

Marktscan Acute Zorg

Bronnen en methoden

Inhoud

1. Leeswijzer	4
2. Analyses huisartsenzorg (hap)	4
2.1 Gegevensbronnen	4
2.1.1 Dataset op basis van declaraties	4
2.1.2 Informatieverzoek hds	4
2.2 Gegevens per analyse	4
3. Analyses ambulancezorg	5
3.1 Gegevensbronnen	5
3.1.1 RIVM dataset ambulance-inzetten	5
3.1.2 Informatieverzoek RAV's	6
3.2 Gegevens per analyse	6
4. Analyses seh	8
4.1 Gegevensbronnen	8
4.1.1 Dataset op basis van declaraties	9
4.1.2 Informatieverzoek SEH	9
4.1.3 Dataset stops	9
4.2 Gegevens per analyse	9
4.2.1 Aanbodzijde seh	9
4.2.2 Vraagzijde seh	10
4.2.3 Instroom op de seh	11
4.2.4 Uitstroom uit de seh	11
4.2.5 Doorlooptijd op de seh	12
4.2.6 Stops	12
5. Eerstelijnsverblijf	14
5.1 Gegevensbronnen	14
5.2 Gegevens per analyse	14
5.2.1 Aanbodzijde elv	14
5.2.2 Vraagzijde	14
5.2.3 Instroom	15
6. Literatuurverwijzingen uit de marktscan	15
7. Enquête zorgaanbieders	17
8. Informatieverzoeken	17
8.1 Informatieverzoek hds'en 2013-2016	17
8.2 Informatieverzoek RAV's 2013-2016	18
8.3 Informatieverzoek seh's 2013-2016	19
8.4 Informatieverzoek ROAZ-en 2013-Q1 2017	21
9. Enquêtevragen	22

1. Leeswijzer

Dit document bevat aanvullende informatie over de gebruikte gegevensbronnen, analyses en definities in de Marktscan Acute Zorg. Deze informatie wordt per hoofdstuk gespecificeerd.

2. Analyses huisartsenzorg (hap)

In deze sectie worden de gegevensbronnen en analyses voor de huisartsenposten beschreven.

2.1 Gegevensbronnen

De analyses over de huisartsenpost (hap) zijn op basis van de volgende datasets:

- Dataset op basis van declaraties van Vektis
- Informatieverzoek hds (zie 8.1)

2.1.1 Dataset op basis van declaraties

De Vektis dataset bevat declaratiegegevens over de periode 2013-2016, en bevat alle contactmomenten: consulten, telefonische consulten, en visites.

2.1.2 Informatieverzoek hds

Alle huisartsendienstenstructuren (hds) ontvingen een informatieverzoek om gegevens per hap te verstrekken over de periode 2013-2016 (zie de vragenlijst in 8.1, dd april 2017). In totaal zijn er 53 formulieren aangeleverd. Omdat enkele gegevens in een formulier ontbreken, nemen we formulieren in sommige analyses niet mee. De data is per huisartsenpost uitgevraagd om deze op basis van postcode te kunnen indelen naar ROAZ-regio.

2.2 Gegevens per analyse

De data die per analyse is gebruikt, worden hieronder nader toegelicht.

Aantal contacten met hap's per 1000 inwoners per leeftijdsgroep door hap's van 2013 tot 2016 (figuur 3.1):

Bron: Vektis declaratiegegevens.

De selectie is aan de hand van de volgende kenmerken gedaan:

De prestatiecode is gelijk aan 12300 (HAP consult), 12301 (HAP visite), 12302 (telefonisch consult).

De aantallen zijn gecorrigeerd per 1000 inwoners per leeftijdsgroep o.b.v. de bevolkingsstatistieken van het CBS.

Het totaal aantal contacten per 1000 inwoners is 231, 230, 236 en 245 in de jaren 2013-2016. Deze gegevens wijken licht af van recent [NIVEL-onderzoek](#). NIVEL constateert op basis van gegevens van 19 hds'en dat de omvang van de zorgvraag op de hap nauwelijks verandert in de periode 2013-2015. Wij constateren echter een stijging in 2015 en 2016.

Aantal contacten met hap's per 1000 inwoners per ROAZ-regio in 2016 (figuur 3.2):

Bron: Vektis declaratiegegevens.

De selectie is aan de hand van de volgende kenmerken gedaan:

De prestatiecode is gelijk aan 12300 (HAP consult), 12301 (HAP visite), 12302 (telefonisch consult).

De aantallen zijn gecorrigeerd per 1000 inwoners per leeftijdsgroep naar ROAZ-gebied o.b.v. de bevolkingsstatistieken van het CBS.

Trendanalyse aantal contacten hap per urgentieniveau en per leeftijdscategorie:

Bron: Informatieverzoek huisartsendienstenstructuur (hds).

In het hds informatieverzoek zijn per huisartsenpost de totalen per urgentieniveau per leeftijdscategorie uitgevraagd. Van alle verzoeken zijn de totalen per jaar (2013-2016) per urgentieniveau /leeftijdscategorie opgeteld.

De inschatting van de urgentie verandert bij alle leeftijdsgroepen. De toename in het aantal contacten met een hoge urgentie is sterker bij personen tot 44 jaar dan bij oudere leeftijdsgroepen. Deze bevindingen komen overeen met bevindingen van het [NIVEL](#).

Aantal contacten met hap's per urgentieniveau van 2013 tot 2016 (figuur 3.3):

Zie Trendanalyse aantal contacten hap per urgentieniveau en per leeftijdscategorie.

Percentage patiënten dat van een hap naar een seh wordt doorverwezen per urgentieniveau in 2016 (tabel 3.1):

Bron: Informatieverzoek huisartsendienstenstructuur (hds).

In het hds informatieverzoek zijn per huisartsenpost de doorverwijs totalen per urgentieniveau per leeftijdscategorie uitgevraagd. Van alle verzoeken zijn de doorverwijs totalen per jaar (2013-2016) per urgentieniveau/leeftijdscategorie opgeteld. De doorverwijs totalen zijn als percentage van het totaal berekend.

3. Analyses ambulancezorg

In deze sectie worden de gegevensbronnen en analyses van de ambulancezorg beschreven.

3.1 Gegevensbronnen

De analyses over de ambulancezorg zijn op basis van de volgende datasets:

- RIVM dataset ambulance-inzetten
- Informatieverzoek RAV's (zie 8.2)

3.1.1 RIVM dataset ambulance-inzetten

De dataset bestaat uit alle ambulance-inzetten die in de database van het RIVM zijn opgenomen over de periode 2013-2016.

3.1.2 Informatieverzoek RAV's

Alle regionale ambulance voorzieningen (RAV's) ontvingen een informatieverzoek over de personele inzet per RAV over de periode 2013-2016 (zie de vragenlijst in 8.2, dd. april 2017). In totaal zijn er 25 formulieren aangeleverd.

3.2 Gegevens per analyse

De data die per analyse is gebruikt, worden hieronder nader toegelicht.

Landelijke capaciteit beschikbare ambulance-eenheden 2013-2016 (figuur 4.1):

Bron: Informatieverzoek RAV's.

De grafiek is gebaseerd op het aantal beschikbare ambulance-eenheden voor spoedeisende ambulancezorg. De groei is bekeken exclusief rapid responders en zorgambulances.

Trendanalyse verandering in capaciteit (ambulance-eenheden):

Hieronder wordt de tabel weergegeven van de gemiddelde verandering van het aantal ambulance-eenheden per RAV over de periode 2013 tot en met 2016. Een ambulance-eenheid bestaat uit een ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur met ambulance. Er is gevraagd naar het aantal ambulance-eenheden dat beschikbaar is voor parate-, aanwezigheids- en beschikbaarheidsdiensten.

Landelijke capaciteit beschikbare ambulance-eenheden per RAV-regio in 2013-2016.

RAV-regio	2013-2016
Groningen	2%
Friesland	15%
Drenthe	2%
IJsselland	-2%
Twente	8%
Noord-Oost Gelderland	5%
Gelderland Midden	2%
Gelderland Zuid	-12%
Utrecht	2%
Noord-Holland Noord	3%
Zaanstreek-Waterland	31%
Kennemerland	0%
Amsterdam	14%
Gooi en Vechtstreek	3%
Haaglanden	11%
Hollands Midden	11%
Rotterdam-Rijnmond	0%
Zuid-Holland-Zuid	6%
Zeeland	4%
Brabant Midden-West	11%
Brabant Noord	7%
Brabant Zuidoost	3%
Noord- en Midden Limburg	10%

Zuid Limburg	-6%
Flevoland	6%
Landelijk totaal	5%

Beschikbare ambulance-eenheden in 2016 (figuur 4.2):

Bron: Informatieverzoek RAV's.

De figuur toont de totale landelijke beschikbare capaciteit ambulance-eenheden op verschillende momenten op de dag in 2016. De selectie komt tot stand door de totale capaciteit op ieder afzonderlijk deel van de dag weer te geven.

Beschikbare rapid responders in 2016 (figuur 4.3):

Bron: Informatieverzoek RAV's.

De figuur toont de totale landelijke beschikbare capaciteit van aantallen rapid responders op verschillende momenten op de dag in 2016. De selectie komt tot stand door de totale capaciteit op ieder afzonderlijk deel van de dag weer te geven.

Volumeontwikkeling ambulancezorg per urgentieniveau 2013-2016 (figuur 4.4):

Bron: RIVM dataset.

De selectie is aan de hand van de volgende kenmerken gedaan: het aantal ambulance inzetten per jaar per urgentieniveau.

Procentuele verdeling spoedeisende en planbare ambulance-inzetten per ROAZ-regio in 2016 (figuur 4.5):

Bron: RIVM dataset.

De selectie is aan de hand van de volgende kenmerken gedaan: De dataset beschikt over 3 postcode velden; afhaaladres, vertrekadres en bezorgadres. In deze volgorde is er een koppeling gemaakt naar de ROAZ-gebieden. Voor een aantal gevallen is de koppeling gemaakt op basis van de standplaatsnaam. Per ROAZ gebied is het aantal ambulance inzetten per soort rit voor 2016 opgeteld.

Bestemming van spoedeisende ambulance-inzetten van 2013 tot 2016 (figuur 4.6):

Bron: RIVM dataset.

Deze figuur is op basis van urgentieniveaus A1 en A2. Om presentatieredenen is één categorienaam aangepast en enkele andere categorieën zijn samengevoegd, namelijk:

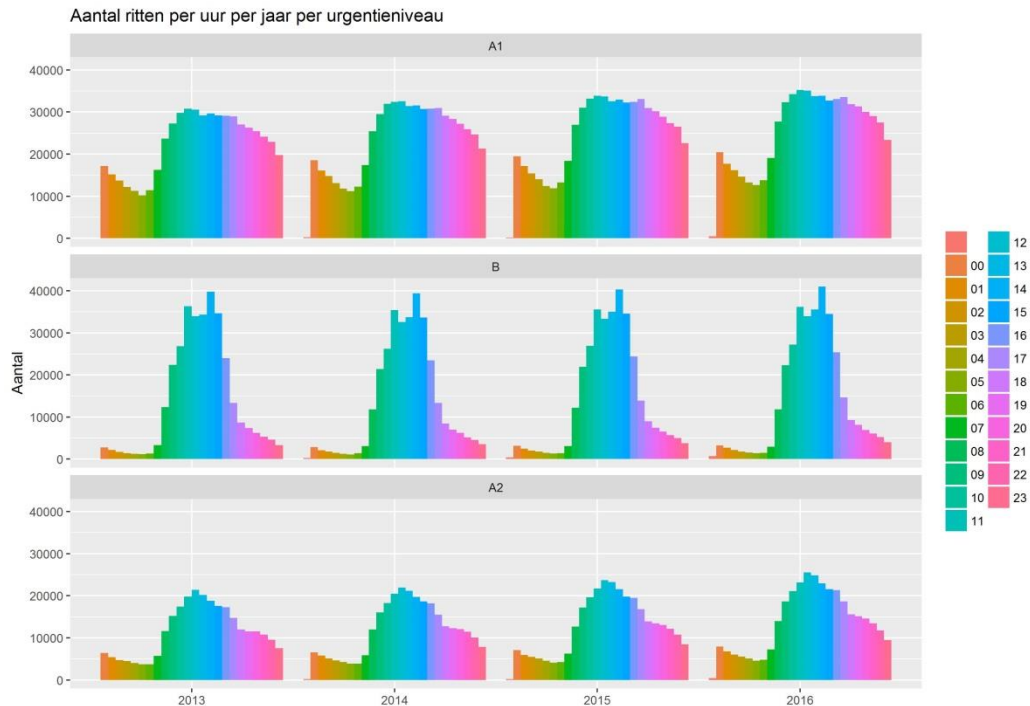
- "SEH" staat voor "SEH (presentatie)"
- "Eerste hulp; geen vervoer" bestaat uit "EH/geen vervoer" en "EH/assistentie".
- "Opname en overplaatsing" is een samengevoegde categorie bestaande uit "Opname", "Overplaatsing", "Interklinisch (ziekenhuis)", "Interklinisch (zorgverzekeraar)", en MICU/PICU (declarabel)".

Aantal A1-, A2- en B-inzetten per uur van de dag in 2013-2016 (figuur 4.7 betreft alleen 2016):

Bron: RIVM dataset.

De selectie is aan de hand van de volgende kenmerken gedaan: De dataset beschikt over 3 postcode velden; afhaaladres, vertrekadres en bezorgadres. In deze volgorde is er een koppeling gemaakt naar de ROAZ-gebieden. Voor een aantal gevallen is de koppeling gemaakt op basis van de standplaatsnaam. Per ROAZ gebied is het aantal ambulance

inzetten per soort rit en uur voor 2016 opgeteld. Het uur is afgeleid van het tijdstip van melding bij de meldkamer.



Bron: RIVM

Gemiddelde responstijd spoedeisende ambulancezorg van 2013 tot 2016 (figuur 4.9):

Bron: RIVM dataset.

De selectie is aan de hand van de volgende kenmerken gedaan:
De responstijd in minuten is het verschil tussen tijdstip melding meldkamer en tijdstip aankomst patiënt. Per urgentieniveau is per jaar de gemiddelde responstijd berekent.

Verhouding aantal beschikbare ambulance eenheden en aantal uitgevoerde A1- en A2-inzetten (figuur 4.10):

Bronnen: Dataverzoek RAV's; RIVM dataset.

Uitkomsten van de analyses bij figuur 4.1 en 4.4 omgezet naar indexcijfers (2013 = 100)

4. Analyses seh

In deze sectie worden de gegevensbronnen en analyses over de spoedeisende hulp (seh) beschreven.

4.1 Gegevensbronnen

De analyses over de seh zijn op basis van de volgende datasets:

- Dataset op basis van declaraties
- Informatieverzoek seh (zie 8.3)
- Informatieverzoek over stops per ROAZ (zie 8.4)

4.1.1 Dataset op basis van declaraties

De Dataset seh bevat declaratiegegevens over 2013-2016 en is een combinatie van de gegevens van DIS (2013-2015) en Vektis (Q1-Q2 2016: dd mei 2017). Q3 en Q4 2016 is in de analyse van de aantallen bezoeken niet meegenomen, omdat de gegevens over die periode vaak ontbreken.

De Dataset bestaat uit alle spoedeisende hulp contacten die we op basis van in DIS 2013-2015 en Vektis 2016 kunnen identificeren aan de hand van de volgende kenmerken:

- spoedeisende hulp contact op de seh afdeling (ZA 190015)
- spoedeisende hulp contact buiten de seh afdeling, elders in het ziekenhuis (ZA 190016)
- DBC's waarbij geen ZA 190015 of ZA 190016 voorkomen, maar CODE_ZELFVERWIJZER_CD gelijk is aan '01' of '03'. In dit geval zetten we de datum van het seh-bezoek op de openingsdatum van de dbc.

De selectie van ziekenhuizen bevat alleen algemene en academische ziekenhuizen (AGB-codes beginnend met '0601..' en '0602..'). Vanwege missende gegevens in DIS en Vektis kunnen de totale aantallen in onze dataset lager uitvallen dan de werkelijke aantallen van spoedeisende hulp contacten. (Zie 4.2.2 voor meer detail hierover.)

4.1.2 Informatieverzoek SEH

Alle ziekenhuizen ontvingen een informatieverzoek over de gegevens van de seh over de periode 2013-2016 (zie de vragenlijst in 8.3). In totaal zijn er 93 formulieren aangeleverd. Omdat enkele gegevens soms in een formulier ontbreken, nemen we formulieren in sommige analyses niet mee, of we schatten de ontbrekende getallen bij indien mogelijk. Bijvoorbeeld: bij een ontbrekende verdeling naar leeftijdsgroepen in een ziekenhuis gebruiken we een gemiddelde verdeling van de omliggende ziekenhuizen (zie meer detail hieronder per figuur/tabel).

4.1.3 Dataset stops

Voor de dataset van de stops heeft de NZa een informatieverzoek verzonden naar alle 11 ROAZ-regio's. In de analyse over stops gebruiken we de gegevens over de stops in drie ROAZ-regio's waar de stops sinds 2013 op een systematische manier worden vastgelegd. Dit betreft ROAZ-regio's Midden Nederland (regio Utrecht), Noordwest (regio Amsterdam-Noord Holland) en SpoedzorgNet Noord-Holland/Flevoland (regio Amsterdam-t Gooi-Flevoland). Het type stop is in de regio Midden Nederland niet consequent geregistreerd en deze is daarom in bepaalde analyses buiten beschouwing gelaten.

4.2 Gegevens per analyse

4.2.1 Aanbodzijde seh

Aantal seh's in Nederland in de periode 2013 tot 2016 (tabel 5.1): Het aantal sehs is overgenomen uit de analyses die het RIVM publiceert over de bereikbaarheidsanalyses van ziekenhuizen.

Trendbeschrijving aantal behandelplekken 2013-2016:

Bron: Informatieverzoek seh's.

De stijging van het aantal behandelplekken is bepaald op basis van 86 van de 93 ingelezen formulieren. Enkele formulieren zijn niet meegenomen, omdat het jaar 2013 daarin niet was ingevuld.

Trendbeschrijving personeelscapaciteit 2013-2016:

Bron: Informatieverzoek seh's.

Een aantal ziekenhuizen blijkt niet in staat om de cijfers over personele inzet over 2013-2016 op te leveren. De trends zijn bepaald op basis van 61 ingelezen formulieren voor de seh-artsen en 79 formulieren voor de gediplomeerde verpleegkundigen.

4.2.2 Vraagzijde seh

Aantallen SEH-bezoeken per 1000 inwoners en per ROAZ-regio in 2016 (figuur 5.1 en 5.2):

Bron: Vektis declaratiegegevens 2016, Q1 en Q2 en CBS aantallen inwoners 2016.

Deze gegevens zijn berekend als een ratio "aantal patiënten per jaar, leeftijd/ aantal inwoners per jaar, leeftijd".

Alle instellingen met de AGB-codes '0601...' en '0602...' die in Vektis voorkomen zijn meegenomen (Bron: Vektis). Door deels ontbrekende gegevens bij de ROAZ SpoedzorgNet Noord-Holland/Flevoland (in Vektis) in 2016 valt de zorgvraag bij die regio in figuur 5.2 lager uit. Ook bij andere ROAZ gebieden kunnen enkele ontbrekende gegevens voorkomen. Deze onvolledigheid resulteert ook in een lichte onderschatting van de getallen in figuur 5.1.

De indeling naar ROAZ is op basis van de postcode van de patiënt. Het totale aantal seh-bezoeken in 2016 is geschat als het aantal in Q1-Q2 2016 maal twee. Omdat ook zorgactiviteit 190016 wordt meegenomen vallen de aantallen hoger uit dan de aantallen op basis van het informatieverzoek.

Het aantal inwoners per leeftijdsgroep is op basis van de gegevens van het CBS 2013-2016 (Statline, CBS). In de analyses per ROAZ gebruiken we gegevens van het CBS per postcode per 5-jarige leeftijdsgroep in 2013 en in 2016. Deze gegevens zijn eerst per ROAZ geaggregeerd. De aantallen inwoners in 2014 en 2015 (per leeftijdsgroep, per ROAZ) zijn geschat op basis van de aanname van een lineaire trend tussen 2013 en 2016.

Aantallen seh-bezoeken per leeftijdsgroep in 2013-2016 (tabel 5.2):

Bron: Informatieverzoek seh's

Betreft het "totaal aantal patiënten/ inschrijvingen op de seh (exclusief ccu/eerste hart hulp) per leeftijdsgroep" (zie bijlage 8.3). Omdat deze definitie minder breed is dan de definitie in andere analyses, vallen de cijfers lager uit dan de cijfers op basis van declaratiegegevens.

In deze analyse zijn 87 formulieren meegenomen. In de meeste gevallen zijn zowel de totale aantallen als verdelingen naar leeftijdsgroepen aangeleverd.

Bij enkele missende gegevens gebruiken we de volgende benadering. Bij twee seh's ontbrak één jaar door ontbrekende gegevens in het systeem. In dat geval is het aantal op basis van de trend van de andere jaren geschat. Bij één seh ontbrak het jaar 2013.

Zorgvraag naar leeftijd en kwartalen over de periode 2013 tot en met 2016 (tabel 5.3 en figuur 5.3):

Bron: Declaratiegegevens DIS en Vektis (zie sectie 4.1; over 2016 wordt Q1-Q3 in deze analyse meegenomen).

Ziekenhuizen met minder dan 500 waarnemingen in een jaar worden in dat jaar in de analyse niet meegenomen. We gebruiken de NZa-indeling in patiëntengroepen zoals in de marktscan medisch specialistische zorg is gebruikt. Aan elke dbc-code is een patiëntengroep gekoppeld aan de hand van de bijbehorende diagnose en specialisme. Vervolgens zijn de waarnemingen (contactmomenten) per patiëntengroep geaggregeerd.

Urgentieniveaus van seh-patiënten (tabel 5.4):

Bron: Informatieverzoek seh

De percentages zijn berekend op basis van de uitvraagformulieren van 67 ziekenhuizen.

Frequente patiënten op de seh in 2015 (figuur 5.4):

Bron: Declaratiegegevens DIS

In deze analyse noemen we een patiënt 'frequent' (in een bepaald jaar) als er meer dan één contactmoment voor deze patiënt in dat jaar is geregistreerd. De indicator is als volgt berekend. Per jaar zijn alle unieke seh-patiënten van een instelling in twee groepen ingedeeld: 'frequent' (meer dan één seh-zorgactiviteit in dat jaar) en 'niet-frequent' (één zorgactiviteit). Daarna wordt de ratio berekend van het aantal 'frequente' patiënten over het totaal aantal unieke patiënten. Het resultaat is waarschijnlijk een onderschatting omdat DIS onvolledig is aangevuld in 2015.

Zorgvorm seh-patiënten (instroom) (figuur 5.5):

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Op basis van de verzekerden data is gekeken naar het totaal aantal verzekerden. Deze zijn ingedeeld in 3 groepen:

1. Wlz - Indien er in januari 2016 sprake was van een prestatie in de langdurige ouderenzorg (code Z0.. of Z1..) voor deze patiënt
2. Wijkverpleging- indien er in januari 2016 sprake was van een prestatie in de Wijkverpleging
3. 'Gezonde oudere'- geen van bovenstaande is van toepassing voor de verzekerde

Bij elk van deze groepen is gekeken hoe vaak ze op de seh komen. Dit is gedefinieerd als het vóórkomen van een zorgactiviteit 190015 of 190016 (wordt vaak gebruikt voor eerste hart hulp) in heel 2016. Het resultaat is een onderschatting omdat de declaratiegegevens niet volledig zijn, maar wel boven de 80%. De werkelijke kans op een seh-bezoek ligt dus iets hoger dan in de getoonde grafiek.

4.2.3 Instroom op de seh

Instroom op de seh (figuur 5.6):

Bron: Informatieverzoek seh's.

De resultaten zijn op basis van 82 ingevulde formulieren. Wanneer een jaar niet is ingevuld of sterk afwijkt van de andere jaren is het formulier niet meegenomen in de analyse.

Samenwerkingsvormen hap-seh en aandeel zelfverwijzers op de seh (figuur 5.7 en tabel 5.5):

Bron: Informatieverzoek seh's.

De resultaten zijn op basis van 90 formulieren, waarbij de vorm van samenwerking is ingevuld.

4.2.4 Uitstroom uit de seh

Percentage klinische opname na een seh-bezoek per jaar (figuur 5.8):

Bron: Informatieverzoek seh's.

De resultaten zijn berekend op basis van de uitvraag-formulieren van 82 ziekenhuizen.

Uitstroom van seh-patiënten (tabel 5.6):

Bron: Declaratiegegevens Q1-Q3 2016, zoals beschreven in 4.1.1 en op basis van Wlz declaraties in Q1-Q3 2016.

De analyse is uitgevoerd door verpleegdagen, intensive care dagen, geriatrische revalidatie, "verkeerde bed"-dagen en eerstelijnsverblijfdagen te koppelen aan de dag van seh-bezoek, waarbij er maximaal 1 dag verschil is tussen de dag van het seh-bezoek en de verblijfsdag.

- Verpleegdagen: Zorgactiviteiten met codes 190218, 190200 en 190216
- Intensive care dagen: Add-ons met declaratiecodes 190155, 190153, 190154, 190150 en 190151
- Verkeerde bed dagen: Overige zorgproducten met codes 190031 en 190038
- Eerstelijnsverblijf dagen: Wlz declaraties met codes SE031, SE033, SE061, SE063, SE101 en SE103.

Percentage klinische opname na seh-bezoek naar leeftijd (figuur 5.9):

Bron: Declaratiegegevens Q1-Q3 2016, zoals beschreven in 4.1.1 en op basis van WLZ declaraties in Q1-Q3 2016.

De analyse is uitgevoerd door verpleegdagen, intensive care dagen, geriatrische revalidatie, verkeerde bed dagen en eerstelijnsverblijf dagen te koppelen aan de dag van seh-bezoek, waarbij er maximaal 1 dag verschil is tussen de dag van het seh-bezoek en de verblijfsdag.

- Verpleegdagen: Zorgactiviteiten met codes 190218, 190200 en 190216
- Intensive care dagen: Add-ons met declaratiecodes 190155, 190153, 190154, 190150 en 190151
- Verkeerde bed dagen: Overige zorgproducten met codes 190031 en 190038
- Eerstelijnsverblijf dagen: Wlz declaraties met codes SE031, SE033, SE061, SE063, SE101 en SE103.

Gemiddelde duur van verblijf (figuur 5.10):

Bron: Declaratiegegevens Q1-Q3 2016, zoals beschreven in 4.1.1 en op basis van WLZ declaraties in Q1-Q3 2016.

De duur van verblijf na het seh-bezoek is per patiënt berekend door de aaneensluitende verblijfdagen na het seh-bezoek aan elkaar te koppelen. Hierbij is toegestaan dat er maximaal 2 dagen verschil is tussen de types verblijfsdagen. In de dataset zijn er verblijfsperiodes die overlappen. Voor de klinische verblijfstypes is aangenomen dat de verblijfstype die als tweede in de tijd begint geschoond wordt. In het geval dat er een overlapping is met eerstelijnsverblijf, zijn de eerstelijnsverblijfdagen geschoond. Aan de hand van de ligduur per patiënt is de gemiddelde ligduur per mogelijk traject berekend.

4.2.5 Doorlooptijd op de seh

Trendanalyse door-to-door tijd:

Bron: Informatieverzoek seh's.

De trend is bepaald op basis van 58 formulieren.

4.2.6 Stops

Aantal, duur en tijdstip van stops (figuur 5.11a-c en 5.12)

Bron: Informatieverzoek over stops per ROAZ

De totale dataset van de 3 ROAZ-regio's bevatte bijna 11.597 stops van 25 ziekenhuizen (ziekenhuis-locaties) in de periode 2013-2016. In de figuren 5.11 en 5.12 zijn de 6 ziekenhuizen uit de ROAZ-regio Utrecht

niet meegenomen. Het type stop wordt daar niet consequent en eenduidig ingevuld.

Effect van stops op toegankelijkheid medisch-specialistische zorg

Bronnen: Informatieverzoek over stops per ROAZ; RIVM dataset ambulance-inzetten.

Deze analyse is gedaan voor de regio Amsterdam omdat hier de meeste stops voorkomen. De dataset van stops bevat de 7 ziekenhuizen in Amsterdam en Amstelveen: OLVG (2 locaties), AMC, VUmc, BovenIJ ziekenhuis, MC Slotervaart, ziekenhuis Amstelland. Deze ziekenhuizen hebben deze aantallen stops:

	2013	2014	2015	2016
CT TROMBOLYSE	49	50	119	260
EHH/CCU	38	88	429	889
OK	6	9	11	14
SEH	95	158	369	988
SR/TRAUMAKAMER	46	50	102	471

Alleen de volgende ambulance-inzetten zijn geselecteerd uit de gegevens van het RIVM:

- met afhaalpostcodes 1001-1099.
- een ingevulde bestemmingspostcode van een bestaande seh-locatie in Amsterdam of omgeving (alle seh-postcodes in de drie ROAZ-gebieden van de dataset over stops),
- met de omschrijving "SEH (presentatie)"
- met urgentieniveau A1 of A2
- met een geldige reistijd.

De dataset met ambulance-inzetten bevat 84.371 inzetten over de periode 2013-2016. Omdat in 2016 het meeste aantal stops voorkomt, zijn alleen de 23.084 inzetten in dit jaar geselecteerd.

De inzetten zijn op basis van datum en tijdstippen van gekoppeld aan de data en tijden waarop stops zijn afgegeven. Definitie overlap: als de vertrektijd of de aankomsttijd in het tijdsinterval van de "toplocatie" vallen. De "toplocatie" is het ziekenhuis dat het meest frequent wordt gebruikt als bestemming. Dit is per afhaaladres bepaald op basis van de postcode van het afhaaladres. We onderscheiden "toplocatie1" (het ziekenhuis met de hoogste frequentie) en "toplocatie2" (de tweede hoogste frequentie, als er meerdere bezorgpostcodes zijn). Voor sommige afhaaladressen blijkt het Zaan Medisch Centrum als toplocatie.

Aantal spoedeisende ambulance-inzetten in 2016, regio Amsterdam

Totaal aantal inzetten	23.084	100%
Inzet overlapt met een stop op "toplocatie1"	4.448	19,3%
- waarvan niet op "toplocatie1" bezorgd	2.184	49,1%
- waarvan niet op "toplocatie1" of "toplocatie2" bezorgd	1.198	26,9%
Inzet overlapt <u>niet</u> met een stop op "toplocatie1"	18.636	80,7%
- waarvan niet op "toplocatie1" bezorgd	6.029	32,4%
- waarvan niet op "toplocatie1" of "toplocatie2" bezorgd	2.907	15,6%

5. Eerstelijnsverblijf

In deze sectie worden de gegevensbronnen en analyses over het eerstelijnsverblijf (elv) beschreven.

5.1 Gegevensbronnen

De analyses over eerstelijnsverblijf zijn op basis van Wlz-declaraties van Vektis van de jaren 2015 en 2016 en MSZ data van de eerste 3 kwartalen van 2016. De declaraties met codes SE031, SE033, SE061, SE063, SE101 en SE103, betreffen elv-declaraties.

Om de ROAZ-gebieden te definiëren zijn de postcodes van de patiënten gekoppeld aan de postcodes van de ROAZ-gebieden. Om de opnames en ligduur te definiëren zijn aaneensluitende verblijfsperiodes aan elkaar gekoppeld. De seh-bezoeken en de verschillende verblijfstypes, inclusief elv, zijn aan elkaar gekoppeld, zoals beschreven in paragraaf 4.2.4. Aan de hand hiervan is het traject per patiënt in kaart gebracht en wordt de instroom in elv bepaald.

Wij onderscheiden 4 instroom types, namelijk:

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

5.2 Gegevens per analyse

5.2.1 Aanbodzijde elv

Aantal opnames elv per aanbieder per ROAZ-regio 2016 (tabel 6.1):

Het aantal opnames is berekend als het aantal aaneengesloten ELV periodes per patiënt per aanbieder. Het aantal opnames per zorgaanbieder is berekend door het aantal opnames door het aantal zorgaanbieders in de regio te delen. Het aantal aanbieders per ROAZ-regio is bepaald door per regio het aantal unieke AGB-codes met ELV declaraties van patiënten in de betreffende ROAZ-gebied te bepalen.

Aantal elv-opnames per aanbieder (figuur 6.1): Het aantal elv-opnames per aanbieder is berekend door het aantal opnames per unieke agb-code te aggregeren.

5.2.2 Vraagzijde

Bevolkingsontwikkeling van de leeftijdscategorie 65+ o.b.v. de bevolkingsstatistieken van het CBS.

Aantal patiënten, aantal dagen en verblijfsduur (tabel 6.2, 6.3 en 6.4 figuur 6.2, 6.3 en 6.4):

Het aantal patiënten, aantal dagen en aantal opnames zijn geaggregeerd per prestatie, leeftijd en ROAZ-gebied.

De gemiddelde ligduur per prestatie is berekend door voor de opnames die in het betreffende jaar zijn gestart de gemiddelde ligduur te berekenen.

5.2.3 Instroom

De analyses van instroom betreffen Q1 en Q2 2016. Q3 en Q4 2016 is in de analyse niet meegenomen, omdat de MSZ gegevens over die periode vaak ontbreken.

Aantal patiënten, aantal dagen en ligduur (tabel 6.5 en 6.6):

Het aantal patiënten en aantal opnames zijn geaggregeerd per instroom type.

De gemiddelde ligduur per instroom type is berekend door voor de opnames die in het betreffende jaar zijn gestart de gemiddelde ligduur te berekenen.

Zorgvraag en patiëntgroepen (tabel 6.7):

Per elv-opname waar er een ziekenhuisopname of seh-bezoek is geweest wordt de zorgvraag en patiëntgroep bepaald door de dbc-behorende bij het seh-bezoek of de dbc behorende bij de eerste verblijfdag. We gebruiken de NZa-indeling in patiëntengroepen zoals in de marktscan medisch specialistische zorg is gebruikt. Aan elke dbc-code is een patiëntengroep gekoppeld aan de hand van de bijbehorende diagnose en specialisme. Vervolgens zijn de waarnemingen (contactmomenten) per patiëntengroep geaggregeerd. Vervolgens is per instroomtype de verdeling van de zorgvraag en patiëntgroep bepaald.

Aantal elv-opnames per inwoner in de ROAZ-regio's (figuur 6.5 en 6.6):

Het aantal elv-opnames per ROAZ-regio is uitgedrukt ten opzichte van het aantal inwoners die 65 jaar of ouder zijn. Het aantal inwoners is op basis van de gegevens van het CBS (Statline, CBS 2016). Per ROAZ-gebied is de verdeling van de instroomtypes bepaald.

6. Literatuurverwijzingen in de marktscan

Hoofdstuk 1. Aanleiding, doel en scope

- SpoedzorgNet Noord-Holland/Flevoland – *Brandbrief 'Regionale spoedzorg – de rek is er uit'*;
<https://www.spoedzorgnet.nl/brandbrief>
- Verslag van een Algemeen Overleg van de Tweede Kamer - Kamerstuk 29689 nr. 811;
- Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer - Kamerstuk 29247 nr. 225;

Hoofdstuk 2. De acute zorg in vogelvlucht

- Zorgverzekeraars Nederland; *Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg - Hoofdrapport*; Februari 2013
- Nederlandse Zorgautoriteit; *Uitvoeringstoets Met Spoed! – Advies over verbetering van de regulering van acute zorg*; Februari 2008
- NVZ Zicht op Zorg; *Acute Zorg – Er zit meer aan vast dan u denkt!*; September 2013
- NIVEL; *Cijfers uit de registratie van huisartsen – Peiling 2015*; Maart 2016
- NHG; *Standpunt Huisarts en Spoedzorg*; Juni 2013

- Ineen; *Benchmarkbulletin huisartsenposten 2015*; Augustus 2016.

Hoofdstuk 3. Huisartsenzorg

- Nederlandse Zorgautoriteit; *Praktijkkostenonderzoek huisartsen 2015 – Feitenrapport*; juli 2017
- NIVEL; *Ontwikkelingen op de huisartsenpost – Veranderingen in zorgvraag en gezondheidsproblemen in 2013-2015*; Januari 2017
- NHG; *Standpunt Huisarts en Spoedzorg*; Juni 2013
- Ineen; *Benchmarkbulletin huisartsenposten 2013*; Augustus 2014.
- Ineen; *Benchmarkbulletin huisartsenposten 2015*; Augustus 2016.
- Ineen; *Benchmarkbulletin huisartsenposten 2016*; Augustus 2017.

Hoofdstuk 4. Ambulancezorg

- Ambulancezorg Nederland; *Ambulance in zicht 2015*;
- Nederlandse Zorgautoriteit; *Normoverschrijdingen responstijden ambulances- de zorgplicht van zorgverzekeraars voor ambulancezorg*; april 2016

Hoofdstuk 5. Spoedeisende hulpafdeling

- VeiligheidNL; *Vallen 65 jaar en ouder – Ongevalscijfers*; oktober 2016

Hoofdstuk 7. Conclusies

- LNAZ; *Ontwikkelingen en aanpak van druk in de acute zorg*; mei 2017

Bijlage 1

- Nederlandse Zorgautoriteit; *Quickscan Acute zorg voor kwetsbare ouderen*; december 2016
- Nederlandse Zorgautoriteit - brief aan de Minister van VWS; *Voortgang acute zorg*; kenmerk 238815/334966
- Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer – *Voortgang aanpak drukte in de acute zorg*; kenmerk 1144659-164808-CZ
- Zorginstituut Nederland; *Spoed moet goed: indicatoren en normen voor zes spoedzorgindicaties*; december 2015

7. Enquête zorgaanbieders

De NZa heeft ten behoeve van de marktscan acute zorg een enquête uitgezet bij allerlei zorgaanbieders in de acute zorgketen. Dit betreft o.a. huisartsen, medewerkers van de huisartsenposten, ziekenhuispersoneel werkzaam op de seh (seh-verpleegkundigen en seh-artsen), overig ziekenhuispersoneel en ambulancepersoneel. De enquête is ingevuld door 936 personen (zie onderstaande tabel). De enquêteresultaten zijn verwerkt in de marktscan. De enquêtevragen zijn opgenomen in hoofdstuk 9.

Functie	N		Organisatie	N	
Huisarts	168	18%	Huisartsenpraktijk of hap	195	21%
overig personeel huisartsenzorg	27	3%			
seh-arts	49	5%	Seh	186	20%
seh-verpleegkundige	20	2%	andere ziekenhuisafdeling	233	25%
Medisch specialist	186	20%			
overig ziekenhuispersoneel	164	18%			
Werkzaam bij ambulancedienst	263	28%	RAV	294	31%
overig RAV-personeel	31	3%			
			ROAZ	8	1%
Anders	28	3%	Anders	20	2%
Totaal	936	100%		936	100%

8. Informatieverzoeken

8.1 Informatieverzoek hds'en 2013-2016

Algemene gegevens

Naam HDS

AGB code van de HDS

Instellingsnaam HAP

HAP nr.

Adres: straat en huisnummer

Postcode

Plaats

Algemene gegevens huisartsenpraktijk (HAP)

Werkt de HAP volledige ANW uren doordeweeks:

Ja/Nee

Werkt de HAP volledige ANW uren in het weekend:

Ja/Nee

Aantal huisartsen (absoluut):

Aantal huisartsen (FTE):

Aantal inwoners in verzorgingsgebied:

Aantal consulten (op HAP locatie):

Aantal telefonische consulten:

Aantal visites (naar patiënt):

Totaal aantal gedeclareerde prestaties:

Aantal gedeclareerde prestaties die leiden tot SEH bezoek (absoluut):

Aantal gedeclareerde prestaties die leiden tot SEH bezoek (relatief):

Doorverwijzing naar SEH (kunnen meerdere SEH's genoemd worden indien relevant) + % doorverwezen patiënten is naar deze SEH verwezen

Naar welke SEH locatie verwijst de HAP de grootste populatie door?

Welke SEH locatie volgt als 2e

Welke SEH locatie volgt als 3e

Urgentieniveau per leeftijdscategorie	Totaal	Waarvan doorverwezen naar de SEH
U1 0-4 5-19 20-44 45-64 65-74 75+ Totaal		
U2 0-4 5-19 20-44 45-64 65-74 75+ Totaal		
U3 0-4 5-19 20-44 45-64 65-74 75+ Totaal		
U4 0-4 5-19 20-44 45-64 65-74 75+ Totaal		
U5 0-4 5-19 20-44 45-64 65-74 75+ Totaal		

8.2 Informatieverzoek RAV's 2013-2016

Algemene gegevens

Naam RAV

AGB code van de RAV

Adres: straat en huisnummer
 Postcode
 Plaats

Beschikbare capaciteit over de jaren 2013 t/m 2016								
Aantal beschikbare ambulance eenheden per tijdsblok: (onder <i>beschikbare ambulance eenheden</i> verstaan wij parate-, beschikbare- en aanwezigheidsdiensten met een ambulanceverpleegkundige en -chauffeur):								
Werkdagen			Zaterdagen			Zondagen		
0-8 uur	8-16 uur	16-24 uur	0-8 uur	8-16 uur	16-24 uur	0-8 uur	8-16 uur	16-24 uur
Aantal Rapid Responders per tijdsblok: (onder <i>Rapid Responders</i> verstaan wij een ambulanceverpleegkundige die ter plaatse geheel zelfstandig handelt)								
Werkdagen			Zaterdagen			Zondagen		
0-8 uur	8-16 uur	16-24 uur	0-8 uur	8-16 uur	16-24 uur	0-8 uur	8-16 uur	16-24 uur

8.3 Informatieverzoek seh's 2013-2016

Naam ziekenhuis
 Locatiennaam SEH
 NZa-nummer
 AGB-code
 Straat en huisnummer van de SEH-locatie
 Postcode van de SEH-locatie
 Naam contactpersoon ziekenhuis
 E-mailadres
 Telefoonnummer

Is deze SEH 24 uur per dag en 365 dagen per jaar operationeel?
 Totaal aantal patiënten / inschrijvingen op de SEH (exclusief CCU/eerste hart hulp)

Percentage patiënten van 0-4 jaar:
 Percentage patiënten van 5-19 jaar:
 Percentage patiënten van 20-44 jaar:
 Percentage patiënten van 45-64 jaar:
 Percentage patiënten van 65-74 jaar:
 Percentage patiënten van 75+:

Totaal aantal ziekenhuisopnames vanaf/via de afdeling SEH:
 Totaal aantal behandelplekken (behandelstoel of brancard) op de SEH:

Omvang beddenhuis ziekenhuis (aantal ziekenhuisbedden dat jaarlijks beschikbaar is)

Bedden klinische afdelingen
 IC bedden
 OK-bedden
 "Verkeerde bedden"
 Bedden eerstelijnsverblijf

Beschikt uw locatie over één of meerdere van de volgende alternatieve spoed-entrees?

Acute opname afdeling:
 Inschatting aantal patiënten per jaar op de acute opname afdeling:

Spoedpolikliniek:

Inschatting aantal patiënten per jaar op de spoedpolikliniek:

Eerste orgaan-hulpen:

Inschatting aantal patiënten per jaar op de eerste orgaan-hulp:

Anders, namelijk:

Inschatting aantal patiënten per jaar bij "anders":

Herkomst van SEH-patiënten (uit vraag 10):

Aantal via ambulance of MMT via 112 (zonder tussenkomst huisarts/verpleeghuisarts):

Aantal via huisarts / 1ste lijn (Ingestuurd door huisarts/verpleeghuisarts):

Aantal via een huisartsenpost (HAP):

Aantal via anders (Politie, Rontgen, psychiatrie, herbeoordeling SEH):

Aantal als zelfverwijzer (Als de patiënt zelf komt, zonder contact met huisarts, ambulance, politie, medisch specialist of andere hulpverlener):

Vorm van samenwerking tussen uw afdeling SEH en een Huisartsen Post (HAP):

- A) Geen samenwerking met een HAP
- B) Samenwerking met HAP buiten het ziekenhuis (co-locatie)
- C) Samenwerking met HAP in het ziekenhuis 'naast elkaar'
- D) Samenwerking met HAP in het ziekenhuis 'achter elkaar'
- E) Samenwerking met HAP in het ziekenhuis geïntegreerd

Waar gaat de patiënt na de SEH naar toe?

Intensive care	aantallen patiënten:
Beddenhuis ziekenhuis	aantallen patiënten:
Eerstelijnsverblijf-instelling (ELV-instelling)	aantallen patiënten:
Verpleeghuis (Wlz)	aantallen patiënten:
Naar huis	aantallen patiënten:
Anders, namelijk:	aantallen patiënten:
Anders, namelijk:	aantallen patiënten:
Anders, namelijk:	aantallen patiënten:
Anders, namelijk:	aantallen patiënten:

Aantal FTE SEH-artsen KNMG in dienst:

Is de fysieke aanwezigheid van een SEH-arts KNMG op de SEH 24/7 geborgd?

Totaal aantal FTE gediplomeerde SEH-verpleegkundigen:

Totaal aantal FTE leerling SEH-verpleegkundigen:

Urgentieniveau per leeftijdscategorie (aantallen patiënten)

U1	0-4
	5-19
	20-44
	45-64
	65-74
	75+
	Totaal U1
U2	0-4
	5-19
	20-44
	45-64
	65-74

75+

Totaal U2

U3 0-4
5-19
20-44
45-64
65-74
75+

Totaal U3

U4 0-4
5-19
20-44
45-64
65-74
75+

Totaal U4

U5 0-4
5-19
20-44
45-64
65-74
75+

Totaal U5

Totaal aantal patiënten

Gemiddelde door-to-doctor tijd (in minuten)

Gemiddelde door-to-door tijd (in minuten)

Gemiddelde door-to-triage tijd (in minuten)

8.4 Informatieverzoek ROAZ-en 2013-Q1 2017

Naam ROAZ

Straat en huisnummer

Postcode

Naam contactpersoon

E-mailadres

Telefoonnummer

	a) ziekenhuis	b) postcode ziekenhuis	c) begindatum en begintijd stop	d) einddatum en einddatum stop	e) type stop	opmerking
Stop #1						
Etc.						

9. Enquêtevragen

Marktscan Acute Zorg 494615

<Basic survey information>

Length of interview: 12 minutes

Start fieldwork: 22/05

End fieldwork:

Uitleg bij de codes om type vraag aan te geven:

- S = Single vraag – slechts één antwoord mogelijk
- M = Multiple vraag – meerdere antwoorden mogelijk
- Q = Numerieke vraag – er moet een getal ingevuld worden
- O = Open vraag – vrij invul veld waarin tekst wordt getypt
- OL = Open listing – kleine tekst velden voor invullen namen/merken/producten

Uitleg bij uitgangen:

- Complete 20: uitgang met de hoogste bonuspunten
- Complete 21 en 22: extra uitgangen die gebruikt kunnen worden (ben hierin selectief!)
- Screenout 30: screenout zonder punten / maandverloting
- Screenout 33: screenout met punten
- Quota-uitgangen: 40 (standaard), 41, 42, 43, 44, 45

I. SAMPLE VARIABLES

II. QUOTA CHECK BASED ON SAMPLE VARIABLES

No quota, pls display in response overview question A01

III. INTRODUCTION

Welkom bij deze vragenlijst over acute zorg.

V. MAIN QUESTIONNAIRE

A ACHTERGRONDINFORMATIE

Base: all respondents

De NZa gebruikt de resultaten van deze enquête *enkel en geanonimiseerd* voor de marktscan acute zorg die zij in de zomer van 2017 publiceert. Het invullen van de enquête duurt naar verwachting hooguit 10 minuten. De aanleiding en het doel van deze marktscan wordt onderstaand toegelicht:

In 2016 kwamen er veel berichten naar buiten over ervaren problemen in de Nederlandse acute zorgketen. Een voorbeeld hiervan zijn de spoedeisende hulpafdelingen (SEH's) die tijdelijk dicht gingen vanwege een te grote patiëntentoevoer. Daarnaast wordt gesteld dat de doorstroom in de keten van acute zorg lijkt te stagneren. Patiëntenstromen kunnen daarom niet altijd meer verwerkt worden en verantwoorde zorg dreigt niet altijd meer gegarandeerd te zijn. Het

ministerie van VWS heeft daarom de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd een onderzoek uit te voeren naar deze problematiek.

Deze enquête vindt plaats in het kader van dit onderzoek (de marktscan acute zorg). Het doel van dit onderzoek is ten eerste om de toegankelijkheid van de acute zorgketen in kaart te brengen op landelijk - en waar mogelijk op regionaal - niveau. Ten tweede willen we inzicht krijgen in de eventuele knelpunten die zich voordoen. Om die reden leggen we u deze vragenlijst voor.

NB: Om inzicht te krijgen in regionale verschillen en in de organisatie en structuur van uw instelling vragen we de naam en postcode van uw instelling uit. Net zoals bij uw persoonsgegevens geldt dat u niet verplicht bent deze in te vullen; in dat geval kunt u op de knop 'volgende' klikken'

Base: all respondents

A01 [S]

In wat voor organisatie werkt u?

1. Huisartsenpost (HAP)
2. Huisartsenpraktijk
3. Algemeen ziekenhuis: Spoedeisende hulp (SEH) afdeling
4. Algemeen ziekenhuis: Andere afdeling
5. Universitair medisch centrum (UMC): Spoedeisende hulp (SEH) afdeling
6. Universitair medisch centrum (UMC): Andere afdeling
7. Regionale Ambulance Voorziening (RAV)
8. Regionale Overleg Acute Zorg (ROAZ)
9. Andere organisatie, namelijk...[O]

Base: all respondents

A02 [O]

Wat is de naam van de instelling waar u werkzaam bent?

OPEN

Toelichting: als u er bezwaar tegen heeft deze informatie te delen, dan vragen wij u door te gaan door op de knop 'Volgende' te klikken.

Scripter: not mandatory

Base: all respondents

A03 [Q]

Wat zijn de cijfers van de postcode van de (primaire) locatie waar u werkzaam bent?

[Q, POSTALCODE 4 digits]

Toelichting: als u er bezwaar tegen heeft deze informatie te delen, dan vragen wij u door te gaan door op de knop 'Volgende' te klikken.

Scripter: not mandatory

Base: all respondents

A05 [S]

Mag de NZa nader contact opnemen ~~via bovenstaande gegevens~~ voor aanvullende vragen over de enquête of ten behoeve van het onderzoeksdoel?

1. ja, via telefoon en e-mailadres
2. ja, via telefoon
3. ja, via e-mailadres
4. nee

Base: not if A05 < 4

A04 [O]

Naam:

E-mailadres:

Telefoonnummer:

Toelichting: als u er bezwaar tegen heeft deze informatie te delen, dan vragen wij u door te gaan door op de knop 'Volgende' te klikken.

Scripter: for all fields: not mandatory

Base: all respondents

A06 [S]

Welke functie heeft u binnen uw organisatie?

1. huisarts
2. praktijkondersteuner
3. spoedeisende hulp (SEH) -arts
4. medisch specialist werkzaam op de spoedeisende hulp (SEH)
5. spoedeisende hulp (SEH) -verpleegkundige
6. werkzaam bij ambulancedienst
7. anders, namelijk:... [O]

B ALGEMEEN

Base: all respondents

B01 [S]

Ervaart u een groeiende toestroom aan patiënten in de acute zorg?

1. ja, het aantal patiënten met een acute zorgvraag neemt toe en is niet of lastig hanteerbaar
2. ja, het aantal patiënten met een acute zorgvraag neemt toe maar is hanteerbaar.
3. nee, maar de toestroom van patiënten met een acute zorgvraag op onze organisatie is al jaren te hoog
4. nee, de toestroom van patiënten met een acute zorgvraag is stabiel en hanteerbaar
5. weet niet

Base: B01=1 OR 2 OR 3

B02 [M]

In welk onderdeel van de acute zorgketen ervaart u deze toestroom?

U kunt meerdere antwoorden geven

1. huisarts
2. huisartsenpost
3. ambulancezorg
4. spoedafdeling van het ziekenhuis
5. andere afdelingen binnen het ziekenhuis
6. anders, namelijk .. [O]

Base: all respondents

B03 [M]

Wat zijn volgens u de belangrijkste oorzaken voor de groeiende toestroom aan patiënten in de acute zorg?

U kunt meerdere antwoorden geven

1. er komen steeds meer ouderen met klachten
2. mensen blijven langer thuis wonen met zorg, waardoor ze veelvuldig in de spoedzorgketen terecht komen (draaideurpatiënt)
3. mensen gaan met een reguliere zorgvraag zonder acuut karakter – ten onrechte – sneller naar de huisartsenpost in plaats van de eigen huisarts
4. er wordt onnodig doorverwezen naar de spoedeisende hulp (SEH) door andere zorgverleners (bijvoorbeeld door de huisarts)
5. mensen gaan zelf - ten onrechte - sneller naar de spoedeisende hulp (SEH) van het ziekenhuis in plaats van de huisarts of huisartsenpost
6. mensen weten de spoedeisende hulp (SEH) beter te vinden als ze die ook daadwerkelijk nodig hebben
7. het komt regelmatig voor dat mensen snel ontslagen worden, waardoor ze vaker terugkomen op de SEH
8. anders, namelijk: ...[O]

Base: B03=1 OR 2

B04 [M]

U gaf eerder aan dat de toename van het aantal ouderen, die de acute zorgketen instromen, een belangrijke oorzaak is van de toename aan drukte in de spoedzorg.

Wat is volgens u de reden van de toenemende druk in de spoedzorgketen door ouderen?

U kunt meerdere antwoorden geven

1. de demografische ontwikkeling (vergrijzing)
2. het langer zelfstandig wonen van ouderen
3. wachttijden voor het ontvangen van zorg aan huis of opgenomen worden in een Wet langdurige zorg (wlz)-instelling
4. contactmomenten met oudere patiënten duren steeds langer
5. ouderen hebben steeds vaker veel verschillende klachten waardoor de zorgvraag waarmee ze instromen in de acute zorgketen vaak automatisch een complexere zorgvraag wordt
6. de thuishulp of mantelzorg volstaat niet
7. behandelend personeel is onvoldoende op de hoogte van de opnamemogelijkheden voor kwetsbare ouderen buiten het ziekenhuis, bijvoorbeeld in de thuiszorg of het verpleeghuis.
8. ouderen verblijven onnodig (lang) in het ziekenhuis zonder medische noodzaak, omdat alternatieve opnamemogelijkheden niet of onvoldoende voorhanden zijn
9. anders, namelijk... [O]
10. weet ik niet/geen mening [S]

Base: all respondents

B05 [S]

Ervaart u knelpunten in de acute zorgketen in Nederland?

1. ja
2. nee

Base: B05=1 (ervaart knelpunten)

B06 [Multiple grid]

Kunt u aanvinken bij welke schakels in de acute zorgketen u knelpunten ervaart en op welke tijdstippen van de dag deze knelpunten zich voor?

Answers in the columns:

1. 00:00 – 06.00 uur
2. 06:00 – 09:00 uur
3. 09:00 – 12:00 uur
4. 12:00 – 15:00 uur
5. 15:00 – 18:00 uur
6. 21:00 – 24:00 uur
7. Er doen zich voor deze schakel geen knelpunten voor [S, F]
8. Weet niet, onvoldoende zicht op deze schakel [S, F]

Statements in the row:

- a) huisarts
- b) huisartsenpost
- c) ambulancedienst
- d) spoedafdeling van het ziekenhuis
- e) overige afdelingen van het ziekenhuis

Base: B06a-e = 1-6

B07 [M]

Welke knelpunten doen zich voor bij de < statement B06a-e>?

U kunt meerdere antwoorden geven

1. regie en coördinatie over de gehele spoedzorgketen is onvoldoende
2. samenwerking tussen of binnen instellingen in de acute zorgketen is onvoldoende
3. onterechte instroom van patiënten die geen acute zorg nodig hebben
4. knelpunten in de doorstroom van patiënten naar een volgende schakel in de acute zorgketen (bijvoorbeeld van SEH naar beddenhuis ziekenhuis of eerstelijns verblijf)
5. knelpunten in de uitstroom van patiënten uit de acute zorgketen, omdat er onvoldoende omvang- of verblijfmogelijkheden zijn buiten de acute zorgketen, bijvoorbeeld in het verpleeghuis of eerstelijnsverblijf
6. onvoldoende zorgaanbod in termen van capaciteit / beschikbaarheid van bedden, behandelkamers, apparatuur of uitrijdteams
7. onvoldoende zorgaanbod door personeelsgebrek: er zijn te weinig zorgverleners en behandelaars beschikbaar om acute patiënten tijdig en adequaat te zien en/of te behandelen.
8. ontwikkelingen in zorgvraag door een toename van het *absolute aantal patiënten* waar onvoldoende op kan worden gereageerd
9. ontwikkelingen in zorgvraag door een verandering van de *aard van de patiëntenpopulatie*, bijvoorbeeld meer patiënten met een complexe zorgvraag of multimorbide aandoening die tijdrovender is om te behandelen (*aard van patiëntenpopulatie veranderd*)
10. onvoldoende of gebrekkige informatie-uitwisseling tussen schakels in de acute zorgketen
11. anders, namelijk: OPEN

Scripter: repeat for all statements of B06 with answer 1-6 at B06

Base: all respondents

B08 [Single grid]

In hoeverre kunnen volgens u de volgende partijen bijdragen aan een verbeterde toegankelijkheid van de spoedzorg in Nederland?

Answers in the columns:

1. zeer veel
2. veel
3. weinig

4. zeer weinig
5. weet niet/geen mening

Statements in the row:

- a) ziekenhuizen (algemeen)
- b) spoedeisende hulpen van ziekenhuizen
- c) huisartsen huisartsenposten
- d) Regionale ambulancevoorzieningen
- e) verpleeghuizen
- f) zorgverzekeraar/zorgkantoor
- g) ROAZ (regionaal overleg acute zorg)
- h) verblijfsinstelling Eerstelijnsverblijf
- i) verblijfsinstelling Wet langdurige zorg
- j) Nederlandse Zorgautoriteit (bijv. via regelgeving)
- k) Ministerie van VWS
- l) anders, namelijk... [O]

Base: all respondents

B09 [Single grid]

Kunt u van elk van deze schakels aangeven hoe de samenwerking met uw instelling verloopt?

Answers in column:

1. zeer goed
2. goed
3. slecht
4. zeer slecht
5. er is (nagenoeg) geen samenwerking

Statements in the row:

- a) huisarts
- b) huisartsenpost
- c) ambulance en meldkamer
- d) spoedeisende hulp
- e) beddenhuis ziekenhuis (doorstroom)
- f) eerstelijns verblijf (uitstroom)
- g) wlz (uitstroom)
- h) wijkverpleegkundige (uitstroom)

Base: all respondents

B10 [S]

Wordt er met de zorgverzekeraar gesproken over eventuele knelpunten met betrekking tot de toegankelijkheid van zorg in de spoedketen?

1. ja, dit is onderwerp van gesprek met alle verzekeraars
2. ja, met het merendeel van de verzekeraars is dit onderwerp van gesprek
3. ja, maar slechts met een minderheid van de verzekeraars is dit onderwerp van gesprek
4. nee, met geen enkele verzekeraar is dit onderwerp van gesprek
5. weet niet

Base: all respondents

B11 [S]

En indien u een nieuw initiatief heeft om verbeteringen door te voeren of knelpunten te verhelpen, kunt u dan hierover met de zorgverzekeraar praten?

1. ja, dit is onderwerp van gesprek met alle verzekeraars
2. ja, met het merendeel van de verzekeraars is dit onderwerp van gesprek

3. ja, maar slechts met een minderheid van de verzekeraars is dit onderwerp van gesprek
4. nee, met geen enkele verzekeraar is dit onderwerp van gesprek
5. weet niet

C HAP's EN HUISARTSEN

Base: A06=1 OR 2

C01 [M]

Wat moet er volgens u binnen de huisartsenzorg veranderen om acute zorg in Nederland toegankelijker te maken en te verbeteren?

U kunt meerdere antwoorden geven

1. meer medisch personeel op de huisartsenpost (HAP)
2. meer ervaren personeel op de HAP
3. verbeterde samenwerking tussen de HAP en andere acute zorg ketenpartners (zoals de SEH, de ambulances, verblijfsinstellingen)
4. verruimde openingstijden HAP
5. meer eerstelijns verblijf (ELV) beschikbaar
6. betere algemene voorlichting over wanneer je met welke zorgvragen naar de huisarts of HAP gaat
7. afstemming wanneer huisartsen visites rijden, zodat dit niet allemaal tegelijk gebeurt en er capaciteit beschikbaar is om in te spelen op spoedsituaties
8. huisarts(enpraktijk) een meer coördinerende rol geven bij het organiseren van vervolgzorg na een opname op de SEH, zodat patiënten met behoefte aan vervolgzorg sneller de SEH kunnen verlaten en verzorging in een verpleeg- of verzorghuis/thuiszorg kunnen krijgen
9. betere nazorg en informatieverstrekking van de huisarts indien een patiënt acute zorg heeft gekregen, zodat bij het terugkeren van klachten de patiënt weet wat hij of zij moet doen
10. de woonsituatie betrekken in het huisartsconsult, zodat snel gesignaleerd kan worden als de woonsituatie van een patiënt niet past bij de zorgbehoefte waardoor de patiënt verhoogd risico loopt om in de acute zorgketen terecht te komen
11. huisarts schakelt de wijkverpleegkundige in om de woonsituatie te beoordelen, nazorg te bieden en de huisarts op de hoogte te houden
12. meer aandacht voor goede triage op huisartsenpraktijken
13. betere algemene voorlichting over de rol van de huisarts in de spoedzorg, omdat patiënten vaak (onterecht) er niet aan denken de huisarts te bellen bij een spoedvraag, maar direct naar de SEH gaan
14. er hoeft niets te veranderen [S, F]
15. anders, licht toe... [O]

Base: A06=1 OR 2

C02 [M]

Hoe wordt binnen uw huisartsenpraktijk/huisartsenpost geborgd of geprobeerd bij te dragen aan het 24/7 beschikbaar zijn en houden van goede zorg voor de patiënten?

Meerdere antwoorden mogelijk

1. goede informatieoverdracht naar andere zorgverleners zodat iedereen de meest up-to-date patientinformatie tot zijn beschikking heeft
2. continu aanwezig zijn van medisch personeel
3. goede coordinatie vanuit de huisartsenpraktijk met omliggende huisartsenposten, waarin bijvoorbeeld regionale afspraken gemaakt

worden over tijdstippen van visites en/of openingstijden van huisartsenpraktijken.

4. beschikbaarheid van '(eerstelijns)bedden voor tijdelijke opvang' waar mensen langere tijd terecht kunnen als ze behandeld zijn op de HAP/SEH maar nog niet naar huis kunnen
5. anders, namelijk.... [O]

Base: A06=1 OR 2

C03 [S]

Vervult de huisarts de poortwachtersfunctie voor de eigen spoedpatiënten overdag adequaat en voldoende?

1. ja
2. nee

Base: C03=2

C04 [O]

Welke factoren en aspecten zijn van invloed op het niet goed kunnen vervullen van deze poortwachtersfunctie voor spoedzorgpatiënten [O]?

[OPEN]

Base: A06=1 OR 2

C05 [S]

Vindt u dat de HAP het steeds drukker krijgt?

1. ja
2. nee

Base: C05=1

C06 [M]

Wat zijn volgens u de belangrijkste oorzaken dat de HAP steeds drukker wordt?

Meerdere antwoorden mogelijk

1. het urgentieniveau van de binnen komende zorgvragen ligt hoger
2. er komen meer ouderen met complexere zorgbehoeften bij de HAP terecht
3. huisartsen zijn overdag onvoldoende beschikbaar om zorg of acute zorg te leveren waardoor mensen uitwijken naar de HAP in de avond-, nacht- en weekenduren
4. de patiënt weet de HAP steeds beter zelf rechtstreeks te vinden
5. de HAP wordt gebruikt als alternatief voor huisartsenbezoek op voor patiënten meer geschikte tijdstippen
6. een toename van het absolute aantal patiënten
7. huisartsen hebben onvoldoende tijd/capaciteit om in te spelen op de spoedzorgvragen van reguliere patiënten, waardoor patiënten zich genoodzaakt voelen rechtstreeks naar de HAP te gaan
8. anders, namelijk.... [O]

Base: A06=1 OR 2

C07a [S]

De afgelopen tijd is er bijzondere aandacht voor de (on)mogelijkheden om patiënten op te nemen in 'bedden voor tijdelijke opvang'. Hierbij valt te denken aan WLZ-crisis bedden of eerstelijns verblijf bedden (ELV). Deze opvanglocaties kunnen de spoedzorgketen ontlasten en de doorlooptijd van de patiënt in de spoedzorgketen versnellen. Gelet op het belang van dit onderwerp stellen we u hier een aantal vragen over.

Bent u bekend met de term ELV-bedden?

1. ja
2. nee

Base: C07a=1

C07b [S]

Verwijst u patiënten naar ELV (eerstelijns verblijf)?

1. ja
2. nee

Base: C07b=2

C07c [M]

Waarom verwijst u patiënten niet naar ELV?

1. er zijn geen ELV instellingen in de buurt
2. het is mij niet bekend welke ELV instellingen er zijn en/of waar ruimte is
3. intake voor ELV is in onze regio is anders geregeld
4. anders, namelijk....[O]

Base: C07a=1

C07d [S]

Heeft u als huisarts een goed overzicht welke instellingen eerstelijns verblijfbedden of 'bedden voor tijdelijke opvang' aanbieden in de regio?

1. ja
2. nee

Base: C07d=1

C07e [M]

Waaruit bestaat dit overzicht?

1. een centraal telefoonnummer
2. een centrale website
3. in de praktijk hebben we zelf een overzicht opgesteld
4. overig, namelijk... [O]

Base: A06=1 OR 2

C08 [Single grid]

Kunt u aangeven in hoeverre u het eens of oneens bent met de volgende uitspraken?

Answers in columns:

1. helemaal mee oneens
2. oneens
3. neutraal
4. eens
5. helemaal mee eens
6. geen mening

Statements in rows:

- a) een patiënt die vanwege de thuissituatie niet thuis kan blijven, maar niet in het ziekenhuis hoort, belandt in toenemende mate toch in het ziekenhuis
- b) de afstemming met de instellingen die eerstelijns verblijf aanbieden verloopt goed
- c) er zijn genoeg instellingen die bedden beschikbaar hebben voor tijdelijke opvang (niet zijnde een ziekenhuis)
- d) de afstemming met de instellingen die bedden aanbieden voor tijdelijke opvang (niet zijnde een ziekenhuis) verloopt goed
- e) er is voldoende en actueel inzicht in de beschikbare hoeveelheid ELV-bedden bij de verschillende instellingen

Base: A06=1 OR 2

C09 [S]

Bestaat binnen uw regio de mogelijkheid om 24/7 iemand op een ELV-bed op te nemen?

1. ja
2. nee
3. weet niet

Base: A06=1 OR 2

C10 [S]

Acht u de 24/7 beschikbaarheid van ELV noodzakelijk om patienten op de juiste plaats in de spoedzorgketen te behandelen?

1. Ja, want...[O] larger textbox
2. Nee, want...[O] larger textbox

D AMBULANCEZORG EN RAV'S

Base: A06=6

D01 [M]

Wat moet er volgens u binnen de ambulancezorg veranderen om acute zorg in Nederland toegankelijker te maken en te verbeteren?

U kunt meerdere antwoorden geven

1. meer opgeleid personeel voor de ambulancezorg
2. aanpassing meldkamertriage ten behoeve van de ambulancezorg
3. meer financiële middelen voor de ambulancezorg
4. meer ambulances/meer ambulancestandplaatsen
5. meer voorzieningen aan boord van de ambulance om ter plaatse of tijdens de rit al (enige) diagnostiek te kunnen uitvoeren
6. efficiëntere inzet van ambulances (bijvoorbeeld door meer dynamisch ambulancemanagement)
7. grotere focus op samenwerking tussen de ambulancezorg en andere acute zorg ketenpartners (zoals de spoedeisende hulp, de huisartsenpost, verblijfsinstellingen)
8. betere informatievoorziening tussen ketenpartners in de acute zorg
9. er hoeft niets te veranderen [S, F]
10. anders, namelijk... [O]

Base: A06=6

D02 [Single grid]

Wilt u uw mening geven over onderstaande onderwerpen?

Answers in column:

1. ja
2. nee
3. weet niet

Statements in rows:

Personeel:

1. Zijn er volgens u voldoende mogelijkheden om goed ambulancepersoneel te werven?
2. Ervaart u op dit moment een tekort aan ambulancepersoneel?
3. Hebben volgens u Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) in Nederland voldoende beschikbare ambulance-eenheden gereed om aan de ontwikkelingen in de acute zorgvraag te kunnen voldoen?

Urgentieniveau

4. Vindt u dat het urgentieniveau van de zorgvraag van de patient waarvoor een ambulance is uitgereden is toegenomen ten opzichte van een aantal jaar geleden?
5. Vindt u dat het werken met flexibele normen o.b.v. ingangsklacht een mogelijke verbetering in de acute zorgketen kan bewerkstelligen?
6. Ervaart u dat patienten steeds vaker bellen voor een (spoed)klacht?

Stops

7. Is het volgens u voor ambulancediensten in toenemende mate lastig om patiënten door te laten stromen naar een ziekenhuis, omdat er steeds vaker patiëntenstops worden afgegeven bij ondercapaciteit van het ziekenhuis?
8. Vindt u dat bij een SEH-stop, de meldkamer hiervan tijdig op de hoogte is?
9. Vindt u dat de informatievoorziening omtrent het afgeven van ziekenhuis-stops goed verloopt?

E SEH-arts & medisch specialisten & vpk

Base: A06=3 OR 4 OR 5

E01 [M]

Wat moet er volgens u binnen de SEH veranderen om acute zorg in Nederland toegankelijker te maken en te verbeteren?

U kunt meerdere antwoorden geven

1. meer gekwalificeerde artsen op de SEH
2. meer gekwalificeerde verpleegkundigen op de SEH
3. verbeteren van de triage op de SEH (*SCRIPTER: MOUSE OVER; SEE BELOW*)
4. vergroten van de bedden capaciteit van het ziekenhuis om de interne doorstroom te verbeteren
5. verbeteren van de afstemming binnen het ziekenhuis tussen de acute zorg en de electieve zorg.
6. verbeterde samenwerking tussen de SEH en andere acute zorg ketenpartners (zoals de huisartsenpost, verblijfsinstellingen en ambulancezorg)
7. anders, namelijk... [O]
8. weet niet/geen mening [S]

SCRIPTER: Mouse over: Triage houdt in dat een patiënt bij binnenkomst op de spoedeisende hulp direct gezien wordt door de Triage verpleegkundige. Deze verpleegkundige zal de ernst van de klachten beoordelen en de patiënt direct vertellen wat de wachttijd zal zijn.

Can you pls add an information symbol after the underlined word in the questiontext so it is more clear there is a mouse over? Something like

this: triage ⓘ

Base: A06=3 OR 4 OR 5

E02 [Single grid]

Worden de volgende vacatures bij uw instelling over het algemeen makkelijk of moeilijk ingevuld?

Answers in columns:

1. wordt makkelijk ingevuld
2. wordt moeilijk ingevuld
3. weet niet, is niet voorgekomen

Statements in rows:

- a) SEH-arts
- b) Verpleegkundige
- c) AIOS/ANIOS
- d) medisch specialist op de SEH

Base: A06=3 OR 4 OR 5

E02 [S]

Bent u tevreden met de huidige aantallen medisch specialisten, SEH-artsen, artsen in opleiding en verpleegkundigen op de spoedafdeling waar u werkzaam bent?

1. Ja, want...[O] larger textbox
2. Nee, want...[O] larger textbox

Base: A06= 3

E03 [S]

9. Is er bij het afgeven van een stop op de SEH altijd ruimte voor A1/U1 getrieerde (*SCRIPTER: MOUSE OVER; SEE BELOW*) patiënten?

1. ja
2. nee
3. weet ik niet

SCRIPTER: Mouse over: Patiënten ingedeeld in de hoogste urgentiecategorie, bij wie sprake is van direct levensgevaar.

Base: A06=3 OR 4 OR 5

E04 [Single grid]

Kunt u aangeven in hoeverre u het eens of oneens bent met de volgende uitspraken?

Answers in column:

1. helemaal mee oneens
2. oneens
3. neutraal
4. eens
5. helemaal mee eens
6. geen mening

Statements in rows:

- a) de doorstroom van onze patiënten naar de ELV is goed geregeld en patiënten kunnen hier snel terecht
- b) het is de laatste jaren complexer geworden om patiënten van de SEH door te laten stromen binnen het ziekenhuis
- c) alternatieve spoedpoli's dragen bij aan het ontlasten van de SEH
- d) de goede relatie tussen de SEH en de poliklinische afdelingen van een ziekenhuis draagt bij aan toegankelijker en verbeterde spoedzorg
- e) de goede samenwerking met (omliggende) HAP's draagt bij aan meer toegankelijke en verbeterde spoedzorg

Base: A06=3 OR 4 OR 5

E05 [S]

De afgelopen tijd is er bijzondere aandacht voor de (on)mogelijkheden om patienten op te nemen in 'bedden voor tijdelijke opvang'. Hierbij valt te denken aan WLZ-crisis bedden of eerstelijns verblijf bedden (ELV).

Deze opvanglocaties kunnen de spoedzorgketen ontlasten en de doorlooptijd van de patiënt in de spoedzorgketen versnellen. Gelet op het belang van dit onderwerp stellen we u hier een aantal vragen over.

Bent u bekend met de term ELV-bedden?

1. ja
2. nee
3. weet niet

Base: E05=1

E05a [S]

Verwijst u patiënten naar ELV (eerstelijns verblijf)?

1. ja
2. nee
3. weet niet

Base: E05a=2

E05b [M]

Waarom verwijst u patiënten niet naar ELV?

1. er zijn geen ELV instellingen in de buurt
2. het is mij niet bekend welke ELV instellingen er zijn en/of waar ruimte is
3. intake voor ELV is in onze regio is anders geregeld
4. anders, namelijk...[O]

Base: E05=1

E05c [S]

Heeft u een goed overzicht welke instellingen eerstelijns verblijfbedden of 'bedden voor tijdelijke opvang' aanbieden in de regio?

1. ja
2. nee
3. weet niet

Base: E05c=1

E05d [M]

Waaruit bestaat dit overzicht?

1. een centraal telefoonnummer
2. een centrale website
3. in de praktijk hebben we zelf een overzicht opgesteld
4. overig, namelijk...[O]

Base: A06=3 OR 4 OR 5

E06 [Single grid]

Kunt u aangeven in hoeverre u het eens of oneens bent met de volgende uitspraken?

Answers in column:

1. helemaal mee oneens
2. oneens
3. neutraal
4. eens
5. helemaal mee eens
6. geen mening

Statements in rows:

- a) een patiënt die vanwege de thuissituatie niet thuis kan blijven, maar niet in het ziekenhuis hoort, belandt in toenemende mate toch in het ziekenhuis.
- b) de afstemming met de instellingen die eerstelijns verblijf aanbieden verloopt goed.
- c) er zijn genoeg instellingen die bedden beschikbaar hebben voor tijdelijke opvang (niet zijnde een ziekenhuis).
- d) de afstemming met de instellingen die bedden aanbieden voor tijdelijke opvang (niet zijnde een ziekenhuis) verloopt goed.
- e) er is voldoende en actueel inzicht in de beschikbare hoeveelheid ELV-bedden bij de verschillende instellingen.

Base: A06=3 OR 4 OR 5

E07 [S]

Bestaat binnen uw regio de mogelijkheid om 24/7 iemand op een ELV-bed op te nemen?

1. ja
2. nee
3. weet niet

Base: A06=3 OR 4 OR 5

E08 [S]

Acht u de 24/7 beschikbaarheid van ELV noodzakelijk om patiënten op de juiste plaats in de spoedzorgketen te behandelen?

1. Ja, want...[O] larger textbox
2. Nee, want...[O] larger textbox

Base: A06=3 OR 4 OR 5

E09 [O]

Neemt u maatregelen om het snel terugkomen van dezelfde patiënten op de SEH te voorkomen, en zo ja, welke?

1. Ja, namelijk... [O]
2. Nee

Base: A06=3 OR 4 OR 5

E10 [S]

Hoe ervaart u de samenwerking met de poliklinische afdelingen van het ziekenhuis?

1. zeer goed
2. goed
3. slecht
4. zeer slecht

Base: A06=3 OR 4 OR 5

E11 [M]

Indien uw SEH een opnamestop afgeeft, dan komt dit door:

U kunt meerdere antwoorden geven

1. een tekort aan (achtervang van) medisch specialist
2. een tekort aan SEH-artsen
3. een tekort aan SEH-verpleegkundigen
4. capaciteitstekort op het gebied van behandelplekken op de SEH
5. capaciteitstekort elders in het ziekenhuis (bijvoorbeeld ic-capaciteit of het beddenhuis)
6. er is geen opnamestop voorgekomen op onze SEH [S,F]
7. anders, namelijk...[O]

Base: E11= 1-5 or 7

E12a [S]

Waar heeft een stop op uw SEH meestal betrekking op?

1. Op alle vormen van zorg
2. Op de urgentieniveaus met een minder groot spoedkarakter
3. Op een bepaald subspecialisme

Base: E11= 1-5 or 7

E12b [Q]

In hoeveel procent van de gevallen dat er een stop wordt afgegeven heeft dit betrekking op <answer E12a>?

...% (MIN 1, MAX 100)

Base: A06=3 OR 4 OR 5

E13 [Single grid]

Kunt u aangeven in hoeverre u het eens of oneens bent met de volgende uitspraken?

Answers in column:

1. helemaal mee oneens
2. oneens
3. neutraal
4. eens
5. helemaal mee eens
6. geen mening

Statements in rows:

- a) de zorgketen werkt efficiënter als meer medisch specialisten aan de poort van de SEH staan
- b) de zorgketen werkt efficiënter als er een intensievere samenwerking is met de omliggende huisartsenposten
- c) de zorgketen werkt efficiënter als de doorstroom naar de poliklinische afdelingen en het beddenhuis beter zou verlopen en de capaciteit van het beddenhuis toeneemt
- d) de zorgketen werkt efficiënter als we patiënten vanuit de SEH makkelijker terug kunnen sturen naar huis
- e) de zorgketen werkt efficiënter als we patiënten vanuit de SEH makkelijker naar de eerstelijns verblijfsvoorzieningen kunnen sturen
- f) de zorgketen werkt efficiënter als we patiënten vanuit de SEH makkelijker kunnen doorsturen naar verpleeghuizen of wlz-instellingen
- g) de informatievoorziening tussen verschillende zorgaanbieders in de spoedzorgketen is optimaal geregeld, waardoor wij tijdig beschikken over de actuele en adequate patiënteninformatie

END OF QUESTIONNAIRE

- ⇒ Do not include an end text in the questionnaire. End texts (complete, screen out, quota full) will be automatically showed. Do not change these texts.
- ⇒ End texts for GfK NL Panel will be showed on Atlas End Page.