

Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg

Deel 2 Achtergrondstudies

135243

 NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 6
postbus 1563
3500 bn utrecht
telefoon: 020 919946

Scenariocommissie Eerstelijnszorg
Voorzitter: Prof.dr. E. Schadé

Onderzoeksteam van het Nederlands instituut voor onderzoek
van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Onderzoekers: Dr. H.J. Wennink
Drs. S.E. Kooiker
Drs. W.G.W. Boerma
Dr. D.H. de Bakker
Dr. P.P. Groenewegen

Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg

Deel 2

Achtergrondstudies

Dit rapport is opgesteld in opdracht van de
Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg

Bohn Stafleu van Loghum
Houten/Zaventem, 1992

© 1992 STG, Rijswijk

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 90 313 1283 5
D/1992/3407/023

Een uitgave van Bohn Stafleu Van Loghum, Houten

Stuurgroep Toekomstscenario's
Gezondheidszorg
Postbus 5406
2280 HK Rijswijk
Tel.: 070-3407205

Bohn Stafleu Van Loghum
waarin opgenomen:
– Bohn, Scheltema & Holkema
– Samsom Stafleu
– Van Loghum Slaterus

De Molen 77
3995 AW Houten

Excelsiorlaan 18
1930 Zaventem

VOORWOORD

De banden 2 en 3 bevatten vier achtergrondstudies bij het scenario-project eerstelijnszorg en thuiszorg. Uit de achtergronddocumenten zijn in het hoofdrapport alleen de belangrijkste resultaten opgenomen. Hier wordt een uitgebreidere verantwoording gegeven van de opzet, methoden en resultaten van de bouwstenen waaruit het scenarioproject is opgebouwd.

Het eerste achtergronddocument is getiteld 'De zorg voor mensen thuis'. Hierin wordt de huidige situatie beschreven van de eerstelijnszorg en ambulante specialistische zorg. Dit document is geschreven door P.P. Groenewegen en D.H. de Bakker.

Het tweede achtergronddocument heeft als onderwerp de ontwikkeling van het gebruik van eerstelijnszorg en ambulante specialistische zorg in het verleden en het verwachte gebruik in de toekomst. Dit document is geschreven door S.E. Kooiker. Bij de analyses die in dit document gerapporteerd worden, is dankbaar gebruik gemaakt van de expertise van ir. R.T. Hoogenveen van het Centrum voor Wetenschappelijke Methoden van het RIVM. De demografische vooruitberekeningen zijn ter beschikking gesteld door NIDI; met name gaat onze dank uit naar dr. E. van Imhof, dr. N. Keilman en drs. F. van Poppel.

In het derde achtergronddocument worden de inhoud van en de voorwaarden voor complexe zorg in de thuissituatie beschreven. Aan deze studie, geschreven door H.J. Wennink, is door een groot aantal mensen meegewerkt. Onze grote dank gaat uit naar de hulpverleners die bereid waren 'papierpatiënten' te beoordelen en naar de deelnemers aan het Delphi-onderzoek.

Het vierde achtergronddocument, tenslotte, verantwoordt de ontwikkeling van de toekomstscenario's voor de organisatie van de eerstelijnszorg en thuiszorg. Dit document is geschreven door W.G.W. Boerma. Hiervoor is dankbaar gebruik gemaakt van basismateriaal van de Registratie van Innovatieve Projecten. Tevens is met vertegenwoordigers van een aantal innovatieve projecten een vraaggesprek gehouden. Onze dank gaat uit naar deze vertegenwoordigers.

Samenwerking en onderlinge toetsing zijn niet alleen van het grootste belang in de gezondheidszorg, maar ook bij het uitvoeren van een scenarioproject. In verschillende fasen van het samenstellen van deze achtergronddocumenten heeft het onderzoeksteam gebruik kunnen maken van de deskundigheid van anderen. De onderlinge toetsing in de onderzoeksvergadering van het NIVEL is daarin een belangrijk moment geweest.

Inhoudsopgave

Deel 2

Achtergronddocument A:

De zorg voor mensen thuis 1

Achtergronddocument B:

Het gebruik van eerstelijnszorg en ambulante
specialistische zorg 1974-2005; trends en ramingen 99

Deel 3

Achtergronddocument C:

Complexe thuiszorg; resultaten van een Delphi-studie 1

Achtergronddocument D:

Naar toekomstscenario's voor de organisatie
van eerstelijnszorg en thuiszorg 93

Gedetailleerde inhoudsopgave

Deel 2

Achtergronddocument A

De zorg voor mensen thuis

1	Inleiding	1
1.1	Inleiding	1
1.2	Gegevensbronnen en methode	3
2	Gezondheidsproblemen van de thuiswonende bevolking	11
3	De ambulante zorg	15
3.1	Inleiding	15
3.2	Huisartsenzorg	16
3.2.1	Het probleemaanbod	18
3.2.2	De hulpverlening in de huisartspraktijk	23
3.2.3	Afsluiting	29
3.3	Poliklinische specialistische zorg	29
3.3.1	Het probleemaanbod	32
3.3.2	De hulpverlening in de poliklinische specialistische praktijk	38
3.3.3	Afsluiting	43
3.4	Fysiotherapeutische zorg	44
3.4.1	Het probleemaanbod	44
3.4.2	De hulpverlening in de fysiotherapie	48
3.4.3	Afsluiting	48
3.5	Wijkverpleegkundige zorg	49
3.5.1	Het probleemaanbod	50
3.5.2	De hulpverlening door wijkverpleegkundigen	54
3.5.3	Afsluiting	58
3.6	Gezinsverzorging	59
3.6.1	Het probleemaanbod	60
3.6.2	De hulpverlening door de gezinsverzorging	61
3.6.3	Afsluiting	62

3.7	Algemeen maatschappelijk werk	63
3.7.1	Het probleemaanbod	65
3.7.2	De hulpverlening door het algemeen maatschappelijk werk	67
3.7.3	Afsluiting	69
4	Samenhangen in de zorgverlening	71
4.1	Inleiding	71
4.2	Het probleemaanbod dat een multidisciplinaire aanpak vereist	72
4.2.1	Het gebruik van multidisciplinaire zorg	73
4.2.2	De behoefte aan multidisciplinaire zorg	77
4.2.3	Afsluiting	82
4.3	Het multidisciplinaire hulpaanbod	83
5	Slotbeschouwing	87
	Literatuur	91

Achtergronddocument B

Het gebruik van eerstelijnszorg en ambulante specialistische zorg 1974-2005; trends en ramingen

1	Inleiding	99
1.1	Scenariostudies op het terrein van de gezondheidszorg	99
1.2	Het Scenarioproject eerstelijnszorg en thuiszorg	100
1.3	De trendstudie als referentiescenario	101
2	Opzet van de trendstudie	105
2.1	Doel- en vraagstelling	105
2.2	Conceptueel model van het gebruik van ambulante zorg	106
2.3	Gegevens in de trendstudie	110
2.4	Operationalisering van het conceptuele model	111
2.4.1	Factoren die van invloed zijn op de vraag naar zorg	112
2.4.2	Factoren die van invloed zijn op het aanbod	118
2.4.3	Gebruik van zorg	120
2.5	Analyse van trends in het zorggebruik	121
2.6	Ramingen van het toekomstig zorggebruik	125
3	Een sociaal demografisch toekomstbeeld	129
3.1	Demografische ontwikkeling en het gebruik van gezondheidszorg	129
3.2	De demografische vooruitberekening in de trendstudie	131
3.2.1	De leeftijdscategorie 0-20 jaar	134
3.2.2	De leeftijdscategorie 20-54 jaar	135
3.2.3	De leeftijdscategorieën van 55 jaar en ouder	143
3.3	Conclusies	149

4	Trends in het gebruik van ambulante zorg	153
4.1	De huisarts	154
4.1.1	Ontwikkelingen rond de beroepsgroep in hoofdlijnen	154
4.1.2	Contacten met de huisarts in de periode 1974-1990	156
4.1.3	Twee analyses van het gebruik van zorg tussen 1974-1988	158
4.1.4	Ramingen van toekomstig gebruik	163
4.2	Poliklinische zorg van medisch specialisten	167
4.2.1	Ontwikkelingen rond de beroepsgroep in hoofdlijnen	168
4.2.2	Het gebruik van poliklinische zorg 1974-1988	169
4.2.3	De analyse van het gebruik 1974-1988	171
4.2.4	Ramingen van het toekomstig gebruik van poliklinische zorg 1990-2005	173
4.3	De fysiotherapeut	175
4.3.1	Ontwikkelingen rond de beroepsgroep in hoofdlijnen	175
4.3.2	Contacten met de fysiotherapeut in de periode 1974-1989	177
4.3.3	Twee analyses van het gebruik in de periode 1974-1988	179
4.3.4	Ramingen van het toekomstig gebruik in de periode 1990-2005	182
4.4	De wijkverpleging	186
4.4.1	Ontwikkelingen rond de beroepsgroep in hoofdlijnen	187
4.4.2	Het individuele gebruik van wijkverpleegkundige zorg 1981-1988	189
4.4.3	Analyse van trends in het gebruik 1981-1988	190
4.4.4	Twee ramingen van het toekomstig gebruik van wijkverpleegkundige zorg	193
4.5	De gezinsverzorging	196
4.5.1	Ontwikkelingen rond de beroepsgroep in hoofdlijnen	196
4.5.2	Het gebruik van gezinsverzorging in de periode 1974-1987	199
4.5.3	Analyse van het gebruik van gezinsverzorging in 1987/1988	200
4.5.4	Ramingen van het toekomstig gebruik van gezinsverzorging	202
4.6	Het algemeen maatschappelijk werk	204
4.6.1	Ontwikkelingen rond de beroepsgroep in hoofdlijnen	204
4.6.2	Gebruik van algemeen maatschappelijk werk in de periode 1977-1989	207
4.6.3	Analyse van het gebruik van het algemeen maatschappelijk werk 1981-1988	208
4.6.4	Ramingen van het gebruik van het algemeen maatschappelijk werk in de toekomst	210
5	Slotbeschouwing	213
5.1	Terugblik op de trends in het gebruik van ambulante zorg	213
5.2	Het gebruik van ambulante zorg in de toekomst: een referentiescenario	215
5.3	Processen rond vraag en aanbod in de ambulante zorg	218
	Literatuur	221

Bijlage 1: Meting van zorggebruik in de verschillende onderzoeken	233
Bijlage 2: Meting van gezondheidsbeleving in de verschillende onderzoeken	238
Bijlage 3: Een vergelijking van de trendstudie met CBS onderzoek over de trends in de subjectieve gezondheid	239
Bijlage 4: De extra vraag naar ambulante zorg bij stimulering van thuiszorg 1990-2000	245
Bijlage 5: Het gebruik van eerstelijns- en poliklinische zorg door de verschillende bevolkingscategorieën	261

Deel 3

Achtergronddocument C

Complexe thuiszorg; resultaten van een Delphi-studie

1	Inleiding	1
2	Substitutie	3
2.1	De kern van het begrip substitutie	3
2.2	De achtergrond van het streven naar substitutie	3
2.3	Thuiszorg als substituut van intramurale zorg	5
3	Doelgroepen van het onderzoek	7
3.1	Stoornissen	7
3.2.	Niet-somatische kenmerken	11
4	De opzet van het onderzoek	15
4.1	Delphi-onderzoek	15
4.2	Eerste Delphi-ronde: complexe thuiszorg en voorwaarden	16
4.3	Panel-studie met behulp van 'papieren patiënten'	17
4.4	Tweede Delphi-ronde: inperking van het aantal categorieën	19
4.5	Consensus-conferentie	20
4.6	Het Delphi-panel	20
5	De vraag naar zorg	23
5.1	De zorgvraag als uitgangspunt	24
5.2	Tekorten in het functioneren	25
5.3	Tekorten en klassen patiënten	27
5.4	Conclusie	31
6	Een functionele omschrijving van het aanbod	33
6.1	Een functionele ordening	33
6.2	Thuiszorgfuncties	35
6.3	Functieprofielen per klasse van patiënten	40
6.4	Samenvatting en commentaar	44

7	De hoeveelheid benodigde zorg	47
7.1	Klasse 1 patiënten	47
7.2	Klasse 2 patiënten	48
7.3	Klasse 3 patiënten	48
7.4	Klasse 4 patiënten	50
7.5	Conclusie	50
8	Voorwaarden voor complexe thuiszorg	51
8.1	Overwegingen uit de eerste Delphi-ronde	51
8.2	Voorwaarden voor thuiszorg	65
8.3	Voorwaarden per klasse	69
8.4	Mantelzorg als bijzondere voorwaarde	70
8.5	Organisatie en coördinatie	73
8.6	Volume uitbreiding	74
8.7	Extra zorg	74
8.8	Faciliteiten	75
8.9	Regelgeving en financiering	76
8.10	Conclusie	77
9	De haalbaarheid van complexe thuiszorg	79
9.1	Verbetering van het zorgsysteem	79
9.2	Verbetering van de wet- en regelgeving	79
10	Slotbeschouwing	81
10.1	Voorwaarden	81
10.2	Cliënt-gebonden budget	82
10.3	Conclusie: is substitutie mogelijk?	84
Literatuur		87

Achtergronddocument D

Naar toekomstscenario's voor de organisatie van eerstelijnszorg en thuiszorg

1	Inleiding	93
2	Relatie tot andere onderdelen van het scenarioproject	95
3	Kenmerken van de zorg en het zorgsysteem in de toekomst	97
3.1	Kenmerken van de zorgverlening	98
3.2	Kenmerken van de organisatie van de zorg	100
3.3	Kenmerken van de zorgverleners	101
3.4	Kenmerken van de materiële voorzieningen	102
3.5	Samenvatting	102

4	Evaluatie van het huidige zorgsysteem	103
4.1	Typering van het huidige stelsel	103
4.2	Sterke kanten	106
4.3	Zwakke kanten	107
4.4	Maakbaarheid van het systeem: gezondheidscentra	109
4.5	Conclusie	111
5	Zorgvernieuwing in nederland	113
5.1	De gebruikte gegevens	114
5.2	Werkwijze en indeling	115
5.3	Resultaten	117
5.3.1	Zorg aan huis	118
5.3.2	Geconcentreerde zorgverlening aan thuiswonenden	122
5.3.3	Wonen en zorgverlening geïnstitutionaliseerd	124
5.4	De rol van de intramurale sector	126
5.5	Conclusie	127
6	Buitenlandse voorbeelden	129
6.1	Eerstelijns-bedden	130
6.1.1	Finland	130
6.1.2	Groot Britannië	132
6.2	Verticale integratie en afstemming: managed care in de Verenigde Staten	135
6.3	Individuele zorgbemiddeling	137
6.3.1	Kent Community Care Project	137
6.3.2	Social Health Maintenance Organisation	138
6.4	Artsen in het Duitse stelsel	139
6.5	Geringe regulering en structurering: België	141
6.6	Financiële prikkels	142
6.6.1	Honoreringssysteem	142
6.6.2	Eigen bijdragen	145
6.7	Conclusie	146
7	Tussentijdse balans	147
7.1	Elementen uit de huidige structuur	147
7.2	Arrangementen uit de zorgvernieuwing	149
7.2.1	De versterkte eerste lijn	149
7.2.2	Eerste lijn 'plus'	150
7.2.3	De uitgebreide eerste lijn	151
7.2.4	Het zorgcircuit tussen echelons	152
7.3	Inbreng uit het buitenland	152
7.4	Conclusie	155

8	Scenario's voor de organisatie van de zorg	157
8.1	Overwegingen en uitgangspunten	158
8.2	Indelingscriteria	159
8.3	De scenario's	159
8.3.1	Extramuraal circuit scenario	161
8.3.2	Extramuraal centrum scenario	163
8.3.3	Transmuraal circuit scenario	165
8.3.4	Ontvlechtingsscenario	167
8.4	Samenvatting	168
	Literatuur	171

A De zorg voor mensen thuis

1 Inleiding

1.1 Inleiding

Het object van de scenario-studie eerstelijnszorg is breder dan de gangbare definitie van eerstelijnszorg (in het algemeen rechtstreeks toegankelijke, generalistische zorg in de directe omgeving van de bevolking). Het omvat tevens de ambulante zorg door medisch specialisten. De reden voor deze verbreding van het object is, zoals is aangegeven in hoofdstuk 2 van het hoofdrapport, dat bij de ontwikkeling van organisatiescenario's voor de toekomstige eerstelijnszorg niet noodzakelijkerwijs vastgehouden hoeft te worden aan de nu bestaande scheiding van de echelons in de gezondheidszorg. Juist de scheiding tussen de echelons is één van de punten die in de huidige discussies over zorgvernieuwing ter discussie staat. Door ook de ambulante specialistische zorg in de beschouwing te betrekken bestaat tevens de mogelijkheid om aan te sluiten bij de scenario's die ontwikkeld zijn in het scenarioproject 'Het ziekenhuis in de 21e eeuw'.

De onderhavige achtergrondstudie richt zich op een beschrijving en analyse van de eerstelijnszorg en ambulante specialistische zorg vanuit het dubbele perspectief van klachten en gezondheidsproblemen in de bevolking en wat daarmee door hulpverleners gedaan wordt. Het is gebruikelijk om een dergelijke beschrijving als basisanalyse op te nemen in scenariostudies. Daarnaast vormt de achtergrondstudie een van de ingrediënten voor de beoordeling van de organisatiescenario's die in het project ontwikkeld worden, naast de studie naar voorwaarden en functies in de complexe thuiszorg (de 'zorgstudie') en de studie naar trends in het gebruik van eerstelijnszorg (de 'trendstudie'). De beschrijving en analyse van het klachten- en probleemaanbod en de hulpverlening in de eerste lijn en de ambulante specialistische zorg vormt een aanvulling op de beide andere genoemde studies.

De trendstudie probeert op basis van ontwikkelingen in het gebruik van zorg in het verleden de trends naar de toekomst door te trekken. Daarbij staat het zorggebruik in demografische groepen centraal. De onderhavige studie vormt hierop een aanvulling doordat de klachten en gezondheidsproblemen van de bevolking en de interventies van hulpverleners erbij betrokken worden. De zorgstudie richt zich op de door deskundigen nodig geachte zorg, omschreven in functionele termen, voor specifieke categorieën ernstig zieke patiënten en de voorwaarden waaronder de zorg voor deze patiënten in de thuissituatie kan plaatsvinden. De onderhavige studie vormt hierop een aanvulling doordat ook de minder ernstige gezondheidsproblemen aan de orde komen. Voor de beoordeling van organisatie-scenario's is dit niet onbelangrijk, omdat scenario's niet alleen beoordeeld moeten worden vanuit het gezichtspunt of ze een oplossing vormen voor de problemen die de zorg in de thuissituatie voor ernstig zieke patiënten met zich mee brengen. Organisationscenario's voor de eerstelijnszorg en thuiszorg moeten ook de minder ernstige problemen aan kunnen die in de huidige situatie ook door de eerste lijn opgelost worden. Daarnaast wordt in deze achtergrondstudie aangegeven wat het feitelijk zorggebruik is van ernstig zieke patiënten in de thuissituatie, zodat rekening gehouden kan worden met de mate waarin de feitelijke situatie afwijkt van de nodig geachte situatie.

In deze achtergrondstudie worden de volgende vragen beantwoord:

- Welke gezondheidsproblemen hebben thuiswonende mensen?
- Bij welke klachten of problemen wordt de hulp ingeroepen van ambulante zorgverleners en welke interventies plegen deze zorgverleners?
- Wat is de samenhang in de door ambulante zorgverleners geleverde zorg?

In het volgende hoofdstuk wordt de eerste vraag beantwoord. Daarin staan de klachten en problemen van thuiswonende mensen centraal, ongeacht of ze wel of geen professionele hulp inroepen voor die klachten of problemen. Bij de beantwoording van de tweede vraag wordt per discipline bekeken bij welke klachten of problemen professionele hulp wordt ingeroepen en wat er met die klachten of problemen gedaan wordt. Aan de hand van de klachten of problemen van mensen die hulp ontvangen van verschillende hulpverleners tegelijk, wordt tenslotte ingegaan op de samenhang in de zorg.

1.2 Gegevensbronnen en methode

Bij de beantwoording van deze vragen wordt gebruik gemaakt van overzichtsstudies (NIVEL, 1987; Sluijs e.a., 1985; Wijkkel & Morenc, 1987) en bestaande gegevens die waar nodig verder geanalyseerd worden. Tabel 1.1 geeft aan wat de voornaamste bronnen zijn per paragraaf in deze achtergrondstudie. In het algemeen betreft het onderzoek dat gebaseerd is op activiteitenregistraties bij de verschillende disciplines. Uit deze activiteitenregistraties is vaak zowel informatie over het probleemaanbod als over de door de betreffende discipline gepleegde interventies te halen. De registraties zijn, met uitzondering van het LISZ-jaarboek en de registratie van het algemeen maatschappelijk werk door de VIVAM, gebaseerd op steekproeven. In deze paragraaf zullen de gebruikte gegevensbronnen nader worden toegelicht.

Tabel 1.1 Gebruikte gegevensbronnen in de achtergrondstudie 'de zorg voor mensen thuis' per paragraaf

paragraaf	probleemaanbod	interventies
2. Gezondheidsproblemen van de bevolking	patiëntenquête Nationale Studie	n.v.t.
3.2 Huisartsenzorg	contactregistratie Nationale Studie	contactregistratie Nationale Studie
3.3 Specialistische zorg	contactregistratie Nationale Studie	LISZ-jaarboek
3.4 Fysiotherapie	contactregistratie Nationale Studie	Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg
3.5 Wijkverpleging	Werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden	Werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden
3.6 Gezinsverzorging	CBS-cliëntenonderzoek	CBS-cliëntenonderzoek
3.7 Algemeen maatschappelijk werk	VIVAM-cliëntregistratie	VIVAM-cliëntregistratie
4. Samenhangen in de zorgverlening	Patiëntenquête Nationale Studie	Registratie en Onderzoek Samenwerkingsverbanden

De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is veruit de meest gebruikte databron. Het betreft hier een onderzoek dat in 1987/1988 is verricht en waaraan is deelgenomen door een gestratificeerde steekproef van 161 Nederlandse huisartsen werkzaam in 102 praktijken (Foets & Van der Velden, 1991; Bensing e.a., 1991). De uit dit onderzoek gepresenteerde gegevens zijn dusdanig gewogen dat zij als landelijk representatief kunnen gelden. Centraal in het onderzoek is een registratie van alle contacten (N=386.000) door de deelnemende huisartsen en hun praktijk-assistenten gedurende drie maanden. De registratieperiodes van de deelnemende huisartsen waren zodanig over het jaar verspreid dat seizoeneffecten konden worden uitgeschakeld. De Nationale Studie is gekozen omdat het een registratieproject is waaruit landelijk representatieve gegevens kunnen worden afgeleid. In andere projecten (CMR, Van den Hoogen e.a., 1985; Transitieproject, Lamberts e.a., 1987) is weliswaar langer geregistreerd, maar in een gering aantal praktijken in specifieke regio's.

Daarnaast zijn in de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen basale gegevens verzameld van alle bij de huisarts ingeschreven patiënten (de 'patiëntregistratie'; N= 335.000). Hiermee wordt het mogelijk om het probleemaanbod en de aantallen interventies te relateren aan de aantallen bij de huisarts ingeschreven patiënten.

Voor de beantwoording van de vraag welke problemen in de huisartspraktijk worden gepresenteerd, is van belang dat per contact is aangegeven wat de werkhypothese van de huisarts was. Deze werkhypothese is gecodeerd met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC) (Lamberts & Woods, 1987). De werkhypothese kan het karakter hebben van een diagnose, maar in veel gevallen blijkt het niet mogelijk om een diagnose met een zekere graad van waarschijnlijkheid te stellen en wordt volstaan met de registratie van de klacht ('symptoomdiagnose'). Voor het bieden van inzicht in het probleemaanbod bij de huisarts is het echter niet voldoende om te kijken naar het aantal contacten, uitgesplitst naar werkhypothese. Patiënten kunnen namelijk in een periode van ziek-zijn meerdere keren een huisarts bezoeken en zouden dan dubbel worden geteld. Om dit te voorkomen wordt het begrip episode geïntroduceerd. Een episode wordt gedefinieerd als een periode van ziek-zijn bij een patiënt over de hele periode van het ontstaan tot de oplossing ervan (WONCA Classification Committee, 1981). Dat

deel van de episode waarin hulp wordt ontvangen wordt zorgepisode genoemd. In de Nationale Studie zijn zorgepisodes geconstrueerd door contacten die plaatsvonden in het kader van één episode te groeperen. Gedurende de verschillende contacten die tijdens een zorgepisode plaatsvinden kan de werkhypothese veranderen. De werkhypothese die een zorgepisode als geheel meekrijgt is die van het laatste contact omdat dat de meest waarschijnlijke diagnose zal zijn.

Om het probleemaanbod in beeld te brengen zijn zowel incidentie- als prevalentiecijfers gepresenteerd. Bij incidentie gaat het om het aantal eerste contacten in een bepaalde ziekte-episode van een patiënt. Bij prevalentie gaat het om het aantal patiënten dat in de registratieperiode met een bepaalde ziekte-episode bij de huisarts is geweest. Zowel incidentie als prevalentie zijn per drie maanden. Omrekenen naar jaarincidentie is eenvoudig door de gepresenteerde cijfers met vier te vermenigvuldigen. Bij de prevalentie is omrekening niet mogelijk doordat een deel van de zorgepisodes over de grenzen van de registratieperiodes heen gaan. Dit geldt met name bij langdurige episodes zoals bij chronische ziekten. In vergelijking tot projecten met een langduriger registratieperiode kan daardoor een onderschatting van de prevalenties van chronische ziekten in de huisartspraktijk optreden.

Per contact zijn in de Nationale Studie ook gegevens over de door de huisarts verrichte interventies geregistreerd. De registratie heeft betrekking op de in de huisartspraktijk gepleegde diagnostiek, extern aangevraagde diagnostiek, behandeling door de huisarts, prescriptie (gecodeerd met het ATC-classificatiesysteem; Nordic Council, 1985) en verwijzingen. Het feit dat de verwijzingen zijn geregistreerd maakt de Nationale Studie ook bruikbaar om het probleemaanbod bij de medisch specialist en de fysiotherapeut in beeld te brengen. Beide disciplines zijn namelijk alleen toegankelijk met een verwijzing van een arts, veelal de huisarts. Het probleemaanbod zal daardoor worden gedomineerd door de klachten of aandoeningen van door de huisarts verwezen patiënten. De werkhypothese van de huisarts bij naar de medische specialismen alsmede naar de fysiotherapeut verwezen patiënten wordt daarom als uitgangspunt genomen voor het in kaart brengen van het probleemaanbod bij deze disciplines.

In het kader van de Nationale Studie is een schriftelijke patiënt-enquête gehouden onder een steekproef van 100 patiënten per deelnemende huisarts (respons van 77%; N= 13.000). Na weging kan de patiëntenquête representatief geacht worden voor de thuiswonende bevolking in Nederland voorzover ingeschreven bij de huisarts. In de enquête is een groot aantal vragen over gezondheid en gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen gesteld. Daardoor is de enquête bruikbaar bij het in beeld brengen van een aantal gezondheidsindicatoren van de thuiswonende bevolking (hoofdstuk 2). Tevens kan de enquête worden gebruikt voor het geven van een beeld van het multidisciplinaire probleemaanbod. In de enquête is namelijk gevraagd naar het zorggebruik van de verschillende disciplines. Een benadering van het multidisciplinaire probleemaanbod kan worden verkregen door het beschrijven van gezondheidsindicatoren van mensen die van meerdere disciplines zorg gebruiken. Een probleem hierbij is wel dat personen die zorg van meerdere disciplines ontvangen, over het algemeen zieker of ernstiger in activiteiten beperkt zullen zijn. Juist als gevolg hiervan is het mogelijk dat de deelname aan de enquête door deze personen geringer is (selectieve non-respons).

Een beeld van de verrichtingen die poliklinisch door de medisch specialist worden uitgevoerd, kan alleen worden verkregen voor ziekenfondsverzekerden. Het betreft hier gegevens over 1986, het laatste jaar waarover een LISZ/IBIS-jaarboek is verschenen (LISZ/IBIS, 1988). De gegevens zijn gebaseerd op de gedeclareerde verrichtingen van specialisten voor alle ziekenfondsverzekerden in het betreffende jaar. Het is dus geen steekproefonderzoek.

Het onderzoek 'fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' (Kerssens e.a., 1987) verschaft gegevens over verrichtingen van fysiotherapeuten en geeft aanvullende informatie over het probleemaanbod bij fysiotherapeuten. In het kader van dit onderzoek hebben 178 fysiotherapeuten afkomstig uit 55 praktijken deelgenomen aan een registratie. Aangenomen kan worden dat de patiëntenpopulatie van deze fysiotherapeuten een redelijke afspiegeling vormt van de gebruikers van fysiotherapeutische zorg in de Nederlandse bevolking. De eenheid van registratie is hier de fysiotherapeutische behandeling (N=6.850). Dat is een afgeronde serie van zittingen met een bepaalde patiënt.

Inzicht in het probleemaanbod en de hulpverlening door wijkverpleegkundigen kan worden verkregen op basis van het onderzoek 'het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden in Nederland' (Vorst-Thijssen e.a., 1990). De in het kader van dat onderzoek door middel van een steekproef in 1988 verzamelde gegevens kunnen representatief worden geacht voor het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden in Nederland. Geregistreerd werd gedurende acht weken (verspreid door het jaar) door 186 hulpverleners verspreid over 47 basiseenheden van de wijkverpleging. Als uitgangspunt voor de beschrijving van het probleemaanbod is de intake door een wijkverpleegkundige gehanteerd (N=3315). Vastgelegd zijn de reden(en) voor de gewenste wijkverpleegkundige zorg (bijvoorbeeld nazorg, terminale zorg of chronische ziekte) en de achterliggende ziekte (een voorgecodeerde lijst van circa tien chronische aandoeningen). Als uitgangspunt voor de vastgelegde verrichtingen zijn de huisbezoeken zelf gehanteerd (N=12.847).

Een overzicht van het probleemaanbod en de daarmee samenhangende hulpverlening door gezinsverzorgenden kan worden verkregen op basis van het cliëntenonderzoek gezinsverzorging van het CBS (1985). Dit onderzoek is uitgevoerd in 1980 en gebaseerd op een steekproef van 10% van de cliënten van vrijwel alle instellingen voor gezinsverzorging (N=14.500) en kan als landelijk representatief worden beschouwd. Voor deze cliënten is een formulier ingevuld met gegevens over de patiënt en de in de registratieperiode verleende hulp. Dit cliëntformulier is gebruikt als uitgangspunt voor de weergave van de gegevens over het probleemaanbod bij en de hulpverlening door gezinsverzorgenden.

Dankzij het feit dat de Joint in het verleden een cliëntregistratie heeft bijgehouden, dat nu is voortgezet door de VIVAM, is het een en ander bekend over het probleemaanbod bij het algemeen maatschappelijk werk en de daarop geboden hulpverlening (VIVAM, 1990b). In het algemeen maatschappelijk werk wordt een onderscheid gemaakt tussen 'hulpeenheden' en 'korte contacten'. Onder een hulpeenheid wordt verstaan één of meer cliënten (bijvoorbeeld een gezin), die als eenheid hulp ontvangen, gedurende meerdere contacten met een totale tijdsinvestering van minimaal één uur. Kortdurende contacten zijn vormen van hulpverlening waarbij maar één contact plaatsvindt dat niet langer duurt dan één uur. Als

uitgangspunt voor de beschrijving van het probleemaanbod en de hulpverlening worden de hulpeenheden aangehouden. Deze vormen de hoofdmoot van het werk van de algemeen maatschappelijk werker.

Informatie over interventies ten aanzien van multidisciplinair probleemaanbod ontbreekt. Daarom is hier volstaan met het beschrijven van het aanbod aan en de groei van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de zorg voor mensen thuis. Hierbij is gebruik gemaakt van gegevens uit het NIVEL-project Registratie en Onderzoek Samenwerkingsverbanden (Hessels, 1990a en b). Dit is een continu project waarin gegevens worden bijgehouden van gezondheidscentra en home-teams. Gezondheidscentra zijn in dat project omschreven als een samenwerkingsverband met minimaal één huisarts, één maatschappelijk werker en één wijkverpleegkundige met gemeenschappelijke huisvesting. Een home-team is een gestructureerd samenwerkingsverband met tenminste dezelfde disciplines, maar zonder gemeenschappelijke huisvesting.

Tot zover een beschrijving van de belangrijkste gegevensbronnen die in deze studie worden gebruikt. Op een aantal plaatsen worden gegevens uit deze bronnen aangevuld met gegevens uit ander onderzoek.

Een probleem bij het op systematische wijze beschrijven van het probleemaanbod vormt het feit dat de terminologie per discipline, en dus de daarop betrekking hebbende registraties, nogal verschilt. Zo wordt bij de huisarts gesproken van een onderliggende ziekte als een patiënt een bepaald probleem presenteert waarbij een bestaande aandoening, die rechtstreeks met de betreffende ziekte te maken heeft (bijvoorbeeld een complicatie/exacerbatie van een bestaand probleem), op de achtergrond meespeelt. Dit is iets anders dan het begrip achterliggende ziekte zoals dat in de wijkverpleging wordt gebruikt. Voor de wijkverpleging zijn in de eerste plaats de beperkingen die de patiënt ondervindt van belang en pas in tweede instantie de aandoening. Vanuit dat perspectief worden alle aandoeningen aangeduid als achterliggende ziekten. Om de herkenbaarheid te bewaren is toch de terminologie aangehouden zoals die bij de verschillende disciplines gebruikelijk is.

Voor de duidelijkheid is in tabel 1.2 aangegeven hoe de belangrijkste begrippen zich tot elkaar verhouden. Het belangrijkste begrip dat bij elke discipline terugkomt is de 'zorgepisode', dat deel van de ziekte-episode waarin door de betreffende discipline hulp wordt verleend. Dit begrip heeft bij elke discipline een andere naam en wordt ook steeds op een andere wijze geoperationaliseerd.

Tabel 1.2 Gebruikte termen en operationalisaties voor het begrip zorgepisode bij de verschillende disciplines

discipline	term	operationalisatie
huisarts	zorgepisode	reeks contacten betreffende een ziekte-episode (incident en prevalent in 3 maanden)
specialist	verwijzing	incidentie zorgepisodes (3 maanden)
fysiotherapeut	verwijzing behandeling	incidentie zorgepisodes (3 maanden) reeks zittingen betreffend een ziekte-episode (incident)
wijkverpleging	intake	incidentie aanmeldingen bij de wijkverpleging (8 weken)
gezinsverzorging	cliënt	prevalente cliënten (in 4 weken)
AMW	hulpeenheid	reeks contacten betreffende problematiek van een of meer cliënten (afgesloten zorgepisodes binnen een jaar)

2 Gezondheidsproblemen van de thuiswonende bevolking

De gezondheidsproblemen die thuiswonende mensen ondervinden, staan in dit hoofdstuk centraal. Zoals in de inleiding uiteengezet, wordt bij het beschrijven van de gezondheidsproblemen in de bevolking gebruik gemaakt van een enquête die onder een steekproef uit de praktijkpopulaties van de aan de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk deelnemende huisartsen is gehouden. In deze enquête is een aantal vragen gesteld met betrekking tot verschillende aspecten van de gezondheid van mensen. In de eerste plaats gaat het daarbij om de concrete klachten die men heeft over de eigen gezondheid, hetzij acuut, hetzij chronisch. Verder wordt gekeken naar de beperkingen in het dagelijks functioneren die kunnen voortvloeien uit ziekte of ouderdom. Tenslotte wordt ingegaan op indicatoren voor de geestelijke gezondheid van de thuiswonende bevolking.

De thuiswonende bevolking vormt het overgrote deel van de Nederlandse bevolking. Slechts 2% verblijft min of meer permanent in intramurale instellingen (Van de Stadt & Bieseman, 1990). Daarnaast worden jaarlijks zo'n 100 personen per 1000 (CBS, 1991) van de bevolking in een ziekenhuis opgenomen. Het merendeel van hen verblijft slechts kort in het ziekenhuis; in 1988 gemiddeld 11,3 dagen in algemene en 11,8 dagen in academische ziekenhuizen (CBS, 1991). Deze thuiswonende bevolking is in eerste instantie aangewezen op hulpverleners die vanuit huis kunnen worden geraadpleegd, ofwel die zorg aan huis verlenen: de ambulant werkende disciplines. Het grootste deel van de thuiswonende bevolking voelt zich in principe gezond (85%), slechts 2% zegt een slechte tot zeer slechte gezondheid te hebben (Foets & Sixma, 1991). Dat neemt niet weg dat men gezondheidsproblemen heeft. Zo zegt 88% van de bevolking in de voorbije veertien dagen één of meer acute gezondheidsklachten te hebben gehad. Chronische klachten worden door bijna de helft van de Nederlandse bevolking gerapporteerd. De meest voorkomende acute en chronische klachten zijn weergegeven in tabel 2.1.

De meest voorkomende acute klachten zijn moeheid en hoofdpijn. De meest gerapporteerde chronische klachten zijn rugklachten en migraine/ ernstige hoofdpijn.

Tabel 2.1 De meest voorkomende gerapporteerde acute klachten (in de laatste 14 dagen) en chronische klachten in de bevolking (in 1987/1988)

acute klachten	%	chronische klachten	%
moeheid	29,0	rugklachten	11,9
hoofdpijn	28,3	migraine/ernstige hoofdpijn	8,4
verstopte neus	21,1	hoge bloeddruk	7,4
hoesten	21,0	aambeien	6,8
nervositeit	19,0	spataderen	6,5
slapeloosheid	15,6	chron.huidziekte/eczem	6,1
snel opgewonden zijn	15,5	chronische bronchitis	5,8
rugklachten	15,4	hartaandoeningen	5,0
nek-/schouderklachten	13,7	maagkwaal/-zweer/-darm	3,5
klachten been/knie/voet/teen	13,1	reuma, artritis/artrose	3,2

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Lang niet alle klachten in de bevolking zijn van ernstige aard. Aan een ernstige chronische ziekte lijdt 18% van de bevolking; 4% rapporteert zelfs meerdere chronische aandoeningen. CARA en hart- en vaatziekten zijn de meest voorkomende (tabel 2.2). In paragraaf 3.2 zal worden ingegaan op het beroep dat bij deze aandoeningen op de huisarts gedaan wordt.

Tabel 2.2 Prevalenties van ernstige chronische aandoeningen zoals gerapporteerd door de bevolking

chronische aandoening	%
CARA (chronische bronchitis, astma)	8,1
hartaandoeningen/vocht achter de longen	5,5
reuma/artritis/artrose	3,2
ernstige gevolgen ongeval	2,4
suikerziekte	1,8
chronische nierziekte, nierstenen	1,4
parkinson, multiple sclerose, epilepsie en andere aandoeningen centraal zenuwstelsel	1,2
gezwelvorming*, kanker, leukemie	0,8
aderverkalking	0,7
handicap door erfelijke afwijking	0,5

* goed- en kwaadaardig

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Voor eventueel gebruik van andere disciplines dan de huisarts en de specialist is het feit op zich, dat men aan een ziekte lijdt, van minder belang dan de beperkingen die daaruit voortvloeien. Ruim 53% van de bevolking rapporteert één of meer beperkingen bij het ontplooiën van dagelijkse activiteiten op een lijst die afgeleid is van de zogenoemde OESO-indicator voor langdurige beperkingen (McWhinney, 1979). Meest genoemde beperking is het zonder bril de krant niet kunnen lezen (33%), het zonder bril iemand op enige afstand niet kunnen herkennen (17%), een voorwerp van 5 kilo niet over 10 meter kunnen dragen (16%) en de nagels van de tenen niet kunnen knippen (15%).

Tabel 2.3 Het al dan niet moeite hebben dan wel het al dan niet zonder hulp kunnen uitvoeren van tien algemene of huishoudelijke activiteiten naar leeftijdsgroep (alleen personen > 15 jaar)

	alles zonder moeite	moeite met 1 activiteit	moeite > 1 activiteit	1 activiteit alleen met hulp	>1 activiteit alleen met hulp
15-24 jaar	93,9	3,1	1,1	1,4	0,6
25-44 jaar	91,9	3,6	1,8	1,8	0,9
45-64 jaar	75,6	8,2	5,7	6,7	3,8
65-74 jaar	53,8	13,2	9,1	12,1	11,7
75 jaar e.o.	28,9	11,7	10,8	17,5	31,1
totaal	82,1	5,9	3,7	4,5	3,8

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Bovengenoemde lijst bevat tien vragen over het kunnen uitvoeren van alledaagse activiteiten; zowel algemene activiteiten als huishoudelijke activiteiten (respectievelijk aangeduid als ADL en HDL). Schalen die op deze vragen gebaseerd zijn worden in de hulpverlening veel gebruikt om de behoefte aan respectievelijk wijkverpleegkundige zorg en gezinsverzorging te schatten. In tabel 2.3 zien we dat het percentage met ADL/HDL-beperkingen in sterke mate toeneemt met de leeftijd.

Een indicator voor de geestelijke gezondheid is de score op de General Health Questionnaire (Goldberg, 1972): een lijst met vragen met betrekking tot het psychosociaal niet welbevinden. Van de hele bevolking geeft 41% op één of meer vragen aan zich niet wel te bevinden. Wanneer mensen dat bij meer dan vier vragen aangeven,

bestaat er een verhoogde kans op de aanwezigheid van psychiatische problematiek. Voor 13% van de bevolking is dit het geval.

Meer algemene problemen op psychisch en of sociaal gebied worden gerapporteerd door 53% van de bevolking. Deze 53% heeft minimaal één probleem op de zogenoemde BIOgrafische PROblemenlijst (Fürer & Tax, 1987) aangekruist. Veel genoemde problemen hebben betrekking op veranderingen in de maatschappij, het zich zorgen maken over de toekomst, het problemen met zichzelf hebben en het problemen hebben met het feit dat men te weinig ontplooiingsmogelijkheden heeft. Als mensen tegelijk meerdere van dergelijke problemen ervaren, kan dat wijzen op tekorten in de maatschappelijke redzaamheid.

Van een aantal gebeurtenissen die zich in het leven afspeelen is bekend dat zij aanleiding kunnen geven tot spanningen en daarmee tot gezondheidsklachten. Van de Nederlandse bevolking zegt 74% het afgelopen jaar één of meerdere van een lijst van 34 'stressful life events' te hebben meegemaakt. Veel genoemde gebeurtenissen zijn ziekenhuisopname van de persoon zelf of een familielid, overlijden van een betekenisvol iemand, de constatering van een ernstige ziekte bij de persoon zelf of een familielid en het succesvol afronden van een opleiding door de persoon zelf of een gezinslid.

Gezondheidsproblemen kunnen leiden tot een verminderde inzetbaarheid in het maatschappelijk leven. Van de Nederlandse bevolking zegt 32% in de afgelopen twee maanden te hebben doorgewerkt naar school geweest of huishoudelijke taken te hebben uitgevoerd ondanks ziekte. Wel zegt 14% dat men het de afgelopen veertien dagen vanwege ziekte of een verwonding rustiger aan heeft gedaan. Daadwerkelijk verzuim van werk, school of huishoudelijke activiteiten in de voorbije twee maanden meldt 18%.

De eerstelijns- en thuiszorg hebben dus te maken met een over het geheel genomen gezonde populatie, die niettemin regelmatig gezondheidsproblemen heeft. Deze populatie vormt de 'cliëntèle' van de ambulante zorgverlening, die in het volgende hoofdstuk aan de orde komt.

3 De ambulante zorg

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt per discipline het klachten- of probleem-aanbod en de interventies van hulpverleners besproken. We richten ons daarbij in de eerste plaats op de vier kerndisciplines van de eerste lijn (WVC, 1983; WVC, 1990): de huisartsgeneeskunde, wijkverpleging, gezinsverzorging en het algemeen maatschappelijk werk. Daarnaast bekijken we ook de fysiotherapeutische zorg. Deze zorg wordt weliswaar niet tot de kerndisciplines van de eerste lijn gerekend, maar gezien de omvang van deze zorg - circa 9600 extra-murale hulpverleners in 1989 (Hingstman & Pool, 1990) - en de aard van de gezondheidsproblemen die met fysiotherapeutische zorg worden behandeld - veel chronisch-degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat - is besloten deze zorg ook in het scenario-project te betrekken. Ten slotte wordt ook de ambulante zorg door medisch specialisten in dit hoofdstuk aan de orde gesteld. De reden is in de inleiding van deze achtergrondstudie aangegeven: bij de scenario-ontwikkeling voor de toekomstige eerstelijnszorg kan niet uitgegaan worden van de bestaande echelengrenzen. De sector van de geestelijke gezondheidszorg blijft, zoals in het hele scenarioproject eerstelijnszorg, buiten beschouwing. Hierover is een afzonderlijk sectorscenario ontwikkeld (STG, 1990). Wel komen psychische en psycho-sociale problemen die door de eerste lijn opgelost worden (met name door huisartsen en algemeen maatschappelijk werkenden) aan de orde bij de bespreking van de betreffende disciplines.

De paragrafen in dit hoofdstuk hebben een vaste indeling. Er wordt begonnen met enkele inleidende woorden. Daarna volgt een beschrijving van de klachten of problemen van patiënten/cliënten van de betreffende disciplines, waar mogelijk uitgesplitst naar leeftijds- en geslachtsgroepen. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de hulp die door de betreffende discipline verleend wordt.

3.2 Huisartsenzorg

De huisarts voorziet in de algemene medische zorg voor mensen thuis. De huisarts geeft persoonlijke, integrale en continue zorg aan een vaste praktijkpopulatie van thuiswonende mensen (LHV, 1987). Persoonlijke zorg, omdat huisarts en patiënt als personen op elkaar zijn betrokken, integraal omdat lichamelijke aspecten niet los worden gezien van psychosociale en continue omdat de hulpverlening niet per se geïsoleerd contact wordt bekeken, maar ook in de context wordt geplaatst van de levensloop van de patiënt. De huisarts verstrekt generalistische zorg die eerst tracht de hulpvraag te verduidelijken en vervolgens te bevorderen dat passende hulp wordt geboden. Behandeling vindt, voor zover binnen de competentie van de huisarts liggend, zoveel mogelijk door de huisarts zelf plaats. De huisarts voorziet in zorg bij acute aandoeningen, is betrokken bij de verloskundige zorg en de zorg voor chronische en terminale patiënten, bevordert preventie en is, afhankelijk van de lokale omstandigheden, verantwoordelijk voor de geneesmiddelenvoorziening.

De taken van de huisarts zijn vastgelegd in het zogenoemde Basistakenpakket (LHV, 1983). Er is aanzienlijke variatie tussen huisartsen in de mate waarin de verschillende taken uit dit Basistakenpakket worden uitgeoefend. Deze variaties weerspiegelen deels verschillen in opvatting van huisartsen over wat wel en wat niet tot hun taak hoort (ondermeer ingegeven door factoren die de mate van bewerkelijkheid van een huisartsenpraktijk bepalen) en deels verschillen in de positie van de huisarts ten opzichte van andere gezondheidszorgvoorzieningen. Zo is in plattelandsgebieden de verloskundige zorg, de geneesmiddelenvoorziening en de EHBO-voorziening voor een belangrijk deel in handen van de huisarts terwijl hiervoor in stedelijke gebieden meer gespecialiseerde hulpverleners worden ingeschakeld.

De huisarts wordt vaak een centrale positie in de gezondheidszorg toegedacht. Daaraan ten grondslag ligt het feit dat de huisarts in de meeste gevallen de eerste hulpverlener is waaraan een gezondheidsprobleem wordt gepresenteerd. Vervolgens verwijst de huisarts indien nodig, door naar andere gezondheidszorgvoorzieningen. Door deze rol als verwijzer, ook wel aangeduid als selectie-, zeef- of poortwachtersfunctie van de huisarts, heeft de huisarts een sleutelpositie in het gezondheidszorgsysteem (KNAW, 1991). De tweede

lijn is formeel alleen toegankelijk met een verwijzing van de huisarts; de patiënten van de andere eerstelijnsdisciplines zijn in belangrijke mate naar de betreffende voorziening verwezen door de huisarts.

De centrale positie betekent dat de huisarts relaties heeft met een caleidoscoop van gezondheidszorgvoorzieningen. Kenmerkend voor de afzonderlijke relaties is dat zij een asymmetrisch karakter hebben. Voor de huisarts is bijvoorbeeld het aantal verwijzingen naar het maatschappelijk werk binnen het totaal van zijn werk betrekkelijk gering, terwijl vanuit het maatschappelijk werk gezien een belangrijk deel van de cliënten verwezen is door de huisarts.

De 6318 huisartsen die op 1 januari 1989 in Nederland waren gevestigd (Pool & Hingstman, 1990) zijn voor iedereen toegankelijk. Voor ziekenfondsverzekerden is de huisarts op basis van de betaalde premie vrij toegankelijk. Particulier verzekerden moeten ofwel per consult voor de huisarts betalen ofwel het apart opnemen in hun verzekering. Op korte termijn is te verwachten dat de huisarts standaard wordt opgenomen in de particuliere polissen. De geografische toegankelijkheid is goed te noemen. In 1985 was voor ruim 93% van de Nederlandse bevolking een huisarts in de eigen stad of het eigen dorp gevestigd (Huigen & Volkers, 1989). Voor nog eens ruim 5% was een huisarts binnen een straal van vijf kilometer van het eigen dorp gevestigd. De bereikbaarheid 's avonds, 's nachts en in het weekend is geregeld door middel van waarneemregelingen. De geografische toegankelijkheid op waarneemuren kan sterk verminderen, afhankelijk van de spreiding van de verschillende leden van de waarneemgroep.

De praktijk is het laagste niveau van organisatie van huisartsen. Van alle huisartsen werkte in 1989 54% in een solopraktijk, 31% in een duopraktijk, 7% in een groepspraktijk en 8% in een gezondheidscentrum. Op lokaal niveau zijn huisartsen vervolgens georganiseerd in waarneemgroepen. Momenteel functioneren deze groepen primair ten dienste van de waarneemregeling. Door de Landelijke Huisartsen Vereniging is een beleid in gang gezet om de waarneemgroepen om te vormen tot huisartsengroepen. Behalve voor de waarneemregeling zouden huisartsengroepen een rol moeten spelen in de deskundigheidsbevordering van huisartsen, lokale beleidsvorming, afspraken met andere disciplines en dergelijke. Op regionaal niveau, tenslotte, is de professionele ondersteuning van de beroepsgroep georganiseerd.

In het navolgende zal ingegaan worden op het probleemaanbod bij de Nederlandse huisarts en de daaropvolgende verrichtingen, c.q. verwijzingen. Daarbij baseren wij ons op de eerder genoemde Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk omdat dit onderzoek een representatief beeld geeft van het werk van de Nederlandse huisarts.

3.2.1 Het probleemaanbod

De huisarts is veruit de meest bezochte gezondheidszorgvoorziening door de thuiswonende bevolking. Jaarlijks vinden omstreeks 58,5 miljoen contacten tussen patiënt en huisarts of praktijkassistente plaats. In een periode van drie maanden tijd heeft meer dan de helft van de Nederlandse bevolking contact met de huisartspraktijk.

Ongeveer 70% van alle contacten is met de huisarts zelf. De rest is met de praktijkassistente. De meeste contacten vinden plaats in de praktijkruimte van de huisarts (58% op het spreekuur en 12% tussendoor). Van alle contacten vindt 12% bij de patiënt thuis plaats. Per telefoon gaan 15% van alle huisarts- en praktijkassistentecontacten (van de telefonische contacten met de assistente zijn alleen de contacten die in een verwijzing of een prescriptie resulteren meegeteld). Huisartscontacten zijn over het algemeen kortdurend. Bijna 76% is korter dan 10 minuten en 24% is zelfs korter dan 5 minuten. Het initiatief voor het contact is in de meeste gevallen afkomstig van de patiënt of bij kinderen de ouders van de patiënt (73%). De huisarts is in 9% van de contacten initiatiefnemer. In de andere gevallen zijn zowel huisarts als patiënt initiatiefnemer of ligt het initiatief bij andere hulpverleners.

Tijdens een contact worden regelmatig meerdere gezondheidsproblemen gepresenteerd. Dit gebeurt in 15% van de contacten. Andersom hebben mensen voor hetzelfde probleem vaak meerdere contacten. Zo'n reeks contacten in het kader van hetzelfde probleem wordt aangeduid als een zorgepisode.

De contactfrequenties met de huisarts uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm zijn weergegeven in tabel 3.1. We zien dat in drie maanden per 1000 personen van de praktijkpopulatie gemiddeld 1152 contacten plaatsvinden. De contactfrequenties bij

vrouwen zijn hoger dan bij mannen zowel bij arts- als assistente-contacten, zowel bij spreekuurcontacten als visites en zowel bij kortdurende als langdurende contacten. Naar leeftijd bezien vinden we hoge contactfrequenties bij de 0 tot 4-jarigen en stijgt bij de andere leeftijdsgroepen de contactfrequentie met de leeftijd. De toename van de contactfrequentie met de leeftijd is het sterkst bij de visites en de contacten die langer dan 10 minuten duren. Er is, tenslotte, een duidelijk verschil in contactfrequentie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Ziekenfondsverzekerden hebben gemiddeld meer contacten. Dit geldt met name voor de spreekuurcontacten en de assistente-contacten. Het aantal langdurige contacten en het aantal visites ligt voor ziekenfonds- en particulier verzekerden nagenoeg gelijk.

Tabel 3.1 Aantallen contacten in drie maanden per 1000 van de praktijkpopulatie naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm

	totaal	huisarts totaal*	spreekuur	visite	> 10 minuten	praktijk- assistente
totaal	1151,8	802,7	573,8	132,8	191,1	349,1
man	940,2	669,7	489,9	97,9	141,2	270,5
vrouw	1345,4	924,5	650,7	164,7	236,7	421,0
0-4 jaar	1056,5	866,6	561,7	171,9	126,5	189,9
5-14 jaar	608,6	466,6	364,6	36,7	56,0	142,0
15-24 jaar	830,9	636,7	543,0	28,6	105,8	194,2
25-44 jaar	976,8	730,0	591,9	51,1	174,0	246,8
45-64 jaar	1333,0	863,0	669,6	101,6	218,6	470,0
65-74 jaar	1947,9	1191,1	720,1	345,7	368,4	756,7
> 75 jaar	2861,0	1733,3	544,6	937,7	611,4	1127,7
ziekenfonds	1264,5	853,2	622,6	128,5	184,6	411,4
particulier	928,4	691,4	485,9	126,0	191,0	237,1

* In het totaal van de huisartscontacten zitten naast spreekuurcontacten en visites ook telefonische contacten en contacten tussendoor.

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

De vraag wat voor aandoeningen in de huisartspraktijk worden gepresenteerd kan worden beantwoord aan de hand van de tabellen 3.2 en 3.3. Tabel 3.2 laat de totale driemaands-prevalentie en -incidentie van aandoeningen in de huisartspraktijk zien, uitgesplitst naar geslacht en naar ICPC-hoofdstuk. Bij mannen zijn de hoogst prevalentie zorgepisodes aandoeningen aan de ademhalingsorganen, het bewegingsapparaat en het hart-vaatstelsel. Bij vrouwen komen

respectievelijk aandoeningen aan het bewegingsapparaat, het hart-vaatstelsel, de ademhalingsorganen, en de psyche het meest voor. Bezien we alleen de incidentie gevallen (het aantal eerste contacten met de huisarts in een ziekte-episode van een patiënt) dan komen zowel bij mannen als bij vrouwen aandoeningen aan de ademhalingsorganen, het bewegingsapparaat en huidaandoeningen het meeste voor.

Tabel 3.2 Prevalentie en incidentie van zorgepisodes (in drie maanden) in de huisartspraktijk naar ICPC-hoofdstuk (per 1000 van de praktijkpopulatie)

ICPC-hoofdstuk	prevalentie		incidentie	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
algemeen	47,6	76,3	27,2	39,8
bloed	7,7	17,6	2,8	5,2
maag-darmkanaal	58,3	75,5	32,8	40,9
oog	24,9	29,9	15,4	15,9
oor	31,4	32,5	25,5	25,5
hart-vaatstelsel	95,8	133,2	13,5	20,1
bewegingsapparaat	114,6	135,5	80,1	82,0
zenuwstelsel	23,0	36,4	8,3	11,8
psyche	63,7	118,0	17,3	27,7
ademhalingsorganen	129,6	130,8	80,8	88,1
huid	93,2	106,4	62,5	67,0
endocrien/metabolisme	20,5	38,6	3,6	6,1
urinewegen	12,4	33,0	6,6	22,1
zwangerschap	-	98,9	-	25,0
vrouwelijke genitaliën	-	58,6	-	31,7
mannelijke genitaliën	11,1	-	7,1	-
sociale problemen	14,0	25,2	5,6	8,5

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Tabel 3.3 laat de tien meest voorkomende door de huisarts geformuleerde werkhypothesen in de huisartspraktijk zien. Meest voorkomend zijn ongecompliceerde hypertensie, contacten in verband met anticonceptie/pil en infectie van de bovenste luchtwegen.

Tabel 3.3 De driemaandsprevalenties van de tien meest voorkomende werkhypothesen in de huisartspraktijk (per 1000 van de praktijkpopulatie)

klacht/aandoening	per 1000 van de praktijkpopulatie
ongecompliceerde hypertensie	44,9
anticonceptie/pil	35,2
infectie bovenste luchtwegen	33,5
angstig/nerveus	21,0
slaapstoornis	19,7
myalgia/fibrositis	19,2
geen ziekte	18,4
overig eczeem	15,8
acute bronchitis	13,0
cystitis/urinewegsinfecties	12,9

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Tabel 3.4 Driemaandsprevalentie van ernstige chronische aandoeningen in de huisartspraktijk (per 1000 van de praktijkpopulatie)

aandoening	prevalentie per 1000 van de praktijkpopulatie
hartaandoeningen, vocht achter de longen	31,6
CARA (chronische bronchitis, astma)	23,9
reuma/artritis/artrose	12,7
diabetes	12,0
parkinson, multiple sclerose, epilepsie en andere aandoeningen centraal zenuwstelsel	11,1
gezwelvorming*, kanker, leukemie	9,6
handicap door erfelijke afwijking	5,5
aderverkalking	4,1
chronische nierziekte, nierstenen	3,1
ernstige gevolgen ongeval	1,8

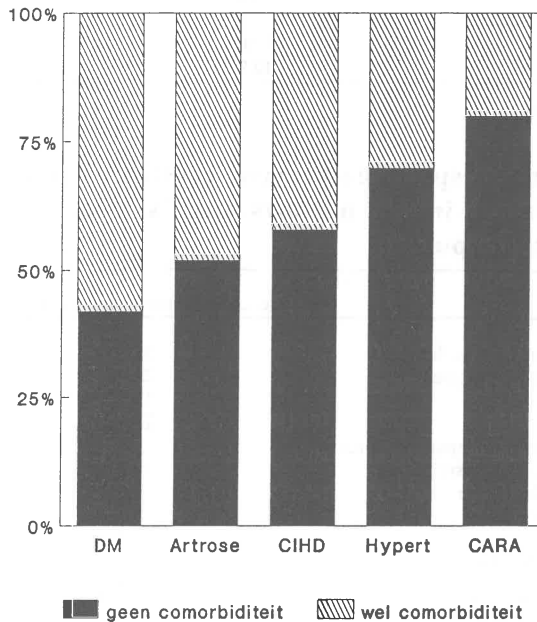
* goed- en kwaadaardig

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

De prevalentie van een aantal ernstige chronische aandoeningen in de huisartspraktijk is weergegeven in tabel 3.4. Getracht is de aandoeningen zo te groeperen dat zij zoveel mogelijk corresponderen met de door de bevolking gerapporteerde aandoeningen in tabel 2.2. We zien dat de meest door de bevolking gerapporteerde chronische aandoening (CARA) bij de huisarts de tweede plaats inneemt na hart- en vaatziekten. Reuma neemt op beide lijsten de derde plaats in, gevolgd door diabetes. Bezien we de verhouding tussen het voorkomen van ernstige chronische aandoeningen in de huisartspraktijk en in de bevolking (ook wel aangeduid als 'use-need-ratio's', Van der Velden, 1990), dan blijken de prevalenties van aandoenin-

gen van het zenuwstelsel, gezwellvorming/kanker/leukemie en handicap door erfelijke afwijking in de populatie zeer dicht bij die in de huisartspraktijk te liggen. Bij diabetes en hartaandoeningen ligt de verhouding op twee in de populatie staat tot drie in de huisartspraktijk. Bij reuma is de verhouding één staat tot twee. De overige aandoeningen kennen aanmerkelijk lagere 'use-need-ratio's'.

Figuur 3.1 Comorbiditeit bij chronische aandoeningen



Bron: Van der Velden, 1990.

Veel chronische patiënten hebben meer dan één chronische aandoening (zie figuur 3.1). Zo hebben 60% van de diabetes mellituspatiënten ook artrose, hart-vaataandoeningen (de meeste), hypertensie of CARA (Van der Velden, 1990). Artrosepatiënten, patiënten met hart-vaataandoeningen, hypertensie en CARA hebben respectievelijk in circa 50%, 40%, 30% en 20% van de gevallen ook een van de andere genoemde aandoeningen. Dit verschijnsel, aangeduid als comorbiditeit is kenmerkend voor de chronische patiënt in de huisartspraktijk. Comorbiditeit wordt door Feinstein (1979) gedefinieerd als: "any distinct additional entity that has existed or

that may occur during the clinical course of a patient who has the index disease under study".

Kenmerkend is in dit verband het feit, dat het probleem dat door de patiënt wordt gepresenteerd, vaak een onderdeel vormt van een onderliggende problematiek. Ook dit kan geschaard worden onder de term comorbiditeit. Dergelijke onderliggende problematiek is naar het oordeel van de huisarts in 28% van de aan hem gepresenteerde problemen relevant voor de behandeling. In meer dan de helft van de gevallen gaat het om een chronische ziekte. In ruim een kwart van de gevallen is de onderliggende problematiek van psychosociale aard. Verder spelen zaken als nazorg na een ziekenhuisverblijf en status na operatie soms een rol.

Het feit dat naast min of meer eenduidig somatische problemen psychosociale aspecten een rol spelen in het probleemaanbod is een derde kenmerk van de huisartspraktijk. In de huisartspraktijk worden enerzijds psychische of psychosociale problemen als zodanig gepresenteerd (zie tabel 3.2, ICPC-hoofdstukken psyche en sociale problemen). Anderzijds worden vaak lichamelijke klachten gepresenteerd, waarbij naar het oordeel van de huisarts psychische of psychosociale aspecten een rol spelen. Bij 21% van de gepresenteerde problemen blijken dergelijke aspecten naar het oordeel van de huisarts een belangrijke rol te spelen.

3.2.2 De hulpverlening in de huisartspraktijk

De meest voorkomende verrichting in de huisartspraktijk is het gesprek. Per 1000 contacten vindt in drie maanden 784 keer 'gespreksmatige behandeling' plaats. Op de tweede plaats komt het voorschrijven van medicijnen (653 keer per 1000 contacten), gevolgd door diagnostiek in eigen praktijk (575 keer per 1000 contacten). Medisch technische verrichtingen als kleine chirurgie, injecties en dergelijke komen in minder dan 10% van de contacten voor (98 per 1000 contacten). Verwijzingen komen iets minder vaak voor (93 per 1000 contacten). Twee derde daarvan is naar de medisch specialist; de rest grotendeels naar eerstelijnsdisciplines. Externe diagnostiek wordt per 1000 contacten gemiddeld 54 keer aangevraagd. Overleg naar aanleiding van een contact komt, tenslotte, betrekkelijk zelden voor (14 keer per 1000 contacten).

Tot zover een globaal overzicht van de verrichtingen van huisartsen. Om een beter inzicht in het werk van de huisarts te krijgen wordt nu per onderdeel nader in detail getreden. Daarbij wordt de meest voorkomende chronologische volgorde in een zorgepisod bij de huisarts aangehouden. Eerst diagnostiek, gevolgd door behandeling door de huisarts zelf (eerst gespreksmatig, dan medisch technische verrichtingen en tenslotte prescriptie), en eindigend met een mogelijke verwijzing door de huisarts.

Tabel 3.5 Diagnostische verrichtingen in de huisartspraktijk en elders aangevraagde diagnostiek

	per 1000 van de praktijkpopulatie	per 1000 contacten
diagnostiek totaal	681,4	591,6
in eigen praktijk	662,5	575,2
- lichamelijk onderzoek	623,5	541,3
- bloedonderzoek	19,3	16,8
- urine-onderzoek	51,8	45,0
- overig intern	11,0	9,5
externe diagnostiek	62,2	54,0
- bloedchemie	20,0	17,3
- haematologie/serologie	21,1	18,3
- röntgenologie	21,3	18,4
- overig extern	17,2	14,9

* het totaal is minder dan de som van de verschillende onderdelen omdat binnen een contact meerdere vormen van diagnostiek kunnen voorkomen

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Door de huisarts noodzakelijk geachte diagnostiek vindt voor het overgrote deel plaats in de eigen praktijk (zie tabel 3.5). Daarbinnen neemt het (in de meeste gevallen partieel) lichamelijk onderzoek een belangrijke plaats in. Het laboratoriumonderzoek in de eigen praktijk valt daarbij qua aantal in het niet. De hoofdgroepen van de externe diagnostiek komen ongeveer even vaak voor. De meest voorkomende vorm van laboratoriumonderzoek in de eigen praktijk is het urine-onderzoek. Voor een uitvoeriger beschrijving van de in de huisartspraktijk plaatsvindende diagnostiek wordt verwezen naar Kluyt e.a. (1991).

Een belangrijk onderdeel van de behandeling die de huisarts biedt in zijn contact met patiënten vormt het gesprek (tabel 3.6). Daarbinnen neemt het geven van voorlichting en advies een belangrijke plaats in. Zowel voorlichting over de klacht en de behandeling als algemene voorlichting zijn hieronder begrepen. Gespreksvoering (passief luisteren dan wel actief exploreren of geruststellen) is daarnaast een veel voorkomende activiteit. De huisarts komt hieruit naar voren als iemand die veel met de patiënt praat, uitlegt en adviseert.

Tabel 3.6 Gespreksmatige behandeling in de huisartspraktijk (in een contact kunnen meerdere vormen voorkomen)

	per 1000 van de praktijkpopulatie	per 1000 contacten
gespreksvoering	297,0	257,9
voorlichting en advies	410,0	356,0
even aankijken	46,6	40,5
leefregels	30,1	26,2
totaal	783,7	680,6

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

De medisch-technische verrichtingen komen in vergelijking tot de gespreksmatige behandeling veel minder vaak voor (zie tabel 3.7). De meest voorkomende medisch-technische verrichtingen zijn het geven van injecties, vaccinaties, wondverzorging, oor uitspuiten, kleine chirurgie en zwachtelen, tapen of reponeren.

Medicamenteuze behandeling is de meest voorkomende vorm van behandeling door de huisarts (tabel 3.8). Per 1000 contacten worden gemiddeld 653 medicijnen voorgeschreven. In bijna de helft van de gevallen betreft het herhaalreceptuur, die vaak worden afgehandeld door de praktijkassistente. Van alle huisartscontacten eindigt 57% met het voorschrijven van een recept.

Tabel 3.7 Medisch-technische verrichtingen in de huisartspraktijk (in een contact kunnen meerdere verrichtingen voorkomen)

	per 1000 van de praktijkpopulatie	per 1000 contacten
injectie	26,6	23,1
oor uitspuiten	10,9	9,5
wondverzorging	16,0	13,9
kleine chirurgie	10,9	9,5
zwachtelen/tapen/reponeren	9,1	7,9
catheteriseren	0,3	0,3
vloeibare stikstof	4,8	4,2
IUD	1,1	0,9
vaccinatie	17,8	15,4
overige	14,8	12,8
totaal	112,3	97,5

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Tabel 3.8 Medicamenteuze behandeling in de huisartspraktijk (in een contact kunnen meerdere voorschriften gegeven worden)

	per 1000 van de praktijkpopulatie	per 1000 contacten
medicatie op recept	751,9	652,8
- nieuw recept	338,4	293,8
- herhaalrecept	375,2	325,1
- nieuw/herhaal onbekend	124,8	107,7

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Tabel 3.9 De tien meest voorgeschreven medicijnhoofdgroepen in de huisartspraktijk

	per 1000 van de praktijkpopulatie	per 1000 contacten
psycholeptica	104,9	91,0
systemische antibiotica	69,1	59,9
analgetica	52,4	45,9
anti-inflamm., antireum. middelen	46,8	40,6
hoest- en verkoudheidsmiddelen	46,4	40,3
geslachtshormonen etc.	46,0	39,9
diuretica	42,2	36,7
beta-receptorblokkerende middelen	30,0	26,0
middelen voor nasaal gebruik	28,1	24,4
middelen bij CARA	28,1	24,4

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Het gebruikte classificatiesysteem (de ATC) kent een indeling in circa 70 hoofdgroepen. De tien meest voorgeschreven hoofdgroepen die samen meer dan 50% van de totale receptuur uitmaken, staan weergegeven in tabel 3.9. Psycholeptica worden het meest voorgeschreven gevolgd door systemische antibiotica en analgetica.

Verwijzing naar de tweede lijn vindt in drie maanden 60 keer plaats per 1000 huisarts- of assistente-contacten (tabel 3.10). De medisch specialisten waar het meest frequent naar wordt verwezen, zijn respectievelijk oogheelkunde, chirurgie, interne geneeskunde, KNO, gynaecologie, orthopedie, dermatologie, zenuw- en zielsziekten en cardiologie. In vergelijking met het aantal verwijzingen naar de medisch specialist is het aantal verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg gering, namelijk 2,5 per 1000 contacten. De RIAGG neemt hiervan bijna de helft (45%) voor zijn rekening, gevolgd door de zelfstandig gevestigde psycholoog (18%) en de poliklinische psychiatrie (17%).

Tabel 3.10 Verwijzingen naar de tweede lijn

	per 1000 van de praktijkpopulatie	per 1000 contacten
interne specialisten:	13,5	11,5
interne geneeskunde	7,3	6,3
longziekten en tbc	1,9	1,6
cardiologie	3,4	2,9
maag, darm, stofwiss.	0,2	0,1
reumatologie	0,7	0,6
chirurgische specialisten:	43,5	37,6
chirurgie	10,1	8,8
orthopedie	5,4	4,7
plastische chirurgie	0,9	0,8
urologie	2,5	2,1
dermatologie	5,1	4,4
kindergeneeskunde	2,1	1,8
oogheelkunde	10,5	9,1
KNO	6,9	5,9
overige specialisten:	12,4	10,8
gynaecologie	5,7	4,9
zenuw- en zielsziekten	4,4	3,8
revalidatie	0,4	0,3
mondziekten/kaakchirurgie	0,4	0,3
neurochirurgie	0,2	0,2
overige specialisten	1,3	1,2
totaal	69,5	60,3

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Tabel 3.11 Verwijzingen binnen de eerste lijn

	per 1000 van de praktijkpopulatie	per 1000 contacten
fysiotherapie	26,7	23,2
wijkverpleging	0,4	0,4
algemeen maatschappelijk werk	1,1	0,9
gezinsverzorging	0,1	0,1
verloskundige	0,9	0,7
diëtiste	0,8	0,7
alternatieve geneeswijzen	0,4	0,4
overige	3,7	3,3
totaal	34,8	30,2

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Het aantal verwijzingen naar andere eerstelijnsdisciplines door de huisarts is ongeveer de helft van het aantal verwijzingen naar medisch specialismen (tabel 3.11). Binnen de eerste lijn neemt de fysiotherapie veruit de belangrijkste plaats in als verwijsbestemming. Naar alle andere afzonderlijke disciplines wordt minder dan één keer per 1000 contacten verwezen.

Het initiatief tot een verwijzing gaat naar het oordeel van de huisarts in de meeste gevallen uit van de huisarts zelf (52%). In 13% van de gevallen lag het initiatief volledig bij de patiënt en in 21% van de gevallen zowel bij de huisarts als de patiënt. In de resterende gevallen lag het initiatief bij andere hulpverleners of was onduidelijk bij wie het initiatief lag.

Overleg naar aanleiding van een contact in de huisartspraktijk is naast het verwijzen een tweede vorm van contact tussen de huisarts en andere hulpverleners. In het algemeen komt dit weinig voor (14 keer per 1000 contacten). Als het voorkomt, vindt in iets meer dan de helft van de gevallen (52%) overleg plaats met de medisch specialist. Het meest voorkomende medisch specialisme waarmee wordt overlegd, is de interne geneeskunde (12%). Met de eerste lijn wordt in 23% van de gevallen overlegd, waarvan de fysiotherapeut 10% voor zijn rekening neemt. Verder wordt soms overlegd met GGZ-hulpverleners (7%) en familie of burens (5%).

3.2.3 Afsluiting

De gezondheidsproblemen waarmee patiënten naar de huisarts gaan, vormen een breed scala van betrekkelijk onschuldige klachten tot meer ernstige problematiek waarbij meerdere chronische aandoeningen een rol spelen. De hoofdmoot van het probleemaanbod wordt gevormd door gezondheidsproblemen die niet levensbedreigend of invaliderend zijn. Van de patiënten met ernstige chronische aandoeningen ziet de huisarts binnen een periode van drie maanden de overgrote meerderheid. Bij deze patiënten speelt comorbiditeit vaak een belangrijke rol. Verder vormen psychosociale aspecten een belangrijk deel van het probleemaanbod bij de huisarts.

Het werk van de huisarts laat zich karakteriseren door veel praten, geven van voorlichting over de klacht, geruststellen van de patiënt, adviseren het even aan te kijken enzovoort. Daarnaast worden veel medicijnen voorgeschreven en vindt vaak (partieel) lichamelijk onderzoek plaats. Medisch-technische verrichtingen en laboratoriumdiagnostiek vinden veel minder vaak plaats. In een relatief klein aantal gevallen (minder dan 10% van de contacten) is de problematiek zodanig, dat de huisarts het niet zelf kan afhandelen. In tweederde van de gevallen volgt dan een verwijzing naar de tweede lijn. In de overige gevallen wordt naar een andere eerstelijnsdiscipline verwezen (meestal fysiotherapie).

3.3 Poliklinische specialistische zorg

Gedurende het afgelopen decennium is de poliklinische zorg (en dagbehandeling en -verpleging) sterk in opkomst. Voor een toenemend aantal diagnostische en curatieve verrichtingen van medisch specialisten worden patiënten niet langer opgenomen in het ziekenhuis, maar ambulante behandeld. Van enkele ambulante functies van het ziekenhuis wordt ook in toenemende mate gebruik gemaakt door de eerste lijn, in casu de huisarts. Het gaat hier vooral om laboratorium- en röntgenfaciliteiten. Daarnaast leiden huisartsen en verloskundigen poliklinische bevallingen in het ziekenhuis.

Over een wat langere termijn bezien lijkt er een golfbeweging te zijn. Aan de ene kant zijn in de loop van de tijd de mogelijkheden van huisartsen tot het (mede)behandelen van patiënten in het

ziekenhuis zo goed als verdwenen; aan de andere kant zijn specialisten meer en meer geïntegreerd geworden in de ziekenhuisorganisatie. Praktijk aan huis en visites bij de patiënt thuis zijn voor de meeste specialismen een zeldzaamheid geworden, respectievelijk komen niet meer voor. Consultatie van specialisten door huisartsen vindt slechts in beperkte mate plaats; in verpleeghuizen lijkt consultatie van specialisten vaker voor te komen. Op het moment is de ambulante zorgverlening door specialisten weer van groter belang geworden en staat de versterking van de 'medische as' van huisarts en specialist weer in de belangstelling. Voor de gedachtenvorming over de toekomstige inrichting van het zorgsysteem zijn deze ontwikkelingen van groot belang. Vandaar dat in dit hoofdstuk over de zorg voor mensen thuis ook aandacht besteed wordt aan de poliklinische specialistische zorg.

Poliklinische specialistische zorg is een heterogene categorie. Er is een groot aantal specialismen met elk hun eigen werkterrein waardoor de zorgvraag van de patiënten en de interventies die daarbij gepleegd worden, niet ongedifferentieerd bij elkaar genomen kunnen worden. We moeten dus tot een keuze en/of groepering van specialismen komen.

Het werkterrein van sommige specialismen ligt dicht bij het werk van de eerste lijn dan andere. In gezondheidszorgsystemen waarin specialistische zorg rechtstreeks toegankelijk is, dat wil zeggen zonder verwijzing, zoals in België en Duitsland, is te zien dat sommige specialismen vaker rechtstreeks geconsulteerd worden dan andere. Dit geldt bijvoorbeeld voor oogheelkunde (dat in de Nederlandse situatie in de praktijk waarschijnlijk ook het vaakst rechtstreeks geconsulteerd wordt), interne geneeskunde, verloskunde en gynaecologie en kindergeneeskunde. Daarnaast geldt dat ongeacht de regeling van de toegankelijkheid van de specialistische zorg in noodgevallen een beroep gedaan wordt op de EHBO-afdeling van het ziekenhuis. Veelal betreft dit dan contact met het specialisme chirurgie.

Zowel voor interne geneeskunde als chirurgie geldt, dat afhankelijk van de specialisatie-graad van het ziekenhuis en deels de aard van de gezondheidsproblemen, het contact plaats vindt met algemeen chirurgen of internisten, dan wel met een meer gespecialiseerde hulpverlener. Niet in alle ziekenhuizen zijn immers reumatologen of plastisch chirurgen werkzaam, om een voorbeeld te noemen.

De praktische oplossing die in dit hoofdstuk gevolgd wordt, is dat uitgegaan wordt van de specialismen die in (nagenoeg) alle ziekenhuizen beschikbaar zijn en dat interne en chirurgische subspecialismen die in een beperkter aantal ziekenhuizen beschikbaar zijn, samengevoegd worden. We kijken dan naar interne geneeskunde (inclusief zijn subspecialismen), chirurgie (inclusief orthopedie, plastische chirurgie en urologie), dermatologie, kindergeneeskunde, oogheelkunde, zenuw- en zielsziekten, verloskunde en gynaecologie en KNO-heelkunde.

Het grootste deel van de ambulante zorgverlening door specialisten vindt plaats in poliklinieken die verbonden zijn aan ziekenhuizen. Hierin wijkt Nederland af van een aantal omringende landen. Een uitzondering wordt in ons land gevormd door oogartsen en dermatologen bij wie praktijkvoering aan huis nog relatief vaak voorkomt.

Over het *aantal* poliklinische consulten is een en ander bekend uit periodieke registraties (verg. NZI, 1990) en uit enquêtes onder de bevolking (verg. de trendstudie). Over de verrichtingen die poliklinisch uitgevoerd worden is minder bekend; beschikbare cijfers hebben alleen betrekking op gedeclareerde verrichtingen voor ziekenfondspatiënten (LISZ/IBIS, 1988). De laatste cijfers hieromtrent hebben betrekking op het jaar 1986. Het conflict tussen specialisten en ziekenfondsen, dat leidde tot de situatie dat specialisten niet rechtstreeks declareerden bij de ziekenfondsen, betekende het einde van deze gegevensstroom. Wat betreft de hulpvraag ligt het nog moeilijker. Een registratie van de hulpvraag van patiënten dan wel de diagnoses die gesteld zijn, is niet voorhanden (Van der Zee, 1988). Aangezien poliklinische hulp echter voornamelijk gebruikt wordt op verwijzing van de huisarts, kan de werkhypothese bij verwijzing door de huisarts als indicatie voor de hulpvraag gebruikt worden. Daarnaast zijn uit enkele lokale onderzoeken gegevens bekend over het beroep dat gedaan wordt op de EHBO-faciliteiten van het ziekenhuis.

3.3.1 Het probleemaanbod

Het probleemaanbod in de poliklinische zorg zal, zoals hierboven aangegeven, in de eerste plaats benaderd worden vanuit de werkhypothese van huisartsen bij verwijzing. De cijfers zijn ontleend aan de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (verg. voor de gegevens over het verwijzen Gloerich & Van der Zee, 1991). Ervan uitgaande dat patiënten slechts in geringe mate zonder verwijzing de specialist consulteren en dat het eerste contact na verwijzing in de overgrote meerderheid poliklinisch plaats vindt, geeft dit een beeld van het probleemaanbod in de poliklinische zorg. Het is een dwarsdoorsnede van de uitstroom uit de huisartspraktijk en daarmee van de instroom in de specialistische praktijk, gegeven de verwijzing door de huisarts. Aan het eind van deze paragraaf zal ingegaan worden op het beroep dat gedaan wordt op EHBO-voorzieningen.

Hieronder wordt per specialisme of groep specialismen aangegeven welke de meest voorkomende werkhypothesen van de huisarts zijn bij patiënten die verwezen worden. Tevens wordt daarbij aangegeven welk promillage dit betreft van de zorgepisodes met dezelfde werkhypothese die in de huisartspraktijk geregistreerd zijn. De tabellen die nu volgen, zijn alle op dezelfde manier opgebouwd. De werkhypothesen zijn geselecteerd en gerangordend op het absolute aantal verwijzingen. Telkens worden de tien werkhypothesen (gecodeerd in de ICPC - de International Classification of Primary Care) weergegeven waarbij de meeste verwijzingen hebben plaatsgevonden. De geselecteerde werkhypothesen zijn in de eerste kolom weergegeven. De tweede kolom geeft het absolute aantal verwijzingen. Deze kolom geeft (in meer of mindere mate, afhankelijk van welk deel van alle verwijzingen door de tien meest frequent voorkomende werkhypothesen omvat wordt) een beeld van de instroom in de (poliklinische) specialistische praktijk. De cijfers in de derde kolom geven aan hoe vaak de huisarts verwijst bij zorgepisodes waaraan dezelfde werkhypothese verbonden is. Er komen in de tabellen zowel veel voorkomende werkhypothesen voor waarbij de huisarts betrekkelijk weinig verwijst, als minder vaak voorkomende werkhypothesen waarbij relatief veel wordt verwezen. Bij de interpretatie van deze cijfers dient rekening gehouden te worden met:

- het dwarsdoorsnede karakter van de gegevens; ook al hebben de gegevens betrekking op een periode van drie maanden, toch is

- het mogelijk dat zorgepisodes een langere periode kunnen beslaan, waardoor de verwijzing buiten de registratie kan vallen;
- het feit dat patiënten gedurende de 'geldigheidsduur' van een verwijzing ook bij de huisarts komen in verband met herhaalreceptuur; de contacten die dit met zich mee brengt, zijn bij de berekening van het aantal prevalentie zorgepisodes meegeteld;
 - het feit dat de werkhypothesen bij verwijzing ontleend zijn aan het contact waarin de verwijzing plaatsvond, terwijl voor de berekening van het aantal verwijzingen per 1000 episodes de werkhypothese van het laatste contact van de episode gebruikt is.

Oogheelkunde

Tabel 3.12 Werkhypothesen bij naar de oogarts verwezen patiënten in 102 huisartspraktijken gedurende drie maanden

werkhypothesen	absoluut aantal verwijzingen	aantal verwijzingen per 1000 episodes
refractieafwijking	1525	930
klachten visus NEC*	608	829
cataract	228	594
strabismus	120	736
ziekten oog NEC	116	302
glaucoom	87	169
all. conjunctivitis NEC	80	40
retinopathie	65	458
diabetes mellitus	64	15
hordeolum, chalazion, blepharitis	62	124

* Niet elders classificeerbaar
Bron: Gloerich & Van der Zee, 1991.

De grootste groep naar de oogarts verwezen patiënten wordt wegens refractie-afwijkingen verwezen. De tien meest frequent voorkomende werkhypothesen bij verwijzing (geclassificeerd in de ICPC) zijn in tabel 3.12 weergegeven. Het vanuit de klinische praktijk bezien relatief lage aantal verwijzingen per 1000 episodes in het geval van bijvoorbeeld de werkhypothese glaucoom moet gezien worden tegen de achtergrond van de hierboven gemaakte opmerkingen over de interpretatie van de gegevens.

De verwijzingen bij deze tien werkhypothesen omvatten ruim 80% van alle verwijzingen naar de oogarts. Afgezien van de patiënten met cataract bij wie bij een eventuele operatie een klinische opname

nodig is, geven deze werkhypothesen een beeld van de instroom in de poliklinische oogheeskundige praktijk.

KNO-heelkunde

Tabel 3.13 Werkhypothesen bij naar de KNO-arts verwezen patiënten in 102 huisartspraktijken gedurende drie maanden

werkhypothesen	absoluut aantal verwijzingen	aantal verwijzingen per 1000 episodes
otitis media acuta/myringitis	213	90
niet-etterige otitis media (incl. glue ear)	167	289
sinusitis	143	40
hypertrofie, chron. inf. van tonsillen/adenoid	107	399
presbycusis	99	488
acute tonsillitis/adenoiditis	94	48
infectie bovenste luchtwegen	92	8
doofheid NEC	87	369
gehoorklachten (excl. doofheid)	79	473
ontsteking tuba eustachii	76	82

Bron: Gloerich & Van der Zee, 1991.

De verwijzingen bij deze tien werkhypothesen vormen de helft van alle verwijzingen naar KNO-heelkunde.

Chirurgie

Tabel 3.14 Werkhypothesen bij naar chirurgische specialismen verwezen patiënten in 102 huisartspraktijken gedurende drie maanden

werkhypothesen	absoluut aantal verwijzingen	aantal verwijzingen per 1000 episodes
acute beschadiging meniscus/ kruisbanden knie	241	526
tendinitis/synovitis	142	86
hernia inguinalis	140	541
atheroomcyste	138	145
fractuur hand/voet	132	396
anticonceptie/sterilisatie man	129	890
appendicitis	123	764
fractuur radius/ulna	110	521
fractuur NEC	103	352
distorsie/contusie enkel	103	74

Bron: Gloerich & Van der Zee, 1991.

De verwijzingen bij deze tien werkhypothesen vormen 21% van alle verwijzingen naar de chirurgische specialismen. De afspiegeling van de instroom in de (poliklinische) chirurgische praktijk is dus minder goed; dit wordt deels veroorzaakt doordat onder het kopje chirurgie naast algemene chirurgie ook enkele andere chirurgische specialismen zijn gevat. Het is niet moeilijk om in dit lijstje van de werkhypothesen waarop de meeste verwijzingen betrekking hebben, de typische indicaties van de afzonderlijke specialismen te zien.

Interne Geneeskunde

Tabel 3.15 Werkhypothesen bij naar interne specialismen verwezen patiënten in 102 huisartspraktijken gedurende drie maanden

werkhypothesen	absoluut aantal verwijzingen	aantal verwijzingen per 1000 episodes
angina pectoris	281	98
diabetes mellitus	213	51
CARA NEC	157	39
acuut myocard infarct	143	883
verwijzing, reden onbekend*	136	nvt
oud infarct, doorgemaakt infarct	136	72
decompensatio cordis	132	56
ongecompliceerde hypertensie	123	7
reumatoïde arthritis	122	119
astma/astmatische bronchitis	96	29

* In dit geval is de werkhypothese niet geregistreerd, maar is de verwijzing gecodeerd in de component 'verwijzingen en overige redenen voor contact' van de ICPC.

Bron: Gloerich & Van der Zee, 1991.

In het geval van de interne specialismen vormen de verwijzingen bij deze tien werkhypothesen een derde van alle verwijzingen. Hier geldt hetzelfde commentaar als bij de vorige tabel. Een belangrijk verschil is evenwel dat patiënten die naar de interne specialismen verwezen worden in belangrijke mate aan chronische aandoeningen lijden, terwijl het bij de chirurgische specialismen hoofdzakelijk om acute klachten ging.

Tabel 3.16 Werkhypothesen bij naar verloskunde en gynaecologie verwezen patiënten in 102 huisartspraktijken gedurende drie maanden

werkhypothesen	absoluut aantal verwijzingen	aantal verwijzingen per 1000 episodes
zwangerschap bevestigd	229	141
prolaps uteri/vaginae	104	146
sub-/infertiliteit	82	312
myoma/poliepen uterus/cervix	82	360
verwijzing, reden onbekend	71	nvt
anticonceptie/sterilisatie vrouw	69	531
abortus imminens	66	355
symptomen/klachten menstruele/cyclus NEC	54	89
ontsteking bekken gebied	34	243
anticonceptie/IUD	32	64
metrorrhagia	32	200

Bron: Gloerich & Van der Zee, 1991.

De verwijzingen bij deze werkhypothesen vormen 44% van alle verwijzingen naar verloskunde en gynaecologie.

Dermatologie

Tabel 3.17 Werkhypothesen bij naar dermatologie verwezen patiënten in 102 huisartspraktijken gedurende drie maanden

werkhypothesen	absoluut aantal verwijzingen	aantal verwijzingen per 1000 episodes
eczeem NEC	207	38
wratten	127	54
varices	92	74
maligne neoplasma huid/onderhuids weefsel	85	395
aandoeningen huid/onderhuids weefsel NEC	71	82
acne vulgaris	71	38
psoriasis	71	108
naevus	69	174
dermatophytose/-mycose NEC	54	21
atopisch of constitutioneel eczeem	49	64

Bron: Gloerich & Van der Zee, 1991.

De verwijzingen bij deze werkhypothesen vormen iets meer dan de helft (54%) van alle verwijzingen naar dit specialismen.

Tabel 3.18 Werkhypothesen bij naar kindergeneeskunde verwezen patiënten (<15* jaar) in 102 huisartspraktijken gedurende drie maanden

werkhypothesen	absoluut aantal verwijzingen	aantal verwijzingen per 1000 episodes
astma/astmatische bronchitis	31	36
acute bronchitis/bronchiolitis	23	15
algemene malaise	22	135
cystitis/overige urineweginfecties NNO**	17	34
verwijzing, reden onbekend	16	nvt
achterstand fysiologische ontwikkeling	16	211
CARA NEC	16	31
infectie bovenste luchtwegen	14	4
convulsies	13	224
overige vermoede infecties maagdkanaal	11	14

* In dit geval is bij de berekening van het aantal verwijzingen per 1000 episodes niet uitgegaan van alle geregistreerde episodes met de betreffende werkhypothesen, maar is de leeftijdsgrens van 15 jaar gehanteerd.

** niet nader omschreven.

Bron: Gloerich & Van der Zee, 1991.

De verwijzingen bij deze werkhypothesen vormen een derde (34%) van de verwijzingen naar kinderartsen.

Zenuw- en zielsziekten

Tabel 3.19 Werkhypothesen bij naar zenuw- en zielsziekten verwezen patiënten in 102 huisartspraktijken gedurende drie maanden

werkhypothesen	absoluut aantal verwijzingen	aantal verwijzingen per 1000 episodes
hernia nuclei pulposi	153	159
epilepsie, alle vormen	131	102
aandoeningen perif. zenuwst. NEC	104	79
cerebrovasculair accident	102	153
carpaal tunnel syndroom	58	310
voorbijgaande cerebrale ischaemie	52	95
hoofdpijn	50	27
aandoening centr. zenuwst. NEC	48	150
verwijzing, reden onbekend	46	nvt
ischialgia	41	67

Bron: Gloerich & Van der Zee, 1991.

De verwijzingen bij deze werkhypothesen vormen bijna de helft (47%) van de verwijzingen van huisartsen.

3.3.2 De hulpverlening in de poliklinische specialistische praktijk

Zoals gezegd, hebben de laatste cijfers die over verrichtingen in de (poliklinische) specialistische praktijk gepubliceerd zijn, betrekking op het jaar 1986. Het betreft de gedeclareerde afzonderlijke verrichtingen voor ziekenfondspatiënten, zoals die geregistreerd zijn in het LISZ/IBIS systeem. De gedeclareerde verrichtingen geven voor de heelkundige specialismen een adequater beeld van wat er aan verrichtingen gedaan wordt, dan voor de beschouwende specialismen. Bij de laatste vinden meer interventies plaats die niet als afzonderlijke verrichtingen gedeclareerd worden, maar die deel uit maken van het consult van de specialist als totaal en die hun vergoeding vinden in de verwijskaart/herhaalkaart. Daarnaast is ook de medicamenteuze behandeling niet in de hier gebruikte declaratiegegevens opgenomen. Bij de beschrijving van deze gegevens volgen we de indeling in (groepen) specialismen die ook in de vorige paragraaf is gebruikt.

Oogheelkunde

Oogheelkunde is een typisch poliklinisch specialisme. Negentig procent van alle gedeclareerde verrichtingen (nogmaals: in 1986) betreft poliklinische verrichtingen. Gegeven het feit dat 40% van de verwijzingen van huisartsen naar oogartsen betrekking heeft op patiënten met refractieafwijkingen, is het niet vreemd dat ook bijna de helft van de gedeclareerde verrichtingen in de categorieën herhalingsonderzoek/orthoptische behandeling en eerste binoculair onderzoek valt. De in omvang derde categorie van de gedeclareerde verrichtingen betreft het verwijderen van en de behandeling bij een corpus alienum. Aangezien we corpora aliena bij de tien meest voorkomende verwijsindicaties niet tegen gekomen zijn, dringt zich de gevolgtrekking op dat een deel van patiënten in deze gevallen rechtstreeks een oogarts of de eerste hulp afdeling van het ziekenhuis raadpleegt. Afgaande op de frequentie van de verwijsindicaties vormen patiënten met cataract ook een belangrijk deel van de instroom in de oogheelkundige praktijk. Cataract-operaties betreffen echter bijna altijd een klinische ingreep.

KNO-heelkunde

In de KNO-heelkunde was in 1986 80% van de gedeclareerde verrichtingen voor poliklinische verrichtingen. De meest frequent gedeclareerde verrichtingen betreffen impedantiemetingen en transmeatale drainage van het middenoor, hetgeen past bij de meest frequente

verwijsindicaties (otitis media acuta en niet-etterige otitis media). Verrichtingen die betrekking hebben op doofheid of gehoorklachten vormen in frequentie de derde en vierde verrichting (controle hoor-toestel en spraaudiometrie). De behandeling van acute tonsillitis/adenoiditis vindt, afhankelijk van onder meer de leeftijd van de patiënt, relatief vaak poliklinisch plaats.

Chirurgie

Zoals gezegd hebben we onder deze noemer ook de plastische chirurgie, orthopedie en urologie gebracht. Het is overzichtelijker om bij de bespreking van de interventies uit te gaan van de afzonderlijke specialismen, al was het alleen maar omdat in kwantitatieve zin het beeld anders geheel overschaduwd wordt door de verrichtingen van algemeen chirurgen. Van de gedeclareerde verrichtingen van algemeen chirurgen is driekwart poliklinisch; bij plastisch chirurgen is dat de helft; bij urologen iets minder dan de helft en bij orthopedisch chirurgen minder dan veertig procent. De verrichtingen van de algemeen chirurgen hebben voor een groot deel (bijna de helft) betrekking op acute traumatologie (verwondingen en botbreuken). De grootste categorie verrichtingen is het eenmalig traumatologisch onderzoek zonder verwijskaart (29% van alle gedeclareerde verrichtingen in 1986). Dit betreft voor een belangrijk deel de eerste hulp-functie van het ziekenhuis. Patiënten met een liesbreuk of blindedarmonsteking die tot de veel verwezen groepen behoren, worden niet (blindedarmonsteking) of bijna niet poliklinisch geopereerd. De drie meest frequent gedeclareerde ingrepen door orthopedische chirurgen hebben alle betrekking op de knie of het kniegewricht: arthroscopie van het kniegewricht, relatief vaak poliklinisch uitgevoerd (40% in 1986), arthroscopie met heilkundige ingreep aan de knie en meniscus extirpatie. Het poliklinische werk van orthopedisch chirurgen omvat, net als bij algemeen chirurgen, veel acute trauma-tologie. In de urologische praktijk is de meest frequent gedecla-reerde verrichting de vasectomie, als verwijsindicatie ook bij de tien meest voorkomende. In de plastische chirurgie, tenslotte, is de meest gedeclareerde verrichting de operatieve verwijdering van gezwellen en corpora aliena van de huid en subcutis, ook een typisch polikli-nische verrichting.

Interne geneeskunde

Evenals bij de verwijzingen gaat het hier om het algemene specia-lisme inwendige geneeskunde, cardiologie, reumatologie en long-

ziekten. Het specialisme longziekten is in sterke mate poliklinisch georiënteerd: meer dan 90% van de afzonderlijk gedeclareerde verrichtingen vinden poliklinisch plaats. In mindere mate is dat het geval bij cardiologie en inwendige geneeskunde (bij beide rond drie kwart van de gedeclareerde verrichtingen in 1986). Uit de werkhypothesen bij de verwijzingen naar de interne specialismen bleek dat vijf van de tien meest voorkomende betrekking hebben op het hart-vaatstelsel. Het is dan ook niet vreemd om het lezen van ECG's als vaak gedeclareerde verrichting aan te treffen, bij inwendige geneeskunde als derde qua frequentie en bij cardiologie als eerste. Bij inwendige geneeskunde is de meest gedeclareerde verrichting de intermitterende extracorporale haemodialyse, poliklinisch.

Verloskunde en gynaecologie

Het zal niemand verbazen dat een groot deel van de gedeclareerde verrichtingen de bevalling betreffen. De grootste groep wordt echter gevormd door de echografieën, een poliklinische verrichting. Curettage (als afzonderlijke verrichting) en sterilisatie van de vrouw behoren ook tot de relatief vaak uitgevoerde verrichtingen, zij het in 1986 nog in ruime meerderheid klinisch.

Dermatologie

Dermatologie is, net als oogheelkunde, een typisch poliklinisch specialisme. Zo goed als alle gedeclareerde verrichtingen zijn poliklinisch. Een kwart van de gedeclareerde verrichtingen betreft coagulatie van eenvoudige benigne aandoeningen. De in frequentie daarop volgende verrichting heeft betrekking op contact-allergisch onderzoek.

Kindergeneeskunde

Afzonderlijk gedeclareerde verrichtingen die poliklinisch uitgevoerd worden, komen in de kindergeneeskunde zeer weinig voor. Weliswaar is altijd nog de helft van de gedeclareerde verrichtingen poliklinisch uitgevoerd; maar op het totaal van het werk van de kinderarts zijn de afzonderlijk declareerbare verrichtingen van ondergeschikt belang (het aantal poliklinisch gedeclareerde verrichtingen per verwijskaart bedraagt slechts vier).

Zenuw- en zielsziekten

Van de afzonderlijk gedeclareerde verrichtingen binnen dit specialisme betreft ruim driekwart poliklinische verrichtingen. Veertig

procent van de gedeclareerde verrichtingen zijn electro-encephalografieën (apart of in combinatie met een andere verrichting). Electro-myografisch onderzoek (apart of in combinatie) vormt dertig procent van de verrichtingen.

Eerste hulpverlening

Een aparte plaats in de poliklinische zorgverlening wordt ingenomen door de eerste hulpverlening. Op dit terrein hebben zowel huisartsen, ziekenhuizen als ambulancediensten een taak (vergelijk het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988a). In principe zou de huisarts de eerst aangewezen hulpverlener moeten zijn bij de acute, lichte traumata en het ziekenhuis bij de zwaardere ongevalsletsels, bij voorkeur na verwijzing door de huisarts. De mate waarin patiënten zich rechtstreeks tot het ziekenhuis wenden hangt enerzijds samen met de ernst van de ongevalsletsels en anderzijds met de plaatselijke situatie. Wat dit laatste betreft, geldt dat in stedelijke gebieden met veel ziekenhuisvoorzieningen het rechtstreekse beroep op het ziekenhuis hoger is. Daarnaast speelt ook de (gepercipieerde) bereikbaarheid van de huisartsenzorg met name in de avond en nacht een rol.

De totale omvang van de hulpvraag bij ongevalsletsels is moeilijk aan te geven (zie ook het rapport van de Scenariocommissie Ongevallen en Traumatologie, STG, 1988). Een ruwe schatting is wel beschikbaar. Recent onderzoek van de Stichting Consument en Veiligheid (Van Montfoort e.a., 1988) komt, op basis van steekproefonderzoek, uit op ruim 3 miljoen ongevallen per jaar waarbij medische behandeling noodzakelijk is. Verreweg de grootste categorie hierbij vormen de ongevallen in de privésfeer (in en om het huis, op school, in openbare gebouwen) en de sportongevallen. Bij ongevallen in de privésfeer komt de Stichting Consument en Veiligheid uit op circa 1,4 miljoen letsels. Het aantal sportongevallen wordt op basis van hetzelfde onderzoek geschat op 1,2 miljoen. Het aantal van ruim 3 miljoen gevallen wordt volgemaakt door circa 285.000 bedrijfsongevallen en 250.000 verkeersslachtoffers. Laten we de bedrijfsongevallen even buiten beschouwing, dan resulteren deze letsels in circa 50.000 ziekenhuisopnames. De bijna 3 miljoen ongevallen per jaar (exclusief bedrijfsongevallen) leiden ertoe dat circa 1,7 miljoen mensen voor EHBO tenminste éénmaal de huisarts consulteren.

Uit lokaal onderzoek, waarbij gedurende een aantal maanden door zowel huisartsen als ziekenhuizen gegevens werden geregistreerd over aantallen EHBO-contacten (Sixma, 1990), blijkt dat het merendeel van de letsels waarmee mensen zich tot het ziekenhuis wenden, goed door de huisarts kan worden behandeld. Tussen de 15 en 20% van de mensen die zich voor EHBO bij de huisarts vervoegen, wordt doorverwezen naar een medisch specialist of de eerste hulp polikliniek van een ziekenhuis. De letsels waarmee mensen de huisarts bezoeken zijn vooral open wonden, zoals snij- en schaafwonden (45%) en contusies en distorsies (circa 25%). Daarnaast gaat het bij de huisarts om zaken als bulten, builen en bloeditstoringen (7%), oogletsel (6%), fracturen (5%), honde- en kattebeten (4%) en spier- en peesletsel (4%). Bij de letsels waarmee mensen zich rechtstreeks tot de eerste hulp polikliniek van een ziekenhuis wenden, wordt de grootste groep gevormd door de contusies en distorsies (circa 35%), gevolgd door de categorie 'open wonden' (33%). Andere vaak voorkomende letsels zijn hier de fracturen (11%) en spier- en peesletsels (10%). Van de personen die zonder eerst bij de huisarts te zijn geweest voor EHBO de eerste hulp polikliniek van een ziekenhuis opzoeken, doet een ruime meerderheid (tussen de 60 en 80%) dit met klachten die, naar het oordeel van het behandelend ziekenhuispersoneel, ook goed door de huisarts kunnen worden behandeld.

Tenslotte laat dit lokale onderzoek zien, dat verruiming van de beschikbaarheid van ziekenhuisvoorzieningen (de opening van een algemeen ziekenhuis in een gemeente waar tot dat moment een ziekenhuis ontbrak) samengaat met een groter aandeel van het ziekenhuis bij de behandeling van EHBO-letsels. Dit ondanks de gemaakte afspraken, dat EHBO vooral een taak van de huisarts was, is en zou moeten blijven, en ondanks de drempels opgeworpen om een directe gang naar het ziekenhuis voor EHBO tegen te gaan. De keuze voor het ziekenhuis in plaats van voor de huisarts lijkt vooral te worden ingegeven door de zekerheid dat er in het ziekenhuis altijd iemand aanwezig en aanspreekbaar is voor het verlenen van EHBO. Met letsel waarbij een meerderheid van de groep onderzochte personen *overdag* de huisarts raadpleegt, gaat men 's nachts of in het weekend toch liever rechtstreeks naar een ziekenhuis. Daarbij worden de soms lange wachttijden in het ziekenhuis voor lief genomen.

3.3.3 Afsluiting

In het voorgaande is op basis van beschikbare gegevens een beeld geschetst van probleemaanbod en hulpverlening in de poliklinische specialistische praktijk. Zowel bij de term probleemaanbod als bij de term hulpverlening moet een aantekening gemaakt worden. Het probleemaanbod is niet rechtstreeks bekend, maar in dit geval afgeleid van de werkhypothese waarbij de huisarts verwezen heeft naar een specialist. Tussen de hulpvraag van de patiënt en de problemen die in de specialistische praktijk gepresenteerd worden zit dus het filter van de huisarts. De aard van de hulpverlening in de specialistische praktijk is geschetst op basis van beperkte gegevens, namelijk gegevens over afzonderlijk gedeclareerde verrichtingen voor ziekenfondsverzekerden. Wat er gebeurt in het contact tussen patiënt en specialist, is slechts bekend voor zover dat leidt tot een verrichting die op grond van de administratieve regelingen afzonderlijk declareerbaar is. Deze beperking is het sterkst bij de beschouwende specialismen.

De tabellen over de werkhypothese waarbij verwezen is, laten zien dat er veel variatie is in de mate waarin de huisarts (of breder de eerste lijn, immers de huisarts schakelt ook binnen de eerste lijn expertise in) klachten zelf verder afhandelt of naar specialisten verwijst. Zo worden bijvoorbeeld patiënten met refractie-afwijkingen in sterke mate doorverwezen naar de specialist, van de 1000 episodes klachten vindt bij ruim 900 verwijzing plaats, terwijl daarnaast waarschijnlijk veel mensen rechtstreeks naar de oogarts gaan. In andere gevallen vindt in veel geringere mate verwijzing plaats.

Uit onderzoek naar de variatie in het aantal verwijzingen (verg. Gloerich & Van der Zee, 1991) komt naar voren dat er een zekere mate van beslissingsvrijheid is voor huisartsen om wel of niet te verwijzen in een bepaald geval. In het 'grijze gebied' tussen wat eenduidig des huisarts en wat eenduidig des specialist is, liggen de mogelijkheden voor verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en specialisten, gericht op een betere afstemming van het niveau van specialisatie van het hulpaanbod op de hulpvraag. Een concreet voorbeeld van een terrein waarop een dergelijke afstemming tot stand gebracht is (zij het niet tot ieders tevredenheid, Riteco & Hingstman, 1991), is het gebied van de verloskunde. De

nieuwe verloskundige indicatielijst geeft richtlijnen voor de inbreng van de eerste en tweede lijn.

3.4 Fysiotherapeutische zorg

Jaarlijks heeft bijna dertien procent van de bevolking contact met een fysiotherapeut (in 1989; Swinkels, 1990). Het gebruik is de laatste jaren sterk gestegen, mede onder invloed van het toegenomen aanbod van fysiotherapeutische zorg (vergelijk de trendstudie). Fysiotherapie is niet rechtstreeks toegankelijk voor de bevolking. Een verwijzing door huisarts of specialist is een voorwaarde, vastgelegd in de Wet op de Paramedische Beroepen. Fysiotherapie richt zich op klachten met betrekking tot het bewegen en het bewegingsapparaat. De therapeutische mogelijkheden omvatten massage- en bewegings-therapie en de toepassing van fysische applicaties.

3.4.1 Het probleemaanbod

Omdat fysiotherapeuten niet direct toegankelijk zijn, moeten we beginnen met een beschrijving van de klachten, waarbij verwijzingen plaats vinden. De belangrijkste verwijzer naar extramurale fysiotherapie is de huisarts. Tachtig procent van de patiënten van fysiotherapeuten wordt verwezen door een huisarts (Kerssens e.a., 1986), de overige twintig procent door een specialist. De patiënten die door een specialist naar een extramuraal werkzame fysiotherapeut worden verwezen, zijn over het algemeen wat ouder dan de patiënten die door een huisarts zijn verwezen. Wat betreft de klachten blijkt het bij patiënten die door een specialist zijn verwezen, vaker te gaan om (de gevolgen van) ongevalsletsels en om behandeling in verband met ondergane operaties.

Uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Uunk e.a., 1991) blijkt, dat huisartsen, zoals verwacht mocht worden, vooral bij klachten van het bewegingsapparaat naar fysiotherapeuten verwijzen. Van alle zorgepisodes die betrekking hebben op klachten van het bewegingsapparaat wordt 16% naar een fysiotherapeut verwezen. Berekend over alle zorgepisodes, dus ook de episodet die niet betrekking hebben op het bewegingsapparaat, is het percentage verwijzingen naar fysiotherapeuten veel lager: slechts

2,6%. Dit betekent dat ruim 85% van de zorgepisodes waarbij een verwijzing plaats vindt betrekking heeft op het bewegingsapparaat. De eerste percentages zeggen iets over bij welke werkhypothesen de huisarts vooral doorverwijst; het laatste percentage zegt iets over met welke klachten mensen vooral bij de fysiotherapeut terecht komen, de instroom vanuit de huisartspraktijk.

We houden dit onderscheid nog even vast bij een nadere detaillering van de werkhypothesen. De nu volgende tabel geeft de vijftientig werkhypothesen (in termen van de International Classification of Primary Care) waarbij bij het hoogste percentage van de zorgepisodes een verwijzing naar fysiotherapie plaats vindt.

Tabel 3.20 Zorgepisodes in de huisartspraktijk met het hoogste aantal verwijzingen naar fysiotherapie

werkhypothese	aantal verwijzingen per 1000 episodes	totaal aantal episodes
zweepslag kuit	41,5	147
lage rugpijn: geen uitstraling	40,1	192
afwijking cervicale wervelkolom	39,6	599
symptomen/klachten nek	34,7	432
arthrosis deformans cervicale wervelkolom	34,0	453
schouderafwijking	32,4	1356
verworven misvorming wervelkolom	32,3	443
bepierking bewegingsapparaat	32,2	503
epicondylitis lateralis	31,7	766
rugpijn met uitstraling	31,1	257
lumbago	27,8	2840
ischialgia	27,0	610
symptomen/klachten schouder	25,6	227
klachten meerdere spieren NEC	25,6	936
arthrosis deformans thoracale wervelkolom	25,4	429
Hernia Nuclei Pulposi	24,9	791
distorsie/contusie cervicale wervelkolom	20,6	136
symptomen/klachten rug	19,9	1148
symptomen/klachten arm	19,5	303
tendinitis/synovitis	18,9	1671
osteocondrositis	18,1	166
gonarthrosis	17,5	759
myalgie/fibrositis	15,5	6340
late gevolgen traumata	15,5	116
retropatellaire chondropathie	14,7	414

* Alleen diagnoses met in totaal 100 of meer episodes zijn in deze tabel opgenomen.
Bron: Uunk e.a., 1991.

De hoogste verwijskans treffen we aan bij de werkhypothesen zweepslag kuit en lage rugpijn zonder uitstraling: bij 40% of meer van de episodes in de huisartspraktijk wordt naar een fysiotherapeut

verwezen. Bijna zonder uitzondering (late gevolgen traumata; hier gaat het om de gevolgen voor het bewegen) hebben deze vijftig-episodes waarbij het meest frequent verwezen wordt, betrekking op het ICPC-hoofdstuk betreffende het bewegingsapparaat.

Om vast te stellen met welke klachten de fysiotherapeut vooral te maken heeft, moeten we zowel rekening houden met het percentage van de gevallen waarbij verwezen wordt, als met het voorkomen van de betreffende episodes in de huisartspraktijk. Immers de twee hierboven genoemde werkhypothesen met het hoogste percentage verwijzingen komen op zich betrekkelijk weinig voor in de huisartspraktijk en een werkhypothese als myalgie/fibrositis waarbij slechts in ruim 15% van de voorkomende gevallen een verwijzing naar een fysiotherapeut plaats vindt, betreft wel de meest voorkomende aandoening van het bewegingsapparaat in de huisartspraktijk. Bij de door de huisarts verwezen patiënten die zich in de fysiotherapiepraktijk melden, is dit om die reden wel de meest frequente aandoening.

Tabel 3.21 geeft een beeld van de meest voorkomende werkhypothesen bij door de huisarts verwezen patiënten. Het aangrijpingspunt voor fysiotherapeutische behandeling is niet zozeer de aard van de klachten (in termen van diagnose dan wel werkhypothese) als wel de gevolgen die de patiënten ondervinden van klachten, ofwel de beperkingen in het functioneren die patiënten ondervinden. Deze beperkingen die omschreven kunnen worden in termen van de ICDH (de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, de tegenhanger van de ICD op het gebied van de revalidatie; WCC, 1980), hebben niet alleen betrekking op de houding (zitten, staan) en de beweging (lopen) van het lichaam. Ook beperkingen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten, zoals het werk en persoonlijke verzorging, komen vaak voor.

De verdeling naar leeftijd van de kans op een verwijzing (het aantal verwijzingen per 100 zorgepisodes) en de leeftijdssamenstelling van de groep verwezen patiënten laten globaal hetzelfde beeld zien: een stijging tot in de middelbare leeftijdsgroepen en daarna een daling. In tabel 3.22 is de leeftijdsverdeling van de gebruikers van fysiotherapeutische zorg, die verwezen zijn door de huisarts, weergegeven.

Tabel 3.21 Instroom in de fysiotherapiepraktijk: absolute en relatieve frequentie van zorgepisodes waarbij het vaakst naar fysiotherapie is verwezen

werkhypothese	absoluut aantal episodes	percentage alle verwijzingen	cumulatief percentage
myalgie/fibrositis	981	13,2	13,3
lumbago	790	10,6	24,1
schouderafwijking	439	5,9	30,0
tendinitis/synovitis	315	4,2	34,3
epicondylitis lateralis	243	3,3	37,6
klachten meerdere spieren NEC	240	3,2	40,9
afwijkingen cervicale wervelkolom	237	3,2	44,1
symptomen/klachten rug	228	3,1	47,2
Hernia Nuclei Pulposi	197	2,6	49,8
ischialgia	165	2,2	52,1
bepierking bewegingsapparaat	162	2,2	54,3
arthrosis deformans cervicale wervelkolom	154	2,1	56,4
symptomen/klachten nek	150	2,0	58,4
verworven misvorming wervelkolom	143	1,9	60,4
gonarthrosis	133	1,8	62,2
distorsie/contusie enkel	124	1,7	63,8
arthrosis deformans thoracale wervelkolom	109	1,5	65,3
spanningshoofdpijn	99	1,3	66,7
distorsie/contusie knie	89	1,2	67,9
perifere aandoening zenuwstelsel NEC	89	1,2	69,1
rugpijn met uitstraling	80	1,1	70,2
lage rugpijn: geen uitstraling	77	1,0	71,2
ziekten bewegingsapparaat NEC	77	1,0	72,3
arthrosis NEC	75	1,0	73,3
distorsie/contusie bewegingsapparaat NEC	73	1,0	74,3

Bron: Uunk e.a., 1991.

Tabel 3.22 Leeftijdsverdeling van de gebruikers van fysiotherapeutische zorg die door de huisarts zijn verwezen

leeftijd	percentage
0-14	2,2
15-24	10,0
25-34	17,4
35-44	21,5
45-54	18,8
55-64	14,1
65 en ouder	15,9

Bron: Kerrens e.a., 1986.

Wat betreft de verdeling naar geslacht blijkt, dat bij dezelfde aandoeningen van het bewegingsapparaat het aantal verwijzingen per 100 zorgepisodes van mannen hoger is dan van vrouwen. De belangrijkste verschillen zitten in de symptomen en klachten van de nek, ischialgia en hernia nucleu pulposi waarbij de verwijskans per 100

zorgepisodes voor mannen hoger is, en afwijkingen van de cervicale wervelkolom waarbij de verwijskans bij episodes van vrouwen hoger is. Echter, omdat vrouwen in het algemeen meer zorgepisodes hebben, is het percentage vrouwen onder de gebruikers van fysiotherapie (de verwezen patiënten) wat hoger dan het percentage mannen.

3.4.2 De hulpverlening in de fysiotherapie

Het meest voorkomende behandeldoel van fysiotherapeutische behandelingen is pijnvermindering, veelal in combinatie met één of meer andere behandeldoelen, zoals (in volgorde van frequentie) mobiliteitstoename, inzicht geven in de klachten en verbetering van de houdingscoördinatie. Bij combinaties van behandeldoelen zou mer pijnvermindering kunnen zien als een voorwaarde voor het bereiken van andere doelen.

Niet alleen de behandeldoelen komen veelal in combinaties voor maar ook de interventies van fysiotherapeuten, de behandelvormen Massage-therapie, bewegingstherapie en fysische therapie in engere zin zijn in diverse combinaties de meest gehanteerde interventies (Kerssens e.a., 1987).

Fysiotherapeutische behandelingen strekken zich uit over een relatief lange tijdsperiode. De modale behandeling bestaat uit twaalf zittingen die twee keer per week plaats vinden en dus een periode van ongeveer zes weken beslaat. Dit komt overeen met de machtiging die ziekenfondsen geven voor gecombineerde behandelingen. In een beperkt aantal gevallen strekt de behandeling zich uit over een veel langere periode, met name bij chronisch degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat, ernstige vormen van CARA, hemiplegie en ziekte van Parkinson (Groenewegen e.a., 1986).

3.4.3 Afsluiting

De aandoeningen waarmee patiënten naar een fysiotherapeut verwezen worden, en de klachten en beperkingen die deze aandoeningen met zich mee brengen, zijn over het algemeen niet levensbedreigend; ze hinderen de patiënt in het ontplooiën van normale dagen

lijkse activiteiten. Pijn 'speelt daarbij een belangrijke rol, gezien het feit dat dit het meest gekozen behandeldoel is. Men zou kunnen zeggen dat de fysiotherapie zich vooral richt op verbetering van de kwaliteit van het leven. Bij patiënten met chronische aandoeningen krijgt fysiotherapie het karakter van 'onderhoudswerk'. Patiënten met longaandoeningen, reuma en aandoeningen van hart en vaatstelsel worden vaak zeer langdurig behandeld, waarbij de behandelingen in een groot deel van de gevallen thuis of in een verzorgingshuis plaats vinden.

3.5 Wijkverpleegkundige zorg

Binnen de extramurale gezondheidszorg speelt de wijkverpleging een belangrijke rol. De breedte van functies en taken die door wijkverpleegkundigen vervuld worden - variërend van verpleeg-technische interventies tot groepsgewijze preventie en van psychosociale begeleiding tot begeleiding bij medicatie - is illustratief voor het generalistische karakter. De doelgroepen van de wijkverpleging zijn door de aard van de hulpvragen waarop de wijkverpleging een antwoord geeft, veel beperkter met een concentratie bij jonge kinderen en ouderen.

Voor een belangrijk deel is wijkverpleging thuiszorg in de letterlijke zin van zorg bij mensen thuis. Dat is ook waarop we ons in deze paragraaf richten: de zorgvraag bij en de zorgverlening tijdens huisbezoeken. Daarmee blijven de consultatiebureau-werkzaamheden en andere (vaak collectieve) preventieve activiteiten buiten beschouwing.

De wijkverpleging is in ons land (in tegenstelling tot de situatie in de meeste buitenlandse landen) rechtstreeks toegankelijk voor de bevolking. Een verwijzing of indicatiestelling door de (huis)arts is geen wettelijk vereiste. Wel is het zo dat het initiatief tot inschakeling van de wijkverpleging slechts in ongeveer de helft van de gevallen bij de patiënt zelf of zijn of haar familie ligt. Ongeveer een vijfde van de patiënten wordt via de huisarts aangemeld en eenderde via het verpleeghuis of ziekenhuis (NK, 1990).

Wijkverpleegkundige zorg wordt in uitvoerende zin geleverd door (in volledig bezette arbeidsplaatsen) 4715 wijkverpleegkundigen, 465 verpleegkundigen in de wijk (gediplomeerde verpleegkundigen die

(nog) geen wijkverpleegkundigenopleiding gevolgd hebben) en 1360 wijkzienenverzorgenden. In totaal dus zo'n 6500 volledig bezette arbeidsplaatsen. Daarnaast zijn er in het leidinggevende vlak nog ruim 500 hoofdwijkverpleegkundigen (CBS, 1990; de cijfers hebben betrekking op 1988).

Binnen de wijkverpleging wordt een onderscheid gemaakt in twee deskundigheidsniveau's (NRV, 1988b): enerzijds de wijkverpleegkundigen die ofwel een HBO-V opleiding of MGZ-opleiding hebben, en anderzijds de wijkzienenverzorgenden die het diploma wijkzienenverzorging hebben of het diploma MDGO-Vp. Idealiter zou de arbeidsverdeling gebaseerd zijn op de complexiteit van de hulpverleningssituatie (Hanrahan & Lapré, 1990). In de praktijk zijn de verschillen in werkzaamheden betrekkelijk gering. Intakegesprekken worden meestal door wijkverpleegkundigen gevoerd, terwijl zij ook meer psychosociale begeleiding doen en de ontwikkeling van de patiënt in de gaten houden (observeren van nieuwe symptomen). De wijkzienenverzorgenden houden zich wat vaker bezig met lichamelijke en hygiënische verzorging en met huishoudelijke activiteiten (Vorst-Thijssen e.a., 1990; Kerkstra & Beemster, 1991).

Wijkverpleging en gezinsverzorging zijn sinds enige tijd (vanaf opname van de gezinsverzorging in de AWBZ) in een proces van integratie tot één organisatie voor thuiszorg. Het punt van de arbeidsverdeling zal de komende jaren daarom in een breder kader nog wel terugkomen.

3.5.1 Het probleemaanbod

Net als bij de bespreking van de fysiotherapie bestaat ook hier discussie over hoe het probleemaanbod het best geconceptualiseerd kan worden. In de verplegingswetenschap doet een conceptualisering in termen van tekorten in het vermogen tot zelfzorg op dit moment opgeld (vergelijk ook de zorgstudie). Het is echter nog niet zover, dat er in deze zin redelijk breed onderzoek naar gebruikers van wijkverpleegkundige zorg is gedaan.

Het dichtst bij deze ideeën komt nog de vraag welke zorgbehoefte er bestaat bij groepen mensen die over het algemeen gezien worden als doelgroepen van de wijkverpleging. In een kleinschalig onderzoek

(Verhaak e.a., 1985) is aan drie groepen mensen, namelijk chronisch zieken, pas uit het ziekenhuis ontslagen patiënten en bejaarden, gevraagd aan welke zorg zij behoefte hebben, onafhankelijk van de zorg die zij feitelijk krijgen. Behoeftes aan zorg op het gebied van lichaamsverzorging en bij lichamelijk dysfunctioneren is een belangrijke groep, maar niet de grootste. De grootste behoefte is er aan hulp bij of overname van huishoudelijk werk en algemene dagelijkse levensverrichtingen. Voor alle drie de onderscheiden groepen is dit de belangrijkste zorgbehoefte. Verder zijn behoeften aan aanpassingen en hulpmiddelen, vooral onder bejaarden, belangrijk.

Voor een breder beeld van het probleemaanbod gaan we te rade bij gegevens afkomstig van een landelijk representatief onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden (Vorst-Thijssen e.a., 1990). Daarin zijn twee andere indicaties van het probleemaanbod te vinden: de redenen voor het huisbezoek zoals die door de wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden zijn vastgelegd en de aard van de achterliggende ziekten van patiënten die thuis bezocht zijn. De term 'achterliggende ziekte' is hier in bredere zin gebruikt dan in onderzoek in de huisartspraktijk gangbaar is; door de wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden is geregistreerd of de patiënt aan een ziekte leed ook als dat niet direct van invloed is op de hulpvraag.

Tabel 3.23 Reden(en) voor huisbezoek aan patiënten van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in procenten (alle patiënten N=3315)*

reden van huisbezoeken	%
nazorg	5,7
terminale zorg	3,2
controle	10,3
voorlichting	4,0
achterliggende ziekte(n)	67,7
(alleen) zorgactiviteiten	27,5
ouderdom	12,5
anders	1,7

* Er kunnen meerdere redenen tegelijk aanwezig zijn.

Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990.

Het blijkt dat zorg in verband met een achterliggende ziekte, soms in combinatie met andere redenen, de meest genoemde reden voor een huisbezoek is (tabel 3.23). De aard van de achterliggende

ziekten (hetgeen er ook weer meer dan een tegelijk kan zijn) is in tabel 3.24 weergegeven.

Tabel 3.24 Achterliggende ziekte(n) van patiënten van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in procenten (alle patiënten N=3315)*

achterliggende ziekte	%
aandoeningen van het bewegingsapparaat	20,4
neurologische aandoeningen	12,2
diabetes	14,9
CARA	6,1
kanker	12,6
hersenvloeding, herseninfarct (CVA)	9,6
andere hart- en vaatziekten	17,2
dementie (incl. Alzheimer)	6,6
lichamelijke handicap	6,7
overige:	
- psychische stoornissen	3,5
- urogenitale aandoeningen	3,1
- huiddefecten	3,3
- maag-darmkanaal	2,0
- rest	6,7
geen achterliggende ziekte	13,5

* Er kunnen meerdere achterliggende ziekten tegelijk aanwezig zijn.
Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990.

Bij de achterliggende ziekten komen we alle belangrijke chronische ziekten tegen die zich ofwel op oudere leeftijd manifesteren of die met het ouder worden ingrijpender gevolgen hebben. De meest frequent voorkomende achterliggende ziekte bij patiënten die door de wijkverpleging thuis bezocht worden, zijn aandoeningen van het bewegingsapparaat, in de praktijk veelal reuma. In volgorde van afnemende frequentie zien we verder andere hart- en vaatziekten dan CVA, diabetes, kanker en neurologische aandoeningen (waaronder multiple sclerose en ziekte van Parkinson). In een (beperkt) aantal gevallen is er geen sprake van een achterliggende ziekte, maar is er om een andere reden een zorgbehoefte (bijvoorbeeld ouderdom).

Een verschijnsel dat reeds eerder in deze achtergrondstudie geconstateerd is bij het probleemaanbod in de huisartspraktijk, is dat chronische ziekten vaak niet alleen komen. Bijna dertig procent van de patiënten die door wijkverpleegkundigen thuis bezocht worden, blijkt meerdere achterliggende ziekten te hebben.

Gezien dit probleemaanbod is het niet vreemd dat - afgezien van de contacten rond geboorte en in de peuter- en kleuterleeftijd - het percentage mensen dat in zorg is bij de wijkverpleging met het ouder worden zeer snel stijgt en wel tot 45% van de zelfstandig wonenden van tachtig jaar en ouder.

Tabel 3.25 Aantal cliënten in zorg (individuele contacten wijkverpleging, exclusief groeps- en consultatiebureau-activiteiten) per 100 inwoners in 1988.

leeftijd	in zorg per 100 inwoners
0 - 4	41,1
5 - 19	0,4
20 - 39	1,4
40 - 59	1,3
60 - 69	5,5
70 - 79	16,9
80 en ouder	45,4

Bron: NK, 1990.

De leeftijdsverdeling van de thuis bezochte patiënten laat hetzelfde beeld zien.

Tabel 3.26 Leeftijdsverdeling van de patiënten van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in procenten (alle patiënten N=3315)

leeftijd	%
0 - 4 jaar	0,3
5 - 19 jaar	0,8
20 - 39 jaar	3,1
40 - 59 jaar	9,3
60 - 69 jaar	14,6
70 - 79 jaar	30,8
80 jaar of ouder	41,1
Totaal	100

Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990.

Van de patiënten die thuis bezocht worden is twee derde vrouw en een derde man. Deze verdeling hangt uiteraard samen met het feit dat de patiënten in zorg voor het grootste deel oud tot zeer oud zijn. Ditzelfde is ook de verklaring voor het feit dat een groot gedeelte, 38%, van de mensen in zorg alleenstaand is. Zo'n twintig procent kan ook geen beroep doen op mantelzorg.

3.5.2 De hulpverlening door wijkverpleegkundigen

In het onderzoek van Vorst-Thijssen e.a. (1990) waarop we ons in deze paragraaf baseren, zijn de zorgactiviteiten van wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden in acht groepen ingedeeld. De mate waarin deze zorgactiviteiten zijn uitgevoerd, is geregistreerd in bijna 13.000 huisbezoeken. De frequentie waarmee de zorgactiviteiten zijn uitgevoerd, is in tabel 3.27 weergegeven.

Tabel 3.27 Percentage van de huisbezoeken waarin handelingen zijn verricht binnen een bepaalde zorgcategorie door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (totaal aantal huisbezoeken 12.847)

	% van de huisbezoeken
lichamelijk hygiënische zorg	62,3
huishoudelijke activiteiten	23,7
verpleegtechnische handelingen	73,7
voorlichting geven	29,3
stimuleren tot en helpen bij therapie	20,6
psycho-sociale activiteiten	26,1
hulp aan mantelzorg	26,8
observeren	15,1
sociale en administratieve activiteiten	64,3

Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990.

In de eerste plaats blijkt, dat per huisbezoek activiteiten uit meerdere zorgcategorieën zijn uitgevoerd. Verder blijkt dat verpleegtechnische activiteiten het vaakst voorkomen, gevolgd door activiteiten uit de categorieën lichamelijk-hygiënische zorg en sociale en administratieve handelingen. Van deze drie categorieën zullen we hieronder een nadere detaillering laten zien.

We beginnen met de verpleegtechnische handelingen (zie tabel 3.28). De meest frequent uitgevoerde handelingen zijn poederen of zalf aanbrengen en decubitus voorkomen of verzorgen. Binnen de categorie lichamelijk-hygiënische zorg (zie tabel 3.29) waarin de ADL-ondersteunende activiteiten een plaats hebben, zijn de meest voorkomende activiteiten wassen en aan- en uitkleden. In tabel 3.30 tenslotte zijn de sociale en administratieve handelingen verder uitgesplitst.

Tabel 3.28 Percentage van de huisbezoeken waarin verpleeg-technische handelingen zijn verricht (N= 12.847)

	% van de huisbezoeken
catheteriseren/catheter, UP, AP verzorgen	10,7
wond verzorgen	16,6
decubitus voorkomen/verzorgen	25,4
poederen/zalf aanbrengen	28,9
injectie geven	13,6
medicijnen toedienen	10,0
bed opmaken	9,6
temperatuur/pols/wegen	2,1
overige verpleegtechnische handelingen	15,9

Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990.

Tabel 3.29 Percentage van de huisbezoeken waarin lichamelijk hygiënische zorg is verleend (N=12.847)

	% van de huisbezoeken
wassen	47,3
haar wassen/verzorgen	20,9
hand- en voetverzorging	10,1
aan- en uitkleden	44,8
prothese/steunkousen aandoen	10,6
verplaatsen patiënt	22,6
op postoeel/naar toilet helpen	6,6
stimuleren zelfzorg	12,7
andere ADL-handelingen	3,8

Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990.

Tabel 3.30 Percentage van de huisbezoeken waarin sociale en administratieve handelingen zijn verricht (N=12.847)

	% van de huisbezoeken
praatje maken	48,4
informereren naar toestand patiënt of naar wat moet worden gedaan	38,8
afspraak maken	14,2
administratieve werkzaamheden	11,3

Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990.

De verbinding tussen het probleemaanbod van patiënten en de handelingen van hulpverleners kan gelegd worden door de geleverde zorg te bekijken per categorie van de eerder onderscheiden achterliggende ziekten.

We zullen hier slechts enkele verschillen in de aard van de geleverde zorg tussen de achterliggende ziekten aanstippen. Lichamelijk-hygiënische zorg komt relatief veel voor bij CVA-patiënten, bij dementerende patiënten en bij patiënten met aandoeningen van het bewegingsapparaat en met neurologische aandoeningen. Verpleegtechnische handelingen worden relatief vaak uitgevoerd bij diabetespatiënten (insuline-injecties), bij kankerpatiënten en bij patiënten met hart- en vaataandoeningen en lichamelijke handicaps. Het feit dat dementie vaak een zware last op de schouders van de mantelzorg legt komt naar voren uit het feit dat hulp aan de mantelzorg het vaakst gegeven wordt bij huisbezoeken aan dementerende patiënten. Daarnaast vindt hulp aan de mantelzorg vaak plaats bij CVA- en kankerpatiënten.

Tabel 3.31 De ontvangen zorg per achterliggende ziekte in procenten voor alle patiënten

	aand. bew.app. N=672	neurolog. aand. N=405	diabetes N=493	CARA N=202	kanker N=417	hersensbl. hersensinf. N=319
lichamelijke-hygiënische zorg	75,0	74,1	27,6	67,3	55,2	79,9
huishoudelijke activiteiten	31,5	27,9	12,0	29,7	21,1	30,1
verpleegtechn. handelingen	57,9	67,4	81,7	57,9	71,2	62,7
voorlichting geven	44,5	37,5	33,7	54,0	48,0	37,9
stimulatie/hulp bij therapie	33,0	25,4	29,6	35,1	29,0	31,0
psychosociale activiteiten	41,2	33,6	23,5	42,6	49,4	35,4
hulp aan mantelzorg	27,5	37,8	22,7	39,1	43,4	43,6
handelingen n.a.v. observeren	19,5	16,0	15,2	28,7	24,9	18,8
sociale en adm. activiteiten	71,1	70,1	68,2	77,2	72,4	74,0

vervolg:

	hart-vaat overig N=569	dementie (incl. Alzheimer) N=219	lichem. handicap N=219	geen achterl. ziekte N=445	overige N=544
lichamelijke-hygiënische zorg	54,1	76,3	64,4	47,6	50,7
huishoudelijke activiteiten	20,9	44,7	24,7	18,0	19,4
verpleegtechn. handelingen	70,1	56,6	70,3	27,0	67,7
voorlichting geven	48,2	22,4	45,7	32,4	41,9
stimulatie/hulp bij therapie	33,2	17,8	32,9	21,8	31,0
psychosociale activiteiten	35,3	25,1	42,9	50,8	40,0
hulp aan mantelzorg	31,5	48,9	32,9	20,7	30,1
handelingen n.a.v. observeren	20,7	18,7	23,3	14,6	19,2
sociale en adm. activiteiten	72,9	64,8	73,1	65,8	69,4

Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990.

Een belangrijke vraag is of mensen in de praktijk de zorg krijgen waaraan ze behoefte hebben of dat er discrepanties bestaan tussen zorgbehoefte en geleverde zorg. We gaan hiervoor opnieuw te rade bij het kleinschalige onderzoek van Verhaak e.a. (1985). Het blijkt dat alleen op het gebied van behoeften met betrekking tot lichamelijk functioneren meer professionele zorg ontvangen is dan er behoeften geuit zijn. In een aantal behoeften is in minder dan de helft van de gevallen door professionele hulpverlening voldaan. Dit geldt voor de *overname* van zorg bij ADL, het verkrijgen van hulpmiddelen en het gebruik van voorzieningen, *hulp of ondersteuning* bij lichaamsverzorging, het huishouden, problemen in het contact met anderen en bij verwerking van de ziekte, en bij vrijetijdsproblemen, en ten slotte voor *bemiddeling, advies en verwijzing* bij het krijgen van aanpassingen en bij vrijetijdsproblemen. Dit wil niet zeggen dat men in deze gevallen geen hulp verkregen heeft; een belangrijk deel van de hulpbehoeften wordt opgevangen door de mantelzorg. Waar mantelzorg niet of in mindere mate aanwezig is, wordt meer hulp door professionele hulpverleners gegeven, maar blijven ook meer hulpbehoeften onvervuld. Een steeds terugkerend element in de gesprekken met patiënten was de behoefte aan huishoudelijke zorg (Verhaak e.a., 1985). Bij de beschrijving van de zorgactiviteiten van de wijkverpleging zagen we dat in ongeveer een derde van de huisbezoeken (ook) huishoudelijke activiteiten verricht worden. De integratie van kruiswerk en gezinsverzorging zou de voorwaarden kunnen scheppen voor een betere afstemming van zorgbehoefte en zorgaanbod op dit gebied.

Eén aspect van het zorgaanbod van het kruiswerk is nog niet aan de orde geweest: de uitleen van verplegingsartikelen en hulpmiddelen. Dit lijkt een belangrijke voorwaarde te zijn voor efficiënte thuiszorg. De Nationale Kruisvereniging constateert een toenemende vraag naar wat men noemt kostbare verplegingsartikelen, zoals elektrische hooglaagbedden. Het verschil met de technologisch intensieve ziekenhuisverpleging blijkt al uit de definitie van kostbare verplegingsartikelen; dit zijn alle artikelen waarvan de aanschafprijs hoger dan f 250,- is. Een overzicht van de in 1988 beschikbare kostbare verplegingsartikelen wordt in tabel 3.32 gegeven.

Tabel 3.32 Beschikbaarheid van 'kostbare verplegingsartikelen' per 1-1-1988.

	aantal aanwezige exemplaren
ledikant (normaal)	5.550
hoog-laag ledikant (electrisch of hydraulisch)	2.731
mecabed (netbed)	58
anti-decubitus matras	2.027
rolstoel (volwassenen)	7.267
rolstoel (kinderen)	470
patiëntenlift	448
aangepaste stoel	353
toiletstoel	8.282
douchestoel	1.392
hometrainer	398
afzuigapparaat	39
bedcarrier	959
kinderledikant	26
flotation pad	238
anti-decubitus kussen	133

Bron: NK, 1990.

3.5.3 Afsluiting

Bij de zorg thuis voor veelal bejaarde en chronisch zieke patiënten speelt de wijkverpleging een belangrijke rol; van de zelfstandig wonende hoog bejaarden (tachtig jaar en ouder) is nagenoeg de helft 'in zorg' van de wijkverpleging. Het samenspel met de mantelzorg is een belangrijke voorwaarde voor thuiszorg (zie ook de zorgstudie, beschreven in achtergronddocument C). De wijkverpleging heeft daarbij ook een taak op het gebied van de professionele ondersteuning van de mantelzorg.

Patiënten die door de wijkverpleging thuis bezocht worden, hebben veelal te kampen met (de gevolgen van) chronische ziekten en de daaruit voortkomende tekorten in het vermogen tot zelfzorg. De achterliggende ziekte is de meest voorkomende reden tot huisbezoek van de wijkverpleging. Van deze ziekten zullen we reuma, CARA, kanker en dementie ook in de zorgstudie weer tegen komen.

Gezien het feit dat de wijkverpleging een belangrijk deel van haar werk bij de patiënten thuis verricht, is het van belang dat op uitvoerend niveau met kleine verzorgingsgebieden gewerkt wordt. Op dat niveau kan ook de aansluiting met de huisartsenzorg geregeld worden. Op organisatorisch niveau is er een tendens tot schaal-

vergroting; deze zou eigenlijk moeten aansluiten op de verzorgingsgebieden van verpleeg- en ziekenhuizen (naast de huisarts vaak initiatiefnemers voor het inschakelen van de wijkverpleging). Op beide niveau's speelt het probleem van de afstemming van werkgebieden (verg. De Bakker, 1988; Kersten & Hackenitz, 1991).

3.6 Gezinsverzorging

Met de verschuiving in beleidsnota's van eerstelijnsgezondheidszorg naar eerstelijnszorg (WVC, 1983) wordt de gezinsverzorging als een van de vier kerndisciplines van de eerste lijn beschouwd. De gezinsverzorging richt zich in zijn hulpaanbod niet op ziekte (de oorzaak van tekorten) maar op de gevolgen ervan voor het gezin. Het doel is het opheffen van tekorten in gezinnen met betrekking tot binnen huishoudens te verrichten taken, veroorzaakt door gehele of gedeeltelijke uitschakeling van een van de gezinsleden (daarbij kunnen huishoudens uiteraard ook uit slechts één persoon bestaan). Oorzaak van uitschakeling kan zijn tijdelijke ziekte, al of niet gepaard gaande met opname, chronische ziekte, maar vooral verminderde zelfredzaamheid met het ouder worden. Met name bij de laatste groepen, chronisch zieken en ouderen, kan de gezinsverzorging zelfstandig wonen bevorderen door uitstel van opname of overbrugging van een wachtlijd voor opname in verzorgings- of verpleeghuis.

De gezinsverzorging is georganiseerd in instellingen voor gezinsverzorging die in de loop van de tijd door ontzuiling en fusies meer en meer regionaal zijn gaan werken. Mede onder invloed van de opnemings van de gezinsverzorging in de AWBZ in 1989 is er een tendens naar toenemende samenwerking en integratie met het Kruiswerk. Op den duur kan deze ontwikkeling leiden tot harmonisering van de financiering en indicatiestelling.

De instellingen voor gezinsverzorging hebben deels personeel in dienst, deels bemiddelen zij bij de inschakeling van zogenaamde alpha-hulpen. Qua omvang van het hulpaanbod is de gezinsverzorging de grootste discipline in de eerste lijn. De hulp wordt verleend door medewerkers van verschillende deskundigheidsniveau's: leidinggevenden op HBO-niveau die vooral belast zijn met de intake en indicatiestelling, gespecialiseerde gezinsverzorgenden, gezins- en bejaarden verzorgenden, gezins- en bejaarden helpenden en alpha-hulpen. Idealiter is het deskundigheidsniveau dat ingezet wordt,

afhankelijk van de benodigde hulp; in de praktijk wordt dat echter sterk beperkt door de personeelsmogelijkheden van de instellingen.

De gezinsverzorging is een rechtstreeks toegankelijke discipline die zijn werk doet bij de mensen thuis. Voor een belangrijk deel wordt de gezinsverzorging ingeschakeld op instigatie van de huisarts.

3.6.1 Het probleemaanbod

De reden om hulp te vragen van de gezinsverzorging is vooral geconcentreerd in verminderde zelfredzaamheid als gevolg van ouderdom en/of chronische ziekte. Een overzicht uit het cliëntenonderzoek gezinsverzorging dat het CBS in 1980 heeft uitgevoerd (CBS, 1985) laat dat zien.

Tabel 3.33 Redenen voor hulpvraag van cliënten van de gezinsverzorging in procenten (per cliënt zijn combinaties van redenen mogelijk)

reden voor hulpvraag	%
kortstondige ziekte	6
langdurige ziekte	40
lichamelijke handicap	24
zwangerschap/bevalling	1
psychische redenen	12
ouderdom	63
echscheiding/verlating/overlijden	5
andere redenen	3

Bron: CBS, 1985.

Het percentage van de bevolking dat gebruik maakt van de gezinsverzorging is, net zoals bij de wijkverpleging, gemiddeld genomen laag (zie ook de trendstudie), maar neemt met het stijgen van de leeftijd sterk toe tot zo'n 15% van de zelfstandig wonenden van 80 jaar en ouder (Huijsman & Dolmans, 1990). Van de cliënten van de gezinsverzorging is in 1980 meer dan 60% ouder dan 65 jaar (CBS, 1985). Uit het landelijk overzicht van 1989 van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (1990) blijkt dat bijna 80% van de cliënten die traditionele hulp ontvangen en bijna 90% van de cliënten die alpha-hulp krijgen, 65 jaar of ouder is. Van de bejaarde cliënten is bijna twee derde verweuwd.

Over de aard van de ervaren tekorten van cliënten of cliënt-systemen is niet zoveel bekend. De reden voor de hulpvraag, zoals in tabel 3.33 is weergegeven (in andere onderzoeken worden andere indelingen gegeven, maar die ontkopen elkaar niet zoveel), geeft daar geen duidelijk inzicht in. In een wat ouder onderzoek (Coolen, 1982) is gekeken naar het voorkomen van ADL en HDL problemen in een populatie zelfstandig wonende bejaarden in relatie tot het gebruik van gezinsverzorging. Daaruit komt naar voren dat het gebruik van gezinsverzorging hoger is bij meer HDL problemen (de problemen met huishoudelijke activiteiten) in combinatie met relatief lichte ADL problemen en mobiliteitsbeperkingen. Dit duidt erop dat als de tekorten van de cliënt of het cliëntsysteem op een breder terrein liggen en de specifieke taakstelling van de gezinsverzorging overstijgen, de gezinsverzorging alléén de hulpverlening moeilijk kan blijven uitvoeren. Een nauwere samenwerking met het kruiswerk zou hier mogelijk een oplossing kunnen zijn.

3.6.2 De hulpverlening door de gezinsverzorging

Hulpverlening door de gezinsverzorging komt tot stand nadat de aard en omvang van de benodigde hulp vastgesteld is. De indicatie vindt plaats volgens een uniform, landelijk systeem. Het zorgaanbod omvat huishoudelijk verzorgende taken, verzorgende hulp, begeleidende of sociale hulp en bijzondere taken. In nagenoeg alle gevallen (99% in het cliënten-onderzoek van het CBS) wordt huishoudelijke hulp geïndiceerd. Uitsluitend huishoudelijke hulp wordt in ruim 40% van de gevallen geïndiceerd; in de andere gevallen zijn het combinaties.

Een idee van de mate waarin het hulpaanbod aansluit bij de hulpbehoefte, wordt verkregen door de geïndiceerde hulp te vergelijken met de feitelijk ontvangen hulp. Uit het CBS cliënten-onderzoek blijkt dat er in de praktijk vaak hulp verleend wordt op een lager deskundigheidsniveau dan geïndiceerd was; er wordt vooral meer hulp door ongediplomeerde helpenden gegeven. Wat betreft het geïndiceerde en ontvangen aantal uren hulp, blijkt dat bij huishoudens met een relatief laag aantal geïndiceerde uren vaker wat meer uren zorg ontvangen wordt dan geïndiceerd was, terwijl bij huishoudens met een relatief hoog aantal geïndiceerde uren eerder minder zorg ontvangen wordt dan geïndiceerd was. Verder blijkt dat het

hulpaanbod breder is (naast huishoudelijke hulp ook andere soorten hulp) bij een grotere behoefte aan hulp.

Doordat in veel gevallen de reden voor de hulpvraag (al of niet in combinatie met andere redenen) ouderdom is, is het niet verbazingwekkend dat de periode waarin hulp verstrekt wordt, erg lang kan zijn. Ouderdom gaat niet over. Hoe ouder de cliënt is, des te langer is de periode waarover hulp verleend wordt. Vooral bij alleenstaande bejaarden kan de periode erg lang zijn.

Meer nog dan bij andere vormen van eerstelijns hulpverlening is bij een bespreking van de gezinsverzorging de informele hulp van belang. In het gros van de gevallen waarin door gehele of gedeeltelijke uitschakeling van een van de gezinsleden tekorten worden ervaren, worden die opgevangen door informele hulp (verg. Kwekkeboom, 1990, p.82 e.v.). Naarmate de hulpbehoefte groter is, wordt het aandeel van de professionele hulpverleners groter. Combinaties van informele hulp en professionele gezinsverzorging komen volgens Kwekkeboom maar weinig voor. Uit het onderzoek van Coolen (1982) onder bejaarden blijkt dat in de normale situatie de aanwezigheid van gezinsverzorging samen valt met relatief weinig informele hulp, maar dat er in bijzondere situaties, zoals bij ziekte, wel een samenspel is van informele hulp en gezinsverzorging.

Het cliënten-onderzoek van het CBS laat zien dat een vijfde van de cliënten ook andere hulp ontvangt, met name van vrijwilligers, maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen. In die gevallen waarin ook andere hulp ontvangen wordt, is dat in 60% van de gevallen wijkverpleegkundige hulp. In het laatste hoofdstuk van deze achtergrondstudie wordt nader ingegaan op een karakterisering van de groepen patiënten die verschillende vormen van professionele hulp tegelijk ontvangen.

3.6.3 Afsluiting

Vooral bij bejaarden, chronisch zieken en/of gehandicapten, tezamen de grootste groep cliënten van de gezinsverzorging, kan de hulp van de gezinsverzorging ervoor zorgen dat mensen langer zelfstandig blijven wonen. Ook uitbreiding van het zorgaanbod tot 7 x 24 uur is daarop gericht. Het probleem is - dat werd al duidelijk uit de duur

van de zorgperiode waarop hierboven kort werd ingegaan - dat het hulpaanbod wel door moet gaan; staken van het hulpaanbod na verloop van tijd zou betekenen dat opname alsnog nodig is. Het gevolg is dat de hulpverlening verstopt raakt. De hulpverlening is geen kortdurende interventie, maar een onderhoudsdosis. Dit betekent ook dat de flexibiliteit van de instellingen om op korte termijn hulp ter beschikking te stellen in acute situaties of bij ontslag uit het ziekenhuis in gevaar kan komen.

3.7 Algemeen maatschappelijk werk

Het algemeen maatschappelijk werk richt zich op het hulp bieden bij tekorten in de maatschappelijke redzaamheid van personen. Die tekorten in de maatschappelijke redzaamheid kunnen zijn ontstaan als gevolg van ziekte, relatieproblematiek, verwerking van schokkende gebeurtenissen, het zichzelf onvoldoende zelfstandig kunnen handhaven omdat men onvoldoende kennis van regelingen, procedures en dergelijke bezit en/of omdat elementaire bestaansvoorwaarden ontbreken; kortom het Algemeen Maatschappelijk Werk biedt hulp in 'moeilijke tijden'. De formele taken van de Algemeen Maatschappelijk Werker worden door de toenmalige koepelorganisatie voor het maatschappelijk werk, Joint, als volgt omschreven (1983):

- *procesmatige hulpverlening*: het begeleiden en ondersteunen van cliënten bij psychosociale problemen en crisisinterventie;
- *informatie en advies*: wegwijs maken en adviseren van cliënten met betrekking tot regelingen en procedures op het terrein van huisvesting, inkomen, opleiding en arbeid;
- *bemiddeling en pleitbezorging*: belangenbehartiging van cliënten ten opzichte van organisaties en instituties;
- *verwijzing en consultatie*: cliënten doorverwijzen naar de juiste instantie en andere hulpverleners ondersteunen bij het uitvoeren van hun taak;
- *concrete dienstverlening*: het verrichten van handelingen in plaats van de cliënt (b.v. opstellen bezwaarschrift, invullen belastingformulier);
- *signaleren en entameren*: opsporen en kenbaar maken van knelpunten in de samenleving en zelfhulp stimuleren;
- *inschakelen en begeleiden van vrijwilligers*.

De aard van de taken van het Algemeen Maatschappelijk Werk (uiteenlopend van psychosociale begeleiding tot concrete hulp) leidt ertoe dat het maatschappelijk werk een tussenpositie inneemt tussen de gezondheidszorg en de welzijnssector. De mate waarin men ofwel op de gezondheidszorg of op de welzijnssector georiënteerd zou moeten zijn, is onderwerp van discussie binnen het maatschappelijk werk (Van der Laan, 1988; 1990). De ene stroming bepleit meer aandacht voor kortdurende concrete hulpverlening en de andere vindt dat het AMW vooral een eerste vangnet zou moeten vormen voor mensen met psycho-sociale problematiek (VIVAM, 1990a). Mede hierdoor is de taakafbakening van het Algemeen Maatschappelijk Werk allerminst duidelijk. Op het gebied van de welzijnszorg heeft men te maken met Gemeentelijke Sociale Diensten, Maatschappelijke Advies en Informatie-bureaus en categoriale hulpverlening. Op het gebied van de gezondheidszorg heeft men tenminste te maken met de huisarts, de wijkverpleging, de gezinsverzorging en de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Er waren in 1989 volgens de koepelorganisatie Vereniging van Instellingen Voor Algemeen Maatschappelijk werk (VIVAM) 2.000 formatieplaatsen uitvoerend maatschappelijk werkers; dat is één op 7.659 inwoners (VIVAM, 1990b). Het Algemeen Maatschappelijk Werk is vrij toegankelijk en kosteloos. Er waren in 1989 ruim 1250 bereikbaarheidspunten, dat is bijna één op 12.000 inwoners (VIVAM, 1990b). De bereikbaarheidspunten zijn op te delen in bureaus (in 1989: 723) en spreekuurpunten (in 1989: 530). In veel gevallen zijn instellingen voor maatschappelijk werk 7 x 24 uur bereikbaar.

De gebruikers van het maatschappelijk werk zijn geconcentreerd in de lagere inkomensgroepen. De hulp kan gericht zijn op specifieke bevolkingscategorieën, zoals etnische minderheden, ouderen, arbeidsongeschikten enzovoort.

Het algemeen maatschappelijk werk is in 1989 georganiseerd in 178 instellingen die voor een deel nog verzuild zijn. De instellingen worden gefinancierd door de gemeentelijke overheid. De hoogte van de subsidie kan daarmee van plaats tot plaats verschillen. Het feit dat een gemeente meer georiënteerd is op het welzijnsterrein dan op de gezondheidszorg, kan ertoe leiden dat het maatschappelijk werk

zich meer en meer in de richting van kortdurende, concrete hulpverlening gaat bewegen.

3.7.1 Het probleemaanbod

In 1989 had 2,9% van de Nederlandse bevolking contact met het Algemeen Maatschappelijk Werk (Engberts, 1990). Dankzij het feit dat eerst de Joint en nu de VIVAM een cliëntregistratie bijhoudt is het één en ander bekend over het probleemaanbod bij het maatschappelijk werk en de daarop geboden hulpverlening. In deze en de volgende paragraaf is dankbaar gebruik gemaakt van de resultaten van deze cliëntregistratie (VIVAM, 1990b).

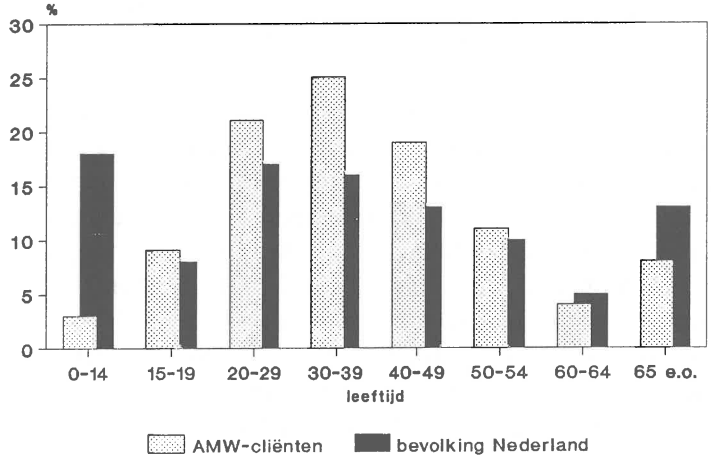
In het maatschappelijk werk wordt een onderscheid gemaakt tussen 'hulpeenheden' en 'korte contacten'. Onder een hulpeenheid wordt verstaan één of meer cliënten (bijvoorbeeld een gezin) die als eenheid hulp ontvangen gedurende meerdere contacten met een totale tijdsinvestering van minimaal één uur. Per formatieplaats vonden in 1989 114 hulpeenheden plaats (ofwel bijna 15 per 100.000 inwoners). Gezien over de laatste vijf jaar is het aantal hulpeenheden per formatieplaats licht gestegen. Naast hulpeenheden worden korte contacten onderscheiden. Dit zijn vormen van hulpverlening waarbij maar één contact plaatsvindt dat niet langer duurt dan één uur.

De contacten met het algemeen maatschappelijk werk komen in de meeste gevallen (56% in 1989) tot stand op initiatief van de cliënt. Van de contacten die plaats vonden op aandrang van anderen, vond de meerderheid (53%) plaats op aandrang van hulpverleners uit de lichamelijke gezondheidszorg. Meer dan de helft van de cliënten van het algemeen maatschappelijk werk is eerder in aanraking geweest met de geestelijke gezondheidszorg. Dat blijkt uit een onderzoek dat in 1990 in vier regio's werd uitgevoerd (Friele & Verhaak, 1991). Eenderde heeft al eerder met het AMW contact gehad en één op de vijf had eerder al contact met het RIAGG.

De cliënten van het algemeen maatschappelijk werk zijn in meerderheid van het vrouwelijk geslacht (58%). De cliënten zijn afkomstig uit alle leeftijdsgroepen (figuur 3.2), maar vergeleken met de Nederlandse bevolking als geheel zijn de midden-leeftijdsgroepen (20 tot 50 jaar) oververtegenwoordigd. De jongste en oudste leeftijdsgroep zijn het sterkst ondervertegenwoordigd.

Dat het algemeen maatschappelijk werk vooral hulp biedt aan personen uit de lagere inkomensgroepen blijkt wel uit het feit dat in 1989 49% van de cliënten voor wat betreft de hoofdbron van inkomsten afhankelijk was van een uitkering. Verder zijn alleenstaanden en eenoudergezinnen oververtegenwoordigd ten opzichte van 'volledige' gezinnen.

Figuur 3.2 Leeftijdsopbouw van AMW-cliënten in vergelijking met de Nederlandse bevolking in 1988



Bron: Engbertsen, 1990.

Cliënten van het algemeen maatschappelijk werk scoren extreem slecht op indicatoren van geestelijke gezondheid zoals de General Health Questionnaire en de BIOgrafische PRObleeminventarisatielijst (Friele & Verhaak, 1991). De gemiddelde GHQ-score van een AMW-cliënt bedraagt bij de intake 15 tegen een gemiddelde van 2 voor de doorsnee Nederlandse populatie (Foets & Van der Velden, 1991). Dit geeft aan dat het psychisch welbevinden van AMW-cliënten aanzienlijk minder is dan landelijk gemiddeld. Op de BIOPRO scores AMW-cliënten gemiddeld 6 items tegen een gemiddelde van 1,5 voor de Nederlandse populatie als geheel. Dit betekent dat bij AMW-cliënten veel sterker dan landelijk gemiddeld sprake is van een cumulatie van problemen.

Tabel 3.34 geeft een overzicht van de hulpvraag van cliënten van het algemeen maatschappelijk werk (Friele & Verhaak, 1991). Uit de

tabel blijkt dat relatieproblematiek en psychische problematiek de hoofdmoot van de hulpvraag aan het maatschappelijk werk vormen. Materiële problematiek speelt in 16% van de hulpvragen een rol. Bij relatieproblemen gaat het vooral om problemen in het gezin of met de familie en problemen tussen partners. Eenzaamheid speelt in vergelijking hiermee een minder belangrijke rol. Bij psychische problemen worden in bijna driekwart van de gevallen symptomen als onzekerheid, nervositeit en moeite met rouwverwerking genoemd. In de rest van de gevallen worden diagnostische labels als angst en depressies gepresenteerd of er is sprake van meervoudige psychische problematiek. Bij materiële problemen gaat het in de helft van de gevallen om de financiën. Verder spelen huisvestingsproblemen en de combinatie van relatieproblemen en materiële problemen een rol.

Tabel 3.34 De belangrijkste hulpvragen van cliënten van het algemeen maatschappelijk werk (waarmee een langduriger hulpverlenersrelatie bestaat)

	% van hulpeenheden
relatieproblemen	35
psychische problemen	35
materieel, huisvesting, werk	16
rest, w.o. somatiek	14

Bron: Friele & Verhaak, 1991.

3.7.2 De hulpverlening door het algemeen maatschappelijk werk

De door het maatschappelijk werk verleende hulp aan een bepaalde cliënt (of een cliëntsysteem) strekt zich over het algemeen over een langere tijdsperiode uit. De tijdsduur tussen intake en afsluiting van de hulpverlening belooft in bijna de helft van de gevallen meer dan drie maanden (tabel 3.35). Bijna 10% van de hulpeenheden duurt zelfs langer dan één jaar. Daarnaast zijn er natuurlijk nog wel de eenmalige kortdurende contacten.

Tabel 3.35 Duur van de hulpverlening van het algemeen maatschappelijk werk in 1989

	% van hulpeenheden
<1 maand	21
1 - 3 maanden	32
3 - 6 maanden	22
6 - 12 maanden	15
>12 maanden	9

Bron: VIVAM, 1990b.

Tabel 3.36 De overwegend geboden hulpvorm door de algemeen maatschappelijk werker in 1989

	% van hulpeenheden
begeleiding	53
informatie en advies	15
bemiddeling	13
concrete dienst	7
onderzoek	7
groepswork	4

Bron: VIVAM, 1990b.

De overwegend geboden hulpvorm is weergegeven in tabel 3.36. In meer dan de helft van de hulpeenheden (53%) is begeleiding de meest voorkomende vorm van hulpverlening. Hieronder wordt zowel begeleiding bij psychosociale problemen als crisisinterventie begrepen. Het geven van informatie (wegwijs maken in regelingen, procedures van diensten en voorzieningen) en advies (bij materiële problematiek) is in 15% van de hulpeenheden de meest voorkomende hulpverleningsmethode. Bemiddeling ten behoeve van de cliënt met organisaties en instituten, alsmede bemiddeling tussen personen (bijvoorbeeld een burencnflict of een omgangsregeling bij een echtscheiding) vormt in 13% van de hulpeenheden de hoofdmoot van het werk. Helpen bij het gebruikmaken van voorzieningen (verzorgen van aanvragen, opstellen van bezwaarschriften, meegaan met iemand naar een spreekuur en dergelijke), het verzorgen van voorzieningen die voor een cliënt nodig zijn, alsmede helpen bij budgetbeheer en/of schuldbemiddeling is in 7% van de gevallen de voornaamste activiteit. In 7% van de gevallen gaat het om het doen van onderzoek, waaronder het signaleren van knelpunten in de samenleving alsmede het opbouwen en stimuleren van zelfhulp. Het ondersteunen of begeleiden van vrijwilligersorganisatie of zelfhulpgroepen is in 4% van de gevallen de voornaamste activiteit. Boven-

staande percentageverdeling is een landelijk gemiddelde. Er zijn aanzienlijke regionale variaties. Sommige instellingen richten zich in sterke mate op concrete dienstverlening en informatie en advies, terwijl andere instellingen zich meer met psychosociale begeleiding bezighouden.

Van alle afgesloten hulpeenheden eindigt 15% met een doorverwijzing. In een derde van deze gevallen wordt naar hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg verwezen en 5% naar andere vormen van maatschappelijke dienstverlening. Voor de rest zijn de verwijzingen sterk gespreid. Ook hierin is de regionale variatie overigens aanzienlijk.

3.7.3 Afsluiting

Mensen die de hulp van het algemeen maatschappelijk werk inroepen hebben psychische problemen, problemen met hun partner of familie, financiële problemen en/of huisvestingsproblemen. De hulp die het Algemeen Maatschappelijk Werk aan deze mensen biedt is veelzijdig. Deze gaat van zeer concrete hulpactiviteiten als het invullen van een formulier tot langdurige hulpverlening bij psychische problematiek of belangenbehartiging voor mensen bij instanties.

Het maatschappelijk werk is georganiseerd op regionaal niveau en wordt gefinancierd op gemeentelijk niveau. Hierdoor treden er aanzienlijke regionale verschillen op in zorgaanbod en dienstverlening. De vraag is of er nu een betere aansluiting van het aanbod op de (lokale) zorgvraag is gerealiseerd of dat er juist discrepanties tussen vraag en aanbod zijn ontstaan, en daardoor ongelijkheid in aanspraken die potentiële cliënten kunnen laten gelden. Een belangrijke vraag met het oog op de consequenties van een terugtrekkende (rijks)overheid op het bredere terrein van de (eerstelijns)gezondheidszorg.

4 Samenhangen in de zorgverlening

4.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk is per discipline het probleemaanbod besproken en de daarop ondernomen activiteiten door hulpverleners. Relaties met andere disciplines kwamen aan de orde voor zover er sprake was van doorverwijzing van de ene discipline naar de andere en een enkele keer daar waar het ad hoc overleg over bepaalde patiënten betrof. In essentie ging het echter om de hulpverlening die de verschillende disciplines afzonderlijk bieden. Niet alle gezondheidsproblemen van thuiswonende mensen laten zich in een vakje plaatsen, dat door één discipline wordt bestreken. Met name chronisch zieke patiënten hebben vaak zowel tekorten op het gezondheidsvlak, als op het vlak van de psychosociale redzaamheid en de redzaamheid met betrekking tot het dagelijks functioneren. Zij hebben daardoor in een bepaalde periode de hulp van meerdere disciplines nodig. Dat, om dit goed te doen, afstemming en samenwerking een belangrijke voorwaarde is ligt voor de hand, maar in de praktijk van de hulpverlening is dat vaak moeilijk te realiseren (zie ook achtergronddocument C over complexe thuiszorg). Elke discipline kent immers een eigen organisatie, met eigen werkgebieden, een eigen cultuur en een eigen financieringswijze. Verder hebben we in de eerdere hoofdstukken gezien dat de taakafbakening tussen de verschillende disciplines in veel gevallen allerminst helder is.

Het gebrek aan samenhang in de zorg voor mensen thuis wordt daarom allergeen gezien als een belangrijk knelpunt. Het zoeken van oplossingen voor dit knelpunt vormt de rode draad in de pogingen tot zorgvernieuwing van de afgelopen jaren (zie achtergronddocument D, hoofdstuk 5). Een oplossing voor dit knelpunt dat sinds de jaren zeventig ingang heeft gevonden is de oprichting van gezondheidscentra. Hulpverleners van verschillende disciplines worden ondergebracht in een gestructureerd samenwerkingsverband vanuit een gemeenschappelijke huisvesting, namelijk een gezondheidscentrum.

trum. De vorming van gezondheidscentra is door de overheid gestimuleerd. Een minder gestructureerde vorm van samenwerking is het home-team. Huisarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker en eventueel andere disciplines overleggen in dit team regelmatig over gemeenschappelijke patiënten. Een gemeenschappelijke huisvesting ontbreekt hier echter.

Dit hoofdstuk gaat over de samenhang in de zorgverlening. Eerst wordt de disciplinegrensoverschrijdende hulpvraag beschreven in paragraaf 4.2. Vervolgens zal in paragraaf 4.3 worden ingegaan op het multidisciplinair aanbod van hulpverleners.

4.2 Het probleemaanbod dat een multidisciplinaire aanpak vereist

In deze paragraaf zal de omvang van het multidisciplinaire probleemaanbod in beeld worden gebracht en zal worden aangegeven om wat voor patiënten het daarbij gaat. Het in beeld brengen van het multidisciplinaire probleemaanbod is echter minder eenvoudig dan bij de afzonderlijke disciplines zoals in het vorige hoofdstuk. Er is niet zoiets als een loket waar men terecht kan met gezondheidsproblemen die om een multidisciplinaire aanpak vragen (of waarnaar men wordt verwezen). Het ontbreken van zo'n loket is immers één van de problemen in het huidige zorgsysteem. Men moet zich in dit geval tot hulpverleners van meerdere disciplines wenden. Een andere mogelijkheid is dat men met een gezondheidsprobleem bij één discipline terecht komt (over het algemeen de huisarts), waarna wordt doorverwezen naar andere disciplines voor zover de hulpvraag buiten het eigen taakgebied valt.

Om toch een indicatie te krijgen van de omvang en samenstelling van de groep personen met gezondheidsproblemen die de zorg van meerdere disciplines behoeven, is gebruik gemaakt van de patiënt-enquête uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (zie paragraaf 1.2). Voor deze exercitie zijn personen die in instellingen (met name verzorgingshuizen) verblijven buiten de analyse gehouden.

Twee benaderingen zijn gebruikt om de multidisciplinaire hulpvraag te laten zien: een benadering waarbij uitgegaan wordt van het

gebruik (paragraaf 4.2.1) en een benadering waarbij uitgegaan wordt van de behoefte (paragraaf 4.2.2).

Bij de benadering vanuit het gebruik vormt de in de enquête gestelde vraag of men het afgelopen jaar gebruik heeft gemaakt van de diensten van de huisarts, de specialist, de fysiotherapeut, de wijkverpleging, de gezinsverzorging en/of het Algemeen Maatschappelijk Werk het centrale gegeven. Daarmee kan het aantal patiënten met gezondheidsproblemen die hulp van meerdere disciplines gebruiken worden vastgesteld. Dit is de groep waarbij samenwerking en afstemming mogelijkwijs van belang zou kunnen zijn. Mogelijkerwijs, want als iemand binnen één jaar hulp gebruikt van meer dan één discipline, hoeft dat nog niet voor dezelfde problematiek te zijn. Bovendien kan de samenwerking zich in een aantal gevallen beperken tot een simpele doorverwijzing. De groep waarbij samenwerking werkelijk relevant is zal daarom een deelverzameling zijn van de op deze wijze onderscheiden groep. Om een scherper beeld te verkrijgen van de multidisciplinaire hulpvraag wordt daarom een tweede benadering gehanteerd uitgaande van de zorgbehoefte. Aangesloten wordt hierin bij achtergronddocument C (de 'zorgstudie') over de complexe thuiszorg voor chronisch zieken. Chronisch zieke patiënten worden in deze studie ingedeeld in zorgklassen op grond van hun zorgbehoefte afgemeten aan kenmerken als leeftijd, geslacht, samenwoningsvorm, subjectieve gezondheid en beperkingen in het dagelijks functioneren.

4.2.1 Het gebruik van multidisciplinaire zorg

De omvang van het multidisciplinair zorggebruik is weergegeven in tabel 4.1 en figuur 4.1. Tabel 4.1 laat zien dat 21% van de praktijkpopulatie van de huisarts in één jaar tijd geen contact heeft gehad met één van de onderscheiden disciplines en 39% met slechts één discipline. Bijgevolg heeft 40% contact met meer dan één discipline. De meeste van deze patiënten (driekwart van 40%) hebben contact gehad met twee disciplines. Dat mensen contact hebben gehad met meer dan drie disciplines komt betrekkelijk weinig voor.

De huisarts heeft veruit de meeste zorggebruikers, die alleen van zijn/haar zorg gebruik maken en niet ook van de zorg van hulpverleners uit andere disciplines. Van degenen die contact met de huisarts hebben gehad, heeft bijna de helft alleen contact gehad met de huisarts en niet ook met andere hulpverleners. De selectiefunctie

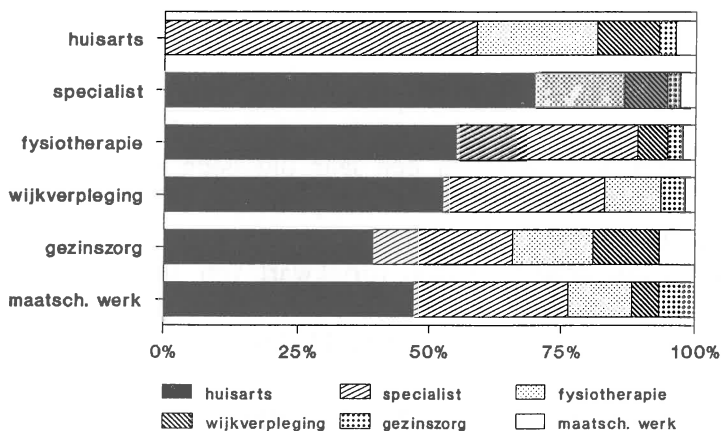
van de huisarts komt hieruit duidelijk naar voren. Bij de medisch specialist overwegen de patiënten die zorg van hulpverleners van twee disciplines gebruiken, dat wil zeggen van de specialist en van één andere hulpverlener. Bij de overige disciplines overwegen de multidisciplinaire zorggebruikers met in opgaande graad van multidisciplinariteit: fysiotherapeut, wijkverpleging, algemeen maatschappelijk werk en gezinsverzorging.

Tabel 4.1 De bevolking, respectievelijk zorggebruikers van verschillende disciplines naar aantal disciplines waarmee men het afgelopen jaar contact had

%	aantal disciplines waarmee contact					tot.	N
	0	1	2	3	≥4		
bevolking	21	39	29	9	2	100	12846
contact met huisarts	-	46	38	13	3	100	9547
contact met specialist	-	9	60	25	6	100	4516
contact met fysiotherapeut	-	3	37	48	12	100	1641
contact met wijkverpleging	-	8	37	37	18	100	894
contact met gezinsverzorging	-	8	21	30	41	100	252
contact met AMW	-	5	30	40	25	100	286

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Figuur 4.1 Verdeling van combinaties van bidisciplinair zorggebruik in één jaar per discipline



Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Figuur 4.1 laat zien welke combinaties van disciplines het meest frequent voorkomen. Voor de overzichtelijkheid beperken wij ons hier tot de combinaties van het zorggebruik van twee disciplines. De centrale positie van de huisarts komt hieruit duidelijk naar voren. Bij elke andere discipline komt de combinatie met de huisarts het meeste voor. Bij de huisarts zelf overweegt de combinatie met de medisch specialist. Daarop volgen fysiotherapie en wijkverpleging. De gebruikers van specialistische zorg zien in het geval dat zij contact hebben met andere disciplines meestal de huisarts (circa 70% van de combinaties), eveneens gevolgd door fysiotherapie en wijkverpleging. Bij de overige disciplines domineren de combinaties met de huisarts en de specialist. Dit geldt het sterkst voor fysiotherapie en het minst voor de gezinsverzorging. Het feit dat gebruikers van de gezinsverzorging van de meeste disciplines gebruik maken, weerspiegelt zich hier in een tamelijk grote spreiding in het aantal voorkomende combinaties van twee disciplines.

Tabel 4.2 Gezondheids- en sociaal-demografische kenmerken naar aantal disciplines waarvan men het afgelopen jaar gebruik heeft gemaakt

	aantal gebruikte disciplines			
	0	1	2	≥3
% leeftijd > 75 jaar	1,5	2,4	4,4	5,5
% alleenstaand	6,9	8,2	10,9	14,4
% gezondheid < goed	3,8	9,2	21,4	32,3
% 1 chronische aandoening*	6,8	10,3	20,0	23,8
% > 1 chronische aandoening*	0,9	2,5	7,0	10,0
% hulp bij ≥ 1 HDL/ADL-item**	3,0	4,8	10,5	22,1
gemiddelde GHQ-score**	1,0	1,6	2,2	3,4
gemiddelde BIOPRO-score**	1,0	1,3	1,6	2,1

* het gaat hier om ernstige chronische aandoeningen (zie tabel 1.2)

** personen < 20 jaar zijn hier buiten beschouwing gelaten

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Nadere informatie over de kenmerken van gebruikers van meerdere disciplines geven de tabellen 4.2 en 4.3. In vergelijking tot gebruikers van één of geen enkele discipline zien we in tabel 4.2 dat multi-disciplinaire zorggebruikers vaker ouder dan 75 jaar zijn, vaker alleenstaand, zich minder vaak gezond voelen, vaker leiden aan één of meer ernstige chronische aandoeningen, hoger scoren op een schaal voor psychisch onwelbevinden (de GHQ) en hoger scoren op een schaal die de cumulatie van psychosociale problemen meet (de BIOPRO). Ook ondervindt men aanzienlijk vaker beperkingen in het

dagelijks functioneren. Op een lijst met tien zogenoemde ADL/HDL-beperkingen geeft men vaker te kennen noodzakelijke dagelijkse activiteiten niet zonder hulp te kunnen verrichten. Bij de multidisciplinaire zorggebruikers zien we met andere woorden dat er sprake is van meerdere tekorten, zowel in de gezondheid als in de psychosociale redzaamheid.

Kenmerken van gebruikers van de meest voorkomende combinaties van zorg van twee disciplines zijn weergegeven in tabel 4.3. Ter vergelijking zijn de cijfers voor de bevolking als totaal gepresenteerd. We zien hier dat de gebruikers van de combinatie huisartsenzorg en gezinsverzorging duidelijk het meest ongezond zijn. Zij leiden het vaakst aan één of meer chronische aandoeningen, hebben vaker een minder goede ervaren gezondheid en hebben het vaakst hulp bij dagelijkse activiteiten nodig. Bovendien is in deze groep het percentage ouderen en alleenstaanden het hoogst en scoort men aanmerkelijk boven gemiddeld op de schalen voor psychisch onwelbevinden en cumulatie van psychosociale problemen. Op laatstgenoemde schalen scoort de combinatie huisarts/algemeen maatschappelijk werk het hoogst, wat tamelijk voor de hand ligt. Relatief het meest gezond zijn gebruikers van de combinaties huisarts/specialist en huisarts/fysiotherapeut. De overige combinaties nemen een tussenpositie in.

Tabel 4.3 Gezondheidskenmerken naar combinaties van twee disciplines waarvan gebruik wordt gemaakt

	combinatie van disciplines:							tot.bev.
	ha/sp	ha/fys	ha/wv	ha/gzz	ha/mw	sp/fys	sp/wv	
% leeftijd > 75 jaar	4,9	4,4	4,8	17,1	5,0	4,7	4,6	3,2
% alleenstaand	11,9	13,8	7,6	29,0	26,0	13,2	9,4	9,4
% gezondheid < goed	26,8	29,0	17,6	44,6	35,4	35,6	23,2	13,2
% 1 chronische aandoening*	22,9	21,9	16,2	26,3	24,8	25,2	20,5	13,9
% > 1 chronische aandoening*	9,0	8,1	5,7	18,9	8,0	13,1	7,8	4,3
% hulp ≥ 1 HDL/ADL-item**	14,6	11,2	21,3	46,7	17,9	21,9	24,5	8,3
gemiddelde GHQ-score**	2,6	2,5	3,0	4,6	6,9	3,0	3,2	1,9
gemiddelde BIOPRO-score**	1,7	1,8	1,6	2,6	4,2	1,8	1,6	1,4

ha = huisarts; sp = specialist; fys = fysiotherapeut; wv = wijkverpleging; gzz = gezinsverzorging; mw = maatschappelijk werker; tot.bev. = totale bevolking

* het gaat hier om ernstige chronische aandoeningen (zie tabel 1.2)

** personen < 20 jaar zijn hier buiten beschouwing gelaten

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

4.2.2 De behoefte aan multidisciplinaire zorg

Een tweede manier om inzicht te krijgen in de multidisciplinaire hulpvraag is door het in kaart brengen van de zorgbehoefte. In achtergronddocument C (complexe thuiszorg) wordt een typologie van chronisch zieke patiënten naar zorgbehoefte gemaakt. In een aantal stappen is geïnventariseerd welke zorg chronisch zieken in de thuissituatie zouden dienen te krijgen van de vier kerndisciplines in de eerste lijn alsmede de fysiotherapeut en de medisch specialist. Aan vertegenwoordigers van de verschillende disciplines is daartoe een aantal casusbeschrijvingen ofwel 'papieren patiënten' voorgelegd met de vraag welke zorg zij deze patiënten onder optimale omstandigheden zouden bieden. De beschrijving van de 'papieren patiënten' omvatte naast een diagnose de volgende kenmerken: leeftijd, sexe, alleen of samenwonend, gezondheidsbeleving en voor de niet medische disciplines een indicatie van zelfredzaamheid (ADL en HDL). De verwerking van de antwoorden van de beoordelaars resulteerde in een typologie van de zorgbehoefte van chronisch zieke patiënten op basis van het aantal tekorten in: gezondheid, zelfredzaamheid met betrekking tot ADL en HDL, psychosociale redzaamheid en mantelzorg. Uiteindelijk bleek de aard van de aandoening van ondergeschikt belang voor de mate waarin de patiënten op zorg van de verschillende hulpverleners aangewezen zijn. Het zijn vooral de andere tekorten die de zorgbehoefte bepalen. Verder bleek dat de verschillende typen patiënten zorg nodig hadden van meerdere disciplines. Er is dus sprake van een multidisciplinaire zorgbehoefte.

In deze paragraaf zullen de zorgklassen worden geoperationaliseerd op basis van de patiëntenquête van de Nationale Studie en zal worden nagegaan in hoeverre patiënten in deze categorieën inderdaad van meerdere disciplines zorg gebruiken. De gegevens over het voorkomen van chronische aandoeningen in de bevolking ontleen we aan de patiëntenquête van de Nationale Studie. Aan de respondenten werd een lijst van chronische aandoeningen voorgelegd met de vraag of men al dan niet aan een of meerdere aandoeningen lijdt. De verschillende aandoeningen zijn naderhand onderverdeeld in licht, matig en ernstig. Van personen die aangaven aan een of meer ernstige aandoeningen te lijden, wordt aangenomen dat zij tot de groep gerekend kunnen worden die behoefte heeft aan zorg van meerdere disciplines. De volgende aandoeningen zijn als ernstig aangemerkt:

- CARA (chronische bronchitis en astma);
- hart- en vaatziekten (hartklachten, vocht achter de longen);
- aderverkalking;
- gezwelvorming, kanker, leukemie;
- Parkinson, multiple sclerose, epilepsie;
- diabetes mellitus;
- chronische nierziekte, nierstenen;
- ernstige gevolgen van een ongeval;
- handicap door een erfelijke afwijking;
- reuma, artritis, artrose;

Voor de kwantificering van de zorgklassen, zoals die gehanteerd worden in het achtergronddocument Complexe Thuiszorg, beperken we ons tot personen van 20 jaar en ouder (N=9.541). Het is vanzelfsprekend dat de groep die op deze wijze afgebakend is niet homogeen is in de ziektelast en de zorgbehoefte. Ook zijn meer chronische aandoeningen genoemd dan in de zorgstudie gebruikt zijn. In vergelijking met de zorgstudie ontbreken in de patiëntenquête de patiënten met 'matige dementie' (hiernaar is niet gevraagd). We nemen aan dat personen die aan een of meer van de genoemde aandoeningen lijden in ieder geval potentieel voor zorg van meerdere disciplines in aanmerking komen.

De behoefte aan multidisciplinaire zorg wordt niet in de eerste plaats door het voorkomen van een specifieke aandoening bepaald, maar vooral door de mate waarin de aandoening beperkingen in het dagelijks functioneren met zich mee brengt. In de zorgstudie zijn deze beperkingen onderverdeeld in ADL en HDL, respectievelijk Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen en Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen. In de patiëntenquête zijn niet alle ADL en HDL beperkingen aan de respondenten voorgelegd. In plaats daarvan is de zogenaamde OECD indicator voor langdurige beperkingen gebruikt (Van Sonsbeek, 1988). Uit deze lijst van 24 vragen zijn die vragen gekozen die ook in de ADL en HDL schalen voorkomen. Deze bleken samen een goede schaal te vormen (Cronbachs alpha = 0.82). Voor deze gecombineerde HADL schaal is een onderverdeling in vijf categorieën gemaakt:

0 = alle activiteiten zonder moeite en zonder hulp

1 = moeite met 1 activiteit, wel alles kunnen zonder hulp

2 = moeite met 2 of meer activiteiten, wel alles kunnen zonder hulp

3 = 1 activiteit niet of alleen met hulp kunnen uitvoeren

4 = 2 of meer activiteiten niet of alleen met hulp kunnen uitvoeren

Deze onderverdeling komt overeen met de CBS-indeling voor ADL. De zorgstudie richt zich op de zorg voor personen die aan een ernstige chronische aandoening lijden en zorgafhankelijk zijn. Deze personen zijn naar gelang het aantal 'tekorten' in een bepaalde 'zorgklasse' ingedeeld. Het begrip zorgafhankelijk is niet eenvoudig in een getal uit te drukken. In ieder geval gaat het om mensen die met een of meer HADL activiteiten moeite hebben. Met de afname in zelfredzaamheid neemt de zorgafhankelijkheid toe. Voor de operationalisering van de zorgklassen is de volgende indeling aangehouden:

Zorgklasse 1 (6,3% van de respondenten): één of meer chronische aandoeningen, moeite met één of meer activiteiten uit de HADL schaal, wel alle activiteiten zonder hulp.

Zorgklasse 2 (2,3% van de respondenten): één of meer chronische aandoeningen, één activiteit uit de HADL schaal kan niet of alleen met hulp worden uitgevoerd.

Zorgklasse 3 (2,0% van de respondenten): één of meer chronische aandoeningen, twee of meer activiteiten uit de HADL schaal kunnen niet of alleen met hulp worden uitgevoerd.

Zorgklasse 4 (0,8% van de respondenten): gelijk aan zorgklasse 3 wat zelfredzaamheid en het voorkomen van chronische aandoeningen betreft. Daarbovenop zijn er nog andere tekorten: een minder goede subjectieve gezondheid en alleen een huishouden voeren. In de zorgklasse 4 gaat het verder alleen om personen van 55 jaar en ouder.

Buiten de indeling vallen dus mensen die geen (ernstige) chronisch aandoening hebben en/of niet zorgafhankelijk zijn, dat wil zeggen bij geen enkele activiteit uit de HADL-schaal hulp van anderen nodig hebben. In deze groep valt 88,6% van de respondenten.

Uit tabel 4.4 kunnen we de conclusie trekken dat bijna alle chronisch zieken met ADL beperkingen wel jaarlijks hun huisarts zien en veelal ook contact hebben met een specialist. De mate van zorgafhankelijkheid doet er in dat verband weinig toe. De toename van de zorgafhankelijkheid heeft wel tot gevolg dat meer personen wijkverpleging en gezinsverzorging krijgen. Toch heeft ook van de

meest zorgbehoefigen driekwart deel in het afgelopen jaar geen contact gehad met de wijkverpleging of de gezinsverzorging. De rol van het AMW is beperkt. De toename van de zorgbehoefte is op het gebruik van algemeen maatschappelijk werk van weinig invloed. In vergelijking met de 'papierpatiënten' uit de zorgstudie valt op dat de ADL- en HDL-zorg en sociale begeleiding in werkelijkheid veel minder vaak gegeven worden dan voor de 'papierpatiënten' wenselijk wordt geacht.

Tabel 4.4 Contact met hulpverleners in het afgelopen jaar per zorgklasse

	Zorgklasse:			
	1 (n=605)	2 (n=220)	3 (n=195)	4 (n=78)
huisarts	88 %	91 %	93 %	95 %
specialist	65 %	71 %	72 %	72 %
fysiotherapie	25 %	31 %	35 %	39 %
wijkverpleging	8 %	9 %	17 %	27 %
gezinsverzorging	5 %	11 %	16 %	27 %
AMW	4 %	6 %	6 %	9 %

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Tabel 4.5 Gemiddeld aantal contacten met huisarts, specialist en fysiotherapeut (mediaan aantal) voor personen uit de verschillende zorgklassen.

Zorgklasse 1	1,9 huisartscontacten per twee maanden (n=251) 1,7 specialistcontacten per twee maanden (n=154) 12 contacten met fysiotherapeut per jaar (n=100)
Zorgklasse 2	2,0 huisartscontacten per twee maanden (n=126) 1,9 specialistcontacten per twee maanden (n=80) 16 contacten met fysiotherapeut per jaar (n=61)
Zorgklasse 3	2,6 huisartscontacten per twee maanden (n=126) 2,1 specialistcontacten per twee maanden (n=86) 12 contacten met fysiotherapeut per jaar (n=52)
Zorgklasse 4	2,2 huisartscontacten per twee maanden (n=60) 2,1 specialistcontacten per twee maanden (n=31) 16 contacten met fysiotherapeut per jaar (n=21)

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Het percentage van de bevolking dat jaarlijks zorg ontvangt is slechts een aspect van het zorggebruik. Ook het aantal contacten is van belang. Met de gegevens uit de patiëntenquête kunnen we iets zeggen over het aantal contacten met de huisarts, specialist (poli klinisch) en fysiotherapeut. De contacten met de wijkverpleging

gezinsverzorging en maatschappelijk werk lijken niet erg betrouwbaar te zijn gemeten (er is een zeer grote spreiding bij een laag aantal personen dat 'in zorg' is) en worden hier buiten beschouwing gelaten. In tabel 4.5 geven we per zorgklasse een overzicht van het aantal contacten. Weergegeven wordt het gemiddelde (de mediaan voor fysiotherapie) aantal voor personen die één of meer contacten in de referentieperiode hebben gehad. De personen zonder contacten zijn dus buiten beschouwing gelaten.

Het is interessant om de gegevens uit de patiëntenquête te vergelijken met de zorgbehoefte onder optimale omstandigheden zoals dat in de zorgstudie is gebeurd. Hieruit blijkt dat de aantallen contacten voor huisarts en specialist niet dramatisch verschillen. De toename van de zorgafhankelijkheid leidt (voor patiënten met minstens een contact) niet tot een evenredige toename van het aantal contacten. De gegevens uit de patiëntenquête hebben we niet onderscheiden naar consulten en visites. Er wordt uitgegaan van de veronderstelling dat de patiënten een zorgafhankelijke episode doormaken en dus minstens één contact met een hulpverlener hebben. Ook gaan we ervan uit dat het aantal jaarlijkse contacten uit de zorgstudie omgerekend mag worden naar het aantal contacten in twee maanden. Helemaal zuiver is dat niet, omdat er meer kans bestaat dat een zorgepisode twee maanden duurt dan een jaar. In het jaar waarover de schatting is gemaakt, is dan een bepaalde periode zonder contacten. Dat lijkt een deel van de verklaring te kunnen bieden voor de verschillen tussen de zorgstudie en de patiëntenquête. De contacten met de fysiotherapeut worden in de zorgstudie hoger geschat dan in de patiëntenquête. Wanneer patiënten in een jaar een of meer contacten met een fysiotherapeut hebben dan lijkt de zorgafhankelijkheid geen grote invloed te hebben op het (mediane) aantal contacten.

In de zorgstudie wordt niet alleen aandacht besteed aan het aantal contacten maar ook aan het hebben van contact met meerdere zorgverleners. Uit de beoordeling van de 'papierene patiënten' door de panelleden komt het beeld naar voren dat aan patiënten uit elk van de onderscheiden zorgklassen meerdere functies tegelijkertijd aangeboden moeten worden. Dit zou dat betekenen dat, over hele jaar gezien, patiënten van meerdere hulpverleners zorg ontvangen. De gegevens over het huidige zorggebruik bevestigen dat beeld niet. Zo wordt door slechts een gering aantal patiënten (3% voor alle

zorgklassen en 10% voor zorgklassen 4) in hetzelfde jaar zowel van de gezinsverzorging als de wijkverpleging gebruik gemaakt. Van de 11% (voor alle zorgklassen) die gebruik maakt van de wijkverpleging maakt 27% in hetzelfde jaar ook gebruik van de gezinsverzorging. Omgekeerd gelden nagenoeg dezelfde percentages: van de 10% die jaarlijks gezinsverzorging krijgt, heeft 30% in hetzelfde jaar ook wijkverpleging ontvangen.

Eerder is er op gewezen dat nagenoeg alle zorgafhankelijke chronische patiënten (90%) jaarlijks een of meer contacten met de huisarts heeft. Het is daarom niet verwonderlijk dat de contacten met de andere genoemde hulpverleners gepaard gaan met een of meer contacten met de huisarts in hetzelfde jaar. Van de gebruikers van de disciplines medisch specialist, fysiotherapeut, wijkverpleging, gezinsverzorging en AMW heeft respectievelijk 94, 98, 95, 91 en 96% ook contact met de huisarts in hetzelfde jaar. De overlap in de contacten tussen de andere disciplines is beduidend geringer.

4.2.3 Afsluiting

Combineren we de gegevens uit de beide benaderingen dan blijkt aan de ene kant dat gebruikers van meerdere disciplines weliswaar vaker zorgafhankelijk en chronisch ziek zijn, maar dat dit lang niet voor alle multidisciplinaire zorggebruikers geldt. Wordt aan de andere kant uitgegaan van de groep chronisch zieke, zorgafhankelijke patiënten dan blijkt lang niet iedereen gebruik te maken van meerdere disciplines. Dit ondanks het feit dat in de zorgstudie voor deze categorie patiënten een multidisciplinaire zorgbehoefte is ingeschat. Met name blijkt dat de zorgafhankelijke chronisch zieken beduidend minder gebruik maken van wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk werk dan in de zorgstudie is voorzien.

Voor de verschillen tussen de zorg, gemeten aan 'papieren patiënten', en de zorg in de werkelijkheid kunnen we een aantal oorzaken noemen. Het is goed mogelijk dat een groot aantal zorgbehoeftige patiënten niet meer thuis woont of niet bij machte is om een enquête te woord te staan. Deze patiënten ontbreken dan in de patiënt-enquête. Alleen een selecte groep redelijk valide chronische patiënten heeft de enquête beantwoord. Ook kunnen de verschillen samenhangen met de wijze van vraagstelling in de zorgstudie. Daar werder

de beoordelaars immers uitgenodigd om de mate van zorg aan te geven zonder rekening te houden met capaciteitsproblemen en andere praktische bezwaren. Als het zo is dat de zorg toebedeeld aan de 'papieren patiënten' de mate van zorg aangeeft die noodzakelijk is om zorgbehoefte chronische patiënten thuis op te vangen, dan zou de realisering van deze extra thuiszorg in vergelijking met de huidige zorg een drastische uitbreiding van het zorggebruik betekenen voor met name wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk werk.

4.3 Het multidisciplinaire hulpaanbod

In deze paragraaf zal worden ingegaan op de ontwikkeling van het multidisciplinair hulpaanbod. De groei van het aantal gezondheidscentra en het aantal home-teams zal worden beschreven. Daarbij wordt ook ingegaan op de samenstelling van de teams. Gebruik wordt gemaakt van materiaal verzameld in het kader van het NIVEL-project Registratie en Onderzoek Samenwerkingsverbanden (Hessels, 1990a en b). Daarom zal eerst ingegaan worden op de achtergrond van het ontstaan van met name gezondheidscentra.

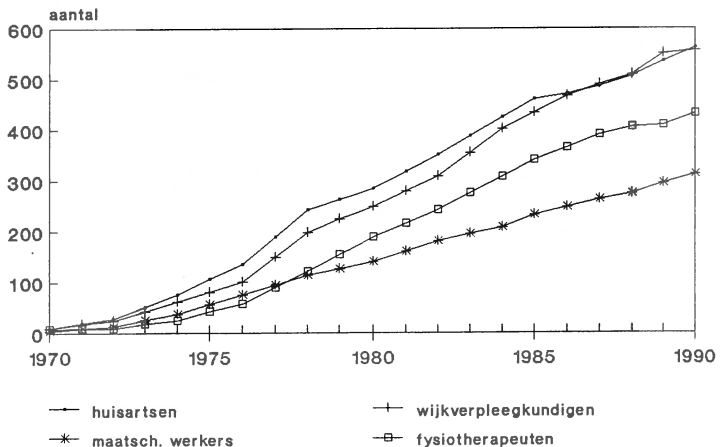
De gedachte dat minder beroep op de tweede lijn wordt gedaan als de eerste lijn haar taken op een adequate manier vervult, aangepast aan de zorgbehoefte van de patiënt, ligt ten grondslag aan substitutiebeleid door middel van versterking van de eerste lijn (Groenewegen & Sluijs, 1988). Het 'probleemoplossend vermogen' van de eerste lijn moet vergroot worden en één van de vormen waarin dat kan gebeuren is de multidisciplinaire samenwerking in gezondheidscentra. Gestructureerde samenwerking en korte lijnen tussen de kerndisciplines in de eerste lijn door gemeenschappelijke huisvesting zou ervoor kunnen zorgen dat problemen van mensen die niet door één discipline afzonderlijk opgelost kunnen worden, door multidisciplinaire zorgaanbod toch in de eerste lijn kunnen worden behandeld. In deze zin kunnen gezondheidscentra gezien worden als antwoord op het multidisciplinaire probleemaanbod dat in de vorige paragraaf besproken is.

Het aantal gezondheidscentra in Nederland is, uitgaand van de definitie dat tenminste één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werker een samenwerkingsverband vormen met

gemeenschappelijke huisvesting, sinds 1970 gegroeid van 3 naar 158 op 1 januari 1990. Naast de per definitie vertegenwoordigde disciplines is in 77% van de centra de fysiotherapie vertegenwoordigd. De gezinsverzorging was vertegenwoordigd in een minderheid van de centra, namelijk 32%. De disciplines verloskunde, wijkziekenverzorging en farmacie zijn nog vaker vertegenwoordigd. Medisch specialisten nemen doorgaans niet deel aan de Nederlandse gezondheidscentra, al zijn er experimenten met specialisten die op consultatieve basis bij centra zijn betrokken.

De groei van het aantal hulpverleners in de centra is weergegeven in figuur 4.2. We zien dat het aantal huisartsen en het aantal wijkverpleegkundigen het sterkst is gegroeid, gevolgd door de fysiotherapeuten en de maatschappelijk werkers. Sinds het midden van de jaren '70 is de groei tamelijk constant geweest met een lichte tendens naar afvlakking in de tweede helft van de jaren '80 (Boerma, 1989). De groei van het aantal hulpverleners is sterker geweest dan het aantal centra. Er tekent zich dus een lichte schaalvergroting af. Zo is het gemiddeld aantal huisartsen sinds 1979 gegroeid van 3,3 naar 3,6 in 1990 (wijkverpleging en maatschappelijk werk gingen respectievelijk van 2,7 naar 3,5 en van 1,5 naar 2,0). De tendens naar schaalvergroting komt ook tot uiting in het aanstellen van coördinatoren in een groot aantal centra.

Figuur 4.2 Hulpverleners in gezondheidscentra, 1970-1990 (absoluut aantal)

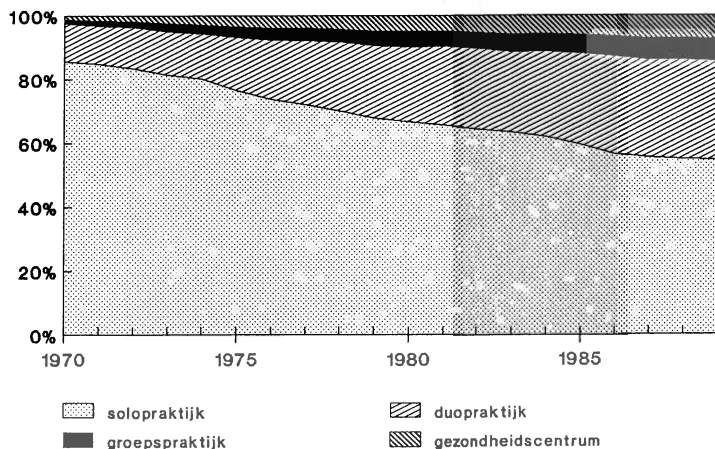


Bron: NIVEL, Registratie en Onderzoek Samenwerkingsverbanden.

De gestage groei van het aantal en de omvang van de gezondheidscentra in Nederland betekent nog niet dat zij kwantitatief gezien een belangrijke plaats in de eerste lijn innemen. Het percentage van alle huisartsen dat in gezondheidscentra werkt, bedroeg in 1990 8%. De ontwikkeling van dit percentage in de tijd is afgezet in figuur 4.3. We zien dat het percentage zeer langzaam is gestegen.

De spreiding van gezondheidscentra over Nederland is ongelijk. Gezondheidscentra zijn vooral gevestigd in nieuwbouwwijken van de grote steden, nieuwe steden als Almere, Lelystad en Zoetermeer en oude wijken van de grote steden waar in de jaren '70 een tekort aan huisartsen was. Zij zijn met andere woorden gerealiseerd op plaatsen waar een schoksgewijze uitbreiding van het aanbod aan eerstelijnsvoorzieningen mogelijk was. Gezondheidscentra zijn relatief weinig gerealiseerd door het samengaan van reeds bestaande voorzieningen.

Figuur 4.3 Zelfstandig gevestigde huisartsen naar praktijkvorm, 1970-1990



Bron: NIVEL, Registratie en Onderzoek Samenwerkingsverbanden.

Dat laatste geldt niet voor home-teams. Onder een home-team wordt hier verstaan een samenwerkingsverband met minimaal een huisarts, een wijkverpleegkundige en een maatschappelijk werker zonder gemeenschappelijke huisvesting, maar met geregeld overleg over patiënten op vaste tijdstippen. In 1989 waren er 459 van dergelijke home-teams. Daarnaast fungeerden er ook nog circa 160 teams waar wel sprake is van multidisciplinaire samenwerking maar die niet aan de criteria voor een home-team voldoen. Het aantal home-teams is sinds 1985 toegenomen van bijna 400 tot de genoemde 460. Het laatste jaar was er echter geen toename. Er tekent zich een vrij sterk verloop af in het aantal home-teams. Zo kwamen er in 1988 60 home-teams bij, maar verdwenen er ook 54. Naast de per definitie in het home-team vertegenwoordigde disciplines neemt de gezinsverzorging deel in 78% van de teams. Dat is veel vaker dan de fysiotherapie, die slechts in 17% van de teams vertegenwoordigd is.

De getalsmatige betekenis van de home-teams is veel groter dan die van de gezondheidscentra. In 1989 namen ruim 1550 huisartsen deel aan een home-team of een daarop gelijkende samenwerkingsverband. Dat is een kwart van de Nederlandse huisartsen. Daarnaast nemen 1431 wijkverpleegkundigen, 831 maatschappelijk werkers, 837 gezinsverzorgenden en 209 fysiotherapeuten deel. Andere deelnemende disciplines zijn soms ziekenverzorgenden, zielzorgers, gemeentelijke sociale diensten, RIAGG's en bejaardenwerk. Evenals de gezondheidscentra zijn de home-teams ongelijk over Nederland gespreid. Home-teams zijn oververtegenwoordigd in landelijke gebieden. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit dat de verschillende disciplines daar in veel sterkere mate voor dezelfde populatie werken. In stedelijke gebieden lopen de werkgebieden van de verschillende disciplines sterk door elkaar, waardoor gestructureerd overleg over gemeenschappelijke patiënten in feite onmogelijk wordt (zie ook achtergronddocument D).

5 Slotbeschouwing

In dit achtergronddocument is de 'zorg voor mensen thuis' beschreven. Deze beschrijving vormt het uitgangspunt van het scenario-project eerstelijnszorg en thuiszorg. We zijn deze beschrijving begonnen met de gezondheidsproblemen van de thuiswonende bevolking, gebaseerd op gegevens over een willekeurige steekproef uit de praktijkpopulatie van een aantal huisartspraktijken. Nagenoeg de hele Nederlandse bevolking is ingeschreven bij een huisarts en de grote meerderheid van die bevolking voelt zich gezond, ook al heeft men wel acute klachten, maar die leiden voor een belangrijk deel niet tot contacten met het gezondheidszorgsysteem. Als er wel aanleiding is tot contacten met het gezondheidszorgsysteem, is het eerste contact veelal met de huisarts. Dat plaatst de huisarts in een bijzondere positie. Hij/zij is verantwoordelijk voor een in principe gezonde populatie en het grootste deel van de gezondheidsproblemen waarvoor men de huisarts raadpleegt, wordt door de huisarts opgelost of gaat vanzelf over. Slechts bij een beperkt deel van de gezondheidsproblemen worden door de huisarts andere hulpverleners binnen de eerste lijn of in de tweede lijn ingeschakeld. Meer dan 90% van de gepresenteerde gezondheidsproblemen wordt door de huisarts behandeld. Daarmee heeft de huisarts een belangrijke 'selectie-functie' binnen de gezondheidszorg: meer gespecialiseerde zorg wordt pas ingeschakeld als dat door de huisarts nodig geacht wordt.

Dit gegeven is een belangrijk uitgangspunt bij de gedachtenvorming over de toekomstige organisatie van de eerstelijnszorg en thuiszorg. Ingewikkelde organisatorische vraagstukken doen zich niet voor bij het gros van de problemen die in de eerste lijn gepresenteerd worden en als er oplossingen gezocht worden voor organisatorische knelpunten, moet men zich afvragen in hoeverre die oplossingen interfereren met de gangbare werkwijze van de eerste lijn.

Als we kijken naar het probleemaanbod bij de andere eerstelijns-hulpverleners en bij de ambulante specialistische zorg (hetgeen in hoofdstuk 3 van dit achtergronddocument beschreven is), dan kan men stellen dat een groot deel van dit probleemaanbod via de huisarts is gelopen. Dit geldt het sterkst voor de ambulante specialistische zorg en de fysiotherapie die in principe pas na verwijzing door de huisarts (of een andere arts) toegankelijk zijn. Ook voor de andere beschreven disciplines geldt - hoewel zij in principe rechtstreeks toegankelijk zijn - dat een belangrijk deel van patiënten en cliënten op instigatie van de huisarts bij hen in zorg komt.

Pas bij deze 'geselecteerde groepen' uit de praktijkpopulatie komen problemen van samenhang, coördinatie en continuïteit van de zorg aan de orde. Samenhang, coördinatie en continuïteit komen pas in gevaar als de problemen van patiënten dermate complex zijn dat er tegelijkertijd zorg van meerdere hulpverleners nodig is, en als de lijnen van communicatie en overleg tussen de verschillende betrokken hulpverleners te lang of onderbroken zijn.

Als we kijken naar wat we in hoofdstuk 4 aangeduid hebben als het 'multidisciplinair probleemaanbod', dan blijkt dat de constante factor bij die patiënten die de zorg van verschillende hulpverleners gebruiken, de huisarts is. Nagenoeg alle patiënten die zorg ontvangen van meerdere hulpverleners tegelijk, bezoeken ook hun huisarts. De huisarts is als *persoon* degene die het benodigde overzicht voor het tot stand brengen van samenhang, coördinatie en continuïteit heeft; echter, als '*organisatie*' is de huisartspraktijk daartoe veel minder toegerust. Er zijn geen formele organisatorische lijnen met de andere disciplines en het werk van de huisarts is in principe reactief. Dit laatste punt, dat ook geconstateerd is in discussies over de rol van de huisartspraktijk in de preventie, hangt weer samen met waarmee we deze slotbeschouwing begonnen: de huisarts werkt voor een populatie die in principe gezond is en komt doorgaans pas in actie als mensen gezondheidsproblemen presenteren.

Pogingen om de lijnen tussen de huisartspraktijk en andere disciplines te versterken zijn ook aan de orde geweest in hoofdstuk 4. Als tegenhanger van het multidisciplinair probleemaanbod op het gebied van de zorgverlening zijn de gezondheidscentra en home-teams beschreven. De ontwikkeling van een multidisciplinair zorgaanbod in de eerste lijn kan gezien worden als een poging om het

probleemoplossend vermogen binnen de eerste lijn te vergroten. De organisatorisch meest hechte vorm, de gezondheidscentra, is nooit op grote schaal gerealiseerd. Als reactie daarop en op andere ontwikkelingen (met name de opname van wijkverpleging en gezinsverzorging in de AWBZ) lijkt er een tweedeling te ontstaan waarbij de organisatorische samenwerking binnen de eerste lijn zich concentreert op de as wijkverpleging-gezinsverzorging, terwijl de samenwerking 'tussen de lijnen' zich concentreert op de as huisarts-specialist. Deze parallelle ontwikkeling biedt mogelijk oplossingen voor een aantal problemen. Op de as wijkverpleging-gezinsverzorging kan een efficiëntere zorgverlening gerealiseerd worden doordat een groter aantal van deskundigheidsniveau's beschikbaar komt binnen één organisatorisch kader, waardoor betere afstemming van zorgaanbod op zorgbehoefte mogelijk wordt. Bij de beschrijving van het zorgaanbod door wijkverpleging en gezinsverzorging in hoofdstuk 3 is daar al aan gerefereerd. Versterking van de as huisarts-specialist kan de continuïteit van de medische behandeling in de eerste lijn en het ziekenhuis verbeteren. Enerzijds geldt dit voor chronisch zieke patiënten die afhankelijk van het ziekteproces soms gespecialiseerde zorg nodig hebben en soms algemene medische zorg en voor wie de 'selectiefunctie' van de huisarts minder relevant is dan voor dat grote deel van de praktijkpopulatie van huisartsen dat in principe gezond is. Anderzijds geldt dit ook voor de nazorg en nabehandeling van patiënten die uit het ziekenhuis ontslagen worden.

Echter, de problemen van samenhang, coördinatie en continuïteit voor patiënten met complexe problemen die thuis verblijven en die zowel verpleging en verzorging, als algemene en gespecialiseerde medisch zorg nodig hebben, worden er niet mee opgelost. Met name rond deze zorg is de ontwikkeling van nieuwe organisatie-modellen nodig.

Literatuur

Bakker, D.H. de

Afstemming van werkgebieden en doelpopulaties.
Utrecht, NIVEL, 1988.

Bensing, J.M., M. Foets, J. van der Velden en J. van der Zee

De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk:
achtergronden en methoden.
Huisarts en Wetenschap, 34, 1991, 2, 51-61.

Boerma, W.G.W.

Local housing schemes and political preference as conditions for the
result of a health-centre stimulating policy in the Netherlands.
Health Policy, 13, 1989, 3, 225-237.

Centraal Bureau voor de Statistiek

Clëntenonderzoek gezinsverzorging 1980.
's-Gravenhage, Staatsuitgeverij/CBS-publicaties, 1985.

Centraal Bureau voor de Statistiek

Personeelsgegevens van kruisorganisaties 1988.
Maandbericht Gezondheid, 1990, nr. 2.

Centraal Bureau voor de Statistiek

Vademecum gezondheidsstatistiek 1991.
's-Gravenhage, SDU/CBS-publikaties, 1991.

Classification Committee WONCA

An international glossary for primary care.
Huisarts & Wetenschap, 24, 1981, 9, 342-346.

Coolen, J.A.I.

*Bejaarden en maatschappelijke dienstverlening: een empirische studie over
bereik, inhoud en gevolgen van gezinsverzorging.*
Enschede, TH Twente, 1982.

Engberts, L.

Algemeen Maatschappelijk Werk 1988.
Sociaal-Culturele Berichten, 1990, nr. 15.

Feinstein, A.R.

The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic diseases.
Journal of Chronic Disease, 23, 1979, 455-468.

Foets, M. en H. Sixma

Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.
Basisrapport: Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie.
Utrecht, NIVEL, 1991.

Foets, M. en J. van der Velden

Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.
Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures.
Utrecht, NIVEL, 1991.

Friele, R.D. en P.F.M. Verhaak

Vragen om problemen; een onderzoek onder de volwassen cliënten van
RIAGG en AMW.
Utrecht, NIVEL, 1991 (concept-rapport).

Fürer, J.W. en B. Tax (eds)

Somatische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen.
Nijmegen, Instituut Sociale Geneeskunde, Katholieke Universiteit, 1987.

Gloerich, A.B.M. en J. van der Zee

Verwijzen door de huisarts naar de tweede lijn.
Utrecht, NIVEL, 1991 (in voorbereiding).

Goldberg, D.

The detection of psychiatric illness by questionnaire.
Maudsley Monographs no. 21. London, Oxford University Press, 1972.

Groenewegen, P.P., J.J. Kerssens en E.C. Curfs

Physiotherapy and the care for disabled and chronically ill people in the
community.

Paper presented at the WHO consultation on 'Care of disabled people in
the community', Edinburgh, 1986.

Groenewegen, P.P. en E.M. Sluijs

Naar een sterkere eerste lijn? Deel 4: eindrapport.
Utrecht, NIVEL, 1988.

Hanrahan, M.H. en F. Lapré

Project wijkziekenverzorgenden: deskundigheden verdeeld.
Bunnik, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1990.

- Hessels, E.M.A.
Gezondheidscentra en groepspraktijken per 1 januari 1990.
Utrecht, NIVEL, 1990a.
- Hessels, E.M.A.
Home-teams 1989.
Utrecht, NIVEL, 1990b.
- Hingstman, L. en J. Pool
Fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg per 1 januari 1989.
Utrecht, NIVEL, 1990.
- Huigen, P.P.P. en C.R. Volkers
Verzorgings situatie van nederzettingen in Nederland.
Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen, RUU, Utrecht, 1989.
- Hoogen, H.J.M. van den, F.J.A. Huygen, J.W.G. Schellekens, J.M. Straat en H.G.M. van der Velden
Morbidity figures from general practice. Data from four general practices, 1979-1982.
Nijmegen, NUHI, 1985.
- Huijsman, R. en E.L.J. Dolmans
Ouderen en het gebruik van gezinsverzorging: verleden, heden en toekomst.
Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 21, 1990, 1, 17-25.
- Joint
Takenlijst van het Algemeen Maatschappelijk Werk.
's Hertogenbosch, Joint, 1983.
- Kerkstra, A. en F. Beemster
Verschillen in de zorgverlening door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden: een kwestie van complexiteit van de verpleegsituatie?
Manuscript, aangeboden aan *Verpleegkunde, 1991.*
- Kerssens, J.J., P.P. Groenewegen en E.C. Curfs
Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: de hulpverleners huisarts en fysiotherapeut.
Utrecht, NIVEL, 1986.
- Kerssens, J.J., E.C. Curfs en P.P. Groenewegen
Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: klachten van patiënten, indicatiestelling van (huis)artsen en fysiotherapeutische behandeling.
Utrecht, NIVEL, 1987.

- Kersten, D. en E. Hackenitz
 How to bridge the gap between hospital and home?
Journal of Advanced Nursing, 16, 1991, 1, 4-14.
- Kluyt, I., J.O.M. Zaat, J. van der Velden, J.Th.M. van Eijk en F.G. Schellevis
 Voor een prikje? Het gebruik van klinisch-chemische, hematologische en serologische bepalingen door de huisarts.
Huisarts en Wetenschap, 34, 1991, 2, 67-71.
- Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen
Rapport van de subcommissie gezondheids(zorg)wetenschappen.
 Amsterdam, KNAW, 1991.
- Kwekkeboom, M.H.
Het licht onder de korenmaat: informele zorgverlening in Nederland.
 's-Gravenhage, VUGA, 1990.
- Laan, G. van der
Tussen trend en traditie; Algemeen Maatschappelijk Werk in discussie.
 Utrecht, Stichting Welzijns Publicaties, 1988.
- Laan, G. van der
Legitimatieproblemen in het Maatschappelijk Werk.
 Utrecht, Stichting Welzijns Publicaties, 1990.
- Lamberts, H., H. Brouwer, A.S.M. Groen en H. Huisman
 Het transitie-model in de huisartspraktijk.
Huisarts en Wetenschap, 30, 1987, 4, 105-113.
- Lamberts, H. en M. Woods
International Classification of Primary Care.
 Oxford, University Press, 1987.
- Landelijke Huisartsen Vereniging
Basistakenpakket van de huisarts.
 Utrecht, LHV, 1983.
- Landelijke Huisartsen Vereniging
De positie van de huisarts in de toekomst. Discussienota.
 Utrecht, LHV, 1987.
- Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen
Jaarboek LISZ/IBIS 1986.
 Zeist, VNZ, 1988.

- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
Informatiebulletin no. 30 inzake gegevens ontleend aan de subsidieberekeningen van de instellingen voor gezinsverzorging over de 13e administratieve periode 1989.
 Bunnik, LVT, 1990.
- McWhinney, I.R.
Disability indicator for measuring well being. The OECD social indicators development programme.
 Paris, OECD, Special Studies 5, 1979.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Nota Eerstelijnszorg.
 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Werken aan zorgvernieuwing.
 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1990.
- Montfoort, G.L.M. van, W.Ch.C. van Galen en S. Harris
Ongevallen in Nederland.
 Amsterdam, Stichting Consument en Veiligheid, 1988.
- Nationaal Ziekenhuis Instituut
Intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1989.
 Utrecht, NZI, 1990.
- Nationale Kruisvereniging
Kruiswerk: voor zorg en voorzorg.
 Bunnik, NK, 1990.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid
Op weg naar de huisarts en een meer doelmatige organisatie van de eerste hulpverlening.
 Zoetermeer, NRV, 1988a.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid
Verpleegkundig beroepsprofiel.
 Zoetermeer, NRV, 1988b.
- Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
Naar een sterkere eerste lijn? Deel 1: Het overheidsbeleid.
 Utrecht, NIVEL, 1987.
- Nordic Council on medicines
Nordic Statistics on Medicines, 1981-1983. Part I, II III.
 Uppsala, Nordic Council, 1985.

- Pool, J.B. en L. Hingstman
Statistische gegevens per 1 januari 1989 over huisartsen, verloskundigen.
 Utrecht, NIVEL, 1990.
- Riteco, J. en L. Hingstman
Evaluatie invoering verloskundige indicatielijst.
 Utrecht, NIVEL, 1991 (in voorbereiding).
- Sixma, H.
EHBO in Zoetermeer.
 Utrecht, NIVEL, 1990.
- Sluijs, E.M., J.P. Dopheide en J. van der Zee (red.)
Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns.
 Utrecht, NIVEL, 1985.
- Sonsbeek, J.L.A. van
Methodische en inhoudelijke aspecten van de OESO-indicator betreffende langdurige beperkingen in het lichamelijke functioneren.
 Maandbericht Gezondheidsstatistiek. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1988.
- Stadt, H. van de en L.J. Bieseman
 De institutionele bevolking: omvang en ontwikkeling.
Maandstatistiek bevolking (CBS) 1990, nr. 9, 26-30.
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
Ongevallen in het jaar 2000; deel 1: hoofd rapport.
 Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema & Holkema, 1988.
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst.
 Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema & Holkema, 1990.
- Swinkels, H.
 Trendcijfers gezondheidsenquête, 1981-1989.
Maandbericht Gezondheid, 1990, nr. 9, 5-25.
- Uunk, W., J. Dekker en P.P. Groenewegen
Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: morbiditeitspecifieke verwijscijfers.
 Utrecht, NIVEL, 1991.
- Velden, J. van der
 De rol van de huisartspraktijk in Nederland.
Medisch Contact, 19, 1990, 45, 605-608.

Verhaak, P.F.M., J.T. van Busschbach en D. Kortenhoeven
Wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid.
Utrecht, NIVEL, 1985.

VIVAM

Verzeker u van het AMW; Het algemeen maatschappelijk werk in de functie van psychosociale hulpverlening.
Bunnik, VIVAM, 1990a.

VIVAM

Het AMW in beeld 1989.
Bunnik, VIVAM 1990b.

Vorst-Thijssen, T., A. van den Brink-Muinen en A. Kerkstra
Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden in Nederland.
Utrecht, NIVEL, 1990.

Werkgroep Classificaties en Coderingen

Classificatie-ontwikkelingsgroep Gehandicapten ICIDH.
Voorburg, Raad voor Gezondheidszorg/TNO, 1980.

Wijkel, D. en A. Morenc

Vooronderzoek scenarioproject 'eerstelijnsgezondheidszorg'.
Utrecht, NIVEL, 1987.

Zee, A. van der

Vraag en aanbod in ziekenhuizen, in: H.A. Becker e.a., Achtergrondstudie over het ziekenhuis in de eenentwintigste eeuw.
Utrecht, Vakgroep Planning en Beleid, Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1988.

B Het gebruik van eerstelijnszorg en ambulante specialistische zorg 1974-2005; trends en ramingen

1 Inleiding

1.1 Scenariostudies op het terrein van de gezondheidszorg

Deze studie naar trends in het gebruik van zorg is een onderdeel van de scenariostudie Eerstelijnszorg en thuiszorg. De term 'scenario-studie' wordt veelal gebruikt om een vorm van toekomstonderzoek aan te duiden waarin voor een bepaald deel van de samenleving een aantal mogelijke of wenselijke toekomstbeelden beschreven wordt.

In Nederland is in 1983 een begin gemaakt met een reeks van scenariostudies op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Van overheidswege is daartoe een onafhankelijke commissie van deskundigen geformeerd onder de naam 'Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg' (STG). Deze stuurgroep stelt op zijn beurt voor elk scenarioproject een commissie van, eveneens onafhankelijke, deskundigen samen, de zogeheten scenariocommissie. In haar onderzoekstaak wordt deze commissie bijgestaan door een aantal onderzoekers van een instituut op het terrein in kwestie. De eerste opdracht die de STG verleende, betrof een scenariostudie over de gevolgen van de vergrijzing voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Het hoofdrapport van deze studie verscheen in 1985. Hierna volgde een aantal studies over specifieke ziektebeelden die een groot beslag leggen op de gezondheidszorg (kanker, hart- en vaat-ziekten). In de afgelopen jaren zijn daar scenarioprojecten over verschillende zorgsectoren (Basisgezondheidszorg, GGZ en Eerstelijnszorg en thuiszorg) aan toegevoegd (STG, 1987a).

Scenariostudies dienen duidelijk te worden onderscheiden van prognoses of voorspellingen. Bij prognoses en voorspellingen ligt de nadruk op een *gekwantificeerde* uitspraak over de *meest waarschijnlijke* ontwikkeling op een bepaald terrein (bijvoorbeeld demografie, economie). Bij scenariostudies daarentegen ligt de nadruk niet zozeer

op kwantificeerbare uitspraken of op de meest waarschijnlijke ontwikkeling. De toekomstbeelden of scenario's hebben dikwijls het karakter van een 'als-dan' uitspraak: 'als die en die ontwikkelingen zich voordoen dan zullen met een bepaalde mate van waarschijnlijkheid gebeurtenissen x, y en z plaatsvinden'. Het uitvoeren van scenariostudies wordt vooral zinvol geacht als het eigenlijk onmogelijk is om betrouwbare prognoses op te stellen. Een reden hiervoor kan zijn dat de horizon voor de toekomstverkenning te ver ligt voor een betrouwbare voorspelling (scenariostudies richten zich meestal op de lange termijn ofwel een periode van tien à vijftien jaar) of dat in het onderzoek vooral sprake is van complexe en lastig kwantificeerbare verschijnselen waarvan meestal niet precies bekend is op welke wijze de relevant geachte factoren van invloed zijn.

1.2 Het scenarioproject Eerstelijnszorg en thuiszorg

Met het scenarioproject Eerstelijnszorg en thuiszorg wordt beoogd om een aantal mogelijke en wenselijke toekomstbeelden voor de eerstelijnszorg te formuleren. De eerstelijnszorg laat zich nog het eenvoudigst omschrijven als een complex geheel van voorzieningen die een aantal gemeenschappelijke doelstellingen hebben. Zij bieden generalistische hulp in de thuissituatie en zijn meestal toegankelijk zonder verwijzing. Er zijn tal van disciplines werkzaam, die elk hun eigen organisatievorm kennen en op verschillende wijze worden gehonoreerd. In de eerste lijn bestaan verschillende soorten samenwerkingsverbanden. Gezien de complexiteit die schuilgaat achter het begrip eerstelijnszorg, is het niet eenvoudig om te spreken over 'de' eerstelijnszorg of over de toekomst van 'de' eerstelijnszorg. Er zal een aantal keuzes gemaakt moeten worden om het onderwerp van de scenario's nader te preciseren. In het tweede hoofdstuk van het hoofdrapport zijn deze keuzes uitvoerig aan de orde gesteld. We recapituleren hier de hoofdzaken. Ten eerste is er gekozen om scenario's voor de eerstelijnszorg en thuiszorg te ontwerpen. Hiermee wordt alle zorg aan thuiswonende patiënten bedoeld, dus zowel algemene thuiszorg, die regulier reeds door de eerstelijnsdisciplines verstrekt wordt, als ook intensieve thuiszorg die meestal beperkt is tot zorg achter de voordeur. In deze benadering is de echelonnering van de gezondheidszorg ondergeschikt gemaakt aan het onderscheid: thuis versus opgenomen. Er kan dus ook thuiszorg worden geleverd door tweedelijnsdisciplines bijvoorbeeld door medisch specialisten

wanneer zij poliklinische hulp verlenen. In deze scenariostudie wordt daarom in de verschillende deelstudies ook aandacht besteed aan de poliklinische zorg. Korthedshalve zullen we in deze studie de term ambulante zorg gebruiken om het geheel van eerstelijnszorg en poliklinische specialistische zorg aan te duiden. De tweede keuze geldt de aandacht voor de organisatie van de eerstelijnszorg en thuiszorg. In de problematiek rond de thuiszorg lijkt vooral de organisatie een knelpunt te vormen. In de scenario's zal daarom vooral aandacht worden besteed aan de verschillende wijzen waarop de eerstelijnszorg en thuiszorg georganiseerd kan worden en welke bedoelde en onbedoelde effecten van een bepaalde organisatiewijze verwacht mogen worden. Andere aspecten van de (toekomstige) zorg, zoals de financiering en het volume, staan minder centraal.

1.3 De trendstudie als referentiescenario

Niettemin lijkt het voor de organisatie van de toekomstige eerstelijnszorg en thuiszorg belangrijk om een idee te hebben van de verwachte omvang van de hulpverlening. De vraag wie de zorg gaat of gaan organiseren en op welke wijze, zal daarom beantwoord worden tegen de achtergrond van het verwachte beroep dat op de zorg gedaan zal worden. Nu is de 'vraag naar zorg' een nogal lastig begrip. Over ontwikkelingen in de vraag valt weinig met zekerheid te zeggen; de 'vraag' is als zodanig niet te meten. Meer valt er te zeggen over het 'gebruik' van zorg. Daarover zijn cijfers bekend. De verwachtingen over de zorgvraag in de toekomst zullen dus gebaseerd moeten zijn op het gebruik van zorg.

Om een schatting te maken van het toekomstig zorggebruik kunnen we verschillende kanten op: we kunnen het huidige, leeftijdsspecifieke gebruik per hoofd van de bevolking als uitgangspunt nemen en veronderstellen dat dit gelijk zal blijven. Een verandering in het gebruik is dan alleen terug te voeren op demografische veranderingen. Een andere benadering gaat uit van de trends die er in het verleden in het gebruik zijn opgetreden, en extrapoleert die naar de toekomst. Een derde benadering, tenslotte, neemt het aanbod van zorg als uitgangspunt en stelt dat het toekomstig aanbod doorslaggevend is voor het gebruik. Met een raming van het aantal toekomstige beroepsbeoefenaren, als indicator voor het aanbod, kan dan een schatting van het gebruik worden gemaakt. In deze trendstudie

is een poging gedaan om met behulp van elk van deze benaderingen een raming van het toekomstig gebruik van ambulante zorg op te stellen.

De genoemde benaderingen hebben twee gemeenschappelijke kenmerken:

- 1 Bij het opstellen van de ramingen wordt geen rekening gehouden met *plotselinge gebeurtenissen* die roet in het eten gooien: een economische crisis, een milieuramp, oorlog of wat dan ook. Er wordt verondersteld dat de relevante processen in de samenleving zich kenmerken door een zodanige mate van continuïteit dat een extrapolatie vanuit het heden verantwoord is. In de termen van het scenario-onderzoek wordt daarom gesproken van een 'verrassingsvrij' scenario (Kahn & Wiener, 1967)
- 2 De ramingen hebben ook gemeen dat er nog geen rekening wordt gehouden met de veranderingen die veroorzaakt zouden kunnen worden door de invoering van een van de in hoofdstuk 6 van het hoofdrapport ontworpen organisatie-scenario's. We beschouwen de bovengenoemde ramingen dan ook als een onderdeel van een *referentie-scenario* ofwel: de verwachte verandering van het gebruik van zorg bij uitvoering van de 'Nota Ongewijzigd Beleid' (Schrijvers, 1990).

Met deze trendstudie wordt dus een referentie- of verrassingsvrij-scenario voor de ambulante zorg geformuleerd. De ramingen hebben betrekking op de verwachte veranderingen in het gebruik van zorg. De ramingen zijn opgesteld met behulp van een aantal aannames omtrent demografische ontwikkelingen, trends in het zorggebruik en verwachtingen omtrent het toekomstig aanbod. Met de ramingen worden de consequenties van de aannames doorgerekend. In de terminologie van het toekomstonderzoek zijn de uitkomsten van de ramingen geen prognoses (de meest waarschijnlijke ontwikkelingen) maar projecties: vooruitberekeningen onder een aantal aannames (Keilman, 1990). De ramingen hebben betrekking op zes disciplines die in de ambulante zorg een belangrijke rol spelen. Dit zijn de kerndisciplines van de eerstelijnszorg: huisarts, wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk werk, maar ook fysiotherapie en medische specialisten. In de trendstudie wordt de het gebruik van zorg per discipline onderzocht. Tegenwoordig is het gemeengoed om de zorg niet in de termen van de disciplines maar als functies te

omschrijven. In hoofdstuk 6 van achtergronddocument C, Complexe thuiszorg, wordt nader ingegaan op de functies in de thuiszorg. Een functie-gerichte benadering is in de trendstudie evenwel niet mogelijk omdat hierover geen (trend)gegevens beschikbaar zijn.

In het volgende hoofdstuk wordt de opzet van de trendstudie uiteengezet. Daarna volgt een hoofdstuk waarin een beeld wordt geschetst van de toekomstige gebruikers van zorg, die daartoe zijn onderverdeeld in een aantal bevolkingscategorieën. In hoofdstuk 4 worden per discipline de trends in het zorggebruik behandeld en worden ramingen opgesteld voor de verwachte veranderingen van het zorggebruik in de periode 1990-2005. In hoofdstuk 5 tenslotte, worden de resultaten van de trendstudie samengevat en een visie gegeven op vraag en aanbod van ambulante zorg in de toekomst.

2 Opzet van de trendstudie

Het referentiescenario geeft een schets van de toekomst op basis van trends uit het verleden. In dit scenarioproject Eerstelijnszorg en thuiszorg gaat het om trends in het gebruik van een aantal eerstelijnsdisciplines en van poliklinische zorg. In dit hoofdstuk wordt uiteengezet hoe de trends in het zorggebruik zijn berekend en hoe de ramingen zijn opgesteld. Daartoe worden eerst een doel- en vraagstelling voor de trendstudie geformuleerd. Hierna volgt een korte beschrijving van het conceptuele model dat aan deze trendstudie ten grondslag ligt en wordt uiteengezet hoe dat conceptuele model vertaald is in een statistisch model waarmee trendberekeningen zijn uitgevoerd.

2.1 Doel- en vraagstelling

Het doel van de trendstudie in het scenarioproject Eerstelijnszorg en thuiszorg is tweeledig. Ten eerste is het de bedoeling om inzicht te geven in de trends die zich in de afgelopen tien à vijftien jaar in het gebruik van ambulante zorg hebben voorgedaan. Hiertoe wordt een aantal statistische analyses uitgevoerd. De tweede doelstelling omvat het opstellen van ramingen voor toekomstig gebruik van ambulante zorg in de periode 1990-2005. De ramingen worden opgesteld met behulp van extrapolatie van de hiervoor genoemde trendmatige ontwikkelingen onder een aantal aannames omtrent sociaal-demografische ontwikkelingen en het geschatte aanbod van zorg. De ramingen van het toekomstig zorggebruik worden als randvoorwaarde gebruikt bij het opstellen van scenario's voor de organisatie van de eerstelijnszorg en thuiszorg in hoofdstuk 6 van het hoofdrapport.

De bijbehorende vraagstellingen luiden als volgt:

- 1 *Welke trendmatige ontwikkelingen zijn er te onderkennen in het gebruik van ambulante zorg over de afgelopen tien à vijftien jaar?*

2 *Welke veranderingen worden er verwacht in het gebruik van ambulante zorg in de periode 1990-2005 onder een aantal aannames omtrent sociaal-demografische ontwikkelingen, het geschatte aanbod van zorg en extrapolatie van de trends in het zorggebruik?*

Om deze vragen te kunnen beantwoorden beginnen we met een afbakening van het terrein waarop het onderzoek betrekking heeft. In dit geval is dat de zorg van de vier kerndisciplines in de eerste lijn aangevuld met (eerstelijns)fysiotherapie en poliklinische specialistische zorg. We kunnen dit ook het 'systeem' noemen dat we willen onderzoeken. De rest van de gezondheidszorg, zoals basisgezondheidszorg en intramurale specialistische zorg, beschouwen we als de omgeving van het systeem. Het systeem 'ambulante zorg' kunnen we niet in al zijn facetten beschrijven en analyseren. Het is daarvoor veel te complex. We moeten reducties aanbrengen en maken daartoe een afbeelding van het systeem, het zogenaamde 'conceptuele model'.

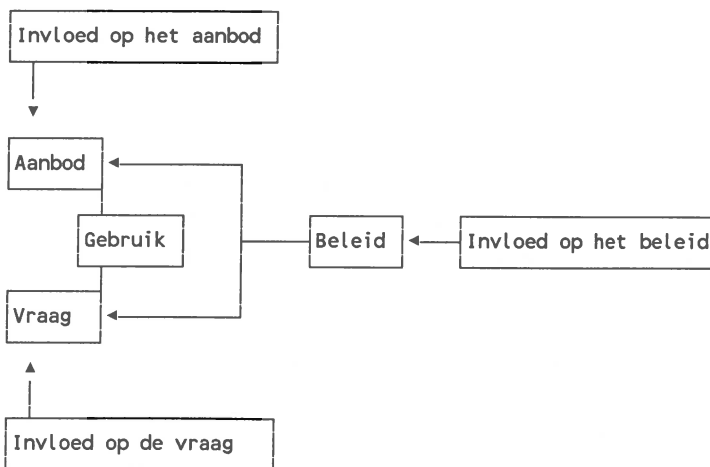
2.2 Conceptueel model van het gebruik van ambulante zorg

In de methodiek van het scenario-onderzoek wordt onder een conceptueel model een kwalitatieve, niet specifieke beschrijving van het onderzochte systeem verstaan (Hoogenveen & Brouwer, 1989). In de loop van een scenario-onderzoek wordt het conceptuele model vertaald in een wiskundig model. Het systeem in het conceptuele model van deze trendstudie kan met twee begrippen worden afgebakend. Ten eerste heeft deze trendstudie betrekking op zorg aan thuis verblijvende patiënten. De reguliere eerstelijnszorg behoort daartoe maar ook de poliklinische zorg die medisch specialisten aan ambulante patiënten bieden. In hoofdstuk 2 van het hoofdrapport is uiteengezet waarom deze scenariostudie en dus ook de trendstudie, gericht is op ambulante zorg. Ten tweede houden we ons in de trendstudie alleen bezig met het *gebruik van zorg* en niet met de zorgbehoefte of de zorgvraag. Deze keuze is in het hoofdstuk over de onderzoekspzot verantwoord.

Het gebruik van zorg kan worden opgevat als het zichtbaar (en meetbaar) resultaat van een proces waarin tal van factoren rond vraag en aanbod van zorg een rol spelen. Daarnaast worden vraag en aanbod door het (overheids)beleid beïnvloed. In het conceptuele

model van de trendstudie beperken we ons tot het aangeven van de *relaties* tussen een aantal van deze factoren en het zorggebruik. Het *proces* dat zich daarbij afspeelt, van het optreden van gezondheidsklachten tot de interventie van een hulpverlener, beschouwen we in de trendstudie als een 'black-box'. In de loop van dit hoofdstuk wordt duidelijk gemaakt dat de gegevens die voor de trendstudie gebruikt worden, het niet mogelijk maken om de black-box te openen. Een dergelijke procesbeschrijving van klachten en interventies van hulpverleners is te lezen in achtergronddocument A 'Zorg voor mensen thuis'. Het conceptueel model van de trendstudie is dus beperkt tot de relaties tussen vraag, aanbod, beleid en het gebruik van zorg en kan als volgt schematisch worden weergegeven.

Figuur 1.1 Gebruik van zorg als resultaat van aanbod, vraag en beleid



Bron: Bensing e.a., 1987.

In dit schema zijn de factoren die van invloed zijn op het gebruik van (eerstelijns)zorg onderverdeeld in drie groepen:

1 *factoren die van invloed zijn op de vraag naar zorg*

bijvoorbeeld: demografie, volksgezondheid en epidemiologie, milieu, leefgewoonten, opvattingen omtrent gezondheid en ziekte, sociaal-economische positie van de patiënt

- 2 *factoren die van invloed zijn op het aanbod van zorg*
bijvoorbeeld: aantal hulpverleners, organisatie van de zorgverlening, werktijden, apparatuur, hulpmiddelen, kennis en technologie
- 3 *factoren die van invloed zijn op het beleid met betrekking tot de zorgverlening*
bijvoorbeeld: wet- en regelgeving, financiering van verstrekkingen, politiek klimaat, welvaartspeil

In de trendstudie wordt de invloed van een aantal van de bovengenoemde factoren gekwantificeerd. Daarbij gaat het, zoals het woord trendstudie al aangeeft, niet alleen om een momentopname van het huidig zorggebruik, maar ook om het zorggebruik in het verleden en de toekomst. Deze kwantificering gaat gepaard met een verdere reductie van complexiteit in het conceptuele model. Hierbij gelden de volgende overwegingen:

- 1 Er is al op gewezen dat de trendstudie bedoeld is als referentiescenario. Dat houdt in dat de ramingen van het zorggebruik als ijk- of referentiepunt dienen voor een aantal scenario's voor de organisatie van de eerstelijnszorg en thuiszorg. In deze scenario's zal nader worden ingegaan op de wenselijkheid en mogelijkheid van een aantal beleidsontwikkelingen op het gebied van de eerstelijnszorg en thuiszorg. Omdat het beleid expliciet in deze scenario's ter discussie zal komen te staan is het wenselijk om in het referentiescenario de consequenties van nog uit te voeren beleid *buiten beschouwing* te laten. Beleid en wet- en regelgeving komen in de trends en ramingen tot uitdrukking voor zover het gaat om de impliciete invloed op het zorggebruik van het bestaande beleid, vastgelegd in wet- en regelgeving. Hierbij valt te denken aan de wijze waarop hulpverleners in de eerstelijnszorg gehonoreerd worden, de toegankelijkheid van tweedelijnszorg na verwijzing enzovoorts.
- 2 De trendstudie is gericht op het zorggebruik over een reeks van jaren, maar is geen longitudinaal onderzoek waarin dezelfde personen gedurende meerdere jaren gevolgd worden. Een dergelijk longitudinaal onderzoek zou patiëntenstromen door de verschillende echelons weer kunnen geven. Deze aanpak wordt dikwijls gebruikt in epidemiologisch onderzoek en is als 'dynamisch volksgezondheidsmodel' ook voorgesteld als werkwijze voor

scenarioprojecten van de STG (Hoogenveen & Brouwer, 1989). Voor zo'n onderzoek is evenwel het verzamelen van nieuwe gegevens noodzakelijk. Voor dit scenarioproject was dat niet mogelijk, maar diende met de secundaire analyse van bestaande gegevens te worden volstaan. In de trendstudie is het onderzoek naar de invloed van de factoren rond vraag en aanbod beperkt tot het vaststellen van (statistische) *samenhang* op een aantal opeenvolgende meetmomenten.

- 3 Voor een aantal van bovengenoemde factoren geldt dat de samenhang met zorggebruik *niet meetbaar* is. Het kan zijn dat deze factoren zich nauwelijks in een getal laten uitdrukken of te complex zijn voor een kwantificering of eenvoudigweg geen meetbare invloed hebben op zorggebruik.
- 4 Een verdere reductie in het model volgt uit de vaststelling dat slechts voor een beperkt aantal van de bovengenoemde factoren *gegevens* voorhanden zijn. Als bronnen van gegevens komen met name registratiesystemen en landelijke survey-onderzoeken in aanmerking. De trendstudie is beperkt tot de secundaire analyse van bestaand materiaal. Op de gegevens in de trendstudie wordt in de volgende paragraaf nader ingegaan.
- 5 Tenslotte is *per discipline* een aparte studie van de trends in het zorggebruik uitgevoerd. In de trendstudie wordt het zorggebruik van zes disciplines behandeld. Dit zijn de kerndisciplines van de eerstelijns: huisarts, wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk werk, maar daarnaast ook fysiotherapie en poliklinische contacten met medische specialisten. Er is vanaf gezien om de onderlinge samenhang in het gebruik van eerstelijnsdisciplines en de trends daarin te kwantificeren. De onderlinge samenhang in de eerstelijns is aan de orde gesteld in hoofdstuk 2 van het hoofd-rapport en in achtergronddocument A. Ook aan de wederzijdse invloed van het gebruik van tweedelijnszorg en eerstelijnszorg is geen expliciete aandacht besteed. Er is dus bijvoorbeeld niet onderzocht welke invloed de veranderingen in intramurale capaciteit gehad hebben op het zorggebruik in de eerstelijns. Van deze en andere factoren uit de omgeving van het systeem wordt verwacht dat ze binnen het systeem tot uitdrukking komen in de 'autonome' trends in het zorggebruik.

2.3 Gegevens in de trendstudie

De analyse van de trends in het zorggebruik dient beperkt te blijven tot een secundaire analyse van reeds bestaande gegevens over het gebruik van ambulante zorg. Twee bronnen van gegevens komen daarvoor in aanmerking:

- 1 landelijke enquêtes van het Sociaal en Cultureel Planbureau, Centraal Bureau voor de Statistiek en het NIVEL;
- 2 registratie-systemen zoals de WAS (wijkverpleging), LIER (gezinsverzorging) en het registratie systeem van de voormalige JOINT (Algemeen Maatschappelijk Werk).

In de trendstudie is gekozen voor het gebruik van enquête-gegevens. De belangrijkste redenen hiervoor zijn:

- 1 enquête-gegevens maken het mogelijk om voor elke discipline het zorggebruik uit te splitsen voor dezelfde combinatie van achtergrondkenmerken van de gebruikers van zorg, de zogenaamde bevolkingscategorieën (zie 2.4.2);
- 2 voor belangrijke disciplines in de eerstelijns als huisarts en fysiotherapie zijn geen registratiegegevens beschikbaar;
- 3 de enquête-gegevens omspannen een langere reeks van jaren dan de registratiegegevens, wat vooral voor de analyse van langetermijntrends belangrijk is.

In de trendstudie is gebruik gemaakt van de CBS Leefsituatie-onderzoeken uit 1974, 1977, 1980, 1983 en van het Leefsituatie-onderzoek voor personen van 55 jaar en ouder uit 1982. Daarnaast kon gebruik gemaakt worden van een enquête die in het kader van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het NIVEL gedurende 1987 en begin 1988 werd gehouden (Foets & Van der Velden, 1991). Deze enquête komt wat vraagstelling betreft sterk overeen met de gezondheidsenquête van het CBS. Het bleek niet mogelijk om voor het scenarioproject databestanden van de gezondheidsenquête van het CBS aan te schaffen. Het CBS heeft ten behoeve van de trendstudie wel een aantal kruistabellen uit de gezondheidsenquête ter beschikking gesteld. Door de gegevens uit de leefsituatie-onderzoeken en het NIVEL onderzoek te aggregeren en samen te voegen met de kruistabellen uit de gezondheidsenquête kon een databestand gevormd worden dat voor de disciplines huisarts, medisch specialist en fysiotherapie elf meetpunten uit de jaren

1974-1988 omvat en voor de disciplines wijkverpleging en algemeen maatschappelijk werk acht meetpunten uit 1981-1988.

Het samenvoegen van de bestanden brengt twee problemen met zich mee. Ten eerste leidt de samenvoeging tot verschillen in aantallen respondenten over de opeenvolgende jaren. Deze verschillen werken ook door in de analyse. Met name voor de jaren 1974, 1977 en 1980 is het aantal respondenten laag. Er is evenwel niet tot opweging van deze gegevens uit de leefsituatie-onderzoeken overgegaan, omdat daarmee de bestaande onnauwkeurigheid van deze metingen uit vroegere jaren versterkt zou worden. Ook is het plausibel dat de recentere metingen een grotere invloed hebben op het toekomstig zorggebruik dan de metingen van voor 1981 (zie tabel 3.2 in hoofdstuk 3 van dit achtergronddocument voor een overzicht van het aantal respondenten in de verschillende jaren).

Een tweede probleem is dat zowel in de leefsituatie-onderzoeken als in de gezondheidsenquête in de loop der tijd (kleine) wijzigingen in de vraagstellingen opgetreden zijn (zie bijlagen 1 en 2 voor een overzicht van de wijze waarop de variabelen in de verschillende onderzoeken zijn gemeten). Er is voor gekozen om het lange termijn aspect van de gegevens te laten prevaleren boven strikte overeenstemming in formulering van de vraagstelling. Er zijn daarom zo min mogelijk waarnemingen buiten beschouwing gelaten.

2.4 Operationalisering van het conceptuele model

Met de reductie van het conceptuele model en de keuze voor het gebruik van enquêtegegevens is reeds een aantal stappen gezet naar een kwantificering van het schematisch weergegeven model. De volgende vergelijking geeft het gereduceerde model weer:

$$\text{Zorggebruik } (t) = f \{ \text{vraagfactoren } (t), \text{ aanbodfactoren } (t) \}$$

Het zorggebruik op het tijdstip 't' wordt opgevat als een functie van vraag- en aanbodfactoren, ook gemeten op het tijdstip 't'. De directe invloed van het beleid is uit het model verwijderd, terwijl over de aard van het functionele verband geen uitspraken worden gedaan. De verdere operationalisering van het model is het onderwerp van deze paragraaf. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt in factoren

die van invloed zijn op de vraag en in factoren die van invloed zijn op het aanbod van zorg.

2.4.1 Factoren die van invloed zijn op de vraag naar zorg

In het conceptuele model is een aantal factoren genoemd die samenhangen met zorggebruik en aan de vraagkant van de zorgverlening worden toegeschreven. In de trendstudie kunnen overigens strikt genomen geen uitspraken over de vraag naar zorg worden gedaan. De relatie tussen behoefte, vraag en gebruik kan niet gekwantificeerd worden. Zo kunnen we uit de beschikbare data niet opmaken hoe vaak individuen een beroep doen op een bepaalde voorziening zonder dat deze vraag in gebruik resulteert (bijv. in de vorm van een wachtlijst). Hoewel van de factoren of variabelen in de trendstudie alleen de samenhang met zorggebruik bekend is, kan een aantal variabelen desalniettemin aan de vraag naar zorg worden toegeschreven. We maken hierbij een onderscheid in twee soorten factoren:

- 1 persoonsgebonden factoren (leeftijd, geslacht enzovoorts) en
- 2 niet-persoonsgebonden factoren als regio, urbanisatiegraad, welvaartspeil van de bevolking, gezondheidsbelasting via het milieu enzovoorts.

Voor beide typen geldt dat zich een trend in de verdeling van de variabelen kan voordoen (vergrijzing, toenemende welvaart, toe- of afname in milieuvervuiling). In de operationalisering van het conceptuele model leggen we de nadruk op de persoonsgebonden factoren. De niet-persoonsgebonden factoren aan de vraag-zijde worden als zodanig niet in beschouwing genomen. De belangrijkste reden hiervoor is dat een aantal niet-persoonsgebonden factoren (bijvoorbeeld milieuvervuiling, economische groei, regionale migratie) erg moeilijk met het model te extrapoleren zijn. Ook laat de omvang van de databestanden niet toe om naast een onderscheid in persoonskenmerken ook nog een uitsplitsing naar regio en urbanisatiegraad te maken. We zijn er ons van bewust dat hierdoor een aantal regionale verschillen in gezondheid en zorggebruik aan het zicht wordt onttrokken.

De persoonsgebonden kenmerken die samenhangen met zorggebruik zijn veelvuldig in onderzoek naar medische consumptie aan de orde

gesteld. Zo zijn de verschillen in medische consumptie tussen mannen en vrouwen, ziekenfonds- en particulier verzekerden en tussen personen met een verschillende Sociaal Economische Status uitvoerig onderzocht (voor een overzicht van dergelijk onderzoek, toegespitst op het zorggebruik van ouderen, zie: Klaassen-van den Berg Jeths, 1989). De eerste stap in de operationalisering houdt in dat we een aantal persoonsgebonden kenmerken als leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleidingsniveau en gezondheidsbeleving onder de loep nemen. In de volgende paragraaf wordt toegelicht welke variabelen voor de analyse gebruikt worden. Een statistische analyse kan laten zien welke invloed deze kenmerken in de loop der jaren op het zorggebruik gehad hebben en of in deze invloed een verandering is opgetreden. In paragraaf 2.5 wordt een toelichting gegeven op de statistische analyse in de trendstudie. De vergelijking van het model luidt nu als volgt:

$$\text{Zorggebruik } (t) = f \{ \text{persoonsgebonden-factoren } (t) \}$$

De statistische analyse laat echter niet alleen de invloed van een bepaald kenmerk zien, maar levert ook een schatting van het zorggebruik op. Voor elke onderverdeling van de onafhankelijke variabelen (man/vrouw, jong/oud, gezond/niet gezond, maar ook alle combinaties daarvan) kan een schatting van het zorggebruik gemaakt worden. Een combinatie van de onafhankelijke variabelen noemen we in de trendstudie een *bevolkingscategorie*. In de ramingen van het toekomstig zorggebruik wordt dan zowel het zorggebruik *per* bevolkingscategorie als de *omvang* van de bevolkingscategorie betrokken.

De bevolkingscategorieën zijn opgebouwd uit een combinatie van demografische en niet-demografische variabelen die allen tot de persoonsgebonden factoren gerekend kunnen worden. Deze variabelen dienen aan de volgende criteria te voldoen:

- 1 voorkomen in de databestanden van het CBS en het NIVEL;
- 2 meetbaar zijn (valide en betrouwbaar, dus: categorieën van voldoende omvang);
- 3 te extrapoleren (vandaar de demografische variabelen);
- 4 samenhangen met zorggebruik.

Op basis van een literatuuronderzoek naar het gebruik van eerste-lijnzorg (Wennink & Kooiker, 1989) is gekozen voor de volgende

variabelen: leeftijd, geslacht, huishoudenstype, gezondheidsbeleving, en opleidingsniveau. Deze variabelen kunnen gezien worden als een *doorsnede* van de determinanten van zorggebruik voor de verschillende disciplines. Of met andere woorden, deze variabelen worden in de literatuur voor elk van disciplines in mindere of meerdere mate als determinant van het zorggebruik beschouwd. In de trendstudie is de analyse van de trends in het zorggebruik verbonden met het opstellen van ramingen voor het toekomstig zorggebruik. De variabelen uit de analyse worden daartoe ook in de ramingen verwerkt (zie paragraaf 2.6). Voor elk van deze variabelen geven we hieronder een toelichting.

In analyses van medische consumptie blijkt steeds weer dat de 'gezondheidstoestand' de meest bepalende variabele is in de verklaring van het wel of niet bezoeken van een hulpverlener. Om de gezondheid te meten is een groot aantal indicatoren in omloop (Mooit, 1989). In de trendstudie is gekozen voor de variabele 'subjectieve gezondheid'. Deze wordt in survey-onderzoek veelal gemeten door aan de respondent te vragen hoe de eigen gezondheid in het algemeen beoordeeld wordt. Het is gebruikelijk dat de respondent voor de beantwoording kan kiezen uit een aantal antwoordcategorieën variërend van 'heel goed', 'goed', 'gaat wel', 'niet zo best' tot 'slecht'. De exacte formulering van de vraag kan van onderzoek tot onderzoek net iets verschillen (zie bijlage 2). De gezondheidsbeleving wordt in het algemeen tot de meer subjectieve indicatoren van gezondheid gerekend in vergelijking met andere indicatoren, zoals de levensverwachting, de OECD indicator voor langdurige beperkingen, de ADL schaal voor zelfredzaamheid en de score op de lijst met chronische aandoeningen¹. Alhoewel het wellicht voor de hand zou liggen om van deze meer objectieve indicatoren gebruik te maken, pleiten niettemin de volgende argumenten voor het gebruik van gezondheidsbeleving:

- 1 De belangrijkste overweging om voor deze variabele te kiezen, is dat 'gezondheidsbeleving' zowel in de Nationale Studie van het NIVEL als in de CBS bestanden voorkomt en dus maximaal van de aanwezige informatie gebruik gemaakt kan worden.

¹ Uit het onderzoek naar de zogenaamde levensverwachting zonder beperkingen blijkt overigens dat de gezondheidsbeleving tot vergelijkbare resultaten leidt als de OECD indicator voor langdurige beperkingen (Van Ginneken e.a., 1989).

- 2 In het scenario-onderzoek ligt de nadruk niet op de meting van de gezondheidstoestand zelf maar op het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. In dat geval is een globale indicator van de gezondheidstoestand als determinant van zorggebruik voldoende.
- 3 Wanneer het gaat om het gebruik van gezondheidszorg is de veronderstelling plausibel dat niet zo zeer de gezondheidstoestand als wel de gezondheidsbeleving bepalend is om een bezoek te brengen aan de huisarts, polikliniek enzovoorts.
- 4 Indicatoren die iets zeggen over de zelfredzaamheid (zoals ADL en HDL) bieden weliswaar goede voorspellingen voor het gebruik van verpleegkundige of huishoudelijke thuiszorg maar lijken minder geschikt als determinerende variabele voor het gehele veld van ambulante zorg. Bovendien zijn gegevens over de ADL validiteit dikwijls alleen beschikbaar voor ouderen (personen van 55 jaar en ouder).
- 5 Tenslotte is de gezondheidsbeleving ook goed bruikbaar als kenmerk voor de beschrijving van de 'papierpatiënten' in de zorgstudie van het scenario-project. Zie hiervoor achtergrond-document C en hoofdstuk 5 van het hoofdrapport.

Van de verschillende kenmerken die tot de *Sociaal Economische Status* gerekend worden is in dit onderzoek gekozen voor *opleidingsniveau*. Van het opleidingsniveau is bekend dat deze variabele, meer nog dan beroepsstatus en inkomen, samenhangt met medische consumptie. Dat is op zich niet verwonderlijk, aangezien financiële drempels in het Nederlandse systeem van zorgverlening een ondergeschikte rol spelen; voor personen met lagere inkomens is de zorg niet minder toegankelijk. Alleen voor voorzieningen met een specifieke inkomensafhankelijke component als gezinsverzorging blijkt het inkomen (uiteraard) een rol van enige betekenis te spelen. In paragraaf 4.5 over het gebruik van gezinsverzorging wordt nader ingegaan op het effect van de inkomensafhankelijke eigen bijdragen. Voor het opleidingsniveau is het gemakkelijker om een vooruitberekening te maken dan voor andere kenmerken van SES zoals beroepsstatus (sociale klasse) of het inkomensniveau. De trend in het opleidingsniveau voltrekt zich relatief onafhankelijk van economische ontwikkelingen, terwijl de inkomens daarvan juist zeer afhankelijk zijn. De gegevens voor de trendstudie zijn ontleend aan enquêtes die gehouden zijn onder een steekproef uit de bevolking.

Bij dergelijke enquêtes is er altijd een groot aantal mensen dat geen informatie over zijn of haar inkomen wil geven. Voor opleidingsniveau speelt deze specifieke non-respons een veel geringere rol. De beroepsstatus of sociale klasse bleek in de verschillende onderzoeken niet op vergelijkbare wijze gemeten te zijn. Voor het opleidingsniveau is dat wel het geval. De keuze voor opleiding als indicator voor SES houdt wel in dat er met de trendstudie geen uitspraken gedaan kunnen worden over de effecten op het zorggebruik van economische veranderingen, een toe- of afname van het aantal werklozen enzovoorts.

De gebruikte demografische variabelen: *leeftijd*, *sexe* en *huishoudens-type* worden eveneens in veel onderzoeken als determinanten van zorggebruik aangemerkt. Een demografische projectie waarin de toekomstige bevolking naar deze kenmerken is onderverdeeld, biedt de demografische basis voor de berekening van de omvang van de verschillende categorieën in de toekomst. Ook daarom is het van belang om deze variabelen bij de categorisering te betrekken.

Alle combinaties van deze variabelen leveren een groot aantal bevolkingscategorieën op (bijvoorbeeld vijf variabelen met drie waarden = $3 \times 3 \times 3 \times 3 \times 3 = 243$ categorieën). Zo'n groot aantal is onwerkbaar. Niet alleen wordt de presentatie onoverzichtelijk, ook zijn er door het opsplitsen van de gegevens veel groepen waarvan de omvang te gering is voor een betrouwbare meting van het zorggebruik. Een aantal vereenvoudigingen bleek daarom noodzakelijk.

Ten eerste zijn alle variabelen, behalve leeftijd, gedichotomiseerd. Voor leeftijd is een onderscheid gemaakt in: 'volwassenen' (20-54 jaar) en twee categorieën ouderen: 'jong bejaarden' (55-74 jaar) en 'hoog bejaarden' (75 jaar en ouder). Deze vereenvoudiging levert 48 categorieën op.

Vervolgens is voor de oudere bevolkingsgroepen (55 jaar en ouder) het onderscheid in opleiding komen te vervallen omdat, met name in het verleden, de groep ouderen met een hogere opleiding te klein bleek te zijn om voor een trendanalyse van het zorggebruik in aanmerking te komen.

Tenslotte zijn de overgebleven categorieën onderworpen aan een clusteranalyse waarvoor de data van de NIVEL-enquête zijn gebruikt. Deze analyse had als doel de categorieën samen te voegen die geen statistisch significante verschillen in het zorggebruik (voor

alle zes disciplines gezamenlijk) laten zien. De clusteranalyse had als resultaat dat voor personen met een goede subjectieve gezondheid geen verder onderscheid naar achtergrondkenmerken noodzakelijk is. Zij gebruiken allen relatief weinig zorg. Een onderscheid in lager en hoger opgeleiden en in het wel of niet hebben van een partner telt pas mee wanneer men de eigen gezondheid als minder goed beoordeelt en (daardoor) ook significant meer van zorgvoorzieningen gebruik maakt.

In tabel 2.1 is een overzicht gegeven van de twintig bevolkingscategorïën waarmee in de trendstudie gewerkt wordt. Personen jonger dan twintig jaar maken geen deel uit van de indeling in bevolkingscategorïën. Zij komen namelijk in de oudere onderzoeken (1974-1980) niet voor, zodat geen lange termijn trends voor deze categorie berekend kunnen worden. Bij de ramingen van het toekomstig zorggebruik wordt vanzelfsprekend wel met kinderen en jongeren rekening gehouden. Er wordt echter voor personen tot twintig jaar volstaan met een demografische indeling (zie hoofdstuk 4).

Tabel 2.1 Bevolkingscategorïën in de trendstudie van de ambulante zorg

leeftijd	gezondheidsbeleving	huishouden	opleiding
1 20 - 54 jaar	goed		
2 20 - 54 jaar	minder goed	samen	
3 20 - 54 jaar	minder goed	alleen	laag
4 20 - 54 jaar	minder goed	alleen	mbo niveau of hoger
5 55 - 74 jaar	goed		
6 55 - 74 jaar	minder goed	samen	
7 55 - 74 jaar	minder goed	alleen	
8 75 jaar e.o.	goed		
9 75 jaar e.o.	minder goed	samen	
10 75 jaar e.o.	minder goed	alleen	

Deze indeling geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Bijlage 5 geeft een overzicht van het gemiddeld gebruik van ambulante zorg van elk van deze categorïën over de periode 1981-1988.

De schatting van het zorggebruik per bevolkingscategorie heeft een aantal voordelen. Niet alleen wordt zo een aantal doelgroepen van ambulante zorg met hun respectievelijke zorggebruik onderscheiden,

de bevolkingscategorieën bieden ook uitkomst bij het opstellen van ramingen van het toekomstig zorggebruik. Hiervoor zijn nog twee extra berekeningen nodig: een schatting van de *omvang* van de bevolkingscategorieën in de toekomst en een extrapolatie van de trend in het zorggebruik *per* categorie zoals deze uit de statistische analyse naar voren gekomen is. De vooruitberekening van de bevolkingscategorieën wordt voor de demografische kenmerken op een bevolkingsprognose gebaseerd, terwijl voor de niet-demografische variabelen een trendberekening wordt uitgevoerd. De rekenwijze is daarvoor analoog aan de berekeningen van het zorggebruik. Het totale zorggebruik van de gehele bevolking volgt nu uit de som van het zorggebruik van de afzonderlijke categorieën.

De operationalisering van de vraag-factoren vatten we samen:

- 1 statistische analyse van zorggebruik in de periode 1974-1988 met de persoonsgebonden variabelen en 'jaar' als onafhankelijke variabelen;
- 2 de persoonsgebonden variabelen (leeftijd, geslacht, opleiding enzovoorts) worden gebruikt voor een indeling in bevolkingscategorieën;
- 3 schatting (periode: 1974-1988) en extrapolatie (periode: 1990-2005) van het zorggebruik per bevolkingscategorie op basis van de bovengenoemde statistische analyse;
- 4 schatting van de toekomstige omvang (1990-2005) van de bevolkingscategorieën met behulp van bevolkingsprognose en trendberekening voor opleiding en gezondheidsbeleving.

Na het voltooien van deze stappen volgt de berekening van het zorggebruik:

- 1 zorggebruik per bevolkingscategorie is gelijk aan aantal personen in de categorie maal zorggebruik per persoon van de categorie;
- 2 zorggebruik van de totale bevolking is gelijk aan som van het zorggebruik van alle bevolkingscategorieën.

2.4.2 Factoren die van invloed zijn op het aanbod

Bij de beschrijving van het conceptuele model is een aantal factoren genoemd die het aanbod van zorg bepalen. Een van de factoren die over een reeks van jaren op redelijk betrouwbare wijze gekwantificeerd kan worden, is het aantal in de ambulante zorg werkzame

hulpverleners. Voor de eerstelijnszorg, die bijvoorbeeld niet gebonden is aan het aantal beschikbare opnamefaciliteiten, is ook de veronderstelling plausibel dat het aantal hulpverleners van doorslaggevende betekenis is voor de omvang van het aanbod. Met name geldt dat voor de vrije beroepsbeoefenaren als huisarts en fysiotherapeut. Andere factoren als het beschikbare aantal hulpmiddelen, diagnostische en behandel­faciliteiten zijn weliswaar belangrijk, maar lijken ondergeschikt aan het aantal hulpverleners en lenen zich daarnaast ook minder goed voor een kwantificering die over een reeks van jaren vergelijkbaar is.

In de afgelopen decennia is het aantal in de ambulante zorg werkzame personen sterk gestegen. De inleidingen van de verschillende onderdelen van hoofdstuk 4 geven daarvan een beknopt getalsmatig overzicht. Een voor de hand liggende veronderstelling is nu dat de eveneens geconstateerde toename van het gebruik van zorg niet in de eerste plaats een resultaat is van een autonome trend of verandering in de vraag naar zorg, maar voor een belangrijk deel is opgeroepen door een uitbreiding van het zorgaanbod. Dit is een simplificatie, die niettemin plausibel lijkt, aangezien in de Nederlandse gezondheidszorg het aanbod de vraag naar zorg in sterke mate overheerst (Schnabel, 1988). Idealiter zou de analyse van het zorggebruik de mogelijkheid moeten bieden om de invloed van zowel vraag- als aanbod-factoren zichtbaar te maken. Een deel van de verandering in het zorggebruik zou dan toegeschreven kunnen worden aan veranderingen in het aanbod en een ander deel aan veranderingen in de vraag. Een dergelijke analyse stuit echter voor deze trendstudie op een aantal (statistische) problemen. Zo is het constateren van een samenhang tussen een uitbreiding van het aanbod over een reeks van jaren en een uitbreiding van het gebruik in dezelfde periode niet voldoende om daarvoor de aanbodfactoren verantwoordelijk te stellen. Een correlatie is geen causaal verband. Ook kunnen we de variabele *jaar* en de (jaarlijks gemeten) veranderingen in het aanbod (aantal hulpverleners) niet in één analyse onderbrengen. Deze onafhankelijke variabelen correleren daarvoor te sterk. Om de invloed van vraag en aanbod te kunnen scheiden moet meer informatie beschikbaar zijn over de afzonderlijke invloed van beide soorten factoren. Een analyse op regionaal niveau zou hier bijvoorbeeld uitkomst kunnen bieden of een analyse waarin gegevens verwerkt zijn over de vraag die niet tot gebruik van zorg leidt (wachlijsten). In deze trendstudie is afgezien van een analyse waarin

zowel de variabele jaar als de jaarlijkse veranderingen in het aanbod opgenomen zijn. In plaats daarvan zijn twee afzonderlijke analyses uitgevoerd: een analyse waarin de persoonskenmerken en de variabele jaar (deze geven samen de trend in de vraag weer) als onafhankelijke variabelen zijn opgenomen en een analyse waarin de persoonskenmerken en het aanbod zijn opgenomen. De 'autonome' trend blijft in deze laatste analyse dus buiten beschouwing. De indicator voor het aanbod is het aantal hulpverleners. Om de gegevens van meerdere jaren en over de disciplines vergelijkbaar te maken is in de trendstudie gewerkt met het aantal hulpverleners per 10.000 inwoners, de zogenaamde *dichtheid*. Dit aantal is geïndexeerd in de analyse opgenomen en geeft de relatieve verandering van de dichtheid weer. Door naast het aanbod de persoonskenmerken op te nemen kan voor elk van de bevolkingscategorieën een schatting gemaakt worden van de trend in het zorggebruik onder invloed van de veranderingen in de dichtheid over de gemeten periode 1974 (1981)-1988. Een vooruitberekening van de dichtheid voor de periode 1990-2005 biedt de mogelijkheid om ramingen op te stellen van het toekomstig zorggebruik van de verschillende bevolkingscategorieën.

2.4.3 Gebruik van zorg

Als indicator voor zorggebruik is in de trendstudie gekozen voor de kans op contact met een bepaalde discipline in een referentieperiode. In de gebruikte onderzoeken luidt de vraagstelling voor deze variabele: heeft u in de afgelopen twee maanden (drie maanden, een jaar) contact gehad met de huisarts, fysiotherapeut, medisch specialist enzovoorts? (zie bijlage 1 voor een overzicht van de gestelde vragen). Om twee redenen is in de statistische analyses voor de contactkans gekozen en niet voor het aantal contacten. Ten eerste mag niet van respondenten verwacht worden dat ze zich het aantal contacten met een hulpverlener exact kunnen herinneren. Met name geldt dat voor disciplines als wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk waar de referentieperiode een jaar bedraagt. Het aantal contacten met de huisarts en de medisch specialist kan betrouwbaarder worden gerapporteerd, omdat daarvoor de referentieperiode korter is. In de gezondheidsenquête van het CBS en de NIVEL-enquête bedraagt deze twee weken. Dergelijke korte referentieperiodes kunnen vanzelfsprekend alleen worden toegepast bij

disciplines met een relatief hoge contactkans. Al zullen respondenten zich vaak het aantal contacten niet goed kunnen herinneren, het hebben van een contact op zich lijkt wel redelijk betrouwbaar gemeenten te kunnen worden (Mechanic, 1989). De tweede reden om de contactkans te analyseren is van statistische aard. Voor veel disciplines geldt dat het aantal contacten erg scheef verdeeld is: een groot aantal respondenten heeft geen contacten. Voor regressie-analyse betekent een scheve verdeling van de afhankelijke variabelen een schending van de assumpties van het model. Een oplossing zou zijn om een afzonderlijke analyse uit voeren met gegevens van die respondenten die één of meer contacten hebben. Ook dan blijft het probleem van de scheve verdelingen bestaan en wordt voor disciplines met een lage contactkans het aantal respondenten sterk gereduceerd.

2.5 Analyse van trends in het zorggebruik

Het soort gegevens dat in de trendstudie gebruikt wordt, en de eerder vermelde keuze van de afhankelijke en onafhankelijke variabelen leggen een aantal beperkingen op aan de analysetechniek die in deze trendstudie toegepast zou kunnen worden. Zo is het aantal van elf (acht) opeenvolgende waarnemingen te klein voor het gebruik van specifiek voor tijdreeksanalyse ontworpen technieken. Bij deze technieken wordt er in het algemeen van uitgegaan dat er slechts sprake is van één onafhankelijke variabele, namelijk een meting van de tijd, terwijl in de trendstudie naast de variabele jaar ook andere onafhankelijke variabelen worden opgenomen. Voorts kent de afhankelijke variabele in de trendstudie slechts twee waarden: wel of geen zorggebruik, wat via aggregatie vertaald kan worden in de individuele 'kans op contact'. Om aan het dichotome karakter van de afhankelijke variabele op adequate wijze tegemoet te komen is gekozen voor de techniek van *logistische regressie* (Hosmer & Lemeshow, 1989). Het logitmodel dat aan deze analyse ten grondslag ligt, laat zich als volgt beknopt beschrijven. De afhankelijke variabele 'Pr(D) = kans op zorg van discipline D' krijgt via een zogenaamde logittransformatie de volgende gedaante:

$$\ln \{Pr(D)/(1-Pr(D))\}$$

De zorgkans kan als variabele alleen waarden tussen 0 en 1 aannemen. De getransformeerde afhankelijke variabele, de logit van

$\text{Pr}(D)$, kent echter een waardebereik van - oneindig tot + oneindig. De logit van $\text{Pr}(D)$ is lineair in de parameters (α, β_i) van de onafhankelijke variabelen X_i :

$$\ln \{ \text{Pr}(D) / (1 - \text{Pr}(D)) \} = \alpha + \beta_i X_i$$

Het logitmodel voldoet niet aan de assumpties van lineaire regressie en de parameters kunnen niet analytisch via de normaal vergelijkingen worden berekend. Wel kunnen de parameterwaarden (α, β_i) volgens de methode van de meeste aannemelijkheid (maximum likelihood) worden geschat. De schatting verloopt iteratief met behulp van een maximalisatie algoritme.

Het resultaat van de logistische regressie-analyse is een schatting van de logit van $\text{Pr}(D)$ voor de verschillende waarden van de onafhankelijke variabelen. De logit van $\text{Pr}(D)$ laat zich gemakkelijk omrekenen naar de gewenste 'kans op zorg van een bepaalde discipline' en naar percentages met contact voor de bevolkingscategorieën. In het verdere verloop van deze uiteenzetting noemen we de bovenstaande vergelijking het (statistisch) model en vatten deze op als de wiskundige vertaling van het oorspronkelijke conceptuele model.

In de analyses voor de trendstudie zijn zowel continue als categorische onafhankelijke variabelen in het model opgenomen. De variabelen *jaar* en *dichtheid* zijn continue, op intervalniveau gemeten variabelen. Van deze variabelen wordt verondersteld dat hun effect op de logit van de zorgkans lineair is. Het effect op de zorgkans zelf is niet lineair maar volgt een langgerekte S curve waarvan de uiteinden asymptotisch de grenswaarden van het interval (0,1) naderen. De variabele *jaar* is geïndexeerd door de eerste meting in 1974 (voor de disciplines huisarts, medisch specialist en fysiotherapie) of 1981 (wijkverpleging en algemeen maatschappelijk werk) op 1 te stellen. De waarden van de variabele *dichtheid* zijn procentuele veranderingen van de dichtheid ten opzichte van de eerste meting uit 1974.

De variabelen *leeftijd*, *sexe*, *huishouden*, *gezondheidsbeleving* en *opleiding* zijn als categoriale variabelen in de analyse opgenomen en met uitzondering van *leeftijd* dichotoom. Logistische regressie levert voor dichotome onafhankelijke variabelen goed interpreteerbare coëfficiënten op. De regressie-coëfficiënt B laat zich gemakkelijk

omrekenen naar de relatieve kansverhouding (odds-ratio) van de onafhankelijke variabele in relatie tot de afhankelijke variabele. In epidemiologische studies wordt de odds-ratio veelal gebruikt als schatter van het relatief risico² (Rothman, 1986). De variabele *leeftijd* kent in de trendstudie drie waarden: 20-54 jaar, 55-74 jaar en 75 jaar en ouder. Eerder is er reeds op gewezen dat voor personen van 55 jaar en ouder *opleiding* buiten beschouwing is gelaten. Hiermee worden de analyses voor volwassenen (20-54 jaar) en ouderen (55 jaar en ouder) minder goed vergelijkbaar. Er is daarom besloten om voor de volwassenen en ouderen afzonderlijke analyses uit te voeren. Op deze wijze kunnen alle categoriale variabelen, *leeftijd* inclusief, als dichotome variabelen worden opgenomen.

In de analyse worden van de onafhankelijke variabelen niet alleen de hoofdeffecten opgenomen, maar ook de eerste-orde-interactie-effecten. Op deze wijze kan worden onderzocht of binnen de categorieën van onafhankelijke variabele 'A' de effecten van onafhankelijke variabele 'B' op de afhankelijke variabele Pr(D) verschillend zijn. De interactie-effecten zijn vooral opgenomen om na te gaan of er interactie optreedt tussen *tijd*, *dichtheid* en de andere onafhankelijke variabelen. Een interactie tussen *tijd* en *sexe* zou bijvoorbeeld betekenen dat in loop der tijd mannen of vrouwen (afhankelijk van een + of - teken van het interactie-effect) een grotere of kleinere kans op zorg hebben gekregen. Vanzelfsprekend kunnen er ook andere interactie-effecten tussen de onafhankelijke variabelen optreden. Terwille van de interpreteerbaarheid is ervan afgezien om hogere-orde-interactie-effecten in het model op te nemen. De som van hoofd- en interactie-effecten levert vijftien onafhankelijke variabelen op. Het uiteindelijke statistische model laat zich in woorden als volgt weergeven:

Kans op zorg(t) = f {constante, gezondheid, opleiding, sexe, huishouden, jaar, jaar x gezondheid, jaar x opleiding, jaar x sexe, jaar x huishouden, gezondheid x opleiding, gezondheid x sexe, gezondheid x huishouden, opleiding x sexe, opleiding x huishouden, sexe x huishouden}

² De vergelijking $RR \approx OR$ geldt alleen bij een klein absoluut risico. Voor grotere risico's geldt: $RR_{P_0} = OR / (1 - (1 - OR) * P_1)$.
 RR = relatief risico; OR = odds-ratio; P_0 = risico niet blootgesteld; P_1 = risico blootgesteld.

Dit is het trendanalyse model voor personen van 20-54 jaar. Voor de ouderen wordt *opleiding* vervangen door leeftijd en voor de aanbodgeoriënteerde versie wordt de variabele *jaar* vervangen door de *dichtheid* in het jaar van meting.

De regressie-analyses zijn uitgevoerd met SPSS/PC waarbij een stapsgewijze zoekprocedure is toegepast die begint met het meest spaarzame model en vervolgens significante variabelen aan het model toevoegt (SPSS Inc., 1989). De analyse is niet beperkt tot hiërarchische modellen. Dat kan betekenen dat een bepaald kenmerk alleen als interactie-effect in het model voorkomt, omdat het hoofdeffect niet significant bijdraagt aan de verklaring van het zorggebruik. Een dergelijke situatie doet zich bijvoorbeeld voor, wanneer het zorggebruik van mannen en vrouwen een verschillende trend te zien geeft (voor mannen stijgt het langzamer dan voor vrouwen), terwijl het zorggebruik in het begin gelijk is. Er is dan geen hoofdeffect van sexe maar wel een interactie-effect tussen sexe en jaar (voor een discussie over dit onderwerp zie: Wrigley, 1985).

De volgende stap in de trendstudie bestaat hieruit dat in de vergelijkingen die waarden van de onafhankelijke variabelen gesubstitueerd worden die voor de definitie van de bevolkingscategorieën gebruikt zijn. Op deze wijze kan voor elke bevolkingscategorie een schatting van het zorggebruik van discipline D over de verschillende jaren verkregen worden. Deze indirecte, via het model verkregen schatting van het zorggebruik van de verschillende bevolkingscategorieën is veelal te verkiezen boven een directe schatting van het zorggebruik uit de rechte tellingen. De redenen daarvoor zijn als volgt. Bevolkingscategorieën waarvan verwacht mag worden dat hun omvang gering is (bijvoorbeeld ongezonde, hoog opgeleide, alleenstaande mannen in de leeftijd van 20-54 jaar) zullen ook in de steekproeven van de verschillende onderzoeken weinig voorkomen. De schatting van het zorggebruik (als percentage met contact) van een dergelijke categorie wordt daardoor erg onbetrouwbaar en gevoelig voor steekproeffouten. In het verlengde daarvan zou een 'gefite' trendlijn door de percentages van de opeenvolgende jaren eveneens tot onbetrouwbare schattingen leiden. Een dergelijke trendberekening op de geaggregeerde data zou overigens nog additionele problemen met zich mee brengen. Ten eerste zou de toets of er al dan niet sprake is van een trend gebaseerd zijn op slechts elf (acht) waarnemingen.

Het onderscheidingsvermogen van een toets bij zulke aantallen is bijzonder laag. Verder houdt een lijn die via 'kleinste kwadraten' op de percentages gefit is geen rekening met de grenzen van het interval van de afhankelijke variabele (0,100); een probleem dat vooral speelt wanneer de trendlijn de 0 of 100 erg dicht nadert. Beide problemen doen zich met het logitmodel niet voor. Er wordt daarin gebruik gemaakt van alle individuele waarnemingen terwijl de logit van $\Pr(D)$ als afhankelijke variabele waarden tussen - oneindig en + oneindig kan aannemen. De stapsgewijze analyse is een ander voordeel van het schatten van het zorggebruik met behulp van het logitmodel. De stapsgewijze regressie-analyse is bedoeld om een spaarzaam model op te leveren. Met andere woorden: onafhankelijke variabelen die geen significante bijdrage leveren, zullen niet in het model worden opgenomen. De schatting van de kans op contact voor een bepaalde bevolkingscategorie wint hierdoor aan betrouwbaarheid, omdat over categorieën die niet significant verschillen, gesommeerd kan worden.

2.6 Ramingen van het toekomstig zorggebruik

Op verschillende plaatsen in dit hoofdstuk is de methodiek van de ramingen in grote lijnen al aan de orde gesteld. Een belangrijk element daarin is de indeling in bevolkingscategorieën. De indeling is zo gekozen dat de omvang van de bevolkingscategorieën N_{ij} (i voor de categorie, j voor jaar) geëxtrapoleerd kan worden naar de jaren 1990-2005. Met de statistische analyses wordt per bevolkingscategorie en per discipline het zorggebruik, de zorgkans $\Pr(Da)_{ij}$, berekend. De volgende vergelijking geeft het (toekomstig) zorggebruik, uitgedrukt in het aantal personen met contact:

$$P Da_{ij} = N_{ij} \times \Pr(Da)_{ij}$$

waarin:

Da = discipline a

N_{ij} = bevolkingscategorie i in jaar j.

$\Pr(Da)_{ij}$ = kans op contact met discipline D voor bevolkingscategorie i in jaar j.

$P Da_{ij}$ = aantal personen in bevolkingscategorie i dat contact heeft met discipline D in jaar j.

Het totaal aantal personen met contact met discipline a in jaar j volgt uit:

$$\sum_i PDa_{ij}$$

Omdat deze raming gebaseerd is op trends in zowel de omvang van de bevolkingscategorieën als het zorggebruik binnen de categorieën noemen we deze raming de 'trendraming'. Enkele varianten op de trendraming luiden als volgt:

- 1 *demografische raming*: per bevolkingscategorie i wordt de kans op contact $Pr(Da)_{ij}$ voor de jaren $j = 1990-2005$ constant verondersteld. Van de bevolkingscategorieën N_{ij} worden alleen veranderingen in leeftijd, sexe en huishoudensomvang verdisconteerd.
- 1a in een mengvorm van de trend- en demografische raming wordt wel een trendmatige ontwikkeling in de bevolkingscategorieën N_{ij} , maar een constante kans op contact per bevolkingscategorie $Pr(Da)_{ij}$ voor de jaren $j = 1990-2005$ verondersteld. Deze raming is gebruikt als *trendmatige raming* voor de disciplines: wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk (zie hoofdstuk 4). De trend in het zorggebruik per bevolkingscategorie was voor deze disciplines onvoldoende eenduidig.
- 2 *aanbod raming*: de geschatte kans op contact per bevolkingscategorie $Pr(Da)_i K_j$ wordt nu niet opgevat als afhankelijk van het jaar j van de meting (1974-1988) maar van het aantal beroepsbeoefenaren per hoofd van de bevolking in de verschillende jaren (dichtheid K_j). Het toekomstig gebruik per bevolkingscategorie N_{ij} wordt gebaseerd op de geraamde dichtheid K_j voor de jaren 1990-2005. Om het aantal personen met contact te berekenen wordt de kans op contact vermenigvuldigd met de uit de trendraming afkomstige raming van de omvang van de bevolkingscategorieën, wat resulteert in de volgende vergelijking:

$$PDa_{ij} = N_{ij} \times Pr(Da)_i K_j$$

Het totaal aantal personen met contact wordt opnieuw berekend door te sommeren over de i bevolkingscategorieën.

De statistische analyse heeft alleen betrekking op de kans op zorggebruik en niet op het aantal contacten. Het aantal contacten is afgeleid uit het gemiddeld aantal contacten zoals blijkt uit de CBS

gezondheidsenquête over de jaren 1981-1988 (huisarts en specialist) of het mediane aantal in 1987/1988 (fysiotherapie) uit de Nationale Studie, NIVEL. Deze aantallen zijn vermeld in bijlage 5. Voor gezinsverzorging, wijkverpleging en AMW zijn geen aantallen contacten berekend. Voor deze disciplines worden alleen uitspraken over aantal personen met contact gedaan, het zogenaamde 'bereik'.

3 Een sociaal demografisch toekomstbeeld

In het vorige hoofdstuk zijn de gebruikers van zorg onderverdeeld in een aantal bevolkingscategorieën. Er is uiteengezet dat de raming van het toekomstig zorggebruik voor een belangrijk deel gebaseerd wordt op de verwachte omvang van deze categorieën in de toekomst. De bevolkingscategorieën zijn opgebouwd uit combinaties van een aantal demografische en niet-demografische variabelen. In dit hoofdstuk gaan we nader in op de trends in de verdeling van deze variabelen. We staan daartoe allereerst stil bij de demografische component in de bevolkingscategorieën. We besteden aandacht aan de rol van de demografie in de ramingen van zorggebruik, de gebruikte demografische variabelen en de demografische projecties waarop de vooruitberekeningen gebaseerd zijn. Daarna volgt een bespreking van de verschillende bevolkingscategorieën waarbij we ook aandacht besteden aan de trends in het opleidingsniveau en de gezondheidsbeleving van de bevolking.

3.1 Demografische ontwikkeling en het gebruik van gezondheidszorg

In de afgelopen decennia is de relatie tussen demografische veranderingen en het gebruik van voorzieningen voor gezondheidszorg regelmatig in het nieuws geweest. Met name over de invloed van de 'vergrijzing' op het gebruik en de kosten van de gezondheidszorg zijn veel publikaties verschenen (voor een overzicht van publikaties tot 1984 zie onder anderen: Van Brunshot, 1985; Weisbeek, 1985; WVC, 1986; Hoogendoorn, 1987). Er zijn grofweg twee onderwerpen die in de literatuur over dit onderwerp een belangrijke plaats innemen. Ten eerste wordt veel aandacht besteed aan de invloed van demografische ontwikkelingen op veranderingen in de aard van de ziekten die in de bevolking voorkomen. Algemeen wordt aangenomen dat zich vooral een toename zal voordoen in het voorkomen van chronische ziekten (STG, 1985; WVC, 1986). Als gevolg hiervan wordt een stijging van de kosten van de gezondheidszorg verwacht.

Daarnaast zal de toename van het aantal chronisch zieken veranderingen in de zorgverlening zelf noodzakelijk maken (Van den Bos, 1989; Kleijnen e.a., 1990). Trefwoorden zijn hier: de verschuiving van 'cure' naar 'care' en 'thuiszorg'. De overheid speelt hierop in onder andere met het stimuleren van onderzoek op het terrein van chronische ziekten en tal van vernieuwingsprojecten die de substitutie van intramurale zorg door thuiszorg als doel hebben (WVC, 1989). In dat kader is ook door de STG in 1988 het startsein gegeven voor een scenario-onderzoek naar de epidemiologie en behandeling van drie chronische ziekten (STG, 1990a en b).

Een tweede stroom van publikaties is direct gericht op de invloed van de vergrijzing (en ontgroening) op de behoefte, het gebruik en de kosten van voorzieningen (Pommer & Wiebrens, 1984; Weisbeek 1985; WVC, 1986). Ook in de ons omringende landen is dergelijk onderzoek uitgevoerd (Van Brunschot, 1985). De kern van deze publikaties bestaat meestal uit een raming waarin een demografische prognose gekoppeld wordt aan het leeftijdsspecifieke gebruik van voorzieningen (Weisbeek, 1985; WVC, 1986; Blank e.a., 1989). Deze methode leidt er bijna altijd toe dat een forse stijging van het gebruik en de kosten van voorzieningen voorspeld wordt. In de jaren tachtig was Van der Maas (1982) een van weinige auteurs die relativerende opmerkingen maakte bij de verwachte toename van het zorggebruik en het belang van de vergrijzing daarin.

Om twee redenen lijkt het in de trendstudie zinvol om met behulp van demografische vooruitberekeningen schattingen te maken van het toekomstig zorggebruik. Ten eerste zijn we van mening dat een doorrekening van uitsluitend demografische effecten nuttige informatie kan opleveren. We krijgen in ieder geval een indruk van de gevolgen van de vergrijzing voor het zorggebruik in het (toegegeven, hypothetische) geval dat andere factoren die zorggebruik bepalen constant blijven. Ten tweede zijn er nauwelijks alternatieven voor berekeningen waarin demografische prognoses verwerkt zijn. Het zou erg moeilijk zijn om zonder demografische gegevens toch een schatting van het toekomstig zorggebruik te maken.

Met Van der Maas kunnen we bij deze ramingen dan de kanttekening plaatsen dat de vergrijzing op zich, in tegenstelling tot bijvoorbeeld sociaal economische ongelijkheid, geen maatschappelijk probleem is. We zijn het niet met Van der Maas (1989) eens als hij

stelt dat de vergrijzing geen reden tot zorg is, omdat in de ons omringende landen, met een verder voortgeschreden vergrijzing, ook geen grote economische problemen zijn opgetreden. Dat argument gaat voorbij aan de verschillen die er bestaan tussen die landen en Nederland als het gaat om de zorg en huisvesting voor ouderen. In Nederland hebben we een relatief dure ouderenzorg. Zo wonen er veel ouderen in bejaardenoorden (meer dan tweemaal zoveel als in de ons omringende landen, zie: Knipscheer, 1986) en ontvangen veel ouderen gezinsverzorging (bijvoorbeeld driemaal zoveel als in België, zie Dooghe, 1989). Weer wel eens zijn we het met zijn opmerking dat de toekomstige volksgezondheid van veel meer factoren afhankelijk is dan louter demografische en in wezen ook niet voorspelbaar is. Dat geldt, *mutatis mutandis*, ook voor zorggebruik.

Aan het begin van deze uiteenzetting over de trendstudie is daarom ook naar voren gebracht dat de trendstudie niet bedoeld is om prognoses op te stellen, maar projecties ofwel vooruitberekeningen onder een aantal gespecificeerde aannames te maken.

Tenslotte beperken we ons in de trendstudie niet tot demografische berekeningen. Er zal ook getracht worden om, mede vanwege de bovengenoemde kritiek, andere factoren die als determinanten van zorggebruik gelden, te verdisconteren. De volgende hoofdstukken laten zien dat deze alternatieve ramingen op sommige punten fors afwijken van de zuiver demografische ramingen.

3.2 De demografische vooruitberekening in de trendstudie

In deze trendstudie maken we gebruik van een demografische vooruitberekening van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) waarin de bevolking is onderverdeeld in elf verschillende huishoudenstypen. Het gaat bij al deze huishoudenstypen om privé-huishoudens; collectieve huishoudens (bejaardenoorden, verpleeghuizen enzovoorts) zijn buiten beschouwing gelaten. Dat komt goed overeen met het deel van de bevolking waaraan eerstelijnszorg verleend wordt. Van de disciplines in de eerstelijnszorg bezoekt alleen de huisarts ook patiënten in bejaardenoorden. Door het NIDI zijn vooruitberekeningen met verschillende aannames gemaakt die onder meer gebruikt worden om ramingen voor sociale zekerheidsuitgaven op te stellen (Van Imhoff e.a., 1990). In de trendstudie maken we

gebruik van een vooruitberekening waarvan de aannames in grote lijnen overeenstemmen met de welbekende middenvariant van de CBS prognose uit 1989. Het NIDI noemt deze vooruitberekening het 'realistisch' scenario. Voor de goede orde: de term 'scenario' heeft hier alleen betrekking op een demografische vooruitberekening.

Voor elk van de huishoudenstypen is een naar leeftijd en geslacht onderverdeelde projectie opgesteld. De toevoeging van de toekomstige samenstelling van huishoudens is in verband met de beschikbaarheid van mantelzorg een belangrijk gegeven voor het maken van schattingen omtrent het toekomstig gebruik van zorg. Mantelzorg wordt natuurlijk niet alleen door personen uit hetzelfde huishouden verleend, maar ook door anderen uit het sociale netwerk, in de meeste gevallen door de elders wonende kinderen. Aanvankelijk was het de bedoeling om rekening te houden met de verschillen in zorggebruik tussen ouderen met en ouderen zonder kinderen. Een berekening van het kindertal van ouderen voor de jaren 1990-2005 zou dan wellicht meer zicht geven op de behoefte aan eerstelijnszorg in situaties waar mantelzorg ontbreekt. Verschillende redenen hebben ons hiervan doen afzien. Ten eerste bleken deze gegevens alleen over vrouwen beschikbaar te zijn. Schattingen zouden dus alleen mogelijk zijn voor het aantal bejaarde vrouwen en hun dochters (Bartlema e.a., 1989). Ten tweede lieten deze schattingen zien dat er de komende tien à vijftien jaar onder ouderen slechts een geringe daling van het aantal dochters zal optreden. De ouderen van rond het jaar 2000 zijn immers diegenen die in de jaren zestig nog betrekkelijk veel kinderen hebben gekregen. Als er zich op het ogenblik een trend voordoet van afnemende mantelzorg waardoor problemen voor de eerstelijnszorg ontstaan, dan lijkt deze niet te kunnen worden toegeschreven aan het afnemende kindertal. De toegenomen migratie, emancipatie, individualisering en de toename van het aantal vrouwen dat aan het arbeidsproces deelneemt, komen veel meer in aanmerking als mogelijke verklaringen. Een derde reden is, tenslotte, dat een recent onderzoek naar informele zorg laat zien dat het al of niet alleen wonen het belangrijkste criterium is voor de verlening van informele dan wel professionele zorg (Tjadens & Woldring, 1989). Er is daarom besloten om alleen dit onderscheid tussen alleenstaanden en samenwonenden in de ramingen te betrekken. Tabel 3.1 geeft een overzicht van de demografische kenmerken die in de trendstudie gebruikt worden.

Tabel 3.1 Demografische categorieën in het scenario-onderzoek Eerstelijnszorg en thuiszorg

leeftijd	sexe	huishouden
0 - 4 jarigen	man / vrouw	geen onderscheid
5 - 19 jarigen	man / vrouw	geen onderscheid
20 - 54 jarigen	man / vrouw	alleenstaand / samenwonend
55 - 74 jarigen	man / vrouw	alleenstaand / samenwonend
75 jaar en ouder	man / vrouw	alleenstaand / samenwonend

De demografische kenmerken leveren een deel van de variabelen waarmee de bevolkingscategorieën voor de trendstudie zijn samengesteld. De aanvullende gegevens over gezondheidsbeleving en opleidingsniveau zijn aan de landelijke survey's ontleend. De vooruitberekening van het demografische deel van de bevolkingscategorieën is gebaseerd op de NIDI berekeningen. Voor 'gezondheidsbeleving' en 'opleidingsniveau' zijn trendberekeningen met het logit model uitgevoerd.

De demografische berekeningen van het NIDI laten een aantal belangrijke trends zien. De groei van de bevolking zal in 2025 een hoogtepunt bereiken (16,4 miljoen) waarna de bevolking weer langzaam zal afnemen. De vergrijzing bereikt een hoogtepunt in 2035. De belangrijkste ontwikkelingen voor privé-huishoudens beschrijft het NIDI als volgt:

- een geringe daling van het aantal kinderen;
- een forse daling van het aantal paren met kinderen;
- een in absolute zin geringe, maar in relatieve zin forse stijging van het aantal alleenstaande ouders;
- een daling van de gemiddelde huishoudensomvang;
- een zeer sterke groei van het aantal alleenstaanden.

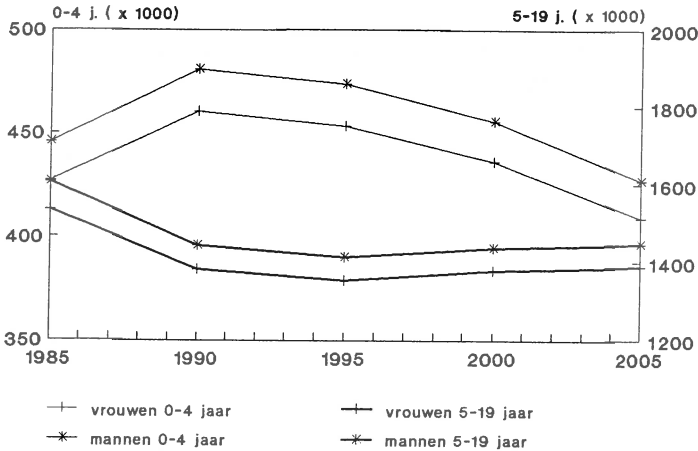
In het scenario-onderzoek Eerstelijnszorg en thuiszorg wordt als tijdshorizon het jaar 2005 aangehouden. Tussen 1990 en 2005 zal de bevolking (woonachtig in privé huishoudens) met ongeveer 1 miljoen personen toenemen tot 16.2 miljoen. De trend van het toenemend aantal alleenstaanden is ook in de komende vijftien jaar zichtbaar. In 1990 voert 12% van de bevolking een huishouden voor zich alleen. In 2005 zal het aandeel van de *alleenstaanden* gestegen zijn tot ongeveer 16%. De groei van het aantal alleenstaanden in de verschillende leeftijdscategorieën is in hoofdstuk 4 van het hoofdrapport weergegeven.

Voor de vaststelling van de trends en de vooruitberekeningen wordt de bevolking onderverdeeld in vijf leeftijdsklassen: 0-4 jaar, 5-19 jaar, 20-54 jaar, 55-74 jaar en 75 jaar en ouder. Voor personen onder de 20 jaar wordt alleen een onderscheid gemaakt naar leeftijd en geslacht en worden geen trends in gezondheidsbeleving en opleidingsniveau berekend. Deze categorie komt, zoals eerder aangegeven, in de oudere CBS onderzoeken (tot en met 1980) niet voor en er zijn dus geen lange termijn cijfers bekend over de samenhang tussen opleidingsniveau, gezondheidsbeleving en zorggebruik. In de vooruitberekeningen van het toekomstig zorggebruik wordt vanzelfsprekend wel rekening gehouden met het aantal personen in deze leeftijdscategorie. Daarbij wordt het zorggebruik voor personen jonger dan 20 jaar steeds met behulp van een demografische raming geëxtrapoleerd.

3.2.1 De leeftijdscategorie 0-20 jaar

In de leeftijdscategorie tot 20 jaar wordt alleen een onderscheid gemaakt naar leeftijd (0-4 jaar en 5-19 jaar) en geslacht en niet naar huishoudenspositie, opleidingsniveau of subjectieve gezondheid (figuur 3.1). In de jaren zeventig is het aantal geboorten drastisch gedaald met een dieptepunt in 1983 (170.000 kinderen). Sindsdien is het aantal geboorten weer gaan stijgen en aan het einde van de jaren tachtig is het aantal levendgeborenen 10% hoger dan in 1983. Hoe het aantal geboorten zich in de toekomst zal ontwikkelen, is erg moeilijk te voorspellen. De vooruitberekeningen van het NIDI gaan ervan uit dat het aantal kinderen in 2005 met 10% afgenomen zal zijn ten opzichte van 1990. Hierin zijn de aannames uit de CBS prognose van 1989 verwerkt waarin er van uitgegaan wordt dat de vrouwen uit de jongere generatie uiteindelijk minder kinderen zullen krijgen dan de oudere generatie en dat zij die kinderen op een hogere leeftijd krijgen. De recente toename in het aantal geboorten kon niet meer in de ramingen verwerkt worden. De omvang van de groep 5-19 jarigen blijft de komende jaren vrij constant.

Figuur 3.1 **Ontwikkeling in het aantal mannen en vrouwen in de leeftijd van 0-4 en 5-19 jaar**



Bron: NIDI.

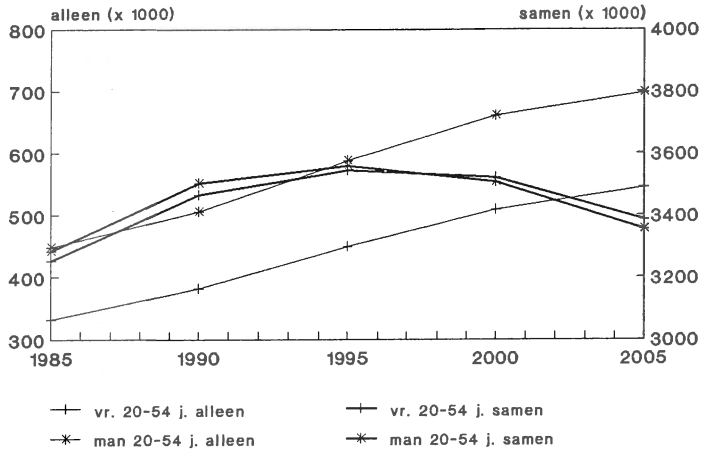
3.2.2 De leeftijdscategorie 20-54 jaar

Naast de reeds genoemde demografische kenmerken *sexe* en *huishouden* wordt voor deze groep een onderscheid gemaakt in *opleidingsniveau* en *beleving van de eigen gezondheid*. De verwachting is dat dit persoons-kenmerken zijn die in combinatie met de demografische variabelen voor het toekomstig zorggebruik het meest relevant zullen zijn.

Er is reeds op gewezen dat de toename van het aantal *alleenstaanden* een van de belangrijkste demografische trends is. Dat geldt ook voor volwassenen in de leeftijd van 20-54 jaar. Naar verwachting zal het aantal alleenstaande mannen in de leeftijd van 20-54 jaar in de komende vijftien jaar met ongeveer 38% toenemen (van 500.000 tot 700.000). Het aantal alleenstaande vrouwen neemt iets sterker toe en wel met 43% (van 380.000 tot 545.000) (figuur 3.2). In hetzelfde tijdvak neemt het aantal samenwonende mannen met 4% af en zien we voor vrouwen, na een aanvankelijke toename, een afname van 2% ten opzichte van 1990. Ondanks deze sterke toename van het aantal alleenstaanden zal ook in de toekomst het grootste deel van de volwassenen deel uitmaken van een huishouden dat uit twee of

meer personen bestaat. Voor beide sexen zal het aantal samenwonenden in de categorie 20-54 jaar in 2005 ongeveer 3,4 miljoen bedragen.

Figuur 3.2 **Ontwikkeling in het aantal mannen en vrouwen in de leeftijd van 20-54 jaar**



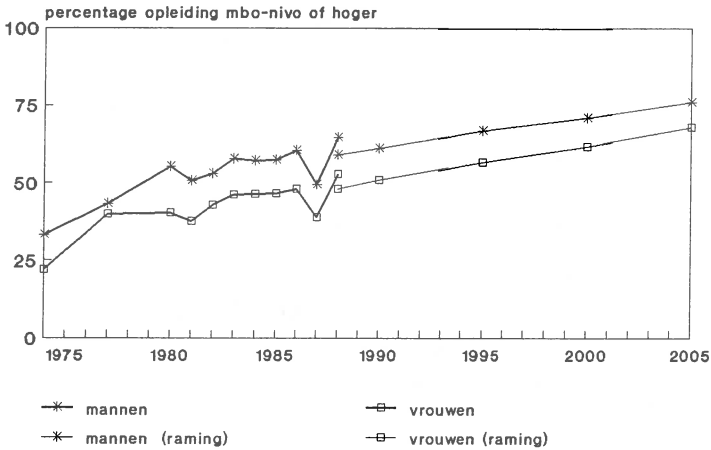
Bron: NIDI.

Het *opleidingsniveau* van de bevolking is gedurende de afgelopen decennia gestaag toegenomen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit cijfers over deelname aan het voortgezet onderwijs. Het aantal leerlingen in het middelbaar en hoger beroepsonderwijs is sterk gestegen, ten koste van het aantal leerlingen in het lager beroepsonderwijs. Bij het universitair onderwijs is vooral de toename van het aantal vrouwelijke studenten opmerkelijk (CBS, 1989a).

De trend in de stijging van het opleidingsniveau is ook terug te vinden in de databestanden die in dit onderzoek gebruikt worden (figuur 3.3). Over de afgelopen vijftien jaar is het percentage 20-54 jarigen dat een MBO opleiding of hoger heeft genoten, gestegen van circa 30% in 1974 naar circa 60% in 1988. Naar verwachting zal het opleidingsniveau in de toekomst nog verder stijgen, alleen niet zo spectaculair als over de afgelopen decennia. De trendberekeningen geven aan dat verwacht wordt dat over vijftien jaar ongeveer 70% van de 20-54 jarigen een opleidingsniveau van MBO of hoger

bereikt heeft, waarbij mannen nog steeds hoger opgeleid zullen zijn dan vrouwen.

Figuur 3.3 Trend en raming in het opleidingsniveau van mannen en vrouwen in de leeftijd van 20-54 jaar over de periode 1974-1988 en 1990-2005



Indicatoren van de gezondheidstoestand zijn de persoonsgebonden variabelen die in onderzoek de sterkste samenhang met zorggebruik vertonen. In de trendstudie is voor de variabele *gezondheidsbeleving* of subjectieve gezondheid gekozen omdat deze in elk van de beschikbare onderzoeken voorkomt.

Uit de gegevens van het CBS en het NIVEL blijkt dat 80% van de 20-54 jarigen de eigen gezondheid als goed of zeer goed beoordeelt. In tabel 3.2 is de gezondheidsbeleving voor de verschillende leeftijdscategorieën weergegeven. In het onderzoek uit 1974 is naar de tevredenheid met de gezondheid gevraagd. Voor personen van 20-54 jaar komt het antwoord op deze vraag nagenoeg overeen met de vraag naar de gezondheidsbeleving. In de loop der jaren is het oordeel over de gezondheidsbeleving nauwelijks gewijzigd. Wel lijkt er een lichte tendens naar een gunstiger oordeel te zijn.

Tabel 3.2 Percentage personen in de leeftijd van 20 t/m 54 jaar, 55 t/m 74 jaar en 75 jaar en ouder dat tevreden is met de eigen gezondheid (1974) of de eigen gezondheid als goed of zeer goed beoordeelt (1977-1988)

jaar	20-54 jr		55-74 jr		75+	
	percentage	N	percentage	N	Percentage	N
1974	81,7	3179	67,8	952	75,4	183
1977	82,4	2681	54,9	859	54,1	185
1980	83,0	1978	58,8	629	57,6	99
1981	82,6	4818	57,6	1685	50,8	455
1982	82,9	4694	55,0	4636	45,3	1588
1983	85,4	7376	61,5	2462	53,5	641
1984	84,4	4855	62,4	1642	50,2	474
1985	85,5	4656	63,9	1559	60,9	455
1986	85,9	4746	65,6	1597	55,3	479
1987	86,8	11305	68,9	3647	62,4	845
1988	86,7	4201	65,5	1378	54,9	428

Tabel 3.3 Logistische regressie-analyse van gezondheidsbeleving van 20-54 jarigen met als afhankelijke variabele de kans op een goede of zeer goede gezondheid (N = 54.458)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	Odds-ratio
opleiding(l)	-0.3529	0.0430	0.0000	0.49
sexe(m)	0.0867	0.0127	0.0000	1.19
huishouden(a)	-0.2215	0.0213	0.0000	0.64
jaar	0.0297	0.0035	0.0000	1.03
opleiding x sexe	-0.0475	0.0127	0.0002	0.95
opleiding x huish.	-0.0765	0.0213	0.0003	0.93
opleiding x jaar	-0.0077	0.0035	0.0262	0.99
constante	-1.2831	0.0430	0.0000	

(l = laag, m = man, a = alleen)

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model: 1137.650

- 2 LL residu: 45190.121

- 2 LL totaal: 46327.771

proportie reductie - 2LL: 0.0245

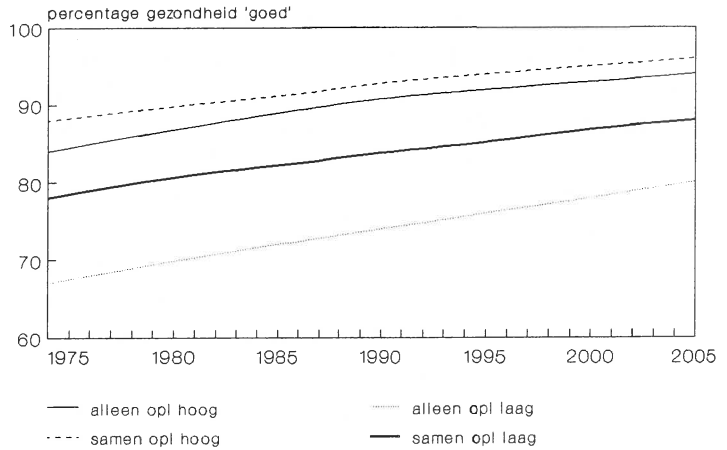
Om de gezondheidsbeleving van de verschillende bevolkingscategorieën te kunnen schatten is een logistische regressie uitgevoerd op gezondheidsbeleving met *sexe*, *opleiding*, *huishouden*, *jaar* en de eerste-orde-interactie-effecten als onafhankelijke variabelen. Het substitueren van de variabelen waarmee de verschillende categorieën gedefinieerd zijn, biedt de mogelijkheid om voor elke categorie een schatting van de gezondheidsbeleving te maken. Deze procedure is in

hoofdstuk 2 uitvoerig toegelicht. Tabel 3.3 geeft de resultaten van de analyse weer.

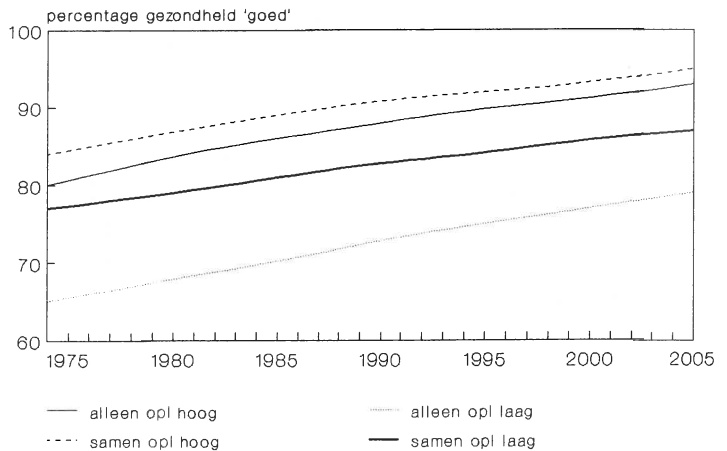
De analyse laat zien dat van de gebruikte onafhankelijke variabelen het opleidingsniveau en de huishoudensomvang de sterkste samenhang met de gezondheidsbeleving vertonen. Hoger opgeleiden voelen zich beduidend gezonder dan laag opgeleiden. Het interactie-effect tussen sexe en opleiding geeft aan dat het effect van opleiding op de gezondheidsbeleving voor mannen anders is dan voor vrouwen. Voor mannen heeft een hoger opleidingsniveau een geringer effect dan op grond van de hoofdeffecten verwacht mag worden. Samenwonenden voelen zich eveneens significant gezonder dan alleenstaanden. Ook hier is sprake van een interactie-effect met opleiding. Voor samenwonenden heeft het bereiken van een hoger opleidingsniveau (ten opzichte van alleenstaanden) een grotere verbetering van de subjectieve gezondheid tot gevolg. Verder voelen mannen zich gezonder dan vrouwen. Het effect van de variabele *jaar* is gering maar significant. Er is dus sprake van een geringe trend in de richting van een betere subjectieve gezondheid. Het interactie-effect van *jaar* en *opleiding* geeft aan dat de verbetering in subjectieve gezondheid voor laag opgeleiden geringer is dan voor hoog opgeleiden.

De verandering in '-2 x de log-likelihood' geeft aan in welke mate de onafhankelijke variabelen een verklaring bieden voor het oordeel over de eigen gezondheid. Er is voor deze maat voor de passendheid van de verklaring gekozen, omdat 'Goodness of fit'-maten sterk afhankelijk zijn van het aantal gevallen in de analyse. In analyses waar een grote steekproef gebruikt wordt (zoals in dit geval), is de 'fit' bijna per definitie slecht en als maat dus niet bruikbaar (Knoke & Burke, 1980). De gezondheidsbeleving is met de gebruikte onafhankelijke variabelen niet erg goed te verklaren (wat overigens ook niet de bedoeling van de analyse was). Het model kan de waarde van de log-likelihood slechts met 2.5% reduceren.

Figuur 3.4 **Ontwikkeling in de gezondheidsbeleving van mannen in de leeftijd van 20-54 jaar over de periode 1974-2005 (schatting m.b.v. logistische regressie)**



Figuur 3.5 **Ontwikkeling in de gezondheidsbeleving van vrouwen in de leeftijd van 20-54 jaar over de periode 1974-2005 (schatting m.b.v. logistische regressie)**



De resultaten van de analyse kunnen nu vertaald worden in een schatting van het percentage personen met een goede subjectieve gezondheid. De figuren 3.4 en 3.5 geven deze schattingen weer, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen mannen en vrouwen, tussen alleenstaanden en samenwonenden en tussen hoger en lager opgeleiden. Duidelijk is te zien dat personen die samenwonen en hoger opgeleid zijn, het meest tevreden zijn over hun eigen gezondheid. De slechtste subjectieve gezondheid treffen we aan bij lager opgeleide, alleenstaande vrouwen. De lijnen in de figuur zijn de best passende regressielijnen voor de verschillende waarden van de onafhankelijke variabelen. Voor de jaren 1974-1988 zijn de lijnen een interpolatie met behulp van de variabele *jaar*, terwijl het bij de periode na 1988 om een extrapolatie van deze variabele gaat. Voor alle categorieën blijkt uit het model een trendmatige verbetering van de subjectieve gezondheid. De lijnen lopen niet recht maar enigszins gebogen, omdat de lijnen het uiteinde weergeven van een logistische curve. De toelichting hierop is te vinden in hoofdstuk 2. De parameters in de regressievergelijking bepalen de mate van kromming. Het valt op dat de curves die de 100% naderen een afvlakking vertonen. Dat betekent dat naarmate een van de uiteinden van het interval (0,100) dichter genaderd wordt, het lineaire effect van een onafhankelijke variabele in de logit $\{\ln(P/1-P)\}$ vertaald wordt in een steeds kleiner effect in percentages. Of met ander woorden, voor personen met een zeer goede subjectieve gezondheid levert het al dan niet aanwezig zijn van een ander kenmerk (samenwonen, hoog opgeleid zijn) niet meer dan een geringe verbetering van de subjectieve gezondheid op.

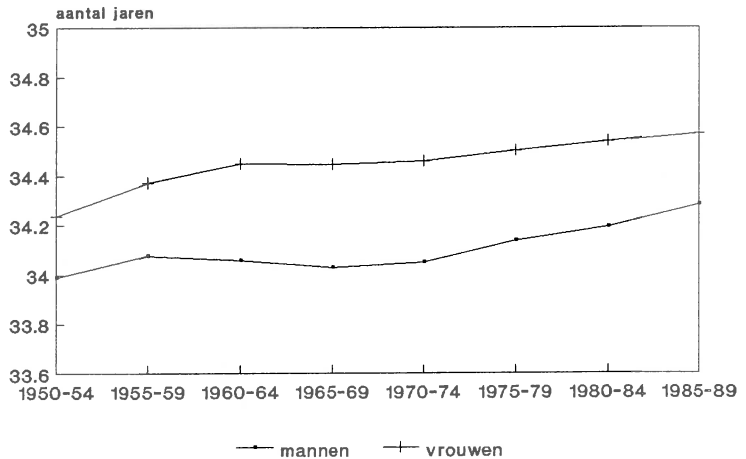
De 'ervaren gezondheid' is slechts een van de variabelen die een indruk geven van de gezondheidstoestand van de bevolking. Aan deze indicator kleven twee bezwaren. Ten eerste is de beleving van de eigen gezondheid erg subjectief. Een verandering in dat oordeel wil nog niet zeggen dat de gezondheidstoestand zelf veranderd is, maar kan net zo goed betekenen dat slechts in de beoordeling van de gezondheid een wijziging is opgetreden; bijvoorbeeld omdat aan de gezondheid in de loop der tijd een grotere waarde wordt toegerekend. Ten tweede is de genoemde ontwikkeling in de ervaren gezondheid gebaseerd op een vraaggesprek onder een steekproef uit de bevolking. Er kunnen steekproef-fouten optreden, zo is er over de gemeten periode sprake van een toegenomen non-respons, die de resultaten in belangrijke mate kunnen vertekenen. Daarnaast zijn er

in de vraagstelling en de wijze van beantwoording in de loop der tijd veranderingen opgetreden (zie bijlage 2). Een (indirecte) validering van de gevonden trendmatige ontwikkeling zou dus welkom zijn.

Naast de ervaren gezondheid bestaan er andere indicatoren van de gezondheidstoestand van de bevolking waar de bovengenoemde bezwaren niet of nauwelijks een rol spelen. In landen als Nederland, waar een betrouwbare sterftestatistiek bestaat, is de sterfte de meest objectieve maat van gezondheid. Aan het gebruik van sterftecijfers kleeft het bezwaar dat in moderne geïndustrialiseerde landen veel ziekten zonder dodelijke afloop voorkomen. In de sterftecijfers blijven deze ziekten buiten beeld en sterftestatistieken geven daarom een eenzijdig beeld van de ontwikkeling van de volksgezondheid. Ter aanvulling op de sterftecijfers kunnen gegevens over incidentie en prevalentie van ziekten dan ook nuttige informatie bieden.

Een maat voor de sterfte in het interval van 20 tot 55 jaar is het aantal jaren dat een 20 jarige naar verwachting in het interval 20-54 jaar zal leven. Het maximum is uiteraard 35 jaar. Figuur 3.6 geeft een overzicht van de ontwikkeling in het aantal te verwachten levensjaren sinds het begin van de jaren vijftig.

Figuur 3.6 Aantal te verwachten levensjaren van 20-jarigen in het interval 20 t/m 54 jaar



Bron: NIDI.

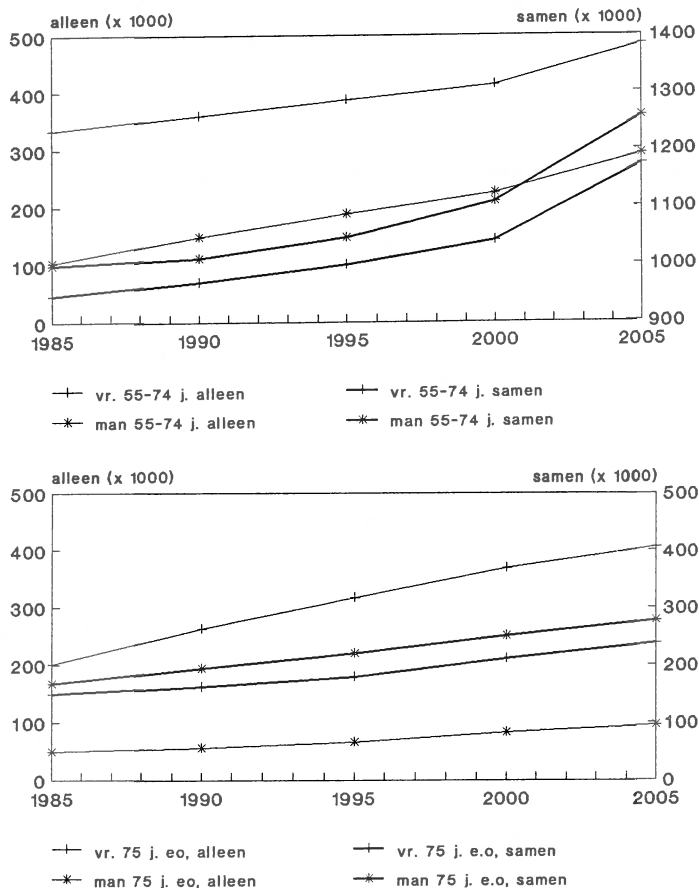
Voor vrouwen is het aantal te verwachten levensjaren in het interval 20-54 jaar over de gehele periode van 1950 tot heden gestegen. Voor mannen vindt na aanvankelijke stijging een geringe daling plaats tot 1969. Daarna steeg het aantal te verwachten levensjaren weer. De stijgende tendens is in overeenstemming met de trends in de ervaren gezondheid.

3.2.3 De leeftijdscategorieën van 55 jaar en ouder

De definitie van deze bevolkingscategorieën is gebaseerd op de demografische kenmerken sexe en huishouden en op de ervaren gezondheid. De demografische berekeningen laten zien dat de *jong bejaarden* (55-74 jaar) een bevolkingscategorie vormen die de komende jaren sterk in omvang zal toenemen. Ook hier is de stijging van het aantal alleenstaanden de belangrijkste trend. Naar verwachting zal het aantal alleenstaande mannen bijna verdubbelen (van 150.000 in 1990 tot 290.000 in 2005). Het aantal alleenstaande vrouwen zal met ongeveer 35% toenemen (van 360.000 in 1990 tot 480.000 in 2005). De stijging van het aantal alleenstaanden neemt niet weg dat de overgrote meerderheid van de mannen en vrouwen in deze leeftijdscategorie samen met anderen een huishouden voert. In 1990 bedroeg het aantal mannen dat met een of meer anderen samenwoont, ruim 1 miljoen. Er wordt tot 2005 een toename verwacht van 24% (1.260.000 mannen in 2005). Het aantal samenwonende vrouwen is iets kleiner (970.000 in 1990) en zal met ongeveer 21% toenemen tot 1.170.000 in 2005.

Ook onder *hoog bejaarden* (75 jaar en ouder) zal het aantal alleenstaanden toenemen. Over vijftien jaar (2005) zullen er ongeveer 400.000 alleenstaande vrouwen van 75 jaar en ouder zijn. Het aantal alleenstaande mannen blijft daar met nog geen 100.000 ver bij achter. In 2005 zal driekwart van de hoog bejaarde mannen deel uitmaken van een huishouden van twee (of meer) personen. Onder vrouwen van deze leeftijd zullen daarentegen de alleenstaanden met 63% in de meerderheid zijn (zie figuur 3.7).

Figuur 3.7 Ontwikkeling in het aantal mannen en vrouwen in de leeftijd van 55-74 en 75 jaar en ouder over de periode 1985-2005



Bron: NIDI.

In tabel 3.2 is de ontwikkeling van de *subjectieve gezondheid* over de periode 1974-1988 reeds weergegeven. In 1974 is, zoals vermeld, niet naar de ervaren gezondheid gevraagd, maar naar de tevredenheid met de eigen gezondheid. Het hoge percentage dat tevreden is met de eigen gezondheid laat zien dat voor ouderen de ervaren gezondheid niet hetzelfde is als gezondheidssatisfactie. Voor personen jonger dan 55 jaar bleek dat wel het geval en ook in ander onderzoek is gezondheids-satisfactie aan gezondheidsbeleving gelijk gesteld (Jessen, 1974). Voor ouderen geldt waarschijnlijk dat men ook bij een minder goede gezondheidstoestand nog wel tevreden kan zijn.

over de eigen gezondheid. Vanaf 1977 hebben de gegevens alleen betrekking op de ervaren gezondheid. Onder de jong bejaarden neemt het percentage dat de eigen gezondheid als goed beoordeelt tot 1988 gestaag toe. Voor de hoog bejaarden is het patroon minder duidelijk; stijging en daling lijken elkaar af te wisselen.

Tabel 3.4 Logistische regressie-analyse van gezondheidsbeleving van personen van 55 jaar en ouder met als afhankelijke variabele de kans op een goede of zeer goede gezondheid (N = 26.878)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	Odds-ratio
sexe (m)	0.1483	0.0421	0.0004	1.34
jaar	0.0218	0.0039	0.0000	1.02
leeftijd x sexe	-0.0520	0.0158	0.0010	0.95
leeftijd x huish. (a)	-0.0719	0.0153	0.0000	0.93
leeftijd x jaar	0.0121	0.0015	0.0000	1.01
sexe x jaar	-0.0076	0.0038	0.0440	0.99
constante	0.0862	0.0417	0.0388	

(m = man, a = alleen)

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model: 232.4

- 2 LL residu: 35942.607

- 2 LL totaal: 36175.007

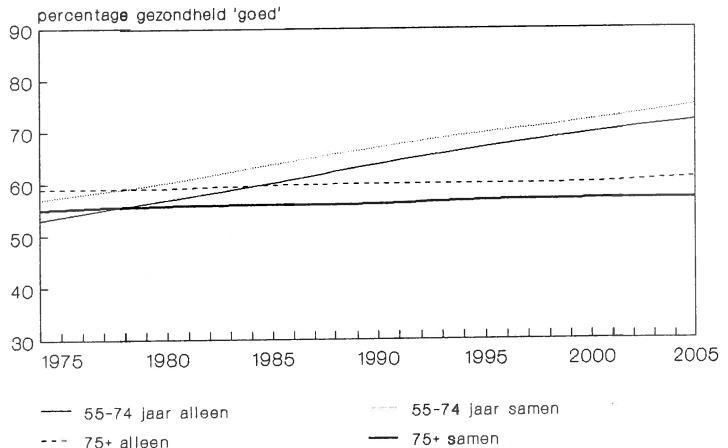
proportie reductie - 2LL: 0.0064

Om voor elk van de bevolkingscategorieën een schatting van de subjectieve gezondheid te maken is een logistische regressie-analyse op gezondheidsbeleving uitgevoerd met *sexe*, *leeftijd*, *huishouden*, *jaar* en de eerste-orde-interactie-effecten als onafhankelijke variabelen (tabel 3.4). De analyse had betrekking op alle personen van 55 jaar en ouder (vandaar het toevoegen van *leeftijd*). Hiervoor bestonden twee redenen: ten eerste kon zo worden nagegaan of *leeftijd* bijdraagt aan het verklaren van de ervaren gezondheid. Ten tweede is voor sommige jaren het aantal respondenten van 75 jaar en ouder aan de lage kant. Een afzonderlijke analyse leidt dan tot onbetrouwbare resultaten. Het analyseren van het totale bestand van 55 jaar en ouder heeft daarbij het volgende voordeel: indien blijkt dat *leeftijd* op zich geen significante bijdrage levert aan de verklaring van de subjectieve gezondheid (dat bleek zo te zijn), dan mag voor het schatten van de invloed van de overige factoren en voor de mate van subjectieve gezondheid, over de leeftijds categorieën gesom-

meer worden. De betrouwbaarheid van de schattingen neemt daardoor toe. In hoofdstuk 2 is deze procedure toegelicht.

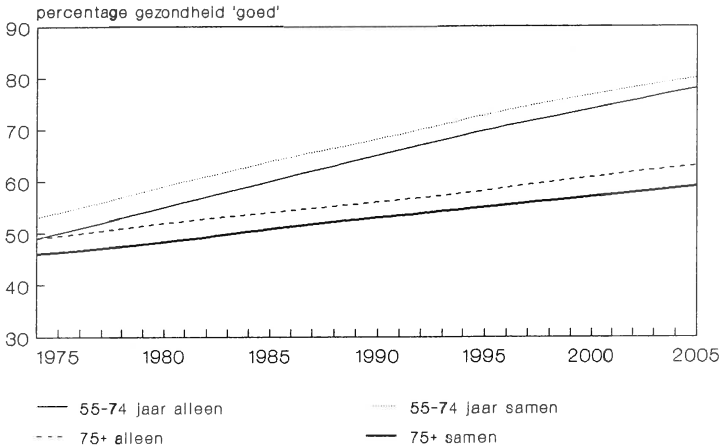
Een opvallend resultaat van de analyse is dat de leeftijd als zodanig niet van invloed lijkt te zijn op het oordeel over de eigen gezondheid. Sexe daarentegen is wel belangrijk. Mannen voelen zich beduidend gezonder dan vrouwen. Het hoofdeffect van *jaar* geeft aan dat er in het tijdvak 1974-1988 en geringe, maar significante toename van de gezondheidsbeleving heeft plaatsgevonden. Vanwege de verschillen in vraagstelling in de loop der tijd is een aantal additionele analyses over verschillende periodes uit het tijdvak 1974-1988 uitgevoerd. In bijlage 3 wordt hierop nader ingegaan. De interactie-effecten van *sexe* en *leeftijd* met *jaar* geven aan dat deze toename voor mannen en vrouwen en voor jong en hoog bejaarden niet gelijk verloopt. De trend is voor mannen geringer dan voor vrouwen en blijft voor de hoog bejaarden achter bij de jong bejaarden. De interactie tussen leeftijd en *sexe* betekent dat de subjectieve gezondheid van jong bejaarde mannen lager is dan op grond van de hoofdeffecten verwacht mag worden. Voor jong bejaarde vrouwen is de subjectieve gezondheid hoger dan verwacht.

Figuur 3.8 **Ontwikkeling in de gezondheidsbeleving van mannen van 55 jaar en ouder over de periode 1974-2005 (schatting m.b.v. logistische regressie)**



De vertaling van deze bevindingen in het percentage met een goede subjectieve gezondheid is te vinden in de figuren 3.8 en 3.9. Voor verschillende waarden van de onafhankelijke variabelen zijn de best passende regressielijnen weergegeven. In het tijdvak 1974-1988 zijn de waarden voor de verschillende jaren geïnterpoleerd, het tijdvak 1990-2005 is een resultaat van extrapolatie van de variabele *jaar*.

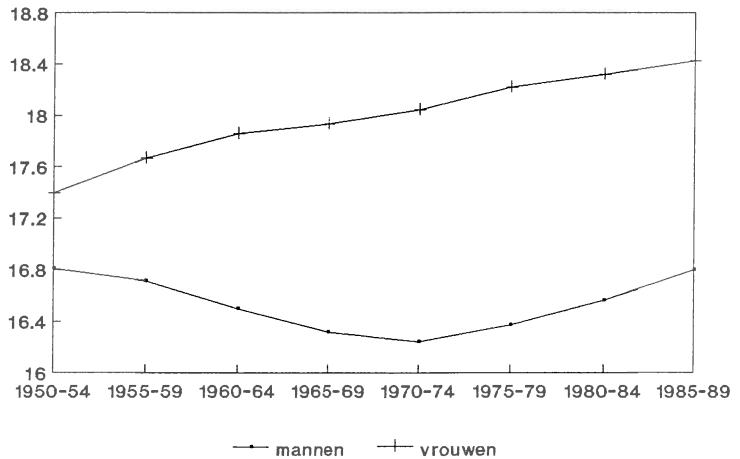
Figuur 3.9 **Ontwikkeling in de gezondheidsbeleving van vrouwen van 55 jaar en ouder over de periode 1974-2005 (schatting m.b.v. logistische regressie)**



De grafieken laten duidelijk zien dat voor de jong bejaarden een verbetering van de subjectieve gezondheid verwacht wordt. Ook de subjectieve gezondheid van vrouwen van 75 jaar en ouder zal naar verwachting toenemen. Voor jong bejaarden geldt dat samenwonen- den zich gezonder voelen dan alleenstaanden. Voor hoog bejaarden is het omgekeerde het geval: alleenstaanden voelen zich gezonder. Hiervoor kan een aantal redenen genoemd worden. Het is plausibel dat de minder gezonde en alleenstaande ouderen voor een groot deel niet meer zelfstandig wonen. Zij komen dan in de onderzoeks- populatie niet voor. Ouderen met een minder goede gezondheid die samenwonen kunnen zich wellicht langer zelfstandig handhaven. Als zelfstandig wonenden komen zij nog wel in de onderzoekspopulatie (en ook in de steekproef) voor. Ook een selectieve respons (alleen- staande, minder gezonde, hoog bejaarden responderen minder) zou een deel van de verklaring voor dit verschil kunnen bieden.

In de vorige paragraaf hebben we als indirecte validering de gegevens over de subjectieve gezondheid vergeleken met een andere indicator van gezondheid: de sterfte of eigenlijk het complemen daarvan, het aantal geleefde jaren in het betreffende interval. Voor personen van 55-74 jaar kan op dezelfde wijze een grafiek van het aantal te verwachten levensjaren gepresenteerd worden (figuur 3.10).

Figuur 3.10 Aantal te verwachten levensjaren van 55-jarigen in het interval 55 t/m 74 jaar

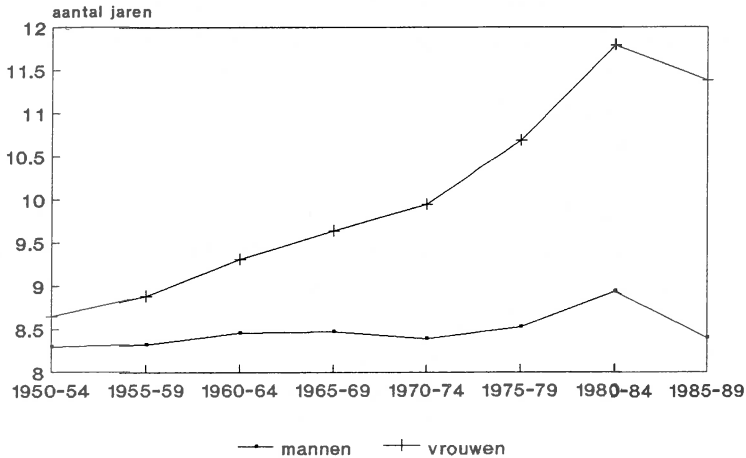


Bron: NIDI.

Wat opvalt, is dat de sterfte onder mannen tot het eind van de jaren zestig is toegenomen, waarna in de jaren zeventig een daling inzette. Op het ogenblik is de sterfte weer op het niveau van 35 jaar geleden. De sterfte onder vrouwen daarentegen is gestaag afgenomen, zodat een stijging van het aantal te verwachten levensjaren te zien is. Voor het tijdvak 1974-1988 bestaat overeenstemming tussen de subjectieve en objectieve indicator van gezondheid. Beide vertonen een stijgende tendens. De sterkere stijging in de subjectieve gezondheid van vrouwen strookt met de eveneens sterkere stijging in het aantal verwachte levensjaren.

De verandering in levensverwachting van personen van 75 jaar en ouder is weergegeven in figuur 3.11.

Figuur 3.11 Levensverwachting van 75-jarigen sinds 1950



Bron: NIDI.

De grafiek vertoont een knik (1980-1984). Hierover merkt de auteur op dat de verschillen tussen '80-'84 en '85-'89 voor een deel zijn toe te schrijven aan de wijze waarop de sterftetafels zijn berekend en minder groot zijn dan hier wordt voorgesteld (Van Poppel, 1991). Over de overblijvende verschillen merkt het CBS op dat het hier waarschijnlijk gaat om incidentele sterfte in de koude wintermaanden van 1985 en 1986 waarna in 1987 de daling van de sterfte zich voortzette (CBS, 1989b). Hoe het ook zij, de levensverwachting van vrouwen van 75 jaar en ouder is de afgelopen decennia zeer sterk gestegen, terwijl voor mannen alleen een lichte stijging te bespeuren is. Voor de komende decennia wordt een verdere stijging van de levensverwachting verondersteld. De stijging is voor vrouwen iets groter dan voor mannen. Voor mannen zal de levensverwachting bij geboorte stijgen van bijna 74 jaar in 1989 naar 75 jaar in 2010. Voor vrouwen wordt in dezelfde periode een stijging verwacht van bijna 80 jaar in 1989 naar 81,5 jaar in 2010.

3.3 Conclusies

In dit hoofdstuk hebben we een aantal demografische en niet-demografische ontwikkelingen beschreven die belangrijk zijn voor de

omvang van de onderscheiden bevolkingscategorieën in de toekomst. Van de demografische processen is naast de bekende ontgroening en vergrijzing de toename van het aantal alleenstaanden heel belangrijk. Daarnaast zal het opleidingsniveau van de bevolking stijgen en wordt een toename verwacht van het percentage van de bevolking dat de eigen gezondheid als goed beoordeelt. Met name voor de jong bejaarden is deze trend in de gezondheidsbeleving opvallend.

Een conclusie kan dan ook zijn dat de jong bejaarde van de toekomst gezonder en zelfredzamer zal zijn dan in het verleden. Naast de trend in de subjectieve gezondheid zijn er andere ontwikkelingen die daarop wijzen. De jong bejaarde van de toekomst zal vaker een hogere opleiding hebben dan tegenwoordig en veelal over een betere pensioenvoorziening beschikken (Pommer, 1990; Ouderen in tel, 1990). Een hogere opleiding en een hoger inkomen hangen samen met een betere subjectieve gezondheid. Voor de gehele bevolking geldt dat men zich steeds meer bewust wordt van de eigen verantwoordelijkheid als het om gezondheid en ziekte gaat. Het aantal rokers is al decennia lang aan het dalen, terwijl het alcoholgebruik, na een stijging tot het midden van de jaren zeventig, een stabilisering vertoont. Er wordt meer aan sport gedaan en op gezonde voeding gelet. Naar verwachting zal ook in het komend decennium 'het bevorderen van gezondheid door eigen gedrag' zich doorzetten (De Haes, 1990). De positieve effecten van gezonde leefwijzen worden vooral op de langere termijn zichtbaar. Het zullen daarom de jong bejaarden van de toekomst zijn, die de vruchten kunnen gaan plukken van een gezondere leefwijze in een eerdere levensfase. De tendens van een toegenomen gezondheidsbeleving wordt overigens niet door iedereen onderschreven. Het CBS heeft een aantal publicaties aan het onderwerp gewijd, waarin geconcludeerd wordt dat er tussen 1970 en 1989 geen significante trend in de gezondheidsbeleving waargenomen kan worden. In bijlage 3 wordt een vergelijking gemaakt tussen de trendstudie en de CBS publicaties.

Ook als we, met enige slagen om de arm, een trend constateren, wil dat nog niet zeggen dat deze trend ook zal aanhouden. De statistische extrapolatie van de trend in ervaren gezondheid veronderstelt, behalve voor mannen van 75 jaar en ouder, een toename van het percentage dat de eigen gezondheid als goed beoordeelt. Hoewel deze verwachting op zich plausibel is, is het niettemin waarschijnlijk dat op een gegeven moment een verzadigingspunt bereikt zal wor-

den. Er zal dan geen stijging van het percentage met een goede subjectieve gezondheid plaatsvinden. Dit verzadigingspunt en het daarmee gepaard gaande afvlakken van de curve van gezondheidsbeleving kan echter niet met een trendextrapolatie berekend worden. De trendextrapolatie is daardoor wellicht een te optimistische schatting.

In tegenstelling tot de andere besproken categorieën is voor personen van 75 jaar en ouder nauwelijks een verbetering in de subjectieve gezondheid te verwachten. De trendberekening laat alleen voor vrouwen een lichte stijging zien. Weliswaar wordt een stijging van de levensverwachting voorspeld, maar onbekend is of deze stijging gepaard zal gaan met een compressie of juist met een decompressie van morbiditeit (Fries, 1989; Schaapveld, 1990). Decompressie van morbiditeit zou betekenen dat een langer leven met een langere periode van ziekte gepaard zou gaan. Aangenomen mag worden dat de hoog bejaarden in de nabije toekomst minder dan de jong bejaarden kunnen profiteren van de te verwachten verbeteringen in sociaal-economische positie. De hiervoor geschetste verbetering van de inkomens door de toename van het aantal personen met een pensioenvoorziening zal in de periode tot 2005 niet voor de mensen van 75 jaar en ouder gelden.

Tot slot wordt in tabel 3.5 een overzicht gegeven van de verwachte toe- of afname van de verschillende bevolkingscategorieën. Deze veranderingen zijn een resultante van de demografische ontwikkeling en de trends in opleidingsniveau en gezondheidsbeleving. Voor de categorie 'volwassenen' wordt vooral een afname van het aantal personen met een minder goede gezondheid verwacht. De tabel laat verder de forse toename van het aantal jong bejaarden met een goede gezondheid zien. De stijging van het aantal alleenstaande mannen boven de 55 jaar met een minder goede gezondheid is vooral het gevolg van de geringere toename in gezondheidsbeleving van mannen. Het aantal alleenstaande mannen blijft echter ver achter bij het aantal alleenstaande vrouwen.

Tabel 3.5 Verandering in de omvang van de bevolkings-categorieën tussen 1990 en 2005 (aantallen x 1000)

mannen							
leeftijd	gez. bel.	huish.	opl.	% verand.	1990	2005	
20-54 jr	goed			+	3557	3778	
20-54 jr	< goed	samen			43	43	
20-54 jr	< goed	alleen	laag	-	32	27	
20-54 jr	< goed	alleen	mbo	- - -	377	206	
55-74 jr	goed			+ + +	771	1153	
55-74 jr	< goed	samen		+ + +	54	81	
55-74 jr	< goed	alleen		-	335	314	
75 jr eo.	goed			+ + +	143	216	
75 jr eo.	< goed	samen		+ + +	23	38	
75 jr eo.	< goed	alleen		+ +	85	119	
vrouwen							
leeftijd	gez. bel.	huish.	opl.	% verand.	1990	2005	
20-54 jr	goed			+	3319	3600	
20-54 jr	< goed	samen		0	30	31	
20-54 jr	< goed	alleen	laag	-	33	29	
20-54 jr	< goed	alleen	mbo	- - -	466	271	
55-74 jr	goed			+ + +	896	1317	
55-74 jr	< goed	samen		-	126	108	
55-74 jr	< goed	alleen		- -	307	233	
75 jr eo.	goed			+ + +	234	394	
75 jr eo.	< goed	samen		+ +	115	152	
75 jr eo.	< goed	alleen		+ +	77	97	

legenda

- 0 = 5 % verandering of minder
- + / - = 6 - 19 % toename/afname
- + + / - - = 20 - 39 % toename/afname
- + + + / - - - = > 40 % toename/afname

4 Trends in het gebruik van ambulante zorg

In dit hoofdstuk komen de trends in gebruik van ambulante zorg aan bod. Er wordt aandacht besteed aan de volgende beroepsgroepen: huisartsen, medisch specialisten (poliklinische zorg), fysiotherapeuten, de wijkverpleging, gezinsverzorging en het algemeen maatschappelijk werk. Op het eerste gezicht lijkt dit misschien een merkwaardige keuze voor een scenariostudie over eerstelijnszorg en thuiszorg. Het merendeel van de paramedische beroepen blijft buiten beschouwing, terwijl ook aan belangrijke disciplines als verloskunde, tandheelkunde, farmacie en de GGZ geen aandacht wordt besteed. Daarnaast is een plaats ingeruimd voor medisch specialistische zorg, die in het algemeen niet tot de eerstelijnszorg gerekend wordt. In dit scenarioproject hebben de volgende overwegingen tot de keuze voor de bovengenoemde disciplines geleid.

Ten eerste was het van belang om overlap met andere scenariostudies te vermijden. Op het ogenblik zijn er scenariostudies voor tandheelkunde en farmacie in uitvoering, de scenariostudie van de GGZ is in 1990 afgerond terwijl een scenariostudie over verloskunde in voorbereiding is. Ten tweede neemt in het onderhavige scenarioproject thuiszorg een belangrijke plaats in. Uit het vooronderzoek bleek dat de adequate organisatie van de thuiszorg een van de meest dringende problemen is waar de eerstelijns op dit moment voor staat. De trendstudie heeft in het scenarioproject een ondersteunende functie en biedt een aantal ramingen van het gebruik van die disciplines die voor de thuiszorg vanuit de eerstelijns de belangrijkste rol zullen spelen. Dit zijn de kerndisciplines van de eerstelijns aangevuld met fysiotherapie, de belangrijkste paramedische discipline in de eerste lijn. De organisatie van de thuiszorg zal in veel gevallen niet uitsluitend een zaak van eerstelijnsdisciplines zijn. Om een goede organisatie te waarborgen is afstemming met tweedelijnszorg en intramurale zorg essentieel. Vanuit die optiek lijkt het wenselijk om ook een indruk te krijgen van het volume van de zorg aan thuiswonende patiënten zoals die van specialistische zijde geboden wordt.

De opbouw van het hoofdstuk is als volgt. Per discipline wordt eerst een aantal belangrijke ontwikkelingen rond het aanbod van zorg geschetst. Daarna komt het gebruik van zorg aan de orde; voor drie leeftijdsklassen wordt het gebruik grafisch weergegeven waarna een analyse van trends in het gebruik volgt. Elke paragraaf wordt afgesloten met een aantal ramingen van de verwachte veranderingen in het gebruik in de periode 1990-2005. Deze veranderingen worden als percentages weergegeven waarbij het jaar 1990 op 100 is gesteld.

4.1 De huisarts

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de mate waarin verschillende groepen uit de bevolking de huisarts raadplegen en de ontwikkelingen die zich daarin sinds het midden van de jaren zeventig hebben voorgedaan. Voortbouwend op de trends uit het verleden worden enkele ramingen opgesteld van het zorggebruik in de toekomst. Alvorens op het gebruik van zorg in te gaan worden de belangrijkste ontwikkelingen rond de beroepsgroep en het aantal beroepsbeoefenaren geschetst.

4.1.1 Ontwikkelingen rond de beroepsgroep in hoofdlijnen

Een constante factor in de positie van de huisarts in de periode van 1975 tot heden is de centrale plaats die de huisarts in de eerstelijnszorg inneemt. Het merendeel van de bevolking staat bij een huisarts ingeschreven en in contacten met de gezondheidszorg is de huisarts meestal de eerste die geraadpleegd wordt. Bijna driekwart van de bevolking raadpleegt tenminste eenmaal per jaar de huisarts. In de meeste gevallen is het de huisarts die, via verwijzing, de toegang tot de gespecialiseerde tweedelijnszorg regelt. Deze centrale positie van de huisarts wordt ondersteund door het overheidsbeleid waarin de versterking van de eerstelijnszorg wordt nagestreefd. De weerslag daarvan is te vinden in nota's als de Struktuurnota (VOMIL, 1974) en de nota Eerstelijnszorg (WVC, 1983), maar ook in de recente nota's als het Ontwerp Kerndocument (WVC, 1989) en Werken aan zorgvernieuwing (WVC, 1990a) is de centrale positie van de huisarts uitgangspunt.

De afgelopen decennia is het beroep van huisarts sterk geprofessionaliseerd. Dit blijkt onder meer uit de instelling van de (eenjarige) beroepsopleiding tot huisarts in het begin van de jaren zeventig, de verlenging van de opleidingsduur tot twee jaar in 1988 en de recente discussie over de verlenging van de opleiding tot drie jaar (Runia & Van Herk, 1991). Huisartsen hebben afspraken gemaakt over een basistakenpakket en de ontwikkeling van standaarden voor huisartsgeneeskundig handelen is in volle gang (De Jonge, 1991). Voorts is er een structuur voor bij- en nascholing tot stand gekomen en staat de onderlinge toetsing van kwaliteit volop in de belangstelling.

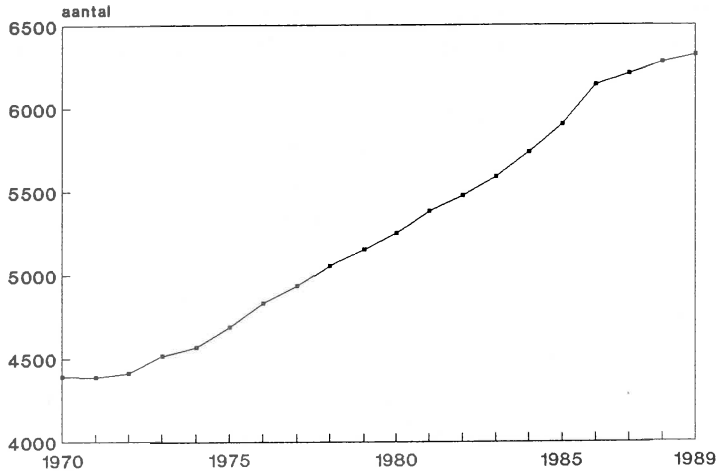
Het aantal huisartsen dat een solopraktijk voert is van ruim 86% in 1970 gedaald tot ruim 54% in 1989. Ongeveer 30% van de huisartsen voert een praktijk met een andere huisarts. De aanvankelijke groei van het aantal huisartsen dat werkzaam is in groepspraktijken en gezondheidscentra is sinds het midden van de jaren tachtig verminderd (zie: achtergronddocument A; Hessels, 1990a en b). De komende stelselwijziging van de ziektekostenverzekering betekent het einde van het onderscheid tussen particulier- en ziekenfonds-verzekeren; de financiering van de huisarts verloopt dan via de AWBZ. Te zijner tijd zal waarschijnlijk een gemengd systeem van honorering ontstaan waarbij de huisarts grotendeels via een abonnement betaald zal worden. Verrichtingen waarbij substitutie van specialistische zorg mogelijk is, zullen wellicht per verrichting worden betaald.

Het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen is sinds 1970 gestaag toegenomen, maar niet zo sterk als het aantal specialisten of fysiotherapeuten (Pool & Hingstman, 1990). In 1986 bracht het vestigingsbesluit deze groei van het aantal huisartsen tot staan, wat duidelijk te zien is in de knik in figuur 4.1. Het vestigingsbesluit had tevens tot gevolg dat de ongelijke spreiding van huisartsen werd verminderd.

Het beleid gericht op versterking van de eerstelijns hield ook een geleidelijke praktijkverkleining in. De rekennormpraktijk is de geleidelijke daling van de praktijkgrootte gevolgd en bedraagt nu 2350 inwoners per huisarts. Als gevolg van het beleid waarin de overheid zich terugtrekt en de regelgeving in de gezondheidszorg overlaat aan financiers en aanbieders van zorg, zal het vestigingsbesluit in de toekomst ingetrokken worden. De vestiging van huisartsen zal dan niet langer afhankelijk zijn van goedkeuring door de gemeente. Het

is daarom onduidelijk hoe de toekomstige vestiging van huisartsen zal verlopen. Op 1 januari 1989 waren er 531 aspirant-huisartsen actief op zoek naar een zelfstandige vestiging en niet als (assistent) huisarts werkzaam (Pool & Hingstman, 1990).

Figuur 4.1 Aantal zelfstandig gevestigde huisartsen in de periode 1970-1989



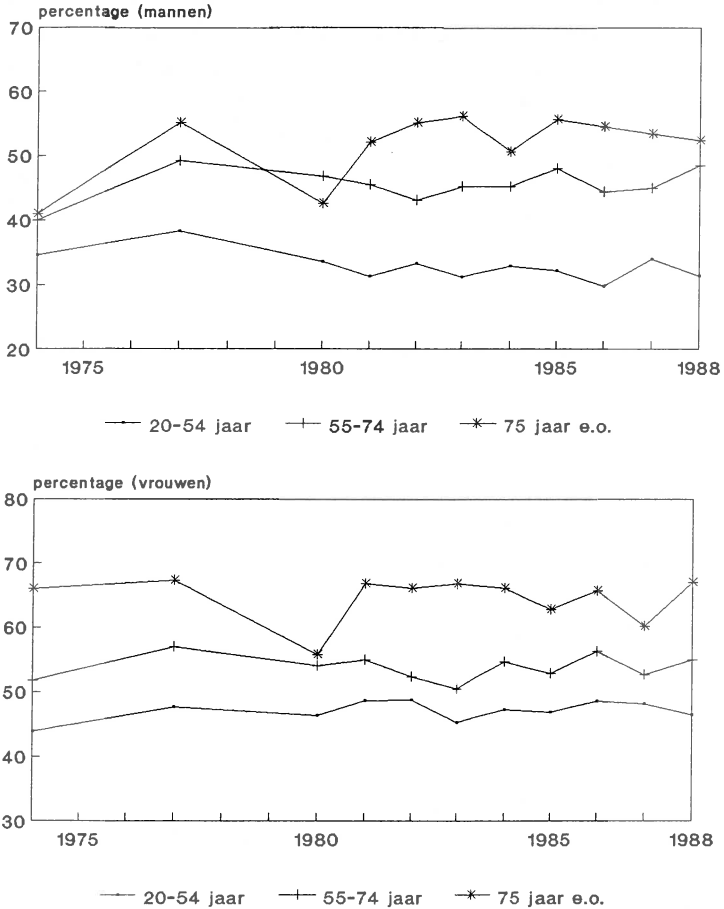
Bron: NIVEL.

4.1.2 Contacten met de huisarts in de periode 1974-1988

De gegevens van het CBS over het contact dat de bevolking met de huisarts heeft, gaan terug tot het jaar 1974; het jaar waarin het eerste leefsituatie-onderzoek werd uitgevoerd. Aan een representatieve steekproef uit de bevolking werd gevraagd of men in de drie maanden voorafgaand aan het vraaggesprek contact met de huisarts heeft gehad. Dat contact kon bestaan uit het bezoeken van het spreekuur of een visite van de huisarts aan de patiënt. Deze vraagstelling is in de daaropvolgende leefsituatie-onderzoeken niet essentieel gewijzigd (zie bijlage 1 voor een overzicht van de vraagstelling in de verschillende onderzoeken). Wanneer de gegevens over meerdere jaren in een grafiek worden gezet, dan valt meteen op dat er zich, afgezien van wat schommelingen die normaal zijn in steekproefonderzoek, nauwelijks veranderingen hebben voorgedaan. Het

percentage van de volwassen bevolking (20 jaar en ouder) dat contact heeft met de huisarts is al vijftien jaar nagenoeg constant.

Figuur 4.2 Percentage van de mannelijke en vrouwelijke bevolking van 20 jaar en ouder dat in een periode van drie maanden contact heeft met de huisarts, 1974-1988



Bron: Enquêtegegevens CBS, NIVEL.

Uit onderzoek van het CBS is bekend dat ook het aantal contacten per persoon niet is toe- of afgenomen (Swinkels, H, 1990). Een kanttekening die gemaakt moet worden, is dat hier niet gekeken is naar de contacten die kinderen en jeugdigen met de huisarts hebben, omdat personen onder de 18 jaar in het leefsituatie-onderzoek niet

worden benaderd. De cijfers uit de gezondheidsenquête laten zien dat het percentage jeugdigen dat jaarlijks contact heeft met de huisarts, tussen 1981 en 1989 is toegenomen van 58,8% tot 66,3% (Swinkels, H, 1990).

In hetzelfde tijdvak 1974-1988 is het aantal huisartsen per 10.000 inwoners met meer dan 25% toegenomen. Deze toename van het aantal huisartsen heeft niet geleid tot een navenante toename van het aantal contacten met de huisarts. Uit de analyse van de door het NIVEL sinds 1976 op video vastgelegde consulten blijkt dat de consult-duur in deze periode overigens wel sterk gestegen is. Het lijkt erop dat de veranderde verhouding tussen huisarts en patiënt tot uitdrukking komt in een langer consult; de patiënt heeft meer vragen en de huisarts besteedt meer tijd aan uitleg en verantwoording van zijn handelen.

4.1.3 Twee analyses van het gebruik van zorg tussen 1974-1988

Met de gegevens over het gebruik van huisartsenzorg in de periode 1974-1988 zijn twee soorten analyses uitgevoerd. Ten eerste is er gekeken in hoeverre bepaalde kenmerken van personen invloed hebben op de kans om in een tijdvak van drie maanden de huisarts te raadplegen, en of zich in de loop der tijd veranderingen hebben voorgedaan in de invloed van deze kenmerken op de kans op contact met de huisarts. Deze kenmerken van personen zijn reeds eerder in deze studie gebruikt om een indeling in bevolkingscategorieën op te stellen (zie hoofdstuk 2). De veranderingen in de invloed van deze kenmerken zijn geanalyseerd met behulp van de variabele *jaar*. Ten tweede is een analyse uitgevoerd waarin de ontwikkeling in de kans op contact is opgevat als een resultaat van persoonsgebonden kenmerken van de gebruikers van zorg en van het aanbod, i.c. de verandering in het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen. In deze tweede analyse is de autonome trend (de variabele *jaar*) buiten beschouwing gelaten. Voor beide analyses is gebruik gemaakt van logistische regressie.

De resultaten van de eerste analyse naar de trends in het gebruik van huisartsenzorg zijn vermeld in tabel 4.1.a en b.

Tabel 4.1.a Logistische regressie-analyse van de kans op contact met de huisarts in een periode van drie maanden met jaar als onafhankelijke variabele, voor personen van 20 - 54 jaar (N = 54.433)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
gezondheid (g) ¹	-0.6948	0.0289	0.0000	-0.089	0.25
sexe (m)	-0.2232	0.0280	0.0000	-0.029	0.64
huishouden (a)	0.0785	0.0167	0.0000	0.017	1.17
jaar x gezondheid	0.0077	0.0025	0.0021	0.010	1.00
jaar x opleiding	0.0043	0.0008	0.0000	0.018	1.00
jaar x sexe	-0.0075	0.0025	0.0028	-0.010	0.99
opleiding x sexe	0.0557	0.0092	0.0000	0.022	1.06
constante	0.0765	0.0188	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:
- 2 LL model: 3867.640
- 2 LL residu: 69344.787
- 2 LL totaal: 73212.427
proportie reductie - 2LL: 0.053

Tabel 4.1.b Logistische regressie-analyse van de kans op contact met de huisarts in een periode van drie maanden met jaar als onafhankelijke variabele, voor personen van 55 jaar en ouder (N = 26.878)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
gezondheid (g)	-0.6626	0.0443	0.0000	-0.080	0.27
leeftijd (j)	-0.1586	0.0162	0.0000	-0.052	0.73
sexe (m)	-0.1622	0.0132	0.0000	-0.065	0.72
huishouden (a)	0.0994	0.0159	0.0000	0.033	1.22
jaar	0.0095	0.0041	0.0207	0.010	1.01
jaar x gezondheid	0.0089	0.0041	0.0306	0.009	1.01
constante	0.2293	0.0460	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:
- 2 LL model: 2446.240
- 2 LL residu: 34774.299
- 2 LL totaal: 37220.723
proportie reductie - 2LL: 0.066

De subjectief ervaren gezondheid is het belangrijkste kenmerk dat van invloed is op het raadplegen van de huisarts. Dat blijkt zowel uit de waarde van de partiële correlatie 'R' als uit de odds-ratio.

¹ De tabellen geven steeds de coëfficiënten weer voor personen met een goede subjectieve gezondheid (g), mannen (m), alleenstaanden (a), lager opgeleiden (l) en voor 55+ ers: jong bejaarden (j). Voor de andere waarden van de onafhankelijke variabelen (bijv. gezondheid minder dan goed) wisselt het teken. De interacties volgen de coderingen van de hoofd-effecten.

Personen die hun eigen gezondheid als minder goed beoordelen, hebben een tweemaal zo grote kans op contact met de huisarts als personen die hun eigen gezondheid wel als goed beoordelen. Verder hebben vrouwen, alleenstaanden, ouderen, en lager opgeleiden een grotere kans op huisartsbezoek dan respectievelijk mannen, samenwonenden, jongeren en hoger opgeleiden. De invloed van deze kenmerken is in de loop der tijd nauwelijks veranderd. De analyse laat zien dat er voor personen van 55 jaar en ouder een zeer geringe toename is in de kans op een huisartscontact. De interactie tussen *gezondheid* en *jaar* geeft aan dat het gebruik (percentage met contact) onder gezonde ouderen iets sterker is gestegen dan de geringe trend.

Voor personen in de leeftijdscategorie 20-54 jaar is er geen significante trend (hoofdeffect van jaar) te bespeuren. Wel zijn er verschillende interactie-effecten met jaar. Ten opzichte van volwassenen met een minder goede subjectieve gezondheid is het gebruik onder de gezonde volwassenen iets toegenomen. Voorts is het gebruik onder vrouwen ten opzichte van mannen gestegen. Datzelfde geldt voor lager opgeleiden ten opzichte van hoger opgeleiden. Bij doorrekening van alle hoofd- en interactie-effecten betekent dit dat onder vrouwen een stijging van het gebruik te zien is voor diegenen met een goede subjectieve gezondheid, terwijl onder mannen het gebruik onder de gezonden gelijk blijft en er een daling is voor de minder gezonden. Deze daling is onder de laag opgeleide mannen met een slechtere gezondheid iets geringer dan onder de hoog opgeleide mannen met een slechtere gezondheid.

De (statistische) verklaring die de analyses voor het zorggebruik leveren is gering. Hoewel er voor logistische regressie geen R^2 (verklaarde variantie) berekend kan worden geeft de reductie van de log-likelihood wel een indruk van de verklaringskracht. De reductie bedraagt niet meer dan 5 à 7 procent. Een dergelijke geringe verklaringskracht is niet ongebruikelijk in onderzoek naar medische consumptie. De maximale verklaringskracht van het zogenaamde 'gedragsmodel' bedraagt ongeveer 25% verklaarde variantie. De vraag naar de waarde van dergelijk onderzoek is dan ook herhaaldelijk in de literatuur aan de orde gesteld (Mechanic, 1979; Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989). Vanwege deze discussie is het wellicht zinvol om even stil te staan bij de functie van deze analyses in de trendstudie. Ten eerste is het belangrijkste doel van de analyse niet de verklaring

van medische consumptie, maar het mogelijk maken van schattingen van het zorggebruik van verschillende bevolkingscategorieën. Of, anders geformuleerd, onze aandacht is niet in de eerste plaats gericht op de afhankelijke variabele maar op de onafhankelijke variabelen. Voor het schatten van het gebruik van zorg blijkt het heel wat uit te maken of iemand zich wel of niet gezond voelt, man of vrouw is en/of alleen- of samenwoont. Dat de optelsom van deze kenmerken het totale zorggebruik nauwelijks kan verklaren, doet niets af aan het feit dat de individuele kenmerken van personen wel degelijk van invloed zijn op zijn of haar kans op contact met een hulpverlener. Het lijkt erop dat de discussie over percentages verklaarde variantie het belang van deze persoonsgebonden factoren aan het zicht onttrekt. In dat kader is de kritiek dat kwalitatief onderzoek deze factoren wel in beeld brengt en kwantitatieve multivariate studies dat niet doen, eigenlijk niet terecht. Hierbij worden namelijk de onafhankelijke variabelen uit de kwalitatieve studies vergeleken met de afhankelijke variabelen uit de kwantitatieve studies (zie Mechanic, 1979 voor een voorbeeld van deze kritiek).

In de tweede analyse is het jaar van meting vervangen door de verandering in het aantal huisartsen per 10.000 inwoners (de huisartsendichtheid). De veronderstelling hierbij is, dat een verandering in het gebruik niet zozeer een autonome trend is, maar een resultaat van een toe- of afname van het aanbod. Deze simplificatie van de werkelijkheid dient ter illustratie van de invloed van het aanbod op het gebruik van zorg en om in een volgend onderdeel met behulp van een aanbod raming het toekomstig gebruik te schatten.

De resultaten van deze analyse wijken niet veel af van de trendanalyse (tabel 4.2.a en b). De hoofd- en interactie-effecten zijn identiek aan de analyse met jaar als onafhankelijke variabele. Voor personen in de leeftijd van 20-54 jaar heeft de toename in het aanbod, in de termen van het model, tot gevolg gehad dat het gebruik onder lager opgeleiden respectievelijk vrouwen is gestegen ten opzichte van hoger opgeleiden respectievelijk mannen. Ook hebben er bij een toename van het aanbod meer personen met een goede gezondheid van de huisarts gebruik gemaakt. Er is geen significant hoofdeffect van het aanbod. Voor personen boven de 55 jaar vinden we dat wel. Ook hier geldt dat personen met een goede

subjectieve gezondheid bij uitbreiding van het aanbod meer contact met de huisarts hebben gehad. De samenhang is echter gering.

Tabel 4.2.a Logistische regressie-analyse van de kans op contact met de huisarts in een periode van drie maanden met dichtheid als onafhankelijke variabele, voor personen van 20 - 54 jaar (N = 54.433)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
gezondheid (g)	-0.6813	0.0249	0.0000	-0.103	0.26
sexe (m)	-0.2414	0.0237	0.0000	-0.038	0.62
huishouden (a)	0.0781	0.0167	0.0000	-0.017	1.17
dichtheid x gezondh.	0.0038	0.0012	0.0020	0.010	1.00
dichtheid x opleiding	0.0025	0.0005	0.0000	0.019	1.00
dichtheid x sexe	-0.0034	0.0012	0.0052	-0.090	1.00
opleiding x sexe	0.0560	0.0092	0.0000	0.022	1.06
constante	0.0764	0.0188	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model: 3868.647

- 2 LL residu: 69343.779

- 2 LL totaal: 73212.426

proportie reductie - 2LL: 0.053

Tabel 4.2.b Logistische regressie-analyse van de kans op contact met de huisarts in een periode van drie maanden met dichtheid als onafhankelijke variabele, voor personen van 55 jaar en ouder (N = 26.878)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
gezondheid (g)	-0.6384	0.0358	0.0000	-0.095	0.28
leeftijd (j)	-0.1586	0.0162	0.0000	-0.052	0.73
sexe (m)	-0.1622	0.0132	0.0000	-0.065	0.72
huishouden (a)	0.0991	0.0159	0.0000	0.032	1.22
dichtheid	0.0060	0.0020	0.0025	0.014	1.01
dichtheid x gezondh.	0.0039	0.0020	0.0473	0.007	1.00
constante	0.2258	0.0378	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model: 2450.434

- 2 LL residu: 34770.289

- 2 LL totaal: 37220.723

proportie reductie - 2LL: 0.070

4.1.4 Ramingen van toekomstig gebruik

Op drie verschillende wijzen is een raming opgesteld van het toekomstig gebruik van de huisartsenzorg:

- 1 Een *demografische* raming. De veronderstelling bij deze raming is dat het gebruik (kans op contact en aantal contacten in drie maanden) per bevolkingsgroep constant zal blijven. Voorts is verondersteld dat er zich binnen de bevolkingscategorieën alleen demografische veranderingen zullen voordoen. De demografische raming laat dus vooral de gevolgen van de vergrijzing zien.
- 2 Een *trendmatige* raming. Hier is verondersteld dat zowel het gebruik van zorg per bevolkingscategorie als de omvang van de bevolkingscategorieën zich trendmatig zullen ontwikkelen. De ontwikkeling van de demografische kenmerken van de bevolkingscategorieën is ontleend aan de vooruitberekening van het NIDI. Over het aanbod worden voor deze raming geen veronderstellingen gemaakt.
- 3 Een raming op grond van verwacht *aanbod*. Bij deze raming, tenslotte, is verondersteld dat het aantal huisartsen in de komende vijftien jaar geleidelijk zal toenemen totdat in 2005 een bruto praktijkgrootte van 2000 patiënten per praktijk bereikt zal zijn. Dit is de praktijkgrootte die de LHV in de nota 'Positie van de huisarts in de toekomst' (LHV, 1987) als uitgangspunt neemt. Van de omvang van de bevolkingscategorieën wordt verwacht dat deze zich trendmatig zal ontwikkelen. De verwachte afname van het zorggebruik door een betere subjectieve gezondheid en een stijging van het opleidingsniveau geldt dus ook hier.

In deze ramingen is geen rekening gehouden met de consequenties van zaken als beddenreductie in ziekenhuizen, afname van de capaciteit van verzorgingshuizen, wijzigingen in de financiering en extra taken van de huisarts in de thuiszorg. Deze zaken vallen buiten het conceptuele model van de trendstudie (zie hoofdstuk 2). Deze ontwikkelingen komen aan de orde bij het opstellen van de verschillende scenario's voor de organisatie van de eerstelijnszorg en thuiszorg.

Tabel 4.3 Drie ramingen van de ontwikkeling van het aantal contacten met de huisarts in de periode 1990-2005

	1990	1995	2000	2005
demografische raming	100	104	107	110
trendmatige raming	100	104	107	111
aanbod raming	100	101	104	105

In tabel 4.3 zijn de resultaten van de drie ramingen weergegeven voor het contact met de huisarts van de totale bevolking. De geïndexeerde weergave laat de procentuele verandering zien in het aantal contacten per drie maanden voor de periode 1990-2005. Het jaar 1990 is daarbij als basisjaar van de raming op 100 gesteld. Het aantal contacten per bevolkingscategorie wordt constant verondersteld en is ontleend aan de gezondheidsenquête uit de jaren 1981-1988 (zie bijlage 5).

De demografische raming en de extrapolatie van trends in gebruik en omvang van de bevolkingscategorieën leiden tot een nagenoeg gelijke stijging van het aantal contacten. Wanneer alleen de 'vergrijzing' in ogenschouw wordt genomen (demografische raming), dan zal het aantal huisartscontacten tussen 1990 en 2005 met ongeveer 10 procent stijgen. De trendmatige raming leidt tot een iets hogere schatting. De lichte stijging van het zorggebruik van de afgelopen jaren zet zich weliswaar door, maar wordt deels te niet gedaan door de verwachte positieve uitwerking van de toegenomen subjectieve gezondheid en het opleidingsniveau in de samenleving. De aanbod raming, tenslotte, laat de geringste stijging zien. Een verdere praktijkverkleining naar 2000 patiënten (bruto) in een periode van vijftien jaar betekent een geringere toename van het aanbod dan de afgelopen vijftien jaar. Wanneer de trendmatige ontwikkeling van de bevolkingscategorieën wordt verondersteld, dan zal het aantal contacten volgens de aanbod raming bij de andere ramingen achterblijven.

De geringe stijging van het gebruik van de totale bevolking wil natuurlijk geenszins zeggen dat voor afzonderlijk bevolkingsgroepen het aantal contacten eveneens gelijk blijft. In de tabellen 4.4 tot en met 4.6 zijn de verwachte veranderingen in het aantal contacten voor de verschillende ramingen geïndexeerd weer gegeven. Terwille van een overzichtelijke presentatie is alleen onderscheid gemaakt in een aantal leeftijdscategorieën. We kunnen deze weergave verduide-

lijken met een voorbeeld: in de demografische raming loopt de index voor ouderen van 75 jaar en ouder van 100 in 1990 naar 149 (mannen) en 151 (vrouwen) in 2005. Dat betekent dat de 'gemiddelde' huisarts over vijftien jaar ongeveer 50% meer ouderen in zijn spreekkamer kan verwachten.

Tabel 4.4 Demografische raming van de ontwikkeling van het aantal contacten van mannen en vrouwen met de huisarts in vijf leeftijdscategorieën (1990 = 100)

Leeftijd	Mannen				Vrouwen			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
0-4 jaar	100	99	95	89	100	99	95	89
5-19 jaar	100	98	100	100	100	98	100	100
20-54 jaar	100	104	104	102	100	104	105	102
55-74 jaar	100	107	116	135	100	104	109	125
75 +	100	115	133	149	100	117	136	151

De demografische raming geeft de ontwikkeling van het aantal contacten weer, indien er uitsluitend demografische veranderingen plaatsvinden. Het aantal contacten met kinderen (0-4 jaar) neemt af, terwijl het aantal contacten met ouderen (55+) zal stijgen. Met name voor mensen van 75 jaar en ouder zal het aantal contacten fors toenemen². Voor de tussenliggende leeftijdsgroepen (5-55 jaar) verandert er weinig.

De raming voor de leeftijdscategorieën tot 20 jaar wordt alleen volgens de demografische raming doorgerekend. In de tabellen 4.5 en 4.6 voor de trendmatige en aanbod raming worden de procentuele veranderingen van deze categorie daarom niet opnieuw vermeld.

Wanneer we deze ramingen met de demografische raming vergelijken, zien we slechts kleine verschillen. Ook volgens de aanbod- en trendmatige raming zal vooral onder personen van 75 jaar en ouder de sterkste toename van het aantal contacten plaatsvinden. De

² De ramingen betreffen alleen de contacten met zelfstandig wonende ouderen. De ouderen in bejaardenoordelen komen in de gebruikte data-bestanden niet voor en moeten derhalve ook in de ramingen buiten beschouwing blijven.

aanbod raming gaat uit van een toename van het aantal huisartsen, totdat in 2005 een gemiddelde (bruto) praktijkgrootte van 2000 patiënten bereikt is. In combinatie met een trendmatige ontwikkeling van de bevolkingscategorieën laat deze variant vooral onder de zogenaamde jong bejaarden een geringere groei van het aantal contacten zien. Hierdoor ligt het totaal aantal contacten lager dan in de demografische raming en de trendmatige raming. In de laatstgenoemde variant zijn zowel gebruik- als aanbod-trends uit het verleden geëxtrapoleerd.

Tabel 4.5 Trendmatige raming van de ontwikkeling in aantal contacten van mannen en vrouwen met de huisarts in drie leeftijdscategorieën

Leeftijd	Mannen				Vrouwen			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
20-54 jaar	100	100	98	94	100	105	107	106
55-74 jaar	100	108	118	140	100	104	109	125
75 +	100	117	138	157	100	117	138	154

Tabel 4.6 Aanbod raming van de ontwikkeling in aantal contacten van mannen en vrouwen met de huisarts in drie leeftijdscategorieën

Leeftijd	Mannen				Vrouwen			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
20-54 jaar	100	100	98	92	100	101	100	97
55-74 jaar	100	105	113	130	100	101	103	116
75 +	100	116	137	155	100	116	135	149

Met behulp van gegevens uit de Nationale Studie van het NIVEL kan ook iets gezegd worden over de aard van het contact en de contactduur. De gegevens over de bevolkingscategorieën uit de patiëntenquête zijn daartoe gekoppeld aan de registratie van huisartscontacten uit de Nationale Studie. De conclusie die we uit deze gegevens kunnen trekken, is dat niet alleen het aantal huisartscontacten van personen van 75 jaar en ouder sterk stijgt, maar dat met name de contacten met minder gezonde ouderen ook veel tijd van de huisarts zullen gaan vragen. Terwijl in de bevolking als geheel 23% van de consulten langer dan 10 minuten duurt, bedraagt

dit percentage bij mannen van 75 jaar en ouder met een minder goede subjectieve gezondheid 31% en bij vrouwen in dezelfde groep 45%. Voor ouderen met een minder goede subjectieve gezondheid vindt het contact met de huisarts ook vaker bij de patiënt thuis plaats. Voor minder gezonde mannen van 75 jaar en ouder is 31% van de contacten een visite, voor vrouwen zelfs 38%. Voor de bevolking als geheel ligt dit percentage een stuk lager, namelijk bij nog geen 9%.

De huisartsgeneeskunde wordt wel omschreven als levensloop-geneeskunde. In de dagelijkse praktijk heeft de huisarts vooral met de begin- en eindfase van de levensloop te maken. Jonge kinderen en ouderen hebben veel meer contact met de huisarts dan andere leeftijdsgroepen. In de komende decennia zal de huisarts vooral geconfronteerd worden met patiënten in de eindfase van de levensloop. De toekomstramingen verschillen op dat punt niet zoveel en het maakt dan ook niet uit, welke van de bovenstaande ramingen men het meest realistisch vindt. De huisarts van de toekomst zal dus vooral op de omgang met oudere patiënten voorbereid moeten zijn.

Conclusie: De ramingen laten zien dat het totaal aantal contacten met de huisarts in de periode 1990-2005 met vijf à tien procent zal stijgen. Deze stijging lijkt niet dramatisch. Wel moet bedacht worden dat het aantal contacten met personen van 75 jaar en ouder in de komende 15 jaar met ongeveer 50 procent zal toenemen. Deze patiënten vragen van de huisarts veel tijd, terwijl ook veel meer dan voor andere groepen zorg achter de voordeur geboden moet worden. De huisarts van de toekomst zal voorbereid moeten zijn op de omgang met de oudere patiënt.

4.2 Poliklinische zorg van medisch specialisten

In deze scenariostudie wordt ook aandacht besteed aan poliklinische specialistische zorg. De huidige ontwikkelingen in de thuiszorg wijzen erop dat de grenzen tussen de echelons aan het vervagen zijn. Bij het ontwerpen van scenario's voor de toekomstige thuiszorg moet daarom ook rekening worden gehouden met de inbreng van medisch specialistische zijde. Voor specifieke patiëntgroepen zouden specialisten samen met de huisarts verantwoordelijk kunnen zijn voor het behandelplan. Anderzijds staat de substitutie van specialistische zorg

door zorg van de huisarts al geruime tijd in de belangstelling. Met name in de zorg voor chronisch zieken lijkt het mogelijk dat de huisarts een aantal taken overneemt.

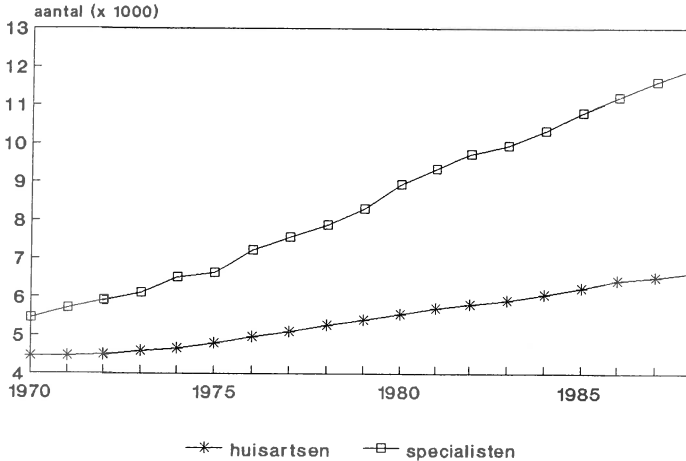
4.2.1 Ontwikkelingen rond de beroepsgroep in hoofdlijnen

De specialistische geneeskunde heeft in deze eeuw een sterke groei doorgemaakt die door Jaspers is samengevat met de termen expansie en differentiatie (Jaspers, 1985). Het aantal medisch specialisten is snel toegenomen, terwijl er een differentiatie in een groot aantal (nieuwe) deelspecialismen tot stand is gekomen. Na de Tweede Wereldoorlog hebben orthopedie, dermatologie, longziekten, urologie en geriatrie zich tot aparte specialismen ontwikkeld. In de chirurgie zijn deelspecialismen als plastische chirurgie, neurochirurgie en thoraxchirurgie ontstaan (Grünwald, 1990). De uitbreiding van de medische kennis had vooral betrekking op de specialistische geneeskunde en technologische ontwikkelingen verruimden de klinische mogelijkheden. Terwijl in de afgelopen twintig jaar het aantal huisartsen met 40% is toegenomen, is het aantal specialisten verdubbeld (figuur 4.3). Voor een deel kan de professionalisering van het beroep van huisarts dan ook gezien worden als een reactie op de sterk 'oprukkende' specialistische geneeskunde. Specialistische zorg betekende in de periode na de Tweede Wereldoorlog in toenemende mate ziekenhuiszorg (zie ook hoofdstuk 1 van het hoofdrapport). In de jaren vijftig en zestig zijn veel ziekenhuizen gebouwd en veel specialisten hebben in het ziekenhuis emplooi gevonden. Geleidelijk aan is daar verandering in gekomen. De groei van het aantal ziekenhuisbedden is tot staan gekomen en in de jaren tachtig is een begin gemaakt met de beddenreductie. Sinds het eind van de jaren zestig is er een gestage afname van de gemiddelde verpleegduur waarneembaar en vanaf 1982 is het aantal opnamen per 1000 inwoners gedaald. Er is een verschuiving op gang gekomen naar dagbehandeling en poliklinische verrichtingen. Voor patiënten die langdurig zorgbehoefte zijn, neemt het verpleeghuis de vroegere taken van het ziekenhuis over. Capaciteitsproblemen in verpleeghuizen bemoeilijken echter de doorstroming.

De afname van het aantal ziekenhuisbedden betekent voor de specialist dat hij zijn patiënten steeds meer onafhankelijk van bed en opname behandelt. Een van de scenario's over de toekomst van het

ziekenhuis voorziet een herleving van de villageneeskunde. Medisch specialisten zullen in deze variant steeds sterker betrokken raken bij de, deels op commerciële leest geschoeide, extramurale zorgverlening (STG, 1990c).

Figuur 4.3 Aantal geregistreerde medisch specialisten en zelfstandig gevestigde huisartsen in de periode 1970-1989



Bron: NIVEL, GHI.

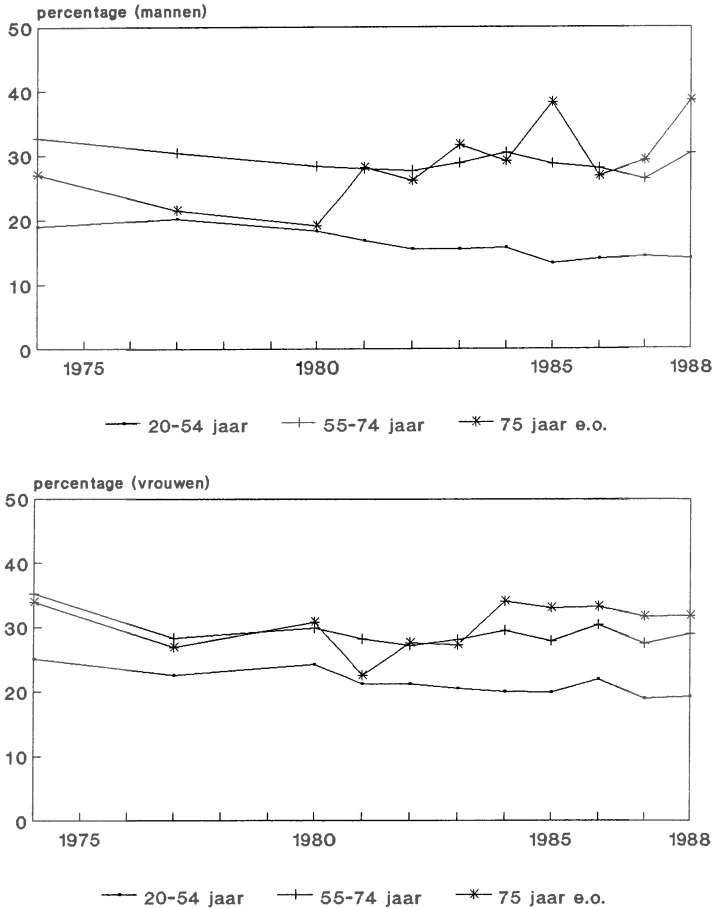
4.2.2 Het gebruik van poliklinische zorg 1974-1988

Uit registratie-gegevens blijkt dat het aantal polikliniek bezoeken tussen 1975 en 1985 met 33% gestegen is (Van der Zee, 1988). De periode van 1985 tot en met 1989 gaf een afvlakking van de groei van het aantal polikliniekbezoeken te zien. In deze periode bedroeg de toename van het aantal bezoeken slechts 5% (Lorsheijd, 1990). De daling van het aantal verpleegdagen en de stijging van het aantal poliklinische verrichtingen en dagbehandeling hebben vooral betrekking op patiënten jonger dan 65 jaar.

De cijfers uit enquêtes van het CBS en het NIVEL over het percentage van de bevolking dat, buiten ziekenhuisopname, contact heeft met een medisch specialist, komen niet overeen met deze registratiegegevens. Figuur 4.4 geeft de ontwikkeling van het gebruik

van medisch specialistische zorg weer, zoals deze uit enquêtes onder de bevolking naar voren komt.

Figuur 4.4 Percentage van de mannelijke en vrouwelijke bevolking van 20 jaar en ouder dat in een periode van drie maanden contact heeft gehad met een medisch specialist (buiten ziekenhuisopname), 1974-1988



Bron: Enquêtegegevens CBS, NIVEL.

Voor personen jonger dan 55 jaar zien we daarbij een lichte daling in het percentage met contact, terwijl een stijging eigenlijk alleen te zien is bij mannen van 75 jaar en ouder. Uit de gezondheidsenquête blijkt dat ook het aantal contacten niet is toegenomen (Swinkels, H, 1990). Een voor de hand liggende verklaring voor de verschillen

tussen registratie- en enquêtécijfers lijkt er niet te zijn. Wel kan een aantal mogelijke oorzaken voor de verschillen genoemd worden. De registraties hebben alleen betrekking op ziekenhuizen, terwijl in de enquêtes naar alle contacten met medisch specialisten gevraagd wordt. Aangezien er naar verhouding weinig vrij gevestigde specialisten buiten het ziekenhuis werkzaam, zijn kan hiermee het verschil tussen registratie en enquête niet afdoende verklaard worden. Ook is het mogelijk dat de vraagstelling in de enquête niet altijd even goed begrepen wordt. Er is met nadruk gevraagd naar contacten buiten ziekenhuisopname. Wellicht zijn voor sommige respondenten de contacten buiten en tijdens ziekenhuisopname niet altijd even goed te scheiden. Dat lijkt met name moeilijk voor dagopnamen, waarbij de patiënt immers 's avonds weer naar huis gaat. Tevens verschilt de vraagstelling naar het gebruik van medisch specialistische zorg tussen de onderzoeken van 1974-1980 en de onderzoeken van na 1980 (zie bijlage 1). Voor de analyse van het zorggebruik zullen we ons desalniettemin op de enquêtegegevens (moeten) baseren. Hierbij tekenen we aan dat bij de gebruikte gegevens de respondent in feite bepaalt wat moet worden verstaan onder een contact met een medisch specialist buiten ziekenhuisopname.

4.2.3 De analyse van het gebruik 1974-1988

In de tabellen 4.7.a en b worden de resultaten weergegeven van de trendanalyse van de kans op contact met een medisch specialist buiten ziekenhuisopname.

We zien een dalende trend in het gebruik van poliklinische zorg door de leeftijdsgroep 20-54 jaar. Verder laat de analyse zien dat in deze leeftijdscategorie vrouwen en hoger opgeleiden een hogere kans op zorggebruik hebben. De subjectieve gezondheidsbeleving is de variabele die het meest met zorggebruik samenhangt. Van personen boven de 55 jaar zijn het de jong bejaarden die het meest van poliklinische zorg gebruik maken. Er is een lichte toename in het gebruik te bespeuren, die voor de hoog bejaarden sterker is dan voor de jong bejaarden. Ook voor ouderen is ook de gezondheidsbeleving de meest bepalende factor voor de kans op contact.

Tabel 4.7.a Logistische regressie-analyse van de kans op contact met de medisch specialist (buiten ziekenhuisopname) in een periode van drie maanden met jaar als onafhankelijke variabele, voor personen van 20 - 54 jaar (N = 54.387)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
gezondheid (g)	-0.7439	0.0133	0.0000	-0.246	0.23
opleiding (l)	-0.1472	0.0351	0.0000	-0.017	0.74
sexe (m)	-0.1446	0.0133	0.0000	-0.048	0.75
huishouden (a)	0.0544	0.0208	0.0089	-0.010	1.11
jaar	-0.0261	0.0032	0.0000	-0.036	0.97
jaar x opleiding	0.0094	0.0032	0.0031	0.011	1.01
gezondheid x sexe	-0.0637	0.0133	0.0000	0.020	0.94
opleiding x sexe	0.0429	0.0118	0.0003	0.015	1.04
constante	-0.7564	0.0402	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model: 3355.802

- 2 LL residu: 48108.128

- 2 LL totaal: 51463.930

proportie reductie - 2LL: 0.065

Tabel 4.7.b Logistische regressie-analyse van de kans op contact met de medisch specialist (buiten ziekenhuisopname) in een periode van drie maanden met jaar als onafhankelijke variabele, voor personen van 55 jaar en ouder (N = 26.831)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
gezondheid (g)	-0.5305	0.0179	0.0000	-0.165	0.35
leeftijd (j)	0.2349	0.0613	0.0001	0.020	1.60
jaar	0.0190	0.0055	0.0006	0.018	1.02
jaar x leeftijd	-0.0196	0.0055	0.0004	-0.018	0.98
gezondheid x leeftijd	-0.0800	0.0173	0.0000	-0.025	0.92
gezondheid x huish.	0.0556	0.0167	0.0008	0.017	1.06
leeftijd x huish.	0.0303	0.0167	0.0691	0.006	1.03
constante	-1.0588	0.0609	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model: 1967.928

- 2 LL residu: 30194.871

- 2 LL totaal: 32162.799

proportie reductie - 2LL: 0.06

4.2.4 Ramingen van het toekomstig gebruik van poliklinische zorg 1990-2005

Voor het gebruik van huisartsenzorg zijn drie ramingen opgesteld: een demografische, een trendmatige en een aanbod raming. Een raming op basis van het aantal specialisten (aanbod raming) lijkt voor de omvang van de poliklinische zorg minder zinvol. Voor de extramurale fysiotherapie en de hulp van de huisarts biedt het aantal beroepsbeoefenaren enig houvast voor een schatting van het toekomstig gebruik. Voor specialisten ligt dat anders. Omdat specialisten zowel klinisch als poliklinisch werken bestaat, er geen directe relatie tussen het aantal hulpverleners en de hoeveelheid geleverde poliklinische zorg. Er worden daarom alleen een demografische en een trendmatige raming gemaakt.

De demografische raming laat een toename zien van het aantal poliklinische contacten met ongeveer 10% (tabel 4.8). Bij deze raming zijn de kans op contact en het aantal contacten constant verondersteld (contactkans op het niveau van 1988; aantal contacten op het gemiddeld aantal over de periode 1981-1988 uit de gezondheidsenquête). De verwachte invloed van de vergrijzing wordt hierdoor zichtbaar. De trendmatige raming voorziet daarentegen een afname van het totaal aantal contacten. Deze daling in het aantal contacten is vooral te wijten aan de dalende trend voor de leeftijdscategorie 20-54 jaar. (Een alternatieve trendraming waarin geen daling van het aantal contacten voor deze leeftijdscategorie verwacht wordt, is te vinden in bijlage 4).

Tabel 4.8 Twee ramingen van de ontwikkeling van het aantal poliklinische contacten met de medisch specialist in de periode 1990-2005

	1990	1995	2000	2005
demografische raming	100	104	108	113
trendmatige raming	100	97	94	94

De verschillen tussen beide ramingen worden dan ook pas goed zichtbaar in de leeftijdsspecifieke ramingen die vermeld zijn in tabel 4.9 en 4.10.

Tabel 4.9 Demografische raming van de ontwikkeling van het aantal poliklinische contacten met de medisch specialist van mannen en vrouwen in vijf leeftijdscategorieën (1990 = 100)

Leeftijd	Mannen				Vrouwen			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
0-4 jaar	100	99	95	89	100	99	95	89
5-19 jaar	100	98	100	100	100	98	100	100
20-54 jaar	100	104	105	103	100	104	105	103
55-74 jaar	100	107	116	135	100	104	109	124
75 +	100	114	133	148	100	116	135	151

Met de demografische raming wordt alleen voor ouderen een toename van het aantal contacten verwacht. Het aantal contacten met jonge kinderen zal in de toekomst dalen in deze raming. Voor personen in de leeftijd van 5 tot 55 jaar zal er nauwelijks een verandering in het aantal contacten optreden. De trendmatige raming laat duidelijk zien welke effecten er te verwachten zijn wanneer de trends uit het verleden zich doorzetten.

Tabel 4.10 Trendmatige raming van de ontwikkeling van het aantal poliklinische contacten met de medisch specialist van mannen en vrouwen in drie leeftijdscategorieën (1990 = 100)

Leeftijd	Mannen				Vrouwen			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
20-54 jaar	100	88	76	63	100	89	77	64
55-74 jaar	100	102	106	117	100	97	96	103
75 +	100	128	164	201	100	127	162	195

Het aantal contacten neemt voor volwassenen verder af terwijl vooral onder hoog bejaarden een toename te zien zal zijn. Het netto resultaat van de trends uit het verleden is echter een afname van het totale gebruik.

Een kanttekening die bij deze ramingen op zijn plaats is, is dat de berekeningen zijn uitgevoerd op het aantal contacten zoals de respondent (of de patiënt) die waarneemt. Daarnaast zegt het aantal

contacten nog niet veel over het aantal verrichtingen dat tijdens het contact plaatsvindt. De gegevens uit de verschillende enquêtes bevatten hierover geen informatie.

Conclusie: De gegevens van ziekenhuizen over poliklinische contacten wijzen op een sterke toename van het aantal contacten over de afgelopen vijftien jaar. Wanneer een steekproef uit de bevolking naar het contact met medisch specialisten (buiten ziekenhuisopname) gevraagd wordt, ontstaat een ander beeld: een daling onder personen tussen 20-54 jaar en een stijging onder ouderen. De ramingen op basis van de steekproefgegevens laten twee conclusies toe. Onder invloed van de vergrijzing zal het aantal contacten met personen van 75 jaar en ouder fors toenemen: een trendmatige ontwikkeling voorziet zelfs een verdubbeling van het aantal contacten. Voor personen onder de 55 jaar wordt een gelijkblijvend aantal contacten of een daling verwacht, wanneer de trends uit het verleden zich voortzetten.

4.3 De fysiotherapeut

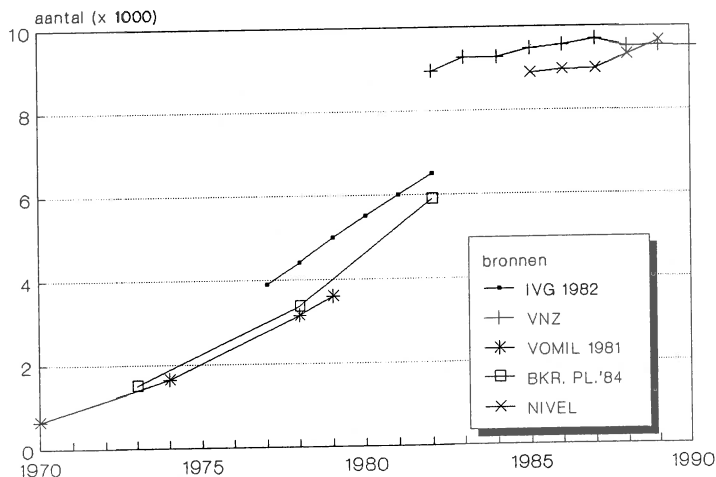
Binnen de eerstelijnszorg neemt de fysiotherapie een aparte plaats in. Een behandeling door de fysiotherapeut is pas mogelijk na verwijzing door de huisarts of medisch specialist. Deze constructie is vastgelegd in de Wet op de Paramedische Beroepen en is het eindresultaat van de lange historie waarin de fysiotherapeut of liever gezegd diens voorganger, de heilgymnast-masseur, zich een plaats in de Nederlandse gezondheidszorg heeft weten te verwerven. Van de paramedische beroepen is de fysiotherapie het oudste en in omvang belangrijkste. In dit hoofdstuk worden eerst enkele hoofdlijnen in de ontwikkeling van de beroepsgroep geschetst waarna aandacht wordt besteed aan het gebruik van fysiotherapeutische zorg in de afgelopen vijftien jaar. Daarna worden enkele ramingen opgesteld voor het gebruik in de periode 1990-2005.

4.3.1 Ontwikkelingen rond de beroepsgroep in hoofdlijnen

In 1989 vierde het (sindsdien Koninklijk) Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie zijn honderdjarig bestaan. In de geschiedenis van de beroepsgroep speelt vooral de professionalisering een belangrijke rol. Op een terrein waar de medische stand een monopolie had,

moest een langdurige strijd gevoerd worden om een eigen plaats te verwerven (zie: Kortenhoeven, 1989). Aanvankelijk vonden fysiotherapeutische behandelingen vooral in een intramurale omgeving plaats. De extramurale fysiotherapie kwam pas tot ontwikkeling, toen aan het begin van de jaren zeventig aan fysiotherapeuten in de eerste lijn de mogelijkheid werd geboden om de fysische therapie 'in engere zin' te beoefenen. In de jaren daarna nam de (extramurale) fysiotherapie sterk toe. Het aantal beroepsbeoefenaren groeide van ± 1500 in 1972 tot ± 13.000 in 1990, waarvan 9640 werkzaam in de eerstelijns (WVC, 1991). In figuur 4.5 wordt een beeld gegeven van de spectaculaire groei van het aantal fysiotherapeuten. De gegevens zijn afkomstig uit verschillende bronnen, zoals de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), het toenmalige Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (VOMIL) en het NIVEL. De gegevens van de VNZ betreffen de fysiotherapeuten die als praktijkhouder of medewerker een overeenkomst hebben met een ziekenfonds. Door het NIVEL wordt het aantal in de eerstelijns werkzame fysiotherapeuten geregistreerd. Tussen de registraties blijken duidelijke verschillen in aantallen beroepsbeoefenaren te bestaan. Niettemin komt de sterke groei van de afgelopen decennia in beide tellingen tot uiting.

Figuur 4.5 Aantal fysiotherapeuten en heilgymnasten/masseurs werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg 1970-1989



Het aantal behandelingen en de daarmee gepaard gaande kosten zijn navenant gestegen. In de jaren tachtig is een aantal maatregelen genomen om de kostenstijging af te remmen. Zo werd in 1980 het aantal gecombineerde behandelingen per machtiging voor ziekenfondsverzekerden beperkt tot twaalf. Vanaf 1982 werd aan ziekenfondsen in een regio met meer dan een fysiotherapeut per 3000 inwoners een ontheffing verleend om nieuwe overeenkomsten met fysiotherapeuten aan te gaan. Het aantal gevestigde fysiotherapeuten heeft zich sindsdien gestabiliseerd. Veel net afgestudeerde fysiotherapeuten zijn intussen uitgeweken naar het buitenland, terwijl ook de werkloosheid onder fysiotherapeuten is toegenomen. Ook voor de toekomst ziet de arbeidsmarkt voor (aankomende) fysiotherapeuten er niet rooskleurig uit. De overheid heeft in de nota Beroepskrachten planning een vergelijking gemaakt van de te verwachten vraag naar en aanbod van fysiotherapie in zowel eerste als tweede lijn. Deze vergelijking leert dat ook in de komende decennia een groot deel van de afgestudeerden veel moeilijkheden zal ondervinden om in het eigen beroep aan de slag te komen. Het aanbod van fysiotherapeuten zal in het jaar 2005 de vraag met ruim 10.000 personen blijven overtreffen (tabel 4.11).

Tabel 4.11 Vraag naar en aanbod van fysiotherapeuten en heilgymnasten/masseurs (eerste en tweede lijn)

	1989	1995	2000	2005	2010
Vraag naar personen	-	14100	14700	15100	15500
Reeds beschikbare personen	20000	23000	22000	20600	18600
Totaal beschikbaar bij een instroom van 1000 eerstejaars vanaf 1992	20000	23800	26900	25500	26900

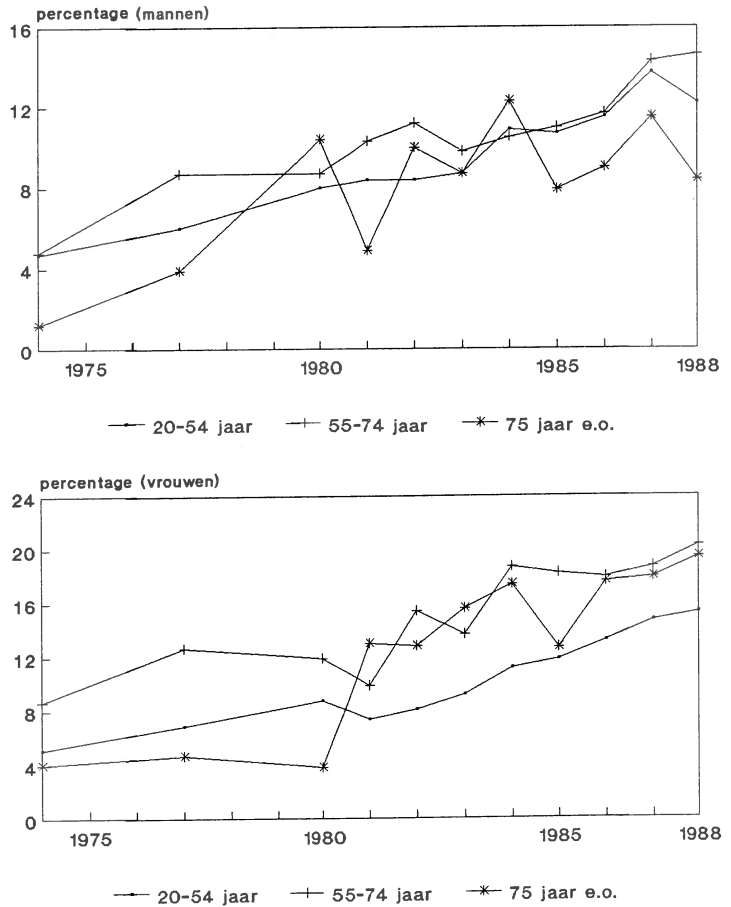
Bron: WVC, 1991.

4.3.2 Contacten met de fysiotherapeut in de periode 1974-1989

De stormachtige ontwikkeling die de paramedische beroepen en in het bijzonder de fysiotherapie sinds de jaren zeventig hebben door- gemaakt, is ook terug te vinden in de cijfers over het gebruik van zorg. Sinds 1974 zijn er cijfers over het gebruik van fysiotherapeutische zorg uit landelijke enquêtes beschikbaar. Het percentage van de bevolking dat aangeeft in een jaar contact te hebben gehad met

een fysiotherapeut (in de vroegere enquêtes is de vraag vrij breed geformuleerd en omvat ook de oude benaming heilgymnast-masseur), is gestegen van ongeveer 5% in 1974 naar 12% in 1988 (figuur 4.6). De cijfers van het CBS laten zien dat de stijgende trend zich ook in 1989 onverminderd heeft voortgezet (Swinkels, H, 1990).

Figuur 4.6 Percentage van de mannelijke en vrouwelijke bevolking van 20 jaar en ouder dat in een periode van een jaar contact heeft met een fysiotherapeut, 1974-1988



Bron: Enquêtegegevens CBS, NIVEL.

4.3.3 Twee analyses van het gebruik in de periode 1974-1988

De opgaande trend in het gebruik van fysiotherapeutische zorg vinden we vanzelfsprekend terug in de analyses van de kans op contact in één jaar (tabel 4.12.a en b). Analooq aan de analyses van het gebruik van huisartsenzorg zijn twee analyses van de kans op contact uitgevoerd. In de eerste analyse is de variabele jaar gebruikt om de trend in beeld te brengen. In de tweede analyse is verondersteld dat de trend het gevolg is van de verandering van het aanbod in de loop der tijd en is de variabele dichtheid gebruikt om de trend weer te geven.

In deze analyse waarin het jaar van de meting als variabele is opgenomen, laat de hoge partiële correlatie (R) zien dat de trend de sterkste factor is in de verklaring van de kans op contact. Daarnaast is de subjectieve gezondheid een zeer belangrijke factor. In de loop der tijd is het gebruik van fysiotherapeutische zorg door personen met een goede subjectieve gezondheid sterker gestegen dan het gebruik door personen met een minder goede gezondheid. Ook is in deze periode van veertien jaar de groei van het gebruik door vrouwen van 20-54 en samenwonenden sneller geweest dan het gebruik door respectievelijk mannen en alleenstaanden in dezelfde leeftijdscategorie. In tegenstelling tot het gebruik van veel andere eerstelijnsvoorzieningen vinden we het hoogste gebruik niet bij de oudste leeftijdsgroep, maar bij de categorie daaronder, personen in de leeftijd van 55-74 jaar. Deze bevindingen komen overeen met de prevalentie van rugaandoeningen in verschillende leeftijdscategorieën (Groenewegen e.a., 1990).

In de literatuur worden drie oorzaken voor de groei van het gebruik van fysiotherapeutische zorg genoemd: ten eerste leidt de veroudering van de bevolking tot het toenemen van klachten van het bewegingsapparaat, ten tweede wordt de neiging genoemd om een steeds meer gebruik te maken van beschikbare gezondheidszorgvoorzieningen en als derde factor wordt het toegenomen aanbod genoemd (Crebolder, 1983). In de bovenstaande analyse is per leeftijdsgroep naar de verandering in het gebruik gekeken. De eerste oorzaak voor de toename in het gebruik is hier niet getoetst. Wel blijkt er binnen de verschillende leeftijdsgroepen sprake te zijn van een significante trendmatige toename. De toename van het gebruik onder personen met een goede subjectieve gezondheid is een

aanwijzing dat de toegenomen beschikbaarheid van fysiotherapie tot een hoger gebruik heeft geleid. Deze relatie tussen aanbod en gebruik is het onderwerp van de tweede analyse.

Tabel 4.12.a Logistische regressie-analyse van de kans op contact met de fysiotherapeut in een periode van een jaar met jaar als onafhankelijke variabele, voor personen van 20 - 54 jaar (N = 51.638)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
gezondheid (g)	-0.7822	0.0558	0.0000	-0.075	0.21
jaar	0.0922	0.0051	0.0000	0.097	1.09
jaar x gezondheid	0.0150	0.0048	0.0017	0.015	1.02
jaar x sexe	-0.0060	0.0020	0.0030	-0.014	0.99
jaar x huishouden	-0.0045	0.0022	0.0359	-0.008	1.00
opleiding x sexe	0.0266	0.0148	0.0717	0.006	1.03
sexe x huishouden	-0.0542	0.0244	0.0266	-0.009	0.95
constante	-2.8443	0.0558	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model: 1776.677

- 2 LL residu: 33216.096

- 2 LL totaal: 34992.773

proportie reductie - 2LL: 0.05

Tabel 4.12.b Logistische regressie-analyse van de kans op contact met de fysiotherapeut in een periode van een jaar met jaar als onafhankelijke variabele, voor personen van 55 jaar en ouder (N = 25.869)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
gezondheid (g)	-0.5607	0.0722	0.0000	-0.053	0.33
leeftijd (j)	0.1255	0.0243	0.0000	0.035	1.29
sexe (m)	-0.2172	0.0263	0.0000	-0.057	0.65
huishouden (a)	0.0772	0.0292	0.0083	0.016	1.17
jaar	0.0845	0.0062	0.0000	0.095	1.09
jaar x gezondheid	0.0140	0.0062	0.0238	0.012	1.01
gezondheid x sexe	0.0482	0.0200	0.0160	0.014	1.05
gezondheid x huish.	0.1006	0.0218	0.0000	0.031	1.11
leeftijd x huish.	-0.0761	0.0243	0.0017	-0.020	0.93
sexe x huishouden	-0.0440	0.0263	0.0940	-0.006	0.96
constante	- 2.8630	0.0749	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model: 955.911

- 2 LL residu: 19497.593

- 2 LL totaal: 20453.505

proportie reductie - 2LL: 0.047

In de tweede analyse is verondersteld dat niet zozeer een autonome trend, maar het aantal fysiotherapeuten per 10.000 inwoners de stijging in het gebruik bepaald heeft. Voor deze analyse is het jaar van meting vervangen door een getal dat de toename van de fysiotherapeutendichtheid ten opzichte van 1974 aangeeft. Een aanwijzing voor het effect van de dichtheid op het gebruik is onder meer te vinden in de regionale verschillen in gebruik. In provincies waar de dichtheid hoog is, is het gebruik ook hoger (Van den Brekel, 1989).

Tabel 4.13.a Logistische regressie-analyse van de kans op contact met de fysiotherapeut in een periode van een jaar met dichtheid als onafhankelijke variabele, voor personen van 20 - 54 jaar (N = 51.638)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
gezondheid (g)	-0.6070	0.0161	0.0000	-0.201	0.30
dichtheid	0.0026	0.0001	0.0000	0.098	1.00
constante	-3.0113	0.0090	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:
 - 2 LL model: 1598.722
 - 2 LL residu: 33394.051
 - 2 LL totaal: 34992.773
 proportie reductie - 2LL: 0.045

Tabel 4.13.b Logistische regressie-analyse van de kans op contact met de fysiotherapeut in een periode van een jaar met dichtheid als onafhankelijke variabele voor personen van 55 jaar en ouder (N = 25.869)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
gezondheid (g)	-0.6340	0.0960	0.0000	-0.045	0.28
leeftijd (j)	0.1257	0.0242	0.0000	0.035	1.29
dichtheid	0.0024	0.0002	0.0000	0.084	1.00
dichtheid x gezondheid	0.0005	0.0002	0.0125	0.014	1.00
dichtheid x sexe	-0.0004	0.0000	0.0000	-0.066	1.00
dichtheid x huishouden	0.0002	0.0000	0.0000	0.027	1.00
gezondheid x sexe	0.0512	0.0198	0.0098	0.015	1.05
gezondheid x huishouden	0.0966	0.0216	0.0000	0.029	1.10
leeftijd x huishouden	-0.0778	0.0241	0.0012	-0.020	0.93
constante	-3.0430	0.0969	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:
 - 2 LL model: 917.578
 - 2 LL residu: 19535.927
 - 2 LL totaal: 20453.505
 proportie reductie - 2LL: 0.045

Voor beide leeftijdsgroepen geldt dat de gezondheidsbeleving van groot belang is voor de kans op contact met een fysiotherapeut (tabel 4.13.a en b). De dichtheid laat voor alle leeftijden een (relatief) sterke partiële correlatie met de kans op contact zien. Bij de analyse van het gebruik van huisartsenzorg vonden we een dergelijk effect niet. Voor dit verschil kunnen onder andere de volgende twee verklaringen genoemd worden. Ten eerste is de toename van het aantal huisartsen minder spectaculair geweest dan de groei van het aantal fysiotherapeuten. Per inwoner is het aantal huisartsen in 15 jaar met 25% toegenomen en het aantal fysiotherapeuten met 450%, een achttien maal zo grote stijging van het aantal werkzame beroepsbeoefenaren. Een dergelijke stijging is eigenlijk alleen te realiseren als er een relatie bestaat tussen aanbod en gebruik. Het immers moeilijk voor te stellen dat het aantal beroepsbeoefenaren zo sterk blijft stijgen zonder dat het gebruik toeneemt. Dat zou tot gevolg hebben dat steeds meer fysiotherapeuten op dezelfde, kleine markt zouden moeten opereren. De relatie tussen aanbod en gebruik wordt nog versterkt door de wijze waarop fysiotherapeuten voor hun diensten gehonoreerd worden. Doordat fysiotherapeuten per verrichting betaald worden, hebben zij er meer belang bij om een groot aantal behandelingen uit te voeren dan huisartsen.

De analyse laat verder zien dat de toename van het aantal fysiotherapeuten bij vrouwen van 55 jaar en ouder en alleenstaanden een sterker effect op het gebruik heeft gehad dan bij respectievelijk mannen en samenwonenden in dezelfde leeftijdscategorie. Voor personen van 20-54 jaar leveren naast de subjectieve gezondheid de andere persoonskenmerken geen significante bijdrage aan de verklaring van het gebruik. Het effect van de fysiotherapeutendichtheid is voor volwassenen en bejaarden ongeveer gelijk.

4.3.4 Ramingen van het toekomstig gebruik in de periode 1990-2005

In de ramingsmethodiek van deze trendstudie is een onderscheid gemaakt in drie soorten ramingen: een demografische raming (stabiel gebruik, alleen de invloed van de vergrijzing wordt meegenomen), een trendmatige raming (de trends in het zorggebruik en in de bevolkingsstructuur zetten zich voort) en een aanbod raming (het toekomstig gebruik wordt gebaseerd op het toekomstig aanbod). Bij het opstellen van een raming van het toekomstig gebruik van fysio-

therapeutische hulp in de eerste lijn speelt vooral de vraag of de sterke groei uit het verleden zich in de toekomst zal voortzetten of niet. In 1989 werd daarom op een symposium over beleidsmatige ontwikkelingen in de fysiotherapie aan een aantal deskundigen gevraagd of een stabiele ontwikkeling (demografische raming) dan wel een voortzetting van de trendmatige ontwikkeling van het zorggebruik te verwachten is (Groenewegen e.a., 1990). Beide opties werden door een grote meerderheid van de aanwezigen verworpen; het gebruik zal tot 2000 waarschijnlijk verder stijgen, maar zich niet verdubbelen. Wanneer de demografische raming en de trendmatige raming als minder plausibel verworpen moeten worden, komt de nadruk te liggen op de aanbod raming van het toekomstig gebruik. De eerste vraag die we ons stellen is: hoeveel fysiotherapeuten zullen er in de eerste lijn in de komende vijftien jaar bijkomen? Zowel in de Concept-nota Beroepskrachtenplanning (WVC, 1991) als in een raming van het NIVEL wordt ervan uitgegaan dat voor de eerstelijns-fysiotherapie een verzadigingspunt bereikt is (tabel 4.14). Er kan slechts sprake zijn van een geringe toename van het aantal werkzame beroepsbeoefenaren.

Tabel 4.14 Verwachte ontwikkeling van het aantal fysiotherapeuten, werkzaam in de eerstelijns

	1990	2000	2005	2010
Concept-nota Beroepskrachtenplanning	9525	10400	10700	11000
NIVEL	9640	10500	10900	11300

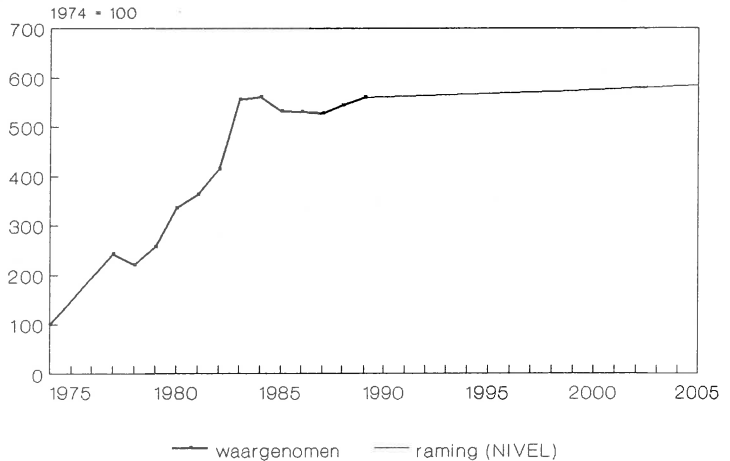
Bron: WVC, 1991; Groenewegen e.a., 1990.

In vergelijking met de ontwikkelingen van de afgelopen decennia is naar verwachting nauwelijks meer sprake van groei. Figuur 4.7 brengt de ontwikkeling in het aantal beroepsbeoefenaren per 10.000 inwoners in beeld.

Een puur demografische raming, waarin dus geen aannames omtrent het aanbod gemaakt worden, komt uit op 12% groei van het gebruik (de demografische raming in tabel 4.15). De relatief geringe uitbreiding van het aanbod die verwacht wordt, is vooral bedoeld om de gevolgen van de vergrijzing op te vangen. Wanneer het huidige gebruik, in de situatie dat er 9640 fysiotherapeuten in de eerstelijns

werkzaam zijn, gekoppeld wordt aan het te verwachten gebruik in 2005 met 10900 fysiotherapeuten, dan wordt eveneens een groei van ongeveer 12% in het gebruik verwacht. Voor deze raming is de bevolkingsontwikkeling alleen demografisch doorgerekend (aanbod raming 1). In een derde raming tenslotte veronderstellen we niet alleen demografische ontwikkelingen, maar ook trendmatige ontwikkelingen in de gezondheidsbeleving en het opleidingsniveau. Deze aanbod raming waarin het gebruik voor de bevolkingscategorieën uit hoofdstuk 3 wordt doorgerekend, laat bij 19000 fysiotherapeuten in 2005 slechts een groei van 4% zien (aanbodraming 2).

Figuur 4.7 Verwachte ontwikkeling van het aantal fysiotherapeuten, werkzaam in de eerstelijns per 10.000 inwoners



Tabel 4.15 Drie ramingen van de ontwikkeling van het aantal contacten met fysiotherapeuten in de periode 1990-2005

	1990	1995	2000	2005
demografische raming	100	105	109	112
aanbod raming 1 (bevolking demografisch)	100	103	108	112
aanbod raming 2 (bevolking trendmatig)	100	101	103	104

Om een beeld te geven van de geraamde ontwikkeling van het gebruik van fysiotherapeutische zorg in verschillende leeftijdsgroepen zijn de demografische raming in tabel 4.16 en de tweede aanbod raming (bevolking trendmatig) in tabel 4.17 gedetailleerder weergegeven.

Tabel 4.16 Demografische raming van de ontwikkeling van het aantal contacten met fysiotherapeuten van mannen en vrouwen in vijf leeftijdscategorieën (1990 = 100)

Leeftijd	Mannen				Vrouwen			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
0-4 jaar	100	99	95	89	100	99	95	89
5-19 jaar	100	98	100	100	100	98	100	100
20-54 jaar	100	103	104	101	100	104	105	102
55-74 jaar	100	106	114	133	100	104	109	125
75 +	100	114	133	149	100	117	136	151

Tabel 4.17 Aanbod raming van de ontwikkeling van het aantal contacten met fysiotherapeuten van mannen en vrouwen in drie leeftijdscategorieën (1990 = 100)

Leeftijd	Mannen				Vrouwen			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
20-54 jaar	100	101	101	98	100	101	101	98
55-74 jaar	100	103	110	126	100	99	101	111
75 +	100	115	134	152	100	114	131	143

aanbod raming 2: bevolkingsontwikkeling trendmatig

Voor personen tot 55 jaar zijn er weinig verschillen tussen de demografische en de aanbod ramingen. Beide ramingen verwachten een ongeveer gelijkblijvend gebruik. De raming waarin de trendmatige ontwikkeling van de bevolkingscategorieën is doorgerekend, voorziet vooral voor de jong bejaarden een geringere toename van het gebruik. Voor hoog bejaarden wordt in beide ramingen een groei van ongeveer 50% verwacht.

Is de lagere groei van het gebruik uit de laatste raming haalbaar? De analyses lieten zien dat de subjectieve gezondheid een belang-

rijke factor is in de verklaring van de kans op contact en dat de subjectieve gezondheid in de afgelopen twintig jaar is verbeterd. In de loop der tijd zijn personen met een goede subjectieve gezondheid meer gebruik gaan maken van fysiotherapie. De verbetering van de subjectieve gezondheid had dus geen afname van het gebruik tot gevolg. Bij het uitspreken van verwachtingen omtrent het toekomstig gebruik van fysiotherapie mogen we er dan ook niet vanuit gaan dat een betere subjectieve gezondheid zonder meer tot een vermindering van het gebruik zal leiden. Indien een vermindering van het gebruik gewenst is, zullen ook maatregelen noodzakelijk zijn die de toename van het aanbod beperken (aantal beroepsbeoefenaren, verrichtingen of de lengte van de werkweek).

Conclusie: Hoewel de fysiotherapie op een lange historie kan bogen, heeft het beroep vooral in de afgelopen twintig jaar een spectaculaire groei doorgemaakt. In deze periode is het aantal in de eerstelijns werkzame fysiotherapeuten met meer dan 400% toegenomen. Het aantal personen dat jaarlijks contact heeft met een fysiotherapeut is in de periode 1974-1988 meer dan verdubbeld. Het ziet er naar uit dat er in de toekomst weinig ruimte meer is voor extra fysiotherapeuten in de eerste lijn. Een uitbreiding van 9640 nu tot 10.900 beroepsbeoefenaren in 2005 lijkt voldoende om de demografische veranderingen op te vangen.

4.4 De wijkverpleging

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan het gebruik dat verschillende bevolkingsgroepen van wijkverpleegkundige zorg maken. Onder zorggebruik verstaan we hier de individuele, veelal curatieve zorg, waarvan wordt aangenomen dat deze primair tijdens huisbezoeken plaatsvindt (de vraagstelling in de gebruikte enquêtes laat dat in het midden). Het afleggen van een curatief huisbezoek is slechts één van de werkzaamheden in de wijkverpleging, waaraan wijkverpleegkundigen gemiddeld 34% en wijkziekenverzorgenden gemiddeld 50% van hun tijd besteden (Vorst-Thijssen, 1990). Binnen het kruiswerk is de curatieve zorg voor zieken en gehandicapten één van de acht zorgterreinen waarop activiteiten ontplooid worden. Andere terreinen zoals de jeugdgezondheidszorg, voorlichting en preventieve ouderenzorg worden tot de basisgezondheidszorg gerekend. Als zodanig

vallen zij dan ook buiten het kader van dit scenarioproject voor de eerstelijnszorg.

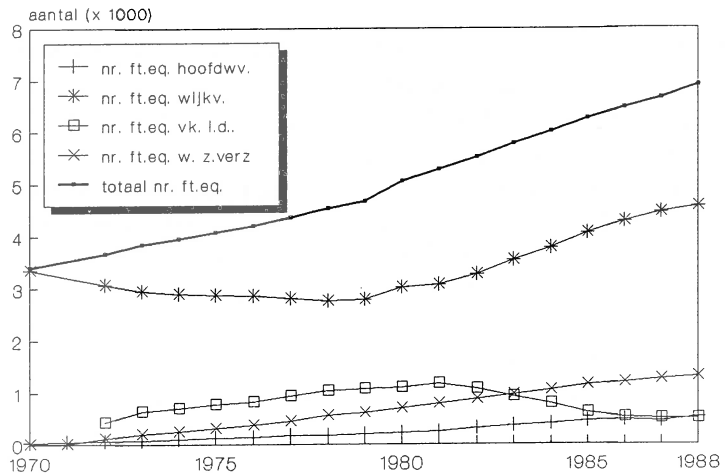
4.4.1 Ontwikkelingen rond de beroepsgroep in hoofdlijnen

De ontwikkelingen rond het kruiswerk hebben sinds de jaren zestig vooral in het teken gestaan van fusie en schaalvergroting. In de jaren zestig bestond het kruiswerk uit 1470 zelfstandige plaatselijke kruisverenigingen. In 1977 fuseerden de drie op levensbeschouwelijke grondslag georganiseerde kruisverenigingen en ontstond de Nationale Kruisvereniging. Na een eerste herstructureringsoperatie waren er in 1980 nog 470 Erkende Kruisorganisaties (EKO's). Een aantal dat verder afnam tot 163 in 1988. In 1980 werd de financiering van het kruiswerk in de AWBZ ondergebracht. Verwacht wordt dat het aantal EKO's de komende jaren nog verder zal dalen en op langere termijn wordt rekening gehouden met het opgaan van kruiswerk en gezinsverzorging in één organisatie voor thuiszorg. De landelijke koepels van kruiswerk en gezinsverzorging zijn reeds gefuseerd onder de naam Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.

Net als andere beroepen in de gezondheidszorg is de verpleging in de loop der tijd steeds meer geprofessionaliseerd. Dat blijkt onder meer uit het vaststellen van een verpleegkundig beroepsprofiel en de verhoging van het deskundigheidsniveau door een hogere beroepsopleiding en recentelijk de universitaire studie verplegingswetenschappen. De salariëring is daarbij achter gebleven. Driekwart van de verpleegkundigen en verzorgenden in het kruiswerk vindt de salariëring onvoldoende (Van Tits & Maas, 1989).

Het overheidsbeleid gericht op versterking van de eerste lijn voorzag in een volumegroei van jaarlijks 4%. Hoewel deze groei niet altijd gerealiseerd kon worden, presenteert het Financieel Overzicht Zorg van 1990 een overzicht dat een gemiddelde stijging van het aantal arbeidsplaatsen van 5% per jaar laat zien. In figuur 4.8 wordt de ontwikkeling van het aantal arbeidsplaatsen in de wijkverpleging in beeld gebracht.

Figuur 4.8 Aantal full-time equivalenten hoofdwijkverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en wijkziekenverzorgenden in de periode 1970-1988



Bron: CBS (bewerkt).

Naast een volumegroei heeft ook een uitbreiding van het hulp-aanbod plaatsgevonden in de vorm van 7 x 24-uurs zorg en aanvul-lende thuiszorg. Voor de laatstgenoemde zorgsoort zijn veelal aparte stichtingen in het leven geroepen om zodoende de financieringstro-men gescheiden te houden.

Er bestaat eenstemmigheid over de wenselijkheid om de omvang van de wijkverpleging in de toekomst verder uit te breiden. De noodzaak hiertoe wordt niet alleen ingegeven door de vergrijzing; maar ook de realisering van beleidswensen in het kader van thuiszorg en substi-tutie vereisen een toename van het hulpaanbod. Het is echter nog maar de vraag of er in de toekomst wel voldoende personeel te vinden is om een uitbreiding daadwerkelijk te realiseren. Op de korte termijn lijken er op dit punt geen grote problemen te zijn. Een onderzoek waarin de afstemming van vraag en aanbod van personeel is bekeken, meldt dat er voor het kruiswerk eerder van een overschot dan van een tekort aan personeel kan worden gespro-ken (Groot & Van Tits, 1988). Het NZI heeft voor de verzorging en verpleging een arbeidsmarktverkenning voor de komende tien jaar

opgesteld (Gerritse & Van der Windt, 1991). In dit onderzoek wordt evenwel, in tegenstelling tot het onderzoek van Groot en Van Tits, nu reeds een personeelstekort voor de extramurale zorg gemeten dat in de komende jaren sterk zal oplopen. Het aantal onbezette arbeidsplaatsen bedraagt in 1990 3% voor het eerste en 2% voor het tweede deskundigheidsniveau. In 2000 zal het aantal onbezette arbeidsplaatsen opgelopen zijn tot 20% voor het eerste en 33% voor het tweede deskundigheidsniveau.

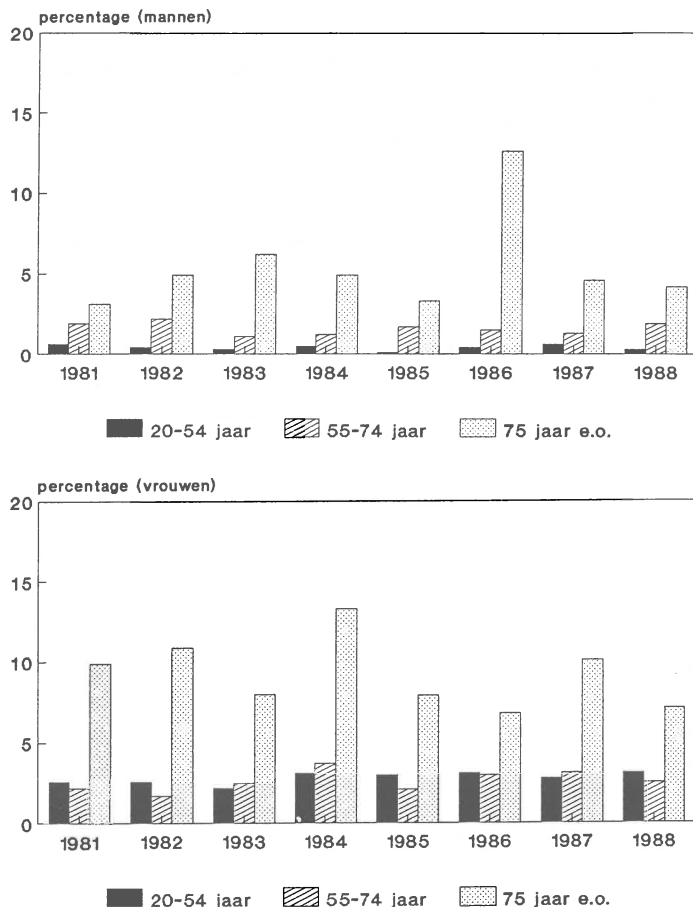
4.4.2 Het individuele gebruik van wijkverpleegkundige zorg 1981-1988

Met behulp van gegevens uit de gezondheidsenquête van het CBS kan een indruk worden gegeven van het individuele gebruik van wijkverpleegkundige zorg. In figuur 4.9 is weergegeven welk percentage mannen en vrouwen jaarlijks zorg ontvangen hebben in de periode 1981-1988.

De grafieken laten zien dat vrouwen meer gebruik maken van de wijkverpleging dan mannen (afgezien van de incidentele uitschieter in 1986, die waarschijnlijk samenhangt met steekproef-fluctuaties). Het gebruik dat vrouwen in de leeftijd van 20-54 jaar van de wijkverpleging maken lijkt iets gestegen te zijn. Verder lijkt er voor vrouwen van 75 jaar en ouder sinds het midden van de jaren tachtig sprake te zijn van een daling.

Ook uit de WAS-rapportage 1985-1988 en uit enquêtegegevens van het Sociaal Cultureel Planbureau (over de jaren 1979-1987) komt naar voren dat het bereik (percentage in zorg over het afgelopen jaar) van de wijkverpleging is teruggelopen: er is een kleiner percentage van de populatie in zorg; het aantal contacten met ouderen is volgens de WAS wel toegenomen. De cijfers uit deze registratie geven een hoger gebruik van de wijkverpleging aan dan met enquêtegegevens geschat wordt (in achtergronddocument A wordt het gebruik volgens de registratie weergegeven). Het aandeel van de ouderen in de populatie die zorg ontvangt neemt eveneens toe. In 1988 was ruim 70% van de patiënten 70 jaar of ouder (Vorst-Thijssen e.a., 1990).

Figuur 4.9 Percentage van de mannelijke en vrouwelijke bevolking van 20 jaar en ouder dat in een periode van een jaar contact heeft met de wijkverpleging 1981-1988



Bron: Enquêtegegevens CBS.

4.4.3 Analyse van trends in het gebruik 1981-1988

Met de gegevens uit de gezondheidsenquête is een analyse uitgevoerd van de kans op contact met de wijkverpleging in één jaar. De resultaten van de analyse staan in tabel 4.18.a en b.

Tabel 4.18.a Logistische regressie-analyse van de kans op contact met de wijkverpleging in een periode van een jaar met jaar als onafhankelijke variabele, voor personen van 20 - 54 jaar (N = 36.926)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
gezondheid (g)	-0.5717	0.0659	0.0000	-0.111	0.32
sexe (m)	-0.4729	0.1099	0.0000	-0.053	0.38
jaar x huishouden	-0.0335	0.0147	0.0227	-0.023	0.97
gezondheid x sexe	-0.4350	0.0656	0.0000	-0.084	0.65
opleiding x huish.	0.1904	0.0427	0.0000	0.055	1.21
sexe x huishouden	0.4632	0.1089	0.0000	0.052	1.59
constante	-4.4780	0.0854	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model: 512.710

- 2 LL residu: 5448.080

- 2 LL totaal: 5960.790

proportie reductie - 2LL: 0.09

Tabel 4.18.b Logistische regressie-analyse van de kans op contact met de wijkverpleging in een periode van een jaar met jaar als onafhankelijke variabele, voor personen van 55 jaar en ouder (N = 16.075)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
gezondheid (g)	-0.7234	0.0501	0.0000	-0.207	0.24
leeftijd (j)	-0.6355	0.0516	0.0000	-0.176	0.28
sexe (m)	-0.2067	0.0499	0.0000	-0.056	0.66
huishouden (a)	0.1793	0.0473	0.0001	0.051	1.43
gezondheid x leeft.	-0.1882	0.0501	0.0002	-0.050	0.83
leeftijd x huish.	0.1134	0.0458	0.0134	0.029	1.12
constante	-3.2354	0.0559	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model: 546.301

- 2 LL residu: 4273.968

- 2 LL totaal: 4820.269

proportie reductie - 2LL: 0.11

Uit de analyses komt naar voren dat de subjectieve gezondheid voor alle leeftijden de belangrijkste determinant is van het zorggebruik. De hoog bejaarden doen een groter beroep op de wijkverpleging dan de jong bejaarden en vrouwen maken meer gebruik van de wijkverpleging dan mannen. De analyse van het gebruik van wijkverpleegkundige zorg door personen van 20-54 jaar laat een aantal interactie-effecten zien. Tussen de sexen bestaan er verschillen in het gebruik als ook met de omvang van het huishouden en de subjectieve gezondheid rekening wordt gehouden. Voor vrouwen gaat

samenwonen gepaard met een grotere kans op contact met de wijkverpleging. Voor mannen is hier nauwelijks sprake van een verband. Het gebruik van de wijkverpleging hangt voor vrouwen niet samen met de subjectieve gezondheid. Voor mannen bestaat er wel een relatie tussen gezondheidsbeleving en de kans op contact: mannen met een goede subjectieve gezondheid doen nauwelijks een beroep op de wijkverpleging. Deze verschillen tussen mannen en vrouwen zijn terug te voeren op de huisbezoeken die de wijkverpleegkundige in het kader van de kraamzorg aflegt. Het interactie-effect tussen huishouden en opleiding wijst erop dat alleenstaanden met een laag opleidingsniveau meer gebruik maken van de wijkverpleging dan alleenstaanden die hoger opgeleid zijn. Onder alleenstaanden is het gebruik van de wijkverpleging in de loop der tijd gedaald; voor samenwonenden is het gebruik licht gestegen.

Het gebruik van de wijkverpleging onder ouderen is vooral gericht op personen van 75 jaar en ouder met een minder goede gezondheid. Ook deze analyse laat een aantal interactie-effecten zien. Voor jong bejaarden is de gezondheidsbeleving belangrijker voor de 'kans op contact' dan voor hoog bejaarden: gezonde jong bejaarden hebben nauwelijks contact met de wijkverpleging terwijl onder de hoog bejaarden zowel gezonde als minder gezonde personen door de wijkverpleging bezocht worden. Een dergelijk effect is ook waargenomen voor de huishoudensomvang; onder de jong bejaarden hebben vooral alleenstaanden contact met de wijkverpleging; onder de hoog bejaarden verschilt het percentage met contact tussen alleenstaanden en samenwonenden veel minder.

4.4.4 Twee ramingen van het toekomstig gebruik van wijkverpleegkundige zorg

De trendmatige ontwikkeling in het gebruik van de wijkverpleegkundige zorg is moeilijk interpreteerbaar. Enerzijds lijkt op basis van de WAS-registratie en de cijfers van het SCP het bereik te zijn afgenomen, anderzijds laten de enquêtécijfers van het CBS over de periode 1981-1988 nauwelijks een trend zien. Bij het opstellen van een raming blijven we aan de voorzichtige kant en veronderstellen een constant bereik op het niveau van 1988. Een trendmatige ontwikkeling in de kans op contact is vervolgens alleen gebaseerd op de trends in de omvang van de verschillende bevolkingscategorieën. De trendmatige raming die hiervan het resultaat is, wordt vervolgens afgezet tegen een raming waarin uitsluitend het effect van demografische veranderingen, het welbekende vergrijzingseffect, opgenomen is. Met de gegevens uit de gezondheidsenquête kunnen geen ramingen van het aantal contacten worden opgesteld. Het aantal contacten van de verschillende leeftijdsgroepen zou evenwel aan registraties ontleend kunnen worden. Een probleem hierbij is dat de aantallen niet naar de kenmerken van de verschillende bevolkingscategorieën uitgesplitst kunnen worden. Een raming van het bereik is voor de bevolkingscategorieën wel mogelijk. In beide ramingen wordt, zoals gezegd, het bereik constant verondersteld op het niveau van 1988. Beide ramingen geven aan welke inzet van de wijkverpleging in de toekomst noodzakelijk is om het bereik van 1988 te handhaven. Een raming gebaseerd op de trends in het aanbod is voor de wijkverpleging een moeilijke zaak: een toename van het aanbod ging immers niet gepaard met een toename van het bereik.

Tabel 4.19 Twee ramingen voor de ontwikkeling van het aantal personen dat contact heeft met de wijkverpleging in de periode 1990-2005 (1990 = 100)

	1990	1995	2000	2005
demografische raming	100	106	111	116
trendmatige raming	100	103	105	106

Met de demografische raming wordt de grootste toename van het zorggebruik verwacht (tabel 4.19). Het verschil tussen de beide ramingen is vooral daarin gelegen dat de demografische effecten die het toekomstig zorggebruik verhogen (meer ouderen en meer alleenstaanden) in de trendmatige raming worden afgezwakt door een veronderstelde verbetering van de (subjectieve) gezondheid.

De bovenstaande ramingen gaan voorbij aan de veranderingen die er in het aantal contacten opgetreden zijn. De WAS-registratie signaleert in de periode 1985-1988 een toename van het aantal contacten onder hoog bejaarden. Wanneer deze trend zich doorzet, zal de zorgvraag meer toenemen dan in bovenstaande ramingen verondersteld wordt. De Nationale Kruisvereniging verwacht voor de periode 1988-1995 een toename van het aantal contacten met bijna 12% (NK, 1990). Deze raming van het aantal contacten komt hoger uit dan de bovengenoemde demografische raming waarin immers alleen voor het *bereik* van de wijkverpleging een raming wordt opgesteld.

In tabel 4.20 en 4.21 wordt een indruk gegeven welke verschuivingen er voor de verschillende leeftijdscategorieën zullen optreden onder de aanname van de handhaving van het huidige bereik. De demografische raming voorziet dan zowel voor jong (55-74 jaar) als hoog bejaarden (75 jaar en ouder) een forse toename van het gebruik. Onder jonge kinderen zal het gebruik in 2005 met ruim 10% zijn afgenomen.

Tabel 4.20 Demografische raming van de ontwikkeling van het aantal personen dat contact heeft met de wijkverpleging in vijf leeftijdscategorieën (1990 = 100)

Leeftijd	Mannen				Vrouwen			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
0-4 jaar	100	99	95	89	100	99	95	89
5-19 jaar	100	98	100	100	100	98	100	100
20-54 jaar	100	104	105	103	100	103	104	101
55-74 jaar	100	108	117	138	100	105	110	126
75 +	100	115	133	149	100	117	136	151

In de trendmatige raming wordt ervan uitgegaan dat de omvang van de bevolkingscategorieën zich ontwikkelt volgens de in hoofdstuk 3 beschreven trends. Het gebruik onder jong bejaarden zou in deze raming met name voor vrouwen lager uitvallen.

Tabel 4.21 Trendmatige raming van de ontwikkeling van het aantal personen dat contact heeft met de wijkverpleging in drie leeftijdscategorieën (1990 = 100)

Leeftijd	Mannen				Vrouwen			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
20-54 jaar	100	99	95	88	100	101	100	95
55-74 jaar	100	103	106	119	100	96	93	98
75 +	100	114	133	148	100	114	131	144

Ook in de ramingen voor de verschillende leeftijdscategorieën is geen rekening gehouden met de trend in het aantal contacten. Naar verwachting zal de toename van de zorgvraag daarom groter zijn dan hier wordt aangegeven. In ieder geval mogen we ervan uitgaan dat de zorgverlening aan ouderen met ongeveer 3% per jaar zal moeten groeien om het huidige bereik te handhaven. Daarbij is dus nog geen rekening gehouden met een toename van de zorgvraag onder invloed van nieuw beleid gericht op verschuivingen naar de thuiszorg.

Conclusie: De cijfers over het bereik van de wijkverpleging laten geen ondubbelzinnige conclusies toe over trends die naar de toekomst geëxtrapoleerd kunnen worden. Er lijkt zich voor ouderen een trendbreuk te hebben voorgedaan: een gestage toename van het bereik veranderde in het midden van de jaren tachtig in een geleidelijke afname. Onder de voorzichtige aanname van een constant percentage met contact op het niveau van 1988 zal in de toekomst met name voor ouderen een forse uitbreiding van de inzet (menskracht en middelen) noodzakelijk zijn om niet meer te doen dan het handhaven van het huidige bereik.

4.5 De gezinsverzorging

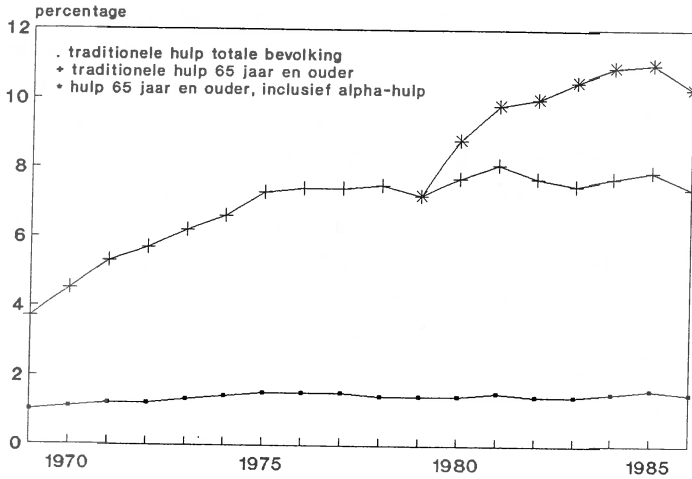
4.5.1 Ontwikkelingen rond de beroepsgroep in hoofdlijnen

De gezinsverzorging is van oudsher sterk verbonden geweest met het particulier initiatief en had tot het midden van de jaren zeventig een verzuild karakter. De oorspronkelijk doelstelling was het hulp bieden bij ziekte van de huisvrouw. De zorg voor bejaarden is pas in de jaren zeventig tot het takenpakket gaan behoren. De overheid stimuleerde in die tijd de groei van de gezinsverzorging opdat thuiswonende bejaarden door hulp in de huishouding langer zelfstandig zouden kunnen blijven wonen. Op deze wijze hoopte men te voorkomen dat veel bejaarden op bejaardenoorden aangewezen zouden zijn. Het aantal bejaardenoorden was in de jaren zestig sterk toegenomen en de verwachting bestond dat weldra ongeveer 15% van de bevolking van 65 jaar en ouder in een bejaardenoord zou wonen. Dit zou echter tot een onaanvaardbare kostenstijging leiden. De door de overheid gestimuleerde uitbreiding van de gezinsverzorging kan worden samengevat met de trefwoorden: schaalvergroting, ontzuiling en professionalisering (Maessen, 1989).

In figuur 4.10 is de ontwikkeling in de tijd van het percentage van de bevolking dat hulp ontvangt van de gezinsverzorging weergegeven.

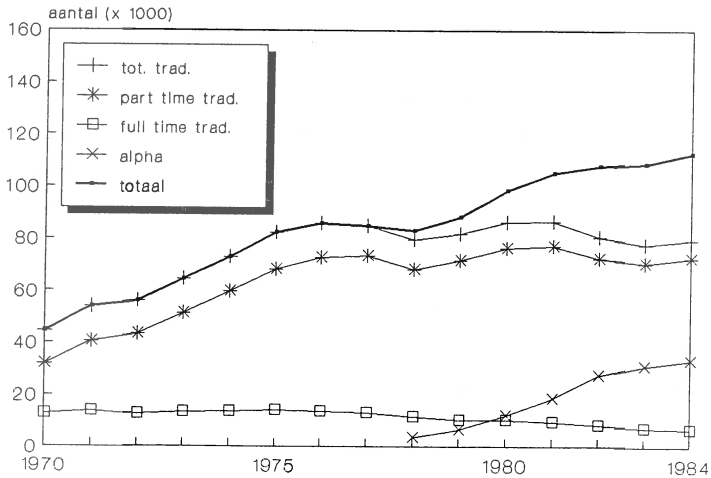
In 1976 brak een periode aan waarin opeenvolgende kabinetten, overigens met wisselend succes, ingrijpende bezuinigingen op de gezinsverzorging voorstelden (zie voor een uitgebreide beschrijving: Maessen, 1989). Een belangrijke maatregel uit die tijd was de regeling voor de alpha-hulp. Hierbij treedt de instelling voor gezinsverzorging niet langer als werkgever op, maar bemiddelt slechts tussen zorg-vrager en -verlener. De zorgverlening via de alpha hulp betekende een aanzienlijke kostenbesparing. In figuur 4.11 is de uitbreiding van de alpha hulp goed te zien.

Figuur 4.10 Aantal cliënten van de gezinsverzorging (in procenten) van de totale en 65-plus bevolking, 1969-1986



Bron: Huijsman & Dolmans, 1990.

Figuur 4.11 Aantal personen werkzaam in de gezinsverzorging (traditioneel en alpha-hulp) 1970-1984



Bron: CBS.

De argumenten om op de gezinsverzorging te bezuinigen verloren aan kracht bij het verschijnen van de Nota Eerstelijnszorg (WVC, 1983). Hierin wordt betoogd dat de gezinsverzorging als kerndiscipline in de eerstelijnszorg juist uitgebreid dient te worden. Langzaam maar zeker is de gezinsverzorging aldus van een particuliere welzijnsvoorziening veranderd in een onderdeel van het standaardpakket van de eerstelijnszorg. Deze ontwikkeling is op 1 januari 1989 bezegeld met de opneming van de gezinsverzorging in het verstrekkingenpakket van de AWBZ. De professionalisering van de gezinsverzorging heeft zich vooral op het niveau van de instellingen voltrokken. Het uitvoerende werk in de gezinsverzorging mist nog een 'professioneel imago' en de salarissen zijn laag (Werk bij de gezinszorg ..., 1990). Wanneer in de gezinsverzorging salarissen conform de functiewaardering betaald zouden worden, betekent dat een extra kostenpost van 250 miljoen gulden (Redelijke honorering ..., 1990). Er is dan ook een groot tekort aan arbeidskrachten, het ziekteverzuim is hoog en een onrustbarend aantal werknemers verlaat het beroep via de WAO (Veerman, 1989). In een studie waarin de afstemming van vraag en aanbod in de gezinsverzorging is onderzocht, wordt op de korte termijn (1988-1992) vooral in het westen van het land een tekort aan gezinsverzorgenden verwacht (Van Tits & Groot, 1991). Op de lange termijn zal het nog moeilijker worden om aan voldoende personeel te komen. Er zullen steeds minder jongeren zijn die voor een verzorgend beroep kiezen. Enerzijds omdat het aantal jongeren verder afneemt; anderzijds omdat de verzorgende beroepen in een krappere arbeidsmarkt slecht met andere beroepen kunnen concurreren: tegenover het relatief zware werk wordt slechts een geringe beloning gesteld, terwijl een loopbaan-perspectief nagenoeg ontbreekt. Voor de jongeren van de toekomst zullen er wellicht genoeg aantrekkelijker alternatieven zijn.

De komende jaren staat de organisatorische integratie met andere thuiszorgvoorzieningen als het kruiswerk hoog op de agenda. De overheid verwacht hiervan substantiële besparingen die ten goede kunnen komen aan de directe zorgverlening (WVC, 1990b).

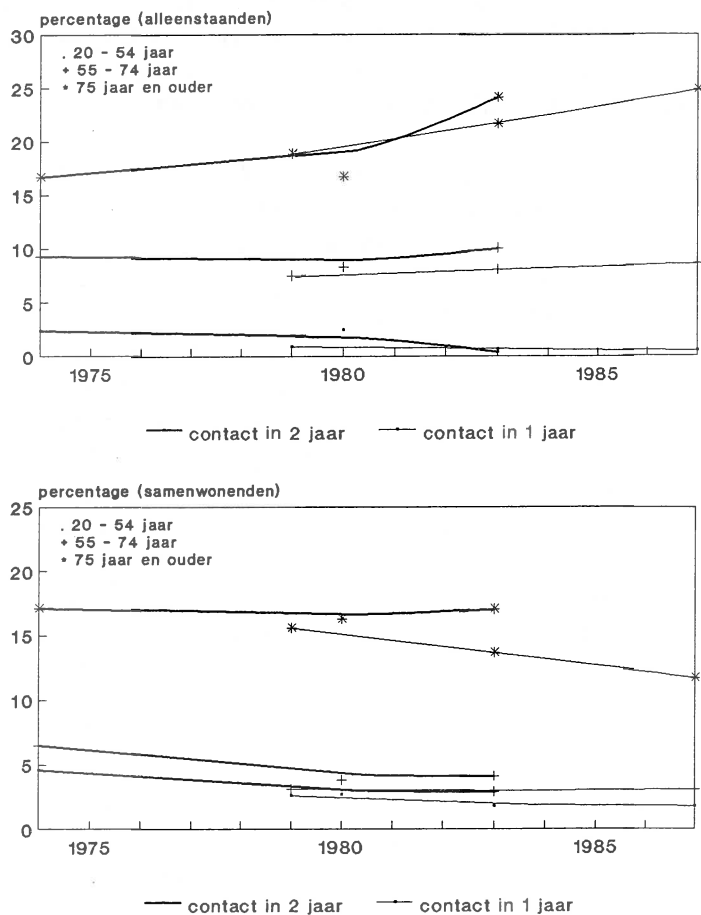
4.5.2 Het gebruik van gezinsverzorging in de periode 1974-1987

Landelijke gegevens over het percentage van de bevolking (en het percentage van de 65+ers) dat gezinsverzorging ontvangt, laten een gestage groei van het gerealiseerde bereik zien, dat vooral werd mogelijk gemaakt door de alpha-hulp. Het aantal hulpverleningsuren (inclusief alpha-hulp) vertoonde na een stijging tot 1985 in de jaren 1986 en 1987 een dalende tendens (CBS, 1990).

In de gezondheidsenquête van het CBS is tot 1989 niet naar het gebruik van gezinsverzorging gevraagd en het is derhalve niet mogelijk om op basis van enquêtecijfers een doorlopende tijdreeks van het gebruik weer te geven. Het gebruik van de gezinsverzorging komt wel voor in het Aanvullend Voorzieningen Onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) en het Leefsituatie-onderzoek van het CBS. In deze onderzoeken is respectievelijk naar het gebruik in een jaar en naar het gebruik in twee jaar gevraagd. In de vraagstelling van het SCP onderzoek is in 1987 een wijziging van de vraagstelling opgetreden. Hoewel dus slechts gedeeltelijk bruikbaar, kunnen uit beide enquêtes toch wel enkele trends worden afgelezen (figuur 4.12). In de gezinsverzorging wordt de hulp niet aan individuen verstrekt, maar aan huishoudens. We maken daarom een onderscheid in het gebruik van alleenstaanden en samenwonenden. De cijfers geven het percentage personen weer dat aangeeft in het afgelopen jaar respectievelijk twee jaar hulp van de gezinsverzorging ontvangen te hebben.

Wat opvalt is dat het gebruik onder de hoog bejaarde alleenstaanden is toegenomen. In rapportage elders over de SCP gegevens wordt geconstateerd dat het bereik van de gezinsverzorging is afgenomen, met name in de grote steden. Dat is verklaarbaar in het licht van het nijpende personeelsgebrek dat in de grote steden aan het ontstaan is. Ook personen met een hoger inkomen hebben in de loop der jaren minder vaak hulp van de gezinsverzorging ontvangen (Kwekkeboom, 1990). Wanneer deze trends gecombineerd worden met berichten dat voor de gezinsverzorging wachttijden van vijf à zes weken heel gewoon zijn, dan ontstaat de indruk dat met de toename van de druk op de gezinsverzorging vooral in huishoudens met een hoger inkomen voor de verlening van hulp uitgeweken wordt naar commerciële bureaus en wellicht ook de wijkverpleging (Franssen, 1990).

Figuur 4.12 Percentage van de alleenstaanden en samenwonenden van 20 jaar en ouder dat in een periode van een of twee jaar contact heeft met de gezinsverzorging, 1974-1987



Bron: CBS, SCP.

4.5.3 Analyse van het gebruik van gezinsverzorging in 1987/1988

Uit de eerder genoemde analyse van het SCP blijkt dat de gebruikers van gezinsverzorging zich vooral kenmerken door een laag inkomen en een lage opleiding. De invloed van het inkomen op het gebruik is daarbij het grootst, terwijl de effecten van beide kenmerken elkaar versterken. Verder zijn het vooral alleenstaanden en

verveduwden die van gezinsverzorging gebruik maken (Kwekkeboom, 1990).

Tabel 4.22.a Logistische regressie-analyse van de kans op contact met de gezinsverzorging in een periode van een jaar, voor personen van 20 - 54 jaar (N = 6.916)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
opleiding (l)	0.1806	0.1094	0.0987	0.025	1.44
gezondheid (g)	-0.5376	0.1050	0.0000	-0.144	0.34
sexe (m)	-0.5851	0.1111	0.0000	0.149	0.31
constante	-3.9854	0.1311	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model: 61.78

- 2 LL residu: 1108.529

- 2 LL totaal: 1170.309

proportie reductie - 2LL: 0.0053

Tabel 4.22.b Logistische regressie-analyse van de kans op contact met de gezinsverzorging in een periode van een jaar, voor personen van 55 jaar en ouder (N = 2.602)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
leeftijd (j)	-0.4052	0.1104	0.0002	-0.119	0.44
gezondheid (g)	-0.5298	0.1053	0.0000	-0.170	0.35
huishouden (a)	0.7185	0.1088	0.0000	0.227	4.21
gezondheid x sexe	0.2682	0.1074	0.0125	0.072	1.31
huishouden x sexe	0.2597	0.1058	0.0141	0.071	1.30
constante	-2.6321	0.1105	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model: 133.23

- 2 LL residu: 797.094

- 2 LL totaal: 917.758

proportie reductie - 2LL: 0.145

Deze bevindingen worden in grote lijnen bevestigd door de analyse op basis van de gegevens uit de Nationale Studie van het NIVEL, weergegeven in tabel 4.22.a en b. Alleen in de leeftijdscategorie 20-54 jaar levert de huishoudensomvang geen significante bijdrage. In de categorie volwassenen doen mannen een veel geringer beroep op de gezinsverzorging dan vrouwen. Voor personen van 55 jaar en ouder zijn achtereenvolgens huishoudensomvang, gezondheidsbeleving en leeftijd de belangrijkste variabelen die het gebruik bepalen. Naast deze hoofdeffecten zijn er nog enkele significante interactie-effecten met sexe waargenomen. Het interactie-effect tussen gezondheid en sexe geeft aan dat er voor vrouwen en mannen verschillen bestaan

in de samenhang tussen gezondheidsbeleving en het gebruik van gezinsverzorging. Voor vrouwen is een minder goede gezondheid een veel belangrijkere factor om contact te krijgen met de gezinsverzorging dan voor mannen. Voor mannen daarentegen is het alleenstaan van grotere 'invloed' op het contact met de gezinsverzorging dan voor vrouwen het geval is. Deze conclusie trekken we uit het interactie-effect tussen sexe en huishouden. De analyse levert voor personen onder de 55 jaar een slechter passend model op dan voor ouderen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de variabele 'inkomen' niet in de analyse is opgenomen, omdat hiervan geen gebruik gemaakt wordt bij de definitie van de bevolkingscategorieën.

4.5.4 Ramingen van het toekomstig gebruik van gezinsverzorging

Vanwege het ontbreken van betrouwbare trendgegevens moet worden afgezien van het opstellen van een raming waarin trends in het gebruik of aanbod verdisconteerd zijn. Hieronder presenteren we twee ramingen: ten eerste een raming waarbij zowel de ontwikkelingen in de bevolkingscategorieën als het in 1987/1988 gemeten gebruik constant verondersteld worden (demografische raming) en ten tweede een raming waarbij, onder de veronderstelling van constant gebruik, voor de ontwikkeling in de bevolkingscategorieën wel een trendmatige verandering verwacht wordt (trendmatige raming) (tabel 4.23). In de ramingen is het jaar 1990 als beginpunt voor de indexering gekozen, analoog aan de raming voor de wijkverpleging. We kunnen de ramingen dan ook op gelijksoortige wijze interpreteren als de benodigde uitbreiding om het huidige bereik te handhaven. Dat geschiedt dan onder de aanname van een gelijkblijvend aantal contacten per persoon. De tabel laat voor beide varianten een stijging van het gebruik zien. De ramingen geven het percentage personen aan dat jaarlijks contact met de gezinsverzorging heeft.

Tabel 4.23 Twee ramingen van de ontwikkeling in het gebruik van het aantal personen dat contact heeft met de gezinsverzorging in de periode 1990-2005 (1990=100)

	1990	1995	2000	2005
demografische raming	100	107	115	123
trendmatige raming	100	105	108	113

De demografische raming resulteert in een verwachte toename van het aantal personen met contact van 23%; een raming die niet veel afwijkt van andere demografische ramingen voor de gezinsverzorging (Huijsman & Dolmans, 1990). Bij de trendmatige raming heeft de trend in de ontwikkeling van de bevolkingscategorieën tot gevolg dat een geringere uitbreiding van het aanbod volstaat om het huidige bereik te handhaven.

Hoe de verwachte toename er voor de verschillende leeftijdscategorieën van twintig jaar en ouder er uitziet wordt in tabellen 4.24 en 4.25 weergegeven.

Tabel 4.24 Demografische raming van de ontwikkeling van het aantal personen dat contact heeft met de gezinsverzorging in drie leeftijdscategorieën (1990 = 100)

Leeftijd	Mannen				Vrouwen			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
20-54 jaar	100	104	104	102	100	104	105	102
55-74 jaar	100	109	120	143	100	105	110	127
75 +	100	115	136	154	100	118	137	152

Tabel 4.25 Trendmatige raming van de ontwikkeling van het aantal personen dat contact heeft met de gezinsverzorging in drie leeftijdscategorieën (1990 = 100)

Leeftijd	Mannen				Vrouwen			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
20-54 jaar	100	101	99	94	100	101	99	94
55-74 jaar	100	107	119	140	100	98	96	103
75 +	100	115	136	153	100	114	129	139

Niet geheel onverwacht zal de grootste toename van het gebruik zich onder de hoog bejaarden voordoen. Voor zowel mannen als vrouwen is een toename van 50% in vijftien jaar voorzien. De demografische raming verschilt op dit punt niet veel van de trendmatige raming. Verschillen zien we vooral voor de jong bejaarden. Vooral voor vrouwen zou de toename van het gebruik een stuk lager kunnen zijn. Dit is een vertaling van de bevinding uit de analyse dat voor vrouwen van 55 jaar en ouder de gezondheidsbeleving sterker samenhangt met gebruik dan voor mannen het geval is. Een verbetering in subjectieve gezondheid leidt dan tot een lager gebruik van gezinsverzorging.

Conclusie: Meer nog dan bij andere voorzieningen werpt bij de gezinsverzorging een aantal demografische processen hun schaduw vooruit. De vergrijzing zal de vraag om hulp fors doen toenemen, terwijl de ontgroening de bestaande krapte op de arbeidsmarkt alleen nog maar zal verscherpen.

4.6 Het algemeen maatschappelijk werk

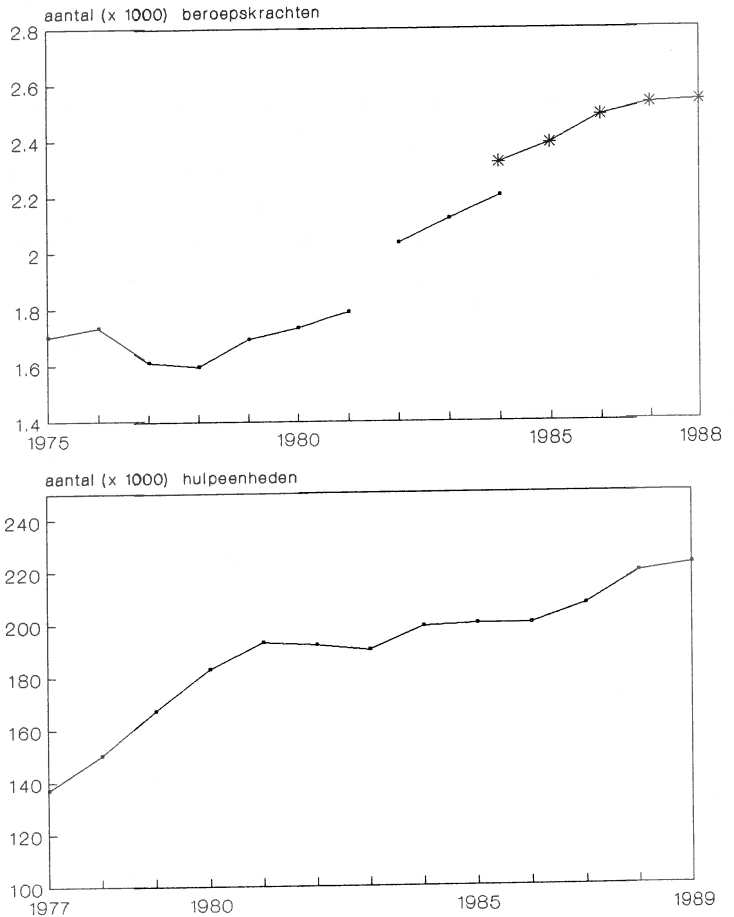
4.6.1 Ontwikkelingen rond de beroepsgroep in hoofdlijnen

Het algemeen maatschappelijk werk is ontstaan uit de armenzorg van de vorige eeuw. Met de opbouw van de verzorgingsstaat na de tweede wereldoorlog kreeg het maatschappelijk werk een eigen plaats in het stelsel van welzijnsvoorzieningen. Er volgde een periode van groei en professionalisering, wat bijvoorbeeld blijkt uit de instelling van een eigen ministerie, een toename van het aantal scholen voor maatschappelijk werk en het ontstaan van een eigen methodiek van hulpverlening, het social casework (Kamphuis, 1967). Verder zijn er een beroepsprofiel en een beroepsethiek voor de maatschappelijk werker geformuleerd. Van der Laan merkt op dat in de jaren zeventig een fase van deprofessionalisering volgde waarin het maatschappelijk werk erg kritisch stond tegenover de eigen beroepsrol. De verzakelijking van de jaren tachtig leidde echter tot een nieuwe tendens van professionalisering (Van der Laan, 1990).

Naast het maatschappelijk werk als algemene voorziening werden voor een groot aantal doelgroepen bijzondere vormen van maat-

schappelijk werk geschapen. De uitbreiding van het welzijnswerk door het gesubsidieerde particuliere initiatief leidde in de jaren zestig tot het ontstaan van een onoverzichtelijke lappendeken van instellingen, koepelorganisaties en werksoorten. Het kabinet Den Uyl reageerde hierop met het uitbrengen van de Knelpuntennota in 1974. In deze nota werd gepleit voor meer samenhang tussen activiteiten en voorzieningen en voor regionale decentralisatie. Een Kaderwet Specifiek Welzijn zou hiertoe de mogelijkheden moeten scheppen. Het is de opeenvolgende kabinetten uiteindelijk echter niet gelukt om deze kaderwet in te voeren. Tijdens de eerste regeerperiode van het kabinet Lubbers werd voorgesteld om het maatschappelijk werk onder te brengen in de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening om op deze wijze complementaire voorzieningen uit de gezondheidszorg (Wet Voorzieningen Gezondheidszorg) en de maatschappelijke dienstverlening (Kaderwet) beter op elkaar te laten aansluiten. Ook deze wet is er niet gekomen, omdat in reactie op de plannen van de commissie Dekker de terugtrekkende overheid geen behoefte bleek te hebben aan landelijke wetgeving voor de combinatie van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Het maatschappelijk werk zou voortaan onder bevoegdheid van de gemeente moeten vallen. Nadat in 1988 nog even sprake was van het onderbrengen van het algemeen maatschappelijk werk in de AWBZ besliste het tweede kabinet Lubbers uiteindelijk toch anders. Per 1 januari 1989 werd het algemeen maatschappelijk werk volledig gedecentraliseerd en werden financiering en uitvoering bij de gemeente ondergebracht. Voor het maatschappelijk werk was dat een zware teleurstelling, omdat het zich de laatste jaren, mede op instigatie van de overheid, nadrukkelijk als kerndiscipline in de eerstelijnszorg had geprofileerd. De jaren tachtig waren voor het welzijnswerk in het algemeen een periode van voortdurende bezuinigingen, al lijkt het algemeen maatschappelijk werk redelijk buiten schot te zijn gebleven. Op het ogenblik is er in het algemeen maatschappelijk werk een heroriëntatie gaande. Het algemeen maatschappelijk werk staat voor de vraag of hij zich in de toekomst nadrukkelijk moet profileren als goedkope voorziening voor psycho-sociale hulp, te betalen via de basisverzekering, of dat hij zich moet richten op het traditionele pakket van materiële en immateriële hulp.

Figuur 4.13 Aantal (uitvoerende) beroepskrachten (1975-1988) en aantal hulpeenheden (1977-1989) in het algemeen maatschappelijk werk



Bron: CBS, VIVAM.

Het aantal beroepskrachten in het maatschappelijk werk nam in de jaren zeventig en tachtig gestaag toe (figuur 4.13). De laatste jaren veranderde het aantal formatieplaatsen nauwelijks en de toename van het aantal maatschappelijk werkers ging dan ook gepaard met een toename van het aantal part-time banen.

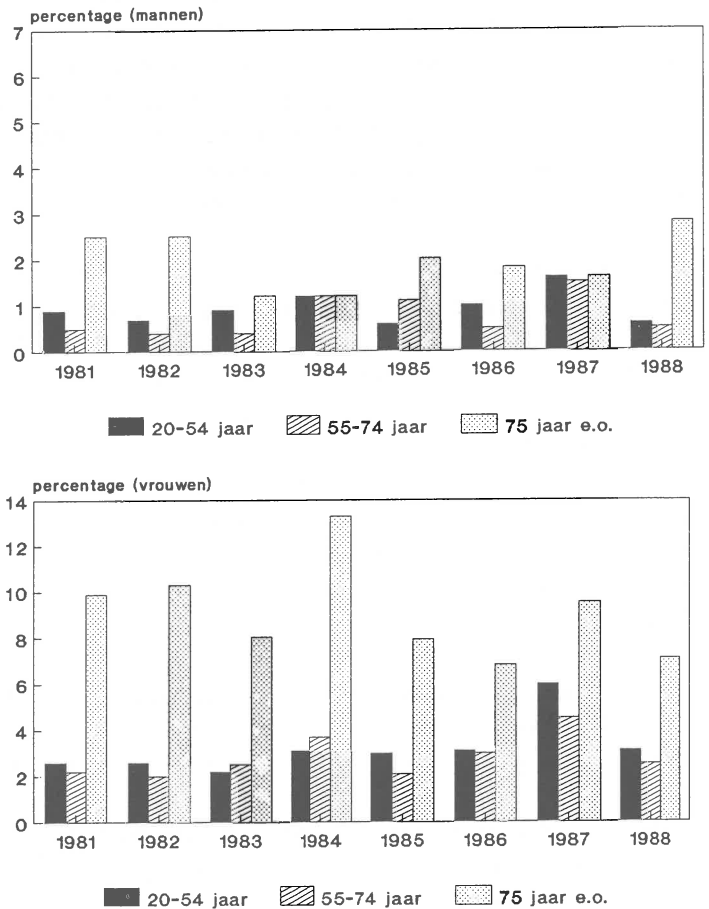
4.6.2 Gebruik van algemeen maatschappelijk werk in de periode 1977-1989

De registratie van de hulpverlening in het maatschappelijk werk vindt plaats in de vorm van 'hulpeenheden'. Dit zijn één of meer cliënten die als eenheid hulp ontvangen. Het aantal hulpeenheden is sinds het midden van de jaren zeventig fors toegenomen, parallel aan de uitbreiding van het personeel in het algemeen maatschappelijk werk (figuur 4.13). Uit de afgesloten contacten in de periode 1983-1988 blijkt dat vooral de hulp aan alleenstaanden en personen in de leeftijd van 40-64 jaar toenam (CBS, 1989c).

Uit verschillende bronnen kunnen gegevens over het bereik van het algemeen maatschappelijk werk ontleend worden. Naast de reeds genoemde registratie van de contacten, die tot 1988 door de landelijke koepelorganisatie JOINT verzorgd werd, is ook in de gezondheidsenquête naar het gebruik van algemeen maatschappelijk werk gevraagd. De cijfers van de JOINT wijzen op een bereik van 3% van de bevolking (ruim 400.000 cliënten jaarlijks), terwijl volgens de Gezondheidsenquête en het Aanvullend Voorzieningen Onderzoek niet meer dan 165.000 personen (ruim 1% van de bevolking) jaarlijks contact hebben met het algemeen maatschappelijk werk (VIVAM, 1989).

Het gecombineerde databestand uit deze trendstudie laat voor de periode 1981-1988 een toename in het gebruik zien voor vrouwen in de leeftijd 20-54 jaar, terwijl zich onder de vrouwen van 75 jaar en ouder juist een daling heeft voorgedaan. Vanwege het geringe gebruik dat mannen van het algemeen maatschappelijk werk maken, kunnen op basis van deze grafiek voor hen geen duidelijke conclusies over trends geformuleerd worden (figuur 4.14).

Figuur 4.14 Percentage van de mannelijke en vrouwelijke bevolking van 20 jaar en ouder dat in een periode van een jaar contact heeft met het algemeen maatschappelijk werk, 1981-1988



Bron: Enquêtegegevens CBS, NIVEL.

4.6.3 Analyse van het gebruik van het algemeen maatschappelijk werk 1981-1988

Het CBS heeft de gegevens uit de gezondheidsenquête over het gebruik van het algemeen maatschappelijk werk over de periode 1981-1987 samengevoegd en aan een analyse onderworpen (CBS 1988). Wat opvalt is dat het vooral personen met een minder goede gezondheid zijn die de hulp van het algemeen maatschappelijk werk

inroepen. De gezondheidsbeleving komt als sterkste factor uit de analyse naar voren. Helemaal onverklaarbaar is dat niet, omdat in de vraagstelling in de gezondheidsenquête het algemeen maatschappelijk werk als een 'gezondheidsvoorziening' geïntroduceerd wordt.

Tabel 4.26.a Logistische regressie-analyse van de kans op contact met het algemeen maatschappelijk werk in een periode van een jaar met jaar als onafhankelijke variabele, voor personen van 20 - 54 jaar (N = 43.817)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
gezondheid (g)	-0.7696	0.0412	0.0000	-0.228	0.21
opleiding (l)	0.2950	0.1166	0.0114	0.026	1.80
sexe (m)	-0.2906	0.0423	0.0000	-0.082	0.56
huishouden (a)	0.3628	0.0621	0.0000	0.069	2.07
jaar	0.0455	0.0194	0.0191	0.023	1.04
jaar x opleiding	0.0501	0.0194	0.0099	0.026	1.05
opleiding x huish.	0.3365	0.0622	0.0000	0.064	1.40
constante	-3.9254	0.1166	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model: 596.341

- 2 LL residu: 6067.088

- 2 LL totaal: 6663.429

proportie reductie - 2LL: 0.089

Tabel 4.26.b Logistische regressie-analyse van de kans op contact met het algemeen maatschappelijk werk in een periode van een jaar met jaar als onafhankelijke variabele, voor personen van 55 jaar en ouder (N = 18.676)

Variabele	B	Standaardfout	Significantie	R	Odds-ratio
gezondheid (g)	-0.6477	0.0641	0.0000	-0.175	0.27
leeftijd (j)	-0.6424	0.1317	0.0000	-0.082	0.28
sexe (m)	-0.5193	0.1359	0.0001	-0.062	0.35
huishouden (a)	0.7148	0.0662	0.0000	0.188	4.18
jaar x leeftijd	0.0774	0.0249	0.0019	0.049	1.08
jaar x sexe	0.0724	0.0249	0.0036	0.045	1.08
gezondheid x leeftijd	-0.2610	0.0642	0.0000	-0.067	0.77
sexe x huishouden	0.1881	0.0646	0.0036	0.045	1.21
constante	-3.9607	0.0736	0.0000		

Verandering in de log-likelihood:

- 2 LL model: 376.302

- 2 LL residu: 2877.040

- 2 LL totaal: 3253.342

proportie reductie - 2LL: 0.012

Verder is het gebruik hoger onder ouderen, mensen die gescheiden zijn, een laag inkomen hebben of werkloos zijn geworden. Vrouwen wenden zich vaker tot het maatschappelijk werk dan mannen. Deze

resultaten vinden we in grote lijnen terug in de analyse van ons gecombineerde gegevensbestand. De resultaten van deze analyse zijn in de tabellen 4.26.a en b weergegeven.

De variabelen gezondheidsbeleving, sexe, opleiding en leeftijd hebben een significant (hoofd-)effect. Vooral laag opgeleiden en alleenstaanden hebben een grote kans op contact met het algemeen maatschappelijk werk. In de leeftijdscategorie van 20-54 jaar is een stijging te bespeuren van de kans op contact onder personen met een lage opleiding. Onder ouderen trad een daling op van het gebruik door vrouwen van 75 jaar en ouder.

4.6.4 Ramingen van het gebruik van het algemeen maatschappelijk werk in de toekomst

Voor het opstellen van ramingen van het toekomstig gebruik van het algemeen maatschappelijk werk is ervan uitgegaan dat het gebruik per bevolkingscategorie stabiel zal blijven op het niveau van 1988. Een trendmatige verandering in het gebruik lijkt zich vooral te zullen voordoen op grond van veranderingen in de bevolkingsstructuur: een verhoging van het gebruik door toename van het aantal ouderen en alleenstaanden, maar een daling van het gebruik door een verbeterde (subjectieve) gezondheid en een hoger opleidingsniveau. Het effect van beide trendmatige ontwikkelingen lijkt elkaar te zullen opheffen. De trendmatige raming laat nauwelijks een toename van het gebruik zien. De demografische raming daarenteger resulteert wel in een toename van het gebruik en wel met 14% (tabel 4.27).

Tabel 4.27 Twee ramingen van de ontwikkeling van het aan tal personen dat contact heeft met het algemeen maatschappelijk werk in de periode 1990-2005 (1990 = 100)

	1990	1995	2000	2005
demografische raming	100	106	110	114
trendmatige raming	100	102	102	101

In tabellen 4.28 en 4.29 wordt de procentuele verandering in de kans op contact voor de verschillende leeftijdscategorieën weergegeven.

De vergrijzing zal een forse toename van het gebruik onder ouderen te zien geven. In de leeftijd tot 55 jaar wordt nauwelijks nog een toename of, in de trendraming, zelfs een afname van het percentage personen met contact voorzien.

Bij de leeftijdscategorie 55-74 jaar doen zich de grootste verschillen voor tussen de demografische en de trendmatige raming. Op grond van de trendmatige raming zou het gebruik van het algemeen maatschappelijk werk voor vrouwen zelfs een lichte daling te zien geven.

Tabel 4.28 Demografische raming van de ontwikkeling van het aantal personen dat contact heeft met het algemeen maatschappelijk werk in drie leeftijdscategorieën (1990 = 100)

Leeftijd	Mannen				Vrouwen			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
20-54 jaar	100	105	107	105	100	105	107	105
55-74 jaar	100	112	125	150	100	105	111	127
75 +	100	116	137	155	100	118	138	152

Tabel 4.29 Trendmatige raming van de ontwikkeling van het aantal personen dat contact heeft met het algemeen maatschappelijk werk in drie leeftijdscategorieën (1990 = 100)

Leeftijd	Mannen				Vrouwen			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
20-54 jaar	100	101	99	94	100	101	99	94
55-74 jaar	100	107	114	130	100	97	94	100
75 +	100	115	137	154	100	115	132	143

De trendmatige raming laat voor personen van 20-54 jaar een daling van het verwacht gebruik zien. Voor een belangrijk deel is dit het gevolg van de verwachte stijging van het opleidingsniveau en de verbeterde subjectieve gezondheid van deze leeftijdsgroep. Hierbij past een kanttekening. Het is aannemelijk dat een grote groep

gebruikers van maatschappelijk werk niet van deze ontwikkelingen zal profiteren. Een gevolg zou kunnen zijn dat zogenaamde 'tweedeling in de samenleving' versterkt wordt; er is een hoofdstroom die zich kenmerkt door een betere gezondheid en een stijgend opleidingsniveau, terwijl de groep achterblijvers er in opleiding en gezondheid nauwelijks op vooruit gaat. De effecten van deze tweedeling kunnen we met het model echter niet in beeld brengen.

Een toename van het gebruik onder ouderen betekent ook dat het algemeen maatschappelijk werk zich meer dan tot nu toe op deze doelgroep zal moeten gaan richten; onder ouderen is het gebruik de laatste jaren juist afgenomen.

Conclusie: Na een sterke opkomst in de jaren zeventig en bezuinigingen in de jaren tachtig is het in de jaren negentig stil geworden rond het algemeen maatschappelijk werk. De uitvoering ligt in handen van de gemeente en van een landelijk beleid is geen sprake meer. De ramingen voor het toekomstig gebruik van het algemeen maatschappelijk werk voorzien een afname van het gebruik onder volwassenen en een toename van het gebruik onder ouderen.

5 Slotbeschouwing

In dit hoofdstuk recapituleren we de belangrijkste conclusies uit deze trendstudie van gebruik van ambulante zorg. In de trendstudie is per discipline weergegeven, hoe het zorggebruik zich sinds het midden van de jaren zeventig heeft ontwikkeld en welke veranderingen er voor de komende vijftien jaar in het zorggebruik te verwachten zijn. De trendstudie is gebaseerd op een conceptueel model waarin het zorggebruik wordt gezien als een resultaat van een krachtenspel rond vraag naar en aanbod van zorg. Na een terug- en vooruitblik op respectievelijk trends en ramingen volgt een slotbeschouwing over vraag- en aanbod in de ambulante zorg.

5.1 Terugblik op de trends in het gebruik van ambulante zorg

In de trendstudie is het gebruik van zes disciplines onderzocht: huisartsenzorg, poliklinische zorg van medisch specialisten, fysiotherapie, wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk. Deze disciplines omvatten de kerndisciplines uit de eerste lijn, aangevuld met fysiotherapie en de poliklinisch specialistische zorg. In het laatste geval gaat het niet om eerstelijnszorg, maar met het oog op de aandacht voor de thuiszorg in deze scenariostudie wordt het gebruik van specialistische zorg buiten ziekenhuisopname van groot belang geacht. De trends in het gebruik van zorg zijn geanalyseerd voor een twintigtal bevolkingscategorieën die zijn onderscheiden op basis van de kenmerken: leeftijd, geslacht, huishouden, opleidingsniveau (van personen tot 55 jaar) en gezondheidsbeleving. Op deze manier kan bijvoorbeeld worden nagegaan in welke mate het gebruik onder alleenstaande ouderen een andere trend laat zien dan het gebruik onder samenwonende jongeren. Per discipline is een aantal afzonderlijke analyses uitgevoerd. De resultaten hiervan zijn als volgt samen te vatten.

Sinds het midden van de jaren zeventig is het percentage van de bevolking van twintig jaar en ouder dat een beroep op de *huisarts* doet, nagenoeg constant gebleven. Onder personen van 55 jaar en ouder (en onder jongeren) is een lichte trend te bespeuren. Ook het aantal contacten dat men jaarlijks met de huisarts heeft, is nauwelijks aan veranderingen onderhevig. In de periode waarop het onderzoek betrekking heeft (1974-1988), is het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen met 25% toegenomen. Deze toename van het aanbod van zorg lijkt weinig invloed te hebben op het aantal personen dat jaarlijks contact heeft met de huisarts.

Het percentage van de bevolking dat buiten ziekenhuisopname contact heeft met een *medisch specialist* is in dezelfde periode onder personen van 20-54 jaar gedaald. Voor ouderen (55+), is daarentegen een stijging geconstateerd die voor hoog bejaarden (75+) sterker is dan voor jong bejaarden (55-74).

Het percentage dat jaarlijks contact heeft met een eerstelijns *fysiotherapeut* is sinds 1974 zeer sterk gestegen. Deze stijging is voor alle leeftijdscategorieën van ongeveer gelijke omvang. In de loop der tijd is ook het aantal personen met een goede subjectieve gezondheid, die gebruik maken van fysiotherapie, toegenomen. Er blijkt een duidelijke samenhang te bestaan tussen de groei van het aantal eerstelijns fysiotherapeuten en de groei van het percentage van de bevolking dat jaarlijks contact heeft met een fysiotherapeut. In de leeftijdscategorie 55-74 jaar vinden we het hoogste percentage gebruikers van fysiotherapie.

Het gebruik van de *wijkverpleegkundige zorg* is alleen over de periode 1981-1988 onderzocht. De enquête-gegevens laten over deze periode nauwelijks een trend in het gebruik zien. Wel lijkt het gebruik onder hoog bejaarden sinds het midden van de jaren tachtig te zijn gedaald.

Voor het percentage van de bevolking dat contact heeft met de *gezinsverzorging* zijn de enquêtegegevens slechts in beperkte mate vergelijkbaar. Om toch iets over de trends te kunnen zeggen zijn gegevens over gebruik in een periode van één en van twee jaar samengevoegd. In de afgelopen vijftien jaar is het gebruik onder alleenstaande hoog bejaarden sterk gestegen. Onder samenwonenden

van alle leeftijdscategorieën is het gebruik gedaald. Onder samenwonende hoog bejaarden vond de sterkste daling plaats van het aantal personen dat jaarlijks contact heeft met de gezinsverzorging.

In de periode 1981-1988 is het percentage van de bevolking dat jaarlijks een beroep doet op het *Algemeen Maatschappelijk Werk* vrij constant. Voor personen in de leeftijdscategorie 20-54 jaar is sprake van een lichte stijging in het gebruik. Deze is vooral geconstateerd voor personen met een laag opleidingsniveau. Onder vrouwen van 75 jaar en ouder is het percentage, dat in een jaar tijd contact heeft gehad met het algemeen maatschappelijk werk, gedaald.

5.2 Het gebruik van ambulante zorg in de toekomst: een referentiescenario

Met het referentiescenario wordt een beeld geschetst van de verwachte veranderingen in het zorggebruik onder de aanname van de verrassingsvrije voortzetting van trends die in het verleden reeds waargenomen zijn. Dat houdt in dat er bijvoorbeeld geen rekening wordt gehouden met de effecten van nieuw beleid. De ramingen in het referentiescenario geven de procentuele verandering in het zorggebruik voor de periode 1990-2005 weer. Hiertoe hebben de volgende ingrediënten als basismateriaal gediend:

- *een demografische vooruitberekening.* Het NIDI heeft een demografisch scenario opgesteld voor de huishoudens-ontwikkeling in de toekomst. De belangrijkste demografische trend is de toename van het aantal alleenstaanden. Deze vooruitberekeningen leveren de demografische component voor de ramingen.
- *bevolkingscategorieën* als doelgroepen van ambulante zorg. In de trendstudie zijn twintig bevolkingscategorieën onderscheiden op basis van de variabelen: leeftijd, sexe, huishouden, opleiding en gezondheidsbeleving. De bevolkingscategorieën zijn de doelgroepen voor het gebruik van ambulante zorg. Er is een schatting gemaakt van de omvang van de bevolkingscategorieën in de toekomst. Kenmerkend is het stijgend opleidingsniveau en de verbetering van de subjectieve gezondheid.

- de *trendanalyse* van het gebruik van de verschillende disciplines. De resultaten van deze analyse zijn in de vorige paragraaf besproken. In de analyse is voor elk van de bevolkingscategorieën een schatting gemaakt van het zorggebruik in het verleden die vervolgens naar de toekomst is geëxtrapoleerd. Op deze wijze is voor elk van de bevolkingscategorieën een schatting van het toekomstig zorggebruik beschikbaar.

Het referentiescenario bestaat uit drie verschillende ramingen. In de eerste plaats een *demografische* raming. De veronderstelling bij deze raming is dat het gebruik per bevolkingsgroep constant zal blijven. Voorts is verondersteld dat er zich binnen de bevolkingscategorieën alleen demografische veranderingen zullen voordoen. De demografische raming laat dus vooral de gevolgen van de vergrijzing zien. In de tweede plaats is een *trendmatige* raming gemaakt. Hier is verondersteld dat zowel het gebruik van zorg per bevolkingscategorie als de omvang van de bevolkingscategorieën zich trendmatig zullen ontwikkelen. Over het aanbod worden voor deze raming geen veronderstellingen gemaakt. Dat gebeurt wel in de derde raming op grond van het verwachte *aanbod*. Bij deze raming is het verwachte aantal beroepsbeoefenaren het uitgangspunt voor een schatting van het toekomstig zorggebruik.

Niet voor alle disciplines bleek het mogelijk om alle drie de ramingen op te stellen. Voor elke discipline is tenminste een demografische raming van het toekomstig zorggebruik gemaakt. Voor de huisartsenzorg zijn alle drie de ramingen opgesteld. Van het gebruik van medisch specialistische zorg buiten ziekenhuisopname zijn twee ramingen beschikbaar: een demografische raming en een trendmatige raming. Voor de fysiotherapie is een demografische raming en een aanbod raming opgesteld. Voor het gebruik van wijkverpleegkundige zorg, de gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk zijn een demografische raming en een trendmatige raming opgesteld. Deze trendmatige raming wijkt hierbij echter af van de andere, omdat alleen de trends in de omvang van de bevolkingscategorieën zijn doorgerekend. Voor elke discipline worden hieronder de conclusies uit de ramingen weergegeven.

De ramingen laten zien dat het totaal aantal contacten met de *huisarts* in de periode 1990-2005 met vijf à tien procent zal stijgen.

Deze stijging lijkt niet dramatisch. Wel moet bedacht worden dat het aantal contacten met personen van 75 jaar en ouder in de komende vijftien jaar met ongeveer 50 procent zal toenemen.

De ramingen met betrekking tot *poliklinisch specialistische zorg* laten twee conclusies toe. Onder invloed van de vergrijzing zal het aantal contacten met personen van 75 jaar en ouder fors toenemen. Een trendmatige ontwikkeling voorziet zelfs een verdubbeling van het aantal contacten. Voor personen onder de 55 jaar wordt een gelijkblijvend aantal contacten of een daling verwacht, wanneer de trends uit het verleden zich voortzetten.

Voor de *fysiotherapeutische zorg* voorziet de demografische raming voorziet een groei in het gebruik van ongeveer 12% tussen 1990 en 2005. Ook voor fysiotherapie wordt voor personen van 75 jaar en ouder een groei van 50% in het gebruik verwacht. Hiertoe zou het aantal fysiotherapeuten in de eerstelijns van 9640 in 1990 tot ongeveer 10.900 in 2005 uitgebreid moeten worden. Bij een trendmatige ontwikkeling van de bevolkingscategorieën zou de uitbreiding van het aanbod ook tot een lager gebruik kunnen leiden. De aanbod-raming laat een toename van 5% in de komende vijftien jaar zien. Deze is vooral toe te schrijven aan de trend in de gezondheidsbeleving voor de verschillende bevolkingscategorieën.

Voor de *wijkverpleging* en de *gezinsverzorging* laat de demografische raming zien dat het gebruik onder hoog bejaarden in de komende vijftien jaar met ongeveer 50% zal toenemen, onder de veronderstelling van een gelijkblijvend aantal contacten (niveau 1988). Aangezien het bereik in de afgelopen jaren is teruggelopen en het aantal contacten met de wijkverpleging onder ouderen gestegen is, lijkt het realiseren van deze toename onder zware druk te staan. De trendmatige raming verwacht alleen voor de jong bejaarden een duidelijke vermindering van het gebruik.

Onder de veronderstellingen van de demografische raming zal het gebruik van het *algemeen maatschappelijk werk* met ongeveer 14% toenemen. De trendmatige raming verwacht nauwelijks een stijging van het gebruik. Hier zijn de toename van het opleidingsniveau in de bevolking en de verbeterde subjectieve gezondheid debet aan.

Welke conclusies kunnen we uit deze ramingen trekken voor het toekomstig gebruik van ambulante zorg als geheel?

De demografische druk (vergrijzing en toename van het aantal alleenstaanden) op de zorg zal in komende jaren alleen maar toenemen. Op grond van de verbetering in de subjectieve gezondheid van de verschillende bevolkingscategorieën en de stijging van het opleidingsniveau zal deze druk wellicht iets lager uitvallen dan geraamd. De vraag is vervolgens of tegenover de toename van de zorgvraag ook een adequaat aanbod geplaatst kan worden. Met deze vraag houden we ons bezig in de volgende paragraaf.

5.3 Processen rond vraag en aanbod in de ambulante zorg

In deze trendstudie is het gebruik van ambulante zorg opgevat als een resultaat van een krachtenspel van vraag en aanbod. De zorginhoudelijke kwesties hebben we in deze studie buiten beschouwing gelaten. In de voorgaande hoofdstukken van de trendstudie hebben we gezien dat alle eerstelijnsdisciplines een proces van professionalisering hebben doorgemaakt. Daarvan is zeker een positieve werking uitgegaan als het gaat om het opleidingsniveau van de beroepsbeoefenaren en de kwaliteit van de dienstverlening. Een van de neveneffecten van professionalisering is echter dat de verschillende disciplines zich nadrukkelijk van elkaar zijn gaan afgrenzen en daarmee een barrière voor verdere samenwerking en integratie (bijvoorbeeld van kruiswerk en gezinsverzorging) hebben opgeworpen. Het zal daarom nog heel wat moeite kosten om de eerste lijn tot één geheel samen te smeden. In de organisatie-scenario's voor de eerstelijnszorg en thuiszorg gaan we daar nader op in (Achtergrond-document D).

Er is nog een ander aspect dat in het samenspel van vraag en aanbod een belangrijke rol speelt. Tussen de eerstelijnsdisciplines onderling bestaat een duidelijke hiërarchie naar status en de verschillende beroepen kunnen geordend worden op een denkbeeldige lijn of ladder die loopt van de medische, via de paramedische en verpleegkundige, naar de verzorgende beroepen met de ongeschoolde helpende in de gezinsverzorging op de onderste sport. In de afgelopen vijftien jaar hebben de beroepen bovenaan de ladder een spectaculaire groei doorgemaakt. De professionalisering is daar het sterkst voortgeschreden en het aantal beroepsbeoefenaren het meest

gegroeid. Voor veel mensen was een beroep in de hulpverlening aantrekkelijk en als een medisch beroep onbereikbaar leek was een paramedisch of (hoger) verpleegkundig beroep een goed alternatief. De door de overheid toegestane toename van het aantal beroepsbeoefenaren leidde tot een bijna evenredige toename in het gebruik van zorg. Wat dat betreft reikten hulpverlener en patiënt elkaar de hand. Het heersende gezondheidsethos, door Schnabel omschreven als de plicht tot maximale inzet van mankracht en middelen voor het behoud van individueel leven, ongeacht de kosten, de zin van het leven en de opvattingen van de patiënt, stuitte bij patiënten niet op weerstand (Schnabel, 1988). Integendeel, patiënten waren blij met de toename van het zorgaanbod en ondanks de toename in de waardering voor de eigen gezondheid groeide het gebruik. Dat gold vooral voor paramedische hulp, waar alternatieve geneeswijzen als acupunctuur en manuele therapie relatief geruisloos in het hulpaanbod werden opgenomen. Het aantal bezoeken aan de huisarts lijkt al jaren stabiel te zijn, maar met name het contact met alternatief werkende huisartsen is sterk gegroeid (CBS, 1990).

Sinds het midden van de jaren tachtig heeft de overheid een aantal maatregelen genomen om deze groei van aanbod en gebruik af te remmen. En hoewel aan het succes van deze maatregelen in het beteugelen van het gebruik getwijfeld mag worden, is het aan de bovenzijde van de zorghiërarchie wel dringen geblazen als het om het aanbod gaat. Slechts voor weinigen met een medische of paramedische opleiding ligt het uitoefenen van het beroep naar keuze nog in het verschiep. De slechte afstemming van vraag en aanbod aan de bovenkant van de zorghiërarchie zal naar verwachting ook in de komende decennia voortduren. Ofschoon de patiënt hier naar verwachting weinig van zal merken, betekent dit maatschappelijk gezien een gigantische verspilling van menselijk kapitaal.

Heel anders verlopen de processen rond vraag en aanbod aan de onderkant van de zorghiërarchie, hoewel ook daar de vraag en het aanbod slecht op elkaar afgestemd zijn. In de uitvoerende, basale zorg wordt het steeds moeilijker om mensen te interesseren voor werk dat weinig scholing vereist en (dus) niet voldoende gehonoreerd wordt. Zeker niet als de zwaarte van het werk in ogenschouw wordt genomen. De toekomst ziet er ook hier niet rooskleurig uit. Het proces van vergrijzing en ontgroening, gekoppeld aan de trend van een stijgend opleidingsniveau, zal het steeds moeilijker maken

om voldoende mensen voor de arbeidsintensieve, basale zorgverlening te vinden. Sommigen voorspellen dat het met de gezinsverzorging dezelfde kant opgaat als met de loodgieter in de jaren zeventig: in de toekomst is de zorg alleen nog 'zwart' verkrijgbaar. De maatschappelijke ongelijkheid die hierdoor ontstaat laat zich raden.

Beide processen rond vraag en aanbod in de eerstelijns staan haaks op de noden van deze tijd. De toename van het aantal hoog bejaarde, chronische patiënten vraagt juist om meer basale zorg en niet in de eerste plaats om meer (para)medische hulp. Is het tijd nog te keren? Een betere honorering van de basale zorgverlening lijkt het minste wat gedaan kan worden. Of dat in de nabije toekomst haalbaar is, is echter vers twee. Daarom dient er haast gemaakt te worden met de organisatorische afstemming (of integratie) van gezinsverzorging en kruiswerk. In een situatie waarin een schaarste aan personeel verwacht wordt, moet het efficiënt inzetten van de schaarse middelen de hoogste prioriteit krijgen.

Literatuur

- Bartlema, J., K. Knipscheer en F. van Poppel
Mantelzorg en het toekomstige verwantschapsnetwerk. In: J.J.F. Schroots e.a.(red) Gezond zijn is ouder worden.
Assen/Maastricht, Van Gorcum, 1989.
- Bensing, J.M., M. Foets, J. van der Velden en J. van der Zee
De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk:
achtergronden en methoden
Huisarts en Wetenschap, 34, 1991, 2, 51-61
- Blank, J., B. Kuhry, R. van Puijenbroek, L. Ruitenbergh en F. van Tulder
Trendrapport kwartaire sector 1970-1993.
Rijswijk, SCP, 1989.
- Bos, G.A.M. van den
Zorgen van en voor chronisch zieken.
Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.
- Boshuizen, H.C.
*Trends in health expectancy in the Netherlands in the period 1980-1990;
some preliminary results.*
Leiden, NIPG-TNO, 1991.
- Brekel, E.J.G. van den
Gezondheidsenquêtes. Fysiotherapie, 1986/1988.
Maandbericht gezondheid (CBS), 1989, nr. 8, 13-17.
- Bruning, H.
Thuis zorgen voor terminale patiënten.
Nijmegen, ITS, 1990.
- Brunschot, C.J.M. van
Demografisch onderzoek en gezondheidszorg.
Voorburg, PCDO, 1985.
- Centraal Bureau voor de Statistiek
Trends in de levenssituatie van de nederlandse bevolking 1974, 1977 en 1980.
's-Gravenhage, SDU, 1983.

- Centraal Bureau voor de Statistiek
Gezondheidsenquêtes. Algemeen maatschappelijk werk (AMW) 1981-1987.
Maandbericht gezondheid, 1988, nr. 5.
- Centraal Bureau voor de Statistiek
Zakboek onderwijsstatistieken 1989.
's-Gravenhage, SDU, 1989a.
- Centraal Bureau voor de Statistiek
Bevolkingsprognose voor Nederland 1988-2050.
's-Gravenhage, SDU, 1989b.
- Centraal Bureau voor de Statistiek
Algemeen maatschappelijk werk tijdreeksen 1983-1988.
Sociaal-culturele berichten, 1989c, nr. 18.
- Centraal Bureau voor de Statistiek
Maatschappelijk welzijn kerncijfers 1990.
Sociaal-culturele berichten, 1990, nr. 14.
- Crebolder, H.F.J.M.
Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen.
Huisarts en Wetenschap, 26, 1983, 42-48.
- Demonstratieprojecten Ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid
Het onderzoek van de projecten in de beginfase.
Nijmegen, ITS, 1989.
- Dooghe, G.
Vergrijzing en gebruik van voorzieningen in België. in: Huijsman, R, F.F.H. Ruiten (red.) De economie van de ouderenzorg. visies vanuit wetenschap en beleid.
Assen/Maastricht, Van Gorcum, 1989.
- Elberse, W.P.
Vraag en aanbod verpleeghuiszorg in de regio's Den Haag en Rijnmond: demografie, consumptie, wachtlijstontwikkeling.
Utrecht, RUU, 1989.
- Elberse, W.P., N.H. Langerak en A.J.P. Schrijvers
Huisarts, thuisarts. Een verkennende studie naar de gevolgen van wijzigingen in de intramurale in- en uitstroom van patiënten voor de werkbelasting van de huisarts.
Utrecht, RUU, 1988.

- Foets, M. en J. van der Velden
Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures.
 Utrecht, NIVEL, 1991.
- Franssen, B.
 Commerciële bureautjes in de thuiszorg.
Tijdschrift voor gezinsverzorging, 20, 1990, 9, 13-15.
- Fries, J.M.
 The compression of Morbidity: Near or Far.
The Milbank Quarterly, 67, 1989, 2, 208-231.
- Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid
Knelpunten in de psychogeriatric.
 Rijswijk, 1990.
- Gerritse, A.J.
 Behoeftte aan verpleeghuisbedden in de jaren negentig.
Het Ziekenhuis, 1989, 15, 660-666.
- Gerritse, R. en J.D. Poelert
Middelen op maat - naar een verdeelstelsel voor uitkeringen aan zorgverzekeraars.
 's-Gravenhage, Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, 1990.
- Gerritse, A.J. en W. van der Windt
Van verloop naar loopbaan. Een arbeidsmarktverkenning verpleging en verzorging in de negentiger jaren.
 Utrecht, NZI, 1991.
- Ginneken, J.K.S. van, A.F.I. Bannenberg en A.G. Dissevelt
Gezondheidsverlies ten gevolge van een aantal belangrijke ziektecategorieën. Methodologische aspecten en resultaten.
 Leiden, NIPG/CBS, 1989.
- Groenewegen, P.P., L. Hingstman en J. Dekker
 Gebruik en beschikbaarheid van fysiotherapeutische zorg in de toekomst.
Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 100, 1990, 3, 84-91.
- Groot, W. en M. van Tits
Vraag naar en aanbod van arbeid in vier WVC-sectoren.
 Tilburg, IVA, 1988.
- Grünwald, C.A.
De groei van de gezondheidszorg. In: J.A.M. Maarse en I.M. Mur-Veeman (red.). Beleid en beheer in de gezondheidszorg.
 Assen/Maastricht, Van Gorcum, 1990.

- Haes, W.F.M. de
Leefwijzen. in: E. Dekker en E. Elsinga (red.) Mensen en machten. gezondheidszorg in de jaren 90.
 Houten, Bohn, Stafleu en Van Loghum, 1990.
- Hessels, E.M.A.
Home-teams 1989.
 Utrecht, NIVEL, 1990a.
- Hessels, E.M.A.
Gezondheidscentra en groepspraktijken per 1 januari 1990.
 Utrecht, NIVEL, 1990b.
- Hingstman, L. en J. Pool
 Drie jaar vestigingsbeleid voor huisartsen.
Medisch Contact, 20, 1990, 45, 637-639.
- Hingstman, L. en J. Pool
Fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg per 1 januari 1989.
 Utrecht, NIVEL, 1990.
- Hoogendoorn, D.
 De landelijke sterfte en de kosten voor de gezondheidszorg.
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 131, 1987, 3, 108-112.
- Hoogeveen, R.T. en J.J.M. Brouwer
Scenario's in de volksgezondheid. Inleiding in de methodiek van de STG.
 Utrecht, Jan van Arkel, 1989.
- Hosmer, D.W. en S. Lemeshow
Applied logistic regression.
 New York, John Wiley & Sons, 1989.
- Huijsman, R.
Model van voorzieningen voor ouderen.
 Zeist, Kerckebosch, 1990.
- Huijsman, R. en E.L.J. Dolmans
 Ouderen en het gebruik van gezinsverzorging: verleden, heden en toekomst.
Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 21, 1990, 1, 17-25.
- Imhoff, E. van, N. Keilman en S. Wolf
Huishoudens en uitkeringen in de 21e eeuw.
 's-Gravenhage, NIDI, 1990.

- Jaspers, J.B.
Het medisch circuit.
 Utrecht/Antwerpen, Bohn, 1985.
- Jessen, J.L.
Medische consumptie.
 Groningen, RUG, 1974.
- Jonge, M.J.A. de
 Normering van het huisartsgeneeskundig handelen.
Huisarts en Wetenschap, 34, 1991, 3, 124-29.
- Kahn, H. en A.J. Wiener.
Het jaar 2000. Een raamwerk voor speculatie over de komende dertig jaar.
 Deventer, Kluwer, 1967.
- Kamphuis, M.
Wat is social casework?
 Alphen a/d Rijn, Samsom, 1967.
- Keilman, N.W.
Uncertainty in national population forecasting: issues, measurement, back-grounds, recommendations.
 Amsterdam/Lisse, Swets & Zeitlinger, 1990.
- Klaassen-van den Berg Jeths, A.
Zorgvoorzieningen voor ouderen. Determinanten van gebruik: huidige situatie en toekomstige ontwikkelingen.
 Utrecht, RUU, 1989.
- Kleijnen, J.G.V.M., A.Ph. Visser en W.M. van Zutphen
 De hulpvraag van oudere huisartspatiënten: verandering zorgverlening door vergrijzing.
Medisch Contact, 45, 1990, 27/28, 867-869.
- Knipscheer, K.
Family care of the impaired elderly: possibilities for innovations. In: W. van den Heuvel en G. Schrijvers (eds). Innovations in care for the elderly. European experiences.
 Lochem/Gent, De Tijdstroom, 1986.
- Knoke, D. en P.J. Burke
Log-linear models.
 Beverley Hills/London, Sage, 1980.

- Kooiker, S.E.
Aanzet tot een systeem voor registratie en behoefteprognose verpleeghuiszorg.
 Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Groningen. Groningen,
 1987.
- Kortenhoeven, D.
*100 jaar Fysiotherapie. Ontwikkeling van het wettelijk en economisch kader
 van een paramedische beroepsgroep.*
 Gouda Quint, Arnhem, 1989.
- Kwekkeboom, M.H.
Het licht onder de korenmaat: informele zorgverlening in Nederland.
 's-Gravenhage, VUGA, 1990.
- Laan, G. van der
Legitimatatieproblemen in het Maatschappelijk Werk.
 Utrecht, Stichting Welzijns Publicaties, 1990.
- Lagro-Jansen, T.
 Een plaats om te sterven, voor man en vrouw gelijk?
Huisarts en Wetenschap, 30, 1987, 4, 101-104.
- Landelijke Huisartsen Vereniging
De positie van de huisarts in de toekomst. Discussienota.
 Utrecht, LHV, 1987
- Lorsheijd, J.J.G.
*Enkele kengetallen, 1e halfjaar 1990 en prognose 1e t/m 3e kwartaal 1990
 algemene en academiosche ziekenhuizen.*
 Utrecht, NZI, 1990.
- Maas, P.J. van der
 Mythen over vergrijzing en volksgezondheid.
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 60, 1982, 23, 711-21.
- Maas, P.J. van der
Lang zullen we leven? Over volksgezondheid, vergrijzing en vervuiling.
 Rotterdam, EUR, 1989.
- Maessen, P.J.J.
Bezuinigingen op de gezinsverzorging. Besluitvorming in de verzorgingsstaat.
 Acco, 1989.
- Mechanic, D.
 Correlates of Physician Utilization: Why do Major Multivariate Studies of
 Physician Utilization Find Trivial Psychosocial and Organizational Effects?
Journal of Health and Social Behavior, 20, 1979, 387-96.

Mechanic, D.

Medical Sociology: Some Tensions Among Theory, Method and Substance.

Journal of Health and Social Behavior, 30, 1989, 147-60.

Miltenburg, T., C. Ramakers, J. Mensink en F. Tjadens

Experimenten thuisverpleging. Eindrapport 1. Intensieve thuiszorg.

Nijmegen, ITS, 1990.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne

Structuurnota gezondheidszorg.

's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Nota Eerstelijnszorg.

's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Kosten van vergrijzing voor WVC.

Rijswijk, 1986.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Doelgericht veranderen. Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid.

's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1989.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Werken aan zorgvernieuwing.

's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1990a.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Van samenwerken naar samengaan. Gezinszorg en kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg.

Rijswijk, 1990b.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Concept-nota Beroepskrachtenplanning gezondheidszorg.

Rijswijk, 1991.

Mootz, M.

Stand van zaken op het terrein van gezondheidsmeting.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 67, 1989, 1, 2-4.

Nationale Kruisvereniging

Kruiswerk: voor zorg en voorzorg. Meerjarenraming kruiswerk tot 1996.

Verantwoording vanaf 1984.

Bunnik, NK, 1990.

Nieuwe norm verpleeghuisbedden
Het Ziekenhuis, 1990, 7, 262.

Ouderen in tel.

Beeld en beleid rond ouderen 1990-1994. Deelnota 5: Gegevens over ouderen.

's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1990.

Pommer, E.

Inkomens op leeftijd.

Rijswijk, SCP, 1990.

Pommer, E. en C. Wiebrens

Kosten en financiering van bejaardenvoorzieningen 1981-1991.

Rijswijk, 1984.

Pool, J.B. en L. Hingstman

Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg 1989. deel 1. Statistische gegevens per 1 januari 1989 over huisartsen, verloskundigen.

Utrecht, NIVEL, 1990.

Poppel, F. van

Publicatie over trends in sterfte.

's-Gravenhage, NIDI, 1991 (nog te verschijnen).

Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke dienstverlening in de provincie Utrecht

Wachlijstrapportage psychogeriatric in de provincie Utrecht in 1989.

Utrecht, 1990.

Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de provincie Overijssel

Vragen naar verpleeghuiszorg in het deelgebied Deventer.

Zwolle, 1991.

Ramakers, C., e.a.

Eindrapport Experimenten thuisverpleging deel 2: Intensieve Thuiszorg in de praktijk.

Nijmegen, ITS, 1991.

Redelijke honorering gezinszorg kost honderden miljoenen extra.

Welzijnsweekblad, 1990, 49, 3.

Rothman, K.J.

Modern Epidemiology.

Boston/Toronto, Little, Brown, 1986.

Runia, E. en R. van Herk

De verwezenlijking van de beroepsopleiding tot huisarts.
Huisarts en Wetenschap, 34, 1991, 3, 117-23.

Schaapveld, K.

Ziekte en sterfte in het begin van de volgende eeuw.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 68, 1990, 3, 123-28.

Schadé, E.

Overleden patiënten.
Amsterdam, UvA, 1986.

Schnabel, P.

De gezondheidszorg: van immuniteit tot publiek domein. In: A.M.J. Kreukels en J.B.D. Simonis (red.). Publiek domein. De veranderende balans tussen staat en samenleving.
Meppel, Boom, 1988.

Schrijvers, A.J.P.

Zorgen in de toekomst. In: J.A.M. Maarse en I.M. Mur-Veeman (red.). Beleid en beheer in de gezondheidszorg.
Assen/Maastricht, Van Gorcum, 1990.

SPSS Inc.

SPSS/PC+ Update for V3.0 and V3.1.
Chicago, 1989.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg

Ouder worden in de toekomst. Scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000.
Utrecht, Jan Van Arkel, 1985.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg

Structuur en opdracht.
Rijswijk, 1987a (tweede herziene druk).

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg

Kanker in Nederland. Deel 1: Scenariorapport.
Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema & Holkema, 1987b.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg

Chronische ziekten in het jaar 2005, deel 1, scenario's over Diabetes Mellitus.
Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema & Holkema, 1990a.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg

Chronische ziekten in het jaar 2005, deel 2, scenario's over CARA.
Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema & Holkema, 1990b.

- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
Het ziekenhuis in de 21e eeuw.
 Rijswijk, 1990c.
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst.
 Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema & Holkema, 1990d.
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
Ouderen in het jaar 2005: gezondheid en zorg. Geactualiseerde scenario's over gezondheid en vergrijzing 1990-2005.
 (te verschijnen in 1991).
- Swinkels, H.
 Trends in gezondheidsindicatoren, 1970-1984.
Maandbericht Gezondheid (CBS), 1986, nr. 7, 5-19.
- Swinkels, H.
 Trendcijfers Gezondheidsenquête 1981-1988.
Maandbericht Gezondheid (CBS), 1989, nr. 9, 5-24.
- Swinkels, H.
 Trendcijfers gezondheidsenquête, 1981-1989.
Maandbericht Gezondheid (CBS), 1990, nr. 9, 5-25.
- Swinkels, H.
 Trendcijfers gezondheidsenquête, 1981-1990.
Maandbericht Gezondheid (CBS), 1991, nr. 9, 10-27.
- Swinkels, M.A.A
Eerder thuis - beter af?
 Leiden, 1990.
- Tits, M. van en W. Groot
 Zorgen om kruiswerk en verzorging.
Tijdschrift voor ziekenverpleging, 1991, 2, 56-59.
- Tits, M. van en J. Maas
Werken bij het kruiswerk.
 Tilburg, IVA, 1989.
- Tjadens, F., N. Welling en C. Tunissen
 Zorgverlening aan patiënten met kanker en psychogeriatrische patiënten.
Medisch Contact, 46, 1991, 4, 109-11.
- Tjadens, F.L.J. en C. Woldring
Informele zorg in Nederland.
 Nijmegen, ITS, 1989.

Veel patiënten niet blij met thuiszorg.
Leeuwarder Courant, 3-5-1991.

Veerman, T.J.
Ziekteverzuim in de gezinsverzorging.
Amsterdam, NIA, 1989.

VIVAM
Het algemeen maatschappelijk werk in beeld 1988.
Bunnik, 1989.

Vorst-Thijssen, T., A. van den Brink-Muinen en A. Kerkstra
Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland.
Utrecht, NIVEL, 1990.

Weisbeek, J.
Vergrijzing, ontgroening en collectieve uitgaven.
Rijswijk, SCP, 1985.

Wennink, H.J. en S.E. Kooiker
Ontwerpvoorstel voor een thuiszorgscenario.
Utrecht, NIVEL, 1989.

Werk bij de gezinszorg mist een professioneel imago
Thuiszorg Limburg, 2, 1990, 4, 6-7.

Wrigley, N.
Categorical data analysis for geographers and environmental scientists.
London/New York, Longman, 1985.

Zee, A. van der
Vraag en aanbod in ziekenhuizen, in: H.A. Becker e.a., Achtergrondstudie over het ziekenhuis in de eenentwintigste eeuw.
Utrecht, Vakgroep Planning en Beleid, Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1988

Bijlage 1 Meting van zorggebruik in de verschillende onderzoeken

Indicator: wel/geen contact in bepaalde periode

Discipline: Huisarts

Onderzoek	Vraagstelling	Gemeten aspect	Verstrekking	Onderzoek element	Periode	Steekproef eenheid
LSO 1974 CBS	Laatste 3 maanden naar huisarts. Huisarts laatste 3 maanden naar u	consult + visite	individu	individu	3 mnd.	personen
LSO 1977 CBS	Bent u op het spreekuur geweest of is h.a. bij u op bezoek geweest i.v.m. ziekte van uzelf	consult + visite	individu	individu	3 mnd.	personen
LSO 1980 LSO 1983 CBS	Afgelopen 3 mnd op spreekuur of is h.a. bij u op bezoek geweest i.v.m. ziekte van uzelf	consult + visite	individu	individu	3 mnd.	personen
LSO 55 + 1982 CBS	Voor uzelf te maken gehad met h.a.	alle contacten (impliciet)	individu	individu	3 mnd. 12 mnd.	personen
Nat.Studie (pat.enquête) (NIVEL)	Contact voor uzelf met huisarts of vervanger, niet alleen spreekuur of visites maar ook telefonisch consulten	alle contacten (impliciet)	individu	individu	2 mnd. 3 mnd. 6 mnd. 12 mnd. 1,5 jaar 2 jaar 3 jaar 5 jaar	personen
Gezondheids- enquête CBS	Contact van O.P. met huisarts of vervanger, spreekuur, visite en telefonische consulten	alle contacten	individu	individu	2 mnd. 3 mnd. 6 mnd. 12 mnd. 1,5 jaar 2 jaar 3 jaar 5 jaar	huis- houdens

Discipline: Medisch Specialist

Onderzoek	Vraagstelling	Gemeten aspect	Verstrekking	Onderzoek element	Periode	Steekproef eenheid
LSO 1974 CBS	Voor uzelf geraadpleegd, volgt lijst met 14 specialismen + overige (excl. ziekenh. opname)	alle contacten (impliciet) poliklinisch	individu	individu	3 mnd.	personen
LSO 1977 CBS	Voor uzelf geraadpleegd, volgt lijst met specialismen + overige (niet in ziekenh.)	alle contacten (impliciet) poliklinisch	individu	individu	3 mnd.	personen
LSO 1980 CBS	Afgelopen 3 mnd. een van deze specialisten geraadpleegd (lijst specialisten) (ziekenh. opname niet meerekenen)	alle contacten (impliciet) poliklinisch	individu	individu (impliciet)	3 mnd.	personen
LSO 1983 CBS	Hoe vaak een specialist geraadpleegd (ziekenh. opname niet meerekenen)	alle contacten (impliciet) poliklinisch	individu	individu (impliciet)	3 mnd.	personen
LSO 55 + 1982 CBS	Voor uzelf te maken gehad met een specialist (ziekenh. opname niet meerekenen)	alle contacten (impliciet)	individu	individu	3 mnd. 12 mnd.	personen
Nat. Studie (pat.enquête) (NIVEL)	Persoonlijk contact met spec. (geen telef. contact voor maken afspraak, geen contact tijdens ziekenhuisopname)	persoonlijke contacten	individu	individu	2 mnd. 3 mnd. 6 mnd. 12 mnd. 1,5 jaar 2 jaar 3 jaar 5 jaar	personen
Gezondheids- enquête CBS	Contact van O.P. met specialist buiten ziekenhuisopname (geen telef.contacten voor maken van afspraak)	alle contacten	individu	individu	2 mnd. 3 mnd. 6 mnd. 12 mnd. 1,5 jaar 2 jaar 3 jaar 5 jaar	huis- houdens

Discipline: Fysiotherapeut

Onderzoek	Vraagstelling	Gemeten aspect	Verstrekking	Onderzoek element	Periode	Steekproef eenheid
LSO 1974 LSO 1977 CBS	Onder controle of behandeling fysiotherapeut (heilgymnastiek, massage)	alle contacten (impliciet)	individu	individu	12 mnd.	personen
LSO 1980 CBS	Onder controle of behandeling van fysiotherapeut	alle contactet (impliciet)	individu	individu	12 mnd.	personen
LSO 55 + 1982 CBS	Te maken gehad met fysiotherapeut masseur, heilgymn, Mensendieck	alle contacten (impliciet)	individu	individu	3 mnd. 12 mnd.	personen
Nat. Studie. (pat.enquête) (NIVEL)	Afgelopen jaar voor uzelf contact met fysiotherapeut (geen contact tijdens ziekenhuisopname)	alle contacten excl. telef. excl.opnamen	individu	individu	1 jaar	personen
Gezondheids- enquê te CBS	Heeft O.P. voor zichzelf gebruik gemaakt van fysiotherapie (buiten ziekenhuisopname)	alle contacten (impliciet)	individu	individu	1 jaar	huis- houdens

Discipline: Gezinsverzorging

Onderzoek	Vraagstelling	Gemeten aspect	Verstrekking	Onderzoek element	Periode	Steekproef eenheid
LSO 1974 LSO 1980 LSO 1983 CBS	Of en hoe vaak contact met instelling voor gezinsverzorging, gezinshulp of gez.hulp bejaarden voor uzelf of uw gezin	alle contacten	huishouden	onduidelijk huishouden	2 jaar	personen
AVO 1979 AVO 1983 SCP	alleen gevraagd aan respondenten voor wie huishoudelijk hulp noodzakelijk is. huishoudelijk werk overgenomen door gezinsverzorgster, bejaardenhelpster?	contacten onder voorwaarde dat hulp noodzakelijk is.	huishouden	huishouden	12 mnd.	huishoudens
AVO 1987 SCP	Heeft u regelmatig hulp gehad van gezinsverzorgster, bejaardenhulp	contacten onder voorwaarde hulp minimaal 2x per week	huishouden	huishouden	12 mnd.	huishoudens
Nat.Studie (pat.enquête) (NIVEL)	Gebruik gemaakt voor uzelf van gezinszorg	alle contacten	huishouden	individu	1 jaar	personen

Discipline: Wijkverpleging

Onderzoek	Vraagstelling	Gemeten aspect	Verstrekking	Onderzoek element	Periode	Steekproef eenheid
LSO 55 + 1982 CBS	Voor uzelf te maken gehad met wijkverpleegster	alle contacten wijkverpleegster	individu	individu	3 mnd. 12 mnd.	personen
Nat. Studie. (pat.enquête) (NIVEL)	Contact voor uzelf met wijkverpleging/ de kruisvereniging	alle contacten	individu	individu	1 jaar	personen
Gezondheids-enquête CBS	Heeft O.P. voor zichzelf gebruik gemaakt van hulpverlening door kruisvereniging zoals: wijkverpleegster	alle contacten (impliciet)	individu	individu	1 jaar	huishoudens

Discipline: Algemeen Maatschappelijk Werk

Onderzoek	Vraagstelling	Gemeten aspect	Verstrekking	Onderzoek element	Periode	Steekproef eenheid
Nat.Studie (pat.enquête) (NIVEL)	Gebruik gemaakt voor uzelf van algemeen maatschappelijk werk	alle contacten	individu	individu	1 jaar	personen
Gezondheids-enquête CBS	Heeft O.P. voor zichzelf gebruik gemaakt van algemeen maatsch. werk	alle contacten	individu	individu	1 jaar	huishouden

Bijlage 2 Meting van gezondheidsbeleving in de verschillende onderzoeken

Onderzoek	Vraagstelling	Antwoordcategorieën	Waarde
LSO 1974	In welke mate bent u tevreden met uw gezondheid	- buitengewoon tevreden	1
		- zeer tevreden	1
		- tevreden	1
		- tamelijk tevreden	2
		- niet zo tevreden	2
LSO 1977	Hoe is over het algemeen uw gezondheid	- heel goed	1
		- goed	1
		- gaat wel	2
		- niet zo best	2
		- slecht	2
LSO 1980	Hoe is over het algemeen uw gezondheid	- heel goed	1
		- goed	1
		- gaat wel	2
		- niet zo best	2
		- slecht	2
LSO 1983	Hoe is over het algemeen uw gezondheid	- heel goed	1
		- goed	1
		- gaat wel	2
		- niet zo best	2
		- slecht	2
LSO 1955 + 1982	Allereerst zou ik willen weten wat u zelf van uw gezondheid vindt. Voelt u zich	- gezond	1
		- redelijk gezond	2
		- matig gezond	2
		- niet gezond	2
Gezondheids-enquête 1981/1982	Hoe is over het algemeen de gezondheidstoestand van (O.P.)	- goed	1
		- gaat wel	2
		- soms goed en soms slecht	2
		- slecht	2
Gezondheids-enquête 1983-1988	Hoe is over het algemeen de gezondheidstoestand van (O.P.)	- zeer goed	1
		- goed	1
		- gaat wel	2
		- soms goed en soms slecht	2
		- slecht	2
pat.enquête Nat.Studie NIVEL 1987/1988	kunt u aan de hand van deze kaart aangeven hoe in het algemeen uw gezondheidstoestand is?	- heel goed	1
		- goed	1
		- niet goed, niet slecht	2
		- slecht	2
		- heel slecht	2

Bijlage 3 Een vergelijking van de trendstudie met CBS onderzoek over de trends in de subjectieve gezondheid

Een van de conclusies uit de trendstudie is dat zich in de afgelopen vijftien jaar een trend in de richting van een verbetering van de subjectieve gezondheid heeft voorgedaan. Met name voor jong bejaarden (personen van 55-74 jaar) komt deze trend aan het licht. Voor de categorie volwassenen van 20-54 jaar was de gezondheidsbeleving aan het begin van de onderzochte periode reeds goed en was er dus weinig ruimte voor verbetering. Voor de hoog bejaarden (personen van 75 jaar en ouder) laten de trendberekeningen alleen voor vrouwen een geringe stijging van het aantal personen met een goede subjectieve gezondheid zien.

In een aantal publikaties van het CBS over de ontwikkeling van de subjectieve gezondheid worden deze conclusies niet gedeeld (zie bijv: Swinkels, 1986; Swinkels, H, 1990). Het CBS stelt dat de gezondheidsbeleving sinds 1970 niet significant gewijzigd is. Er is geen stijging, maar ook geen daling. Deze verschillen tussen beide onderzoeken zijn voornamelijk terug te voeren op twee oorzaken:

- 1 gebruik van verschillende gegevens;
- 2 verschillen in de wijze van analyse.

Elk van deze oorzaken zal hieronder in het kort worden toegelicht. Het CBS heeft in de analyse van de trends in de subjectieve gezondheid gegevens over een langere periode gebruikt dan hierboven het geval is. De gegevens van het CBS beslaan de periode 1970-1989. Het CBS heeft echter minder meetpunten in de analyse betrokken. Een aantal onderzoeken is vanwege de niet optimale vergelijkbaarheid buiten de analyse gelaten. Dit zijn de leefsituatie-onderzoeken uit de jaren 1974, 1977 en 1983 en de gezondheids-enquêtes uit de jaren 1981-1983. In tabel 1 is het percentage personen met een goede en zeer goede subjectieve gezondheid weer gegeven uit de door het CBS gebruikte onderzoeken.

In het leefsituatie-onderzoek uit 1974 is niet naar de gezondheidsbeleving gevraagd, maar naar de gezondheidssatisfactie. Bij de beantwoording van de vraag naar de ervaren gezondheid werd in de leefsituatie-onderzoeken uit 1977 en 1983 gebruik gemaakt van antwoordkaarten en werden de antwoorden niet, zoals in de andere

onderzoeken, door de enquêtrice voorgelezen. De gezondheids-enquêtes uit 1981-1983 werden buiten beschouwing gelaten vanwege een verschil in het aantal antwoordcategorieën ten opzichte van de latere versies (Swinkels, 1986).

Tabel 1 Percentage personen in de leeftijd van (18)20 t/m 44 jaar, 45 t/m 64 jaar en 65 jaar en ouder dat de eigen gezondheid als goed of zeer goed beoordeelt¹
(Bron: Swinkels, 1986; Swinkels, H, 1990)

jaar	(18)20-44 jr percentage	45-64 jr percentage	65 + percentage
1970	88,5	69,2	61,3
1980	86,6	63,3	51,1
1984	88,1	67,6	55,6
1985	88,5	69,7	62,7
1986	88,7	71,1	60,4
1987	88,8	70,7	62,2
1988	89,2	72,7	59,9
1989	89,0	71,4	57,6

In de trendstudie van het scenarioproject zijn de genoemde onderzoeken wel opgenomen en wel om de volgende redenen. Ten eerste ligt in de trendstudie de nadruk op de analyse van het zorggebruik en niet op gezondheidsmeting als zodanig. Voor het zorggebruik is de gezondheidsbeleving de belangrijkste verklarende variabele en er bestond daarom behoefte aan een indicatie van de gezondheidsbeleving voor elk van de jaren waarvoor ook gegevens over het zorggebruik voorhanden zijn. Het is van belang om de gezondheidsbeleving in de regressieanalyses op te nemen omdat het weglaten van deze variabele tot overschatting van de invloed van de andere onafhankelijke variabelen zou leiden. Daarnaast zou het onwenselijk zijn om alle gegevens over de jaren zeventig (en met name 1974) buiten beschouwing te laten, omdat het jaar 1974 het begin markeert van het beleid van de versterking van de eerstelijnszorg. Een trendanalyse van het gebruik van zorg van de verschillende bevolkingscategorieën over het tijdvak 1974-1988 kan een interessant licht werpen op het succes van dit beleid.

In de trendstudie is de variabele gezondheidsbeleving gedichotomiseerd. Hoewel de dichotomisering over vier (gezondheidsenquête

¹ De jongste leeftijdscategorie voor de jaren 1970 en 1980 betreft de 18 t/m 44 jarigen.

1981, 1982) dan wel vijf categorieën (gezondheidsenquête, vanaf 1983) effect zou kunnen hebben op de waarden van de variabelen, worden deze gegevens ook in andere CBS onderzoeken wel samen-gevoegd. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de berekening van de zogenaamde levensverwachting zonder beperkingen (Van Ginneken e.a., 1989). Deze gezondheidsindicator wordt met twee verschillende variabelen berekend: de ervaren gezondheid (gezondheidsenquête 1981-1985) en de OECD indicator voor beperkingen (idem). Hoewel de vraagstelling voor de eerste variabele in de gemeten periode een wijziging onderging, leidde dat niet tot grote verschillen met de OECD indicator, die over de gehele periode op dezelfde wijze gemeten is. Het onderzoek naar de berekening van de levensverwachting zonder beperkingen leert overigens ook dat de simpele vraag naar de 'ervaren gezondheid' een praktische bruikbaarheid heeft die vergelijkbaar is met de OECD indicator, die veel meer 'sophisticated' van opzet is. Een trendberekening van de levensverwachting met beperkingen over de periode 1983-1988, die gebaseerd is op gegevens over de gezondheidsbeleving uit de gezondheids-enquête, laat overigens een significante verbetering van de subjectieve gezondheid zien (Boshuizen, 1991).

Het CBS heeft voor de eerste meting gebruik gemaakt van het onderzoek 'Medische consumptie' uit 1970. Dit onderzoek bleek voor het scenarioproject minder bruikbaar, omdat het gebruik van de huisarts het enige aspect van eerstelijnszorg is, dat in het onderzoek is opgenomen. Wat de gezondheidsenquête betreft, heeft het CBS als laatste meting gebruik kunnen maken van de gegevens over 1989. De aanschaf van tabellen uit dit jaar bleek voor het scenarioproject niet mogelijk. De gegevens uit 1989 laten ten opzichte van 1988 een geringe daling in gezondheidsbeleving zien². In de trendstudie kon hier geen rekening mee gehouden worden.

Voor het scenarioproject is, afwijkend van het CBS, nog gebruik gemaakt van het leefsituatie-onderzoek onder ouderen uit 1982 en de NIVEL-enquête uit de Nationale Studie uit 1987 en begin 1988. Hierbij dient nog opgemerkt te worden dat er ten tijde van het

² Ook in 1990 is de subjectieve gezondheid t.o.v. het voorgaande jaar verminderd (Swinkels, 1991). Aangezien de dataverzameling is afgesloten kunnen deze gegevens echter niet meer verwerkt worden.

onderzoek was van de NIVEL enquête alleen een 'ongewogen' bestand beschikbaar was. De LSO onderzoeken zijn ook ongewogen gebruikt, ervan uitgaande dat de afwijkingen van de representativiteit dezelfde kant uitwijzen (bijv. meer non-respons in de grote steden). De tabellen uit de gezondheidsenquête zijn wel gewogen. Hier kan dus enige vertekening door zijn ontstaan. Om deze vertekeningen tot een minimum te beperken zijn de gegevens in de rapportage steeds onderverdeeld naar leeftijd en geslacht (subjectieve gezondheid alleen naar leeftijd). Het recent verschenen rapport over de Nivel-enquête laat overigens voor de verschillende aspecten van morbiditeit slechts geringe verschillen zien (ongeveer 1%).

De genoemde publicaties van het CBS zijn gebaseerd op een gering aantal meetpunten. Na de eerste meting uit 1970 komt de volgende meting pas in 1980. Inspectie van de CBS gegevens leert dat de eerste meting uit 1970 voor de 45-64 jarigen en voor personen van 65 jaar en ouder een extreme waarde heeft vergeleken met de overige gegevens. Het weglaten van dit meetpunt laat, in ieder geval voor personen van 45-64 jaar, op het oog een overduidelijke trend zien (van 63,3% met gezondheid 'goed' in 1980 naar 71,4% met gezondheid 'goed' in 1989). Dit vermoeden van een extreme waarde wordt nog versterkt door het opvallend hoge percentage met gezondheid 'zeer goed' in 1970.

Voor de analyse van de gegevens heeft het CBS gebruik gemaakt van enkelvoudige regressie-analyse op de percentages met een goede gezondheid in de verschillende jaren. Deze analyse is zoals gezegd gebaseerd op een gering aantal metingen en naar verwachting is het onderscheidingsvermogen van de toets of er wel of geen trends zijn niet erg groot.

In de enkelvoudige regressie-analyse wordt ook geen rekening gehouden met de beperking van de afhankelijke variabele tot het interval (0-100). In hoofdstuk 2 is uiteengezet dat logistische regressie hier wel rekening meer houdt en als model te verkiezen is boven enkelvoudige regressie. Voor personen van 20-54 jaar, die voor bijna 90% een goede gezondheid rapporteren lijkt het aantonen van een trend (van 86,6% in 1980 naar 89,0% in 1989) met enkelvoudige regressie niet goed mogelijk. Een ander nadeel van enkelvoudige regressie is verder dat geen onderscheid gemaakt kan worden tussen verschillende subgroepen. Met logistische regressie zou waarschijnlijk

ook met de CBS gegevens een verbeterde subjectieve gezondheid voor de jong bejaarden geconstateerd worden. In ieder geval liet een logistische regressie van de gezondheidsbeleving van personen van 55 jaar en ouder met gegevens waarbij de nagenoeg vergelijkbare onderzoeken werden betrokken (Leefsituatie-onderzoek 1980, Gezondheidsenquête 1984 t/m 1988, Nivel-enquête 1987) een significant positieve trend zien.

Niettemin wordt ook in deze trendstudie erkend dat de verwachte ontwikkeling van de subjectieve gezondheid niet alleen gebaseerd dient te zijn op de uitkomsten van de regressie-analyses. De werkwijze bij deze analyses komt erop neer dat steeds is getracht om een spaarzaam model op te stellen waarbij zowel de afhankelijke als de onafhankelijke variabelen (met uitzondering van de variabele 'jaar') gedichotomiseerd zijn (zie paragraaf 2.5 voor een uitgebreidere toelichting). Andere keuzes voor de operationalisering van de variabelen, het betrekken van gegevens afkomstig uit verschillende onderzoeken en de analysetechniek laten wellicht andersoortige trends zien. In de uitspraken over de verwachte ontwikkelingen (en dus eigenlijk ook over de trends uit het verleden) is daarom ook rekening gehouden met trends in de sterfte voor de verschillende leeftijdscategorieën en de verwachte ontwikkeling met betrekking tot gezonde leefwijzen en het opleidingsniveau. De ontwikkeling in de sterfte is niet alleen de meest betrouwbare indicator van gezondheid maar hangt ook sterk samen met de subjectieve gezondheid. Dit verband is tot nu toe in één richting onderzocht; de subjectieve gezondheid blijkt een goede voorspeller van de sterfte te zijn. Het is plausibel dat ook in de andere richting een relatie bestaat: wanneer bij bepaalde groepen in de samenleving de sterfte afneemt, zal de subjectieve gezondheid verbeteren.

Met deze summierere behandeling van de verschillen tussen beide onderzoeken kunnen geen definitieve uitspraken over het al dan niet aanwezig zijn van trends gedaan worden. De verzameling van goed vergelijkbare gegevens over een langere periode is daarvoor een vereiste. Bij voorkeur zou het dan niet alleen om enquête-gegevens moeten gaan.

Bijlage 4 De extra vraag naar ambulante zorg bij stimulering van thuiszorg 1990-2000

De verwachte vraag naar ambulante zorg is tot nu toe gebaseerd op de trendstudie. Hierin zijn de trends in het gebruik geëxtrapoléerd voor de jaren 1990-2005. Tevens is een trendberekening gemaakt voor de verschillende bevolkingscategorieën die van ambulante zorg gebruik maken. Het is evenwel waarschijnlijk dat de vraag naar zorg niet beperkt zal blijven tot de vraag die uit deze trends naar voren komt. Aannemelijker is dat het beleid, gericht op het toegankelijker maken van thuiszorg, vruchten zal afwerpen en dat de vraag naar thuiszorg, en dus ook naar eerstelijnszorg, zal toenemen. Deze ontwikkeling roept een aantal vragen op:

- 1 welke patiënten zullen een extra beroep op de ambulante zorg doen?
- 2 wat zal de omvang zijn van de extra vraag naar ambulante zorg van deze patiënten?

In deze bijlage zullen we een poging doen om beide vragen te beantwoorden.

Patiëntencategorieën die een beroep zullen doen op extra thuiszorg

De extra vraag naar thuiszorg schrijven we toe aan een aantal factoren:

- 1 veranderingen in de morbiditeit van de bevolking;
- 2 sociaal-culturele ontwikkelingen;
- 3 demografische processen;
- 4 veranderingen in de verhouding tussen intramurale en extramurale zorg.

In de trendstudie is een extrapolatie gemaakt van bevolkingscategorieën en van het gebruik van ambulante zorg door die categorieën. In de bevolkingscategorieën is de bevolking in privé-huishoudens onderscheiden naar leeftijd, sexe, alleen- of samenwonend en gezondheidsbeleving. Weliswaar wordt er zo geen rekening gehouden met specifieke ziektebeelden, we kunnen niettemin stellen dat de trend in de gezondheidsbeleving een globale indicatie geeft van de morbiditeit in de toekomst. De sociaal-culturele ontwikkelingen zijn uitvoerig in hoofdstuk 1 van het hoofdrapport aan de orde gesteld. Hoe deze ontwikkelingen te kwantificeren zijn is niet precies be-

kend. We mogen aannemen dat de sociaal-culturele ontwikkelingen mede verantwoordelijk zijn voor de trendmatige veranderingen in het gebruik van ambulante zorg en zijn als zodanig in de trendstudie opgenomen. In deze bijlage willen we vooral ingaan op de verwachte vraag naar thuiszorg die niet in de trendstudie aan bod is gekomen. Als eerste besteden we aandacht aan de verhouding tussen intramurale en extramurale zorg.

De verhouding tussen de intramurale en extramurale zorg is in de afgelopen 10 jaar aanzienlijk gewijzigd. Vanaf 1982 is er een begin gemaakt met de beddenreductie in de ziekenhuizen, terwijl ook het aantal plaatsen in bejaardenoorden gereduceerd is. Het trefwoord is hier substitutie. Het huidige beleid van de rijksoverheid is er op gericht om de intramurale capaciteit niet gelijk op te laten gaan met de demografische veranderingen. Op deze manier wordt de substitutie van intramurale door extramurale, zelf- en mantelzorg eigenlijk afgedwongen³. De scenariocommissie 'vergrijzing' heeft een berekening laten maken van het aantal personen dat hetzij door extramurale zorg, hetzij door mantelzorg opgevangen zal moeten worden, wanneer de leeftijdsspecifieke zorgvraag constant blijft zonder dat de capaciteit van de intramurale voorzieningen 'meegroeit' (STG, 1991).

De substitutie van intramurale door extramurale zorg onderscheiden we als volgt in drie vormen:

- 1 verkorting van ziekenhuisopname en uitbreiding van poliklinische zorg en dagbehandeling;
- 2 terminale zorg thuis in plaats van intramuraal;
- 3 uitstel van opname in verpleeghuis en bejaardenoord.

De *verkorting van de ziekenhuisopname* is een trend die al langer gaande is. Zo is de gemiddelde ligduur van achttien dagen in 1969 afgenomen tot twaalf dagen in 1987. Naar verwachting zal deze trend zich ook in de komende jaren nog voortzetten. Over het algemeen wordt aangenomen dat ook de patiënt en diens omgeving met de kortere opname instemmen. Er is evenwel weinig onderzoek waarin het oordeel van de patiënt en van de mantelzorgers expliciet

³ Recentelijk lijkt de overheid voor een deel te zijn teruggekomen van dit beleid. Met name geldt dat voor verpleeghuizen waarvoor de norm is verhoogd. Tot het jaar 2000 mogen er 1700 extra bedden bijgebouwd worden (Nieuwe norm ...,1990).

aan de orde gesteld wordt. In een onderzoek waarin een experiment met vervroegd ontslag wordt beschreven, is aan de controlegroep niet gevraagd hoe tevreden deze patiënten met de professionele nazorg waren (Swinkels, M.A.A., 1990). Het is denkbaar dat de afname van de mogelijkheden voor het ontvangen van mantelzorg een verdere daling van de ligduur bemoeilijkt. Hier en daar is reeds verzet tegen de verkorting van opnameduur gesignaleerd⁴.

De daling van de ligduur ging gepaard met een toename van het aantal poliklinische verrichtingen. In het kader van de experimenten 'zorgvernieuwing' zijn enkele projecten gaande, waarbij een aantal ingrepen in dagchirurgie uitgevoerd wordt, waarvoor tot nu toe opname noodzakelijk was. Aan deze experimenten is een evaluatieonderzoek verbonden dat zal moeten uitwijzen in hoeverre de intramurale en extramurale zorg goed op elkaar af te stemmen zijn. Aan dit onderzoek zijn waarschijnlijk ook gegevens te ontleen over de extra zorgvraag. Voor de kwantificering van de vraag naar thuiszorg gaan we er vooralsnog vanuit dat de geschetste ontwikkelingen grotendeels weergegeven worden in de stijgende trend van het aantal poliklinische verrichtingen. In de trendstudie werd een toename verwacht van het aantal polikliniekbezoeken van ouderen en een afname voor personen in de leeftijd van 20-54 jaar. De som van beide trends zou een afname van het aantal polikliniekbezoeken tot gevolg hebben. Van de stimulering van vervroegd ontslag wordt verwacht dat de afname van het aantal polikliniekbezoeken van 20-54 jarigen zich niet verder zal voortzetten. In dat geval zou het totaal aantal polikliniekbezoeken de komende jaren licht stijgen.

Tabel 1 Raming van de ontwikkeling van het aantal poliklinische contacten met en zonder stimulering van vervroegd ontslag (1990 = 100)

jaar	1990	1995	2000	2005
vervroegd ontslag	100	103	106	109
trendstudie	100	97	94	94

⁴ zie: Leeuwarder Courant van 3 mei 1991: "Veel patiënten niet blij met thuiszorg".

Terminale patiënten zijn een belangrijke doelgroep voor extra thuiszorg. Veel terminale patiënten willen thuis in hun vertrouwde omgeving sterven. Om aan deze wens gehoor te kunnen geven is een intensieve zorgverlening nodig, waarbij meerdere disciplines, mantelzorgers en veelal ook vrijwilligers betrokken zijn. Ook buiten kantooruren moet er zorg verleend worden. Dat vraagt om een goede coördinatie rond het ziekbed, waaraan in hoofdstuk 5 van het hoofd-rapport aandacht is besteed. In deze bijlage houden we ons vooral bezig met het extra zorgbeslag waarmee de ambulante zorgverleners in de toekomst te maken zullen krijgen. De gegevens hierover ontlene we aan de experimenten 'thuisverpleging' van de Zieken-fondsraad (Miltenburg e.a., 1990). Uit deze experimenten en uit ander onderzoek waarin terminale zorg een belangrijke plaats innam, is bekend dat terminale zorg vooral verleend wordt aan kankerpatiënten (Bruning, 1990; Vorst-Thijssen e.a., 1990). De scenario-commissie Kanker van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg heeft een schatting gemaakt van het toekomstig aantal kankerpatiënten dat voor terminale thuiszorg in aanmerking komt. Omdat uit de bovengenoemde rapportage over de experimenten van de ziekenfondsraad een indruk van de zorgvraag van deze patiënten verkregen kan worden, beperken we ons in deze paragraaf tot de terminale thuiszorg voor kankerpatiënten.

Hierboven is reeds naar voren gebracht dat het uitstellen van opname in verpleeghuis en bejaardenoord in feite een vorm van gedwongen substitutie is, veroorzaakt door het capaciteitsgebrek in de instellingen. Veel mensen met een positieve indicatie kunnen niet worden opgenomen, zodat er wachtlijsten ontstaan. Over de ontwikkeling van deze wachtlijsten bestaan geen uniforme en betrouwbare landelijke gegevens (zie onder andere de nota Ouderen in tel, 1990). Wel is op een aantal plaatsen regionaal wachtlijst onderzoek uitgevoerd of een wachtlijstregistratie opgezet (Elberse, 1989; Kooiker, 1987; PRV Overijssel, 1991; PRV Utrecht, 1990). Het gaat dan met name om wachtlijsten voor plaatsen in psycho-geriatrie verpleeghuizen of afdelingen. Weliswaar bestaan er ook wachtlijsten voor somatische patiënten, de wachttijden voor opname in een somatisch verpleeghuis blijken echter relatief kort te zijn (Ouderen in tel, 1990; p.35). In deze paragraaf beperken we ons tot de wachtlijsten voor de psycho-geriatrie, we baseren onze schattingen van de toekomstige omvang van de wachtlijsten op vooruitberekeningen van het NZI (Gerritse, 1989; GIGV, 1990).

Over de wachtlijsten voor opname in een bejaardenoord is weinig bekend. Uit plaatselijk onderzoek in Groningen en Den Haag kunnen twee conclusies getrokken worden: veel mensen staan 'uit voorzorg' op de wachtlijst en weinig wachtenden doen een beroep op de reguliere eerstelijnszorg.

Naast de gedwongen substitutie, waarin in de regel geen (extra) alternatieven voor intramurale zorg worden geboden, is er in het kader van het substitutiebeleid van de overheid een aantal projecten opgezet om aan thuiswonende ouderen met een opname-indicatie alternatieven voor intramurale zorg te bieden, de zogeheten 'Demonstratieprojecten Ouderenzorg' (1989). Hoofdzakelijk gaat het hier om semimurale voorzieningen en eerstelijnszorg. Ook worden er veranderingen in de organisatie en financiering van de zorgverlening doorgevoerd. De projecten worden door verschillende instituten geëvalueerd. Om goed zicht te krijgen op de feitelijke substitutie zullen we de resultaten van het onderzoek moeten afwachten. Deze zullen pas in de loop van 1991 beschikbaar zijn.

Uit het bovenstaande kan de conclusie getrokken worden dat het niet mogelijk is de extra vraag naar thuiszorg volledig in beeld te brengen. We volstaan hier met de beschrijving van verwachte vraag naar thuiszorg van twee patiëntcategorieën:

- 1 terminale kankerpatiënten;
- 2 patiënten op de wachtlijst voor een psycho-geriatrisch verpleeghuis.

Dit zijn de enige categorieën waarvoor we beschikken over gegevens van zowel het zorggebruik als de verwachte omvang in de toekomst. In de experimenten van de Ziekenfondsraad bleken deze categorieën overigens de grootste groepen gebruikers van intensieve thuiszorg te zijn. Tezamen omvatten zij 64% van het aantal patiënten dat in aanmerking kwam voor intensieve thuiszorg.

Hoe berekenen we nu het zorggebruik dat boven de reguliere eerstelijnszorg geboden moet worden? In de rapportage over de experimenten wordt een onderscheid gemaakt tussen de zorg, zoals die in de laatste week voorafgaande aan de experimenten geboden werd en de intensieve thuiszorg in de experimentele fase. De hoeveelheid zorg in de periode, voordat de patiënten intensieve thuiszorg kregen, beschouwen we als de 'reguliere' zorg ofwel de zorg die

patiënten normaliter in de thuissituatie krijgen. Deze zorg is de eerstelijnszorg zoals die in de trendstudie reeds geëxtrapoleerd is voor de periode 1990-2005. De extra zorg die hier gedurende de looptijd van het experiment aan toegevoegd wordt, beschouwen we als de zorgvraag die de stimulering van intensieve thuiszorg met zich meebrengt en dientengevolge bij de reeds aanwezige trends in het zorggebruik opgeteld moet worden.

In de rapportage over de experimenten van de ziekenfondsraad wordt niet altijd een onderscheid gemaakt in de zorg voor psychogeriatrische of (terminale) kankerpatiënten. In een aantal gevallen zullen we dus met de gemiddelde hoeveelheid zorg genoeg moeten nemen. In de volgende paragraaf staan we stil bij de zorg aan terminale kankerpatiënten; daarna wordt aandacht besteed aan de thuiszorg voor patiënten met een indicatie voor opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis.

Thuiszorg voor terminale kankerpatiënten

In de scenariostudie 'Kanker in Nederland' heeft de STG een schatting gemaakt van het aantal kankerpatiënten dat jaarlijks zal overlijden (STG, 1987b). Voor de periode 1990-2000 ziet deze schatting er als volgt uit:

Tabel 2 Aantal jaarlijks aan kanker overlijdende patiënten in de periode 1990-2000.

jaar	1990	1995	2000
aantal sterfgevallen	35000	36500	38000

Bron: STG, 1987b.

De sterfte aan kanker zal in de komende tien jaar met ruim 8,5% toenemen. Onderzoek uit het begin en het midden van de jaren tachtig laat zien dat tussen de 35% en 49% van de patiënten thuis overleed, terwijl acht à tien procent van de sterfgevallen in een bejaardenoord plaatsvond (Schadé, 1986; Lagro-Janssen, 1987). Voor de huisarts behoort het overlijden van patiënten in bejaardenoorden ook tot de thuiszorg. In de bovengenoemde scenariostudie wordt een schatting gemaakt van het aantal personen dat in de toekomst thuis zal sterven en voor terminale thuiszorg in aanmerking komt. Er is

een lage en een hoge raming opgesteld. Beide ramingen geven we hieronder weer.

Tabel 3 Aantal patiënten en percentage dat thuis zal overlijden ten gevolge van kanker in de periode 1990-2000.

jaar		1990	1995	2000
aantal sterfgevallen thuis	laag	11500	15000	17000
	hoog	16000	20000	25000
percentage van de totale sterfte aan kanker	laag	35%	40%	45%
	hoog	45%	55%	65%

Bron: STG, 1987b.

Het verschil tussen de hoge en lage variant wordt vooral toegeschreven aan de beschikbaarheid van zorg van de wijkverpleging. De lage variant gaat uit van een 7x24-uurs beschikbaarheid van de wijkverpleging voor de helft van de bevolking in de periode waarop de raming betrekking heeft. De hoge variant is gebaseerd op 90% beschikbaarheid van 24-uurs zorg. De beschikbaarheid van de wijkverpleging is sinds het verschijnen van de scenariostudie over kanker toegenomen. Het lijkt daarom realistisch om van de hoge raming uit te gaan, met de kanttekening dat deze wordt opgevat als het aantal thuisstervenden inclusief de sterfgevallen in de bejaardenoorden ofwel het aantal patiënten dat deel uitmaakt van de praktijkpopulatie van de huisarts.

Om een indruk te krijgen van de zorg die de eerstelijnsdisciplines bij terminale thuiszorg bieden, maken we gebruik van de resultaten van de experimenten van de ziekenfondsraad. We richten ons op de hoeveelheid zorg (aantal bezoeken per week en de duur van de bezoeken) die de verschillende disciplines tijdens de experimenten hebben geboden; de inhoud van de zorg (het soort handelingen) laten we buiten beschouwing. We bekijken de zorgverlening disciplinegewijs. Daarbij staan we eerst stil bij de reguliere zorg om vervolgens aandacht te besteden aan de intensieve thuiszorg die er in de experimentele fase bovenop komt. Tot slot maken we een schatting van het aantal patiënten en het zorgbeslag in de toekomst.

In de week die aan de experimentele fase vooraf ging, bleek 80 à 90% van de patiënten zorg van de *huisarts* te hebben ontvangen. De merendeels terminale patiënten van de proeffase hadden nagenoeg allen (99%) voorafgaand aan de intensieve thuiszorg de huisarts op visite gekregen. We gaan er dan ook vanuit dat alle terminale patiënten die thuis sterven, zorg van de huisarts ontvangen. Het aantal bezoeken van de huisarts varieert van twee keer per week in Amsterdam tot drie keer per week in West-Brabant. De huisarts besteedt ongeveer een half uur aan het huisbezoek. Deze cijfers hebben betrekking op alle patiënten gezamenlijk, onafhankelijk van de diagnose.

Gedurende de experimentele fase brengt de huisarts gemiddeld vier bezoeken per week aan de kankerpatiënten, wat neerkomt op anderhalf uur per week. De zorg voor de kankerpatiënten duurt gemiddeld twee-en-halve week. Hierbij is geen onderscheid gemaakt in al dan niet terminale zorg. Tachtig procent van de kankerpatiënten blijkt gedurende de experimentele fase te overlijden en 90% van de kankerpatiënten neemt aan de experimenten deel met de wens thuis te sterven als motief. De duur van zorgverlening aan de terminale patiënten (maar nu niet onderscheiden naar diagnose) bedraagt gemiddeld zeventien dagen. We kunnen er dus van uitgaan dat terminale kankerpatiënten gemiddeld ongeveer twee-en-halve week intensieve thuiszorg nodig hebben.

Hoeveel (extra) terminale thuiszorg aan kankerpatiënten kan de huisarts in de toekomst verwachten? Om hiervoor een berekening te maken gaan we als volgt te werk.

Ten eerste verwachten we dat het aantal huisartsen trendmatig zal toenemen van ongeveer 6300 zelfstandig gevestigde huisartsen in 1989 tot ongeveer 7500 huisartsen in het jaar 2000. Het aantal inwoners per zelfstandig gevestigde huisarts daalt dan evenredig van 2340 in 1989 tot 2000 in het jaar 2000. Deze extrapolatie is gebaseerd op de trendmatige ontwikkeling van het aantal huisartsen in de periode 1970-1989.

Vervolgens combineren we het aantal terminale kankerpatiënten dat naar verwachting thuis zal overlijden, met het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen. Een eenvoudig rekensommetje leert dat er per huisarts in het jaar 2000 tussen de twee en drie kankerpatiënten

thuis zullen overlijden. In 1990 zijn dat naar schatting twee patiënten per huisarts. Als we ervan uitgaan dat de terminale fase gemiddeld twee-en-halve week duurt, dan zal de huisarts per patiënt ongeveer tien visites afleggen. In tabel 4 is de ontwikkeling van het aantal visites aan terminale kankerpatiënten volgens de lage en hoge variant weergegeven. Hierbij is verondersteld dat de huisarts in alle gevallen betrokken is bij de zorgverlening.

Tabel 4 Aantal visites per huisarts aan terminale kankerpatiënten per jaar. Raming voor de periode 1990-2000.

Jaar		1990	1995	2000
aantal visites per huisarts	laag	19	21	23
	hoog	24	29	33

Voor de huisarts bestaat er, in tegenstelling tot de gezinsverzorging en de wijkverpleging, geen onderscheid tussen extra en reguliere zorg; de zorg van de huisarts is niet gebonden aan een maximum. Ook nu is de huisarts reeds betrokken bij de terminale thuiszorg, zonder daar evenwel een aparte vergoeding voor te ontvangen. We kunnen dus geen uitspraken doen over de zorg die de huisartsen, die aan de experimenten deelnamen, meer boden dan elders. De bovengenoemde ramingen laten zien dat de omvang van de terminale thuiszorg voor kankerpatiënten ook in de toekomst relatief gering zal zijn.

Van alle patiënten die intensieve thuiszorg ontvingen, was ongeveer driekwart deel reeds in zorg bij de *wijkverpleging*, terwijl tussen de 40 en 55% vooraf al door de *gezinsverzorging* geholpen werd. In de proeffase, waaraan relatief veel terminale patiënten deelnamen lagen deze percentages hoger (wijkverpleging: 74%-90%; gezinsverzorging: 47%-58%). Uit de rapportage over de experimenten is niet op te maken, hoeveel thuiswonende kankerpatiënten vooraf reeds in zorg waren bij de wijkverpleging en de gezinsverzorging. Voor de huisarts bleek er geen groot verschil te bestaan in de verleende zorg tussen de week die aan de experimentele fase vooraf ging en de experimentele fase zelf. Voor de wijkverpleging en de gezinsverzorging is dat onmiskenbaar wel het geval. Tabel 5 geeft daarvan een indruk.

Tabel 5 Aantal bezoeken en tijdsbesteding per week van de wijkverpleging en de gezinsverzorging voorafgaand aan en tijdens de experimenten (vooraf: alle patiënten, tijdens: alleen kankerpatiënten).

	vooraf	tijdens
wijkverpleging	6-7 bezoeken per week 5-6 uur per week	13,3 bezoeken per week 39 uur per week
gezinsverzorging	3-5 bezoeken per week 8-11,5 uur per week	4,5 bezoeken per week 21 uur per week
totaal verpleging en verzorging	13-17 uur	60 uur

Bron: Ramakers e.a., 1991; Tjadens e.a., 1991.

Voor de wijkverpleging bedraagt het aantal uren zorg in de experimentele fase ongeveer zeven maal het aantal uren dat in de laatste week voorafgaande aan de intensieve thuiszorg gegeven wordt. Zonder extra intensieve thuiszorg zou het aantal uren terminale zorg dus waarschijnlijk veel geringer zijn. Dat blijkt ook uit een recentelijk door het NIVEL afgesloten onderzoek. In dit onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden werden in 1988 gedurende twee weken alle contacten van 186 wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden geregistreerd (Vorst-Thijssen e.a., 1990). Van de 3315 patiënten bleken er 123 (3,7%) als terminaal te kunnen worden aangemerkt. Van hen was 85% kankerpatiënt. Gedurende de registratieperiode kregen de terminale patiënten gemiddeld 5,5 bezoeken van gemiddeld 40 minuten. Deze cijfers laten een zorgbeslag zien dat ongeveer de helft bedraagt van hetgeen in de experimenteelgebieden 'vooraf' aan zorg werd verleend. We mogen dus aannemen dat het aantal uren dat voorafgaand aan de experimentele fase verleend werd, zeker geen onderschatting is van de reguliere terminale thuiszorg.

De constatering van grote verschillen tussen de reguliere zorg van de wijkverpleging aan terminale patiënten en de intensieve thuiszorg, roept de vraag op of terminale thuiszorg landelijk en in de toekomst op dezelfde schaal als in de experimenten te verwezenlijken is. Naar verwachting zal het aantal terminale kankerpatiënten tussen 1990 en 2000 met ruim 8,5% toenemen. De schatting van de STG gaat ervan uit dat in 55% van de gevallen (de hoge raming minus 10% terminale patiënten in bejaardenoorden, die door de huisarts wel worden

bezocht, maar niet door de wijkverpleging) terminale zorg thuis geboden kan worden. Dat komt neer op een toename van ruim 70%. Als aan deze patiënten in de toekomst intensieve thuiszorg verleend wordt, dan zal de betrokkenheid van de wijkverpleging moeten toenemen tot 97% van de patiënten (de behoefte aan verpleging volgens de experimenten). Om zorg van dezelfde omvang als in de experimenten te kunnen leveren moet in de komende tien jaar aan 70% meer patiënten het zevenvoudige van de huidige terminale zorg geleverd worden. Samen komt dat neer op bijna het twaalfvoudige van de huidige terminale thuiszorg. Deze schatting is aan de voorzichtige kant, omdat er geen rekening is gehouden met de uitbreiding van het bereik van de wijkverpleging voor thuiswonende kankerpatiënten tot de genoemde 97%. De toename van de zorgvraag is daarom waarschijnlijk groter. In het NIVEL-onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden maakten de terminale kankerpatiënten slechts 3,2% uit van de patiënten waarbij huisbezoeken afgelegd werden. Dat de terminale thuiszorg bij de realisering van intensieve thuiszorg een veel groter aandeel in het werk van de wijkverpleging gaat krijgen moge uit het bovenstaande betoog duidelijk zijn.

Voor de *gezinsverzorging* beschikken we niet over gegevens die een indruk kunnen geven van het aantal uren zorg dat terminale patiënten per week ontvangen zonder dat er van extra subsidiëring sprake is. Voorafgaand aan de experimentele fase werd er gemiddeld tussen de 8 en 11,5 uur per week zorg verleend. Het huidige maximum dat de gezinsverzorging biedt, bedraagt veelal twaalf uur per week, terwijl het gemiddelde zorgbeslag voor alle cliënten gezamenlijk ruim vijf uur per week bedraagt (Huijsman, 1990; Gerritse en Poelert, 1990). De toename in de zorgvraag die realisering van de intensieve thuiszorg met zich meebrengt, zal iets geringer zijn dan voor de wijkverpleging, omdat er per patiënt minder zorg verleend wordt. Wel zal de betrokkenheid van de gezinsverzorging bij de terminale thuiszorg moeten toenemen tot de 95% die volgens de behoeftepeiling nodig is. De noodzakelijke toename in het bereik van de gezinsverzorging kunnen we evenwel niet berekenen, omdat niet bekend is hoeveel thuiswonende kankerpatiënten vooraf reeds gezinsverzorging ontvingen. Voor de gezinsverzorging geldt eveneens dat het aantal cliënten met kanker dat thuis overlijdt, met 70% zal toenemen. Deze cliënten zullen in de terminale fase ongeveer twee keer zoveel hulp nodig hebben als gebruikelijk. Een voorzichtige

schatting komt neer op een toename in de zorgvraag met een factor drie-en-half voor de realisering van extra thuiszorg aan terminale kankerpatiënten.

Voor beide disciplines geldt dat de toename vooral veroorzaakt zal worden door de (benodigde) intensivering van de hulpverlening die noodzakelijk is om de zorg thuis te verbeteren of überhaupt mogelijk te maken. De toename in de vraag op grond van de stijging van het aantal patiënten is met nog geen 9% in tien jaar gering te noemen.

Bij de intake werd voor 24% van de kankerpatiënten behoefte aan fysiotherapie gesignaleerd en voor 87% van de patiënten behoefte aan psycho-sociale begeleiding. De rapportage over de gemiddelde tijdsbesteding van de disciplines laat echter zien dat deze disciplines slechts marginaal bij de intensieve thuiszorg betrokken waren.

Thuiszorg voor psycho-geriatrische patiënten

Na (terminale) kankerpatiënten vormen de patiënten met een psycho-geriatrische aandoening de tweede belangrijke doelgroep voor intensieve thuiszorg. In de experimenten van de Ziekenfondsraad betrof het 11% van de patiënten. In het merendeel van de gevallen zijn dit patiënten die op de wachtlijst staan voor een psycho-geriatrisch verpleeghuis of een psycho-geriatrische afdeling van een gecombineerd verpleeghuis. In deze paragraaf maken we een schatting van de extra thuiszorg die nu en in de toekomst aan deze patiënten verleend zou moeten worden. De werkwijze is hetzelfde als bij de terminale kankerpatiënten. Eerst staan we stil bij de omvang van deze doelgroep voor intensieve thuiszorg en vervolgens gaan we in op de (extra) thuiszorg die deze patiënten in de experimenten van de Ziekenfondsraad hebben ontvangen. De combinatie van de ontwikkeling in de omvang van de patiëntcategorie en de zorgvraag geeft een indruk van de benodigde uitbreiding van de capaciteit om aan de vraag te voldoen.

In het algemeen worden onder psycho-geriatrische aandoeningen alle psychische stoornissen verstaan die op oudere leeftijd optreden (GIGV, 1990). Het gaat daarbij niet alleen om dementie maar ook bijvoorbeeld depressies. Een ondubbelzinnige afbakening van de groep patiënten is niet mogelijk, maar voor het onderhavige doel lijkt het voldoende om te spreken over de groep ouderen met een

indicatie voor opname in een psycho-geriatriesch verpleeghuis of op een psycho-geriatriesche afdeling.

Om hoeveel patiënten gaat het? De scenariocommissie 'Geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg' heeft een schatting gemaakt van het aantal dementiepatiënten en spreekt over een toename van het aantal van 106.000 demente bejaarden in 1990 tot 126.000 in 2000 (STG, 1990d). Een andere vooruitberekening van het aantal patiënten met een psycho-geriatriesche aandoening vinden we in een onderzoek van het NZI naar de toename van de wachtlijstproblematiek (Gerritse, 1989). Er wordt vanuit gegaan dat het aantal patiënten van 25.900 in 1987 zal toenemen tot 31.600 in het jaar 2000. Hierbij gaat het om patiënten met een indicatie voor opname in een verpleeghuis. De Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GIGV) verwacht een nog sterkere toename van het aantal patiënten, voor wie opname noodzakelijk is tot 39.600 patiënten in het jaar 2000 (GIGV, 1990).

Niet alle patiënten zullen in een verpleeghuis opgenomen kunnen worden. Het aantal patiënten dat in 1987 op een wachtlijst stond voor opname in een psycho-geriatriesch verpleeghuis wordt door het NZI op 3.800 geschat. De wachttijd bedroeg gemiddeld 22 weken. Het is onbekend, hoeveel van deze patiënten in deze periode eerste-lijnszorg ontvingen. De ramingen voor het toekomstig aantal patiënten dat op een wachtlijst terecht komt, lopen uiteen van 7.700 tot 16.900 in het jaar 2000. Wanneer de bedden capaciteit conform de WZV-richtlijn tot 26.400 zou toenemen, dan zouden er in het jaar 2000 ongeveer 13.200 patiënten op opname wachten. De gemiddelde wachttijd is dan inmiddels opgelopen tot 55 weken. Hoe zal de vraag naar extra thuiszorg er voor deze patiënten uitzien?

Het is niet mogelijk om voor de psycho-geriatriesche patiënten een afzonderlijke schatting te maken van de betrokkenheid van de *huisarts* bij de zorgverlening in de week die aan de experimenten van de Ziekenfondsraad voorafging. Er zijn aanwijzingen dat psycho-geriatriesche patiënten in vergelijking met (terminale) kankerpatiënten minder vaak zorg ontvingen. De experimentele fase duurde voor psycho-geriatriesche patiënten gemiddeld 28 dagen en in die tijd kregen de patiënten gemiddeld een maal per week een bezoek van de huisarts dat een kwartier duurde. Het zorgbeslag voor de huisarts

is voor deze patiëntencategorie dus veel lager dan voor terminale kankerpatiënten.

Hoe zal de zorgvraag voor de huisarts zich in de toekomst ontwikkelen? We mogen aannemen dat elk van de 13.200 patiënten die in het jaar 2000 op een wachtlijst staan, in aanmerking komt voor reguliere of extra thuiszorg. Het gaat tenslotte om zorgbehoefte oudere met een opname-indicatie. De periode waarin intensieve thuiszorg verleend wordt, is beperkt tot een maximum van drie maanden. Deze periode kon nog eens met drie maanden verlengd worden, maar de behoefte daaraan bleek gering. De gemiddelde zorgduur voor psycho-geriatrische patiënten bedroeg 28 dagen. Aangenomen mag worden dat elk van de patiënten die op opname wacht, gemiddeld tenminste 4 van de 55 weken intensieve thuiszorg zal ontvangen. Wanneer het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen in het jaar 2000 tot 7.500 toegenomen zal zijn, dan komt de intensieve thuiszorg voor de huisarts neer op nog geen twee patiënten per jaar die vier maal bezocht moeten worden. Per huisarts gaat het dus om zeven visites per jaar extra.

Van de periode die aan de experimenten voorafging, is alleen bekend wat alle patiënten gezamenlijk aan hulp van *wijkverpleging* en *gezinsverzorging* kregen. Het zorggebruik tijdens de experimenten kan wel naar diagnose onderverdeeld worden. In tabel 6 is het verschil in zorggebruik voorafgaand en tijdens de experimenten weergegeven. In het reeds genoemde onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden worden bij dementie-patiënten gemiddeld vijf bezoeken per twee weken afgelegd die gemiddeld een half uur duren (Vorst-Thijssen e.a., 1990).

In vergelijking met de zorg voor kankerpatiënten is de zorg van de wijkverpleging voor psycho-geriatrische patiënten geringer van omvang. De gezinsverzorging is echter veel langduriger bij de zorg van deze categorie patiënten betrokken dan voor de kankerpatiënten het geval was.

Tabel 6 Aantal bezoeken en tijdsbesteding per week van de wijkverpleging en de gezinsverzorging voorafgaand aan en tijdens de experimenten (vooraf: alle patiënten, tijdens: alleen psycho-geriatrische patiënten).

	vooraf	tijdens
wijkverpleging	6-7 bezoeken per week 5-6 uur per week	8 bezoeken per week 32 uur per week
gezinsverzorging	3-5 bezoeken per week 8-11,5 uur per week	7 bezoeken per week 34 uur per week
totaal verpleging en verzorging	13-17 uur	66 uur

Bron: Ramakers e.a., 1991; Tjadens e.a., 1991.

Hoeveel thuiszorg moet er in de toekomst extra geboden worden? Evenals in de berekeningen voor de toename van de zorg van de huisarts, gaan we er voor de wijkverpleging en de gezinsverzorging vanuit dat in het jaar 2000 alle patiënten op de wachtlijst een periode van intensieve thuiszorg zullen doormaken en dat deze periode gelijk is aan de gemiddelde duur van de thuiszorg in de experimenten van de Ziekenfondsraad. Het aantal patiënten zal tussen 1987 en 2000 met de factor drie-en-half toenemen. Voor de wijkverpleging betekent de intensieve thuiszorg een vier maal zo grote zorgvraag. Om in het jaar 2000 intensieve thuiszorg voor psycho-geriatrische patiënten te realiseren zal met een zorgvraag rekening gehouden moeten worden die veertien keer zo groot is als in 1987. Voor de gezinsverzorging bedraagt de zorgvraag het twaalfvoudige van de geschatte zorgvraag van 1987.

De toename van de zorgvraag is slechts voor een beperkt deel toe te schrijven aan de toename van het aantal patiënten (een stijging van ongeveer 20% in tien jaar). De toename van het aantal patiënten op de wachtlijst en de omvang van de zorgverlening leggen veel meer gewicht in de schaal.

Conclusies en discussie

In deze bijlage is voor twee categorieën patiënten een schatting gemaakt van de toename in de zorgvraag voor de periode 1990-2000. Voor zowel de terminale kankerpatiënten als de psycho-geriatrische patiënten geldt dat de toename in de zorgvraag maar voor een klein deel aan de vergrijzing en de verandering in het voorkomen van de verschillende ziektebeelden kan worden toegeschreven. Het aantal

terminale kankerpatiënten zal met ongeveer 8,5% toenemen en voor de psycho-geriatrische patiënten bedraagt de toename van het aantal dementie-patiënten ongeveer 20%. Belangrijker voor de toename van de zorgvraag zijn de sociaal-culturele ontwikkelingen en de veranderende verhouding tussen intra- en extramurale zorg die thuiszorg respectievelijk wenselijk danwel noodzakelijk maken. Hierdoor zal het aantal terminale kankerpatiënten dat thuis wil of kan sterven met ongeveer 70% toenemen en het aantal patiënten op de wachtlijst voor opname in een psycho-geriatrisch verpleeghuis zelfs verdriedvoudigen. De grootste invloed op de toename van de zorgvraag is echter af te leiden uit de benodigde hoeveelheid zorg, zoals deze met name uit de experimenten van de Ziekenfondsraad valt af te leiden. De benodigde zorg is niet voor alle disciplines gelijk. Wat aan de experimenten opvalt is dat vooral voor de wijkverpleging en de gezinsverzorging de extra thuiszorg een zware belasting vormt. Er worden bijna hele werkweken bij de patiënt thuis doorgebracht. Hierbij vergeleken is de toename van de zorg voor de huisarts gering te noemen: de huisarts zal gemiddeld een tot vier keer per week bij de patiënt een visite afleggen. Het gelijkstellen van één (uitgespaarde) verpleegdag aan één visite door de huisarts lijkt dan ook een overschatting van de zorgbehoefte (Elberse e.a., 1988). Naast de huisarts, de wijkverpleging en de gezinsverzorging blijken er nauwelijks andere eerstelijnsdisciplines bij de zorgverlening betrokken te zijn.

Wanneer we de morbiditeitsveranderingen, de sociaal-culturele veranderingen, de verschuivingen binnen het zorgsysteem en de kennelijk benodigde extra zorg combineren, dan kunnen we ons afvragen of de verlening van thuiszorg op het geschetste niveau in de toekomst mogelijk is. Het lijkt realistisch om aan te nemen dat de wens en de noodzaak van extra thuiszorg zullen blijven bestaan, maar dat de hoeveelheid zorg per patiënt noodgedwongen achter zal blijven bij hetgeen in de experimenten geboden werd.

Bijlage 5 Gebruik dat wordt gemaakt van thuiszorgdisciplines per bevolkingscategorie, 1981-1988

Tabel 1 Percentage personen met contact met de huisarts in drie maanden voor een aantal bevolkingscategorieën

bevolkingscategorieën	mannen	N	vrouwen	N
0-4 jaar	43,5	2342	39,0	2243
5-19 jaar	24,4	8699	31,1	8310
20-54 jaar, gezondheid goed	27,4	16385	43,5	15205
20-54 jaar, gezondh. minder goed, alleen, opleiding laag	65,8	168	75,9	120
20-54 jaar, gez. minder goed, alleen, opl. midden en hoog	57,8	119	67,5	160
20-54 jaar, gezondheid minder goed, samen	58,8	2343	71,1	2731
55-74 jaar, gezondheid goed	35,4	3695	43,1	4136
55-74 jaar, gezondheid minder goed, alleen	67,1	244	74,2	706
55-74 jaar, gezondheid minder goed, samen	63,4	1825	69,3	1845
75 jaar eo., gezondheid goed	43,3	712	54,7	1250
75 jaar eo., gezondheid minder goed, alleen	74,4	133	77,6	611
75 jaar eo., gezondheid minder goed, samen	66,4	412	73,6	495

Tabel 2 Percentage personen met contact met de huisarts in een jaar voor een aantal bevolkingscategorieën

bevolkingscategorieën	mannen	N	vrouwen	N
0-4 jaar	75,9	2347	72,3	2249
5-19 jaar	55,6	8724	62,9	8332
20-54 jaar, gezondheid goed	61,9	16433	80,2	15240
20-54 jaar, gezondh. minder goed, alleen, opleiding laag	84,2	168	95,3	121
20-54 jaar, gez. minder goed, alleen, opl. midden en hoog	89,4	119	93,1	161
20-54 jaar, gezondheid minder goed, samen	87,0	2353	93,5	2738
55-74 jaar, gezondheid goed	64,0	3709	72,6	4155
55-74 jaar, gezondheid minder goed, alleen	84,5	246	93,5	711
55-74 jaar, gezondheid minder goed, samen	88,5	1832	90,7	1855
75 jaar eo., gezondheid goed	70,6	714	82,4	1254
75 jaar eo., gezondheid minder goed, alleen	92,1	134	93,2	615
75 jaar eo., gezondheid minder goed, samen	87,0	415	90,5	498

Bron: CBS-Gezondheidsenquête 1981-1988.

Tabel 3 Gemiddeld aantal contacten met de huisarts in een jaar voor een aantal bevolkingscategorieën

bevolkingscategorieën	mannen	N	vrouwen	N
0-4 jaar	4,0	2347	3,7	2249
5-19 jaar	2,0	8724	2,5	8332
20-54 jaar, gezondheid goed	2,1	16433	3,7	15240
20-54 jaar, gezondh. minder goed, alleen, opleiding laag	8,5	168	9,3	121
20-54 jaar, gez. minder goed, alleen, opl. midden en hoog	5,9	119	6,1	161
20-54 jaar, gezondheid minder goed, samen	6,3	2353	8,7	2738
55-74 jaar, gezondheid goed	2,9	3709	3,3	4155
55-74 jaar, gezondheid minder goed, alleen	8,2	246	6,8	711
55-74 jaar, gezondheid minder goed, samen	6,2	1832	7,1	1855
75 jaar eo., gezondheid goed	3,5	714	4,3	1254
75 jaar eo., gezondheid minder goed, alleen	9,7	134	8,1	615
75 jaar eo., gezondheid minder goed, samen	7,2	415	7,5	498

Tabel 4 Percentage personen met contact met de specialist in drie maanden voor een aantal bevolkingscategorieën

bevolkingscategorieën	mannen	N	vrouwen	N
0-4 jaar	18,8	2332	14,1	2236
5-19 jaar	13,8	8679	14,8	8304
20-54 jaar, gezondheid goed	11,1	16379	16,3	15177
20-54 jaar, gezondh. minder goed, alleen, opleiding laag	48,2	166	39,8	120
20-54 jaar, gez. minder goed, alleen, opl. midden en hoog	47,6	119	45,7	159
20-54 jaar, gezondheid minder goed, samen	38,8	2341	42,6	2719
55-74 jaar, gezondheid goed	18,4	3695	18,7	4130
55-74 jaar, gezondheid minder goed, alleen	43,4	245	46,4	708
55-74 jaar, gezondheid minder goed, samen	47,5	1826	47,0	1845
75 jaar eo., gezondheid goed	23,1	712	21,8	1249
75 jaar eo., gezondheid minder goed, alleen	43,9	133	40,6	613
75 jaar eo., gezondheid minder goed, samen	41,8	409	43,0	494

Bron: CBS-Gezondheidsenquête 1981-1988.

Tabel 5 Percentage personen met contact met de specialist in een jaar voor een aantal bevolkingscategorieën

bevolkingscategorieën	mannen	N	vrouwen	N
0-4 jaar	34,6	2347	29,7	2249
5-19 jaar	29,9	8724	30,6	8332
20-54 jaar, gezondheid goed	26,1	16433	36,2	15240
20-54 jaar, gezondh. minder goed, alleen, opleiding laag	65,0	168	62,0	121
20-54 jaar, gez. minder goed, alleen, opl. midden en hoog	71,3	119	71,7	161
20-54 jaar, gezondheid minder goed, samen	61,7	2353	65,3	2738
55-74 jaar, gezondheid goed	37,5	3709	37,1	4155
55-74 jaar, gezondheid minder goed, alleen	64,1	246	68,1	711
55-74 jaar, gezondheid minder goed, samen	70,7	1832	67,9	1855
75 jaar eo. gezondheid goed	44,4	714	43,7	1254
75 jaar eo. gezondheid minder goed, alleen	58,1	134	62,9	615
75 jaar eo. gezondheid minder goed, samen	62,3	415	59,3	498

Tabel 6 Gemiddeld aantal contacten met de specialist in een jaar voor een aantal bevolkingscategorieën

bevolkingscategorieën	mannen	N	vrouwen	N
0-4 jaar	1,2	2347	1,0	2249
5-19 jaar	1,1	8724	1,1	8332
20-54 jaar, gezondheid goed	1,0	16433	1,3	15240
20-54 jaar, gezondh. minder goed, alleen, opleiding laag	6,0	168	4,2	121
20-54 jaar, gez. minder goed, alleen, opl. midden en hoog	5,7	119	7,0	161
20-54 jaar, gezondheid minder goed, samen	4,0	2353	4,6	2738
55-74 jaar, gezondheid goed	1,3	3709	1,5	4155
55-74 jaar, gezondheid minder goed, alleen	4,5	246	3,5	711
55-74 jaar, gezondheid minder goed, samen	4,1	1832	4,5	1855
75 jaar eo. gezondheid goed	1,7	714	1,5	1254
75 jaar eo. gezondheid minder goed, alleen	3,4	134	3,0	615
75 jaar eo. gezondheid minder goed, samen	3,5	415	3,8	498

Bron: CBS-Gezondheidsenquête 1981-1988.

Tabel 7 Percentage personen met contact met een fysiotherapeut in een jaar voor een aantal bevolkingscategorieën

bevolkingscategorieën	mannen	N	vrouwen	N
0-4 jaar	2,4	2337	0,9	2240
5-19 jaar	4,1	8701	3,5	8317
20-54 jaar, gezondheid goed	8,1	16397	8,5	15199
20-54 jaar, gezondh. minder goed, alleen, opleiding laag	18,6	165	21,3	121
20-54 jaar, gez. minder goed, alleen, opl. midden en hoog	14,2	117	27,0	161
20-54 jaar, gezondheid minder goed, samen	23,9	2341	25,4	2730
55-74 jaar, gezondheid goed	8,3	3701	10,9	4138
55-74 jaar, gezondheid minder goed, alleen	14,6	242	22,6	707
55-74 jaar, gezondheid minder goed, samen	17,1	1832	24,5	1853
75 jaar eo. gezondheid goed	6,8	713	10,9	1253
75 jaar eo. gezondheid minder goed, alleen	11,0	134	20,5	614
75 jaar eo. gezondheid minder goed, samen	11,3	415	18,3	494

Tabel 8 Mediaan aantal contacten met de fysiotherapeut voor personen die in het voorgaande jaar contact met een fysiotherapeut hebben gehad (N = 1752)

bevolkingscategorieën	mediaan	N
0-4 jaar	4,5	12
5-19 jaar	12	137
20-54 jaar, gezondheid goed	12	795
20-54 jaar, gezondh. minder goed, alleen, opleiding laag	15	170
20-54 jaar, gez. minder goed, alleen, opl. midden en hoog	12	42
20-54 jaar, gezondheid minder goed, samen	15	187
55-74 jaar, gezondheid goed	12	198
55-74 jaar, gezondheid minder goed	12	151
75 jaar eo. gezondheid goed	12	30
75 jaar eo. gezondheid minder goed	24	30

Bron: CBS-Gezondheidsenquête 1981-1988.

Tabel 9 **Percentage personen met contact met een wijkverpleegkundige in een jaar voor een aantal bevolkingscategorieën**

bevolkingscategorieën	mannen	N	vrouwen	N
0-4 jaar	4,3	2333	4,2	2238
5-19 jaar	0,2	8688	0,3	8308
20-54 jaar, gezondheid goed	0,2	16386	2,7	15185
20-54 jaar, gezondh. minder goed, alleen, opleiding laag	3,9	165	2,0	121
20-54 jaar, gez. minder goed, alleen, opl. midden en hoog	1,7	117	1,7	161
20-54 jaar, gezondheid minder goed, samen	1,3	2340	3,4	2718
55-74 jaar, gezondheid goed	0,7	3698	0,8	4138
55-74 jaar, gezondheid minder goed, alleen	5,6	242	7,7	705
55-74 jaar, gezondheid minder goed, samen	3,1	1828	4,8	1849
75 jaar eo. gezondheid goed	2,5	714	5,7	1252
75 jaar eo. gezondheid minder goed, alleen	13,8	134	13,3	610
75 jaar eo. gezondheid minder goed, samen	8,2	412	13,6	496

Tabel 10 **Percentage personen met contact met het algemeen maatschappelijk werk in een jaar voor een aantal bevolkingscategorieën**

bevolkingscategorieën	mannen	N	vrouwen	N
0-4 jaar	0,2	2333	0,1	2237
5-19 jaar	0,4	8688	0,5	8309
20-54 jaar, gezondheid goed	0,6	16381	0,8	15175
20-54 jaar, gezondh. minder goed, alleen, opleiding laag	6,2	167	16,8	121
20-54 jaar, gez. minder goed, alleen, opl. midden en hoog	1,8	117	4,2	161
20-54 jaar, gezondheid minder goed, samen	2,7	2339	5,2	2714
55-74 jaar, gezondheid goed	0,3	3698	0,3	4135
55-74 jaar, gezondheid minder goed, alleen	6,6	243	6,8	708
55-74 jaar, gezondheid minder goed, samen	0,9	1826	2,8	1847
75 jaar eo. gezondheid goed	0,9	713	2,7	1248
75 jaar eo. gezondheid minder goed, alleen	9,8	134	7,7	609
75 jaar eo. gezondheid minder goed, samen	0,9	410	1,9	492

Bron: CBS-Gezondheidsenquête 1981-1988.

Tabel 11 Percentage personen met contact met de gezinszorg in een jaar voor de verschillende bevolkingscategorieën van 20 jaar en ouder, geschat m.b.v. logistische regressie (N = 9521)

bevolkingscategorieën	mannen/vrouwen	
	%	N
0-4 jaar	1,5	664
5-19 jaar	0,5	2649
*)	% mannen	% vrouwen
20-54 jaar, gezondheid goed	0,6	1,9
20-54 jaar, gezondh. minder goed, alleen, opleiding laag	2,1	6,4
20-54 jaar, gez. minder goed, alleen, opl. midden en hoog	1,5	4,6
20-54 jaar, gezondheid minder goed, samen	1,7	5,4
55-74 jaar, gezondheid goed	3,6	2,1
55-74 jaar, gezondheid minder goed, alleen	14,2	14,4
55-74 jaar, gezondheid minder goed, samen	2,3	6,3
75 jaar eo. gezondheid goed	7,7	4,6
75 jaar eo. gezondheid minder goed, alleen	27,1	27,5
75 jaar eo. gezondheid minder goed, samen	5,0	13,2

*) geen N voor de afzonderlijke bevolkingscategorieën.

Bron: Patiëntenquête Nationale Studie.