

BRANCHERAPPORT CURATIEVE SOMATISCHE ZORG 1997

KENGETALLEN

VERDIEPINGSSTUDIES

NIVEL/NZi
Oktober 1997



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

NIVEL:

B.J.M. Welling
C.H.M. Meijer
D.M.J. Delnoij
D.H. de Bakker

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN UTRECHT
Tel. 030-2729700
Fax 030-2729729

NZi:

A.J.J. van der Kwartel
R.L.C. Smit

Oudlaan 4
Postbus 9697
3506 GR UTRECHT
Tel. 030-2739700
Fax 030-2739560

Welling, B.J.M./Kwartel, A.J.J. van der

Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Kengetallen/Verdiepingsstudies

B.J.M. Welling, A.J.J. van der Kwartel

Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de
gezondheidszorg (NIVEL), 1997

Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi), 1997

met lit. opg.

ISBN 90-6905-349-7

Trefw.: kengetallen, gebruik, kosten, middelen, producties

Lay-out: Ria Karamat Ali

Omslag: Mieke Cornelius

Inleiding

Dit rapport 'Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997' geeft een overzicht van de ontwikkelingen binnen de curatieve somatische zorg. Met curatieve somatische zorg wordt in dit rapport bedoeld de zorgvormen die onder de directie Curatieve Somatische Zorg van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vallen. Het gaat om de volgende deelsectoren: huisartsen, thuiszorg, verloskunde, tandartsen, ziekenvervoer, paramedische zorg, specialisten, ziekenhuizen en topzorg.

Dit rapport is een vervolg op het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg (NIVEL/NZi, 1996) dat een breed overzicht gaf van ontwikkelingen in de sector, welke als achtergrond studie diende voor het JOZ 1997. Er is gekozen voor een andere opzet. Enerzijds worden de gegevens op een compactere wijze gepresenteerd in zogenoemde kengetallen (deel 1). Anderzijds heeft op enkele geselecteerde thema's een nadere 'verdieping' plaatsgevonden (deel 2). Deze thema's zijn 'CVA-zorg', 'Thuiszorg' en 'Oogzorg'.

In *deel 1* van het rapport 1997 zijn een aantal cijfers zoals die in het Brancherapport 1996 zijn gepresenteerd geactualiseerd. Achtergrond van deze exercitie is de behoefte bij de overheid de informatievoorziening te verbeteren. Men wil gaan 'monitoren' op basis van 'kengetallen'. Onder 'monitoring' wordt verstaan het methodisch verzamelen, beoordelen en analyseren van gegevens ten behoeve van de beleidsevaluatie. Onder een kengetal wordt verstaan: 'een getal dat de kerninformatie over een situatie en/of een ontwikkeling bevat en aansluit op de informatiebehoefte van de manager of politicus (Ministerie van Financiën, 1994). Deze behoefte komt voort uit twee overwegingen. In de eerste plaats bestond de behoefte om op een compactere wijze dan in het Brancherapport 1996 het geval is, de beschikbare informatie over de ontwikkelingen op het terrein van de Curatieve Somatische Zorg te kunnen presenteren. In de tweede plaats was er de meer inhoudelijke overweging om te kunnen monitoren op cijfers over prestaties in relatie tot kosten. Tot voor kort werd vooral op 'input' (bijv. aantallen hulpverleners, financiën) gestuurd, momenteel echter staan decentrale, resultaatgerichte sturing, kostendoorberekening en sturen op afstand volop in de belangstelling (Ministerie van Financiën, 1994).

Om aan deze informatiebehoefte te voldoen zijn 'kengetallen' ontwikkeld, in nauw overleg met betrokken beleidsambtenaren. Inmiddels is duidelijk dat we ten aanzien van het punt van de ontwikkeling van kengetallen nog aan het begin staan van een langlopend traject.

Voor iedere deelsector zijn op de volgende terreinen kengetallen ontwikkeld: gebruik, kosten, productie en middelen. Bij gebruik gaat het om aantallen of percentage gebruikers, bij kosten om exploitatiekosten, bij productie om aantallen contacten of verrichtingen en bij middelen met name om aantallen hulpverleners.

In principe zouden kengetallen een aantal jaren hun waarde of geldigheid moeten behouden, zodat er jaarreeksen ontstaan. In dit rapport worden per deelsector gegevens gepresenteerd die ontwikkelingen in de periode 1993-1995 (en waar mogelijk 1996) zichtbaar maken. In de beschrijvingen in de hiernavolgende hoofdstukken wordt, indien mogelijk, de hierboven genoemde categorieën aangehouden.

In *deel 2* zijn een drietal verdiepende studies uitgevoerd. Deze studies beogen in feite hetzelfde als de kengetallen, namelijk het verschaffen van informatie over relevante

feiten, ontwikkelingen en knelpunten. Dergelijke studies richten zich op relatief kleine subsectoren van de totale somatische curatieve zorg, daardoor werkt zij als een 'vergrootglas' waarmee details zichtbaar worden en zij meer expliciet een bijdrage kan leveren aan de verdere beleidsvorming voor de betreffende sector. Voor de sectoren, waarvoor in 1997 om een dergelijke verdiepende studie werd gevraagd, oogzorg, de zorg voor CVA-patiënten en thuiszorg, geldt dat zij politiek en beleidsmatig nog ruime tijd in de belangstelling zullen staan en dat zij een goede proeftuin kunnen vormen voor de ontwikkelingen van transmurale zorg.

Het rapport is verder als volgt opgebouwd. In deel I worden kengetallen gepresenteerd over achtereenvolgens huisartsgeneeskunde, tandheelkunde, verloskundige zorg, paramedische zorg, thuiszorg, ambulancezorg en ziekenvervoer, medisch specialisten, ziekenhuis en tenslotte de topzorg (hoofdstukken 1 tot en met 9). In deel II worden de verdiepingsstudies gepresenteerd.

INHOUDSOPGAVE

DEEL I KENGETALLEN

1.	HUISARTSGENEESKUNDE	9
1.1	Inleiding	9
1.2	Gebruik	9
1.3	Kosten	10
1.4	Productie	10
1.5	Middelen	12
2.	TANDHEELKUNDE	14
2.1	Inleiding	14
2.2	Gebruik	14
2.3	Kosten	15
2.4	Productie	15
2.5	Middelen	16
3.	VERLOSKUNDIGE ZORG	17
3.1	Inleiding	17
3.2	Gebruik	17
3.3	Kosten	18
3.4	Productie	18
3.5	Middelen	19
4.	PARAMEDISCHE ZORG	20
4.1	Inleiding	20
4.2	Gebruik	20
4.3	Kosten	21
4.4	Productie	23
4.5	Middelen	24
5.	THUISZORG	26
5.1	Inleiding	26
5.2	Gebruik	26
5.3	Kosten	27
5.4	Productie	28
5.5	Middelen	29
6.	AMBULANCEZORG EN ZIEKENVERVOER	31
6.1	Inleiding	31
6.2	Gebruik	31
6.3	Kosten	31
6.4	Productie	32
6.5	Middelen	33
7.	DE MEDISCH SPECIALIST	34
7.1	Inleiding	34
7.2	Gebruik	34
7.3	Kosten	35
7.4	Productie	36

7.5	Middelen	44
8.	HET ZIEKENHUIS	46
8.1	Inleiding	46
8.2	Gebruik	46
8.3	Kosten	47
8.4	Productie	48
8.5	Middelen	53
8.6	Algemene ziekenhuizen naar grootte-klassen	56
9.	TOPZORG	61
9.1	Inleiding	61
9.2	Haemodialyse	64
9.3	Hartchirurgie	70
9.4	Therapeutische hartcatheterisatie	72
9.5	In vitro fertilisatie	74
9.6	Neonatale intensive care	76
9.7	Neurochirurgie	77
9.8	Niertransplantaties	78
9.9	Klinisch genetisch onderzoek	80
9.10	Radiotherapie	82
9.11	Harttransplantatie	85
9.12	Beenmergtransplantatie	85
9.13	Levertransplantatie	86
9.14	Pancreastransplantatie	87
9.15	Longtransplantatie	88

Deel II VERDIEPINGSSTUDIES

1. De zorg voor CVA-patiënten in Nederland
2. Vraag en aanbod in de thuiszorg
3. Oogzorg in Nederland

LITERATUUR EN BRONNEN

LIJST VAN AFKORTINGEN

DEEL I KENGETALLEN

1 HUISARTSGENEESKUNDE

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden kengetallen met betrekking tot de huisartsgeneeskunde behandeld. De gegevens beslaan de periode 1993-1995, waar mogelijk worden cijfers over de periode 1993-1996 gepresenteerd. Achtereenvolgens komen gegevens over het gebruik, de kosten, de productie en de middelen van de huisartsgeneeskunde aan de orde.

1.2 Gebruik

* Indicator: - aantal gebruikers, eventueel uitgesplitst naar relevante categorieën
 * Kengetal: - contacten met de huisarts naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijdscategorie

Tabel 1.1 Contact met de huisarts in 1 jaar naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijdscategorie, in procenten

	1993	1994	1995	1996	Proc.groei 93-96	Gem.jrl. % 93-96
Percentage personen met contact						
Totaal	75,6	76,3	75,2	75,2	-0,4	-0,1
<i>Geslacht</i>						
Mannen	69,4	70,3	68,8	67,8	-1,6	-0,5
Vrouwen	81,7	82,2	81,5	82,4	-0,7	-0,2
<i>Verzekeringsvorm</i>						
Ziekenfonds	77,7	78,3	76,6	76,2	-1,5	-0,5
Particulier verzekerd	72,5	73,4	73,0	73,7	1,2	-0,4
<i>Leeftijd</i>						
0-19	69,1	68,2	69,1	68,1	-1,0	-0,3
20-44	76,1	76,1	74,2	74,3	-1,8	-0,6
45-64	76,4	79,1	76,7	77,6	1,2	0,4
65+	85,1	87,0	86,7	86,3	1,2	0,4

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS) 97/5

Op jaarbasis heeft driekwart van de bevolking tenminste éénmaal contact met de huisarts. Dit is inclusief telefonische contacten. Dit percentage fluctueert iets boven de 75%. De cijfers van het CBS zijn gebaseerd op steekproeven. Het percentage 65-plussers dat minstens eenmaal op jaarbasis contact heeft met de huisarts(praktijk) is in deze periode met 1,2% gestegen.

1.3 Kosten

* Indicator: - kosten naar financier
* Kengetal: - kosten van huisartsenzorg, naar financier

Tabel 1.2 Kosten van huisartsenzorg (mln.gld), naar financier

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93-96	Proc.groei 93-96	Gem.jrl.% groei 93-96
Ziekenfonds	1.155,0	1.204,0	1.258,0	1311,3	156,3	13,5	4,5
Particuliere verzekering	542,1	543,0	543,7	543,4	1,3	0,2	0,1
Eigen betaling particulier	187,9	164,0	164,2	154,5	-33,4	-17,8	-5,9
Totaal	1.885,0	1.911,0	1.964,6	2009,2	124,2	6,6	2,2
Kosten per zf-verzekerde*	123,05	127,15	129,94	134,47	11,42	9,3	3,1
Kosten per particulier verz.	92,62	92,47	94,53	94,63	2,01	2,2	0,7

*=eigen berekening

Bron: JOZ 1998; Ziekenfondsraad 1995

De totale kosten voor huisartsenzorg ten laste van de Ziekenfondswet, particuliere verzekeringen en eigen betalingen zijn weergegeven in tabel 1.2. De ziekenfondsuitgaven voor huisartsenhulp die in het JOZ zijn weergegeven zijn inclusief de verloskundige zorg gegeven door huisartsen. Deze uitgaven liggen jaarlijks dan ook bijna 10 miljoen gulden hoger dan de uitgaven vermeld in het financieel jaarverslag van de Ziekenfondsraad.

De totale kosten voor huisartsenzorg zijn in de periode 1993-1996 met 6,6% gestegen. Dit wordt met name veroorzaakt door toename van de kosten voor ziekenfondsverzekerden. De ontvangsten uit eigen betalingen zijn in de periode 1993-1996 met 33,4 miljoen gulden gedaald, een gemiddelde jaarlijkse afname van 5,9%. De kosten per ziekenfondsverzekerde laten in deze periode een gemiddelde jaarlijkse groei zien van 3,1%, de kosten per particulier verzekerde 0,7%.

1.4 Productie

- * Indicator: - verrichtingen, eventueel uitgesplitst naar relevante categorieën
- * Kengetal: - aantal contacten per ingeschreven patiënt naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm
 - verwijzingen per 1000 patiënten per medisch specialisme naar verzekeringsvorm

Tabel 1.3 Aantal contacten met huisarts en assistente per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm

	1996
Totaal	5,4
<i>Geslacht</i>	
Mannen	4,3
Vrouwen	6,5
<i>Verzekeringsvorm</i>	
Ziekenfonds	6,7
Particulier	4,0
<i>Leeftijd</i>	
0-19	3,3
20-44	4,2
45-64	6,2
65+	11,5

Bron : LINH, eigen berekening

Aantal praktijken ziekenfonds: 27, particulier:30

Aantal contacten: 691.355

Aantal ingeschreven patiënten: 123.147

Tabel 1.3 geeft de berekende contactfrequenties uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, op basis van gegevens beschikbaar uit het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH) uit 1996. Het totaal aantal contacten per ingeschreven patiënt met de huisartspraktijk (van huisarts en assistente samen) blijkt op 5,4 te liggen. Deze gegevens zijn voor het eerst over 1996 beschikbaar.

In tabel 1.4 is een uitsplitsing gemaakt naar verwijsbestemming. De verwijzingen per medisch specialisme vertonen een vrij constant beeld in de periode 1994-1996. Alleen bij interne geneeskunde en oogheelkunde lijkt er sprake van een lichte daling van het aantal verwijzingen van ziekenfondsverzekerden. Deze daling is niet waar te nemen bij particulier verzekerden.

Tabel 1.4 Verwijzingen per 1000 ziekenfondsverzekerden resp. particulier verzekerden per medisch specialisme: LINH 1994-1996

	per 1000 ziekenfondsverzekerden			per 1000 particulier verzekerden		
	1994	1995	1996	1994	1995	1996
<i>specialisme:</i>						
Cardiologie	26,1	27,0	23,4	4,1	3,4	4,1
Chirurgie	41,1	41,7	40,1	15,2	11,4	13,9
Dermatologie/allergologie	30,3	28,6	29,8	10,3	9,9	11,7
Gynaecologie/verloskunde	23,6	24,8	23,9	6,8	5,6	6,6
Interne geneeskunde	42,2	39,2	37,1	7,6	6,7	7,7
KNO	35,9	36,2	34,8	13,5	11,6	13,8
Longarts	14,6	14,1	12,9	1,8	1,9	1,8
Neurologie	24,3	24,4	22,7	8,2	5,8	7,2
Oogheelkunde	70,8	66,9	64,4	7,2	6,3	8,7
Orthopaedie	30,1	30,3	29,9	9,1	8,5	9,5
Pediatrie	9,9	10,5	10,6	3,7	2,6	3,6
Plastisch chirurg	5,6	5,7	5,8	1,3	1,6	2,3
Psychiatrie	6,5	6,5	6,6	2,9	2,2	3,0
Reumatologie	7,6	7,4	7,4	1,3	1,0	1,3
Revalidatiegeneeskunde	3,9	3,8	3,6	0,6	0,4	0,6
Urologie	12,4	13,7	13,3	5,1	4,8	5,5
Neurochirurgie	0,6	1,0	1,1	0,2	0,1	0,1
Kaakchirurgie/mondheelkunde	1,6	1,2	1,3	0,4	0,3	0,4
Maag-, darm- en stofwis. ziekten	1,6	1,5	1,9	0,5	0,4	0,6
Overige specialismen/onbekend	2,7	1,7	3,1	0,5	0,3	0,7

Bron : LINH

1994: N=19 praktijken, N= 89.087 patiënten, N=24.805 verwijzingen

1995: N=47 praktijken, N=215.345 patiënten, N=58.062 verwijzingen

1996: N=44 praktijken, N=184.828 patiënten, N=49.071 verwijzingen.

Het aantal verwijzingen per 1000 ziekenfondsverzekerden ligt beduidend hoger dan per 1000 particulier verzekerden. Dit heeft te maken met het feit dat voor particulier verzekerden een verwijzing van de huisarts naar de specialist niet altijd verplicht is. Initiële verwijzingen naar een specialist vinden echter over het algemeen wel door de huisarts plaats. Achteraf- of verlengingsverwijzingen komen bij particulier verzekerden niet of nauwelijks voor. Een particuliere patiënt kan jaren bij een specialist in behandeling blijven op basis van één enkele verwijzing (de Bakker e.a., 1997).

1.5 Middelen

* Indicator: - personele capaciteit
 * Kengetal: - aantal zelfstandig gevestigde huisartsen naar praktijkvorm

Tabel 1.5 Aantal zelfstandig gevestigde huisartsen naar praktijkvorm vanaf 1993, per 31 december

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93-96	Proc.groei 93-96	Gem.jrl% groei 93-96
Solopraktijk ¹	3.373	3.325	3.325	3.264	-109	-3,2	-1,1
Duopraktijk ²	1.998	2.116	2.116	2.204	206	10,3	3,3
Groepspraktijk ³	700	735	784	860	160	22,9	7,1
Gezondheidscentrum ⁴	578	577	584	593	15	2,6	0,9
Totaal	6.649	6.753	6.814	6.921	272	4,1	1,3

¹Praktijkvoering door een zelfstandig gevestigde huisarts (al dan niet in samenwerking met een assistent-huisarts)

² Praktijkvoering door twee zelfstandig gevestigde huisartsen in een gezamenlijk praktijkgebouw

³ Praktijkvoering door tenminste drie zelfstandig gevestigde huisartsen onder een dak

⁴ Praktijkvoering van tenminste een zelfstandig gevestigde huisarts, een wijkverpleegkundige en een maatschappelijk werkende onder een dak

Bron: RAZ 1997(NIVEL 1997)

De solopraktijk is de meest voorkomende praktijkvorm (zie tabel 1.5). Er is een lichte daling te signaleren in het aantal solopraktijken. In de periode 1993-1996 daalde het aantal met 3,2%. Er is een toename van het aantal groeps- en duopraktijken: het aantal groepspraktijken steeg in deze periode met 22,9%. Het aantal duopraktijken met 10,3%. Het aantal gezondheidscentra in deze periode laat een geringe toename zien van 2,6%.

2 TANDHEELKUNDE

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen kengetallen met betrekking tot de tandheelkundige zorg aan de orde. Achtereenvolgens wordt het gebruik van tandheelkundige zorg besproken, de kosten van deze zorg, de productie en tenslotte de middelen. Waar mogelijk worden cijfers gepresenteerd over de periode 1993 - 1996.

2.2 Gebruik

* Indicator:	- aantal gebruikers, eventueel uitgesplitst naar relevante categorieën
* Kengetal:	- percentage personen met contact

Tabel 2.1 Contact met de tandarts in de periode 1993-1996 naar verzekeringsvorm, geslacht en leeftijd

	1993	1994	1995	1996	Abs. groei 93-96	Proc. groei 93-96	Gem.jrl.% groei 93-96
Ziekenfondsverzekering							
- % Personen met contact	71,8	71,2	71,8	71,3	-	-0,5	-0,2
- Aantal contacten per persoon met contact	2,7	3,2	2,7	2,6	-0,1	-3,7	-1,3
- Aantal contacten per persoon	2,0	2,3	1,9	1,9	-0,1	-5,0	-1,7
Particuliere verzekering							
- % Personen met contact							
- Aantal contacten per persoon met contact	77,4	78,1	79,1	79,6	-	2,2	0,7
- Aantal contacten per persoon	2,5	2,9	3,1	2,7	0,2	8,0	2,6
	1,9	2,3	2,5	2,2	0,3	15,8	5,0
Totaal							
- % Personen met contact							
- Aantal contacten per persoon met contact	74,0	73,9	74,6	74,4	-	0,4	0,1
- Aantal contacten per persoon	2,6	3,1	2,9	2,7	0,1	3,8	1,3
	1,9	2,3	2,1	2,0	0,1	5,3	1,7

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS) 97/5

Uit tabel 2.1 blijkt dat in 1996 bijna driekwart van de bevolking gemiddeld tweemaal contact met de tandarts heeft gehad. Het totaal aantal contacten per persoon is in de periode 1993-1996 met 3,8 procent gestegen. Deze stijging is geheel toe te schrijven aan de toename van het aantal contacten per persoon van particulier verzekerden: de jaarlijkse procentuele groei bedraagt 5 procent.

Het aantal contacten van ziekenfondsverzekerden daalde tussen 1993 en 1996 jaarlijks gemiddeld met 1,7 procent.

2.3 Kosten

- * Indicator: - kosten naar financier
- * Kengetal: - kosten van tandheelkundige zorg (wettelijk deel)

Tabel 2.2 Kosten van tandheelkundige zorg (wettelijk deel), naar financier

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93-96	Proc.groei 93-96	Gem.jrl.% groei 93-96
AWBZ	12,3	13,0	14,09	14,7	2,4	19,5	6,5
ZFW	921,2	1.029,0	550,3	505,1	-416,1	-45,2	-15,1
Particuliere verzeke- ring	373,0	254,3	104,0	105,0	-268,0	-71,8	-23,9
Eigen betaling parti- culier	1.032,0	1.110,7	362,4	367,0	-665,0	-64,4	-21,5
Totaal	2.338,5	2.407,0	1.030,7	991,8	-1346,7	-57,6	-19,2

Bron : JOZ 1998

In tabel 2.2 staan de kosten (wettelijk deel) van de tandheelkundige zorg vermeld. De totale uitgaven voor tandheelkundige zorg daalden in de periode 1993-1996 met 57,6% tot 991,8 miljoen gulden. Deze daling wordt veroorzaakt door zowel daling in de uitgaven ten laste van de Ziekenfondswet (45,2%), de particuliere verzekeringen (71,8%) als de daling van het aandeel eigen betalingen particulier (64,4%).

2.4 Productie

- * Indicator: - behandelingen tandheelkundige zorg
- * Kengetal: - soorten behandeling tandheelkundige zorg naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm

Tabel 2.3 Soorten behandeling naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm, 1994/1995 in procenten

	Totaal	M	V	0-14	15-24	25-44	45-64	65+	ZF	PV
-Trekken tand/kies	5,0	4,8	5,2	5,8	6,9	4,4	4,2	6,8	5,2	4,9
-Vullen tand/kies	27,7	29,7	25,8	21,5	36,3	32,6	22,5	17,5	29,1	25,9
-Maken kroon/brug	6,5	5,9	7,1	0,3	3,2	7,7	8,9	9,1	5,1	8,4
-Gebitsregulatie	3,4	3,3	3,5	12,9	3,1	1,1	2,1	3,2	3,2	3,7
-Fluor applicatie	6,2	7,4	5,1	35,1	7,5	0,8	0,1	0,4	5,6	7,0
-Verwijd.tandsteen	26,4	25,8	26,9	3,4	22,4	32,9	31,0	25,9	27,6	24,8
-Overige behand.	24,7	23,1	26,3	21,0	20,6	20,6	31,3	37,1	24,2	25,4
Aantal behandelingen	3882	1867	2015	541	490	1541	988	322	2158	1714

Bron: CBS Gezondheidsenquête (ref 17)

Uit tabel 2.3 blijkt dat het vullen van tanden en kiezen en het verwijderen van tandsteen de meest voorkomende verrichtingen binnen de tandheeskundige zorg zijn. Eenduidige gegevens over behandelingen binnen de tandheeskundige zorg zijn niet over meerdere jaren beschikbaar.

2.5 Middelen

- * Indicator: - personele capaciteit
- * Kengetal: - aantal gevestigde tandartsen

Tabel 2.4 Aantal in Nederland gevestigde tandartsen van 65 jaar en jonger naar geslacht, per 31 december

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93-96	Proc.groei 93-96	Gem.jrl.%groei 93-96
Mannen	5.980	6.006	5.925	6.126	146	2,4	0,8
Vrouwen	1.278	1.322	1.333	1.411	133	10,4	3,4
Totaal	7.258	7.328	7.258	7.537	279	3,8	1,3

Bron: RAZ 1997 (NIVEL, 1997)

Uit tabel 2.4 blijkt dat het totaal aantal gevestigde tandartsen in de periode 1993-1996 met 3,8% is toegenomen. Het aantal vrouwelijke tandartsen dat zich in deze periode vestigde steeg met 10,4%, een gemiddelde jaarlijkse toename van 3,4%.

3 VERLOSKUNDIGE ZORG

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen gegevens aan de orde over de verloskundige zorg. Verloskundige zorg kan (thuis of in het ziekenhuis) gegeven worden door verloskundigen, huisartsen en gynaecologen. Deze paragraaf is ingedeeld in het gebruik van verloskundige zorg, de kosten daarvan, de productie en de middelen. Niet alle gegevens waren op tijd te verkrijgen. Zo zijn er voor de productie op het moment van de publicatie geen gegevens beschikbaar over het aantal bevallingen onder leiding van een verloskundige, huisarts of gynaecoloog.

3.2 Gebruik

* Indicator: - aantal gebruikers, eventueel uitgesplitst naar relevante categorieën
 * Kengetal: - aantal bevallen vrouwen naar leeftijd

Tabel 3.1 Leeftijdsverdeling van bevallen vrouwen die zijn geregistreerd in de Landelijke Verloskunde Registratie 1 en 2 (eerste-, tweedelijnsverloskunde) (percentages)

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Proc.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
LVR-1							
<= 19 jaar*	1,7	1,8	1,5	1,4	-	-0,3	-0,1
20-24 jaar	13,1	12,2	11,7	10,7	-	-2,4	-0,8
25-29 jaar	37,5	36,3	35,6	34,3	-	-3,2	-1,1
30-34 jaar	37,5	38,3	39,2	40,3	-	2,8	0,9
>= 35 jaar	10,0	11,0	11,6	12,8	-	2,8	0,9
Totaal aantal incl. onbekend	61.204	60.488	59.311	61.478	274	0,4	0,1
LVR-2							
<= 19 jaar	2,0	1,7	1,6	1,5	-	-0,5	-0,2
20-24 jaar	12,8	12,5	11,5	10,4	-	-2,4	-0,8
25-29 jaar	36,2	35,2	34,8	34,5	-	-1,7	-0,2
30-34 jaar	34,6	35,8	36,5	37,4	-	2,8	0,9
>= 35 jaar	14,3	14,7	15,6	16,1	-	1,8	0,6
Totaal aantal incl. onbekend	91.879	98.976	96.937	99.160	7.281	7,9	2,6

Bron: SIG Zorginformatie

* SIG Zorginformatie gebruikt meer uitgebreide leeftijdscategorieën, namelijk <15, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, >=45)

Tabel 3.1 laat het aantal bevallen vrouwen naar leeftijd zien. In de periode 1993-1996 neemt het aantal bevallen vrouwen van 30 jaar of jonger af. Het aantal bevallen vrouwen van 30 jaar en ouder neemt daarentegen in deze periode toe.

3.3 Kosten

* Indicator: - kosten naar financier
 * Kengetal: - kosten verloskundige zorg naar financier

Tabel 3.2 Kosten verloskundige zorg (mln.gld) naar financier

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Proc.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
Ziekenfonds	83,6	90,0	98,6	104,0	20,4	24,4	8,1
Particuliere verzek.	21,2	20,2	19,8	24,3	3,1	14,6	4,9
Eigen betaling particulieren	3,8	5,8	8,2	5,7	1,9	50,0	16,6
Totaal	108,6	116,0	127,0	134,0	25,4	23,4	7,8

Bron: JOZ 1998

Tabel 3.2 laat de kosten van de verloskundige zorg zien. Ruim driekwart van de totale kosten van verloskundige zorg wordt gefinancierd door de ziekenfondsen. In de periode 1993-1996 namen de kosten voor de ziekenfondsen jaarlijks gemiddeld met 8,1 procent toe. De kosten voor de particuliere verzekeringen daalde in deze periode daarentegen jaarlijks gemiddeld met 4,9 procent. Uit de tabel blijkt dat de eigen betalingen van particulieren in deze periode met 50% stegen. De totale kosten van verloskundige zorg steeg in de periode 1993-1996 met 23,4 procent. Dit is een jaarlijkse gemiddelde groei van 7,8%.

3.4 Productie

* Indicator: - verrichtingen eventueel uitgesplitst naar relevante categorieën
 * Kengetal: - aantal overgedragen vrouwen van 1e naar 2e lijn tijdens zwangerschap/overdrachten/kraambed

Tabel 3.3 Totaal aantal overgedragen vrouwen van de eerste- naar de tweedelijin tijdens de zwangerschap, baring en kraambed, LVR-1 1993-1996

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Proc.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
Overdracht tijdens zwangerschap	19.981	22.451	23.512	25.500	5.609	28,2	8,6
Overdracht tijdens baring	22.735	22.818	23.931	26.230	3.495	15,4	4,9
Overdracht tijdens kraambed	256	271	300	344	88	34,4	10,4

Bron: SIG Zorginformatie

Het aantal vrouwen dat tijdens de zwangerschap, baring of kraambed wordt overgedragen naar de tweedelijin stijgt in de periode 1993-1996. In deze periode werden 28,2 procent meer vrouwen tijdens de zwangerschap overgedragen en 15,4 procent meer vrouwen tijdens de baring. Tijdens het kraambed werden uiteindelijk nog 34,4 procent meer vrouwen overgedragen.

3.5 Middelen

- * Indicator: - personele capaciteit
- * Kengetal: - aantal werkzame verloskundigen naar geslacht

Tabel 3.4 Aantal werkzame verloskundigen naar geslacht, per 31 december

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Proc.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
Vrouwen	1.194	1.235	1.290	1.313	119	10,0	3,2
Mannen	40	41	42	44	4	10,0	3,2
Totaal	1.234	1.276	1.332	1.357	123	10,0	3,2

Bron: RAZ 1997 (NIVEL 1997)

Tabel 3.4 laat zien dat het aantal werkzame verloskundigen in de periode 1993-1996 met 10 procent gestegen is. Zowel het aantal mannelijke als vrouwelijke verloskundigen neemt in deze periode met 10 procent toe. Absoluut gezien zijn er sinds 1993 vier mannen meer werkzaam.

4 PARAMEDISCHE ZORG

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden kengetallen met betrekking tot de paramedische zorg gepresenteerd. Tot deze sector behoren de volgende tien beroepsgroepen: diëtië, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, mondhygiëne, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck, orthopedie, podotherapie en radiologisch laboranten.

Gegevens over het gebruik, de kosten, de productie en de middelen van de beroepen binnen deze sector worden, uitgezonderd de fysiotherapie, niet (systematisch) verzameld. Zo zijn er bijvoorbeeld geen gegevens bekend over het aantal personen dat gebruik maakt van ergotherapeuten, diëtisten of logopedisten.

De gegevens, waar mogelijk over de periode 1993-1996, die in deze paragraaf gepresenteerd worden over gebruik hebben alleen betrekking op de fysiotherapie, voor de kosten en productie zijn er gegevens over fysiotherapie, oefentherapie en logopedie en tenslotte zijn gegevens over middelen voor alle beroepsgroepen binnen deze sector bekend.

4.2 Gebruik

- * Indicator: - aantal gebruikers, eventueel uitgesplitst naar relevante categorieën
- * Kengetal: - contacten met de fysiotherapeut, naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijd

Tabel 4.1 Contact met de fysiotherapeut in 1 jaar naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijdscategorie

	1993	1994	1995	1996	Proc.groei 93-96
Percentage personen met contact					
Totaal	13,7	13,7	13,6	13,2	-0,5
<i>Geslacht</i>					
Mannen	11,8	11,1	12,1	11,1	-0,7
Vrouwen	15,5	16,3	15,0	15,3	-0,2
<i>Verzekeringsvorm</i>					
Ziekenfonds	15,2	14,4	13,9	13,9	-1,3
Particulier	11,5	12,8	13,1	12,2	0,7
<i>Leeftijd</i>					
0-19					
20-44	4,7	4,8	5,1	4,1	-0,6
45-64	14,5	13,6	14,0	13,1	-1,4
65+	19,2	21,1	19,4	19,4	0,2
	18,8	18,1	17,6	19,4	0,6

Bron: CBS (97/5)

Tabel 4.1 laat zien dat in 1996 13.2% van de Nederlandse bevolking contact heeft gehad met de fysiotherapeut. Vrouwen hebben meer contact gehad met de fysiotherapeut dan mannen (respect. 15.3% en 11.1%). Het aantal personen dat contact heeft gehad daalt gering in de periode 1993-1996 van 13,7% in 1993 naar 13,2% in 1996. Deze geringe daling wordt veroorzaakt door de afname (1,3%) van contacten van ziekenfondsverzekerden met de fysiotherapeut in deze periode.

4.3 Kosten

- * Indicator: - kosten naar financier
- * Kengetal: - kosten paramedici, naar financier

Tabel 4.2 Kosten van paramedici (mln.gld), naar financier

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93-96	Proc. groei	Gem jrl %groei 93-96
Fysiotherapeuten							
Ziekenfonds	838,0	862,5	882,7	663,8	-174,2	-20,8	-6,9
Particuliere verzekering	397,4	388,4	370,7	336,7	-60,7	-15,3	-5,1
Totaal	1.235,4	1.250,9	1.260,4	1.000,5	-234,9	-19,0	-6,3
Kostenzf-verzekerde *	89,28	91,09	91,27	68,07	-21,21	-23,6	-7,9
Kosten part. verzekerde *	67,90	66,14	65,67	58,64	-9,26	-13,6	-4,5
Oefentherapeuten (Mensendieck/Cesar)							
Ziekenfonds	51,0	52,4	55,1	49,7	-1,3	-2,5	-0,8
Particuliere verzekering	23,9	23,6	23,5	19,8	-4,1	-17,1	-5,7
Totaal	74,9	76,0	78,6	69,5	-5,4	-7,2	-2,4
Kosten zf-verzekerde *	5,43	5,53	5,70	5,10	-0,33	-6,1	-2,0
Kosten part. verzekerde *	4,08	4,02	4,09	3,45	-0,63	-15,4	-5,1
Logopedisten							
Ziekenfonds	48,3	48,9	53,3	54,3	6,0	12,4	4,1
Particuliere verzekering	25,5	22,0	22,8	23,6	-1,9	-7,5	-2,5
Totaal	73,8	70,9	76,1	77,9	4,1	5,5	1,9
Kosten zf-verzekerde *	5,15	5,16	5,72	5,57	0,42	8,2	2,7
Kosten part. verzekerde *	4,36	3,75	3,96	4,11	-0,25	-5,7	-1,9

*= eigen berekening

Bron : JOZ (1998); Ziekenfondsraad 1995

In tabel 4.2 worden de kosten van fysiotherapie, oefentherapeuten Mensendieck/Cesar en de logopedie gepresenteerd. De kosten voor fysiotherapie vormen het grootste deel van de paramedische kosten. Tot 1996 stijgen de kosten voor fysiotherapie jaarlijks tot ruim 882 miljoen gulden in 1995. Sinds 1 januari 1996 zijn de aanspraken op fysiotherapie in de Ziekenfondswet en WTZ (Wet toegang ziektekostenverzekering). De maatregel leidt in 1996 tot een daling van de kosten van 174 miljoen gulden. In totaal dalen de kosten voor fysiotherapie in in de periode 1993-1996 met 13,6%.

De totale kosten voor de oefentherapeuten dalen in de periode 1993-1996 met 7,2%. De totale kosten voor logopedie is daarentegen in deze periode met 5,5% toegenomen.

4.4 Productie

- * Indicator: - verrichtingen, eventueel uitgesplitst naar relevante categorieën
- * Kengetal: - totaal aantal zittingen fysiotherapie ziekenfondsverzekerden
- totaal aantal behandelingen oefentherapie en logopedie ziekenfondsverzekerden

Tabel 4.3 Totaal aantal verrichtingen ziekenfondsverzekerden (fysiotherapie)

	1993	1994	1995	Abs.groei 93-95	Proc.gr. 93-95	Gem.jrl.% groei 93-95
<i>Zittingen:</i>						
volledig tarief	18.114.882	17.923.910	18.351.703	236.821	1,3	0,7
degressief tarief	3.087.124	2.880.183	2.904.135	-182.989	-5,9	-3,0
Totaal zittingen	21.202.006	20.804.093	21.255.838	53.832	0,3	0,1
<i>Uitbehandelingen:</i>						
volledig tarief	2.497.787	2.384.115	2.732.066	234.279	9,4	4,6
degressief tarief	442.003	396.466	436.102	-5.901	-1,3	-0,7
zonder toeslag	33.803	30.643	32.773	-1.030	-3,0	-1,5
Totaal uitbehandelingen	2.973.593	2.811.224	3.200.941	227.348	7,6	3,8
Totaal verrichtingen	24.175.599	23.615.317	24.456.779	281.180	1,2	0,6

Bron : Ziekenfondsraad 1995

In tabel 4.3 staat het totaal aantal verrichtingen fysiotherapie voor ziekenfondsverzekerden. Het absoluut aantal zittingen is tussen 1993 en 1995 met 0,3% gestegen. De gemiddelde jaarlijkse procentuele groei is nagenoeg gelijk gebleven in deze periode.

Het absoluut aantal uitbehandelingen (buiten de praktijk van de fysiotherapeut) steeg in de periode 1993-1995 met 7,6%, dit betekent een jaarlijkse groei van 3,8%.

Tabel 4.4 Totaal aantal behandelingen oefentherapie (Mensendieck en Cesar) en aantal verrichtingen logopedie ziekenfondsverzekerden

	1993	1994	1995	Abs.groei 93-95	Proc.groei 93-95	Gem jrl % groei 93-95
Oefentherapie						
<i>Mensendieck</i>						
absoluut	743.579	745.166	772.491	28.912	3,9	1,9
per 1000 verzekerden	79,0	77,8	79,7	0,7	0,9	0,4
<i>Cesar</i>						
absoluut	781.668	792.991	804.927	23.259	3,0	1,5
per 1000 verzekerden	83,0	82,8	83,0	0,0	0,0	0,0
Logopedie						
<i>Stottertherapie</i>						
therapiedagen absoluut	2.355	1.535	1.761	-594	-25,2	-13,5
per 1000 verzekerden	0,3	0,2	0,2	-0,1	-33,3	-18,4

In tabel 4.4 staat het totaal aantal behandelingen oefentherapie en logopedie voor ziekenfondsverzekerden. Zowel het absolute behandelingen als het aantal behandelingen per 1000 ziekenfondsverzekerden is in deze tabel opgenomen.

Het absoluut aantal behandeling oefentherapie Mensendieck stijgt in de periode 1993-1995 jaarlijks met 1,9%, per 1000 ziekenfondsverzekerden is de jaarlijkse stijging 0,4%.

Het totaal aantal behandeling oefentherapie Cesar stijgt in deze periode jaarlijks met 1,5%, per 1000 ziekenfondsverzekerden is de jaarlijkse 'groei' gelijk gebleven.

Ten aanzien van de logopedie zijn vanuit de Ziekenfondsraad alleen gegevens beschikbaar over stottertherapie. In de periode 1993-1995 zijn er absoluut gezien een kwart minder therapiedagen besteed aan stottertherapie. Per 1000 verzekerden is er een jaarlijkse procentuele afname van 18,4%.

4.5 Middelen

- * Indicator: - personele capaciteit
- * Kengetal: - aantal werkzame paramedische beroepsbeoefenaren

Tabel 4.5 Aantal werkzame paramedische beroepsbeoefenaren

	1993	1994	1995	1996	Abs.gr. 93-96	Proc.gr 93-96	Gem.jrl.% groei 93-96
Fysiotherapeut	11.545	11.541	-	11.550	5	0,0	0,0
Ergotherapeut *	1.509	1.576	1.621	1.700	191	12,7	4,1
Logopedist *	3.471	3.226	3.393	3.359	-112	-3,2	-1,1
Oefenth-Mensendieck *	860	851	832	850	-10	-1,2	-0,4
Oefenth-Cesar *	795	793	823	813	18	2,3	0,7
Diëtisten *	2.306	2.201	2.121	2.242	-64	-2,8	-0,9
Mondhygiënist *	1.278	1.278	1.353	1.375	97	7,6	2,5
Orthopist	269	268	277	274	5	1,9	0,6
Podotherapist *	200	228	259	291	91	45,5	13,3
Radiologisch laborant (diagnostiek en therapie)	8.662	9.072	9.256	9.736	1.074	12,4	4,0

* Schatting op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname
Bron : RAZ 1997 (NIVEL, 1997)

Tabel 4.5 laat zien dat het aantal werkzame logopedisten, oefentherapeuten-Mensendieck en diëtisten (geschat op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname) tussen 1993 en 1996 is afgenomen. Het aantal overige paramedici is in deze periode toegenomen, waarbij het aantal podotherapeuten procentueel gezien het meest is toegenomen, namelijk met 45,5%. Op de tweede plaats komen de ergotherapeuten (12,7%) en radiologisch laboranten (12,4%).

5 THUISZORG

5.1 Inleiding

Onder thuiszorg wordt verstaan: wijkverpleging, wijkziekenverzorging, gezinsverzorging en hulpmiddelenuitleen. In deel II van dit rapport is een verdiepende studie naar de thuiszorg opgenomen. In dit hoofdstuk worden gegevens gepresenteerd over het kruiswerk, dat wil zeggen wijkverpleging en wijkziekenverzorging en over de gezinsverzorging. Achtereenvolgens komen gegevens over het gebruik, de kosten, de productie, en de middelen aan de orde.

5.2 Gebruik

* Indicator:	-	aantal gebruikers eventueel uitgesplitst naar relevante categorieën
* Kengetal:	-	aantal personen in zorg

Tabel 5.1 Aantal personen in zorg voor gezinsverzorging, wijkverpleging en geïntegreerde instellingen

	1993	1994	1995	Abs. groei 93-95	Proc. groei 93-95	Gem.jr. %groei 93-95
Gezinsverzorging						
aantal personen in zorg	232.344	177.491	-	-	-	-
Wijkverpleging						
aantal personen in zorg	230.780	200.022	-	-	-	-
Geïntegreerd						
aantal personen in zorg	-	110.200	-	-	-	-
Totaal						
Aantal personen in zorg	463.124	487.713	470.565	7.441	1,6	0,8

Bron: Jaarboek Thuiszorg 1993, 1994, 1995

Het aantal personen in zorg bij de thuiszorg staat vermeld in tabel 5.1. Gegevens voor de afzonderlijke werksoorten zijn moeilijk uit te splitsen. Voor sommige van de gefuseerde instellingen geldt dat de administraties van onderdelen van de werksoorten zodanig geïntegreerd zijn, dat het moeilijk is de gegevens met betrekking tot cliënten, personeel en kosten te splitsen naar afzonderlijke werksoorten (Jaarboek thuiszorg, 1995).

Volledige gegevens zijn wel beschikbaar over het totaal aantal personen in zorg. In de periode 1993-1995 blijkt een lichte toename van 7.441 personen in zorg. Dit is een jaarlijkse groei van 0,8 procent.

5.3 Kosten

* Indicator: - kosten naar financier
 * Kengetal: - kosten thuiszorg naar financier

Tabel 5.2 Kosten thuiszorg (mln gld) naar financier

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Proc.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93-96
Gezinsverzorging							
AWBZ	1.760,2	1.903,0	2.007,2	1.991,0	230,8	13,1	4,4
Eigen betalingen	248,5	209,6	96,0	183,3	-65,2	-26,2	-8,7
Totaal	1.008,7	2.112,6	2.103,2	2.174,3	165,6	8,2	2,7
Kruiswerk							
AWBZ	590,1	573,8	610,9	657,5	67,4	11,4	3,8
Eigen betalingen	123,0	175,2	156,3	122,4	-0,6	-0,5	-0,2
Totaal	713,1	749,0	767,2	779,9	66,8	9,4	3,1
Intensieve thuiszorg							
AWBZ	8,3	1,9	7,7	10,9	2,6	31,3	10,4
Ziekenfonds	50,4	45,1	49,7	56,6	6,2	12,3	4,1
Totaal	58,7	47,0	57,4	66,9	8,2	14,0	4,7
Persoonsgebonden budgetten thuiszorg							
AWBZ	-	5,1		39,7	85,4	-	-
Totaal	-	5,1		39,7	85,4	-	-

Bron: JOZ 1998

Tabel 5.2 laat de kosten van de gezinsverzorging en het kruiswerk zien, de kosten voor intensieve thuiszorg en de kosten voor het persoonsgebonden budget.

De kosten voor gezinsverzorging en kruiswerk ten laste van de AWBZ zijn tussen 1993 en 1996 beiden gestegen, bij de gezinsverzorging met 13,1% en bij het kruiswerk met 11,4%. De eigen bijdrage systematiek is in 1994 en 1995 gewijzigd en wordt in 1997 opnieuw aangepast. De inkomsten uit eigen bijdragen zijn voor het kruiswerk in 1996 ten opzichte van 1993 ongeveer gelijk gebleven, de tussen liggende jaren laten schommelingen zien in de bedragen. Bij de gezinsverzorging daalden de inkomsten uit eigen betalingen met 65,2%. De daling van de eigen betalingen in de gezinsverzorging heeft onder andere te maken met het feit dat de Algemene ArbeidsongeschiktheidsWet (AAW) hier geen onderdeel meer van is.

De kosten voor intensieve thuiszorg worden voor het grootste gedeelte betaald door de ziekenfondsen. In 1993 was dat 50,4 miljoen gulden en in 1996 56,6 miljoen gulden, een gemiddelde jaarlijkse stijging van 4,1%. Het persoonsgebonden budget is in 1995 ingevoerd en kent vooraf vastgestelde jaarlijkse budgetten. In 1995 bedraagt het budget ruim 39 miljoen gulden en in 1996 85,4 miljoen gulden.

5.4 Productie

* Indicator: - verrichtingen eventueel uitgesplitst naar relevante categorieën
 * Kengetal: - totaal aantal uren thuiszorg

Tabel 5.3 Aantal uren zorgverlening bij de wijkverpleging, de gezinsverzorging en geïntegreerde instellingen

	1993	1994	1995	Abs. groei 93-95	Proc. groei 93-95	Gem.jrl. % groei 93-95
Gezinsverzorging						
Aantal uren tradit. hulpverlening	39.895.252	28.593.237	22.888.671	-17.006.581	-42,6	-24,3
Aantal uren alpha-hulpverlening	8.153.058	6.763.336	5.306.393	-2.846.665	-34,9	-19,3
Wijkverpleging						
Aantal uren wijkverpleging	-	-	-	-	-	-
Aantal uren wijkziekenverzorging	3.533.033	2.596.755	1.921.723	-1.611.310	-45,6	-26,2
Geïntegreerd						
Aantal uren zorg	1.794.131	1.408.589	1.121.676	-672.455	-37,5	-20,9
Totaal	-	14.765.097	23.502.644	-	-	-
Aantal uren thuiszorg	-	-	-	-	-	-
Gemiddeld aantal uren thuiszorg per cliënt	53.375.474	54.127.014	54.741.107	1.365.633	2,6	1,2
	115,3	111,0	116,3	1,0	0,9	0,4

* exclusief diëtiëk

Bron: Jaarboek Thuiszorg 1993,1994,1995

Uit tabel 5.3 blijkt dat er een afname is van het aantal uren gezinsverzorging en wijkverpleging voor de afzonderlijke instellingen voor gezinsverzorging en wijkverpleging. De gegevens over 1994 en 1995 laten een toename zien van het aantal uren thuiszorg gegeven door de geïntegreerde instellingen voor thuiszorg. Het totaal aantal uren thuiszorg neemt in de periode 1993-1995 toe met 2,6 procent. Het gemiddeld aantal uren thuiszorg per cliënt stijgt licht in de periode 1993-1995.

5.5 Middelen

* Indicator:	- personele capaciteit
* Kengetal :	- aantal instellingen naar soort
	- aantal werkzame personen in de thuiszorg beroepen

Tabel 5.4 Het aantal instellingen voor thuiszorg 1993-1996

	1993 (CBS)	1993 (LVT,NZi)	1994 (LVT,NZi)	1996 (COTG)
Kruiswerk	37	31	26	28
Gezinsverzorging	78	72	60	50
Thuiszorg geïntegreerd	41*	36	41	49
Totaal	156	139	127	127

* Inclusief zelfstandige entadministraties.

Bron: CBS, exploitatie- en algemene gegevens van instellingen voor thuiszorg (Maandbericht Gezondheidsstatistiek); LVT/NZi, Jaarboek Thuiszorg 1993, 1994; COTG 1996 (incl. landelijk werkende organisaties)

Uit tabel 5.4 blijkt dat het aantal geïntegreerde instellingen voor thuiszorg toeneemt.

Tabel 5.5 Het aantal werkzame personen in de uitvoerende thuiszorg-beroepen, per 31 december

	1994	1995
Wijkverpleegkundigen	7.915	7.587
Wijkziekenverzorgenden	3.550	4.093
Verpleegkundigen in de wijk	1.993	2.252
Diëtisten	400	442
G.V.O-ers	62	81
Ergotherapeuten	24	26
Consultatiebureau-artsen	768	862
Gezinshelpenden*	46.596	47.376
Gezinsverzorgenden*	17.064	19.208
Gespecialiseerde gezinsverzorgenden*	1.322	1.354
Kraamverzorgenden	4.937	5.814
Leerling kraamverzorgenden	61	16
Overig uitvoerend personeel	2.063	1.625
Totaal uitvoerend personeel	86.755	90.736
Alpha-helpenden	39.464	36.833

Bron: RAZ 1997 (NIVEL, 1997)

* De gezinsverzorgenden /-helpenden zijn in 1994 opgedeeld in de categorieën thuishulpen A, verzorgingshulpen B, verzorgenden C, verzorgenden D en verzorgenden E

Tabel 5.5 laat zien dat het aantal wijkverpleegkundigen in 1995 gedaald is ten opzichte van 1990. Het aantal ziekenverzorgenden en verpleegkundigen in de wijk is daarentegen gestegen. Het aantal werkzame personen binnen de gezinsverzorging (gezinshelpenden, gezinsverzorgende en gespecialiseerde gezinsverzorgende is in 1995 ten opzicht van 1994 gestegen. Absoluut gezien zijn er tussen 1994 en 1995 bijna 4000 personen meer werkzaam in de thuiszorg.

6 AMBULANCEZORG EN ZIEKENVERVOER

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de kengetallen met betrekking tot ambulancezorg en ziekenvervoer gepresenteerd. Onder ambulancezorg wordt liggend vervoer verstaan en onder ziekenvervoer zittend vervoer. Achtereenvolgens komen cijfers over het gebruik, de kosten, de productie en de middelen met betrekking tot deze deelsector aan de orde. De gegevens hebben betrekking op de periode 1993-1995. Recentere gegevens zijn momenteel niet voorhanden.

Voor het brancherapport 1998 zal een verdiepende studie naar spoedeisende medische hulpverlening worden uitgevoerd.

6.2 Gebruik

* Indicator:	- aantal gebruikers eventueel uitgesplitst naar relevante categorieën
* Kengetal:	- totaal aantal ritten

Tabel 6.1 Totaal aantal ritten ambulancediensten

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Proc.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Ritten (x 1000)	622	628	649	27	4,3	2,1

* Aantal per 31 december

Bron : CBS 97/8

Tabel 6.1 laat een toename zien van het aantal ritten van ambulancediensten. Absoluut nam het aantal ritten in de periode 1993-1995 met 27.000 toe. Dit is een toename van gemiddeld 2,1% per jaar.

6.3 Kosten

* Indicator:	- kosten naar financier
* Kengetal:	- kosten ambulancezorg en ziekenvervoer naar financier

Tabel 6.2 Kosten ambulancezorg en ziekenvervoer (mln.gld), naar financier

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Proc.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
Ambulancezorg							
ZFW	207,4	230,8	224,6	240,4	33,0	15,9	5,3
Particuliere verz.	77,5	85,2	79,2	89,0	11,5	14,8	4,9
Overheid	26,1	12,0	6,0	4,0	-22,1	-84,7	-28,2
Totaal	311,0	328,0	309,8	333,4	22,4	7,2	2,4
Kosten per zf-verz.	22,10	24,37	23,22	24,65	2,55	11,5	3,8
Kosten per part.verz.	13,24	14,51	13,77	15,50	2,26	17,1	5,7
Overige ziekenvervoer							
ZFW	172,3	180,5	206,8	210,4	38,1	22,1	7,4
Particuliere verz.	51,3	77,4	64,8	72,9	21,6	42,1	14,0
Eigen betalingen part.	25,4	-0,9	20,4	15,9	-9,5	-37,4	-12,5
Totaal	249,0	257,0	185,0	299,2	50,2	20,2	6,7

Bron : JOZ 1998

De totale kosten van de ambulancezorg (zie tabel 6.2) zijn tussen 1993 en 1996 met 22,4 miljoen gulden gestegen. Dit betekent een jaarlijkse procentuele groei van 2,4%. De overheids-bijdrage voor het ziekenvervoer is in deze periode met 84,7% afgenomen. De meeste kosten van de ambulancezorg komen ten laste van de ziekenfondsen, tussen 1993 en 1996 stegen deze kosten jaarlijks gemiddeld met 5,3%.

De totale kosten van het overige ziekenvervoer stegen tussen 1993 en 1996 met 20,2%. Het grootste gedeelte van de kosten komt ten laste van de ziekenfondsen. Het aandeel in de kosten voor de particuliere verzekeringen is in deze periode absoluut gezien met ruim 21 miljoen gulden (42%) toegenomen, een jaarlijkse groei van 14%. Het aandeel eigen betalingen van particulieren in de totale kosten is in deze periode met 37,4% afgenomen van 25,4 miljoen gulden in 1993 tot 15,9 miljoen gulden in 1996.

6.4 Productie

- | | |
|--------------|---|
| * Indicator: | - verrichtingen eventueel uitgesplitst naar relevante categorieën |
| * Kengetal: | - totaal aantal kilometers |

Tabel 6.3 Totaal aantal kilometers ambulances

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Proc.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93-95
Kilometers (x 1000)	20.811	21.768	22.471	1.660	8,0	3,9

* Aantal per 31 december

Bron : CBS 97/8

In tabel 6.3 staan het aantal kilometers van de ambulancediensten. Absoluut gezien is er in de periode 1993-1995 een toename van 1660 kilometers. Dit is een jaarlijkse procentuele groei van 3,9%.

6.5 Middelen

* Indicator:	- capaciteit materieel - capaciteit personeel
* Kengetal:	- aantal ambulancediensten, ambulances en personeelsleden

Tabel 6.4 Algemene gegevens van ambulancediensten en personeelsleden

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Proc.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93-95
Ambulance diensten *	150	142	130	-20	-13,3	-6,9
Ambulance lokaties*	217	220	213	-4	-1,8	-0,9
Ambulances*	642	641	637	-5	-0,8	-0,4
Aantal personeelsleden	-	3.232	3.404 ¹	-	-	-

* Aantal per 31 december

¹Bij een respons van circa 86% geldt een schatting van 3.960 personeelsleden.

Bron : RAZ 1997

Het aantal ambulancediensten is in de periode 1993-1995 met 13,3% afgenomen. Dit wil zeggen dat er absoluut gezien in deze periode 20 diensten minder zijn. Ook het aantal lokaties en het aantal ambulances is iets afgenomen. Het aantal personeelsleden werkzaam bij het ziekenvervoer is daarentegen toegenomen van 3232 in 1994 tot 3404 in 1995.

7 DE MEDISCH SPECIALIST

7.1 Inleiding

In deze paragraaf worden de tabellen uit het branche-rapport "Curatieve Somatische Zorg" uit 1996 geactualiseerd en kort van commentaar voorzien. Achtereenvolgens komen aan de orde: Het gebruik, de kosten, de productie en de middelen. De tabellen bestrijken de periode 1993-1996. Hierbij moet worden aangetekend, dat de cijfers over 1996 schattingen zijn.

7.2 Gebruik

* Indicator: - aantal gebruikers, eventueel uitgesplitst naar relevante categorieën
* Kengetal: - contacten met een specialist naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijd

In onderstaande tabel worden enkele kenmerken gepresenteerd van de groep mensen die in het betreffende jaar ten minste één contact met een medisch specialist hebben gehad.

Tabel 7.1 Contact met een specialist in 1 jaar naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijdscategorie

	1993	1994	1995	1996	Proc. groei 93-96	Gem.jrl %groei 93-96
Percentage personen met contact						
Totaal	39,7	39,5	38,9	37,6	-2,1	-1,8
<i>Geslacht</i>						
Mannen	36,2	37,0	35,3	33,9	-2,3	-2,2
Vrouwen	43,1	42,0	42,3	41,1	-2,0	-1,6
<i>Verzekeringsvorm</i>						
Ziekenfonds	40,8	40,1	38,6	38,2	-2,6	-2,2
Part.verzekerd	38,0	38,6	39,4	36,6	-1,4	-1,2
<i>Leeftijd</i>						
0-19	34,2	34,1	32,2	30,0	-4,2	-4,3
20-44	34,6	34,6	34,0	32,2	-2,4	-2,4
45-64	44,3	43,0	43,0	42,1	-2,2	-1,7
65+	58,0	58,8	58,7	59,4	1,4	0,8

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS) 97/5

In het algemeen is er in de verschillende onderscheiden groepen sprake van een lichte daling van het percentage van mensen, dat contact heeft gehad met een medisch specialist. Alleen in de groep 65+ is sprake van een lichte stijging.

7.3 Kosten

* Indicator : - kosten
 * Kengetal : - lumpsum per specialisme
 - kosten medisch specialisten naar financier

Het blijkt moeilijk zicht te krijgen op de kosten van medisch-specialistische hulp per specialisme. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de lumpsum voor medisch specialistische hulp in 1995, zoals opgesteld door het COTG. In deze tabel zijn alleen de FTE-plaatsen voor vrijgevestigde medisch specialisten opgenomen. Dat verklaart waarom de aantallen FTE-specialistenplaatsen afwijken van die in tabel 4, waarin het aantal erkende FTE-specialistenplaatsen is opgenomen.

Tabel 7.2 Lumpsum 1995 per specialisme

Specialisme	Totale lumpsum (x f. 1.000)	FTE's erkende specialisten eenheden	Lumpsum per fte (x f. 1.000)
Oogheekunde	99.621	253	394
KNO-heelkunde	110.280	246	448
Heelkunde	226.196	532	425
Plastische chirurgie	29.384	62	473
Orthopaedie	93.466	247	378
Urologie	74.145	166	446
Verloskunde en gynaecologie	154.758	390	397
Neurochirurgie	11.577	27	430
Dermatologie en venerologie	74.031	163	453
Inwendige geneeskunde	204.733	598	342
Geriatric			
Kindergeneeskunde	32.611	103	315
Gastro-enterologie	11.332	30	382
Cardiologie	164.657	315	522
Longziekten en tuberculose	69.761	174	402
Reumatologie	12.578	48	264
Allergologie	2.348	6	427
Revalidatiegeneeskunde	-	-	-
Cardiopulmonale chirurgie	12.120	21	577
Psychiatrie	15.982	46	347
Neurologie	97.389	294	331
Radiotherapie	3.612	12	309
Radiodiagnostiek	199.306	451	714
Nucleaire geneeskunde	3.493	5	699
Klinische chemie	-	-	-
Medische microbiologie	34.748	44	787
Pathologie	21.535	69	310
Anaesthesiologie	164.725	425	387
Algemeen	14.849	-	-
Extra volume artikel 18 WZV	1.276	-	-
Totaal	1.947.549	4743	411

Bron: COTG 1997, NVZ-nieuws, 21 februari 1997

Tabel 7.3 Kosten van medisch specialisten, inclusief tandheekkundige specialismen, naar financier

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Proc.groei 93 - 96
Ziekenfonds	1.210,6	1.292,9	1.382,7	1.088,0	-122,6	-3,5
Particulier	1.200,6	1.098,9	1.082,4	1.088,2	-112,4	-3,2
Eigen betalingen particulier	113,2	177,2	-20,1	158,0	44,8	11,8
Totaal (excl. psych)	2.524,4	2.569,0	2.445,0	2.334,2	-190,2	-2,6
AWBZ	148,5	129,4	91,9	108,6	-39,6	-9,9
Totaal (incl. psych)	2.672,9	2.698,4	2.536,9	2.442,8	-230,1	-3,0

Bron: JOZ 1997

*) Schatting

In tabel 7.3 zijn de kosten voor medisch specialistische hulp weergegeven in relatie tot de financieringsbronnen. Opvallend is de relatief grote stijging van de eigen betalingen. Niet zichtbaar in deze tabel is, dat de kosten van tandheekkundige specialismen in deze periode afnemen van 346 miljoen gulden in 1993 tot een geschatte 155 miljoen gulden in 1996.

7.4 Productie

- * Indicator : - productie versus ingezette middelen
- * Kengetal : - aantal ontslagen en overleden patiënten per FTE specialist
 - aantal verpleegdagen per FTE specialist
 - aantal 1e polikliniekbezoeken per FTE specialist
 - totaal aantal polikliniekbezoeken per FTE specialist
 - herhalingsfactor polikliniekbezoek per FTE specialist

Aantal ontslagen en overleden patiënten per FTE-specialist

Tabel 7.4 Klinische productie per specialist ('93-'96), algemene ziekenhuizen: aantal ontslagen en overleden patiënten per FTE-specialist

Specialisme	Aantal ontslagen en overleden patiënten per FTE-specialist				Abs. groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
	1993	1994	1995	1996		
Inwendige	265	266	267	269	4	0,5
Longziekten en tuberculose	246	243	253	260	14	1,9
Cardiologie	391	412	420	430	39	3,2
Reumatologie	64	65	64	62	-2	-1,1
Gastro-enterologie	115	146	153	159	44	11,4
Allergologie	2	0	0	1	-1	-20,6
Kindergeneeskunde	306	310	296	299	-7	-0,8
Klinische geriatrie	108	100	97	98	-10	-3,2
Dermatologie en venerologie	20	20	19	18	-2	-3,5
Totaal Interne	256	261	262	265	9	1,2
Chirurgie	416	429	425	429	13	1,0
Orthopaedie	326	330	315	310	-16	-1,7
Urologie	306	300	290	278	-28	-3,1
Plastische chirurgie	260	265	243	226	-34	-4,6
Neurochirurgie	356	364	350	343	-13	-1,2
Cardiopulmonale chirurgie	127	150	130	147	20	5,0
Verloskunde/gynaecologie	466	472	457	453	-13	-0,9
Oogheelkunde	155	161	145	131	-24	-5,5
KNO-heelkunde	199	204	194	191	-8	-1,4
Totaal Heelkunde	335	342	329	324	-11	-1,1
Neurologie	268	270	248	238	-30	-3,9
Psychiatrie	87	92	89	89	2	0,8
Zenuw- en zielsziekten	118	84	149	144	26	6,9
Totaal Zenuw- en zielsziekten	203	205	193	186	-17	-2,9
Anaesthesiologie	5	6	6	6	1	6,3
Revalidatie	1	4	4	-	-1	-
Radiodiagnostiek	1	1	-	-	-1	-
Radiotherapie	38	35	27	26	-12	-11,9
Radiologie	0	-	-	-	-	-
Nucleaire geneeskunde	7	-	-	12	5	19,7
Pathologische anatomie	-	-	-	-	-	-
Medische micro-biologie	-	-	-	-	-	-
Klinische genetica	-	-	-	-	-	-
TOTAAL	222	226	221	220	-2	-0,3
Tandarts	-	-	-	-	-	-
Tandarts spec mond-kaakchir.	50	50	50	46	-4	-2,7
Huisarts	-	-	-	-	-	-
Verloskundige	-	-	-	-	-	-
Overige	-	-	-	-	-	-
Totaal	219	223	218	216	-3	-0,5

Bron: NZi

Uit tabel 7.4 valt het volgende af te leiden met betrekking tot het aantal ontslagen patiënten per FTE-specialist. Over het totaal aan FTE-specialisten is het aantal ontslagen patiënten per jaar gemiddeld iets afgenomen (-0,5% per jaar). De heelkunde als geheel nam af (-1,1% per jaar) met als sterkste dalers plastische chirurgie en oogheelkunde die met 4,6% respectievelijk 5,5% gemiddeld per jaar afnamen. Het aantal ontslagen patiënten bij interne geneeskunde nam gemiddeld per jaar toe met 1,2%, waarbij vooral de stijgingen bij gastro-enterologie (11,4%) en bij cardiologie

(3,2%) opvallen.

Aantal verpleegdagen per FTE-specialist

Tabel 7.5 Productie per specialist (1993-1996), algemene ziekenhuizen: aantal verpleegdagen per FTE-specialist

Specialisme	Aantal verpleegdagen per FTE-specialist				Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
	1993	1994	1995	1996		
inwendige	3.552	3.429	3.349	3.280	-272	-0,6
Longziekten en tuberculose	3.635	3.545	3.561	3.606	-29	-0,3
Cardiologie	3.249	3.293	3.289	3.328	79	-0,8
Reumatologie	1.382	1.331	1.297	1.201	-181	-4,6
Gastro-enterologie	1.477	1.854	1.873	1.843	366	7,7
Allergologie	4	1	4	2	-2	-20,6
Kindergeneeskunde	2.566	2.515	2.328	2.268	-298	-11,7
Klinische geriatrie	4.732	3.980	3.483	3.255	-1.477	-6,0
Dermatologie en venerologie	481	442	438	400	-81	-2,0
Totaal Interne	2.923	2.855	2.790	2.755	-168	-1,6
Chirurgie	4.144	4.121	4.010	3.946	-198	-2,6
Orthopaedie	3.599	3.564	3.415	3.324	-275	-6,7
Urologie	2.416	2.313	2.162	1.964	-452	-7,5
Plastische chirurgie	1.391	1.389	1.277	1.102	-289	-3,8
Neurochirurgie	3.870	3.848	3.632	3.446	-424	1,0
Cardiopulmonale chirurgie	1.648	1.876	1.577	1.698	50	-4,1
Verloskunde/gynaecologie	2.528	2.484	2.317	2.232	-296	-13,0
Oogheelkunde	555	520	431	366	-189	-5,6
KNO-heelkunde	763	745	682	641	-122	-3,3
Totaal Heelkunde	2.574	2.548	2.411	2.325	-249	-2,8
Neurologie	3.775	3.809	3.609	3.468	-307	-1,5
Psychiatrie	3.104	3.150	3.055	2.962	-142	6,2
Zenuw- en zielsziekten	2.180	1.791	2.776	2.612	432	-2,2
Totaal Zenuw- en zielsziekten	3.511	3.536	3.409	3.285	-226	3,5
Anaesthesiologie	37	43	41	41	4	18,6
Revalidatie	344	299	204	574	230	-20,6
Radiodiagnostiek	2	1	0	1	-1	-8,3
Radiotherapie	237	199	196	183	-54	-
Radiologie	2	-	-	0	-2	3,9
Nucleaire geneeskunde	25	-	3	28	3	-
Pathologische anatomie	-	-	-	-	-	-
Medische micro-biologie	-	-	-	-	-	-
Klinische genetica	-	-	-	-	-	-
TOTAAL	2.175	2.145	2.064	2.009	-166	-2,6
Tandarts	-	-	-	-	-	-
Tandarts spec mond-kaakchir.	214	200	240	178	-36	-6,0
Huisarts	-	-	-	-	-	-
Verloskundige	-	-	-	-	-	-
Overige	-	-	-	-	-	-2,7
Totaal	2.143	2.112	2.033	1.976	-167	-

Bron: NZi

Uit de bovenstaande tabel kan onder meer het volgende worden afgeleid. Het aantal verpleegdagen per FTE-specialist nam verder af. Gemiddeld met 2,7% per jaar. De belangrijkste factoren voor dit algemene patroon zijn ongetwijfeld de steeds verder gaande daling van de gemiddelde verpleegduur en de toename van het aantal dagbe-

handelingen. Toch zijn er verschillende patronen te onderkennen. Een grote toename was te zien bij gastro-enterologie (7,7%), een sterke afname was te zien bij oogheelkunde met 13%. In dit laatste geval zal zeker de toename van het aantal operaties in dagbehandeling een rol spelen.

Aantal eerste polikliniekbezoeken per FTE-specialist

Tabel 7.6 Productie per specialist (1993-1996), algemene ziekenhuizen: aantal 1e polikliniekbezoeken per FTE-specialist

Specialisme	Aantal 1e polikliniekbez./FTE-specialist				Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
	1993	1994	1995	1996		
Inwendige	627	686	730	785	158	7,8
Longziekten en tuberculose	480	507	544	592	112	7,2
Cardiologie	605	704	777	853	248	12,1
Reumatologie	558	591	605	654	96	5,4
Gastro-enterologie	498	640	720	811	313	17,7
Allergologie	728	713	691	714	-14	-0,6
Kindergeneeskunde	590	635	642	668	78	4,2
Klinische geriatrie	116	130	157	152	36	9,4
Dermatologie en venerologie	1.871	1.956	2.023	2.151	280	4,8
Totaal Interne	718	781	822	876	158	6,9
Chirurgie	1.376	1.452	1.490	1.557	181	4,2
Orthopaedie	1.320	1.380	1.394	1.476	156	3,8
Urologie	860	927	951	984	124	4,6
Plastische chirurgie	946	953	988	1.027	81	2,8
Neurochirurgie	511	548	600	627	116	7,1
Cardiopulmonale chirurgie	117	128	116	133	16	4,4
Verloskunde/gynaecologie	873	918	957	1.014	141	5,1
Oogheelkunde	2.319	2.500	2.550	2.741	422	5,7
KNO-heelkunde	1.594	1.670	1.722	1.784	190	3,8
Totaal Heelkunde	1.327	1.403	1.439	1.515	188	4,5
Neurologie	872	970	975	1.017	145	5,3
Psychiatrie	157	163	167	166	9	1,9
Zenuw- en zielsziekten	259	201	252	190	-69	-9,8
Totaal Zenuw- en zielsziekten	618	680	694	718	100	5,1
Anaesthesiologie	44	61	63	65	21	13,9
Revalidatie	448	444	448	496	48	3,5
Radiodiagnostiek	-	-	-	-	-	-
Radiotherapie	206	179	179	198	-8	-1,3
Radiologie	-	-	-	-	-	-
Nucleaire geneeskunde	-	-	-	-	-	-
Pathologische anatomie	-	-	-	-	-	-
Medische micro-biologie	-	-	-	-	-	-
Klinische genetica	-	-	-	-	-	-
TOTAAL	777	831	860	907	130	5,3
Tandarts	114	148	56	47	-67	-25,6
Tandarts spec mond-kaakchir.	2.137	2.288	2.072	2.064	-73	-1,2
Huisarts	-	-	-	-	-	-
Verloskundige	-	-	-	-	-	-
Overige	-	-	-	-	-	-
Totaal	804	860	885	930	126	5,0

Bron: NZi

Exclusief de specialistische tandheelkunde nam het aantal eerste-polikliniekbezoeken tussen 1993 en 1995 gemiddeld per FTE-specialist toe met 5,3%. Voor vrijwel alle specialismen was er sprake van een groei van deze productiefactor. Uitschieters zijn: gastro-enterologie (17,7%) en cardiologie (12,1%).

Totaal aantal polikliniekbezoeken per FTE-specialist

Tabel 7.7 Klinische productie per specialist ('93-'96), algemene ziekenhuizen: totaal aantal polikliniekbezoeken per FTE-specialist

Specialisme	Totaal aantal polikliniekbezoeken/FTE-specialist				Abs. groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
	1993	1994	1995	1996		
Inwendige	3.254	3.318	3.318	3.321	67	0,7
Longziekten en tuberculose	2.986	3.013	2.994	2.953	-33	-0,4
Cardiologie	2.903	3.077	3.087	3.109	206	2,3
Reumatologie	4.659	4.793	4.664	4.615	-44	-0,3
Gastro-enterologie	2.350	2.755	3.034	3.103	753	9,7
Allergologie	6.620	6.289	6.032	6.465	-155	-0,8
Kindergeneeskunde	2.203	2.253	2.174	2.150	-53	-0,8
Klinische geriatrie	336	391	449	433	97	8,8
Dermatologie en venerologie	8.181	8.236	8.218	8.237	56	0,2
Totaal Interne	3.506	3.587	3.559	3.534	28	0,3
Chirurgie	4.764	4.896	4.909	4.962	198	1,4
Orthopaedie	4.357	4.459	4.440	4.472	115	0,9
Urologie	3.975	4.149	4.163	4.143	168	1,4
Plastische chirurgie	3.507	3.724	3.634	3.538	31	0,3
Neurochirurgie	1.370	1.424	1.429	1.471	101	2,4
Cardiopulmonale chirurgie	181	196	211	255	74	12,1
Verloskunde/gynaecologie	3.864	3.960	3.875	3.858	-6	-0,1
Oogheelkunde	6.479	6.775	6.596	6.507	28	0,1
KNO-heelkunde	6.075	6.246	6.119	5.915	-160	-0,9
Totaal Heelkunde	4.695	4.847	4.783	4.751	56	0,4
Neurologie	2.879	3.050	2.938	2.895	16	0,2
Psychiatrie	1.409	1.325	1.355	1.304	-105	-2,5
Zenuw- en zielsziekten	1.178	917	917	813	-365	-11,6
Totaal Zenuw- en zielsziekten	2.345	2.417	2.374	2.329	-16	-0,2
Anaesthesiologie	215	160	266	256	41	6,0
Revalidatie	1.861	1.602	1.772	1.870	9	0,2
Radiodiagnostiek	-	-	-	-	-	-
Radiotherapie	1.063	982	845	942	-121	-3,9
Radiologie	-	-	-	-	-	-
Nucleaire geneeskunde	-	-	-	-	-	-
Pathologische anatomie	-	-	-	-	-	-
Medische micro-biologie	-	-	-	-	-	-
Klinische genetica	-	-	-	-	-	-
TOTAAL	3.075	3.167	3.136	3.109	34	0,4
Tandarts	1.456	1.850	1.011	846	-610	-16,6
Tandarts spec mond-kaakchir.	4.380	4.708	4.461	4.399	19	0,1
Huisarts	-	-	-	-	-	-
Verloskundige	-	-	-	-	-	-
Overige	-	-	-	-	-	-
Totaal	3.103	3.202	3.167	3.140	37	0,4

Bron: NZI

Ook het totaal aantal polikliniekbezoeken per FTE-specialist steeg, maar aanmerkelijk minder dan het aantal eerste-polikliniekbezoeken, namelijk met gemiddeld 0,4% per jaar. Beide gegevens gecombineerd impliceren, dat de herhaalfactor voor polikliniekbezoek in dezelfde periode moet zijn afgenomen. Uit tabel 7.8 blijkt dit ook: de herhaalfactor is (exclusief de tandheelkundige specialismen) met ruim 7% afgenomen.

Herhalingsfactor polikliniekbezoek

Tabel 7.8 Ontwikkeling herhalingsfactor polikliniekbezoek per FTE-specialist (1993-1996), algemene ziekenhuizen

Specialisme	Herhalingsfactor per FTE-specialist				Abs. groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
	1993	1994	1995	1996		
Inwendige	4,2	3,8	3,5	3,2	-1,0	-8,7
Longziekten en tuberculose	5,2	5,0	4,5	4,0	-1,2	-8,4
Cardiologie	3,8	3,4	3,0	2,6	-1,2	-11,9
Reumatologie	7,3	7,1	6,7	6,1	-1,2	-5,8
Gastro-enterologie	3,7	3,3	3,2	2,8	-0,9	-8,9
Allergologie	8,1	7,8	7,7	8,1	0,0	0,0
Kindergeneeskunde	2,7	2,6	2,4	2,2	-0,5	-6,6
Klinische geriatrie	1,9	2,0	1,9	1,8	-0,1	-1,8
Dermatologie en venerologie	3,4	3,2	3,1	2,8	-0,6	-6,3
Totaal Interne	3,9	3,6	3,3	3,0	-0,9	-8,4
Chirurgie	2,5	2,4	2,3	2,2	-0,3	-4,2
Orthopaedie	2,3	2,2	2,2	2,0	-0,3	-4,6
Urologie	3,6	3,5	3,4	3,2	-0,4	-3,9
Plastische chirurgie	2,7	2,9	2,7	2,4	-0,3	-3,9
Neurochirurgie	1,7	1,6	1,4	1,3	-0,4	-8,6
Cardiopulmonale chirurgie	0,6	0,5	0,8	0,9	0,3	14,5
Verloskunde/gynaecologie	3,4	3,3	3,0	2,8	-0,6	-6,3
Oogheelkunde	1,8	1,7	1,6	1,4	-0,4	-8,0
KNO-heelkunde	2,8	2,7	2,6	2,3	-0,5	-6,3
Totaal Heelkunde	2,5	2,5	2,3	2,1	-0,4	-5,6
Neurologie	2,3	2,2	2,0	1,8	-0,5	-7,8
Psychiatrie	8,0	7,1	7,1	6,8	-1,2	-5,3
Zenuw- en zielsziekten	3,5	3,6	2,6	3,3	-0,2	-1,9
Totaal Zenuw- en zielsziekten	2,8	2,6	2,4	2,2	-0,6	-7,7
Anaesthesiologie	3,9	1,6	3,2	2,9	-1,0	-9,4
Revalidatie	3,2	2,6	3,0	2,8	-0,4	-4,4
Radiodiagnostiek	-	-	-	-	-	-
Radiotherapie	4,2	4,5	3,7	3,7	-0,5	-4,1
Radiologie	-	-	-	-	-	-
Nucleaire geneeskunde	-	-	-	-	-	-
Pathologische anatomie	-	-	-	-	-	-
Medische micro-biologie	-	-	-	-	-	-
Klinische genetica	-	-	-	-	-	-
TOTAAL	3,0	2,8	2,6	2,4	-0,6	-7,2
Tandarts	11,8	11,5	-	16,9	5,1	12,7
Tandarts spec mond-kaakchir.	1,1	1,1	1,2	1,1	0,0	0,0
Huisarts	-	-	-	-	-	-
Verloskundige	-	-	-	-	-	-
Overige	-	-	3,9	4,4	-	-
Totaal	2,9	2,7	2,6	2,4	-0,5	-6,1

Bron: NZi

7.5 Middelen

* Indicator : - personele capaciteit
 * Kengetal : - aantal FTE's medische specialisten

Tabel 7.9 Aantal (erkende) specialistenplaatsen in FTE (1993-1996), algemene ziekenhuizen

Specialisme	Aantal full-time specialisten				Abs. groei	Gem jrl % groei
	1993	1994	1995	1996	93 - 96	93 - 96
Inwendige	682	678	679	671	-11	-0,5
Longziekten en tuberculose	209	216	219	225	16	2,5
Cardiologie	359	363	368	371	12	1,1
Reumatologie	67	69	72	74	7	3,4
Gastro-enterologie	28	30	31	37	9	9,7
Allergologie	5	5	5	5	0	0,0
Kindergeneeskunde	301	306	315	326	25	2,7
Klinische geriatrie	23	26	25	32	9	11,6
Dermatologie en venerologie	193	196	193	192	-1	-0,2
Totaal Interne	1.867	1.889	1.907	1.933	66	1,2
Chirurgie	584	581	581	578	-6	-0,3
Orthopaedie	277	282	289	292	15	1,8
Urologie	186	189	192	194	8	1,4
Plastische chirurgie	82	81	84	88	6	2,4
Neurochirurgie	39	39	41	43	4	3,3
Cardiopulmonale chirurgie	23	20	24	23	0	0,0
Verloskunde/gynaecologie	453	452	458	457	4	0,3
Oogheelkunde	283	281	290	290	7	0,8
KNO-heelkunde	282	278	283	281	-1	-0,1
Totaal Heelkunde	2.209	2.203	2.242	2.246	37	0,6
Neurologie	330	324	335	338	8	0,8
Psychiatrie	172	170	171	175	3	0,6
Zenuw- en zielsziekten	13	13	10	8	-5	-14,9
Totaal Zenuw- en zielsziekten	515	507	516	521	6	0,4
Anaesthesiologie	516	518	525	539	23	1,5
Revalidatie	60	65	68	66	6	3,2
Radiodiagnostiek	429	423	426	429	0	0,0
Radiotherapie	35	39	45	43	8	7,1
Radiologie	109	103	99	94	-15	-4,8
Nucleaire geneeskunde	26	28	29	31	5	6,0
Pathologische anatomie	130	133	135	133	3	0,8
Medische micro-biologie	82	83	78	82	0	0,0
Klinische genetica	-	-	-	-	-	-
TOTAAL	5.978	5.991	6.070	6.117	139	0,8
Tandarts	12	10	12	14	2	5,3
Tandarts spec mond-kaakchir.	125	123	124	129	4	1,1
Huisarts	-	-	-	-	-	-
Verloskundige	-	-	-	-	-	-
Overige	-	-	-	-	-	-
Totaal	6.115	6.124	6.206	6.260	145	0,8

Bron: NZi

Het aantal medisch specialisten (exclusief tandheelkundige specialisten) in algemene ziekenhuizen, uitgedrukt in FTE's, is tussen 1993 en 1996 gestegen met 0,8% per jaar.

Als we ons beperken tot -in capaciteiten uitgedrukt- de wat meer omvangrijke specialismen, kan het volgende worden geconstateerd. Van de interne specialismen (gemiddelde totale groei 1,2% per jaar) daalde het specialisme 'inwendige' licht (-0,5%), terwijl longziekten (2,5%), cardiologie (1,1%) en kindergeneeskunde (2,7%) in omvang toenamen. Van de heilkundige specialismen (gemiddelde totale groei 0,6% per jaar) daalde het specialisme chirurgie licht met gemiddeld 0,3% per jaar. Verloskunde neemt toe met gemiddeld 0,3%, orthopedie met 1,8%, oogheelkunde met 0,8% en urologie met 1,4%.

8 HET ZIEKENHUIS

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een aantal kengetallen met betrekking tot de ziekenhuiszorg gepresenteerd. Nieuw in dit brancherapport ten opzichte van de vorige uitgave is, dat de algemene ziekenhuizen worden uitgesplitst naar een zestal grootte-classes. Voor de overzichtelijkheid zijn deze in een aparte paragraaf (8.6) opgenomen. Bij deze grootte-classes is de indeling aangehouden, zoals die wordt gehanteerd in de jaarlijkse NZi-publicaties "Productie statistiek". Hierbij moet wel het voorbehoud worden gemaakt, dat de gepresenteerde getallen uitsluitend die ziekenhuizen betreffen, die de gevraagde informatie hebben aangeleverd. Een gemiddelde is dus altijd een gemiddelde over de ziekenhuizen die het betreffende gegeven hebben ingevuld. Waar zich slechts weinig ziekenhuizen in een bepaalde grootte-klasse bevinden kan dit tot afwijkingen van het werkelijke gemiddelde leiden.

Deze paragraaf is verder als volgt opgebouwd: Eerst worden enkele gegevens gepresenteerd met kenmerken van degenen die in ziekenhuizen worden opgenomen. Vervolgens worden enkele kostengegevens gepresenteerd, gevolgd door kwantitatieve gegevens met betrekking tot de productie. Ten slotte worden in paragraaf 8.5 tabellen gepresenteerd over de beschikbare middelen (voorzieningen, bedden, specialistenplaatsen en personeel)

Op het moment van opstellen van dit brancherapport bleken nog niet alle gegevens over 1996 beschikbaar te zijn.

8.2 Gebruik

- * Indicator: - aantal gebruikers, eventueel uitgesplitst naar relevante categorieën
- * Kengetal: - percentage opgenomen patiënten naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijd

In onderstaande tabel worden enkele kerngegevens gepresenteerd met betrekking tot de groep mensen die in het betreffende jaar zijn opgenomen in een ziekenhuis.

Over de gehele linie is een afname zichtbaar van het percentage mensen, dat wordt opgenomen in ziekenhuizen. Een van de oorzaken hiervan is ongetwijfeld de grote stijging van het aantal dagopnamen en het aantal poliklinische verrichtingen. Hiervoor wordt verwezen naar paragraaf 8.4.

Tabel 8.1 Percentage opgenomen patiënten naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijdscategorie

	1993	1994	1995	1996	Proc. groei 93-96	Gem.jrl %groei 93-96
<i>Percentage opgenomen patiënten</i>						
Totaal	7,3	6,4	6,5	6,8	-0,5	-2,3
<i>Geslacht</i>						
Mannen	6,8	6,0	6,3	5,9	-0,9	-4,6
Vrouwen	7,9	6,8	6,8	7,8	-0,1	-0,4
<i>Verzekeringsvorm</i>						
Ziekenfonds	8,1	7,2	7,1	7,7	-0,4	-1,7
Part.verzekerd	6,1	5,1	5,7	5,6	-0,5	-2,8
<i>Leeftijd</i>						
0-19	4,6	3,4	4,0	4,4	-0,2	-1,5
20-44	6,0	4,8	4,9	5,4	-0,6	-3,5
45-64	8,6	8,1	7,2	7,6	-1,0	-4,0
65+	14,5	13,9	15,1	14,3	-0,2	-0,5

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS) 97/5

8.3 Kosten

* Indicator: - kosten
 * Kengetal: - totale kosten ziekenhuizen
 - kosten naar kostencategorie

In deze paragraaf worden enkele financiële kerngegevens met betrekking tot de ziekenhuizen gepresenteerd. Eerst totalen naar type ziekenhuis, vervolgens over alle typen ziekenhuizen heen naar enkele belangrijke kostencategorieën.

Tabel 8.2 Financiële gegevens ziekenhuizen: totale kosten per sector (in mln. gulden)

Kosten	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
Algemeen	11.631	11.798	12.130	12.518	887	2,5
Academisch	3.671	3.885	4.152	4.415	744	6,3
Categoriaal	928	924	1.006	-	-	*4,1
Totaal	16.230	16.607	17.288	-	-	*3,2

Bron: NZI

* = Groei '93-'95

Tabel 8.3 Financiële gegevens ziekenhuizen: kosten naar kostengroep in de ziekenhuizen (algemene, academische en categorale ziekenhuizen) (x f mln)

Kosten	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Pers kosten en soc lasten	9.339	9.462	9.827	488	2,6
Afschr activa	2.483	2.531	2.597	114	2,3
Overige mat kosten	4.409	4.615	4.864	455	5,0
Totale kosten	16.231	16.608	17.288	1.057	3,2

Bron: NZi

8.4 Productie

Indicator:	verrichtingen
Kengetal:	aantal opnamen
	aantal verpleegdagen
	gemiddelde verpleegduur
	aantal dagverpleegdagen
	aantal eerste polikliniekbezoeken
	totaal aantal polikliniekbezoeken
	klinische productie
	poliklinische productie

In deze paragraaf worden productiegegevens uit de ziekenhuizen gepresenteerd over de periode 1993-1996. Deze productiegegevens worden gepresenteerd voor de algemene, categorale en academische ziekenhuizen.

Tabel 8.4 Productiegegevens: aantal opnamen (x 1.000)

Aantal opnamen (x 1.000)	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Algemeen	1.338	1.364	1.353	1.352	14	0,3
Categoriaal	37	37	39	38	1	0,9
Academisch	200	200	202	199	-1	-0,2
Totaal	1.575	1.601	1.594	1.589	14	0,3

Bron: NZi

Tabel 8.5 Productiegegevens: aantal verpleegdagen (x 1.000)

Aantal dagen (x 1.000)	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
Algemeen	13.104	12.935	12.619	12.373	-731	-1,9
Categoriaal	1.207	1.145	1.129	1.145	-62	-1,7
Academisch	2.105	2.061	2.054	2.044	-61	-1,0
Totaal	16.416	16.141	15.802	15.562	-854	-1,8

Bron: NZi

Tabel 8.6 Productiegegevens: gemiddelde verpleegduur (dagen)

Aantal dagen	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
Algemeen	9,8	9,5	9,3	9,2	-0,6	-2,1
Categoriaal	32,6	30,9	28,9	29,4	-3,2	-3,4
Academisch	10,5	10,3	10,2	10,3	-0,2	-0,6

Bron: NZi

Tabel 8.7 Productiegegevens: aantal dagverpleegdagen (M-10), (x 1.000)

Aantal x 1.000	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
Algemeen	491	538	568	600	109	6,9
Categoriaal	6	7	8	10	4	18,6
Academisch	46	48	53	58	12	8,0
Totaal	543	593	629	668	125	7,2

Bron: NZi

Hieronder worden tabellen gepresenteerd met betrekking tot de ontwikkeling van het aantal eerste-polikliniekbezoeken respectievelijk het totaal aantal polikliniekbezoeken.

Tabel 8.8 Productiegegevens: aantal eerste polikliniekbezoeken (x 1.000)

Aantal x 1.000	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
Algemeen	4.918	5.268	5.491	5.842	924	5,9
Categoriaal	100	95	95	96	-4	-1,4
Academisch	592	604	608	609	17	0,9
Totaal	5.610	5.967	6.194	6.547	937	5,3

Bron: NZi

Tabel 8.9 Productiegegevens: totaal aantal polikliniekbezoeken (x 1.000)

Aantal x 1.000	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
Algemeen	18.973	19.609	19.586	19.674	701	1,2
Categoriaal	373	367	360	389	16	1,4
Academisch	2.746	2.721	2.927	2.682	-64	-0,8
Totaal	22.092	22.697	22.873	22.745	653	1,0

Bron: NZi

De klinische en poliklinische productie in algemene, academische en categoriale ziekenhuizen

Tabel 8.10 De klinische productie in algemene ziekenhuizen

	1993	1994	1995	1996 ^{*)}	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
Operaties	995.018	1.008.426	1.073.744	1.082.950	87.932	2,9
Röntgen- verrichtingen	1.758.581	1.771.037	1.784.862	1.804.920	46.339	0,7
Laboratorium- punten	184.366.016	183.951.984	187.617.632	190.995.000	6.628.984	0,9
Functie- onderzoeken	1.247.019	1.374.255	1.377.706	1.450.970	203.951	5,1
Fysiotherapie behandelingen	3.464.191	3.298.434	3.320.832	3.144.750	-319.441	-2,1
Verlossingen	71.432	72.981	74.396	74.360	2.928	2,1
Isotopen- onderzoeken:						
- in vitro	254.562	253.916	206.127	166.300	-88.262	-10,0
- in vivo	34.712	36.187	37.883	37.860	3.148	4,5
Computer- tomografie	118.141	125.030	129.064	131.140	12.999	4,5

*) 1996 is een voorlopige schatting

Bron: NZi

Tabel 8.11 De poliklinische productie in algemene ziekenhuizen

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93-96
Operaties	1.578.262	1.973.132	1.959.396	1.923.820	345.558	6,8
Röntgen- verrichtingen	5.392.861	5.499.863	5.474.745	5.581.640	188.779	1,2
waarvan voor huisartsen	1.885.403	1.960.012	1.938.543	-	-	-
Laboratorium- punten	241.696.192	155.805.440	253.502.288	264.656.000	22.959.808	3,1
- waarvan voor huisartsen	49.751.784	54.636.472	61.050.956	-	-	-
Functie- onderzoeken	3.778.255	4.278.445	4.434.896	4.612.810	834.555	6,9
Fysiotherapie- behandelingen	1.195.000	1.221.154	1.178.502	1.091.410	-103.590	-3,0
Verlossingen						
Isotopen- onderzoeken:						
- in vitro	1.882.725	1.899.020	1.697.225	1.459.170	-423.555	-8,1
- in vivo	104.517	113.701	118.263	124.560	20.043	6,0
Computer- tomografie	224.230	246.559	251.535	260.990	36.90	5,2

Bron: NZi

Opvallende zaken in de bovenstaande tabel zijn de sterke stijging van het aantal poliklinische operaties en van het aantal laboratoriumverrichtingen ten behoeve van huisartsen.

Voor de academische en de categorale ziekenhuizen zijn de klinische en de poliklinische productie-cijfers voor 1996 nog niet beschikbaar. De volgende vijf tabellen betreffen dan ook de periode '93-'95.

Tabel 8.12 De klinische productie in academische ziekenhuizen

	1993	1994	1995	Abs.groei	Gem jrl % 93 - 95	groei 93 - 95
Operaties		257.353	235.767	219.429	-37.924	-7,7
Röntgenverrichtingen		396.608	413.158	427.575	30.967	3,8
Laboratoriumpunten		76.099.800	74.569.558	77.318.176	1.218.376	0,8
Functie-onderzoeken		369.298	439.704	439.704	70.406	9,1
Fysiotherapie- behandelingen		510.647	438.832	438.832	-71.815	-7,3
Verlossingen		7.926	8.317	8.176	250	1,6

Bron: NZi

Tabel 8.13 De poliklinische productie in academische ziekenhuizen

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Operaties		198.620	311.965	276.290	77,670
Röntgenverrichtingen		647.958	630.723	624.574	-23.384
Laboratoriumpunten	58.206.116	55.597.012	54.662.484	-3.543.632	-3,1
Functie-onderzoeken		600.541	697.896	720.563	120.022
Fysiotherapie- behandelingen		86.634	76.266	65.330	-21.304
Verlossingen		4.434	4.360	3.953	-481

Bron: NZi

Ook hier zien we een sterke stijging van het aantal poliklinische operaties.

Tabel 8.14 De klinische productie in categorale ziekenhuizen (exclusief revalidatie-instellingen)

	1993	1994	1995	Abs groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Operaties		19.645	18.969	21.452	1.807
Röntgenverrichtingen		55.177	52.860	52.220	-2.957
Laboratoriumpunten	8.401.770	8.330.376	7.343.474	-1.058.296	-6,5
Functie-onderzoeken		69.229	70.452	68.465	-764
Fysiotherapie- behandelingen		261.887	202.284	215.662	-46.225
Verlossingen		704	725	686	-18

Bron: NZi

Tabel 8.15 De poliklinische productie in categorale ziekenhuizen (exclusief revalidatie-instellingen)

	1993	1994	1995	Abs groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Operaties	10.379	10.349	10.970	591	2,8
Röntgenverrichtingen	99.488	91.262	90.114	-9.374	-4,8
Laboratoriumpunten	7.178.213	7.134.967	8.519.058	1.340.845	8,9
Functie-onderzoeken	102.423	94.246	100.295	-2.128	-1,0
Fysiotherapie- behandelingen	15.386	15.287	25.260	9.874	28,1
Verlossingen	296	194	165	-31	-5,4

Bron: NZi

Tabel 8.16 De klinische productie in alle ziekenhuizen (algemeen, academisch en categoriaal, exclusief revalidatie-instellingen)

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei
Operaties	1.272.016	1.263.162	1.314.625	42.609	1,7
Röntgenverrichtingen	2.210.366	2.237.055	2.264.657	54.291	1,2
Laboratoriumpunten	268.867.586	266.851.918	272.279.282	3.411.696	0,6
Funcctie-onderzoeken	1.685.546	1.884.411	1.863.167	177.621	5,1
Fysiotherapie- behandelingen	4.236.725	3.939.550	3.957.309	-279.416	-3,4
Verlossingen	80.062	82.023	83.258	3.196	2,0

Bron: NZi

Tabel 8.17 De poliklinische productie in alle ziekenhuizen (algemeen, academisch en categoriaal, exclusief revalidatie-instellingen)

	1993	1994	1995	Abs groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Operaties	1.787.261	2.295.446	2.246.656	459.395	12,1
Röntgenverrichtingen	6.140.307	6.221.848	6.189.433	49.126	0,4
Laboratoriumpunten	307.080.521	318.537.419	316.683.830	9.603.309	1,6
Funcctie-onderzoeken	4.481.219	5.070.587	5.255.754	774.535	8,3
Fysiotherapie- behandelingen	1.297.020	1.312.707	1.269.092	-27.928	-1,1
Verlossingen	47.154	45.008	40.570	-6.584	-7,2

Bron: NZi

8.5 Middelen

In deze paragraaf worden gegevens gepresenteerd met betrekking tot het aantal ziekenhuizen en het aantal erkende bedden over de jaren 1993 tot en met 1996 (per 31-12). Per 1-1-1996 zijn de aantallen bedden en aantallen specialistenplaatsen uit de erkenningen van de ziekenhuizen verdwenen. De vraag gaat daarom spelen in hoeverre het aantal bedden nog een relevant gegeven is en hoe deze dan gedefinieerd zouden moeten worden. Momenteel wordt gedacht aan een nieuwe term: het aantal 'toegelaten' bedden.

Indicator:	productiemiddelen
Kengetal:	aantal voorzieningen
	aantal bedden
	aantal specialistenplaatsen
	aantal personeel

Instellingen en erkende bedden

Tabel 8.18 Kerngegevens ziekenhuizen: aantallen ziekenhuizen

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
Algemeen	113	112	110	105	-8	-2,4
Categoriaal ¹⁾	32	30	30	29	-3	-3,2
Academisch	9	9	9	9	0	0,0
Totaal	154	151	149	143	-11	-2,4

Bron: NZi

1) Inclusief revalidatie-instellingen

Het aantal ziekenhuizen neemt nog steeds licht af. Dat geldt ook voor het aantal bedden, zoals uit tabel 8.19 valt af te lezen.

Tabel 8.19 Gemiddeld aantal erkende bedden

	1993	1994	1995	1996	Gem jrl % groei 93 - 96
Algemene ziekenhuizen	50.585	49.735	48.663	47.858	-1,8
Academisch ziekenhuizen	7.613	7.616	7.644	7.602	0,0
Categoriale ziekenhuizen	2.756	2.541	2.543	2.504	-3,1
Revalidatie-instellingen	1.516	1.453	1.367	1.480	-0,8
Totaal	62.470	61.345	60.217	59.444	-1,6

Bron: NZi

Specialistenplaatsen

Tegenover deze daling van het aantal bedden zien we in tabel 8.20 een lichte stijging van het aantal erkende specialistenplaatsen, zoals ook al in de vorige paragraaf was geconstateerd. Vanaf 1996 zijn de specialistenplaatsen niet meer bepaald op basis van een erkenning.

Tabel 8.20 Aantal specialistenplaatsen

	1993	1994	1995	Gem jrl % groei
Algemene ziekenhuizen	5.978	5.991	6.070	0,8
Categoriale ziekenhuizen	345	348	349	0,6
Academisch ziekenhuizen	2.345	2.339	2.362	0,4

Bron: NZi

Personeel

In de navolgende tabellen wordt kwantitatieve informatie gepresenteerd met betrekking tot de omvang van het personeelsbestand in ziekenhuizen. Daarbij worden totalen gepresenteerd (FTE, personen en FTE per erkend bed) en het deel, dat als patiëntgebonden kan worden beschouwd. Deze laatste categorie is berekend door uit de registratie van het NZi de personeelscategorieën "Patiënt- c.q. bewonergebonden functies" en "leerlingverpleegkundigen, verzorgend en opvoedend personeel" bij elkaar te tellen. Vooralnog lijkt dit beleidsmatig de meest relevante kerninformatie. Voor meer specifieke informatie over het personeel in de ziekenhuizen wordt verwezen naar de "Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector" (RAZ)

Tabel 8.21 Personeel in ziekenhuizen (FTE)

	1993	1994	1995	1996	Gem jrl % groei 93-96
Totaal personeel algemene zh.	102.520	100.513	100.244	100.513	0,0
w.v. patiëntgebonden functies	68.999	68.266	67.748	69.037	0,0
Percentage	67,3	67,9	67,6	67,3	-
Totaal personeel categ. zh.	5.213	5.006	5.052	-	1,6*
w.v. patiëntgebonden functies	3.518	3.352	3.465	-	-0,8
Percentage	67,5	67,0	68,6	-	-
Totaal personeel acad. zh.	30.043	29.957	30.363	30.767	0,8
w.v. patiëntgebonden functies	19.876	20.008	20.235	20.572	1,2
Percentage	66,2	66,8	66,6	66,9	-

Bron: NZi

*) Groei '93-'95

Voor alle typen ziekenhuizen blijkt (zie tabel 8.21), dat volgens de gehanteerde definitie ongeveer tweederde van het personeelsbestand (uitgedrukt in FTE) kan worden toegerekend aan patiëntgebonden functies. Ook over de beschouwde periode heen is dit percentage tamelijk stabiel.

De aantallen personen werkzaam in de ziekenhuizen zijn voor 1996 op het moment van publicatie nog niet bekend.

Tabel 8.22 Personeel in ziekenhuizen (personen)

	1993	1994	1995	gem jrl % groei
Totaal personeel alg. ziekenh.	141.006	141.162	142.263	0,4
w.v. patiëntgebonden functies	90.517	91.380	91.656	0,6
Percentage	64,2	64,7	64,4	-
Totaal personeel categ. zieknh.	7.002	6.788	7.023	0,2
w.v. patiëntgebonden functies	4.610	4.433	4.643	0,4
Percentage	65,8	65,3	66,1	-
Totaal personeel acad. ziekenh.	36.319	37.192	38.508	3,0
w.v. patiëntgebonden functies	23.612	24.394	24.872	2,6
Percentage	65,0	65,6	64,6	-

Bron: NZi

Tabel 8.23 Personeel in ziekenhuizen (FTE per 100 bezette bedden)

	1993	1994	1995	gem jrl % groei
Totaal personeel alg. ziekenh.	285,2	282,8	288,8	0,6
w.v. patiëntgebonden functies	192,0	192,1	195,2	0,8
Percentage	67,3	67,9	67,6	-
Totaal personeel categ. ziekenh.	248,7	257,7	264,5	3,1
w.v. patiëntgebonden functies	167,7	173,5	181,5	4,0
Percentage	67,4	67,3	68,6	-
Totaal personeel acad. ziekenh.	517,3	530,3	540,5	2,2
w.v. patiëntgebonden functies	342,2	354,2	360,2	2,6
Percentage	66,2	66,8	66,6	-

Bron: NZi

8.6 Algemene ziekenhuizen naar grootte-klassen

In deze paragraaf worden voor een aantal tabellen met kerngegevens gepresenteerd, waarbij de algemene ziekenhuizen worden gespecificeerd naar grootte-klassen. De getallen in deze tabellen zijn een weergave van de respons van de aan de enquêtes deelnemende instellingen. Om daarvan een beeld te schetsen wordt eerst een tabel gepresenteerd met de deelnamecijfers.

Tabel 8.24 Aantal aan de enquête deelnemende algemene ziekenhuizen naar grootte-klasse

Aantal bedden	1993	1994	1995	1996
<150	4	3	3	3
150 - 200	7	6	5	3
200 - 300	19	19	21	19
300 - 400	26	27	28	27
400 - 600	27	27	28	27
>600	25	27	25	26
Totaal aantal deelnemende instellingen	108	109	110	105
Totaal aantal bestaande instellingen	113	112	110	105

Bron: NZi, Productie statistiek 1993, 1994, 1995

De gegevens over de verschillende typen ziekenhuizen uit paragraaf 8.4 zijn ontleend aan de jaarlijkse NZi-publicaties "De intramurale gezondheidszorg in cijfers". In deze publicaties zijn de kerngegevens vanuit de jaarlijkse enquêtes omgerekend naar landelijke totalen. De gegevens van de algemene ziekenhuizen naar grootte-klasse zijn ontleend aan de jaarlijkse NZi-publicaties "Productie-statistiek Algemene Ziekenhuizen". Deze publicaties bevatten uitsluitend gegevens van ziekenhuizen die voor het betreffende item de enquête hebben ingevuld. Er zijn dus geen schattingen gemaakt vanuit de feitelijke respons naar landelijke totalen. Deze verschillen in gebruikte bronnen kunnen hier en daar verschillen in de tabellen tot gevolg hebben. Omdat in de tabellen met ziekenhuizen naar grootte-klasse steeds gemiddelden over de deelnemende ziekenhuizen worden gepresenteerd, zijn de waarnemingen binnen zo'n tabel, met enige voorzichtigheid, wel vergelijkbaar. Terugrekenen naar totalen kan echter verschil met andere tabellen opleveren.

Tabel 8.25 Gemiddeld aantal opgenomen patiënten per algemeen ziekenhuis naar grootte-klasse

Aantal bedden	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
<150	3.001	3.436	3.575	3.477	476	5,0
150 - 200	5.170	5.180	5.268	5.871	701	4,3
200 - 300	7.119	7.316	7.369	7.717	598	2,7
300 - 400	9.746	10.042	10.083	10.192	446	1,5
400 - 600	12.853	13.394	13.532	13.639	786	2,0
>600	19.574	19.934	19.981	20.538	964	1,6
Totaal	11.789	12.398	12.296	12.877	1.088	3,0

Bron: NZi, Productie statistiek

Tabel 8.26 Gemiddeld aantal verpleegdagen per algemeen ziekenhuis naar grootte-klasse

Aantal bedden	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
<150	21.563	27.846	28.750	26.423	4.860	7,0
150 - 200	31.057	43.633	43.479	47.912	16.855	15,5
200 - 300	70.597	63.947	63.874	64.986	-5.611	-2,7
300 - 400	98.275	92.371	91.256	90.334	-7.941	-2,8
400 - 600	134.209	129.685	129.416	126.239	-7.970	-2,0
>600	191.806	194.072	191.806	194.914	3.108	0,5
Totaal	116.842	117.392	114.718	117.838	996	0,3

Bron: NZi, Productie statistiek

Opvallend is de stijging van het gemiddelde aantal verpleegdagen in de kleinere ziekenhuizen.

Tabel 8.27 Gemiddeld aantal verpleegdagen per patiënt per algemeen ziekenhuis naar grootte-klasse

Aantal bedden	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
<150	7,2	8,1	8,0	7,6	0,4	1,9
150 - 200	6,0	8,4	8,3	8,2	2,2	10,9
200 - 300	9,9	8,7	8,7	8,4	-1,5	-5,4
300 - 400	10,1	9,2	9,1	8,9	-1,2	-4,1
400 - 600	10,4	9,7	9,6	9,3	-1,1	-3,8
>600	9,8	9,7	9,6	9,5	-0,3	-1,0
Totaal	9,9	9,5	9,3	9,2	-0,7	-2,4

Bron: NZi, Productie statistiek

Uit tabel 8.27 blijkt dat in de kleinere ziekenhuizen de gemiddelde verpleegduur toeneemt, waar de algemene trend is dat deze juist afneemt. De hier geconstateerde stijging verklaart voor een deel de eerder geconstateerde stijging van het gemiddeld aantal verpleegdagen in de kleinere ziekenhuizen.

Tabel 8.28 Gemiddeld aantal M10-dagen per algemeen ziekenhuis naar grootte-klasse

Aantal bedden	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
<150	1.268	1.496	1.523	1.627	359	8,7
150 - 200	1.986	2.162	2.419	2.797	811	12,1
200 - 300	2.667	3.166	3.229	3.817	1.150	12,7
300 - 400	3.579	3.866	4.390	4.721	1.142	9,7
400 - 600	4.582	4.948	5.390	5.813	1.231	8,3
>600	6.910	7.665	8.076	8.846	1.936	8,6
Totaal	4.252	4.794	5.093	5.716	1.464	10,4

Bron: NZi, Productie statistiek

Tabel 8.29 Gemiddeld aantal eerste polibezoeken per algemeen ziekenhuis naar grootte-klasse

Aantal bedden	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
<150	16.607	21.075	21.292	4.685	13,2
150 - 200	18.998	21.201	23.752	4.754	11,8
200 - 300	26.873	29.134	29.929	3.056	5,5
300 - 400	37.781	40.258	42.063	4.282	5,5
400 - 600	47.067	51.418	55.444	8.377	8,5
>600	68.569	73.907	78.003	9.434	6,7
Totaal	43.309	47.841	49.922	6.613	7,4

Bron: NZi, Productie statistiek

Opvallend is, dat hier juist relatief de grootste groei is te zien bij de kleinere ziekenhuizen. Dat geldt eveneens voor de ontwikkeling van het totaal aantal polikliniekbezoeken (zie tabel 8.30).

Tabel 8.30 Gemiddeld totaal aantal polikliniekbezoeken per algemeen ziekenhuis naar grootte-klasse

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
<150	51.840	61.047	60.623	8.783	8,1
150 - 200	69.105	72.040	78.938	9.833	6,9
200 - 300	96.129	102.242	104.474	8.345	4,3
300 - 400	140.283	146.578	147.907	7.624	2,7
400 - 600	184.238	192.871	198.538	14.300	3,8
>600	275.868	284.189	287.331	11.463	2,1
Totaal	167.000	177.947	178.675	11.675	3,4

Bron: NZi, Productie statistiek 1993, 1994, 1995

Tabel 8.31 Kerngegevens ziekenhuizen: aantallen algemene ziekenhuizen

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl % groei 93 - 96
< 150	5	3	3	3	-2	-15,7
150 - 200	7	7	5	3	-4	-24,6
200 - 300	19	19	21	19	0	0,0
300 - 400	27	28	28	27	0	0,0
400 - 600	28	27	28	27	-1	-1,2
> 600	27	27	25	26	-1	-1,3
Totaal	113	111	110	105	-8	-2,4

Bron: NZi

Het aantal algemene ziekenhuizen daalt in deze periode met acht instellingen van 113 naar 105. Het grootste deel van deze daling komt voor rekening van de ziekenhuizen met minder dan 200 bedden. Deze groep daalde in omvang van 12 naar 6 instellingen.

Tabel 8.32 Personeel in algemene ziekenhuizen verdeeld naar grootte-klasse, 1996 (cijfers zijn gebaseerd op schattingen)

Aantal bedden	Aantal deel- nemende instellingen	Totaal personeel personeel (x 1.000)	Waarvan patiënt- gebonden (x 1.000)	Als percentage
<150	4	987	636	64,4
150 - 200	7	1.190	814	68,4
200 - 300	19	9.087	6.042	66,5
300 - 400	26	18.469	12.444	67,4
400 - 600	27	28.569	19.357	67,8
>600	25	44.244	29.744	67,2
Totaal	108	102.546	69.037	67,3

Bron: NZi, Productie statistiek

9. TOPZORG

9.1 Inleiding

Huidige topzorgfuncties

Via artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) wordt een vergunningenstelsel toegevoegd aan het normale bouwregime voor ziekenhuizen voor kostbare en zeer gespecialiseerde bijzondere functies (zij het op slechts een beperkt aantal plaatsen). De functies van artikel 18 WZV worden landelijk gepland. Mimpfen en Van Zenderen (Structuur en Financiering Gezondheidszorg) geven hiervoor als redenen de kostbaarheid van de investeringen en/of de exploitatie, het geavanceerde karakter en daarmee de noodzaak tot concentratie, grootschaligheid en landelijke regie. Waarborgen van de kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik zijn als redenen genoemd in de Nota Modernisering Curatieve Zorg (23 juni 1995 - regeringsstandpunt op het advies van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg). Met artikel 18 WZV wordt de vergunning verkregen om deze zeer gespecialiseerde verrichtingen te doen en om apparatuur aan te schaffen.

De financiering van deze bijzondere functies gebeurt door het toestaan van extra budgettaire middelen op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).

Hieronder wordt de lijst van de topzorg-voorzieningen weergegeven, die in de jaarlijkse NZi- enquête aangeduid zijn met de term potentiële 'artikel 18 WZV-functies'. De pancreastransplantatie en de beenmergtransplantatie zijn in deze lijst de kandidaat artikel 18 functies, de overige zijn al artikel 18 WZV-functies.

1. haemodialyse
2. hartchirurgie
3. therapeutische hartcatheterisatie
4. in vitro fertilisatie
5. neonatale intensive care
6. neurochirurgie
7. niertransplantatie
8. klinisch genetisch onderzoek
9. radiotherapie
10. harttransplantatie
11. beenmergtransplantatie
12. levertransplantatie
13. pancreastransplantatie
14. longtransplantatie

Naast de artikel 18 WZV functies zijn in het wetsvoorstel Bijzondere Medische Verrichtingen ook artikel 3 WZV functies opgenomen. De wettekst omschrijft de artikel 3 WZV functies als functies die in het ziekenhuis worden uitgeoefend, die aangemerkt zouden kunnen worden als "(bijzondere aspecten van) verrichtingen waarvoor een verbod te zwaar wordt geacht maar sturing gewenst is, en waarvoor financiële stimuli beschikbaar zijn". Onder dit huidige begunstigingsstelsel vallen de volgende functies: afdelingen voor AIDS-patiënten, geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (GAAZ-en), brandwondencentra en gespecialiseerde afdelingen voor pijnbehandeling.

Wetgeving in ontwikkeling

Het bestaande regime van artikel 18 staat al enige tijd aan kritiek bloot¹. Zo zou het regime te weinig flexibel zijn, waardoor het overheidsbeleid achter blijft bij de ontwikkelingen. Tevens werd een accentverschuiving wenselijk gevonden: van regulering (via een wettelijk regime) van de fase van bewezen topklinische zorg naar de fase van het eerste patiëntgebonden onderzoek. In de fase van het eerste patiëntgebonden onderzoek zou de dan nog potentiële topzorg onder het vergunningenregime moeten kunnen worden gebracht (Memorie van toelichting bij het wetsvoorstel betreffende de bijzondere medische verrichtingen). In dit wetsvoorstel wordt op deze bezwaren ingegaan.

Ter illustratie het volgende voorbeeld. Haemodialyse is niet langer in ontwikkeling, "maar heeft zich al bewezen". Het is voor de overheid de vraag of voor dit type voorzieningen een zwaar vergunningstelsel nog wel nodig is. Een flexibeler begunstigingssysteem lijkt dan meer op de plaats (aldus de Memorie van toelichting op het wetsvoorstel).

Het streven is er op gericht om in de nieuwe wet op de bijzondere medische verrichtingen de voorzieningen te regelen die nu nog vallen onder de artikelen 3 en 18 van de WZV. De voorzieningen bedoeld in art. 3 WZV zijn bijzondere voorzieningen waarvoor niet direct het zware middel van het vergunningsvereiste nodig is, maar waar wel enige overheidsinvloed gewenst is. Op deze wijze werd een geconcentreerde opbouw van kennis en ervaring rond een bepaalde verrichting opgebouwd, waarvan andere centra kunnen profiteren. Voorbeelden hiervan zijn AIDS- en pijnbehandeling.

Het onderhavige wetsvoorstel Bijzondere Medische Verrichtingen (ter vervanging van artikel 3 en 18 van de WZV) bestaat uit een drietal blokken:

1. Een verbodssysteem, aangevuld met een nuloptie en een moratorium (vergelijkbaar met het huidige art.18 WZV);
2. Een begunstigingssysteem voor ontwikkelingsgeneeskunde (vergelijkbaar met art. 18c WZV); en
3. Een begunstigingsstelsel voor bijzondere aspecten van verrichtingen waarvoor een vergunningensysteem niet nodig is (vergelijkbaar met art. 3 WZV).

Kwantitatieve informatie

Waar mogelijk worden in het navolgende per topzorg-functie achtereenvolgens de volgende indicatoren en kengetallen gepresenteerd:

¹ Commissie Dekker (1989) en de adviezen "Instrumentarium topklinische zorg" van de Ziekenfondsraad (1992) en het College van Ziekenhuisvoorzieningen / Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1992) en meer recentelijk van de Ziekenfondsraad, het CvZ en de NRV de adviezen inzake herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (allen 1995).

- het *gebruik* (aantallen behandelde patiënten),
- de *kosten* (personele kosten; totale kosten en kosten per station);
- de *productie* (aantallen en soort verrichtingen)
- de *middelen* (aantal voorzieningen en de aantallen FTE personeel en specialisten);
- de *doelmatigheid* (uitgedrukt in het aantal verrichtingen per plaats).

Dit is hetzelfde stramien, dat elders in dit Brancherapport wordt gehanteerd. In de praktijk blijkt overigens dat dit stramien -afhankelijk van de beschikbare informatie- in deze paragraaf niet overal consequent volgehouden kan worden.

Basis voor de hier weergegeven informatie is de jaarlijkse WZV-enquête die in opdracht van het ministerie van VWS door het NZi wordt uitgevoerd. Wanneer geen informatie over een van de onderdelen kan worden gegeven, dan wordt dit expliciet vermeld. Hierdoor worden lacunes in de informatievoorziening bloot gelegd. Waar mogelijk wordt aanvullende informatie verschaft over wachtlijsten en wachttijden.

Voor een goede interpretatie van de navolgende tabellen is het van belang te weten dat de cijfers voor 1995 voorlopige cijfers zijn. Niet alle ziekenhuizen hebben de enquêtes op alle onderdelen (volledig) ingevuld. Er zijn voor die onderdelen op dit moment nog geen schattingen naar landelijke totalen beschikbaar. Op een aantal plaatsen zijn daarom gegevens over 1995 vet gedrukt. Dat betekent, dat voor dat betreffende gegeven slechts gedeeltelijk informatie uit de enquête beschikbaar is. Uiteraard zijn in die gevallen geen ontwikkelingscijfers over de periode 1993-1995 berekend.

In een aantal gevallen zijn productie-overzichten van het COTG opgenomen (kosten en afspraken over absolute aantallen). Deze zijn vanaf 1993 gereconstrueerd door uitgaande van de afspraken en realisatie in 1996 aan de hand van de index-cijfers terug te rekenen naar voorgaande jaren. Het betreft productie-afspraken voor algemene ziekenhuizen. Daarmee vervallen een aantal verrichtingen die alleen in academische centra worden gedaan. De reden dat voor neonatale intensive care en voor neurochirurgie geen productie-afspraken staan vermeld is, dat voor deze verrichtingen de norm in bedden wordt uitgedrukt.

Een aantal functies wordt eerst ingeleid met een korte medische beschrijving van de functie. Hiervoor zijn als bronnen gebruikt de Codex Medicus en het Zakwoordenboek der geneeskunde.

Ten slotte

In het navolgende wordt kwantitatieve informatie verstrekt over veertien topzorgfuncties aan de hand van vijf verschillende typen indicatoren en per indicator meerdere kengetallen. Het resultaat is een grote hoeveelheid tabellen, die in veel gevallen onderling niet of nauwelijks met elkaar vergelijkbaar zijn. Deze tabellen lenen zich daardoor meer voor het gericht zoeken naar bepaalde gegevens, dan dat er sprake is van samenhangende beschrijvingen van de verschillende topzorgvoorzieningen. Dergelijke beschrijvingen kunnen pas worden opgesteld, wanneer per afzonderlijke topzorgvoorziening een verdiepende studie wordt uitgevoerd.

9.2 Haemodialyse

Dialyse maakt een viertal therapeutische functies mogelijk bij dysfunctioneren van de nier of nierinsufficiëntie:

1. Verwijdering van overtollige hoeveelheden extracellulair vocht;
2. Correctie van stoornissen van de electrolyten-concentratie in het extracellulaire compartiment van de nieren;
3. Verwijderingen van de endogene toxinen;
4. Verwijdering van een aantal exogene toxische producten.

Gebruik

Opvallend is dat de cijfers die in de NZi-databank staan afwijken van die van de stichting Renine (Registratie Nierfunctievervanging Nederland). Vanwege de eenduidige, consistente vraagstelling in de enquêtes van het NZi over topzorg, worden hier met name die cijfers gepresenteerd. Een mogelijke verklaring voor de verschillen wordt onder andere aangegeven in de inleiding van de NZi-publicatie "Topzorg in getallen" (1996). Hierin is te lezen dat voor de weergave van absolute landelijke aantallen schattingsmethoden zijn gehanteerd.

Tabel 9.1 Aantal behandelde patiënten per 1 januari

Soort dialyse	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl. % groei 93 - 95
Aantal passieve dialyse patiënten	2.107	2.153	2.282	175	4,1
Aantal actieve dialyse patiënten	444	504	422	-22	-2,5
Aantal opleiding t.b.v. actieve en/of thuisdialyse	47	42	27	-20	-24,2
CAPD	1.054	1.164	1.255	201	9,1
Aantal patiënten overige dialysevormen	111	109	120	9	4,0
Totaal	3.763	3.972	4.106	343	4,5

Bron: NZi

Ter vergelijking is voor deze gegevens ook de tabel van Renine toegevoegd.

Tabel 9.2 Aantal dialysepatiënten naar dialysevorm per 1 januari

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93 - 96	Gem jrl. % groei 93 - 96
Passieve haemodialyse	1.894	2.005	2.093	2.252	358	5,9
Actieve haemodialyse	528	506	536	486	-42	-2,7
Thuisdialyse	102	91	94	92	-10	-3,4
Peritoneale dialyse	970	1.076	1.121	1.128	158	5,2
Totaal	3.494	3.678	3.844	3.958	464	4,2

Bron: Osterthun et al. , Renine

In de tabellen 9.3 en 9.4 zijn de gegevens van aantallen nieuwe patiënten opgenomen, zodat een wat dynamischer beeld ontstaat.

Tabel 9.3 Aantal nieuwe dialysepatiënten per jaar en overleden dialysepatiënten

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem.jrl % groei 93 - 95
Totaal aantal nieuwe patiënten	1.227	1.264	1.283	56	2,3
Overleden patiënten	718	772	778	60	4,1

Bron: Osterthun et al. 1996

Tabel 9.4 Verondersteld aantal nieuwe patiënten 1996 t/m 2000

	1996	1997	1998	1999	2000	Gem.jrl % groei
Aantal nieuwe patiënten	1.337	1.387	1.438	1.491	1.543	3,6

Bron: Osterthun et al. 1996

Kosten

Tabel 9.5 Dialysekosten (exclusief academische ziekenhuizen en het Wilhelmina Kinderziekenhuis)

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem.jrl % groei 93 - 95
Aantal stations	593	618	632	39	3,2
Personele kosten (x f. mln)	71	73	95	24	15,7
Totale kosten (x f. mln)	163	169	219	56	15,9
Kosten per station (x f. 1.000)	275	273	273	-2	-0,4

Bron: NZi

Terwijl de totale kosten in de periode 1993 - 1995 gemiddeld met 15,9% zijn gestegen, daalden de gemiddelde kosten per station licht.

In Osterthun et al (1996) worden de kosten voor de verschillende dialyses berekend, mede op basis van ander onderzoek². Bij de gemiddelde omvang van een centrum van 10, 20, 40 en 60 of meer patiënten zijn de gemiddelde kosten per patiënt aflopend.

In tabel 9.6 worden de kosten per patiënt en de totale kosten van behandeling van dialysepatiënten weergegeven. Hierbij is uitgegaan van de gemiddelde kosten per patiënt bij een centrum van maximaal 10 patiënten (de duurste variant) en een centrum van 60 patiënten of meer, de meest voordelige variant. De mate van deconcentratie is mede van invloed op de kosten. De kosten per patiënt zijn de kosten voor routinematige activiteiten per jaar, inclusief honoraria.

² Borgman en De Charro, 1989; Coopers en Lybrand, 1996.

Tabel 9.6 Totale kosten van behandeling dialysepatiënten in 1996

	PCHD	ACHD	THD	PD	Totaal
Aantal patiënten per 1 januari 1996	2.252	486	92	1.189	4.091
Kosten per patiënt (f.)	105.000	85.000	68.000	69.500	-
	tot	tot	tot	tot	
	158.000	135.000	108.000	118.000	
Totale kosten (x f 1.000)	236.460	45.560	6.392	78.396	366.661
	tot	tot	tot	tot	
	355.816	65.610	9.936	140.302	571.664

Bron: Osterthun et al , 1996, p.34

PCHD: passieve centrumhaemodialyse

ACHD: actieve centrumhaemodialyse

THD: thuis-haemodialyse

PD: peritoneale dialyse

Een andere ingang om inzicht te krijgen in de kosten van hemodialyses zijn de kosten van de afspraken, zoals die door het COTG zijn vastgelegd. Hieronder staan deze gegevens voor de vier soorten hemodialyses:

Tabel 9.7 Kosten afspraken en gerealiseerde kosten hemodialyses, index en absolute waarden (x miljoen)

	1993	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	103,3	114,3	123,0	130,3
Index realisatie	98,0	106,1	114,2	123,2	-
Kosten afspraken	140,9	145,5	161,0	173,3	183,9
Kosten realisatie	138,1	149,5	160,9	173,6	-

Bron: COTG

Tabel 9.8 Kosten afspraken en gerealiseerde kosten CAPD's, index en absolute waarden (x miljoen)

	1993	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	103,3	113,3	115,3	102,2
Index realisatie	95,8	100,3	100,0	97,4	-
Kosten afspraken	33,9	35,0	38,4	39,1	36,5
Kosten realisatie	32,5	34,0	33,9	33,0	-

Bron: COTG

Tabel 9.9 Kosten afspraken en gerealiseerde kosten thuisdialyses, index en absolute waarden (x miljoen)

	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	84,0	79,0	65,7
Index realisatie	62,8	61,7	66,8	-
Kosten afspraken	1,1	1,0	0,9	0,7
Kosten realisatie	0,7	0,7	0,8	-

Bron: COTG

Tabel 9.10 Kosten afspraken en gerealiseerde kosten CCPD's, index en absolute waarden (x miljoen)

	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	130,4	219,3	314,5
Index realisatie	82,7	152,0	252,6	-
Kosten afspraken	3,3	4,3	7,2	10,7
Kosten realisatie	2,7	5,0	8,3	-

Bron: COTG

Productie

Tabel 9.11 Totale productie dialyseverrichtingen

Naar type centrum	1993	1994
Algemene ziekenhuizen		
- in dialysecentra	259.175	277.881
- onder auspiciën dialysecentra	241.877	277.112
Totaal	501.052	554.993
Academische ziekenhuizen		
- in dialysecentra	48.992	51.052
- onder auspiciën dialysecentra	98.138	101.033
Totaal	147.130	152.085
Overige centra		
- in dialysecentra	32.684	33.459
- onder auspiciën dialysecentra	67.756	72.053
Totaal	100.440	105.512
Totaal	748.622	812.590

Bron: NZi

Productiegegevens kunnen eveneens worden ontleend aan de productie-afspraken, zoals die door het COTG zijn vastgesteld

Tabel 9.12 Aantallen afspraken en realisatie hemodialyses, index en absolute waarden (x 1.000)

	1993	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	103,3	114,3	123,0	130,3
Index realisatie	98,0	106,1	114,2	123,2	-
Aantallen afspraken	261,1	269,7	298,4	321,1	340,0
Aantallen realisatie	255,8	277,0	298,1	321,6	-

Bron: COTG

Tabel 9.13 Aantallen afspraken en realisatie CAPD's, index en absolute waarden (x 1.000)

	1993	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	103,3	113,3	115,3	102,2
Index realisatie	95,8	100,3	100,0	97,4	-
Aantallen afspraken	244,3	252,4	276,8	281,7	249,6
Aantallen realisatie	234,1	245,1	244,3	238,0	-

Bron: COTG

Tabel 9.14 Aantallen afspraken en realisatie thuisdialyses, index en absolute waarden (x 1.000)

	1993	1994	1995	1996
Index afspraken	100,0	84,0	79,0	65,7
Index realisatie	62,8	61,7	66,8	-
Aantallen afspraken	2,2	1,8	1,7	1,4
Aantallen realisatie	1,4	1,3	1,4	-

Bron: COTG

Tabel 9.15 Aantallen afspraken en realisatie CCPD's, index en absolute waarden (x 1.000)

	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	130,4	219,3	314,5
Index realisatie	82,7	152,0	252,6	-
Aantallen afspraken	20,0	26,1	43,9	63,0
Aantallen realisatie	16,6	30,4	50,6	-

Bron: COTG

Middelen

Tabel 9.16 Aantal stations voor chronische intermitterende haemodialyse per 31-12

Dialyse vorm	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Passieve centrumdialyse	559	578	610	51	4,5
Actieve dialyse	116	125	138	22	9,1
Opleiding t.b.v. entrum en/of thuisdialyse	29	29	23	-6	-10,9
Totaal	704	732	771	67	4,7

Bron: NZi

Tabel 9.17 Aantallen dialysecentra plus totaal aantal stations naar soort centrum voor chronische dialysepatiënten, 1992 - 1994, per 31/12

	1992		1993		1994		Gem jrl % groei aantal stations
	aantal centra	aantal stations	aantal centra	aantal stations	aantal centra	aantal stations	
Academische ziekenhuizen	8	95	9	114	9	114	9,5
Algemene ziekenhuizen	31	454	34	519	35	545	9,6
Overige centra	6	96	5	74	5	70	-14,6
Totaal	45	645	48	707	49	729	6,3

Bron: NZi; Osterthun, e.a., 1996

Doelmatigheid

Tabel 9.18 Aantal verrichtingen per station

Dialyse vorm	1993	1994
Passieve centrumdialyse	500	508
Actieve dialyse	481	510
Opleiding t.b.v. centrum en/of thuisdialyse	103	81

Bron: NZi

9.3 Hartchirurgie

Gebruik en kosten

Tabel 9.19 Gebruik en kosten hartchirurgie (volwassenen en kinderen)

	1993	1994	1995	Abs. groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Totaal aantal patiënten	13.558	14.009	14.530	972	3,5
Aantal patiënten excl. acad. ziekenh.	6.684	6.913	7.055	371	2,7
Totale kosten excl. acad. ziekenh. (x f. mln)	123	128	-	-	-
waarvan personele kosten excl. academisch ziekenhuizen (x f. mln)	56	59	-	-	-

Bron: NZi

De kosten zijn hier exclusief de academische ziekenhuizen, omdat geen van de academische ziekenhuizen de enquête ten aanzien van de kosten van hartchirurgie heeft ingevuld. Volgens het COTG gaat het om de volgende kosten van productie-afspraken in algemene ziekenhuizen:

Tabel 9.20 Kosten afspraken en gerealiseerde kosten hartoperaties, index en absolute waarden (x miljoen)

	1993	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	102,4	108,9	113,8	117,5
Index realisatie	99,6	104,8	108,4	111,9	-
Kosten afspraken	55,6	57,0	60,6	63,3	65,4
Kosten realisatie	55,4	58,3	60,3	62,2	-

Bron: COTG

Productie

Tabel 9.21 Hartoperaties

Type hartoperatie	Leeftijdscategorie	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Open hartoperatie	Totaal	13.628	14.177	15.750	2.122	7,5
	waarvan:					
	- kinderen 0 - 30 dagen	69	97	247	178	89,2
	- kinderen 30 dgn - 14 jr	529	578	857	328	27,3
Gesloten hartoperatie	Totaal	1.075	927	-	-	-
	waarvan:	-	-	-	-	-
	- kinderen 0 - 30 dagen	95	95	114	19	9,5
	- kinderen 30 dgn - 14 jr	157	156	225	68	19,7

Bron: NZi

Zowel binnen de open hartchirurgie als bij de gesloten hartchirurgie heeft de kinderhartchirurgie een grote vlucht genomen.

Tabel 9.22 Patiënten en verpleegdagen hartchirurgie

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Totaal aantal patiënten	13.701	14.019	14.530	829	3,0
Totaal aantal verpleegd.intensive care	46.760	40.818	50.428	3.668	3,8
Gemiddeld aantal verpleegd.IC per patiënt	3,4	2,9	3,5	0,1	0,8

Bron: NZi

Het COTG registreerde het volgende aantal afspraken voor algemene ziekenhuizen:

Tabel 9.23 Aantallen afspraken en realisatie hartoperaties, index en absolute waarden (x 1.000)

	1993	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	102,4	108,9	113,8	117,5
Index realisatie	99,6	104,8	108,4	111,9	-
Aantallen afspraken	5,2	5,3	5,6	5,9	6,1
Aantallen realisatie	5,2	5,4	5,6	5,8	-

Bron: COTG

Wachlijsten

Coronaire hartziekten en hartdecompensatie worden meestal behandeld door cardiologen en cardio-chirurgen. De wachlijsten voor deze specialismen staan nogal in de belangstelling, mede doordat (te) lang wachten bij deze ziektes een hoog gezondheids-

risico heeft. Tijdens het wachten voor een behandeling kan de gezondheidstoestand van de patiënt verslechteren. In sommige situaties kan de patiënt overlijden tijdens het wachten. Een vaak aangehaald voorbeeld hiervan is de wachtlijst voor open-hartoperaties. Uit onderzoek blijkt dat tweederde van de sterfgevallen plaatsvindt binnen de acceptabel geachte wachttijd (Suttorp et al., 1989). Dit pleit voor een aanscherping van de criteria voor de vaststelling van de urgentie. Uit tussentijdse resultaten van een nog lopend onderzoek in het AMC over wachtlijsten voor hartoperaties blijkt dat gemiddeld negentig hartpatiënten per jaar sterven aan hun ziekte, terwijl zij op een wachtlijst voor een hartoperatie staan (Nederlandse Hartstichting, 1996).

Het aantal behandelingen dat verricht kan worden wordt niet zozeer bepaald door de beschikbare capaciteit, maar vooral door budgetafspraken tussen instellingen, verzekeraars en overheid. Jaarlijks vinden in Nederland ruim veertienduizend hartoperaties plaats. Dit is het maximale aantal dat de overheid toestaat (Gezondheidsraad, 1995). De maximaal geachte acceptabele wachttijd voor een openhartoperatie en PTCA bedraagt 3 maanden, uitzonderingen daargelaten.

Middelen

Hartchirurgie wordt in 1993, 1994 en 1995 uitgeoefend in een 15-tal ziekenhuizen (waaronder de acht academische ziekenhuizen en het Wilhelmina Kinderziekenhuis).

9.4 Therapeutische hartcatheterisatie

Gebruik en productie

Therapeutische hartcatheterisatie wordt uitgeoefend in 17 ziekenhuizen, waaronder alle 8 academische ziekenhuizen.

Nogmaals wordt er op gewezen dat de dikgedrukte cijfers in de tabellen duiden op een ondergrens, omdat de enquêtes niet door alle ziekenhuizen zijn ingevuld en nog geen schattingen zijn uitgevoerd. In die situaties wordt dan ook geen (gemiddeld) groeicijfer weergegeven.

Tabel 9.24 Gebruik en productie therapeutische hartcatheterisatie (PTCA) (volwassenen en kinderen)

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Capaciteit (aantal kamers voor hartcatheterisatie)	38	38	36	-2	-2,7
Aantal patiënten totaal	12.882	14.009	11.755	-	-
- volwassenen	12.597	13.758	11.616	-	-
- kinderen (0 - 14 jaar)	285	251	139	-	-
Aantal hartcatheterisaties totaal	13.607	15.423	15.670	-	-
- volwassenen	13.294	15.120	15.449	2.155	7,8
- kinderen (0 - 14 jaar)	313	303	230	-	-
Productie-afspraken m.b.t. PTCA	10.447	11.622	13.772	3.325	14,8

Bron: NZi

Het COTG registreerde de volgende productie-afspraken voor de algemene ziekenhui-

zen.

Tabel 9.25 Aantallen afspraken en realisatie PTCA, index en absolute waarden (x 1.000)

	1993	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	102,7	114,1	119,4	129,7
Index realisatie	104,0	113,7	119,7	130,1	-
Aantallen afspraken	4,8	4,9	5,4	5,7	6,2
Aantallen realisatie	5,0	5,4	5,7	6,2	-

Bron: COTG

Kosten

De totale kosten hartcatheterisatie (1993, 1994) bedragen (exclusief de academische ziekenhuizen) circa f. 40 miljoen op jaarbasis. Hiervan ligt f. 6 miljoen in de personele sfeer. De precieze kosten van de afspraken zijn volgens het COTG:

Tabel 9.26 Kosten afspraken en gerealiseerde kosten PTCA, index en absolute waarden (x miljoen)

	1993	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	102,7	114,1	119,4	129,7
Index realisatie	104,0	113,7	119,7	130,1	-
Kosten afspraken	31,8	32,7	36,3	38,0	41,3
Kosten realisatie	33,1	36,2	38,1	41,4	-

Bron: COTG

Doelmatigheid

Tabel 9.27 Aantal catheterisaties per kamer

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Capaciteit (aantal kamers voor hartcatheterisatie)	38	38	36	-2	-2,7
Aantal hartcatheterisaties totaal	13.607	15.423	15.670	-	-
Aantal catheterisaties per kamer	358,1	405,9	435,3	77,2	10,3

Bron: NZi

9.5 In vitro fertilisatie

In Nederland hebben 12 centra een vergunning voor het uitoefenen van de IVF-functie. (1994)

Gebruik

Tabel 9.28 In IVF-behandeling genomen cliënten naar leeftijdscategorie

Leeftijdscategorie	1993		1994		1995	
	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
< 35 jaar	3.551	60,0	3.600	55,1	4.118	57,6%
35 - 39 jr	1.994	33,7	2.439	37,3	2.504	35,0%
> 39	371	6,3	498	7,6	532	7,4%
Totaal	5.916	100,0	6.537	100,0	7.154	100,0%

Bron: NZi

Kosten

Ook hier hebben alleen de niet-academische ziekenhuizen de kosten voor het ziekenhuis ingevuld in de enquête. Van deze kosten had ongeveer 71% betrekking op de personele lasten. De ziekenhuiskosten per IVF-behandeling variëren tussen f. 850,- en f. 1.250,- per behandeling. De kosten van medicijngebruik en de honoraria zijn buiten beeld gebleven.

Het COTG heeft de volgende kosten-afspraken geregistreerd:

Tabel 9.29 Kosten afspraken en gerealiseerde kosten in vitro vertilisaties, index en absolute waarden (x miljoen)

	1993	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	99,3	117,1	127,4	131,1
Index realisatie	92,3	96,3	115,1	117,4	-
Kosten afspraken	2,9	2,9	3,4	3,7	3,8
Kosten realisatie	2,7	2,8	3,3	3,4	-

Bron: COTG

Productie en doelmatigheid

Tabel 9.30 Aantal verrichtingen en aantal behandelde cliënten IVF

	1993	1994	1995	Abs.groei 93-95	Gem jrl % 93-95
Aantal verrichtingen	8.957	9.660	10.606	1.649	8,8
Aantal behandelde cliënten	6.275	6.890	7.549	1.274	9,7
Aantal IVF-verrichtingen per cliënt	1,43	1,40	1,41	0,0	-0,8

Bron: NZi

De onderste ratio (Aantal IVF-verrichtingen per cliënt) is een indicatie voor de kwaliteit van de techniek en middelen en/of de doelmatigheid van de behandelaar. Volgens het COTG zijn de volgende aantallen in vitro fertilisaties afgesproken:

Tabel 9.31 Aantallen afspraken en realisatie in vitro fertilisaties, index en absolute waarden

	1993	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	99,3	117,1	127,4	131,1
Index realisatie	92,3	96,3	115,1	117,4	-
Aantallen afspraken	3,0	3,0	3,5	3,8	3,9
Aantallen realisatie	2,8	2,9	3,4	3,5	-

Bron: COTG

Naast het verhoudingsgetal van het aantal IVF-verrichtingen per cliënt bestaat er nog een indicator voor de doeltreffendheid van de behandeling, namelijk het aantal doorgaande zwangerschappen (na 12 weken wegblijven van menstruatie) per 100 verrichtingen. Deze uitkomst is ook afhankelijk van de populatie (en dus niet alleen van de kwaliteit van de verrichting). In de onderstaande tabel is dat gegeven weergegeven.

Tabel 9.32 Aantal doorgaande zwangerschappen per 100 verrichtingen

	1993	1994
Aantal verrichtingen	8.957	9.660
Aantal doorgaande zwangerschappen	1.597	1.506
Aantal zwangerschappen per 100 verrichtingen	17,8	15,6

Bron: NZi

9.6 Neonatale intensive care

Gebruik en productie

Tabel 9.33 Aantal in behandeling genomen pasgeborenen naar oorzaak

	1993	1994	1995	Abs.goei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
< 32 weken zwangerschap en < 1000 gram gewicht	858	879	612	-	-
Ernstige stoornissen van de ademhaling	1.887	1.901	1.693	-	-
Spoedeisende congenitale afwijkingen	166	165	211	45	12,7
Overige oorzaken	677	923	927	-	-
Totaal	3.582	3.867	3.443	-	-

Bron: NZi

De totale aantallen verpleegdagen staan vermeld onder de doelmatigheid.

Kosten

De invulling van de enquête ten aanzien van de kosten van neonatale intensive care is slechts door een beperkt aantal centra aangegeven. Als indicatie kan worden aangegeven dat per patiëntje de kosten variëren van f. 25.000,- tot f. 50.000,-. Per verpleegdag komt dit neer op ongeveer f. 2.000,- tot f. 4.000,- totale kosten per dag.

Middelen

In 16 centra in Nederland wordt de functie neonatale intensive care uitgeoefend. In de onderstaande tabel wordt de totale beschikbare capaciteit weergegeven.

Tabel 9.34 Beschikbare capaciteit neonatalogie

	1993	1994	1995
Aantal neonatale IC-plaatsen (excl. plaatsen voor geopereerde pasgeborenen) per 31 december	146	150	138
Aantal FTE kinderartsen	111	106	95
waarvan gespecialiseerd in neonatalogie	60	63	52
Aantal FTE verpleegkundigen met opleiding neonatalogie	493	492	464

Bron: NZi

Doelmatigheid

Tabel 9.35 Aantal in behandeling genomen pasgeborenen per neonatale IC-plaats en per FTE neonatoloog kinderarts

	1993	1994	1995
Totaal aantal patiënten	3.582	3.867	3.443
Aantal patiënten per plaats	24,5	25,8	24,9
Aantal patiënten per FTE neonatoloog	59,7	61,4	66,2

Bron: NZi

Tabel 9.36 Totaal aantal verpleegdagen neonatale IC en verpleegdagen neonatale IC per patiënt

	1993	1994	1995
Totaal aantal verpleegdagen	45.534	48.851	41.421
Aantal verpleegdagen per patiënt	12,7	12,6	12,00

Bron: NZi

9.7 Neurochirurgie**Gebruik, productie en doelmatigheid**

Tabel 9.37 Totaal aantal behandelde patiënten

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Aantal behandelde patiënten	13.100	14.417	14.001	901	3,4

Bron: NZi

Tabel 9.38 Aantal neurochirurgische operaties

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Kinderen tot 30 dagen	146	170	198	52	16,5
Kinderen vanaf 30 dagen tot 14 jaar	1.299	1.328	1.311	12	0,5
Volwassenen (vanaf 14 jaar)	13.695	15.267	14.986	1.291	4,6
Totaal	15.104	16.684	16.411	1.307	4,2

Bron: NZi

Een duidelijke toename is te zien van de neurochirurgische operaties bij kinderen tot

30 dagen.

Tabel 9.39 Totaal aantal IC-verpleegdagen en aantal IC-dagen per operatie

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Aantal IC-verpleegdagen	24.500	22.189	-	-	-
Aantal neurochirurgische operaties	15.104	16.684	16.411	1.307	4,2
Aantal IC-verpleegdagen per operatie	1,6	1,3	-	-	-100,0

Bron: NZi

9.8 Niertransplantatie

Niertransplantaties worden gedaan in acht centra: zeven van de acht academische centra plus het Wilhelmina Kinderziekenhuis.

Gebruik en productie

Tabel 9.40 Niertransplantaties

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Aantal transplantaties	498	454	493	-5	-0,5
Aantal kinderen (0 - 14 jaar)	23	33	23	0	0,0
Aantal volwassenen	475	421	470	-5	-0,5
Aantal IC-verpleegdagen	3.250	2.130	2.539	-711	-11,6

Bron: NZi

Doelmatigheid

Tabel 9.41 Aantal IC-verpleegdagen per niertransplantatie

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Aantal transplantaties	498	454	493	-5	-0,5
Aantal IC-verpleegdagen	3.250	2.130	2.539	-711	-11,6
Aantal IC-verpleegdagen per transplantatie	6,5	4,7	5,2	-1,4	-11,2

Bron: NZi

Informatie over productie en middelen is voor deze functie niet aanwezig in de databank artikel 18 WZV. In een voorlopig onderzoek naar orgaandonatie dat in het kader van dit brancherapport is uitgevoerd, is wel een overzicht gegeven van het aantal wachtende patiënten.

Tabel 9.42 Aantal nierdonaties, transplantaties en wachtlijst voor niertransplantatie

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Beschikbare nieren	406	431	445	426	376	436
Transplantaties	410	426	428	436	387	395
Wachtlijst	1.344	1.414	1.434	1.518	1.591	1.704
Export	5	5	17	-10	-9	44

Bron: NIVEL

Het aantal wachtenden neemt jaarlijks toe, tot 1.704 in 1995.

9.9 Klinisch genetisch onderzoek

Klinisch genetisch onderzoek richt zich op prenatale en postnatale diagnostiek. Beide zijn onder te verdelen in chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek en DNA-onderzoek. DNA-onderzoek kan ten behoeve van aangeboren/erfelijke aandoeningen worden uitgevoerd of ten behoeve van somatische aandoeningen. Daarnaast valt onder prenatale diagnostiek geavanceerde echografie en afname van foetaal materiaal. Aansluitend op DNA-onderzoek kan erfelijkheidsadvies worden gegeven.

NZi en iivTA zijn momenteel bezig met een onderzoek naar klinische genetica. Onderwerp van deze studie is de structuur van het aanbod van klinisch genetisch onderzoek en de consequenties als deze functie niet meer onder art. 18 WZV wordt aangeboden. Het rapport wordt in oktober 1997 verwacht. De Gezondheidsraad onderzoekt toekomstige ontwikkelingen in de toepassingsmogelijkheden van DNA-onderzoek.

Gebruik

Tabel 9.43 Onderzochte patiënten

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Prenatale diagnostiek					
<i>Aantal zwangeren bij wie vruchtwaterpunctie is verricht:</i>					
- binnen het centrum	6.271	6.575	6.442	171	1,4
- door een vrouwenarts buiten het centrum	1.672	1.638	2.317	645	17,7
Totaal	7.943	8.213	8.759	816	5,0
<i>Aantal zwangeren bij wie chorionbiopsie is verricht:</i>					
- binnen het centrum	3.199	3.100	2.901	-298	-4,8
- door een vrouwenarts buiten het centrum	785	859	928	143	8,7
Totaal	3.984	3.959	3.829	-155	-2,0
<i>Aantal zwangeren, afname foetaal bloed</i>	136	124	-	-	-
Postnatale diagnostiek					
<i>DNA-onderzoek:</i>					
- aantal onderzochte families	3.213	3.604	-	-	-
- aantal gevonden paren met verhoogd risico	724	1.587	-	-	-
<i>Aantal cliënten dat erfelijkheidsadvies heeft ontvangen</i>	5.451	5.724	7.434	1.983	16,8

Bron: NZi

Productie

Tabel 9.44 Productie-ontwikkelingen klinisch genetisch onderzoek

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
<i>Prenatale onderzoek</i>					
Aantal onderzoeken	32.481	34.390	34.861	2.380	3,6
Aantal patiënten	29.809	31.170	31.573	1.764	2,9
Aantal gevonden afwijkingen	2.022	2.162	2.243	221	5,3
<i>Postnatale diagnostiek</i>					
<i>Chromosoom onderzoek:</i>					
Aantal onderzoeken	13.143	14.166	14.730	1.587	5,9
Aantal patiënten	11.807	12.782	13.531	1.724	7,1
Aantal gevonden afwijkingen	2.237	2.171	2.179	-58	-1,3
<i>Biochemisch onderzoek:</i>					
Aantal onderzoeken	37.442	24.564	36.390	-1.052	-1,4
Aantal patiënten	10.422	10.317	13.717	3.295	14,7
Aantal gevonden afwijkingen	1.116	1.047	1.831	715	28,1
<i>DNA-onderzoek t.b.v. aangeboren/erfelijke aandoeningen</i>					
Aantal onderzoeken	9.059	9.464	10.205	1.146	6,1
Aantal patiënten	7.666	8.472	10.447	2.781	16,7
Aantal gevonden afwijkingen	1.734	1.764	1.904	170	4,8
<i>DNA-onderzoek t.b.v. somatische aandoeningen</i>					
Aantal onderzoeken	9	15	-	-	-
Aantal patiënten	9	14	-	-	-
Aantal gevonden afwijkingen	0	2	-	-	-
Aantal uitgebrachte erfelijkheidsadviezen	5.402	5.810	6.669	1.267	11,1

Bron: NZi

Met name bij het postnatale onderzoek is er sprake van een stijging van het aantal patiënten/cliënten.

Kosten

Een inschatting van de totale directe functiegebonden kosten voor klinisch genetisch onderzoek voor 1995 bedragen zo'n f. 81 miljoen, waarvan f. 52 miljoen personele kosten zijn.

Middelen

In 1993 waren er 10 centra voor klinisch genetisch onderzoek. In 1997 zijn er 9 centra, waarvan 2 subcentra. De overige zeven centra zijn direct verbonden aan ziekenhuizen. Naast de centra zijn er ook bevoegde gynaecologen die klinisch genetisch onderzoek verrichten buiten de centra (maar wel in een samenwerkingsverband met de centra).

Tabel 9.45 Aantal vrouwenartsen buiten centrum voor afnemen van vruchtwater en/of chorionvlokken

Aantal vrouwenartsen	1993	1994
Afnemen vruchtwater	23	19
Afnemen chorionvlokken	15	12

Bron: NZi

9.10 Radiotherapie

Radiotherapie beoogt vernietiging van kwaadaardige tumorcellen door ioniserende stralen. De gebruikte voltage voor het opwekken van röntgenstralen bepaalt de hoeveelheid straling en het doordringingsvermogen. Mega-volt bestraling is een uitwendige bestraling en heeft een huidsparend effect. Brachy-therapie is een behandeling met ioniserende straling op korte ("brachy") afstand van het lichaam of op de huid. Met electronenbestraling kunnen oppervlakkig gelegen tumoren worden bestraald. Stralen-behandeling kan bij een groot aantal lokale en regionaal beperkte tumoren curatief zijn.

Gebruik

Tabel 9.46 Aantal behandelde patiënten

Aantal behandelde patiënten	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Megavolt-therapie	33.587	35.167	35.821	2.234	3,3
waarvan nieuwe patiënten	26.579	27.774	27.919	1.340	2,5
Brachy-therapie	2.290	2.032	2.017	-273	-6,2
Totaal	35.877	37.199	37.838	1.961	2,7

Bron: NZi

Kosten

Ten aanzien van de kosten zijn in 1993 (en in 1992) door 80% van de niet-academische centra een kostenopgave gegeven. De academische ziekenhuizen verstrekken geen opgave. Voor 1995 geldt dit ook weer. Omdat er nog geen schatting voor de totale landelijke kosten kon worden gemaakt, wordt ook hier de ondergrens aangegeven (dik gedrukt) van de totale direct functiegebonden kosten voor de niet-academische centra. De personele kosten van de niet-academische centra zijn wel volledig.

Tabel 9.47 Kostenoverzicht radiotherapie nier-academische centra (x 1.000)

	1992	1993	1995
Totale kosten	69.368	85.696	102.641
waarvan personele kosten	49.611	53.912	68.495
Kosten per zitting in guldens	240	284	262

Bron: NZi

De kosten per zitting variëren sterk: tussen f. 100,- en f. 550,- per zitting. Volgens het COTG hebben de kosten van de productie-afspraken voor radiotherapie-sessies zich als volgt ontwikkeld.

Tabel 9.48 Kosten afspraken en gerealiseerde kosten radiotherapie-sessies, index en absolute waarden (x miljoen)

	1993	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	100,9	114,6	129,6	127,0
Index realisatie	97,2	107,6	113,0	116,9	-
Kosten afspraken	13,2	13,3	15,1	17,1	16,7
Kosten realisatie	12,8	14,2	14,9	15,4	-

Bron: COTG

Productie

Tabel 9.49 Productie

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Megavolt-therapie	528.130	526.469	566.545	38.415	3,6
Brachy-therapie	3.108	3.742	3.566	458	7,1
Totaal	531.238	530.211	571.966	40.728	3,8

Bron: NZi

Het COTG registreerde het volgende aantal productie-afspraken:

Tabel 9.50 Aantallen afspraken en realisatie radiotherapiesessies, index en absolute waarden (x 1.000)

	1993	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	100,9	114,6	129,6	127,0
Index realisatie	97,2	107,6	113,0	116,9	-
Aantallen afspraken	7,4	7,5	8,5	9,6	9,4
Aantallen realisatie	7,2	8,0	8,4	8,7	-

Bron: COTG

Middelen

In Nederland hebben 21 centra een vergunning ex art.18 WZV voor radiotherapie. Twee vormen van radiotherapie kunnen worden gegeven: Megavolt therapie en Brachy-therapie.

Tabel 9.51 Capaciteitsontwikkeling

Capaciteit	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95
Megavolt-therapie				
Aantal lineaire versnellers	60	65	65	5
Aantal cobaltbestralers	5	5	3	-2
Totaal	65	70	68	3
Brachy-therapie				
Aantal low dose rate (LDR)	25	27	27	2
Aantal pulse dose rate	1	5	4	3
Aantal high dose rate (HDR)	11	11	11	0
Totaal	37	43	42	5

Bron: NZi

Doelmatigheid

Tabel 9.52 Gebruik van bestralingsapparatuur

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Gemiddeld aantal zittingen megavolt-therapie per lineaire versneller (+ cobaltapparatuur)	8.125	8.03	8.33	206,5	1,3
Gemiddeld aantal zittingen brachy-therapie per apparaat	84	94	85	0,9	0,5

Bron: NZi

9.11 Harttransplantatie

Slechts twee centra in Nederland mogen harttransplantaties verrichten: de academische ziekenhuizen in Rotterdam en Utrecht.

Gebruik, productie en toegankelijkheid

Tabel 9.53 Productiecijfers harttransplantaties

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Aantal orthotopie harttransplantaties:					
- volwassenen	45	47	47	2	2,2
- kinderen (0 - 14 jr)	0	0	0	0	-
Aantal re-transplantaties	0	1	0	0	-
Aantal verpleegdagen intensive care	392	652	1809	1417	114,8
Overeengekomen productieafspraken	53	50	56	3	2,8
Aantal patiënten op wachtlijst bij Euro-transplant per 31-12	16	37	42	24	52,8

Bron: NZi

Opvallend is de sterke toename van het aantal intensive care verpleegdagen ten behoeve van harttransplantatie-patiënten.

9.12 Beenmergtransplantatie

In alle academische ziekenhuizen plus drie centra komt deze functie voor. De drie centra zijn het ziekenhuis Leyenburg in Den Haag, Dr. Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis in Amsterdam en de Dr. Daniël de Hoedkliniek in Rotterdam.

Productie

Tabel 9.54 Productiecijfers beenmergtransplantatie

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Aantal allogene transplantaties:					
- volwassenen	109	125	138	29	12,5
- kinderen (0 - 14 jr)	38	40	32	-6	-8,2
Aantal autologe transplantaties:					
- volwassenen	192	192	154	-38	-10,4
- kinderen (0 - 14 jr)	16	11	4	-12	-
Totaal aantal beenmergtransplantaties	355	368	328	-27	-3,9
Aantal allogene stamcel-transplantaties	1	1	5	4	-
Aantal autologe stamcel-transplantaties	66	161	246	-	-
Totaal aantal stamcel-transplantaties	67	162	251	-	-

Bron: NZi

Kosten

Het COTG heeft de volgende kosten van de productie-afspraken vastgelegd:

Tabel 9.55 Kosten afspraken en gerealiseerde kosten hemodialyses, index en absolute waarden (x miljoen)

	1994	1995	1996	1997
Index afspraken	100,0	150,0	150,0	150,0
Index realisatie	70,0	150,0	130,0	-
Kosten afspraken	0,6	0,9	0,9	0,9
Kosten realisatie	0,4	0,9	0,8	-

Bron: COTG

9.13 Levertransplantatie

Levertransplantaties worden uitgevoerd in de academische centra van Groningen, Leiden en Rotterdam.

Gebruik, productie en toegankelijkheid

Tabel 9.56 Productiecijfers levertransplantatie

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Aantal auxiliaire levertransplantaties:					
- volwassenen	1	0	2	1	-
- kinderen (0 - 14 jr)	0	0	0	0	-
Aantal orthotope levertransplantaties:					
- volwassenen	55	64	70	15	12,8
- kinderen (0 - 14 jr)	8	10	13	5	27,5
Totaal aantal levertransplantaties	64	74	85	21	15,2
Aantal re-transplantaties					
- binnen 1 jaar	10	8	9	-1	-
- na 1 jaar	0	2	2	2	-
Aantal verpleegdagen intensive care	813	1.171	1.078	265	15,2
Aantal verpleegdagen intensive care per patiënt	12,7	15,8	12,7	0,0	-0,1
Aantal patiënten op wachtlijst bij Euro-transplant per 31-12	14	18	27	13	38,9

Bron: NZi

Het aantal wachtende patiënten voor een levertransplantatie neemt toe: ten opzichte van 1993 is het aantal wachtenden bijna verdubbeld.

9.14 Pancreastransplantatie

Deze functie wordt in een viertal academische centra uitgeoefend: Groningen, Leiden, Nijmegen en Maastricht.

Gebruik, productie en toegankelijkheid

Tabel 9.57 Productiecijfers pancreastransplantatie

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Aantal pancreas-transplantaties:					
- volwassenen	0	0	0	0	0
- kinderen (0 - 14 jr)	0	0	0	0	
Aantal gecombineerde pancreas-niertransplantaties:					
- volwassenen	19	15	11	-8	-23,9
- kinderen (0 - 14 jr)	0	0	0	0	
Totaal aantal transplantaties	19	15	11	-8	-23,9
Aantal re-transplantaties					
- binnen 1 jaar	0	0	0	0	
- na 1 jaar	0	0	1	1	
Aantal verpleegdagen intensive care	208	n.b.	43	-165	-54,5
Aantal verpleegdagen intensive care per patiënt	10,9	0,0	3,9	-7,0	-40,2
Aantal patiënten op wachtlijst bij Euro- transplant per 31-12	11	27	22	11	41,4

Bron: NZi

Een sterke afname van het aantal verpleegdagen op de intensive care is waar te nemen uit de bovenstaande tabel: van totaal 208 in 1993 tot 43 in 1995. Dit hangt deels samen met de afname van het aantal transplantaties, maar ook met een sterke afname van het aantal IC-verpleegdagen per patiënt.

9.15 Longtransplantatie

Alleen in het AZG - Groningen - worden longtransplantaties verricht.

Gebruik, productie en toegankelijkheid

Tabel 9.58 Productiecijfers pancreastransplantatie

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Gem jrl % groei 93 - 95
Aantal long transplantaties:	14	20	20	6	19,5
Aantal hart-long-transplantaties:	-	-	-	-	-
Aantal re-transplantaties	-	-	-	-	-
Aantal verpleegdagen intensive care	199	288	297	98	22,2
Aantal verpleegd. intensive care per pat.	14,2	14,4	14,9	0,6	2,2
Aantal patiënten op wachtlijst bij Euro-transplant per 31-12	30	33	47	17	25,2

Bron: NZi

DEEL II VERDIEPINGSSTUDIES

DE ZORG VOOR CVA-PATIËNTEN IN NEDERLAND

Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997

Verdiepingsstudie nr. 1

B.J.M. Welling
G.A. Donker
D.M.J. Delnoij

oktober 1997

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	5
2	CVA: DEFINITIE, OORZAKEN, SYMPTOMEN EN BEPERKINGEN	7
2.1	Inleiding	7
2.2	Wat is een CVA?	7
2.3	Oorzaken van een CVA	8
2.4	Symptomen van een CVA	8
2.5	Beperkingen ten gevolge van een CVA	11
2.6	Samenvatting	11
3	VOORKOMEN VAN CVA IN NEDERLAND	13
3.1	Inleiding	13
3.2	Prevalentie en incidentie	13
3.3	Sterfte en overlevingskans	14
3.4	Samenvatting	14
4	THERAPIE EN ZORG IN DE ACUTE FASE	15
4.1	Inleiding	15
4.2	Thuisblijven of niet?	16
4.3	Aanvullende diagnostiek	17
4.4	Samenvatting	18
5	THERAPIE EN ZORG NA DE ACUTE FASE	19
5.1	Inleiding	19
5.2	Professionele zorg en revalidatie	19
5.3	Mantelzorg	21
5.4	Samenvatting	22
6	KOSTEN VAN DE ZORG	25
7	KNELPUNTEN IN DE ZORG	25
7.1	Inleiding	25
7.2	Knelpunten in de acute fase	25
7.3	Knelpunten in de herstelfase	26
7.4	Knelpunten in de chronische fase	26
7.5	Knelpunten in de doorstroming	27
8	ZORGVERNIEUWENDE PROJECTEN CVA	29
8.1	Inleiding	29
8.2	Methode	29
8.3	Doelen en middelen	30
8.4	Doelgroep	34
8.5	Betrokken instellingen en financiering	34
8.6	Fasering en verslaglegging	35
8.7	Stroke unit en stroke service	37
8.8	Resultaten van projecten	39

9	KWALITEIT VAN DE ZORG	42
10	ALGEMENE CONCLUSIES	43
10.1	Zorg voor CVA-patiënten	43
10.2	Zorgvernieuwingsprojecten	44
10.3	Kwaliteit van zorg	45
11	INFORMATIEVOORZIENING	46
	LITERATUUR	49
	BIJLAGEN	55
I	Lijst met innovatie projecten: plaats en doel	57
II	Lijst met overige innovatieprojecten: plaats en doel	61
III	Lijst met wetenschappelijke projecten	63

1 INLEIDING

Deze notitie is opgesteld in het kader van het 'Branche-rapport Somatische Curatieve Sector 1997'. Dit branche-rapport geldt als achtergrondstudie bij het uitbrengen JOZ '98. In het kader van dit rapport is door het Ministerie van VWS gevraagd om voor een aantal deelsectoren van de somatische curatieve zorg 'verdiepende studies' uit te voeren. Dergelijke verdiepende studies beogen in feite hetzelfde als de branche-rapporten, namelijk het verschaffen van informatie over relevante feiten, ontwikkelingen en knelpunten. Omdat zo'n studie zich echter richt op een relatief kleine subsector van de totale somatische curatieve sector, werkt zij als het ware als een 'vergrootglas', waarmee meer details zichtbaar worden en zij meer expliciet een bijdrage kan leveren aan de verdere beleidsontwikkeling voor de betreffende sector. Voor de sectoren, waarvoor om een dergelijke verdiepende studie werd gevraagd, oogzorg, CVA-problematiek en thuiszorg, geldt dat zij politiek en beleidsmatig nog ruime tijd in de belangstelling zullen staan en dat zij een goede proeftuin kunnen vormen voor de ontwikkelingen van transmurale zorg.

In deze notitie wordt het thema CVA behandeld. Over CVA is onlangs een brief van de minister aan de Tweede Kamer verschenen (CSZ/ZT 971932, 1997). Hierin worden een aantal aspecten van CVA en de zorgverlening aan CVA-patiënten nader belicht. Naast de aard en omvang van het ziektebeeld en de huidige situatie in de zorgverlening wordt een aantal suggesties voor verbetering van de zorgverlening aan CVA-patiënten gedaan. De zorgverlening aan CVA-patiënten zou gekenmerkt moeten worden door een snelle diagnostiek, korte opnames in het ziekenhuis en een vlotte doorstroming naar vervolgvoorzieningen. Een snelle diagnostiek is gewenst omdat juiste medicatie de schade van een CVA kan beperken. Dit betekent dat patiënten op zo kort mogelijke termijn in het ziekenhuis gezien moeten worden. Na een eerste snelle diagnose kan opname noodzakelijk zijn, maar er kan ook tot verdere verzorging en behandeling thuis besloten worden. Is een ziekenhuisopname aan de orde, dan zal deze in het algemeen vrij kort kunnen zijn. Daarna moet in het behandelplan uitgegaan worden van vervolgvoorzieningen, die kunnen variëren van een verpleeghuis tot ondersteuning thuis.

Snelle diagnostiek, korte opnames en een vlotte doorstroming naar vervolgvoorzieningen stellen eisen op het gebied van logistiek, afstemming en (benutting van) capaciteit. Dit betekent, volgens de minister, dat in het ziekenhuis de bedden voor CVA-patiënten bij voorkeur geclusterd moeten zijn in de zogenaamde 'stroke units'. Dit betreft afdelingen waar gespecialiseerde, interdisciplinaire, geïntegreerde en gestructureerde zorg voor patiënten met een beroerte wordt geleverd. Daarnaast zouden samenwerkingsverbanden (stroke service) georganiseerd moeten worden met verpleeghuizen en de thuiszorg. In dergelijke samenwerkingsverbanden kunnen afspraken vastgelegd worden over het type zorg dat voor de zich aandienende patiënten het meest geëigend is. Dit kan mede bijdragen aan een vervroegde en effectievere ontslagplanning. Tot zover de brief van de minister aan de Tweede Kamer.

De brief van de minister geeft een duidelijk richting aan hoe de zorg voor CVA-patiënten verbeterd zou kunnen worden. Het doel van deze notitie is een landelijk beeld te schetsen van de activiteiten die in Nederland met betrekking tot de behandeling van en zorgverlening aan CVA-patiënten in voorbereiding of reeds in uitvoering zijn. Hoever

staat de praktijk (nog) af van de richting die de minister schetst in de brief? Ook wordt in deze notitie aandacht besteed aan het thema informatievoorziening. Nagegaan is welke aspecten/onderdelen van de informatievoorziening aandacht verdienen teneinde de gewenste beleidsontwikkelingen te kunnen monitoren.

Naast het verzamelen van algemene gegevens over de huidige wijze van behandelen van CVA-patiënten, heeft voor dit rapport een inventarisatie plaatsgevonden van CVA-projecten in Nederland. Voor zover deze projecten zijn geëvalueerd, zal een overzicht worden gegeven van de belangrijkste bevindingen.

Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan de orde. In paragraaf 2 wordt uitgelegd wat een CVA is, welke oorzaken aan te wijzen zijn en wat de symptomen van een CVA zijn. In paragraaf 3 komt de incidentie en prevalentie van CVA in Nederland aan de orde. In de paragrafen 4 en 5 worden achtereenvolgens de therapie en zorg in en na de acute fase behandeld. In paragraaf 6 komen de kosten van de zorg aan de orde. De knelpunten in de zorg en behandeling van CVA-patiënten en hun omgeving komen in de zevende paragraaf aan de orde. In paragraaf 8 worden zorgvernieuwendende projecten met betrekking tot CVA geïnventariseerd en geanalyseerd. In paragraaf 9 wordt aan de kwaliteit van zorg apart aandacht besteed en in paragraaf 10 wordt conclusies geformuleerd. In de laatste paragraaf tenslotte komt de informatievoorziening aan de orde.

2 CVA: DEFINITIE, OORZAKEN, SYMPTOMEN EN BEPERKINGEN

2.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt beschreven wat een CVA is en welk onderscheid gemaakt kan worden in CVA's. In paragraaf 2.2 wordt ingegaan op de oorzaken van een CVA. In de derde paragraaf worden de symptomen van een CVA behandeld. In de vierde paragraaf worden de beperkingen ten gevolge van een CVA beschreven. De laatste paragraaf (2.5) geeft een korte samenvatting.

2.2 Wat is een CVA?

De belangrijkste symptomen bij een CVA werden al in 400 voor Christus door Hippocrates beschreven: halfzijdig doof gevoel dan wel gevoelloosheid, parese van de arm en niet meer kunnen praten. Deze symptomen worden ook nu nog steeds het meest waargenomen na het optreden van een CVA (Knollema et al., 1995). Het consensusdocument CVA (CBO, 1990) geeft als algemene definitie van het CVA: Het plotseling optreden van klinische verschijnselen van een focale stoornis van de hersenfunctie, met een duur van meer dan 24 uur of eindigend met de dood, waarvoor geen andere oorzaak aanwezig lijkt dan een vasculaire stoornis. Een CVA wordt veroorzaakt door een acute verstoring van de bloedcirculatie in de hersenen.

In de praktijk wordt veelal een onderverdeling gemaakt in een *bloedig CVA*, ten gevolge van een vaatruptuur (hersensbloeding), en een *niet-bloedig CVA*, ten gevolge van een vaatafsluiting door embolus of lokaal stenoserende trombose (herseneninfarct). In Nederland gaat het bij 80% van de CVA's om een niet-bloedig CVA en wordt 80-90% van de niet-bloedige CVA's veroorzaakt door een bloedstolsel (trombus) afkomstig uit de halsslagader (trombo-embolie), maar ze kunnen ook in het hart ontstaan (Jansen et al., 1993; Hart, 1992). Er wordt verder onderscheid gemaakt tussen CVA's met blijvende neurologische uitvalsverschijnselen (encefalomalacie) en *attaque's* die binnen 24 uur (*Transient Ischaemic Attack*, TIA) of langer na het ontstaan volledig herstellen (*Minor stroke* - herstel binnen een week - en: *Reversible Ischaemic Neurologic Deficit*, RIND - herstel binnen zes weken). Hoewel de verschijnselen van een TIA per definitie binnen 24 uur na het ontstaan verdwenen moeten zijn, duren TIA's doorgaans niet langer dan 10-15 minuten. Er bestaat geen principiële verschil in pathogenese tussen TIA, Minor stroke, RIND en encefalomalacie, behalve de duur van de verschijnselen.

De *bloedige CVA's* kunnen worden onderverdeeld in *subarachnoïdale bloedingen* (meestal ten gevolge van barsten van sacculaire aneurysma's) en *intracerebrale bloedingen* (meestal ten gevolge van barsten van kleine arteriolen in het gebied van de basale kernen of van de hersenstam).

Hoewel bovenstaande definitie anders doet vermoeden, maakt de in Nederland door artsen gebruikte ICD-registratie (International classification of diseases) van de WHO geen onderscheid naar duur van het CVA en zijn bij de codering CVA ook TIA's en subarachnoïdale bloedingen opgenomen.

2.3 Oorzaken van een CVA

Atherosclerose is vaak het basale ziekteproces, dat aanleiding geeft tot het ontstaan van een *niet-bloedig* CVA, of herseninfarct. De belangrijkste risicofactoren voor atherosclerose zijn hypertensie, roken, vetstofwisselingsstoornissen en diabetes mellitus. Door hypertensie treden veranderingen op in de structuur van de bloedvatwand, resulterend in een geleidelijke afsluiting van het bloedvat (Bondjers et al., 1991). Nicotine veroorzaakt een chronische vernauwing van de bloedvaten en verhindert mogelijk de werking van protectieve stoffen ten aanzien van atherosclerose, zoals vitamine E en β -caroteen (Princen et al., 1992). Op de lange termijn beïnvloedt roken het risico op CVA door een bloeddruk verhogend effect, maar het verband tussen roken en CVA kan hier niet volledig door verklaard worden. Gegevens van de British Regional Heart Study laten zien, dat hypertensie en roken elkaar versterken, dat wil zeggen dat het relatieve risico op CVA bij hypertensie en roken hoger is dan de optelsom van de relatieve risico's voor de afzonderlijke risicofactoren (Shaper, 1992). Matig alcoholgebruik zou een gunstig effect hebben wegens een HDL-cholesterol verhogend effect en gebruik van meer dan vier glazen alcohol per dag een ongunstig effect, omdat daardoor de concentratie van LDL-cholesterol toeneemt (Gill et al., 1991; Männttäri et al., 1991). Een lage sociaal-economische status lijkt net als bij coronaire hartziekten een determinant voor CVA (Malmgren et al., 1987) en aan lichamelijke activiteit wordt een protectief effect toegeschreven (Wannamethee, 1992). Er is nog weinig bekend over het verband tussen voeding en CVA. Eveneens is weinig bekend over de rol van erfelijkheidsfactoren en de interactie daarvan met omgevingsfactoren.

Het *bloedige* CVA is het gevolg van een scheuring van de bloedvatwand. Deze kan veroorzaakt worden door aanlegstoornissen in de bloedvaten (vaatmalformaties, aneurysma's), stollingsstoornissen, doch ook hier is hypertensie een belangrijke determinant.

2.4 Symptomen van een CVA

De verschijnselen ontstaan vrijwel altijd plotseling en onverwacht, of de patiënt bemerkt de verschijnselen bij het ontwaken. De uitvalsverschijnselen hangen samen met de lokalisatie van de laesie. Op grond van de klachten of uitvalsverschijnselen kan men een nader onderscheid maken tussen uitval in een oppervlakkig deel van de hersenen (corticale ischemie) en lacunaire infarcten in dieper gelegen delen (Koudstaal et al., 1986). Bij dit laatste type vindt men meestal geen corticale functiestoornissen, maar uitsluitend (combinaties van) eenzijdige motorische en sensibele uitvalsverschijnselen.

De bloedvoorziening van de hersenen kan worden ingedeeld in twee stroomgebieden, die via de cirkel van Willis met elkaar in verbinding staan. Het stroomgebied van de arteria carotis interna voorziet het grootste deel van één hemisfeer van bloed en het stroomgebied van de arteriae vertebrales en de arteria basilaris voorzien de hersenstam, het cerebellum en de occipitale gebieden. Uitvalsverschijnselen, die passen bij een doorbloedingsstoornis in het stroomgebied van de arteria carotis interna zijn (Paping et al., 1995):

- éézijdige zwakte of gevoelsstoornis van het gelaat, arm en been (verschillende combinaties mogelijk);
- blindheid aan één oog, meestal tijdelijk (amaurosis fugax);
- taalstoornis (afasie);

- andere hogere corticale functiestoornis (zoals bijvoorbeeld verwaarlozing van één lichaamshelft, een stoornis in de ruimtelijke oriëntatie of het rekenen);
- Uitvalsverschijnselen, die passen bij uitval in het vertebrobasilaire stroomgebied (in het algemeen twee of meer):
- éénzijdige uitval van het gezichtsveld van beide ogen;
 - stuurloosheid zonder krachtsverlies (ataxie);
 - articulatiestoornis (dysarthrie);
 - draaiduizeligheid;
 - dubbelzien, met of zonder manifeste oogspierverlammingen;
 - slikstoornis;
 - bilaterale zwakte of gevoelsstoornissen, of alternerend (dan links, dan rechts).

Algemene verschijnselen als gevolg van een CVA, zoals moeheid, verminderd concentratievermogen, problemen met het geheugen en aandacht, het onvermogen meerdere dingen tegelijk te doen en stemmingsstoornissen kunnen echter zeker zo invaliderend werken voor de patiënt als bovenbeschreven scala van lokale neurologische uitvalsverschijnselen.

Naast het primair door ischemie aangetaste hersengebied, is er een omringend gebied dat slecht functioneert, maar dat nog niet onherstelbaar beschadigd is. Dit is de zogenaamde schemerzone of penumbra. Verbetering van symptomen is waarschijnlijk gelegen in het functionele herstel van een gedeelte van de schemerzone, waarbij herstel het grootst is bij kortdurende vaatafsluiting (bijvoorbeeld na een TIA).

Over het vóórkomen van stoornissen zijn weinig precieze cijfers bekend, maar uit onderzoek blijkt dat CVA zowel in lichamelijk als in psychosociaal opzicht naar verhouding de meest belastende aandoening is (Bos, 1989; Meyboom-De Jong, 1989). In tabel 2.1 zijn uit drie Nederlandse studies neurologische stoornissen weergegeven met betrekking tot de acute fase van een CVA (Schuling, 1993; van der Meer, 1990; Herman, 1982).

Tabel 2.1 Het vóórkomen van enkele neurologische stoornissen (percentages).

	Groningen	NIVEL	Tilburg
Afasie	59	61	55-71
Parese/paralyse hand	83	79	80
Parese/paralyse been	70	69	-
Bewustzijnsstoornis	27	27	40
Slikstoornis	11	16	-
Incontinentie	10	14	-

Bij 80-90% van de CVA-patiënten bestaat er een krachtsverlies in tenminste één der ledematen. Meestal gaat het om een halfzijdig krachtsverlies (hemiparese) of halfzijdige verlamming (hemiplegie). Links- en rechtszijdige uitval komen ongeveer evenveel voor. Bij 2,5 % is sprake van bilaterale of dubbelzijdige hemiparese. De ernst van de parese wordt mede beïnvloed door andere stoornissen, zoals meebewegingen (synkinesieën en synergieën), en verlies van selectiviteit of precisie in het bewegingspatroon (Meyboom-De Jong, 1995). Ook kunnen hyperreactieve peesreflexen en spasticiteit een rol spelen. De handhaving van evenwicht en houding kunnen verstoord zijn, waardoor een verhoogd risico op vallen ontstaat. Na zes maanden heeft ongeveer de helft

van de patiënten nog motorische uitval. Bij een kwart van de patiënten treedt een schouder-hand-syndroom op, met pijn in een hemiplegische schouder en een gezwollen pijnlijke hand.

Zoals boven beschreven, hebben taalstoornissen of afasie een andere genese dan spraakstoornissen of dysarthrie. Afasie is een taalstoornis waarbij zowel het begrijpen als het uiten van gesproken en/of geschreven taal in meer of mindere mate gestoord is. Afasie treedt vooral op na letsel in de linker hersenhelft. Mengvormen van afasie en dysarthrie komen frequent voor, maar het onderscheid heeft therapeutische consequenties. Bij afasiepatiënten herstelt het taalbegrip eerder dan de taalproductie.

Dysarthrie is een stoornis in het spreken en niet in het gebruik van taal. De spraak is aangedaan, doordat verlammingen van de spieren van lippen, tong en gehemelte de vorming van spraakklanken bemoeilijken. Dysarthrie kan ook ontstaan door lokale stoornissen (ulcera, niet passende kunstgebitten). Een ernstige dysarthriepatiënt kan wel communiceren door middel van schrijven of gebaren, iets dat een afasiepatiënt vaak moeilijk aangaat (Meyboom-De Jong, 1995).

Intellectuele en andere psychische stoornissen komen veel voor na een CVA en worden vaak onvoldoende door de omgeving van de patiënt en door hulpverleners herkend. Een korte samenvatting van de belangrijkste stoornissen op dit gebied (Meyboom-De Jong, 1995):

- aandachts- en concentratiestoornissen (vertraging in de informatieverwerking);
- geheugenstoornissen (stoornissen in inprenting, herkenning, korte of lange termijn-geheugen);
- waarnemingsstoornissen (neglect of halfzijdige verwaarlozing in de ruimtelijke functies, De Kort, 1996);
- planningsstoornissen (passiviteit, impulsiviteit, perseveraties of volgorde-problemen);
- depressie;
- verstoorde sociale perceptie en sociaal bewustzijn (egocentriciteit);
- verstoorde controle;
- het niet in staat zijn te leren van ervaringen (onaangepast gedrag);
- specifieke emotionele veranderingen (apathie, kinderlijkheid, verhoogde reactiviteit en sterk toegenomen of afgenomen seksuele interesse).

Bij 10-40% van de patiënten treedt incontinentie op, meestal ten gevolge neurologische stoornissen, doch soms ook door onvoldoende mobiliteit, onhandigheid, desoriëntatie of ten gevolge van bijwerkingen van medicatie. In minder dan 10% is er blijvende incontinentie (Meyboom-De Jong, 1995).

Stoornissen in het waarnemen van aanrakingen, van druk op de huid, van temperatuurverschillen en van spierspanning behoren tot stoornissen in het herkenningsvermogen of tactiele perceptie. Het positiegevoel van de ledematen kan verloren gaan. Het gevolg hiervan is dat de patiënt niet meer voelt of en hoe hij een ledemaat gebruikt, hetgeen staan en lopen belemmert. In het geval van astereognosie of een tactiele agnosie is een patiënt niet in staat een voorwerp op de tast te herkennen en te benoemen, wanneer hij het niet ziet.

2.5 Beperkingen ten gevolge van een CVA

Er zijn enkele Nederlandse studies, waarin het functioneren van CVA-patiënten in kaart is gebracht. Daarbij werd onder andere gebruik gemaakt van de Sickness Impact Profile (SIP), een vragenlijst die met subschalen nagaat voor welke aspecten van het dagelijks leven de ziekte gevolgen heeft (Bergner et al., 1981; de Bruin et al., 1992). Een totaalscore van 100 is maximaal, wat betekent dat een patiënt niets kan; een score van 0 betekent geen enkele functionele beperking. Deze cijfers geven een globale indruk van de mate waarin een CVA tot belemmeringen in het functioneren leidt. Uit het onderzoek in Limburg blijkt dat een meerderheid van de patiënten op alle gebieden beperkingen ondervindt (Tilli et al., 1993).

Tabel 2.2 Gevolgen van een CVA voor het dagelijks leven (scores op de subschalen van de Sickness Impact Profile) in vier onderzoeken

	Limburg	Groningen	Nijmegen	23 ziekenhuizen
Meetmoment na CVA	6 mnd.	6 mnd.	> 1 jr.	6 mnd.
Aantal patiënten	N=67	N=80	N=165	N=441
Slapen/rusten	23	14	15	21
Emotioneel gedrag	17	8	17	16
Lichaamsverzorging	26	17	16	22
Huishouden	34	39	33	42
Mobiliteit	25	26	18	27
Sociale interactie	14	12	17	17
Lopen	31	26	23	28
Alertheid	22	16	25	27
Communicatie	19	16	16	20
Recreatie	29	37	28	37
Eten	12	7	6	10

Bron: Tilli et al., 1993; Schuling, 1992; Hochstenbach et al., 1995; de Haan et al., 1995.

Een belangrijke beperking van deze gegevens is dat ze afkomstig zijn van selecte groepen CVA-patiënten, en daarmee waarschijnlijk niet representatief zijn voor de totale groep CVA-patiënten.

2.6 Samenvatting

In deze paragraaf is beschreven wat een CVA is, welk onderscheid in CVA's gemaakt kan worden en zijn de oorzaken, symptomen en de gevolgen van een CVA behandeld. Diverse onderverdelingen blijken in de praktijk te worden gemaakt. Hoewel er een duidelijk onderscheid is in een TIA (attaque's die binnen 24 uur volledig herstellen) en een CVA, wordt in de in Nederland door artsen gebruikte ICD-registratie van de WHO geen onderscheid gemaakt in CVA's. Bepaalde risicofactoren voor het ontstaan van een CVA zijn bekend (hypertensie, roken, vetstofwisselingsstoornissen en diabetes mellitus), over andere factoren is daarentegen nog weinig bekend (het verband tussen voeding en CVA, erfelijkheidsfactoren en bijvoorbeeld een lage sociaal-economische status). CVA behoort zowel in lichamelijk als in psychosociaal opzicht naar verhouding

tot een van de meest belastende aandoeningen. De symptomen zijn dan ook divers: neurologische uitvalsverschijnselen als taal- en spraakstoornissen en verlamningsverschijnselen, algemene verschijnselen als moeheid, problemen met geheugen en stemmingstoornissen. Er zijn weinig precieze cijfers bekend over het voorkomen van neurologische stoornissen, evenals gegevens over de mate waarin een CVA tot belemmeringen in het functioneren leidt.

3 VOORKOMEN VAN CVA IN NEDERLAND

3.1 Inleiding

In deze paragraaf komen gegevens over het voorkomen van een CVA in Nederland aan de orde. Achtereenvolgens worden de prevalentie- en incidentiegegevens gepresenteerd (3.2) en wordt de sterfte en overlevingskans van een CVA behandeld (3.3). In de laatste paragraaf volgt een korte samenvatting.

3.2 Prevalentie en incidentie

Gegevens over het voorkomen van CVA in Nederland zijn afkomstig uit bevolkingsonderzoek (CBS, Tilburgstudie) en morbiditeitsregistraties in de huisartspraktijk (zie tabel 3.1). De incidentie van CVA (het aantal nieuw optredende gevallen) varieert in de diverse onderzoeken van 1.7 tot 2.8 per 1000 inwoners. De laagste incidenties werden gerapporteerd door Herman et al. in 1981 in Tilburg en omgeving en door Schuling in 1993 in Noord-Nederland. CVA treedt bij vrouwen iets vaker op dan bij mannen en concentreert zich binnen de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder. Een vijfde deel van de CVA-patiënten is jonger dan 65 jaar (Meyboom-De Jong, 1995). Verschillen in incidentie en prevalentie kunnen sterk samenhangen met de leeftijdsopbouw van de onderzoekspopulatie en met de methode van onderzoek. Van de mannen boven de 65 jaar lijden er meer dan 60 per 1000 aan de gevolgen van een CVA, boven de 75 jaar is dat 90. De getallen bij vrouwen bedragen respectievelijk 30 en 80 (Post, 1995). Hoewel in de naaste toekomst een lichte daling in de incidentie kan optreden door verbeteringen op het gebied van preventie, zal door vergrijzing van de bevolking en een toenemende kans van CVA op oudere leeftijd de prevalentie stijgen. Anders gezegd: het absolute aantal CVA's zal verder toenemen (Van den Bosch et al., 1994). De prevalentie van CVA onder jongeren zal afnemen, doch bij ouderen toenemen (Niessen et al., 1993).

Tabel 3.1 Incidentie en prevalentie van CVA in Nederland per 1000 inwoners

Bron	Incidentie alle leeftijden	Prevalentie	Inc. 55+	Prev. 55+
Bevolking:				
CBS	-	6.0		20.0
Tilburg	1.74	-		
Huisartspraktijk:				
NIVEL - NS	2.8	5.3	7.2	15.1
Transitieproject	2.3	4.3		
Schuling	1.7	-		
RGO	-	6.8		
Ziekenhuisopname	1.9	-		

Bronnen: Meyboom-De Jong, 1995; Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 1992; Herman, 1981; Van der Velden, 1991; Raad van Gezondheidsonderzoek (RGO), 1991; Lamberts, 1991; Schuling, 1993.

Diverse onderzoekers rapporteerden een verhoogd risico voor het ontwikkelen van CVA bij bevolkingsgroepen met een lagere sociaal-economische status (Van den Bos et al., 1991; Hoogen, 1985; Tilli, 1993).

3.3 Sterfte en overlevingskans

In 1993 overleden 5.027 mannen en 7.880 vrouwen aan CVA. Van alle mannen was 65% ouder dan 75 jaar, bij de vrouwen was dat 82%. Het risico op overlijden aan een CVA stijgt voor mannen en vrouwen sterk met toenemende leeftijd (Reitsma, 1995). Het grotere aantal vrouwen, dat overlijdt aan CVA is grotendeels te verklaren door de bevolkingsopbouw (558.493 vrouwen boven de 75 jaar en 287.377 mannen). In het Tilburgse onderzoek overleed 30% van alle patiënten met een CVA (opgenomen en thuis gebleven) binnen 30 dagen na het optreden (Herman et al., 1981). In absolute cijfers is er een stijging van de sterfte door CVA in de afgelopen decennia. Dit heeft vooral te maken met vergrijzing van de bevolking. De verwachting is, dat in de naaste toekomst deze trend zich zal voortzetten. De sterfte gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht ten gevolge van een CVA is, na een aanvankelijke daling, sinds 1987 min of meer stabiel. De voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde sterfte ten gevolge van CVA daalde in de periode 1972-1993 voor mannen met 38% en voor vrouwen met 41% (Meyboom-De Jong, 1995). De sterfte aan CVA in Nederland is vergelijkbaar met de sterfte in Scandinavische landen, België en Australië. Deze is iets hoger dan de sterfte aan CVA in de Verenigde Staten, Zwitserland, Frankrijk, Mexico en Israël (Reitsma, 1995).

De éénjaarsoverleving van een doorgemaakt CVA is 60%, doch varieert sterk met de leeftijd, de comorbiditeit en het type CVA (Terent, 1989). Voor herseninfarcten bedraagt deze 80%, voor subarachnoidale bloedingen 50% en voor intracerebrale bloedingen 20% (Sacco et al., 1982). De gemiddelde levensverwachting na een CVA is ongeveer vijf jaar, afhankelijk van leeftijd, bijkomende morbiditeit en determinanten (Limburg, et al., 1992). Belangrijke prognostische factoren zijn hoge bloeddruk, CVA of TIA in de voorgeschiedenis, bewustzijnsverlies en cardiale aandoeningen.

In het Verenigd Koninkrijk bleken 'stroke-units' succesvol in het omlaag brengen van de mortaliteit (Langhorn et al., 1993). Ook in Nederland zijn stroke units opgericht (Hengelo) of in oprichting. Kenmerk hiervan is protocollair en gecoördineerd werken in teamverband. Het succes van dergelijke units in het omlaag brengen van de mortaliteit, maar vooral op het effect van de kwaliteit van leven nadien, moet nog onderzocht worden. In paragraaf 8.7 komen we hier op terug.

3.4 Samenvatting

Cijfers over het aantal nieuw optredende gevallen van CVA (de incidentie) variëren van 1.7 tot 2.8 per 1000 inwoners. Landelijke incidentiecijfers in de huisartspraktijk zijn sinds 1987/1988 (Van der Velden, 1991) niet meer verzameld. CVA blijkt een ziekte die vooral voorkomt bij ouderen. Het aantal CVA's in absolute zin zal als gevolg van de vergrijzing van de Nederlandse bevolking verder toenemen. Er overlijden een groter aantal vrouwen aan de gevolgen van een CVA. Dit heeft te maken met de bevolkingsopbouw in Nederland. Ongeveer een derde van alle patiënten overlijdt binnen 30 dagen na het optreden van een CVA.

4 THERAPIE EN ZORG IN DE ACUTE FASE

4.1 Inleiding

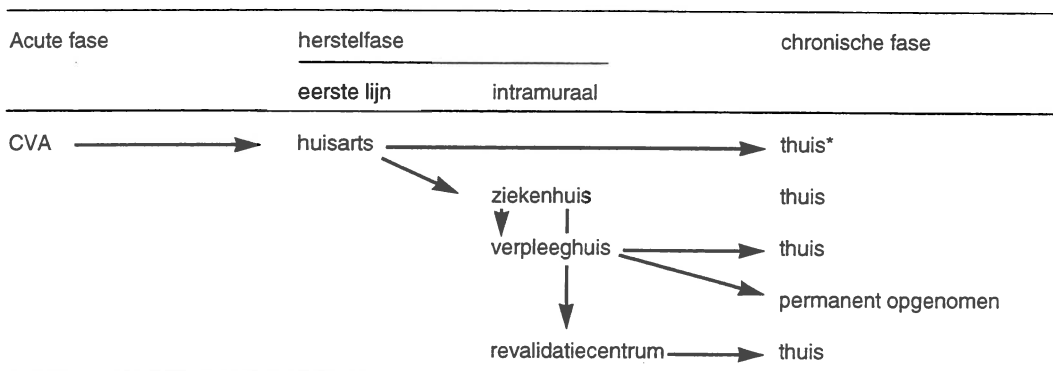
In deze paragraaf wordt de therapie en zorg in de acute fase beschreven. De acute fase van CVA wordt globaal op twee weken gesteld en gaat over in de herstelfase, die ongeveer tot een half jaar na CVA duurt (Meyboom-De Jong, 1995). Herstel treedt het eerste half jaar voornamelijk spontaan op (Lorish, 1993). In het eerste half jaar wordt meestal een stationaire toestand bereikt, waarna de chronische fase begint. De grenzen tussen deze fasen zijn niet scherp te trekken, maar het onderscheid is belangrijk, omdat het accent in de zorgverlening in deze fasen verschillend is. Zo ligt het accent in de acute fase op de medische diagnostiek, in de herstelfase op de revalidatie en in de chronische fase op de ondersteuning van de patiënt en diens mantelzorg.

In alle fasen zijn de volgende elementen te onderscheiden (Meyboom-De Jong, 1995):

- het verlenen van goede zorg;
- medische diagnostiek en behandeling met als doel het beperken van de cerebrale schade;
- het voorkómen van complicaties;
- het opsporen en beïnvloeden van risicofactoren om de kans op herhaling te minimaliseren;
- het opstellen van een revalidatieplan om het functioneel herstel te bevorderen;
- het geven van voorlichting;
- het begeleiden van de centrale verzorger, meestal de partner, die bij de revalidatie- en herstelfase van de patiënt de belangrijkste rol speelt.

In schema 4.1 wordt het zorgcircuit voor een CVA-patiënt in beeld gebracht.

Schema 4.1 Zorgcircuit CVA-patiënten



* = thuis kan ook verzorgingshuis zijn

Deze paragraaf is verder als volgt opgebouwd. In paragraaf 4.2 wordt de behandeling en zorg in de acute fase beschreven. In paragraaf 4.3 wordt ingegaan op de aanvullende diagnostiek. in de laatste paragraaf volgt een samenvatting.

4.2 Thuis blijven of niet?

Het CVA treft de patiënt meestal als een donderslag bij heldere hemel. Het eerste contact vindt over het algemeen plaats met de huisarts. In 55% van de gevallen betreft dit de eigen huisarts; in 42% van de gevallen tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten diens waarnemer. Deze probeert middels anamnese en lichamelijk onderzoek inzicht te krijgen in de ernst en een onderscheid te maken tussen bloedig en onbloedig CVA. Een helder bewustzijn en een nauwelijks verhoogde bloeddruk pleiten tegen een bloedig CVA. Ischemische hart- en vaatziekten op hogere leeftijd gaan veelal gepaard met onbloedige CVA's. Hoofdpijn, braken en snelle bewustzijnsdaling bij een CVA pleiten voor een bloeding en zijn het gevolg van hersenverplaatsing. Schedeltraumata, al of niet in relatie tot alcoholabuis leiden tot bloedige CVA's. Laboratoriumonderzoek, lumbaalpunctie, Dopplersonderzoek, ECG, computer tomografie, magnetische resonantie imaging en andere beeldvormende diagnostiek kunnen een waardevolle aanvulling betekenen voor de diagnostiek.

Tijdens de acute fase wordt eerste hulp verleend, diagnostiek verricht en de zorg georganiseerd. Daarnaast is het beleid erop gericht om complicaties te voorkómen, de patiënt en zijn naasten voor te lichten over de prognose en een revalidatieplan op te stellen. Tevens worden risicofactoren opgespoord om de kans op herhaling van een CVA te verminderen. De huisarts beslist in de eerste fase al over nut en noodzaak van aanvullende diagnostiek en therapie door al of niet te besluiten tot opname in het ziekenhuis. In de eerste week na het optreden van het CVA wordt ongeveer twee derde van de patiënten opgenomen in het ziekenhuis, waarbij opvalt dat vooral hoogbejaarden thuis worden verzorgd. De huisartsen van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) verwezen in 1996 4.8 per 10.000 ingeschreven patiënten met de diagnose TIA naar een medisch specialist en 10.5 per 10.000 ingeschreven patiënten met de diagnose CVA. Het merendeel van deze patiënten (83%) werd verwezen naar een neuroloog; 7.6% werd verwezen naar een revalidatiearts.

Een CVA is een spoedboodschap, doch vereist niet altijd spoedopname (Schuling, 1993). De belangrijkste reden om de patiënt te laten opnemen is van medische aard (68%); andere criteria zijn de niet toereikende verzorging thuis (34%), wens van de patiënt (5%) of diens omgeving (13%) (Knollemans et al., 1995). Van de symptomen blijkt alleen de aanwezigheid van een coma significant vaker met opname samen te hangen. Alle andere symptomen komen even vaak in de thuisblijvende als in de opgenomen groep CVA-patiënten voor. Ook de aanwezigheid van een partner, de sociaal-economische status en een recidief-CVA blijken geen aantoonbare invloed te hebben op de keuze thuis blijven of ziekenhuisopname (Meyboom-De Jong, 1995). Wel blijkt het vaker mogelijk patiënten, die in een verzorgingshuis wonen, in de thuissituatie te behandelen.

Bij een TIA of een CVA met lichte restverschijnselen is eventueel poliklinisch onderzoek meer aangewezen dan opname, omdat met name de reactivering na een CVA beter gedijt in de thuissituatie. Bij de behandeling van TIA of ter preventie van het herseninfarct op lange termijn vormt antistollingsmedicatie, in het bijzonder acetylsalicylzuur (aspirine), naast behandeling van hypertensie, de meest aangewezen therapie (Van Gijn et al., 1991). De huisarts wordt in zijn beleid ten aanzien van een TIA bijgestaan door richtlijnen van het Nederlands Huisartsengenootschap (Van Binsbergen et al., 1995). Deze NHG-standaard bevat richtlijnen t.a.v. anamnese, onderzoek, voorlichting, beïnvloeding van risicofactoren, verwijzing en consultatie. In Nederlands onder-

zoek is gevonden dat een lage dosis (30 mg per dag) acetylsalicylzuur (ASA) even effectief is bij het voorkómen van vasculaire complicaties als een middelhoge dosis van 283 mg per dag (Dutch TIA Trial Study Group, 1991). Bovendien traden bij de lage dosis minder bijwerkingen op.

Bij relevante restverschijnselen na CVA is opname in principe op zijn plaats in verband met optimalisering van vocht- en electrolytenbalans, noodzakelijk onderzoek naar de oorzaak van de cerebrale doorbloedingsstoornis en ter voorkoming van complicaties (infecties, urineretentie, verstijving van gewrichten, decubitus en trombosebeen). Controle van cardiale en respiratoire functie, van bloeddruk en glucose, van vocht en electrolytenbalans zijn in deze fase belangrijk voor optimaliseren van het herstel. Direct na een CVA is de bloeddruk vaak verhoogd als uiting van een compensatie-mechanisme. Behandeling van een compensatoir verhoogde bloeddruk in de eerste weken na een CVA wordt afgeraden (Collins et al., 1990; Wallace et al., 1981). Het therapeutisch nut van antistollingstherapie en trombocytenaggregatieremmers bij patiënten met restverschijnselen van een encefalomalacie is niet aangetoond. Preventief is meer morbiditeitswinst te behalen. Een lage dosis acetylsalicylzuur vermindert het risico op CVA, ook als er geen cardiale oorzaken gevonden zijn. Tot dusver is er nog geen effectieve medicamenteuze therapie in de acute fase. Hiernaar wordt in vele medicatietrials over de gehele wereld gezocht. Medicamenteuze therapie in de acute fase zou de ischemie in het randgebied, de halfschaduw of penumbra rond het centrale infarct, zoveel mogelijk moeten opheffen. Dit gebied is nog niet irreversibel beschadigd en hier kan herstel optreden, mits de circulatie snel wordt hersteld. Wil een behandeling effectief zijn, dan moet deze in een zo vroeg mogelijk stadium worden toegepast (Gelmers, 1990). Tot nu toe doet men onderzoek naar het effect van heparine en coumarinederivaten, acetylsalicylzuur, corticosteroïden, mannitol en glycerine, calcium-antagonisten, anti-oxydantia en vetperoxydatieremmers. Geen van deze stoffen heeft nog een positief resultaat opgeleverd. Ook in Nederland zijn nog trials gaande, zoals het snel toedienen van Nimodipine (door de huisarts) na CVA (VENUS-onderzoek). Voorlopig is het belangrijker ook in de acute fase door middel van regelmatige fysiotherapie (klinisch of thuis) en eventueel ergotherapie en/of logopedie een begin te maken met de revalidatie.

Indien er sprake is van ernstige vernauwing van de arteria carotis ($\geq 70\%$), leidt operatieve verwijdering van de atherosclerotische plaque tot een verbetering van de prognose. Een dergelijke operatie moet binnen enkele maanden worden uitgevoerd in één van de centra met een bewezen lage ($< 3-4\%$) perioperatieve morbiditeit en sterfte (European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group, 1991). Grote intracerebrale bloedingen behoeven soms chirurgisch ingrijpen om een te hoge druk binnen de schedel en daarmee inklemming van hersenweefsel te voorkomen. Eventuele antistollingstherapie moet worden stopgezet en worden bestreden met vitamine K.

4.3 Aanvullende diagnostiek

Naast lichamelijk onderzoek behoort bloedonderzoek (onder andere glucose), een CT-scan en op indicatie een ECG en/of een ECHO-onderzoek van de halsslagader tot adequate diagnostiek na het optreden van een CVA. Deze onderzoeken kunnen in de meeste situaties ook poliklinisch uitgevoerd worden en door de huisarts aangevraagd worden. De CT-scan is belangrijk om onderscheid te maken tussen infarct, intracerebraal hematoom en andere pathologie, zoals een tumor (metastasen) of een subduraal

hematoom. Deze moet binnen tien dagen na het ontstaan van het CVA gemaakt worden. Na die periode kan een hematoom niet altijd betrouwbaar worden herkend. Een ernstige arteria carotisstenosering kan worden geobjectiveerd door hematotachometrie (Doppler-onderzoek) of een carotisangiogram. Angiografie is met name geïndiceerd als de patiënt in aanmerking komt voor operatieve carotidesobstructie, of bij jonge patiënten als de diagnose onduidelijk is. Een EEG wordt alleen verricht bij het vermoeden van epilepsie. Meer gedetailleerde beelden en afbeeldingen van metaboli-sche processen kunnen verkregen worden met respectievelijk MRI en PET-scan. Beide onderzoeken zijn echter vele malen duurder dan een CT-scan en dienen dus bij speci-fieke indicaties gebruikt te worden.

4.4 Samenvatting

In deze paragraaf is de therapie en zorg in de acute fase beschreven. Tijdens de acute fase wordt eerste hulp verleend, diagnostiek verricht en de zorg georganiseerd. Hierbij is de huisarts in de meeste gevallen de eerste hulpverlener. De huisarts beslist in de eerste fase al over het nut en noodzaak van aanvullende diagnostiek en therapie door al dan niet te besluiten tot opname in het ziekenhuis. In de eerste week na het optreden van een CVA wordt ongeveer tweederde van de patiënten opgenomen in een ziekenhuis. De belangrijkste reden om een patiënt te laten opnemen zijn van medische of sociale aard (onvoldoende mogelijkheden voor verzorging thuis). Bij een TIA of een CVA met lichte restverschijnselen is eventueel poliklinisch onderzoek meer aangewezen dan opname: de reactivering na een CVA blijkt beter te verlopen in de thuissituatie. Bij een TIA lijkt een lage dosering aspirine de meest aangewezen therapie: het vermindert het risico op een CVA. Er is tot dusver geen effectieve medicamenteuze therapie. Behandeling in het ziekenhuis bestaat vooral uit diagnostiek. De CT-scan is hierbij belangrijk, mits binnen tien dagen gemaakt, om een onderscheid te maken tussen een bloeding en een infarct. Of een CT-scan inderdaad bij iedere CVA-patiënt binnen de gestelde tijd wordt gemaakt is niet duidelijk.

Door het ontbreken van een effectieve medicamenteuze therapie is het voorlopig belangrijker in de acute fase door middel van regelmatige fysiotherapie en eventuele ergotherapie en/of logopedie een begin te maken met de revalidatie.

5 THERAPIE EN ZORG NA DE ACUTE FASE

5.1 Inleiding

Na de acute fase, met een duur van globaal twee weken, begint de herstelfase. Deze loopt door tot een half jaar na een CVA en wordt gevolgd door de chronische fase. In paragraaf 5.2 wordt de professionele zorg en de revalidatie behandeld. De rol van de mantelzorg de zorg voor CVA-patiënten en de gevolgen daarvan komen in paragraaf 5.3 aan de orde. In laatste paragraaf volgt een samenvatting.

5.2 Professionele zorg en revalidatie

In de herstelfase is de medische diagnostiek in principe afgerond en zijn de risicofactoren in kaart gebracht. Zorg wordt nu belangrijker dan diagnostiek en de aandacht verschuift van beïnvloeding van de beperking naar aanpassing aan de nieuwe situatie (revalidatie). Een optimale kwaliteit van leven is het einddoel. Daartoe is het belangrijk zowel de patiënt als diens omgeving (met name de partner) te ondersteunen. In deze fase verschijnen vaak nieuwe hulpverleners ten tonele, zoals de wijkverpleegkundige, fysiotherapeut, revalidatie-arts, ergotherapeut en eventueel psychotherapeut. Zo bleek uit een onderzoek in drie Amsterdamse ziekenhuizen waar van meer dan 100 CVA-patiëntengeschiedenissen werden gereconstrueerd van opname tot ontslag dat de patiënten gemiddeld 25 verschillende zorgverleners aan het bed kregen, er van iedere patiënt gemiddeld 8 dossiers gemaakt waren en tenslotte werden er gemiddeld vier overdrachtsbrieven per patiënt geschreven (Brouwer de Koning, 1997). De kwaliteit van zorg wordt dan ook in hoge mate bepaald door de samenwerking tussen de verschillende disciplines. Dit kan bevorderd worden door afspraken te maken in een functioneel netwerk (hometeam, stroke unit).

Ook in deze fase treden nogal eens daarvóór niet herkende verschijnselen op, met name cognitieve en emotionele gevolgen van het CVA. Hulpverleners kunnen op deze problemen meer alert zijn en alsnog nadere diagnostiek laten verrichten. Daarnaast is het in de tijd vervolgen en begeleiden van de patiënt van belang en het ondersteunen van de centrale verzorger, meestal de partner.

De CVA-patiënten die na de acute fase (nog) in het ziekenhuis verblijven, behoren tot de 'lange liggers' bij wie sprake is van 'het verkeerde bed' (Meyboom-De Jong, 1995). De lange verpleegduur van gemiddeld 22 dagen voor een CVA-patiënt in het ziekenhuis wordt vooral veroorzaakt door het wachten op een plaats in het verpleeghuis, door de onmogelijkheid patiënten naar huis te ontslaan, in verband met het ontbreken van voldoende thuiszorg, of door het wachten op een plaats in de revalidatiekliniek. Langdurige opname kan voor de patiënten ongewenste psychosociale en medische gevolgen hebben, en ongewenste financiële consequenties hebben. Na het stellen van de verpleeghuisindicatie hanteert men een lager tarief, het 'mediumcare' tarief.

In een onderzoek in 23 ziekenhuizen werd van 760 CVA-patiënten 19% naar het verpleeghuis ontslagen (de Haan, 1994). Van deze patiënten was een half tot drie jaar

later 54% overleden, 29% verbleef nog steeds in het verpleeghuis, 7% ging naar een verzorgingshuis en 10% naar huis. Van de patiënten die een CVA overleven, is ruim 10% zo verplegingsbehoefstig dat permanente opname in een verpleeghuis noodzakelijk is (Cools, 1991).

Na een CVA stijgt het zorggebruik substantieel: toename van fysiotherapie (17%), van huishoudelijke hulp (15%) en van het gebruik van hulpmiddelen (23%) (de Haan, 1994). Het gebruik van zorg kan grotendeels worden verklaard door de functionele toestand van patiënten, hun specifieke woonsituatie en hun sociale omstandigheden (Meyboom-De Jong, 1995). Ouderen maken meer gebruik van huishoudelijke hulp en hulpmiddelen; jongere patiënten meer van revalidatie en psychosociale hulp. Vrouwen en alleenstaanden hebben meer huishoudelijke hulp. Patiënten met emotionele problemen, patiënten in een verzorgingshuis en patiënten zonder partner krijgen vaker psychosociale begeleiding dan patiënten zonder deze kenmerken.

De CVA-patiënten die na de acute fase weer thuis verblijven, zijn voor hun medische zorg aangewezen op de huisarts. De Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk laat zien dat het overgrote deel van de verwezen patiënten nog één tot twee keer door hun huisarts werd gezien; bij de niet verwezen patiënten was dat drie tot vier keer (van der Velden, 1991). Niettemin blijkt de huisarts voor veel patiënten de enige zorgverlener te zijn die komt als er om hulp wordt gevraagd. Uit literatuuronderzoek blijkt dat preventief huisbezoek door wijkverpleegkundigen, 'health visitors' of getrainde vrijwilligers een positieve invloed kan hebben op de functionele toestand en het welbevinden van ouderen met ernstige beperkingen en handicaps (Buis, 1993). Het resulteerde in een afname van de mortaliteit tot 41%, in een vermindering van ziekenhuis- en verpleeghuisopnamen tot 45% en in een verbetering van het functioneren. In de CBS-gezondheidsenquête 1989-92 bleken CVA-patiënten in vergelijking met patiënten met andere chronische ziekten de meeste beperkingen te kennen: 64% van de patiënten ervaart beperkingen, 84% voelt zich niet gezond en 35% ervaart een vorm van zich niet welbevinden; 99% heeft medische zorg nodig, 32% fysiotherapie en 29% verpleging en verzorging.

Thuiszorg door wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgers vormt een noodzakelijke voorwaarde, als zorgbehoevende CVA-patiënten thuis willen blijven. Om na opname de overdracht van belangwekkende gegevens ten bate van de verzorging thuis te optimaliseren en de snelheid van inzetbaarheid van thuiszorg te maximaliseren, zijn in ziekenhuizen transferpunten voor thuiszorg opgericht, waar de intakefase direct kan worden afgerond. Naast de reguliere thuiszorg bestaat er aanvullende zorg en intensieve thuiszorg, die aan een maximale periode van 4-6 weken is gebonden. De toegang tot thuiszorg is gebonden aan het lidmaatschap van de Kruisvereniging.

In de thuissituatie spelen centrale verzorgers, wijkverpleging en gezinszorg de belangrijkste rol bij de revalidatie. Ten dele vindt revalidatie plaats met behulp van fysiotherapie en logopedie, terwijl incidenteel ergotherapie kan worden ingeschakeld. CVA-patiënten vormen slechts een zeer klein deel van de patiëntenpopulatie van de extramuraal werkende fysiotherapeuten. Het aantal fysiotherapie-patiënten met een aandoening van het hart- en vaatstelsel wordt geschat op 8 tot 10 per 1000 extramuraal behandelde fysiotherapie-patiënten (Heerkens et al., 1997).

Soms maakt men gebruik van dagrevalidatie in revalidatieklinieken, van dagbehandeling in verpleeghuizen of van dagverzorging en dagopvang in bejaardenoorden. Door

de huisarts, de geriater of de neuroloog kan desgewenst de revalidatie-arts worden ingeschakeld.

Bij de revalidatie staat enerzijds het zo goed mogelijk trainen en benutten van de overgebleven lichaamsfuncties centraal, anderzijds ook het NDT-concept (Neuro Developmental Treatment). NDT is erop gericht de verlamde kant zoveel mogelijk bij de behandelingen te betrekken, opdat een evenwichtiger lichaamshouding en gebruik worden bereikt. Revalidatie en een snelle terugkeer naar de thuissituatie leiden tot een vermindering van fysiologische en psychische stoornissen en tot een betere aanpassing van de patiënt en diens omgeving aan de beperkingen ten gevolge van het CVA (Van Crevel, 1991). Revalidatie in een revalidatiekliniek is aangewezen als de patiënt medische, verpleegkundige of specialistische revalidatie-therapeutische zorg nodig heeft die niet elders kan worden verstrekt (Lankhorst, 1992; Stam et al., 1993). In het algemeen wordt slechts 5-10% van de CVA-patiënten naar een revalidatiekliniek verwezen. Voor 1995 zijn gegevens bekend van 17 revalidatie-instellingen en drie revalidatie-afdelingen van algemene ziekenhuizen. In deze instellingen bestond 32,6% van de opgenomen patiënten uit CVA-patiënten. CVA-patiënten vormen 11,7% van de poliklinische populatie. De belangrijkste verwijzers zijn de neuroloog en de revalidatie-arts (LIVRE, 1996).

De effecten van revalidatiebehandelingen (inclusief NDT) zijn nog onvoldoende geëvalueerd. Wel is duidelijk dat ADL-functies specifiek getraind moeten worden, wil men het functioneel herstel van CVA-patiënten verbeteren (Meyboom-De Jong, 1995). Hiertoe kunnen verschillende disciplines worden ingeschakeld, zoals verpleging, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, maatschappelijk werk, klinische of neuropsychologie en diëtik. Tevens kan gebruik worden gemaakt van hulpmiddelen en aanpassingen (rollator, traplift etc.). Bij afasie staat multidisciplinaire behandeling tegenwoordig centraal (Harskamp et al., 1991). Zowel verbale als niet-verbale stoornissen alsmede de communicatie met de centrale verzorger worden getraind. Logopedisten werkzaam in de eerste lijn zijn niet altijd voldoende gespecialiseerd in de behandeling van afasie/dysarthrie na een CVA.

5.3 Mantelzorg

In de thuissituatie vormt de centrale verzorger, meestal de partner, de belangrijkste schakel in de hulpverlening. Schuling toonde aan dat patiënten, die thuis bleven met een partner, betere kansen hebben op herstel dan geïnstitutionaliseerde of alleenwonende patiënten (Schuling, 1993). Ook blijkt dat als de partner bij de revalidatie wordt betrokken het eindresultaat van de behandeling van een CVA-patiënt beter is (Vergouwen et al., 1997). Doordat verwanten de zorg voor de CVA-patiënt als vanzelfsprekend op zich nemen, verandert de oorspronkelijke relatie met de patiënt vaak wezenlijk. Eenzijdige gerichtheid komt in de plaats van een wederzijdse relatie (Meyboom-De Jong, 1995). De verzorger en nabije familieleden lijden onder een aanzienlijke draaglast en kunnen hier ook zelf negatieve gevolgen van ondervinden (Limburg et al., 1991). Onderzoek onder partners van oudere CVA-patiënten wijst uit dat huishoudelijke taken, het gezinsmanagement en de directe zorg ten behoeve van de patiënt voor de partner een zware belasting inhouden (Schure, 1995; Schure, 1996; Meijer en Schure, 1995). Bovendien moet de partner inleveren op contacten (met name de partners van patiënten met afasie vormen een risicogroep), vrijetijdsbesteding en op emotionele steun van de patiënt. Vergeleken met een op woongebied en leeftijd gematchte contro-

legroep van partners van niet CVA-patiënten kwamen partners van CVA-patiënten er op alle voornoemde punten slechter van af. Eén derde van de partners stond een jaar na een CVA onder zware psychische spanning. Deze risicogroep werd gekenmerkt door een lage zelfwaardering en een groot aantal onvervulde behoeften, vooral als gevolg van psychische veranderingen bij de CVA-patiënt. Ook andere mantelzorgers dan de partners ondervinden aanzienlijke nadelen van hun verzorgende taken en verantwoordelijkheden, maar bij hen zijn de gevolgen minder ernstig dan bij de partners. De professionele zorgverleners, inclusief de behandelend arts, dienen aandacht te geven aan de partner en eventueel andere centrale verzorgers. Dagbehandeling in enigerlei vorm betekent behalve een mogelijkheid tot reactivering voor de patiënt ook een verlichting voor de centrale verzorger.

Behalve door de centrale verzorgers wordt mantelzorg gegeven door familieleden en burens, door vrijwilligers en door professionele organisaties als 'Tafeltje Dekje'. Voorlichting over de diverse mogelijkheden is uitermate belangrijk voor de patiënt en diens centrale verzorgers. Er zijn hiertoe ook voorlichtingsboekjes in omloop ('Wegwijzer na een beroerte' en 'Afasie, hoe verder?') uitgegeven door de Nederlandse Hartstichting. Half maart 1996 startte de Nederlandse Hartstichting de campagne 'Beroerte, de grootste kopzorg van nu'. Doel hiervan is onder meer de bewustwording onder het publiek over de oorzaken en gevolgen van een beroerte vergroten. Daarnaast speelt de patiëntenvereniging een belangrijke rol in de voorlichting aan patiënten en hun naasten.

5.4 Samenvatting

In de herstelfase wordt zorg belangrijker dan diagnostiek en de aandacht verschuift van beïnvloeding van de beperking naar aanpassing aan de nieuwe situatie (revalidatie). Een optimale kwaliteit van leven is het einddoel. Patiënten die in deze fase nog in het ziekenhuis liggen veroorzaken ondermeer de zogenaamde 'verkeerde bed' problematiek, meestal veroorzaakt door het wachten op een plaats in het verpleeghuis of in de revalidatiekliniek en het ontbreken van voldoende thuiszorg.

Er blijken bij de zorg voor CVA-patiënten vele disciplines en instellingen betrokken te zijn. Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en kortere opnames te realiseren zal in hoge mate afhangen van de bereidheid tot samenwerking en afstemming van zorg tussen de diverse disciplines en instellingen. De 'wachtdagen' in ziekenhuizen van CVA-patiënten geeft aanwijzingen dat op dit punt nog onvoldoende samengewerkt wordt.

Voor veel CVA-patiënten zonder lichamelijke zorgbehoefte die thuis verblijven blijkt de huisarts de enige zorgverlener te zijn die komt als er hulp gevraagd wordt, terwijl uit onderzoek blijkt dat CVA-patiënten in vergelijking met andere chronische ziekten de meeste beperkingen kennen. Preventief huisbezoek kan, zo blijkt uit onderzoek, een positieve invloed hebben op de functionele toestand en het welbevinden van ouderen met ernstige beperkingen en handicaps.

In de thuissituatie vindt maar ten dele revalidatie plaats met behulp van fysiotherapie en logopedie. Revalidatie en een snelle terugkeer naar de thuissituatie leiden tot een vermindering van fysiologische en psychische stoornissen en tot een betere aanpassing van de patiënt en diens omgeving aan de beperkingen ten gevolge van het CVA.

Slechts een klein deel van de CVA-patiënten wordt naar een revalidatiekliniek verwezen.

In de hulpverlening thuis vormt de mantelzorg de belangrijkste schakel. Uit onderzoek blijkt dat dit een zware psychische belasting vormt voor de mantelzorg. De professionele zorgverleners, inclusief de behandelend arts, dienen aandacht te geven aan de partner en eventueel andere centrale verzorgers. Voorlichting over diverse mogelijkheden is belangrijk voor patiënt en mantelzorg. De Nederlandse Harstichting en patiëntenvereniging spelen hierin een belangrijke rol.

6 KOSTEN VAN DE ZORG

Twee recente publicaties hebben aandacht besteed aan de kosten van de zorg van CVA in Nederland. Het gaat hierbij om een publicatie van de Nederlandse Hartstichting uit 1995 (Meyboom-De Jong) en een publicatie van de Stichting CVA Nederland uit 1996.

Alle tot nu toe verschenen kostenramingen van de zorg voor CVA-patiënten zijn gebaseerd op twee bronnen, een uit 1988 en een uit 1991. Kosten/effectiviteitsstudies op het gebied van de zorg zijn niet voorhanden.

Gegevens over 1988 laten zien dat de kosten voor behandeling, verzorging en verpleging van CVA-patiënten ruim 1 miljard gulden, of 2,9% van de totale kosten van de gezondheidszorg bedroegen. Voor mannen bedroeg dit 443 miljoen en voor vrouwen 706 miljoen gulden (Koopmanschap et al. 1991).

Bergman et al. (1995) geven (op basis van gegevens uit 1991) een raming van de kosten voor CVA-patiënten na het krijgen van een eerste beroerte, rekening houdend met een overlevingsduur van 15 jaar. Zij komen tot een schatting van 1.870 miljoen gulden voor de totale kosten van 24.007 CVA-patiënten. De belangrijkste kostencomponent van het eerste jaar zijn de ziekenhuiskosten (45%), terwijl verpleeghuiskosten uiteindelijk de belangrijkste kostencomponent voor de levensduur vormen, namelijk 50%. Een toename van het aantal 65-plussers met 27% tussen 1991 en 2010 zou mogelijk kunnen leiden tot een toename van 30% van de totale kosten voor CVA-patiënten. Dit komt neer op 1.5% per jaar.

Ondanks het feit dat 80 procent van de CVA-patiënten getroffen wordt door de aandoening na het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd, kregen in 1990 754 mannen en 348 vrouwen een uitkering volgens de ziekwet na een CVA (Bosch, 1993). Hiermee waren 236.000 ziektedagen (5% van alle ziektedagen ten gevolge van ziekten van het zenuwstelsel) en 24 miljoen gulden (5% van het totale bedrag uitgekeerd ten behoeve van ziekten van het zenuwstelsel) meegemoeid (Meyboom-De Jong, 1995). Hierbij gaat het om ziekten van het zenuwstelsel volgens de ICD-9 classificatie. Hierin zijn geen psychiatrische aandoeningen opgenomen, behalve die met neurologische kenmerken, zoals dementie.

Het beeld dat uit de studies naar de kosten van de behandeling en zorgverlening van CVA-patiënten is dat de CVA-zorg een substantieel deel van het gezondheidszorgbudget voor haar rekening neemt. Gezien de demografische ontwikkelingen zullen de kosten in (nabije) toekomst toenemen.

7 KNELPUNTEN IN DE ZORG

7.1 Inleiding

In deze paragraaf worden knelpunten besproken met betrekking tot het zorgcircuit. Knelpunten in de behandeling van en de zorg voor CVA-patiënten worden in alle onderscheiden fasen: de acute, de herstel- en de chronische fase onderkend. Deze knelpunten komen hier achtereenvolgens aan de orde. In de laatste paragraaf wordt apart aandacht besteed aan de knelpunten in de doorstroming.

7.2 Knelpunten in de acute fase

In de acute fase speelt met name het gebrek aan een eenduidige behandeling van patiënten met een CVA. De meeste patiënten zien als eerste de huisarts of een waarnemend huisarts (97%). Het besluit van de huisarts al dan niet op te laten nemen blijkt af te hangen van de leeftijd van de patiënt, met name oudere patiënten blijven thuis, en de mate van verzorgingsbehoefte (Schuling & Greidanus, 1992). Is het besluit genomen de patiënt thuis te laten dan blijkt bij veel patiënten er geen verdere diagnostiek plaats te vinden. In een enquête onder 287 huisartsen bleek dat 52% van de huisartsen de laatste TIA-patiënt niet naar de neuroloog verwezen had of deze met de neuroloog besproken had. Bij deze patiënten werd er geen verder onderzoek verricht (Limburg, 1994). Verder wordt bij thuisverblijvende CVA-patiënten veelal geen CT-scan gemaakt, die noodzakelijk is om tussen een bloeding en een infarct te differentiëren (Schuling, 1992; Meyboom-De Jong, 1995). Bij thuisbehandelde patiënten is er sprake van onderdiagnostiek.

Het gebrek aan een eenduidige behandeling voor CVA-patiënten speelt ook voor de in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Enerzijds is er sprake van overdiagnostiek en anderzijds van onderdiagnostiek.

Zo worden in sommige ziekenhuizen bij alle CVA-patiënten een EEG gemaakt, terwijl aan het nut ervan alom wordt getwijfeld (Meyboom-De Jong, 1995; van Heukelom, 1994; Limburg, 1994). Uit het onderzoek van Schuling (1992) bleek dat bij 22% van de naar de neuroloog verwezen patiënten geen CT-scan gemaakt werd. Gezien het belang dat gehecht wordt aan het maken van een CT-scan voor de opsporing van de oorzaak en het treffen van preventieve maatregelen is dit opvallend.

Een groot aantal patiënten overlijdt binnen 24 uur in het ziekenhuis. Schuling (1994) vraagt zich af wat het nut van deze verwijzingen is, gezien het feit dat er in het ziekenhuis geen causale therapie voorhanden is. Oorzaken hiervan kunnen zijn de sociale druk van de omgeving en het niet snel genoeg kunnen organiseren van de thuiszorg (ST. CVA Nederland, 1996; Schuling, 1992,1994).

Over de noodzaak patiënten snel te onderzoeken en te behandelen op een neurologische afdeling in het ziekenhuis is niet iedereen overtuigd (Limburg, 1997a). De laatste tijd komen er echter steeds meer voorstanders van snelle opname, liefst binnen zes uur, en behandeling (Stichting CVA, 1996; Feenstra, 1997; Limburg, 1997a).

Om tot een meer eenduidige behandeling van beroerten in Europa te komen werd in 1985 de zogenaamde Verklaring van Helsingborgh opgesteld. De grote regionale verschillen in ziektelast en sterfte door beroerte en de grote variatie in de zorg in Europa vormde de aanleiding voor deze bijeenkomst (Limburg, 1997b). Een van de doelen is dan ook dat alle landen voor het 2005 een systeem van georganiseerde zorg voor acute beroerten moeten hebben. Een werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie heeft inmiddels richtlijnen voor de behandeling van beroerten opgesteld (Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 1996).

7.3 Knelpunten in de herstelfase

Volgens het Landelijk Coördinatiepunt Niet-aangeboren Hersenletsel (1994) blijken er te instellingen te zijn die adequate revalidatiebehandeling kunnen geven. Bovendien blijkt het huidige revalidatie-aanbod in de revalidatie-fase onvoldoende toegesneden is om in alle gevallen effectief te kunnen diagnostiseren en te behandelen. Zo wordt slechts 5.8% van de CVA-patiënten gerevalideerd in een revalidatiecentrum (VRIN,-1994).

In de verpleeghuiszorg blijken de volgende knelpunten op te treden:

- tekort aan vaardigheden om met de gevolgen van hersenletsel om te gaan;
- verkeerde hulpverlening verergert de gedragsproblematiek;
- een tekort aan kennis over de gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel;
- de hulpverlening kan niet goed inspelen op de individuele verschillen in hulpbehoefte;
- te weinig personeel voor de dagelijkse zorg;
- met de emotionele en psychische gevolgen van het letsel weet men geen raad. (St. CVA Nederland, 1996)

7.4 Knelpunten in de chronische fase

Is de patiënt thuis, al dan niet na behandeling en revalidatie in het ziekenhuis en/of verpleeghuis dan blijken zich in deze chronische knelpunten op verschillende vlakken voor te doen. Patiënten en hun naasten vallen vaak in een 'zwart gat'. De contactfrequentie met de huisarts neemt af. De huisarts is voor een groot aantal patiënten en hun naasten toch de enige hulpverlener met wie contact plaatsvindt, vaak in verband met co-morbiditeit (Meyboom-De Jong, 1995).

De mantelzorg is belangrijk voor de revalidatie, maar de psychische draaglast is zwaar. Veel verzorgers lijden aan frustraties, stress en depressie. De klachten zijn in de loop van de tijd progressief, ongeacht de fysieke mogelijkheden van de patiënt (Wade et al., 1986; Carnwath, 1987). Ook Nederlands onderzoek laat zien dat een CVA niet alleen het leven van de patiënt zelf treft maar ook het leven van de partner en directe leefomgeving. Hochenstenbach et al. (1996) pleiten voor een adequater nazorgtraject met gerichte aandacht voor met CVA samenhangende psychologische problemen. Dange et al. (1995) komen tot de conclusie dat de professionele ondersteuning met name op het emotionele vlak optimaler kan en dat er uitbreiding moet komen van structurele en menselijke ondersteuning van de mantelzorg. Meyboom-De Jong (1994) noemt mantelzorgers van CVA-patiënten 'hidden victims', terwijl het duidelijk is dat partners een belangrijke rol spelen in de zorg en ondersteuning van de CVA-patiënten.

Zonder hun zouden veel patiënten niet eens naar huis kunnen. Aandacht, goede begeleiding en voorlichting van mantelzorgers door de professionele hulpverlening is dan ook van groot belang, voor de patiënt, voor de mantelzorg en voor het hele zorgproces. Aandacht van hulpverleners voor deze problemen is dus noodzakelijk. Patiëntenvereniging, getrainde vrijwilligers of zelfhulpgroepen kunnen een ondersteuning vormen voor de patiënt en diens mantelzorger. De huisarts zou ook een aantal problemen kunnen voorkomen door het CVA als een 'aandoening van het gezin' te benaderen (Meijer & Schure, 1995)

7.5 Knelpunten in de doorstroming

In het ziekenhuis speelt met name de 'verkeerde bed' problematiek. De patiënt is medisch-specialistisch uitbehandeld, maar kan om diverse redenen niet ontslagen worden. Van alle opnamedagen in het ziekenhuis blijkt rond de 38% alleen te bestaan uit wachten op een vervolgvoorziening. De meeste wachtdagen worden veroorzaakt door het wachten op een plek in het verpleeghuis, enerzijds veroorzaakt door wachtlijsten bij verpleeghuizen, anderzijds door gebrek aan logistieke stroomlijning, samenwerking en communicatie tussen instellingen wat betreft ontslag (Hermans, 1992; van Bergen, 1995). Ook de bureaucratische werkwijze van sommige indicatiecommissies, die de procedure niet soepel en vlot afhandelen spelen volgens Meyboom-De Jong (1995) een rol hierin. Afgezien van het feit dat de betrokkene niet op de plek is die het meest bij zijn of haar behoeften op dat moment aansluit, is dit ook een inefficiënt gebruik van de beschikbare middelen. Als de patiënt naar de thuissituatie ontslagen wordt en er thuis aanvullende hulp geregeld moet worden, speelt dit samenwerkings- en communicatieprobleem ook. Het ontslag naar huis wordt daardoor nogal eens ophouden (Limburg, 1994).

Er bestaat momenteel (nog) geen effectieve therapie die in de acute fase de prognose significant verbetert en de activiteiten bestaan voornamelijk uit diagnostiek. Meyboom-De Jong (1995) is van mening dat vooralsnog verbeteringen in de toestand van CVA-patiënten vooral door transmurale revaliderende activiteiten tot stand moeten komen. Zo blijkt dat de patiënt en mantelzorg, evenals de zorgverleners thuis, onvoldoende op het ontslag worden voorbereid. Het gevolg daarvan is dat de zorg thuis niet tijdig kan worden georganiseerd en dat niet voldoende op noodzakelijke hulpmiddelen en voorzieningen kan worden geanticipeerd (Meyboom-De Jong, 1995).

De Stichting CVA citeert in haar rapport: "Bij de behandeling van patiënten met een CVA zijn vaak verschillende voorzieningen betrokken. Dit vraagt om coördinatie. Nu probeert iedere zorgverlener zijn of haar deel van de behandeling zo goed mogelijk te realiseren zonder erbij stil te staan of dit past in een groter geheel. Continuïteit in de zorgverlening ontbreekt doordat geen protocol voorhanden is dat structuur kan geven aan het behandelingstraject in de loop van het ziekteproces. Er vindt gebrekkige registratie plaats. Overdracht van gegevens aan andere hulpverleners wordt hierdoor bemoeilijkt of kan slechts gebrekkig plaatsvinden" (Provinciale raad voor de volksgezondheid Overijssel, 1994). Ook Meyboom-De Jong (1995) concludeert een gebrek aan landelijke protocollen, richtlijnen of standaarden voor de behandeling van een CVA. De Nederlandse Vereniging voor Neurologie (1996) heeft inmiddels richtlijnen hiervoor opgesteld.

Belangrijk voor een vlotte doorstroming van patiënten (één van de speerpunten in de brief van de minister) is dat vervolgvoorzieningen beschikbaar zijn (bijvoorbeeld verpleeghuisbedden) en over voldoende draagkracht beschikken (bijvoorbeeld in het geval van thuiszorg/mantelzorg). Belangrijk is ook dat de overdracht van patiënten van de ene voorziening naar de andere soepel en tijdig verloopt. Op al deze terreinen blijken zich in de huidige zorg rond CVA-patiënten knelpunten voor te doen.

8 ZORGVERNIEUWENDE PROJECTEN CVA

8.1 Inleiding

In deze paragraaf komen projecten en initiatieven aan de orde die zich bezighouden met zorgvernieuwing voor CVA-patiënten. Het doel hiervan is te kijken hoe de zorgvernieuwing zich verhoudt tot de beleidslijn van de minister. Snelle diagnostiek, korte opnames en een vlotte doorstroming kenmerken deze beleidslijn. Geclusterde bedden op zogenaamde 'stroke units' in ziekenhuizen en samenwerkingsverbanden 'stroke service' waarin afspraken vastgelegd worden over de juiste zorg voor de juiste patiënt op de juiste plaats zijn middelen die de minister voor ogen heeft. Deze paragraaf is als volgt ingedeeld. In paragraaf 8.2 volgt een verantwoording van de methode ten behoeve van de inventarisatie van projecten. In de daaropvolgende paragrafen worden de doelen en middelen van de projecten behandeld (paragraaf 8.3), de doelgroep (paragraaf 8.4) de betrokken instellingen en financiering (paragraaf 8.5) en de fasering en verslaglegging van de projecten (paragraaf 8.6). Apart aandacht wordt besteed aan de zogenoemde 'stroke units' en 'stroke service' in paragraaf 8.7. In de laatste paragraaf 8.8 worden resultaten van projecten behandeld.

8.2 Methode

Om zicht te krijgen op zorgvernieuwende projecten met betrekking tot CVA in Nederland zijn de volgende bronnen geraadpleegd.

1. De *Databank Zorgvernieuwing* van het NIVEL, het Trimbos-instituut en het NZi. Dit is een geautomatiseerd databestand met gegevens van meer dan 4000 Nederlandse innovatieve projecten binnen de gezondheidszorg.
2. De *Databank Registratie van Wetenschappelijk Onderzoek* (Databank RWO) van het NIVEL. Dit is een geautomatiseerd databestand met gegevens van meer dan 3000 wetenschappelijke onderzoeken binnen de gehele gezondheidszorg.
3. De *Inventarisatie Onderzoeks- en Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg* (STOOM/LVT), 1996). Dit is een schriftelijk naslagwerk over ongeveer 7000 onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten in de thuiszorg.
4. De *Ledenlijst en Projectomschrijvingen van het Netwerk Transmuraal Werkenden* (Van der Linden & Van Spithoven, 1996). Dit is een schriftelijk naslagwerk van 109 voorzieningen in de algemene gezondheidszorg die een transmuraal karakter hebben of die raakvlakken hebben met transmurale zorg.
5. Publikatie *Zorg na een beroerte. Een publikatie van de Nederlandse Hartstichting over de gevolgen van een beroerte.*

In deze inventarisatie zijn alleen die projecten meegenomen:

1. waarin het accent ligt op zorgvernieuwing. Dit betekent dat medisch wetenschappelijke onderzoeken naar behandelmethoden niet meegenomen zijn.
2. die nog lopen ofwel afgesloten zijn na 1-1-1993. Dit om de recente ontwikkelingen in beeld te brengen.

Na toepassing van de inclusiecriteria leverde de inventarisatie 56 projecten op die zich richten op zorgvernieuwendende activiteiten binnen het zorgcircuit van CVA-patiënten. In schema 8.1 staan deze projecten gerangschikt naar bron.

Schema 8.1 Aantal geïnventariseerde projecten CVA, naar bron

Bron	aantal projecten
- Databank Zorgvernieuwing	37
- Publicatie 'zorg na een beroerte' Nederlandse Hartstichting	11
- Ledenlijst/projectomschr. Netwerk Transmuraal Werkenden	5
- Inventarisatie Onderzoeks- & Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg	3
Totaal	56

Van de 37 projecten uit de Databank Zorgvernieuwing zijn gegevens bekend over het doel, de middelen die ingezet zijn, de doelgroep en soms de leeftijd, de fase waarin het project zich bevindt het al dan niet hebben van een projectplan, de betrokken instellingen, de financiering en tenslotte of het project al dan niet geëvalueerd wordt. Over deze 37 zorgvernieuwendende projecten wordt in deze paragraaf gerapporteerd.

De informatie over de overige 19 projecten is beperkt, waardoor analyse niet goed mogelijk is. Deze projecten zijn in Bijlage II opgenomen met vermelding van plaatsnaam, titel en doel.

De 37 projecten geselecteerd uit de Databank Zorgvernieuwing, vormen, voorzover bekend, een afspiegeling van alle terreinen waarop in Nederland innovaties plaatsvinden in het zorgcircuit voor CVA-patiënten.

In de hiernavolgende paragrafen (8.3 t/m 8.5) zullen deze projecten geanalyseerd worden. Daar waar voorbeelden van projecten gegeven worden zullen projectnummers gegeven worden. Deze verwijzen naar Bijlage I waarin de projecten gerangschikt staan op nummer, plaatsnaam, titel en doel.

8.3 Doelen en middelen

In tabel 8.1 staan de projecten gerangschikt naar het geformuleerde (hoofd)doel. Naast hoofddoelen kennen veel projecten ook afgeleide doelen. Zo kan het hoofddoel zijn 'versnellen van de doorstroming intramuraal'. Om dit te bereiken is communicatie en samenwerking tussen instellingen en disciplines noodzakelijk, waardoor er (waarschijnlijk) tevens verbetering van de kwaliteit en afstemming van de zorg zal plaatsvinden. De projecten zullen hier achtereenvolgens naar hoofddoel worden besproken.

Tabel 8.1 Innovatieprojecten naar doel

Doel	N	%
- versnellen van de doorstroming intramuraal	13	35.1
- handhaven van de patiënt in de thuissituatie	10	27.2
- verbetering van de afstemming van de zorg	11	29.6
- verbetering kwaliteit en continuïteit van de zorg	2	5.4
- ontwikkeling programma/protocol	1	2.7
Totaal	37	100

Versnellen van de doorstroming intramuraal

Dertien projecten hebben als belangrijkste doel het versnellen van de doorstroom intramuraal. Het doel is patiënten met CVA zo snel mogelijk, dat wil zeggen niet langer dan noodzakelijk in het ziekenhuis of wel het verpleeghuis te behandelen. De impliciete doelstelling is uitbehandelde patiënten niet onnodig langer in het ziekenhuis te laten verblijven of wel de 'verkeerde bed' problematiek van de ziekenhuizen op te lossen. Om dit doel te bereiken worden verschillende middelen ingezet (zie tabel 8.2).

Tabel 8.2 Ingezette middelen om versnellen doorstroming intramuraal te bereiken

	N*
- samenwerking/communicatie tussen hulpverleners	10
- bedden reserveren in verpleeghuis	3
- protocollen/richtlijnen	3
- behandeling (hulpmiddelen) thuis	2
- tijdelijke opvang	2
- transferverpleegkundige	1
- transmurale indicatiecommissie	1
- anders	1

* meerdere antwoorden mogelijk

Het meest gehanteerde middel is verbetering van de samenwerking en de communicatie tussen de hulpverleners en instellingen die betrokken zijn bij de zorg. Hierbij gaat het om ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg. Hierbij worden, voor zover bekend, in sommige gevallen protocollen en/of richtlijnen ingezet. Om de samenwerking en de communicatie vorm te geven is in een project bijvoorbeeld een transmurale indicatiecommissie ingesteld, die wekelijks bijeenkomt (project 31). Om de (versnelde) overdracht van de patiënt van het ziekenhuis naar het verpleeghuis naadloos op elkaar af stemmen zijn bij drie projecten bedden gereserveerd in het verpleeghuis, zodat de doorstroom gegarandeerd is.

Om de overdracht van ziekenhuis naar het verpleeghuis tijdig voor te bereiden en soepel te laten verlopen wordt er in een project een casemanager (een ander gebruikte term is transferverpleegkundige) ingezet. Deze vervult een spilfunctie in de overdracht en draagt zorg voor (de coördinatie van) een optimaal ontslag (project 19).

Een laatste project richt zich naast versneld ontslag uit het ziekenhuis meer op de gevolgen van versneld ontslag uit het ziekenhuis. Dit kan problemen opleveren voor de mantelzorg: zij verkeren in het verwerkingsproces nog in een andere fase. Met andere woorden zij lopen achter (project 11)

Zo lang mogelijk handhaven van de patiënt in de thuissituatie

Zoals uit tabel 8.1 blijkt richten tien projecten zich op de zorg voor patiënten en/of mantelzorg in de thuissituatie. Hierbij kan het gaan om patiënten die na het acute CVA thuis behandeld worden of patiënten die na behandeling in het ziekenhuis en/of verpleeghuis weer naar huis gaan.

Tabel 8.3 Ingezette middelen in de thuissituatie

	N*
- behandeling (hulpmiddelen) thuis	6
- protocollen/richtlijnen	3
- samenwerking/communicatie tussen hulpverleners	2
- dagopvang	2
- ondersteuning partner/mantelzorg	2
- anders	1

* meerdere antwoorden mogelijk

Zes projecten geven aan dat zij behandeling en/of hulpmiddelen thuis inzetten. Hierbij kan het gaan om ergotherapie thuis, het bevorderen van het gebruik van lichaamsgebonden hulpmiddelen bij CVA-patiënten, het bieden van transmurale zorg aan patiënten thuis. Bij dit laatste project wordt door middel van transmurale zorg beoogd dat patiënten met een beperkt CVA of TIA niet meer opgenomen hoeven te worden. Hierbij is ook de samenwerking en communicatie tussen betrokken instellingen en disciplines van belang. Dit heeft als gevolg dat uiteindelijk opgenomen patiënten met een ernstiger CVA eerder naar huis kunnen door de grotere deskundigheid in de eerste lijn en betere samenwerking met de tweede lijn (project 27).

Drie projecten gebruiken protocollen en/of richtlijnen als middel om de patiënt thuis te behandelen c.q. zorgverlening. Een voorbeeld hiervan is een project waar protocollen en richtlijnen opgesteld worden voor de behandeling en zorgverlening van patiënten die thuis door een CVA worden getroffen. De patiënten krijgen in de thuissituatie een multidisciplinaire behandeling als in het ziekenhuis of verpleeghuis. Hierbij vindt ook scholing van onder andere de thuiszorg plaats (project 13). Een ander middel dat ingezet wordt voor patiënten en/of mantelzorg thuis is dagopvang. Hiermee kunnen verschillende 'doelen' beoogd worden: het doorbreken van het sociale isolement van patiënt en zijn directe omgeving, het geven van meer structuur aan het handelen van patiënten en ondersteuning van de mantelzorg. Tevens biedt dagopvang voor de CVA-patiënt verlichting voor de mantelzorg (projecten 8,16)

Verbetering van de afstemming van de zorg

In tabel 8.4 staan de 11 projecten die tot hoofddoel hebben om tot afstemming van de zorg voor CVA-patiënten te komen. Samenwerking en communicatie tussen hulpverleners en instellingen als ziekenhuis, verpleeghuis en thuiszorg, is hierbij het meest gehanteerde middel om tot dit doel te komen. Ook protocollen en/of richtlijnen vormen een hulpmiddel.

Om tot afstemming van de zorg te komen wordt in een project de aandacht gericht op de ontslagprocedure waarbij de betrokken hulpverleners vroegtijdig en intensiever betrokken worden. De zorgverlening voor de patiënt is hierdoor meer gecoördineerd en meer op de individuele behoefte afgestemd (project 20).

Een ander project is overgegaan tot het opzetten van een netwerk van CVA-consulenten. Hierbij zijn verschillende disciplines betrokken. Door uitwisseling van ervaringen en kennis en probleemgeoriënteerd samenwerken werken kan de deskundigheid vergroot worden (project 21).

Tabel 8.4 Middelen om tot verbetering van de afstemming van zorg te komen

	N*
- samenwerking/communicatie tussen hulpverleners	7
- protocollen/richtlijnen	4
- gespecialiseerd verpleegkundige	1
- anders	2

* meerdere antwoorden mogelijk

Een laatste project tenslotte (project 35) tracht door implementatie van transmurale zorg en een eenduidige werkwijze per patiëntengroep (gebruikt door meerdere ziekenhuizen), te komen tot verbetering van de afstemming van de zorg.

Deze projecten die tot doel hebben de afstemming van de zorg te verbeteren komen in de richting van wat ook wel een 'stroke service' genoemd wordt: een groter samenhangend systeem dat voor continue zorg voor CVA-patiënten kan zorgdragen (Limburg, 1994, 1997a). In paragraaf 8.8 komen we hier op terug.

Verbetering van de kwaliteit en continuïteit van zorg

Twee projecten hebben als hoofddoel verbetering van de kwaliteit en continuïteit van zorg. Bij één project gebeurt dit door differentiatie van somatische afdelingen, waaronder een CVA-afdeling, binnen een verpleeghuis (project 33). Een dergelijk gespecialiseerde afdeling voor CVA-patiënten wordt ook wel een 'stroke unit' genoemd. In paragraaf 8.8 wordt hier apart aandacht aan besteed. Het tweede project heeft een transmurale verpleegkundig consultant aangesteld met als doel de zorg te verbeteren (project 28).

Ontwikkeling van programma's / protocollen

Er is één project bekend dat tot doel heeft de ontwikkeling van programma's en protocollen. Het middel dat hier ingezet wordt is de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem en kwaliteitsmethodieken (project 25).

De projecten, gerangschikt naar hoofddoel, blijken veelal overeen te komen met de beleidsdoelen van de minister. De projecten met als hoofddoel 'versnellen van de doorstroming intramuraal' komen tegemoet aan de korte opnames die de minister voor ogen heeft. Om dit hoofddoel te bereiken wordt er samengewerkt met relevante instellingen en worden er in sommige gevallen protocollen en richtlijnen ontwikkeld en gebruikt. Dit geeft indicaties voor meer 'lokale samenwerkingsverbanden' gericht op een meer eenduidige behandeling voor CVA-patiënten

Instellingen kijken meer over de muren van de eigen instelling heen. Dit geldt ook voor de projecten met als hoofddoel 'verbetering van de afstemming van de zorg'. Ten aanzien van het van hoofddoel 'zo lang mogelijk handhaven van de patiënt in de thuissituatie' kan gezegd worden dat er ook in toenemende mate aandacht komt voor de patiënten en mantelzorg in de thuissituatie. Zowel voor de mogelijkheden van

behandeling thuis als voor ondersteuning van de mantelzorg. Uit de twee laatst genoemde hoofddoelen blijkt tevens aandacht voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor CVA-patiënten.

8.4 Doelgroep

In tabel 8.5 staan de projecten gerangschikt naar de doelgroep.

Tabel 8.5 Projecten naar doelgroep

	N	%
- breder dan alleen CVA-patiënten	17	45.9
- CVA-patiënten algemeen	14	37.9
- CVA-patiënten thuis	6	16.2

Bij 14 projecten staat het project open voor in principe alle patiënten die door een CVA getroffen worden. In de praktijk betekent dit dat het voornamelijk gaat om patiënten die intramuraal verblijven. Zes projecten richten zich speciaal op thuiswonende (onder thuis moet hier ook het verzorgingshuis worden verstaan) patiënten. Hierbij is in sommige projecten tevens de aandacht op de mantelzorg gericht. De overige 17 projecten hebben een bredere doelgroep voor ogen, hierbij gaat het vaak om overige chronische ziekten als reuma, en diabetes. Een bredere doelgroep komt overeen met de opmerking van de minister dat een CVA niet het enige ziektebeeld is waarbij de logistiek in de zorg veelomvattend is en om een intensieve afstemming vraagt. Een bredere doelgroep geeft aanwijzingen dat de innovaties midden in de organisaties staan en breed gedragen worden.

De Databank Zorgvernieuwing geeft veelal geen informatie met betrekking tot het aantal CVA-patiënten dat bij de projecten betrokken is. Door middel van een korte telefonische enquête is bij de projecten informatie hieromtrent verzameld. Van 22 projecten is bekend hoeveel CVA-patiënten betrokken zijn bij het project. Totaal gaat het 1207 patiënten per jaar, gemiddeld 55 patiënten per project. De range loopt van 1 tot 200 patiënten.

8.5 Betrokken instellingen en financiering

Zoals uit tabel 8.6 blijkt zijn ziekenhuizen en verpleeghuizen het meest betrokken bij de projecten. De thuiszorg en het kruiswerk zijn ook regelmatig betrokken bij de projecten, respectievelijk 17 en 10 maal. Thuiszorg kan betekenen gezinsverzorging en/of een geïntegreerde instelling van kruiswerk en gezinszorg. In het algemeen betekent dit dat de thuiszorg, indien breed opgevat (dat wil zeggen gezinszorg en kruiswerk) in 27 situaties betrokken is bij het project.

Tabel 8.6 Projecten naar betrokken instellingen

	N*	%
- verpleeghuis	25	67.6
- ziekenhuis	21	56.7
- thuiszorg	17	45.9
- verzorgingshuis	11	29.7
- kruiswerk	10	27.0
- ziektekostenverzekeraars	9	24.3
- huisartsen	8	21.6
- revalidatiecentrum	7	18.9
- academisch ziekenhuis	6	16.2
- overige	18	48.6

* meerdere antwoorden mogelijk

Bij 'overige' instellingen gaat het onder meer om patiëntenverenigingen als 'Samen Verder', indicatiecommissies, onderzoeks/ontwikkelingsinstituten als het instituut voor Revalidatievraagstukken (IRV), het NZi, universiteiten, het KwaliteitsInstituut voor Toegepaste ThuisZorg (KITZ) etc., en provinciale- en gemeentelijke overheden. Het aantal betrokken instellingen geeft aanwijzingen dat er veel wordt samengewerkt tussen de instellingen. Met andere woorden er wordt over muren van de eigen instelling heen gekeken. Dit komt ten goede aan het logistieke element van de zorg voor CVA-patiënten.

Opvallend is dat de meeste projecten eigen middelen aanwenden voor financiering van het project (zie tabel 8.7). De ziekenfondsen of particuliere ziektekostenverzekeraars financieren tien projecten geheel of gedeeltelijk.

Tabel 8.7 Projecten naar financieringsbron

	N*	%
- eigen middelen	21	56.7
- ziekenfonds / particuliere ziektekostenverzekeraars	10	27.0
- provinciale overheid	3	8.0
- gemeentelijke overheid	3	8.0
- ziekenfondsraad	2	5.4
- ministerie van VWS	1	2.7
- zorgvernieuwingsfonds GGZ	1	2.7
- anders	5	13.5

* meerdere antwoorden mogelijk

8.6 Fasering en verslaglegging

De meeste projecten zijn op moment van rapportage in uitvoering (zie tabel 8.8). Zes projecten zijn in een vergevorderde staat van voorbereiding. Hetgeen betekent dat ze binnen 12 maanden zullen starten. Dertien projecten zijn reeds afgesloten.

Tabel 8.8 Projecten naar fase waarin project verkeerd

	N	%
- in uitvoering	17	48.6
- afgesloten	14	37.8
- vergevorderde voorbereiding	6	16.2

Door middel van eerder genoemde korte telefonische ronde bij de projecten is nagegaan wat er met de afgesloten projecten (en resultaten) na afsluiting van het project gebeurd is.

Van de veertien projecten die afgesloten zijn, hebben zeven projecten de innovatieve werkwijze geïmplementeerd (projecten 5, 6, 15, 25, 29, 34 en 36). Hiervan financieren zes projecten de geïmplementeerde werkwijze uit eigen middelen (project 5, 6, 25, 29, 34, 36) waarvan één project tevens probeert met een zorgverzekeraar met betrekking tot de financiering tot overeenstemming te komen (project 36). Een project financiert de geïmplementeerde werkwijze via structurele AGZ-subsidie (project 15).

Drie van de dertien afgesloten projecten hebben de innovatieve werkwijze uiteindelijk niet geïmplementeerd. De redenen zijn verschillend. Eén project (project 20) strandde op problemen in de samenwerking bij de implementatie:

"Als er een projectleider is blijft iedereen wel bij de les, als ze het daarna zelf moeten doen, valt het uit elkaar".

Een ander afgesloten project, succesvol tijdens de projectfase, kon niet geïmplementeerd worden wegens geldgebrek. De subsidie gold alleen voor de projectfase (project 27).

Het laatste project tenslotte implementeerde de innovatieve werkwijze niet omdat de bijdrage vanuit het ziekenhuis zorginhoudelijk gering was. Ziekenhuispatiënten gingen eerder met ontslag door middel van 24-uurs thuiszorg, vergoed door het ziekenhuis (project 14).

Van de overige drie afgesloten projecten, blijken twee projecten opgenomen in een nieuw project (project 12, 26). Deze zijn nog niet opgenomen in de Databank. Het laatste project tenslotte (project 30) wordt jaarlijks verlengd. Hiervoor wordt jaarlijks subsidie verkregen uit de AWBZ.

Van de zes projecten die in een vergevorderd stadium van voorbereiding waren ten tijde van de peiling van de Databank, blijken er vier inmiddels van start te zijn gegaan. Eén project is in een kleinere vorm van gestart gegaan dan aanvankelijk de bedoeling was: men had moeite de financiering rond te krijgen. Dit project wordt, in verkleinde vorm, gefinancierd door het ziekenfonds (project 18). De overige drie projecten financieren het project uit eigen middelen (projecten 17, 23, 35).

Twee projecten zijn nog niet gestart. Eén hiervan verwacht binnen een paar maanden van start te gaan (project 24), Het andere project verwacht dat dit niet binnen 12 maanden gebeurt. Het project is nog steeds in ontwikkeling: het blijkt moeilijk iedereen op één lijn te krijgen (project 13).

In het merendeel van de projecten, namelijk 35, is een projectplan opgesteld. De meeste projecten, namelijk 35, hebben aan het project een evaluatie gekoppeld (zie tabel 8.9).

Tabel 8.9 Projecten naar evaluatie

	N	%
- intern door niet direct betrokkenen	13	35.1
- intern door direct betrokkenen	12	32.4
- extern	9	24.3
- nog nader te bepalen	2	5.4
- onbekend	1	2.7

In 25 gevallen wordt de evaluatie uitgevoerd door interne personen, waarvan ongeveer in de helft van de situaties dit gebeurt door direct bij de uitvoering betrokken personen. Bij 9 projecten wordt de evaluatie door externe instituten verzorgd.

Tabel 8.10 Projecten naar publicaties

	N	%
- nee	30	81.1
- ja	7	18.9

In totaal is over zeven projecten gepubliceerd. In zes situaties zijn deze projecten afgesloten. Van de dertien afgesloten projecten hebben zeven projecten de resultaten en effecten van het project niet naar buiten gebracht. Bij de zeven projecten waarover gepubliceerd is gaat het veelal om interne verslagen en artikelen in vakbladen. In paragraaf 8.8 zullen voorzover bekend de resultaten van deze projecten behandeld worden.

8.7 Stroke unit en stroke service

In literatuur over continuïteit, afstemming en/of verbetering in de samenhang van de CVA-zorg vallen steeds vaker de termen 'stroke service' en 'stroke unit'.

Onder een 'stroke unit' verstaat Limburg (1994) een gespecialiseerde afdeling met een staf van toegewijd en deskundig personeel. Wetenschappelijk onderzoek geeft aanwijzingen dat een goed georganiseerde en gestructureerde vorm van zorg voor CVA patiënten tot een lagere mortaliteit, waarschijnlijk een betere functionele uitkomst en mogelijk tot een kortere opnameduur leidt (Langhorn, 1993). Een dergelijk gespecialiseerde afdeling voor CVA patiënten werkt pas goed als de patiënten na het ziekenhuis-traject ook goed opgevangen kunnen worden. Als patiënten uit het ziekenhuis ontslagen kunnen worden, moet er samengewerkt worden met de instellingen die betrokken zijn bij de het vervolgtraject: het verpleeghuis en de thuiszorg. Een 'stroke unit' dient dan ook ingebed onderdeel te zijn van een continuüm, een groter systeem dat voor continue zorg van CVA patiënten kan zorgen: een zorgnetwerk of te wel een 'stroke service'. Het structureren van de zorg in een zogenaamde transmurale 'stroke service' heeft als doel de juiste zorg op de juiste plaats te leveren (Limburg, 1997).

Ook de Stichting CVA Nederland (1996) pleit in een recent verschenen rapport ook voor een dergelijke stroke service ofwel een integraal CVA-zorgmodel. Centraal in dit model staat het idee van een 'hersenerstelingsoord', een gespecialiseerde CVA afdeling, van waaruit een stroke manager de primaire verantwoordelijkheid heeft voor

de transmurale begeleiding van de CVA-patiënt, en voor de coördinatie en afstemming van de zorg. Voordelen van een dergelijk hersenherstellingsoord zijn, volgens de Stichting CVA, een snelle doorstroming vanuit het ziekenhuis en biedt als zodanig een oplossing voor de verkeerde bedden problematiek.

In Nederland bestaat momenteel geen overeenstemming of consensus tussen betrokken instellingen of disciplines over wat precies verstaan moet worden onder een 'stroke unit' of een 'stroke service', en aan welke criteria een dergelijke unit of service zou moeten voldoen. In verband hiermee organiseerde de Nederlandse Hartstichting in juni 1997 een 'invitational conference' waar deskundigen op het gebied van CVA probeerden tot consensus te komen met betrekking tot definiëring van deze begrippen en criteria waaraan de zorg zou moeten voldoen.

Buitenlandse literatuur geeft aanwijzingen met betrekking tot de criteria waaraan een dergelijk systeem zou moeten voldoen:

1. nauwkeurige medische diagnostiek;
2. specifieke behandeling voor specifieke condities;
3. het verlenen van passende zorg aan de individuele patiënt;
4. deskundig onderzoek van de beperkingen in de eerste week na de beroerte;
5. deskundige planning en coördinatie;
6. vroeg beginnen met revalideren;
7. verlenen van goede steun en informatie aan de patiënt en de familie;
8. sociale reïntegratie bevorderen;
9. voortdurende assessment van de stroke service (liefst dmv gerandomiseerd onderzoek);
10. betrokken zijn bij wetenschappelijk onderzoek (Wade, 1993).

Naast positieve geluiden met betrekking tot stroke service en stroke units zijn in het buitenland ook kritische geluiden te beluisteren. Stroke units blijken onderling nogal te verschillen: sommige nemen alleen de zorg voor acute patiënten voor hun rekening, andere accepteren alleen patiënten voor revalidatie en weer andere bestaan uit een multidisciplinair team met als taak de zorg te coördineren voor de CVA-patiënt ongeacht op welke afdeling hij of zij ligt (Dennis, 1992). Als ze geen onderdeel uitmaken van een stroke service, maar min of meer los opereren kan er geen sprake zijn van afstemming en continuïteit van de zorg voor de CVA-patiënt. Het blijkt dat veel van dergelijke units patiënten die niet in het ziekenhuis zijn opgenomen negeren. In het Verenigd Koninkrijk blijkt het dan om 45% van de CVA-patiënten te gaan (Dennis, 1992). Onderzoeken hebben laten zien dat stroke units bij dragen aan beter herstel van CVA-patiënten. Het is echter onduidelijk of dit resultaat veroorzaakt wordt door het hele pakket van zorg dat aangeboden wordt of veroorzaakt wordt door bijvoorbeeld het gebruik van een bepaald medicijn. Dennis (1992) pleit voor verder onderzoek naar effectiviteit en kosten van een stroke service alvorens beslissingen te nemen over de structuur van een dergelijke service.

In Nederland zijn of worden in sommige regio's projecten opgezet die een elementen in zich herbergen van een 'stroke service', al wordt dat vaak niet zo direct genoemd. Verschillende begrippen worden hierbij gehanteerd, zoals: transmurale zorg, een zorgcontinuum, integraal CVA-zorgmodel, CVA-zorgketen of CVA-zorgarrangementen. Voorbeelden van dergelijke projecten zijn de projecten 2, 11, 18, 24 en 38. Ook de stichting CVA gaat in samenwerking met vijftien verpleeghuizen een experiment opzet-

ten volgens het eerder genoemde 'integraal CVA-model'. Het doel is snellere doorstroming, kostenbesparing en een betere zorg voor de CVA-patiënt (Volkskrant, 12 april 1997).

In de inventarisatie komen ook projecten naar voren die gespecialiseerde afdelingen of te wel 'stroke units' opzetten ten behoeve van CVA-patiënten. Voorbeelden van deze projecten zijn: project 34, 52 en 54.

8.8 Resultaten van projecten

Van enkele projecten zijn resultaten van de evaluatie bekend.

In Utrecht (project 34) is geëxperimenteerd met een actief ontslagbeleid om de opnameduur bij CVA-patiënten in het ziekenhuis te bekorten. Vanaf de eerste dag werd in het ziekenhuis aandacht besteed aan de thuissituatie van de patiënt en mantelzorg, verwachte opname duur, de ontslagbestemming en eventuele overbruggingsopname in het verpleeghuis. Het resultaat was een reductie van de opnameduur met gemiddeld 25 procent, bij gelijkblijvende 'hoeveelheid' medische zorg. De opnameduurverkortung heeft dus niet geleid tot een afname van de hoeveelheid medische zorg. De opnameduur bleef na de interventieperiode laag, ondanks het feit dat de nameting liet zien dat er nog relatief lang gewacht werd op een plaats in een vervolgvoorziening. (Bergen et al., 1995). Uit de telefonische enquête bleek dat dit project inmiddels is omgevormd tot het project Transmutrecht (project 35).

Het CVA-project Gelderse Vallei (project 27) experimenteerde met transmurale zorg aan CVA-patiënten opdat patiënten met een beperkt CVA of TIA niet meer opgenomen hoefden te worden. De behandeling en coördinatie bleef in handen van de huisarts. Tijdens het project bleek het zinvol het begrip CVA te differentiëren in (1) bijna beroerte (TIA), (2) kleine beroerte (Minor stroke) en (3) grote beroerte (Major stroke). Er bleek namelijk een groot verschil in beeldvorming betreffende CVA patiënten tussen huisarts, neuroloog en revalidatiearts. De huisartsen zagen namelijk veel meer patiënten met TIA's en minor strokes en maar weinig major strokes. Uit de beschrijving van de resultaten van het project bleek dat de geprotocolleerde samenwerking tussen huisartsen en neurologen een aantal voordelen opleverde. Zo kon het aantal onnodige opnames worden gereduceerd en door het gebruik van een gezamenlijk protocol- en behandelplan werd het beleid voor zowel huisarts als specialist doorzichtiger. De coördinatie van CVA diagnostiek en therapie bleek in de eerste lijn goed mogelijk. De diagnostiek van CVA vond in één dag plaats door middel van dagverpleging en tenslotte was er meer aandacht van huisartsen voor de diversiteit in nazorg van CVA-patiënten (Heukelom, 1994). Uit de telefonische enquête bleek dat werkwijze na afsluiting van het project, ondanks de positieve resultaten, wegens geldgebrek niet geïmplementeerd kon worden.

Het project 'Intensieve thuiszorg Academisch Ziekenhuis Groningen' (project 14) beoogde door ontwikkeling en versterking van transmurale zorg patiënten met CVA en andere neurologische aandoeningen eerder uit het ziekenhuis te ontslaan. Het uiteindelijke aantal patiënten dat met aanvullende thuiszorg naar huis ging was kleiner dan verwacht. De reden hiervoor was vooral het ontbreken van voldoende mantelzorg. Dit hing samen met de enorme belasting die de verzorging thuis van de patiënt betekende voor de familie en andere mantelzorgers. Slechts in een enkele situatie bleek het

mogelijk om zonder, of met beperkte mantelzorg een CVA-patiënt met een verpleeghuisindicatie naar huis te laten gaan. De patiënt en zijn naasten moesten dan zelf sterk gemotiveerd zijn en de patiënt moest in staat zijn enige tijd alleen in zijn huis te verblijven en moest eventueel een telefoon of antwoordapparaat kunnen bedienen (AZG, 1993; Reichman et al, 1996).

Dit project is uiteindelijk gestopt vanwege het feit dat het niet vernieuwend was.

Het project 'Partnerondersteuning CVA' (project 22) richt zich op ondersteuning aan partners van CVA-patiënten die thuis wonen. Het onderzoeksproject is in 1995 gestart en gaat na wat de beste ondersteuning voor partners of centrale verzorgers is. Drie groepen verzorgers worden vergeleken: (1) zij die een individueel huisbezoek ontvangen van een hulpverlener (2) zij die deelnemen aan een groepscursus en (3) een controlegroep zonder huisbezoek / groepscursus. Het project loopt tot halverwege 1997. De mensen in de controlegroep krijgen in 1998 de cursus die het meest effect blijkt te hebben.

Tot op heden hebben 85 partners zich aangemeld. De eerste reacties zijn positief: contact met lotgenoten, de cursus fungeert als klankbord, er wordt veel informatie overgedragen en partners zeggen mondiger te worden en eerder hulp of informatie te vragen. Uit het grote aantal uitvallers tijdens de rit blijkt wel dat partners van CVA-patiënten een kwetsbare groep zijn. Reden voor uitval zijn onder andere: ernstige ziekte of overbelasting partner, opname in verpleeghuis of overlijden (Nieuwsbrief 'Verder na een beroerte' iRV, Synchron, 1997).

Het project Kwaliteitszorg en de KEN-R-systematiek (project 25) richt zich op het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem en kwaliteitsmentaliteit. De methode KENmerken van de Revalidatie (KEN-R) is in opdracht van de Vereniging Revalidatie-Instellingen Nederland (VRIN) gemaakt en beschrijft kenmerken van de verschillende fasen in het revalidatieproces en de activiteiten die in deze fasen plaatsvinden. Het doel ervan is onbedoelde variatie ten gevolge van onduidelijke organisatorische afspraken en door onuitgesproken verwachtingen te voorkomen. Volgens een bepaalde 'bottom up' systematiek, met de CVA-patiënt als concreet voorbeeld, is binnen de revalidatie gewerkt aan kwaliteit en kwaliteitszorg. De resultaten zijn positief: de deelnemende disciplines zijn zich meer bewust geworden van de kwaliteiten van collegae, van het belang werkzaamheden op elkaar af te stemmen en van het belang vast te leggen wat de werkzaamheden zijn en hoe daarover gerapporteerd kan worden (Het Rijlands Zeehospitium, 1994).

Het doel van het project CVA-zorgarrangementen (project 37) van de Professor Dubois Stichting was patiënten die na een CVA op een afdeling neurologie van een algemeen ziekenhuis verblijven zo snel mogelijk het traject van ziekenhuis-verpleeghuis-dagbehandeling en nabehandeling te laten doorlopen. Onder een zorgarrangement wordt verstaan: 'een stelsel van vooraf gemaakte afspraken omtrent een bepaalde patiënten-categorie waardoor effectiviteit en continuïteit van de zorgverlening tussen de betrokken instellingen wordt geoptimaliseerd'. De resultaten van het onderzoek blijkt dat de wachttijden voor patiënten voor het verpleeghuis door de samenwerking in de eerste helft van 1995 waren afgenomen ten opzichte van 1994. Dit project heeft een vervolg gekregen in het project 'Nieuwe routing CVA-patiënten' wat als doel heeft patiënten waarbij duidelijk is dat ze binnen drie weken ziekenhuisopname niet naar huis kunnen, versnelt aan te melden bij het verpleeghuis. Verder beleid wordt dan in het verpleeghuis bepaald in plaats van tot nu toe gebruikelijk in het ziekenhuis. Ondanks positieve

resultaten bij geboekt op het gebied van de samenwerking is de nieuwe routing voor wat betreft het logistieke verhaal niet haalbaar gebleken. Het binnen een week aanmelden van de CVA-patiënt bij de reactiveringsafdeling en het na veertien dagen overplaatsen naar het verpleeghuis bleek niet haalbaar. Factoren die hierbij een rol speelden waren onder meer: het wachten met aanmelden in het ziekenhuis tot dat goede zekerheid bestond over de mogelijkheid van revalidatie in het verpleeghuis, het te weinig op voorhand bestellen van vervolgzorg, het feit dat relevante bijeenkomsten eens in de week plaatsvonden, een ander opnamebeleid in het verpleeghuis en nog te weinig ontslaggericht werken in het verpleeghuis. Naar aanleiding van de evaluatie zijn acties te verbetering afgesproken: een beter informatievoorziening aan patiënten, het meer op voorhand bestellen van de zorg en ontslaggericht werken in het verpleeghuis, daar dit een betere uitstroom vanuit het ziekenhuis kan bewerkstelligen (Krutzen, 1996).

9 KWALITEIT VAN DE ZORG

Het is niet zonder meer mogelijk een oordeel te geven over de kwaliteit van de zorg rond CVA-patiënten. Kwaliteit van zorg is daarvoor een te heterogeen begrip. Een inmiddels klassiek onderscheid werd gemaakt door Donabedian (1980), die aan kwaliteit de volgende aspecten onderscheidde: structuur, proces en *outcome*. Een goede kwaliteit van de structuur en het proces van zorgverlening zijn in die visie randvoorwaarden om een goede *outcome* te garanderen (verg. Meyboom-De Jong, 1995). Van meer recente datum is het onderscheid in kwaliteit vanuit het perspectief van zorgverleners en vanuit het perspectief van patiënten.

De kabinetsvoorstellen rond kwaliteit van zorg zijn vooral gericht op het verbeteren van de randvoorwaarden: een snellere diagnostiek, kortere opnamen en snelle doorstroming. In paragraaf 7 (Knelpunten in de zorg) is al een overzicht gegeven van de problemen die zich voordoen bijvoorbeeld rond de coördinatie en afstemming van zorg en rond de doorstroming van patiënten uit het ziekenhuis naar een verpleeghuis. Meyboom-De Jong (1995) geeft een opsomming van problemen vanuit het perspectief van zorgverleners. Deze doen zich voor op het vlak van effectiviteit van het handelen (het is bijvoorbeeld niet bekend waar de beste zorg in de acute fase wordt verstrekt: thuis, in het ziekenhuis of in het verpleeghuis), de doorstroming van patiënten (in de acute fase blijkt bijvoorbeeld niet tijdig met revalidatie te worden begonnen), de coördinatie en afstemming van zorg en de ondersteuning van mantelzorgers. Uit de inventarisatie van zorgvernieuwingsprojecten blijkt dat veel van deze projecten gericht zijn op het oplossen van juist deze knelpunten in de zorg. Vanuit het perspectief van patiënten worden -kort samengevat- lacunes in de zorg geconstateerd waar het betreft de aandacht voor het functioneren van CVA-patiënten in gezin en samenleving, de betrokkenheid van CVA-patiënten en hun familieleden bij beslissingen ten aanzien van zorg, de ondoorzichtigheid op het terrein van voorzieningen en de gegeven voorlichting (Meyboom-De Jong, 1995).

De kwaliteit van de *outcome* kan worden afgemeten aan uitkomstmaten als overleving, gezondheidstoestand, functionele gezondheid en patiëntstatisfactie. Gegevens over de sterfte aan CVA naar leeftijd en geslacht worden verzameld door het CBS, dat statistieken bijhoudt voor de sterfte naar doodsoorzaken. In paragraaf 2 werd al vermeld dat in Nederland de naar leeftijd en geslacht gestandaardiseerde sterfte ten gevolge van een CVA sinds 1987 min of meer stabiel is. Onderzoek naar de functionele gezondheidstoestand van patiënten wordt gehinderd door het feit dat hiervoor zeer veel verschillende uitkomstmaten worden gebruikt (verg. Langhorne et al., 1993, p. 395). Onderzoek specifiek gericht op de tevredenheid van CVA-patiënten is in Nederland nog niet of nauwelijks gedaan (Meyboom-De Jong, 1995). Momenteel vindt onderzoek aan de Universiteit van Amsterdam plaats rond het verder ontwikkelen van zowel indicatoren ter bepaling van de kwaliteit van zorg als van instrumenten en maten om deze kwaliteitsparameters te testen. Daarbij richt het onderzoek zich op een nadere uitwerking en analyse van de langere termijn zorgprocessen en gezondheidsuitkomsten na een beroerte (Straten et al., 1994).

10 ALGEMENE CONCLUSIES

In deze paragraaf worden conclusies geformuleerd ten aanzien van de zorg voor CVA-patiënten (en diens omgeving), ten aanzien van de zorgvernieuwingsprojecten en ten aanzien van de informatievoorziening.

10.1 Zorg voor CVA-patiënten

CVA blijkt in zowel lichamelijk als psychosociaal opzicht een zeer belastende aandoening te zijn. Intellectuele en andere psychische stoornissen komen veel voor na een CVA en worden vaak onvoldoende door de omgeving van de patiënt onderkend. Het zorgtraject is in een drietal fasen te onderscheiden, waarin de zorgverlening verschillend is: de acute fase (ongeveer twee weken), de herstelfase (ongeveer een half jaar) en de chronische fase.

In de acute fase wordt eerste hulp verleend, diagnostiek verricht en de zorg georganiseerd. De eerste hulp wordt na het optreden van het CVA in de meeste gevallen door de huisarts of diens waarnemer verleend. De huisarts beslist in deze acute fase al over het nut en noodzaak van aanvullende diagnostiek en therapie door al of niet te besluiten tot opname in het ziekenhuis. De beslissing van de huisarts tot opname blijkt af te hangen van de leeftijd en de verzorgingsbehoefte van de patiënt.

Wordt de patiënt opgenomen in het ziekenhuis dan kan er enerzijds sprake zijn van overdiagnostiek, zo wordt nog vaak een EEG gemaakt terwijl aan het nut daarvan wordt getwijfeld. Anderzijds kan sprake zijn van onderdiagnostiek, niet bij iedere patiënt wordt bijvoorbeeld een CT-scan gemaakt, belangrijk voor de opsporing van de oorzaak en het treffen van preventieve maatregelen.

Beslist de huisarts dat de patiënt thuis kan blijven dan vindt er in ongeveer in de helft van de gevallen geen verdere diagnostiek plaats, zoals uit paragraaf 7.2 (Knelpunten in de acute fase) bleek. Dit komt niet overeen met de snelle diagnostiek die de minister in haar brief voor ogen heeft.

De verschillen in de behandeling van CVA-patiënten worden ten dele veroorzaakt door gebrek aan consensus over de behandeling van CVA: onderzoek naar het effect van verschillende vormen van medicamenteuze therapie loopt nog (zie paragraaf 4.2).

Belangrijk is echter dat in de acute fase door middel van regelmatige fysiotherapie (klinisch of thuis) en eventuele ergotherapie en/of logopedie een begin wordt gemaakt met de revalidatie.

In welke mate dit ook daadwerkelijk bij alle patiënten gebeurt kan niet worden vastgesteld.

In de herstelfase is de medische diagnostiek in principe afgerond. Zorg wordt nu belangrijker dan diagnostiek en de aandacht verschuift van beïnvloeding van de beperking naar aanpassing aan de nieuwe situatie. Een optimale kwaliteit van leven is het einddoel. Daartoe is het belangrijk zowel de patiënt als diens mantelzorg te ondersteunen. In deze fase treden nogal eens cognitieve en emotionele problemen op ten gevolge van het CVA. Hulpverleners kunnen op deze problemen meer alert zijn.

Patiënten die in deze herstelfase nog in het ziekenhuis liggen veroorzaken de zogenaamde 'verkeerde bed' problematiek. Medisch zijn zij uitbehandeld, zij wachten op een plaats in een vervolgvoorziening. Wachtlijsten bij verpleeghuizen en revalidatiekli-

nieken, ontbreken van voldoende thuiszorg, gebrek aan samenwerking tussen het ziekenhuis en de vervolgvoorzieningen, als ook een te late aandacht in het ziekenhuis voor het ontslag veroorzaken de lange ligduur van CVA-patiënten in het ziekenhuis. Ook de door de minister gewenst snelle doorstroming is dus nog niet overal gerealiseerd.

In de chronische fase blijkt aandacht voor de (psychische) draaglast van de mantelzorg belangrijk, gezien de belangrijke rol die zij in de zorg thuis spelen. Aandacht en begeleiding door de professionele hulpverleners bij problemen van de mantelzorgers is nodig. Patiëntengroepen en zelfhulpgroepen kunnen hierin een belangrijke rol spelen. Preventief huisbezoek door bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen kan een positieve invloed hebben op de functionele toestand en het welbevinden van de patiënt en de mantelzorg.

Verbeteringen in de zorg voor CVA-patiënten zullen vooralsnog vooral door transmuraal activiteiten tot stand moeten komen. Landelijke richtlijnen voor de behandeling van CVA-patiënten vormen hiervoor een belangrijke randvoorwaarde. Anders gezegd: er is verbetering nodig van de afstemming van de zorg tussen de diverse betrokken instellingen en disciplines door middel van bijvoorbeeld samenwerkingsverbanden (stroke service). De huidige praktijk van de zorgverlening aan CVA-patiënten (en diens omgeving) laat zien dat daar (veel) winst te behalen is.

Zoals uit de volgende paragraaf blijkt zijn deze knelpunten in de zorg op verschillende plaatsen in Nederland onderkend en worden projecten opgezet om verbetering in de zorg te realiseren.

10.2 Zorgvernieuwingsprojecten

De in de inleiding geciteerde brief van de minister geeft duidelijk aanwijzingen welke richting de behandeling van en zorgverlening aan CVA-patiënten op dient te gaan. Kernbegrippen hierin zijn: een snelle diagnostiek, korte opnames en een vlotte doorstroming naar vervolgvoorzieningen. Middelen die zij hiertoe noemt zijn het ontwikkelen en opzetten van zogenaamde 'stroke units', 'stroke services', een vroegere en effectievere ontslagplanning en het hanteren van een behandelplan verder reikend dan de eigen instelling. De 37 CVA-projecten uit de Databank Zorgvernieuwing houden zich bezig met vernieuwingen in de zorg die passen binnen de beleidslijn die de minister voor ogen heeft. Sommige projecten richten zich op onderdelen van de beleidslijn als ligduurverkorting in ziekenhuizen, effectievere ontslagprocedure of de ondersteuning van patiënt en mantelzorg thuis. Andere richten zich op het hele zorgtraject: van de acute fase tot en met de chronische fase en proberen door middel van samenwerking met de betrokken instellingen en disciplines te komen tot een samenhangend zorgcircuit ('stroke service') voor de CVA-patiënt en zijn naasten.

Een CVA-patiënt zal gedurende het hele zorgproces met vele instellingen te maken krijgen. Afstemming en samenwerking tussen die instellingen is dan ook een belangrijke voorwaarde om goede samenhangende zorg te kunnen verlenen. De inventarisatie laat zien dat bij meeste projecten meerdere instellingen betrokken zijn. Bij sommige projecten is aangegeven dat protocollen en richtlijnen gebruikt worden om een vruchtbare samenwerking tot stand te brengen.

De meeste projecten financieren de activiteiten uit eigen middelen. Mogelijk verklaart dit waarom er relatief weinig externe evaluaties van de projecten worden uitgevoerd. Mede daardoor zijn weinig resultaten bekend van de verschillende projecten. Ook van de afgesloten projecten brengt ongeveer de helft niets over resultaten en ervaringen naar buiten toe. Dit is jammer omdat projecten zo niet van elkaars ervaringen en werkwijzen kunnen leren. De projecten waar wel resultaten van bekend zijn, laten over het algemeen een positief beeld zien: ligduurverkorting in het ziekenhuis blijkt haalbaar bij vroegtijdige en effectiever ontslagbeleid in het ziekenhuis; intensievere samenwerking tussen huisarts en specialisten voorkomt onnodige opnames bij TIA's en minor strokes; diagnostiek kan in dagverpleging in plaats van klinisch; en positieve resultaten bij meer structurele ondersteuning van de mantelzorg.

Niet altijd heeft een project positieve resultaten. Soms treden knelpunten aan het licht. Zo laten de resultaten van het intensieve thuiszorg project in Groningen de betekenis zien van de mantelzorg in de zorg thuis voor CVA-patiënten.

In de brief van de minister wordt opgemerkt dat CVA niet het enige ziektebeeld is waarbij de logistiek in de zorg veelomvattend is en om een intensieve afstemming vraagt. De inventarisatie laat zien dat meerdere projecten zich niet uitsluitend richten op CVA-patiënten, maar een bredere doelgroep voor ogen hebben waarvoor de zorg verbeterd zou moeten worden. Hierbij gaat vaak om andere chronische ziekten als reuma, CARA en diabetes.

De projecten uit de Databank Zorgvernieuwing blijken qua activiteiten niet veel af te wijken van de beleidslijn die de minister voor ogen heeft. Wel lijkt het of veel projecten los van elkaar activiteiten aan het ontwikkelen zijn. Op verschillende plaatsen in Nederland wordt soms hetzelfde uitprobeerde. Waarbij het de vraag is in hoeverre er afstemming plaatsvindt. Ook het feit dat er weinig gepubliceerd wordt over de projecten geeft aanwijzingen dat ieder project zijn 'eigen wiel' aan het uitvinden is. Meer afstemming van projecten, meer evaluatie en publicatie van resultaten zou in het belang zijn van de kwaliteit van zorg aan CVA-patiënten.

10.3 Kwaliteit van zorg

Het is moeilijk een oordeel te geven over de kwaliteit van de zorg rond CVA-patiënten. Kwaliteit van zorg kan onderscheiden worden in structuur, proces en outcome. Recenter is het onderscheid in kwaliteit vanuit het perspectief van zorgverleners en vanuit het perspectief van patiënten. Vanuit beide perspectieven zijn problemen gesignaleerd. Uit de inventarisatie blijkt dat innovatieprojecten aandacht aan deze problemen besteden. Ten aanzien van de kwaliteit van de outcome kan gezegd worden dat er verschillende uitkomstmaten zijn en even zovele meetinstrumenten. Dit maakt onderlinge vergelijkbaarheid van de onderzoeken nagenoeg onmogelijk. De Universiteit van Amsterdam ontwikkelt momenteel zowel indicatoren als meetinstrumenten voor kwaliteit van zorg. Het onderzoek richt zich nadere uitwerking en analyse van de langere termijn zorgprocessen en gezondheidsuitkomsten na een beroerte.

11 INFORMATIEVOORZIENING

Ten aanzien van de informatievoorziening kan het volgende geconcludeerd worden. Het RIVM constateert dat Nederlandse cijfers met betrekking tot de incidentie, prevalentie en letaliteit van CVA vooralsnog zeer beperkt voorhanden zijn. De meeste gegevens komen uit afzonderlijke en meestal kleinschalige studies, waardoor zij niet bruikbaar zijn voor extrapolatie naar bevolkingsniveau. Wat de zorg voor CVA-patiënten betreft, streeft het kabinet naar een snelle doorverwijzing van patiënten door de huisarts, snelle diagnostiek in het ziekenhuis en snelle revalidatie. In deze paragraaf zal worden nagegaan in hoeverre bestaande, landelijke registraties geschikt zijn om het bereiken van deze beleidsdoelstelling te monitoren.

Hier is gebruik gemaakt van gegevens uit de Databank Zorgvernieuwing om een beeld te schetsen van de mate waarin in Nederland gewerkt wordt aan innovatie van de zorg rond CVA-patiënten. Deze gegevens zijn goed bruikbaar voor het schetsen van een stand van zaken, zij het dat de Databank niet geheel volledig is. De informatie is gebaseerd op ongeveer 2000 inventarisatie-formulieren, die jaarlijks worden verzonden naar alle instellingen in de gezondheidszorg. Voorwaarde om te worden opgenomen in de Databank is dat er sprake is van een projectmatig 'experiment', waarin een verandering in het primaire zorgproces wordt doorgevoerd. Het is echter mogelijk dat in het land projecten plaatsvinden die (nog) niet zijn aangemeld bij de Databank Zorgvernieuwing. Een regelmatig uitgevoerde inventarisatie op basis van de Databank Zorgvernieuwing (bijvoorbeeld een keer in de twee à drie jaar) kan een beeld geven van de veranderingen in de zorg rond CVA-patiënten, die zich in het veld voltrekken.

Voor het monitoren van de beleidsvoornemens op dit terrein is echter ook meer specifieke informatie nodig. Aan het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg kunnen op dit moment gegevens worden onttrokken over het aantal verwijzingen van huisartsen naar een specialist per 1000 ingeschreven patiënten voor CVA en TIA. Wat nog ontbreekt, zijn landelijke gegevens over het aantal gevallen van CVA en TIA waarmee huisartsen worden geconfronteerd en waarbij zij niet verwijzen naar een specialist. Dergelijke cijfers zijn op landelijke schaal voor het laatst verzameld in de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Bensing et al., 1991). Uit de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) Nijmegen kunnen overigens wel regionale gegevens worden gehaald over incidentie, prevalentie en verwijscijfers voor CVA en TIA. Aangezien het eerste contact over het algemeen plaatsvindt met de huisarts en deze ook voor een belangrijk deel beïnvloedt welke diagnostiek in het eerste stadium van de ziekte plaatsvindt, is informatie over het handelen van huisartsen bij CVA-patiënten onmisbaar voor het monitoren van beleid op dit terrein. Een registratie hiervan of onderzoek hiernaar zou moeten worden opgezet.

Voor zover patiënten niet thuis worden behandeld maar in een ziekenhuis, revalidatiecentrum of verpleeghuis, is informatie hierover beschikbaar in het Landelijk Informatiesysteem voor de Revalidatie (LIVRE), de Jaarcijfers Revalidatie-instellingen verzameld door het NZi, de Landelijke Medische Registratie (LMR) en het SIG Verpleeghuis Informatiesysteem de (SIVIS) van SIG Zorginformatie. LIVRE is een registratie van patiëntgegevens onder houderschap van de Vereniging van Revalidatie Instellingen in Nederland (VRIN) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Deze registratie is in 1994 van start gegaan en bevat informatie over de samenstelling en opbouw van de patiënten in- en -uitstroom in de revalidatie. Geregistreerd wordt ondermeer welke stoornissen en beperkingen die patiënten hebben bij opname en ontslag.

LIVRE bevindt zich echter nog in een ontwikkelfase. Voor 1995 hebben 17 revalidatiecentra en een beperkt aantal revalidatie-afdelingen van algemene ziekenhuizen gegevens aangeleverd. Uitgangspunt is dat op termijn 100% van alle revalidatie-instellingen zal participeren (VRIN, 1996).

De LMR registreert medisch-inhoudelijke gegevens over in het ziekenhuis opgenomen patiënten, SIVIS over in het verpleeghuis opgenomen patiënten. Op patiëntniveau kunnen gegevens uit de LMR en de SIVIS gekoppeld worden zodat patiëntenstromen in kaart gebracht kunnen worden. Een dergelijke koppeling is gemaakt in een onderzoek naar een CVA-project in Rotterdam (zie hiervoor Lalleman & Schuur, 1997).

Het in LMR/SIVIS gebruikte classificatiesysteem is de International Classification of Diseases (ICD). Deze geeft wel inzicht in het type CVA (bloedig vs. niet-bloedig) en geeft een tamelijk gedetailleerd beeld van de specifieke lokatie binnen de hersenen, waar zich een verstopping of bloeding heeft voorgedaan. De ICD geeft echter geen inzicht in de optredende gevolgen van een CVA en ook niet in de duur daarvan. De ICDH is als classificatiesysteem in principe beter toegesneden op het 'fenomeen' CVA, omdat hierin een raamwerk wordt geboden voor het classificeren van stoornissen (afwijkingen in de structuur of functies van het menselijk lichaam), beperkingen (handelingen of activiteiten die iemand in verband met een stoornis niet meer kan uitvoeren) en handicaps (nadelen van stoornissen of beperkingen die iemand ondervindt in de normale rolvervulling) (NRV, 1988, Halbertsma, 1995). Met andere woorden: in de ICDH wordt het functioneren van de patiënt centraal gesteld en niet zozeer zijn aandoening of ziekte.

Waar het gaat om informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg, bestaat behoefte aan gegevens over functionele *outcome*. Een CVA kan de dood tot gevolg hebben, maar de meeste patiënten blijven leven. Een deel van hen kampt echter met blijvende neurologische uitvalsverschijnselen (zie paragraaf 1 en 2). Met name revalidatie, maar ook projecten waarin de ondersteuning van de patiënt en diens mantelzorg in de chronische fase centraal staat, zijn gericht op het verbeteren van het functioneren van de patiënt en het leren omgaan met beperkingen. De effectiviteit van deze zorgvormen kan niet worden afgelezen aan sterftcijfers. Er is een veelheid van meetinstrumenten in omloop, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit van leven of zelfredzaamheid. De onderlinge vergelijkbaarheid van deze instrumenten en daarmee van de effectstudies waarin ze zijn toegepast, is echter klein.

Vooraf in de revalidatie bestaat behoefte aan inzicht in de effectiviteit van diagnostische en therapeutische interventies. De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) heeft recent een advies uitgebracht over revalidatieonderzoek. Essentieel in dat onderzoek is dat de verbinding wordt gelegd tussen stoornissen, beperkingen en/of handicaps. De RGO beveelt aan het revalidatieonderzoek te concentreren op (1) voorwaardescheppend onderzoek (onder meer epidemiologisch onderzoek van beperkingen en handicaps), (2) onderzoek naar de werkzaamheid en doelmatigheid van interventies, hulpmiddelen en paramedische behandelingen en (3) onderzoek naar drie bijzondere groepen (mensen met cognitieve en psychologische beperkingen na een hersenletsel, ouderen met CVA of aandoeningen van het bewegingsapparaat en kinderen) (RGO-nieuws, 1997, Spreeuwenberg, 1997).

Kengetallen

Ter afsluiting van dit hoofdstuk wordt hier samengevat welke kengetallen nodig zijn om het bereiken van de beleidsdoelstellingen te monitoren. Het gaat om snelle doorverwijzing van patiënten door de huisarts, snelle diagnostiek en korte opnames in het ziekenhuis, een vlotte doorstroming naar vervolgvoorzieningen en snelle revalidatie.

Om de beleidsdoelstelling 'snelle doorverwijzing van patiënten door de huisarts' te monitoren zijn kengetallen nodig over:

1. het aantal gevallen van CVA en TIA bij de huisarts en verwijzing naar de specialist;
2. de gemiddelde tijd tussen optreden van het CVA en verwijzing door de huisarts naar de specialist.

Beide gegevens zijn niet op landelijk niveau beschikbaar.

Bij de beleidsdoelstelling 'snelle diagnostiek' gaat het om het volgende kengetal:

3. de gemiddelde tijd tussen het optreden van het CVA en TIA en diagnostiek in het ziekenhuis.

Diagnostiek (zoals bijvoorbeeld het doen van een CT-scan) wordt in LMR niet als verplicht record geregistreerd. Standaard is deze informatie dus niet op landelijk niveau beschikbaar.

Om 'korte opnames in het ziekenhuis' en een 'vlotte doorstroming' te monitoren is het volgende kengetal nodig:

4. gemiddeld aantal ligdagen in het ziekenhuis bij CVA.

Deze informatie is beschikbaar in LMR. Eventueel kan deze informatie worden aangevuld met wachtlijstgegevens van verpleeghuizen en revalidatiecentra, of gegevens over de gemiddelde tijd tussen aanvraag voor een vervolgvoorziening en opname in een vervolgvoorziening. Uiteraard voor zover die informatie beschikbaar is.

Tenslotte de beleidsdoelstelling 'snelle revalidatie'. Voor het monitoren van deze doelstelling is geen algemeen kengetal aan te geven. Waar revalidatie plaatsvindt (in het ziekenhuis, in het verpleeghuis of een revalidatiecentrum) is namelijk afhankelijk van de organisatie van voorzieningen op lokaal niveau. Dus: het tijdstip waarop een CVA-patiënt bijvoorbeeld doorstroomt van het ziekenhuis naar het verpleeghuis zegt in sommige regio's iets over het tijdstip waarop met de revalidatie wordt begonnen en in andere regio's helemaal niet.

LITERATUUR

BENSING, J.M., FOETS, M., VELDEN, J. VAN DER, ZEE, J. VAN DER. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts en Wetenschap; 32, 1991, no.2.p. 51-61

BERGER, M.W. VAN, LINDEN, B.A. VAN DER, SCHRIJVERS, A.J.P. Opnameduur bij CVA-patiënten. Actief ontslagbeleid: het werkt. HZH; 1995, no.6.p.33-35

BERGNER, M., BOBBIT, R.A., CARTER, W.B., GILSON, B.S. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. Medical Care; 1981, 19:787-805.

BERGMAN, L., MEULEN, J.H.P. VAN DER, LIMBURG, M., DIK, J. HANNEMA, F. Cost of Medical Care After First-Ever Stroke in the Netherlands. Stroke, 1995, 10:1830-1836.

BINSBERGEN, J.J. VAN, GELPKE, J.E.H., BENTUM, S.T.B. VAN, MEER, K. VAN DER, SCHULING, J., VERHOEVEN, S., EIZENGA, W.H., WIERSMA, T.J. NHG-standaard TIA. Huisarts Wet 1995;38(1):15-25.

BONDJERS, G., GLUKHOVA, M., HANSSON, G.K., POSTNOV, Y.V., REIDY, M.A., SCHWARTZ, S.M. Hypertension and atherosclerosis. Cause and effect, or two effects with one unknown cause? Circulation 1991;8-4(Suppl IV):VI-2-16.

BOS, G.A.M. VAN DEN. Zorgen van en voor chronisch zieken (diss.) Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.

BOS, G.A.M. VAN DEN, LENIOR, M.E. Sociale ongelijkheid in chronische aandoeningen, beperkingen en zorggebruik. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1991.

BOSCH, J.H. VAN DEN, KARDAUN, J.W.P.F. Ziekten van het zenuwstelsel in Nederland. Den Haag; SDU-uitgeverij, CBS-publikatie 1993.

BOSCH, J.H. VAN DEN, KARDAUN, J.W.P.F. Ziektebelasting door aandoeningen van het zenuwstelsel in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1994; 138: 1219-24.

BROUWER DE KONING, J. Patiënten op het juiste moment op de juiste plek. VWS Bulletin, maart 1997.

BRUIN, A.F. DE, WITTE, L.P. DE, STEVENS, F., DIEDERIKS, J.P.M. Sickness Impact Profile: the state of the art of a generic functional status measure. Soc Sci Med 1992;8:1003-14.

BUIS, J., MEYBOOM-DE JONG, B. Preventief onderzoek bij bejaarden. Huisarts Wet 1993;36:206-11, 299.

CARNWATH, T.C., JOHNSON, D.A. Psychiatric morbidity among spouses of patients with stroke. BMJ 1987; 294:409-411.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Vademecum gezondheids statistiek Nederland 1992.

COOLS, H.J.M. Schattingen over het aantal en verblijf van CVA-patiënten in Nederland. PAOG, Amsterdam, 1991.

COLLINS, R., PETO, R., MACMAHON, S., HEBERT, P., FIEBACH, N.H., EBERLEIN, K.A., GODWIN, J., QIZILBASH, N., TAYLOR, J.O., HENNEKENS, C.H. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2. Short-term reduction in blood pressure: overview of randomized drug trial in their epidemiological context. Lancet 1990;335:827-38.

CREVEL, H. VAN. Consensus cerebrovasculair accident. Ned Tijdschr Geneesk 1991;135:2280-88.

DANGE, B., TIEL, M., VAN BEYERS, J., HORST, F. VAN DER, BUNTINX, F. Thuisverblijvende CVA-patiënten. Beantwoordt het aanbod aan hun vraag? Huisarts Nu, 1995, 1:14-18.

DENNIS, M. Stroke services. The lancet 1992, 339: 793-795

DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume I. The definition of quality and approaches to its assessment, Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.

DUTCH TIA TRIAL STUDY GROUP. A comparison of two doses of aspirin (30 mg vs 283 mg a day) in patients after a transient ischemic attack or minor ischemic stroke. N Engl J Med 1991;325:445-53.

EUROPEAN CAROTIC SURGERY TRIALISTS' COLLABORATIVE GROUP. MRC European carotid surgery trial: interim results for symptomatic patients (70-99%) or with mild (0-29%) carotid stenosis. Lancet 1991;337:1235-43.

FEENSTRA, G. Uit de schaduw. Volkskrant, 29 maart, 1997

GELMERS, H.J., HENNERICI, M. Effects of nimodipine on acute ischemic stroke. Pooled results from five randomised trials. Stroke 1990;21:81-84.

GILL, J.S., SHIPLEY, M.J., TSEMENTZIS, S.A., HORNBY, R.S., GILL, S.K., HITCHCOCK, E.R., BEEVERS, D.G. Alcohol consumption a risk factor for hemorrhagic and non-hemorrhagic stroke. Am J Med 1991;90:489-97.

GIJN, J. VAN, KOUDSTAAL, P.J., VERMEULEN, M., LODDER, J., URK, H. VAN. Transient ischemic attacks, niet-invaliderende herseninfarcten en het voorkomen van erger: nieuwe gegevens over de behandeling. Ned Tijdschr Geneesk 1991;135:2259-62.

HAAN, R. DE, LIMBURG, M., MEULEN, J. VAN DER, BOS, G.A.M. VAN DEN. Use of health care services after stroke. Qual Health Care 1994;2:222-27.

HAAN, R. DE, LIMBURG, M., MEULEN, J. VAN DER, JACOBS, H., AARONSON, N.K. Quality of life after stroke; impact of stroke type and lesion location. Stroke 1995;26:402-08.

HALBERTSMA, J. De internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en habdicans: reikwijdte en vormen van gebruik. Medisch Contact 1995, 50; 22: 710-713.

HARSKAMP, F. VAN, VISCH-BRINK, E.G. Goal recognition in aphasia therapy. Aphasiology 1991;5: 529-39.

HART, R.G. Cardiogenic embolism to the brain. Lancet 1992;339:589-94.

HEERKENS, Y.F., RIJKEN, P.M., DEKKER, J., WAMS, H.W.A., OOSTENDORP, R.A.B. Inventarisatie van paramedische zorg voor chronisch zieken. Nederlands Paramedisch Instituut, Nivel, Amersfoort 1997.

HERMAN, B., LEYTEN, A.C.M., LUYK, J. VAN, FRENKEN, C.W.G.M., COUL, A.A.W. OP DE, SCHULTE, B.P.M. Epidemiology of stroke in Tilburg, The Netherlands. Stroke 1981;13:334-39.

HERMAN, B., LEYTEN, A.C.M., LUYK, J.H. VAN, FRENKEN, C.W.G.M., COUL, A.A.W. OP DE, SCHULTE, B.P.M. Epidemiology of stroke in Tilburg, The Netherlands. The population-based stroke incidence register: 2. Incidence, initial clinical picture and medical care and three weeks case fatality. Stroke 1982, 5:629-34.

HERMANS, E. Zorgvernieuwing in de Westelijke Mijnstreek. Medisch Contact, 1992 14: 435-438.

HEULEKOM, R.O. Samenwerking tussen huisartsengroep en specialist bij de behandeling van CVA-patiënten. In: Met gepaste zorg. Vijf transmurale projecten voor huisartsengroepen. Verslag van het symposium. DHV Groot Gelre, november 1994.

HOCHSTENBACH, J., MULDER, TH. Long term outcome after stroke. Sint Maartenskliniek Nijmegen, 1995.

HOCHSTENBACH, J.B.H., DONDEERS, A.R.T., MULDER, T., LIMBEEK, H.van., SCHOONDERWALDT, H. Veel chronische problemen bij CVA-patiënten thuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996, 22, 1182-1186.

HOOGEN, H.J.M. VAN DER, HUYGEN, F.J.A., SCHELLEKENS, J.W.G., STRAAT, J.M., VELDEN, H.G.M. VAN DER. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Universitair Huisartsen Instituut, 1985.

INTENSIEVE THUISZORGPROJECT AZG. CVA-patiënt en andere neurologische patiënten. Academisch Ziekenhuis Groningen, 1993.

JANSEN, J., KELI, S., KROMHOUT, D. Cerebrovasculaire aandoeningen. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. RIVM-rapport 1993:387-92.*

KNOLLEMA, S., KNIGGE, M.F., JANSEN, H.M.L., HORST, G.J. TER, KORF, J., MINDERHOUD, J.M., MEY-BOOM-DE JONG, B. Het cerebrovasculair accident in de praktijk. *Patient Care* 1995;22(11):21-32.

KORT, P. DE. Neglect: een klinisch onderzoek naar halfzijdige verwaarlozing bij patiënten met een cerebrale bloeding of infarct. [dissertatie] Rijksuniversiteit Groningen.

KOUDSTAAL, P.J., GIJN, J. VAN, STAAL, A., DUIVENVOORDEN, H.J., GERRITSMA, J.G.M, KRAAIJEVELD, C.L. Diagnosis of transient ischemic attacks: improvement of interobserver agreement by a check-list in ordinary language. *Stroke* 1986;17:732-28.

KRUTZEN, R. Nieuwe routing voor C.V.A. patiënten. Professor Dubois Stichting, 1996.

LALLEMAN, A. SCHUUR, B. Transmurale zorg vraagt om transmurale informatie. Bronnen: LMR en SIVIS. *Signet* 1997, 97:26-29.

LAMBERTS, H., BROUWER, H.J., MOHRS, J. Reason for encounter & episode & process oriented standard output. Amsterdam: Department of general practice 1991.

LANGHORN, P., WILLIAMS, B.O., GILCHRIST, W., HOWIE, K. Do stroke units save lives? *Lancet* 1993;342:395-98.

LIMBURG, M., HERDESCHEË, D., HYDRA, A. Nieuwe inzichten in de acute behandeling van een herseninfarct. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;31:1392-95.

LIMBURG, M., MEER, K. VAN DER, SCHADÉ, E., CREVEL, H. VAN. Moet een patiënt met een beroerte worden opgenomen? *Ned Tijdschr Geneesk* 1992;136:415-20.

LIMBURG, M. Een stroke service? In: *Kunnen patiënten met een beroerte beter worden behandeld? PAOG*, Amsterdam, maart 1994.

LIMBURG, M. Gestructureerde zorg voor patiënten met een beroerte: 'stroke units' en 'transmurale stroke services'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997a;141:566-567.

LIMBURG, M. Behandeling van beroerten in Europa: de Verklaring van Helsingborgh. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997a;141:568-71.

LORISH, T.H.R. Stroke rehabilitation. *Geriatric Rehab* 1993;9:705-16.

LIVRE. Jaarboek LIVRE 1995. Landelijk Informatiesysteem voor Revalidatie. Beheerscommissie LIVRE, 1996.

MALMGREN, R., WARLOW, C., BAMFORD, J., SANDERCOCK, P. Geographical and secular trends in stroke incidence. *Lancet* 1987;1196-2000.

- MÄNNTTÄRI, M., KOSKINEN, P., MANNINEN, V., TENKANEN, L., HUTTUNEN, J.K. Lifestyle determinants of HDL2- and HDL3-cholesterol levels in a hypercholesterolemic male population. *Atherosclerosis* 1991;87:1-8.
- MEER, K. VAN DER, SMITH, R.J.A. CVA patiënten in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1990;33:1073-76.
- MEER, K VAN DER, SMITH, R.J.A., BREMER, G.J. Cerebrovasculaire aandoeningen gepeild. Utrecht: NIVEL, 1990.
- MEIJER, R.P., SCHURE, L.M. De problemen van de centrale verzorgers van patiënten met een CVA. *Huisarts Wet* 1995;38(6):255-59.
- MEYBOOM-DE JONG, B. Bejaarde patiënten, een onderzoek in twaalf huisartspraktijken. (diss) Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, 1989.
- MEYBOOM-DE JONG, B. Closing remarks. In: Caregivers of stroke patients. Proceedings. Conference, May 3 1994, Bilthoven, pg 54-55.
- MEYBOOM-DE JONG, B., BUIS, J. Zorg na een beroerte. Den Haag, Nederlandse Hartstichting 1995:49.
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR NEUROLOGIE. Richtlijnen voor de behandeling van patiënten met een beroerte. Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 1996.
- NIESSEN, L.W., BARENDRECHT, J.J., BONNEUX, L., KOUDSTAAL, P.J. Stroke trends in an aging population. *Stroke* 1993;24:931
- PAPING, M.A., KAPPELLE, L.J., GIJN, J. VAN. Verschijningsvormen van de beroerte. *Patient care* 1995;22(11):9-20.
- POST, D. Sociaal-geneeskundige aspecten van CVA. *Patient Care* 1995;22(11):51-55.
- PRINCEN, H.M.G., POPPEL, G. VAN, VOGELZANG, C., BUYTENHEK, R., KOK, F.J. Supplementation with vitamin E but not β -carotene in vivo protects low density lipoprotein from lipid peroxidation in vitro. Effect of cigarette smoking. *Arteriosclerosis and Thrombosis* 1992;12:554-562.
- RAAD VAN GEZONDHEIDSONDERZOEK RGO. Advies chronische aandoeningen; prioriteiten en onderzoek, 1991.
- REICHMAN, E., KASTERMANS, M., SPITHOVEN, M. Samenwerking met eerstelijns succesvol. *ZorgVisie*, 9, 1996.
- REITSMA, J.B. Cerebrovasculaire aandoeningen. In: Hart- en vaatziekten in Nederland. Den Haag, Nederlandse Hartstichting 1995.
- RGO-NIEUWS. RGO advies Revalidatieonderzoek: versterking van het revalidatieonderzoek nodig. *Mediator*,8(1997),nr.2: 5
- RIJNLANDS ZEEHOSPITIUM. Jaarverslag Kwaliteitszorg, 1994
- SACCO, R.L., WOLF, P.A., KANNEL W.B. Survival and recurrence following stroke. The Framingham Study. *Stroke* 1982;13:290-95.
- STAM, H.J., SCHUT, H.A., BERGEN, M.P. revalidatiebehandeling. *Medisch Contact* 1993;17:1607-10
- STRATEN, A., SCHOLTE OP REIMER, W., RIJNDERS, P., BOS, G.A.M. VAN DEN, LIMBURG, M. HAAN, R. DE. De toereikendheid van zorg voor patiënten met een beroerte in de chronische fase; een longitudinaal onderzoek. In: Casparie et al. Kwaliteit van zorg onderzoek. NWO, Den Haag, 1994.
- SCHULING, J. De patiënt met een CVA en de huisarts. Eindrapport. Rijksuniversiteit Groningen, 1992.

- SCHULING, J. Stroke patients in general practice. [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen 1993.
- SCHULING, J. De rol van de huisarts in de acute fase van het CVA. In: Kunnen patiënten met een beroerte beter worden behandeld? PAOG, Amsterdam, maart 1994.
- SCHULING, J., GREIDANUS, J. De acute fase van het cerebrovasculairaccident; kenmerken en beleid. Ned Tijdschrift Geneesk, 1992; 136: 415-20.
- SCHURE, L.M. Belasting en welbevinden van partners van CVA-patiënten. Huisarts Wet 1996;39(11):508-12.
- SCHURE, L.M. Partners van patiënten met een CVA. [dissertatie] Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1995.
- SCHURE, L.M. Partners van CVA-patiënten zijn primaire verzorgers en kunnen ruggesteun van de huisarts goed gebruiken. Patient Care 1995;22(11):77-82.
- SHAPER, A.G. Stroke. Lancet 1992;339:750.
- SPREEUWENBERG, C. Revalidatieonderzoek. Medisch Contact, 52 (1997), nr. 6: 183
- TERENT, A. Survival after stroke and transient ischemic attacks during the 1970s and 1980s. Stroke 1989;20:1320-26.
- TILLI, D., WITTE, L. DE, VISSER-MEILY, A., GEERTS, M. Het dagelijks functioneren van CVA-patiënten gedurende het eerste jaar na CVA. IRV: Hoensbroek, 1993.
- VELDEN, J. VAN DER, BAKKER, D.H. DE, CLAESSENS, A.A.M.C., SCHELLEVIS, F.G. Morbiditeit in de Huisartspraktijk. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL 1991.
- VERGOUWEN, V., HALFSENS, R., JAARSMA, T. Verpleegproblemen van CVA-patiënten en partners. TVZ 1997; 7: 192-193.
- VRIN. Branchebeleid revalidatiezorg 1996-1997. Utrecht: Vereniging van Revalidatie Instellingen in Nederland, 1996.
- WADE D.T., LEGH-SMITH J, LANGTON HEWER R. Effects of living with and looking after survivors of a stroke. BMJ 1986; 293: 418-420.
- WADE D.T. Services for people with stroke. Quality in Health Care 1993, 2, pg 263 - 266.
- WALLACE, J.D., LEVY, L.L. Blood pressure after stroke. JAMA 1981;246:2177-80.
- WANNAMETHEE, G., SHAPER, A.G. Physical activity and stroke in British middle aged men. Br Med J 1992;304:597-601.

BIJLAGEN

BIJLAGE I

Projecten CVA uit de Databank Zorgvernieuwing

Project 1: Amsterdam '*CVA zorgketen*'

De doelstelling van het project is een snelle, adequate en zoveel mogelijke geruuststellende reactie te bieden in aansluiting op de situatie waarin de CVA zich voordoet.

Project 2: Amsterdam '*CVA project Amsterdam Zuid-Oost*'

De doelstelling van het project is voor de patiënten en familie:

- een snelle, adequate en zoveel mogelijke geruuststellende reactie in aansluiting op de situatie waarin de CVA zich voordoet;
- gevolgd door een project waarin de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats geleverd kan worden, inzichtelijk en beïnvloedbaar door patiënt en zijn naasten.

Project 3: Amsterdam '*CVA-project ZAO Zorgverzekeringen*'

Doelstelling van het project is verbetering van de samenhang van de zorg voor CVA-patiënten in Amsterdam en verbetering van de informatie aan de CVA-patiënt in Amsterdam door verbetering van de organisatie en communicatie van de zorgverleners.

Project 4: Beverwijk '*Wijkziekenboegproject*'

Het doel is de totstandkoming van de mogelijkheid om bepaalde patiëntengroepen uit het ziekenhuis te ontslaan en als tijdelijke opvang naar het verzorgingshuis te sturen.

Project 5: Bladel '*Vereniging Samenwerkingsverband Kempenzorg ofwel Kempenzorg*'

Doelstelling is het vorm en richting geven aan de gewenste samenwerking in de zorg-, hulp- en dienstverlening aan de op de leden aangewezen patiënten en cliënten, waarbij als uitgangspunt geldt, dat deze zorg-, hulp- en dienstverlening op de voor de patiënten en cliënten meest geëigende plaats en gedurende de meest geëigende periode wordt verleend.

Project 6: Breda '*Herstructurering aandachtsvelden chronisch zieke, gehandicapte en oudere mensen*'

Het doel is zo dicht mogelijk bij de uitvoering brengen van specialistische kennis en kunde om zo een betere kwaliteit te kunnen bieden en beter aan te sluiten op de specifieke wensen van de cliënt.

Project 7: Breda '*Project Neurologie*'

Het doel is verkorten van de ligduur van de CVA-patiënt in het ziekenhuis, verbeteren van de samenwerking ziekenhuis - verpleeghuis, reactivering van de oudere CVA-patiënt in een passende omgeving.

Project 8: Breda '*Gestructureerde dagopvang CVA-patiënten*'

Doel is betere behandeling van CVA-patiënten, die door neuro-psychische stoornissen zelf moeite hebben met structuur geven aan hun handelen.

Project 9: '*Intensieve thuiszorg oudere CVA-patiënten*'

Project beoogt CVA-patiënten zo snel mogelijk thuis te behandelen en te begeleiden.

Project 10: Eindhoven *'Versnelde doorstroming'*

Project is gericht op het komen tot een gesloten, naadloos circuit bij overplaatsing van patiënten van twee ziekenhuizen en verpleeghuizen. De patiënten dienen zo snel mogelijk in een zo laag mogelijke voorziening door te stroming. Uiteindelijke doel is de patiënt thuis te krijgen.

Project 11: Eindhoven *'Ondersteuning voor de mantelzorgers van de bewoners welke versneld opgenomen worden uit de ziekenhuizen na de diagnose CVA'*

Doel is om reguliere ondersteuning te geven aan de mantelzorgers met verschillende aspecten centraal in de diverse fases van de revalidatie. Daarna in het vervolgtraject de mantel op weg te helpen naar andere mogelijkheden van ondersteuning als daar behoefte aan is zoals bijvoorbeeld de vereniging Samen Verder.

Project 12: Den Haag *'Initiatiefgroep zorgafstemming'*

De doelstelling van het project is het bevorderen van de afstemming in de zorgverlening tussen zorgaanbieders in de regio Den Haag.

Project 13: Den Haag *'Dienstverlening CVA intra- en extramuraal'*

Doel is het opstellen van protocol met richtlijnen voor de behandeling en zorgverlening van patiënten die thuis door een CVA getroffen worden. Invoeren van het protocol in de praktijk en toetsen van haalbaarheid in de praktijk en consequenties voor kwantiteit en kwaliteit van zorg.

Project 14: Groningen *'Project Intensieve thuiszorg Academisch Ziekenhuis Groningen'*

Doel is patiënten eerder uit het ziekenhuis te ontslaan door ontwikkeling en versterking van transmurale zorg; betere afstemming tussen hulpverleners; aanvullende zorg buiten de muren; ziekenhuisverplaatste zorg.

Project 15: Groningen *'Pilotstudie Bemiddelingsfunctie'*

De doelstellingen van het project zijn om een eerste beeld te verkrijgen van de Bemiddelfunctie en om het belang voor CVA-patiënten te onderzoeken.

Project 16: Groningen *'Kwedelstee, dagopvang CVA-gehandicapten'*

Doel is, vanwege sociaal isolement van CVA-patiënten thuis, een zinvolle tijdsbesteding en sociale contacten te bieden voor CVA-patiënten thuis. Ondersteuning van huisgenoten en familie gedurende 2 dagen per week.

Project 17: Haarlem *'Zorgcontinuum voor CVA-patiënten'*

Doel is de kwaliteit van de zorg voor CVA-patiënten verbeteren en een bijdrage te leveren aan de oplossing voor de 'verkeerde bed' problematiek.

Project 18: Heemstede *'Ergotherapie: Poliklinisch en Ambulant'*

Doel is het onderzoeken van de mogelijkheid om specialistische zorg bij de patiënt thuis aan te bieden (medisch, verpleegkundig of paramedisch specialistische zorg).

Project 19: *'Casemanager Verkeerde Bed Problematiek'*

Doel is zo snel mogelijk uitplaatsen van uitbehandelde patiënten met zorg op maat.

Project 20: Hoensbroek *'Casemanagement bij Ontslag uit Revalidatiecentrum'*

Het doel is het ontwikkelen en in de praktijk testen van een nieuwe ontslagprocedure voor het revalidatiecentrum, die meer waarborgen biedt voor een onderling en op de behoeften van patiënt afgestemde en gecoördineerde zorg na ontslag.

Project 21: Hoensbroek *'Netwerk CVA-consulenten'*

Het doel is het opzetten en onderhouden van een consulentennetwerk voor de verschillende disciplines, die CVA-patiënten in zorg hebben. Door de uitwisseling van ervaringen en kennis kan de deskundigheid vergroot worden.

Project 22: Hoensbroek *'Partnerondersteuning CVA'*

Doel is het bieden van ondersteuning aan partners van CVA-patiënten die thuis wonen. Later is de doelstelling uitgebreid naar partners of centrale verzorgers van alle CVA-patiënten (ook opgenomen in een verpleeghuis of verzorgingshuis).

Project 23: Hoensbroek *'Transmuraal Zorgmodel CVA'*

Het doel is het afstemmen van de zorg aan CVA-patiënten door afspraken tussen hulpverleners, vanaf de acute fase tot en met na het ontslag uit het ziekenhuis.

Project 24: Hoensbroek *'Richtlijn lichaamsgebonden hulpmiddelen'*

Doel is het gebruik van lichaamsgebonden hulpmiddelen bij CVA-patiënten te bevorderen.

Project 25: Katwijk aan Zee *'Kwaliteitszorg en de KEN-R-Systematiek'*

De doelstelling is het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem en een kwaliteitsmentaliteit.

Project 26: Lelystad *'Ergotherapie voor thuiswonenden'*

Doel is het bieden van ergotherapie voor thuiswonenden.

Project 27: Lunteren *'CVA project Gelderse Vallei'*

Doel is het bieden van transmurale zorg aan CVA-patiënten, zodat het volgende bereikt wordt: - patiënten met een beperkt CVA of TIA hoeven niet meer opgenomen te worden, maar kunnen door een snel gerealiseerde dagopname diagnostisch in kaart worden gebracht door de neuroloog teneinde risicofactoren op te sporen, waardoor recidief en ernstiger CVA mogelijk voorkomen kan worden. De behandeling en coördinatie van de hulpverlening blijft in handen van de huisarts; - opgenomen patiënten kunnen na een ernstiger CVA eerder naar huis door grotere deskundigheid in de eerste lijn en betere samenwerking met de tweede lijn.

Project 28: Middelburg *'Transmuraal verpleegkundig consulent'*

In samenwerking met het Coördinatiepunt Chronisch Zieken/IKR/IKW wordt door Ziekenhuis Walcheren en Thuiszorg Walcheren een transmuraal verpleegkundig consulent aangesteld met als doel de zorg aan chronisch zieken te verbeteren.

Project 29: Oud Beijerland *'Zorgproject omgangsproblemen verpleeghuis en verzorgingshuizen in de Hoekse Waard'*

Doel is om continuïteit van zorg te bieden bij omgangsproblemen als gevolg van CVA of andere hersenbeschadigen of als gevolg van depressies. Het uitgangspunt is de dementerende bewoner zo lang mogelijk in de eigen (verzorgingshuis) omgeving te laten, waarbij de kwaliteit van de zorg en de reductie van spanningen rond de bewoner gewaarborgd moet zijn.

Project 30: Roosendaal *'Ergotherapie aan huis'*

Doel van het project is om ouderen en gehandicapten zo lang mogelijk en optimaal thuis of in het verzorgingshuis te laten functioneren. De ergotherapeutische behandeling is erop gericht de zelfredzaamheid van de hulpvrager in zijn dagelijkse activiteiten te verhogen.

Project 31: Rotterdam *'CVA-project Zorg op de juiste tijd, op de juiste plaats'*

Doel is het voorkomen van onnodig lange ziekenhuisopname; snelle start van het revalidatieproces voor ouderen met CVA; beter op elkaar afstemmen van ziekenhuiszorg, verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg op elkaar.

Project 32: Sneek *'Behandeling volgens NDT Concept'*

Project is gericht op het revalideren van bewoners in die mate dat hij/zij terug kunnen naar de thuissituatie c.q. het verzorgingshuis.

Project 33: Tiel *'Differentiatie somatische afdelingen'*

De doelen zijn kwaliteitsverbetering door een zekere specialisatie en profilering verpleeghuisfuncties.

Project 34: Utrecht *'Wachlijstreductie door bedrijfstijdverlenging en Thuiszorgbevordering (WBT-project)'*

Doel is nagaan op welke wijze en voor welke patiëntengroepen de doorstroming door het ziekenhuis en de aansluiting naar de thuiszorg zo verbeterd kan worden, dat wachtlijsten verkort kunnen worden. Deelproject CVA: overbruggingsopnames voor CVA-patiënten.

Project 35: Utrecht *'Transmutrecht'*

Het doel is om verschillende vormen van transmurale zorg gezamenlijk ontwikkelen, uit te voeren en te implementeren door Utrechtse ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, verpleeg- en verzorgingshuizen.

Project 36: Veghel *'Mesoproject kortdurende reactivering'*

Doelstelling is een versnelde opname en reactivering binnen 3 maanden mogelijk te maken.

Project 37: Venlo *'C.V.A. Zorgarrangementen'*

Doel is patiënten die na een CVA op een afdeling neurologie van een algemeen ziekenhuis verblijven en binnen drie en maximaal zes maanden na het CVA gereactiveerd terug naar hun oorspronkelijke omgeving lijken te kunnen worden geplaatst (zo mogelijk met voorrang) het traject van ziekenhuis-verpleeghuis-dagbehandeling-nabehandeling laten doorlopen.

BIJLAGE II

Overige zorgvernieuwingsprojecten

Project 38: Amsterdam *'Ontwikkeling zorgprogramma's Reuma, CVA, Diabetes en ouderen'*

Doel is het ontwikkelen van zorgprogramma's om de zorg voor specifieke doelgroepen, meer dan voorheen, op de vraag af te stemmen.

Project 39: Tilburg *'Transmuraal werken voor verpleegkundigen'*

Het verbeteren van de kwaliteit in de continuïteit van de verpleegkundige zorg aan specifieke doelgroepen, waaronder diabetici, CARA-patiënten, CVA-patiënten, stoma-patiënten en oncologische/AIDS-patiënten.

Project 40: Roosendaal *'Continuïteits bezoek CVA'*

Het doel is nagaan wat het effect is van specifieke nazorghuisbezoeken aan CVA-patiënten die in het ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum hebben gelegen op de kwaliteit van het leven van deze patiënten en hun mantelzorg.

Project 41: Amsterdam *'Kunnen patiënten met een CVA beter worden behandeld?'*

Het doel is na te gaan in welke mate de zorg over CVA-patiënten voldoet aan kwaliteitseisen.

Project 42: Amsterdam *'CVA-patiënten te lang in het ziekenhuis'*

Het doel is na te gaan of CVA-patienten korter kunnen worden opgenomen.

Project 43: Amsterdam *'Effectiviteit en toereikendheid van de chronische zorg voor patiënten met een CVA'*

Doel: indicatoren ter bepaling van de effectiviteit en toereikendheid, het instellen van richtlijnen of protocollen

Project 44: Amsterdam *'Samenwerkingsprotocol Ziekenhuis-Thuiszorg'*

Het doel is nagaan van de haalbaarheid van snelle terugkeer naar huis.

Project 45: Amsterdam *'Ergotherapie thuis'*

Het doel is de zelfstandigheid van CVA-patiënten thuis te bevorderen.

Project 46: Den Haag *'Dienstverlening aan mensen met een cerebrovasculair accident'*

Het doel is (multidisciplinaire) protocolontwikkeling en implementatie daarvan.

Project 47: Groningen *'Hoe kunnen centrale verzorgers van CVA-patiënten het best ondersteund worden?'*

Het doel is door middel van onderzoek het beste effect nagaan voor ondersteuning van centrale verzorgers.

Project 48: *'Dagopvang CVA-gehandicapten in verzorgingshuis Hunzerheem'*

Doel is onbekend.

Project 49: Rotterdam *'Spoedopvang van patiënten met een herseninfarct of een hersenletsel'*

Het doel is extra bedden vrijhouden voor spoedopvang.

Project 50: Rotterdam *'Evaluatie van vroegtijdige revalidatiegeneeskundige interventie bij patiënten opgenomen in het ziekenhuis'*

Doel: uitkomsten van vroegtijdige revalidatiegeneeskundige interventie op kwaliteit van leven, kosten van het doorlopen zorgtraject en tevredenheid

Project 51: Hengelo *'NDT stroke unit'*

Doel is na te gaan of patiënten op de stroke unit beter behandeld worden.

Project 52: Groningen *'Geïntegreerd zorgaanbod voor ouderen in een stadsuitbreidingsgebied'*

Doel is het voorkomen van c.q. verkorten van opname in een zieken- of verpleeghuis (van o.a. CVA-patiënten). Uitrustopname mogelijk maken in de nabijheid van de eigen sociale omgeving.

Project 53: Haarlem *'Transmurale zorg CVA'*

Het doel is verbetering van de revalidatie bij CVA en oplossen verkeerde bedproblematiek.

Project 54: Purmerend *'Transferbureau'*

Het doel is het bieden van continuïteit in de zorgverlening aan patiënten op organisatorisch gebied tussen intra en extramurale zorgaanbieders.

Project 55: Rotterdam *'Intensieve samenwerking ziekenhuis, verpleeghuizen'*

Het doel is ziekenhuisopname niet langer laten duren dan medisch strikt noodzakelijk, zo spoedig mogelijk beginnen met een multidisciplinaire, op ontslag naar huis gerichte behandeling.

Project 56: Tilburg *'Meso-project neurologie'*

Het doel is betere doorstroming CVA-patiënt, na labeling door neuroloog en revalidatiearts wordt de verpleegarts uitgenodigd en een indicatie voor verpleeghuisopname gesteld.

BIJLAGE III

Registratie Wetenschappelijk Onderzoek

In deze bijlage volgt een opsomming van wetenschappelijke onderzoeken met betrekking tot CVA.

Opgenomen zijn onderzoeken die volgens de registratie nog lopen.

1. *Instelling:*
Universiteit van Amsterdam
Instituut voor Sociale Geneeskunde
Adres:
Meibergdreef 15
1105 AZ Amsterdam
Tel: 020-5664892
Contactpersoon:
drs. W.J.M. Scholte op Reimer
Titel:
De effectiviteit en toereikendheid van de chronische zorg voor patiënten na een beroerte: een longitudinale studie.

2. *Instelling:*
Vrije Universiteit van Amsterdam
Academisch Ziekenhuis, dienst Fysiotherapie
Adres:
De Boelelaan 1117
1081 HV Amsterdam
020-5485291
Contactpersoon:
dr. R.C. Wagenaar
Titel:
Dynamica van het functionele herstel van CVA-patiënten: effecten van intensiteit van loop- en handvaardigheidstraining.

3. *Instelling:*
Vrije Universiteit van Amsterdam
Adres:
Van der Boechorststraat 7
1081 BR Amsterdam
020- 4448180
Contactpersoon:
drs. E.I. Kusin
Titel:
Forced use of the hemiplegic upper extremity to improve abilities in stroke patients.

4. *Instelling:*
Stichting Amsterdams Kruiswerk
Adres:
Arlandaweg 12
1043 EW Amsterdam
020-5810637
Contactpersoon:
E. Marijnen
Titel:
Ontwikkeling zorgprogramma's reuma, CVA en diabetes, ouderen.
5. *Instelling:*
Verpleeghuis Ter Valcke
Adres:
Postbus 101
4460 AC Goes
0113-240000
Contactpersoon:
R. Rohling
Titel:
Revalidatie van CVA-patiënten door het verpleeghuis, prospectieve interventiestudie.
6. *Instelling:*
Rijksuniversiteit Groningen
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Adres:
Ant. Deusinglaan 4
9713 AW Groningen
050-3632830
Contactpersoon:
drs. L. Schure
Titel:
Hoe kunnen centrale verzorgers van CVA-patiënten het beste ondersteund worden?
7. *Instelling:*
Rijksuniversiteit Groningen
Werkgroep Bewegingswetenschappen
Adres:
Postbus 72
9700 AB Groningen
050-3632719
Contactpersoon:
drs. I.E.H. van Herk
Titel:
Een meetinstrument ter bepaling van voor- of achteruitgang van de zelfredzaamheid van een thuiswonende CVA-patiënt.

8. *Instelling:*
Rijksuniversiteit Groningen
Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken
Adres:
Postbus 30001
9700 RB Groningen
050-3636273
Contactpersoon:
drs. J. Buis
Titel:
Evaluatie van CVA nazorgprojecten in Nederland.
9. *Instelling:*
Rijksuniversiteit Groningen
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Adres:
Ant. Deusinglaan 4
9713 AW Groningen
050-3632963
Contactpersoon:
drs. H.I. Loor
Titel:
Hoe vergaat het CVA-patiënten op langere termijn?
10. *Instelling:*
Rijksuniversiteit Limburg
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Adres:
Postbus 616
6200 MD Maastricht
043-3882279
Contactpersoon:
prof. dr. J.A. Knotterus
Titel:
PATAF-project: primaire preventie van arteriële trombo-embolieën bij patiënten met non-valvulair atrium fibrilleren in de huisartspraktijk.
11. *Instelling:*
Rijksuniversiteit Limburg
Vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte
Adres:
Postbus 616
6200 MD Maastricht
043-3217575
Contactpersoon:
prof. dr. R. ter Meulen
Titel:
Autonomie en verantwoordelijkheid in de zorg voor CVA-patiënten in het verpleeghuis.

12. *Instelling:*
Rijksuniversiteit Limburg
Vakgroep Verplegingswetenschappen
Adres:
Postbus 616
6200 MD Maastricht
043-3881570
Contactpersoon:
V.D.M. Vergouwen
Titel:
Nursing problems of stroke patients and their caregivers after hospital discharge at home.
13. *Instelling:*
TNO Preventie en Gezondheid
Divisie Technologie in de Gezondheidszorg
Adres:
Postbus 2215
2301 CE Leiden
071-5181818
Contactpersoon:
dr. ir. W.T. van Beekum
Titel:
Tertiaire preventie bij chronisch zieken door transmurale zorg.
14. *Instelling:*
Erasmus Universiteit Rotterdam
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)
Adres:
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam
010-4088525
Contactpersoon:
dr. N. Klazinga
Titel:
Case-control studie naar de kwaliteit van zorg aan CVA-patiënten.
15. *Instelling:*
NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Adres:
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
030-2729700
Contactpersoon:
dr. J. Dekker
Titel:
Strategie-training bij CVA-patiënten met apraxie.

VRAAG EN AANBOD IN DE THUISZORG

Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997

Verdiepingsstudie nr. 2

D.M.J. Delnoij
B.J.M. Welling
A.J.J. van der Kwartel

oktober 1997

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 2729700

NZi - Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg, 1997
Postbus 9697 - 3506 GR Utrecht - Tel: 030 2739700

INHOUDSOPGAVE

1	THUISZORG	5
1.1	Inleiding	5
1.2	Beleidsontwikkelingen	7
1.3	Behoeftte en hulpvraag	10
1.4	Indicatiestelling en gebruik	12
1.5	Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en ziekenhuizen	15
1.6	Conclusies	21
1.7	Informatievoorziening	22
	LITERATUUR	25
	BIJLAGEN	27
	BIJLAGE I: Kosten en financiering	29
	BIJLAGE II: Indicatiesystemen in de thuiszorg	32

1 THUISZORG

1.1 Inleiding

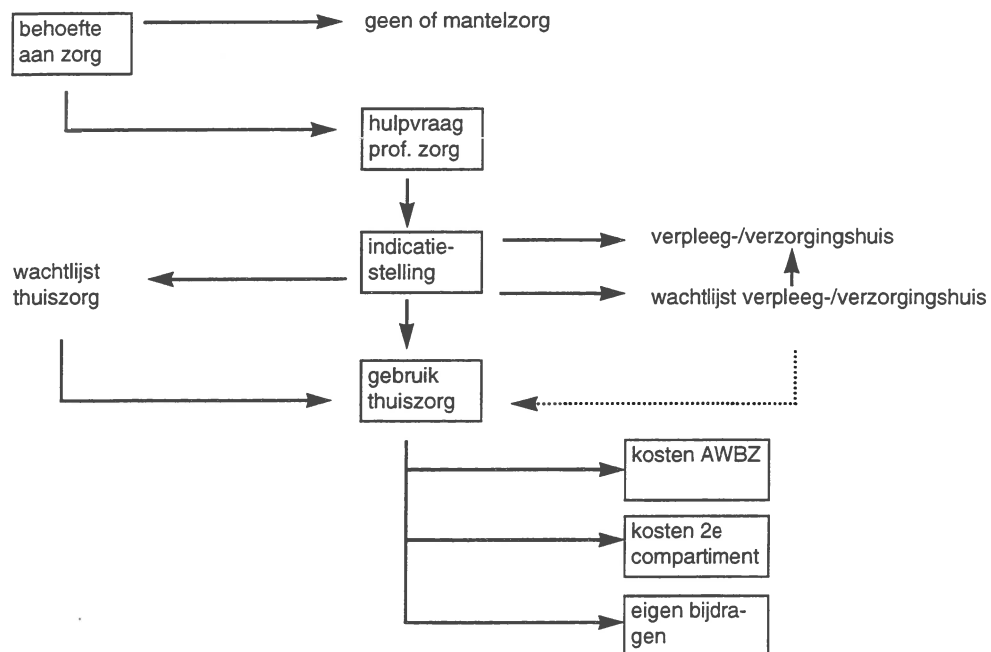
Deze notitie is opgesteld in het kader van het 'Branche-rapport Somatische Curatieve Sector 1997'. Dit branche-rapport geldt als achtergrondstudie bij het uitbrengen JOZ '98. In het kader van dit rapport is door het Ministerie van VWS gevraagd om voor een aantal deelsectoren van de somatische curatieve zorg 'verdiepende studies' uit te voeren. Dergelijke verdiepende studies beogen in feite hetzelfde als de branche-rapporten, namelijk het verschaffen van informatie over relevante feiten, ontwikkelingen en knelpunten. Omdat zo'n studie zich echter richt op een relatief kleine subsector van de totale somatische curatieve sector, werkt zij als het ware als een 'vergrootglas', waarmee meer details zichtbaar worden en zij meer expliciet een bijdrage kan leveren aan de verdere beleidsontwikkeling voor de betreffende sector. Voor de sectoren, waarvoor om een dergelijke verdiepende studie werd gevraagd, oogzorg, CVA-problematiek en thuiszorg, geldt dat zij politiek en beleidsmatig nog ruime tijd in de belangstelling zullen staan en dat zij een goede proeftuin kunnen vormen voor de ontwikkelingen van transmurale zorg.

In deze notitie wordt het thema thuiszorg behandeld. Onder thuiszorg wordt in deze notitie verstaan die verstrekkingen die in de AWBZ, ZFW en WTZ worden verstaan onder 'thuiszorg'. Dat omvat verpleging & verzorging (wijkverpleging, wijkziekenverzorging, gezinsverzorging, alpha-hulp en zorg op locatie) en hulpmiddelen-uitleen. Overige typen zorg die door kruisorganisaties worden geleverd (kraamzorg, jeugdgezondheidszorg en dieetadvisering) blijven dus buiten beschouwing. Thuiszorg wordt in toenemende mate ook geleverd door nieuwe aanbieders. Deze thuiszorgbureaus kwamen eind jaren tachtig op en hielden zich aanvankelijk bezig met het verlenen van niet-collectief gefinancierde thuiszorg: aanvullende thuiszorg en kraamzorg voor particulier verzekerden. Tegenwoordig heeft echter een twintigtal nieuwe aanbieders een AWBZ-erkenning op basis waarvan zij ook collectieve middelen ontvangen. Tot op heden is hierover geen cijfermateriaal beschikbaar. De beschrijvingen in deze notitie hebben dan ook alleen betrekking op de reguliere thuiszorg.

Bij het thema *thuiszorg* gaat het erom inzicht te krijgen in de verhouding tussen vraag naar en aanbod van thuiszorg onder invloed van eventuele verschuivingen in de zorg die ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen bieden. Naast demografische ontwikkelingen, de vergrijzing van de bevolking, is het aannemelijk dat ontwikkelingen in de sectoren ziekenhuis, verpleeghuis en verzorgingshuizen de vraag naar thuiszorg beïnvloeden. Wanneer verpleeghuizen bijvoorbeeld kampen met een tekort aan capaciteit, neemt het aantal verpleeghuisgeïndiceerden dat in een verzorgingshuis of thuis verblijft toe. Dat betekent extra vraag voor de thuiszorg, zowel direct als indirect doordat de verpleeghuisgeïndiceerden in het verzorgingshuis aldaar de nieuwe instroom blokkeren. In ziekenhuizen leidt een tekort aan verpleeghuiscapaciteit tot de zogenaamde 'verkeerde-bed' problematiek. 'Verkeerde-bed' problematiek in combinatie met een hoge bedbezetting leidt tot vervroegd ontslag van andere patiëntencategorieën, met alle gevolgen van dien voor de thuiszorg.

In figuur 1.1 is het traject dat doorlopen wordt vanaf het moment dat een patiënt een hulpvraag uit tot op het moment dat de kosten van de geconsumeerde zorg in rekening worden gebracht in schema gebracht.

Figuur 1.1 Van behoefte aan zorg tot kosten van thuiszorg



De opbouw van dit hoofdstuk volgt min of meer dit traject.

De thuiszorg heeft in betrekkelijk korte periode een aantal veelomvattende veranderingen ondergaan. In paragraaf 1.2 zullen daarom eerst in het kort de relevante beleidsontwikkelingen worden geschetst die plaatsvonden of plaatsvinden in de sector verpleging en verzorging. In de daaropvolgende paragrafen 1.3 en 1.4 zullen algemene gegevens omtrent behoefte en hulpvraag en indicatiestelling en gebruik gepresenteerd worden. In paragraaf 1.5 worden ontwikkelingen in de aanpalende sectoren (verpleeghuizen, verzorgingshuizen en ziekenhuizen, beschreven en waar mogelijk de invloeden daarvan op de thuiszorg aangegeven. De conclusies van dit hoofdstuk worden in paragraaf 1.6 gepresenteerd. In de laatste paragraaf wordt in gegaan op de informatievoorziening met betrekking tot de thuiszorg.

1.2 Beleidsontwikkelingen

Achtereenvolgens wordt in deze paragraaf kort ingegaan de volgende beleidsontwikkelingen. De integratie van het kruiswerk en de gezinsverzorging, de wijzigingen in de aanspraken, ook wel de 'knip in de thuiszorg' genoemd, de harmonisatie van de eigen bijdragen en tenslotte de geïntegreerde indicatiestelling.

Integratie kruiswerk-gezinsverzorging

De integratie van kruiswerk en gezinszorg is door de overheid gestimuleerd naar aanleiding van het heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan' (WVC, 1990). In 1996 waren er 49 geïntegreerde instellingen. De ontwikkeling van het aantal instellingen naar type is weergegeven in tabel 1.1.

Tabel 1.1 Het aantal instellingen voor thuiszorg 1993-1995

instellingen voor	1993 (LVT)	1994 (LVT, NZi)	1995 (LVT,	1996 (COTG) NZi)	abs groei '93-'96
Kruiswerk	31	26	20	28	-3
Gezinsverzorging	72	60	52	50	-22
Thuiszorg	36	41	47	49	13
Totaal	139	127	119	127	-12

Bron: CBS, exploitatie- en algemene gegevens van instellingen voor thuiszorg (Maandbericht Gezondheidsstatistiek); LVT/NZi, Jaarboek Thuiszorg 1993, 1994, 1995, COTG 1996 (inclusief landelijk werkende organisaties)

Overigens betekent het feit dat instellingen voor kruiswerk en gezinszorg organisatorisch gefuseerd zijn, nog niet dat de zorgverlening in deze thuiszorginstellingen ook daadwerkelijk geïntegreerd is. Om de zorginhoudelijk integratie van kruiswerk en gezinsverzorging te ondersteunen, zijn in de periode 1992-1993 in dertien regio's projecten gesubsidieerd met een innovatief karakter. Deze projecten dienden als voorbeeld voor integratieprocessen elders in het land (Homans & Glaser, 1993). In een eerste evaluatie in 1992/1993 konden nog slechts weinig positieve effecten van de integratie worden vastgesteld, waarschijnlijk omdat 1992/1993 een te vroeg tijdstip was om hierover al uitspraken te kunnen doen (Verheij e.a., 1993). In 1996 is daarom een tweede evaluatie uitgevoerd. Bij deze tweede evaluatie waren twaalf van de dertien

oorspronkelijke regio's betrokken. In de tweede evaluatie zijn ook niet-gefuseerde instellingen betrokken, om na te kunnen gaan in hoeverre een eventuele verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid een gevolg is van de integratie dan wel van meer autonome ontwikkelingen in de thuiszorg.

In zes van de twaalf gefuseerde instellingen wordt gewerkt met geïntegreerde teams van wijkverpleegkundigen/-ziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden. In deze instellingen bestaan daarnaast nog steeds aparte teams voor huishoudelijke hulp, waarin huishulpen A en verzorgingshulpen B (al dan niet samen met verzorgenden C en D) functioneren. Binnen de geïntegreerde teams is in de afgelopen drie jaar een verschuiving van taken opgetreden die in overeenstemming is met de doelstellingen van de integratie. Wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden verrichten meer medisch-technische en/of verpleegtechnische taken, verzorgenden C en D meer verpleegtechnische werkzaamheden, terwijl verzorgingshulpen B en huishulpen A meer huishoudelijke werkzaamheden zijn gaan uitvoeren. Deze verschuivingen zijn ook opgetreden in de niet-gefuseerde instellingen, maar in duidelijk mindere mate. Hier is dus sprake van 'integratie-winst'. Met name verzorgenden C en D ervaren het werken in geïntegreerde teams als aantrekkelijk, doordat zij ten opzichte van de oude situatie meer verzorgende en minder huishoudelijke taken uitvoeren. Verzorgingshulpen B, huishulpen A en wijkverpleegkundigen/-ziekenverzorgenden zijn echter op een aantal punten tevredener wanneer ze deel uitmaken van traditionele teams. Voor verzorgings- en huishulpen is het werken daar afwisselender en minder sterk uitsluitend gericht op huishoudelijke werkzaamheden. Wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden missen in de geïntegreerde teams het overleg met collega's en de autonomie waaraan zij in de traditionele situatie gewend waren (De Bruin e.a., 1996).

Wijzigingen in de aanspraken

Sinds 1 januari 1997 geldt een wijziging in de aanspraken. De zorg is hierbij onderverdeeld in enerzijds thuiszorg ten laste van de AWBZ in de vorm van een aanspraak op wijkverpleging/-ziekenverzorging, gezinsverzorging, alpha-hulp en hulpmiddelen-uitleen. Anderzijds komt de zogeheten ziekenhuisgerelateerde thuiszorg ten laste van het tweede compartiment (ZFW, WTZ en particulier verzekerden), waarbij recht bestaat op wijkverpleging/-ziekenverzorging en op lichamelijke verzorging ADL gedurende maximaal 13 weken. Onder ziekenhuisgerelateerde zorg wordt verstaan thuiszorg die wordt verleend ter vervanging, ter bekorting of in aansluiting op een verblijf in het ziekenhuis (Staatsblad, 1996). De regeling voor intensieve thuiszorg is opgeheven. Het budget is verdeeld over AWBZ en tweede compartiment. Jeugdgezondheidszorg en dieetadvies zijn zelfstandige AWBZ-aanspraken geworden. Thuiszorg ten laste van het tweede compartiment is in 1997 een subsidieregeling in het kader van ZFW en aanspraak in het kader van de WTZ. Overigens zal deze zogenaamde 'knip in de thuiszorg' naar verwachting per 1 januari 1998 weer worden teruggedraaid.

Harmonisatie eigen bijdrage

De eigen bijdragen voor thuiszorg zijn geharmoniseerd per 1 januari 1997. Er geldt een toegangsbijdrage van f 55, die betaald dient te zijn één kwartaal voor zorgconsumptie. Vindt zorgconsumptie plaats zonder dat de toegangsbijdrage (op tijd) is betaald, dan geldt een toegangsbijdrage van 2,5 maal f 55. Voor thuiszorg op basis van de AWBZ geldt verder een eigen bijdrage van f 10 per uur met een inkomensafhankelijk maximum. Als 'inkomen' geldt het belastbaar inkomen van de leefeenheid, in tegenstelling tot het vroeger bij de gezinszorg gehanteerde netto gezinsinkomen. De geleverde zorg wordt per week getotaliseerd, waarbij de eigen bijdrage geheven wordt over het

weektotaal. De oplegging en de incasso vinden plaats via het CAK in Scheveningen, op basis van gegevens van de thuiszorginstellingen en van de belastingdienst (voor wat betreft het belastbaar inkomen).

Overigens geldt de inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor het kruiswerk nog niet per 1 januari 1997. Om de kruisorganisaties voldoende tijd te geven hun administratie aan te passen, zou volgens de oorspronkelijke planning de uurbijdrage per 24 maart 1997 gaan gelden. In verband met administratieve problemen is de invoering hiervan verschoven naar 16 juni 1997.

Geïntegreerde indicatiestelling

Per 1 januari 1997 is de indicatiestelling voor thuiszorg in het eerste compartiment formeel onder de verantwoordelijkheid van de gemeentelijke indicatie-organen komen te vallen. Dat houdt in dat gemeenten per 1 januari 1997 gemeentelijke indicatie-organen moeten hebben ingesteld die verantwoordelijk zijn voor zowel de indicatiestelling voor de thuiszorg (eerste compartiment), als voor verzorgings- en verpleeghuizen. In de praktijk betekent dit dat gemeenten hun indicatiecommissie op basis van artikel 6j van de WBO moeten omzetten in indicatieorganen als bedoeld in artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ. Als de gemeentelijke indicatieorganen vanaf 1 januari 1997 mandaat willen verlenen aan thuiszorginstellingen, dienen zij hiervoor afspraken te maken met deze instellingen (VWS, 16 december 1996).

Van verschillende kanten is in de afgelopen jaren gepleit voor een integratie van de indicatiestelling voor AWBZ-voorzieningen (thuiszorg, verzorgingshuizen, verpleeghuizen) en flankerend-beleidvoorzieningen op grond van de Welzijnswet en de WVG. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zien geïntegreerde indicatiestelling als een adequaat instrument om schaarse voorzieningen rechtvaardig te verdelen en toe te snijden op de individuele behoefte van de cliënt (zorg op maat). Geïntegreerde indicatiestelling is in hun visie nodig omdat het aanbod steeds uitgebreider wordt en omdat verstrekking en financiering een zaak is van meerdere partijen, namelijk zorgverzekeraars (AWBZ) en gemeenten (WVG, Welzijnswet en tot voor kort ook WBO). Via geïntegreerde indicatiestelling zou het beleid van gemeenten en zorgverzekeraars op elkaar kunnen worden afgestemd (Berkhout & Dekkers, 1995).

Onafhankelijkheid is een belangrijk aspect van (geïntegreerde) indicatiestelling. Het kabinet is van mening dat indicatiestelling voor AWBZ-voorzieningen onafhankelijk moet zijn van de belangen van zorgaanbieders, financiers en cliënten. Deze onafhankelijkheid is nodig om te voorkomen dat onder invloed van tekorten of budgetoverschrijdingen zorgverzekeraars de indicatiecriteria aanscherpen. Onafhankelijkheid van het aanbod wordt bepleit om te voorkomen dat zich een patroon van voorzieningen ontwikkelt dat onvoldoende aansluit op de vraag (Berkhout & Dekkers, 1995).

Een tweede belangrijk aspect vormt de objectiviteit van de indicatiestelling. Sleutelwoorden hierbij zijn 'uniformiteit' en 'transparantie'. VNG en ZN zijn van mening dat de bij indicatiestelling gehanteerde standaarden, normen en criteria moeten worden geëxpliciteerd, zodat de uitkomsten van het indicatieproces aan voorspelbaarheid winnen en de bestaande bandbreedtes bij indicatiestelling worden ingeperkt (Berkhout & Dekkers, 1995).

Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen het proces van geïntegreerde indicatiestelling meer of minder 'optuigen'. In de lichtste variant kunnen zij kiezen voor een betere afstemming van de verschillende procedures, waarbij echter wel de bestaande indicatie-commissies en intakebureaus worden gehandhaafd. Eventueel kan dit worden gecombineerd met de vestiging van een centraal meldpunt of zorgloket. In de zwaarste

variant roepen gemeenten en zorgverzekeraars voor de indicatiestelling een nieuwe rechtspersoon in het leven waarvoor zij gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen, bijvoorbeeld in de vorm van een stichting. Wanneer dit het lokale niveau overstijgt werken de deelnemende gemeenten samen op basis van de WGR (Berkhout & Dekkers, 1995).

De toekomst

De veelomvattende veranderingen die in korte tijd binnen de thuiszorg plaatsvonden hebben geleid tot een aantal problemen. Naar aanleiding van deze problemen is in mei 1997 de nota 'Thuiszorg en zorg thuis. Kansen voor de toekomst' (Ministerie van VWS, 1997) verschenen. Hierin wordt een aantal beleidsmaatregelen aangekondigd om deze problemen aan te pakken. De wijzigingen in de aanspraken, de zogenaamde knip, wordt momenteel door de Ziekenfondsraad geëvalueerd. Indien de problemen worden bevestigd, zal het Ministerie kiezen voor het afschaffen van de knip per 1-1-1998. Thuiszorg in het tweede compartiment wordt dan beperkt tot ziekenhuisverplaatste zorg, de intensieve thuiszorg.

Ten aanzien van de marktwerking in de thuiszorg heeft het Ministerie besloten voorlopig pas op de plaats te maken. In afwachting van de besluitvorming rondom het scheiden van wonen en zorg, uiterlijk eind 1999, is besloten geen nieuwe thuiszorginstellingen toe te laten. De in de periode 1994-1996 toegelaten 25 nieuwkomers kunnen, indien zij aan de van toepassing zijnde voorwaarden voldoen, rekenen op een basisbudget van 2,375 miljoen gulden.

Een andere maatregel heeft betrekking op de doelmatigheid in de thuiszorg. In samenwerking met de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg wordt een traject van benchmarking ingezet. Dat wil zeggen, de zakelijke gegevens van een aantal instellingen worden met elkaar vergeleken, waaruit een profiel naar voren komt waaraan instellingen moeten voldoen. Het COTG zal de resultaten verwerken in de richtlijnen die vanaf 1-1-1998 van toepassing zijn.

1.3 Behoeft en hulpvraag

Het gros van de cliënten van de thuiszorg bestaat uit ouderen. (Meer dan de helft is zelfs ouder dan 75 jaar. Zie tabel 1.2). Daarbij gaat het om ouderen, die belemmeringen ervaren in het dagelijks handelen. Omgekeerd geldt evenwel niet dat alle ouderen die belemmeringen ervaren ook daadwerkelijk gebruik maken van de thuiszorg.

Tabel 1.2 Cliënten thuiszorg naar leeftijd en samenstelling huishouden 1993-1995

	1993	1994	1995	absolute groei 93 - 95	gem jrl % groei 93 - 95
Aantal cliënten < 75	210.891	216.710	213.166	2.275	0,5%
Aantal cliënten 75 e.o.	252.233	271.003	257.399	5.166	1,0%
totaal	463.124	487.713	470.565	7.441	0,8%

Bron: LVT / NZi, Jaarboek Thuiszorg, 1993, 1994, 1995

Uit onderzoek van De Boer & Mootz (1996) bleek dat in 1991 slechts 23% van de Nederlanders die ernstige belemmeringen ervoeren in het dagelijks handelen gebruik

maakte van de reguliere thuiszorg. In het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) 1995 van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) zijn over lichamelijke belemmeringen en gebruik van voorzieningen recente cijfers verzameld (Timmermans e.a., 1997). Van de ouderen in de leeftijdscategorie 65-74 jaar ondervindt 24% matige of ernstige lichamelijke beperkingen. Van de mensen van 75 jaar en ouder ondervindt bijna de helft (49%) matige of ernstige lichamelijke beperkingen. Uitgesplitst in meer specifieke maten ervaart 24% van de 75-plussers matige of ernstige beperkingen bij de persoonlijke verzorging en ervaart 61% matige of ernstige beperkingen bij de huishoudelijke verzorging. In tabel 1.3 is weergegeven welk percentage van deze mensen hulp ontvangt. Daarbij gaat het om zowel betaalde als informele hulp, particuliere zorg of hulp van reguliere instellingen voor thuiszorg.

Tabel 1.3 Huishoudens die hulp (informele, particuliere of professionele) ontvangen bij persoonlijke of huishoudelijke verzorging, naar leeftijdsklasse van het hoofd van dat huishouden en ernst van de lichamelijke beperkingen van een of meer leden van dat huishouden, 1995, in procenten

	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
<i>Hulp bij de persoonlijke verzorging:</i>			
geen beperkingen	3	6	8
lichte beperkingen	4	9	12
matige beperkingen	6	12	15
ernstige beperkingen	46	44	44
<i>Hulp bij de huishoudelijke verzorging:</i>			
geen beperkingen	9	20	47
lichte beperkingen	13	23	48
matige beperkingen	18	38	63
ernstige beperkingen	68	68	81

Bron: Timmermans, 1997, p. 150

Uit tabel 3.3 blijkt dat zelfs van de 75-plussers met ernstige beperkingen ongeveer één op de vijf geen hulp ontvangt bij huishoudelijke verzorging; 81% van hen krijgt wel hulp, maar daarbij gaat het niet uitsluitend om hulp van de reguliere thuiszorg. Van de 55 tot 74-jarigen met ernstige beperkingen ontvangt 68% enigerlei vorm van huishoudelijke hulp. Meer dan de helft van deze ouderen ontvangt geen hulp bij de persoonlijke verzorging.

De bron van hulp bij de persoonlijke verzorging van 55-plussers met ernstige beperkingen is in 54,2% van de gevallen de reguliere thuiszorg. Gaat het om huishoudelijke verzorging dan vormt de reguliere thuiszorg in slechts 42,5% van de gevallen de bron van hulp (zie figuur 1.2).

Figuur 1.2 Bron van hulp bij persoonlijke en huishoudelijke verzorging van 55-plus huishoudens waarin een of meer leden ernstige lichamelijke beperkingen ervaart



Bron: Eigen berekening op basis van tabel 9.10 in: Timmermans, 1997, p. 155.

Langdurige versus kortdurende, ziekenhuisgerelateerde zorg

Het NIVEL heeft ten behoeve van een eventuele evaluatie van de knip in de thuiszorg een voormeting uitgevoerd in vijftien thuiszorginstellingen (Hulshof & De Veer, 1997). De basis voor dit onderzoek vormde informatie over de thuiszorg waarvoor cliënten werden geïndiceerd (dus niet de zorg die zij uiteindelijk ontvingen). Uit het onderzoek is gebleken dat 44% van het totaal aantal cliënten van thuiszorg is geïndiceerd voor ziekenhuisgerelateerde zorg. Hierbij is het aandeel van de wijkverpleging groter dan dat van de gezinsverzorging (54% tegen 38%). Dit is niet zo verwonderlijk, gezien de complexere zorgbehoefte van cliënten die uit het ziekenhuis komen.

Tevens is in het onderzoek het totaal aantal geïndiceerde uren (het volume) voor wijkverpleging en gezinszorg berekend. Volgens de 'knip' wordt kortdurende, ziekenhuis gerelateerde thuiszorg gefinancierd uit het tweede compartiment. Is er sprake van ziekenhuisgerelateerde zorg, maar duurt deze zorg langer dan drie maanden, dan wordt de thuiszorg na drie maanden gefinancierd uit de AWBZ. Niet ziekenhuisgerelateerde zorg blijft gefinancierd uit het eerste compartiment. Uit de berekeningen blijkt dat 39% van het geïndiceerde volume aan wijkverpleging voor rekening komt van het tweede compartiment, de overige 61% zijn voor rekening van de AWBZ. Voor de gezinszorg zou 17% van het geïndiceerde volume voor rekening komen van het tweede compartiment, de overige 83% zijn voor rekening van de AWBZ.

In vergelijking met eerdere schattingen van Friele (1995) en Arts et al. (1997) is het aandeel van kortdurende, ziekenhuisgerelateerde zorg groter dan verwacht (Hulshof & De Veer, 1997).

1.4 Indicatiestelling en gebruik

Indicatiestelling vormt de schakel tussen hulpvraag en zorggebruik (zie figuur 1). De NRV en het CvZ definiëren indicatiestelling als het resultaat van een geformaliseerd proces van het op objectieerbare wijze vaststellen van de hulpbehoefte en het vervolgens aangeven van de in dat kader in redelijkheid aangewezen zorg naar aard, inhoud en omvang (NRV/CvZ, 1994).

In het proces van indicatiestelling wordt een viertal fasen onderscheiden (Berkhout & Dekkers, 1995):

1. Intake en objectivering van de hulpvraag.

In deze fase wordt de hulpvraag van de cliënt in beeld gebracht en geobjectiveerd.

2. Indicatiebeoordeling.

Hierin vindt de administratieve beoordeling plaats van de aanspraak op een bepaalde zorgvoorziening.

3. Zorgtoewijzing of machtiging.

Daarbij gaat het om de concrete invulling van het zorgpakket (wie verleent waar, wanneer en in welke omvang zorg?).

4. Uitvoering.

In deze fase verlenen aanbieders de toegewezen zorg.

De indicatiebeoordeling en zorgtoewijzing (fase 2 en 3) zijn formeel de verantwoordelijkheid van de financier van een voorziening. Uit praktische overwegingen hebben veel zorgverzekeraars dit echter gedelegeerd aan zorgaanbieders. Steekproefsgewijs vindt dan achteraf controle plaats van gemaakte afspraken (Berkhout & Dekkers, 1995).

Traditioneel werd in kruisorganisaties de intake (indicatiestelling) van patiënten verricht door de wijkverpleegkundige van de wijk waar de hulpvrager woont. Diezelfde wijkverpleegkundige verleende na de intake vaak ook zelf de hulp. Indicatiestelling voor gezinsverzorging vond over het algemeen plaats door een leidinggevende volgens het Landelijk Informatie en Registratiesysteem (LIER-systeem) (Verheij e.a., 1993). Mede onder invloed van de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging is een aantal nieuwe, gestandaardiseerde intake-instrumenten ontwikkeld voor een geïntegreerde intake (voor zowel wijkverpleging als gezinszorg, zie ook bijlage II). Ook is onder invloed van deze integratie de indicatiestelling losgekoppeld van de zorgverlening. Uit de tweede evaluatie van de integratie kruiswerk-gezinszorg bleek dat in drie van de twaalf gefuseerde instellingen nog gewerkt wordt met een traditionele intake. De overige acht instellingen werken met een geïntegreerde intake, waarbij bovendien intake en zorguitvoering zijn losgekoppeld (De Bruin e.a., 1996).

Overigens bleken alle bij het onderzoek betrokken instellingen (zowel de gefuseerde als niet-gefuseerde) inmiddels te werken met een centrale aanmelding van hulpvragen. De aanmeldprocedure verloopt daarmee efficiënter en klantvriendelijker. Bovendien is de bereikbaarheid verbeterd (De Bruin e.a., 1996).

Gebruik van thuiszorg

Uit tabel 1.4 blijkt dat de efficiëntie van het zorgaanbod is toegenomen: per FTE uitvoerende worden in 1995 1.365,5 uren zorg verleend, tegen 1.199,9 in 1993. Dat is een toename van 13,8%.

Tabel 1.4 Aantal personen in zorg bij de thuiszorg per ultimo 1993, 1994 en 1995

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	gem jrl % groei 93 - 95
Aantal personen in zorg	463.124	487.872	470.656	7.532	0,8%
Aantal uren thuiszorg	53.375.474	54.127.014	54.741.107	1.365.633	1,3%
Gemiddeld aantal uren per cliënt	115,3	110,9	116,3	1,1	0,5%
Aantal uren zorg/ FTE uitvoerend	1.199,9	1.304,7	1.365,5	165,6	6,7%

Bron: LVT / NZi, Jaarboek Thuiszorg, 1993, 1994, 1995

Uit de evaluatie van de integratie kruiswerk-gezinszorg bleek eveneens dat de efficiëntie binnen instellingen werd verhoogd door het aantal overlegsituaties te verminderen, de produktiviteit te verhogen en zorg te verschuiven van een hoger naar een lager

functieniveau. Hulpverleners blijken echter van mening te zijn dat door de verhoogde aandacht voor het vergroten van de efficiëntie het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van zorg in het geding komt. Bij de geheel en gedeeltelijk geïntegreerde instellingen bleek de afname van de tevredenheid van hulpverleners over de kwaliteit van zorg bovendien groter dan in de niet-geïntegreerde instellingen (De Bruin e.a., 1996).

Tabel 1.5 Aantal personen in zorg bij de thuiszorg per ultimo 1993, 1994 en 1995
Naar type zorg

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Procent. groei 93 - 95
Aantal personen in zorg van:					
wijkverpleging/					
- ziekenverzorging	230.780	200.022	-	-	-
gezinsverzorging	175.208	128.863	-	-	-
geïntegreerd	-	86.745	392.671	-	-
- totaal wijkver/trad.	405.988	415.630	392.671	-13.317	-1,7%
- alphahulp	55.184	65.644	73.271	18.087	15,2%
- zorg op locatie	1.952	6.598	4.623	2.671	53,9%
totaal	463.124	487.872	470.656	7.441	0,8%
Aantal uren/ cliënt van:					
- totaal wijkver/trad	111,4	107,8	114,6	3,2	1,4%
- alphahulp	147,7	141,8	133,2	-14,6	-5,1%

Bron: LVT / NZi, Jaarboek Thuiszorg, 1993, 1994, 1995

Ondanks het toenemende aantal cliënten neemt de personele capaciteit van de reguliere thuiszorg af. Het totaal aantal arbeidsplaatsen nam tussen 1993 en 1995 af met ruim 2%. Het aantal FTE uitvoerend personeel daalde zelfs met bij 10% (zie tabel 1.6 en 1.7) over de periode '93-'95.

Tabel 1.6 Aantal arbeidsplaatsen in de thuiszorg 1993-1995

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	gem jrl % groei 93 - 95
Totaal aantal FTE ¹⁾	58.758	58.062	57.342	-1.416	-1,2%
Waarvan: FTE uitvoerend personeel ²⁾	44.484	41.486	40.089	-4.395	-5,1%
Waarvan:					
wijkverpleging/-ziekenverzorging		6.362	5.864		
gezinsverzorging A en B		18.866	17.974		
gezinsverzorging C en D		8.965	9.351		
gezinsverzorging E		851	876		

Bron: LVT / NZi, Jaarboek Thuiszorg 1993, 1994, 1995

- 1) Deze cijfers gelden voor de gehele thuiszorg, inclusief Kraamzorg, Jeugdzorg en Diëtiëk.
- 2) Tot de categorie 'uitvoerend personeel in loondienst' worden verder gerekend: verpleegkundigen in de wijk, diëtisten, G.V.O.-ers, ergotherapeuten, consultatiebureau-artsen, (leerling)-kraamverzorgenden en overig uitvoerend personeel.

Tabel 1.7 Aantal werkzame personen in de thuiszorg 1993-1995

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	gem jrl % groei 93 - 95
Totaal aantal personen	158.439	149.228	154.332	-4.107	-1,3%
Waarvan uitvoerend personeel	141.891	135.213	139.311	-2.580	-0,9%

Bron: LVT / NZi, Jaarboek Thuiszorg, 1993, 1994, 1995

De groeiende vraag is opgevangen door per FTE uitvoerende meer zorg te verlenen zoals blijkt uit tabel 1.4.

1.5 Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en ziekenhuizen

De samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het terrein van indicatiestelling komt ten dele voort uit het besef dat tekorten in de ene sector de druk op de andere sector kunnen verhogen. Er is dus sprake van communicerende vaten in de zorg. Wanneer bijvoorbeeld verpleeghuizen kampen met een tekort aan capaciteit, neemt het aantal verpleeghuisgeïndiceerden dat in een verzorgingshuis of thuis verblijft toe. Dat betekent extra vraag voor de thuiszorg, zowel direct als indirect doordat de verpleeghuisgeïndiceerden in het verzorgingshuis aldaar de nieuwe instroom blokkeren.

In Amerikaans onderzoek werd een relatie gevonden tussen de capaciteit van verpleeghuizen en het gebruik van thuiszorg: in staten waar meer mensen wachten op een verpleeghuisopname, is het gebruik van thuiszorg hoger (Swan & Benjamin, 1993).

Tabel 1.8 Wachtlijstinformatie verpleeghuiszorg (aantal wachtenden en wachttijden voor klinische opnames, gemiddeld over het laatste kwartaal)

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	gem jrl % groei 93 - 95
Aantal wachtenden					
Somatisch	2.720	2.670	2.650	-70	-1,3%
Psycho-geriatrisch	4.440	4.010	3.910	-530	-6,2%
totaal	7.160	6.680	6.560	-600	-4,3%
Gemiddelde wachttijd (in weken)					
Somatisch	5,0	5,0	5,0	0	0,0%
Psycho-geriatrisch	18,0	15,5	15,0	-3	-8,7%

Bron: NZi-verpleeghuisenquête, centrale wachtlijsten, regionale informatie; NZi/NVVz, Verstandig vernieuwen 2, 1997)

In de wachtlijstenregistratie en met behulp van het NZi-model VERWACHT (zie tabel 1.8) worden gecorrigeerde (niet-vervuilde) wachtlijsten weergegeven (NZi/NVVz, Verstandig vernieuwen 2, 1997). Gecorrigeerd wil zeggen geschoond voor dubbeltellingen (personen op meerdere wachtlijsten) en onjuistheden (plaatsing uit voorzorg, mensen die reeds zijn overleden, etc.).

Overigens blijken wachtlijsten in de praktijk soms een verrassende dynamiek te vertonen. Een voorbeeld daarvan wordt gegeven door Goossens (1993). Goossens beschrijft een substitutieproject in de West-Betuwe, waarin drie soorten verpleeghuiszorg buiten de muren werden aangeboden: aanvullende zorg in de thuissituatie, groepsverzorging en individuele aanvullende zorg in verzorgingshuizen. Een belangrijke doelstelling van het project was het verkorten van wachtlijsten van verpleeghuizen. Het aantal patiënten op de wachtlijst nam echter toe in plaats van af. Goossens wijt dit aan het zichtbaar worden van een verborgen zorgvraag: mensen meldden zich aan voor verpleeghuisopname, omdat dit een voorwaarde was om voor de aanvullende extramurale zorg in aanmerking te komen.

Tabel 1.9 De capaciteit van verpleeghuizen 1994-1996, aantal erkende bedden

Aantal erkende bedden	1993	1994	1995	1996	abs.groei 93 - 96	gem jrl % groei 93 - 96
Somatisch	26.911	26.841	26.500	26.500	-411	-0,5
Psycho-geriatriesch	25.968	27.051	28.161	28.967	2.999	3,7
Totaal	52.879	53.892	54.661	55.467	2.588	1,6

Bron: NZi / NVVz, Verstandig vernieuwen 2, 1997

Het totaal aantal bedden in verpleeghuizen is in de jaren tachtig met gemiddeld 1% per jaar gegroeid. De groei tussen 1994 en 1996 bedroeg gemiddeld 1,6% per jaar. De groei heeft in de afgelopen jaren uitsluitend plaatsgehad in de psycho-geriatriesche sector. Het aantal bedden voor somatische patiënten is licht gedaald.

Tabel 1.10 De capaciteit van verpleeghuizen 1994-1996, aantal instellingen

aantal instellingen	1993	1994	1995	1996	abs. groei 93 - 96
somatisch	76	65	65	62	-14
psycho-geriatriesch	66	63	63	61	-5
gecombineerd	183	195	195	202	19
totaal	325	323	323	325	0

Bron: NZi-enquête Verpleeghuizen

Dit heeft alles te maken met de veranderde hulpvraag. Er is een sterke toename geweest van het aantal opgenomen psycho-geriatriesche patiënten. Het aantal opgenomen somatische patiënten is veel minder sterk toegenomen, waarschijnlijk doordat voor somatische patiënten betere substitutie-mogelijkheden buiten het verpleeghuis kunnen worden gevonden. Substitutie van zorg voor psycho-geriatriesche patiënten vindt vooral

binnen het verpleeghuis plaats: van opname naar dagbehandeling. Ook komen bij deze groep patiënten steeds vaker kortdurende opnamen (zoals weekendopnamen) voor.

Het aantal formatieplaatsen in verpleeghuizen voor patiënt- en bewonersgebonden functies is tussen 1993 en 1995 met gemiddeld 3,8% per jaar gestegen. De gemiddelde hulpbehoevendheid van verpleeghuispatiënten is tot aan 1994 gemiddeld met ruim één procent per jaar gestegen. In 1994 is de SIG-registratie veranderd, waardoor geen goede vergelijking met voorgaande jaren meer mogelijk is (NZi/NVVz, 1997).

Tabel 1.11 Hulpbehoefte van verpleeghuispatiënten en personele inzet 1994-1995

	1993	1994	1995	abs.groei 93 - 95	gem jrl % groei 93 - 95
aantal opgenomen patiënten:					
somatisch	33.057	34.254	35.750	2.693	4,0%
psycho-geriatrisch	15.829	16.537	17.804	1.975	6,1%
hulpindex voor opgenomen patiënten:					
somatisch	8,54	8,20	8,30	-0,24	-1,4%
psycho-geriatrisch	8,46	8,20	8,20	-0,26	-1,5%
FTE V&V personeel	37.444	39.329	40.377	2.933	3,8%

Bron: NZi, Intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1995, 1996;
NZi / NVVz, Verstandig vernieuwen 2, 1997.

De druk op de verpleeghuissector wordt opgevangen door substitutie van verpleeghuiszorg door zorg verleend in verzorgingshuizen en in de thuissituatie. Steeds vaker worden verpleeghuisfuncties vervuld in het verzorgingshuis. Opname van patiënten uit verzorgingshuizen in het verpleeghuis vindt daardoor 'later, maar zwaarder' plaats. Voor bewoners met psychosociale of psychogeriatrische problematiek wordt in verzorgingshuizen gewerkt met aangepaste zorgvormen, die bekend staan onder de termen 'groepsverzorging' en 'huiskamerprojecten'. Groepsverzorging is erop gericht de zelfstandigheid van bewoners te bevorderen en hen zo lang mogelijk op zinvolle wijze binnen het verzorgingshuis te handhaven. Om dit te bereiken wordt een activerende en stimulerende leefomgeving gecreëerd. Huiskamerprojecten zijn erop gericht een omgeving te scheppen waarbinnen gemakkelijker sociale contacten kunnen worden gelegd en waarin voldoende prikkeling tot activiteit aanwezig is om de dag tot een zinvolle belevenis te maken. Bij groepsverzorging wordt intensievere begeleiding gegeven en zijn de problemen van de deelnemers gewoonlijk van ernstiger aard dan bij de deelnemers aan huiskamerprojecten (CBS, 1996). Uit tabel 1.12 blijkt dat het percentage verzorgingshuizen dat groepsverzorging aanbiedt tot 1994 licht toenam, evenals het aantal bewoners dat gebruik maakt van groepsverzorging. Het aantal bewoners in huiskamerprojecten en het percentage verzorgingshuizen dat deze zorgvorm biedt, steeg. Door een wijziging in de registratie zijn de cijfers voor 1995 niet vergelijkbaar met die uit eerdere jaren.

Tabel 1.12 Groepsverzorging en huiskamerprojecten in verzorgingshuizen 1993-1995

	1993	1994	1995*
% van de verzorgingshuizen met:			
groepsverzorging	56	59	41
huiskamerprojecten	38	39	30
aantal bewoners die gebruik maken van:			
groepsverzorging	11.077	11.646	7.779
huiskamerprojecten	7.216	7.192	5.664

* Met ingang van 1995 is een meer gedetailleerde indeling van aanvullende vormen van intramurale zorg toegepast, waardoor vergelijkingen met voorgaande jaren niet goed mogelijk zijn (CBS, 1995)

Bron: CBS Statistiek van de Bejaardenorden 1993, 1994, 1995

Ondanks de substitutie van verpleeghuiszorg door zorg in het verzorgingshuis neemt over heel Nederland gezien de capaciteit van verzorgingshuizen af. Eind 1995 lag het aantal plaatsen 14% en het aantal bewoners bijvoorbeeld 15% onder het niveau van 1985.

De groeiende hulpbehoefte van bewoners blijkt uit CBS-gegevens over de mate van validiteit. In 1985 was 2,9% van de bewoners voortdurend bedlegerig en was 18,3% volledig hulpbehoevend, maar niet bedlegerig. Deze percentages zijn in 1995 opgelopen tot respectievelijk 4,6% en 23,1%. De inzet van verzorgend personeel (in FTE) is tot en met 1992 echter eveneens gegroeid om tegemoet te komen aan deze zwaarder wordende hulpbehoefte van bewoners van verzorgingshuizen (CBS, 1996). Uit tabel 1.13 blijkt dat in recente jaren het aantal FTE verzorgend personeel per verzorgingsplaats stabiel op 0,24 ligt.

Tabel 1.13 Kerncijfers verzorgingshuizen 1993-1995

	1993	1994	1995	absolute groei	procent groei
% 65-plussers verblijv. in verzorgingshuis	6,2	5,8	5,7	-	-0,5
aantal instellingen	1.476	1.446	1.425	51	-
aantal plaatsen	130.802	128.154	125.491	5.311	-
FTE verzorgend personeel	31.163	30.537	30.398	765	-
FTE verzorgend personeel/plaats	0,24	0,24	0,24	-	-

Bron: CBS Statistiek van de Bejaardenorden 1993, 1994, 1995

Substitutieprojecten in de verpleeghuissector kunnen overigens niet alleen de druk op verzorgingshuizen en de thuiszorg vergroten. Van Linschoten e.a. (1996) tonen aan dat ook de werkbelasting van huisartsen toeneemt door substitutie van verpleeghuiszorg. Huisartsen besteden ongeveer 2,5 uur per jaar aan een patiënt met vervangende verpleeghuiszorg in de thuissituatie. Anderhalf uur daarvan bestaat uit visitetijd (inclusief reistijd). Een patiënt in groepsverzorging of somatisch meerzorg in het verzorgingshuis kost ongeveer de helft van deze tijd. Vergeleken met andere hoogbejaarde patiënten kosten patiënten met verpleeghuisvervangende thuiszorg één uur per jaar meer aan reis- en visitetijd.

Deze extra werkbelasting per patiënt per jaar lijkt wellicht op het eerste gezicht niet indrukwekkend. Het perspectief wordt echter anders, bij vergelijking met een gemiddelde patiënt, die vier keer per jaar naar de huisarts gaat voor een consult van tien minuten en die dus een werkbelasting van zo'n veertig minuten per jaar met zich meebrengt.

In ziekenhuizen leidt een tekort aan verpleeghuiscapaciteit tot 'verkeerde-bed' problematiek. Hiervan wordt gesproken wanneer een bed bezet wordt gehouden door een patiënt die geen ziekenhuisindicatie meer heeft (Hertogh e.a., 1996). De 'verkeerde-bed' problematiek werd voor 1994 geschat op ruim 1% van het totaal aantal ligdagen in Nederlandse ziekenhuizen, ofwel ongeveer 130.000 verpleegdagen (NRV/CvZ, 1995). 'Verkeerde-bed' problematiek in combinatie met een hoge bedbezetting leidt op zijn beurt tot vervroegd ontslag van andere patiëntencategorieën, met alle gevolgen van dien voor de thuiszorg.

Uit cijfers van de SIG, gepresenteerd in tabel 1.14, blijkt overigens dat het ziekenhuis voor wat betreft somatische patiënten een steeds belangrijkere 'leverancier' van het verpleeghuis wordt. In 1990 was reeds 63,2% van de somatische verpleeghuispatiënten bij een eerste klinische opname afkomstig uit het ziekenhuis. In 1995 is dit percentage verder gegroeid tot 65%. Deze toename is ten koste gegaan van het percentage patiënten dat uit de thuissituatie wordt opgenomen, maar vooral ten koste van het percentage dat wordt opgenomen vanuit een verzorgingshuis (8,9% in 1990, 7,1% in 1995).

Tabel 1.14 Herkomst van verpleeghuispatiënten bij eerste klinische opname en bij aanvang dagbehandeling 1990-1995

	somatische zorg		psychogeriatrische zorg	
	1990	1995	1990	1995
<i>Klinische opname</i>				
% patiënten afkomstig uit:				
thuissituatie	23,0	21,9	36,6	34,7
thuis + dagbehandeling	3,4	3,7	14,4	14,6
ziekenhuis	63,2	65,0	22,6	19,7
verpleeghuis	1,8	1,9	4,2	6,2
verzorgingshuis	8,6	7,1	22,0	23,8
overig	0,1	0,4	0,2	0,8
<i>Dagbehandeling</i>				
% patiënten afkomstig uit:				
thuissituatie	68,2	71,5	71,4	82,3
thuis + dagbehandeling	3,9	0,6	5,0	0,9
ziekenhuis	3,1	2,9	0,8	0,5
verpleeghuis	8,9	13,1	1,3	1,2
verzorgingshuis	16,0	11,1	21,5	14,8
overig	0,1	0,7	0,1	0,3

Bron: SIG Zorginformatie, Jaarboek Verpleeghuizen 1990, 1995

Onder somatische dagbehandelingspatiënten heeft wel een sterke groei plaatsgehad van het percentage dat afkomstig is uit de thuissituatie (van 68,2% in 1990 naar 71,5%

in 1995). Eenzelfde stijging treedt op voor psychogeriatrische dagbehandelingspatiënten: in 1990 was 71,4% afkomstig uit de thuissituatie, in 1995 is dat 82,3%. Voor beide categorieën patiënten is deze groei duidelijk ten koste gegaan van het percentage patiënten dat bij aanvang van de dagbehandeling in een verzorgingshuis verblijft. Dat heeft waarschijnlijk te maken met de in tabel 1.12 geconstateerde toename van 'groepsverzorging' en 'huiskamerprojecten' in verzorgingshuizen.

Toegankelijkheid

Uit een onderzoek dat in 1996 in opdracht van de LVT werd uitgevoerd, bleek dat op dat moment ruim 10.000 mensen op de wachtlijst stonden voor gezinsverzorging. Uit het onderzoek 'Werken in de gezinsverzorging', gehouden onder 16 instellingen verspreid over heel Nederland, bleek dat cliënten in ongeveer de helft van de gevallen binnen een week na aanmelding ook daadwerkelijk hulp ontvangen. Iets meer dan 16% van de cliënten wacht langer dan een maand op hulp. De gemiddelde wachttijd bedroeg 20,5 dagen, met een minimum van 0 en een maximum van 319 dagen (Arts e.a., 1997). De cijfers uit dit laatste onderzoek hebben betrekking op 1995.

Wachtlijsten in de thuiszorg worden niet continu geregistreerd. Een probleem is bovendien dat wachtlijstgegevens moeilijk te interpreteren zijn. In de eerste plaats is het mogelijk dat wachtlijsten slechts het bekende topje van de ijsberg zijn. Zeker wanneer indicatiestelling en zorgtoewijzing niet losgekoppeld zijn, zal een instelling geneigd eerst de 'kaasschaaf' te hanteren, dat wil zeggen het aantal uren zorg per geïndiceerde te rantsoeneren. De Boer e.a. (1997) vonden hiervoor aanwijzingen in een onderzoek waarin zij CBS-cijfers (Leefsituatie Onderzoek) over het gebruik van thuiszorg hadden gekoppeld aan wachtlijstgegevens in de thuiszorg (Groenewegen e.a., 1993). Pas als het niet meer lukt door rantsoenering in de toenemende vraag te voorzien, zal er een wachtlijst ontstaan. Een ander probleem is dat in theorie wachtlijsten niet alleen een indicatie kunnen zijn van schaarste, maar ook van een gebrek aan efficiëntie aan de kant van instellingen.

Een objectiever beeld van de relatie vraag-aanbod ontstaat wanneer gekeken wordt naar de verhouding tussen het aantal geïndiceerde personen voor thuiszorg versus het aantal personen in zorg, of het aantal geïndiceerde uren thuiszorg versus het aantal gegeven uren per cliënt. Informatie hierover is uitsluitend beschikbaar voor de 16 instellingen die deelnamen aan het eerder genoemde onderzoek 'Werken in de gezinsverzorging'. De cijfers uit dit onderzoek hebben betrekking op 1995. Daaruit bleek dat 90% van alle cliënten het aantal geïndiceerde uren ook daadwerkelijk heeft toegewezen gekregen; 4% kreeg meer uren dan geïndiceerd, 6% kreeg minder. Tussen de geïndiceerde en toegewezen frequentie van de hulp bestaat nog minder discrepantie: 96% van de cliënten krijgt een even groot aantal keren hulp per week toegewezen dan waarvoor zij geïndiceerd zijn. Bij 88% van de cliënten is bovendien geen sprake van een discrepantie tussen het geïndiceerde functieniveau en het functieniveau dat werd toegewezen. Bij 9% van de cliënten werd een hoger functieniveau toegewezen (dat kwam relatief vaak voor wanneer cliënten waren geïndiceerd voor verzorgingshulp B); bij 3% een lager. Uit het onderzoek bleek verder dat er een discrepantie kan bestaan tussen het toegewezen functieniveau en het functieniveau dat de daadwerkelijke hulp heeft verleend. Deze discrepantie treedt vooral op bij thuishulpen A, verzorgingshulpen B en verzorgenden C. Slechts rond 60% van de cliënten ook daadwerkelijk hulp van deze drie toegewezen functieniveau's. In de overige gevallen wordt de zorg vaak door een verzorgende D, een hoger functieniveau dus, verleend. Wat betreft verzorgende

activiteiten bestaat er weinig discrepantie tussen wat is toegewezen en wat daadwerkelijk is verricht. Begeleidende taken worden in de praktijk meer toegewezen dan geïndiceerd. Bovendien worden ze vaker uitgevoerd dan ze zijn toegewezen. Vaak gebeurt dit in onvoorziene situaties, waarin zich problemen voordoen waarop de uitvoerende wel moet reageren (Arts e.a., 1997).

1.6 Conclusie

Het doel van dit hoofdstuk was het verkrijgen van inzicht in de verhouding tussen vraag naar en aanbod van thuiszorg onder invloed van eventuele verschuivingen in de zorg die ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen bieden. De objectieve vraag naar thuiszorg is moeilijk te kwantificeren. Het gebruik van thuiszorg hangt samen met leeftijd en het ervaren van beperkingen in de persoonlijke of huishoudelijke verzorging. Maar niet iedere oudere die dergelijke beperkingen ervaart, wendt zich tot de thuiszorg met een hulpvraag. De vraag naar thuiszorg kan dus niet eenvoudig worden berekend op basis van gegevens over leeftijdsopbouw van de bevolking en ervaren belemmeringen. Wel kan aannemelijk worden gemaakt dat de vraag naar thuiszorg groeit onder invloed van de vergrijzing van de bevolking. Meer dan de helft van de cliënten is ouder dan 75 jaar. Naarmate het aantal ouderen die belemmeringen ervaren in het dagelijks handelen groeit, zal ook de behoefte aan thuiszorg toenemen. De reguliere thuiszorg is niet de enige die in deze behoefte voorziet. Een deel van de potentiële cliënten wendt zich tot particuliere vormen van zorg.

In principe moet de hulpbehoefte van cliënten via indicatiestelling op min of meer objectiveerbare wijze worden vastgesteld. Op basis van deze objectief vastgestelde hulpbehoefte kan vervolgens worden aangegeven hoeveel en welke zorg een cliënt nodig heeft. Idealiter is deze indicatiestelling taakstellend (de zogeheten 'harde optie'). In de praktijk blijkt echter dat de indicatiestelling meer het karakter van een principeafpraak krijgt naarmate de vraag groeit en het aanbod schaarser wordt. De zorg wordt in dat geval gerantsoeneerd. In welke mate dit gebeurt, kan ten dele worden vastgesteld op basis van de cijfers uit de Databank Thuiszorg. Uit tabel 1.14 bleek dat het gemiddeld aantal uren per cliënt in 1994 vrij scherp gedaald was ten opzichte van 1993. In 1995 is echter weer een duidelijk herstel opgetreden.

Hoewel de vraag naar thuiszorg gedeeltelijk afhangt van de vergrijzing van de bevolking is demografie niet de enige beïnvloedende factor. Ontwikkelingen in aanpalende sectoren (verpleeghuizen, ziekenhuizen, verzorgingshuizen) kunnen eveneens hun weerslag vinden in de vraag naar thuiszorg. Het aantal psycho-geriatrische bedden in verpleeghuizen is tussen 1993 en 1996 toegenomen met meer dan 11%; het aantal somatische bedden is licht gedaald. Analooq aan deze ontwikkelingen in de capaciteit van verpleeghuizen, is ook de omvang van de wachtlijst voor verpleeghuiszorg gedaald. Het aantal wachtenden voor een opname in een psychogeriatrisch bed daalde tussen 1993 en 1995 met bijna 12%, het aantal wachtenden voor een somatisch bed met ruim 2%. Voor psycho-geriatrische patiënten nam ook de gemiddelde wachttijd in weken af. De druk op de thuiszorg vanuit de verpleeghuissector lijkt dus licht te zijn afgenomen. In welke mate dit ook werkelijk het geval is, valt moeilijk op basis van dit cijfermateriaal vast te stellen. Er kan immers geen onderscheid worden gemaakt in oorzaak en gevolg: mogelijk is de wachtlijst voor verpleeghuizen gedeeltelijk ook kleiner geworden doordat meer patiënten elders, bijvoorbeeld thuis, met succes worden verzorgd. Een aanwijzing hiervoor vormt de geconstateerde groei van het percentage

patiënten dat bij aanvang van dagbehandeling in het verpleeghuis thuis verblijft. Dagbehandeling vormt een substituut voor opname in het verpleeghuis.

Uit de cijfers met betrekking tot verzorgingshuizen is duidelijk geworden dat deze een belangrijke rol spelen in het overnemen van verpleeghuisfuncties, bijvoorbeeld via zorgvormen als 'groepsverzorging' en 'huiskamerprojecten'. Hierdoor kan opname in het verpleeghuis worden uitgesteld. De personele capaciteit van verzorgingshuizen is gegroeid om tegemoet te komen aan de steeds zwaarder wordende hulpbehoefte van bewoners. Omdat het aantal plaatsen in verzorgingshuizen echter gestaag daalt, betekent een en ander dat ouderen die vroeger zouden zijn opgenomen in een verzorgingshuis, nu thuis verzorgd moeten worden. Hierdoor zal de vraag naar thuiszorg toenemen. Op basis van de beschikbare gegevens kan deze toename echter niet worden gekwantificeerd.

Ondanks een groeiende vraag naar thuiszorg neemt de personele capaciteit in de reguliere thuiszorg af. Het totaal aantal arbeidsplaatsen nam tussen 1993 en 1995 af met ruim 2%. Het aantal FTE uitvoerend personeel daalde in de periode '93-'95 zelfs met bijna 10%. De groeiende vraag is opgevangen door per FTE uitvoerende meer uren zorg te verlenen. Het aantal uren zorg per FTE uitvoerende nam tussen 1993 en 1995 met bijna 14% toe. De efficiëntie is verder verhoogd door -waar mogelijk- zorg te verschuiven van een hoger naar een lager functieniveau. Uit de evaluatie van de integratie kruiswerk-gezinszorg is echter gebleken dat hulpverleners van mening zijn dat door de verhoogde aandacht voor efficiency, de kwaliteit van zorg in het geding komt (De Bruin e.a., 1996).

1.7 Informatievoorziening

Een probleem bij het in kaart brengen van ontwikkelingen in de vraag naar en het aanbod van thuiszorg onder invloed van verschuivingen in andere sectoren, is dat de objectieve vraag naar thuiszorg moeilijk te kwantificeren is; zoals ook in de vorige paragraaf al werd geconstateerd. De overheid zou willen monitoren of en in welke mate er discrepanties optreden tussen de objectieve vraag naar thuiszorg en het aanbod. Als kengetal hiervoor zou bijvoorbeeld de ratio geïndiceerde uren/'geconsumeerde' uren thuiszorg per cliënt kunnen gelden. Cijfers over het aantal geïndiceerde uren thuiszorg worden echter niet op landelijke schaal verzameld. Zolang bovendien de indicatiestelling nog niet overal is losgekoppeld van de uitvoering, bestaat het gevaar dat een eventuele krapte in het aanbod leidt tot rantsoenering van het aantal geïndiceerde uren. De indicatiestelling voor thuiszorg is per 1 januari 1997 komen te vallen onder de verantwoordelijkheid gemeentelijke indicatie-organen. Deze kunnen echter op hun beurt de thuiszorginstellingen weer mandateren. De toekomst zal moeten leren in hoeverre de formele overheveling van de indicatiestelling naar gemeenten resulteert in een grotere objectiviteit van de indicatiestelling. Mogelijk kunnen gegevens van de gemeentelijke indicatie-organen in combinatie met gegevens van instellingen over de werkelijk verleende zorg in de toekomst gebruikt worden om de verhouding vraag-aanbod in de thuiszorg te monitoren. Een andere indicator voor het in kaart brengen van ontwikkelingen in vraag en aanbod zouden wachtlijsten voor de thuiszorg kunnen zijn. Wachtlijsten worden echter niet continu geregistreerd en zijn bovendien moeilijk te interpreteren.

Los van dit tamelijk specifieke probleem met betrekking tot het monitoren van eventuele discrepanties tussen vraag en aanbod, doen zich andere, meer structurele proble-

men voor in de informatievoorziening rond de thuiszorg. Wie enkele jaren geleden de thuiszorg beschreef, begon over het algemeen met het bekende onderscheid te maken in wijkverpleging en gezinsverzorging. Wijkverpleging behoorde van oudsher tot de eerstelijnsgezondheidszorg; gezinsverzorging hoorde tot begin jaren tachtig thuis bij de maatschappelijke dienstverlening, waartoe bijvoorbeeld ook het algemeen maatschappelijk werk behoorde. Gedurende de jaren tachtig bleven wijkverpleging en gezinsverzorging afzonderlijke vormen van zorg, waarbij wijkverpleging via de AWBZ gefinancierd werd en gezinsverzorging op basis van een rijkssubsidieregeling. In 1989 werd gezinsverzorging overgeheveld naar de AWBZ, waaruit de verstrekking op subsidiebasis werd gefinancierd. Hiermee werd een van de obstakels voor een integratie van wijkverpleging en gezinsverzorging uit de weg geruimd.

In de jaren negentig is de thuiszorg feitelijk voortdurend in beweging geweest. De integratie van kruiswerk en gezinszorg -in gang gezet op basis van het heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan' uit 1990- is nog steeds niet voltooid. Anno 1995 waren er nog 20 instellingen voor alleen kruiswerk en nog 52 instellingen voor uitsluitend gezinsverzorging. Toch is inmiddels een groot deel van de instellingen gefuseerd. Binnen gefuseerde instellingen wordt ook in toenemende mate gewerkt met op de werkvloer geïntegreerde teams. Bovendien heeft de bij integratie behorende harmonisatie van de eigen bijdragen per 1 januari 1997 zijn beslag gekregen, zij het dat de feitelijke uitvoering hiervan bij kruisorganisaties verschoven is naar de zomer van 1997 in verband met administratieve problemen.

Sinds de invoering van de knip in de thuiszorg per 1 januari 1997 zou het zinvoller zijn geweest een onderscheid te maken in kortdurende, ziekenhuisgerelateerde zorg die gefinancierd wordt uit het tweede compartiment en de langdurende zorg die als aanspraak gefinancierd wordt op basis van de AWBZ. Nu naar verwachting deze zogenaamde knip in de thuiszorg per 1-1-1998 wordt afgeschaft wordt het onderscheid intensieve thuiszorg en langdurige thuiszorg zinvoller. In afwachting van de vormgeving van de intensieve thuiszorg, moeten daarover beslissingen worden genomen.

Een tweede onderscheid dat de laatste jaren relevant is geworden, is het onderscheid in reguliere en particuliere thuiszorg. De beschrijvingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op de reguliere thuiszorg. Thuiszorg wordt echter in toenemende mate geleverd door niet-reguliere aanbieders. Particuliere thuiszorgbureaus kwamen eind jaren tachtig op en hielden zich aanvankelijk bezig met het verlenen van niet-collectief gefinancierde thuiszorg: aanvullende thuiszorg en kraamzorg voor particulier verzekerden. In de periode 1993-1996 hebben echter 25 nieuwe bureaus een AWBZ-erkenning op basis waarvan zij ook collectieve middelen ontvangen.

Met betrekking tot de particuliere thuiszorg is er sprake van een lacune in de informatievoorziening. Tot op heden ontbreekt hierover ieder cijfermateriaal. Er zijn geen gegevens met betrekking tot het aanbod aan zorg (aantal bureaus, aantal werkzame verplegenden en verzorgenden) en het gebruik van zorg (aantal cliënten, aantal uren zorgverlening). Deze lacune in de informatievoorziening werd overigens al in het Brancherapport Verpleging & Verzorging (Van der Kwartel e.a., 1994) geconstateerd. Het NIVEL voert in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek uit naar de aard en omvang van particuliere thuiszorg ten behoeve van de Staat van de Gezondheidszorg. De resultaten van dit onderzoek worden per 1 januari 1998 openbaar. De verzamelde gegevens omvatten onder meer informatie over de aard van de geboden thuiszorg, tarieven en financieringsbronnen, het aantal cliënten, het aantal

geboden zorguren, het aantal werkzame zorgverleners naar opleiding en type dienstverband, de procedures rond indicatiestelling, het bestaan van eventuele wachtlijsten en het gehanteerde kwaliteitsbeleid. Het onderzoek is gebaseerd op enquêtes onder particuliere thuiszorgbureau's. Om de ontwikkelingen in deze sector van de thuiszorg te kunnen monitoren zou een dergelijke peiling regelmatig moeten worden herhaald, analoog aan de jaarlijkse enquête die voor reguliere instellingen ten behoeve van de Databank Thuiszorg wordt gehouden.

Kengetallen

Ter afsluiting van dit hoofdstuk wordt hier samengevat welke kengetallen nodig zijn om om te kunnen monitoren of en in welke mate er discrepanties optreden tussen de objectieve vraag naar thuiszorg en het aanbod van de thuiszorg. In deze notitie zijn vraag en aanbod uitsluitend op indirecte wijze met elkaar in verband gebracht. Verschillende cijfers met betrekking tot de vraag en vraag en verschillende gegevens met betrekking tot het aanbod zijn naast elkaar gezet. Een betere indicatie voor het optreden van discrepanties geeft de verhouding geïndiceerde / geconsumeerde uren op cliëntniveau. Cijfers over het aantal geïndiceerde uren thuiszorg worden echter niet op landelijke schaal verzameld. Mogelijk kunnen in de toekomst gegevens van de gemeentelijke indicatie-organen in combinatie met gegevens van instellingen (regulier en particulier) over de werkelijke verleende zorg gebruikt worden om de vraag en het aanbod in de thuiszorg te monitoren.

Een ander kengetal zou het aantal personen op wachtlijsten kunnen zijn. Problemen bij wachtlijsten zijn dat zij ten eerste niet continue geregistreerd worden, ten tweede zijn wachtlijsten moeilijk te interpreteren en tenslotte wordt door instellingen vaak eerst de zorg gerantsoeneerd, alvorens wachtlijsten op te stellen.

LITERATUUR

- ARTS, S., H. KERSTEN, A. KERKSTRA. Werken in de gezinsverzorging. Utrecht: NIVEL/De Tijdstroom, 1997
- BAARS, J.A., J.M. SPAAN. Jaarboek Thuiszorg 1994. Bunnik/Utrecht: LVT/NZi, 1996
- BAARS, J.A., J.M. SPAAN. Jaarboek Thuiszorg 1995. Bunnik/Utrecht: LVT/NZi, 1997
- BOER, A. DE, P. GROENEWEGEN, P. HOOIMEIJER. Home help utilization under conditions of restricted supply. In: G.P. Westert, R.N. Verhoeff (eds). Places and people: multilevel modelling in geographical research. Utrecht: Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen, Universiteit Utrecht, 1997
- BRUIN, A. DE, E.C. RUITER, A. KERKSTRA. Integratie kruiswerk en gezinsverzorging: meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten. Utrecht: NIVEL, 1996
- BERKHOUT, H., M.J.M. DEKKERS (RED). Een indicatie voor samenhang: handreiking voor geïntegreerde indicatiestelling. Den Haag: VNG Uitgeverij, 1995
- CBS. Statistiek van de bejaardenoorden 1994. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1996
- DELNOIJ, D.M.J., R. SCHULLER, C.M. VAN HEUGTEN, A.J.J. VAN DER KWARTEL, R.L.C. SMIT, L.J.R. VANDERMEULEN. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg, Utrecht: NIVEL/NZi, 1996
- FRIELE, R.D. Een knip in de thuiszorg: een beperkte inventarisatie in 6 instellingen voor thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1995
- GOOSSENS, W. Verborgene zorgvraag wordt zichtbaar. Het Ziekenhuis; 1993; 5: 233-235
- GROENEWEGEN, P., A. KERKSTRA, G. JANSEN. Wachtlijsten in de thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1993
- HERTOGH, C.M.P.M., M.W. RIBBE. Verkeerde bedden en verkeerde zorg. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 1996 (140); 20 april
- HULSHOF, N.A., A. DE VEER. Voormeting knip in de thuiszorg. NIVEL, intern rapport, Utrecht, 1997
- KEMP, A.A.M. DE. Kosten en opbrengsten van substitutie in de zorg voor ouderen. Den Haag: Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, 1995
- KWARTEL, A.J.J. VAN DER, L.J.R. VANDERMEULEN, D.M.J. DELNOIJ, J. HARMSSEN. Branche-rapport Verpleging en verzorging. Utrecht: NZi/NIVEL, 1994
- LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG. LVT-indicatiesysteem: essentie van het systeem, werking van het systeem en implementatiehandleiding. Bunnik: LVT, 1995
- LANGE, H.J. DE, J.M. SPAAN. Jaarboek Thuiszorg 1993. Bunnik: LVT, Utrecht: NZi, 1995
- LINSCHOTEN, C.P. VAN, B. MEYBOOM-DE JONG, P. MOORER, E.W. WOLFFENSBERGER. De gevolgen voor de huisarts van de substitutie van verpleeghuiszorg. Huisarts en Wetenschap; 1996 (39); 4: 162-164
- LYKE, S.M. VAN DER, P.H. TOREN. Een kwestie van vertrouwen. Procesevaluatie van indicatiesystemen in de thuiszorg. Verpleegkunde 1996 (11); 1: 23-30
- NRV/CvZ. Verkeerde-bedproblematiek. Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer, 1995
- NRV/CvZ. Indiciestelling en zorg op maat. Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer, 1994

NZf / NZi, Gezondheidszorg in Tel 4 , Utrecht, 1996

NZi / NVVz. Verstandig vernieuwen 2; Ouderenzorg voor eigen rekening? Utrecht, 1997

STAATSBLAD van het Koninkrijk der Nederlanden, nr. 595. Besluit tot wijziging van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, het Bijdragebesluit zorg, het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering, het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden en enige andere besluiten in verband met regeling van de aanspraak op thuiszorg. Den Haag: SDU Uitgevers, 1996

SWAN, J.H., A.E. BENJAMIN. Nursing Home Queues and Home Health Users. Home Health Care Services Quarterly; 1993 (14); 2/3: 157-172

TIMMERMANS, J. (red). Rapportage Ouderen 1996. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997

VERHEIJ, R.A., W.M.C.M. CARIS-VERHALLEN, A. KERKSTRA. Integratie kruiswerk en gezinsverzorging. Utrecht: NIVEL, 1993

WVS. Indicatiestelling. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de besturen van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en Zorgverzekeraars Nederland. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 16 december 1996

WVC. Heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan'; Gezinsverzorging en kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg. Rapport van de heroverwegingswerkgroep doelmatigheidsonderzoek organisatiestructuur gezinsverzorging en kruiswerk. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990

BIJLAGEN

BIJLAGE I

Kosten en financiering

In tabel 3.15 is de financiering van de thuiszorg weergegeven naar zorgvorm en naar financieringsbron. De totale uitgaven voor thuiszorg zijn tussen 1993 en 1995 met f 169,8 mln ofwel 5,5% gestegen. Dit is exclusief de uitgave van f 38 mln in 1995 voor het persoonsgebonden budget (f 0 in 1993). Van de uitgaven voor thuiszorg kwam in 1995 nog 89% voor rekening van de AWBZ; 1,7% was voor rekening van de ziekenfondsen en 9,3% bestond uit eigen betalingen (niet in tabel).

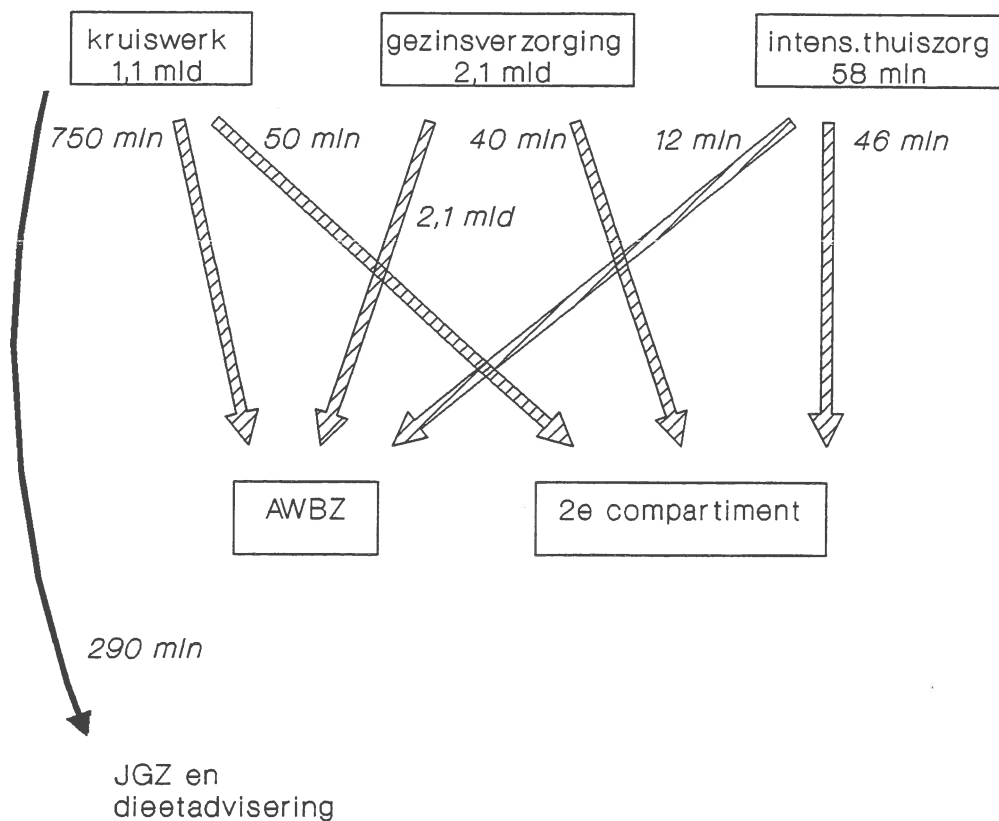
In het verleden werd de uitsplitsing naar gezinsverzorging, kruiswerk en overige thuiszorg gemaakt. Naarmate steeds meer instellingen integreren, is deze onderverdeling minder relevant. In verband met de invoering van de 'knip' per 1-1-1997 zal het in de toekomst interessanter zijn om te kijken naar de ontwikkeling in zorg ten laste van de AWBZ versus het tweede compartiment. De verschuivingen die zijn opgetreden in de budgetten ten gevolge van de invoering van de 'knip', zijn weergegeven in figuur 3.3.

Tabel 3.15 Financiering thuiszorg 1993-1995

	1993	1994	1995	abs.groei 93 - 95	gem jrl % groei 93 - 95
Gezinsverzorging					
AWBZ	1.760,2	1.904,0	1.974,0		
<i>Overige ontvangsten:</i>					
ongesplitste eigen betalingen	248,5	209,6	144,3		
Totaal	2.008,7	2.113,6	2.118,3		
Kruiswerk					
AWBZ	880,8	863,8	900,9		
<i>Overige ontvangsten:</i>					
ongesplitste eigen betalingen	123,0	175,2	157,5		
Totaal	1.003,8	1.039,0	1.058,4		
Intensieve thuiszorg					
AWBZ	8,2	8,0	7,7		
Ziekenfonds	49,9	45,1	56,0		
Totaal	58,1	53,1	63,7		
Thuiszorg totaal					
AWBZ	2.649,2	2.775,8	2.882,6	233,4	4,3%
Ziekenfonds	49,9	45,1	56,0	6,1	5,9%
Eigen betalingen	371,5	384,8	301,8	-69,7	-9,9%
Totaal	3.070,6	3.205,7	3.240,4	169,8	2,7%
Persoonsgebonden budget					
AWBZ	0,0	5,1	38,0		
Totaal	0,0	5,1	38,0		

Bron: Bijlage B10, JOZ 1997

Figuur 3.3 Verschuivingen in budgetten ten gevolge van de knip in de thuiszorg



Tabel 3.16 geeft een overzicht van exploitatie- en algemene gegevens van instellingen voor thuiszorg in 1993. Recentere cijfers zijn door het CBS nog niet gepubliceerd. De gezinsverzorging neemt het grootste aantal instellingen en bezette arbeidsplaatsen voor haar rekening. Verder is opvallend dat het saldo van kosten en opbrengsten van alle instellingen samen op +25 miljoen uitkomt. Alleen instellingen voor kruiswerk + kraamzorg hebben een negatief saldo.

Tabel 3.16 Exploitatie- en enige algemene gegevens van instellingen voor thuiszorg, naar type instelling, 1993 (mln.gld.)

	Gezins- verzorging (GV)	Kruisw.	Kraamz.	GV+kruis- werk	Kruisw.+ kraamz.	Overige instell.	Totaal
Aantal instellingen	78	13	20	14	24	27	176
Bezette arb.pl. van per- soneel in loondienst	18.570	1.540	1.519	6.469	5.527	15.316	48.942
Subsidies en bijdragen (mln.) waarvan	972,1	127,4	0,1	391,1	288,9	885,8	2.665,4
- Rijk							
- Provincies	3,4	0,2	-	0,6	0,1	0,6	1,7
- Gemeenten	40,4	-	-	5,5	0,1	17,8	63,7
- AWBZ	921,3	126,0	-	377,8	288,4	854,6	2.568,1
- Anderen	6,9	1,2	0,1	7,3	0,3	12,8	28,8
Verzorgingsgelden, w.o. eigen bijdragen, zf gelden	80,3	-	103,1	17,7	128,4	171,7	501,1
Contributies	-	23,3	-	26,5	52,8	54,4	157,1
Andere opbrengsten	17,0	7,7	2,1	8,0	15,2	25,0	74,9
Totaal opbrengsten	1.069,4	158,4	105,3	443,3	485,3	1.136,9	2.398,5
Personele kosten	975,9	114,9	89,3	377,1	389,6	962,0	2.908,8
Andere kosten	82,6	41,4	12,8	62,5	97,1	168,7	465,1
Totaal kosten	1.058,6	156,3	102,1	439,5	486,7	1.130,7	3.373,8
Saldo	10,8	2,1	3,2	3,8	-1,4	6,2	24,7

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS) 96/3

Substitutie en kosten van zorg

De Kemp (1995) deed onderzoek naar de kosten en opbrengsten van substitutie in de ouderenzorg. Concreet ging het daarbij om een meta-evaluatie van projecten waarin intramurale zorg werd vervangen door thuiszorg, beschermd wonen en kleinschalige, gedecentraliseerde voorzieningen. Substitutie bleek in de meeste gevallen inderdaad besparingen op te leveren. In sommige gevallen bleek het substitutieproject echter duurder dan de reguliere voorzieningen. Ter illustratie: de berekende besparingen op de collectieve lasten bij substitutie door thuiszorg lopen uiteen van f 10.000 per oudere per jaar tot f 700 per oudere per jaar. In één project was echter sprake van meerkosten voor de collectieve sector die geraamd werden op f 7.000-f 18.000 op jaarbasis (De Kemp, 1995, p. 35-36). De Kemp formuleert een viertal voorwaarden waaronder substitutieprojecten in de ouderenzorg zich financieel kunnen meten met reguliere voorzieningen:

1. een voldoende sobere vormgeving;
2. een zorgvuldige bewaking van de directe kosten van verpleging en verzorging;
3. beheersing van de projectkosten;
4. een effectieve monitoring van de zorgkosten per cliënt (De Kemp, 1995, p. 64).

BIJLAGE II

Indicatiesystemen in de thuiszorg

In de thuiszorg worden momenteel verschillende gestandaardiseerde indicatiesystemen gebruikt. Het gaat hierbij om het *Thuiszorg Indicatie Systeem* (TIS), het *Geïntegreerde Registratie Systeem Thuiszorg* (GIRST) en in de gezinsverzorging het eerder genoemde LIER-systeem. Deze landelijk ontwikkelde intakesystemen worden echter zelden letterlijk overgenomen door thuiszorgorganisaties. Meestal worden zij aangepast aan de eisen die de lokale situatie stelt (Van der Lyke & Toren, 1996). Bovendien wordt in de praktijk op zeer verschillende wijze gebruik gemaakt van gestandaardiseerde intakeformulieren. Het formulier kan als leidraad van een intakegesprek worden gebruikt en ter plekke worden ingevuld. Het komt echter ook voor dat het formulier 'in de tas' wordt gelaten en slechts gedeeltelijk of niet wordt ingevuld. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat uitvoerenden de gescheiden intake (dat wil zeggen, losgekoppeld van de zorgverlening) en de bijbehorende formulieren als bureaucratisch ervaren (Van der Lyke & Toren, 1996).

Soortgelijke resultaten werden gevonden door De Bruin e.a. (1996) in de tweede evaluatie van het integratieproces. In alle geëvalueerde thuiszorginstellingen blijft men bezig met het aanpassen, ontwikkelen en verfijnen van het (geïntegreerd) intake-instrument. Uit interviews onder hulpverleners bleek bovendien dat men vond dat er op dit gebied te weinig overleg, samenwerking en uitwisseling bestaat tussen de verschillende instellingen. Ook kwam uit dit onderzoek naar voren dat het draagvlak onder hulpverleners voor een geïntegreerde, losgekoppelde intake niet groot is.

In het kader van de integraties tussen gezinsverzorging en kruiswerk is door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg in samenwerking met Compliance Consult het LVT-indicatiesysteem ontwikkeld, waarbij men streeft te komen tot èèn landelijk uniform indicatiesysteem voor de thuiszorg (LVT, 1995).

OOGZORG IN NEDERLAND

Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997

Verdiepingsstudie nr. 3

A.J.J. van der Kwartel

oktober 1997

NZi - Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg
Postbus 9697 - 3506 GR Utrecht - Tel: 030 2739700

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	1
1.1	Achtergrond	1
1.2	Beperkingen	1
1.3	Overzicht	1
2	OOGZORG IN NEDERLAND	7
	<i>MEDISCHE, PARAMEDISCHE EN PERIMEDISCHE BEROEPSGROEPEN</i>	
2.1	Huisartsen	7
2.2	Oogartsen	11
2.3	Optometristen	14
2.4	Orthoptisten	16
2.5	Technisch Oogheekundig Assistenten (TOA's)	17
	<i>COMMERCIEËLE BEROEPSGROEPEN</i>	
2.6	De optiekbranche	18
2.7	Opticiens	19
2.8	Contactlensspecialist	20
2.9	Voorzieningen	21
2.10	Een globale internationale vergelijking	23
3	DE ONTWIKKELING VAN DE ZORGVRAAG	26
3.1	Veranderend consumentengedrag	26
3.2	Verwachtingen ten aanzien van de oogheekundige pathologie	27
3.3	Enkele onderzoeksresultaten	28
4	KNELPUNTEN	30
4.1	Wachlijjsten	30
4.2	Tarieven- en honoreringsstructuur	34
4.3	Taakafstemming	35
5	BELEIDSONTWIKKELINGEN	37
6	BESCHOUWING	38
6.1	Oogzorg in Nederland	38
6.2	Informatieproblematiek	39
	LITERATUUR	41

1 INLEIDING

1.1 Achtergrond

Deze notitie is opgesteld in het kader van het 'Branche-rapport Somatische Curatieve Sector 1997'. Dit branche-rapport geldt als achtergrondstudie bij het uit te brengen JOZ '98. In het kader van dit branche-rapport is door het Ministerie van VWS gevraagd om voor een aantal deelsectoren van de somatische curatieve zorg 'verdiepende studies' uit te voeren. Dergelijke verdiepende studies beogen in feite hetzelfde als de branche-rapporten, namelijk het verschaffen van informatie over relevante feiten, ontwikkelingen en knelpunten. Omdat zo'n studie zich echter richt op een relatief kleine subsector van de totale somatisch curatieve sector, werkt zij als het ware als een 'vergrootglas', waarmee meer details zichtbaar worden en zij meer expliciet een bijdrage kan leveren aan de verdere beleidsontwikkeling voor de betreffende subsector.

Voor de sectoren, waarvoor om een dergelijke verdiepende studie werd gevraagd, oogzorg, CVA-problematiek en thuiszorg, geldt dat zij politiek en beleidsmatig nog geruime tijd in de belangstelling zullen staan en dat zij een goede proeftuin kunnen vormen voor de ontwikkeling van transmurale zorg.

Dit laatste moet voor wat betreft de oogzorg worden genuanceerd. De oogzorg kent niet de problematiek van de 'verkeerde bedden' of van 'ziekenhuisverplaatste zorg', waarmee transmurale zorg meestal wordt geassocieerd. Het begrip transmurale zorg ter verhoging van de kwaliteit en doelmatigheid krijgt in deze sector vooral betekenis in het streven naar een optimale samenwerking en taakverdeling binnen en tussen de eerstelijns- en de tweedelijnsgezondheidszorg en de (commerciële) optiekbranche.

1.2 Beperkingen

De oogzorg in Nederland bevindt zich in een gevoelige fase van een ingrijpend veranderingsproces, waarbij posities, belangen en onderlinge relaties van partijen betrokken zijn. Hierdoor was niet alle zakelijke, kwantitatieve informatie even gemakkelijk voor de onderzoekers toegankelijk. Dat heeft er ook mee te maken, dat de oogzorg in Nederland voor een (belangrijk) deel een commerciële aangelegenheid is, waarin kwantitatieve informatie al gauw een strategisch belang krijgt. Pogingen om bijvoorbeeld enige zakelijke informatie uit de optiekbranche te verkrijgen stuitten in een enkel geval op duidelijke weerstand. Ook konden niet vrijuit interviews worden gehouden met vertegenwoordigers van de betrokken partijen.

Dit brancherapport is daarom grotendeels gebaseerd op diverse publicaties met betrekking tot de oogzorg in Nederland, waarvan de relevante informatie in onderlinge samenhang wordt gepresenteerd. Deze publicaties bestrijken grofweg de periode 1989-1997.

1.3 Overzicht

Deze notitie is als volgt opgebouwd: Na deze inleiding volgt eerst een beschrijving van de oogzorg in Nederland. Per beroepsgroep en/of voorziening wordt een omschrijving

gegevens van plaats en functie in de oogzorg en van de belangrijkste ontwikkelingen. Waar mogelijk wordt relevante statistische informatie verstrekt. In paragraaf drie wordt de ontwikkeling van de zorgvraag beschreven aan de hand van het veranderende consumentengedrag, verwachtingen ten aanzien van de oogheekundige pathologie en enkele incidentele onderzoeken. In paragraaf vier wordt een aantal knelpunten in de oogzorg beschreven. In het bijzonder komen aan de orde: de wachtlijsten, de tarieven- en honoreringsstructuur en de onderlinge taakafstemming. In paragraaf vijf wordt kort ingegaan op de recent geformuleerde ontwikkelingslijnen in het overheidsbeleid. Ten slotte volgt in paragraaf 6 nog een korte beschouwing. Hierin wordt ook de informatieproblematiek nader aan de orde gesteld.

2 OOGZORG IN NEDERLAND

In dit hoofdstuk wordt de oogzorg in Nederland beschreven aan de hand van de daarin functionerende beroepsgroepen en voorzieningen. Per beroepsgroep wordt een beschrijving gegeven van de plaats en taak in de oogzorg en van de meest relevante ontwikkelingen.

Daarbij wordt een onderverdeling aangehouden naar: medische, para- en perimedische beroepsgroepen (de paragrafen 2.1 tot en met 2.5), de optiekbranche (paragraaf 2.6), commerciële beroepsgroepen (paragrafen 2.7 en 2.8) en voorzieningen (paragraaf 2.9). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf, waarin de oogzorg in Nederland globaal wordt vergeleken met die in andere landen.

MEDISCHE, PARAMEDISCHE EN PERIMEDISCHE BEROEPSGROEPEN

2.1 Huisartsen

Algemeen

De huisarts wordt traditioneel beschouwd als de centrale figuur in de eerstelijnsgezondheidszorg: de 'poortwachter' naar de tweede lijn. Volgens de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (Van der Velden, e.a., 1991) bedraagt de incidentie van oogaandoeningen in de huisartsenpraktijk ruim 60 per 1.000 per jaar. Vanuit de rol als 'poortwachter' kan een bezoek aan de huisarts in het kader van de oogzorg de volgende uitkomsten hebben (Baggen, e.a., 1993):

- Mensen zonder afwijkingen worden naar huis gestuurd.
- Mensen met alleen een refractie-afwijking worden naar de opticien verwezen.
- 'Minor ailments' worden ter plekke behandeld.
- Patiënten met ernstige oogafwijkingen worden tijdig naar de oogarts verwezen.

Verwijsgedrag

Het algemene beeld is, dat huisartsen voor wat betreft de oogzorg niet echt functioneren als poortwachter van de tweede lijn. In de praktijk verwijst de huisarts meestal door naar de tweede lijn. Daar zijn meerdere -met elkaar samenhangende- redenen voor aan te geven (zie onder meer: Baggen e.a., 1993):

- Er ontbreekt een 'traditie' eerstelijns oogheelkunde, waardoor men niet de gelegenheid heeft tijdens de opleiding de noodzakelijke kennis en vooral vaardigheden op te doen.
- Er is een relatief grote investering nodig om de benodigde apparatuur in de huisartsenpraktijk te installeren.
- De precieze vormgeving van de locatie oogheelkunde is zeer belangrijk.
- Het stellen van oogheelkundige diagnoses kost relatief veel tijd. Vanuit efficiency-overwegingen mag een oogheelkundig consult niet langer dan tien minuten duren, 'omdat er anders geen sprake is van eerstelijns geneeskunde' (Baggen, e.a., 1993).

Uit het basisrapport 'Verrichtingen in de huisartspraktijk' uit de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Van der Velde e.a., 1991) blijkt, dat van de ziektegevallen ('episodes') meer dan de helft wordt doorverwezen naar de tweede lijn. Nader uitgesplitst blijkt dat voor refractieproblematiek zelfs meer dan 90% te zijn.

Het gaat dan wel om waarnemingen van zo'n tien jaar geleden.

Sinds enige jaren wordt steekproefgewijs onder huisartsenpraktijken het verwijsgedrag van huisartsen naar de tweede lijn geregistreerd. Uit deze gegevens blijkt het volgende verwijsgedrag naar oogheelkunde:

Tabel 2.1 Verwijzingen naar het specialisme oogheelkunde per 1.000 ziekenfondsverzekerden respectievelijk particulier verzekerden, LINH 1994-1996

Per 1.000 ziekenfondsverzekerden			Per 1.000 particulier verzekerden		
1994	1995	1996	1994	1995	1996
70,8	66,9	64,4	7,2	6,3	8,7

Bron: LINH

Er lijkt sprake te zijn van een lichte daling van verwijzingen van ziekenfondsverzekerden. Over het verwijsgedrag ten aanzien van particulier verzekerden valt uit deze cijferreeks geen conclusie te trekken.

Het grote verschil in aantallen verwijzingen tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden wordt in ieder geval voor een deel verklaard door het feit, dat voor particulier verzekerden een verwijzing naar de oogarts niet verplicht is. Daarnaast zou er sprake kunnen zijn van een verschil in hulpzoekgedrag bij oogproblemen (zie ook de paragrafen 3.1 en 6.1).

Naast deze jaarlijkse algemene registraties zijn er incidenteel onderzoeken uitgevoerd, specifiek gericht op de verwijzingen naar de oogheelkunde. Uit deze incidentele onderzoeken lijken de volgende tabellen relevant in het kader van dit brancherapport:

Tabel 2.2 Verwijzingen naar oogartsen: aantallen per 1.000 per jaar, naar leeftijd en geslacht van de verwezen patiënten

Leeftijd	Mannen (n=332)	Vrouwen (n=486)
0-4	15,6	20,8
5-14	9,4	11,4
15-24	4,8	7,5
25-44	5,5	7,7
45-64	15,6	16,7
65-74	27,1	41,3
75+	45,6	52,1
Totaal	11,3	15,4

Bron: Van de Lisdonk, e.a., 1994

Uit bovenstaande tabel blijkt, dat het aantal verwijzingen naar de oogarts relatief hoog is vóór het 15e jaar (10 à 20 per duizend), voor de leeftijdsgroep 15-44 jaar relatief laag is (5 à 8 per duizend) en daarna met de leeftijd sterk oploopt.

Tabel 2.3 Verwijzingen door de huisarts naar de oogarts in vijfjaarsperioden naar bij die verwijzing geconstateerde aandoening. Percentages

	1971-1975 n=1044	1976-1980 n=782	1981-1985 n=654	1986-1990 n=818
Refractieafwijkingen	66	45	31	23
Cataract	3	7	8	13
Strabismus	6	6	6	6
Andere ziekten oog	5	11	14	17
Nerveus-functionele klachten	4	7	3	3
Conjunctivitis	2	3	5	4
Corpus alienum	3	3	5	3
Iri(docycli)tis	1	1	2	2
Ooginfecties	1	1	2	1
Glaucoom	1	2	2	2
Diabetes	-	1	5	11
Hypertensie	1	3	5	3
Overige	7	10	13	13
Verwijscijfer per 1.000 patiënten	17,6	13,7	11,2	13,5

Bron: Van de Lisdonk, e.a. (1994)

Opvallende zaken in deze tabel zijn de afname van het aantal verwijzingen op grond van refractie-afwijkingen. Sterke stijgingen zijn zichtbaar voor de aandoeningen 'cataract' en 'diabetes'. Opvallend is ook de grote stijging van het percentage verwijzingen onder de noemers 'andere ziekten oog' en 'overig'.

De auteurs merken op, dat de gevonden verwijscijfers (13,5 in de periode 1986-1990) aanzienlijk lager zijn dan het getal 23 per 1.000 dat in een ander onderzoek werd gevonden en schril afsteken bij het landelijk cijfer van ongeveer 100 verwijskaarten oogheelkunde per 1.000 verzekerden per jaar in 1986. De auteurs geven daarbij aan, dat deze cijfers onderling niet zonder meer met elkaar vergelijkbaar zijn.

De afnemende verwijscijfers in geval van refractieproblematiek kunnen worden verklaard uit een veranderend hulpzoekgedrag. Mensen hebben steeds minder de neiging om zich met refractieproblematiek tot de huisarts en de oogarts te wenden. Deze ontwikkeling wordt bevestigd door gegevens uit de optiekbranche (zie ook paragraaf 3.1).

Opleidingen

Eén van de verklaringen van het hoge doorverwijscijfer van huisartsen naar de tweede lijn was, dat oogheelkunde traditioneel weinig aandacht kreeg in de opleiding. Er zijn daarom verschillende experimenten geweest om na te gaan of bijscholing van huisartsen op dit gebied zou leiden tot lagere verwijscijfers. (Zie bijvoorbeeld: Baggen, e.a., 1993; Kamp, e.a., 1995; Van Leeuwen, e.a. 1996)

Van Leeuwen e.a. (1996) formuleren de volgende doelstellingen voor zo'n cursus eerstelijns oogheelkunde:

De huisarts moet binnen een consulttijd van 15 minuten in staat zijn onderscheid te maken tussen de volgende categorieën van aandoeningen:

- minor ailments, door de huisarts zelf af te handelen;
- refractieafwijkingen zonder complicerende oogafwijking, welke verwezen worden naar de opticiens;
- oogaandoeningen, welke verwezen worden naar de oogarts;
- spoedeisende oogaandoeningen, welke met spoed worden verwezen naar de oogarts.

Het algemene beeld uit deze experimenten is, dat huisartsen met een goede nascholing minder doorverwijzen naar de tweede lijn. Uit het onderzoek van Kamp e.a. (1995) komt trouwens ook de suggestie naar voren, dat het doorverwijzen voor refractieproblematiek in ieder geval daalt, ook door huisartsen die geen bijscholing hebben ontvangen.

Uit dit laatste onderzoek komen enkele redenen naar voren, waarom huisartsen niet handelen volgens de NHG-standaard en de lokale afspraken:

- geen financiële vergoeding;
- onvoldoende vaardigheid in de oogheekundige diagnostiek;
- kost te veel tijd.

Stimulansen zijn:

- feed-back van de oogarts;
- regelmatige bijscholingen.

De onderzoekers komen in dit onderzoek tot de conclusie, dat het erop lijkt, dat de NHG-standaard Oogheekundige Diagnostiek voor sommige huisartsen te hoog gegrepen is.

Voor wat betreft de diagnostiek door huisartsen zou dit wel eens een te milde omschrijving kunnen zijn. Het Nederlands Oogheekundig Gezelschap (NOG) stelt bijvoorbeeld:

“Recent onderzoek heeft uitgewezen dat oogspiegelen zo’n specifiek onderzoek is, dat ondanks grote inzet van zowel de huisarts als oogarts oogspiegelen als te moeilijk wordt ervaren door 80% van de huisartsen.”
(Reader, 1995)

Van der Horst concludeert in het rapport “Onderlinge Afstemming Oogzorg in Nederland” (1996):

“... is het begrijpelijk dat de oogheekundige standaard van het NHG nauwelijks geïmplementeerd blijkt... (...) De oplossingen die huisartsen (...) aanreiken liggen ten dele in het binnen een samenwerkingsverband doen specialiseren van een huisarts (...). Vanuit een groter deel van de huisartsen wordt echter aangedrongen op oplossingen in termen van samenwerkingsverbanden met opticiens/optometristen, oogartsen en orthoptisten.”

In het licht van deze kanttekeningen kan de vraag worden gesteld of alle huisartsen een dergelijke nascholingscursus zouden moeten volgen. Dat lijkt niet nodig en ook niet goed mogelijk. Een huisarts kan onmogelijk op alle zorgonderwerpen bij- en nascholing volgen. Gesuggereerd wordt dan ook, dat van een groep samenwerkende huisartsen één of twee zo’n nascholing volgen. Zij kunnen hun kennis overdragen aan hun collegae, maar ook kan er bijvoorbeeld een speciaal spreekuur voor oogheekundige klachten worden georganiseerd.

Behalve het stimuleren van na- en bijscholing zijn ook andere oplossingen denkbaar, waarbij de huisarts niet extra wordt belast met het zelf uitvoeren van diagnostische handelingen, maar wel de medische verantwoordelijkheid behoudt. Zo suggereerde de LHV:

“De huisartsen kunnen mogelijkheden worden geboden om in primaire oogzorg te voorzien. Te denken valt aan refractie-onderzoek door daartoe gekwalificeerde optometristen. Oogboldrukmeting en fundusfotografie kunnen via een diagnostisch centrum worden gerealiseerd.” (Reader, 1995)

2.2 Oogartsen

De oogarts is als medisch specialist de centrale hulpverlener in de tweedelijns gezondheidszorg waar het aankomt op het behandelen van oogheekundige pathologie.

Verreweg de meeste oogartsen zijn werkzaam in ziekenhuizen. Een beperkt aantal werkt uitsluitend extramuraal (onder meer in privé-klinieken) en een wat groter aantal werkt zowel intra- als extramuraal. De precieze aantallen zijn niet bekend. Voor 1995 zijn in verschillende bronnen verschillende aantallen aangetroffen. Naar orde van grootte komen zij wel met elkaar overeen, zodat voor 1995 de volgende aantallen kunnen worden aangehouden: Totaal zijn er 442 oogartsen werkzaam en 96 in opleiding (NOG). Daarvan werken zo'n 30 oogartsen geheel extramuraal en ongeveer 100 zowel intra- als extramuraal.

Deze aantallen betreffen overigens personen. Van ziekenhuizen is nauwkeurig bekend hoeveel FTE oogartsen daar werkzaam zijn (zie paragraaf 2.8). Voor 1996 zou sprake zijn van 480 werkzame oogartsen.

Een typering van de beroepsgroep

De meest uitgebreide beschrijving van het oogartsenberoep van de laatste jaren is opgesteld door Biesheuvel-Snellen in haar rapport 'Het oog wil ook wat' uit 1990. De hierna volgende gegevens uit 1989 zijn aan dit rapport ontleend.

De beroepsgroep van werkzame oogartsen (420 personen) kon voor 1989 als volgt nader worden getypeerd:

- 78% van hen waren mannen.
- Er wordt geschat, dat 336 oogartsen full-time werkten en 84 part-time.
- Gemiddeld werd 34 uur per week besteed aan spreekuur, laserwerkzaamheden en operaties (SLO). Full-timers gemiddeld 37 uur, part-timers gemiddeld 22 uur.
Die 34 uur verdeelde zich als volgt over de drie genoemde onderdelen:
Spreekuren: 25 uur
Operatietijd: 6 uur
Laserwerkzaamheden: 2 uur
Het aantal uren SLO-werkzaamheden per week blijkt mede af te hangen van de leeftijd van de oogarts. De piek ligt bij 45-49 jaar.
- Per spreekuur van 4 uur werden gemiddeld 27 patiënten gezien (14 eerste consulten, 13 herhalingsconsulten). Dat betekent, dat er gemiddeld 8 à 9 minuten per patiënt wordt besteed.
8 patiënten per spreekuur waren 'echt' nieuwe patiënten.
Aan nieuwe patiënten wordt gemiddeld 12 minuten besteed, aan controle gemiddeld 7 minuten. Dit zijn niet de gewenste uren, maar de feitelijke uren. Gewenst is 15, respectievelijk 9 minuten.
- De wachttijd voor een spreekuur was gemiddeld 10 weken.
- Gemiddeld werden door een oogarts per jaar 218 klinische en poliklinische operaties verricht. In absolute aantallen kwam dit neer op ongeveer 91.560 operaties.
- Het gemiddeld aantal laserbehandelingen was 4,6 per week. Bij 44 werkweken komt

dit neer op zo'n 85.000 laserbehandelingen per jaar.

- Gemiddeld stonden oogartsen 6 bedden ter beschikking (Universitair 21, niet-universitair 4).
- Geschat wordt voor 385 full-time oogartsen, dat zij in totaal 700.000 patiëntenuren maakten in 1989. Oftewel: 41,5 uur per week per FTE-oogarts. Daar kwamen dan nog 10 uur per week niet-patiëntgebonden activiteiten bij.
- Gemiddeld 63% van de spreekuurtijd wordt besteed aan oogheeskundige pathologie. Dit getal is inclusief universitair werkende oogartsen. Zonder deze: 61%. Dat betekent, dat oogartsen gemiddeld 37% van hun tijd besteedden aan refractiebepalingen. (Zie tabel 5)

55% van de oogartsen doen zelf nog alle refractiewerkzaamheden.

In de oogartsenpraktijken waren in 1989 de volgende hulpkrachten werkzaam:

- In 80% was een orthoptiste werkzaam.
- 27% van hen deed de refractiebepalingen
- in 48% een technisch oogheeskundig assistent (TOA)
- 69% van hen deed de refractiebepalingen
- in 23% een opticien/optometrist
- in 45% was zowel een TOA als een orthoptist werkzaam

Over 1994 kunnen de volgende gegevens worden gepresenteerd (Reader, 1995;) - het betreft hierbij een opgave van het NOG met betrekking tot haar ledenbestand:

442 oogartsen vervullen gezamenlijk 373 FTE-functieplaatsen. Van deze 442 oogartsen werken er 23 uitsluitend extramuraal en 70 zowel intra- als extramuraal. Er zijn 102 universitair werkende oogartsen.

Het aantal assistenten in opleiding is 94.

Over 1996 kunnen nog de volgende gegevens over deze beroepsgroep worden verstrekt (Heiligers e.a., 1997):

- Volgens de registratie van het NOG waren begin 1996 439 oogartsen werkzaam. 74% van hen zijn mannen.
- De gemiddelde leeftijd is 45 jaar.
- Van de mannelijke oogartsen werkt 63,5% full-time, van de vrouwelijke 25,3%.
- Per FTE wordt per week 42,5 uur besteed aan patiëntgebonden activiteiten en 10,6 uur aan niet-patiëntgebonden activiteiten.

In de oogzorg kan onderscheid worden gemaakt tussen een medische subsector en een commerciële subsector. Dit onderscheid blijkt ook voor oogartsen niet overal even scherp te zijn. Jaarsma (1996) schat bijvoorbeeld, dat er in Nederland een honderdtal oogartsen zijn die in meer of mindere mate commerciële activiteiten ontplooiën.

"In sommige gevallen verwijst de oogarts die een gezichtshulpmiddel voorschrijft de patiënt/consument door naar een aan hem gelieerde optiekzaak."

Opleidingen

Per 1 januari 1995 waren er 91 artsen in opleiding tot oogarts.

Sinds 1991 wordt jaarlijks subsidie verleend aan de afdelingen oogheeskunde van de academische ziekenhuizen en aan het Oogziekenhuis Rotterdam voor het opleiden van totaal 20 extra oogartsen. Deze extra opleidingen zou een stevige reductie van de wachtlijsten tot gevolg moeten hebben (Tweede Kamer, 1996). In de praktijk blijkt nu, dat afgestudeerde oogartsen lang niet allemaal aan het werk kunnen. In dit licht wordt

nu weer gedacht over een afbouw van deze extra opleidingscapaciteit.

Tabel 2.4 Opleidende oogartsen en oogartsen in opleiding per 1-1-1996 (personen)

Erkende opleidingsinrichting		Aantal aan opleidingen deelnemende specialisten van eigen specialisme	Aantal Agio's	Aantal Agnio's
Academisch	Niet-academisch			
AMC		14	15	1
AZVU		13	8	1
AZG		8	8	0
AZL		14	9	2
AZM		9	9	0
AZN		9	9	0
AZR		5	6	0
AZU		14	14	0
	Oogziekenhuis Rotterdam	21	14	3
		107	92	7

Bron: SRC

Bij de SRC stonden per 1-1-1996 in totaal 615 specialisten als oogarts ingeschreven.

Patiënten bij de oogarts

Er zijn niet veel gegevens bekend over de kenmerken van de groep patiënten die de oogarts bezoeken. Aanwijzingen hiervoor kunnen worden gevonden in de verwijzingen door de huisarts (zie paragraaf 2.1). Verder zijn er twee tabellen te geven over de leeftijdsverdeling van patiënten van de oogarts.

Tabel 2.5 Verdeling van de spreekuurtijd in % refractie en pathologie, 1989

Leeftijd	Refractie	Pathologie
0-4	7	8
5-44	6	8
45-64	10	15
> 65	14	32

Biesheuvel-Snellen, 1990

Bij deze tabel kunnen twee kanttekeningen worden gemaakt:

- De gepresenteerde informatie betreft cijfers uit 1989. Het is niet bekend of deze cijfers inmiddels veranderd zijn.
- Refractiebepalingen kunnen bedoeld zijn voor het aanmeten van visuele hulpmiddelen, maar het NOG geeft aan (Reader, 1995), dat refractiebepalingen evenzeer een diagnostische verrichting vormen bij oogheekundige pathologie. Het is uit deze tabel niet duidelijk in welke mate er sprake is van uitsluitend refractiebepalingen.

Ten slotte in dit verband nog een meer recente tabel met betrekking tot de leeftijdsverdeling van de patiëntenpopulatie van oogartsen.

Tabel 2.6 Bezoek oogarts naar leeftijd (percentages)

Leeftijdsklasse	Percentage
<19	40
20-29	19
30-39	16
40-54	
>54	36

Bron: Rijsemus, 1996

Verwijsgedrag van oogartsen

Oogartsen verwijzen zelf ook weer door naar meer gespecialiseerde instellingen, in het bijzonder academische ziekenhuizen. De volgende verwijscijfers zijn bekend, waarbij ook hier het voorbehoud moet worden gemaakt, dat deze gegevens betrekking hebben op 1989.

Tabel 2.7 Doorverwijzing naar academische centra (1989)

Aard van de aandoening	Doorverwezen (%):
Netvliesloslating / glasvochtopathologie	98
Tumoren	32
Hoornvliestransplantatie	51
Orbitapathologie	18
Ongevallen	35
Laserspecialisaties	17

Bron: Biesheuvel-Snellen, 1990

2.3 Optometristen

De optometristen noemen zichzelf 'de specialist van het gezonde oog' (Reader, 1995). In eerste instantie worden zij door cliënten benaderd voor visusproblemen met een niet-pathologische oorzaak. De volgende informatie kan over deze beroepsgroep worden geleverd:

Beschrijving

Van Wersch en Van der Flier (1993) constateren, dat het belangrijkste verschil tussen optometristen en opticiens is, dat optometristen naast subjectieve ook objectieve refractiebepalingen kunnen uitvoeren. Daarnaast wordt gesteld:

"Typische taken van een optometrist [zijn] het constateren van oogafwijkingen en daaraan de nodige zorg besteden, zoals het doorverwijzen naar een oogarts."

Enkele jaren later komt Rijsemus (1996) tot de volgende omschrijving van het beroep optometrist:

"Het beroepsmatig (...) zelfstandig voorschrijven, aanmeten, verstrekken en afpassen van visuele hulpmiddelen en het geven van adviezen om de visuele prestatie te verbeteren. Daarbij richt de optometrist zich (...) voornamelijk op niet-pathologische tekortkomingen van het gezichtsvermogen. Pathologische afwijkingen worden alleen behandeld op advies van of in overleg met een behandelend arts."

Bielars (1996) noemt onder meer de volgende redenen, waarom een cliënt/patiënt de voorkeur zou kunnen geven aan een optometrist boven de oogarts of de opticien:

- de optometrist heeft een meerwaarde ten opzichte van de opticien, omdat hij een medisch verdacht oog kan herkennen en adequaat kan verwijzen;
- de optometrist heeft een lage drempel en kan een spilfunctie vervullen bij het verwijzen naar een geneeskundige.

“Patiënten die zich rechtstreeks tot de optometrist wenden worden, indien het oog afwijkt van het normale, met een adequate rapportage ter beoordeling naar de huisarts verwezen. Ook de huisarts zou deel moeten uitmaken van het transmurale zorgmodel voor oogzorg.” (Bielars, 1996)

Opleiding

Traditioneel was de optometrist opgeleid op MBO-niveau. Inmiddels is er een HBO-opleiding voor optometristen. In haar brief van 17 maart 1997 heeft de Minister vastgelegd, dat er -gezien het grote verschil in opleidingsniveau tussen de MBO-opgeleide en de HBO-opgeleide optometrist- geen algemeen geldende wettelijke overgangsregeling ('generaal pardon') voor de nu werkzame MBO-optometristen zal worden gerealiseerd.

De HBO-opleiding optometrie wordt gegeven aan de Hogeschool van Utrecht (HvU). Zij is in 1989 van start gegaan en duurt vier jaar, inclusief een stage van één jaar. In 1993 vond erkenning van de opleiding plaats door het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. De bestaande post-MBO-cursussen Optometrie worden naar 2001 toe afgebouwd en opgeheven. Afgestudeerden van deze post-MBO-opleiding kunnen bij de HvU een bijscholingscursus volgen (deeltijd, twee jaar). Deze bijscholingscursus heeft feitelijk het karakter van een overgangsopleiding. Hij leidt niet op tot HBO-niveau, maar tot een certificaat van bekwaamheid. MBO-optometristen die in bezit zijn van dit certificaat mogen zich in de toekomst eveneens optometrist noemen.

Van de huidige MBO-optometristen blijken er ongeveer 600 geïnteresseerd te zijn om de aangeboden overgangsopleiding te volgen. 360 van hen zullen daadwerkelijk binnenkort met de opleiding beginnen.

De HvU streeft ernaar ongeveer 40 tot 50 studenten per jaar als optometrist te laten afstuderen. In februari 1996 volgden ongeveer 200 studenten de opleiding, waarvan 75 in deeltijd.

Erkenning

Inmiddels heeft de Raad voor de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg de minister geadviseerd het beroep 'optometrist' te erkennen in het kader van artikel 34 van de wet BIG. De Raad is van mening, dat de medische component van de HBO-opleiding zodanig is, dat de optometrist in staat mag worden geacht onderzoek te kunnen verrichten naar eventuele oogaandoeningen.

Een regeling krachtens artikel 34 van de wet BIG betekent, dat eisen worden gesteld aan de opleiding en dat het gebied van deskundigheid van de desbetreffende beroepsbeoefenaar wordt omschreven. Ook krijgen de beroepsbeoefenaren een beschermde titel. (Raad BIG, 1996)

Het advies van de Raad BIG aan de minister van VWS luidt als volgt:

“Tot het gebied van deskundigheid van de optometrist wordt gerekend:

- a. het op eigen initiatief of op verwijzing verrichten van subjectieve en objectieve metingen van de ogen en indien nodig voorschrijven, aanmeten, verstrekken en afpassen van visuele hulpmiddelen en het*

- geven van adviezen om de visuele prestatie te corrigeren en verbeteren;*
- b. het op eigen initiatief of op verwijzing screenen op oogaandoeningen en bij constatering van een oogaandoening verwijzen naar de huisarts/oogarts;*
 - c. het op verwijzing van de (oog)arts verrichten van andere handelingen op het gebied van de oogzorg.”*

Bij brief van 22 november 1996 geeft de Minister aan in te kunnen stemmen met dit advies van de Raad BIG. Zij schrijft:

“Met uw conclusie en aanbeveling ben ik het eens. Ik heb dan ook besloten over te gaan tot het ontwerpen van een algemene maatregel van bestuur ter invoering van artikel 34 Wet BIG voor het beroep van optometrist.”

Derhalve mag vanaf 1999 in het kader van de wet BIG uitsluitend de HBO-opgeleide de titel optometrist voeren. De optometrist is daarmee een zelfstandige beroepsgroep binnen de gezondheidszorg, maar werkt tegelijkertijd veelal in de (commerciële) optiekbranche. Om die reden heeft de Minister in haar brief van 22 november aan het Bestuur van de Algemene Nederlandse Vereniging van Optometristen (ANVO) het verzoek gedaan een gedragscode te ontwikkelen. Het gaat daarbij in het bijzonder om het regelen van “... de relatie tussen het werken op het gebied van de individuele gezondheidszorg en de (eventuele) commerciële activiteiten” (pag. 5). Bij zo'n gedragscode kan worden gedacht aan zaken als: adverteren, het bieden van een vrije keuze aan mensen om bij het kopen van een bril of contactlenzen niet gebonden te zijn aan de optometrist, die de refractiebepaling heeft uitgevoerd, enz.

Aantallen

In 1995 waren er 1310 optometristen, waarvan 12 met een afgeronde HBO-opleiding Optometrie. Eind 1996 waren er volgens een brief van de Minister van VWS (1997) ongeveer 80 optometristen met een afgeronde HBO-opleiding.

2.4 Orthoptisten

De orthoptist is gespecialiseerd in de behandeling van mensen die stoornissen hebben in de samenwerking tussen beide ogen. Het beroep was al erkend in het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen en is dat ook in het kader van de wet BIG.

Traditioneel is een orthoptist werkzaam in de praktijk van een oogarts. Lange tijd was hij of zij daarmee geen zelfstandig beroepsbeoefenaar, maar in die situatie is verandering gekomen.

In juni 1993 werd door de Ministerraad de beslissing genomen, dat de orthoptist niet meer werkt 'op aanwijzing en onder controle van de oogarts', maar 'onder verwijzing van' de oogarts. Deze ontwikkeling naar een zelfstandige beroepsuitoefening gaat nog verder: Per 1 december 1997 zal een Algemene Maatregel van Bestuur van kracht worden in het kader van de wet BIG, waarmee de mogelijkheid wordt geschapen, dat er een directe verwijsrelatie gaat ontstaan van de huisarts naar de orthoptist. Dit betekent, dat de orthoptist ten opzichte van de oogarts een minder afhankelijke positie krijgt.

Deze uitbreiding komt nog niet volledig tegemoet aan de wensen van de orthoptisten. Zij pleiten voor een brede verwijsrelatie. Ook kinderartsen en neurologen zouden naar de orthoptist moeten kunnen verwijzen. (Reader, 1995)

In 1995 waren er 240 orthoptisten. (Rijsemus, 1996) Er zijn er 76 in opleiding.

2.5 Technisch Oogheelkundig Assistenten (TOA's)

De TOA verricht zeer specialistische en technische werkzaamheden met het doel het gezichtsvermogen van de patiënt te onderzoeken en met behulp van hulpmiddelen te verbeteren. De TOA is werkzaam in de praktijk van een oogarts en geen zelfstandig beroepsbeoefenaar.

In de 'Functiebeschrijving Technisch Oogheelkundig Assistent' (Reader, 1995) wordt een twintigtal werkzaamheden van de TOA opgesomd, zoals:

- afnemen anamnese;
- bepalen oude brilsterkte;
- refractiebepaling;
- gezichtsscherpte bepaling monoclair;
- contactlens aanmeting en het voorschrijven hiervan;
- oogheelkundige fundusfotografie;
- gezichtsveldonderzoek;
- het assisteren en voorbereiden van apparatuur voor licht- en lasercoagulatie.

De meeste tijd wordt besteed aan refractiebepalingen (22% van de tijd), perimetrie (18%), afnemen anamnese (16%) en tonometrie (13%). (Reader, 1995)

Uit een enquête onder TOA's uit juli 1995 (Reader, 1995) blijken onder meer de volgende gegevens over deze beroepsgroep:

Leeftijd:	<30	27%
	30-39	56%
	40-49	7%
	>50	10%
Geslacht:	Vrouwen:	81%
	Mannen:	19%
Gediplomeerd:		82%
Vooropleiding:	MAVO:	16%
	MBO:	17%
	HAVO:	35%
	VWO:	20%
	HBO:	12%
Deeltijd:	<50%	14%
	50%	3%
	60%	17%
	80%	21%
	100%	45%

In het rapport 'Onderlinge Afstemming Oogzorg in Nederland' (Van der Horst, 1996) wordt de aanbeveling gedaan serieus te overwegen om de opleiding van de TOA op

HBO-niveau te brengen (pag. 378).

Evenals de huisartsen (zie paragraaf 2.1) doet de Nederlandse Vereniging van Technisch Oogheelkundig Assistenten de suggestie om te komen tot regionale centra, waar oogheelkundige onderzoeken kunnen worden verricht en waar bijvoorbeeld ook huisartsen of neurologen gebruik van kunnen maken.

Eén van de complicerende aspecten van de oogzorg in Nederland, is, dat er min of meer sprake is van een medische subsector en een commerciële subsector. "Min of meer", omdat de scheiding niet echt scherp te maken is. Zoals in paragraaf 2.2 al is aangegeven zijn er oogartsen, die ook commerciële activiteiten ontplooiën (denk bijvoorbeeld aan privé-klinieken, maar ook aan banden van oogartsen met optiekbedrijven). Daarnaast krijgen optometristen over enige tijd een erkenning als paramedisch beroep in het kader van de wet BIG, terwijl zij voornamelijk werkzaam zijn in de -commerciële- optiekbranche. Hoewel daarmee de grenzen tussen beide subsectoren niet scherp zijn, wordt in dit brancherapport toch op deze plaats een cesuur gelegd. Waren de voorgaande paragrafen vooral gericht op de medische, paramedische en perimedische beroepen, de nog te beschrijven beroepen van opticiens en contactlensspecialist bewegen zich nadrukkelijk in de commerciële sfeer. Daarom eerst een korte beschrijving van de optiekbranche.

2.6 De optiekbranche*

Inclusief BTW bedroegen de consumptieve bestedingen aan oogoptiek in 1995 zo'n anderhalf miljard gulden, ofwel f 97,= per hoofd van de bevolking. Daarbij moet worden gedacht aan: monturen, glazen, contactlenzen, accessoires, enz. Brillen en verglazingen vormen verreweg het grootste deel van de uitgaven: ruim 1 miljard gulden. Aan contactlenzen en contactlensvloeistoffen werd zo'n 380 miljoen uitgegeven.

Meer dan 90% van de totale consumptieve bestedingen aan oogoptiek vindt plaats bij optiekzaken en contactlensinstituten.

Per 1 januari 1996 waren er 1.885 vestigingen van optiekbedrijven ingeschreven in het Handelsregister van de Kamers van Koophandel. Een stijging met 54 verkoopplaatsen ten opzichte van 1 januari 1995. Overigens verkopen niet alleen optiekbedrijven gezichtshulpmiddelen. Onder meer warenhuizen en oogartsen bewegen zich eveneens op deze markt.

Er is een sterke filiaalvorming in de optiekbranche gaande. Per 1 januari 1995 waren er 174 filiaalondernemingen met in totaal 763 verkoopplaatsen (exclusief franchisevestigingen; hun aantal wordt op ongeveer 100 geschat). Ongeveer tweederde daarvan behoort tot het grootwinkelbedrijf (meer dan zes vestigingen). Het marktaandeel van deze laatste is groeiende en wordt momenteel geschat op 35%.

Naar schatting zijn er ongeveer 7.000 personen werkzaam in de optiekbranche. Hiervan zijn circa 1.500 ondernemers en meewerkende gezinsleden. Van de ongeveer

* Tenzij anders vermeld, is de informatie in deze paragraaf ontleend aan: Jaarsma, K.: De optiekbranche - brancheschets 1996, EIM, Den Haag, Mei 1996 1996

5.500 werknemers is 45% vrouw en werkt ongeveer 80% full-time.

Meer dan 20% van de in de branche gewerkte uren wordt besteed aan oogmeting, lensaanpassing en aan de bepaling van de benodigde sterkte van het gezichtshulpmiddel. (Jaarboek Ambacht 1996-1997)

De optiekbranche kent een aantal opleidingsinstituten waar men tot opticien of optometrist kan worden opgeleid. Via het leerlingenwezen kan men worden opgeleid tot assistent-opticien en tot 'vakkracht optiekbedrijf 1e beroepsgraad'. Via het cursorisch onderwijs kan men worden opgeleid tot 'vakbekwaam opticien', 'opticien-optometrist' en tot 'opticien-contactlensspecialist'. De laatste twee opleidingen worden in de toekomst afgebouwd.

Er is één MBO-dagopleiding tot vakbekwaam opticien. Daarnaast zijn er voor opticiens deeltijdopleidingen 'optometrist' en 'contactlensspecialist'. In het jaar 2001 zal de MBO-opleiding tot optometrist zijn afgebouwd. Zoals eerder beschreven, worden via de Hogeschool van Utrecht momenteel vol- en deeltijdstudies HBO-Optometrie aangeboden.

Een belangrijke ontwikkeling voor de optiekbranche is de deregulering van de vestigingwet. Hierdoor kan in principe iedere winkel brillen en contactlenzen verkopen. De optiekbranche heeft de minister verzocht in aanmerking te komen voor een zogenaamde 'kanalisatieregeling' via de wet op de medische hulpmiddelen. Deze regeling houdt in, dat het uitsluitend aan een bepaalde beroepsgroep -in dit geval de opticiens- is voorbehouden om bepaalde producten -in dit geval brillen en contactlenzen- te verkopen. De minister heeft dit verzoek afgewezen voor wat betreft de verkoop van brillen, maar zal voor wat betreft de verkoop van contactlenzen haar standpunt nog nader bepalen. (Brief Minister, 17 maart 1997)

2.7 Opticiens

Wersch en van der Flier (1993) komen in hun identiteitsonderzoek in de optiekbranche tot de volgende omschrijving van de kennis en kunde van de opticien:

"Een opticien is in staat om subjectieve refracties uit te voeren. Het aanmeten van brillen en het pasklaar maken van brillen behoort tot het vakgebied van de opticien. Onder het pasklaar maken van brillen wordt ook verstaan het slijpen van de glazen en het assembleren van de bril. Naast deze taken presenteert hij/zij het bedrijf en het assortiment. Licht administratief werk uitvoeren zoals bestellingen doen en factureren behoort ook tot het beroep."

De opticien is dus in feite een winkelier die brillen pasklaar maakt en verkoopt. Daarnaast verkoopt hij of zij ook nog een veelheid aan andere zaken die met optiek te maken hebben.

Naast opticiens zijn er ook assistent-opticiens. Naar schatting zijn er ongeveer 900 opticiens werkzaam. (Zie ook tabel 11)

Bielars (1996) omschrijft de opticien als "... de ambachtelijke vakman van het gezichtshulpmiddel". De opticien verricht oogmetingen binnen de (negen) limieten zoals deze in zijn beroepsprofiel zijn beschreven. Deze limieten hebben de opticiens zichzelf opgelegd. Enkele voorbeelden daarvan zijn:

- Niet bij kinderen onder de 15 jaar, niet bij volwassenen boven 50 jaar, die voor het

- eerst bij de opticien komen.
- Niet wanneer de sferische waarden boven plus of min 8 dioptrieën, of de torische waarden boven cylinder van plus of min 3 dioptrieën liggen.
 - Elke onverklaarbare visuswijziging dient te worden doorverwezen naar een medicus of een optometrist.
- (Reader, 1995)

Tabel 2.8 Belangrijke verschillen tussen de optometrist en de opticien

Optometrist	Opticien
Screent en doet objectieve en subjectieve refractie-bepaling. Levert gezichtshulpmiddelen, zowel zelfstandig als op voorschrift van anderen. De optometrist is niet gebonden aan limieten.	Doet zelfstandig of op verzoek van een medicus of optometrist uitsluitend subjectieve refractie-bepaling binnen limieten.
Meet visuele hulpmiddelen aan, waaronder te verstaan: brillen, contactlenzen, vergrootglazen, loupes, low vision aids.	Past brillen af en adviseert ten aanzien van de soort glazen.
Vervaardigt als optometrist zelf geen brillen, maar in zijn functie als opticien wel.	Vervaardigt zelf brillen.
Geeft adviezen om visuele prestatie te corrigeren en te verbeteren.	Adviseren ten aanzien van dit punt is niet opgenomen in de beroepsbeschrijving.
Houdt zich bezig met niet-pathologische tekortkomingen van het gezichtsvermogen.	Houdt zich uitsluitend bezig met optische correctie d.m.v. brillen.
Verwijst pathologische tekortkomingen door naar een medicus.	Zal tijdens de subjectieve refractie steeds moeten overwegen of verwijzing naar een optometrist ofgeneeskundige noodzakelijk is.

2.8 Contactlensspecialist

De contactlensspecialist meet contactlenzen aan. Hij is meestal in dienst van een opticien. De contactlensspecialist heeft een opleiding op MBO-niveau. In het kader van de ontwikkelingen in de beroepsgroep van de optometristen ligt een ontwikkeling in het verschiet, waarbij de nu op MBO-niveau opgeleide optometrist de titel 'contactlensspecialist' kan verkrijgen. Dit, om hem te onderscheiden van de op HBO-niveau opgeleide optometrist die in de toekomst uitsluitend de dan beschermde titel 'optometrist' mag voeren.

Bielars (1996) pleit ervoor om het beroep van contactlensspecialist privaatrechtelijk te regelen in een erkenningsregeling. Ook de Minister wijst er in haar brief van 17 maart 1997 op, dat het hier gaat om zelfregulering door de branche.

2.9 Voorzieningen

Na deze korte beschrijving van de -commerciële- optiekbranche keren we terug naar de medische sector van de oogzorg. Wij beschrijven kort verschillende 'voorzieningen' die een belangrijke rol spelen in de oogzorg in Nederland. Wij zullen niet uitgebreid op deze voorzieningen ingaan, omdat hun rol in de oogzorg niet of nauwelijks omstreden en aan verandering onderhevig is.

Ziekenhuizen

Op de volgende pagina is een aantal kerngegevens gepresenteerd met betrekking tot de oogzorg in ziekenhuizen.

Tot 1 januari 1996 bepaalden de erkenningen ex WZV het aantal specialistenfunctieplaatsen. Norm voor oogheelkunde was per 1990: 1:44.300. Dat wil zeggen 339 intramurale functieplaatsen. Daarvóór gold een norm van 1:52.000. (Biesheuvel-Snellen, 1990)

Tabel 2.9 Kerngegevens intramurale oogheelkunde

Algemene ziekenhuizen	1990	1991	1992	1993	1994	1995	Gemiddelde Jaarlijkse groei
Aantal instellingen	120	113	113	113	112	110	-1,7
FTE-specialisten	285	282	284	282	281	290	0,3
Aantal ontslagen en overleden patiënten	34.633	39.233	41.776	43.862	45.314	42.059	4,0
Aantal ont. en ov. patiënten / specialist	121,52	139,12	147	156	161,26	145	3,6
Aantal verpleegdagen	170.771	172.346	166.067	157.266	146.171	124.932	-6,1
Gemiddelde verpleegduur (dagen)	4,9	4,4	4,0	3,6	3,2	3,0	-9,3
Aantal eerste polikliniek- bezoeken *)	971.202	993.807	692.288	657.608	702.555	739.356	2,2
Aantal eerste polikl.bez. / specialist *)	3.407,73	3.524,14	2.438	2.332	2.500,20	2.550	1,5
Totaal aantal polikliniek- bezoeken	1.856.039	1.900.822	1.865.743	1.841.555	1.903.653	1.912.819	0,6
Totaal aantal polikl. bez. / specialist	6.512,42	6.740,50	6.570	6.530	6.774,57	6.596	0,3
Herhalingsfactor *)	0,9	0,9	1,7	1,8	1,7	1,6	-2,0
Aantal specialisten (FTE)							
Algemene ziekenhuizen	285	282	284	282	281	290	
Academische ziekenhuizen ^{a)}	68	64	62	62	61	62	
Categorale ziekenhuizen ^{b)}	18	14	13	19	19	19	
Totaal ziekenhuizen	371	360	359	363	361	371	
Totaal per 10.000 inwoners	0,25	0,24	0,24	0,24	0,23	0,24	

Bron: NZi

*) In 1992 is een wijziging opgetreden in de definitie van het begrip 'eerste polikliniekbezoek'. Om die reden is in de laatste kolom de jaarlijkse groei berekend over de periode 1992-1995.

a) In totaal 8 academische ziekenhuizen

b) Oogziekenhuis Rotterdam

Enkele conclusies uit deze tabel kunnen zijn:

- Het aantal FTE oogartsen is over deze periode vrijwel onveranderd.
- Uitgedrukt in aantallen ontslagen patiënten, neemt de produktie van oogartsen tussen 1990 en 1994 om in 1995 ineens te dalen. Deze omslag hangt vermoedelijk samen met de sterke stijging van het aantal dagverplegingen (zie ook de volgende tabel).

In onderstaande tabel wordt de ontwikkeling van het aantal operatieve ingrepen door oogartsen in algemene ziekenhuizen weergegeven.

Tabel 2.10 Verrichtingen in ziekenhuizen

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	gem. jrl. groei
Ooglens							
Dagverpleging	932	1.278	2.435	6.085	11.228	18.108	81,0
Klinisch opnamen	34.011	38.511	42.156	45.024	46.078	44.365	5,5
Verpleegduur	5,3	4,6	4,1	3,7	3,3	3,1	-10,2
Overige oogandoeningen							
Dagverpleging	6.054	8.362	10.239	13.721	14.758	15.571	20,8
Klinisch opnamen	22.129	23.094	23.813	23.215	23.589	22.506	0,3
Verpleegduur	5,5	5,3	5,0	4,6	4,3	4,1	-5,7

Bron: SIG

De ontwikkeling van het aantal operaties aan de ogen, dat in dagbehandeling wordt uitgevoerd mag gerust spectaculair worden genoemd. Met name het aantal operaties aan de ooglens (voor het merendeel staaroperaties) is zeer sterk gestegen. In 1995 bijna twintig keer zo veel als in 1990. Opvallend is, dat zich zowel voor operaties aan de ooglens als voor overige oogoperaties tussen 1994 en 1995 een daling voordoet in het aantal klinische opnamen. Als deze ontwikkeling in ditzelfde tempo doorgaat is het niet onwaarschijnlijk, dat het aantal dagopnamen in de oogzorg in algemene ziekenhuizen binnen niet al te lange tijd het aantal klinische opnamen gaat overtreffen.

Niet-klinische behandelcentra

Naar schatting zijn er ongeveer veertig niet-klinische behandelcentra ('privé-klinieken'). Het precieze aantal is niet bekend en mede afhankelijk van de gekozen definitie. Enkele privé-klinieken zijn gespecialiseerd in oogheeskundige verrichtingen, onder meer gevestigd in Roosendaal, Haarlem en Rijswijk. Er zijn ook privé-klinieken waar verschillende specialistische verrichtingen worden aangeboden, waaronder ook oogheeskundige verrichtingen. Er zijn slechts spaarzaam gegevens bekend. Van Santen e.a. (1993) constateren, dat van de 32 door hen onderzochte privé-klinieken er 4 gespecialiseerd zijn in oogheeskunde en er 2 privé-klinieken zijn, waar naast oogheeskundige nog andere specialismen werkzaam zijn. Van deze zes centra blijkt, dat er 18 oogartsen werkzaam zijn in respectievelijk 14 'snijdende centra' en 4 'diagnostische centra'. Over deze centra wordt verder nog opgemerkt, dat het vooral gaat om staaroperaties, laserbehandelingen en optiekdiensten.

De minister wil overigens het verschijnsel privé-kliniek in de hand houden. Zij is geen voorstander van uitbreiding. Momenteel worden privé-klinieken nog gedoogd. De ontwikkelingsrichting van het huidige beleid is, dat het gedoogbeleid wordt gehandhaafd, maar dat privé-klinieken gelieerd dienen te zijn aan een ziekenhuis. Letterlijk

schrijft de Minister in haar brief van 17 maart 1997:

"... betekent dit niet dat er geen zorg buiten het ziekenhuisgebouw kan plaats vinden. Dat kan wel, maar dan wel onder regie van het geïntegreerde ziekenhuisbedrijf. Het is dan ook mijn bedoeling om bestaande privéklinieken (...) over enige tijd onder te brengen bij bestaande ziekenhuizen."

Instellingen voor visueel gehandicapten

Er zijn in Nederland vier instellingen voor mensen met visuele functiebeperkingen. In de erkenning van deze instellingen zijn de volgende componenten omschreven, gericht op revalidatie, het kunnen volgen van onderwijs en het herstel, respectievelijk bevordering van de zelfstandigheid van mensen met een visuele handicap:

- onderzoek, behandeling en ambulante begeleiding;
- opname, deeltijdbehandeling en verblijf;
- consultatie en advies;
- voorlichting en informatie.

Deze instellingen zijn allang niet meer de vroegere 'internaten voor blinde kinderen'. Er wordt ook extramurale hulp aan volwassenen geboden en er zijn consultatiefuncties ontwikkeld ten behoeve van instanties die bij blinde of slechtziende mensen zijn betrokken.

2.10 Een globale internationale vergelijking

De European Council of Optometry and Optics (ECOO) heeft in 1996 een vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar de oogzorg in een aantal Europese landen. Uit het rapport 'Optometry in Europe', kan de volgende tabel worden afgeleid:

Tabel 2.11 De oogzorg, internationaal vergeleken

Land	Optometr.	Opticiens	Oogartsen	Inwoners per oogarts	Winkels (milj.)	Inwoners
België		3.000	850	11.900	2.300	10,1
Denemarken		1.900	225	23.100	850	5,2
Duitsland		10.500	5.000	16.300	8.300	81,3
Finland	1.050		330	15.500	720	5,1
Frankrijk	2.500	7.500	5.400	10.700	7.000	57,8
Griekenland	35	1.200	1.500	6.900	1.400	10,4
Ierland	354	138	191	18.800	-3,6	
Italië		11.000	6.000	9.500	11.000	57,1
Luxemburg		41	31	12.900	60	0,4
Nederland	1.350	900	420	36.400	1.750	15,3
Noorwegen	750		230	18.700	390	4,3
Oostenrijk		1.200	560	14.300	1.200	8,0
Portugal	330		650	15.200	1.200	9,9
Spanje		6.000	3.500	11.200	5.000	39,1
Ver. Kon.	7.000	3.650	750	77.700	7.500	58,3
Zweden		1.550	500	17.400	850	8,7
Zwitserland		4.000	300	23.300	1.000	7,0

Bron: ECOO, 1996

Zonder nadere beschrijving van de verschillende oogzorgsystemen in de verschillende

landen kunnen aan deze tabel niet zonder meer conclusies worden getrokken. Zo heeft bijvoorbeeld in Engeland de optometrist een veel meer prominente rol in de oogzorg dan tot nu toe in de Nederlandse situatie, waarin voornamelijk MBO-opgeleide optometristen werkzaam waren.

Andere voorbeelden zijn Oostenrijk en Denemarken, waarvan uit het rapport van de ECOO blijkt, dat een veel groter aandeel werkt in privé-praktijken dan in ziekenhuizen. Precies andersom als in vergelijking met Nederland. Kennelijk is ook daar sprake van andere systemen van oogzorg.

In de beleidsnota van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) 'De toekomst voor ogen' (1992), is eveneens een tabel opgenomen, waarin voor een aantal landen de 'oogartsendichtheid' is opgenomen. Het meetjaar voor die tabel is 1989. Wanneer we de overeenkomstige landen uit deze beide internationale vergelijkingen met elkaar combineren, ontstaat het volgende beeld:

Tabel 2.12 Ontwikkeling van het aantal oogartsen ten opzichte van de omvang van de bevolking in verschillende Europese landen, 1989 en 1996

Land	Aantal inwoners per oogarts		Procentuele verandering 1989-1996
	1989 ¹⁾	1996 ²⁾	
België	16.600	11.900	-28,3
Duitsland ³⁾	17.700	16.300	-7,9
Frankrijk	13.300	10.700	-19,5
Nederland	39.000	36.400	-6,7
Noorwegen	26.700	18.700	-30,0
Oostenrijk	21.900	14.300	-34,7
Spanje	14.350	11.200	-22,0
Ver. Koninkrijk	93.300	77.700	-16,7
Zweden	22.200	17.400	-21,6
Zwitserland	23.500	23.300	-0,9

1) Bron: De toekomst voor ogen (NOG, 1992)

2) Bron: ECOO, 1996

3) Voor 1989: Bondsrepubliek Duitsland

In alle landen is het aantal oogartsen relatief ten opzichte van de bevolking in deze periode gestegen. Het sterkst in Oostenrijk, het minst in Zwitserland.

In het rapport van de ECOO wordt de volgende algemene ontwikkeling geschetst:

"De trend in de meeste Europese landen gaat in de richting van opticien / optometrist die een dubbele taak vervult door enerzijds oogonderzoeken te verrichten en door anderzijds optische hulpmiddelen aan te passen en te verkopen. (...) Steeds meer optometristen zijn voldoende goed opgeleid om oogziekten, verwondingen en afwijkingen van het oog op te sporen. In deze gevallen verwijzen zij de patiënten naar een arts voor behandeling. Aldus is er in sommige landen een professioneel, en zelfs commercieel, bevoegdheidsconflict tussen de opticien / optometrist en de oogarts." (p. 26)

Iets verder in het rapport wordt het volgende toekomstbeeld geschetst:

“Naarmate de nationale overheden in toenemende mate naar wegen zoeken om de gezondheidsuitgaven onder controle te krijgen, zullen zij zich tot opticiens / optometristen wenden als goedkoper alternatief in de primaire oogzorg, vooral voor refractie en het doorverwijzen van patiënten naar artsen. In sommige landen zullen de opticiens / optometristen de zorg voor patiënten met bepaalde oogziekten met de huisartsen en de oogartsen ‘delen’.” (p. 28)

3 DE ONTWIKKELING VAN DE ZORGVRAAG

Met betrekking tot de ontwikkeling van de zorgvraag wordt in deze notitie aan een drietal zwaartepunten aandacht gegeven. Eerst wordt kort een algemene beschrijving gegeven van het veranderende zorgvraaggedrag van de consument-cliënt-patiënt in de afgelopen jaren. Vervolgens wordt in kwalitatieve zin aangegeven, welke ontwikkelingen de beroepsgroep van de oogartsen verwacht ten aanzien van ontwikkelingen op het gebied van de oogheekundige pathologie. Ten slotte worden enkele resultaten gepresenteerd van studies naar bepaalde deelgebieden van de oogzorg.

3.1 Veranderend consumentengedrag

Sinds het begin van de jaren tachtig heeft zich een ingrijpende verschuiving voorgedaan in het 'koopgedrag' van de consument, waar het gaat om het laten aanmeten van brillen en contactlenzen. Uit enquêtes blijkt, dat in 1983 63% van de geïnterviewden naar een oogarts was gegaan voor een oogmeting en 34% naar de opticien/optometrist. In 1995 waren deze percentages respectievelijk 26% en 65%. Jaarsma (1996) schat dit laatste getal zelfs boven de 70%.

Als verklaringen voor deze verschuiving worden onder meer gegeven:

- Gemak om zonder afspraak bij de opticien/optometrist binnen te kunnen lopen.
- Grote kennis en kunde die aan de opticien/optometrist wordt toegedicht.
- De wachtlijstproblematiek in de oogheekunde.
- Oogmeting door de opticien/optometrist wordt vaak als gratis service aan de consument aangeboden.

(Rijsemus, 1996; Jaarsma, 1996)

Momenteel maken zo'n 8 miljoen mensen in Nederland gebruik van een gezichtshulpmiddel, waarvan zo'n 1,5 miljoen contactlensdragers. Met name ten gevolge van de vergrijzing zal dit aantal in de komende jaren met ongeveer 100.000 per jaar toenemen. Niet alleen, dat er meer kopers van gezichtshulpmiddelen (met name brillen) komen, ook de redenen voor de aankoop van een nieuwe bril veranderen. Tussen 1989 en 1995 zijn de volgende verschuivingen te zien:

Tabel 3.1 Overwegingen om over te gaan tot aanschaf van een nieuwe bril: 1989 vergeleken met 1995 (percentages)

Overwegingen	1989	1995
Modische overwegingen	25	37
Verandering in sterkte van glazen	31	21
Kapot montuur en/of glazen	21	24
Eerste bril	17	13

Bron: Jaarsma, 1996

De stijging van het aantal contactlensdragers zal naar verwachting afvlakken.

Ten slotte kan nog worden opgemerkt, dat er ook maatschappelijk sprake is van een

zekere druk op het aantal oogheelkundige handelingen. Het schoonheidsideaal leidt ertoe, dat iedere oogheelkundige techniek die een bril overbodig maakt zal worden aangegrepen.

3.2 Verwachtingen ten aanzien van oogheelkundige pathologie

In de publicatie 'Het oog wil ook wat' van Biesheuvel-Snellen (1990) wordt melding gemaakt van een 'expert-meeting' van veertien oogheelkundig specialisten op 18-20 mei 1990, waarin zij hun verwachtingen weergaven ten aanzien van de toekomstige ontwikkelingen van oogheelkundige pathologie. Onderstaande tabel geeft van die verwachtingen een samenvattende, kwalitatieve omschrijving.

Tabel 3.2 Door beroepsgroep verwachte ontwikkelingen in oogheelkundige pathologie

Refractie	Geen spectaculaire wijzigingen anders dan demografische.
Scheelzien Amblyopie	Lichte stijging te verwachten bij jonge kinderen t.g.v. vroegdiagnostiek
Corneopathologie	Moeilijk in te schatten, vermoedelijk toename. Toenemend aantal contactlenzen Toenemende mogelijkheden van corneachirurgie
Orbita- en ooglid- pathologie	Toename van 25% verwacht.
Cataract	Lichte toename van de incidentie, met name ten gevolge van toename ultraviolet licht en diabetes. Demografische ontwikkeling zal sterke stijging te zien geven (vergrijzing!).
Glasvocht en retina- pathologie	Grote stijging van de vraag naar zorg wordt verwacht door toenemende incidentie van aandoeningen (diabetes), toenemende mogelijkheden van diagnostiek en demografie.
Glaucoom	Stijging verwacht. Demografie en betere diagnostiek. Glaucoompatiënt blijft levenslang onder controle.
Neurophthalmologie	Toename van de vraag wordt verwacht. Demografische ontwikkeling overheerst.
Ophthalmogenetica	De vraag naar genetische adviezen, ook op oogheelkundig gebied, zal verder groeien.
Infectieziekten Auto-immuunziekten	Geen toename, maar wel verschuiving in de aard van de problematiek. Toenemend gebruik van contactlenzen kan tot stijging leiden van bepaalde infecties.
Tumoren	Stijging kan worden verwacht op basis van gedragsfactoren. Stijging van prevalentie door demografie en door betere overlevingskansen.
Pathologische anatomie	Alleen nog in Leiden en Rotterdam is een ophthalmopatholoog werkzaam.
Ongevallen	Geen aanwijzingen voor een te verwachten stijging.
Contactologie	Toenemend gebruik van contactlenzen leidt tot stijging van de zorgvraag, onafhankelijk van de demografische component.

(Bron: Biesheuvel-Snellen, 1990)

De volgende factoren worden wel genoemd als mogelijke oorzaken van te verwachten toename van oogheelkundige pathologie:

- demografische ontwikkelingen;
- diabetes;
- cataract;
- glaucoom;
- toename ultraviolette straling;
- toename beeldschermwerken;
- toename technologische mogelijkheden.

3.3 Enkele onderzoeksresultaten

Diabetes

Met name ten aanzien van de ontwikkeling van het aantal diabetes-patiënten zijn enkele studies verricht. De mogelijke gevolgen van deze ziekte voor de ogen zijn niet mis. Crijns e.a. (1995) geven aan, dat binnen twintig jaar na het ontstaan van diabetes de prevalentie van retinopathie bij patiënten met type I 98% bedraagt. Bij patiënten met type II is dit percentage 95 voor insuline-gebruikende patiënten, respectievelijk 72 voor niet-insuline gebruikende patiënten. Vroegtijdige onderkenning en laserbehandeling kan blindheid voorkomen dan wel vertragen. Vroegtijdige onderkenning van diabetes in de vorm van screening is derhalve uiterst belangrijk.

Verkleij, e.a. (1993) hebben een aantal consequenties doorgerekend en schatten, dat naar verwachting in 2005 68-99 FTE huisartsen extra nodig zullen zijn en 16 extra oogartsen.* De auteurs voegen daaraan toe:

“De schattingen voor de (...) oogarts zijn te laag, omdat er nog geen rekening is gehouden met een eventuele inhaalmanoeuvre.” (Verkleij, e.a., 1993)

In het eerder genoemde onderzoek van Crijns e.a. (1995) zijn een aantal scenario's ontwikkeld. Uit het scenario, dat het meest overeenkomt met de algemeen aanvaarde richtlijn, blijkt, dat er in 2020 in vergelijking met 1993 30% meer oogartsen nodig zullen zijn. Maar:

“Uiteraard zijn er ook andere oplossingen mogelijk om deze toenemende behoefte aan oogzorg op te vangen.”

Dit laatste is een belangrijk punt. Alle onderzoeken, gericht op het beantwoorden van de vraag, hoeveel oogartsen er in de toekomst nodig zullen zijn, zijn geënt op het bestaande stelsel van oogzorg in Nederland. Een voorbeeld van een dergelijk onderzoek wordt gegeven in het rapport 'Het oog wil ook wat' (Biesheuvel-Snellen, 1992). Uitgaande van het functioneren van oogartsen, zoals zij dat in 1989 heeft geconstateerd en diverse veronderstellingen over de ontwikkeling van de beroepsgroep en verwachte ontwikkelingen in de pathologie (zie paragraaf 3.2) komt zij tot onder meer de volgende scenario's:

*

Hoe betrekkelijk dit soort behoeferamingen is, wordt geïllustreerd door een recent artikel in NRC Handelsblad van 28 juni 1997. Er blijkt op meerdere plaatsen onderzoek te worden gedaan naar de ontwikkeling van medicijnen die schade aan de retina ten gevolge van diabetes kunnen voorkomen of vertragen. Binnenkort gaan de eerste grootschalige onderzoeken bij patiënten plaatsvinden. (W. Köhler: Zicht op suiker, NRC, 28 juni 1997) Als zo'n medicijn kan worden ingevoerd, zal dat invloed kunnen hebben op de aard en omvang van het beroep op de oogzorg.

Tabel 3.3 Geraamd aantal oogartsen bij verschillende omstandigheden (FTE)

	1990	1995	2000	2005
Aanbod				
Emigratie		348	369	366
Kortere werktijden		384	405	402
Gelijkblijvende werktijden	385	396	431	442
Vraag				
Consultduur 8 minuten	442	479	524	565
Huidige consultduur	490	530	582	628
Consultduur 10 minuten	550	600	653	707
Professionele raming		624	681	738

Bron: Biesheuvel-Snellen, 1990

Tabel 3.4 Geraamd aantal oogartsen bij verschillende omstandigheden (personen)

	1990	1995	2000	2005
Aanbod				
Emigratie		380	403	400
Kortere werktijden		418	441	438
Gelijkblijvende werktijden	420	431	469	481
Vraag				
Consultduur 8 minuten	482	523	572	617
Huidige consultduur	535	580	635	685
Consultduur 10 minuten	600	654	713	772
Professionele raming		681	743	805

Bron: Biesheuvel-Snellen, 1990

Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap komt in zijn beleidsnota "De toekomst voor ogen" dan ook tot de volgende conclusie:

"Bij handhaving van de huidige organisatie van de praktijkvoering en bij gelijkblijvende aantallen oogartsen in opleiding kan men verwachten dat het huidige tekort van circa 80 oogartsen in het jaar 2005 ongeveer zal zijn verviervoudigd." (NOG, 1992)

In deze formulering wordt met name de huidige organisatie van de praktijkvoering als voorbehoud gekozen. Het onlangs geformuleerde beleid van de overheid (Brief Minister, 17 maart 1997) gaat echter verder en stelt de organisatie van de oogzorg als zodanig ter discussie (zie hoofdstuk 5). In dat licht kunnen uitkomsten van vroegere behoefteramingen, zowel voor huisartsen als voor oogartsen, inmiddels achterhaald zijn.

4 KNELPUNTEN

In dit hoofdstuk wordt een aantal knelpunten in de oogzorg gepresenteerd, zoals wij die in de literatuur zijn tegengekomen. Achtereenvolgens worden aan de orde gesteld: Wachtlijsten, de tarieven- en honoreringsstructuur en de taakafstemming tussen de verschillende beroepsgroepen in de oogzorg. Ook het tekort aan oogartsen wordt regelmatig als knelpunt genoemd. In de voorgaande paragraaf zijn daarover al enkele opmerkingen gemaakt.

4.1 Wachtlijsten

Omvang

Er is weinig tot geen betrouwbare kwantitatieve informatie beschikbaar over wachtlijsten in de oogzorg. Uit een onderzoek van NIVEL en de consumentenbond blijkt, dat de wachttijd voor polikliniekbezoek voor het specialisme oogheekunde in 1994 gemiddeld vijf weken bedroeg, waarmee oogheekunde de derde plaats innam na hartspecialisme (6 weken) en interne geneeskunde (5,5 weken). (Delnoij e.a., 1996)

Het enige, wat meer diepgravende onderzoek naar wachttijden is in december 1994 verricht door het Nederlands Oogheekundig Gezelschap (NOG). Het NOG heeft toen van 100 (van de in totaal 112) ziekenhuizen de volgende informatie ontvangen:

Tabel 4.1 Wachttijden voor het oogheekundig spreekuur (in weken)

Weken	Aantal ziekenhuizen	Percentage
<3	16	36
3 - 5	16	36
6 - 9	15	61
10 - 14	16	61
15 - 20	10	61
21 - 26	13	61
30	1	3
35	1	3
43	1	3

Bron: Reader, 1995

Uit deze tabel is het volgende af te leiden: Van de 89 ziekenhuizen die deze vraag hebben beantwoord, blijkt, dat in ruim één op de drie ziekenhuizen patiënten binnen vijf weken terecht kunnen op het oogheekundig spreekuur. In meer dan zestig procent van de ziekenhuizen moet de patiënt echter zes weken tot een half jaar wachten.

Tabel 4.2 Wachttijden voor een operatie (in weken)

Weken	Aantal ziekenhuizen	Percentage
<5	7	35
5 - 12	20	35
13 - 19	24	48
20 - 26	13	48
27 - 39	6	14
40 - 52	5	14
>52	2	3

Bron: Reader, 1995

Uit deze tabel blijkt het volgende: Van de 77 ziekenhuizen die deze vraag hebben beantwoord, blijkt dat ruim één derde van de patiënten binnen drie maanden kan worden geopereerd. Bijna de helft moet drie maanden tot een half jaar wachten. 17% moet langer dan een half jaar wachten; 3% zelfs langer dan een jaar.

Oorzaken

In de literatuur worden vele oorzaken genoemd voor het ontstaan van wachtlijsten en wachttijden. Uit verschillende bronnen kunnen de volgende oorzaken bij elkaar worden genoemd (zie onder meer: Biesheuvel-Snellen, 1990; Jellema en Meijboom-De Jong, 1993; Rijsemus, 1996):

- Er is slechts beperkt aandacht voor oogheelkunde in de huisartsenopleiding. Hierdoor verwijzen veel huisartsen rechtstreeks door naar de tweede lijn.
- Er zou een tekort zijn aan oogartsen. Bovendien blijkt, dat van de beschikbare oogartsen slechts éénderde in staat is operaties uit te voeren.
- De werksituatie in algemene ziekenhuizen is niet altijd even gunstig. Zo meldt Biesheuvel-Snellen (1990), dat 63% van de oogartsen vindt, dat zij over onvoldoende faciliteiten beschikken in het ziekenhuis. Het gaat dan om: Te weinig OK-tijd (40%), te klein budget (31%), te weinig personeel (26%), te weinig anesthesisten (8%).

Ziekenhuizen blijken niet gemakkelijk de tekorten aan oogartsen te kunnen invullen. De volgende redenen worden daarvoor genoemd:

- Ontbreken van een erkenningsbeschikking (29%)
- De prioriteitsstelling binnen het ziekenhuis (30%)
- Financiële redenen (15%).

Hierdoor doet zich de paradoxale situatie voor, dat er in verband met de lange wachtlijsten een inhaalslag is verricht in het opleiden van oogartsen, maar dat er tegelijkertijd werkloosheid onder oogartsen bestaat.

Het NOG heeft eind 1994 onder de ziekenhuizen een enquête gehouden naar het aantal openstaande vacatures (Reader, 1995). Van de 112 algemene ziekenhuizen hebben er 100 gereageerd, waarvan de volgende cijfers bekend zijn:

Tabel 4.3 Aantal vacatures oogartsen in algemene ziekenhuizen (1994)

Omvang functieplaats (FTE)	Aantal vacatures
1,0	22
0,8	3
0,6	1
0,5	6
<0,5	3

Bron: NOG, in: Reader, 1995

In dit verband wordt door het NOG het volgende opgemerkt: "Na verificatie bij de oogartsen blijkt dat van het aantal openstaan/de functieplaatsen er slechts 10-12 werkelijk als vacature worden opengesteld."

- Oogartsen zouden nog veel refractie-bepalingen doen.

Deze reden moet wat genuanceerd worden bekeken. Er is immers verschil tussen een refractie-bepaling voor het aanmeten van een bril en een die nadrukkelijk bedoeld is als diagnostische verrichting bij het onderzoeken van oogheeskundige pathologie. Overigens is ook in dit laatste geval een taakverdeling tussen oogarts en medewerkers uiteraard denkbaar. (Zie ook paragraaf 2.2)

- De medisch-technologische ontwikkelingen dragen ertoe bij, dat in steeds meer gevallen de oogarts ook daadwerkelijk de oogziekte een halt toe kan roepen en blindheid en slechtziendheid kan voorkómen. Dat kan met zich mee brengen, dat patiënten langdurig onder controle moeten blijven. De vraag is natuurlijk of dergelijke controles noodzakelijkerwijs door oogartsen dienen te geschieden of dat deze ook door de huisarts of de HBO-opgeleide optometrist kunnen worden uitgevoerd.

- Demografische ontwikkelingen: ouderen kennen ernstiger en bewerklijker oogaandoeningen.

- De oogheeskundige praktijk beschikt over te weinig hulppersoneel.

- Door maatschappelijke ontwikkelingen bestaat er in toenemende mate behoefte aan een goed gezichtsvermogen. Denk bijvoorbeeld aan de ontwikkeling van het televisieaanbod en aan het gebruik van computers.

Oplösungen

Er zijn verschillende voorstellen gedaan voor de oplossing van deze wachtlijsten:

- de komst van privé-klinieken
- het openstellen van operatiekamers buiten de kantooruren
- toename van extramuraal gevestigde oogartsen
- toenemende inzet van optometristen voor bepaalde oogheeskundige verrichtingen zoals refractieonderzoek

Rutten e.a. (1993) hebben een onderzoek uitgevoerd onder (ziekenfonds)verzekerden van de zorgverzekeraar 'Zorg en Zekerheid' naar de wachtlijsten bij oogheeskunde in het ziekenhuis.

Uit het onderzoek bleek, dat de redenen voor een verwijskaart voor oogheeskunde als volgt waren:

Brilrecept:	27,0%
Andere klachten:	62,2%
Beide:	10,9%
Weet niet:	1,0%

Opvallend was, dat bij een kwart van degenen, die alleen voor een brilrecept naar de oogarts gingen toch een specifieke oogafwijking werd vastgesteld. Dat betekent, dat van degenen, die in principe ook naar de optometrist zouden kunnen worden doorverwezen bijna een kwart alsnog naar de oogarts moet worden doorverwezen. De winst is in dat geval natuurlijk, dat de optometrist dan een 'zeefwerking' van 75% naar de tweede lijn zou effectueren.

Een ander deel van de oplossing zou kunnen worden gevonden in het volgen van het protocol Verwijzing Huisarts-opticien-oogarts van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Dit protocol houdt onder meer in, dat alleen patiënten tussen de 10 en 40 jaar in aanmerking komen voor verwijzing naar de optometrist. Als dit protocol wordt toegepast op de onderzochte populatie (en de geënquêteerden vormden een representatieve steekproef), dan blijkt, dat 5,3% van de ondervraagden in aanmerking komt voor verwijzing naar de optometrist. Dat is zo'n geringe groep, dat dit onvoldoende oplossing biedt voor de wachtlijst.

De onderzoekers concluderen, dat het inschakelen van optometristen voor mensen met een bril of lenzen onvoldoende oplossing zal bieden ten aanzien van de wachtlijst-reductie voor oogheelkunde. Zij komen tot de volgende suggesties:

- Versterking van de rol van de huisarts. Meer in het bijzonder:
"Indien de huisarts in staat is om de diagnose 'staar' met een redelijke zekerheid uit te sluiten, kan een veel grotere groep verzekerden voor een brilrecept naar de opticien of de optometrist gaan."
- Capaciteitsverruiming in de tweede lijn in de vorm van bedrijfstijdverlenging en/of uitbreiding van het aantal oogartsen.

Ook bij dit onderzoek kan -vier jaar na dato- de kanttekening worden gemaakt, dat de onderzoekers hun aanbevelingen hebben gedaan vanuit het bestaande systeem van oogzorg. Bijvoorbeeld: de rol die zij toekennen aan de optometrist is gebaseerd op de praktijk van de MBO-opgeleide optometrist. HBO-opgeleide optometristen waren toen nog niet werkzaam in de oogzorg.

Kanttekeningen

Er zijn twee kanttekeningen te plaatsen bij de wachtlijstproblematiek:

- De exacte omvang van het probleem is niet bekend.
 Uit het artikel van Jellema en Meyboom-De Jong (1993) blijkt dat wachtlijsten (voor in dit geval staaroperaties) vele onduidelijkheden kan bevatten. Er werd slecht geregistreerd. En uiteindelijk werden er veel minder operaties uitgevoerd dan aanvankelijk waren begroot.
- Toch is het van groot belang om de omvang van de wachtlijstproblematiek helder in beeld te kunnen brengen. Niet alleen om het plannings- en capaciteitsvraagstuk hanteerbaar te kunnen krijgen, maar ook om zorginhoudelijke redenen. Voor bepaalde aandoeningen geldt, dat wanneer mensen te lang moeten wachten de behandeling gecompliceerder wordt dan wel dat er onomkeerbare beschadigingen aan het oog kunnen zijn opgetreden. Dit is ook vanuit kostenperspectief inefficiënt en ineffectief.
- Inmiddels heeft het Ministerie van VWS 50 miljoen beschikbaar gesteld voor het terugdringen van wachtlijsten. Lokale initiatieven konden op deze gelden intekenen op basis van concreet geformuleerde projecten. Veel van de ingediende voorstellen betroffen de oogzorg, in het bijzonder het verkleinen van de wachtlijsten voor staaroperaties. Uiteindelijk heeft de minister hiervoor ongeveer 12,3 miljoen gulden beschikbaar gesteld, waarmee ruim 10.000 staaroperaties extra kunnen worden uitgevoerd.

4.2 Tarieven- en honoreringsstructuur

Tarieven voor oogartsen

Ook de tarievenstructuur voor oogheekundige zorg blijkt een belangrijk knelpunt te zijn, vooral voor extramuraal werkende oogartsen. Hoe die (consult)-tarieven zich sinds 1992 hebben ontwikkeld toont de tabel op de volgende bladzijde. Er blijkt uit, dat tussen 1992 en 1995 deze tarieven voor ziekenfondspatiënten zijn gedaald met bijna 20% en voor particuliere patiënten met bijna 35%. Deze kortingen zijn het gevolg van het overheidsbeleid om overschrijdingen in het macro-budget voor medisch-specialistische hulpverlening om te zetten in tariefskortingen in daarop volgende jaren. Partijen die deelnamen aan de zogenaamde lokale/regionale initiatieven zijn deels gevrijwaard van dergelijke tariefskortingen. Voor extramuraal werkende specialisten is het moeilijk om deel te nemen aan deze initiatieven. Voor degenen, die niet deelnemen, werken de tariefskortingen dus rechtstreeks door in de praktijkvoering. Sinds 1996 zijn extramurale initiatieven ook mogelijk.

Daar komen nog twee zaken bij:

- De tarieven van oogartsen zijn gebaseerd op een integrale praktijkvoering, dus bedoeld voor praktijken, waarin zowel snijdende als beschouwende taken worden verricht. Extramuraal werkende oogartsen verrichten in het algemeen uitsluitend beschouwende taken en voor die handelingen lijken de tarieven naar verhouding te laag te zijn geworden. Er zijn althans meerdere berichten, dat extramuraal werkende oogartsen in financiële problemen geraken.
- Extramuraal werkende specialisten mogen de overhead-kosten van hun praktijk slechts beperkt in rekening brengen (de buitenziekenhuistoelag). Onlangs is door het COTG besloten, dat privé-klinieken (waarin ook oogartsen extramuraal kunnen werken), op basis van een overeenkomst met een zorgverzekeraar, voor diens verzekerden een vergoeding krijgen voor de overhead-kosten van hun praktijk (70% van hetgeen ziekenhuizen mogen declareren voor nevenverrichtingen).

Een eventueel aanwezige onevenredigheid tussen vergoedingen voor beschouwende en snijdende verrichtingen wordt door deze laatste aanpassing echter niet weggelaten. Een dergelijke aanpassing zou door de vertegenwoordigers van de medisch specialisten in het COTG aan de orde moeten worden gesteld.

Tabel 4.4 De ontwikkeling van de consulttarieven van het specialisme oogheekunde

Datum	Tarieven ziekenfonds		Tarieven particulier	
	Proc. mutatie t.o.v. t-1	Cumulatief	Proc. mutatie t.o.v. t-1	Cumulatief
1-7-1991		100		100
1-7-1992	-3,7	96,3	-2,8	97,2
1-4-1993	-11,0	85,7	-12,4	85,1
1-4-1994	-5,1	81,3	-7,9	78,4
1-4-1995	-0,2	81,2	-19,6	63,1
29-5-1995	1,5	82,4	1,9	64,2
1-8-1995	0,4	82,7	0,4	64,5

Bron:COTG

4.3 Taakafstemming

Op meerdere plaatsen in dit brancherapport is al gesuggereerd, dat er sprake zou zijn van ondoelmatigheden in de taakafstemming tussen de verschillende beroepsgroepen, werkzaam in de oogzorg. Zo zouden oogartsen zelf te veel refracties doen en zouden huisartsen veel beter als poortwachter van de tweede lijn dienst moeten doen, zo mogelijk door zelf een deel van de diagnostische verrichtingen voor hun rekening te nemen. Ook zou er te weinig sprake zijn van lokale/regionale afspraken tussen betrokken partijen, in het bijzonder huisartsen, oogartsen en optometristen.

Door de Rijksuniversiteit Limburg is een onderzoek uitgevoerd naar de onderlinge afstemming binnen de oogzorg in Nederland. (Van der Horst, 1996) uit dit onderzoek blijkt, dat de onderzochte beroepsgroepen zelf onder meer het ontbreken van een domeinafbakening en het ontbreken van onderlinge afstemming van de oogzorg als twee van de grootste knelpunten beschouwen.

In dit rapport (Onderlinge Afstemming Oogzorg in Nederland) wordt onder meer gesteld (pag. 373):

“... er is geenszins sprake van onderlinge afstemming van zorg en er zijn gegronde twijfels aan een doelmatige en doeltreffende oogzorg.”

Als belangrijke redenen voor het ontbreken van een doeltreffende samenwerking worden onder meer gezien: onbekendheid met elkaars deskundigheden, persoonlijke onbekendheid, een gevoel van bedreiging en onvoldoende erkenning. In het genoemde rapport wordt een aantal stappen aanbevolen om tot een doelmatiger en doeltreffender oogzorg te komen (pag. 375 e.v.):

1. Primair aandacht besteden aan de communicatie en samenwerking tussen de beroepsgroepen.
2. Ontwikkeling van een transmuraal zorgmodel ('Shared care').
Met 'shared care' worden transmurale zorgconcepten bedoeld, gericht op specifieke doelgroepen. In Engeland zijn er al positieve ervaringen mee opgedaan. Bijvoorbeeld voor: diabetische oogaandoeningen, glaucoom en oculaire hypertensie en oudere chauffeurs. Als voordelen worden gezien:
 - 1) afname van de wachtlijsten
 - 2) ontlasting van de oogheelkundige afdelingen in ziekenhuizen ten gunste van mensen met meer urgente aandoeningen.
 - 3) grotere continuïteit van zorg.
 - 4) toename van het gebruik van de eerstelijnszorg en daarmee afname van het gebruik van de tweedelijnszorg
 - 5) een meer kosten-effectief gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.
 Rijsemus (1996) noemt de volgende voorwaarden voor het realiseren van shared care-programma's:
 - 1) deelname door individuele artsen en optometristen en niet door praktijken
 - 2) gebruik maken van onderzoeks-, verwijs- en behandelprotocollen
 - 3) regelmatige nascholing voor alle deelnemers
 - 4) inbouwen van een evaluatiesysteem om de effectiviteit van het programma te beoordelen.
 - 5) zorgen voor een adequate financiering van personeelskosten, training, apparatuur en dergelijke.
3. Versterking van de diverse beroepsgroepen door onder meer:
 - bevordering deskundigheid huisartsen
 - op korte termijn de extramurale functie van de oogarts buiten het transmurale netwerk voorlopig in stand te houden dan wel te versterken

- aan de HBO-optometrist formeel een plaats in de eerstelijnsgezondheidszorg toe te kennen
- formaliseren van de eigen verantwoordelijkheid van de orthoptist
- de opleiding tot Technisch Oogheeskundig Assistent op HBO-niveau te brengen

5 BELEIDSONTWIKKELING

In het voorgaande is een aantal malen verwezen naar de beleidsbrief van de Minister van VWS met betrekking tot de oogzorg van 17 maart 1997. In deze brief geeft de Minister haar visie op de ontwikkeling van de oogzorg in de komende jaren. Meerdere elementen uit deze brief zijn reeds eerder in dit branche-rapport aan de orde geweest. Op deze plaats willen wij in het bijzonder weergeven, welke ontwikkelingslijnen de Minister heeft uitgezet, waar het gaat om de afstemming van de diverse beroepsgroepen op het terrein van de oogzorg.

De Minister constateert onder meer:

- er bestaan tussen de beroepsgroepen grote onduidelijkheden;
- de huisarts functioneert feitelijk niet echt goed in zijn rol als poortwachter;
- de oogartsen zouden zich als medisch specialist uitsluitend willen beperken tot de pathologie van het oog;

De minister wil dan ook de gedachtenvorming op gang brengen om de oogarts te ontlasten, onder andere door het versterken van de screeningsfunctie van de eerstelijns en het nader onderzoeken van regelingen, waarbij onnodig een beroep wordt gedaan op de oogarts. (Een voorbeeld van dit laatste is het verkrijgen van een oogheelkundige verklaring bij verlenging van het rijbewijs.)

Op basis van het eerder genoemde onderzoek van de Rijksuniversiteit Limburg en een daarop volgend overleg met de betrokken beroepsgroepen heeft de Minister de conclusie getrokken, dat een gezamenlijke aanpak van de oogzorg op regionaal niveau moet worden gestimuleerd op basis van gelijkwaardigheid tussen de betrokken beroepsgroepen.

Daartoe wil de Minister stimuleren, dat er een Landelijk Platform Oogzorg totstandkomt, waarin alle partijen zijn vertegenwoordigd. Dit Platform zou als belangrijkste doelstelling moeten hebben: het ontwikkelen van een landelijk toetsings- en referentiekader ter ondersteuning van de beoogde regionale ontwikkelingen.

Een dergelijk toetsings- en referentiekader zou gebaseerd moeten zijn op richtlijnen over zaken als:

- deskundigheidsgebieden van de verschillende beroepsgroepen;
- de meest gewenste verwijzingspatronen;
- de gevolgen van de Wet BIG voor de onderlinge verhoudingen;
- het aanpassen van bestaande standaarden;
- het ontwikkelen van nieuwe standaarden en protocollen;
- de wijze van betrokkenheid van patiënten/consumenten.

Deze brief van de Minister is op 28 mei 1997 in een Algemeen Overleg met de Tweede Kamer aan de orde geweest en is door de Kamer breed ondersteund.

6 BESCHOUWING

6.1 Oogzorg in Nederland

De oogzorg in Nederland bevindt zich al meerdere jaren in de situatie, dat de vraag naar oogzorg blijft toenemen, terwijl tegelijkertijd de financiële ruimte -in ieder geval voor het medische gedeelte van deze branche- niet in dezelfde mate meegroeit. Voor de komende jaren mag verwacht worden, dat die situatie niet wezenlijk zal veranderen: de ontwikkeling van de beschikbare middelen zal waarschijnlijk achterblijven bij de groei van de zorgvraag. Als de oogzorg toch zo goed mogelijk haar maatschappelijke functie wil blijven vervullen, is het enige alternatief, dat de branche zich herbezint op de vraag of zij wel optimaal is georganiseerd. Met andere woorden: een kritisch zelfonderzoek naar de vraag of met dezelfde middelen en een andere organisatie niet doelmatiger en doeltreffender gewerkt kan worden.

Vanuit de branche zijn diverse ontwikkelingen aan te geven die trachten een antwoord op die vraag te geven. Voorbeelden ervan zijn:

- De experimenten om huisartsen door middel van bijscholing een meer effectieve poortwachtersfunctie in de oogzorg te laten vervullen. Hoewel de afzonderlijke experimenten succesvol leken, lijkt een brede en blijvende implementatie niet zonder meer waarschijnlijk. Er lijken toch grenzen te zijn aan de mogelijkheden om de huisarts effectief als poortwachter naar de tweedelijns oogzorg te laten fungeren.
- De wens van de oogartsen om zich zo veel mogelijk te beperken tot oogheelkundige pathologie.
- De ontwikkeling van het beroep optometrist tot een paramedisch beroep op HBO-niveau. De Raad BIG is van mening, dat een op dit niveau opgeleide optometrist in staat mag worden geacht om cliënten te screenen op oogheelkundige pathologie.
- De verzelfstandiging van het beroep orthoptist.
- Niet in het minst moet worden genoemd het veranderend 'koopgedrag' van consumenten en patiënten. Mensen gaan niet meer vanzelfsprekend met oogklachten naar de huisarts en/of de oogarts. Wanneer mensen zelf inschatten, dat het uitsluitend gaat om klachten over de gezichtsscherpte, wenden zij zich in toenemende mate tot de opticien / optometrist en steeds minder tot de huisarts of de oogarts.

In dit verband is het overigens opmerkelijk, dat met name voor de oogzorg het keuzegedrag van mensen naar de tweede lijn voor een deel gevoelig lijkt voor financiële prikkels.

Starmans, e.a. (1993) hebben een onderzoek gedaan naar het effect van eigen betalingen in de Nederlandse gezondheidszorg aan de hand van de invoering van 'het specialisten-geeltje'. Zij hebben onderzocht of er een effect was te onderkennen van de f 25,- eigen bijdrage bij eerste polikliniekbezoek op het aantal verwijzingen naar de specialist. Zij komen tot de volgende conclusies:

"Het enige specialisme waar uiteindelijk een effect van de invoering van het specialistengeeltje kon worden aangetoond, was het specialisme oogheelkunde (ca. -9%). (...) Dat alleen bij het specialisme oogheelkunde een effect van de invoering van het specialistengeeltje kon worden aangetoond, kan erop duiden dat het bezoek aan een oogarts, meer dan bij andere specialismen, op initiatief van de consument tot stand komt. Een andere factor die bij het specialisme een rol kan hebben gespeeld is dat de consument in zekere mate de mogelijkheid had om een bezoek aan de oogarts te substitueren door een bezoek aan de opticien."

Wanneer de cliënt meer vertrouwd raakt met het beroepsprofiel van de HBO-opgeleide optometrist, kan dit veranderende keuzegedrag zich wellicht gaan uitbreiden tot oogklachten, waarmee de cliënt zich anders wél direct tot een huisarts of oogarts zou hebben gewend.

Tot nu toe hebben deze ontwikkelingen en initiatieven zich min of meer los van elkaar afgespeeld. De Minister heeft bij haar brief van 17 maart 1997 het initiatief genomen om deze ontwikkelingen in onderlinge samenhang te brengen en naar de toekomst in een ontwikkelingsperspectief te plaatsen. Een ontwikkeling die uiteindelijk moet resulteren in een oogzorg, waarin op regionaal niveau afstemming plaatsvindt tussen de diverse beroepsgroepen, zodanig dat de oogarts zich volledig kan richten op oogheelkundige pathologie en dat een effectieve toegang tot deze medisch-specialistische zorg wordt gewaarborgd door een optimale samenwerking tussen de HBO-opgeleide optometrist en de huisarts. Zij kunnen dan in onderlinge samenwerking de poortwachtersfunctie naar de tweede lijn vervullen.

Het op te richten Platform Oogzorg zal in deze ontwikkeling een belangrijke rol kunnen gaan spelen. Naar verwachting zal dit Platform in het najaar van 1997 zijn eerste bijeenkomst hebben.

6.2 Informatieproblematiek

In de inleiding is al aangegeven, dat het voor de onderzoekers moeilijk was (kwantitatieve) informatie over de oogzorgbranche bij elkaar te krijgen. Gegeven de gevoelige fase, waarin de samenwerking binnen de oogzorg op landelijk niveau zich bevindt, bleek het niet goed mogelijk diverse betrokken partijen rechtstreeks te benaderen. De beide keren, dat dit wel werd geprobeerd met een eenvoudige vraag om informatie, werd er in het ene geval in het geheel niet gereageerd en in het andere geval uiterst afhoudend. Dat betekent, dat in een aantal gevallen gebruik moest worden gemaakt van indirecte of incidentele informatiebronnen. Wat daaruit aan informatie beschikbaar was, bleek niet altijd eenduidig te zijn. Al met al is het beeld van wat er werkelijk aan informatie beschikbaar is, niet helder.

In het licht van de gewenste, toekomstige ontwikkelingen kan wel een aantal suggesties worden gedaan omtrent de vraag aan welke stuurinformatie de sector behoefte heeft om na te kunnen gaan of de oogzorg zich inderdaad in de gewenste richting ontwikkelt. Er kan dan aan de volgende informatie worden gedacht:

1. In termen van in te zetten middelen kan gedacht worden aan:
 - Per regio een overzicht van het aanbod aan medische oogzorg;
 - Aantal huisartsen;
 - Aantal oogartsenpraktijken (extramuraal en intramuraal);
 - Aantal HBO-optometristen (c.q. MBO-optometristen met certificaat);
 - Overig;
 - Inzicht in de samenstelling van de oogartsenpraktijken:
 - Aantal oogartsen;
 - Aantal HBO-optometristen (c.q. MBO-optometristen met certificaat);
 - Aantal MBO-optometristen / opticiens;
 - Aantal orthoptisten;
 - Aantal TOA's;

2. In termen van het gebruik van oogzorgvoorzieningen kan gedacht worden aan het globaal registreren van enkele kenmerken van de gebruikers van de oogzorg, zoals bijvoorbeeld leeftijd en hoofddiagnose, wanneer er sprake is van pathologie.
3. In termen van kwaliteit en doelmatigheid:
 - Per regio inzicht in de onderlinge werkafspraken, protocollen, enz.
 - Per regio inzicht in de verwijzrelaties tussen de verschillende beroepsgroepen. Hoeveel mensen melden zich aan bij de verschillende beroepsgroepen, hoeveel worden door de hulpverlener zelf geholpen, hoeveel worden doorverwezen en naar wie?
4. In termen van toegankelijkheid van de zorg:

Per regio inzicht in de omvang van de wachtlijsten en de gemiddelde wachttijden voor de verschillende typen zorgaanbod.
5. Inzicht in de productie van de verschillende (para- en peri-) medische beroepsgroepen

Voor ieder van de beroepsgroepen zal dit een andere invulling hebben, bijvoorbeeld:

 - Voor oogartsen: het aantal operaties, laserbehandelingen, aantal nieuw in behandeling genomen patiënten, aantal eerste consulten, totaal aantal consulten, aantal refractiebepalingen, enz.

Binnen de oogartsenpraktijk zou geregistreerd kunnen worden wie welke verrichtingen doet (orthoptist, TOA, enz.).

 - Voor de optometristen zou gedacht kunnen worden aan: aantal refractiebepalingen, aantal bril- of contactlensrecepten, aantal behandelingen (in overleg met huisarts of oogarts), enz.

Het bovenstaande informatie-overzicht is zeker nog niet uitputtend, maar geeft wel de contouren aan van wat kan worden beschouwd als een 'ideaal-plaatje' aan informatie. Immers, aan de hand van de hier beschreven informatie kan over een langere periode worden gevolgd op welke wijze de samenwerking binnen de oogzorg zich ontwikkelt. Niet alle informatie zal even gemakkelijk voor handen zijn en wellicht moeten er prioriteiten worden gesteld bij het opzetten van een dekkend informatiesysteem. De gevraagde informatie stelt ook hoge eisen aan de registraties door de verschillende beroepsbeoefenaren. Er zullen gemeenschappelijke definities moeten worden afgesproken, gezamenlijke peildata, misschien per regio één of meer 'peilstations', enz. Hier ligt wellicht ook een taak voor het op te richten Landelijk Platform Oogzorg.

LITERATUUR

- BAGGEN, J.L., V. DUBOIS, Y.D. VAN LEEUWEN, J. VAN REE. De eerstelijns oogheekunde onder de loep. Medisch Contact; 48, 27 augustus 1993, p.1003-1005
- BANDEL, A.P., M.A. GRASVELD-VAN BERCKEL, B.M. VAN INEVELD, J.C.A. SOL, N.S. KLAZINGA. Een integraal beheerssysteem voor de kwaliteit en kosten van cataractoperaties in dagbehandeling. Rotterdam: Oogziekenhuis Rotterdam, 1997
- BIELARS, B.M.J. De optometrische kijk op 'De toekomst voor ogen'. Visus; 1992, no.3,p.22-24
- BIELARS, B.M.J. De plaats en organisatie van de Nederlandse optometrische zorg. Visus; 1996 no.4,p.12-15
- BIESHEUVEL-SNELLEN, F.M.M. Het oog wil ook wat. Doctoraalscriptie. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1990
- BIESHEUVEL-SNELLEN, F.M.M. EN A.TH.M. VAN BALEN. Kwaliteitsbeleid in de oogheekundige zorg, Medisch Contact; 51, 20 september 1996, p.1226
- CRIJNS, H., A.F. CASPARIE, F. HENDRIKSE. Toekomstige behoefte aan oogzorg voor patiënten met diabetes mellitus, kosten en effectiviteit. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde; 139, 1 juli 1995, p.1336-1341
- DELNOIJ, D.M.J., R. SCHULLER, C.M. VAN HEUGTEN, A.J.J. VAN DER KWARTEL, R.L.C. SMIT, L.J.R. VANDERMEULEN. Brancherapport curatieve somatische zorg. Utrecht: NIVEL/NZi, 1996
- Directieoverleg instellingen voor visueel gehandicapten. De toekomst in zicht. Utrecht: VGN, februari 1997
- European Council of Optometry and Optics. Optometry in Europe. Londen: ECOO, 1996
- GEVAERTS, P. Notitie Wachtlijstproblematiek. Landelijk patiënten/consumenten Platform, 1992
- GRIT, F. 1996: Het Jaar van de BIG. Visus; 1996, no.4,p.16-20
- HEIJINK, B. EN A. KROONEN. Capaciteit en behoefte in de ziekenhuiszorg: wie zorgt er voor afstemming? Medisch Contact; 46, 28 juni 1991, no.26,p.815-816
- HEILIGERS, PH.J.M., L. HINGSTMAN, J.T.C. MARRÉE. Inventarisatie deeltijd werken onder artsen. Utrecht: NIVEL, februari 1997
- HENDRIKSE, F. Lange wachtlijsten voor oogoperaties leiden vaak tot onnodige blindheid. MGZ; 18 september 1990, p. 47-50
- HORST, F.G. VAN DER. Onderlinge Afstemming Oogzorg in Nederland - Inleidend deel, conclusies, beschouwingen, aanbevelingen. Projectgroep Afstemming Oogzorg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1996
- HORST, F.G. VAN DER. Onderlinge Afstemming Oogzorg in Nederland, Projectgroep Afstemming Oogzorg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1996
- Jaarboek Ambacht 1996-1997. Zoetermeer: EIM / Ambachtsonderzoek, december 1996
- JAARSMA, K.: De optiekbranche - brancheschets 1996. Den Haag: EIM, Mei 1996
- JELLEMA, A. EN B. MEYBOOM-DE JONG. Lange wachtlijsten voor een staaroperatie? Medisch Contact; 48, 26 maart 1993, p.364-366
- KAMP, B.S., M.A.H. FLEUREN, E. VELDMAN. Verwijzingen naar de polikliniek oogheekunde onder de loep. Huisarts en Wetenschap; 38, 1995, no.11,p.521-524

- LEEUWEN, Y.D. VAN, J.L. BAGGEN, M. EYCK, R. LUBBERS EN F. HUYGENS. Cursus eerstelijns oogheelkunde. Medisch Contact; 51, 4 oktober 1996, p.1283-1285
- LISDONK, E.H. VAN DE, W.J.H.M. VAN DEN BOSCH, H.J.M. VAN DEN HOOGEN. Verwijzen bij oogheelkundige aandoeningen. Huisarts en Wetenschap; 37, 1994, no.7,p.281-284
- MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Brief aan het Bestuur van de Algemene Nederlandse Vereniging van Optometristen, Kenmerk CSZ/BO-9613755. Rijswijk: 22 november 1996
- MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Brief aan de Raad BIG, Kenmerk CSZ/BO-9613753. Rijswijk: 22 november 1996
- MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal, Kenmerk CSZ/BO-973518. Rijswijk: 17 maart 1997
- NEDERLANDS OOGHEELKUNDIG GEZELNSCHAP. De toekomst voor ogen, beleidsplan voor de oogzorg in Nederland. Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, 1992
- NEDERLANDS OOGHEELKUNDIG GEZELNSCHAP. Oogzorg in Nederland. Medisch Contact; 47, 1 mei 1992, p.555-556
- NONNEMAN, M.M.G., A.W.H. TER WEER, J.J. DEN OTTER EN J. D. MULDER. Oog voor diabetes?, Huisarts en Wetenschap; 36, 1993; no.5.p.174-176
- 'Oogartsen in financiële wurggreep', NRC, 14-12-1996
- Opleidingseisen oogheelkunde. Medisch Contact; 50, 13 oktober 1995, p.1315-1320
- PETERS, P. Ziende blind. Intermediair; 28, 14 augustus 1992, no.33,p.18-23
- RAAD VAN DE CENTRALE ONDERNEMINGSORGANISATIES RCO. Het wachten beu. Den Haag: RCO, juni 1994
- Reader: Bijdragen van de beroepsverenigingen in de oogheelkundige zorg in Nederland ten behoeve van het overleg met de Minister van VWS, Rijswijk, 7 november 1995
- RIJSEMUS, A.H. Optometristen en glaucoom. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, oktober 1996
- RUTTEN, S.A.T., P.M.E. VAN DAM, A.J. LAMPING. Wachtlijsten bij oogheelkunde. TSG; 71, 1993, no.6,p.312-317
- SANTEN, W. VAN, S.D. SWEERMEN, M.R. VOGEL. Niet-klinische behandelcentra: voor de muziek uit of randverschijnsel? Diemen: Bakkenist Management Consultants, juli 1993
- SOL, J.C.A., A.C.M. VAN DE VEN, J.H. PAMEIJER, U.F. HIDDEMA. Voordelen van dagbehandeling bij catarctoperaties. Medisch Contact, 49, 17 juni 1994, p.807-809
- SPECIALISTEN REGISTRATIE COMMISSIE. Rapport betreffende opleidingen en assistentenbestand van de door de SRC erkende opleidingsinrichtingen per 1 januari 1996, SRC, Utrecht
- SPREEUWENBERG, C., De toekomst voor ogen. Medisch Contact; april 1992
- STARMANS, H.B.G., J.M.H.F.M. VERKOOIJEN, M.J.A.P. VANDERBROECK. Het effect van eigen betalingen in de Nederlandse gezondheidszorg - Casus poliklinische specialistenhulp. TSG; 71, 1993, no.4,p.223-230
- STOKX, L.J., A.B.M. GLOERICH, T.J.J.M.T. KERSTEN. Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering. Utrecht: NIVEL, mei 1992
- TWEEDE KAMER DER STATEN GENERAAL. Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1995, Kamerstuk 23.900 XVI, Nr. 81

TWEEDE KAMER DER STATEN GENERAAL. Vragen gesteld door de leden der Kamer, met daarop door de regering gegeven antwoorden, nr. 922, ingediend 1 maart 1996, beantwoord 4 april 1996

VAN DER VELDEN, J., D. DE BAKKER, A. CLAESSENS, F. SCHELLEVIS. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991

VERHOEVEN, S., E. VAN BALLEGOOIE, H. CRIJNS, H.A. HYLKEMA, A.A. LOEVE, A.F. CASPARIE. Is fundusfotografie zinvol bij de screening op diabetische retinopathie bij patiënten met diabetes mellitus type II?. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde; 137, 1993 no.34,p.1713-1717

VERKLEIJ H., D. RUWAARD, L.J.K. VAN DER VELDE, A.F. CASPARIE. Benodigde zorgcapaciteit voor diabetes mellitus in 2005 in verschillende scenario's. TSG; 69, 1991, no.6,p.171-176

VOORBEREIDINGSCOMMISSIE 'SHARED CARE'. Brief aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Maastricht, 9 juli 1996

WERSCH, F. VAN, J. VAN DER FLIER. Rapportage onderzoeken job-marketingproject in de optiekbranche. Voorburg: Hoofdbedrijfschap Ambachten, oktober 1993

LIJST VAN AFKORTINGEN

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet
ACHD	Actieve Centrumhaemodialyse
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CAPD	Continue Ambulante Peritoneale Dialyse
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCPD	
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CVZ	College van Ziekenhuisvoorzieningen
FTE	Full-time equivalent
GAAZ	Geriatrische afdeling in Algemeen Ziekenhuis
GVO	Gezondheid, Voorlichting en Opvoeding
HDR	High Dose Rate
IC	Intensive Care
IVF	In Vitro Fertilisatie
JOZ	Jaaroverzicht Zorg
LDR	Low Dose Rate
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NRV	Nederlandse Raad voor de Volksgezondheid
NZi	Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg
PCDH	Passieve Centrumhaemodialyse
PD	Peritoneale Dialyse
PTCA	Percutane Transluminale Coronaire Angioplastiek ('dotteren')
RAZ	Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector
SIG	SIG Zorginformatie
THD	Thuis-Haemodialyse
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFW	Ziekenfondswet

BRONNEN VAN KWANTITATIEVE INFORMATIE

BORGMAN, R., DE CHARRO, F.TH. De kosten en effecten van CAPD en Centrumhaemodialyse. Rotterdam 1989

Centraal Bureau voor de Statistiek: CBS Gezondheidsenquête (ref 17)

Centraal Bureau voor de Statistiek: Maandberichten Gezondheid 96/5, 97/5, 97/8

COOPERS EN LYBRAND. Kostprijsonderzoek chronische haemodialyse. Coopers en Lybrand. Utrecht 1996

COTG: Budgetten/Financiering/Productieafspraken, vergaderstuk 79-39, 26-06-1997

LINH: (De Bakker et al.) Jaarrapport Landelijk Informatie Netwerk Huisartsgeneeskunde (LINH) 1996

LVT/NZi: Jaarboek Thuiszorg 1993, 1994 en 1995. Bunnik: 1995, 1996, 1997

JOZ: Tweede Kamer der Staten Generaal. Jaaroverzicht Zorg 1998, Vergaderjaar 1997-1998, 25 604, nrs. 1-2;.

NZi: Topklinische zorg in getallen over de periode 1992-1994. NZi, Utrecht. 1996

NZi: Productie-statistiek Algemene Ziekenhuizen. NZi, Utrecht jaarlijkse publicatie.

NZi: (Bartels) Instellingen van intramurale gezondheidszorg. NZi, Utrecht Jaarlijkse publicatie

NZi: (Spaan) De intramurale gezondheidszorg in cijfers. NZi, Jaarlijkse publicatie, Utrecht 1993,1994 en 1995

OSTERTHUN, P., C.C.M.C. WIGGERS, T. VAN DER WOUDE, B.M. VAN INEVELD, J. HIELKEMA, F.TH. DE CHARRO. Evaluatie Planningsbesluit Dialyse, Utrecht: NZi, Rotterdam: iBMG/cGBR, 1996

RAZ: NIVEL/NZi/OSA. (Wiegiers et.al.) Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1997. Utrecht, 1997

SIG: Zorginformatie, Databank LVR1 en LVR2, 1997

Ziekenfondsraad: Financieel jaarverslag 1995. Amstelveen, december 1996

LITERATUUR

BAKKER, D.H. DE, ABRAHAMSE, H. VAN DEN, HOOGEN, H., VAN DEN, JONGE, J.W. DE, OVERBEEKE, H. VAN, RUTTEN, R. Jaarrapport LINH 1996. Contactfrequenties en verrichtingen in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsgeneeskunde (LINH). Utrecht, 1996

GEZONDHEIDSRAAD. Hartchirurgie en interventiecardiologie voor volwassenen, Den Haag, 1995.

MINISTERIE VAN FINANCIEN. Handleiding Kengetallen. Hafir, december 1994.

NEDERLANDSE HARTSTICHTING. Persbericht 26 april 1996

SUTTORP, M.J., KINGMA, J.H., KOOMEN, E.M., TIJSSEN, J.G.P., DEFAUW, J.A.M., ERNST, J.M.P.G. Voorspellende kenmerken voor vroege sterfte bij patiënten op de wachtlijst voor aorta-coronaire bypass-chirurgie. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde 1989; 133: 2441-2445