

## ONDERZOEK IN HET KORT

### De zorg in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van morgen

Met het verschijnen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) is de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking op unieke wijze gedocumenteerd.<sup>1</sup> Naast een uitvoerige beschrijving van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking verschaft de VTV ook projecties van de meest prevalentie en de meest incidentie aandoeningen in Nederland. Op basis van die projecties komt men tot de conclusie dat het totaal aantal personen met ziekten en aandoeningen, speciaal de langdurige ziekten die vooral op oudere leeftijd voorkomen, in de periode 1990 tot 2010 met 25-40% zal zijn gestegen.

Doorrekening van de effecten voor de gezondheidszorg viel buiten de opdracht gesteld aan de VTV-onderzoekers. Projecties van het zorggebruik zijn wel gemaakt, maar daarin is alleen rekening gehouden met de demografische ontwikkeling<sup>2,3</sup> of de trend in het zorggebruik.<sup>4,5</sup> Een verbinding tussen epidemiologische projectie van aandoeningen en het daaruit resulterend zorggebruik is echter nog niet gelegd.

In deze bijdrage wordt die stap wél gemaakt door, uitgaande van bestaande demografische en epidemiologische projecties, het via de huisartspraktijk gegenereerde zorgbeslag door te rekenen voor het jaar 2010. De huisartspraktijk biedt een goede ingang om het zorgbeslag door te rekenen omdat:

- door de poortwachtersrol ook zicht wordt verkregen op het gebruik van andere voorzieningen (specialist, fysiotherapeut, medicijnen, diagnostiek);
- het zorgbeslag in de huisartspraktijk te koppelen is aan morbiditeit (de door de huisarts gestelde diagnose) en aan de populatie (de bij de huisarts ingeschreven patiënten).

### Methodie

Gegevens voor de gepleegde exercities zijn ontleend aan de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk<sup>6</sup>, aangevuld met ramingen van de toekomstige omvang en samenstelling van de bevolking van het CBS en van de toekomstige prevalentie van aandoeningen uit de VTV.

De Nationale Studie verschaft (voor 1987/1988) landelijk representatieve gegevens over aantal contacten met de huisarts, aanvragen laboratoriumdiagnostiek, voorschriften en kosten van medicijnen, verwijzingen naar de specialist en de fysiotherapeut. Deze aantallen zijn te specificeren naar leeftijds/geslachts categorie in de populatie en naar morbiditeitscategorie (als gediagnostiseerd door de huisarts en gecodeerd met de International Classification of Primary Care).

Er zijn vier toekomstprojecties doorgerekend:

- 1 Demografische projectie alle aandoeningen. Uitgegaan is hierbij van de bevolkingsprognose volgens de CBS-middenvariant.<sup>7,8</sup> Daarop is een doorrekening uitgevoerd onder de veronderstelling dat het leeftijd- en ge-

slachtspecifiek zorggebruik gelijk blijft.

- 2 Demografische projectie 10 meest prevalentie aandoeningen VTV: gewrichtslijtage, CARA, slechthorendheid, eczeem, suikerziekte, depressie, hartinfarct, staar, beroerte en dementie. Uitgegaan is hier van de in de VTV voorziene groei van deze 10 aandoeningen op grond van de demografische ontwikkeling. Ook hier is doorgerekend onder de veronderstelling dat het leeftijd- en geslachtspecifiek zorggebruik per aandoening gelijk blijft.

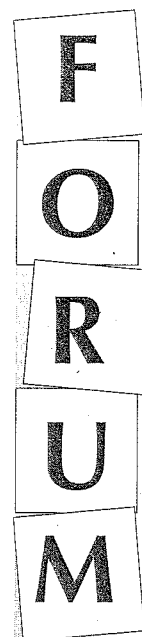
- 3 Epidemiologische projectie 10 VTV aandoeningen, lage variant. Een zelfde doorrekening als onder 2, alleen is nu uitgegaan van de laagste epidemiologische projecties uit de VTV. Voor drie van de tien aandoeningen verschilt deze van de demografische: bij suikerziekte (54% groei in plaats van 31,5%), bij beroerte (25,1% groei in plaats van 34,9%) en hartinfarct (de VTV voorziet hier een geringere groei dan 34,2% in plaats van 38,9%, bij de berekening is uitgegaan van 10% minder groei, dus 24,2%);

- 4 Epidemiologische projectie 10 VTV aandoeningen, hoge variant. Idem als onder 3, maar nu voor de hoogste epidemiologische projecties van de VTV. Deze verschilt van de voorgaande bij CARA (waar uitgegaan wordt van een 32,7% groei, 10% meer dan demografisch verwacht) en hartinfarct (uitgegaan wordt hier van een toename van 34,2%).

### Resultaten

De resultaten van de exercities zijn gepresenteerd in de tabel. Bezien we eerst de demografische projectie voor alle aandoeningen samen, dan krijgen we zicht op de effecten van de vergrijzing op het totale zorggebruik. De totale bevolkingsgroei wordt voor deze periode geraamd op 12%. We zien dat het aantal spreekuurcontacten in de huisartspraktijk ongeveer gelijke tred houdt met de bevolkingsgroei. De overige verrichtingen groeien allemaal sneller. Ongeveer twee keer zo snel dan de bevolking groeien de kosten van medicijnen en het aantal huisvisites van de huisarts. Dat is begrijpelijk want het zijn met name de chronisch zieke ouderen bij wie veel medicijnen worden voorgeschreven en bij wie de huisarts visites aflegt.

De tweede projectie laat zien met hoeveel procent het zorggebruik toeneemt van de 10 meest prevalentie aandoeningen uit de VTV onder de aanname dat de leeftijd/geslachtspecifieke prevalentiecijfers van deze aandoeningen gelijk blijven. De 10 meest prevalentie aandoeningen komen vooral bij ouderen voor, waardoor de prevalentie sterker groeit dan de bevolking. Dat weerspiegelt zich in een snellere groei van het zorggebruik van deze aandoeningen in vergelijking tot alle aandoeningen



FORUM staat open voor ingezonden commentaren, korte rapportages van onderzoek, bijdragen uit de praktijk, verslagen van bijeenkomsten, boekrecensies, aankondigingen en berichten. Het gewenste aantal woorden bedraagt 400 voor ingezonden brieven, recensies en congresverslagen, en 800 voor overige bijdragen. De redactie behoudt zich het recht voor inzendingen te redigeren en/of te bekorten. Alle kopij, met uitzondering van korte aankondigingen, dient te worden aangeboden op diskette en in tweevoud op papier.

gen samen. Het is naast de huisvisites vooral het aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut dat snel zal groeien.

In de beide epidemiologische projecties van de VTV wordt een snellere groei verwacht van suikerziekte dan in de demografische projecties en een minder snelle groei van de prevalentie van beroerte.

In de lage variant groeit ook het aantal mensen met een hartinfarct minder snel dan verwacht. Niettemin zien we onder de lage variant van de epidemiologische projectie een snellere groei van het zorgbeslag dan onder de demografische projectie. Dat is met name het geval bij het aantal aanvragen voor laboratoriumdiagnostiek en de kosten van medicijnen. Kennelijk wordt het extra gebruik vanwege de snellere groei van het aantal diabeten niet gecompenseerd door een minder snelle groei van het aantal beroertes en hartinfarcten.

In de hoge variant wordt een iets snellere groei van het aantal hartinfarcten voorzien (maar nog altijd minder dan demografisch verwacht) en een sneller dan demografisch verwachte groei van het aantal CARA-patiënten. We zien dat dit leidt tot een toename van het zorgbeslag over de hele linie van twee tot vijf procent.

#### Discussie

Het zorgbeslag neemt als gevolg van de demografische ontwikkeling circa anderhalf keer sneller toe dan de bevolking. Het aantal huisartsvisites en de kosten van medicijnen nemen zelfs twee keer zo snel toe dan de bevolking. Het aantal spreekuurcontacten van de huisarts neemt nauwelijks sterker toe dan de bevolking.

De contactfrequenties van de 10 meest prevalentie aandoeningen uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning nemen aanzienlijk sneller toe dan de bevolking als geheel. Zowel onder de hoge als onder de lage variant van de epidemiologische raming ruim twee keer zo snel. Dit betekent een sterk groeiende aanslag op de zorg voor deze 10 aandoeningen, wat nog wordt versterkt doordat de leeftijdsamenstelling van mensen met een aandoening verandert c.q. vergrijst. Bij elkaar leidt dit er toe dat het zorgbeslag van de 10 meest prevalentie aandoeningen twee tot drie keer sneller groeit dan de bevolking. De kosten van medicijnen, de aanvragen van laboratorium diagnostiek en de huisvisites van de huisarts nemen het snelst toe en het aantal spreekuurcontacten met de huisarts het minst.

De gemaakte projecties kunnen verder worden verbeterd als gebruik gemaakt zou kunnen worden van tijdreeksen. Landelijk representatieve gegevens waarin het zorgbeslag gekoppeld is aan morbiditeit zijn echter alleen beschikbaar vanuit eenmalige registraties. Trends in bijvoorbeeld het voorschrijven of verwijzen kunnen daardoor niet worden doorgerekend. Een andere omissie in de gebruikte gegevens is dat met het verwijscijfer wel de toestroom naar de tweede lijn kan worden doorgerekend, maar dat zicht op de vervolgcosten ontbreekt.

Ondanks deze beperkingen blijkt het met gegevens waarin zorgbeslag is gekoppeld aan gespecificeerde aandoeningen mogelijk om een verbinding te leggen tussen gezondheidsbeleid en gezondheidszorgbeleid. Het voorstellen om in een volgende VTV de gevolgen van ziekte voor het zorgsysteem een plaats te geven<sup>9</sup> zal de gebruikswaarde ervan voor het gezondheidszorgbeleid, toch eigenlijk de hoofdstroom in het VWS-beleid, dan ook aanzienlijk vergroten.

**D.H. de Bakker, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht**

#### Literatuur

- 1 RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning: de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Den Haag: SDU, 1993.
- 2 Bergh Jeths A van den, Poos MJJC, Hulshof JAM, Jager JC. De invloed van de bevolkingsontwikkeling op ziekte last en zorgvoorzieningen. Utrecht: Jan van Arkel, 1992.
- 3 Roijien L van, Koopmanschap MA, Bonneux L. Kosten van ziekten. Ned Tijdschr Geneesk 1992;136:74-80.
- 4 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- 5 Beer J de, Visser H. Effecten van toekomstige demografische ontwikkelingen op medische consumptie. Maandstatistiek Bevolking (CBS) 1994;3:22-9.
- 6 Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991;34:51-60.
- 7 Beer J de. Bevolkingsprognose 1991: methoden, veronderstellingen en uitkomsten. Maandstatistiek Bevolking (CBS) 1991;12:29-40.

**Tabel** Geraamd groeipercentage 1990-2010 voor vier toekomstprojecties

	Alle aandoeningen Demografische projectie	10 meest prevalentie aandoeningen VTV	
		Demografische projectie	Epidemiologische projecties Laag Hoog
Huisartscontacten	15,3	22,7	25,6 28,4
Spreekuur	12,8	19,5	23,1 25,5
Visite	25,6	31,8	33,0 36,8
Aanvragen laboratoriumdiagnostiek	16,7	27,0	37,5 39,3
Voorschriften medicijnen	20,2	23,9	28,2 32,5
Kosten medicijnen	24,9	26,3	34,9 40,0
Verwijzingen specialist	17,0	25,9	27,6 31,0
Verwijzingen fysiotherapie	17,6	31,6	30,5 33,2
Contacten zonder kosten	15,7	25,7	30,3 32,4

8 Bevolkingsprognose 1994. Maandstatistiek Bevolking (CBS) 1995;1:24.

9 Haveman HB, Hulshof JAM, Sangster B. Volksgezondheidsbeleid post-VTV. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1994;72:157-9.

## OPLEIDING

### BESLUIT CSG NO. 1 – 1996 OPLEIDINGSEISEN VOOR DE HOOFDSTROOM ARBEID EN GEZONDHEID

Het College voor Sociale Geneeskunde, in vergadering bijeen op 12 februari 1996;

*gezien* het voorstel van de besturen van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde; *in aanmerking nemende* dat de ledenvergaderingen van bovengenoemde verenigingen op respectievelijk 12 april 1995 en 27 april 1995 hun instemming hebben betuigd met voorgestelde opleidingseisen, respectievelijk het Bestuur dan wel de (gemengde) werkgroep gemandateerd hebben het voorstel voor aanbieding aan het CSG te voltooien;

*overwegende* dat op 12 september 1994 van kracht is geworden Besluit CSG no. 1 – 1994, dat de opleidingen in de sociale geneeskunde indeelt in de hoofdstromen 'occupational medicine' en 'community medicine'; dat het College voor Sociale Geneeskunde op 10 november 1995 besloot de hoofdstroom occupational medicine vooralsnog aan te duiden als 'arbeid en gezondheid'; dat gestreefd wordt naar één opleidingsmodel waarbij voor alle functies en velden die tot de hoofdstroom behoren voldoende kennis en praktijkervaring kan worden opgedaan, wat ertoe kan leiden dat in de toekomst alle opleidingsvormen betrekking hebbend op de hoofdstroom arbeid en gezondheid tot eenzelfde inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen van de KNMG leiden;

dat voorlopig echter, totdat een dergelijk opleidingsmodel van kracht zal zijn, bij inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen aantekening zal worden gehouden van de specifieke deskundigheid waarop tijdens de praktijkscholing en in profielmodulen de nadruk heeft gelegen, terwijl daarnaast inschrijving in het register zonder aantekening mogelijk is;

dat het dientengevolge noodzakelijk is vast te stellen aan welke eisen en onderwijsdoelstellingen de opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid dient te beantwoorden; dat vastgesteld moet worden aan welke criteria de theoretische en praktische opleiding moet beantwoorden om in aanmerking te kunnen komen voor een deskundigheidsprofiel-aantekening;

dat tevens het moment bepaald dient te worden waarop de vigerende opleidingen in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en die in de verzekeringsgeneeskunde, neergelegd in de Besluiten van het CSG no. 1 – 1991 respectievelijk no. 1 – 1985, dienen te vervallen;

*gehoord* de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie;

*gelet* op de artikelen 1057 lid 2 en 1058 van het Huishoudelijk Reglement van de Koninklijke Nederlandsche maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

*heeft besloten* de Besluiten CSG no. 1 – 1991 voor de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en CSG no. 1 – 1985 voor de verzekeringsgeneeskunde vervallen te verklaren onder gelijktijdige vaststelling van de navolgende bepalingen voor de opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid.

#### Algemeen

##### Artikel 1

Op de opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid zijn de bepalingen van toepassing van Besluit CSG no. 1 – 1983, houdende algemene eisen te stellen aan de opleiding van sociaal-geneeskundigen, alsmede de uitgangspunten van Besluit CSG no. 1 – 1994 dat de sociale geneeskunde indeelt in twee hoofdstromen, een en ander voor zover daarvan in het onderstaande niet wordt afge-  
weken.

#### Bijzondere eisen

(gebaseerd op de algemene eisen van Besluit CSG no. 1 – 1983 en op de uitgangspunten van Besluit CSG no. 1 – 1994. De verwijzingen 'Ad' duiden op de betreffende bepalingen in Besluit CSG no. 1 – 1983.)

##### Artikel 2

*Ad A.1.:* De opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid is gericht op het bereiken van de onderwijsdoelstellingen die als addendum onderdeel van dit Besluit uitmaken en bestaat uit verplichte modulen voor elk opleidingsprogramma, welke samen met modulen die bepaald worden door het profiel en met keuzemodulen het cursorisch gedeelte van de opleiding vormen, alsmede uit praktijkscholing en stages.

##### Artikel 3

###### Ad 1.a.:

– De sociaal-geneeskundige in opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid dient tijdens de opleiding een scriptie met literatuurstudie te maken over een zelfstandig verricht onderzoek naar keuze op het terrein van de arbeid en gezondheid, vastgesteld in overleg met de cursusleiding.

– De literatuurstudie maakt een herkenbaar en wezenlijk onderdeel van de scriptie uit.

– De SGRC kan, gehoord de cursusleiders, nadere criteria voor de scriptie vaststellen.

##### Artikel 4

###### Ad A:

De duur van de opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid bedraagt vier jaar en leidt tot registratie als sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid 'zonder deskundigheidsprofiel-aantekening', dan wel met aantekening van het deskundigheidsprofiel 'bedrijfsarts' of het deskundigheidsprofiel 'adviserend verzekeringarts'.

###### Ad A.2.a.:

– Het cursorisch gedeelte omvat ten minste 575 contacturen, waarvan ten minste de helft gericht is op het realiseren van de voor de opleiding arbeid en gezondheid verplichte onderwijsdoelstellingen.