

BRANCHERAPPORT CURATIEVE SOMATISCHE ZORG 1999

ONTWIKKELINGEN

KENGETALLEN

VERDIEPINGSSTUDIES

NIVEL/NZi
Oktober 1999

 **NIVEL**
bibliotheek

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

NIVEL:

B.J.M. Welling
D.M.J. Delnoij
J.B.F. Hutten

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

ISBN 90 - 6905-441-8

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

VOORWOORD

Dit rapport 'Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1999' 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, tandartsen, specialisten, ziekenhuizen, ziekenvervoer, verloskunde, thuiszorg, en paramedische zorg.

Per deelsector worden op de terreinen gebruik, kosten, productie, toegankelijkheid, kwaliteit, middelen en doelmatigheid kengetallen gepresenteerd die ontwikkelingen in de periode 1995-1998 zichtbaar maken.

Naast deze cijfermatige ontwikkelingen wordt in dit rapport als aanvulling een overzicht gegeven van belangrijke ontwikkelingen in de curatieve somatische zorg. Ditmaal gericht op de wachttijst problematiek en de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorgsector.

Daarnaast heeft in het kader van dit brancherapport op enkele geselecteerde thema's een nadere 'verdieping' plaatsgevonden. Deze thema's zijn 'verloskundige zorgverlening', 'klinische genetica', 'zorgketens' en 'monitoring van Meerjarenaafspraken'. De thema's zijn in overleg met het Ministerie van VWS tot stand gekomen.

Dit rapport bevat alle drie onderdelen en is als volgt opgebouwd. In deel I worden belangrijke ontwikkelingen in de curatieve somatische zorg beschreven (I-A) en worden de kengetallen gepresenteerd (I-B). In deel II worden de vier verdiepingsstudies gepresenteerd.

INHOUDSOPGAVE

DEEL I-A ONTWIKKELINGEN IN DE CURATIEVE SOMATISCHE ZORG

1	GLOBALE ONTWIKKELINGEN IN DE CURATIEVE SOMATISCHE ZORG	13
1.1	Inleiding	13
1.2	Het beleid ten aanzien van de curatieve somatische zorg	13
1.3	Ontwikkelingen in de curatieve somatische zorg	15
1.4	Informatievoorziening	17
2	WACHTLIJSTEN	19
2.1	Inleiding	19
2.2	De wachtlijstregistratie	19
2.3	Wachtenden voor klinische opnamen	20
2.4	Wachtenden voor dagopname	21
2.5	Wachttijden voor klinische opnamen en dagopnamen	22
2.6	Toegangstijden tot de polikliniek	22
2.7	Samenvatting	23
3	DE ARBEIDSMARKT IN DE CURATIEVE SOMATISCHE ZORG	25
3.1	Inleiding	25
3.2	Probleemschets	25
3.3	Verwachtingen	27
3.4	Arbeidsmarkt initiatieven	30
	LITERATUUR	32
	LIJST VAN AFKORTINGEN	34

DEEL I-B KENGETALLEN

1	HUISARTSGENEESKUNDE	37
1.1	Gebruik	37
1.2	Kosten	38
1.3	Productie	39
1.4	Middelen	41
2.	TANDHEELKUNDE	42
2.1	Gebruik	42
2.2	Kosten	43
2.3	Productie	43
2.4	Middelen	44
3	VERLOSKUNDIGE ZORG	45
3.1	Gebruik	45
3.2	Kosten	46
3.3	Productie	46
3.4	Middelen	47
4	PARAMEDISCHE ZORG	48
4.1	Gebruik	48
4.2	Kosten	49
4.3	Productie	50
4.4	Middelen	51
5	THUISZORG	52
5.1	Gebruik	52
5.2	Kosten	53
5.3	Productie	54
5.4	Middelen	55
6	AMBULANCEZORG EN ZIEKENVERVOER	56
6.1	Gebruik	56
6.2	Kosten	56
6.3	Productie	57
6.4	Middelen	57
7	DE MEDISCH SPECIALIST	58
7.1	Gebruik	58
7.2	Kosten	59
7.3	Productie	59
7.4	Middelen	66
8	HET ZIEKENHUIS	67
8.1	Gebruik	67
8.2	Kosten	68
8.3	Productie	69
8.4	Middelen	74
8.5	Algemene ziekenhuizen naar grootte-klassen	76
	BRONNEN VAN KWANTITATIEVE INFORMATIE	80

DEEL II VERDIEPINGSSTUDIES

1. VERLOSKUNDIGE ZORGVERLENING IN NEDERLAND
2. KLINISCHE GENETICA
3. ZORGKETENS IN NEDERLAND
4. MONITORING VAN MEERJARENAFSPRAKEN

DEEL I-A

ONTWIKKELINGEN IN DE CURATIEVE SOMATISCHE ZORG

ONTWIKKELINGEN IN DE CURATIEVE SOMATISCHE ZORG

NIVEL:

B.J.M. Welling

D.J.M. Delnoij

NZi:

A.J.J. van der Kwartel

1. GLOBALE ONTWIKKELINGEN IN DE CURATIEVE SOMATISCHE ZORG

1.1 Inleiding

Om ontwikkelingen in de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van gezondheidszorg te monitoren, beschikt het Ministerie van VWS over een aantal documenten. Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg vormen het onderwerp van de Staat van de Gezondheidszorg (IGZ, 1997). Kosten van zorg zijn van oudsher het onderwerp van het Jaaroverzicht Zorg (JOZ), dat enkele jaren geleden nog Financieel Overzicht Zorg (FOZ) heette. Het JOZ is gaandeweg echter steeds meer informatie gaan bevatten over de inhoudelijke ontwikkelingen in de zorg en de beleidsvoornemens van het kabinet en heet dit jaar voor het eerst 'Zorgnota'. Sinds een aantal jaren wordt in het kader van het JOZ, respectievelijk de Zorgnota, en in opdracht van de directie Curatieve Somatische Zorg van het Ministerie van VWS het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg opgesteld. Hierin worden kengetallen gepresenteerd voor de monitoring van belangrijke ontwikkelingen in deze sector van de gezondheidszorg. Daarnaast worden in het kader van het Brancherapport zogeheten verdiepingsstudies uitgevoerd.

Het onderhavige rapport is alweer het vierde Brancherapport Curatieve Somatische Zorg. In het vorige Brancherapport (NIVEL/NZi, 1998) werd een uitgebreide beschrijving gegeven van de ontwikkelingen in de curatieve zorg aan de hand van onderzoeken en beleidsnota's. De ontwikkelingen in de zorg verlopen echter niet in alle sectoren en op alle onderdelen zo snel dat deze beschrijving dit jaar reeds actualisering behoeft. In overleg met de opdrachtgever is daarom besloten de beschrijving van de ontwikkelingen in de zorg toe te spitsen op een tweetal beleidsrelevante onderwerpen, te weten wachtlijsten en arbeidsmarkttekorten. Deze onderwerpen zullen in de hoofdstukken 2 en 3 van dit Deel I-A aan de orde komen. In dit hoofdstuk zullen ontwikkelingen in de curatieve, somatische zorg in globale zin worden beschreven aan de hand van de belangrijkste kengetallen.

1.2 Het beleid ten aanzien van de curatieve somatische zorg

De huisarts, de medisch specialist en het ziekenhuis kunnen worden beschouwd als de kerndisciplines van de curatieve somatische zorg. De hoofdlijnen van het beleid ten aanzien van deze sector zijn neergelegd in de Zorgnota 2000 (Tweede Kamer, 1998-1999, p. 44-53) en betreffen:

- Een regiogerichte benadering van de zorg via zorgverzekeraars.
De marktlieder in een regio (de regiovertegenwoordiger 'nieuwe stijl') wordt belast met de regie van de zorg in de betreffende regio; overigens niet alleen voor zorg in het tweede compartiment, maar ook als zorgkantoor voor AWBZ-voorzieningen.
- Patiëntgeoriënteerde zorg.
Zorgaanbieders dienen ketens van zorg te vormen die als doel hebben om antwoord te geven op de zorgvraag van patiënten. Voorwaarden om tot patiëntgeoriënteerde zorg te komen zijn flexibilisering en transmuralisering.
- Toegankelijkheid van de zorg.
In dit kader is het beleid met name gericht op het terugdringen van de wachtlijsten.
- Rationeel voorschrijven van geneesmiddelen.

Farmacologisch Transmuraal Therapeutisch Overleg (FTTO) tussen eerste en tweede lijn wordt gestimuleerd. Daarnaast is met huisartsen een convenant gesloten over invoering van een systeem van elektronisch voorschrijven (EVS). Andere beleidsmaatregelen betreffen de gefaseerde invoering van een budgettering van poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen en de opheffing van het verbod op extramurale aflevering door de ziekenhuisapotheek.

- Beleid gericht op beroepsbeoefenaren.

Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het aanpassen van het onderwijs aan de nieuwe eisen die flexibilisering en ketenzorg stellen aan beroepsbeoefenaren en het zicht houden op instroom- en arbeidsmarktproblemen in de sector verpleging en verzorging middels rondetafelconferenties.

De uitvoering van dit voorgenomen beleid vindt plaats via de Meerjarenaafspraken Zorgsector. In deze Meerjarenaafspraken worden beleidsmatige doelstellingen gekoppeld aan financiële afspraken. Zo zijn bij de verdeling van de volumegroei voor 1999 middelen gereserveerd voor het wegwerken van wachtlijsten en voor het verlagen van de werkdruk (Ministerie van VWS, Meerjarenaafspraken Zorgsector, Bijlage 1). Sectorspecifieke onderwerpen als wachtlijsten en kwaliteitsbeleid, en sectoroverstijgende onderwerpen als arbeidsmarkt en werkdruk komen door de hele Meerjarenaafspraken terug. Daarnaast worden ook afspraken per deelsector van de zorg gemaakt.

De meeste bekende afspraak met betrekking tot de *huisartsen* betreft de uitbreiding van de praktijkondersteuning op HBO-niveau, bijvoorbeeld in de vorm van een praktijkverpleegkundige of dokterassistente met aanvullende scholing, de zogeheten assistente-plus. Huisartsen op hun beurt verplichten zich tot deelname aan het EVS (Ministerie van VWS, Meerjarenaafspraken Zorgsector, Bijlage 2, p. 24-28).

Het doel van de introductie van de praktijkverpleegkundige/assistente-plus is om huisartsen te ondersteunen bij het uitvoeren van de NHG-standaarden die voor diverse chronische ziekten zijn ontwikkeld (onder meer diabetes en astma/COPD). Daarmee is het doel primair de intensivering van de zorg en niet zozeer het verminderen van de werkbelasting van de huisarts. Uiteraard is de achterliggende gedachte wél dat huisartsen momenteel niet aan deze gewenste intensivering toe komen vanwege de extra werklust die deze met zich meebrengt. De uitwerking van dit onderdeel van de Meerjarenaafspraken is neergelegd in een convenant dat de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Ministerie van VWS op 30 juni 1999 hebben ondertekend. Hierin is vastgelegd dat de ondersteuning betrekking heeft op de levering van reguliere huisartsenzorg, in het bijzonder huisartsgeneeskundige zorg aan patiëntencategorieën waarvoor NHG-richtlijnen zijn ontwikkeld. Uitgegaan wordt van één full-time HBO'er per drie individuele normpraktijken van 2350 patiënten. Dit kan zowel een HBO-verpleegkundige zijn, als een tot HBO-niveau aanvullend geschoolde doktersassistente of MBO-verpleegkundige.

De Meerjarenaafspraken voor *ziekenhuizen* en *medisch specialisten* (niet voor niets ondergebracht in één en hetzelfde hoofdstuk) hebben met name betrekking op de toekomstige organisatie en bekostiging van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Bekostiging dient in de toekomst plaats te vinden via een systeem van produkttypering, waarbinnen één prijs per produkt geldt die bestaat uit een ziekenhuisdeel (kostendeel) en een specialistendeel (honorarium). Experimenten hiermee vinden plaats binnen de urologie. Op termijn moeten zogenoemde 'diagnose behandel combinaties' voor alle specialismen een weergave geven van de werkelijke kosten van een behandeltraject en de basisvergoeding vormen voor de specialist. Tot het zover is, komen honorariumbudgetten voor medisch specialisten beschikbaar via de lokale initiatieven, waaraan bijna alle algemene ziekenhuizen deelnemen.

Een complicerende factor bij de ontwikkeling van het geïntegreerd medisch specialist bedrijf vormt de vraag hoe de organisatorische en financiële integratie van ziekenhuis en specialisten vorm kan worden gegeven onder gelijktijdige instandhouding van het vrije beroep. Aan de mogelijkheid om als vrij ondernemer het beroep uit te oefenen wordt door de Orde van Medisch Specialisten zeer veel waarde gehecht. Ter behartiging van hun financiële belangen binnen lokale initiatieven kozen specialisten in het vrije beroep vaak voor een coöperatieve vereniging of -in mindere mate- voor een stafmaatschap, waarin alle vrijgevestigde specialisten vertegenwoordigd zijn. Recent heeft de Belastingdienst zich echter op het standpunt gesteld dat de coöperatie onverenigbaar is met het vrije ondernemerschap, tenzij zij uitsluitend fungeert als administratief verreken centrum.

1.3 Ontwikkelingen in de curatieve, somatische zorg

Het doel van dit Brancherapport is om gegevens aan te leveren met behulp waarvan het ministerie kan monitoren in welke mate de beleidsvoornemens -zoals die in de vorige paragraaf zijn geschetst- worden gehaald, om lacunes in de informatievoorziening te signaleren en om voorstellen te doen voor de wijze waarop deze lacunes kunnen worden opgevuld. In algemene zin moet monitoring geschieden met behulp van de kengetallen die in dit deel van het Brancherapport worden gepresenteerd. In twee van de drie verdiepingsstudies bij dit Brancherapport komt daarnaast een aantal speerpunten van het beleid expliciet aan de orde. In de verdiepingsstudie Monitoring Meerjarenaafspraken worden de afspraken met betrekking tot de werkbelasting van verplegenden en verzorgenden, alsmede de afspraken rond terugdringing van de wachtlijsten doorgelicht. In de verdiepingsstudie Zorgketens in Nederland is de aandacht gericht op patiëntgeoriënteerde zorg en de wijze waarop de informatievoorziening aan deze 'kanteling' moet worden aangepast.

In tabel 1.1 zijn de belangrijkste kengetallen voor de curatieve somatische zorg weergegeven voor de periode 1995-1998. Meer specifieke kengetallen zijn terug te vinden in Deel I-B.

Huisartsen

Het gebruik van huisartsgeneeskundige zorg bleef in de periode 1995 - 1998 min of meer constant. Het percentage mensen dat jaarlijks contact heeft met de huisarts (inclusief telefonische contacten en contacten met de praktijkassistent) fluctueert iets boven de 75 procent. De productie, dat wil zeggen het aantal contacten per ingeschreven patiënt, is tussen 1996 en 1998 iets gestegen. Dit suggereert een intensivering van de zorg: het bereik van de huisartsgeneeskunde -in termen van het aantal personen dat er gebruik van maakt- wordt niet groter, maar het aantal contacten per gebruiker neemt blijkbaar wel toe. Het aanbod aan zelfstandig gevestigde huisartsen steeg met gemiddeld 1,3 procent per jaar.

De totale kosten van de huisartsgeneeskundige zorg stegen met gemiddeld 4,3 procent per jaar.

Specialisten

Het aantal personen dat jaarlijks contact heeft met de medisch specialist nam in de periode 1995 - 1997 gemiddeld met 1,9 procent per jaar af. Over 1998 zijn nog geen gegevens bekend. De productie van specialisten in de zin van het aantal eerste polikliniekbezoeken nam gemiddeld per jaar toe met 2,7 procent. Ook bij specialisten lijkt daarmee sprake te

zijn van een intensivering van de zorg: het aantal gebruikers neemt af, maar per individuele gebruiker wordt meer zorg verleend.

Het aantal erkende specialistenplaatsen in FTE's in algemene ziekenhuizen nam gemiddeld per jaar toe met 1,6 procent. Onduidelijk is in welke mate het werkelijk aantal werkzame specialisten in FTE's hiervan afwijkt. Uit de cijfers kan daarom niet met zekerheid worden afgeleid of de toegankelijkheid van specialistische zorg verbeterd is. De toename van het aantal eerste polikliniekbezoeken per FTE lijkt er echter op te wijzen dat patiënten gemakkelijk 'binnenkomen' bij de specialist. Dat beeld wordt echter niet bevestigd door de ontwikkeling van de toegangstijden tot de polikliniek, die in hoofdstuk 2 wordt gepresenteerd.

De totale kosten voor medische specialistische zorg stegen met gemiddeld 4,9 procent per jaar.

Tabel 1.1: Kerngegevens curatieve somatische zorg 1998, in totalen

	1995	1996	1997	1998	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Huisartsgeneeskunde						
Percentage personen met contact	75,2	75,2	75,5	75,6	0,4	0,2
Kosten (milj. gld)	1.982,7	2.017,0	2.181,0	2.252,8	13,6	4,3
Aantal contacten per ingeschreven patiënt	-	5,7	6,0	6,2	0,5	4,3 ¹
Aantal zelfstandig gevestigde huisartsen	6.814	6.916	6.998	7.093	4,1	1,3
De medische specialist						
Percentage personen met contact	38,9	37,6	37,4	-	-1,5	-1,9 ²
Kosten (excl. tandheelk.spec.)	2.264,2	2.355,2	2.397,7	2.616,7	15,6	4,9
Aantal 1e polibezoeken per FTE specialist	885	930	961	958	8,2	2,7
Aantal (erkende) specialisten plaatsen (FTE) in algemene ziekenhuizen	5.928	5.977	6.043	6.218	4,9	1,6
Het ziekenhuis						
Percentage opgenomen patiënten	6,5	6,8	5,8	-	-0,7	-5,5 ²
Kosten (milj.gld)	17.288	18.021	18.899	19.660	13,7	4,4
Aantal opnamen (x 1.000)	1.594	1.589	1.584	1551	-2,7	-0,9
Aantal verpleegdagen (x 1.000)	15.802	15.562	15.184	14.671	-7,2	-2,4
Gemiddeld aantal erkende bedden	60.217	59.406	59.123	59.143	-1,8	-0,6
Personeel patiëntgebonden functies (FTE)	93.714	94.693	94.579	98.231	4,8	1,6 ³

¹ = groei 96-98

² = groei 95-97

³ = optelsom van algemene, categorale en academische ziekenhuizen

Ziekenhuizen

Het percentage patiënten dat jaarlijks in ziekenhuizen wordt opgenomen daalde in de periode 1995 - 1997 met 5,5 procent gemiddeld per jaar. Het totaal aantal opnamen daalde met gemiddeld 0,9 procent per jaar; het aantal verpleegdagen met 2,4 procent. Al met al duidt dit op een afnemend gebruik van klinische zorg. Daarmee samenhangend daalt ook het aantal ziekenhuisbedden. Het gemiddeld aantal erkende bedden nam gemiddeld per jaar af met 0,6 procent. Het is echter niet duidelijk in welke mate het feitelijk aantal beschikbare bedden in algemene ziekenhuizen afwijkt van het aantal erkende bedden. Waarschijnlijk is echter dat ook het werkelijk aantal bedden afneemt. Daarentegen nam het totaal aantal patiëntgebonden functies in FTE's in 1995-1998 toe met gemiddeld 1,6 procent per jaar.

Dat lijken tegenstrijdige ontwikkelingen, maar zij moeten beoordeeld worden in het licht van van substitutie van klinische zorg door dagbehandeling en poliklinische zorg (cf. de toename van het aantal eerste polikliniekbezoeken).

De totale ziekenhuiskosten nemen in deze periode toe met gemiddeld 4,4 procent per jaar.

Samenvatting

Samengevat blijkt dat bij de drie kerndisciplines binnen de curatieve somatische sector het aantal patiënten dat gebruik maakt van de zorg ongeveer gelijk blijft of iets daalt in de periode 1995-1998. De productie van de ambulante zorg (huisartsen en specialisten) stijgt, de productie van de klinische ziekenhuiszorg daarentegen daalt. Bij alle drie kerndisciplines stijgt het personeelsaanbod. De totale kosten stijgen eveneens in deze periode.

1.4 Informatievoorziening

Hoe verhoudt het beeld dat uit de kengetallen naar voren komt zich nu tot de beleidsmaatregelen ten aanzien van de curatieve somatische zorg? Is het mogelijk om de speerpunten van het beleid, zoals onder meer neergelegd in de Meerjarenaafspraken te monitoren aan de hand van de gekozen kengetallen? Het antwoord op deze vraag kan slechts ten dele bevestigend luiden. Uit de kengetallen zoals samengevat in tabel 1.1 kunnen algemene ontwikkelingen worden afgeleid, zoals substitutie van klinische naar ambulante zorg of een stijging van de kosten van zorg. Meer specifieke problemen sneeuwen echter onder in de geaggregeerde cijfers.

De toegenomen werkdruk bijvoorbeeld valt niet af te lezen uit de gegevens van de ziekenhuizen. Integendeel de gegevens suggereren het tegenovergestelde: meer personeel, minder opnamen en verpleegdagen. Betrekken we daar de gegevens van de medisch specialisten bij dan zien we dat de poliklinische productie is toegenomen. Er is een verschuiving gaande van klinische naar poliklinische zorg, waarbij mogelijk alleen ernstig zieke patiënten nog klinisch worden opgenomen. Dit op zijn beurt zou een grotere werklust voor het personeel kunnen betekenen. Bovendien kan een toename van poliklinische productie betekenen dat mensen in korte tijd (binnen een dag) intensief door het personeel behandeld moeten worden. Ook dit kan leiden tot een hogere werklust voor het personeel. De gegevens uit de kengetallen maken dit echter niet zichtbaar.

Meer in het algemeen geldt dat gegevens over de ziekenhuizen steeds minder zeggen omdat de productiewijze van het ziekenhuis sterk aan het veranderen is en het 'bed' als meeteenheid steeds meer aan betekenis verliest. De andere kengetallen over het aanbod van de zorg (aantal huisartsen, specialisten, patiëntgebonden personeel) dienen eveneens voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Als praktijkverpleegkundigen (of dokterassistenten met aanvullende scholing op HBO-niveau) op grote schaal taken van de huisarts gaan overnemen, moet bijvoorbeeld ook het aantal FTE praktijkverpleegkundigen worden gemonitord om zicht te houden op de capaciteit van de voorziening huisartsgeneeskunde. De cijfers over specialisten betreffen 'erkende specialistenplaatsen' (een formulering die afkomstig is uit de erkenningsbeschikkingen van ziekenhuizen en die zijn relevantie ontleent aan de budgetteringssystematiek). Het feitelijk aantal werkzame specialisten in een ziekenhuis kan hiervan afwijken.

Bij de cijfers over patiëntgebonden functies, tenslotte, dient men zich te realiseren dat deze de opgevolde vacatures weergeven, echter niet de niet-opgevolde tekorten aan verplegend en verzorgend personeel. Iets dergelijks geldt ook voor de vraag naar en het gebruik van zorg. De kengetallen over het gebruik van de zorg geven in feite de gehonoreerde vraag naar zorg weer. De niet-gehonoreerde vraag naar zorg, tot uitdrukking komend in wachtlijsten,

komt uit de cijfers niet naar voren. Arbeidsmarkttekorten in de zorg en wachtlijsten zullen, zoals gezegd, in de hoofdstukken 2 en 3 van dit Deel I-A aan de orde komen. In hoofdstuk 2 worden de meest actuele cijfers gepresenteerd uit de uniforme wachtlijstregistratie van het NZi. Het verdient aanbeveling om in de volgende Brancherapporten enkele kerntabellen met wachtlijstgegevens structureel op te nemen in het tabellenboek.

Tenslotte moeten we constateren dat een aantal belangrijke ontwikkelingen in de curatieve somatische zorg helemaal niet in de kengetallen terug te vinden is. Het gaat dan met name om integratieprocessen: de 'horizontale' integratie van ziekenhuis en specialist, en de 'verticale' integratie van eerste- en tweedelijnszorg binnen zogeheten zorgketens. De stand van zaken met betrekking tot de financiële en organisatorische integratie van specialisten en ziekenhuizen is uitsluitend bekend uit incidentele onderzoeken, bijvoorbeeld van de SEO (Ziekenfondsraad, 1998), het NZi (Nienoord-Buré e.a., 1996), het NIVEL (Doeglas e.a., 1999, Van Lindert e.a. 1999a en b) en anderen (Scholten, 1998, Roex & Telgenkamp, 1999).

Om zicht te krijgen op het voorkomen van zorgketens in Nederland is in een verdiepingsstudie van dit Brancherapport een inventarisatie gehouden. De conclusie die daaruit naar voren komt, is dat de verschillende bronnen van informatie over samenwerking en projecten slechts een grove indicatie kunnen geven van het aantal zorgketens dat Nederland telt. Ook binnen de zorgketens is de informatievoorziening nog onderontwikkeld, zo bleek uit de drie casebeschrijvingen die ten behoeve van de verdiepingsstudie zijn uitgevoerd (zie deel B: Zorgketens in Nederland).

2 WACHTLIJSTEN EN WACHTTIJDEN IN ZIEKENHUIZEN

2.1 Inleiding

Een belangrijk speerpunt in het overheidsbeleid is het terugdringen van wachtlijsten en wachttijden. Daarbij gaat het niet uitsluitend om wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg. Ook in de thuiszorg, de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de GGZ bestaan immers wachtlijsten. Wachtlijsten hebben uiteenlopende oorzaken: snel veranderende instroom, capaciteitstekorten, budgetbeperkingen, veranderende indicatiestelling, inefficiënt werken en een combinatie van deze factoren (Smit & Kroneman, 1997). De wachtlijsten binnen de verpleging en verzorging en op het raakvlak van verpleging en verzorging met de curatieve zorg zijn bovendien niet onafhankelijk van elkaar. Zoals in een eerdere verdieppingsstudie (Delnoij e.a., 1997) is beschreven kunnen capaciteitstekorten in bijvoorbeeld verpleeghuizen leiden tot een 'opstopping' van verpleeghuisgeïndiceerden in verzorgingshuizen, in de thuiszorg en in het ziekenhuis ('verkeerde-bed' problematiek).

Wachtlijstinformatie wordt in Nederland -voor zover überhaupt beschikbaar- per zorgsector of op het niveau van specifieke interventies verzameld (Smit & Kroneman, 1997). Voor de medisch-specialistische en ziekenhuiszorg worden uniforme wachtlijst- en wachttijdgegevens verzameld door het NZi. In dit hoofdstuk worden de meest actuele cijfers uit die registratie gepresenteerd. Achtereenvolgens worden cijfers gepresenteerd over het aantal wachtenden voor klinische opname, voor dagbehandeling en over de gemiddelde wachttijd van deze wachtenden. Als laatste worden gegevens gepresenteerd over de gemiddelde toegangstijd tot de polikliniek.

2.2 De wachttijstregistratie

In de wachtlijstenquête worden per specialisme de volgende gegevens gevraagd:

- Er wordt gevraagd naar alle niet-opgenomen patiënten met een opname-indicatie op de gekozen peildatum. Het betreft patiënten met wie een principe-afpraak is gemaakt voor ziekenhuisopname. Ook indien de opnamedatum al bekend is, worden deze patiënten tot de wachtlijst gerekend. Patiënten die niet reageren op een oproep tot opname, moeten van de wachtlijst worden verwijderd.
- Daarnaast wordt gevraagd naar de gemiddelde wachttijd. Hiertoe moeten het aantal dagen dat deze patiënten op de wachtlijst staan op de peildatum bij elkaar worden opgeteld en gedeeld worden door het totaal aantal wachtende patiënten (afgerond op hele dagen).

Naast de (dag-)klinische wachtlijsten, is het de bedoeling om ook een inzicht te verkrijgen in de wachttijden (toegangstijden) die gelden voor patiënten die een afspraak maken voor een polikliniekbezoek. De toegangstijd voor een polikliniekbezoek betreft de periode die (gemiddeld) ligt tussen het tijdstip van de afspraak voor een eerste polikliniekbezoek (nieuw ziektegeval) en de datum van het polikliniekbezoek. Ziekenhuizen worden hierbij verzocht de te verwachten wachttijd aan te geven voor een doorsnee patiënt die een afspraak wil maken voor een poliklinisch bezoek aan een specialist. De gevraagde schatting betreft het gemiddeld aantal kalenderdagen dat verloopt tussen het maken van de afspraak en de dag dat de patiënt zou kunnen worden ontvangen op de polikliniek.

Er zijn verschillende andere manieren om wachttijden te meten. In de nu gehanteerde methode is ervoor gekozen te meten bij het ziekenhuis en niet bij de zorgvrager of de verwijzer. Dat betekent dat alleen patiënten die zich daar hebben aangemeld op een wachtlijst komen. De tijd tussen indicatiestelling door de verwijzer en de feitelijke aanmelding wordt dus niet meegenomen. Een praktische reden voor deze keuze is, dat deze informatie moeilijk is te achterhalen. Daarnaast kan men zich afvragen of de aanbieder verantwoordelijk is voor de tijd tussen de verwijzing en de aanmelding.

Alternatieven zijn er ook voor de wijze van meten. Gekozen is voor een cross-sectie (Hoe lang wachten de patiënten op de wachtlijst op de peildatum?). Daarmee wordt de actuele wachtlijst gemeten. Alternatieven zijn: historisch (Hoe lang hebben de opgenomen patiënten daadwerkelijk gewacht?) of toekomstig: (Wanneer is een patiënt naar verwachting aan de beurt?). De laatste optie is niet gekozen omdat deze niet objectief meetbaar is. De eerste zou wel goed zijn maar wordt door veel ziekenhuizen niet bijgehouden.

2.3 Wachtenden voor klinische opnamen

In tabel 2.1 worden per specialisme de aantallen wachtenden voor klinische opnamen weergegeven. Tevens wordt aangegeven hoeveel van hen langer dan een maand wachten.

Het totaal aantal wachtenden voor opname in de kliniek is tussen 1998 en 1999 afgenomen van bijna 86.000 naar 79.000. Deze afname komt voor het grootste deel voor rekening van het specialisme oogheelkunde. Het aantal wachtenden langer dan een maand is tussen 1998 en 1999 met 2.000 wachtenden afgenomen.

Tabel 2.1: Aantal wachtenden klinische opnamen, 1997-1999

	Totaal			Langer dan 1 maand		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Interne geneeskunde	907	1.812	1.300	176	576	400
Klinische geriatrie	14	17	-	14	2	-
Cardiologie	1.872	1.548	1.900	750	631	600
Longziekten	238	419	600	49	151	200
Reumatologie	70	108	200	8	34	100
Allergologie		1				
Gastro-enterologie	71	106	100	42	42	-
Chirurgie	14.230	16.084	16.500	8.152	9.310	9.400
Urologie	3.312	3.770	3.700	1.514	1.654	1.800
Orthopedie	20.130	21.238	21.100	14.987	15.098	15.500
Neurochirurgie	1.205	1.302	1.000	524	412	600
Cardio-pulmonale chirurgie	128	797	n.b. ^{*)}	128	290	n.b. ^{*)}
Plastische chirurgie	9.839	9.307	11.100	8.180	7.591	9.500
Mondheelkunde	878	643	500	529	462	400
Verloskunde en gynaecologie	5.050	4.535	4.200	2.512	2.309	2.100
Kindergeneeskunde	83	97	100	18	10	-
Psychiatrie	45	30	100	45	0	-
Neurologie	605	770	500	160	304	200
Dermatologie	53	58	200	9	22	100
Keel-, neus- en oorheelkunde	6.088	6.794	6.400	3.466	3.456	3.600
Oogheelkunde	14.188	15.226	9.200	10.754	10.842	7.000
Radiologie	31	23	-	8	5	-
Radiotherapie	76	20	-	9	-	-
Overig	1.561	1.173	300	823	513	200
Totaal	80.672	85.876	79.000	52.857	53.715	51.700

*) Niet bekend, te weinig waarnemingen

Bron: Van Rooij, 1997; Van Rooij & Sliggers, 1998; Laeven & Van Rooij, 1999

De grootste groepen wachtenden zijn er voor de specialismen orthopedie, chirurgie, plastische chirurgie en oogheelkunde. Van deze laatste groep wachtenden kan worden geconstateerd, dat zij aanmerkelijk is afgenomen in vergelijking met de beide voorgaande jaren. Dit wordt voor een deel verklaard door de inhaalslag die de oogzorg dank zij het wachtlijstfonds heeft kunnen leveren. Voor een ander deel wordt het verklaard door de sterke groei van het aantal dagbehandelingen (zie ook tabel 2.2 in de volgende paragraaf).

2.4 Wachtenden voor dagopname

In tabel 2.2 worden gegevens gepresenteerd met betrekking tot het aantal wachtenden voor dagopnamen.

Tabel 2.2: Aantal wachtenden dagopname per specialisme, 1997-1999

	totaal			Langer dan 1 maand		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Interne geneeskunde	1.806	2.154	3.000	698	740	900
Klinische geriatrie		58	200	3	16	
Cardiologie	417	662	900	125	191	400
Longziekten	221	253	500	93	54	100
Reumatologie	74		100	65		100
Allergologie						
Gastro-enterologie	197	290	300	77	104	100
Chirurgie	8.698	10.302	10.200	5.038	6.119	5.900
Urologie	2.713	2.391	2.500	1.217	980	1.200
Orthopedie	9.218	10.248	9.900	5.212	5.817	5.300
Neurochirurgie	440	550	400	141	220	200
Cardio-pulmonale chirurgie						
Plastische chirurgie	4.941	5.867	6.400	3.634	4.357	4.400
Mondheelkunde	554	658	600	243	368	300
Verloskunde en gynaecologie	3.921	4.586	3.900	1.564	1.688	1.300
Kindergeneeskunde	196	147	300	59	49	100
Psychiatrie						
Neurologie	315	349	300	34	87	100
Dermatologie	76	18	200	53	12	100
Keel-, neus- en oorheelkunde	5.746	8.754	6.200	2.248	2.652	2.100
Oogheelkunde	14.932	16.610	19.600	10.893	9.446	13.400
Radiologie	4	14				
Radiotherapie	1	6				
Overig	1.812	1.384	1.100	895	727	500
Totaal	56.285	65.302	66.600	32.292	33.625	36.500

Bron: Van Rooij, 1997; Van Rooij & Sliggers, 1998; Laeven & Van Rooij, 1999

Van het aantal wachtenden op dagbehandeling vallen de grootste groepen onder de specialismen oogheelkunde, chirurgie, orthopedie, plastische chirurgie en keel-, neus- en oorheelkunde. Als we ons beperken tot de specialismen met de grootste groepen wachtenden, dan is vooral de sterke groei van het aantal wachtenden voor oogheelkundige dagbehandeling opvallend. Een stijging tussen 1997 en 1999 van meer dan dertig procent. Eén van de redenen van deze stijging is de sterke toename van het aantal staaroperaties in dagbehandeling.

2.5 Wachttijden voor klinische opnamen en dagopnamen

In de tabel 2.3 worden gegevens gepresenteerd met betrekking tot de gemiddelde wachttijd voor klinische opnamen en voor dagopnamen. In de publicatie van Laeven & Van Rooij over 1999 zijn deze wachttijden uitgedrukt in weken. Omdat in eerdere publicaties de wachttijden in dagen werden uitgedrukt, zijn ze in onderstaande tabel omgerekend. Dat kan hier en daar een lichte vertekening geven.

Tabel 2.3: Gemiddelde wachttijden klinische opname en dagopname, 1997-1999 (dagen)

	Klinische opname			Dagopname		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Interne geneeskunde	15	19	21	20	23	21
Klinische geriatrie	6	5	7		2	7
Cardiologie	21	21	28	13	12	21
Longziekten	11	11	14	5	4	7
Reumatologie	3	5	7	1	1	7
Allergologie			0			
Gastro-enterologie	9	12	14	14	14	14
Chirurgie	63	63	63	50	53	56
Urologie	43	45	42	36	38	42
Orthopedie	109	94	98	57	59	63
Neurochirurgie	29	36	28	16	34	21
Cardio-pulmonale chirurgie	14	37			0	
Plastische chirurgie	143	148	168	84	106	112
Mondheeskunde	38	44	28	49	44	21
Verloskunde en gynaecologie	40	40	42	35	36	42
Kindergeneeskunde	11	5	7	6	5	7
Psychiatrie	3	1	7		0	0
Neurologie	19	19	21	10	10	14
Dermatologie	2	5	7	1	2	7
Keel-, neus- en oorheeskunde	60	58	56	40	35	35
Oogheeskunde	110	109	112	91	90	91
Radiologie		0	0		1	0
Radiotherapie	7	1	0	2	1	0
Overig		0		0		

Bron: Van Rooij, 1997; Van Rooij & Sliggers, 1998; Laeven & Van Rooij, 1999

De langste wachttijden voor klinische opnamen doen zich voor bij de specialismen plastische chirurgie (168 dagen), oogheeskunde (112), orthopedie (98), chirurgie (63) en keel-, neus- en oorheeskunde (56). De eerste vier kennen ook de langste wachttijden voor dagopnamen, zij het dat de wachttijden dan in de meeste gevallen aanmerkelijk korter zijn.

2.6 Toegangstijden tot de polikliniek

In de tabel 2.4 worden de gemiddelde toegangstijden per specialisme gepresenteerd voor een afspraak op de polikliniek. Het gaat daarbij om schattingen van de wachttijd voordat een patiënt op de polikliniek terecht kan. Tevens wordt in deze tabel het percentage ziekenhuizen (per specialisme) gepresenteerd dat een gemiddelde toegangstijd tot de polikliniek kent van meer dan een maand.

Voor een deel zijn het dezelfde specialismen als hierboven genoemd met de langste toegangstijden: oogheeskunde en plastische chirurgie (beide 70 dagen), reumatologie,

gastro-enterologie, orthopedie en revalidatie met ieder een gemiddelde toegangstijd van 35 dagen.

Tabel 2.4: Gemiddelde toegangstijd polikliniek, 1997-1999 (dagen)

	Totaal			Perc. ziekenh. met gem. wachttijd > 1 maand		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Interne geneeskunde	21	22	21	20	23	24
Klinische geriatrie	17	15	14	21	23	16
Cardiologie	21	26	28	22	35	39
Longziekten	13	16	21	8	12	17
Reumatologie	36	39	35	50	55	47
Allergologie	13	9	14	14	13	-
Gastro-enterologie	26	28	35	41	38	41
Chirurgie	13	14	14	6	7	10
Urologie	16	18	21	12	20	30
Orthopedie	30	27	35	44	35	36
Neurochirurgie	17	18	21	23	18	29
Cardio-pulmonale chirurgie	17	-	-	25	-	-
Plastische chirurgie	60	67	70	68	70	74
Mondheelkunde	20	27	21	21	33	20
Verloskunde en gynaecologie	19	21	28	22	23	34
Kindergeneeskunde	15	19	21	12	19	24
Psychiatrie	13	15	21	16	23	25
Neurologie	24	24	28	30	37	29
Dermatologie	20	22	21	18	24	34
Keel-, neus- en oorheelkunde	15	19	21	14	16	21
Oogheelkunde	72	78	70	67	72	71
Revalidatie	24	28	35	31	44	-
Radiologie	1	1	0	0	0	2
Radiotherapie	5	4	0	0	0	-

Bron: Van Rooij, 1997; Van Rooij & Sliggers, 1998; Laeven & Van Rooij, 1999

Het percentage ziekenhuizen dat poliklinische toegangstijden langer dan een maand kent, neemt voor sommige specialismen toe (bijvoorbeeld cardiologie, plastische chirurgie, dermatologie, keel-, neus- en oorheelkunde). Voor de andere specialismen is er een wisselend patroon te zien.

2.7 Samenvatting

De hier gepresenteerde gegevens laten zien dat het totaal aantal wachtenden voor klinische opname is gedaald, ook het aantal dat langer dan een maand wacht op opname. Deze daling komt voor een groot deel voor rekening van de oogheelkunde. Het aantal wachtenden voor dagopname is sinds 1997 gestegen, het aantal mensen dat langer dan één maand wacht voor dagopname schommelt sinds 1997 rond de 45 procent. De langste wachttijden voor klinische opname en dagopname doen zich voor bij de specialismen plastische chirurgie, oogheelkunde, orthopedie en chirurgie. Zoals in de inleiding al werd aangegeven, zijn wachtlijsten niet onafhankelijk van elkaar. Dat illustreren de cijfers met betrekking tot de oogheelkunde. Binnen de oogheelkunde vindt substitutie plaats van klinische zorg naar

dagbehandeling. Het gevolg daarvan is dat de wachtlijst voor klinische opname daalt, maar die voor dagbehandeling toeneemt.

Bij de evaluatie van het wachtlijstfonds is geconcludeerd dat het aantal wachtenden bij de deelnemende instellingen stabiel blijft of licht daalt. De daling is echter minder dan verwacht mocht worden gezien het aantal extra operaties. Deze conclusie komt overeen met de uitkomsten van de hier gepresenteerde peilingen. Blijkbaar heeft het extra aanbod ook geleid tot nieuwe vraag. De vraag is nu of de wachtlijstsituatie nog vergelijkbaar is met die van een jaar geleden. De extra instroom kan niet verklaard worden uit demografische en epidemiologische trends. Blijkbaar worden patiënten in een eerder (ander?) stadium geopereerd. Nader zou moeten worden onderzocht welke factoren de achterliggende dynamiek van de wachtlijst bepalen.

3 DE ARBEIDSMARKT IN DE CURATIEVE SOMATISCHE ZORG

3.1 Inleiding

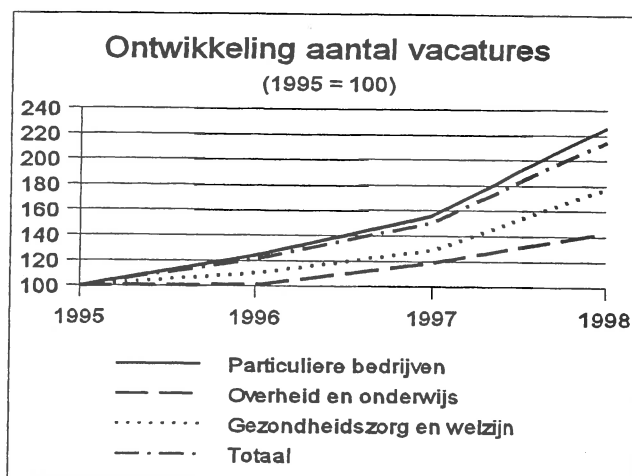
In dit hoofdstuk staan de te verwachten tekorten aan personeel in de gezondheidszorg centraal. Cijfers over arbeidsmarkttekorten zijn tot op heden niet gepresenteerd in het Branche-rapport Curatieve Zorg. Monitoring van de arbeidsmarkt vindt in principe namelijk plaats via de Rapportage Arbeidsmarkt Zorg (RAZ). In de Meerjarenafspraken Zorgsector zijn echter impliciet en expliciet afspraken gemaakt over de inzet van meer (verpleegkundig) personeel, bijvoorbeeld met de huisartsen die op grote schaal ondersteuning zullen gaan ontvangen van onder meer praktijkverpleegkundigen en met de ziekenhuizen, die extra financiering hebben ontvangen voor het verminderen van de werklust van het verpleegkundig personeel (zie ook de verdiepingsstudie Monitoring Meerjarenafspraken in Deel II). Terwijl hiermee dus zowel in de eerste als in de tweede lijn financieel ruimte is ontstaan voor het aantrekken van extra verplegenden en verzorgenden, worden juist voor deze beroepsgroepen grote tekorten verwacht op de arbeidsmarkt.

Gezien de actualiteit van de problemen wordt daarom dit jaar stilgestaan bij de arbeidsmarkt. In het kader van dit brancherapport zullen wij ons zo veel mogelijk richten op de curatief somatische zorg. Dat houdt echter het gevaar in zich dat het dreigende personeelstekort als een geïsoleerd probleem wordt gezien. Daarom zal in de volgende paragraaf ook een bredere context worden geschetst. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van initiatieven om het dreigende personeelstekort tegen te gaan. Dit hoofdstuk pretendeert geenszins volledig te zijn in dit overzicht. Zoals gezegd: de monitoring van de arbeidsmarkt in meer detail vindt in principe plaats via de RAZ. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een discussievraag.

3.2 Probleemschets

De huidige situatie

Er is een krapte op de arbeidsmarkt ontstaan. Als we in eerste instantie de historische ontwikkeling van het aantal vacatures op landelijk niveau bekijken, kunnen we constateren, dat deze ontwikkeling zich niet alleen in de zorgsector, maar over de volle breedte van de arbeidsmarkt voordoet. De volgende grafiek is ontleend aan gegevens van het CBS.



In particuliere bedrijven is tot aan 1998 het aantal vacatures meer dan verdubbeld. Het gaat dan om zo'n 123.400 vacatures. Die trend lijkt nog steeds door te zetten. In het eerste kwartaal van 1999 was het aantal vacatures verder opgelopen tot 146.000. "Meer dan in enig ander kwartaal sinds het begin van de jaren zeventig." (Monitor Arbeidsmarkt, 1999)

Inmiddels blijkt uit gegevens van het CBS, dat in het derde kwartaal van 1999 het aantal vacatures verder is gestegen naar 182.000. Tezamen met de 15.000 vacatures bij de overheid nadert het aantal vacatures nu de 200.000 (De Volkskrant, 21 oktober 1999)

De gezondheidszorg- en welzijnssector loopt in die ontwikkeling mee met een stijging van bijna 80% in het aantal vacatures tussen 1995 en 1998. Hoewel het aantal vacatures niet in alle maatschappelijke sectoren even hard groeit, is het toch duidelijk, dat het om een 'massale' ontwikkeling gaat, waarin de gezondheidszorg slechts één van de partijen is. Bovendien wekt de grafiek de suggestie dat de toename van het aantal vacatures meer dan een lineaire ontwikkeling is. Mogelijk behoeft het beeld van een cyclische ontwikkeling van de arbeidsmarkt dus bijstelling.

Een andere indicator voor de arbeidsmarktproblematiek is de ontwikkeling van het aantal moeilijk vervulbare vacatures. In de sector 'verplegende en verzorgende beroepen' heeft zich de afgelopen vijf jaar de volgende ontwikkeling voorgedaan:

Tabel 3.1: Aantal vacatures verplegende en verzorgende beroepen, 1994-1998

	1994	1995	1996	1997	1998
Aantal vacatures	2.100	2.400	2.300	3.200	5.400
Wv. moeilijk vervulbaar	300	500	500	800	2.200
Percentage	14,3	20,8	21,7	25,0	40,7

Bron: Zorgnota 2000

Ook dit is geen ontwikkeling die uniek is voor de zorgsector. In het particuliere bedrijfsleven is zij eveneens zichtbaar. In 1998 werd 43% van de daar openstaande vacatures omschreven als 'moeilijk vervulbaar', waar dat in 1996 nog 28% was en in 1997 34%.

Wel moet worden vastgesteld dat er grote regionale verschillen zijn met betrekking tot de arbeidsmarktproblematiek in de gezondheidszorg. Zo meldt bijvoorbeeld Het Parool (7-10-1999) dat er in Amsterdam 1620 vacatures in de gezondheidszorg zijn, waarvan er 900 moeilijk te vervullen zijn. Aannemende dat dat vooral om verplegende en verzorgende beroepen gaat, zou dat in relatie tot de bovenstaande tabel betekenen dat Amsterdam meer dan een kwart van de vacatures in deze beroepsgroepen kent.

3.3 Verwachtingen

De verwachtingen over de toekomstige ontwikkeling van de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg zijn somber te noemen. In het algemeen lijkt men het erover eens dat voor de komende jaren structurele tekorten aan personeel zijn te verwachten. In deze paragraaf wordt nagegaan welke verwachtingen er uit diverse onderzoeken en ramingen naar voren komen. Daarbij maken we onderscheid in de verplegende en verzorgende beroepen, de medische en paramedische beroepen.

Verplegende en verzorgende beroepen

Een van de bekendste instrumenten om de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor verplegenden en verzorgenden te volgen en te voorspellen is het computermodel 'Regiomarge'. De onderstaande noties zijn ontleend aan het rapport "De arbeidsmarkt van de Zorgsector in beeld, Regiomarge anno 1998". (Evers & Van der Windt, 1998) In dit rapport zijn arbeidsmarktanalyses en -voorspellingen neergelegd op basis van het berekeningen met behulp van dit computermodel.

Tabel 3.2: Verwachte tekorten in 2007 voor verplegenden en verzorgenden bij ongewijzigd beleid en bij een aangepast scenario per sector (percentages van de beroepsgroep)

SECTOREN	Ongewijzigd beleid	Aangepast scenario
Ziekenhuizen	12,8	2,8
Geestelijke gezondheidszorg	13,8	2,9
Gehandicaptenzorg	18,9	4,6
Verpleeghuiszorg	21,9	9,7
Verzorgingshuizen	23,8	11,0
Thuiszorg	21,0	5,2
Totaal	19,0	6,3

Bron: Evers & Van der Windt, 1999

Bij ongewijzigd beleid wordt voor de ziekenhuizen een tekort van bijna 13% voorspeld voor het jaar 2007. Het aangepaste scenario lijkt de problematiek aanmerkelijk te verlichten, maar -naast specifieke maatregelen voor de thuiszorg en de gehandicaptenzorg- wordt dan de volgende combinatie van maatregelen verondersteld:

- De instroom in de opleidingen zal met 20% toenemen.
- Het studierendement gaat met 5 procentpunten omhoog.

- Het percentage herintreders wordt 50% hoger dan nu geraamd. Dat komt erop neer dat één op de drie 'vertrekkers' na verloop van tijd weer in het beroep terug zou keren.
- Het verloop wordt met 20% teruggebracht.
- Het aantal uren dat men (gemiddeld) werkzaam is gaat omhoog.

De auteurs zien voor ieder van deze opties mogelijkheden ter realisering, maar laten zich niet uit over zaken als: de mate waarin deze opties gerealiseerd kunnen worden, de inspanning die dit pakket aan maatregelen vraagt of de kosten ervan.

In ieder geval kan volgens deze raming geconstateerd worden dat -zelfs bij het volledig tot werking komen van de genoemde set maatregelen, nog een tekort op de arbeidsmarkt voor verplegenden en verzorgenden zal blijven bestaan.

Overigens blijkt uit dezelfde rapportage dat er regionaal grote verschillen bestaan in de tekorten aan verplegenden en verzorgenden. Als het jaar 2003 als ijkpunt wordt genomen, blijkt over heel Nederland het tekort aan verplegenden en verzorgenden (bij ongewijzigd beleid) op te lopen naar 9,7 procent. De spreiding over de verschillende regio's is echter groot. Zuid-Limburg kent de geringste problematiek met een geraamd tekort van 4 procent, terwijl de regio Kennemerland/Amstel- en Meerlanden een geraamd tekort kent van meer dan 25 procent.

Ook tussen beide beroepsgroepen zijn verschillen aan te geven. Het eerder genoemde landelijk tekort van 9,7 procent is het resultaat van een geraamd tekort van 6,2 procent voor de verpleegkundigen en 13 procent voor de verzorgenden.

Ook andere auteurs voorspellen tekorten aan verzorgenden en verplegenden. Vissers & Vermeulen (1999) verwijzen bijvoorbeeld naar de verwachtingen volgens het 'Arbeidsmarkt Zorgsector Model' van IVA/ROA voor het jaar 2007, uitgaande van drie scenario's:

Tabel 3.3: Verwachte tekorten in 2007 verplegenden en verzorgenden bij drie scenario's

	Basisscenario	Groeiscenario	Care-scenario
Verzorgenden	-100	-7.200	-14.500
Verplegenden	-6.500	-26.100	-39.900
Totaal	-6.600	-33.000	-54.000

Bron: Vissers & Vermeulen (1999)

In het basisscenario wordt uitgegaan van een financiële groei van 1,3% per jaar. In het groeiscenario wordt uitgegaan van een groei met 2% per jaar. In het care-scenario wordt ook uitgegaan van een groei van 2% per jaar, maar met een verschuiving van de financiële middelen naar de ouderenzorg.

In procenten komt het er op neer dat in het basisscenario een tekort is voor het totaal van 2%, voor het groeiscenario 10% en voor het care-scenario van zo'n 15%.

Medische beroepen

Er zijn -voor zover bekend- geen ramingen beschikbaar met betrekking tot de verwachte tekorten in de medische beroepen. Wel zijn -onder meer door het NIVEL- voor diverse specialisten en huisartsen ramingen uitgevoerd die tot doel hadden de benodigde opleidingscapaciteit in kaart te brengen, rekening houdend met de vraag naar zorg (met name demografische ontwikkelingen), de verwerkingscapaciteit (productie), en de in- en uitstroom in het beroep. Daarbij wordt steeds een aantal scenario's doorgerekend, bijvoorbeeld het

effect van een toename van het aantal deeltijdwerkers, of een normering van de werkweek tot 50 uur (Van der Velden, Hingstman en Groenewegen, 1999).

Hagenouw & Schmidt (1999) signaleren dat cumulatief het tekort aan artsen op kan lopen tot enkele duizenden. Ook hier zijn nuances aan te geven. Er zijn signalen, dat de wat kleinere, perifere ziekenhuizen meer problemen hebben met het vinden van artsen dan de grotere ziekenhuizen (Leeuwarder Courant, 14-9-1999).

De paramedische beroepsgroepen

Behoeftes voor paramedische beroepen zijn niet voor handen. De instroom in het beroep wordt gereguleerd door het beperken van de opleidingscapaciteit. Bij het vaststellen hiervan lijkt soms te worden gekeken naar de arbeidsmarktpositie van de betreffende beroepsgroep. Van der Velden (e.a., 1999) constateren in dit verband:

“Met betrekking tot de paramedische beroepen moet eveneens geconstateerd worden dat een groot deel van de meest essentiële gegevens ten behoeve van capaciteitsramingen ontbreken. Voor een aantal paramedische beroepen is zelfs niets bekend over hoeveel er precies werkzaam zijn (...). Laat staan dat er gegevens beschikbaar zijn om toekomstige vraagontwikkelingen te beschrijven.” (Van der Velden, e.e.a., 1999, pp. 85-86)

Specifieke problemen voor de curatieve zorg

Voor wat betreft de (verwachte) krapte op de arbeidsmarkt zijn er enkele factoren aan te geven die de gezondheidszorg extra kwetsbaar maken.

Voor de specialistische beroepen in de gezondheidszorg (medisch specialisten, gespecialiseerde verpleegkundigen) is sprake van een langdurig opleidingstraject. Dat betekent dat tekorten voor deze beroepsgroepen niet gemakkelijk op korte termijn kunnen worden weggewerkt. Een goede planning van de opleidingscapaciteit vereist zorgvuldige lange termijn prognoses over de te verwachten vraag naar die beroepsgroepen. Voor de medische beroepsgroepen functioneert sinds het begin van 1999 een 'Capaciteitsorgaan'. Dit Capaciteitsorgaan heeft tot doel om op grond van de te verwachten zorgbehoefte ramingen te maken van het aantal benodigde plaatsen voor vervolgopleidingen voor artsen en tandartsen.

Voor bepaalde beroepsgroepen geldt, dat tekorten zullen leiden tot het nagenoeg stilleggen of aanmerkelijk vertragen van specifieke onderdelen van de dienstverlening. Denk daarbij bijvoorbeeld aan personeel voor de operatiekamer of de intensive care. Regelmatig bereiken berichten de krant dat een ziekenhuis operatiekamers of intensive care bedden moet 'sluiten' vanwege personeelsgebrek.

Informatieproblematiek

Het blijkt dat met name voor de medische en paramedische beroepsgroepen onvoldoende informatie voor handen is om betrouwbare ramingen van de toekomstige behoefte aan beroepsbeoefenaren te maken. Van der Velden e.a. (1999) noemen de volgende tekortkomingen in de informatievoorziening:

- Ontbreken van aanbodgegevens, zoals de samenstelling van de werkzame beroepsgroep
- Ontbreken van vraaggegevens
- Ontbreken van deelnemingspercentages: welk deel van de opgeleiden zal daadwerkelijk in het betreffende beroep werkzaam zijn?
- Ontbreken van gegevens over de internationale mobiliteit
- Constante monitoring van de arbeidsmarkt
- Verbetering van de ramingsmodellen.

Hagenouw en Schmidt (1999) constateren: "Wat nu speelt is het tekort van het tekort: de aanwijzingen zijn er volop, maar het ontbreekt (zowel overheid als beroepsgroep) aan adequate instrumenten om een en ander objectief in kaart te brengen."

3.4 Arbeidsmarktinitiatieven

Om de bestaande en toekomstige tekorten tegen te gaan worden veel verschillende initiatieven genomen om het aanbod aan arbeid voor de zorgsector te vergroten.

Lange termijn

Voor de wat langere termijn is een strategie om de belangstelling van schoolverlaters voor het werken in de gezondheidszorg te vergroten. Gezien het relatief lange opleidingstraject is dat echter een oplossing die pas over meerdere jaren effect kan hebben.

Bovendien is de vraag in hoeverre dergelijke acties effect zullen hebben. Zoals hierboven is aangegeven, is de krapte op de arbeidsmarkt voor veel meer maatschappelijke sectoren een ernstig probleem aan het worden. Ook vanuit die sectoren wordt getracht schoolverlaters naar zich toe te trekken. Kortom: de gezondheidszorg zal moeten concurreren met sectoren als het onderwijs, de industrie en de commerciële dienstverlening, waar de ontwikkeling van het aantal vacatures het hardst lijkt te gaan.

Ook het werk van het Capaciteitsorgaan is een voorbeeld van de formulering van lange termijn beleid.

Middellange termijn

In een conferentie over de arbeidsmarkt in de zorgsector werden onder meer de volgende aandachtspunten voor de zorgsector genoemd (Van der Pasch, 1999):

- behoud van personeel en voorkomen van uitval
- behoud en inzetbaarheid van oudere werknemers
- terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid
- functiedifferentiatie
- mobiliteit, employability en scholing op de werkplek
- vergroten instroom en rendement van de opleidingen
- instroombevordering van met name laaggeschoolden en allochtonen.

Dit zijn aandachtspunten die op wat kortere termijn kunnen werken, maar wel de ontwikkeling van een doelgericht personeelsbeleid betekenen en daarmee toch een middellange termijn beleid vragen.

Korte termijn

Ten slotte kunnen we regelmatig lezen over initiatieven van ziekenhuizen om op korte termijn de personeelstekorten op te lossen. Enkele voorbeelden:

- Ziekenhuizen in West-Brabant wisselen onderling personeel uit om de operatiecapaciteit op peil te houden.
- Regelmatig bereiken berichten de krant over het werven van personeel in het buitenland. Dat geldt voor verplegend personeel, maar evenzeer voor medisch personeel. Hagenouw en Schmidt stellen "... dat de omvang van het aantal artsen dat uit het buitenland in Nederland komt werken, valt te vergelijken met het aantal artsen dat door één medische faculteit per jaar wordt afgeleverd." Uit de RAZ blijkt dat het aantal inschrijvingen van buitenlandse specialisten in het Specialistenregister tussen 1994 en 1998 schommelt rond de 50 per jaar (NIVEL/NZi/OSA, 1999, Bijlagen, p. 20).

De taalbarrière kan bij zulke initiatieven een probleem zijn.

- In meerdere delen van Nederland nemen zorginstellingen initiatieven om gezamenlijk personeel te werven.
- Aan personeel worden bonussen in het vooruitzicht gesteld bij het werven van nieuwe collega's.
- Personeel dat 'ludieke' acties onderneemt om collega's te werven.

Een bijdrage vanuit de zorg?

In het algemeen wordt voor de komende jaren een structureel tekort aan arbeidsplaatsen in de gezondheidszorg verwacht. Intensieve arbeidsmarktmaatregelen zullen een bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van deze tekorten, maar Van der Windt en Evers laten zien, dat zelfs bij een maximaal inzetten van dergelijke maatregelen nog tekorten te verwachten zullen zijn.

De vraag doet zich dan voor of het mogelijk is om met minder mensen dezelfde kwaliteit van zorg te leveren? Met andere woorden: kan vanuit de zorgverlening een bijdrage worden geleverd aan het personeelstekort?

In de literatuur zijn we deze vraag nog nauwelijks tegengekomen, laat staan dat er al oplossingen in die richting zijn te suggereren.

Evers en Van der Windt (1999) stellen:

"Aanbevolen wordt om (...) ook meer aandacht te besteden aan creatieve en onorthodoxe arbeidsbesparende maatregelen bijvoorbeeld in de sfeer van de toepassing van technische hulpmiddelen en automatisering. Hoewel het zorgproces zich daarvoor op het eerste gezicht weinig lijkt te lenen, kan hier toch winst geboekt worden." (pag. 45)

In het rapport 'Gezondheidszorg in Tel 7' (De Vries, 1999) wordt gesteld:

"Toch doemt de vraag op of in sommige gevallen de tekorten aan personeel (...) niet zo groot dreigen te worden dat het traditionele instrumentarium waarmee de arbeidsmarkt bewerkt wordt (vergroten instroom, beheersen uitstroom) te kort schiet. In die gevallen is het noodzakelijk om kritisch te kijken naar de wijze waarop de zorg nu verleend wordt en georganiseerd is. Nieuwe concepten zullen nodig zijn om te voorkomen dat oplopende werkdruk en groter wordende personeelstekorten elkaar in een vicieuze cirkel gaan versterken."

Kortom: de suggestie wordt gedaan, dat moet worden nagegaan of andere manieren van zorgverlening een bijdrage kunnen leveren om het verwachte personeelstekort hanteerbaar te houden.

Volgens het rapport 'Gezondheidszorg in Tel 7' is de arbeidsproductiviteit in de curatieve somatische zorg in de afgelopen jaren met 1,2% per jaar toegenomen. Ongetwijfeld heeft de ontwikkeling van de (medische) technologie daaraan bijgedragen. Wellicht is dit een spoor waarop verder gewerkt kan worden. Niet alleen in termen van specifiek 'medische' technologie maar ook in termen van arbeidsvervangende technologie.

Een tweede ingang is wellicht te vinden in een andere organisatie van de zorgverlening. Daarbij kan gedacht worden aan de -verdere- ontwikkeling van protocollen binnen het ziekenhuis, maar ook in termen van samenwerking tussen ziekenhuizen en andere (zorg)voorzieningen.

LITERATUUR

- DELNOIJ, D.M.J., B.J.M. WELLING, A.J.J. VAN DER KWARTEL. Vraag en aanbod in de thuiszorg. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Verdiepingsstudie deel 2. Utrecht: NIVEL/NZi, 1997
- DOEGLAS, D., D.M.J. DELNOIJ, R. SCHULLER-PUNT, Doelmatigheid en kwaliteit. Een overzicht van de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten binnen de lokale initiatieven. Utrecht: NIVEL, 1999
- ESSEN, G. VAN (Red.): Arbeid in de zorgsector, OSA, Den Haag, januari 1999
- EVERS, P., WINDT, W. VAN DER: De arbeidsmarkt van de zorgsector in beeld - regio-marge anno 1998, NZi, Utrecht, december 1998
- HAGENOEUW, R.G.P., SCHMIDT, F.S.L.: KNMG neemt signalen artsentekort serieus, Medisch Contact, 16 juli 1999, (54), Nr. 27/28, pp. 1008-1012
- LAEVEN, A.M.W., ROOIJ, P.M. VAN: Wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen, NZi, Utrecht, juni 1999
- LINDERT H. VAN, D. DELNOIJ, P.P. GROENEWEGEN. Organisatorische integratie. Specialisten in het lijnmanagement. Zorgvisie, 1999b, nr. 7: 14-16
- LINDERT, H. VAN, D. DELNOIJ, P.P. GROENEWEGEN. Financiële integratie ziekenhuis en specialisten. Zorgvisie, 1999a, nr 5: 35
- MINISTERIE VAN VWS. Meerjarenaafspraken Zorgsector. Den Haag: Ministerie van VWS, 1998
- MONITOR ARBEIDSMARKT: De arbeidsmarkt in 1999 en 2000, Economisch Statistische Berichten, 24 september 1999, pp. 696-699
- NIENOORD-BURÉ, C.D., P.M. VAN ROOIJ, L.G. VAN AVESAATH, Specialisten gebudgetteerd!?! De effecten van lokale initiatieven geïnventariseerd. Utrecht: NZi, 1996
- NIVEL/NZi: Welling BJM, DMJ Delnoij, J Dekker, JA Oppelaar (NIVEL)/ Kwartel AJJ van der, RLC Smit, PM van Rooij, W van Eijk (NZi)). Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1998. Ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: NIVEL/NZi, 1998
- NIVEL/NZi/OSA. Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en welzijn 1999. Bijlagen. OSA: Tilburg, 1999
- PASCH, T. VAN DE: Met zorg werken, TVZ, 1998, Nr. 10, pp. 309-312
- RAAD VOOR MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING, RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN ZORG: Achtergrondstudies bij het advies "Zorgarbeid in de toekomst", RMO/RVZ, Den Haag / Zoetermeer, 1999

RAAD VOOR MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING, RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN ZORG: Zorgarbeid in de toekomst, RMO/RVZ, Den Haag / Zoetermeer, 1999

ROEX, A.J.M., TELGENKAMP, M.L.C.: Honorering, werklast en motivatie van medisch specialisten in balans, Elsevier, 's-Gravenhage, 1999

ROOIJ, P.M. VAN, SLIGGERS, M.: Wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen, Nzi, Utrecht, mei 1998

SAMENWERKENDE INSTELLINGEN GEZONDHEIDSZORG REGIO AMSTERDAM: Arbeidsmarktplan zorgsector 1998, SIGRA, Amsterdam, 1997

SCHOLTEN, G.: Experimenteren in vertrouwen - Een evaluatie van het Noord-Hollandse experiment met de honorering van medisch specialisten, Elsevier/De Tijdstroom, Maarsse, 1998

SMIT, R.C.L., M. KRONEMAN. Wachtlijsten in de zorg. In: D. Post, L.J. Stokx (red). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. VI: Zorgbehoefte en zorggebruik. Bilthoven/ Maarsse: RIVM/Elsevier-De Tijdstroom, 1997; p.119-135

TWEEDE KAMER. Zorgnota 2000. Bijlagen Handelingen Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1998-1999, 26517, nr. 1

VELDEN, L.F.J. VAN DER, HINGSTMAN, L., GROENEWEGEN, P.P.: Verkenning van vraag- en aanbodontwikkelingen binnen de medische en paramedische zorg: knelpunten en oplossingen. In: RAAD VOOR MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING, RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN ZORG: Achtergrondstudies bij het advies "Zorgarbeid in de toekomst", RMO/RVZ, Den Haag / Zoetermeer, 1999

VISSERS, A.M.C., VERMEULEN, H.J.J.M.: Vergelijking van drie prognosemodellen voor de zorgsector. In: ESSEN, G, VAN: Arbeid in de zorgsector, OSA, Den Haag, januari 1999

VRIES, B. DE: Gezondheidszorg in Tel 7, NZi, Utrecht, 1999

ZIEKENFONDSRAAD: Evaluatie experiment specialistenhonorering, Rapport nr. 783, Ziekenfondsraad, Amstelveen, 1998

LIJST VAN AFKORTINGEN

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
EVS	Elektronisch voorschrijven
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
FTTO	Farmacologisch Transmuraal Therapeutisch Overleg
HBO	Hogere Beroepsopleiding
IVA	Instituut voor sociaal wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies
JOZ	Jaaroverzicht Zorg
LHV	Landelijke Huisartsenvereniging
NHG	Nederlands Huisartsengenootschap
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NZi:	Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg
RAZ	Rapportage Arbeidsmarkt Zorg
ROA	Research centrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
SEO	Stichting voor Economisch Onderzoek
VWS:	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

DEEL I-B
KENGETALLEN

1 HUISARTSGENEESKUNDE

1.1 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

	1995	1996	1997	1998	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Percentage personen met contact						
Totaal	75,2	75,2	75,5	75,6	0,4	0,2
<i>Geslacht</i>						
Mannen	68,8	67,8	69,1	69,7	0,9	0,4
Vrouwen	81,5	82,4	81,9	81,4	-0,1	-0,0
<i>Verzekeringsvorm</i>						
Ziekenfonds	76,6	76,2	77,8	77,5	0,9	0,4
Particulier verzekerd	73,0	73,7	72,1	72,9	-0,1	-0,0
<i>Leeftijd</i>						
0-19	69,1	68,1	70,5	71,2	2,1	1,0
20-44	74,2	74,3	73,6	73,8	-0,4	-0,2
45-64	76,7	77,6	78,4	77,8	1,1	0,5
65+	86,7	86,3	85,8	85,6	-1,1	-0,4

Bron: CBS Gezondheidsenquête 1997 - 1998

1.2 Kosten

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

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

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Ziekenfonds	1.256,7	1.310,9	1430,5	1465,3	208,6	16,6	5,3
Particuliere verzekering	539,0	519,1	557,5	591,3	52,3	9,7	3,1
Eigen betaling particulier	187,0	187,0	193,0	196,2	9,2	4,9	1,6
Totaal	1.982,7	2.017,0	2181,0	2252,8	270,1	13,6	4,3
Kosten per zf-verzekerde*	129,94	134,43	145,43	147,71	17,77	13,7	4,4
Kosten per particulier verz.*	93,72	90,38	97,28	103,41	9,69	10,3	3,3

* = eigen berekening

Bron: JOZ 1999; Ziekenfondsraad 1998

1.3 Productie

- * Indicator: - verrichtingen, eventueel uitgesplitst naar relevante categorieën
- * Kengetal: - aantal contacten per ingeschreven patiënt naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm
- aantal nieuwe 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 1996-1998

	1996	1997	1998
Totaal	5,7	6,0	6,2
<i>Ziekenfonds</i>			
Mannen	5,2	5,3	5,5
Vrouwen	8,0	8,3	8,6
<i>Particulier</i>			
Mannen	3,4	3,6	3,8
Vrouwen	5,3	5,6	5,8
<i>Leeftijd</i>			
0-4	4,9	4,8	5,4
5-14	2,7	2,8	2,9
15-24	3,7	3,9	4,1
25-44	4,5	4,8	4,9
45-64	6,6	7,0	7,1
65-74	10,8	11,4	11,6
75+	14,2	15,3	15,7

Bron : LINH, eigen berekening. Gebruikte contactgegevens:

1996: N=32 praktijken, N=140.540 patiënten, N=810.201 contacten

1997: N= 69 praktijken, N=255.100 patiënten, N=1.202.183 contacten

1998: N= 67 praktijken, N=256.699 patiënten, N=1.550.638 contacten

Tabel 1.4: Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten naar specialisme voor ziekenfonds- en particulier verzekerden: 1996 - 1998

	Aantal nieuwe verwijzingen					
	per 1000 ziekenfondsverzekerden			per 1000 particulier verzekerden		
	1996	1997	1998	1996	1997	1998
<i>Specialisme:</i>						
Cardiologie	7,4	6,5	6,5	3,8	3,7	4,2
Chirurgie	26,4	23,5	22,2	13,1	13,9	14,5
Dermatologie/allergologie	18,9	18,3	17,4	10,8	12,1	12,2
Gynaecologie/verloskunde	16,2	15,3	13,8	6,0	6,7	7,2
Interne geneeskunde	16,7	14,7	14,0	7,1	7,4	7,8
KNO	20,8	20,0	19,9	12,7	13,8	14,5
Longarts	4,0	3,6	3,7	1,6	1,7	1,8
Neurologie	14,7	13,2	13,8	6,5	7,2	8,5
Oogheelkunde	28,5	23,0	21,8	7,7	8,7	8,5
Orthopaedie	18,9	16,2	15,9	8,5	9,1	9,6
Pediatrie	5,6	5,2	5,2	3,5	4,2	4,4
Plastisch chirurg	4,1	3,8	3,6	2,2	2,5	2,0
Psychiatrie	3,7	1,4	0,4	1,9	1,1	0,3
Reumatologie	2,5	2,4	2,6	1,1	1,6	1,5
Revalidatiegeneeskunde	1,8	1,6	1,6	0,5	0,6	0,6
Urologie	7,8	7,6	7,6	5,3	6,0	6,3
Neurochirurgie	0,5	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
Kaakchirurgie/mondheelkunde	0,9	0,8	0,7	0,4	0,4	0,4
Maag-, darm- en stofwis. ziekten	1,3	1,0	0,7	0,5	0,5	0,5
Overige specialismen/onbekend	1,1	2,1	3,5	0,5	1,0	2,1
Totaal	201,9	180,7	175,1	93,6	102,3	107,0

Bron : LINH

1996: N=43 praktijken, N=181.576 patiënten, N=28.757 nieuwe verwijzingen.

1997: N=67 praktijken, N=265.057 patiënten, N=39.692 nieuwe verwijzingen.

1998: N=67 praktijken, N=275.315 patiënten, N=40.999 nieuwe verwijzingen.

1.4 Middelen

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

Tabel 1.5: Aantal zelfstandig gevestigde huisartsen naar praktijkvorm vanaf 1995, per 31 december

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Solopraktijk ¹	3.320	3.261	3.232	3.194	-126	-3,8	-1,3
Duopraktijk ²	2.126	2.203	2.241	2.293	167	7,9	2,6
Groepspraktijk ³	784	861	912	987	203	25,9	8,0
Gezondheidscentrum ⁴	584	591	613	619	35	6,0	2,0
Totaal	6.814	6.916	6.998	7.093	279	4,1	1,3

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

² Praktijkvoering door twee zelfstandig gevestigde huisartsen in een gezamenlijk praktijkgebouw

³ Praktijkvoering door tenminste drie zelfstandig gevestigde huisartsen onder één dak

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

Bron: RAZ 1999 (NIVEL 1999)

2 TANDHEELKUNDE

2.1 Gebruik

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

Tabel 2.1: Contact met de tandarts in de periode 1995-1998 naar verzekeringsvorm, geslacht en leeftijd

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Ziekenfondsverzekering							
- % Personen met contact	71,8	71,3	73,3	74,7	-	2,9	1,3
- Aantal contacten per persoon met contact	2,7	2,6	3,0	3,1	0,4	14,8	4,7
- Aantal contacten per persoon	1,9	1,9	2,2	2,3	0,4	21,1	6,6
Particuliere verzekering							
- % Personen met contact	79,1	79,6	80,8	82,0	-	2,9	1,2
- Aantal contacten per persoon met contact	3,1	2,7	2,8	2,8	-0,3	-9,7	-3,3
- Aantal contacten per persoon	2,5	2,2	2,3	2,3	-0,2	-8,0	-2,7
Totaal							
- % Personen met contact	74,6	74,4	76,1	77,6	-	3,0	1,3
- Aantal contacten per persoon met contact	2,9	2,7	2,9	3,0	0,1	3,4	1,1
- Aantal contacten per persoon	2,1	2,0	2,2	2,3	0,2	9,5	3,1

Bron: CBS Gezondheidsenquête 1997 - 1998

2.2 Kosten

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

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

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
AWBZ	14,0	14,6	12,0	16,0	2,0	14,3	4,6
ZFW	550,4	504,6	530,6	542,7	-7,7	-1,4	-0,5
Particuliere verzekering	103,9	106,7	132,3	138,1	34,2	32,9	9,9
Eigen betaling particulier	362,6	367,4	379,2	382,8	20,2	5,6	1,8
Totaal	1.030,9	993,3	1.054,1	1.079,6	48,7	4,7	1,6

Bron : JOZ 1999

2.3 Productie

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

Tabel 2.3: Soorten behandeling (excl. controle) naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm, 1997/1998 in procenten

	Totaal	M	V	0-14	15-24	25-44	45-64	65+	ZF	PV
-Trekken tand/kies	5,1	5,1	5,0	6,1	5,4	4,9	5,1	3,4	5,9	3,8
-Vullen tand/kies	26,4	28,0	25,0	22,8	36,0	30,2	22,2	16,1	27,7	24,6
-Maken kroon/brug	8,6	8,9	8,2	0,3	0,4	10,6	12,0	12,9	7,2	10,6
-Gebitsregulatie	4,4	5,1	3,8	13,5	4,6	2,4	2,4	5,2	4,4	4,4
-Fluor applicatie	5,7	5,9	5,5	31,2	7,5	0,7	0,6	0,5	5,0	6,7
-Verwijd.tandsteen	24,0	25,3	22,9	3,9	20,9	29,8	27,3	23,7	22,9	25,6
-Overige behand.	25,9	21,7	29,5	22,3	25,3	21,4	30,4	38,2	26,9	24,4
	absoluut									
Aantal behandeling- en in de steekproef	4269	1969	2300	595	482	1668	1149	375	2515	1737

Bron: CBS Gezondheidsenquête 1997 - 1998

2.4 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*

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Mannen	6.006	5.925	5.937	-	-	-	-
Vrouwen	1.322	1.333	1.382	-	-	-	-
Totaal	7.328	7.258	7.319	7.524	196	2,7	0,9

*= Inclusief tandartsen met onbekend adres

Bron: RAZ 1999 (NIVEL 1999)

3 VERLOSKUNDIGE ZORG

3.1 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)

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
LVR-1							
<= 19 jaar*	1,5	1,4	1,6	1,5	-	0,0	0,0
20-24 jaar	11,7	10,7	10,3	9,9	-	-1,8	-5,4
25-29 jaar	35,6	34,3	34,1	33,3	-	-2,3	-2,2
30-34 jaar	39,2	40,3	40,5	40,9	-	1,7	1,4
>= 35 jaar	11,6	12,8	13,2	14,1	-	2,5	6,7
Totaal aantal incl. onbekend	59.311	61.478	60.553	64.760	5.449	9,2	3,0
LVR-2							
<= 19 jaar	1,6	1,5	1,5	1,6	-	0,0	0,0
20-24 jaar	11,5	10,4	10,0	9,3	-	-2,2	-6,8
25-29 jaar	34,8	34,5	33,7	33,5	-	-1,3	-1,3
30-34 jaar	36,5	37,4	37,9	38,5	-	2,0	1,8
>= 35 jaar	15,6	16,1	16,9	17,1	-	1,5	3,1
Totaal aantal incl. onbekend	96.937	99.160	105.578	112.400	15.463	15,9	5,1

Bron: SIG Zorginformatie

3.2 Kosten

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

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

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Proc.groei 95 - 98	Gem jrl % groei 95 - 98
Ziekenfonds	98,6	103,9	110,4	113,7	15,1	15,3	4,9
Particuliere verzek.	19,8	24,5	24,6	24,0	4,2	21,2	6,6
Eigen betaling particulieren	8,2	5,9	5,9	5,8	-2,4	-29,3	-10,9
Totaal	126,6	134,3	140,9	143,5	16,9	13,3	4,3

Bron: JOZ 1999

3.3 Productie

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

Tabel 3.3a: Totaal aantal overgedragen vrouwen van de eerste- naar de tweedelijl tijdens de zwangerschap, baring en kraambed, LVR-1 1995-1998 *

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98**	Proc.groei 95 - 98	Gem jrl % groei 95 - 98*
Overdracht tijdens zwangerschap	23.512	25.504	27.036	30.471	6.959	29,6	9,0
Overdracht tijdens baring	23.931	26.232	26.758	30.218	6.287	26,3	8,1
Overdracht tijdens kraambed	300	344	297	300	0	0,0	0,0

* exclusief verwijzingen door de huisarts

** de groei van het aantal overdrachten in absolute zin (95-98) wordt voor een deel veroorzaakt door een groei in deelname aan de registratie (vgl. tabel 3.3b)

Bron: SIG Zorginformatie

Tabel 3.3b: Indexgegevens: procentuele groei in het aantal overdrachten als percentage van de totale groep vrouwen onder verloskundige zorg 1994-1998 (1994=100)

	1994	1995	1996	1997	1998
Overdracht tijdens zwangerschap	100	101	107	108	118
Overdracht tijdens baring	100	100	105	104	113
Overdracht tijdens kraambed	100	101	109	110	120

Bron: SIG Zorginformatie

3.4 Middelen

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

Tabel 3.4: Aantal werkzame verloskundigen naar geslacht, per 31 december

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Proc.groei 95 - 98	Gem jrl % groei 95 - 98
Vrouwen	1.290	1.313	1.372	1.464	174	13,5	4,3
Mannen	42	44	44	43	1	2,4	0,8
Totaal	1.332	1.357	1.416	1.507	175	13,1	4,2

Bron: RAZ 1999 (NIVEL 1999)

4 PARAMEDISCHE ZORG

4.1 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

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Percentage personen met contact							
Totaal	13,6	13,2	15,2	15,3	1,7	12,5	4,0
<i>Geslacht</i>							
Mannen	12,1	11,1	13,2	13,6	1,5	12,4	4,0
Vrouwen	15,0	15,3	17,2	17,0	2,0	13,3	4,3
<i>Verzekeringsvorm</i>							
Ziekenfonds	13,9	13,9	15,6	15,5	1,6	11,5	3,7
Particulier	13,1	12,2	14,5	15,1	2,0	15,3	4,9
<i>Leeftijd</i>							
0-19	5,1	4,1	7,0	5,9	0,8	15,7	5,0
20-44	14,0	13,1	15,4	15,7	1,7	12,1	3,9
45-64	19,4	19,4	20,7	21,2	1,8	9,3	3,0
65+	17,6	19,4	20,3	20,8	3,2	18,2	5,7

Bron: CBS Gezondheidsenquête 1997 - 1998

4.2 Kosten

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

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

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Fysiotherapeuten							
Ziekenfonds	882,7	665,1	705,1	775,1	-107,6	-12,2	-4,2
Particuliere verzekering	377,7	336,7	369,0	385,1	7,4	2,0	0,6
Totaal	1.260,4	1.001,8	1.074,1	1.160,2	-100,2	-7,9	-2,7
Kosten zf-verzekerde*	91,27	68,20	71,68	78,13	-13,14	-14,4	-5,0
Kosten part. verzekerde*	65,67	58,64	64,39	67,35	1,68	2,6	0,8
Oefentherapeuten (Mensendieck/Cesar)							
Ziekenfonds	55,1	50,2	52,5	56,1	1,0	1,8	0,6
Particuliere verzekering	23,5	19,8	10,5	11,2	-12,3	-52,3	-21,9
Totaal	78,6	70,0	63,0	67,3	-11,3	-14,4	-5,0
Kosten zf-verzekerde*	5,70	5,15	5,34	5,66	-0,04	-0,7	-0,2
Kosten part. verzekerde*	4,09	3,45	1,83	1,96	-2,13	-52,1	-21,7
Logopedisten							
Ziekenfonds	53,3	54,2	57,8	56,5	3,2	6,0	2,0
Particuliere verzekering	22,8	23,6	17,3	16,1	-6,7	-29,4	-11,0
Totaal	76,1	77,8	75,1	72,6	-3,5	-4,6	-1,6
Kosten zf-verzekerde*	5,51	5,56	5,88	5,70	0,19	3,4	1,1
Kosten part. verzekerde*	3,96	4,11	3,02	2,82	-1,14	-28,8	-10,7
Ergotherapeuten							
Ziekenfonds	0,0	2,4	8,3	12,6	12,6	-	-
Particulier	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,0	-	-
Totaal	0,0	2,4	8,3	12,6	12,6	-	-
Kosten zf-verzekerde*	-	0,25	0,84	1,27	1,27	-	-
Kosten part.verzekerde*	-	-	-	-	-	-	-

* = eigen berekening

Bron : JOZ 1999; Ziekenfondsraad 1998

4.3 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)

	1994	1995	1996	1997	Proc.groei 94 - 97	Gem.jrl.% groei 94 - 97
Zittingen in praktijk- kruimte	20.804.093	21.255.838	15.601.776	15.356.864	-26,2	-9,6
Zittingen buiten praktijkruimte*	2.811.224	3.200.941	2.822.620	-	-	-
. niet in een inrichting	-	-	-	2.566.481	-	-
. in een inrichting	-	-	-	707.707	-	-
Groepsbehandeling	-	-	-	2.684	-	-
Heilgymnast/masseur**	-	-	29.007	47.886	-	-
Totaal	23.615.317	24.456.779	18.453.403	18.681.622	-20,9	-7,5

• = Met ingang van 1997 zijn er voor zittingen buiten de praktijkruimte aparte tarieven voor behandeling we/niet in een inrichting.

** = Met ingang van 1996 worden de gegevens over heilgymnasten/masseurs apart opgevraagd. Tot en met 1995 zijn deze gegevens verwerkt in het totaal.

Bron: Ziekenfondsraad 1998

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

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94 - 97	Proc.groei 94 - 97	Gem.jrl.% groei 94 - 97
Oefentherapie							
<i>Mensendieck</i>							
absoluut	745.166	772.491	674.504	660.162	-85.004	-11,4	-4,0
per 1000 verzekerden	77,8	79,7	69,0	66,7	-11,1	-14,3	-5,0
<i>Cesar</i>							
absoluut	792.991	804.927	683.630	695.480	-97.511	-12,3	-4,3
per 1000 verzekerden	82,8	83,0	70,0	70,2	-12,6	-15,2	-5,4
Logopedie							
behandelingen*	-	1.365.901	1.380.445	1.398.545	-	-	-
per 1000 verzekerden	-	140,9	141,3	141,2	-	-	-
<i>Stottertherapie</i>							
therapiedagen absoluut	1.535	1.761	1.443	1.023	-512	-33,4	-12,7
per 1000 verzekerden	0,2	0,2	0,1	0,1	-0,1	-50,0	-20,6

* = Dit betreft het aantal behandelingen bij individueel verleende hulp, het aantal verzekerden bij groepsbehandeling en het aantal onderzoeken zonder dat behandeling volgt, tezamen.

Bron : Ziekenfondsraad 1998

4.4 Middelen

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

Tabel 4.5: Aantal werkzame paramedische beroepsbeoefenaren

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Fysiotherapeut	-	11.550	-	12.035	-	-	-
Ergotherapeut	1.621	1.700	1.750	1.915	294	18,1	5,7
Logopedist	3.393	3.359	3.900	3.880	487	14,4	4,6
Oefenth--Mensendieck	832	850	895	900	68	8,2	2,7
Oefenth-Cesar	823	813	808	870	47	5,7	1,9
Diëtisten	2.121	2.242	2.133	2.172	51	2,4	0,8
Mondhygiënist	1.353	1.375	1.427	1.570	217	16,0	5,1
Orthoptist	277	274	287	359	82	29,6	9,0
Podotherapist	259	291	314	355	96	37,1	11,1
Radiologisch laborant * (diagnostiek en therapie)	9.256	9.736	9.841	10.100	844	9,1	3,0

- Schatting op basis van voorgaande jaren bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg geregistreerde radiologisch laboranten
 Bron : RAZ 1999(NIVEL 1999)

5 THUISZORG

5.1 Gebruik

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

Tabel 5.1: Aantal personen in zorg in de thuiszorginstellingen 1994-1996

	1994	1995	1996	Abs.groei 94 - 96	Proc.groei 94 - 96	Gem.jrl.% groei 94 - 96
Wijkverpl./Gezinsverzorging						
aantal personen in zorg	415.630	392.671	398.763	-16.867	-4,1	-2,1
Alpha						
aantal personen in zorg	65.485	73.271	80.711	15.226	23,3	11,7
Zorg op locatie						
aantal personen in zorg	6.598	4.623	4.877	-1.721	26,1	13,1
Totaal						
Aantal personen in zorg	487.713	470.565	484.351	-3.362	-0,7	-0,4

exclusief diëtiëk

Bron: Jaarboek Thuiszorg 1994, 1995, 1996

5.2 Kosten

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

Tabel 5.2a: Kosten thuiszorg (mln gld) naar financier 1994-1996*

	1994	1995	1996	Abs.groei 94 - 96	Proc.groei 94 - 96	Gem.jrl.% groei 94 - 96
Gezinsverzorging						
AWBZ	1.903,0	2.007,2	1.954,3	51,3	2,7	1,4
Eigen betalingen	209,6	96,0	211,7	2,1	1,0	0,3
Totaal	2.112,6	2.103,2	2.166,0	53,4	2,5	1,3
Kruiswerk						
AWBZ	573,8	610,9	657,5	83,7	14,6	7,9
Eigen betalingen	175,2	156,3	120,5	-54,7	-31,2	-15,6
Totaal	749,0	767,2	778,0	29	3,9	2,0
Intensieve thuiszorg						
AWBZ	2,9	7,7	11,5	8,6	296,6	148,3
Ziekenfonds	45,1	49,7	49,8	4,7	10,4	5,2
Totaal	48,0	57,4	61,3	13,3	27,7	13,9

* = Vanaf 1997 maakt JOZ geen onderscheid meer tussen gezinsverzorging, kruiswerk en intensieve thuiszorg
 Bron: JOZ 1999

Tabel 5.2b: Kosten thuiszorg (mln.gld) naar financier 1997* en 1998

	1997	1998
AWBZ	2.693,6	2.907,5
Ziekenfonds	134,0	0,0
Eigen betaling AWBZ	317,7	358,1
Totaal	3145,3	3.265,6

* Vanaf 1997 maakt JOZ geen onderscheid meer tussen gezinsverzorging, kruiswerk en intensieve thuiszorg
 Bron: JOZ 1999

Tabel 5.2c: Kosten persoonsgebonden budgetten thuiszorg (mln.gld) naar financier

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Persoonsgebonden budgetten thuiszorg							
AWBZ	39,7	85,4	124,1	120,4	80,7	103,3	26,7
Totaal	39,7	85,4	124,1	120,4	80,7	103,3	26,7

Bron: JOZ 1999

5.3 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

	1994	1995	1996	Abs.groei 94 - 96	Proc.groei 94 - 96	Gem.jrl.% groei 94 - 96
Gezinsverzorging						
Aantal uren tradit. hulpverlening	28.593.237	22.888.671	21.564.973	-7.028.264	-24,6	-12,3
Aantal uren alpha-hulpverlening	6.763.336	5.306.393	5.396.782	-1.366.186	-0,2	-0,1
Wijkverpleging						
Aantal uren wijkverpleging	2.596.755	1.921.723	2.280.052	-316.703	-12,2	-6,1
Aantal uren wijkziekenverzorging	1.408.589	1.121.676	1.142.217	-266.372	-18,9	-9,5
Geïntegreerd						
Aantal uren zorg	54.127.014	54.741.107	56.613.796	2.486.782	4,6	2,3
Totaal						
Aantal uren thuiszorg						
Gemiddeld aantal uren thuiszorg per cliënt	111,0	116,3	116,9	5,9	5,3	2,7

* exclusief diëtiëk

Bron: Jaarboek Thuiszorg 1994,1995,1996

5.4 Middelen

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

Tabel 5.4: Het aantal instellingen voor thuiszorg 1996-1998

	1996	1997	1998
Totaal	127	138	123

Bron: COTG

Tabel 5.5: Het aantal werkzame personen (full- en parttimers tezamen) bij thuiszorginstellingen uitgesplitst naar vast en flexibel personeel, jaargemiddelden

	1994	1995	1996	1997	Proc.groei 94 - 96	Gem.jrl.% groei 94 - 96
Vast personeel						
Wijkverpleegkundigen	7.195	7.587	7.175	8.062	1,9	0,6
Wijkverzorgenden	3.550	4.093	4.571	5.136	44,7	13,1
Verpleegkundigen in de wijk	1.993	2.252	2.347	2.637	32,3	9,8
Diëtisten	400	442	450	506	26,5	8,2
G.V.O-ers	62	81	73	82	32,3	9,8
Ergotherapeuten	24	26	15	17	-29,2	-10,9
Consultatiebureau-artsen	768	862	877	985	28,3	8,6
Gezinshelpenden**	46.596	47.376	47.558	53.434	14,7	4,7
Gezinsverzorgenden***	17.064	19.208	20.030	22.505	31,9	9,7
Gespecialiseerde gezinsverzorgenden****	1.322	1.354	1.486	1.670	26,3	8,1
Kraamverzorgenden	4.937	5.814	6.105	6.859	38,9	11,6
Leerling kraamverzorgenden	61	16	4	4	-93,4	-59,7
Overig uitvoerend personeel	2.063	1.625	2.019	2.268	9,9	3,2
Totaal uitvoerend personeel	86.755	90.736	92.710	104.165	20,1	6,3
Flexibel personeel						
Alpha-helpenden	39.464	36.833	40.301	53.487	35,5	10,7
Uitvoerend personeel niet in loondienst						

• = Schatting

** = Thuishulpen A + verzorgingshulpen B

*** = Verzorgende C + D

**** = Verzorgenden E

Bron: RAZ 1998 (NIVEL 1998)

6 AMBULANCEZORG EN ZIEKENVERVOER

6.1 Gebruik

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

Tabel 6.1: Totaal aantal ritten ambulancediensten, per 31 december

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94 - 97	Proc.groei 94 - 97	Gem.jrl.% groei 94 - 97
Ritten (x 1000)	628	649	671	709	81	12,9	4,1

Bron : CBS

6.2 Kosten

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

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

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Ambulancezorg							
ZFW	224,6	234,2	261,0	256,2	31,6	14,1	4,5
Particuliere verz.	79,2	89,0	98,9	83,2	4,0	5,1	1,7
Overheid	6,0	6,0	7,0	16,8	10,8	180,0	40,9
Eigen betalingen part.	13,2	22,8	23,1	23,1	9,9	75,0	20,5
Totaal	323,0	352,0	390,0	379,3	56,3	17,4	5,5
Kosten per zf-verz.*	23,22	24,02	26,53	25,83	2,61	11,2	3,6
Kosten per part.verz.*	13,77	15,50	17,26	14,55	0,78	5,7	1,9
Overige ziekenvervoer							
ZFW	206,8	216,6	227,6	219,9	13,1	6,3	2,1
Particuliere verz.	64,8	72,9	60,6	65,1	0,3	0,5	0,2
Eigen betalingen part.	20,4	22,5	39,8	39,6	19,2	94,1	24,7
Totaal	292,0	312,0	328,0	324,6	32,6	11,2	3,6
Kosten per zf-verz.*	21,38	22,21	23,14	22,17	0,79	3,7	1,2
Kosten per part.verz.*	11,27	12,70	10,57	11,39	0,12	1,1	0,4

** eigen berekening
Bron : JOZ 1999

6.3 Productie

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

Tabel 6.3: Totaal aantal kilometers ambulances, per 31 december

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94 - 97	Proc.groei 94 - 97	Gem.jrl.% groei 94 - 97
Kilometers (x 1000)	21.014	22.471	23.863	24.915	3.901	18,6	5,8

Bron : RAZ 1999 (CBS)

6.4 Middelen

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

Tabel 6.4: Algemene gegevens van ambulancediensten en personeelsleden

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94 - 97	Proc.groei 94 - 97	Gem.jrl.% groei 94 - 97
CPA's	40	38	35	35	-5	-12,5	-4,4
Ambulance diensten*	142	130	122	114	-28	-19,7	-7,1
Ambulance locaties	220	213	213	212	-8	-3,6	-1,2
Ambulances	641	637	655	672	31	4,8	1,6
Aantal personeels- leden	3.232	3.960**	-	3.712***	480	14,9	4,7

• = Het betreft zowel GGD-ambulancediensten (24%) als overige ambulancediensten, met name particulier (76%)

** = Op basis van bedrijfsenquête

*** = Schatting op basis van NIVEL enquête

Bron : RAZ 1999 (CBS)

7 DE MEDISCH SPECIALIST

7.1 Gebruik

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

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

	1995	1996	1997	Proc.groei 95 - 97	Gem.jrl.% groei 95 - 97
Percentage personen met contact					
Totaal	38,9	37,6	37,4	-1,5	-1,9
<i>Geslacht</i>					
Mannen	35,3	33,9	34,4	-0,9	-1,3
Vrouwen	42,3	41,1	40,4	-1,9	-2,3
<i>Verzekeringsvorm</i>					
Ziekenfonds	38,6	38,2	38,4	-0,2	-0,3
Part. verzekerd	39,4	36,6	36,2	-3,2	-4,1
<i>Leeftijd</i>					
0-19	32,2	30	32	-0,2	-0,3
20-44	34,0	32,2	31,8	-2,2	-3,3
45-64	43,0	42,1	40,4	-2,6	-3,1
65+	58,7	59,4	60,2	1,5	1,3

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS):www.cbs.nl

7.2 Kosten

* Indicator : - kosten
 * Kengetal : - kosten medisch specialisten naar financier

Tabel 7.2: Kosten van medisch specialistische zorg naar financieringsbron

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Ziekenfonds	1.227,7	1.327,4	1.510,4	1.691	463,3	11,3
Part. verzekering	1.034,0	947,8	784,7	820,9	-213,1	-7,4
Eigen betalingen particulier	2,5	80,0	102,6	104,8	102,3	247,4
Totaal JOZ 1999 (excl. tandarts en psych)	2.264,2	2.355,2	2.397,7	2.616,7	352,5	4,9
Tandartsspecialist	217,0	120,1	129,6	137	80	-14,2
AWBZ	93,3	83,8	72,6	113,2	19,9	6,7
Totaal Zorgnota 2000 (incl. psych)	2.574,5	2.559,1	2.599,9	2.866,9	292,4	3,7

Bron: Zorgnota 2000

7.3 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 7.3: Klinische productie per specialist ('95-'98), algemene ziekenhuizen: aantal ontslagen en overleden patiënten per FTE-specialist

Specialisme	Aantal ontslagen en overleden patiënten per FTE-specialist				Abs. groei 95-98	Gem jrl % groei 95-98
	1995	1996	1997	1998		
Interne specialismen						
Interne	267	269	264	260	-7	-0,9
Pulmonologie	253	260	274	269	16	2,1
Cardiologie	420	430	428	420	0	0
Reumatologie	64	62	59	53	-11	-6,1
Gastro-enterologie	153	159	144	119	-34	-8,1
Allergologie	0	1	2	2	2	
Kindergeneeskunde	296	299	285	282	-14	-1,7
Klinische geriatrie	97	98	80	68	-29	-11,3
Dermatologie en venerologie	19	18	16	14	-5	-9,8
Heelkundige specialismen						
Chirurgie	425	429	425	409	-16	-1,3
Orthopaëdie	315	310	294	283	-32	-3,5
Urologie	290	278	271	255	-35	-4,2
Plastische chirurgie	243	226	228	218	-25	-3,6
Neurochirurgie	350	343	354	286	-64	-6,5
Cardiopulmonale chirurgie	130	147	180	177	47	10,9
Verloskunde/gynaecologie	457	453	452	455	-2	-0,1
Oogheelkunde	145	131	109	95	-50	-13,2
KNO-heelkunde	194	191	182	173	-21	-3,8
Zenuw- en zielsziekten						
Neurologie	248	238	226	210	-38	-5,5
Psychiatrie	89	89	89	87	-2	-0,8
Zenuw- en zielsziekten	149	144	46	0	-149	-100
Overige specialismen						
Anaesthesiologie	6	6	6	6	0	1,9
Revalidatie	4	-	0	0	-4	-64,7
Radiodiagnostiek	-	-	0	0	0	
Radiotherapie	27	26	21	20	-7	-10
Radiologie	-	-	1	1	1	
Nucleaire geneeskunde	-	12	14	15	15	
Pathologische anatomie	-	-	0	0	0	
Medische micro-biologie	-	-	0	0	0	
Klinische genetica	-	-	0		0	
Tandarts						
Tandarts	-	-	0		0	
Tandarts spec mond-kaakchir.	50	46	46	0	-6	-3,9
Huisarts	-	-	-		0	
Verloskundige	-	-	-		0	
Overige	-	-	-		0	
TOTAAL	218	216	211	214	-4	-0,6

Bron: NZi

Aantal verpleegdagen per FTE-specialist

Tabel 7.4 Productie per specialist (1995-1998), algemene ziekenhuizen: aantal verpleegdagen per FTE-specialist

Specialisme	Aantal verpleegdagen per FTE-specialist				Abs.groei 95-98	Gem jrl % groei 95-98
	1995	1996	1997	1998		
Interne specialismen						
Interne	3.349	3.280	3.149	3.044	-305	-3,1
Pulmonologie	3.561	3.606	3.660	3.490	-71	-0,7
Cardiologie	3.289	3.328	3.258	3.128	-161	-1,7
Reumatologie	1.297	1.201	1.107	1.024	-273	-7,6
Gastro-enterologie	1.873	1.843	1.659	1.458	-415	-8,0
Allergologie	4	2	3	4	0	1,4
Kindergeneeskunde	2.328	2.268	2.129	2.045	-283	-4,2
Klinische geriatrie	3.483	3.255	2.638	2.884	-599	-6,1
Dermatologie en venerologie	438	400	354	291	-147	-12,7
Heelkundige specialismen						
Chirurgie	4.010	3.946	3.834	3.624	-386	-3,3
Orthopaedie	3.415	3.324	3.145	3.038	-377	-3,8
Urologie	2.162	1.964	1.905	1.735	-427	-7,1
Plastische chirurgie	1.277	1.102	1.100	1.025	-252	-7,1
Neurochirurgie	3.632	3.446	3.457	3.019	-613	-6,0
Cardiopulmonale chirurgie	1.577	1.698	2.064	1.989	412	8,0
Verloskunde/gynaecologie	2.317	2.232	2.151	2.058	-232	-3,5
Oogheelkunde	431	366	296	248	-183	-16,8
KNO-heelkunde	682	641	583	523	-159	-8,5
Zenuw- en zielsziekten						
Neurologie	3.609	3.468	3.387	3.219	-390	-3,7
Psychiatrie	3.055	2.962	2.842	2.876	-179	-2,0
Zenuw- en zielsziekten	2.776	2.612	831	0	-2.776	100
Overige specialismen						
Anaesthesiologie	41	41	42	40	-1	-0,8
Revalidatie	204	574	6	3	-201	-75,1
Radiodiagnostiek	0	1	1	1	1	
Radiotherapie	196	183	155	145	-51	-9,6
Radiologie	-	0	3	2	2	
Nucleaire geneeskunde	3	28	40	35	32	127,5
Pathologische anatomie	-	-	0	0	0	
Medische micro-biologie	-	-	0	0	0	
Klinische genetica	-	-	-			
Tandarts	-	-	0	0	0	
Tandarts spec mond-kaakchir.	240	178	177	164	-76	-11,9
Huisarts	-	-	-		0	
Verloskundige	-	-	-		0	
Overige	-	-	-		0	
Specialisme onbekend	-	-	-		0	
TOTAAL	2.033	1.976	1.901	1.891	-142	-2,4

Bron: NZi

Aantal eerste polikliniekbezoeken per FTE-specialist

Tabel 7.5: Productie per specialist (1995-1998), algemene ziekenhuizen: aantal 1e polikliniekbezoeken per FTE-specialist

Specialisme	Aantal 1e polikliniekbez./FTE-specialist				Abs.groei	Gem jrl % groei
	1995	1996	1997	1998	95-98	95-98
Interne specialismen						
Interne	730	785	822	815	85	3,7
Pulmonologie	544	592	631	631	87	5,1
Cardiologie	777	853	915	946	169	6,8
Reumatologie	605	654	706	982	77	4,1
Gastro-enterologie	720	811	797	793	73	3,3
Allergologie	691	714	741	733	42	2,0
Kindergeneeskunde	642	668	671	676	34	1,7
Klinische geriatrie	157	152	146	148	-9	-2
Dermatologie en venerologie	2.023	2.151	2.254	2.232	209	3,3
Heelkundige specialismen						
Chirurgie	1.490	1.557	1.616	1.611	121	2,6
Orthopaedie	1.394	1.476	1.500	1.503	109	2,5
Urologie	951	984	1.041	1.045	94	3,2
Plastische chirurgie	988	1.027	1.102	1.113	125	4,1
Neurochirurgie	600	627	696	643	43	2,3
Cardiopulmonale chirurgie	116	133	152	134	18	4,8
Verloskunde/gynaecologie	957	1.014	1.075	1.060	103	3,5
Oogheelkunde	2.550	2.741	2.715	2.770	220	2,8
KNO-heelkunde	1.722	1.784	1.848	1.891	169	3,2
Zenuw- en zielsziekten						
Neurologie	975	1.017	1.048	1.055	80	2,7
Psychiatrie	167	166	168	165	-2	-0,4
Zenuw- en zielsziekten	252	190	334	231	-21	-2,8
Overige specialismen						
Anaesthesiologie	63	65	65	62	-1	-0,6
Revalidatie	448	496	502	476	28	2,0
Radiodiagnostiek	0	-	-	-	0	-
Radiotherapie	179	198	180	189	10	1,8
Radiologie	0	-	-	-	0	-
Nucleaire geneeskunde	0	-	-	-	0	-
Pathologische anatomie	0	-	-	-	0	-
Medische micro-biologie	0	-	-	-	0	-
Klinische genetica	0	-	-	-	0	-
Tandarts						
Tandarts	56	47	11	47	-9	-5,9
Tandarts spec mond-kaakchir.	2.072	2.064	2.124	2.135	63	1
Huisarts	0	-	-	-	0	-
Verloskundige	0	-	-	-	0	-
Overige	0	-	-	-	0	-
Specialisme onbekend	0	-	-	-	0	-
TOTAAL	885	930	961	958	73	2,7

Bron: NZi

Totaal aantal polikliniekbezoeken per FTE-specialist

Tabel 7.6: Klinische productie per specialist (1995-1998), algemene ziekenhuizen: totaal aantal polikliniekbezoeken per FTE-specialist

Specialisme	Totaal aantal polikliniekbezoeken/FTE-specialist				Abs. groei 95-98	Gem jrl % groei 95-98
	1995	1996	1997	1998		
Interne specialismen						
Interne	3.318	3.321	3.295	3.203	-115	-1,2
Longziekten en tuberculose	2.994	2.953	2.996	2.920	-74	-0,8
Cardiologie	3.087	3.109	3.061	3.020	-67	-0,7
Reumatologie	4.664	4.615	4.749	4.554	-110	-0,8
Gastro-enterologie	3.034	3.103	2.825	2.590	-444	-5,1
Allergologie	6.032	6.465	6.366	4.896	-1.136	-6,7
Kindergeneeskunde	2.174	2.150	2.080	2.015	-159	-2,5
Klinische geriatrie	449	433	415	387	-62	-4,8
Dermatologie en venerologie	8.218	8.237	8.012	7.772	-446	-1,8
Heelkundige specialismen						
Chirurgie	4.909	4.962	4.945	4.848	-61	-0,4
Orthopaedie	4.440	4.472	4.308	4.287	-153	-1,2
Urologie	4.163	4.143	4.190	4.062	-101	-0,8
Plastische chirurgie	3.634	3.538	3.652	3.592	-42	-0,4
Neurochirurgie	1.429	1.471	1.601	1.414	-15	-0,4
Cardiopulmonale chirurgie	211	255	260	257	46	6,8
Verloskunde/gynaecologie	3.875	3.858	3.885	3.791	-84	-0,7
Oogheelkunde	6.596	6.507	6.164	6.160	-436	-2,3
KNO-heelkunde	6.119	5.915	5.669	5.628	-491	-2,8
Zenuw- en zielsziekten						
Neurologie	2.938	2.895	2.829	2.768	-170	-2
Psychiatrie	1.355	1.304	1.308	1.291	-64	-1,6
Zenuw- en zielsziekten	917	813	1.312	555	-362	-15,4
Overige specialismen						
Anaesthesiologie	266	256	264	255	-11	-1,4
Revalidatie	1.772	1.870	1.813	1.703	-69	-1,3
Radiodiagnostiek	0	0	0	0	0	
Radiotherapie	845	942	1.107	1.099	254	9,2
Radiologie	0	0	0	0	0	
Nucleaire geneeskunde	0	0	0	0	0	
Pathologische anatomie	0	0	0	0	0	
Medische micro-biologie	0	0	0	0	0	
Klinische genetica	0	0				
Tandarts	1.011	846	809	809	-235	-8,4
Tandarts spec mond-kaakchir.	4.461	4.399	4.439	4.439	-105	-0,8
Huisarts	0	0	-		0	
Verloskundige	0	0	-		0	
Overige	0	0	-		0	
Specialisme onbekend	0	0	-		0	
TOTAAL	3.167	3.140	3.085	3.085	-25	-0,3

Bron: NZi

Herhalingsfactor polikliniekbezoek

Tabel 7.7: Ontwikkeling herhalingsfactor polikliniekbezoek per FTE-specialist (1995-1998),
algemene ziekenhuizen

Specialisme	Herhalingsfactor per FTE-specialist				Abs. groei 95-98	Gem jrl % groei 95-98
	1995	1996	1997	1998		
Interne specialismen						
Interne	3,5	3,2	3,0	2,9	-0,6	-5,7
Longziekten en tuberculose	4,5	4,0	3,7	3,6	-0,9	-6,9
Cardiologie	3,0	2,6	2,3	2,2	-0,8	-9,9
Reumatologie	6,7	6,1	5,7	5,7	-1	-5,4
Gastro-enterologie	3,2	2,8	2,5	2,3	-0,9	-10,8
Allergologie	7,7	8,1	7,6	5,7	-2	-9,7
Kindergeneeskunde	2,4	2,2	2,1	2	-0,4	-6,2
Klinische geriatrie	1,9	1,8	1,8	1,6	-0,3	-5,2
Dermatologie en venerologie	3,1	2,8	2,6	2,5	-0,6	-7,1
Heelkundige specialismen						
Chirurgie	2,3	2,2	2,1	2	-0,3	-4,4
Orthopaedie	2,2	2,0	1,9	1,9	-0,3	-5,6
Urologie	3,4	3,2	3,0	2,9	-0,5	-5,3
Plastische chirurgie	2,7	2,4	2,3	2,2	-0,5	-6,2
Neurochirurgie	1,4	1,3	1,3	1,2	-0,2	-5
Cardiopulmonale chirurgie	0,8	0,9	0,7	0,9	0,1	4,9
Verloskunde/gynaecologie	3,0	2,8	2,6	2,6	-0,4	-4,9
Oogheelkunde	1,6	1,4	1,3	1,2	-0,4	-8,5
KNO-heelkunde	2,6	2,3	2,1	2	-0,6	-8,7
Zenuw- en zielsziekten						
Neurologie	2,0	1,8	1,7	1,6	-0,4	-6,7
Psychiatrie	7,1	6,8	6,8	6,8	-0,3	-1,4
Zenuw- en zielsziekten	2,6	3,3	2,9	1,4	-1,2	-18,7
Overige specialismen						
Anaesthesiologie	3,2	2,9	3,1	3,1	-0,1	-0,9
Revalidatie	3,0	2,8	2,6	2,6	-0,4	-4,9
Radiodiagnostiek						
Radiotherapie	3,7	3,7	5,1	4,8	1,1	9,2
Radiologie	0	0	0			
Nucleaire geneeskunde	0	0	0			
Pathologische anatomie	0	0	0			
Medische micro-biologie	0	0	0			
Klinische genetica	0	0	1,6	-		
Tandarts	0	16,9	7,2	15,7		
Tandarts spec mond-kaakchir.	1,2	1,1	1,1	1	-0,2	-4,6
Huisarts	0	0	0			
Verloskundige	0	0	0			
Overige	3,9	4,4	4,2			
Specialisme onbekend	0	0	0			
TOTAAL	2,6	2,4	2,2	2,3	-0,3	-4,3

Bron: NZi

Tabel 7.8 Dagbehandeldagen per FTE specialist (1995-1998), in, algemene ziekenhuizen

	1995	1996	1997	1998	Abs. groei 95-98	Gem jrl % groei 95-98
Interne specialismen						
Interne	94	104	113	119	25	8,2
Pulmonologie	49	49	53	53	4,4	2,9
Cardiologie	30	36	47	51	21,4	19,7
Reumatologie	10	13	15	17	6,8	18,8
Gastro-enterologie	151	159	180	187	36	7,4
Allergologie	116	113	88	88	-28,5	-9
Kindergeneeskunde	33	36	37	37	4,1	4
Klinische geriatrie	39	29	29	11	-28,3	-35
Dermatologie en venerologie	19	20	27	28	8,8	13,6
Heelkundige specialismen						
Chirurgie	128	136	138	141	13,1	3,3
Orthopaedie	219	229	227	227	8	1,2
Urologie	126	128	141	139	12,7	3,3
Plastische chirurgie	235	243	269	275	39,5	5,3
Neurochirurgie	80	79	84	81	0,5	0,2
Cardiopulmonale chirurgie	2	0	1	1	-1,3	-28,9
Verloskunde/gynaecologie	144	141	140	137	-7,3	-1,7
Oogheelkunde	84	120	153	182	97,8	29,3
KNO-heelkunde	442	422	400	418	-23,7	-1,8
Zenuw- en zielsziekten						
Neurologie	40	42	43	45	5	4
Psychiatrie	1	29	14	2	0,7	20,4
Zenuw- en zielsziekten	37	37	3	3	-34,3	-58,7
Overige specialismen						
Anaesthesiologie	72	76	74	73	1,5	0,7
revalidatie	1	0	0	0	-0,6	-28,5
radkodiagnostiek	2	2	2	2	-0,2	-3
radiotherapie	5	6	5	5	0,2	1,3
radiologie	1	0	7	1	-0,5	-18,8
nucleaire geneeskunde	1	2	1	1	0,1	2,7
pathologische anatomie	0	0	0	0	0	
medische microbiologie	0	0	0	0	0	
klinische genetica						
tandarts	0	0	0	0	0	
tandarts spec.mond-/kaakchir.	49	51	55	54	4,7	3,1
huisartsen						
verloskundigen						
overigen						
specialisme onbekend						
Totaal	91	96	99	105	14,4	5

Bron: NZi

7.4 Middelen

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

Tabel 7.9: Aantal werkzame specialisten in FTE, algemene ziekenhuizen

Specialisme	Aantal full-time specialisten				Abs. groei	Gem jrl % groei
	1995	1996	1997	1998	95-98	95-98
Interne	679	671	670	681	2	0,1
Pulmonologie	219	225	221	231	12	1,8
Cardiologie	368	371	376	386	18	1,6
Reumatologie	72	74	74	80	8	3,6
Gastro-enterologie	31	37	40	53	22	19,6
Allergologie	5	5	5	6	1	6,3
Kindergeneeskunde	315	326	338	360	45	4,6
Klinische geriatrie	25	32	34	43	18	19,8
Dermatologie en venerologie	193	192	192	199	6	1
Totaal 1	1.907	1.933	1.949	2.039	132	2,3
Chirurgie	581	578	576	589	8	0,5
Orthopaedie	289	292	299	307	18	2
Urologie	192	194	189	198	6	1
Plastische chirurgie	84	88	87	86	2	0,8
Neurochirurgie	41	43	39	44	3	2,4
Cardiopulmonale chirurgie	24	23	29	32	8	10,1
Verloskunde/gynaecologie	458	457	460	477	19	1,4
Oogheelkunde	290	290	297	299	9	1
KNO-heelkunde	283	281	282	283	0	0
Totaal 2	2.242	2.246	2.257	2.315	73	1,1
Neurologie	335	338	341	352	17	1,7
Psychiatrie	171	175	176	173	2	0,4
Zenuw- en zielsziekten	10	8	8	5	-5	-20,6
Totaal 3	516	521	524	530	14	0,9
Totaal poortspecialisten	4.665	4.700	4.730	4.884	219	1,5
Anaesthesiologie	525	539	542	562	37	2,3
Radiologie en diagnostiek	525	523	544	534	9	0,6
Pathologie en microbiologie	213	215	228	238	25	3,8
Som ondersteunende specialisten	1.263	1.277	1.314	1.334	71	1,8
Totaal incl. ondersteunende specialisten	5.928	5.977	6.043	6.218	290	1,6

Bron: NZi

8 HET ZIEKENHUIS

8.1 Gebruik

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

Tabel 8.1: Percentage opgenomen patiënten naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijdscategorie

	1995	1996	1997	Proc.groei 95 - 97	Gem.jrl.% groei 95 - 97
<i>Percentage opgenomen patiënten</i>					
Totaal	6,5	6,8	5,8	0,7	-5,5
<i>Geslacht</i>					
Mannen	6,3	5,9	-0,9	-0,6	-4,9
Vrouwen	6,8	7,8	-0,1	-0,8	-6,1
<i>Verzekeringsvorm</i>					
Ziekenfonds	7,1	7,7	-0,4	-0,3	-2,1
Part.verzekerd	5,7	5,6	-0,5	-1,3	-12,1
<i>Leeftijd</i>					
0-19	4,0	4,4	-0,2	-0,2	-2,5
20-44	4,9	5,4	-0,6	-0,7	-7,4
45-64	7,2	7,6	-1,0	-0,2	-1,4
65+	15,1	14,3	-0,2	-2,2	-7,6

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS):www.cbs.nl, 1999

8.2 Kosten

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

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

Kosten	1995	1996	1997	1998	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Algemeen	12.130	12.586	13.021	13.652	1.495	4,0
Academisch	4.152	4.404	4.768	4.994	842	6,3
Categoriaal	1.006	1.031	1.110	1.041	35	1,1
Totaal	17.288	18.021	18.899	19.660	2.372	4,4

Tabel 8.3: Financiële gegevens ziekenhuizen: kosten naar kostengroep in de ziekenhuizen: algemene, academische en categoriale ziekenhuizen (in mln.guldens)

	1995	1996	1997	1998	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Pers. kosten en soc. lasten	9.827	10.242	10.725	11.336	1.509	4,9
Afschr. activa	2.597	2.728	2.864	2.842	245	3,1
Overige mat. kosten	4.864	5.051	5.310	5.482	618	4,1
Totale kosten	17.288	18.021	18.899	19.660	2.372	4,4

Bron cijfers 1998: NZ, *Gezondheidszorg in Tel 7*, 1999

8.3 Productie

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

Tabel 8.4: Productiegegevens: aantal opnamen (x 1.000)

	1995	1996	1997	1998	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Algemeen	1.353	1.352	1.343	1.324	-29	-0,7
Academisch	202	199	202	196	-6	-1,0
Categoriaal	34	33	33	26	-8	-8,6
Revalidatie	5	5	6	5	0	0,0
Totaal	1.594	1.589	1.584	1.551	-43	-0,9

Bron: NZi

Tabel 8.5: Productiegegevens: aantal verpleegdagen (x 1.000)

Aantal dagen (x 1.000)	1995	1996	1997	1998	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Algemeen	12.619	12.373	12.106	11.703	-916	-2,5
Academisch	2.054	2.044	1.991	1.959	-95	-1,6
Categoriaal	708	682	629	564	-144	-7,3
Revalidatie	421	463	458	445	24	1,9
Totaal	15.802	15.562	15.184	14.671	-1.131	-2,4

Bron: NZi

Tabel 8.6: Productiegegevens: gemiddelde verpleegduur (dagen)

Aantal dagen	1995	1996	1997	1998	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Algemeen	9,3	9,2	9,0	8,8	0	-1,8
Academisch	10,2	10,3	9,9	10	0	-6,6
Categoriaal	20,8	20,7	19,1	21,7	1	1,4
Revalidatie	84,2	92,6	76,3	89	5	1,9

Bron: NZi

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

Aantal x 1.000	1995	1996	1997	1998	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Algemeen	568	600	642	669	101	5,6
Academisch	53	58	63	67	14	8,1
Categoriaal	8	10	12	16	8	26
Totaal	629	667	717	752	123	6,1

Bron: NZi

Tabel 8.8: Productiegegevens: aantal eerste polikliniekbezoeken (x 1.000)

Aantal x 1.000	1995	1996	1997	1998	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Algemeen	5.491	5.842	6.113	6.276	785	4,6
Academisch	608	603	569	638	30	1,6
Categoriaal	95	103	105	115	20	6,6
Totaal	6.194	6.548	6.787	7.029	835	4,3

Bron: NZi

Tabel 8.9: Productiegegevens: totaal aantal polikliniekbezoeken (x 1.000)

Aantal x 1.000	1995	1996	1997	1998	Proc.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Algemeen	19.654	19.655	19.577	19.518	-136	-0,2
Academisch	2.9679	2.705	2.733	2.731	52	0,6
Categoriaal	384	396	379	387	3	0,3
Totaal	22.717	22.756	22.689	22.636	-81	-0,1

Bron: NZi

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

Tabel 8.10 De klinische productie in algemene ziekenhuizen (x 1000)

	1995	1996	1997	1998	Gem.jrl % groei 95-98	Proc.groei 96-98 door veranderde registratie
kl. operaties	1.073,7	1.076,5	1.104,5	1.137,0	1,9	2,8
kl. röntgen onderzoek	1.784,9	1.791,8	1.784,8	1.764,5	-0,4	-0,8
kl. laboratoriumpunten	187.617,6	190.995,0	195.156,0	n.n.b.		
kl. functie-onderzoek	1.377,7	1.434,5	1.383,3	1.416,8	0,9	-0,6
kl. fysiotherapie	3.320,8	3.179,7	3.062,0	3.076,9	-2,5	-1,6
kl. verlossingen	74,4	74,4	75,2	82,3	3,4	5,2
kl. isotopen-onderzoeken:						
- in vitro	206,1	166,0	niet meer geregistreerd			
- in vivo	37,9	36,7	36,3	38,0	0,1	1,8
kl. computer tomografie	129,1	130,0	133,0	n.n.b.		

Bron: NZi

Tabel 8.11 De poliklinische productie in algemene ziekenhuizen (x 1000)

	1995	1996	1997	1998	Gem.jrl % groei 95-98	Proc. groei 95-98 door veranderde registratie
pk. operaties	1.959,4	1.913,7	1.944,3	1.919,0	-0,7	0,1
pk. röntgen onderzoek	5.474,7	5.530,6	5.582,6	5.612,3	0,8	0,7
pk. laboratoriumpunten	253.502,3	264.656,0	275.506,9	-		
pk. functieonderzoek	4.434,9	4.595,8	4.546,9	4.799,8	2,7	2,2
pk. fysiotherapie	1.178,5	1.091,3	1.063,2	1.037,0	-4,2	-2,5
pk. verlossingen	36,4	33,4	33,3	34,0	-2,2	0,9
pk. isotopen onderzoeken:						
- in vitro	1.697,2	1.481,7	niet meer geregistreerd			
- in vivo	118,3	120,7	125,5	129,4	3,0	3,5
pk. computer tomografie	251,5	254,5	264,8	n.n.b.		

Bron: NZi

Tabel 8.12 De klinische productie in academische ziekenhuizen (x 1000)

	1995	1996	1997	1998	Gem.jrl % groei 95-98	Proc. groei 95-98 door veranderde registratie
kl. operaties	219,4	258,2	267,8	270,7	7,3	2,4
kl. röntgenonderzoek	427,6	428,5	437,2	408,6	-1,5	-2,3
kl. laboratoriumpunten	77.318,2	76.943,3	77.635,7	n.n.b.		
kl. functie-onderzoek	417,0	395,5	317,3	380,4	-3,0	-1,9
kl. fysiotherapie	420,8	440,2	400,7	333,4		
kl. verlossingen	8,2	8,1	8,0	8,1	-0,3	0,2
kl. isotopen onderzoeken:						
- in vitro	80,8	59,5	niet meer geregistreerd			
- in vivo	15,8	17,4	niet meer geregistreerd			
kl. computer tomografie	30,0	31,1	29,7	n.n.b.		

Bron: NZi 1997; Gezondheidszorg in Tel 6, 1998

Tabel 8.13 De poliklinische productie in academische ziekenhuizen (x 1000)

	1995	1996	1997	1998	Gem.jrl % groei 95-98	Proc. groei 95-98 door veranderde registratie
pk. operaties	276,3	321,5	353,7	287,7	1,4	-5,4
pk. röntgenonderzoeken	624,6	646,5	598,0	620,9	-0,2	-2,0
pk. laboratoriumpunten	54.662,5	55.570,4	56.459,5	n.n.b.		
pk. functie-onderzoeken	720,6	723,7	729,5	742,4	1,0	1,3
pk. fysiotherapie	65,3	62,7	62,5	54,3	-6,0	-7,0
pk. verlossingen	4,0	4,0	4,9	4,8	6,4	8,8
pk. isotopen onderzoeken:						
- in vitro	371,4	305,0	niet meer geregistreerd			
- in vivo	46,4	50,2	niet meer geregistreerd			
pk. computer tomografie	41,8	43,7	42,5	n.n.b.		

Bron: NZi

Tabel 8.14 De klinische productie in categorale ziekenhuizen (exclusief revalidatie-instellingen) (x 1000)

	1995	1996	1997	1998	Gem jrl % groei 95 - 98
kl. operaties	21,5	22,4	22,8	24,5	4,5
kl. röntgenonderzoeken	52,9	52,1	46,8	42,5	-7,0
kl. laboratoriepunten	8.330,4	-	-	-	-
kl. functie-onderzoeken	68,5	71,4	70,4	54,9	-7,1
kl. fysiotherapie	215,7	209,8	183,1	186,9	-4,7
kl. verlossingen	0,7	0,7	0,7	0,0	-

Bron: NZi

Tabel 8.15 De poliklinische productie in categorale ziekenhuizen (exclusief revalidatie-instellingen) (x 1000)

	1995	1996	1997	1998	Gem. jrl. % groei 95 - 98
pk. operaties	11,0	9,7	9,9	10,2	-2,3
pk. röntgenonderzoeken	90,1	91,5	83,0	88,1	-0,8
pk. laboratoriepunten	8.519,1	-	-	-	-
pk. functie-onderzoeken	100,3	120,1	113,8	85,2	-5,3
pk. fysiotherapie	25,3	21,5	21,6	28,4	4,0
pk. verlossingen	0,2	0,2	0,2	0,0	-

Bron: NZi

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

	1995	1996	1997	1998	Gem jrl % groei 95-98
kl. operaties	1.314,6	1.351,8	1.115,0	1.432,3	2,9
kl. röntgenonderzoeken	2.264,7	2.267,0	2.282,4	2.215,6	-0,7
kl. laboratoriepunten					
kl. functie-onderzoeken	1.863,2	1.911,5	1.875,5	1.852,1	-0,2
kl. fysiotherapie	3.957,3	3.806,4	3.748,9	3.597,3	-3,1
kl. verlossingen	83,3	84,7	85,6	90,4	2,8

Bron: Nzi

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

	1995	1996	1997	1998	Gem jrl % groei 95 - 98
pk. operaties	2.247,7	2.244,9	1.895,7	2.217,1	-0,4
pk. röntgenonderzoeken	6.189,4	6.268,6	6.278,1	3.621,3	-16,4
pk. functie-onderzoeken	5.255,8	5.436,6	5.511,3	5.627,3	2,3
pk. fysiotherapie	1.269,1	1.175,5	1.143,7	1.119,7	-4,1
pk. verlossingen	40,6	38,3	38,2	38,8	-1,5

Bron: NZi

8.4 Middelen

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

Instellingen en erkende bedden

Tabel 8.18: Kerngegevens ziekenhuizen: aantallen ziekenhuizen

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Algemeen	110	105	105	101	-9	-2,8
Academisch	9	9	9	8	-1	-3,9
Categoriaal ¹⁾	14	13	12	11	-3	-7,7
Revalidatie	16	16	16	17	1	2
Totaal	149	143	142	137	-12	-2,8

Bron: NZi

1) Inclusief revalidatie-instellingen

Tabel 8.19: Gemiddeld aantal erkende bedden

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Algemene ziekenhuizen	48.663	47.858	47.591	47.552	-1.111	-0,8
Academisch ziekenhuizen	7.644	7.602	7.601	7.754	110	0,5
Categoriale ziekenhuizen	2.543	2.504	2.451	2.346	-197	-2,7
Revalidatie	1.367	1.476	1.480	1.491	124	2,9
Totaal	60.217	59.406	59.123	59.143	-1.074	-0,6

Bron: NZi

Specialistenplaatsen

Tabel 8.20: Aantal specialistenplaatsen (poortspecialismen)

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Algemene ziekenhuizen	4.672	4.791	4.791	4.802	130	0,9
Academisch ziekenhuizen	880	936	936	936	56	2,1
Categorale ziekenhuizen	227	278	278	268	41	5,7
Totaal	5.779	6.004	6.004	6.005	226	1,3

Bron: NZi

Personeel

Tabel 8.21: Personeel in ziekenhuizen (FTE)

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95 - 98	Gem.jrl.% groei 95 - 98
Totaal personeel alg. zh.	100.244	101.677	103.663	107.687	7.443	2,4
w.v. patiëntgebonden functies	67.748	68.164	69.781	72.481	4.733	2,3
Percentage	67,6	67,0	67,3	67,3		
Totaal personeel categ. zh.*	8.315	8.602	9.040	8.810	495	1,9
w.v. patiëntgebonden functies	5.713	5.931	6.225	6.180	467	2,7
Percentage	68,7	68,9	68,9	70,1		
Totaal personeel acad. zh.	30.363	30.782	31.810	32.866	2.503	2,7
w.v. patiëntgebonden functies	20.235	20.597	21.628	22.345	2.092	3,3
Percentage	66,7	66,9	68,0	68,0		

Bron: NZi: GiT 7, 1999

Tabel 8.22: Personeel in ziekenhuizen (personen)

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95-98	Gem.jrl % 95-98
Totaal personeel alg. zkh.	142.263	145.353	148.321	152.105	9.842	2,3
w.v. patiëntgebonden functies	91.656	93.208	95.184	97.752	6.096	2,2
Percentage	64,4	64,1	64,2	64,3		
Totaal personeel categ. zkh.	12.004	12.592	11.019	6.816 *)		
w.v. patiëntgebonden functies	8.038	8.364	7.338	4.396 *)		
Percentage	67,0	66,4	66,6	64,5		
Totaal personeel acad. zkh.	38.508	39.005	39.890	44.820	6.312	5,2
w.v. patiëntgebonden functies	24.872	25.293	26.570	29.083	4.211	5,4
Percentage	64,6	64,8	66,6	64,9		

*) vanaf 1998 exclusief revalidatiecentra

Bron: NZi 1999

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

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95-98	Gem jrl % groei 95-98
Totaal personeel alg. ziekenh.	288,8	299,2	312,0	329,6	41	4,5
w.v. patiëntgebonden functies	195,2	200,5	209,7	205,8	11	1,8
Totaal personeel categ. ziekenh.	264,5	356,1	377,0	283,6 *)		
w.v. patiëntgebonden functies	181,5	244,4	253,0	190,8 *)		
Totaal personeel acad. ziekenh.	540,5	554,6	580,9	623,4	83	4,9
w.v. patiëntgebonden functies	360,2	371,0	395,4	400,1	40	3,6

*) vanaf 1998 exclusief revalidatiecentra

Bron: NZi 1999

8.5 Algemene ziekenhuizen naar grootte-klasse

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

Aantal bedden	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95-98	Gem.jrl.% groei 95-98
<150	3	3	3	2	-1	-12,6
150 - 200	5	4	4	3	-2	-15,7
200 - 300	21	19	17	17	-4	-6,8
300 - 400	28	27	25	24	-4	-5,0
400 - 600	28	26	25	24	-4	-5,0
>600	25	26	24	21	-4	-5,6
Totaal deelnemende instellingen	110	105	98	91	-19	-6,1
Totaal bestaande instellingen	110	105	105	101	-9	-2,8

Bron: NZi, Productie statistiek

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

Aantal bedden	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95-98	Gem jrl % groei 95-98
<150	3.575	3.486	3.452	4.249	674	5,9
150 - 200	5.268	5.517	6.255	6.097	829	5,0
200 - 300	7.369	7.705	7.729	7.676	307	1,4
300 - 400	10.083	10.190	10.120	10.102	19	0,1
400 - 500	13.532	13.520	13.692	13.677	145	0,4
>600	19.981	20.533	20.171	20.341	360	0,6
Totaal	12.296	12.756	12.716	12.694	398	1,1

Bron: NZi, Productie statistiek

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

Aantal bedden	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95-98	Gem jrl % groei 95-98
<150	28.750	26.976	26.112	32.350	3.600	4,0
150 - 200	43.479	45.872	48.693	45.652	2.173	1,6
200 - 300	63.874	64.876	64.119	62.156	-1.718	-0,9
300 - 400	91.256	90.278	88.176	86.035	-5.221	-1,9
400 - 600	129.416	124.869	125.614	123.278	-6.139	-1,6
>600	191.806	195.083	188.155	185.546	-6.260	-1,1
Totaal	114.718	116.698	114.526	111.849	-2.869	-0,8

Bron: NZi, Productie statistiek

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

Aantal bedden	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95-98	Gem jrl % groei 95-98
<150	8,0	7,7	7,6	8,0	0	-1,7
150 - 200	8,3	8,3	7,8	7,5	-1	-3,3
200 - 300	8,7	8,4	8,3	8,1	-1	-2,4
300 - 400	9,1	8,9	8,7	8,5	-1	-2,2
400 - 600	9,6	9,2	9,2	9,0	-1	-2,1
>600	9,6	9,5	9,3	9,1	-1	-1,8
Totaal	9,3	9,1	9,0	8,8	-1	-1,8

Bron: NZi, Productie statistiek

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

Aantal bedden	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95-98	Gem jrl % groei 95-98
<150	1.523	1.616	1.822	2.605	1.082	19,6
150 - 200	2.419	2.208	2.979	2.767	348	4,6
200 - 300	3.229	3.783	4.044	4.215	986	9,3
300 - 400	4.390	4.613	4.895	5.170	780	5,6
400 - 600	5.390	5.775	6.167	6.515	1.125	6,5
>600	8.076	8.737	9.228	9.603	1.527	5,9
Totaal	5.093	5.595	5.961	6.234	1.141	7,0

Bron: NZi, Productie statistiek

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

Aantal bedden	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95-98	Gem jrl % groei 95-98
<150	21.292	19.686	20.826	22.083	-249	-0,4
150 - 200	23.752	26.909	32.515	31.095	11.314	15,3
200 - 300	29.929	33.901	36.513	37.427	7.379	7,8
300 - 400	42.063	45.676	47.407	48.601	7.149	5,6
400 - 600	55.444	59.712	62.462	65.131	11.044	6,7
>600	78.003	84.852	88.816	92.063	14.909	6,3
Totaal	49.922	55.264	58.077	59.743	10.236	6,7

Bron: NZi, Productie statistiek

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

	1995	1996	1997	1998	Abs.groei 95-98	Gem jrl % groei 95-98
<150	60.623	57.516	57.398	59.929	-694	-0,4
150 - 200	78.938	86.057	94.484	88.135	9.197	3,7
200 - 300	104.474	108.645	109.724	108.607	4.133	1,3
300 - 400	147.907	150.085	148.168	146.927	-980	-0,2
400 - 600	198.538	202.246	203.402	204.657	6.119	1,0
>600	287.331	294.958	294.928	296.896	9.565	1,1
Totaal	178.657	186.291	186.561	185.752	7.095	1,3

Bron: NZi, Productie statistiek

Tabel 8.31: Personeel in algemene ziekenhuizen verdeeld naar grootte-klasse, 1997

Aantal bedden	Totaal personeel (x 1.000)		Abs.groei 96 - 97	Gem.jrl.% groei 96 - 97	Waarvan patiëntgebonden (x 1.000)			
	1996	1997*			1996	%	1997*	%
<150	660	672	12	1,8	376	57,0	389	57,9
150 - 200	1.616	1.219	58	5,0	715	61,6	777	63,7
200 - 300	9.196	9.495	299	3,3	5.481	59,6	5.664	59,7
300 - 400	18.510	18.312	-198	-1,1	11.241	60,7	11.268	61,5
400 - 600	27.913	28.826	913	3,3	16.900	60,5	17.722	61,5
>600	43.999	44.866	867	2,0	26.883	61,1	27.959	62,3
Totaal	101.440	103.389	1.949	1,9	61.596	60,7	63.780	61,7

* cijfers 1997 zijn schattingen

Bron: NZi, Productie statistiek

BRONNEN VAN KWANTITATIEVE INFORMATIE

Centraal Bureau voor de Statistiek: CBS Gezondheidsenquête 1996/1997/1998

Centraal Bureau voor de Statistiek: Maandberichten gezondheid CBS 97/5; 98/10

COTG: Budgetten/Financiering/Productieafspraken, vergaderstuk 79-39, 26-06-1997

LINH: (De Bakker et al.) Jaarrapport LINH 1998. Contactfrequenties en verrichtingen in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) NIVEL, Utrecht, 1999

LVT/NZi jaarboek Thuiszorg 1994, 1995, 1996

JOZ: Jaaroverzicht Zorg 1999. Bijlage. Tweede Kamer der Staten Generaal. Vergaderjaar 1998 - 1999, 26 204, nr. 3

NZi: Productie-statistiek Algemene Ziekenhuizen. NZi Utrecht, Jaarlijkse publicatie

NZi: Instellingen van intramurale gezondheidszorg in cijfers. NZi Utrecht, Jaarlijkse publicatie

NZi: De intramurale gezondheidszorg in cijfers. NZi Utrecht, Jaarlijkse publicatie

NVZ: NVZ-nieuws, 21 februari 1997

RAZ: NIVEL/NZi/OSA (Wiegers et al.) Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1999. Utrecht 1999

SIG: Zorginformatie, Databank LVR1 en LVR2, 1999

VRIES, B. DE. Gezondheidszorg in Tel 7, NZi, Utrecht, 1999

Ziekenfondsraad. Jaaroverzicht 1997, financiële statistieken Ziekenfondswet en AWBZ. Ziekenfondsraad / SEA, Amstelveen, december 1998

DEEL II

VERDIEPINGSSTUDIES

VERLOSKUNDIGE ZORGVERLENING IN NEDERLAND

Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1999

Verdiepingsstudie nr. 8

B.J.M. Welling
D.M.J. Delnoij

mei 1999

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon 030 - 2729700/ fax 030 - 2729729

VOORWOORD

Deze verdiepingsstudie naar de verloskundige zorgverlening in Nederland, is opgesteld in het kader van het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1999. Dit brancherapport bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden op de terreinen gebruik, kosten, productie en middelen, kengetallen voor de curatieve somatische zorg gepresenteerd. Doel hiervan is relevante ontwikkelingen per deelsector van de curatieve somatische zorg te monitoren. In het tweede deel worden verdiepende studies gepresenteerd. Deze verdiepingsstudies 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 curatieve somatische zorg, waardoor zij als een vergrootglas werken. Hierdoor worden meer details zichtbaar en kunnen zij meer expliciet een bijdrage leveren aan de verdere beleidsontwikkeling voor de betreffende sector.

In 1997 en 1998 zijn in het kader van het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg zeven verdiepingsstudies uitgevoerd. Het betrof de volgende thema's: vraag en aanbod in de thuiszorg, oogzorg, zorg voor CVA-patiënten, spoedeisende medische hulpverlening, intensive care, logopedie en tenslotte PTCA en hartchirurgische stand-by (zie bijlage 1 van dit brancherapport).

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	7
2	STRUCTUUR, REGELGEVING EN FINANCIERING	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Verzekering en financiering	9
2.2.1	Primaat van de verloskundige	9
2.2.2	Financiering verloskundige zorgverlening	11
2.2.3	Financiering kraamzorg	12
2.3	Risicoselectie	13
2.3.1	De verloskundige indicatielijst	13
2.3.2	Samenwerkingsverbanden	13
2.4	Samenvatting	15
3	HET AANBOD VAN VERLOSKUNDIGE ZORGVERLENING	16
3.1	Inleiding	16
3.2	Verloskundigen	16
3.3	Huisartsen	19
3.4	Gynaecologen	20
3.5	Kinderartsen	21
3.6	Kraamzorg	22
3.7	Betekenis van het aanbod voor thuisbevallingen	24
3.8	Samenvatting	27
4	DE VRAAG NAAR VERLOSKUNDIGE ZORGVERLENING	29
4.1	Inleiding	29
4.2	Eerste-en tweedelijnsverloskunde	29
4.3	Betekenis van de vraag voor thuisbevallingen	34
4.4	Samenvatting	36
5	INFORMATIEVOORZIENING	38
	LITERATUUR	41
	LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN	44
	Bijlage 1: Omgevingsadressendichtheid	45

1 INLEIDING

De verloskundige zorgverlening in Nederland is op drie punten uniek in de Westerse wereld. Ten eerste hebben verloskundigen en huisartsen een sleutelrol, doordat beide disciplines een primaire en -voor zover er sprake is van een ongecompliceerde verlopende zwangerschap- de volledige uitvoeringsverantwoordelijkheid hebben voor de verloskundige zorg. Ten tweede hebben vrouwen -indien sprake is van een normale, fysiologische bevalling- een keuze mogelijkheid met betrekking tot de lokatie van de bevalling: thuis of poliklinisch in het ziekenhuis. Ten derde beperkt de Nederlandse verloskunde zich tot een non-interventionistisch zorgbeleid, met enerzijds een intensieve controle en begeleiding (ten einde in een vroeg stadium vast te stellen of er sprake is van een verhoogd risico) en anderzijds terughoudendheid in het toepassen van diagnostiek en interventies (Bonsel & Van der Maas, 1994). De achterliggende opvatting is dat zwangerschap en bevalling te beschouwen zijn als natuurlijke gebeurtenissen. Een gynaecoloog dient pas te worden ingeschakeld als er complicaties dreigen of zijn.

Bevallingen vinden dus in Nederland zowel thuis als in het ziekenhuis plaats. Tenminste twee zaken vormen een noodzakelijke voorwaarde voor de instandhouding van dit unieke systeem: een goede risicoselectie en de thuiskraamzorg.

Verloskundige zorgverlening wordt verleend door een drietal verschillende beroepsbeoefenaren: verloskundigen, huisartsen en gynaecologen/obstetici. In het algemeen kan onderscheid worden gemaakt in:

1. de thuisbevalling onder leiding van een verloskundige of huisarts;
2. de poliklinische bevalling onder leiding van een verloskundige of huisarts;
3. de (poli)klinische bevalling onder leiding van een gynaecoloog.

De thuisbevalling kan onder leiding van een verloskundige gebeuren of onder leiding van een verloskundig actieve huisarts in regio's waar geen verloskundigen werkzaam zijn (ten gevolge van het zogenaamde 'primaat' van de verloskundige). Voor bevallingen in de eerstelijns is het belangrijk dat er gynaecologen en kinderartsen als 'achterwacht' beschikbaar zijn. Gynaecologen voor een gecompliceerd lopende zwangerschap en/of bevalling, kinderartsen voor het geval er complicaties zijn of dreigen voor de pasgeborene.

Sinds 1989 is het overheidsbeleid gericht op het stimuleren van thuisbevallingen (Regeringsstandpunt Adviescommissie Kloosterman, 1989). Ook voor de 21ste eeuw is het beleid de verloskundige zorgverlening in de eerstelijns te versterken en de thuisbevallingen te stimuleren (Meerjarenaafspraken Verloskunde, 1998).

Ondanks het overheidsbeleid vertoont het aandeel thuisbevallingen van het totaal aantal bevallingen op lange termijn een dalende lijn. De vraagstelling in deze verdiepingstudie is dan ook: 'Welke ontwikkelingen leiden tot een dalend aandeel van de thuisbevalling in het totaal aantal bevallingen?'

De beantwoording van deze vraag gebeurt aan de hand van het monitoren van ontwikkelingen in plaats en leiding van de bevalling onder invloed van:

1. de structuur, de regelgeving en financiering;
2. het aanbod van verloskundige zorgverlening;
3. de vraag naar verloskundige zorgverlening.

De gegevensverzameling gebeurde aan de hand van de momenteel beschikbare informatie (tot februari 1999). Er zijn geen nieuwe gegevens verzameld en er is gebruik gemaakt van zowel incidenteel verzamelde gegevens als van continue verzamelde gegevens. Deze keuze heeft te maken met het doel van een verdiepingsstudie: het in kaart brengen van een thema aan de hand van bestaande en beschikbare informatie, om inzichtelijk te maken welke informatie ontbreekt en noodzakelijk is om relevante feiten, ontwikkelingen en knelpunten met betrekking tot het thema, in dit geval thuisbevallingen, te kunnen monitoren.

Bij de verloskundige zorgverlening zijn zoals gezegd verschillende beroepsgroepen betrokken. Ontwikkelingen bij de ene beroepsgroep hebben gevolgen voor de verloskundige zorgverlening. In deze verdiepingsstudie zullen gegevens en ontwikkelingen van deze betrokken beroepsgroepen beschreven worden. In het tweede hoofdstuk worden gegevens en ontwikkelingen over de structuur, regelgeving en financiering van de verloskundige zorg gepresenteerd.

In het derde hoofdstuk komen aanbodgegevens aan de orde, de vraag naar en het gebruik van verloskundige zorg wordt behandeld in hoofdstuk 4. Deze verdiepingsstudie eindigt met een hoofdstuk informatievoorziening. Hierin worden de beschikbare en ontbrekende informatie met betrekking tot het monitoren van thuisbevallingen samengevat.

2 STRUCTUUR, REGELGEVING EN FINANCIERING

2.1 Inleiding

De structuur, regelgeving en financiering van de verloskundige zorgverlening in Nederland onderscheidt zich van de rest van de Westerse wereld. Een gezonde zwangere vrouw kan kiezen voor de plaats van de bevalling: thuis of poliklinisch in het ziekenhuis.

De begeleiding van de zwangerschap en bevalling kan in principe door drie hulpverleners gebeuren: door verloskundigen en huisartsen bij normale zwangerschappen in de eerstelijns, door gynaecologen bij een meer risicovollere zwangerschap in het ziekenhuis. Dit betekent dat er een selectie van bevallingen dient plaats te vinden naar risico.

De structuur, regelgeving en financiering van de verloskundige zorgverlening is ingericht op het in standhouden daarvan en bepalen de uiteindelijke plaats en leiding van de bevalling en is het onderwerp van dit hoofdstuk.

In de tweede paragraaf wordt aandacht besteed aan de verzekeringswetgeving van de verloskundige zorg. Onderwerpen die behandeld worden zijn het primaat van de verloskundige, het verwijssysteem en de financiering van de verloskundige zorg en kraamzorg.

In de derde paragraaf komt de risicoselectie, een basisvoorwaarde voor de Nederlandse verloskundige zorgverlening, aan de orde. Behandeld worden de verloskundige indicatielijst en verloskundige samenwerkingsverbanden. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting.

2.2 Verzekering en financiering

2.2.1 Primaat van de verloskundige

Het beroep van verloskundigen was tot de invoering van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) geregeld in de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst (WUG). Inmiddels is de Wet BIG van kracht, waarin de titel van verloskundige wettelijk beschermd wordt. Vanaf 1 februari 1998 is registratie in het kader van de wet BIG voor verloskundigen mogelijk.

Op grond van deze wet BIG is de verloskundige een medicus die bevoegd is om de verloskunde te beoefenen. In tegenstelling tot paramedici hebben verloskundigen dus een autonome oordeels- en beslissingsbevoegdheid. Volgens de beroepsomschrijving verloskundigen van de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (NOV¹) draagt de verloskundige de volledige medische verantwoording voor de antenale, natale en postnatale zorg en de nacontrole zes weken postpartum voor de low- en mediumrisk verloskunde. Volgens de beroepsomschrijving van de KNOV heeft de verloskundige daarnaast een taak op het terrein van de gezinsplanning en bij de kraambedbegeleiding van kraamvrouwen die onder leiding van een gynaecoloog zijn bevallen voor zover deze vrouwen hun kraambed in de thuissituatie doorbrengen (Crébas, 1992).

¹ Sinds 1998 is de naam van de beroepsvereniging veranderd in Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)

Verloskundigen vormen daarmee op het terrein van de verloskunde 'concurrenten' van huisartsen. Deze 'concurrentie' wordt gereguleerd door het zogenaamde 'primaat van de verloskundige'.

Het primaat van de verloskundige is voor ziekenfondsverzekerden sinds 1941 wettelijk vastgelegd. Indien in een regio een door het ziekenfonds of zorgverzekeraar gecontracteerde verloskundige actief is, vergoedt het ziekenfonds prenatale zorg en zorg tijdens de bevalling die verleend wordt door een huisarts niet.

De samenwerking ofwel de verhouding tussen huisartsen en verloskundigen wordt beïnvloed door dit primaat. Deze maatregel heeft er toe bijgedragen dat met het toenemen van het aantal verloskundigen, het aandeel van de huisartsen in de verloskunde steeds verder is gedaald (Hingstman & Riteco, 1993).

De concurrentie tussen verloskundigen en huisartsen komt voort uit tegengestelde belangen. Huisartsen claimen de verloskunde, omdat velen van hen het zorginhoudelijk een bevredigende activiteit vinden. In tegenstelling tot huisartsen zijn verloskundigen voor hun inkomen volledig afhankelijk van de verloskunde. Tot op heden heeft het primaat de economische belangen van de verloskundige redelijk veilig gesteld. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft echter de rechtmatigheid van het primaat voorgelegd aan de rechter in een bodemprocedure tegen de Nederlandse staat. Op grond van het gelijkheidsbeginsel werd de LHV door de rechter in het gelijk gesteld; verloskundigen als beroepsgroep hebben inmiddels een eigen vaste plaats verworven op de markt van verloskunde. De rechtbank beschikte dat het primaat met ingang van 1 januari 1999 zou moeten worden afgeschaft. De Staat der Nederlanden is hiertegen inmiddels in beroep gegaan (Delnoij et al., 1996). De uitspraak is momenteel (februari 1999) nog niet bekend.

Ontwikkelingen

Het primaat kent voor- en tegenstanders. De argumenten van de voorstanders, onder andere verloskundigen vertegenwoordigd door de KNOV gaan in op het kwaliteitsaspect van de eerstelijnsverloskundige zorg. Huisartsen zouden niet voldoen aan de kwaliteitseis die de KNOV stelt van 40 bevallingen per jaar. De KNOV twijfelt niet zozeer aan de deskundigheid van een huisarts om een bevalling tot een goed einde te leiden, wel aan de mate waarin men minder vaak voorkomende risico's kan herkennen en inschatten (Delnoij, 1996).

Over de kwaliteit van het verloskundig handelen van huisartsen is door het feit dat ze in meerderheid niet mee doen aan de Landelijke Verloskundige Registratie (LVR) weinig bekend. De laatste gegevens uit 1993 zijn dat een huisarts gemiddeld 19 bevallingen per jaar begeleidt. Springer (1991) onderzocht de kwaliteit van het verloskundige handelen van verloskundige actieve huisartsen en kwalificeerde het handelen als goed en verantwoord. Dit onderzoek kende echter een selecte onderzoeksgroep en hield geen rekening met de urbanisatiegraad (Ad-hoc commissie verloskunde, 1996).

Feit is dat de huidige huisartsopleiding niet systematisch of structureel aandacht besteedt aan de verloskunde. Wat een huisarts op dit terrein leert, is geheel afhankelijk van zijn eigen interesse en de opleider waar hij stage loopt (Meyboom-De Jong, 1994). De Ad-hoc Commissie Verloskunde (1996) concludeerde in haar advies aan de Minister van VWS ten aanzien van feiten voor en tegen het primaat dat de opleiding van aanstaande huisartsen in de praktische verloskunde al vele jaren in toenemende mate tekort schiet. In de basisopleiding is deze aanzienlijk verminderd zonder dat daarvoor compensatie in de huisartsenopleiding is geboden. Eerstelijnszorg en risicoselectie komen in de praktische opleiding vaak nauwelijks aan de orde (Ad-hoc Commissie Verloskunde, 1996).

Tegenstanders van het primaat, de huisartsen, beargumenteren daartegenover dat als de verloskunde in de toekomst niet meer tot de taken van huisartsen gaat behoren er regio's dreigen te ontstaan waar niet meer thuisbevallen kan worden. In deze, met name dun bevolkte, gebieden is het voor een verloskundige niet rendabel een praktijk te runnen. Zwangere vrouwen zouden dan per definitie in een ziekenhuis moeten bevallen.

2.2.2 Financiering verloskundige zorgverlening

Zowel particulier als ziekenfondsverzekerden zijn verzekerd voor de kosten van standaard prenatale zorg en zorg tijdens en kort na de bevalling. Particulier verzekerden kunnen afhankelijk van hun polisvoorwaarden wel te maken hebben met eigen bijdragen of eigen risico's. De kosten voor ziekenfondsverzekerden worden gefinancierd op basis van de Ziekenfondswet.

Zorg van een gynaecoloog wordt voor ziekenfondsverzekerden uitsluitend vergoed indien sprake is van een medische indicatie. Zowel verloskundigen als huisartsen mogen verwijzen naar een gynaecoloog met behulp van het standaard verwijskaartenstelsel zoals dat voor alle medisch specialismen geldt. Bij particulier verzekerden hangt vergoeding van de kosten van verloskundige hulp af van hun polisvoorwaarden.

De kosten van de verloskundige zorg worden voor 80% gefinancierd uit ziekenfondsgelden (zie tabel 2.1). In de periode 1994-1997 zijn de totale kosten voor verloskundige zorg ruim 20% gestegen.

Tabel 2.1 Kosten verloskundige zorg (mln.gld) naar financier

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94-97	Proc.groei 94-97	Gem.jrl % groei 94-97
Ziekenfonds	90,0	98,6	103,9	110,4	20,4	22,7	7,0
Particuliere verzek.	20,2	19,8	24,5	24,6	4,4	21,8	6,8
Eigen betaling particulieren	5,8	8,2	5,9	5,9	0,1	1,7	0,6
Totaal	116,0	126,6	134,3	140,9	24,9	21,5	6,7

Bron: JOZ 1998

Ook uit tabel 2.2 blijkt dat de totale kosten van de verloskundige hulpverlening in de periode 1993 -1996 met bijna 20 miljoen gulden zijn gestegen. Deze toename komt volledig voor rekening van de verloskundigen; het aandeel van de huisartsen in de kosten nam in deze periode met bijna 5% af. Dit heeft te maken met het feit dat het aantal door huisartsen begeleide bevallingen nog steeds daalt.

Tabel 2.2 Totale kosten verloskundige hulp voor verloskundigen en huisartsen (1 = f1000); ziekenfondsverzekerden

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93-96	Proc.groei 93-96	gem.jrl % 93-96
Verloskundigen	83.667	90.479	98.549	103.916	20.249	24,2	7,5
Huisartsen	10.312	10.084	9.314	9.817	-495	-4,8	-1,6
Totaal	93.979	100.563	107.863	113.733	19.754	21,0	6,6

Bron: Ziekenfondsraad 1996

2.2.3 Kraamzorg

Kraamzorg wordt geleverd door kraamcentra die in een groot aantal gevallen gefuseerd zijn met of ondergebracht zijn bij een thuiszorgorganisatie.

Voor ziekenfondsverzekerden geldt een eigen bijdrage voor de kraamzorg. De overige kosten worden door het ziekenfonds vergoed tot een gemiddelde van 8 dagen (64 uur) verzorging bij volledige dagkraamzorg. Hierbij is de kraamzorgverzorgende een groot deel van de dag aanwezig, verzorgt moeder en kind(eren) en doet bijkomende relevante huishoudelijke taken. Per 1 januari 1994 is de eigen bijdrage f 48,- per dag en f 19,20 voor kraambezoeken, ook wel wijkkraamzorg genoemd. Bij deze vorm van zorg komt de kraamverzorgende slechts tweemaal per dag moeder en kind verzorgen, gedurende 1 á 1,5 uur.

Particulier verzekerden krijgen doorgaans 8-10 dagen vergoed en betalen een eigen bijdrage die afhankelijk is van de premie en voorwaarden genoemd in de verzekeringspolis. Een aantal verzekeraars is enkele jaren geleden ertoe overgegaan vooraf een vast bedrag ineens uit te keren voor kraamzorg aan de cliënten, een zogenaamde 'lump sum'. Hierbij is de cliënt vrij in de besteding van het bedrag (De Boer, 1994). Naast de zorg in natura en de lump sum is restitutie, dat wil zeggen vergoeding achteraf, een manier waarop zorgverzekeraars de kosten voor kraamzorg vergoeden. Uit een onderzoek naar kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg in Nederland (El Fakiri et al., 1999) zijn gegevens bekend over welke vergoedingsvorm het meest frequent door verzekeraars gebruikt wordt. Vergoeding door middel van restitutie of het krijgen van kraamzorg in natura te zijn bleek de meest voorkomende vergoedingsvormen van kraamzorg te zijn (El Fakiri et al., 1999). De kraamzorg wordt voor het groot-

Tabel 2.3 Kosten kraamzorg (mln.gld) naar financier

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94-97	Proc.groei 94-97	Gem. jrl % groei 94-97
Ziekenfonds	267,8	256,7	259,6	273,9	6,1	2,3	0,8
Particuliere verzek.	95,6	88,0	89,8	95,9	0,3	0,3	0,1
Eigen betaling particulieren	17,1	26,0	20,6	20,7	3,6	21,0	6,6
Totaal	380,5	370,7	370,0	390,5	10,0	2,6	0,9

Bron: JOZ 1998

ste gedeelte uit ziekenfondsgelden gefinancierd, zoals blijkt uit tabel 2.3. In de periode 1994-1997 is er een toename van de kosten voor ziekenfondsen van ruim 2%. De eigen betalingen particulieren stijgen in deze periode met 21%.

Tabel 2.4 Totale kosten kraamzorg (x f1000) en aantal dagen/uren kraamzorg, ziekenfondsverzekerden

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93-96	Proc.groei 93-96	Gem.jrl % groei 93-96
Totale kosten	249.036	267.801	256.686	259.635	10.599	4.2	1,4
Abs.aantal dagen*	882.294	924.965	-	-	-	-	-
Abs.aantal uren	-	6.090.081	6.011.751	-	-	-	-
Per 1000 verz.	93,7	96,6	628,2**	615,3**	-	-	-

*= Vanaf 1995 wordt een uurtarief vastgesteld in plaats van een dagtarief

**=In uren

Bron: Ziekenfondsraad 1996

De totale kosten kraamzorg voor ziekenfondsverzekerden neemt in de periode 1993-1996 met 4% toe.

2.3 Risicoselectie

2.3.1 De Verloskundige Indicatielijst

Het functioneren van het Nederlandse systeem van verloskundige zorg valt of staat met een goede risicoselectie, liefst vanaf een vroeg stadium in de zwangerschap. Geruime tijd heeft hiervoor de zogenaamde Kloostermanlijst als basis gediend. In 1983 werd op initiatief van de Ziekenfondsraad deze Kloostermanlijst herzien. Deze herziene 'Verloskundige Indicatielijst' werd in 1987 door de Ziekenfondsraad als zwaarwegend advies toegezonden aan verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en ziekenfondsen. Verloskundigen huisartsen hebben de Verloskundige Indicatielijst geaccepteerd als richtlijn voor hun verwijfsbeleid. Gynaecologen waren het echter met bepaalde indicaties voor het verwijfsbeleid niet eens en waren van mening dat voor deze indicaties specialistische begeleiding noodzakelijk was. De Verloskundige Indicatielijst adviseerde echter eerstelijnszorg. Bovendien bleken gynaecologen het niet eens met het principe dat de eerstelijnsverloskundige het verwijfsbeleid kan bepalen. Met andere woorden, met het principe dat na een consult bij een gynaecoloog de verloskundige de beslissingsbevoegdheid heeft of er al dan niet verwezen dient te worden (Riteco & Hingstman, 1992).

Ontwikkelingen

In 1998 is gestart met een nieuwe herziening van deze Lijst. Naar verwachting komt de herziene Lijst in het voorjaar 1999 uit, officieel bekrachtigd door verloskundigen, huisartsen en gynaecologen.

Deze herziene Verloskundige Indicatielijst is een onderdeel van het Verloskundig Vademecum, dat verder afspraken bevat over perinatale audit, kwaliteitseisen en echoscopie. Dit Verloskundige Vademecum bevindt zich in een afrondend stadium (Meerjarenafspraken Zorgsector, 1998).

Voor een goede risicoselectie en samenwerking is overeenstemming over en het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst tussen de betrokken beroepsgroepen van cruciaal belang.

2.3.2 Samenwerkingsverbanden

Het is niet voldoende om op papier criteria voor risicoselectie te hebben en te beschikken over achterwacht in de tweedelijns. Samenwerking tussen huisartsen, verloskundi-

gen en gynaecologen is mede belangrijk. Eind 1990 startte, in opdracht van het toenmalige Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC), het project 'Verloskundige Samenwerkingsverbanden'. Van deze samenwerkingsverbanden werd een constructieve samenwerking verwacht tussen de eerste- en tweedelijns. Dit zou bevorderlijk zijn voor een goede risicoselectie. Concreet werd verwacht dat in verloskundige samenwerkingsverbanden de eerstelijns meer ruimte en verantwoordelijkheid had, wat tot uiting zou moeten komen in minder overdrachten van de eerste- naar de tweedelijns, meer overdrachten van de tweede- naar de eerstelijns, meer consulten, meer gedeelde zorg in de zwangerschap en meer mediumrisksituaties. Ook werd verwacht dat in de verloskundige samenwerkingsverbanden het minder vaak voorkwam dat een vrouw werd overgenomen door een gynaecoloog zonder overleg met de verwijzende verloskundige of huisarts.

Aan het project, waaraan tien regio's deelnamen waar deels al een vorm van geïnstitutionaliseerde samenwerking aanwezig was, werd onderzoek gekoppeld. Een samenwerkingsverband bestond ten minste uit gynaecologen en verloskundigen. Als er verloskundig actieve huisartsen in de regio waren werden zij ook betrokken bij het samenwerkingsverband. In de meeste samenwerkingsverbanden werden ook andere beroepsgroepen betrokken zoals kinderartsen, verpleegkundigen, kraamverzorgenden en niet-verloskundig actieve huisartsen. In elk samenwerkingsverband werden afspraken gemaakt over de indicatiestelling en over medisch inhoudelijk beleid. De meeste deelnemers, zo bleek uit de onderzoeksresultaten, zagen het samenwerkingsverband als een manier om het werkklimaat en de kwaliteit van zorg te verbeteren en de efficiëntie te verhogen. Ook bood het de mogelijkheid andere zorgverleners beter te leren kennen hetgeen de communicatie over patiënten kon bevorderen. Belangrijkste nadelen waren de beoogde tijdsinvestering en de daarmee gepaard gaande hogere werkbelasting. Op hoofdpunten bleek er consensus tussen de beroepsgroepen met betrekking tot de visie op verloskundige samenwerking. Verschillen tussen de beroepsgroepen betroffen de volgende.

Voor verloskundig actieve huisartsen bood het samenwerkingsverband ondersteuning voor hun verloskundige werkzaamheden. Zij hechtten relatief meer waarde aan de na- en bijscholingsactiviteiten die binnen een samenwerkingsverband konden plaatsvinden dan verloskundigen. De verloskundigen daarentegen zagen het samenwerkingsverband als middel om hun positie ten opzichte van gynaecologen te versterken.

Uit het onderzoek bleek dat de verwachtingen ten aanzien van de risicoselectie grotendeels waren uitgekomen. Het bleek dat er in de deelnemende samenwerkingsverbanden minder overdrachten van de eerste- naar de tweedelijns waren dan in regio's met een minder intensieve samenwerking. Voorts kwam vaker gedeelde zorg voor en waren er meer mediumrisksituaties. Tenslotte werden minder vrouwen zonder overleg overgenomen door een gynaecoloog. Het bleek dat deze verschillen tussen de verloskundige samenwerkingsverbanden en elders voor een deel waren toe te schrijven aan het feit dat in de samenwerkingsverbanden intensiever werd samengewerkt. In het onderzoek werd geen verband gevonden tussen de intensiteit van de samenwerking en het verloskundig resultaat, dat wil zeggen de gezondheidstoestand van het kind. De onderzoekers concludeerden dat de kwaliteit van zorg waarschijnlijk toch beter is wanneer de samenwerkende verloskundigen, huisartsen en gynaecologen beter van elkaar weten wat zij van elkaar verwachten, meer op één lijn zitten, en meer onderlinge duidelijkheid en overeenstemming hebben.

In het rapport werd geconcludeerd dat het aanbeveling verdiende om deze regionale samenwerking te bevorderen met gerichte maatregelen, als begeleiding, en financiële ondersteuning voor administratieve werkzaamheden (Meijer et al., 1996).

2.4 Samenvatting

De kosten van standaard prenatale zorg en zorg tijdens en kort naar de bevalling worden voor zowel ziekenfondsverzekerden als particulier verzekerden vergoed. De laatsten kunnen afhankelijk van hun polisvoorwaarden te maken krijgen met een eigen bijdrage.

De verloskundige zorgverlening in de eerstelijns, verleend door verloskundigen en huisartsen, wordt voor een groot deel gestructureerd door het primaat van de verloskundige. Indien in een regio een door het ziekenfonds of zorgverzekeraar gecontracteerde verloskundige actief is, wordt de prenatale zorg en zorg tijdens de bevalling die verleend wordt door een huisarts niet vergoed door het ziekenfonds. Mede als gevolg van dit primaat zijn steeds minder huisartsen verloskundig actief. De structuur, regelgeving en financiering van de verloskundige zorgverlening is op zodanige wijze ingericht dat het in Nederland mogelijk is voor vrouwen te kiezen om thuis te bevallen.

Voor het functioneren van de verloskundige zorgverlening in de eerstelijns is een goede risicoselectie van belang. Als basis voor risicoselectie dient de Verloskundige Indicatielijst. In tegenstelling tot verloskundigen en huisartsen accepteerden gynaecologen onderdelen van deze indicatielijst niet. Op korte termijn wordt een herziene versie van deze Verloskundige Indicatielijst verwacht. Voor het gebruik van deze lijst is, naast overeenstemming, samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen van belang. Het toenmalige Ministerie van WVC startte in 1990 het project 'Verloskundige Samenwerkingsverbanden' om een meer constructieve samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns te bewerkstelligen. Resultaten van onderzoek lieten zien dat er in de samenwerkende regio's minder overdrachten waren naar de tweedelijns.

Naast risicoselectie en samenwerking tussen de betrokken beroepsgroepen is kraamzorg thuis voor moeder en kind van belang voor de eerstelijns verloskundige zorgverlening. Voor ziekenfondsverzekerden geldt een eigen bijdrage voor de kraamzorg, de overige kosten worden door het ziekenfonds vergoed tot een gemiddelde van 8 dagen. Particulier verzekerden krijgen doorgaans 8-10 dagen vergoed en betalen een eigen bijdrage, afhankelijk van de premie en polisvoorwaarden.

De laatste jaren is de zogenaamde lump sum in opkomst: de particulier verzekerde krijgt vooraf een vast bedrag en is vrij in de besteding van dit geld. Gegevens over particulier verzekerden die afzien van het inkopen van kraamzorg zijn niet bekend

3 HET AANBOD VAN VERLOSKUNDIGE ZORGVERLENING

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk en hoofdstuk 4 wordt voor iedere betrokken beroepsgroep binnen de verloskundige zorgverlening een aantal kengetallen gepresenteerd, die samen een beeld geven van belangrijke ontwikkelingen in het aanbod en de vraag binnen de verloskundige zorg. In dit hoofdstuk staan gegevens over het aanbod van de zorg, zoals het aantal werkzame verloskundigen of gynaecologen en bijvoorbeeld de spreiding van de verloskundigen. De gegevens zijn grotendeels ontleend aan het registratieproject van verloskundigen, een samenwerkingsverband tussen de KNOV en het NIVEL en de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (RAZ), die ten behoeve van het JaarOverzicht Zorg (JOZ) wordt vervaardigd door het NIVEL, NZi, en OSA.

Achtereenvolgens worden de volgende beroepsgroepen behandeld: verloskundigen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen en kraamverzorgenden. In paragraaf 3.7 worden de ontwikkelingen in de aanbedegevens in verband gebracht met thuisbevalingen. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting.

3.2 Verloskundigen

In Nederland zijn in 1997 1.422 verloskundigen werkzaam (zie tabel 3.1). Het beroep van verloskundige is voornamelijk een vrouwelijke aangelegenheid; in 1997 was 3,2% van de werkzame verloskundigen van het mannelijk geslacht.

Het absoluut aantal verloskundigen is in de periode 1994-1997 met 145 toegenomen, ofwel een toename van 11,5%.

Tabel 3.1 Aantal werkzame verloskundigen naar geslacht, per 31 december

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94-97	Proc.groei 94-97	Gem.jrl % groei 94-97
Vrouwen	1.235	1.290	1.313	1.377	142	11,5	3,7
Mannen	41	42	44	45	4	9,8	3,2
Totaal	1.276	1.332	1.357	1.422	146	11,4	3,7

Bron: RAZ 1998 (NIVEL 1998)

De meeste verloskundigen zijn werkzaam in een eigen praktijk (zie tabel 3.2). Dit aantal groeide in de periode 1994-1997 met ruim 10%. Het aantal klinisch werkzame verloskundigen, dat wil zeggen werkzaam in dienstverband in een ziekenhuis, is in deze periode met bijna 13% toegenomen. Verder is er ook sprake van een toename van het aantal wisselende waarneemsters.

Tabel 3.2 Aantal werkzame verloskundigen naar functie vanaf 1994, per 1 januari

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94-97	Proc.groei 94-97	Gem.jrl % groei 94-97
Eigen praktijk*	907	937	978	1.001	94	10,4	3,3
Klinisch werkzaam**	188	185	199	212	24	12,8	4,1
Vaste waarnemer***112	112	118	105	100	-12	-10,7	-3,7
Wisselende waarnemer****	69	92	75	109	40	57,9	16,5
Totaal	1.276	1.332	1.357	1.422	146	11,4	3,7

*= Verloskundige die een overeenkomst heeft met het ziekenfonds en alleen of in een maatschap een praktijk uitoefent.

**= In dienstverband van een ziekenhuis

***= Een verloskundige - die al dan niet in loondienst - voor onbepaalde tijd bij (een) zelfstandig gevestigde verloskundige(n) werkt.

****= Een verloskundige die voor een bepaalde tijd werkzaam is bij (een) zelfstandig gevestigde verloskundige(n), dat wil zeggen freelance of via waarneembureau.

Bron: RAZ 1998 (NIVEL 1998)

Onder zelfstandig gevestigde verloskundigen is sprake van een afname van het aantal solo- en duopraktijken (zie tabel 3.3). In 1980 werkte nog 74% van alle verloskundige praktijken solo Wismeijer & Pool, 1991), in 1998 bedroeg dat percentage nog slechts 15% (Hingstman & Wieggers, 1998). In de periode 1994-1997 is er sprake van een duidelijke toename van het aantal groepspraktijken, ruim 35%.

Tabel 3.3 Aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen (in eigen praktijk) naar praktijkvorm, per 1 januari

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94-97	Proc.groei 94-97	Gem. jrl % groei 94-97
Solopraktijk*	186	177	154	152	-34	-18,3	-6,5
Duopraktijk**	294	285	270	270	-24	-8,2	-2,8
Groepspraktijk***	427	475	552	579	152	35,6	10,7
Totaal	907	937	976	1.001	94	10,4	3,3

*= De praktijk van één zelfstandig gevestigde verloskundige (eventueel met een vaste waarnemer)

**= De praktijk van twee geassocieerde zelfstandig gevestigde verloskundigen (eventueel met een vaste waarnemer)

***= De praktijk van drie of meer geassocieerde zelfstandig gevestigde verloskundigen (met eventueel met een vaste waarnemer)

Bron: RAZ 1998 (NIVEL 1998)

Vestiging van verloskundigen

De jaarlijks toename van het aantal werkzame verloskundigen schommelt sinds 1994 rond de 30. Dat is de nieuwe instroom minus degenen die de praktijk neerleggen. In 1997 daalde de toename van de toename van het aantal werkzame verloskundigen licht naar 23 (Hingstman & Wieggers, 1998). Deze toename verloopt sneller dan de bevolkingsgroei. Het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd, dat wil zeggen vrouwen van 15 tot en met 39 jaar, per zelfstandig gevestigde verloskundige neemt al sinds enkele jaren gestaag af. Op 1 januari 1998 was er een verloskundigendichtheid van één verloskundige per 2.831 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (zie tabel 3.4). Ter

vergelijking, in 1980 en 1995 bedroeg deze dichtheid respectievelijk 3.878 en 3.230 (Hingstman & Wiegers, 1998).

Tabel 3.4 Verhouding tussen het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-39) en het aantal verloskundigen in een eigen praktijk per provincie, per 1 januari 1998

Provincie	Aantal vrouwen in vruchtbare leeftijd	Aantal verloskundigen in eigen praktijk	Aantal vrouwen in vruchtbare leeftijd per verloskundige
Groningen	103.640	22	4.711
Friesland	106.284	19	5.594
Drenthe	76.415	26	2.939
Overijssel	189.725	66	2.875
Flevoland	57.159	29	1.971
Gelderland	339.418	128	2.652
Utrecht	211.834	76	2.787
Noord-Holland	464.947	183	2.541
Zuid-Holland	614.346	219	2.805
Zeeland	60.255	10	6.026
Noord-Brabant	415.771	159	2.615
Limburg	193.982	64	3.031
Nederland	2.833.776	1.001	2.831

Bron: Hingstman & Wiegers, 1998

Zoals uit tabel 3.4 blijkt zijn de verloskundigen niet gelijk verdeeld over Nederland. De verloskundigendichtheid is het hoogste in Flevoland, Noord-Holland en Noord-Brabant. De provincies Zeeland, Friesland en Groningen kennen veruit de laagste verloskundigendichtheid.

Tabel 3.5 Verhouding tussen het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-39 jaar) en het aantal verloskundigen in een eigen praktijk, naar omgevingsadressendichtheid*, per 1 januari 1998

Omgevingsadressendichtheid	Aantal vrouwen in vruchtbare leeftijd	Aantal verloskundigen in eigen praktijk	Aantal vrouwen in vruchtbare leeftijd per verloskundige
Niet-stedelijke gemeenten	416.033	83	5.012
Weinig-stedelijke gemeenten	585.262	227	2.578
Matig-stedelijke gemeenten	571.516	238	2.401
Sterk-stedelijke gemeenten	699.527	270	2.591
Zeer sterk-stedelijke gemeenten	561.438	183	3.068

*=Zie voor nadere toelichting van het begrip 'omgevingsadressendichtheid' bijlage 1
Bron: Hingstman & Wiegers, 1998

In tabel 3.5 staat de verhouding tussen het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd en het aantal verloskundigen in een eigen praktijk, naar omgevingsadressendichtheid. In niet-stedelijke gemeenten is er een geringe verloskundigendichtheid; één verloskundige per 5.012 vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Door de geringe bevolkingsdichtheid en de oudere leeftijdsopbouw van de bevolking, is het voor een verloskundige moeilijk een rendabele praktijk op te bouwen. In deze niet-stedelijke gemeenten wordt een groot deel van de bevallingen door huisartsen gedaan. De verloskundigendichtheid in deze niet-stedelijke gemeenten is wel toegenomen de afgelopen jaren; in 1996 werd een dichtheid genoteerd van één verloskundige per 6.209 vruchtbare vrouwen.

In de zeer stedelijke gemeenten is eveneens een relatief lage verloskundigendichtheid (3.068). In deze steden zijn relatief meer verloskundigen klinisch werkzaam (Hingstman & Wieggers, 1998).

Opleiding

Uit tabel 3.6 blijkt dat in de periode 1994-1997 het aantal verloskundigen in opleiding met 50% is toegenomen. Dit is een gevolg van de ophoging van de numerus fixus van 90 opleidingsplaatsen in 1993 en in 1994 tot 120 opleidingsplaatsen (Hingstman & Harmsen, 1994). In 1996 hebben slechts negen verloskundigen de opleiding voltooid, als gevolg van de verlenging van de opleiding sinds 1 september 1993 van drie naar vier jaar.

In 1997 hebben 77 verloskundigen de opleiding voltooid dat is een toename van bijna 19% ten opzicht van 1994.

Tabel 3.6 Opleidingsgegevens van verloskundigen vanaf 1994

	1994	1995	1996*	1997	Abs.groei 94-97	Proc.groei 94-97	Gem.jrl % groei 94-97
Aantal eerstejaars- studenten	121	125	129	129	8	6,6	2,2
waarvan % vrouw	99%	100%	100%	99%			
Totaal aantal in opleiding	304	340	428	457	153	50,3	14,6
waarvan % vrouw	98%	99%	99%	99%			
Opleiding voltooid	65	78	9	77	12	18,5	5,8
waarvan % vrouw	97%	100%	100%	99%			

*=Door verlenging van de opleidingsduur van drie naar vier jaar in 1993 zijn er maar weinig afgestudeerden in 1996.

Bron: RAZ 1998 /Opleidingen voor verloskundigen

3.3 Huisartsen

In het huidige systeem van verloskundige zorgverlening is, naast de verloskundige, de huisarts de aangewezen persoon voor het begeleiden van een normaal verlopende zwangerschap en bevalling. Het primaat heeft ertoe bijgedragen dat de rol van de huisarts in de begeleiding van zwangerschap en bevalling sterk is afgenomen. Het afgenomen aandeel van de huisartsen is vooral veroorzaakt door een sterke afname van het aantal huisartsen dat bevallingen leidt. Uit een vergelijkend onderzoek tussen verloskundig actieve huisartsen in 1983 en 1990 (Hingstman & Riteco, 1993) bleek dat in 1983 nog bijna 45% van alle Nederlandse huisartsen bevallingen leidde, in 1990 was

dat aantal gedaald naar 26%. Bijna de helft van alle huisartsen op het platteland deed in 1990 nog bevallingen; in de grote steden was dat 5%. Als belangrijkste reden waarom men niet (meer) verloskundig actief was, werd in 1990 door 85% van de huisartsen genoemd dat een verloskundige in het gebied werkzaam was. Verder antwoordde 45% dat het niet mogelijk was om voldoende routine op te bouwen in het leiden van bevallingen. Ook een te grote werkbelasting (31%) en het niet kunnen realiseren van waarneming (23%) waren redenen om geen bevallingen (meer) te doen (Hingstman & Riteco, 1993).

In 1994 werd de Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen opgericht. Doel ervan is het behouden van de verloskundige zorg voor het huisartsenvak. In 1994 waren 350 huisartsen lid van deze vereniging.

Recente gegevens over het aantal verloskundige actieve huisartsen zijn niet beschikbaar. Geschat wordt dat ongeveer één op de vijf huisartsen verloskundig actief is (Van der Hulst, 1995).

De Ad-hoc Commissie Verloskunde schat dat niet meer dan 9% van alle huisartsen meer dan 20 bevallingen per jaar leidt (Ad-hoc Commissie Verloskunde, 1996).

De meeste verloskundig actieve huisartsen nemen niet deel aan LVR, zodat uit deze registratie geen gegevens over huisartsen beschikbaar zijn. In opdracht van de LHV voert het NIVEL momenteel een onderzoek uit onder huisartsen naar hun aandeel in de verloskundige zorg. In het najaar van 1999 worden de eerste resultaten verwacht.

Voor ziekenfondsverzekerden is wel bekend hoeveel bevallingen door huisartsen worden begeleid.

Tabel 3.7 Aantal verlossingen door verloskundigen en huisartsen 1992-1996, ziekenfondsverzekerden

	1992	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 92-96	Proc.groei 92-96	Gem.jrl % 92-96
Verloskundigen	80.493	81.103	84.530	81.737	82.272	1.779	2,2	0,5
Huisartsen	9.355	9.263	8.488	8.211	7.522	-1.833	-19,6	-5,3
(Aandeel %)	(10,4)	(10,3)	(9,1)	(9,1)	(8,4)			
Totaal	89.848	90.366	93.018	89.948	89.794	-54	0,0	0,0

Bron: Ziekenfondsraad 1996

Uit de tabel blijkt dat het aandeel van huisartsen bij bevallingen voor ziekenfondsverzekerden in de periode 1992-1994 met bijna 20% is afgenomen. Gegevens over particulier verzekerden zijn niet voorhanden. Aangezien particulier verzekerde vrouwen ook voor bevallen onder leiding van een huisarts kunnen kiezen in gebieden waar een verloskundige werkt, ligt het aandeel van de huisarts bij particulier verzekerden eerder hoger dan lager.

3.4 Gynaecologen

Bij een meer risicovol verlopende zwangerschap is de gynaecoloog de aangewezen deskundige om de bevalling te leiden. Het aantal erkende specialistenplaatsen voor gynaecologie en verloskunde in algemene ziekenhuizen is de afgelopen jaren min of meer constant gebleven (zie tabel 3.8).

Tabel 3.8 Aantal erkende specialistenplaatsen Gynaecologie/verloskunde in FTE (1994 - 1997), algemene ziekenhuizen

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94-97	Proc.groei 94-97	Gem.jrl.% 94-97
Gynaecologie/verloskunde	452	458	457	460	8	1,8	0,6

Bron: NZi 1998

Uit de behoefteeraming obstetrici/gynaecologen 1997-2010 (Van der Velden et al., 1997) blijkt dat in 1997 613 obstetrici/gynaecologen in Nederlandse ziekenhuizen werkzaam zijn (zie tabel 3.9). Van deze obstetrici/gynaecologen is verreweg het grootste gedeelte (52%) werkzaam in algemene ziekenhuizen zonder gynaecologische opleiding. Het totaal aantal obstetrici/gynaecologen is in de afgelopen 10 jaar redelijk constant gebleven op rond de 600 personen. Het aandeel dat in algemene ziekenhuizen met een opleiding voor obstetrici/gynaecologen werkt, is daarentegen enigszins aan schommeling onderhevig geweest. Deze schommelingen zijn grotendeels het gevolg van veranderingen in de opleidingscapaciteit van assistent-geneeskundigen in opleiding (AGIO's) in de afgelopen jaren. Uit de behoefteeraming blijkt dat er 1997 geen ernstige tekorten zijn aan obstetrici/gynaecologen. Momenteel wordt door het NIVEL een monitoring van deze behoefteeraming uitgevoerd.

Tabel 3.9 Aantal werkzame obstetrici/gynaecologen (gehele populatie) per werkveld, per 1 januari

	1987	1989	1991	1993	1995	1997
Alg. ziekenhuizen zonder opl.	333	361	363	332	334	316
Alg. ziekenhuizen met opl.	132	106	115	138	128	169
Academische ziekenhuizen	124	135	126	140	130	128
Totaal	590	602	604	610	592	613

Bron: Van der Velden et al., 1997

Uiteraard hebben gynaecologen en obstetrici een bredere taak dan alleen verloskundige zorg verlening. Ongeveer 40% van de totale werktijd van gynaecologen/obstetrici wordt besteed aan verloskundige zorg (Barentsen, 1990; Van der Velden et al., 1997).

3.5 Kinderartsen

Bij iedere klinische bevalling, dat wil zeggen op medische indicatie, is in principe een kinderarts aanwezig dan wel beschikbaar.

Tabel 3.10 Aantal erkende specialisten plaatsen Kindergeneeskunde in FTE (1994-1997 , in algemene ziekenhuizen

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94-97	Proc.groei 94-97	Gem.jrl % 94-97
Kindergeneeskunde	306	315	326	338	32	10.5	3.4

Bron: NZi 1998

Het aantal erkende specialistenplaatsen steeg in de periode 1994-1997 met 32 plaatsen dit is een gemiddelde groei van 3,3% (zie tabel 3.10).

Tabel 3.11 Relatieve verdeling van het aantal werkzame kinderartsen naar type ziekenhuis, in procenten

	1995	1997
Algemeen ziekenhuis	49,6	52,0
Academisch ziekenhuis	42,6	41,4
Buiten ziekenhuis	7,8	6,6
Totaal procenten	100,0	100,0
Totaal absoluut	716	740

Bron: Hingstman & Van der Velden, 1998

In tabel 3.11 staat de relatieve verdeling van het aantal werkzame kinderartsen naar type ziekenhuis. De gegevens zijn afkomstig uit de Monitoring Arbeidsmarkt voor Kinderartsen 1997-2010 (Hingstman & Van der Velden, 1998). In 1995 waren er 716 kinderartsen werkzaam in Nederland. Dit aantal is in 1997 toegenomen tot 740. Het grootste deel van de kinderartsen, namelijk 52%, is werkzaam in algemene ziekenhuizen. Uit deze monitoring komt naar voren dat er in 1997 geen ernstige tekorten zijn aan kinderartsen.

3.6 Kraamzorg

De kraamzorg is een van de hoekstenen van de verloskundige zorg in Nederland. De kraamzorg heeft echter de laatste jaren allerlei ontwikkelingen gekend die belangrijke veranderingen teweeg hebben gebracht. Met de toenemende marktwerking, een terugtrekkende overheid en het loslaten van de erkenningsnormen bij het in werking treden van de Kwaliteitswet, is de verantwoordelijkheid over de kwaliteit van de geleverde zorg een belangrijke kwestie geworden tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Met ingang van 1 januari 1998 werd de contracteerplicht van de ziekenfondsen afgeschaft. Hierdoor kunnen zij nu in principe met alle kraamzorgaanbieders contracten afsluiten en vervalt formeel het onderscheid tussen zogenaamde reguliere en particuliere kraamcentra (El Fakiri et al., 1999).

De beschikbare gegevens over de kraamzorg maken dit onderscheid echter nog wel. Het onderscheid reguliere en particuliere kraamzorg wordt om die reden hier nog gehanteerd.

Volgens het Jaarboek Thuiszorg waren er in 1996 50 reguliere kraamcentra (LVT/NZi, 1996).

In tabel 3.12 staan gegevens over kraamverzorgenden in reguliere instellingen. Het aantal werkzame kraamverzorgenden nam in de periode 1992-1996 absoluut gezien toe met 189 kraamverzorgenden. Het aantal FTE is in deze periode constant gebleven.

Tabel 3.12 Gegevens over kraamverzorgenden in instellingen vanaf 1992, jaargemiddelden

	1993	1994	1995	1996	Abs.groei 93-96	Proc.groei 93-96	Gem.jrl % 93-96
Werkzamen	5.771	5.971	5.814	5.960	189	3,3	3,2
FTE	4.333	4.413	4.231	4.337	4	0,0	0,0
Percentage vrouwen	99,6	99,6	99,7	99,6	0,0	0,0	0,0
Gemiddelde leeftijd	31,8	32,4	32,9	33,4	1,6	5,0	1,6
Instroom onderwijs	102	57	82	90	-12	-11,8	-4,1
Totaal aantal leerlingen	168	132	123	139	-29	-17,3	-6,1

Bron: RAZ 1998

Binnen de kraamzorg werken voornamelijk vrouwen; ruim 99%. De instroom in het kraamonderwijs blijkt in de afgelopen periode gedaald te zijn met bijna 12%, het totaal aantal leerlingen met 17%.

Als gevolg daarvan daalde het aantal gediplomeerden dat jaarlijks op de arbeidsmarkt komt van 149 in 1993 naar 51 in 1997. Absoluut gezien zijn dat 98 minder gediplomeerden, ofwel 65,7% (RAZ, 1998).

Particuliere kraamzorg

Uit een onderzoek van Caris-Verhallen et al. (1997) zijn gegevens bekend over het aantal particuliere thuiszorgbureaus die kraamzorg bieden (zie tabel 3.13).

Tabel 3.13 Overzicht van bureaus die kraamzorg, thuiszorg of beiden bieden (N=130)

Aanbod van diensten	Aantal bureaus	%
Alleen bemiddeling	32	25
Kraamzorg	13	10
Bemiddeling en kraamzorg	4	3
Thuisverpleging en verzorging	17	13
Bemiddeling en thuisverpleging/verzorging	3	2
Kraamzorg en thuisverpleging/verzorging	53	41
Bemiddeling, kraamzorg en thuisverpleging/verzorging	8	6
Totaal	130	100

Bron: Caris-Verhallen et al., 1997

Uit het onderzoek bleek dat 17 bureaus zich met name op de kraamzorg richten, bij 61 bureaus vormde de kraamzorg onderdeel van een groter pakket van diensten. In totaal richten 110 bureaus zich op het bemiddelen bij of verlenen van kraamzorg.

Als gevolg van de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet Zorginstellingen in april 1996 werden de toelatingseisen voor thuiszorgaanbieders door de overheid aangescherpt.

Dat wil zeggen dat zowel reguliere als particuliere thuiszorgaanbieders aan bepaalde eisen dienen te voldoen om toegelaten te worden. Tabel 3.14 geeft een overzicht van het aantal bureaus die al waren toegelaten door de overheid in 1996.

Tabel 3.14 Overzicht van particuliere bureaus die toegelaten zijn door de overheid (N=130)

	Toelating kraamzorg	Toelating thuisverpleging	Toelating beide
Bemiddelingsbureau (N=32)	2	2	3
Kraamzorg (N=17)	1	-	-
Thuisverpleging en verzorging (N=20)	-	4	-
Kraamzorg en thuisverpleging/verzorging (N=61)	4	1	28

Bron: Caris-Verhallen et al., 1997

Een door de overheid toegelaten bureau kon tot op heden zorg leveren die door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werd gefinancierd. Van het totaal aantal bureaus geven er 45 aan geen behoefte te hebben aan toelating. Van de 108 organisaties leveren 88 organisaties zorg die niet door verzekeraars wordt vergoed.

3.7 Betekenis van het aanbod voor thuisbevallingen

Het aanbod aan verloskundigen in Nederland neemt de laatste jaren toe zo bleek uit de tabel 3.1. Meer verloskundigen wil echter nog niet zeggen dat het aantal thuisbevallingen toeneemt. Ten eerste is de norm voor een verloskundige praktijk verlaagd naar 150 geboorten per jaar. Dit betekent dat een verloskundige minder bevallingen per jaar doet. Ten tweede kan een zwangere vrouw zelf kiezen of zij thuis wil bevallen of poliklinisch in een ziekenhuis, beiden onder leiding van een verloskundige. Uit onderzoek van Wieggers (1997) blijkt dat de houding van de verloskundige ten opzichte van een thuisbevalling versus een ziekenhuisbevalling belangrijk is voor de plaats van de bevalling. Er is sprake van een grote variatie tussen de verloskundige praktijken die niet te verklaren is vanuit cliëntgebonden kenmerken en/of gevalsspecifieke factoren en die dus waarschijnlijk wordt veroorzaakt door de opvatting van verloskundigen (Wieggers, 1997). Verder blijken er eveneens grote regionale en individuele verschillen in verwijzingen naar de tweedelijnt te bestaan (Plagge & Debougnoux, 1994).

Een mogelijke reden voor verloskundigen om meer poliklinische bevallingen dan thuisbevallingen te doen zijn onder andere overbelasting en drukte (Smulders, 1994). Uit onderzoek van Van der Hulst (1993) bleek dat bij thuisbevalling meer arbeidsvreugde ervaren werd, maar dat een thuisbevalling tegelijkertijd ook als veel arbeidsintensiever werd ervaren. Verloskundigen die aangaven thuis meer arbeidsvreugde te ervaren, deden gemiddeld 66% thuisbevallingen. Het gemiddelde percentage thuisbevallingen van degenen die geen verschil in arbeidsvreugde tussen een thuisbevalling en een poliklinische bevalling ervoeren was 38%. Verloskundigen vonden de volgende factoren storend in de thuissituatie; de kraamspullen en/of bed niet in orde, hinderlijk gedrag van omstanders en een slordig en/of vies huishouden. Ook gaven verloskundigen aan langer aanwezig te zijn bij een thuisbevalling (Van der Hulst, 1993). Uit onderzoek van Jabaaij et al. (1994) naar het werk en de werkdruk van de vrijgevestigde verloskundige bleek daarentegen dat thuisbevallingen (inclusief de reistijd) evenveel tijd in beslag namen aan begeleiding als poliklinische bevallingen.

Vestiging van verloskundigen

Er blijken regionale verschillen te zijn in verloskundigendichtheid in Nederland (zie tabel 3.4). Bij een lage verloskundigendichtheid is er in theorie voldoende ruimte voor nieuwe vestigingen van verloskundigen. In de praktijk blijkt dat niet altijd op te gaan. In Zeeland bijvoorbeeld is een aantal regio's zo dun bevolkt dat het voor een verloskundige niet mogelijk is een rendabele praktijk op te bouwen. In deze gebieden verlenen de huisartsen verloskunde zorg. Echter in Noord-Beveland hebben de huisartsen besloten geen bevallingen meer te begeleiden. Vanwege het geringe aanbod van zwangere vrouwen, is het ook voor huisartsen niet mogelijk de deskundigheid en vaardigheid op peil te houden. Zwangere vrouwen in deze regio kunnen momenteel (voorjaar 1999) niet thuisbevallen.

Een ander gegeven is het feit dat het aantal solopraktijken sterk afneemt (zie tabel 3.3). In 1980 werkte nog 74% van alle verloskundigen solo, terwijl in 1998 dit nog maar voor 15% van alle verloskundigen geldt (Hingstman & Wieggers, 1998). Verder blijkt dat van de verloskundigen die van de opleiding komen vrijwel niemand de voorkeur uitspreekt voor een solopraktijk (Hingstman & Wieggers, 1998). Dit zou kunnen betekenen dat de bestaande solopraktijken problemen zullen ondervinden bij het vinden van een opvolger, wat mogelijk kan leiden tot een toename van het aantal gebieden in Nederland zonder verloskundige praktijk. Dit geldt met name voor die regio's waarin het toch al moeilijk is een rendabele praktijk op te bouwen.

Uit het eerder genoemde onderzoek van Jabaaij et al. (1994) bleek dat verloskundige met een solopraktijk lange werkweken maken, gemiddeld 50 uur per week. Ter vergelijking verloskundigen in duo- en groepspraktijken werken respectievelijk 41 en 39 uur. Uit een onderzoek naar chronische stress onder verloskundigen bleek dat vrijgevestigde verloskundigen significant meer emotioneel uitgeput waren en zich minder bekwaam voelden dan klinisch werkende verloskundigen (Bakker et al., 1997). Sinds 1993 schommelt het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen dat de praktijk heeft neergelegd, in 1996 waren dat 45 verloskundigen en in 1997 54 verloskundigen. Van de 54 verloskundigen die in 1997 de praktijk hadden neergelegd was 9% gestopt wegens de leeftijd en 7% wegens ziekte. Andere veel genoemde redenen waren het uitoefenen van een andere functie en gezinsomstandigheden (Hingstman & Wieggers, 1998). In het onderzoek van Jabaaij et al. (1994) werden aanwijzingen gevonden dat werkdruk een factor is bij het uittreden van vrijgevestigde verloskundigen uit hun werk. Voor veel verloskundigen bleek het niet mogelijk te zijn gezin en baan te combineren. Daarnaast stopte een groot deel wegens gezondheidsredenen. Er blijken steeds minder verloskundigen tot hun pensioen te blijven werken. De gegevens uit dit onderzoek zijn uit 1993, recente gegevens over werk en werkdruk druk bij vrijgevestigde verloskundigen zijn niet beschikbaar.

Ook in de zeer sterk verstedelijkte regio's, de grote steden, is de verloskundigendichtheid lager dan het landelijk gemiddelde, zoals bleek uit tabel 3.5. Er lijkt een verschuiving te ontstaan in de voorkeuren van verloskundigen: tot voor enkele jaren was Amsterdam bijvoorbeeld populair als vestigingsplaats, nu melden verloskundigen daar dat ze grote moeite hebben om een vacature ingevuld te krijgen.

Informatie over de verloskundige zorgverlening specifiek in dun bevolkte gebieden en in de grote steden is niet voorhanden. De KNOV heeft in het najaar 1998 een rondetafelbijeenkomst belegd over de problemen die verloskundigen in grote steden in het

uitoefenen van de werkzaamheden ondervinden. Over de resultaten van de bijeenkomst is tot op heden nog niet gepubliceerd.

Om meer inzicht te krijgen in de factoren die een rol spelen bij de vestiging van verloskundigen en de mogelijke knelpunten die zich daarbij voordoen wordt in het najaar van 1999 door het NIVEL een onderzoek gestart. Midden 2000 worden hiervan de resultaten verwacht.

Kraamverzorgenden

Uit de aanbodgegevens van kraamverzorgenden blijkt dat er steeds minder mensen de opleiding voor kraamverzorgende gaan volgen (zie tabel 3.12). In de zomer van 1998 verschenen in verschillende dagbladen berichten over zorgwekkende tekorten in de kraamzorg. Een ontwikkeling die hier mee te maken heeft is de veranderde opleiding tot kraamverzorgende. De speciale kraamopleiding - duur anderhalf jaar - is vervangen door een meer algemene opleiding voor verzorgsters in de bejaarden- de gehandicapten- en de kraamzorg. De kraamzorg komt pas in het laatste jaar van de driejarige opleiding aanbod. Voor herintreders kan deze studieduur een struikelblok vormen. De kraamzorg heeft evenals de hele zorgsector, te kampen met de opvatting dat het werken in deze bedrijfstak veelal niet aantrekkelijk wordt gevonden. In 1998 is een verkorte opleiding kraamzorg gestart om de tekorten op te vangen.

In hoeverre de tekorten in de kraamzorg van invloed zijn op het aantal thuisbevallingen is niet bekend. Wel zijn er signalen dat als een kraamverzorgende niet op tijd aanwezig is bij de thuisbevalling de verloskundige eerder kan besluiten naar het ziekenhuis te gaan, doordat zij handen te kort komt (Visser, 1998).

Signalen over tekorten aan kraamverzorgenden komen met name van reguliere bureaus. In welke mate ook particuliere bureaus met personeelstekorten kampen is niet bekend. Over het aantal kraamverzorgenden bij particuliere bureaus zijn dan ook geen gegevens bekend. Over de kwaliteit van de geboden kraamzorg zijn sinds kort gegevens bekend. In 1997 kwamen signalen uit het veld dat de kwaliteit en toegankelijkheid van kraamzorg tekort schoot (concept-zwartboek, LVT/NOV, 1997). Hierin werd gesuggereerd dat de kwaliteit van de kraamzorg te wensen overlaat, omdat veel kraamverzorgenden die bij particuliere bureaus in dienst zijn ondeskundig zouden zijn. De particuliere kraamcentra zouden verder geen deskundigheidsbevordering en werkbegeleiding organiseren. Naar aanleiding van dit soort signalen is in opdracht van Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg (El Fakiri et al., 1999). In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen drie groepen kraamzorgaanbieders: kraamzorgaanbieders die zijn aangesloten bij de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT-leden), bij de Brancheorganisatie Thuiszorg Nederland (BTN-leden) en degene die niet bij een branche-organisatie zijn aangesloten (overige kraamzorgaanbieders). Uit het onderzoek bleek dat er tussen de drie groepen kraamcentra (LVT, BTN en overige) geen noemenswaardige verschillen waren voor wat betreft criteria voor beschikbaarheid en bereikbaarheid. Duidelijke verschillen waren gevonden ten aanzien van het kwaliteitsbeleid. De groep 'overige particuliere kraamcentra', dat wil zeggen niet aangesloten bij een brancheorganisatie, hadden in vergelijking tot de twee andere groepen minder protocollen en standaarden, hadden minder vaak een schriftelijk vastgelegd kwaliteitsbeleid en beschikten minder vaak over een privacyreglement. Vrijwel alle kraamcentra gaven te kennen aandacht te besteden aan kwaliteit van kraamzorg door het organiseren van bijscholingsactiviteiten.

Tweedelijnsverloskunde

Een belangrijke voorwaarde voor thuisbevallingen is een beschikbare achterwacht in de tweedelijns: de gynaecoloog voor de moeder en de kinderarts voor de pasgeborene. In tegenstelling tot eerdere berichten over tekorten (Hingstman et al., 1992) bleken in 1997 er geen noemenswaardige tekorten meer te bestaan (Van der Velden et al., 1997; Hingstman & Van der Velden, 1998).

Zowel de NOV als de NVOG wezen in 1996 het dreigend tekort aan kinderartsen aan als een knelpunt voor de verloskundige zorgverlening (Delnoij, 1996). Als het specialisme kindergeneeskunde in sommige kleine (regionale) ziekenhuizen zou verdwijnen, zou de tweedelijnsverloskunde, maar ook de eerstelijns verloskunde in sommige gebieden in gevaar komen. Volgens de NOV in 1996, was op voorhand onduidelijk wat daarvan de gevolgen voor het percentage thuisbevallingen zouden kunnen zijn. Dit percentage zou kunnen stijgen doordat een ziekenhuisbevalling moeilijk te regelen is; het zou ook kunnen dalen doordat men voor de zekerheid een ziekenhuisbevalling afspreekt, uiteraard in een ziekenhuis waar wel tweedelijnsverloskunde wordt bedreven (Delnoij, 1996). Inmiddels is uit de recente behoefteeraming bekend dat er geen ernstige tekorten aan kinderartsen zijn (Hingstman & Van der Velden, 1998).

3.8 Samenvatting

Het aantal verloskundigen in Nederland neemt de laatste jaren toe. Door ophoging van de numerus fixus komen er meer verloskundigen op de arbeidsmarkt. Het merendeel vestigt zich als zelfstandig verloskundige in een groepspraktijk. Er is ook een toename te zien van het aantal verloskundigen dat in een ziekenhuis gaat werken. Steeds minder verloskundigen gaan als vaste waarneemster werken, daarentegen zijn er steeds meer die freelance of via een waarneembureau voor een bepaalde tijd bij een vrijgevestigde verloskundige gaan werken. De verloskundigendichtheid in Nederland neemt toe, dat wil zeggen dat er meer verloskundigen komen op het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Dit is echter niet gelijk verdeeld over Nederland, de provincies Zeeland, Friesland en Groningen kennen een lage verloskundigendichtheid. Dit komt overeen met de bevindingen dat in niet-stedelijke gebieden er een geringe verloskundigendichtheid is. Het is voor een verloskundige moeilijk hier een rendabele praktijk op te bouwen, bevallingen worden hier meestal door huisartsen begeleid.

In het algemeen is de rol van de huisartsen bij de verloskundige zorgverlening afgenomen. Recente cijfers zijn hierover niet bekend. Geschat wordt dat ongeveer 10% van de huisartsen nog verloskundig actief is, waarvan het merendeel op het platteland

Het aanbod van gynaecologen is de afgelopen jaren min of meer constant gebleven. Het aanbod van kinderartsen nam iets toe. Uit de behoefteeramingen blijkt dat er momenteel geen sprake is van ernstige tekorten.

Het aantal werkzame kraamverzorgenden in FTE's nam in de laatste jaren af. Ook de instroom, het aantal leerlingen, en het aantal gediplomeerden neemt in de afgelopen jaren af.

De toename van het aanbod van verloskundigen wil nog niet zeggen dat er meer bevallingen in de thuissituatie plaatsvinden. De houding van verloskundigen ten opzichte van een thuisbevalling versus een poliklinische bevalling blijkt namelijk van belang voor de uiteindelijke keus van de plaats van de bevalling.

Er zijn signalen dat zelfstandig gevestigde verloskundigen in grote steden en in achterstandswijken problemen ondervinden. Informatie over zowel de problemen die verloskundigen in de grote steden ondervinden en het aantal thuisbevallingen versus poliklinische bevallingen zijn momenteel niet voorhanden.

De daling van het aantal thuisbevallingen binnen het totaal aantal bevallingen ligt niet aan het aanbod van verloskundige beroepsbeoefenaren.

4 DE VRAAG NAAR VERLOSKUNDIGE ZORGVERLENING

4.1 Inleiding

Het totaal aantal geboorten in Nederland vertoonde jaren een dalende lijn. Sinds 1965 is het absoluut aantal geborenen met 21% gedaald. Recente gegevens van het CBS (1998) laten zien dat er in 1997 een einde aan de daling is gekomen. In 1998 zal het totale aantal geboorten waarschijnlijk uitkomen op 198.000, 7.000 meer dan in 1997 (De Beer & De Graaf, 1998).

Door jarenlange daling van het aantal geboorten, nam ook het absoluut aantal thuisbevallingen af. Echter ook het aandeel thuisbevallingen van het totaal aantal bevallingen vertoont een dalende lijn.

De grootste daling van het aandeel thuisbevallingen heeft in de jaren zeventig plaatsgevonden, van 57% in 1970 tot 35% in 1980 (Delnoij et al., 1996).

Gegevens over de plaats van de bevalling uitgesplitst naar verloskundige hulpverlener zijn sinds 1994 niet meer bekend. Gemeenten houden geen gegevens meer bij over de primaire zorgverlener en de plaats van de bevalling, waardoor deze gegevens door het CBS niet meer kunnen worden verzameld. De laatste gegevens van het CBS, geregistreerd in 1993, laten zien dat het aandeel thuisbevallingen van het totaal aantal bevallingen gedaald was tot 30,6% (CBS, 95/5).

Tot 1993 namen de verloskundigen relatief steeds meer bevallingen voor hun rekening. Vergelijking van de cijfers van 1993 met cijfers van 1983 laat zien dat het aandeel van verloskundigen bij thuisbevallingen ruim 10% is gestegen en bij poliklinische bevallingen bijna 5% (Delnoij et al., 1996).

4.2 Eerste- en tweedelijns verloskunde

Uit de Landelijke Verloskunde Registratie zijn gegevens bekend over bevallingen begeleid door verloskundigen en gynaecologen. Voor deze registratie worden gegevens verzameld door verloskundigen (eerstelijnszorg, LVR-1) en gynaecologen (tweedelijnszorg, LVR-2). Op deze manier wordt 88% van de geborenen door verloskundigen en 87% door gynaecologen geregistreerd. Het LVR-aandeel ten opzichte van het totaal aantal geborenen neemt nog steeds toe (SIG Zorginformatie, 1996). De LVR-1 bevat gegevens van vrouwen die ofwel onder leiding van een verloskundige thuis zijn bevallen of wel poliklinisch in het ziekenhuis.

Tabel 4.1 geeft de leeftijdsverdeling weer van bevallen vrouwen, zowel binnen de eerstelijns- als de tweedelijns registratie. De algemene trend is dat vrouwen gemiddeld op steeds latere leeftijd kinderen krijgen. Het aandeel bevallen vrouwen ouder dan 30 jaar is groter dan bevallen vrouwen jonger dan 30 jaar. Meer dan 50% van de bevallen vrouwen is ouder dan 30 jaar. Ter vergelijking: in 1992 was het aandeel vrouwen dat jonger dan 30 jaar was nog groter (Delnoij et al., 1996).

In de periode 1994-1997 is het aandeel bevallen vrouwen ouder dan 30 jaar voor zowel de eerstelijns- als de tweedelijns verloskunde met ongeveer 5% gestegen.

Het totaal aantal bevallen vrouwen binnen de eerstelijns is in de periode 1994-1997 min of meer constant gebleven. Het totaal aantal vrouwen binnen de tweedelijnsverloskunde is in deze periode met ruim 6% gestegen.

In 1994 vond 37,9% van het totaal aantal bevallingen geregistreerd in de LVR binnen de eerstelijns plaats, in 1997 was dat 36,4%.

Tabel 4.1 Leeftijdverdeling van bevallen vrouwen die zijn geregistreerd in de Landelijke Verloskunde Registratie 1 en 2 (eerste-, tweedelijnsverloskunde) (percentages)

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94-97	Proc.groei 94-97	Gem.jrl % groei94-97
LVR-1							
<= 19 jaar*	1,8	1,5	1,4	1,6	-	-0,2	-3,9
20-24 jaar	12,2	11,7	10,7	10,3	-	-1,9	-5,5
25-29 jaar	36,3	35,6	34,3	34,1	-	-2,2	-2,1
30-34 jaar	38,3	39,2	40,3	40,5	-	2,2	1,9
>= 35 jaar	11,0	11,6	12,8	13,2	-	2,2	6,3
Totaal aantal incl. onbekend	60.488	59.311	61.478	60.553	65,0	0,1	0,0
LVR-2							
<= 19 jaar	1,7	1,6	1,5	1,5	-	-0,2	-4,1
20-24 jaar	12,5	11,5	10,4	10,0	-	-2,5	-7,2
25-29 jaar	35,2	34,8	34,5	33,7	-	-1,5	-1,5
30-34 jaar	35,8	36,5	37,4	37,9	-	2,1	1,9
>= 35 jaar	14,7	15,6	16,1	16,9	-	2,2	4,8
Totaal aantal incl. onbekend	98.976	96.937	99.160	105.578	6.602	6,7	2,2

Bron: SIG Zorginformatie

Het opleidingsniveau van de man en de vrouw blijkt van grote invloed op de leeftijd waarop vrouwen gemiddeld hun eerste kind krijgen. Uit tabel 4.2 blijkt dat naarmate beide ouders hoger opgeleid zijn de gemiddelde leeftijd waarop de vrouw haar eerste kind krijgt stijgt. Vooral de opleiding van de vrouw is een belangrijke factor.

Tabel 4.2 Gemiddelde leeftijd van de vrouw bij de geboorte van het eerste kind, naar opleidingsniveau van de man en de vrouw

Opleidingsniveau vrouw	Opleidingsniveau man				
	basis	lager	middelbaar	semi-hoger	hoger
Alleen basis onderwijs	21,2	21,2	21,5	22,1	22,0
Alleen lager beroepsonderwijs	22,0	22,0	22,3	22,9	22,8
Alleen middelbaar onderwijs	22,9	22,9	23,1	23,7	23,7
Alleen semi-hoger onderwijs	25,0	25,0	25,2	25,9	26,0
alleen hoger onderwijs	26,2	26,2	26,5	27,1	27,1

Bron: Rombouts & Hagenaars, 1989

Uit tabel 4.3a blijkt dat het aantal vrouwen dat tijdens de zwangerschap, bevalling of kraambed van de eerstelijns zijn overgedragen naar de tweedelijns in de periode 1994-1997 is gestegen. Vaak wordt het aantal overdrachten in verband gebracht met het

grotere aandeel eerstgeborenen in het totaal aantal geboorten en met de stijgende leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen.

Tabel 4.3a Totaal aantal overgedragen vrouwen van de eerste- naar de tweedelijjn tijdens de zwangerschap, baring en kraambed, LVR-1 1994-1997 *

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94-97**	Proc.groei 94-97*	Gem.jrl % groei94-97*
Overdracht tijdens zwangerschap	22.451	23.512	25.504	27.036	4.585	20,4	6,4
Overdracht tijdens baring	22.818	23.931	26.232	26.758	3.940	17,3	5,5
Overdracht tijdens kraambed	271	300	344	297	26	9,6	3,1

*= exclusief verwijzingen door de huisarts

**= de groei van het aantal overdrachten in absolute zin (94-97) wordt voor een deel veroorzaakt door een groei in deelname aan de registratie (vgl. tabel 4.3b)

Bron: SIG Zorginformatie

Een deel echter van deze groei uit tabel 4.3a wordt veroorzaakt door een groei in deelname aan de registratie. De indexgegevens in tabel 4.3b geven in die zin een betrouwbaarder beeld.

Tabel 4.3b Indexgegevens: procentuele groei in het aantal overdrachten als percentage van de totale groep vrouwen onder verloskundige zorg 1994-1997 (1994=100)

	1994	1995	1996	1997
Overdracht tijdens zwangerschap	100	104	106	112
Overdracht tijdens baring	100	105	109	112
Overdracht tijdens kraambed	100	109	117	100

Bron: SIG Zorginformatie, 1998

Voor zowel overdracht tijdens zwangerschap, als overdracht tijdens de baring blijkt in 1997 ten opzichte van 1994 een toename. De overdracht tijdens het kraambed steeg tot en met 1996 en daalde daarna tot het niveau van 1994.

Overdracht tijdens de zwangerschap of baring betekent niet automatisch dat deze vrouwen binnen de tweedelijjn blijven. In 1993 werd 20% van de vrouwen die de zorg startte bij een verloskundige tijdens de zwangerschap overgedragen aan de tweedelijjn. Van deze vrouwen keerde 71% terug naar de verloskundige voor zorg tijdens het kraambed. Tijdens de baring, het nageboortetijdperk en de direct post partum werd in 1993 27% van de vrouwen in zorg bij de verloskundige overgedragen naar de tweedelijjn, hiervan keerde 94% terug naar de verloskundige zorg tijdens het kraambed (SIG Zorginformatie, 1996).

Ziekenhuisbevallingen

Binnen het aantal ziekenhuisbevallingen heeft het aantal poliklinische bevallingen in de jaren zeventig in eerste instantie een sterke groei doorgemaakt: van 2,5% in 1970 tot 36% in 1983 (Van Daalen, 1988).

Tabel 4.4 Het aantal klinische (KI) en poliklinische (Pk) verlossingen in algemene ziekenhuizen (x 1000)

	1994	1995	1996	1997	Proc.groei 94-97	Proc.groei 96-97 door veranderde registratie
Kl.verlossingen	73,0	74,4	74,4	75,2	2,2	1,1
Pk.verlossingen	40,4	36,4	33,4	33,3	-7,1	-0,2

Bron: NZi, 1998

Gegevens over klinische en poliklinische verlossing in de periode 1994 - 1997 laten een afname van 6,7% van het aantal poliklinische bevallingen zien (zie tabel 4.4). Het aantal klinische bevallingen, dat wil zeggen op medische indicatie, vertoont een lichte stijging van 1% in de zelfde periode.

Tabel 4.5 Productiecijfers Gynaecologie/verloskunde per FTE-specialist 1994- 1997, algemene ziekenhuizen

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94-97	Gem.jrl % groei
Aantal ontslagen en overleden patiënten	472	457	453	452	-20	-1,4
Aantal verpleegdagen	2484	2317	2232	2151	-333	-4,7
Aantal 1e polikliniekbezoeken						
Totaal aantal polikliniekbezoeken	918	957	1014	1075	157	5,4
Herhalingsfactor polikliniekbezoek	3960	3875	3858	3885	-75	-0,6

Bron: NZi 1998

De productiecijfers gynaecologie/verloskunde van algemene ziekenhuizen laten een daling zien in zowel het aantal ontslagen en overleden patiënten, als het aantal verpleegdagen (zie tabel 4.5). Het aantal eerste polikliniekbezoeken stijgt in deze periode. Dit wijst in de richting van een verschuiving van klinische naar poliklinische zorg, zoals eerder geconstateerd werd door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) (Delnoij et al., 1996). Dit betreft uiteraard niet alleen patiënten die in verband met een zwangerschap en bevalling de gynaecoloog bezoeken.

Kindergeneeskunde

De productiecijfers over de kindergeneeskunde voor algemene ziekenhuizen laten een zelfde beeld zien als de gynaecologie en verloskunde; een afname van de klinische zorg en een toename van de poliklinische zorg.

Tabel 4.6 Productiecijfers Kindergeneeskunde per FTE-specialist 1994- 1997

	1994	1995	1996	1997	Abs.groei 94-97	Gem.jrl % groei 94-97
Aantal ontslagen en overleden patiënten	310	296	299	285	-25	-2,8
Aantal verpleegdagen	2515	2328	2268	2129	-386	-5,4
Aantal 1e polikliniekbezoeken						
Totaal aantal polikliniekbezoeken	635	642	668	671	36	1,9
Herhalingsfactor polikliniekbezoek	2,5	2,4	2,2	2,1	-0,4	-5,6

Bron: NZi 1998

Huisartsen

Zoals eerder geconstateerd zijn recente gegevens over verloskundig actieve huisartsen niet voorhanden. Het aandeel van de huisartsen in de bevallingen daalde van 60% in 1965 via 13% in 1987 tot 11% in 1992. Het percentage thuisbevallingen is in die periode gedaald van 68,5% in 1965 via 35,8% in 1978 tot 32,1% in 1990 (Meyboom-De Jong, 1994).

Tabel 4.7 Procentuele verdeling van het aantal bevallingen per jaar begeleid door verloskundig actieve huisartsen in 1983 en 1990

Aantal bevallingen	1983 (N=179)	1990 (N=80)
1-10	23	29
11-20	36	36
21-30	23	20
31-40	12	11
> 40	6	4

Bron: Hingstman & Riteco, 1993

In 1983 bedroeg het gemiddeld aantal bevallingen per verloskundig actieve huisarts 21. Dit aantal is gedaald naar gemiddeld 19 in 1990. Uit tabel 4.7 blijkt dat in 1983 circa 23% van de verloskundige actieve huisartsen per jaar minder dan 10 bevallingen deed, in 1990 bijna 29% (Hingstman & Riteco, 1993).

Tabel 4.8 Ontwikkelingen reguliere thuiszorginstellingen 1993 - 1996

	1993	1994	1995	1996	abs.groei 92-96	proc.groei 92-96	gem.jrl % groei92-96
Aantal levendgeborenen	195.673	195.611	190.513	189.521	-6152	-3,1	-1,1
Aantal verzorgingen	147.739	149.216	149.088	150.666	2927	2,0	0,7
Gemiddeld aantal dagen per verzorging	-	6,7	7,0	6,9			
Marktaandeel	75,50%	76,28%	78,26%	79,50%			

Bron: Jaarboek Thuiszorg 1994, 1996; CBS

Het marktaandeel van de reguliere kraamzorginstellingen neemt toe van 75% in 1993 tot bijna 80% in 1996 (zie tabel 4.8). Gemiddeld komt een kraamverzorgster bijna acht dagen in het gezin. Het aantal levendgeborenen vertoont in de periode 1992 - 1996 een dalende lijn, daarentegen stijgt het aantal verzorgingen in deze periode met 2%. In deze gegevens zijn niet de particuliere kraamzorg instellingen opgenomen.

Ruim 86% van het totaal aantal verzorgingsuren wordt geleverd aan ziekenfondsverzekerden, bijna 14% aan particulier verzekerden.

Het aandeel van de particuliere kraamzorg is berekend in het eerder genoemde onderzoek van Caris-Verhallen et al. (1997). Geschat wordt dat van het totaal aantal cliënten die kraamzorg ontvangen, 4,7% door de particuliere thuiszorgbureaus wordt uitgevoerd. Hierbij dient rekening te worden gehouden met een onderrapportage, daar van ruim 40% van de bureaus geen cijfers bekend zijn (Caris-Verhallen et al., 1997).

4.3 Betekenis van de vraag voor thuisbevallingen

Een belangrijke ontwikkeling voor de verloskundige zorg vormt de nog steeds stijgende leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen. De stijgende leeftijd hangt voor een belangrijk deel samen met het toegenomen opleidingsniveau en arbeidsparticipatie van vrouwen. Deze ontwikkeling en de waarschijnlijk daarmee verband houdende toename van het aantal vrouwen dat van de eerstelijns naar de tweedelijns wordt overgedragen en de toename van het aantal bevallingen dat met interventies plaatsvindt vormen voor de verloskundige zorg een autonome ontwikkeling (Delnoij, 1996).

De toegenomen leeftijd waarop een vrouw haar eerste kind probeert te krijgen c.q. krijgt, heeft invloed op zowel de kans op het ontstaan van de zwangerschap als op de kans op interventies in die zwangerschap. De gemiddelde leeftijd waarop de vrouw voor het eerst bevalt bedraagt momenteel 29. De kans op een natuurlijk bevruchting daalt met het stijgen van de leeftijd (Bonsel & Van der Maas, 1994). In de afgelopen decennia zijn de medische mogelijkheden om fertiliteitsproblemen te verhelpen aanzienlijk verbeterd. Het betreft technieken die veelal plaats vinden in een poliklinische setting onder leiding van gynaecologen/obstetrisi. In de Behoefteraming Obstetrisi/Gynaecologen wordt op basis van de stijgende leeftijd en de toegenomen medisch-technische mogelijkheden, een stijging van de obstetrische zorg verwacht (Van der Velden et al., 1997).

Een nauw samenhangende ontwikkeling met het stijgen van de leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen is het afnemend kindertal. Het afnemend kindertal is indirect van invloed op het percentage poliklinische bevallingen in ziekenhuizen, doordat vrouwen bij een eerste kind relatief vaker voor een bevalling in het ziekenhuis kiezen. Uit onderzoek van Wiegiers & Berghs (1994) blijkt dat van de primiparae bijna 44% voor een poliklinische bevalling kiest, tegen bijna 33% van de multiparae. Het CBS (98/11) berekende in een recent onderzoek dat het aantal geboorten weer stijgt. Deze stijging is niet een gevolg van het aantal grote gezinnen dat toeneemt, maar van een toename van het aantal vrouwen dat een eerste kind krijgt (De Beer & De Graaf, 1998). Naarmate het aandeel eerste kinderen toeneemt in het totaal aantal geboorten stijgt dus ook het percentage poliklinische bevallingen.

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen veelal een keuze hebben gemaakt voor de plaats van bevallen voordat er sprake was van zwangerschap. Een keuze die vrij definitief blijkt (Manshanden, 1997). Verschillende onderzoeken hebben laten zien dat vrouwen die kiezen voor een thuisbevalling, dat doen omdat ze dat een natuurlijke omgeving vinden en omdat hun zwangerschap tot dan toe goed is verlopen. De keuze voor een poliklinische bevalling wordt genomen uit overwegingen van vermeende veiligheid voor moeder en kind (Hingstman et al., 1993; Wiegiers & Berghs, 1994; Manshanden, 1997; Wiegiers et al., 1998b). Het vertrouwen van familie en kennissen in thuisbevallen en de verwachte invloed van de ziekenhuisomgeving op het verloop van de bevalling zijn de belangrijkste determinanten (Wiegiers et al., 1998b).

Uit een onderzoek van El Fakiri et al. (1998) naar het gebruik van kraamzorg door allochtone vrouwen, bleek dat 91% van de Turkse en 83% van de Marokkaanse vrouwen in het ziekenhuis bevielen. Dat het merendeel koos voor een poliklinische bevalling had waarschijnlijk te maken met de achtergrond van de kraamvrouwen. In de landen van herkomst worden ziekenhuisbevallingen aangeraden zodat men de bevalling in een hygiënische omgeving doorbrengt. Ook vonden sommige allochtone vrouwen ziekenhuisbevallingen veiliger (El Fakiri et al., 1998).

Over de veiligheid van bevallen in het ziekenhuis versus thuis zijn resultaten van onderzoek bekend. Uit onderzoek van Wiegiers et al. (1996) blijkt de plaats van de bevalling van invloed op de perinatale uitkomst. Bij vrouwen die hun eerste kind thuis krijgen verloopt de bevalling even goed dan bij vrouwen die poliklinisch bevallen, bij vrouwen die hun tweede of derde kind krijgen zelfs beter dan in een ziekenhuis. Vrouwen die poliklinisch bevallen worden eerder doorverwezen naar de gynaecoloog dan vrouwen die thuis hun kind krijgen (Wiegiers et al., 1997). Soortgelijke resultaten kwamen uit een meta-analyse van zes internationaal geselecteerde onderzoeken naar de veiligheid van thuisbevallingen (Olsen, 1998). Hieruit bleek dat thuisbevallen voor niet problematische zwangerschappen een goed alternatief was. De perinatale mortaliteit verschilde niet tussen beide groepen. De Apgarscores waren significant lager in de ziekenhuisgroep. Verder was er een significant verschil in medische interventies. Bij de ziekenhuisbevallingen werden veel vaker interventies gepleegd. De conclusie luidde dat thuisbevallen leidde tot minder medische interventies (Olsen, 1998).

Naast een verschuiving in de initiële keuze van vrouwen voor een bepaalde plaats van bevallen (thuis of poliklinisch) is er de laatste jaren een toename van het aantal overdrachten tijdens de zwangerschap en tijdens de baring te constateren (zie tabel 4.3a/b). Het is mogelijk dat vrouwen kiezen voor een poliklinische bevalling vanuit het idee er uiteindelijk toch terecht te komen (Wiegiers et al., 1998a). In 1991 was de kans één op vier bij ongecompliceerde zwangerschappen; voor primiparae één op de drie,

voor multiparae slechts één op 10 (Wiegers et al., 1996). De toename van het aantal overdrachten wordt vaak in verband gebracht met de stijgende leeftijd waarop hun vrouwen hun eerste kind krijgen. Gegevens over het aantal overdrachten naar leeftijd zijn niet beschikbaar. Deze gegevens worden wel binnen de LVR vastgelegd. De SIG presenteert echter alleen gegevens over het aantal overdrachten naar pariteit (SIG Zorginformatie, 1996). Hieruit blijkt dat in 1993 24,1% van de primiparae en 15,5% van de multiparae tijdens de zwangerschap zijn overgedragen naar de tweedelij. De meest voorkomende reden voor de overdracht tijdens de zwangerschap is hypertensie toxicose.

Tijdens de baring, het nageboortetijdperk en direct post partum is 41,9% van de primiparae en 15,0% van de multiparae overgedragen aan de tweedelij.

De daling van het aantal thuisbevallingen binnen het totaal aantal bevallingen hangt dus samen met moeilijk te beïnvloeden factoren: demografische factoren (de stijgende leeftijd en de toename van één kind) en sociale factoren (de keuze van vrouwen voor de plaats van de bevalling).

4.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de vraag naar verloskundige zorg behandeld. De algemene trend is dat vrouwen gemiddeld op steeds latere leeftijd kinderen krijgen. Het opleidingsniveau van de vrouw blijkt hierbij een belangrijke factor. De stijgende leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen wordt vaak in verband gebracht met de toename van het aantal overdrachten en daarmee met de afname van het aantal thuisbevallingen.

Uit de gegevens van de LVR blijkt dat het totaal aantal vrouwen dat in de eerstelij bevult de laatste jaren min of meer constant is gebleven, en dat het aantal vrouwen dat in de tweedelij bevult is gestegen. De gegevens van het NZi laten een daling van het aantal poliklinische bevallingen zien en een lichte stijging van het aantal klinische bevallingen. De productiecijfers voor gynaecologie/verloskunde en kindergeneeskunde laten zien dat er een verschuiving plaats vindt van klinische naar poliklinische zorg. Hierbij gaat het uiteraard niet alleen over zwangere vrouwen.

Over het aandeel van huisartsen bij de verloskundige zorgverlening is weinig bekend. Het marktaandeel van de reguliere kraamzorginstellingen is de afgelopen jaren toegenomen tot bijna 80% van het totaal aantal levendgeborenen, dat overigens nog daalde. Het aandeel van de particuliere kraamzorg wordt geschat op bijna 5%, waarbij rekening moet worden gehouden met een onderschatting.

Tot slot

Het doel van deze verdiepingsstudie was het beschrijven van ontwikkelingen die (kunnen) leiden tot daling van het aantal thuisbevallingen binnen het totaal aantal bevallingen. Dit gebeurde aan de hand van ontwikkelingen in plaats en leiding van de bevalling onder invloed van de structuur, regelgeving en financiering van de verloskundige zorgverlening, het aanbod en de vraag naar verloskundige zorgverlening.

De *structuur, regelgeving en financiering* van de verloskundige zorgverlening in Nederland is zodanig ingericht dat -voorzover er sprake is van een ongecompliceerd verlopende zwangerschap- er een keuzemogelijkheid is tussen thuisbevallen en poliklinisch in een ziekenhuis. Dit gebeurt onder leiding van een verloskundige of een verloskundig actieve huisarts in gebieden waar geen verloskundigen werkzaam zijn. De titel van verloskundige is wettelijk beschermd in de Wet BIG. De verloskundige draagt de volledige medische verantwoordelijkheid voor de verloskundige zorgverlening voor

de low- en mediumrisk verloskunde. Belangrijk voor het instandhouden van de verloskundige zorgverlening in de eerstelijns zijn een goede risicoselectie en thuiskraamzorg. Als basis voor een goede risicoselectie dient de Verloskundige Indicatielijst. Kraamzorg is voor zowel ziekenfondsverzekerden als particulier verzekerden wettelijk geregeld.

Uit de *aanbodgegevens* bleek dat er meer verloskundigen komen op het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Dit is niet gelijk verdeeld over Nederland. In dun bevolkte gebieden en grote steden zijn naar verhouding minder verloskundigen werkzaam. Meer verloskundigen betekent niet dat er meer thuisbevallingen plaatsvinden. De houding van verloskundigen ten opzichte van een thuisbevalling versus een poliklinische bevalling bleek van belang voor de uiteindelijke plaats van de bevalling. Het aanbod van verloskundig actieve huisartsen is, mede als gevolg van het primaat van de verloskundige, afgenomen. Voor het merendeel zijn deze huisartsen actief op het platteland. Het aantal werkzame kraamverzorgenden in FTE's nam de laatste jaren af, evenals het aantal mensen die de opleiding volgen. Over eventuele tekorten in de kraamzorg en de invloed daarvan op het aantal thuisbevallingen zijn geen gegevens bekend. Het aanbod van gynaecologen blijft min of meer constant, het aanbod van kinderartsen nam iets toe. Beide beroepsgroepen zijn belangrijk als beschikbare achterwacht in de tweedelijns. Uit recente behoefteeramingen bleek dat er geen ernstige tekorten waren.

Tenslotte is in deze verdiepingsstudie gekeken naar *de vraag* naar verloskundige zorgverlening. Van belang voor de daling van het aantal thuisbevallingen bleek de stijgende leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen. Deze stijgende leeftijd wordt vaak in verband gebracht met de toename van het aantal vrouwen dat van de eerstelijns naar de tweedelijns wordt overgedragen. Een nauw samenhangende ontwikkeling met het stijgen van de leeftijd is het afnemend kindertal. Het afnemend kindertal is indirect van invloed op het percentage thuisbevallingen. Bij een eerste kind kiezen vrouwen namelijk relatief vaker voor een poliklinische bevalling in het ziekenhuis.

De resultaten van deze verdiepingsstudie overziend kan worden geconcludeerd dat factoren aan de vraagzijde meer invloed hebben op de plaats en leiding van de bevalling dan factoren aan de aanbodzijde of aan de structuur, regelgeving of financiering van de verloskundige zorgverlening.

5 INFORMATIEVOORZIENING

De keuze van de zwangere vrouw voor thuisbevallen of poliklinisch in een ziekenhuis is een belangrijk kenmerk binnen de verloskundige zorgverlening in Nederland. Het overheidsbeleid richt zich op het stimuleren van thuisbevallingen. Ondanks dit overheidsbeleid daalt het aandeel thuisbevallingen binnen het totaal aantal bevallingen. Recente gegevens over het aantal thuisbevallingen ontbreken. Gemeenten houden geen gegevens meer bij over de primaire zorgverlener en de plaats van de bevalling, waardoor deze gegevens door het CBS niet meer kunnen worden gepubliceerd. In het onderhavige rapport zijn ontwikkelingen in plaats en leiding van de bevallingen beschreven onder invloed van de structuur, regelgeving en financiering van de zorg, het aanbod en de vraag naar verloskundige zorgverlening. In dit laatste hoofdstuk wordt de informatievoorziening met betrekking tot de verloskundige zorgverlening besproken.

Structuur, regelgeving en financiering

Gegevens over financiering van de verloskundige zorgverlening worden enerzijds jaarlijks gepubliceerd in het Jaaroverzicht Zorg, - zowel van particulier- als ziekenfondsverzekerden - en anderzijds door de Ziekenfondsraad voor ziekenfondsverzekerden. Informatie over de verdeling van de financiering over reguliere en niet reguliere kraamzorg ontbreekt.

Aanbod

Over het aanbod van de betrokken beroepsgroepen worden jaarlijks gegevens gepubliceerd in de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (RAZ). Voor wat betreft de verloskundigen biedt de NIVEL-registratie van verloskundigen jaarlijks de benodigde gegevens.

Over het aantal verloskundig actieve huisartsen zijn geen gegevens bekend. Ook het aandeel van verloskundig actieve huisartsen binnen de verloskundige zorgverlening is onbekend. De gemeenten registreren niet meer de plaats en de leiding van de bevalling bij de aangifte van een geboorte, met als gevolg dat het CBS geen gegevens hierover publiceert.

Over het aandeel van huisartsen binnen de verloskundige zorgverlening zijn momenteel alleen gegevens bekend voor ziekenfondsverzekerden van de Ziekenfondsraad. Over het aandeel van huisartsen bij particulier verzekerden zijn geen gegevens beschikbaar. Het NIVEL voert momenteel in opdracht van de LHV een eenmalig onderzoek uit onder huisartsen naar hun aandeel in de verloskundige zorgverlening. In het voorjaar 1999 worden de eerste resultaten verwacht. De huidige informatie over het aantal verloskundig actieve huisartsen berust op schattingen.

Over de reguliere thuiskraamzorg wordt jaarlijks gerapporteerd door de LVT en het NZi. Aanbodgegevens over particuliere thuiskraamzorg worden niet structureel geregistreerd, er zijn gegevens beschikbaar uit eenmalige onderzoeken.

De vraag

Voor gegevens over de vraag naar en het gebruik van verloskundige zorgverlening is de Landelijke Verloskundige Registratie (LVR) een belangrijke bron. Hierin vindt registratie plaats van de eerstelijnsverloskunde (LVR-1) en de tweedelijnsverloskunde (LVR-2). Een belangrijke beperking is dat de meeste verloskundig actieve huisartsen niet hieraan deelnemen, zodat hun aandeel in de zorgverlening onbekend is. Een

andere beperking is dat niet iedere verloskundige en gynaecoloog aan de LVR deelneemt, al stijgt hun deelname jaarlijks. Er is dus geen volledige informatie voorhanden omtrent het aantal bevallingen verdeeld naar huisarts en verloskundige.

Gegevens over de vraag naar de reguliere thuiskraamzorg worden jaarlijks door de LVT en het NZi in het Jaarboek Thuiszorg gepubliceerd. Over de zorgverlening door de particuliere thuiskraamzorg zijn gegevens beschikbaar uit eenmalige onderzoeken, het betreft vaak schattingen omdat niet van alle bureaus gegevens beschikbaar zijn. Over de gesignaleerde tekorten in de kraamzorg ontbreken eveneens gegevens.

Productiegegevens over de tweedelijnsverloskunde worden jaarlijks door het NZi gepresenteerd. Deze gegevens betreffen het hele specialisme en niet alleen de verloskunde. Interpretatie van de gegevens naar de verloskundige zorgverlening wordt daardoor bemoeilijkt. De invloed bijvoorbeeld van de geconstateerde verschuiving van klinische zorg naar poliklinische zorg op de verloskunde is niet bekend. Evenals de effecten van tekorten van gynaecologen en kinderartsen op de verloskundige zorgverlening in de eerstelijns.

De huidige informatie omtrent de plaats en leiding van de bevalling is niet volledig; het aantal thuisbevallingen is onbekend en over het aandeel van de huisartsen in de verloskunde zijn eveneens geen gegevens beschikbaar. Eenmalige onderzoeken blijken een belangrijke aanvulling op de informatie uit registratiegegevens. Verder zijn er een aantal ontwikkelingen waarvan de effecten voor thuisbevallingen op voorhand niet duidelijk zijn. Het betreft hier de tekorten in de kraamzorg, gegevens over verloskundige zorgverlening in niet-stedelijke gebieden en zorgverlening in de grote steden en achterstandswijken.

Uit het rapport wordt duidelijk dat de huidige informatie uit enerzijds registratiesystemen en anderzijds eenmalige onderzoeken onvoldoende informatie geeft voor het monitoren van thuisbevallingen.

Aanbevelingen

Een belangrijke bron van gegevens is de LVR. Het zou wenselijk zijn dat verloskundige actieve huisartsen hieraan deel zouden nemen, maar dat ook de deelname van verloskundigen en gynaecologen wordt vergroot. Daarnaast zou het wenselijk zijn de LVR-1 en LVR-2 zodanig te verbeteren dat koppeling tussen deze twee registratiesystemen mogelijk is. Overdrachten van de eerste- naar de tweedelijns en vice versa kunnen dan inzichtelijk gemaakt worden. Op die manier kan een totaalbeeld van de verloskundige zorgverlening gegeven worden.

Om de kwaliteit van de eerstelijnsverloskunde te blijven garanderen zou een (vervolg)onderzoek naar werk en werkdruk van vrijgevestigde verloskundigen moeten plaatsvinden. De laatste gegevens zijn uit 1993. Hierin werd een ontwikkeling geconstateerd dat steeds minder verloskundigen tot hun pensioen blijven werken, vanwege gezondheidsredenen en het niet kunnen combineren van gezin met een baan. De gegevens kunnen eveneens gebruikt worden voor een behoefteanalyse, waarin het toekomstige aanbod van verloskundigen en de te verwachte vraag onderzocht wordt. Analooq aan de behoefteanalyses voor gynaecologen en kinderartsen, die reeds op gezette tijden plaatsvinden.

Een andere ontwikkeling is dat vrouwen eerder lijken te kiezen voor een poliklinische bevalling dan voor een thuisbevalling. De laatste consumentengegevens zijn uit 1992. Om gericht beleid te kunnen maken voor het stimuleren van thuisbevallingen zijn opvattingen van de consumenten zelf belangrijk.

Er dreigen een aantal gebieden in Nederlanden te ontstaan waar de eerstelijnsverloskundige zorgverlening bedreigd wordt. Het betreft de grote steden en de zeer dun bevolkte gebieden. Om zicht te krijgen op de problemen zou onderzoek gedaan moeten worden naar (on)mogelijkheden van eerstelijns verloskundige zorgverlening in deze gebieden.

En ten slotte verdient het aanbeveling ter zijner tijd de werking en het gebruik van het Verloskundig Vademecum, inclusief de nieuwe Verloskundige Indicatielijst, te evalueren.

LITERATUUR

- AD-HOC COMMISSIE VERLOSKUNDE. Rapport ad-hoc commissie verloskunde. 1996
- BAKKER, R.H.C., VEER, A.J.E. DE, GROENEWEGEN, P.P. Burnout bij verloskundigen. Tijdschrift voor Verloskundigen 1997; 22:4: 6-14
- BARENTSEN, R. Bevolkingsprognose en de behoefte aan gynaecologen. Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie. 1990; Vol 103, p.186-187.
- BEER, J. DE, GRAAF, A. DE. Meer vrouwen krijgen maar één kind. Maandstatistiek van de bevolking, CBS 98/11
- BOER, M.G. DE. Kraamzorg in Nederland. Bijblijven 10 /1994 nr.3
- BONSEL, G.J., MAAS, P.J. VAN DER. Aan de wieg van de toekomst. Scenario's voor de zorg rond de menselijke voortplanting 1995-2010. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: de omgevingsadrendichtheid. Maandstatistiek van de bevolking, juli 1992
- CARIS-VERHALLEN, W.M.C.M. MILTENBURG, I.A., KERKSTRA, A. Aard en omvang van particuliere thuiszorgaanbieders in Nederland. Utrecht: NIVEL, 1997
- CREBAS, A. Beroepsomschrijving Verloskunde. Bilthoven: NOV, 1992
- DAALEN, R. VAN. De groei van de ziekenhuisbevalling; Nederland en het buitenland. Amsterdams Sociologisch Tijdschrift 1988;3:414-435
- DELNOIJ, D.J.M., VAN DER KWARTEL, A.J.J., SCHULLER, R., SMIT, R.L.C., VAN HEUGTEN, C.M., VANDERMEULEN, L.J.R. Brancherapport Curatieve Somatische zorg. Utrecht: NIVEL/NZi, 1996
- EL FAKIRI, F., HUTTEN, J.B.F., KERKSTRA, A. Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Beleid van zorgverzekeraars en kraamzorg aanbieders. Utrecht: NIVEL, 1999
- EL FAKIRI, F., KULU GLASGOW, I., WEIDE, M., FOETS, M. Kraamzorg in allochtone gezinnen. Utrecht: NIVEL, 1998
- GOUDSWAARD, A.N., LUTTIK, A., VIJVER, F.J.M. VAN DE, BAKX, H.C.A., POLDERMAN, J.A., SMEELE, I., FELIX-SCHOLLAART, B. NHG-standaard Verloskunde. Huisarts en Wetenschap 1993; 36: 102-105
- HINGSTMAN, L., FOETS, M., RITECO, J.A. Thuis of in het ziekenhuis bevallen, meningen van de consument. Tijdschrift voor Verloskundigen 1993; 18: 66-73
- HINGSTMAN, L., RITECO, J.A. Huisarts en verloskunde: taakuitoefening en taakopvatting. Huisarts en Wetenschap 1993; 36(3):99-101
- HINGSTMAN, L., HARMSSEN, J. HOLL, R.A. Behoeferaming kinderartsen 1995-2005. Utrecht: NIVEL, 1996
- HINGSTMAN, L., VELDEN, L.F.J. VAN DER. Monitoring arbeidsmarkt voor kinderartsen 1997-2010. Utrecht: NIVEL, 1998
- HINGSTMAN, L., WIEGERS, T. Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 1998, Utrecht: NIVEL, 1998
- HOORN, W.D. VAN. De invloed van werken van de vrouw op het aantal kinderen. Maandstatistiek van de bevolking. CBS. nr. 10: 1991 17-26

- HULST, L. VAN DER. Verloskunde is een verrijking van het vak. Interview met de voorzitter van de Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen. Tijdschrift voor Verloskundigen 1995; 7/8: 356-361
- JABAAIJ, L., WINCKERS, M., HINGSTMAN, L., MEIJER, W. De vrijgevestigde verloskundige in Nederland: werk en werkdruk. Utrecht: NIVEL, 1994
- LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG, NZI. Jaarboek Thuiszorg. Utrecht: LVT/NZi, 1996
- MANSHANDEN, J.C.P. De keuze van nulliparae; wanneer, waarom? Tijdschrift voor Verloskundigen 1997 december 34-39
- MEYBOOM-DE JONG, B. PROF.DR. Verloskunde in de huisartsopleiding. Bijblijven Cumulatief Geneeskundig Nascholingsstelsel 1994; 10(3):17-25
- MEIJER W.J., VEER, A.J.E. DE, GROENEWEGEN, P.P. Verloskundige Samenwerkingsverbanden. Samenvatting van de resultaten van het NIVEL-onderzoek in het Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden 1991-1996. Utrecht: NIVEL, 1996
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Meerjarenaafspraken Zorgsector. 's-Gravenhage, 1998
- PLAGGE, H.W.M., DEBOUGNOUX, E.M.H.A. Het primaat in de verloskunde. Toekomst of verleden tijd. Medisch Contact 1994;21:715-717
- OLSEN. O. De veiligheid van de thuisbevalling. Tijdschrift voor Verloskundigen, januari 1998
- NIVEL/NZi/OSA (Wiegiers et al.). Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1998. Utrecht, 1998
- REGERINGSSTANDPUNT ADVIESCOMMISSIE KLOOSTERMAN. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. 20.888 Hoofdstuk XVI, nr 163 p.1-11; 's-Gravenhage: SDU-uitgeverij, 1989
- RITECO, J.A., HINGSTMAN, L. De Verloskundige Indicatielijst. Hoe denken huisartsen, verloskundigen en gynaecologen erover? Medisch Contact 1992; 5:151-154
- ROMBOUTS, L. HAGENAARS, A. Determinanten van het kindertal. Maandstatistiek van de bevolking. CBS nr. 11 1989 13-18
- SIG ZORGINFORMATIE. Grote lijnen 1989-1993. Verloskunde in Nederland. Utrecht: SIG, 1996
- SMULDER, B. Twee jaar Geboortecentrum Amsterdam: een discussiestuk. Tijdschrift voor verloskundigen 1994: februari; 81-86
- SPRINGER, M.P. Kwaliteit van het verloskundig handelen van huisartsen. (diss) Rijksuniversiteit Leiden 1991
- STG, LCVV. Een verzorgde toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging. Utrecht NIZW. Vakgroep verplegingswetenschap Universiteit Utrecht, 1997
- VELDEN, L.F.J. VAN DER, HINGSTMAN, L., COELINGH BENNINK, F., RIDDER, M. Behoeftes van obstetrici/gynaecologen 1997-2010. Utrecht: NIVEL, 1997
- VISSER, E.DE. Kraamzorg onder landelijk toezicht. Volkskrant, 15 juli 1998.
- WIEGERS, T., BERGHS, G.A.H. Bevalen... thuis of poliklinisch? Utrecht: NIVEL, 1994
- WIEGERS, T.A., KEIRSE, J.N.C., ZEE, J. VAN DER, BERGHS, G.A.H. Outcome of plannend home and planned hospital births in low risk pregnancies: Prospective study in midwifery practices in the Netherlands. British Medical Journal 1996;313:1309-1313
- WIEGERS, T.A. A prospective study of midwifery care in the Netherlands. (diss) Utrecht, 1997
- WIEGERS, T.A., ZEE, J. VAN DER, KERSSSENS, J.J., KEIRSE, M.J.N.C. Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population. Social Science & Medicine 1998a;46:11:1505-1511

WIEGERS, T.A., ZEE, J. VAN DER, KEIRSE, J.N.C. Maternity Care in The Netherlands: The Changing Home Birth Rate. Birth 1998b 25; 3 september 190-197

WISMEIJER, E.T., POOL J.B. Registratie verloskundigen peiling, 1991. Utrecht: NIVEL, 1991

ZIEKENFONDSRAAD. Financieel jaarverslag 1996. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1997

LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AGIO	Assistent-Geneeskundige in Opleiding
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	(Wet) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BTN	Brancheorganisatie Thuiszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
FTE	Full-time equivalent
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JOZ	JaarOverzicht Zorg
KNOV	Koninklijke Organisatie van Verloskundigen
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVR	Landelijke Verloskundige Registratie
LVR-1	Landelijke Verloskundige Registratie, eerstelijnszorg
LVR-2	Landelijke Verloskundige Registratie, tweedelijnszorg
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NOV	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
NZi	Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg
NOVG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVK	Nederlandse Vereniging van Kinderartsen
OSA	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
OVDB	Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen
RAZ	Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector
WUG	Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WVC	(Ministerie van) Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

BIJLAGE 1: OMGEVINGSADRESSENDICHTHEID

Typologie van gemeenten waarin de mate van stedelijkheid is weergegeven. Deze maatstaf is gedefinieerd als de gemiddelde adressendichtheid binnen een cirkel met een straal van 1 km. Met de maatstaf wordt beoogd de mate van concentratie van menselijke activiteiten weer te geven. De omgevingsadressendichtheid van een gemeente is gedefinieerd als het gemiddelde van de omgevingsadressendichtheid van alle afzonderlijke adressen binnen de gemeente. Hierbij worden de volgende vijf categorieën onderscheiden.

Niet stedelijke gemeenten:

Gemeenten met een omgevingsadressendichtheid van minder dan 500 adressen per km².

Weinig stedelijke gemeenten:

Gemeenten met een omgevingsadressendichtheid van 500 tot 1000 adressen per km².

Matig stedelijke gemeenten:

Gemeenten met een omgevingsadressendichtheid van 1000 tot 1500 adressen per km².

Sterk stedelijke gemeenten:

Gemeenten met een omgevingsadressendichtheid van 1500 tot 2500 adressen per km².

Zeer sterk stedelijke gemeenten:

Gemeenten met een omgevingsadressendichtheid van 2500 of meer per km² (CBS, 1992)

ERFELIJKHEIDSADVISING EN -ONDERZOEK

EEN OVERZICHTSRAPPORT

Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1999

Verdiepingsstudie nr. 9

A.J.J. van der Kwartel

Oktober 1999

NZi - Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg
Postbus 9697 – 3506 GR Utrecht – telefoon 030 – 27 39 700

INHOUDSOPGAVE

1.	INLEIDING	1
1.1	Achtergrond	1
1.2	Vraagstelling	1
1.3	Werkwijze	1
1.4	Overzicht	1
2.	ERFELIJKHEIDSADVISING EN -ONDERZOEK: EEN OVERZICHT	3
2.1	Omschrijving Klinisch Genetisch Onderzoek	3
2.2	Doelstellingen van genetisch onderzoek	3
2.3	Enige kwantitatieve gegevens	4
2.4	Ontwikkelingen in hoofdlijnen	7
2.5	Maatschappelijke druk	12
2.6	Naar een nieuw paradigma?	14
3.	KLINISCH GENETISCH ONDERZOEK	17
3.1	Inleiding	17
3.2	Afname van foetaal materiaal	17
3.3	Geavanceerd prenataal ultrageluidsonderzoek	19
3.4	Chromosoomonderzoek	20
3.5	Biochemisch onderzoek	22
3.6	DNA-onderzoek	23
3.7	Complexe erfelijkheidsadvising	27
4.	HET BEHEERSINGSVRAAGSTUK	29
4.1	Inleiding	29
4.2	Stimulerende en belemmerende factoren	29
4.3	Verspreiding van klinisch genetisch onderzoek buiten de centra	30
4.4	De Wet Bijzondere Medische Verrichtingen	31
4.5	Deconcentratie	33
4.6	De klinisch genetische centra	34
5.	INFORMATIEPROBLEMATIEK	37
6.	SAMENVATTING	39
BIJLAGEN		
1.	Relevante literatuur	41
2.	Tabel met basisgegevens	45

1. INLEIDING

1.1 Achtergrond

In het kader van het opstellen van een Brancherapport “Curatieve Somatische Zorg 1999” heeft het ministerie van VWS het NZi verzocht een overzichtsnotitie op te stellen over de stand van zaken en de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van Erfelijkheidsadviesering en het daarbij behorende onderzoek. Eén van de achtergronden van deze vraagstelling is een op handen zijnde actualisatie van de ‘Regeling Klinisch Genetisch Onderzoek en Erfelijkheidsadviesering’ uit 1994.

Vanuit de vraagstelling van het Brancherapport “Curatieve Somatische Zorg 1999” komen in deze overzichtsnotitie onder meer de volgende drie aspecten aan bod:

- het overheidsbeleid
- de vraag in hoeverre de werkelijke stand van zaken en de te verwachten ontwikkelingen overeenkomen met het overheidsbeleid
- de vraag in hoeverre de overheid in voldoende mate over beleidsrelevante informatie beschikt om de ontwikkelingen te kunnen monitoren en evalueren.

1.2 Vraagstelling

Eén van de achtergronden voor het opstellen van dit overzichtsrapport is de nieuw op te stellen “Regeling Klinisch Genetisch Onderzoek en Erfelijkheidsadviesering”. Voor wat betreft de opbouw van deze rapportage is dan ook aangesloten bij de inhoud van deze regeling. Dit geldt met name voor hoofdstuk drie, waarin de verschillende typen klinisch genetisch onderzoek worden beschreven. Daaromheen wordt echter eveneens uitgebreid aandacht gegeven aan de ontwikkelingen op het bredere terrein van de erfelijkheidsadviesering en het daaraan verbonden erfelijkheidsonderzoek.

De kern van de achterliggende vraagstelling voor deze notitie is echter toch het systematisch ordenen van beschikbare informatie over de ontwikkelingen in het Klinisch Genetisch Onderzoek en over bestaande opvattingen over deze ontwikkelingen. Daarbij zijn van de zijde van de overheid enkele specifieke aandachtspunten aangegeven, zoals: de ontwikkeling van de zorgvraag en de samenhang tussen de verschillende recente publicaties op het gebied van de klinische genetica.

1.3 Werkwijze

Om tot dit overzichtsrapport te komen is in eerste instantie literatuur bestudeerd. Vervolgens is op grond van deze literatuurstudie een eerste concept geschreven. Dit concept is voorgelegd aan de opdrachtgever en aan een aantal inhoudelijk deskundigen. Met hen zijn vervolgens interviews gehouden. Het betreft: mw. I.S. Kishna en de heer J. van den Wijngaarde (Ministerie van VWS), de heer Y.S. Poortman (Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties betrokken bij erfelijke en/of aangeboren afwijkingen), Prof. Dr. L.P. ten Kate (Vereniging Klinische Genetica Nederland), Mw. I. Gersons-Wolfensberger en de heer P. Bolhuis (Gezondheidsraad) en de heer H. L.M. Custers (Vereniging van Stichtingen Klinische Genetica).

Op grond van deze interviews is het concept herschreven tot de nu voorliggende rapportage.

1.4 Overzicht

Deze notitie is als volgt opgebouwd: Eerst volgt in hoofdstuk 2 een algemene beschrijving van de erfelijkheidsadviesering en het daaraan verbonden onderzoek. In dit hoofdstuk wordt tevens een aantal algemene ontwikkelingen beschreven. In hoofdstuk 3 worden de verschillende onderdelen van het Klinisch Genetisch Onderzoek afzonderlijk beschreven. Naast korte beschrijvingen van die onderdelen worden beelden geschetst van de ontwikkeling van de zorgvraag en –waar mogelijk- te verwachten kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen daarin.

Gegeven de geschetste ontwikkelingen, wordt in hoofdstuk 4 aandacht geschonken aan het beheersingsvraagstuk: Wat zijn factoren die een ongebreidelde verspreiding van klinisch genetisch onderzoek bevorderen dan wel belemmeren? Werken zij voor alle onderdelen hetzelfde? Welke conclusies kunnen dan voor de verschillende onderdelen worden getrokken? Uitgaande van de informatie uit de voorgaande drie hoofdstukken, wordt in hoofdstuk 5 een samenvattend beeld geschetst van de deelsector Klinisch Genetisch Onderzoek, in het bijzonder van de plaats van de Klinisch Genetische Centra daarin. In hoofdstuk 6 wordt een korte samenvatting van de informatieproblematiek gegeven. De notitie eindigt met een korte samenvatting.

2. ERFELIJKHEIDSADVISING EN -ONDERZOEK: EEN OVERZICHT

In dit hoofdstuk wordt een algemeen overzicht geschetst van erfelijkheidsadvising en het daarbij behorende onderzoek. Eerst wordt aangegeven, wat de overheid tot klinisch genetisch onderzoek rekent. Vervolgens worden de doelstellingen ervan beschreven en de belangrijkste ontwikkelingen op hoofdlijnen. Daarna wordt ingegaan op de partijen die met klinisch genetisch onderzoek te maken hebben en de maatschappelijke druk die daaruit voortkomt. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf waarin de vraag wordt gesteld of de gezondheidszorg in het licht van de eerder geschetste ontwikkelingen op weg is naar een nieuw paradigma.

2.1 Omschrijving Klinisch Genetisch Onderzoek

In de "Regeling Klinisch Genetisch Onderzoek en Erfelijkheidsadvising" van 30 maart 1994 worden structuur, organisatie en planning van de volgende verrichtingen wettelijk geregeld. De volgende verrichtingen worden onder deze regeling beschreven:

- Afname van foetaal materiaal
- Prenataal chromosoom-onderzoek
- Prenataal biochemisch onderzoek
- Prenataal DNA-onderzoek
- Geavanceerd prenataal ultrageluidsonderzoek
- Postnataal chromosoomonderzoek
- Postnataal DNA-onderzoek
- Postnataal biochemisch onderzoek
- Complexe erfelijkheidsadvising

Niet al deze verrichtingen, zoals bijvoorbeeld 'afname van foetaal materiaal', zijn –letterlijk genomen- klinisch genetisch onderzoek. Zij zijn er echter wel nauw aan verbonden.

In het volgende hoofdstuk zullen deze onderdelen van het klinisch genetisch onderzoek afzonderlijk worden beschreven naar inhoud, naar ontwikkelingen en naar zorgvraag.

2.2 Doelstellingen van genetisch onderzoek

Ten Kate (1998) formuleert verschillende toepassingsgebieden voor genetisch onderzoek in de gezondheidszorg:

1. Diagnosestelling naar aanleiding van klachten of symptomen
2. Onderzoek bij mensen die zich zorgen maken over hun toekomstige gezondheid of die van hun eventuele kinderen
3. Community Genetics. Dit zorgaanbod wil de mogelijkheden vergroten om mensen op het terrein van erfelijke en aangeboren afwijkingen tot geïnformeerde keuzen te laten komen. Zij richt zich tot eenieder die baat kan hebben bij nadere informatie en/of genetisch onderzoek. Daarbij kan worden gedacht aan:
 - Genetische screening (bijvoorbeeld PKU)
 - Genetisch educatie
 - Genetica in de eerste lijn
 - Genetica voor achtergestelde en geïsoleerde groepen
 - Monitoring / registratie van de frequentie van erfelijke en aangeboren afwijkingen in de bevolking.

De eerste twee doelstellingen zijn sterk individueel gericht. De derde doelstelling is collectief gericht. Zoals Ten Kate het formuleert: bij de eerste twee gaat de zorgvrager naar de geneticus, bij de derde biedt de geneticus zelf zijn diensten aan. Deze laatste functie is een betrekkelijk nieuw geformuleerde doelstelling van het genetisch onderzoek.

De Gezondheidsraad wijst er in haar rapport 'Genetische screening' (1994) op, dat bij dit soort bevolkingsgerichte onderzoeken rekening moet worden gehouden met de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO). Volgens de WBO is een vergunning nodig voor bevolkingson-

derzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van ioniserende straling, bevolkingsonderzoek naar kanker en bevolkingsonderzoek naar ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is.

2.3 Enige kwantitatieve gegevens

In deze paragraaf wordt een aantal kwantitatieve kerngegevens over het klinisch genetisch onderzoek gepresenteerd. Deze informatie is onder meer ontleend aan:

- Behoefteraming Klinisch Genetici 1997-2010 (Van der velden, e.a., 1998)
- De huidige en toekomstige organisatie van klinisch genetisch onderzoek in Nederland (Rutten-van Mólken, e.a., 1998)

Capaciteiten

Klinische Genetica was geconcentreerd in acht hoofdcentra en twee sub-centra. (Inmiddels is één subcentrum gefuseerd met een centrum.) De hoofdcentra zijn georganiseerd in de vorm van zeven, aan academische ziekenhuizen gelieerde Stichtingen voor Klinische Genetica. Voor een aantal functies (bijvoorbeeld de afname van foetaal materiaal) werken de KGC-en samen met gynaecologenmaatschappen buiten de academische ziekenhuizen.

De capaciteit van de KGC-en ontwikkelt zich snel, zoals uit de volgende tabel blijkt:

Tabel 1: Capaciteit van enkele Klinisch Genetische Centra 1995 (FTE) en gemiddelde jaarlijkse groei 1993-1995 (Exclusief Rotterdam)

KGC	1995	Gem. Gr. '93-'95
Leiden	67,3	12,3%
Groningen	90,0	3,4%
Nijmegen	81,3	9,5%
Utrecht	51,8	5,1%
Amsterdam (2 centra)	129,5	9,8%
Maastricht	41,3	8,6%

Bron: Rutten-van Mólken, e.a. (1998)

Uit de bovenstaande en onderstaande tabel zou wellicht verwarring kunnen ontstaan. Er zijn acht klinisch genetische centra, maar de twee in Amsterdam vormen samen één stichting. In de regeling van het Ministerie van VWS met betrekking tot het klinisch genetisch onderzoek is dan ook sprake van 'zeven' klinisch genetische centra. In dit rapport zal die terminologie worden gehandhaafd.

Tabel 2: Personeel Klinisch Genetische Centra (FTE), 1995

Centrum	Wetenschappelijke staf	Analisten	Totaal
<i>Centra:</i>			
Amsterdam	30,2	70,7	129,5
Rotterdam	* 32,0	* 77,0	* 123,0
Groningen	22,8	44,1	90,0
Nijmegen	16,3	47,6	81,3
Leiden	16,6	32,4	67,3
Utrecht	15,1	19,1	51,8
Maastricht	* 21,0	* 24,0	41,3
<i>Subcentra:</i>			
Veldhoven	1,8	5,2	8,8
Enschede	0,7	4,0	4,8

- : Personen

Bron: Rutten-van Mólken, e.a. (1998)

Er waren in 1997 55 klinisch genetici werkzaam (32 vrouwen en 23 mannen). Het zijn overigens niet alleen klinisch genetici, maar ook andere medisch specialisten die als zodanig werkzaam zijn (bijvoorbeeld kinderartsen).

Daarnaast waren er in 1997 9 genetisch consulenten en 29 geneeskundig assistenten (waarvan 17 in opleiding en 12 niet in opleiding) werkzaam in de klinisch genetische zorg. De opleiding tot genetisch consulent is een opleiding op HBO-niveau met registratie. Een genetisch consulent hoeft niet persé een verpleegkundige te zijn. De opleiding is aangemeld voor de wet BIG. Op dit moment zijn er zo'n 20 genetisch consulenten werkzaam.

In totaal waren er halverwege 1997 1,2 FTE vacatures voor klinisch genetici, 3,0 FTE vacatures voor genetisch consulenten en 2,8 FTE vacatures voor AGIO's. Uitgezonderd 1,0 FTE voor AGIO's betreffen deze vacatures een uitbreiding van de capaciteit.

Overigens tekenen Van der Velden e.a. (1997) hierbij aan dat de gewenste uitbreiding aan personeel, gerekend over alle acht klinisch genetische centra, aanmerkelijk hoger is.

Verwijzingen

Klinisch genetische zorg vindt in principe alleen op verwijzing plaats. De belangrijkste verwijzers zijn:

Tabel 3: Verwijzingen naar Klinisch Genetische Centra (percentages, 1997)

Verwijzers	Percentage verwijzingen
Huisarts	± 30%
Kinderarts	± 20%
Gynaecoloog/obstetricus	± 12%
Overig	± 38%

Bron: Van der Velden, e.a., 1998

Typen consulten

Er kan onderscheid worden gemaakt tussen 'enkelvoudige consulten' en 'complexe erfelijkheidsadviesing'. In beide gevallen gaat het om diagnostiek en advisering, maar in de eerste categorie is één adviesgesprek veelal voldoende terwijl in de tweede categorie meerdere gesprekken nodig zijn. Vanaf 1996 zijn enkelvoudige consulten als apart te vergoeden verrichtingen aangemerkt.

Van der Velden, e.a. (1998) schetsen de volgende ontwikkeling:

Tabel 4: Aantal adviesaanvragen per productiecategorie bij klinisch genetische centra per jaar in verband met erfelijkheidsadviesing, 1988-1997

	1988	1991	1995	1996	1997 *)
Enkelvoudige consulten	-	-	-	1.226	2.300
Complexe counseling	2.647	3.320	5.603	5.937	6.300
Totaal erfelijkheidsadviesing	2.647	3.320	5.603	7.163	8.600

*) schatting

Bron: Van der Velden, e.a. (1998)

Een klinisch geneticus kan zelf de adviesaanvraag afhandelen, maar hij kan zich ook laten ondersteunen door een genetisch consulent of een assistent geneeskundige. Voor 1997 wordt de volgende verdeling van deze werkvormen geschat:

Tabel 5: Aantal adviesaanvragen per productiecategorie van klinisch genetici, genetisch consulenten en assistent geneeskundigen in 1997

	Zonder hulp	Met hulp van genetisch consulent	Met hulp van assistent geneeskundige	Alle adviesaanvragen
Enkelvoudige consulten	850	500	950	2.300
Complexe counseling	2.350	1.350	2.600	6.300
Totaal erfelijkheidsadviesing	3.200	1.850	3.550	8.600

Bron: Van der Velden, e.a. (1998)

Uit bovenstaande tabel valt af te leiden, dat klinisch genetici ongeveer 37% van de adviezingen zonder hulp doen, ongeveer 22% met hulp van een genetisch consulent en ongeveer 41% met hulp van een assistent geneeskundige. Opmerkelijk is, dat die percentages niet verschillen voor enkelvoudige dan wel complexe erfelijkheidsadviesing. In bestede tijd uitgedrukt blijkt er wel verschil te zijn: De enkelvoudige consulten vragen ongeveer 7% van de totale bestede tijd, terwijl het om 22% van alle adviesaanvragen gaat.

Galjaard wijst overigens op het mogelijke misverstand dat klinische genetica vrijwel synoniem zou zijn met erfelijkheidsadviesing of genetische counseling. Hij stelt dat "... 63% van het totale aantal verrichtingen in de KGC's laboratoriumdiagnostiek betreft, 29% verloskundige aspecten van prenatale diagnostiek en 8% erfelijkheidsadviesing in complexe situaties." (Galjaard, 1997, I, pag. 2380)

Kosten

In onderstaande tabel staat de kostenontwikkeling van het klinisch genetisch onderzoek weergegeven over de periode 1992-1996:

Tabel 6: Kostenontwikkeling klinisch genetisch onderzoek, 1992-1996

	1992	1993	1994	1995	1996
Kosten (mlj.)	57,0	60,0	64,0	77,2	83,6

Bron: JOZ 1995-1999

Sinds 1996 wordt het klinisch genetisch onderzoek gefinancierd op basis van de Ziekenfondswet.

Beleid

Beleidsmatig spelen er twee vraagstukken:

- Integratie met academische ziekenhuizen
Het beleid van de overheid is er momenteel op gericht te komen tot een integratie van de klinisch genetische centra in de academische ziekenhuizen. Dit is conform de aanbevelingen van de Ziekenfondsraad in het rapport "Evaluatie planingsregeling klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing (1998). Wel geeft de Raad aan dat het draagvlak voor integratie nader zou moeten worden bepaald.
- De vraag welke onderdelen van het klinisch genetisch onderzoek al dan niet zouden moeten vallen onder de werking van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) en hoe dat georganiseerd zou moeten worden. ("Uittrede")
De Ziekenfondsraad concludeert in het eerdergenoemde rapport dat uittrede "in ieder geval op dit moment" niet aan de orde is. "Dit heeft met name te maken met de voor de kwaliteit van belang zijnde samenhang tussen de deelfuncties, en ethische aspecten." In het rapport "De huidige en toekomstige organisatie van klinisch genetisch onderzoek in Nederland" (Rutten-van Mólken, e.a., 198) wordt aangegeven, dat het beter is om "de

integratie in de academische ziekenhuizen te zien als een eerste stap in de richting van meer deconcentratie.” (pag. 108).

2.4 Ontwikkelingen in hoofdlijnen

In deze paragraaf worden de belangrijkste algemene ontwikkelingen met betrekking tot de genetica beschreven. De meer specifieke ontwikkelingen van de verschillende typen verrichtingen die worden omvat in de Regeling Klinisch Genetisch Onderzoek en Erfelijkheidsadviesing worden in het volgende hoofdstuk beschreven.

Deze meer algemene ontwikkelingen worden in enkele clusters gepresenteerd. (Kennisontwikkeling, technologische ontwikkelingen, commercie en vraagontwikkeling)

In algemene zin kan worden geconstateerd, dat de ontwikkelingen op dit gebied snel gaan, heel snel zelfs. Galjaard (1997, I) stelt “... dat wij nog maar aan het begin staan van belangrijke ontwikkelingen in de biologie en de geneeskunde.” (pag. 2432)

Het is dan ook zeker dat de in deze notitie gepresenteerde ontwikkelingen niet uitputtend zijn en op een aantal punten alweer achterhaald zullen zijn.

Kennisontwikkeling

In hoog tempo neemt de kennis op het gebied van de genetica toe. Eén van de motoren daarachter is het humane genoomproject. Dit project is erop gericht de genetische structuur van de mens te ontrafelen. In de literatuur worden verschillende schattingen gemaakt, maar duidelijk is, dat binnen afzienbare tijd het volledige menselijke genoom (dus alle menselijke genen) in kaart zal zijn gebracht. Er is echter nog veel meer werk en tijd nodig om ook de functies van die genen in kaart te brengen. [Broers en Pronk, 1997]

Er is reeds een grote kennisontwikkeling gaande ten aanzien van monogene aandoeningen. Dit zijn aandoeningen, waarbij het ontstaan van de ziekte berust op de werking van slechts één gen. Op dit moment zijn er al meer dan 5.000 bekend en dit aantal neemt nog steeds toe. Overigens zijn de meeste van deze aandoeningen (zeer) zeldzaam.

Daarnaast wordt steeds meer bekend over de rol van genen bij multifactoriële aandoeningen. Dit zijn aandoeningen waarbij het ontstaan berust op de wisselwerking tussen meerdere genen en factoren als leefstijl, omgevingsfactoren, enz.

Er zijn inmiddels vele aandoeningen bekend (waaronder ook veel voorkomende), waarbij één of meer genetische factoren in het spel te zijn. Voorbeelden daarvan zijn: schizofrenie, astma, de ziekte van Bechterew en aangeboren hartafwijkingen (Broers en Pronk, 1997). Bij deze aandoeningen is er geen één op één-relatie tussen het ontstaan van de ziekte en de aanwezigheid van mutaties in de genen. Er is sprake van ‘predispositie’: de mens heeft de ‘aanleg’ voor een bepaalde aandoening, maar er zijn meerdere factoren nodig voordat de aandoening zich manifesteert. Dit kan gevolgen hebben voor de advisering aan en begeleiding van mensen bij wie deze ‘aanleg’ is geconstateerd. Naarmate kennis algemener wordt verspreid kan dit ook invloed hebben op de potentiële vraag naar presymptomatische diagnostiek.

Vele erfelijke ziekten zijn inmiddels op DNA-niveau vast te stellen. Broers en Pronk (1997) noemen onder andere:

- Spierdystrofie van Duchenne
- Cystische fibrose
- Fragiele X-syndroom
- Hemofilie A.

Een apart onderzoeksveld is het onderzoek naar erfelijke tumoren. Voor bepaalde vormen van kanker is een belangrijke genetische component geïdentificeerd. In de toekomst zal van steeds meer tumoren bekend worden welke genen een rol spelen. Hierdoor kan DNA-onderzoek worden gedaan naar het dragerschap voor erfelijke tumoren. (Broers en Pronk, 1997)

Ten slotte kan nog worden gewezen op de ontwikkeling van inzichten met betrekking tot biochemische aspecten. "Er is een aantal genetische variaties tot op DNA-niveau uitgezocht, hetgeen een diagnostische test binnen handbereik heeft gebracht. Dit zou in de nabije toekomst incidentele bijwerkingen van bepaalde geneesmiddelen kunnen voorkomen en de effectiviteit van bepaalde therapieën kunnen doen toenemen." (Broers en Pronk, 1997)

Technologische ontwikkelingen

Zoals de kennis van de genetica in hoog tempo toeneemt, zo neemt ook het technologische vermogen om deze kennis toe te passen in een hoog tempo toe. Hieronder een aantal voorbeelden van belangrijke ontwikkelingen.

Verschillende –op zichzelf hoogwaardige- technieken voor klinisch genetisch onderzoek worden steeds eenvoudiger toepasbaar, onder meer onder invloed van de automatisering. Screeningstesten worden eenvoudiger, diagnostiek wordt geautomatiseerd. Broers en Pronk (1997) wijzen bijvoorbeeld op nieuwe ontwikkelingen in de DNA-diagnostiek. De chip-technologie, zal het in de toekomst mogelijk maken om snel en nauwkeurig een groot gen te screenen op alle mogelijke mutaties en dit bij grote aantallen patiënten.

Een ander voorbeeld is de ontwikkeling van de FISH-methode voor het opsporen van microdeletie van bepaalde chromosomen. Inmiddels bestaat er ook al multiplex FISH voor gelijktijdige identificatie van alle chromosomen.

Het gaat om hoogwaardige technieken, waarvan de toepassingen echter steeds gemakkelijker worden, of sneller kunnen worden uitgevoerd.

Een recente illustratie van de snelle ontwikkelingen –los van de klinische genetica- kan worden ontleend aan een artikel in het Financiële Dagblad van 2 februari 1999. De Universiteit van Wageningen heeft een apparaat aangeschaft, waarmee de capaciteit van het DNA-onderzoek vertienvoudigt. Research aan bacteriën, dat voorheen twee jaar duurde, wordt nu in enkele weken verricht.

Er is ook al een nieuwe term voor deze ontwikkeling: bio-informatisering. De gigantische informatie-explosie met betrekking tot het DNA doet ook de grenzen tussen verschillende klassieke werkvelden vervagen. Informatie uit het Humane Genoom Project wordt gebruikt in het plantenonderzoek "...aangezien de functies van sommige menselijke genen sterk overeenkomen met die van plantengenen." (Professor Stiekema, in: Het Financiële Dagblad, 2 februari 1999) Volgens hem schuiven farmaproducten nu ook op in de richting van 'life science'.

Van Ommen (1997) noemt vier technologische ontwikkelingen die als het ware de randvoorwaarden leveren voor een exponentiële groei van de informatieverzameling en –interpretatie op het gebied de genetica:

- automatisering (robotics in het laboratorium)
- miniaturisering
- nanotechnologie
- exponentiële groei van de bio-informatica.

Deze ontwikkelingen in de technologie gelden niet alleen voor de diagnostische aspecten, maar ook voor de therapeutische. Voor dit laatste kan worden gedacht aan bijvoorbeeld de pre-implantatie-diagnostiek (IVF-diagnostiek) en ICSI (Intracytoplasmatische Spermia-injectie).

Bij pre-implantatiediagnostiek worden kort na de bevruchting één of twee cellen van het embryo afgesplitst en onderzocht op een erfelijke afwijking (bijvoorbeeld het fragiele X-syndroom). Alleen de embryo's die geen afwijking hebben, worden bij de moeder geïmplanteerd. Deze techniek mag alleen in het Klinisch Genetisch Centrum Maastricht worden toegepast.

Bij ICSI wordt één enkele zaadcel in een eikel geïnjecteerd. Er worden 600-800 paren per jaar mee geholpen. Chromosoomonderzoek wordt hierbij aanbevolen. Van deze techniek wordt overigens geen grote stijging verwacht.

Andere voorbeelden van de ontwikkelingen aan de therapeutische kant van de genetica zijn:

- De ontwikkeling van gentherapie: het inbrengen van genetisch materiaal in de cellen van een patiënt. Voor de ziekte CF is inmiddels al gestart met clinical trials. (Broers en Pronk, 1997) Gentherapie wordt ook gebruikt voor het merken van cellen, het remmen van celdeling in kankercellen, enz. Overigens is volgens de Gezondheidsraad somatische gentherapie voorlopig nog geen 'reguliere' toepassing. Dit zal nog wel enkele jaren op zich laten wachten. [Minister van VWS, 1998]
- Een andere verwachting is, dat het op termijn mogelijk kan worden om bepaalde eiwitten in het laboratorium te produceren en deze vervolgens onbeschadigd op de juiste plaats te krijgen. Dat geeft vele therapeutische mogelijkheden. (Hennekam, 1997)
- In Vrij Nederland van 30 januari 1999 wordt aangegeven, dat voor bepaalde diagnosegroepen ernaar wordt gestreefd in 2001 de eerste patiënten te gaan behandelen met gentherapie.
- Ook Van Ommen (1997) geeft aan dat er op het gebied van de geneesmiddelenontwikkeling grote verwachtingen leven.
- Galjaard (1997, I) stelt: "Tot slot bestaan er hoge verwachtingen van de techniek waarbij moleculen langs genetische weg worden ontworpen op basis van de benodigde functies als geneesmiddel." (pag. 2434)

Commercie

Op meerdere plaatsen in de literatuur wordt gewezen op het commerciële belang van de ontwikkelingen in het klinisch genetisch onderzoek. Hieronder min of meer willekeurig –en zeker niet volledig- een aantal aspecten die daarmee samenhangen:

- Op meerdere plaatsen worden de mogelijkheden onderzocht om octrooien op genen te verkrijgen of in ieder geval op geneesmiddelen die verband houden met gentherapie. (Zie bijvoorbeeld: Buis, 1998 en Bostyn, 1998) Buis (1998) merkt in dit verband op: "Hoewel de genetische industrie zijn nut voor het algemeen welzijn nog nauwelijks heeft bewezen, wordt hiervan in de nabije toekomst veel verwacht."
- Op meerdere plaatsen in de literatuur wordt het toekomstbeeld geschetst van 'doe-het-zelf'-testkits waarmee mensen zichzelf kunnen screenen op het dragerschap van bepaalde aandoeningen. Enigszins vergelijkbaar met de bestaande zwangerschapstesten. Het is duidelijk, dat wanneer het screenen van veel voorkomende aandoeningen op deze wijze mogelijk en voor een breed publiek toegankelijk zou worden, de commerciële belangen enorm kunnen zijn. Volgens de Gezondheidsraad zijn er voor bepaalde aandoeningen in het buitenland reeds dergelijke kits verkrijgbaar. "De markt voor deze tests beperkt zich niet bij voorbaat tot deskundige hulpverleners." (Gezondheidsraad, 1998, p. 115)

De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) is in haar rapport "Zelftests" (RVZ, 1999) terughoudend in zijn verwachtingen. Hij constateert, dat op dit moment slechts tests waarmee op monogenetisch bepaalde aandoeningen getest kan worden, een hoge graad van betrouwbaarheid hebben. "Deze komen echter weinig voor en zijn derhalve vanuit commercieel oogpunt meestal niet interessant." (p. 15) Bovendien concludeert de Raad dat de consument in Nederland relatief weinig interesse heeft in zelftests.

- De Gezondheidsraad schenkt in zijn rapport "DNA-diagnostiek" uitgebreid aandacht aan de rol van de commercie. De Raad maakt daarbij onderscheid tussen diagnostische testen en behandelingsmethoden.

Met betrekking tot de diagnostiek wijst de Raad op het gegeven, dat commerciële bedrijven grote belangen hebben als toeleveringsbedrijf van allerlei noodzakelijke stoffen en analyse-apparatuur, waaronder microchips. Voor sommige, vaker voorkomende genmutaties, worden complete testkits geleverd.

Met betrekking tot de behandelingsmethoden constateert de Gezondheidsraad, dat farmaceutische bedrijven hoge verwachtingen hebben van de moderne DNA-technologie bij het ontwikkelen van nieuwe geneesmiddelen. Het ligt voor de hand dat de farmaceutische industrie daarbij vooral belang heeft bij geneesmiddelen voor veel voorkomende, multifactoriële ziekten. Hierbij kunnen twee ontwikkelingen worden genoemd:

- De ontwikkeling van middelen die de effectiviteit van bepaalde geneesmiddelen vergroten. Deze middelen zouden er dan voor zorgen, dat een eventuele variatie in een gen, die ervoor zorgt dat het betreffende geneesmiddelen niet of onvoldoende effectief werkt, wordt opgeheven.
- De ontwikkeling van geneesmiddelen op genetische grondslag. Op basis van een genetisch profiel zal in de toekomst wellicht individualisering van medicatie kunnen plaats vinden.
- Op dit laatste punt aansluitend: in het blad "Vrij Nederland" van 30 januari 1999 is een beschrijving gegeven van een initiatief van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. Het AMC heeft een onderneming opgericht, welke gericht is op het ontwikkelen van genterapie. In eerste instantie richt men zich op twee soorten kwalen: een overmaat aan cholesterol en darmontstekingen. Het nieuwe bedrijf moet te zijner tijd worden grootgebracht met 'venture capital' – het geld van particuliere investeerders die wat durven. Om die investeerders te trekken moet het bedrijf uiteindelijk wel winstgevend worden.
- Een laatste voorbeeld: in het Financiële Dagblad van 17 maart 1999 wordt een korte beschrijving gegeven van het bedrijf "Introgene". "Het bedrijf timmert aan de weg met de in eigen huis ontwikkelde 'vectortechnologie'. Die methode maakt een verkoudheidsvirus geschikt om als taxi te dienen die genetisch materiaal naar een kwaal in het lichaam vervoert. (...) De onderneming is er totnogtoe als enige in de wereld in geslaagd een veilige vermeerderingsmethode te ontwikkelen." In het bericht wordt gemeld, dat alle grote farmaceutische bedrijven momenteel jaarlijks zo'n 100 miljoen dollar of meer in genterapie steken. "Het Leidse biotechbedrijf bereidt nu de start voor van een fabriek voor grootschalige productie van genterapieproducten voor de grote farmaceutische concerns." In het artikel wordt ook een voorbeeld gegeven voor de omvang van de financiële belangen waarover het gaat. Men is bezig om geneesmiddelen op basis van erfelijk materiaal te ontwikkelen die voorkomen dat vernauwingen in bloedvaten optreden als gevolg van littekens na een dotterbehandeling "Een rekensom leert dat een prijs van \$ 2.500 per dosis gerechtvaardigd zal zijn. Let wel, er hebben het afgelopen jaar in de wereld 1,1 miljoen dotterbehandelingen plaatsgehad."

Er kunnen negatieve kanten worden geschetst aan de invloed van de commercie op de ontwikkeling van het klinisch genetisch onderzoek. Eén daarvan wordt door de minister van VWS gesignaleerd in haar brief van 2 april 1998 over genterapie, waar zij schrijft: "De toepassingen van de somatische genterapie richten zich, naar ik begrijp om commerciële redenen, met name op de grote ziektecategorieën zoals kanker, AIDS en hart- en vaatziekten." De minister constateert daarbij dat de toepassing van somatische genterapie met name bij zeldzame vormen van monogenetische erfelijke aandoeningen daardoor niet uit de verf komt. [Minister van VWS, 1998]

Vraagontwikkeling

In het volgende hoofdstuk wordt meer gedetailleerd stil gestaan bij de ontwikkelingen in de vraag naar klinisch genetisch onderzoek. Op deze plaats worden kort wat algemene perspectieven geschetst.

Enkele voorbeelden:

- In de toekomst is te verwachten dat op alle niveaus van de gezondheidszorg meer informatie beschikbaar komt over erfelijke ziekten. Steeds meer mensen zullen op dit gebied worden voorgelicht en zo nodig worden verwezen naar klinisch genetische centra. De verwachting is dat het aantal screeningsprogramma's zich in de toekomst zal uitbreiden. (Broers en Pronk, 1997)

- “Genetisch onderzoek zal zich de komende decennia niet langer richten op zeldzame ziekten maar op de genetische bijdragen aan volksziekten als kanker, hart- en vaatziekten en de ziekte van Alzheimer. Ook die hebben immers allen een genetische component.” (Brunner in: Tinbergen, 1997)
- We gaan steeds meer preventieve geneeskunde krijgen en de genetica gaat een steeds belangrijker rol spelen bij medische behandelingen (Brunner, in: Tinbergen, 1997)

Op dit moment is een verschuiving gaande in de zorgvraag waarmee de Klinisch Genetische Centra worden benaderd. Galjaard (1997, II) zegt daarover:

“Tot voor kort vormden vragen over de precieze achtergrond van verstandelijke en (of) lichamelijke handicaps bij de eigen kinderen of de naaste familieleden en vragen over risico's bij eventuele (volgende) nakomelingen het belangrijkste onderdeel van het spreekuur van een klinisch geneticus. (...) De laatste jaren is er, vooral dankzij nieuwe mogelijkheden van DNA-analyse van genetische risicofactoren, uitbreiding van het werkterrein van de klinisch geneticus gekomen. Daarbij gaat het niet in de eerste plaats om het risico voor eventuele nakomelingen, maar om de gezondheids-perspectieven van de adviesvrager zelf en diens naaste familieleden.” (pag. 2387)

In het rapport “Behoefteschatting Klinisch Genetici 1997-2010” (Van der Velden, e.a., 1998) worden de volgende aspecten van de ontwikkeling van de zorgvraag genoemd:

- Demografische ontwikkelingen
Uitgaande van de middenvariant van de bevolkingsprognose van het CBS wordt geen groei in de vraag verwacht. Maar dit is een effect van twee tegengestelde trends: een te verwachten daling van het aantal kinderen van 0-14 jaar en een geschatte stijging van de zorgvraag die niet met de voortplanting van doen heeft.
- Epidemiologische ontwikkelingen
Hierbij is voornamelijk gekeken naar de verwachte ontwikkeling van het aantal zwangere vrouwen ouder dan 36 jaar. Geschat wordt, dat er tot 2010 ongeveer 60% meer kinderen geboren gaan worden bij vrouwen van 36 jaar en ouder. Daarmee wordt ongeveer 5% groei van de zorgvraag voorspeld.
- Sociaal-culturele ontwikkelingen
Hier betreft het vooral de acceptatie bij het publiek van genetische diagnostiek. De toenemende mondigheid van de patiënt wordt als een factor gezien die de behoefte aan klinisch genetici in de komende 10 jaren zal doen toenemen.
- Beleidsmatige ontwikkelingen
Hier betreft het de onzekere factor of de groei van de klinische genetica budgettair aan banden zal worden gelegd dan wel ruimte voor groei zal worden gegeven.
- Organisatorische ontwikkelingen
De klinisch genetische adviespraktijk zal organisatorisch kunnen gaan veranderen, doordat er meer genetisch consultants zullen komen. In 1997 waren er ongeveer 10 genetisch consultants werkzaam in Nederland. Verwacht werd dat dit aantal zal gaan stijgen. (Deze verwachting van de onderzoekers blijkt inmiddels te zijn uitgekomen. Medio 1999 zijn er ongeveer 20 genetisch consultants werkzaam.)
- Vakinhoudelijke ontwikkelingen
Hiertoe worden gerekend de ontwikkelingen die hiervoor werden beschreven onder technologie en kennisontwikkeling. De auteurs verwachten dat deze vakinhoudelijke ontwikkelingen de factor zullen zijn met de grootste impact op de zorgvraag.

De totale conclusie in dit rapport is, dat bij de lage variant moet worden gerekend op een groei van de zorgvraag tussen 1998 en 2010 van 50%, bij de middenvariant van 100% en bij de hoge variant van 150%.

Ook de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) heeft zich bezig gehouden met de vraag naar de toekomstige ontwikkeling van de vraag naar genetica (Kruijff en Schreuder, 1998; Kruijff en Schreuder, 1999). De auteurs komen tot een viertal mogelijke scenario's voor het jaar 2010 op basis van een combinatie van twee dimensies:

- de snelheid waarmee nieuwe inzichten in kansen en risico's op ziekte worden verkregen (technologische dimensie);
- de mate waarin kennis over gezondheidsrisico's door burgers wordt gebruikt (maatschappelijke dimensie).

De combinatie van deze twee dimensies levert vier verschillende scenario's op:

		GEBRUIK RISICOKENNIS	
		Gering	Veelvuldig
INZICHT-TOENAME	Geleidelijk	GEBRUIK OP MAAT	BEWUST GEDRAG
	Snel	CARPE DIEM	GRIP OP GENEN

Kort samengevat hebben deze scenario's de volgende kenmerken (ontleend aan: Kruijff en Schreuder, 1998, pag. 2)

Gebruik op maat

In dit scenario wordt het ondergaan van een diagnostische test kritisch afgewogen. Het besef is aanwezig dat voor veel aandoeningen geen effectieve behandeling bestaat. Onnodig gebruik van zorgvoorzieningen wordt ontmoedigd.

Bewust gedrag

De samenleving is sterk gericht op het bevorderen van de gezondheid door gedrags- en voedingsgewoonten aan te passen. Er is sprake van een zekere gezondheidscultus. Mensen zijn gericht op zekerheid en gaan zelf op zoek naar mogelijkheden om hun risico's op ziekte te minimaliseren.

Carpe Diem

Slechts weinig burgers maken gebruik van de nieuwe diagnostische mogelijkheden. Men relativeert de mogelijkheden om ziekten te voorkomen en de waarde die men hecht aan een optimale gezondheidstoestand. De voorkeur wordt gegeven aan een onbezorgde levensstijl, gericht op het heden.

Grip op genen

De genetica is diep doorgedrongen in het maatschappelijk leven. Toepassingen op het gebied van gentechnologie worden veelvuldig gebruikt. Motieven zijn nieuwsgierigheid en het minimaliseren van onzekerheid. Het ontstaan van en de mogelijkheden om ziekten te voorkomen worden beschouwd in relatie tot de individuele genetische aanleg.

2.5 Maatschappelijke druk

De ontwikkelingen in de klinische genetica gaan zeer velen, zo niet iedereen, aan en zij raken aan zeer vele belangen.

In het voorgaande zijn bijvoorbeeld de commerciële belangen al genoemd. Er zal ongetwijfeld vanuit deze commerciële belangen een sterke druk zijn op een zo vrij mogelijke ontwikkeling van klinisch genetische kennis en toepassingen.

Een andere maatschappelijke groepering die groot belang heeft bij het volgen van de ontwikkelingen op het gebied van het klinisch genetisch onderzoek, zijn de verzekeraars. Het is geen toeval dat eind 1997 het Verbond van Verzekeraars haar jaarcongres wijdde aan het onderwerp 'genetica'. Voor verzekeraars is het van belang hun risico's in te kunnen schatten. Uit de literatuur blijkt dan niet zozeer de behoefte om potentiële klanten als verzekerden te weigeren, als wel de angst voor zelfselectie van mensen die over bepaalde genetische informatie beschikken en zich juist daarom laten verzekeren.

De belangrijkste maatschappelijke druk zal echter voortkomen uit de groep, waar het uiteindelijk allemaal om gaat: de (potentiële) patiënt. De druk vanuit de patiënten om toegang te krijgen tot datgene, wat kennelijk mogelijk is in diagnostisch en wellicht te zijner tijd ook in therapeutisch opzicht zal zeer groot zijn. De Gezondheidsraad illustreert het potentieel massale karakter van dit verschijnsel door te stellen:

“Als er een mogelijkheid bestaat om ziekteverschijnselen te voorkomen, uit te stellen of te beperken, zal voor velen zelfs een geringe risicoverhoging aanleiding zijn een DNA-test te vragen.” (Gezondheidsraad, 1998, pag. 102)

Tijmstra (1997) geeft onder meer de volgende voorbeelden van deze attitude:

- 56% van de bevolking is het eens met de uitspraak, dat nieuwe ontwikkelingen op medisch-technisch gebied, zoals moleculaire biologie en moleculaire genetica in belangrijke mate bijdragen tot het welzijn van de mensheid. (42% van de artsen is het met deze uitspraak eens.)
- 72% van de bevolking is het eens met de uitspraak, dat bijna alle ziekten zijn te genezen als ze vroeg worden ontdekt. (18% van de huisartsen was het met deze uitspraak eens.)
- 87% van de bevolking is van mening dat beter 1.000 mensen voor niets kunnen worden onderzocht dan dat bij één persoon iets ernstigs over het hoofd wordt gezien. (10% van de huisartsen is het met deze stelling eens.)

Als algemene drijfveer noemt Tijmstra ook het principe van de “geanticiperde beslissingspijn”: Mensen willen voorkomen, dat ze later zullen zeggen: “Had ik toen maar wel onderzoek laten doen.”

Ten Kate e.a. (1997) verwachten:

“De kennis omtrent de mogelijkheden en gevolgen van genetische screening zal in de komende jaren steeds verder toenemen. Hierdoor zal een steeds pregnantere roep om implementatie van screeningsprogramma's te horen zijn. Hiervoor zullen structuren in het leven geroepen worden. Van de overheid zal visie en beleid op dit terrein gevraagd worden.”

Hierbij aansluitend past een citaat uit het interview met Dr. H. Brunner:

“Wat we dan moeten doen is een koppeling zien te maken tussen de ziekten die we kennen en de genen in deze immense databank. Dat betekent niet langer zoeken naar genen op basis van ziekten, maar naar ziekten op basis van genen.” (Brunner in: Tinbergen, 1997)

Een belangrijke spreekbuis namens de –potentiële- patiënten is de Vereniging van Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties betrokken bij erfelijke en/of aangeboren afwijkingen (VSOP). Deze vereniging stelt zich ten doel “namens de aangesloten organisaties aandacht te geven aan en belangstelling te wekken voor de problematiek rond erfelijke en/of aangeboren aandoeningen en in dat kader de behartiging van de gemeenschappelijke belangen van de aangesloten organisaties, voor zover deze erfelijke en/of aangeboren aandoeningen betreffen.”

Op 23 januari 1997 hebben de VSOP en de Nationale Commissie Chronisch Zieken een intentieverklaring vastgesteld met betrekking tot “... genetisch onderzoek en chronische ziekten in de volgende eeuw”. Zij pleiten er daarin onder meer voor het preconceptueel consult een basisvoorziening te laten zijn voor mensen met een kinderwens die behoefte heb-

ben aan meer informatie over aangeboren en erfelijke aandoeningen. Ook stelt men daarin, dat publieksvoorlichting op het gebied van genetisch onderzoek van fundamenteel belang is en hoge prioriteit verdient. "Het dient een gezamenlijke inspanning te zijn van overheid, beroepsgroepen, patiëntenorganisaties, wetenschap en industrie." (VSOP en NCCZ, 1997)

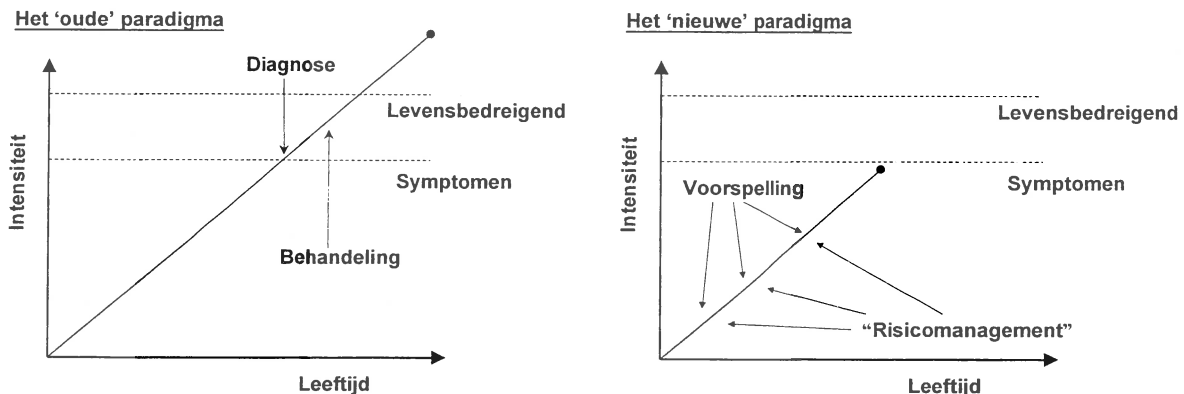
2.6 Naar een nieuw paradigma?

In het voorgaande is op meerdere plaatsen aangegeven dat erfelijkheidsvraagstukken een steeds grotere rol zal gaan spelen in de samenleving. Het concept van 'Community Genetics' pakt dit op door de verworvenheden van de genetica als het ware naar de mensen toe te willen brengen. Het gaat er daarbij om dat informatie over erfelijkheidsvraagstukken toegankelijk wordt voor wie daar behoefte aan heeft en dat mensen ook wordt geleerd om met die informatie om te gaan.

Voor de gezondheidszorg kan dat voor aandoeningen waarbij erfelijke factoren een rol spelen -op termijn- leiden tot een aanvulling op het bestaande paradigma dat uitgaat van de volgorde: symptomen - diagnosestelling - behandeling.

Wat daaraan wordt toegevoegd is, dat mensen informatie krijgen over de risico's om een bepaalde aandoening te krijgen -dus voordat de symptomen ervan zich uiten- en begeleiding, hulp en advies om die risico's te kunnen hanteren. Daarbij kan worden gedacht aan het ontwikkelen van een leefstijl die het optreden van de aandoening voorkomt of uitstelt dan wel eventuele beperkingen zo goed mogelijk weet in te passen. Een dergelijke leefstijl kan betrekking hebben op alle aspecten van het leven: voeding, opleiding, huisvesting, arbeid, het krijgen van kinderen, enz.

Schematisch kunnen die twee paradigma's als volgt in beeld worden gebracht (ontleend aan Warner, et al, 1998):



Overigens is het niet zozeer, dat een 'oud' paradigma wordt vervangen door een 'nieuw' paradigma, maar veel meer, dat het oude paradigma wordt uitgebreid met zorgactiviteiten voordat symptomen manifest worden.

Uit het uitgebreidere paradigma volgt min of meer vanzelfsprekend dat voorlichting en informatie over erfelijkheidsvraagstukken dichterbij de mensen moeten worden gebracht. Mensen zouden met vragen over erfelijkheid in eerste instantie al in de eerstelijnsgezondheidszorg terecht moeten kunnen. De Klinisch Genetische Centra die nu nog het belangrijkste aanspreekpunt vormen voor vragen over erfelijkheid zijn tweedelijnsvoorzieningen en kennen daarmee een drempel voor allerlei 'gewone' vragen. De VSOP fungeert op dit moment wel als laagdrempelige vraagbaak, maar zij is een landelijk werkende organisatie.

'Geneticalisering'

Door sommige auteurs wordt gewezen op de gevaren van een door laten schieten van de invloed van de genetica in het denken van de mensen. Hiervoor wordt wel de term 'geneticalisering van de samenleving' gehanteerd. Van Zwieten en Ten have (1998) omschrijven dit begrip als volgt: "Geneticalisering is het proces waarbij steeds meer verschijnselen in het menselijk bestaan binnen de invloedssfeer van de genetica worden gebracht."

Deze auteurs vrezen dat genetica een steeds meer centrale positie in het leven zal gaan innemen. Zij noemen onder meer de volgende voorbeelden, waarin dit 'doorschieten' zich wellicht uit:

- Het hebben van een gen wordt gelijkgesteld aan het hebben van een ziekte.
- Het idee dat persoonlijke identiteit een duidelijke samenhang vertoont met de samenstelling van iemands DNA.
- De graagte waarmee het publiek gebruik maakt van genetische counseling komt niet overeen met de bruikbaarheid van de verstrekte informatie.
- Een terugkeer van het biologisch determinisme: "DNA-denken" en "DNA-doctrine"

De dreiging van een te zwaar gewicht geven aan de genetica in kwesties rond ziekte en gezondheid is ongetwijfeld aanwezig. Daar staat echter tegenover, dat genetische informatie voor veel mensen relevant kan zijn. Die mensen moeten –als zij dat willen- kunnen beschikken over die informatie. Daarbij moet die informatie in een zodanige vorm worden aangeleverd dat de bijdrage van genetische factoren in een reëel perspectief wordt geplaatst en de betrokkenen individueel tot afgewogen keuzen kunnen komen.

3. KLINISCH GENETISCH ONDERZOEK

3.1 Inleiding

In 1994 werd door het Ministerie van VWS de 'Regeling Klinisch Genetisch Onderzoek en Erfelijkheidsadvisering' vastgesteld. In deze (plannings)regeling werd een aantal typen klinisch genetisch onderzoek en daarmee samenhangende verrichtingen in beheersmatige zin beschreven. (In het vervolg zal hiernaar worden verwezen met de term 'Regeling'.)

Dit hoofdstuk gaat nader in op de typen onderzoek die in de Regeling zijn opgenomen.

Daarbij komen onder meer aan de orde: een korte inhoudelijke beschrijving, de kwantitatieve ontwikkeling van het zorgaanbod en de verwachte inhoudelijke ontwikkelingen. Tegenover de waargenomen kwantitatieve ontwikkelingen worden bij wijze van referentie de verwachtingen gegeven die in de Regeling waren opgenomen.

Overigens was het niet altijd even eenvoudig om eenduidige kwantitatieve gegevens boven water te krijgen. Voor de hand liggende bronnen spreken elkaar soms tegen. De indruk bestaat dat bijvoorbeeld soms het aantal verrichtingen is gepresenteerd en soms het aantal patiënten. De hierna volgende kwantitatieve presentaties betreffen zo veel mogelijk het aantal patiënten. Daarmee wordt aangesloten bij het rapport "De huidige en toekomstige organisatie van klinisch genetisch onderzoek in Nederland" (Rutten-van Mólken, e.a., 1998) en bij de Regeling, waarin in de toelichting weliswaar sprake is van 'verrichtingen', maar de meeste aantallen meer overeenkomen met aantallen patiënten. De gegevens over het aantal patiënten zijn in de basisstatistieken vollediger dan die over het aantal verrichtingen.

Dit hoofdstuk is onderverdeeld naar het type verrichting en niet naar de vraag of die verrichting prenataal dan wel postnataal is verricht. De korte beschrijvingen zijn hoofdzakelijk ontleend aan het rapport "De huidige en toekomstige organisatie van klinisch genetisch onderzoek in Nederland" (Rutten-van Mólken, e.a., 1998)

3.2 Afname van foetaal materiaal

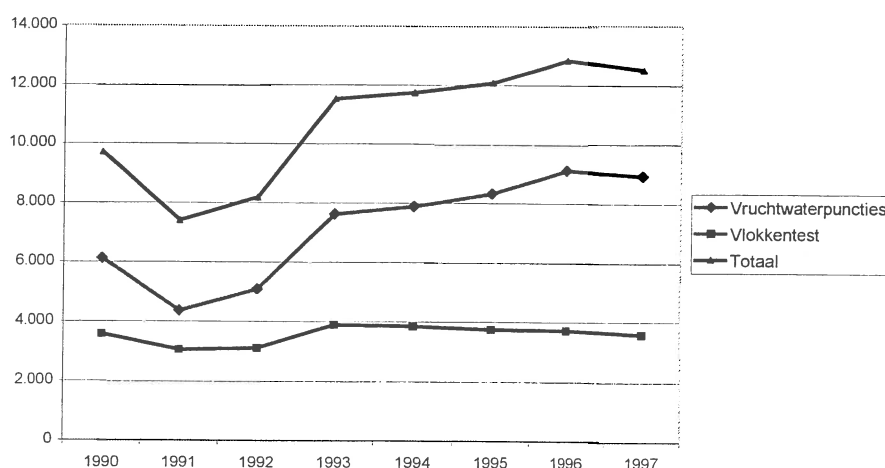
Afname van foetaal materiaal vindt plaats ten behoeve van prenatale diagnostiek.

Er zijn drie methoden om foetaal materiaal af te nemen:

- Vlokkentest
- Vruchtwaterpunctie
- Navelstrengpunctie

De laatste methode wordt relatief zelden toegepast. In 1995 op een totaal van ruim 12.000 afnamen slechts 120 keer. In 1996 en 1997 lag dit aantal rond de honderd patiënten. In onderstaande grafiek wordt daarom alleen de ontwikkeling van het aantal geholpen patiënten volgens de eerste twee methodes weergegeven.

Afname foetaal materiaal, 1990-1997



Het hier weergegeven totaal aantal verrichtingen komt per 1.000 levendgeborenen neer op:

Tabel 7: Aantal onderzochte personen (vruchtwaterpuncties en vlokkentesten) per 1.000 levendgeborenen, 1990-1997

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Vruchtwaterpuncties	30,9	21,9	25,8	38,9	40,2	43,6	48,0	46,6
Vlokkentest	18,1	15,3	15,8	19,9	19,6	19,6	19,6	18,7
Afname foetaal materiaal, totaal	49,0	37,2	41,6	58,8	59,9	63,2	67,6	65,2

Volgens de bestaande regeling wordt afname van foetaal materiaal toegestaan in maximaal zeven centra. Een Klinisch Genetisch Centrum kan voor wat betreft de afname van foetaal materiaal samenwerken met een ziekenhuis. In een overeenkomst moet worden aangegeven welke gynaecologen foetaal materiaal mogen afnemen en welke kwaliteitseisen gelden ten aanzien van het afnemen, verzorgen en versturen van materiaal.

Uit gegevens bij het NZi blijkt, dat in 1996 buiten de Klinisch Genetische Centra zo'n 4.200 keer foetaal materiaal werd afgenomen door gynaecologen waarmee een samenwerkingsovereenkomst bestond. In 1997 was dit aantal opgelopen tot meer dan 6.100.

De verwachting volgens de regeling van het ministerie van VWS voor het jaar 1997 ging uit van zo'n 15.000 verrichtingen per jaar. Uit de gegevens van het NZi blijkt, dat dat voor uitsluitend de klinisch genetische centra te hoog is geschat. Wanneer echter de verrichtingen van met deze centra samenwerkende gynaecologen worden meegeteld, zou het aantal voor 1997 uitkomen op zo'n 18.000 verrichtingen. In dat geval is sprake van een onderschatting.

In de "Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997", uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is aandacht gegeven aan de ontwikkelingen op het gebied van de maternale serumscreening (Scheres en Hagens, 1997). Het onderstaande is aan dit hoofdstuk ontleend.

Bij 'maternale serumscreening' worden bloedmonsters van een zwangere afgenomen en getest op een drietal biochemische parameters. Dit onderzoek geeft een indicatie op chromosomale afwijkingen van de ongeborene, in het bijzonder voor het Down syndroom.

Deze techniek kan ook aanwijzingen geven voor enkele andere afwijkingen (bijvoorbeeld een open neuraalbuis-defect). De winst van deze techniek is, dat voor jongere zwangeren bij indicatie daartoe prenatale diagnostiek toegankelijk wordt en dat bij oudere zwangeren minder vruchtwaterpuncties nodig zijn.

Geschat wordt dat er in heel Nederland ongeveer 10.000 serumtesten per jaar worden uitgevoerd. Deze schatting, in combinatie met de resultaten van een tweetal studies, levert op, dat dan naar verwachting in 16 gevallen zwangerschappen met het syndroom van Down zijn herkend en in 16 gevallen andere afwijkingen (11 chromosomale en 5 neuraalbuisdefecten).

Vanwege onder meer de volgende drie redenen is deze techniek nog omstreden:

- Het resultaat van de serumtest is niet méér dan een nadere inschatting van de statistische kans op een kind met het syndroom van Down.
- Een groot deel van de zwangeren die een kind met syndroom van Down dragen, krijgt toch een gunstige testuitslag. Zij zijn “ten onrechte” gerustgesteld.
- In vijf procent van de gevallen wordt levert het onderzoek een fout-positieve uitslag op en levert dus ten onrechte ongerustheid op.

De verwachting is, dat de serumtesten voor het tweede trimester in de komende jaren verder zullen worden verfijnd, terwijl wordt onderzocht of het mogelijk is om de serumtest reeds in het eerste trimester toe te passen.

Over het onderzoek van foetale cellen in matернаal bloed merken Scheres en Hagenaars op, dat “... Sommigen verwachten dat uiteindelijk alle biochemische testen vervangen zouden kunnen worden door cytogenetisch onderzoek (...) aan foetale cellen in de maternale circulatie. Deze techniek is echter nog in een ontwikkelingsstadium.”

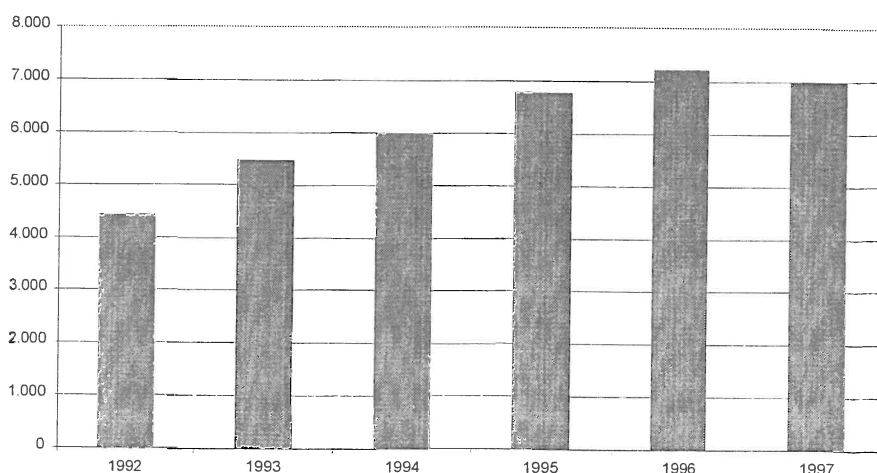
3.3 Geavanceerd prenataal ultrageluidsonderzoek

Geavanceerd ultrageluidsonderzoek is specifiek bedoeld voor het opsporen van structurele of functionele afwijkingen. Het gaat om zeer uitgebreid en gedetailleerd onderzoek naar alle orgaanstructuren van de ongeborene. Daarin verschilt het nadrukkelijk van het ‘gewone’ ultrageluidsonderzoek, alhoewel dezelfde apparatuur wordt gebruikt. Dit laatste doet vermoeden dat geavanceerd ultrageluidsonderzoek op meer plaatsen zal gebeuren dan uitsluitend in de Klinisch Genetische Centra en de daarmee samenwerkende ziekenhuizen. Waar dat echter gebeurt, kunnen de kosten niet apart worden gedeclareerd of opgenomen in het ziekenhuisbudget.

Waar ziekenhuizen samenwerken met Klinisch Genetische Centra moeten er afspraken zijn over het te hanteren protocol, over de registratie van de verrichtingen en de evaluatie van de jaarlijkse onderzoeksresultaten. Dit geldt overigens uitsluitend voor de academische ziekenhuizen en maximaal één niet-academisch ziekenhuis.

In de onderstaande grafiek wordt de ontwikkeling van het aantal ultrageluidsonderzoeken vanaf 1992 weergegeven. Ter vergelijking: de verwachtingen voor het jaar 1997 volgens de regeling van het ministerie van VWS bedroeg: 8.000 verrichtingen of patiënten. De grafiek wekt de indruk, alsof de groei zich stabiliseert rond de 7.000 patiënten.

Geavanceerd Ultrageluidsonderzoek, 1992-1997



Uitgedrukt in het aantal verrichtingen per 1.000 levendgeborenen zijn de aantallen:

Tabel 8: Aantal onderzochte personen (ultrageluidsonderzoek) per 1.000 levendgeborenen, 1992-1997

Jaar	1992	1993	1994	1995	1996	1997
	22,4	27,8	30,5	35,4	38,0	36,3

Hoogland (1997) berekent, dat er middels prenataal echoscopisch onderzoek theoretisch 2.694 afwijkingen per jaar gevonden zouden kunnen worden, wanneer de gehele zwangere populatie onder optimale omstandigheden gescreend zou worden. Op grond van gegevens over de werkzaamheid van echoscreening worden echter slechts 1.366 detecties verwacht. Het verschil tussen deze beide getallen heeft onder andere te maken met: de wisselende incidentie van afwijkingen, de wisselende sensitiviteit en specificiteit van echo-onderzoek per afwijking en het al dan niet aanwezig zijn van een optimale organisatie, apparatuur en deskundige onderzoekers.

Hoogland neemt aan dat "... een eventuele stijging van het detectiepercentage in de tijd niet overweldigend zal zijn." De auteur wijst er overigens op, dat "... het grootste deel van de echoscopisch detecteerbare aangeboren afwijkingen in eerste instantie buiten de prenatale echocentra opgespoord worden, ..." Daarna vindt nader onderzoek in de centra plaats.

In relatie tot het verschijnsel van de 'niet strikt geïndiceerde echoscopie' stelt Hoogland: "Het is denkbaar dat het optimaal, protocollair opleiden van echoscopisten die zich bezighouden met deze sector van prenatale echoscopie een toename van het aantal prenataal gedetecteerde afwijkingen tot gevolg heeft zonder dat dit leidt tot een sterke toename van de kosten van de gezondheidszorg terwijl het wel de gewenste gezondheidswinst tot gevolg kan hebben."

In dit verband acht de NVOG het juist van belang dat er een duidelijke afbakening komt tussen het eenvoudige en het geavanceerde ultrageluidsonderzoek. Dit om te voorkomen, dat gynaecologen die zich alleen met eenvoudig ultrageluidsonderzoek bezig houden, worden aangesproken op het niet opsporen van aangeboren afwijkingen (Rutten-van Mólken, e.a., 1998)

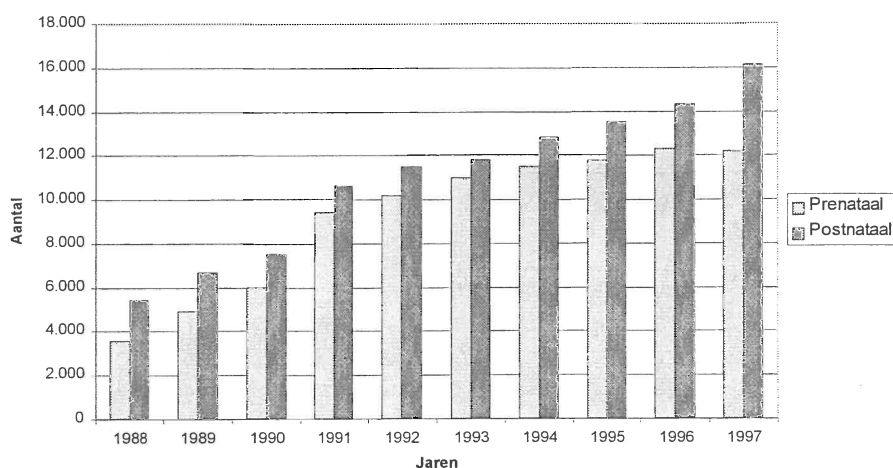
3.4 Chromosoomonderzoek

Chromosoomonderzoek betreft de diagnostiek van afwijkingen in het aantal of de structuur van chromosomen. Chromosoomonderzoek kan zowel prenataal als postnataal worden uit-

gevoerd. In onderstaande grafiek zijn beide vormen opgenomen. Daaruit is af te lezen, dat het aantal postnatale chromosoomonderzoeken nog steeds stijgt, maar dat het aantal prenatale chromosoomonderzoeken zich lijkt te stabiliseren. Dit laatste komt overeen met de verwachtingen van Broers en Pronk (1997). Zij geven als reden voor deze verwachting aan, dat er een natuurlijke bovengrens is voor het aantal onderzoeken, namelijk het aantal zwangeren ouder dan 36 jaar. Het is met name deze groep die geïndiceerd is om prenataal chromosoomonderzoek uit te laten voeren.

Het prenatale chromosoomonderzoek wordt volgens de bestaande Regeling toegestaan in maximaal zeven centra. Volgens deze regeling was de verwachting van het aantal patiënten in het jaar 1997: 14.000. Als het beeld uit de onderstaande grafiek klopt, dan zou dit aantal naar beneden toe kunnen worden bijgesteld.

Chromosoomonderzoek, 1988-1997



Het aantal prenatale onderzoeken kan ook worden uitgedrukt per 1.000 levendgeborenen en het aantal postnatale onderzoeken per 1.000.000 inwoners van Nederland. Voor de jaren 1990 tot 1997 zijn deze ratio's als volgt:

Tabel 9: Het aantal prenatale chromosoomonderzoeken (onderzochte patiënten) per 1.000 levendgeborenen en het aantal postnatale chromosoomonderzoeken (onderzochte patiënten) per 1.000.000 inwoners van Nederland, 1990-1997

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Prenataal	30,2	47,2	51,6	56,1	58,8	61,7	64,7	63,4
Postnataal	506,1	707,1	760,6	774,8	833,1	877,3	923,2	1034,9

Voor beide ratio's is over deze periode een verdubbeling te zien. Een belangrijk verschil is wel, dat deze ratio voor de prenatale chromosoomonderzoeken zich de laatste jaren lijkt te stabiliseren, terwijl die voor de postnatale chromosoomonderzoeken nog steeds een groei laat zien.

Het postnatale chromosoomonderzoek wordt volgens de bestaande Regeling toegestaan in maximaal zeven centra en in twee subcentra. In dat laatste geval onder verantwoordelijkheid van het betreffende Klinisch Genetisch Centrum. Er moet daarbij sprake zijn van een samenwerkingsovereenkomst. Volgens deze regeling was de verwachting, dat er in 1997 zo'n 11.000 patiënten geholpen zouden worden. Dit aantal lijkt echter te laag geschat. Gegeven de groei die nog uit de grafiek blijkt, zal dit aantal voor de komende jaren hoger moeten worden vastgesteld.

Ook de technologische ontwikkelingen suggereren, dat er nog een groei te verwachten is in het aantal chromosoomonderzoeken. Hennekam (1997) geeft aan dat het chromosoomonderzoek zich steeds verder ontwikkelt, waardoor sneller en effectiever steeds geringere chromosoomafwijkingen opgespoord kunnen worden.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft een internationale vergelijking gemaakt op het gebied van geavanceerde medische technologie. In dat kader heeft zij ook informatie verzameld over prenataal en postnataal chromosoomonderzoek. Uit deze publicatie (Van Mosseveld en Van Son, 1997) is de volgende tabel af te leiden:

Tabel 10: Aantal chromosoomonderzoeken per miljoen inwoners in Duitsland, Nederland en Zwitserland, 1992-1994

Land	Prenataal			Postnataal		
	1992	1993	1994	1992	1993	1994
Duitsland			982,5			982,5
Nederland	671,8	719,4	763,8	757,4	784,8	812,6
Zwitserland	1296,3	1287,8	1279,0	432,1	443,6	511,6

Bron: Van Mosseveld en Van Son, 1997

Zonder nader onderzoek naar de verschillende situaties in Duitsland en Zwitserland (bijvoorbeeld het daar geldende financiering- en verzekeringsstelsel en de daar geldende wijzen van registratie) is het moeilijk om zonder meer conclusies te trekken uit deze cijfers. Bovendien gaat het slechts om een beperkte hoeveelheid vergelijkingsmateriaal. Twee zaken vallen echter toch op:

- Voor het prenataal chromosoomonderzoek scoorde Nederland in 1994 per miljoen inwoners duidelijk lager dan Duitsland en Zwitserland. In Zwitserland lijkt het aantal prenatale chromosoomonderzoeken per miljoen inwoners af te nemen. Waar tussen 1992 en 1994 in Nederland nog een groei was waar te nemen, lijkt ook in Nederland de laatste jaren dit onderzoek zich te stabiliseren en zelfs wat af te nemen.
- Voor het postnataal chromosoomonderzoek scoorde Nederland in 1994 hoger dan Zwitserland, maar duidelijk lager dan Duitsland.

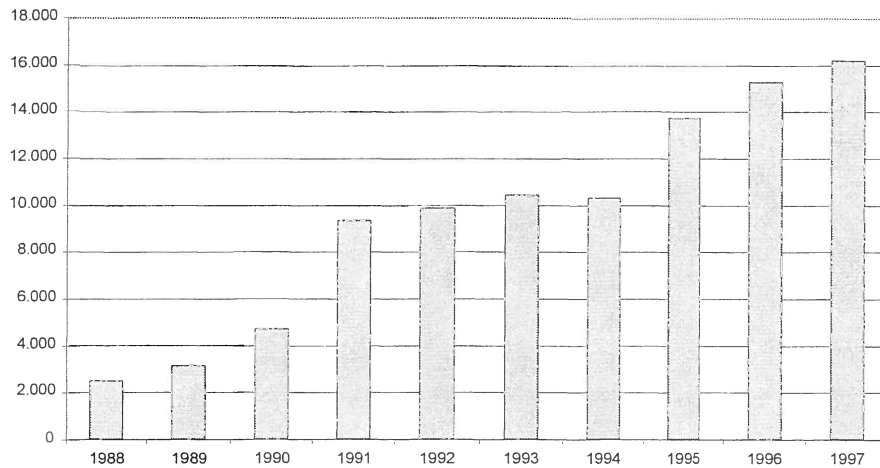
3.5 Biochemisch onderzoek

Prenataal biochemisch onderzoek is erop gericht in een vroege fase van de zwangerschap de mogelijke aanwezigheid van erfelijke stofwisselingsziekten vast te stellen. Deze onderzoeken komen betrekkelijk zelden voor. Dit soort onderzoek wordt dan ook slechts in één Klinisch Genetisch Centrum uitgevoerd. Volgens de gegevens van het NZi werd dit onderzoek in 1995 228 keer uitgevoerd, maar is dit aantal sindsdien gedaald naar 165 in 1996 en 107 in 1997. Deze daling is mede een gevolg van het feit dat er een verschuiving gaande is van biochemisch onderzoek naar DNA-onderzoek. Volgens de Regeling werd er voor 1997 gerekend op 200 patiënten.

Postnataal biochemisch onderzoek is het diagnosticeren van erfelijke ziekten of het dragerschap daarvan door middel van onderzoek van metabolieten in lichaamsvloeistoffen of het aantonen van enzym- of eiwitdefecten. Biochemisch onderzoek wordt onderverdeeld in basisdiagnostiek en enzym- of eiwitdiagnostiek. Dit onderzoek wordt in maximaal zeven Klinisch Genetische Centra uitgevoerd.

Uit onderstaande grafiek valt af te lezen, dat dit type onderzoek in omvang nog steeds groeit.

Postnataal Biochemisch Onderzoek, 1988-1997



Volgens de Regeling werd voor 1997 gerekend op 13.000 verrichtingen. Als het beeld uit de grafiek klopt, is dit aantal voor 1997 te laag geschat, terwijl er voorts nog sprake lijkt van een groei in het aantal onderzochte patiënten.

Het postnatale biochemische onderzoek kan ook worden uitgedrukt als ratio per 1.000.000 inwoners van Nederland. Dan gaat het om de volgende aantallen:

Tabel 11: Aantal postnatale biochemische onderzoeken per miljoen inwoners, 1990-1997

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
315,5	623,3	651,1	683,9	672,5	889,3	986,1	1041,2

Er zijn vermoedens dat dit onderzoek in een beperkt aantal gevallen ook buiten de verantwoordelijkheid van KGC-en wordt verricht door klinisch chemici. In ieder geval wordt het in het subcentrum in Enschede uitgevoerd (Medisch Spectrum Twente, 340 keer per jaar) en uit het ziekenhuisbudget gefinancierd. (Rutten-van Mólken, 1998)

Volgens Hennekam (1997) zal de biochemie steeds belangrijker worden, in diagnostische maar wellicht ook in curatieve zin. In dat verband is ook het eerder genoemde Humane Genoom project van belang.

3.6 DNA-onderzoek

DNA-onderzoek richt zich op het onderzoek van DNA in celkern en/of mitochondrieën. De Gezondheidsraad heeft in april 1998 een advies aan de Minister van VWS uitgebracht over het onderwerp "DNA-diagnostiek". In dat advies definieert de Gezondheidsraad DNA-diagnostiek als:

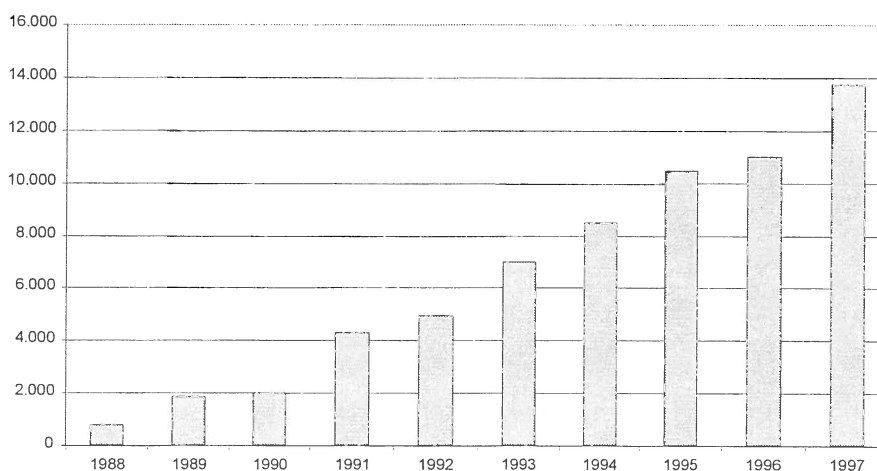
"Het onderzoek naar veranderingen en varianten in het lichaamseigen DNA die geassocieerd zijn met het ontstaan van, het risico op en het verloop van bepaalde ziektebeelden of met de reactie op bepaalde medische behandelingen".

Bij prenataal onderzoek gaat het om het vroegtijdig diagnosticeren van erfelijke en aangeboren afwijkingen in de genen van de ongeborene. Volgens de Regeling wordt prenataal DNA-onderzoek toegestaan in maximaal zeven centra.

Dit onderzoek wordt relatief zelden uitgevoerd. Tussen 1994 en 1997 gemiddeld zo'n 225 keer per jaar. In de Regeling werd voor 1997 uitgegaan van 300 prenatale DNA-onderzoeken. Dat lijkt iets te hoog geschat.

Bij postnataal DNA-onderzoek gaat het om het vaststellen of uitsluiten van aangeboren en erfelijke afwijkingen. Ook kan door middel van DNA-onderzoek het dragerschap van een erfelijke ziekte worden vastgesteld. Volgens de bestaande Regeling wordt postnataal DNA-onderzoek eveneens toegestaan in maximaal zeven centra. De verwachting voor 1997 volgens deze regeling was 10.000 diagnostische DNA-analyses. Dit aantal lijkt veel te laag geschat, zeker gegeven het feit, dat er ook nu nog sprake is van een sterke groei van het aantal onderzochte personen.

Postnataal DNA-onderzoek, 1988-1997



Wanneer het aantal met behulp van postnatale DNA-onderzoeken onderzochte personen wordt uitgedrukt per miljoen inwoners van Nederland, ontstaat het volgende beeld:

Tabel 12: Postnatale DNA-onderzoeken per miljoen inwoners, 1990-1997

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
135,0	287,1	327,1	458,5	552,2	677,3	709,2	883,3

DNA-diagnostiek wordt gebruikt bij het ontdekken van monogene ziekten, van multifactoriële ziekten en van somatische mutaties.

- Inmiddels zijn zo'n 5.000, voor het merendeel zeldzame, monogene ziekten bekend. Een voorbeeld van een relatief veel voorkomende monogene aandoening betreft familiale hypercholesterolemie. Dit kan goed worden behandeld met cholesterolverlagende middelen. Op dit moment worden er jaarlijks zo'n duizend verrichtingen voor deze diagnostiek vergoed. Er wordt echter geschat, dat er zo'n 30.000 - 40.000 mensen aan lijden.
- De meeste aandoeningen waarbij erfelijke factoren een rol spelen, hebben een multifactoriële achtergrond. Dat wil zeggen: meerdere genen, maar ook omgevings- en gedragsfactoren zijn betrokken bij het daadwerkelijk ontstaan van de ziekte. DNA-diagnostiek kan helpen bij het opsporen van de aanleg voor bepaalde veel voorkomende, erfelijke aandoeningen, zoals reuma, diabetes, psychiatrische aandoeningen, astma, hart- en vaatziekten, Alzheimer-dementie, enz. De schatting is dat 60% van de bevolking met deze ziekten in aanraking zal komen.

In al deze gevallen is bepaald niet meer sprake van zeldzame aandoeningen. Integendeel: de potentiële vraag naar DNA-diagnostiek lijkt hiermee zeer groot te zijn.

- Van een aantal vormen van kanker is inmiddels eveneens vastgesteld dat ze erfelijke componenten hebben en van sommige daarvan zijn de genen in kaart gebracht die daarbij een rol spelen. Geschat wordt dat bij ongeveer 5-10% van de gevallen van kanker er

felijke factoren van doorslaggevend betekenis zijn. De Gezondheidsraad (1998) verwacht, dat binnen vijf jaar het aantal DNA-bepalingen voor erfelijke mutaties bij solide tumoren zal verdubbelen van 2.650 nu naar 5.300 in 2005.

- Presymptomatisch DNA-onderzoek van erfelijke afwijkingen zal in de toekomst in belang gaan toenemen.
- Volgens de Gezondheidsraad is DNA-onderzoek van somatische mutaties "... een nieuwe vorm van diagnostiek die belangrijke aanwijzingen kan geven voor het te verwachten verloop van de ziekte en de meest geschikte behandelingswijze." Somatische mutaties spelen bijvoorbeeld een rol bij het ontstaan en verloop van tumoren. Het gaat hier om diagnostiek die los staat van erfelijkheidsvraagstukken. Zij wordt toegepast in de pathologie, de microbiologie, de virologie, de hematologie de immunologie en de oncologie. Een verdrie- of verviervoudiging van deze diagnostiek wordt in de komende 5 jaar verwacht. Op dit moment wordt het aantal bepalingen per centrum geschat op enkele tientallen tot enkele honderdtallen per jaar.

Het laatste voorbeeld geeft aan, dat DNA-onderzoek lang niet altijd meer te maken heeft met erfelijkheidsvraagstukken. Het kan worden gebruikt als een diagnostisch instrument om de aanwezigheid van een aandoening te bepalen. Het kan daarmee in een aantal gevallen in de plaats komen van biochemisch onderzoek vanwege de soms hogere betrouwbaarheid en sensitiviteit. (Rutten-van Mólken, 1998)

De hiervoor geschetste toepassingen van DNA-diagnostiek leiden tot een sterke groeiverwachting van deze vorm van klinisch genetisch onderzoek voor de komende jaren. De Gezondheidsraad spreekt in zijn rapport de verwachting uit, dat in de komende vijf jaar het aantal diagnostische DNA-analyses zal zijn toegenomen naar zo'n 50.000 per jaar. De Raad beschrijft dit overigens als een 'voorzichtige schatting'. De onderstaande tabel is ontleend aan het rapport "DNA-diagnostiek" van de Gezondheidsraad.

Tabel 13: Verwachte ontwikkeling aantal DNA-analyses

Klinisch veld of aandoening:	Toepassing nu:	Te verwachten over vijf jaar:
<i>DNA-diagnostiek van kiembaanmutaties:</i>		
KGC-pakket exclusief erfelijke tumoren	11.500	12 000
Erfelijke tumoren	2.650	5 000
Nieuwe monogene varianten	N.v.t.	1 000
Erfelijke anemieën	3.000	4 000
Erfelijke hemochromatose	100	500
Veneuze trombose (factor V)	5.000	10 000
Diagnostiek Bechterew (HLA)	1.000	2 000
Nieuwe genetische risicofactoren	N.v.t.	Duizenden
Medicatiegebonden	N.v.t.	(Tien)duizenden
FH (bevolkingsonderzoek)	1.000	4.000
<i>Totaal</i>	22.750	(veel) meer dan 38.500
<i>DNA-diagnostiek van somatische mutaties:</i>		
Zeldzame leukemieën	700	3.000
Andere hemato-oncologische en solide maligniteiten	4.100	(veel) meer dan 8.000

Bron: Gezondheidsraad, 1998

De Gezondheidsraad (1998) wijst op een aantal factoren die de vraag naar DNA-diagnostiek tot nog grotere hoogte zullen kunnen opstuwten:

- De DNA-microchiptechnologie zal het mogelijk maken vele DNA-sequenties te testen bij veel individuen.
- Op pagina 102 van zijn rapport stelt de Raad: "Als er een mogelijkheid bestaat om ziekteverschijnselen te voorkómen, uit te stellen of te beperken, zal voor velen zelfs een geringe risicoverhoging voldoende aanleiding zijn een DNA-test te vragen."
- Als DNA-diagnostiek een zinvolle bijdrage kan gaan leveren aan de klinische behandeling en preventie van solide tumoren, dan zou het aantal bepalingen in de tienduizenden of zelfs honderdduizenden kunnen lopen.

Een andere illustratie van de potentiële vraagontwikkeling is te ontleen aan het rapport "De huidige en toekomstige organisatie van klinisch genetisch onderzoek in Nederland" (Rutten-van Mólken, e.a., 1998). Op bladzijde 41 van dat rapport wordt een tabel gepresenteerd met een aantal veel voorkomende multifactoriële aandoeningen. Aandoeningen derhalve, waarbij DNA-diagnostiek mogelijk een rol zal kunnen gaan spelen:

Tabel 14: *Prevalentie van enkele multifactoriële aandoeningen (1995)*

Ziektebeeld	Frequentie per 1.000	Raming aantal personen met ziektebeeld	Heritability (%)	Raming aantal personen met ziektebeeld op grond van erfelijke factoren
(Essentiële) Hypertensie	50	762.000	62	472.000
Astma	40	610.000	80	488.000
Maagzweer	40	610.000	37	226.000
Hart- en vaatziekten	30	457.000	65	304.000
Schizofrenie	10	152.000	85	129.000

Bron: Rutten-van Mólken, e.a. (1998)

Het begrip 'heritability' is een schatting voor de mate waarin erfelijke factoren een rol spelen bij het ontstaan van de aandoening ten opzichte van exogene factoren.

"Dit betekent dat zodra de genen geïdentificeerd zijn die verantwoordelijk zijn voor het voorkomen van de betreffende ziekte de vraag naar DNA-diagnostiek en de daarmee gepaard gaande genetic counseling een enorme vlucht zal nemen." (Rutten-van Mólken, e.a., 1998)

De verwachting is dat DNA-diagnostiek met betrekking tot somatische mutaties de komende jaren verdrie- of verviervoudigd zal worden. Dit heeft met name te maken met de verwachte ontwikkelingen in de techniek. (Rutten-van Mólken, e.a., 1998)

Evenals voor het chromosoomonderzoek, valt ook voor het aantal DNA-onderzoeken enig internationaal vergelijkingsmateriaal te halen uit de publicatie van Van Mosseveld en Van Son (1997) "Advanced Medico-Technological Procedures".

Tabel 15: *Aantal DNA-onderzoeken per miljoen inwoners, 1992-1994*

Land	Prenataal			Postnataal		
	1992	1993	1994	1992	1993	1994
Duitsland			12,9			282,5
Nederland	8,6	10,5	13,0	375,4	428,4	481,1
Zwitserland	7,2	10,0	10,7	576,1	844,2	753,2

Bron: Van Mosseveld en Van Son, 1997

Met dezelfde voorbehouden voor internationale vergelijkingen als eerder gegeven bij het chromosoomonderzoek, kunnen de volgende constatering worden gedaan:

- Het prenataal DNA-onderzoek is in alle drie landen van geringe omvang.
- Postnataal DNA-onderzoek werd in 1994 in Duitsland per miljoen inwoners minder vaak uitgevoerd dan in Nederland, maar Nederland scoorde op haar beurt weer aanzienlijk lager dan Zwitserland.

3.7 (Complexe) erfelijkheidsadviesing

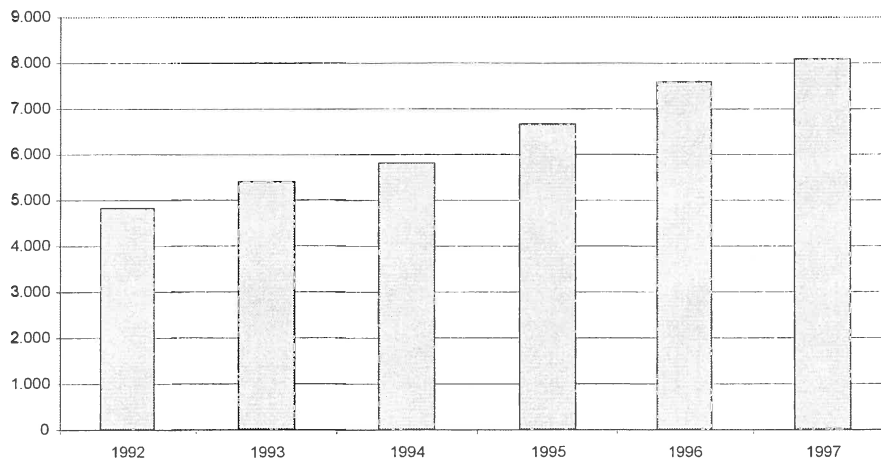
(Complexe) erfelijkheidsadviesing betreft diagnostiek, voorlichting, advies en begeleiding bij het maken van keuzen die samenhangen met de kans op het krijgen van kinderen met erfelijke of aangeboren afwijkingen, of met een persoonlijk risico dat zich in de toekomst een erfelijke ziekte openbaart. (Rutten-van Mólken, 1998)

Volgens de Regeling van het ministerie van VWS wordt complexe erfelijkheidsadviesing toegestaan in maximaal zeven centra.

Volgens deze Regeling werden er voor het jaar 1997 6.500 adviesingen verwacht. Zoals uit de grafiek blijkt, is deze verwachting een onderschatting van de werkelijkheid. In 1997 kwam het aantal complexe erfelijkheidsadviesingen uit op ruim 8.000.

De kans lijkt groot, dat de behoefte aan dergelijke adviesing nog verder zal toenemen, naarmate de kennis over de rol van erfelijke factoren bij veel voorkomende aandoeningen verder toeneemt. In tabel 14 zijn daar indicaties van te vinden.

(Complexe) erfelijkheidsadviesing, 1992-1997



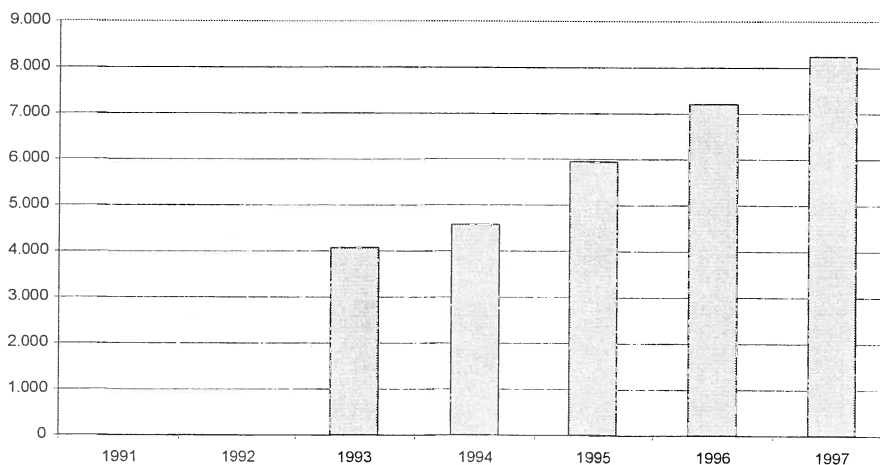
Het aantal (complexe) erfelijkheidsadviezen ontwikkelde zich tussen 1992 en 1997 van bijna 5.000 naar ruim 8.000. Ook deze ontwikkeling kan worden uitgedrukt als een ratio per miljoen inwoners van Nederland. Dan ontstaat het volgende beeld:

Tabel 16: Aantal complexe erfelijkheidsadviesingen per miljoen inwoners, 1992-1997

1992	1993	1994	1995	1996	1997
319,0	354,5	377,5	432,4	490,0	519,4

In dit verband is het wellicht informatief om te zien hoe het aantal onderzochte families zich in de loop van de jaren heeft ontwikkeld. In onderstaande grafiek is die ontwikkeling aangegeven. De gegevens zijn ontleend aan Spaan (1999).

Aantal onderzochte families, 1991-1997



Uit de grafiek blijkt een sterke stijging in de periode 1993-1997 (gemiddeld meer dan 19% per jaar). Het gaat hierbij om het aantal families dat met behulp van DNA-onderzoek is onderzocht. Tussen 1993 en 1997 steeg het aantal gevonden paren met verhoogd risico van 1.195 naar 2.127, een stijging van 78%. (Spaan, 1999)

4. HET BEHEERSINGSVRAAGSTUK

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat het beheersingsvraagstuk met betrekking tot het genetisch onderzoek centraal. Eerst worden de factoren geïnventariseerd die een verdere verspreiding van klinisch genetisch onderzoek stimuleren dan wel juist tegengaan. Vervolgens wordt –ontleend aan de beschikbare literatuur– een beeld geschetst van onderdelen van het klinisch genetisch onderzoek die al verder verspreid lijken te zijn dan uitsluitend het bereik van de klinisch genetische centra. De wettelijke grondslag voor het beheersingsbeleid van de overheid is de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). Deze wordt in paragraaf 4.4 besproken. In paragraaf 4.5 wordt aangegeven welke onderdelen van het klinisch genetisch onderzoek volgens de beschikbare literatuur wellicht voor decentralisatie in aanmerking komen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf over de rol van de Klinisch Genetische Centra.

4.2 Stimulerende en belemmerende factoren

Er zijn verschillende factoren aan te geven die een ruimere verspreiding van klinisch genetisch onderzoek bevorderen. Daarnaast zijn er ook enkele belemmerende factoren te benoemen.

Stimulerende factoren voor verspreiding van klinisch genetisch onderzoek

In de voorgaande hoofdstukken van dit rapport zijn op meerdere plaatsen ontwikkelingen aangegeven die de verspreiding van klinisch genetisch onderzoek lijken te bevorderen. Een korte samenvattende opsomming:

- De snelle kennisontwikkeling.
Deze maakt dat de resultaten van het klinisch genetisch onderzoek op steeds meer gebieden en voor steeds meer aandoeningen toepasbaar worden. Het gaat niet meer uitsluitend om erfelijkheid. DNA-diagnostiek bijvoorbeeld wordt steeds meer gebruikt als een gewone diagnostische techniek, ook bij somatische mutaties. Een ander voorbeeld kan worden gevonden in een interview met Dr. H. Brunner (Tinbergen, 1997) Brunner spreekt daarin de verwachting uit dat de genetica steeds meer deel gaat uitmaken van de reguliere geneeskunde.
- De technologische ontwikkelingen
Deze maken, dat de technologie van klinisch genetisch onderzoek gemakkelijker verspreid en dus op steeds meer plaatsen kan worden toegepast. De benodigde technieken lijken voor een groot deel niet zó bijzonder dat zij noodzakelijkerwijs in gespecialiseerde centra moeten worden ondergebracht.
- Verspreiding van kennis
De kennis van erfelijke aandoeningen en de gevolgen daarvan voor individuele personen gaan een steeds belangrijker rol spelen in steeds grotere delen van de samenleving.
- Commercie
Er zijn grote commerciële belangen bij de verdere ontwikkeling van research op het gebied van de genetica. In hoofdstuk 2 zijn daarvan enkele voorbeelden gegeven. De resultaten van deze research zullen hun invloed kunnen hebben in de vorm van diagnostische en wellicht op termijn therapeutische toepassingen in de klinische genetica.
- Vraagontwikkeling
Zoals we ook in hoofdstuk 3. hebben gezien zal naar verwachting de vraag naar klinisch genetisch onderzoek in de komende jaren blijven stijgen. Ook dit zal de druk op verdere verspreiding van deze technieken opvoeren.
- In hoofdstuk 2. is ook het begrip 'maatschappelijke druk' genoemd: het gegeven, dat zoveel partijen belang hebben bij de informatie die klinisch genetisch onderzoek op kan leveren.

Factoren die de verspreiding van klinische genetica belemmeren

Natuurlijk zijn er ook factoren –anders dan de huidige wettelijke beperkingen- die belemmerend werken op de verspreiding van klinisch genetisch onderzoek:

- Zoals voor meer handelingen in de gezondheidszorg, geldt ook voor het klinisch genetisch onderzoek, dat de kwaliteit van dat handelen gevaar loopt, wanneer er per voorziening of beroepsbeoefenaar te weinig verrichtingen kunnen worden uitgevoerd. Dat betekent dat bepaalde typen klinisch genetisch onderzoek op een beperkt aantal plaatsen geconcentreerd moeten blijven. Te denken valt daarbij aan bijvoorbeeld het prenataal biochemisch en DNA-onderzoek. Deze redenering geldt niet alleen waar het gaat om 'verrichtingen' maar ook waar het gaat om zeldzame erfelijke aandoeningen. Een taakverdeling tussen een beperkt aantal centra is dan aangewezen om de kwaliteit van de hulpverlening op peil te houden. Overigens kennen de Klinisch Genetische Centra een dergelijke taakverdeling al. (Zie bijvoorbeeld Rutten-Van Mólken e.a., 1998, pag. 33)
- Instellingen die klinisch genetisch onderzoek buiten de centra willen uitvoeren, dienen dit uit eigen middelen te financieren.
- Sommige onderdelen van het klinisch genetisch onderzoek hangen onderling samen. Dit geldt met name waar erfelijkheidsvragen een rol spelen.
- Het gaat niet alleen om de technische uitvoering van het klinisch genetisch onderzoek maar ook om aspecten als: indicatiestelling en de interpretatie en evaluatie van de resultaten. Het lijkt niet goed als de hiervoor benodigde deskundigheid versnipperd zou worden.

Het is vooralsnog onduidelijk welke factoren voor welke onderdelen van het klinisch genetisch onderzoek het zwaarst zullen wegen. Het is denkbaar dat de overheid voor sommige onderdelen beheersingsbeleid zal willen ontwikkelen, maar voor andere onderdelen daarin terughoudend zal zijn. Klinische genetisch onderzoek ten behoeve van somatische mutaties zal zich bijvoorbeeld breder kunnen verspreiden.

Er zijn inmiddels meerdere aanwijzingen, dat (onderdelen van) het klinisch genetisch onderzoek zich reeds hebben verspreid buiten de klinisch genetische centra. Soms via andere regelingen, soms buiten regelingen om. In de volgende paragraaf wordt een overzicht geschetst, gebaseerd op literatuuronderzoek.

4.3 Verspreiding van klinisch genetisch onderzoek buiten de Centra

In een interview met Dr. H. Brunner (Tinbergen, 1997) wordt opgemerkt, dat in het St. Radboudziekenhuis in Nijmegen de afdelingen neurologie, dermatologie, hematologie en urologie al zelf genetisch onderzoek doen.

Ook in de rapporten van het iMTA (Rutten-Van Mólken, e.a. 1998) over de structuur en organisatie van het klinisch genetisch onderzoek en van de Gezondheidsraad over DNA-diagnostiek wordt aandacht geschonken aan deze problematiek.

Rutten-van Mólken, e.a. (1998) geven aan (pag. 36 e.v.), dat de volgende activiteiten ook buiten de KGC-en worden verricht "op andere plaatsen dan waar de vergunningen voor zijn uitgegeven":

- Afname foetaal materiaal
Er is één geval bekend van afname van foetaal materiaal met commerciële doeleinden.
- Geavanceerd ultrageluidsonderzoek.
Het gaat hier om vermoedens, welke zijn gebaseerd op het feit dat dezelfde apparatuur kan worden gebruikt voor gewoon ultrageluidsonderzoek als voor geavanceerd onderzoek. Declaratie van geavanceerd ultrageluidsonderzoek buiten de verantwoordelijkheid van de KGC-en is echter niet mogelijk.
- Postnataal biochemisch onderzoek.

Ook hier zijn vermoedens, dat op twee plaatsen buiten de KGC-en dit onderzoek plaats vindt. Op één plaats buiten de KGC-en vindt het zeker plaats. In dat geval wordt het gefinancierd uit het instellingsbudget.

- DNA-diagnostiek met betrekking tot erfelijke afwijkingen.

Er zouden ten minste 19 klinisch chemische ziekenhuislaboratoria actief bezig zijn met het uitvoeren van DNA-bepalingen. 13 perifere en 6 academische. Ook zouden 4 laboratoria binnenkort hiermee starten. Deze DNA-diagnostiek wordt uit het eigen budget betaald. Overigens is er lang niet altijd sprake van erfelijkheidsvraagstukken, maar is DNA-diagnostiek een vervanger van en aanvuller op de tot nu toe gebruikelijke diagnostische methoden.

In toenemende mate vindt DNA-diagnostiek plaats met betrekking tot somatische mutaties. “Deze (...) valt echter niet onder artikel 18, aangezien er geen erfelijkheidsvraag speelt.”

In het rapport “DNA-diagnostiek” van de Gezondheidsraad worden de volgende waarnemingen gedaan (p. 119 e.v.):

- Een oncologisch centrum verricht DNA-onderzoek voor erfelijke vormen van kanker.
- Nu enkele DNA-bepalingen relatief eenvoudig zijn uit te voeren, neemt de belangstelling van klinisch diagnostische laboratoria toe om deze in hun assortiment op te nemen. Daarbij blijkt de wettelijke verbodsbepaling genegeerd of omzeild te kunnen worden.
- Diagnostiek van genetische risicofactoren valt merendeels buiten het werkterrein van de KGC-en.
- Chromosoomonderzoek bij proliferatieve stoornissen van het beenmerg zit wel bij de KGC-en, maar is geen erfelijkheidsonderzoek. DNA-diagnostiek dat hierop volgt is niet geregeld.
- Diagnostisch DNA-onderzoek naar somatische mutaties bij solide tumoren is in ontwikkeling en wordt gefinancierd uit researchgelden. Overgang naar reguliere patiëntenzorg wordt belemmerd door het ontbreken van een reguliere financiering.
- In het kader van patiënt-gebonden wetenschappelijk onderzoek worden op veel plaatsen DNA-analyses gedaan. Deze kunnen onderling sterk van elkaar verschillen.

De commissie van de Gezondheidsraad komt tot de conclusie:

“... dat de huidige organisatie van DNA-diagnostiek niet meer voldoende toegesneden is op de toenemende vraag en het zich uitbreidende indicatiegebied met alle consequenties voor behandeling en preventie. KGC's kunnen, zowel kwantitatief als kwalitatief, in de toekomst niet aan die vraag voldoen. Het DNA-onderzoek bij algemeen voorkomende multifactoriële ziekten zal meer ingebed moeten worden in de klinische praktijk, waar ook de indicatiestelling, de behandeling en de follow-up plaatsvindt. Ook is integratie van de deskundigheid van laboratoria op dit gebied noodzakelijk. Voor de diagnostiek van verworven afwijkingen van het genetisch materiaal, met name de somatische mutaties, is reguliere financiering nodig.” (pag. 120)

Deze signalen duiden erop dat het klinisch genetisch onderzoek zich ook buiten de klinisch genetische centra heeft verspreid. Dat leidt tot de vraag in hoeverre de overheid invulling wil gaan geven aan een eventueel door haar gewenst beheersingsbeleid. Het belangrijkste instrument daartoe is de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV).

4.4 De Wet Bijzondere Medische Verrichtingen

De Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) is sinds 14 november 1997 van kracht. Via deze wet is de overheid in staat een landelijke regie te ontwikkelen ten aanzien van specifieke onderdelen van de gezondheidszorg. Argumenten om bepaalde medische verrichtingen onder de WBMV te laten vallen kunnen zijn:

- Het gaat om complexe medische technologie (topzorg)

- Er is nog onvoldoende zicht op doelmatigheid en indicatiestelling (ontwikkelingsgeneeskunde)
- Er is sprake van ethische en maatschappelijke vraagstukken
- De kwaliteit, doelmatigheid en kostenbeheersing van de betreffende medische verrichtingen vraagt nadrukkelijk aandacht.

De WBMV kent drie instrumenten om onderdelen van de gezondheidszorg te reguleren:

- Een subsidiestelsel voor bijzondere aspecten van medische verrichtingen
- Een subsidiesysteem voor ontwikkelingsgeneeskunde
- Een verbodssysteem

Er zijn twee vormen voorzien:

- Een vergunning voor een aangewezen instelling om een verrichting uit te voeren in combinatie met een verbod diezelfde verrichting elders uit te voeren.
- Een algemeen verbod op het uitvoeren van bepaalde medische verrichtingen

De klinische genetica werd voorheen gereguleerd op basis van artikel 18 WZV. Zij valt nu ook onder de WBMV en wordt geregeld op grond van artikel 2 en artikel 5 van de WBMV. Artikel 2 regelt middels een vergunningstelsel annex verbodsbepaling de plaats waar klinisch genetisch onderzoek mag worden verricht.

Artikel 5 regelt de omvang van de behoefte aan verrichtingen en apparatuur en de wijze waarop in die behoefte kan worden voorzien. "Behoeft" is hierbij een normatief begrip. Er moet onder worden verstaan: het voldoende geachte aanbod aan voorzieningen. (Zie: Documentatie Management Intramurale Zorg)

In het kader van de toepassing van de WBMV zijn uit het voorgaande in dit rapport een aantal waarnemingen relevant:

1. De snelle ontwikkeling van zorgaanbod en zorgvraag op het gebied van het klinisch genetisch onderzoek. Wanneer wordt geformuleerd dat de overheid moet vaststellen wat voor een termijn van meerdere jaren een voldoende geacht aanbod aan voorzieningen is, is dat juist voor (onderdelen van) het klinisch genetisch onderzoek een zware opgave. Zoals in hoofdstuk 3 duidelijk is geworden, kennen sommige onderdelen van het klinisch genetisch onderzoek een sterke groei, zonder dat echt valt te voorspellen hoe sterk die groei is en of de groei zich in die mate zal blijven voortzetten.
2. Sommige toepassingen van bepaalde typen genetisch onderzoek (bijvoorbeeld DNA-diagnostiek) kennen een sterke samenhang met andere medische diagnostiek. Het erfelijkheidsvraagstuk speelt dan in veel mindere mate een rol.
3. Een derde vraagstuk is hoe beheersing kan worden bereikt, waar de grenzen tussen verschillende soorten genetisch onderzoek steeds meer beginnen te vervagen. Daarbij valt te denken aan de grenzen tussen biochemisch, chromosoom- en DNA-onderzoek, maar ook aan de al eerder genoemde ontwikkeling naar 'life-science', waarbij blijkt dat zelfs het onderscheid tussen plantkundig, dierkundig en humaan genetisch onderzoek begint te vervagen.

In ieder geval kan worden geconcludeerd dat niet alle onderdelen van het klinisch genetisch onderzoek over één kam vallen te scheren. Wellicht zal de beheersing van de ontwikkeling van het genetisch onderzoek een meer gedifferentieerd karakter kunnen krijgen.

Een voorbeeld van een dergelijk genuanceerd beeld is te ontlenu aan het standpunt van de Minister over gentherapie. (Zie de brief van de Minister d.d. 2 april 1998). Daarin houdt de minister de optie open om tot een vorm van concentratie van de toepassing ervan in enkele centra te komen.

Op dit moment acht zij concentratie op grond van de WBMV echter nog niet nodig. De toetsing door de centrale commissie in het kader van de Wet op het Medisch Onderzoek garandeert in haar ogen dat het gentherapeutisch medisch-wetenschappelijk onderzoek slechts

daar plaatsvindt waar voldoende ervaring en deskundigheid aanwezig is [Minister van VWS, 1998].

4.5 Deconcentratie

Het klinisch genetisch onderzoek heeft de laatste jaren een sterke ontwikkeling doorgemaakt. Op meerdere plaatsen in de literatuur wordt dan ook de vraag aan de orde gesteld in hoeverre concentratie van klinisch genetisch onderzoek op basis van de WBMV nog wenselijk is. In de literatuur zijn argumenten voor en tegen deconcentratie te vinden die met elkaar een genuanceerd beeld schetsen. In deze paragraaf wordt getracht deze nuances weer te geven. Hierbij is met name gebruik gemaakt van de rapporten "De huidige en toekomstige organisatie van klinisch genetisch onderzoek in Nederland" (Rutten-van Mólken, e.a., 1998) en "DNA-diagnostiek" (Gezondheidsraad, 1998).

Een eerste argument voor concentratie van klinisch genetisch onderzoek is gelegen in de samenhang tussen de verschillende soorten onderzoek. Rutten-van Mólken, e.a. (1998) signaleren bijvoorbeeld: "Voor een toenemend aantal indicaties is zowel chromosomaal als DNA-onderzoek vereist."

Daar staat tegenover dat er steeds meer afbakeningsproblemen gaan ontstaan tussen de verschillende typen klinisch genetisch onderzoek. Dit geldt vooral voor het postnataal klinisch genetisch onderzoek. Deze afbakeningsproblemen hebben hoofdzakelijk te maken met de vraag of er al dan niet sprake is van een erfelijke vraagstelling. Steeds meer wordt bijvoorbeeld DNA-onderzoek verricht als diagnostische techniek voor somatische mutaties. De samenhang met andere vormen van klinisch genetisch onderzoek is dan minder belangrijk. Naar verwachting zal in dit verband het belang van DNA-diagnostiek verder toenemen bij de diagnostiek van multifactoriële aandoeningen. "Bij deze aandoeningen zal de afstemming met andere specialismen belangrijker worden dan de afstemming tussen diverse vormen van klinisch genetisch onderzoek" (Rutten-van Mólken, e.a., 1998, pag. 76).

De auteurs stellen: "Voor de somatische chromosoom- en DNA-diagnostiek kan dan ook gesteld worden dat deze niet thuishoort onder de artikel 18 functie 'klinische genetica', vanwege het ontbreken van een erfelijkheidsvraagstelling" (Rutten-van Mólken, e.a., 1998, pag. 77). Ook uit het eerder aangehaalde citaat uit het rapport DNA-diagnostiek van de Gezondheidsraad (zie bladzijde 32) valt een dergelijke strekking af te leiden.

Bovenstaande bevindingen suggereren een splitsing van het beheerssysteem van het klinisch genetisch onderzoek: In geval van erfelijkheidsvraagstukken concentratie van dit onderzoek (middels de WBMV) volhouden, ingeval van diagnostiek ten behoeve van somatische mutaties, deconcentratie toestaan. Meerdere partijen, zoals bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Klinische Chemie (NVKC), de Vereniging Artsen Laboratoriumdiagnostiek (VAL), de Nederlandse Vereniging voor Immunologie (NVI) en de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVP) bepleiten onder meer op deze gronden om de DNA-diagnostiek te decentraliseren (zie: Rutten-van Mólken e.a., 1998, pag. 43).

De Gezondheidsraad (1998) maakt daarbij onderscheid tussen complexe en niet-complexe vormen van DNA-diagnostiek. Voor bepalingen van complexe aard is naar haar mening "... expliciet concentratie nodig omwille van de kwaliteit, de doelmatigheid en de implicaties" (pag. 124).

De Gezondheidsraad acht op dit moment het merendeel van de bepalingen op het gebied van de DNA-diagnostiek complex van aard. Op termijn zullen wellicht een grotere dynamiek in de taakverdeling mogelijk zijn, maar voorlopig is een grote mate van concentratie wenselijk. De Gezondheidsraad geeft overigens voor de toekomst aan, dat niet de techniek van de DNA-diagnostiek doorslaggevend zal zijn voor het al dan niet concentreren, "... maar de indicatiestelling bij en de consequenties voor patiënten en, bij erfelijke mutaties, gezonde familieleden en volgende generaties" (pag. 125).

Rutten-van Mólken, e.a. (1998) geven aan, dat met name de volgende typen klinisch genetisch onderzoek kandidaten zijn om voor deconcentratie in aanmerking te komen.

- Het geavanceerd ultrageluidsonderzoek, omdat daarvoor geen bijzondere apparatuur nodig is. Een beperkende factor is hierbij wel, dat voldoende expertise nodig is.
- Basisdiagnostiek van erfelijke stofwisselingsziekten. Een aantal ziekenhuizen en streek-laboratoria hebben reeds expertise op dit gebied.
- Postnatale DNA-diagnostiek. Dit wordt al door verschillende specialismen uitgevoerd. Ook zijn er voor sommige erfelijke aandoeningen al kant en klare “DNA-testkits” beschikbaar die diagnostiek relatief eenvoudig maken.
- Afname foetaal materiaal kan door iedere gynaecoloog worden uitgevoerd. Voorwaarde is wel, dat deze voldoende frequent de verrichting uitvoert.
- De FISH-techniek is een voorbeeld van een techniek voor chromosoomonderzoek, die ook in een perifere ziekenhuis zou kunnen worden uitgevoerd.

Er zijn echter ook gevaren verbonden aan het deconcentreren van klinisch genetisch onderzoek. Onder meer worden genoemd:

- De samenhang tussen de verschillende vormen van klinisch genetisch onderzoek gaat verloren. Dit speelt vooral waar sprake is van erfelijkheidsvraagstukken.
- Gemiddeld worden per specialist te weinig onderzoeken gedaan, waardoor er bijvoorbeeld te weinig ervaring wordt opgedaan met uitzonderingsgevallen.
- De nu bestaande taakverdeling en concentratie in het klinisch genetisch onderzoek zou verdwijnen.
- Gegeven de snelheid en de omvang van de ontwikkelingen in kennis en technologie is het onmogelijk voor iedere specialist die betrokken is bij klinisch genetisch onderzoek om de ontwikkelingen in het vakgebied te blijven volgen. Concentratie van klinisch genetisch onderzoek in een beperkt aantal centra kan dit gevaar ondervangen.
- Een ander gevaar is dat de kennis over klinisch genetisch onderzoek steeds meer versnipperd gaat worden.
- Waar klinisch genetisch onderzoek buiten de KGC-en wordt gedaan, zou onvoldoende aandacht kunnen worden gegeven aan familieproblematiek. Dat gevaar dreigt ook voor de eventuele noodzakelijke psychosociale hulpverlening.
- Verder zijn er nog allerlei ethische consequenties, waarover de maatschappelijke discussie nog lang niet volledig is gevoerd.

(Rutten-van Mólken, e.a., 1998)

Rutten-van Mólken, e.a. (1998) komen tot de conclusie dat deconcentratie –althans het loslaten van de beheersing via artikel 18 WZV, respectievelijk de WBVM- gunstig zou kunnen uitwerken waar het gaat om patiëntvriendelijkheid, toegankelijkheid en een doelmatig aanbod van de afzonderlijke deelfuncties. Nadelige consequenties worden echter gezien waar het gaat om: de samenhang tussen de deelfuncties, de onderlinge taakverdeling, de ontwikkeling van de expertise, de kwaliteit, de transparantie en de beschikbaarheid van voldoende middelen.

4.6 De klinisch genetische centra

Uitgaande van de advisering door de Ziekenfondsraad (1998) lijkt het beleid van de overheid zich nu te richten op integratie van de klinisch genetische centra in de academische ziekenhuizen (“wel integratie”) en tegelijkertijd het klinisch genetisch onderzoek nog wel onder de werking van de WBMV te laten vallen (“geen uittrede”).

Dit betekent, dat het klinisch genetisch onderzoek geheel of grotendeels geconcentreerd blijft in klinisch genetische centra. Aan de literatuur zijn meerdere argumenten te ontleen om het klinisch genetisch onderzoek inderdaad in gespecialiseerde centra te concentreren. Enkele voorbeelden:

- De klinisch genetische centra zullen een consultatieve functie moeten vervullen voor de eerste en tweede lijn. Die functie wordt al verricht maar zal verder versterkt moeten worden. (Otten, 1997)

- De ontwikkelingen in de klinische genetica gaan zó snel, dat wat nu wordt geleerd binnen enkele jaren hopeloos verouderd is. De enige manier om actuele kennis effectief te verspreiden is via voorlichting vanuit centra die daarin zijn gespecialiseerd.
- Broers en Pronk (1997) geven aan, dat in de toekomst is te verwachten dat steeds meer informatie beschikbaar komt over erfelijke ziekten. Steeds meer mensen zullen op dit gebied worden voorgelicht en zo nodig worden verwezen naar klinisch genetische centra.

Uit de literatuur komt de indruk naar voren, dat aan de ene kant de grenzen tussen verschillende typen klinisch genetisch onderzoek vervagen (chromosoom-, DNA- en biochemisch onderzoek), maar dat aan de andere kant er een steeds duidelijker grens begint te ontstaan tussen erfelijkheidsvraagstukken en niet-erfelijkheidsvraagstukken. De klinisch genetische centra zouden met name voor de erfelijkheidsvraagstukken nadrukkelijk de expertisecentra moeten zijn.

Bolt (Welwezen, 1997) beargumenteert dat het testen voorbehouden aan KGC-en voorlopig maar zo moet blijven. Advisering en kennis vormen een zware belasting. Er spelen ook allerlei nieuwe psychologische verschijnselen mee.

De Gezondheidsraad (1998, pag. 132) meent, dat de KGC-en een belangrijke taak zullen hebben ten aanzien van de volgende aspecten van het klinisch genetisch onderzoek:

- Expertise op het gebied van counselingsaspecten.
- De gerichtheid op families over meerdere generaties.
- Opleiding en consultatie.
- Opleidingstaken voor huisartsen, klinisch specialisten en paramedici.
- Prenatale diagnostiek.
- De kwaliteitsbewaking van de indicatiestelling, uitvoering en follow-up van DNA-diagnostiek buiten de KGC-en.

De laatste formulering beperkt zich tot de DNA-diagnostiek, omdat het rapport van de Gezondheidsraad daarover gaat. Het is denkbaar, dat een analoge uitspraak zou kunnen gelden voor al het klinisch genetisch onderzoek dat buiten de KGC-en wordt of gaat worden uitgevoerd. KGC-en kunnen een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van protocollen van verrichtingen die buiten de KGC-en plaats vinden.

Uit het bovenstaande kan het volgende beeld worden samengevat:

Veel van de klinisch genetische onderzoeken die gericht zijn op de opsporing van somatische mutaties zouden gedeconcentreerd kunnen worden (bijvoorbeeld DNA-diagnostiek), maar erfelijkheidsvraagstukken geconcentreerd zouden moeten blijven in de klinisch genetische centra. Argumenten hiervoor zijn onder meer:

- de snelle ontwikkelingen in kennis en technologie die slechts kunnen worden bijgehouden door deskundigheid te concentreren
- een groot verzorgingsgebied is nodig om ervaring te kunnen opdoen met zeldzame erfelijke aandoeningen
- onderzoek naar erfelijkheidsvraagstukken vraagt ook om psychosociale begeleiding en nazorg. Ook dat is een aparte deskundigheid.

Vanuit deze overwegingen zou de huidige regeling, toegespitst op erfelijkheidsvraagstukken, in grote lijnen kunnen worden gehandhaafd.

De functie van de KGC-en zou in de toekomst uitgebreid kunnen gaan worden. Al eerder is aangegeven dat voorlichting over erfelijkheidsvraagstukken dicht bij de mensen zou moeten worden gebracht ('Community genetics'). Meer voorlichting zal leiden tot meer vragen en wellicht ook tot meer doorverwijzingen naar de KGC-en. Daarnaast zullen de meeste mensen zich met vragen over erfelijkheidskwesties in eerste instantie wenden tot hun behandelend arts (in veel gevallen de huisarts). Het ligt voor de hand, dat in de toekomst de vraag om bijscholing en consultatie aan KGC-en verder zal gaan toenemen. Die vraag zal kunnen

gaan komen van huisartsen, medisch specialisten en paramedici. Daarnaast zal ook de consultatiefunctie naar bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg kunnen toenemen.

Een laatste belangrijke ontwikkeling is dat KGC-en in toenemende mate in netwerken zullen gaan functioneren naar andere zorginstellingen. Galjaard (1997, II) zegt daarover onder meer:

“Om in de toekomst optimale zorg en preventie te bereiken, zullen nieuwe samenwerkingsstructuren moeten worden gecreëerd. Daarbij zouden er meer gezamenlijke poliklinieken en onderzoeksprojecten moeten komen van KGC's en verschillende klinische disciplines. (...) In de komende jaren zal ook een heroverweging moeten plaatsvinden van de nu nog gebrekkige samenwerking tussen de KGC's en de eerstelijnsgezondheidszorg.”

Het is denkbaar dat KGC's middels dit soort netwerken ook taken krijgen op het gebied van bijvoorbeeld protocolontwikkeling en kwaliteitsbevordering van onderzoek op het gebied van erfelijkheidsvraagstukken dat door derden wordt verricht. Denk bijvoorbeeld aan het onderzoek naar erfelijke factoren bij kanker.

5. INFORMATIEPROBLEMATIEK

Punsgewijs kan de informatieproblematiek vanaf het niveau van de patiëntenzorg tot aan het niveau van het overheidsbeleid als volgt worden getypeerd:

- Het onderscheid tussen klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van somatische mutaties is niet altijd scherp te onderscheiden van onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadvisering. Immers, het eerste type onderzoek kan altijd leiden tot bevindingen die wel te maken hebben met erfelijkheidsvraagstukken.
- Door de snelle ontwikkelingen bestaat er nauwelijks inzicht in de te verwachten vraag naar (verschillende onderdelen van) het klinisch genetisch onderzoek. De opbouw van kennis en de technologische ontwikkelingen lijken snel te gaan. Onduidelijk is derhalve hoeveel mensen op termijn geïndiceerd zullen zijn voor klinisch genetisch onderzoek. Deze onzekerheid in de ontwikkeling van de zorgvraag wordt nog versterkt door het algemeen geaccepteerde uitgangspunt van het recht op het niet-weten: mensen behoeven geen gebruik te maken van de aangeboden mogelijkheden tot genetische diagnostiek.
- Op het niveau van de organisaties (de klinisch genetische centra) is nog geen volledige beschikbaarheid van relevante gegevens gerealiseerd. In het rapport van Rutten-van Mólken, e.a. (1998) valt het bijvoorbeeld op, dat er in de diverse kwantitatieve overzichten nogal wat gaten zitten. Dat geldt zowel voor organisatorische zaken als personeelsgegevens, als voor inhoudelijke zaken als de effectiviteit van de uitgevoerde onderzoeken.
- Rutten-van Mólken, e.a. (1998) wijzen erop dat integratie van klinisch genetische centra in de academische ziekenhuizen als nadelige consequentie zou kunnen hebben dat de transparantie van productie en financiering van het klinisch genetisch onderzoek afneemt.
- Ten aanzien van het niveau van het klinisch genetisch onderzoek in Nederland als zodanig moet worden geconstateerd, dat niet precies bekend is, waar momenteel klinisch genetisch onderzoek ook buiten de klinisch genetische centra wordt uitgevoerd. In de literatuur (zie bijvoorbeeld Rutten-van Mólken, 1998 en Gezondheidsraad, 1998) worden enkele concrete voorbeelden genoemd van klinisch genetisch onderzoek buiten de KGC-en genoemd. Daarnaast worden ook vermoedens geuit over de waarschijnlijkheid van verdere verspreiding van dit type onderzoek.
- De snelle ontwikkelingen in kennis en technologie dreigen een kloof te creëren tussen deze inzichten en de ontwikkeling van het overheidsbeleid. De overheid tracht deze kloof zo klein mogelijk te houden door aan de Gezondheidsraad vragen te stellen over de (te verwachten) ontwikkelingen op onderdelen van het klinisch genetisch onderzoek. Voorbeelden daarvan zijn onder meer de rapporten over: genetische screening (1994), genetherapie (1997) en DNA-diagnostiek (1998).
- Ten aanzien van de voor de overheid benodigde kwantitatieve gegevens kan worden opgemerkt, dat met name waar het gaat om de productie in termen van uitgevoerde onderzoeken de beschikbare informatie onvolledig is. Onder meer in het voorliggende rapport zijn daarom gegevens weergegeven met betrekking tot het aantal onderzochte patiënten. Rutten-van Mólken, e.a. (1998) merken in dit verband op:

“Indien er bij het Ministerie behoefte bestaat aan meer informatie omtrent de productie zou kunnen worden overwogen de NZi-enquête uit te breiden. Hierbij dient wellicht als kanttekening te worden gemaakt dat niet het idee bestaat dat de informatie systematisch wordt gebruikt, geëvalueerd en teruggekoppeld. Dit heeft als gevolg dat de enquête slecht wordt ingevuld.” (pag. 70)

Als dit gegeven wordt gecombineerd met de eerdere waarneming dat niet precies bekend is, welke klinisch genetische onderzoeken in welke omvang buiten de KGC-en worden verricht, dan is het inzicht in de werkelijk omvang van de productie wellicht gebrekkig.

6. SAMENVATTING

De kern van de problematiek in deze deelsector van de curatieve somatische zorg lijkt te zijn de sterke groei in de ontwikkeling van kennis en technologische mogelijkheden en de vraag voor de overheid of en in hoeverre die ontwikkeling om beheersingsbeleid vraagt.

Over de vraag of de overheid bij deze ontwikkeling betrokken moet zijn, lijken de meeste auteurs het wel eens. Er is een brede maatschappelijke betrokkenheid bij de ontwikkeling van het klinisch genetisch onderzoek, maar de maatschappelijke discussie erover is nog nauwelijks echt op gang gekomen. Er staan nog talrijke ethische vraagstukken open, maar ook vraagstukken op het gebied van privacy en kwaliteit van zorgverlening in termen van de benodigde zorgvuldigheid naar patiënten en familieleden.

Het is de vraag in hoeverre beheersingsbeleid effectief kan worden toegepast. Deskundigen vermoeden dat nu al bepaalde vormen van klinisch genetisch onderzoek buiten de daarvoor geldende regelgeving om worden uitgevoerd. De financiële drempels lijken daarvoor in ieder geval niet erg hoog te zijn. Dat laatste maakt, dat het betrekkelijk eenvoudig is om op eigen kosten klinisch genetisch onderzoek uit te voeren, wanneer dat bijvoorbeeld past in een streven naar een zo compleet mogelijke diagnostiek. Daarbij komen bovendien de grote commerciële belangen bij zowel de toelevering van de benodigde onderzoeksmaterialen ("test-kits") als de ontwikkeling van diagnostische en wellicht te zijner tijd ook therapeutische middelen.

De (gehonoreerde) vraag naar klinisch genetisch onderzoek ontwikkelt zich snel. Met name geldt dit voor het postnatale chromosoom, biochemische en DNA-onderzoek. De vraag doet zich voor in welke fase van ontwikkeling de verschillende typen klinisch genetisch onderzoek zich bevinden. Er kan sprake zijn van een eerste ontwikkelingsfase, waarin de groei langzaam lineair is, een groeifase, waarin de groei een exponentieel karakter heeft en een verzadigingsfase, waarin de groei afvlakt. Dit laatste lijkt zich met name voor de prenatale onderzoeken voor te doen. Voor de postnatale onderzoeken is het de vraag in welke fase zij zich bevinden: de eerste ontwikkelingsfase of de groeifase. In de literatuur is niet veel te vinden over prognoses van de zorgvraag, anders dan algemene en in een enkel geval globale kwantitatieve verwachtingen.

RELEVANTE LITERATUUR

Bolt, I.: **Erfelijkheidsadvies – Aandacht voor zelfbeschikking én voor de sociale omgeving**, Versie, maart 1998, pp. 44-49

Bostyn, S.J.R.: **Octrooirecht en ge(e)net(h)ica**, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1998, Nr. 4, pp. 186-201

Broers, C.J.M., J.C. Pronk: **Endogene determinanten**, in: **Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1977, Deel I: De gezondheidstoestand: een actualisering**, Elsevier/De Tijdstroom, Utrecht, 1977

Buijs, G.J., B.W. Naber: **Overheid kan topzorg regisseren**, Zorgvisie, Jrg. 10, 14 augustus 1998, pp. 18-20

Buis, S.: **Over octrooien op genen**, Medisch Contact, Jrg. 53, Nr. 6, 6 februari 1998, pp. 195-198

Centraal Bureau voor de Statistiek: **Maandstatistiek bevolking** Jaargang 1998, Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg

Centraal Bureau voor de Statistiek: **Maandstatistiek bevolking** Jaargang 1999, Nr. 1, Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg

Documentatie Management Intramurale Zorg: **Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV)**, Nr. 1 C2a (september 1998), pp. (1-1) – (2-10)

Dunning, A.J.: **Ken Uzelf**, medisch Contact, Jrg. 52, Nr. 50, 12 december 1997, p. 1577

Eb, M.M. van der, F.H.E. Schagen, H. van Ormondt, R.C. Hoeben: **Gentherapie voor hemofilie: in principe uitvoerbaar, maar nog niet klinisch toepasbaar**, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 11 april 1998, pp. 840-843

Galjaard, H.: **De klinische genetica in Nederland. I. Organisatie, activiteiten en laboratoriumdiagnostiek**, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 6 december 1997, pp. 2380-2385

Galjaard, H.: **De klinische genetica in Nederland. II. Erfelijkheidsadvisering en prenatale diagnostiek**, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 6 december 1997, pp. 2386-2391

Galjaard, H.: **Toekomstige ontwikkelingen in het erfelijkheidsonderzoek. I. Technologische mogelijkheden**, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 13 december 1997, pp. 2432-2437

Galjaard, H.: **Toekomstige ontwikkelingen in het erfelijkheidsonderzoek. II. Psychologische en maatschappelijke aspecten**, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 13 december 1997, pp. 2438-2443

Gezondheidsraad: Commissie Screening erfelijke en aangeboren aandoeningen: **Genetische screening**, Gezondheidsraad, Den Haag, 1994

Gezondheidsraad: Commissie DNA-diagnostiek: **DNA-diagnostiek**, Publikatie nr. 1998/11, Gezondheidsraad, Rijswijk, 1998

Hennekam, R.: **VTO en klinische genetica**, VTO Nieuwsbrief, Jrg. 14, nr. 3, juni/juli 1997

Hoogland, H.J.: **Echoscopische detectie van aangeboren afwijkingen**, in: Gunning-Schepers, L.J., J.Jansen (Eindredactie): **Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997, deel IV: Effecten van preventie**, Elsevier/De Tijdstroom, Utrecht, 1997

Jochemsen, H.: **Gevaarlijke genen??**, Inaugurale rede, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1998

Kate, L.P. ten: **Genetische diagnostiek nu en morgen. Wie profiteert er van?** Tijdschrift voor Gezondheid en Ethiek, Jrg. 6, 1996, Nr. 3, pp. 67-70

Kate, L.P. ten: **Genetica en ziekte nu**, Medisch Contact, Jrg. 52, Nr. 50, 12 december 1997, pp. 1585-1584

Kate, L.P. ten: **Met Community Genetics meer mogelijkheden om tot geïnformeerde keuzen te komen**, Medisch Contact, Jrg. 53, Nr. 39, 25 september 1998, pp. 1248-1249

Kate, L.P. ten, Ch. Broers, F.H. Menko, J.C. Pronk: **Genetische screening buiten de zwangerschap**, in: Gunning-Schepers, L.J., J.Jansen (Eindredactie): **Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997, deel IV: Effecten van preventie**, Elsevier/De Tijdstroom, Utrecht, 1997

Kruijff, A.F., R.F. Schreuder: **Toekomstscenario's Voorspellende Geneeskunde**, Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Zoetermeer, november 1998

Kruijff, A.F., R.F. Schreuder: **Chronisch zieken en scenario's genetica**, Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Zoetermeer, februari 1999

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: **Gentherapie**, Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal, Kamerstuk 25.973, Nr. 1, Rijswijk, 2 april 1998

Mosseveld, C.J.P.M. van, P. van Son: **Advanced Medico-Technological Procedures**, Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg, december 1997

Ommen, G.J.B. van: **De rol van het humane-geenoomproject in genetica, geneeskunde en gezondheidszorg**, Medisch Contact, Jrg. 52, Nr. 50, 12 december 1997, pp. 1582-1584

Otten, R.: **Genetische kennis haalt artsen in**, Medisch Contact, Jrg. 52, Nr. 50, 12 december 1997, pp. 1575-1576

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: **Zelftests**, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer, maart 1999

Redactie: **Plantenonderzoek in turboversnelling**, Het Financiële Dagblad, 2 februari 1999

Rutten-van Mólken, M.P.M.H., T. van der Woude, C.C.M.C. Wiggers, M. Sliggers: **De huidige en toekomstige organisatie van klinisch genetisch onderzoek in Nederland**, NZi / iMTA, Utrecht/Rotterdam, februari 1998

Scheres, J.M.J.C., A.M. Hagenaars: **Effecten van maternale serumscreening**, in: Gunning-Schepers, L.J., J.Jansen (Eindredactie): **Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997, deel IV: Effecten van preventie**, Elsevier/De Tijdstroom, Utrecht, 1997

Spaan, J.M.: **Bijzondere Medische Verrichtingen in getallen over de periode 1993-1997**, NZi/VWS, Utrecht/Den Haag, mei 1999

Tijmstra, Tj.: **Kennis maakt verantwoordelijk**, Medisch Contact, Jrg. 52, Nr. 50, 12 december 1997, pp. 1578-1581

Tinbergen, M.: **Klinisch geneticus dr. Han Brunner over de toekomst van de genetica**, KUNieuws, Jrg. 26, Nr. 32, 23 mei 1997

Velden, L.F.J. van der, H. Calsbeek, L. Hingstman: **Behoefteraming klinisch genetici 1997-2010**, NIVEL, Utrecht, augustus 1998

Verheij, J.C.: **Erfelijkheidsonderzoek en verzekeringen**, Medisch Contact, Jrg. 52, Nr. 50, 12 december 1997, pp. 1588-1590

Vonk, R., B.J.M. van de Wetering, M.F. Niermeijer: **De erfelijkheid van psychiatrische aandoeningen – Recente ontwikkelingen deel I: onderzoeksmethodologie, erfelijkheidsadvisering, bevindingen bij eetstoornissen, angststoornissen en alcoholafhankelijkheid**, Tijdschrift voor Psychiatrie, Jrg. 40, (1998), Nr. 2, pp. 68-79

Vonk, R., B.J.M. van de Wetering, M.F. Niermeijer: **De erfelijkheid van psychiatrische aandoeningen – Recente ontwikkelingen deel II: bevindingen bij schizofrenie, stemmingsstoornissen en de ziekte van Alzheimer**, Tijdschrift voor Psychiatrie, Jrg. 40, (1998), Nr. 2, pp. 68-79

Vrij Nederland: **Nieuw: genetische medicijnen op maat**, Vrij Nederland, 30 januari 1999, pp. 20-21

Warner, M., M. Langley, R. Iredale: **The impact of the new genetics on healthcare**, In: International Hospitale Federation, 50th anniversary commemoration, Hospitals & Healthcare – Past, Present and Future, 1998

VSOP en NCCZ: **INTENTIEVERKLARING “Genetisch onderzoek en chronische ziekten in de volgende eeuw”**, VSOP Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties betrokken bij erfelijke en/of aangeboren afwijkingen / Nationale Commissie Chronisch Zieken, Zoetermeer, 23 januari 1997

Welwezen: **Visies op de toenemende kennis over erfelijkheid** (Themanummer), Nr. 6, 1997

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid: **Volksgezondheidszorg**, Sdu Uitgevers, Den Haag, 1997, pp. 60-63

Ziekenfondsraad: **Evaluatie planningsregeling klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering**, Ziekenfondsraad, Amstelveen, 1998

Zwieten, M. van, H. ten Have: **Geneticalisering: een nieuw concept**, Medisch Contact, Jrg. 53, Nr. 12, 20 maart 1998, pp. 398-400

Tabel: Aantal onderzochte patiënten klinisch genetisch onderzoek, 1988-1997

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Jr. Gr.
Vruchtwaterpuncties			6.126	4.360	5.083	7.627	7.887	8.324	9.117	8.938	5,5%
Vlokkentest			3.583	3.046	3.104	3.896	3.851	3.742	3.720	3.578	0,0%
Afname foetaal materiaal, totaal			9.709	7.406	8.187	11.523	11.738	12.066	12.837	12.516	3,7%
Geavanceerd geluidsonderzoek					4.413	5.451	5.984	6.765	7.211	6.974	9,6%
Chromosoomonderzoek											
Prenataal	3.553	4.905	5.984	9.389	10.171	11.001	11.521	11.776	12.302	12.177	14,7%
Postnataal	5.411	6.667	7.538	10.614	11.507	11.807	12.782	13.531	14.304	16.111	12,9%
Biochemisch onderzoek											
Prenataal	121	157	22	119	147	197	204	228	165	107	-1,4%
Postnataal	2.484	3.124	4.698	9.356	9.851	10.422	10.317	13.717	15.279	16.208	23,2%
DNA-onderzoek											
Prenataal	58	43	78	101	125	164	231	209	240	223	16,1%
Postnataal	792	1.856	2.010	4.309	4.948	6.987	8.472	10.447	10.989	13.750	37,3%
Erfelijkheidsadvisering					4.826	5.402	5.810	6.669	7.593	8.085	10,9%
Aantal onderzochte families					4.074	4.577	4.577	5.945	7.202	8.238	19,2%

Bronnen: Erfelijkheidsadvisering / Aantal onderzochte families: Spaan, 1999

Geavanceerd geluidsonderzoek: 1992-1995: Rutten-van Mólken, e.a., 1998; 1996-1997: Nzi

1988-1989: Ministerie van VWS, Regeling Klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering

1990-1995: Rutten-van Mólken, e.a., 1998

1996, 1997: Spaan, mei 1999

N.B. De jaarlijkse groei is steeds berekend over de periode waarover gegevens beschikbaar waren.
Het aantal onderzochte families betreft onderzoek op basis van postnataal DNA-onderzoek.

ZORGKETENS IN NEDERLAND

Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1999

Verdiepingsstudie nr. 10

B.J.M. Welling
R.L.C. Smit

oktober 1999

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

NZi - Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg
Postbus 9697 - 3506 GR Utrecht - telefoon 030 - 27 39 700

VOORWOORD

Deze verdiepingsstudie naar zorgketens in Nederland, is opgesteld in het kader van het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1999. Dit brancherapport bestaat uit twee delen. Enerzijds worden op de terreinen gebruik, kosten, productie en middelen, kengetallen voor de curatieve somatische zorg gepresenteerd. Doel hiervan is relevante ontwikkelingen per deelsector van de curatieve somatische zorg te monitoren. Anderzijds worden verdiepende studies uitgevoerd. Deze verdiepingsstudies 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 curatieve somatische zorg, waardoor zij als een vergrootglas werken. Hierdoor worden meer details zichtbaar en kunnen zij meer expliciet een bijdrage leveren aan de verdere beleidsontwikkeling voor de betreffende sector.

In 1997 en 1998 zijn in het kader van het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg zeven verdiepingsstudies uitgevoerd. Het betrof de volgende thema's: vraag en aanbod in de thuiszorg, oogzorg, zorg voor CVA-patiënten, spoedeisende medische hulpverlening, intensive care, logopedie en tenslotte PTCA en hartchirurgische stand-by (zie bijlage 1 van deel II). In 1999 zijn naast deze studie naar zorgketens, verdiepingstudies uitgevoerd naar de verloskundige zorgverlening, klinische genetica en monitoring van afspraken uit de meerjarenafspraken.

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	7
2	INVENTARISATIE VAN ZORGKETENS	11
2.1	Inleiding	11
2.2	Regionale samenhang in de zorgsector	12
2.3	Kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten	12
2.4	Databank Zorgvernieuwing	13
2.5	Stichting Ziekenhuis Verplaatste Zorg	13
2.6	Samenvatting en informatievoorziening	14
3	ZORGNETWERK LAND VAN CUIJK EN NOORD-LIMBURG	15
3.1	Inleiding	15
3.2	Samenstelling, organisatie en werkwijze	15
3.3	De context van de zorgketen	20
3.4	De performance van de zorgketen	21
3.5	De ontwikkelingsgang van de zorgketen	21
4	TRANSMURALE ZORG MIDDEN TWENTE	29
4.1	Inleiding	29
4.2	Samenstelling, organisatie en werkwijze	29
4.3	De context van de zorgketen	31
4.4	De performance van de zorgketen	32
4.5	De ontwikkelingsgang van de zorgketen	34
5	REGIONALE COMMISSIE GEZONDHEIDSZORG ZUID-HOLLAND NOORD	37
5.1	Inleiding	37
5.2	Samenstelling, organisatie en werkwijze	37
5.3	De context van de zorgketen	39
5.4	De performance van de zorgketen	40
5.5	De ontwikkelingsgang van de zorgketen	43
6	SAMENVATTING EN INFORMATIEVOORZIENING	47
6.1	Inleiding	47
6.2	De inventarisatie	47
6.3	De casebeschrijvingen	47
6.4	Succes- en belemmerende factoren	49
6.5	Informatievoorziening	50
	LITERATUUR	53
	BIJLAGE 1: Overzicht van geïnventariseerde zorgketens	55
	LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN	58

1 INLEIDING

Een van de kernpunten van het overheidsbeleid ten aanzien van de curatieve somatische zorg is het realiseren van samenhang en afstemming in de zorg. De op zich noodzakelijke decentralisatie van de zorg (zorg dicht bij huis, zorg op maat) heeft ook geleid tot verboddeling en versnippering. Dat besef heeft er mede toe geleid dat betrokken partijen in toenemende mate de waarde in zien van nauwere samenwerking in de regio. De samenhang in de zorg geldt over de volle breedte van de zorgverlening, inclusief preventieactiviteiten en activiteiten op het terrein van reïntegratie in de thuis- of werksituatie. Daartoe is samenwerking nodig tussen huisartsen, ziekenhuizen en specialisten, paramedici, thuiszorg, revalidatiezorg, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en apotheekhoudenden. Zij vormen schakels in de zorgketen, die elk bijdragen aan de zorgverlening aan de individuele patiënt. De grote voorkeur van mensen voor behandeling in het thuismilieu bij ziekte of gebrek noopt alle sectoren binnen de zorg tot het creëren van zorgconcepten waarbij patiënten zo kort mogelijk in instellingen verblijven en de zorgverlening in de thuis-situatie zoveel mogelijk vorm krijgt (Meerjarenafspraken Zorgsector, 1998). Belangrijk aandachtspunt binnen zorgketens is dan ook verbetering van de patiëntenzorg: de zorg op zodanige wijze inrichten dat de patiënt zorg kan krijgen op de voor hem of haar meest aangewezen locatie door de juiste hulpverlener.

Begripsafbakening

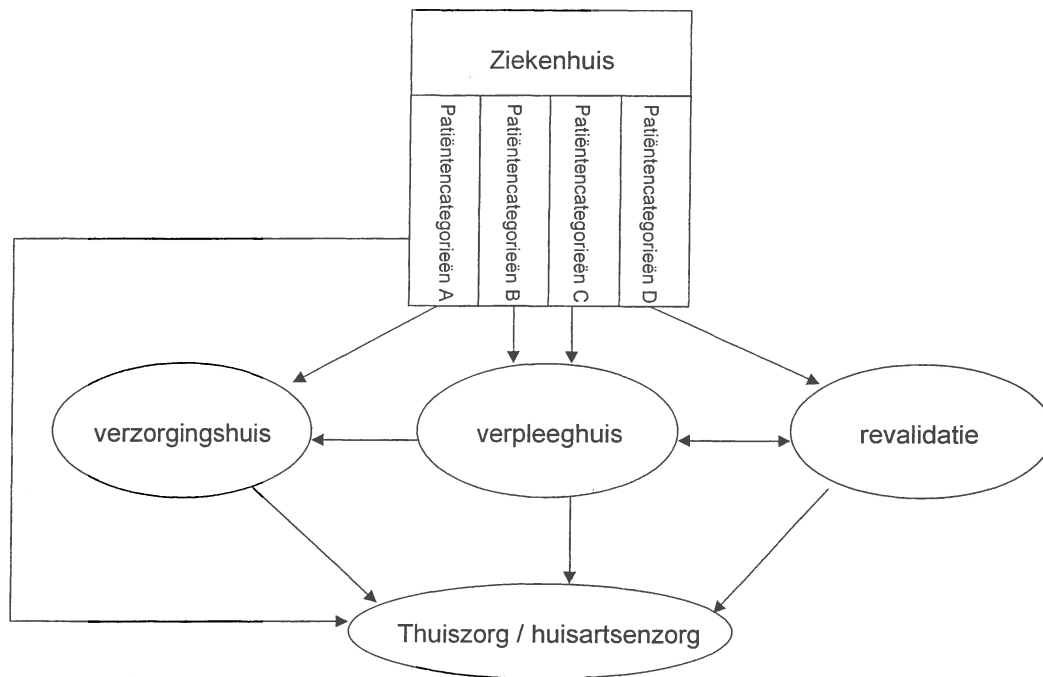
De term zorgketen wordt in verschillende betekenissen gebruikt. Ten eerste de aanduiding van een zorgtraject dat de patiënt binnen één instelling doorloopt. In deze betekenis is een zorgketen altijd gekoppeld aan één specifieke categorie patiënten. Ten tweede wordt zorgketen gebruikt in de zelfde betekenis als de eerste, maar dan niet tot één instelling of beroepsbeoefenaar beperkt. Tenslotte ten derde wordt het begrip gebruikt als aanduiding van de organisatiegraad in een regio. Dat wil zeggen er is een samenwerkingsverband tussen instellingen en beroepsbeoefenaren vanuit verschillende zorgsectoren (RVZ, 1998).

In deze verdiepingsstudie wordt het begrip zorgketen in de derde betekenis, dat wil zeggen de organisatiegraad van een regio, gebruikt. Op verzoek van het ministerie van VWS gebeurt dit in navolging van het onderzoek van het onlangs verschenen rapport 'Zorgketens in internationaal perspectief' van ZorgConsult (1999), waarin internationaal gekeken is naar de aanwezigheid van zorgketens en van drie internationale zorgketens een beschrijving is gemaakt. In dit rapport van ZorgConsult is een zorgketen als volgt gedefinieerd:

'Een zorgketen behelst een zodanige samenwerking en afstemming van zorgactiviteiten tussen zorgaanbieders, dat in een bepaalde regio gesproken kan worden van een samenhangend, gecoördineerd en op individuele zorgbehoefte afstembaar aanbod van verschillende zorgvormen. Een regio is een zodanige geografische eenheid, dat zorgvragers, zorgaanbieders en financiers het als natuurlijk ervaren om binnen deze geografische eenheid tot zorgarrangementen te komen (ZorgConsult, 1999).

Centraal in ketenzorg staat de continuïteit van behandeling en zorg, verleend door verschillende zorgaanbieders. Schematisch is een zorgketen als voorbeeld als volgt voor te stellen:

Figuur 1-1 Een mogelijke vorm van ketenzorg schematisch voorgesteld



In dit voorbeeld vormt het ziekenhuis het startpunt. Vanzelfsprekend zijn er ook andere vormen van zorgketens, waarbij het ziekenhuis niet het startpunt vormt, maar een tussenuitkomst, of zelfs helemaal geen onderdeel uitmaakt van de zorgketen. Veelal vormt de thuiszorg al dan niet in combinatie met de huisarts in de thuissituatie het sluitstuk van een zorgketen. Indien de 'thuissituatie' een verzorgings- of verpleeghuis is, geldt dat niet.

Regionale samenhang in de zorg of wel de ontwikkeling van zorgketens vormt zoals gezegd een belangrijk kernpunt in het overheidsbeleid. Op dit moment is echter, op bekende uitzonderingen als Gorinchem na, weinig bekend over de aanwezigheid en de aard van zorgketens. Deze studie is opgezet om na te gaan of de bestaande informatiebronnen voldoende gegevens opleveren om de ontwikkelingen van zorgketens landelijk te kunnen monitoren. Hiervoor zijn twee stappen nodig.

Ten eerste het monitoren van het fenomeen zorgketens op zichzelf: hoeveel zijn het er en waar bevinden ze zich. Met andere woorden er moet inventarisatie plaatsvinden. Er bestaat echter niet zo iets als een landelijk registratiepunt of registratiesysteem voor zorgketens. Voor deze inventarisatie zal gebruik moeten worden gemaakt van alternatieve bronnen waar (transmurale) samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders geregistreerd of geïnventariseerd is.

De tweede stap is het monitoren van het functioneren van zorgketens. Daarvoor dient met name binnen zorgketens informatie te worden verzameld. In deze studie zal een drietal zorgketens nader beschreven worden.

Het doel van deze verdiepingstudie is dan ook tweeledig.

Het eerste doel is door middel van een inventariserend onderzoek regionale zorgketens in Nederland in kaart te brengen.

Het tweede doel is van een drietal zorgketens een beschrijving en analyse te maken aan de hand van een aantal criteria als bijvoorbeeld samenstelling, organisatie, en kritische succesfactoren van de zorgketen.

Voorvloeiende uit de beschreven stappen en de doelstellingen bestaat deze studie uit twee fasen.

Fase 1

In de eerste fase heeft een inventarisatie plaatsgevonden van bestaande zorgketens in Nederland aan de hand van bestaande gegevensbronnen. De gegevensverzameling is gebeurd aan de hand van de momenteel beschikbare bronnen. Er zijn geen nieuwe gegevens verzameld in deze fase. Deze keuze heeft te maken met het doel van een verdiepingsstudie: het in kaart brengen van een thema aan de hand van bestaande en beschikbare informatie, met als doel om inzichtelijk te maken welke informatie ontbreekt en welke noodzakelijk is om relevante feiten, ontwikkelingen en knelpunten met betrekking tot het thema, in dit geval zorgketens, te kunnen monitoren.

Deze fase eindigt, zoals gebruikelijk, met de informatievoorziening waarbij de vraag centraal staat of de huidige bronnen een volledig beeld geven van het bestaan van zorgketens.

Fase twee

In deze fase is een drietal zorgketens nader beschreven aan de hand van de volgende onderwerpen, de organisatie en werkwijze van de zorgketen, de doelgroepen, de context, de performance en ten slotte de ontwikkelingsgang van de zorgketen. Belangrijke vraag in deze fase was welke informatie in de zorgketens wordt bijgehouden en welke informatie uiteindelijk nodig is om het functioneren van zorgketens te monitoren. Met andere woorden welke kengetallen (bijvoorbeeld ligdagen, opnames, dagverpleging of bijvoorbeeld aanwezigheid van protocollen of informatie over patiëntsatisfactie) zouden idealiter voorhanden moeten zijn.

Als bronnen voor deze fase zijn projectbeschrijvingen en documentatiemateriaal van de betreffende zorgketens gebruikt. De gebruikelijke werkwijze van een verdiepingsstudie om op basis van bestaand materiaal een onderwerp in kaart te brengen is in deze fase losgelaten. Om de (ontwikkeling van) informatievoorziening binnen de zorgketens in kaart te brengen zijn interviews met sleutelfiguren binnen de betreffende zorgketens gehouden.

Deze verdiepingsstudie is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt verslag gedaan van de gehanteerde methode en de resultaten van de inventarisatie. In de drie daaropvolgende hoofdstukken worden casebeschrijvingen gegeven van de zorgketens, te weten: het Zorgnetwerk Land van Cuijk, Transmurale Zorg Midden Twente en de Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord.

In hoofdstuk 6 wordt een samenvatting gegeven van deze studie en conclusies ten aanzien van de informatievoorziening.

2 DE INVENTARISATIE

2.1 Inleiding

In de eerste fase van deze verdiepingsstudie heeft een inventarisatie plaatsgevonden van zorgketens in Nederland aan de hand van bestaande gegevensbronnen. Er bestaat echter niet zo iets als een landelijk registratiepunt of registratiesysteem voor zorgketens. Voor deze inventarisatie is gebruik gemaakt van alternatieve bronnen waar (transmurale) samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders geregistreerd of geïnventariseerd is. De betreft de volgende bronnen zijn gebruikt:

1. Databank Zorgvernieuwing (NIVEL, Trimbos-instituut en het NZi)
2. Inventarisatie 'Regionale samenhang in de zorgsector' (Hackenitz et al., 1999)
3. Inventarisatie van de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten binnen de lokale initiatieven (Doeglas et al., 1999).
4. De Stichting Ziekenhuis Verplaatste Zorg.

Op verzoek van het ministerie van VWS werd zoveel mogelijk bij de onderzoeksopzet van ZorgConsult aangesloten. De oriëntatie in de onderzoeksopzet lag bij de ketens van curatieve zorg (cure). Dat impliceert in ieder geval huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en gespecialiseerde revalidatiezorg. Gelet op ontwikkelingen als transmuralisering en de verkeerde bed problematiek, is afgesproken met het ministerie van VWS om een ruime definitie te hanteren, waarin ook de verpleeghuiszorg (revalidatiezorg, dagbehandeling) en de thuiszorg ingebed zijn. Bij de bepalen of er sprake is van een zorgketen zijn de criteria uit het onderzoek van ZorgConsult gehanteerd:

1. de samenwerking binnen de zorgketen moet op enigerlei wijze geïnstitutionaliseerd zijn;
2. de zorgketen dient omvat minimaal drie verschillende instellingen uit de definitie te omvatten;
Toegevoegde criteria door VWS:
waarbij de betreffende instellingen:
 - komen uit de eerste én tweede lijn
 - vertegenwoordigen de verschillende financieringscompartimenten
3. de samenwerking binnen de zorgketen dient in ieder geval de patiëntenzorg te betreffen (inkoopcombinaties en dergelijke blijven buiten beschouwing);
4. de samenwerking binnen de zorgketen dient meer dan één patiëntengroep te betreffen (afstemming ten aanzien van bijvoorbeeld CVA-patiënten is niet voldoende);
5. de zorgketen dient minimaal één jaar operationeel te zijn;
6. er dient sprake te zijn van een herkenbare regiefunctie (actieve sturing op patiëntenstromen) binnen de zorgketen (ZorgConsult, 1998).

Gezien het feit dat zorgketens pas in opkomst zijn is met het ministerie van VWS in eerste instantie afgesproken dat in ieder geval de eerste drie criteria toepassing moesten zijn. Na een tussenbalans, waar uit bleek dat meerdere samenwerkingsverbanden aan alle zes criteria voldeden, is in overleg met VWS en het NZi besloten dat alle zes criteria van toepassing moesten zijn.

Bij de uiteindelijk beoordeling van de projecten is met criteria zes: 'Er moet sprake zijn van een duidelijk regiefunctie' wat soepeler omgegaan. De reden hiervoor was dat de bronnen hier vaak onduidelijk over waren. Soms was er sprake van een projectleider, maar was niet duidelijk of deze sturing gaf aan alle genoemde projecten of slechts aan een deelproject. Ook werd er vaak geen melding gemaakt van een projectleider, maar wel van het feit dat ieder half jaar middels een verslag de voortgang gerapporteerd moest worden aan de betreffende directie. Hetgeen betekent dat er toch iemand namens het project of de projecten verantwoording moest afleggen. In dit soort twijfel situaties is gekozen het voordeel van de twijfel te geven en de betreffende zorgketen op te nemen.

Op verzoek van het ministerie van VWS zijn de vier verschillende bronnen gescheiden gehouden. In de hiernavolgende paragrafen worden de resultaten van de vier (deel)inventarisaties dan ook afzonderlijk besproken. Van alle opgenomen zorgketens zijn vervolgens aan de hand van de zes criteria korte projectbeschrijvingen gemaakt. Deze beschrijvingen zijn opgenomen in een apart werkdocument.

2.2 Regionale samenhang in de zorgsector

De eerste bron die gebruikt is de inventarisatie 'Regionale samenhang in de zorgsector'. Een inventarisatie.' (Hackenitz et al., 1999). In deze inventarisatie zijn samenwerkingsverbanden gezocht die voldeden aan de volgende regels:

- huisartsen : zij participeren op het niveau van gezondheidscentra of op het niveau van een huisartsenvereniging (plaatselijk-, regionale- of districts-);
- multidisciplinair : naast huisartsen participeren andere disciplines of zorginstellingen;
- regionaal : de reikwijdte is regionaal of grootstedelijk;
- structureel : de samenwerking is duurzaam en strekt verder dan één project;
- op schrift : het samenwerkingsverband is schriftelijk vastgelegd (ongeacht in welke vorm).

In totaal bevat deze inventarisatie 68 regionale samenwerkingsprojecten.

Na toepassing van de in deze verdiepingsstudie gehanteerde criteria, zijn 32 projecten niet meegenomen omdat ze niet voldeden aan de eerste drie criteria. In de meeste gevallen betrof het criteria 2: 'De samenwerking binnen de zorgketen dient in ieder geval minimaal drie verschillende instellingen te omvatten'.

Één samenwerkingsproject is niet meegenomen vanwege onvolledige invulling van de vragenlijst.

In totaal werden 35 samenwerkingsverbanden gevonden, waarvan één project dubbel bleek te zijn. In totaal werden 34 potentiële zorgketens geïnventariseerd. Deze zijn opgenomen in Bijlage 1 (Schema 1 Code S-1 tot en met S-34) van dit rapport.

2.3 Kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten

De inventarisatie van de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten binnen de lokale initiatieven (Doeglas et al., 1999), bevat in totaal 83 raamovereenkomsten die voor 1 november 1995 bij het ministerie van VWS ingediend konden worden. Een raamovereenkomst bevat afspraken tussen specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars gericht op bevordering

van doeltreffendheid en beheerste kostenontwikkeling, en voorstellen voor zorginhoudelijke projecten ter verbetering van kwaliteit en doelmatigheid.

Een aantal ziekenhuizen heeft onderling samengewerkt en gezamenlijk een raamovereenkomst met gezamenlijke doelmatigheids- en kwaliteitsprojecten opgesteld. Het uiteindelijk aantal ziekenhuizen binnen deze inventarisatie bedroeg 94.

Uit de bestudering van de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten van de 83 raamovereenkomsten zijn 23 (potentiële) zorgketens naar voren gekomen.

Deze zijn opgenomen in Bijlage 1 (schema 2 code L-1 tot en met L-23). Niet alle opgenomen projecten voldoen aan alle zes criteria. De reden om deze projecten toch op te nemen is dat het gaat om criterium 1: 'de samenwerking moet op enigerlei wijze geïnstitutionaliseerd zijn' en criterium 6: 'er moet sprake zijn van een herkenbare regiefunctie'. De meeste project omschrijvingen besteden hier geen aandacht aan, terwijl er wel vaak de suggestie vanuit gaat (bijvoorbeeld wanneer er sprake was van meerdere tussen-evaluaties).

Uit de overige 60 raamovereenkomsten, waren 14 overeenkomsten waar projecten in opgenomen waren van al opgenomen zorgketens. De projecten uit de overige 46 raamovereenkomsten voldeden niet aan de criteria en zijn niet meegenomen.

2.4 Databank Zorgvernieuwing

In de Databank Zorgvernieuwing is:

a. De zoekterm: 'zorgketen' gebruikt.

Gevonden zijn 7 projecten: waarvan er 1 aan de alle zes criteria voldeed.

b. De zoekterm: 'transmurale zorg' vanaf 1997 gebruikt.

Deze zoektocht leverde in totaal 89 projecten op.

Van deze 89 projecten vielen 22 projecten niet binnen de curatieve somatische zorg. Het betrof projecten op het gebied van de psychiatrie; zwakzinnigen zorg en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), met name op het terrein van de jeugdhulpverlening. Zestien projecten, waren deelproject van al geïnventariseerde zorgketens uit de overige twee bronnen. Er voldeden 41 projecten niet aan alle zes criteria. Uiteindelijk zijn acht projecten gevonden die voldeden aan alle zes criteria. Deze zijn opgenomen in Bijlage 1 (schema 3, code D-1 tot en met D-8) van dit rapport.

2.5 Stichting Ziekenhuis Verplaatste Zorg

Als laatste bron is de Stichting Ziekenhuis Verplaatste Zorg gebruikt. Deze stichting heeft in 1992, 1996 en in 1998 onderzoek laten uitvoeren naar vormen van transmurale zorg. De gegevens van het onderzoek uit 1998 zijn voor deze inventarisatie gebruikt. Hieraan deden 27 ziekenhuizen mee met in totaal 189 projecten.

Na toepassing van de criteria bleven 48 voorzieningen over, verdeeld over 15 ziekenhuizen. De meeste geïnventariseerde projecten voldeden niet aan het tweede criterium: tenminste 3 instellingen, zowel uit de eerste als uit de tweede lijn en twee compartimenten financiering. Van deze 15 potentiële zorgketens bleek één samenwerkingsverband reeds te zijn opgenomen in de voorgaande inventarisaties. Uiteindelijk zijn 14 zorgketens geïnventariseerd. Deze zijn opgenomen in Bijlage 1 (schema 4, code Z-1 tot en met Z-14).

2.6 Samenvatting en informatievoorziening

In de eerste fase van deze studie is aan de hand van vier informatiebronnen gepoogd zicht te krijgen op het voorkomen en de omvang van zorgketens in Nederland. Dit gebeurde aan de hand van een zestal criteria. De vier bronnen leverden in totaal 79 potentiële zorgketens op.

Potentieel, in de zin van dat de gegevens in de gehanteerde bronnen niet altijd even duidelijk waren of soms onvolledig. Dit is niet verwonderlijk. Er bestaat niet zo iets als een landelijk registratiepunt of registratiesysteem voor zorgketens waar informatie over de aanwezigheid en omvang van zorgketens geregistreerd wordt. Derhalve is gebruikt gemaakt van bronnen die iets te maken hadden met (transmurale) samenwerking. De gegevens uit de gebruikte bronnen zijn echter met een ander doel verzameld.

Van de vier bronnen lijkt de eerste bron: 'Inventarisatie regionale samenhang zorgsector' (code S) de meest recente en de meest betrouwbare. Dit laatste vanwege de criteria die gehanteerd zijn, deze komen voor een deel overeen met 'onze' criteria voor zorgketens.

De gegevens in de 'Inventarisatie doelmatigheids- en kwaliteitprojecten binnen de lokale initiatieven' (code L) stammen uit 1994/1995, een tijd waarin de regionale samenhang / samenwerking op gang begon te komen. In deze inventarisatie hebben sommige ziekenhuizen met één zorgaanbieder een samenwerkingsovereenkomst: of met de thuiszorg (de nadruk binnen de projecten ligt dan op verpleging en verzorging) of met de (regionale) huisartsen (de nadruk ligt dan meer op het medische vlak).

De Databank Zorgvernieuwing (code D) bevat veel (deel)projecten voor één patiëntengroep waar binnen het gegeven tijdsbestek moeilijk te achterhalen is of het betreffende project deel uitmaakt van een bredere samenwerking en of er een achterliggende 'organisatie' is, die sturing aan het geheel geeft. Dit geldt eveneens voor de projecten van de Stichting Ziekenhuis Verplaatste Zorg (code Z). Ondanks dat bij een ziekenhuis meerdere projecten zijn geïnventariseerd, blijft het de vraag of deze projecten deel uitmaken van een bredere organisatie of op zich zelf staande initiatieven zijn. De gehanteerde bronnen geven daar geen uitsluitsel over.

Op grond van bovenstaande overwegingen is besloten de drie voor verdieping in aanmerking komende zorgketens te kiezen uit de eerste bron 'Inventarisatie regionale samenhang in de zorgsector'.

Bij de keuze is gelet op geografische spreiding, verschillen in de omvang van de zorgketen, deelname van in ieder geval één academisch ziekenhuis en deelname van huisartsen op regionaal of district niveau bij tenminste één zorgketen. De keuze is daarbij gevallen op Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg, Transmurale Zorg Midden Twente en de Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland-Noord.

Informatievoorziening

Zoals reeds gezegd bestaat geen landelijk registratiepunt of registratiesysteem waar gegevens over zorgketens geregistreerd worden. Om regionale zorgketens te monitoren moet gebruikt gemaakt worden van bestaande bronnen die meer of minder raakvlakken hebben met zorgketens. De gegevens uit deze bronnen zijn echter met een ander doel verzameld. De in deze studie gehanteerde bronnen geven daarom geen volledig beeld van de aanwezigheid en omvang van zorgketens in Nederland.

3 Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft het Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. Het is een samenwerkingsverband tussen de zorgaanbieders in de regio Land van Cuijk en Noord-Limburg en recent uitgebreid met twee woningcorporaties.

Het doel van het Zorgnetwerk is het aanbieden van een gevarieerd en volledig pakket van zorg en wonen aan alle inwoners van het Land van Cuijk en Noord-Limburg. Als uitgangspunt geldt dat de diverse producten en diensten naadloos op elkaar aansluiten, van goede kwaliteit zijn en op maat en zo thuis mogelijk worden aangeboden.

Het zorgnetwerk richt zich op het gehele gebied van cure en care (eerste en tweede compartiment) en op zowel somatische als geestelijke gezondheidszorg. Om cliënten zo lang mogelijk in de eigen woonomgeving te kunnen laten wonen, wordt de component wonen nadrukkelijk betrokken in het Zorgnetwerk.

In de visie van het Zorgnetwerk staat de behoefte van de cliënt als klant en burger centraal. Producten en diensten worden - zo enigszins mogelijk - op maat van elke gebruiker geleverd. Een belangrijke peiler is preventie. Daarnaast wordt waar mogelijk de zorg naar de cliënt toegebracht. Zoals bovengenoemd wordt de thuissituatie als vertrekpunt genomen (thuis zo lang, zo gezond en zo zelfstandig mogelijk). Het accent ligt op 'niet opnemen, tenzij.....' (extramuralisering). Tevens wordt er naar gestreefd dat de cliënt zo weinig mogelijk wordt verplaatst, zowel tussen zorgprofessionals/zorgverleners binnen een locatie als tussen locaties. Hieraan gekoppeld is dat de schakels binnen de logistieke procesgang die de cliënt volgt, naadloos op elkaar aansluiten (ketenkwaliteit: het 'estafettestokje' valt niet meer).

Dit hoofdstuk en de volgende twee hoofdstukken zijn ingedeeld naar de vier aandachtsvelden waarop de zorgketens beschreven worden. In paragraaf 3.2 komt de samenstelling, organisatie, werkwijze en besturing van de zorgketen aan de orde. Daarnaast wordt aandacht gegeven aan de doelgroepen binnen de zorgketen. De context van de zorgketen, zoals regelgeving en financieringskader etc, wordt in paragraaf 3.3 beschreven. In paragraaf 3.4 wordt aandacht geschonken aan de performance van de keten. Dat wil zeggen de aanwezigheid en het gebruik van indicatoren ofwel kengetallen die zicht geven op het functioneren (vraag, aanbod, afstemming, kwaliteit) van de zorgketen. In de laatste paragraaf 3.5 wordt de ontwikkelingsgang van de zorgketen beschreven: het huidige functioneren, de inmiddels bereikte resultaten en het toekomstperspectief van de zorgketen.

3.2 Samenstelling, organisatie en werkwijze

De deelnemende organisaties aan het Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg zijn:

- Maasziekenhuis Boxmeer
- Stichting Zorgcentra Land van Cuijk
- Zorgcentra Boxmeer - Sint Anthonis
- Thuiszorg Brabant Noord-Oost, met het rayon Land van Cuijk

- Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Brabant
- Woningstichting Sint Tunnis
- Sint Jansstichting (categorale woningstichting)

Stand van zaken participanten

Het zorgnetwerk is sterk in beweging. Vooralnog wordt het gevormd door in totaal zeven zelfstandige organisaties c.q. rechtspersonen. Al deze participanten zijn betrokken bij ontwikkelingen die hun invloed hebben op de doorgroei van het Zorgnetwerk. In het kort zal per organisatie de stand van zaken beschreven worden.

1. Het Maasziekenhuis, de Zorgcentra en de woningcorporaties

In mei 1999 hebben Het Maasziekenhuis, de Zorgcentra en de woningcorporaties een overeenkomst getekend die moet leiden tot de oprichting van een holding (eerste fase) in 2000. De zorgcentra en de woningcorporaties zullen tegelijk met de oprichting van de holding 'horizontaal' fuseren.

2. Thuiszorg Brabant Noord-Oost

De Thuiszorg heeft als adherentiegebied Brabant Noord-oost en is geordend in drie rayons: Maasland, Uden/Veghel en het Land van Cuijk. In alle drie rayons participeert de Thuiszorg in transmurale zorgnetwerken in ontwikkeling. De thuiszorg heeft een Centraal Bureau waarin ondersteunende diensten zoals bijvoorbeeld personeelszaken zijn ondergebracht. De primaire dienstverlening - cure en care - is gedecentraliseerd naar de drie rayons. Momenteel wordt in het Land van Cuijk door de thuiszorg en de twee zorgcentra gewerkt aan de totstandkoming, op korte termijn, van een geïntegreerd cluster voor intra- en extramuraal verpleging en verzorging.

Dit impliceert dat binnen de Thuiszorg Brabant Noord-Oost een verregaand proces van ontvlechting en vervlechting op schaal van het Land van Cuijk in gang wordt gezet. De Thuiszorg, specifiek het rayon Land van Cuijk, zal vanaf 2002 participeren in bovengenoemde holding (tweede fase).

3. GGZ Oost Brabant

De GGZ heeft als werkgebied geheel Oost Brabant. GGZ-Oost Brabant zelf is een jonge organisatie. Zij is de uitkomst van een fusie per 1 januari 1998. Voor het Land van Cuijk is het GGZ Centrum Land van Cuijk tot stand gebracht. Dit centrum valt onder bestuurlijk-juridische verantwoordelijkheid van de maatschap GGZ. De partners in de maatschap zijn de Raden van Bestuur van het Maasziekenhuis, de Zorgcentra Land van Cuijk en GGZ Oost Brabant. Het centrum wordt operationeel aangestuurd door GGZ Oost Brabant en werkt reeds enkele jaren als een geïntegreerde GGZ organisatie, waarin de eerdere PAAZ-functies van het ziekenhuis en de voormalige APZ, RIAGG en RIBW functies volledig zijn opgegaan. Dit dient als het voorbeeld voor integratie van zorg en organisatie in de somatische hoek. De maatschapconstructie is voornog een goed voertuig om maximaal samen te werken, onderling als met de partners in het Zorgnetwerk. Geconstateerd wordt dat het voor de verdere uitbouw en ontwikkeling van het GGZ Centrum Land van Cuijk nog te vroeg is om een zelfde vergaand proces van ontvlechting en vervlechting in gang te zetten als de Thuiszorg Brabant Noord-Oost. Dit hangt samen met het proces van afbouw van het APZ op groot-regionale schaal en de overheveling van middelen naar onder meer het Land van Cuijk.

Regio

De regio Land van Cuijk en Noord-Limburg is een gebied, bestaande uit 8 gemeenten met ongeveer 125.000 inwoners. Het betreft de gemeenten: Boxmeer, Cuijk, Mill en Sint Hubert, Sint Anthonis, Grave, Mook en Middelaar (Noord-Limburg), Gennep (Noord-Limburg), Bergen (Noord-Limburg). Noord-Limburg behoort tot het werkgebied van het Maasziekenhuis, van het GGZ centrum Land van Cuijk wat betreft de klinische functies en de Zorgcentra Land van Cuijk.

De regio heeft het karakter van een plattelandsregio met meer dan 50 kleine woonkernen en een eigen streekcultuur. Het Land van Cuijk en Noord-Limburg behoort tot de snel vergrijzende regio's van Nederland.

Alle zorgaanbieders in het Land van Cuijk en Noord-Limburg zijn, zoals blijkt uit bovenstaande beschrijving, teruggebracht tot één GGZ organisatie, één thuiszorgorganisatie, één intramurale ouderenorganisatie (realisatie juli 2000) en één ziekenhuis.

Doelgroepen, patiëntenstromen

Zorginhoudelijke projecten en voorwaardenscheppende projecten

1. Transmurale diabeteszorg

De doelstelling is continuering en verdere uitbouw van de reeds ontwikkelde samenwerking tussen ziekenhuis, thuiszorg en huisartsen, waarbij een diabetesverpleegkundige in huisartsenpraktijken diabetes patiënten screenen. In september 1999 waren drie diabetesverpleegkundigen werkzaam in drie van de totaal acht huisartsengroepen in de regio. Een vierde diabetesverpleegkundige wordt aangetrokken.

Deelnemers: Maasziekenhuis, Thuiszorg Brabant Noord-Oost, huisartsen.

2. Transmuraal CVA-model

De doelstelling is het bevorderen van de kwaliteit van leven na optreden van een CVA. Daarbij staat, naast informatie aan en begeleiding van patiënt en mantelzorg, het verbeteren van zorglogistiek centraal. Door een goede instroom door de huisartsen en snellere screening in het ziekenhuis kunnen patiënten eerder worden doorgeplaatst naar een verpleeghuis of naar de thuissituatie.

Deelnemers: Maasziekenhuis, Zorgcentra Land van Cuijk, Thuiszorg Brabant Noord-Oost, Sint Maartenskliniek (Nijmegen), huisartsen.

3. Transmurale oncologiezorg

Het doel is het realiseren van een geïntegreerd aanbod van informatieverstrekking, advies, instructie en psychosociale ondersteuning, dat is afgestemd op de individuele behoefte van de oncologiepatiënt. Daarnaast is voor de verschillende disciplines de inhoud en kwaliteit van zorg die zij bieden, inzichtelijk, waardoor de zorg optimaal is afgestemd en de specifieke deskundigheden optimaal worden benut. Ondersteuning wordt daarbij geboden door het Integraal kankercentrum Oost.

Deelnemers: Maasziekenhuis, Thuiszorg Brabant Noord-Oost, huisartsen

4. Begeleid wonen geronto-psychiatrische cliënten (experiment College voor Zorgverzekeringen)

Het doel is ouderen met geronto-psychiatrische problematiek zo lang mogelijk thuis of in een verzorgingshuis laten wonen, waarbij het huidige niveau van functioneren zo lang mogelijk in tact blijft. Daarnaast wordt er naar gestreefd om voor de groep ouderen die

een psychiatrische inrichting (APZ) verblijven en uitbehandeld zijn, een vorm van begeleid wonen buiten het APZ te organiseren.

Deelnemers: GGZ Oost-Brabant, Zorgcentra Land van Cuijk, Zorgcentra Boxmeer-Sint Anthonis, Thuiszorg Brabant Noord-Oost.

5. Tussenvoorziening ziekenhuis-verpleeghuis - GGZ (Transmurale Geriatrische Afdeling)
Doelstelling is de doorstroming van cliënten naar de meest geschikte woon-zorg-behandelplek te bevorderen. Daartoe dient opname in het ziekenhuis zo kort mogelijk te zijn en dient de doorstroming naar lichtere vormen van zorgverlening naadloos en zo snel mogelijk te verlopen. In oktober 1998 is in het Maasziekenhuis de Transmurale Geriatrische Afdeling (TGA) van start gegaan met 15 bedden. De TGA heeft als doel het creëren van een mogelijkheid om kortdurende opnames te realiseren, waarbij screening en observatie, intensieve multidisciplinaire behandeling en begeleiding en veel aandacht voor een snelle doorstroming van de patiënt naar de uiteindelijke bestemming kan worden geboden. De TGA is bedoeld voor patiënten verblijvend in het ziekenhuis met een AWBZ opname-indicatie, CVA-patiënten, patiënten met een psychogeriatrische AWBZ- indicatie en patiënten met een gecombineerd organisch psychiatrisch ziektebeeld. De TGA zal worden uitgebreid in de richting van een combinatie van GAPZ/GAAZ, in nieuwbouw te realiseren annex het GGZ-centrum Land van Cuijk en direct aansluitend aan het ziekenhuis.
Deelnemers: Maasziekenhuis, GGZ Oost-Brabant, Zorgcentra Land van Cuijk.
6. Zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer
Het regionale indicatie-orgaan, de Stichting RIO Brabant Noord-Oost, is in het voorjaar 1998 gerealiseerd.
Onder verantwoordelijkheid van het Zorgkantoor loopt een project 'Zorgtoewijzing en Wachtlijstbeheer' ter bevordering van een naadloze afstemming van de keten: indicatiestelling, rechtmatigheidstoets, zorgtoewijzing en zorgverlening.
Deelnemers: Zorgcentra Land van Cuijk, Zorgcentra Boxmeer-Sint Anthonis, Thuiszorg Brabant Noord-Oost, GGZ Oost-Brabant, Regionaal Maatschappelijk Werk, Stichtingen Welzijn Ouderen, RIO, Zorgkantoor Brabant Noord-Oost.
7. Centraal Loket
Doelstelling van dit project is het opzetten van een Centraal Loket, dat een - voor de inwoners van de regio - inzichtelijke, herkenbare voorziening is vanuit de sectoren Zorg, Wonen en Welzijn, welke hen adequate, eenduidige en op de vraagsteller toegesneden telefonische en/of schriftelijke service verleent in de vorm van informatie en advies. Gestart is met een 'low profile' loket, dat in eerste instantie fungeert als (telefonische) wegwijzer en aanmeldpunt voor alle AWBZ-zorgvragen, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. Het centraal loket zal doorgroeien naar een high profile constructie, hetgeen verregaande informatievoorziening en advisering aan de bewoners in de regio betekent op het brede terrein van wonen, zorg en welzijn.
Deelnemers: Zorgcentra Land van Cuijk, Zorgcentra Boxmeer-Sint Anthonis, Thuiszorg Brabant Noord-Oost, GGZ Oost-Brabant, Regionaal Maatschappelijk Werk, Stichtingen Welzijn Ouderen, RIO, Maasziekenhuis.
8. Steunpuntenbeleid en flankerend ouderenbeleid
Doelstelling is het opzetten van steunpunten in het Land van Cuijk. Met steunpunten wordt een vorm van beschermd wonen te bieden beoogd, waarmee uitstel en zo lang mogelijk afstel van opname in intramuraal voorzieningen wordt bevorderd. Hierdoor

kunnen ouderen, ook verpleeghuis-geïndiceerde cliënten zo lang en zo zelfstandig mogelijk in hun eigen dorpsgemeenschap blijven wonen. Huisvesting, welzijn en zorg wordt aan elkaar gekoppeld. Inmiddels zijn acht steunpunten opgericht, ook in dorpsgemeenschappen van 1500 a 2000 inwoners..

Deelnemers: Thuiszorg Brabant Noord-Oost, Zorgcentra Land van Cuijk, Zorgcentra Boxmeer-Sint Anthonis, Stichtingen Welzijn Ouderen, gemeenten in het Land van Cuijk.

9. VerpleegThuisZorg

Doel van het project is het bieden van een geïntegreerd pakket van transmurale verpleeghuiszorg aan ouderen met een verpleeghuisindicatie die buiten het verpleeghuis (willen en kunnen) blijven.

Het project loopt inmiddels sinds 1994 en is een samenwerkingsproject tussen de thuiszorg en het verpleeghuis. De samenwerking verloopt goed, echter deze geïntegreerde zorg wordt aangeboden door twee organisaties met verschillende wet-en regelgeving, financiering en werkwijze. Het project richt zich nu op de ontwikkeling van onder andere één integraal managementinformatiesysteem, één eigen-bijdragesystematiek en één zorgdossier. Dit project wordt financieel ondersteund door ZorgOnderzoek Nederland (ZON) in het kader van het Transmuraal Programma II.

Deelnemers: Thuiszorg Brabant Noord-Oost, Zorgcentra Land van Cuijk.

10. Domotica/telematica

Bij dit project wordt gestreefd om met de mogelijkheden van moderne telecommunicatie en informatietechnologie te bevorderen dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen, waardoor de kosten van zorg omlaag gaan en kwaliteit van leven wordt verhoogd. Het Land van Cuijk zal de komende jaren dienen als één van de drie proefgebieden in de regio Brabant Noordoost om een aantal demonstratieprojecten in het kader van 'Vitaal Grijs' van de provincie Noord-Brabant uit te voeren. Het initiatief tot dit project is genomen door het Zorgnetwerk Land van Cuijk, de provincie Noord-Brabant en Origin (dochteronderneming van Philips).

Deelnemers: Zorgcentra Land van Cuijk, Stichtingen Welzijn Ouderen, gemeenten in het Land van Cuijk, provincie Noord-Brabant.

11. Regionaal vervoer Land van Cuijk en Noord-Limburg

Verbeterde toegankelijkheid voor de cliënten van de zorginstellingen in het Land van Cuijk en Noord-Limburg was de doelstelling van dit project. Gebleken is dat voor een deel oneigenlijk gebruik wordt gemaakt van de zorgtaxi, waardoor deze vorm van vervoer niet meer kostendekkend is. Door de directies is besloten om het project per 1 januari 2000 af te stoten, aangezien het regionaal vervoer geen taak is van de zorginstellingen en niet valt onder de financiële verantwoordelijkheid van de zorginstellingen.

Deelnemers: Maasziekenhuis, Thuiszorg Brabant Noord-Oost, Zorgcentra Land van Cuijk, Zorgcentra Boxmeer-Sint Anthonis, GGZ Oost Brabant, Stichtingen Welzijn Ouderen.

12. Centrale voedingsorganisatie Land van Cuijk e.o.

Doelstelling is de realisatie van één voedingsorganisatie die op efficiënte en bedrijfsmatige wijze voorziet in de verschillende maaltijden van de participerende instellingen. Na een extern haalbaarheidsonderzoek is een intentieverklaring opgesteld door de deelnemende partijen.

Deelnemers: Zorgcentra Land van Cuijk, Zorgcentra Boxmeer-Sint Anthonis, Zorgcentrum voor Ouderen Landerd, Maasziekenhuis, Saamvliet (instelling voor verstandelijk gehandicapten).

13. Aanpak krapte arbeidsmarkt

Doel is door intercollegiaal overleg en afstemming voorstellen ontwikkelen om gezamenlijke problemen op het personeelswerkteerrein aan te pakken, met name ten aanzien van de krapte op de arbeidsmarkt. De projectgroep zal instrumenten ontwikkelen ten behoeve van de werving van gekwalificeerd personeel. Momenteel richt de projectgroep zich op toekomstige schoolverlaters.

Deelnemers: alle participanten in het Zorgnetwerk.

14. Onderlinge dienstverlening

Doel is een model voor onderlinge kostprijsberekening opstellen en een onderzoek naar vrijstelling van BTW-heffing voor het Zorgnetwerk. Inmiddels is het model voor kostprijsberekening opgesteld en ingevoerd. Het onderzoek naar vrijstelling van BTW-heffing loopt nog.

Deelnemers: alle participanten in het Zorgnetwerk.

3.3 De context van de zorgketen

De rol van de zorgverzekeraar is tot voor kort te omschrijven geweest als belangstellend, maar afstandelijk. Onlangs is hier kentering ingekomen. De zorgverzekeraars hebben aangegeven veel nadrukkelijker actief te willen participeren in het Zorgnetwerk. Naar de juiste vorm hiervoor wordt ten tijde van deze rapportage gezocht. Daarnaast is het Zorgnetwerk door de zorgverzekeraars voor de komende drie jaar extra financiële middelen in het vooruitzicht gesteld en is het Zorgnetwerk door VGZ toegewezen als experimenteerregio binnen hun werkgebied.

Met het Zorgkantoor in deze regio wordt intensief overleg gevoerd, waarbij met name het opzetten van het cluster Verpleging en Verzorging (thuiszorg en de zorgcentra) aandachtspunt is.

Naast de deelnemende instellingen vindt vanuit het Zorgnetwerk regelmatig structureel overleg plaats met de ouderenorganisaties, de stichtingen welzijn ouderen (SWO) en het Regionaal Maatschappelijk Centrum (tezamen het Ouderenplatform Land van Cuijk). Hierdoor wordt het aandachtsgebied van het Zorgnetwerk gemakkelijk verder verlegd naar welzijns- en preventieactiviteiten. Daarnaast worden goede relaties onderhouden met het RPCP en Saamvliet (organisatie voor mensen met een verstandelijke handicap), alsmede met de gemeenten, de woningcorporaties en het regionale bedrijfsleven. Het zorgnetwerk voert onder meer voor vier gemeenten in het Land van Cuijk een aantal onderdelen van de Wet Voorzieningen Gehandicapten uit.

Individuele huisartsen zijn betrokken bij (deel)projecten van het Zorgnetwerk. Om de participatie van de huisartsen meer te waarborgen vindt momenteel overleg plaats met de voorzitters van de acht Huisartsengroepen (hagro's) om één huisarts aan te stellen die actief participeert in het Zorgnetwerk. Deze functionaris fungeert als aanspreekpunt van de huisartsen voor het Zorgnetwerk en dient over voldoende draagvlak bij de huisartsen te beschikken. Tevens is deze functionaris spreekbuis van alle huisartsen.

Bij de ontwikkeling en organisatie van ketenzorg is sprake van knelpunten ten aanzien van de huidige wet- en regelgeving en financiering. Ketenzorg past niet binnen de bestaande compartimentering en budgettering. De partners in het Land van Cuijk en Noord-Limburg zijn in staat om op korte termijn tot een gezamenlijke inzet van budgetten te komen, met name doordat de regio Land van Cuijk een overzichtelijke één op één regio is. Het zorgnetwerk heeft daartoe samen met de zorgverzekeraars en het Zorgkantoor een brede aanvraag ingediend bij het ministerie van VWS waarmee totale ontschotting wordt beoogd (zowel binnen het eerste als tussen het eerste en tweede compartiment). Het Zorgnetwerk streeft in eerste instantie naar ontschotting binnen het eerste compartiment. Daarmee is ook een substantieel deel van de middelen gemoeid.

3.4 De performance van de zorgketen

Met de performance van de zorgketen wordt bedoeld de aanwezigheid en het gebruik van indicatoren die zicht geven op de consumptie en productie van zorg, als ook op de afstemming van de zorg over het gehele zorgcontinuüm. Momenteel gaat veel aandacht en energie uit, naast de zorginhoudelijke projecten, naar de bestuurlijke en organisatorische vormgeving van het Zorgnetwerk.

Het gebruik van nog te ontwikkelen (prestatie)indicatoren zouden inzicht moeten geven op het functioneren van het Zorgnetwerk op drie thema's:

- . professionele deskundigheid;
Hiermee wordt onder andere bedoeld het werken binnen het Zorgnetwerk volgens professionele standaarden, protocollen etc.
- . doelmatigheid en doeltreffendheid;
bijvoorbeeld: ketenontwikkeling als CVA en diabeteszorg, aangeboden door die zorgaanbieder, die dat het beste kan, zonder dat er foute interfaces, wachttijden of 'dubbelops' ontstaan.
- . klantgerichtheid;
waar bijvoorbeeld tevredenheid van patiënten periodiek gemonitord zou kunnen worden.
TNO is een samenwerking met het Zorgnetwerk aangegaan, gericht op een project kwaliteit om te komen tot een systeem voor transmurale kwaliteitsborging dat vervolgens ook landelijk bruikbaar is.

Aan de nog te ontwikkelen indicatoren zullen normen worden gekoppeld. In de loop van de tijd kan de 'meetlat' steeds een beetje hoger worden gelegd.

3.5 De ontwikkelingsgang van de zorgketen

Het Zorgnetwerk is - na een aanloop van twee jaar - opgericht in 1994. De aanleiding hiervoor was het volgende:

- . de kritische consument stelt hoge eisen aan een zo compleet mogelijk zorg- en woonassortiment dat van een goede kwaliteit en dat goed toegankelijk is;
- . een stijgende zorgvraag als gevolg van demografische, epidemiologische, culturele en technologische ontwikkelingen. Met name in het Land van Cuijk is sprake van een toenemende dubbele vergrijzing. De zorgvraag zal hierdoor tevens - naast in omvang - naar inhoud sterk veranderen;
- . de almaar groter wordende kloof tussen de behoefte aan en de feitelijke mogelijkheden van zorg en wonen, met name als gevolg van onvoldoende financiële middelen en een toenemende schaarste op de arbeidsmarkt;

- . veranderingen in wet- en regelgeving (waaronder het wegvallen van zekerheden op het gebied van financiering, terugtrekkende overheid, spilfunctie van zorgverzekeraars, marktwerking, opstellen van regiovisie, de Kwaliteitswet etc.) De overheid en zorgverzekeraars eisen beschreven en toetsbare kwaliteit gericht op effectieve, efficiënte en patiëntgerichte zorg;
- . Het Land van Cuijk en Noord-Limburg is een uitstekende schaal voor een geïntegreerd en nagenoeg compleet aanbod van zorg en wonen. Van belang is dat ook de inwoners op dezelfde regio georiënteerd, evenals gemeenten, bedrijfsleven en dergelijke. Kortom, een samenhangende en overzichtelijke regio voor uiteenlopende institutionele spelers

Het Zorgnetwerk wordt bestuurd door het directiebestuur, bestaande uit de directeuren van de deelnemende instellingen. Het Zorgnetwerk heeft inmiddels een aantal organisatorische veranderingen doorgemaakt. In 1997 is besloten tot de oprichting van een tijdelijke projectorganisatie, vanwege de nog grote mate van vrijblijvendheid binnen het Zorgnetwerk. Een centrale positie binnen deze projectstructuur wordt ingenomen door een projectmanager, die de vertaalslag maakt van de strategische keuzes die door de directies zijn gemaakt naar projecten op uitvoerend niveau. De projectmanager stuurt de lopende projecten onder het Zorgnetwerk tactisch en operationeel aan. De projectmanager legt verantwoording af aan het directiebestuur.

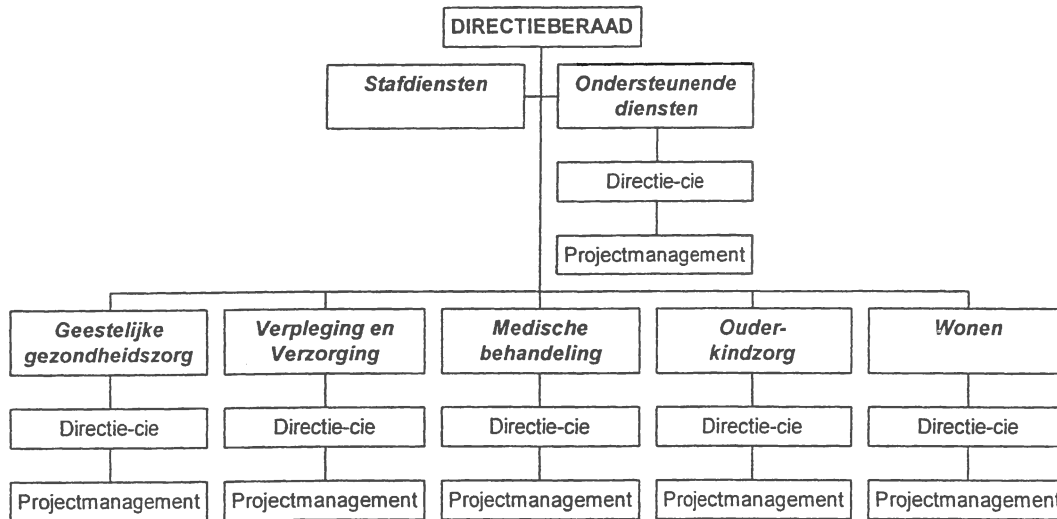
Begin 1998 ontstond bij het directiebestuur behoefte aan een meer verregaande vorm van samenwerking. Deze behoefte ontstond om twee hoofdredenen:

1. Het politieke klimaat is sinds 1994 zodanig veranderd dat er in toenemende mate meer beleidsvrijheid voor de zorginstellingen lijkt te bestaan. 'Den Haag' streeft naar decentralisering van besluitvorming naar de regio en in het verlengde daarvan naar samenwerkende zorginstellingen. Het werken met een regiovisie is hier een voorbeeld van.
2. Door verandering in regelgeving dreigen sommige zorgaanbieders elkaars concurrent te worden. Voorbeelden: de extramuralisering van de verpleeghuiszorg en mogelijkheden tot het bieden van ziekenhuisverplaatste zorg vanuit het ziekenhuis.

Naar aanleiding hiervan heeft in 1998 en 1999 een aantal werkconferenties plaatsgevonden. Doel was om de tijdelijke projectorganisatie uit te breiden naar een Multi Project Organisatie (MPO). Om door te groeien naar een regionale organisatie van zorg en wonen waarbinnen verregaand en op vele niveaus wordt samengewerkt, is een aantal organisatorische voorwaarden noodzakelijk. Te denken valt aan de ontwikkeling van uniforme werksystemen zoals een beleids- en begrotingscyclus, één kwaliteitssysteem en afstemming op het gebied van personeelszaken, administratie en informatisering.

Binnen de MPO zullen deze voorwaarden worden uitgewerkt. De MPO is in het najaar van 1999 van start gegaan. De organisatiestructuur van de MPO is opgenomen in schema 1.

Schema 1: De structuur van de multiprojectorganisatie



Het MPO wordt aangestuurd door het directiebestuur. De belangrijkste taken van het directiebestuur zijn het bepalen van strategie en beleid, de aansturing van de totale MPO met als opdracht het vormgeven van de holding tweede fase en integratie op zorginhoudelijk gebied, het fungeren als bestuurlijk partner voor derden en tenslotte de zorg voor public relations.

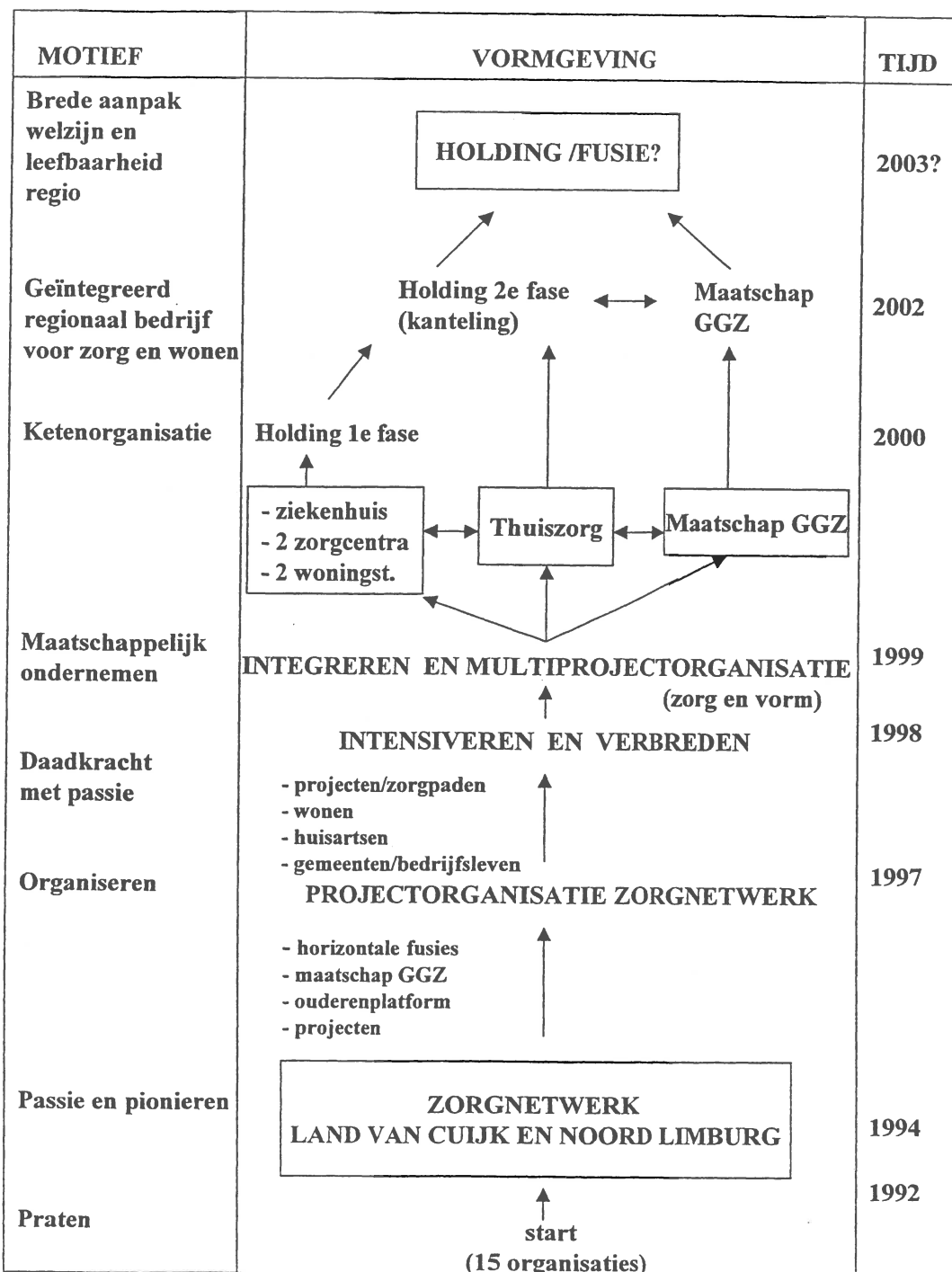
In totaal zijn zes directiecommissies ingesteld. Onder de directiecommissies worden diverse projecten opgestart en lopende projecten gehangen. De directiecommissies dragen zorg voor de verdere uitwerking. De directiecommissies hebben als belangrijkste taken de strategische aansturing van de projecten binnen het eigen cluster, de geïntegreerde (be)sturing van nieuwe routines waarbij doel, processen, organisatie, middelen en operationeel management wordt vastgelegd in contracten, en het doorvoeren van veranderingsprocessen binnen de eigen organisatie. Tussen de directiecommissies zullen - waar dat nodig is - dwarsverbanden ontstaan. Voorkomen moet worden dat 'verzuiling' optreedt tussen de directiecommissies.

Het Zorgnetwerk streeft naar een steeds verdergaande integratie. Het uiteindelijke doel van de huidige organisatievorm (MPO) is dat deze integratie moet leiden tot één organisatie voor zorg en wonen, waarbij sprake is van:

- . één gezamenlijke aansturing van processen en organisatie;
- . gezamenlijke productieafspraken en financieel beheer;
- . gezamenlijk beheer van ondersteunende middelen (facilitair bedrijf, staf etc.);
- . toepassing van uniforme bedrijfssystemen (kwaliteitssysteem, beleids- en begrotingscyclus, etc.).

De ontwikkelingsgang van het Zorgnetwerk is schematisch weergegeven in schema 2.

Schema 2: De ontwikkelingsgang van het Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg



Als eerste stap naar verdere organisatorische en juridische integratie wordt in 2000 een holding opgericht tussen het Maasziekenhuis, de beide zorgcentra en de twee woningcorporaties (holding eerste fase). De intentie is uitgesproken om de holding eerste fase uit te breiden, waardoor juridische integratie met één van de bovenregionale partners, namelijk de Thuiszorg Brabant Noord-Oost, gestalte kan krijgen (holding tweede fase).

Belemmerende en bevorderende factoren bij de ontwikkeling van een zorgketen

Binnen het Zorgnetwerk zijn tussen de deelnemende instellingen tijdens werkconferenties verschillende knelpunten geïdentificeerd.

Ten aanzien van het proces van samenwerking:

- . organisaties kennen elkaar onvoldoende;
- . spelregels voor de samenwerking zijn niet expliciet en gedeeld;
- . verschillen in cultuur; taal
- . dominantie van enkele partijen versus gewenste gelijkwaardigheid tussen de partijen;
- . er kan sprake zijn van tempoverschil tussen organisaties met betrekking tot integratie van processen.

Ten aanzien van de infrastructuur:

- . positie van de beleidsmedewerker en de projectmanager is onduidelijk;
- . er zijn te weinig randvoorwaarden beschikbaar gesteld voor het uitvoeren van de projecten;
- . mandateren van de deelnemers in de projecten is niet goed geregeld;
- . communicatie- en informatievoorziening is onvoldoende.

Ten aanzien van geldelijke middelen, wet- en regelgeving:

- . deze is niet gericht op verticale integratie;
- . er is sprake van schaarse middelen
- . oppassen voor valkuilen.

Ten aanzien van persoonlijke belangen:

- . eigen positie/loopbaan kan in het geding zijn;
- . kwaliteit van het management zal niet altijd in overeenstemming blijken te zijn met de eisen die worden gesteld.

Tenslotte ten aanzien van het Zorgnetwerk en de eigen organisatie:

- . dubbele loyaliteit;
- . verschil in spankracht van de organisatie;
- . momentum ligt verschillend per organisatie.

Een groot deel van deze knelpunten vloeit voort uit het feit dat verschillende instellingen met elk een eigen cultuur en werkwijze met elkaar intensief samenwerken. Met de multi-projectorganisatie ondervangt het Zorgnetwerk een groot deel van deze procesmatige knelpunten.

Waar het Zorgnetwerk minder invloed op heeft zijn de knelpunten voortvloeiend uit de huidige wet- en regelgeving. Wel wordt optimaal gebruik gemaakt van de ruimte die geboden wordt. Tevens wordt via de Genuagroep (een door de Erasmus Universiteit Rotterdam geïnitieerde expertisegroep, waarmee ondersteuning en onderzoek wordt beoogd van sturings- en organisatievraagstukken in regionale zorgketens) invloed uitgeoefend op de politiek.

Het Zorgnetwerk in de vorm van de multiprojectorganisatie ondervindt de volgende knelpunten die de ontwikkeling om te komen tot één organisatie voor zorg en wonen belemmeren.

1. Wet- en regelgeving

Het opheffen van de schotten tussen het eerste en tweede compartiment om zorg te kunnen leveren vanuit één zorgbudget. Samen met het Zorgkantoor en de zorgverzekeraars wil het Zorgnetwerk het budget daar kunnen inzetten waar de zorgvragen zich ook daadwerkelijk voordoen en niet vanuit het bestaande en geormerkte zorgaanbod.

Daarnaast verhindert met name het Besluit Beheer Sociale Huursector het vergaand koppelen van zorg- en woonorganisaties in één bedrijf om te voorzien in de behoefte aan nieuwe woon-zorgarrangementen.

2. De BTW-problematiek.

In situaties waarin gebruik gemaakt wordt van elkaars personeel worden deze diensten met BTW belast. In die situaties vloeit 17,5% van het zorgbudget weg naar de belasting. Dit bemoeilijkt de transmurale inzet van personeel.

3. Eigen bijdrage systematiek

De huidige diversiteit in de eigen-bijdrage systematiek en registratie werkt kosten verhogend en ondoelmatig. Voor cliënten is het nauwelijks meer te begrijpen en voor het personeel niet meer te volgen en uit te voeren.

4. Geografische werkgebieden

Een ander knelpunt is de onvolledige overlap van de geografische werkgebieden van de zorginstellingen. Noord-Limburg heeft een lastige positie wat betreft de inschakeling van thuiszorg en RIAGG-zorg voor patiënten die medische zorg in Boxmeer hebben ontvangen, maar die vervolgens zijn aangewezen op Noord-Limburgse en Nijmeegse zorgorganisaties. Als gevolg van niet geheel overlappende verzorgingsgebieden, bestaan afstemmingsproblemen en treden fricties op.

Op het niveau van de provinciale en lokale overheden speelt een aantal andere facetten. Op de eerste plaats de regiovisie: er wordt een regiovisie voor Brabant Noord-Oost (waartoe de regio Land van Cuijk behoort) en een regiovisie voor Limburg opgesteld. Daarnaast zijn wat betreft de indicatiestelling in het gebied Land van Cuijk en Noord-Limburg meerdere regionale indicatie-organen (RIO's) werkzaam (namelijk het RIO Brabant Noord-Oost, Noord-Limburg en Nijmegen en omgeving.) Deze indelingen sluiten niet aan de het gebied Land van Cuijk en Noord-Limburg en bemoeilijken de samenwerking. Inmiddels vindt hierover overleg plaats tussen de gemeenten in het Land van Cuijk en Noord-Limburg.

Naast belemmerende factoren, zijn er in het ontwikkelingsproces van het Zorgnetwerk ook bevorderende factoren te benoemen.

- . Een goed samenwerkingsklimaat. Er is binnen het Zorgnetwerk sprake van daadwerkelijke bereidheid tot samenwerking en een goede sfeer. Samenwerking valt of staat met goede onderlinge verhoudingen.
- . De deelnemende organisaties in het Zorgnetwerk zijn zich ervan bewust dat ze elkaar nodig hebben, mede in het belang van het behoud van de eigen organisatie c.q. functies.
- . De regio Land van Cuijk en Noord-Limburg is een 'één op één regio', het aantal participanten is overzichtelijk.

- . Het Zorgnetwerk kent in middels een historie van samenwerking sinds 1992. Daardoor zijn de organisaties bekend met elkaar en weet men elkaar te vinden.
- . Het Zorgnetwerk onderhoudt goede relaties met verzekeraars, gemeenten, huisartsen welzijnszorg en bijvoorbeeld het bedrijfsleven. Met andere woorden de samenwerking met de omgeving waarin het Zorgnetwerk opereert is goed.
- . Er is draagvlak gecreëerd bij sleutelfunctionarissen in de afzonderlijke participerende organisaties. Deze dragen de ideeën van het Zorgnetwerk verder uit en zijn onmisbaar voor het hele traject.
- . Tenslotte zijn met betrekking tot de (deel)projecten zoals het CVA model en Verpleeg-Thuiszorg, successen behaald. Dit is enerzijds motiverend voor de samenwerking en anderzijds hebben de instellingen er veel van geleerd.

Bronnen

Informatiebrochure Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. Boxmeer, september 1999

Visie op de toekomst van de Holding. 2000 - 2005. Maasziekenhuis, Sint Jansstichting, Woningstichting Sint Tunnis, Zorgcentra Boxmeer - Sint Anthonis , Zorgcentra Land van Cuijk. Versie 3. Boxmeer, september 1999

Jaarverslag 1998/1999. Jaarplan 2000. Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. Boxmeer, september 1999

Discussienotitie Ondersteuningsstructuur huisartsen Land van Cuijk en Noord-Limburg

Implementatieplan Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. Concept. Boxmeer, 5 oktober 1999

Gesprek met: De heer T. Kessels, directeur Maasziekenhuis, voorzitter Zorgnetwerk
De heer E. Valstar, directeur rayon Land van Cuijk Stichting Thuiszorg
Brabant Noord-Oost
Mevrouw N. Veugen, beleidsmedewerker Zorgnetwerk

4 Transmurale Zorg Midden Twente als onderdeel van De Zorgschakel

4.1 Inleiding

De hier beschreven zorgketen Transmurale Zorg Midden Twente is in een projectstructuur opgericht en is gaan functioneren in 1996. De naam van de zorgketen geeft aan op welke regio de zorgketen zich richt, namelijk Midden Twente, rondom Hengelo. Als doelstellingen heeft Transmurale Zorg Midden Twente geformuleerd:

1. Het ontwikkelen van nieuwe transmurale producten voor specifieke patiënten-categorieën; en
2. Het beschrijven en analyseren van de oude bestaande producten.

Het project wordt ondersteund en uitgevoerd door uit De Zorgschakel. De Zorgschakel is een transmurale onderneming, opgericht door het Streekziekenhuis Midden Twente en Thuiszorg Centraal Twente, en werkt faciliterend ten behoeve van alle onderdelen van de zorgketen. Zij coördineert het project, levert administratieve ondersteuning en heeft een belangrijke taak in de monitoring en registratie van de zorgketens.

Naast De Zorgschakel (de transmurale onderneming in oprichting) is er een Zorgservices-groep opgezet die voorziet in aanvullende zorg- en dienstverlening. In aansluiting daarop is nu het Gezondheids-ServiceCentrum Twente in aanbouw, waarin 22 instellingen en organisaties op het gebied van gezondheidszorg worden gehuisvest. Dit zijn onder andere de Stichting Bartiméus (visueel gehandicapten), de DHV, de Thuiszorgwinkel, Zorg- en preventiecentra, Audiologisch centrum Twente en een Dermatologisch Dagbehandelingscentrum. Daarnaast is als innovatie recent de Travel Health Clinic opgericht.

In de volgende paragraaf wordt nader op de organisatie van de Zorgschakel en de context ingegaan.

4.2 Samenstelling, organisatie en werkwijze

Deelnemende instellingen van de Transmurale Zorg Midden Twente zijn:

- Streekziekenhuis Midden Twente (SMT)
- Verpleeghuizen
- Verzorgingshuizen
- Thuiszorg Centraal Twente (TCT)
- Regionale Huisartsenvereniging (RHV)
- Revalidatiecentrum Het Roessingh
- Zorgverzekeraar Amicon
- Patiënten/consumentenplatform

Organisatie van de Transmurale Zorg Midden Twente

Er is een stuurgroep gevormd met de directie van TCT en SMT, verpleeghuizen, verzorgingscentra en op afroep Het Roessingh, Zorgverzekeraar Amicon en het patiënten / consumentenplatform. Onder de stuurgroep is een werkgroep aanwezig met als taken de coördinatie en projectbeschrijvingen transmurale zorg en monitoring en registratie voor alle deelnemende instellingen. De uitvoering van de verschillende projecten ligt veelal in handen van een transmuraal samengestelde projectgroep.

Het project *Transmurale Zorg Midden Twente* is zoals gezegd een project dat valt onder de onderneming De Zorgschakel. Deze onderneming heeft een aantal bedrijfsonderdelen, te weten:

- a. Zotel, inclusief huisartsenbedden en kraamarrangementen
- b. Het bureau Zorginnovatie en Onderzoek
- c. Het Transferpunt Midden Twente
- d. Transmuraal Team (in oprichting)

Ad.a. Het Zotel is in de transmurale onderneming Zorgschakel als bedrijfs onderdeel ondergebracht en bestaat uit 18 hotelkamers. Hier is verpleegkundige hulp op afroep leverbaar. Het Zotel is de schakel in de zorgketen tussen het ziekenhuis en de thuissituatie. Per jaar vinden er zo'n 5.000 overnachtingen plaats in het Zotel. Het ziekenhuis verklein je hiermee op termijn tot een medisch diagnostisch behandelcentrum.

Ad.b. Het bureau Zorginnovatie en Onderzoek is een bureau waarvan het primair de taak is om met 5 verpleegkundig specialisten praktijkondersteuning te bieden aan huisartsen en specialisten. Dit is het geval bij diabetes, neurorevalidatie, COPD / astma, oncologie en revalidatie. De verpleegkundig specialisten zijn opgeleid om zorginnovatie te initiëren, te starten en te begeleiden. In hun takenpakket is een aantal taken onderscheiden.

- Patiëntenzorg: het houden van verpleegkundig spreekuur en het ontwikkelen ervan. Voorlichting en instructie vinden plaats binnen deze spreekuren, ter ondersteuning van de specialisten en van de huisartsen (zoals bijvoorbeeld het op insuline instellen van diabetespatiënten voor de huisartsen).
- Consultatie en deskundigheidsbevordering in zowel het ziekenhuis als de thuiszorgorganisatie.
- Ontwikkelen van transmurale zorgproducten. De verpleegkundig specialisten nemen deel in tal van projecten of fungeren als projectleider.

Daarnaast is bij dit bureau tevens de taak van de monitoring en registratie ondergebracht. Vanuit de registratie en monitoring faciliteert men de managers van de verschillende zorgketenonderdelen.

Ad.c. Het Transferpunt Midden Twente stuurt en stroomlijnt patiëntentrajecten tussen verschillende zorginstellingen (SMT en TCT, en sinds het najaar ook de verpleeg- en zorgcentra). Het transferpunt dient als logistiek centrum. Alle nazorgvragen voor patiënten na ziekenhuisverblijf worden door het bureau afgehandeld.

Het logistieke bureau is in werking getreden op 15 september 1999 en richt zich op de nazorgroute van patiënten vanuit het ziekenhuis. In het logistieke bureau wordt het RIO (Regionaal Indicatie Orgaan) opgenomen om de indicatiestelling te integreren en te koppelen aan de zorgtoewijzing. Het RIO is dagelijks met een medewerker vertegenwoordigd. Dit transferpunt of -bureau bestaat uit (vanuit het ziekenhuis overgehevelde) maatschappelijk werkenden die zich bezig houden met aanvragen voor verpleeghuis- en verzorgingshuisplaatsing. Daarnaast is er een transferverpleegkundige die de relaties met de thuiszorg en het ziekenhuis onderhoudt en verzorgt.

Ad.d. Het Transmurale Team richt zich op ziekenhuiszorg en thuiszorg, heeft een coördinerende taak en is nog niet operationeel. Het team bestaat uit ziekenhuisverpleegkundigen en thuiszorgverpleegkundigen en houdt zich bezig met thuiszorgtechnologie-uitvoering. Het team zal voor een belangrijk deel de werkzaamheden voor een aantal transmurale zorgketens op technologisch gebied uitvoeren. Dit is bijvoorbeeld op het gebied van de behandeling van chronische hartpatiënten thuis, patiënten met trombose, patiënten

met aandoeningen waarbij infuustherapie noodzakelijk is, of kraamzorg (screening risicobevallingen). Daartoe moet dit Transmuraal Team worden uitgerust (is nog niet het geval) met alle noodzakelijke middelen (inclusief farmaceutische middelen). Dit versterkt de ketenzorgbenadering: patiënten die worden behandeld / verzorgd door dit team hoeven ook niet meer zelf naar de apotheek toe.

Doelgroepen, patiëntenstromen

Aan de hand van de transmurale productbeschrijvingen kunnen de volgende diagnosegroepen worden beschreven (stand per 9 december 1998):

- Risicozwangeren
- Palliatieve zorg
- CVA-zorg
- Thuistractie
- Diabeteszorg
- Diabetes voet
- Diep-veneuze trombose
- Chronisch hartfalen
- Totale heup/knie
- Astma/COPD
- Psychogeriatrische patiënten met fracturen
- Reuma
- Mamma-care
- Decubitus-protocol

Deze diagnosegroepen zijn in te delen in drie hoofdgroepen, namelijk de chronische ziekten, patiënten die kortdurende medisch specialistische hulp behoeven en vaak lang moeten herstellen en de laatste doelgroep die ontstaat door nieuwe medisch-technologische ontwikkelingen.

4.3 De context van de zorgketen

Rol van de lokale overheid

Niet prominent aanwezig in deze zorgketen.

Rol van de verzekeraars

Het aantal projecten dat bij de zorgverzekeraar wordt ingediend is zo hoog, dat de verzekeraar behoefte krijgt aan een beleidskader (diseasemanagement), waarbinnen die projecten een plaats kunnen krijgen en waarbinnen coördinatie en prioritering kan plaats vinden.

Rol van de regelgeving

Zie financieringskader

Financieringskader

Een van de meest bekende onderdelen van de zorgketen is het Zotel. Voor het Zotel heeft het ministerie via het COTG een erkend COTG-tarief toegekend (van f. 220,- per overnachting). De meeste betrokken zorgverzekeraars - waaronder Amicon - vergoeden de Zotel-overnachtingen via dit tarief en financieren dit door het als Flexregeling in te dienen bij

het College voor Zorgverzekeringen. Echter is het Zotel niet erkend in de verstrekkingenlijst, zodat sommige zorgverzekeraars het niet via het COTG-tarief vergoeden.

De Zorgschakel legt in nauw overleg met Amicon de gevolgen van de opzet van ketenzorg voor. Onderwerpen zijn investeringen en budgetverschuivingen. Bij budgetverschuivingen moet worden gedacht aan de vrijkomende middelen bij het ziekenhuis door de ligduurverkortingen die kan worden bereikt, ten bate van de thuiszorgbudgetten of de verpleeghuisbudgetten. Het inbrengen van de vrijkomende middelen verloopt via de Zorgschakel. Het aantal in dit overleg ingediende projecten is inmiddels zo groot dat vertraging ontstaat. In dat kader is door de zorgverzekeraar de behoefte aan (regio)beleid uitgesproken.

Deelname van instellingen aan de zorgketenontwikkeling gaat via de betaling van abonnementsgelden. De stuurgroep van de transmurale zorg neemt beslissingen over het aantal te ontwikkelen zorgketen; de Zorgschakel faciliteert vervolgens in de transmurale ontwikkeling ten aanzien van ligduur, wachttijd voor indicatiestelling en overplaatsing, inzet van materiaal en middelen in de onderdelen van de zorgketen. Per type zorgketen (doelgroep) verschilt de inhoud.

4.4 De performance van de zorgketen

Vraag

Om de zorgvraag te kennen worden in het Twentse ideeën en ontwikkelingen voorgelegd aan (met name chronische) patiënten, om op die manier na te gaan welke behoeften er bestaan.

Bij nieuwe vormen van thuisbehandeling (zoals tractiebehandelingen die een vaak langdurige behandeling vereisen en een navenant langdurige ziekenhuisopname, maar voor een aantal patiëntencategorieën wel thuis kunnen worden uitgevoerd, zoals voor kinderen) wordt de wenselijkheid ervan met de betreffende patiënt doorgesproken.

Bij chronisch hartfalen komt de zorgvraag naar thuisbehandeling vooral naar voren doordat het meestal om een groep patiënten gaat waarbij er sprake is van herhaling. Zij komen dan zelf (voor een tweede of meerdere keer) naar de kliniek toe met de vraag of zij niet thuis gemonitord en of behandeld kunnen worden. Daartoe is nu een protocol in ontwikkeling (concept van augustus 1999).

Een andere vorm van het onderkennen van de zorgvraag is gewaarborgd door het plaatsnemen van het patiënten / consumentenplatform in de Stuurgroep.

Aanbod

Zie organisatie-beschrijving

De zorginzet (aanbod) per patiënt binnen een keten van zorg voor een bepaalde doelgroep wordt vooralsnog handmatig in een logboek bijgehouden.

Idealiter - zo geeft de manager van de Zorgschakel aan - wordt per keten gedefinieerd wat je zou willen meten via een standaardregime (per zorgtype).

Voor heuppatiënten wordt de zorginzet gemeten door de hele zorgketen heen via labeling.

Voor de verschillende doelgroepen worden transmurale projectgroepen opgericht door een behandelprotocol ontwikkelen. Zo is door de projectgroep "thuistractie bij kinderen" het protocol ontwikkeld "Thuisbehandeling kind met de ziekte van Perthes". Deze projectgroep wordt gevormd door een orthopaed uit het ziekenhuis, een huisarts, het unithoofd van de

kinderafdeling van het ziekenhuis, een OKZ verpleegkundige van de thuiszorg en een verpleegkundig specialist die de rol heeft van projectcoördinator.

In het protocol wordt de gehele gang van de zorg van het i.c. patiëntje beschreven en momenten waarin de verschillende hulpverleners een taak hebben binnen de zorgketen van de patiënt.

Feitelijk zijn dit productbeschrijvingen van zorgtypen voor diverse doelgroepen.

Productie

Verpleegkundig specialisten (bureau Zorginnovatie en Onderzoek) hebben drie taakgebieden:

- Het ontwikkelen en deelname projectgroepen transmurale zorgketens;
- Consultatie en deskundigheidsbevordering zowel ziekenhuis- als thuisorganisatie;
- Het houden van spreekuren en het afleggen van huisbezoeken.

Cijfers tot en met september 1999:

- Ontwikkelen en deelname projectgroepen etc.: betrokken bij 10 transmurale zorgketens.
- Verpleegkundig specialist oncologie: 40 Huisbezoeken, 19 patiënten op verpleegkundig spreekuur.
- Verpleegkundig specialist neurologie: geen spreekuur, 130 huisbezoeken.
- Verpleegkundig specialist reuma/revalidatie: 74 huisbezoeken, 18 patiënten op spreekuur.
- Verpleegkundig specialist astma/COPD: 63 huisbezoeken, 85 kinderen met astma op spreekuur.
- Verpleegkundig specialist diabetes: spreekuur in Hengelo en Goor: 1100 patiënten, waarvan 120 in Goor. Het aantal patiënten voor huisartsen in Hengelo ingesteld op insuline of verwezen door de huisarts is 10% van het totale bestand. In Goor bedraagt dit percentage 30%.

Het Transferpunt

Het transferpunt is per 15 september gestart met haar activiteiten.

Het aantal nazorgaanvragen na ziekenhuisopname door het transferpunt afgehandeld is in september 84 aanvragen, waarvan 64 voor thuiszorg en 20 voor verzorgingshuizen en overigen.

In oktober 110 aanvragen, waarvan 80 voor thuiszorg en 30 voor verpleeg- en verzorgingshuizen en overigen.

De jaarproductieraming is 1100 aanvragen voor thuiszorg en 450 aanvragen voor verpleeg- en verzorgingsaanvragen en overigen.

Het Zotel

Het Zotel ontvangt jaarlijks ± 700 gasten. Het totaal aantal overnachtingen is jaarlijks ± 5000.

De transmurale projecten.

1. Tractiebehandeling, zweefrekbehandeling, thuisbehandeling Ziekte van Perthes. Gestart in 1999, 3 kinderen. Eén kind met een beenfractuur thuistractiebehandeling. Eén volwassene zweefrekbehandeling thuis.
2. PG-patiënten met fracturen: het projectplan is gereed. Implementatie vindt eind 1999 plaats. Het aantal geschatte cliënten is 10 per jaar.

3. Chronisch Hartfalen: Het projectplan ligt klaar. Het betreft thuisbehandeling van \pm 100 hartpatiënten met chronische decompensatie. Met de zorgverzekeraar is nog geen akkoord bereikt over de financiering.
4. Diep veneuze trombose: Het projectplan ligt klaar. Het betreft thuisbehandeling met heparine van \pm 80 patiënten. met de zorgverzekeraar is nog geen akkoord bereikt over de financiering.
5. Ulcus cruris venosum: SMT en TCT hanteren al jarenlang een transmuraal behandelprotocol. Het aantal patiënten per jaar is \pm 100, waarbij een totaal aantal wondbehandelingen van \pm 1000 uitgevoerd wordt. Een nieuw plan wat voorziet in een regionale eenduidige aanpak ligt klaar. Dit wordt geïmplementeerd eind 1999. Implementatie zal dan in alle betrokken instellingen in de regio Midden Twente plaatsvinden.
6. Totale heup project: Dit project loopt al vanaf 1991, \pm 200 patiënten per jaar. Een nieuw plan, updating van het oude protocol ligt klaar. Hierover is nog geen overeenstemming met de zorgverzekeraar. Eind 1999 wordt dit nieuwe plan geïmplementeerd.
7. Totale knie project: Het project loopt al vanaf 1991, \pm 70 patiënten per jaar. Een nieuw plan, updating van het oude protocol, ligt klaar. Hierover is met de zorgverzekeraar nog geen overeenstemming bereikt.

Overige projecten zijn nog in ontwikkeling.

Transmuraal team

Dit wordt per 1 januari 2000 operationeel. Het betreft een team van ziekenhuisverpleegkundigen en thuiszorgverpleegkundigen. Het team gaat zich richten op gespecialiseerde zorg, vooral het medisch-technisch handelen.

Afstemming

Vanuit het ziekenhuis worden patiënten in het elektronisch systeem gelabeld indien zij doorgaan vanuit het ziekenhuis via het Transferpunt naar de thuiszorg. In alle andere overgangen binnen de zorgketen is dit nog in ontwikkeling. Het transferpunt regelt de afstemming en vormt 1 loket voor de nazorgvraag, door de (her)indicatiestelling direct kort te sluiten met de thuiszorgorganisatie. De directe aansluiting en afstemming met verpleeghuizen en verzorgingshuizen is thans in ontwikkeling.

De indicatiestelling wordt door het RIO uitgevoerd. Voor de thuiszorgindicatiestelling geldt een garantie dat dit binnen 24 uur geschied.

Tevredenheid patiënten

Om de tevredenheid van de patiënten te kunnen meten en te bepalen is een klanttevredenheidsinstrument opgezet. Dit is in de vorm van een formulier. Chronische groepen moeten op den duur in de ontwikkelingsfase worden betrokken bij de vraag hoe de zorgketens het best georganiseerd kunnen worden.

4.5 De ontwikkelingsgang van de zorgketen

Vanaf 1991 is een start gemaakt met de opzet van een zorgketen voor knie- en heuppatiënten. In 1996 is het project Transmurale zorg gestart. Na verloop van tijd kwam de noodzaak sterk naar voren om niet meer in projectvorm te werken, maar om het geheel een structurele basis te geven door fulltime te investeren en te zorgen voor een goede infrastructuur. Hiertoe is het Zotel uit de Zorgservicesgroep gehaald en overgeheveld naar de Zorgschakel, om snel deze nieuwe structuur 'body' te geven. Hiermee is de doorstroom

vanuit het ziekenhuis naar de thuiszorg gestroomlijnd. Door deze ontwikkeling is de verwachting dat het ziekenhuis op termijn wordt verkleind tot een diagnose-behandelcentrum. Na de afstemming tussen ziekenhuis en thuiszorgorganisatie zijn nu de andere onderdelen in de zorgketen aan bod. Zoals hierboven gesteld ligt een concept-protocol klaar over de afstemming tussen het Transferpunt en de verpleeghuizen, respectievelijk verzorgingshuizen.

Succes- en faalfactoren

Gevraagd aan betrokkenen is welke factoren bepalend zijn (gebleken) voor het succes van de opzet van de zorgketen. Daar zijn de volgende factoren voor genoemd:

- Directies die willen bijdragen aan de opzet van zorgketens en die bereid zijn het eigen domein los te laten.
- De Zorgschakel zit echt tussen beide instellingen (ziekenhuis en thuiszorg) in en denkt transmuraal.
- Er is een infrastructuur nodig die monitoring faciliteert, waarmee de werkelijke effecten van ketenzorg in beeld kunnen worden gebracht.
- Voor de veranderingen in de organisaties zijn structurele financiële vormen nodig.
- Niet alleen de grote lijnen aanpakken, maar ook kleinere projecten want in de beginfase zijn snel (kleine) successen nodig. Daarmee wordt een uitwaaier-effect verkregen.
- Een gedegen communicatieplan is nodig, om partijen hun bevoegdheden en verantwoordelijkheden ook werkelijk goed te kunnen laten uitvoeren binnen de zorgketen.
- De deelnemers moeten 'leef' hebben om hier in te stappen, omdat je soms tegen de grenzen aanloopt van wat op dat moment mag en kan.

Als faalfactoren noemt de manager van de Zorgschakel:

- Financiering, inclusief de Eigen Bijdragen;
- Verstrekkingenpakket;
- De belastbaarheid in termen van werkdruk en financiering van huisartsen: binnen de zorgketens krijgen de huisartsen extra activiteiten waarmee deze aspecten gaan wringen;
- De compartimentering tussen de instellingsbudgetten vanwege de AWBZ en ZFW.

Illustratief zijn de kosten van de transmurale teams. Drie partijen hebben daar in de verdeling van de bekostiging een aandeel, te weten de zorgverzekeraar (via de innovatiegelden - AWBZ), het ziekenhuis (via het ZFW-budget) en de thuiszorg (AWBZ-bijdragen en AWBZ-vergoedingen voor verblijf). Het vraagstuk wat dan opkomt is hoe de registratie moet verlopen van de verschillende vergoedingen uit de twee compartimenten. Daarover is men nog tussen de direct betrokken partijen volop in overleg.

Bronnen bij hoofdstuk 4

Info De Zorgschakel. "De Zorgschakel, de transmurale onderneming van SMT en TCT", Hengelo, augustus 1999.

De Zorgschakel, zorginnovatie en onderzoek. "Het Transferpunt", Hengelo, juli 1999.

De Zorgschakel, zorginnovatie en onderzoek. "Sinale pijnbestrijding bij kankerpatiënten". Hengelo, maart 1999

De Zorgschakel, zorginnovatie en onderzoek. "Kind met de Ziekte van Perthes". Hengelo, maart 1999

De Zorgschakel, zorginnovatie en onderzoek. Concept "Protocol Thuisbehandeling Patiënten met Chronisch Hartfalen". Hengelo, augustus 1999

5 REGIONALE COMMISSIE GEZONDHEIDSZORG ZUID-HOLLAND-NOORD

5.1 Inleiding

De Regionale Commissie Gezondheidszorg is een samenwerkingsverband waarin alle zorgaanbieders van de regio Zuid-Holland Noord in zijn vertegenwoordigd, plus de patiënten/consumënten, zorgverzekeraars en de gemeenten uit de regio. Het terrein waarop de Regionale Commissie zich begeeft is breder dan alleen de curatieve somatische zorg. Ook de ouderenzorg, de gehandicaptensector en de GGZ zijn terreinen waarop zorgonderdelen worden afgestemd op elkaar en zorgketens worden gevormd. Op die terreinen is de vorming van zorgketens in een verder stadium dan in de curatieve somatische zorg. In dit hoofdstuk worden de totale werkzaamheden van de Regionale Commissie als casus beschreven, met specificeringen ten aanzien van de curatieve somatische zorg.

Doel

De Regionale Commissie is een onafhankelijk overleg- en adviesorgaan en functioneert sinds 1991 als een vast orgaan binnen de gezondheidszorg in de regio Zuid-Holland Noord. De Commissie bevordert de samenhang, afstemming en samenwerking tussen partijen in de zorg. Daarnaast ontwikkelt zij de intersectorale regiovisie in samenwerking met de gemeenten. De doelstelling van de Regionale Commissie luidt dan ook:

Het bevorderen van overleg tussen instellingen en organisaties die een functie hebben op het gebied van de gezondheidszorg in de regio Zuid-Holland Noord teneinde de samenhang, afstemming, spreiding en samenwerking tussen voorzieningen onderling en de kwaliteit van de zorg te waarborgen en waar nodig te verbeteren.

Vanuit dit algemene doel geldt dat in het geval van de curatieve somatische zorg (CSZ) wordt gestreefd naar een situatie waarin de samenwerking tussen partijen in het gehele traject behorende bij de medische behandeling(en) gebaseerd is op de zorgketenbenadering en dat het traject van de zorgvrager transparant is (Concept Regionaal Plan Medische Zorg, 14 okt. 1999, p.2). Hiervoor wordt de zorg integraal benaderd en dient verdergaande structurele samenwerking tussen alle partijen betrokken bij de medische zorg gerealiseerd te worden.

5.2 Samenstelling, organisatie en werkwijze

Samenstelling

Deelnemende partijen van de Regionale Commissie gezondheidszorg Zuid-Holland-Noord zijn de patiënten/consumënten (via het regionale platform), alle zorgaanbieders in de regio, de zorgverzekeraars (Zilveren Kruis en Zorg en Zekerheid) en gemeenten in de regio (22 in het totaal).

De zorgaanbieders zijn de ziekenhuizen Het Leids Universitair Medisch Centrum, het Rijnlandziekenhuis (twee locaties) en het Diaconessenhuis in Leiden. Daarnaast uit de regio de verpleeghuizen (10), verzorgingshuizen (41), instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg (6) en zorg voor verstandelijk gehandicapten (12), de DHV (huisartsen), GGD= en (2), de thuiszorg (3) en het Integraal Kankercentrum West, MKD en het Rijnlands Zeehospitium.

Organisatie

De Regionale Commissie is een volledig onafhankelijk orgaan. Partijen die betrokken zijn bij de gezondheidszorg in de regio kunnen (op vrijwillige basis) lid worden van de Commissie. De deelnemende lidorganisaties blijven wel autonome organisaties binnen dit geheel met ieder zijn eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de zorgverlening.

Ter ondersteuning van de Commissie is er een Stichting Beheer. Deze heeft tot taak de financiële en personele belangen van de Commissie te behartigen.

Daarnaast is er een beleidsbureau van de Commissie: het Regionaal Bureau Gezondheidszorg. Het bureau heeft als teken het adviseren van de Commissie, het beleidsmatig ondersteunen van de Commissie en haar individuen leden. Aan het uitvoeren van werkzaamheden door het Regionaal Bureau zijn drie voorwaarden verbonden: ten eerste moet de aanvragen instelling lid zijn, ten tweede moeten de werkzaamheden passen binnen het kader van de regiovisie en de door de Commissie opgestelde plannen en ten derde moet het resultaat toetsbaar zijn voor de Commissie.

Werkwijze

De Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland-Noord vergadert eens per twee maanden. Van elk van de aangesloten partijen is een vertegenwoordiger op directieniveau aanwezig. De onderwerpen die aan bod komen in de vergaderingen van de Regionale Commissie zijn het vaststellen van criteria voor de regionale verdeling van de zorgvernieuwingsgelden (een beperkte vorm van regibudget-allocatie), adviesaanvragen behandelen ten aanzien van bouwinitiatieven (regionale spreiding), plan van aanpak van projecten in verband met afstemming van zorgvoorzieningen en samenwerking, enzovoorts. De adviezen op het gebied van zorgvernieuwing en bouwinitiatieven zijn gedelegeerde provinciale taken. De Commissie heeft daartoe een bestuursovereenkomst gesloten met Gedeputeerde Staten van Zuid-Holland. In deze overeenkomst wordt vastgelegd welke activiteiten de Regionale Commissie in het kader van de regiovisie uitvoert en welke vergoeding de Commissie daarvoor van Gedeputeerde Staten ontvangt.

De Provincie Zuid-Holland is als waarnemer bij de vergaderingen van de Regionale Commissie aanwezig.

Als overkoepelende taak over de verschillende onderdelen wordt door de Regionale Commissie een regiovisie opgesteld voor de gezondheidszorg als geheel en in onderlinge samenhang in de regio Zuid-Holland Noord, alsmede sectorale zorgplannen op alle terreinen van de zorg. Binnen de regiovisie als kader ontwikkelen zich de zorgketens.

Doelgroepen, patiëntenstromen

Zoals hierboven al is aangegeven beperkt de Regionale Commissie zich niet tot alleen de curatieve somatische zorg, maar richt zich op de gehele zorg. Al eerder zijn regionale plannen ontwikkeld voor de verzorging & verpleging, de GGZ en de verstandelijk gehandicapten. In deze paragraaf blijft de beschrijving met deze kanttekening beperkt tot de curatieve somatische zorg, of zoals deze sector door de Commissie wordt aangeduid: de medische zorg.

De medische zorg betreft de zorg die binnen en buiten het ziekenhuis geleverd wordt, alsmede de aansluitende zorg. Voor deze sector is nu (14 oktober 1999) in concept het Regionaal Plan Medische Zorg ontwikkeld. Dit plan richt zich op de zorgvragen van drie patiënten categorieën, te weten: jongeren (van 0 tot ca. 18 jaar), ouderen (vanaf ongeveer 75 jaar) en van "gewone" patiënten (de brede stroom van patiënten in de leeftijdscategorieën

tussen de andere stromen in. Met dit plan worden stappen gezet in de richting van een geïntegreerde zorgbenadering van de zorgvraag.

5.3 De context van de zorgketen

Regiokenmerken

De regio bestaat uit drie subregio's: Duin- en Bollenstreek (met als gemeenten o.a. Hillegom, Katwijk, Noordwijk en Voorhout), Leiden en omstreken en Rijnstreek (rondom Alphen aan de Rijn). Totaal zijn er 22 gemeenten in deze regio, met zo'n 525.000 inwoners. Het totale zorgbudget bedraagt bij benadering f. 3 miljard.

Rol van de lokale overheid

De 22 gemeenten uit de regio zijn vertegenwoordigd in de Regionale Commissie. Zij hebben een (wettelijke) taak op het gebied van de ruimtelijke ordening en kunnen daarmee onder andere de spreiding van de voorzieningen in de regio bewaken. Vooralsnog is deze taak beperkt uitgevoerd door de gemeenten. Dit valt op te maken door te kijken naar de spreiding van ziekenhuizen die beperkt is.

Daarnaast hebben de gemeenten een rol bij de indicatiestelling via de RIO's.

Rol van de verzekeraars

De twee zorgverzekeraars Zilveren Kruis en Zorg & Zekerheid zijn eveneens vertegenwoordigd in de Regionale Commissie.

Rol van de regelgeving

De huidige wet en regelgeving wordt als zeer beperkend ervaren voor de ontwikkeling van zorgketens. Er komt geen regisserend effect vanuit, maar beperkt zich tot slechts repressief gedrag.

Kenmerkend voor deze ervaring is de bouwprioriteitenlijst die wordt gehanteerd door het departement, maar die niet wettelijk is erkend zodat beroep er tegen niet mogelijk is. Daardoor vindt nu alleen maar kaalslag plaats.

Provinciale regie is vanuit de Provincie overgezet naar de Commissie en is daarmee een afbreuk aan de wetgeving.

Financieringskader

Door het principe van autonome organisaties binnen de zorgketen, blijven de zorgaanbieders de beschikking behouden over hun eigen budgetten. Via flexgelden en zorgopmaat gelden wordt de medische zorgketen (evenals de andere care zorgketens) gefinancierd. De in stellingen die (vrijwillig) lid zijn, betalen een jaarlijkse contributie aan de Regionale Commissie voor instandhouding van de Commissie en het Regionaal Bureau.

Indien budgetten verschoven worden door de zorgketenbenadering stuit men tegen de compartimentering aan. Daarnaast geldt in die gevallen dat de financiële verantwoording voor de individuele instellingen lastiger wordt indien budgetten verschuiven. In het geval van de verpleeghuizen (die een centrale functie hebben in de zorgketen) zijn hiertoe integrale kostprijzen berekend voor onder andere de verpleeghuisunits. De ziekenhuizen ondersteunen de verpleeghuizen door patiënten die vanuit de ziekenhuiskliniek komen met speciaal bed en al te verhuizen naar het verpleeghuis. De kosten van het speciale bed blijven daarmee voor

het ziekenhuis. Voor overige budgetverschuivingen tussen instellingen worden op basis van open overleg afspraken gemaakt over kostenverdeling.

5.4 De performance van de zorgketen

Binnen de medische zorg worden in deze paragraaf de zorgvraag, het aanbod, en afstemming tussen beiden besproken. De term performance impliceert een uitkomstenmeting (hoe succesvol is de zorgketen). Gezien de status van de zorgketen voor de curatieve somatische zorg is dit nog niet aan de orde.

Zorgvraag

Wanneer we wat specifiekier kijken naar de indeling in de bovenstaande leeftijdscategorieën, dan zijn er in de categorie van de “gewone” patiënten in de regio ongeveer 358.000 personen tussen de 19 en de 74 jaar en zal naar verwachting tot 2010 met 22.000 personen toenemen. De specifieke zorgvraag zal bestaan uit een totaal pakket van voorzieningen waarmee de patiënt weer zo snel mogelijk kan deelnemen aan het maatschappelijk leven (Concept, 14 okt 1999, p.6).

De jongeren in regio laten een dalende trend zien in omvang door de tijd heen. Naar verwachting neemt het aantal jongeren af tot ruim 12.000. De specifieke zorgvraag van jongeren wordt veelal via ouders of verzorgers geuit en de regie en beslissingen moeten in overleg met de ouders/verzorgers worden genomen. Bij langdurige zorg vraagt de geestelijke en lichamelijke ontwikkeling van het kind speciale aandacht (Concept, 14 okt 1999, p.22).

De vraag naar ouderenzorg kenmerkt zich door een complexiteit, bepaald door verminderde mobiliteit, verminderd vermogen tot eigen regievoering, chronische ziekten en psychogeriatrische problematiek en een snel afnemend sociaal netwerk. Naar verwachting neemt deze bevolkingsgroep tot 2010 met 28% toe (Concept, 14 okt 1999, p.39).

Aanbod

Gezien de specifieke zorgvragen per categorie zijn er als zorgaanbod drie typen zorgcircuits in ontwikkeling. Elk van de drie typen zorgaanbod kent de onderdelen:

- 1 preventie
- 2 diagnostiek
- 3 behandeling
- 4 nazorg en reïntegratie

Voor elk type worden deze onderdelen specifiek ingevuld. Zo speelt bij de “gewone patiënten” in het geval van preventie de ARBO-dienst in de werkomgeving een belangrijke rol, terwijl dat bij de jongeren het vroegtijdig onderkennen van ziekten en aandoeningen van groot belang is voor de gezondheidstoestand van het kind en op latere leeftijd.

Ook ten aanzien van de locatie van waar de zorg wordt verleend wordt specifiek naar de doelgroep gekeken. Met name bij ouderen zal de zorg vanwege de verminderde persoonlijke flexibiliteit zoveel mogelijk worden aangeboden in de thuissituatie.

Het huidige aanbod kan als volgt in kaart worden gebracht.

“Gewone patiënten”

	GGD	IKW	huis- artsen	LUMC	alg. zieken- huizen	GGZ	RZH	ver- pleeg- huizen	thuis- zorg
Medische preventie	X	X	X	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)
Medische diagnostiek	(X)	---	X	X	X	X	X	X	---
Medische behandeling	(X)	---	X	X	X	X	X	X	---
Nazorg/- Reïntegratie	---	---	X	X	X	X	X	X	X

X = ja

(X) = ja, in beperkte mate

--- = nee

“Jongeren patiënten”

	Ouder- en kind- zorg	GGD	Verlo- s- kunde	huis- artsen	LUMC	alg. zieken- huizen	GGZ	RZH	thui- s- zorg
Medische preventie	X	X	X	X	(X)	(X)	X	(X)	---
Medische diagnostiek	(X)	(X)	X	X	X	X	X	X	---
Medische behandeling	(X)	(X)	X	X	X	X	X	X	X
Nazorg/- Reïntegratie	X	(X)	X	X	X	X	X	X	X

X = ja

(X) = ja, in beperkte mate

--- = nee

>Ouderen patiënten=

	GGD	huis- artsen	LUMC	alg. zieken- huizen	GGZ	ver- pleeg- huizen	ver- zor- gings- huizen	thuis- zorg
Medische preventie	X	X	(X)	(X)	X	(X)	(X)	(X)
Medische diagnostiek	---	X	X	X	X	X	---	---
Medische behandeling	---	X	X	X	X	X	---	---
Nazorg/- Reïntegratie	---	X	X	X	X	X	X	X

X = ja

(X) = ja, in beperkte mate

--- = nee

Productie

Ten aanzien van de curatieve somatische zorg is zoals hierboven al is gesteld de zorgketen in ontwikkeling. Productiecijfers zijn nog niet voor handen.

Afstemming

Ketenbenadering in deze regio betekent er voor zorgen dat de juiste behandelaar bij de patiënt komt (waar die ook is). Het doel is om transporten voor de patiënt te beperken. Dit is ingegeven omdat patiënten bij iedere transfer naar een nieuwe locatie moeten wennen aan hun omgeving waardoor hun zorgvraag langzaam per keer toeneemt ("de eerste dag weet de patiënt niet eens het knopje voor de hulp te vinden"). De nieuwe omgeving moet op haar beurt iedere keer opnieuw wennen aan de individuele patiënten. Die kennis moet iedere keer opnieuw worden opgebouwd. Met de ketenbenadering wordt de opgebouwde kennis zoveel mogelijk vastgehouden. Keten zorg houdt wel in dat er een grote mate van afstemming tussen zorgaanbieders plaats vindt.

Daartoe is in 1992 een communicatiesysteem opgezet dat gecertificeerd is (ISO 9004), en dat geïmplementeerd is in de instellingen. Dit systeem dient om de een goede (efficiënte en effectieve) communicatie tussen verpleeghuizen, verzorgingshuizen en ziekenhuizen te garanderen. Vervolgens ligt het in de lijn der verwachtingen dat de afstemming van de hulp van verschillende zorgaanbieders in de somatiek wordt opgepakt en geregeld door transmuraal verpleegkundigen. Indien daar behoefte aan is, zal deze casemanager de patiënt in het gehele zorgtraject blijven volgen en ondersteunen waar nodig. In dat traject moet de patiënt door de transmuraal verpleegkundige telkens worden geherindiceerd. De transmuraal verpleegkundige is gestationeerd in het ziekenhuis en is veelal afkomstig van de thuiszorg.

De casemanager is vergelijkbaar met de situatie in de ouderenzorg, waar die hulp prominenter aanwezig is. Voor de ouderenzorg in deze regio is speciaal het diagnostisch centrum ouderenpsychiatrie opgericht, die ouderen volgt in hun zorgtraject.

In het Rijnlandziekenhuis is een schakelafdeling opgezet die fungeert als tussenstation tussen ziekenhuis en verpleeghuis. Deze schakelafdeling zorgt er voor dat er een vrijwel naadloze keten wordt gevormd.

Tevredenheid patiënten

Patiënt-tevredenheid wordt niet direct gemeten in deze regionale zorgketens. Vooral nog moet de sterke aanwezigheid van het regionale patiënten/consumentenplatform de stem van de patiënt vertegenwoordigen.

5.5 De ontwikkelingsgang van de zorgketen

Ten aanzien van de curatieve somatische zorg in deze regio is het planvormingstraject in januari 1998 opgestart met de ontwikkeling van een kwalitatieve visie op de ziekenhuiszorg (inclusief ziekenhuis gerelateerde en transmurale zorg). Dit mondt uit in de Zorgvisie Sector Ziekenhuizen Zuid-Holland Noord (september 1998). Per september 1998 is hierop aansluitend de Stuurgroep Regionaal Plan Medische Zorg ingesteld, die het hier besproken concept-plan hebben ontwikkeld. De Stuurgroep bestaat uit vertegenwoordigers vanuit de ziekenhuizen, huisartsen, specialisten, verloskundigen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties, de GGZ, het Zeehospitium, de GGD=en, het IKW, vertegenwoordigers van de zorgvragers, de zorgverzekeraars en de gemeenten.

Er is een actieprogramma opgezet voor de medische zorg (hoofdstuk 5 van het concept Regionaal Plan Medische Zorg Zuid-Holland Noord, 14 oktober 1999), waarin actiepunten zijn opgenomen, met daarbij vermeld de initiatiefnemers, de overige betrokkenen en de prioriteit. De initiatiefnemer neemt het voortouw bij de uitvoering van het betreffende actiepunt.

Er is een drietal prioriteiten, die betrekking hebben op het tijdspad. De criteria om de prioriteitenstellingen te bepalen zijn uitvoerbaarheid binnen een bepaalde termijn, urgentie, kosten en relevantie voor andere onderdelen van het actieprogramma.

Naast de algemene actiepunten zijn er specifieke actiepunten voor de drie doelgroepen. Daarin wordt per doelgroep onderscheid gemaakt tussen preventie en voorlichting, zorginhoudelijke afstemming, patiëntenlogistiek, volumeafspraken, kwaliteit, algemeen en aandieningsgerichte actiepunten.

Succesfactoren

Gevraagd aan betrokkenen is welke factoren bepalend zijn (gebleken) voor het succes van de opzet van de zorgketen. Daar zijn de volgende factoren voor genoemd:

1. Elkaar kennen. De betrokkenen moeten al (enigszins) vertrouwd zijn met elkaar;
2. Een open benadering;
3. Eenduidigheid van beleid. Er worden geen zaken apart geregeld. Van tevoren staat het beleid vast en daarmee de bewegingsvrijheid.
4. Geld mag niet de drijfveer zijn. Sterker nog, het mag niet eens belemmerend werken.
5. De onafhankelijke aansturing van de gehele zorgketen zoals die door de Commissie geschied is van belang om het groepsbelang te blijven waarborgen.
6. Begin met concrete kleine actiepunten, waarmee succesjes kunnen worden behaald, en zeker niet met de statuten en uitvoerige analyses. De succesjes zijn nodig om anderen over te halen om actief deel te nemen aan de zorgketen.
7. Onderkennen van de gezamenlijke macht van zorgaanbieders en andere direct betrokken partijen op regiogebied, tegenover de overheid.

8. De door de Provincie opgestelde Regiovisie dient alleen als kader. De zorgpartijen vullen zelf dat kader in.
9. Financiële prikkels voor de Regionale Commissie met haar bureau inbouwen om afge-rekend te worden op de prestaties. Daartoe moeten de leden contributie betalen die ze dus ook weer zelf kunnen stoppen indien de prestaties onder de maat blijven. Indien de Commissie subsidies zou ontvangen van de overheid (zoals het geval is bij de RIGG-en), dan ontbreekt die prikkel.

Bronnen bij hoofdstuk 5

Regionale Commissie Zuid-Holland Noord. "Een introductie", Leiden, augustus 1998.

Regionale Commissie Zuid-Holland Noord. "Overzicht van de geplande activiteiten 1999 Regionale Commissie ZHN", Leiden, 1998

Regionale Commissie Zuid-Holland Noord - Stuurgroep Regionaal Plan Medische Zorg, "Concept Regionaal Plan Medische Zorg Zuid-Holland Noord", versie 14 oktober 1999

Wijngaarden, J.D.H. van, en R. Huijsman. "Schakelen met visie; regiovisie in de ouderenzorg. Elsevier / De Tijdstroom, STIMO 1999

6 SAMENVATTING EN INFORMATIEVOORZIENING

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van deze verdiepingsstudie naar zorgketens in Nederland. Tevens wordt daarbij aandacht geschonken aan de informatievoorziening over zorgketens. Een van de speerpunten van het overheidsbeleid is de ontwikkeling van regionale zorgketens om zowel de samenhang in de zorg, als verbetering van de patiëntenzorg te bevorderen.

In deze studie zijn zorgketens in Nederland in kaart gebracht en een drietal zorgketens nader beschreven. Het achterliggende doel is inzichtelijk te maken welke informatie voorhanden is en welke informatie ontbreekt om de gewenste ontwikkelingen in het beleid, in dit geval de ontwikkeling van regionale zorgketens landelijk te kunnen monitoren.

De inventarisatie van zorgketens wordt in paragraaf 6.2 beschreven. In paragraaf 6.3 zijn de drie beschreven zorgketens schematisch weergegeven. Apart aandacht wordt in paragraaf 6.4 gegeven aan de succes- en faalfactoren van de zorgketens. In de laatste paragraaf (6.5) van dit hoofdstuk komt de informatievoorziening aan de orde.

6.2 De inventarisatie

In de eerste fase van deze studie is aan de hand van vier informatiebronnen gepoogd zicht te krijgen op het voorkomen en de omvang van zorgketens in Nederland. Dit gebeurde aan de hand van een zestal criteria. Deze vier bronnen leverden in totaal 79 potentiële zorgketens op. Potentieel, in de zin van dat de gegevens in de gehanteerde bronnen niet altijd even duidelijk waren of soms onvolledig. Dit is niet verwonderlijk. Er bestaat niet zo iets als een landelijk registratiepunt of registratiesysteem voor zorgketens, derhalve is gebruikt gemaakt van bronnen die iets te maken hadden met (transmurale) samenwerking. De gegevens uit de gebruikte bronnen zijn echter met een ander doel verzameld. De in deze studie gehanteerde bronnen geven geen volledig beeld van de aanwezigheid van zorgketens in Nederland.

Van de vier bronnen is de eerste bron: 'Inventarisatie regionale samenhang zorgsector' de meest recente en de meest betrouwbare. Dit laatste vanwege de criteria die gehanteerd zijn, deze komen voor een groot deel overeen met de in deze studie gehanteerde criteria voor zorgketens.

6.3 Casebeschrijvingen

Uit deze bron zijn dan ook in overleg met het ministerie van VWS drie zorgketens gekozen om nader te beschrijven. Bij de keuze is gelet op geografische spreiding, verschillen in de omvang van de zorgketen, deelname van in ieder geval één academisch ziekenhuis en deelname van huisartsen op regionaal of district niveau bij tenminste één zorgketen. De keuze is daarbij gevallen op Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg, Transmurale Zorg Midden Twente en de Regionale Commissie gezondheidszorg Zuid-Holland-Noord.

In deze tweede fase zijn de drie zorgketens nader beschreven aan de hand van een viertal thema's, te weten: de samenstelling, organisatie en werkwijze, de context van de zorg-

keten, de performance van de zorgketen en ten slotte de ontwikkelingsgang van de zorgketen.

In het onderstaande schema is een samenvatting gegeven van kenmerken van de drie beschreven zorgketens.

	Land van Cuijk en Noord-Limburg	Regionale Commissie ZHN	Transmurale Zorg Midden Twente
<i>Participanten</i>	Ziekenhuis Thuiszorg Zorgcentra GGZ Woningstichtingen	alle zorgaanbieders van de regio Zuid-Holland Noord in zijn vertegenwoordigd, plus de patiënten/consumenten, zorgverzekeraars en de gemeenten uit de regio	Thuiszorg Centraal Twente, Streekziekenhuis Midden Twente, Zorgverzekeraar Amicon, verpleeghuizen, verzorgingscentra, op afroep Het Roessingh en het patiënten / consumentenplatform.
<i>Bevolking</i>	125.000	525.000	
<i>Budget</i>		ongeveer f. 3 mld	
<i>Opgericht in</i>	1994	1991 (curatief somatisch per januari 1998)	1996
<i>Zorgaanbod</i>	Ziekenhuiszorg Thuiszorg Verpleeghuiszorg Ouderenzorg GGZ-zorg	curatieve somatische zorg (ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, thuiszorg, ouderenzorg (verpleeghuis en verzorgingshuis, plus thuiszorg), gehandicaptenzorg en de GGZ	zorgaanbod gericht op drie hoofdgroepen, namelijk de chronische zieken, patiënten die kortdurende medisch specialistische hulp behoeven en vaak lang moeten herstellen en de laatste doelgroep die ontstaat door nieuwe medisch-technologische ontwikkelingen. Vooralsnog is het aanbod vanuit ziekenhuis en thuiszorg en is ouderenzorg in ontwikkeling.
<i>Performance-indicatoren</i>	Nog te ontwikkelen op de volgende gebieden: .professionele deskundigheid .doelmatigheid/ doeltreffendheid .klantgerichtheid		Klanttevredenheids-instrument; Per doelgroep in een keten te ontwikkelen: inzet van middelen. Productbeschrijvingen.

<i>IT-structuur</i>	Nog niet geïntegreerd : Eigen systemen per instelling	Nog niet geïntegreerd : Eigen systemen per instelling	Nog niet geïntegreerd : Eigen systemen per instelling, maar al wel mogelijk om patiënten vanuit het ziekenhuis te labelen voor de thuiszorg
<i>Financiering</i>	per instelling eigen budgetverantwoordelijkheid. De zorgketen wordt gefinancierd door Flexregeling en Zorg-op-maat gelden	per instelling eigen budgetverantwoordelijkheid. De zorgketen wordt gefinancierd door Flexregeling en Zorg-op-maat gelden	per instelling eigen budgetverantwoordelijkheid. De zorgketen wordt gefinancierd door Flexregeling en Zorg-op-maat gelden
<i>Verzekeringstelsel</i>	AWBZ en ZFW, Particulieren	AWBZ en ZFW, Particulieren	AWBZ en ZFW, Particulieren

De drie beschreven zorgketens verschillen in omvang en organisatie. Het gebied waar het Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg opereert is een relatief overzichtelijke regio. De zorgaanbieders in deze regio zijn teruggebracht tot één thuiszorgorganisatie, één GGZ organisatie, één intramurale ouderen organisatie en één ziekenhuis. De situatie bij de zorgketen Regionale Commissie gezondheidszorg Zuid-Holland-Noord is daarentegen geheel anders: ongeveer 80 zorgaanbieders nemen deel aan deze Commissie. Aan de zorgketen Transmurale Zorg Midden Twente nemen vijf typen zorgaanbieders deel.

Ook wat betreft de organisatie of de (toekomstige) ontwikkeling van de organisatie verschillen de zorgketens. Kiest men in Zuid-Holland-Noord duidelijk voor de autonomie en de eigen verantwoordelijkheid van de deelnemende instellingen, in het Land van Cuijk en Noord Limburg daarentegen kiest men voor de ontwikkeling van één organisatie (in de vorm van een holding) voor zorg, wonen en welzijn. Transmurale Zorg Midden Twente maakt als project deel uit van de transmurale onderneming De Zorgschakel, dat als faciliterend en structurerend centrum dienst doet voor de verschillende participerende zorgaanbieders in de zorgketen.

De ketens in het Land van Cuijk en Noord-Limburg en in Zuid-Holland-Noord richten zich op niet alleen op de curatieve somatische zorg, maar op een breder terrein, ook de gehandicapte zorg en de GGZ zijn aandachtspunt. Het Zorgnetwerk betreft hier ook het wonen bij. In Midden Twente richt men zich (vooralsnog) op drie hoofdgroepen, de chronisch zieken, patiënten die kortdurende medische specialistische hulp behoeven en vaak lang moeten herstellen en de laatste groep die ontstaat door nieuwe medisch-technologische ontwikkelingen.

6.4 Succes- en belemmerende factoren

Het overheidsbeleid staat de ontwikkeling van regionale zorgketens voor ogen. Het signaleren van succes- en faalfactoren is belangrijk voor het beleid ter ondersteuning en facilitering van de gewenste ontwikkeling.

Bij het vragen naar succes- en faalfactoren in de drie beschreven zorgketens was de eenduidigheid (onafhankelijk van elkaar) opvallend groot.

De zorgketens noemden de volgende *succesfactoren*

1. Deelnemers aan de zorgketen moeten bereid zijn hun eigen domein los te laten;
2. Open benadering naar elkaar toe: geen zaken apart regelen. Daarbij behoort een gedegen communicatieplan;
3. Heldere verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen deelnemende partijen;
4. Onafhankelijke aansturing en coördinatie van de gehele zorgketen;
5. Elkaar kennen bevordert samenwerking en vertrouwen;
6. In beginfase zijn snel (kleine) successen nodig, door met kleine concrete actiepunten te werken.
7. De deelnemers moeten 'leef' hebben om hier in te stappen, omdat je soms tegen de grenzen aanloopt van wat op dat moment mag en kan.

Daarnaast zijn nog enkele zorgketen-specifieke opmerkingen:

8. Onderkennen van de gezamenlijke macht van zorgaanbieders en andere direct betrokken partijen op regiogebied.
9. Door Provincie opgestelde Regiovisie dient als kader. Zorgpartijen vullen zelf dat kader in.
10. Regionale Commissie met haar bureau worden afgerekend op prestaties.
11. Geld mag niet belemmerend werken
12. Voor de veranderingen zijn structurele financiële vormen nodig.
13. Er is een infrastructuur nodig die monitoring faciliteert, waarmee effecten van ketenzorg in beeld worden gebracht.

Over de *belemmerende* factoren waren de zorgketens ook eensgezind. Hetgeen uiteraard niet zo verwonderlijk is, voor allen geldt hetzelfde financieringskader en wet- en regelgeving. Het belangrijkste knelpunt betreft de schotten tussen het eerste en tweede compartiment die verhinderen dat zorg wordt geleverd vanuit één zorgbudget. Het huidige zorgstelsel en het bijbehorende financieringstelsel vertegenwoordigen het oude bestaande zorgaanbod en daarbij behorende geormerkte financiering.

Enkele door alleen Land van Cuijk en Noord-Limburg genoemde belemmerende factoren sluiten aan op de genoemde succesfactoren, zoals het onbekend zijn met elkaar, geen expliciete spelregels en ongelijkwaardigheid tussen partijen.

Zoals blijkt uit de door geïnterviewden genoemde bevorderende en belemmerende factoren, kan een zorgketen alleen goed functioneren onder bepaalde voorwaarden. Bestaande schotten in de zorgverlening en in de financiering kunnen belemmerend werken.

6.5 Informatievoorziening

Belangrijke vraag bij de beschrijving van de zorgketens was welke informatie in de zorgketens bijgehouden werd en welke informatie uiteindelijk nodig is om het functioneren van zorgketens te monitoren. Met andere woorden welke kengetallen (bijvoorbeeld ligdagen, opnames, dagverpleging of bijvoorbeeld aanwezigheid van protocollen of informatie over patiëntssatisfactie) zouden idealiter voorhanden moeten zijn. Uit de beschrijvingen van de drie zorgketens blijkt de informatievoorziening in de zorgketens nog niet uitgekristalliseerd is. De zorgketens zijn momenteel bezig met het bestuurlijk en organisatorisch vormgeven

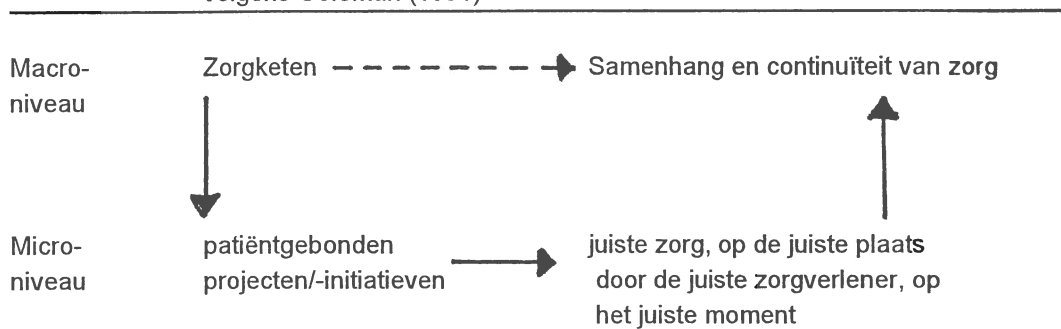
van de keten. In feite komt deze vraag, gezien het stadium waarin de zorgketens verkeren, te vroeg.

Doordat de scheidlijnen tussen de verschillende zorgaanbieders steeds meer vervagen, zal de zorgketen steeds meer als geheel naar buiten moeten optreden en intern tot een afspraak komen voor verdeling van middelen. Ons zorgstelsel en bijbehorende financieringsstelsel is daar echter niet op berekend. Instellingen krijgen een instellingsbudget, opgebouwd uit productieparameters voor het variabele deel en locatie-, capaciteits- en beschikbaarheidscomponenten die als vast deel het budget bepalen. Kortom tegenover het budget staat een redelijk meetbare en afgebakende output, die als verantwoording van uitgaven dient. Indien instellingen opgaan in een vergaande fusie van ketenzorg vervalt die apart identificeerbare output en daarmee de mogelijkheid van verantwoording. Dit is in de casusbeschrijvingen gesignaleerd als de meest prominente beperking bij de ontwikkeling van zorgketens.

Als de betreffende zorgketens op den duur als geheel naar buiten optreden zijn ze wel weer in staat om een identificeerbare output te laten zien. Regiobudgettering is in de bekende zorgketen Gorinchem de gekozen oplossing hiervoor. Andere zorgketens lijken die zelfde kant op te gaan zoals het Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. In Zuid-Holland Noord wordt vooralsnog vastgehouden aan individuele budget(verantwoording).

De vraag welke informatie nodig is om het functioneren van zorgketens te monitoren, is anderzijds ook niet zo eenvoudig te beantwoorden. Om deze vraag te beantwoorden moeten er eigenlijk een aantal tussenstappen gemaakt worden. Hiervoor kan worden aangesloten bij Coleman (1991). Hij stelt dat onderzoekers van maatschappelijke processen (en dit geval ook de overheid) in de eerste plaats geïnteresseerd zijn in vragen op macro-niveau. In deze situatie zou dat kunnen zijn: 'Leidt de introductie van zorgketens tot meer samenhang en continuïteit van zorg? Met andere woorden de relatie tussen zorgketens aan de ene kant en samenhang en continuïteit aan de andere kant.

Schema 6.1 De relatie tussen zorgketens en samenhang en continuïteit van zorg volgens Coleman (1991)



Deze vraag kan niet beantwoordt worden zonder te kijken naar het micro-niveau; het niveau van de patiëntgebonden projecten en -initiatieven. In hoeverre wordt op dit niveau de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats, door de juiste zorgverlener verleend? Dit bepaalt immers of er uiteindelijk samenhang en continuïteit van zorg geleverd wordt. In schema 6.1 wordt dit weergegeven. In dit schema is de doelstelling 'Samenhang en continuïteit' als voorbeeld gebruikt. In principe geldt dit ook voor andere doelstellingen van zorgketens als 'Het leveren van doeltreffende en doelmatige zorg'.

Betrekken we bovenstaande op de drie bestudeerde zorgketens in deze studie dan kan gesteld worden dat de ontwikkeling van informatievoorziening nog in de allereerste ontwikkelfase is.

De betrokken instellingen hebben allen nog een eigen registratiesysteem en is (vooralsnog) niet geïntegreerd in de zorgketen. Op deelprojecten zijn de zorgketens wel bezig met verbetering van de informatievoorziening: zo is bijvoorbeeld in het Zorgnetwerk bij het CVA-project een zorgdossier ontwikkeld, welke de patiënt op zijn route door de keten volgt. Dit gebeurt nog in de schriftelijke vorm en niet geautomatiseerd. In Midden Twente is het mogelijk patiënten vanuit het ziekenhuis te labelen voor de thuiszorg (en andersom, in andere onderdelen van de zorgketen kan dit nog niet) en heeft men een klanttevredenheidsinstrument ontwikkeld. Dit zijn initiatieven en projecten die de informatievoorziening verbeteren en die met name voor de betreffende zorgketens van belang zijn. Voor het monitoren van het functioneren van zorgketens is dit momenteel niet voldoende. Hiervoor is een geïntegreerd informatiesysteem nodig dat patiënten volgt op de route langs de verschillende zorgaanbieders in de keten.

Samengevat kunnen we stellen dat momenteel betrouwbare informatie ontbreekt over de aanwezigheid van zorgketens in Nederland. De casebeschrijvingen lijken er op te wijzen dat momenteel ook de informatie over het functioneren van zorgketens ontbreekt, maar omdat betrouwbare informatie over aanwezigheid van zorgketens ontbreekt is niet te zeggen of deze drie cases al dan niet een representatieve afspiegeling vormen van zorgketens in Nederland.

LITERATUUR

COLEMAN, J.S. The foundations of social theory. Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge 1991

DURLINGER, B.L.J.M., ANDRIESSEN, J.H.A., HUIBERS, A.K., PRENGER, K.B. VAREKAMP, M., VRIES, C. Zorgketens in internationaal perspectief. Utrecht, ZorgConsult 1998

HUIJSMAN, R. Managementvraagstukken bij de vorming van zorgketens. In: Boon, L. (red). Zorg in bedrijf. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg, deel 26. Amstelveen Stichting Sympoz 1998

MINISTERIE VAN VWS. Meer jaren afspraken 1998

RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN ZORG. Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Zoetermeer 1998.

v

BIJLAGE 1

Overzichten van geïnventariseerde zorgketens

De projecten

1. Regionale samenhang in de zorgsector

Schema 1: Overzicht potentiële zorgketens in Nederland (Bron: Inventarisatie regionale samenhang zorgsector)

	Titel project
S-1	Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer
S-2	Vereniging Zorgintegratie Zuid-Oost ZIZO (A'dam)
S-3	Regionaal Overleg Gezondheidszorg Zaanstreek/Waterland
S-4	Regionaal Zorgnetwerk MidWest Utrecht
S-5	Zeeuws-Vlaams ZorgOverleg ZVZO
S-6	Vereniging Integrale Ouderenzorg Noord VION
S-7	Stichting Aanvullende Thuiszorg Zuid-West Veluwe
S-8	STIOM (Den Haag)
S-9	Transmurale Zorg Velsen
S-10	Medisch Coördinerend Centrum Noord-West Veluwe
S-11	Stichting Transmuraal Netwerk Midden Holland
S-12	Stichting Samenwerking Gezondheidszorg Oosterhout
S-13	Stichting Transmurale Zorg (Den Haag)
S-14	Netwerk Hulpsector Oost (Den Bosch)
S-15	HAAS (Huisarts, Ambulancedienst, Specialist, Deventer e.o.)
S-16	Stuurgroep Thuiszorg MCL (Medisch Centrum Leeuwarden)
S-17	Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland-Noord
S-18	TRAZOR (West-Betuwe, Land van Maas en Waal)
S-19	Zorgnetwerk Land van Cuijk
S-20	De Deilgroep (RIVAS Zorggroep) Gorinchem
S-21	Regionaal Overleg Thuiszorgtechnologie Utrecht ROTU
S-22	Zorgnetwerk Nieuw-West (Amsterdam)
S-23	Transmurale Samenwerking Zeeuws Vlaanderen
S-24	Transmuraal OntwikkelingsProject TOP (Zuid-West Friesland)
S-25	Geen naam (Regio Maasland van Brabant Noord-Oost)
S-26	Transmurale Zorg Midden Twente
S-27	Samenwerkingsverband Transmurale Zorg Gelderse Vallei
S-28	Stuurgroep Transmurale Zorg Midden Kennemerland Noord
S-29	Projectorganisatie Transmurale Zorg (West-Friesland)
S-30	Transmurale Stuurgroep Septet (Emmen)
S-31	Interlijn (Ziekenhuis Assen)
S-32	Platform Transmurale Zorg Zuid-Holland Zuid
S-33	Ouderenoverleg (Regio Zuid-west Overijssel)
S-34	Stuurgroep Transmurale Zorg (Oost Achterhoek)

S-1 tot en met S-13 zijn samenwerkingsverbanden met een rechtspersoon.

De projecten S-14 tot en met S-28 zijn samenwerkingsverbanden met een convenant, intentieverklaring, missie of reglement.

De projecten S-28 tot en met S-34 zijn samenwerkingsverbanden met werkafspraken of notulen en overige.

2. Kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten

Schema 2: Overzicht potentiële zorgketens in Nederland (Bron: Inventarisatie lokale initiatieven)

	Titel project
L-1	Thuiszorgtechnologie Academisch Ziekenhuis Utrecht
L-2	Transmurale zorg kinderen Wilhelmina Kinderziekenhuis Utrecht
L-3	Ontslag bevordering Streekziekenhuis Zevenaar
L-4	Doorstroming verpleeghuisgeïndiceerden ziekenhuis Velp
L-5	Bevorderen van transmurale netwerken (OLVG Amsterdam)
L-6	Transmurale zorg ziekenhuis Nij Smellinghe Drachten
L-7	Transmurale Zorg Ziekenhuis de Tjongerschans Heerenveen
L-8	Transmurale Projecten St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein
L-9	Gem. Cie. Thuiszorg Catharina Ziekenhuis Eindhoven
L-10	Zorgnetwerk Flevoziekenhuis Almere
L-11	'Oncologie' Ziekenhuis Eemland Amersfoort
L-12	'Verkeerde Bed' IJsselmeer Ziekenhuizen Lelystad
L-13	Transmurale zorg oncologie Carolus-Liduína Den Bosch
L-14	Samenwerking zkh, vph en vh Carolus-Liduína Den Bosch
L-15	Terugdringen verpleegduur Twenteborg Ziekenhuis Almelo
L-16	Transmurale zorg Ziekenhuis Hilversum
L-17	Netwerk Zorg Ziekenhuis St. Antoniushove Leidschendam
L-18	Transmurale zorg Martiniziekenhuis Groningen
L-19	Samenwerking 1e lijn Rijnland Ziekenhuis Leiderdorp
L-20	Transmurale Zorg Pasteurziekenhuis Oosterhout
L-21	Wachtproblematiek Sint Anna Ziekenhuis Oss
L-22	Ver. Samenwerkingsverband Kempenzorg zkh Veldhoven
L-23	Verkeerde bed Ziekenhuis Gooi-Noord Blaricum

3. Databank Zorgvernieuwing

Schema 3: Overzicht potentiële zorgketens in Nederland (Bron: Databank Zorgvernieuwing)

	Titel project
D-1	Transmurale projecten Spitaal (Zutphen)
D-2	Transmutrecht (Utrecht)
D-3	Transmurale Samenwerking. Regionaal Overleg Ouderenbeleid Zuid-Oost Groningen
D-4	Verbreed pijnprotocol I.Kankercentrum Stedendriehoek Twente (Enschede)
D-5	Netwerk Noord-Oost Zes (zkh. De Sionsberg, Dokkum)
D-6	EPD, Zorg 2000 Reinier de Graaf Gasthuis
D-7	MCC Hofpoort ziekenhuis Woerden
D-8	Zorgalliantie De Maastroom St. Zkh. N. Limburg

4. Stichting Ziekenhuis Verplaatste Zorg

Schema 4: Overzicht potentiële zorgketens in Nederland (Bron: Stichting Ziekenhuis Verplaatste Zorg)

	Titel project
Z-1	Academisch Ziekenhuis Groningen
Z-2	Academisch Ziekenhuis Maastricht
Z-3	St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein
Z-4	Atrium Medisch Centrum
Z-5	Bosch Medicentrum
Z-6	Daniël den Hoedt Kliniek
Z-7	Drechtsteden/Merwede Ziekenhuis (= Albert Schweizerziekenhuis)
Z-8	Groene Hart Ziekenhuis Gouda
Z-9	Medisch Centrum Alkmaar
Z-10	Medisch Spectrum Twente, Enschede
Z-11	Slingeland Ziekenhuis
Z-12	Talma De Sionsberg
Z-13	Ziekenhuis De Heel
Z-14	Ziekenhuis Oudenrijn (Mesos Medicentrum)

LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

APZ	Algemeen Psychiatrische Ziekenhuis
ARBO	Arbeidsomstandigheden(wet)
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BTW	Belasting Toegevoegde Waarde
CSZ	Curatieve Somatische Zorg
CVA	Cerebrovasculaire aandoening
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
DHV	Districts Huisartsenvereniging
GAAZ	Geriatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
GAPZ	Geriatrische Afdeling Psychiatrisch Ziekenhuis
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAGRO	Huisartsengroep
IKW	Integraal Kankercentrum West
MPO	Multi Project Organisatie
RHV	Regionale Huisartsenvereniging
RIAGG	Regionaal Instituut Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIGG	Regionaal Instituut Geestelijke Gezondheidszorg
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RPCP	Regionaal Patiënten en Consumenten Platform
SMT	Streekziekenhuis Midden Twente
TCT	Thuiszorg Centraal Twente
TGA	Transmurale Geriatrische Afdeling
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZON	ZorgOnderzoek Nederland
ZFW	Ziekenfondswet

MONITORING VAN MEERJARENAFSPRAKEN WERKLAST EN WACHTLIJSTEN

Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1999

Verdiepingsstudie nr. 11

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

oktober 1999

NZi - Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg
Postbus 9697 - 3506 GR Utrecht - telefoon 030 - 27 39 700

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

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
1 INLEIDING	7
2 HET MONITOREN VAN WERKLAST	9
2.1 Inleiding	9
2.2 De toedeling van de financiële middelen voor vermindering van werklust/werkdruk	9
2.3 Inventarisatie van mogelijke methodieken voor monitoring	10
2.3.1 Bestaande meetinstrumenten voor werklust	11
2.3.2 Afgeleide benaderingen	14
2.4 Samenvatting en conclusies	18
3 HET MONITOREN VAN WACHTLIJSTMIDDELEN	21
3.1 Inleiding	21
3.2 De toedeling van middelen voor reductie van wachtlijsten en wachttijden	21
3.3 Achterliggende oorzaken voor wachtlijsten	22
3.4 Inventarisatie van mogelijke methodieken voor monitoring	23
3.5 Conclusies	25
4 NABESCHOUWING	27
4.1 Beschouwing	27
4.2 Aanbevelingen	28
4.3 Consequenties voor het brancherapport Curatieve Somatische Zorg	29
LIJST VAN AFKORTINGEN	31
LITERATUUR	33

VOORWOORD

Deze verdiepingsstudie 'Monitoring Meerjarenafspraken: werkdruk en wachtlijsten' is opgesteld in het kader van het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1999. Dit brancherapport bestaat uit twee delen. Enerzijds worden op de terreinen gebruik, kosten, productie en middelen, kengetallen voor de curatieve somatische zorg gepresenteerd. Doel hiervan is relevante ontwikkelingen per deelsector van de curatieve somatische zorg te monitoren. Anderzijds worden verdiepende studies uitgevoerd. Deze verdiepingsstudies 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 curatieve somatische zorg, waardoor zij als een vergrootglas werken. Hierdoor worden meer details zichtbaar en kunnen zij meer expliciet een bijdrage leveren aan de verdere beleidsontwikkeling voor de betreffende sector.

In 1997 en 1998 zijn in het kader van het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg zeven verdiepingsstudies uitgevoerd. Het betrof de volgende thema's: vraag en aanbod in de thuiszorg, oorzorg, zorg voor CVA-patiënten, spoedeisende medische hulpverlening, intensive care, logopedie en tenslotte PTCA en hartchirurgische stand-by (zie bijlage 1 van deel II). In 1999 zijn, naast deze studie, verdiepingsstudies uitgevoerd naar de verloskundige zorgverlening, zorgketens en klinische genetica.

1 INLEIDING

In het najaar van 1998 hebben de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en de betrokken branche-organisaties Meerjarenafspraken ondertekend met betrekking tot de ontwikkeling van de curatieve somatische zorg in de periode 1999-2002. Overweging bij het maken van Meerjarenafspraken is dat door het creëren van bestuurlijke en financiële rust, het doelmatig en doeltreffend functioneren van de zorgsector kan worden bevorderd door het maken van meerjarige prestatie-afspraken tussen overheid en partijen in het zorgveld.

In deze Meerjarenafspraken werden met alle deelsectoren binnen de curatieve somatische zorg afspraken gemaakt over in te zetten financiële middelen voor het realiseren van specifieke doelstellingen. Er zijn alleen al voor de curatief somatische sector meer dan honderd verschillende afspraken geformuleerd.

Een belangrijk uitgangspunt voor het ministerie bij de uitwerking van de Meerjarenafspraken is dat de geleverde prestaties voor de beschikbaar gestelde (financiële) middelen helder dienen te worden verantwoord. Daarvoor is nodig dat die prestaties 'meetbaar' zijn.

Belangrijke afspraken betroffen de extra inzet van financiële middelen voor vermindering van de werkdruk en voor het terugdringen van de wachtlijsten en wachttijden. Deze twee thema's vormen het onderwerp van deze studie.

De afspraken over werkdruk en wachtlijsten zijn niet geformuleerd in termen van beschikbaar gestelde financiële middelen tegenover concrete prestaties. Dit maakt helder verantwoord van de geleverde prestaties voor de beschikbaar gestelde middelen moeilijk. Met andere woorden het roept de vraag op of rechtstreekse meting van input (financiële middelen) en effecten op de output (vermindering van de werkdruk en het terugdringen van de wachtlijsten) wel mogelijk is. Toch is het nodig om landelijk te kunnen nagaan in hoeverre de doelstellingen daadwerkelijk worden gerealiseerd. Zowel ten behoeve van de maatschappelijke verantwoording over de besteding van deze middelen als in het voortgaande proces om te komen tot een verdere optimalisering van het systeem van meerjarenafspraken.

Als rechtstreekse meting van middelen en prestaties niet mogelijk blijkt te zijn, doet zich de vraag voor wat landelijk (op macro-niveau) dan wel kan worden gemeten om inzicht te krijgen in de effecten van de ingezette middelen. Met andere woorden kunnen de 'prestaties' meetbaar gemaakt worden.

Op beide vragen wordt voor de onderwerpen 'werkdruk' en 'wachtlijsten' in deze verdiepingsstudie gepoogd een antwoord te geven. Zowel 'vermindering van de werkdruk' als 'terugdringen van wachtlijsten en wachttijden' zijn afspraken die met meerdere deelsectoren gemaakt zijn. Bijvoorbeeld bestrijden van de werkdruk van huisartsen, van verplegend en verzorgend personeel in ziekenhuizen en thuiszorg en van verloskundigen. Wachtlijsten bestaan zowel in de thuiszorg als in de ziekenhuizen. In overleg met het ministerie van VWS is daarom besloten om beide thema's te beperken tot de cure sector, dat wil zeggen de ziekenhuizen. Daarnaast is besloten het thema 'vermindering van de werkdruk' te richten op de verpleging en verzorging binnen de ziekenhuizen.

Het algemene doel van deze verdiepingsstudie is het beschrijven van de mogelijkheden om de effectiviteit van de besteding van de in het kader van de Meerjarenafspraken voor de

curatieve somatische zorg ter beschikking gestelde gelden voor verlichting van de werkdruk en vermindering van de wachtlijsten voor ziekenhuizen te kunnen monitoren.

Vanuit deze algemene doelstelling kunnen de volgende vraagstellingen worden afgeleid die in deze verdiepingsstudie achtereenvolgens zullen worden behandeld:

1. Op welke wijze worden de gelden voor deze beide bestedingsdoelen over de zorgaanbieders (in dit geval de algemene, categorale en academische ziekenhuizen) verdeeld?
2. Aan welke grootheden kan worden afgemeten of de extra inzet van middelen inderdaad effect heeft? Met andere woorden: Hoe kunnen werkdruk en wachtlijsten worden gemeten?
3. In hoeverre zijn deze grootheden terug te vinden in op landelijk niveau toegankelijke registraties? Zijn deze registraties (bijvoorbeeld met betrekking tot financiën en productie) met elkaar in verband te brengen?
3. Als een rechtstreekse meting van de effecten van de Meerjarenafspraken niet mogelijk is, zijn er dan alternatieve instrumenten om de Meerjarenafspraken op deze beide onderwerpen te monitoren?
4. Is het mogelijk aanbevelingen te formuleren voor het verbeteren van de registraties voor deze beide onderwerpen?

De gegevensverzameling is gebeurd aan de hand van momenteel beschikbare bronnen. Er zijn geen nieuwe gegevens verzameld. Deze keuze heeft te maken met het doel van een verdiepingsstudie: het in kaart brengen van een thema aan de hand van bestaande en beschikbare informatie, met als doel inzichtelijk maken welke informatie ontbreekt en noodzakelijk is om relevante feiten, ontwikkelingen en knelpunten met betrekking tot het thema, in deze studie werkdruk en wachtlijsten, te kunnen monitoren.

Deze rapportage is als volgt ingedeeld. In de hoofdstukken 2 en 3 worden respectievelijk het vraagstuk van het monitoren van de werkdrukmiddelen en het vraagstuk van het monitoren van de wachtlijstmiddelen beschreven. Beide hoofdstukken kennen eenzelfde opbouw. Eerst wordt kort de toedeling van de financiële middelen beschreven. Vervolgens wordt beschreven welke gegevens nodig zijn om de ontwikkeling van de werkdruk, respectievelijk de wachtlijsten te kunnen monitoren.

Idealiter zou 'monitoren' inhouden dat deze gegevens tenminste van jaar tot jaar op een gestandaardiseerde wijze kunnen worden verzameld. In hoeverre dat in de praktijk mogelijk blijkt wordt per hoofdstuk in de daarop volgende paragrafen beschreven. De beide hoofdstukken worden afgesloten met aanbevelingen voor het monitoren van de Meerjarenafspraken. De rapportage wordt afgesloten met een nabeschuiving.

2 HET MONITOREN VAN WERKLAST EN WERKDruk

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de mogelijkheden om de ingezette middelen voor het verminderen van de werkdruk binnen de verpleging en verzorging in de cure sector in het kader van de Meerjarenafspraken te monitoren. Vooraf is het nodig te beschrijven wat onder het begrip werkdruk verstaan wordt. In de Meerjarenafspraken wordt de term werkdruk gehanteerd, waarbij in de tekst onderscheid gemaakt wordt in werklast en werkdruk.

Deze termen werkdruk, werklast en ook werkbelasting worden in het algemeen vaak door elkaar gebruikt en onduidelijk is wat er precies mee bedoeld wordt. Grunveld (1992) geeft aan hoe werkdruk en werklast kunnen worden onderscheiden.

Werklast is een objectief en niet persoonsgebonden begrip dat refereert aan de hoeveelheid werk die moet worden verricht en de tijd die dit werk kost.

De objectieve werkbelasting (werklast) kan bijvoorbeeld worden uitgedrukt in de hoeveelheid tijd die aan patiëntencontacten wordt besteed. Waarbij rekening moet worden gehouden met de feitelijke tijdsbesteding (aantal werkuren) en de beschikbaarheid.

Werkdruk wordt in arbeidpsychologische zin gedefinieerd als ervaren werkbelasting. Hierbij gaat het om subjectieve aspecten van werkbelasting ofwel de persoonlijke beleving van de werkbelasting. Dit geeft aan hoe zwaar iemand de werklast ervaart. Werkdruk wordt geoperationaliseerd als een aantal fysieke en psychosociale gevolgen, zoals gezondheid, verzuim of burn-out en tevredenheid of motivatie. Volgens Grunveld (1992) is werkdruk een dynamisch begrip omdat het gekoppeld is aan de toestand van de individuele werknemer.

In deze studie zal dit onderscheid tussen de objectieve werklast en de subjectieve werkdruk zoveel mogelijk worden gehanteerd.

Het hoofdstuk is verder als volgt opgebouwd. In paragraaf 2.2 wordt beschreven hoe de financiële middelen voor de vermindering van de werklast en werkdruk voor de ziekenhuizen zijn toebedeeld. In de daaropvolgende paragraaf 2.3 wordt verslag gedaan van de inventarisatie van mogelijke methodieken voor monitoring van vermindering van de werklast/werkdruk. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting waarin conclusies worden geformuleerd ten aanzien van de informatievoorziening.

2.2 De toedeling van de financiële middelen voor vermindering van werklast /werkdruk

In het kader van de Meerjarenafspraken zijn voor de ziekenhuizen de volgende bedragen beschikbaar gesteld voor de vermindering van de werklast /werkdruk. Voor de gehele gezondheidszorg is voor 1999 100 miljoen beschikbaar gesteld ten behoeve van de vermindering van de werklast/werkdruk. Van dit geoordeelde bedrag is een politiek-beleidsmatige verdeling naar sectoren gemaakt, waarin 30% is bestemd voor de cure en 70% voor de care sector. Van deze middelen komt 90% bij de zorgaanbieders terecht via de instellingsbudgetten ten behoeve van 'meer handen aan het bed'; 10% van de middelen komt bij de zorgaanbieders terecht via de sectorfondsen (Ministerie van VWS, 1998).

Tabel 2.1 Financiële middelen werklust/werkdruk ziekenhuizen conform Meerjarenafspraken 1999-2002 (in miljoenen gulden)

	1999	2000	2001	2002
Alg. en cat ziekenhuizen	9	12	21	30
Academische ziekenhuizen	3	3	3	3
Totaal	12	15	24	33

Bron: Gezondheidszorg in Tel 7

Voor de algemene en categorale ziekenhuizen is in 1999 9 miljoen beschikbaar (zie tabel 2.1). Dit bedrag komt in de instellingsbudgetten van deze ziekenhuizen terecht. Dit bedrag is derhalve exclusief de gelden die via de sectorfondsen nog ter beschikking van ziekenhuizen kunnen komen.

Bij deze bedragen kunnen wel enkele kanttekeningen worden gemaakt. Zo zijn dit de bedragen die letterlijk worden aangemerkt als 'werkdrukkiddelen', maar daarnaast worden in het kader van de Meerjarenafspraken ook andere middelen ter beschikking gesteld. Bijvoorbeeld voor 'scholing' wordt in 1999 17,5 miljoen beschikbaar gesteld. Ook zijn er voor allerlei andere doelstellingen middelen beschikbaar. Voor de algemene en categorale ziekenhuizen gaat het in 1999 om 190,5 miljoen in totaal. Daarin zitten ook posten als 'demografische groei' en 'intensivering'. Instellingen kunnen deze middelen eveneens inzetten voor het bestrijden van werklust / werkdruk. Omdat deze financiële middelen ook in het algemene budget van de instellingen terecht komen is het onmogelijk om precies te volgen waaraan de afgesproken middelen feitelijk worden besteed dan wel om precies te weten hoeveel geld een individuele instelling inzet voor het bestrijden van de werklust/ werkdruk. Het geld is niet geormerkt en instellingen hebben immers budgetvrijheid. Het enige dat kan worden geconstateerd is dat ziekenhuizen voor 1999 in totaal 12 miljoen gulden extra hebben gekregen ter bestrijding van de werklust/werkdruk. Een bedrag dat tot 2002 oploopt naar 33 miljoen gulden (zie tabel 2.1). Het monitoren van het aanwenden van specifieke financiële middelen voor de vermindering van de werklust/werkdruk vraagt dan ook om een apart onderzoek. Er is wel gesuggereerd om een aparte 'regel' op te nemen in de financiële statistiek, waarin de aan het ziekenhuis beschikbaar gestelde werklust/werkdrukkiddelen worden vastgelegd, maar dit zou dan ook niet méér zijn dan het registreren van een door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) berekend tarief. Het zou nog steeds geen inzicht geven in de besteding van de financiële middelen.

Wat overblijft is de vraag: op welke wijze kan op landelijk niveau de werklust/werkdruk worden gemeten? Op die vraag wordt in deze paragraaf ingegaan.

2.3 Inventarisatie van mogelijke methodieken voor monitoring

In deze paragraaf worden de mogelijkheden gepresenteerd om de werklust in ziekenhuizen te monitoren. Een hoge werklust is onder andere het gevolg van te veel vraag naar zorg en te weinig personeel voorhanden. Dit kan op termijn gevolgen hebben voor de werkdruk en mogelijk tot ziekteverzuim of verloop van personeel.

In deze paragraaf wordt eerst gezocht naar mogelijkheden om de (objectieve) werklust te monitoren. Daarnaast wordt gezocht naar mogelijkheden om via afgeleide benaderingen de

werklast te kunnen monitoren. Het gaat dan om de verhouding vraag en aanbod, werkdruk, ziekteverzuim en verloop.

2.3.1 Bestaande meetinstrumenten voor werklast

Werklastonderzoek wordt regelmatig uitgevoerd in Nederlandse ziekenhuizen. Algemeen doel van werklastonderzoek is het bewaken van een evenwicht tussen de vraag en het aanbod van zorg. Door middel van sturing van de personeelsplanning en/of patiënten opname planning is het mogelijk de werklast te beheersen, oftewel binnen aanvaardbare grenzen te houden.

In 1990 heeft het Centraal BegeleidingsOrgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) het gebruik van werklastmeting in Nederlandse intramurale instellingen geïnventariseerd (Gelissen, 1990). Hieruit bleek dat gemiddeld genomen een kwart van de instellingen gebruik maakt van werklastmetingen (zie tabel 2.2).

Tabel 2.2 Gebruik van werklastmeting in vier typen instellingen

Type instelling	Gebruik ja	%	N=
Algemene en academische ziekenhuizen	31	23	132
Psychiatrische ziekenhuizen	13	25	51
Verpleeghuizen	62	29	212
Zwakzinnige zorg	15	28	54

Bron: CBO, Gelissen 1990

Het CBO beschrijft de verschillende methoden om de werklast op de verpleegafdelingen te meten.

Het betreft drie methoden: de Berenschot methode, de NZi methode en de zogenaamde Radboudvariant.

De *Berenschot methode* biedt een instrument waarmee de werklast per dag per verpleegafdeling te meten is, om daaruit vervolgens vast te stellen hoeveel verplegenden op de afzonderlijke verpleegafdelingen van dag tot dag nodig zijn. Berenschot heeft door middel van Multi-Moment-Opnamen (M.M.O.) en tijd- en frequentiestudies het overgrote deel van de activiteiten op een afdeling in een berekeningssysteem samengevoegd.

Alle uitgevoerde handelingen zijn in drie handelingscategorieën ingedeeld.

Categorie 1: Handelingen die slechts bij of aan een beperkt aantal patiënten van de afdeling worden uitgevoerd (zorgbehoeften).

Categorie 2: Handelingen die ten behoeve van alle patiënten van de afdeling worden uitgevoerd (b.v. eten verzorgen, bloemen verzorgen).

Categorie 3: Handelingen die qua tijdsduur en frequentie onafhankelijk zijn, zowel van het aantal patiënten als van de mate van verzorgingsbehoefte (bijvoorbeeld voorraad, administratie, beheer).

De tijd die besteed wordt aan categorie 1 wordt bepaald door de patiënten op de verpleegafdeling te classificeren naar hoeveelheid zorgbehoefte. De classificaties zijn te benoemen in zes categorieën van minimale zorg tot zeer intensieve zorg. Er worden tijden gegeven per patiënten- en handelingscategorie.

Deze zijn door Berenschot verkregen door landelijk onderzoek. De berekening die hierna wordt gemaakt is de som van de categorieën 1, 2 en 3 gedeeld door 480 minuten (8 uur).

De *NZi-methode* omvat een draaiboek werklastmeting. Hierbij is gebruik gemaakt van elementen uit bestaande methoden. De uitgangspunten voor de ontwikkeling waren: het

instrument moet gebruiksvriendelijk zijn, het moet volstrekt doorzichtig zijn hoe de resultaten tot stand komen en wat er mee gedaan kan worden, de resultaten moeten niet alleen beheersmatige maar ook beleidsmatige doelen dienen, zij kijkt niet alleen naar de werkelijkheid maar ook naar de wenselijkheid, er dient geen gebruik gemaakt te worden van door anderen ontwikkelde tijdsnormen, dit doet onvoldoende recht aan de eigenheid van de organisatie / afdeling. Werklastonderzoek mag niet automatisch een bevestiging van de status quo inhouden.

Het werklastonderzoek bestaat uit vijf onderdelen:

1. Patiëntenclassificatie (Het San Joaquin instrument, waarbij aan de hand van acht indicatoren patiënten worden ingedeeld in vier zorgcategorïen overeenkomstig hun behoefte aan zorg.)
 2. Multi-Moment-Opnamen (Observatoren lopen met bepaalde regelmaat over de afdeling en scoren op de volgende activiteiten: individuele patiëntenzorg, collectieve patiëntenzorg, afdelingsgebonden werken persoonlijke tijd.)
 3. Analyse van de huidige situatie (Bespreken op de afdeling)
 4. Organisatieverbetering
1. Herhalingsonderzoek

De *Radboudvariant* is een (op ervaring gebaseerde) aanpassing van de San Joaquin en de M.M.O. Zo worden bijvoorbeeld activiteiten van stagiaires meegenomen in de overigens sterk teruggebrachte frequentie van dagen waarop M.M.O. plaatsvindt.

De NZi methode bleek het meest toegepast: 37 procent van de gevraagde instellingen hanteerde deze methode. Zeven procent hanteerde de Berenschotmethode en zes procent de Radboudvariant.

Zoals uit de beschrijving van de drie methoden blijkt gaan alle werklastmeetmethoden uit van een vorm van patiëntenclassificatie en tijdschrijven. Door een koppeling tussen patiëntenclassificatie en de resultaten van tijdschrijven ontstaan normtijden (in aantal minuten) per patiëntencategorie.

Het meest gehanteerde patiëntenclassificatiesysteem is het San Joaquin-systeem. Het meest gehanteerde tijdschrijfsysteem is de Multi-Moment-Opnamen (M.M.O).

Hoewel werklastonderzoek regelmatig wordt uitgevoerd, worden de resultaten ervan zelden gepubliceerd. In het rapport 'Verpleging en Verzorging in kaart gebracht' (Van der Windt et al., 1997) zijn werklastonderzoeken binnen de sector verpleging en verzorging geïnventariseerd. De hiernavolgende tekst over werklastmeting in ziekenhuizen is gebaseerd op deze inventarisatie. Er werden in deze inventarisatie twee rapporten gevonden. Jacobs en Klein (1994) verrichtten een werklastonderzoek in een algemeen ziekenhuis met als doel om door middel van afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod te komen tot een betere verdeling van de werklast van de verpleging in een ziekenhuis. Er werden normtijden berekend voor de verschillende categorieën zorg waarmee vervolgens berekend werd hoeveel verplegend personeel per periode nodig was. Beide onderzoekers concludeerden dat met behulp van werklastonderzoek de doelstelling werd behaald. Een tweede onderzoek is afkomstig van Vermaat (1994). Hierin werd een poging gedaan meer grip te krijgen op de patiëntenstroom. Daartoe werd in een algemeen ziekenhuis een geautomatiseerd 'Patiënten Opname Planning Systeem' (POPS) ingevoerd om de werklast van de verpleging beheersbaar te maken. Uitgangspunt was de zorgcapaciteit van de afdeling. Met behulp van het POPS zou voorspeld kunnen worden hoe de werkdruk zich op de afdeling ontwikkelt. Een werklastonderzoek, uitgevoerd om de effecten van dit systeem te meten, wees uit dat

enkele jaren na invoering een meer gelijkmatige verdeling van de werklust werd bereikt. Gezien het karakter van een verpleegafdeling zal volgens Vermaat (1994) een volledige stabiliteit in werklust niet haalbaar zijn en is het ook de vraag in hoeverre dit wenselijk zou zijn.

De auteurs van deze beide onderzoeken stellen dat behaalde resultaten alleen geldig zijn voor het betreffende ziekenhuis en de betreffende afdelingen. Resultaten zijn dus niet generaliseerbaar naar andere afdelingen in het ziekenhuis. In aansluiting hierop wordt gesteld dat observatiegegevens verkregen uit werklustonderzoek niet kunnen worden vergeleken met bijvoorbeeld een landelijke norm: landelijke normen doen, uiteraard, geen recht aan de eigen kenmerken van iedere instelling en afdeling, beperken tevens de vrije beleidsruimte van het management en medewerkers zouden zich onvoldoende kunnen herkennen in de uiteindelijke resultaten.

Uit een onderzoek van Migchielsen (1994) blijkt dat welk patiëntenclassificatiesysteem ten grondslag aan een werklustmeting men ook kiest, het dient altijd aangepast te worden aan de instelling.

Het San Joaquin model voor patiëntenclassificatie bijvoorbeeld blijkt niet geschikt voor intensive care afdelingen. Hier wordt veelal gebruik gemaakt van het zogenaamde Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) voor het meten van zorgzwaarte en werklust. Met behulp van de TISS-score per patiënt kan een indicatie worden gegeven van de werklust en de benodigde verpleegkundige inzet (Henquet, 1996).

De auteurs van het rapport "Verpleging en Verzorging in kaart gebracht" concluderen naar aanleiding van hun inventarisatie dat de meeste werklustonderzoeken in de praktijk tot doel hebben het beheersbaar maken van de werklust op één of een aantal verpleegafdelingen door middel van afstemming van zorgvraag en -aanbod. Resultaten van werklustonderzoek geven inzicht in kwantitatieve informatie op afdelingsniveau en zijn niet zonder meer generaliseerbaar naar andere afdelingen of instellingen. Op meso- en macro-niveau zijn geen werklustcijfers beschikbaar.

Voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn overigens wel landelijke werklustmethoden ontwikkeld. Van Loveren-Huyben et.al., (1999) maken voor het meten van de werklust in verzorgingshuizen gebruik van drie instrumenten:

- een cliëntenclassificatie;
- een personeelsclassificatie;
- een handelingenlijst.

In de handelingenlijst wordt onderscheid gemaakt tussen:

- individueel cliëntgebonden handelingen;
- collectief cliëntgebonden handelingen;
- afdelingsgebonden handelingen;
- persoonlijke tijd.

Ondanks dat de indeling van Van Loveren-Huyben bedoeld is voor werklustmeting in de verzorgingshuizen, zitten hier ook elementen als een handelingenlijst en een patiëntenclassificatie in. In deze sector is echter de patiëntengroep veel meer homogeen en zijn de methoden om bijvoorbeeld zorgzwaarte te meten veel meer algemeen geaccepteerd. Het is de vraag of dit zo over te zetten is naar het ziekenhuis.

Samenvattend kan gesteld worden dat werklustmeetmethoden uit gaan van een vorm van patiëntenclassificatie en tijdschrijven. Door een koppeling tussen patiëntenclassificatie en

de resultaten van tijdschrijven ontstaan normtijden (in aantal minuten) per patiënten-categorie.

De meest bekende methoden zijn de:

- TISS score voor IC-verpleegkundigen;
- San Joaquin methode voor verpleegafdelingen;
- De NZi-methode;
- De Radboudmethode;
- Methoden buiten de ziekenhuissector.

Geconcludeerd moet worden dat er meerdere methoden bestaan voor het meten van de werklust, maar dat er niet één algemeen geaccepteerde methode is die op korte termijn kan worden ingezet om op landelijk niveau monitoring mogelijk te maken. Op macro-niveau is de heterogeniteit van de verschillende onderdelen van een ziekenhuis een probleem: de concrete resultaten van een werklustonderzoek blijken alleen geldig te zijn voor de betreffende afdeling. De mogelijkheden van de bestaande werklustmethoden gehanteerd door de ziekenhuizen voor het direct meten van een of andere specifieke 'output' van de ingezette middelen voor werkdruk lijken dus gering.

2.3.2 Afgeleide benaderingen

Vraag- en aanbod

Voor zover bekend bestaan er geen standaardregistraties waarin de werklust van verpleegkundig personeel wordt vastgelegd. Wel worden door het NZi ieder jaar voor de ziekenhuissector overzichten gepubliceerd van personele, financiële en productiestatistieken. Uit de personele statistieken is de ontwikkeling van het aantal arbeidsplaatsen en van het aantal werkenden af te leiden voor verschillende functies, waaronder het verplegend personeel, in absolute aantallen maar ook als verhoudingsgetallen. Zo wordt bijvoorbeeld het aantal verpleegkundigen per 100 bezette bedden gepubliceerd. Het probleem is, dat zo'n grootte weer niets zegt over de werklust omdat de productiewijze van het ziekenhuis sterk aan het veranderen is en 'het bed' als meeteenheid steeds meer aan betekenis verliest.

De productiestatistieken van het NZi zijn vooral gekoppeld aan de medisch specialismen. Slechts in algemene zin worden productieparameters genoemd die ook iets zouden kunnen zeggen over de werklust van verpleegkundigen: opnamen, verpleegdagen en aantallen dagbehandelingen.

Ook bestaan er -voor zover bekend- in de curatief somatische zorg geen registraties waarin op gestandaardiseerde wijze de zorgzwaarte van patiënten wordt vastgelegd. Wel worden door de SIG zaken geregistreerd als: de leeftijd van de opgenomen patiënt en de ingrepen die worden verricht, maar voor zover bekend wordt daar niet een of andere maat voor zorgzwaarte uit afgeleid.

In het rapport 'Gezondheidszorg in Tel', dat jaarlijks door het NZi in opdracht van een groot aantal branche-organisaties in de gezondheidszorg wordt uitgebracht, worden onder meer berekeningen uitgevoerd die resulteren in een schatting van de arbeidsproductiviteit in de sector 'algemene ziekenhuizen'. In principe wordt gekeken naar een 'gewogen' productie van de ziekenhuizen (opnamen, verpleegdagen, polikliniekbezoeken, enz.) tegenover de ontwikkeling van het aantal arbeidsplaatsen. Het verschil in de procentuele ontwikkeling van het productievolume en van het aantal beschikbare uren wordt gezien als een indicatie voor de ontwikkeling van de productiviteit.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen de behandelfunctie en de functie 'verpleging en verzorging'. De behandelfunctie bestaat uit zaken als: het aantal operatiekamereenheden, het aantal eenheden functie-onderzoeken, enz., ook weer gewogen opgeteld conform

wegingsfactoren gebaseerd op de neventarieven van het COTG. De functie 'verpleging en verzorging' bestaat uit een optelling van het aantal verpleegdagen en het aantal dagbehandelingsdagen, gecorrigeerd voor het percentage ouderen en voor een toename van de zorgzwaarte. Deze beide functies bij elkaar opgeteld levert de totale productie. De ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit wordt nu verkregen door de ontwikkeling van de hoeveelheid personeel (uitgedrukt in FTE's) te delen op de ontwikkeling van de productie.

De gedachte is dat de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit een indicator kan vormen van de ontwikkeling van de werklast.

Zo wordt bijvoorbeeld in het rapport "Gezondheidszorg in Tel 6" (1998) geconstateerd, dat de arbeidsproductiviteit in de algemene ziekenhuizen tussen 1991 en 1997 met gemiddeld 1,1% per jaar is toegenomen. Zo'n ontwikkeling zou als een benadering kunnen worden gezien voor de ontwikkeling van de werklast. Een complicerende factor hierbij is echter dat juist in de ziekenhuissector de mogelijkheid van productiviteitsstijging ten gevolge van technologische ontwikkelingen mogelijk is. Met andere woorden: een hogere arbeidsproductiviteit hoeft niet per sé een hogere werklast te betekenen.

De "Management Informatie Pakketten" (MIPpen) vormen een andere mogelijke benadering. Deze door het NZi geproduceerde publicaties zijn kwantitatieve overzichten, bedoeld voor het management van individuele instellingen. Hierin wordt de eigen instelling vergeleken met het gemiddelde van vergelijkbare instellingen uit een referentiegroep. In zo'n MIP wordt als meeteenheid een 'patiënteneenheid' gecreëerd.

Deze meeteenheid wordt als volgt opgebouwd:

- Per jaar worden over alle specialismen heen het gewogen aantal opnamen en het gewogen aantal eerste polikliniek bezoeken geteld, waarbij een weging per specialisme wordt toegepast conform de wegingsfactoren die het COTG hanteert in het kader van de Functiegerichte Budgettering (FB). Deze weging heeft een financiële grondslag. Per jaar wordt het aantal verpleegdagen en het aantal dagbehandelingsdagen geteld.
- Vervolgens worden deze vier totalen ook weer gewogen bij elkaar opgeteld. Ook deze weging is gerelateerd aan wegingsfactoren zoals die door het COTG worden gehanteerd. De gedachte is, dat het aantal patiënteneenheden per (bijvoorbeeld) FTE-verpleegkundige een indicator is voor de werkdruk.

Daarnaast wordt het aantal werkuren per jaar voor een FTE werknemer genormeerd. Voor 1998 bijvoorbeeld wordt uitgegaan van 46 werkweken van 36 uur = 1656 werkuren.

Door nu het totaal aantal patiënteneenheden te delen op het aantal FTE kan een indicator voor de ontwikkeling van de werklast worden gecreëerd.

Een andere mogelijke benadering is eveneens door het NZi ontwikkeld. Daarbij wordt gekeken hoeveel 'diensten' in een ziekenhuis moeten worden gedraaid om de benodigde patiëntenzorg te leveren en hoeveel uren nodig zijn om al die diensten te 'vullen'. Voor de verhouding 'dienst' / 'aantal uren' is een maat vastgesteld. Aan de hand van steekproeven zou op twee meetmomenten (1999 en 2002) onderzocht kunnen worden in hoeveel ziekenhuizen hoeveel diensten onderbezet zijn.

Bij deze benadering wordt er impliciet vanuit gegaan dat de ontwikkeling van de onderbezetting een maat is voor de ontwikkeling van de werklast.

Werkdruk

Een globale registratie over de ontwikkeling van de werkdruk in de zorgsector (en in nog een aantal andere maatschappelijke sectoren) wordt om de twee jaar verzorgd door de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarkt Onderzoek (OSA). De gegevens uit tabel 2.3 zijn op basis van een enquête onder werkgevers.

Uit deze tabel valt af te leiden, dat meer dan 70% van de intramurale instellingen in de gezondheidszorg te maken heeft met werkomstandigheden die geestelijk en lichamelijk als 'zwaar' worden omschreven. Volgens de toelichting bij de tabel wijken deze cijfers niet sterk af van de situatie in 1995.

Tabel 2.3 Aandeel organisaties waarbij meer dan 40% van het personeel te maken heeft met de bepaalde arbeidsomstandigheden, 1997

	Lichamelijk Zwaar	Belastende omstandigheden	Geestelijk zwaar	Onder tijdsdruk
Intramurale gezondheidszorg	72	22	71	56
Verzorgingshuizen	90	32	51	68
Overige zorginstellingen	42	19	73	57
Totaal zorgsector	73	27	61	62
Goederensector	46	57	7	51
Commerciële dienstverlening	22	26	16	52
Niet-commerciële dienstverlening	7	12	65	60
Totale economie	30	34	20	53

Bron: OSA (Allaart et al.) 1999

De OSA heeft ook onder werknemers (verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden) in de zorg- en welzijnssector onderzoek gedaan naar het aanbod van arbeid (Postma & Scholten, 1999). In dat onderzoek worden ook vragen gesteld naar arbeidsomstandigheden en tevredenheid. Uit dit rapport blijkt dat 53% van de ondervraagde werknemers het werk lichamelijk zwaar vindt en 50% vindt het geestelijk zwaar (Postma & Scholten, 1999, tabel 6.3). 53% zegt onder hoge tijdsdruk te werken (Postma & Scholten, 1999, tabel 6.4). Uit de gepresenteerde gegevens valt echter ook af te leiden dat werknemers in de zorg ook vele positieve kanten van hun werk ervaren: 92% vindt het werk "inhoudelijk leuk", 88% heeft het gevoel door de cliënten te worden gewaardeerd en 84% is van mening dat het werk veel voldoening geeft.

Verder wordt er in de OSA-enquête in algemene zin gevraagd of men te weinig, te veel, dan wel precies genoeg personeel had. Ruim een kwart van de instellingen in de zorgsector, maar ook een kwart van de organisaties in andere sectoren gaf in 1997 aan te weinig personeel te hebben. Voor alle sectoren was dat iets meer dan in 1995 (Allaart et al., 1999).

De gegevens door de OSA verzameld zijn het resultaat van een enquête onder werkgevers en werknemers. In die zin meet het de subjectieve werkdruk en niet de objectieve werklust. Hoe informatief dergelijke overzichten ook zijn, ze zijn té globaal om te kunnen dienen als basis voor monitoring van de werklust in de algemene ziekenhuizen.

Concluderend kan gesteld worden dat er geen databestanden zijn te raadplegen die van jaar tot jaar de benodigde gegevens kunnen opleveren.

In het volgende deel van deze subparagraaf wordt gepoogd de ontwikkeling van de werklust te schatten aan de hand van mogelijke gevolgen van (te hoge) werklust als ziekteverzuim en verloop van personeel.

Gevolgen: ziekteverzuim en verloop

Alternatieve mogelijkheden om de ontwikkeling van de werkdruk / werklust te schatten is een benadering via parameters die zijn gerelateerd aan personeelskenmerken, zoals bijvoorbeeld ziekteverzuim of verloop.

In het eerder genoemde rapport 'Verpleging en Verzorging in kaart gebracht' (Van der Windt et al., 1997) is ook aandacht besteed aan werk(be)last(ing) en ziekteverzuim. Er bleken verschillende modellen te bestaan die in algemene zin gezondheidsklachten en ziekteverzuim trachten te verklaren. Het bleek dat in (Nederlandse) studies over werkbelasting het model belasting-belastbaarheid veel gebruikt wordt, al dan niet in combinatie met andere modellen. Het model gaat uit van een disbalans tussen de mogelijkheden van een werknemer (belastbaarheid) en de eisen die vanuit het werk aan hem gesteld worden (belasting), als oorzaak van onder- of overbelasting. De werknemer die hiermee wordt geconfronteerd zal pogingen ondernemen om deze weer op te heffen (coping). Wanneer dit niet succesvol is, loopt de werknemer het risico op een aantal negatieve gevolgen zoals burn-out, psychische klachten et cetera. Deze klachten kunnen weer aanleiding geven tot een toename van ziekteverzuim. In deze zin kan ziekteverzuim een uiting zijn van werkdruk en daarmee indirect van een (te hoge) werklust.

Uit de inventarisatie van onderzoeken door Van der Windt et al. (1997) bleek dat onderzoeken in ziekenhuizen geen sterke verbanden toonden tussen ziekteverzuim en werk(be)last(ing). In twee onderzoeken werd een zwak (wel significant) verband gevonden tussen werkdruk en ziekteverzuimfrequentie (Boumans 1990; Boter 1995). Boter (1995) toonde daarnaast ook een zwak (significant) verband tussen werkdruk en ziekte duur. Boumans (1990) constateerde dat er veel werknemers waren zonder verzuim en een relatief gering aantal met veel verzuim. Bij een hoge werkdruk waren verpleegkundigen volgens verwachting minder tevreden en verzuimden zij vaker. Deze relatie met werkdruk gold met name op afdelingsniveau, op individueel niveau bleek er nauwelijks samenhang te bestaan tussen werkdruk en ziekteverzuim. In beide onderzoeken werd aangetoond dat naarmate een werksituatie zich meer kenmerkte door een hoge mate van complexiteit en moeilijkheid, verpleegkundigen een grotere werkwaardering rapporteerden (ook op individueel niveau) en minder vaak verzuimden (alleen op afdelingsniveau).

De auteurs concludeerden dat er weinig onderzoeken voorhanden waren waarin is gekeken naar een mogelijke relatie tussen werk (werklust/werkbelasting) en ziekteverzuim. Subjectieve gegevens deden sterke verbanden vermoeden tussen ziekteverzuim en werkbelasting. Dit verband werd versterkt door het feit dat ziekteverzuim in enkele onderzoeken statistisch aantoonbaar was gerelateerd aan rugklachten en emotionele uitputting. Het bleek echter dat ziekteverzuim, uitgezonderd enkele zwakke verbanden, statistisch nauwelijks verklaard werd door (dimensies) van werkbelasting.

Voor een groot deel is dit waarschijnlijk te verklaren door methodologische problemen. Het onderwerp is dermate complex dat het lastig te meten is: met de belasting enerzijds en de gevolgen voor een werknemer anderzijds spelen nog vele factoren mee, zowel op persoonlijk vlak -bijvoorbeeld de situatie thuis- als arbeidsvoorwaardelijk. (Denk bijvoorbeeld aan het feit dat alfa-hulpverleners, waarschijnlijk vanwege het ontbreken van een ziekte-uitkering, veel minder vaak ziek zijn dan andere verzorgenden in de gezinszorg.)

In het eerder genoemde rapport van de OSA (Allaart et al., 1999) is nagegaan of er in bedrijven of instellingen waar een groot deel van het personeel met belastende arbeidsomstandigheden te maken had, het ziekteverzuim hoger was. Dat bleek inderdaad het geval te zijn. Waar meer dan 40% van het personeel lichamelijk zwaar werk had, is het ziekteverzuim hoger dan waar dat niet het geval was. Hetzelfde gold voor geestelijk zwaar werk. Deze cijfers golden voor de economie als geheel. Opvallend was dat in de zorgsector deze relatie minder sterk was. Ook wanneer een groot deel van het personeel onder tijdsdruk moest werken ging dat gepaard met een ziekteverzuim dat niet veel hoger was dan

waar in mindere mate onder tijdsdruk gewerkt hoeft te worden. De bovenstaande gegevens suggereren dat factoren als lichamelijk en/of geestelijk zwaar werk en het werken onder tijdsdruk waarschijnlijk niet de belangrijkste oorzaken zijn van het relatief hoge ziekteverzuim in de sector. Ook de gegevens van twee jaar eerder leidden tot dezelfde conclusie (Allaart et al., 1997).

Ten aanzien van het verloop ten slotte kan worden gewezen op het bestaan van een systematiek van het houden van gestandaardiseerde 'exit-interviews', eveneens ontwikkeld door het NZi. In deze interviews wordt mensen gevraagd naar beweegredenen om ontslag te nemen. Werkdruk blijkt soms genoemd te worden, maar is zeker niet een duidelijke factor. In een verslag van de conferentie 'Met zorg werken' over de arbeidsmarkt in de zorgsector geeft Van der Pasch (1999) een overzicht van de meest genoemde redenen, waarbij vertrek uit de zorgsector voorkomen had kunnen worden. Daarbij staat voor mannen 'werkdruk' op de tiende plaats (genoemd door 10%) en bij vrouwen op de zevende plaats (genoemd door 13%). Bij mannen blijkt het loopbaanperspectief de belangrijkste factor te zijn (genoemd door 41%), bij vrouwen de mogelijkheden om meer of juist minder te kunnen werken (genoemd door 28%).

2.4 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk stond het monitoren van de vermindering van de werklust en werkdruk centraal. In de eerste paragraaf werd de toedeling van de financiële middelen voor vermindering van de werklust beschreven. In totaal is in 1999 12 miljoen gulden voor de algemene, categorale en academische ziekenhuizen specifiek geormerkt als 'werkdrukmiddelen'. Het grootste gedeelte van dit geld komt terecht bij de zorgaanbieders via de instellingsbudgetten ten behoeve van 'meer handen aan het bed'. Dit geld is echter niet geormerkt. Daarnaast krijgen instellingen op andere noemers extra financiële middelen die eveneens in de instellingsbudgetten terechtkomen. Dit maakt het onmogelijk om precies te volgen waaraan dit geld feitelijk besteed wordt, de instellingen hebben immers budgetvrijheid. De koppeling tussen de inzet van de financiële middelen en de (eventuele) vermindering van de werklust/werkdruk is derhalve niet te maken.

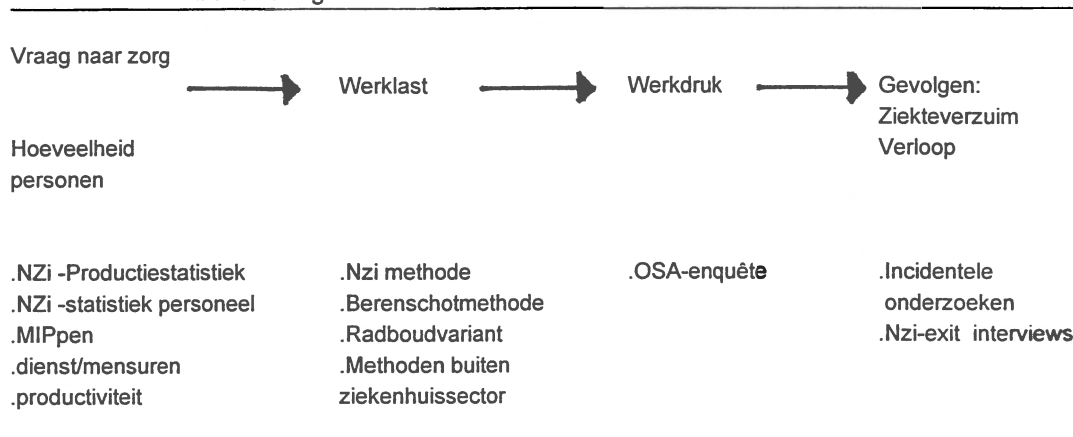
Vervolgens zijn bestaande meetinstrumenten, bestaande registraties en alternatieve benaderingsmethoden voor het monitoren van werklust besproken. Er bleken meerdere methoden te bestaan voor het meten van de werklust van het verplegend en verzorgend personeel in ziekenhuizen. Op macro-niveau is de heterogeniteit van de verschillende onderdelen van een ziekenhuis echter een probleem: de concrete resultaten van een werklustonderzoek blijken alleen geldig te zijn voor de betreffende afdeling. De mogelijkheden van de werklustmethoden gehanteerd door de ziekenhuizen voor het direct meten van een of andere specifieke 'output' van de ingezette middelen voor werklust lijken dus gering. Wat betreft de bestaande registraties werd geconcludeerd dat - voor zover bekend - er geen standaardregistraties waarin de werklust van verpleegkundig personeel wordt vastgelegd. Daarna zijn afgeleide benaderingen besproken voor het meten van de werklust. Wat betreft de verhouding tussen de vraag naar zorg en het aanbod zijn verschillende mogelijkheden besproken: De jaarlijks door het NZi gepubliceerde overzichten van personele en productiestatistieken voor de ziekenhuissector, het gebruik van de informatie uit de NZi-enquêtes volgens de methode die in de MIPpen wordt toegepast, de benadering waarbij wordt gekeken hoeveel 'diensten' in een ziekenhuis moeten worden gedraaid om de benodigde patiëntenzorg te leveren en hoeveel uren nodig zijn om al die diensten te 'vullen' en

ten slotte de ontwikkeling van de productiviteit in de ziekenhuissector zoals die in de op-eenvolgende rapporten 'Gezondheidszorg in Tel' wordt gehanteerd.

Voor het meten van werkdruk is er de tweejaarlijks gehouden enquête van het OSA. Deze gegevens zeggen alleen iets over de werkdruk, doordat deze gegevens het resultaat zijn van een enquête onder werkgevers en werknemers. Daarnaast zijn in deze paragraaf gevolgen van een (te) hoge werklast en werkdruk besproken. Hoewel subjectieve gegevens sterke verbanden vermoeden tussen ziekteverzuim en werkbelasting, is dit statisch niet of nauwelijks aan te tonen. Het onderwerp is dermate complex dat het lastig te meten is. Uit de gestandaardiseerde exit-interviews ten slotte blijkt werklast/werkdruk niet als een duidelijke factor voor ontslagname naar voren te komen.

Bovenstaande informatie kan als volgt in schema worden gebracht.

Schema 2.1 Geïnventariseerde methoden voor monitoring van de werklast en afgeleide benaderingen



Kansrijke mogelijkheden binnen afgeleide benaderingen lijken het gebruik van de informatie uit de NZi-enquêtes volgens de methode die in de MIPpen wordt toegepast, de ontwikkeling van de productiviteit zoals toegepast in 'Gezondheidszorg in Tel' en de benadering waarbij wordt gekeken hoeveel 'diensten' in een ziekenhuis moeten worden gedraaid om de benodigde patiënten zorg te leveren en hoeveel mensuren nodig zijn om al die diensten te 'vullen'. Bij deze laatste benadering is een maat vastgesteld voor de verhouding 'dienst' / 'aantal mensuren'. Aan de hand van steekproeven zou op twee meetmomenten (1999 en 2002) onderzocht kunnen worden in hoeveel ziekenhuizen hoeveel diensten onderbezet zijn. Bij eventueel gebruik van deze benadering wordt er dan impliciet vanuit gegaan dat de ontwikkeling van de onderbezetting een maat is voor de ontwikkeling van de werklast.

In de "MIP-methode" wordt een patiënteneenheid gecreëerd. Het totaal aantal patiënteneenheden wordt gedeeld op het aantal FTE, waarmee een ruwe indicator kan worden gevormd voor de werklast.

Bij het in beeld brengen van de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de ziekenhuissector -zoals wordt uitgevoerd in het rapport 'Gezondheidszorg in Tel'- wordt de ontwikkeling van de productiviteit gerelateerd aan de ontwikkeling van het personeelsbestand. Dit geeft een indicatie van de arbeidsproductiviteit, wat weer een indicatie voor de ontwikkeling van de werklast zou kunnen zijn.

De voorkeur gaat uit naar de twee laatstgenoemde benaderingen, de MIP-methode en de 'ontwikkeling van de productiviteit', omdat daarin een rechtstreeks verband wordt gelegd

tussen de hoeveelheid beschikbaar personeel en de productie van ziekenhuizen. Dat lijkt dichter tegen het begrip 'werklast' aan te liggen dan de wat meer indirecte meting via het begrip 'onderbezetting'.

Beide methoden hebben het voordeel dat de benodigde basisgegevens op macro-niveau relatief gemakkelijk zijn te ontleen aan de databank van het NZi met betrekking tot de personele, financiële en productiegegevens van ziekenhuizen. Zij hebben het nadeel dat zij nooit bedoeld zijn geweest om als indicator voor werklastmeting te dienen. Het zijn benaderingen die op dit moment voor handen zijn. Om maar één technisch detail als voorbeeld te noemen: in de (financiële) wegingsfactoren voor het berekenen van de productie of de patiënteneenheid, worden alle kosten meegenomen, niet alleen de personele, maar ook de materiële. Deze laatste zijn echter voor een gewogen optelling van deelproducten in relatie tot werklast of werkdruk minder relevant.

Bovendien levert iedere methode -ten gevolge van de diverse gewogen optellingen- een macro-cijfer op dat misschien te veel aan informatie heeft prijsgegeven waar het gaat om een begrip als werklastmeting. Werklast op een intensive care afdeling is iets anders dan op een gewone verpleegafdeling en weer anders dan op een afdeling 'dagopnamen'. Een indicator voor de werklast zou genuanceerd moeten worden naar bijvoorbeeld de functies of de afdelingen binnen ziekenhuizen.

Samenvattend lijkt het zeker haalbaar om op macro-niveau een indicator voor de ontwikkeling van werklast tot stand te brengen. De meeste benodigde gegevens zijn voor handen en op macro-niveau te gebruiken. Ook de methode is beschikbaar. Maar er is nog een aantal factoren die nader onderzoek behoeven.

Binnen de afweging tussen de twee voorgestelde methoden bestaat een lichte voorkeur voor de MIP-methode, omdat de arbeidsproductiviteit, zoals berekend in 'Gezondheidszorg in Tel' ook door bijvoorbeeld technologische ontwikkelingen beïnvloed kan zijn. In de MIP-methode met als maat de 'patiënteneenheid' wordt meer direct naar de productie als zodanig gekeken. Bovendien is een indicator "patiënteneenheden per FTE-verpleegkundige" wellicht meer herkenbaar dan een indicator "arbeidsproductiviteit".

3 HET MONITOREN VAN WACHTLIJSTMIDDELEN

3.1 Inleiding

In 1997 en 1998 zijn door het ministerie van VWS aan ziekenhuizen geormerkte gelden beschikbaar gesteld ter vermindering van de wachtlijsten en wachttijden. Dit zogenaamde 'wachtlijstfonds' is vanaf 1999 niet meer gecontinueerd. In plaats daarvan zijn in de Meerjarenaafspraken tussen het ministerie van VWS en de brancheorganisaties uit de curatieve somatische sector afspraken gemaakt over de inzet van extra financiële middelen ter vermindering van de wachtlijsten.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de mogelijkheden om de besteding van deze middelen te 'monitoren'. Welke instrumenten zijn daarvoor beschikbaar? Welke voor- en nadelen zitten er aan die instrumenten vast?

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. In paragraaf 3.2 wordt beschreven hoe de financiële middelen voor de mindering van de wachtlijsten aan de ziekenhuizen worden toebedeeld. In paragraaf 3.3 wordt in het kort aandacht besteed aan de achterliggende oorzaken van wachtlijsten. In paragraaf 3.4 wordt verslag gedaan van de inventarisatie van mogelijke methodieken voor monitoring van vermindering van de wachtlijsten en wachttijden. Het hoofdstuk eindigt met enkele conclusies.

3.2 De toedeling van middelen voor reductie van wachtlijsten en wachttijden

In het kader van de Meerjarenaafspraken worden extra middelen ter vermindering van de wachtlijsten ("wachtlijstmiddelen") beschikbaar gesteld aan de ziekenhuizen en medisch specialisten. Deze middelen worden vanaf het jaar 2000 regionaal verdeeld. Partijen maken dan met hun regionale zorgverzekeraar afspraken over de besteding van deze wachtlijstmiddelen. Vervolgens komt het geld dat bedoeld is voor de ziekenhuizen via een individuele tariefbeschikking in het budget van het betreffende ziekenhuis terecht. Voor de medisch specialisten worden de wachtlijstmiddelen eveneens regionaal verdeeld en toegevoegd aan de lump sum.

Het geld is dus niet 'geormerkt' en daardoor niet direct te volgen. De enige toets die in deze situatie mogelijk is, is die op de afspraken die op regionaal niveau worden gemaakt tussen ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars over de vraag voor welke wachtlijsten deze middelen zullen worden ingezet. Deze afspraken worden als 'productieafspraken' door het COTG geregistreerd.

Uit de Meerjarenaafspraken kan de volgende tabel worden afgeleid:

Tabel 3.1 Middelen voor bestrijding van de wachtlijsten volgens de Meerjarenaafspraken 1999-2002 (in miljoenen gulden)

	1999	2000	2001	2002
Alg. & cat.				
ziekenhuizen	50	50	50	50
Acad. ziekenh.	22	22	22	22
Medisch spec.	18	18	18	18
Totaal	90	90	90	90

Bron: Gezondheidszorg in Tel 7 (concept)

De getallen in tabel 3.1 zijn weergegeven zoals ze in de Meerjarenaafspraken zijn benoemd. Daarnaast zijn er nog andere bedragen beschikbaar gesteld voor bijvoorbeeld volumegroei. Het is mogelijk dat door ziekenhuizen ook daaruit wordt geput voor het (indirect) reduceren van de wachtlijsten.

3.3 Achterliggende oorzaken voor wachtlijsten

In de jaren 1998 en 1999 zijn onderzoeken uitgevoerd naar de besteding van de middelen uit het wachtlijstfonds over respectievelijk de jaren 1997 en 1998 (Van Rooij & Laeven, 1998; Van Rooij et al., 1999).

Tabel 3.2 Oorzaken van wachtlijsten in algemene en categorale ziekenhuizen (percentages)

Oorzaak	Alle respondenten 1998 (N = 67)	Respondenten, tevens gebruikers wachtlijstfonds 1998 (N = 50)	Respondenten, tevens gebruikers wachtlijstfonds 1997 (N = 51)
Budgetafspraken	76	78	73
Capaciteitstekort	69	70	71
Afstemming verwijzer - specialist	4	4	-
Afsteming specialisten intern	10	10	-
Planning	22	20	8*
Vervuiling wachtlijsten	18	20	6
Tekort aan aanvullende zorg	37	36	43
Anders	13	18	-

*) Bij de evaluatie van het wachtlijstfonds 1997 is als mogelijke oorzaak aangegeven 'inefficiency', hetgeen zowel planning als onderlinge afstemming kan betekenen.

Bron: Van Rooij & Laeven, 1998; Van Rooij e.a., 1999

In deze evaluatie-onderzoeken is ook gevraagd wat de betrokkenen zelf als belangrijkste oorzaken van de wachtlijsten aangaven. In tabel 3.2 worden deze bevindingen kort samengevat.

Uit tabel 3.2 blijkt dat de respondenten als oorzaken van wachtlijsten vooral noemen: budgetafspraken, capaciteitstekort en het tekort aan aanvullende zorg. Eén op de vijf noemt 'planning' als oorzaak. Waar meerdere oorzaken worden aangegeven, zou een proces van monitoring van de wachtlijstmiddelen ook op meerdere aandachtspunten gericht moeten zijn en zullen waarschijnlijk ook combinaties van maatregelen bij moeten dragen aan een mogelijke oplossing. Maatregelen in de sfeer van de organisatie, van de zorg en van de financiële en personele middelen.

3.4 Inventarisatie van mogelijke methodieken voor monitoring

Voor de wachtlijstproblematiek bestaat sinds enige jaren een gestandaardiseerde vorm van wachtlijstpeiling. Samen met de methode die gevolgd is om het wachtlijstfonds te evalueren, kunnen deze beide instrumenten in principe een bijdrage leveren aan het streven om de besteding van de wachtlijstmiddelen in de Meerjarenafspraken te monitoren. Daarom worden in deze paragraaf beide instrumenten uitgebreid beschreven.

De wachtlijstpeilingen

Sinds juli 1997 wordt door het NZi onder de algemene ziekenhuizen een wachtlijstpeiling uitgevoerd. Tot nu toe hebben peilingen plaatsgevonden per 1 juli 1997, 1 maart 1998, 1 oktober 1998 en 1 maart 1999. Inmiddels is een peiling per 1 oktober 1999 gaande.

In deze peiling wordt voor een vijftiengestigal medische specialismen het volgende geregistreerd:

- het aantal wachtenden voor klinische opnamen en de gemiddelde wachttijd op de peildatum;
- het aantal wachtenden voor opname in dagverpleging en de gemiddelde wachttijd op de peildatum;
- poliklinische toegangstijden, dat wil zeggen: de tijd tussen het maken van een afspraak voor een eerste consult en de realisatie van de daadwerkelijke afspraak.

Er wordt gebruik gemaakt van een eenduidige definiëring. Dat wil zeggen dat dezelfde definities worden gehanteerd, onafhankelijk of de gegevens schriftelijk dan wel geautomatiseerd worden aangeleverd. Voor wat betreft de rapportage van de wachtlijsten wordt onderscheid gemaakt tussen 'planningswachtlijsten' en 'problematische wachtlijsten'. De omvang van de problematische wachtlijst wordt benaderd door te kijken naar het aantal patiënten dat op de peildatum reeds langer dan één maand wacht.

Het NZi heeft voor de ziekenhuizen een uniforme wachtlijstregistratie ontwikkeld. Het gebruik hiervan wordt door het ministerie van VWS sterk gestimuleerd. Op dit moment maken iets meer dan 50% van de ziekenhuizen gebruik van de geautomatiseerde gegevensverwerking die door deze uniforme registratie mogelijk is.

Door middel van deze registratie kan de ontwikkeling van de omvang van de wachtlijsten en de duur van de wachttijden in de loop van de jaren worden gevolgd. Op zichzelf levert deze registratie geen informatie op over de besteding van de wachtlijstmiddelen. Zij kan echter

wel worden gehanteerd om een indruk te krijgen van de **effecten** van de inzet van wachtlijstmiddelen. De registratie maakt het namelijk mogelijk om de ontwikkeling van de wachtlijsten bij ziekenhuizen die wél wachtlijstmiddelen hebben gekregen te vergelijken met die van ziekenhuizen die geen wachtlijstmiddelen hebben ontvangen.

Bij voldoende deelname aan de uniforme registratie zouden zelfs op het niveau van de ingreep beide ontwikkelingen gevolgd kunnen worden.

Echter, deze vergelijkingsmethode valt weg, wanneer **alle** ziekenhuizen wachtlijstmiddelen krijgen: de vergelijkingsbasis voor het schatten van de effecten van deze middelen vervalt dan immers. Het uitsluitend volgen van de ontwikkeling van het aantal wachtenden en van de gemiddelde wachttijd levert onvoldoende informatie om een relatie te leggen met de inzet van extra middelen.

Het leggen van een dergelijke relatie is wel mogelijk gebleken bij de onderzoeken die het NZi heeft uitgevoerd naar de besteding van de middelen uit het wachtlijstfonds in de jaren 1997 en 1998. Deze onderzoeken worden in de volgende paragraaf kort besproken.

De evaluatie van het wachtlijstfonds

In 1997 werd door de overheid 50 miljoen gulden beschikbaar gesteld voor wachtlijstverminderende initiatieven in de algemene en academische ziekenhuizen en de ambulante geestelijke gezondheidszorg (aggz), in 1998 was dit bedrag opgelopen naar 75 miljoen gulden.

De wijze waarop deze middelen waren verdeeld is weergegeven in tabel 3.3.

Tabel 3.3 Verdeling middelen wachtlijstfonds, 1997, 1998 (miljoenen)

	1997	1998
Alg. & Cat. Ziekenhuizen	29	36
Academische Ziekenhuizen	16	20
Kenniscentra	-	3
Ambulante ggz	5	16
Totaal	50	75

Bron: Van Rooij & Laeven, 1998; Van Rooij et al., 1999

Deze middelen worden in de vorm van extra productieafspraken ingezet in de algemene, categorale en academische ziekenhuizen. Deze afspraken waren specifiek gericht op het wegwerken c.q. reduceren van wachtlijsten op het gebied van de orthopaedie, oogheelkunde en cardiochirurgie.

Het evaluatie-onderzoek van het NZi naar de besteding van de middelen uit het wachtlijstfonds 1998 bestond uit twee componenten:

- Een enquête onder alle ziekenhuizen, waarin werd gevraagd naar de effecten van de wachtlijstmiddelen op de productie.
- Een inventarisatie van de productieafspraken, zoals deze door het COTG werden geregistreerd.

De informatie van het COTG was bedoeld als controle-informatie. Bij de analyses is uitgegaan van de gegevens die door de ziekenhuizen zelf werden aangeleverd.

Het evaluatie-onderzoek naar de besteding van de middelen uit het wachtlijstfonds 1997 kende nog een derde component, namelijk een interviewronde onder de betrokken ziekenhuizen. Dit is een belangrijke extra component. Het wachtlijstfonds bleek namelijk niet

alleen effect te hebben op de omvang van de wachtlijsten en de gemiddelde wachttijd, maar ook op zaken als: de introductie van nieuwe technieken, veranderingen in de organisatie, enz. Zaken die niet duidelijk worden als uitsluitend naar de productie wordt gekeken. In paragraaf 3.3 zijn al enkele van deze factoren aangegeven. Door dit soort effecten kan het bijvoorbeeld zijn dat het aantal wachtenden gelijk blijft, maar dat tegelijkertijd de productie stijgt.

Uitgaande van de gegevens van het COTG kan worden vastgesteld dat in het kader van het wachtlijstfonds 1998 zo'n 10.700 extra operaties hebben plaatsgevonden (waarvan bijna 8.000 oogoperaties).

Ziekenhuizen geven ook aan dat zij de extra financiële middelen hebben ingezet voor het aantrekken van extra personeel, voor het aanschaffen van extra materialen of voor een combinatie daarvan.

Bijna 90% van de ziekenhuizen die extra middelen uit het wachtlijstfonds hebben ontvangen geeft aan dat de wachtlijsten zijn gedaald of gelijk zijn gebleven.

De onderzoekers concluderen:

“Bij ziekenhuizen die gebruik maken van het wachtlijstfonds is de productiestijging een feit en de daling of het niet toenemen van de wachtlijst meestal ook. Het effect is duidelijk en daarmee is het wachtlijstfonds een succes.” (Van Rooij et al., 1999, pag. 28)

3.5 Conclusies

Het lijkt erop, dat de enquête naar de besteding van het wachtlijstfonds in combinatie met informatie van het COTG en de registratie van de wachtlijsten een instrument kan vormen om de ontwikkeling van de wachtlijsten in het kader van de Meerjarenaafspraken te volgen. Daarbij is het de vraag wat in het kader van de Meerjarenaafspraken wordt nagestreefd, want niet alle relevante informatie is met dit instrument boven water te krijgen. De onderzoekers zeggen hier zelf over:

“De vraag of het wachtlijstfonds een doelmatige besteding is geweest, is lastig te beantwoorden. Als het doel was een groot aantal extra verrichtingen uit te voeren, dan is dit zeker gebeurd. Van verdringingseffecten op andere verrichtingen lijkt nauwelijks sprake te zijn geweest. Als het doel was de wachtlijsten aanzienlijk te verlagen en de wachttijden te verkorten, dan is dit doel slechts beperkt bereikt. De verandering binnen de wachtlijst is niet te traceren en zou nader onderzocht moeten worden. Nader onderzoek is nodig om hier goed zicht op te krijgen. De wachtlijsten zijn niet opgelost, maar de problematiek is wel veranderd.” (Van Rooij et al., 1999, pag. 28)

Ook geven de onderzoekers in deze publicatie aan, dat een eventueel nieuw wachtlijstfonds meer de nadruk zou moeten leggen op de kwaliteit van de wachtlijst en gericht moeten zijn op criteria die een lange-termijn-effect bewerkstelligen. Daarbij wordt bedoeld op zaken als: organisatie en personeel. Instellingen zouden aan de hand van gegeven criteria moeten kunnen worden getoetst op hun wachtlijstbeleid. Dat beleid kan worden gestimuleerd via een systeem van bonus en malus. Deze criteria moeten nog worden ontwikkeld.

Methodisch geldt dat de effecten van de inzet van wachtlijstmiddelen alleen kunnen worden gevolgd, wanneer:

- de gelden zijn geoormerkt;
- partijen het eens zijn over een 'nullijn' bij 'ongewijzigd beleid';
- de indicatiestelling in de tijd niet verandert;

- de capaciteit niet door andere oorzaken sterk verandert;
- er geen grote organisatorische veranderingen plaats vinden.

De laatste drie factoren kunnen door middel van aanvullende interviews bekend worden (zie: Van Rooij & Laeven, 1998). Maar een aantal andere veranderingen zijn ook met interviews weer niet exact in beeld te krijgen. Te denken valt bijvoorbeeld aan kwalitatieve veranderingen van de wachtlijst. Het kan zijn dat als meer mensen in hetzelfde tijdsbestek geholpen worden, mensen met minder dringende urgentie of een minder zware zorgvraag op de wachtlijst worden geplaatst en de omvang van de wachtlijst dus niet afneemt. Om daadwerkelijk inzicht te krijgen in de effecten van ingezette middelen, dienen ook dit soort effecten helder in beeld te worden gebracht.

4 NABESCHOUWING

4.1 Beschouwing

De enige manier om de effecten van de inzet van financiële middelen te kunnen monitoren is het isoleren van zowel de ingezette middelen als van de gewenste prestatieparameters. In de praktijk zal het dan veelal gaan om een projectmatige aanpak, waarbij de financiële middelen geormerkt worden toegewezen aan een individuele uitvoerder en over de te verwachten effecten heldere afspraken in termen van concreet te verwachten 'output' worden gemaakt.

Uit deze verdiegingsstudie blijkt dat, waar het de inzet van financiële middelen betreft voor het verminderen van de werklast/werkdruk en het terugdringen van de wachtlijsten in het kader van de Meerjarenaafspraken, niet voor deze benadering is gekozen. Integendeel:

- De beschikbare financiële middelen komen uiteindelijk zonder oormerking in het budget van de ziekenhuizen (werkdrukmiddelen en wachtlijstmiddelen) respectievelijk in de lump sum van de medisch specialisten terecht (wachtlijstmiddelen). Ook al worden over de besteding van de wachtlijstmiddelen afspraken gemaakt met de regionale zorgverzekeraars, toch zijn de middelen zelf niet apart geormerkt.
- Daarnaast krijgen de instellingen op andere noemers financiële middelen (intensivering, demografische groei, e.d.) die zij eveneens kunnen inzetten voor het bestrijden van wachtlijsten of het verminderen van de werkdruk. Instellingen hebben immers budgetvrijheid.
- Ook de prestaties die worden gevraagd zijn niet eenduidig te meten. De te meten grootheden zijn lang niet alleen afhankelijk van het ter beschikking gestelde geld. 'Werkdruk' is een subjectieve maatstaf en zelfs het meer objectieve begrip 'werklast' is constant aan verandering onderhevig.

Op macro-niveau is de heterogeniteit van de verschillende onderdelen van een ziekenhuis een probleem: de concrete resultaten van een werklastonderzoek blijken alleen geldig te zijn voor de betreffende afdeling op dat moment.

Evenmin is er een éénduidige relatie tussen financiële middelen en de omvang van de wachtlijsten. Meerdere factoren kunnen de omvang van de wachtlijsten beïnvloeden, zoals: veranderingen in de indicatiestelling, of technologische ontwikkelingen. Meer productie, dat wil zeggen meer mensen worden binnen een bepaalde periode geholpen, hoeft niet te betekenen dat de omvang van de wachtlijst afneemt. Mensen met minder dringende urgentie of mindere zware zorgvraag kunnen op de wachtlijst geplaatst worden.

Alles bij elkaar maakt deze aanpak het feitelijk onmogelijk om precies te volgen waaraan de afgesproken middelen feitelijk worden besteed dan wel om precies te weten hoeveel geld een individuele instelling inzet voor het bestrijding van werklast / werkdruk of de wachtlijsten. Het enige dat kan worden geconstateerd, is dat voor de ziekenhuizen voor 1999 in totaal 12 miljoen gulden benoemd is als extra middelen ter vermindering van de werklast/werkdruk en 90 miljoen ter bestrijding van de wachtlijsten.

4.2 Aanbevelingen

Als een rechtstreekse meting van input en effecten op de output - gegeven het gekozen beleidstraject - niet mogelijk is, doet zich de vraag voor, wat op macro-niveau dan wel kan worden gemeten om inzicht te krijgen in de effecten van de ingezette middelen.

Die vraag moet voor de onderwerpen 'werklast' en 'wachtlijsten' apart worden beantwoord.

Monitoring van werkdrukmiddelen

In hoofdstuk twee van deze studie hebben wij geconstateerd dat er op dit moment geen standaardregistraties noch standaard meetinstrumenten zijn om werklast op macro-niveau in beeld te brengen en in de tijd te kunnen volgen. Wij komen tot de conclusie dat de ontwikkeling van de werkdruk als subjectief begrip op macro-niveau niet of nauwelijks te meten en zelfs niet zinvol te benaderen is aan de hand van andere factoren, zoals bijvoorbeeld verloop of ziekteverzuim. Meer mogelijkheden lijken er te liggen in het trachten in kaart te brengen van het meer objectieve begrip 'werklast'. Ook deze is niet rechtstreeks uit registraties te halen, maar er zijn wel registraties beschikbaar die het mogelijk maken om benaderingen te creëren van de ontwikkeling van de werklast. Dat zijn de personele en productiestatistieken van het NZi, die gebaseerd zijn op jaarlijkse enquêtes onder alle ziekenhuizen.

Uitgaande van deze registraties worden door het NZi in de praktijk twee benaderingen gecreëerd die elkaar principieel niet zoveel ontlopen.

De eerste is het in beeld brengen van de ontwikkeling van de productiviteit in de ziekenhuissector. Een aanpak die wordt gevolgd in de opeenvolgende rapporten "Gezondheidszorg in Tel". Daarbij wordt de ontwikkeling van de productiviteit van de sector gerelateerd aan de ontwikkeling van het personeelsbestand. Dat geeft een indicatie van de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit en dat zou dan weer een indicatie voor de ontwikkeling van de werklast kunnen zijn.

Een tweede benadering wordt gehanteerd in de zogenaamde 'Management Informatie Pakketten' die jaarlijks ten behoeve van het management van de ziekenhuizen door het NZi worden opgesteld. Hierin wordt een 'patiënteneenheid' gecreëerd door een gewogen optelling van de verschillende typen zorgproducten. Vervolgens wordt dit aantal patiënteneenheden gerelateerd aan het aantal FTE verpleegkundigen. Deze maat zou -in de tijd gevolgd- eveneens een indicatie kunnen vormen voor de ontwikkeling van de werklast. De MIP-pen worden gemaakt voor individuele instellingen, maar in principe zouden deze gegevens ook op landelijk geaggregeerd niveau kunnen worden toegepast.

Een vraag die bij deze beide benaderingen zeker nader onderzoek zou vereisen is welke weging tussen de verschillende zorgproducten in termen van werklast voor de verpleegkundigen redelijk is.

Een andere mogelijke benadering bestaat uit het meten van het aantal malen dat in ziekenhuizen diensten niet volledig bezet zijn. Het NZi heeft daarvoor normen ontwikkeld. Bij deze laatste benadering wordt er impliciet vanuit gegaan dat de ontwikkeling van de onderbezetting een maat is voor de ontwikkeling van de werklast.

De ontwikkeling van een macro-meeteenheid die daadwerkelijk een betrouwbare indicator kan vormen van (de ontwikkeling van) de werklast, vergt nog uitgebreid onderzoek. Dat vraagt om een investering op wat langere termijn.

Voor de korte termijn kan gebruik worden gemaakt van indicatoren die nu al beschikbaar zijn dan wel redelijk snel op macro-niveau operationeel gemaakt kunnen worden. Dat kan de -eventueel wat nader genuanceerde- ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit zijn, zoals

in het rapport 'Gezondheidszorg in Tel' (GiT) wordt gepresenteerd of een weergave van het aantal patiënteneenheden per bijvoorbeeld FTE verpleegkundige, zoals die in de MIPpen worden berekend. Het enige min of meer principiële verschil tussen de beide methoden is, dat in GiT onderscheid wordt gemaakt tussen de behandelfunctie en de functie 'verpleging en verzorging'. In de MIPpen wordt uitsluitend een gewogen optelling van vier productie-indicatoren gemaakt. De methoden hebben beide voor- en nadelen. In GiT wordt de ontwikkeling van de productie voornamelijk gekoppeld aan de behandelingsfunctie. Er is niet of nauwelijks sprake van productiviteitsgroei in de functie 'verpleging en verzorging'. Er wordt wel gecorrigeerd voor een toename van de zorgzwaarte. In de MIPpen wordt gerekend met de productiefactoren volgens het FB-systeem, maar wordt geen onderscheid gemaakt tussen de behandelfunctie en de functie 'verpleging en verzorging'.

Beide methoden leveren globale indicaties op van de ontwikkeling van de werklast. De enige lichte voorkeur –op dit moment– voor de MIP-methode is gelegen in het feit dat zij optisch een meer herkenbare ontwikkeling laat zien: de ontwikkeling van het aantal patiënteneenheden tegenover (bijvoorbeeld) de ontwikkeling van het aantal FTE-verpleegkundigen. Het begrip 'arbeidsproductiviteit' zoals gepresenteerd in 'Gezondheidszorg in Tel' lijkt wat minder direct herkenbaar. Wellicht kan het beste uit beide methoden worden gecombineerd.

Monitoring van wachtlijstmiddelen

Ten aanzien van de monitoring van wachtlijsten ligt een aanbeveling dicht bij de hand. Er bestaat sinds een aantal jaren een standaard wachtlijstpeiling en een uniforme wachtlijstregistratie. Dat instrument kan in ieder geval worden benut om de ontwikkeling van de wachtlijsten en wachttijden als zodanig te volgen.

Het probleem is dat via zo'n registratie geen inzicht wordt verkregen in de relatie tussen de ingezette middelen en de effecten die dat heeft gehad op de wachtlijsten. Deze effecten kunnen echter in beeld worden gebracht met het onderzoeksinstrument zoals dat in de beide evaluaties van het wachtlijstfonds is ontwikkeld: een inventarisatie van de extra productie-afspraken zoals die bij het COTG worden geregistreerd in combinatie met een gerichte enquête onder de betrokken ziekenhuizen.

Extra middelen voor het bestrijden van wachtlijsten kunnen vele soorten effecten hebben. Er is immers een grote verscheidenheid aan maatregelen mogelijk om de wachtlijsten terug te dringen. In principe zouden deze effecten kunnen worden opgenomen in de hier bedoelde enquête. Gegeven de vele innovatieve initiatieven die op instellingsniveau mogelijk zijn, is het echter aan te bevelen om zo'n enquête samen te laten gaan met een aantal interviews met medewerkers van ziekenhuizen om ook zicht te krijgen op nieuwe ontwikkelingen.

4.3 Consequenties voor het brancherapport Curatieve Somatische Zorg

Een van de doelstellingen van het brancherapport 'Curatieve Somatische Zorg' is om in de loop van de tijd een standaardset van kengetallen te ontwikkelen die relevante kerninformatie over de curatieve somatische zorg weergeven. Uit het voorgaande blijkt echter, dat de vraag wat 'relevante kerninformatie' is in de loop van de tijd kan veranderen en mede gekoppeld is aan wat op het niveau van koepelorganisaties en overheid als speerpunten van beleid worden gedefinieerd.

In het kader van de Meerjarenafspraken is vastgesteld dat vermindering van de werkdruk en terugdringing van de wachtlijsten voor de periode 1999-2002 in ieder geval speerpunten van beleid zijn. Voor de brancherapporten die in die periode zullen verschijnen, betekent dat,

dat kerngegevens hierover in ieder geval in de standaardset van kengetallen ("het tabellenboek") zullen worden opgenomen.

Voor de wachtlijstgegevens is dat geen grote verandering. In het brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1998 en in het voorliggende brancherapport zijn gegevens over de wachtlijsten en de wachttijden al opgenomen in het samenvattende hoofdstuk. Het voorstel is om deze gegevens in de komende brancherapporten standaard in het tabellenboek op te nemen.

Voor de gegevens met betrekking tot de werklust/werkdruk zal moeten worden afgewacht welke aanbeveling het ministerie van VWS zal overnemen met betrekking tot het monitoren van gegevens die een benadering op kunnen leveren voor de ontwikkeling van de werklust. Onze voorkeur gaat daarbij uit naar het presenteren van kerngegevens met betrekking tot de productie van ziekenhuizen (uitgedrukt in een bepaald kengetal, zoals bijvoorbeeld de 'patiënteneenheid'), gerelateerd aan de ontwikkeling van de omvang van het aantal beschikbare FTE's in de relevante beroepsgroepen (in het bijzonder: verpleegkundigen). Deze kerngegevens kunnen dan in de komende brancherapporten eveneens in de standaardset van kengetallen worden opgenomen.

Een nader onderzoek in hoeverre de door het NZi ontwikkelde maat 'patiënteneenheid' -die nadrukkelijk bedoeld is als informatie voor het managementniveau- ook op landelijk niveau relevante informatie weerspiegelt dan wel, welke nadere aanpassingen daartoe nodig zouden kunnen zijn, kan wellicht in de vorm van een (eventueel uitgebreide) 'verdiepende studie' in het traject naar een volgend brancherapport worden opgenomen.

LIJST VAN AFKORTINGEN

CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan voor de Intercollegiale Toetsing
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
FB	Functiegericht Budgettering
GiT	Gezondheidszorg in Tel
MIP	Management Informatie Pakketten
M.M.O.	Multi-Moment Opnamen
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NZi	Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg
OSA	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarkt Onderzoek
POPS	Patiënten Opname Planning Systeem
SIG	SIG Zorginformatie
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport

LITERATUUR

- ALLAART, P.C., ESSEN, G. VAN, VOOGD-HAMELINK, A.M. DE. Trendrapport Vraag naar arbeid in de zorgsector 1998. OSA-publicatie Z 37, Den Haag, 1999
- BOTER, J.P. Zorg als werk, werk als zorg - een empirisch onderzoek naar de arbeidssituatie van, en haar mogelijke gevolgen voor, verpleegkundigen en hun leidinggevenden werkzaam in het Lorentz Ziekenhuis te Zeist. Rijksuniversiteit Maastricht, Maastricht, 1995
- BOUMANS, N.P.G. Het werk van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen: een onderzoek naar werkaspecten en hun invloed op verpleegkundigen. Proefschrift. Rijksuniversiteit Maastricht, Maastricht, 1990
- GELISSEN, B. Verpleegkundige kwaliteitstoetsing en werklastmeting in Nederlandse intramurale instellingen voor de gezondheidszorg: een inventarisatie. CBO, Utrecht 1990
- GRUNVELD, J.E. Werklast en dienstroosters. In: J.K. van Dijk, J.E. Grunveld, J. Pool (red.) Personeelsmanagement in de gezondheidszorg. Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 1992
- HENQUET, S.M. De validiteit en bruikbaarheid van TISS gegevens. Zorgvraag en zorgaanbod op intensive care afdelingen. In: Verpleegkunde 1996 - 11, nr 1 12-21
- JACOBS, M.J., KLEIN, C.D.M. Werklastonderzoek - afdeling dames interne en heren chirurgie, Dr. Horatio E. Oduber Hospitaal. Rijksuniversiteit Maastricht, Maastricht, 1994
- LAEVEN, A.M.W., ROOIJ, P.M. VAN: Wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen, NZi, Utrecht, juni 1999
- LOVEREN-HUYBEN, C.M.S., VAN, HURK, M.E.G. VANDEN, THIEN, N. G. Zorg met zorg gemeten, WoonZorg Federatie, Zeist, 1999
- MIGCHIELSEN, A.J.N.. San Joaquin Classificatiesysteem - validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid Rijksuniversiteit Maastricht, Maastricht, 1994
- MINISTERIE VAN VWS. Najaarsakkoord Meerjarenafspraken Curatieve Somatische Sector
- MINISTERIE VAN VWS: Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal "Meerjarenafspraken zorgsector", 13 november 1998
- NEDERLANDSE ZORGFEDERATIE e.a.: Gezondheidszorg in Tel (jaarlijkse publicatie). NZi, Utrecht
- NZi: Financiële statistiek algemene ziekenhuizen (jaarlijkse publicatie). NZi, Utrecht
- NZi: Productiestatistiek algemene ziekenhuizen (jaarlijkse publicatie). NZi, Utrecht
- NZi: Statistiek personeelssterkte algemene ziekenhuizen (jaarlijkse publicatie). NZi, Utrecht
- PASCH, T. VAN DE: Met zorg werken, TVZ, 1999, Nr. 10, pp. 309-312
- POSTMA, K., SCHOLTEN, C. Trendrapport Aanbod van arbeid in de sector Zorg en Welzijn 1998, Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, Den Haag, 1999
- ROOIJ, P.M. van, LAEVEN, A.M.W.: Het wachtlijstfonds - water naar de zee of panacee?, NZi, Utrecht, september 1998

ROOIJ, P.M. VAN, LAEVEN, A.M.W., BERG. M.M. VAN DEN. Het wachtlijsfonds 1998. NZi, Utrecht, 1999

VERMAAT, K. Flexibele werklasmeting in de verpleging - een onderzoek naar de effecten van een opname planning systeem op de doelmatigheid en de personeelsvriendelijkheid in een algemeen ziekenhuis. Rijksuniversiteit Maastricht, Maastricht, 1994

VRIES, B. DE. Gezondheidszorg in Tel 6. NZi, Utrecht, 1998

VRIES, B. DE. Gezondheidszorg in Tel 7. NZi, Utrecht, 1999

WINDT, W. VAN DER, CALSBEEK, H. HINGSTMAN, L. Verpleging en verzorging in kaart gebracht. De Tijdstroom / Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht, 1997

BIJLAGE 1 DEEL II: GEPUBLICEERDE VERDIEPINGSSTUDIES

1997

WELLING, B.J.M., DONKER G.A., DELNOIJ, D.M.J. De zorg voor CVA-patiënten in Nederland. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Verdiepingsstudie nr.1. Utrecht, NIVEL 1997

DELNOIJ, D.M.J., WELLING B.J.M., KWARTEL, A.J.J. VAN DER . Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Vraag en aanbod in de thuiszorg. Verdiepingsstudie nr. 2. Utrecht, NIVEL/NZi 1997.

KWARTEL, A.J.J. VAN DER. Oogzorg in Nederland. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Verdiepingsstudie nr.3. Utrecht, NZI 1998

1998

WELLING B.J.M., DEKKER, J. Logopedie in kaart gebracht. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1998. Verdiepingsstudie nr.4. Utrecht, NIVEL 1998

KWARTEL, A.J.J. VAN DER. Intensive Care in Nederland. Een inventarisatie van ontwikkelingen en knelpunten. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1998. Verdiepingsstudie nr.5. Utrecht, NZI 1998

WELLING B.J.M., DELNOIJ, D.M.J. Spoedeisende Medische Hulpverlening: De rol van de huisarts en financieringswijze participanten. Brancherapport Curatieve Somatische zorg 1998. Verdiepingsstudie nr.6. Utrecht, NIVEL 1998.

EIJK, W. VAN. PTCA en Hartchirurgische Stand-by internationaal geïnventariseerd. Brancherapport Curatieve Somatische zorg 1998. Verdiepingsstudie nr.7. Utrecht, NZi 1998.

