

Jaarrapport onderzoek patiëntenstromen

Monitor aanbod acute patiënten SEH's, RAV's & HAP's Noord-Holland en Flevoland 2014-2017

Mei, 2018

Auteurs

Drs. E. Toor

Dr. M. Rhebergen

Datum

23 mei 2018

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 kunnen het Netwerk Acute Zorg Noordwest of SpoedZorgNet AMC 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.

Aan de informatie uit dit rapport kunnen geen rechten worden ontleend. De informatie en gegevens in dit rapport mogen zonder nadrukkelijke schriftelijke toestemming niet worden vermenigvuldigd of gepubliceerd.

Inhoudsopgave

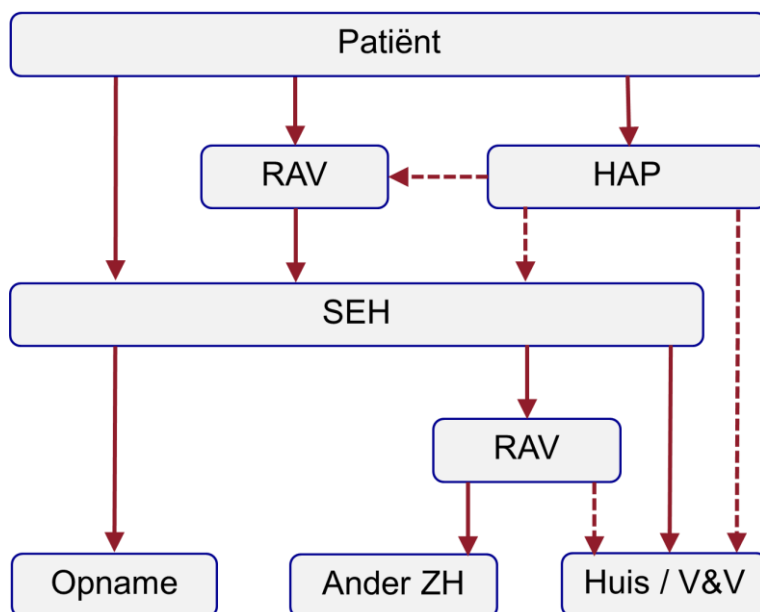
Hoofdstuk		Pagina
1.	Aanleiding	4
2.	Doelstelling	4
3.	Werkwijze	5
4.	Bevindingen	6
	4.1 Algemeen	6
	4.2. Patiëntkarakteristieken	8
	4.3. Hulpvraag	14
	4.4 Instroom	19
	4.5 Uitstroom	21
5.	Conclusie en discussie	22
6.	Literatuur	24

1. Aanleiding

Het hoofddoel van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) is het borgen en optimaliseren van de regionale beschikbaarheid, de bereikbaarheid en kwaliteit van de spoedeisende ketenzorg (Figuur 1). Hiervoor dient het ROAZ o.a. het volgende in kaart te brengen:

1. Acute zorgaanbod in de regio
2. (en daaruit volgende) witte vlekken in bereikbaarheid en (structurele) beschikbaarheid.

Bij veranderingen in zorgvraag of -aanbod, bijvoorbeeld door fusies, verhuizingen of concentratie van zorg, kunnen mogelijk witte vlekken ontstaan in de regionale bereikbaarheid, beschikbaarheid of kwaliteit van de acute zorg. Hier kan het ROAZ op anticiperen door periodiek zorgvraag en -aanbod in kaart te brengen en af te stemmen. In het verleden ontbrak het inzicht in de algemene primaire patiëntenstromen (zorgvraag) bij de regionale spoedeisende hulpen (SEH's), regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) en huisartsenposten (HAP's).



Figuur 1 Visuele weergave primaire patiëntenstromen in de spoedeisende zorgketen.

2. Doelstelling

De doelstelling van dit periodieke onderzoeksproject is het monitoren van de primaire patiëntenstromen binnen de spoedzorgketen in Noord-Holland en Flevoland. Door dit onderzoek jaarlijks te herhalen, ontstaat een beeld van de regionale patiëntenstromen over de tijd, verschuivingen/trends hierin en komen mogelijke verbeterpunten aan het licht.

3. Werkwijze

De regionale patiëntenstromen worden in kaart gebracht door middel van vragenlijsten. Er wordt hierin gevraagd naar (geaggregeerde) cijfers over het patiëntenaanbod. De vragenlijsten zijn gebaseerd op bestaande registraties, onderzoeken en benchmarks (o.a. Kommer et al., 2015; Ambulancezorg Nederland, 2015) en zijn in 2014 getoetst in een pilot (Rhebergen et al., 2014). Ook dit jaar zijn alle primaire partners in de spoedzorgketen in Noord-Holland en Flevoland uitgenodigd om te participeren: 19 SEH's, 5 RAV's en 12 HAP-organisaties (21 locaties).

Tabel 1 Uitgenodigde primaire ketenpartners.

SEH-locaties		RAV's	HAP's organisaties (aantal locaties)
AMC	OLVG West	Groot-Amsterdam	Alkmaar (1)
BovenIJ Ziekenhuis	Rode Kruis Ziekenhuis	Flevoland	Almere (1)
Flevoziekenhuis	Tergooi Blaricum	Gooi-&Vechtstreek	Amstelveen (1)
Spaarne Gasthuis Hoofddorp	Tergooi Hilversum	Kennemerland	Amsterdam (5)
Spaarne Gasthuis Haarlem	VUmc	Noord-Holland Noord	Beverwijk (1)
Ziekenhuis Amstelland	Waterlandziekenhuis		Hilversum/Blaricum (2)
MC Slotervaart	Westfriesgasthuis		Haarlem (2)
MC Zuiderzee	Zaans Medisch Centrum		Kop Noord-Holland (3)
Noordwest Ziekenhuis- groep Alkmaar			Lelystad (1)
Noordwest Ziekenhuis- groep Den Helder			West-Friesland (1)
OLVG Oost			Zaanstreek-Waterland (2)
			Haarlemmermeer (1)

De vragenlijst werd begin februari 2018 uitgezet onder de (medisch) managers van de betrokken organisaties of afdelingen. Zij kregen ongeveer 8 weken de tijd om de vragenlijst in te vullen. Om vergelijking over de tijd mogelijk te maken, werden de cijfers opgevraagd over de jaren 2014-2018. In de vragenlijsten werd het aantal SEH-bezoeken, HAP-verrichtingen en ambulance-inzetten uitgevraagd, *niet* het aantal unieke patiënten.

De respons van de ziekenhuizen betrof 95% (18/19 SEH's, alleen Rode Kruis Ziekenhuis ontbreekt wederom), 100% van de RAV's (5/5) en 75% van de HAP's (9/12 organisaties, 17/21 locaties), al kon niet alle opgevraagde informatie worden aangeleverd. Aan de hand van de ingevulde vragenlijsten en de overige gegevens is een beschrijvende analyse gemaakt. Hierin is steeds een vergelijking gemaakt tussen (type) ketenpartners over de tijd. Waar mogelijk, en indien relevant, is een verdere uitsplitsing op veiligheidsregio uitgevoerd.

Tot slot, idee is verder om nu ook een landelijke rapportage te gaan maken waarin de verschillende regio's (geaggregeerd) zullen worden opgenomen. Het onderzoek is al in 8 regio's overgenomen nu.

4. Bevindingen

4.1 Algemeen

Bij de SEH's nam het patiëntenaanbod over de periode 2014-2017 af met 4,0% (Tabel 2). Na 2015 lijkt het aantal patiënten echter relatief constant. Een aanvullende analyse op veiligheidsregio (en op ziekenhuisniveau) laat wel aanzienlijke variatie zien in de ontwikkelingen van het patiëntenaanbod (Figuur 2a). In veiligheidsregio Noord-Holland Noord (NHN) nam het aantal SEH-patiënten bijvoorbeeld toe met 2,1% en in veiligheidsregio Kennemerland nam dit aantal af met 20,9% (N.B. geen gegevens ontvangen van het RKZ).

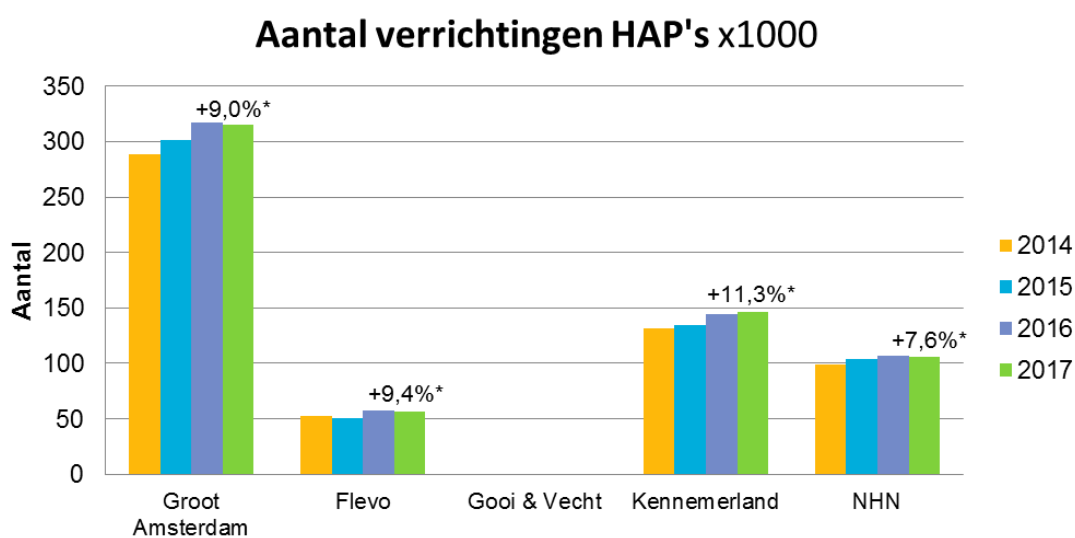
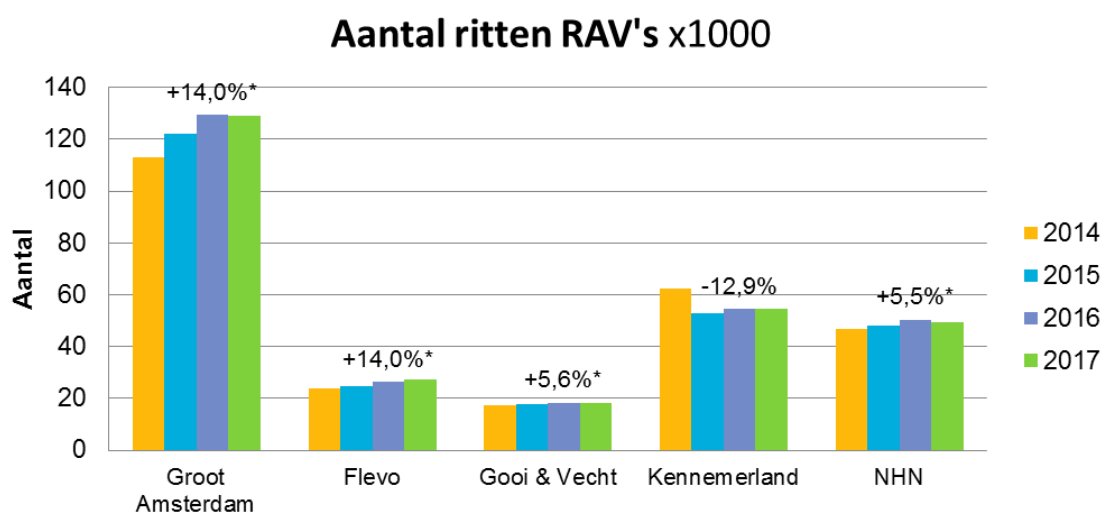
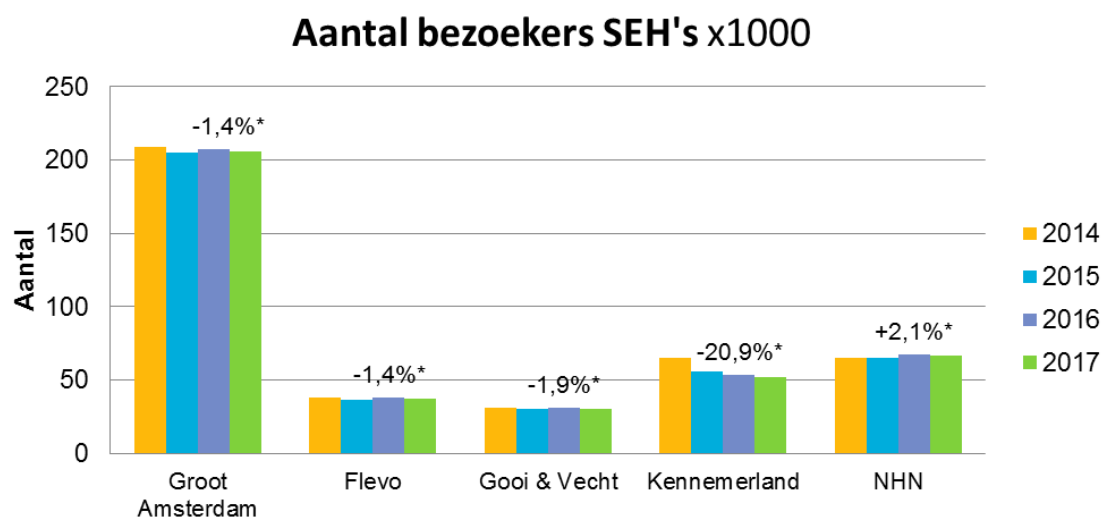
De RAV's zagen in de periode 2014-2017 een toename van de ritten van 5,6% (Tabel 2). Van 2016 naar 2017 nam het aantal ritten echter licht af. Er is verder ook aanzienlijke variatie zichtbaar in de groei van het aanbod tussen de verschillende RAV's (+14,0% tot -12,9%) (Figuur 2b). Van 2016 naar 2017 bleef het aantal ritten voor het eerst in jaren relatief gelijk (-0,3%).

Net als bij de RAV's nam het aantal verrichtingen van de HAP's in 2017 ten opzichte van 2014 toe (+9,4%) (Tabel 2). Bij uitsplitsing bleek er ook een toename zichtbaar in alle veiligheidsregio's (+7,6% tot +11,3%) (Figuur 2c). Van 2016 naar 2017 bleef het aantal verrichtingen voor het eerst in jaren relatief gelijk (-0,2%).

Tabel 2 Ontwikkeling totale patiëntenaanbod SEH's, RAV's en HAP's 2014-2017.

Jaar	SEH's (N=18/19) <i>n</i> (% t.o.v. 2014) (% t.o.v. jaar eerder)	RAV's (N=5/5) <i>n</i> (% t.o.v. 2014) (% t.o.v. jaar eerder)	HAP's (N=17/21) <i>n</i> (% t.o.v. 2014) (% t.o.v. jaar eerder)
2014	407.667	263.518	571.581
2015	392.682 (-3,7%) (-3,7%)	265.631 (+0,8%) (+0,8%)	591.143 (+3,4%) (+3,4%)
2016	396.770 (-2,7%) (+1,0%)	278.849 (+5,8%) (+4,9%)	626.938 (+9,7%) (+6,1%)
2017	391.266 (-4,0%) (-1,4%)	278.206 (+5,6%) (-0,2%)	624.853 (+9,4%) (-0,3%)

Figuur 2a-c Ontwikkeling patiëntenaanbod SEH's, RAV's, en HAP's per veiligheidsregio; 2014-2017.

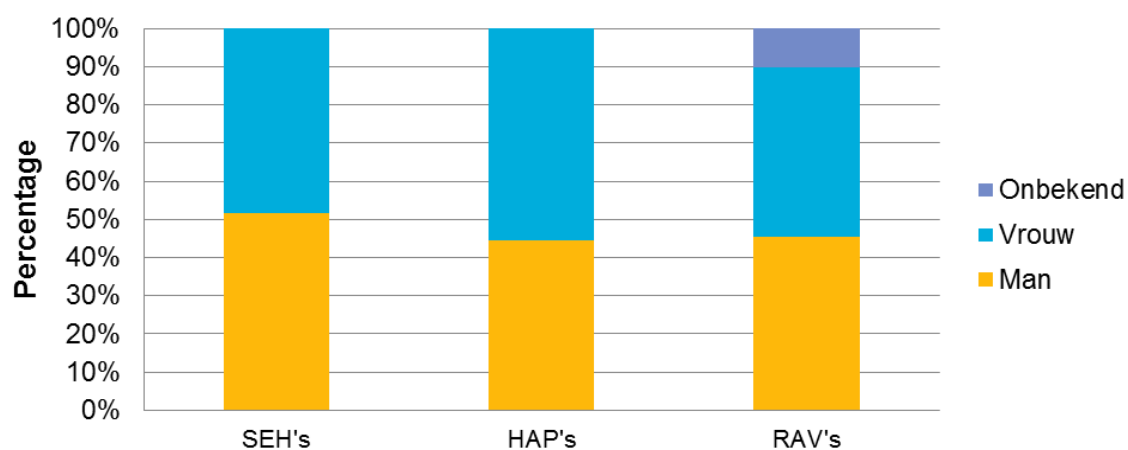


4.2. Patiëntkarakteristieken

4.2.1. Geslacht

Het aandeel mannelijke / vrouwelijke patiënten varieerde eigenlijk niet bij de SEH's, RAV's en HAP's over de periode 2014-2017. Wel vonden wij verschillen in het aandeel mannen en vrouwen tussen de 3 typen ketenpartners. Waar de SEH's en RAV's ongeveer evenveel mannen als vrouwen zien, bezoeken meer vrouwen dan mannen de HAP's (Figuur 3).

Figuur 3 Aandeel mannen en vrouwen patiëntenaanbod SEH's, RAV's en HAP's 2017.



4.2.2. Leeftijd

Doordat wij dit jaar de leeftijdscategorisering in de uitvraag hebben aangepast (landelijke afspraak), konden niet alle partners de gegevens over alle jaren aanleveren. De noemer/het aantal partners (n) is hier dus lager dan gebruikelijk (Tabel 3). Wel kunnen wij nu bijvoorbeeld ook ontwikkelingen zien in de leeftijdscategorie ouderen van 45-64 jaar en 65-74 jaar. Voor de leeftijdscategorie 75 of ouder, die ongewijzigd bleef in de uitvraag hebben wij wel een analyse uit kunnen voeren over meerdere jaren (Figuur 4a-c).

Bij de SEH's (n=6) nam het aantal en aandeel patiënten tot 44 jaar licht af, terwijl het aantal en aandeel oudere patiënten in de 3 laatste 3 leeftijdscategorieën juist toenam in de periode 2014-2017 met 2,9% (Tabel 3). Opvallend bij uitsplitsing per veiligheidsregio is de grote variatie in het aandeel ouderen (13% tot 21%), en de sterkte van de stijging. In de veiligheidsregio Kennemerland was er in 2017 ten opzichte van 2014 bijvoorbeeld een toename van het aandeel 75 jaar of ouder zichtbaar van 3,7%, en in de regio Amsterdam van 1,1% (Figuur 4a).

Bij de RAV (n=1, Flevoland) werd in de periode 2014-2017 geen noemenswaardige verandering waargenomen in het aandeel jongere of oudere patiënten in de verschillende leeftijdscategorieën (Tabel 3). Voor de categorie 75 jaar of ouder konden wij voor 4 RAV's analyses uitvoeren. Daarbij vonden wij enige variatie bij uitsplitsing op veiligheidsregio (Figuur 4b). In NHN bijvoorbeeld nam het aandeel patiënten van 75 jaar of ouder toe met 0,8% en in Gooi- en Vechtstreek af met 1,9%. Opvallend waren ook hier de verschillen in het aandeel ouderen tussen de regio's. Bij de RAV Gooi- en vechtstreek ligt dit bijvoorbeeld rond de 40% en bij de RAV Flevoland rond de 20%.

In totaal en per veiligheidsregio waren er voor de HAP's (n=6) eigenlijk ook geen ontwikkelingen zichtbaar binnen de verschillende leeftijdscategorieën (Tabel 3), behalve een kleine afname van het aandeel jonge kinderen tussen 0-4 jaar (-1,3%). Gemiddeld werd er zelfs een kleine afname gevonden van het aandeel ouderen van 75 jaar of ouder (-0,7%). Alleen bij uitsplitsing op veiligheidsregio waren er kleine verschillen waarneembaar (Figuur 4c). Er was in de periode van 2014-2017 bijvoorbeeld een kleine stijging zichtbaar in het aandeel ouderen van 75 jaar of ouder in de veiligheidsregio NHN van 1,0%, en een kleine daling van 0,9% in Amsterdam.

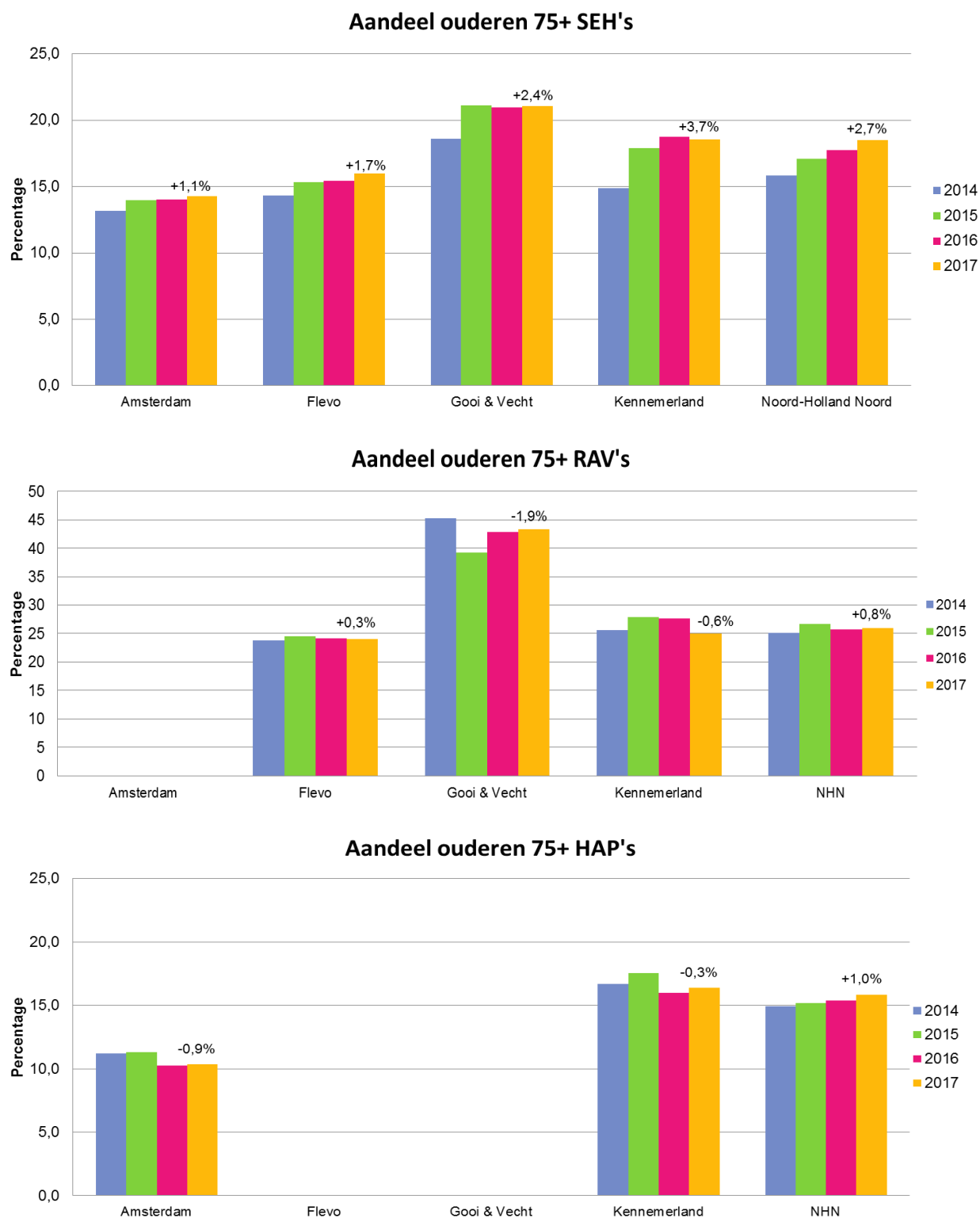
Tabel 3 Ontwikkeling leeftijdscategorieën patiëntenaanbod SEH's, HAP's en RAV's 2014-2017.

Leeftijd*	SEH's (n=6) n (%)				RAV's (n=1) (!) n (%)				HAP's (n=6 locaties) n (%)			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
0-4 jaar	11.492 (7,4%)	11.505 (7,4%)	12.180 (7,8%)	11.540 (7,4%)	686 (2,9%)	702 (2,8%)	853 (3,2%)	798 (2,9%)	34.784 (17,0%)	35.137 (16,5%)	37.357 (16,6%)	35.048 (15,7%)
5-19 jaar	23.246 (15,1%)	22.832 (14,8%)	22.817 (14,6%)	22.031 (14,2%)	1.496 (6,3%)	1.612 (6,5%)	1.717 (6,5%)	1.602 (5,9%)	22.709 (11,1%)	24.192 (11,4%)	27.265 (12,1%)	25.731 (11,6%)
20-44 jaar	47.135 (30,5%)	45.260 (29,2%)	44.936 (28,8%)	44.315 (28,5%)	4.465 (18,8%)	4.558 (18,5%)	4.857 (18,5%)	4.950 (18,2%)	63.813 (31,3%)	65.903 (31,0%)	70.805 (31,5%)	71.459 (32,1%)
45-64 jaar	35.129 (22,8%)	35.373 (22,9%)	35.884 (23,0%)	36.593 (23,6%)	6.620 (27,8%)	6.569 (26,7%)	6.993 (26,6%)	7.173 (26,4%)	35.075 (17,2%)	36.693 (17,3%)	37.555 (16,7%)	39.120 (17,6%)
65-74 jaar	16.755 (10,9%)	17.896 (11,6%)	18.459 (11,8%)	18.768 (12,1%)	3.615 (15,2%)	3.950 (16,0%)	4.218 (16,1%)	4.593 (16,9%)	13.228 (6,5%)	14.458 (6,8%)	15.174 (6,8%)	15.924 (7,2%)
>75 jaar	20.513 (13,3%)	21.784 (14,1%)	21.678 (13,9%)	22.124 (14,2%)	5.669 (23,8%)	6.027 (24,5%)	6.335 (24,1%)	6.530 (24,1%)	24.860 (12,2%)	26.268 (12,4%)	25.486 (11,4%)	25.541 (11,5%)
Overig/ onbekend	112 (0,1%)	92 (0,1%)	14 (0,0%)	0 (0,0%)	1.249 (5,2%)	1.230 (5,0%)	1.301 (5,0%)	1.487 (5,5%)	9.668 (4,7%)	10.043 (4,7%)	10.862 (4,8%)	9.724 (4,4%)

*Door afronding valt de som van de percentages soms net iets hoger of lager uit dan 100%.

**N.B. Doordat dit jaar de leeftijdscategorisering is aangepast (landelijke afspraak), konden niet alle partners deze gegevens over alle jaren aanleveren. De noemer (n) is dus lager dan gebruikelijk.

Figuur 4a-c Ontwikkeling aandeel patiënten 75 jaar of ouder bij SEH's (n=16), RAV's (n=4) en HAP's (n=14) per veiligheidsregio 2014–2017.



*RAV Amsterdam en HAP's in Flevoland en Gooi en Vechtstreek konden deze gegevens niet volledig aanleveren.

** % 2014 t.o.v. 2017

4.3. Hulpvraag

4.3.1. Tijdstip

Het grootste deel van de SEH- en RAV-contacten in 2014-2017 vond doordeweeks tijdens kantooruren en in de avond plaats (Tabel 4). De HAP's zijn tijdens kantooruren gesloten (m.u.v. feestdagen); acute patiënten worden tijdens deze uren grotendeels in de dagpraktijken gezien, of gaan naar de SEH. De HAP's zagen de meeste patiënten doordeweeks in de avond. De minste contacten van de SEH's, RAV's en HAP's vonden plaats tijdens de nacht, zowel doordeweeks als in het weekend. Er werden geen noemenswaardige veranderingen over de jaren, of tussen de veiligheidsregio's waargenomen.

Tabel 4 Ontwikkeling tijdstip contact patiëntenaanbod SEH's, RAV's en HAP's 2017.

Tijdstip*	SEHs (n=16) n (%)	RAVs (n=4) n (%)	HAPs (n=13) n (%)
Doordeweeks (08:00-16:59)**	146.581 44,1%	79.041 45,4%	7855 1,6%
Doordeweeks (17:00-23:59)	75.509 22,7%	35.288 20,3%	175.158 35,5%
Doordeweeks (00:00-07:59)	18.969 5,7%	17.114 9,8%	43.293 8,8%
Weekend (08:00-16:59)	50.167 15,1%	19.502 11,2%	160.456 32,5%
Weekend (17:00-23:59)	29.889 9,0%	13.752 7,9%	80.726 16,4%
Weekend (00:00-07:59)	11.537 3,5%	9.506 5,5%	26.108 5,3%

* Indeling cellen; aantal; percentage totaal ketenpartner. Door afronding valt de som van de percentages soms net iets hoger of lager uit dan 100%.

** HAP's zijn tijdens kantooruren gesloten (m.u.v. feestdagen).

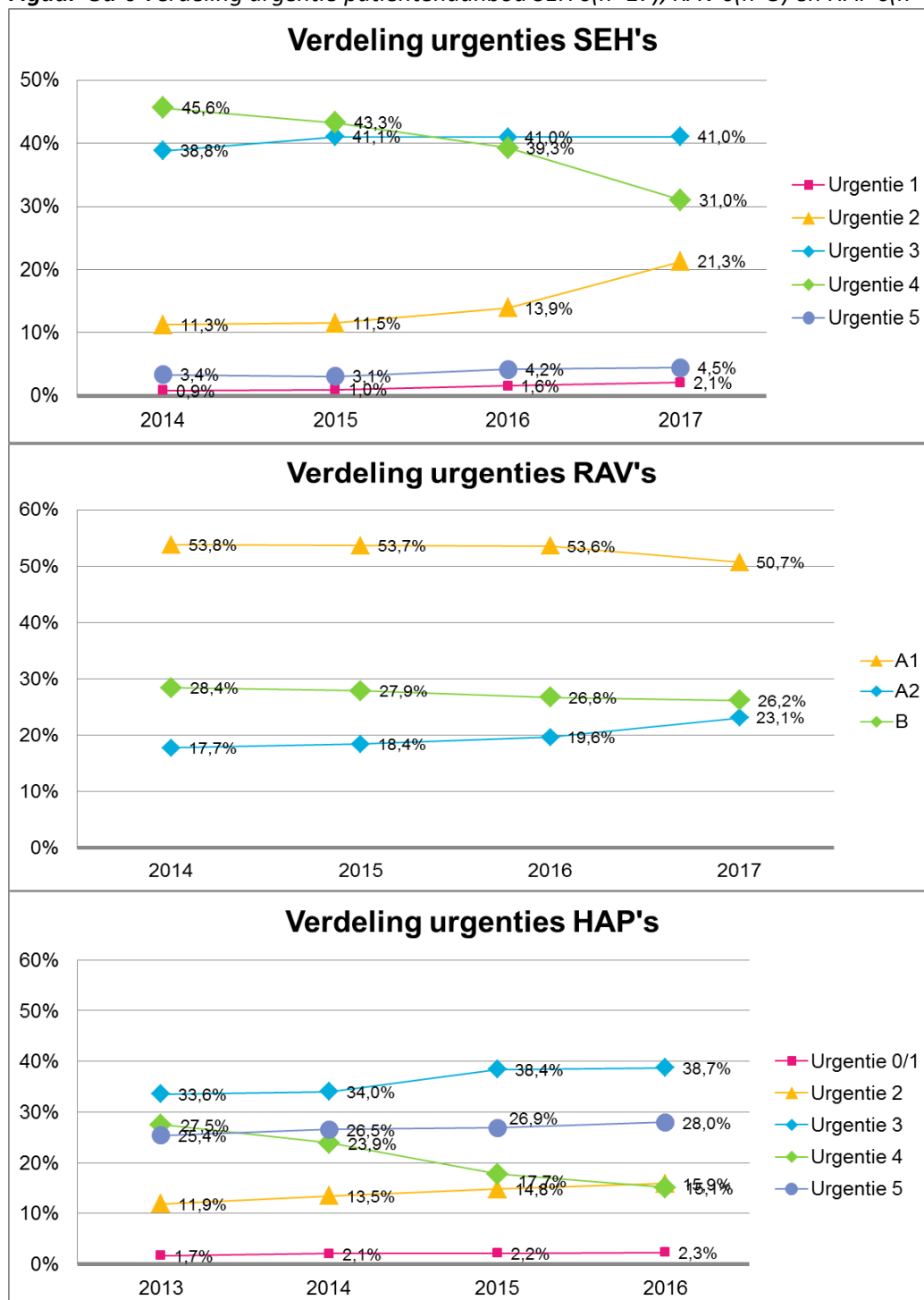
4.3.2. Urgentie

In de periode 2014-2017 nam het aandeel SEH-patiënten in de drie meest spoedeisende categorieën sterk toe met ongeveer 14%, terwijl het aandeel in de twee minst urgente categorieën afnam met ongeveer 15% (Figuur 5a). Hiernaast werden tussen de (veiligheids)regio's verschillen gevonden in het aandeel patiënten binnen de verschillende urgentiecategorieën (Figuur 6a). In Kennemerland ligt het gezamenlijk aandeel van de 3 meest spoedeisende categorieën bijvoorbeeld rond de 85% en in Gooi- en Vechtstreek rond de 45%.

Bij de RAV's zijn over de periode 2014-2017 het aantal van alle typen ritten toegenomen (A1, A2 en B-ritten) (Figuur 5b). Hierbinnen is het *aandeel* A1-ritten met 3,1% en B-ritten met 2,2% gedaald en het *aandeel* A2 ritten met 5,4% gestegen. Tussen de RAV's/(veiligheids)regio's werd enige variatie in het aandeel van de verschillende typen ritten waargenomen (Figuur 6b).

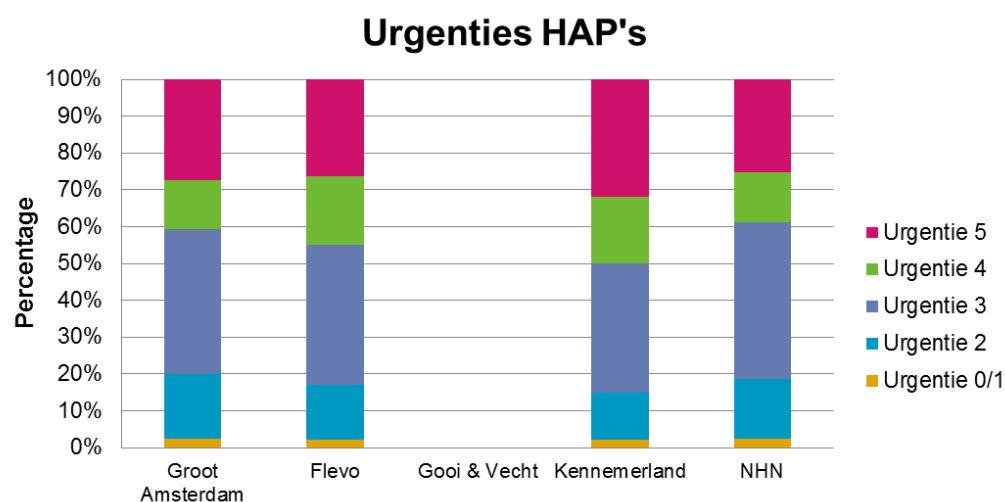
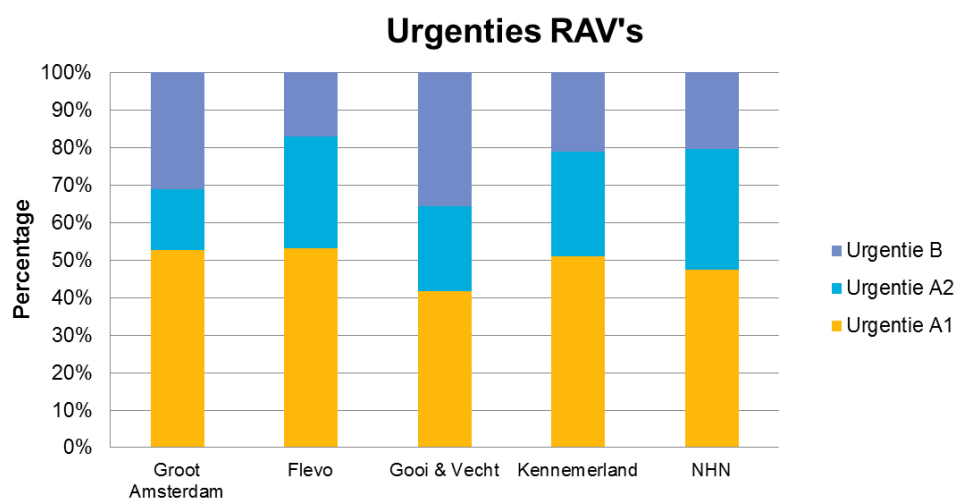
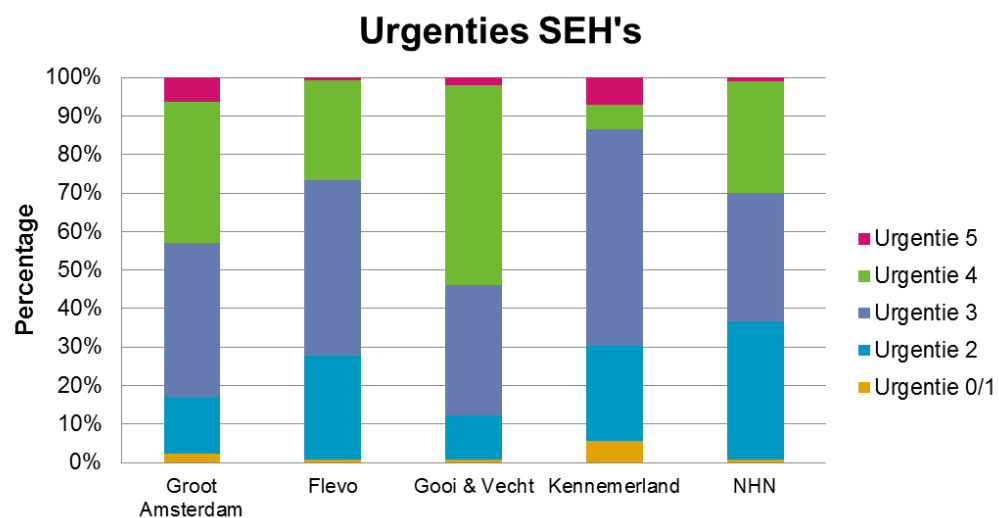
Bij de HAP's, is net als bij de SEH's, het aandeel patiënten in de hogere urgentiecategorieën sterk gestegen over de periode 2014-2017 (+10%) (Figuur 5c). Bij de HAP's nam het *aandeel* patiënten in met name de categorie U4 af. Hiernaast was ook tussen de (veiligheids)regio's enige variatie zichtbaar in het aandeel van de verschillende urgentiecategorieën (Figuur 6c).

Figuur 5a-c Verdeling urgentie patiëntenaanbod SEH's(n=17), RAV's(n=5) en HAP's(n=15) 2014-2017.



*Triage-systemen en codering urgentie verschillen per ketenpartner, dit maakt vergelijking tussen ketenpartners NIET mogelijk/zinvol. Deelnemende SEH's maken gebruik van verschillende triagesystemen, allen met 5 urgentie-categorieën. Zoals in andere onderzoeken zijn deze in dit project over elkaar gelegd. Voor SEH's betekent dit bij MTS bijvoorbeeld **rood** t/m **blauw** (met nummering 1-5). Hierbij geldt dat de 1 staat voor levensbedreigend (z.s.m. hulp) en dat de urgentie afneemt naarmate er een hogere categorie wordt gescoord (bv Categorie 5 bij MTS: binnen 240 minuten helpen). De RAV's in de regio maken gebruik van AMPDS/ProQA. Mede op basis hiervan maakt de meldkamer een keuze tussen een A1 (binnen 15 minuten), A2 rit (binnen 30 minuten) en B-rit (besteld vervoer). De deelnemende HAP's maken gebruik van de NTS. Voor hen geldt de volgende categorisering: U0/U1= Levensbedreigend, z.s.m.; U2= Spoed, binnen een uur; U3= Dringend, binnen een paar uur; U4= Niet dringend, U5 = Zelfadvies.

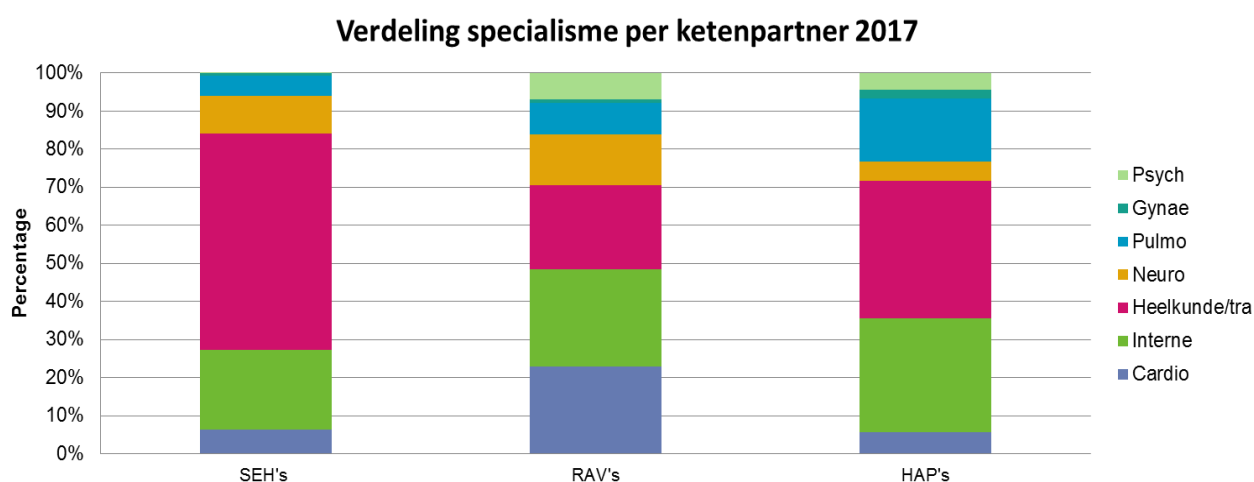
Figuur 6a-c Verdeling urgentie patiëntenaanbod SEH's(n=17), RAV's(n=5) en HAP's(n=15) per veiligheidsregio in 2017.



4.3.3. Soort specialisme / diagnosegebieden

Bij de SEH's, RAV's en HAP's blijken 'heelkunde/trauma' en 'interne'-patiënten het meest, en 'psychiatrie' en 'gynaecologie/verloskunde'-patiënten het minst talrijk (Figuur 7). Dit beeld is zichtbaar over alle veiligheidsregio's. Er zijn hiernaast een aantal (logische) verschillen zichtbaar tussen de 3 typen primaire ketenpartners. Het aandeel 'heelkunde/trauma'-patiënten is bij de SEH's hoger dan bij de HAP's en RAV's. Het aandeel 'cardiologie' en 'neurologie'-patiënten is bij de RAV's relatief hoger. Tot slot blijkt het aandeel 'pulmonologie'-patiënten juist relatief hoger bij de HAP's. Door een gebrek aan gegevens over 2014, 2015 en 2016 konden nu geen analyses over de tijd worden uitgevoerd.

Figuur 7 Verdeling patiëntenaanbod over de verschillende specialismen bij SEH's(n=17), RAV's(n=5) en HAP's(n=9) per veiligheidsregio in 2017.



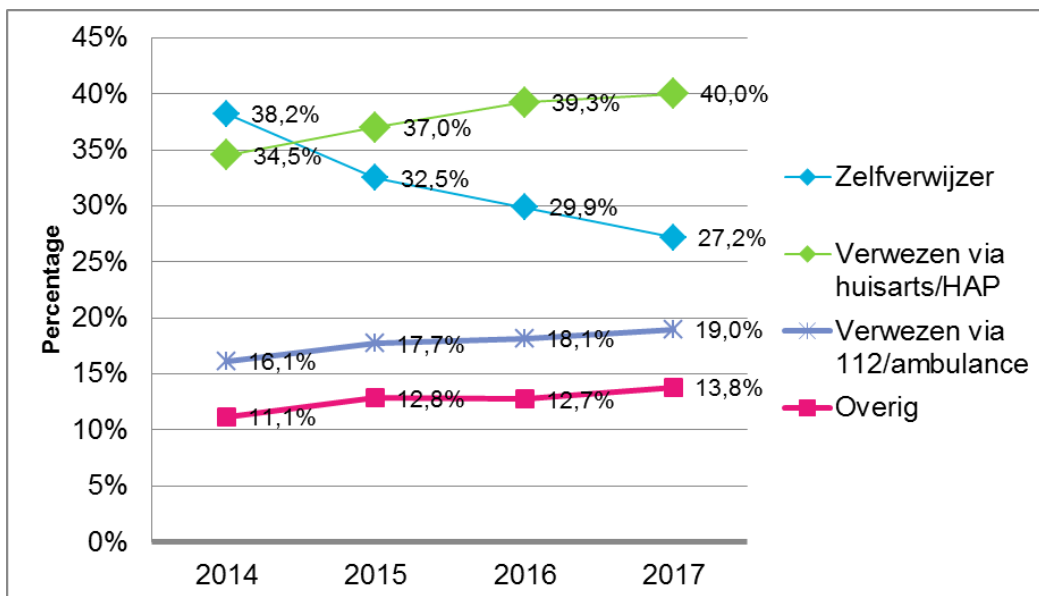
4.4. Instroom

4.4.1. Verwijzer (SEH's en HAP's)

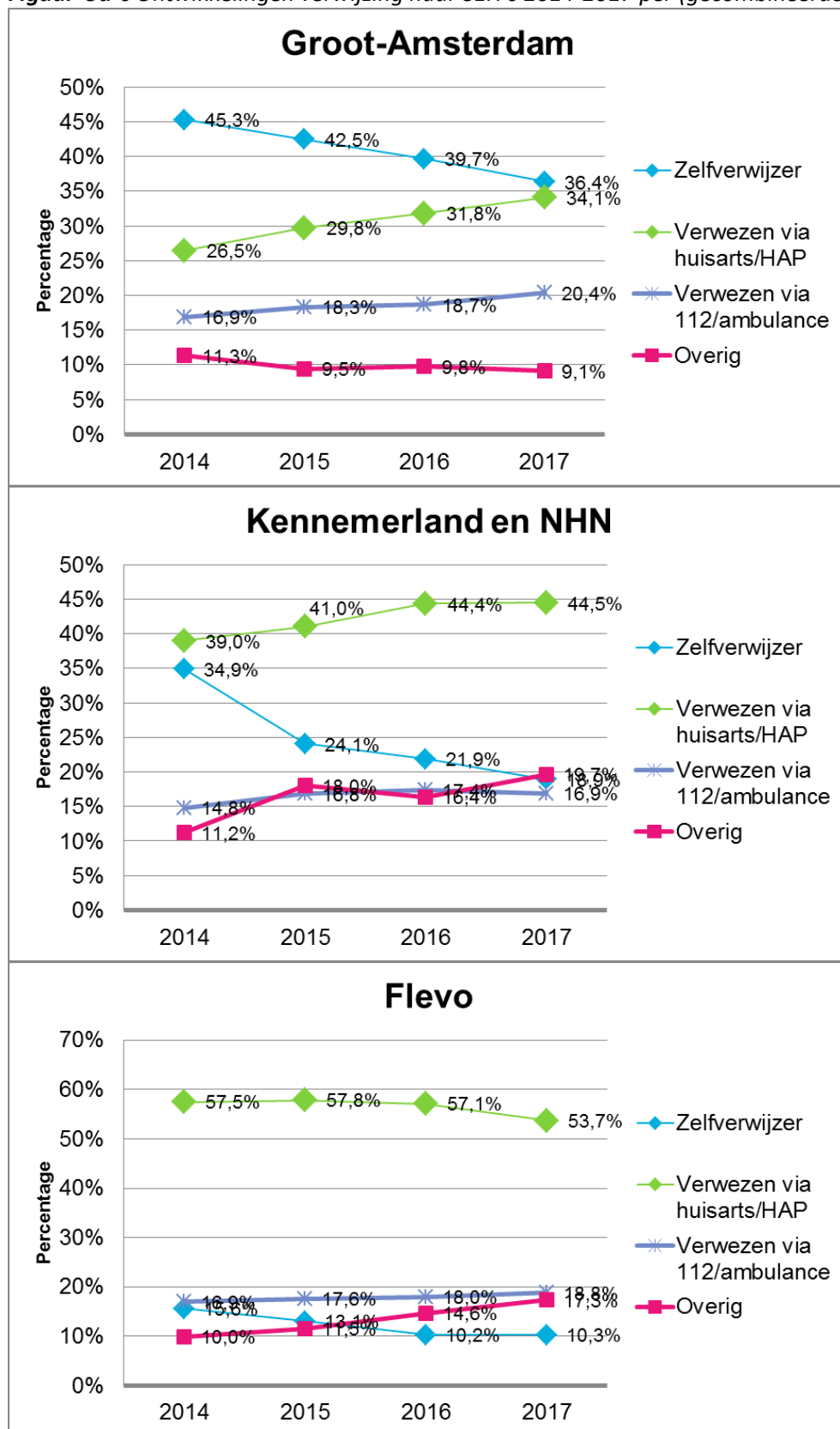
Zelfverwijzers vormen in 2017 nog steeds een aanzienlijke groep patiënten die instromen naar de SEH's (27,2%). Het aandeel is in de periode 2014-2017 wel weer verder gedaald met 11,0% (Figuur 8). Deze trend was in alle veiligheidsregio's zichtbaar (Figuur 9a-c). Het aandeel zelfverwijzers varieerde sterk tussen de veiligheidregio's. In de regio Groot-Amsterdam ligt het percentage bijvoorbeeld rond de 35%, terwijl dit in Flevoland rond de 10% is. In 2017 werd ten opzichte van 2014 weer vaker verwezen via huisarts/HAP (34,5% in 2014 vs. 40,0% in 2017) en via de ambulance (16,1% in 2014 vs. 19,0% in 2017) (Figuur 8). Ook deze trends zijn grotendeels zichtbaar in alle veiligheidsregio's (Figuur 9a-c).

Dit jaar vroegen wij de HAP's voor het eerst om aan te geven welk percentage van hun patiënten zelfverwijzers betrof. In totaal konden 12 HAP's deze gegevens voor 2017 aanleveren. Het gemiddelde percentage zelfverwijzers betrof hier 9,1%.

Figuur 8 Ontwikkelingen verwijzing naar SEH's (n=15) 2014-2017.



Figuur 9a-c Ontwikkelingen verwijzing naar SEH's 2014-2017 per (gecombineerde) veiligheidsregio.



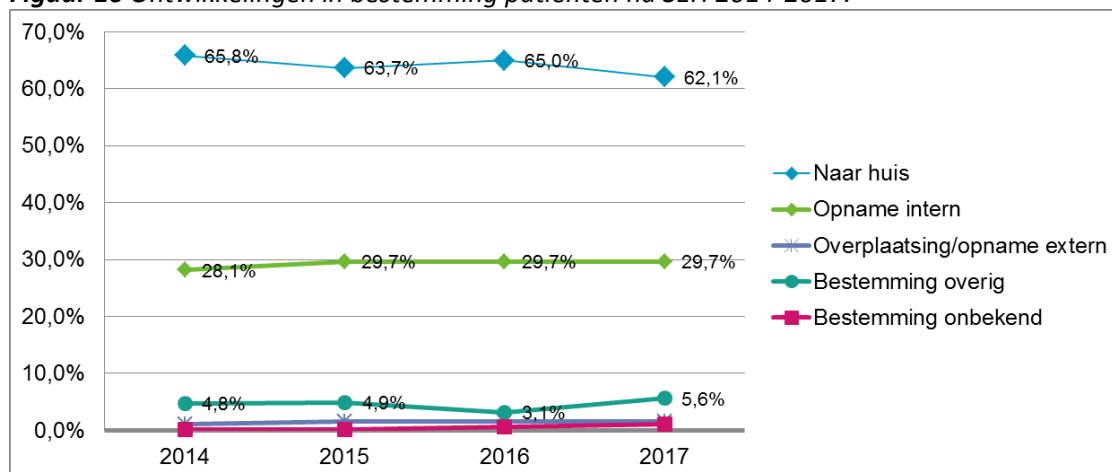
*Geen gegevens vanuit SEH's Gooi en Vecht beschikbaar over alle jaren.

4.5. Uitstroom

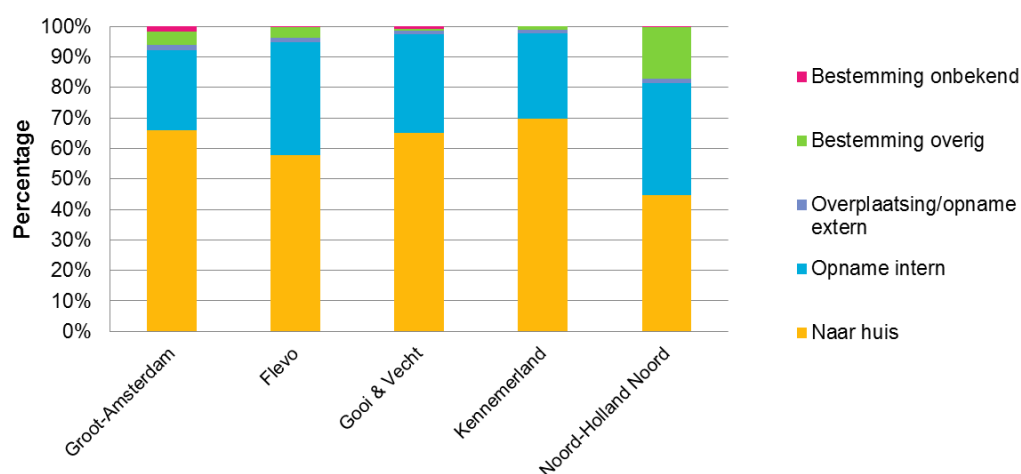
4.5.1. Bestemming acute patiënten na SEH's

Ongeveer tweederde van de SEH-patiënten kon direct na het SEH-bezoek naar huis (Figuur 10). Dit aandeel daalde in de periode 2014-2017 echter met 3,7%, terwijl het aandeel interne opnames juist iets toenam met 1,6% (dit laatste is echter wel stabiel sinds 2015). Deze trend was grotendeels zichtbaar in alle veiligheidsregio's en ziekenhuizen. Er werden verder geen trends in andere bestemmingscategorieën waargenomen over de tijd. M.b.t. de uitstroom waren er tussen de veiligheidsregio's wel aanzienlijke verschillen zichtbaar in het aandeel patiënten dat na het SEH-bezoek direct naar huis kon, of intern werd opgenomen (Figuur 11). In de regio NHN betrof het aandeel patiënten dat direct na de SEH naar huis kon bijvoorbeeld ongeveer 45%; in Kennemerland was dit ongeveer 70%.

Figuur 10 Ontwikkelingen in bestemming patiënten na SEH 2014-2017.



Figuur 11 Ontwikkelingen in bestemming patiënten na SEH per veiligheidsregio in 2017.



Conclusies en discussie

Totale aanbod

Bij de SEH's nam het patiëntenaanbod in de periode 2014-2017 af met 4,0%, terwijl het aantal patiënten bij de RAV's (+5,6%) en HAP's (+9,4%) toenam. Na 2015 lijkt het aantal SEH-patiënten echter relatief constant. Van 2016 naar 2017 bleef ook het aantal ritten van de RAV's en het aantal verrichtingen bij de HAP's voor het eerst in jaren relatief gelijk. Wel werden tussen de veiligheidsregio's hierbij wel aanzienlijke verschillen waargenomen. In algemene zin sluiten deze bevindingen goed aan bij de landelijke trend en (beleids)ontwikkelingen waarbij laag-complexe zorg deels wordt verplaatst van 2^e naar 1^e lijn (substitutie en samenwerking triage HAP/SEH).

Leeftijd

Bij de SEH's nam het aantal en aandeel oudere patiënten in de hoogste 3 leeftijdscategorieën (> 44 jaar oud) in de periode 2014-2017 toe met 2,9%. De sterkte van de stijging varieerde tussen veiligheidsregio's. De toename van het aandeel ouderen bij de SEH's lijkt groter dan wat men zou verwachten o.b.v. de demografische ontwikkelingen (CBS, 2018). Mogelijk spelen landelijk ingezette beleidsveranderingen hier een rol in (bijv. ambulantisering ouderenzorg). Bij de RAV's en HAP's werd in de periode 2014-2017 eigenlijk geen verandering waargenomen in het aandeel oudere patiënten (van o.a. 75 jaar of ouder). Wel werden ook hier weer verschillen waargenomen tussen veiligheidsregio's. Ook opvallend was de variatie in het totale aandeel patiënten van 75 jaar of ouder per veiligheidsregio voor bij de SEH's (±13% tot 21%), RAV's (±20% tot 40%) en HAP's (±10 tot 17%).

Urgentie

In de periode 2014-2017 nam het aandeel SEH-patiënten in de 3 meest spoedeisende categorieën sterk toe met ongeveer 14%, terwijl het aandeel in de 2 minst urgente categorieën afnam met 15%. Bij de HAP's was er een identieke trend zichtbaar. Bij de RAV's namen over de periode 2014-2017 de aantallen van alle typen ritten toe (A1, A2 en B-ritten). Hierbinnen daalde het *aandeel* A1-ritten met 3,1% en B-ritten met 2,2% en het *aandeel* A2 ritten steeg met 5,4%. Bij de SEH's, RAV's en HAP's was er bij uitsplitsing op veiligheidsregio variatie zichtbaar in de sterkte van de daling(en)/stijging(en) en in het aandeel van de verschillende urgentiecategorieën. Deels zijn de trends verklaarbaar door (veranderingen in) het gebruik van verschillende triagesystemen en gezamenlijke triage SEH/HAP. De trend bij de HAP's werd eerder ook al waargenomen in landelijk onderzoek (NIVEL, 2017). Als mogelijke verklaring schreven de onderzoekers:

“Deze bevindingen roepen de vraag op wat de oorzaken zijn van de hogere inschatting van de urgentie. Mogelijk is er meer aandacht bij huisartsenposten om calamiteiten te voorkomen. Ook de wijze waarop wordt gewerkt met geprotocolleerde triage zou een rol kunnen spelen.”

Instroom (SEH's en HAP's)

Het aandeel zelfverwijzers is in de periode 2014-2017 weer verder gedaald, terwijl het aantal verwijzingen via 112/RAV en via huisarts juist toenamen. Ook deze trends passen bij de eerder genoemde landelijke beleidsontwikkelingen, bijvoorbeeld de intensievere samenwerking tussen HAP's en SEH's op het gebied van triage. Zelfverwijzers vormen in 2017 echter nog steeds een aanzienlijke groep patiënten die instromen naar de SEH's (27,2%), al is dit percentage bijvoorbeeld wel iets lager dan het landelijk gemiddelde van 30% uit 2014 (Gakeer et al., 2014). Het percentage zelfverwijzers varieerde echter sterk tussen de regio's, en blijft met name hoog in Groot-Amsterdam. Tot slot vroegen wij dit jaar ook de HAP's om aan te geven welk percentage van hun patiënten zelfverwijzers betrof. Het gemiddelde percentage zelfverwijzers betrof hier 9,1%.

Uitstroom (SEH's)

Ongeveer tweederde van de SEH-bezoekers kon direct na een SEH-bezoek naar huis. Het aandeel daalde in de periode 2014-2017 met 3,7%, terwijl het aandeel interne opnames juist licht steeg met 1,6% (dit laatste is echter wel stabiel sinds 2015). Deze trend was grotendeels zichtbaar in alle veiligheidsregio's. Er werden verder geen trends in andere bestemmingscategorieën waargenomen over de tijd. Bij de uitstroom waren er tussen de veiligheidsregio's wel aanzienlijke verschillen zichtbaar in het aandeel patiënten dat na het SEH-bezoek direct naar huis kon, of intern werd opgenomen. De eerder benoemde stijging in het aandeel ouderen (>75 jaar) en/of meer spoedeisende patiënten (U1-U3) op de SEH's zou een mogelijke verklaring kunnen zijn. Complexe en/of ouderen worden gemiddeld vaker (her)opgenomen (Samaras et al., 2010; Ackroyd-Stolarz et al., 2011).

5. Literatuur

- Ackroyd-Stolarz et al. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Sav*, 20, 564-569 (2011).
- Centraal Bureau voor statistiek (CBS), 2018. <http://bit.ly/2uauuEI>
- Gakeer, et al. Inventarisatie van SEH-bezoeken en zelfverwijzers. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2014; 158: A7128. <http://bit.ly/2gMqCWV>
- Kommer et al. (RIVM). Trendanalyse spoedeisende ambulancezorg. Rapport, 2015.
- Ambulancezorg Nederland. Ambulances In-zicht 2014. Rapport, 2015.
- NIVEL. Ontwikkelingen op de huisartsenpost. Rapport, januari 2017. <http://bit.ly/2vlzfLc>
- Rhebergen, M. & Bonink, D. Patiëntenstromen binnen de spoedeisende zorgketen in Noordwest-Nederland 2012 en 2013. Rapport, 2014.
- Samaras et al. Older patients in the Emergency Department: A Review. *Annals of Emergency Medicine*, 56, 261-269 (2010).