

Gevolgen sluiten van de spoedeisende hulp op acuut zorggebruik en vervolgzorg

Corinne Rijpkema
Marieke Pape
Alexander Wong
Maite Huis in 't Veld
Robert Verheij
Lotte Ramerman



NIVEL
Kennis voor betere zorg



Zorginstituut Nederland

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Zorginstituut Nederland is een zelfstandig bestuursorgaan. De kerntaken en bevoegdheden van het Zorginstituut liggen vast in de *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg* (Wkkgz), de *Zorgverzekeringswet* (Zvw), de *Wet langdurige zorg* (Wlz), de *Wet maatschappelijke ondersteuning* (Wmo) en de *Jeugdwet*. De wettelijke taken van het Zorginstituut zijn:

- De minister van VWS adviseren over de inhoud van het pakket van verzekerde zorg;
- Eenduidige uitleg geven over het pakket van verzekerde zorg;
- Het stimuleren van de continue kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg en het voor iedereen toegankelijk maken van begrijpelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg;
- Het bevorderen van digitale informatie-uitwisseling in de zorg;
- Beheer van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) en het Fonds langdurige zorg (Flz) en het vaststellen van de vereveningsbijdrage.

September 2026

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2026 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt een rapportage over een onderzoek naar de gevolgen van het sluiten van de spoedeisende hulp op het zorggebruik van woonachtigen in het verzorgingsgebied van de gesloten spoedeisende hulp. Dit onderzoek is uitgevoerd binnen de onderzoekswerkplaats 'Routine zorgdata voor passende zorg' van het Nivel en het Zorginstituut.

Via deze weg willen wij de betrokken collega's bedanken voor hun bijdrage aan dit project, evenals de deelnemers van de expertgroep voor hun waardevolle inbreng en het meedenken tijdens de expertbijeenkomst.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
2 Methode	9
2.1 In kaart brengen gesloten spoedeisende hulp locaties	9
2.2 Kenmerken gesloten spoedeisende hulp locaties	10
2.3 Definitie en samenstelling SEH-verzorgingsgebieden	10
2.4 Uitkomstmaten voor het zorggebruik	11
3 Resultaten	13
3.1 Kenmerken van gesloten SEH's	13
3.2 Zorggebruik van inwoners in verzorgingsgebieden van gesloten SEH's	13
4 Beschouwing	24
Literatuur	28
Bijlage A Toelichting methode	29
Bijlage B SEH bezoeken per SEH	32
Bijlage C Spoedvervoer voorafgaand aan SEH-bezoek per SEH	34
Bijlage D IC opnames volgend op een SEH-bezoek per SEH	36
Bijlage E Overige uitkomsten zorggebruik	38
Bijlage F Gezondheidsproblemen en urgentie na sluiting	47

Samenvatting

Aanleiding

In Nederland is de spoedeisende hulp (SEH) een belangrijk onderdeel van de acute zorg. Acute zorg is zorg die zo snel mogelijk verleend moet worden. De afgelopen jaren zijn diverse SEH's gesloten vanwege personeelstekorten, fusies of faillissementen. Over SEH-sluitingen worden vaak zorgen geuit over mogelijk negatieve effecten door langere reistijden tot de SEH voor inwoners. Dit onderzoek analyseert zorggebruik na een SEH-sluiting voor inwoners woonachtig in het verzorgingsgebied van een gesloten SEH voor alle inwoners en specifiek voor jonge kinderen (0-4 jaar) en ouderen (75 jaar of ouder).

Methode

Dit onderzoek maakte gebruik van data van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en bij het Zorginstituut beschikbare declaratiegegevens afkomstig van Vektis uit 2016-2024. Informatie over SEH-sluitingen in 2017-2023 was afkomstig van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). In dit onderzoek werd gekeken naar de volgende hoofduitkomsten voor inwoners woonachtig in het verzorgingsgebied van een gesloten SEH (n=1.380.893): aantal SEH bezoeken, aantal huisartsenspoedpost (HAP) contacten, aantal huisartspraktijk contacten, aantal SEH bezoeken volgend op een HAP contact, spoedvervoer met een ambulance voorafgaand aan een SEH bezoek, aantal ziekenhuisopnames en intensive care (IC)-opnames volgend op een SEH bezoek. Daarnaast is voor de HAP contacten gekeken naar hoe dringend de zorgbehoefte was op basis van de urgentieverdeling (U0 reanimatie-U5 advies) en de top-5 gezondheidsproblemen op basis van de International Classification of Primary Care (ICPC). Alle uitkomsten zijn gecorrigeerd voor landelijke trends.

Resultaten

In het onderzoek zijn tien SEH-sluitingen meegenomen in de periode 2017-2023. Onder alle inwoners in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH's daalde het mediane aantal SEH bezoeken met 4,3% na de sluiting. Hierbij is gecorrigeerd voor de landelijke trend in dezelfde periodes. Onder ouderen was de daling 4,7% na de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijke trend. Het verschil in aantal SEH bezoeken gecorrigeerd voor de landelijke trend was voor jonge kinderen niet significant in het jaar na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting.

Onder ouderen steeg het mediane aantal spoedritten met de ambulance voorafgaand aan een SEH-bezoek met 7,6%, gecorrigeerd voor de landelijke trend. Onder alle inwoners en onder jonge kinderen woonachtig in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH was er geen verschil in het mediane aantal spoedritten voorafgaand aan een SEH-bezoek in het jaar na de sluiting ten opzichte van het jaar voor de sluiting.

Na het sluiten van een SEH nam het mediane aantal IC opnames volgend op een SEH-bezoek met 9,3% toe, waarbij is gecorrigeerd voor de landelijk trend. Onder jonge kinderen en ouderen waren geen verschillen in het mediane aantal IC opnames volgend op een SEH-bezoek na sluiting ten opzichte van voor de sluiting. Voor het aantal HAP contacten, aantal huisartspraktijkcontacten, aantal SEH bezoeken volgend op een HAP contact en aantal ziekenhuisopnames volgend op een SEH-bezoek werden geen significante verschillen gevonden voor alle inwoners, jonge kinderen en ouderen.

Het totaal aantal HAP contacten veranderde niet significant na de sluiting van een SEH in het verzorgingsgebied, ten opzichte van voor de sluiting. Toch was er onder ouderen wel een significante toename van HAP contacten met een urgentiecategorie van U2 (spoed, risico op uitval vitale functies) van 4.9%-punt. Voor de overige urgentieniveaus en de top vijf van gezondheidsproblemen werden voor ouderen geen significante verschillen gevonden of waren de significante verschillen klein. Voor alle inwoners en voor jonge kinderen werden eveneens geen significante verschillen gevonden in urgentieniveaus en gezondheidsproblemen.

Beschouwing

Uit dit onderzoek blijkt dat het sluiten van de onderzochte SEH's geen grote gevolgen had op het zorggebruik. De lichte daling in het aantal SEH bezoeken suggereert dat de meeste inwoners in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH de mogelijkheid hadden om uit te wijken naar een andere SEH. De SEH-zorg is daarmee verschoven naar andere SEH's en het verzorgingsgebied van overgebleven SEH's is daarmee groter geworden. De overgebleven SEH's hebben het hierdoor waarschijnlijk drukker gekregen.

Het zorggebruik bij de huisarts, zowel in de huisartsenpraktijk als de huisartsenspoedpost, was niet toe- of afgenomen en daarmee lijkt er geen verplaatsing te zijn geweest naar de eerstelijnszorg. Echter kan niet worden uitgesloten dat de sluitingen wel gevolgen hebben gehad voor individuele inwoners, huisartspraktijken en huisartsenspoedposten.

In een aantal andere uitkomsten zagen we ook veranderingen. Onder ouderen was een toename in spoedvervoer met de ambulance voorafgaand aan een SEH bezoek. Ondanks deze toename was er geen stijging in het aantal ziekenhuisopnames volgend op een SEH bezoek. Ook was er een toename in spoed hulpvragen (U2) bij de HAP onder ouderen, al werd er geen stijging in het aantal HAP contacten gevonden. Daarnaast was er een toename in de IC-opnames volgend op een SEH-bezoek. Bij veel onderzochte uitkomsten in het zorggebruik kwamen relatief grote regionale verschillen naar voren. Dit laat zien dat algemeen genomen er misschien weinig verandering heeft plaatsgevonden, maar dat dit wel sterk kan verschillen afhankelijk van de SEH die gesloten is. Nader onderzoek is nodig om deze verschillen te duiden.

1 Inleiding

In Nederland is de spoedeisende hulp (SEH) een belangrijk onderdeel van de acute zorg. Acute zorg betreft zorg die zo spoedig mogelijk verleend moet worden, binnen enkele minuten tot enkele uren (1, 2). Hierbij is het doel om overlijden of onomkeerbare schade aan de gezondheid door acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen (1). De afgelopen jaren zijn diverse SEH's gesloten vanwege fusies, faillissementen, of personeelstekorten (3, 4). Door acute zorg te concentreren op minder locaties kan het beschikbare personeel efficiënter worden ingezet (3). Daarnaast kan concentratie van zorg de kwaliteit van hoog complexe acute zorg voor een relatief kleine patiëntengroep verbeteren (5). Tegelijkertijd leiden sluitingen van SEH's regelmatig tot maatschappelijke en politieke onrust (6, 7). Daarbij worden vaak zorgen geuit over de mogelijke negatieve gevolgen van langere reistijden naar acute zorg voor inwoners (6, 7). Langere reistijden kunnen ertoe leiden dat patiënten zorg uitstellen, waardoor gezondheidsproblemen kunnen verergeren (8). Daarnaast kunnen zij vaker met een ambulance naar het ziekenhuis moeten worden vervoerd of een grotere kans hebben op een ziekenhuisopname. Een SEH-sluiting kan er ook toe leiden dat patiënten sneller met hun zorgvraag naar andere zorgverleners gaan, zoals de huisarts, waardoor de druk bij andere zorgverleners hoger wordt. De langere reistijden zouden daardoor kunnen leiden tot een verminderde toegankelijkheid in de acute zorg.

Spoedeisende hulp in Nederland

De afgelopen jaren is het aantal SEH's afgenomen. Tussen 2017-2023 zijn er 13 SEH's gesloten. In bepaalde regio's zijn na het sluiten van de SEH, spoedpoliklinieken ingericht waar patiënten naartoe kunnen met minder complexe acute klachten (9). Bij sommige spoedpoliklinieken kunnen alleen patiënten terecht voor specifieke, vooraf geselecteerde klachten, zoals patiënten met acute hartklachten, oncologie- of dialysepatiënten. Patiënten met complexe klachten gaan naar een compleet uitgeruste SEH in de buurt. Momenteel zijn er in Nederland 79 SEH's, waarvan 76 locaties 24/7 geopend zijn (10). De overige drie locaties zijn in de nacht gesloten (10).

Eerder onderzoek naar SEH-sluitingen

Onderzoek naar de gevolgen van SEH-sluitingen in Nederland is zowel gedaan door SiRM als Gupta. SiRM concludeerde dat effecten van SEH-sluitingen (2011-2022) op de bereikbaarheid gering waren (3). Om de bereikbaarheid te toetsen is gekeken naar de gemiddelde extra reistijd. Voor sluiting was de gemiddelde reistijd tussen de 5 en 15 minuten (3). Bij de meeste sluitingen kwam er een extra reistijd van 8 minuten of minder bij en bij vijf sluitingen was de extra reistijd 9 minuten of meer (3). Gupta concludeerde dat SEH-sluitingen (2012-2020) nauwelijks invloed hadden op het zorggebruik van de medisch specialistische zorg in de regio (11). Mensen woonachtig in het verzorgingsgebied van een gesloten SEH kregen na de sluiting niet meer of minder medisch specialistische zorg dan voor de sluiting (11).

Nader onderzoek naar zorggebruik na een SEH-sluiting

Eerder onderzoek richtte zich op mogelijke effecten voor het gebruik van ziekenhuiszorg. Deze onderzoeken geven geen inzicht in de gevolgen van SEH-sluitingen binnen de gehele (acute) zorgketen, zoals SEH-bezoeken, ambulancevervoer of huisartsbezoeken. Dergelijk inzicht is echter wel belangrijk voor het te voeren beleid. Het is belangrijk om meer inzicht te krijgen in de effecten van het sluiten van SEH's op het (acute) zorggebruik in de eerste- en tweedelijnszorg voor inwoners

in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH. Hierdoor kan mogelijk beoordeeld worden of de langere reisafstanden gevolgen hebben op het (acute) zorggebruik. Omdat baby's en jonge kinderen (0-4 jaar) en ouderen (75 jaar of ouder) relatief veel gebruikmaken van acute zorg (12) is het belangrijk om het zorggebruik voor specifiek deze patiëntengroepen in kaart te brengen.

Doel van het onderzoek: inzicht in (acute) zorggebruik na een SEH-sluiting

Het doel van dit onderzoeksproject is daarom het inzichtelijk maken van het (acute) zorggebruik in de eerste- en tweedelijnszorg na een SEH-sluiting voor inwoners woonachtig in het verzorgingsgebied van een gesloten SEH ten opzichte van alle inwoners in Nederland in dezelfde periode. Dit zal onderzocht worden voor alle inwoners in het verzorgingsgebied, en specifiek voor jonge kinderen (0 tot 4 jaar) en ouderen (75 jaar en ouder).

2 Methode

Dit onderzoek werd uitgevoerd binnen de onderzoekswerkplaats ‘Routine zorgdata voor passende zorg’, een samenwerking tussen het Nivel en het Zorginstituut. Hiervoor werd gebruik gemaakt van data vanuit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn over huisartsenspoedposten en declaratiegegevens beschikbaar bij het Zorginstituut (via Vektis) voor de jaren 2016-2024.

Dit onderzoek betrof een retrospectief observationeel onderzoek naar het zorggebruik van inwoners in het verzorgingsgebied van een gesloten SEH in de periode 2017-2023. Het zorggebruik werd in een periode van 365 dagen voorafgaand en in een periode van 365 dagen na de sluiting bepaald. Om het zorggebruik te duiden werd per SEH de uitkomstenmaten voor het zorggebruik in het verzorgingsgebied van een gesloten SEH gecorrigeerd voor inwoners in heel Nederland in dezelfde periode. Deze analyses werden voor alle inwoners in het verzorgingsgebied uitgevoerd, en specifiek jonge kinderen (0-4 jaar) en ouderen (75 jaar en ouder).

Om dit onderzoek uit te voeren zijn eerst alle SEH-sluitingen in 2017-2023 in kaart gebracht en kenmerken van de gesloten SEH's bepaald. Daarna werd er een selectie gemaakt van verzekerden die woonachtig waren in het verzorgingsgebied op het moment dat de SEH-sluiting plaatsvond (regionaal) en voor inwoners in heel Nederland (landelijk) om voor deze inwoners zorggebruik te kunnen bepalen. Uitgebreide toelichting op de methode is te vinden in Bijlage AA.

2.1 In kaart brengen gesloten spoedeisende hulp locaties

Om in kaart te brengen welke SEH's gesloten waren in de periode 2017-2023 werd bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) de locaties van alle SEH's opgevraagd die per jaar open waren. Door te bekijken welke SEH's elk jaar open waren is er een overzicht gemaakt van welke SEH-sluitingen er waren in 2017-2023. Een SEH kan 24/7 uur geopend zijn of alleen overdag en 's avonds geopend zijn en 's nachts gesloten. De meeste SEH-bezoeken vinden overdag en in de vroege avond plaats. Daarom zijn sluitingen van SEH's met een 24/7 uren openstelling en sluitingen van SEH's met een dag/avond openstelling meegenomen in de analyses. De exacte sluitingsdatum van een SEH werd via een internetsearch opgezocht.

In totaal waren er 13 SEH-sluitingen in de periode 2017-2023. Voor twee gesloten SEH's was er geen exacte sluitingsdatum (Haarlem Noord en Zwiindrecht), omdat deze sluitingen geleidelijk plaatsvonden waardoor deze sluitingen niet zijn meegenomen in de analyses. Voor één SEH-sluiting betrof het een verhuizing naar een nieuwe locatie (Winschoten) in dezelfde gemeente, waardoor we besloten deze niet in de analyses te betrekken. Een overzicht van de tien SEH-sluitingen die zijn meegenomen in de analyses is te vinden in Tabel 1 van de Resultaten.

De SEH's mogen in de resultaten niet bij naam worden genoemd. Ook andere kenmerken, zoals het aantal inwoners van die verzorgingsgebieden worden niet in de resultaten vermeld, om herleidbaarheid te voorkomen. De lettercodes in de figuren en de tabellen verwijzen steeds naar dezelfde SEH's. Zo staat bijvoorbeeld SEH A in figuur X voor dezelfde SEH als in tabel Y.

2.2 Kenmerken gesloten spoedeisende hulp locaties

Om inzicht te krijgen in mogelijke verschillen in zorggebruik van gesloten SEH's zijn de volgende kenmerken per gesloten SEH bepaald of opgezocht:

- Opening poliklinische spoedzorgkliniek na sluiting: geen poliklinische spoedzorg, alleen poliklinische spoedzorg voor specifieke patiëntenpopulaties of poliklinische spoedzorg voor een brede patiëntenpopulatie
- Sluiting vanwege een faillissement
- Dag-avond of 24/7 SEH op moment van sluiting
- Sluiting in de COVID-19-pandemie periode¹
- Co-locatie met een huisartsenspoedpost (HAP) en zo ja, of de HAP ook op moment van de SEH-sluiting gesloten is²
- Gemiddeld aantal extra minuten reistijd met de auto naar een SEH na sluiting van de dichtstbijzijnde SEH voor inwoners in het verzorgingsgebied o.b.v. afstanden in 2020

2.3 Definitie en samenstelling SEH-verzorgingsgebieden

Om het verzorgingsgebied van een gesloten SEH te bepalen zijn alle 4-cijferige postcodes op 1 januari in het jaar van de sluiting toebedeeld aan de dichtstbijzijnde SEH. Bij deze vaststelling zijn steeds alle SEH's in Nederland meegenomen die op dat moment open waren. De dichtstbijzijnde SEH is bepaald op basis van de ritduur (reistijd over de weg) tussen de 4-cijferig postcode van een regio naar de 4-cijferig postcode van de SEH.

Verzekerden (hierna: inwoners) van wie de 4-cijferige postcode op peildatum 30 juni voorkomt in het verzorgingsgebied van een gesloten SEH in het jaar van de sluiting zijn meegenomen in dit onderzoek (n=1.470.157). Inwoners die verzekerd waren bij een verzekeraar waarvan geen volledige declaratiegegevens beschikbaar waren, zijn niet meegenomen (n=89.264), omdat declaraties over het zorggebruik mogelijk incompleet zijn. Van 1.380.893 inwoners in een verzorgingsgebied van een gesloten is het zorggebruik bepaald. Voor de analyses van jonge kinderen en ouderen zijn respectievelijk 68.004 en 111.541 inwoners meegenomen.

Om het landelijke zorggebruik in kaart te brengen zijn voor elke SEH-sluiting inwoners in heel Nederland geselecteerd. Inwoners die verzekerd waren bij een verzekeraar die in het jaar voor de sluiting, het sluitingsjaar of het jaar na de sluiting geen volledige declaratiegegevens heeft aangeleverd zijn niet meegenomen, omdat declaraties over het zorggebruik mogelijk incompleet waren.

¹ Alle sluitingen in 2019 en 2020 zijn beschouwd als sluitingen in de COVID-19-pandemie periode doordat er voor deze jaren zorggebruik van 2020 wordt meegenomen in de analyses. In het jaar 2020 lag het aantal SEH-opnames aanzienlijk lager dan in 2019.

<https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2023-0302.pdf>. Er waren geen SEH-sluitingen in 2021 in dit onderzoek.

² Om colocatie van een HAP te bepalen zijn bij het RIVM historische gegevens opgevraagd met de locaties van HAP's op jaarbasis. De sluitingsdatum van een HAP is vervolgens opgezocht op het internet.

2.4 Uitkomstmaten voor het zorggebruik

De volgende hoofduitkomst over het zorggebruik zijn bepaald in het jaar voorafgaand aan de SEH-sluiting en in het jaar na de SEH-sluiting voor zowel inwoners woonachtig in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH als inwoners in heel Nederland:

- SEH bezoeken;
- HAP contacten;
- Huisartspraktijk contacten;
- SEH bezoeken volgend op een HAP contact;
- Spoedvervoer met de ambulance voorafgaand aan SEH bezoek;
- Ziekenhuisopnames volgend op een SEH bezoek;
- Intensive care (IC) opnames volgend op een SEH bezoek.

Daarnaast zijn voor de HAP contacten verdiepende analyses gedaan naar de volgende twee uitkomsten:

- Urgentieverdeling van HAP contacten (U0 Reanimatie-U5 Advies) (13)
- De vijf meest voorkomende gezondheidsproblemen op basis van de International Classification of Primary Care (ICPC) van HAP contacten (14)

De hoofduitkomsten zijn berekend per 1.000 inwoners (SEH bezoeken, huisartspraktijk contacten en HAP-contacten), per 1.000 HAP contacten (SEH bezoeken na HAP contacten), of per 1.000 SEH bezoeken (spoedvervoer, ziekenhuisopnames en IC opnames). Deze zijn berekend voor zowel de inwoners in het verzorgingsgebied als landelijk in het jaar vóór en het jaar ná de sluiting. Een eventuele verandering in één van de uitkomstmaten kan toe te schrijven zijn aan de sluiting van een SEH maar er zijn ook andere mogelijke regionale oorzaken. Landelijke ontwikkelingen kunnen daar ook een onderdeel van zijn. Daarom is gecorrigeerd voor landelijke trends. Het verwachte aantal bezoeken of contacten na de sluiting werd berekend door het aantal voor de sluiting te vermenigvuldigen met de landelijke trend. Het gecorrigeerde verschil in aantal contacten of bezoeken na de sluiting werd daarna berekend als het verschil tussen het verwachte en werkelijk aantal. De procentuele verandering is daarna bepaald door het gecorrigeerde verschil te delen door het aantal bezoeken of contacten voor de sluiting.

De uitkomsten voor de verdieping van de HAP contacten zijn berekend voor een gedeelte van de SEH-sluitingen (n=6), doordat deze gegevens alleen beschikbaar waren voor SEH-sluitingen waarvan de omliggende HAP locaties deelnemen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Wat betreft de gezondheidsproblemen zijn allereerst de vijf meest voorkomende gezondheidsproblemen (ICPC-codes) geselecteerd, afzonderlijk voor de alle inwoners in het verzorgingsgebied, jonge kinderen en ouderen. Doordat er meerdere ICPC-codes per HAP contact kunnen worden geregistreerd, werd het percentage ICPC-codes berekend op basis van het totaal aantal geregistreerde ICPC-codes bij deze contacten. De urgentieverdeling werd bepaald als percentage van het aantal HAP contacten. Het percentage van de vijf meest voorkomende ICPC-codes en de urgentieverdeling werd bepaald voor zowel inwoners in het verzorgingsgebied als landelijk, en dit voor het jaar vóór en ná de sluiting. Om te corrigeren voor de landelijke trends werd het percentage voor en na de sluiting in het verzorgingsgebied gecorrigeerd met het landelijke percentage voor en na de sluiting. Het gecorrigeerde procentuele verschil na de sluiting werd daarna berekend ten opzichte van voor de sluiting.

Vanwege de scheve verdeling van de uitkomsten zijn de mediaan en interkwartielafstand (IQR) berekend in plaats van het gemiddelde. De mediaan is het middelste getal van een gegevensverdeling. Precies 50% van de gegevens ligt onder de mediaan en 50% boven de mediaan.

De IQR geeft de spreiding van de middelste 50% van de gegevens weer. Het eerste kwartiel (Q1) is de waarde waaronder 25% van de gegevens ligt, en het derde kwartiel (Q3) is de waarde waaronder 75% van de gegevens ligt. Om de uitkomsten na de sluiting te testen werd de Wilcoxon signed-rank toets uitgevoerd. Een p-waarde kleiner dan 0.05 werd beschouwd als statistisch significant.

3 Resultaten

3.1 Kenmerken van gesloten SEH's

In totaal zijn er tien SEH-sluitingen onderzocht. Tabel 1 geeft een overzicht van deze SEH-sluitingen. Bij acht SEH's was er voor de sluiting op dezelfde locatie een HAP gevestigd. Bij vier van deze locaties sloot op hetzelfde moment ook de HAP. Twee SEH's sloten vanwege een faillissement. Vóór de sluiting waren negen SEH's 24/7 geopend en één locatie was alleen overdag en in de avonduren open. Op drie SEH's bleef na de sluiting poliklinische spoedzorg beschikbaar voor een brede patiëntenpopulatie en bij deze drie locaties bleef ook de gevestigde HAP geopend. Op twee SEH's bleef na de sluiting poliklinische spoedzorg alleen beschikbaar voor specifieke patiënten populaties, waarvan bij één locatie tegelijk ook de gevestigde HAP sloot en bij één locatie geen HAP was gevestigd. Op de locatie van de andere vijf sluitingen was geen poliklinische spoedzorg beschikbaar na de sluiting, waarvan bij drie locaties tegelijk ook de gevestigde HAP sloot, bij één locatie de gevestigde HAP openbleef en bij één locatie er geen colocatie van HAP was. De gemiddelde extra reistijd met de auto varieerde van 3 minuten tot 14,3 minuten per SEH.

Het gemiddelde aantal inwoners in het verzorgingsgebied van een gesloten SEH was 147.016 (range 59.838-153.267) voor de totale populatie, 7.605 (3.194-12.030) voor baby's en jonge kinderen (0 tot 4 jaar) en 12.561 (6.496-19.535) voor ouderen (75 jaar en ouder).

3.2 Zorggebruik van inwoners in verzorgingsgebieden van gesloten SEH's

Voor het aantal SEH bezoeken, het aantal spoedritten met de ambulance voorafgaand aan een SEH bezoek, IC opnames volgend op een SEH bezoek en de U2 (spoed) HAP contacten werden significante verschillen gevonden na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting. Deze resultaten worden in de volgende paragrafen toegelicht.

Voor twee meest voorkomende gezondheidsproblemen op de huisartsenspoedpost werden ook significante verschillen gevonden, maar de verschillen waren klein (d.w.z. een verschil van <1%). Deze resultaten worden daarom niet besproken in de resultatensectie.

De andere hoofduitkomsten; het aantal HAP contacten, het aantal contacten bij de huisartsenpraktijk, het aantal SEH bezoeken volgend op een HAP contact en het aantal ziekenhuisopnames volgend op een SEH-bezoek lieten geen significante verschillen en worden daarom eveneens niet besproken in de resultatensectie. Een samenvatting van alle resultaten is te vinden in Tabel 2.

Tabel 1 Sluitingen van spoedeisende hulp locaties in 2017-2023

Locatiennaam ¹	Sluitingsjaar ¹	Faillissement	Dag- avond of 24/7	Sluiting colocatie HAP ^{1,2}	Sluiting tijdens COVID- 19- pandemie	Gemiddelde extra reistijd inwoners verzorgingsgebied (min)	Poliklinische spoedzorg na sluiting [#]
HMC Antoniushove Leidschendam	2017	Nee	24/7	Ja	Nee	3.0	Alleen specifieke patiënten populaties
Zuwe Hofpoort Woerden	2018	Nee	24/7	Ja	Nee	7.3	Geen
Streekziekenhuis Midden-Twente Hengelo	2018	Nee	24/7	Nee, HAP blijft open	Nee	6.4	Geen
Slotervaartziekenhuis Amsterdam	2018	Ja	24/7	Geen colocatie HAP	Nee	3.3	Geen
Zuiderzeeziekenhuis Lelystad	2018	Ja	24/7	Nee, HAP blijft open	Nee	14.3	Brede patiëntenpopulatie
TweeSteden ziekenhuis Tilburg	2019	Nee	Dag- Avond	Geen colocatie HAP	Ja	5.2	Alleen specifieke patiënten populaties
HMC Bronovo Den Haag	2019	Nee	24/7	Ja	Ja	3.8	Geen ³
Refaja Stadskanaal	2020	Nee	24/7	Nee, HAP blijft open	Ja	11.0	Brede patiëntenpopulatie
Bethesda Hoogeveen	2020	Nee	24/7	Nee, HAP blijft open	Ja	8.7	Brede patiëntenpopulatie
Tergooi Blaricum	2023	Nee	24/7	Ja	Nee	8.4	Geen

¹ Informatie is afkomstig van RIVM

² Met colocatie bedoelen we een HAP op hetzelfde adres als de SEH. Indien een HAP in dezelfde woonplaats zich op een ander adres bevindt is dit niet ingedeeld als colocatie. Het gaat hier om de sluiting van een colocatie HAP in het jaar voorafgaand of het jaar na de sluiting.

³ Er wordt alleen spoeddiagnostiek verzorgd onder de verantwoordelijkheid van de huisarts (bijvoorbeeld verwijzing naar radiologie of prikpost).

[#] **Specifieke patiëntenpopulatie:** voor de acute cardiologische patiëntenpopulatie, inclusief patiënten met acute hartklachten die zonder verwijzing, via de huisarts of per ambulance binnenkomen (TweeSteden ziekenhuis). Voor een selecte, vooraf gedefinieerde patiëntenpopulatie (o.a. oncologie-, dialyse- en obesitaspatiënten, en recent opgenomen patiënten) die uitsluitend op verwijzing spoedzorg ontvangt (HMC). **Brede patiëntenpopulatie:** voor niet-levensbedreigende situaties, zoals botbreuken, sportblessures of snijwonden en problemen die een huisarts en HAP niet kan behandelen, maar die niet zo ernstig zijn dat een acute ziekenhuisopname nodig is, zoals verdenking appendicitis of nierstenen (9)

Tabel 2 Samenvatting van de resultaten

Uitkomst	Resultaat	Waar te lezen
Hoofd uitkomsten <i>SEH bezoeken</i>	Na het sluiten van de SEH's waren er onder alle inwoners en ouderen in het verzorgingsgebied minder SEH bezoeken dan voor de sluiting.	Resultaten 3.1, Bijlage B.
<i>HAP contacten</i>	Geen significante veranderingen.	Bijlage E.
<i>Huisartspraktijk contacten</i>	Geen significante veranderingen.	Bijlage E.
<i>Spoedvervoer met de ambulance voorafgaand aan SEH bezoek</i>	Voor ouderen in het verzorgingsgebied van een gesloten SEH nam het aantal spoedritten voorafgaand aan een SEH-bezoek toe.	Resultaten 3.2.1, Bijlage C.
<i>SEH bezoeken volgend op een HAP contact</i>	Geen significante veranderingen.	Bijlage E.
<i>Ziekenhuisopnames volgend op een SEH bezoek</i>	Geen significante veranderingen.	Bijlage E.
<i>IC opnames volgend op een SEH bezoek</i>	Na het sluiten van een SEH was er onder alle inwoners in het verzorgingsgebied een toename in het aantal IC opnames volgend op een SEH bezoek dan voor de sluiting.	Resultaten 3.2.2, Bijlage D.
Verdieping HAP contacten <i>Urgentieverdeling van HAP contacten</i>	Onder ouderen was er een toename van HAP contacten met een urgentie voor spoed (U2).	Resultaten 3.2.3, Bijlage F.
<i>De vijf meest voorkomende gezondheidsproblemen van HAP contacten</i>	Onder ouderen werd een significant verschil gevonden bij twee gezondheidsproblemen. Deze verschillen waren <1%, waardoor deze niet verder worden toegelicht.	Bijlage F.

SEH: spoedeisende hulp, HAP: huisartsenspoedpost; IC: intensive care.

3.2.1 Daling in SEH bezoeken na sluiting van een SEH ten opzichte van voor de sluiting

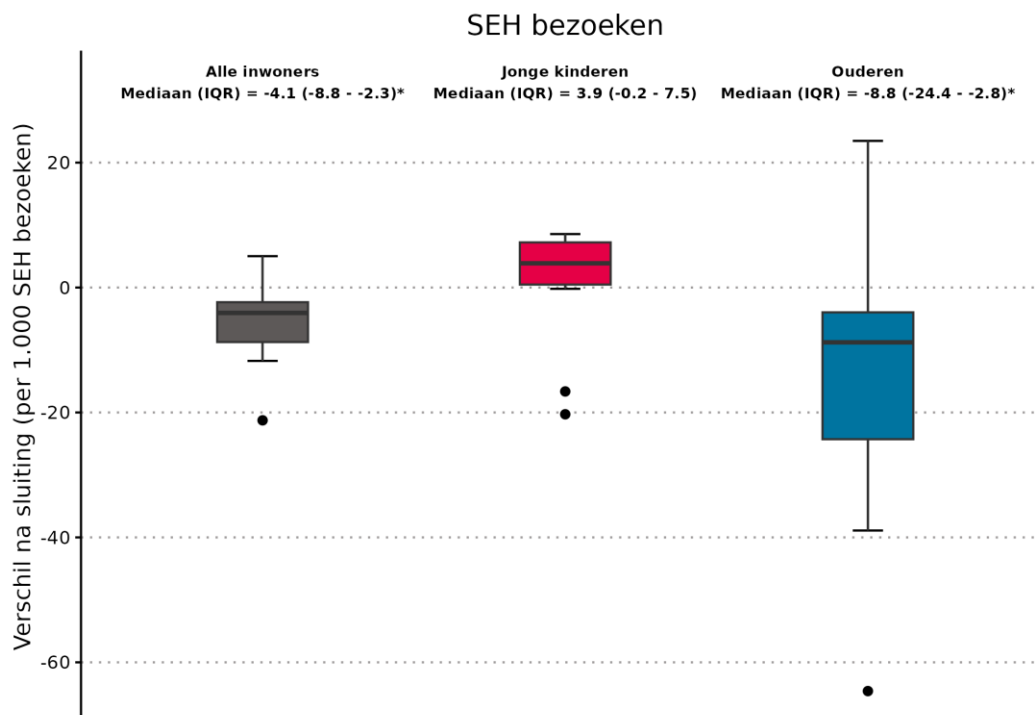
Het mediane aantal SEH bezoeken voor de sluiting was 97,7 (IQR 88,1 tot 119,5) per 1.000 inwoners in het verzorgingsgebied. Gecorrigeerd voor de landelijke trend nam het aantal bezoeken met 4,1 (IQR -8,8 tot -2,3) per 1.000 inwoners significant af na de sluiting ($p=0.020$; Figuur 1). Dit was een procentuele verandering van -4,3% (IQR -9,8 tot -2,6%). Als er wordt gekeken naar de verandering in aantal SEH bezoeken per SEH, dan was er bij acht SEH's voor alle inwoners van het verzorgingsgebied een afname te zien, gecorrigeerd voor de landelijke trend (Figuur 2 en Bijlage B). Deze afname varieerde tussen 2,5 en 21,3 SEH bezoeken per 1.000 inwoners, waarbij de afname van 21,3 SEH bezoeken een uitschieter betrof. Bij één SEH bleef voor alle inwoners van het verzorgingsgebied het aantal bezoeken gelijk en bij één SEH nam voor alle inwoners van het verzorgingsgebied het aantal bezoeken toe met 5,0 SEH bezoeken per 1.000 inwoners.

Onder ouderen was het mediane aantal bezoeken voor de sluiting 223,8 per 1.000 ouderen. Gecorrigeerd voor de landelijke trend was er een significante daling van 8,8 bezoeken (IQR -24,4 tot -2,8) per 1.000 ouderen ($p=0,048$), zie Figuur 1. Dit was een procentuele verandering van -4,7% (IQR -

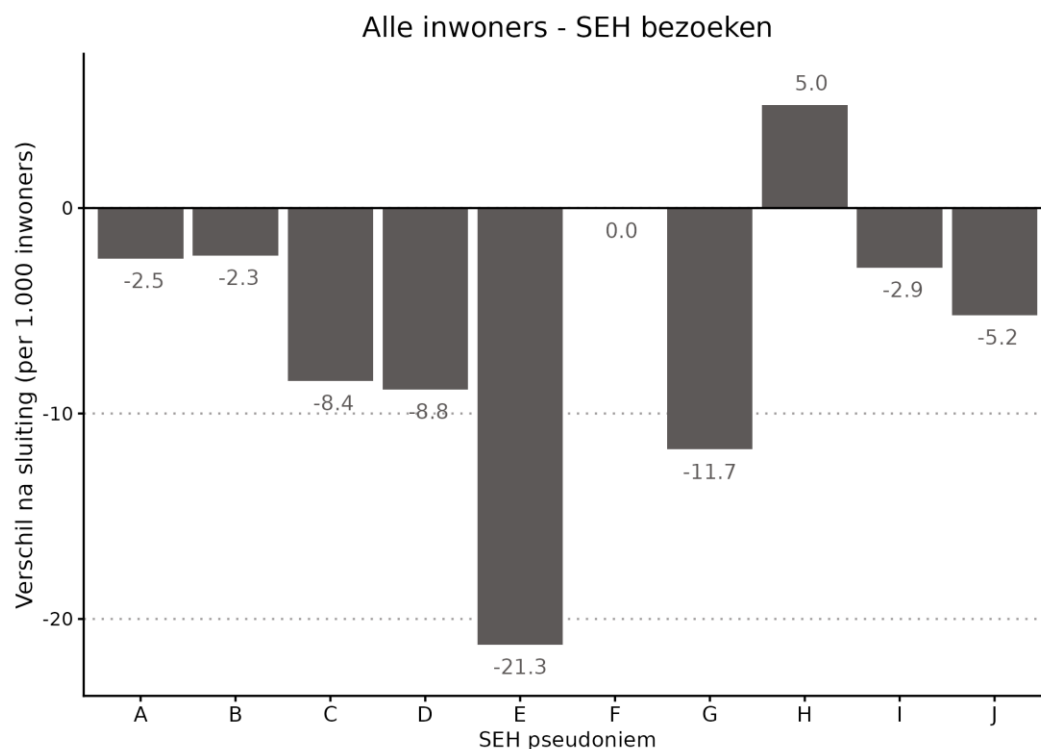
10,8 tot -1,3%). Ook voor ouderen was er bij acht SEH's een afname te zien. Deze afname varieerde tussen 2,8 en 64,6 bezoeken per 1.000 ouderen (Figuur 4 en Bijlage B), waarbij de afname van 64,6 SEH bezoeken een uitschieter betrof. Bij de andere twee SEH's nam het aantal SEH bezoeken bij ouderen toe met 4,3 en 23,5 bezoeken per 1.000 ouderen.

Onder jonge kinderen was er geen significant verschil in het aantal SEH bezoeken na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting ($p=0,49$), zie Figuur 1. De variatie van het aantal SEH bezoeken na de sluiting onder jonge kinderen was gering (IQR -0,2 tot 7,5). Er waren wel twee uitschieters waarbij het aantal SEH bezoeken afnam met 17 en 20 SEH bezoeken per 1.000 jonge kinderen (Figuur 3).

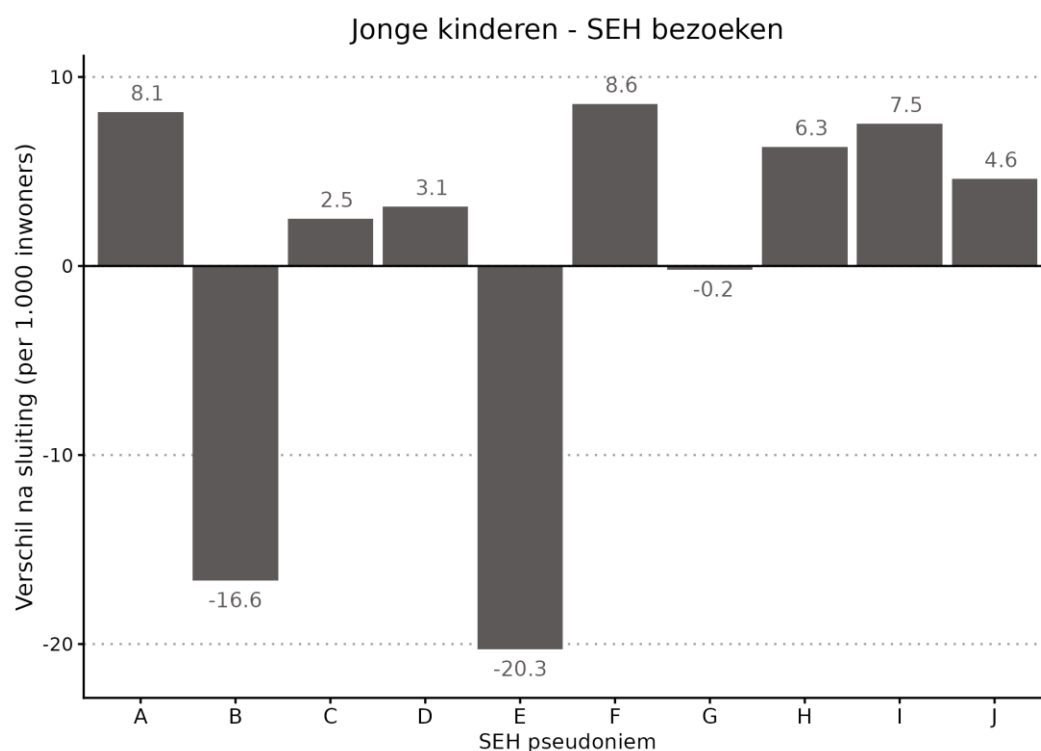
Figuur 1 *Het mediane verschil in het aantal SEH bezoeken na de sluiting in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijke trend voor alle inwoners, jonge kinderen en ouderen (* $p < 0.05$).*



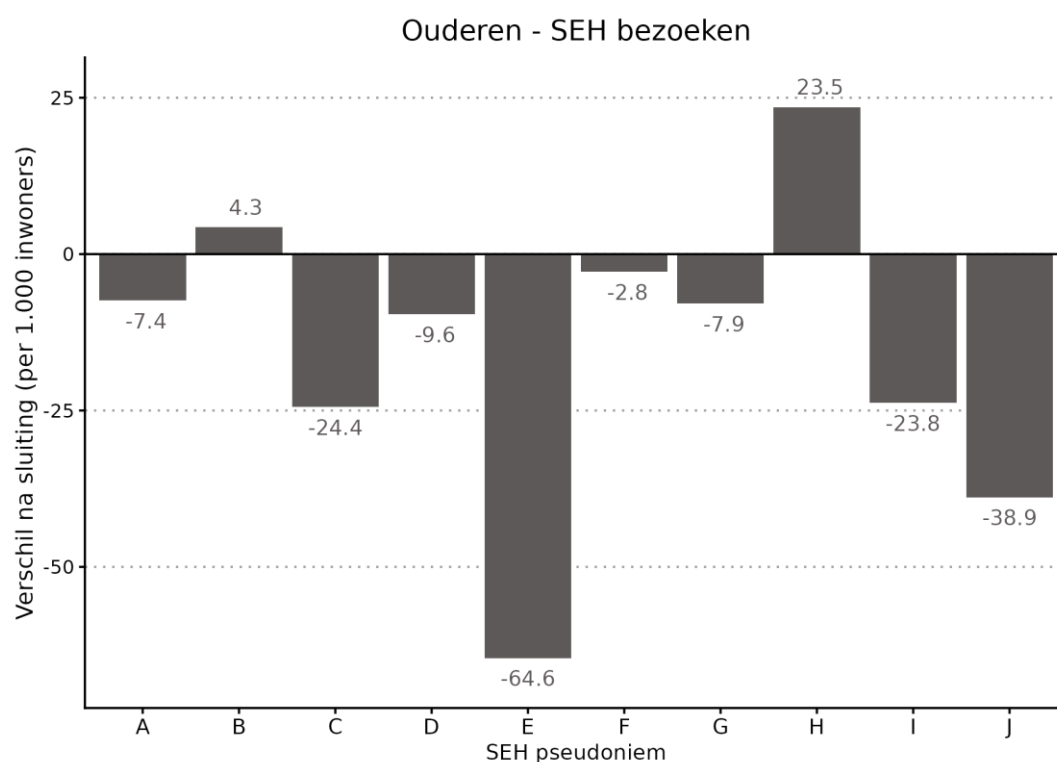
Figuur 2 Het mediane verschil in het aantal SEH bezoeken na de sluiting in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijke trend voor alle inwoners, per SEH.



Figuur 3 Het gecorrigeerde verschil in het aantal SEH bezoeken na de sluiting in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijke trend voor jonge kinderen, per SEH.



Figuur 4 *Het gecorrigeerde verschil in het aantal SEH bezoeken na de sluiting in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijke trend voor ouderen, per SEH.*

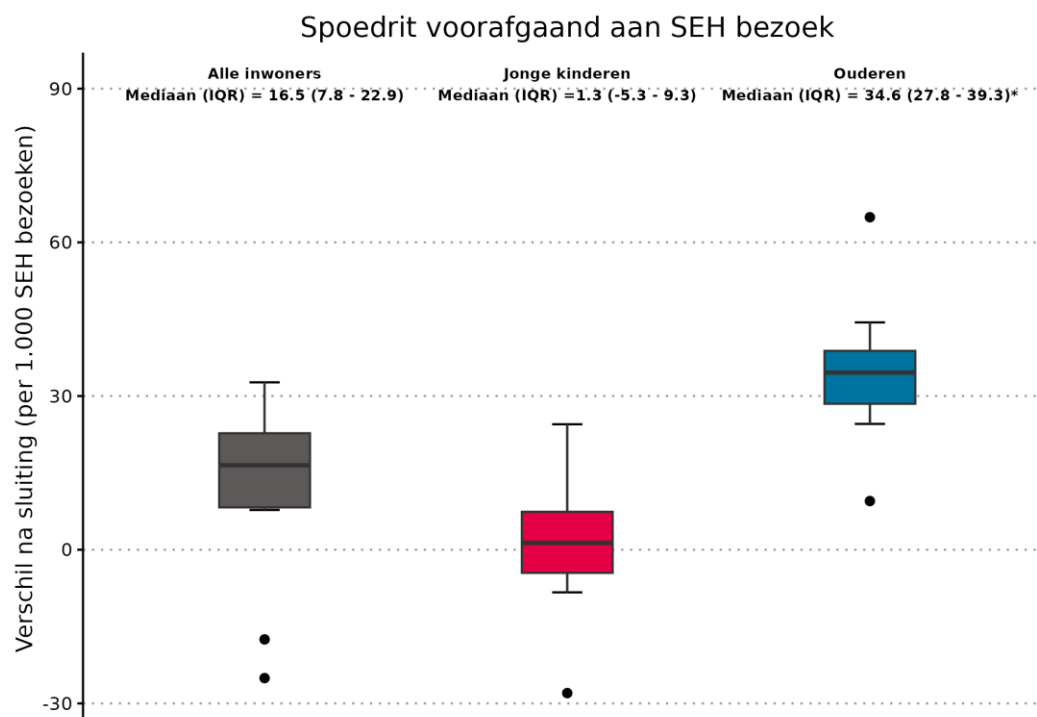


3.2.2 **Spiedvervoer bij ouderen, voorafgaand aan SEH-bezoek neemt toe na sluiting van een SEH ten opzichte van voor de sluiting**

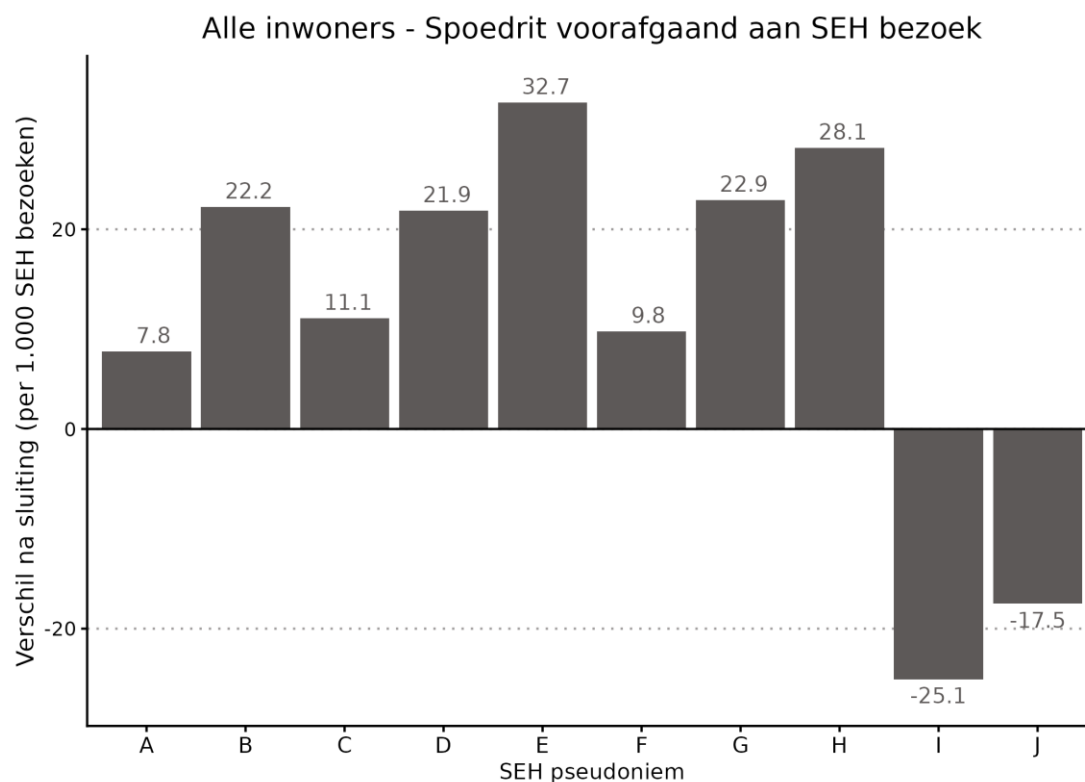
Onder ouderen in het verzorgingsgebied was het mediane aantal spoedritten met een ambulance in het jaar voor de sluiting 449,2 (IQR 406,6 tot 486,1) per 1.000 SEH bezoeken. Gecorrigeerd voor de landelijke trend nam het aantal spoedritten met 34,6 per 1.000 SEH bezoeken significant toe voor ouderen in het jaar na de sluiting ($p=0.002$, Figuur 5 en Bijlage C). Dit was een procentuele toename van 7,6% (IQR 5,8 tot 9,5%). Voor ouderen was er bij alle onderzochte SEH-sluitingen een toename in spoedritten voorafgaand aan een SEH-bezoek tussen 9,5 tot 64,9 spoedritten per 1.000 SEH bezoeken (Figuur 8 en Bijlage C), waarbij de toenames van zowel 9,5 als 64,9 spoedritten outliers waren.

Voor alle inwoners en voor jonge kinderen was er geen significante verandering in het aantal spoedritten voorafgaand aan een SEH-bezoek na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting (respectievelijk $p=0,13$ en $p=0,85$), zie Figuur 5. Hierbij was er wel variatie tussen SEH's voor alle inwoners (IQR 7,8 tot 22,9). Twee SEH's weken hiervan af en vormden uitschieters, met afnames van 17,5 en 25,1 spoedritten voorafgaand aan een SEH-bezoek na de sluiting, zie Figuur 6. Bij jonge kinderen varieerde het aantal spoedritten van -5.3 tot 9.3 (IQR), waarbij er een uitschieter was met een afname van 28 spoedritten per 1.000 SEH bezoeken na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting, zie Figuren 5 en 7.

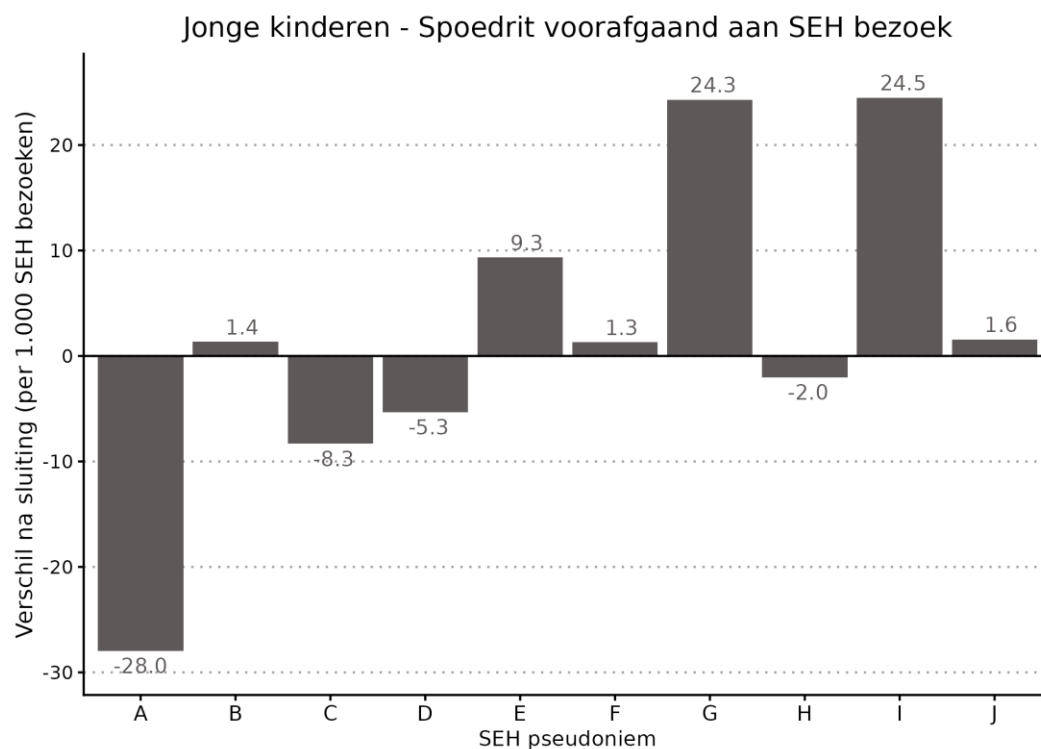
Figuur 5 Het mediane verschil in het aantal spoedritten voorafgaand aan een SEH-bezoek na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijk trend, voor alle inwoners, jonge kinderen en ouderen (* $p < 0.05$).



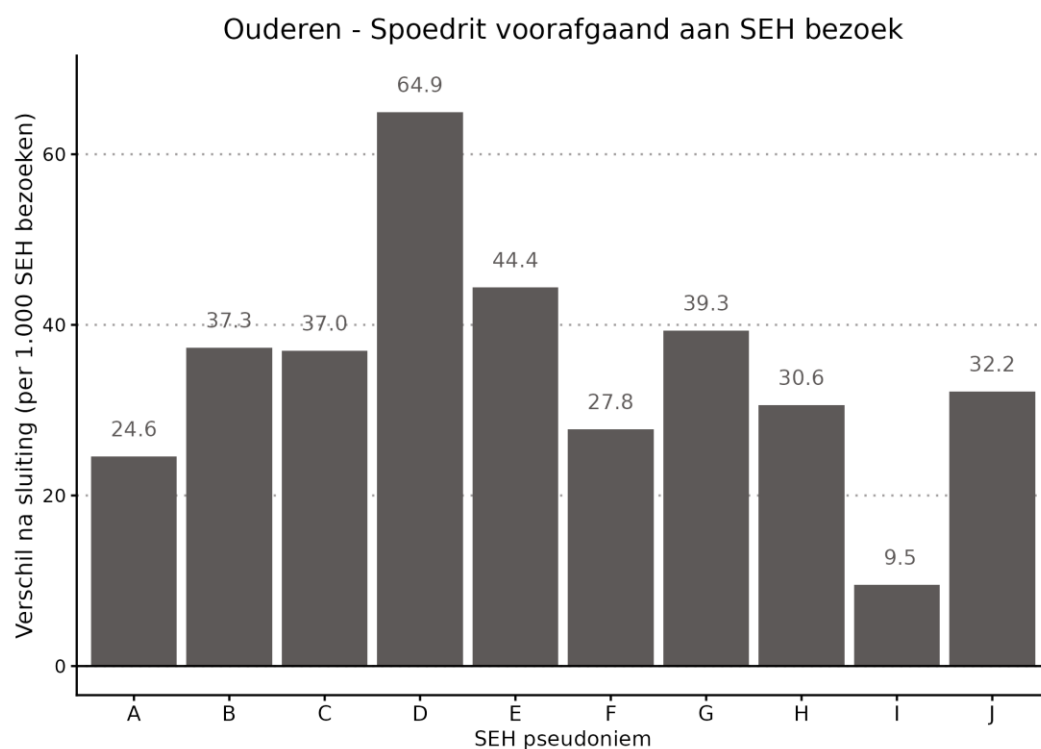
Figuur 6 Het gecorrigeerde verschil in het aantal spoedritten voorafgaand aan een SEH-bezoek na de sluiting in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijke trend voor alle inwoners, per SEH.



Figuur 7 *Het gecorrigeerde verschil in het aantal spoedritten voorafgaand aan een SEH-bezoek na de sluiting in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijke trend voor jonge kinderen, per SEH.*



Figuur 8 *Het gecorrigeerde verschil in het aantal spoedritten voorafgaand aan een SEH-bezoek na de sluiting in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijke trend voor ouderen, per SEH.*

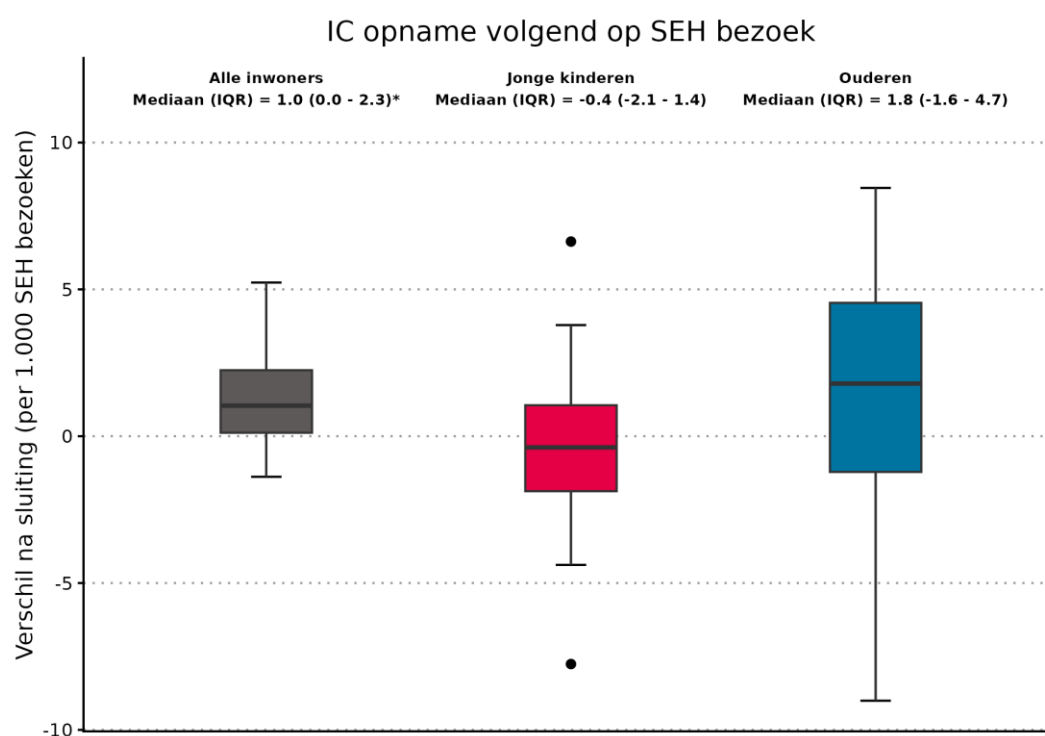


3.2.3 Stijging van IC-opnames na sluiting van een SEH ten opzichte van voor de sluiting

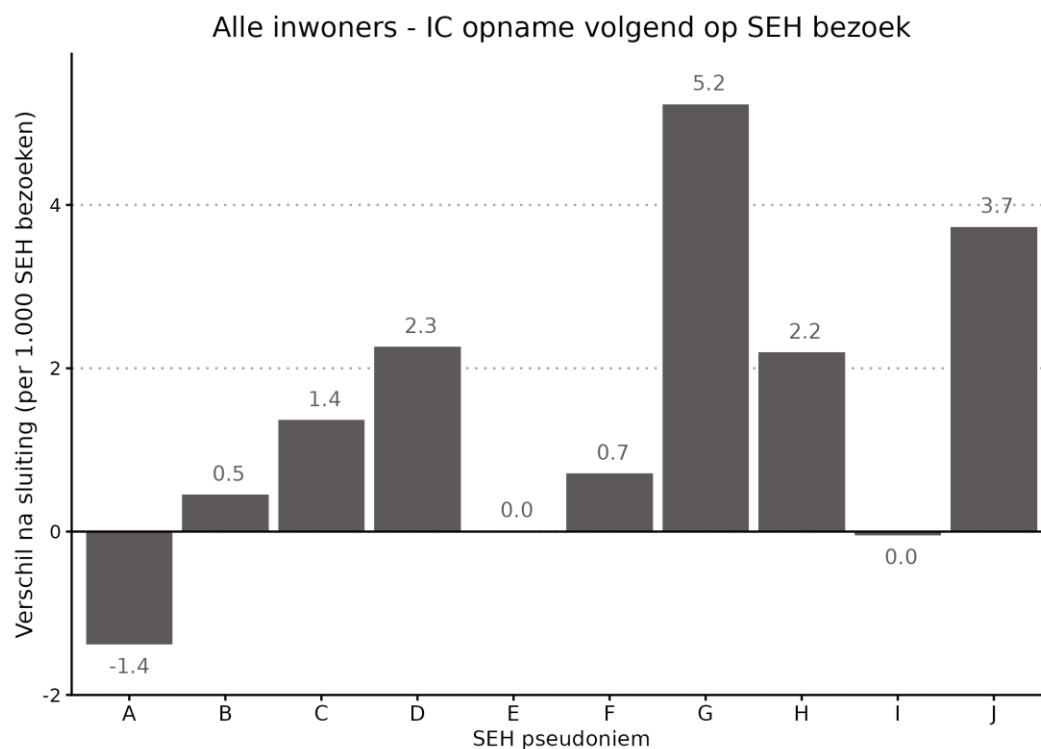
Onder alle inwoners in het verzorgingsgebied was het mediane aantal IC opnames volgend op een SEH-bezoek in het jaar voor de sluiting 12,6 (IQR 10,8 tot 15,6) per 1.000 SEH bezoeken. Gecorrigeerd voor de landelijke trend nam het aantal IC opnames met 1,0 (IQR 0,0 tot 2,3) per 1.000 SEH bezoeken significant toe voor alle inwoners in het jaar na de sluiting ($p=0.05$, Figuur 9 en Bijlage D). Dit was een procentuele toename van 9,3% (IQR 0,1 tot 19,6%). Voor alle inwoners werd bij acht SEH's een toename gezien tussen de 0,5 tot 5,2 IC opnames per 1.000 SEH bezoeken, bij twee SEH's bleef het aantal IC opnames gelijk en bij één SEH's was er een afname van 1,4 IC opnames per 1.000 SEH bezoeken na de sluiting (Figuur 10).

Onder jonge kinderen ($p=0.56$) en ouderen ($p=0.43$) waren geen significante verschillen in het aantal IC opnames volgend op een SEH-bezoek na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting, zie Figuur 9. Onder jonge kinderen varieerde het aantal IC opnames tussen -2,1 en 1,4 (IQR), waarbij er twee uitschieters waren; een afname van 7,8 IC opnames volgend op een SEH bezoek en een toename van 6,6 IC opnames (Figuur 11). Bij ouderen varieerde het aantal IC opnames tussen -1,6 en 4,7 (IQR), zie Figuren 9 en 12.

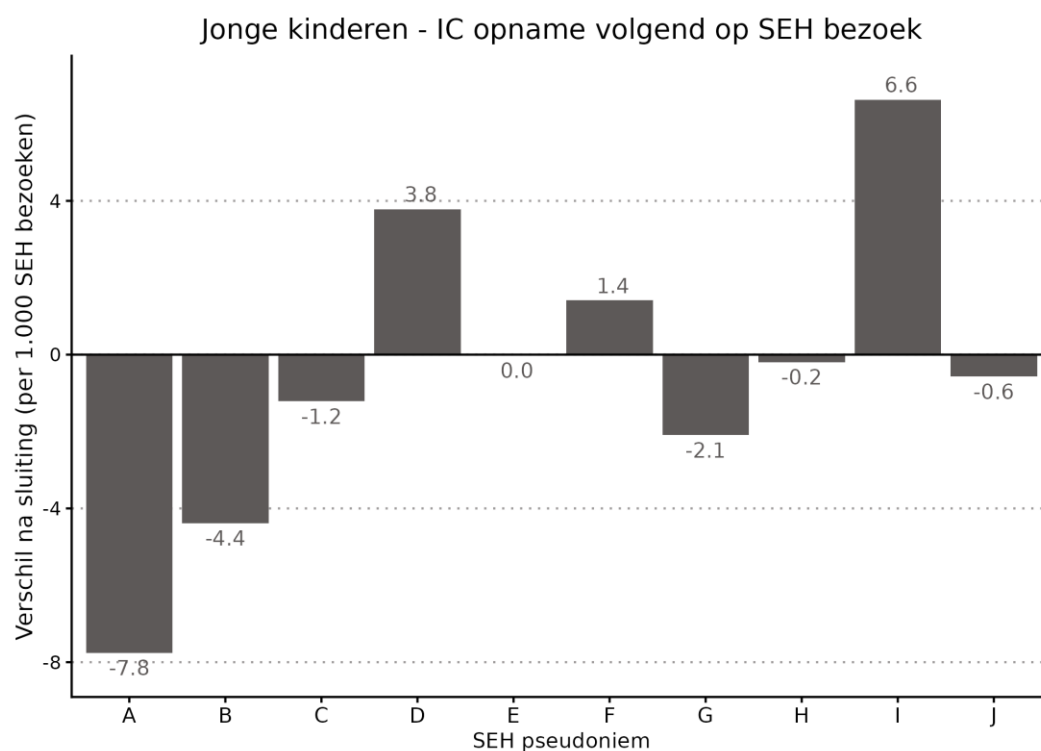
Figuur 9 Het mediane verschil in het aantal IC opnames volgend op een SEH-bezoek na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijk trend, voor alle inwoners, jonge kinderen en ouderen (* $p < 0.05$).



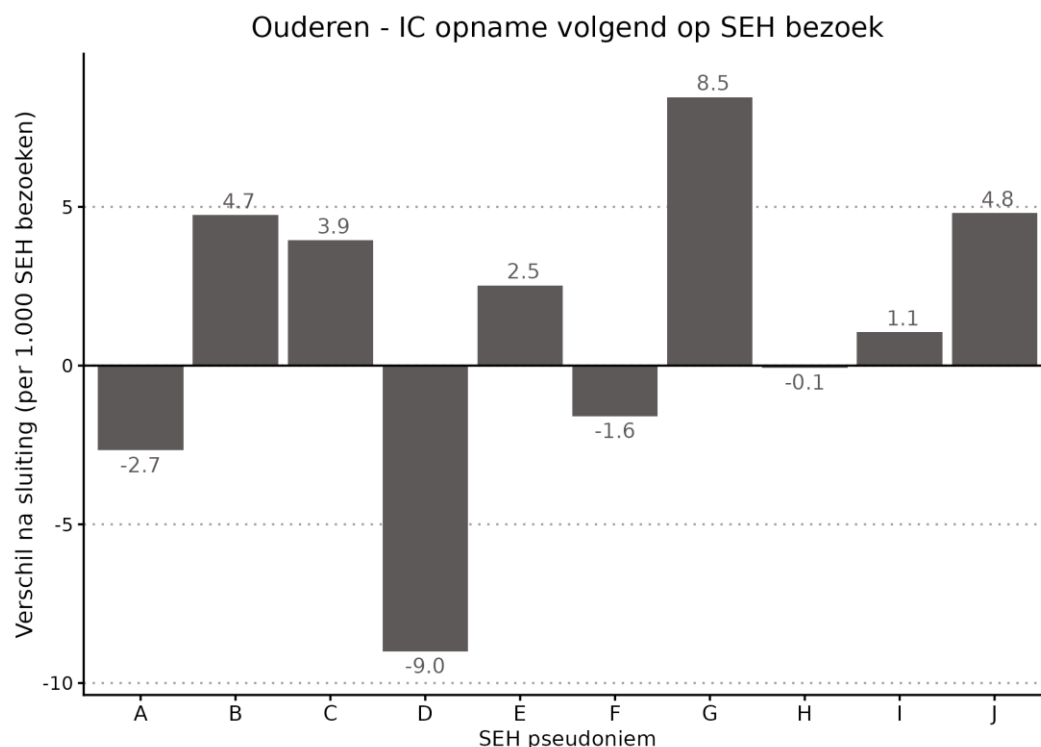
Figuur 10 Het gecorrigeerde verschil in het aantal IC opnames volgende op een SEH-bezoek na de sluiting in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijke trend voor alle inwoners, per SEH.



Figuur 11 Het gecorrigeerde verschil in het aantal IC opnames volgende op een SEH-bezoek na de sluiting in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijke trend voor jonge kinderen, per SEH.



Figuur 12 Het gecorrigeerde verschil in het aantal IC opnames volgend op een SEH-bezoek na de sluiting in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijke trend voor ouderen, per SEH.



3.2.4 Toename van U2 (spoed) HAP contacten voor ouderen

Er was geen significant verschil in het aantal HAP contacten in het jaar na sluiting ten opzichte van het jaar voor de sluiting voor alle inwoners, jonge kinderen en ouderen (Figuur E2 en Tabellen E4 t/m E6 in Bijlage F). Wel was er een significante toename van HAP contacten met een urgentiecategorie van U2 (spoed) voor ouderen van 4.9%-punt in het jaar na de sluiting ten opzichte van het jaar vóór de sluiting ($p=0.031$, Tabel E3 in Bijlage F).

4 Beschouwing

Veranderingen in zorggebruik na SEH-sluitingen gering maar grote regionale verschillen

Dit onderzoek geeft inzicht in veranderingen in het zorggebruik na SEH-sluitingen in de periode 2017-2023. Er is hierbij gekeken naar het zorggebruik voor alle inwoners van de verzorgingsgebieden van gesloten SEH's en specifiek naar de twee leeftijdscategorieën met het grootste zorggebruik in de spoedzorg: jonge kinderen (0-4 jaar) en ouderen (75 jaar en ouder). Uit dit onderzoek blijkt dat over het algemeen de gevolgen van het sluiten van de SEH's op het zorggebruik beperkt zijn. Echter is er wel een grote variatie in uitkomsten van zorggebruik tussen verschillende SEH's. Door het beperkte aantal SEH-sluitingen waren subgroepanalyses op basis van kenmerken van gesloten SEH's niet mogelijk. Ondanks dat in het algemeen de effecten op het zorggebruik gering zijn, kunnen SEH-sluitingen wel gevolgen hebben gehad voor individuele inwoners, huisartspraktijken en huisartsenspoedposten. Ook is in dit onderzoek geen aandacht besteed aan mogelijke veranderingen in de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarnaast kunnen de SEH-sluitingen gevolgen hebben gehad voor de belasting van de overblijvende SEH's, die het zorggebruik van inwoners uit het verzorgingsgebied van de gesloten SEH's hebben opgevangen. In hoeverre de werkdruk op de overgebleven SEH's is toegenomen, is in dit onderzoek niet onderzocht. Dit hangt namelijk ook af van de beschikbare capaciteit en het beschikbare personeel, evenals van het zorggebruik door inwoners van buiten de onderzochte verzorgingsgebieden van de gesloten SEH's.

Meeste inwoners blijven de SEH gebruiken

De resultaten laten zien dat voor alle inwoners en voor ouderen in de verzorgingsgebieden van de gesloten SEH's een lichte daling was in het aantal SEH bezoeken, terwijl bij jonge kinderen geen verandering werd waargenomen. De lichte daling in SEH bezoeken kan het gevolg zijn van de toegenomen afstand tot de dichtstbijzijnde SEH en de daarmee gemoeide kosten en inspanningen (het zogenoemde 'distance decay effect') (15). Daarnaast laat de lichte daling van SEH bezoeken zien dat inwoners in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH, ondanks SEH-sluitingen, de mogelijkheid hadden om bij een andere SEH spoedzorg te gebruiken. Het is echter onbekend of de geringe afname in de praktijk een effect heeft, bijvoorbeeld of de ernst van de zorgvraag van SEH-bezoeken is veranderd na de SEH-sluitingen.

Sluitingen van SEH's zouden ertoe kunnen leiden dat patiënten sneller met hun zorgvraag naar andere zorgverleners gaan, waardoor de druk bij deze zorgverleners hoger wordt. In dit onderzoek zagen we over het algemeen geen verandering in het aantal contacten met de huisartsenpraktijk of met de huisartsenspoedpost voor inwoners in het verzorgingsgebied van een gesloten SEH. Daarmee lijkt de zorgvraag niet te zijn verschoven naar de eerstelijnszorg.

Beperkte aanwijzingen voor mogelijk ongunstige gevolgen van SEH-sluitingen

Ondanks de geringe afname in het aantal SEH bezoeken na SEH-sluitingen, vragen enkele uitkomsten om nadere aandacht, omdat deze mogelijk ongunstige gevolgen hebben in de praktijk of de uitkomst voor de individuele patiënt. In dit onderzoek vonden we een toename van het spoedvervoer met een ambulance voorafgaand aan een SEH-bezoek onder ouderen. Er was geen stijging in het aantal ziekenhuisopnames volgend op een SEH bezoek. Deze bevinding suggereert dat de toename van het spoedvervoer niet is toe te schrijven aan het uitstellen van een bezoek aan een SEH en verslechtering van de situatie als gevolg daarvan.

Ook bleek er een toename in spoedhulpvragen (U2) bij de HAP voor ouderen, maar tegelijkertijd was er geen stijging in het totaal aantal HAP contacten in die groep. Het is mogelijk dat het aantal mensen dat de HAP heeft gebeld zonder een consult te krijgen wel is toegenomen, doordat de triagist hen tijdens de triage meteen heeft doorverwezen naar de meldkamer ambulance. In dit onderzoek was deze data echter niet beschikbaar om te analyseren.

Daarnaast werd er een procentuele toename gevonden van 9,3% in het aantal IC opnames volgend op een SEH-bezoek voor de totale populatie in de verzorgingsgebieden van de gesloten SEH's. De absolute mediane toename was minimaal waardoor het niet duidelijk is of dit in de praktijk een duidelijk effect heeft. Ook kan in dit onderzoek niet worden vastgesteld of de stijging in IC-opnames daadwerkelijk een gevolg is van de SEH-sluitingen of voortkomt uit andere veranderingen in de acute zorg.

Geen veranderingen in zorggebruik door jonge kinderen

Jonge kinderen maken veel gebruik van spoedzorg. Dit onderzoek gaf aan dat door SEH-sluitingen jonge kinderen niet minder of meer gebruik hebben gemaakt van SEH zorg. Over het algemeen werd in geen van de uitkomsten over zorggebruik in dit onderzoek significante verschillen gevonden in deze groep. Dit suggereert dat voor ouders en verzorgers van jonge kinderen de SEH nog steeds bereikbaar is, ondanks de mogelijk toegenomen reistijd. Wel was er ook hier veel variatie in de verandering in het aantal SEH bezoeken voor jonge kinderen tussen de gesloten SEH's. Het aantal SEH bezoeken varieerde tussen de 31,2 tot 207,3 SEH bezoeken per 1.000 jonge kinderen. Bij twee SEH-sluitingen werd wel een daling van ongeveer 10% van het aantal SEH bezoeken gevonden onder jonge kinderen. Vanwege mogelijke herleidbaarheid van individuele SEH's of regio's en het beperkt aantal SEH-sluitingen zijn er geen subgroep analyses uitgevoerd op kernmerken van de gesloten SEH's.

Aansluitingen bevindingen met eerder onderzoek

In eerder onderzoek van Gupta, waarin het totale zorgvolume binnen de medisch specialistische zorg werd onderzocht, werd gevonden dat inwoners die in het verzorgingsgebied van een gesloten SEH wonen, na de sluiting niet meer of minder ziekenhuiszorg ontvingen (11). Deze bevinding is in lijn met onze bevindingen dat veranderingen in zorggebruik over het algemeen gering waren. Onze bevindingen zijn ook in lijn met internationale literatuur naar gevolgen van SEH-sluitingen, waarbij het gebruik van spoedzorg na de sluiting gelijk bleef (16) of kortdurend extra druk op omliggende ziekenhuizen veroorzaakte, maar stabiliseerde binnen 12 maanden (17). De vergelijkbaarheid tussen deze studies en de huidige studie zijn echter lastig door de verschillen in studiesetting, onderzoekspopulaties en uitkomsten. Ook zijn er in de internationale literatuur geen studies gevonden waar specifiek naar ouderen wordt gekeken.

Aanknopingspunten voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in het zorggebruik van inwoners uit het verzorgingsgebied van gesloten SEH's waaruit blijkt dat de gevolgen van het sluiten van de SEH's op het zorggebruik gering waren. Wel geeft dit onderzoek meerdere aanknopingspunten voor vervolgonderzoek om bevindingen verder te kunnen duiden. Allereerst kan vervolgonderzoek zich richten op de in dit onderzoek waargenomen veranderingen in zorggebruik om vast te stellen of deze effecten van SEH-sluitingen potentieel ongewenst zijn. Dit kan worden gedaan door het verlengen van de onderzoeksperiode, om te onderzoeken of het zorggebruik (SEH bezoeken, de inzet van spoedvervoer, IC opnames en contacten met hogere urgenties op de HAP) op de lange termijn terugkeert naar het niveau van vóór de sluiting of dat er blijvende veranderingen optreden (17). Daarnaast zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op de onderliggende gezondheidsproblemen

waarmee patiënten zich op de SEH presenteren, evenals op gezondheidsuitkomsten zoals overlijden. Dit kan meer inzicht bieden in de daadwerkelijke gezondheidseffecten van een SEH-sluiting. Verder biedt kwalitatief onderzoek met zorgprofessionals en patiënten van de gesloten SEH's en overgebleven SEH's inzicht in de ervaren gevolgen van de sluitingen, zoals veranderingen in toegankelijkheid, werkdruk, zorggebruik en de kwaliteit van zorg. In het huidige onderzoek was hier echter geen ruimte voor.

In dit onderzoek werd variatie gevonden in zowel type SEH-sluitingen en kenmerken van de SEH's, als in de uitkomsten van zorggebruik tussen de gesloten SEH's. In het ene verzorgingsgebied leidde sluiting van de SEH tot een grotere afname in SEH bezoeken dan in andere verzorgingsgebieden. Ook was er een toename van SEH bezoeken in het verzorgingsgebied van één gesloten SEH. Het is dus mogelijk dat verschillende contextuele factoren (zoals de beschikbaarheid van alternatieve zorg of reistijden) van invloed zijn op de gevolgen van een SEH-sluiting, waardoor de veranderingen in het zorggebruik per verzorgingsgebied kunnen verschillen. In dit onderzoek was het niet mogelijk om uitsplitsingen te maken naar deze kenmerken vanwege mogelijke herleidbaarheid. Vervolgonderzoek naar factoren die ongewenste veranderingen in zorggebruik na een SEH-sluiting beïnvloeden, kan inzichten bieden in welke factoren relevant zijn om mee te wegen bij toekomstige sluitingen van SEH's.

Het is onbekend waardoor het aantal spoedritten voorafgaand aan een SEH-bezoek bij ouderen is toegenomen. Vervolgonderzoek kan hier mogelijk meer inzicht in geven. Een verminderde toegankelijkheid zou een mogelijke verklaring kunnen zijn. Mogelijk kunnen ouderen minder vaak gebruik maken van een auto om naar de SEH te komen waardoor er sneller contact met de HAP wordt opgenomen. Vervolgonderzoek naar veranderingen in het aantal mensen dat contact zoekt met de triagist van de HAP en de vervolgactie die de triagist toekent aan het triagecontact (bijvoorbeeld de inzet van een ambulance), zou mogelijk duidelijk kunnen maken in hoeverre deze twee ontwikkelingen met elkaar verband houden. Een dergelijke verdiepingsslag is mogelijk met beschikbare routine zorgdata maar paste niet binnen het bestek van het huidige onderzoek. Daarnaast kan vervolgonderzoek naar de toename in het aantal IC opnames volgend op een SEH-bezoek inzicht geven of deze kleine absolute toename klinisch en/of beleidsmatig relevant is.

Methodologische kanttekeningen

Dit onderzoek is uitgevoerd met gegevens die routinematig worden vastgelegd in de zorg: declaraties en elektronische patiëntendossiers. Voordelen hiervan zijn dat het onderzoek geen extra administratieve lasten met zich meebracht en dat we ervan kunnen uitgaan dat gedeclareerde zorg in een bepaalde periode ook daadwerkelijk in die periode is geleverd. Daarnaast zijn we niet afhankelijk van het geheugen van deelnemers, waardoor gebeurtenissen verkeerd kunnen worden herinnerd, zoals bij vragenlijstonderzoek het geval kan zijn.

De gegevens gebruikt in dit onderzoek waren vastgelegd voor andere doelen: declaraties en medische verslaglegging in het primaire zorgproces. Mede daardoor gelden de volgende kanttekeningen:

- De uitkomstmaten gebruikt in dit onderzoek zijn voornamelijk bepaald met declaratiegegevens. De volgordelijkheid van zorg is daarmee niet vast te stellen vanwege het ontbreken van een tijdstip waarop de zorg heeft plaatsgevonden en of zorggebruik voor hetzelfde gezondheidsprobleem was.
- In het onderzoek zijn tien SEH-sluitingen meegenomen. Vanwege dit kleine aantal was het niet mogelijk om de tien SEH's verder op te splitsen naar verschillende kenmerken van de SEH's, aangezien de resulterende subgroepen te klein zouden worden voor betrouwbare analyses. Dit

beperkt de mogelijkheid om verschillen in uitkomsten te relateren aan specifieke kenmerken van SEH's.

- Bij het bepalen van het aantal inwoners in een verzorgingsgebied kon er geen rekening gehouden worden met verhuizingen. Dit kan ertoe leiden dat inwoners meegenomen zijn die voor of na een sluiting niet meer woonachtig waren in het verzorgingsgebied van de gesloten SEH.
- In dit onderzoek hebben we alleen naar statistische verbanden kunnen kijken. De mate waarin die verbanden oorzakelijk zijn is niet bekend. Wel hebben we zorggebruik beschreven die waarschijnlijk door SEH-sluitingen beïnvloed zou kunnen worden. Om vast te stellen of SEH-sluitingen ook inderdaad verantwoordelijk zijn voor een bepaalde verandering in zorggebruik, is aanvullend onderzoek nodig.

Tot slot

In dit onderzoek vonden we over het geheel genomen geen grote effecten van het sluiten van SEH's op het zorggebruik van inwoners van de verzorgingsgebieden van de betreffende SEH's. Inwoners zijn na de sluiting van een SEH voor spoedzorg naar een andere SEH gegaan. De overgebleven SEH's hebben het daardoor waarschijnlijk drukker gekregen. Het is daarom belangrijk dat SEH's in de regio van een te sluiten SEH zich voorbereiden op een toename van patiënten. Ondanks dat de gevolgen op het zorggebruik na SEH-sluitingen beperkt lijken te zijn, betekent dit niet dat SEH-sluitingen in de toekomst eveneens zonder grote gevolgen kunnen plaatsvinden. De veranderingen van zorggebruik onder ouderen en de IC opnames laten zien waar mogelijk ongunstige gevolgen kunnen ontstaan bij een SEH-sluiting, maar behoeven nader onderzoek. Daarnaast is veel afhankelijk van de lokale omstandigheden en zorgvuldige afweging van mogelijke effecten op de toegankelijkheid van spoedzorg. Dat kan samenhangen met de reden van een SEH-sluiting, kenmerken van een gesloten SEH of regionale factoren.

Literatuur

1. RIVM. Acute zorg [Available from: <https://www.rivm.nl/acute-zorg>.
2. Nederland Z. Kwaliteitskader Spoedzorgketen. 2020.
3. SiRM. Redenen SEH-sluitingen: Quicksan redenen SEH-sluitingen 2011-2022 en gevolgen voor bereikbaarheid. 2024.
4. Ahli S. SEH voor iedereen vlakbij of betere zorg verder weg? Deze vijf opties bekijkt VWS: Skipr; 2024 [Available from: <https://www.skipr.nl/nieuws/seh-voor-iedereen-vlakbij-of-betere-zorg-verder-weg-deze-vijf-opties-bekijkt-vws/>.
5. Kiers B. Concentratie acute zorg lijkt op z'n retour: Skipr; 2024 [Available from: <https://www.skipr.nl/nieuws/concentratie-acute-zorg-lijkt-op-zn-retour/>.
6. NOS. Zuyderland concentreert zorg in Sittard-Geleen, zorg in Heerlen afgeschaald 2024 [Available from: <https://nos.nl/artikel/2517897-zuyderland-concentreert-zorg-in-sittard-geleen-zorg-in-heerlen-afgeschaald>.
7. Pointer. Experts maken zich zorgen over het verdwijnen van de spoedeisende hulp 2020 [Available from: <https://pointer.kro-ncrv.nl/experts-maken-zich-zorgen-over-het-verdwijnen-van-de-spoedeisende-hulp>.
8. EenVandaag. Regionale ziekenhuizen komen massaal in verzet als spoedeisende hulp moet sluiten 2022 [Available from: <https://eenvandaag.avrotros.nl/artikelen/regionale-ziekenhuizen-komen-massaal-in-verzet-als-spoedeisende-hulp-moet-sluiten-133118>.
9. Hulshof T, Kommer GJ, Kemper P. Inventarisatie van spoedzorglocaties in 2025. RIVM; 2025.
10. VZinfo. Acute zorg | Aanbod | HAP en SEH 2026 [Available from: <https://www.vzinfo.nl/onderwerpen/acute-zorg/aanbod/hap>.
11. GUPTA. Effect van SEH-sluiting op zorgvolume - Een onderzoek naar de impact van seh-sluitingen op zorggebruik. 2024.
12. VZinfo. Acute zorg | Gebruik | SEH 2025 [Available from: <https://www.vzinfo.nl/acute-zorg/gebruik/seh>.
13. NTS. Wat is NTS? 2026 [Available from: <https://www.de-nts.nl/home/wat-is-nts/>.
14. Lamberts H, Wood M. The birth of the International Classification of Primary Care (ICPC) Serendipity at the border of Lac Léman Family Practice. 2002;19(5):433–5.
15. Kelekar U, Das Gupta D, Theis-Mahon N, Fashingbauer E, Huang B. Distances to emergency departments and non-urgent utilization of medical services: a systematic review. Global Health Action. 2024;17(2353994).
16. Schultz Hansen K, Enemark U, Foldspang A. Health services use associated with emergency department closure. J Health Serv Res Policy. 2011;16(3).
17. Lynch B, Browne J, Buckley CM, Healy O, Corcoran P, Fitzgerald AP. An interrupted time-series analysis of the impact of emergency department reconfiguration on regional emergency department trolley numbers in Ireland from 2005 to 2015. BMJ Open. 2019;9.

Bijlage A Toelichting methode

Onderzoekswerkplaats ‘Routine zorgdata voor passende zorg’

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden binnen de onderzoekswerkplaats ‘Routine zorgdata voor passende zorg’. Binnen deze onderzoekswerkplaats werkt het Zorginstituut samen met het Nederlands instituut voor onderzoek naar de gezondheidszorg (Nivel). Binnen deze samenwerking wordt kennis en expertise over zorg, het zorgstelsel en de aard en bruikbaarheid van routine zorgdata bijeengebracht. Daarnaast wordt binnen de onderzoekswerkplaats een data-infrastructuur gecreëerd waarmee kennis gegenereerd kan worden voor het beantwoorden van actuele en overstijgende beleidsvragen die zowel vanuit de missie van het Nivel als de missie en wettelijke taken van het Zorginstituut relevant zijn. Binnen de onderzoekswerkplaats worden data die reeds beschikbaar zijn binnen het Zorginstituut (declaraties, zorgprestaties en zorgactiviteiten binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz) en gegevens omtrent de Wlz-indicatie en wachtstatus) op persoonsniveau gekoppeld met gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn over huisartsenzorg, huisartsenspoedpostenzorg en paramedische zorg vanuit elektronische patiëntendossiers (EPDs). Dit onderzoek is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, onder nummer NZR-00325.026.

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn bevat gepseudonimiseerde gegevens uit het EPD van 60-80% (afhankelijk van het jaar) van de HAP's in Nederland (10-12 miljoen inwoners). Deze gegevens bevatten informatie over triage (o.a. urgentie) en het contact met de HAP (o.a. diagnose volgens International Classification of Primary Care (ICPC) codering). Het Zorginstituut ontvangt via Vektis gepseudonimiseerde declaratiegegevens van zorgverzekeraars en zorgkantoren over o.a. huisartsenzorg, vervoer en medisch specialistische zorg. Gepseudonimiseerde gegevens vanuit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn zijn via ZorgTTP geleverd naar het Zorginstituut.

Overzicht prestatiescodes en definities voor bepalen zorggebruik

Om de uitkomstmaten van het zorggebruik te bepalen is gebruikgemaakt declaratiedata vanuit de huisartsenzorg, medisch specialistische zorg en vervoer van de jaren 2017 t/m 2024 (Tabel 1). Om de uitkomstmaten te bepalen zijn daarnaast definities vastgesteld over hoe het zorggebruik in kaart is gebracht (

Tabel 2). Voor een deel van de sluiting (n=6) zijn de tertiaire uitkomstmaten bepaald op basis van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (Tabel 2).

Tabel 1 Prestatiecodes voor bepalen zorggebruik

Variabele	Prestatiecode	Betekenis
Huisartspraktijk contacten	12000	Consult regulier korter dan 20 minuten
	12001	Consult regulier 20 minuten en langer
	12002	Visite regulier korter dan 20 minuten
	12003	Visite regulier 20 minuten en langer
	12004	Telefonisch consult regulier
	12007	E-mailconsult regulier
	12010	Consult regulier korter dan 5 minuten
	12011	Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten
HAP contacten	12200	Consult ANW korter dan 20 minuten
	12201	Consult in de avond, nacht of het weekend, 20 minuten en langer
	12202	Visite in de avond, nacht of het weekend, korter dan 20 minuten
	12203	Visite in de avond, nacht of het weekend, 20 minuten en langer
	12204	Telefonisch consult ANW
	12207	Consult in de avond, nacht of het weekend, korter dan 5 minuten
	12208	Consult in de avond, nacht of het weekend, vanaf 5 minuten tot 20 minuten
	12300	Consult HAP/HDS
	12301	Visite HAP/HDS
	12302	Telefonisch consult HAP/HDS
	12304	Triage consult HAP/HDS
SEH bezoeken	190015	Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling
Spoedvervoer met ambulance	196010	Spoedvervoer (A1- / A2-rit)
Ziekenhuis opnames	190218	Verpleegdag
	194804	Verpleegdag geriatische revalidatie
Intensive care opname	190150	Neonatale IC
	190151	Pediatrische IC
	190153	IC-dag licht
	190154	IC-dag middel
	190155	IC-dag zwaar
	190157	IC-dag type 1
	190158	IC-dag type 2

Tabel 2 Definities voor zorggebruik vanuit declaratiegegevens en Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Bron	Variabele	Definitie
Declaratiegegevens	Huisartspraktijk contacten	Aantal contacten met de huisarts met een maximum van 1 per dag
	HAP contacten	Aantal contacten met de HAP met een maximum van 1 per dag
	SEH bezoeken	Aantal bezoeken
	SEH bezoeken volgend op een HAP contact	Aantal SEH bezoeken op dezelfde dag of op de eerstvolgende dag volgend op een HAP contact per 1.000 HAP contacten.
	Spoedvervoer voorafgaand aan SEH bezoek	Aantal spoedritten op dezelfde dag als een SEH-bezoek per 1.000 SEH bezoeken.
	Ziekenhuis opnames volgend op een SEH bezoek	Aantal ziekenhuisopnames (incl. intensive care opnames) op dezelfde dag of één dag volgend op een SEH-bezoek per 1.000 SEH bezoeken.
	Intensive care opnames volgend op een SEH bezoek	Aantal intensive care opnames op dezelfde dag of één dag volgend op een SEH-bezoek per 1.000 SEH bezoeken.
Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn ¹	Urgentieverdeling HAP contacten	Procentuele verdeling van de urgenties over alle HAP contacten. De urgenties zijn ingedeeld als volgt: U0: Reanimatie, U1: Levensbedreigend, U2: Spoed, U3: Dringend, U4: Niet dringend, U5: Advies en U9: Onbekende urgentie.
	Gezondheidsproblemen HAP contacten	Procentuele verdeling van de vijf meest voorkomende gezondheidsproblemen op basis van ICPC-codes van alle HAP contacten. ICPC-codes zijn ontdubbeld per HAP contact en ICPC-code 1099 (niet gespecificeerde ziekte) is verwijderd indien minimaal één andere ICPC-code geregistreerd was bij een HAP contact

HAP: huisartsenspoedpost, SEH: spoedeisende hulp, ICPC: International Classification of Primary Care

¹Uitkomsten op basis van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn zijn alleen bepaald voor sluitingen waarvoor deze gegevens beschikbaar waren voor de locaties van de spoedeisende hulp (n=6).

Bijlage B SEH bezoeken per SEH

Tabel B1 Resultaten over het aantal SEH bezoeken voor en na de sluiting, weergegeven per SEH-sluiting voor alle inwoners in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal SEH bezoeken voor sluiting per 1.000 inwoners	Werkelijk aantal SEH bezoeken na sluiting per 1.000 inwoners	Verwacht aantal SEH bezoeken na sluiting per 1.000 inwoners [#]	Verschil in SEH bezoeken*	Procentuele verandering*
A	73,5	73,0	75,5	-2,5	-3,4%
B	88,1	91,0	93,3	-2,3	-2,6%
C	132,4	129,8	138,2	-8,4	-6,3%
D	84,5	78,1	86,9	-8,8	-10,4%
E	128,8	103,6	124,9	-21,3	-16,5%
F	88,1	90,9	90,9	0,0	0,0%
G	119,5	111,3	123,0	-11,7	-9,8%
H	97,7	100,8	95,8	5,0	5,1%
I	103,0	88,8	91,7	-2,9	-2,8%
J	97,8	83,0	88,2	-5,2	-5,3%

[#]Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

*Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Tabel B2 Resultaten over het aantal SEH bezoeken voor en na de sluiting, weergegeven per SEH-sluiting voor jonge kinderen in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal SEH bezoeken voor sluiting per 1.000 inwoners	Aantal SEH bezoeken na sluiting per 1.000 inwoners	Verwacht aantal SEH bezoeken na sluiting per 1.000 inwoners [#]	Verschil in SEH bezoeken*	Procentuele verandering*
A	31,2	34,0	25,9	8,1	26%
B	145,5	98,5	115,1	-16,6	-11,4%
C	195,9	158,2	155,7	2,5	1,3%
D	67,0	64,7	61,6	3,1	4,6%
E	207,3	124,8	145,1	-20,3	-9,8%
F	101,9	87,4	78,9	8,6	8,4%
G	147,3	113,5	113,7	-0,2	-0,01%
H	59,0	49,2	42,9	6,3	10,7%
I	73,6	56,5	49,0	7,5	10,2%
J	87,6	55,3	50,7	4,6	5,3%

[#]Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

*Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Tabel B3 Resultaten over het aantal SEH bezoeken voor en na de sluiting, weergegeven per SEH-sluiting voor ouderen in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal SEH bezoeken voor sluiting per 1.000 inwoners	Aantal SEH bezoeken na sluiting per 1.000 inwoners	Verwacht aantal SEH bezoeken na sluiting per 1.000 inwoners [#]	Vershil in SEH bezoeken*	Procentuele verandering*
A	167,5	182,4	189,8	-7,4	-4,4%
B	187,1	220,8	216,6	4,3	2,3%
C	315,4	348,5	372,9	-24,4	-7,7%
D	194,3	210,6	220,2	-9,6	-4,9%
E	307,4	274,4	339,0	-64,6	-21,0%
F	215,1	243,7	246,5	-2,8	-1,3%
G	246,6	275,1	283,0	-7,9	-3,2%
H	227,0	275,1	251,7	23,5	10,4%
I	220,5	194,4	218,2	-23,8	-10,8%
J	230,2	198,1	237,0	-38,9	-16,9%

[#] Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

*Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Bijlage C Spoedvervoer voorafgaand aan SEH-bezoek per SEH

Tabel C1 Resultaten over het aantal spoedritten voorafgaand aan een SEH-bezoek voor en na de sluiting, weergegeven per SEH-sluiting voor alle inwoners in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal spoedritten voor sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Aantal spoedritten na sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Verwacht aantal spoedritten na sluiting per 1.000 SEH bezoeken [#]	Vershil in spoedritten*	Procentuele verandering*
A	260,1	287,6	279,8	7,8	3,0%
B	243,2	279,8	257,6	22,2	9,1%
C	222,2	257,7	246,6	11,1	5,0%
D	184,8	220,4	198,5	21,9	11,8%
E	248,4	313,1	280,5	32,7	13,2%
F	261,5	296,0	286,3	9,8	3,7%
G	190,1	231,1	208,1	22,9	12,1%
H	289,2	351,9	323,7	28,1	9,7%
I	348,5	377,5	402,6	-25,1	-7,2%
J	299,4	336,2	353,7	-17,5	-5,8%

[#] Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

*Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Tabel C2 Resultaten over het aantal spoedritten voorafgaand aan een SEH-bezoek voor en na de sluiting, weergegeven per SEH-sluiting voor jonge kinderen in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal spoedritten voor sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Aantal spoedritten na sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Verwacht aantal spoedritten na sluiting per 1.000 SEH bezoeken [#]	Vershil in spoedritten*	Procentuele verandering*
A	96,4	75,4	103,4	-28,0	-29,0%
B	86,7	93,4	92,1	1,4	1,6%
C	88,1	91,7	100	-8,3	-9,4%
D	103,3	102,6	107,9	-5,3	-5,2%
E	95,2	112,8	103,4	9,3	9,8%
F	96,5	100,3	99,0	1,3	1,4%
G	83,5	110,2	85,9	24,3	29,1%
H	100,8	108,3	110,3	-2,0	-2,0%
I	99,6	139,4	114,9	24,5	24,6%
J	105,3	127,0	125,4	1,6	1,5%

[#] Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

*Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Tabel C3 Resultaten over het aantal spoedritten voorafgaand aan een SEH-bezoek voor en na de sluiting, weergegeven per SEH-sluiting voor ouderen in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal spoedritten voor sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Aantal spoedritten na sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Verwacht aantal spoedritten na sluiting per 1.000 SEH bezoeken [#]	Vershil in spoedritten*	Procentuele verandering*
A	422,8	463,0	438,4	24,6	5,8%
B	406,6	454,7	417,4	37,3	9,2%
C	432,6	496,1	459,1	37,0	8,5%
D	330,7	407,7	342,8	64,9	19,6%
E	465,9	542,7	498,3	44,4	9,5%
F	483,0	539,7	511,9	27,8	5,8%
G	399,9	462,6	423,3	39,3	9,8%
H	488,7	552,9	522,3	30,6	6,3%
I	526,3	570,1	560,5	9,5	1,8%
J	486,1	556,8	524,6	32,2	6,6%

[#] Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

*Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Bijlage D IC opnames volgend op een SEH-bezoek per SEH

Tabel D1 Resultaten over het aantal intensive care (IC) opnames volgend op een SEH-bezoek voor en na de sluiting, weergegeven voor alle inwoners in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal IC opnames voor sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Aantal IC opnames na sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Verwacht aantal IC opnames na sluiting per 1.000 SEH bezoeken [#]	Verschil in IC opnames volgend op een SEH bezoek [*]	Procentuele verandering [*]
A	15,1	15,2	16,6	-1,4	-9,2%
B	13,7	16,6	16,2	0,5	3,3%
C	9,8	12,5	11,1	1,4	14,0%
D	11,6	14,3	12,0	2,3	19,5%
E	10,9	12,9	12,9	0,1	0,1%
F	15,6	20,0	19,3	0,7	4,6%
G	9,6	17,2	11,9	5,2	54,5%
H	15,6	20,3	18,1	2,2	14,1%
I	15,7	16,3	16,4	-0,1	-0,3%
J	10,8	14,5	10,7	3,7	34,6%

[#]Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

^{*}Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Tabel D2 Resultaten over het aantal intensive care (IC) opnames volgend op een SEH-bezoek voor en na de sluiting, weergegeven voor jonge kinderen in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal IC opnames voor sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Aantal IC opnames na sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Verwacht aantal IC opnames na sluiting per 1.000 SEH bezoeken [#]	Verschil in IC opnames volgend op een SEH bezoek [*]	Procentuele verandering [*]
A	10,7	0,0	7,8	-7,8	-72,5%
B	4,7	0,0	4,4	-4,4	-93,2%
C	5,5	3,0	4,2	-1,2	-22,0%
D	8,3	10,7	6,9	3,8	45,6%
E	4,3	3,6	3,6	-0,1	-0,5%
F	7,8	7,6	6,2	1,4	18,1%
G	7,6	3,9	6,0	-2,1	-27,5%
H	4,5	3,6	3,8	-0,2	-4,3%
I	3,7	9,6	3,0	6,6	179,1%
J	10,0	7,9	8,5	-0,6	-5,7%

[#]Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

^{*}Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Tabel D3 Resultaten over het aantal intensive care (IC) opnames volgend op een SEH-bezoek voor en na de sluiting, weergegeven voor ouderen in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal IC opnames voor sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Aantal IC opnames na sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Verwacht aantal IC opnames na sluiting per 1.000 SEH bezoeken [#]	Verschil in IC opnames volgend op een SEH bezoek [*]	Procentuele verandering [*]
A	14,3	12,5	15,2	-2,7	-18,7%
B	6,7	12,2	7,5	4,7	70,7%
C	11,3	16,3	12,3	3,9	34,9%
D	21,5	11,3	20,3	-9,0	-41,9%
E	9,8	12,7	10,2	2,5	25,8%
F	19,8	23,3	24,9	-1,6	-8,1%
G	11,4	22,7	14,2	8,5	74,2%
H	18,2	18,6	18,7	-0,1	-0,4%
I	15,5	13,0	12,0	1,1	6,8%
J	9,3	11,8	7,0	4,8	51,7%

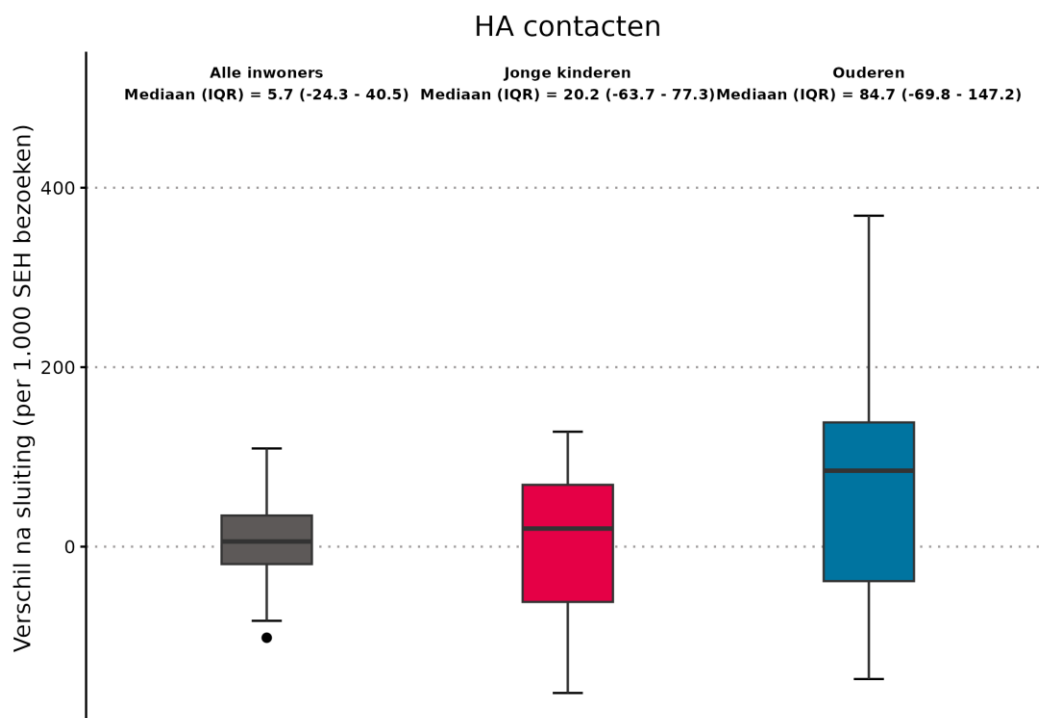
[#]Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

^{*}Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Bijlage E Overige uitkomsten zorggebruik

Na de sluiting was er geen significant verschil voor zowel alle inwoners van het verzorgingsgebied, ouderen en jonge kinderen in het aantal huisartspraktijk contacten (Figuur E1, Tabellen E1 t/m E3), HAP contacten (Figuur E2, Tabellen E4 t/m E6), SEH-bezoeken volgend op een HAP-contact (Figuur E3, Tabellen E7 t/m E9) en ziekenhuisopnames volgend op een SEH-bezoek (Figuur E4, Tabellen E10 t/m E12) ten opzichte van voor de sluiting, waarbij is gecorrigeerd voor landelijke trends.

Figuur E1 Het mediane verschil in het aantal huisartspraktijk (HA) contacten na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijk trend, weergegeven voor alle inwoners, jonge kinderen en ouderen in het verzorgingsgebied.



Tabel E1 Resultaten over het aantal huisartspraktijk (HA) contacten voor en na de sluiting, weergegeven voor alle inwoners in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal HA contacten voor sluiting per 1.000 inwoners	Aantal HA contacten na sluiting per 1.000 inwoners	Verwacht aantal HA contacten na sluiting per 1.000 inwoners [#]	Vershil in huisartsenpraktijk contacten*	Procentuele verandering *
A	3.406,1	3.562,6	3.559,1	3,6	0,1%
B	4.210,8	4.395,4	4.400,3	-5,0	-0,1%
C	3.574,0	3.590,9	3.673,6	-82,6	-2,3%
D	3.636,3	3.843,8	3.802,0	41,8	1,1%
E	3.644,6	3.642,8	3.625,6	17,2	0,5%
F	4.024,2	4.152,8	4.144,9	7,9	0,2%
G	3.792,4	4.009,9	3.899,9	109,4	2,9%
H	4.301,1	4.293,9	4.253,3	40,5	0,9%
I	4.562,2	4.380,0	4.481,5	-101,5	-2,2%
J	4.331,4	4.177,2	4.201,5	-24,3	-0,6%

[#]Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

*Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Tabel E2 Resultaten over het aantal huisartspraktijk (HA) contacten voor en na de sluiting, weergegeven voor jonge kinderen in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal HA contacten voor sluiting per 1.000 inwoners	Aantal HA contacten na sluiting per 1.000 inwoners	Verwacht aantal HA contacten na sluiting per 1.000 inwoners [#]	Vershil in huisartsenpraktijk contacten*	Procentuele verandering *
A	2.786,7	2.754,7	2.677,4	77,3	2,8%
B	3.361,6	2.789,0	2.952,1	-163,1	-4,9%
C	3.062,8	2.639,8	2.695,1	-55,2	-1,8%
D	2.820,7	2.981,0	2.937,3	43,7	1,5%
E	2.998,7	2.407,0	2.380,8	26,3	0,9%
F	2.976,2	2.677,5	2.587,7	89,8	3,0%
G	3.356,2	3.042,9	2.914,8	128,1	3,8%
H	3.556,9	2.912,7	2.898,6	14,1	0,4%
I	3.142,9	2.449,7	2.513,5	-63,7	-2,0%
J	3.404,8	2.134,4	2.222,2	-87,8	-2,6%

[#]Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

*Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

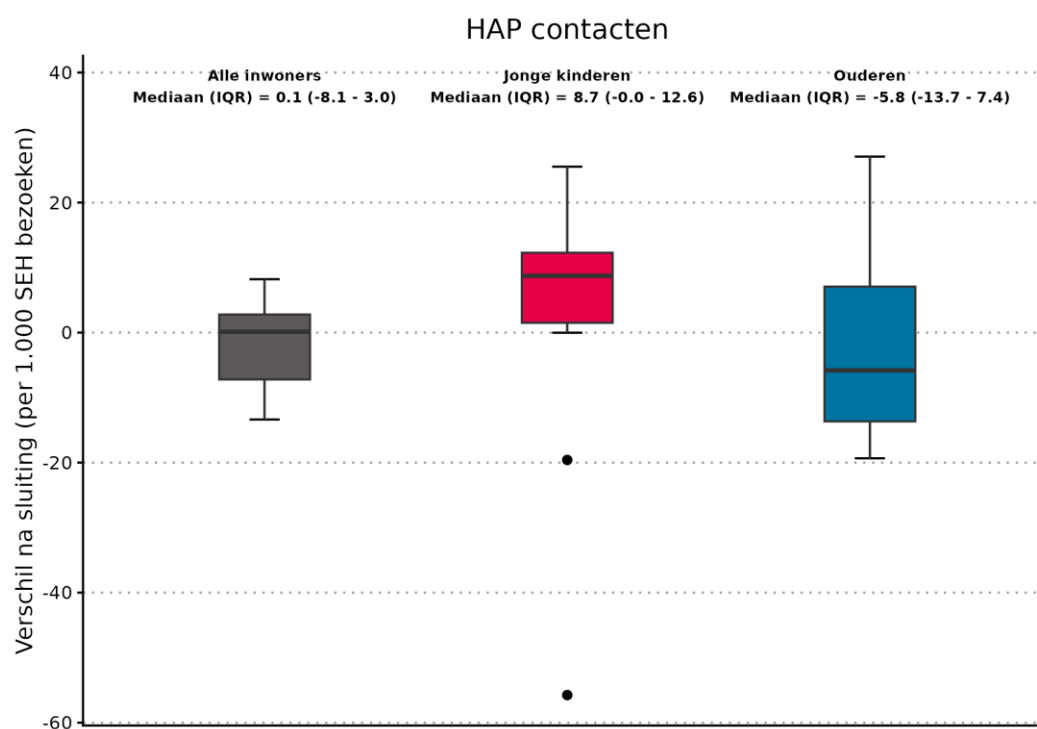
Tabel E3 Resultaten over het aantal huisartspraktijk (HA) contacten voor en na de sluiting, weergegeven voor ouderen in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal HA contacten voor sluiting per 1.000 inwoners	Aantal HA contacten na sluiting per 1.000 inwoners	Verwacht aantal HA contacten na sluiting per 1.000 inwoners [#]	Verskil in huisartsenpraktijk k contacten*	Procentuele verandering *
A	6.926,2	7.484,8	7.416,9	67,9	1,0%
B	7.587,9	7.862,1	7.965,5	-103,4	-1,4%
C	8.316,4	8.772,4	8.842,2	-69,8	-0,8%
D	8.701,4	9.419,7	9.307,4	112,3	1,3%
E	8.366,5	8.812,3	8.710,9	101,4	1,2%
F	8.651,5	9.042,3	8.986,5	55,8	0,6%
G	7.878,0	8.562,2	8.193,4	368,8	4,7%
H	8.985,2	9.524,7	9.291,9	232,8	2,6%
I	8.845,8	9.005,0	9.152,5	-147,5	-1,7%
J	8.749,6	9.361,9	9.214,7	147,2	1,7%

[#] Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

*Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Figuur E2 Het mediane verschil in het aantal huisartsenspoedpost (HAP) contacten na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijk trend, weergegeven voor de alle inwoners, jonge kinderen en ouderen in het verzorgingsgebied.



Tabel E4 Resultaten over het aantal huisartsenspoedpost contacten voor en na de sluiting, weergegeven voor alle inwoners in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal HAP contacten voor sluiting per 1.000 inwoners	Aantal HAP contacten na sluiting per 1.000 inwoners	Verwacht aantal HAP contacten na sluiting per 1.000 inwoners [#]	Verschil in HAP contacten*	Procentuele verandering *
A	226,7	223,4	221,2	2,2	1,0%
B	216	204,8	213	-8,1	-3,8%
C	185,4	185,3	189,9	-4,5	-2,4%
D	192,4	187,4	197,1	-9,7	-5,0%
E	188,2	182,5	183	-0,4	-0,2%
F	262,5	240,9	254,3	-13,4	-5,1%
G	201,1	197,1	194,1	3	1,5%
H	235	239,6	234,6	5	2,1%
I	215,9	197,7	197	0,7	0,3%
J	204,2	183,7	175,5	8,2	4,0%

[#] Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

*Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Tabel E5 Resultaten over het aantal huisartsenspoedpost contacten voor en na de sluiting, weergegeven voor jonge kinderen in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal HAP contacten voor sluiting per 1.000 inwoners	Aantal HAP contacten na sluiting per 1.000 inwoners	Verwacht aantal HAP contacten na sluiting per 1.000 inwoners [#]	Verschil in HAP contacten*	Procentuele verandering*
A	684,8	626,9	601,3	25,5	3,7%
B	734,8	520,1	575,9	-55,8	-7,6%
C	622,5	539,8	532	7,8	1,3%
D	553,5	534	553,6	-19,6	-3,5%
E	704,2	526,1	514,9	11,2	1,6%
F	710,1	540,8	540,8	0	0,0%
G	741	578,3	565,7	12,6	1,7%
H	791,5	617,9	611,8	6,1	0,8%
I	633,4	478	457,2	20,8	3,3%
J	609,7	357,8	348,2	9,7	1,6%

[#] Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

*Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

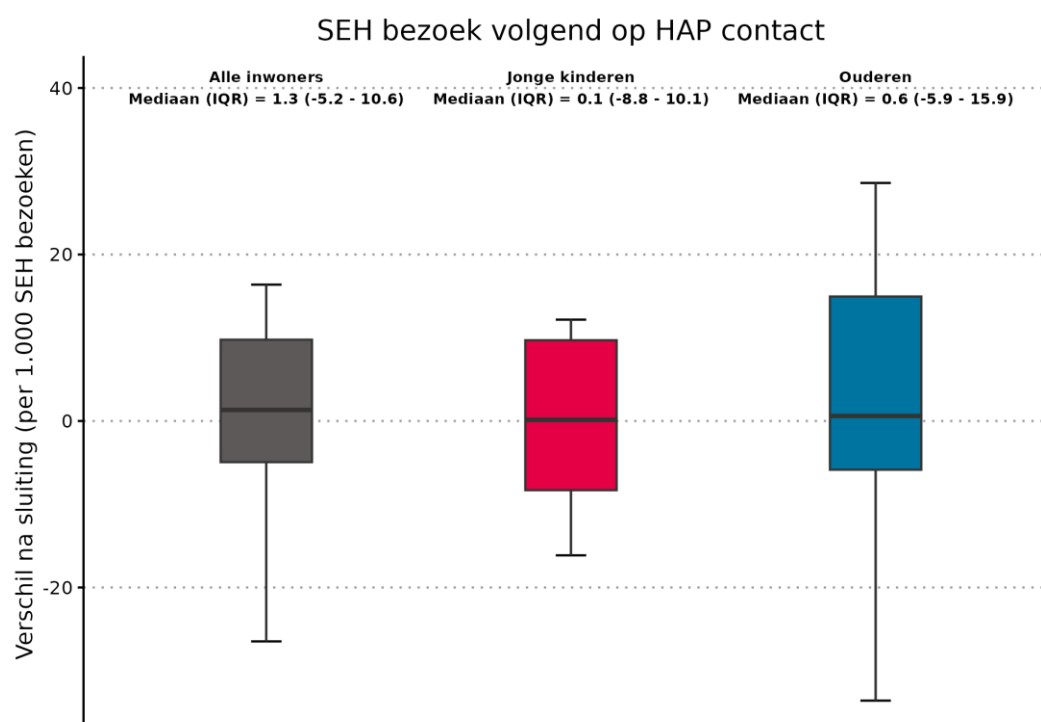
Tabel E6 Resultaten over het aantal huisartsenspoedpost contacten voor en na de sluiting, weergegeven voor ouderen in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal HAP contacten voor sluiting per 1.000 inwoners	Aantal HAP contacten na sluiting per 1.000 inwoners	Verwacht aantal HAP contacten na sluiting per 1.000 inwoners [#]	Vershil in HAP contacten*	Procentuele verandering*
A	330,6	363,2	370	-6,8	-2,1%
B	261,2	295,8	309,5	-13,6	-5,2%
C	257,8	324,2	318,2	6,1	2,4%
D	269,8	296	309,7	-13,7	-5,1%
E	270,3	323,3	328,1	-4,8	-1,8%
F	410,3	459,9	478	-18,1	-4,4%
G	265,2	327	307,7	19,3	7,3%
H	314,3	412,7	385,6	27,1	8,6%
I	296,8	305,5	324,8	-19,3	-6,5%
J	323,4	374,3	366,9	7,4	2,3%

[#]Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

*Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Figuur E3 Het mediane verschil in het aantal SEH-bezoeken volgend op een HAP contact, na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijk trend, weergegeven voor alle inwoners, jonge kinderen en ouderen in het verzorgingsgebied.



Tabel E7 Resultaten over het aantal SEH-bezoeken volgend op een HAP contact voor en na de sluiting, weergegeven voor alle inwoners in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal SEH bezoeken voor sluiting per 1.000 HAP contacten	Aantal SEH bezoeken na sluiting per 1.000 HAP contacten	Verwacht aantal SEH bezoeken na sluiting per 1.000 HAP contacten [#]	Verskil in SEH bezoeken volgend op een HAP contact [*]	Procentuele verandering [*]
A	108,5	115,0	111,8	3,2	2,9%
B	120,1	134,2	127,0	7,2	6,0%
C	158,8	155,4	160,6	-5,2	-3,3%
D	151,8	150,2	150,8	-0,5	-0,3%
E	152,8	147,6	151,8	-4,2	-2,7%
F	110,6	127,6	116,4	11,2	10,1%
G	111,4	127,8	117,1	10,6	9,5%
H	122,0	136,9	120,5	16,4	13,4%
I	160,8	144,2	156,7	-12,5	-7,8%
J	157,0	138,8	165,3	-26,5	-16,9%

[#]Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

^{*}Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Tabel E8 Resultaten over het aantal SEH-bezoeken volgend op een HAP contact voor en na de sluiting, weergegeven voor jonge kinderen in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal SEH bezoeken voor sluiting per 1.000 HAP contacten	Aantal SEH bezoeken na sluiting per 1.000 HAP contacten	Verwacht aantal SEH bezoeken na sluiting per 1.000 HAP contacten [#]	Verskil in SEH bezoeken volgend op een HAP contact [*]	Procentuele verandering [*]
A	17,6	26,1	16,0	10,1	57,4%
B	88,6	75,4	88,3	-13,0	-14,6%
C	108,6	91,5	98,4	-6,9	-6,4%
D	54,7	60,4	49,9	10,4	19,1%
E	106,0	82,2	98,3	-16,1	-15,2%
F	63,8	70,5	62,0	8,5	13,3%
G	68,2	68,8	65,8	3,0	4,4%
H	25,6	35,6	23,4	12,2	47,6%
I	59,2	51,7	54,5	-2,7	-4,6%
J	76,7	68,7	77,5	-8,8	-11,4%

[#]Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

^{*}Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

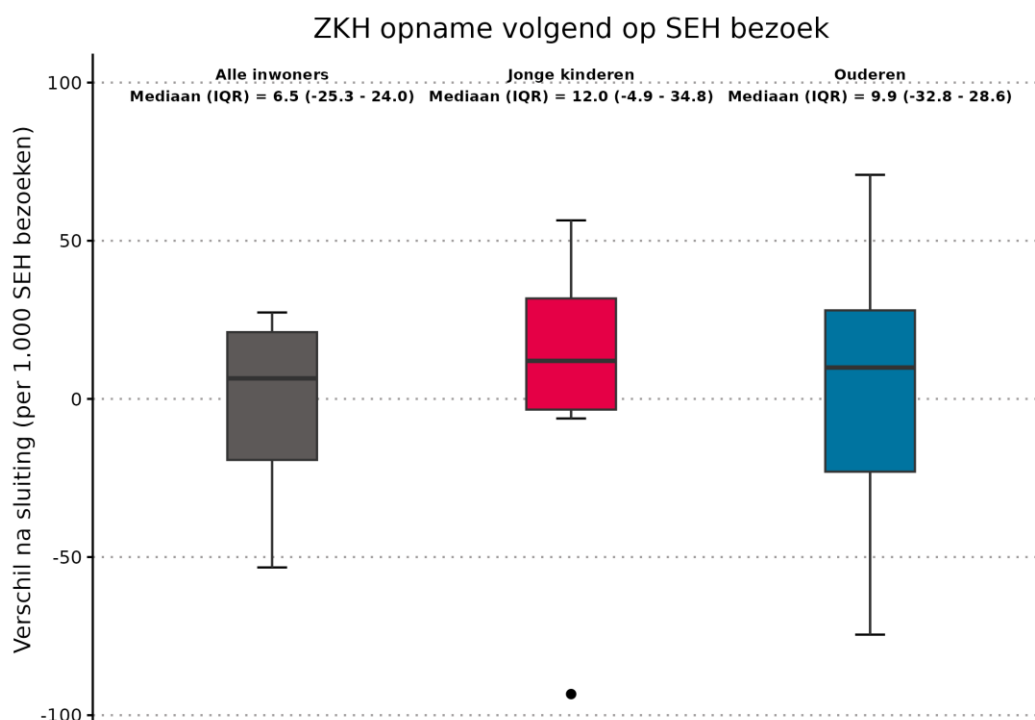
Tabel E9 Resultaten over het aantal SEH-bezoeken volgend op een HAP contact voor en na de sluiting, weergegeven voor ouderen in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal SEH bezoeken voor sluiting per 1.000 HAP contacten	Aantal SEH bezoeken na sluiting per 1.000 HAP contacten	Verwacht aantal SEH bezoeken na sluiting per 1.000 HAP contacten [#]	Vershil in SEH bezoeken volgend op een HAP contact [*]	Procentuele verandering [*]
A	176,8	174,9	180,6	-5,6	-3,2%
B	173,2	183,4	171,2	12,2	7,0%
C	250,6	240,1	243,1	-3,0	-1,2%
D	204,5	221,8	205,9	15,9	7,8%
E	232,7	210,2	216,1	-5,9	-2,5%
F	156,7	160,5	156,2	4,2	2,7%
G	172,7	201,0	172,5	28,6	16,6%
H	205,6	210,8	191,6	19,2	9,3%
I	231,9	184,1	212,0	-27,9	-12,0%
J	207,5	156,7	190,3	-33,6	-16,2%

[#]Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

^{*}Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Figuur E4 Het mediane verschil in het aantal ziekenhuisopnames (ZKH) volgend op een SEH-bezoek, na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijk trend, weergegeven voor alle inwoners, jonge kinderen en ouderen in het verzorgingsgebied.



Tabel E10 Resultaten over het aantal ziekenhuisopnames volgend op een SEH-bezoek voor en na de sluiting, weergegeven voor alle inwoners in het verzorgingsgebied.

SE H	Aantal ziekenhuisopnames voor sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Aantal ziekenhuisopnames na sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Verwacht aantal ziekenhuisopnames na sluiting per 1.000 SEH bezoeken [#]	Verschil in ziekenhuisopnames volgend op een SEH bezoek*	Procentuele verandering*
A	382,8	414,8	402,2	12,5	3,3%
B	283,2	317,1	313,8	3,3	1,2%
C	250,4	276,0	266,3	9,6	3,9%
D	290,3	328,9	301,5	27,3	9,4%
E	244,3	294,3	270,3	24,0	9,8%
F	375,2	353,3	406,6	-53,3	-14,2%
G	224,8	270,8	243,6	27,2	12,1%
H	315,7	343,3	344,7	-1,4	-0,4%
I	375,7	391,6	416,9	-25,3	-6,7%
J	378,5	399,3	427,8	-28,5	-7,5%

[#]Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

*Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Tabel E11 Resultaten over het aantal ziekenhuisopnames volgend op een SEH-bezoek voor en na de sluiting, weergegeven jonge kinderen in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal ziekenhuisopnames voor sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Aantal ziekenhuisopnames na sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Verwacht aantal ziekenhuisopnames na sluiting per 1.000 SEH bezoeken [#]	Verschil in ziekenhuisopnames volgend op een SEH bezoek*	Procentuele verandering*
A	164,3	144,3	128,4	15,9	9,7%
B	236,5	186,9	193,0	-6,2	-2,6%
C	255,0	235,6	200,8	34,8	13,7%
D	295,5	303,4	247,0	56,4	19,1%
E	235,3	230,9	178,6	52,3	22,2%
F	389,8	296,4	301,2	-4,9	-1,2%
G	204,9	159,4	158,4	1,0	0,5%
H	141,4	130,0	107,4	22,6	16,0%
I	376,4	302,9	294,7	8,2	2,2%
J	355,9	174,6	267,9	-93,3	-26,2%

[#]Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

*Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Tabel E12 Resultaten over het aantal ziekenhuisopnames volgend op een SEH-bezoek voor en na de sluiting, weergegeven ouderen in het verzorgingsgebied.

SEH	Aantal ziekenhuisopnames voor sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Aantal ziekenhuisopnames na sluiting per 1.000 SEH bezoeken	Verwacht aantal ziekenhuisopnames na sluiting per 1.000 SEH bezoeken [#]	Verschil in ziekenhuisopnames volgend op een SEH bezoek [*]	Procentuele verandering [*]
A	591,1	615,7	609,5	6,2	1,0%
B	453,8	502,9	490,6	12,3	2,7%
C	433,1	484,6	450,4	34,2	7,9%
D	537,3	571,8	543,2	28,6	5,3%
E	403,8	457,9	431,8	26,1	6,5%
F	597,4	563,9	638,5	-74,5	-12,5%
G	459,3	561,2	490,3	70,8	15,4%
H	551,3	552,1	585,7	-33,6	-6,1%
I	572,3	567,2	600,0	-32,8	-5,7%
J	579,7	624,1	616,5	7,6	1,3%

[#]Verwacht aantal is gebaseerd op de landelijke trend.

^{*}Gecorrigeerd voor de landelijke trend.

Bijlage F Gezondheidsproblemen en urgentie na sluiting

Urgentieverdeling

Tabel F1 Het mediane verschil in procentpunt van urgentiecategorieën bij de huisartsenspoedpost na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijk trend, weergegeven voor alle inwoners in het verzorgingsgebied

Urgentiecategorie	Mediane verschil in procentpunt (IQR)	P-waarde
U0: Reanimatie	0.0 (0.0 – 0.0)	0.063
U1: Levensbedreigend	0.1 (-0.1 - 0.3)	0.688
U2: Spoed	2.7 (0.6 - 5.4)	0.063
U3: Dringend	-2.1 (-3.8 - 1)	0.688
U4: Niet dringend	-0.3 (-1.4 - 2)	1
U5: Advies	-2.6 (-3.4 - 2.7)	0.563
U9: Onbekende urgentie	0.0 (0.0 – 0.0)	0.219

Tabel F2 Het mediane verschil in procentpunt van urgentiecategorieën bij de huisartsenspoedpost na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijk trend, weergegeven voor jonge kinderen in het verzorgingsgebied

Urgentiecategorie	Mediane verschil in procentpunt (IQR)	P-waarde
U0: Reanimatie	0.0 (0.0 – 0.0)	0.438
U1: Levensbedreigend	0.1 (-0.2 - 0.3)	0.848
U2: Spoed	3.4 (-0.9 - 4.7)	0.156
U3: Dringend	-1.3 (-4.1 - 3.1)	1
U4: Niet dringend	-0.1 (-1.5 - 1.7)	1
U5: Advies	-1.3 (-6.7 - 1.5)	0.438
U9: Onbekende urgentie	0.0 (0.0 – 0.0)	0.156

Tabel F3 Het mediane verschil in procentpunt van urgentiecategorieën bij de huisartsenspoedpost na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijk trend, weergegeven voor ouderen in het verzorgingsgebied

Urgentiecategorie	Mediane verschil in procentpunt (IQR)	P-waarde
U0: Reanimatie	0.0 (0.0 – 0.0)	0.031*
U1: Levensbedreigend	0.0 (-0.5 - 0.4)	1
U2: Spoed	4.9 (2.8 - 9.3)	0.031*
U3: Dringend	-3.5 (-5 - -0.3)	0.156
U4: Niet dringend	0.1 (-2.6 - 2.6)	1
U5: Advies	-3.9 (-8.3 - -0.1)	0.156
U9: Onbekende urgentie	0.0 (0.0 – 0.0)	0.844

*p<0.05

Gezondheidsproblemen

Tabel F4 Het mediane verschil in procentpunt van gezondheidsproblemen (ICPC-code) bij de huisartsenspoedpost na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijk trend, weergegeven voor alle inwoners in het verzorgingsgebied.

Gezondheidsprobleem (ICPC)	Mediane verschil in procentpunt (IQR)	P-waarde
Koorts (1003)	-0.2 (-0.6 - -0.1)	0.063
Trauma/letsel (1080)	0.0 (-0.4 - 0.0)	0.563
Andere gelokaliseerde buikpijn (1206)	0.0 (-0.1 - 0.0)	0.844
Scheurwond/snijwond (2018)	-0.2 (-0.6 - -0.1)	0.219
Cystitis/urinewegsinfectie (2271)	-0.5 (-0.8 - 0.1)	0.219

Tabel F5 Het mediane verschil in procentpunt van gezondheidsproblemen (ICPC-code) bij de huisartsenspoedpost na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijk trend, weergegeven voor jonge kinderen in het verzorgingsgebied.

Gezondheidsprobleem (ICPC)	Mediane verschil in procentpunt (IQR)	P-waarde
Koorts (1003)	0.3 (-0.5 - 1.2)	0.563
Trauma/letsel (1080)	-0.2 (-0.5 - 0.3)	0.563
Otitis media acuta/myringitis (1471)	-0.9 (-1.8 - -0.5)	0.219
Acute infectie bovenste luchtwegen (1974)	0.6 (-1 - 1.4)	0.438
Scheurwond/snijwond (2018)	-0.4 (-0.5 - -0.2)	0.156

Tabel F6 Het mediane verschil in procentpunt van gezondheidsproblemen (ICPC-code) bij de huisartsenspoedpost na de sluiting ten opzichte van voor de sluiting, gecorrigeerd voor de landelijk trend, weergegeven voor ouderen in het verzorgingsgebied.

Gezondheidsprobleem (ICPC)	Mediane verschil in procentpunt (IQR)	P-waarde
Bezorgdheid over (bij)werking geneesmiddel(1013)	-0.8 (-1.9 - 0.6)	0.313
Trauma/letsel (1080)	0.0 (-0.4 - 0.7)	0.688
Scheurwond/snijwond (2018)	-0.6 (-0.7 - -0.4)	0.031*
Diabetes Mellitus (2190)	-0.3 (-1.5 - 0.1)	0.563
Cystitis/urinewegsinfectie (2271)	-0.9 (-1.1 - -0.6)	0.031*

*p<0.05