

Gezondheid en zorg in cijfers
2008

Verklaring van tekens

.	= gegevens ontbreken
*	= voorlopig cijfer
x	= geheim
–	= nihil
–	= (indien voorkomend tussen twee getallen) tot en met
0 (0,0)	= het getal is kleiner dan de helft van de gekozen eenheid
niets (blank)	= een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
2006–2007	= 2006 tot en met 2007
2006/2007	= het gemiddelde over de jaren 2006 tot en met 2007
2006/'07	= oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz., beginnend in 2006 en eindigend in 2007
2004/'05–2006/'07	= oogstjaar, boekjaar enz., 2004/'05 tot en met 2006/'07

In geval van afronding kan het voorkomen dat het weergegeven totaal niet overeenstemt met de som van de getallen.

Colofon

Uitgever

Centraal Bureau voor de Statistiek
Henri Faasdreef 312
2492 JP Den Haag

Prepress

Centraal Bureau voor de Statistiek
Facilitair Beheer

Druk

OBT bv, Den Haag

Omslag

TelDesign, Rotterdam

Inlichtingen

Tel. (088) 570 70 70
Fax (070) 337 59 94
Via contact formulier:
www.cbs.nl/infoservice

Bestellingen

E-mail: verkoop@cbs.nl
Fax (045) 570 62 68

Internet

www.cbs.nl

Prijs: € 17,35 (excl. administratie- en verzendkosten)
ISBN: 978-90-357-1243-0
ISSN:1871-6156

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen, 2008.
Verveelvoudiging is toegestaan, mits het CBS als bron wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Doel en opzet van de publicatie	7
Artikelen	
1. Hoogopgeleiden leven lang en gezond	9
2. Meer, maar kortere ziekenhuisopnamen	21
3. De gezondheid van Nederlandse kinderen	35
4. Gehandicaptenzorg groeit sterk	51
5. Vier van de tien 80-plussers gebruiken geen AWBZ-zorg	63
6. Ligduur en overleving na een heupfractuur	73
7. Zorg is banenmotor van Nederland	89
Tabellen	
Tabellenindex	98
A. Gezondheidstoestand	100
B. Leefstijl	112
C. Zorggebruik	116
D. Zorgaanbod	124
Lijst met afkortingen	133
Aan deze publicatie werkten mee	135

Voorwoord

Voor u ligt de vierde editie van *Gezondheid en zorg in cijfers*. In deze publicatie doet het CBS verslag van ontwikkelingen op het terrein van de statistieken over gezondheid en zorg.

Enkele opvallende resultaten in deze publicatie zijn:

- Een hogere opleiding betekent dubbele winst: een langer leven én meer jaren in goede gezondheid. Hoogopgeleide mensen leven 6 à 7 jaar langer dan laagopgeleide mensen. Het verschil in het aantal levensjaren waarin mensen de gezondheid als goed ervaren, bedraagt zelfs 16 à 19 jaar.
- De gemiddelde ligduur bij (klinische) ziekenhuisopnamen is in de afgelopen 25 jaar gehalveerd. Het totale aantal ziekenhuisopnamen is met 60 procent toegenomen. Per saldo hebben meer, maar kortere opnamen geleid tot een gestage daling van het totale aantal ligdagen tussen 1981 en 2001. Sindsdien blijft het totale aantal ligdagen ongeveer constant.
- Het volume van de gehandicaptenzorg is in de periode 2000–2007 met gemiddeld 5,9 procent per jaar gegroeid. Vooral de zorg zonder verblijf is hard gegroeid, met 15,6 procent per jaar. Deze groei kan voor een deel worden toegeschreven aan de sterke toename van de persoonsgebonden budgetten.
- Kinderen van niet-westerse allochtone herkomst hebben een minder goede fysieke gezondheid dan autochtone kinderen. Verder blijkt de psychosociale gezondheid van kinderen van rokende ouders minder goed te zijn dan die van kinderen wier ouders niet roken. Kinderen uit éénoudergezinnen hebben een minder goede psychosociale gezondheid dan kinderen uit tweeoudergezinnen.

Het thema Gezondheid, Welzijn en Zorg is één van de speerpunten in het huidige Meerjarenprogramma van het CBS. Dat betekent meer nadruk op het integreren van de verschillende cijfers over gezondheid en op de analyse van verbanden tussen gezondheid- en zorgcijfers enerzijds en demografische en sociaaleconomische gegevens anderzijds. Het hoofdstuk over het AWBZ-zorggebruik van 80-plussers is hier een voorbeeld van. Ook wordt het steeds beter mogelijk om de gezondheid en het zorggebruik van personen te volgen in de tijd. Het hoofdstuk over hoe het verder gaat met mensen na een eerste heupfractuur is daar een illustratie van.

Het samenstellen van consistente lange tijdreeksen is een ander speerpunt van het CBS. Op het terrein van de gezondheid(szorg) heeft dit onder andere geleid tot een lange tijdreeks over ziekenhuisopnamen, waaraan een hoofdstuk is gewijd in deze publicatie. Daarnaast zal binnenkort ook een lange tijdreeks over de gezonde levensverwachting gepubliceerd worden. In het kielzog van dit project zijn ook cijfers beschikbaar gekomen over de relatie tussen opleiding en (gezonde) levensverwachting, die in deze publicatie gepresenteerd worden.

De cijfers van het CBS over het zorgaanbod zijn verder uitgebreid. De hoofdstukken over de volumegroei in de gehandicaptenzorg en over het arbeidsvolume in de zorg zijn daar een resultaat van.

Ten slotte besteedt het CBS in deze publicatie aandacht aan de gezondheidstoestand van kinderen. Op basis van onze gezondheidsenquête kan het voorkomen van lang- en kortdurende aandoeningen gevolgd worden en kan het verband met demografische en leefstijlfactoren in beeld gebracht worden.

Ik hoop dat u deze publicatie met veel belangstelling zult lezen en dat de inhoud u meer inzicht biedt in de gezondheid en zorg in Nederland.

De Directeur-Generaal van de Statistiek

Drs. G. van der Veen

Doel en opzet van de publicatie

Doel van de publicatie

Het doel van deze publicatie is tweërlei. In de eerste plaats wil het CBS nieuwe statistieken belichten op een uitgebreidere en diepgaandere wijze dan mogelijk is in een technische toelichting op een tabel of in een kort webartikel. Het tweede doel is om beleidsmakers en onderzoekers op het terrein van gezondheid en welzijn te tonen wat de nieuwe toepassingsmogelijkheden zijn van het statistische materiaal dat het CBS verzamelt.

De hoeveelheid statistisch materiaal is de afgelopen jaren al fors toegenomen en zal de komende jaren nog verder groeien. Daarnaast worden bestanden steeds meer aan elkaar gekoppeld, zowel van verschillende (zorg-)sectoren als van verschillende jaren. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld zorgketens in beeld gebracht worden en kan de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van personen en groepen geanalyseerd worden. Het wordt daarmee in toenemende mate mogelijk om een samenhangend statistisch beeld van gezondheid en zorg in Nederland te geven.

Opzet van de publicatie

Deze publicatie bestaat uit een artikelen- en tabellendeel. De artikelen hebben een *capita selecta* karakter. Elk artikel staat op zichzelf en de volgorde van artikelen is willekeurig. Net als in de vorige edities van deze publicatie is er veel aandacht voor onderwerpen waarover het CBS nieuwe of sterk verbeterde cijfers heeft.

De set tabellen, achterin de publicatie, bevat minstens één tabel voor elk deelonderwerp waarover het CBS cijfers publiceert. De totale set kan dus gezien worden als een samenvatting van wat het CBS op dit moment te bieden heeft. Bij elke tabel wordt aangegeven wat er op StatLine, de database van het CBS op internet, nog meer te vinden is over hetzelfde onderwerp.

Ten opzichte van de vorige editie van *Gezondheid en zorg in cijfers* is een aantal nieuwe tabellen opgenomen:

- Gezonde levensverwachting (tabel A12);
- Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering, mannen 0–60 jaar (tabel C6);
- Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering, vrouwen 0–60 jaar (tabel C7);
- AWBZ-gefinancierde zorg met verblijf (tabel C8);
- AWBZ-gefinancierde zorg zonder verblijf (tabel C9).

De tabellen over productie, exploitatie en personeel van zorginstellingen (tabellen D7 en D8) zijn vernieuwd, omdat de statistieken over deze onderwerpen dit jaar ingrijpend zijn verbeterd, onder andere door het beschikbaar komen van de digitale jaardocumenten van (groepen van) ondernemingen die geheel of gedeeltelijk gefinancierd worden via de Zorgverzekeringswet en de AWBZ.

1. Hoogopgeleiden leven lang en gezond

Een hogere opleiding betekent dubbele winst: een langer leven én meer jaren in goede gezondheid. Hoogopgeleide mensen leven 6 à 7 jaar langer dan laagopgeleide mensen. Het verschil in het aantal levensjaren waarin mensen de gezondheid als goed ervaren, bedraagt zelfs 16 à 19 jaar.

Inleiding

Van oudsher wordt de levensverwachting gebruikt als samenvattende maat voor de volksgezondheid. Hieruit wordt in één oogopslag duidelijk hoe groot de gezondheidswinst is die in de afgelopen eeuw is geboekt. De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte van Nederlandse mannen nam in die periode met ruim 25 jaar toe, en die van vrouwen met bijna 28 jaar. Deze groei is voor een groot deel toe te schrijven aan de sterk verbeterde kwaliteit van de gezondheidszorg (RIVM, 2006). Voor tal van ziektes is het overlijdensrisico dan ook afgenomen (CBS (a)). De keerzijde hiervan is dat zowel het aantal als het aandeel chronisch zieken is toegenomen (CBS (b)).

Levensverwachting is een goede maat voor de kwaliteit van de volksgezondheid in een plaats en tijd waar veel ziektes leiden tot sterfte, maar de bruikbaarheid ervan daalt wanneer de overlevingskansen toenemen. De levensverwachting geeft op zichzelf immers geen informatie over de gezondheidstoestand waarin de gewonnen levensjaren worden doorgebracht. Door gegevens over levensverwachting te combineren met informatie over gezondheid, is in de jaren zeventig een aanvullende maat ontwikkeld voor de volksgezondheid: de gezonde levensverwachting (Robine en Romieu, 1998).

Inmiddels zijn er voor veel Europese landen, waaronder Nederland (Knoops, 2007; CBS (c)), cijfers beschikbaar gekomen over gezonde levensverwachting en de mate waarin mannen en vrouwen hierin verschillen. Hoewel het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen een belangrijke pijler vormt van het Nederlandse gezondheidsbeleid, stelden de beschikbare gegevens het CBS tot dusverre niet in staat om naast gezondheidsverschillen ook sociaaleconomische verschillen in gezonde levensverwachting structureel in kaart te brengen. Wel zijn door anderen op basis van longitudinaal onderzoek schattingen gemaakt van deze verschillen (Van Herten e.a., 2002). Dit hoofdstuk beschrijft de eerste resultaten van een nieuwe methode om de gezonde levensverwachting naar sociaaleconomische status te berekenen.

Method

De berekening van gezonde levensverwachting vraagt naast bevolkings- en sterftecijfers om informatie over de gezondheid van de bevolking. Gezondheid kan in dit verband op meerdere manieren worden gedefinieerd. In dit hoofdstuk staan drie van deze definities centraal, met de volgende criteria:

1. afwezigheid van lichamelijke beperkingen;
2. afwezigheid van chronische ziektes;
3. als goed ervaren gezondheid (Knoops, 2007).

Definitie gezondheid

De gegevens over het percentage personen in de bevolking met lichamelijke beperkingen en over het percentage personen met chronische ziektes zijn afkomstig uit de module Gezondheid van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS). De vraag naar ervaren gezondheid is opgenomen in de basisvragenlijst van POLS.

Personen zijn als lichamelijk beperkt geclassificeerd als ze hebben aangegeven minstens één van onderstaande activiteiten niet, of alleen met veel moeite, te kunnen uitvoeren:

1. Kunt u een gesprek volgen in een groep van 3 of meer personen (zo nodig met hoorapparaat)?
2. Kunt u met één andere persoon een gesprek voeren (zo nodig met hoorapparaat)?
3. Zijn uw ogen goed genoeg om de kleine letters in de krant te kunnen lezen (zo nodig met bril of contactlenzen)?
4. Kunt u op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen (zo nodig met bril of contactlenzen)?
5. Kunt u een voorwerp van 5 kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas, 10 meter dragen?
6. Kunt u, als u rechtop staat, bukken en iets van de grond oppakken?
7. Kunt u 400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan (zo nodig met stok)?

De aandoeningen die zijn gebruikt voor de berekening van het percentage personen met één of meer chronische ziektes, zijn geselecteerd op basis van hun invloed op de kwaliteit van leven en op sterfte. Het gaat hierbij om astma/COPD/longemfyseem, hartaandoeningen, hoge bloeddruk, ernstige darmstoornissen, suikerziekte, chronische rugklachten, reumatische aandoeningen/gewrichtslijtage, migraine en kanker. Personen worden gezien als chronisch ziek indien zij aangeven te lijden aan één of meer van deze aandoeningen.

Voor het berekenen van het percentage personen dat hun gezondheid als minder dan goed ervaart, is gebruik gemaakt van een enkele vraag over ervaren gezondheid. Iemand die deze vraag met 'zeer goed' of 'goed' beantwoordt, wordt als gezond geïnclassificeerd; iemand die 'gaat wel', 'slecht' of 'zeer slecht' als antwoord geeft, wordt als ongezond geïnclassificeerd.

Mensen kunnen op basis van vele kenmerken, zoals opleidingsniveau, inkomen, beroepsklasse, buurtkenmerken en gezinssamenstelling, in categorieën worden ingedeeld. Samen geven deze kenmerken een sterke indicatie van iemands sociaaleconomische positie. In de praktijk is het echter niet haalbaar om rekening te houden met alle factoren die aan de sociaaleconomische positie ten grondslag liggen, en zal men zich tevreden moeten stellen met een benadering op basis van één of enkele kenmerken. Opleidingsniveau, inkomen en beroepsklasse worden hiervoor het meest gebruikt (Melzer e.a., 2001).

In dit hoofdstuk wordt het hoogst behaalde opleidingsniveau als indicator gebruikt voor sociaaleconomische positie. Opleidingsniveau heeft als groot voordeel dat het voor elk individu kan worden bepaald. Ook verandert het opleidingsniveau vanaf jongvolwassen leeftijd doorgaans nog maar weinig en is het daardoor minder gevoelig voor veranderingen in gezondheid dan inkomen of beroepsklasse. Bovendien is het gebruik van inkomen of beroepsklasse vaak problematisch bij ouderen, omdat zij niet meer werkzaam zijn en hun inkomens relatief homogeen zijn (Melzer e.a., 2001). Voor kinderen tot 15 jaar is het hoogst behaalde opleidingsniveau van de hoogstopgeleide ouder gebruikt om de sociaaleconomische positie te bepalen.

Het opleidingsniveau is ingedeeld in de volgende vier groepen:

- lager onderwijs;
- lager voortgezet onderwijs (vbo, mavo, vmbo);
- hoger voortgezet onderwijs (mbo, havo, vwo);
- hoger onderwijs (hbo, universiteit).

Levensverwachting naar opleidingsniveau

De Gemeentelijke Basisadministratie persoonsgegevens (GBA) vormt in Nederland de bron van bevolkings- en sterftecijfers. Het CBS publiceert op basis hiervan onder meer cijfers over de levensverwachting naar geslacht en leeftijd. Het is echter niet mogelijk om uitsluitend op basis van GBA-gegevens de levensverwachting naar sociaaleconomische positie te berekenen, omdat de GBA per individu slechts informatie bevat over geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en geboorteland. Enquêtes bevatten daarentegen juist veel informatie over sociaaleconomische persoonskenmerken, terwijl informatie over eventueel overlijden uiteraard ontbreekt. Het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS biedt de

mogelijkheid om enquêtegegevens te verrijken met informatie uit registraties. Van geënquêteerde personen kan zo worden achterhaald of, en zo ja wanneer, zij zijn overleden. Bovendien kan andere persoonsinformatie dan die waarover de GBA beschikt worden achterhaald.

De Enquête Beroepsbevolking (EBB) is momenteel met ongeveer 100 duizend respondenten per jaar de grootste CBS-enquête. Deze enquête bevat naast informatie over arbeid en beroep ook gegevens over het opleidingsniveau. Voor de jaren 1997–2005 is op microniveau een koppeling gemaakt tussen de EBB en de GBA. Zo kon het opleidingsniveau van 33 392 van de in totaal 1 251 602 tussen 1997 en 2005 overleden personen worden achterhaald. Door de respondenten te stratificeren op basis van het hoogst behaalde opleidingsniveau, konden per opleidingsniveau leeftijdsspecifieke sterftekansen worden berekend. Hierbij wordt de basisbevolking niet gevormd door de totale Nederlandse bevolking, maar door alle respondenten van de EBB samen ¹⁾. De sterftekansen zijn vervolgens toegepast in de berekening van levensverwachting naar opleidingsniveau.

Noot in de tekst

¹⁾ Hoewel de EBB zich voornamelijk richt op de potentiële beroepsbevolking (personen van 15–65 jaar), zijn er ook gegevens van kinderen en ouderen beschikbaar. De steekproeftrekking van de EBB is zodanig opgezet dat ook personen ouder dan 65 jaar in aanmerking komen voor deelname. Hierbij is wel sprake van undersampling; er worden minder ouderen in de steekproef opgenomen dan er verhoudingsgewijs in de bevolking aanwezig zijn.

Zoals gezegd zijn voor de schatting van gezonde levensverwachting gegevens benodigd over zowel gezondheid als sterfte. Met behulp van de zogenoemde Sullivan-methode (Jagger, 2006; Knoops, 2007) kan men de levensverwachting opdelen in gezonde en ongezonde levensjaren. In eerste instantie wordt de levensverwachting geschat, in dit geval op basis van de EBB. Door vervolgens rekening te houden met de prevalenties van ongezondheid, zoals geschat op basis van de POLS-enquête, wordt de levensverwachting opgesplitst in een gezond en een ongezond deel. In dit artikel is deze berekeningswijze toegepast voor mannen en vrouwen, per leeftijdsklasse en sociaaleconomische groep. Voor een gedetailleerde beschrijving van de methode wordt verwezen naar Kardal en Lodder (2008).

Resultaten

Hoger geschoolden leven langer

In de periode 1997–2005 gold voor mannen in Nederland een gemiddelde levensverwachting bij de geboorte van 76,0 jaar. Voor vrouwen was dit 81,1 jaar (staat 1.1).

De levensverwachting blijkt echter niet alleen afhankelijk te zijn van geslacht, maar ook, en zelfs in sterkere mate, van sociaaleconomische positie. In de periode 1997–2005 bedroeg de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte voor mannen met alleen lager onderwijs 72,2 jaar, tegen 79,1 jaar voor mannen met hoger onderwijs. De verschillen in levensverwachting naar opleidingsniveau waren voor vrouwen kleiner, maar nog steeds aanzienlijk: 78,1 jaar voor vrouwen met alleen lager onderwijs, tegen 83,8 jaar voor vrouwen met hoger onderwijs.

De verschillen in levensverwachting tussen mannen en vrouwen worden kleiner naarmate het opleidingsniveau hoger is. Vrouwen die uiteindelijk een lager onderwijsniveau zullen bereiken, hebben bij de geboorte een voorsprong van 5,9 jaar op hun mannelijke leeftijdsgenoten; voor het hoger onderwijs is deze voorsprong 4,7 jaar.

Ook op hogere leeftijd blijven de sociaaleconomische verschillen in levensverwachting bestaan. In relatief opzicht worden ze zelfs groter. De levensverwachting van mannen met hoger onderwijs is bij de geboorte 9,5 procent hoger dan die van mannen met lager onderwijs. Op 65-jarige leeftijd is de levensverwachting van mannen met hoger onderwijs zelfs 26,3 procent hoger. Ook bij vrouwen worden de sociaaleconomische verschillen in levensverwachting groter met de leeftijd; het voordeel dat vrouwen met hoger onderwijs hebben neemt toe van 7,3 procent bij de geboorte tot 17,9 procent op 65-jarige leeftijd.

Ook meer jaren in goede gezondheid voor hoogopgeleiden

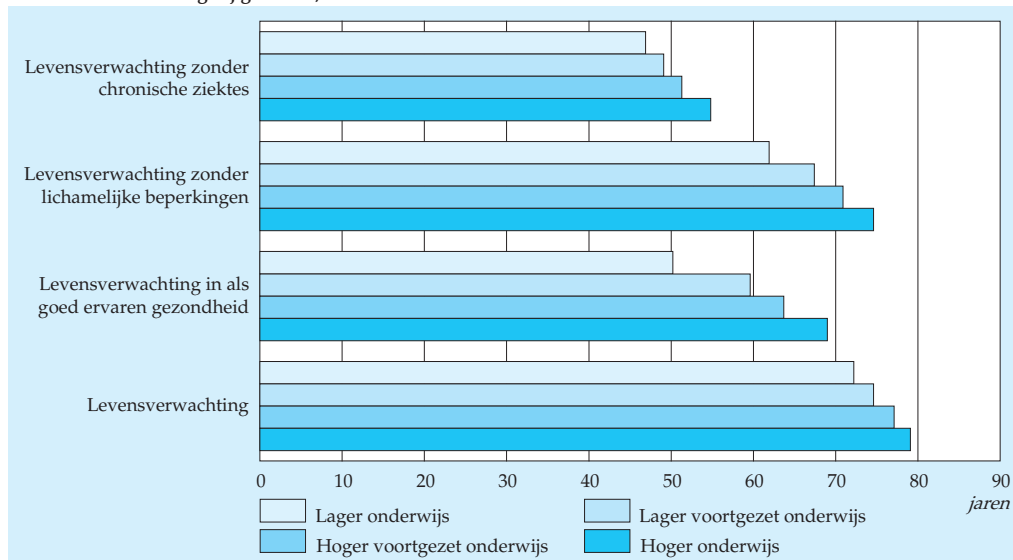
Mensen met een hogere opleiding hebben niet alleen een hogere levensverwachting dan leeftijdsgenoten met een lagere opleiding, ze brengen bovendien meer jaren door in goede gezondheid. Zo hebben mannen die uiteindelijk een hoger opleidingsniveau zullen bereiken bij de geboorte uitzicht op 74,6 jaren zonder beperkingen (ruim 94 procent van hun leven), tegen slechts 61,9 jaren voor mannen met een laag opleidingsniveau (86 procent van hun leven).

Staat 1.1
Levensverwachting naar opleidingsniveau, 1997–2005

	Mannen			Vrouwen		
	geboorte	30 jaar	65 jaar	geboorte	30 jaar	65 jaar
	<i>jaren</i>					
Hoger onderwijs	79,1	49,9	17,5	83,8	54,3	21,4
Hoger voortgezet onderwijs	77,1	48,0	16,3	83,7	54,3	21,8
Lager voortgezet onderwijs	74,6	45,9	15,0	81,1	52,1	20,1
Lager onderwijs	72,2	43,8	13,9	78,1	49,3	18,2
Totaal	76,0	47,1	15,6	81,1	51,8	19,6

Bron: CBS.

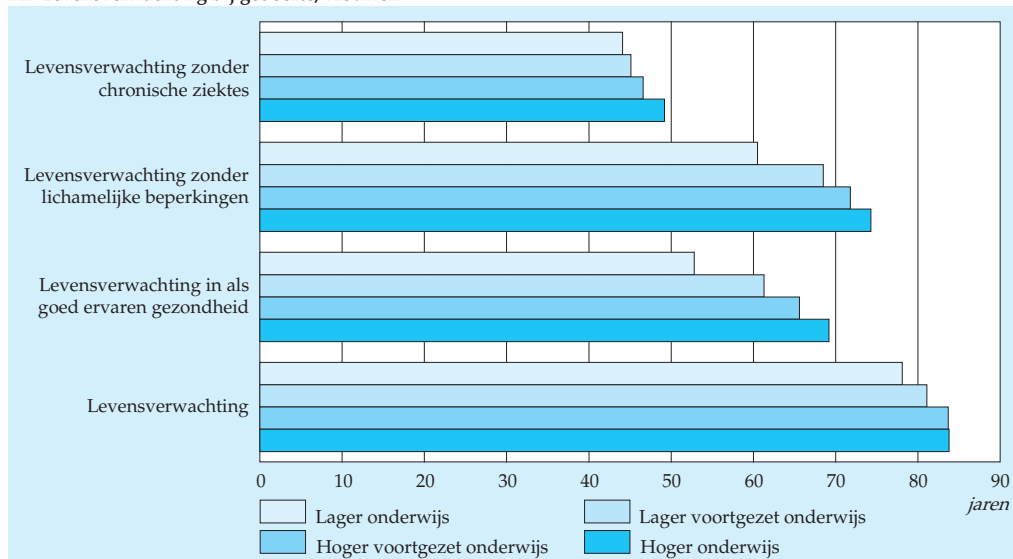
1.1 Levensverwachting bij geboorte, mannen



Bron: CBS.

Wat opvalt, is dat vrouwen weliswaar een hogere levensverwachting hebben dan mannen, maar dat het aantal gezonde levensjaren voor mannen en vrouwen vrijwel gelijk is. Voor vrouwen is het aantal jaren zonder chronische ziektes zelfs kleiner dan voor mannen. Vrouwen hebben dus een hogere levensverwachting dan mannen, maar hun extra levensjaren worden met gezondheidsbeperkingen door-

1.2 Levensverwachting bij geboorte, vrouwen



Bron: CBS.

gebracht. Dit patroon is zichtbaar bij alle opleidingsniveaus en blijft ook op latere leeftijd bestaan.

De sociaaleconomische verschillen in gezonde levensverwachting zijn het grootst voor de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid (18,8 jaar bij mannen en 16,4 jaar bij vrouwen) en de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen (12,7 en 13,8 jaar). Mannen met een hoge opleiding leven echter 'slechts' 7,9 jaar langer zonder chronische ziektes dan mannen met een lage opleiding; bij vrouwen is dit 5,1 jaar. In vergelijking met de sociaaleconomische kloof in levensverwachting (staat 1.1) voegt de prevalentie van chronische ziektes slechts weinig toe aan de sociaaleconomische ongelijkheid in levensverwachting bij de geboorte voor mannen en vrouwen (respectievelijk 1,0 en 0,6 jaar).

Dat de sociaaleconomische kloof in gezonde levensverwachting niet voor alle drie gezondheidsdefinities even groot is, kan verschillende oorzaken hebben. Zo is de prevalentie van chronische ziektes in dit artikel de resultante van een scala aan aandoeningen. De sociaaleconomische verschillen in het hebben van één of meer chronische ziektes zijn relatief klein, waardoor ook de sociaaleconomische verschillen in levensverwachting zonder chronische ziektes klein zijn. Echter, juist de sterk beperkende ziektes, zoals hartaandoeningen, rugklachten en reumatische aandoeningen, komen vaker voor bij laagopgeleiden (Nusselder e.a., 2005). Dit gegeven

Staat 1.2
Gezonde levensverwachting naar opleidingsniveau, 1997-2005

	LV in als goed ervaren gezondheid		LV zonder lichamelijke beperkingen		LV zonder chronische ziektes	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
<i>jaren</i>						
Geboorte						
Hoger onderwijs	69,0	69,2	74,6	74,3	54,8	49,2
Hoger voortgezet onderwijs	63,7	65,6	70,9	71,8	51,3	46,6
Lager voortgezet onderwijs	59,6	61,3	67,4	68,5	49,1	45,1
Lager onderwijs	50,2	52,8	61,9	60,5	46,9	44,1
30 jaar						
Hoger onderwijs	41,3	41,9	45,5	45,0	29,5	25,0
Hoger voortgezet onderwijs	36,6	38,9	41,9	42,9	26,5	23,4
Lager voortgezet onderwijs	33,3	35,9	39,1	40,1	25,3	22,6
Lager onderwijs	26,3	26,8	34,2	32,8	22,5	19,6
65 jaar						
Hoger onderwijs	12,8	14,4	14,4	14,1	7,1	6,4
Hoger voortgezet onderwijs	10,2	13,1	12,4	13,5	6,3	6,0
Lager voortgezet onderwijs	9,2	11,4	11,0	12,1	6,0	5,5
Lager onderwijs	7,2	8,1	9,3	9,0	5,3	5,0

Bron: CBS.

is terug te vinden in de prevalentie van lichamelijke beperkingen, zodat de kloof in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen duidelijk groter is dan die in levensverwachting zonder chronische ziektes. Bovendien zouden chronische ziektes bij hoogopgeleiden later of in mindere mate tot beperkingen kunnen leiden dan bij laagopgeleiden, bijvoorbeeld door betere zorg (Van Doorslaer e.a., 2006; Furler e.a., 2002).

Daarnaast is het zo dat laagopgeleiden vaker dan hoogopgeleiden een lichamelijke beperking van het bewegingsapparaat hebben. Bij maar liefst 73,4 procent van de laagopgeleiden met een lichamelijke beperking gaat het om een motorische beperking, terwijl dit bij de helft van de hoogopgeleiden het geval is. Dergelijke beperkingen leiden vaker dan beperkingen in horen of zien tot gevoelens van ongezondheid. Zo voelt driekwart van de mensen met een beperking van het bewegingsapparaat zich ongezond, tegen ongeveer de helft van de mensen met beperkingen van respectievelijk het gehoor of het gezichtsvermogen. Hiermee kan de grote sociaaleconomische ongelijkheid voor levensverwachting in als goed ervaren gezondheid deels worden verklaard.

Tot slot kunnen nog andere factoren worden genoemd die invloed hebben op de gezondheidstoestand en samenhangen met sociaaleconomische status. Mensen in de lagere sociaaleconomische klassen roken vaker, hebben vaker een ongezond voedingspatroon en voeren vaker lichamelijk zwaar werk uit. Dergelijke leefstijlfactoren houden zowel verband met een als slecht ervaren gezondheid als met een objectief slechtere gezondheid en een hogere sterftekans.

Discussie en conclusies

De totale en gezonde levensverwachting in Nederland nemen toe met het opleidingsniveau. Mensen met een hogere opleiding leven niet alleen langer dan mensen met een lagere opleiding, ze brengen ook een groter gedeelte van hun leven in goede gezondheid door. De winst van een hogere opleiding is dan ook tweeledig: enerzijds een langer leven, anderzijds meer jaren in goede gezondheid.

De hier gepresenteerde cijfers geven een indicatie van de aanzienlijke sociaaleconomische verschillen in (gezonde) levensverwachting, maar de werkelijke verschillen zijn waarschijnlijk nog groter. De cijfers zijn namelijk berekend op basis van enquêtegegevens. Zoals bij elke enquête is sprake van een bepaalde mate van non-respons. Bovendien zijn bewoners van instituten en tehuizen uitgesloten van deelname aan de gezondheidsenquête en de EBB. Uit eerder onderzoek is bekend dat zowel non-respondenten als instituutbewoners over het algemeen wat minder gezond zijn, en lager dan gemiddeld opgeleid (Dalstra e.a., 2005). De hier gepresenteerde cijfers komen echter vrij goed overeen met de resultaten uit eerder (longitudinaal) onderzoek (Van Hertem e.a., 2002).

Er kan een aantal kanttekeningen worden geplaatst bij het gebruik van opleidingsniveau als indicator van sociaaleconomische status. Nederland heeft sinds 1900 een leerplicht, die bovendien de laatste veertig jaar verscheidene malen is verlengd. Een belangrijk gevolg van een dergelijke verplichting is dat de jongere generatie per definitie hoger is opgeleid dan de oudere generatie. De bevolking wordt daardoor homogener wat betreft opleidingsniveau, waardoor opleiding als stratificerende variabele iets inboet aan geschiktheid (Winkleby e.a., 1992).

Daarnaast wordt de sociaaleconomische positie van kinderen geschat met behulp van het opleidingsniveau van de ouders. Dit is verdedigbaar onder de aanname dat de omgevingsfactoren en gezondheidsdeterminanten waaraan het kind wordt blootgesteld in sterke mate geassocieerd zijn met het opleidingsniveau van de ouders, dan wel dat er een gemeenschappelijke genetische component bestaat die bepalend is voor zowel gezondheid als sociaaleconomische positie (Mackenbach, 2005).

De in dit hoofdstuk beschreven methode biedt nieuwe en veelbelovende mogelijkheden om sociaaleconomische verschillen in (gezonde) levensverwachting in kaart te brengen. De varianties zijn relatief klein. Enerzijds heeft dit te maken met de omvang van de steekproef, anderzijds met het feit dat de varianties onderling sterk gecorreleerd zijn (Kardal en Lodder, 2008). Bovendien zullen de schattingen in de toekomst nauwkeuriger worden, omdat nieuwe EBB-jaargangen aan de GBA-gegevens kunnen worden gekoppeld. Hierdoor zal het ook mogelijk worden om trendmatige ontwikkelingen in sociaaleconomische verschillen in gezonde levensverwachting in kaart te brengen.

Literatuur

CBS (a). Historie Gezondheid, statline.cbs.nl.

CBS (b). Gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking, statline.cbs.nl.

CBS (c). Gemiddelde Gezonde Levensverwachting, statline.cbs.nl.

Dalstra JAA, Kunst AE, Borell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, Geurts JJM, Lahelma E e.a.. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: An overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34, 316–326.

Doorslaer E van, Masseria C & Koolman X (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*, 174, nr. 2, 177–183.

Furler JS, Harris E, Chondros P, Powell Davies PG, Harris MF & Young DYL (2002). The inverse care law revisited: Impact of disadvantaged location on accessing longer GP consultation times. *Medical Journal of Australia*, 177, 80–83.

Herten LM van, Oudshoorn K, Perenboom RJM, Mulder YM, Hoeymans N & Deeg DHJ (2002). *Gezonde levensverwachting naar sociaal-economische status*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

Jagger C, Cox B, Le Roy S & EHEMU (2006). *Health expectancy calculation by the Sullivan method: A practical guide*. Third Edition. EHEMU Technical Report September 2006.

Kardal M., Lodder BJH (2008) *De gezonde levensverwachting naar SES*, CBS.

Knoops, KTB (2007), *Langer leven is niet altijd gezonder leven*. In: Hilten, O. van, en A.M.H.M. Mares (red.), *Gezondheid en zorg in cijfers 2007*, blz. 71–80. Voorburg/Heerlen: CBS.

Mackenbach JP (2005). Genetics and health inequalities: Hypotheses and controversies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 268–273.

Melzer D, Izmirlian G, Leveille SG & Guralnik JM (2001). Educational differences in the prevalence of mobility disability in old age: The dynamics of incidence, mortality and recovery. *Journal of Gerontology*, 5, s294–s301.

Nusselder WJ, Looman CWN, Mackenbach JP, Huisman M, van Oyen, H, Deboosere P, Gadeyne S & Kunst AE (2005). The contribution of specific diseases to educational disparities in disability-free life expectancy. *American Journal of Public Health*, 95, nr. 11, 2035–2041.

RIVM (2006). *Wat betekent gezondheidszorg voor onze gezondheid?* In: Hollander, A.E.M. de, Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, J.A.M. van, en J.J. Polder (red.), *Zorg voor Gezondheid: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*, blz. 122–143. Bilthoven: RIVM.

Robine JM & Romieu I (1998). Healthy active ageing: Health expectancies at age 65 in the different parts of the world. REVES paper nr. 318.

Winkleby MA, Jatulis DE, Frank E & Fortmann SP (1992). Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, 82, nr. 6, 816–820.

Tabel 1.1
(Gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau, 1997-2005

	Levensverwachting (LV)		LV in als goed ervaren gezondheid		LV zonder lichamelijke beperkingen		LV zonder chronische ziektes									
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen								
	<i>jaren</i>	<i>std.</i>	<i>jaren</i>	<i>std.</i>	<i>jaren</i>	<i>std.</i>	<i>jaren</i>	<i>std.</i>								
Geboorte																
Hoger onderwijs	79,1	0,1	83,8	0,2	69,0	0,3	69,2	0,5	74,6	0,3	74,3	0,6	54,8	0,4	49,2	0,6
Hoger voortgezet onderwijs	77,1	0,1	83,7	0,1	63,7	0,3	65,6	0,4	70,9	0,2	71,8	0,4	51,3	0,3	46,6	0,5
Lager voortgezet onderwijs	74,6	0,1	81,1	0,1	59,6	0,3	61,3	0,4	67,4	0,3	68,5	0,3	49,1	0,4	45,1	0,4
Lager onderwijs	72,2	0,3	78,1	0,2	50,2	0,8	52,8	0,5	61,9	0,6	60,5	0,6	46,9	0,9	44,1	0,7
30 jaar																
Hoger onderwijs	49,9	0,1	54,3	0,2	41,3	0,3	41,9	0,5	45,5	0,3	45,0	0,6	29,5	0,4	25,0	0,6
Hoger voortgezet onderwijs	48,0	0,1	54,3	0,1	36,6	0,3	38,9	0,4	41,9	0,2	42,9	0,4	26,5	0,3	23,4	0,4
Lager voortgezet onderwijs	45,9	0,1	52,1	0,1	33,3	0,3	35,9	0,3	39,1	0,3	40,1	0,3	25,3	0,3	22,6	0,3
Lager onderwijs	43,8	0,1	49,3	0,1	26,3	0,4	26,8	0,3	34,2	0,4	32,8	0,4	22,5	0,4	19,6	0,4
65 jaar																
Hoger onderwijs	17,5	0,1	21,4	0,2	12,8	0,3	14,4	0,5	14,4	0,3	14,1	0,6	7,1	0,3	6,4	0,5
Hoger voortgezet onderwijs	16,3	0,1	21,8	0,1	10,2	0,2	13,1	0,4	12,4	0,2	13,5	0,4	6,3	0,3	6,0	0,4
Lager voortgezet onderwijs	15,0	0,1	20,1	0,0	9,2	0,2	11,4	0,3	11,0	0,2	12,1	0,3	6,0	0,3	5,5	0,3
Lager onderwijs	13,9	0,1	18,2	0,1	7,2	0,2	8,1	0,2	9,3	0,2	9,0	0,2	5,3	0,2	5,0	0,2

Bron: CBS.

2. Meer, maar kortere ziekenhuisopnamen

De gemiddelde ligduur per klinische opname voor mannen en vrouwen is in 25 jaar gehalveerd van 14 naar 7 dagen. Het totale aantal ziekenhuisopnamen is in die periode met 60 procent toegenomen. Dit komt vooral door een zeer sterke toename van het aantal dagbehandelingen, dat sinds 1984 is vernegenvoudigd. De trend van meer, maar kortere opnamen leidde tot een gestage daling van het totale aantal ligdagen tussen 1984 en 2001. Sinds 2001 is het totale aantal ligdagen ongeveer constant. De top 5 van diagnosegroepen met de meeste ziekenhuisopnamen is tussen 1993 en 2005 nauwelijks veranderd.

Inleiding

Sinds verslagjaar 1995 publiceert het CBS gegevens over ziekenhuisopnamen uit de Landelijke Medische Registratie (LMR) die gekoppeld zijn aan de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Door koppeling met de GBA is het mogelijk gegevens te publiceren over in het ziekenhuis behandelde personen (patiënt als teleenheid) en gegevens uit de GBA of andere registraties toe te voegen aan de LMR-data. Eerder gepubliceerde cijfers betreffen onder andere ziekenhuisopnamen naar herkomst (Verweij e.a., 2004), klinische prevalenties en incidenties (Verweij en De Bruin, 2005), sterfte binnen 1 jaar na eerste ziekenhuisopname (De Bruin e.a., 2005), ziekenhuisopnamen naar inkomen (Verweij en De Bruin, 2006) en combinaties van chronische ziekten ofwel comorbiditeit (Ploemacher e.a., 2007).

Het CBS heeft LMR-data over de periode 1981-2005 geanalyseerd om zo de ontwikkeling van het aantal ziekenhuisopnamen, het aantal ligdagen en de gemiddelde ligduur naar geslacht, leeftijd, diagnose en soort opname over een langere periode te kunnen beschrijven. Aangezien de GBA tot 1995 niet in digitale vorm bestond, zijn de cijfers in dit artikel berekend op opnameniveau (ziekenhuisopname als teleenheid) en niet op persoonsniveau. De LMR-gegevens zijn dus niet aan de GBA gekoppeld.

Er is gekozen voor startjaar 1981 omdat de dekking van de deelnemende ziekenhuizen toen voldoende was. Daarnaast speelde een rol dat tot 1981 de diagnoses gecodeerd werden volgens de Internationale Classificatie van Ziekten (ICD) versie 8. Vanaf 1981 wordt dit volgens de ICD-9 gedaan. In het eerste deel van dit artikel wordt nader ingegaan op de ontwikkelingen in het aantal ziekenhuisopnamen. Vervolgens worden ontwikkelingen in de ligduur en in het totale aantal ligdagen beschreven.

Methodie

De gegevens over ziekenhuisopnamen zijn ontleend aan de Landelijke Medische Registratie (Prismant/Dutch Hospital Data, Utrecht). De LMR is een vrijwel integrale registratie van ziekenhuisopnamen. In de LMR zijn de gegevens over ziekenhuisopnamen opgesplitst naar soort opname, d.w.z. klinische opnamen en dagbehandelingen. Dagbehandelingen of dagopnamen zijn opnamen voor geplande ingrepen, behandelingen of onderzoeken die binnen één dag kunnen worden afgerond. Klinische opnamen betreffen de overige ziekenhuisopnamen en duren meestal langer dan één dag. Gegevens over klinische opnamen zijn beschikbaar vanaf 1981. Poliklinische behandelingen ontbreken in de LMR.

Omdat het aantal ziekenhuizen dat diagnosegegevens over dagbehandelingen registreert vóór 1993 onvoldoende was, zijn gegevens over dagbehandelingen naar diagnose (en over het totale aantal opnamen) vanaf 1993 geanalyseerd (Van der Stegen, 2008).

Alle ziekenhuisopnamen van Nederlanders in een ziekenhuis in Nederland zijn geanalyseerd. Alleen astmacentra, revalidatiecentra en epilepsieklinieken zijn buiten beschouwing gelaten. De gegevens zijn onder meer uitgesplitst naar de hoofddiagnose van de ziekenhuisopname. Deze hoofddiagnosen zijn geregistreerd op basis van de ICD9-CM en ingedeeld volgens de indeling van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM (Slobbe e.a., 2004).

Elk jaar wordt een klein percentage van de ziekenhuisopnamen niet geregistreerd in de LMR. Vanaf 1995 heeft Prismant hiervoor gegevens bijgeschat. In dit artikel is gebruik gemaakt van deze bijgeschatte gegevens. Als een instelling van een bepaald verslagjaar vóór 1995 geen gegevens heeft aangeleverd, zijn gegevens voor deze instelling door het CBS bijgeschat waarbij het aantal opnamen is gebaseerd op het aantal ziekenhuisopnamen in het betreffende jaar zoals geregistreerd in de enquête 'Intramurale gezondheidszorg' (CBS en Prismant). De diagnoses behorend bij deze opnamen zijn bijgeschat op basis van de diagnoseverdeling van hetzelfde ziekenhuis een jaar eerder of later. Uitzonderingen zijn de kankerklinieken en oogziekenhuizen waarbij bijgeschat is uit ziekenhuisopnamen in voornamelijk academische ziekenhuizen voor vergelijkbare diagnoses. Hiervoor is gekozen omdat van deze instellingen gegevens soms meerdere jaren achter elkaar ontbreken.

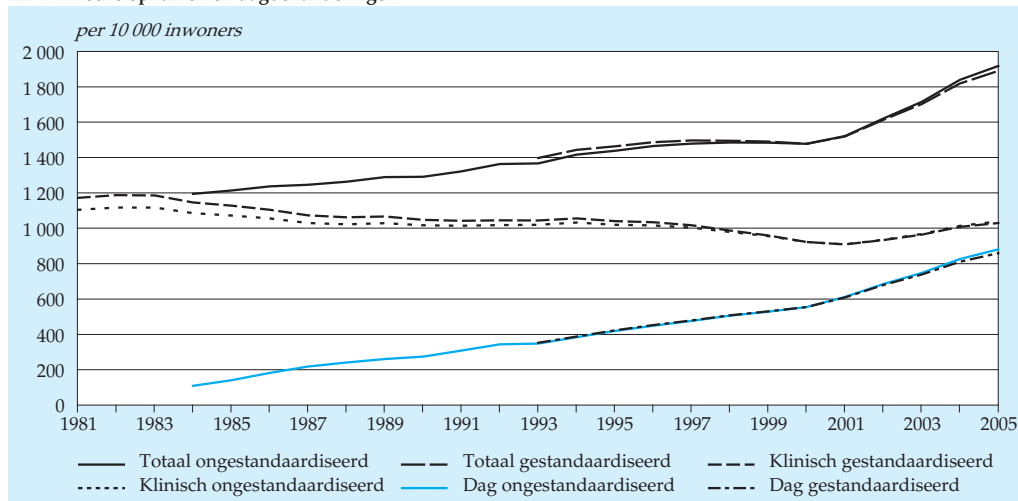
De gegevens worden weergegeven per 10 duizend inwoners en gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht van de bevolking in 2000. Dit zorgt ervoor dat de resultaten van de 25 jaren onderling goed te vergelijken zijn, en niet worden beïnvloed door de groei of samenstelling van de bevolking. Bij geslachtsspecifieke cijfers is naar de leeftijd van het betreffende geslacht gestandaardiseerd.

Resultaten

Sterke toename aantal dagbehandelingen

In 2005 waren er 1,7 miljoen klinische opnamen. Het aantal dagbehandelingen bedroeg ruim 1,4 miljoen. In 1984 waren dat er slechts 160 duizend. Dit betekent dat het aantal dagbehandelingen in ruim 20 jaar vernevenvoudigd is.

2.1 Klinische opnamen en dagbehandelingen ¹⁾



¹⁾ De trend voor dagopnamen en het totaal is voor de jaren 1984–1992 gebaseerd op cijfers uit de enquête Intramurale gezondheidszorg (CBS en Prismant).

Bron: CBS, Prismant.

Met gegevens uit de enquête 'Intramurale gezondheidszorg' (CBS en Prismant) kon de trendlijn voor dagbehandelingen en het totale aantal behandelingen voor de jaren 1984–1993 geëxtrapoléerd worden. De cijfers over de jaren 1984–1993 konden echter niet gestandaardiseerd worden voor leeftijd en geslacht. Voor klinische opnamen is er sprake van een licht dalende trend in de periode 1981–2000 en daarna van een stijging (figuur 2.1). Dagbehandelingen nemen van 1984 tot 2001 gestaag toe, waarna de stijging versnelt.

Tussen 1984 en 2005 is het totale aantal ziekenhuisopnamen met circa 60 procent gestegen. De ontwikkeling vanaf 1995 komt overeen met reeds eerder gesignaleerde ontwikkelingen bij het aantal personen met 1 of meer opnamen (Verweij en De Bruin, 2005), waarbij de sterke toename vanaf 2001 onder andere wordt toegeschreven aan het wegwerken van wachtlijsten.

Vanaf 1993 zijn het totale aantal ziekenhuisopnamen en de dagbehandelingen naar diagnosehoofdgroep te volgen. Voor klinische opnamen geldt dit vanaf 1981. Omdat waarschijnlijk bij enkele diagnosegroepen vervanging plaatsvindt van klini-

sche opnamen door dagbehandelingen is het belangrijk naar de ontwikkeling van zowel de dagbehandelingen, klinische opnamen als het totale aantal ziekenhuisopnamen te kijken. Voor de onderscheiden diagnosehoofdgroepen is het aantal ziekenhuisopnamen naar soort opname weergegeven in staat 2.1.

Staat 2.1
Ziekenhuisopnamen naar diagnosehoofdgroep en soort opname per 10 duizend inwoners

Diagnosehoofdgroep	Klinische opnamen			Dagbehandelingen		Totaal	
	1981	1993	2005	1993	2005	1993	2005
Alle oorzaken	1 172	1 044	1 029	353	860	1 397	1 890
Infectieuze en parasitaire ziekten	15	14	14	3	5	16	19
Nieuwvormingen	104	100	94	29	93	129	187
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	8	9	9	5	16	15	26
Endocriene-, voedings-, en stofwisselingsziekten	28	22	19	3	10	24	29
Psychische stoornissen	20	15	13	0	4	15	17
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	65	66	28	57	148	123	176
Ziekten van hart- en vaatstelsel	140	163	147	14	49	177	195
Ziekten van de ademhalingsorganen	92	73	72	40	41	112	113
Ziekten van de spijsverteringsorganen	107	91	89	15	51	106	140
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	17	12	10	4	25	16	35
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	98	97	74	54	118	152	192
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	109	63	55	31	42	94	97
Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	83	73	96	7	27	80	123
Aandoeningen van de perinatale periode	20	37	47	0	0	37	48
Aangeboren afwijkingen	17	11	9	5	7	17	16
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	58	55	92	14	63	70	155
Ongevalsletsels en vergiftigingen	78	73	82	5	12	78	94
Andere contacten met gezondheidsdiensten	111	71	79	63	149	134	228

Bron: CBS, Prismant.

Tussen 1993 en 2005 is het totale aantal opnamen met 35 procent gestegen, van 1 397 naar 1 890 per 10 duizend inwoners (staat 2.1). Deze stijging hangt vooral samen met de sterke toename in het aantal dagbehandelingen in deze periode. Wat opvalt bij het totaal is dat de vijf hoofdgroepen van diagnoses die in 1993 verantwoordelijk waren voor de meeste ziekenhuisopnamen, dit in 2005 ook nog steeds zijn. Alleen is de volgorde iets gewijzigd. In 1993 vonden de meeste opnamen plaats voor hart- en vaatziekten, in 2005 vanwege 'andere contacten met gezondheidsdiensten' (dit betreft o.a. gezonde levendgeborenen in het ziekenhuis en contacten vanwege radio- en chemotherapie).

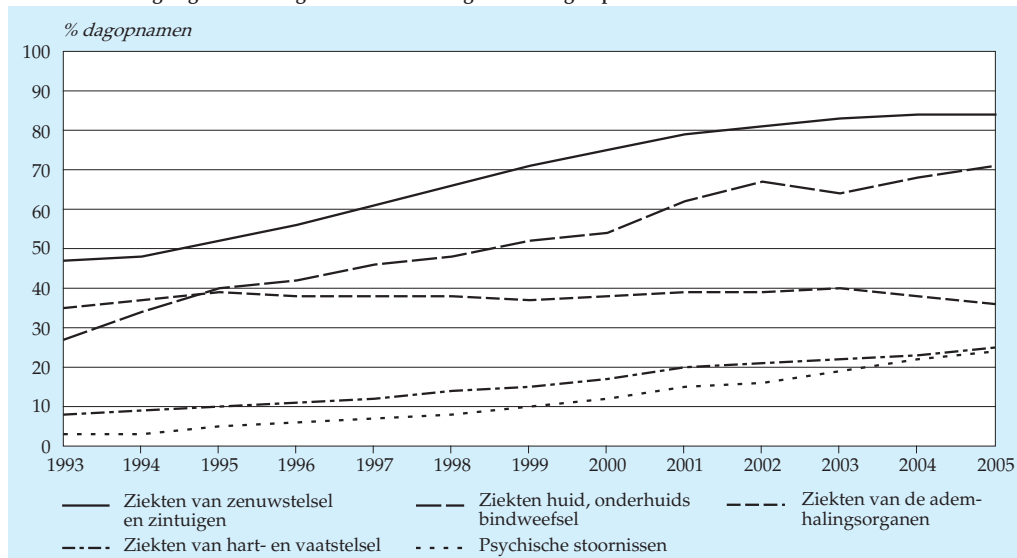
Bij de klinische opnamen waren hart- en vaatziekten verantwoordelijk voor de meeste opnamen in zowel 1981, 1993 als 2005. De diagnosehoofdgroep andere contacten met gezondheidsdiensten was zowel in 1993 als in 2005 de hoofdgroep waarvoor de meeste dagbehandelingen plaatsvonden. De drie meest voorkomende

hoofdgroepen van diagnoses bij de dagbehandelingen (andere contacten gezondheidsdiensten, ziekten van zenuwstelsel en zintuigen en ziekten van de spieren) veranderden niet tussen 1993 en 2005.

Stijging van aandeel dagbehandelingen verschilt tussen diagnoses

Vanaf 1993 kan er op basis van de LMR ook iets gezegd worden over het percentage dagbehandelingen binnen het totale aantal opnamen naar diagnose. In figuur 2.2 is voor enkele diagnosehoofdgroepen te zien welk percentage van het totale aantal opnamen uitgevoerd werd als dagbehandeling in de jaren 1993–2005.

2.2 Ontwikkeling dagbehandelingen voor enkele diagnosehoofdgroepen



Bron: CBS, Prismant.

In de periode 1993–2005 is het percentage dagbehandelingen van het totale aantal opnamen gestegen van 25 naar 46. Bij veel diagnosehoofdgroepen steeg het aandeel dagbehandelingen. De stijging is echter niet bij elke diagnosegroep even sterk waarneembaar. Bij ziekten van de ademhalingsorganen is het percentage dagbehandelingen door de jaren heen vrijwel constant gebleven rond de 38. Het aandeel dagbehandelingen steeg bij de groepen ongevalsletsels en vergiftiging minder hard dan gemiddeld. Binnen de diagnosehoofdgroep aandoeningen van de perinatale periode (periode rond de geboorte) vinden bijna geen dagbehandelingen plaats (minder dan 1 procent).

Opvallend is de stijging van het aandeel dagbehandelingen binnen de groep ziekten van zenuwstelsel en zintuigen. In 2005 is 84 procent van alle opnamen als dagbehandeling uitgevoerd, tegen 47 procent in 1993. Zowel bij mannen als vrouwen vinden voor deze groep ziekten relatief de meeste dagbehandelingen plaats. Binnen deze

diagnosegroep laten vooral de gezichtsstoornissen, waarvan staar het grootste aandeel heeft, een enorme stijging zien in het percentage dagbehandelingen, namelijk van 23 naar 92 procent. Daar tegenover staat een afname van het aantal klinische opnamen voor gezichtsstoornissen van 70 procent tussen 1993 en 2001.

Voor de daaropvolgende hoofdgroep, ziekten van de huid en onderhuids bindweefsel steeg het percentage dagbehandelingen van 28 in 1993 naar 71 in 2005. Binnen deze groep deed zich de sterkste stijging voor bij dagbehandelingen voor psoriasis. Een andere opmerkelijke stijging trad op bij psychische stoornissen. Hier steeg het aandeel dagbehandelingen van 3 naar 24 procent. Vooral het aandeel dagbehandelingen bij dementie is fors gestegen, van 1 naar 56 procent. Dit wordt mede toegeschreven aan de ontwikkeling om verschillende diagnostische testen voor dementie in dagbehandelingen te concentreren in plaats van in verschillende poliklinische sessies.

Andere subgroepen van diagnoses die een bijzonder sterke stijging in het percentage dagbehandelingen laten zien tussen 1993 en 2005 zijn reuma (een stijging van 6 naar 88 procent) en osteoporose (van 24 naar 81 procent). De stijging van het aantal dagbehandelingen voor reuma hangt samen met de opkomst van 'biologicals', nieuwe geneesmiddelen bestaande uit natuurlijke eiwitten, die tijdens dagbehandelingen intraveneus worden toegediend.

Bij osteoporose is er sprake van een toenemende behandeling met het medicijn APD (Aminohydroxy Propylideen Difosfonzuur), dat via een infuus tijdens een dagbehandeling wordt toegediend. Voor zowel reuma als osteoporose geldt dat er per behandeltraject meerdere dagbehandelingen nodig zijn. Opvallend is ook de stijging van het percentage dagbehandelingen bij huidkanker, dit steeg in 13 jaar van 32 naar 83 procent.

Aantal opnamen stijgt sterker bij ouderen dan bij jongeren

Tussen 1993 en 2005 is het aantal dagbehandelingen met 140 procent toegenomen (120 procent bij mannen en 160 procent bij vrouwen). Deze stijging is echter niet gelijk verdeeld over de verschillende leeftijdsklassen. Bij ouderen was er sprake van een sterkere stijging dan bij jongeren. De grootste stijging, een verdrievoudiging, deed zich voor in de leeftijdsklasse van 70 jaar en ouder.

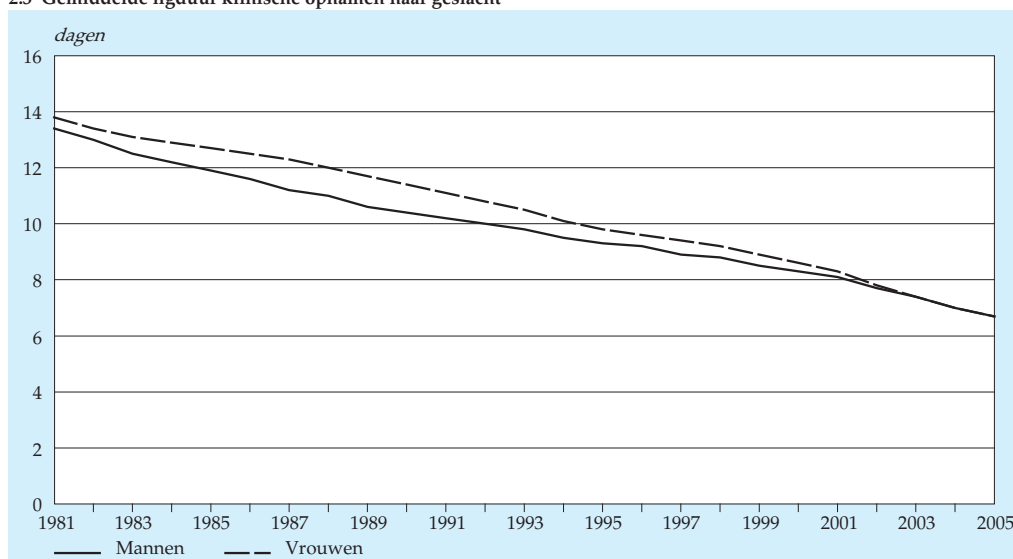
In de periode 1981–2001 daalde het aantal klinische opnamen geleidelijk, om daarna licht te stijgen. Naar leeftijdsklasse is er sprake van verschillende ontwikkelingen. Bij vergelijking van 2005 met 1981 is het aantal klinische opnamen per 10 duizend inwoners gedaald voor personen tot 60 jaar, exclusief nuljarigen, terwijl het steeg bij personen van 60 jaar en ouder. De sterkste daling in het aantal klinische opnamen, meer dan 60 procent, deed zich voor bij de 5–9-jarigen. De sterkste stijging, eveneens meer dan 60 procent, was te zien bij personen van 95 jaar en ouder.

Bij het totale aantal opnamen was er bij alle leeftijdsgroepen, met uitzondering van de 5–9-jarigen, sprake van een stijging als de cijfers van 1993 vergeleken worden met die van 2005. Bij vrouwen lag de piek bij de 70- tot 75-jarigen (een stijging van bijna 70 procent), bij mannen, met een toename van meer dan 50 procent, bij de 90- tot 95-jarigen.

Gemiddelde ligduur van klinische opnamen in 25 jaar gehalveerd

De gemiddelde ligduur van klinische opnamen is in een periode van 25 jaar gehalveerd (figuur 2.3). Bij vrouwen daalde deze van 13,8 naar 6,7 dagen. Bij mannen was dit van 13,4 naar 6,7 dagen. Tot 2003 verschilde de gemiddelde ligduur tussen mannen en vrouwen, daarna niet meer.

2.3 Gemiddelde ligduur klinische opnamen naar geslacht

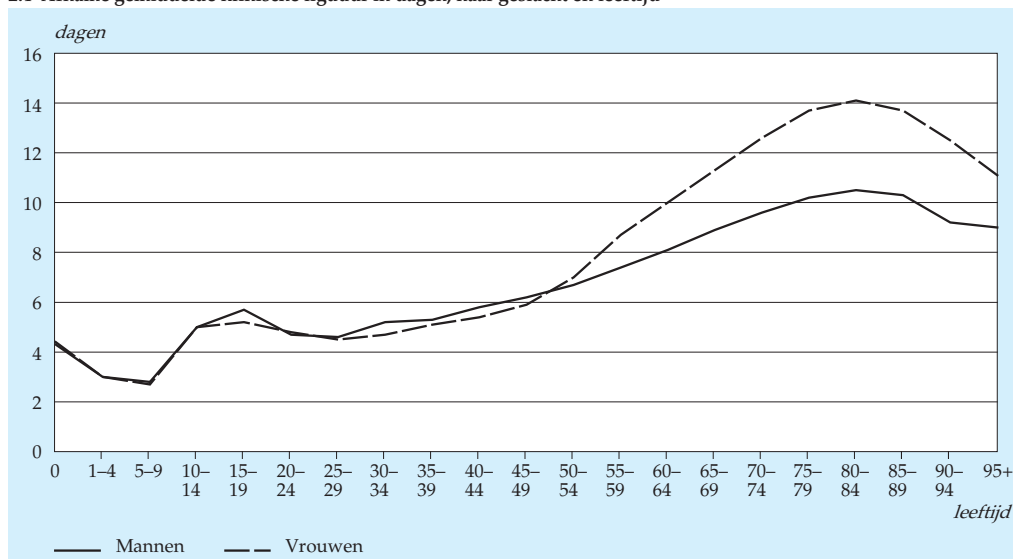


Bron: CBS, Prismant.

Bij personen van 50 jaar en ouder daalt de gemiddelde ligduur sterker dan bij personen tot 50 jaar (zie figuur 2.4). Van de groep 50-plussers is de gemiddelde afname in ligduur bij vrouwen het sterkst. De grootste daling doet zich bij mannen en vrouwen voor in de groep van 80- tot 85-jarigen. Bij de vrouwen daalt de gemiddelde klinische ligduur in die leeftijdsklasse tussen 1981 en 2005 met 14 dagen. Bij mannen is dit ruim 10 dagen.

Bij de afname van de gemiddelde ligduur van klinische ziekenhuisopnamen spelen verschillende factoren een rol. Enerzijds heeft het te maken met het streven om de verblijftijd in het ziekenhuis zoveel mogelijk terug te brengen. Anderzijds heeft ook

2.4 Afname gemiddelde klinische ligduur in dagen, naar geslacht en leeftijd



Bron: CBS, Prismant.

de verdere ontwikkeling van de medische wetenschap, onder andere door het invoeren van betere behandelmethoden, bijgedragen aan een afname van de ligduur. Ook het efficiënter uitvoeren van onderzoeken tijdens de opname draagt bij aan de afname van de ligduur. Daarnaast kan het stadium waarin de ziekte gediagnosticeerd wordt van invloed zijn op de ligduur. Door screening van en een groter gezondheidsbewustzijn bij de bevolking kunnen aandoeningen in een eerder stadium ontdekt worden waardoor deze vaak beter te behandelen zijn, wat een kortere ligduur tot gevolg kan hebben. Verder kan het zo zijn dat patiënten sneller ontslagen worden door betere nazorg thuis of in een andere instelling en doordat deze nazorg sneller geregeld kan worden. Het spreekt voor zich dat dit alles mede afhankelijk is van de diagnose.

Ligduur het langst bij psychische stoornissen

Bij alle diagnosehoofdgroepen is de afname in klinische ligduur te zien (staat 2.2). De trends in ligduur tussen 1981 en 2005 vertonen ook een regelmatig verloop in de tijd (niet weergegeven). Psychische stoornissen hadden zowel in 1981 als in 2005 de langste gemiddelde klinische ligduur en vertoonden in absolute zin de grootste daling, gemiddeld ruim 13 dagen. Vooral de gemiddelde ligduur van opnamen voor persoonlijkheidsstoornissen (ruim 5 procent van de opnamen binnen deze hoofdgroep) daalde sterk, van 41 naar 18 dagen.

De relatief sterkste daling, van bijna 60 procent, deed zich voor bij bloedziekten en bij ziekten van de huid, vooral bij contacteczeem. Ook bij de diagnosegroepen endo-

Staat 2.2
Gemiddelde ligduur klinische opnamen (in dagen) naar diagnosehoofdgroep en geslacht

Diagnosehoofdgroep	1981			2005		
	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal
Alle oorzaken	13,4	13,8	13,6	6,7	6,7	6,7
Infectieuze en parasitaire ziekten	17,4	17,5	17,5	9,1	9,1	9,1
Nieuwvormingen	18,0	17,3	17,7	8,7	8,3	8,5
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	15,4	18,0	16,8	7,0	6,8	6,9
Endocriene-, voedings-, en stofwisselingsziekten	18,2	20,4	19,7	9,3	8,4	8,8
Psychische stoornissen	29,7	38,7	34,8	19,4	23,3	21,7
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	11,0	11,7	11,4	5,8	5,7	5,7
Ziekten van hart- en vaatstelsel	15,5	19,3	17,0	7,5	8,2	7,8
Ziekten van de ademhalingsorganen	10,0	9,1	9,6	7,4	7,4	7,4
Ziekten van de spijsverteringsorganen	13,8	16,8	15,2	6,3	7,2	6,7
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	16,6	21,3	19,1	7,4	8,8	8,1
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	12,1	17,1	14,5	5,7	6,9	6,4
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	12,0	9,0	10,0	5,8	5,5	5,6
Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed		8,1	8,1		3,8	3,8
Aandoeningen van de perinatale periode	13,2	14,1	13,6	6,6	6,5	6,5
Aangeboren afwijkingen	10,2	12,6	11,1	6,6	7,3	6,9
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	11,9	13,1	12,5	4,8	5,5	5,1
Ongevalsletsels en vergiftigingen	14,7	21,1	17,6	6,6	8,6	7,6
Andere contacten met gezondheidsdiensten	7,6	6,5	7,0	4,3	4,2	4,2

Bron: CBS, Prismant.

criene-, voedings- en stofwisselingsziekten en ongevalsletsels en vergiftiging was de daling zowel absoluut als relatief bovengemiddeld. Binnen de eerste groep is deze sterke daling voor een deel toe te schrijven aan de daling in de gemiddelde ligduur bij schildklierziekten. De gemiddelde ligduur in 1981 was 16,2 dagen, in 2005 was dat 4,4 dagen. De sterke daling van de gemiddelde ligduur bij de groep ongevalsletsels en vergiftigingen is voornamelijk terug te zien bij de heupfracturen (figuur 2.5).

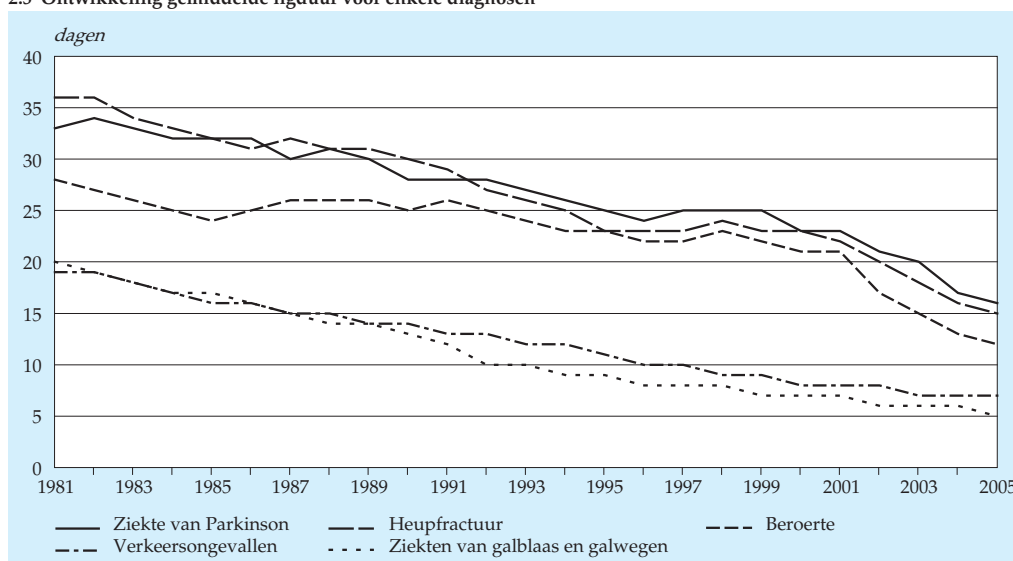
Binnen de diagnosegroep ziekten van de ademhalingsorganen bleef de gemiddelde ligduur tussen 1981 en 1997 ongeveer gelijk, vanaf 1997 zette een lichte daling in. Ziekenhuisopnamen voor andere contacten met gezondheidsdiensten hadden in 1981 de laagste gemiddelde ligduur, in 2005 gold dat voor de complicaties van zwangerschap en bevalling.

In 1981 hadden vrouwen een gemiddeld 9 dagen langere ligduur voor psychische stoornissen dan mannen. In 2005 is dit verschil afgenomen tot gemiddeld 4 dagen. Eenzelfde ontwikkeling is te zien bij ongevalsletsels en vergiftiging, ziekten van huid en onderhuids bindweefsel en ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel. Bij nieuwvormingen, ziekten van urinewegen en geslachtsorganen en bij ziekten van ademhalingsorganen zijn het juist de mannen die een iets langere gemiddelde ligduur hebben dan vrouwen.

Sterke daling ligduur bij heupfracturen en ziekten van galblaas en galwegen

De eerder vastgestelde ontwikkeling van een sterk groeiend aandeel van dagbehandelingen in het totale aantal opnamen bij een aantal diagnosegroepen, kan de gemiddelde ligduur mogelijk beïnvloeden. Daarom is ook gekeken naar het verloop van de gemiddelde ligduur bij specifieke diagnoses waarbij relatief weinig dagbehandelingen plaats vinden. In figuur 2.5 zijn van deze groep enkele diagnoses gepresenteerd die een relatief sterke absolute daling in de gemiddelde klinische ligduur laten zien.

2.5 Ontwikkeling gemiddelde ligduur voor enkele diagnoses



Bron: CBS, Prismant.

De grootste absolute daling doet zich bij deze groep voor bij ziekenhuisopnamen vanwege een heupfractuur. In 1981 duurde een klinische opname voor deze aandoening gemiddeld 36 dagen. In 2005 is dit gedaald tot 15 dagen. De huidige behandeling van heupfracturen is erop gericht de patiënt zo snel mogelijk weer te mobiliseren. Ook hebben er in de laatste jaren verschuivingen plaatsgevonden binnen de verpleging en verzorging van heupfracturen. Er is meer thuiszorg beschikbaar waardoor een patiënt eerder uit het ziekenhuis ontslagen kan worden (Lanting e.a., 2006).

Verder is het deel van de ziekenhuisbedden dat wordt bezet door mensen die wachten op vervolgzorg in de afgelopen jaren gedaald (Prismant, 2007) en is de doorstroom naar verpleeghuizen verbeterd (Borghans en Hartingsveldt, 2007).

De relatief sterkste afname in de gemiddelde ligduur (74 procent) deed zich voor bij ziekten van de galblaas en galwegen. Dat hangt samen met de opkomst van laparoscopische (kijk)operaties, die overigens ook steeds meer in dagbehandeling

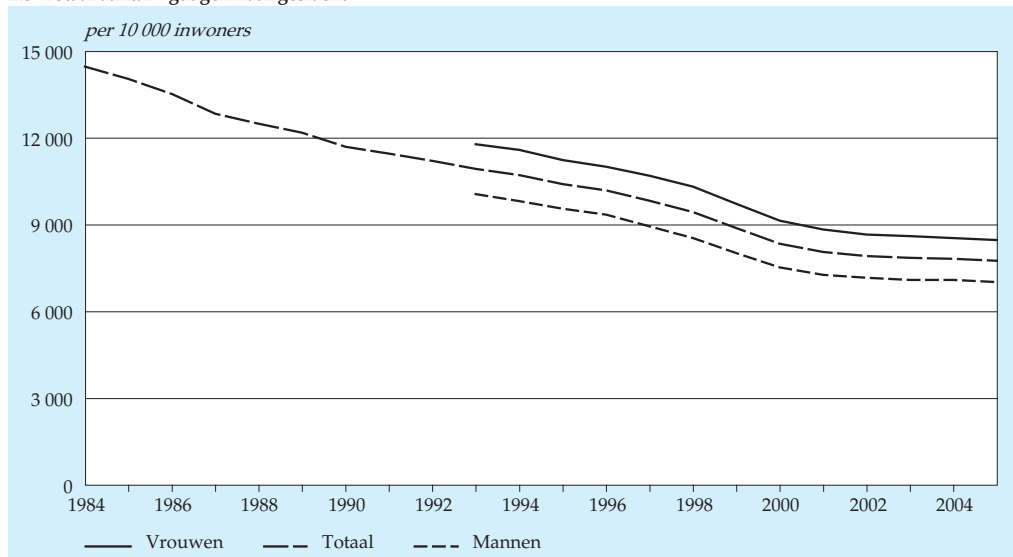
worden uitgevoerd. De sterke daling bij de ziekte van Parkinson kan mogelijk te maken hebben met een snellere overplaatsing naar verpleeghuizen. Bij de daling van de ligduur vanwege verkeersongevallen speelt mogelijk een rol dat bij de behandeling van botbreuken minder vaak tractie (een behandeling met gewichten) wordt toegepast en eerder tot opereren wordt overgegaan.

Van een aantal diagnoses is de gemiddelde ligduur vanaf 2000 extra snel gedaald. Vooral bij een beroerte is het verschil opvallend: een daling van 2,3 dagen per jaar tussen 2001 en 2005, terwijl tussen 1981 en 2000 de daling maar gemiddeld 0,3 dagen per jaar was. Dat komt door snellere diagnostiek, zorg en behandeling in het ziekenhuis in de acute fase van een beroerte (o.a. door de opkomst van speciaal hiervoor toegesneden afdelingen, de zogenaamde 'stroke-units') en een sterk verbeterde doorstroming naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuissituatie voor de nazorg en revalidatie. Dat snellere doorstroming mogelijk was, bleek al uit eerder onderzoek waarin aangetoond werd dat er maar voor de helft van de ligduur na een beroerte een medische noodzaak was (CBZ, 2003). De zorg na een beroerte verloopt via regionale stroke services (waar stroke-units een onderdeel van zijn), waarin verschillende zorgaanbieder samenwerken om de zorg te bevorderen en op elkaar aan te laten sluiten (Franke e.a., 2006).

Totale aantal ligdagen stabiliseert na sterke daling

Omdat het aantal dagen dat patiënten in het ziekenhuis verblijven afhangt van zowel klinische verpleegdagen als dagbehandelingen zijn deze gesommeerd. Het

2.6 Totaal aantal ligdagen naar geslacht



Bron: CBS, Prismant.

totale aantal ligdagen geeft een indicatie voor het beslag dat op de ziekenhuiszorg gelegd wordt. De cijfers over dagbehandelingen voor de periode 1984 tot 1993 zijn afkomstig uit de enquête 'Intramurale gezondheidszorg' (CBS en Prismant) en zijn niet naar geslacht uitgesplitst.

Het totale aantal ligdagen daalde vanaf 1984 tot 2001 (figuur 2.6). Sinds 2001 is het aantal ligdagen stabiel. Hoewel het aantal klinische opnamen vanaf 2001 weer stijgt en het aantal dagbehandelingen ook nog steeds sterk stijgt, verandert het totale aantal ligdagen nauwelijks meer. Dat komt door de iets sterker teruglopende gemiddelde ligduur van klinische opnamen na 2001 (figuur 2.3).

Het totale aantal ligdagen bij vrouwen is groter dan bij mannen. Ruim de helft van het gevonden verschil hangt samen met ziekenhuisopnamen van vrouwen vanwege complicaties bij zwangerschap bevalling en kraambed. In alle onderzochte jaren hebben de meeste ligdagen betrekking op ziekenhuisopnamen voor ziekten van hart- en vaatstelsel. In 2005 betrof dit 15 procent van alle ligdagen van mannen en vrouwen.

Conclusie

Door het beschikbaar komen van een lange tijdreeks over ziekenhuisopnamen is het mogelijk geworden de ontwikkelingen in ziekenhuisopnamen en verpleegdagen te volgen tussen 1981 en 2005. Het totale aantal ziekenhuisopnamen per 10 duizend inwoners was in 2005 60 procent hoger dan in 1984. Deze stijging is vooral toe te schrijven aan de voortdurende toename van het aantal dagbehandelingen. Het aantal klinische opnamen daarentegen daalde licht tussen 1981 en 2001. Daarna zette echter weer een stijging in. Het aantal klinische opnamen bij personen jonger dan 60 daalde, terwijl dat aantal bij 60-plussers toenam.

De rangorde van belangrijkste diagnosehoofdgroepen voor het totale aantal ziekenhuisopnamen is tussen 1993 en 2005 nauwelijks veranderd. Bij de klinische opnamen waren hart- en vaatziekten het omvangrijkst. Bij dagbehandelingen gold dit de groep andere contacten met gezondheidsdiensten.

Het percentage dagbehandelingen was in 2005 het grootst bij de diagnosegroep ziekten voor zenuwstelsel en zintuigen (84 procent). Binnen deze hoofdgroep zijn vooral de dagbehandelingen voor staar sterk gestegen tussen 1993 en 2005. Ook bij huidziekten, dementie, reuma en osteoporose waren er zeer sterke stijgingen in het aandeel dagbehandelingen.

De gemiddelde ligduur van klinische opnamen is in een periode van 25 jaar gehalveerd. De sterkste daling deed zich voor in de oudere leeftijdsgroepen. Het verschil

dat bestond tussen de gemiddelde ligduur van mannen en vrouwen is vanaf 2003 verdwenen. Diagnosen die een sterke daling laten zien in de gemiddelde ligduur zijn psychische stoornissen, heupfracturen en ziekten van galblaas en galwegen.

De tijdreeks beslaat een lange periode, waarin er veel veranderd is in de behandeling van ziekten. Dit heeft gevolgen voor het aantal ziekenhuisopnamen en het aantal verpleegdagen tijdens een ziekte. Als gevolg van een verbeterde of efficiëntere behandeling kan er bij aandoeningen sprake zijn van een verkorte ligduur. Zo is duidelijk het effect van de invoering van de stroke services te zien op de gemiddelde ligduur na een beroerte.

De trend in het totale aantal ziekenhuisopnamen en de trend in de klinische opnamen is niet los te zien van de explosieve groei van het aantal dagbehandelingen. De conclusie is dat het totale niet- poliklinische ziekenhuiszorggebruik, gemeten aan het totale aantal klinische verpleegdagen en dagbehandelingen, tussen 1984 en 2000 sterk is gedaald en daarna is gestabiliseerd.

Literatuur

Borghans, I & Hartingsveldt C van (2007). Transmurale afdelingen. Onderzoek naar het functioneren van transmurale afdelingen in Nederland 2006. Prismant, Utrecht.

Bruin A de, Verweij GCG & Kardaun JWPF (2005). Sterfte na eerste ziekenhuisopname. In: Gezondheid en zorg in cijfers 2005, p45-55. CBS, Voorburg.

CBS (1984-2001) en Prismant (2002-2005). Jaarenquêtes 'Intramurale gezondheidszorg'.

CBZ (2003). Ontwikkeling bedgebruik ziekenhuizen. Signaleringsrapport deel 2: mogelijkheden voor verkorting van de verpleegduur. College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, Utrecht.

Franke CL, Wieren S van & Poos MJJC (2006). Beroerte. Omvang van het probleem. Welke zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten? Nationaal Kompas Volksgezondheid. RIVM, Bilthoven. www.nationaalkompas.nl.

Lanting LC, Stam C, Hertog PC den & Brugmans MPJ (2006). Heupfractuur. Omvang van het probleem. Hoeveel zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten? Nationaal Kompas Volksgezondheid. RIVM, Bilthoven. www.nationaalkompas.nl.

Ploemacher J, Wong A & Schram MT (2007). Combinaties van chronische ziekten bij ziekenhuispatiënten van 55 jaar en ouder. In: Gezondheid en zorg in cijfers 2007, p47-57. CBS, Voorburg.

Prismant (2007). Lichte daling verkeerde-bed-patiënten. Prismant, Utrecht. www.prismant.nl

Slobbe LCJ, Bruin A. de, Westert GP, Kardaun JWPF & Verweij GCG (2004). Indeling van diagnoses en verrichtingen en toepassing in nieuwe statistieken over ziekenhuisopnamen. RIVM-rapport nr. 260201002/2004. RIVM/CBS, Bilthoven.

Stegen, RHM van der (2008). Methodebeschrijving van tijdreeks diagnose statistieken op basis van de LMR 1981–2005. Notitie CBS. www.cbs.nl.

Verweij G, Bruin A de, Ree J de & Kardaun J (2004). Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering en diagnose, 1995–2001. *Bevolkingstrends* (52)3, p97–121. CBS, Voorburg.

Verweij, GCG & Bruin A de (2005). Trends in klinische prevalenties van ziekten. In: *Gezondheid en zorg in cijfers 2005*, p23–34. CBS, Voorburg.

Verweij, GCG & Bruin A de (2006). Verschillen in ziekenhuisopnamen naar inkomen. In: *Gezondheid en zorg in cijfers 2006*, p71–86. CBS, Voorburg.

3. De gezondheid van Nederlandse kinderen

Bij kinderen van 4 tot 12 jaar zijn longziekten zoals astma en chronische bronchitis de meest voorkomende langdurige aandoeningen. Van de gezondheidsgerelateerde klachten komt moeheid het meest voor. De gezondheid van kinderen hangt samen met meerdere factoren. Zo hangt de fysieke gezondheid vooral samen met herkomstgroepering en met overgewicht. Bij de psychosociale gezondheid spelen geslacht, samenstelling van het huishouden, opvoeding van de ouders, rookgedrag van de ouders en overgewicht van de kinderen een rol.

Inleiding

Hoe gezond zijn kinderen in Nederland? Voor het beantwoorden van deze vraag zijn de gegevens over de periode 2001–2007 van de CBS-gezondheidsenquête geanalyseerd. Het doel van dit artikel is om een beeld te geven van de gezondheid van kinderen in Nederland in de basisschoolleeftijd (4–11 jaar). Allereerst wordt de aanwezigheid van langdurige ziekten of aandoeningen en gezondheidsgerelateerde klachten bij kinderen beschreven. Vervolgens wordt nagegaan welke factoren samenhangen met de gezondheid van de kinderen in Nederland.

Gezondheidsenquête

De gegevens over de gezondheid van kinderen zijn ontleend aan de Gezondheidsenquête van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS. Het POLS is een jaarlijks terugkerend onderzoek. De steekproef voor de gezondheidsenquête van 9 à 10 duizend personen is representatief voor de niet-institutionele bevolking van Nederland. Duizend kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar maken jaarlijks deel uit van deze steekproef. Voor hen zijn er speciale vragen ontwikkeld die door de ouders of verzorgers worden beantwoord. De vragen worden door een enquêteur of enquêtrice gesteld in een face-to-face gesprek met behulp van een laptop. Door zeven jaar bij elkaar te nemen (2001 tot en met 2007) ontstaat een steekproef van 8 513 kinderen. Doordat de steekproef zo groot is, is het mogelijk een betrouwbaar beeld te geven van de gezondheid van kinderen in Nederland.

Langdurige aandoeningen

Onder de langdurige aandoeningen vallen ziektes die niet te genezen zijn, maar wel min of meer onder controle gehouden kunnen worden, bijvoorbeeld diabetes. Verder zijn er de aanvalsgewijze aandoeningen, bijvoorbeeld migraine, en aandoeningen die zeer lang duren, maar niet de rest van het leven aanwezig hoeven te zijn, zoals een ernstige rugaandoening.

De aanwezigheid van langdurige aandoeningen wordt vastgesteld aan de hand van een lijst met aandoeningen waarbij telkens wordt gevraagd of een kind die bepaalde aandoening momenteel heeft of heeft gehad in de afgelopen twaalf maanden. Is het antwoord ja, dan wordt het meegeteld in het prevalentiecijfer. Een kind dat een aandoening langer dan een jaar geleden heeft gehad, maar intussen is genezen telt niet mee. Een uitzondering wordt gemaakt bij kanker; omdat kanker bij kinderen zelden voorkomt zijn alle gevallen van kanker meegenomen, ook als de ziekte al meer dan een jaar voorbij is.

Behalve naar fysieke langdurige aandoeningen wordt er in de Gezondheidsenquête ook gevraagd naar een aantal langdurige gedrags- of leerstoornissen zoals een verstandelijke handicap, dyslexie oftewel moeite met (leren) lezen en schrijven, en hyperactief/aandachtgestoord gedrag, ook wel ADHD genoemd (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder). De indicatie voor ADHD wordt gesteld aan de hand van drie vragen. Ouders moeten aangeven in hoeverre bepaalde eigenschappen, zoals rusteloos gedrag en zich kunnen richten op een bepaalde bezigheid, van toepassing zijn op hun kind. Als op alle drie de vragen wordt geantwoord met 'duidelijk van toepassing' dan wordt het kind gerekend tot de groep kinderen met ADHD.

Gezondheidsgerelateerde klachten

Gezondheidsgerelateerde klachten zijn vervelende kwalen die elk kind wel eens heeft en die na een tijdje al dan niet vanzelf over gaan, zoals hoofdpijn of vermoeidheid. Hiervoor wordt in de enquête een lijst van klachten afgewerkt waarbij de ouder of verzorger per klacht aangeeft of het kind hier last van heeft gehad in de afgelopen veertien dagen.

De aanwezigheid van aandoeningen en klachten wordt aangegeven door middel van percentages op de (kinder)bevolking. Omdat het een steekproefonderzoek betreft, hebben de percentages een bijbehorend 95 procent betrouwbaarheidsinterval. Dit interval is in de tabellen aangegeven.

Aandoeningen en gezondheidsgerelateerde klachten

Langdurige aandoeningen

Longaandoeningen zoals astma en chronische bronchitis komen van de gevraagde langdurige aandoeningen het meest voor bij kinderen van 4 tot 12 jaar, namelijk bij 1 op de 10 kinderen (staat 3.1). Een andere vaak voorkomende aandoening is eczeem (6,2 procent). Astma en eczeem gaan vaak samen: van de kinderen met eczeem heeft een kwart ook astma. Kinderen hebben ook relatief vaak last van migraine (3,2 procent). Kanker en gewrichtsaandoeningen komen van de gevraagde fysieke langdurige aandoeningen met elk 0,1 procent het minst vaak voor. Wat betreft de

langdurige gedrags- of leerstoornissen zijn de percentages als volgt: 1,1 procent van de kinderen heeft een verstandelijke handicap, bijna 4 procent heeft dyslexie en bijna 5 procent vertoont hyperactief en/of aandachtsgestoord gedrag.

Staat 3.1
Voorkomen van langdurige aandoeningen bij kinderen van 4–11 jaar, 2001–2007

	Prevalentie	95%-betrouwbaarheid		Extern onderzoek	Details extern onderzoek
		Ondergrens	Bovengrens		
	%				
Kanker	0,1	0,1	0,2	0,1	10-jaarsprevalentie, 1995–2005, 0–14 jaar. Bron: Nederlandse kankerregistratie
Aangeboren hartaandoening	0,8	0,6	1,0	0,6	Percentage van levendgeborenen, 1998. Bron: NKV ¹⁾
Aangeboren aandoening van het zenuwstelsel zoals waterhoofd, open rug	0,2	0,1	0,3	0,2	Percentage van levendgeborenen, 1995–1998. Bron: NKV
Spasticiteit	0,2	0,1	0,3	.	
Chromosoomafwijking bv syndroom van Down	0,3	0,2	0,4	.	
Suikerziekte	0,3	0,2	0,5	0,1	Jaarprevalentie, 2003, 0–14 jaar. Bron: NKV
Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn	3,2	2,9	3,7	2,7	Puntprevalentie, 1990–1991, 4–12 jaar. Bron: Hirasing e.a., 1995
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA	10,0	9,3	10,7	5,1–9,5	Jaarprevalentie astma + jaarprevalentie COPD, 2003, 5–9 jaar. Bron: NKV; puntprevalentie astma en bronchitis, 1990–1991, 4–12 jaar. Bron: Hirasing e.a., 1995
Psoriasis	0,2	0,1	0,4	.	
Chronisch eczeem	6,2	5,7	6,8	5,8–7,2	Jaarprevalentie constitutioneel eczeem + jaarprevalentie contacteczeem, 2004, 5–9 jaar. Bron: NKV; puntprevalentie eczeem, 1990–1991, 4–12 jaar. Bron: Hirasing e.a., 1995
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen, langer dan 3 maanden	1,8	1,5	2,1	2,3	Puntprevalentie 'vaak diarree en overgeven', 1990–1991, 4–12 jaar. Bron: Hirasing e.a., 1995
Ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (incl. hernia)	0,3	0,2	0,4	.	
Chronische gewrichtsontsteking zoals chronische reuma, reumatoïde artritis	0,1	0,1	0,2	.	
Ernstige of hardnekkige aandoening van de nek of schouder	0,2	0,1	0,3	.	
Ernstige of hardnekkige aandoening van elleboog, pols of hand	0,5	0,3	0,6	.	
Verstandelijke handicap	1,1	0,9	1,3	0,9	11 duizend op de bevolking van 2001, 4–9 jaar. Bron: NKV
Dyslexie	3,8	3,4	4,2	4,0	Vragenlijst onder leerkrachten groep 8 basisonderwijs. Bron: Blomert, 2005
ADHD ²⁾	4,8	4,4	5,3	3–5	Voornamelijk gebaseerd op buitenlands onderzoek. Bron: NKV

¹⁾ Nationaal Kompas Volksgezondheid.

²⁾ Vastgesteld aan de hand van vragen naar symptomen.

Bron: CBS (POLs).

In staat 3.1 zijn ter vergelijking percentages opgenomen die afkomstig zijn uit extern onderzoek naar de aanwezigheid van chronische ziekten in Nederland. Er is steeds uitgegaan van het onderzoek dat vermeld staat in het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM en van een eerder groot surveyonderzoek naar chronische aandoeningen onder schoolkinderen in de regio Dordrecht (Hirasing e.a., 1995).

Soms zijn prevalenties uit het Nationaal Kompas Volksgezondheid opgeteld omdat deze apart vermeld staan, terwijl ze in de gezondheidsenquête als één aandoening worden gevraagd. Als de chronische ziekte niet in het Nationaal Kompas Volksgezondheid of in de Dordrechtse studie beschreven stonden, zijn andere, liefst nationale, bronnen geraadpleegd, voor zover beschikbaar. Omdat de onderzochte leeftijden vaak niet overeen komen, zijn deze erbij vermeld in de laatste kolom, evenals verdere bijzonderheden van het onderzoek.

Voor sommige chronische aandoeningen zoals 'darmstoornissen' en 'rugaandoeningen' is de vergelijking met extern onderzoek moeilijk omdat deze een te brede groep van aandoeningen representeren en het niet duidelijk is wat er wel en niet onder valt. In staat 3.1 is te zien dat de meeste percentages goed overeenkomen en dat zij binnen het 95 procentbetrouwbaarheidsinterval van de gezondheidsenquête vallen ondanks de verschillen in methode of onderzochte leeftijdsgroep. Enkele uitzonderingen en de meest opvallende verschillen worden hieronder besproken.

Astma en andere longaandoeningen

Als eerste valt op dat het percentage kinderen met astma en andere longaandoeningen volgens de gezondheidsenquête (10 procent) twee keer zo hoog is als het percentage dat het Nationaal Kompas Volksgezondheid vermeldt (5,1 procent). Het surveyonderzoek onder de Dordrechtse schoolkinderen leverde een aan de gezondheidsenquête vergelijkbaar percentage van 9,5 (Hirasing e.a., 1995). Het verschil wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat de cijfers verkregen zijn uit andere gegevensbronnen. In POLS en de Dordrechtse studie gaat het om surveyonderzoek onder ouders, de percentages van het Nationaal Kompas Volksgezondheid voor astma en COPD zijn verkregen uit huisartsenregistraties.

Huisartsenregistraties kunnen een onderschatting geven omdat niet alle mensen met astma of chronische bronchitis bij de huisarts komen. Aan de andere kant zou er bij de surveyonderzoeken juist een overschatting kunnen bestaan omdat de diagnose niet per se door een arts is gesteld. Astmatische klachten zoals benauwdheid en een piepende ademhaling komen vaak voor (Smit e.a., 2006). Het is mogelijk dat sommige ouders dit ten onrechte als astma betitelen.

ADHD

Hoewel ADHD een tijd lang veel in de belangstelling heeft gestaan, zijn er in Nederland geen grootschalige studies gedaan naar de prevalentie van ADHD bij kinderen.

Er is wel een studie gedaan onder 13–17-jarigen (Schoemaker e.a., 2003; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2005). Die laat zien dat het prevalentiecijfer sterk verschilt en afhangt van degene die de vragen beantwoordt, de jongeren zelf of de ouders. Buitenlands onderzoek naar ADHD bij kinderen jonger dan 13 jaar is er wel, maar ook hier hangt het gevonden percentage sterk af van de onderzoeksmethode. Zo worden er prevalentiecijfers gemeld van 0,5 tot 24 procent (Gezondheidsraad, 2000). Meestal wordt uitgegaan van een schatting van 3 tot 5 procent. De gezondheidsenquête is momenteel de enige grote studie onder kinderen die de aanwezigheid van ADHD meet. De schatting uit de gezondheidsenquête (4,8 procent) komt overeen met de algemeen aanvaarde schatting van 3 tot 5 procent.

Migraine

Er is maar heel weinig bekend over migraine bij kinderen. Prevalentiestudies voor Nederland zijn er niet. Hirasing en collega's (1995) vroegen de ouders van de Dordrechtse schoolkinderen wel naar 'chronische hoofdpijn' en kwamen uit op 2,7 procent, iets lager dan de 3,2 procent die uit de gezondheidsenquête komt. Mogelijk speelt de tijd hier een rol: het Dordrechtse onderzoek dateert van 1990–1991. Het zou kunnen zijn dat de prevalentie van migraine is toegenomen. Een Maastrichts promotieonderzoek uit 2003 concludeerde dat het aantal schoolkinderen dat wekelijks last heeft van hoofdpijn de afgelopen jaren is toegenomen (Bandel-Hoekstra, 2003). Mogelijk is de toename ook het gevolg van betere diagnose of meer aandacht voor de aandoening.

Gezondheidsgerelateerde klachten

Van de kinderen heeft 12,1 procent het de afgelopen 14 dagen wat rustiger aan moeten doen door ziekte of verwonding (staat 3.2). Bij 23,5 procent van deze kinderen duurde dat maar een dag, de meerderheid van de kinderen moest het echter minimaal 3 dagen rustig aan doen. Bij 13,3 procent van de kinderen duurde het langer dan een week. Van de kinderen die het rustig aan moesten doen had 31,2 procent bedrust nodig, maar voor bijna de helft van deze laatsten was dat maar voor 1 dag.

Moeheid is een veel voorkomende klacht bij kinderen: 26,5 procent van de kinderen had er de afgelopen 14 dagen last van. Hoofdpijn werd gemeld bij 20,4 procent van de kinderen, slapeloosheid bij 9 procent en gewrichts-/spierpijn bij 12,3 procent. Van de klachten in de vragenlijst wordt rugpijn het minst vaak genoemd: 2,7 procent van de kinderen kampte ermee tijdens de voorgaande 14 dagen. Vaak hebben kinderen last van meerdere klachten tegelijkertijd. Van de kinderen met klachten heeft bijna de helft last van meer dan één klacht. Zo heeft de 59,6 procent van de kinderen met slapeloosheid ook last van moeheid. Andersom is het percentage veel minder groot: van de kinderen die moe zijn heeft 20,1 procent last van slapeloosheid.

Staat 3.2

Aanwezigheid van gezondheidsgerelateerde klachten in de afgelopen 14 dagen bij kinderen 4–11 jaar, 2001–2007

	Prevalentie	95%-betrouwbaarheid	
		ondergrens	bovengrens
	%		
Rustig aan moeten doen	12,1	11,4	12,8
1 dag	23,5	20,9	26,3
2 dagen	20,5	18,0	23,2
3 t/m 7 dagen	42,7	39,6	45,9
langer dan 1 week	13,3	11,4	15,6
Waarvan bedrust nodig	31,2	28,3	34,2
1 dag	46,3	40,6	52,1
2 dagen	29,9	24,8	35,6
3 t/m 7 dagen	22,3	18,0	27,4
langer dan 1 week	1,5	0,5	4,1
Hoofdpijn	20,4	19,6	21,4
Moeheid	26,5	25,5	27,5
Slapeloosheid	9,0	8,3	9,6
Rugpijn	2,7	2,4	3,1
Spier/gewrichtspijn	12,3	11,6	13,1

Bron: CBS (POLS).

Welke factoren hangen samen met de gezondheid van kinderen?

Om na te gaan met welke factoren de gezondheid van kinderen samenhangt, wordt gebruik gemaakt van een generieke maat voor de psychosociale en fysieke gezondheid op basis van de CHQ-PF28 (zie kader). De waarde van de gezondheidsmaat hangt negatief samen met het aantal aandoeningen: hoe meer aandoeningen een kind heeft, hoe lager zijn of haar fysieke (correlatie = $-0,31$) en psychosociale (correlatie = $-0,23$) gezondheid. Dit geeft aan dat de gezondheidsmaat de gezondheid van kinderen goed representeert. In de volgende paragrafen wordt de gezondheid van verschillende groepen kinderen vergeleken. Er wordt gekeken naar demografische factoren, omgevingsfactoren, en leefstijlfactoren. Zie de bijlage aan het eind van dit hoofdstuk voor de cijfers.

Relatie tussen gezondheid en achtergrondkenmerken

Interessante vragen zijn of de gezondheid van kinderen samenhangt met leeftijd of geslacht of met de omgeving waarin ze opgroeien, of dat de leefstijl van de ouders van invloed is. Dit is bepaald aan de hand van een sinds 2001 uit de POLS-gegevens berekende maat voor de algemene gezondheid van kinderen.

De maat is tweeledig en bestaat uit een score op een fysieke en een psychosociale schaal. De scores worden berekend aan de hand van een internationaal gebruikte

vragenlijst, de 'Child Health Questionnaire - Parent Form' van 28 standaard items, afgekort CHQ-PF28 (Landgraf e.a., 1999). De CHQ-PF28 meet bij kinderen 14 fysieke en psychosociale aspecten van gezondheid, maar ook zelfwaardering en het functioneren in het gezin. De maat wordt ook gezien als een maat voor de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (Raat e.a., 2006). De CHQ-PF28 is in het Nederlands vertaald en in 2001 getest bij 1 435 schoolkinderen (Raat e.a., 2005). Uit dit onderzoek bleek dat de maat ook betrouwbaar is voor de Nederlandse situatie.

De oorspronkelijke maat is vastgesteld op basis van de gezondheidsgegevens van Amerikaanse kinderen. De gemiddelde gezondheidssituatie van deze Amerikaanse populatie is daarbij als norm gehanteerd. Een score van 50 representeert het gemiddelde in de Amerikaanse normpopulatie, 10 punten komen overeen met 1 standaarddeviatie. Waarden onder de 50 wijzen op een minder goede gezondheid, waarden boven de 50 op een betere gezondheid.

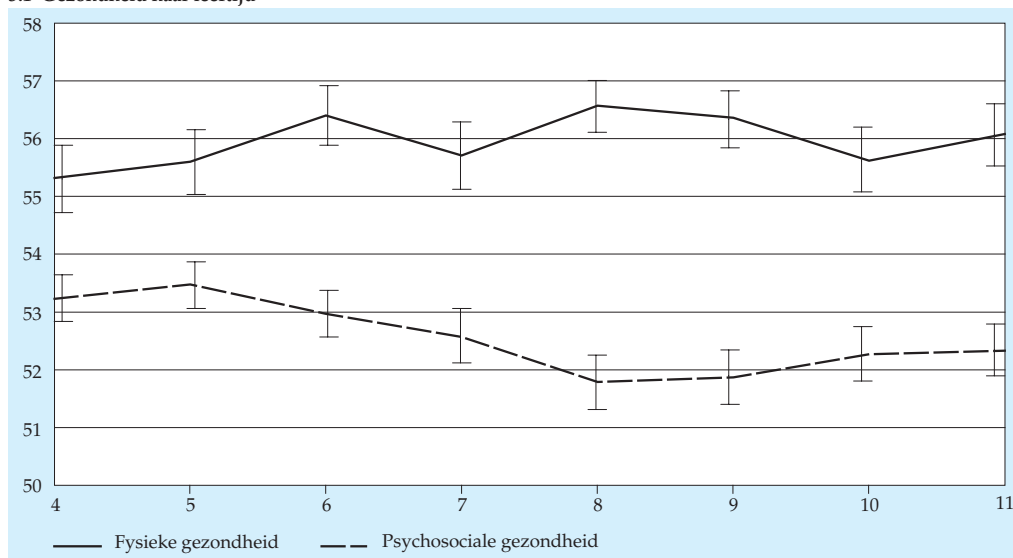
Uit het onderzoek in 2001 onder Nederlandse schoolkinderen bleek dat Nederlandse kinderen gemiddeld ongeveer 5 punten hoger scoren dan de Amerikaanse norm. Dat betekent dat de gezondheid van kinderen in Nederland gemiddeld iets beter is dan die van de (Amerikaanse) referentiepopulatie. Nederlandse normen zijn nog niet beschikbaar. Toch kunnen voor interpretatiedoeleinden gemiddelden van groepen onderling worden vergeleken, en dat is hier gedaan om te onderzoeken met welke demografische en (psycho)sociale factoren de gezondheid van kinderen samenhangt. Preciezer gezegd: verschillende groepen kinderen (jongens-meisjes, leeftijdsgroepen, etc.) zijn met elkaar vergeleken wat betreft hun scores op de gezondheidsmaat. Daarbij is gebruik gemaakt van Oneway ANOVA's met Tukey correcties voor de post hoc vergelijkingen. In de tekst is de grootte van de ANOVA F-toets aangegeven met het bijbehorende significantieniveau p . Als p kleiner is dan 0,05 dan zijn de verschillen statistisch significant.

Naast de demografische factoren leeftijd en geslacht en de omgevingsfactoren provincie en stedelijkheid is er ook gekeken naar het gezin waarin kinderen opgroeien. Hierin is meegenomen de samenstelling van het huishouden, de herkomstgroepering, en de opleiding van de ouders. In gezondheidsstudies bij volwassenen wordt leefstijl gewoonlijk als verklarende factor voor iemands gezondheid beschouwd. Zo zijn rokers en mensen met overgewicht doorgaans ongezonder (Han e.a., 1998; Surgeon General, 2004). In dit hoofdstuk zullen daarom kinderen met en zonder overgewicht worden vergeleken. De meeste kinderen van 4 tot 12 roken niet, maar kunnen wel met tabaksrook in aanraking komen als hun ouders of verzorgers roken. Er is daarom onderzocht of de gezondheid van kinderen samenhangt met het rookgedrag van hun ouders of verzorgers.

Demografische factoren

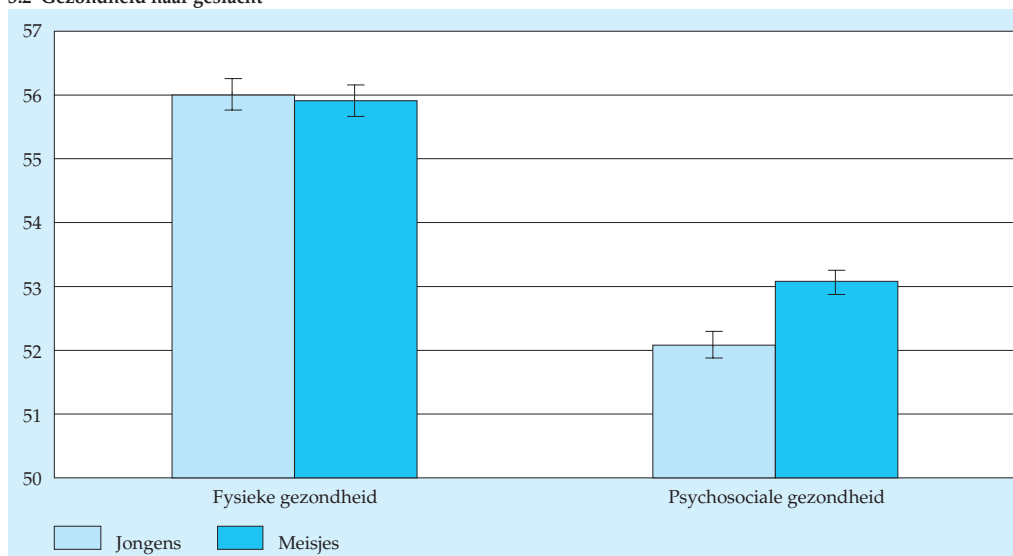
De leeftijd van een kind blijkt iets te zeggen over diens fysieke gezondheid ($F = 2,75$; $p < 0,01$) maar een duidelijk opgaand of neergaand verband is er niet. Het minst gezond zijn 4-jarigen, terwijl 8-jarigen het gezondst zijn (al is dit verschil niet statis-

3.1 Gezondheid naar leeftijd



Bron: CBS (POLS).

3.2 Gezondheid naar geslacht



Bron: CBS (POLS).

tisch significant). Voor de psychische gezondheid ($F = 7,29$; $p < 0,001$) is er een duidelijker verband te zien: tot een jaar of 8 geldt dat de psychische gezondheid steeds iets afneemt naarmate de kinderen ouder worden. Na het 8e jaar stijgt de psychische gezondheid weer heel licht.

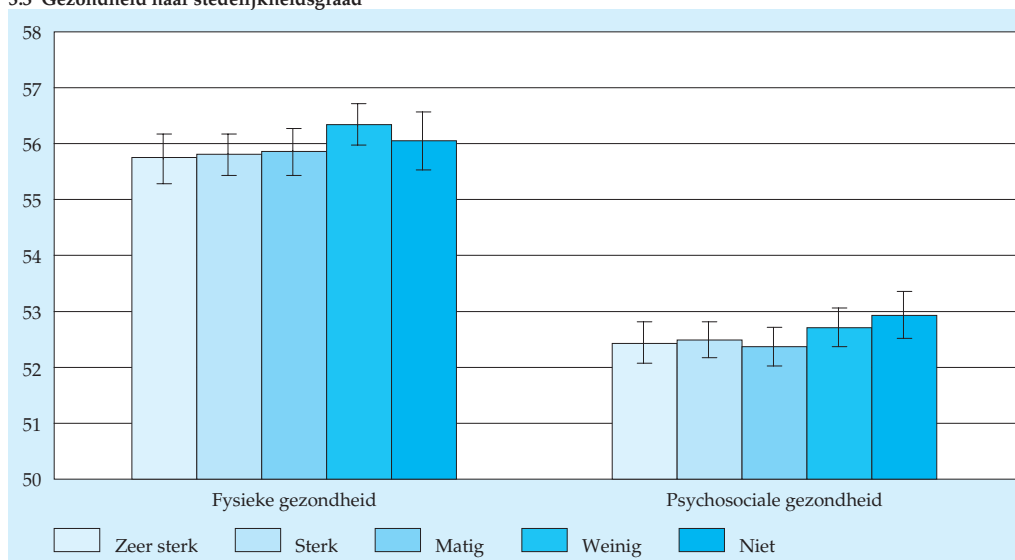
Meisjes zijn fysiek even gezond als jongens ($F < 1$), maar zijn psychisch gezonder ($F = 38,64$; $p < 0,001$).

Omgeving waarin het kind opgroeit

Kinderen van het platteland blijken niet gezonder (of ongezonder) te zijn dan kinderen uit de grote steden (fysieke en psychosociale gezondheid: beide F 's $< 1,5$). Voor de fysieke gezondheid maakt het niet uit in welke provincie de kinderen wonen ($F < 1$). Voor de psychosociale gezondheid echter zijn er wel verschillen ($F = 2,20$; $p < 0,05$). Kinderen uit Noord-Brabant zijn significant gezonder dan kinderen uit Zuid-Holland. Kinderen uit Flevoland hebben de laagste psychosociale gezondheid, al verschillen zij door de wat grote marges statistisch gezien niet van kinderen uit ander provincies.

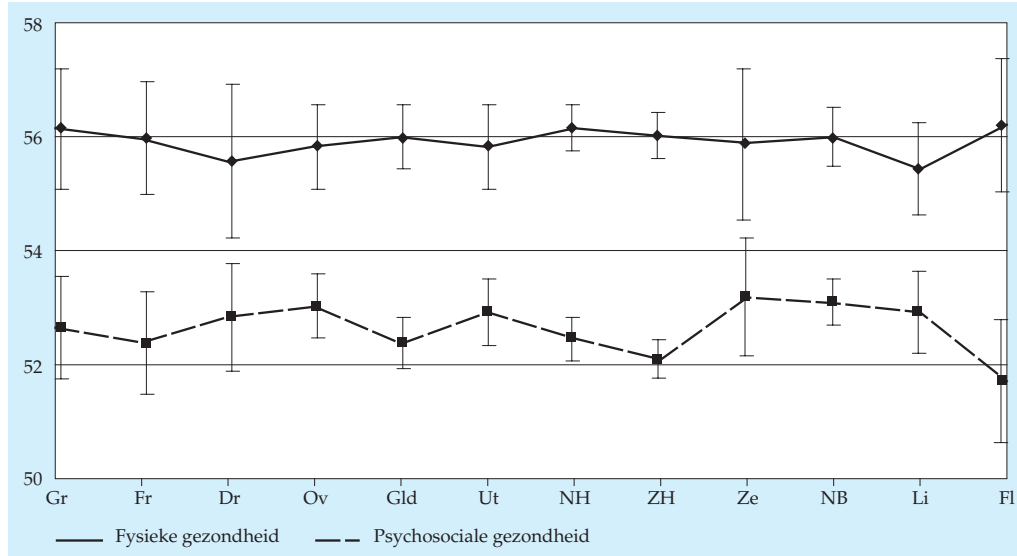
De meeste 4–11-jarige kinderen in Nederland wonen in een gezin met twee ouders/verzorgers en één of meer (thuiswonende) broers en/of zussen. De gezondheid van kinderen blijkt samen te hangen met het type gezin waarin een kind opgroeit (Fysieke gezondheid: $F = 4,59$; $p < 0,005$; Psychosociale gezondheid: $F = 27,87$; $p < 0,001$). Vergeleken met kinderen uit een éénoudergezin zijn kinderen die opgroeien in een gezin met twee ouders of verzorgers zowel psychisch als fysiek gezonder. Het ver-

3.3 Gezondheid naar stedelijkheidsgraad



Bron: CBS (POLS).

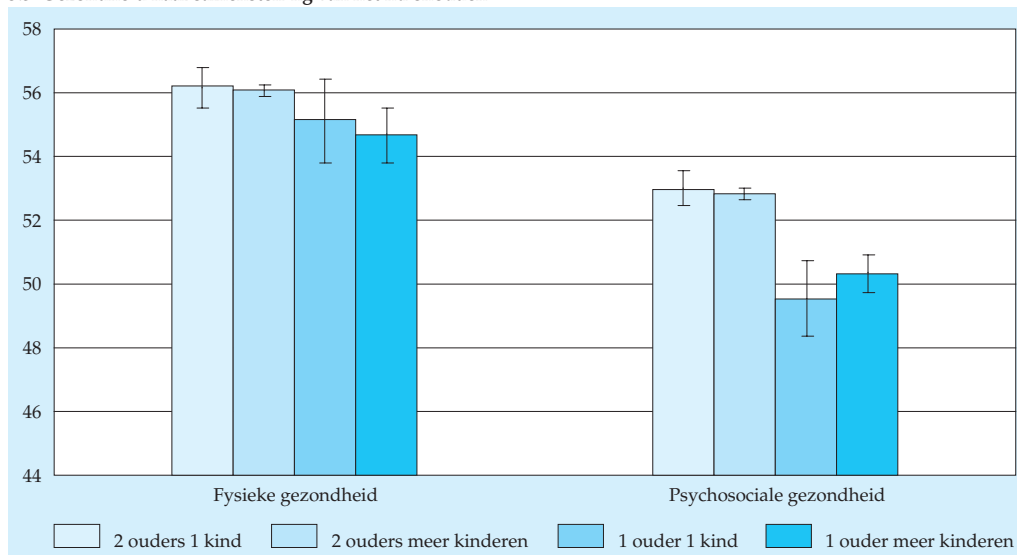
3.4 Gezondheid naar provincie



Bron: CBS (POLS).

schil in psychosociale gezondheid is groter dan het verschil in fysieke gezondheid. Het maakt daarbij niet uit of er in het gezin één of meerdere kinderen zijn. Dat de (psychosociale) gezondheid van kinderen uit eenoudergezinnen minder goed is dan van kinderen uit tweeoudergezinnen kwam ook naar voren in het 0-12-jarigen-onderzoek van het SCP in samenwerking met TNO kwaliteit van Leven (Zeijl e.a.,

3.5 Gezondheid naar samenstelling van het huishouden



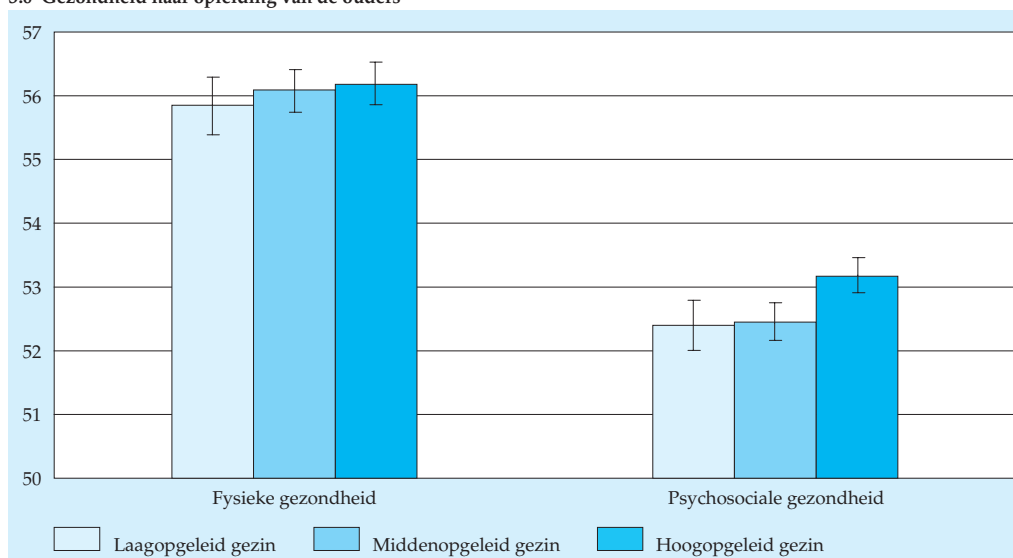
Bron: CBS (POLS).

2005). Mogelijk is de slechtere psychosociale gezondheid van kinderen uit een eenoudergezin het gevolg van een andere achterliggende factor: eenoudergezinnen hebben vaker dan tweeoudergezinnen een inkomen onder de armoedegrens. Kinderen uit gezinnen met lage inkomens hebben vaker psychosociale problemen dan kinderen uit gezinnen met hogere inkomens (Zeijl e.a., 2005).

Hoe lager de opleiding ¹⁾ van de ouders of verzorgers, hoe lager de psychosociale gezondheid van het kind ($F = 5,01$; $p < 0,01$). Voor de fysieke gezondheid blijkt de opleiding van de ouders niet uit te maken ($F < 1$). Deze laatste bevinding is verrassend. Volwassenen met een lagere opleiding hebben vaker een slechte gezondheid dan hoogopgeleiden (van der Lucht, 2006). Omdat dit verschil voor een groot deel verkaart kan worden door factoren als leefstijl, eetgewoonten en kwaliteit van de huisvesting, zou men verwachten dat kinderen die in een gezin met laagopgeleide ouders opgroeien hier ook door beïnvloed worden.

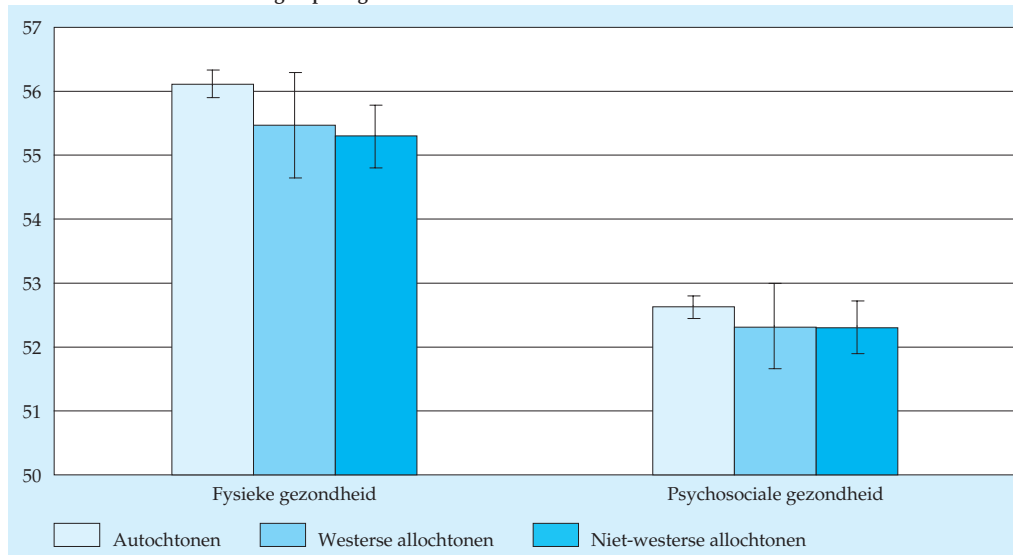
Voor de fysieke gezondheid blijkt de herkomstgroepering uit te maken ($F = 5,08$; $p < 0,01$). Kinderen van niet-westerse allochtone afkomst hebben een mindere fysieke gezondheid dan autochtone kinderen. Wat de psychosociale gezondheid betreft zijn er geen significante verschillen tussen de groepen ($F < 1,5$). Ook in het 0–12-jarigen-onderzoek rapporteerden de jeugdartsen en -verpleegkundigen maar weinig verschillen tussen kinderen van westerse en niet-westerse herkomst wat betreft psychosociale problemen. De ouders van niet-westerse kinderen daarentegen rapporteerden wel vaker zulke problemen (Zeijl e.a., 2005).

3.6 Gezondheid naar opleiding van de ouders



Bron: CBS (POLS).

3.7 Gezondheid naar herkomstgroepering

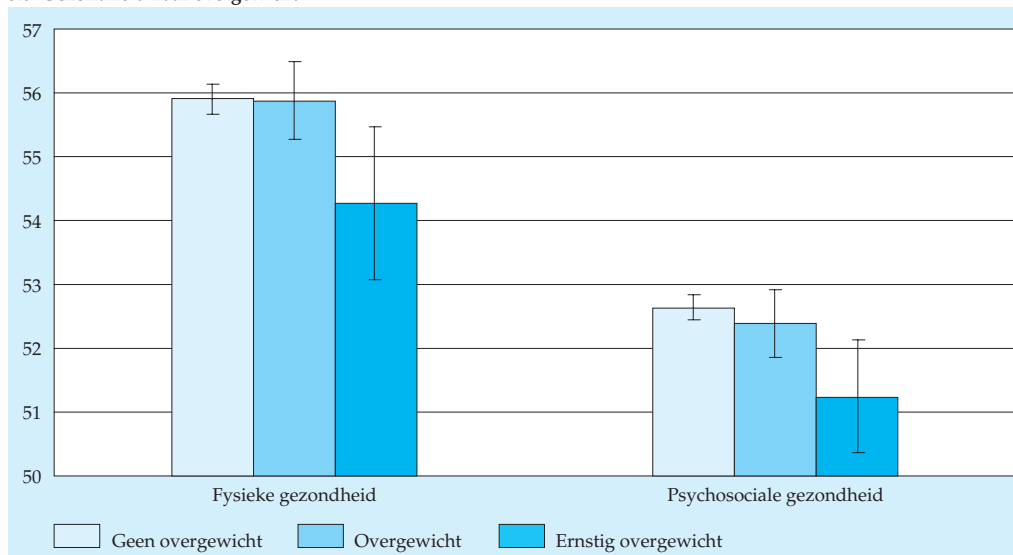


Bron: CBS (POLS).

Leefstijlen

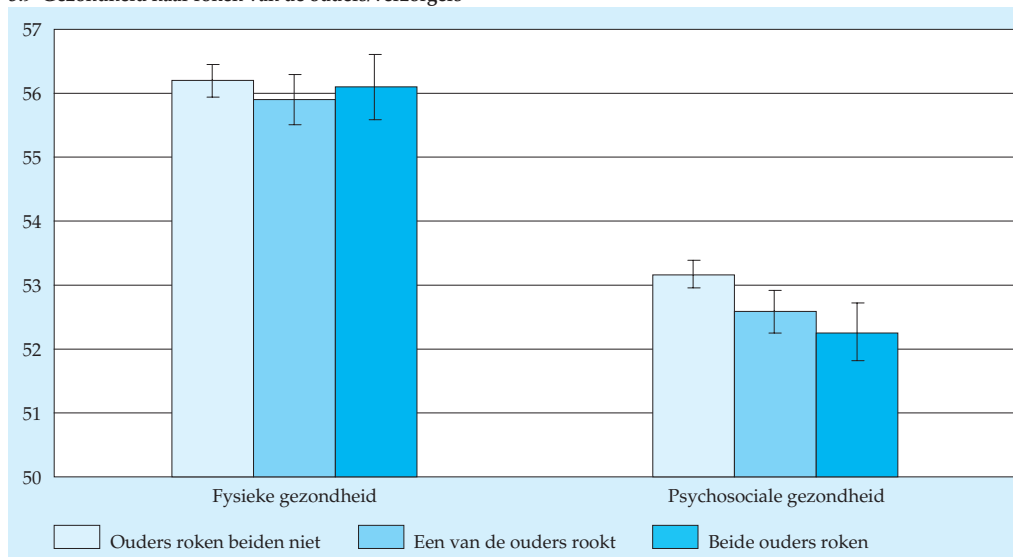
Overgewicht ²⁾ komt voor bij 13,9 procent van de kinderen. Van de kinderen met overgewicht kampt 26,6 procent (of 3,7 procent van alle kinderen) zelfs met ernstig overgewicht. Te zwaar zijn gaat samen met een slechtere fysieke ($F = 4,18; p < 0,05$)

3.8 Gezondheid naar overgewicht



Bron: CBS (POLS).

3.9 Gezondheid naar roken van de ouders/verzorgers



Bron: CBS (POLS).

en psychosociale ($F = 4,61$; $p < 0,05$) gezondheid. Vooral de kinderen met ernstig overgewicht hebben een slechtere gezondheid, niet alleen fysiek maar ook psychosociaal.

Kinderen die opgroeien in een gezin waar gerookt wordt, hebben een minder goede psychosociale gezondheid dan kinderen van ouders of verzorgers die niet roken ($F = 8,86$; $p < 0,001$). Dit geldt zowel in het geval dat een van de ouders rookt maar ook, en vooral, als beide ouders roken. Voor de fysieke gezondheid van kinderen maakt het niet uit of hun ouders of verzorgers roken of niet ($F < 1$).

Conclusie

Chronische ziekten als astma en chronische bronchitis komen nog veel voor bij kinderen in Nederland. Bij 1 op de 10 kinderen rapporteren ouders dit soort aandoeningen. Ook de gezondheidsgerelateerde klachten moeheid en hoofdpijn komen geregeld voor.

Over welke factoren samenhangen met gezondheid kan samenvattend gezegd worden dat de fysieke gezondheid vooral samenhangt met herkomstgroepering en met overgewicht. Kinderen van niet-westerse allochtone afkomst hebben een minder goede fysieke gezondheid dan autochtone kinderen, en kinderen met overgewicht zijn minder gezond dan kinderen zonder overgewicht. Wat betreft de psychosociale gezondheid zijn er meer factoren die een rol spelen. Zo is de psychosociale gezondheid van meisjes gemiddeld beter dan die van jongens. Ook zijn kinderen uit gezin-

nen met twee ouders of verzorgers gezonder dan kinderen uit een éénoudergezin, en zijn kinderen uit een hoger opgeleid gezin gezonder dan kinderen uit een lager opgeleid gezin. Net als de fysieke gezondheid is ook de psychosociale gezondheid minder goed bij kinderen met overgewicht. Kinderen met ouders of verzorgers die roken hebben een minder goede psychosociale gezondheid dan kinderen waarvan de ouders of verzorgers niet roken.

Literatuur

- Bandel-Hoekstra I (2003). Headache, coping, and quality of life in children. Proefschrift Universiteit Maastricht.
- Blomert L (2005). Dyslexie in Nederland: Theorie, Praktijk en Beleid. Nieuwezijds Uitgeverij, Amsterdam.
- Frenken F (2007). Vertraging in lengtegroei en gewichtstoename. Bevolkingstrends (55)4, blz. 92–100.
- Gezondheidsraad (2000). Gezondheidsraad: Diagnostiek en behandeling van ADHD. Gezondheidsraad, Den Haag.
- Han TS, Tjhuis MA, Lean ME & Seidell JC (1998). Quality of life in relation to overweight and body fat distribution. Am J Public Health (88)12, blz. 1814–20.
- Hirasing RA, Aardoom HA, Heuvel EW van den, Sanavro FL & Leeuwenburg J (1995). Prevalentie van door ouders gerapporteerde chronische aandoeningen bij schoolkinderen. Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde (139), blz. 934–938.
- Hurk K van den, Dommelen P van, Wilde JA de, Verkerk PH, Buuren S van & Hirasing RA (2006). Prevalentie van overgewicht en obesitas bij jeugdigen 4–15 jaar in de periode 2002–2004. TNO Kwaliteit van Leven, Leiden.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling (2005). Multidisciplinaire Richtlijn ADHD; richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen. Trimbos-Instituut, Utrecht.
- Landgraf JK, Abetz L & Ware JE (1999). The CHQ User's Manual. Second Printing. Healthact, Boston, MA.
- Lucht F van der (2006). Sociaaleconomische gezondheidsverschillen samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, Bilthoven. www.nationaalkompas.nl.

Raat H, Botterweck AM, Landgraf JM, Hoogeveen WC & Essink-Bot ML (2005). Reliability and validity of the short form of the child health questionnaire for parents (CHQ-PF28) in large random school based and general population samples. *J Epidemiol Community Health* (59)1, blz. 75–82.

Raat H, Mohangoo AD & Grootenhuys MA (2006). Pediatric health-related quality of life questionnaires in clinical trials. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* (6)3, blz. 180–185.

Schoemaker C, Ruiter C de, Berg M van den, Cuijpers P, Graaf R de, Have M ten & Voogel S (2003). Nationale monitor geestelijke gezondheid: jaarboek 2003: ADHD, anorexia nervosa en andere psychische stoornissen. Trimbos-instituut, Utrecht.

Smit HA, Boezen HM & Poos MJJC (2006). Hoe vaak komt astma voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*, RIVM, Bilthoven. www.nationaalkompas.nl.

Surgeon General (2004). *The Health Consequences of Smoking: A report of the Surgeon General*.

Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Kreuzenkamp S & Reijneveld M (2005). *Kinderen in Nederland*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.

Noten in de tekst

- 1) Helaas missen de gegevens over de opleiding van ouders of verzorgers voor het jaar 2003.
- 2) Om te bepalen of een kind overgewicht heeft wordt zijn of haar Body Mass Index ofwel BMI berekend en vergeleken met een geslacht en leeftijd afhankelijke norm. Om de BMI te berekenen wordt lichaamslengte en gewicht gebruikt. In de gezondheidsenquête worden lengte en gewicht niet gemeten maar gevraagd. Dit kan een afwijking geven omdat mensen doorgaans hun lengte iets overschatten terwijl ze hun gewicht iets onderschatten (Frenken, 2007). Mogelijk geldt dit ook voor ouders die lengte en gewicht van hun kinderen rapporteren. Overigens komen deze cijfers redelijk tot goed overeen met de percentages overgewicht en ernstig overgewicht die TNO in samenwerking met het VUmc en 11 GGD-en in 2002-2004 registreerde (van den Hurk e.a., 2006): respectievelijk 15,9 procent overgewicht (gemiddeld over de leeftijden 4 t/m 11 en jongens en meisjes samen; POLS: 13,9 procent) en 3,5 procent ernstig overgewicht (POLS: 3,7 procent).

Tabel 3.1
Vergelijking van gezondheid van verschillende groepen kinderen van 4–11 jaar

	Fysieke gezondheid			Psychosociale gezondheid		
	95%-betrouwbaarheid			95%-betrouwbaarheid		
	ondergrens	bovengrens		ondergrens	bovengrens	
	<i>gemiddelde score</i>					
Leeftijd						
4	55,3	54,7	55,9	53,2	52,8	53,6
5	55,6	55,0	56,2	53,5	53,1	53,9
6	56,4	55,9	56,9	53,0	52,6	53,4
7	55,7	55,1	56,3	52,6	52,1	53,0
8	56,6	56,1	57,0	51,8	51,3	52,3
9	56,4	55,9	56,9	51,9	51,4	52,4
10	55,6	55,1	56,2	52,3	51,8	52,8
11	56,1	55,5	56,6	52,3	51,9	52,8
Geslacht						
Jongens	56,0	55,7	56,3	52,1	51,8	52,3
Meisjes	55,9	55,6	56,2	53,1	52,9	53,3
Stedelijkheid						
Zeer sterk	55,7	55,3	56,2	52,4	52,1	52,8
Sterk	55,8	55,4	56,2	52,5	52,2	52,8
Matig	55,9	55,4	56,3	52,4	52,0	52,7
Weinig	56,3	56,0	56,7	52,7	52,4	53,0
Niet	56,0	55,5	56,6	52,9	52,5	53,3
Provincie						
Groningen	56,2	55,1	57,2	52,7	51,8	53,5
Friesland	56,0	55,0	57,0	52,4	51,5	53,3
Drenthe	55,6	54,2	56,9	52,8	51,9	53,8
Overijssel	55,8	55,1	56,6	53,0	52,5	53,6
Gelderland	56,0	55,4	56,5	52,4	51,9	52,8
Utrecht	55,8	55,1	56,6	52,9	52,3	53,5
Noord-Holland	56,2	55,7	56,6	52,5	52,1	52,8
Zuid-Holland	56,0	55,6	56,4	52,1	51,7	52,4
Zeeland	55,9	54,5	57,2	53,2	52,1	54,2
Noord-Brabant	56,0	55,5	56,5	53,1	52,7	53,5
Limburg	55,4	54,6	56,3	52,9	52,2	53,6
Flevoland	56,2	55,0	57,4	51,7	50,6	52,8
Samenstelling huishouden						
2 ouders 1 kind	56,2	55,6	56,9	53,0	52,4	53,5
2 ouders meer kinderen	56,1	55,9	56,3	52,8	52,7	53,0
1 ouder 1 kind	55,2	53,8	56,5	49,5	48,3	50,7
1 ouder meer kinderen	54,7	53,8	55,5	50,3	49,7	50,9
Opleiding ouders						
Laagopgeleid	55,8	55,4	56,3	52,4	52,0	52,8
Middenopgeleid	56,1	55,8	56,4	52,4	52,2	52,7
Hoogopgeleid	56,2	55,8	56,5	53,2	52,9	53,4
Herkomstgroepering						
Autochtonen	56,1	55,9	56,3	52,6	52,5	52,8
Westerse allochtonen	55,5	54,6	56,3	52,3	51,6	53,0
Niet-westerse allochtonen	55,3	54,8	55,8	52,3	51,9	52,7
Overgewicht						
Geen overgewicht	55,9	55,7	56,1	52,6	52,4	52,8
Overgewicht	55,9	55,3	56,5	52,4	51,8	52,9
Obesitas	54,3	53,1	55,5	51,2	50,3	52,1
Roken van de ouders						
Beide verzorgers roken	56,1	55,6	56,6	52,3	51,8	52,7
Een van de verzorgers rookt	55,9	55,5	56,3	52,6	52,3	52,9
Verzorgers roken beide niet	56,2	55,9	56,5	53,2	52,9	53,4

Bron: CBS (POLS).

4. Gehandicaptenzorg groeit sterk

Het volume van de gehandicaptenzorg is in de periode 2000–2007 met gemiddeld 5,9 procent per jaar gegroeid. De inzet van wachtlijstmiddelen leverde tot en met 2003 een sterke bijdrage aan deze groei. Na 2003 droeg vooral zorg zonder verblijf sterk bij aan de totale volumegroei. De hoeveelheid zorg met 24-uursverblijf in instellingen voor gehandicapten groeide met 2,6 procent per jaar. Zorg zonder verblijf groeide met 15,6 procent per jaar aanzienlijk sneller. Deze groei is voor een deel toe te schrijven aan de sterke toename van de persoonsgebonden budgetten. Daarnaast is in 2004 het aanbod aan extramurale zorg verruimd. Opvallend is dat het aantal verpleegdagen onder verstandelijk gehandicapten jonger dan 20 drie keer zo hard is gestegen als in de groep van 20 jaar en ouder. Dit heeft onder andere te maken met de toename van zorg aan jeugdigen met gedragsproblematiek.

Inleiding

De uitgaven aan gehandicaptenzorg zijn in de periode 2000–2007 jaarlijks met gemiddeld 8,7 procent gestegen. In 2007 is aan zorg voor gehandicapten 5,8 miljard euro uitgegeven. Deze uitgaven hebben betrekking op de gehandicaptenzorg die gefinancierd is uit de AWBZ, inclusief persoonsgebonden budgetten (PGB)¹. In dit artikel staat de vraag centraal in welke mate de uitgavenstijging wordt bepaald door de groei van de hoeveelheid geleverde zorg (volume) en in welke mate door de stijging van de tarieven (prijs). Voor de beantwoording van bovenstaande vraag moet het volume van de gehandicaptenzorg bepaald worden.

Er zijn verschillende maten denkbaar voor het zorgvolume. Het totale aantal patiënten en het totale aantal uren of dagen aan geleverde zorg zijn echter ongeschikt. De hoeveelheid zorg per patiënt of per dag kan jaarlijks veranderen (Chessa en Okkerse-Ruitenbergh, 2007). Bovendien zijn deze volumematen te grof, omdat patiënten ongelijksoortige typen zorg krijgen. Een verpleegdag van een ernstig verstandelijk gehandicapte² kan bijvoorbeeld niet zonder meer opgeteld worden bij een dag in een gezinsvervangend tehuis, waarin geen verpleging wordt geboden.

Het CBS gebruikt daarom per zorgproduct een specifieke volumemaat. De gemaakte keuzes sluiten aan bij de volumematen die voor de ouderenzorg gekozen waren (Chessa en Okkerse-Ruitenbergh, 2007). In principe zou per type zorg het aantal ‘volledige behandelingen’ geteld moeten worden (Eurostat, 2001). De volumemethode die ontwikkeld was voor ziekenhuiszorg sluit hierop aan (Chessa en Kleima, 2006). In de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg is het echter niet zinvol om het aantal volledige behandelingen per jaar te tellen. Een groot deel van de ouderen en gehandicaptenzorg bestaat uit langdurige zorg, waarbij patiënten meerdere jaren

worden verpleegd en verzorgd. Voor langdurige zorg is hier daarom het aantal dagen of uren verpleging en verzorging als volumemaat gekozen. Voor kortdurende zorg kan wel het aantal behandelingen worden geteld, bijvoorbeeld het aantal dagbehandelingen en cliëntcontacten.

Om de jaarlijkse verandering van het volume van de gehandicaptenzorg in één getal weer te geven, worden de volumeveranderingen van de verschillende soorten zorg gewogen en opgeteld. De gewichten zijn gebaseerd op de tarieven van de zorgproducten. In de onderstaande kaders worden in het kort de soorten gehandicaptenzorg en de methode voor het berekenen van de volume-index beschreven. Daarna volgt een beschrijving van de resultaten. Naast de invloed van prijs en volume op de uitgavenstijging zijn er uitsplitsingen van de volumeontwikkeling gemaakt naar zorg met en zonder verblijf en naar leeftijd.

Soorten gehandicaptenzorg

Zorg aan gehandicapten kan grofweg in de volgende drie soorten worden ingedeeld:

- *Zorg met verblijf en behandeling.* Dit is zorg met 24-uurs verblijf in instellingen voor verstandelijk, zintuiglijk en lichamelijk gehandicapten, met verpleging en/of gedragswetenschappelijke behandeling.
- *Zorg met verblijf, zonder behandeling.* Dit is zorg met 24-uurs verblijf in instellingen voor verstandelijk, zintuiglijk en lichamelijk gehandicapten, maar zonder verpleging en behandeling.
- *Zorg zonder verblijf (extramuraal zorg).* Dit zijn activiteiten in dagverblijven en zorg bij patiënten thuis.

Zorg met verblijf en behandeling van verstandelijk gehandicapten omvat beschermd wonen met langdurige verzorging en verpleging. De groep cliënten is zeer heterogeen, met lichte tot zeer ernstige verstandelijke beperkingen. Daarnaast kunnen cliënten gedragsstoornissen of zintuiglijke beperkingen hebben. Zorg in instellingen voor jeugdig licht verstandelijke gehandicapten bestaat uit gedragswetenschappelijke behandeling en begeleiding van onder andere gedragsgestoorden.

Volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV is er sprake van een verstandelijke beperking bij een IQ-score tot ongeveer 70. In Nederland is deze bovengrens echter verhoogd naar 90, omdat ook zwakbegaafden worden meegenomen. Het gaat hier onder andere om cliënten met ernstig probleemgedrag. Deze groep dreigde door de splitsing van de psychiatrie en de gehandicaptenzorg tussen wal en schip te raken. Om die reden is er voor deze groep een afzonderlijke voorziening in de verstandelijk gehandicaptenzorg gecreëerd met verblijf- en behandelplaatsen (Woittiez e.a., 2005; NZa, 2008).

Zorg met verblijf en behandeling van zintuiglijk gehandicapten omvat onderzoek, behandeling, consultatie en voorlichting van cliënten met auditieve en/of visuele beperkingen.

Zorg met verblijf en behandeling van lichamelijk gehandicapten omvat woonbegeleiding, verzorging, verpleging en (para)medische zorg van cliënten in de vier zogeheten 'grote woonvormen' (bijv. Het Dorp).

Zorg met 24-uurs verblijf, maar zonder behandeling, bestaat uit wonen met verzorging in gezinsvervangende tehuizen. Hierin worden cliënten geplaatst met een redelijke mate van zelfredzaamheid. De meest redzame bewoners kunnen doorstromen naar een dependance. Kindergezinsvervangende tehuizen zijn er voor kinderen van 3 tot 18 jaar met verstandelijke of lichamelijke beperkingen.

Zorg zonder 24-uurs verblijf in een instelling bestaat uit dagactiviteiten in dagverblijven voor ouderen en kinderen, ambulante zorg, zoals face-to-face contacten psychotherapie, en verzorging, verpleging en begeleiding bij cliënten thuis. Het aanbod van zorg zonder verblijf is sinds 2004 sterk uitgebreid. In dat jaar trad de NZa-beleidsregel in werking die het zorginstellingen mogelijk maakte om extramurale zorg AWBZ-breed aan te bieden (NZa, 2005). Instellingen voor gehandicaptenzorg konden nieuwe typen zorg leveren, terwijl bestaande typen zorg werden verruimd. Een voorbeeld van het laatste is begeleiding. Tot en met 2003 was er uitsluitend sprake van begeleiding bij zelfstandig wonen. Vanaf 2004 omvatte begeleiding meer aspecten, zoals ondersteuning bij zelfregie, begeleiding bij werk of onderwijs en bevordering van sociale participatie. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de gehandicaptenzorg zie Woittiez e.a., 2002.

Methode volumebepaling

Voor de berekening van de jaarlijkse volumeverandering van de gehandicaptenzorg is gebruik gemaakt van gegevens over hoeveelheid geleverde zorg en tarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De gegevens bevatten een sterke detaillering van de hierboven beschreven soorten gehandicaptenzorg. De NZa-gegevens hebben betrekking op zorg die is ingekocht door zorgkantoren, zodat PGB's hierbuiten vallen. Zorg gefinancierd uit PGB's is daarom apart meegenomen in de prijs- en volumeberekeningen. De PGB-gegevens zijn afkomstig van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

Volumematen

De hoeveelheid zorg is per zorgtype gespecificeerd. Hiervoor zijn de volgende volumematen gebruikt:

- Zorg met verblijf en behandeling: verpleegdagen, uitgesplitst naar type zorg. Zo zijn de verpleegdagen van instellingen voor verstandelijk gehandicapten uitgesplitst naar ernst van de beperking (licht, matig, ernstig, zeer ernstig) en leeftijd van de cliënt.
- Zorg met verblijf, zonder behandeling: bezettingsdagen in gezinsvervangende tehuizen, uitgesplitst naar type beperking en instelling (kinderen, ouderen, dependance).
- Zorg zonder verblijf: aantal dagbestedingsdagen in dagverblijven, aantal face-to-face contacten, aantal uren verzorging, verpleging, begeleiding bij cliënten thuis.

Berekening totale volume-index

Hiervoor is de methode gevolgd die voor de ouderenzorg gebruikt wordt. Ook voor de gehandicaptenzorg is de volume-index uit verschillende onderdelen opgebouwd. Voor zorgproducten die in twee opeenvolgende jaren geleverd zijn, wordt eerst de jaarlijkse procentuele volumeverandering berekend. Deze volumeveranderingen worden vervolgens gewogen samengeteld. De gewichten zijn gelijk aan het aandeel van de waarde (tarief x volume) van een zorgproduct in de totale waarde van de zorgproducten. De volume-index wordt vervolgens aangepast met een bijdrage voor nieuwe producten en een bijdrage voor producten die niet meer geleverd worden.

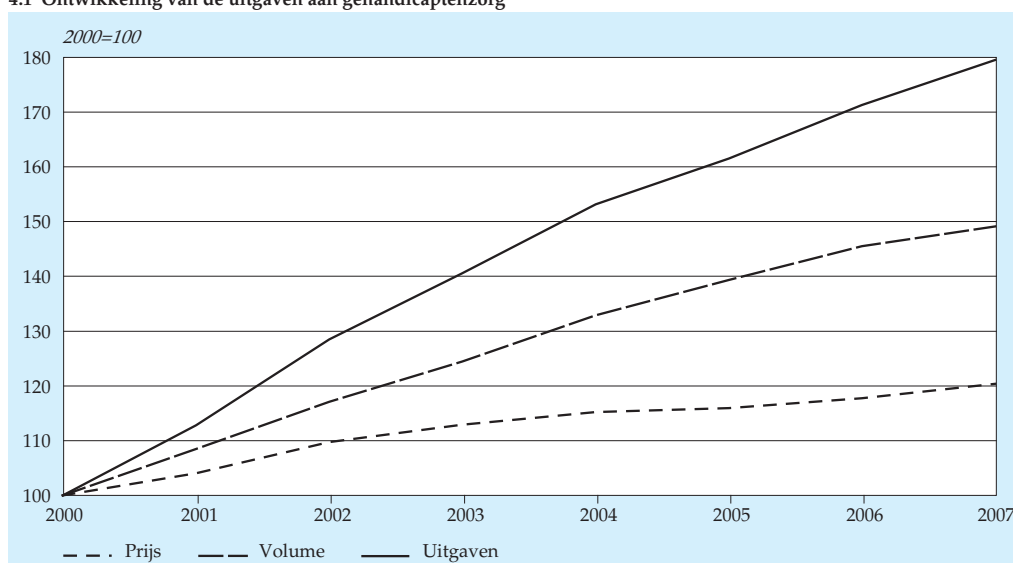
De tarieven waarmee gewogen wordt zijn als volgt samengesteld. Voor zorg zonder verblijf heeft de NZa integrale tarieven vastgesteld, die loonkosten, materiële kosten en kapitaallasten omvatten. Kapitaallasten, zoals afschrijvingskosten van gebouwen en installaties, worden dus gefinancierd uit de vergoedingen die zorginstellingen krijgen voor de geleverde zorg. De tarieven van zorg met verblijf zijn niet integraal. Instellingen krijgen een vergoeding voor kapitaallasten ongeacht de omvang van de geleverde zorg. Om aan te sluiten bij de tariefopbouw in de extramurale zorg zijn de kapitaallasten ook in de tarieven van zorg met verblijf verwerkt. De kapitaallasten zijn over de verschillende typen zorg verdeeld volgens de waardeandelen van de zorgtypen. De verdeling van de kapitaallasten is voor de verschillende typen instellingen afzonderlijk uitgevoerd.

Voor de PGB's is alleen de totale waarde op jaarbasis bekend. De jaarlijkse verandering van het volume aan zorg gefinancierd uit PGB's is berekend door de waardeverandering te delen door de prijsverandering van extramurale zorg. Voor dit laatste is gekozen omdat met PGB's geen zorg met verblijf en behandeling kan worden verkregen. De bijdrage van de volumeverandering voor PGB's in de totale volume-index van jaar t is bepaald door de volumeverandering te wegen met het waarde-aandeel van PGB's in de totale gehandicaptenzorg in jaar $t - 1$. Een gedetailleerde beschrijving van de volumemethode is opgenomen in een uitgebreider CBS-rapport, Chessa, 2008.

Ontwikkeling van het totale volume

Het volume van de gehandicaptenzorg is in de periode 2000–2007 met gemiddeld 5,9 procent per jaar gegroeid (figuur 4.1). De uitgaven zijn jaarlijks met gemiddeld 8,7 procent gestegen. Dit betekent een prijsstijging van bijna 3 procent per jaar.

4.1 Ontwikkeling van de uitgaven aan gehandicaptenzorg



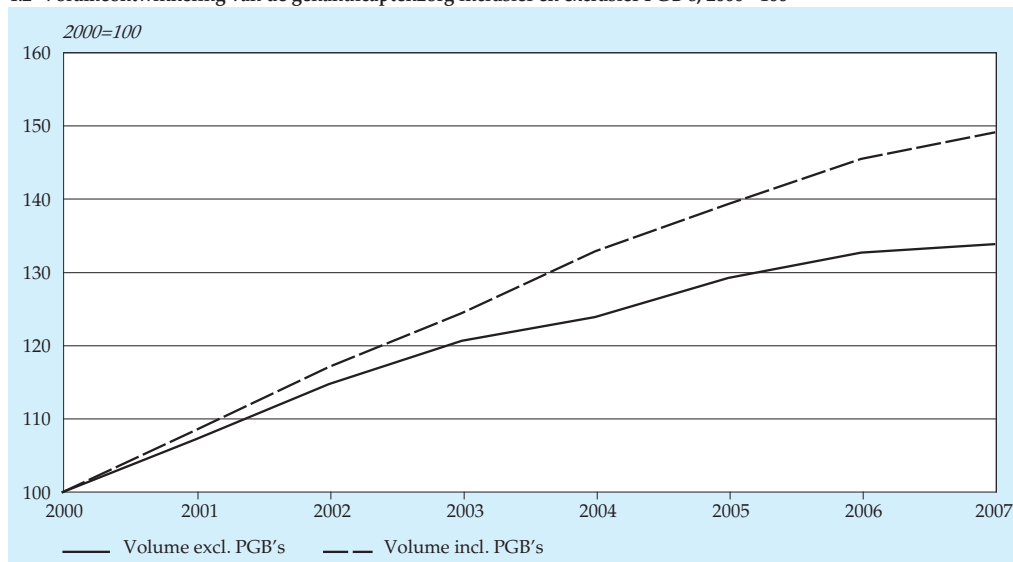
Bron: Nza, CVZ, CBS.

De sterke groei van de uitgaven aan PGB's voor gehandicaptenzorg¹⁾ heeft fors bijgedragen aan de totale volumegroei. De gemiddelde jaarlijkse volumegroei zonder PGB's is in de periode 2000–2007 gelijk aan 4,3 procent, gemiddeld dus 1,6 procentpunt per jaar lager dan de totale volumegroei. De bijdrage van PGB's is vooral na 2003 groot (figuur 4.2). Dit is voor een deel te verklaren uit de invoering van de AWBZ-brede beleidsregel extramurale zorg in 2004. Het aanbod aan extramurale zorg werd hierdoor verruimd (zie eerste tekstkader). Zorg gefinancierd uit PGB's heeft betrekking op zorg zonder verblijf.

Tot en met 2003 zijn er naast de PGB's nog twee factoren die sterk hebben bijgedragen aan de volumegroei. Het volume exclusief PGB's groeide in de jaren 2000–2003 met gemiddeld 6,5 procent per jaar. Daarna groeide dit volume met gemiddeld 2,6 procent per jaar minder hard. De sterkere volumegroei tot en met 2003 is in belangrijke mate toe te schrijven aan de inzet van wachtlijstmiddelen en aan de extra zorg voor licht verstandelijk gehandicapten met een sterke gedragsstoornis.

Het aantal cliënten dat in 2003 van de wachtlijst werd gehaald en zorg kreeg was ruim 9 keer groter dan in 2000 (staat 4.1). Het betreft hier zorg aan verstandelijk ge-

4.2 Volumeontwikkeling van de gehandicaptenzorg inclusief en exclusief PGB's, 2000=100



Bron: Nza, CVZ, CBS.

handicapten die op een wachtlijst stonden voor begeleiding bij zelfstandig wonen en voor plaatsing in een dagverblijf of een gezinsvervangend tehuis. Het gaat hier deels om nieuwe cliënten en deels om cliënten die al zorg kregen, maar nog niet de volledige zorg. De bijdrage van de productie uit wachtlijstmiddelen aan de volumegroei in de periode 2000–2003 was 2,4 procentpunt per jaar (exclusief PGB's). Wachtlijstmiddelen zijn in 2004 opgenomen in de reguliere bekostiging.

Extra zorg voor licht verstandelijk gehandicapten met een sterke gedragsstoornis (SGLVG) wordt gefinancierd uit toeslagen voor verblijf en behandeling. De extra zorg bestaat onder andere uit dagbesteding. Het aantal toegekende SGLVG-verblijfstoeslagen is in 2001 en 2002 sterk gestegen, omdat deze ook aan bestaande cliënten moesten worden toegewezen. Met ingang van 2003 kon de SGLVG-verblijfstoeslag alleen nog aan nieuwe cliënten worden toegekend. De extra zorg aan SGLVG-cliënten droeg gemiddeld 1,6 procentpunt per jaar bij aan de volumegroei in 2000–2003.

Positieve bijdragen aan de volumegroei kunnen ook optreden door verschuivingen van lichte naar zwaardere zorg. Het aantal verpleegdagen voor licht tot matig verstandelijk gehandicapten is gedaald, terwijl het aantal verpleegdagen voor ernstig tot zeer ernstig verstandelijk gehandicapten is gestegen (staat 4.1). Omdat de hoeveelheden van de verschillende typen zorg worden gewogen met de tarieven, tellen verpleegdagen voor (zeer) ernstig verstandelijk gehandicapten zwaarder mee in de totale volume-index. Het effect van deze weging op de volumegroei is kleiner dan

Staat 4.1**Reguliere verpleeg- en verzorgingsdagen voor instellingen met 24-uurs verblijf, dagactiviteiten in dagverblijven en zorg uit wachtlijstmiddelen ¹⁾**

	Dagen LMVG ²⁾	Dagen EZVG ³⁾	Dagen JLVG ⁴⁾	Dagen GVT ⁵⁾	Dagen intra-muraal ⁶⁾	Dagactiviteiten ⁷⁾ in dagen ⁸⁾	Wachlijstcliënten VG+JLVG ⁹⁾
<i>x 1 000</i>							
2000	6 447	5 767	851	7 384	21 051	4 628	1 350
<i>2000 = 100</i>							
2000	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
2001	99,84	103,87	106,77	101,18	101,62	104,39	386,56
2002	95,75	110,98	109,66	102,88	103,07	106,65	668,30
2003	95,33	113,79	114,63	105,56	104,91	111,03	910,88
2004	90,25	123,96	110,68	103,16	105,17	134,25	
2005	89,48	128,18	114,98	105,39	106,93	137,66	
2006	89,55	132,05	118,69	110,08	109,79	139,71	
2007	88,11	133,84	121,04	111,44	110,29	144,75	

¹⁾ Aantallen zijn exclusief PGB's.

²⁾ Licht tot matig verstandelijk gehandicapten.

³⁾ Ernstig tot zeer ernstig verstandelijk gehandicapten.

⁴⁾ Jeugdig licht verstandelijk gehandicapten.

⁵⁾ (Kinder)gezinsvervangende tehuizen.

⁶⁾ Voor alle instellingen met 24-uurs verblijf.

⁷⁾ Zowel ouderen als kinderen.

⁸⁾ M.i.v. 2004 wordt de productie afgesproken in dagdelen. Hier zijn 2 dagdelen gelijkgesteld aan 1 dag.

⁹⁾ Aantal cliënten dat zorg kreeg via wachtlijstmiddelen.

Bron: NZa, CBS.

voor de wachtlijstmiddelen en de SGLVG-verblijfstoelage. Voor de periode 2000–2003 draagt de weging ongeveer 0,5 procentpunt bij aan de groei van het volume exclusief PGB's.

Uitsplitsingen naar verblijf en leeftijd

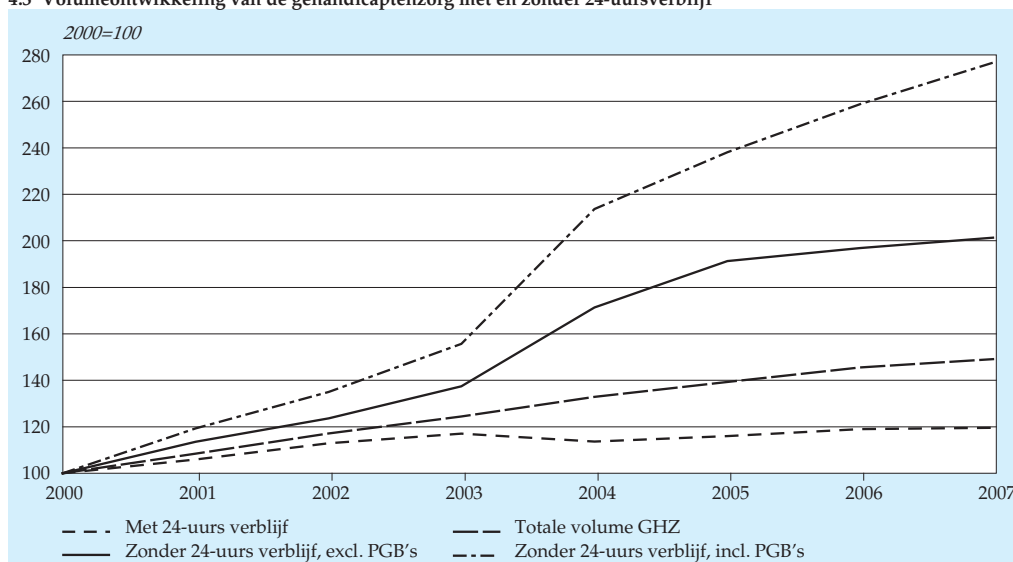
In figuur 3 is de totale volumeontwikkeling uitgesplitst in het volume met 24-uurs verblijf en het volume zonder 24-uurs verblijf. Het volume zonder 24-uurs verblijf is uitgesplitst in het volume inclusief PGB's en exclusief PGB's. Aangezien met PGB's geen zorg met verblijf en behandeling kan worden verkregen, is de PGB-gefinancierde zorg tot zorg zonder verblijf gerekend.

Het totale volume zonder 24-uurs verblijf is met gemiddeld 15,6 procent per jaar gegroeid. De bijdrage van zorg gefinancierd uit PGB's aan deze volumegroei bedraagt

ruim 5 procentpunt per jaar. Het volume zonder verblijf is vooral in 2004 sterk gegroeid. In dat jaar werd het aanbod aan extramurale zorg verruimd door de invoering van de NZa-beleidsregel extramurale zorg.

Het volume met 24-uurs verblijf groeide met gemiddeld 2,6 procent per jaar. De groei van zorg met verblijf is na 2003 afgevlakt. In 2004 daalde het volume zelfs. Het blijkt echter moeilijk te zijn om de redenen hiervan te achterhalen. Met ingang van 2004 wordt er strenger gecontroleerd op onderproductie. Het is daarom mogelijk dat het werkelijke productievolume tot en met 2003 wat lager is dan op basis van de data berekend is. Mogelijk is er vanaf 2004 ook sprake van een verschuiving naar zorg zonder verblijf. Informatie ontbreekt echter om deze uitspraken hard te maken.

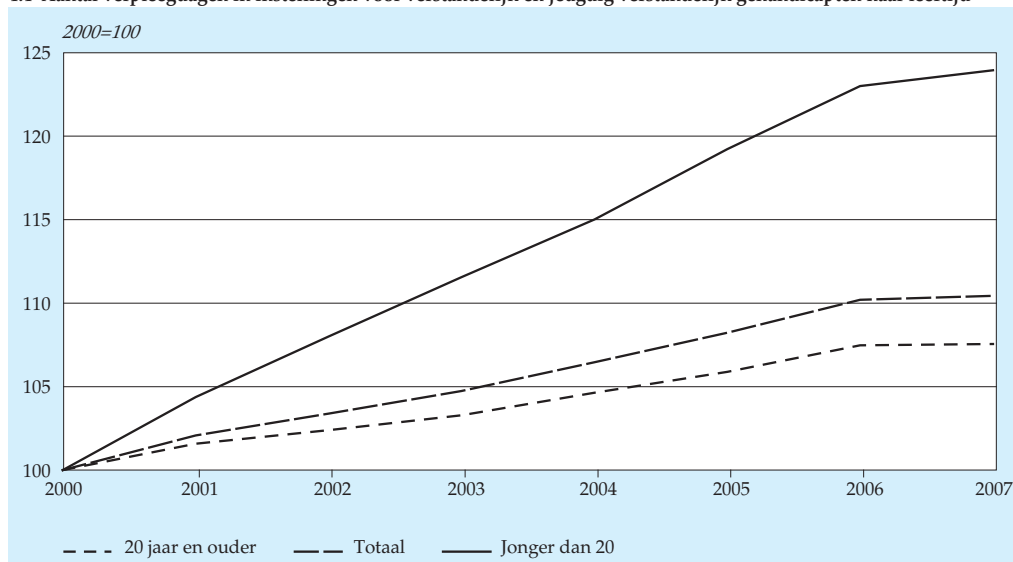
4.3 Volumeontwikkeling van de gehandicaptenzorg met en zonder 24-uursverblijf



Bron: Nza, CVZ, CBS.

Sterke verschillen in volumeontwikkeling komen ook tot uiting bij een uitsplitsing naar leeftijd. In figuur 4.4 is het totale aantal verpleegdagen voor verstandelijk gehandicapten uitgesplitst naar twee leeftijdsgroepen³⁾. Opvallend is dat het aantal verpleegdagen voor de groep jonger dan 20 ongeveer drie keer zo hard gegroeid is als het aantal dagen voor de groep 20 jaar en ouder. De ontwikkeling van het aantal dagen in JLVG-instellingen (staat 4.1) loopt redelijk in de pas met de ontwikkeling voor de groep jonger dan 20 in figuur 4.4⁴⁾. De stijging van het aantal verpleegdagen onder jeugdige gedragsgestoorden heeft sterk bijgedragen aan de toename van het totale aantal dagen bij jeugdigen.

4.4 Aantal verpleegdagen in instellingen voor verstandelijk en jeugdig verstandelijk gehandicapten naar leeftijd



Bron: Nza, CBS.

Slotopmerkingen

Deze studie laat zien dat het volume aan gehandicaptenzorg in de periode 2000–2007 erg sterk gegroeid is, gemiddeld met bijna 6 procent per jaar. De uitgaven zijn in deze periode met gemiddeld 8,7 procent per jaar gestegen. Dit betekent dat de volumegroei aanzienlijk meer bijdraagt aan de uitgavenstijging dan de prijsstijging.

Uit de resultaten valt vooral de sterke groei van de extramurale zorg op. De intramurale zorg groeit veel minder hard (figuur 4.3). Het aandeel van de extramurale zorg in de gehandicaptenzorg wordt dus elk jaar steeds groter. Naast de invoering van de AWBZ-brede beleidsregel extramurale zorg in 2004 heeft ook de toename van de PGB's een grote bijdrage geleverd aan de volumegroei van de extramurale zorg. Het volume van zorg zonder 24-uurs verblijf is ook in de jaren na de invoering van de beleidsregel extramurale zorg sterk gegroeid. Na 2004 groeide zorg zonder verblijf met gemiddeld 9 procent per jaar, terwijl zorg met 24-uurs verblijf met 1,7 procent per jaar groeide.

Naast de extramurale zorg en PGB's hebben nog twee factoren een sterke impuls gegeven aan de totale volumegroei: (1) de inzet van wachtlijstmiddelen tot en met 2003, en (2) de toekenning van SGLVG-verblijfstoeslagen in 2001 en 2002 aan bestaande verstandelijk gehandicapte cliënten met een sterke gedragsstoornis. Het volume van de gehandicaptenzorg is steeds minder snel gegroeid. Het totale volume, inclusief zorg uit PGB's, is in 2007 met 2,5 procent gegroeid ten opzichte van 2006⁵⁾.

Uit de literatuur lijken er aanwijzingen te zijn dat steeds meer zwakbegaafden gebruikmaken van voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. Zwakbegaafden worden geïndiceerd voor onder andere kort verblijf, zoals logeer- en crisisopvang, en begeleid zelfstandig wonen (SCP, 2005). De NZa-data laten vooral in 2004 en 2005 een sterke toename zien van begeleiding. Welk aandeel zwakbegaafden in deze ontwikkeling hebben, is echter niet uit de data af te leiden. Er is dus voorzichtigheid geboden bij het betrekken van veronderstelde ontwikkelingen over het aantal zwakbegaafden in de interpretatie van data en resultaten. Het SCP zelf geeft bovendien aan dat er onzekerheid zit in de aantallen zwakbegaafden.

Het zou interessant zijn geweest om de ontwikkeling van de totale productie van de gehandicaptenzorg te vergelijken met de ontwikkeling van het aantal cliënten. Dit is in een eerdere studie voor de ouderenzorg gedaan (Chessa en Okkerse-Ruitenbergh, 2007). Er zijn echter te weinig gegevens bekend over het aantal cliënten om deze vergelijking ook voor de gehandicaptenzorg te kunnen maken ⁶⁾.

Literatuur

Chessa, AG, Kleima FJ (2006). De arbeidsproductiviteit in algemene ziekenhuizen: 1998–2004. In: Gezondheid en zorg in cijfers 2006. CBS, Voorburg.

Chessa, AG, Okkerse-Ruitenbergh M (2007). Ouderenzorg groeit sterk. In: Gezondheid en zorg in cijfers 2007. CBS, Voorburg.

Chessa, AG (2008). A new index method for the price and volume of disabled care in the Netherlands. Intern rapport, CBS, Voorburg.

Eurostat (2001). Handbook on price and volume measures in national accounts.

Nza (2005). Prestatiebeschrijvingen extramurale zorg. Beleidsregel CA-60, Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2008). Elke dag goed besteed: onderzoek dagbesteding gehandicaptenzorg. Onderzoeksrapport, Nederlandse Zorgautoriteit, januari 2008.

Woittiez, I, Ooms I, Schoemakers-Salkinoja I, Kuhry B (2002). Modelling van de gehandicaptenzorg, als onderdeel van het Ramingsmodel Zorg, tweede fase: vraag, aanbod, gebruik en kosten. Werkdocument 81, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, april 2002.

Woittiez, I, Crone F, Jonker J, Ooms I, Stevens J (2005). Zorg voor verstandelijk gehandicapten: ontwikkelingen in de vraag. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, augustus 2005.

Noten in de tekst

- 1) In dit artikel is het volledige bedrag aan PGB's voor gehandicaptenzorg meegenomen, dat wil zeggen zorg die door zorgvragers rechtstreeks is ingekocht bij mantelzorgers en bij zorginstellingen. De uitgaven aan PGB's voor gehandicaptenzorg zijn sterk gestegen, van 56,5 miljoen euro in 2000 naar 637 miljoen euro in 2007. Bijna de helft van de totale uitgaven aan PGB's in de AWBZ-gefinancierde zorg in 2007 werd besteed aan gehandicaptenzorg. Een klein deel van de zorg is hier buiten beschouwing gelaten, zoals zorg in opdracht van andere instellingen. Deze zorg beslaat een relatief klein deel van de uitgaven (ongeveer 30 miljoen euro in 2007).
- 2) In deze tekst wordt gemakshalve de term 'gehandicapten' gebruikt bij verwijzingen naar zowel instellingen als personen. Bij instellingen sluiten we aan bij de terminologie die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gehanteerd wordt. Bij personen duiden we echter patiënten aan met lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke 'beperkingen'. Een beperking verwijst naar het verminderd of verloren vermogen tot een voor de mens normale activiteit. Een 'handicap' heeft betrekking op de sociale gevolgen van een beperking of stoornis (Woittiez e.a., 2002).
- 3) Bij de uitsplitsing naar leeftijd is gekozen voor verpleegdagen als hoeveelheidsmaat. Een uitsplitsing op basis van volume is niet goed uit te voeren, omdat enkele typen aanvullende zorg niet zijn onderscheiden naar leeftijd. De NZa-data met betrekking tot verpleegdagen zijn echter wel uitgesplitst naar leeftijd. Het totale aantal verpleegdagen in figuur 4 is gelijk aan de som van het aantal dagen voor LMVG, EZVG en JLVG in staat 1. Het aantal verpleegdagen in 2000 is 2 298 425 voor verstandelijk gehandicapten jonger dan 20 en 10 767 186 voor verstandelijk gehandicapten van 20 jaar en ouder.
- 4) De groep jonger dan 20 in figuur 4 bestaat, naast de cliënten in JLVG-instellingen, uit jeugdige cliënten in instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Merk op dat het aantal dagen in JLVG-instellingen is gedaald in 2004 (staat 1), terwijl het totale aantal dagen in de groep jonger dan 20 is gestegen in dat jaar (figuur 4). Er heeft dus kennelijk een verschuiving plaatsgevonden van JLVG-instellingen naar VG-instellingen.
- 5) Het Centraal Planbureau en het Ministerie van VWS hebben ramingen van de jaarlijkse volumegroei van de AWBZ-zorg bepaald voor de respectievelijke perioden 2008–2011 en 2008–2020. De volumeramingen voor de gehandicaptenzorg komen in beide gevallen uit op 2,5 procent per jaar. Dat is dus gelijk aan de volumegroei die hier voor 2007 berekend is.
- 6) Gegevens over aantallen cliënten in de gehandicaptenzorg zijn alleen voor 2002 en 2007 bekend. Voor het project Vraaggestuurde Bekostiging is in 2002 een eenmalige inventarisatie van het aantal cliënten uitgevoerd (www.brancherapporten.minvws.nl/). Voor het jaar 2007 zijn er binnen het CBS voorlopige cijfers

beschikbaar, gebaseerd op het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. De CBS-cijfers dekken echter nog niet de volledige zorg. Uit de gegevens voor 2002 is niet duidelijk of daarin ook het aantal cliënten met een PGB is meegenomen.

5. Vier van de tien 80-plussers gebruiken geen AWBZ-zorg

In 2006 was 4 procent van de bevolking 80 jaar of ouder. Hiervan heeft bijna 59 procent AWBZ-gefinancierde zorg ontvangen waarvoor een eigen bijdrage betaald is. Ruim 41 procent van de alleroudsten van de bevolking heeft dus geen AWBZ-gefinancierde zorg ontvangen. Personen in een eenpersoonshuishouden ontvangen vaker zorg dan personen die met één of meerdere personen een huishouden deelden. Opvallend is dat mannen relatief minder vaak zorg ontvangen dan vrouwen. Verder gebruiken niet-westerse allochtonen minder vaak zorg dan autochtonen.

Inleiding

De toenemende vergrijzing is vooral zichtbaar in de toename van de 80-plussers. In 2006 telde ons land er 669 duizend. Dat is 4 procent van de bevolking. Tien jaar eerder bedroeg het aantal 80-plussers nog ongeveer 550 duizend. Terwijl de totale bevolking in die tien jaar met 5 procent gegroeid is, nam het aantal mensen van 80 jaar of ouder met 22 procent toe.

Onder de 80-plussers zijn de vrouwen ruim in de meerderheid. In 2006 was twee derde vrouw. Deze onevenwichtigheid is het gevolg van de lagere sterfte onder vrouwen. Vrouwen leven weliswaar 4 jaar langer dan mannen, maar deze extra jaren brengen ze door met meer lichamelijke beperkingen (Garssen en Van der Togt, 2008; Knoops, 2007). Dat leidt tot een grotere vraag naar zorg van vrouwen.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) staat volop in de belangstelling. De nadruk ligt meestal op de enorme stijging van de kosten van de AWBZ door de vergrijzing. In de discussies lijkt het soms wel of bijna alle (zeer) ouderen AWBZ-zorg gebruiken. De AWBZ wordt in dit hoofdstuk eens vanuit een andere invalshoek bekeken, namelijk door de groep 80-plussers die géén AWBZ-zorg gebruiken eruit te lichten.

Methode

De ouderenzorg bestaat uit twee categorieën: zorg met verblijf (ZmV) en zorg zonder verblijf (ZzV). Bij zorg met verblijf verblijven mensen, al dan niet tijdelijk, in een instelling zoals een verpleeghuis of verzorgingshuis en ontvangen daar zorg. Bij zorg zonder verblijf ontvangen mensen zorg zonder dat ze in een instelling verblijven; voorheen werd dit thuiszorg genoemd.

De gegevens uit dit onderzoek betreffen zorg met verblijf en zorg zonder verblijf die vallen onder de AWBZ en waarvoor een eigen bijdrage betaald is. Personen van 18 jaar of ouder die zorg ontvangen waarvan de kosten voor rekening van de AWBZ komen, zijn wettelijk verplicht mee te betalen aan de kosten van die zorg. Dit wordt de eigen bijdrage AWBZ genoemd. Voor zorg zonder verblijf heeft dit betrekking op de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging. De functies waarvoor geen eigen bijdrage betaald hoeft te worden, zoals ondersteunende en activerende begeleiding, zijn buiten beschouwing gelaten. Instellingen die zorg met verblijf leveren zijn verzorgingshuizen, verpleeghuizen, instellingen voor gehandicapten, regionale instituten voor begeleid wonen, psychiatrische ziekenhuizen, ziekenhuizen en instellingen voor revalidatie.

De particulier gefinancierde zorg en de mantelzorg, dit is de zorg die geleverd is door naasten zoals familie, vrienden of burens, zijn niet bij dit onderzoek betrokken.

Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) is verantwoordelijk voor de administratie en registratie van de eigenbijdrageregeling AWBZ. Het CAK voert vanaf 1997 deze regeling uit voor de voormalige thuiszorginstellingen. Vanaf 1 januari 2004 doet zij dit ook voor de sector verpleging en verzorging en vanaf 12 juli 2004 voor de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. De bestanden van het CAK bevatten persoonskenmerken zoals geslacht en geboortedatum en kunnen op persoonsniveau gekoppeld worden aan de bevolkingsgegevens uit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Deze koppeling maakt het mogelijk om demografische kenmerken te bepalen van de groep zorggebruikers, maar ook van de groep die geen AWBZ-gefinancierde zorg genoten heeft.

Populatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle personen van 80 jaar of ouder die op 1 januari 2006 in de GBA zijn opgenomen. Personen die op 1 januari niet voorkwamen in de GBA en personen die gedurende het jaar zijn geëmigreerd of door administratieve afvoer uit de GBA zijn geschreven, zijn buiten beschouwing gelaten. Personen die in 2006 zijn overleden behoren wel tot de populatie. Dit omdat zij in de laatste fase van het leven vaak zorg gebruiken.

Op persoonsniveau is bekeken of de populatie zorg met verblijf en/of zorg zonder verblijf heeft ontvangen. Er is onderscheid gemaakt naar leeftijd, herkomstgroepering en samenstelling van het huishouden.

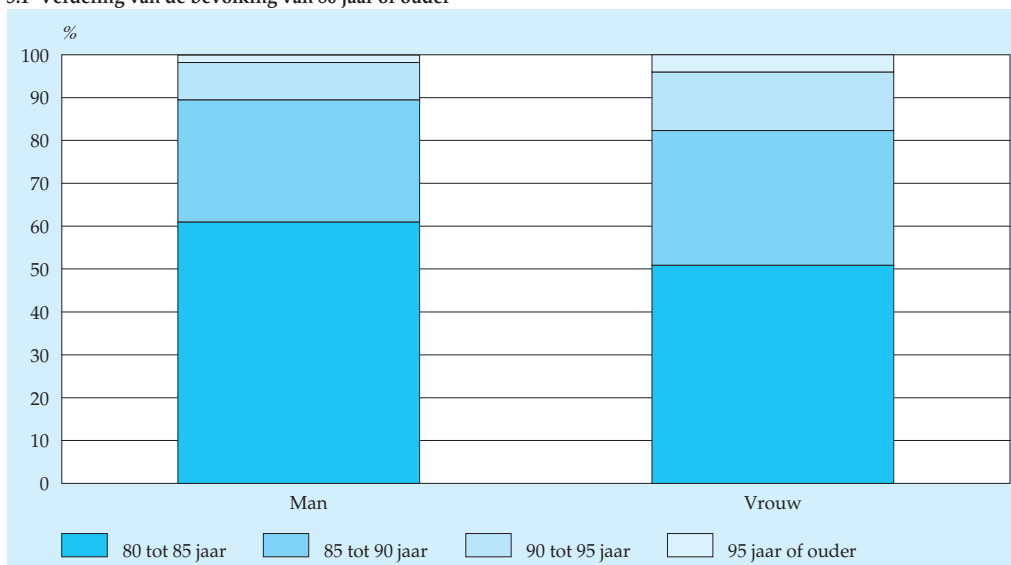
Leeftijd

De leeftijd is bepaald op 31 december 2006. Indien een persoon in de loop van het verslagjaar is overleden, betreft dit de leeftijd die op 31 december bereikt zou zijn.

Bevolkingsopbouw

Op 1 januari 2006 stonden er ruim 16,1 miljoen personen ingeschreven in de GBA die niet gedurende het jaar zijn geëmigreerd of door administratieve afvoer uit de GBA zijn geschreven. Hiervan waren er 669 duizend 80 jaar of ouder. Twee derde van alle 80-plussers was vrouw, onder de 90-plussers was dat zelfs 76 procent. Vrouwen van 80 jaar of ouder waren gemiddeld iets ouder (85,3 jaar) dan mannen (84,3 jaar).

5.1 Verdeling van de bevolking van 80 jaar of ouder



Bron: CBS.

Onder de 669 duizend 80-plussers waren bijna 613 duizend autochtonen en 56 duizend allochtonen. Van de allochtonen was bijna 90 procent van westerse herkomst en ruim 10 procent van niet-westerse herkomst. Het aantal niet-westerse 80-plussers is slechts 1 procent van de bevolking van 80 jaar of ouder.

Bij de vrouwen was bijna 69 procent verweduwd, 19 procent was gehuwd. Bijna 63 procent van de mannen was gehuwd en bijna 30 procent weduwnaar. Van alle vrouwen van 80 jaar of ouder woonde 57 procent in een eenpersoonshuishouden, van de mannen was dat 27 procent.

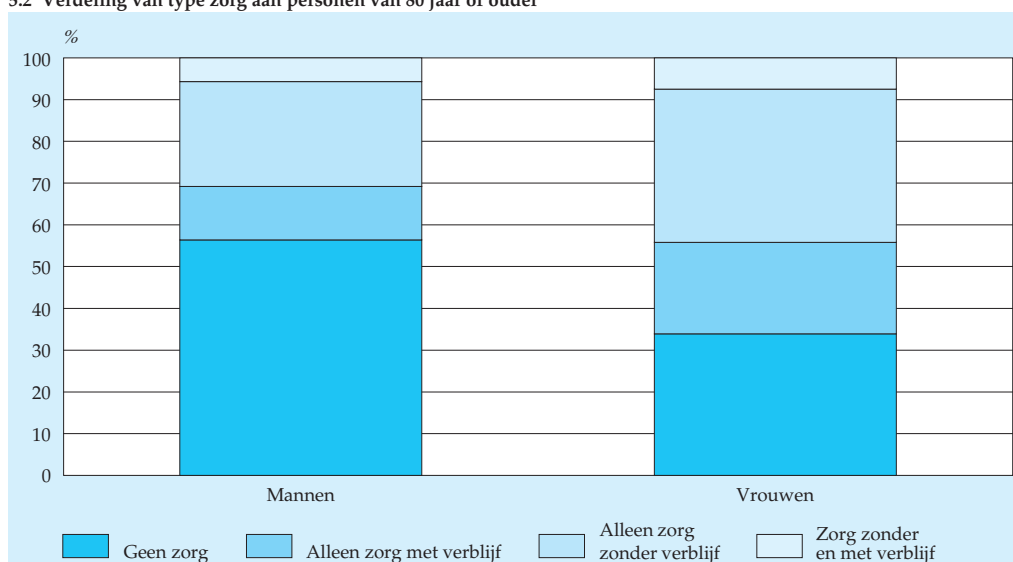
AWBZ-gefinancierde zorg

Van alle 669 duizend 80-plussers heeft 59 procent in 2006 één of meer vormen van AWBZ-zorg ontvangen waarvoor ze een eigen bijdrage betaald hebben. Ruim 266 duizend 80-plussers ontvingen zorg zonder verblijf en bijna 173 duizend 80-plussers hebben zorg in een instelling ontvangen. Hieronder zijn ruim 46 duizend

zend personen die gedurende het jaar zowel zorg met verblijf als zorg zonder verblijf hebben ontvangen.

Met het stijgen van de leeftijd neemt het beroep op zorg met verblijf toe. Van de personen van 80 tot 85 jaar heeft 16 procent zorg in een instelling ontvangen, bij 95-plussers was dat 65 procent. Vrouwen ontvingen vaker zorg met verblijf dan mannen: in 2006 hebben 18 procent van de mannelijke en 29 procent van de vrouwelijke 80-plussers zorg met verblijf ontvangen. Deze zorg is bijna geheel geleverd in een instelling voor verpleging of verzorging, slechts een klein deel van de 80-plussers verbleef in een instelling voor gehandicaptenzorg of geestelijke gezondheidszorg.

5.2 Verdeling van type zorg aan personen van 80 jaar of ouder



Bron: CAK, CBS.

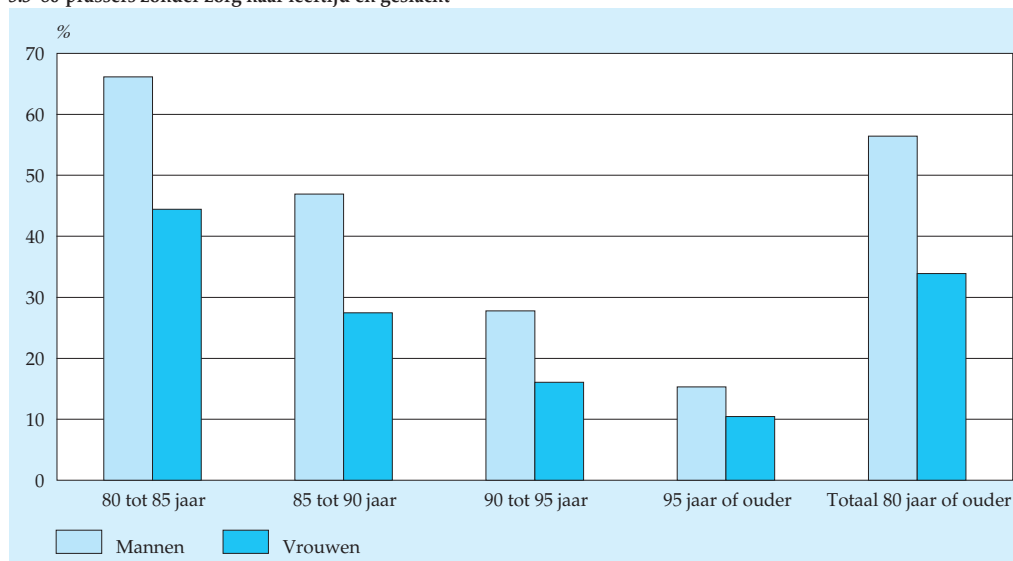
80-plussers zonder AWBZ-zorg

Van de 669 duizend 80-plussers zijn er dus 276 duizend, 41 procent van het totaal, die in heel 2006 geen AWBZ-zorg hebben ontvangen waarvoor een eigen bijdrage betaald is. Hoe is deze groep van 80-plussers zonder AWBZ-zorg samengesteld? Het zal niet verbazen dat het aantal mensen zonder AWBZ-zorg afneemt met de leeftijd. Ruim de helft van de 80-85-jarigen heeft geen zorg ontvangen, onder de personen van 95 jaar of ouder was dat 11 procent.

Minder vanzelfsprekend is dat er verhoudingsgewijs meer mannen zonder AWBZ-zorg zijn dan vrouwen. Van alle 80-plussers heeft 56 procent van de mannen en 34 procent van de vrouwen geen zorg ontvangen. De mannen die geen zorg ont-

vingen waren gemiddeld bijna even oud (83,3 jaar) als de vrouwen zonder zorg (83,7 jaar). Het verschil in (niet-)zorggebruik tussen mannen en vrouwen doet zich voor bij alle 5-jaars leeftijdsgroepen boven de 80 jaar.

5.3 80-plussers zonder zorg naar leeftijd en geslacht



Bron: CAK, CBS.

Meer mannen zonder AWBZ-zorg dan vrouwen

Om de verschillen in zorggebruik tussen mannen en vrouwen verder te analyseren, is het nodig om ook naar het type huishouden te kijken waarin ouderen leven. Personen in een meerpersoonshuishouden bestaande uit een samenwonend paar ontvangen minder vaak AWBZ-zorg dan alleenstaanden. Een voor de hand liggende verklaring is dat binnen meerpersoonshuishoudens een partner aanwezig is waarop eventueel een beroep gedaan kan worden. Van alle alleenstaande 80-plussers heeft 36 procent in 2006 geen AWBZ-zorg gebruikt, van de 80-plussers die nog met een partner samenwonen heeft 63 procent geen AWBZ-zorg gebruikt.

Ook als de vergelijking tussen mannen en vrouwen wordt beperkt tot de alleenstaanden, zijn er relatief meer mannen dan vrouwen die geen AWBZ-zorg gebruiken (41 versus 34 procent). Mannen van 80 jaar hebben gemiddeld nog 6,9 jaar te leven, voor vrouwen is dat 8,6 jaar. Vrouwen leven weliswaar langer, maar deze extra jaren brengen ze door met meer lichamelijke beperkingen (Knoops, 2007). De gemiddelde levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is voor mannen van 80 jaar hoger dan voor vrouwen (respectievelijk 4,1 en 2,9 jaar). Dit kan een verklaring zijn voor het meer AWBZ-zorggebruik door vrouwen.

Staat 5.1
Aandeel personen zonder zorg naar geslacht, leeftijd en type huishouden

Leeftijdscategorie	Mannen	Vrouwen	Totaal mannen en vrouwen
	%		
Eenpersoonshuishouden			
80 tot 85 jaar	48,7	42,2	43,5
85 tot 90 jaar	35,9	29,2	30,5
90 tot 95 jaar	24,7	19,6	20,5
95 jaar of ouder	16,6	13,8	14,2
Totaal 80 jaar of ouder	41,1	34,3	35,6
Meerpersoonshuishouden met samenwonend paar			
80 tot 85 jaar	76,3	57,8	68,7
85 tot 90 jaar	60,9	40,7	53,0
90 tot 95 jaar	43,7	25,5	36,2
95 jaar of ouder	28,4	20,5	24,1
Totaal 80 jaar of ouder	70,3	51,6	62,7
Totaal huishoudens ¹⁾			
80 tot 85 jaar	66,1	44,4	52,5
85 tot 90 jaar	46,9	27,5	33,5
90 tot 95 jaar	27,8	16,1	18,9
95 jaar of ouder	15,3	10,4	11,3
Totaal 80 jaar of ouder	56,4	33,9	41,3

¹⁾ Bij deze totalen zijn ook de gegevens van de overige meerpersoonshuishoudens meegenomen.

Bron: CAK, CBS.

Zorg zonder verblijf

Ook onder de 80-plussers die met een partner samenwonen, zijn er meer mannen die geen AWBZ-zorg gebruiken (70 procent) dan vrouwen (52 procent). Om hier meer inzicht in te krijgen is het nodig te kijken naar het verleende type zorg in het geval er wél AWBZ-zorg nodig is. Bijna 40 procent van alle personen van 80 jaar of ouder heeft zorg zonder verblijf ontvangen. Vrouwen ontvangen vaker zorg. Dat geldt voor alle functies binnen de zorg zonder verblijf. Het verschil tussen mannen en vrouwen is echter het grootst bij de huishoudelijke verzorging. Binnen een meerpersoonshuishouden met een samenwonend paar ontvangen vrouwen drie keer zo vaak huishoudelijke verzorging als mannen.

Dit grote verschil is deels toe te schrijven aan de manier waarop huishoudelijke verzorging wordt toegewezen. In gezinssituaties van 80-plussers is vaak nog sprake van een klassieke rolverdeling tussen man en vrouw met betrekking tot het huishouden. Als de vrouw beperkt raakt bij het uitvoeren van huishoudelijke taken kan hulp worden geïndiceerd die anders tot de gebruikelijke zorg zou worden gerekend. De man hoeft deze taken dan niet vanzelfsprekend over te nemen. De indicatie huishoudelijke verzorging wordt dan toegewezen aan de vrouw. Indien in een meerpersoonshuishouden huishoudelijke hulp nodig is en beide partners zouden

daarvoor in aanmerking komen, wordt deze ook vaak volgens de klassieke rolverdeling toegewezen aan de vrouw, terwijl de partner die zorg uiteraard ook krijgt.

Daarnaast kan het zijn dat bij samenwonende paren de hulpbehoevende mannen minder vaak zorg aanvragen als de vrouw nog geen hulp nodig heeft dan andersom. Bovendien zijn gehuwde mannen gemiddeld iets ouder dan hun gehuwde vrouwen. Dit relativeert enigszins de conclusie dat vrouwen in meerpersoonshuishoudens vaker AWBZ-zorg krijgen dan mannen. Toch geldt ook voor persoonlijke verzorging en verpleging dat vrouwen daar vaker gebruik van maken. In tegenstelling tot de huishoudelijke verzorging, dat hulp aan een leefeenheid betreft, worden persoonlijke verzorging en verpleging individueel toegekend. Dat relatief meer vrouwen hier een beroep op doen, heeft mogelijk te maken met het eerder genoemde fenomeen dat bij vrouwen de ouderdom eerder met gebreken komt dan bij de mannen.

Staat 5.2
Aandeel personen van 80 jaar of ouder naar type zorg zonder verblijf, geslacht en type huishouden

	Mannen	Vrouwen	Totaal mannen en vrouwen
	%		
Huishoudelijke verzorging			
Eénpersoonshuishouden	43,8	51,2	49,8
Meerpersoonshuishouden met samenwonend paar	10,5	30,9	18,8
Persoonlijke verzorging			
Eénpersoonshuishouden	27,5	33,2	32,1
Meerpersoonshuishouden met samenwonend paar	17,2	21,1	18,8
Verpleging			
Eénpersoonshuishouden	26,2	28,0	27,7
Meerpersoonshuishouden met samenwonend paar	16,2	17,8	16,9
Totaal zorg zonder verblijf			
Eénpersoonshuishouden	52,6	59,2	58,0
Meerpersoonshuishouden met samenwonend paar	25,0	39,9	31,0

Bron: CAK, CBS.

Niet-westerse allochtonen ontvangen minder vaak zorg

Ruim 8 procent van de 80-plussers is van allochtone afkomst. Daarvan is 'slechts' 10 procent van niet-westerse afkomst. De westerse allochtonen ontvangen ongeveer even vaak zorg als de autochtonen, de niet-westerse allochtonen duidelijk minder. Turken en Marokkanen kregen de minste zorg. Zij hebben zowel veel minder vaak zorg met verblijf als zorg zonder verblijf ontvangen, waaronder vooral huishoudelijke verzorging. Ook onder de allochtonen, met uitzondering van de Turken, ontvangen mannen minder vaak zorg dan vrouwen.

Een oorzaak voor het lagere zorggebruik is dat niet-westers allochtone ouderen meer informele hulp krijgen dan autochtonen. Het aanbod van informele helpers, zoals partners en kinderen, is groter bij de allochtone ouderen. Verder ontvangen zij ook liever informele hulp dan hulp van professionals. Bovendien zijn er aanwijzingen dat sommige groepen allochtone ouderen onbekend zijn met de zorg. Ook hebben veel allochtone ouderen moeite met het aanvragen van zorg en spelen taalproblemen een rol (Schellingerhout, 2004). Surinamers en Antilianen hebben in principe geen taalprobleem. Toch ontvangen zij iets minder vaak zorg dan autochtonen.

Door de jongere leeftijdsstructuur bij allochtonen is de omvang van de groep 80-plussers bij allochtonen veel kleiner dan bij autochtonen. De prognose is dat de komende jaren het aandeel allochtonen, en in het bijzonder de niet-westerse allochtonen, zal toenemen.

Staat 5.3
Personen van 80 jaar of ouder zonder zorg naar land van herkomst

Herkomstgroepering	Mannen		Vrouwen		Totaal	
		%		%		%
Autochtoon	114 550	56,1	136 370	33,4	250 920	40,9
Totaal allochtoon	9 920	60,6	15 600	39,1	25 520	45,4
Westerse landen	8 740	60,2	13 655	38,0	22 395	44,4
Totaal niet-westers allochtoon	1 180	63,7	1 945	49,7	3 125	54,2
Marokko	165	84,1	105	81,5	270	83,1
Turkije	85	66,2	250	75,0	340	72,5
Suriname	475	54,3	775	38,4	1 250	43,3
Nederlandse Antillen en Aruba	55	56,6	150	44,5	205	47,3
Overige niet-westerse landen	400	71,8	660	60,3	1 060	64,2

Bron: CAK, CBS.

Conclusie

Onder de bevolking van 80 jaar of ouder is een grote groep (41 procent) die in 2006 geen AWBZ-gefinancierde zorg heeft ontvangen waarvoor een eigen bijdrage betaald is. Dat wil echter niet zeggen dat ze geheel zelfstandig wonen en geen enkele vorm van ondersteuning hebben gekregen. De particuliere zorg en de informele zorg zijn in dit artikel buiten beschouwing gelaten.

Mannen ontvangen relatief vaker geen zorg dan vrouwen. Vrouwen hebben zowel vaker zorg met verblijf als zorg zonder verblijf, waaronder vooral huishoudelijke

verzorging. Bij persoonlijke verzorging en verpleging is het verschil tussen mannen en vrouwen kleiner. Dat komt deels door de wijze waarop huishoudelijke verzorging wordt toegewezen.

In gezinssituaties van 80-plussers is vaak nog sprake van een klassieke rolverdeling tussen man en vrouw met betrekking tot het huishouden. Hierdoor wordt de huishoudelijke verzorging vaker bij vrouwen geïndiceerd. Bovendien wonen vrouwen vaker in een eenpersoonshuishouden, en dit type huishouden doet vaker een beroep op formele zorg dan meerpersoonshuishoudens. Echter, ook binnen de eenpersoonshuishoudens ontvingen vrouwen vaker zorg dan mannen. De gemiddelde levensverwachting is voor vrouwen hoger dan voor mannen, maar deze extra jaren brengen ze door met meer lichamelijke beperkingen waardoor ze mogelijk meer aanspraak op zorg maken.

Literatuur

Garssen J & Togh K van der (2008). Levensverwachting snel toegenomen. Webmagazine CBS. www.cbs.nl.

Knoops KTB (2007). Langer leven is niet altijd gezonder leven. In: Gezondheid en zorg in cijfers 2007. Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg.

Schellingerhout R (2004). Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.

6. Ligduur en overleving na een heupfractuur

In 2000 zijn 12 duizend personen voor het eerst opgenomen voor een heupfractuur. Een kwart daarvan is binnen een jaar na opname overleden. Deze sterfte is hoger dan gemiddeld. De verwachte 'normale' sterfte in een jaar is namelijk ongeveer 10 procent. Mannen hebben na een heupfractuur een lagere overlevingskans dan vrouwen. Verder is de gemiddelde ligduur in het ziekenhuis na opname voor een heupfractuur 21,5 dagen. Een deel van de patiënten gaat na ontslag uit het ziekenhuis tijdelijk naar een andere instelling, maar de meesten keren meteen terug naar hun eigen woonomgeving.

Inleiding

In Nederland komen jaarlijks ongeveer 270 duizend mensen ten val (RIVM, 2008). Circa 6 procent van deze valpartijen heeft een heupfractuur tot gevolg, vooral bij ouderen. Met de stijgende vergrijzing zal dit probleem waarschijnlijk alleen maar toenemen. In dit artikel wordt ingegaan op de tijd na een heupfractuur. Aan bod komen vragen als: Worden mensen na opname snel ontslagen en is dat eerder dan vroeger? Gaan ze weer naar de eigen thuisomgeving of gaan ze naar een instelling. Het artikel eindigt met het antwoord op de vraag hoeveel mensen er overlijden na een heupfractuur.

In dit onderzoek is gekozen voor het volgen van patiënten die in 2000 zijn ontslagen uit het ziekenhuis, na eerste opname voor een heupfractuur. Het betreft personen uit de gehele Nederlandse bevolking. Door een koppeling van de Landelijke Medische Registratie van ziekenhuisopnamen (Dutch Hospital Data/Prismant, Utrecht), de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) en de doodsoorzakenstatistiek van het CBS kan de sterfte inclusief de doodsoorzaak van ziekenhuispatiënten in de jaren na hun opname in het ziekenhuis bepaald worden.

Bij gezonde kinderen en jongvolwassenen komen heupfracturen alleen voor na een ernstig ongeval, bijvoorbeeld een valpartij uit een raam. Bij ouderen komen heupfracturen frequent voor, ook na een relatief gering ongeval. Enkele belangrijke risicofactoren voor een heupfractuur zijn een hoge leeftijd, een lage botdichtheid, ondergewicht, de algemene gezondheidstoestand en het gebruik van kalmerende middelen zoals antidepressiva en antipsychotica (RIVM, 2008).

Het optreden van een heupfractuur gaat samen met acute pijn en immobilisatie. Heupfracturen zijn hierdoor meestal eenvoudig te diagnosticeren. Na een heupfractuur volgt bijna altijd een chirurgische ingreep. Afhankelijk van het type breuk

kunnen schroeven en/of een plaat in de heup worden geplaatst of wordt er gebruik gemaakt van een kunstprothese.

Het oplopen van een heupfractuur na een val gaat gepaard met een relatief hoge mortaliteit. Uit verschillende onderzoeken komen eenjaarsmortaliteitspercentages voor variërend van 25–35 procent (Boereboom, 1992; Pillay, 2007; RIVM, 2008; Tjeenk, 1998). In een onderzoek naar de mortaliteit in de periode 1998–2003 in vergelijking met de periode 1983–1998 is geen trend in de tijd gevonden (Fierens, 2006). Er lijken dus in de laatste decennia geen verbeteringen te zijn opgetreden in de sterfte na een heupfractuur.

Method

De gegevens over ziekenhuisopnamen zijn verkregen uit de Landelijke Medische Registratie (LMR). Het gebruikte LMR-bestand bevat opnamegegevens van bijna alle algemene, academische en categorale ziekenhuizen, met uitzondering van revalidatie-, epilepsie- en astmacentra. De opnamen betreffen zowel klinische als dagopnamen.

De LMR bevat gegevens over ziekenhuisopnamen en niet over individuen. Dit houdt in dat een persoon die meerdere malen in een jaar is opgenomen ook net zo vaak wordt geregistreerd. Door koppeling aan de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA), waarin gegevens staan over alle in Nederland in het bevolkingsregister ingeschreven personen, kunnen individuen gevolgd worden (de Bruin, 2003).

De onderzoeksgroep is een selectie van alle ziekenhuisopnamen die in de LMR geregistreerd stonden met als hoofddiagnose een heupfractuur (in de ICD-9 diagnose-indeling gecodeerd als 820 of 821) met ontslagjaar 2000. Personen die in de periode van vijf jaar voorafgaand aan de opname al eens waren opgenomen wegens een heupfractuur zijn buiten beschouwing gelaten. Ook alle personen met meerdere fracturen zijn uit het onderzoek gehouden, ook als de heupfractuur de hoofddiagnose was. Dit omdat de gevallen met meerdere fracturen complexer zijn en daardoor een ander soort patiëntengroep vormen dan de gevallen met ‘alleen’ een heupfractuur.

De onderzoekspopulatie bestaat, na verwijdering van de uitzonderingen, uit 12 143 personen die in 2000 uit het ziekenhuis zijn ontslagen na opname voor een heupfractuur. (NB. Ontslagen betreft zowel levend ontslagenen als in het ziekenhuis overledenen. In dit laatste geval is de datum van overlijden de ontslagdatum.)

De LMR bevat de variabele ‘bestemming’ die aangeeft waar de patiënt bij ontslag naartoe gaat. Dit kan bijvoorbeeld de eigen woning zijn, maar ook een verzorgings-

huis. Het is bij een institutionele huishoudens echter niet duidelijk of het verblijf tijdelijk is of permanent. Om het type woonomgeving van de heupfractuurpatiënten te kunnen analyseren zijn gegevens uit de huishoudensstatistiek gekoppeld aan de LMR. Hiermee kan onderzocht worden wat de huishoudenspositie van de patiënten is vóór en ná de opname in het ziekenhuis. Zo kan worden bekeken hoeveel personen er zelfstandig wonen en hoeveel er in een institutioneel huishouden wonen en of dit veranderd is na opname. De peildatum van de huishoudensstatistiek is jaarlijks op 1 januari.

Tot slot is de onderzoekspopulatie gekoppeld aan doodsoorzakenbestanden van 2000 tot en met 2005. Deze bestanden bevatten gegevens van alle overledenen die in de GBA staan ingeschreven. Naast de datum van overlijden bevatten deze bestanden uiteraard de doodsoorzaken van overledenen.

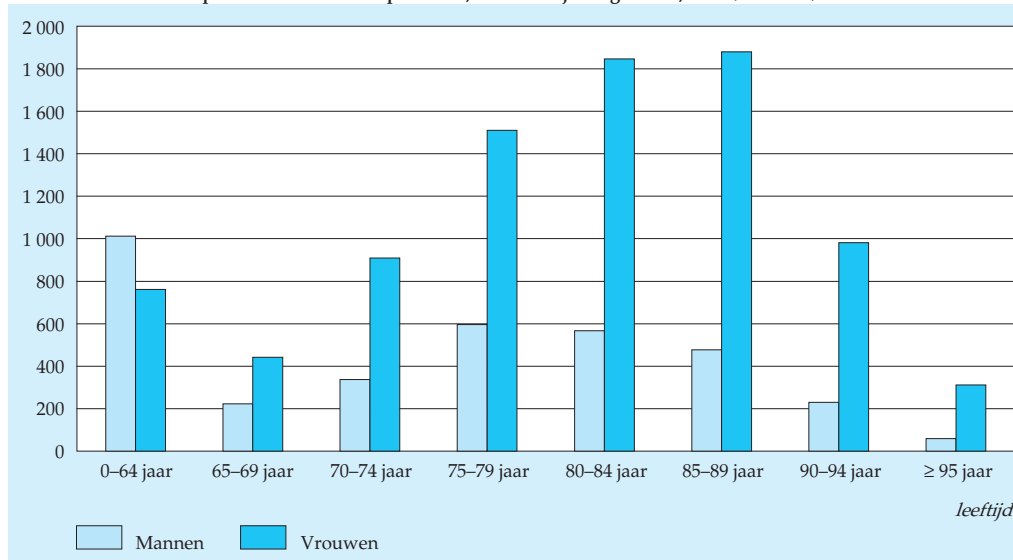
Bij doodsoorzaken wordt onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire doodsoorzaken. De primaire doodsoorzaak is de ziekte of de gebeurtenis waarmee het proces in gang is gezet dat tot de dood leidde. De gevolgen of complicaties hiervan zijn de secundaire doodsoorzaak. Ook andere ziekten die tijdens het overlijden aanwezig waren en soms tot de dood hebben bijgedragen zijn secundaire doodsoorzaken. Het CBS codeert de doodsoorzaak volgens de richtlijnen van de World Health Organization (WHO, 1992). Sinds 1996 wordt hiervoor de ICD-10 gebruikt. Per geval worden naast één primaire doodsoorzaak ten hoogste drie secundaire doodsoorzaken toegekend.

Door middel van koppeling van de onderzoekspopulatie aan de doodsoorzakenbestanden is dus voor iedere persoon in de populatie bekend of deze persoon in de periode van 5 jaar na de eerste dag van opname voor de heupfractuur is overleden, en wat zijn of haar overlijdensdatum is en wat de geregistreerde doodsoorzaken zijn.

Beschrijving van de populatie

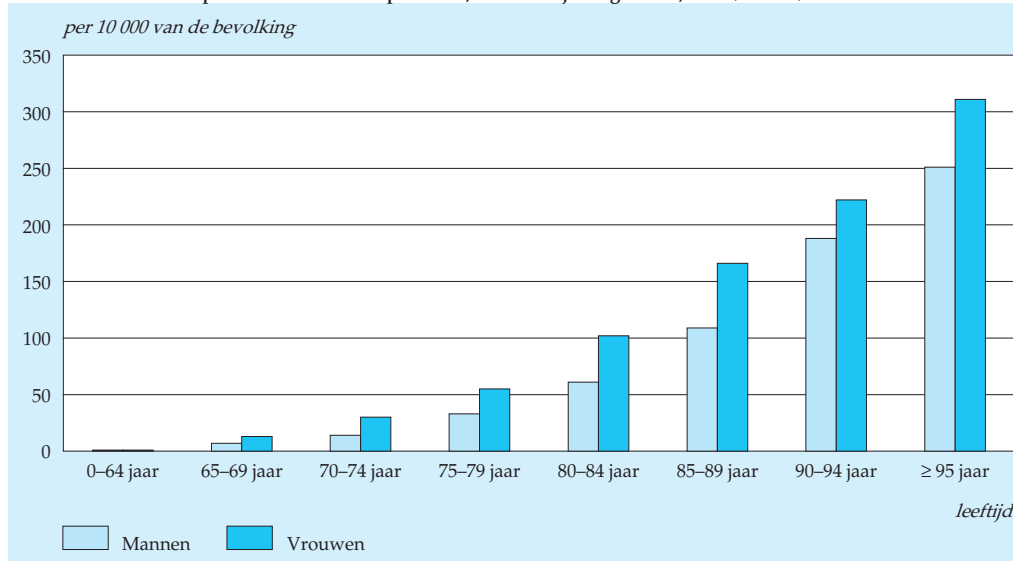
Ruim 70 procent van de 12 143 personen uit de onderzoekspopulatie is vrouw. De gemiddelde leeftijd bij opname is voor mannen 67,5 en voor vrouwen 78,9 jaar. De opgenomen vrouwen zijn dus gemiddeld ruim 11 jaar ouder dan de mannen. Tot 65 jaar worden er meer mannen dan vrouwen opgenomen voor een heupfractuur. Daarna zijn de vrouwen in de meerderheid, zowel absoluut (figuur 6.1) als relatief (figuur 6.2). Ook stijgt het aantal heupfracturen sterk met de leeftijd. In de leeftijdsgroep 80–84 jaar is het percentage personen met een heupfractuur voor zowel mannen als vrouwen twee keer zo hoog als in de groep van 75–79 jaar. Van alle mannen van 90–94 jaar worden er 180 per 10 duizend van de bevolking opgenomen voor een heupfractuur, voor de vrouwen ligt dit op 220.

6.1 Eerste ziekenhuisopnamen voor een heupfractuur, naar leeftijd en geslacht, 2000 (absoluut)



Bron: CBS.

6.2 Eerste ziekenhuisopnamen voor een heupfractuur, naar leeftijd en geslacht, 2000 (relatief)



Bron: CBS.

Ligduur

De gemiddelde ligduur bij eerste opname voor een heupfractuur in 2000 was 21,5 dagen. Personen tot 65 jaar hebben gemiddeld een 9 dagen kortere ligduur

(staat 6.1). Ouderen vanaf 65 jaar liggen langer in het ziekenhuis. Ook meegeteld zijn de ligduren van personen die tijdens de opname in het ziekenhuis zijn overleden. Zonder deze ligduren is de gemiddelde ligduur ongeveer een halve dag korter.

De ligduur voor een heupfractuur in Nederland is vergelijkbaar met die in Duitsland, waar de ligduur gemiddeld één dag korter is. In België, Luxemburg en het Verenigd Koninkrijk liggen mensen met een fractuur gemiddeld twee dagen langer in het ziekenhuis dan in Nederland. In Frankrijk en Spanje is de ligduur echter een stuk lager. Gemiddeld is de ligduur in deze landen ongeveer 15,5 dagen. Het laagst zijn de ligduren in Zweden en Noorwegen, met respectievelijk 11,9 en 10,7 dagen (gegevens van Eurostat, niet alle EU-landen beschikbaar). Het is niet duidelijk waardoor de verschillen komen. Mogelijk worden patiënten in landen met een kortere ligduur na ontslag tijdelijk in een andere instelling opgenomen alvorens ze naar huis teruggaan.

Uit recente cijfers van het CBS blijkt dat de ligduur bij een heupfractuur in Nederland de laatste 25 jaar sterk gedaald is, van 36,4 dagen in 1981 naar 14,9 dagen in 2005. Voor meer informatie over ligduren wordt verwezen naar hoofdstuk 2 van deze publicatie.

Bestemming na ontslag

Bij ontslag uit het ziekenhuis gaat twee derde van de patiënten terug naar de eigen woonomgeving. Dit kan ook een verzorgingshuis of andere instelling zijn waar de persoon al vóór de ziekenhuisopname woonde. Dit is in de LMR niet te onderscheiden. Daarom zijn gegevens uit de huishoudensstatistiek gekoppeld aan de LMR. Er is vervolgens voor gekozen om alleen de personen te volgen die vóór de opname

Staat 6.1
Gemiddelde ligduur bij eerste opname voor een heupfractuur, naar leeftijd en geslacht, 2000 (inclusief in het ziekenhuis overledenen)

Leeftijd	Mannen	Vrouwen	Totaal
	<i>dagen</i>		
0-64 jaar	12,0	13,3	12,6
65-69 jaar	15,9	15,7	15,8
70-74 jaar	19,1	21,2	20,7
75-79 jaar	22,1	21,3	21,6
80-84 jaar	24,4	24,3	24,3
85-89 jaar	26,5	24,9	25,2
90-94 jaar	25,0	24,7	24,7
≥ 95 jaar	24,2	22,9	23,1
Totaal	19,7	22,2	21,5

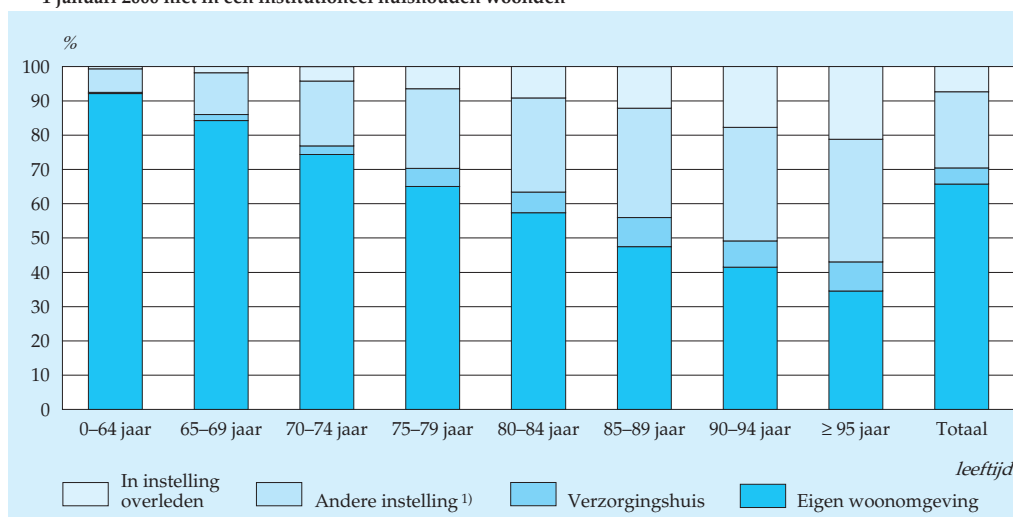
Bron: CBS.

voor een heupfractuur nog zelfstandig woonden (al dan niet met partner en kinderen) en dus nog niet in een institutioneel huishouden. Dit is gedaan om te kunnen onderzoeken of personen die hun heup hebben gebroken eerder hulpbehoevend worden dan hun leeftijdgenoten zonder heupfractuur. Uit onderzoek is gebleken dat een jaar na het ontstaan van een heupfractuur 40 procent van de overlevenden van 55 jaar en ouder volledig is hersteld. Een kwart blijft permanent invalide (RIVM, 2008).

Van de personen tot 65 jaar die voor de heupfractuur zelfstandig woonden gaat ruim 90 procent terug naar de eigen woonomgeving, van de 95-plussers slechts 35 procent (figuur 6.3). Er is een sterke relatie met de leeftijd. Hoe ouder mensen zijn bij opname voor een heupfractuur, hoe vaker ze na de opname naar een andere woonomgeving of een andere instelling gaan. De overgang naar een andere instelling kan uiteraard ook van tijdelijke aard zijn. Van de personen die bij ontslag naar een andere instelling gaan, gaat ongeveer de helft naar een verpleeghuis en minder dan 10 procent wordt naar een ander ziekenhuis overgeplaatst.

Van de personen die voor de heupfractuur nog zelfstandig woonden, is ook onderzocht wat hun huishoudenspositie was op 1 januari 2001, dus na de opname voor de heupfractuur. Hierbij moet worden opgemerkt dat deze peildatum voor patiënten die al in januari zijn opgenomen in het ziekenhuis lang na hun opname in het ziekenhuis ligt, en voor in december opgenomen patiënten nog maar heel kort. In totaal (figuur 6.4) woonde ongeveer 7 procent van deze patiënten op 1 januari 2001 niet meer zelfstandig. Van de 90–94-jarigen was dit ongeveer 16 procent. Circa de helft van deze groep ouderen woonde nog wel zelfstandig, terwijl bij ontslag uit het

6.3 Bestemming bij ontslag uit het ziekenhuis na eerste opname voor een heupfractuur in 2000, voor personen die op 1 januari 2000 niet in een institutioneel huishouden woonden



¹⁾ Zoals verpleeghuizen, revalidatiecentra en andere ziekenhuizen.

Bron: CBS.

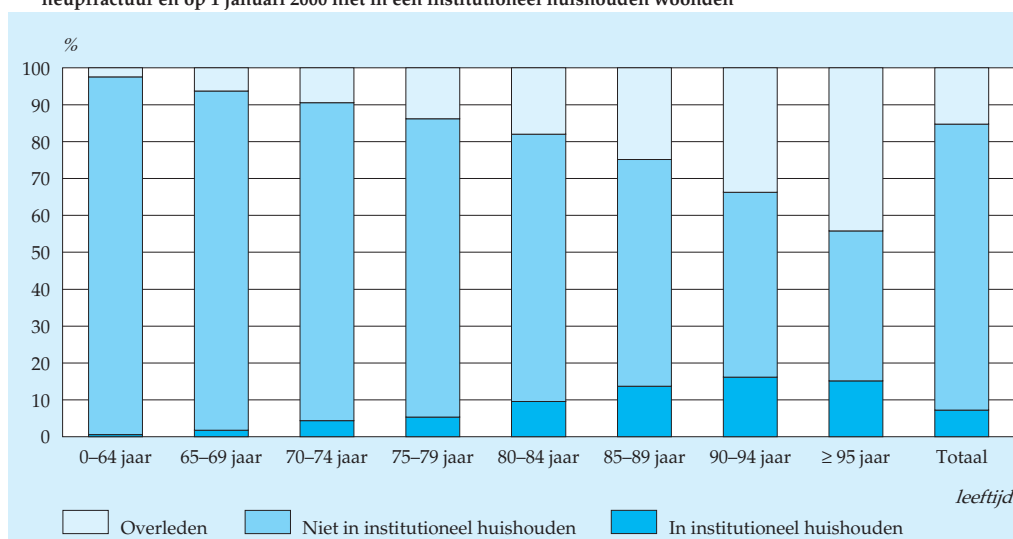
ziekenhuis 42 procent van deze leeftijdsgroep naar de eigen woonomgeving ging (figuur 6.3). Ongeveer 8 procent is dus tijdelijk in een andere instelling verbleven en daarna alsnog teruggegaan naar de eigen (zelfstandige) woonomgeving.

Deze percentages zijn vergeleken met de verplaatsing in de totale bevolking van zelfstandig wonen naar institutioneel huishouden in 2000 (staat 6.2). Het blijkt dat in alle leeftijdsgroepen de verplaatsing naar een institutioneel huishouden van de heupfractuurpatiënten duidelijk hoger ligt dan in de totale bevolking. Vooral bij de jongere leeftijdsgroepen gaan er in verhouding veel personen na een heupfractuur naar een institutioneel huishouden. Maar ook bij de hoogste leeftijdsgroepen vanaf 85 jaar zijn er na een heupfractuur in verhouding tweemaal zoveel mensen die niet meer zelfstandig kunnen wonen in vergelijking met alle Nederlandse 85-plussers.

Overlijden na een heupfractuur

De helft van de opgenomen personen is 15 dagen na de opnamedatum voor een heupfractuur levend ontslagen en in leven. Na 30 dagen geldt dit voor driekwart van de patiënten (figuur 6.5). Een deel van de patiënten overlijdt in het ziekenhuis. Na 90 dagen is 83 procent van de patiënten uit het ziekenhuis ontslagen en in leven. Bijna 8 procent is tijdens de opnameperiode in het ziekenhuis overleden. Van zowel mannen als vrouwen is circa 7 procent na levend te zijn ontslagen uit het ziekenhuis binnen 90 dagen na opname alsnog overleden. Ongeveer 2 procent van de patiënten ligt na 90 dagen nog in het ziekenhuis.

6.4 Plaats in huishouden op 1 januari 2001 voor personen die in 2000 in het ziekenhuis zijn opgenomen voor een eerste heupfractuur en op 1 januari 2000 niet in een institutioneel huishouden woonden



Bron: CBS.

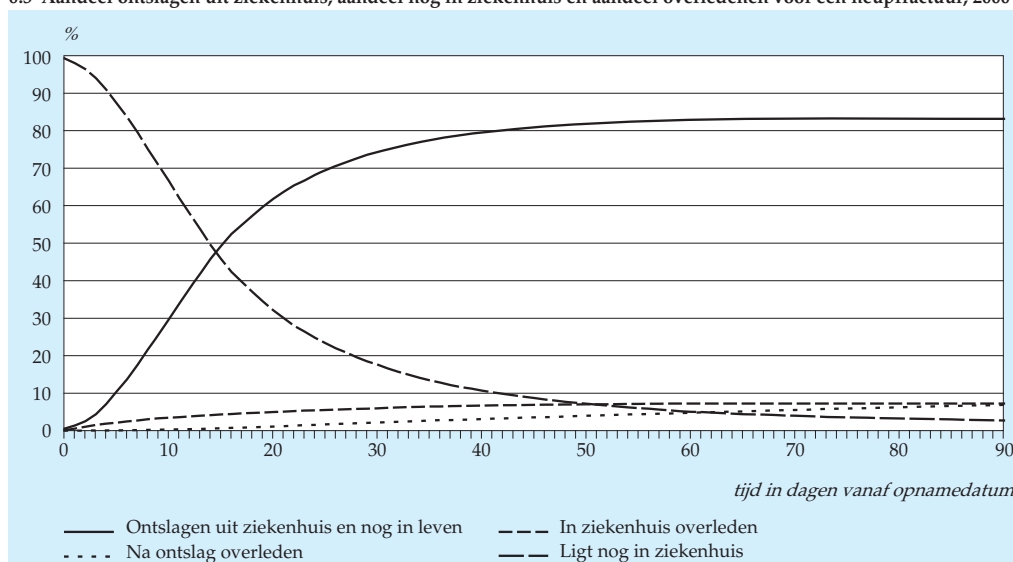
Staat 6.2
Personen die op 1 januari 2000 nog zelfstandig woonden en op 1 januari 2001 in een institutioneel huishouden

Leeftijd	Heupfractuurpatiënten	Totaal Nederland
	%	
0-64 jaar	0,6	0,1
65-69 jaar	1,8	0,2
70-74 jaar	4,4	0,5
75-79 jaar	5,3	1,3
80-84 jaar	9,6	3,3
85-89 jaar	13,7	6,4
90-94 jaar	16,2	8,7
≥ 95 jaar	15,2	8,1
Totaal	7,2	0,3

Bron: CBS.

Van alle in 2000 in het ziekenhuis opgenomen personen met een heupfractuur is nagegaan of ze in de periode van 5 jaar na deze opnamedatum zijn overleden. Dit is gedaan met behulp van een koppeling met alle doodsoorzakenbestanden tot en met 2005. Ongeveer 8 procent van de patiënten is binnen 30 dagen na opname overleden. Binnen een jaar na opname is ongeveer een kwart van de patiënten overleden. Dit aandeel wisselt sterk per geslacht en leeftijdsgroep.

6.5 Aandeel ontslagen uit ziekenhuis, aandeel nog in ziekenhuis en aandeel overledenen voor een heupfractuur, 2000



Bron: CBS.

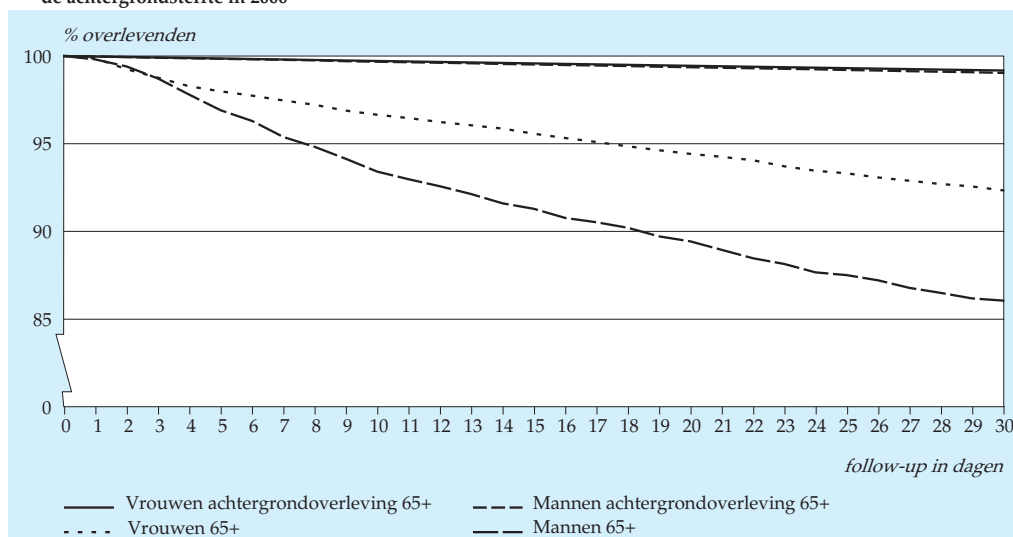
Overlevingstafels

Om te kunnen bepalen of de sterfte binnen de groep van opgenomen patiënten met een heupfractuur verschilt van de normale sterfte in de bevolking zijn overlevingsstafels gebruikt. Overlevingsstafels bevatten per leeftijd en geslacht de waargenomen sterftequotiënten in de bevolking in een bepaald jaar. De sterftequotiënten uit de totale bevolking zijn vermenigvuldigd met de aantallen opgenomen heupfractuurpatiënten naar geslacht en leeftijd om zo te berekenen hoeveel overlijdensgevallen je zou verwachten volgens de 'normale' sterfte in de bevolking. Voor deze overlevingsanalyses zijn alleen de 65-plussers meegenomen, in zowel de heupfractuurpatiëntenpopulatie als de referentiebevolking.

In figuur 6.6 is de 30-daagse overleving te zien van de heupfractuurpatiënten van 65 jaar en ouder in 2000 en de gemiddelde 'achtergrondoverleving' van een qua geslachts- en leeftijdsverdeling vergelijkbare groep uit de totale Nederlandse bevolking in hetzelfde jaar. Deze laatste groep zal in het vervolg van dit artikel referentiebevolking worden genoemd, en de bij deze groep behorende overleving en sterfte worden respectievelijk achtergrondoverleving en achtergrondsterfte genoemd.

Wat direct opvalt is dat mannen van 65 jaar en ouder binnen 30 dagen na de heupfractuur een 6 procent lagere overleving hebben dan vrouwen. In deze periode is 14 procent van de mannen en bijna 8 procent van de vrouwen uit de patiëntenpopulatie overleden. In de referentiebevolking is de achtergrondsterfte van zowel mannen als vrouwen in 2000 in een periode van 30 dagen ongeveer aan elkaar gelijk en gemiddeld minder dan 1 procent. Er is dus duidelijk sprake van oversterfte bij de

6.6 30-daagse overleving van patiënten met een eerste ziekenhuisopname wegens een heupfractuur in vergelijking met de achtergrondsterfte in 2000



Bron: CBS.

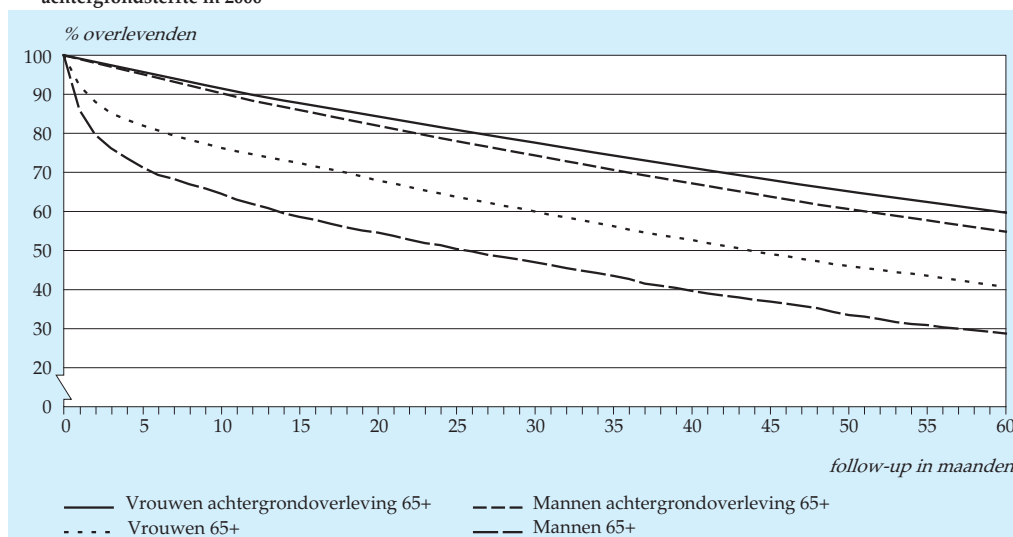
patiënten die een heupfractuur hebben gehad. Dit is ook uit meerdere onderzoeken gebleken (Blom, 2007; Saltzherr, 2006; Tjeenk, 1998).

Het is niet bekend in hoeverre het overlijden na een heupfractuur moet worden toegeschreven aan de slechte gezondheidstoestand die iemand al vóór de heupfractuur had. Complicaties en sterfte kunnen worden veroorzaakt door de fractuur zelf, de immobiliteit, de chirurgische ingreep en ook door de vaak aanwezige comorbiditeit (aanwezigheid van meerdere aandoeningen naast de opgetreden heupfractuur) (RIVM, 2008).

Ook de hogere mortaliteit onder mannen is al in eerdere onderzoeken gevonden, al lijkt het verschil tussen mannen en vrouwen in de loop der tijd kleiner te zijn geworden. Als mogelijke oorzaak voor de hogere mortaliteit bij mannen wordt aangedragen dat er bij mannen een grotere comorbiditeit en een slechtere lichamelijke conditie bestaat ten opzichte van vrouwen van dezelfde leeftijd (Saltzherr, 2006).

In figuur 6.7 is de 5-jaaroverleving gepresenteerd van de patiënten van 65 jaar en ouder met een eerste ziekenhuisopname voor een heupfractuur in 2000. Ook hier is een vergelijking gemaakt van de overleving van de 65-plussers in de patiëntengroep met de overleving in de referentiebevolking. Hierin is te zien dat de hogere sterfte van de patiënten met een heupfractuur ten opzichte van de referentiebevolking met dezelfde geslachts- en leeftijdsopbouw voornamelijk in de eerste paar maanden na de heupfractuur plaatsvindt.

6.7 5-jaaroverleving van patiënten met een eerste ziekenhuisopname wegens een heupfractuur in vergelijking met de achtergrondsterfte in 2000



Bron: CBS.

Na 5 jaar is van de heupfractuurpopulatie van 65 jaar en ouder van de mannen nog 29 procent in leven en van de vrouwen 41 procent. Dit is fors lager dan in de referentiebevolking waar na deze periode nog 55 procent van de mannen en 60 procent van de vrouwen in leven is.

Het exacte moment waarop de overleving na een heupfractuur parallel begint te lopen met de achtergrondoverleving is niet aan te wijzen, maar het ligt ergens tussen 6 maanden en 1 jaar na opnamedatum. De heupfractuur veroorzaakt vanaf dat moment dus geen oversterfte meer.

Er zijn in de loop der jaren veel onderzoeken gedaan naar de oversterfte na een heupfractuur waarvan de resultaten niet altijd dezelfde kant op wijzen. Uit eerder Nederlands onderzoek (Tjeenk, 1998) onder een groep heupfractuurpatiënten is de conclusie getrokken dat de overlevingscurven van patiënten vanaf 6 maanden na de opname parallel lopen met die van een vergelijkbaar cohort uit de Nederlandse bevolking. Ook in buitenlands onderzoek is deze conclusie getrokken (Tosteson, 2005). Er zijn echter ook onderzoeken waaruit wordt geconcludeerd dat de oversterfte onder heupfractuurpatiënten wel minimaal 5 tot 6 jaar na de heupfractuur aan kan houden (Farahmand, 2005; Kanis, 2003; Forsén, 1999; Magaziner, 1997).

In staat 6.3 is de gecorrigeerde sterfte van heupfractuurpatiënten, dat wil zeggen na aftrek van de achtergrondsterfte, gepresenteerd. De gecorrigeerde sterfte geeft de oversterfte weer binnen de patiëntengroep. In de groep mannen van 80–84 jaar bijvoorbeeld is de gecorrigeerde sterfte 31,8 procent. Dit houdt in dat ongeveer 1 op de

Staat 6.3
Gecorrigeerde 1-jaarssterftepercentages van patiënten met een eerste ziekenhuisopname wegens een heupfractuur in 2000, naar leeftijd en geslacht

Leeftijd	Mannen (n=3 501)	Vrouwen (n=8 642)
	%	
0–64 jaar	0,4	1,3
65–69 jaar	9,5	1,2
70–74 jaar	11,5	5,4
75–79 jaar	21,8	5,6
80–84 jaar	31,8	17,0
85–89 jaar	41,1	22,6
90–94 jaar	42,3	29,2
≥ 95 jaar	48,9	40,5
Totaal	19,9	15,0

Bron: CBS.

3 mannen met een heupfractuur in deze leeftijdsgroep extra komt te overlijden na de heupfractuur, bovenop de normaal te verwachten sterfte bij deze leeftijd. Deze extra sterfte hoeft niet noodzakelijkerwijs direct te maken te hebben met de betreffende aandoening of opname. Ook andere zaken kunnen een rol spelen, zoals gelijktijdig optredende andere ziekten (comorbiditeit). Mannen hebben een hogere sterfte na een heupfractuur dan vrouwen (staat 6.3). De verschillen in oversterfte tussen mannen en vrouwen zijn in alle leeftijdsgroepen, behalve bij 95-plussers vanwege de kleine aantallen, significant met een 95 procentsbetrouwbaarheidsinterval.

Geregistreeerde doodsoorzaak bij overlijden

In de doodsoorzakenstatistiek worden per overlijdensgeval naast één primaire doodsoorzaak ten hoogste drie secundaire doodsoorzaken toegekend. Volgens de codeeregels van de ICD-10 is het niet mogelijk om expliciet de heupfractuur als doodsoorzaak te noteren, maar wordt de aanleiding (bijvoorbeeld een val van een trap of een vervoersongeval) genoteerd. Aangezien in 97 procent van de heupfracturen een val de oorzaak is, kan dit zonder problemen worden gedaan (RIVM, 2008).

Als een persoon valt en een heup breekt, en vervolgens komt te overlijden, is het niet altijd direct duidelijk of de val als primaire doodsoorzaak kan worden aangemerkt. De vraag die beantwoord moet worden is, of het overlijden het gevolg was van de verwondingen bij de val, of van complicaties van de verwondingen, of eventueel van complicaties van de behandeling ervan. Als de heupfractuur het sterven van iemand in slechte conditie alleen maar bespoedigt, door de belasting van de verwonding of de operatie, dan is de val en de daaropvolgende fractuur geen primaire doodsoorzaak. Bij deze groep overledenen, veelal ouderen, is er immers vaak sprake van (uitgebreide) co-morbiditeit. In de praktijk is het moeilijk de precieze bijdrage van de val aan het overlijden te bepalen, zeker met de beperkte informatie op de doodsoorzaakopgave. Als de val minder dan 30 dagen aan het overlijden voorafgaat, zal de val vaker in aanmerking komen als primaire doodsoorzaak.

Van alle personen die in 2000 zijn opgenomen in het ziekenhuis voor een heupfractuur, en in de periode tot 5 jaar na de dag van opname zijn overleden, is de doodsoorzaak bekeken. In de periode van 30 dagen na de dag van opname zijn er 985 van de 12 143 personen overleden. Van deze overledenen is in 42,5 procent van de gevallen een valpartij genoteerd als primaire doodsoorzaak (staat 6.4). Het merendeel van de overledenen, bijna 60 procent, is dus volgens de arts niet direct overleden aan een valpartij (met een heupfractuur tot gevolg), maar aan een andere aandoening die al dan niet aanwezig was vóór het optreden van de heupfractuur. Wel is bij bijna een kwart van deze 60 procent een valpartij genoteerd als (één van de) secundaire doodsoorzaak(en).

In totaal is er dus bij de overledenen binnen 30 dagen na opname in 58 procent van de gevallen een valpartij op de doodsoorzakenverklaring genoteerd. De verdeling van de doodsoorzaken vanaf 30 dagen tot 5 jaar na de opname is nagenoeg vergelijkbaar met de verdeling die we zouden verwachten bij een groep met deze leeftijdsopbouw. De sterfte aan een valpartij is bij de heupfractuurpatiënten nog licht verhoogd.

Staat 6.4
Verdeling primaire doodsoorzaken overleden heupfractuurpatiënten na de opname en de doodsoorzakenverdeling van de referentiebevolking

	Binnen 30 dagen na opname	Vanaf 30 dagen tot 5 jaar na opname	Referentiebevolking (2000)
Aantal overledenen	985	5 648	
	<i>% van de overledenen</i>		
w.v.			
valpartij	42,5	5,0	1,9
kanker	6,2	13,8	15,8
hart- en vaatziekten	22,1	31,6	39,1
ziekte van ademhalingsorganen	8,3	13,8	12,4
psychische stoornissen (o.a. dementie)	2,5	9,4	6,9
overige doodsoorzaken	18,3	26,4	23,8

Bron: CBS.

Conclusie

Heupfracturen leiden tot verhoogde sterfte, voor mannen nog meer dan vrouwen. Ongeveer een kwart van de patiënten overlijdt binnen een jaar na de dag van opname. Ook blijft van de senioren (55 jaar en ouder) die een heup breken een kwart permanent invalide (RIVM, 2008). Hierdoor zorgen deze fracturen, al dan niet tijdelijk, ook voor meer opnames in verpleeghuizen. Met de stijgende vergrijzing kan dit probleem in de toekomst groter worden. Om dit te voorkomen is preventie van de valpartijen belangrijk. Een goede valpreventie kan extra sterfte en verpleeghuisopnamen door heupfracturen voorkomen. Voor valpreventie is ook al breed interesse, zoals onder andere blijkt uit de website 'Kennissetwerk Valpreventie' en het RIVM-rapport 'Let op letsels' (Lanting, 2008).

In de toekomst kan dit onderzoek herhaald worden. Hierbij kan gekeken worden naar heropnames van personen die al opgenomen zijn geweest voor een heupfractuur. Hiervoor kunnen latere jaren uit de LMR gekoppeld worden. Ook is het mogelijk om juist eerdere opnames te bestuderen om zo te onderzoeken of er sprake is van comorbiditeit. Ook is een uitbreiding van het onderzoek mogelijk door gegevens uit nieuwe bronnen bij de analyse te betrekken, bijvoorbeeld over medicijngebruik of AWBZ-zorg.

Literatuur

Blom BJ, Dis H van, Simons MP & Willems WJ (2007). De samenhang tussen uitstel van operatie bij een heupfractuur en het complicatierisico. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151(37): 2050–2054.

Boereboom FT, Raymakers JA & Duursma SA (1992). Mortality and causes of death after hip fractures in the Netherlands. *Netherlands Journal of Medicine* 41: 4–10.

Bruin A de, Bruin EI de, Gast A, Kardaun JWPF, Sijl M van & Verweij GCG (2003). Koppeling van LMR- en GBA-gegevens: methode, resultaten en kwaliteitsonderzoek. CBS, Voorburg/Heerlen.

Farahmand BY, Michaëlsson K, Ahlbom A, Ljunghall S & Baron AJ (2005). Survival after hip fracture. *Osteoporosis International*, 16(12): 1583–1590.

Fierens J & Broos PL (2006). Quality of life after hip fracture surgery in the elderly. *Acta chirurgica Belgica* 106(4): 393–396.

Forsén L, Sogaard AJ, Meyer HE, Edna T & Kopjar B (1999). Survival after hip fracture: short- and long-term excess mortality according to age and gender. *Osteoporosis International*, 10(1):73–78.

Lanting LC & Hoeymans N (eindred.) (2008). Let op letsels. Preventie van ongevalen, geweld en suïcide. RIVM-rapportnummer: 270102001. Bilthoven: RIVM.

Magaziner J, Lydick E, Hawkes W, Fox KM, Zimmerman SI, Epstein RS & Hebel JR (1997). Excess mortality attributable to hip fracture in white women aged 70 years and older. *American Journal of Public Health*, vol. 87, issue 10 1630–1636.

Pillay J, Wouden JC van der & Leenen LPH (2007). De prestatie-indicator 'heupfractuur: opereren binnen 24 uur' retrospectief toegepast bij 217 patiënten in het Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2000–2003: postoperatief minder vaak pneumonie, maar niet minder sterfte. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151(17): 967–970.

RIVM (2008). Nationaal Kompas voor de Volksgezondheid. (www.nationaal-kompas.nl)

Saltzherr TP, Borghans HJ, Bakker RHC & Go PMNYH (2006). Proximale femurfracturen bij ouderen in Nederland in de periode 1991–2004: incidentie, sterfte, opname-duur en schatting van de in de toekomst benodigde zorgcapaciteit. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 150(47): 2599–2604.

Tosteson ANA, Gottlieb DJ, Radley DC, Fisher ES & Melton LJ 3rd (2007). Excess mortality following hip fracture: the role of underlying health status. *Osteoporosis International*, 18(11): 1463-1472.

Tjeenk RM, Moerman MKP, Kappetein AP, Kastelein GW & Breslau PJ (1998). Goede resultaten 5 jaar na operatieve behandeling van proximale femurfracturen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 142(25): 1456-1459.

WHO (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision*. World Health Organization, Genève.

7. *Zorg is banenmotor van Nederland*

In 2006 telde de zorg, inclusief welzijn, ongeveer 1,3 miljoen banen. Dat zijn er ruim 18 procent meer dan in 2001. De zorg is een echte banenmotor. In de overige bedrijfstakken was het aantal banen in 2006 ongeveer even groot als in 2001. Vooral in de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg groeide de werkgelegenheid fors, met 23 en 31 procent. Het merendeel van banen in de zorg betreft banen van werknemers. Slechts 6 procent wordt vervuld door zelfstandigen, meewerkende gezinsleden of anderen die niet in loondienst waren. De werknemers kostten aan lonen en premies 32,7 miljard euro. Deze voorlopige cijfers zijn samengesteld binnen het kader van de Zorgrekeningen.

Inleiding

In het beleidsprogramma van het kabinet Balkenende IV (Samen werken, samen leven) wordt gesignaleerd dat een probleem kan ontstaan in de gezondheidszorg door de toename van de zorgvraag (door vergrijzing en ontgroening) en de afname van het arbeidsaanbod.

Om het probleem in kaart te brengen zijn cijfers over de werkgelegenheid in de zorg nodig. Onderzoeks- en kennisinstituut Prismant gebruikt deze cijfers om overzichten en ramingen te maken van de aansluiting tussen (toekomstige) vraag en aanbod van arbeid in de zorg.

Ook voor vergelijkingen in internationaal verband zijn cijfers over arbeid nodig. De Zorgrekeningen sluiten aan bij het internationaal afgesproken System of Health Accounts (OECD, 2000; WHO, 2003; ONS, 2004) als kader om economische gegevens over de gezondheidszorg weer te geven (inclusief gegevens over arbeid). In de naar verwachting in 2009 van kracht wordende Europese verordening over statistieken over volksgezondheid en gezondheid en veiligheid op het werk zal de samenstelling van statistieken volgens het System of Health Accounts verplicht worden.

Deze publicatie beschrijft de huidige stand van het maken van arbeidscijfers binnen het kader van de Zorgrekeningen die zo naadloos mogelijk aansluiten op de uitgavencijfers in de Zorgrekeningen (Smit, 2007). De aansluiting op de uitgavencijfers zal verder worden verbeterd.

De ontwikkeling is op dit moment nog niet volledig afgerond. Ook zal op termijn de informatie worden uitgebreid met achtergrondkenmerken van de werkenden in de zorg, zoals geslacht, leeftijd, beroep en opleidingsniveau, en met actuelere gegevens over de totaalcijfers. Deze gegevens worden naar verwachting over een jaar gepubliceerd.

Afbakening en aanpak

Werkgelegenheid in de zorg wordt beschreven volgens de indeling van de Zorgrekeningen naar actoren (groepen van zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen). De aansluiting met de uitgaven verloopt dan ook via die invalshoek.

Diverse bronnen van cijfers (zie kader) worden geïntegreerd tot één geheel. Het beeld wordt gecompleteerd door 'witte vlekken' bij te schatten, definities en terrein-afbakening worden geharmoniseerd en eventuele fouten in de gebruikte bronnen worden gecorrigeerd. Resterende verschillen, bijvoorbeeld door verschillende waarnemingsmethoden, worden verdeeld, of de meest betrouwbare bron wordt gebruikt.

De Zorgrekeningen omvatten een groter terrein aan activiteiten dan de activiteiten zorg en welzijn in de Standaard Bedrijfsindeling (SBI). Voor de Zorgrekeningen tellen alle activiteiten mee waarbij zorg, als dienst of als goed, wordt verschaft aan zorgvragers. Dus bijvoorbeeld niet alleen de huisartsen, apothekers, ziekenhuizen, thuiszorg of jongerenwerk, maar ook de verkoop van geneesmiddelen door de drogist of de verkoop van brillen en contactlenzen door de opticiens. Ook worden beheers- en beleidsdiensten meegeteld in de uitgaven volgens de Zorgrekeningen, zoals voor de uitvoering van de zorgverzekering, AWBZ en WMO.

Het toewijzen van de werkgelegenheid aan deze activiteiten is echter lastiger dan het toekennen van de uitgaven. Een voorbeeld is het zittend ziekenvervoer. Hiervoor zijn wel uitgaven te ramen, maar het bepalen van de bijbehorende werkgelegenheid in de taxibranche is veel lastiger. Iets dergelijks geldt voor de werkgelegenheid gerelateerd aan de uitvoering van de zorgverzekering, AWBZ en WMO. Hoewel grote delen van de werkgelegenheid redelijkerwijs zijn toe te wijzen aan zorgactiviteiten, is dat zeker niet altijd het geval. Ook zijn er geen schattingen voor de 'werkgelegenheid' behorende bij de betalingen voor werk van particulieren vanuit het Persoonsgebonden Budget of voor kinderopvang. Hetzelfde geldt voor de werkgelegenheid in het buitenland voor uitgaven die Nederlanders in het buitenland hebben gedaan voor zorg. Deze uitgaven tellen wel mee in de Zorgrekeningen.

De internationale afspraken op dit terrein zijn nog niet uit ontwikkeld¹⁾, wat reden is om de werkgelegenheid bij bijvoorbeeld zorgverzekeraars nog niet mee te tellen. De inrichting van de zorg plus de bekostiging verschilt tussen de landen, en dat komt sterk tot uitdrukking in de regelingen bij de verzekering. Zo tellen in Nederland de werknemers van de zorgverzekering wel mee in de SBI van de verzekeraars. Maar de bedragen gemoeid met de basisverzekering tellen als sociale verzekering en worden bij de overheid geteld, terwijl die van de aanvullende (private) verzekering geteld worden bij de SBI van de verzekeraars.

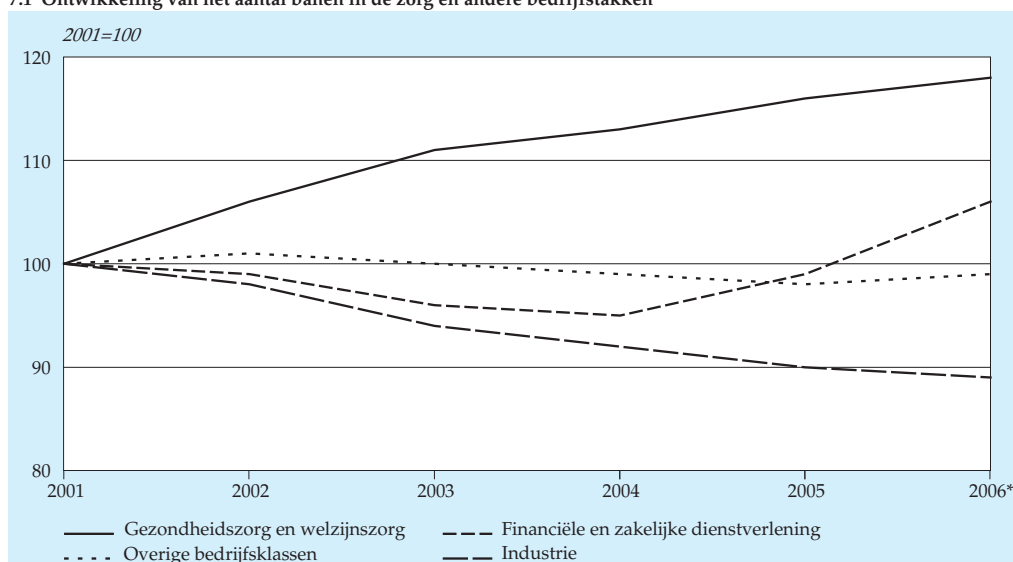
De cijfers die nu gepresenteerd worden omvatten dus nog niet alle werkgelegenheid, maar de werkgelegenheid bij praktijken, instellingen en bedrijven die zijn ingedeeld bij het terrein van de SBI zorg en welzijn aangevuld met de werkgelegenheid bij de leveranciers van genees- en hulpmiddelen (uitgezonderd de dierenartsen). Ten slotte worden de uitzendkrachten werkzaam in de zorg niet meegeteld, net zoals in de Nationale rekeningen; deze zijn opgenomen bij de uitzendbureaus. In 2005 zijn de (para)medische uitzendkrachten goed voor 7,2 duizend arbeidsjaren (schatting gebaseerd op twee CBS-bronnen). De totale inzet van uitzendkrachten in de zorg is echter niet bekend.

Meeste banen in de ouderenzorg

Volgens de Zorgrekeningen telde de zorg, inclusief de welzijnszorg, in 2006 gemiddeld 1,3 miljoen banen. Dat zijn er ruim 18 procent meer dan in 2001. Het aandeel van de zorg in het totaal aantal banen in Nederland was 15 procent. In arbeidsjaren (voltijdbanen) is dat percentage lager, namelijk 12. Dit komt door het naar verhouding grote aantal deeltijdbanen in de zorg. Het aandeel van de zorg in de totale arbeidskosten (de brutolonen en -salarissen van werknemers en de ten laste van de werkgevers komende sociale premies) is net zo groot als het aandeel van de zorg in het totale arbeidsvolume.

De ouderenzorg (verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg, inclusief alfa-hulpen) heeft het grootste aandeel in de werkgelegenheid van de zorg. In banen is

7.1 Ontwikkeling van het aantal banen in de zorg en andere bedrijfstakken



Bron: CBS.

dat aandeel 35 procent en in aantal werknemers zelfs 37 procent (staat 7.1). Daarna volgen, met 20 procent van het totale aantal banen in de zorg, de ziekenhuizen en de medisch specialisten. Doordat in de ouderenzorg relatief veel in deeltijd wordt gewerkt, is het aandeel in werkgelegenheid gemeten in arbeidsjaren kleiner. Van het totale arbeidsvolume in de zorg is 30 procent toe te schrijven aan de ouderenzorg. De ziekenhuizen en medisch specialisten nemen 23 procent voor hun rekening.

Staat 7.1
Arbeid in de zorg (inclusief welzijn) per cluster van actoren, 2006*

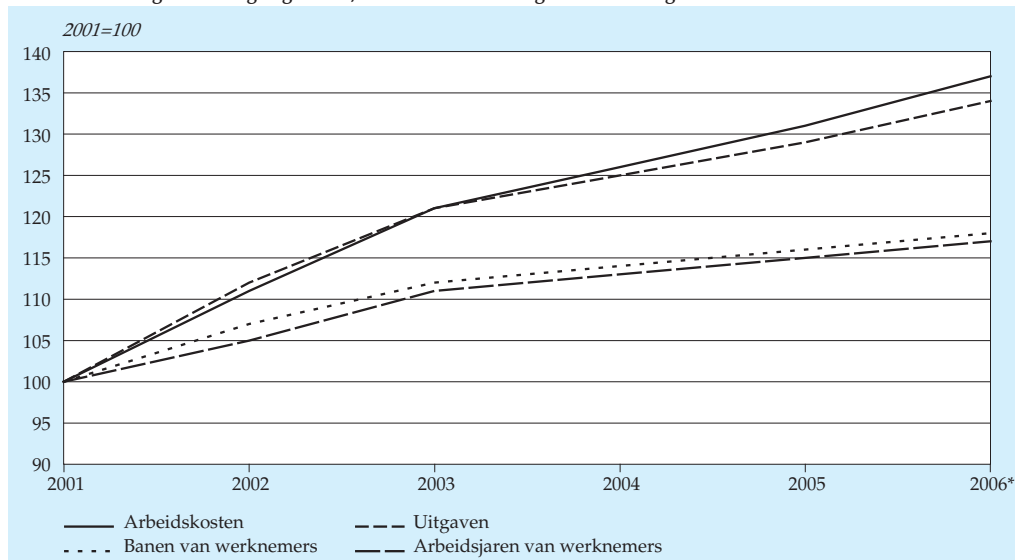
	Banen		Arbeidsjaren				Arbeidskosten werknemers			
	Totaal werkzame personen	Werknemers	Totaal werkzame personen	Werknemers	Totaal	Aandeel in totale uitgaven aan zorg	Totaal	Aandeel in totale uitgaven aan zorg		
	x 1 000	%	x 1 000	%	%	mln euro	%	%		
Gezondheids- en welzijnszorg (excl. beleid en beheer)	1 299	100	1 222	100	820,2	767	100	32 740	100	48
Totaal gezondheidszorg	544	42	474	39	389,0	340	44	16 562	51	41
Ziekenhuizen en specialisten	264	20	252	21	.	180	23	9 017	28	51
Geestelijke gezondheidszorg (para) Medische praktijken + leveranciers genees- en hulpmiddelen	77	6	75	6	.	59	8	2 822	9	67
Overige gezondheidszorg	155	12	104	9	.	69	9	3 005	9	21
	47	4	44	4	.	33	4	1 718	5	40
Totaal welzijnszorg	754	58	748	61	431,2	427	56	16 177	49	59
Ouderenzorg	451	35	449	37	.	228	30	8 360	26	62
Gehandicaptenzorg	139	11	139	11	.	92	12	3 645	11	55
Overige welzijnszorg (incl. kinderopvang)	164	13	159	13	.	107	14	4 172	13	55

Bron: CBS (Zorgrekeningen).

Arbeidskosten stijgen twee keer zo hard als het arbeidsvolume

De arbeidskosten in de zorg zijn in de periode 2001–2006 ruim twee keer zo hard gestegen als het aantal arbeidsjaren. In 2006 waren de totale arbeidskosten 37 procent hoger dan in 2001. Het aantal arbeidsjaren en de arbeidskosten per arbeidsjaar namen in die periode allebei met 17 procent toe. De stijging van de arbeidskosten per arbeidsjaar in de zorg is overigens vergelijkbaar met die in andere bedrijfsklassen. De zorguitgaven namen met 34 procent bijna in hetzelfde tempo toe als de arbeidskosten. Een groot deel van de totale zorguitgaven bestaat echter ook uit de arbeidskosten.

7.2 Ontwikkeling van werkgelegenheid, arbeidskosten en uitgaven in de zorg



Bron: CBS.

Bronnen

De belangrijkste bronnen voor de cijfers over arbeid in de Zorgrekeningen zijn het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS, de statistieken over zorgaanbieders en de Arbeidsrekeningen (een onderdeel van de Nationale rekeningen). Daarnaast zijn er werkgelegenheidscijfers beschikbaar op basis van de loonaangifte en cijfers van het NIVEL over beroepen in de zorg.

De kwaliteit wordt bepaald door die van de gebruikte registraties. Voor cijfers over arbeid naar bedrijfsklassen is die in sterke mate ingegeven door de koppeling met het bedrijvenregister van het CBS, waarin informatie over de (economische) activiteit van bedrijven en instellingen is opgeslagen.

De statistieken over zorgaanbieders vormen een zeer belangrijke bron om de uitgaven aan zorg volgens de Zorgrekeningen samen te stellen. Tegelijkertijd geven zij informatie over arbeid in de beschreven klasse, waardoor als vanzelf al een koppeling op actorniveau plaatsvindt. Dat is een voordeel. Ook de mate van detaillering is een voordeel. Nadelen zijn de onvolledige dekking van het zorgterrein, de steekproefbasis, en de (gehele of gedeeltelijke) nonrespons. Ook de voor sommige bedrijfsklassen wisselende methode van waarnemen hindert de vergelijkbaarheid in de tijd. Genoemde nadelen spelen niet bij de gegevens over werkgelegenheid in ziekenhuizen waardoor deze statistieken goed bruikbaar zijn.

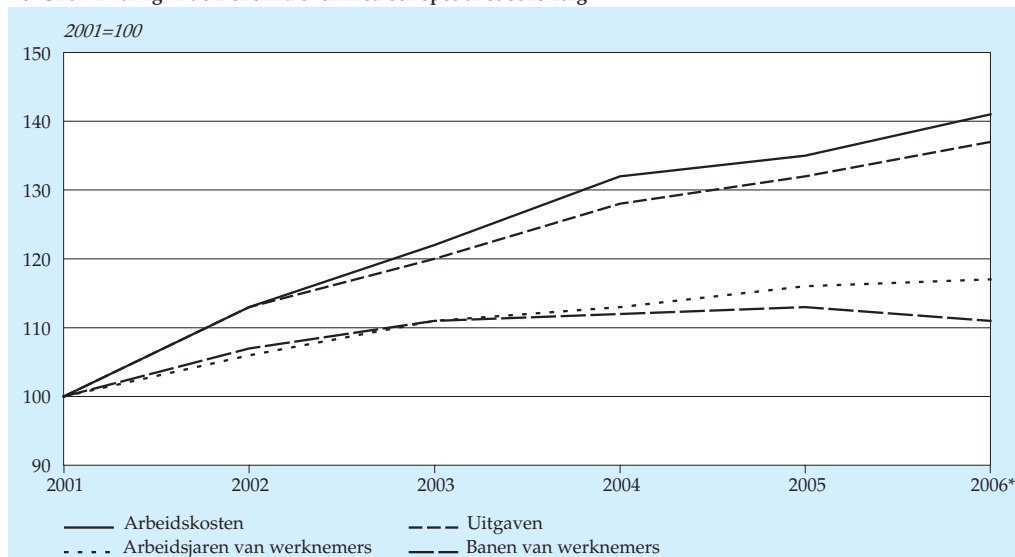
Op het niveau van de bedrijfsklasse gezondheids- en welzijnszorg (SBI 85) is aangesloten bij het aantal banen conform de Arbeidsrekeningen. Ook het aantal banen van personen niet in loondienst is gelijk aan het aantal van de Arbeidsrekeningen. Het niveau van het aantal arbeidsjaren is afgestemd op cijfers uit het SSB en de productiestatistiek, vanwege een nieuwere schatting daarvoor.

Elk van deze bronnen heeft voor- en nadelen. Het SSB is een verzameling bestanden die aan elkaar gekoppeld kunnen worden op persoonsniveau. De bestanden zijn gemaakt uit landelijk dekkende registraties zoals van het UWV, de Belastingdienst en de Gemeentelijke Basisadministratie. Daarmee is veel basisinformatie over banen en lonen beschikbaar. Het grote voordeel is de nagenoeg complete dekking van de Nederlandse bevolking. Een nadeel is de beperkte inhoud van de informatie.

Deeltijdwerk bij ziekenhuizen neemt af

Bij de ziekenhuizen en de medisch specialistische zorg zijn de arbeidskosten iets meer dan gemiddeld gestegen tussen 2001 en 2006. In dit deel van de zorg bepalen ook andere kosten dan arbeidskosten in belangrijke mate de uitgaven. Het totaal aan uitgaven voor zorg is in de beschouwde periode minder hard gegroeid dan de kosten voor arbeid. De ontwikkeling van de werkgelegenheid gemeten in banen is in de

7.3 Ontwikkeling in de ziekenhuis- en medisch specialistische zorg



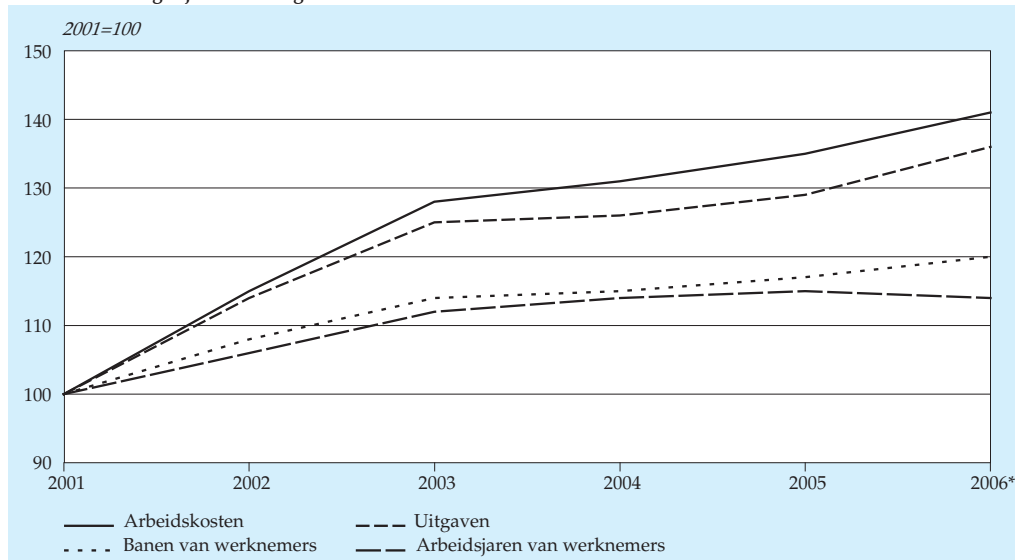
Bron: CBS.

eerste vier jaren gelijk op gegaan met die in arbeidsjaren, maar is in 2005 en 2006 daarbij achtergebleven. Dit kan erop wijzen dat er minder in deeltijd is gewerkt.

Wegwerken wachtlijsten zorgde voor versnelde groei werkgelegenheid ouderenzorg

In het begin van deze eeuw versnelde de groei van de werkgelegenheid in de ouderenzorg. Dit hangt samen met het destijds ingezette beleid om wachtlijsten in de zorg (vooral in de ouderenzorg) weg te werken. Een vergelijkbare ontwikkeling is zichtbaar in de uitgaven en de arbeidskosten. Na 2003 daalde het tempo van de groei weer.

7.4 Ontwikkeling bij ouderenzorg

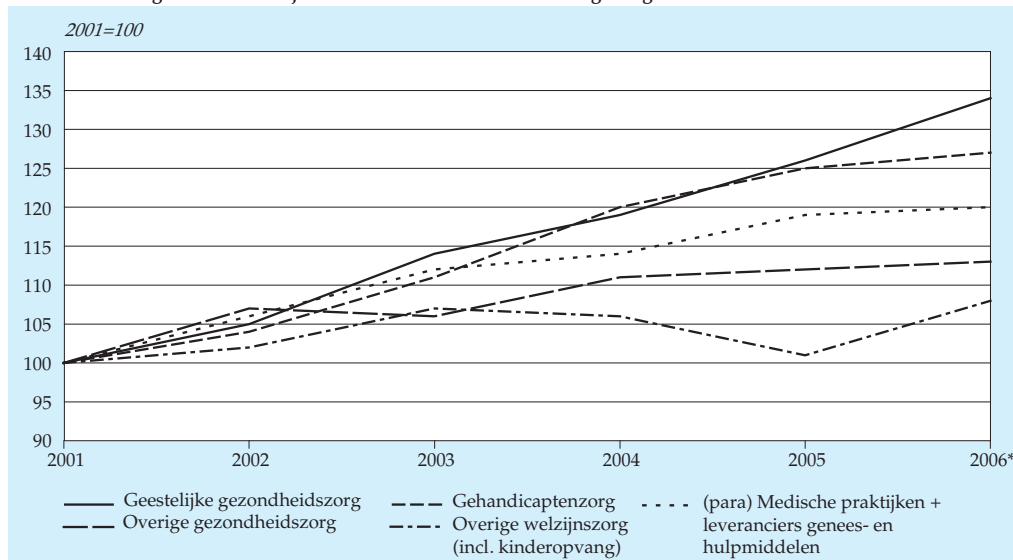


Bron: CBS.

De werkgelegenheidsgroei bij andere zorgaanbieders

Bij de overige zorgverleners kan de ontwikkeling van de factor arbeid soms flink verschillen van de twee grootste aanbieders van zorg. De groei van het arbeidsvolume in de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg is met respectievelijk 34 en 27 procent veel groter dan in de ziekenhuiszorg en de ouderenzorg. Ook in banen gemeten was de groei zeer fors, met een groei van 31 en 23 procent. Andere delen van de overige zorg groeiden minder hard. Ze laten echter nog altijd over de hele periode een groei zien, waar dat gemiddeld in de rest van Nederland niet het geval was. Het arbeidsvolume in de overige welzijnszorg nam het minste toe van de hier beschreven groepen.

7.5 Ontwikkeling van de arbeidsjaren van werknemers van de overige zorgaanbieders



Bron: CBS.

Tot slot

Door cijfers over arbeid samen te stellen die aansluiten op de uitgaven aan zorg volgens de Zorgrekeningen, wordt het mogelijk om voor de zorg als geheel en in onderdelen, de ontwikkeling van het arbeidsvolume te bestuderen in relatie tot de uitgaven aan zorg. Komend jaar zullen de cijfers uitgesplitst worden naar kenmerken van de werkenden in de zorg, zoals leeftijd, land van herkomst, en waar mogelijk beroep en opleidingsniveau. Verder zal de aansluiting op de uitgaven-cijfers van de Zorgrekeningen worden verbeterd.

Literatuur

Eurostat (2007). Statistical Programme of the Commission for the year 2008. Eurostat, Luxemburg.

Kleima FJ & Haar DWRM ter (2005). Prijs- en hoeveelheidsindicatoren voor ziekenhuiszorg. In: Gezondheid en zorg in cijfers 2005. CBS, Voorburg.

OECD (2000). A System of Health Accounts, version 1.0. OECD, Parijs.

ONS (2004). SHA Guidelines. Practical guidance for implementing A System of Health Accounts in the EU. Office for National Statistics, Londen.

Smit JM (2007). Uitgaven aan zorg stijgen in 2006 met ruim 5 procent. In: Gezondheid en zorg in cijfers 2007. CBS, Voorburg.

WHO (2003). Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries. WHO, Genève.

Noten in de tekst

- 1) In het werkprogramma van Eurostat (Eurostat, 2007) voor 2008 zijn bijvoorbeeld proefdataverzamelingen voorzien.

Tabellenindex

A. Gezondheidstoestand

- A1 Ervaren gezondheid
- A2 Psychische klachten
- A3 Malaiseklachten
- A4 Activiteitenbeperking
- A5 Functiebeperkingen
- A6 Klinische incidentie, mannen
- A7 Klinische incidentie, vrouwen
- A8 Sterfte na eerste opname, mannen
- A9 Sterfte na eerste opname, vrouwen
- A10 Ziekteverzuim
- A11 Doodsoorzaken
- A12 Gezonde levensverwachting

B. Leefstijl

- B1 Roken
- B2 Drinken
- B3 Overgewicht bij volwassenen
- B4 Overgewicht bij kinderen
- B5 Borstvoeding
- B6 Plaats van de bevalling
- B7 Lichamelijke activiteit en Nederlandse Norm Gezond Bewegen

C. Zorggebruik

- C1 Contacten met zorgaanbieders
- C2 Wijze van contact met de huisarts
- C3 Kunstgebitten
- C4 Gebruik anticonceptiepil en deelname bevolkingsonderzoeken
- C5 Griepvaccinatie
- C6 Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering, mannen 0–60 jaar
- C7 Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering, vrouwen 0–60 jaar
- C8 AWBZ-gefinancierde zorg met verblijf
- C9 AWBZ-gefinancierde zorg zonder verblijf

D. Zorgaanbod

- D1 Kerncijfers uitgaven aan zorg
- D2 Uitgaven aan zorg naar categorieën zorgaanbieders
- D3 Uitgaven aan zorg in constante prijzen
- D4 Uitgaven aan zorg naar financieringsbron

- D5 Werkzame personen, werknemers en arbeidsvolume in de gezondheidszorg en welzijnszorg (SBI 85)
- D6 Opleidingen op het terrein van de gezondheids- en welzijnszorg
- D7a Exploitatie en personeel van zorginstellingen
- D7b Exploitatie en personeel van overige zorgaanbieders
- D8 Productie en capaciteit van zorginstellingen

A. Gezondheidstoestand

Tabel A.1
Ervaren gezondheid (0 jaar en ouder), 2007

	Zeer goed		Goed		Minder dan goed	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal	26,2	0,5	55,0	0,5	18,8	0,4
Geslacht						
Mannen	27,9	0,7	56,0	0,8	16,1	0,6
Vrouwen	24,6	0,6	54,0	0,8	21,5	0,6
Onderwijsniveau ¹⁾						
Basisonderwijs	17,1	1,0	49,0	1,3	34,0	1,2
Vbo	16,7	1,1	56,2	1,5	27,1	1,3
Mavo	21,6	1,6	56,6	1,9	21,7	1,6
Havo-mbo-vwo	23,4	0,9	60,2	1,0	16,4	0,7
Hbo-universiteit	30,5	1,1	57,2	1,2	12,2	0,8
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	27,1	1,1	50,9	1,3	22,0	1,1
Sterk stedelijk	25,7	0,9	55,8	1,0	18,4	0,8
Matig stedelijk	25,8	1,0	55,8	1,2	18,4	0,9
Weinig stedelijk	27,0	1,0	55,5	1,1	17,6	0,9
Niet-stedelijk	25,5	1,3	56,7	1,5	17,9	1,2

¹⁾ Personen van 12 jaar en ouder.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001.
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen;
 - samenstelling huishouden;
 - sociaaleconomische groep;
 - verzekeringsvorm (tot en met 2005).

Tabel A.2
Psychische klachten in het afgelopen jaar (12 jaar en ouder), 2007

	Soort psychische klacht						Somscore MHI-5 ¹⁾	
	Depressief		Angstig		Depressief of angstig		score	stf.
	%	stf.	%	stf.	%	stf.		
Totaal	9,7	0,4	11,7	0,4	15,1	0,5	79,1	0,2
Geslacht								
Mannen	7,6	0,5	8,8	0,5	11,6	0,6	80,8	0,2
Vrouwen	11,6	0,6	14,4	0,6	18,3	0,7	77,4	0,3
Onderwijsniveau								
Basisonderwijs	10,5	0,9	11,7	1,0	15,0	1,1	77,5	0,6
Vbo	9,2	1,0	11,3	1,1	14,8	1,2	78,0	0,6
Mavo	11,2	1,3	10,1	1,3	15,0	1,5	78,4	0,6
Havo-mbo-vwo	10,3	0,7	12,6	0,7	16,1	0,8	79,4	0,3
Hbo-universiteit	8,0	0,7	11,4	0,8	14,1	0,9	80,5	0,4
Stedelijkheidsgraad								
Zeer sterk stedelijk	12,6	1,0	12,8	1,0	17,3	1,2	76,7	0,5
Sterk stedelijk	10,4	0,7	13,2	0,8	16,6	0,9	78,6	0,4
Matig stedelijk	8,3	0,8	10,7	0,9	13,4	1,0	79,5	0,4
Weinig stedelijk	8,5	0,8	10,7	0,9	14,1	1,0	80,1	0,4
Niet-stedelijk	8,2	1,0	10,0	1,1	13,1	1,2	80,7	0,5

¹⁾ Somscore MHI-5 (Mental Health Inventory 5). Internationale maat voor de psychische gezondheid. Hoe hoger de score, hoe beter de psychische gezondheid. De minimale score bedraagt 0, de maximale score 100.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001.
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen;
 - samenstelling huishouden;
 - sociaaleconomische groep;
 - verzekeringsvorm (tot en met 2005);
 - de deelscores van de MHI-5 (in de put, zenuwachtig, niet kalm en rustig, neerslachtig en somber, niet gelukkig).

Tabel A.3
Malaiseklachten in de afgelopen 14 dagen (4 jaar en ouder), 2007

	Hoofdpijn		Moeheid		Slapeloosheid	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal	32,4	0,5	46,5	0,5	21,7	0,5
Geslacht						
Mannen	25,2	0,7	38,9	0,8	16,5	0,6
Vrouwen	39,5	0,8	54,0	0,8	26,8	0,7
Onderwijsniveau ¹⁾						
Basisonderwijs	35,8	1,2	50,1	1,3	29,2	1,2
Vbo	33,4	1,4	44,6	1,5	24,7	1,3
Mavo	36,0	1,8	53,5	1,9	25,1	1,6
Havo-mbo-vwo	35,7	1,0	49,3	1,0	22,4	0,8
Hbo-universiteit	28,9	1,1	46,8	1,2	17,0	0,9
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	35,7	1,3	50,6	1,3	24,5	1,1
Sterk stedelijk	34,3	1,0	48,9	1,0	22,8	0,9
Matig stedelijk	31,5	1,1	46,6	1,2	21,5	1,0
Weinig stedelijk	30,2	1,1	42,4	1,2	20,6	1,0
Niet-stedelijk	29,0	1,4	42,6	1,5	17,5	1,2
	Pijn in rug		Pijn spieren of gewrichten		Minstens 1 malaiseklacht	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal	26,7	0,5	39,4	0,5	73,1	0,5
Geslacht						
Mannen	22,5	0,7	34,8	0,7	67,1	0,7
Vrouwen	30,9	0,7	43,9	0,8	79,1	0,6
Onderwijsniveau ¹⁾						
Basisonderwijs	34,5	1,2	47,3	1,3	80,2	1,0
Vbo	30,8	1,4	45,5	1,5	77,1	1,3
Mavo	31,7	1,8	46,9	1,9	79,8	1,5
Havo-mbo-vwo	29,3	0,9	41,6	1,0	77,1	0,8
Hbo-universiteit	24,1	1,1	35,8	1,2	70,9	1,1
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	28,9	1,2	40,2	1,3	75,0	1,1
Sterk stedelijk	28,2	0,9	40,3	1,0	75,1	0,9
Matig stedelijk	26,3	1,1	39,7	1,2	74,5	1,1
Weinig stedelijk	25,0	1,0	38,2	1,1	69,9	1,1
Niet-stedelijk	24,2	1,3	37,6	1,5	69,6	1,4

¹⁾ Personen van 12 jaar en ouder.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001.
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen;
 - samenstelling huishouden;
 - sociaaleconomische groep;
 - verzekeringsvorm (tot en met 2005).

Tabel A.4
Activiteitenbeperking en beddagen per jaar (1 jaar en ouder), 2007

	Activiteitenbeperking ¹⁾		Beddagen ²⁾	
	<i>dagen per jaar</i>	<i>stf.</i>	<i>dagen per jaar</i>	<i>stf.</i>
Totaal	34,9	1,0	3,8	0,2
Geslacht				
Mannen	30,2	1,3	3,2	0,3
Vrouwen	39,6	1,5	4,4	0,4
Onderwijsniveau ³⁾				
Basisonderwijs	45,1	2,8	5,8	0,8
Vbo	44,2	3,3	3,8	0,7
Mavo	44,6	3,9	3,6	0,7
Havo-mbo-vwo	35,3	1,9	4,3	0,5
Hbo-universiteit	30,8	2,2	2,4	0,4
Stedelijkheidsgraad				
Zeer sterk stedelijk	40,6	2,6	5,1	0,7
Sterk stedelijk	35,2	1,9	4,1	0,5
Matig stedelijk	31,3	2,1	3,0	0,4
Weinig stedelijk	35,4	2,2	3,4	0,5
Niet-stedelijk	31,2	2,8	3,5	0,8

¹⁾ Het aantal dagen dat men ten gevolge van ziekte of verwonding het rustiger aan heeft moeten doen of dingen achterwege heeft moeten laten.

²⁾ Het aantal dagen dat men ten gevolge van ziekte of verwonding het bed heeft gehouden.

³⁾ Personen van 12 jaar en ouder.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001;
- cijfers over ADL-beperkingen (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen);
- cijfers over het bezit van hulpmiddelen (auditief, visueel, anatomisch, voor bewegen, voor incontinentie).
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen;
 - samenstelling huishouden;
 - sociaaleconomische groep;
 - verzekeringsvorm (tot en met 2005).

Tabel A.5
Functiebeperkingen (12 jaar en ouder), 2007

	Ernstige problemen met:					
	horen		zien		bewegen	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal	2,9	0,2	4,4	0,3	8,1	0,4
Geslacht						
Mannen	3,1	0,3	3,7	0,4	5,2	0,4
Vrouwen	2,6	0,3	5,1	0,4	10,9	0,6
Onderwijsniveau						
Basisonderwijs	5,2	0,7	8,3	0,8	17,0	1,1
Vbo	3,1	0,6	8,0	0,9	11,8	1,1
Mavo	3,5	0,8	3,9	0,8	9,0	1,2
Havo-mbo-vwo	2,5	0,3	2,8	0,4	4,9	0,5
Hbo-universiteit	1,4	0,3	1,9	0,4	3,6	0,5
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	2,5	0,5	4,0	0,6	9,2	0,9
Sterk stedelijk	3,4	0,4	4,6	0,5	8,4	0,7
Matig stedelijk	3,2	0,5	4,3	0,6	8,0	0,8
Weinig stedelijk	2,5	0,4	4,8	0,6	8,1	0,8
Niet-stedelijk	2,2	0,5	4,2	0,7	6,4	0,9

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001;
- cijfers over ADL-beperkingen (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen);
- cijfers over het bezit van hulpmiddelen (auditief, visueel, anatomisch, voor bewegen, voor incontinentie).
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen;
 - samenstelling huishouden;
 - sociaaleconomische groep;
 - verzekeringsvorm (tot en met 2005).

Tabel A.6
Mannen met eerste ziekenhuisopname naar diagnosegroep, gestandaardiseerd¹⁾

	2000	2003	2004	2005	ICD-9 diagnosecode
<i>per 10 duizend mannen in de bevolking</i>					
Alle diagnoses	436,5	477,0	495,9	497,4	001-999
Infectieuze en parasitaire ziekten	11,5	11,9	12,5	13,0	001-139, 279.5-279.6, 279.8
w.o. Infectieziekten van het maagdarmkanaal	2,6	2,9	2,8	3,3	001-009
Kwaadaardige nieuwvormingen	37,0	38,6	40,7	41,5	140-208
w.o. van dikke darm	3,6	3,7	3,9	4,2	153
van endeldarm en anus	2,3	2,5	2,6	2,5	154
van luchtpijp(-vertakkingen) en long	6,9	6,4	6,6	6,3	162
van huid	2,6	3,3	4,2	5,3	172-173
van prostaat	4,6	5,4	6,3	6,2	185
van urineblaas	3,7	3,7	3,7	3,8	188
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	2,9	3,4	3,5	3,3	200-208
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	6,6	7,5	7,9	7,9	279.0-279.4, 279.7, 279.9, 280-289
Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten	9,9	11,1	12,0	11,7	240-278
w.o. suikerziekte	4,4	4,7	4,9	4,6	250
Psychische stoornissen	7,4	7,9	8,5	8,8	290-319
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	65,8	77,4	81,3	83,4	320-389
Ziekten van hart- en vaatstelsel	91,1	95,6	99,7	101,1	390-459
w.o. acuut hartinfarct	18,8	17,0	16,1	15,4	410
hersenvaatletsels (CVA)	15,6	17,2	18,4	19,7	430-438
Ziekten van de ademhalingsorganen	77,4	82,2	80,4	84,3	460-519
w.o. longontsteking	11,8	13,2	13,8	16,1	480-486
chron. aand. onderste luchtwegen (CARA)	9,4	8,8	8,7	9,3	490-494, 496
Ziekten van de spijsverteringsorganen	84,2	93,3	97,5	98,8	520-579
w.o. divertikelziekte	3,2	4,1	4,7	4,9	562
cholelithiasis (galstenen)	5,9	6,7	7,0	7,1	574
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	11,3	13,0	14,4	15,9	680-709
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	79,3	87,2	93,2	95,8	710-739
w.o. artrose	9,9	12,3	13,0	13,9	715
dérangement interne (stoornis) van knie	28,0	30,3	33,0	32,7	717
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	45,8	48,6	50,5	48,3	580-629
w.o. ziekten van nier en urineleider	8,1	9,5	9,8	10,4	580-593
prostaathyperplasie	10,5	10,9	11,4	11,2	600
Aandoeningen van de perinatale periode	41,0	44,1	45,4	46,0	760-779
Aangeboren afwijkingen	12,9	13,2	13,7	13,3	740-759
Ongevallen	71,3	76,1	77,4	78,5	E800-E929

¹⁾ Aantal personen met eerste ziekenhuisopname voor een bepaalde diagnosegroep in het betreffende jaar en geen eerdere opname voor dezelfde diagnosegroep in de vijf voorafgaande kalenderjaren. Cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met het jaar 2000 als referentie.

Bron: CBS, Dutch Hospital Data/Prismant.

Verder op StatLine beschikbaar:

- personen met ziekenhuisopnamen naar leeftijd, geslacht en verschillende diagnoselijsten;
- ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering.

Tabel A.7
Vrouwen met eerste ziekenhuisopname naar diagnosegroep, gestandaardiseerd¹⁾

	2000	2003	2004	2005	ICD-9 diagnosecode
<i>per 10 duizend vrouwen in de bevolking</i>					
Alle diagnoses	494,9	547,5	568,3	570,5	001-999
Infectieuze en parasitaire ziekten	10,7	11,3	11,8	12,3	001-139, 279.5-279.6, 279.8
w.o. Infectieziekten van het maagdarmkanaal	2,5	2,7	2,7	3,0	001-009
Kwaadaardige nieuwvormingen	38,9	41,1	42,9	43,6	140-208
w.o. van dikke darm	3,8	3,9	4,0	4,0	153
van endeldarm en anus	1,6	1,8	1,9	1,9	154
van luchtpijp(-vertakkingen) en long	2,6	3,0	3,3	3,5	162
van huid	2,4	3,4	4,2	5,3	172-173
van borst	13,6	14,0	14,3	13,9	174-175
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	2,4	2,7	2,8	2,6	200-208
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	8,3	10,0	10,2	10,9	279.0-279.4, 279.7, 279.9, 280-289
Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten	16,8	17,7	19,0	19,3	240-278
w.o. suikerziekte	4,6	4,5	4,8	4,4	250
Psychische stoornissen	9,5	9,6	10,5	10,7	290-319
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	91,2	110,2	120,5	114,4	320-389
Ziekten van hart- en vaatstelsel	79,1	87,8	91,8	93,9	390-459
w.o. acuut hartinfarct	9,0	8,7	8,4	7,9	410
hersenvaatsletsels (CVA)	15,2	17,2	18,2	19,8	430-438
Ziekten van de ademhalingsorganen	63,6	69,4	69,3	73,0	460-519
w.o. longontsteking	8,3	10,1	10,8	12,8	480-486
chron. aand. onderste luchtwegen (CARA)	7,1	7,0	7,3	8,1	490-494, 496
Ziekten van de spijsverteringsorganen	69,2	81,3	85,3	88,8	520-579
w.o. divertikelziekte	4,8	6,3	7,0	7,2	562
cholelithiasis (galstenen)	15,4	17,6	17,6	18,3	574
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	11,9	13,9	15,3	16,6	680-709
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	81,3	92,6	99,7	103,8	710-739
w.o. artrose	20,9	25,3	26,1	27,8	715
dérangement interne (stoornis) van knie	16,4	19,1	20,8	21,8	717
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	70,4	78,4	82,9	84,3	580-629
w.o. ziekten van nier en urineleider	6,8	8,1	8,7	9,0	580-593
Complicaties zwangerschap, bevalling, kraambed	93,7	97,8	99,9	101,1	630-676
Aandoeningen van de perinatale periode	34,7	37,0	38,3	39,2	760-779
Aangeboren afwijkingen	8,4	8,8	9,6	8,6	740-759
Ongevallen	67,4	72,6	76,3	76,7	E800-E929

¹⁾ Aantal personen met eerste ziekenhuisopname voor een bepaalde diagnosegroep in het betreffende jaar en geen eerdere opname voor dezelfde diagnosegroep in de vijf voorafgaande kalenderjaren. Cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met het jaar 2000 als referentie.

Bron: CBS, Dutch Hospital Data/Prismant.

Verder op StatLine beschikbaar:

- personen met ziekenhuisopnamen naar leeftijd, geslacht en verschillende diagnoselijsten;
- ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering.

Tabel A.8
Sterfte binnen 1 jaar na eerste ziekenhuisopname voor enkele diagnoses, mannen, 2005

	Patiënten met eerste opname ¹⁾	Sterfte binnen 1 jaar na opnamedatum	Gecorrigeerde sterfte ²⁾
	<i>abs.(=100%)</i>	<i>%</i>	
Infectieuze en parasitaire ziekten	10 022	11,4	9,5
w.o. tuberculose	173	16,9	14,7
hersenvliesontsteking a.g.v. meningokokinfecties	114	5,5	5,4
virale hepatitis	258	4,4	3,9
Kwaadaardige nieuwvormingen	34 193	32,2	28,6
w.o. kwaadaardige nieuwvormingen van maag	1 254	57,3	53,4
van dikke darm	3 455	26,4	22,2
van endeldarm en anus	2 107	20,3	16,8
van alvleesklier	780	78,0	74,2
van long en luchtpijp(-vertakkingen)	5 182	63,6	60,0
melanoom van huid	472	17,4	15,0
van prostaat	5 193	14,2	10,6
van nier exclusief nierbekken	947	24,8	22,0
van urineblaas	3 121	17,7	13,3
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	2 701	31,5	28,4
Ziekten van bloed, bloedbereidende organen en immuunstoornissen	6 418	29,4	24,8
Endocriene, voedings- en stofw. ziekten	9 311	15,2	12,3
w.o. suikerziekte (diabetes mellitus)	3 646	13,8	10,9
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	66 436	3,6	0,9
w.o. hersenvliesontsteking (excl. meningokokinfectie)	372	15,9	14,8
ziekte van Parkinson	550	21,8	16,5
Ziekten van hart en vaatstelsel	81 895	11,5	8,4
w.o. ziekten van de kransvaten	33 063	8,6	5,8
w.o. acuut hartinfarct	12 598	15,3	12,1
hersenvaatletsels (CVA)	16 139	20,1	15,6
Ziekten van de ademhalingsorganen	64 925	8,3	6,5
w.o. longontsteking (pneumonie)	13 019	24,6	20,2
chron. aand. onderste luchtwegen (CARA)	7 494	18,2	14,4
Ziekten van de spijsverteringsorganen	77 559	5,3	3,6
w.o. zweren maag, twaalfv. en nuchtere darm	2 010	17,4	13,2
chronische leveraandoeningen	1 071	29,4	27,8
Ziekten urinewegen en geslachtsorganen	38 425	6,0	3,6
w.o. ziekten van nier en urineleider	8 215	12,1	9,7
Aangeboren afwijkingen	9 863	1,4	1,2
w.o. aangeboren afw. van zenuwstelsel	201	11,0	10,3
aangeboren afw. van hart en bloedvaten	873	7,2	6,6
Ongevallen	61 246	8,6	6,5
w.o. wegverkeersongevallen	9 444	3,2	2,0
accidentele val	20 375	10,4	7,5

¹⁾ Mannen met een ziekenhuisopname in 2005 voor de betreffende diagnose en geen eerdere ziekenhuisopname voor dezelfde diagnose in de vijf voorafgaande kalenderjaren. De diagnoses zijn geselecteerd uit de CBS-lijst van belangrijke doods-oorzaken.

²⁾ Sterfte binnen 1 jaar na opnamedatum minus de eenjaarssterfte in de Nederlandse bevolking (2005) van personen met dezelfde leeftijds- en geslachtsopbouw als de patiëntengroep van de betreffende diagnose.

Bron: CBS, Dutch Hospital Data/Prismant.

Verder op StatLine beschikbaar:

- cijfers voor de jaren 2000-2004 ;
- personen met ziekenhuisopnamen naar leeftijd, geslacht en verschillende diagnoselijsten;
- ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering.

Tabel A.9
Sterfte binnen 1 jaar na eerste ziekenhuisopname voor enkele diagnoses, vrouwen, 2005

	Patiënten met eerste opname ¹⁾	Sterfte binnen 1 jaar na opnamedatum	Gecorrigeerde sterfte ²⁾
		%	
Infectieuze en parasitaire ziekten	9 644	10,7	8,9
w.o. tuberculose	123	13,1	11,5
hersenvliesontsteking a.g.v. meningokokinfecties	102	7,3	6,9
virale hepatitis	155	2,7	2,3
Kwaadaardige nieuwvormingen	35 711	23,2	20,8
w.o. kwaadaardige nieuwvormingen van maag	666	58,7	55,0
van dikke darm	3 304	26,6	23,1
van endeldarm en anus	1 562	21,7	18,7
van alveesklier	837	81,3	77,9
van long en luchtpijp(-vertakkingen)	2 853	60,2	58,6
melanoom van huid	521	9,6	8,0
van borst	11 389	4,9	3,3
van nier exclusief bekken	625	27,1	24,9
van urineblaas	979	26,8	23,5
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	2 106	30,7	28,3
Ziekten van bloed, bloedbereidende organen en immuunstoornissen	8 783	20,5	16,8
Endocriene, voedings- en stofw. ziekten	15 296	11,3	8,9
w.o. suikerziekte (diabetes mellitus)	3 560	14,0	11,0
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	91 801	2,2	0,0
w.o. hersenvliesontsteking (excl. meningokokinfectie)	326	14,7	13,6
ziekte van Parkinson	429	14,2	10,0
Ziekten van hart en vaatstelsel	75 424	12,4	9,4
w.o. ziekten van de kransvaten	18 092	11,6	8,6
w.o. acuut hartinfarct	6 450	22,7	18,7
hersenvaatletsels (CVA)	16 002	23,5	19,2
Ziekten van de ademhalingsorganen	57 071	6,3	5,1
w.o. longontsteking (pneumonie)	10 301	20,1	16,6
chron. aand. onderste luchtwegen (CARA)	6 510	12,6	10,1
Ziekten van de spijsverteringsorganen	70 292	5,9	4,3
w.o. zweren maag, twaalfv. en nuchtere darm	1 664	19,4	14,8
chronische leveraandoeningen	771	24,7	23,5
Ziekten urinewegen en geslachtsorganen	66 156	2,7	1,7
w.o. ziekten van nier en urineleider	7 088	10,4	8,7
Aangeboren afwijkingen	6 594	1,9	1,6
w.o. aangeboren afw. van zenuwstelsel	184	9,1	8,7
aangeboren afw. van hart en bloedvaten	816	5,4	5,0
Ongevallen	61 555	9,5	6,5
w.o. wegverkeersongevallen	7 174	1,7	0,7
accidentele val	28 144	13,2	8,4

¹⁾ Vrouwen met een ziekenhuisopname in 2005 voor de betreffende diagnose en geen eerdere ziekenhuisopname voor dezelfde diagnose in de vijf voorafgaande kalenderjaren. De diagnoses zijn geselecteerd uit de CBS-lijst van belangrijke doods-oorzaken.

²⁾ Sterfte binnen 1 jaar na opnamedatum minus de eenjaarssterfte in de Nederlandse bevolking (2005) van personen met dezelfde leeftijds- en geslachtsopbouw als de patiëntengroep van de betreffende diagnose.

Bron: CBS, Dutch Hospital Data/Prismant.

Verder op StatLine beschikbaar:

- cijfers voor de jaren 2000-2004;
- personen met ziekenhuisopnamen naar leeftijd, geslacht en verschillende diagnoselijsten;
- ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering.

Tabel A.10
Percentage ziekteverzuim en de verzuimduur in bedrijven en instellingen naar sectie

	Ziekteverzuim				Gemiddelde verzuimduur			
	2002*	2003*	2004*	2005*	2002*	2003*	2004*	2005*
	%				dagen			
Totaal Nederland	5,3	4,7	4,0	4,0	18,0	14,7	17,3	18,4
Delfstoffenwinning	4,1	3,7	3,2	3,4	14,2	11,2	14,7	15,6
Industrie	6,4	5,7	5,3	5,4	18,3	15,2	17,8	19,3
Openbare nutsvoorziening	5,6	4,7	4,5	4,8	17,4	13,1	14,6	14,7
Bouwnijverheid	5,7	4,9	4,7	4,7	21,5	17,8	22,2	24,7
Reparatie, consumentenartikelen, handel	4,1	3,9	3,4	3,3	18,5	16,5	19,8	21,0
Horeca	3,1	2,9	2,3	2,2	23,1	20,8	23,9	25,4
Vervoer en communicatie	5,8	5,0	4,6	4,9	19,9	16,1	18,1	20,5
Financiële instellingen	4,9	4,3	.	.	14,8	12,1	.	.
Onroerend goed, zakelijke dienstverlening	4,8	4,1	3,5	3,2	17,4	14,1	14,4	14,6
Openbaar bestuur, sociale verzekeringen	6,0	5,5	5,2	5,5	14,5	11,6	14,1	14,8
Onderwijs	5,0	4,4	.	.	17,4	12,4	.	.
Gezondheids- en welzijnszorg	6,8	5,8	.	.	18,2	14,5	.	.
Cultuur, recreatie, overige dienstverlening	4,7	4,2	3,6	3,6	18,5	15,0	18,0	19,2

Bron: CBS, Nationale Verzuimstatistiek.

Verder op StatLine beschikbaar:

- ziekmeldingsfrequentie;
- alle cijfers ook op kwartaalbasis;
- uitsplitsingen mogelijk naar:
 - leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en herkomstgroepering;
 - loonklassen;
 - regio en stedelijkheid;
 - bedrijfsgrootte.

Tabel A.11
Overledenen naar enkele belangrijke doodsoorzaken

	Mannen				Vrouwen			
	1996	2000	2006	2007	1996	2000	2006	2007
Totaal alle doodsoorzaken	69 008	68 773	65 294	64 797	68 553	71 754	70 078	68 225
Kwaadaardige nieuwvormingen	20 754	20 718	21 311	21 701	16 466	17 028	18 183	18 084
w.o.								
Slokdarm	718	871	1 062	1 076	352	354	391	398
Maag	1 175	1 031	857	840	751	688	593	573
Dikke darm	1 529	1 634	1 846	1 902	1 676	1 755	1 810	1 909
Endeldarm en anus	513	506	589	582	458	405	490	461
Alvleesklier	820	846	998	1 119	909	921	1 128	1 090
Luchtpijpvertakkingen en long	6 770	6 297	6 254	6 389	1 801	2 262	3 172	3 384
Borst	25	27	15	19	3 552	3 425	3 335	3 180
Eierstok					1 058	910	1 009	911
Prostaat	2 458	2 367	2 394	2 425				
Urineblaas	750	798	799	780	325	314	345	362
Lymfatisch en bloedvormend weefsel	1 572	1 597	1 604	1 573	1 421	1 395	1 355	1 285
Ziekten van hart en vaatstelsel	25 208	23 638	19 850	19 333	26 105	25 553	21 870	21 516
w.o.								
Acuut hartinfarct	8 482	7 291	4 912	4 566	6 776	5 668	3 855	3 598
Hersenvaatletsels	4 801	4 702	3 891	3 700	7 431	7 482	5 991	5 719
Ziekten van de ademhalingsorganen	7 183	7 708	7 021	7 098	5 872	6 969	6 710	6 438
w.o.								
Longontsteking	2 337	2 841	2 487	2 450	3 189	3 718	3 072	2 742
Chronische aandoeningen onderste luchtwegen	4 322	4 206	3 638	3 704	2 166	2 547	2 654	2 728
Ziekten van de spijsverteringsorganen	2 208	2 312	2 338	2 377	2 952	3 025	3 091	3 019
Totaal endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten	1 554	1 598	1 762	1 673	2 526	2 719	2 487	2 378
w.o.								
Suikerziekte	1 235	1 318	1 518	1 439	1 908	2 027	1 992	1 827
Psychische stoornissen	1 199	1 464	2 061	1 902	2 974	3 669	4 913	4 575
Niet-natuurlijke doodsoorzaken	3 116	3 023	3 032	2 933	2 193	2 146	2 322	2 274
w.o.								
Wegverkeersongevallen	850	801	528	555	348	284	226	215
Accidentele val	588	635	829	835	1 017	1 040	1 189	1 184
Zelfdoding	1 043	999	1 046	943	534	501	478	410
Overige doodsoorzaken	7 786	8 312	7 919	7 780	9 465	10 645	10 502	9 941

Bron: CBS (doodsoorzaakformulieren).

Verder op StatLine beschikbaar:

- cijfers per jaar vanaf 1969;
- uitsplitsing naar 5-jaars leeftijdsgroepen;
- complete, gedetailleerde lijst van doodsoorzaken volgens ICD-10;
- uitsplitsing naar regio;
- cijfers over euthanasie.

Tabel A.12
Gezonde levensverwachting in jaren

	Mannen	Vrouwen
Levensverwachting bij geboorte, 2004–2006		
Levensverwachting	77,27	81,72
Levensverwachting zonder chronische ziekten	47,64	42,11
Levensverwachting zonder langdurige beperkingen	69,70	67,98
Levensverwachting in goede ervaren gezondheid	62,78	62,12
Levensverwachting voor 65-jarigen, 2004–2006		
Levensverwachting	16,38	19,99
Levensverwachting zonder chronische ziekten	4,26	3,57
Levensverwachting zonder langdurige beperkingen	11,74	10,76
Levensverwachting in goede ervaren gezondheid	9,92	10,59

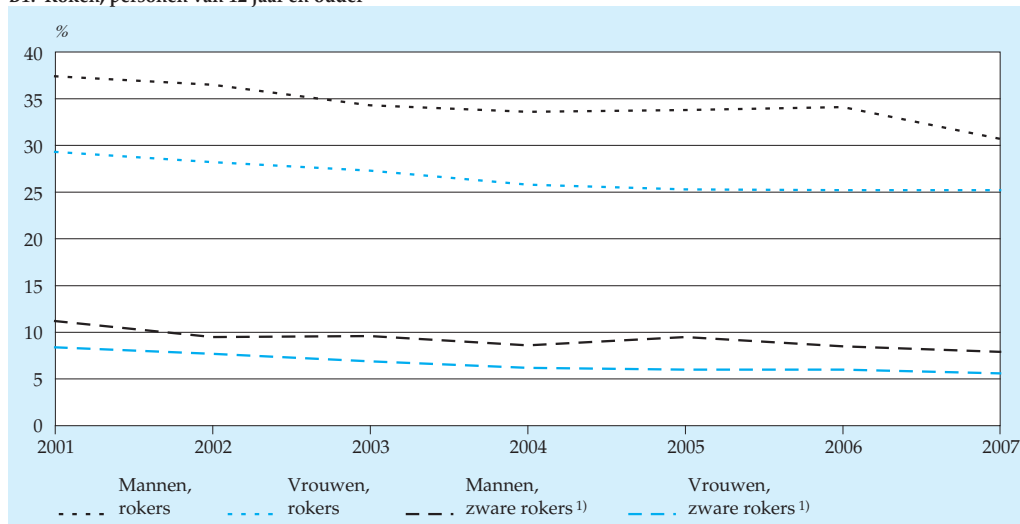
Bron: CBS.

Verder beschikbaar op StatLine:

– gezonde levensverwachting naar leeftijd per 5-jaars klasse.

B. Leefstijl

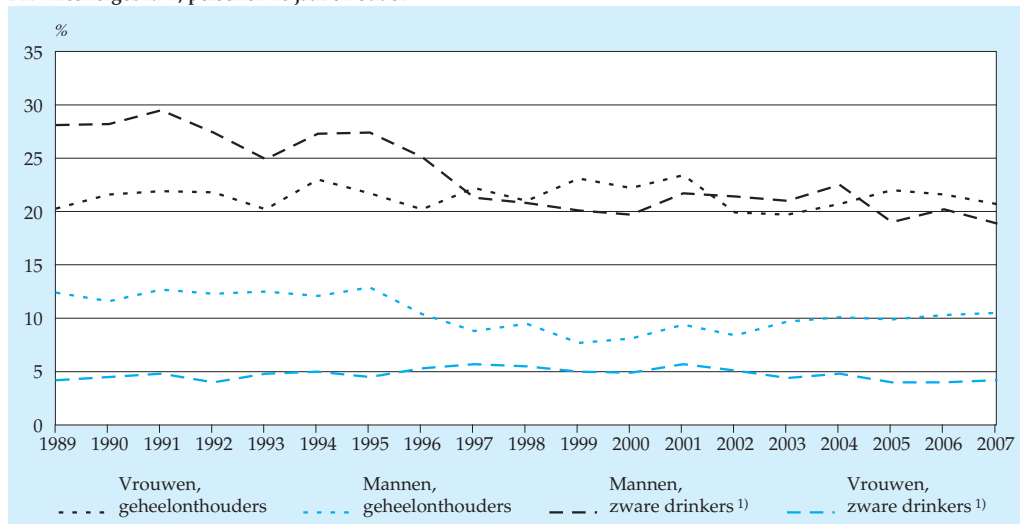
B1. Roken, personen van 12 jaar en ouder



¹⁾ Personen die per dag 20 of meer sigaretten of shagjes roken.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

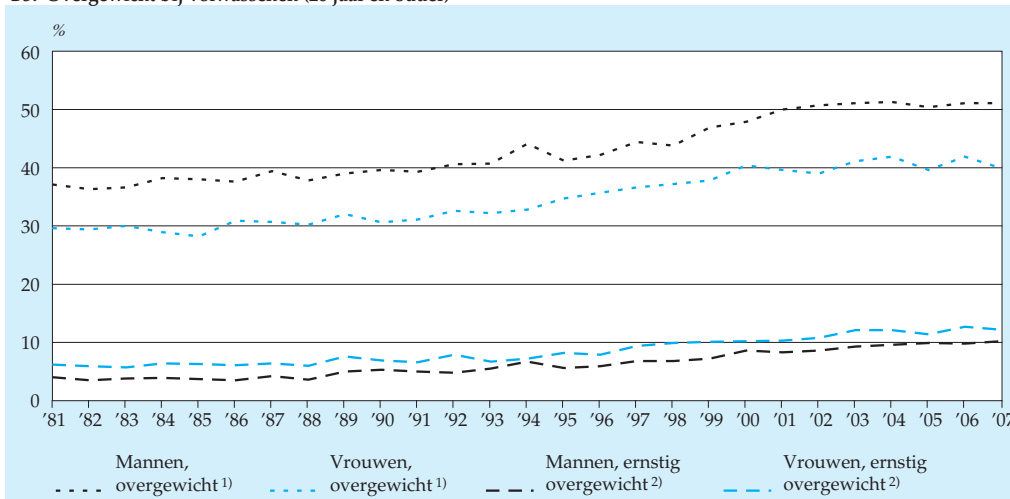
B2. Alcoholgebruik, personen 16 jaar en ouder



¹⁾ Personen die minstens 1x per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

B3. Overgewicht bij volwassenen (20 jaar en ouder)

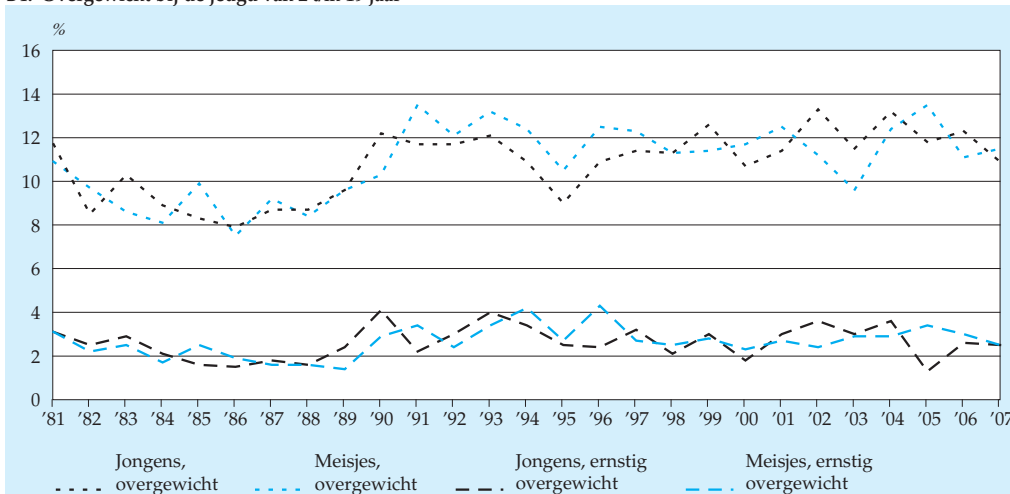


¹⁾ Overgewicht bij volwassenen betreft een BMI ≥ 25 (gewicht (in kg)/kwadraat van lengte (in m)).

²⁾ Ernstig overgewicht bij volwassenen betreft een BMI ≥ 30 .

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

B4. Overgewicht bij de jeugd van 2 t/m 19 jaar¹⁾



¹⁾ Overgewicht en ernstig overgewicht bij kinderen wordt vastgesteld op basis van leeftijds- en sexe specifieke kritische grenzen van de verhouding van lengte en gewicht.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Tabel B.5
Borstvoeding van zuigelingen ¹⁾

	1989/1991	1994/1996	1998/2000	2001/2003	2005/2007
	%				
Bij de geboorte	67	70	69	75	77
Op leeftijd van 6 weken	53	58	57	61	63
Op leeftijd van 3 maanden	44	48	45	51	52
Op leeftijd van 6 maanden	26	27	24	27	31

¹⁾ Betreft kinderen van 0-4 jaar, waarvan de ouders/verzorgers aangeven of en zo ja, hoelang ze borstvoeding gekregen hebben.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Tabel B.6
Plaats van bevalling

	1989/1991	1994/1996	1998/2000	2001/2003	2005/2007
	%				
Ziekenhuis	61	65	66	68	70
Thuis	38	34	34	32	29
Elders	1	1	0	0	0

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Tabel B.7
Lichamelijke activiteit en Nederlandse Norm Gezond Bewegen¹⁾ (12 jaar en ouder), 2007

	Minuten per week lichamelijke activiteit in kader van:										Voldoen aan de Nederlandse norm voor gezond bewegen ¹⁾	
	woon-werk of woon-school verkeer		werkzaamheden op werk of school		huishoudelijke		vrije tijd		sport			
	min.	stf.	min.	stf.	min.	stf.	min.	stf.	min.	stf.	%	stf.
Totaal	59	2	887	15	625	9	416	7	139	3	56	1
Geslacht												
Mannen	57	2	1 144	24	374	9	456	10	164	5	56	1
Vrouwen	60	2	643	16	864	13	378	8	115	4	56	1
Onderwijsniveau												
Basisonderwijs	57	4	471	37	539	21	383	17	127	7	44	2
Vbo	41	4	655	36	689	25	474	19	106	8	60	2
Mavo	60	6	695	42	617	29	376	19	183	12	56	2
Havo-mbo-vwo	58	3	1 037	26	660	15	448	12	137	6	61	1
Hbo-universiteit	59	3	1 219	32	629	15	382	11	147	6	59	1
Stedelijkheidsgraad												
Zeer sterk stedelijk	75	4	918	36	627	21	369	15	145	8	55	2
Sterk stedelijk	58	3	950	28	605	15	385	12	134	6	54	1
Matig stedelijk	56	3	883	33	637	19	423	15	145	8	58	1
Weinig stedelijk	55	4	743	31	630	20	463	15	140	6	59	1
Niet stedelijk	50	5	787	38	640	26	457	19	129	9	56	2

¹⁾ De Nederlandse norm gezond bewegen behelst dat jongeren tot 18 jaar dagelijks minimaal een uur matig intensieve lichamelijke activiteit moeten verrichten.
 Volwassenen (vanaf 18 jaar) dienen minimaal een half uur matig intensieve activiteit te verrichten op tenminste vijf dagen van de week.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001;
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen;
 - samenstelling huishouden;
 - sociaaleconomische groep;
 - verzekeringsvorm (tot en met 2005).

C. Zorggebruik

Tabel C.1
Contacten met zorgaanbieders (gemiddeld aantal contacten per persoon, 0 jaar en ouder), 2007

	Huisarts		Specialist		Tandarts		Fysiotherapeut	
		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>
Totaal	3,8	0,1	1,8	0,1	1,9	0,1	3,3	0,1
Geslacht								
Mannen	3,1	0,1	1,6	0,1	1,8	0,1	2,6	0,2
Vrouwen	4,6	0,2	2,1	0,1	2,1	0,1	4,1	0,2
Onderwijsniveau ¹⁾								
Basisonderwijs	4,1	0,3	2,4	0,2	1,7	0,2	4,4	0,4
Vbo	4,7	0,4	2,1	0,2	1,9	0,2	4,8	0,4
Mavo	4,3	0,5	2,1	0,3	1,8	0,3	4,1	0,7
Havo-mbo-vwo	3,9	0,2	1,6	0,1	2,1	0,2	3,5	0,2
Hbo-universiteit	3,4	0,3	1,7	0,2	2,2	0,2	2,6	0,2
Stedelijkheidsgraad								
Zeer sterk stedelijk	4,0	0,3	1,7	0,2	1,8	0,2	3,2	0,3
Sterk stedelijk	3,8	0,2	1,9	0,1	1,8	0,1	3,3	0,2
Matig stedelijk	3,6	0,3	1,7	0,2	2,1	0,2	3,5	0,3
Weinig stedelijk	3,9	0,3	2,0	0,2	2,2	0,2	3,5	0,3
Niet-stedelijk	3,8	0,3	1,9	0,3	1,9	0,2	3,1	0,3

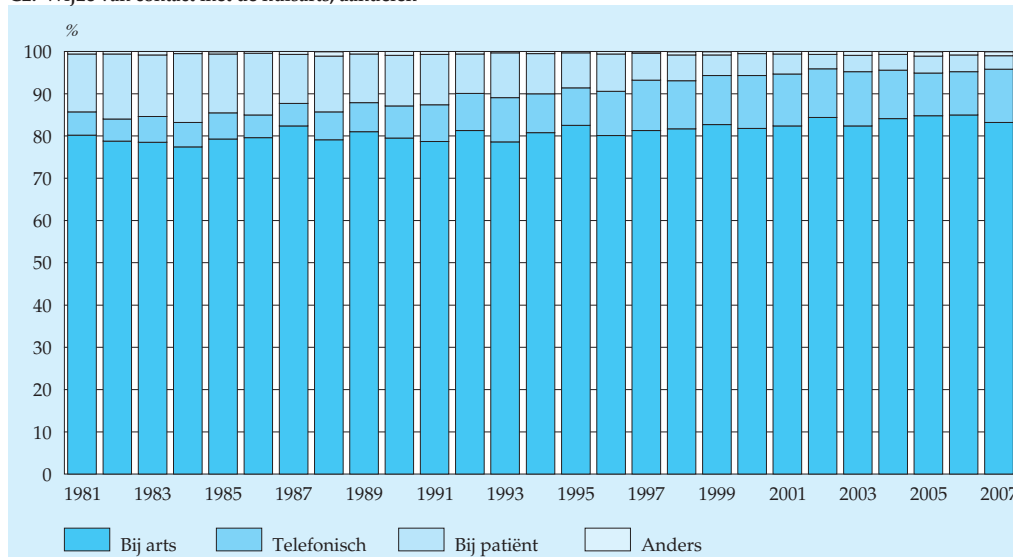
¹⁾ Personen van 12 jaar en ouder.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

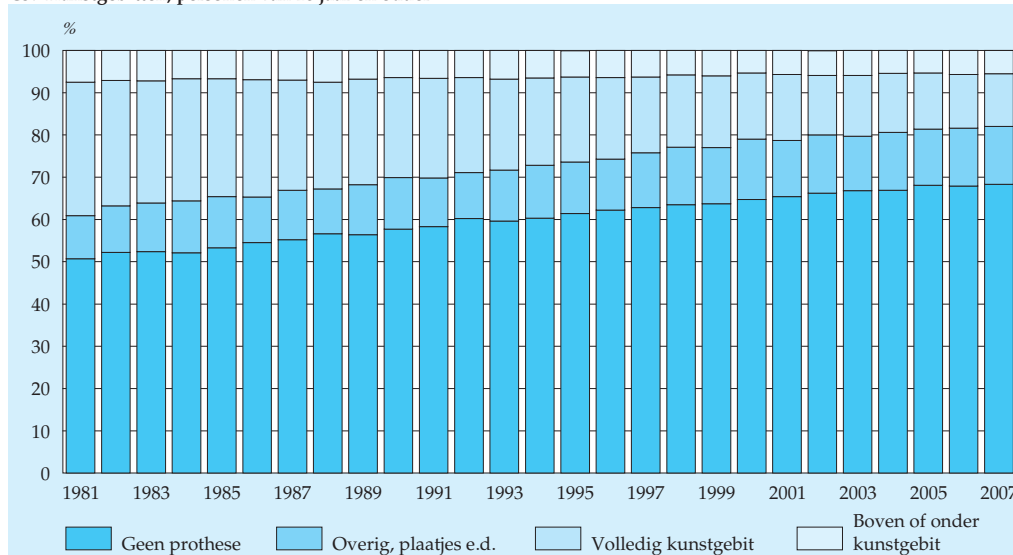
- cijfers vanaf 2001;
- cijfers over alternatieve genezers;
- cijfers over met RIAGG;
- cijfers over medicijngebruik in afgelopen twee weken.
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen;
 - samenstelling huishouden;
 - sociaaleconomische groep;
 - verzekeringsvorm (tot en met 2005).

C2. Wijze van contact met de huisarts, aandelen



Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

C3. Kunstgebitten, personen van 16 jaar en ouder



Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Tabel C.4
Gebruik anticonceptiepil en deelname bevolkingsonderzoeken, 2007

	Gebruik anticonceptiepil Vrouwen 16-49 jaar		Baarmoederhalskanker ¹⁾ Vrouwen 20 jaar en ouder		Borstkanker ²⁾ Vrouwen 30 jaar en ouder	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal vrouwen	38,1	1,1	59,5	0,9	48,3	1,0
Onderwijsniveau						
Basisonderwijs	30,5	3,2	44,1	2,4	56,6	2,4
Vbo	37,1	3,2	59,8	2,4	58,6	2,5
Mavo	38,7	3,3	59,0	3,1	56,5	3,2
Havo-mbo-vwo	43,6	1,7	61,3	1,6	39,8	1,8
Hbo-universiteit	32,3	3,1	66,2	1,8	42,7	2,1
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	41,8	2,5	55,6	2,2	44,4	2,5
Sterk stedelijk	37,7	2,0	60,9	1,8	47,0	1,9
Matig stedelijk	34,1	2,4	61,6	2,1	47,5	2,2
Weinig stedelijk	39,5	2,4	57,2	2,1	53,5	2,2
Niet-stedelijk	37,4	3,1	62,1	2,6	48,3	2,9

¹⁾ Uitsrijkje gemaakt in afgelopen 5 jaar.

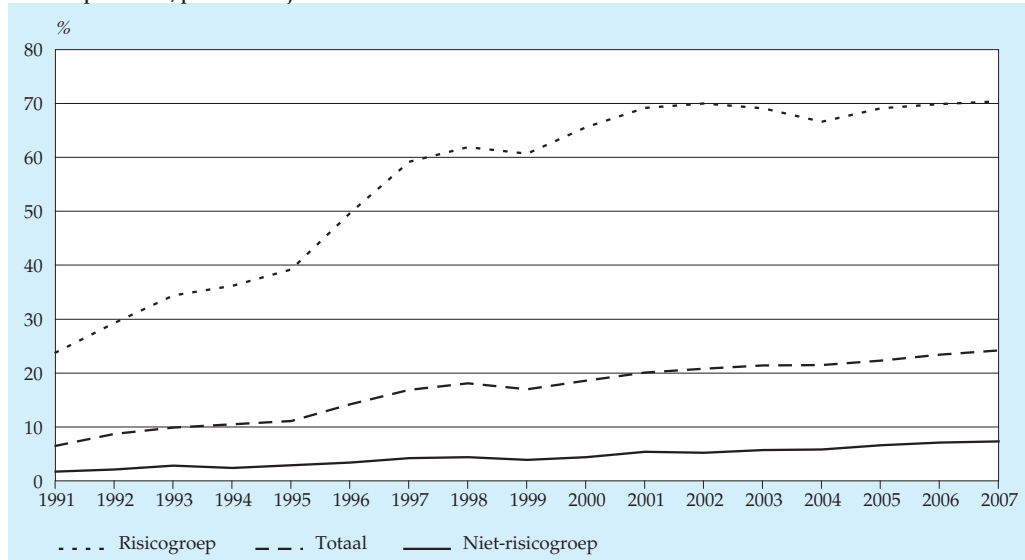
²⁾ Mammografie gemaakt in afgelopen 2 jaar.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001.
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen;
 - samenstelling huishouden;
 - sociaaleconomische groep;
 - verzekeringsvorm (tot en met 2005).

C5. Griepvaccinatie, personen 16 jaar en ouder



Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Tabel C.6
Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering, mannen 0–60 jaar, gestandaardiseerd¹⁾

	1995		2000		2003		2005	
		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>
Totaal opnamen per 1 000 mannen								
Totaal mannen	102,6	0,1	98,6	0,1	110,0	0,1	119,3	0,1
Autochtoon	102,5	0,1	98,0	0,1	109,0	0,1	118,9	0,1
Westers totaal (exclusief autochtonen)	95,4	0,4	90,4	0,4	101,2	0,4	109,1	0,4
Marokko	100,0	0,9	106,3	0,9	113,7	0,9	122,8	1,0
Turkije	125,5	1,0	126,2	1,0	148,8	1,0	154,2	1,0
Suriname	109,1	1,0	105,7	0,9	126,5	0,9	138,4	0,9
Nederlandse Antillen + Aruba	111,8	1,9	101,1	1,5	110,4	1,4	125,5	1,4
Overig niet-westers	95,6	0,9	96,1	0,7	111,3	0,7	114,4	0,6
Dagopnamen per 1 000 mannen								
Totaal mannen	36,4	0,1	40,9	0,1	50,6	0,1	56,4	0,1
Autochtoon	36,8	0,1	40,9	0,1	50,4	0,1	56,6	0,1
Westers totaal (exclusief autochtonen)	32,2	0,3	36,0	0,3	45,2	0,3	50,1	0,3
Marokko	33,8	0,5	42,9	0,6	50,4	0,6	55,5	0,7
Turkije	40,2	0,6	50,4	0,6	69,6	0,7	69,5	0,7
Suriname	33,8	0,6	39,6	0,6	58,0	0,7	64,5	0,7
Nederlandse Antillen + Aruba	38,1	1,1	36,2	1,0	45,8	0,9	53,7	1,0
Overig niet-westers	29,1	0,5	38,1	0,5	49,8	0,5	50,6	0,5
Klinische opnamen per 1 000 mannen								
Totaal mannen	66,2	0,1	57,6	0,1	59,3	0,1	62,9	0,1
Autochtoon	65,6	0,1	57,1	0,1	58,6	0,1	62,3	0,1
Westers totaal (exclusief autochtonen)	63,2	0,3	54,5	0,3	56,0	0,3	59,0	0,3
Marokko	66,1	0,8	63,4	0,7	63,3	0,7	67,3	0,7
Turkije	85,3	0,8	75,8	0,8	79,3	0,8	84,7	0,8
Suriname	75,3	0,8	66,1	0,7	68,5	0,7	73,9	0,7
Nederlandse Antillen + Aruba	73,7	1,6	64,9	1,2	64,6	1,1	71,9	1,1
Overig niet-westers	66,4	0,8	58,0	0,6	61,4	0,5	63,8	0,5
Gem. verpleegduur (dagen) per klinische opname								
Totaal mannen	7,3	0,0	6,4	0,0	5,8	0,0	5,4	0,0
Autochtoon	7,3	0,0	6,4	0,0	5,8	0,0	5,3	0,0
Westers totaal (exclusief autochtonen)	7,4	0,0	6,5	0,0	5,8	0,0	5,5	0,0
Marokko	7,6	0,0	6,6	0,0	5,8	0,0	6,0	0,0
Turkije	7,5	0,0	6,3	0,0	5,7	0,0	5,3	0,0
Suriname	8,0	0,0	7,8	0,0	6,8	0,0	6,2	0,0
Nederlandse Antillen + Aruba	8,4	0,0	7,7	0,0	6,5	0,0	5,9	0,0
Overig niet-westers	8,1	0,0	6,9	0,0	6,1	0,0	5,8	0,0

¹⁾ Cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met het jaar 2000 als referentie.

Bron: CBS, Dutch Hospital Data/Prismant.

Verder op StatLine beschikbaar:

- personen met ziekenhuisopnamen naar leeftijd, geslacht en verschillende diagnoselijsten;
- personen met ziekenhuisopnamen naar diagnose en inkomen.

Tabel C.7
Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering, vrouwen 0–60 jaar, gestandaardiseerd¹⁾

	1995		2000		2003		2005	
	<i>stf.</i>		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>	
Totaal opnamen per 1 000 vrouwen								
Totaal vrouwen	127,8	0,1	129,1	0,1	149,2	0,1	165,1	0,1
Autochtoon	127,3	0,1	128,9	0,1	149,2	0,2	164,4	0,2
Westers totaal (exclusief autochtonen)	118,6	0,4	118,0	0,4	132,7	0,4	148,0	0,4
Marokko	132,5	1,3	136,6	1,2	162,1	1,2	184,3	1,2
Turkije	151,6	1,2	148,1	1,1	174,6	1,1	203,6	1,1
Suriname	143,1	1,0	141,2	0,9	166,3	1,0	188,2	1,0
Nederlandse Antillen + Aruba	145,2	1,9	139,3	1,6	161,8	1,6	187,0	1,6
Overig niet-westers	125,6	1,1	128,9	0,9	145,2	0,8	158,0	0,8
Dagopnamen per 1 000 vrouwen								
Totaal vrouwen	43,2	0,1	49,5	0,1	65,4	0,1	75,7	0,1
Autochtoon	44,2	0,1	50,3	0,1	66,0	0,1	75,8	0,1
Westers totaal (exclusief autochtonen)	39,1	0,3	44,2	0,3	56,8	0,3	67,4	0,3
Marokko	28,5	0,6	40,2	0,7	62,2	0,8	76,2	0,8
Turkije	42,0	0,7	52,3	0,7	77,0	0,8	95,2	0,9
Suriname	40,9	0,6	49,6	0,6	74,8	0,7	88,7	0,7
Nederlandse Antillen + Aruba	43,5	1,2	47,9	1,0	67,1	1,1	82,8	1,2
Overig niet-westers	32,9	0,6	42,1	0,5	58,2	0,6	67,4	0,6
Klinische opnamen per 1 000 vrouwen								
Totaal vrouwen	84,5	0,1	79,6	0,1	83,8	0,1	89,3	0,1
Autochtoon	83,1	0,1	78,5	0,1	83,2	0,1	88,6	0,1
Westers totaal (exclusief autochtonen)	79,5	0,4	73,8	0,3	76,0	0,3	80,5	0,3
Marokko	104,0	1,1	96,4	1,0	99,9	0,9	108,2	0,9
Turkije	109,6	1,0	95,7	0,9	97,6	0,8	108,5	0,9
Suriname	102,2	0,9	91,6	0,8	91,5	0,7	99,5	0,7
Nederlandse Antillen + Aruba	101,8	1,6	91,5	1,3	94,7	1,2	104,2	1,3
Overig niet-westers	92,7	0,9	86,8	0,7	86,9	0,6	90,7	0,6
Gem. verpleegduur (dagen) per klinische opname								
Totaal vrouwen	7,3	0,0	6,1	0,0	5,4	0,0	5,0	0,0
Autochtoon	7,3	0,0	6,1	0,0	5,4	0,0	5,0	0,0
Westers totaal (exclusief autochtonen)	7,4	0,0	6,1	0,0	5,4	0,0	5,1	0,0
Marokko	7,1	0,0	5,4	0,0	5,3	0,0	5,0	0,0
Turkije	7,4	0,0	6,3	0,0	5,1	0,0	5,0	0,0
Suriname	7,9	0,0	6,7	0,0	6,0	0,0	5,5	0,0
Nederlandse Antillen + Aruba	7,3	0,0	7,1	0,0	5,9	0,0	5,5	0,0
Overig niet-westers	7,2	0,0	6,3	0,0	5,6	0,0	5,2	0,0

¹⁾ Cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met het jaar 2000 als referentie.

Bron: CBS, Dutch Hospital Data/Prismant.

Verder op StatLine beschikbaar:

- personen met ziekenhuisopnamen naar leeftijd, geslacht en verschillende diagnoselijsten;
- personen met ziekenhuisopnamen naar diagnose en inkomen.

Tabel C.8
AWBZ-gefinancierde zorg met verblijf, ultimo 2006

	Mannen		Vrouwen	
		%		%
Totaal 18 jaar of ouder	82 850	1,32	149 790	2,29
Type instelling				
Verpleging en verzorging	41 690	0,67	118 500	1,81
Gehandicaptenzorg	30 045	0,48	23 685	0,36
Geestelijke gezondheidszorg	11 115	0,18	7 610	0,12
Leeftijden				
18 tot 25 jaar	5 530	0,80	3 735	0,56
25 tot 30 jaar	3 525	0,71	2 180	0,44
30 tot 35 jaar	3 620	0,68	2 295	0,43
35 tot 40 jaar	4 480	0,69	3 040	0,47
40 tot 45 jaar	5 040	0,76	3 615	0,56
45 tot 50 jaar	5 205	0,84	3 805	0,62
50 tot 55 jaar	5 170	0,91	4 020	0,72
55 tot 60 jaar	4 905	0,87	3 965	0,72
60 tot 65 jaar	3 920	0,84	3 410	0,74
65 tot 70 jaar	3 755	1,08	3 940	1,09
70 tot 75 jaar	5 145	1,90	7 300	2,32
75 tot 80 jaar	7 555	3,76	15 800	5,75
80 tot 85 jaar	9 890	8,01	28 890	13,35
85 tot 90 jaar	9 075	16,67	33 730	26,54
90 tot 95 jaar	4 785	31,55	22 430	44,09
95 jaar of ouder	1 245	47,36	7 630	59,69
Herkomstgroepering				
Autochtoon	72 615	1,42	135 295	2,55
Totaal allochtoon	10 235	0,89	14 495	1,19
Westerse allochtoon	6 440	1,13	11 930	1,87
Totaal niet-westerse allochtoon	3 790	0,65	2 565	0,44
Marokko	465	0,44	155	0,16
Turkije	415	0,33	245	0,21
Suriname	1 425	1,25	1 175	0,89
Nederlandse Antillen en Aruba	575	1,31	400	0,88
Overige niet-westers landen	910	0,46	590	0,31
Provincie				
Groningen	2 980	1,31	5 960	2,55
Friesland	3 270	1,33	6 365	2,53
Drenthe	3 445	1,85	5 540	2,86
Overijssel	5 235	1,23	10 145	2,34
Flevoland	1 005	0,74	1 780	1,29
Gelderland	11 095	1,48	19 765	2,51
Utrecht	5 865	1,32	10 545	2,21
Noord-Holland	12 070	1,20	22 150	2,09
Zuid-Holland	16 245	1,23	30 330	2,18
Zeeland	2 155	1,47	4 140	2,72
Noord-Brabant	12 410	1,32	20 870	2,18
Limburg	7 070	1,59	12 195	2,65

Bron: CAK, CBS.

Verder beschikbaar op Statline:

- Cijfers voor de jaren 2004 tot en met 2006.
- Aantal en aandeel personen dat in verslagjaar zorg met verblijf heeft ontvangen.
- Aantal en aandeel personen dat ultimo verslagjaar zorg met verblijf heeft ontvangen.
- Totaal aantal opnamedagen in verslagjaar.
- Uitsplitsingen van de cijfers naar leeftijd, geslacht en type instelling, in combinatie met:
 - land van herkomst, burgerlijke staat (tot en met 2005), provincie of 4 grote gemeenten.

Tabel C.9
AWBZ-gefinancierde zorg zonder verblijf, in verslagjaar 2006

	Mannen		Vrouwen	
		%		%
Totaal 18 jaar of ouder	172 160	2,75	435 415	6,65
Type zorg ¹⁾				
Totaal huishoudelijke verzorging	96 800	1,55	352 970	5,39
Totaal persoonlijke verzorging	88 290	1,41	198 265	3,03
Totaal verpleging	100 770	1,61	183 960	2,81
Leeftijden				
18 tot 25 jaar	795	0,12	1 020	0,16
25 tot 30 jaar	850	0,18	2 150	0,44
30 tot 35 jaar	1 360	0,26	4 365	0,83
35 tot 40 jaar	2 170	0,34	6 775	1,06
40 tot 45 jaar	3 205	0,49	7 760	1,21
45 tot 50 jaar	4 345	0,70	8 970	1,47
50 tot 55 jaar	5 890	1,03	11 300	2,01
55 tot 60 jaar	8 420	1,50	15 375	2,79
60 tot 65 jaar	10 835	2,32	19 860	4,29
65 tot 70 jaar	13 750	3,92	27 550	7,55
70 tot 75 jaar	21 385	7,68	48 850	15,31
75 tot 80 jaar	31 275	14,82	83 050	29,37
80 tot 85 jaar	34 950	25,98	99 735	43,65
85 tot 90 jaar	23 390	37,15	67 570	47,96
90 tot 95 jaar	8 035	41,64	25 575	41,58
95 jaar of ouder	1 505	39,34	5 510	31,03
Herkomstgroepering				
Autochtoon	153 405	2,98	384 080	7,16
Totaal allochtoon	18 755	1,68	51 335	4,32
Westerse allochtoon	13 775	2,50	37 995	6,10
Totaal niet-westerse allochtoon	4 980	0,88	13 340	2,36
Marokko	780	0,74	1 470	1,54
Turkije	910	0,73	2 540	2,18
Suriname	1 715	1,54	5 795	4,44
Nederlandse Antillen en Aruba	390	0,95	1 035	2,33
Overige niet-westers landen	1 190	0,65	2 500	1,40
Provincie				
Groningen	7 320	3,22	17 345	7,40
Friesland	8 035	3,23	18 955	7,47
Drenthe	6 190	3,31	15 365	7,89
Overijssel	13 945	3,26	33 880	7,78
Flevoland	2 935	2,18	7 405	5,37
Gelderland	21 250	2,82	52 270	6,61
Utrecht	9 835	2,23	27 800	5,83
Noord-Holland	25 195	2,53	65 235	6,18
Zuid-Holland	33 420	2,54	93 415	6,71
Zeeland	5 415	3,68	12 350	8,07
Noord-Brabant	24 235	2,58	57 380	5,97
Limburg	14 385	3,21	34 010	7,33

¹⁾ Een persoon kan meerdere typen zorg ontvangen.

Bron: CAK, CBS.

Verder beschikbaar op Statline:

– Cijfers voor de jaren 2004 tot en met 2006.

– Aantal en aandeel personen dat in verslagjaar zorg zonder verblijf heeft ontvangen.

– Totaal aantal uren geleverde zorg en gemiddeld aantal uren geleverde zorg per persoon.

– Uitsplitsingen van de cijfers naar leeftijd, geslacht en type zorg, in combinatie met:

– land van herkomst, burgerlijke staat, samenstelling huishouden, provincie, 4 grote gemeenten of stedelijkheid.

D. Zorgaanbod

Tabel D.1
Kerncijfers uitgaven aan zorg, 1998–2007*

	1998	2000	2005	2006	2007*	2006	2007*
	<i>mln euro</i>					<i>%-mutatie t.o.v. voorgaand jaar</i>	
Uitgaven / Kosten:							
Uitgaven aan gezondheidszorg	23 602	26 874	39 188	40 678	42 735	3,8	5,1
Uitgaven aan welzijnszorg	15 648	18 408	26 337	27 542	28 908	4,6	5,0
Kosten beleids- en beheersorganisaties	1 578	1 684	2 291	2 329	2 462	1,7	5,7
Uitgaven aan zorg	40 828	46 967	67 816	70 549	74 104	4,0	5,0
Financieringsbronnen:							
Overheid en sociale verzekeringen	29 094	33 157	46 796	56 596	59 372	20,9	4,9
Particuliere zorgverzekeringen	5 020	5 705	9 004	2 904	3 241	-67,7	11,6
Overige financieringsbronnen	6 714	8 104	12 016	11 049	11 491	-8,0	4,0
Uitgaven aan zorg	40 828	46 967	67 816	70 549	74 104	4,0	5,0
	<i>euro</i>					<i>%-mutatie t.o.v. voorgaand jaar</i>	
Uitgaven aan zorg per hoofd van de bevolking	2 599	2 949	4 155	4 316	4 524	3,9	4,8
	<i>%</i>						
Uitgaven aan zorg als percentage van het BBP (Bruto Binnenlands Product)	11,3	11,2	13,2	13,1	13,1		
	<i>(1998=100)</i>						
Indexcijfers van de zorg							
Uitgaven aan gezondheidszorg	100	114	166	172	181		
Uitgaven aan welzijnszorg	100	118	168	176	185		
Bevolking in Nederland	100	101	104	104	104		
Uitgaven per hoofd van de bevolking	100	113	160	166	174		
Uitgaven aan zorg in constante prijzen	100	107	130	134	138		

Bron: CBS.

Tabel D.2
Uitgaven aan zorg naar (clusters van) actoren, 1998–2007*

	1998	2000	2005	2006	2007*	2006	2007*
	<i>mln euro</i>					<i>%-mutatie t.o.v. voorgaand jaar</i>	
Aanbieders gezondheidszorg							
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	10 079	11 261	16 979	17 566	18 315	3,5	4,3
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	2 262	2 572	4 048	4 208	4 497	4,0	6,8
Huisartsenpraktijken	1 318	1 492	1 970	2 296	2 446	16,6	6,5
Tandartsenpraktijken	1 191	1 324	1 852	1 886	2 058	1,8	9,1
Paramedische en verloskundigenpraktijken	778	915	1 227	1 471	1 632	19,9	10,9
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	384	439	707	744	796	5,3	7,0
ARBO en reïntegratie	679	872	1 137	1 030	963	-9,4	-6,5
Leveranciers van geneesmiddelen	3 363	4 006	5 482	5 601	5 980	2,2	6,8
Leveranciers van therapeutische middelen	1 663	1 853	2 479	2 597	2 672	4,7	2,9
Verstrekkers van ondersteunende diensten	619	737	1 145	1 190	1 184	3,9	-0,5
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	1 268	1 402	2 162	2 088	2 191	-3,5	5,0
Totaal aanbieders gezondheidszorg	23 602	26 874	39 188	40 678	42 735	3,8	5,1
Aanbieders welzijnszorg							
Verstrekkers van ouderenzorg	7 641	8 673	12 660	13 392	14 103	5,8	5,3
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	3 494	3 994	6 316	6 581	6 762	4,2	2,7
Verstrekkers van kinderopvang	1 176	1 621	2 816	3 033	3 452	7,7	13,8
Verstrekkers van jeugdzorg	799	1 030	1 143	1 148	1 214	0,4	5,7
Internaten	758	1 061	665	571	521	-14,2	-8,8
Sociaal-cultureel werk	859	968	1 247	1 259	1 264	1,0	0,3
Overige verstrekkers van welzijnszorg	922	1 063	1 490	1 558	1 593	4,5	2,2
Totaal aanbieders welzijnszorg	15 648	18 408	26 337	27 542	28 908	4,6	5,0
Beleids- en beheersorganisaties							
Beleids- en beheersorganisaties	1 578	1 684	2 291	2 329	2 462	1,7	5,7
Uitgaven aan zorg	40 828	46 967	67 816	70 549	74 104	4,0	5,0

Bron: CBS.

Tabel D.3
Uitgaven aan zorg in constante prijzen

	1998	2007*	2007*
	<i>mln euro</i>		<i>index (1998=100)</i>
Aanbieders gezondheidszorg			
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	10 079	13 501	134,0
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	2 262	3 681	162,8
Huisartsenpraktijken	1 318	1 499	113,7
Tandartsenpraktijken	1 191	1 504	126,3
Paramedische en verloskundigenpraktijken	778	1 013	130,2
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	384	494	128,8
ARBO en reïntegratie	679	668	98,4
Leveranciers van geneesmiddelen	3 363	5 098	151,6
Leveranciers van therapeutische middelen	1 663	2 019	121,4
Verstrekkers van ondersteunende diensten	619	964	155,9
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	1 268	1 735	136,8
Totaal aanbieders gezondheidszorg	23 602	32 176	136,3
Aanbieders welzijnszorg			
Verstrekkers van ouderenzorg	7 641	10 956	143,4
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	3 494	5 263	150,6
Verstrekkers van kinderopvang	1 176	2 101	178,7
Verstrekkers van jeugdzorg	799	996	124,7
Internaten	758	427	56,4
Sociaal-cultureel werk	859	1 037	120,8
Overige verstrekkers van welzijnszorg	922	1 237	134,3
Totaal aanbieders welzijnszorg	15 648	22 019	140,7
Beleids- en beheersorganisaties			
Beleids- en beheersorganisaties	1 578	2 020	128,1
Uitgaven aan zorg	40 828	56 215	137,7

Bron: CBS.

Tabel D.4
Uitgaven aan zorg naar (clusters van) actoren en financieringsbron, 2007*

	Overheid	Sociale verzek. ¹⁾	Particuliere verzek. ²⁾	Eigen betalingen	Overige bronnen	Totaal
<i>mln euro</i>						
Aanbieders gezondheidszorg						
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	1 550	15 180	78	156	1 350	18 315
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	413	3 960	0	0	124	4 497
Huisartsenpraktijken	47	2 358	0	15	27	2 446
Tandartsenpraktijken	0	557	1 323	116	63	2 058
Paramedische en verloskundigenpraktijken	0	622	959	24	27	1 632
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	519	107	0	26	144	796
ARBO en reïntegratie	79	0	0	6	878	963
Leveranciers van geneesmiddelen	0	4 718	85	1 150	27	5 980
Leveranciers van therapeutische middelen	0	1 112	192	1 238	130	2 672
Verstrekkers van ondersteunende diensten	337	376	0	30	441	1 184
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	148	872	592	570	9	2 191
Totaal aanbieders gezondheidszorg	3 094	29 863	3 229	3 331	3 218	42 735
Aanbieders welzijnszorg						
Verstrekkers van ouderenzorg	1 361	12 179	12	40	511	14 103
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	826	5 860	0	0	76	6 762
Verstrekkers van kinderopvang	57	0	0	3 387	9	3 452
Verstrekkers van jeugdzorg	1 214	0	0	0	0	1 214
Internaten	521	0	0	0	0	521
Sociaal-cultureel werk	971	0	0	161	131	1 264
Overige verstrekkers van welzijnszorg	1 376	0	0	193	24	1 593
Totaal aanbieders welzijnszorg	6 327	18 038	12	3 780	751	28 908
Beleids- en beheersorganisaties						
Beleids- en beheersorganisaties	651	1 400	0	0	411	2 462
Uitgaven aan zorg	10 071	49 301	3 241	7 111	4 380	74 104

¹⁾ Zorgverzekeringswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

²⁾ Particuliere (aanvullende) verzekeringen.

Bron: CBS.

Tabel D.5
Werkzame personen ¹⁾, werknemers ²⁾ en arbeidsvolume ³⁾ in de gezondheidszorg en welzijnzorg (SBI 85)

	2002	2003	2004	2005	2006*	2007*
	<i>x 1 000</i>					
Aantal werkzame personen	1 051	1 105	1 129	1 151	1 180	1 210
Mannen	204	207	211	214	227	233
Vrouwen	848	898	918	938	952	977
	%					
Als percentage van de totale werkgelegenheid	13	13	14	14	14	14
Mannen	4	5	5	5	5	5
Vrouwen	23	24	25	25	25	25
	<i>x 1 000</i>					
Totaal aantal werknemers	1 000	1 056	1 073	1 094	1 115	1 145
Totaal arbeidsvolume werkzame personen	758	794	805	818	843	864
Mannen	184	188	191	188	205	210
Vrouwen	574	606	614	631	638	654

¹⁾ Werkzame personen zijn alle personen die een baan hebben bij een in Nederland gevestigd bedrijf of bij een particulier huishouden in Nederland.

²⁾ Werknemers zijn personen die arbeid verrichten in loondienst.

³⁾ Het arbeidsvolume in arbeidsjaren is het aantal banen in een jaar omgerekend naar voltijdequivalenten.

Bron: CBS, Arbeidsrekeningen.

Verder beschikbaar op StatLine:

- aantal banen van werknemers naar geslacht, arbeidsrelatie (vast, flexibel) en naar dienstverband (voltijd/deeltijd);
- arbeidsvolume werknemers in gewerkte uren naar geslacht, arbeidsrelatie en dienstverband.

Tabel D.6
Geslaagden van opleidingen op het terrein van de gezondheids- en welzijnszorg

Schooljaar	2000/'01	2002/'03	2004/'05	2006/'07*
Totaal opleidingen	52 830	58 270	60 460	64 001
Middelbaar beroepsonderwijs	35 980	40 860	44 090	45 581
Bbl ¹⁾	11 600	17 570	16 040	11 124
Voltijd Bol ²⁾	22 330	21 810	26 300	29 440
Deeltijd Bol	2 040	1 490	1 750	1 615
Examendeelnemer ³⁾				3 402
Hoger beroepsonderwijs	12 200	12 400	11 310	12 550
Bachelor				12 320
Vervolgopleiding				230
Wetenschappelijk onderwijs	4 650	5 010	5 060	5 870
Doctoraal	2 860	2 920	2 580	2 360
Vervolgopleiding	1 790	2 090	2 090	2 410
Masterdiploma			390	1 100

¹⁾ Beroepsopleidende weg.

²⁾ Beroepsbegeleidende leerweg.

³⁾ Niet onder te verdelen naar bbl, bol, voltijd of deeltijd.

Bron: CBS, OCW (Cfi).

Verder op StatLine beschikbaar:

- uitsplitsingen naar leeftijd en geslacht;
- aantallen ingeschreven leerlingen en aantal eerstejaars in het hoger onderwijs;
- aantal leerlingen in het mbo.

Tabel D.7a
Exploitatie en personeel van zorginstellingen, 2006

	SBI'93					
	85111 Academische zieken- huizen	85112 Algemene zieken- huizen	8511e Categorale zieken- huizen	8511f Instellingen voor geestelijke gezond- heidszorg ¹⁾	8531a Instellingen voor gehandi- capten- zorg ¹⁾	8531b Instellingen voor ouderen- zorg ¹⁾
<i>mln euro</i>						
Bedrijfsopbrengsten						
Totaal bedrijfsopbrengsten	4 750	10 464	833	4 308	5 522	13 483
Netto-omzet	4 729	10 235	764	3 790	5 190	12 754
Overige bedrijfsopbrengsten	21	230	69	518	331	729
Bedrijfslasten						
Totaal bedrijfslasten	4 554	10 106	796	4 181	5 366	13 045
Arbeidskosten	2 697	5 573	504	2 831	3 557	8 424
Afschrijvingen op vaste activa	209	746	54	180	256	622
Overige bedrijfslasten	1 647	3 788	238	1 170	1 553	3 999
<i>abs.</i>						
Werknemers						
Banen	63 790	175 150	13 770	75 860	138 480	410 680
Arbeidsjaren	47 900	122 710	9 680	57 710	87 320	225 230

¹⁾ Uitsluitend AWBZ- en ZVW-gefinancierde zorginstellingen.

Bron: CBS.

Verder op StatLine beschikbaar:

– nadere detaillering van exploitatie en personeel.

Tabel D7.b
Exploitatie en personeel van overige zorgaanbieders, 2006

	SBI'93							
	85161	85162a	85171	85172	85331	85335	85336	85337
	Instellingen voor begeleiding inzake arbeidsomstandigheden	Gemeentelijke gezondheidsdiensten	Medische laboratoria, bloedbanken en overig behandelingsonderzoek	Ambulance-diensten en centrale posten	Kinderopvang	Welzijn Ouderen	Sociaal-cultureel werk	Brede welzijnsinstellingen
<i>mln euro</i>								
Bedrijfsopbrengsten								
Totaal bedrijfsopbrengsten	966	693	863	221	2 049	126	708	384
Netto-omzet	959	640	813	214	1 841	51	92	56
Overige bedrijfsopbrengsten	8	53	50	7	208	75	614	327
Bedrijfslasten								
Totaal bedrijfslasten	918	680	832	216	1 910	121	708	382
Arbeidskosten	532	356	366	142	1 285	55	440	243
Afschrijvingen op vaste activa	33	21	33	12	68	3	16	7
Overige bedrijfslasten	352	302	432	63	556	63	253	131
<i>abs.</i>								
Werknemers								
Banen	12 290	8 808	10 887	3 089	71 528	2 229	16 875	9 110
Arbeidsjaren	10 110	6 343	7 728	2 556	41 475	1 366	11 177	6 154

Bron: CBS.

Verder op StatLine beschikbaar:

- nadere detaillering van exploitatie en personeel;
- eerdere verslagjaren;
- vergelijkbare statistieken over andere categorieën zorgaanbieders.

Tabel D.8
Productie en capaciteit van zorginstellingen, 2006

		SBI'93						
		85111 Aca- demi- sche zieken- huizen	85112 Alge- mene zieken- huizen	8511e Cate- gorale zieken- huizen	8511f Instel- lingen voor geeste- lijke ge- zond- heids- zorg ¹⁾	8531a Instel- lingen voor gehan- dicapte zorg ¹⁾	8531b Instel- lingen voor oude- ren zorg ¹⁾	Ove- rige ZVW-/ AWBZ- gefin- instel- lingen
Ziekenhuiszorg (excl. GGZ)								
Bedden klinische, dag- en deeltijdbehandeling	<i>abs.</i>	7 976	45 760	1 703	-	-	45	415
Klinische verpleegdagen	<i>x 1 000</i>	1 806	9 266	415	-	-	16	69
Dag- en deeltijdbehandelingen	<i>x 1 000</i>	173	1 151	16	-	-	6	0
Eerste polikliniekbezoeken	<i>x 1 000</i>	1 070	8 451	65	-	-	-	0
Klinische opnamen	<i>x 1 000</i>	218	1 507	14	-	-	1	0
Revalidatiezorg								
Bedden klinische behandeling	<i>abs.</i>	-	15	1 771	-	-	-	0
Poliklinische behandelplaatsen	<i>abs.</i>	-	26	979	-	-	-	0
Klinische verpleegdagen	<i>x 1 000</i>	-	9	457	-	-	-	0
Revalidatiebehandeluren	<i>x 1 000</i>	27	257	2 090	-	-	-	0
Eerste consulten	<i>x 1 000</i>	-	3	36	-	-	-	0
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)								
Bedden klinische en deeltijdbehandeling	<i>abs.</i>	-	1 090	2	20 494	97	24	867
Plaatsen beschermd wonen	<i>abs.</i>	-	-	-	7 681	517	217	1 453
Klinische verpleegdagen	<i>x 1 000</i>	-	375	0	7 186	36	8	316
Verzorgingsdagen beschermd wonen	<i>x 1 000</i>	-	-	-	2 661	179	79	493
Deeltijdbehandelingen	<i>x 1 000</i>	-	130	1	1 321	15	8	41
Poliklinische face-to-face contacten	<i>x 1 000</i>	-	324	1	8 695	58	69	852
Eerste klinische opnamen	<i>x 1 000</i>	-	11	0	50	0	0	0
Intra- en semimurale gehandicaptenzorg								
Intramurale plaatsen met behandeling	<i>abs.</i>	-	-	-	178	40 735	850	59
Intramurale plaatsen zonder behandeling	<i>abs.</i>	-	-	225	0	22 047	644	119
Klinische verpleegdagen	<i>x 1 000</i>	-	-	-	52	17 988	349	21
Klinische verzorgingsdagen	<i>x 1 000</i>	-	-	77	0	7 692	226	36
Intramurale verpleging								
Intramurale plaatsen met behandeling	<i>abs.</i>	-	3 182	-	766	443	62 130	357
Intramurale verpleegdagen met behandeling	<i>x 1 000</i>	-	1 129	-	278	157	22 159	128
Nachten nachtverpleging	<i>x 1 000</i>	-	1	-	0	0	13	0
Intramurale verzorging								
Intramurale plaatsen zonder behandeling	<i>abs.</i>	-	2 268	-	342	374	99 325	890
Intramurale verzorgingsdagen zonder behandeling	<i>x 1 000</i>	-	790	-	123	179	34 768	310
Dagen kortdurend verblijf	<i>x 1 000</i>	-	38	-	3	3	1 131	9
Nachten nachtverzorging	<i>x 1 000</i>	-	-	-	0	0	6	0
Zorg thuis								
Uren extramurale huishoudelijke verzorging	<i>x 1 000</i>	-	994	-	12	295	51 781	933
Uren extramurale persoonlijke verzorging	<i>x 1 000</i>	-	537	-	43	617	25 977	685
Uren extramurale verpleging	<i>x 1 000</i>	-	246	4	36	319	11 710	263
Uren extramurale begeleiding (excl. dagact.)	<i>x 1 000</i>	-	204	13	902	8 491	7 478	2 859
Uren extramurale behandeling	<i>x 1 000</i>	-	1	-	25	676	53	8
Uren prenatale zorg	<i>x 1 000</i>	-	1	-	0	0	82	0
Uren advies, instructie en voorlichting	<i>x 1 000</i>	-	3	-	0	0	191	5
Dagdelen groepsgewijze dagactiviteiten	<i>x 1 000</i>	-	338	78	41	12 264	8 531	445

¹⁾ Uitsluitend AWBZ- en ZVW-gefinancierde zorginstellingen.

Bron: CBS.

Lijst van afkortingen

ADHD	Attention-Deficit Hyperactivity Disorder
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CHQ-PF	Child Health Questionnaire – Parent Form
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Diseases
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GSB	GezondheidsStatistisch Bestand
ICD	International Classification of Diseases
LMR	Landelijke Medische Registratie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PGB	Persoonsgebonden Budget
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SBI	Standaard Bedrijfsindeling
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SGLVG	Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten
SSB	Sociaal Statistisch Bestand
Stf	Standaardfout
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
ZmV	Zorg met Verblijf
ZzV	Zorg zonder Verblijf

Aan deze publicatie werkten mee

Redactie

Dr. O. van Hilten (projectleiding), ir. A.M.H.M. Mares

Auteurs

1. Hoogopgeleiden leven lang en gezond
Mevr. drs. S. Stam, drs. M.J. Garssen, drs. M. Kardal en drs. B.J.H. Lodder
2. Meer, maar kortere ziekenhuisopnamen
Ir. G.C.G. Verweij, mevr. ir. J. Ploemacher, dr. ir. R.H.M. van der Stegen, drs. P.M. den Boer en mevr. ir. A. de Bruin
3. De gezondheid van Nederlandse kinderen
Mevr. dr. M. van Hertem
4. Gehandicaptenzorg groeit sterk
Dr. ir. A.G. Chessa
5. Vier van de tien 80-plussers gebruiken geen AWBZ-zorg
Mevr. dr. M. Bronsveld-de Groot
6. Ligduur en overleving na een heupfractuur
Mevr. drs. A. van der Meulen, mevr. drs. I.M. Deerenberg en dr. J.W.P.F. Kar-
daun
7. Zorg is banenmotor van Nederland
Drs. V.C.A. van Polanen Petel

