ORTHOPEDIE IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG: VRAAG EN AANBOD IN EEN MAATSCHAPPELIJK PERSPECTIEF

nivel
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

S.G.M. Adam
D.M.J. Delnoij
P.P. Groenewegen

Utrecht, juli 2000
Nivel Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Drieharingstraat 6, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht
Telefoon 030-2729700, telefax 030-2729729

ISBN 90-6905-474-4

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel te Utrecht.
Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

NIV 287(b

VOORWOORD

Dit rapport is een literatuurstudie naar orthopedie in de Nederlandse gezondheidszorg. Het onderzoek is door het Nivel uitgevoerd in opdracht van Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie. Bij de totstandkoming van dit rapport is een klankbordgroep betrokken geweest, bestaande uit dr. L.D.J. Maljers, prof. dr. J.R. van Horn, mevrouw E.M. Postma-Wolfs en drs. R. Jansen.
Wij willen hen hartelijk danken voor hun inbreng en waardevol commentaar.

Susan Adam
Diana Delnoij
Peter Groenewegen

INHOUD

VOORWOORD

1	INLEIDING	7
1.1	Vraagstelling	7
1.2	Achtergronden	7
1.3	Opbouw van het rapport	9
2	METHODE	10
3	ORTHOPEDISCHE ZORG: VRAAG, GEBRUIK EN KOSTEN	11
3.1	Inleiding	11
3.2	Klachten en aandoeningen van het SBA	11
3.3	Gebruik van zorg bij klachten en aandoeningen van het SBA	15
3.4	Gebruik en kosten van orthopedische zorg	17
3.5	Ontwikkelingen in de vraag, het gebruik en de kosten van orthopedische zorg	19
3.5.1	Demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen	19
3.5.2	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	20
3.5.3	Beleidsmatige ontwikkelingen	21
3.5.4	Kostenontwikkelingen	21
3.6	Conclusie en discussie	22
4	ORTHOPEDISCHE ZORG: AANBOD	23
4.1	Inleiding	23
4.2	Aanbod aan orthopeden	23
4.3	Aanbod aan overige beroepsbeoefenaren	23
4.4	Ontwikkelingen in het aanbod van orthopedische zorg	24
4.4.1	Instroom en uitstroom in het beroep	25
4.4.2	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	26
4.4.3	Beleidsmatige ontwikkelingen	26
4.5	Conclusie en discussie	27
5	SOCIALE ZEKERHEID	28
5.1	Inleiding	28
5.2	Sociale zekerheid	28
5.3	Gebruik en kosten van sociale zekerheid	29
5.3.1	Gebruik van sociale zekerheid	29
5.3.2	Kosten van sociale zekerheid	31
5.4	Ontwikkelingen in de sociale zekerheid	31
5.5	Conclusie en discussie	33

6	AANSLUITING VAN VRAAG EN AANBOD	34
6.1	Inleiding	34
6.2	Gevolgen van verschil tussen vraag naar en aanbod van orthopedische zorg	34
6.2.1	Macroniveau: gevolgen van verschil tussen vraag en aanbod	34
6.2.2	Mesoniveau: wachtlijsten voor orthopedische zorg	35
6.2.3	Microniveau: mening van patiënten	37
6.3	Gevolgen van problematische wachtlijsten	37
6.3.1	Persoonlijke consequenties voor de patiënt	38
6.3.2	Maatschappelijke en financiële consequenties	38
6.4	Beleidsmatige ontwikkelingen	38
6.5	Conclusie en discussie	39
7	INFORMATIEVOORZIENING	41
8	SAMENVATTING	43
	LITERATUUR	46

1 INLEIDING

1.1 Vraagstelling

De orthopedie richt zich op de diagnostiek en behandeling van klachten en afwijkingen van het steun- en bewegingsapparaat (SBA). Voorbeelden van dergelijke klachten en aandoeningen zijn artrose (met name van de heup, de knie en de wervelkolom) en rugklachten. Het gaat hierbij om aandoeningen die grote gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven van mensen en hun mogelijkheden om zelfstandig te functioneren. Klachten van het steun- en bewegingsapparaat komen zeer veel voor en hebben grote maatschappelijke gevolgen, bijvoorbeeld in termen van arbeidsverzuim en het beroep op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. In de leeftijdscategorie 25 tot 64 jaar, waartoe het merendeel van de beroepsbevolking behoort, is bijvoorbeeld de prevalentie van dorsopathieën, oftewel nek- en rugklachten, 203 per 1000 mannen en 230 per 1000 vrouwen. De prevalentie van artrose in deze leeftijdscategorie is 31 per 1000 mannen en 42 per 1000 vrouwen. Het voorkomen van deze klachten zal naar verwachting alleen maar toenemen, met name door de vergrijzing van de bevolking. Bij de tien aandoeningen met de hoogste verwachte prevalentie in het jaar 2010, staat volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning artrose op de eerste plaats. Het aantal mensen met deze aandoening zal naar verwachting met 35% toenemen in de periode 1990-2010 (RIVM, 1997a).
Lang niet alle klachten van het steun- en bewegingsapparaat zijn zo ernstig dat medisch ingrijpen door een orthopedisch chirurg nodig is en ook zijn niet alle klachten door medisch ingrijpen te verhelpen. Voor zover klachten echter wel door orthopeden te behandelen zijn, is een probleem dat er in vergelijking met andere medisch specialismen lange wachtlijsten bestaan voor orthopedische zorg. Deze discrepantie tussen vraag en aanbod van orthopedische zorg heeft in het verleden de aanleiding gevormd om een behoefteramingsstudie uit te voeren teneinde onderbouwde beslissingen te kunnen nemen over het aantal op te leiden orthopeden. In die behoefteramingsstudie werd een overzicht gegeven van wat bekend is over de vraag naar orthopedische zorg en werd een enquête onder orthopeden gehouden om aanvullende gegevens over het zorgaanbod te verzamelen. Gegeven het doel van de studie lag de nadruk meer op de ontwikkelingen aan de kant van het aanbod dan van de vraag (Van der Velden et al., 1997a). Als aanvulling op de behoefteramingsstudie is daarom nu een onderzoek uitgevoerd, dat zich - naast de ontwikkelingen in het aanbod- vooral heeft gericht op de vraagzijde van de orthopedie en op het maatschappelijk perspectief van de gevolgen van discrepanties tussen vraag en aanbod. Over dat literatuuronderzoek wordt in het onderhavige rapport verslag gedaan. Het doel van dit onderzoek is om de huidige stand van zaken en de verwachte ontwikkelingen en knelpunten in kaart te brengen met betrekking tot:

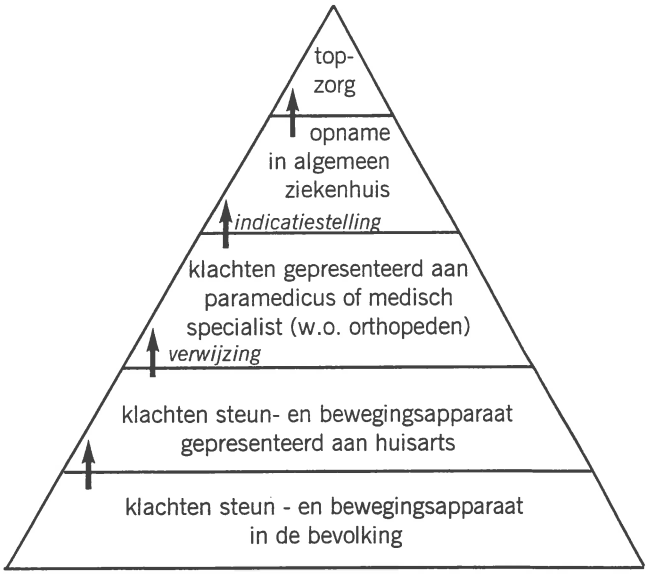
- de vraag naar zorg bij klachten van het steun- en bewegingsapparaat (alsmede de differentiatie daarin naar verschillende sociaal-economische categorieën) en patronen van zorggebruik bij huisarts, paramedici en specialisten;
- het aanbod van zorg voor patiënten met klachten van het steun- en bewegingsapparaat;
- de maatschappelijke kosten als gevolg van klachten van het steun- en bewegingsapparaat door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid;
- de aansluiting van vraag en aanbod.

1.2 Achtergronden

Klachten van het steun- en bewegingsapparaat (SBA) komen, zoals gezegd, zeer veel voor. Niet alle klachten leiden echter tot het uiten van een vraag naar zorg en niet iedere geuite vraag naar zorg komt terecht op het spreekuur van de orthopeed. Voordat klachten van het steun- en bewegingsapparaat worden gezien door een orthopeed, heeft de patiënt in kwestie meestal al een aantal 'horden' moeten nemen die in het gezondheidszorgsysteem zijn ingebouwd.

De vraag naar orthopedische zorg is als het ware gefilterd. Hoe dit selectieproces er uitziet, is weergeven in figuur 1.1, dat is gebaseerd op Goldberg (Goldberg & Huxley, 1992).

Figuur 1.1 Selectieproces voor orthopedische zorg



Aan de basis van de 'piramide' (zie figuur 1.1) bevinden zich de klachten van het steun- en bewegingsapparaat in de bevolking. Niet iedereen die deze klachten ervaart, gaat ermee naar een arts. Of klachten aan een arts worden voorgelegd is onder meer afhankelijk van de toegankelijkheid van medische zorg (zowel in termen van aantallen artsen als in termen van geografische nabijheid), financieel-economische factoren (bijvoorbeeld de verzekeringsvorm van de patiënt en eventuele eigen betalingen die verschuldigd zijn wanneer gebruik wordt gemaakt van zorg), psychologische factoren (bijvoorbeeld ziektebeleving en klaaggedrag), sociaal-culturele factoren (normen, waarden en beschikbaarheid van informele zorg) en organisatorische factoren (Post en Stokx, 1997). Een belangrijke organisatorische factor die in het Nederlandse gezondheidszorgstelsel van invloed is op het zorggebruik, vormt de getrapte toegankelijkheid van specialistische zorg. Patiënten met klachten van het steun- en bewegingsapparaat kunnen zich niet rechtstreeks tot een orthopeed of andere specialist wenden. Zij hebben daarvoor een verwijzing nodig van hun huisarts. Die eis geldt overigens in sterkere mate voor ziekenfondspatiënten dan voor particulier verzekerden (Kulu-Glasgow et.al., 1997, Kulu-Glasgow en Delnoij, 1997).
De huisarts bepaalt vervolgens, in overleg met de patiënt, welke zorg noodzakelijk is en door wie deze zorg geleverd zal worden. Een groot deel van de klachten van het steun- en bewegingsapparaat wordt door huisartsen zelf behandeld. Een kleinere groep patiënten wordt verwezen naar een paramedicus, bijvoorbeeld voor fysiotherapie of oefentherapie, of naar een medisch specialist (orthopeed, reumatoloog, neuroloog, algemeen chirurg, neurochirurg of revalidatiearts). Wanneer patiënten zijn verwezen naar de orthopeed, maakt deze een volgende selectie door middel van indicatiestelling. Sommige patiënten krijgen voorlichting en advies en worden gerustgesteld, zonder dat er een verdere ingreep plaatsvindt.
Anderen krijgen een geneesmiddel voorgeschreven of worden (alsnog) verwezen naar een fysiotherapeut of oefentherapeut. Een klein deel van de patiënten komt in aanmerking voor een operatieve ingreep, waarvoor opname in het ziekenhuis noodzakelijk is. Bij relatief zeldzame aandoeningen of in het geval de patiënt of de specialist een second opinion wenst, zal de orthopeed in een algemeen ziekenhuis verder doorverwijzen naar een academisch centrum (=topzorg).

Bij de analyse van de aansluiting van vraag naar en aanbod van orthopedische zorg besteden we aandacht aan drie typen mogelijke discrepanties. In de eerste plaats kunnen -op macroniveau- vraag en aanbod in puur kwantitatieve zin niet of slecht op elkaar aansluiten. Dat is bijvoorbeeld het geval als het aantal patiënten veel groter is dan wat door de in totaal werkzame orthopeden kan worden behandeld, of andersom.
In de tweede plaats kan er op allerlei punten in het selectieproces zoals dat is weergegeven in figuur 1.1 iets misgaan. Daarbij gaat het om een gebrekkige aansluiting van vraag en aanbod op mesoniveau. Patiënten kunnen door hun huisarts ten onrechte naar een orthopeed worden verwezen, terwijl ze ook door de huisarts zelf hadden kunnen worden behandeld. Ze benutten daarmee capaciteit die beter had kunnen worden aangewend voor de behandeling van patiënten die wél bij de orthopeed thuishoren. Patiënten kunnen ook ten onrechte niet naar de orthopeed worden verwezen, terwijl ze wel orthopedische behandeling nodig hebben. Ook binnen de orthopedie zelf zou de aansluiting tussen vraag en aanbod suboptimaal kunnen zijn ten gevolge van bijvoorbeeld een te ruime of te krappe indicatiestelling voor bepaalde ingrepen.
In de derde plaats tenslotte, kunnen vraag en aanbod op het microniveau van een individuele patiënt slecht op elkaar aansluiten. Dat is het geval wanneer de geboden zorg afwijkt van de zorg die de patiënt verwachtte te krijgen. Dit kan zowel betrekking hebben op de aard van de interventies (patiënt verwachtte een operatie, maar kreeg het advies om oefeningen te gaan doen), als op de arts-patiënt communicatie.

1.3 Opbouw van het rapport

Nadat in hoofdstuk 2 een verantwoording is gegeven van de onderzoeksmethode, volgt de beschrijving van vraag (hoofdstuk 3) en aanbod (hoofdstuk 4). Hierbij gaan we uit van het selectieproces zoals dat schematisch is weergegeven in figuur 1.1. In hoofdstuk 3 komt de vraag naar en het gebruik van zorg aan de orde. Eerst wordt nagegaan in welke mate klachten en aandoeningen van het steun- en bewegingsapparaat voorkomen in de bevolking. Vervolgens wordt beschreven welk deel van deze klachten aan de huisarts wordt gepresenteerd. Van daaruit wordt de overgang gemaakt naar de klachten van steun- en bewegingsapparaat die bij paramedici, neurologen, reumatologen en revalidatieartsen terechtkomen. Tenslotte wordt in kaart gebracht welke klachten worden gepresenteerd aan orthopeden. Hoofdstuk 3 eindigt met een overzicht van de verwachte ontwikkelingen in de vraag naar en het gebruik en de kosten van orthopedische zorg.
Hoofdstuk 4, waarin het aanbod aan zorg wordt beschreven, volgt een zelfde stramien. Eerst wordt het aanbod aan huisartsen, paramedici, neurologen, reumatologen en revalidatieartsen in kaart gebracht. Daarna wordt aandacht besteed aan de stand van zaken met betrekking tot het aanbod aan orthopeden. Tot slot worden de belangrijke ontwikkelingen in het aanbod beschreven.
Hoofdstuk 5 gaat in op het stelsel van sociale zekerheid. Meer specifiek wordt in dit hoofdstuk het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid ten gevolge van klachten en aandoeningen van het steun- en bewegingsapparaat beschreven. In hoofdstuk 6 wordt de aansluiting van vraag en aanbod behandeld op macro-, meso- en microniveau en de gevolgen die een gebrekkige aansluiting heeft zowel op het maatschappelijke (meso-/macroniveau) als op het persoonlijke vlak (microniveau). In hoofdstuk 7 wordt een overzicht gegeven van de informatievoorziening op het terrein van de orthopedie. Hierin worden de onderwerpen aangegeven waarover in de literatuur weinig of niets bekend is. Het rapport eindigt in hoofdstuk 8 met een samenvatting.

2 METHODE

In dit onderzoek zijn geen nieuwe gegevens verzameld, maar is bestaande kennis en informatie bijeengebracht en herordend. Uitgegaan wordt van reeds uitgevoerd onderzoek en van bestaande statistische en administratieve gegevens.
Bestaand onderzoek is geïnventariseerd via literatuursearches. Daarbij is gezocht in de bibliotheek catalogus van het Nivel met behulp van de trefwoorden orthopedie, orthopaedie, orthopeden, orthopaeden, orthopedische zorg, bewegingsapparaat, aandoeningen van het bewegingsapparaat, gewrichtsaandoeningen, rugklachten, osteoporose, sportletsels, sociale zekerheid, (gezondheids)beleid, arbeidsongeschikten, wachtlijsten. De bibliotheek van het Nivel bevat 60.000 titels en kan als zeer compleet beschouwd worden op het terrein van de gezondheidszorg. Daarnaast is bij het verzamelen van literatuur gebruik gemaakt van de expertise van de leden van de klankbordgroep die als begeleidingscommissie bij dit onderzoek betrokken is geweest.

Verder is gebruik gemaakt van statistische en administratieve gegevens afkomstig uit de volgende bronnen:
- de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997
- de behoefteramingsstudie van het Nivel
- de statistieken van de arbeidsongeschiktheidsverzekering van het Lisv
- de rapportage over kosten van ziekten van Koopmanschap en anderen.
- de doorlopende gezondheidsenquête van het CBS

Wanneer over een bepaald onderwerp geen informatie beschikbaar is, wordt hierover ook expliciet gerapporteerd (zie hoofdstuk 7). Het onderzoek geeft daarmee ook inzicht in de informatievoorziening op het terrein van de orthopedie. Op basis daarvan kan worden aangegeven op welke terreinen nader onderzoek zou moeten worden geëntameerd.

3 ORTHOPEDISCHE ZORG: VRAAG, GEBRUIK EN KOSTEN

3.1 Inleiding

Om een beschrijving te kunnen geven van de vraag naar orthopedische zorg is het nodig om eerst vast te stellen welke aandoeningen door orthopedisch chirurgen worden behandeld. Zoals in hoofdstuk 1 al in algemene zin werd omschreven, betreft dit aandoeningen van het steun- en bewegingsapparaat (SBA). Meer specifiek behandelen orthopedisch chirurgen voornamelijk patiënten met traumatische, verworven en aangeboren aandoeningen van het steun- en bewegingsapparaat.
In Nederland heeft een groot aantal mensen regelmatig klachten van het SBA. Deze klachten kunnen ontstaan als gevolg van een aantal factoren. Ze kunnen het gevolg zijn van een stijgende leeftijd, sommige klachten zijn namelijk leeftijdsspecifiek. Sommige aandoeningen zijn erfelijk, aangeboren en/of geslachtsspecifiek. Klachten kunnen ook veroorzaakt worden door traumatische factoren, zoals ongevallen en (sport)blessures. Sommige aandoeningen zijn het gevolg van slijtage, niet alleen bij ouderen, maar ook bij mensen met fysiek belastend werk. Aandoeningen aan het SBA kunnen bovendien de directe en indirecte gevolgen van ziekten zijn. Afname van spierkracht kan bijvoorbeeld een direct gevolg van ziekte zijn. Een voorbeeld van een indirect gevolg van ziekte is het amputeren van een lichaamsdeel als gevolg van diabetes.

Een gedeelte van de populatie met klachten aan het SBA komt in het medische circuit terecht. Zij maken gebruik van zorg. Dit zorggebruik bevindt zich op verschillende vlakken. Het betreft niet alleen gebruik van orthopedische zorg, maar ook bijvoorbeeld van huisartsen, fysiotherapeuten, neurologen (Krol et al., 1999; Delnoij et al., 1997), reumatologen en revalidatieartsen.

In dit hoofdstuk wordt - aan de hand van een variant op het schema van Goldberg (zie figuur 1.1) - een overzicht gegeven van het vóórkomen van klachten en aandoeningen van het SBA in de populatie (paragraaf 3.2), het gebruik van zorg bij klachten en aandoeningen van het SBA (paragraaf 3.3). In paragraaf 3.4 worden het gebruik en de kosten van orthopedische zorg beschreven. Tenslotte worden in paragraaf 3.5 ontwikkelingen in de vraag, het gebruik en de kosten van orthopedische zorg beschreven.

3.2 Klachten en aandoeningen van het SBA

In de inleiding van dit hoofdstuk wordt gesteld dat klachten aan het SBA het gevolg kunnen zijn van een aantal factoren, zoals leeftijd, ziekte, fysiek zwaar werk, ongevallen en sport. De aandoeningen kunnen bovendien ook erfelijk, aangeboren en/of geslachtsspecifiek zijn. In deze paragraaf zullen voor zover er gegevens over bestaan deze factoren besproken worden.

Geslacht
Tabel 3.1 presenteert de gemiddelde prevalentie- en incidentiecijfers (per 1000) van reumatoïde artritis, artrose, osteoporose en dorsopathieën[1] voor mannen en voor vrouwen, in 1994. Het betreft hier de gemiddelde prevalentie- en incidentiecijfers uit de huisartspraktijk, zoals die verzameld zijn in verschillende registratienetwerken. Uit deze tabel blijkt dat reumatoïde artritis, artrose en osteoporose aandoeningen zijn waarvan de gemiddelde prevalentie en de gemiddelde incidentie onder vrouwen beduidend hoger is dan onder mannen. De gemiddelde prevalentie en incidentie van de ICD-categorie (International Classification of Diseases) dorsopathieën is onder vrouwen ook hoger dan onder mannen, maar het verschil is bij deze aandoeningen minder groot (RIVM, 1997a).

[1]Dorsopathieën: aandoeningen aan nek en rug

Heupfracturen komen ook vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. In Nederland zijn er per 100.000 vrouwen ouder dan 65 jaar ongeveer 700 heupfracturen en per 100.000 mannen ouder dan 65 jaar ongeveer 350 heupfracturen per jaar (Jansen, 1994).

Tabel 3.1 Gemiddelde prevalentie en incidentie (per 1000) naar geslacht, 1994

	Gemiddelde prevalentie		Gemiddelde incidentie	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Reumatoïde artritis	3,54	6,90	0,80	1,62
Artrose	15,84	36,34	5,20	11,59
Osteoporose	0,50	3,23	0,25	1,15
Dorsopathieën	74,59	89,72	63,17	71,86

Bron: RIVM, 1997a

Leeftijdsgroepen

Over het algemeen nemen de klachten aan het SBA toe met het stijgen van de leeftijd. Dat geldt ook voor reumatoïde artritis, artrose en osteoporose. Tabel 3.2 laat de gemiddelde prevalentiecijfers voor 1994 zien. De gemiddelde prevalentie (per 1000) voor reumatoïde artritis, artrose en osteoporose was voor zowel mannen als vrouwen het hoogst bij personen ouder dan 75 jaar. De gemiddelde prevalentie van de ICD-categorie dorsopathieën was bij mannen het hoogst in de leeftijdscategorie 65 tot 74 jaar. Voor vrouwen was de gemiddelde prevalentie het hoogst in de leeftijdscategorie ouder dan 75 jaar (RIVM, 1997a).

Tabel 3.2 Gemiddelde prevalentie (per 1000) naar leeftijd, 1994

		0-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75+
Reumatoïde artritis	mannen	0,22	0,44	2,50	6,68	10,07	10,16
	vrouwen	0,29	0,32	3,33	9,91	19,22	27,29
Artrose	mannen	0,00	0,47	5,36	26,02	63,85	96,17
	vrouwen	0,01	0,59	2,22	40,00	132,05	216,87
Osteoporose	mannen	0,00	0,09	0,10	0,12	2,01	7,59
	vrouwen	0,00	0,00	0,12	0,98	12,46	26,69
Dorsopathieën	mannen	4,82	43,95	83,70	119,19	120,46	105,31
	vrouwen	6,72	51,52	90,88	139,19	140,51	148,95

Bron: RIVM, 1997a

Dit patroon bestaat ook voor de gemiddelde incidentiecijfers in 1994 (tabel 3.3). Voor reumatoïde artritis, artrose en osteoporose was de gemiddelde incidentie het hoogst bij mannen en vrouwen ouder dan 75 jaar. Voor zowel mannen als vrouwen waren de gemiddelde incidentiecijfers voor de ICD-categorie dorsopathieën het hoogst in de leeftijdsgroep 45 tot 64 jaar (RIVM, 1997a).

Tabel 3.3 Gemiddelde incidentie (per 1000) naar leeftijd, 1994

		0-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75+
Reumatoïde artritis	mannen	0,14	0,30	0,76	1,22	1,68	2,14
	vrouwen	0,11	0,31	0,96	2,87	3,61	4,53
Artrose	mannen	0,15	0,44	2,54	9,23	16,63	26,43
	vrouwen	0,06	0,39	2,22	18,15	41,02	47,00
Osteoporose	mannen	0,00	0,00	0,07	0,21	1,62	1,85
	vrouwen	0,04	0,11	0,08	1,27	4,68	5,91
Dorsopathieën	mannen	4,82	44,31	78,80	97,13	73,34	66,01
	vrouwen	6,72	49,07	84,26	110,66	88,97	81,86

Bron: RIVM, 1997a

Beroepsgroepen
Klachten aan het SBA komen veelvuldig voor bij werknemers met fysiek belastend werk, zoals bijvoorbeeld werknemers in de bouw en verplegend en verzorgend personeel. In een onderzoek van Scheppingen (1996) werd geschat dat 16% van de personen in fysiek belastende beroepsgroepen een chronische aandoening aan het bewegingsapparaat heeft (Van Scheppingen et al., 1996).
Smulders (1990) heeft een onderzoek gedaan naar de arbeidssituatie en de gezondheid van twaalf omvang-rijke beroepsgroepen in de intramurale gezondheidszorg. Uit dit onderzoek bleek dat de arbeidssituatie van ziekenverzorgenden en keukenpersoneel het meest ongunstig was. Zij verrichten fysiek zwaar werk onder tijdsdruk en deze arbeidskenmerken zijn van invloed op de gezondheidskenmerken, zoals bijvoorbeeld klachten van het steun- en bewegingsapparaat. Fysiek zwaar werk is een belangrijke factor in de ontwikkeling van aandoeningen aan het bewegingsapparaat (Smulders, 1990). Ook psychosociale factoren kunnen mede van invloed zijn op klachten van het SBA (Faas et al., 1996), Smulders, 1990). Het onderzoek van Bakker et al. (1997) naar rugklachten en andere klachten aan het bewegingsapparaat van het verzorgend en verplegend personeel van verzorgingshuizen toont dat 56% van de ondervraagden in het jaar daarvoor rug-klachten heeft gehad en 41% in de drie maanden daarvoor (Bakker et al., 1997). Mensen van buitenlandse afkomst verrichten veelal hun gehele arbeidzame leven fysiek zwaar werk met als gevolg dat zij meer kans hebben op het ontwikkelen van aandoeningen aan het SBA (Van Scheppingen et al., 1996)

Erfelijke en aangeboren afwijkingen
Ook patiënten met erfelijke en aangeboren afwijkingen aan het SBA (zoals bijvoorbeeld een klompvoet, de ziekte van Little of Spina Bifida) hebben behoefte aan orthopedische zorg. Ondanks de mogelijkheid van opereren houden zij er vaak een handicap aan over. Het betreft dan een chronische aandoening aan het bewegingsapparaat met een steeds terugkerende zorgvraag (Orde van Medisch Specialisten, 1999).

Ziekte
Klachten en aandoeningen van het steun- en bewegingsapparaat kunnen het gevolg zijn van een ziekte. Patiënten met bijvoorbeeld diabetes mellitus kunnen als gevolg van hun ziekte voet problemen krijgen. Uit onderzoek in vier Nederlandse huisarts praktijken bleek dat 3% van alle diabetespatiënten een geïnfecteerde voetlaesie of een voet ulcus had (Schaper et al.,1994). Bij een deel van de patiënten leidt diabetes mellitus tot de amputatie van een lichaamsdeel. Cijfers over het aantal mensen met een aandoening van het SBA als gevolg van een andere (chronische) ziekte en het aantal van hen dat door een orthopedisch chirurg wordt behandeld, is niet gepubliceerd.

Ongevallen
Vallen kan tot klachten aan het SBA leiden. Met het stijgen van de leeftijd, nemen de mobiliteit (loopsnelheid), de spierkracht en het vermogen om het evenwicht te bewaren af. De kans op vallen neemt toe. Vallen is het gevolg van een verlies van evenwicht. Dit kan veroorzaakt worden door fysiologische veranderingen, als gevolg van het ouder worden, pathofysiologische processen (osteoporose), (bij)werkingen van medicijnen, intoxicaties (drankmisbruik en verkeerd medicijngebruik) en omgevingsfactoren, zoals bijvoorbeeld gladde vloeren of slecht licht. De belangrijkste ziekten en ziekteverschijnselen (pathofysiologische oorzaken) die een verhoogde kans op vallen geven zijn cerebrovasculair accident, ziekte van Parkinson, vasculaire dementie, visusstoornissen, hypotensie en artrose. In de leeftijd van 80-85 jaar valt één op de drie vrouwen en één op de vijf mannen tenminste eenmaal per jaar. Van de mensen ouder dan 85 jaar, valt 50% van de vrouwen en 33% van mannen tenminste één keer per jaar (Jansen, 1994). Uit de LASA (Longitudinal Aging Study Amsterdam) studie, die representatief is voor de Nederlandse bevolking, bleek zelfs dat van de deelnemers van 65 jaar en ouder 32-33% tenminste eenmaal gedurende een jaar viel en dat 11-15% van de deelnemers tweemaal of vaker viel (Tromp, 2000). De gevolgen van een val kunnen groot zijn. In 6% van de gevallen ontstaat ernstig letsel, zoals een fractuur, dislocatie of weke delen letsel. In 55% van de gevallen ontstaat een weke delen letsel. Ongeveer 1% leidt tot een heupfractuur (Jansen, 1994).

Sport
Onderzoek van Schmikli et al. (1995) heeft geleid tot een geschat aantal van 2,9 miljoen sportblessures per jaar in Nederland. Uit de resultaten van de Gezondheidsenquête blijkt dat er in 1990 bij volwassenen (ouder dan 16 jaar) 2,5 miljoen sportblessures voorkwamen. Ongeveer driekwart daarvan kwam voor rekening van mannen (Swinkels, 1994). Het bovengenoemde verschil in het totaal aantal sportblessures per jaar wordt veroorzaakt door verschillen in de definitie van sportblessure en van sportbeoefening. Uit de resultaten van het onderzoek van Schmikli et al. (1995) blijkt dat 66% van alle blessures behandeld wordt. Van de behandelde sportblessures wordt 40% medisch behandeld, 26% wordt anders behandeld en 34% van de blessures wordt helemaal niet behandeld. Anders behandelde blessures zijn blessures die behandeld zijn door de geblesseerden zelf, hun ouders, de sportverzorger of sportmasseur. De resultaten uit de gezondheidsenquête verschillen gedeeltelijk van de hierboven genoemde percentages. Volgens de gezondheidsenquête wordt bij 60% van de sportongevallen medische hulp geboden, 23% van de sportblessures wordt niet-medisch behandeld, 33% wordt helemaal niet behandeld en 15% wordt zowel ter plaats als in een later stadium medisch behandeld. De huisarts wordt jaarlijks bijna 740.000 keer door een volwassene geconsulteerd voor een sportblessure. Voor de specialist ligt dit aantal op 480.000 maal, voor de fysiotherapeut op bijna 740.000 maal en voor de sportarts op 140.000 maal. Beenblessures vormen ruim tweederde van alle blessures. Bij mannen ligt het percentage hoger dan bij vrouwen, namelijk respectievelijk 73% en 59%. Zowel voor mannen als voor vrouwen komen enkelblessures het meeste voor, ongeveer 22% van alle blessures (Swinkels et al., 1994). De knieblessure en de rompblessure vormen samen 25% van alle blessures. De romp is een verzamelnaam voor blessures aan borst, buik, inwendige organen, wervelkolom, rug, heup, bekken en lies (Schmikli et al., 1995). Het aantal knieblessures (18%) is relatief hoog. Dit komt bij mannen ruim twee keer zo veel voor als bij vrouwen, namelijk respectievelijk 21% en 9%. Blessures aan de knie en aan de enkel betreffen hoofdzakelijk bandletsel (Swinkels et al., 1994). Uit onderzoek van Bakker (1998) blijkt dat de blessures, die bij de verschillende sporten voorkwamen, vooral wervelfracturen, fracturen van het onderbeen en enkels en distorsies van de knie en enkelbanden waren (Bakker, 1998). Uit deze gegevens blijkt dat blessures aan het SBA het meest voorkomen en dat een groot deel hiervan medisch behandeld wordt.
Sportblessures hebben negatieve gevolgen zowel in de zin van medische kosten als ziekteverzuim. Behalve negatieve effecten (blessures) heeft sporten ook zowel fysiek als psychosociaal een positieve uitwerking. Uit onderzoek van Hildebrandt et al. (1996) blijkt dat sporten een gunstige invloed heeft op het algemeen welzijn (ervaren van lichamelijke conditie,

stress-symptomen en algemeen ziekte-gedrag). Bovendien wordt in dat onderzoek geconcludeerd dat het stimuleren van sporten een positieve bijdrage kan leveren aan de afname van problemen van het bewegingsapparaat in de werkende bevolking. Uit onderzoek van Schmikli et al. (1995) blijkt dat de duur van het verzuim bij sporters lager is dan bij werkende niet-sporters.

Subjectief ervaren kwaliteit van leven
Uit een onderzoek naar chronisch zieken (De Haes et al., 1997) blijkt dat de ziekten van het bewegingsapparaat, vergeleken met een aantal andere chronische aandoeningen, relatief het meest belastend te zijn. Patiënten met aandoeningen aan het SBA gaven aan vooral lichamelijk sterk belast te zijn. In mentaal opzicht functioneren ze relatief goed.
Ook uit gegevens van de CBS-gezondheidsenquête 1991-1994 blijkt dat patiënten met een aandoeningen aan het SBA hun algemene gezondheid als slecht ervaren.
De mate waarin een slechte gezondheid wordt ervaren in de bevolking is afhankelijk van zowel de sterkte van de relatie tussen ziekte en ervaren gezondheid als ook van de prevalentie van de ziekte. De omvang van de ervaren ongezondheid kan nagegaan worden door een berekening van het Populatie Attributief Risico (PAR). Met behulp van gegevens van de CBS-Gezondheidsenquête kan het Populatie Attributief Risico berekend worden. Rugaandoeningen en gewrichtsslijtage hebben een relatief grote PAR, omdat beide aan-doeningen zowel een hoge prevalentie als een negatief effect op de ervaren gezondheid hebben. Voor rugaandoeningen is het PAR 11,2% en voor gewrichtslijtage 10,8%. Ter vergelijking worden hier ook het PAR voor andere aandoeningen genoemd. Het PAR voor bijvoorbeeld astma, chronische bronchitis of CARA is 6,7%, voor ernstige hartziekte of hartinfarct 4,1%, voor suikerziekte 2,6%, voor een ernstige huidziekte 0,8% en voor kanker 1,2% (Tijhuis & Hoeymans, 1997).

3.3 Gebruik van zorg bij klachten en aandoeningen van het SBA

Hoewel klachten en aandoeningen van het SBA op ruime schaal vóórkomen in de bevolking, belanden zoals gezegd niet alle patiënten direct met klachten in de spreekkamer van de huisarts. Uit een onderzoek van Krol et al. (1999) blijkt bijvoorbeeld dat patiënten met knie- en heupproblemen lang wachten voordat ze met hun klacht naar de huisarts gaan, namelijk gemiddeld respectievelijk elf maanden en twee jaar. De patiënten bleven daarna gemiddeld ruim zes, respectievelijk acht maanden onder behandeling van de huisarts voordat ze werden doorverwezen naar de orthopedisch chirurg (Krol et al., 1999).

Overigens wordt een groot deel van de klachten van het SBA door de huisarts zélf afgehandeld, zonder te verwijzen (tabel 3.4) (Groenewegen et al., 1992).

Tabel 3.4 Verrichtingen in de huisartspraktijk bij klachten en aandoeningen binnen het ICPC-hoofdstuk 'Bewegingsapparaat' (n=40.052 ziekte-episodes)

Verrichtingen	% van de episodes
Diagnostiek in de huisartspraktijk	88,6
Extern aangevraagde diagnostiek	9,9
Behandeling in de huisartspraktijk	86,1
Voorschrijven geneesmiddelen	55,2
Verwijzing naar specialist	9,3
Verwijzing binnen de eerste lijn	19,8

Bron: Groenewegen et al., 1992

Onder de aandoeningen van het SBA vormen rugklachten één van de meest voorkomende redenen om een huisarts of fysiotherapeut te bezoeken (Van Tulder, 1996). Het merendeel van de gezondheidsproblemen waar patiënten mee bij de huisarts komen wordt door de huisarts behandeld. De huisarts is bovendien verantwoordelijk voor de verwijzingen naar paramedische therapeuten en medische specialisten.

Uit de landelijke studie naar klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat (de KAB-studie) blijkt dat in 1998 bijna driekwart van de Nederlandse bevolking van 25 jaar en ouder een klacht van het bewegingsapparaat had. Lage-rugklachten werden het meest gerapporteerd. Nekklachten en schouderklachten staan op de tweede plaats en knieklachten staan op de derde plaats. Aan de hand van de resultaten uit de KAB-studie is het mogelijk om als het ware de onderste lagen van de 'piramide' (figuur 1.1) in te vullen met aantallen. Dat zal gedaan worden voor lage-rugklachten, klachten van de nek, schouders en hoog in de rug en voor heup- en knieklachten (tabel 3.5).
Lage-rugklachten over een periode van 12 maanden werden door 43,9% van de Nederlanders van 25 jaar en ouder gerapporteerd. Contact met de huisarts (31,6%) en specialist (19,8%) werd, vergeleken met de andere klachten van het bewegingsapparaat, relatief weinig genoemd. Contact met de fysiotherapeut werd relatief vaak genoemd, namelijk door 26,3% van de mensen met lage-rugklachten.
Voor pijnklachten in nek, schouders of hoog in de rug was de periodeprevalentie 44,5%. Bijna de helft van de Nederlanders van 25 jaar en ouder meldden deze klachten over een periode van 12 maanden gehad te hebben. De periodeprevalentie van nekklachten was 31,4%, van schouderklachten 30,3% en van pijn-klachten hoog in de rug 18,8%. Van de mensen met klachten in de 12 maanden daarvoor, rapporteerde 40,8% bij de huisarts te zijn geweest, 29,9% bij de specialist en 32,8% bij de fysiotherapeut.
Van de Nederlandse bevolking van 25 jaar en ouder rapporteerde ruim een kwart (28,0%) heup- of knieklachten te hebben gehad. De periodeprevalentie voor heupklachten was 12,8% en voor knieklachten 21,9%. Van de personen met klachten van heup of knie had 32,6% contact met de huisarts, 25,0% had contact met een specialist en 20,9% had contact met een fysiotherapeut (Picavet et al., 2000).

Tabel 3.5 Percentage van de Nederlandse bevolking van 25 jaar en ouder met klachten van het SBA en hun zorggebruik

	percentage personen	voor klacht afgelopen 12 maanden contact gehad met:		
		huisarts	specialist	fysiotherapeut
Lage-rugklachten	43,9%	31,6%	19,8%	26,3%
Nek-, schouder- of hoge-rugklachten	44,5%	40,8%	29,9%	32,8%
nekklachten	31,4%			
schouderklachten	30,3%			
hoge-rugklachten	18,8%			
Heup- of knieklachten	28,0%	32,6%	25,0%	20,9%
heupklachten	12,8%			
knieklachten	21,9%			

Bron: Picavet et al., 2000

Uit een onderzoek van Van Tulder naar lage-rugpijn (1996) blijkt dat 42% van de patiënten met lage-rugpijn die meewerkten aan het onderzoek binnen de onderzoeksperiode van 12 maanden een bezoek brachten aan hun huisarts, vanwege lage-rugpijn. Het mediane aantal bezoeken was 2 (range 1-11). Uit dit onderzoek blijkt verder dat huisartsen informatie

verschaffen over diagnostiek en therapie. Patiënten werden het vaakst behandeld met medicatie (21,6%), meestal NSAID's (non-steroïdal anti-inflammatory drugs) 16,3% en zij werden het vaakst doorverwezen naar fysiotherapeuten (16,3%), neurologen of neurochirurgen (6,3%) (Van Tulder, 1996).

Uit de gegevens van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het Nivel bleek dat in 17,6% van de episodes met lage-rugklachten, patiënten werden doorverwezen naar de fysiotherapeut en dat er in slechts 6,9% van de episodes werd doorverwezen naar een medisch specialist waarbij de neuroloog vaker werd geconsulteerd dan de orthopedisch chirurg (Delnoij et al., 1997). In 1991 bedroeg in Nederland voor rugklachten het totale aantal poliklinische consultaties die in een ziekenhuis-opname resulteerde; 30.337 bij een neuroloog, 9.991 bij een neurochirurg, 5.309 bij een orthopeed en 72 bij een reumatoloog (Van Tulder, 1996; Van Tulder et al., 1997).
Tabel 3.6 laat de resultaten uit het ROME-project (Reuma-Onderzoek Meerdere Echelons) zien.

Tabel 3.6 Percentage patiënten die door de huisarts worden doorverwezen

	Patiënten met nieuw reumatische klachten (%)	Patiënten met recidief reumatische klachten (%)
Doorverwezen naar:		
Andere hulpverlener	33,6	57,4
fysiotherapeut	25,1	47,6
Mensendieck- of Caesartherapeut	2,0	3,3
Medisch specialist	11,2	19,9
orthopedisch chirurg	5,7	11,6
neuroloog	2,2	6,3
reumatoloog	0,6	1,9
algemeen chirurg	2,3	1,1
neurochirurg	0,1	0,4
revalidatie-arts	0,1	0,2
Alternatief hulpverlener	1,4	3,6

Bron: Miedema, 1994 (ROME-project)

In het ROME-project werd onder reumatische klachten en aandoeningen verstaan: alle klachten en aan-doeningen van het bewegingsapparaat die niet door een ongeval veroorzaakt zijn. Van de patiënten met nieuw reumatische klachten werd 33,6% door de huisarts doorverwezen naar een andere hulpverlener. Van de patiënten met recidief reumatische klachten werd 57,4% doorverwezen naar een andere hulpverlener. Uit de tabel blijkt dat patiënten met recidief reumatische klachten vaker door de huisarts worden doorverwezen dan patiënten met nieuw reumatische klachten (Miedema, 1994).

3.4 Gebruik en kosten van orthopedische zorg

Gebruik van orthopedische zorg
Uit de gegevens van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het Nivel bleek dat patiënten met lage-rugklachten relatief weinig voor behandeling bij een orthopedisch chirurg terecht komen. Slechts 2,2% van de patiënten met lage-rugklachten wordt rechtstreeks naar de orthopedisch chirurg verwezen (Delnoij et al., 1997).
Vergelijkbare cijfers met betrekking tot andere aandoeningen van het SBA zijn niet gepubliceerd. Tegenwoordig spelen patiënten zelf een actieve rol in het verwijsproces naar orthopedische zorg. Uit een onderzoek van Bles et al. (1994) blijkt dat slechts 40% van de patiënten in de jaren 1985-1989 op initiatief van de huisarts onder orthopedische behandeling kwam. 19% van de patiënten werd op eigen initiatief door de huisarts verwezen naar een orthopedisch

chirurg en 21% ging rechtstreeks naar de orthopedisch chirurg. Tenslotte werd 20% van de patiënten doorverwezen door EHBO of een andere specialist. Van de totale onderzoeks-populatie kwam dus 40% op eigen initiatief bij de orthopedisch chirurg terecht. Uit dit onderzoek bleek verder dat patiënten die op initiatief van de huisarts werden doorverwezen veel vaker een aandoening hadden waarvoor orthopedische zorg nodig was dan de patiënten die zelf het initiatief genomen hadden (Bles et al., 1994). Ook uit een onderzoek van Van Tulder (1996) blijkt dat patiënten op eigen initiatief andere vormen van specialistische hulp zoeken. Huisartsen gaven aan dat zij 69% van de deelnemers aan het onderzoek niet hebben doorverwezen. Echter slechts 39% van de participanten gaf aan dat zij geen paramedische therapeut of medische specialist hadden bezocht. Dat zou betekenen dat ongeveer 30% op eigen initiatief hulp zoekt. Verder bleek dat ongeveer 3% van de participanten door de huisarts werd doorverwezen naar een ander type specialist of therapeut, bijvoorbeeld een revalidatiearts, een diëtiste, een internist, een algemene chirurg of een psycholoog. Daarentegen gaf bijna 18% aan een ander type specialist of therapeut bezocht te hebben (Van Tulder, 1996).

Kosten bij aandoeningen van het SBA
De kosten van de gezondheidszorg zijn onder te verdelen in vier typen kosten; directe en indirecte medische kosten en directe en indirecte niet-medische kosten (Koopmanschap & Rutten, 1998).
Directe medische kosten zijn kosten binnen de gezondheidszorg, zoals onder andere de kosten van diagnostiek, behandeling, therapie, preventie, revalidatie, organisatie materiaalkosten en personeelskosten (Koopmanschap & Rutten, 1998; Van Tulder et al., 1997; Polder et al., 1997; Brouwer & Koopmanschap, 1997).
Directe niet-medische kosten zijn kosten die niet door de professionele gezondheidszorg gemaakt worden, maar onvermijdelijk zijn voor de zorgverlening zoals bijvoorbeeld dieet- en reiskosten, de inspanning van informele zorgverleners, de kosten die de patiënt op eigen initiatief, dus zonder voorschrift van een arts maakt, kosten van aangepast wonen en werken (Brouwer & Koopmanschap, 1997) en kosten van (verloren vrije) tijd (Koopmanschap & Rutten, 1998; Brouwer & Koopmanschap, 1997). Deze directe niet-medische kosten zijn moeilijk te bepalen, omdat hierover geen volledigheid in de gegevens bestaat.
Indirecte medische kosten zijn bijvoorbeeld de kosten van zorg tijdens gewonnen levensjaren. Aandoeningen van het SBA zijn over het algemeen niet levensbedreigend. Wat betreft orthopedische zorg zijn de indirecte medische kosten om die reden van minder belang.
Indirecte niet-medische kosten zijn verlies van productiviteit en/of extra kosten ter preventie van het verlies van productiviteit (Koopmanschap & Rutten, 1998) en vervangingskosten, de kosten van het zoeken, opleiden en inwerken van een vervanger (Brouwer & Koopmanschap, 1997) en kosten voor de gemeenschap vanwege morbiditeit en mortaliteit (Tulder et al., 1997).
De directe niet-medische kosten en de indirect medische kosten binnen de orthopedie zijn moeilijk te bepalen en de gegevens over de kosten van orthopedische zorg hebben vooral betrekking op directe medische kosten en indirecte niet-medische kosten. De directe medische kosten worden in de volgende alinea besproken en de indirecte niet-medische kosten worden in paragraaf 6.3.2 beschreven.

Directe medische kosten
Algemeen
Directe medische kosten vormen een belangrijk deel van de totale kosten. In 1994 werd in Nederland 59,5 miljard gulden aan de gezondheidszorg uitgegeven. Ruim 80% hiervan kan aan een diagnosegroep worden toegekend. De kosten van ziekten aan het SBA bedroegen 3,5 miljard gulden. Dit is 6% van de totale kosten (Polder et al., 1997a; Polder et al., 1997b).
Het aandeel SBA in de totale kosten wordt voor een belangrijk deel bepaald door de frequentie waarmee deze klachten vóórkomen: totale kosten = aantal gevallen * kosten per geval. De kosten van aandoeningen aan het SBA staan hoog in de top-10, omdat het aandoeningen zijn die veel voorkomen, niet omdat de kosten per geval extreem hoog zijn.
Aandoeningen van het SBA staan wat betreft de kosten voor mannen op de vijfde plaats en voor vrouwen op de vierde plaats. Bij vrouwen is het kostenaandeel van aandoeningen van het

SBA groter dan bij mannen. (Polder et al., 1997a). De ICD-hoofdstukken dorsopathieën en accidentele val behoren tot de tien diagnosegroepen met de hoogste kosten. Het aandeel van deze diagnosegroepen in de totale kosten is respectievelijk 1,9% en 2,0%.
De ICD-categorie ziekten van de bewegingsorganen kwam in 1991 op de derde plaats (1,2 miljard) wat betreft de kosten van ziekenhuisverpleging. De ICD-categorieën waar meer kosten aan verbonden waren, zijn: ziekten van het hart- en vaatstelsel (2,1 miljard) en nieuwvormingen (1,4 miljard). In 1991 bedroegen de totale kosten voor medische specialistische zorg van rugklachten 12,5 miljoen gulden (Van Tulder et al., 1997).
De kosten van heupfracturen zijn voornamelijk verdeeld over twee sectoren; ziekenhuiszorg (43%) en verpleeghuiszorg (53%). De diagnosegroep accidentele val staat op de vierde plaats in de top-10 van kosten in de ziekenhuiszorg (ongeveer 615 miljoen gulden) en op de achtste plaats voor extramurale somatische zorg.

De medische kosten als gevolg van (sport)blessures zijn 395 miljoen gulden per jaar. Deze medische kosten zouden echter veel hoger zijn als minder mensen zouden sporten. De kosten als gevolg van sportblessures worden namelijk gecompenseerd doordat sporters minder vaak gebruik hoeven maken van gezondheidsvoorzieningen als gevolg van ziekten dan niet-sporters (NOC*NSF, 1997).

Naar geslacht
De tien omvangrijkste diagnosegroepen hebben een aandeel van ongeveer 40% in de totale kosten van de gezondheidszorg. Accidentele val staat alleen in de top-10 van diagnoses bij vrouwen (achtste plaats). Accidentele val heeft vaak op oudere leeftijd (heup)fracturen tot gevolg. In 1994 bedroegen de totale kosten voor heupfracturen 780 miljoen gulden. 80% hiervan kwam voor rekening van de vrouwen en ook ongeveer 80% van deze kosten viel binnen de leeftijdscategorie 75 jaar en ouder. Dorsopathieën staan bij mannen op de achtste plaats en bij vrouwen op de negende plaats wat betreft de medische kosten. De kosten bij vrouwen (615 mln gulden) waren echter wel hoger dan bij de mannen (509 miljoen gulden). De kosten van reumatoïde artritis (322 miljoen gulden) zijn vooral bij vrouwen hoog. Bij mannen leiden vooral verkeersongevallen (404 miljoen gulden) en overige ongevallen (336 miljoen gulden) tot hoge kosten. Bij vrouwen is accidentele val de belangrijkste externe oorzaak van zowel letsel als kosten (1.161 miljoen gulden) (Polder et al., 1997).

Naar leeftijd
De kosten voor het ICD-hoofdstuk bewegingsstelsel waren in 1994 het hoogst bij de 45-74 jarigen, namelijk 1,6 miljard gulden per jaar. Bij de 15-44 jarigen bedroegen de kosten 1,1 miljard gulden per jaar. Dit is respectievelijk 7,7% en 6,3% van de totale kosten in die leeftijdscategorie. Voor de leeftijdsgroep ouder dan 75 jaar bedroegen de kosten 777 miljoen gulden (4,6%) (Polder et al., 1997).

3.5 Ontwikkelingen in de vraag, het gebruik en de kosten van orthopedische zorg

In de toekomst zal de vraag naar orthopedische zorg toenemen. De vraag naar zorg wordt beïnvloed door demografische, epidemiologische, sociaal-culturele, vakinhoudelijke en beleidsmatige ontwikkelingen in de orthopedie (Van der Velden et al., 1997). De demografische, epidemiologische en technologische veranderingen kunnen bovendien tot hogere kosten leiden, evenals loon- en prijsontwikkelingen (Polder et al., 1998). Deze ontwikkelingen worden achtereenvolgens besproken.

3.5.1 Demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen

Bij demografische ontwikkelingen moet gedacht worden aan de ontwikkeling van de bevolkingsomvang en -samenstelling. Door de vergrijzing neemt het aantal ouderen in de

samenleving toe. De vraag naar orthopedische zorg is leeftijdsspecifiek, ouderen hebben vaker aandoeningen van het SBA (bijvoorbeeld artrose of osteoporose) en hierdoor hebben zij relatief vaker orthopedische zorg nodig (Bles et al., 1994). Heupfracturen zijn meestal het gevolg van een val. De kans om te vallen neemt toe met de leeftijd. Vanwege de toename van het aantal ouderen wordt daarom verwacht dat het aantal heupfracturen in de komende jaren zal toenemen. De verwachting is dat in 2050 het aantal verviervoudigd zal zijn ten opzichte van 1990 (Jansen, 1994). Door de toenemende vergrijzing neemt bovendien niet alleen het aantal gewrichtsvervangende operaties toe, maar ook het aantal revisie-operaties.
Momenteel is niet geheel duidelijk wat de ontwikkelingen zullen zijn op epidemiologisch gebied en wat de gevolgen zullen zijn voor de vraag naar (orthopedische) zorg. In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997, voor de periode 1990-1994, is voor de diagnosecategorieën artrose en reumatoïde artritis een gelijkblijvende incidentie en prevalentie per 1000 leden van elk van de onderscheiden leeftijdscategorieën geconstateerd. Voor heupfracturen wordt voor de periode 1990-1994 een niet statistisch significante stijging gerapporteerd. De vraag naar zorg lijkt voor de oudere groepen eerder te stijgen dan te dalen. (Van der Velden et al., 1997).
Ook sociaal-culturele ontwikkelingen zullen van invloed zijn op de vraag naar zorg. Ten eerste is de toenemende mondigheid van patiënten een belangrijk aandachtspunt. Patiënten hebben een groeiende behoefte aan informatie van de orthopedisch chirurg. Bovendien neemt een patiënt niet zo snel meer genoegen met het oordeel om te leren leven met een aandoening. Zij stellen eerder de vraag om voor een operatie in aanmerking te komen (Van der Velden et al., 1997) en zij stellen hogere eisen aan de gezondheidszorg (Van den Bergh Jeths, 1997). De vraag naar zorg neemt hierdoor toe, waardoor bovendien de kosten binnen de gezondheidszorg stijgen (Van den Bergh Jeths, 1997). Uit onderzoek naar het aanvragen van second opinions komt naar voren dat er naar alle waarschijnlijkheid in de loop van de tijd een toename is (Van Dalen et al., 1998).
Op de tweede plaats neemt het aantal migranten in de Nederlandse samenleving toe. Uit een onderzoek van Weide en Foets (1998) waarbij gebruik werd gemaakt van gegevens uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk, verzameld tussen april 1987 en april 1988, blijkt dat rekening houdend met de invloed van relevante achtergronds-kenmerken, bij migranten van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst vaker acute problemen van het bewegingsapparaat voorkwamen dan bij Nederlanders. Mensen van Turkse afkomst hadden bovendien meer chronische problemen van het bewegingsapparaat (Weide & Foets, 1998).

3.5.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Vakinhoudelijke ontwikkelingen in de orthopedie zijn ook van invloed op de vraag naar zorg en dus op het aantal patiënten in de toekomst. Deze ontwikkelingen bevinden zich op een zestal terreinen: traumatologie, reumachirurgie, handchirurgie, voet- en enkelchirurgie, sportgeneeskunde én sporttraumatologie en wetenschappelijk werk.
Door de NOV (Nederlandse Orthopaedische Vereniging) werd geschat dat in 1997 ongeveer 10% van alle traumatische zorg door orthopedisch chirurgen werd verleend. Verder werd geschat dat 10% van alle zorg die door orthopedisch chirurgen werd geleverd, besteed werd aan traumatologie. In 1998 is een convenant gesloten tussen de NOV en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Hierin werd vastgelegd dat het wenselijk is dat het aandeel van orthopeden in de traumatologische zorgverlening toeneemt tot 20%. Om te voorkomen dat dit tot een toename van de wachtlijsten voor electieve orthopedische ingrepen leidt, zal het aantal orthopeden moeten toenemen. De verwachting is, rekening houdend met demografische veranderingen, dat er in 2010 ongeveer 40 full-time plaatsen extra nodig zijn om het convenant te kunnen realiseren.
Door medicamenteuze en moleculaire biologische ontwikkelingen in de reumatologie wordt niet verwacht dat het aantal orthopedische operaties bij reumatoïde artritis extreem zal toenemen. Echter een lichte toename wordt verwacht door toenemende orthopedisch-technische mogelijkheden. Hiervoor wordt een uitbreiding van de mankracht voor reumachirurgie voorzien van 3 tot 5 full-time orthopeden voor 2010.

Handchirurgie is het werkterrein geworden van de plastisch chirurgen. Er zijn nog een aantal orthopeden die handoperaties uitvoeren, maar zonder veranderingen in de opleiding zal dit in de toekomst door plastisch chirurgen gedaan worden.
Voet- en enkelchirurgie is in ontwikkeling binnen de orthopedie. Verwacht wordt dat wanneer de mogelijkheden voor behandeling toenemen, dit zal leiden tot een extra belasting voor de orthopedie. Een uitbreiding van 5-6 full-time orthopeden wordt daarom voor 2010 voorzien door de NOV.
Sportbeoefening is in Nederland de afgelopen decennia toegenomen. Een gevolg hiervan was een toename van het aantal sportgerelateerde letsels aan het steun- en bewegingsapparaat. In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 wordt echter uitgegaan van een daling van het aantal sportongevallen van ongeveer 3,3% tussen 1994 en 2015. De leeftijdsgroep waarin veel sportongevallen voorkomen zal namelijk in omvang afnemen. Sportgerelateerde letsels worden voor een belangrijk deel behandeld door orthopeden en daarnaast door chirurgen en revalidatie-artsen. De verwachting is dat orthopeden in de toekomst een groter aandeel zullen krijgen in de behandeling van sportletsels. De NOV schat dat hiervoor 8-10 full-time orthopeden extra nodig zijn. Voor een deel wordt dit opgevangen door de vergroting van het aantal orthopeden in de traumatologie. Daarom wordt er voor de sportgeneeskunde en de sporttraumatologie uitgegaan van een extra benodigd aantal van 4-5 full-time orthopeden in 2010.
De NOV is van mening dat niet alleen universitaire klinieken maar ook de perifere opleidingsklinieken wetenschappelijk onderzoek moeten verrichten. Om dit te bewerkstelligen bij eenzelfde patiëntendoorstroom zal het aantal orthopeden moeten toenemen. Uitgaande van de huidige tijdsbesteding zal het aantal orthopeden in de opleidingsklinieken met 5 moeten toenemen als de orthopeden in de perifere opleidingsklinieken ongeveer 5 uur per week aan onderzoek gaan besteden (Van der Velden et al., 1999)

3.5.3 Beleidsmatige ontwikkelingen

Vervolgens is ook de invoering van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) van invloed op het gebruik van (orthopedische) zorg. Door de invoering van deze wet hebben artsen mogelijk meer tijd per patiënt nodig. De wet stelt namelijk eisen aan de informatie die aan patiënten wordt gegeven en aan de instemming met het uitvoeren van behandelingen. Dit zou de kwaliteit van de zorgverlening vanuit het perspectief van patiënten ten goede kunnen komen. Tegelijk betekent het ook dat in hetzelfde tijdsbestek minder patiënten behandeld kunnen worden en hierdoor nemen de wachttijden toe (Van der Velden et al., 1997). De wachtlijstproblematiek wordt in hoofdstuk 6, aansluiting van vraag en aanbod, beschreven.

3.5.4 Kostenontwikkelingen

Een toenemende vraag naar orthopedische zorg als gevolg van demografische (vergrijzing), epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen leidt tot een verhoging van de kosten van de gezondheidszorg, evenals loon- en prijsontwikkelingen. Uit een onderzoek van Polder et al. (1998) blijkt dat in de periode 1988-1994 de kosten van de gezondheidszorg jaarlijks met gemiddeld 5,2% stegen. De stijging werd voor 52% veroorzaakt door loon- en prijsontwikkelingen, voor 26% door demografische veranderingen en voor 22% door overige factoren, zoals epidemiologische veranderingen en technologische ontwikkelingen (Polder et al., 1998). Vakinhoudelijke ontwikkelingen zoals technologische ontwikkelingen op het gebied van preventie, diagnostiek, therapie en fysieke hulpmiddelen staan momenteel in de belangstelling. Niet alleen vanwege het effect op de gezondheidstoestand, maar ook vanwege de gevolgen voor de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg (Polder et al., 1998). De toepassing van nieuwe technologie binnen de gezondheidszorg leidt zowel tot een kostenbesparing als een kostenverhoging. Het aanbrengen van een heupprothese is een technologie die kostenbesparend is, omdat dit een afname in het zorggebruik tot gevolg heeft. Daarentegen zijn nieuwe dure preventieve, diagnostische (CT-scan en MRI), therapeutische en palliatieven technieken kostenverhogend. Maar technologische ontwikkelingen kunnen ook winst opleveren;

gezondheidswinst en efficiencywinst. Het is belangrijk dat deze winst steeds wordt afgewogen tegen de kostenverhoging (Van den Bergh Jeths, 1997).

3.6 Conclusie en discussie

Klachten en aandoeningen van het SBA komen op grote schaal voor. Met 3,5 miljard gulden nemen zij 6% van de totale kosten van gezondheidszorg voor hun rekening. Vergeleken met andere aandoeningen zijn klachten van het SBA voor hen die eraan lijden bovendien lichamelijk sterk belastend.
Waarschijnlijk zal onder andere door een toename van de incidentie en prevalentie van aandoeningen van het SBA de vraag naar orthopedische zorg verder toenemen. Aangezien de middelen om in deze vraag te voorzien structureel schaars zijn, is het zinvol om - naast andere maatregelen - in het gezondheidszorg-systeem 'filters' in te bouwen waardoor slechts een gerichte selectie van de populatie patiënten met klachten en aandoeningen van het SBA bij de orthopeed terechtkomt. Randvoorwaarde hierbij is een deskundige eerste lijn.
Wanneer we het selectieproces bezien waarmee patiënten met klachten van het SBA van de huisarts, eventueel via de fysiotherapeut en/of een andere medisch specialist, uiteindelijk bij de orthopeed terechtkomen, kunnen we de volgende conclusies trekken.
Er vindt een vrij 'strenge' selectie plaats, in die zin dat slechts een klein percentage klachten door de huisarts ernstig genoeg wordt bevonden om in aanmerking te komen voor specialistische hulp. Van alle ziekte-episodes bij klachten van het SBA wordt slechts in 9,3% van de gevallen naar een medisch specialist verwezen. Vergeleken met andere aandoeningen ligt het percentage verwijzingen echter nog relatief hoog (alleen bij oog- en oorklachten, klachten van het zenuwstelsel en klachten van de vrouwelijke en mannelijke genitaliën verwijzen huisartsen meer) (Groenewegen et al., 1992). Vergeleken met andere aandoeningen is de selectie dus niet streng.
Voor zover daarover iets bekend is, namelijk bij heup- en knieklachten, blijkt het selectieproces veel tijd in beslag te kunnen nemen. Uit het onderzoek van Krol et al. (1999) kwam bijvoorbeeld naar voren dat patiënten met heupklachten deze klachten gemiddeld al twee jaar hadden voordat ze zich tot hun huisarts wendden en dat het vervolgens nog gemiddeld acht maanden duurde voordat ze naar de orthopeed werden verwezen.

Het selectieproces is natuurlijk gunstig vanuit het oogpunt van efficiency. Het zou ondoelmatig zijn als patiënten naar een orthopeed zouden worden verwezen terwijl ze even goed door een huisarts kunnen worden behandeld. In hoeverre met de selectie van patiënten ook de kwaliteit van zorg gediend is, is niet bekend. Natuurlijk zal het incidenteel voorkomen dat patiënten ten onrechte niet of juist wel worden verwezen. Er is echter geen onderzoek gedaan naar de kwaliteit van verwijzen bij aandoeningen van het SBA. Wat wel duidelijk is, is dat blijkbaar een aanzienlijk deel van de patiënten geen vertrouwen heeft in de kwaliteit van de selectie zoals de huisarts die maakt. Uit onderzoek van Bles et al. (1994) en Van Tulder (1996) kan worden afgeleid dat 20 tot 30% van de patiënten op eigen initiatief (dus zonder verwijzing) de hulp van de orthopeed inroept. Het onderzoek van Bles et al. (1994) toont echter ook aan dat deze patiënten lang niet altijd lijden aan een aandoening waarvoor orthopedische zorg geïndiceerd is. Dit was bij patiënten die door hun huisarts waren verwezen veel vaker wél het geval. Met andere woorden, als er al vraagtekens kunnen worden gezet bij de kwaliteit van de selectie door de huisarts, dan nog valt dit systeem te verkiezen boven het alternatief waarbij de patiënt op eigen initiatief naar de orthopedisch chirurg gaat. Selectie door de patiënt zelf leidt namelijk zeker tot slechtere resultaten op macroniveau. In het geval van een individuele patiënt die naar zijn/haar gevoel ten onrechte niet of niet tijdig is verwezen, maar toch een ernstig gezondheidsprobleem blijkt te hebben, vormt het 'strenge' selectieproces echter wel een probleem.

4 ORTHOPEDISCHE ZORG: AANBOD

4.1 Inleiding

Zoals in het vorige hoofdstuk duidelijk is geworden, kunnen bepaalde aandoeningen van het SBA zowel door orthopedisch chirurgen als door andere beroepsbeoefenaren behandeld worden. In dit hoofdstuk wordt daarom eerst het aanbod van orthopeden (paragraaf 4.2) beschreven en daarna het aanbod van overige beroepsbeoefenaren die aandoeningen van het SBA behandelen (paragraaf 4.3). Vervolgens worden de ontwikkelingen in het aanbod van orthopedische zorg beschreven (paragraaf 4.4). Hierbij komen de in- en uitstroom in respectievelijk uit het beroep aan bod en zowel vakinhoudelijke als beleidsmatige ontwikkelingen. Voor wat betreft de gegevens over orthopeden is dit hoofdstuk sterk gebaseerd op de behoefteraming van Van der Velden et al. (1997a).

4.2 Aanbod aan orthopeden

Het aantal orthopeden is in de afgelopen decennia sterk toegenomen. Tussen 1970 en 1997 is het gemiddelde aantal orthopeden per ziekenhuis toegenomen van 1,7 in 1970 tot 3,2 in 1997. In dezelfde periode is ook het aantal orthopedisch praktijken gestegen van 53 in 1970 tot 115 in 1997 (Van der Velden et al., 1997a).
Begin 1997 waren er in Nederland 367 orthopeden werkzaam, waaronder slechts 3 vrouwen (NOV-administratie en Nivel/NOV-enquête) (Van der Velden et al., 1997a). De meeste orthopeden (67,3%) zijn werkzaam in algemene ziekenhuizen waar geen opleiding orthopedie aan verbonden is. 17,2% van de orthopeden werkt in een algemeen ziekenhuis met opleiding en 15,5% werkt in een academisch ziekenhuis (Van der Velden et al., 1997a).
Uit de behoefteraming van Van der Velden et al. (1997a) blijkt dat van de ondervraagde orthopeden, die werkzaam zijn in de algemene ziekenhuizen, het grootste deel (94%) vrij beroepsbeoefenaar is. De overigen hebben alleen een dienstverband, of een dienstverband in combinatie met een vrije vestiging. In algemene ziekenhuizen met een opleiding orthopedie, heeft men vaker alleen een dienstverband of een dienstverband in combinatie met een vrije vestiging. In de academische ziekenhuizen hebben alle orthopeden een dienstverband (Van der Velden et al., 1997a).

4.3 Aanbod aan overige beroepsbeoefenaren

In hoofdstuk 3 wordt gesteld dat mensen met klachten aan het SBA op verschillende vlakken zorg gebruiken. Zij gebruiken niet alleen orthopedische zorg, maar ook zorg van bijvoorbeeld huisartsen, fysiotherapeuten, neurologen, reumatologen en revalidatie-artsen. Het aanbod van deze overige beroepsbeoefenaren wordt voor zover er gegevens over bekend zijn in deze paragraaf beschreven.
Tabel 4.1 laat het aantal fulltime erkende functieplaatsen in algemene ziekenhuizen zien tussen 1993 en 1998. Tussen het werkelijke aantal specialisten van een bepaald specialisme en het aantal fte volgens de erkenningsbeschikking in een ziekenhuis kan een discrepantie optreden, doordat ziekenhuizen niet (langer) verplicht zijn de aantallen in de erkenningsbeschikking aan te houden. Deze beschikking heeft nog slechts een functie bij het vaststellen van het budget. In 1998 waren er 307 fulltime erkende functieplaatsen voor orthopedisch chirurgen in de algemene ziekenhuizen.
Er waren meer fte voor neurologen en chirurgen, namelijk 352 en 589. Er was een kleiner aantal fte voor reumatologen (80) en neurochirurgen (44). Bij alle specialismen nam tussen

1993 en 1998 het aantal functieplaatsen toe. Het aantal functieplaatsen voor orthopedisch chirurgen nam jaarlijks met gemiddeld 2,1% toe. Op de afdelingen reumatologie en neurochirurgie was de jaarlijkse groei groter, namelijk respectievelijk 3,5% en 2,4%. Op de afdelingen neurologie (1,3%) en chirurgie (1,7%) was de gemiddelde jaarlijkse groei in het aantal functieplaatsen kleiner dan op de afdeling orthopedie (2,1%) (Welling et al., 1997; Welling et al., 1999).

Tabel 4.1 Aantal fulltime erkende functieplaatsen per specialisme, algemene ziekenhuizen

Specialismen	Aantal fulltime equivalenten						gem jrl % groei 93-98
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
Orthopedie	277	282	289	292	299	307	2,1
Reumatologie	67	69	72	74	74	80	3,5
Neurologie	330	324	335	338	341	352	1,3
Neurochirurgie	39	39	41	43	39	44	2,4
Revalidatie	60	65	68	66	-	-	-
Chirurgie	584	581	581	578	576	589	1,7

Bron: NZi , Welling et al., 1997; Welling et al., 1999

Ook het aantal werkzame paramedici is de afgelopen periode toegenomen (tabel 4.2). In 1998 waren er in Nederland 12.035 fysiotherapeuten en 1770 oefentherapeuten, van wie 900 Mensendieck-therapeuten en 870 Cesar-therapeuten werkzaam. Tussen 1993 en 1998 was de gemiddelde jaarlijkse groei van het aantal Mensendieck-therapeuten 0,9% en van het aantal Cesar-therapeuten 1,8% (Welling et al., 1997; Welling et al., 1999).

Tabel 4.2 Aantal werkzame paramedische beroepsbeoefenaren

Paramedici	Aantal werkzame paramedici						gem. jrl % groei 93-98
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
Fysiotherapeuten	11.545	11.541	-	11.550	-	12.035	-
Oefentherapeuten*							
Mensendieck	860	851	832	850	895	900	0,9
Cesar	795	793	823	813	808	870	1,8

Bron: Welling et al., 1997 ; Welling et al., 1999
* schatting op basis van organisatie graad en beroepsdeelname

4.4 Ontwikkelingen in het aanbod van orthopedische zorg

Het aanbod van orthopedische zorg zal in de toekomst veranderen. De instroom en uitstroom respectievelijk in en uit het beroep heeft invloed op het aanbod van orthopedische zorg. In de eerste sub-paragraaf worden de factoren besproken die van invloed zijn op de instroom en de uitstroom van orthopeden. Vervolgens worden in de volgende sub-paragrafen vakinhoudelijke en beleidsmatige ontwikkelingen besproken.

4.4.1 Instroom en uitstroom in het beroep

Verschillende factoren zijn van invloed op de instroom en de uitstroom van orthopeden respectievelijk in en uit de huidige groep werkzame orthopeden. Hieronder zal allereerst ingegaan worden op de factoren die te maken hebben met de instroom van orthopeden en vervolgens zal ingegaan worden op de factoren die van invloed zijn op de uitstroom van orthopeden.

Instroom

De instroom van orthopeden is onder andere afhankelijk van de opleidingscapaciteit binnen de orthopedie. Een assistent geneeskundige in opleiding (agio) volgt een vooropleiding van twee jaar in een algemene chirurgische kliniek. De vervolgopleiding bestaat uit vier jaar orthopedische specialisatie. Het aantal opleidingsplaatsen orthopedie is recentelijk in verband met ontwikkelingen in de maatschappij (vergrijzing) en door ontwikkelingen binnen de orthopedie, zoals een toename in deeltijdfuncties en een verwachte uitbreiding van formatieplaatsen, uitgebreid van 57 naar 90. Als gevolg hiervan lijkt er een tekort te ontstaan aan chirurgische vooropleidingsplaatsen. Agio's hebben vaak grote moeite om op tijd een opleidingsplaats in een algemene chirurgische kliniek te vinden. Een gevolg hiervan is dat deze agio's de vooropleiding nog niet hebben afgerond op het moment dat de vervolgopleiding van start gaat. De open plaatsen die hierdoor ontstaan worden opgevuld door relatief onervaren assistent geneeskundigen niet in opleiding (agnio's). Dit leidt bovendien tot een kleinere instroom van orthopeden dan aanvankelijk gepland was (Caron, 1999).
Tussen 1985 en 1990 is het aantal agio's dat bij de Specialisten Registratie Commissie (SRC) staat ingeschreven zijnde in opleiding tot orthopedisch chirurg gedaald van 67 tot 52. De oorzaak van deze daling was een afspraak met de opleiders orthopedie om geen nieuwe agio's op te leiden indien de vertrekkende agio nog niet gevestigd is.
Tussen 1985 en 1991 is het aantal nieuw ingeschreven orthopeden bij het SRC gedaald van 24 naar 10 per jaar. Deze specialisten waren voornamelijk afkomstig van de Nederlandse orthopedie-opleidingen. Tussen 1992 en 1995 kwamen er jaarlijks gemiddeld 16 nieuwe orthopeden bij. In de vijf jaar daarvoor waren dat er gemiddeld 12 per jaar. Per 1 januari 1997 waren er (volgens gegevens van de commissie in- en uitstroom van de NOV en op basis van de Nivel/NOV-enquête) 79 agio's bezig met de vervolgopleiding. Dit betekent dat er in de komende jaren ongeveer 20 nieuwe orthopeden per jaar bij de SRC zullen worden ingeschreven (Van der Velden et.al., 1997a).
Uit een schriftelijke enquête onder agio's (Van der Velden et al., 1997a) blijkt dat 40% van hen een voor-keur heeft om in de toekomst part-time te werken. Meer vrouwen (64%) dan mannen (36%) hebben deze voorkeur. Dit kan ertoe leiden dat orthopedisch chirurgen in de toekomst beginnen met een part-time baan in plaats van een full-time baan waar van uit gegaan werd of dat een deel van de orthopedisch chirurgen part-time gaat werken. Dit betekent dat het aantal orthopedisch chirurgen toeneemt, maar dat in verhouding het aantal uren dat zij werkzaam zijn niet evenredig toeneemt, zoals voorheen. Voor full-timers was namelijk het gewenste aantal werkuren 47 uur per week exclusief diensten en 55 uur per week inclusief diensten. Part-timers hadden een voorkeur voor respectievelijk 42 en 51 uur per week (Van der Velden et al., 1997a).

Uitstroom

Uitstroom van werkzame orthopeden uit het beroep kan het gevolg zijn van zowel natuurlijk als niet-natuurlijk verloop. Bij natuurlijk verloop valt te denken aan pensionering, vervroegde uittreding, ziekte, arbeidsongeschiktheid of overlijden. Niet-natuurlijk verloop is bijvoorbeeld een verandering van werkkring. Orthopedisch chirurgen gaan in een andere functie aan de slag, bijvoorbeeld als medisch adviseur letsel-schade of besluiten in het buitenland te gaan werken. Het blijkt echter dat de huidige groep werkzame orthopeden nauwelijks van beroep verandert en dat het vertrek van orthopeden naar het buitenland wordt gecompenseerd door buitenlandse orthopeden die (tijdelijk) in Nederland komen werken (Van der Velden et al., 1997a).
Binnen de orthopedie komen in vergelijking met andere artsengroepen relatief weinig deeltijdbanen voor. Uit een onderzoek van Heiligers en Hingstman (1998) blijkt dat slechts 8%

van de orthopedisch chirurgen deeltijd werkt. De discussie over deeltijd werken wordt echter steeds actueler. Uit dit onderzoek blijkt verder dat voltijd-werkende orthopedisch chirurgen gemiddeld 57 uur per week werkten en deeltijders gemiddeld 47 uur per week. Artsen hebben wel de wens om minder te gaan werken, maar doen dat in de praktijk nog niet, vanwege financiële consequenties en contractuele (maatschaps-)afspraken (Heiligers & Hingstman, 1998).

4.4.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Een belangrijke vraag bij het plannen van de toekomstige capaciteit van orthopeden is in welke mate er substitutie optreedt tussen de orthopedie en aanpalende specialismen, met name de reumatologie, de neurologie, en de algemene en neurochirurgie. Overlap in het werk van orthopeden enerzijds en reumatologen, neurologen en revalidatie-artsen anderzijds bevindt zich vooral op het terrein van de conservatieve behandeling van klachten van het SBA. Overlap met het werk van (algemeen) chirurgen treedt uiteraard vooral op bij chirurgische ingrepen. Voor zover patiënten voor behandeling worden opgenomen in het ziekenhuis (en dat is bij een operatie, dagbehandelingen meegerekend, veelal wel het geval) zouden verschuivingen tussen de specialismen in principe kunnen worden afgeleid uit de Landelijke Medische Registratie (LMR) van Prismant (voorheen SIG Zorginformatie). Op basis van gegevens uit LMR is echter geen onderzoek gedaan naar substitutie én cijfers per specialisme uit de Landelijke Medische Registratie worden niet openbaar gepubliceerd.

4.4.3 Beleidsmatige ontwikkelingen

Budgettering is één van de beleidsmatige ontwikkelingen die een invloed hebben op de vraag naar en het gebruik van (orthopedische) zorg. Budgettering heeft twee kanten. Sinds 1995 zijn er in vrijwel alle zieken-huizen, binnen de lokale experimenten, afspraken gemaakt met de maatschappen over het aantal eerste polikliniek bezoeken, het aantal opnames en het aantal dagopnamen. Deze afspraken zijn gebaseerd op de productie in 1994, hetgeen zou kunnen leiden tot een stabilisatie van de productie met als gevolg een toe-name van de wachttijden, gegeven dat de vraag naar zorg inmiddels is toegenomen. Er zijn ook afspraken gemaakt over budgetten voor protheses. Zowel ziekenhuiszorg als specialistenhonoraria zijn gebudgetteerd en beide zijn van invloed op het aanbod van orthopedische zorg.
Als vervolg op de lokale initiatieven kwam de overheid in 1997 met het wetsvoorstel 'Integratie Medisch Specialistische Zorg'. Hiermee leek de vrije keuze van medisch specialisten tussen een vrij beroep en een dienstverband te vervallen. Alle medisch specialisten leken in dienst van het ziekenhuis te komen. De Orde van Medisch Specialisten, de Vereniging van Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland hebben evenwel een Convenant afgesloten om de keuzemogelijkheid tussen een vrij beroep en een dienstverband te laten bestaan.
Het is vooralsnog onduidelijk in welke mate het wetsvoorstel gevolgen zal hebben voor de doelmatigheid, de kwaliteit en de kwantiteit van het aanbod van medisch specialistische zorg, waaronder orthopedische zorg en voor de wachtlijsten. Van der Velden et al., (1997b) simuleerden de gevolgen van een overgang van medisch specialisten van vrije beroepsuitoefening naar dienstverband. Uit dit onderzoek bleek dat vrij-gevestigde orthopeden gemiddeld 56,7 uur per week werken en orthopeden in dienstverband 52,7 uur per week. Bovendien duurde het eerste consult bij de vrijgevestigden gemiddeld 11,9 minuut en bij de dienstverbanders 14,1 minuut. Voor een herhaalconsult bedroeg dit respectievelijk gemiddeld 6,1 en 7,8 minuut. Wanneer alle vrijgevestigden over zouden gaan naar een dienstverband en zij zouden dezelfde tijdsbesteding hebben als de onderzochte dienstverbanders, dan zou het zorgaanbod van orthopedisch chirurgen afnemen tot zelfs 19%. Deze vermindering van het zorgaanbod zou belangrijke consequenties kunnen hebben voor de wachttijden (Bom, 1998). Overigens zijn in het geval van de orthopedie, zoals gezegd, de meeste specialisten als vrij beroepsbeoefenaar werkzaam (94% van degenen in de algemene ziekenhuizen), waardoor de simulatie gebaseerd is op een klein aantal dienstverbanders. Met het eerder genoemde convenant hebben specialisten echter de mogelijkheid gehouden om als vrij beroepsbeoefenaar werkzaam te blijven; een mogelijkheid waarvan zij op grote schaal gebruik maken (Van Lindert et al., 1999). Van een open einde financiering is echter sinds de invoering van de lokale

initiatieven evenmin sprake. Uit onderzoek van de Ziekenfondsraad is gebleken dat de wijziging van financiële prikkels in de lokale initiatieven wel degelijk van invloed is op het handelen van medisch specialisten. In de meeste projecten heeft een toegenomen vergoeding voor het eerste polikliniekbezoek geleid tot een kleinere kans op opname en een grotere kans op herhaalbezoeken.

Met de invoering van de lokale initiatieven zijn de specialistenhonoraria ook op ziekenhuisniveau gebudgetteerd. De ziekenhuizen waren dat al sinds 1983. Binnen de ziekenhuizen is sprake van een interne budgettering, waarbij op de meeste plaatsen een vast budget voor orthopedische implantaten is vastgesteld. Door deze budgetbeheersing wordt onder andere het aantal patiënten die jaarlijks een knie- of heupprothese krijgen beperkt, omdat protheses onder het ziekenhuisbudget vallen. De vraag is groter dan het door de budgettering beperkte aanbod. Dit leidt tot een toename van de werkbelasting van orthopeden als bij patiënten die langer moeten wachten voordat ze een gewrichtsvervangende operatie ondergaan ondertussen de vraag naar zorg blijft bestaan.

4.5 Conclusie en discussie

Het aanbod aan orthopeden is sinds 1970 sterk toegenomen. Toch zijn er signalen dat de groei van het aantal orthopeden momenteel achterblijft bij de groei in de vraag naar zorg. Naar aanleiding van de behoefteramingstudie van Van der Velden et al. (1997a) is het aantal opleidingsplaatsen orthopedie uitgebreid van 57 naar 90. Die uitbreiding is overigens niet gepaard gegaan met een verruiming van de beschikbare financiële middelen voor orthopedische zorg, waardoor de facto de tarieven zijn verlaagd.
Het toekomstig benodigde aanbod is door Van der Velden et al. (1997a) berekend onder verschillende scenario's van demografische groei, verwerkingscapaciteit, deeltijdwerken et cetera.
Een dergelijke behoefteraming moet echter met een zekere regelmaat worden herhaald om te bezien of bijstelling nodig is; zeker gezien het feit dat een uitbreiding van de opleidingsplaatsen pas met een vertraging van tenminste vier jaar (de duur van de opleiding) doorwerkt op de capaciteit.
Bij de behoefteraming zoals die in 1997 is uitgevoerd, kunnen twee kanttekeningen worden geplaatst. In de eerste plaats is niet onderzocht in welke mate het aanbod in de uitgangssituatie voldeed aan de vraag. Mogelijk was er in 1997 al sprake van een tekort aan orthopeden. Dit tekort is dan niet opgeheven door de recente uitbreiding van de opleidingsplaatsen. Deze uitbreiding voorziet namelijk alleen in de opvang van een extra groei van de vraag vanaf 1997.
In de tweede plaats functioneren orthopeden in samenwerking met andere specialisten/-beroepsbeoefenaren zoals neurologen, reumatologen, chirurgen, neurochirurgen en revalidatieartsen. De behoefteraming van Van der Velden et al. is uitgevoerd in opdracht van de NOV en betreft, mede om die reden, uitsluitend een berekening van de verwachte behoefte aan orthopeden. Zoals in paragraaf 4.4.2 echter al werd aangegeven is een belangrijke vraag bij het plannen van de toekomstige capaciteit van orthopeden in welke mate er substitutie optreedt tussen de orthopedie en aanpalende specialismen (reumatologie, neurologie, algemene en neurochirurgie en revalidatie geneeskunde). Een deel van de conservatieve orthopedie verschuift naar revalidatie-artsen en reumatologen. Cijfers over verschuivingen tussen specialismen ('horizontale substitutie) zijn echter niet bekend. Evenmin is onderzoek gedaan naar de mogelijkheid van 'verticale substitutie': verschuiving van zorg van orthopeden naar verpleegkundigen, paramedici of huisartsen.

5 SOCIALE ZEKERHEID

5.1 Inleiding

Nederland heeft een ontwikkeld stelsel van sociale zekerheid. Het sociale zekerheidsstelsel is te onderscheiden in sociale verzekeringen en sociale voorzieningen. Sociale verzekeringen zijn te onderscheiden in volksverzekeringen, werknemersverzekeringen en een arbeidsongeschiktheidswet voor zelfstandigen. In dit hoofdstuk zal in het kader van sociale zekerheid en orthopedie vooral aandacht worden besteed aan de werknemersverzekeringen: de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en de Ziektewet (ZW).
In Nederland neemt een groot aantal mensen als gevolg van klachten aan het steun- en bewegingsapparaat niet deel aan het arbeidsproces. Zij maken gebruik van de Ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Belangrijke aandachtspunten zijn daarom de hoge uitgaven aan ziekte- en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en de verminderde arbeidsparticipatie (Cuelenaere, 1999). De vraag is of knelpunten in de gezondheidszorg en met name de orthopedie hierop van invloed zijn.

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de sociale zekerheid in Nederland. Er zal met name aandacht worden besteed aan de Ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (paragraaf 5.2). In paragraaf 5.3 worden het gebruik en de kosten van sociale zekerheid beschreven en in paragraaf 5.4 de ontwikkelingen in de sociale zekerheid.

5.2 Sociale zekerheid

In Nederland bestaat er een scheiding tussen de stelsels van de sociale zekerheid en van de gezondheidszorg. Beide stelsels hebben onder andere een eigen cultuur, benadering en behandeling van zieken, opvattingen, doelstellingen en structuur. Ook op financieel gebied lopen de belangen van beide stelsels veelal niet parallel. Er bestaat een scheiding tussen ziektekostenverzekeringen en ziekteverzuimverzekeringen en hierdoor heeft de gezondheidszorg geen belang bij de financiële gevolgen van ziekte- of arbeidsverzuim. De sociale zekerheid en de gezondheidszorg zijn twee losstaande zaken. Het sociale zekerheidsbeleid zou echter wel bij kunnen dragen tot een beperking van het beroep op de curatieve gezondheidszorg en omgekeerd.

Kenmerkend voor het sociale zekerheidsstelsel in Nederland is dat het een relatief gering inkomensverlies kent bij ziekte of arbeidsongeschiktheid, dat medische testen (door de behandelend arts) ontbreken bij ziekteverzuim, dat wachtdagen beperkt worden toegepast, dat er een langdurige ontslagbescherming bestaat bij ziekte en dat de WAO gegradeerd is in zeven arbeidsongeschiktheidsklassen. Bovendien is in Nederland het moment van beoordeling voor een eventuele toetreding tot de WAO vastgesteld op 52 weken na de eerste ziektedag.

De Ziektewet verzekert werknemers tegen de financiële gevolgen van het niet kunnen werken wegens ziekte. Deze wet werd op 1 maart 1930 ingevoerd. Op 1 januari 1994 vond er een ingrijpende wijziging plaats in de Ziektewet. De Wet Terugdringing Ziekteverzuim (TZ/Arbo) trad in werking. Doel van deze wet was het ziekteverzuim terug te dringen door de financiële betrokkenheid van werkgevers en werknemers te vergroten. De werkgever werd daarom verplicht de eerste 2 tot 6 weken (al naar gelang de grootte van het bedrijf) het loon door te betalen. Tot maart 1996 kon men tijdens ziekteverzuim een beroep doen op de Ziektewet (Lisv, 1999). Vanaf 1 maart 1996 is de Ziektewet geprivatiseerd en werd (gedeeltelijk) vervangen door de Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsplicht Bij Ziekte (WULBZ), die het de werkgever verplicht om

gedurende een jaar 70% van het loon en ten minste het minimum loon door te betalen (Lisv, 1999, Koehler & Spijkerboer, 1999; Smulders, 1997). Werkgevers kunnen zich hiervoor geheel of gedeeltelijk verzekeren bij een particuliere verzekeraar. De WULBZ heeft de particuliere verzekeraar een stevige positie gegeven op de markt van 'employee benefit'-verzekeringen. De WULBZ heeft echter nog niet geleid tot minder ziekteverzuim, echter wel tot een stijging van het aantal arbeidsongeschikten. Het ziekteverzuim daalde van 6,7% in 1993 tot 5,1% in 1996 en 1997, daarna steeg het weer in 1998 (Plomp et al., 1999a).
Mensen die een jaar lang een beroep hebben gedaan op de Ziektewet worden overgeheveld naar de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) (Smulders, 1997). De Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) verzekert werknemers tegen het verlies van inkomen als gevolg van langdurige arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of een gebrek. Deze wet is op 1 juli 1967 in werking getreden (Lisv, 1999, Cuelenaere et al., 1999; Van de Goor, 1997; Bloemhoff, 1991).
In 1993 trad de Wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen in werking. Dit hield in dat de criteria voor toetreding tot de WAO verscherpt werden.
Daarna is per 1 januari 1998 de Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (Wet Pemba) van kracht geworden. Het doel van de Wet Pemba is om werkgevers te stimuleren het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid binnen hun bedrijf zoveel mogelijk te voorkomen of te beperken en om mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering meer kansen te bieden op werk. Daarom worden de premies voor de arbeidsongeschiktheidsregelingen sinds januari 1998 door de werkgevers betaald en kunnen zij een deel van het arbeidsongeschiktheidsrisico voor eigen rekening nemen. Werkgevers met een hoger arbeidsongeschiktheidsrisico betalen een hogere premie en worden op deze manier gestimuleerd om een lagere uitval naar arbeidsongeschiktheid na te streven (Koehler & Spijkerboer, 1999; Plomp et al., 1999b).
Vervolgens is in 1998 de Wet (Re)integratie Arbeidsgehandicapten in werking getreden. Door middel van deze wet worden de grotere risico's die werkgevers lopen door het in dienst nemen van mensen met een handicap gecompenseerd. Deze wet is ontstaan om te voorkomen dat mensen met een handicap of chronische aandoening eerder hun werk verliezen of niet voor een baan in aanmerking komen (Plomp et al., 1999b).

5.3 Gebruik en kosten van sociale zekerheid

5.3.1 Gebruik van sociale zekerheid

In deze paragraaf wordt het gebruik van sociale zekerheid beschreven. Dit gebeurt aan de hand van absolute aantallen, relatieve aantallen waren niet beschikbaar. Bij de interpretatie van deze gegevens mag er vanuit gegaan worden dat de omvang van de beroepsbevolking de afgelopen decennia is toegenomen.
Vanaf 1953 is het aantal ziektemeldingen gestegen van 1,5 miljoen in 1953 naar 7,7 miljoen in 1993 (Lisv, 1999). De aantallen ziektemeldingen na 1993 liggen lager. De geconstateerde daling van het ziekteverzuim in 1994 is een rechtstreeks gevolg van de wijziging in de Ziektewet die per 1 januari 1994 van kracht werd (TZ/Arbo). Dit heeft in de registratie van het Ctsv direct geleid tot een onderrapportage omdat er voor de werkgever geen financiële prikkel meer is om verzuim van 2 tot 6 weken te melden. Bovendien werden er als gevolg van de Wet TZ/Arbo extra maatregelen genomen, zoals betere begeleiding van de zieke werknemer, inleveren van verlof- of ATV-dagen bij ziekte, of inleveren van salaris (Smulders, 1997).
De Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) is op 1 juli 1967 in werking getreden. In 1968 ontvingen 163.500 mensen een WAO-uitkering. Dit aantal was in 1993 toegenomen tot 763.400 mensen. In 1993 is de Wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen (Wet TBA) geïntroduceerd en in 1994 heeft er een overgang plaatsgevonden naar een nieuwe telwijze. De Wet TBA houdt in dat het arbeidsongeschiktheidscriterium gewijzigd is, het nieuwe criterium is strenger. Hierdoor is tussen 1993 en 1996 is het aantal WAO-uitkeringen gedaald van 763.400 in 1993 naar 697.200 in 1996 (Lisv, 1999).

In 1994 en 1995 is de uitstroom van arbeidsongeschikten beduidend hoger dan in de overige jaren. Bovendien is de instroom van arbeidsongeschikten in die jaren veel lager (tabel 5.1) (Koehler & Spijkerboer, 1999).

Tabel 5.1 Ontwikkeling van de totale in- en uitstroom van arbeidsongeschikten van 1992 tot en met 1998

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998*
instroom	99.800	103.700	78.700	72.700	82.900	88.300	118.100
uitstroom	89.800	95.300	104.800	106.500	88.000	78.800	92.100

Bron: Koehler & Spijkerboer, 1999
* De dubbeltellingen van de in- en uitstroomcijfers in 1998 zijn geschat.

Na 1996 is het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen weer toegenomen naar een geschat aantal van 745.900 in 1999. De stijging vanaf 1996 wordt veroorzaakt doordat een groot aantal bepalingen van de WAO vanaf 1996 ook van toepassing zijn geworden op overheidspersoneel dat een invaliditeitspensioen ontving en doordat vanaf 1998 de ABP-gerechtigden als werknemer verzekerd voor de WAO beschouwd worden (Lisv, 1999).

Aandoeningen van het bewegingsapparaat (30%) en psychische aandoeningen (30%) zijn de diagnosen die in 1993 voor het merendeel van de groep arbeidsongeschikten zijn gesteld. De invoering van de Wet TBA en dus het nieuwe, strengere arbeidsongeschiktheidscriterium zijn een reden voor de daling in het aantal WAO-intreders met de diagnosecategorie bewegingsapparaat. Tussen 1993 en 1995 is het aandeel van aandoeningen van het bewegingsapparaat gestaag afgenomen van ongeveer 30% naar 22%. (Smulders, 1997). Werknemers met chronische aandoeningen van de ledematen zijn namelijk vaak nog inzetbaar in geheel ander werk en komen daardoor minder snel in aanmerking voor een WAO-uitkering. (Smulders, 1997).

Tabel 5.2 presenteert de uitkomsten van de arbeidsongeschiktheidskeuringen naar diagnose. Uit deze tabel blijkt dat voor de diagnose steun- en bewegingsapparaat 22% van de mensen die gekeurd zijn geen WAO-uitkering krijgt, 29% krijgt een gedeeltelijke WAO-uitkering en 49% krijgt een volledige WAO-uitkering. Ter vergelijking worden in deze tabel ook de percentages voor andere diagnosegroepen, zoals psychische klachten, hart- en vaatziekten en andere aandoeningen, weergegeven.

Tabel 5.2 Uitkomsten keuring naar diagnose*

	geen WAO	gedeeltelijk WAO	volledig WAO	Totaal
ledematen (beweging)	22%	29%	49%	100%
psychisch	12%	23%	65%	100%
hart- en vaatziekten	13%	35%	52%	100%
overige aandoeningen	14%	24%	61%	100%

Bron: Koehler & Spijkerboer, 1999
* Hoofddiagnosen volgens uvi, (uit onderzoek van Van der Giezen et al., 1999)

Bij verzuim en arbeidsongeschiktheid is een sterke bedrijfstak-invloed waar te nemen. In 1993 werden hoge verzuimpercentages waargenomen bij de bedrijfsvereniging 'overheid' (met name bij sociale werkvoorziening), bij werknemers in de gezondheidszorg en in de sector 'vee en vlees'. Voor arbeidsongeschiktheid waren er hoge percentages in de koopvaardij, de bouw en bij de 'overheid' (sociale werkvoorziening) (Smulders, 1997).

5.3.2 Kosten van sociale zekerheid

Algemeen

Zoals in paragraaf 5.3.1 staat vermeld is het aantal ziektemeldingen tussen 1953 en 1993 toegenomen. Ook het uitgekeerd bedrag van de Ziektewet is tussen 1953 (115,9 miljoen gulden) en 1993 (11 miljard gulden) toegenomen. In 1994 is de Wet Terugdringing Ziekteverzuim in werking getreden. De werkgever werd verplicht om gedurende de eerste twee of zes weken van ziekte het loon door te betalen. Hierdoor daalde het uitgekeerde bedrag van de ziektewet van 11 miljard gulden in 1993 naar 6,3 miljard gulden in 1995. In 1996 werd de Ziektewet geprivatiseerd via de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (WULBZ) waardoor het uitgekeerde bedrag daalde tot 2,6 miljard gulden in 1998 (Lisv, 1999).
Na het in werking treden van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering in 1967 is het aantal WAO-uitkeringen toegenomen van 163.500 in 1968 naar 763.400 in 1993. Tussen 1993 en 1996 is het aantal gedaald en daarna weer gestegen.
In 1968 is 1,3 miljard gulden aan WAO-uitkeringen uitgekeerd. Dit bedrag is jaarlijks toegenomen tot 17,1 miljard gulden in 1993. Daarna daalde het tot 15,5 miljard gulden in 1996 om vervolgens weer toe te nemen tot een geschat bedrag van 18,2 miljard gulden in 1999 (Lisv, 1999).

Ziekten van het SBA

Ziekten van het SBA en psychische afwijkingen zijn, wat betreft ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, verreweg de duurste ziektecategorieën in Nederland. Aandoeningen van het SBA vormden 35% van de totale kosten van ziekteverzuim. Ongeveer 52% van de kosten van ziekteverzuim vanwege ziekte van het SBA werd veroorzaakt door rugklachten. In 1991, werden de totale kosten van ziekteverzuim vanwege rugklachten, inclusief ziekteverzuim van particulier verzekerden, geschat op ongeveer 5,8 miljard gulden (Van Tulder et al, 1997).
Van de totale kosten van arbeidsongeschiktheid kwam 31% voor rekening van ziekten van het bewegingsapparaat. Rugklachten zorgden voor 48% van de kosten van het bewegingsapparaat (Van Tulder et al, 1997).

Kosten als gevolg van wachttijden

Arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid hangt voor een deel samen met de wachttijd voor de curatieve gezondheidszorg. Gegevens uit de sector bouwnijverheid suggereren dat voor aandoeningen van het SBA (orthopedie en neurologie) ongeveer 5% van de uitkeringslasten voor ziekteverzuim het gevolg is van wachttijden. Kortere wachttijden zouden tot een snellere genezing en tot een snellere werkhervatting leiden. Op landelijk niveau zou dit betekenen dat wachttijden tot een extra uitkeringslast wegens ziekteverzuim leiden van 400 tot 900 miljoen gulden. Dit is 3 tot 7% van het totale ziekteverzuim. (SER, 1998). In hoofdstuk 6 wordt verder ingegaan op de wachtlijstproblematiek in Nederland.

5.4 Ontwikkelingen in de sociale zekerheid

De stelsels van de sociale zekerheid en de gezondheidszorg zijn momenteel grotendeels gescheiden. Beide stelsels zien het belang in van een nieuw evenwicht in de verantwoordelijkheden tussen overheid, bedrijven en burgers. Voor de gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeringen is het relevant dat er prikkels komen tot doelmatigheid en kostenbeheersing, zoals bijvoorbeeld opheffing contracteerplicht, budgettering ziekenfondsen en verzekeraars en eigen bijdragen. Voor de sociale zekerheid is het van belang dat beide partijen een grotere verantwoordelijkheid krijgen voor een effectievere beperking van het ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid onder andere door het invoeren van meer vormen van kostenconfrontaties, zoals versobering van de uitkeringsniveaus en door het opleggen van wettelijke verplichtingen op het gebied van ziekteverzuimpreventie, verzuimbegeleiding en reïntegratie. De bedoeling is dat grotendeels gescheiden stelsels bijdragen aan het realiseren van de doelstellingen die betrekking hebben op beide stelsels. Gezondheidszorgbeleid (doelmatige inrichting van de gezondheidszorg) kan leiden tot preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en

(gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. Daarnaast kan beleid op het terrein van de sociale zekerheid, preventie van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, bijdragen aan het beperken van het beroep op (curatieve) gezondheidsvoorzieningen, waardoor ook de ziektekosten worden beperkt. Deze ontwikkelingen op het gebied van de sociale zekerheid en de gezondheidszorg leiden tot een toenemende verwevenheid (in de uitvoering) van beide stelsels. Ontwikkelingen in het beleid van de sociale zekerheid hebben verschillende sociale en economische gevolgen. Verschuiving van de financiële verantwoordelijkheid voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid naar het bedrijfsleven heeft onder andere consequenties voor het personeelsbeleid van bedrijven (risico- of gezondheidsselectie) en de prioriteitsstelling binnen de gezondheidszorg. Ontwikkelingen in het beleid leiden tot spanningen. Enerzijds bestaat er de noodzaak tot het terugdringen van het gebruik van sociale zekerheidsvoorzieningen en anderzijds dient de toegankelijkheid van de arbeidsmarkt en de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen gehandhaafd te blijven.

Met name de (epidemiologische) groei van rugklachten is een economisch en politiek probleem, omdat het een bedreiging vormt voor het sociale zekerheidsstelsel (Van Tulder et al, 1997). Een continue toename van het aantal arbeidsongeschikten wordt bovendien als een sociaal probleem gezien. Allereerst neemt daardoor het aantal WAO-uitkeringen toe. Ten tweede wordt een relatief grote groep mensen met een uitkering afhankelijk van een relatief kleine groep mensen met een betaalde baan. In de jaren tachtig was er een hoogtepunt; van iedere zeven personen die verzekerd waren tegen arbeidsongeschiktheid ontving één persoon een WAO-uitkering. Dit resulteerde in hogere sociale premies met als gevolg hogere bruto lonen. Hierdoor waren producten in Nederland relatief duur in vergelijking met het buitenland, wat ongunstig is voor de Nederlandse economie (concurrentiepositie).
Ten vierde is het vanuit sociaal oogpunt (integratie in de samenleving) niet wenselijk dat een groot deel van de populatie niet deelneemt aan het arbeidsproces (Van de Goor, 1997).

De afgelopen twee decennia heeft de overheid de WAO en de daaraan gerelateerde regelgeving een aantal malen gewijzigd met het doel het aantal WAO-uitkeringen terug te dringen en om werkhervatting te stimuleren. In het begin van de jaren tachtig zijn de uitkeringen verlaagd om de prikkel tot WAO-toetreding te verminderen en de kosten te verlagen. Bovendien zijn er verschillende maatregelen getroffen om werkgevers te stimuleren om (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten in dienst te houden of te nemen (subsidies, loon-dispensatie, sancties, bonussen). In augustus 1993 is de wet TBA (Terugdringing van het Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen) in werking getreden. Hierdoor werden de WAO-toetredingsvoorwaarden en de condities om recht te blijven houden op een WAO-uitkering verscherpt. In de wet TBA is ook geregeld dat de hoogte van de WAO-uitkering verlaagd wordt als men langere tijd in de WAO verblijft. In 1994 zijn bovendien nieuwe reïntegratiemaatregelen ingevoerd zoals loonkostensubsidies.

Naar aanleiding van het 'Epidemiologie-project' van het Lisv naar achtergronden en ervaringen van arbeidsongeschikten kan geconcludeerd worden dat het aannemelijk is dat WAO-keuringen in 1998 strenger worden uitgevoerd dan in 1991. Desondanks neemt het aantal arbeidsongeschikten momenteel weer toe. Voor deze ontwikkeling bestaan enkele verklaringen, namelijk de vergrijzing, maar ook de toenemende participatie van vrouwen in het arbeidsproces. Vrouwen hebben een hogere kans om arbeidsongeschikt te raken dan mannen. Hier bestaan geen duidelijke verklaringen voor. Vrouwen werken echter vaker in de zorgsector en in deze sector ligt het ziekteverzuim hoger dan gemiddeld. Echter ook buiten de zorgsector hebben vrouwen meer kans om in de WAO te belanden. In het Lisv-onderzoek werd de invloed van de 'dubbele belasting' van vrouwen niet aangetoond. (Koehler & Spijkerboer, 1999). Vrouwen stromen echter gemakkelijker uit de WAO dan mannen.

5.5 Conclusie en discussie

Nederland heeft een hoog ontwikkeld stelsel van sociale zekerheid. Grote aantallen werknemers maken gebruik van de Ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Ongeveer 35% van de kosten van ziekteverzuim en 31% van de kosten van arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt door aandoeningen van het SBA. De overheid probeert om verschillende redenen het beroep op de Ziektewet en de WAO terug te dringen. Een complicerende factor daarbij is het feit dat in Nederland, in tegenstelling tot onze buurlanden België en Duitsland de sociale zekerheid en de gezondheidszorg en ziektekostenverzekering gescheiden stelsels vormen. Het sociale zekerheidsbeleid kan echter wel bijdragen tot een beperking van het beroep op de curatieve gezondheidszorg, en omgekeerd. Een discussiepunt vormt hierbij de vraag wat de gevolgen zijn van wachtlijsten in de curatieve zorg (bijvoorbeeld de orthopedie) voor de kosten van de sociale zekerheid. In het volgende hoofdstuk zal hierop worden ingegaan.

6 AANSLUITING VAN VRAAG EN AANBOD

6.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is een beschrijving gegeven van de orthopedische zorg en de sociale zekerheid in Nederland. Vraag naar, gebruik, aanbod en kosten van orthopedische zorg werden in die hoofdstukken beschreven, evenals het sociale zekerheidsstelsel.
Dit hoofdstuk vormt de koppeling tussen de vorige drie hoofdstukken, de aansluiting van vraag en aanbod met betrekking tot orthopedische zorg en sociale zekerheid. In de Nederlandse gezondheidszorg bestaat er een verschil tussen de vraag naar en het aanbod van orthopedische zorg. De gevolgen hiervan worden in paragraaf 6.2 besproken. Eén van de belangrijkste gevolgen is het ontstaan van problematische wacht-lijsten. Deze wachtlijsten hebben vervolgens verschillende consequenties, die in paragraaf 6.3 worden beschreven. Tenslotte komen in paragraaf 6.4 de beleidsmatige ontwikkelingen aan bod.

6.2 Gevolgen van verschil tussen vraag naar en aanbod van orthopedische zorg

Zoals in paragraaf 1.2 is beschreven, kunnen discrepanties tussen vraag en aanbod zich op drie niveau's manifesteren: op macroniveau, op mesoniveau en op microniveau.
Op macroniveau kunnen vraag en aanbod in kwantitatieve zin slecht op elkaar aansluiten. Er is dan bijvoorbeeld sprake van een tekort aan orthopeden, met als gevolg dat patiënten op een wachtlijst terechtkomen. In paragraaf 6.2.1 wordt hierop ingegaan.
Op mesoniveau kan het selectieproces zoals dat in figuur 1.1, paragraaf 1.2 werd weergegeven niet goed functioneren. In hoofdstuk 3 hebben we al geconstateerd dat onderzoek hiernaar eigenlijk niet beschikbaar is. Ook hier kunnen we over dit type discrepanties dus geen gegevens presenteren. Binnen de orthopedie vindt selectie van patiënten voor operatieve ingrepen plaats via indicatiestelling. Na indicatiestelling belanden de patiënten meestal op een wachtlijst. Een wachtlijst is niet uitsluitend een negatieve indicator voor het zorggebruik. Planningslijsten zijn feitelijk een manier om de instroom van patiënten voor een operatie te reguleren. Het verschil tussen een planningslijst en een problematische wachtlijst wordt vooral bepaald door de duur van de wachttijd. Hierover worden voor de orthopedie cijfers gepresenteerd in paragraaf 6.2.2.
Op microniveau kan de geboden zorg afwijken van datgene wat de patiënt verwachtte. Hieraan wordt aandacht besteedt in paragraaf 6.2.3.

6.2.1 Macroniveau: gevolgen van verschil tussen vraag en aanbod

In Nederland bestaat er een verschil tussen de vraag naar orthopedische zorg en het aanbod van orthopedische zorg. Door demografische (vergrijzing), epidemiologische, sociaal-culturele, vakinhoudelijke en beleidsmatige ontwikkelingen zal de vraag naar zorg toenemen. Dit terwijl het aanbod van orthopedische zorg in de toekomst, bij gelijkblijvende instroom, zal afnemen. Uit onderzoek van Van der Velden (1997) blijkt dat 40% van de agio's een voorkeur heeft om in de toekomst part-time te gaan werken. Mogelijk als gevolg hiervan zal een deel van de agio's parttime als orthopedisch chirurg gaan werken in plaats van fulltime en zal een deel van de al werkzame orthopedisch chirurgen parttime gaan werken. Hierdoor zal het aantal orthopedisch chirurgen wel toenemen, maar zal het aantal uren dat men werkt (het aanbod van orthopedische zorg) niet evenredig toenemen, zoals voorheen het geval was.
Als gevolg van een toenemende vraag naar orthopedische zorg en een achterblijvend aanbod van orthopedisch chirurgen, ontstaat er een grotere discrepantie tussen vraag naar en aanbod van zorg. De vraag naar zorg is groter dan het aanbod van orthopedische zorg. Dit heeft tot gevolg dat patiënten op een wachtlijst geplaatst worden.

6.2.2 Mesoniveau: wachtlijsten voor orthopedische zorg

Een wachtlijst bevat patiënten die wachten op een interventie, zoals behandeling, verzorging of diagnostiek waarvoor de zorgverlener een indicatie heeft afgegeven. Bij wachtlijsten zijn zowel het aantal personen als de duur van de periode die patiënten op de wachtlijst staan van belang. In dit verband moet onderscheid gemaakt worden in planningslijsten en problematische wachtlijsten.

Planningslijsten worden gebruikt voor een efficiëntere benutting van de capaciteit. Dit is binnen de orthopedie met zijn grote aantal electieve ingrepen een veel voorkomend verschijnsel (Krol et al., 1999; De Kluiver et al., 1995). Ook voor de patiënt kan deze planningslijst een functie hebben. De tijd tussen indicatie voor een behandeling en het moment van opname, maakt het voor de patiënt mogelijk om maat-regelen te treffen binnen het huishouden of op het werk. Bovendien kan de patiënt de tijd benutten om na te denken over de behandeling en mogelijk besluiten ervan af te zien (afname van zorgvraag). Tevens kunnen sommige klachten tijdens het wachten spontaan overgaan (SER, 1998).

Er is sprake van een problematische wachtlijst wanneer er een afgesproken wachttijd wordt overschreden. Dit geldt als een negatieve indicator voor het zorggebruik. Capaciteitsproblemen worden vaak gezien als de oorzaak van wachtlijsten. Deze capaciteitsproblemen zijn het gevolg van:

1. de (beperkte) beschikbaarheid van specialisten, behandel- en OK-ruimte en bedden;
2. demografische ontwikkelingen en sociaal-culturele ontwikkelingen;
3. nieuwe medische inzichten en technieken;
4. budgettaire beperkingen.

De beschikbaarheid van specialisten, behandel- en OK-ruimte en bedden wordt vaak gezien als één van de voornaamste oorzaken van de wachtlijsten (Van Rooij, 1998; SER, 1998; Smit & Kroneman, 1997). Bovendien hebben demografische ontwikkelingen, zoals vergrijzing, en sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals de toegenomen mondigheid van de patiënten een toenemende zorgvraag tot gevolg. Daarnaast leiden ook nieuwe medische inzichten en technieken tot een grotere zorgvraag, zonder dat de capaciteit van de aanbodzijde toeneemt en zonder dat er substitutie van bestaande vormen van zorg en behandeling plaatsvindt. Ook budgettaire beperkingen (lage budgetafspraken - van Rooij, 1998) kunnen een rol spelen in het ontstaan van wachtlijsten. Als gevolg van budgetafspraken met overheid en zorgverzekeraars kunnen zorgaanbieders zich genoodzaakt zien beperkt gebruik te maken van de capaciteit. (SER, 1998). Van een problematische wachtlijst is sprake wanneer de maximaal aanvaardbare wachttijd wordt overschreden (Smit & Kroneman, 1997). Problematische wachtlijsten hebben verschillende gevolgen. Deze gevolgen worden in paragraaf 6.3 besproken.

Het specialisme orthopedie is een specialisme met een lange gemiddelde wachttijd (Laeven en Van Rooij, 1999). De omvang van de wachtlijst is zodanig dat er sprake is van een problematische wachtlijst (Krol et al., 1999). Uit een onderzoek van Laeven en Van Rooij (1999) blijkt dat er per 1 maart 1999 voor het specialisme orthopedie in totaal 31.000 personen op de wachtlijst stonden van de algemene ziekenhuizen. Ruim 20.000 personen stonden op dat moment langer dan 1 maand op de wachtlijst. Voor een klinische opname was de gemiddelde wachttijd 14 weken en voor een dagopname 9 weken.

Tabel 6.1 laat de ontwikkeling in het aantal wachtenden en de wachttijden tussen 1997 en 1999 zien. Opvallend in deze tabel is dat zowel het aantal wachtenden voor de kliniek als voor een dagopname tussen 1997 en 1998 is gestegen en tussen 1998 en 1999 is gedaald. Deze ontwikkeling geldt ook voor het aantal wachtenden met een wachttijd langer dan 1 maand tussen 1997 en 1999. Het gaat hierbij om een relatief geringe stijging en daling. Hieruit kunnen we concluderen dat er in de wachttijd niet veel is veranderd tussen 1997 en 1999. Dat geldt ook voor de gemiddelde wachttijden voor kliniek, dagopname en polikliniek (De Vries et al., 1998; De Vries, 1999).

Tabel 6.1 Ontwikkeling in het aantal wachtenden en de wachttijden voor orthopedie

	1997	1998	1999
Kliniek			
totaal aantal wachtenden	20.130	21.238	21.000
aantal met wachttijd > 1maand	14.987	15.098	15.000
gemiddelde wachttijd (weken)	16	13	14
Dagopname			
totaal aantal wachtenden	9.218	10.248	9.900
aantal met wachttijd > 1maand	5.212	5.817	5.300
gemiddelde wachttijd (weken)	8	8	9
Polikliniek			
% ziekenhuis gem. wachttijd >1 maand	44	35	36
gemiddelde wachttijd (weken)	4	4	5

Bron: De Vries et al., 1998; De Vries et al., 1999

Uit het onderzoek van Laeven en Van Rooij (1999) bleek bovendien dat de diagnose heupprothese het vaakst voor kwam. Hiervoor was de gemiddelde wachttijd 16 weken. Voor een knieprothese was de gemiddelde wachttijd 20 weken en voor een rugoperatie 26 weken (Laeven en Van Rooij, 1999).
Uit een onderzoek van Krol et al. (1999) blijkt dat patiënten met knieklachten eerder bij een orthopedisch chirurg terecht kunnen dan patiënten met heupklachten. Patiënten met knieklachten wachten bijna vijf weken op een eerste consult. Opmerkelijk is dat de wachttijd voor mannen significant korter is dan voor vrouwen. Mogelijk vindt voor mannen een ander selectieproces plaats dan voor vrouwen. Patiënten met heupklachten kunnen na een wachttijd van bijna negen weken voor een eerste consult bij de orthopedisch chirurg terecht. Wat betreft orthopedische ingrepen, wachten patiënten met knieklachten gemiddeld 14 weken op een operatie. Voor patiënten met heupklachten zijn de wachttijden voor een operatie over het algemeen aanzienlijk langer. Van de patiënten met knieklachten kunnen mannen de operatie eerder ondergaan dan vrouwen en jongere patiënten (<45 jaar) hoeven minder lang te wachten dan oudere patiënten (>45 jaar) (Krol et al., 1999).
Hierbij dient opgemerkt te worden dat mannen en vrouwen andere typen klachten hebben. Mannen hebben vaker knieklachten die acuut zijn, bijvoorbeeld als gevolg van een sportletsel en vrouwen hebben vaker chronisch knieklachten (artrose). Bovendien zijn de klachten die zich op jongere leeftijd manifesteren vaker acuut en moeten daarom snel behandeld worden. Vaak is de ingreep die hiervoor nodig is relatief eenvoudig. De klachten op oudere leeftijd zijn vaker chronisch. Als er een ingreep moet plaatsvinden dan gaat het meestal om minder eenvoudige ingreep zoals het plaatsen van een knieprothese.
Per ziekenhuis verschillen de wachttijden voor zowel een eerste consult als de operatie. Voor patiënten met knieklachten loopt de wachttijd voor een eerste consult uiteen van 3,5 tot 8 weken en voor patiënten met heupklachten van 4 tot 12 weken. De gemiddelde wachttijd voor een operatie varieert voor patiënten met knieklachten tussen 14 en 40 weken en voor patiënten met heupklachten tussen 11 en 51 weken (Krol et al., 1999). Het verschil in gemiddelde wachttijd tussen patiënten met knieklachten en patiënten met heupklachten is te verklaren, omdat knieklachten vaker acuut zijn en heupklachten chronisch. Daardoor dienen knieklachten vaak sneller behandeld te worden.
Uit een onderzoek van Rijken et al. (1998) onder mensen met chronische aandoeningen blijkt dat voor een poliklinisch consult de mediane wachttijd over alle specialismen twee weken bedraagt. Uit dit onderzoek blijkt bovendien dat voor het specialisme orthopedie de mediane wachttijd 21 dagen is. Voor andere specialismen is de mediane wachttijd voor klinische opname 21 dagen, voor het specialisme orthopedie is de mediane wachttijd voor een operatie echter 91 dagen (3 maanden). Kortom: de wachttijden bij orthopedie zijn over de gehele linie langer dan bij andere specialismen (Rijken et al., 1998).

6.2.3 Microniveau: mening van patiënten

Kwaliteit van zorg

Er is weinig onderzoek gedaan naar de mening van patiënten over de kwaliteit van orthopedische zorg. Andela et al. (1999) hebben in 1998 een ziekenhuisvergelijkingsonderzoek uitgevoerd onder alle ziekenhuizen in de provincie Utrecht. Hierbij zijn vier specialismen (klinische en poliklinisch) onderzocht: cardiologie, algemene chirurgie, interne geneeskunde en orthopedie. Uit dit onderzoek blijkt dat de waardering van patiënten onder alle ziekenhuizen hoog was. Bovendien is in ditzelfde onderzoek het specialisme orthopedie nader onderzocht. De medisch-inhoudelijke kwaliteit van de orthopedische zorg is onderzocht via een enquête onder de diverse maatschappen/afdelingen orthopedie in de ziekenhuizen. Actiepunten naar aanleiding van de resultaten uit deze enquête waren: een vergelijkend onderzoek naar de verschillende gewrichtsimplantaten, gestructureerde en geautomatiseerde complicatieregistratie en implantatenregistratie. Een ander belangrijk actiepunt was dat er meer aandacht moet zijn voor de inbreng van de consument bij de keuze van een implantaat (Andela et al., 1999).
In 1999 is er nader onderzoek gedaan naar de mening van patiënten over de kwaliteit van de ziekenhuiszorg van acht ziekenhuizen in de provincie Utrecht. Het onderzoek betrof de afdelingen Algemene Chirurgie, Interne Geneeskunde, Cardiologie en Orthopedische Chirurgie. Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten de vertrouwensrelatie met de arts en de verpleegkundige het belangrijkste vinden. Bijna alle patiënten geven aan veel vertrouwen in de artsen (97%) en in de verpleegkundigen (96%) te hebben. Daarnaast vinden de patiënten een goede informatievoorziening tijdens en na de opname erg belangrijk. De patiënten zijn hier echter minder positief over. Slechts iets meer dan de helft van de patiënten vindt zich goed geïnformeerd door de arts. Op de derde plaats staat een respectvolle bejegening door de arts. Ongeveer driekwart van de patiënten vindt dat ze met respect zijn bejegend en dat er voldoende tijd voor ze is uitgetrokken (Friele & Andela, 2000).

Wachttijd

Uit een onderzoek van Krol et al. (1999) blijkt dat minder patiënten met heupklachten ontevreden zijn over de wachttijd dan patiënten met knieproblemen. Van de patiënten met heupklachten was 29% ontevreden en van de patiënten met knieklachten 41%. Patiënten met knieklachten kunnen echter eerder bij een orthopedisch chirurg terecht dan patiënten met heupklachten (Krol et al., 1999). In dit onderzoek is mogelijk sprake van een leeftijdseffect. De patiënten met heupklachten waren gemiddeld 71 jaar en de patiënten met knieklachten gemiddeld 44 jaar (Krol et al., 1999).
Van de patiënten met heupklachten had 65% ten gevolge van de wachttijd negatieve gevolgen ondervonden. Bij de patiënten met knieklachten lag dit percentage zelfs op 70%. De genoemde gevolgen varieerden van een slecht humeur, bewegingsbeperking, studievertraging, opname in een verpleeghuis tot verminderde maatschappelijke participatie (Krol et al., 1999).
In een onderzoek van Rijken et al. (1998) gaf 29% van de respondenten aan nadeel te hebben ondervonden van de wachttijd. Het voortduren van de last of hinder als gevolg van de klachten werd door 73% van de respondenten (mensen met chronische aandoeningen) genoemd. Bij sommige mensen speelde onzekerheid of bezorgdheid en het niet kunnen uitvoeren van taken een rol (Rijken et al., 1998). In paragraaf 6.3 wordt nader ingegaan op de gevolgen van een lange wachttijd.
Niet voor alle patiënten is een lange wachttijd problematisch. Het lijkt dat als patiënten weten waar ze aan toe zijn, dat ze bereid zijn een bepaalde wachttijd te accepteren (Smit & Kroneman, 1997).

6.3 Gevolgen van problematische wachtlijsten

Problematische wachtlijsten kunnen grote gevolgen hebben voor zowel de patiënt als de maatschappij. De gevolgen voor de patiënt worden beschreven in paragraaf 6.3.1 en de maatschappelijke en financiële gevolgen in paragraaf 6.3.2.

6.3.1 Persoonlijke consequenties voor de patiënt

Wachten op behandeling kan leiden tot een verslechtering van de gezondheidstoestand van de patiënt. Er kan additionele gezondheidsschade ontstaan en de patiënt kan daardoor in zijn dagelijkse en maatschappelijke functioneren belemmerd worden. Dit kan ook negatieve consequenties hebben voor de gezins- en werksituatie van de patiënt. Een deel van de patiënten is namelijk niet in staat het werk te hervatten zolang een behandeling of ingreep niet heeft kunnen plaatsvinden. Daarnaast kunnen werkzoekenden die wachten op een curatieve behandeling geen serieuze kandidaat zijn voor een potentiële werkgever (SER, 1998). Bovendien kan de kwaliteit van leven verminderen als gevolg van de wachttijd (De Kluiver et al., 1995), patiënten kunnen aan huis gekluisterd zijn als zij als gevolg van hun aandoening minder mobiel zijn. Het sociaal en psychologische welbevinden heeft ook invloed op de kwaliteit van leven (De Kluiver et al., 1995).

6.3.2 Maatschappelijke en financiële consequenties

Lange wachttijden kunnen extra kosten met zich meebrengen voor andere zorgvoorzieningen, zoals langduriger gebruik van thuiszorg of te lang verblijf in een andere instelling (verkeerde bed problematiek) (De Kluiver et al., 1995; SER, 1998).
Het wachten op behandeling leidt ook tot extra kosten buiten de gezondheidszorg, de indirecte niet-medische kosten. Wachttijden in de gezondheidszorg kunnen namelijk een verhoogd beroep op de sociale zekerheid tot gevolg hebben (SER, 1998). Wachtlijsten leiden namelijk tot extra ziekteverzuim en dat brengt onder andere extra kosten met zich mee voor de werkgever (loondoorbetaling). Bovendien zijn er ook nog extra indirecte (niet-medische) kosten voor de werkgever en de sociale zekerheid, zoals capaciteitsverlies, productiviteitsverlies, vervangingskosten, reïntegratiekosten en instroom WAO (SER, 1998; Smit & Kroneman, 1997; Van Tulder et al., 1997).
Wachten op diagnosestelling en behandeling kan bovendien leiden tot een onnodige verlenging van de verzuimduur met als gevolg dat de kans op terugkeer in het arbeidsproces verkleint en de kans op instroom in de WAO vergroot (SER, 1998). Wachttijden kunnen er de oorzaak van zijn dat mensen in de WAO terecht komen of dat vooral hele kleine bedrijven in moeilijkheden komen (De Kluiver et al., 1995).

6.4 Beleidsmatige ontwikkelingen

Beleidsmatige ontwikkelingen hebben invloed op de vraag naar en het gebruik en het aanbod van orthopedische zorg. Budgettering heeft bijvoorbeeld invloed op het aanbod van (orthopedische) zorg. Budgettering heeft namelijk tot gevolg dat het aantal patiënten dat behandeld kan worden beperkt wordt.
Beleidsmatige ontwikkelingen leiden tot een verminderd zorgaanbod. Dit heeft consequenties voor de wacht-tijden. Lange wachttijden leiden tot problematische wachtlijsten en die hebben persoonlijke, maatschap-pelijke en financiële consequenties. Als gevolg hiervan bestaat er een toenemende behoefte om de wachttijden binnen de gezondheidszorg terug te dringen. Hiertoe zijn de afgelopen jaren diverse activiteiten ontwikkeld. Voorbeelden van die activiteiten zijn:
1. telefonisch informatiepunten, wachtlijstbemiddeling, snelle-hulpafspraken, bedrijvenpoli's;
2. voorrangsarrangement of gereserveerde capaciteit;
3. extra zorginkoop binnen de reguliere zorg;
4. extra zorginkoop in de niet-reguliere zorg.

In de eerste initiatieven zoals telefonische informatiepunten, wachtlijstbemiddeling, snelle-hulpafspraken en bedrijvenpoli's manifesteert zich de behoefte aan een toenemende samenhang tussen de stelsels van sociale zekerheid en gezondheidszorg. Het kabinet wil de initiatieven vanuit het veld stimuleren en ondersteunen. De voorwaarde die gesteld wordt is dat het initiatief gericht moet zijn op snellere hulp voor iedereen, zowel werkenden als niet-werkenden. Voor het kabinet is het niet toelaatbaar om bepaalde personen op andere dan medische criteria voorrang te geven. Ook niet als dat buiten de normale werktijd gebeurt. Patiënten moeten gelijk worden behandeld. In de praktijk is het wel gangbaar dat de

behandelende artsen in individuele gevallen sociale criteria een rol laten spelen bij het besluit tot urgentieverklaring, door bijvoorbeeld een alleenstaande moeder met kleine kinderen of een kleine zelfstandige voorrang te verlenen.
Andere activiteiten gericht op een beperking van de wachttijd zijn het voorrangsarrangement of gereserveerde capaciteit; sommige personen worden op grond van gemaakte afspraken sneller geholpen binnen de reguliere zorg. Daarnaast vindt er extra zorginkoop binnen de reguliere zorg door de verzekeraar én door de werkgever plaats bijvoorbeeld op niet-benutte uren en er vindt extra zorginkoop plaats door verzekeraar of werkgever in de niet-reguliere zorg (privé-klinieken en -praktijken en zorg in het buitenland) (SER, 1998).
Daarnaast is er een wachtlijstfonds. In 1997 is er door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ƒ 50 miljoen beschikbaar gesteld voor het eenmalig wegwerken van problematische wachtlijsten in de curatieve gezondheidszorg. Van de ƒ 50 miljoen is ƒ 29 miljoen beschikbaar gesteld aan de algemene ziekenhuizen, ƒ 16 miljoen aan de academische ziekenhuizen en ƒ 5 miljoen aan de instellingen voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg's). Wat betreft het specialisme orthopedie is er goedkeuring gegeven aan 1.679 heup- en 759 knie-operaties.
Gebruik van het wachtlijstfonds heeft ertoe geleid dat het aantal wachtenden binnen de gezondheidszorg lager is geworden. Het wachtlijstfonds is voor ziekenhuizen een prikkel geweest om aandacht te besteden aan de wachtlijstproblematiek binnen de eigen organisatie en om de (logistieke) organisatie aan te passen (verruiming van de capaciteit). Bij ziekenhuizen die gebruik maken van het wachtlijstfonds is bij het specialisme orthopedie het aantal wachtenden voor klinische opname met 20% afgenomen en voor dag-opname met 13%. De problematische wachtlijst is kleiner geworden. Dit is echter een korte termijn effect. Het aanbieden van extra financiële ondersteuning kan uiteindelijk op de lange termijn drie gevolgen hebben: de wachtlijst kan afnemen, gelijk blijven of toenemen. De wachtlijst kan toenemen door een toename van de vraag als gevolg van een verruiming in de indicatiestelling, van een aanzuigende werking op patiënten als gevolg van de financiële impuls of doordat er een verschuiving plaatsvindt van klinisch behandelen naar behandelen in dagopname (Van Rooij, 1998).

6.5 Conclusie en discussie

In Nederland heeft een groot aantal mensen klachten en aandoeningen van het steun- en bewegingsapparaat. Dit heeft niet alleen consequenties voor de patiënt zelf, maar ook voor het sociale zekerheidsstelsel. Een deel van deze mensen is namelijk niet in staat om deel te nemen aan het arbeidsproces en doet een beroep op de Ziektewet of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering.
In Nederland bestaan er bovendien discrepanties tussen de vraag naar en het aanbod van orthopedische zorg. Deze discrepanties doen zich voor op drie niveau's: op macro-, meso- en microniveau.
Op macroniveau sluiten vraag en aanbod in kwantitatieve zin slecht op elkaar aan. De vraag naar orthopedische zorg is groter dan het aanbod. Eén van de belangrijkste gevolgen is het ontstaan van wachtlijsten.
Op mesoniveau zou het kunnen voorkomen dat het selectieproces niet goed functioneert. Hierover zijn geen gegevens beschikbaar. Binnen de orthopedie worden patiënten via indicatiestelling geselecteerd voor een operatieve ingreep. Meestal belanden de patiënten daarna op een wachtlijst. Enerzijds kunnen wachtlijsten dienen als planningslijst om de capaciteit efficiënter te kunnen benutten. Anderzijds kunnen wachtlijsten, als de maximaal aanvaardbare wachttijd wordt overschreden, problematisch zijn. Binnen de orthopedie bestaan problematische wachtlijsten. De wachttijden zijn bovendien over de gehele linie langer dan bij andere specialismen.
Op microniveau kan er een discrepantie bestaan tussen de geboden zorg en datgene wat de patiënt ervan verwachte. Een deel van de patiënten met heup- of knieklachten, respectievelijk 29% en 41%, is ontevreden over de wachttijden. 65% van de patiënten met heupklachten en

70% van de patiënten met knieklachten had ten gevolge van de wachttijd negatieve gevolgen ondervonden.
Problematische wachtlijsten hebben naast negatieve gevolgen voor de patiënt, ook maatschappelijke en financiële consequenties. Wachten op behandeling kan de gezondheidstoestand van de patiënt verslechteren. De patiënt kan hierdoor in zijn dagelijkse activiteiten belemmerd worden. Bovendien kan het negatieve consequenties hebben voor de gezins- en werksituatie van de patiënt. Wachtlijsten hebben ook maatschappelijke en financiële consequenties. Lange wachttijden leiden namelijk tot extra ziekteverzuim met een grotere kans op instroom in de WAO. Dit brengt bovendien extra kosten met zich mee voor zowel de werkgever als de sociale zekerheid.
Op beleidsmatig vlak vinden er allerlei ontwikkelingen plaats die een invloed hebben op de vraag naar en het aanbod van (orthopedische) zorg en daarmee op de wachttijden. Budgettering en de invoering van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst hebben tot gevolg dat het aantal patiënten dat behandeld kan worden afneemt. Hierdoor nemen de wachttijden toe (met alle gevolgen van dien). De afgelopen jaren zijn daarom diverse activiteiten ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld telefonische informatiepunten, wachtlijstbemiddeling, voorrangsarrangement en extra zorginkoop met het doel de wachttijden binnen de gezondheidszorg terug te dringen. Daarnaast is er in 1997 een wachtlijstfonds opgericht. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelde *f* 50 miljoen beschikbaar voor het eenmalig wegwerken van problematische wachtlijsten in de curatieve gezondheidszorg. Het aantal wachtenden is kleiner geworden, maar dit is een effect op korte termijn. De verwachting is dat bij een blijvende krapte van aanbod van zorg ten opzicht van de vraag, de wachtlijsten in de toekomst weer zullen toenemen. Bovendien kan als gevolg van een veranderde wachtlijst de vraag veranderen. De vraag kan toenemen als gevolg van een verruiming in de indicatiestelling of als gevolg van de aanzuigende werking van patiënten door de financiële impuls. In de toekomst moet een financiële impuls meer gericht zijn op een lange termijn effect.
Instellingen die een actief wachtlijstbeleid voeren zouden extra financiële middelen moeten krijgen, zodat een structurele verbetering wordt bewerkstelligd (Van Rooij, 1998).

7 INFORMATIEVOORZIENING

Voor dit rapport is gebruik gemaakt van statistische en administratieve gegevens en van gegevens uit reeds uitgevoerd onderzoek. In dit hoofdstuk komen de aspecten met betrekking tot de vraag naar, het gebruik, de kosten en het aanbod van orthopedische zorg, evenals de sociale zekerheid en de aansluiting tussen de verschillende onderwerpen aan bod waarover in de literatuur weinig of geen informatie bekend is. Mogelijk zou hier in de toekomst verder onderzoek naar gedaan kunnen worden.

Vraag naar zorg
Voor de vraag naar zorg is onder andere nagegaan wie klachten en aandoeningen hebben van het steun- en bewegingsapparaat (SBA). Het is niet bekend hoeveel mensen klachten en aandoeningen hebben aan het SBA als gevolg van een andere ziekte, zoals bijvoorbeeld diabetes mellitus. Bovendien is niet bekend hoeveel mensen daarvoor door een orthopedisch chirurg behandeld worden. Ook zijn er geen incidentie- en prevalentiecijfers bekend van erfelijke en aangeboren afwijkingen.

Gebruik van zorg
Voor het gebruik van zorg zijn geen cijfers bekend over het aantal patiënten met klachten en aandoeningen van het SBA dat niet goed wordt doorverwezen. Incidenteel zal het voorkomen dat patiënten ten onrechte niet of juist wel worden verwezen. Er is echter geen onderzoek gedaan naar de kwaliteit van verwijzen bij aandoeningen van het SBA.

Kosten van zorg
De kosten van de gezondheidszorg zijn onder te verdelen in vier typen kosten; directe en indirecte medische kosten en directe en indirecte niet-medische kosten. De directe niet-medische kosten en de indirect medische kosten binnen de orthopedie zijn moeilijk te bepalen en de gegevens over de kosten van orthopedische zorg hebben daarom vooral betrekking op directe medische kosten en indirecte niet-medische kosten.

Aanbod van zorg
Voor aanbod van zorg worden zowel het aanbod van orthopedisch chirurgen als het aanbod van overige beroepsbeoefenaren besproken. Prismant (voorheen NZi/SIG) verzamelt gegevens over het aantal full-time erkende functieplaatsen voor specialisten in algemene ziekenhuizen (verg. tabel 4.1). Tussen het werkelijke aantal specialisten van een bepaald specialismen en het aantal fte volgens de erkenningsbeschikking in een ziekenhuis kan echter een discrepantie optreden, doordat ziekenhuizen niet (langer) verplicht zijn de aantallen in de erkennings-beschikking aan te houden. Deze beschikking heeft nog slechts een functie bij het vaststellen van het budget.
Gegevens over het aanbod zijn daarnaast onttrokken aan de behoefteraming van Van der Velden et al. (1997). Bij de behoefteraming zoals die in 1997 is uitgevoerd, kunnen drie kanttekeningen worden geplaatst. In de eerste plaats hebben Van der Velden et al. (1997) het in de toekomst benodigde aantal orthopedisch chirurgen berekend onder verschillende scenario's van onder andere demografische groei, verwerkingscapaciteit en deeltijdwerken. Een dergelijke behoefteraming moet echter met een zekere regelmaat worden herhaald om te bezien of bijstelling nodig is; zeker gezien het feit dat een uitbreiding van de opleidingsplaatsen pas met een vertraging van tenminste vier jaar (de duur van de opleiding) doorwerkt op de capaciteit.
In de tweede plaats is niet onderzocht in welke mate het aanbod in de uitgangssituatie voldeed aan de vraag. Mogelijk was er in 1997 al sprake van een tekort aan orthopeden. Dit tekort is dan niet opgeheven door de recente uitbreiding van de opleidingsplaatsen. Deze uitbreiding voorziet namelijk alleen in de opvang van een extra groei van de vraag vanaf 1997.

In de derde plaats functioneren orthopeden in samenwerking met andere specialisten zoals reumatologen, neurologen, algemeen en neurochirurgen en revalidatie-artsen. Zoals in paragraaf 4.4.2 al werd aangegeven is een belangrijke vraag bij het plannen van de toekomstige capaciteit van orthopeden in welke mate er substitutie optreedt tussen de orthopedie en aanpalende specialismen (reumatologie, neurologie, algemene en neurochirurgie). Voor zover patiënten voor behandeling worden opgenomen in het ziekenhuis (en dat is bij een operatie vaak wel het geval) zouden verschuivingen tussen specialismen in principe kunnen worden afgeleid uit de Landelijke Medische Registratie (LMR) van Prismant (voorheen NZi/SIG). Hier is echter op basis van deze gegevens geen onderzoek gedaan. Bovendien worden de LMR-cijfers per specialisme niet openbaar gepubliceerd. Evenmin is onderzoek gedaan naar de mogelijkheid van 'verticale substitutie': verschuiving van zorg van orthopeden naar verpleegkundigen, paramedici of huisartsen.

Sociale zekerheid
In 1996 is de Ziektewet vervangen door de Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsplicht Bij Ziekte (WULBZ). De effecten van de invoering van deze wet zijn niet helemaal bekend. In het tweede kwartaal van 1996 daalde het ziekteverzuim echter van 5,6% naar 5,0%.
Verder neemt ondanks strengere WAO-keuringen het aantal arbeidsongeschikten momenteel weer toe. Eén van de verklaringen hiervoor is de toenemende participatie van vrouwen in het arbeidsproces. Vrouwen hebben een hogere kans om arbeidsongeschikt te raken dan mannen. Duidelijke verklaringen hiervoor zijn niet terug te vinden in de literatuur. In een onderzoek van het Lisv werd de invloed van de 'dubbele belasting' van vrouwen niet aangetoond.

Aansluiting vraag en aanbod
Binnen de orthopedie bestaan discrepanties tussen de vraag naar zorg en het aanbod van zorg. Op mesoniveau kan dit tot uiting komen doordat het selectieproces niet goed functioneert. Onderzoek naar het functioneren van het selectieproces is echter niet beschikbaar. Het is niet bekend in welke mate patiënten verkeerd worden doorverwezen, dat wil zeggen hoeveel patiënten naar de verkeerde hulpverlener worden doorverwezen en hoeveel patiënten onterecht worden doorverwezen. Wel is bekend dat selectie van patiënten voor operatieve ingrepen plaats vindt via indicatiestelling en dat men daarna meestal op de wachtlijst belandt.
Binnen de orthopedie is nog niet of nauwelijks onderzoek gedaan naar de aansluiting tussen de zorgbehoefte van patiënten en het zorgaanbod binnen de orthopedie. Verder is er weinig onderzoek gedaan naar de mening van patiënten over de kwaliteit van orthopedische zorg.

8 SAMENVATTING

Het specialisme orthopedie houdt zich bezig met de diagnostiek en de behandeling van klachten en aandoeningen van het steun- en bewegingsapparaat (SBA). Deze aandoeningen hebben grote gevolgen voor de kwaliteit van leven van mensen en hun mogelijkheid om zelfstandig te functioneren. Veel mensen hebben klachten van het steun- en bewegingsapparaat. Dit heeft grote maatschappelijke gevolgen. Hierbij valt te denken aan arbeidsverzuim en het beroep op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Onder andere door de vergrijzing zal het voorkomen van klachten aan het SBA waarschijnlijk toenemen. Dat heeft ook gevolgen voor de vraag naar orthopedische zorg. Binnen het specialisme orthopedie bestaan discrepanties tussen de vraag naar en het aanbod van orthopedische zorg. De vraag naar orthopedische zorg is groter dan het aanbod en daardoor zijn er wachtlijsten ontstaan.
Het doel van dit literatuuronderzoek is om de huidige stand van zaken en de verwachte ontwikkelingen en knelpunten in kaart te brengen met betrekking tot de volgende onderwerpen:

- de vraag naar zorg bij klachten van het SBA en patronen van zorggebruik bij huisarts, paramedici en specialisten;
- het aanbod van zorg voor patiënten met klachten en aandoeningen van het SBA;
- de maatschappelijke kosten als gevolg van klachten van het SBA door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid;
- de aansluiting van vraag en aanbod.

Orthopedische zorg: vraag, gebruik en kosten
Klachten en aandoeningen van het SBA komen zeer veel voor. De kosten bedragen 3,5 miljard gulden, dit is 6% van de totale kosten van de gezondheidszorg. Aandoeningen van het SBA zijn vergeleken met andere aandoeningen lichamelijk sterk belastend.
In de toekomst zal waarschijnlijk door onder andere een toename van de incidentie en prevalentie van aandoeningen van het SBA de vraag naar orthopedische zorg verder toenemen. De middelen om in deze vraag te voorzien zijn structureel schaars. Daarom is het zinvol om - naast andere maatregelen - in het gezondheidszorgsysteem 'filters' in te bouwen waardoor slechts een gerichte selectie van de populatie patiënten met klachten en aandoeningen van het SBA bij de orthopedisch chirurg terecht komt.
Over het selectieproces waarmee patiënten met klachten van het SBA van de huisarts, eventueel via de fysiotherapeut en/of een andere medisch specialist, uiteindelijk bij de orthopedisch chirurg terecht komen, kunnen we de volgende conclusies trekken.
Er vindt een vrij 'strenge' selectie plaats in die zin dat maar een klein percentage van de patiënten met klachten door de huisarts ernstig genoeg bevonden wordt om in aanmerking te komen voor specialistische hulp. Van alle ziekte-episodes bij klachten van het SBA wordt slechts in 9,3% van de gevallen naar een medisch specialist verwezen. Dit percentage verwijzingen ligt, vergeleken met andere aandoeningen echter nog relatief hoog (alleen bij oog- en oorklachten, klachten van het zenuwstelsel en klachten van de vrouwelijke en mannelijke genitaliën verwijzen huisartsen meer) (Groenewegen et al., 1992). Vergeleken met andere aandoeningen is de selectie dus niet streng.
Voor zover er gegevens over bekend zijn, namelijk bij heup- en knieklachten, blijkt dat het selectieproces veel tijd in beslag kan nemen. Onderzoek van Krol et al. (1999) liet bijvoorbeeld zien dat patiënten met heupklachten deze klachten gemiddeld al twee jaar hadden voordat ze naar hun huisarts gingen en dat ze vervolgens nog gemiddeld acht maanden onder behandeling van de huisarts bleven voordat ze werden doorverwezen naar de orthopedisch chirurg.

Het selectieproces is natuurlijk vanuit het oogpunt van efficiency gunstig. Het zou ondoelmatig zijn als patiënten naar een orthopeed zouden worden verwezen terwijl ze even goed door een huisarts kunnen worden behandeld. Het is niet bekend in hoeverre met de selectie van patiënten ook de kwaliteit van zorg gediend is. Incidenteel kan het voorkomen dat patiënten ten onrechte niet of juist wel worden verwezen. Voor individuele patiënten die naar hun gevoel ten

onrechte niet of niet tijdig worden door verwezen, maar toch een ernstig gezondheidsprobleem hebben, vormt het 'strenge' selectieproces wel een probleem.
Er is geen onderzoek gedaan naar de kwaliteit van verwijzen bij aandoeningen van het SBA. Opvallend is wel dat blijkbaar een aanzienlijk deel van de patiënten geen vertrouwen heeft in de kwaliteit van de selectie zoals de huisarts die maakt. Uit onderzoek van Bles et al. (1994) en van Van Tulder (1996) kan worden afgeleid dat 20 tot 30% van de patiënten op eigen initiatief (dus zonder verwijzing) de hulp van een orthopedisch chirurg inroept.
Het onderzoek van Bles et al. (1994) toont echter ook aan dat deze patiënten lang niet altijd een aandoening hebben waarvoor orthopedische zorg nodig is. Bij patiënten die door hun huisarts werden doorverwezen was dit veel vaker wél het geval. Met andere woorden, als er al vraagtekens kunnen worden gezet bij de kwaliteit van de selectie door de huisarts, dan nog valt dit systeem te verkiezen boven het alternatief waarbij de patiënt op eigen initiatief naar de orthopedisch chirurg gaat. Selectie door de patiënt zelf leidt namelijk zeker tot slechtere resultaten op macroniveau.

Orthopedische zorg: aanbod
Sinds 1970 is het aanbod aan orthopedisch chirurgen sterk toegenomen. Momenteel lijkt de groei van het aantal orthopedisch chirurgen echter achter te blijven bij de groei in de vraag naar (orthopedische) zorg. Naar aanleiding van de behoefteramingstudie van Van der Velden et al. (1997) is het aantal opleidingsplaatsen orthopedie uitgebreid van 57 naar 90. Die uitbreiding is overigens niet gepaard gegaan met een verruiming van de beschikbare financiële middelen voor orthopedische zorg, waardoor de facto de tarieven zijn verlaagd.

Sociale zekerheid
Het sociale zekerheidsstelsel is hoog ontwikkeld in Nederland. Grote aantallen werknemers maken gebruik van de Ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Aandoeningen van het SBA vormen ongeveer 35% van de kosten van ziekteverzuim en 31% van de kosten van arbeidsongeschiktheid. Om verschillende redenen probeert de overheid het beroep op de Ziektewet en de WAO terug te dringen. Een complicerende factor hierbij is dat in Nederland, in tegenstelling tot onze buurlanden België en Duitsland de sociale zekerheid en de gezondheidszorg en ziektekostenverzekering gescheiden stelsels vormen. Het sociale zekerheidsbeleid kan echter wel bijdragen tot een beperking van het beroep op de curatieve gezondheidszorg, en omgekeerd.

Aansluiting tussen vraag en aanbod
In Nederland bestaan er discrepanties tussen de vraag naar en het aanbod van orthopedische zorg. Deze discrepanties doen zich voor op macro-, meso- en microniveau.
Op macroniveau sluiten vraag en aanbod in kwantitatieve zin slecht op elkaar aan. De vraag naar orthopedische zorg is groter dan het aanbod. Eén van de belangrijkste gevolgen is het ontstaan van wachtlijsten.
Op mesoniveau worden patiënten via indicatiestelling geselecteerd voor een operatieve ingreep. Meestal belanden ze daarna op een wachtlijst. Enerzijds kan deze wachtlijst dienen als planningslijst om de capaciteit efficiënter te kunnen benutten. Anderzijds kan de wachtlijst problematisch zijn als de maximaal aanvaardbare wachttijd wordt overschreden. De wachtlijsten binnen de orthopedie zijn problematisch. De wachttijden zijn bovendien over de gehele linie langer dan bij andere specialismen.
Op microniveau kan er een discrepantie bestaan tussen de geboden zorg en datgene wat de patiënt ervan verwachte. Uit onderzoek blijkt dat een deel van de patiënten met heup- of knieklachten, respectievelijk 29% en 41% ontevreden is over de wachttijden.

Problematische wachtlijsten hebben negatieve gevolgen voor de patiënt en hebben bovendien maatschappelijke en financiële consequenties. Als patiënten lang moeten wachten op behandeling kan hun gezondheidstoestand verslechteren waardoor zij in hun dagelijkse functioneren worden belemmerd. Bovendien kan een lange wachttijd negatieve consequenties hebben voor de gezins- en werksituatie van de patiënt. Lange wachttijden leiden bovendien tot

extra ziekteverzuim met een grotere kans op instroom in de WAO. Dit heeft extra kosten tot gevolg voor zowel de werkgever als de sociale zekerheid.
Op beleidsmatig vlak hebben allerlei ontwikkelingen een invloed op de vraag naar en het aanbod van (orthopedische) zorg en daarmee op de wachttijden. Door budgettering en de invoering van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst kunnen er binnen hetzelfde tijdsbestek minder patiënten behandeld worden, waardoor de wachttijden toenemen. Daarom zijn er de afgelopen jaren diverse activiteiten ontwikkeld om de wachttijden binnen de gezondheidszorg terug te dringen. Daarnaast is er in 1997 een wachtlijstfonds opgericht. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelde ƒ 50 miljoen beschikbaar voor het eenmalig wegwerken van problematische wachtlijsten in de curatieve gezondheidszorg. Het aantal wachtenden is daardoor afgenomen. Maar waarschijnlijk is dit vooral een effect op korte termijn. De verwachting is dat bij een blijvende krapte van aanbod ten opzicht van de vraag, de wachtlijst in de toekomst weer zal toenemen.

LITERATUUR

ANDELA MG, VAN IERSEL BML, DE KLERK PC. De plus- en minpunten van de Utrechtse ziekenhuizen: waardering van patiënten bij alle ziekenhuizen hoog. Medisch Contact 1999;54(33/34):1140-1143

BAKKER RHC, KNIBBE JJ, FRIELE RD. Rugklachten en andere klachten aan het bewegingsapparaat van het verzorgend en verplegend personeel van verzorgingshuizen. TSG 1997;75(6):333-338

BLES CBM, LAGRO HAHM, LAGRO-JANSSEN ALM. Orthopedische verwijzingen in een huisartspraktijk: een analyse van verwezen patiënten. Huisarts en Wetenschap 1994;37(7):289-292

BLOEMHOFF A. De invloed van sociaal-economische status op arbeidsongeschiktheid. Een longitudinale analyse. TSG 1991;69(1):5-6

BOM P. Gevolgen van zorgaanbod en wachtlijsten door overgang van medisch specialisten van vrij beroep naar dienstverband. Nederlands Tijdschrift voor Orthopaedie 1998;5(1):34-35

BROUWER WBF, KOOPMANSCHAP MA. Kosten binnen en buiten de gezondheidszorg. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. VI Zorgbehoefte en zorggebruik. Bilthoven-Maarssen: RIVM-Elsevier/De Tijdstroom, 1997

CARON JJ. Schaarste in de chirurgische vooropleiding: problemen binnen de orthopedische en urologische opleiding. Med Contact 1999;54(23):836-838

CUELENAERE B, VEERMAN TJ, PRINS R, VAN DER GIEZEN AM. In distant mirrors. Work incapacity and return to work: a study of low back pain patients in the Netherlands and five other countries. Zoetermeer: Ctsv, 1999.

DE HAES JCJM, SPRANGERS MAG, DE REGT HB, ANDRIES F, VAN AGT HME, DE BOER JB et al. Onderzoeksprogramma Chronisch Zieken; adaptieve opgaven bij chronische ziekte. Den Haag: NWO, 1997

DE KLUIVER EP, LEICHER FG, HAALEBOS MMP. Wachtlijsten in de gezondheidszorg: het probleem en de keuzen. Med Contact 1995;50(22):701-704

DELNOIJ DMJ, GROENEWEGEN PP, VAN DER VELDEN J. Lage-rugklachten tussen eerste en tweede lijn. Nederlands Tijdschrift voor Orthopaedie 1997;4:113-117

DE VRIES B, VAN DE GRINTEN TED, VAN LIESHOUT PAH, BERGEN JFM, VAN MONTFORT APWP. Gezondheidszorg in tel 6. Utrecht: Nederlandse Zorgfederatie, 1998

DE VRIES B, VAN DE GRINTEN TED, VAN LIESHOUT PAH, BERGEN JFM, KÖNNEN EE. Gezondheidszorg in tel 7. Utrecht: NZi , 1999

FAAS A, CHAVANNES AW, KOES BW, VAN DEN HOOGEN JMM, MENS JMA, SMEELE LJM et al. NHG-Standaard Lage-Rugpijn. Huisarts Wet 1996;39 (1):18-31

FRIELE RD, ANDELA M. Visie patiënten op kwaliteit ziekenhuiszorg: gaat het patiënten vooral om de cappuccino? Medisch Contact 2000;55(4):129-132

GOLDBERG D, HUXLEY P. Common mental disorders, a biosocial model. Tavistock/Routledge, London/New York, 1992

GROENEWEGEN PP, DE BAKKER DH, VAN DER VELDEN J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992

HEILIGERS PHJM, HINGSTMAN L. Orthopedisch chirurgen en deeltijd werken; keuzen, motieven en visies. Nederlands Tijdschrift voor Orthopaedie 1998;5:28-33.

HILDEBRANDT VH, BONGERS PM, DUL J, VAN DIJK FJH, KEMPER HCG. Sportparticipatie van werknemers, gezondheidsklachten en ziektegedrag bij problematiek van het bewegingsapparaat. Tijdschrift voor toegepaste Arbowetenschap 1996;1:2-9

JANSEN PAF. Oorzaken en preventie van vallen. Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie-Mensendieck 1994;55(4):124-129

KOEHLER JBI, SPIJKERBOER PM. Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1999: een overzicht van de ontwikkelingen tot begin 1999. Zoetermeer: Ctsv, 1999

KOOPMANSCHAP MA, RUTTEN FFH. Berekening van kosten van zorg: vaak onderschat in economische evaluatiestudies. TSG 1998;76(2):83-88

KROL B, GROOTHOFF JW, VAN DER PLOEG T, POST D. De beleefde wachtduur: ervaringen van geopereerde orthopediepatiënten. TSG 1999;77(2):84-89

KULU-GLASGOW I, DELNOIJ D, HERMANS I. Ziektekostenverzekeraars en de poortwachters-functie van huisartsen. Medisch Contact 1997;52(4):127-129

KULU-GLASGOW I, DELNOIJ D. Het verwijskaartensysteem in de praktijk. Medisch Contact 1997;52(12):373-374

LAEVEN AMJ, VAN ROOIJ PM. Wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen: resultaten van de landelijke enquête patiëntenwachtlijsten per 1 maart 1999. Utrecht: NZi, 1999

LISV. Kroniek van de sociale verzekeringen 1999. Wetgeving en volume-ontwikkeling in historisch perspectief. Amsterdam: Lisv, 1999

MIEDEMA HS. Reuma-onderzoek meerdere echelons (ROME): basisrapport. Leiden: NIPG TNO, 1994

NOC*NSF. Overzichtsstudie sport, arbeid en gezondheid 1994-1996. Arnhem: NOC*NSF, 1997

ORDE VAN MEDISCHE SPECIALISTEN. Orde Nieuws, speciale editie week Chronisch Zieken 1999;3(11)

PICAVET HSJ, VAN GILS HWV, SCHOUTEN JSAG. Klachten van het bewegingsapparaat in de Nederlandse bevolking: prevalenties, consequenties en risicogroepen. Bilthoven: RIVM/CBS, 2000.

PLOMP HN, VAN DER WAL G, WEEL ANH. Privatisering van de Ziektewet: uiteenlopende effecten bij zowel bedrijven als Arbodiensten. Ned Tijdschr Geneeskd 1999a;143(26):1369-1373

PLOMP HN, VAN DER WAL G, WEEL ANH. Marktwerking in de sociale zekerheid en Arbo-dienstverlening. Ned Tijdschr Geneeskd 1999b;143(26):1374-1378

POLDER JJ, MEERDING WJ, KOOPMANSCHAP MA, BONNEUX L, VAN DER MAAS PJ. Kosten van ziekten in Nederland 1994. Rotterdam: Instituut maatschappelijke Gezondheidszorg/Instituut voor Medische Technology Assessment, 1997a:295

POLDER JJ, MEERDING WJ, KOOPMANSCHAP MA, BONNEUX L, STOKX LJ, VAN DER MAAS PJ. Kosten van ziekten binnen de gezondheidszorg. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. VI Zorgbehoefte en zorggebruik. Bilthoven-Maarssen: RIVM-Elsevier/De Tijdstroom, 1997b

POLDER JJ, MEERDING WJ, KOOPMANSCHAP MA, BONNEUX L, VAN DER MAAS PJ. Kosten van ziekten in Nederland in 1994; grootste zorggebruik door hoge leeftijd en beperkende aandoeningen. Ned Tijdschr Geneeskd 1998;142(28):1607-1611

POST D, LJ STOKX. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. VI Zorgbehoefte en zorggebruik. Bilthoven-Maarssen: RIVM-Elsevier/De Tijdstroom, 1997

RIJKEN M, DE BRUIN A, FOETS M, PETERS L, BENSING J. Mensen met chronische aandoeningen over hun wachttijden. Kwaliteit en Zorg 1998;6(3):98-108

RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: I De gezondheidstoestand: een actualisering. Bilthoven-Maarssen: RIVM-Elsevier/De Tijdstroom, 1997a (Bijlage 5, p.851-855)

RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: VI Zorgbehoefte en zorggebruik. Bilthoven-Maarssen: RIVM-Elsevier/De Tijdstroom, 1997b

RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: VII Gezondheid en zorg in de toekomst. Bilthoven-Maarssen: RIVM-Elsevier/De Tijdstroom, 1997c

SCHAPER NC, NIEUWENHUIJZEN KRUSEMAN AC, KITSLAAR PJEHM. Tekortschietende gezondheidszorg voor diabetespatiënten met voetproblemen. PodoSophia 1994;2(4):13-17

SCHMIKLI SL, BACKX FJG, BOL E. Sportblessures: nader uitgediept. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.

SMIT RLC, KRONEMAN M. Wachtlijsten in de zorg. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. VI Zorgbehoefte en zorggebruik. Bilthoven-Maarssen: RIVM-Elsevier/De Tijdstroom, 1997

SMULDERS PGW. De arbeidssituatie van twaalf beroepsgroepen in de intramurale gezondheidszorg. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1990;68(6):247-255

SMULDERS, PGW. Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I De gezondheidstoestand: een actualisering. Bilthoven-Maarssen: RIVM-Elsevier/De Tijdstroom, 1997

SOCIAAL-ECONOMISCHE RAAD (SER). Sociale zekerheid en gezondheidszorg. Den Haag: SER, 1998 (98/13)

STRATEN GFM, FRIELE RD, SPREEUWENBERG P. Patiënten oordelen over ziekenhuizen: een vergelijking van acht Utrechtse ziekenhuizen op basis van patiëntenoordelen. Utrecht: Nivel, 1999

SWINKELS H, BACKX FJG, BOL E. Gezondheidsenquêtes: sportblessures in Nederland. Maanbericht gezondheidsstatistiek 1994;13(10):5-15

TIJHUIS MAR, HOEYMANS N. Functioneren en kwaliteit van leven. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: I De gezondheidstoestand: een actualisering. Bilthoven-Maarssen: RIVM-Elsevier/De Tijdstroom, 1997

TROMP AM. Risk assessment of falls and fractures in the elderly. Proefschrift 2000. Vrije Universiteit, Amsterdam.

VAN DALEN IV, GROOTHOFF JW, GROENEWEGEN P, VAN HORN JR. Second opinions in de orthopedie. Nederlands Tijdschrift voor Orthopaedie 1998;5:35-39

VAN DE GOOR A-G. Effects of regulation on disability duration. Proefschrift 1997.Universiteit Utrecht, Amsterdam: Thesis Publishers

VAN DEN BERG JETHS A. (Medisch-) technologische ontwikkelingen. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. VII Gezondheid en zorg in de toekomst. Bilthoven-Maarssen: RIVM-Elsevier/De Tijdstroom, 1997

VAN DER VELDEN LFJ, HINGSTMAN L, RIDDER M. Behoefteraming orthopaeden 1997-2010. Utrecht: Nivel, 1997a

VAN DER VELDEN LFJ, HINGSTMAN L, HEILIGERS P, GROENEWEGEN PP. Gevolgen voor zorgaanbod en wachttijden door overgang van medisch specialisten van vrij beroep naar dienstverband. Utrecht: Nivel, 1997b

VAN DER VELDEN LFJ, HINGSTMAN L, BOM LPA. Behoefteraming orthopaeden 1997-2010: addendum vakinhoudelijke ontwikkelingen. Utrecht: Nivel, 1999

VAN LINDERT H, DELNOIJ D, GROENEWEGEN P. Ziekenhuis en specialisten: financiële integratie. Zorgvisie 1999;29(5):35

VAN ROOIJ PM. Het wachtlijstfonds: water naar de zee of panacee? Medisch Contact 1998;53(45):1449-1450

VAN SCHEPPINGEN AR, FRINGS-DRESEN MHW, VAN MECHELEN W. Fysiek belastend werk in Nederland: een inventariserend onderzoek naar de omvang van enkele, door de overheid aangemerkte bijzondere groepen. TSG 1996;74(5):177-183

VAN TULDER MW. Diagnostics and treatment of chronic low back pain in primary care. Proefschrift,1996. VU, Amsterdam: Thesis Publishers

VAN TULDER MW, KOES BW, BOUTER LM. De kosten van rugklachten in Nederland: een maatschappelijk probleem? Med Contact 1997;52(26):829-832

WEIDE MG, FOETS M. Migranten in de huisartspraktijk: andere klachten en diagnosen dan Nederlanders. Ned Tijdschr Geneeskd 1998;142(38):2105-2109

WELLING, BJM, MEIJER CHM, DELNOIJ DMJ, DE BAKKER DH, VAN DER KWARTEL AJJ, SMIT RLC. Brancherapport curatieve somatische zorg 1997: kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: Nivel/NZi, 1997

WELLING BJM, DELNOIJ DMJ, DEKKER J, OPPELAAR JA, VAN DER KWARTEL AJJ, SMIT RLC et al. Brancherapport curatieve somatische zorg 1998:ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: Nivel/NZi, 1998

WELLING BJM, DELNOIJ DMJ, HUTTEN JBF, VAN DER KWARTEL AJJ, SMIT RLC. Brancherapport curatieve somatische zorg 1999: ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: Nivel/NZi, 1999

ZIEKENFONDSRAAD. Evaluatie experiment specialistenhonorering. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998