

Algemeen

De gepresenteerde gegevens betreffen, tenzij anders vermeld, jaarlijkse aantallen en percentages over 2025. De tabellen zijn gebaseerd op inclusief-cijfers, dat wil zeggen dat voor de gegevens over ziekenhuisopnamen geldt dat daarbij ook slachtoffers worden meegeteld die na ziekenhuisopname zijn overleden en dat voor SEH-bezoeken geldt dat daarbij ook slachtoffers worden meegeteld die na behandeling op een SEH-afdeling opgenomen zijn in het ziekenhuis of zijn overleden. Op deze wijze geven we een zo goed mogelijk beeld van de medische consumptie. De cijfers kunnen echter niet bij elkaar worden opgeteld om tot een totaal aantal te komen. Bij de beschrijving van letsels, bijvoorbeeld SEH-bezoeken naar leeftijd, maken we gebruik van verschillende parameters waaronder het absolute aantal SEH-bezoeken en het aantal SEH-bezoeken per 100.000 inwoners (Verkeer: per aantal reizigerskilometers; Sport: per aantal sporturen enz.). Het absolute aantal geeft inzicht in de omvang van de problematiek en de daarmee samengaande medische consumptie. Het aantal SEH-bezoeken per 100.000 inwoners is een maat voor de kans op SEH-bezoek en maakt het detecteren van risicogroepen mogelijk. Vrijwel alle gepresenteerde gegevens worden afgerond. Door afronding kan het voorkomen dat het totaal in een tabel afwijkt van de som van de afzonderlijke aantallen. Aantallen SEH-bezoeken kleiner dan 100 worden gerapporteerd als '<100' waarbij aantallen per 100.000 inwoners en percentages onvermeld blijven.

Letsel Informatie Systeem

Spoeisende Hulp bezoeken

In het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL staan slachtoffers geregistreerd die na een ongeval, geweld of zelfbeschadiging (zie tabel) zijn behandeld op een Spoeisende Hulp (SEH) afdeling van een selectie van ziekenhuizen in Nederland. Deze ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland met een continu bezette SEH-afdeling (Panneman en Blatter, 2016). Dit maakt een schatting van cijfers op nationaal niveau mogelijk. In LIS kunnen per letsel meerdere modules (oorzaken van letsel) worden geregistreerd, bijvoorbeeld sport en verkeer in geval van een wielrenongeval op de straat. Het letsel telt dan bij beide modules mee. Optellen van de aantallen per module kan dus tot dubbeltelling leiden. Tevens kan één persoon meerdere keren de SEH-afdeling bezoeken, al dan niet voor hetzelfde letsel. Per SEH-bezoek kunnen drie letsels in LIS geregistreerd worden, waarbij het ernstigste letsel als eerste letsel geregistreerd wordt. In 2025 werd bij dertien procent van SEH-bezoeken twee letsels geregistreerd, in zes procent van de gevallen drie. In analyses naar type en locatie van letsels wordt in het algemeen alleen het eerste en dus meest ernstigste letsel meegenomen. Een schatting van het landelijke aantal SEH-bezoeken voor letsel maken we met behulp van de methode van de quotiënt-schatter. Daarbij gebruiken we de hulpvariabele 'aantal SEH-bezoeken in Nederland'. Dit gegeven is afkomstig uit een onderzoek naar SEH-behandelingen in Nederland (Gaakeer et al, 2014). In de praktijk komt deze methode erop neer dat het aantal SEH-behandelingen ten gevolge van letsel in de steekproef vermenigvuldigd wordt met het quotiënt van het 'aantal SEH-behandelingen in Nederland' gedeeld door het 'aantal SEH-behandelingen in de ziekenhuizen in de steekproef'.

Ten opzichte van eerdere jaren hebben er in LIS2023 enige veranderingen plaatsgevonden in de codering van met name verkeersongevallen. In aansluiting op internationaal gehanteerde definities wordt er vanaf LIS2023 een scherpere definitie van 'verkeersongevallen' gehanteerd en is de categorie 'overige vervoersongevallen' toegevoegd (samen 'vervoerongevallen'). De historie (2015-

2022) is zoveel mogelijk aangepast aan de nieuwe wijze van coderen. Het was niet mogelijk de historie volledig aan te passen. Dit heeft vooral effect op de categorie 'overig vervoersongevallen' waardoor het doen van een trendanalyse voor deze groep niet zinvol is. Het effect op de (grote groep) verkeersongevallen is beperkt zodat een trendanalyse voor die groep wel zinvol is.

Indeling naar oorzaak letsel

Arbeid Het verrichten van werkzaamheden voor een baas of als zelfstandige waarmee een inkomen verkregen wordt door personen in de leeftijd van 15 tot en met 74 jaar.

N.B.: Inclusief pauzes/werkonderbreking tijdens werkdag, tijdsbesteding na het werk op de bedrijfslocatie, tijdsbesteding t.b.v. het werk op andere locaties. Exclusief woon-werkverkeer.

Sport Een lichamelijke activiteit die spelend wordt uitgevoerd, en waarbij aan de prestatie bijzondere waarde wordt gehecht. Men kan een onderscheid maken tussen sportbeoefening in georganiseerd verband, zoals wedstrijdsport en recreatiesport bij een vereniging, en sportbeoefening in ongeorganiseerd verband, zoals sportieve recreatie.

Geweld Letsel toegebracht door andere personen met de bedoeling te verwonden of te doden (ICD-10).

N.B.: Zichzelf verwonden tijdens een vechtpartij valt ook onder geweldsongeval.

Vervoer

Verkeer: Elk ongeval met een voertuig dat op de **openbare weg** plaatsvindt [dat wil zeggen beginnend op of eindigend op de openbare weg], of betrekking hebbend op een voertuig, dat zich gedeeltelijk op de openbare weg bevindt. Van een ongeval met een voertuig wordt verondersteld dat het heeft plaatsgevonden op de openbare weg tenzij een andere plaats wordt vermeld, behalve in geval van ongevallen waarbij uitsluitend terreinvoertuigen zijn betrokken, waarbij het als niet-verkeersongeval wordt geklasseerd, tenzij het tegendeel is vermeld. Hierbij worden o.a. een ongeval met op-/afstappen van fiets uitgesloten (is overig vervoer) evenals een 'verkeersongeval' door geweld of onwel wordend (is geweld of ziekte/ overig vervoer)

Overige vervoersongevallen:

Vervoersongevallen (op de **openbare weg**) die niet onder definitie van verkeersongevallen vallen. Hierbij valt te denken aan een ongeval met op-/afstappen van fiets, ongeval door welwording (zie hierboven), ongeval bij in/uitstappen van een vervoersmiddel, op/afstap ander vervoersmiddel dan fiets, val van een paard en val op een boot.

Zelf toegebracht letsel Opzettelijk zelf teweeggebracht(e) vergiftiging of letsel aan zichzelf (ICD-10).

N.B.: Inclusief intentionele intoxicatie en zelfmoordpoging.

Privé Letsel niet opgelopen tijdens beroepsuitoefening, sportbeoefening, verkeersdeelname of door geweldpleging of zelfmutilatie; maar letsel opgelopen in de privé-sfeer, zoals thuis van de trap vallen, met bal spelen, accidentele intoxicatie.

N.B.: Niet positief geantwoord op bovenstaande vijf oorzaken.

N.B.: Indien een patiënt per ongeluk zichzelf verwondt is dit een privé-ongeval.

Toelichting bij de categorie 'productgerelateerde letsels'

Het gebruik van consumentenproducten kan leiden tot letsels. Binnen het programma

Productveiligheid wordt de volgende definitie gehanteerd voor consumentenproducten: Een consumentenproduct is een non-food item waar je als consument gebruik van maakt in de privé-sfeer of in publieke ruimtes. Werksituaties (e.g. landbouwmachines en hijskranen), verkeerssituaties (e.g. botsing tussen twee auto's), zelftoegebracht letsel (e.g. overdosis medicatie) en geweld (e.g. geslagen worden met een product) zijn uitgesloten. We noemen deze categorie ongevallen 'productgerelateerde ongevallen'.

Het is belangrijk te benoemen dat bij deze ongevallen een consumentenproduct betrokken was, maar dat dat niet hoeft te betekenen dat het ongeval ook noodzakelijkerwijs veroorzaakt is door het product. Ter informatie, in LIS kunnen per ongeval zes producten geregistreerd worden die op een of andere manier betrokken waren bij het ongeval.

Ernstig letsel

Voor de selectie van slachtoffers met ernstig letsel wordt gebruikgemaakt van een afgeleide van de zogenaamde MAIS. AIS staat voor Abbreviated Injury Scale (Mannaerts, 1994). De waarde van een letsel op deze schaal representeert de ernst van het letsel. De waarde van de Maximum AIS (MAIS) representeert het ernstigste letsel bij een slachtoffer. De MAIS loopt van 1 (licht letsel) tot 6 (maximaal). De AIS is opgesteld door de Association for the advancement of automotive medicine (AAAM; www.aaam.org). Ernstig letsel in het LIS wordt gedefinieerd als letsel met een letsel-ernst uitgedrukt in een MAIS (Maximum Abbreviated Injury Score) van ten minste 2. Ondanks dat in LIS geen directe gegevens geregistreerd worden over de ernst van het letsel, is het mogelijk om op basis van de gegevens over diagnose een minimale AIS-score te genereren. We maken hierbij gebruik van een transformatiemethode die gebruikt wordt om diagnoses om te zetten in een AIS-score (ECIP, 2006).

In het LIS zijn 39 letselgroepen te onderscheiden (EUROCCOST-indeling; Lyons et al., 2006) en deze groepen kunnen getransformeerd worden naar ICD-10-codes. Met behulp van de ECIP-tabel kunnen deze ICD-10-codes worden omgezet in AIS-scores. Letselgroepen waarvan de ICD-codes 100% scoren op een AIS van 2 en hoger krijgen een codering MAIS2+. Van enkele letselgroepen waarvan de opgenomen patiënten 100% scoren op AIS van 2 en hoger, krijgen alleen de opgenomen patiënten een codering MAIS2+. Alle overige letsels krijgen een MAIS-score van 1. Dit zijn lichte letsels of niet gespecificeerde letsels. In de onderstaande tabel wordt weergegeven welke LIS-diagnoses in de MAIS2+ categorie vallen en welke niet.

Vanaf 1 juni 2025 is ervoor gekozen om binnen de context van verkeer de ernstscores van MAIS2+ te labelen als 'aanzienlijk letsel'.

Indeling letselgroepen naar licht en ernstig letsel

Letselgroep	MAIS=1 licht letsel	MAIS>=2 (2+) ernstig letsel
1 Commotio cerebri		X
2 Overig schedel-hersen		X
3 Open wond hoofd	X	
4 Oogletsel	X	
5 Fractuur aangezicht	X	X
6 Open wond aangezicht	X	
7 Fractuur/luxatie/distorsie wervelkolom		X
8 Whiplash	X	
9 Ruggenmergletsel		X
10 Letsel inwendige organen		X
11 Fractuur ribben/borstkas		X
12 Fractuur sleutelbeen/schouder		X
13 Fractuur bovenarm		X
14 Fractuur elleboog/onderarm		X
15 Fractuur pols		X
16 Fractuur hand/vingers ¹	X	X
17 Luxatie/distorsie schouder/elleboog ²	X	X
18 Luxatie/distorsie pols/hand/vingers	X	
19 Perifeer zenuw arm-hand	X	
20 Complex arm/hand		X
21 Fractuur bekken		X
22 Fractuur heup		X
23 Fractuur bovenbeen		X
24 Fractuur knie/onderbeen		X
25 Fractuur enkel		X
26 Fractuur tenen/voet ³	X	X
27 Luxatie/distorsie knie		X
28 Luxatie/distorsie enkel/voet	X	
29 Luxatie/distorsie heup		X
30 Perifeer zenuw been/voet	X	
31 Complex been/voet		X
32 Oppervlakkig letsel	X	
33 Open wond	X	
34 Brandwond	X	
35 Intoxicatie	X	
36 Polytrauma		X
37 Vreemd lichaam	X	
38 Na onderzoek geen letsel	X	
39 Overig letsel	X	

1 Fractuur hand: MAIS=2+; fractuur vinger: MAIS=1

2 Luxatie/distorsie schouder: MAIS=2+; luxatie/distorsie elleboog: MAIS=1;

3 Fractuur voet: MAIS=2+; fractuur teen: MAIS=1

Betrouwbaarheidsinterval

Voor alle hoofdgroepen en belangrijkste subgroepen in de rapportage zijn 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%BI) berekend (privé, sport, sporttakken enz.). Bij een betrouwbaarheidsinterval groter dan 25 procent, worden de gegevens als onvoldoende betrouwbaar beschouwd om onderliggende verdelingen voor het betreffende jaar nader uit te werken (bijvoorbeeld naar leeftijd of geslacht). Het betrouwbaarheidsinterval wordt berekend rond de proportie ongevallen in LIS, dus het aantal ongevallen in een bepaalde categorie ten opzichte van de totale LIS-steekproef. Omdat deze proportie niet gelijk is in elk van de SEH-locaties in de

steekproef en dus de feitelijke spreiding groot is, wordt het BI berekend op basis van 10% van de LIS-steekproef-omvang in plaats van op basis van de totale steekproef.

Trends

Ernstig letsel

Uit onderzoek gebaseerd op het LIS blijkt dat het totaal aantal SEH-bezoeken in verband met letsel gedaald is (Stam en Blatter, 2017). Uit analyse is gebleken dat vooral het aantal patiënten met licht letsel en het aantal zelfverwijzers in de loop der jaren (sterk) is afgenomen (Panneman et al, 2020). Dit heeft te maken met beleid dat gericht is op verbetering van efficiency van de spoedzorg (Gaakeer et al, 2016): meer concentratie door sluiting van SEH-afdelingen, samenwerking van SEH-afdelingen met huisartsenposten leidend tot een sterke daling van zelfverwijzers en minder verwijzingen naar SEH-afdeling door huisartsen. Daarnaast speelt de verhoging van de eigen bijdrage in de zorg een rol. Tot slot moet nog gedacht worden aan veranderingen in behandelrichtlijnen. De dalende trend in het aantal SEH-bezoeken wordt dus bepaald door beleidseffecten en vormt als geheel geen juiste afspiegeling van de trend in het aantal letsels. Uitspraken over de ontwikkeling van de problematiek in de tijd kunnen daarom beter gedaan worden op basis van het aantal ernstige letsels. We gaan ervan uit dat de ernstige letsels zowel vroeger als nu (en in de toekomst) op de SEH-afdeling werden en worden (en zullen worden) behandeld. Hierdoor zal het verloop in de tijd van het aantal SEH-bezoeken in verband met ernstig letsel een betere indicator zijn voor de ontwikkeling van de betreffende letselproblematiek.

Negatief binomiale regressie

Het verzorgingsgebied van LIS is het aantal personen in Nederland waarvan verondersteld wordt dat zij met letsel op de SEH-afdeling van een LIS-ziekenhuis terecht zouden komen. Dit verzorgingsgebied is gelijk aan de totale bevolking van Nederland gedeeld door de ophoogfactor van LIS. Voor de trendanalyses wordt een negatief-binomiaal regressiemodel gebruikt. Dit model is geschikt voor telgegevens, waarbij de spreiding groter is dan op basis van een standaard Poissonmodel wordt verwacht. Dit wordt overdispersie genoemd. Het negatief-binomiale model houdt hiermee rekening via een extra spreidingsparameter.

Het regressiemodel wordt geschat op basis van de geaggregeerde aantallen SEH-bezoeken per jaar. Vervolgens wordt met een Monte-Carlosimulatie de onzekerheid rond de geschatte trend bepaald. Hierbij worden veel mogelijke waarden voor de regressiecoëfficiënten gegenereerd, rekening houdend met hun onderlinge samenhang en onzekerheid. Voor elke simulatie worden de verwachte aantallen SEH-bezoeken berekend en per jaar opgeteld. Het gemiddelde van deze simulaties wordt gebruikt als schatting. De spreiding tussen de simulaties wordt gebruikt om de betrouwbaarheidsintervallen te bepalen. Indien van toepassing wordt ook rekening gehouden met de omvang van de blootgestelde populatie door deze als offset in het model op te nemen. Bij het thema sport worden sporturen als offset meegenomen en bij het thema arbeid gewerkte uren. Presentatie van de trend vindt plaats in een figuur met landelijke aantallen met daarin jaaraantallen (gestandaardiseerd op basis van bevolkingsomvang), en een trendlijn met daaromheen het 95%BI rondom de trendlijn.

Correctie

Een stijging van het aantal SEH-bezoeken hoeft niet te betekenen dat 'de wereld minder veilig is geworden'. Het kan ook zo zijn dat een specifieke kwetsbare groep in omvang is toegenomen. Daarom wordt in de analyse gecorrigeerd voor verandering in de bevolkingsomvang (standaardisatie naar het meest recente jaar). De correctie laat zien in hoeverre een verandering in het aantal SEH-bezoeken toegeschreven kan worden aan een toename van de omvang van een

specifieke groep. De 'overgebleven' trend laat dan zien of de kans op een SEH-bezoek in verband met letsel is veranderd.

Verkeers- en vervoersongevallen

Ten opzichte van eerdere jaren hebben er in LIS2023 enige veranderingen plaatsgevonden in de codering van verkeersongevallen (zie 10.2.1). Omdat het niet mogelijk is de LIS-historie volledig aan te passen aan de nieuwe codering van verkeers- en overige vervoersongevallen is het niet zinvol een trendanalyse uit te voeren voor (de relatief kleine groep) 'overige vervoersongevallen' (zie tabel 2.2.4). De trend met betrekking tot verkeersongevallen zal ook in enige mate beïnvloed worden door een onvolledige hercodering van eerdere jaren, echter het effect op het totaal aantal SEH-bezoeken voor ernstig letsel door een verkeersongeval zal klein zijn waardoor deze trend in wel een accuraat beeld zal geven van de werkelijkheid.

Leefstijlmonitor

De Leefstijlmonitor (LSM) is een enquêteonderzoek dat VeiligheidNL, in samenwerking met het RIVM en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), uitvoert onder een representatieve steekproef van inwoners van Nederland. De Leefstijlmonitor is opgezet in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en is een product van de samenwerking tussen partijen die zich richten op leefstijl.

De Leefstijlmonitor bestaat uit twee onderdelen:

1. Kern van de Leefstijlmonitor (LSM-K). In de kern van de Leefstijlmonitor worden jaarlijks kerncijfers verzameld over personen van 4 jaar en ouder. Het betreft bijvoorbeeld gegevens over aandoeningen, medische zorg, beweeggedrag, roken en alcoholgebruik. De LSM-K wordt door VeiligheidNL gebruikt voor een algemeen overzicht van ongevallen en letsels in Nederland. Dit betreft zowel medisch behandelde als niet medisch behandelde letsels. In tegenstelling tot in eerdere jaren zijn voor 2022 zijn alleen voor sportblessures nadere gegevens verzameld over wel/niet medische behandeling en welke medische behandeling.
2. Aanvullende modules van de Leefstijlmonitor (LSM-A). De aanvullende modules van de Leefstijlmonitor worden minder frequent uitgevoerd dan de Kernmodule. De aanvullende module Bewegen en Ongevallen is tot stand gekomen uit een samenwerking van het RIVM, VeiligheidNL en het CBS. Deze module met verdiepende vragen over sport- en beweeggedrag en ongevallen is in 2015 voor het eerst afgenomen, en wordt iedere twee jaar uitgevoerd. De aanvullende module dient om achterliggende verbanden en verklarende variabelen te onderzoeken, en cijfers te bepalen die minder frequent dan jaarlijks nodig zijn.

Voor beide onderdelen van de Leefstijlmonitor worden in een jaar rond de 10.000 personen bevraagd. De steekproef wordt getrokken uit de Basisregistratie Personen (BRP), en verspreid over de maanden van het jaar. Voor verschillen tussen de samenstelling van de netto steekproef en de totale bevolking wordt een correctie toegepast door middel van een wegingsfactor gebaseerd op de kenmerken geslacht, leeftijd, herkomst, burgerlijke staat, stedelijkheid, provincie, landsdeel, huishoudgrootte, inkomen, vermogen en enquête seizoenen.

Wijzigingen met ingang van data 2021

Met ingang van de LSM 2021 is de vraagstelling naar letsel gewijzigd. Dit heeft tot gevolg dat de respondenten veel meer lichte letsels rapporteren. Daarnaast zijn in LSM-K wat betreft letsels door een privé-, verkeer- of arbeidsongeval geen gegevens meer beschikbaar over eventuele medische behandeling van het slachtoffer (en welke medische behandeling). Dit zijn gegevens die tot nu werden gerapporteerd in dit rapport. De genoemde wijzigingen hebben geleid tot het besluit om

vanaf de onderhavige rapportage de LSM-A te gebruiken voor privé-, arbeid- en verkeersletsels en alleen te rapporteren over medisch behandelde letsels.

Doordat de LSM-A alleen om de twee jaar een onderdeel 'letsels' heeft, kunnen de LSM-gegevens slechts om het jaar volledig vernieuwd worden (2021, 2025 enz). Dit betekent dat deze rapportage voor 2022 wat betreft privé-, sport- en arbeidsongevallen LSM-gegevens over 2021 bevat.

Indeling naar oorzaak letsel (op volgorde waarop de respondenten bevroegd worden)

LSM-A

De volgende vragen gaan over ongevallen waarbij mensen gewond kunnen raken of ander lichamelijk letsel kunnen oplopen. Denk hierbij aan ernstig letsel, bijv. een gebroken been. Of aan lichte verwondingen, zoals schaaf- en snijwonden. Letsel opgelopen door vergiftiging of veroorzaakt door dieren telt ook wel mee. Letsel opgelopen door opzettelijk geweld van andere mensen telt niet mee. Ongevallen met een natuurlijke oorzaak, zoals een hartaanval of beroerte, tellen ook niet mee.

Heeft u/uw kind in de afgelopen 12 maanden, een verwonding of ander lichamelijk letsel opgelopen bij:

Arbeidsongeval Een ongeval tijdens uw werk, vrijwilligerswerk, stage of bijbaan?

Ongevallen onderweg naar het werk tellen niet mee.

Verkeersongeval? Een ongeval in het verkeer?

Een verkeersongeval tijdens het werk telt hier niet mee. Een verkeersongeval onderweg naar het werk telt hier wel mee.

Een ongeval in en om het huis? → **Privé**

Een ongeval tijdens een andere vrijetijdsactiviteit? → **Privé**

Een ander ongeval? → **Privé**

LSM-K

Heeft u/uw kind in de afgelopen 3 maanden één of meer sportblessures opgelopen door het beoefenen van sport(en) of door sporten op school of op het werk? Een sportblessure is een blessure die is ontstaan door een sportactiviteit. De blessure zorgde ervoor dat u/ uw kind meteen moest stoppen met sporten of dat u/uw kind de keer erna niet kon gaan sporten.

Directe medische kosten en verzuimkosten

VeiligheidNL heeft, in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam (Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg), een rekenmodel (Letsellastmodel, LLM) ontwikkeld dat onder meer bestaat uit een zorgmodel en een verzuimmodel (Polinder et al, 2016). Met behulp van het zorgmodel worden de directe medische kosten geschat per slachtoffer dat op een SEH-afdeling wordt behandeld en/of in het ziekenhuis opgenomen wordt. Bij directe medische kosten kan bijvoorbeeld gedacht worden aan kosten van ambulance-spoedvervoer, spoedeisende hulp, overige poliklinische hulp, ziekenhuisverpleging (zowel initieel als heropnamen), thuiszorg, nazorg door de huisarts, (geriatrie) revalidatie en verpleeghuiszorg. Met behulp van het verzuimmodel worden de gemiddelde verzuimduur in werkdagen en de indirecte kosten ten gevolge van het verzuim per slachtoffer dat op een SEH-afdeling wordt behandeld of wordt opgenomen in een ziekenhuis geschat. De benodigde informatie om het Letsellastmodel te ontwikkelen is afkomstig uit het Letsel Informatie Systeem, standaard zorgregistraties zoals onder meer de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg, een aanvullend enquêteonderzoek onder een steekproef van LIS-patiënten, microdatabestanden van het CBS, DBC-data van het NZa en bronnen met kostprijsinformatie.

In 2020 is het LLM geactualiseerd. Een aantal (zorg)kostenposten is toegevoegd. Vernieuwd en uitgebreid zijn de kosten van revalidatie (kliniek, polikliniek, geriatrie), kosten van WMO-zorg en de kosten van psychologische hulpverlening. Mede hierdoor vallen de zorgkosten over het algemeen hoger uit, een stijging van 15 procent voor het totaal aan directe medische kosten van 2,1 miljard euro in 2018 naar 2,5 miljard euro in 2020. Van de stijging van 400 miljoen euro is globaal 100 miljoen euro het gevolg van toevoeging van de post revalidatiekosten aan het model en 100 miljoen respectievelijk 22 miljoen komt door toevoeging van de kostenposten van WMO-zorg en psychologische zorg. Naar schatting 100 miljoen euro stijging komt voor rekening van een toename van zorg, namelijk thuiszorg. De rest van de stijging van de zorgkosten is veroorzaakt door prijsstijgingen.

Ook de verzuimkosten zijn opnieuw berekend. De kans op arbeid is geactualiseerd aan de hand van de arbeidsdeelnamegegevens van het CBS waarbij een toename is te zien bij jongeren (15-20 jaar,

bijbaantjes). Daarnaast is de leeftijdsgroep waarop de verzuimkosten in het model betrekking hebben uitgebreid van 15-64 jaar naar 15-69 jaar omdat ouderen later met pensioen gaan. Ten opzichte van het eerdere model stegen de totale kosten van arbeidsverzuim door letsel van 1,2 miljard euro (2018) naar 1,4 miljard euro in 2020. De stijging van 19 procent van de kosten van arbeidsverzuim is veroorzaakt door de toegenomen arbeidsdeelname; meer mensen met een baan betekent meer potentieel verzuim. De werkgelegenheid is gemiddeld toegenomen, de pensioenleeftijd verhoogd en de economische activiteit is toegenomen. Daarnaast is een inflatiecorrectie toegepast wat betekent dat de loonstijging is doorberekend.

Gegevens over overledenen

Doodsoorzakenstatistiek

De Doodsoorzakenstatistiek van het CBS bevat gegevens over alle overledenen die in Nederland woonachtig waren op het moment van overlijden (ingezetenen). De gegevens worden verkregen via het wettelijk verplichte meldingssysteem waarbij de behandelend (of waarnemend) arts of een gemeentelijk lijkschouwer een doodsoorzaakverklaring (B-formulier) invult. Gegevens over 2020 waren voor dit rapport nog niet beschikbaar. De gegevens opgenomen die in een volgende versie van dit rapport zullen worden opgenomen zijn afkomstig van Statline.

Opsplitsing in privé-, sport- en arbeidsongevallen is niet (meer) mogelijk in de Doodsoorzakenstatistiek. Uit eerder en ander onderzoek weten we dat er slechts in hooguit enkele tientallen gevallen van een ongeval tijdens sport sprake zal zijn geweest. De Nederlandse Arbeidsinspectie meldt 52 overledenen door een arbeidsongeval in 2025.

Indeling naar oorzaak letsel (ICD10)

Ongevallen V01-X59

-Vervoersongeval V01-V99 Elk ongeval waarbij een hulpmiddel betrokken is dat primair ontworpen is voor – of op het betrokken tijdstip gebruikt wordt voor – vervoer van personen of goederen van de ene plaats naar de andere. **(Weg)verkeersongeval** Elk ongeval met een voertuig dat op de openbare weg plaatsvindt. Van een ongeval met een voertuig wordt verondersteld dat het heeft plaatsgevonden op de openbare weg tenzij een andere plaats wordt vermeld, behalve in het geval van ongevallen waarbij uitsluitend terreinvoertuigen zijn betrokken.

-Overige ongevallen (privé-arbeid-sport) W00-X59

Zelf toegebracht letsel (Zelfdoding) X60-X84

Geweld (Moord en doodslag) X85-Y09

Voor verdere informatie, zie www.cbs.nl.

Statistiek Verkeersdoden

In de Statistiek Verkeersdoden van het CBS staan personen geregistreerd die zijn overleden als gevolg van een verkeersongeval dat in Nederland plaatsvond. Het gaat om weggebruikers die zijn overleden ten gevolge van een plotseling optredende gebeurtenis op de openbare weg in Nederland, verband houdend met het verkeer, waarbij ten minste één rijdend voertuig was betrokken. Het gaat dus om zowel inwoners als niet-inwoners. Een overledene wordt niet als verkeersdode geteld indien:

- het ongeval zich voordoet op een plaats die niet opengesteld is voor openbaar rij- en ander verkeer;

- het ongeval zich voordoet op een gedeelte van een trein- of trambaan die geen deel uitmaakt van de openbare weg en door de aard uitsluitend gebruikt kan worden door een trein of een tram;

De gegevens opgenomen in dit rapport zijn afkomstig van Statline.

Voor verdere informatie, zie www.cbs.nl.

Gegevens Nederlandse Arbeidsinspectie

Werkgevers zijn verplicht een arbeidsongeval (i.e. ongevallen die plaatsvinden tijdens of door werkzaamheden) bij de Inspectie SZW te melden wanneer er sprake is van een ongeval met dodelijke afloop, ziekenhuisopname of blijvend letsel. Dit betreft zowel ongevallen van eigen werknemers als ongevallen van andere personen die onder zijn/haar gezag werken, zoals uitzendkrachten en zzp'ers. Ongevallen in het woon-werkverkeer vallen niet onder het begrip 'arbeidsongeval', tenzij ze plaatsvinden met voertuigen van de werkgever. De Inspectie SZW rapporteert elk jaar over dodelijke ongevallen.

Expositiegegevens

Bevolkingsstatistiek

In de bevolkingsaantallen afkomstig uit de Bevolkingsstatistiek van het CBS betreffen uitsluitend personen die zijn opgenomen in het bevolkingsregister van een Nederlandse gemeente. In principe wordt iedereen die voor onbepaalde tijd in Nederland woont, opgenomen in het bevolkingsregister van de woongemeente. Het betreft bevolkingsaantallen op 1 januari van het betreffende jaar. Voor verdere informatie, zie www.cbs.nl.

Leefstijlmonitor

Gegevens over sporturen zijn afkomstig zijn uit de LSM 2025.

Arbeidsuren

De gegevens over gewerkte uren zijn afkomstig uit Statline. Voor het totaal aantal gewerkte uren is de volgende tabel gebruikt: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/85916NED>
Voor het aantal gewerkte uren per arbeidssector: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/85918NED>.

Referenties

European Center for Injury Prevention, University of Navarra, Algorithm to transform ICD-10 codes AIS and ISS, version 1 for SPSS. Pamplona, Spain 2006.

Gaakeer MI, Brand CL van den, Veugelers R, Patka P. Inventarisatie van SEH-bezoeken en zelfverwijzers. Ned Tijdschr Geneesk. 2015;158:A7128.

Gaakeer MI, Brand van den CL, Gips E, Lieshout JM, Huijsman R, Veugelers R, Patka P. Landelijke ontwikkelingen in de Nederlandse SEH's. Ned Tijdschr Geneesk. 2016;160:D970.

Lyons RA, Polinder S, Larsen CF, Mulder S, Meerding WJ, Beeck EF van, The Eurocost Reference Group. Methodological issues in comparing injury incidence across countries. Int. J. Inj. Control Saf. Promot. 2006 13 (2), 63–70.

Mannaerts GHH, Sawor JH, Menovsky T, Springer L, Patka P, Haarman JThM. De betrouwbaarheid van de registratie van polytrauma-patiënten. Ned Tijdschr Geneesk. 12 november 1994;138(46):2290-3.

Nederlandse Arbeidsinspectie (2025). Jaarverslag 2022, Den Haag: Nederlandse Arbeidsinspectie

Panneman M, Blatter B (2016). Letsel Informatie Systeem. Representatief voor alle SEH's in Nederland? Amsterdam: VeiligheidNL

Panneman JM, Gaakeer MI, Jansen T, Beeck EF van, Blatter BM. Stijging lichte letsels bij de huisarts valt samen met daling op SEH. Ned Tijdschr Geneesk. 2020;164:D4867.

Polinder S, Haagsma J, Panneman M, Scholten A, Brugmans M, Van Beeck E. The economic burden of injury: Health care and productivity costs of injuries in the Netherlands. Accid Anal Prev. 2016 Aug;93:92-100.

Stam C, Blatter B. (2017) Letsels. Kerncijfers 2016, Amsterdam: VeiligheidNL.