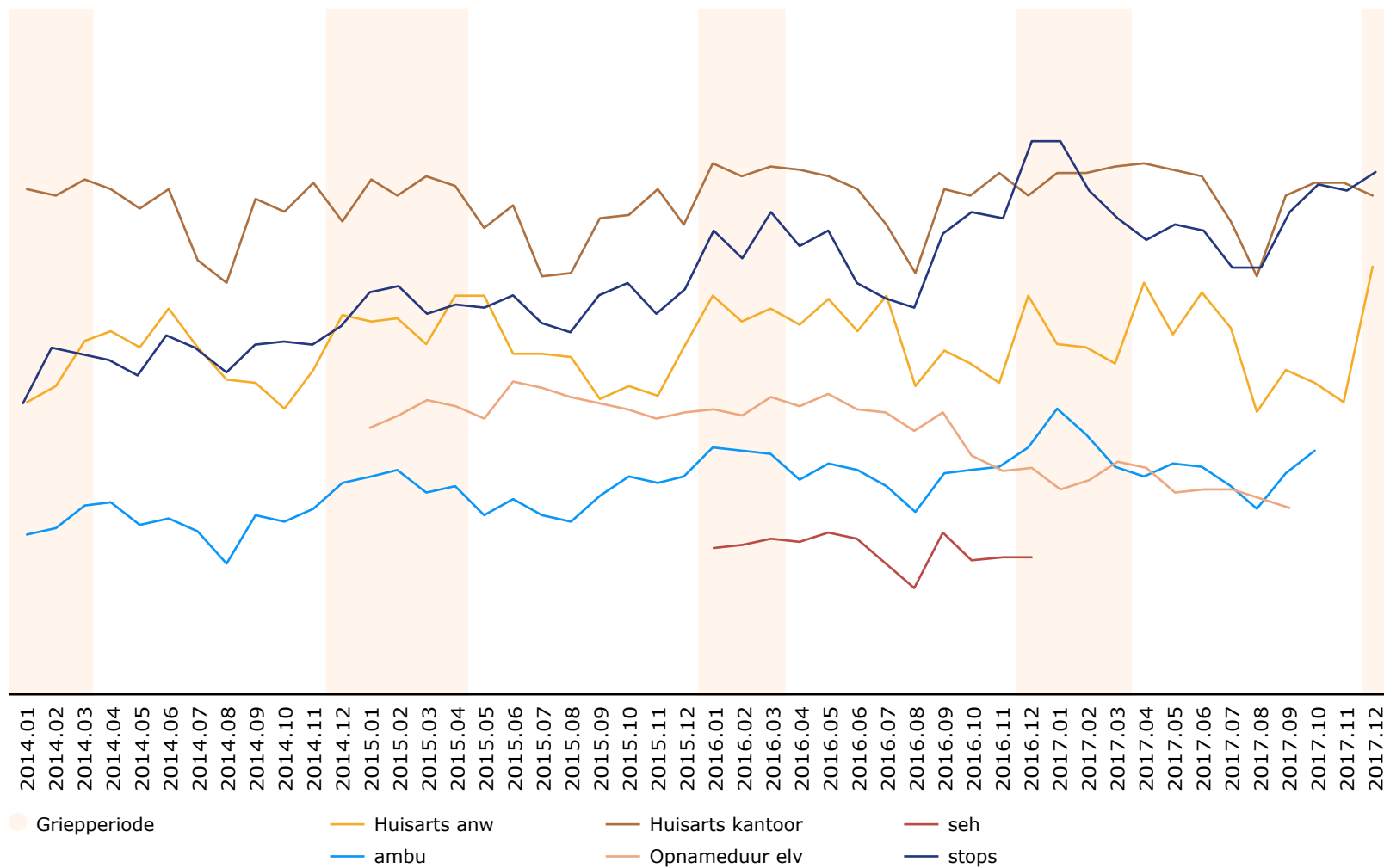
Effecten van een griepgolf op de acute zorg

Wat betekent een plotselinge toename van de instroom voor de acute zorg? Gedurende het jaar en verdeeld over de dag fluctueert de instroom. Bij een plotselinge piek kan drukte ontstaan met oplopende responstijden en seh-stops als gevolg. Tijdens een griepgolf wordt deze druk ook ervaren. Er komen dan bijvoorbeeld meer patiënten met een longontsteking, een complicatie van griep, in het ziekenhuis, en patiënten die als het gevolg van wegvallen van mantelzorgers (door griep) zelf in een acuut bedreigende gezondheidssituatie terecht komen. Tegelijkertijd staat aan aanbiederszijde de capaciteit onder druk als gevolg van hoger ziekteverzuim van medewerkers met griep.

Met onderstaande analyse wordt getracht meer inzicht te krijgen in de gevolgen van een griepepidemie op de toegankelijkheid van de acute zorg. Een aantal kanttekeningen is op zijn plaats. De griepperiode valt doorgaans in of aan het einde van de winter. In die periode is het kouder en er is meer kans op gladheid. Dit soort factoren kunnen ook van invloed zijn op drukte bij de acute zorg. Met de analyse wordt onderzocht of er een verband bestaat tussen het bestaan van een griepepidemie en de drukte in verschillende schakels van de acute zorgketen. Hierbij wordt geen oorzakelijke verband getoetst, dus het wordt niet getoetst óf de griepgolf zorgt voor een grotere vraag naar acute zorg.

Het figuur toont de ontwikkeling van het aantal spoedeisende ambulance inzetten, huisarts consulten anw, huisartsen consulten tijdens kantooruren, de trend in het aantal seh-bezoeken, het aantal opnamestops en de trend in de opnameduur in het eerstelijnsverblijf. De figuur kent geen verticale as. Alle maanden worden vergeleken met de eerste maand waarop een punt wordt getoond.

Griepgolven 2014-2017 en drukte in de acute zorg



Bron: Vektis, RIVM en uitvraag stops van ROAZ-regio's

Uit de figuur blijkt het volgende. Gedurende de griepgolven van begin 2015, begin 2016 en begin 2017 hebben ambulances meer spoedinzetten gehad. Dit kan verband met elkaar houden, maar er kunnen ook andere factoren van invloed zijn. Over het algemeen geldt, dat er 1,6% meer spoedeisende ambulance inzetten zijn tijdens een griepgolf waarbij de patiënt op de seh wordt gebracht. Dit komt neer op een toename van zo'n 30 van deze inzetten per dag tijdens een periode van griep.

Gedurende de griepgolf is geen toename of afname in het aantal inzetten ten behoeve van het interklinisch vervoer gevonden. Voor de huisartsenzorg tijdens anw-uren geldt dat er 2,7% meer consulteenheden plaatsvinden tijdens een griepperiode. Dit komt neer op zo'n 300 consulteenheden per dag extra tijdens een griep periode. Er is geen sprake van een significante toe- of afname in de huisartsenzorg tijdens kantooruren. Mogelijk varieert het aandeel 'spoedcontacten' tijdens een periode van griep bij de huisarts wel, maar dit is hier niet onderzocht.

Opmerkelijk is dat op basis van het jaar 2016 en het eerste kwartaal van 2017 geen merkbare verandering van het aantal seh-bezoeken tijdens de griepepidemie zichtbaar is. Dit beeld wordt niet herkend door leden van de klankbordgroep en hun achterban, die structureel overvolle seh-afdelingen hebben ervaren. Nogmaals wordt benadrukt dat de analyse niet de meest recente griepgolf betreft, maar die van de vier jaren daarvoor, en dat de gegevens beschikbaar voor de seh beperkt zijn. Deze analyse is daarom nog niet erg betrouwbaar.

Wel is zichtbaar dat in drie ROAZ regio's het aantal afgegeven seh-stops op de acute afdelingen met 11,4% toeneemt gedurende de griepperiode.

Voor eerstelijnsverblijf geldt dat dat er niet significant meer opnames zijn geregistreerd gedurende een griepgolf. Ook verandert de gemiddelde ligduur niet significant. De figuur toont alleen de trend in opnameduur.

De Wlz-crisis zorg en het aantal klinische opnamen vanaf de seh verandert niet significant gedurende de onderzochte griepperioden. Deze twee zorgvormen zijn niet opgenomen in de figuur.

Griepgolf in relatie tot zorgplicht

Tijdens de laatste griepgolf (die van 2018) heeft de NZa in het kader van de zorgplicht, verzekeraars gevraagd om een wekelijkse stand van zaken in de acute zorg. Uit de informatie die wij van zorgverzekeraars ontvingen, hebben wij het volgende geconcludeerd:

- Er zijn meerdere stops in het land geweest op verschillende seh's. De sluitingen waren vaak tijdelijk en er was altijd ruimte voor *echte* spoed.
- Ziekenhuizen en andere zorgaanbieders, verenigd in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), zijn in actie gekomen om deze buitengewone omstandigheden het hoofd te bieden. De regionale zorgdiensten werkten extra intensief samen. De situatie werd dagelijks met alle betrokken organisaties beoordeeld.
- De regionale ambulancevoorzieningen coördineerden via de meldkamers ambulancezorg nog intensiever naar welk ziekenhuis patiënten werden gebracht. Ook huisartsen werden hierbij betrokken. Een aantal ziekenhuizen was genoodzaakt om, gesteund door verzekeraars, geplande operaties uit te stellen. Hierbij ging het om niet-spoedeisende operaties waarbij uitstel medisch verantwoord is. De kwaliteit van zorg is niet in gevaar geweest.

- De beddenscapaciteit van de verpleegafdelingen werd als krap ervaren. Dit werd opgelost door de doorstroom te bevorderen. Verzekeraars maakten bijvoorbeeld aanvullende afspraken met elv-aanbieders, omliggende thuiszorginstellingen gaven gedurende een paar weken voorrang aan ziekenhuispatiënten en extra ondersteunend personeel werd ingezet op de klinische verpleegafdelingen vanuit poli en/of thuiszorg.

De NZa heeft deze maatregelen als voldoende beoordeeld. Er zijn geen signalen bekend van patiënten dat de situatie voor hen tot problemen heeft geleid. Op basis van de informatie die wij van de zorgverzekeraars ontvangen kwam de toegankelijkheid van de zorg in de ziekenhuizen kwam niet in het geding, wel was de arbeidsbelasting voor artsen en verpleegkundigen hoog.

Griepgolf ervaringen gedeeld door de klankbordgroep

De klankbordgroep heeft laten weten de laatste griepgolf van begin 2018 als extreme drukte te hebben ervaren. Er moesten veel patiënten vanaf de seh worden vervoerd per ambulance naar een ander ziekenhuis, omdat het aanliggende ziekenhuis vol lag. NVZ heeft als gevolg van de ervaren drukte een enquête onder haar leden gehouden. Daaruit kwam onder andere naar voren dat 48% van de respondenten aangaf dat er risicovolle situaties zijn ontstaan, bijvoorbeeld vanwege volle IC-afdelingen waardoor de patiënt niet terecht kon in dit ziekenhuis. Daarnaast kwam bijvoorbeeld ook naar voren dat 86% van de ziekenhuizen met personele problemen ten gevolge van ziekteverzuim kampte tijdens de griepepidemie.

Griepgolf in relatie tot personeel in de acute zorg

Zoals in een [recent artikel](#) is beargumenteerd, neemt niet alleen het aantal patiënten met griep of griep-gerelateerde symptomen (zoals verergering van een andere ziekte als gevolg van de griep) toe, mantelzorgers vallen ook uit als gevolg van griep waardoor de verzorgden als gevolg van het ontbreken van de benodigde zorg in het ziekenhuis kunnen belanden en ten derde vallen zorgverleners uit die zelf door de griep worden getroffen, waardoor bijvoorbeeld ziekenhuizen de capaciteit moeten verminderen, meer naar andere nabijgelegen ziekenhuizen moeten verwijzen en zodoende de druk verder opvoeren.

Overigens kan de grieprik hier een positief effect op hebben. Als het vaccin het aantal dragers onder het zorgpersoneel terugdringt neemt de verspreiding binnen het ziekenhuis (ook naar patiënten) af en wordt minder personeel ziek. De beroepsverenigingen zetten zich in om de vaccinatiegraad onder het personeel te vergroten: De NVZ, NFU, V&VN en FMS startten op 1 oktober 2018 een gezamenlijke campagne om de vaccinatiegraad onder ziekenhuispersoneel te verbeteren. ActiZ onderzoekt hoe zij een rol kan spelen in de animo voor de griepvaccinatie. De regionale ambulancevoorzieningen bieden vaccins aan medewerkers aan om vooral ook de patiënt te beschermen, de griepvaccinatie is hier onderdeel van.

3 Toekomstverkenning

3.1 Demografische prognoses

3.2 Autonome groei van het acute zorggebruik

3.3 Trends in het acute zorggebruik in de periode 2012-2017

3.4 Toekomstverkenningen van het gebruik van acute zorg

3 Toekomstverkenning

Dit hoofdstuk geeft resultaten van toekomstverkenningen van het acute zorggebruik in Nederland. De toekomstverkenningen hebben het jaar 2016 als beginpunt en 2025 als horizon. Het jaar 2016 is gekozen omdat dat jaar de registraties van alle zorgsectoren volledig zijn. Het onderzoek dat de RIVM heeft gedaan is integraal als bijlage bij deze monitor gepubliceerd. De tekst in dit hoofdstuk betreft een ingekorte versie.

Voor het maken van de toekomstverkenningen zijn de volgende elementen gebruikt:

1. Demografische prognoses;
2. Trendanalyses over de periode 2012-2017;
3. Gegevens over het zorggebruik in een basisjaar, 2016 of 2017, naar leeftijd, geslacht, regio en zorgsector.

De demografische prognoses beschrijven de verwachte regionale ontwikkelingen in samenstelling van de bevolking (vergrijzing) en bevolkingsomvang. Het toekomstig zorggebruik wordt geschat aan de hand van het zorggebruik per hoofd van de bevolking in een basisjaar. Voor het basisjaar gaan we uit van het meest recente jaar waarover gegevens beschikbaar zijn, 2016 of 2017. De trendanalyse over 2012-2017 resulteert ook in een autonome trend. De autonome trend beschrijft de verandering in het zorggebruik die niet verklaard kan worden door demografische ontwikkelingen. Dit omvat onder andere sociaaleconomische en maatschappelijke factoren, effecten van beleid, invloed van (medische) technologie en organisatorische factoren.

Verkenning op basis van demografie en autonome trends
We schetsen in eerste instantie het zorggebruik op basis van verwachte demografische ontwikkelingen. Voor de verschillende regio's brengen we daarbij het effect van vergrijzing en bevolkingsgroei of -krimp in beeld. In de tweede verkenning veronderstellen we dat naast de demografie ook autonome ontwikkelingen in de periode 2012-2017 zich voortzetten.

3.1 Demografische prognoses

Het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) stelt in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) [regionale bevolkingsprognoses](#) op. In de prognose uit 2016 staan de volgende demografische trends (PBL, 2018)¹:

Aantallen inwoners en huishoudens blijven stijgen

Het inwonertal van Nederland blijft de komende decennia toenemen. Vooral in de Randstad is de bevolkingsgroei nog sterk, maar aan de randen van Nederland gaat het inwonertal in diverse regio's krimpen. De vier grote gemeenten zijn de laatste jaren uitzonderlijk sterk gegroeid; naar verwachting blijven ze in de toekomst flink doorgroeien. Ook het aantal huishoudens neemt in de toekomst nog stevig toe. Dit is vrijwel overal in Nederland zo. Alleen in Noordoost-Groningen en Zeeuws-Vlaanderen stopt de groei of treedt zelfs krimp op.

¹ Bron: <http://www.pbl.nl/publicaties/regionale-bevolkings-en-huishoudensprognose-2016> (geraadpleegd oktober 2018)

Potentiële beroepsbevolking: groei in Randstad

De potentiële beroepsbevolking (20 jaar tot AOW-gerechtigde leeftijd) is in de laatste decennia voortdurend in omvang toegenomen. Door het optrekken van de AOW-leeftijd blijft de potentiële beroepsbevolking in de toekomst verder groeien. In de meeste Randstadregio's groeit de potentiële beroepsbevolking in de toekomst, terwijl vanaf ongeveer 2025 krimp wordt verwacht in de regio's die ook al bevolkingskrimp kennen

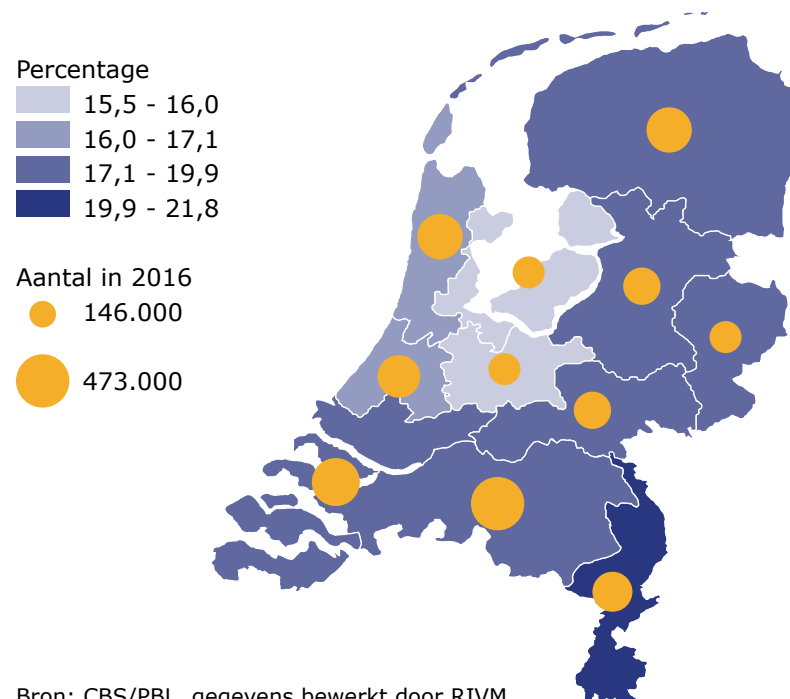
Vergrijzing het sterkst aan randen Nederland

De vergrijzing van Nederland versnelt in de komende decennia: de naoorlogse geboortegolf treedt toe tot de leeftijdsklasse van 65 jaar en ouder en mensen leven steeds langer. Het aantal 65-plussers neemt overal in Nederland toe. Maar aan de randen van Nederland, waar zich ook de grootste bevolkingskrimp voordoet, is de vergrijzing sterker dan in de meer verstedelijkte regio's zoals de Randstad. In de vier grote steden gaat de vergrijzing juist minder snel, al hebben die ook te maken met een grote toename van het aantal ouderen.

Voor de toekomstverkenning van de acute zorg hebben wij de cijfers uit deze bevolkingsprognose bewerkt. Voor meer informatie zie de bijlage 'Bronnen en methoden'. In de bijlage staan detailcijfers van de bevolkingsprognose voor de elf ROAZ-regio's. Omdat de oudere bevolking een belangrijk aandeel in het acute zorggebruik heeft gaan we eerst dieper in op de populatiesamenstelling zoals die is in 2016 (het basisjaar) en hoe die verandert tussen 2016 en 2025.

Onderstaande figuur geeft het aantal 65-plussers per regio weer in 2016 ten opzichte van het totaal.

*Aantal 65-plussers in 2016,
% van totale bevolking per regio.*

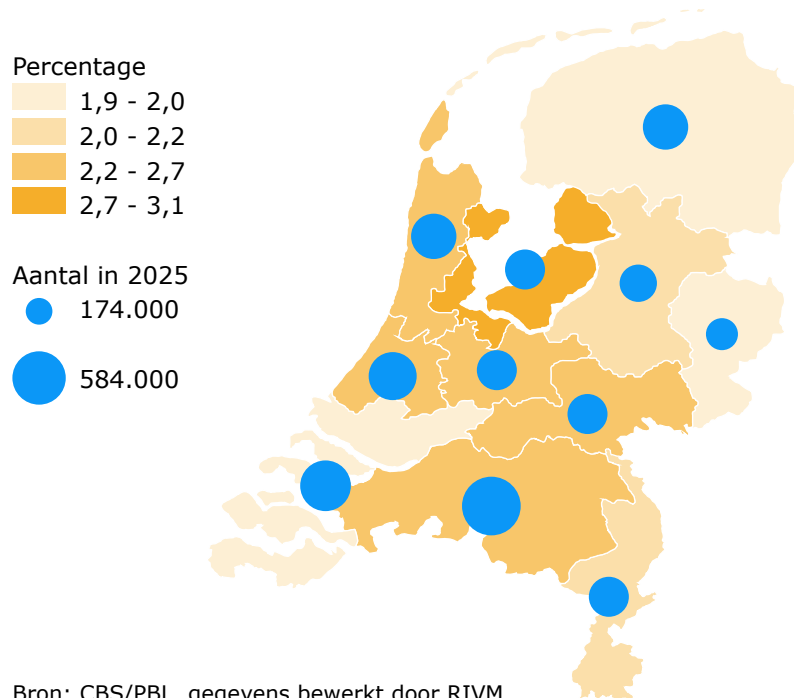


Bron: CBS/PBL, gegevens bewerkt door RIVM

De ROAZ-regio Netwerk Acute Zorg Limburg heeft het hoogste aandeel 65-plussers in haar bevolking, de regio's Trauma-zorgnetwerk Midden-Nederland en SpoedZorgNet AMC het laagste aandeel. Ook absoluut gezien is het aantal 65-plussers in laatstgenoemde regio's kleiner dan in de meeste andere regio's.

De volgende figuur geeft de groei van het aantal 65-plussers in de periode tot 2025 weer per regio.

Gemiddelde groei per jaar aantal 65-plussers per regio (2016-2025)



Bron: CBS/PBL, gegevens bewerkt door RIVM

De figuur laat zien dat het aantal 65-plussers in alle regio's toe zal nemen de komende jaren, maar het sterkst in de regio SpoedZorgNet AMC. Deze regio bestaat met name uit delen van Amsterdam/Noord-Holland (ruim 900.000 inwoners) en Flevoland (ruim 400.000 inwoners). In 2016 is hier met 15,5% sprake van de laagste vergrijzingsgraad van Nederland (zie pagina 63). Het aantal inwoners van 65 jaar en ouder stijgt in deze regio naar verwachting van 208.000 (15,5%) naar 274.000 (19,2%) personen in 2025. Ondanks deze groei is de regio in 2025 met een aandeel van 19,2% 65-plussers nog steeds een van de jongste regio's van Nederland. Het landelijk gemiddelde percentage 65-plussers is 22,6% in 2025.

3.2 Autonome groei van het acute zorggebruik

De toekomstverkenningen van het acute zorggebruik schetsen een beeld van het toekomstig zorggebruik op basis van verwachte ontwikkelingen in demografie en andere factoren die van invloed zijn op het zorggebruik.

Autonome ontwikkelingen zijn bijvoorbeeld:

- sociaaleconomische, met onder andere opleiding, inkomen en huishoudensamenstelling: Dit heeft invloed op o.a. zelfredzaamheid en de beschikbaarheid van mantelzorg
- maatschappelijke factoren, zoals het toegenomen gebruik van mobiele telefonie waardoor het bellen van 112 makkelijker wordt;
- veranderingen in indicatiestelling, met als gevolg dat andere zorg wordt verleend aan mensen met bepaalde klachten;
- epidemiologische factoren, veranderingen in het voorkomen van ziekten of leefstijlfactoren kunnen leiden tot ander zorggebruik, bijvoorbeeld kan een toename van overgewicht in de bevolking leiden tot meer morbiditeit en meer zorggebruik;
- medische technologie, door intrede van nieuwe medische technologie, of een ander gebruik ervan, verandert het

zorggebruik, bijvoorbeeld kan het leiden tot meer diagnostiek; medische technologie heeft een sterke interactie met inkomen en is op microniveau moeilijk meetbaar vanwege het gebrek aan operationele gegevens.

- beleid wordt vaak gezien als de belangrijkste factor in veranderingen in het zorggebruik, ook institutionele factoren die betrekking hebben op het zorgstelsel en vergoedingensysteem vallen hieronder.
- welvaart, in macro-economische analyses van de zorguitgaven wordt de omvang van het bruto binnenlands product of het inkomen van de bevolking als factor onderscheiden.

Om deze factoren op de juiste manier mee te nemen in een toekomstverkenning willen we het effect van deze factoren zo goed mogelijk kwantificeren. Hiervoor zijn analyses van historische data noodzakelijk. In de analyses worden de cijfers eerst gecorrigeerd voor demografische ontwikkelingen. De autonome trend is de resterende groei en omvat alle factoren behalve demografie.

De analyse van de trends in het zorggebruik verschilt per zorgsector en hangt af van de beschikbaarheid van gegevens. Essentieel voor de analyses is de specificatie van het zorggebruik naar leeftijd en geslacht van de patiënt om het zorggebruik te kunnen corrigeren voor demografische ontwikkelingen. Deze zijn beschikbaar voor de huisartsenzorg in anw-uren en de ambulancezorg. Voor het zorggebruik op de seh zijn geen tijdreeksen beschikbaar. Voor het schatten van de autonome groei maken we gebruik van andere publicaties over het zorggebruik op de seh (zie voor verdere toelichting de bijlage Bronnen en Methoden).

3.3 Trends in het acute zorggebruik in de periode 2012-2017

Huisartsenzorg in anw-uren

Voor de trendanalyse van het gebruik van huisartsenzorg in anw-uren is gebruik gemaakt van gegevens over de jaren 2014-2017. Cijfers over het zorggebruik in deze periode zijn in voorgaande hoofdstukken gepresenteerd. Eén van de observaties was dat er in de jaren 2015 en 2016 een stijging van het zorggebruik plaatsvond en in 2017 een daling. Deze veranderingen deden zich voor in alle regio's. Het is niet duidelijk wat de achtergrond is van de daling in 2017 en het is te vroeg om conclusies hieraan te verbinden voor de toekomstige ontwikkeling van het zorggebruik. Daarom is de groei van het zorggebruik in de periode 2014-2017 op twee manieren geanalyseerd. De eerste analyse neemt het jaar 2017 mee, de tweede analyse niet. Een volledig overzicht van de resultaten is te vinden in de bijlage. Er is geen trendanalyse gedaan voor het aantal consulten. Details van de analyse en van de resultaten zijn gegeven in de bijlage Bronnen en Methoden.

Resultaten

Op landelijk niveau steeg het aantal patiënten dat huisartsenzorg ontvangt in de anw-uren in de periode 2014-2017 met gemiddeld 1,9% per jaar. Op basis van demografische ontwikkelingen was de gemiddelde groei per jaar van het totaal aantal patiënten 0,6%.

De regionale verschillen in de totale groei van het aantal patiënten zijn relatief groot: van gemiddeld 2,8% per jaar in de ROAZ-regio Traumazorgnetwerk Midden-Nederland tot gemiddeld 0,8% per jaar in de regio Netwerk Acute Zorg Limburg.

De Acute Zorg Euregio had met gemiddeld 0,1% per jaar de laagste demografische groei, de regio Netwerk Acute Zorg regio West had met 0,9% de hoogste groei.

Regionaal varieert de autonome groei in het aantal patiënten tussen gemiddeld 0,6% en 2,0% per jaar, het landelijk gemiddelde is 1,3%.

De trendanalyse 2014-2016 resulteert in een landelijke autonome groei van het aantal patiënten die anderhalf keer zo hoog is als de trend over 2014-2017. De regio met het grootste verschil heeft in deze kortere periode een ruim twee maal zo hoge autonome groei. Deze verschillen geven aan dat het belangrijk is om inzicht te krijgen in de achtergrond van de daling van het zorggebruik in 2017, om een trend beter te kunnen duiden.

Ambulancezorg

De trendanalyse van het aantal patiënten in de spoedeisende ambulancezorg is gebaseerd op ritgegevens over de periode 2012-2017, aangevuld met steekproeven van ritgegevens met leeftijd en geslacht. De trendanalyse is alleen uitgevoerd voor spoedeisende inzetten (A1- en A2-urgentie). Details van de analyse en van de resultaten zijn gegeven in de bijlage Bronnen en methoden en het rapport toekomstverkenning.

Resultaten

De totale groei in het aantal patiënten met een spoedeisende inzet is gemiddeld 5,1% per jaar. De gemiddelde groei op basis van demografische ontwikkelingen is 1,4%. De autonome groei van het landelijk totaal aantal spoedeisende inzetten is daarmee 3,7%.

De regionale verschillen in totale groei zijn relatief groot. De ROAZ-regio Netwerk Acute Zorg Brabant heeft met gemiddeld 6,4% per jaar groei van het totaal aantal inzetten een ruim twee maal zo hoge groei als de regio Netwerk Acute Zorg regio Zwolle, die met 3,0% gemiddeld per jaar de laagste groei heeft.

Net als bij de huisartsenzorg in de anw-uren was 2017 in de ambulancezorg in vergelijking met de jaren ervoor een uitschieter. In de anw-huisartsenzorg was er een daling van het zorggebruik, in de ambulancezorg was in de meeste regio's sprake van een afnemende groei. In enkele regio's was er sprake van een daling van het zorggebruik.

Daarom zijn ook voor de ambulancezorg trendanalyses uitgevoerd zonder 2017. De trendanalyse 2014-2016 resulteert in autonome trend die landelijk bijna een procentpunt hoger is dan de trend over 2014-2017. Verschillen tussen de regio's zijn er ook. In Acute Zorgregio Euregio is het verschil in autonome trend 0,2 procentpunt, de verandering in zorggebruik in 2017 was daar relatief gering. De regio Netwerk Acute Zorg Noordwest had in 2017 de grootste daling in het zorggebruik, met als gevolg een relatief groot verschil in autonome groei.

Spoedeisende hulp

Voor een trendanalyse van het gebruik van spoedeisende hulpafdelingen van Nederlandse ziekenhuizen en een schatting van de autonome groei, is gebruik gemaakt van gegevens uit het Letsel Informatie Systeem (LIS). Het LIS is een steekproef van stichting *Veiligheid.nl* onder veertien seh-locaties van dertien ziekenhuizen. Het LIS heeft gebruikscijfers naar leeftijd en geslacht over de periode 2006-2016. Trendanalyses resulteren in een autonome groei van nul procent, met andere woorden: de groei wordt geheel door de demografische ontwikkeling verklaard.

3.4 Toekomstverkenningen van het gebruik van acute zorg

De resultaten van de toekomstverkenningen bestaan uit groei-cijfers van het aantal patiënten, consulten en de in- en uitstroom van de seh in de periode 2016-2025. De toekomstverkenningen

zijn voor alle regio's doorgerekend. De resultaten worden op landelijk totaal niveau gepresenteerd. In de bijlagen staan de detailresultaten van de toekomstverkenningen.

Verkenningen van de patiëntenstromen

Overzicht toekomstverkenningen patiëntenstromen acute zorg ('+' betekent wel doorgerekend, '-' betekent niet doorgerekend).

		Verkenning op basis van demografie	Verkenning op basis van autonome ontwikkelingen over de periode 2014-2017	Verkenning op basis van autonome ontwikkelingen over de periode 2014-2016
Huisartsenzorg in anw-uren	Patiënten Consulten ⁽¹⁾	+	+	+
Huisartsenzorg in kantooruren	Patiënten	+	-	-
Ambulancezorg seh ⁽³⁾	Patiënten met spoedeisende inzet	+	+	+
	Instroom in de seh vanuit huisartsenzorg in anw-uren ⁽²⁾	+	+	+
	Instroom in de seh vanuit huisartsenzorg in kantooruren ⁽²⁾	+	-	-
	Instroom in de seh vanuit ambulancezorg ⁽²⁾	+	+	+
	Instroom in de seh: zelfverwijzers ⁽³⁾	+	-	-
	Patiënten op de seh ⁽³⁾	+	-	-
	Uitstroom uit de seh ⁽³⁾	+	-	-

Bron: NZa, RIVM

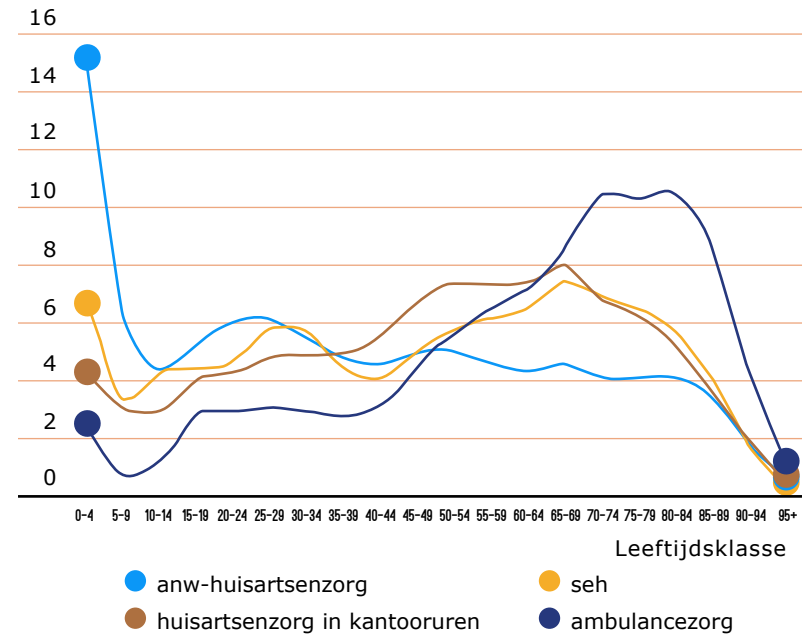
Noten:

- ¹ Er is geen aparte autonome trend berekend voor het aantal consulten in de huisartsenzorg, de verkenning op basis van autonome ontwikkelingen bouwt voort op de verkenning van het aantal patiënten.
- ² Het aantal verwijzingen naar seh vanuit de huisartsenzorg en het aantal patiënten dat per ambulance naar de seh komt naar leeftijd en geslacht is bepaald op basis van seh-zorggebruik, de autonome trend is van de huisartsenzorg en ambulancezorg, respectievelijk.
- ³ Voor het gebruik van de seh is de autonome trend over 2006-2016 0% (zie paragraaf 3.2), daarom is geen verkenning op basis van autonome ontwikkelingen doorgerekend.

In de toekomstverkenning gaan we uit van 2016 als basisjaar. In de resultaten kijken we naar de gemiddelde veranderingen in de periode 2016-2025.

In de berekeningen van de toekomstverkenningen wordt eerst de ontwikkeling van het zorggebruik op basis van demografische ontwikkelingen bepaald. Dat gebeurt per aanbieder, naar regio, leeftijd en geslacht. Onderstaande figuur van patiënten naar leeftijdsklasse geeft het leeftijdsprofiel van de zorgsectoren zoals deze in de toekomstverkenningen worden gebruikt. Bovenop de demografische ontwikkeling wordt per zorgaanbieder en per regio de autonome groei berekend.

Patiënten naar leeftijdsklasse per aanbieder acute zorg (in % van totaal aantal patiënten)



Bron: Vektis, RIVM; gegevens bewerkt door RIVM

De ambulancezorg heeft relatief gezien de oudste patiëntenpopulatie: 30% van de patiënten is tussen de 70 en 85 jaar oud. Het aandeel jonge kinderen in de anw-huisartsenzorg is relatief groot: 21% is in de leeftijd van 0-10 jaar. In de huisartsenzorg overdag is het aandeel jonge kinderen minder groot. Het leeftijdsprofiel van de seh-patiënten is van de sectoren het meest vlak. Deze verschillen in patiëntenpopulatie hebben gevolgen voor de toekomstverkenningen van het zorggebruik, zoals we in de volgende paragrafen zullen zien.

Resultaten naar zorgaanbieder

Deze paragraaf geeft de resultaten van de toekomstverkenningen vanuit het perspectief van de zorgsector. De resultaten worden op landelijk niveau gepresenteerd voor de huisartsenzorg, ambulancezorg en seh.

Huisartsenzorg

De resultaten van de toekomstverkenning van de huisartsenzorg zijn weergegeven in tabel 3.4. Op basis van het zorggebruik in 2016 en alleen demografische ontwikkelingen neemt het totaal aantal patiënten in de huisartsenzorg in anw-uren toe met gemiddeld 0,8% per jaar. Het aantal consulten stijgt in deze

periode iets meer dan het aantal patiënten, dat komt door het verschil in het aantal consulten per patiënt per leeftijdsklasse, vooral dat ouderen gemiddeld meer consulten hebben dan jongeren.

Bij de trendextrapolatie van de autonome groei over de jaren 2014-2017, gecombineerd met de demografische groei, stijgt het aantal patiënten met gemiddeld 2,0% per jaar. De trendextrapolatie op basis van 2014-2016 leidt tot een fors hogere groei: dan neemt het aantal patiënten in de periode 2016-2025 toe met gemiddeld 3,7% per jaar.

Toekomstverkenning huisartsenzorg 2016-2025

	2016 (x 1.000)	2025 (x 1.000)	totale groei 2016-2025 (%)	gemiddelde groei per jaar (%)
Aantal patiënten anw-huisartsenzorg				
Op basis van demografische ontwikkelingen	4.064	4.357	7,2	0,8
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2017	4.064	4.871	19,9	2,0
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2016	4.064	5.617	38,2	3,7
Aantal gewogen consulten anw-huisartsenzorg				
Op basis van demografische ontwikkelingen	3.616	3.905	8,0	0,9
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2017	3.616	4.364	20,7	2,1
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2016	3.616	5.027	39,0	3,7
Aantal patiënten huisartsenzorg in kantooruren	66.439	72.045	8,4	0,9

Bron: Vektis; gegevens bewerkt door RIVM

Ambulancezorg

Voor de ambulancezorg zijn de resultaten van de toekomstverkenning gegeven in tabel 3.5. Op basis van het zorggebruik in 2017 en alleen demografische ontwikkelingen neemt het totaal aantal patiënten met een spoedeisende inzet in de ambulancezorg

toe met gemiddeld 1,7% per jaar. Bij de trendextrapolatie van de autonome groei over 2014-2017 stijgt het aantal patiënten met een spoedeisende inzet met gemiddeld 5,1% per jaar, inclusief demografische groei. De trendextrapolatie op basis van 2014-2016 leidt tot een groei van gemiddeld 6,0% per jaar.

Toekomstverkenning ambulancezorg 2016-2025.

	aantal 2016 (x 1.000)	aantal 2025 (x 1.000)	totale groei 2016-2025 (%)	gemiddelde groei per jaar (%)
Aantal patiënten met een spoedeisende inzet				
Op basis van demografische ontwikkelingen	953	1.105	16,0	1,7
Op basis van demografie & autonome trend 2014-2017	953	1.495	56,9	5,1
Op basis van demografie & autonome trend 2014-2016	953	1.610	69,0	6,0

Bron: RIVM; gegevens bewerkt door RIVM

Spoedeisende hulp - instroom

Voor de instroom in de seh onderscheiden we drie patiëntenstromen: verwijzingen via de huisarts, bezorgingen van de ambulancezorg en overige oorsprong (waaronder zelfverwijzers). De volgende tabel geeft de resultaten van de toekomstverkenningen van het aantal patiënten.

De toekomstige ontwikkeling van het aantal verwijzingen en bezorgingen volgt in grote lijnen die van de huisartsenzorg en ambulancezorg. De groeicijfers verschillen van die van de patiëntenpopulatie van de sector vanwege de regio- en leeftijdsspecifieke selectie van patiënten.

- Huisartsenzorg

Op basis van alleen de demografische ontwikkelingen verwachten we in de periode 2016-2025 een groei van het aantal verwijzingen vanuit de anw-huisartsenzorg naar de seh met gemiddeld 1,0% per jaar. Vanuit de huisartsenzorg overdag verwachten we een groei van gemiddeld 1,2% per jaar. Wanneer ook de autonome groei in de periode 2014-2017 en 2014-2016 wordt meegenomen stijgt het aantal verwijzingen vanuit de anw-huisartsenzorg tot 2,2%, respectievelijk 3,8% per jaar. Deze cijfers zijn berekend vanuit het perspectief van de huisartsenzorg, niet vanuit het perspectief van de seh. Een deel van de patiënten dat door de huisartsenzorg naar de seh wordt verwezen, wordt door de ambulance gebracht.

- Ambulancezorg

Het aantal patiënten dat door de ambulancezorg naar de seh wordt gebracht groeit in de periode 2016-2025 op basis van alleen demografische ontwikkelingen met 16,1% naar ruim 722.000. Dit komt overeen met een gemiddelde groei van 1,7% per jaar. Wanneer de autonome groei over de periode 2012-2017 naar de toekomst wordt doorgetrokken, is de totale groei van het aantal bezorgingen in de periode 2016-2025 ruim 57%, wat overeenkomt met een gemiddelde groei van 5,1% per jaar. Op basis van de autonome groei over 2012-2016 is de gemiddelde groei in de periode 2016-2025 bijna een procentpunt hoger.

- Overige instroom

Deze stroom bestaat voor een deel uit zelfverwijzers en voor een deel uit patiënten die voor controle naar de seh komen. Deze patiënten hebben een eerder contact of behandeling op de seh of elders in het ziekenhuis gehad, of worden bijvoorbeeld verwezen door een verloskundige of verpleeghuisarts. In deze toekomstverkenning is geen rekening gehouden met het aantal controles van ziekenhuispatiënten. De patiëntstroom is berekend als regio-, leeftijd- en geslacht specifieke fractie van de populatie.

Op basis van demografische ontwikkelingen groeit deze overige stroom naar de seh met 7,9%, wat overeenkomt met een gemiddelde groei van 0,8% per jaar.

Toekomstverkenning instroom seh 2016-2025

	aantal 2016 (x 1.000)	aantal 2025 (x 1.000)	totale groei 2016-2025 (%)	gemiddelde groei per jaar (%)
Aantal verwijzingen naar seh vanuit huisartsenzorg in anw-uren				
Op basis van demografische ontwikkelingen	552,0	601,3	8,9	1,0
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2017	552,0	671,4	21,6	2,2
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2016	552,0	772,7	40,0	3,8
Aantal verwijzingen naar seh vanuit huisartsenzorg in kantooruren				
Op basis van demografische ontwikkelingen	733,3	815,1	11,2	1,2
Aantal bezorgingen naar seh vanuit ambulancezorg				
Op basis van demografische ontwikkelingen	622,0	722,5	16,1	1,7
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2017	622,0	977,5	57,1	5,1
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2016	622,0	1.051,0	69,1	6,0
Zelfverwijzers naar de seh				
Op basis van demografische ontwikkelingen	785,4	847,3	7,9	0,8

Bron: Vektis, RIVM, PBL; gegevens bewerkt door RIVM

Noot: Een aantal verwijzingen vanuit de huisartsenzorg wordt door de ambulancezorg naar de seh gebracht. Vanwege deze overlap is de totale instroom in de seh in deze tabel groter dan de seh populatie.

Spoedeisende hulp – aantal patiënten

Onderstaande tabel bevat de toekomstverkenning voor het aantal patiënten op de seh op basis van demografische ontwikkelingen. Dit is dus niet gebaseerd op cijfers over verwijzingen vanuit de huisartsenzorg en bezorgingen vanuit de ambulancezorg.

Toekomstverkenning aantal patiënten op seh 2016-2025

	aantal 2016 (x 1.000)	aantal 2025 (x 1.000)	totale groei 2016-2025 (%)	gemiddelde groei per jaar (%)
Aantal patiënten op de seh	2.239	2.569	9,8	1,0

Bron: Vektis, RIVM, PBL; gegevens bewerkt door RIVM

Op basis van alleen demografische ontwikkelingen in de periode 2016-2025 groeit het aantal patiënten op de seh met gemiddeld 1,0% per jaar.

Spoedeisende hulp - uitstroom

De uitstroom vanuit de seh is afhankelijk van de patiëntenpopulatie van de seh. De uitstroom is uitgesplitst in tien bestemmingen. De volgende tabel geeft de resultaten van de toekomstverkenningen van de uitstroom van de seh op basis van demografische ontwikkelingen.

Toekomstverkenning uitstroom seh 2016-2025

	aantal 2016 (x 1.000)	aantal 2025 (x 1.000)	totale groei 2016-2025 (%)	gemiddelde groei per jaar (%)
Uitstroom naar				
Ander ziekenhuis	25,1	28,3	12,8	1,3
Eerstelijnsverblijf	1,8	2,3	26,8	2,7
Geriatrische Revalidatie	8,4	10,8	28,2	2,8
Ggz Crisisverblijf	0,9	1,0	2,8	0,3
Klinische opname	767,2	885,4	15,4	1,6
Naar huis en overig	1.398,2	1.478,1	5,7	0,6
Overleden	2,7	3,3	23,2	2,3
Revalidatie in revalidatie centrum	1,2	1,3	8,1	0,9
Wijkverpleging	64,1	79,7	24,4	2,5
Wlz	35,7	42,5	19,2	2,0

Bron: Vektis, RIVM, PBL; gegevens bewerkt door RIVM

Patiënten die de seh verlaten in 2025, gaan nog steeds het vaakst naar de eigen woonomgeving terug of naar een klinische ziekenhuisafdeling.

De bestemmingen met de hoogste groeicijfers zijn bestemmingen waarnaar relatief veel patiënten met een hoge leeftijd worden verwezen: geriatrische revalidatie en eerstelijns verblijf. De gemiddelde groei per jaar is voor die bestemmingen 2,7 tot 2,8%.

Ook het aantal patiënten dat uitstroomt naar de wijkverpleging, het aantal overleden patiënten en het aantal patiënten naar de Wlz-zorg heeft in de periode 2016-2025 hoge groeicijfers op basis van demografische ontwikkelingen.

Resultaten naar leeftijd en naar regio

Voor de drie zorgsectoren, anw-huisartsenzorg, spoedeisende ambulancezorg en seh, is op basis van demografische ontwikkelingen in de periode 2016-2025 een relatief lage groei van het aantal patiënten in de leeftijdsklassen tot 65 jaar te verwachten. De grootste is te verwachten in de leeftijdsklasse van 75 tot 85-jarigen: ongeveer 40% toename van het aantal patiënten op basis van demografische ontwikkelingen en tussen 40% en 100% groei in het aantal patiënten bij de autonome trend over 2014-2016. Tussen de ROAZ-regio's verschilt de groei van het aantal patiënten in de anw-huisartsenzorg, spoedeisende ambulancezorg en seh in de periode 2016-2025. De regio Acute Zorg Euregio heeft op basis van demografische ontwikkelingen de laagste groei, de hoogste groei wordt verwacht in de regio's Netwerk Acute Zorg Noordwest en Netwerk Acute Zorg regio West. Voor meer details wordt naar de integrale toekomstverkenning in de bijlage verwezen.

4 Conclusies & aanbevelingen

4 Conclusies & aanbevelingen

In 2017 constateerden we dat de acute zorg voldoende toegankelijk is. Uit de huidige monitor blijkt ook dat de acute zorg voldoende toegankelijk is, maar de gevolgen van met name de demografische veranderingen van de komende jaren zet in toenemende mate druk op de toegankelijkheid. De acute zorgketenpartners zullen in sterke mate de samenwerking met elkaar moeten opzoeken om op gecoördineerde wijze het hoofd te kunnen bieden aan de uitdagingen die de vergrijzing met zich mee brengt.

De bevindingen van de marktscan 2017 blijven actueel en de aanbevelingen van die marktscan worden ook met deze monitor nogmaals onderschreven. Die aanbevelingen zijn door de sector samen met VWS opgepakt en verwerkt tot 'agenda', die inmiddels zijn weg vindt naar de bestuurlijke overleggen. De NZa vertrouwt er daarom op dat deze aanbevelingen tot concrete acties leiden.

Druk op toegankelijkheid door vergrijzing en groeiende vraag naar acute zorg

De vergrijzing dwingt tot toenemende aandacht voor de toegankelijkheid van de spoedzorg. Niet zozeer vanwege de aantallen maar wel vanwege de verandering in zorgzwaarte. Hoewel het aantal patiënten in de acute zorg in tegenstelling tot voorgaande jaren in 2017 niet of slechts in beperkte mate is gestegen, verandert namelijk wel de gemiddelde leeftijd van de patiënt die in de acute zorg terecht komt.

Relatief steeds oudere patiënten doen een beroep op de acute zorg. Op basis van demografische prognoses tot 2025 zal het aandeel ouderen in de acute zorg blijven toenemen. Daarnaast is er een autonome ontwikkeling die leidt tot een groeiend zorggebruik van met name de hap en ambulancezorg.

De toename van het aantal ouderen leidt niet tot meer patiënten in de acute zorg. We zien wel dat de oudere patiënt een grotere kans op klinische opname heeft na seh-bezoek en ook gemiddeld een langere ligduur in het ziekenhuis heeft. De oudere patiënt heeft ook vaker een vorm van vervolgzorg nodig na ontslag uit het ziekenhuis. De uitstroom van patiënten in de acute zorg richting vervolgzorg neemt vooral in de wijkverpleging en het eerstelijnsverblijf aanzienlijk toe in 2016 en 2017. En voor de nabije toekomst verwachten we nog een verdere toename van de vraag naar deze zorg.

Met name tijdens tijdelijke momenten van piekdruk kan dit er in toenemende mate voor zorgen dat de doorstroom binnen de acute zorgketen stopt. Een knelpunt 'achterin de keten' (bijvoorbeeld vertraging van ontslag van een patiënt waarvoor de benodigde vervolgzorg nog niet beschikbaar is) kan effect hebben op alle voorliggende schakels in de acute zorgketen. Het beddenhuis kan dan tijdelijk 'vol' komen te liggen of er is onvoldoende verplegend personeel. Instromende patiënten vanaf de seh kunnen dan niet meer worden opgenomen, waardoor de seh vol raakt en een stop moet verkondigen. Als gevolg hiervan kost het de ambulance meer tijd de patiënt naar de juiste plek te vervoeren.

De toekomstverkenning toont dat de vraag ook in de toekomst door verdere vergrijzing wordt gedreven. De prognose van het RIVM wijst op een substantiële groei van het aantal patiënten in zorg dat 75 jaar of ouder is. Wanneer de autonome trends in de huisartsenzorg buiten kantoortijd en de ambulancezorg zich voortzetten kan de stijging in deze sectoren voor deze leeftijdsgroep bijna verdubbelen. Dit betekent dat de knelpunten die nu zichtbaar worden, de komende jaren prominenter worden. Het belang van deze trend wordt met de hoofdlijnakoorden (hla) overigens duidelijk onderkend. Blijvende aandacht en passende oplossingen voor deze ontwikkelingen zijn van belang.

Samenwerking is het sleutelwoord

De toenemende vraag naar acute zorg vraagt om steeds effectievere oplossingen om met schaarse middelen (menskracht en materieel) steeds meer zorg te kunnen bieden.

Om te zorgen dat de acute zorg ook in de toekomst toegankelijk blijft is samenwerking het sleutelwoord. Samenwerking tussen alle ketenpartners in de acute zorg. Samenwerking betekent **gezamenlijk en gedeeld inzicht** (in de uitdagingen, in de trends en patronen en in het functioneren van de keten als geheel en in de eigen rol in die keten), een onderling **gecoördineerde aanpak** om de toegankelijkheid te borgen en onderlinge **kennisdeling** van oplossingen die werken.

Gezamenlijk en gedeeld inzicht

Een minimale vereiste voor samenwerking is het beschikken over dezelfde feiten. Goede toegankelijkheid van de acute zorg hangt samen met goede samenwerking tussen de ketenpartners en voor goede samenwerking moeten de ketenpartners hetzelfde heldere zicht hebben op hoe zij tezamen voor de patiënt presteren.

Met deze monitor, en de discussies met de acute zorgpartners bij de totstandkoming van dit rapport, wordt bijgedragen aan het gezamenlijke zicht op de ontwikkeling van de toegankelijkheid van acute zorg en de uitdagingen die daarbij spelen.

Vanuit het veld wordt gesignaleerd dat er behoefte bestaat aan beter inzicht in cijfers over de acute zorg, met name ook op regionaal niveau. Wij zien daarom een rol voor de NZa in het frequenter beschikbaar stellen van zulke cijfers. Zo kunnen wij regelmatig updates geven van de ontwikkelingen binnen deze sector; bijvoorbeeld halfjaarlijks of jaarlijks in plaats van tweejaarlijks. Dit hoeft niet in de vorm van een rapport met aanbevelingen, er kan ook gedacht worden aan een dashboard dat op een website wordt gepubliceerd.

Het klankborden van de acute zorgpartners in het kader van de totstandkoming van de marktscan 2017 en deze monitor wordt als waardevol forum gezien om actualiteiten te bespreken, cijfers te helpen duiden en vervolgvragen aan te reiken. De NZa wil dit forum blijven bieden, ook in de jaren dat deze tweejaarlijkse monitor niet verschijnt. De hiervoor genoemde periodieke updates kunnen steeds in dat forum worden besproken.

Vanuit de partners in de acute zorg komt naar voren dat er momenteel nog weinig inzicht bestaat in regionale verschillen in het gebruik van de acute zorg en de knelpunten hierin, en erkend wordt dat het scheppen van inzicht daarin een goede eerste stap zal zijn. Omdat er sprake is van regionale problematiek, kan er niet worden gesproken van landelijke *one size fits all* oplossingen. De trendanalyses (analyse van autonome ontwikkelingen) van deze monitor zijn een eerste stap in het verschaffen van dit inzicht in regionale verschillen. Nadere analyses van deze trends zijn belangrijk om het inzicht verder te

vergroten en om scherper te krijgen wat de achtergronden zijn van de regionale verschillen.

Voor de toekomstverkenning van deze monitor is een model ontwikkeld dat de mogelijkheid biedt om regionale ontwikkelingen in de acute zorg te verkennen. De eerste resultaten laten ontwikkelingen zien op basis van demografie en autonome trends en kunnen gezien worden als een 'basis'-scenario. Het model biedt de mogelijkheid om alternatieve ontwikkelingen (beleidsscenario's) door te rekenen. Hierbij worden effecten van veranderingen in de acute zorg doorgerekend.

Deze monitor geeft ook een inventarisatie van interventies en maatregelen in de acute zorg. Het model voor acute zorg biedt de mogelijkheid om beleidsscenario's door te rekenen waarbij deze interventies breder worden ingezet (landelijk toegepast).

Vanuit de externe klankbordgroep ontstond de vraag om meer inzicht te krijgen in personen met verward gedrag op de seh. Met deze monitor hebben wij een poging gedaan daar enig cijfermatig inzicht in te geven. Wij beschikken echter niet over gegevens die inzichtelijk maken in welke mate bij deze patiëntstromen sprake is van de juiste zorg op de juiste plek. Als de betrokken zorgpartijen hier een probleem ervaren, dan zal dat probleem eerst inzichtelijk gemaakt moeten worden. De betrokken aanbieders en de zorgverzekeraars zijn daarbij zelf aan zet. Overigens merken we wel op dat er al veel initiatieven worden genomen om meer grip te krijgen op de problematiek rondom personen met verward gedrag.

Tijdens het opstellen van deze monitor hebben wij ons steeds de vraag gesteld: welke informatie missen we om meer inzicht te

krijgen in hoe toegankelijk de acute zorg is? Om het verband te leggen tussen de verschillende stappen in de reis van de patiënt door de acute zorg, moesten vaak aannames worden gedaan (bijvoorbeeld: de patiënt was op dezelfde dag dat hij in het elv werd opgenomen bij de huisarts, dus zal door de huisarts zijn verwezen). Idealiter zou dergelijke ketenverwijsinformatie in een keten-breed systeem worden geregistreerd, zonder dat dit onnodige registratiehandelingen oplevert voor de veldpartijen.

Aanbeveling	Wie is aan zet?
De NZa kan samen met het RIVM het huidige model verder ontwikkelen, de regionale situatie verder in kaart brengen en kan op basis daarvan beleidsscenario's doorrekenen	Dit kan o.b.v. opdracht van VWS
Borging van frequent delen van relevante cijfers acute zorg met het veld door de NZa.	NZa zal dit nader uitwerken in samenspraak met de acute zorgpartijen
Blijf in gesprek met elkaar. Blijf samen cijfers en trends duiden. Partijen zouden soortgelijk overleg moeten nastreven op regionaal niveau.	NZa/RIVM met commitment van de partijen in de acute zorg. ROAZ neemt de lead op regionaal niveau.
Zorg voor effectieve registratie van zorg voor personen met verward gedrag in de acute zorgketen, zodat inzichtelijk wordt in welke mate nog geen sprake is van de juiste zorg op de juiste plek, hetgeen als basis voor eventuele oplossingen kan dienen.	De betrokken zorgpartijen (ziekenhuizen, ggz crisisdienst, rav) samen met zorgverzekeraars
De NZa draagt graag bij aan de discussie onder veldpartijen over op welke wijze partijen in de acute zorgketen op zinvolle wijze keten-informatie over de patiënt zouden kunnen registreren of afleiden, om zo voor iedereen meer bruikbaar inzicht te krijgen in hoe goed de keten presteert in termen van toegankelijkheid voor de patiënt.	Acute zorgpartijen, ROAZ, NZa draagt graag bij.

Gecoördineerde aanpak

Voor de structuur van de bevindingen van deze monitor was de patiëntstroom door de acute zorgketen leidend. Dat bleek gepast, want de mate van coördinatie tussen de verschillende ketenpartners is in grote mate leidend voor de mate van toegankelijkheid van de acute zorg als geheel.

De toegankelijkheid van acute zorg is gebaat bij goede samenwerking met een sterke eerstelijnszorg. Effectieve reguliere huisartsenzorg, wijkverpleging en tijdelijk eerstelijnsverblijf kan in belangrijke mate bijdragen aan het voorkomen van het ontstaan van acute zorgvragen en zorgen voor vroegsignalering, zodat de patiënt tijdig op de juiste plek behandeld kan worden, hetgeen voor zowel de patiënt als voor de acute zorgketen minder belasting oplevert.

Werkdruk in de acute zorgketen ontstaat door een samenloop van factoren aan vraag- en aanbodzijde. De structurele trend van vergrijzing zorgt dat er in toenemende mate beroep wordt gedaan op de beschikbare capaciteit. Tegelijkertijd blijkt dat momenteel sprake is van krapte van aanbod, met name in de beschikbaarheid van gespecialiseerd verpleegkundig personeel. De samenloop van deze twee factoren betekent dat de keten momenteel geen sterke weerbaarheid heeft tegen tijdelijke pieken in de vraag of een tijdelijk extra tekort in het aanbod (bijv. als gevolg van een tijdelijk hoger ziekteverzuim van personeel). Dit kan tot knelpunten in de doorstroom leiden.

Griepgolven veroorzaken ongebruikelijke drukte in de acute zorg en leggen dergelijke knelpunten bloot. Juist op die momenten is goede onderlinge coördinatie van het grootste belang om de toegankelijkheid van de acute zorg op peil te houden. De analyse

van griepgolven van deze monitor betreft de periode 2014 t/m 2017, cijfers met betrekking tot de griepgolf in 2018 zijn nog niet beschikbaar.

De acute zorgpartners geven aan dat de griepperiode gemoeid gaat met een hoge mate van werkdruk voor o.a. ambulancechauffeurs, verpleegkundigen en artsen. Op basis van onze data-analyses zien wij in de griepperiode een toename van het aantal spoedeisende ambulance inzetten, consulteenheden tijdens huisartsenzorg buiten kantoor tijd en vaker seh-stops. Opvallend is verder dat er niet méér eerstelijnsverblijf opnamen ontstaan tijdens een griepgolf. Hier zou sprake kunnen zijn van een verdringingseffect; hoewel het totale aantal patiënten gelijk blijft (bijvoorbeeld omdat het eerstelijnsverblijf doorgaans al op volle capaciteit opereert), is een groter deel van de aanwas griepgerelateerd. Als inderdaad sprake is van dit verdringingseffect dan duidt dat op een tekort aan beschikbare elv capaciteit, maar dat hebben we met deze monitor niet verder in beeld gekregen.

Uit achtergrondgesprekken voor deze monitor bleek dat de griepgolf van 2018 voor een sterke piekdruk heeft gezorgd. Merk op dat de NZa nog niet over data voor deze periode beschikt. De regio's hebben regionale griepplannen gemaakt. Een aantal regio's bereidde zich ook actief voor op de voorspelbare extra drukte tijdens een griepepidemie, dit verdient brede aanbeveling.

In reactie op de griepgolf heeft een aantal brancheverenigingen aangegeven naar manieren te zoeken om de vaccinatiegraad onder het verpleegkundig personeel de komende winter te verbeteren om zo besmetting van eigen personeel met uitval tot gevolg te voorkomen.

Aanbeveling	Wie is aan zet?
Blijf werken aan sterkere coördinatie tussen de ketenpartners om ook tijdens momenten van ongebruikelijke piekdrukke naar behoren te blijven functioneren. Maak tijdig plannen en gebruik oefeningen en simulaties om als keten voorbereid te zijn op het doorstaan van de minder alledaagse pieken, zoals die die wordt veroorzaakt door griepepidemieën.	Alle acute zorgpartners, zowel in ROAZ verband als in kleiner verband
Zorg dat de beschikbare elv capaciteit structureel voldoende is én voldoende is om de minder alledaagse (maar wel deels voorspelbare) piekmomenten (zoals de griepepidemie) op te vangen.	Zorgverzekeraars, VVT-aanbieders, ActiZ
De vaccinatiegraad tegen het influenzavirus onder zorgverleners ligt laag, terwijl vaccinatie kans op besmetting en verspreiding kan verminderen. Beroepsverenigingen en werkgevers kunnen hun medewerkers stimuleren om zich te vaccineren.	Beroepsverenigingen en de werkgevers kunnen hun leden en medewerkers stimuleren om zich te vaccineren

Acute zorg wordt ook wel 'niet planbare zorg' genoemd. De bevindingen van deze monitor weerspreken die benaming voor een belangrijk deel. Voor de individuele patiënt is het ontstaan van een acute aandoening uiteraard ongepland, maar vanuit het perspectief van de aanbieders zijn patronen in de acute patiëntstromen waarneembaar; hier kan op gepland kan worden. Dat gebeurt natuurlijk al (een voor de hand liggend voorbeeld is dat er 's nachts minder personeel wordt ingeroosterd dan overdag), maar hier valt mogelijk nog veel winst te behalen.

Zo leidt de analyse van patiëntstromen per dag in de week tot vragen over de inrichting van de acute zorgketen en welk effect

deze inrichting heeft op de patiëntstromen in de acute zorg. Blijkbaar ordenen de ketenpartners zich nu zodanig dat in het weekend veel patiënten uit de seh worden gehouden en er weinig van vervolgzorg gebruik wordt gemaakt. Anderzijds suggereert de piek van patiënten op de seh op maandag dat er misschien wel teveel patiënten in het weekend niet op de seh worden gezien. Hoeveel van de patiënten op de seh doordeweeks horen daar eigenlijk niet thuis? Krijgt de acute patiënt in het weekend wel optimale zorg en is de vervolgzorg voldoende toegankelijk? Antwoorden op die vragen geeft deze monitor niet. Heldere en objectieve antwoorden zouden mogelijk wel een basis kunnen vormen voor een verdere verbetering van de doelmatigheid van de inrichting van de acute zorgketen.

De autonome groei in het gebruik van huisartsenzorg buiten kantoortijd en ambulancezorg was de afgelopen jaren twee tot vier maal zo groot als de groei op basis van demografische ontwikkelingen. Als deze trend zich naar de toekomst toe doorzet heeft dat gevolgen voor het zorgaanbod en ook voor de knelpunten in het zorggebruik. Het is belangrijk dat de autonome trend wordt afgebogen om de volumegroei van de acute zorg te beperken. Hier schuilt een kans: effectief beleid zou autonome groei moeten kunnen verminderen. Overigens moet ook worden opgemerkt dat groei van huisartsenzorg buiten kantoortijd een (wenselijk) gevolg kan zijn van effectieve substitutie van de seh naar de hap.

Mogelijk is ook nog steeds sprake van laaghangend fruit. Zo viel in de analyse van ambulance-inzetten naar tijdstip op dat er doordeweeks een tweede piek in spoedinzetten naar de seh is aan het einde van de werkdag. Betere planning bij de ketenpartners kan dit soort pieken (die de acute zorg tijdelijk minder toegankelijk maken) mogelijk beperken.

Een aantal seh's werkt inmiddels met een druktemeter die vanuit het ziekenhuisinformatiesysteem *real-time* inzicht biedt in de drukte op de seh. Naar verwachting zullen de komende jaren steeds meer seh's een druktemeter gaan hanteren. Dit verbetert de mogelijkheid om meer informatie in de keten te delen over drukte en hier goed op in te spelen. Bijvoorbeeld in de vorm van een dashboard op de meldkamer.

Voor deze monitor definieerden we *uitstroom* als het moment waarop de patiënt uit de acute zorg het ziekenhuis verlaat en met of zonder vervolgzorg (zoals verzorging en/of verpleging) naar huis of naar een eerstelijnsverblijf gaat. Achteraf gezien zouden we die vervolgzorg ook als doorstroom van de acute zorg kunnen betitelen. De patiënt is immers pas genezen van de acute aandoening wanneer ook die vervolgzorg niet meer nodig is.

Aanbeveling	Wie is aan zet?
Gebruik het inzicht dat de zogenaamd 'niet planbare' acute zorg wel een grotendeels voorspelbaar patroon heeft om de eigen processen optimaal op de pieken af te stemmen. Hierna wordt bij wijze van voorbeeld een aantal mogelijkheden hiertoe genoemd.	Acute zorg ketenpartners
Zorg ervoor dat de huisartsen binnen hetzelfde adherentiegebied van een ziekenhuis het moment van visite onderling effectief spreiden, zodat niet aan het einde van de dag een plotselinge toestroom van patiënten op de seh ontstaat.	Huisartsen in samenwerking met lokale ziekenhuizen
Onderzoek of goede coördinatie van de ontwikkeling van druktemeters op seh's kan bijdragen aan de totstandkoming van meer <i>real-time</i> inzicht in de patronen van drukte op de seh op regionaal niveau, wat bijvoorbeeld kan bijdragen aan optimalisatie van de regie van de meldkamer ambulancezorg op de patiëntenstromen richting de verschillende seh's.	Rav (mka) samen met seh
Zorg ervoor dat de voor de seh-processen belangrijke specialismen (zoals de radiologie en chirurgie) hun overdrachtsmomenten - voor zover mogelijk - plannen buiten de momenten van voorspelbare piekdruk op de seh	Seh en specialismen samen binnen ziekenhuizen
Pas de roostering van personeel aan naar het, zeer voorspelbare, patiëntenaanbod van die dag gebaseerd op historische gegevens.	Alle acute zorg partijen
Zorg ervoor dat vervolgzorg ook in het weekend voldoende beschikbaar is voor patiënten die 's weekends in de acute zorgketen terecht komen. Verpleeg- en verzorgingshuizen moeten bijvoorbeeld hun dienstenstructuur zodanig inrichten dat patiënten ook in het weekend worden beoordeeld.	VVT samen met ziekenhuizen, ActiZ
Optimaliseer de samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten om onnodige opnames te voorkomen en stimuleer ook bij presentatie op de seh een nauwe samenwerking tussen huisartsen, seh-artsen en medisch specialisten om tijdig de juiste zorg op de juiste plek te kunnen organiseren.	Huisartsen, seh en medisch specialisten binnen ziekenhuizen
Beloon effectieve samenwerkingsinitiatieven vanuit de eerstelijnszorg die tot afname van onnodige instroom in de acute zorg leiden.	Zorgverzekeraars
Onderzoek of en hoe de grote autonome groei in de ambulancezorg is te beperken.	Rav's (mka's)

Oudere patiënten hebben vaker vervolgzorg (bijvoorbeeld elv en wijkverpleging) nodig. Goede coördinatie en doorstroom tussen de acute fase (seh-bezoek met eventuele klinische opname) en de vervolgfase zijn gelet op de vergrijzing daarom van cruciaal belang. Zonder soepele doorstroom vanuit het ziekenhuis naar vervolgzorg zullen als gevolg van de vergrijzing steeds vaker opstoppingen in de keten ontstaan. Deze opstoppingen kunnen zich op ieder punt in de keten uiten.

Vorig jaar heeft de NZa aanbevolen om een digitaal 24-uurs loket met inzicht in de capaciteit vorm te geven. Dit jaar is gewerkt aan 31 coördinatiepunten ten behoeve van het tijdelijk verblijf. Momenteel speelt op beleidsmatig vlak de vraag op welke wijze de coördinatiefunctie structureel gefinancierd kunnen worden. Van belang is dat deze coördinatiefunctie meer dan alleen eerstelijnsverblijf kan coördineren – idealiter zijn per regio alle veelvoorkomende vormen van vervolgzorg gecoördineerd.

Verzekeraars hebben de NZa verzocht om de beleidsregel voor de budgettering van de huisartsendienstenstructuur open te zetten voor zorgcoördinatie en de patiënt op de juiste plek leiden. Dit is per 2019 mogelijk gemaakt. Ook is als onderdeel van het [actieplan ambulancezorg](#) in de regelgeving voor de ambulancezorg per 2019 mogelijk gemaakt dat afspraken voor zorgcoördinatie bekostigd kunnen worden. Op die manier staat de bekostiging niet in de weg bij inspanningen om de juiste zorg op de juiste plaats te bieden.

We zijn er met deze monitor niet in geslaagd om vast te stellen hoe toegankelijk de verschillende vormen van vervolgzorg vanuit de acute keten op dit moment zijn. Wel is op basis van anekdotes duidelijk geworden dat onnodige wachttijd op

vervolgzorg in het ziekenhuis vaak de oorzaak is van opstopping in de keten. Om snelle uitstroom uit de acute zorg te kunnen garanderen, moet de vervolgzorg altijd voldoende toegankelijk zijn. Daar hebben de aanbieders nog geen goede onderlinge afspraken over gemaakt.

Voor intramurale en extramurale zorgvormen kennen we de treeknormen; patiënten moeten binnen 6 weken worden gediagnosticeerd en vervolgens binnen 4 weken behandeld. Deze treeknormen gelden ook voor vervolgzorg, maar voor patiënten die wegens een acute aandoening in het ziekenhuis terecht zijn gekomen moet vervolgzorg veel sneller beschikbaar zijn. Voor die tijdige beschikbaarheid van vervolgzorg hebben partijen geen normen gesteld. Het tijdigheidsaspect van de toegankelijkheid van de uitstroom is daarom nu ook niet goed meetbaar.

We pleiten voor een discussie over de wenselijkheid van veldnormen die tijdige toegankelijkheid van vervolgzorg vanuit het ziekenhuis borgen. Dergelijke normen kunnen ook betrekking hebben op de inrichting van het proces, zoals ook in het kwaliteitskader spoedzorgketen is gedaan. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat normen worden gesteld over de aanwezigheid of consultatie van wijkverpleegkundigen om al tijdens ziekenhuisopname de verwachte vervolgzorg in kaart te brengen en zo nodig een plek te regelen.

Uit de analyses van deze monitor valt op dat mensen die al thuiszorg hadden minder vaak worden opgenomen na het seh-bezoek en korter verblijven in het ziekenhuis dan mensen die voorafgaand aan seh-bezoek nog geen thuiszorg hadden maar wel als vervolgzorg. Er is ons geen onderzoek bekend waarin dit verschil is onderzocht.

Dat patiënten die al thuiszorg hebben minder vaak worden opgenomen is een aanwijzing dat voor de andere patiënten er te weinig achtervang is om de patiënt veilig naar huis te kunnen laten gaan of dat de klachten onnodig ernstig zijn geworden, waardoor opname noodzakelijk was.

De langere ligduur van patiënten zonder thuiszorg kan ook te maken hebben met de aard van de klachten en met de organisatie van nazorg. De NZa onderzoekt momenteel of de toegankelijkheid van wijkverpleging een probleem vormt voor de uitstroom vanuit het ziekenhuis. Eén van de onderzoeksvragen in het nu lopende onderzoek van Significant in opdracht van de NZa (Inzicht in wachttijden Wijkverpleging) is: *Is er een reden om op basis van de analyse te komen tot gedifferentieerde normen? Wat zijn de voor- en nadelen?* De uitkomsten van dat onderzoek zou de basis kunnen vormen voor een verdere discussie tussen veldpartijen over in hoeverre concretere normen voor tijdige beschikbaarheid van vervolgzorg voor patiënten in het ziekenhuis wenselijk zijn.

Aanbevelingen	Wie is aan zet?
Creëer mogelijkheid tot bekostiging van breder toepasbare zorgcoördinatiefuncties dan alleen voor het elv. Creëer ook op korte termijn bekostigingsvormen die eraan bijdragen dat de coördinatie daadwerkelijk tot stand komt. Zie hiervoor de analyse die de NZa onlangs heeft gepubliceerd.	VWS, waarna de acute zorg partijen aan zet zijn om de coördinatiefunctie goed in te richten.
Het onderzoek in opdracht van de NZa naar wachttijden in de wijkverpleging kan de basis vormen voor een verdere discussie tussen veldpartijen over in hoeverre concretere normen voor tijdige beschikbaarheid van vervolgzorg voor patiënten in het ziekenhuis wenselijk zijn.	Acute zorg partijen samen met VVT

Bekend is dat arbeidsmarktkrapte een belangrijke bedreiging vormt voor de toegankelijkheid van (onder meer) de acute zorg. Een gecoördineerde blik op en aanpak van dit probleem leidt er toe dat veldpartijen gezamenlijk voldoende toekomstige arbeidskrachten opleiden. Tegelijkertijd is van belang dat gezamenlijke oplossingen worden gevonden om de bestaande processen minder arbeidsintensief te maken.

Vacatures voor seh-, ic- en ambulanceverpleegkundigen staan momenteel lang open, voor seh-verpleegkundigen bestond in 2018 zelfs één op de tien fte uit een moeilijk vervulbare vacature. Tel het effect van een nog onvervulde vacature op bij de situatie dat collega's als gevolg van griep uitvallen, en het wordt duidelijk dat het personeel dat wél op de werkvloer staat met een sterk verhoogde werkdruk te maken krijgt.

Arbeidsmarktkrapte vermindert de weerstand van de acute zorg tegen momenten van piekdruk. Deze momenten kunnen binnen normale werkdagen en in het bijzonder tijdens een verschijnsel als de griepgolf ontstaan. Maatregelen om deze krapte te verminderen alsmede ontlasting van de beschikbare arbeidskrachten zijn nodig om de weerbaarheid van het systeem op peil te houden. De afspraken die in de hla over het opleiden van meer zorgverleners, het aantrekkelijk maken én houden voor werknemers om in de zorg te werken, goede HR, het terugdringen van onnodige administratieve belasting van het personeel, (bijvoorbeeld met gebruiksvriendelijkere ICT systemen), en het inzetten van innovatieve oplossingen op gebied van e-Health, zijn van groot belang om de toenemende vraag naar zorgverleners het hoofd te bieden.

Onderlinge kennisdeling

Uit de in deze monitor genoemde initiatieven en de lange lijst in de bijlage blijkt dat er al veel initiatieven worden genomen om oplossingen te vinden om de toegankelijkheid van de acute zorg op peil te houden. We constateren ook dat er verschillende plekken zijn waar initiatieven samenkomen of worden beschreven, onder andere de [website met praktijkvoorbeelden](#) van LHV, InEen en VPH, de website [zorg op de juiste plek](#) en de website [De Nieuwe Praktijk](#), een initiatief van het ministerie van VWS. Een centraal overzicht ontbreekt. Dat hoeft geen probleem te zijn, maar tijdens de inventarisatie werd niet duidelijk welke structuur moet leiden tot effectieve verspreiding van de opgedane kennis onder de partijen die daar baat bij zouden hebben.

In de hla zijn afspraken gemaakt over kennisdeling binnen de regio's. De partijen kiezen daarmee voor een regionale aanpak zonder centrale regie, hetgeen passend is bij de uitdagingen die vaak sterk regionaal van aard zijn. Wij vragen ons nog wel af hoe de opgedane kennis ten aanzien van effectieve nieuwe oplossingen snel regio-overstijgend zal worden gedeeld. Hoewel iedere regio met zijn eigen specifieke uitdagingen kampt, wil dat nog niet zeggen dat een goede nieuwe oplossing die in een regio wordt gevonden, in andere regio's geen nut kan hebben.

Zorgverzekeraars hebben aangegeven zich ook verantwoordelijk te voelen voor de verspreiding van goede voorbeelden en deze ook in ZN-verband bespreken. Toch is de vraag of de verspreiding van effectieve verbeteringen snel genoeg gaat. Vermoedelijk is een aanjager vereist, een partij met de opdracht om te zorgen dat bewezen effectieve veranderingen snel tot standaardpraktijk worden verheven.

Aanbeveling	Wie is aan zet?
Lopende initiatieven voortzetten en de opgedane kennis effectief delen, ook buiten de eigen regio. Een aanjager moet er voor zorgen dat effectieve initiatieven snel standaardpraktijk worden.	Ministerie van VWS

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres
Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11
Website: www.nza.nl
Twitter: @zorgautoriteit

Informatielijn
Telefoon: 088 - 770 8 770
(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl

Vormgeving
Taluut