

Trends in de vraag naar acute zorg in Acute Zorgregio Oost in de periode 2016-2019



Disclaimer

Dit rapport is zo zorgvuldig mogelijk samengesteld. Alle informatie in het rapport is afkomstig uit externe bronnen. Mochten er desondanks onjuistheden in het rapport staan, dan kan AZO hiervoor niet aansprakelijk gesteld worden. Aan eventuele onjuistheden of onvolledigheden kunnen geen rechten ontleend worden. De lezer is verantwoordelijk voor keuzes die hij/zij maakt op grond van de informatie in dit rapport, alsmede voor het gebruik van deze informatie.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, e-mail of op andere wijze zonder voorafgaande (schriftelijke) toestemming van de rechthebbende.

Verwijzing rapport

Indien aan het rapport gerefereerd wordt vraagt AZO de volgende referentie te gebruiken: Annicky Reijers en Anneke Bloemhoff. Trends in de vraag naar acute zorg in Acute Zorgregio Oost in de periode 2016-2019; versie 1, AZO Nijmegen.

Afkortingen in dit rapport

HAP	Huisartsenpost
CIHN	Coöperatie Integrale Huisartsenzorg Nijmegen
GR	Gelders Rivierenland
GV	Gelderse Vallei
OH	Onze Huisartsen
OIJ	Oude IJssel
RAV	Regionale ambulancevoorziening
GZ	Gelderland-Zuid
GM	Gelderland-Midden
NOG	Noord- en Oost-Gelderland
SEH	Spoedeisende hulp
MP	Maasziekenhuis Pantein
CWZ	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
RUMC	Radboud universitair medisch centrum
ZRT	Ziekenhuis Rivierenland Tiel
ZGV	Ziekenhuis Gelderse Vallei
RA	Rijnstate
SLZ	Slingeland Ziekenhuis
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
AZO	Ondersteuningsbureau ROAZ Acute Zorgregio Oost
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
AZN	Ambulancezorg Nederland
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
PBL	Planbureau voor de Leefomgeving
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
IC	Intensive Care
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg

Inhoudsopgave

Kernpunten.....	4
1 Aanleiding en doel.....	6
2 Definities.....	6
3 Scope	6
4 Werkwijze	8
5 Bevindingen: trends in de periode 2016-2019.....	9
5.1 Bevolkingsopbouw Acute Zorgregio Oost	9
5.2 Omvang acute zorgvragen.....	9
5.3 Patiëntkenmerken: geslacht en leeftijd	11
5.4 Urgentie van acute zorgvragen	15
5.5 Tijdstip van acute zorgvragen.....	17
5.6 Type zorg	19
5.7 Specialisme/Diagnose	20
5.8 Verwijzer in de acute zorgketen.....	22
5.9 Bestemming na de acute zorgketen.....	22
6 Regionale trends vergeleken met landelijke trends.....	23
7 Toekomstverkenning.....	24
7.1 Covid-19.....	24
7.2 Demografische prognoses.....	25
8 Referenties	27
Bijlage 1	28

Bijlage 2	31
Bijlage 3	35
Bijlage 4	36

Kernpunten

Algemeen

Dit trendonderzoek richt zich op veranderingen in acute zorgvragen in de periode 2016-2019. De cijfers in dit onderzoek zijn gebaseerd op gegevens van vijf huisartsenposten (HAPs) zeven spoedeisende hulpen (SEHs) en drie regionale ambulancevoorzieningen (RAVs). Deze zorgaanbieders maken deel uit van het ROAZ Acute Zorgregio Oost. In deze regio wonen momenteel 1,26 miljoen inwoners.

Omvang acute zorgvraag

Het aantal zorgcontacten bij de HAP fluctueert en neemt in 2019 met 1,1% af ten opzichte van 2016. Het aantal spoedeisende inzetten bij de RAV neemt jaarlijks toe en is in 2019 met 5,4% toegenomen ten opzichte van 2016. Deze toename is groter dan je op basis van de bevolkingsgroei in die regio zou verwachten. Het aantal SEH-bezoeken neemt jaarlijks af, behalve tussen 2017-2018. In die jaren blijft het aantal SEH-bezoeken ongeveer gelijk. Het aantal SEH-bezoeken is in 2019 met 3,9% afgenomen ten opzichte van 2016. Deze afname zou je op basis van de bevolkingsgroei niet verwachten.

Leeftijd en geslacht

- Bij de HAP en SEH neemt het aantal zorgcontacten van 65-74 jarigen toe, maar minder hard dan je op basis van de bevolkingsgroei binnen deze leeftijdsgroep zou verwachten. Het aantal zorgcontacten van 75-plussers in 2019 is vergelijkbaar met 2016, ondanks de bevolkingsgroei binnen deze leeftijdsgroep.
- Bij de RAV neemt het aantal spoedeisende inzetten in alle leeftijdsgroepen toe.

- Er zijn weinig veranderingen te zien in 2016-2019 op basis van geslacht in alle sectoren.

Urgentie

Het aantal zorgcontacten met U5-urgentie bij de HAP neemt af. Bij de SEH neemt het aantal bezoeken met gele urgentie af en met oranje urgentie licht toe. En bij de RAV neemt het aantal spoedeisende inzetten (A1 en A2) toe.

Tijdstip

Bij de HAP neemt het aantal zorgcontacten in het weekend in de nacht jaarlijks licht toe. Het aantal spoedeisende inzetten bij de RAV neemt op nagenoeg alle tijdstippen toe, waarbij we de grootste stijging doordeweeks overdag zien. Bij de SEH neemt het aantal bezoeken in het weekend overdag en 's avonds jaarlijks af.

Type zorg

Het aantal telefonische consulten bij de HAP neemt toe en het aantal consulten en visites neemt af. Bij de RAV zien we een grote toename in het aantal mobiele zorgconsulten en een minder grote toename in het aantal declarabele spoedeisende inzetten.

Specialisme/Diagnose

Het aantal neurologische zorgcontacten bij de HAP neemt jaarlijks licht toe en het aantal heelkundige bezoeken bij de SEH neemt jaarlijks af.

Verwijzer

Het aantal spoedeisende ambulance-inzetten waarbij de burger zelf 112 belt neemt toe en het aantal door de huisarts aangevraagde spoedeisende inzetten neemt af.

Bestemming

Het percentage mensen dat naar huis gaat na het SEH-bezoek en het percentage mensen dat wordt opgenomen in het ziekenhuis na het SEH-bezoek laat weinig variatie zien in de periode 2016-2019.

Toekomstverkenning acute zorgvraag 2019-2035

Volgens regionale prognoses over bevolkingsgroei en -krimp van het PBL en CBS is het aantal 75-plussers in de regio in 2050 meer dan verdubbeld ten opzichte van 2020. De totale bevolking in de regio blijft jaarlijks groeien tot 1,3 miljoen in 2050. Indien de zorgvraag per leeftijdsgroep per sector gelijk blijft aan de situatie in 2019 verwachten we een forse groei in het aantal acute zorgvragen in alle sectoren. Met de grootste relatieve stijging bij de RAV.

1 Aanleiding en doel

In het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) maken zorgpartijen afspraken met elkaar om de bereikbaarheid, beschikbaarheid en kwaliteit van acute zorg te borgen, nu maar ook in de toekomst. Om goede afspraken met elkaar te maken is het tijdig signaleren van veranderingen in de acute zorgvraag nodig, zodat zorgpartijen hier tijdig op kunnen anticiperen. Dit trendonderzoek geeft voor de periode 2016-2019 inzicht in mogelijke veranderingen in:

1. de omvang van de acute zorgvraag;
2. demografische kenmerken van patiënten;
3. de urgentie van de acute zorgvraag;
4. het type acute zorgvragen;
5. het tijdstip van de acute zorgvraag;
6. de verwijzer in de acute zorgketen;
7. de bestemming na de acute zorgketen.

Uit onderzoek blijkt dat de groei van de bevolking -en specifiek de toename van het aantal ouderen- zorgt voor een stijging van de zorgvraag (1). Daarom is ook een toekomstverkenning uitgevoerd op basis van de acute zorgvraag en de bevolkingsprognose per leeftijdsgroep.

2 Definities

In dit rapport zijn veranderingen in de acute zorgvraag bij huisartsenposten (HAPs), regionale ambulancevoorzieningen (RAVs) en spoedeisende hulpen (SEHs) die deelnemen aan ROAZ Acute Zorgregio Oost geanalyseerd.

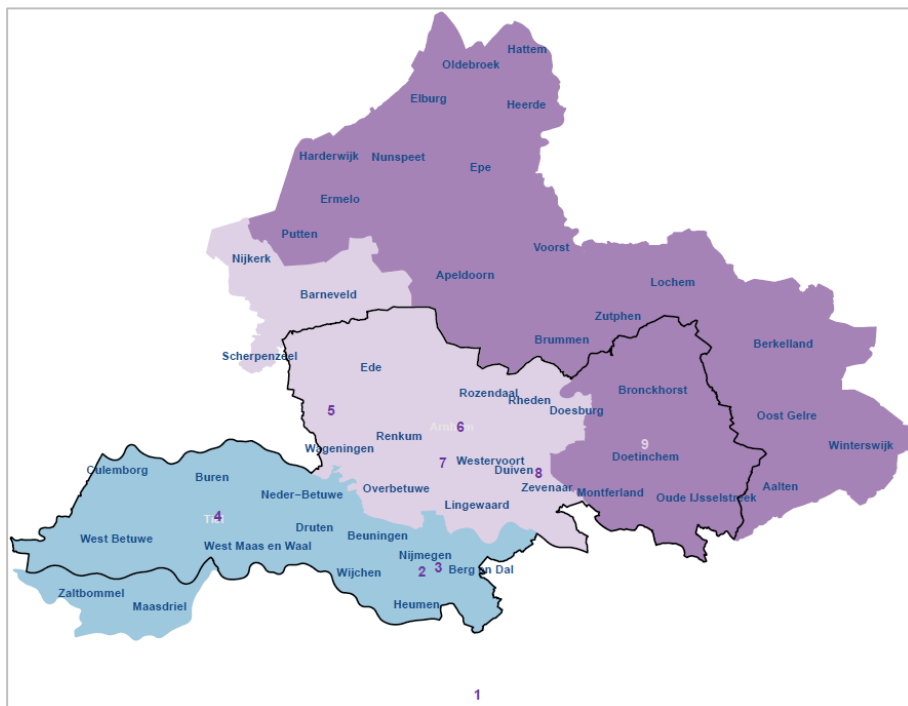
We definiëren ‘acute zorgvraag’ als volgt:

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 is ontstaan of verergert. (2)

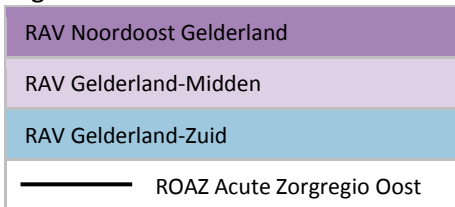
3 Scope

Het zorglandschap in Nederland bestaat uit meerdere soorten regio's: o.a. 25 RAV-regio's, 11 ROAZ-regio's, 12 IC-regio's, 28 acute GGZ-regio's, 7 regio's met 23 huisartsenkringen en verzorgingsgebieden van zorginstellingen. In Figuur 1, Figuur 2 en Figuur 3 zijn meerdere soorten regio's gevisualiseerd. De figuren laten de complexiteit van het zorglandschap in Acute Zorgregio Oost zien. De subregio's in Figuur 2 en Figuur 3 zijn gebaseerd op de verzorgingsgebieden van de vijf deelnemende HAPs aan het ROAZ Acute Zorgregio Oost.

Figuur 1: Locaties van SEHs en HAPs in Acute Zorgregio Oost en ambulanceregio's Gelderland-Zuid, Gelderland-Midden en Noord- en Oost-Gelderland ¹



Legenda

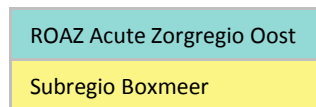


¹ Nummering van zorginstellingen in Figuur 1, Figuur 2 en Figuur 3: 1. MP & HAP CIHN, 2. CWZ & HAP CIHN, 3. RUMC, 4. ZRT & HAP GR, 5. ZGV & HAP GV, 6. RA & HAP OH, 7. HAP OH, 8. HAP OH, 9. SLZ & HAP OIJ

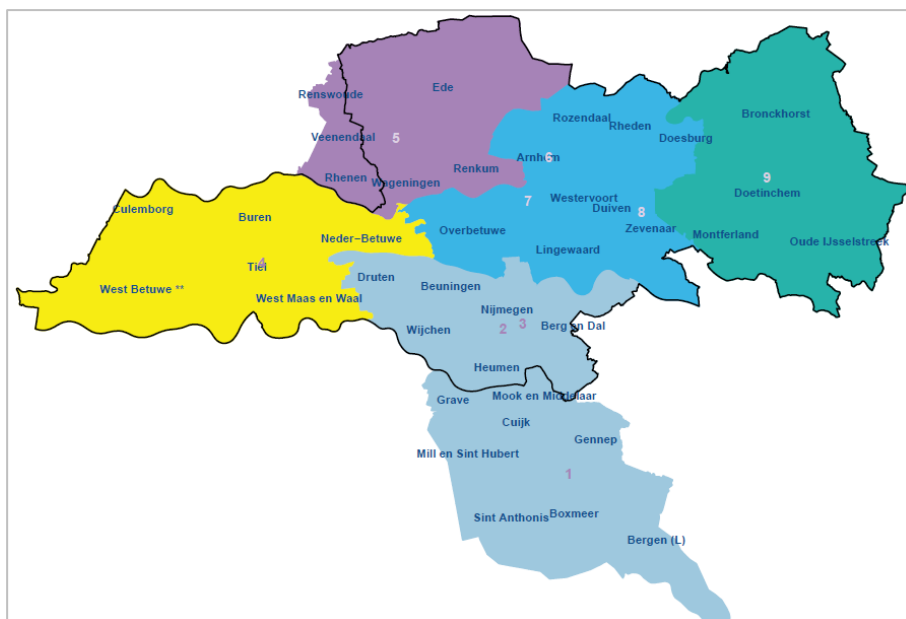
Figuur 2: Locaties van SEHs en HAPs in Acute Zorgregio Oost en subregio Boxmeer ¹



Legenda



Figuur 3: Locaties van SEHs en HAPs in vijf subregio's ¹



Legenda

Subregio Nijmegen en Boxmeer
Subregio Tiel
Subregio Ede
Subregio Arnhem
Subregio Doetinchem
— ROAZ Acute Zorgregio Oost

4 Werkwijze

AZO vraagt jaarlijks op geaggregeerd niveau informatie over het aantal acute zorgvragen per zorgaanbieder. Voor iedere sector is een vragenlijst opgesteld die in 2017 landelijk is vastgesteld (zie Bijlage 1). In de vragenlijsten vragen we naar het totaal aantal HAP-zorgcontacten, ambulance-inzetten en SEH-bezoeken per jaar. Om meer informatie te krijgen over de acute zorgvraag is (afhankelijk van de sector) een uitsplitsing gemaakt naar geslacht, leeftijd, urgentie, tijdstip, type, hoofdbehandelaar/diagnose, verwijzer en bestemming. In totaal werken vijftien ketenpartners mee aan het Trendonderzoek, zie Tabel 1.

Tabel 1: Deelnemende ketenpartners per sector

HAP	RAV	SEH
HAP Coöperatie Integrale Huisartsenzorg (2 locaties)	RAV Gelderland-Zuid	Maasziekenhuis Pantein
HAP Gelders Rivierenland (1 locatie)	RAV Gelderland-Midden	Radboudumc
HAP Gelderse Vallei (1 locatie)	RAV Witte Kruis Noord- en Oost-Gelderland	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
HAP Onze Huisartsen (3 locaties)		Ziekenhuis Rivierenland
HAP Oude IJssel (1 locatie)		Ziekenhuis Gelderse Vallei
		Rijnstate
		Slingeland Ziekenhuis

Soms ontbraken data of waren data niet vergelijkbaar met andere jaren. Om zo volledig mogelijke en vergelijkbare data te hebben zijn ontbrekende en niet-vergelijkbare waarden geïmputeerd. Deze zijn zoveel mogelijk

geverifieerd bij de desbetreffende zorgaanbieders. Soms is er voor gekozen om alleen gegevens te tonen van die organisaties die voldoende gegevens konden aanleveren. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de RAV, waarbij we alleen van RAV GZ en GM gegevens hebben van de gehele periode 2016-2019. Voor dit onderzoek was relevante informatie van Eerste Harthulpen beperkt beschikbaar. Daarom hebben we de EHH dit jaar niet meegenomen in dit trendonderzoek.

5 Bevindingen: trends in de periode 2016-2019

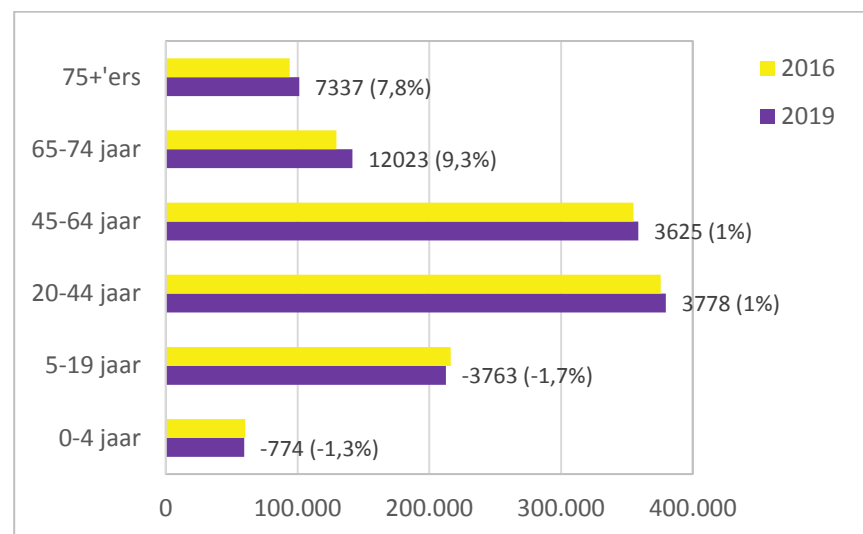
In dit hoofdstuk beschrijven we eerst de bevolkingsomvang -en verandering per leeftijdsgroep in Acute Zorgregio Oost. Dit doen we omdat veranderingen in leeftijd en met name vergrijzing invloed kunnen hebben op verschuivingen in de acute zorgvraag. Vervolgens beschrijven we veranderingen in het totaal aantal acute zorgvragen per sector in de periode 2016-2019. En zoomen we in op kenmerken van deze acute zorgvragen zoals geslacht, leeftijd en urgentie. In dit onderzoek beschrijven we de meest opvallende veranderingen.

5.1 Bevolkingsopbouw Acute Zorgregio Oost

In Acute Zorgregio Oost wonen ruim 1,26 miljoen mensen (3). In de periode 2016-2019 is het aantal inwoners in de regio met 1,8% gestegen. Figuur 4 laat het aantal inwoners per leeftijdsgroep in 2016 en 2019 zien, inclusief de absolute en relatieve verandering. De stijging van het aantal inwoners in de regio komt vooral door een stijging van het aantal 65+'ers. Het aantal kinderen (0-4 jaar) en jongeren (5-19 jaar) neemt af.

De verandering per leeftijdsgroep kan per regio verschillen. Daarom hebben we in Bijlage 2 de bevolkingsopbouw en -verandering in ambulanceregio's GZ, GM en NOG en in de vijf subregio's (uit Figuur 3) inzichtelijk gemaakt.

Figuur 4: Aantal inwoners op 1 januari 2016 en 1 januari 2019 per leeftijdsgroep in Acute Zorgregio Oost. De gegevenslabels geven de absolute en relatieve verandering per leeftijdsgroep ten opzichte van 2016 weer (3)



5.2 Omvang acute zorgvragen

In dit trendonderzoek analyseren we het totaal aantal acute zorgvragen per jaar en dus niet het totaal aantal unieke patiënten. Dit betreft voor de HAP het totaal aantal zorgcontacten per jaar en voor de SEH het totaal aantal SEH-bezoeken per jaar. Voor de ambulance gaat het om het totaal aantal spoedeisende inzetten (A1- en A2-ritten) waarbij sprake is van contact met een patiënt (ongeacht of de patiënt wel of niet vervoerd is).

In Tabel 2 staat het totaal aantal acute zorgvragen per sector per jaar en de procentuele verandering ten opzichte van 2016. De procentuele verandering is gevisualiseerd in Figuur 5. Ook geeft Tabel 2 het aantal acute zorgvragen per 1.000 inwoners weer. Op deze manier is te zien of een eventuele toename verklaard kan worden door de bevolkingsgroei. Als een toename geheel veroorzaakt wordt door de bevolkingsgroei dan blijft het aantal acute zorgvragen per 1.000 inwoners over die jaren gelijk.

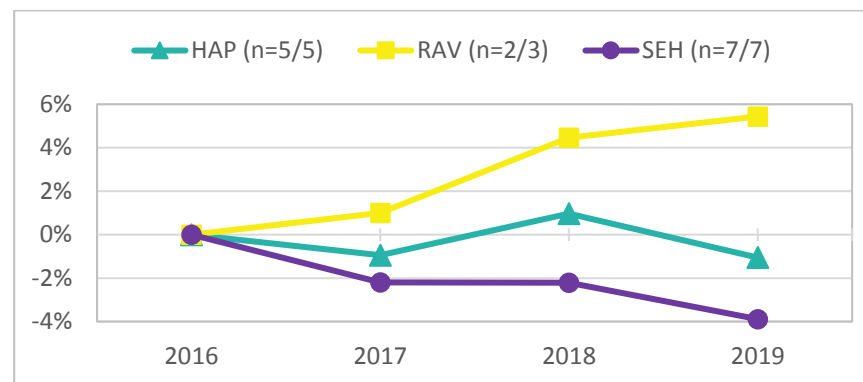
Tabel 2: Totaal aantal acute zorgvragen per sector per jaar en de procentuele verandering ten opzichte van 2016

	2016	2017	2018	2019
HAP (n=5/5)				
# zorgcontacten	406.549	402.701	410.475	402.255
% verschil t.o.v. 2016	0,0%	-0,9%	+1,0%	-1,1%
# per 1.000 inwoners ²	300	295	299	291
RAV (n=2/3)³				
# spoedeisende inzetten	63.973	64.612	66.827	67.452
% verschil t.o.v. 2016	0,0%	+1,0%	+4,5%	+5,4%
# per 1.000 inwoners ⁴	52	53	54	54
SEH (n=7/7)				
# SEH-bezoeken	149.202	145.923	145.893	143.401
% verschil t.o.v. 2016	0,0%	-2,2%	-2,2%	-3,9%
# per 1.000 inwoners ²	110	107	106	104

² Het aantal zorgcontacten bij de HAP en aantal SEH-bezoeken per 1.000 inwoners per jaar is berekend op basis van de bevolkingsomvang per jaar in Acute Zorgregio Oost en subregio Boxmeer.

³ Gegevens van RAV Noord- en Oost-Gelderland van 2016 en 2017 ontbreken. Deze zijn daarom niet opgenomen in Tabel 2.

Figuur 5: Procentuele verandering van het aantal acute zorgvragen per sector in 2017-2019 ten opzichte van 2016



Het aantal zorgcontacten bij de HAP fluctueert en neemt in 2019 met 1,1% af ten opzichte van 2016. Het aantal spoedeisende inzetten bij de RAV neemt jaarlijks toe en is in 2019 met 5,4% toegenomen ten opzichte van 2016⁵. Deze toename is groter dan je op basis van de bevolkingsgroei in die regio zou verwachten. Het aantal SEH-bezoeken neemt tussen 2016 en 2017 en wederom tussen 2018 en 2019 af. Het aantal SEH-bezoeken is in 2019 met 3,9% afgenomen ten opzichte van 2016. Deze afname zou je op basis van de bevolkingsgroei niet verwachten.

Subregionale verschillen

Niet bij alle HAPs is het aantal zorgcontacten in 2019 ten opzichte van 2016 afgenomen. Bij drie van de vijf HAPs zien we juist een toename van het

⁴ Het aantal spoedeisende inzetten per 1000 inwoners per jaar is berekend op basis van de bevolkingsomvang per jaar in RAV regio's GZ en GM.

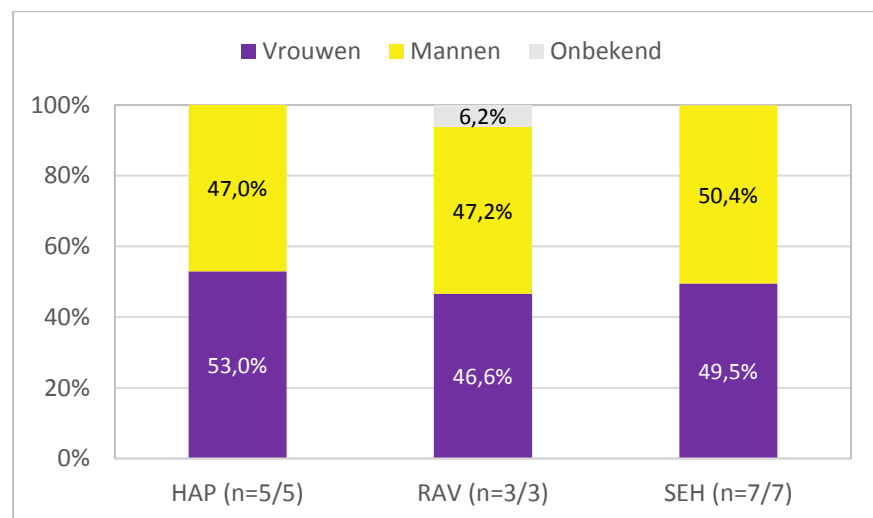
⁵ Ook op basis van gegevens van RAV Noord- en Oost-Gelderland zien we een toename van het aantal spoedeisende inzetten in 2019 ten opzichte van 2018.

aantal zorgcontacten. Ook zien we niet bij alle SEHs een afname van het aantal SEH-bezoeken in 2019 ten opzichte van 2016. Bij twee van de zeven SEHs is het aantal SEH-bezoeken juist toegenomen in 2019 vergeleken met 2016 en bij één SEH is het aantal bezoeken in 2019 vergelijkbaar met 2016. Meer informatie vind je in vertrouwelijke Bijlage 3 en Bijlage 4.

5.3 Patiëntkenmerken: geslacht en leeftijd

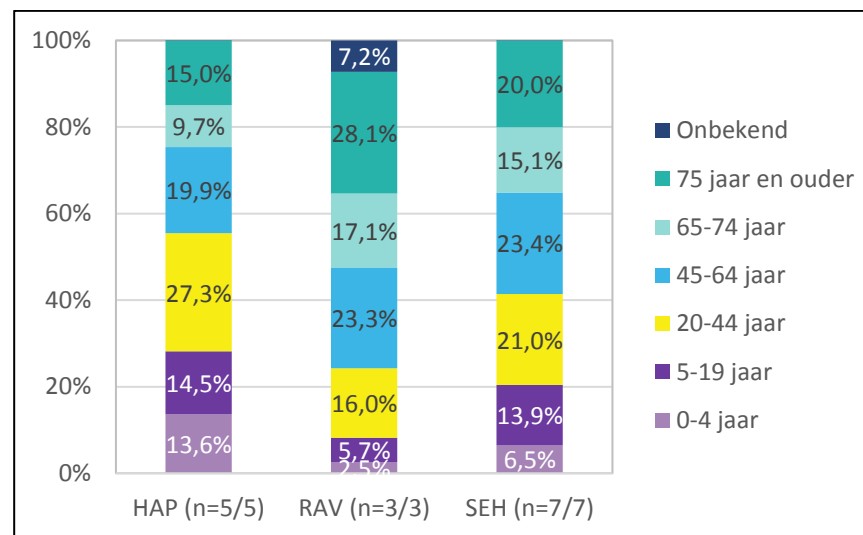
De sekseverdeling bij de HAP, RAV en SEH laat weinig verandering zien in de periode 2016-2019. Het aandeel vrouwen bij de HAP is iets groter dan het aandeel mannen, zie Figuur 6.

Figuur 6: Sekseverdeling van acute zorgvragen per sector in 2019



In Figuur 7 staat de leeftijdsverdeling bij de HAP, RAV en SEH in 2019. Bij de HAP komen relatief meer kinderen van 0 tot 4 jaar. Bij de RAV is het aandeel 65-plussers groot.

Figuur 7: Leeftijdsverdeling van acute zorgvragen per sector in 2019



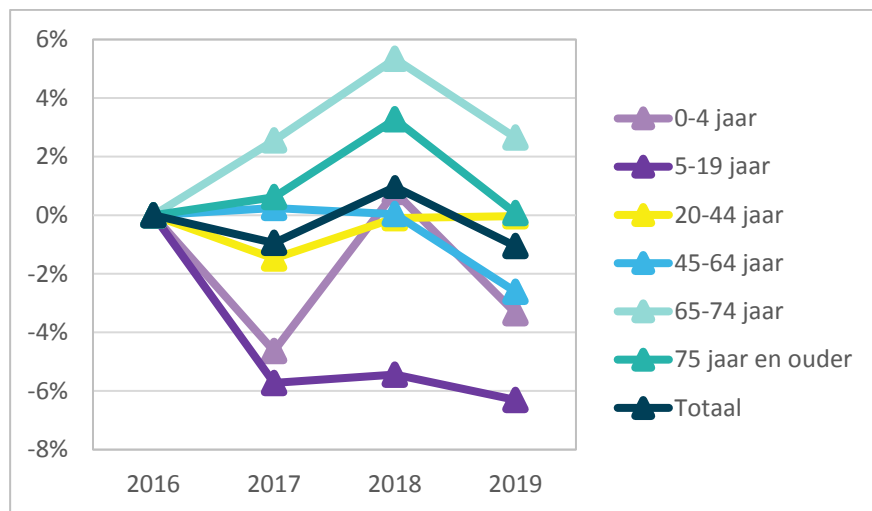
De leeftijdsverdeling bij de HAP, RAV en SEH is in de periode 2016-2019 veranderd. In de volgende alinea's gaan we hier dieper op in, te beginnen bij de HAP.

Leeftijdverdeling HAP

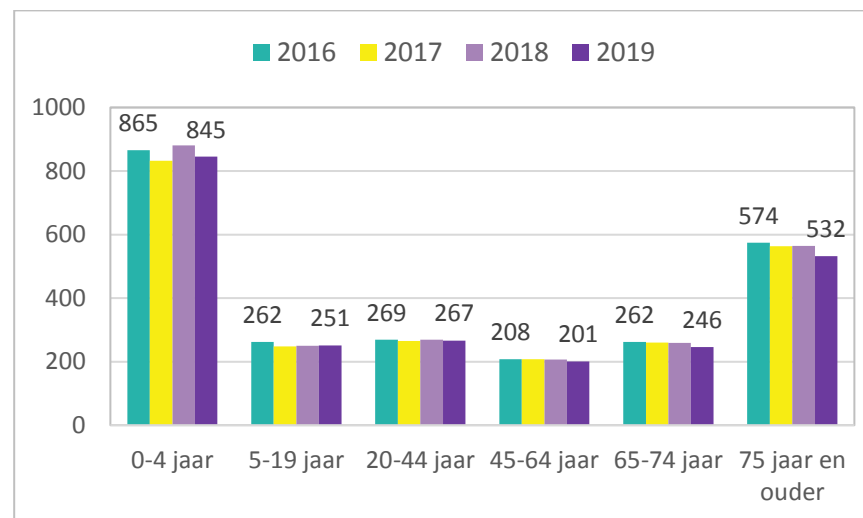
Het aantal zorgcontacten van 5-19 jarigen bij de HAP is in 2017 flink afgenomen ten opzichte van 2016 en blijft in 2018-2019 vergelijkbaar met 2017, zie Figuur 8. Deze afname is groter dan je op basis van de bevolkingskrimp binnen deze leeftijdsgroep zou verwachten. Het aantal zorgcontacten per 1.000 inwoners van 5-19 jaar neemt namelijk ook af, zie Figuur 9.

Het aantal zorgcontacten van 65-74 jarigen is in 2019 ten opzichte van 2016 gestegen, maar minder hard dan je op basis van de bevolkingsgroei binnen deze leeftijdsgroep zou verwachten. Het aantal zorgcontacten van 75-plussers in 2019 is vergelijkbaar met 2016, ondanks de bevolkingsgroei binnen deze leeftijdsgroep. Per 1.000 inwoners neemt bij deze leeftijdsgroepen dan ook het aantal zorgcontacten af.

Figuur 8: Relatieve verandering van het aantal zorgcontacten in 2017-2019 ten opzichte van 2016 per leeftijdsgroep en totaal bij de HAP (n=5/5)



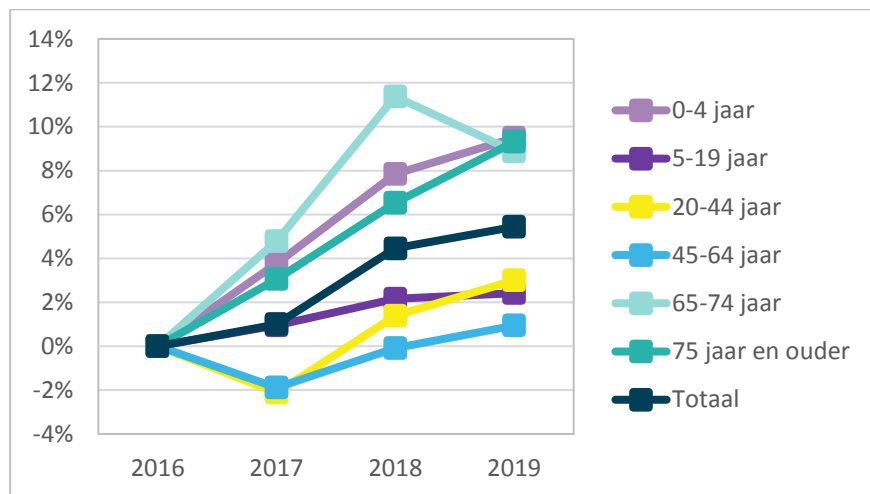
Figuur 9: Aantal zorgcontacten bij de HAP (n=5/5) per leeftijdsgroep per 1.000 inwoners per jaar



Leeftijdverdeling RAV

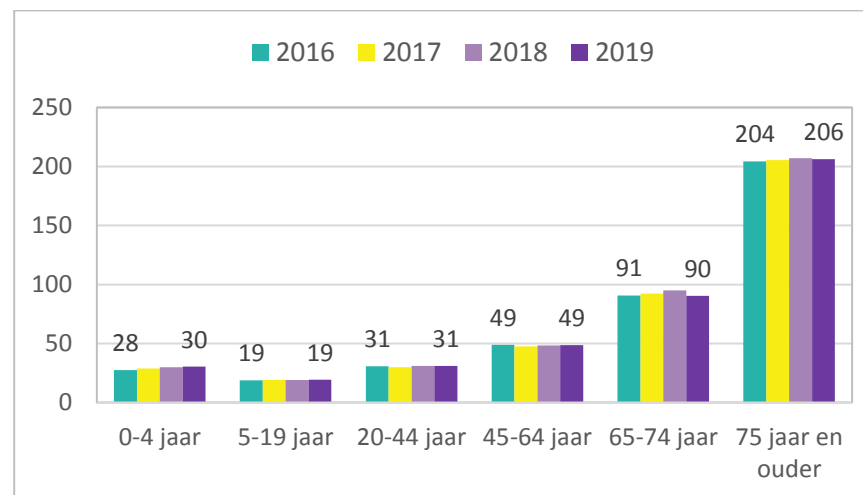
Bij de RAV stijgt het aantal spoedeisende inzetten bij alle leeftijdsgroepen in 2019 ten opzichte van 2016. Bij sommige leeftijdsgroepen is de stijging op basis van de bevolkingsgroei te verklaren, het aantal spoedeisende inzetten per 1.000 inwoners binnen deze leeftijdsgroepen blijft dan ongeveer gelijk. Bij 0-4 jarigen en 75-plussers stijgt het aantal spoedeisende inzetten iets harder dan je op basis van de bevolkingsverandering zou verwachten. Figuur 10 geeft de relatieve verandering van het aantal spoedeisende inzetten per leeftijdsgroep ten opzichte van 2016 weer en Figuur 11 het aantal spoedeisende inzetten per 1.000 inwoners naar leeftijd per jaar.

Figuur 10: Relatieve verandering van het aantal spoedeisende inzetten in 2017-2019 ten opzichte van 2016 per leeftijdsgroep en totaal bij RAV (n=2/3) ⁶



⁶ Bij een relatief groot deel van de spoedeisende inzetten bij de ambulance is de leeftijd van de patiënt onbekend (in 2016 bij 11% van de spoedeisende inzetten en in 2019 bij 7,5% van de spoedeisende inzetten). Spoedeisende inzetten

Figuur 11: Aantal spoedeisende inzetten bij RAV (n=2/3) per 1.000 inwoners naar leeftijd per jaar ⁶

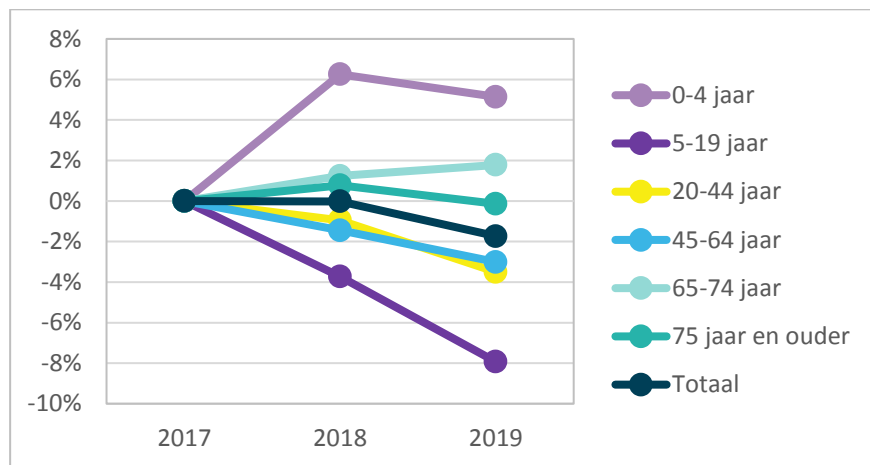


waarbij de leeftijd onbekend is zijn naar verhouding over de leeftijdsgroepen verdeeld.

Leeftijdverdeling SEH

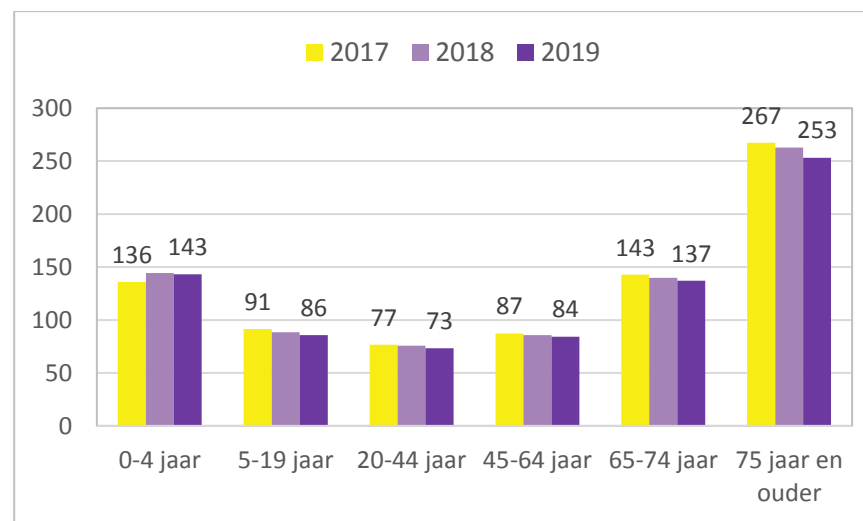
Net als bij de HAP daalt het aantal zorgvragen van 5-19 jarigen bij de SEH en is deze daling groter dan je op basis van de bevolkingskrimp binnen deze leeftijdsgroep zou verwachten. Ook het aantal SEH-bezoeken van 20-64 jarigen neemt af, ondanks de bevolkingsgroei binnen deze leeftijdsgroep. Het aantal SEH-bezoeken van 65-74 jarigen neemt minder hard toe dan je op basis van de bevolkingsgroei zou verwachten en het aantal SEH-bezoeken van 75-plussers is, ondanks de bevolkingsgroei binnen deze leeftijdsgroep, in 2019 vergelijkbaar met 2017. Als laatste neemt het aantal SEH-bezoeken van zeer jonge kinderen (0-4 jaar) toe, ondanks de bevolkingskrimp binnen deze leeftijdsgroep.

Figuur 12: Relatieve verandering van het aantal SEH-bezoeken in 2018-2019 ten opzichte van 2017 per leeftijdsgroep en totaal (n=7/7) ⁷



⁷ In 2017 is de uitvraag met betrekking tot leeftijdsgroep aangepast. Daarom laten we alleen gegevens van 2017-2019 zien.

Figuur 13: Aantal SEH-bezoeken (n=7/7) per 1.000 inwoners per jaar naar leeftijd ⁷



5.4 Urgentie van acute zorgvragen

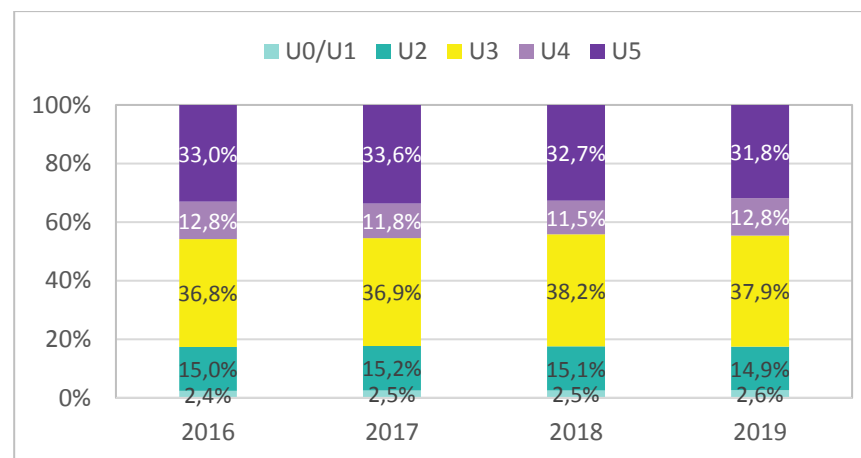
Om de urgentie van acute zorgvragen te bepalen gebruiken alle vijf HAPs de Nederlandse Triage Standaard (NTS). De volgende zes urgenties beschrijven hoe snel het toestandsbeeld van de patiënt beoordeeld moet worden:

Tabel 3: Zes urgenties volgens de Nederlandse Triage Standaard (4)

Urgentie	Omschrijving
U0	uitval ABCD – resuscitatie (reanimatie)
U1	instabiele ABCD – direct levensgevaar (onmiddellijk)
U2	bedreiging ABCD of orgaanschade (zo snel mogelijk)
U3	reële kans op schade/humane redenen (binnen enkele uren)
U4	verwaarloosbare kans op schade (binnen een etmaal)
U5	geen kans op schade (volgende werkdag)

Het aantal zorgcontacten met U5-urgentie bij de HAP neemt sinds 2017 af. In 2019 had 31,8% van de zorgcontacten een U5-urgentie, dit was in 2017 nog 33,6%. Dit zijn ongeveer 6.900 zorgcontacten met U5-urgentie minder. Bij de overige urgenties zijn de verschillen tussen 2016 en 2019 kleiner, zie Figuur 14.

Figuur 14: Urgentieverdeling van zorgcontacten HAP (n=5/5) per jaar



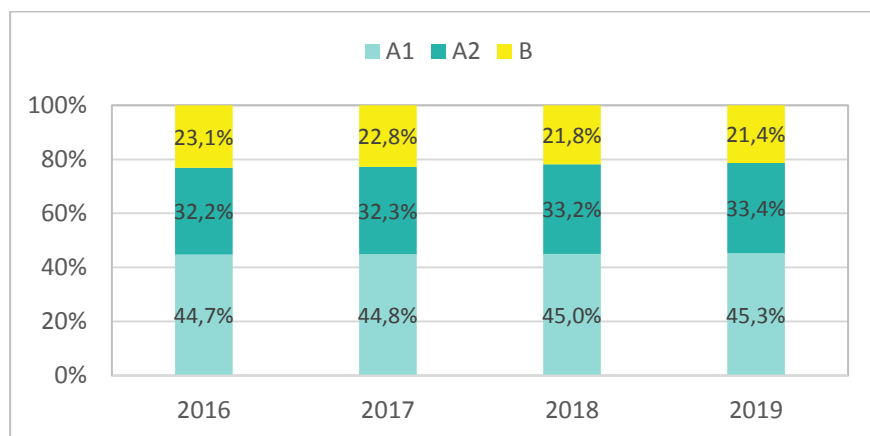
Bij de RAV zijn drie urgentie-niveaus om de mate van spoedeisendheid van een ambulance-inzet aan te geven. Deze zijn beschreven in Tabel 4.

Tabel 4: Drie urgentie-niveaus bij de RAV (5)

Urgentie	Omschrijving
A1	Een spoedeisende inzet in opdracht van de centralist van de meldkamer ambulancezorg bij een acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of in het geval dat dit gevaar pas na beoordeling door de ambulance-eenheid ter plaatse kan worden uitgesloten. De ambulance-eenheid dient zo snel mogelijk ter plaatse te zijn.
A2	Een inzet in opdracht van de centralist van de meldkamer ambulancezorg naar aanleiding van een zorgvraag waaruit blijkt dat er geen sprake is van direct levensgevaar, maar waarbij de centralist heeft vastgesteld dat er wel sprake kan zijn van (ernstige) gezondheidsschade en de ambulance-eenheid zo snel mogelijk ter plaatse dient te zijn.
B	Een inzet in opdracht van de centralist van de meldkamer ambulancezorg naar aanleiding van een zorgvraag zonder A1- of A2-urgentie, waarbij een tijdstip of tijdblok (tijdvak) is afgesproken voor het halen of brengen.

Het aantal A1-inzetten bij de RAV neemt jaarlijks toe. In 2019 had 45,3% van de inzetten een A1 urgentie, dit was in 2016 nog 44,7% (zie Figuur 15). Dit zijn ongeveer 1.650 A1-inzetten meer. Ook het aantal A2-inzetten neemt jaarlijks toe, dit zijn er in 2019 ongeveer 1.800 meer ten opzichte van 2016. Het aantal B-inzetten neemt jaarlijks af; er zijn in 2019 ongeveer 900 B-inzetten minder ten opzichte van 2016.

Figuur 15: Urgentieverdeling van inzetten RAV (n=2/3) per jaar



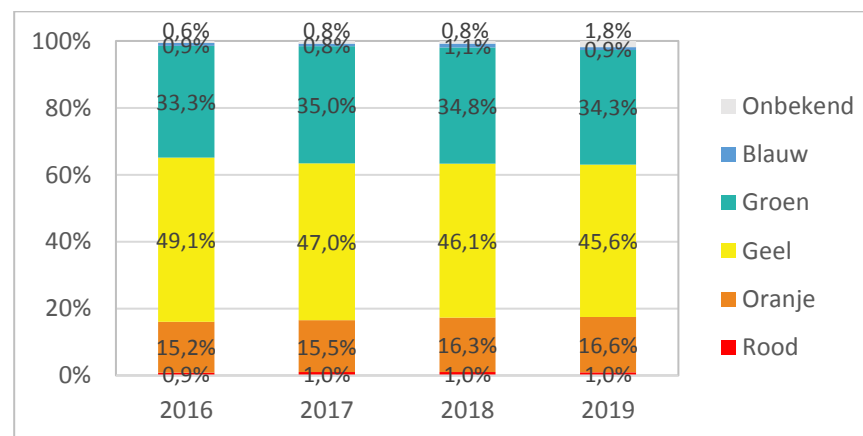
Om de urgentie van een SEH-bezoek te bepalen gebruiken ziekenhuizen in de regio het Nederlands Triage Systeem of het Manchester Triage Systeem (MTS). Bij MTS wordt via een van de volgende vijf kleuren de urgentie van het SEH-bezoek aangegeven:

Tabel 5: Vijf urgentie-niveaus MTS (6)

Urgentie	Omschrijving
Rood	Acuut, de patiënt wordt direct geholpen.
Oranje	Zeer urgent, het streven is de patiënt binnen 10 min te helpen.
Geel	Urgent, het streven is de patiënt binnen een uur te helpen.
Groen	Standaard, het streven is de patiënt binnen twee uur te helpen.
Blauw	Niet urgent, het streven is de patiënt binnen vier uur te helpen.

De meeste ziekenhuizen (n=4/7) werken met het Manchester Triage systeem in 2016-2019. Daarom bekijken we op basis van deze gegevens of we ontwikkelingen zien in de urgentie van het SEH-bezoek. We zien dat het aantal SEH-bezoeken met gele urgentie jaarlijks afneemt. In 2019 had 45,6% van de bezoeken een gele urgentie, dit was in 2016 nog 49,1% (zie Figuur 16). Dit zijn ongeveer 5.200 SEH-bezoeken met gele urgentie minder bij deze vier SEHs. Het aantal SEH-bezoeken met oranje urgentie neemt jaarlijks licht toe en is in 2019 met ongeveer 700 bezoeken gestegen ten opzichte van 2016.

Figuur 16: Urgentieverdeling van SEH-bezoeken per jaar (n=4/7)



5.5 Tijdstip van acute zorgvragen

Zorgvragen kunnen op verschillende dagen en tijdstippen plaatsvinden; doordeweeks of in het weekend, overdag, 's avonds of 's nachts. Per sector hebben we opgevraagd hoeveel zorgvragen er plaatsvonden in een van de volgende zes dagdelen:

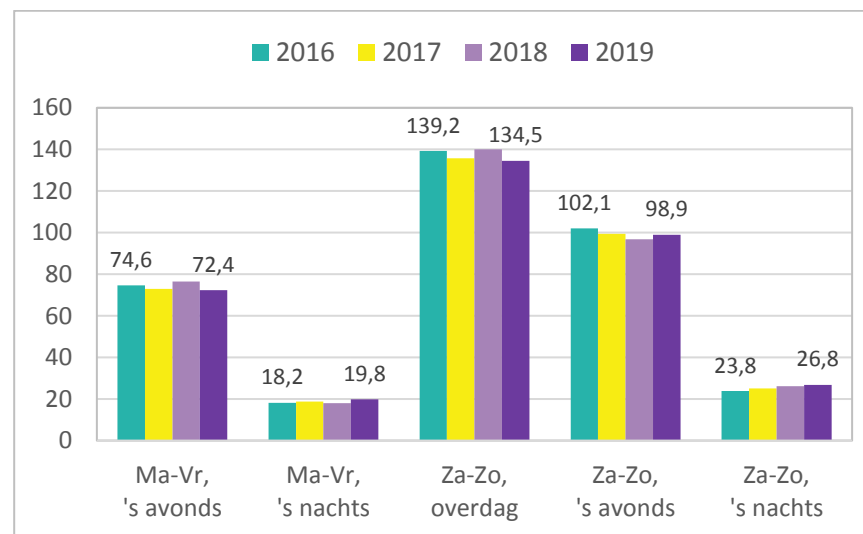
1. Doordeweeks (ma-vr) overdag (08:00-16:59u)
2. Doordeweeks (ma-vr) 's avonds (17:00-23:59u)
3. Doordeweeks (ma-vr) 's nachts (00:00-07:59u)
4. Weekend (za-zo) overdag (08:00-16:59u)
5. Weekend (za-zo) 's avonds (17:00-23:59u)
6. Weekend (za-zo) 's nachts (00:00-07:59u)

Omdat het aantal doordeweekse- en weekenddagen per jaar en de grootte van de tijdsintervallen⁸ verschillen hebben we per sector per jaar het gemiddeld aantal zorgvragen per dagdeel per uur berekend. Op deze manier kunnen we deze gegevens goed met elkaar vergelijken.

⁸ Zorgvragen kunnen overdag, 's avonds en 's nachts plaatsvinden. De groottes van deze tijdsintervallen verschillen: overdag (08:00-16:59u) beslaat negen uur, 's avonds (17:00-23:59u) zeven uur en 's nachts (00:00-07:59u) acht uur.

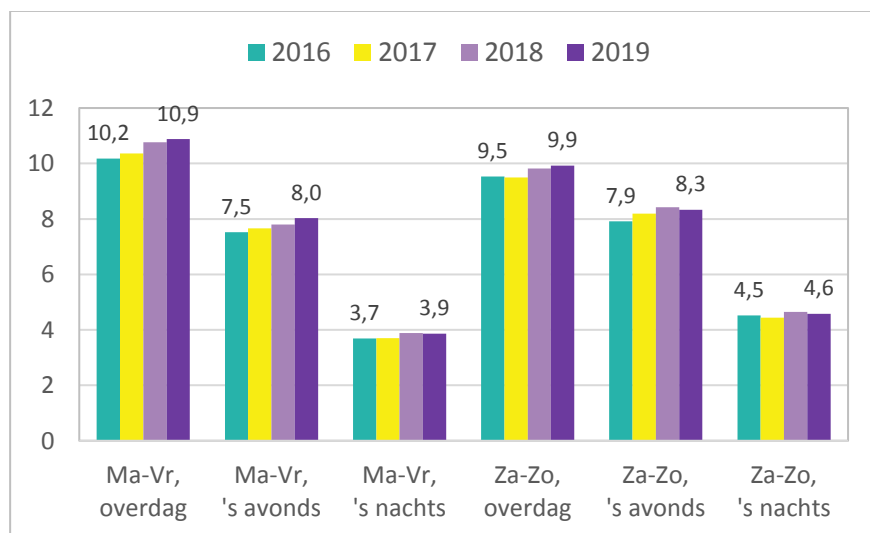
Bij de HAP (n=5/5) neemt het gemiddeld aantal zorgcontacten per uur in het weekend in de nacht jaarlijks licht toe, zie Figuur 17. Op jaarbasis zijn dit ongeveer 2.500 zorgcontacten 's nachts in het weekend extra in 2019 ten opzichte van 2016. Op andere dagdelen schommelt het gemiddeld aantal zorgcontacten per uur per jaar en is geen duidelijke trend zichtbaar.

Figuur 17: Gemiddeld aantal zorgcontacten bij de HAP (n=5/5) per dagdeel per uur per jaar



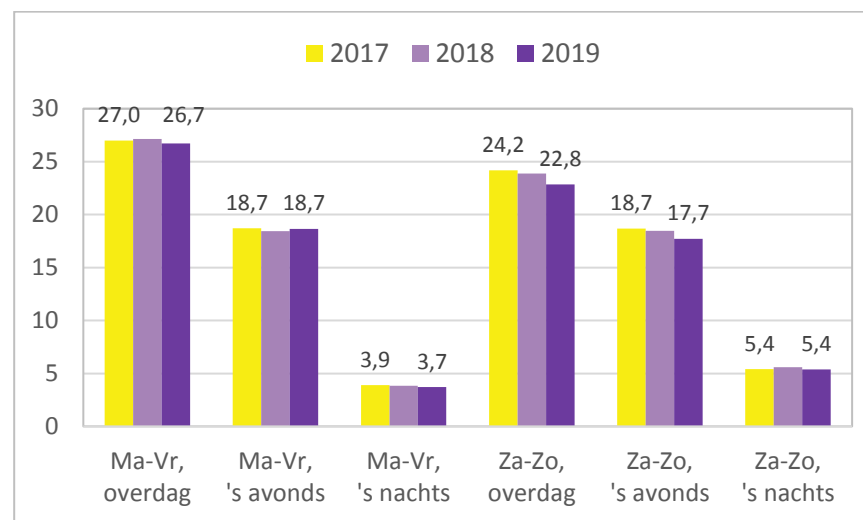
Figuur 18 geeft het gemiddeld aantal spoedeisende inzetten per dagdeel per uur bij de RAV (n=2/3) weer. Op alle tijdstippen neemt het gemiddeld aantal spoedeisende inzetten in lichte of grotere mate toe, behalve 's nachts in het weekend. Dan is het aantal spoedeisende inzetten in 2019 vergelijkbaar met 2016. Het aantal spoedeisende inzetten doordeweeks overdag stijgt het meest, op jaarbasis zijn dit ongeveer 1.650 spoedeisende inzetten extra in 2019 ten opzichte van 2016.

Figuur 18: Gemiddeld aantal spoedeisende inzetten RAV (n=2/3) per dagdeel per uur per jaar



Figuur 19 geeft het gemiddeld aantal SEH-bezoeken per dagdeel per uur (n=7/7) weer. Het aantal SEH-bezoeken in het weekend overdag en 's avonds neemt jaarlijks af. In 2019 zijn dit in totaal ongeveer 1.950 SEH-bezoeken minder in het weekend overdag en 's avonds vergeleken met 2017.

Figuur 19: Gemiddeld aantal SEH-bezoeken (n=7/7) per dagdeel per uur per jaar⁹



⁹ Vanaf 2017 worden gegevens over het tijdstip van het SEH-bezoek uitgevraagd. Daarom laten we alleen gegevens van 2017-2019 zien.

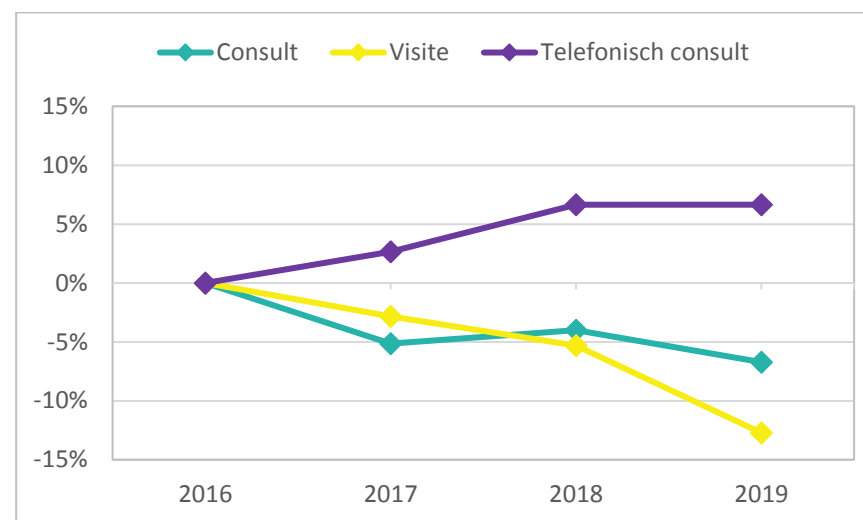
5.6 Type zorg

Bij de HAP zijn er drie type zorgcontacten, namelijk:

1. Telefonisch consult: de patiënt spreekt de huisarts en/of triagist telefonisch over zijn/haar zorgvraag.
2. (Fysiek) consult: de patiënt spreekt de huisarts tijdens een afspraak op de huisartsenpost.
3. Visite: de huisarts spreekt de patiënt bij hem of haar thuis.

We zien dat het aantal telefonische consulten bij de HAP in 2017 en 2018 toeneemt en in 2019 vergelijkbaar is met 2016. In 2019 waren er meer dan 11.000 extra telefonische consulten vergeleken met 2016. Het aantal consulten en visites neemt juist af. In 2019 zijn er ongeveer 13.500 minder consulten en 4.800 minder visites ten opzichte van 2016. Dit is een afname van respectievelijk 6,7% en 12,7%, zie Figuur 20.

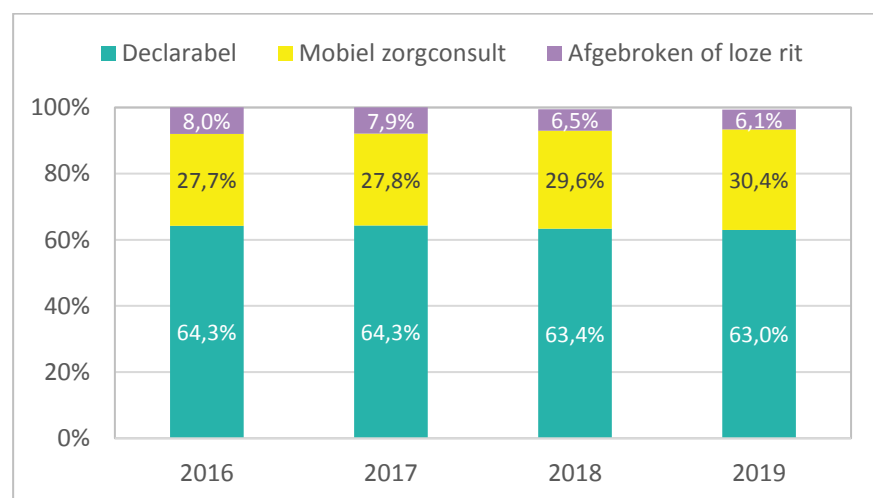
Figuur 20: Procentuele verandering per type zorgcontact bij de HAP (n=5/5) in 2017-2019 ten opzichte van 2016



In de ambulancezorg zijn meerdere type inzetten mogelijk. Inzetten waarbij een patiënt wordt vervoerd zijn declarabele inzetten. Vervoer is echter niet altijd noodzakelijk. Inzetten waarbij na onderzoek van de patiënt ter plaatse geen noodzaak tot vervoer blijkt zijn mobiele zorgconsulten (voorheen: Eerste Hulp Geen Vervoer). Daarnaast kan de inzet tijdens de aanrijtijd worden afgebroken. Of blijkt dat er na aankomst bij de patiënt geen noodzaak voor hulpverlening (meer) is, de patiënt niet aanwezig is of dat het benodigde zorgniveau niet overeenkomt met de gestelde zorgvraag. Dan betreft het een loze rit (5).

Steeds meer spoedeisende inzetten in de regio betreffen een mobiel zorgconsult. In 2019 betreft 30,4% van de ritten een mobiel zorgconsult, dat was in 2016 nog 27,7%. Dit zijn ongeveer 2.750 mobiele zorgconsulten extra in 2019. Door deze toename neemt het relatieve aandeel declarabele inzetten af, zie Figuur 21, ondanks dat het absolute aantal declarabele inzetten ook jaarlijks is toegenomen. In 2019 zijn er ongeveer 1.350 extra declarabele inzetten vergeleken met 2016.

Figuur 21: Verdeling type spoedeisende inzetten RAV (n=2/3) per jaar ¹⁰



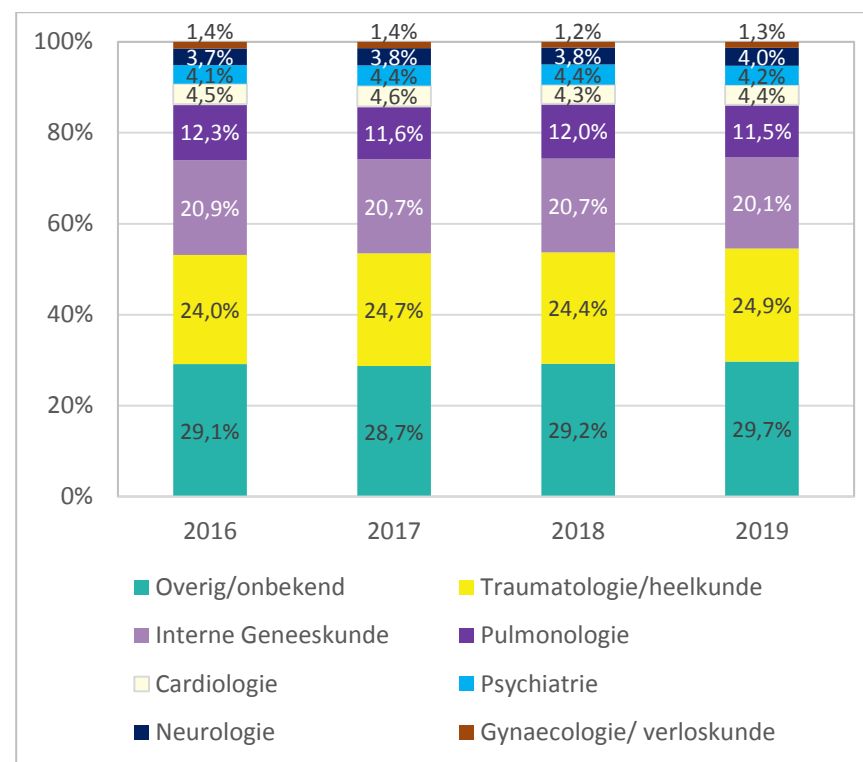
5.7 Specialisme/Diagnose

Het aantal neurologische zorgcontacten bij de HAP neemt jaarlijks licht toe. In 2019 is dit aantal met bijna 6% toegenomen vergeleken met 2016. Het

¹⁰ In 2018 en 2019 is van een klein deel van de spoedeisende inzetten het type inzet onbekend. Dit aandeel is respectievelijk 0,5% en 0,6%.

aandeel neurologische zorgvragen van het totaal aantal zorgcontacten is klein. In 2019 bedraagt dit 4,0% van alle zorgvragen, zie Figuur 22. Bij de overige werkdiagnoses fluctueert het aantal zorgcontacten jaarlijks en is geen duidelijke ontwikkeling te zien. Jaarlijks zijn de meeste zorgcontacten van traumatologische/heelkundige aard.

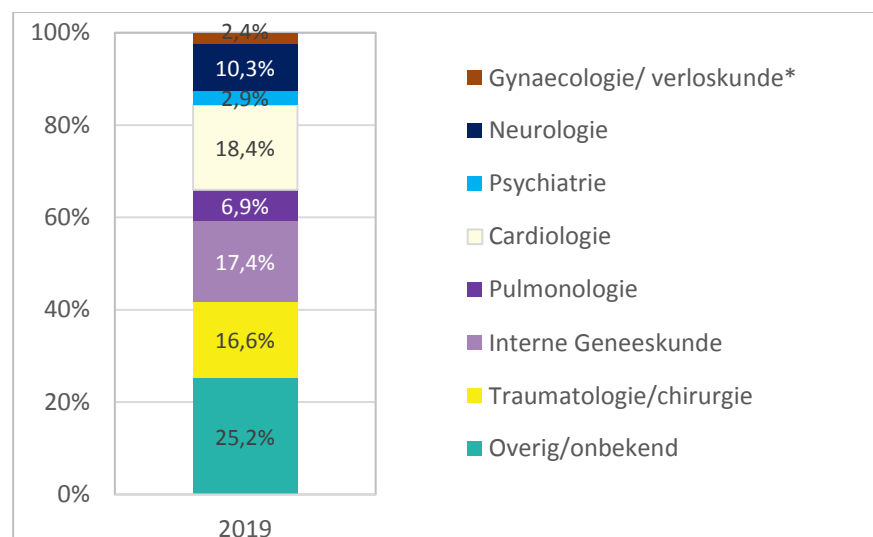
Figuur 22: Werkdiagnose (ICPC) van zorgcontacten bij HAP (n=4/5) ¹¹ per jaar



¹¹ Bij een van de vijf HAPs is de werkdiagnose in 2018 en 2019 nauwkeuriger geregistreerd. Dit beïnvloedt de vergelijkbaarheid van deze gegevens in de periode 2016-2019. Deze HAP is daarom niet meegenomen in deze grafiek.

Bij de RAV neemt het aantal spoedeisende inzetten waarbij het vermoedelijk specialisme onbekend is sterk af. In 2016 was van ongeveer 1 op de 3 spoedeisende inzetten het vermoedelijk specialisme onbekend, in 2019 van ongeveer 1 op de 6. Bij nagenoeg alle bekende vermoedelijk specialismes stijgt het aantal acute zorgvragen jaarlijks. Het is onduidelijk of dit wordt veroorzaakt door een vollediger registratie. In Figuur 23 staat de procentuele verdeling van het vermoedelijk specialisme in 2019. De meeste spoedinzetten zijn van cardiologische aard. Dit betreft bijna 1 op de 5 zorgvragen.

Figuur 23: Vermoedelijk specialisme van spoedeisende inzetten RAV (n=3/3) in 2019

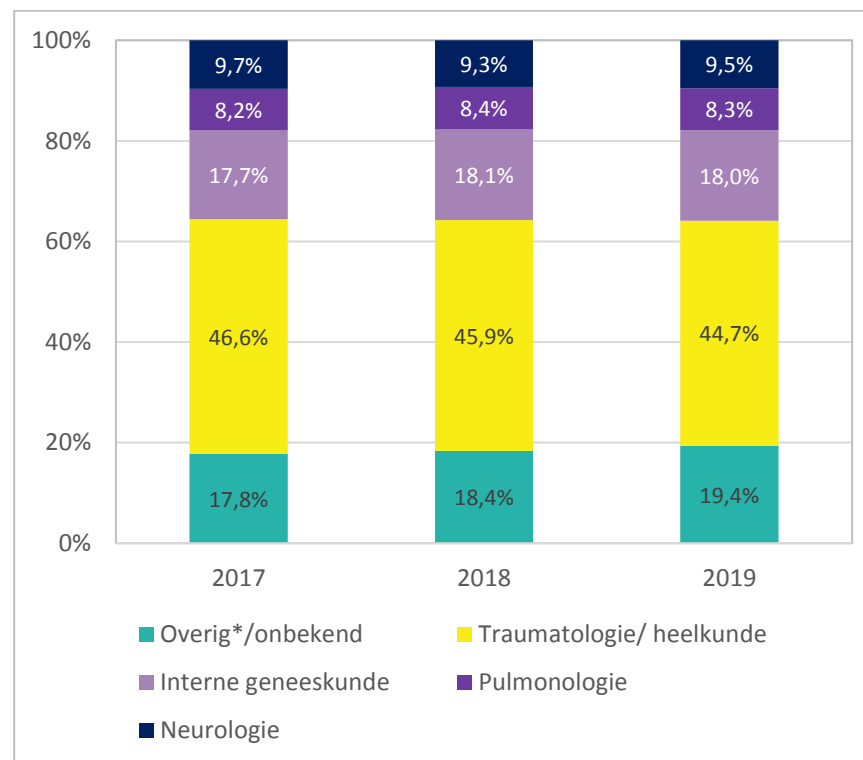


*Inclusief pediatrie en neonatologie

Bij de SEH neemt het aantal heilkundige SEH-bezoeken jaarlijks af. In 2019 zijn er ongeveer 3.900 minder heilkundige SEH-bezoeken vergeleken met

2017. De meeste zorgvragen op de SEH zijn van heilkundige aard, zie Figuur 24.

Figuur 24: Hoofdbehandelaar op SEH (n=7/7) per jaar

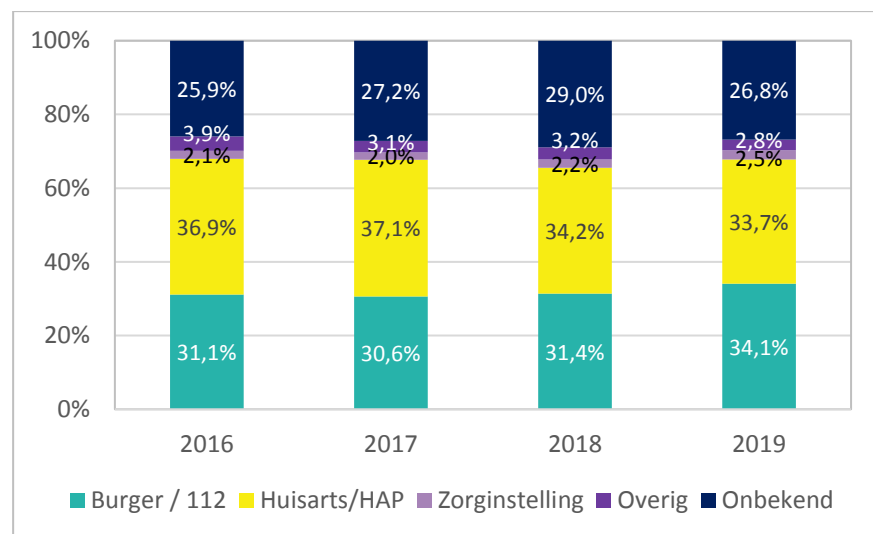


*Het aandeel cardiologie, psychiatrie en gynaecologie/verloskunde op de SEH is laag. Deze zijn daarom opgeteld in categorie "Overig". In 2019 is 1,5% van de SEH-bezoeken van cardiologische aard, 0,2% van psychiatrische aard en 0,3% van gynaecologische/verloskundige aard.

5.8 Verwijzer in de acute zorgketen

Het aantal spoedeisende ambulance-inzetten, waarbij de burger zelf 112 belt, neemt vanaf 2017 jaarlijks toe. Door de huisarts aangevraagde spoedeisende ambulance-inzetten neemt vanaf 2017 juist af. Beide type verwijzers zijn ongeveer goed voor tweederde van het totaal aantal verwijzingen per jaar. Bij een groot deel van de spoedeisende inzetten is de verwijzer onbekend, zie Figuur 25.

Figuur 25: Verwijzer naar de RAV (n=2/3) per jaar

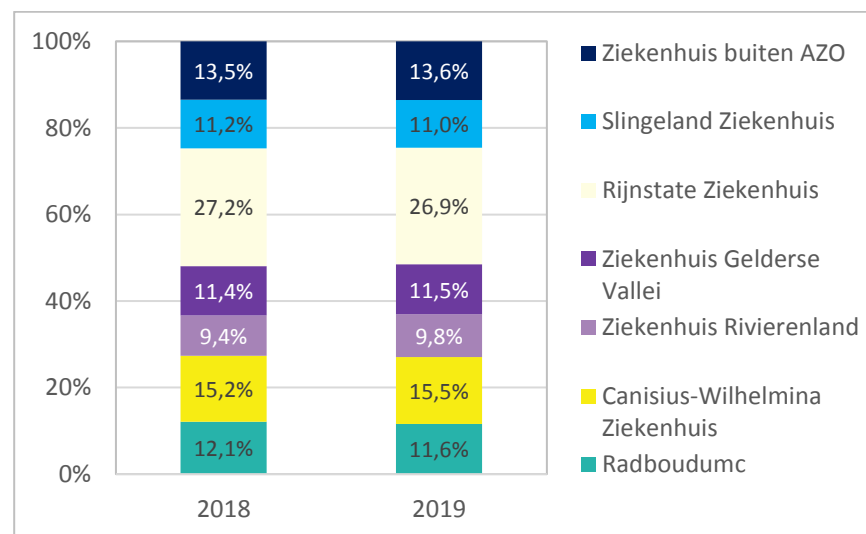


We zien bij een aantal SEHs dat gegevens over de verwijzer niet over de jaren vergelijkbaar zijn. Bij twee SEHs is dat wel het geval. Bij deze SEHs neemt het aantal zelfverwijzers jaarlijks af in de periode 2016-2019. Het relatieve aandeel zelfverwijzers bij beide SEHs verschilt en is in 2019 respectievelijk 12,1% en 5,3%.

5.9 Bestemming na de acute zorgketen

De bestemming van patiënten uit de regio die met spoed met de ambulance vervoerd worden naar het ziekenhuis is weergegeven in Figuur 26. Het totaal aantal spoedeisende inzetten waarbij de patiënt wordt vervoerd naar een ziekenhuis is in 2019 vergelijkbaar met 2018.

Figuur 26: Ziekenhuis bestemming spoedeisend ambulancevervoer (RAV n=3/3)



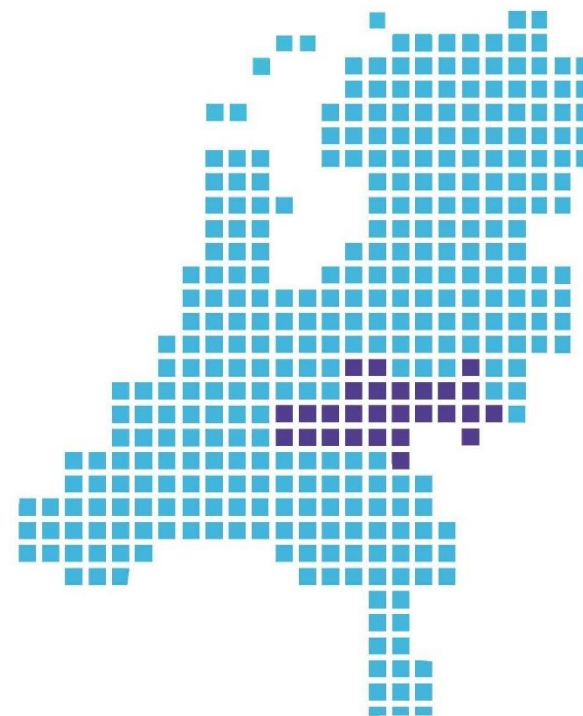
De bestemming na SEH-bezoek is in de periode 2016-2019 nauwelijks veranderd. Van alle SEH-bezoeken in 2019 is 38,8% van de patiënten na het SEH-bezoek opgenomen in hetzelfde ziekenhuis en is 58,4% van de patiënten na het SEH-bezoek naar huis gegaan. In de overige gevallen (2,8%) is de patiënt na SEH-bezoek bijvoorbeeld overgeplaatst naar een ander ziekenhuis of instelling of overleden.

6 Regionale trends vergeleken met landelijke trends

Om meer inzicht te krijgen in regionale trends vergelijken we deze met landelijke trends. Er zijn verschillende organisaties die landelijk onderzoek doen naar trends in de acute zorg. Denk aan brancheorganisatie InEen, onderzoeksinstituut Nivel, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Ambulancezorg Nederland (AZN). Hieronder beschrijven we landelijke trends in het totaal aantal acute zorgvragen per sector per jaar en vergelijken we deze met regionale trends. Bij de HAP en RAV vergelijken we daarnaast landelijke en regionale gegevens met betrekking tot het type zorgvraag.

- Nivel (7) en InEen (8) beschrijven dat het zorggebruik bij de huisartsenposten in 2019 nagenoeg gelijk is gebleven aan het zorggebruik in 2018. In onze regio zien we in die periode juist een afname. Verder beschrijven Nivel (7) en InEen (8) dat, vergeleken met 2018, het aantal visites en consulten in 2019 afneemt en dat het aantal telefonische consulten toeneemt. In onze regio zien we ook dat het aantal visites en consulten in die periode afneemt. Het aantal telefonische consulten is in 2019 vergelijkbaar met 2018, na een toename in de jaren daarvoor.
- Uit het tabellenboek van AZN (9) blijkt dat het landelijk aantal spoedeisende inzetten in de periode 2016-2019 jaarlijks toeneemt en dat het aantal B-inzetten in diezelfde periode jaarlijks afneemt. Deze trend zien we ook in onze regio. Verder blijkt dat het landelijk aantal mobiele zorgconsulten in de periode 2016-2019 jaarlijks toeneemt, net als in onze regio.

- NZa (10) beschrijft dat het landelijk aantal SEH-bezoeken in 2017 ten opzichte van 2016 daalt en schat dat het landelijk aantal SEH-bezoeken in 2018 vergelijkbaar is met 2017. Deze trend zien we ook in onze regio. Gegevens over 2019 zijn op het moment van schrijven nog niet beschikbaar.

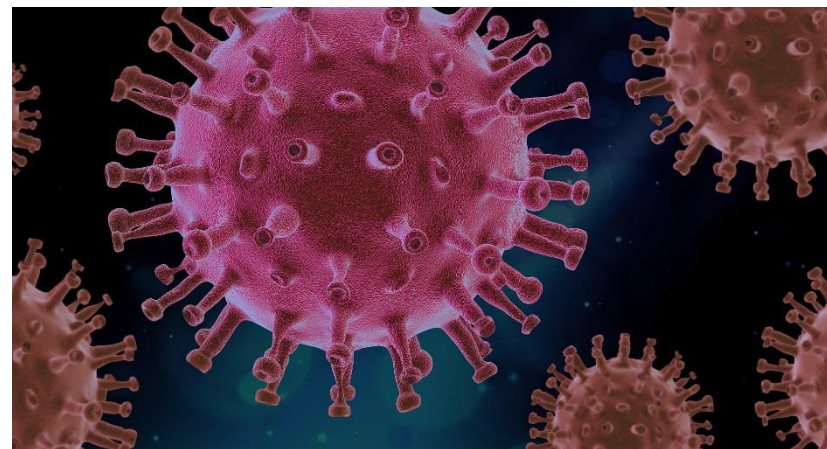


7 Toekomstverkenning

In dit hoofdstuk verkennen we het acute zorggebruik in de toekomst. Volgens NZa (11) kunnen meerdere factoren hier invloed op hebben. Enerzijds zijn dit demografische factoren, zoals geslacht en leeftijd. Anderzijds beschrijft NZa autonome factoren. Denk hierbij aan veranderingen in zorggebruik door factoren als beleid, medische technologie en veranderingen in het voorkomen van ziekten. Zo heeft de intrede van een nieuwe ziekte, Covid-19, begin 2020 een grote invloed gehad op het (acute) zorggebruik in Nederland.

7.1 Covid-19

Begin 2020 vond de eerste besmetting plaats in Nederland met het nieuwe coronavirus, met de ziekte Covid-19 tot gevolg. Dit is een zeer besmettelijke ziekte, met soms ernstige gevolgen als ziekenhuisopname, IC-opname en sterfte (12). Covid-19 heeft een groot effect gehad op het zorggebruik in Nederlandse ziekenhuizen. Sommige reguliere zorg kwam geheel stil te liggen of werd in aangepaste vorm gegeven, zoals via de telefoon of via beeldbellen. Exacte cijfers over het effect van Covid-19 op het zorggebruik in Nederland zijn op het moment van schrijven nog onbekend. In dit rapport maken we een toekomstverkenning op basis van het meest recente jaar waarover gegevens beschikbaar zijn: 2019.

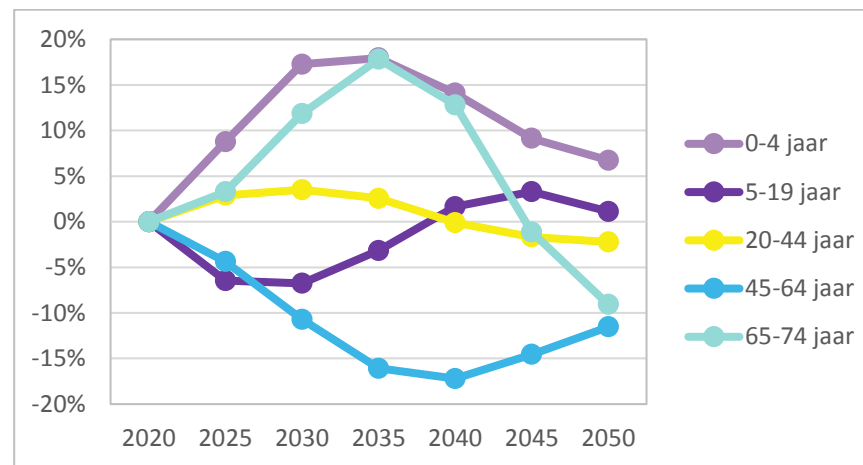


7.2 Demografische prognoses

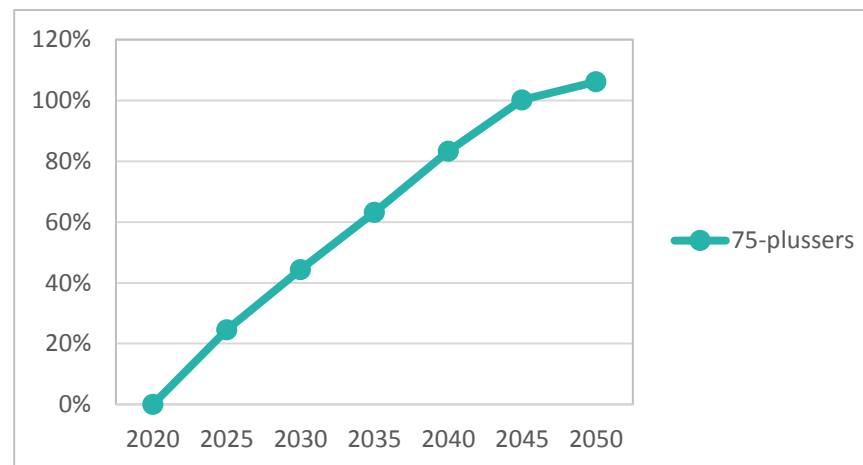
We hebben de prognoses in dit rapport gebaseerd op de demografische ontwikkelingen van de bevolking in de regio. De verkenning brengt het effect van de vergrijzing in beeld en laat zien wat het zorggebruik in de toekomst zou zijn als de zorgvraag per leeftijdsgroep per sector gelijk blijft aan de situatie in 2019.

Op basis van de bevolkingsgegevens van 2018 zijn door het PBL en het CBS bevolkingsprognoses voor de periode 2019-2050 gemaakt (13). In Figuur 27 en Figuur 28 zijn de prognoses voor de jaren 2025, 2030, 2035, 2040, 2045 en 2050 afgezet tegen de werkelijke bevolkingsaantallen in 2020 in Acute Zorgregio Oost. Opvallend is de grote verwachte toename van 75-plussers. In 2050 is het aantal 75-plussers meer dan verdubbeld ten opzichte van 2020. In totaal groeit het aantal inwoners in de regio met 4,3% tot 1,3 miljoen in 2050.

Figuur 27: Bevolkingsprognose per leeftijdsgroep jonger dan 75 jaar in Acute Zorgregio Oost 2025-2050, procentuele verandering ten opzichte van werkelijke bevolkingsaantallen in peiljaar 2020 (13)



Figuur 28: Bevolkingsprognose 75-plussers in Acute Zorgregio Oost 2025-2050, procentuele verandering ten opzichte van werkelijke bevolkingsaantallen in peiljaar 2020 (13)



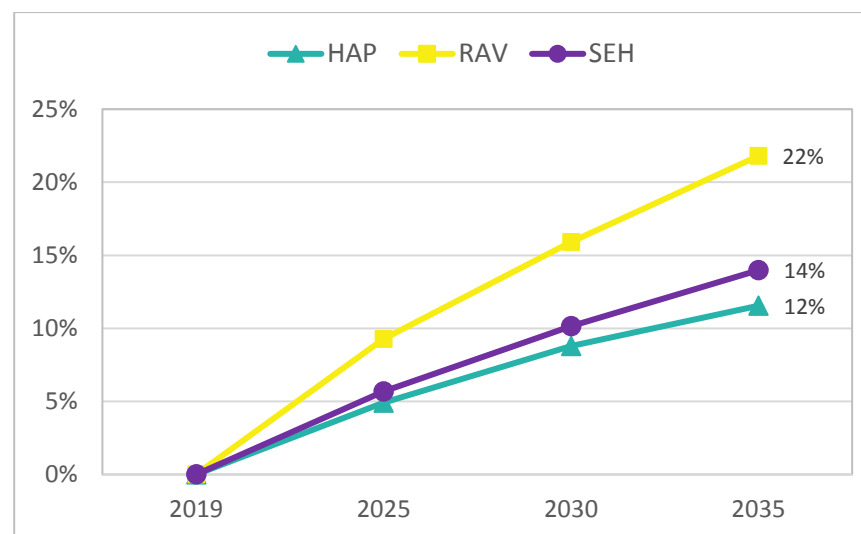
Tabel 6 geeft het relatieve zorggebruik per leeftijdsgroep per sector in 2019 weer. Op basis van deze gegevens en de bevolkingsprognose per leeftijdsgroep hebben we een toekomstverkenning gemaakt voor de komende 15 jaar, zie Figuur 29. We verwachten in alle sectoren een toename in het aantal acute zorgvragen. Bij de RAV stijgt het acute zorggebruik relatief het meest, omdat patiënten van de RAV veelal ouderen zijn. Voor de RAV zouden dit ongeveer 16.000 spoedeisende inzetten extra zijn in 2035 ten opzichte van 2019. Voor de HAP zouden dit ongeveer 46.000 extra zorgcontacten zijn in 2035 ten opzichte van 2019 en voor de SEH ongeveer 20.000 extra SEH-bezoeken.

Deze prognose houdt geen rekening met autonome factoren en laat zien wat het zorggebruik in de toekomst is als het zorggebruik per leeftijdsgroep per sector gelijk blijft aan 2019. Het RIVM en NZa hebben in 2018 een toekomstverkenning gepubliceerd waarin ook een forse groei van zorgvragen bij de HAP, RAV en SEH werd verwacht. Begin 2021 verschijnt de nieuwe Monitor Acute Zorg (14) met daarin een actuelere toekomstverkenning. Deze is op het moment van schrijven nog niet beschikbaar.

Tabel 6: Aantal zorgvragen per 1.000 inwoners per sector per leeftijdsgroep in 2019

	HAP (n=5/5)	RAV (n=3/3)	SEH (n=7/7)
0-4 jaar	845	29	143
5-19 jaar	251	19	86
20-44 jaar	267	30	73
45-64 jaar	201	46	84
65-74 jaar	246	87	137
75-plussers	532	199	253
Totaal	291	53	104

Figuur 29: Toekomstverkenning acute zorgvraag 2025-2035, procentuele verandering ten opzichte van peiljaar 2019



8 Referenties

1. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht.
2. RVZ (2003). Acute Zorg. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer 2003.
3. Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolking op 1 januari en gemiddeld; geslacht, leeftijd en regio. Laatste wijziging op 27 mei 2020.
4. Nederlandse Triage Standaard. Basisprincipes NTS. Geraadpleegd begin 2021 op: <https://de-nts.nl/nts/basisprincipes-nts/>
5. Ambulancezorg Nederland (2021). Uniform Begrippenkader Ambulancezorg, versie 4.0.
6. NVSHV: Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (2005). Richtlijn triage op de SEH. Alphen aan de Rijn: Uitgever Van Zuiden.
7. Ramerman, L., Rijpkema, C., Verheij, R. Zorg op de huisartsenpost. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2019 en trendcijfers 2015-2019. Utrecht: Nivel, 2020.
8. InEen. Benchmark Huisartsenposten 2019. December 2020.
9. Ambulancezorg Nederland. Sectorkompas Ambulancezorg. Tabellenboek 2019. Versie 22 oktober 2020.
10. Nederlandse Zorgautoriteit. Update cijfers acute zorg 2019. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_301126_22/
11. Nederlandse Zorgautoriteit. Bijlage 4 Monitor acute zorg 2018. Toekomstverkenning acute zorg. RIVM – NZa.
12. RIVM. De ziekte COVID-19. Geraadpleegd begin 2021 op <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/ziekte>
13. PBL/CBS. Regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2019–2050. Publicatiedatum september 2019.
14. Nederlandse Zorgautoriteit. Bevindingen kwalitatief onderzoek toegankelijkheid acute zorg en zorgplicht zorgverzekeraars 2020. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_527785_22/1/

Bijlage 1

Vragenlijst trendonderzoek HAP

	2016	2017	2018	2019
Totaal aantal zorgcontacten				
Sekse Vrouwen Mannen Onbekend				
Leeftijd 0-4 jaar 5-19 jaar 20-44 jaar 45-64 jaar 65-74 jaar 75-plussers Onbekend				
Type zorgcontact Consult Visite Telefonisch consult Onbekend				
Urgentie U0 U1 U2 U3 U4 U5 Onbekend				
Tijdstip Doordeweeks, overdag (08:00-16:59) Doordeweeks, 's avonds (17:00-23:59) Doordeweeks, 's nachts (00:00-07:59)				

Weekend, overdag (08:00-16:59) Weekend, 's avonds (17:00-23:59) Weekend, 's nachts (00:00-07:59) Onbekend				
Werkdiagnose Cardiologie (ICPC: K) Interne Geneeskunde (ICPC: B+D+U+T) Traumatologie/Heelkunde (ICPD: L1 t/m L17 + L72 t/m L81 + S14 t/m S19 + A80 + A81) Neurologie (ICPC: N) Pulmonologie/Longziekten (ICPC: R) Gynaecologie/Verloskunde (ICPC: X + W) Psychiatrie (ICPC: P) Overig Onbekend				
Herkomst Zelfverwijzer/binnenloper Geen zelfverwijzer/binnenloper Onbekend				

Vragenlijst trendonderzoek RAV

	2016	2017	2018	2019
Totaal aantal spoedeisende inzetten				
Sekse Vrouwen Mannen Onbekend				
Leeftijd 0-4 jaar 5-19 jaar 20-44 jaar 45-64 jaar 65-74 jaar 75-plussers Onbekend				
Aard spoedeisende inzet Declarabel EHGV Afgebroken rit Loze rit Onbekend				
Urgentie A1 A2 Onbekend				
Tijdstip Doordeweeks, overdag (08:00-16:59) Doordeweeks, 's avonds (17:00-23:59) Doordeweeks, 's nachts (00:00-07:59) Weekend, overdag (08:00-16:59) Weekend, 's avonds (17:00-23:59) Weekend, 's nachts (00:00-07:59) Onbekend				

Vermoedelijk specialisme Cardiologie (inclusief cardiothoracale chirurgie) Interne Geneeskunde (inclusief intoxicaties en syncope) Chirurgie/Traumatologie Neurologie (inclusief neurochirurgie) Pulmonologie Gynaecologie/Verloskunde Pediatrie/Kinderarts (inclusief neonatologie) Psychiatrie (inclusief paniekstoornissen) Overig Onbekend				
Aanvrager spoedeisende inzet Burger / 112 Huisartsenpost Huisarts Zorginstelling Andere MKA Psychiater Overig (denk aan: Brandweer, politie, verloskundige) Onbekend				
Bestemming spoedeisende inzet Slingeland Ziekenhuis Ziekenhuis Gelderse Vallei Rijnstate Ziekenhuis Ziekenhuis Rivierenland Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Radboudumc Maasziekenhuis Pantein Ziekenhuis buiten AZO-regio Onbekend				
Totaal aantal (planbare) B-inzetten				

Vragenlijst trendonderzoek SEH

	2016	2017	2018	2019
Totaal aantal SEH-bezoeken				
Sekse Vrouwen Mannen Onbekend				
Leeftijd 0-4 jaar 5-19 jaar 20-44 jaar 45-64 jaar 65-74 jaar 75-plussers Onbekend				
Urgentie NTS U0/U1 U2 U3 U4 U5 Onbekend	Urgentie MTS Rood Oranje Geel Groen Blauw Onbekend			
Tijdstip Doordeweeks, overdag (08:00-16:59) Doordeweeks, 's avonds (17:00-23:59) Doordeweeks, 's nachts (00:00-07:59) Weekend, overdag (08:00-16:59) Weekend, 's avonds (17:00-23:59) Weekend, 's nachts (00:00-07:59) Onbekend				
Hoofdbehandelaar Cardiologie/cardiochirurgie Interne geneeskunde (incl. nefrologie, MDL/gastro en hematologie)				

Heelkunde (incl. traumatologie/chirurgie/orthopedie en vaatchirurgie) Neurologie/neurochirurgie Pulmonologie/longziekten Gynaecologie/verloskunde Psychiatrie Overig (o.a. kindergeneeskunde/-chirurgie, geriatrie, dermatologie, oogheelkunde, KNO, urologie en mondheelkunde) Onbekend				
Verwijzer Zelfverwijzer/binnenloper Huisarts/HAP Ambulance (112) Afdeling/Polikliniek eigen ziekenhuis Ander ziekenhuis, overplaatsing Overig (o.a. via politie, GGZ, verloskundige) Onbekend				
Bestemming Naar huis (incl. ontslagen, afspraak poli/huisarts) Opname eigen ziekenhuis (o.a. AOA, verpleegafdeling, IC, OK) Overplaatsing naar/opname in ander ziekenhuis Overig (o.a. overleden, naar andere instelling) Onbekend				

Bijlage 2

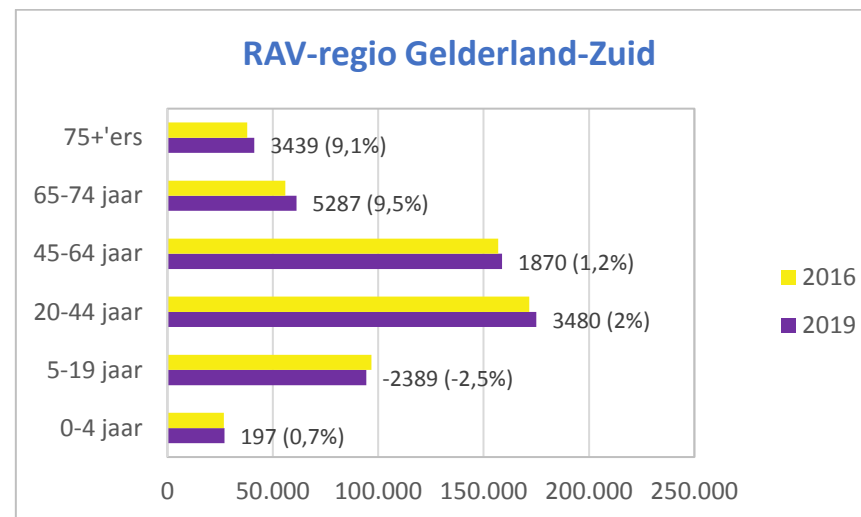
Bevolkingsomvang en -groei per type regio

In Tabel 7 staat de bevolkingsomvang en -groei per RAV-regio. In Figuur 30, Figuur 31 en Figuur 32 staan de bevolkingsomvang en bevolkingsverandering per RAV-regio per leeftijdsgroep.

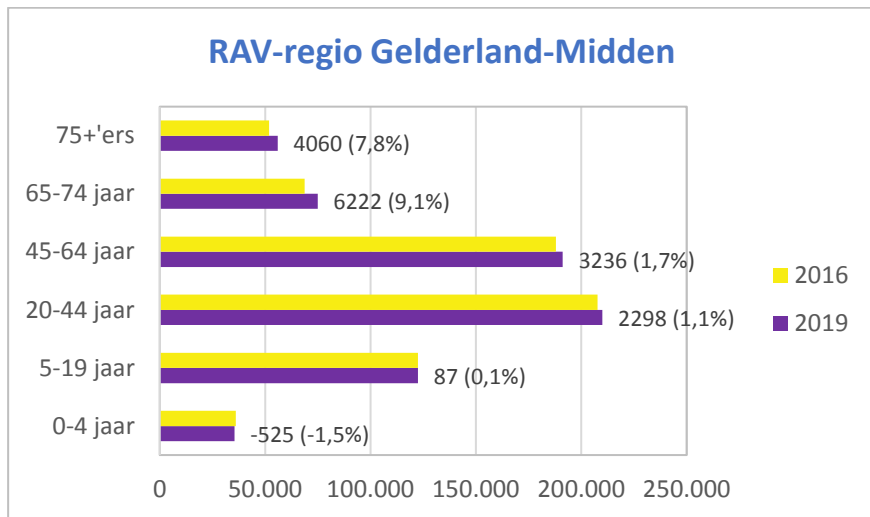
Tabel 7: Bevolkingsomvang en -groei per RAV regio (3)

RAV-regio	Totaal aantal inwoners op 1-1-2019	Absolute en relatieve groei ten opzichte van 2016
Gelderland-Zuid	557.697	+11.884 (2,2%)
Gelderland-Midden	690.062	+15.378 (2,3%)
Noord- en Oost-Gelderland	824.213	+9.359 (1,1%)

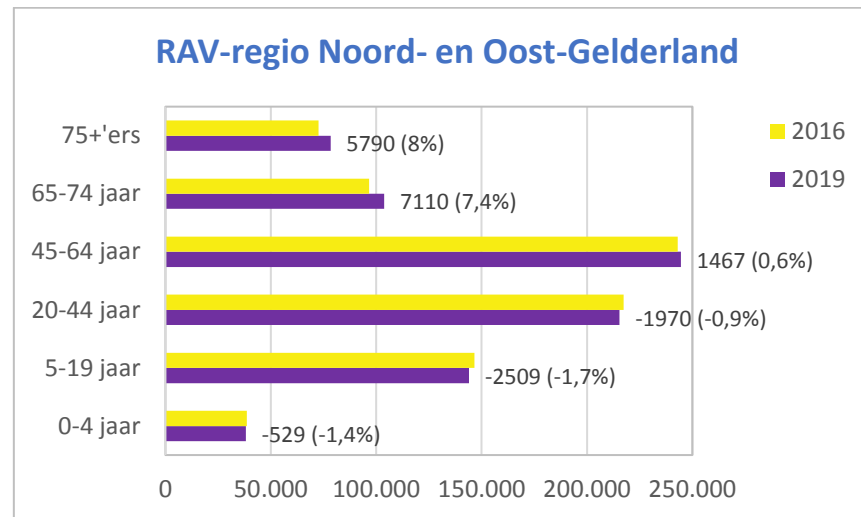
Figuur 30: Aantal inwoners op 1-1-2016 en 1-1-2019 per leeftijdsgroep in RAV-regio Gelderland-Zuid. De gegevenslabels geven de absolute en relatieve verandering ten opzichte van 2016 weer (3)



Figuur 31: Aantal inwoners op 1-1-2016 en 1-1-2019 per leeftijdsgroep in RAV-regio Gelderland-Midden. De gegevenslabels geven de absolute en relatieve verandering ten opzichte van 2016 weer (3)



Figuur 32: Aantal inwoners op 1-1-2016 en 1-1-2019 per leeftijdsgroep in RAV-regio Noord- en Oost-Gelderland. De gegevenslabels geven de absolute en relatieve verandering ten opzichte van 2016 weer (3)

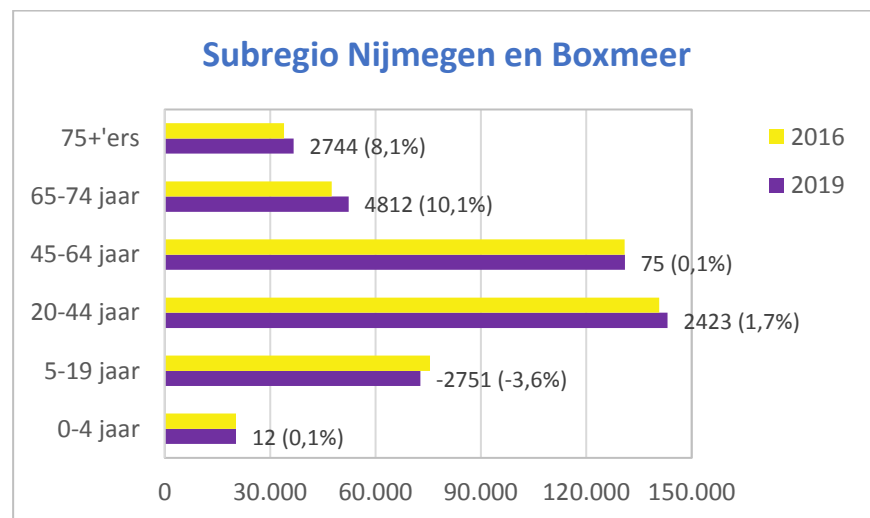


In Tabel 8 staat de bevolkingsomvang en -groei per subregio. In figuren 33 t/m 37 staan de bevolkingsomvang en bevolkingsverandering per subregio per leeftijdsgroep.

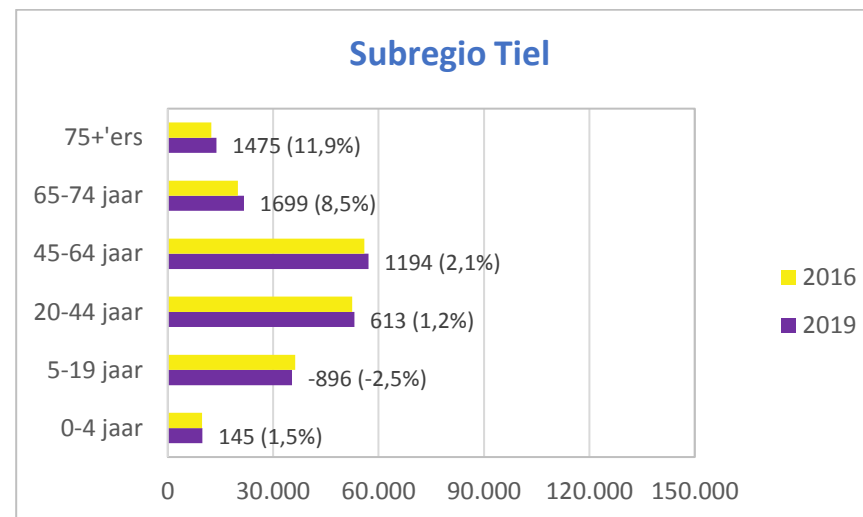
Tabel 8: Bevolkingsomvang en -groei per subregio (3)

Subregio	Totaal aantal inwoners op 1-1-2019	Absolute en relatieve groei ten opzichte van 2016
Nijmegen en Boxmeer	456.167	+7.315 (1,6%)
Tiel	190.908	+4.230 (2,3%)
Ede	326.153	+7.862 (2,5%)
Arnhem	393.489	+6.492 (1,7%)
Doetinchem	169.266	+1.099 (0,7%)

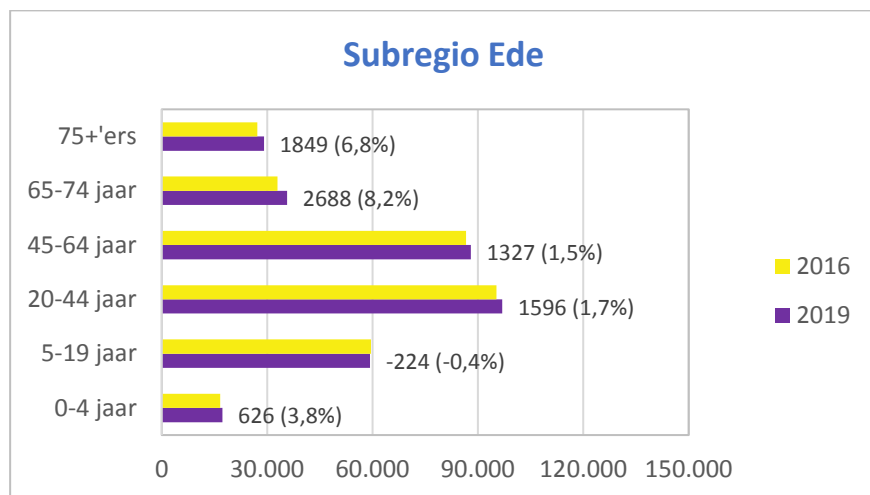
Figuur 33: Aantal inwoners op 1-1-2016 en 1-1-2019 per leeftijdsgroep in subregio Nijmegen en Boxmeer. De gegevenslabels geven de absolute en relatieve verandering ten opzichte van 2016 weer (3)



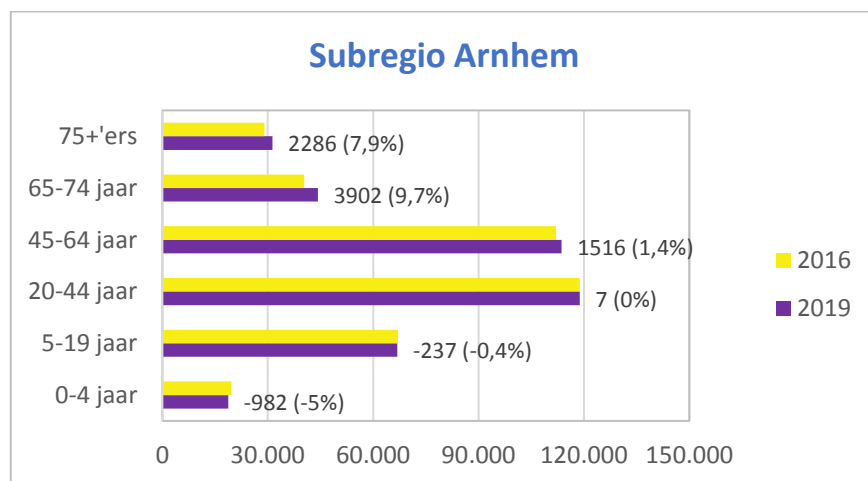
Figuur 34: Aantal inwoners op 1-1-2016 en 1-1-2019 per leeftijdsgroep in subregio Tiel. De gegevenslabels geven de absolute en relatieve verandering ten opzichte van 2016 weer (3)



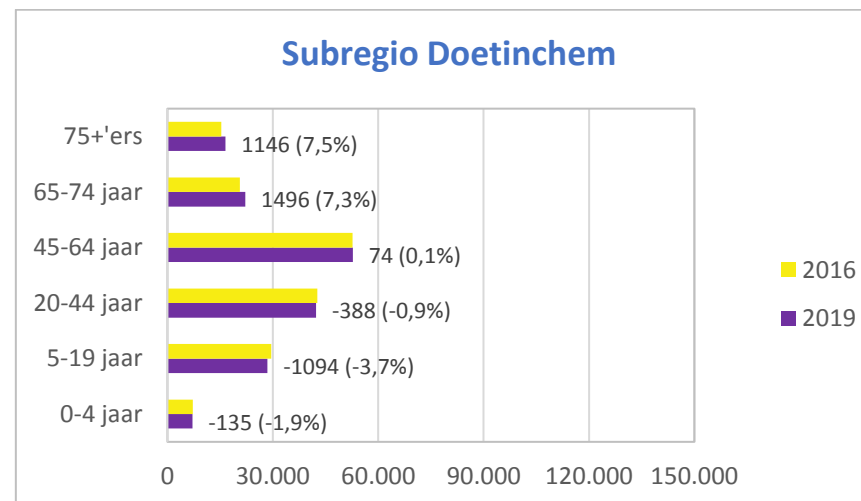
Figuur 35: Aantal inwoners op 1-1-2016 en 1-1-2019 per leeftijdsgroep in subregio Ede. De gegevenslabels geven de absolute en relatieve verandering ten opzichte van 2016 weer (3)



Figuur 36: Aantal inwoners op 1-1-2016 en 1-1-2019 per leeftijdsgroep in subregio Arnhem. De gegevenslabels geven de absolute en relatieve verandering ten opzichte van 2016 weer (3)



Figuur 37: Aantal inwoners op 1-1-2016 en 1-1-2019 per leeftijdsgroep in subregio Doetinchem. De gegevenslabels geven de absolute en relatieve verandering ten opzichte van 2016 weer (3)



Bijlage 3

VERTROUWELIJK

Bijlage 4

VERTROUWELIJK