

# **Kosten van de ziekte van Alzheimer**

Een studie naar de belangrijkste  
kostenposten voor patiënten met de  
ziekte van Alzheimer in Nederland  
en in Frankrijk.

Drs. N. van der Roer  
Dr. J.J. van Busschbach  
Drs. E.S. Goes  
Dr. L. Hakkaart-van Roijen  
Dr. K. Redekop

# **Kosten van de ziekte van Alzheimer**

Een studie naar de belangrijkste kostenposten voor patiënten met de ziekte van Alzheimer in Nederland en in Frankrijk.

Drs. N. van der Roer  
Dr. J.J. van Busschbach  
Drs. E.S. Goes  
Dr. L. Hakkaart-van Roijen  
Dr. K. Redekop

institute for Medical Technology Assessment  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
Postbus 1738  
3000 DR Rotterdam  
Telefoon: (010) 4088555  
Telefax: (010) 4089094  
E-mail: [NvdRoer@worldonline.nl](mailto:NvdRoer@worldonline.nl), [busschbach@bmg.eur.nl](mailto:busschbach@bmg.eur.nl)  
Institute for Medical Technology Assessment 2001  
Rapportnummer 01.56

Copyright. Niets van deze publicatie mag uitgegeven worden zonder schriftelijke toestemming van het iMTA.

## Voorwoord

Voor u ligt een doctoraalscriptie geschreven in opdracht van het instituut voor Medische Technology Assessment (iMTA). Voor het schrijven van deze scriptie ben ik via een omweg bij het iMTA terechtgekomen. Het was mogelijk om mee te werken aan een Europees project over de ziekte van Alzheimer. Onder toezicht van Elles Goes heb ik samen met haar met veel plezier gewerkt aan het Nederlandse deel hiervan: "Dutch Country Report on Alzheimer's disease". De resultaten van dit Europese project zijn in Londen door de "London School of Economics" in de vorm van een congres gepresenteerd. Het bijwonen van dit congres is een hele leerzame ervaring geweest. Na dit project heb ik deelgenomen aan een ander project: een kosten-effectiviteitsstudie naar een nieuwe medicijn voor de ziekte van Alzheimer voor de farmaceut Bayer. Het kostendeel van deze studie is dan ook onderwerp van mijn scriptie geworden.

Zoals blijkt uit het bovenstaande ben ik een aantal mensen veel dank verschuldigd. Jan van Busschbach wil ik bedanken voor de mogelijkheden die hij mij heeft geboden om aan verschillende projecten mee te werken en om mijn scriptie te begeleiden. Door zijn uitleg en creativiteit kreeg ik meer inzicht in en grip op dit onderwerp. Elles Goes wil ik bedanken voor haar kritische, maar altijd eerlijke kijk op mijn stukken. Haar commentaar was altijd opbouwend ondanks de grote omvang van mijn teksten. Mijn twee meelezers Leona Hakkaart-van Roijen en Ken Redekop wil ik bedanken voor de geboden ideeën tijdens het schrijven van mijn scriptie en voor het "doorploegen" van dit verslag. Met veel plezier heb ik op het iMTA gewerkt, de gezelligheid op de student-assistenten kamer met Elly Stolk en Marten Poley heeft hier zeker aan bijgedragen, hiervoor wil ik hen bedanken. Ook het thuisfront mag niet vergeten worden. Af en toe klagen hoort erbij maar zij waren degenen die dat aan moesten horen en altijd meelevend waren.

Hierbij wens ik u veel leesplezier en doorzettingsvermogen toe bij het lezen van mijn scriptie.

Nicole van der Roer  
Rotterdam, juni 1998

## **Samenvatting**

De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer. De ziekte van Alzheimer is een degeneratieve hersenziekte die het geheugen en oordeelsvermogen van de patiënt geleidelijk doet afnemen. Genezing is bij deze ziekte niet mogelijk, wel is het mogelijk om de cognitieve achteruitgang van de patiënt te vertragen door middel van medicijnen. Nieuwe medicijnen zoals Aricept en Metrifonate blijken, in tegenstelling tot eerder ontwikkelde medicijnen, geen tot geringe bijwerkingen te veroorzaken en hebben een positieve invloed op cognitieve functies en het gedrag van de patiënt. Door het iMTA wordt momenteel de kosteneffectiviteit van Metrifonate onderzocht. Deze scriptie vormde het kostendeel van deze studie. De probleemstelling luidt: Hoe verhouden de kosten van institutionalisering zich tot de kosten van thuis wonen bij patiënten met de ziekte van Alzheimer in Nederland en in Frankrijk?

Voor Nederland zijn met behulp van eerdere studies over het gebruik van voorzieningen door dementerende patiënten de kosten geschat voor thuiswonende patiënten. De kosten van thuiswonende dementerende patiënten zijn afhankelijk van de hoeveelheid formele en informele zorg die de patiënt gebruikt. De kosten waartegen de informele zorg gewaardeerd wordt bepaalt mede de hoogte van de kosten van thuis wonen. De kosten van thuiswonende dementerende patiënten zijn vergeleken met de kosten van opgenomen dementerende patiënten. Wanneer de informele zorg niet bij de kosten van thuis wonen gerekend worden, dan zijn de kosten voor thuiswonende dementerende patiënten lager dan de kosten van opgenomen dementerende patiënten. Wanneer de informele zorg wel meegerekend wordt dan is de zorg voor thuiswonende dementerende patiënten zowel met lichte als met zware zorgzwaarte duurder dan opname wanneer meer dan zeven uren informele zorg per dag wordt geboden. Een licht dementerende patiënt met een lichte zorgzwaarte heeft waarschijnlijk niet zoveel uren informele zorg per dag nodig. Een ernstig dementerende patiënt met zware zorgzwaarte zou wel zeven uren per dag informele zorg nodig kunnen hebben: de kosten van opname zijn in dat geval lager dan de kosten van thuis wonen.

In Frankrijk is opname van licht dementerende patiënten al bij twee of meer uren informele zorg per dag goedkoper dan thuis wonen. De kosten van opname stijgen niet evenredig met de kosten van thuis wonen bij een toename van de ernst van de dementie. Hierdoor is het omslagpunt van een licht dementerende patiënt waarbij de kosten van thuis wonen lager zijn dan de kosten van opname niet hetzelfde voor een ernstig dementerende patiënt, maar ligt deze veel hoger.

In vergelijking met Nederland zijn de kosten van thuiswonende dementerende patiënten in Frankrijk lager dan in Nederland. Dit wordt veroorzaakt doordat dementerenden in Frankrijk minder gebruik maken van professionele thuiszorg voorzieningen. De kosten van opgenomen dementerende patiënten zijn in Nederland ook hoger dan in Frankrijk. De kosten van de instellingen zijn in Frankrijk lager doordat de nadruk meer op de woonfunctie dan op de zorgfunctie wordt gelegd. Wanneer de informele zorg tegen hetzelfde tarief wordt gewaardeerd als in Nederland, dan is opname van een ernstig dementerende patiënt vanaf zeven uren informele zorg per dag goedkoper dan thuis wonen. Dit laatste omslagpunt is vergelijkbaar met Nederland.

## Summary

The most frequently occurring type of dementia is Alzheimer's disease. Alzheimer's disease is a degenerative illness affecting the brain, decreasing the patient's memory and judgement. A cure is not available but it is possible to delay the cognitive decline with medication. New drugs like Aricept and Metrifonate appear to have no or minor side effects and have a positive effect on the cognitive functions and behavior of the patient. At this moment the iMTA is studying the cost-effectiveness of Metrifonate. This thesis is part of that study and focuses on the costs of Alzheimer's disease. The main question formulated in this thesis was: How do the costs of institutionalization compare with the costs of living at home for patients with Alzheimer's disease in The Netherlands and France?

For The Netherlands earlier studies on the use of health care services by demented patients were used to estimate the costs for demented patients living at home. These costs depend on the amount of formal and informal health care services that demented patients use. The valuation of informal care also determines the amount of costs for patients living at home. The costs of living at home were compared with the costs of institutionalization. The costs of demented patients living at home are lower than the costs of institutionalization when informal care is not valued. When the costs of informal care are included in the costs for patients living at home, these costs exceed the costs of institutionalization for mildly demented patients as well as for severely demented patients by seven or more hours of informal care per day. A mildly demented patient probably does not need this amount of informal care per day. A severely demented patient could need seven hours of informal care per day. In that case costs of institutionalization are lower than the costs of living at home.

In France admission of a mildly demented patient is cheaper when the patient needs more than two hours of informal care per day. As the severity of dementia increases, the increase in costs of institutionalization is not equal to the increase in costs of living at home. Therefore the thresholds at which the costs of living at home exceed the costs for institutionalization for a mildly demented patient does not equal the threshold for a severely demented patient.

In comparison with The Netherlands, the costs for demented patients living at home in France are lower than in the Netherlands. This is caused by the increased use of informal care and the decreased use of professional health care services in France compared with the Netherlands. The costs of institutionalization are also higher in the Netherlands than in France.

The costs of the French institutions are lower than the costs of institutions in the Netherlands because the emphasis is more on the function of living than on the function of caring. When informal care is valued with the same tariff used in the Netherlands, admission of a severely demented patient needing more than seven hours of informal care per day is cheaper than living at home. This last mentioned threshold is comparable with the Netherlands.

# Inhoudsopgave

	Blz.
<b>Deel I Inleiding</b>	
1. Inleiding .....	1
1.1 Het overheidsbeleid .....	1
1.2 Probleemstelling .....	3
2. Dementie en de ziekte van Alzheimer .....	5
2.1 Over de ziekte van Alzheimer .....	6
2.2 De ziekte van Alzheimer in verschillende stadia .....	7
2.2.1 De “Mini Mental State Examination” .....	9
2.3 Prevalentie en incidentie van de ziekte van Alzheimer .....	10
2.3.1 Prevalentie .....	10
2.3.2 Incidentie .....	11
2.4 Behandelvormen .....	12
3. Economische evaluatie en kosten .....	14
3.1 Economische evaluatie .....	14
3.2 Tarieven en werkelijke kosten .....	17
3.3 Kosten categorieën .....	18
3.4 (In)directe medische en niet-medische kosten .....	19
3.4.1 Directe medische kosten .....	20
3.4.2 Directe niet-medische kosten .....	20
3.4.3 Indirecte medische kosten .....	21
3.4.4 Indirecte niet-medische kosten .....	22
<b>Deel II Nederland</b>	
4. Voorzieningen voor patiënten met de ziekte van Alzheimer .....	23
4.1 Voorzieningen voor thuiswonende Alzheimer patiënten .....	23
4.1.1 Informele zorg .....	24
4.1.2 Huisarts .....	26
4.1.3 Thuiszorg .....	27
4.1.4 Maaltijdendienst .....	28
4.1.5 Riagg .....	28
4.1.6 Dagbehandeling .....	30
4.1.7 Ziekenhuisopname .....	30
4.2 Zorg voor opgenomen Alzheimer patiënten .....	31
4.2.1 Verzorgingshuizen .....	32
4.2.2 Verpleeghuizen .....	33
5. Kosten gemaakt in de gezondheidszorgsector voor de ziekte van Alzheimer .....	35
5.1 Kosten van huisartshulp .....	36
5.2 Kosten van thuiszorg .....	39
5.2.1 Registratiesysteem Amsterdam .....	39
5.2.2 Onderzoek naar het aantal geleverde zorguren in de thuiszorg .....	40
5.2.3 Waardering van het aantal geleverde zorguren in de thuiszorg .....	45
5.3 Kosten van maaltijdendiensten .....	53
5.4 Kosten van de riagg .....	54
5.5 Kosten van ziekenhuisopname .....	56
5.6 Kosten van verzorgingshuizen .....	60



5.7	Kosten van verpleeghuizen .....	65
5.7.1	Kosten per verpleegdag van psychogeriatrische verpleeghuizen .....	66
5.7.2	Kosten van dagbehandeling in psychogeriatrische verpleeghuizen .....	70
5.7.3	Kosten per verpleegdag van gecombineerde verpleeghuizen .....	71
5.7.4	Kosten van dagbehandeling in gecombineerde verpleeghuizen .....	74
6.	Kosten gemaakt voor de ziekte van Alzheimer door patiënt en familie .....	76
6.1	Out-of-pocket kosten van de patiënt .....	76
6.2	Reiskosten .....	77
6.3	Kosten van informele zorg .....	78
6.3.1	Waarderen van informele zorg .....	78
6.3.2	Kosten van informele zorg voor Alzheimer patiënten .....	81
7.	Kostenanalyse .....	83
7.1	Kosten van thuiswonende en opgenomen dementerende patiënten .....	84
7.2	Verschillende kostenscenario's .....	88
7.2.1	Kosten van een licht dementerende patiënt die weinig zorg behoeft .....	89
7.2.2	Kosten van een ernstig dementerende patiënt die veel zorg behoeft .....	94
7.3	Effecten van een nieuw medicijn .....	98
8.	Conclusie .....	99
<b>Deel III Frankrijk</b>		
9.	De ziekte van Alzheimer en voorzieningen in Frankrijk.....	101
9.1	Informele zorg en professionele zorg voor thuiswonende patiënten .....	104
9.1.1	Informele zorg .....	104
9.1.2	Thuiszorg .....	104
9.2	Zorg voor opgenomen patiënten .....	105
9.3	“Les Maisons de Retraite” (verpleeghuizen) .....	106
9.3.1	“Centres d’Animation Naturelle tirée d’Occupations Utiles” (Cantou) .....	107
9.3.2	“Familles d’Accueil” (familieopvang) .....	108
9.3.3	“Maisons d’Accueil des Personnes Agées Dépendantes” (MAPAD’s) en “Maisons d’Accueil Rurales pour Personnes Agées” (MARPA’s) .....	108
9.4	Ziekenhuizen (lange termijn) .....	109
9.5	“Hospices” .....	109
9.6	“Logements foyers” .....	109
10.	Kosten van voorzieningen in Frankrijk .....	110
10.1	Kosten van thuiswonende Alzheimer patiënten .....	110
10.2	Kosten van opgenomen patiënten .....	113
10.3	Kostenanalyse .....	115
10.4	Effecten van een nieuw medicijn .....	118
11.	Conclusie .....	119

## **Deel IV Conclusie**

12. Vergelijking tussen Nederland en Frankrijk .....	121
12.1 Vergelijking van de kosten voor thuiswonende patiënten .....	121
12.2 Vergelijking van de kosten voor opgenomen patiënten .....	123
12.3 Vergelijking van de omslagpunten waarbij thuis wonen duurder is dan opname.....	124
13. Discussie en conclusie .....	127
13.1 Discussie .....	127
13.2 Conclusie .....	128
Literatuurlijst .....	130
Lijst van geraadpleegde personen .....	136
Bijlage I: De “Mini Mental State Examination” .....	137
Bijlage II: De NHG-standaard Dementie .....	139
Bijlage III: Casusbeschrijvingen thuiszorg onderzoek .....	143
Bijlage IV: SIG Zorginformatie .....	XX

## **1 Inleiding**

De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer. Bij ongeveer 70% van de mensen met dementie wordt het dementiesyndroom veroorzaakt door de ziekte van Alzheimer. Vooral onder oudere mensen komt dementie veel voor. De Alzheimer Stichting (1997) schat dat er in Nederland zo'n 300.000 mensen van 65 jaar en ouder lijden aan lichte tot ernstige verschijnselen van dementie. Dit zou betekenen dat zo'n 210.000 mensen lijden aan de ziekte van Alzheimer. Door de toenemende vergrijzing kan men verwachten dat dit aantal alleen maar toe zal nemen (Hadderingh, Kootte et al., 1991).

### **1.1 Het overheidsbeleid**

Aangezien opname in een verpleeghuis hoge kosten met zich meebrengt (de totale kosten van verpleeghuizen bedroegen ongeveer 5.891 miljoen gulden in 1997) en gezien de lange wachtlijsten voor verpleeghuizen wordt het wenselijk geacht om dementerende patiënten zo lang mogelijk thuis te verzorgen. Het beleid van de overheid is er ook op gericht om patiënten zo veel mogelijk en zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Opname in een verpleeghuis of een verzorgingshuis, ook wel *institutionalisering* genoemd, moet zo lang mogelijk worden uitgesteld, dan wel vermeden worden. De hoofddoelstelling van het ouderenbeleid sinds 1970 is het bevorderen van een geïntegreerd samenstel van voorzieningen. Door deze integratie zouden ouderen langer kunnen blijven deelnemen in de samenleving en hun autonomie en zelfstandigheid kunnen handhaven. Wanneer het nodig is zouden zij ondersteuning kunnen krijgen van informele zorg en eventueel van professionele zorg (Huijsman, 1998).

Het overheidsbeleid, inzake psychogeriatrische zorg en dan met name de zorg voor dementerenden, wordt door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV, 1993) als volgt samengevat:

- 1) Vergroten van de algemene kennis over dementie
- 2) Bevordering van preventie door voorlichting, deskundigheidsbevordering, subsidiëring van onderzoek en projecten en door adviesaanvragen
- 3) Versterking van de zorg voor thuiswonende dementerende patiënten, door middel van deskundigheidsbevordering en ondersteuning van informele verzorgers en de eerstelijns hulpverleners, tijdelijke opvangmogelijkheden om de thuiszorg te verlichten en het bevorderen van lokale en regionale samenwerking
- 4) Meer verpleeghuiszorg buiten de muren van het verpleeghuis
- 5) Meer kleinschalige woon-zorgvoorzieningen op wijkniveau
- 6) Uitbreiding van psychogeriatrische verpleeghuiscapaciteit (inclusief deeltijd- en dagbehandeling)
- 7) Stimulering van onderzoek

Hieruit blijkt de tendens van meer zorg leveren bij de patiënt thuis, in eerste instantie door informele zorgverleners zoals een partner of andere familieleden, waarbij door middel van tijdelijke opvang de informele verzorgers bij tijd en wijlen ontlast kunnen worden. Daarnaast moet een versterking van de zorg geboden worden door de professionele thuiszorg. Meer dementerende patiënten moeten op deze wijze langer thuis kunnen blijven wonen, waarbij opname in een verpleeghuis zo lang mogelijk kan worden uitgesteld of zelfs vermeden kan worden.

Een medicijn dat het ziekteproces van dementie kan vertragen, waardoor een patiënt langer thuis zou kunnen blijven, zou in het kader van dit beleid grote voordelen kunnen bieden. Momenteel zijn nieuwe medicijnen voor de ziekte van Alzheimer in opkomst, zoals bijvoorbeeld Metrifonate en Aricept. Uit klinisch onderzoek blijkt dat Metrifonate invloed heeft op het beloop van het ziekteproces. In 1998 wordt door het iMTA, in opdracht van de farmaceut Bayer, een kosten-effectiviteitsstudie uitgevoerd naar dit medicijn voor Nederland en voor Frankrijk.

Als onderdeel van deze kosten-effectiviteitsstudie worden de kosten voor de zorg van patiënten met de ziekte van Alzheimer in kaart gebracht. De kosten van deze studie vormen dan ook het onderwerp van deze scriptie.

## **1.2 Probleemstelling**

In deze kostenstudie zullen naast de kosten van een Alzheimer patiënt die is opgenomen in een verpleeghuis ook de kosten voor een thuiswonende patiënt worden berekend. Wanneer een patiënt thuis wordt verzorgd, wordt er vaak gebruik gemaakt van gezinsverzorging en wijkverpleging. Daarnaast zijn ook de huisarts en de Riagg hierbij betrokken. Tevens kunnen verborgen kosten zoals tijdsverlies, lichamelijke en geestelijke belasting van de partner of familieleden, die de patiënt thuis verzorgen, een belangrijke rol spelen. Aan de zorg die door partner of familieleden wordt verleend hangt geen officieel “prijskaartje”. Toch brengt deze vorm van zorg kosten met zich mee: er wordt tijd opgeofferd. De opgeofferde tijd had men anders aan werk, het huishouden of als vrije tijd kunnen besteden. Door middel van “schaduwrijzen”, bijvoorbeeld door het uurloon van een gezinsverzorgende te hanteren, wordt het mogelijk inzicht in de kosten van deze zorg te krijgen. In “harde” guldens zou het langer thuisblijven van patiënten goedkoper kunnen zijn dan institutionalisering, maar als schaduwrijzen bij de kosten worden meegenomen, zou dit effect wel eens kunnen tegenvallen. Om het kosteneffect van het uitstellen van institutionalisering te kunnen achterhalen is het van belang inzicht te krijgen in de kosten van informele zorg en daarnaast de kosten van formele zorg. Aangezien ook Frankrijk in de kosten-effectiviteitsstudie wordt betrokken, zullen de kosten rondom de ziekte van Alzheimer in Nederland vergeleken kunnen worden met de kosten van deze ziekte in Frankrijk.

De probleemstelling luidt dan ook:

***Hoe verhouden de kosten van institutionalisering zich tot de kosten van thuis wonen bij patiënten met de ziekte van Alzheimer in Nederland en in Frankrijk?***

De volgende deelvragen zullen aan bod komen in deze scriptie:

- Van welke voorzieningen maken patiënten met Alzheimer gebruik wanneer zij thuis wonen?
- Welke voorzieningen spelen een rol bij institutionalisering van een patiënt met Alzheimer?
- Wat zijn de kosten van een thuiswonende patiënt wanneer de kosten van informele zorg niet in geld wordt uitgedrukt?
- Wat zijn de kosten van een thuiswonende patiënt wanneer de kosten van informele zorg wel in geld wordt uitgedrukt?
- Wat zijn de kosten van een geïnstitutionaliseerde Alzheimer patiënt?
- De ziekte van Alzheimer kan variëren in mate van ernst, nieuwe medicijnen kunnen ervoor zorgen dat patiënten langer in een lichter stadium van de ziekte blijven. Het is dan ook de vraag hoe de kosten variëren naar ernst van de aandoening.

De scriptie is opgebouwd uit vier delen. Het eerste algemene deel bevat naast dit inleidende stuk, hoofdstuk twee waarin de betekenis, het beloop en het voorkomen van Alzheimer en dementie aan bod komen. Wat een economische evaluatie inhoudt, welke kosten te onderscheiden zijn en welke kosten belangrijk zijn bij de ziekte van Alzheimer zal daarna in hoofdstuk drie behandeld worden.

In deel II zullen voorzieningen en kosten die betrekking hebben op de ziekte van Alzheimer in Nederland centraal staan. Hoofdstuk vier omvat de voorzieningen die gebruikt worden door Alzheimer patiënten. De kosten die worden gemaakt binnen de gezondheidszorgsector wegens de ziekte van Alzheimer zullen in hoofdstuk vijf worden besproken. In hoofdstuk zes worden de kosten die worden gemaakt door patiënt en familie uitgewerkt. In hoofdstuk zeven worden de kosten van hoofdstuk vijf en zes geanalyseerd en worden enkele verschillende mogelijke kostenscenario's van verschillende patiënten geschetst. In hoofdstuk acht wordt deel II met een conclusie afgesloten.

Frankrijk komt in deel III centraal te staan. In hoofdstuk negen zullen de voorzieningen uit Frankrijk die een rol spelen bij de ziekte van Alzheimer aan bod komen. Hoofdstuk tien omvat de kosten van de besproken voorzieningen en de analyse van deze kosten. Met een conclusie wordt in hoofdstuk elf het derde deel afgesloten.

Het vierde en laatste deel omvat hoofdstuk twaalf waarin een vergelijking plaats vindt tussen Nederland en Frankrijk. Met conclusies in hoofdstuk dertien zal worden afgesloten. De literatuurlijst en de bijlagen vormen het sluitstuk van deze scriptie.

## **2 Dementie en de ziekte van Alzheimer**

Door de vergrijzing spelen de kosten van ouderen een steeds belangrijker rol in de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland. Mensen worden steeds ouder terwijl tegelijkertijd de groep ouderen alsmat groter wordt. Dit wordt ook wel de dubbele vergrijzing genoemd. Gebleken is dat de gewonnen levensjaren niet alleen gezonde levensjaren opleveren, maar ook een groot aantal levensjaren in een slechte gezondheid. Als gevolg hiervan en van de dubbele vergrijzing, zal de groep ouderen een steeds groter beslag op het gezondheidszorgbudget leggen (RIVM, 1993). Een veel voorkomende psychische ouderdomsziekte is dementie. Dementie wordt tot de psychogeriatrische stoornissen gerekend. Er wordt aangenomen dat 20% van de mensen van 65 jaar en ouder lijdt aan psychogeriatrische stoornissen. Ongeveer de helft daarvan heeft de ziekte van Alzheimer, dit betekent dat ongeveer 10% van de bevolking van 65 jaar en ouder lijdt aan deze ziekte (Hadderingh, Kootte et al., 1991). Dementie is een verzamelnaam voor uiteenlopende hersenaandoeningen en betekent letterlijk ontgeesting (de = ont, mens = geest). Het is meestal een geleidelijk proces dat zich over de jaren kan uitstrekken. Er bestaan vele vormen van dementie, zoals de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en een combinatie van deze twee ziekten. Dementie kan ook het gevolg zijn van de ziekte van Pick, de ziekte van Huntington, een tekort aan vitamine B12, een tekort aan foliumzuur, enkele vormen van infecties zoals de ziekte van Creutzfeldt-Jacob, een hersentumor en multiple sclerose (Ingen Schenau, 1995).

De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer. Bij ongeveer 70% van de mensen met dementie wordt het dementiesyndroom veroorzaakt door de ziekte van Alzheimer (Hadderingh, Kootte et al., 1991). Waarschijnlijk omdat de ziekte van Alzheimer de meest voorkomende vorm van dementie is, wordt in de literatuur en onderzoek niet altijd een duidelijk onderscheid gemaakt tussen dementie en de ziekte van Alzheimer.

In dit hoofdstuk zullen de verschillende stadia, verschillen in de ernst van de ziekte van Alzheimer en de behandelingsvormen van deze ziekte aan de orde komen om een beeld van de ziekte te krijgen. Ook zal het voorkomen van de ziekte van Alzheimer in Nederland besproken worden om de omvang van de ziekte aan te geven, in termen van zorg gebruik en belasting van de samenleving.

## **2.1 Over de ziekte van Alzheimer**

De ziekte van Alzheimer is een degeneratieve hersenziekte die de hersencellen beschadigt en verwoest. Het geheugen en oordeelsvermogen van patiënten neemt af en uiteindelijk wordt het voor patiënten onmogelijk om nog zelfstandig te functioneren (Ingen Schenau, 1995).

Over het algemeen treedt de ziekte pas op na het zeventigste levensjaar, maar het kan ook op jonge leeftijd, tussen dertig en veertig jaar, optreden (Ter Haar, 1987). Symptomen zijn abnormale vergeetachtigheid (bijvoorbeeld constant dezelfde vragen stellen), desoriëntatie (de weg niet meer kunnen vinden, verdwalen in het eigen huis), achteruitgang van het verstandelijk functioneren, stoornissen in taal en handelen (volgorde van aankleden wordt verward) en verandering in het emotionele leven. Omdat de echte kenmerken fysiek in de schedel liggen en alleen met een microscoop bekeken kunnen worden, is de ziekte pas met honderd procent zekerheid na het overlijden vast te stellen (Weide, Steijns et al., 1996). Tijdens het leven wordt de diagnose gesteld met behulp van de genoemde symptomen en door uitsluiting van differentiaal diagnoses, hieronder vallen de andere vormen van dementie die hiervoor genoemd zijn en depressie. In 1906 werd de ziekte voor het eerst door Alois Alzheimer, een in München werkzame arts, beschreven. Hij deed microscopisch onderzoek bij mensen die aan dementie waren overleden en ontdekte veranderingen in het hersenweefsel. Deze vorm van dementie werd vervolgens naar hem genoemd. Bij de ziekte van Alzheimer raakt de vorming van bepaalde eiwitten in de hersenen verstoord, waardoor functies verloren gaan (Alzheimer Stichting, 1994). Mogelijke risicofactoren voor de stoornissen in de vorming van deze eiwitten zijn erfelijke factoren en omgevingsfactoren. Zo is uit onderzoek gebleken dat het risico op de ziekte van Alzheimer verhoogd is wanneer in de directe familie dementie, het syndroom van Down of de ziekte van Parkinson voorkomt. Daarnaast is een hoger risico gevonden bij epilepsie, schildklierandoeningen, hoofdletsels en depressie (Duijn, 1992).



## **2.2 De ziekte van Alzheimer in verschillende stadia**

Kenmerkend voor de ziekte van Alzheimer is de geleidelijke progressie. Doordat de ziekte zo sluipend is duurt het vaak lang voordat de diagnose gesteld kan worden. Daarnaast ontbreekt er een betrouwbare diagnostische test voor de ziekte van Alzheimer waardoor de diagnose pas gesteld kan worden wanneer alle andere vormen van dementie kunnen worden uitgesloten (Scheltens, Weinstein et al., 1992).

De ziekte verloopt vaak geleidelijk, soms schoksgewijs, maar er vindt altijd onomkeerbare achteruitgang plaats (RIVM, 1993). In het beginstadium vergeet de patiënt kleine zaken, zoals namen, data en getallen. De omgeving merkt hier in het begin weinig van, maar voor de patiënt kan het erg storend zijn. De patiënt kan in dit stadium zijn ziekte verbergen door het gebruiken van aantekeningen en briefjes.

Wanneer de geheugenstoornissen zich verergeren, kan desoriëntatie in plaats en tijd ontstaan. De patiënt weet niet meer hoe laat het is en welke dag het is, hij herkent zijn omgeving niet meer en kan verdwalen. In een volgend stadium wordt het voor de omgeving ook duidelijk dat er iets aan de hand is omdat huishoudelijke taken moeilijker worden voor de patiënt en in een gesprek weet hij of zij vaak geen antwoord te geven. In een later stadium treden er veranderingen op in het karakter en het gedrag van de patiënt. Daarnaast kan decorum verlies optreden, zoals gebrekkige uiterlijke verzorging, het uiten van obsceniteiten en vloeken. Ook kunnen zich stoornissen voordoen in het gebruik van de taal. In het laatste stadium van de ziekte herkent de patiënt zelfs de mensen uit de eigen omgeving niet meer (Ter Haar, 1987).

Gezien de progressie van de ziekte is opname in het begin niet direct noodzakelijk. Wanneer de thuissituatie van de patiënt goed is, bijvoorbeeld als er een partner of een familielid is die de zorg op zich kan nemen, dan kan de patiënt nog lang thuis blijven wonen.

Het beloop van de ziekte van Alzheimer is in een retrospectief dossieronderzoek bij een groep van 100 verpleeghuispatiënten in een psychogeriatrisch verpleeghuis in Nijmegen onderzocht. Alle patiënten met een dementie-syndroom, die werden opgenomen vanaf 1 januari 1980 tot en met 31 december 1989 in een verpleeghuis in Nijmegen zijn in dit onderzoek opgenomen.

Uit het onderzoek bleek dat de gemiddelde leeftijd waarop men begon te dementeren 75 jaar was. De groep patiënten bleef ruim 5 jaar thuis wonen en verbleef gemiddeld drie jaar in het verpleeghuis. De volgende tabel omvat de epidemiologische gegevens van de 100 verpleeghuispatiënten met dementie van het Alzheimer-type.

**Tabel 2.2.1** *Epidemiologische gegevens van 100 verpleeghuispatiënten met de ziekte van Alzheimer*

Variabele	Mannen (n = 16) Gemiddelde	Vrouwen (n = 84) Gemiddelde	Totaal (n = 100) Gemiddelde	Uiterste waarden
Leeftijd bij begin proces	75.8	75.1	75.2	49.2 - 94.8
Leeftijd bij opname	81.3	80.3	80.5	63.3 - 96.8
Leeftijd bij einde observatie	83.0	83.6	83.5	65.2 - 100.1
Ziekte duur bij opname	5.5	5.2	5.2	0.4 - 15.8
Opnameduur	1.7	3.3	3.0	0.06 - 11.3
Totale ziekte duur	7.2	8.5	8.2	1.3 - 23.5

Bron: (Koopmans, 1994)

Uit de tabel blijkt dat de ziekte van Alzheimer een heterogeen ziektebeeld heeft. De beginleeftijd van de ziekte, het beloop van de ziekte en de klinische verschijnselen verschillen enorm per patiënt. Hierbij kunnen begeleidende ziekten en aandoeningen als gevolg van de progressie van het dementieproces een belangrijk deel van het beloop van de ziekte bepalen. Daarnaast kunnen ook geslacht, omgevings- en persoonskenmerken en de reactie van de patiënt op zijn ziekte en eventuele opname een rol spelen (Koopmans, 1994). Nieuwe medicijnen zouden in de toekomst ook het beloop van de ziekte kunnen bepalen. Een medicijn die het ziekteproces van de ziekte van Alzheimer beïnvloedt kan ervoor zorgen dat patiënten langer thuis verzorgd kunnen worden. De in het bovenstaand onderzoek gevonden resultaten betroffen een geselecteerde groep patiënten: ze waren allemaal afkomstig uit één verpleeghuis in Nijmegen. Ondanks het feit dat dit een beperking vormt van het genoemde onderzoek zijn de resultaten bevestigd door een ander onderzoek. In dit onderzoek, onder de patiënten van 91% van alle huisartsen in de regio Arnhem/Nijmegen, werden vrijwel identieke resultaten gevonden voor de beginleeftijd, ziekte duur tot opname en opnameleeftijd. De doelstelling van het onderzoek in de regio Arnhem/Nijmegen was om meer te weten te komen over het beloop van dementie.

In de periode tussen 1985 en 1990 werd een populatie van 141 thuiswonende patiënten vier keer onderzocht tijdens een periode van drie jaar (Muskens, 1993). In de volgende tabel zijn de gegevens van de patiënten uit dit onderzoek opgenomen.

**Tabel 2.2.2** *Gegevens van de onderzoekspopulatie tijdens het onderzoek*

Variabele	Gemiddelde
Leeftijd bij begin proces	75.0 (N = 141)
Leeftijd bij opname	81.5 (N = 64)
Ziekte duur bij opname	5.7 (N = 64)

Bron: (Muskens, 1993)

Hoewel de gegevens uit het eerst genoemde onderzoek een groep verpleeghuispatiënten betrof en de gegevens uit het laatst genoemde onderzoek een groep thuiswonende patiënten betrof, komen de resultaten van beide onderzoeken overeen.

### **2.2.1 De “Mini Mental State Examination”**

Cognitieve tests kunnen helpen bij het vaststellen van de diagnose dementie. Daarnaast kunnen ze behulpzaam zijn bij het bepalen van de fase van dementie waarin de patiënt zich bevindt, de ernst van dementie. Een voorbeeld van zo'n cognitieve screeningstest is de Mini Mental State Examination (MMSE). Deze test bestaat uit een vragenlijst die door een arts bij de patiënt wordt afgenomen. Beantwoordt de patiënt alle 19 vragen goed, dan behaalt deze een score van dertig punten. Na het afnemen van de vragenlijst worden de punten opgeteld en wordt de totaalscore voor de patiënt bepaald. Een lage score correspondeert met een hoge mate van dementie, terwijl een hoge MMSE-score correspondeert met een lage mate van dementie. Door Ott, et al. (1996) zijn de categorieën in MMSE-score (0-15), (16-20) en (>20) gekozen voor respectievelijk ernstig, matig en licht cognitieve problemen. Voor een voorbeeld van de Mini Mental State Examination (MMSE) wordt u verwezen naar bijlage I.

De drie stadia die onderscheiden worden, kunnen als volgt worden beschreven:

- lichte dementie (MMSE >20)  
huishoudelijke en sociale activiteiten gaan moeizaam maar het oordeelsvermogen en de persoonlijke lichamelijke verzorging zijn nog intact waardoor de patiënt nog zelfstandig kan wonen
- matige dementie (MMSE 16-20)  
zelfstandig wonen wordt gevaarlijk, enige mate van toezicht en begeleiding is noodzakelijk
- ernstige dementie (MMSE 0-15)  
de algemene dagelijkse activiteiten gaan moeizaam en constant toezicht is vereist, de patiënt is niet in staat tot persoonlijke lichamelijke verzorging

In studies wordt de MMSE meestal gebruikt als screenings instrument omdat de test internationaal geaccepteerd is en veel gebruikt wordt als test voor het meten van cognitieve stoornissen (Boersma en Eefsting, 1997).

### 2.3 Prevalentie en incidentie van de ziekte van Alzheimer

Van juli 1989 tot juli 1993 heeft in de wijk Ommoord in Rotterdam een onderzoek plaats gevonden naar de prevalentie (het voorkomen) en de incidentie (het ontstaan van nieuwe zietegevallen) van dementie, met de bijbehorende subtypen van dementie in de algemene bevolking van 55 jaar en ouder. Dit onderzoek wordt het “Erasmus Rotterdam Gezondheid en Ouderen” (ERGO)-onderzoek genoemd, één van de grootste onderzoeken naar dementie in Nederland. Er werden 7528 deelnemers in de leeftijd variërend tussen 55 en 106 jaar gescreend op cognitieve stoornissen met behulp van twee cognitieve tests, waaronder de Mini Mental State Examination.

#### 2.3.1 Prevalentie

Onder de prevalentie vallen het totaal aantal mensen met een bepaalde ziekte in een bepaalde periode. Uit het onderzoek bleek dat de prevalentie van de ziekte van Alzheimer 4,5% was. Dit betekent dat bij 4,5% van de 7528 onderzochte mensen in de wijk Ommoord, dit zijn 339 mensen, de ziekte van Alzheimer werd gevonden. De prevalentie van dementie was 6.3%, dit houdt in dat in de wijk Ommoord 474 mensen dement waren. Van het totaal aantal personen met dementie had 72% de ziekte van Alzheimer (Ott, 1997). In de volgende tabel staan de prevalentie cijfers naar leeftijdscategorie en geslacht. Het aantal mensen met de ziekte staat tussen haakjes.

**Tabel 2.3.1 Prevalentie van de ziekte van Alzheimer onder personen van 55 jaar en ouder in de wijk Ommoord (ERGO-onderzoek)**

Leeftijdscategorie	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	(N)	%	(N)	%	(N)
55-59	0.0	(0/688)	0.0	(0/493)	0.0	(0/1181)
60-64	0.25	(2/807)	0.32	(2/625)	0.28	(4/1432)
65-69	0.54	(4/735)	0.48	(3/624)	0.52	(7/1359)
70-74	1.54	(11/712)	1.22	(6/492)	1.41	(17/1204)
75-79	4.19	(25/597)	3.84	(14/365)	4.05	(39/962)
80-84	13.62	(65/477)	8.33	(17/204)	12.04	(82/681)
85-89	23.82	(86/361)	19.61	(20/102)	22.89	(106/463)
>90	33.02	(70/212)	41.2	(14/34)	34.15	(84/246)
Totaal	5.73	(263/4589)	2.59	(76/2939)	4.50	(339/7528)

Bron: (Ott, 1997)

Het aantal ziektegevallen toeneemt bij hogere leeftijd. Het verschil tussen mannen en vrouwen kan grotendeels verklaard worden door het verschil in leeftijdsopbouw. In de hogere leeftijdscategorieën waren er meer vrouwen aanwezig (Ott, 1997).

In de volgende tabel worden de prevalentie cijfers uit het ERGO-onderzoek geëxtrapoleerd voor de gehele Nederlandse bevolking.

**Tabel 2.3.2 Aantal personen met de ziekte van Alzheimer in Nederland naar leeftijd en geslacht in 1996**

Leeftijd	Vrouwen			Mannen			Totaal
	Prevalentie (%)	Bevolking (1996)	Aantal demente personen	Prevalentie (%)	Bevolking (1996)	Aantal demente personen	Aantal demente personen
55-59	0.0	385.430	0	0.0	390.237	0	0
60-64	0.25	354.171	885	0.32	338.039	1.082	1.967
65-69	0.54	336.518	1.817	0.48	291.398	1.399	3.216
70-74	1.54	315.371	4.857	1.22	237.266	2.895	7.752
75-79	4.19	243.981	10.223	3.84	154.863	5.947	16.170
80-84	13.62	182.718	24.886	8.33	91.431	7.616	32.502
85-90	23.82	105.648	25.165	19.61	39.637	7.773	32.938
90+	33.02	48.038	15.862	41.2	14.004	5.770	21.632
<b>Totaal</b>			<b>83.695</b>			<b>32.482</b>	<b>116.177</b>

Bronnen: (Ott, 1997) en (CBS, 1997)

Wanneer de cijfers van Ott (1997) worden gehanteerd lijden in 1997 ongeveer 116.177 personen aan de ziekte van Alzheimer in Nederland.

### 2.3.2 Incidentie

Onder incidentie wordt het aantal nieuwe ziektegevallen in een bepaalde periode verstaan. Van 7054 deelnemers aan het ERGO-onderzoek die niet als dement gediagnosticeerd waren, vielen 8 personen uit omdat het onzeker was of deze personen toch niet dement waren. De overgebleven 7046 niet-demente deelnemers werden 2.1 jaren gevolgd. Van deze groep mensen ontwikkelde 162 personen dementie, waarvan bij 116 personen de ziekte van Alzheimer werd gediagnosticeerd.

Het incidentie cijfer voor de ziekte van Alzheimer was 7.7 per duizend personen per jaar (Ott, 1997). Dit betekent dat per jaar per duizend personen 7.7 mensen in de ERGO-populatie de ziekte van Alzheimer ontwikkelen.

In de hieronder staande tabel staan de incidentie cijfers naar leeftijdscategorie en geslacht, met tussen haakjes het aantal nieuwe mensen met de ziekte van Alzheimer.

**Tabel 2.3.3 Incidentie van de ziekte van Alzheimer onder personen van 55 jaar en ouder in de wijk Ommoord (ERGO-onderzoek)**

Leeftijdscategorie	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	Incidentie	(N)	Incidentie	(N)	Incidentie	(N)
55-64	0.0	(0)	0.0	(0)	0.0	(0)
65-69	1.9	(3)	0.0	(0)	1.0	(3)
70-74	3.0	(5)	3.6	(4)	3.2	(9)
75-79	12.1	(17)	7.4	(6)	10.4	(23)
80-84	22.3	(23)	16.7	(8)	20.5	(31)
85-89	34.6	(24)	23.9	(5)	32.1	(29)
90-94	53.2	(14)	0.0	(0)	42.3	(14)
>95	111.5	(7)	0.0	(0)	97.2	(7)
Totaal	10.0	(93)	4.0	(23)	7.7	(116)

(Ott, 1997)

Uit de tabel blijkt dat incidentie sterk toeneemt met de leeftijd. De incidentie cijfers voor mannen en vrouwen tot de leeftijd van 85 jaar vertonen geen grote verschillen. Vanaf 85 jaar neemt de incidentie voor vrouwen nog sterk toe, terwijl de incidentie voor mannen juist afneemt. Een mogelijke verklaring volgens Ott (1997) is dat mannen, ondanks een kortere levensduur, een lagere kans op dementie hebben.

## 2.4 Behandelvormen

Patiënten die zich in een vroeg stadium van dementie bevinden, kunnen met ondersteuning van familieleden of vrienden vaak nog lang thuis blijven wonen. De zorg die de patiënten nodig hebben kan bestaan uit het aanwijzingen geven, de dag structureren, helpen met huishoudelijke activiteiten en in een later stadium helpen met de dagelijkse verzorging.

Uit de onderzoeken onder verpleeghuispatiënten en thuiswonende patiënten zoals die in paragraaf 2.2 besproken zijn, bleek dat patiënten gemiddeld nog ruim 5 jaar thuis wonen, voordat ze worden opgenomen in een verpleeghuis. Een deel van de patiënten komt nooit in een verpleeghuis terecht. In totaal worden ongeveer 44.000 patiënten in een instelling opgevangen, dit is ongeveer 34% van het totaal aantal dementerende patiënten in Nederland. Ongeveer 66% van het totaal aantal dementerenden woont dus thuis (NRV, 1993). Genezing is niet mogelijk aangezien dementie een onomkeerbare, progressieve ziekte is en over de oorzaken van de ziekte nog weinig bekend is. De patiënt kan wel geholpen worden door enkele symptomen van de ziekte te bestrijden. Symptomen bij Alzheimer patiënten die men kan behandelen, zijn: depressiviteit, immobiliteit, angst, onrust, waanideeën en visuele hallucinaties. De beschikbare behandelingen voor het bestrijden van de cognitieve symptomen zijn beperkt.

Tacrine en Donepezil zijn twee medicijnen die tot doel hebben het cognitieve functioneren bij Alzheimer patiënten te verbeteren. Uit onderzoek is gebleken dat Tacrine leidt tot een lichte verbetering in het cognitieve functioneren bij een minderheid van de patiënten, maar 30% van de patiënten kan het medicijn niet verdragen als gevolg van de neveneffecten. Als belangrijkste neveneffect worden bijwerkingen aan de lever genoemd.

Donepezil leidt eveneens tot een lichte verbetering van het cognitieve functioneren bij een minderheid van de patiënten. Donepezil heeft dezelfde neveneffecten als Tacrine met uitzondering van de bijwerkingen aan de lever (American Psychiatric Association, 1997). Een nieuw medicijn die invloed heeft op cognitieve functies en het gedrag van patiënten met Alzheimer is Metrifonate. Uit de voorlopige resultaten van een effectiviteitsonderzoek naar dit medicijn door de farmaceut Bayer is gebleken dat Metrifonate geen tot geringe bijwerkingen heeft. Momenteel is een onderzoek gaande naar de kosten-effectiviteit van Metrifonate door het institute for Medical Technology Assessment (iMTA). Deze scriptie vormt hiervan een onderdeel.

### **3 Economische evaluatie en kosten**

Bij het op de markt komen van een nieuw medicijn tegen de ziekte van Alzheimer, zoals het medicijn Metrifonate, moet men een afweging maken tussen de huidige wijze van behandeling en de nieuwe alternatieve behandeling. Een economische evaluatie kan een belangrijke rol spelen bij deze afweging. In dit hoofdstuk zal het begrip economische evaluatie, de verschillende vormen en de verschillende perspectieven van economische evaluatie behandeld worden. Daarnaast zullen de te onderscheiden kosten aan bod komen, in het licht van de ziekte van Alzheimer.

#### **3.1 Economische evaluatie**

Bij een economische evaluatie van een project, programma of een behandeling worden de gevolgen hiervan in kosten en opbrengsten geïdentificeerd, geschat en gewaardeerd. Omdat geld en middelen niet onbeperkt aanwezig zijn, moeten er keuzen gemaakt worden. Een economische evaluatie moet een beslisser in staat stellen een meer rationele keuze te maken door informatie aan te dragen omtrent kosten, effecten en de verhouding tussen deze twee. (Ament en Rutten, 1993). Een economische evaluatie heeft twee karakteristieke kenmerken. Ten eerste worden zowel kosten als opbrengsten van het betreffende programma of de betreffende behandeling in de evaluatie opgenomen. Ten tweede gaat het in een economische evaluatie om keuzen als gevolg van schaarste. Door Drummond, et al. (1997) wordt de volgende definitie voor een economische evaluatie gegeven:

***“the comparative analysis of alternative courses of action in terms of both their costs and consequences”***

Er bestaan verschillende vormen van economische evaluatie zoals die in de gezondheidszorg worden toegepast. De twee genoemde kenmerken van economische evaluatie worden door Drummond, et al. (1997) gebruikt om economische evaluatie in te delen in verschillende vormen. In de volgende tabel wordt de indeling van Drummond et al. (1997) weergegeven.



				<b>Zijn zowel kosten als opbrengsten van de alternatieven onderzocht?</b>		
		NEE		JA		
<b>Is er een vergelijking van twee of meer alternatieven?</b>	NEE	Onderzoekt alleen opbrengsten	onderzoekt alleen kosten			
		Partiële evaluatie		Partiële evaluatie		
		1A Opbrengsten beschrijving	1B Kosten beschrijving	2 Kosten-opbrengsten beschrijving		
	JA	Partiële evaluatie		Volledige economische evaluatie		
		3A Evaluatie van effectiviteit	3B Kosten analyse	4 Kosten-minimalisatie analyse Kosten-effectiviteits analyse Kosten-utiliteits analyse Kosten-baten analyse		

Bron: (Drummond, O'Brien et al., 1997)

Zoals uit het schema blijkt, bestaan er voor een volledige economische evaluatie een aantal analyse technieken. Een *kosten-minimalisatie-analyse* wordt uitgevoerd wanneer te vergelijken gezondheidsprogramma's dezelfde opbrengsten hebben, maar verschillen in kosten. Er wordt dan gezocht naar het goedkoopste programma. Bij de *kosten-effectiviteits-analyse* wordt één effectmaat gebruikt die niet in geld wordt uitgedrukt. Er wordt dan bijvoorbeeld gekeken of een bepaalde behandeling meer levensjaren oplevert dan een alternatieve behandeling, of er wordt gekeken naar het verschil in kwaliteit van leven tussen beide patiëntengroepen. De verschillen in effecten worden relatief gewogen ten opzichte van de kosten door middel van kosten-effectiviteitsratio's. Het programma met de laagste kosteneffectiviteitsratio levert de meeste "gezondheid" ten opzichte van de geïnvesteerde middelen. In de *kosten-utiliteitsanalyse* worden de effecten uitgedrukt in voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (QALY's: Quality Adjusted Life Years).

Een kosten-utiliteitsanalyse kan in vele verschillende studies van belang zijn. Drummond et al. (1997) geven vijf situaties waarin zo'n analyse een belangrijke rol kan spelen.

- Wanneer de kwaliteit van leven de belangrijkste uitkomstmaat in een studie vormt. Bijvoorbeeld als een alternatieve behandeling, net als de reguliere behandeling het leven van de patiënt niet kan verlengen, maar wel van invloed is op de kwaliteit van leven.
- Wanneer de kwaliteit van leven naast bijvoorbeeld de uitkomstmaat overleving een belangrijke uitkomstmaat is van een behandeling.
- Wanneer een programma zowel van invloed is op de morbiditeit als op de mortaliteit en de uitkomsten in één effect moeten worden uitgedrukt. Bijvoorbeeld bij een behandeling tegen kanker. De behandeling kan wel levensverlengend zijn maar dusdanige neveneffecten met zich meebrengen dat de kwaliteit van leven laag is.
- Wanneer twee te vergelijken gezondheidsprogramma's vele uiteenlopende effecten hebben en men bij de vergelijking slechts één uitkomstmaat wil gebruiken. Bijvoorbeeld wanneer gekozen moet worden tussen uitbreiding van een screeningsprogramma tegen borstkanker en een revalidatieprogramma voor mensen die een hartaanval hebben gehad.
- Wanneer men een programma wil vergelijken met andere programma's die met een kosten-utiliteits analyse zijn geëvalueerd.

De kosten-utiliteits analyse kan bij dergelijke vraagstukken een hulpmiddel zijn. Wanneer programma's met verschillende uitkomstmaten met elkaar vergeleken moeten worden, kan de *kosten-baten analyse* uitkomst bieden. Alle opbrengsten worden in deze analyse in geld uitgedrukt (Charro en Ineveld, 1989).

Als onderdeel van de kosten-effectiviteits analyse van het medicijn Metrifonate worden in eerste instantie de kosten van de beschikbare zorg voor patiënten met de ziekte van Alzheimer beschreven. De opbrengsten worden hierbij niet betrokken. Dit deel van deze scriptie is volgens de indeling van Drummond et al. (1997) te omschrijven als een *kostenbeschrijving*. Daarna zullen de kosten van thuiswonende patiënten met de ziekte van Alzheimer vergeleken worden met de kosten van patiënten die zijn opgenomen in een verpleeghuis. Opbrengsten van beide alternatieven zullen niet worden meegenomen. Volgens de indeling van Drummond et al. (1997) is dit deel van de scriptie te beschrijven als een *kosten analyse*.

Welke kosten in een economische evaluatie moeten worden meegenomen is ondermeer afhankelijk van het gekozen perspectief van de evaluatie. Er zijn verschillende perspectieven te onderscheiden. Wanneer bijvoorbeeld het perspectief vanuit de verzekeraar wordt gehanteerd, worden alleen die kosten bij de evaluatie betrokken die voor de verzekeraar belangrijk zijn.

Eigen bijdragen of reiskosten die de patiënt maakt, worden dan niet bij de evaluatie betrokken. Een evaluatie vanuit het perspectief van de overheid betreft alleen die kosten die de overheid zou moeten maken voor een bepaald gezondheidsprogramma. Bij het maatschappelijk perspectief vindt een vergelijking plaats tussen maatschappelijke kosten en baten van alternatieve programma's. Alle investeringen in een programma of behandeling die door alle betrokkenen worden gemaakt, worden voor zover dat mogelijk is meegenomen (Rutten, 1989). In deze scriptie zal het maatschappelijk perspectief worden gehanteerd. Dit houdt in dat de kosten van alle betrokkenen bij de verzorging van patiënten met de ziekte van Alzheimer zullen worden meegenomen.

De prijsvorming in de gezondheidszorg komt vaak tot stand door middel van tarieven. Het wordt in de literatuur aangeraden om in een economische evaluatie van tarieven af te zien en de werkelijke kosten te hanteren indien het maatschappelijk perspectief gehanteerd wordt. In de volgende paragraaf zullen de tarieven worden besproken.

### **3.2 Tarieven en werkelijke kosten**

Het gebruiken van tarieven in economische evaluatie brengt volgens Charro en Inveld (1989) de volgende bezwaren met zich mee:

- tarieven zijn het resultaat van ingewikkelde onderhandelingen waardoor de tarieven kunnen afwijken van de werkelijke kosten
- tarieven zijn vaak gebaseerd op grove gemiddelden
- het is vaak onduidelijk wat wel of niet onder een tarief valt waardoor een overschatting of onderschatting van de werkelijke kosten kan ontstaan
- het tarief is gespecificeerd per verrichting, waardoor er met schaalvoordelen geen rekening wordt gehouden
- tarieven kunnen nog dateren uit de introductieperiode van een voorziening waardoor een eventuele daling in de werkelijke kosten niet in het tarief worden uitgedrukt

Door deze bezwaren wordt aangeraden om altijd de daadwerkelijke kosten te achterhalen zover dit mogelijk is (Charro en Inveld, 1989). Welke kosten te onderscheiden zijn zullen in de volgende paragraaf aan de orde komen.

### **3.3 Kostencategorieën**

De verschillende kosten van een economische evaluatie kunnen in drie categorieën onderscheiden worden (Drummond, O'Brien et al., 1997):

1) Kosten gemaakt in de gezondheidszorgsector

Hieronder vallen de kosten die worden gemaakt voor het organiseren en uitvoeren van een gezondheidszorgprogramma of een behandeling. Zowel de variabele kosten (zoals de bestede tijd door artsen en andere professionele hulpverleners en bestede medische middelen) als de vaste kosten (zoals afschrijvingen, rente, apparatuur en onderhoud) die tot deze categorie behoren, moeten worden meegenomen.

2) Kosten gemaakt door patiënt en familie

Onder deze kosten vallen de eigen bijdragen en de tijd van patiënt en familieleden die aan een gezondheidszorgprogramma of een behandeling besteed wordt. Het ondergaan van een behandeling kost een patiënt tijd en het verzorgen van een patiënt kan een familielid tijd kosten. Deze tijd moet in kosten worden gewaardeerd en behoort tot de totale kosten van een behandeling of een gezondheidszorgprogramma.

3) Kosten gemaakt in andere sectoren

Een gezondheidszorgprogramma of een behandeling kan het verbruik van hulpmiddelen in andere sectoren beïnvloeden. Bijvoorbeeld een gezondheids- en veiligheidsprogramma die van invloed is op het productieproces binnen een fabriek. Door het programma kunnen productieprocessen arbeidsintensiever worden, waardoor meer kosten moeten worden gemaakt.

Patiënten met de ziekte van Alzheimer doen voornamelijk een beroep op verpleeghuizen, thuiszorginstellingen, huisarts en Riagg. Daarnaast wordt veel gebruik gemaakt van informele zorg verleend door partner of familieleden.

Behandeling van Alzheimer patiënten met een nieuw medicijn, zoals bijvoorbeeld Metrifonate, zal ervoor kunnen zorgen dat patiënten langer thuis behandeld kunnen worden. Er zal dan vaker een beroep gedaan worden op de thuiszorg en zorg verleend door familieleden. Wanneer informele verzorgers hun werk opgeven om te zorgen voor een ziek familielid, dan worden er kosten in andere sectoren buiten de gezondheidszorgsector gemaakt.

Aangezien de informele verzorger meestal de partner van de patiënt met de ziekte van Alzheimer is en de ziekte meestal op latere leeftijd voorkomt, zal de partner veelal met pensioen zijn. Van kosten in andere sectoren buiten de gezondheidszorgsector, zal dan geen sprake zijn. Voor het bepalen van de kosten van patiënten met de ziekte van Alzheimer zullen dan ook alleen de eerste twee categorieën kosten worden meegenomen.

Naast de indeling van kosten zoals die wordt gehanteerd door Drummond et al. (1997) kunnen de kosten ook in vier andere categorieën worden ingedeeld, namelijk in (in)direct medische en niet-medische kosten (Rutten, Ineveld et al., 1993). Deze indeling zal in de volgende paragraaf besproken worden.

### 3.4 (In)directe medische en niet-medische kosten

In een economische evaluatie zijn vier categorieën kosten te onderscheiden: de directe medische kosten, de indirect medische kosten, de direct niet-medische kosten en de indirect niet-medische kosten (Rutten, Ineveld et al., 1993). In tabel 3.4.1 zijn deze kostencategorieën schematisch weergegeven.

	Medische kosten	Niet-medische kosten
<b>Directe kosten</b>	kosten van huisarts, thuiszorg, Riagg, medicijnen, kosten van verpleegdagen in ziekenhuis, verpleeghuis, etcetera	reiskosten out-of-pocket-kosten kosten van informele zorg
<b>Indirecte kosten</b>	kosten door levensverlenging	kosten door verloren produktiviteit

In de volgende paragrafen zullen de verschillende kostencategorieën worden toegelicht. Aan de hand van deze indeling zullen vervolgens de kosten die belangrijk zijn voor de ziekte van Alzheimer besproken worden.

### **3.4.1 Directe medische kosten**

Onder de directe medische kosten vallen de kosten die binnen de gezondheidszorg worden gemaakt en direct gerelateerd zijn aan het medisch handelen. Hieronder vallen de kosten voor medische zorgverleners, materiële lasten (medische middelen, medicijnen en niet-medische middelen zoals schrijfwaren) kosten van medische apparatuur, kosten van huisvesting van voorzieningen en kosten van verpleging en poliklinische activiteiten (Rutten, Ineveld et al., 1993). Voor thuiswonende patiënten met de ziekte van Alzheimer zullen de kosten van huisartszorg, wijkverpleging, gezinszorg, Riagg en dagbehandeling als directe medische kosten worden meegenomen.

De directe medische kosten voor patiënten die een verpleeghuis, of een verzorgingshuis of in een ziekenhuis zijn opgenomen, zullen de kosten van personeel, voeding, verzorging en andere kosten die gerelateerd zijn aan het verblijf omvatten.

### **3.4.2 Directe niet-medische kosten**

De direct niet-medische kosten omvatten alle kosten die buiten de gezondheidszorg worden gemaakt. Hierbij kan men denken aan:

- Reiskosten van de patiënt

De patiënt moet reizen tussen de lokatie waar hij of zij behandeld wordt en zijn of haar huis.

- Out-of-pocket-kosten van de patiënt (eigen bijdragen)

Hieronder vallen kosten die verband houden met een ziekte of aandoening maar die niet worden vergoed. Men kan hierbij denken aan kosten voor speciale voeding, kleding en voorzieningen in huis

- Kosten voor informele zorg

Kosten van familieleden en vrienden die de zorg voor de dementerende op zich nemen, behoren tot de directe niet-medische kosten. De centrale verzorger geeft vrije tijd, of tijd om te werken op voor de verzorging van de patiënt.

Een patiënt die thuis woont zal voor dagbehandelingen in een verpleeghuis moeten reizen van zijn of haar huis naar het verpleeghuis. Specifieke afstanden van deze groep mensen zijn niet bekend maar er zal worden uitgegaan van de gemiddelde afstand van een huishouden naar de voorziening (Rutten, Ineveld et al., 1993).

De out-of-pocket-kosten voor een thuiswonende Alzheimer patiënt bestaan uit aanpassingen in huis. De aanpassingen kunnen bestaan uit veiligheidsvoorzieningen op kookplaat of op kranen. Voor zover gegevens over het gebruik van deze voorzieningen onder dementerende thuiswonende patiënten bekend zijn, zullen deze kosten bij de kostenbeschrijving en de kostenanalyse worden betrokken.

Het merendeel van de thuiswonende patiënten worden door hun partner of door een familielid opgevangen. De centrale verzorger geeft tijd op waarin hij of zij normaal gesproken zou werken, een huishouden zou runnen of vrije tijd zou genieten. De tijd die de centrale verzorger aan de zorg heeft besteed, kan worden uitgedrukt in kosten. De kosten die verbonden zijn aan deze opgegeven tijd zullen dan ook bij de kosten voor thuiswonende Alzheimer patiënten worden meegenomen.

Voor geïnstitutionaliseerde Alzheimer patiënten worden geen reiskosten meegenomen in de kostprijs. De locatie waar de patiënten wonen is tevens de locatie waar zorg wordt verleend, waardoor reizen overbodig is. De taken van de informele verzorgers vervallen zodra de patiënt wordt opgenomen. De kosten van informele zorg zullen dan ook niet bij de kosten van opgenomen Alzheimer patiënt worden betrokken.

### **3.4.3 Indirecte medische kosten**

Door toepassing van een aantal medische voorzieningen kan het leven van een patiënt verlengd worden, maar in de verlengde levensduur kunnen ook weer andere ziekten ontstaan die dan weer behandeld moeten worden. Door de behandeling van andere ziekten ontstaan kosten in de gezondheidszorg, de indirecte medische kosten.

Er wordt verondersteld dat bij de behandeling van de ziekte van Alzheimer het leven van de patiënt niet verlengd wordt. De indirecte medische kosten zullen dan ook niet in deze studie worden opgenomen.

### 3.4.4 Indirecte niet-medische kosten

Tot deze kostencategorie behoren de kosten die worden veroorzaakt door produktieverlies. Wanneer patiënten als gevolg van hun ziekte tijdelijk niet meer kunnen werken of definitief moeten stoppen met werken ontstaan (tijdelijke) produktieverliezen (Rutten, Ineveld et al., 1993). De kosten van deze produktieverliezen moeten worden meegenomen bij kostenberekeningen. Echter, het merendeel van de patiënten met Alzheimer zijn op een dusdanige leeftijd dat zij al met pensioen zijn.

De indirecte niet-medische kosten zijn bij de berekening van de kosten voor patiënten met de ziekte van Alzheimer niet relevant. De kosten van produktieverlies zullen verder dan ook buiten beschouwing worden gelaten.

Samenvattend wordt in de volgende tabel een overzicht gegeven van de kosten die worden meegenomen in deze studie.

<b>Tabel 3.4.2 Alternatieve kostenindeling in economische evaluaties</b>		
	Medische kosten	Niet-medische kosten
Directe kosten	<p><b>Kosten van voorzieningen voor thuiswonende patiënten:</b> Riagg, huisarts, gezinszorg en wijkverpleging, incidentele ziekenhuisopname en dagbehandeling</p> <p><b>Kosten van voorzieningen voor geïnstitutionaliseerde patiënten:</b> Verpleeghuis en verzorgingshuis</p>	<p><b>Kosten van voorzieningen voor thuiswonende patiënten:</b> Reiskosten van de patiënt Informeel zorg Out-of-pocket kosten</p>
Indirecte kosten	Worden buiten beschouwing gelaten	Worden buiten beschouwing gelaten

In principe zijn beide indelingen van de kosten hanteerbaar voor deze kostenstudie. Aangezien de eerste kostenindeling van Drummond et al. (1997) een eenvoudiger en meer recente indeling betreft, zal deze indeling in deze scriptie gehanteerd worden.



#### **4 Voorzieningen voor patiënten met de ziekte van Alzheimer**

Van de gehele oudere bevolking in Nederland (van 65 jaar en ouder) woont ongeveer 10% in een instelling en woont 90% thuis. Van alle ouderen heeft ongeveer 40% geen hulp nodig, ongeveer 30% heeft informele hulp nodig en 30% heeft formele hulp nodig (NIG, 1995). Patiënten met de ziekte van Alzheimer hebben in een vroeg stadium van de ziekte weinig zorg nodig. In eerste instantie wordt de zorg vaak gegeven door een informele verzorger, bijvoorbeeld de partner of een familielid. Wanneer deze informele zorg niet in voldoende mate aanwezig is, kan formele/professionele thuishulp worden ingeschakeld. In een vergevorderd stadium van de ziekte waarbij zowel informele verzorgers als formele verzorgers niet voldoende zorg kunnen leveren aan de patiënt, kan opname in een verpleeghuis noodzakelijk worden. Hieronder zullen de voorzieningen voor patiënten die thuis wonen en voor patiënten die zijn opgenomen worden besproken.

##### **4.1 Voorzieningen voor thuiswonende Alzheimer patiënten**

In de thuissituatie is het vaak de partner of een familielid die in eerste instantie de zorg voor de patiënt op zich neemt, deze zorg wordt ook wel informele zorg genoemd. Omdat de ziekte zo sluipend is, heeft men in de directe omgeving in het eerste stadium van de ziekte vaak niet door dat er iets aan de hand is. Wanneer de ziekte vordert, wordt het voor de omgeving van de patiënt ook steeds duidelijker dat er iets met de patiënt aan de hand is. Meestal wordt dan de huisarts ingeschakeld. De zorgbehoefte van de patiënt neemt toe naarmate de patiënt ernstiger dement wordt. De huisarts kan gezinszorg inschakelen wanneer de patiënt niet over informele verzorgers beschikt, wanneer deze verzorgers niet regelmatig langs komen of wanneer de partner zelf ook al op leeftijd is en niet meer alles alleen kan doen. Wijkverpleging wordt ingeroepen zodra de verzorging van de patiënt intensiever wordt. In de volgende paragrafen zullen deze voorzieningen uitvoeriger besproken worden.

### **4.1.1 Informele zorg**

Vooraf bij dementie spelen de informele verzorgers een belangrijke rol in de zorg voor de patiënt. De informele zorg, ook wel mantelzorg genoemd, wordt meestal geboden door een partner, een dochter of zoon of een ander familielid. De intensiteit en de frequentie van de geboden informele zorg is afhankelijk van het stadium van de ziekte waarin de patiënt zich bevindt, de aanwezigheid van andere ziekten, de mate van mobiliteit van de patiënt, kenmerken van de patiënt zelf en de kenmerken van de omgeving. Uit een studie van Duijnstee et al. (1994) naar mantelzorg voor mensen met een chronische ziekte blijkt dat de meeste mantelzorgers tussen de 35 en 65 jaar zijn. De mantelzorgers van oudere zorgontvangers waren gemiddeld genomen ouder dan de totale populatie van mantelzorgers. Meestal waren de verzorgers de partner of de kinderen van de zorgontvanger. Dit gegeven in combinatie met de dubbele vergrijzing zal ervoor zorgen dat in de toekomst een steeds groter deel van de informele zorg door ouderen wordt gegeven. Geslacht is naast leeftijd een belangrijke variabele in de informele zorg. Van de informele verzorgers die het meeste tijd spenderen aan de zorg voor de patiënt, ook wel primaire verzorgers genoemd, vormen vrouwen de belangrijkste groep verzorgers. Onder primaire verzorgers van ouderen geven 68% van de vrouwen mantelzorg, dit is ruim twee keer het aantal mannelijke verzorgers (Duijnstee, Cijpers et al., 1994). Uit onderzoek van Janssen en Wolderingh (1991) naar primaire verzorgers voor ouderen van 75+ blijkt de belangrijkste zorg geleverd te worden door dochters (44%), partners (25%) en schoondochters (12%).

De verzorging van de patiënt betekent voor de informele verzorgers vaak een langdurige en zware belasting, zowel fysiek, sociaal als emotioneel. De dementerende heeft iemand nodig die voortdurend toezicht houdt en bijstand verleent wanneer dit nodig is (Duijnstee, 1992). De verzorger krijgt de geestelijke aftakeling van de dementerende te verwerken en daarnaast kost de verzorging veel inspanning en tijd. In een onderzoek naar de belasting van familieleden van dementerende door Duijnstee (1992) wordt een onderscheid gemaakt tussen objectieve belasting (feiten zoals waargenomen door een buitenstaander) en subjectieve belasting (de perceptie van deze feiten door de primaire verzorger).

Onder de objectieve belasting vallen patiëntenkenmerken, verzorgerskenmerken en omgevingskenmerken. De stoornissen van de dementerende in lichamelijk, geestelijk en sociaal functioneren zijn patiëntenkenmerken die een objectieve draaglast met zich meebrengen. Deze belasting neemt toe met de ernst van dementie en het aantal stoornissen. Daarnaast bepalen de lichamelijke capaciteiten van de primaire verzorger de objectieve belasting. Fysieke handicaps van de verzorger verminderen de objectieve draagkracht. De financiële situatie kan als omgevingskenmerk de objectieve belasting doen afnemen: mogelijkheden tot de aanschaf van aanpassingen en voorzieningen die de verzorgerstaak kunnen verlichten doen de belasting afnemen. De woonsituatie als omgevingskenmerk bepaalt mede de objectieve belasting. Wanneer de dementerende beschikt over een woning waar ingespeeld kan worden op vermindering in het functioneren van de patiënt wordt de draagkracht vergroot. Professionele hulpverlening zoals wijkverpleging en gezinsverzorging is een omgevingskenmerk die bij aanwezigheid de objectieve draagkracht kan doen toenemen. Als laatste omgevingskenmerk wordt een sociaal netwerk genoemd. De objectieve draagkracht neemt toe wanneer de primaire verzorger aandacht, bezoek of hulp krijgt van leden uit het sociale netwerk.

Naast de objectieve belasting zijn er volgens Duijnstee enkele factoren die de subjectieve belasting bepalen. De term “*hantering*” wordt gebruikt voor het aanduiden van de actieve aanpassingsvormen van de primaire verzorger aan de situatie waardoor men problemen kan afhouden of reduceren. Door hantering kan men de subjectieve belasting verkleinen. De volgende hanteringsvormen worden onderscheiden: accommodatie (de primaire verzorger is in staat zich aan te passen aan de ziekte en verzorging van de patiënt), distantie (de primaire verzorger is in staat afstand te nemen en bewaren van belastende aspecten) en anticipatie (de primaire verzorger is in staat problemen te voorkómen). De belasting kan ook worden verminderd met “*acceptatie*” waarbij de primaire verzorger de ongunstige omstandigheden blijft nemen zoals ze zijn. Conformatie (de verzorger erkent de problemen maar besteedt er geen aandacht aan), extinctie (de verzorger erkent de problemen niet meer omdat er al zo lang mee geleefd wordt, weet men niet beter meer) en consideratie (de verzorger neemt verzachtende omstandigheden ten aanzien van het gedrag van anderen in ogenschouw) zijn varianten van acceptatie. “*Hantering*” en “*acceptatie*” hangen sterk samen met de objectieve belastende factoren en zijn ermee verweven.

“Motivatie” is een subjectgebonden beweegreden en kan de draagkracht doen toenemen. Een vorm van motivatie is egalisatie: de patiënt heeft in het verleden voor de primaire verzorger gezorgd en nu is de verzorger in staat iets terug te doen. Compensatie is een vorm van motivatie waarbij de verzorger gevoelens van voldoening put uit de verzorging. Bij congruentie wordt de subjectieve last verminderd doordat de primaire verzorger erg tevreden is met de professionele hulp of hulp die uit de omgeving wordt gegeven. Er zijn vele achterliggende factoren die de verschillende vormen van “hantering”, “acceptatie” en “motivatie” bewerkstelligen: het karakter van de verzorger, tijdsduur van de verzorging, informatie over de ziekte en verzorging, verwachtingen van de verzorger ten aanzien van hulp, aandacht en bezoek van anderen, et cetera. Deze factoren zijn complex en kunnen andere factoren beïnvloeden en gelijktijdig zowel een positief als een negatief effect hebben op de belasting. Hieruit blijkt dat de belasting van primaire verzorgers vaak een onvoorspelbare individuele variatie vertoont (Duijnste, 1992).

#### **4.1.2 Huisarts**

De rol van de huisarts omvat het vroegtijdig erkennen van de ziekte. De huisarts is vaak de enige van de professionele hulpverleners die de patiënt al kende voordat deze dement werd. In de meeste gevallen is de huisarts dan ook degene die de diagnose dementie stelt bij de patiënt. Uit een onderzoek naar dementie in een Nederlandse plattelandspopulatie (het DOOPLAZ-onderzoek) kwam naar voren dat er een discrepantie bestaat tussen de prevalentie van dementie gebaseerd op registratie door de huisarts en prevalentie op basis van bevolkingsonderzoek. Dit kon op drie manieren verklaard worden. Ten eerste omdat patiënten voor de registratie weinig langskwamen. Ten tweede omdat bij sommige patiënten cognitieve stoornissen als diagnose geregistreerd werd in plaats van dementie. Ten derde was de specificiteit van de beoordeling van de huisarts heel hoog, dit betekent dat huisartsen patiënten nauwelijks als dement diagnostiseren terwijl ze dit niet zijn (Boersma and Eefsting, 1997).

Omdat de symptomen van dementie niet eenduidig hoeven zijn, (de symptomen kunnen horen bij het ouder worden of door de patiënt worden verborgen) wordt de herkenning van dementie bemoeilijkt (Wind, 1994). Wanneer de huisarts dementie vermoedt kunnen enkele testen worden gedaan. Hiervoor is door de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) een standaard ontwikkeld, deze standaard wordt in bijlage II weergegeven. De huisarts kan zelf bepalen of de standaard gevolgd wordt, aangezien deze standaard bedoeld is als een richtlijn (Vollebergh, 1997).

Wanneer de patiënt niet beschikt over informele verzorgers of wanneer deze overbelast dreigen te raken, kan door de huisarts gezinszorg en/of wijkverpleging worden ingeschakeld.

### 4.1.3 Thuiszorg

Ouderen vormen binnen de thuiszorg de grootste cliëntencategorie: in de gezinsverzorging vormen ze 75% van de cliëntenpopulatie. In de wijkverpleging vormen ouderen 30-40% van de cliëntenpopulatie, maar 70% van het aantal zorgcontacten (Huijsman en Groeneboom, 1996). Gezinszorg bestaat uit *alpha-hulp* en traditionele hulp. Huishoudelijke activiteiten worden verstrekt door een *alpha-hulp*, wanneer niet meer zorg nodig is dan twee werkdagen per week per patiënt. Wanneer meer zorg nodig is en zorg van een andere aard dan alleen huishoudelijk, wordt de *traditionele hulp* ingeschakeld. De hulp heeft dan meer de aard van persoonlijke verzorging, zoals helpen bij wassen en aankleden van de patiënt indien daarbij geen wijkverpleegkundig inzicht vereist is (Duijnstee, 1992). Bij intensivering van de zorg voor de dementerende patiënt kan *wijkverpleging* worden ingeschakeld. Wijkverpleging kan ondersteuning bieden bij het geven van injecties, het verzorgen van wonden en vooral bij de inname van medicijnen door dementerende patiënten. Daarnaast kan door de wijkverpleging advies worden gegeven over de persoonlijke verzorging en begeleiding van de dementerende patiënt. Ook wordt er door de wijkverpleging hulpmiddelen of verplegingsartikelen uitgeleend.

Bij gezinszorg en wijkverpleging worden de cliënten niet geregistreerd op basis van diagnose, maar op basis van functionele problemen. Hierdoor kan het aantal demente personen die thuis gezinszorg en wijkverpleging ontvangen alleen maar geschat worden.

De Stuurgroep Toekomstscenario Gezondheidszorg schat dat ongeveer 30% van de thuiswonende dementerenden gezinszorg ontvangt en dat 30% wijkverpleging ontvangt. Een aanzienlijk deel van de dementerenden ontvangt zowel gezinszorg als wijkverpleging (NRV, 1993). In het Dementie Onderzoek Groningen was gezinszorg bij 29 van de 44 onderzochte patiënten betrokken (66%). Wijkverpleging was in dit onderzoek bij 13 van de 44 patiënten betrokken (30%) (Haddingh et al, 1991).

Hoe vaak gebruik wordt gemaakt van gezinszorg of wijkverpleging door thuiswonende dementerende patiënten is afhankelijk van de thuissituatie van de patiënt en de ernst van de dementie en eventuele andere ziekten. Wanneer de patiënt beschikt over informele verzorgers die regelmatig de patiënt kunnen helpen, zal hulp minder vaak nodig zijn dan wanneer de patiënt alleen woont. Wanneer een informele verzorger af en toe ontlast moet worden, kan er meer beroep gedaan worden op gezinszorg of wijkverpleging.

#### **4.1.4 Maaltijdendienst**

Wanneer een demente persoon niet meer voor zichzelf kan koken of het koken wordt te gevaarlijk, kan een beroep worden gedaan op een maaltijdendienst. Maaltijdendiensten zijn in Nederland op gemeentelijk niveau georganiseerd. Iedere gemeente heeft de vrijheid deze dienst naar eigen inzicht in te vullen. Hierdoor kan de verstrekking zeer verschillend zijn tussen verschillende gemeenten. In sommige gemeenten bestaat er een particuliere instelling zoals “tafeltje-dekje” die deels gesubsidieerd wordt door de gemeente. De maaltijden worden ook wel gemaakt in de keukens van verzorgingshuizen en vervolgens door vrijwilligers thuisgebracht of door de patiënt, partner of familie zelf opgehaald. In IJmuiden bijvoorbeeld worden de maaltijden verstrekt door een cateringbedrijf omdat de maaltijden dienst onder de naam “tafeltje-dekje” niet aansloeg. De maaltijdendienst kan door de patiënt zelf, zijn partner of familie, huisarts, thuiszorg of Riagg worden aangevraagd. Per maaltijd moet de patiënt een bepaald bedrag betalen, de bedragen verschillen tussen de verschillende gemeenten.

In Nederland zijn er ongeveer 256 instellingen die onafhankelijk van andere instellingen maaltijden verstrekken, ongeveer 147 instellingen verschaffen maaltijden in samenwerking met andere instellingen zoals een verzorginghuis of een verpleeghuis (CBS, 1997). Hoe vaak en hoeveel dementerenden in Nederland gebruik maken van een maaltijdendienst is niet bekend.

#### **4.1.5 Riagg**

Een Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg) verschaft hulp en advies aan mensen met psychische problemen. Deze instellingen omvatten een aantal verschillende afdelingen: een jeugdafdeling, een volwassenenafdeling, een ouderenafdeling en afdelingen voor sociale psychiatrie en psychotherapie.

De afdeling ouderenzorg is bedoeld voor personen van 65 jaar en ouder en streeft ernaar ouderen op een dusdanige wijze te ondersteunen dat ze zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. De afdeling ouderenzorg behandelde in 1993 ongeveer 16% van de aanmeldingen bij de Riagg. Aangezien toen 13% van de Nederlandse bevolking 65 jaar en ouder was, zijn ouderen oververtegenwoordigd in het patiëntenbestand van de Riagg (Beer en Hutschemaekers, 1996). In een studie van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (Beer en Hutschemaekers, 1996) naar vraag en aanbod in de Riagg-ouderenzorg is aan intakers van afdelingen ouderenzorg bij zeven Riagg's gevraagd om de diagnose van de cliënt aan te geven. Bij 43% van de cliënten werd de diagnose een dementie-syndroom gegeven en bij 28% van de cliënten werd als diagnose de ziekte van Alzheimer gegeven.

Een huisarts kan zelf een patiënt diagnostiseren maar kan ook verwijzen naar de Riagg voor het diagnostiseren van de patiënt en het coördineren van verdere zorg. Naast de huisarts bestaan er meerdere verwijzers voor de Riagg, zoals ziekenhuizen, somatische verpleeghuizen en de politie. Wanneer een patiënt met bijvoorbeeld een heupfractuur is opgenomen in het ziekenhuis maar dusdanig verward is dat de patiënt niet meer naar huis kan, wordt de patiënt door het ziekenhuis verwezen naar de Riagg. Een somatisch verpleeghuis kan hulp van de Riagg inschakelen wanneer een dementerende patiënt overgeplaatst moet worden naar een psychogeriatrisch verpleeghuis. De politie kan de Riagg inschakelen wanneer er sprake is van een crisissituatie, zoals bijvoorbeeld brand.

Wanneer de patiënt heel erg verward is of psychische problemen heeft, verwijst de politie naar een Riagg (Bothof, 1997).

De taak van de Riagg-ouderenzorg is voornamelijk psychogeriatrisch van aard. Aan de primaire verzorgers van thuiswonende dementerende ouderen kan advies worden gegeven. De afdeling kan ook voor interventie met andere professionele hulpverleners, zoals gezinszorg of wijkverpleging zorgen en verwijzen of bemiddelen voor opname of dagbehandeling in het verpleeghuis (Duijnste, 1992).

#### **4.1.6 Dagbehandeling**

Naast volledige opname bieden 2/3 van de verpleeghuizen in Nederland de mogelijkheid tot dagbehandeling. Fysiotherapeuten, dramatherapeuten, muziektherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten zijn meestal betrokken bij de behandeling van dementerende patiënten in de dagbehandeling. Tijdens de verschillende activiteiten, zoals bijvoorbeeld koffie zetten, kan de ergotherapeut observeren of de patiënt de volgorde van handelingen omdraait, of handelingen vergeet. Aan de hand hiervan kan een behandelingsplan opgesteld worden. De fysiotherapeut ondersteunt de patiënten door middel van oefeningen en probeert de patiënten mobiel te houden, aangezien demente personen neigen passief te worden. De dramatherapeut kan patiënten die niet meer kunnen praten helpen bij het uiten van hun emoties. De activiteiten die geboden worden in de verpleeghuizen verschillen onderling maar de verschillen zijn niet groot. Meestal bestaan de activiteiten uit krant lezen, koffie zetten en drinken, programma's waarbij getracht wordt de patiënt weer te activeren en mobiel te houden door onder andere lichamelijke oefeningen (Sterk, 1997). Dit type zorg kan de primaire verzorgers tijdelijk ontlasten.

Uit een dementie onderzoek in Groningen bleek dat bijna de helft van de dementerende ouderen (20 van de 43 cases) dagbehandeling in een verpleeghuis ontvingen. De meeste dementerende ouderen bezochten de dagbehandeling twee keer per week (Haddingh, Kootte et al., 1991)

#### **4.1.7 Ziekenhuisopname**

Demente personen kunnen voor somatische klachten (een heupfractuur bijvoorbeeld) en voor hun dementie in het ziekenhuis terechtkomen. Wanneer de patiënt voor dementie wordt opgenomen zal meestal sprake zijn geweest van een crisissituatie. De patiënt heeft geen informele verzorgers, is in een gevorderd stadium van dementie en moet eigenlijk in een verpleeghuis worden opgenomen alleen is er nog geen plaats of de patiënt is nog niet aangemeld bij een verpleeghuis.

Wanneer de patiënt na genezing van de somatische klacht thuis kan worden opgevangen door informele verzorgers en/of professionele thuiszorg zal de opnameduur niet uitzonderlijk lang zijn. In het geval dat de patiënt geen opvang heeft en niet meer naar huis kan wordt de opnametijd erg lang. Dit wordt ook wel de "verkeerde bed problematiek" genoemd. De patiënt hoort eigenlijk in een verpleeghuis maar daar is geen plaats, de patiënt kan niet meer naar huis dus het ziekenhuis is de enige mogelijkheid op dat moment (Bosch en Kardaun, 1993).



De verkeerde bedproblematiek is er waarschijnlijk medeverantwoordelijk voor dat dementerende patiënten lang in het ziekenhuis blijven wanneer zij eenmaal zijn opgenomen. In Nederland werden in 1994 ongeveer 1.165 patiënten wegens dementie in een ziekenhuis opgenomen. In dat jaar bedroeg de gemiddelde verpleegduur voor dementerenden 45 dagen (Polder, Meerding et al., 1997).

#### **4.2 Zorg voor opgenomen Alzheimer patiënten**

Wanneer de patiënt meer zorg nodig heeft dan geleverd kan worden door primaire verzorgers en professionele zorgverleners kan besloten worden dat opname in een verpleeghuis noodzakelijk is. De patiënt wordt door een Riagg of door de huisarts aangemeld bij een Regionale Indicatiecommissie. Deze commissie moet een positief advies geven voordat opname in een verpleeghuis mogelijk is. De taak van de Indicatiecommissie omvat het vaststellen van de noodzaak tot opname in een verpleeghuis of verzorgingshuis van de aangemelde patiënten. De commissie verzamelt data over de diagnose van de patiënt bij de huisarts en over de thuissituatie van de patiënt bij een sociaal werker. Op basis van de verzamelde data besluit de commissie de mate van urgentie van de patiënt.

De urgentie is afhankelijk van de ernst van de ziekte, de thuissituatie van de patiënt (een hulpbehoevende patiënt zonder informele verzorger is urgenter dan een patiënt die geholpen kan worden door zijn omgeving) en de lengte van de wachtlijsten. De situatie van alle aangemelde patiënten worden met elkaar vergeleken en dan wordt de mate van urgentie bepaald. De patiënt die als meest urgent wordt aangemerkt wordt bovenaan de wachtlijst geplaatst (NIG, 1995). In de volgende paragraaf zal de opvang in verzorgingshuizen aan bod komen. In de daarop volgende paragraaf worden de verpleeghuizen besproken.

### 4.2.1 Verzorgingshuizen

Verzorgingshuizen bieden behuizing en verzorging aan ouderen van 65 jaar en ouder voor wie onafhankelijk thuis wonen te lastig is geworden. De zorg is gericht op het voorkomen van ongelukken, verwaarlozing en sociaal isolement. De zorg is minder gericht op intensieve begeleiding verzorging en verpleging. Hoewel in verzorgingshuizen licht tot matig dementerende personen te vinden zijn, wordt deze groep patiënten niet in verzorgingshuizen opgenomen met deze diagnose. De dementerende personen wonend in een verzorgingshuis zijn tijdens hun verblijf dement geworden. De personele en bouwkundige structuur van verzorgingshuizen zijn niet uitgerust om demente patiënten vierentwintig uur per dag intensief te begeleiden, verzorgen en te reactiveren zoals dat mogelijk is in verpleeghuizen. Overplaatsing vanuit het verzorgingshuis naar een verpleeghuis wordt noodzakelijk wanneer patiënten wel deze intensieve zorg nodig gaan hebben. Verzorgingshuizen zijn in eerste instantie dus niet bedoeld als voorziening voor dementerende patiënten. Aangezien een aanzienlijk deel van de bewoners dement is, zal deze voorziening toch bij de kostenberekening worden betrokken.

In 1995 woonden ongeveer 117.491 ouderen in verzorgingshuizen. De prevalentie en ernst van dementie onder bewoners van verzorgingshuizen is onderzocht als onderdeel van het eerder genoemde DOOPLAZ-onderzoek. De volgende tabel toont de gevonden prevalentie van dementie in verzorgingshuizen en psychogeriatrische verpleeghuizen.

**Tabel 4.2.1** *Prevalentie schattingen voor dementie in verzorgingshuizen en psychogeriatrische verpleeghuizen in Nederland volgens het DOOPLAZ-onderzoek*

Leefsituatie	Prevalentie dementie	Proportie matig en ernstig dement van de prevalentie
Verzorgingshuis	21%	20%
Psychogeriatrisch verpleeghuis	100%	100%

Bron: (Boersma, Eefsting et al., 1995)

Wanneer het prevalentiecijfer van 21% gehanteerd wordt, dan waren er in 1995 ongeveer (117.491 \* 21%) 24.673 bewoners van verzorgingshuizen dement. De laatste jaren is de zorgwaarde in verzorgingshuizen toegenomen (CBS, 1997). Dit zou onder andere verklaard kunnen worden doordat de wachtlijsten van verpleeghuizen langer zijn geworden, waardoor patiënten die in een verpleeghuis horen langer in verzorgingshuizen blijven.

### 4.2.2 Verpleeghuizen

Dat verpleeghuizen een belangrijke voorziening voor ouderen vormen blijkt uit het feit dat ongeveer 20% van de personen boven de 65 jaar en een kwart van de personen boven de 80 jaar in een verpleeghuis terecht komen. De verpleeghuizen hebben de basisfuncties: revalidatie, langdurige behandeling en verpleging en terminale zorg (Ribbe, Fruijters et al., 1993). Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen somatische, psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen. In de volgende tabel wordt de verdeling van de in Nederland aanwezige verpleeghuizen in percentages weergegeven.

**Tabel 4.2.2** *Verschillende categorieën verpleeghuizen*

Categorie	Percentage van het totale aantal verpleeghuizen
Somatisch verpleeghuis	20%
Psychogeriatrisch verpleeghuis	20%
Gecombineerd verpleeghuis	60%

Bron: (NZi, 1997)

Dementerende patiënten komen voornamelijk in psychogeriatrische verpleeghuizen of op psychogeriatrische afdelingen van gecombineerde verpleeghuizen terecht. In deze verpleeghuizen is constante begeleiding en verzorging mogelijk. Het aantal psychogeriatrische bedden is de laatste jaren toegenomen van 25.234 bedden in 1991 naar 29.646 bedden in 1996 (SIG, 1997). Er wordt geschat dat een kwart van de patiënten met een ernstig dementie-syndroom is opgenomen in een verpleeghuis (Koopmans, Hell et al., 1991).

Door Ribbe et al (1993) wordt een profiel geschetst van verpleeghuispatiënten op basis van gegevens die worden verzameld door de landelijke Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg Verpleeghuis Informatie Systeem (SIVIS). De gemiddelde leeftijd bij opname van patiënten was voor mannen 80,1 jaar en voor vrouwen 76,6 jaar. Er werden tweemaal zoveel vrouwen opgenomen als mannen (Ribbe, Fruijters et al., 1993). Dit kan verklaard worden doordat informele verzorgers voornamelijk vrouwelijke partners van de patiënt zijn. Wanneer vrouwen zelf ziek worden, beschikken zij daarom over minder informele zorg dan mannen en zullen zij eerder een beroep doen op professionele zorg en eerder worden opgenomen dan mannen.

Samenvattend wordt de belangrijkste zorg voor thuiswonende dementerende patiënten verleend door informele verzorgers. Deze verzorging brengt voor de partner of familieleden een zware belasting met zich mee, die onderling sterk kan variëren. Professionele thuiszorg en dagbehandeling kunnen de informele verzorgers ontlasten. Wanneer informele verzorgers en professionele verzorgers de patiënt niet meer voldoende zorg kunnen bieden, vormt het verpleeghuis de belangrijkste voorziening.

## **5 Kosten gemaakt in de gezondheidszorgsector voor de ziekte van Alzheimer**

Bij de methode van kostenberekening kan een onderscheid gemaakt worden tussen de “top-down” en “bottom-up” aanpak. Bij de “top-down” aanpak staan meerdere ziekten centraal en wordt elke gulden slechts aan één bepaalde ziekte toegerekend. De bottom-up aanpak wordt gehanteerd wanneer er wordt uitgegaan van één specifieke ziekte, waarbij de kosten van alle patiënten tezamen de totale kosten van de ziekte vormen. Bij de bottom-up aanpak worden gegevens over de medische consumptie per individuele patiënt vermenigvuldigd met de kosten per eenheid van de voorzieningen. Aangezien veel patiënten meer dan één ziekte tegelijkertijd hebben, ook wel co-morbiditeit genoemd, kan het kostenonderscheid bij deze aanpak van de verschillende aandoeningen bemoeilijkt worden. De kans bestaat dan dat de kosten van de verschillende aandoeningen aan één ziekte worden toegerekend. Wanneer de kosten van afzonderlijke diagnoses uit meerdere studies worden opgeteld, kan dit leiden tot dubbeltellingen (Polder, Meerding et al., 1997).

Kostenberekeningen hebben een volume- en een prijscomponent: de eenheden en de kosten per eenheid. Per voorziening kan de gekozen eenheid variëren: van een uur gezinszorg voor thuiswonende patiënten, tot een verpleegdag voor patiënten in verpleeghuizen. Voor berekening van de kosten van een voorziening voor een demente patiënt moet eerst de hoeveelheid eenheden per voorziening berekend of achterhaald worden. Vervolgens moeten de eenheden gewaardeerd worden. Daarnaast zullen de kosten per voorziening naar geslacht en ernst van dementie worden gedifferentieerd voor zover dit mogelijk is. In de volgende paragrafen zullen de kosten van huisarts, thuiszorg, Riagg, ziekenhuisopname, dagbehandeling en opname in een verpleeghuis en verzorgingshuis met betrekking tot dementie of de ziekte van Alzheimer op deze wijze berekend worden. Als basisjaar is 1996 genomen, omdat over dit jaar de meest recente gegevens beschikbaar waren. Wanneer geen gegevens over 1996 voor handen waren, is een prijsindexcijfer van 101 gehanteerd voor de uitgaven uit 1995 (CBS, 1997). Net als prijzen kunnen ook volumina veranderen in de tijd. Voor de volumina is per voorziening een indexcijfer berekend op basis van gegevens over de volumina in voorgaande jaren.

## **5.1 Kosten van huisartshulp**

Door Polder et al. (1997) is een studie gedaan naar de kosten van ziekten in Nederland in 1994. In deze studie zijn de kosten van verschillende aandoeningen verdeeld naar verschillende sectoren, waaronder de huisarts. Voor de berekening van de huisartskosten is in de studie gebruik gemaakt van het Registratie Netwerk Groningen (RNG). Gegevens van drie groepspraktijken met 12 huisartsen en 22.000 patiënten zijn hiervoor gebruikt. Er werden in 1994 door het RNG 79.964 consultredenen en 56.547 contacten geregistreerd.

De consultredenen waarbij geen persoonlijk contact is geweest, zoals telefonische consulten en herhalingsrecepten, zijn niet gebruikt voor de verdeling van de kosten. Hierdoor kunnen de kosten van diagnoses met veel herhalingsrecepten of telefonische consulten onderschat zijn. De huisartskosten voor dementie bedroegen in 1994 ongeveer 3 miljoen gulden per jaar, voor mannen 1,3 miljoen en voor vrouwen 1,7 miljoen (Polder, Meerding et al., 1997). Over 1988 is ook een kosten van ziekte studie uitgevoerd (Koopmanschap, Roijen et al., 1991). De kosten voor huisartshulp zijn in deze studie toegedeeld op basis van gegevens van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk uitgevoerd door het NIVEL. Het bestand had betrekking op bijna 360.000 consultredenen. Ook voor 1988 werden de huisartskosten voor dementie op 3 miljoen gulden geschat (Koopmanschap, Roijen et al., 1991).

In beide studies heeft de registratie plaats gevonden op basis van ICD-codes (International Classification of Disease) en zijn de kosten op dezelfde wijze toegekend aan de consultredenen. In 6 jaar zijn de huisartskosten voor dementie dus nauwelijks veranderd. Wanneer verondersteld kan worden dan de huisartskosten voor dementie in 1996 ook ongeveer FL 3 miljoen bedragen, dan betekent dit dat in Nederland in 1996 ongeveer (FL 3 miljoen / FL 37,70) 79.576 contacten in verband met dementie betroffen.

In tabel 5.1.1 is weergegeven hoeveel personen in 1996 dement waren gebaseerd op prevalentiecijfers van Ott (1997).

**Tabel 5.1.1 Aantal dementerende patiënten in Nederland naar leeftijd en geslacht in 1996**

Leeftijd	Mannen			Vrouwen			Totaal
	Prevalentie (%)	Bevolking	Aantal demente personen	Prevalentie (%)	Bevolking	Aantal demente personen	Aantal demente personen
55-59	0.2	390.237	780	0.6	385.430	2.313	3.093
60-64	0.5	338.039	1.690	0.4	354.171	1.417	3.107
65-69	0.8	291.398	2.331	1.0	336.518	3.365	5.696
70-74	2.0	237.266	4.745	2.1	315.371	6.623	11.368
75-79	6.0	154.863	9.292	6.2	243.981	15.127	24.419
80-84	13.7	91.431	12.526	19.3	182.718	35.265	47.791
85-90	28.4	39.637	11.257	32.7	105.648	34.547	45.804
90+	41.2	14.004	5.770	40.6	48.038	19.503	25.273
<b>Totaal</b>			<b>48.391</b>			<b>118.160</b>	<b>166.551</b>

Bronnen: (Ott, 1997) en (CBS, 1997)

In 1996 waren er op basis van de prevalentiecijfers in totaal 166.551 dementerende patiënten in Nederland waarvan 48.391 demente mannen en 118.160 demente vrouwen. Volgens de Nationale Raad voor Volksgezondheid woont 66% van alle dementie patiënten thuis (NRV, 1993). Deze patiënten kunnen een beroep doen op hun huisarts. Bij opgenomen patiënten neemt de verpleeghuisarts de taken van de huisarts over. In 1996 zijn er dan (66% x 166.551) 109.924 thuiswonende dementerende patiënten. De huisartskosten voor dementie bedroegen drie miljoen gulden. In 1996 bedroegen de huisartskosten per dementerende patiënt (FL 3 miljoen/109.924) FL 27,30.

In de volgende tabel zijn de huisartskosten voor dementie verdeeld naar geslacht.

**Tabel 5.1.2. Huisartskosten wegens dementie**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aantal thuiswonende demente personen	31.938 (66% * 48.391)	77.986 (66% * 118.160)	109.924 (66% x 166.551)
Huisartskosten wegens dementie	FL 1.300.000	FL 1.700.000	FL 3.000.000
Huisartskosten wegens dementie per persoon	FL 40,70	FL 21,80	FL 27,30

Uit de tabel blijkt dat de kosten van huisartszorg voor vrouwen veel lager zijn dan de kosten voor mannen. Dit kan worden veroorzaakt doordat bij de schatting, 66% van de demente personen wonen thuis, geen onderscheid is gemaakt naar geslacht. Zoals in hoofdstuk vier werd vermeld leveren vrouwen vaker en meer informele zorg. Vrouwen zullen eerder een beroep doen op professionele zorg en eerder worden opgenomen dan mannen wanneer zij ziek worden. Het kan zo zijn dat meer dan 66% van de dementerende mannen thuis wonen (hiermee gaan de kosten voor mannen per persoon omlaag) en minder dan 66% van de dementerende vrouwen thuis wonen (hiermee gaan de kosten voor de vrouwen per persoon omhoog).

De registratiesystemen vonden plaats op basis van consultredenen. Wanneer een dementerende persoon wegens desoriëntatie van de trap valt en met een kneuzing of verwonding bij de huisarts komt, zal de consultreden niet onder dementie vallen. Toch hangen deze consulten samen met dementie. Een dementerende patiënt zal de huisarts ook voor andere ziekten consulteren. Hiermee vindt bij het berekenen van de huisartskosten voor een demente patiënt per jaar alleen op basis van de consultredenen dementie een onderschatting van de huisartskosten plaats. De huisartskosten van FL 27,30 per persoon wegens dementie zijn daarom niet reëel. In het navolgende zal dan ook worden uitgegaan van de gemiddelde huisartskosten voor personen van 65 jaar en ouder.

In 1996 bedroegen de totale kosten van huisartspraktijken volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek FL 2.169 miljoen. Het totale aantal contacten in de bevolking voor dat jaar werden geschat op 57,5 miljoen contacten (CBS, 1997). De kosten per contact bedragen in 1996 (FL 2169 mln / 57,5 mln) FL 37,70. Personen van 65 jaar en ouder hebben in 1996 gemiddeld zes huisartscontacten per persoon. De huisartskosten voor een persoon van 65 jaar of ouder bedragen in dat jaar (FL 37,70 x 6) FL 226,20. Op dezelfde wijze zijn de huisartskosten voor mannen en vrouwen berekend, deze zijn in tabel 5.1.3 weergegeven.

**Tabel 5.1.3 Aantal contacten met de huisarts en de bijbehorende kosten naar leeftijd en geslacht**

	Aantal contacten met de huisarts in 1996 (CBS, 1997)	Huisartskosten per persoon in 1996 (FL 37,70 per contact)
Mannen: 65+	5.1	FL 192,-
Vrouwen 65+	6.6	FL 249,-
Totaal 65+	6.0	FL 226,-



De huisartskosten per persoon omvatten de kosten voor alle ziekten waarvoor personen de huisarts consulteren. Hieronder vallen dus ook de kosten voor dementie. De huisartskosten voor dementie per persoon mogen niet bij de totale kosten voor huisartshulp worden opgeteld, maar vormen een deel van de totale huisartskosten per persoon.

## **5.2 Kosten van thuiszorg**

In Nederland zijn er verschillende onderzoeken gedaan naar thuiswonende dementerende patiënten. Het Dementie Onderzoek Groningen omvatte een inventariserend casuonderzoek naar knelpunten in de zorg voor dementerende ouderen in de provincie Groningen. In het AMSTEL-project (*AMsterdam Study on the ELderly*) werden epidemiologische gegevens verzameld onder een groep ouderen, niet wonend in een verpleeghuis. Het ERGO-onderzoek (Erasmus Rotterdam Gezondheid en Ouderen) is een epidemiologische studie waar alle bewoners van 55 jaar en ouder van de wijk Ommoord zijn benaderd. In geen van deze onderzoeken werd geregistreerd hoeveel uren gezinszorg en wijkverpleging werden gegeven aan thuiswonende dementerende patiënten. Ook uit de literatuur bleek niet hoeveel uren thuiszorg werd verleend aan deze groep patiënten. Om de kosten van thuiszorg voor demente thuiswonende patiënten te kunnen berekenen is het nodig om het aantal contacten en de gemiddelde duur van de contacten per week of per dag te achterhalen. In de volgende paragrafen wordt de wijze waarop de volumina in de thuiszorgsector zijn achterhaald, behandeld.

### **5.2.1 Registratiesysteem Amsterdam**

Bij Thuiszorg Amsterdam wordt sinds de tweede helft van 1997 het aantal geleverde uren wijkverpleging naar diagnose vastgelegd. De diagnose “dementie” wordt in dit registratiesysteem niet gehanteerd, wel de diagnose “psychogeriatric”. Hieruit bleek dat in de tweede helft van 1997 248 cliënten met de diagnose “psychogeriatric” zijn geholpen. Totaal werden er 5.762 uren wijkverpleging geleverd aan deze groep cliënten. Het totaal aantal contacten bedroeg 11.471, de gemiddelde duur per contact is 30 minuten.

Per cliënt werd dan ongeveer (11.471/248) 46 contacten in zes maanden verstrekt. Per week zijn dit 1.8 contacten, ongeveer 53 minuten wijkverpleging per week. Omdat de gegevens uit het registratiesysteem niet de diagnose dementie betreffen en niet zijn gedifferentieerd naar ernst van dementie zijn deze gegevens niet bruikbaar voor de berekening van de kosten. Aangezien geen andere gegevens over de volumina van thuiszorg voor handen waren is besloten om door middel van een klein onderzoek het aantal zorgminuten te achterhalen.

### **5.2.2 Onderzoek naar het aantal geleverde zorguren in de thuiszorg**

Doel van het onderzoek was een indicatie te krijgen van het gemiddeld aantal zorgminuten thuishulp dat wordt verstrekt aan dementerende thuiswonende patiënten. Daarnaast was het de bedoeling om een verdeling van het aantal zorgminuten naar ernst van dementie te achterhalen. Door middel van casusbeschrijvingen van dementerende patiënten met een verschil in de mate van ernst van dementie moet de hoeveelheid thuiszorg door experts worden ingeschat.

#### Opzet

Voor dit onderzoek werden zorgbemiddelaars (zorgintakers) als de “experts” aangemerkt, aangezien zij in de thuissituatie van cliënten de benodigde hoeveelheid professionele thuiszorg in komen schatten voordat er zorg wordt geleverd.

Op basis van beschrijvingen in de literatuur en met behulp van een huisarts (mw. dr. E. Grijseels) zijn zes casusbeschrijvingen samengesteld. Door middel van deze casusbeschrijvingen is de situatie geschetst van een aantal thuiswonende dementerende patiënten, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen licht, matig en ernstig dementerende patiënten. Dit onderscheid is gemaakt op basis van beschrijvingen van dementerende patiënten in verschillende stadia uit de literatuur. Voor licht dementerende patiënten zijn twee casussen geschetst en is per casus gevraagd om de zorg in te schatten voor de patiënt wanneer deze niet beschikt over een informele verzorger en wanneer de patiënt wel beschikt over een informele verzorger. De matig en ernstig dementerende patiënten in de casusbeschrijvingen beschikten allemaal wel over een informele verzorger. Dit is gedaan om te voorkomen dat de zorgintakers de zorg niet konden inschatten omdat patiënten normaal gesproken al in een verpleeghuis zouden zijn opgenomen. De casusbeschrijvingen zijn in bijlage III opgenomen.

### Respondenten

De managers van de afdeling zorgbemiddeling in een aantal thuiszorgorganisaties in verschillende grote steden zijn eerst telefonisch benaderd. Omdat het onderzoek klein was en het aantal zorgbemiddelaars binnen thuiszorgorganisaties beperkt is, zijn vooral grote thuiszorgorganisaties in grote steden benaderd. Op deze manier konden veel zorgintakers tegelijkertijd benaderd worden.

De volgende instellingen zijn benaderd:

- Thuiszorg Rotterdam (wilde uiteindelijk niet meedoen)
- Thuiszorgorganisatie Amsterdam (25 vragenlijsten zijn naar deze organisatie opgestuurd)
- Thuiszorgorganisatie Schiedam (25 vragenlijsten zijn opgestuurd)
- Twee verschillende thuiszorgorganisaties in Den Haag (in totaal zijn 33 vragenlijsten opgestuurd)
- Thuiszorg Utrecht (één vragenlijst is opgestuurd, omdat men wilde weten wat dit onderzoek inhield, uiteindelijk wilde deze organisatie niet meedoen)

### Respons

In totaal zijn er 84 vragenlijsten opgestuurd. Uiteindelijk hebben 19 zorgintakers de vragenlijsten ingevuld teruggestuurd (respons van 23%). Schriftelijk en telefonisch hebben een aantal zorgintakers laten weten niet mee te willen doen aan het onderzoek. Dit wordt ook wel non-respons genoemd. Deze non-respons werd veroorzaakt doordat veel zorgintakers vonden dat de casus te weinig informatie bevatten. Vooral bij casus één (zie bijlage III) vonden een aantal zorgintakers dat over de medicijnen onduidelijkheid bestond. Voor welke aandoening de medicijnen bedoeld waren en hoe vaak deze per dag moesten worden ingenomen was niet duidelijk genoeg weergegeven. Hoeveel zorg door de informele verzorger werd gegeven werd in deze casus door enkele zorgintakers ook vaak onduidelijk gevonden. Drie respondenten vonden dat te weinig informatie was gegeven over de kenmerken van de partner. Voor inschatting van de zorg was meer informatie nodig omtrent eventuele fysieke beperkingen van de partner, de behoefte aan begeleiding en de draagkracht van de verzorger. Bij casus twee, drie en vier werd vaak aangegeven dat geen of weinig zorg verleend zou worden tenzij de informele verzorger overbelast werd of wanneer de informele verzorgers zelf ondersteuning wensten. Daarnaast vond men dat overleg met familieleden en de patiënt een belangrijke rol speelde in het bepalen van de hoeveelheid zorg.

### Resultaten

Ondanks de lage respons van 23% is toch geprobeerd inzicht te krijgen in de resultaten van de vragenlijsten die wel teruggestuurd zijn. Uit de analyses bleek dat een aantal respondenten moeite hebben gehad met het invullen ervan. Vier respondenten gaven zeer afwijkende antwoorden in vergelijking met overige respondenten. Zij stelden bijvoorbeeld dat ernstig dementerende patiënten geen gezinszorg of wijkverpleging nodig hebben. Dit is in tegenspraak met de gevonden literatuur en de rest van de respondenten. Om deze reden zijn deze respondenten uit de analyses gehaald. Op basis van de overige 15 ingevulde vragenlijsten is het gemiddeld aantal zorgminuten per zorgsoort per week naar geslacht en naar ernst van de dementie berekend. In de volgende tabellen is dit weergegeven.

**Tabel 5.2.1 Gemiddeld aantal zorgminuten voor licht dementerende patiënten  
(minimale en maximale aantal zorgminuten tussen haakjes)**

Casus	Gezinszorg		Wijkverpleging	
Vrouw zonder verzorger	271	(153-405)	73	(0-360)
Vrouw met verzorger	152	(0-240)	27	(0-150)
Man zonder verzorger	42	(0-240)	9	(0-30)
Man met verzorger	24	(0-180)	7	(0-30)

Uit de tabel blijkt dat de hoeveelheid zorg die de patiënt nodig heeft, zowel afhankelijk is van geslacht als van de aanwezigheid van een informele verzorger. De verhouding man : vrouw bij gezinszorg en wijkverpleging verhoudt zich als 1 : 6. Voor elke minuut gezinszorg of wijkverpleging die een licht dementerende man krijgt, ontvangt de vrouw ruim zes minuten gezinszorg of wijkverpleging. De verhouding patiënt met verzorger : patiënt zonder verzorger staat als 1 : 1,9. Een licht dementerende patiënt die niet beschikt over een informele verzorger ontvangt bijna tweemaal zoveel zorg als een licht dementerende patiënt die wel beschikt over een informele verzorger.

In tabel 5.2.2 zijn het aantal zorgminuten voor matig dementerende patiënten opgenomen.

**Tabel 5.2.2 Gemiddeld aantal zorgminuten voor matig dementerende patiënten  
(minimale en maximale aantal zorgminuten tussen haakjes)**

Casus	Gezinszorg		Wijkverpleging	
Vrouw met verzorger	221	(0-390)	60	(0-210)
Man met verzorger	152	(0-270)	20	(0-60)

Ook uit deze tabel blijkt dat de zorg afhankelijk is van geslacht. De verhouding man : vrouw voor de nodige zorg verhoudt zich als 1 : 1,6. Voor de hoeveelheid zorg die een matig dementerende man ontvangt, ontvangt een matig dementerende vrouw ruim anderhalf keer zoveel zorg. Toch is het verschil in benodigde zorg tussen matig dementerende mannen en matig dementerende vrouwen niet zo groot als bij licht dementerende patiënten.

Het aantal minuten zorg voor ernstig dementerende patiënten wordt in de volgende tabel getoond.

**Tabel 5.2.3 Gemiddeld aantal zorgminuten voor ernstig dementerende patiënten  
(minimale en maximale aantal zorgminuten tussen haakjes)**

Casus	Gezinszorg		Wijkverpleging	
Vrouw met verzorger	230	(0-600)	286	(45-525)
Man met verzorger	258	(180-600)	264	(45-525)

In vergelijking met de tabel voor matig dementerende patiënten is het aantal minuten wijkverpleging voor ernstig dementerende patiënten veel hoger. Daarnaast verschilden de meningen van de respondenten meer over de benodigde zorg voor ernstig dementerende patiënten dan bij de zorg voor matig en licht dementerenden: de range is groter. De verhouding zorg tussen mannen en vrouwen is nagenoeg 1 : 1. Naarmate de ernst van dementie toeneemt lijkt het geslacht een steeds kleinere rol in de hoeveelheid benodigde zorg te gaan spelen. In de onderstaande tabel wordt het gemiddeld aantal zorgminuten naar werksoort en ernst van dementie samengevat.

**Tabel 5.2.4 Gemiddeld aantal zorgminuten voor een dementerende patiënt**

Ernst van dementie	Gezinszorg		Wijkverpleging		Thuiszorg totaal	
Licht dement	122	(39-236)	29	(0-128)	151	(62-278)
Matig dement	187	(60-330)	40	(0-135)	227	(90-405)
Ernstig dement	250	(90-600)	273	(45-490)	523	(270-670)
Man gemiddeld	119	(45-315)	75	(11-154)	194	(94-326)
Vrouw gemiddeld	217	(135-371)	102	(135-371)	320	(170-570)

De hoeveelheid gezinszorg neemt geleidelijk toe met de ernst van dementie, terwijl de hoeveelheid benodigde wijkverpleging in een keer enorm toeneemt zodra een patiënt ernstig dement is.

### Beschouwing

De bedoeling van het onderzoek was de casusbeschrijvingen zodanig op te stellen dat algemene conclusies mogelijk waren. Om dit te bereiken is zo weinig mogelijk gedetailleerde informatie gegeven in de casusbeschrijvingen en is geen rekening gehouden met overlegsituaties aangezien in dit geval de zorgintakers als belangrijkste bron van informatie is beschouwd. Nadeel van deze aanpak was dat weinig intakers zich met deze weinig gedetailleerde casus konden identificeren. Als gevolg hiervan hebben weinig respondenten meegedaan met dit onderzoek en zijn de resultaten gebaseerd op een klein aantal respondenten.

Een ander punt is dat onderzocht is hoeveel zorgminuten dementerende patiënten *nodig* hebben en niet het aantal zorgminuten dat dementerende patiënten daadwerkelijk *ontvangen*. Hoeveel zorg een patiënt uiteindelijk ontvangt is niet alleen afhankelijk van de hoeveelheid zorg die de patiënt nodig heeft, maar ook van de beschikbare capaciteit van thuiszorg in de woonplaats van de betreffende patiënt. Een patiënt kan 100 minuten gezinszorg per week nodig hebben, maar wanneer niet voldoende gezinsverzorgenden beschikbaar zijn om 100 minuten zorg te verlenen, zal de patiënt minder zorg ontvangen. De hoeveelheid thuiszorg die dementerende patiënten ontvangen kan dus ook per regio of plaats variëren. De berekende hoeveelheden zorgminuten moeten dan ook gezien worden als een benadering. Daarnaast is in dit onderzoek de ernst van dementie als invalshoek genomen. De casussen zijn ingedeeld naar licht, matig en ernstig dementerende patiënten. Vaak vermeldden de zorgintakers dat ADL-kenmerken belangrijker zijn bij de toewijzing van zorg, dan cognitieve stoornissen. Wellicht zou het onderzoek betere resultaten opgeleverd hebben, wanneer de nadruk meer gelegd was op de ADL-kenmerken.

Ondanks dat er kanttekeningen bij het uitgevoerde onderzoek te plaatsen zijn, zal bij de berekening van de kosten de resultaten uit het onderzoek worden gebruikt, aangezien geen betere gegevens over de thuiszorg voor handen zijn. De berekende kosten zullen niet tot op de cent nauwkeurig de werkelijke kosten weerspiegelen, maar zullen een indicatie van de werkelijke kosten aangeven.

### **5.2.3 Waardering van het aantal geleverde zorguren in de thuiszorg**

Voor de waardering van het aantal zorgminuten zijn de kosten voor een effectief uur gezinszorg en een effectief uur wijkverpleging berekend met behulp van het jaarboek Thuiszorg (NZi, 1995). Op basis van een aantal instellingen die participeerden in de jaarlijkse enquête van LVT en NZi zijn de jaarlijkse kosten en aantal uren geleverde zorg bekend. Niet alle thuiszorginstellingen hebben meegedaan. De gegevens van de ontbrekende thuiszorginstellingen zijn op basis van budgetgegevens erbij geschat.

#### **Kosten van gezinszorg**

Onder gezinszorg vallen alpha-hulp en traditionele hulp. De kosten konden niet worden verdeeld naar deze twee werksoorten en vallen tezamen onder de categorie gezinszorg.

In de volgende tabel zijn de kosten voor gezinszorg voor 1995 weergegeven.

**Tabel 5.2.5 Kosten voor gezinszorg in Nederland voor 1995**

Kostencategorie	Kosten gezinszorg
<b>Personeel in loondienst</b>	
uitvoerend personeel	FL 707.640.000
leidinggevend personeel	FL 113.984.000
overig personeel	FL 78.028.000
totaal personeel in loondienst	FL 899.652.000
<b>Personeel niet in loondienst</b>	
uitvoerend personeel	FL 123.624.000
leidinggevend personeel	FL 257.000
overig personeel	FL 424.000
totaal personeel niet in loondienst	FL 124.305.000
Totale personeelskosten	FL 1.023.957.000
<b>Materiële kosten</b>	
overige personeelskosten	FL 18.845.000
reiskosten uitvoerend personeel	FL 16.687.000
huisvestingskosten	FL 21.284.000
materiaalkosten	FL 1.407.000
bureau- en administratiekosten	FL 19.461.000
algemene kosten	FL 22.534.000
financiële en diverse baten en lasten	FL - 4.443.000
<b>Totale kosten</b>	<b>FL 1.119.732.000</b>

(NZi/LVT, 1997)

De integrale kostprijs voor gezinszorg bestaat uit alle kosten voor gezinszorg gedeeld door het totaal aantal uren geleverde gezinszorg. Volgens het Jaarboek Thuiszorg werd in 1995 totaal 28.195.064 uren gezinszorg geleverd (NZi/LVT, 1997).

De integrale kostprijs per uur gezinszorg bedraagt in 1995:

$$\frac{1.119.732.000}{28.195.064} = \text{FL } 39,70$$



De personele kostprijs voor een geleverd uur gezinszorg bestaat uit de personele kosten voor het uitvoerende personeel gedeeld door het aantal uren geleverde zorg. De kostprijs voor een geleverd uur gezinszorg bedraagt :

$$\frac{\text{FL } 831.264.000}{28.195.064} = \text{FL } 29,50$$

Voor 1995 werd het tarief voor gezinszorg gesteld op FL 15,- voor een uur alpha-hulp en FL 30,- voor een uur traditionele hulp (COTG, 1995). De tarieven worden gesteld voor directe contacturen. Onder de directe contacturen vallen niet de activiteiten van niet-uitvoerenden in de thuiszorg (leidinggevend, staf, administratie, management) coördinatie van zorg, indicatiestelling, maaltijdverzorging, ouder-kind zorg, preventie en voorlichting in groepsverband, reistijd, bijscholing, stage, intake, etcetera. In de tarieven zijn materiaalkosten, administratiekosten, beheerskosten, etcetera dus niet meegenomen. Deze kosten vallen onder de "lumpsum overige kosten" (COTG, 1995). De tarieven betreffen alleen het uitvoerende personeel. Bij vergelijking van de kostprijs per geleverd uur voor een gezinsverzorger met de tarieven voor de verschillende werksoorten variëren deze kosten niet aanzienlijk.

Wanneer het prijsindexcijfer van 101 wordt gehanteerd, bedragen de kosten voor gezinszorg in 1996 FL 1.130.929.300. Aangezien de enquête onder thuiszorg instellingen in 1994 begonnen is, zijn er geen gegevens over een trend over de jaren van het aantal uren geleverde thuiszorg. Het indexcijfer van de verandering in geleverde zorg over 1994 en 1995 zal gehanteerd worden om verandering van het aantal uren geleverde zorg voor 1996 te kunnen schatten. Het indexcijfer voor het aantal geleverde uren gezinszorg bedroeg ook 101. Naar schatting zijn in 1996 (101 \* 28.195.064) 28.477.015 uren gezinszorg geleverd.

De integrale kostprijs voor gezinszorg wordt voor 1996 geschat op:

$$\frac{\text{FL } 1.130.929.300}{28.477.015} = \text{FL } 39,70 \text{ per uur}$$

Voor de waardering van het aantal uren gezinszorg zal worden uitgegaan van de integrale kostprijs, namelijk FL 39,70 per uur.

### Kosten van wijkverpleging

De gegevens over kosten en aantal uren geleverde zorg zijn afkomstig uit het Jaarboek Thuiszorg (1997). Onder “kruiswerk” valt zowel wijkverpleging als wijkverzorging. In het Jaarboek Thuiszorg werd geen onderscheid in kosten gemaakt tussen wijkverpleging en wijkverzorging. De kosten tezamen vormen de kosten voor kruiswerk. Andere gegevens over wijkverpleging waren niet voor handen waardoor de kosten voor een uur wijkverpleging gewaardeerd zullen worden met de kosten voor een uur kruiswerk.

In de volgende tabel zijn de kosten voor kruiswerk voor 1995 weergegeven.

**Tabel 5.2.6 Kosten voor kruiswerk in 1995:**

Kostencategorie	Kosten kruiswerk
<b>Personeel in loondienst</b>	
uitvoerend personeel	FL 276.130.000
leidinggevend personeel	FL 42.276.000
overig personeel	FL 94.591.000
totaal personeel in loondienst	FL 412.997.000
<b>Personeel niet in loondienst</b>	
uitvoerend personeel	FL 41.849.000
leidinggevend personeel	FL 797.000
overig personeel	FL 2.866.000
totaal personeel niet in loondienst	FL 45.512.000
<b>Totale personeelskosten</b>	<b>FL 458.509.000</b>
<b>Materiële kosten</b>	
overige personeelskosten	FL 18.089.000
reiskosten uitvoerend personeel	FL 21.846.000
Huisvestingskosten	FL 53.265.000
Materiaalkosten	FL 17.021.000
bureau- en administratiekosten	FL 20.367.000
algemene kosten	FL 18.041.000
financiële en diverse baten en lasten	FL - 19.187.000
<b>Totale kosten</b>	<b>FL 587.951.000</b>

Bron: (NZi/LVT, 1997)

De integrale kostprijs voor een uur kruiswerk wordt gevormd door de totale kosten voor kruiswerk in een jaar te delen door het totaal aantal uren geleverd kruiswerk in een jaar. In 1995 zijn volgens het Jaarboek Thuiszorg (1997) 3.043.399 uren kruiswerk geleverd. De integrale kostprijs bedraagt voor 1995:

$$\frac{\text{FL } 587.951.000}{3.043.399} = \text{FL } 193,20 \text{ per geleverd uur kruiswerk}$$

De totale kosten zouden bij gebruik van het prijsindexcijfer van 101 in 1996 ongeveer FL 593.830.510 bedragen. Er heeft nauwelijks een verandering in het aantal uren geleverde kruiswerk plaatsgevonden in 1995 ten opzichte van 1994. Het volume indexcijfer voor het aantal uren geleverde kruiswerk bedraagt dus 100. Wanneer dit indexcijfer gehanteerd wordt voor 1996 dan blijven het aantal uren geleverd kruiswerk ongewijzigd.

De integrale kostprijs voor 1996 wordt geschat op:

$$\frac{\text{FL } 593.830.510}{3.043.399} = \text{FL } 195,10 \text{ per uur kruiswerk}$$

De personele kostprijs voor een geleverd uur kruiswerk bestaat uit de personele kosten voor het uitvoerende personeel gedeeld door het aantal uren geleverde zorg. De kostprijs voor een geleverd uur kruiswerk in 1996 bedraagt :

$$\frac{\text{FL } 321.158.790 \text{ (} 317.979.000 * 101 \text{)}}{3.043.399} = \text{FL } 105,50$$

Wanneer als referentiepunt het tarief van Fl 65,- per uur wijkverpleging voor 1996 met de berekende kostprijs wordt vergeleken, blijkt dat de kostprijs aan de hoge kant is en waarschijnlijk geen reëel getal is. Waarschijnlijk zijn het aantal geleverde uren kruiswerk onderschat waardoor de kostprijs erg hoog uitkomt. Bij berekening van het aantal produktieve uren per uitvoerende werknemer in kruiswerk blijkt dat 5.105 wijkverpleegkundigen 3.043.399 aantal produktieve uren leveren. Wanneer wordt uitgegaan van 230 produktieve werkdagen in een jaar ( $52 \times 5 = 260 - 30$  vakantiedagen) zou dit betekenen dat elke werknemer 2.6 produktieve uren per dag zou werken. Aangezien de ontbrekende gegevens zijn bijgeschat op basis van budgetgegevens zou het kunnen betekenen dat de schatting aan de lage kant heeft gezeten.

Daarnaast kan het zijn dat bij de instellingen die hebben deelgenomen aan de enquête de urenregistratie niet goed wordt bijgehouden en dat de opgegeven uren een schatting zijn. De toenemende tendens naar integratie van wijkverpleging en gezinszorg kan er ook voor gezorgd hebben dat de geleverde uren onder de verkeerde noemer zijn vermeld. De integrale kostprijs voor een uur wijkverpleging zal dan ook niet gebruikt worden voor de berekening van de kosten.

Zoals in het deel gezinszorg (paragraaf 5.2.3) is vermeld bevatten de tarieven alleen het uitvoerende personeel. Om toch met dit getal te kunnen rekenen zal hiervoor gecorrigeerd worden.

De uitvoerende personeelskosten bedragen : FL 321.158.790 (FL 317.979.000 \* 101)

De totale kosten bedragen: FL 593.830.510 (FL 587.951.000 \* 101)

De correctiefactor bedraagt:  $(593.830.510 / 321.158.790)$  1.85

Om voor de overige kosten te corrigeren zal het tarief met factor 1,85 vermenigvuldigd worden zodat de overige kosten ook in de prijs per uur worden meegenomen en met een meer integrale prijs gerekend kan worden. De integrale prijs wordt dan (FL 65 x 1,85) FL 120,- per uur wijkverpleging.

### **Kosten van geïntegreerde thuiszorg**

De kosten van een geïntegreerd uur thuiszorg worden ook meegenomen in de kostenberekening gezien de tendens naar integratie binnen de thuiszorg. De totale kosten voor geïntegreerde thuiszorg worden in tabel 5.2.7 weergegeven.

**Tabel 5.2.7 Kosten voor geïntegreerde thuiszorg in 1995:**

Kostencategorie	Kosten geïntegreerde thuiszorg
<b>Personeel in loondienst</b>	
uitvoerend personeel	FL 786.843.000
leidinggevend personeel	FL 118.547.000
overig personeel	FL 123.030.000
totaal personeel in loondienst	FL 1.028.420.000
<b>Personeel niet in loondienst</b>	
uitvoerend personeel	FL 124.603.000
leidinggevend personeel	FL 777.000
overig personeel	FL 4.992.000
totaal personeel niet in loondienst	FL 130.372.000
<b>Totale personeelskosten</b>	<b>FL 1.158.792.000</b>
<b>Materiële kosten</b>	
overige personeelskosten	FL 35.022.000
reiskosten uitvoerend personeel	FL 26.527.000
huisvestingskosten	FL 62.643.000
materiaalkosten	FL 17.607.000
bureau- en administratiekosten	FL 41.965.000
algemene kosten	FL 29.191.000
financiële en diverse baten en lasten	FL - 7.563.000
<b>Totale kosten</b>	<b>FL 1.364.184.000</b>

(NZi/LVT, 1997)

In 1995 werden er totaal 23.502.644 uren geïntegreerde thuiszorg geleverd. De integrale kostprijs voor een geïntegreerd uur thuiszorg bedraagt dan:

$$\frac{\text{Totale kosten}}{\text{Totaal aantal uren}} = \frac{\text{FL 1.364.184.000}}{23.502.644} = \text{FL 58,05}$$

Wanneer het prijsindexcijfer gehanteerd wordt voor 1996, worden de kosten voor dat jaar op FL 1.377.825.800 geschat. Er zijn gegevens beschikbaar over het aantal uren geleverde geïntegreerde thuiszorg in 1994. Wanneer verondersteld wordt dat het aantal geleverde uren geïntegreerde thuiszorg niet is veranderd voor 1996, bedraagt de integrale kostprijs voor 1996:

$$\frac{\text{FL 1.377.825.800}}{23.502.644} = \text{FL 58,60 per uur geïntegreerde thuiszorg}$$

### Kosten van thuiszorg naar ernst van dementie

In de volgende tabel staan de gemiddelde kosten per week thuiszorg voor dementie en de gemiddelde kosten naar ernst van dementie. De kosten zijn berekend door de kostprijzen per uur te delen door 60. Deze kosten per minuut zorgverlening worden vervolgens vermenigvuldigd met het aantal zorgminuten uit tabellen 5.2.1, 5.2.2 en 5.2.3.

**Tabel 5.2.8 Gemiddelde kosten van thuiszorg naar geslacht en ernst van dementie per week**

Casus	Kosten gezinszorg	Kosten wijkverpleging
<b>Licht dement</b>		
- Vrouw zonder verzorger	FL 179,-	FL 146,-
- Vrouw met verzorger	FL 100,-	FL 54,-
- Man zonder verzorger	FL 28,-	FL 18,-
- Man zonder verzorger	FL 16,-	FL 14,-
<b>Matig dement</b>		
Vrouw met verzorger	FL 146,-	FL 120,-
Man met verzorger	FL 100,-	FL 40,-
<b>Ernstig dement</b>		
Vrouw met verzorger	FL 152,-	FL 572,-
Man met verzorger	FL 170,-	FL 528,-

De gemiddelde kosten van thuiszorg voor een dementerende patiënt naar werksoort wordt in tabel 5.2.9 weergegeven. De kosten per minuut zorgverlening zijn vermenigvuldigd met de gegevens uit tabel 5.2.4.

Gezien de trend naar het verlenen van geïntegreerde thuiszorg zijn in de volgende tabel het totale aantal zorgminuten thuiszorg vermenigvuldigd met de kosten van geïntegreerde thuiszorg.

**Tabel 5.2.9 Gemiddelde kosten voor een dementerende patiënt naar werksoort en ernst van dementie per Week**

Ernst van dementie	Kosten gezinszorg	Kosten wijkverpleging	Totale kosten thuiszorg	Kosten geïntegreerde thuiszorg
Licht dement	FL 81,-	FL 58,-	FL 139,-	FL 147,-
Matig dement	FL 124,-	FL 80,-	FL 204,-	FL 222,-
Ernstig dement	FL 165,-	FL 546,-	FL 711,-	FL 511,-
Man gemiddeld	FL 78,-	FL 150,-	FL 228,-	FL 189,-
Vrouw gemiddeld	FL 144,-	FL 204,-	FL 348,-	FL 313,-

De kosten van geïntegreerde thuiszorg zijn vooral bij licht dementerende patiënten die meer gezinszorg dan wijkverpleging nodig hebben hoger dan de totale kosten van thuiszorg. Wanneer een patiënt meer wijkverpleging nodig heeft zijn de kosten van geïntegreerde thuiszorg lager dan de totale kosten van thuiszorg.

Ondanks dat de totale kosten van de thuiszorg op een andere wijze zijn berekend dan de kosten van de geïntegreerde thuiszorg komen de uitkomsten grotendeels overeen. Hieruit blijkt dat de berekende kosten voor de thuiszorg een redelijke schatting zijn van de werkelijke kosten.

De kosten van thuiszorg kunnen afhankelijk zijn van ernst van dementie, ADL-functies van de patiënt, geslacht, de aanwezigheid van een informele verzorger en de capaciteit van de thuiszorg in de woonplaats van de patiënt. Bij de berekening van de kosten is geen rekening gehouden met ADL-functies, en de capaciteit van thuiszorg. Met deze kanttekening voor ogen, laten de schattingen zien dat de kosten van thuiszorg voor een dementerende patiënt op weekbasis variëren tussen de FL 139,- en FL 711,-.

### 5.3 Kosten van maaltijddiensten

De kosten van maaltijden kunnen verschillen per soort maaltijd (dieet maaltijden, diepvriesmaaltijden, luxe maaltijden, warme maaltijden) en naar plaats waar de maaltijden worden verschaft. Bij informeren naar de kosten binnen verschillende maaltijdvoorzieningen in verschillende steden (Rotterdam, Amsterdam, Alphen a/d Rijn, Utrecht) bleek dat de kosten variëren tussen F 4,30 en 7.90 per maaltijd.

Gemiddeld kost een maaltijd ongeveer FL 5,50 per persoon. Niet duidelijk is hoeveel dementerende patiënten van deze voorzieningen gebruik maken.

#### 5.4 Kosten van de riagg

Zoals uit het vorige hoofdstuk is gebleken, zullen de meeste demente patiënten bij de afdeling Ouderenzorg van de Riagg terecht komen. Ongeveer 10% van de totale kosten van de Riagg worden gemaakt door de afdeling ouderenzorg (Roijen en Arends, 1996). De meest recente cijfers voor de Riagg dateren uit 1994, de totale kosten voor de Riagg bedroegen in 1994 ongeveer 652 miljoen gulden.

De kosten voor de afdeling ouderenzorg bedroegen (10% van 652 miljoen) 65,2 miljoen gulden. In dat jaar werd door afdeling ouderen 316.000 contacten verstrekt (NVAGG, 1997). Per contact zijn de kosten voor de afdeling ouderenzorg:

Totale kosten afdeling ouderenzorg	FL 65.200.000	
Totaal aantal contacten afdeling ouderenzorg	316.000	= FL 206,-

Het prijsindexcijfer voor 1996 bedraagt 103 ten opzichte van cijfers uit 1994 (CBS, 1997). De kosten voor de afdeling ouderenzorg bedragen dan FL 67.156.000. Ten opzichte van 1993 was het indexcijfer in 1994 voor het aantal contacten van afdeling ouderenzorg 106. Wanneer dit indexcijfer voor 1995 en 1996 gehanteerd wordt, zouden in 1995 ongeveer 334.960 contacten zijn verstrekt en in 1996 ongeveer 355.058 contacten.

Per contact worden de kosten voor de afdeling ouderenzorg in 1996 geschat op:

Totale kosten afdeling ouderenzorg	FL 67.156.000	
Totaal aantal contacten afdeling ouderenzorg	355.058	= FL 189,-

Voor berekening van de kosten per contact bij de Riagg voor een dementerende persoon is gebruik gemaakt van de studie "Kosten van Psychische Stoornissen" (Roijen en Arends, 1996). Hierin wordt geschat dat in 1993 ongeveer 31 miljoen gulden van de kosten van Riagg werd besteed aan dementie.

Wanneer het prijsindexcijfer van 104 voor 1996 wordt gehanteerd, bedragen de kosten voor dementie in 1996 ongeveer FL 32.240.000,-. In een studie naar vraag en aanbod in de Riagg-ouderenzorg werd geschat dat ongeveer 43% van de cliënten dement was (zie paragraaf 4.1.5).



Wanneer verondersteld mag worden dat ook 43% van de contacten bij de ouderenzorg dementie betrof, dan werden in 1996 ongeveer 152.675 contacten wegen dementie verstrekt. De kosten per contact wegens dementie bedragen:

$$\frac{\text{FL 32.240.000,-}}{152.675} = \text{FL 211,-}$$

In 1992 is er een praktijkstudie uitgevoerd naar vraag en aanbod in de Riagg-ouderenzorg (Beer en Hutschemaekers, 1996). Het onderzoek is uitgevoerd bij de afdelingen ouderenzorg in zeven Riagg's. Alle cliënten die gedurende drie maanden bij de Riagg waren aangemeld werden hierbij betrokken. Er werd onderzocht welke ouderen bij de Riagg terecht kwamen, welke problemen zij rapporteerden, wat voor hulp zij verwachtten en welke hulp zij feitelijk kregen.

Voor de berekening van kosten voor dementerende patiënten die met de Riagg in aanmerking komen, is het van belang te weten hoe veel contacten dementerende patiënten hebben met de Riagg, over welke periode de patiënten contact hebben met de Riagg en welke groep dementerende patiënten (in termen van ernst van dementie) contact hebben met de Riagg. In het genoemde onderzoek over vraag en aanbod in de Riagg-ouderenzorg zijn patiënten slechts drie maanden gevolgd. Voor de kostenberekening zijn gegevens nodig over de contacten met de Riagg vanaf het eerste contact tot en met het laatste contact dat de dementerende patiënt met de Riagg heeft. Het genoemde onderzoek was niet bruikbaar voor deze studie. Volgens Riagg Rotterdam (1998) was het niet bekend hoeveel contacten een dementerende patiënt gemiddeld met de Riagg heeft. Het aantal contacten varieerde per persoon. In een crisissituatie kan het zijn dat patiënt na enkele contacten met de Riagg wordt opgenomen en daarna geen contacten met de Riagg meer heeft. Het kan ook zo zijn dat een patiënt jarenlang contact heeft met de Riagg. Gegevens hierover zijn niet beschikbaar. Om toch kosten voor dementerende patiënten te kunnen berekenen, zal worden uitgegaan van het gemiddeld aantal contacten gedurende de behandeling die alle patiënten bij de afdeling ouderenzorg ontvangen. Dit getal zou een onderschatting of overschatting van de werkelijk kosten kunnen inhouden, aangezien geen betere gegevens beschikbaar zijn is dit de enige mogelijke benadering van de kosten. Het gemiddeld aantal contacten per behandeling voor de patiënten van de afdeling ouderenzorg bedraagt 9,4 contacten (NVAGG, 1997).

De kosten van behandeling wegens dementie bij de afdeling ouderen van een Riagg zouden dan FL 1.983,- per patiënt bedragen in 1996. Door een gebrek aan gegevens is het niet mogelijk om een onderscheid in kosten te maken naar ernst van dementie of naar geslacht, of de kosten op jaarbasis te berekenen.

### 5.5 Kosten van ziekenhuisopname

Uit de studie “Kosten van Ziekten in Nederland” blijkt dat de totale kosten voor ziekenhuizen wegens dementie FL 35.900.000 bedragen in 1994 (Polder, Meerdering et al., 1997). Hieronder vallen de kosten voor de klinische verrichtingen, verpleegdagen, dagbehandeling en polikliniek in algemene en academische ziekenhuizen en de kosten voor categorale ziekenhuizen. Tot de groep categorale ziekenhuizen behoren instellingen als sanatoria, astmaklinieken, epilepsiecentra, ziekenhuizen gespecialiseerd in de behandeling van kanker en overige categorale ziekenhuizen. Aangezien in deze instellingen geen kosten worden gemaakt voor patiënten met dementie, omvatten de kosten voor ziekenhuisopname wegens dementie de kosten van klinische verrichtingen en verpleegdagen in algemene en academische ziekenhuizen. In de volgende tabel zijn deze kosten naar geslacht weergegeven. Daarnaast zijn in de tabel de kosten voor 1996 weergegeven wanneer het prijsindexcijfer van 103 wordt gehanteerd (1994 is het basisjaar).

**Tabel 5.5.1 Kosten van klinische verrichtingen en verpleegdagen in algemene en academische ziekenhuizen wegens dementie in 1994 en in 1996**

	Ziekenhuiskosten in 1994	Ziekenhuiskosten in 1996
Mannen	FL 12.500.000	FL 12.875.000
Vrouwen	FL 21.000.000	FL 21.630.000
Totaal	FL 33.500.000	FL 34.505.000

Bron: (Polder, Meerdering et al., 1997) en CBS

Voor berekening van de kosten per ziekenhuisverpleegdag voor een demente patiënt is een schatting van het aantal ziekenhuisverpleegdagen wegens dementie noodzakelijk. Over het aantal ziekenhuisverpleegdagen voor 1996 zijn geen gegevens beschikbaar. Er zal met behulp van twee studies over de kosten van ziekten in 1988 van Koopmanschap et al. en 1994 van Polder et al. een jaarlijkse volume index worden berekend, waarmee het aantal ziekenhuisverpleegdagen in 1996 kunnen worden geschat. Tabel 5.5.2 toont het totaal aantal verpleegdagen voor 1988 en 1994.

**Tabel 5.5.2 Het totaal aantal ziekenhuisverpleegdagen voor demente patiënten in 1988 en 1994**

	1988	1994
Mannen	26.095	19.802
Vrouwen	50.533	33.001
Totaal	76.628	52.803

Bronnen: (Koopmanschap, Roijen et al., 1991) en (Polder, Meerding et al., 1997)

Wanneer de hoeveelheid verpleegdagen van 1988 worden vergeleken met die van 1994 dan bedraagt het jaarlijkse volume index cijfer voor het aantal ziekenhuisverpleegdagen 93,8 ( $76.628 * x^6 = 52.803 \rightarrow x^6 = 0,689 \rightarrow x = 0,938$ ). In tabel 5.4.3 staan het geschatte aantal ziekenhuisverpleegdagen wegens dementie voor 1996, de geschatte jaarlijkse kosten van ziekenhuisopname in 1996 en de kosten van ziekenhuisopname per verpleegdag voor 1996.

**Tabel 5.5.3 Het totaal aantal ziekenhuisverpleegdagen, jaarlijkse kosten van ziekenhuisopname en kosten per verpleegdag wegens dementie voor 1996**

	Totaal aantal verpleegdagen	Jaarlijkse kosten	Kosten per verpleegdag
Mannen	17.423	FL 12.875.000	FL 739,-
Vrouwen	29.036	FL 21.630.000	FL 745,-
Totaal	46.459	FL 34.505.000	FL 743,-

Door Rutten et al. (1993) wordt een indicatie gegeven van de gemiddelde ziekenhuiskosten per verpleegdag voor verschillende ziekenhuizen met en zonder de kosten van intensive care. Het gewogen gemiddelde van de kosten van een verpleegdag inclusief intensive care bedraagt FL 773,-. Uit deze studie bleek dat het gewogen gemiddelde van de kosten exclusief de kosten van intensive care FL 724,- per dag bedraagt. In het ziekenhuis zal voornamelijk bij de verzorging van de demente patiënt de intensive care een ondergeschikte rol spelen. De gemiddelde kosten van een verpleegdag voor een dementerende patiënt opgenomen in een ziekenhuis van FL 743,- ligt tussen de twee schattingen van Rutten et al. (1993) in en lijkt daarom een reële schatting te zijn.

Op basis van de beschikbare gegevens bleek het niet mogelijk om een onderscheid in kosten te maken naar ernst van dementie. Daarom zal de gemiddelde prijs per verpleegdag in het ziekenhuis gehanteerd worden bij de kostenanalyse.

Naast de kosten per verpleegdag in een ziekenhuis, zijn de kosten per ziekenhuisopname van een dementerende patiënt belangrijk. Hiervoor zijn gegevens over de gemiddelde verpleegduur per opname noodzakelijk. Voor berekening van de gemiddelde verpleegduur zullen het totaal aantal verpleegdagen wegens dementie worden gedeeld door het aantal ziekenhuisopnamen wegens dementie. Het totaal aantal geschatte verpleegdagen wegens dementie voor 1996 is vermeld in de vorige tabel. Het aantal ziekenhuisopnamen wegens dementie in 1996 zal worden geschat op basis van de gegevens over het aantal ziekenhuisopnamen in 1988 en 1994. Wederom worden de twee kosten van ziekten studies gehanteerd. Tabel 5.5.4 toont het aantal ziekenhuisopnamen in 1988 en 1994.

**Tabel 5.5.4 Aantal ziekenhuisopnamen wegens dementie in 1988 en in 1994**

	1988	1994
Mannen	552	468
Vrouwen	746	697
Totaal	1.298	1.165

Bron: (Koopmanschap, Roijen et al., 1991) en (Polder, Meering et al., 1997)

Het jaarlijkse volume index cijfer voor ziekenhuisopnamen wegens dementie bedraagt 98,2 ( $1298 * x^6 = 1165 \rightarrow x^6 = 0,897 \rightarrow x = 0,982$ ). Wanneer deze trend doorgetrokken mag worden voor het aantal ziekenhuisopnamen wegens dementie in 1996, dan bedragen het aantal ziekenhuisopnamen in 1996 voor mannen 451 en voor vrouwen 672. In de onderstaande tabel wordt de gemiddelde ziekenhuis verpleegduur voor 1996 weergegeven.

**Tabel 5.5.5 Het totale aantal verpleegdagen, het aantal ziekenhuisopnamen en de gemiddelde verpleegduur per ziekenhuisopname wegens dementie voor 1996**

	Totaal aantal verpleegdagen	Aantal ziekenhuisopnamen	Gemiddelde verpleegduur
Mannen	17.423	451	39 dagen
Vrouwen	29.036	672	43 dagen
Totaal	46.459	1.123	41 dagen

De gemiddelde verpleegduur is vrij lang voor deze groep patiënten. Dit wordt veroorzaakt doordat veel patiënten wachten op een plaats in een verpleeghuis. Tot die tijd verblijft men dan in een ziekenhuis omdat thuiszorg vaak niet meer mogelijk is (Bosch en Kardaun, 1993).

In de studie “Ziekten van het zenuwstelsel in Nederland” (Bosch en Kardaun, 1993) werd de gemiddelde verpleegduur in ziekenhuizen van 60 dagen voor dementerenden gevonden. De gemiddelde verpleegduur van alle ziekenhuispatiënten van 65 jaar en ouder wordt in de volgende tabel weergegeven.

**Tabel 5.5.6 De gemiddelde verpleegduur van alle ziekenhuispatiënten van 65 jaar en ouder**

	Totale aantal verpleegdagen	Aantal ziekenhuisopnamen	Gemiddelde verpleegduur
Mannen	2.998.243	243.592	12 dagen
Vrouwen	3.941.498	273.593	14 dagen
Totaal	6.939.741	517.185	13 dagen

Bron: (Polder, Meerding et al., 1997)

De gemiddelde verpleegduur voor alle ziekenhuispatiënten van 65 jaar en ouder bedraagt 13 dagen. Wanneer 13 dagen als minimum gehanteerd wordt en 60 dagen opname als maximum, dan lijkt de berekende gemiddelde verpleegduur van 41 dagen voor dementerende patiënten hiermee een redelijke schatting te zijn.

De kosten voor ziekenhuisopname kunnen nu per demente patiënt worden berekend voor 1996. De volgende tabel toont de uitkomsten.

**Tabel 5.5.7 De kosten voor ziekenhuisopname per demente persoon in 1996**

Mannen	FL 28.821,-	(FL 739,- * 39)
Vrouwen	FL 32.035,-	(FL 745,- * 43)
Gemiddeld	FL 30.463,-	(FL 743,- * 41)

Uit de tabel blijkt dat de kosten van ziekenhuisopname voor demente vrouwen hoger zijn dan voor demente mannen. Dit verschil wordt niet zozeer veroorzaakt door het verschil in het aantal verpleegdagen maar door het verschil in de kosten per verpleegdag.

Zoals uit paragraaf 5.1 is gebleken, wonen ongeveer 109.924 dementerende patiënten thuis. Geschat wordt dat er 1.123 demente patiënten werden opgenomen in het ziekenhuis in 1996. Dit betekent dat slechts (1.123/109.924) 1,02% van de thuiswonende patiënten in een ziekenhuis werd opgenomen in 1996. Waarschijnlijk zijn deze mensen ernstig dement en wachten ze in het ziekenhuis op opname in een verpleeghuis omdat thuis wonen niet meer mogelijk is.

## 5.6 Kosten van verzorgingshuizen

In verzorgingshuizen en verpleeghuizen zitten patiënten met vele verschillende aandoeningen. Het waarden van de kosten per dag van institutionalisering voor één specifieke aandoening is dan ook problematisch. Aangezien het gebruik van de gemiddelde kosten per dag worden berekend op basis van alle jaarlijkse kosten voor die instelling, worden de kosten per verzorgingsdag of verpleegdag berekend voor alle aandoeningen die in de instelling aanwezig zijn. Dit leidt vrijwel zeker tot een onderschatting of overschatting van de werkelijke kosten voor één specifieke aandoening (Drummond, O'Brien et al., 1997).

Om toch de kosten per verzorgingsdag of verpleegdag voor dementie te kunnen berekenen, moet het grootste deel van de jaarlijkse kosten besteed worden aan dementerende patiënten, met andere woorden: de prevalentie van dementie in verzorgingshuizen en verpleeghuizen moet hoog zijn.

In de periode tussen maart 1991 en maart 1992 is een bevolkingsonderzoek uitgevoerd naar de prevalentie van dementie in de omgeving van Zwolle, het Dementie Onderzoek onder Ouderen rond Zwolle (DOOPLAZ-project) Als onderdeel van dit onderzoek werd de prevalentie en ernst van het dementiesyndroom in verzorgingshuizen en verpleeghuizen onderzocht. Uit dit onderzoek kwamen de volgende prevalentiecijfers voort:

**Tabel 5.6.1 Prevalentie van dementie onder bewoners van verzorgingshuizen en psychogeriatrische verpleeghuizen**

Verzorgingshuis bewoners	21%
Psychogeriatrische verpleeghuisbewoners	100%

Bron: (Boersma, Eefsting et al., 1995)

De prevalentie van dementie onder de bewoners van verzorgingshuizen is niet zo hoog als in psychogeriatrische verpleeghuizen. Dit zou een reden zijn om terughoudend te zijn met een kostprijs berekend op basis van de gemiddelde bewoner. Aan de andere kant zijn de kosten in het verzorgingshuis niet zozeer afhankelijk van de diagnose van de patiënt, maar van het pakket van zorg dat de patiënt in het verzorgingshuis nodig heeft (Woon Zorgfederatie, 1998).

Een licht dementerende patiënt heeft wellicht alleen hulp bij maaltijden en het huishouden nodig, in tegenstelling tot een ernstig dementerende patiënt die daarnaast nog hulp bij wassen, aankleden en eten nodig heeft. Bij de Woon Zorgfederatie worden verschillende zorgwaartegroepen in verzorgingshuizen onderscheiden. Dit biedt de mogelijkheid om naast de gemiddelde kosten per verzorgingsdag, ook de kosten naar de verschillende zorgwaartegroepen te berekenen.

Uit de statistiek verzorgingshuizen voor 1995 blijkt dat de totale kosten voor verzorgingshuizen ongeveer FL 5.323 miljoen bedragen. In tabel 5.6.2 zijn de verschillende kosten van verzorgingshuizen in Nederland voor 1995 weergegeven.

**Tabel 5.6.2 Kosten van verzorgingshuizen in Nederland in 1995**

Salarissen en vergoedingen	FL 2.403.800.000
Sociale kosten en andere personeelskosten	FL 683.000.000
Kosten van voeding	FL 372.500.000
Andere hotelmatige kosten	FL 131.600.000
Algemene kosten	FL 255.900.000
Bewonersgebonden kosten	FL 25.500.000
Energiekosten	FL 189.900.000
Overige terrein- en gebouwgebonden kosten	FL 182.900.000
Afschrijving, huur en leasing en interest	FL 1.080.400.000
Overige kosten	FL 25.300.000
Hulpbedrijven	FL -27.900.000
<b>Totaal</b>	<b>FL 5.322.900.000</b>

Bron (CBS, 1997)

In 1995 waren er in totaal 117.491 bewoners aanwezig in de verzorgingshuizen. Het aantal verzorgingsdagen bedraagt dan  $(117.491 * 365) 42.884.215$ . De kosten per verzorgingsdag worden berekend door de totale kosten van 1995 te delen door het totale aantal verzorgingsdagen. De kosten bedragen:

$$\frac{\text{FL } 5.322.900.000}{42.884.215} = \text{FL } 124,- \text{ per verzorgingsdag}$$

Door gebruik te maken van het prijsindexcijfer van 101 voor 1996 bedragen de kosten voor dat jaar naar schatting FL 5.376.129.000. Het aantal bewoners bedroeg in 1996 ongeveer 111.830 (JOZ, 1998). Het aantal verzorgingsdagen bedroeg in 1996 ( $111.830 * 365$ ) 40.817.950. De kosten voor een verzorgingsdag bedragen in 1996 dan ongeveer:

$$\frac{\text{FL } 5.376.129.000}{40.817.950} = \text{FL } 132,-$$

### Zorgzwaartegroepen

Op basis van vragenlijsten kunnen bewoners in een zorgzwaartegroep worden ingedeeld. De vragenlijst bestaat uit 10 items en betreffen kleden, wassen, toiletgang, eten, mobiliteit, instrumentele en technische zorg, onrustig gedrag, geheugen, communicatie en zwerfneigingen. Wanneer een bewoner niet in staat is om één of alle van de eerste vier items (kleden, wassen, toiletgang en eten) uit te voeren, worden er per item punten “gescoord”. Wanneer een bewoner onrustig gedrag vertoont of zwerfneigingen heeft of zorg nodig heeft zoals vermeld in de laatste zes items, “scoort” de bewoner ook punten per item. De totale score van de bewoner correspondeert met een bepaalde zorgzwaartegroep. De verschillende zorgzwaartegroepen zijn gekoppeld aan het aantal minuten benodigde zorg per dag per bewoner. Per bewoner wordt gemiddeld 100 minuten zorg per dag geboden (Woon Zorgfederatie, 1998). Er worden in totaal vijf zorgzwaartegroepen onderscheiden.

Naast de verschillende zorgzwaartegroepen die verschillende kosten met zich meebrengen, kan het pakket van voorzieningen, waar de bewoner aanspraak op kan doen, variëren. Een bewoner kan bijvoorbeeld zelf boodschappen doen en de eigen maaltijden koken, maar kan ook gebruik maken van de maaltijden die door het verzorgingshuis worden gekookt. Per bewoner kunnen de verschillende zorgpakketten verschillen en hiermee kunnen ook kosten variëren.

Aangezien vele verschillende zorgpakketten mogelijk zijn en niet duidelijk is van welke pakketten dementerende bewoners gebruik maken, zal alleen een kostenonderscheid in zorgzwaartegroepen worden gemaakt. Per zorgzwaartegroep varieert het aantal zorgminuten en hiermee de personele kosten.

De kosten per verzorgingsdag naar zorgzwaartegroep zullen bestaan uit een vast deel (bewonerskosten, algemene kosten, voedingskosten, etc.) en een variabel deel, namelijk de personeelskosten. De gemiddelde kosten per verzorgingsdag zijn hiervoor al berekend en bedragen FL 132,-.



De personeelskosten van een verzorgingsdag in 1996 bedragen:

$$\frac{\text{Totale personeelskosten}}{\text{Aantal verzorgingsdagen}} = \frac{\text{FL 3.117.668.000}}{40.817.950} = \text{FL 77,-}$$

Het vaste deel van de kosten bedragen de totale kosten van de verzorgingshuizen vermindert met de personeelskosten:

$$\frac{\text{FL 2.258.461.000}}{40.817.950} = \text{FL 55,-}$$

Gemiddeld wordt er 100 minuten zorg per bewoner per verzorgingsdag geboden. De kosten bedragen dan (FL 77,- / 100) FL 0,77 per minuut zorg. In tabel 5.5.4 worden de kosten per dag naar zorgzwaartegroep weergegeven.

**Tabel 5.6.3 Kosten per verzorgingsdag naar zorgzwaartegroep**

Zorgzwaartegroep	Zorgminuten	Totale kosten per dag
1	35 minuten	FL 82,-
2	75 minuten	FL 113,-
3	120 minuten	FL 147,-
4	165 minuten	FL 182,-
5	260 minuten	FL 255,-
Gemiddeld	100 minuten	FL 132,-

Bron: (Zorgfederatie, 1998)

De kosten voor licht dementerende patiënten, die waarschijnlijk in de lichtere zorgzwaartegroepen te vinden zijn, variëren dan tussen de FL 82,- en FL 132,- per verzorgingsdag. De kosten voor matig en ernstig demente patiënten, die waarschijnlijk in de zwaardere zorgzwaartegroepen te vinden zijn, zullen variëren tussen FL 132,- en FL 255,- per verzorgingsdag per bewoner.

Kosten van instellingen zoals verzorgingshuizen en verpleeghuizen kunnen worden gesplitst naar drie soorten functies. De eerste functie is de woonfunctie, de tweede zorgfunctie omvat verpleging en verzorging van de patiënt, de derde functie is de hotelfunctie, hieronder vallen huishouding, voedingsmiddelen en linnenvoorziening. Bij vergelijking van de kosten voor thuiswonende patiënten met de kosten van opname zouden de kosten van de woonfunctie binnen de instellingen weg gelaten moeten worden. Wanneer de patiënt thuis zou wonen in plaats van een instelling, dan had hij of zij de kosten voor de woonfunctie namelijk ook gehad, deze kosten vallen alleen niet onder de kosten voor thuiswonende patiënten (Groenenboom en Huijsman, 1995). Bij berekening van de kosten voor verzorgingshuizen en verpleeghuizen zullen naast de totale kosten (van alle drie functies) ook de kosten zonder de woonfunctie worden berekend.

In de volgende tabel worden de kosten van verzorgingshuizen verdeeld naar de woon-, zorg- en hotelfunctie.

**Tabel 5.6.4 Kosten van verzorgingshuizen verbijzonderd naar de drie functies**

Functies	Percentages	Kosten
Woonfunctie	26%	FL 34,30
Zorgfunctie + hotelfunctie	41% + 33% = 74%	FL 97,70
Totaal per verzorgingsdag	100%	FL 132,-

Bron: (Groenenboom en Huijsman, 1995)

In de kostenanalyse in hoofdstuk zeven kunnen de kosten per verzorgingsdag van FL 132,- vergeleken worden met de kosten per verzorgingsdag van FL 97,70 en met de kosten van voorzieningen voor thuiswonende patiënten. De volgende tabel toont de kosten van een verzorgingsdag naar zorgzwaarte verminderd met de kosten van de woonfunctie.

**Tabel 5.6.5 Kosten per verzorgingsdag naar zorgzwaartegroepen verminderd met de kosten van de woonfunctie**

Zorgzwaartegroep	Totale kosten per verzorgingsdag	Kosten zonder de kosten van de woonfunctie per dag
1 (35 minuten)	FL 82,-	FL 61,-
2 (75 minuten)	FL 113,-	FL 83,-
3 (120 minuten)	FL 147,-	FL 109,-
4 (165 minuten)	FL 182,-	FL 135,-
5 (260 minuten)	FL 255,-	FL 189,-
Gemiddeld (100 minuten)	FL 132,-	FL 98,-

De totale kosten verminderd met de kosten van de woonfunctie zullen ook voor de verpleeghuizen worden berekend.

### **5.7 Kosten van verpleeghuizen**

In tegenstelling tot de verzorgingshuizen blijkt dat het overgrote deel van de verpleeghuisbewoners de diagnose dementie heeft. Uit tabel 5.6.1 blijkt dat de prevalentie van dementie onder psychogeriatrische verpleeghuisbewoners 100% bedroeg (Boersma, Eefsting et al., 1995). Dit houdt in dat alle gescreende psychogeriatrische bewoners dement waren. Uit een beschrijving van de kenmerken van patiënten in verpleeghuizen door Ribbe, et al. (1995) blijkt dat psychogeriatrische patiënten in de meeste gevallen dementie als hoofddiagnose hadden (83,2%) en bij opname 88,2%. Uit de prevalentiecijfers blijkt dat in psychogeriatrische verpleeghuizen of op psychogeriatrische afdelingen bijna alle patiënten dement zijn. De kosten die jaarlijks in deze verpleeghuizen of afdelingen worden gemaakt zijn vrijwel allemaal toe te rekenen aan dementie. Bij berekening van de kosten per verpleegdag voor demente patiënten op basis van de jaarlijkse kosten van psychogeriatrische verpleeghuizen of afdelingen zal de overschatting of onderschatting gering zijn. Voor de berekening van de kosten van een opgenomen patiënt met dementie in een verpleeghuis zal in deze scriptie dan ook worden uitgegaan van de kosten van psychogeriatrische verpleeghuizen en psychogeriatrische afdelingen van gecombineerde verpleeghuizen in Nederland.

De totale kosten van de verpleeghuizen zijn afkomstig uit de landelijke tabellen verpleeghuizen voor psychogeriatrische patiënten en voor gecombineerde verpleeghuizen van het NZi. De gegevens van het NZi zijn verkregen uit de enquête Financiële Statistiek. De enquête werd gehouden onder alle in exploitatie zijnde instellingen van de intramurale gezondheidszorg, hieraan hebben 93,2% van de instellingen deelgenomen. Op basis van budgetgegevens zijn de kosten van de overige instellingen erbij geschat (NZi, 1997).

### 5.7.1 Kosten per verpleegdag van psychogeriatrische verpleeghuizen

In de volgende tabel staan de kosten waaruit de totale kosten voor psychogeriatrische verpleeghuizen zijn opgebouwd.

**Tabel 5.7.1 Totale kosten van alle psychogeriatrische verpleeghuizen in Nederland**

Totale personeelskosten	FL 489.709.000
Totaal sociaal en andere personeelskosten	FL 193.571.000
Totaal kosten van voeding	FL 36.175.000
Totaal andere hotelmatige kosten	FL 42.095.000
Totaal algemene kosten	FL 43.445.000
Totaal patiëntgebonden kosten	FL 27.711.000
Totaal terrein- en gebouwgebonden kosten	FL 36.289.000
Totaal afschrijving, huur, leasing	FL 111.068.000
Hulpbedrijven	FL -172.000
<b>Totaal kosten</b>	<b>FL 979.890.000</b>

Bron: (NZi, 1997)

Onder de totale kosten vallen naast de kosten voor opname ook de kosten die zijn gemaakt voor de dagbehandeling. In de publicatie “Verpleeghuiszorg in cijfers” (Spaan, 1996) is er een onderscheid gemaakt van de kosten naar de verschillende kostenplaatsen.

In de volgende tabel wordt dit onderscheid getoond:

**Tabel 5.7.2 Procentuele verdeling van de totale kosten van psychogeriatrische verpleeghuizen naar kostenplaats in 1994**

Kostenplaats	Psychogeriatrische verpleeghuizen
Kliniek	95,6 %
Dagbehandeling	1,8%
Zorg buiten de muren	2,2%
Werkzaamheden/diensten van derden	0,4%
Totaal	100%

Bron: (Spaan, 1996)

Zoals blijkt uit de tabel bestaat 95,6% van alle kosten voor psychogeriatrische verpleeghuizen uit kosten voor de kliniek. Van de FL 979.890.000 gulden is FL 936.774.840 bestemd voor de kliniek. Over 1996 bedroeg het totale aantal verpleegdagen (exclusief dagbehandeling) van alle psychogeriatrische verpleeghuizen 3.457.253 dagen (NZi, 1997). De kosten per verpleegdag in een psychogeriatrisch verpleeghuis worden gevormd door de totale kosten voor de kliniek te delen door het totaal aantal verpleegdagen.

De kosten per psychogeriatrische verpleegdag bedragen:

$$\frac{\text{Totale kosten voor kliniek}}{\text{Aantal verpleegdagen}} = \frac{\text{FL 936.774.840}}{3.457.253} = \text{FL 271,-}$$

#### Zorgminuten van dementerende patiënten in psychogeriatrische verpleeghuizen

Wanneer demente patiënten zijn opgenomen in een verpleeghuis zal de zorg die wordt gegeven waarschijnlijk niet verschillen tussen mannen en vrouwen die in hetzelfde stadium van dementie zitten. Door het SIG worden jaarlijks de gegevens van patiënten opgenomen in verpleeghuizen in Nederland geregistreerd. Per patiënt worden dan de ADL-kenmerken (zoals wassen, toiletgang, lopen, eten, etc.), de gedragsstoornissen en de diagnose geregistreerd. In bijlage IV is deze vragenlijst van het SIG opgenomen.

In 1990 is door de NZi en SIG een landelijk onderzoek gedaan naar de relatie tussen de zorgzwaarte van de verpleeghuispatiënten en het daaraan gerelateerde aantal zorgminuten geleverd door het personeel. Tijdens het onderzoek is de tijd die het "betaalde" personeel in totaal heeft besteed gemeten. De tijdsbesteding is vervolgens gewogen op basis van de gemiddelde salaris-verschillen met het verplegend en verzorgend personeel. Hierdoor is het mogelijk de personele kosten van de kostprijs per verpleegdag te relateren aan de verschillende aandoeningen van de patiënt. De ADL-kenmerken bepalen voornamelijk het aantal zorgminuten per verpleegdag die de patiënt nodig zal hebben. Naarmate de patiënt een hoge ADL-score heeft (de patiënt kan dan bijna niets meer zelf, heeft overal hulp bij nodig) neemt het aantal zorgminuten per verpleegdag toe. De meeste zorg wordt gegeven aan zware somatische patiënten die zware verpleegkundige zorg vereisen. Dementie patiënten hebben meestal niet dergelijke zware somatische zorg nodig maar voornamelijk begeleiding.

Het aantal zorgminuten voor demente patiënten is dan lager dan voor zware somatische patiënten. Een verschil in kostprijs per verpleegdag als gevolg van het verschil in ernst van dementie zal waarschijnlijk niet groot zijn. Verschillen in de kosten per verpleegdag als gevolg van het verschil in ADL-kenmerken tussen verschillende dementie patiënten zullen wel groot kunnen zijn.

In het kader van dit onderzoek is in samenwerking met het SIG onderzoek gedaan naar het aantal zorgminuten voor 25.365 dementerende patiënten naar verschillende ADL-scores. Een dementerende patiënt met een ADL-score van nul heeft een lichte zorgzwaarte: de patiënt heeft weinig zorg nodig. Een dementerende patiënt met een ADL-score van negen heeft een zware zorgzwaarte (zie bijlage IV).

Het gemiddeld aantal zorgminuten in een psychogeriatrisch verpleeghuis bedraagt 191 minuten (SIG, 1998). Een gemiddelde kostprijs per verpleegdag is berekend en bedraagt FL 271,-. De personeelskosten van een verpleegdag bedragen:

$$\frac{\text{Totale personeelskosten kliniek}}{\text{aantal verpleegdagen}} = \frac{\text{FL 653.215.680}}{3.457.253} = \text{FL 189,-}$$

De kosten van het vaste deel bedragen de totale kliniekkosten van de psychogeriatrische verpleeghuizen vermindert met de personeelskosten:

$$\frac{\text{FL 283.558.320}}{3.457.253} = \text{FL 82,-}$$

Gemiddeld worden er 191 minuten zorg per patiënt per verpleegdag geboden. De kosten bedragen dan (FL 189,-/ 191) FL 0,99 per minuut zorg. In tabel 5.7.3 worden het aantal zorgminuten per dag voor dementerende patiënten in psychogeriatrische verpleeghuizen naar ADL-score weergegeven, daarnaast worden de kosten per dag per ADL-score weergegeven.

**Tabel 5.7.3 Kosten per dag voor dementerenden in psychogeriatrische verpleeghuizen naar ADL-score**

ADL-score	Zorgminuten	Kosten per dag
dementie + ADL = 0	137	FL 218,-
dementie + ADL = 1	138	FL 219,-
dementie + ADL = 2	143	FL 224,-
dementie + ADL = 3	179	FL 259,-
dementie + ADL = 4	180	FL 260,-
dementie + ADL = 5	195	FL 275,-
dementie + ADL = 6	220	FL 300,-
dementie + ADL = 7	280	FL 359,-
dementie + ADL = 8	292	FL 371,-
dementie + ADL = 9	298	FL 377,-
Gemiddeld (alle patiënten)	191	FL 271,-

Bron: (SIG, 1998)

Zoals is beschreven in de vorige paragraaf zijn ook de kosten van verpleeghuizen te verdelen in drie functies. De procentuele verdeling van de kosten van de drie functies in verpleeghuizen zal in de volgende tabel worden weergegeven.

**Tabel 5.7.4 Kosten van verpleeghuizen verbijzonderd naar de drie functies**

Functies	Percentages	Kosten
Woonfunctie	26%	FL 70,50
Zorgfunctie + hotelfunctie	48% + 26% = 74%	FL 200,50
Totaal per dag	100%	FL 271,-

Bron (Groenenboom en Huijsman, 1995)

De woonfunctie neemt net als bij de verzorgingshuizen 26% van de kosten in beslag. In de volgende tabel zullen de kosten verminderd met de kosten voor de woonfunctie naar de verschillende ADL-scores worden berekend.

**Tabel 5.7.5 Kosten per verpleegdag naar ADL-scores verminderd met de kosten van de woonfunctie**

ADL-score	Kosten per dag	Kosten zonder de kosten van de woonfunctie per dag
dementie + ADL = 0	FL 218,-	FL 161,-
dementie + ADL = 1	FL 219,-	FL 162,-
dementie + ADL = 2	FL 224,-	FL 166,-
dementie + ADL = 3	FL 259,-	FL 192,-
dementie + ADL = 4	FL 260,-	FL 192,-
dementie + ADL = 5	FL 275,-	FL 204,-
dementie + ADL = 6	FL 300,-	FL 222,-
dementie + ADL = 7	FL 359,-	FL 266,-
dementie + ADL = 8	FL 371,-	FL 275,-
dementie + ADL = 9	FL 377,-	FL 279,-
Gemiddeld (alle patiënten)	FL 271,-	FL 200,-

### 5.7.2 Kosten van dagbehandeling in psychogeriatrische verpleeghuizen

De kosten per dagbehandeling in een psychogeriatrisch verpleeghuis worden gevormd door het aantal kosten voor de dagbehandeling in psychogeriatrische verpleeghuizen. De kosten voor dagbehandeling vormen 1.8% van de totale kosten (zie tabel 5.7.2). De kosten voor dagbehandeling bedragen (1.8% x FL 979.890.000) FL 17.638.020. Het totale aantal dagen dagbehandeling bedroegen 203.978 dagen over 1996 (NZi, 1997)

De kosten voor dagbehandeling in een psychogeriatrisch verpleeghuis bedragen:

$$\frac{\text{Kosten voor de behandelingsdagen}}{\text{Aantal behandelingsdagen}} = \frac{\text{FL 17.638.020}}{203.978} = \text{FL 86.50}$$



### 5.7.3 Kosten per verpleegdag van gecombineerde verpleeghuizen

In de financiële statistiek voor gecombineerde verpleeghuizen zijn de kosten voor deze verpleeghuizen opgenomen. Deze kosten omvatten zowel de kosten voor de somatische en de psychogeriatrische afdelingen. Volgens de heer Kok van het NZi was het niet mogelijk om deze kosten naar de verschillende afdelingen te splitsen. Voor berekening van de kosten van een verpleegdag zal daarom worden uitgegaan van de kosten van gecombineerde verpleeghuizen. In de volgende tabel worden de totale kosten van de gecombineerde verpleeghuizen voor 1996 weergegeven.

**Tabel 5.7.6 Totale kosten gecombineerde verpleeghuizen in Nederland over 1996**

Totaal personeelskosten	FL 2.093.786.000
Sociale kosten en andere personeelskosten	FL 847.809.000
Kosten van voeding	FL 167.992.000
Kosten van andere hotelmatige kosten	FL 178.528.000
Algemene kosten	FL 169.094.000
Patiëntgebonden kosten	FL 169.772.000
Terrein- en gebouwgebonden kosten	FL 146.214.000
Afschrijving, huur, leasing, interest	FL 554.030.000
Hulpbedrijven	FL - 1.557.000
<b>Totaal kosten</b>	<b>FL 4.325.668.000</b>

Bron: (NZi, 1997)

De totale kosten bevatten de kosten van de verschillende kostenplaatsen, in de volgende tabel wordt de verdeling van het totale aantal kosten voor de gecombineerde verpleeghuizen weergegeven.

**Tabel 5.7.7 Kosten naar kostenplaats**

Kostenplaats	Gecombineerde verpleeghuizen
Kliniek	95.6%
Dagbehandeling	1.7%
Zorg buiten de muren	2.3%
Werkzaamheden/diensten voor derden	0.4%
Totaal	100%

Bron: (Spaan, 1996)

Uit de tabel blijkt dat 95.6% van de totale kosten worden besteed aan de kliniek, de kosten voor kliniek bedragen dan (95.6% x FL 4.325.668.000) FL 4.135.338.600. De kosten per verpleegdag in een gecombineerd verpleeghuis worden gevormd door de totale kosten voor de kliniek te delen door het totaal aantal verpleegdagen.

Het aantal verpleegdagen over 1996 wordt in de volgende tabel weergegeven:

**Tabel 5.7.8 Totaal aantal verpleegdagen voor gecombineerde verpleeghuizen (exclusief dagbehandeling)**

Gecombineerde verpleeghuizen	Verpleegdagen
Somatische afdeling	7.301.526
Psychogeriatrische afdeling	7.355.408
Totaal	14.656.934

Bron: (NZi, 1997)

Kosten per gecombineerde verpleegdag:

$$\frac{\text{Totale kosten voor kliniek}}{\text{Aantal verpleegdagen}} = \frac{\text{FL 4.135.338.600}}{14.656.934} = \text{FL 282,-}$$

De geschatte kosten van een gecombineerde verpleegdag zijn slechts FL 11,- hoger dan de kosten van psychogeriatrische verpleeghuizen. Een mogelijk overschatting van de kosten voor een verpleegdag op een psychogeriatrische afdeling door het betrekken van de totale kosten van somatische afdelingen lijkt gering te zijn.

Op de psychogeriatrische afdelingen wordt gemiddeld 209 minuten zorg per verpleegdag geleverd (SIG, 1998). De personeelskosten per verpleegdag op de psychogeriatrische afdelingen bedragen:

$$\frac{\text{Totale personeelskosten kliniek}}{\text{Aantal verpleegdagen}} = \frac{2.812.164.800}{14.656.934} = \text{FL 192,-}$$

De vaste kosten per verpleegdag bedragen de totale kosten van de kliniek verminderd met de totale personeelskosten gedeeld door het aantal verpleegdagen:

$$\frac{\text{FL 1.323.173.800}}{14.656.934} = \text{FL 90,-}$$

Gemiddeld worden er 209 minuten zorg per patiënt per verpleegdag geboden (SIG, 1998). De kosten bedragen dan (FL 192,-/ 209) FL 0,92 per minuut zorg. In de volgende tabel worden het aantal zorgminuten per dag voor dementerende patiënten op psychogeriatrische afdelingen naar ADL-score weergegeven, daarnaast worden de kosten per dag per ADL-score weergegeven.

**Tabel 5.7.9 Zorgminuten en kosten per dag voor dementerenden op psychogeriatrische afdelingen van gecombineerde verpleeghuizen naar ADL-score**

ADL-score	Zorgminuten	Kosten per dag
dementie + ADL = 0	134	FL 213,-
dementie + ADL = 1	136	FL 215,-
dementie + ADL = 2	137	FL 216,-
dementie + ADL = 3	179	FL 255,-
dementie + ADL = 4	181	FL 257,-
dementie + ADL = 5	189	FL 264,-
dementie + ADL = 6	215	FL 288,-
dementie + ADL = 7	278	FL 346,-
dementie + ADL = 8	289	FL 356,-
dementie + ADL = 9	299	FL 365,-
Gemiddeld (alle patiënten)	209	FL 282,-

Bron: (SIG, 1998)

Net als bij de verzorgingshuizen en psychogeriatrische verpleeghuizen nemen de kosten van de woonfunctie 26% van de kosten in beslag bij de gecombineerde verpleeghuizen (Groenenboom en Huijsman, 1995). De kosten verminderd met de kosten voor de woonfunctie zullen naar de verschillende ADL-scores in de volgende tabel worden getoond.

**Tabel 5.7.10 Kosten per verpleegdag naar ADL-scores verminderd met de kosten van de woonfunctie**

ADL-score	Kosten per dag	Kosten zonder de kosten van de woonfunctie per dag
dementie + ADL = 0	FL 213,-	FL 158,-
dementie + ADL = 1	FL 215,-	FL 159,-
dementie + ADL = 2	FL 216,-	FL 160,-
dementie + ADL = 3	FL 255,-	FL 189,-
dementie + ADL = 4	FL 257,-	FL 190,-
dementie + ADL = 5	FL 264,-	FL 195,-
dementie + ADL = 6	FL 288,-	FL 213,-
dementie + ADL = 7	FL 346,-	FL 256,-
dementie + ADL = 8	FL 356,-	FL 263,-
dementie + ADL = 9	FL 365,-	FL 270,-
Gemiddeld (alle patiënten)	FL 282,-	FL 209,-

#### 5.7.4 Kosten van dagbehandeling in gecombineerde verpleeghuizen

De kosten voor dagbehandeling vormen 1.7% van de totale kosten FL 4.325.668.000 (zie tabel 5.7.7). De kosten voor dagbehandeling in gecombineerde verpleeghuizen zijn dan (1,7% x 4.325.668.000) FL 73.536.356. In de onderstaande tabel staan het aantal dagen dagbehandeling in gecombineerde verpleeghuizen over 1996.

**Tabel 5.7.11 Aantal dagbehandeling in gecombineerde verpleeghuizen in 1996**

Gecombineerde verpleeghuizen	Dagbehandeling
Somatische afdeling	427.410
Psychogeriatrische afdeling	394.142
Totaal	821.552

Bron: (NZi, 1997)

De kosten voor dagbehandeling in een gecombineerd verpleeghuis worden gevormd door de kosten voor de dagbehandeling te delen door het aantal behandelingsdagen. De kosten voor dagbehandeling in een gecombineerd verpleeghuis bedragen:

$$\frac{\text{Kosten voor dagbehandelingen}}{\text{Totale aantal dagbehandelingen}} = \frac{\text{FL 73.536.356}}{821.552} = \text{FL 89,50}$$

De kosten van dagbehandeling in een gecombineerd verpleeghuis verschillen slechts FL 3,- van dagbehandeling in een psychogeriatrisch verpleeghuis. Ondanks dat somatische afdelingen bij de kosten van gecombineerde verpleeghuizen zijn betrokken, is het verschil in kosten voor verpleegdagen en dagbehandeling met psychogeriatrische verpleeghuizen niet groot. De kosten van een verpleegdag en dagbehandeling van gecombineerde verpleeghuizen zullen gehanteerd worden voor de kosten van psychogeriatrische afdelingen.

In dit hoofdstuk zijn de kosten die worden gemaakt binnen de gezondheidszorgsector door dementerende patiënten aan bod gekomen. In het volgende hoofdstuk zullen de kosten die door de patiënt en zijn of haar familie worden gemaakt behandeld worden. Vervolgens worden in hoofdstuk zeven de kosten voor thuiswonende patiënten en opgenomen patiënten met dementie berekend.

## **6 Kosten gemaakt voor de ziekte van Alzheimer door patiënt en familie**

Kosten die buiten de gezondheidszorg worden gemaakt bestaan uit out-of-pocket kosten voor bijvoorbeeld aanpassingen in huis, reiskosten van en naar dagbehandeling en kosten voor informele zorg. In dit hoofdstuk zullen deze kosten worden berekend.

### **6.1 Out-of-pocket kosten van de patiënt**

Onder de out-of-pocket kosten vallen kosten voor bijvoorbeeld speciale voeding, kleding en aanpassingen in huis. De aanpassingen en voorzieningen in huis hoeven niet speciaal voor dementerenden te zijn, maar zijn meer algemene aanpassingen voor ouderen en mensen met een lichamelijke afhankelijkheid al of niet veroorzaakt door een geestelijke aandoening. Men kan hierbij bijvoorbeeld denken aan een aangepast toilet, handgrepen en een antislipvloer in de badkamer, speciaal bestek, een aangepaste klok of telefoon. De voorzieningen en aanpassingen in huis zijn vooral gericht op verbetering van de veiligheid en de comfort van de patiënt. Van welke voorzieningen en aanpassingen in huis dementerende patiënten gebruik maken hangt onder andere samen met de lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid van de patiënt. Over het gebruik van voorzieningen en aanpassingen door dementerende patiënten zijn geen gegevens beschikbaar. Aangezien deze kosten eenmalige investeringen zijn, in tegenstelling tot bijvoorbeeld informele zorg die men elke dag nodig heeft, zullen deze kosten niet het belangrijkste deel van de totale kosten buiten de gezondheidszorg vormen. De out-of-pocket kosten zullen verder door een gebrek aan gegevens buiten beschouwing worden gelaten.

## 6.2 Reiskosten

De afstand die de patiënt moet afleggen tussen dagbehandeling in een verpleeghuis en zijn of haar eigen huis moet in geld gewaardeerd worden aangezien dit kosten zijn die door de patiënt worden gedragen. De afstand en de kosten van het vervoer zijn hierbij van belang. In de literatuur is hierover niets vermeld. Wanneer over de afstand tussen een huishouden en een voorziening geen gegevens bekend zijn wordt aangeraden om de volgende formule te hanteren (Rutten et al, 1996):

$$2/3 * \sqrt{(R / \pi)}$$

R = de gemiddelde reikwijdte van een voorziening

Met behulp van gegevens over instellingen van intramurale gezondheidszorg (NZi, 1997) wordt in de volgende tabel de afstand tot de dagbehandelingsplaatsen berekend.

**Tabel 6.3.1 Afstand van huishouden tot de dagbehandelingsplaatsen in de verschillende verpleeghuizen**

	Psychogeriatrische verpleeghuizen	Gecombineerde verpleeghuizen	Totaal
Oppervlakte Nederland (km <sup>2</sup> )	41.864	41.864	41.864
Aantal verpleeghuizen met dagbehandeling	47	183	230
Reikwijdte (km <sup>2</sup> ) = R	890,72	228,76	182,02
Gemiddelde afstand (km) $2/3 * \sqrt{(R / \pi)}$	11,2	5,7	5,1

Met behulp van de afstanden kunnen dan de reiskosten worden berekend. Een kilometerprijs van FL 0,39 wordt aangeraden wanneer over de wijze van vervoer niets bekend is (Rutten et al, 1995). De gemiddelde afstand tot een dagbehandelingsplaats is 5,1 km. De reiskosten van en naar een dagbehandelingsplaats bedragen dan in totaal: FL 4,- (FL 0,39 \* 10,2). Zoals blijkt uit hoofdstuk vier maakt gemiddeld de helft van de thuiswonende dementerende patiënten gebruik van de dagbehandeling. Zij gaan dan gemiddeld twee keer per week, de reiskosten bedragen dan FL 8,- per week.

### **6.3 Kosten van informele zorg**

Het belangrijkste middel dat door primaire verzorgers wordt geïnvesteerd in de verzorging van de thuiswonende patiënt is tijd. De geïnvesteerde tijd van de verzorgers moet worden gewaardeerd en in de berekening van de kosten worden meegenomen. Door middel van vragenlijsten of interviews kunnen het aantal uren informele zorg achterhaald worden. Omdat de patiënten zelf, gezien hun aandoening voor de levering van deze gegevens niet betrouwbaar zijn, komt de primaire verzorger hiervoor in aanmerking. Er zijn enige praktische problemen die hierbij overwonnen moeten worden. Ten eerste is het voor de informele verzorger vaak lastig om het onderscheid aan te geven tussen gewoon werk en hulpverlening. Een voorbeeld hiervan is het klaarmaken van een maaltijd, wanneer de patiënt niet ziek was geweest, had de partner waarschijnlijk ook de maaltijd klaargemaakt. Daarnaast kan men tijdens het toezicht houden op de patiënt ook ander werk doen (Busschbach, Brouwer et al., 1998). Rechtstreeks vragen naar de tijd die men werkelijk “verloren” heeft door het verschaffen van zorg aan een dementerende patiënt wordt door Van Busschbach et al (1998) als oplossing voor dit probleem geboden.

Wanneer het aantal uren informele zorg bekend is moet deze tijd gewaardeerd worden. In de volgende paragraaf zal de waardering van geïnvesteerde tijd door informele verzorgers aan de orde komen.

#### **6.3.1 Waarderen van informele zorg**

Informele zorg zou tegen een prijs van FL 0,- gewaardeerd kunnen worden, wanneer men ervan uit gaat dat men geen geld “overhoudt” wanneer minder of geen informele zorg meer aan een patiënt geleverd wordt. Toch wordt geïnvesteerd in deze vorm van zorg, namelijk in de vorm van tijd. Deze tijd die de verzorger besteedt aan de thuiswonende patiënt, had ook op een alternatieve wijze aangewend kunnen worden.

De alternatieve tijdsbesteding zou in drie categorieën ingedeeld kunnen worden:

- Tijd voor betaald werk
- Tijd voor onbetaald werk (Hieronder kan men activiteiten als huishouden of zorgen voor de kinderen verstaan)
- Vrije tijd



Vanwege deze alternatieve mogelijkheden, wordt in de literatuur dan ook gesteld dat deze tijd tegen een prijs gewaardeerd moet worden. Brouwer et al. (1998) stellen dat de tijd gespendeerd aan informele zorg op dezelfde wijze gewaardeerd dient te worden als “patiëntentijd”. De tijd waarin *betaald werk* wordt opgegeven voor informele zorg moet gewaardeerd worden door het aantal opgegeven werkuren te vermenigvuldigen met het uurloon (waarbij wel rekening gehouden moet worden met substitutie effecten door de arbeidsmarkt). Tijd die wordt gespendeerd aan informele zorg in plaats van *onbetaald werk* zou gewaardeerd kunnen worden tegen het uurloon van individuen die het werk tegen betaling doen, een professionele huishoudster bijvoorbeeld. Naast de monetaire waardering van de “verloren” tijd wordt gesteld dat de reductie in kwaliteit van leven, die samenhangt met het opgeven van tijd voor onbetaald werk en de “rol” die men daarbij innam, apart gemeten moet worden. Door middel van kwaliteit van leven vragenlijsten die onder andere gericht zijn op het meten van het effect van het uitvoeren van huishoudelijk werk kan deze reductie aangetoond worden. De *vrije tijd* die verloren gaat aan informele zorgverlening kan het best worden gewaardeerd door middel van kwaliteit van leven en niet in monetaire termen. De reductie in kwaliteit van leven door het verlies van vrije tijd kan door middel van kwaliteit van leven vragenlijsten worden bepaald (Brouwer, Koopmanschap et al., 1998).

Volgens Rutten et al (1993) kunnen de inspanningen van informele zorgverleners het best worden gewaardeerd tegen schaduwrijzen. Dit houdt in dat het aantal uren besteed aan informele zorg wordt gewaardeerd tegen de kosten van professionele hulpverleners die nodig zouden zijn wanneer er geen informele verzorgers aanwezig zijn. Meestal worden de uren informele zorg gewaardeerd tegen het uurtarief van een gezinsverzorger. Bij deze wijze van waardering van informele zorg wordt wel een kanttekening geplaatst: er kan een overschatting van de kosten ontstaan wanneer professionele krachten sneller en efficiënter werken (Rutten, Ineveld et al., 1993).

De schaduwrijks methode wordt ook door Van Busschbach et al. (1998) aanbevolen voor het waarderen van informele zorg. Zij stellen dat naast het monetaire effect, informele zorgverlening effect heeft op de kwaliteit van leven van partner of familieleden. De schaduwrijks methode hoeft dit laatste effect niet volledig te dekken, waardoor een aparte meting noodzakelijk wordt. Toch plaatsen zij enkele kanttekeningen bij het opnemen van deze kwaliteit van leven meting in een analyse. Ten eerste omdat het meten van kwaliteit van leven vooral gericht is op de kwaliteit gerelateerd aan gezondheid. De kwaliteit van leven van de informele verzorger hangt niet samen met gezondheid maar met de te leveren zorg.

Daarnaast kan de kwaliteit van leven al gedekt zijn door het gebruik van schaduwprijs methode waardoor dubbeltellingen ontstaan. Ten derde bestaat er een discussie over het optellen van de kwaliteit van leven van de informele verzorger bij de kwaliteit van leven van de patiënt als effectmaat van bijvoorbeeld een kosten-effectiviteits analyse. Om de genoemde problemen te voorkomen stellen zij voor om de uitkomst van de kwaliteit van leven meting onder informele verzorgers als een aparte item in analyses op te nemen, waardoor dubbeltellingen voorkomen kunnen worden (Busschbach, Brouwer et al., 1998).

Voor het waarderen van informele zorg zal in deze scriptie worden uitgegaan van schaduwprijzen. Voor het aantal uren informele zorg dat aan Alzheimer patiënten wordt verschaft, zal worden uitgegaan van gegevens uit de literatuur over informele zorg. Doordat de literatuur als uitgangspunt wordt genomen is meting van de kwaliteit van leven van informele verzorgers niet mogelijk en zal ook niet worden betrokken bij de waardering van deze vorm van zorg. De schaduwprijs waar de informele zorg tegen gewaardeerd zal worden, zijn de kosten per uur van een gezinsverzorgende. In hoofdstuk vijf is een integrale kostprijs van FL 39,70 per uur berekend. Hieronder vallen naast de kosten van het uitvoerende personeel ook de kosten van leidinggevend personeel, overig personeel, huisvestingskosten, etc. Deze kosten zullen door een informele verzorger niet gemaakt worden: alleen de kosten voor het uitvoerende werk (verzorging, huishouding, etc.) worden gemaakt.

Daarnaast kan niet alle zorg die een dementerende patiënt nodig heeft door een informele verzorger worden gegeven. Bovendien kan volgens Rutten, et al. (1993) ook een overschatting van de kosten ontstaan wanneer professionele krachten sneller en efficiënter werken. Hierdoor zullen alleen de personele kosten van een uur gezinszorg (FL 29,50) als schaduwprijs gehanteerd worden.

### 6.3.2 Kosten van informele zorg voor Alzheimer patiënten

Zoals in hoofdstuk vijf is vermeld zijn er in Nederland verschillende onderzoeken gedaan naar thuiswonende dementerende patiënten (DOG, AMSTEL-project, ERGO-onderzoek). In deze onderzoeken is wel onderzocht of patiënten informele zorg ontvingen, maar niet het aantal uren per dag of per week. Door Pot (1996) zijn de psychische klachten van informele verzorgers van demente ouderen onderzocht. Het achterhalen van het aantal uren informele zorg werd door haar onbetrouwbaar gevonden. De volgende problemen worden door haar aangehaald: de geleverde zorg hing vaak niet samen met de aandoening van de patiënt. Daarnaast hadden informele zorgverleners verschillende opvattingen over wat zorg verlenen inhoudt, waardoor het aantal uren zorgverlening per dag en de duur over het aantal jaren verschillend werd opgevat. Deze opvattingen kunnen ook over de jaren van zorgverlening heen veranderen, waardoor schattingen veranderen (Pot, 1996). Vernooij-Dassen (1993) onderzocht informele zorg bij thuiswonende dementerenden. Zij ondervond dat het vragen naar het aantal uren informele zorg onbetrouwbare informatie opleverde. Verzorgers stelden dat ze al voor hun partner zorgden vanaf het moment dat ze getrouwd waren of het bereiden van een maaltijd werd als informele zorg gezien. Het bleek lastig voor de informele verzorgers om de werkelijke tijd die werd besteed aan de patiënt wegens zijn ziekte in te schatten. Gegevens over het aantal uren informele zorg voor dementerenden uit dit onderzoek mochten, naar mening van de auteur, wegens deze onbetrouwbaarheid dan ook niet gebruikt worden voor een schatting van de kosten van informele zorg (Vernooij-Dassen, persoonlijke communicatie).

Specifieke gegevens over het aantal uren zorg dat per week door informele verzorgers aan dementerende patiënten wordt geboden in Nederland wordt niet in de literatuur vermeld. Door Duijnsteet et al (1994) is wel een literatuurstudie gedaan naar mantelzorg voor mensen met een *chronische* ziekte. Hieruit bleek dat er door Kwekkeboom (1990) een studie is gedaan naar mantelzorg ten behoeve van huisgenoten en niet-huisgenoten. In deze studie werd gevonden dat de mantelzorg circa 5 uur per week bedraagt. Door van Daal (1994) werd een gemiddelde van 7,2 uur informele zorg per week gevonden.

Het bovengenoemde aantal uren informele zorg per week is een gemiddelde voor alle chronisch zieke patiënten, het aantal uren informele zorg voor dementerende patiënten kan hierdoor hoger of lager uitvallen. Naar mate de ziekte van Alzheimer vordert zal het aantal uren informele zorg toenemen. Daarnaast kan het aantal uren informele zorg van dag tot dag en van week tot week en per patiënt verschillen als gevolg van de beschikbaarheid van een informele verzorger en zijn bereidheid c.q. vermogen om voor de patiënt te zorgen.

In overleg met de Nederlandse Alzheimer Stichting is daarom besloten de resultaten van 5 en 7 uur informele zorg per week uit eerder genoemde studies te beschouwen als de meest conservatieve schatting. De kosten van informele zorg bedragen dan tussen de FL 147,50 en FL 206,50 per week. Deze conservatieve schattingen van de kosten van informele zorg bij patiënten met de ziekte van Alzheimer zullen verder in deze scriptie gehanteerd worden.

Uit een paar buitenlandse studies is wel het aantal uren informele zorg voor een dementerende patiënt bekend. In Frankrijk heeft een onderzoek naar de kosten van de ziekte van Alzheimer plaats gevonden. Uit dit onderzoek bleek dat patiënten met een MMSE-score hoger dan 15 (licht dementerende patiënten) ongeveer 3,8 uur per dag informele zorg ontvangen en patiënten met een MMSE-score van 15 en lager (matig en ernstig dementerende patiënten) ongeveer 4,5 uren informele zorg per dag ontvangen (Souëtre, Qing et al., 1995). De kosten van informele zorg zouden dan variëren tussen de  $(3,8 * 7 * FL 29,50)$  FL 785,- en de  $(4,5 * 7 * FL 29,50)$  FL 929,- per week. Dit onderzoek wordt verder uitgewerkt in deel III Frankrijk.

Uit een onderzoek in Californië bleek dat informele verzorgers per dag gemiddeld 10 uur informele zorg besteden aan patiënten met de ziekte van Alzheimer (Rice, Fox et al., 1993). De kosten van informele zorg bedragen dan ongeveer  $(10 * 7 * FL 29,50)$  FL 2.065,- per week.

Deze cijfers voor het aantal uur informele zorg mogen niet zomaar voor Nederland worden gebruikt aangezien in Amerika en Frankrijk wellicht andere voorzieningen voor thuiswonende patiënten beschikbaar zijn en het opname beleid kan verschillen van het beleid in Nederland. Wanneer er minder voorzieningen voor professionele thuiszorg zijn en er geen of niet genoeg voorzieningen zijn om patiënten op te nemen, zal er meer informele zorg verstrekt worden.

In dit onderzoek zullen de meest conservatieve schattingen van FL 147,50 en FL 206,50 per week voor de kosten van informele zorg gehanteerd worden. In een vervolgonderzoek van het ERGO-onderzoek zal waarschijnlijk wel het aantal uren informele zorg geregistreerd worden. Wellicht dat dan de kosten van informele zorg voor dementerende patiënten nauwkeuriger en naar ernstgraad berekend kunnen worden.

## **7 Kostenanalyse**

In dit hoofdstuk worden de kosten die in hoofdstuk vijf en zes berekend zijn, geanalyseerd. De gemiddelde kosten van een thuiswonende dementerende patiënt worden berekend en vergeleken met de kosten van een dementerende patiënt bij opname in een verpleeghuis en bij opname in een verzorgingshuis. Zoals in de vraagstelling is geformuleerd, moeten de kosten gedifferentieerd worden naar het verschil in ernst van dementie. Uit hoofdstuk vijf is evenwel gebleken dat gegevens over het gebruik van voorzieningen door dementerende patiënten naar de verschillende mate van ernst vaak ontbreken. Alleen de kosten van thuiszorg kunnen gedifferentieerd worden naar ernst van dementie. De kosten in verzorgingshuizen en verpleeghuizen kunnen worden gedifferentieerd naar ADL-score. In dit hoofdstuk zullen verschillende kostenscenario's worden geschetst, inclusief en exclusief de kosten van informele zorg. Vervolgens zullen de scenario's die betrekking hebben op thuiswonende patiënten worden vergeleken met die van geïnstitutionaliseerde patiënten.

## 7.1 Kosten van thuiswonende en opgenomen dementerende patiënten

Om een overzicht van alle kosten, die in de voorgaande hoofdstukken zijn berekend, te krijgen wordt in het volgende schema een overzicht van de kosten per eenheid gegeven.

**Tabel 7.1.1 Kosten gemaakt binnen de gezondheidszorgsector en kosten gemaakt door patiënt en familie**

Voorziening	Eenheid	Kosten per eenheid
Huisartshulp	consult	FL 37,70
Thuiszorg		
- gezinszorg	uur	FL 39,70
- wijkverpleging	uur	FL 120,00
- geïntegreerde thuiszorg	uur	FL 58,60
Riagg	contact	FL 211,00
Ziekenhuisopname	ligdag	FL 743,00
Verzorgingshuizen	verzorgingsdag	FL 132,00
Verpleeghuizen		
- psychogeriatrisch	verpleegdag	FL 271,00
	dagbehandeling	FL 86,50
- gecombineerd	verpleegdag	FL 282,00
	dagbehandeling	FL 89,50
Informele zorg	uur	FL 29,50
Reiskosten dagbehandeling	dag	FL 4,00

Voor berekening van de kosten voor een thuiswonende dementerende patiënt zal worden uitgegaan van de gemiddelde kosten van een thuiswonende dementerende man en vrouw. Naast de kosten per eenheid zijn gegevens over het gebruik van de eenheden noodzakelijk om kosten te kunnen berekenen. Wanneer gegevens over het gebruik van voorzieningen ontbreken worden veronderstellingen gedaan.

Van de volgende volume eenheden zal worden uitgegaan:

- Huisarts

In hoofdstuk twee is het onderzoek van Muskens (1993) onder thuiswonende Alzheimer patiënten behandeld. Uit dit onderzoek bleek dat de gemiddelde leeftijd bij het begin van het proces 75 jaar bedroeg. Gegevens over het aantal huisartsconsulten van een dementerende patiënt ontbreken. Voor de berekening van de gemiddelde huisartskosten zal worden uitgegaan van het gemiddeld aantal consulten van personen van 65 jaar en ouder. Voor mannen ligt het gemiddeld aantal huisartsconsulten op 5.1 contacten per jaar. Voor vrouwen ligt het gemiddelde op 6.6 contacten met de huisarts per jaar.

- Thuiszorg

Uit het casuonderzoek bleek dat mannen gemiddeld 119 minuten gezinszorg nodig hebben, vrouwen hebben gemiddeld 217 minuten gezinszorg nodig (zie tabel 5.2.4). Volgens het Dementie Onderzoek Groningen (DOG) maakt ongeveer 30% van alle thuiswonende dementerende patiënten gebruik van gezinszorg en ongeveer 30% maakt gebruik van wijkverpleging. Mannen hebben gemiddeld 75 minuten wijkverpleging per week nodig, vrouwen gemiddeld 102 minuten wijkverpleging. De kosten per week, zoals die zijn berekend in hoofdstuk vijf zullen worden vermenigvuldigd met 52 weken. Er wordt verondersteld dat de kosten per week niet zullen verschillen gedurende het jaar.

- Maaltijddienst

Gegevens over het gebruik van deze voorziening onder thuiswonende dementerende patiënten zijn niet beschikbaar. Bij de kostenberekening zullen de kosten van deze voorziening buiten beschouwing worden gelaten.

- Riagg

Hoeveel contacten een dementerende patiënt heeft met de Riagg tijdens zijn verblijf thuis is niet duidelijk. Er zal worden uitgegaan van het gemiddeld aantal contacten die cliënten hebben bij de afdeling ouderenzorg van de Riagg. Het gemiddeld aantal contacten per behandeling bij de afdelingen ouderenzorg bedraagt 9,4 contacten. Hoeveel procent van de thuiswonende patiënten hulp van de Riagg ontvangt is ook niet duidelijk. Er zal een berekening worden gemaakt inclusief de kosten van de Riagg en een berekening exclusief de kosten van de Riagg.

- **Ziekenhuisopname**

Zoals blijkt uit hoofdstuk vijf wordt ongeveer 1,02% van de thuiswonende dementerende patiënten opgenomen in het ziekenhuis wegens dementie. De gemiddelde opnameduur voor mannen bedraagt 39 dagen, voor vrouwen 43 dagen (zie tabel 5.5.6). Er wordt uitgegaan van één ziekenhuisopname per persoon per jaar, ongeacht het geslacht.

- **Dagbehandeling in verpleeghuizen**

Uit het DOG-onderzoek bleek dat ongeveer de helft van de dementerende patiënten dagbehandeling krijgt. Gemiddeld wordt dan twee keer per week een bezoek gebracht aan de dagbehandeling. De kosten van dagbehandeling in een psychogeriatrisch verpleeghuis bedragen FL 86,50, dagbehandeling in een gecombineerd verpleeghuis bedragen FL 89,50. De gemiddelde kostprijs van FL 88,- per behandelingsdag zal gehanteerd worden. De kosten van dagbehandeling per week zal worden vermenigvuldigd met 52 weken.

- **Informele zorg**

Hoeveel thuiswonende dementerende patiënten beschikken over een informele verzorger, is niet bekend. Er zal een berekening van thuiswonende patiënten gemaakt worden inclusief de kosten van informele zorg en een berekening exclusief de kosten van informele zorg. Gegevens over het aantal uren geleverde informele zorg variëren tussen de 5 tot 7 uur per week. Als gemiddelde zal 6 uur gehanteerd worden. Aangezien geen gegevens over verschil tussen mannen en vrouwen voor handen was, zal hiertussen geen onderscheid gemaakt worden.

Uitgaande van de genoemde volumina, zal in tabel 7.1.2 een overzicht van de gemiddelde kosten voor thuiswonende dementerende patiënten naar geslacht worden gegeven.



**Tabel 7.1.2 Gemiddelde jaarlijkse kosten van thuiswonende dementerende patiënten naar geslacht**

Voorziening	Kosten	
	Man	Vrouw
Huisartshulp	FL 192,-	FL 249,-
Thuiszorg		
- Gezinszorg	FL 1.217,-	FL 2.246,-
- Wijkverpleging	FL 2.340,-	FL 3.182,-
Ziekenhuisopname	FL 294,-	FL 327,-
Dagbehandeling	FL 4.576,-	FL 4.576,-
Reiskosten	FL 208,-	FL 208,-
<b>Totale kosten (zonder Riagg) exclusief informele zorg</b>	<b>FL 8.827,-</b>	<b>FL 10.788,-</b>
<b>Totale kosten (met Riagg) exclusief informele zorg</b>	<b>FL 10.810,-</b>	<b>FL 12.771,-</b>
<b>Totale kosten inclusief informele zorg</b>	<b>FL 20.014,-</b>	<b>FL 21.975,-</b>

De totale kosten voor thuiswonende vrouwen zijn hoger dan de kosten voor thuiswonende mannen. Dit verschil wordt voornamelijk veroorzaakt door de kosten van thuiszorg die hoger zijn bij vrouwen dan bij mannen. Hierbij zou nog een verschil in kosten op kunnen treden wanneer meer informatie beschikbaar is over de hoeveelheid informele zorg naar geslacht. Zoals is besproken in hoofdstuk vier kunnen mannen vaker beschikken over informele verzorgers dan vrouwen. Het zou dus kunnen zijn dat de kosten voor professionele hulp bij vrouwen hoger zijn maar dat deze kosten bij de mannen “gecompenseerd” worden door hogere kosten voor informele zorg. Om de kosten van een thuiswonende patiënt te kunnen vergelijken met de kosten van opname worden in de volgende tabel de jaarlijkse kosten van een patiënt wonend in een verpleeghuis of verzorgingshuis weergegeven.

**Tabel 7.1.3 Gemiddelde jaarlijkse kosten voor opgenomen dementerende patiënten**

Voorziening	Kosten
Verzorgingshuis	FL 48.180,-
Psychogeriatrisch verpleeghuis	FL 98.915,-
Psychogeriatrische afdeling van een gecombineerd verpleeghuis	FL 102.930,-

De kosten van opname in een verpleeghuis of verzorgingshuis blijken aanzienlijk hoger te zijn dan de kosten van een gemiddelde thuiswonende patiënt met dementie. Bij deze constatering dienen wel kanttekeningen geplaatst te worden. Het is namelijk onwaarschijnlijk dat de patiënten onderling vergelijkbaar zijn. Dementerende patiënten zijn opgenomen voor bepaalde redenen waardoor zij niet meer thuis konden blijven wonen: de patiënt kon bijvoorbeeld niet meer beschikken over een informele verzorger, of gedragsstoornissen werden dusdanig dat de patiënt thuis niet meer te handhaven was, of de hoeveelheid benodigde zorg was niet meer thuis te voldoen, etc. Door dit verschil tussen thuiswonende en opgenomen dementerende patiënten, zullen de kosten ook verschillen.

Het te lang wachten met het opnemen van een patiënt in een verpleeghuis kan zelfs leiden tot een toename van de kosten. Wanneer een matig of ernstig dementerende patiënt thuis voortdurend hulp nodig heeft en bij tijd en wijlen in het ziekenhuis belandt kan dit meer kosten met zich meebrengen dan opname in een verpleeghuis.

## **7.2 Verschillende kostenscenario's**

De situaties van dementerende patiënten kunnen onderling enorm verschillen. De mate van ernst van dementie, de beschikbaarheid en de kenmerken van een informele verzorger, ADL-kenmerken van de patiënt, de mate waarin een beroep kan worden gedaan op de verschillende professionele zorgvoorzieningen en de mate waarin de patiënt ook daadwerkelijk een beroep doet op deze voorzieningen, kunnen alle variëren. Hierdoor zullen ook de kosten van dementerende patiënten variëren. Door deze variatie zijn er vele verschillende kostenscenario's voor thuiswonende dementerenden mogelijk. Het is ondoenlijk om alle verschillende scenario's te schetsen. Er is dan ook voor gekozen om een scenario te berekenen waarbij de kosten het laagst zijn en een scenario waarbij de kosten het hoogst zijn.

Ten eerste zullen de kosten worden berekend van een thuiswonende patiënt die licht dementerend is en bijna geen zorg nodig heeft ("lichte zorgzwaarte"). Ten tweede zullen de kosten van een thuiswonende, ernstig dementerende patiënt worden berekend die veel zorg nodig heeft ("zware zorgzwaarte"). De scenario's zullen verder worden gedifferentieerd naar geslacht en de aanwezigheid van informele zorg. De scenario's voor de thuiswonende patiënten zullen vervolgens worden vergeleken met de kosten van een opgenomen patiënt met dezelfde zorgzwaarte.

### 7.2.1 Kosten van een licht dementerende patiënt die weinig zorg behoeft

Een dementerende patiënt die in het beginstadium verkeert, niet lijdt aan andere ziekten en nog behoorlijk voor zichzelf kan zorgen, heeft weinig professionele zorg nodig. Er zal worden uitgegaan van de gemiddelde jaarlijkse huisartskosten van personen van 65 jaar en ouder. De kosten van de thuiszorg worden berekend op basis van het onderzoek zoals is beschreven in hoofdstuk vijf. De kosten van de patiënt zullen eerst worden berekend wanneer geen informele verzorger aanwezig is. In de volgende tabel worden de jaarlijkse kosten voor een licht dementerende patiënt met een lichte zorgzwaarte worden weergegeven.

**Tabel 7.2.1 Geschatte minimale kosten voor een thuiswonende dementerende patiënt naar geslacht op jaarbasis (licht dementerende patiënt met lichte zorgzwaarte beschikt niet over een informele verzorger)**

Voorziening	Man	Vrouw
Huisartskosten	FL 192,-	FL 249,-
Thuiszorg (zonder verzorger)		
- gezinszorg	FL 1.456,-	FL 9.308,-
- wijkverpleging	FL 936,-	FL 7.592,-
<b>Totaal</b>	<b>FL 2.584,-</b>	<b>FL 17.149,-</b>

Uit de tabel blijkt dat de kosten voor thuiswonende licht dementerende mannen aanzienlijk lager zijn dan de kosten van thuiswonende licht dementerende vrouwen wanneer geen informele verzorger aanwezig is.

In de volgende tabel zijn de kosten berekend wanneer wel een informele verzorger aanwezig is. De patiënt zal waarschijnlijk niet zoveel informele zorg nodig hebben als een ernstig dementerende patiënt met een zware zorgzwaarte, er zal hierdoor worden uitgegaan van 5 uur informele zorg per week. De informele zorg wordt hierbij gewaardeerd tegen de personele kostprijs (FL 29,50 per uur).

**Tabel 7.2.2 Geschatte minimale kosten voor een thuiswonende dementerende patiënt naar geslacht op jaarbasis (licht dementerende patiënt met lichte zorgzwaarte beschikt wel over een informele verzorger)**

Voorziening	Man	Vrouw
Huisartskosten	FL 192,-	FL 249,-
Thuiszorg (met verzorger)		
- gezinszorg	FL 832,-	FL 5.200,-
- wijkverpleging	FL 728,-	FL 2.808,-
<b>Totaal (excl. waardering informele zorg)</b>	<b>FL 1.752,-</b>	<b>FL 8.257,-</b>
<b>Totaal (incl. waardering 5 uur informele zorg per week)</b>	<b>FL 9.422,-</b>	<b>FL 15.927,-</b>

Bij vergelijking van tabellen 7.2.1 en 7.2.2 blijkt dat wanneer de kosten van informele zorg buiten beschouwing worden gelaten, de kosten van professionele zorg voor thuiswonende dementerende vrouwen *met* een informele verzorger aanzienlijk *lager* zijn dan wanneer *geen* informele verzorger aanwezig is. De kosten bij de vrouwen dalen dan met bijna de helft. Voor mannen is dit verschil kleiner: de kosten dalen met dertig procent. Wanneer de kosten van informele zorg wel betrokken worden bij de totale kosten van thuiswonende dementerende patiënten, dan blijkt dat de kosten voor vrouwen met een informele verzorger iets dalen (FL 1.222,-) ten opzichte van de kosten voor vrouwen zonder informele verzorger. Voor de mannen *met* een informele verzorger stijgen de kosten aanzienlijk (FL 6.838,-) ten opzichte van de kosten voor mannen *zonder* informele verzorger. Voor de vrouwen lijkt er substitutie van zorg plaats te vinden. Zorg die in eerste instantie werd verleend door professionele hulpverleners, kunnen worden overgenomen door informele verzorgers. Bij mannen wordt de professionele zorg slechts ten dele overgenomen door een informele verzorger. De hoeveelheid zorg lijkt voor de mannen toe te nemen.

De substitutie van zorg bij de vrouwen zou verklaard kunnen worden doordat in de huidige ouderenpopulatie vrouwen verantwoordelijk waren en zijn voor het huishouden, maaltijden, boodschappen, enzovoorts. Bij uitval door ziekte moeten de taken van de vrouw worden overgenomen. Wanneer de vrouw dan kan beschikken over een informele verzorger kan deze persoon een groot deel van de taken van de professionele kracht overnemen. De stelling dat substitutie van zorg plaats vindt zou wellicht ondersteund kunnen worden wanneer het aantal uren informele zorg voor dementerende mannen en dementerende vrouwen bekend zou zijn.

De kosten van een thuiswonende dementerende patiënt met een lichte zorgzwaarte moeten worden vergeleken met de kosten van een patiënt met dezelfde zorgzwaarte die is opgenomen in een verpleeghuis of een verzorgingshuis. In de volgende tabel worden de kosten van de opgenomen patiënt in de verschillende verpleeghuizen en het verzorgingshuis vergeleken met de kosten van een thuiswonende patiënt.

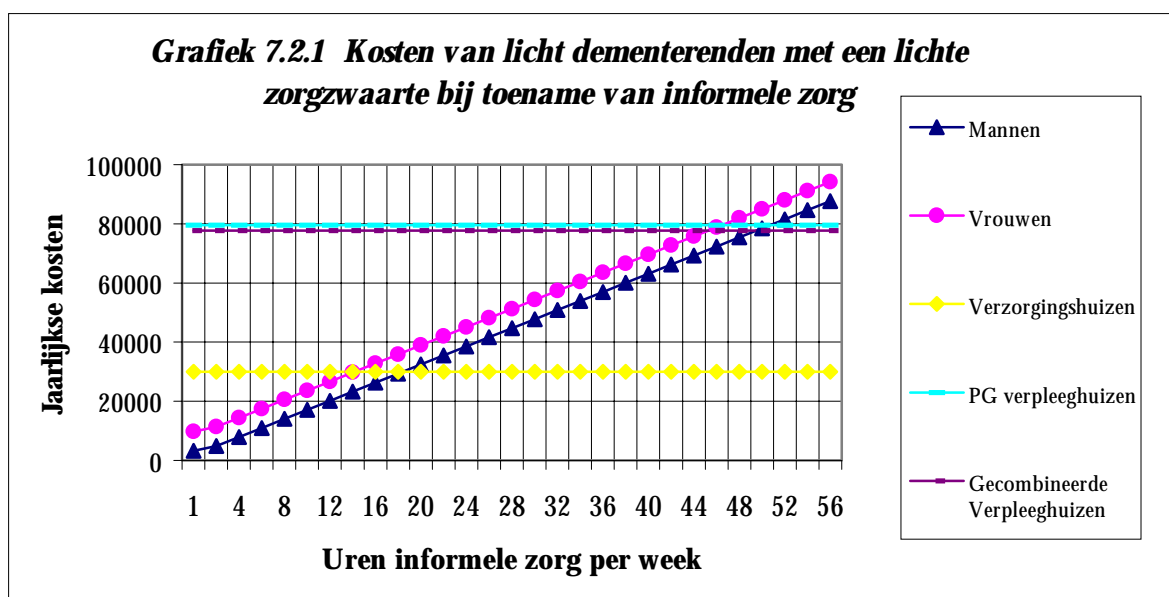
**Tabel 7.2.3 Jaarlijkse kosten van een licht dementerende patiënt met lichte zorgzwaarte in verschillende woonsituaties**

Woonsituatie	Kosten man	Kosten vrouw
<b>Thuiswonend</b>		
- zonder informele zorg	FL 2.584,-	FL 17.149,-
- met informele zorg ( <b>excl.</b> waardering informele zorg)	FL 1.752,-	FL 8.257,-
- met informele zorg ( <b>incl.</b> waardering 5 uur informele zorg per week)	FL 9.422,-	FL 15.927,-
<b>Opgenomen</b>		
- verzorgingshuis	<b>FL 29.930,-</b>	<b>FL 29.930,-</b>
- verzorgingshuis zonder de kosten van de woonfunctie	FL 22.265,-	FL 22.265,-
- psychogeriatrisch verpleeghuis	<b>FL 79.570,-</b>	<b>FL 79.570,-</b>
- pg verpleeghuis zonder kosten van de woonfunctie	FL 58.765,-	FL 58.765,-
- pg afdeling van een gecombineerd verpleeghuis	<b>FL 77.745,-</b>	<b>FL 77.745,-</b>
- pg afdeling zonder de kosten van de woonfunctie	FL 57.670	FL 57.670,-

Uit de tabel blijkt dat voor een licht dementerende patiënt met een lichte zorgzwaarte de zorg thuis minder kosten met zich meebrengt dan opname in een verpleeg- of verzorgingshuis. Zelfs wanneer de kosten van de woonfunctie van de instellingen buiten beschouwing worden gelaten zijn de kosten van thuis wonen nog lager dan opname.

Vijf uren informele zorg per week is als uitgangspunt genomen voor de voorafgaande vergelijking. Uit onderzoek zou kunnen blijken dat het aantal uren informele zorg dat wordt geboden aan thuiswonende dementerende patiënten hoger is. Meer duidelijkheid in deze materie kan worden geboden wanneer het omslagpunt bekend is van het aantal uren informele zorg waarbij de kosten van thuis wonen net zo hoog zijn als de kosten van opname. In de volgende grafiek worden de kosten getoond van een dementerende man en een dementerende vrouw met een lichte

zorgzwaarte wanneer ze thuis zouden wonen, bij een toename van het aantal uren informele zorg per week. De toenemende kosten worden vergeleken met de kosten van opgenomen patiënten in verschillende instellingen.



De grafiek toont dat vanaf 15 uur informele zorg per week thuis, wonen voor vrouwen duurder is in vergelijking met opname in een verzorgingshuis. Voor mannen geldt dit vanaf 19 uur informele zorg per week. Opname in een verpleeghuis is dan nog altijd duurder. Vanaf 47 uur informele zorg per week voor vrouwen en 51 uur informele zorg voor mannen wordt thuis wonen ook duurder dan opname in een verpleeghuis.

In de volgende tabel worden de omslagpunten getoond wanneer de kosten van de woonfunctie in de instellingen buiten beschouwing worden gelaten en wanneer de informele zorg gewaardeerd wordt tegen een integrale kostprijs voor gezinszorg (FL 39,70 per uur).

**Tabel 7.2.4 Omslagpunten voor licht dementerenden met een lichte zorgzwaarte waarbij de kosten van thuis wonen hoger zijn dan de kosten van opname**

	Uren informele zorg per week voor vrouwen		Uren informele zorg per week voor mannen	
	Kosten instellingen <b>incl.</b> woonfunctie			
• verzorgingshuis	15 uur p.w.	(2.1 uur p.d.)	19 uur p.w.	(2.7 uur p.d.)
• verpleeghuis	47 uur p.w.	(6.7 uur p.d.)	51 uur p.w.	(7.3 uur p.d.)
Kosten instellingen <b>excl.</b> woonfunctie				
• verzorgingshuis	10 uur p.w.	(1.4 uur p.d.)	14 uur p.w.	(2 uur p.d.)
• verpleeghuis	33 uur p.w.	(4.7 uur p.d.)	38 uur p.w.	(5.4 uur p.d.)
Waardering informele zorg met <b>integrale kostprijs</b> van gezinszorg (incl. woonfunctie instellingen)				
• verzorgingshuis	11 uur p.w.	(1.6 uur p.d.)	14 uur p.w.	(2 uur p.d.)
• verpleeghuis	35 uur p.w.	(5 uur p.d.)	38 uur p.w.	(5.4 uur p.d.)

Bij het waarderen van de informele zorg met integrale kosten van een gezinsverzorger zijn de omslagpunten lager dan bij waardering tegen personele kosten. De omslagpunten waarbij de kosten van thuis wonen hoger zijn dan de kosten van opname zijn dus afhankelijk van de kosten waartegen de informele zorg wordt gewaardeerd.

Wanneer de personele kosten van een gezinsverzorger worden gebruikt om de informele zorg te waarderen, is vanaf 6.7 uur zorg per dag voor vrouwen en 7.3 uur zorg per dag voor mannen opname goedkoper dan thuis wonen. Waarschijnlijk zal een licht dementerende patiënt met een lichte zorgzwaarte niet zoveel uren informele zorg per week nodig hebben. Voor deze categorie patiënten brengt het thuis wonen dus lagere kosten met zich mee dan opname in een verpleeghuis.

### 7.2.2 Kosten van een ernstig dementerende patiënt die veel zorg behoeft

In deze paragraaf zullen de maximale kosten worden berekend van een thuiswonende dementerende patiënt die ernstig dement is en voor de Algemene Dagelijkse Verrichtingen bijna volledig afhankelijk is van anderen. De patiënt heeft naast informele zorg ook veel professionele zorg nodig. Naast het gemiddeld aantal jaarlijkse huisartsbezoeken, krijgt de patiënt hulp en begeleiding van de Riagg. Thuiszorg en informele zorg zijn onontbeerlijk, er zal van gemiddeld 7 uur informele zorg per week worden uitgegaan. Dit is waarschijnlijk een onderschatting van de werkelijk benodigde hoeveelheid informele zorg, maar een betere empirische schatting ontbreekt. Daarnaast krijgt de patiënt twee dagen in de week dagbehandeling. De patiënt wordt ook eenmalig opgenomen in het ziekenhuis, gedurende deze periode van zes weken worden geen kosten voor thuiszorg, informele zorg en dagbehandeling gemaakt. De kosten van een thuiswonende patiënt zullen zowel berekend worden wanneer informele zorg wel en niet in geld wordt gewaardeerd. De volgende tabel toont de kosten van een thuiswonende ernstig dementerende patiënt die veel zorg nodig heeft.

**Tabel 7.2.5 Geschatte maximale kosten voor een thuiswonende dementerende patiënt naar geslacht op jaarbasis (ernstig dementerende patiënt met zware zorgzwaarte)**

Voorziening	Man	Vrouw
Huisartskosten	FL 192,-	FL 249,-
Thuiszorg		
- gezinszorg	FL 7.820,-	FL 6.992,-
- wijkverpleging	FL 24.288,-	FL 26.312,-
Riagg	FL 1.983,-	FL 1.983,-
Ziekenhuisopname	FL 28.821,-	FL 32.035,-
Dagbehandeling (inclusief reiskosten)	FL 8.464,-	FL 8.464,-
<b>Totaal (excl. waardering informele zorg)</b>	<b>FL 71.568,-</b>	<b>FL 76.035,-</b>
<b>Totaal (incl. waardering 7 uur informele zorg per week)</b>	<b>FL 81.067,-</b>	<b>FL 85.534,-</b>

Uit de tabel blijkt dat het verschil in kosten tussen mannen en vrouwen minder groot is geworden in vergelijking bij patiënten met een geringe zorgzwaarte. De kosten van een thuiswonende ernstig dementerende patiënt met zware zorgzwaarte worden vergeleken met de kosten van opname van een dementerende patiënt met dezelfde zware zorgzwaarte, namelijk met de hoogste ADL-score zoals deze zijn vermeld in hoofdstuk vijf. Tabel 7.2.6 toont de uitkomsten.

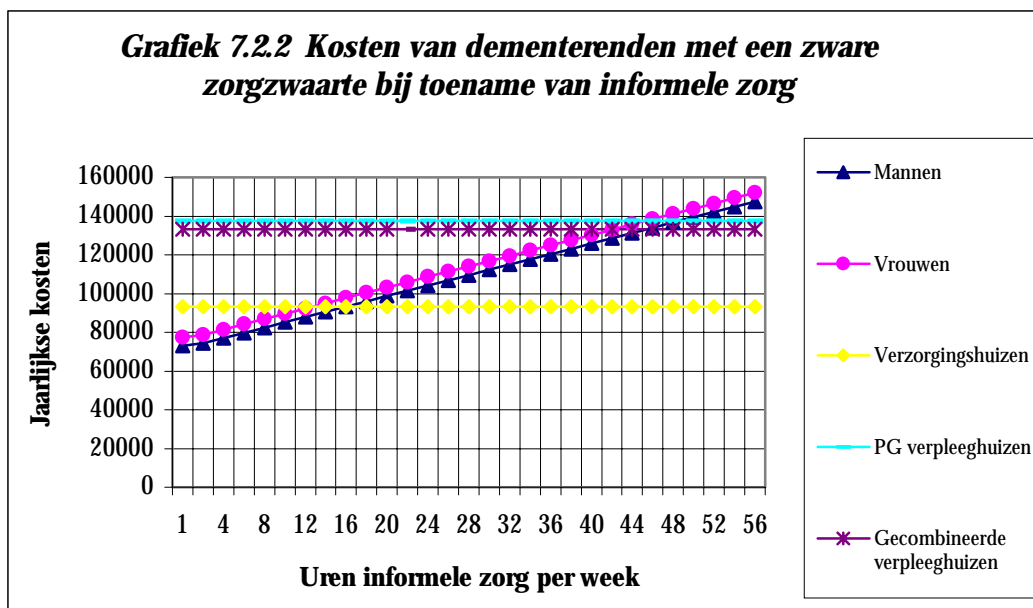


**Tabel 7.2.6 Jaarlijkse kosten van een ernstig dementerende patiënt met zware zorgzwaarte in de verschillende voorzieningen**

Woonsituatie	Kosten man	Kosten vrouw
<b>Thuiswonend</b>		
- <b>excl.</b> waardering informele zorg	FL 71.568,-	FL 76.035,-
- <b>incl.</b> waardering 7 uur informele zorg per week	FL 81.067,-	FL 85.534,-
<b>Opgenomen</b>		
- verzorgingshuis	<b>FL 93.075,-</b>	<b>FL 93.075,-</b>
- verzorgingshuis zonder de kosten van de woonfunctie	FL 68.985,-	FL 68.985,-
- psychogeriatrisch verpleeghuis	<b>FL 137.605,-</b>	<b>FL 137.605,-</b>
- pg verpleeghuis zonder kosten van de woonfunctie	FL 101.835,-	FL 101.835,-
- pg afdeling van een gecombineerd verpleeghuis	<b>FL 133.225,-</b>	<b>FL 133.225,-</b>
- pg afdeling zonder de kosten van de woonfunctie	FL 98.550,-	FL 98.550,-

De kosten van thuis wonen wanneer informele zorg niet gewaardeerd wordt zijn hoger dan de kosten van opname in een verzorgingshuis wanneer de kosten van de woonfunctie niet mee wordt gerekend. De patiënten hebben al dusdanig veel professionele zorg nodig dat opname in een verzorgingshuis minder kosten met zich meebrengt. Maar deze patiënten hebben waarschijnlijk ook te veel zorg nodig om in een verzorgingshuis te kunnen blijven. Opname in een verpleeghuis wordt dan noodzakelijk. Zoals eerder werd vermeld is 7 uur informele zorg per week voor een ernstig dementerende patiënt met zware zorgzwaarte waarschijnlijk een onderschatting.

In de volgende grafiek worden de kosten van de verschillende instellingen en van het thuis wonen weergegeven bij verschillende uren informele zorg.



Uit de grafiek blijkt dat de kosten voor alle woonsituaties van dementerende patiënten zijn toegenomen, maar de punten waar de lijnen van de kosten voor thuiswonende patiënten de lijnen van de kosten voor de instellingen kruisen, zijn nagenoeg hetzelfde als bij de licht dementerende patiënten met een licht zorgzwaarte. De kosten van opname stijgen evenredig met de kosten van thuis wonen bij een toename van de zorgzwaarte van de patiënt en de ernst van dementie, waardoor de omslagpunten gelijk blijven.

Opname in een verzorgingshuis brengt meer kosten met zich mee dan thuis wonen wanneer vrouwen per week meer dan 13 uur informele zorg krijgen en mannen per week meer dan 16 uur informele zorg krijgen. In tabel 7.2.7 worden de omslagpunten weergegeven waarbij thuis wonen meer kosten met zich meebrengt dan opname, wanneer de kosten van de woonfunctie in de instellingen buiten beschouwing worden gelaten en wanneer de informele zorg gewaardeerd wordt tegen een integrale kostprijs voor gezinszorg.

**Tabel 7.2.7 Omslagpunten voor dementerenden met een zware zorgzwaarte waarbij de kosten van thuis wonen hoger zijn dan de kosten van opname**

	Uren informele zorg per week voor vrouwen		Uren informele zorg per week voor mannen	
	Kosten instellingen <b>incl.</b> woonfunctie			
• verzorgingshuis	13 uur p.w.	(1.9 uur p.d.)	16 uur p.w.	(2.3 uur p.d.)
• verpleeghuis	46 uur p.w.	(6.6 uur p.d.)	49 uur p.w.	(7 uur p.d.)
Kosten instellingen <b>excl.</b> woonfunctie				
• verzorgingshuis	0 uur p.w.	(0 uur p.d.)	0 uur p.w.	(0 uur p.d.)
• verpleeghuis	20 uur p.w.	(2.9 uur p.d.)	23 uur p.w.	(3.3 uur p.d.)
Waardering informele zorg met <b>integrale kostprijs</b> van gezinszorg				
• verzorgingshuis	10 uur p.w.	(1.4 uur p.d.)	12 uur p.w.	(1.7 uur p.d.)
• verpleeghuis	34 uur p.w.	(4.9 uur p.d.)	37 uur p.w.	(5.3 uur p.d.)

Zorg voor thuiswonende patiënten wordt kostbaarder dan opname in een verpleeghuis wanneer meer dan 46 uur informele zorg wordt geboden aan vrouwen en meer dan 49 uur zorg aan mannen. Dit aantal staat gelijk aan 7 of meer uren informele zorg per dag. Wanneer de kosten van de woonfunctie van verpleeghuizen buiten beschouwing worden gelaten, ligt het omslagpunt voor thuiswonende dementerende vrouwen bij 20 uur informele zorg per week. Vanaf dit punt brengt thuis wonen meer kosten met zich mee dan opname in een verpleeghuis. Voor mannen ligt het omslagpunt bij 23 uur informele zorg per week.

Zeven uur informele zorg per dag zou een redelijke schatting van het aantal uren benodigde informele zorg voor deze categorie patiënten kunnen zijn, aangezien een dementerende patiënt met een zware zorgzwaarte voortdurend hulp en begeleiding nodig heeft. Opname in een verpleeghuis zou voor de groep ernstig dementerende patiënten met een zware zorgzwaarte die meer dan 7 uur informele zorg per dag ontvangen minder kosten met zich meebrengen. Het grootste deel van de kosten voor een thuiswonende patiënt met een zware zorgzwaarte bestaan uit de kosten voor wijkverpleging (30%) en ziekenhuisopname (35%). Voor dementerende patiënten die deze vormen van zorg in toenemende mate nodig hebben, is opname vanuit het oogpunt van de kosten wellicht ook een goedkopere oplossing.

### 7.3 Effecten van een nieuw medicijn

Wanneer een nieuw medicijn, zoals bijvoorbeeld Metrifonate, effect heeft op het ziekteproces van patiënten met de ziekte van Alzheimer, dan zal het kostenbeeld dat in deze scriptie is geschetst waarschijnlijk ook wijzigen. Inwerking van het medicijn op de cognitie zodat patiënten langer in een licht stadium van dementie verkeren, kunnen de volumina en kosten van de verschillende voorzieningen wijzigen. De kosten van thuiswonende patiënten zouden bijvoorbeeld lager kunnen uitvallen. Zoals in paragraaf 7.2.1 is gebleken, zijn de kosten van een licht dementerende patiënt met een lichte zorgzwaarte lager dan de kosten van een ernstig dementerende patiënt. Bij de groep dementerenden met een lichte zorgzwaarte, brengt thuis wonen minder kosten met zich mee dan opname in een instelling. Wanneer verondersteld wordt dat het nieuwe medicijn *niet* levensverlengend is, dan zou uitstel van opname kostenbesparingen op kunnen leveren.

Maar de kosten kunnen als gevolg van een nieuw medicijn ook toenemen. Dit medicijn is voornamelijk werkzaam in een vroeg stadium van de ziekte, waardoor het waarschijnlijk alleen aan thuiswonende dementerende patiënten zal worden toegediend. De kosten van het medicijn zijn hierdoor een extra kostenpost voor thuiswonende patiënten waardoor de verhouding met de kosten van opname zal wijzigen. Daarnaast kunnen licht dementerende patiënten ook een zware zorgzwaarte hebben bijvoorbeeld als gevolg van bijkomende ziekten (co-morbiditeit) waardoor de kosten toenemen. De informele verzorgers worden ook gedurende een langere periode belast dan voor de komst van het nieuwe medicijn. Er zal waarschijnlijk meer aanspraak worden gedaan op voorzieningen zoals thuiszorg en dagbehandeling. De kosten van deze voorzieningen zouden hierdoor kunnen toenemen. In tegenstelling tot mannen hebben vrouwen minder beschikking over informele verzorgers. Wanneer dementerende vrouwen langer thuisblijven zonder informele verzorger zal er een groter beroep op professionele verzorgers worden gedaan waardoor de kosten ook kunnen toenemen. Vanuit de groep informele verzorgers zou meer vraag kunnen komen naar nieuwe en bestaande voorzieningen om de belasting van de zorg te verminderen. Hiermee zouden de totale kosten van thuis wonen voor dementerende patiënten op den duur kunnen toenemen. Wanneer verondersteld wordt dat het nieuwe medicijn *wel* levensverlengend is, dan wordt de ziekteduur van de patiënt verlengd en wordt over een langere periode kosten gemaakt. De totale kosten van de patiënt nemen dan toe.

## **8 Conclusie**

In dit deel zijn de voorzieningen en de kosten van patiënten met de ziekte van Alzheimer die in Nederland wonen aan de orde gekomen. Uit hoofdstuk vier is gebleken dat de belangrijkste zorg voor thuiswonende patiënten bestaat uit thuiszorg en informele zorg. Naarmate de ziekte zich vordert en thuis wonen te zwaar of te gevaarlijk wordt, vormen verpleeghuizen de belangrijkste voorzieningen en dan met name de psychogeriatrische verpleeghuizen of afdelingen. In hoofdstuk vijf zijn de kosten van de verschillende voorzieningen berekend naar geslacht. Daarnaast is getracht de kosten te berekenen naar de mate van ernst van dementie. Dit bleek voor veel voorzieningen niet mogelijk: niet de ernst van dementie, maar de ADL-score van de patiënt bleek een belangrijke determinant voor het gebruik van voorzieningen te zijn. In hoofdstuk zes zijn de kosten die worden gemaakt door patiënt en zijn of haar familie aan bod gekomen. Vervolgens zijn in hoofdstuk zeven de kosten van thuiswonende dementerende patiënten vergeleken met de kosten van opname.

De berekening van de kosten van informele zorg brengt twee problemen met zich mee: achterhalen van het aantal uren geleverde informele zorg en de waardering van de geleverde informele zorg. De tijd die men werkelijk aan de patiënt besteedt wegens zijn ziekte is moeilijk te scheiden van de tijd die men normaal gesproken besteedt aan huishoudelijke activiteiten. Daarnaast kan men tijdens het toezicht houden op de patiënt tegelijkertijd de eigen activiteiten blijven doen. Het voor deze scriptie gebruikte aantal zorguren is gebaseerd op een onderzoek waarin het aantal uren mantelzorg voor een aantal uiteenlopende chronische aandoeningen is achterhaald. Aangezien demente patiënten zowel lichamelijk als geestelijk achteruitgaan zal het aantal zorguren gestaag oplopen. Gegevens hierover ontbreken in de literatuur. Het waarderen van informele zorg in geld brengt het probleem met zich mee tegen welke kosten men de zorg moet waarderen. In de literatuur worden de kosten van een gezinsverzorger aangeraden. Argumenten om de kosten van een gezinsverzorger te hanteren zijn dat de informele verzorger voornamelijk taken verricht die een gezinsverzorger ook doet. Tevens kan beargumenteerd worden dat de informele verzorgers vaak zelf al op leeftijd zijn en de taken van een gezinsverzorger niet zo goed of snel uit zou kunnen voeren als een professionele verzorger. De kosten van waardering van de informele zorg zouden dan lager moeten zijn. Daarentegen kan men ook stellen dat informele zorg een emotionele belasting met zich meebrengt die door een professionele verzorger niet als zodanig ervaren zal worden. De kosten van de waardering zouden dan hoger moeten zijn.

In deze scriptie is gekozen voor de personele kosten van een gezinsverzorger. Hiervoor is gekozen aangezien een informele verzorger nooit geheel de professionele verzorger kan vervangen door een gebrek aan vaardigheden en kennis en omdat een overschatting van de kosten kan plaats vinden wanneer de professionele krachten sneller en efficiënter dan informele verzorgers werken.

De in hoofdstuk zeven berekende kosten zijn slechts benaderingen van de werkelijke kosten. Echter wanneer de nodige voorzichtigheid in acht wordt genomen, kan gesteld worden dat bij ongeveer 2,5 uur informele zorg per dag opname in een verzorgingshuis ongeveer even duur is als thuis wonen. Voor verpleeghuizen ligt dit omslagpunt ongeveer bij zeven uur informele zorg per dag. Deze omslagpunten zijn afhankelijk van de kosten die worden toegerekend tot thuiswonende dementerende patiënten. Vooral de hoogte van de kosten waar de informele zorg tegen gewaardeerd wordt is een belangrijke variabele voor de totale kosten van thuis wonen. Wanneer bijvoorbeeld de informele zorg tegen integrale kosten van gezinszorg worden gewaardeerd, dan liggen de omslagpunten lager. Dit werd duidelijk in tabellen 7.2.4 en 7.2.7. Bij vijf of meer uren informele zorg per dag is thuis wonen dan al duurder dan opname in een verpleeghuis. Bij toe- of afname van andere kosten van thuis wonen zullen daarmee ook de omslagpunten wijzigen. Het omslagpunt van zeven uren per dag informele zorg is hiermee dus geen vast gegeven maar is afhankelijk van een aantal variabelen.

## 9 De ziekte van Alzheimer en voorzieningen in Frankrijk

In 1988 is een longitudinaal epidemiologisch onderzoek onder ouderen van start gegaan in Zuidwest Frankrijk. De geestelijke gezondheidstoestand van 4.134 ouderen van 65 jaar en ouder werd onderzocht door middel van zes cognitieve tests, waaronder de “Mini Mental State Examination”. Uiteindelijk zijn 2.792 thuiswonende personen en 357 opgenomen personen van 65 jaar en ouderen betrokken bij de studie (Letenneur, Dequae et al., 1993). De prevalentiecijfers van dementie voor thuiswonende en opgenomen patiënten zijn in de volgende tabel voor mannen en vrouwen weergegeven.

**Tabel 9.1** *Prevalentiecijfers van dementie naar geslacht, leeftijd en woonsituatie in Frankrijk (PAQUID-onderzoek 1988 - 1989)*

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
	Prevalentie thuiswonend (%)	Prevalentie opgenomen (%)	Prevalentie algemeen (%)	Prevalentie thuiswonend (%)	Prevalentie opgenomen (%)	Prevalentie algemeen (%)
65-69	1.1	35.7	1.4	0.4	15.4	0.6
70-74	1.1	38.5	1.8	0	31.6	0.6
75-79	2.3	7.7	2.5	2.7	41.0	3.9
80-84	6.2	32.0	8.2	4.4	39.7	7.1
85-89	3.3	29.4	7.7	3.8	41.6	10.1
≥ 90	5.3	55.6	22.7	16.4	48.3	27.5

Bron: (Letenneur, Dequae et al., 1993)

De algemene prevalentie van dementie voor mannen (opgenomen en thuiswonend) bedraagt 3,91%. De algemene prevalentie van dementie voor vrouwen bedraagt 4,45%. Het verschil in prevalentie van dementie tussen mannen en vrouwen was niet significant. Onder de 203 gevallen van dementie werden 144 personen met de ziekte van Alzheimer gediagnostiseerd (Letenneur, Dequae et al., 1993). In tabel 9.2 zijn de prevalentie schattingen van de ziekte van Alzheimer naar leeftijd opgenomen.

**Tabel 9.2 Prevalentiecijfers van de ziekte van Alzheimer naar geslacht (PAQUID-onderzoek 1993)**

Leeftijd	Prevalentie van de ziekte van Alzheimer (%)
65-69	0.5
70-74	0.7
75-79	2.6
80-84	5.4
85-90	7.6
≥ 90	21.9

Bron: (Letenneur, Dequae et al., 1993)

Bij dementerende mannen wordt in 60% van de gevallen de dementie veroorzaakt door de ziekte van Alzheimer, bij dementerende vrouwen is dit in 80% van de gevallen. Van alle dementerende patiënten van 65 jaar is er bij 55% sprake van de ziekte van Alzheimer, op 90-jarige leeftijd wordt bijna 85% van de dementie gevallen veroorzaakt door de ziekte van Alzheimer (Letenneur, Dequae et al., 1993). Net als in Nederland wordt in Frankrijk dus ongeveer 70% van de gevallen van dementie veroorzaakt door de ziekte van Alzheimer. Volgens het PAQUID-onderzoek zouden in heel Frankrijk ongeveer 313.000 personen dement zijn, waarvan 220.000 personen met de ziekte van Alzheimer (Polton en Pasnik, 1997).

Bij 2043 deelnemers heeft in de follow-up periode, één en drie jaar na het onderzoek, een screening plaatsgevonden naar dementie. In totaal zijn in de follow-up periode 84 personen met dementie gediagnostiseerd, hiervan hadden 59 personen de ziekte van Alzheimer. De in de follow-up studie gevonden incidentiecijfers zijn in de volgende tabel weergegeven.

**Tabel 9.3 Incidentiecijfers van de ziekte van Alzheimer naar leeftijd en geslacht (PAQUID-onderzoek 1993)**

Leeftijd	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
65-69	1.6	(1)	0.0	(0)	0.7	(1)
70-74	0.0	(0)	4.7	(3)	2.5	(3)
75-79	11.5	(6)	10.0	(8)	10.9	(14)
80-84	24.5	(7)	18.0	(9)	20.4	(16)
85-90	37.2	(4)	45.0	(13)	42.9	(17)
≥ 90	37.0	(1)	74.4	(7)	65.6	(8)

Bron: (Letenneur, Commenges et al., 1994)



Het incidentie cijfer van de ziekte van Alzheimer in Frankrijk was volgens het PAQUID onderzoek 11.4 per duizend personen per jaar (Letenneur, Commenges et al., 1994). Dit houdt in dat per jaar per duizend personen ongeveer 11.4 mensen de ziekte van Alzheimer zullen krijgen in de onderzoekspopulatie.

Het PAQUID onderzoek was het eerste longitudinale onderzoek naar veroudering in Frankrijk. De uit de studie gevonden prevalentiecijfers voor dementie in Frankrijk zijn lager dan het gemiddelde Europese prevalentiecijfer. Dit was de reden voor een aanvullend onderzoek naar de prevalentie van dementie en de ziekte van Alzheimer in Frankrijk. De PREMAP studie (Prevalentie van de ziekte van Alzheimer in Provence) vond plaats tussen mei en december van 1991 in Zuidoost Frankrijk. Het algemene prevalentiecijfer bedroeg 9.2% voor dementie en 5.5% voor de ziekte van Alzheimer. De gevonden cijfers uit de PREMAP studie zijn hoger dan de prevalentiecijfers uit het PAQUID-onderzoek. Volgens de PREMAP studie zijn in heel Frankrijk ongeveer 500.000 personen dement en ongeveer 300.000 personen hebben de ziekte van Alzheimer (Obadia, Rotily et al., 1997). Het verschil tussen de studies zou volgens Obadia et al. (1997) verklaard kunnen worden door het verschil in omgeving en/of leefomstandigheden in Provence ten opzichte van de regio van Bordeaux. Een andere verklaring die wordt gegeven is het verschil in methodologie en doelen tussen de twee studies.

Uit het PAQUID onderzoek bleek dat ongeveer 38% van de patiënten met de ziekte van Alzheimer zijn opgenomen en 62% van de patiënten thuis wonen. Het merendeel van de opgenomen patiënten wonen in de “maisons de retraite”. In paragraaf 9.2 wordt de verdeling van de opgenomen dementerende patiënten naar de verschillende instellingen in een diagram weergegeven. Hieronder zal eerst de zorg voor thuiswonende dementerende personen in Frankrijk behandeld worden.

## **9.1 Informele zorg en professionele zorg voor thuiswonende patiënten**

### **9.1.1 Informele zorg**

Ongeveer 90% van de afhankelijke thuiswonende ouderen kunnen beschikken over een informele verzorger uit zijn of haar familie. Slechts 10% van de afhankelijke thuiswonende ouderen beschikt over professionele zorg. Volgens de Franse Alzheimer Stichting wordt in 72% van de gevallen de informele zorg verleend door de partner. De gemiddelde leeftijd van de partner is 71 jaar. Ongeveer 20% van de informele zorg wordt verleend door de kinderen van de patiënt. De gemiddelde leeftijd van het kind als informele verzorger ligt op 52 jaar. Ook blijkt dat de zorg voornamelijk door vrouwen wordt gegeven (Polton en Pasnik, 1997). In Frankrijk wordt gemiddeld 4,5 uur informele zorg per dag gegeven aan matig tot ernstig dementerende patiënten. Aan licht dementerende patiënten wordt ongeveer 3,8 uur informele zorg per dag gegeven (Souëtre, Qing et al., 1995).

### **9.1.2 Thuiszorg**

In Frankrijk zijn er een groot aantal verschillende organisaties die zich bezig houden met de thuiszorg. Er worden twee typen organisaties onderscheiden:

- organisaties die tot stand zijn gekomen op particulier initiatief
- organisaties die tot stand zijn gekomen op initiatief van de plaatselijke overheid

Slechts een klein aantal van deze organisaties werken met een winstoogmerk. De diensten die de thuiszorgorganisaties verlenen verschillen onderling. Naast wijkverpleging kan er gezinszorg, moeder- en kindzorg, “Tafeltje-dekje” een klussendienst en een alarmdienst worden geboden. Tevens kan er een onderscheid gemaakt worden tussen “Soins à Domicile pour Personnes Agées” (thuiszorg voor ouderen) en “Hospitalisation à Domicile” (het ziekenhuis thuis). Er geldt een eigen bijdrage voor bijna alle diensten maar men kan zich hiervoor aanvullend verzekeren. De meeste mensen zijn hiervoor ook aanvullend verzekerd.

Voor “Soins à Domicile pour Personnes Agées” moet men ouder dan 60 jaar zijn of gehandicapt en is alleen verkrijgbaar op voorschrift van de huisarts (Verheij, 1992). De ziekenfondsen bepalen het aantal bedden dat een instelling in zorg mag hebben. De vergoeding die de instelling per bed ontvangt, wordt centraal geregeld.

De “Hospitalisation à Domicile” wordt verleend om terugkeer uit het ziekenhuis te bevorderen. De zorg die verleend wordt, is erg intensief: de vergoeding die hiervoor gegeven wordt is dan ook driemaal zo hoog als de vergoeding voor Soins à Domicile pour Personnes Agées”. Men komt hiervoor pas in aanmerking wanneer zowel de huisarts als de specialist in het ziekenhuis hiervoor toestemming geven.

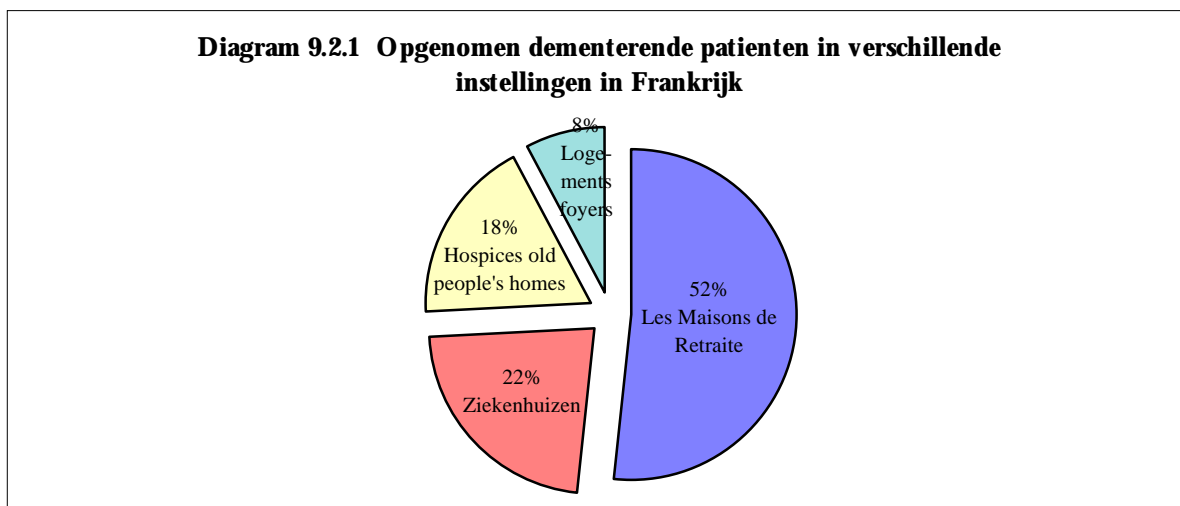
De infirmières (verpleegkundigen) die de wijkverpleging verzorgen, hebben een driejarige opleiding gehad en hebben een coördinerende rol, slechts in noodgevallen mogen zij zorg aan de patiënt geven. De “aides soignantes” (wijkziekenverzorgenden) vervullen de verpleeg- en verzorgingstaken, in tegenstelling tot Nederland waar de wijkverpleegkundigen deze taken vervullen. Zowel de “infirmières als de “aides soignantes” zijn in loondienst bij de organisatie. Aangezien de verpleegkundigen voornamelijk een coördinerende rol hebben, bestaat het merendeel van het personeel uit ziekenverzorgenden. Zij hebben een eenjarige opleiding gevolgd en wanneer het werk buiten hun verantwoording (deskundigheid) valt, worden “libérales” (vrijgevestigde verpleegkundigen) ingeschakeld. De libérales kunnen via een organisatie ingeschakeld worden maar kunnen ook direct aan de patiënt zorg verlenen. De vrijgevestigde verpleegkundigen worden per verrichting betaald (Verheij, 1992).

## **9.2 Zorg voor opgenomen patiënten**

Instellingen die permanente opvang voor oudere demente personen bieden, kunnen in twee categorieën worden gedeeld:

- 1) Instellingen voor afhankelijke ouderen die specifieke functionele afdelingen of units hebben gecreëerd voor een deel van de dag of voor volledige dagopvang van dementerende ouderen
- 2) Kleine gespecialiseerde instellingen voor dementerende patiënten

In de volgende diagram wordt in percentages weergegeven waar de opgenomen dementerende patiënten in Frankrijk zich bevinden.



Zoals blijkt uit de diagram woont het merendeel van de dementerende patiënten in de “Maisons de retraite” (verpleeghuizen). Dit kan worden veroorzaakt door het feit dat onder de “Maisons de retraite” meerdere instellingen vallen die permanente opvang bieden voor dementerende ouderen, zoals de “Cantou”, “MARPA’s”, “MAPAD’s” en opvang families. De in de diagram genoemde instellingen zullen hieronder behandeld worden.

### 9.3 “Les Maisons de Retraite” (verpleeghuizen)

Deze verpleeghuizen zijn maatschappelijke instellingen en vallen onder de wet voor maatschappelijke instellingen. Toestemming en coördinatie van de “Maisons de Retraite” zijn geregeld in deze wet. De “Maisons de retraite” bieden ouderen huisvesting, voeding en enkele hierbij verbonden diensten. De bewoners worden geacht enige mate van autonomie te hebben. Wanneer een bewoner ziek wordt, is opname in een ziekenhuis meestal noodzakelijk omdat slechts een aantal “Maisons de retraite” beschikken over een “section de cure médicale” (een afdeling voor medische zorg). Deze “section de cure médicale” is geen autonome instelling: de bedden maken onderdeel uit van het hele verpleeghuis.

De medische zorg kan worden verleend door het personeel van het verpleeghuis of door extern personeel. De afdeling medische zorg in de “Maisons de retraite” kan opname in een ziekenhuis doen voorkomen (Alfandari, 1989). In 1995 woonden ongeveer 124.846 dementerende patiënten in een “Maison de retraite”. Dit betekent dat ongeveer 44.6% van alle verpleeghuisbewoners dement is (Polton en Pasnik, 1997).

### **9.3.1 “Centres d’Animation Naturelle tirée d’Occupations Utiles” (Cantou)**

De Cantou is een instelling met niet-medische, gemeenschappelijke zorg die ontstond in 1968. Het doel van de Cantou was om de kosten van zorg te verlagen en de bewoners aan te moedigen tot aangepast gedrag. In de loop van de tijd zijn vele verschillende zorg faciliteiten ontstaan die zichzelf Cantou noemden, maar niet alle faciliteiten voldoen aan de negen criteria die door de bedenkers van de Cantou zijn ontwikkeld. De criteria zijn:

- 1) Gemeenschappelijk wonen in een apart afgesloten gebied
- 2) Permanente bewoners
- 3) 12 tot 15 kamers die rond gemeenschappelijke ruimten georganiseerd zijn
- 4) Bewoners lijden aan seniele dementie
- 5) Niet-medische instellingen
- 6) Activiteiten zijn georganiseerd rondom dagelijkse levenstaken
- 7) Aanwezigheid van een stabiele multifunctionele staf
- 8) Bestuurlijk autonoom
- 9) Participatie van families in het institutionele leven

Cantou zijn dus gesloten woongemeenschappen met 12 tot 15 kamers die gegroepeerd zijn rond gemeenschappelijke ruimten. Cantou zijn gespecialiseerd in permanente opvang en verzorging van demente ouderen. De zorg is gebaseerd op huishoudelijke activiteiten en worden gecoördineerd door de aanwezige gastvrouwen. Maaltijden worden geprepareerd door deze gastvrouwen en bewoners worden gestimuleerd om hierbij zoveel mogelijk mee te helpen. Er wordt aangenomen dat de bewoners in principe blijven tot hun overlijden. Deze instellingen beschikken niet over medische diensten maar medische zorg kan verleend worden door verpleegkundigen en vrijgevestigde artsen (Ritchie, Colvez et al., 1992).

In een Cantou wordt ook dagbehandeling geboden. Het doel van de dagbehandeling is de patiënten fysiek en geestelijk op een hoger niveau te brengen. De woonkosten moeten worden betaald door de familie van de dementerende patiënt. De kosten van de zorg worden betaald door de sociale verzekering (Polton en Pasnik, 1997).

### **9.3.2 “Familles d’Accueil” (familieopvang)**

Sommige families stellen zich beschikbaar om dementerende patiënten in hun familie op te vangen. De opvang kan van tijdelijke en van permanente aard zijn. De kosten moeten door de dementerende patiënt betaald worden maar zijn over het algemeen zeer bescheiden (Polton en Pasnik, 1997).

### **9.3.3 “Maisons d’Accueil des Personnes Agées Dépendantes” (MAPAD’s) en “Maisons d’Accueil Rurales pour Personnes Agées” (MARPA’s)**

“Maisons d’accueil, letterlijk vertaald opvanghuizen, zijn instellingen die zijn bedoeld voor afhankelijke ouderen. De instellingen kunnen 40 tot 80 geestelijk of lichamelijk afhankelijke personen een plaats bieden. Accommodaties worden in het hart van de stad gegroepeerd en kunnen verschillende diensten bieden.

## **9.4 Ziekenhuizen (voor langere termijn)**

Opgenomen patiënten zijn meestal zowel lichamelijk als geestelijk afhankelijk van zorg. In de ziekenhuizen kan voor ernstig demente patiënten worden gezorgd, maar het aantal beschikbare bedden is beperkt waardoor er lange wachtlijsten zijn. Daarnaast is er vaak een tekort aan hulpmiddelen en personeel. De woonkosten moeten worden betaald door de patiënt of zijn familie, de kosten voor de geleverde zorg worden betaald door de sociale verzekering (Polton en Pasnik, 1997).

### **9.5 “Hospices”**

Dit is een afdeling of apart gedeelte van een ziekenhuis waar ouderen met een geestelijke stoornis worden ontvangen. De “hospices” bestaan met en zonder een medische zorg afdeling. Deze voorziening valt ook wel onder de categorie lange termijn ziekenhuizen, die in de vorige paragraaf zijn besproken.

### **9.6 “Logements-foyers”**

De logements-foyers zijn appartementen waar ouderen wonen. Er zijn ook gemeenschappelijke ruimten waar activiteiten ondernomen kunnen worden en faciliteiten worden geboden. Personen kunnen bijvoorbeeld ervoor kiezen om zelf te koken maar dit hoeft niet. De instellingen zijn vergelijkbaar met verzorgingshuizen in Nederland (Letenneur, 1998).

Opname in een instelling is afhankelijk van een aantal zaken. Ten eerste is de mate van afhankelijkheid van de patiënt belangrijk voor de kans op opname (Polton en Pasnik, 1997). Ten tweede hangt opname ook af van de beschikbaarheid van de instelling aangezien deze niet gelijkmatig over het land zijn verdeeld. Het kan dus voorkomen dat een patiënt met een bepaalde mate van afhankelijkheid wonend in Noord-Frankrijk in een andere instelling terecht komt als een patiënt met dezelfde mate van afhankelijkheid in Zuid-Frankrijk. Daarnaast hangt opname in een instelling af van het budget van de familie van de patiënt. De familie van de patiënt moeten de maandelijkse woonkosten van de patiënt in de instelling betalen. Hoe hoog die kosten zijn verschilt per instelling en per regio. In tegenstelling tot Nederland is het dus moeilijk om de vaste “route” te beschrijven van de dementerende patiënt.

## **10 Kosten van voorzieningen in Frankrijk**

Uit hoofdstuk negen kwam naar voren dat de belangrijkste zorg voor thuiswonende dementerende patiënten wordt verschaft door informele verzorgers. De belangrijkste voorzieningen voor opgenomen patiënten zijn de “maisons de retraite”, de lange termijn ziekenhuizen met de “hospices” en de “logements foyers”. In dit hoofdstuk zullen de kosten hiervan besproken worden. Hieronder zullen eerst de kosten van thuiswonende patiënten aan bod komen.

### **10.1 Kosten van thuiswonende Alzheimer patiënten**

Door Souêtre et al. (1995) zijn de kosten van thuiswonende Alzheimer patiënten met verschillende MMSE-score geëvalueerd. Hiertoe zijn bij 51 vermoedelijke Alzheimer patiënten van 60 jaar en ouder gedurende drie maanden demografische, klinische (waaronder de MMSE-score) en economische gegevens verzameld.

In tabel 10.1.1 staan enkele demografische gegevens van de participerende patiënten en hun informele verzorgers.



**Tabel 10.1.1 Demografische gegevens van 51 patiënten uit de studie van Souêtre et al. (1995)**

<b>Patiënten</b>	MMSE ≤ 15 (N = 28)	MMSE > 15 (N = 23)
Gemiddelde leeftijd	60.0	71.9
Geslacht (% vrouwen)	67.9	47.8
Woonsituatie (% met echtgenoot)	92.9	91.3
Educatie (% lage school)	57.1	47.8
Professionele status		
- gepensioneerd	53.6	65.2
- huisvrouw	39.3	26.1
MMSE (gemiddeld)	9	20
<b>Informele verzorgers</b>		
Gemiddelde leeftijd	66.9	67.4
Geslacht (% vrouwen)	35.7	60.9
Educatie (% lage school)	35.7	56.5
Professionele status (% met pensioen)	64.3	56.5

Bron: (Souêtre, Qing et al., 1995)

Wanneer de indeling van Ott et al. (1997) gehanteerd wordt dan vallen de patiënten met een MMSE lager of gelijk aan vijftien in de categorie patiënten met matige en ernstige cognitieve stoornissen. Uit de tabel blijkt dat deze groep patiënten jonger zijn dan de patiënten met een hogere MMSE-score. Dit zou verklaard kunnen worden doordat de jongere demente patiënten nog kunnen beschikken over een echtgenoot als informele verzorger waardoor opname nog niet noodzakelijk is. Uit de gemiddelde leeftijd van de informele verzorgers valt op te maken dat de meeste informele verzorgers echtgenoten zijn.

De kosten omvatten de directe kosten voor medische en niet-medische zorg en indirecte kosten. Onder de directe uitgaven voor medische zorg vallen: ziekenhuisopname, consultatie met artsen, medicatie, rehabilitatie, laboratoriumtests en andere diagnostische tests. De directe uitgaven voor niet-medische zorg bestaan uit personele kosten voor bijvoorbeeld een huishoudster en aankoop van specifieke aanpassingen. De indirecte kosten omvatten de kosten voor informele zorg. De resultaten van de studie in termen van de kosten werden gepresenteerd in US dollars. Met behulp van de valutakoers per 1-6-1998 van 5,966 zijn de kosten omgerekend in Franse francs.

In tabel 10.1.2 staan de resultaten per patiënt in Franse francs.

**Tabel 10.1.2 Totale kosten per patiënt in 1993 gedurende drie maanden in FF**

	MMSE $\leq$ 15 (N = 28)	MMSE $>$ 15 (N = 23)	% van de totale kosten
Directe medische kosten			
Kosten van arts	FF 495	FF 620	5%
Kosten van medicijnen	FF 937	FF 597	8%
Laboratorium en diagnostische tests	FF 250	FF 1.140	6%
Ziekenhuisopname	FF 418	FF 0	2%
Rehabilitatie	FF 2.213	FF 226	13%
Directe niet-medische kosten			
Personele kosten	FF 3.890	FF 1.921	29%
Specifieke aanpassingen	FF 197	FF 42	1%
Indirecte kosten			
Kosten van bestede tijd door informele verzorger	FF 4.128	FF 3.144	36%
Totale kosten	FF 12.528	FF 7.690	100%

Bron: (Souetre, Qing et al., 1995)

Het grootste deel van de totale kosten van thuiswonende dementerende patiënten worden gevormd door personele kosten en kosten van bestede tijd door een informele verzorger. Onder de personele kosten vielen de kosten van bijvoorbeeld een huishoudster. In Nederland zou dit vallen onder de categorie thuiszorg: de hulp is vergelijkbaar met een alpha-hulp. De kosten van wijkverpleging blijken geen grote rol te spelen in de totale kosten van thuiswonende patiënten. Waarschijnlijk komt dit doordat het grootste deel van de zorg in Frankrijk geboden wordt door informele verzorgers. Uit de studie bleek dat patiënten met MMSE  $\leq$  15 per dag 4.5 uur informele zorg ontvangen. Patiënten met MMSE  $>$  15 ontvangen 3.8 uur informele zorg per dag. De tijd voor informele zorg is in deze studie gewaardeerd op basis van het bruto nationaal produkt per hoofd van de bevolking in plaats van de kosten van bijvoorbeeld een gezinsverzorger. Wanneer de tijd gewaardeerd zou worden tegen de kosten van een “garde malade” (wijkverpleegkundige) dan zouden de kosten per persoon enorm stijgen zoals blijkt uit tabellen 10.1.2 en 10.1.3. De kosten van de directe medische en niet-medische zorg dateren uit 1993. Om deze cijfers te kunnen indexeren voor 1996 is contact opgenomen met professor Joël, werkzaam aan universiteit Dauphine in Parijs. Een indexcijfer van 5% per jaar werd hiervoor aangeraden.

Gegevens over de kosten van een gezinsverzorgster in Frankrijk waren niet voor handen waardoor gekozen is voor de kosten van een Franse wijkverpleegkundige. In de volgende tabel zijn de kosten per Alzheimer patiënt voor 1996 weergegeven wanneer de informele zorg gewaardeerd wordt tegen de kosten van een “garde malade” à 45 FF per uur (Bayer, 1997).

**Tabel 10.1.4 Kosten van een thuiswonende Alzheimer patiënt per jaar wanneer de kosten van informele zorg gewaardeerd worden tegen de kosten van een “garde malade”**

	MMSE ≤ 15	MMSE > 15
Kosten directe medische en niet-medisch zorg (Souëtre, et al. 1995)	FF 38.896	FF 21.050
Uren informele zorg	4.5 uur per dag	3.8 uur per dag
Kosten informele zorg	FF 73.913	FF 62.415
Totale kosten	FF 112.809	FF 83.465

Uit het vorige hoofdstuk bleek dat ongeveer 90% van de thuiswonende dementerende patiënten beschikken over een informele verzorger en slechts 10% van de thuiswonende dementerende patiënten beschikt over professionele zorg. Dat 70% van de kosten voor thuiswonende patiënten bestaan uit de kosten voor informele zorg kan dan ook verklaard worden doordat informele zorg de belangrijkste zorg is voor thuiswonende dementerende patiënten in Frankrijk.

## 10.2 Kosten van opgenomen patiënten

Door onderzoeksinstituut CREDES is in 1987-1988 een studie uitgevoerd naar de kosten van ouderen in instellingen naar de mate van afhankelijkheid. De dagelijkse tijd die wordt gespendeerd aan verschillende taken door verpleegkundig en paramedisch personeel is geregistreerd bij 1.689 opgenomen patiënten in verschillende instellingen in Frankrijk. Op basis van de geregistreerde tijd zijn de kosten per dag voor patiënten naar de mate van afhankelijkheid in de verschillende instellingen berekend. Het afhankelijkheidsniveau is weergegeven op een schaal van 0 tot 100, respectievelijk van niet afhankelijk tot volledig afhankelijk. In de volgende tabel worden de uitkomsten van deze studie getoond.

**Tabel 10.2.1 Kosten per dag in 1988 voor verschillende instellingen naar afhankelijkheidsniveau**

Mate van afhankelijkheid	Instellingen			
	Lang verblijf ziekenhuizen	“Hospices”	“Maisons de retraite (zonder section médicale)	“Maisons de retraite (met section médicale)
> 10	FF 95	FF 90	FF 60	FF 60
10 - 20	FF 190	FF 110	FF 100	FF 100
20 - 40	FF 215	FF 230	FF 180	FF 190
40 - 60	FF 350	FF 320	FF 250	FF 355
= 60	FF 475	FF 415	FF 335	FF 415
Gewogen gemiddelde	FF 310	FF 265	FF 140	FF 190

Bron: (Bayer, 1997)

De kosten uit de tabel zijn kosten uit 1988, aangezien meer recente data over de kosten van instellingen in Frankrijk niet voor handen waren. In tabel 10.2.2 worden de kosten per dag van de verschillende instellingen weergegeven wanneer het aangeraden indexcijfer van 5% per jaar wordt gehanteerd.

**Tabel 10.2.2 Kosten per dag voor verschillende instellingen naar afhankelijkheidsniveau in 1996**

Mate van afhankelijkheid	Instellingen			
	Lang verblijf ziekenhuizen	“Hospices”	“Maisons de retraite (zonder section médicale)	“Maisons de retraite (met section médicale)
> 10	FF 140	FF 133	FF 88	FF 88
10 - 20	FF 280	FF 163	FF 148	FF 148
20 - 40	FF 318	FF 340	FF 266	FF 281
40 - 60	FF 517	FF 473	FF 370	FF 524
= 60	FF 702	FF 613	FF 495	FF 613
Gewogen gemiddelde	FF 458	FF 392	FF 206	FF 280

Hieruit blijkt dat verblijf in een lange termijn ziekenhuis en “hospices” de meeste kosten met zich meebrengen. Vooral patiënten met een mindere mate van afhankelijkheid verblijven in de “logements foyers” (Mizrahi, 1988). Indeling in de vorige tabel was voor de “logements foyers” dan ook niet mogelijk. De kosten varieerden in 1988 tussen FF 50 per dag en FF 160 per dag (Mizrahi en Mizrahi, 1988).

In 1996 zouden de kosten variëren tussen ongeveer FF 74 en FF 236 per dag. De gemiddelde kosten per dag in de “logements foyers” bedragen voor 1996 ongeveer FF 128.

### 10.3 Kostenanalyse

De gemiddelde kosten van opname per dementerende patiënt op jaarbasis worden vergeleken met de kosten van thuis wonen. Hiertoe zijn de gemiddelde kosten per dag in de verschillende instellingen vermenigvuldigd met 365 dagen. Tabel 10.3.1 toont de uitkomsten.

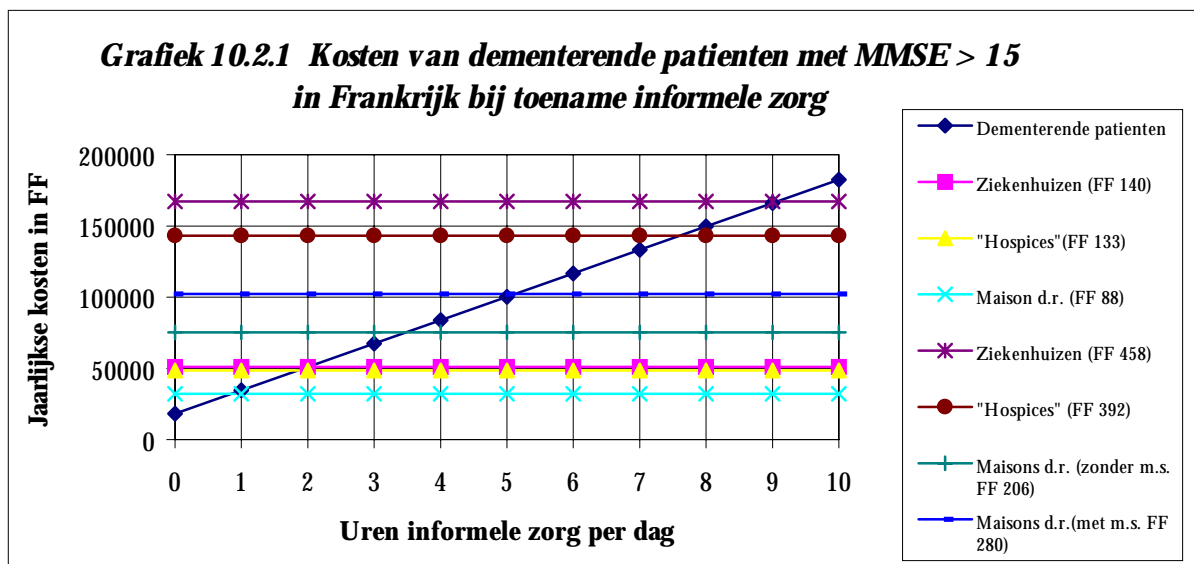
**Tabel 10.3.1 Kosten van dementerende patiënten in Frankrijk voor 1996**

Woonsituatie	Gemiddelde jaarlijkse kosten
Thuiswonend <b>exclusief</b> waardering informele zorg	
MMSE > 15	FF 21.050
MMSE ≤ 15	FF 38.896
Thuiswonend <b>inclusief</b> waardering informele zorg	
MMSE > 15	FF 83.465
MMSE ≤ 15	FF 112.809
Opgenomen	
Lange termijn ziekenhuis	FF 167.170
“Hospices”	FF 143.080
“Maison de retraite” ( <b>zonder section médicale</b> )	FF 75.190
“Maison de retraite” ( <b>met section médicale</b> )	FF 102.200
“Logements foyer”	FF 46.720

Uit deze tabel blijkt dat de kosten van thuiswonende dementerende patiënten zonder waardering van de informele zorg lager zijn dan de kosten van opname. Wanneer de kosten van de informele zorguren per dag, zoals is berekend in de studie van Souêtre et al., wel worden gewaardeerd dan verandert dit beeld. De kosten van thuiswonende patiënten zijn hoger dan de kosten van opname in een “logements foyer” en in een “maison de retraite” zonder section médicale.

De kosten van een thuiswonende patiënt met verschillende mate van ernst van dementie zijn hier vergeleken met de gemiddelde kosten van opname in verschillende instellingen. Ook de kosten van opname in de instellingen bij verschil in ernst van dementie moeten vergeleken worden met de kosten van opname. In grafiek 10.3.1 worden de kosten van een patiënt met MMSE > 15 weergegeven. De kosten van thuis wonen van deze categorie patiënten worden vergeleken met de kosten van opname wanneer de patiënt een lichte mate van afhankelijkheid heeft. Ondanks dat deze categorie patiënten niet direct minder zorg behoeven dan patiënten met MMSE > 15, neemt over het algemeen de hoeveelheid benodigde zorg toe naar mate de ernst van cognitieve stoornissen toeneemt bij de patiënt.

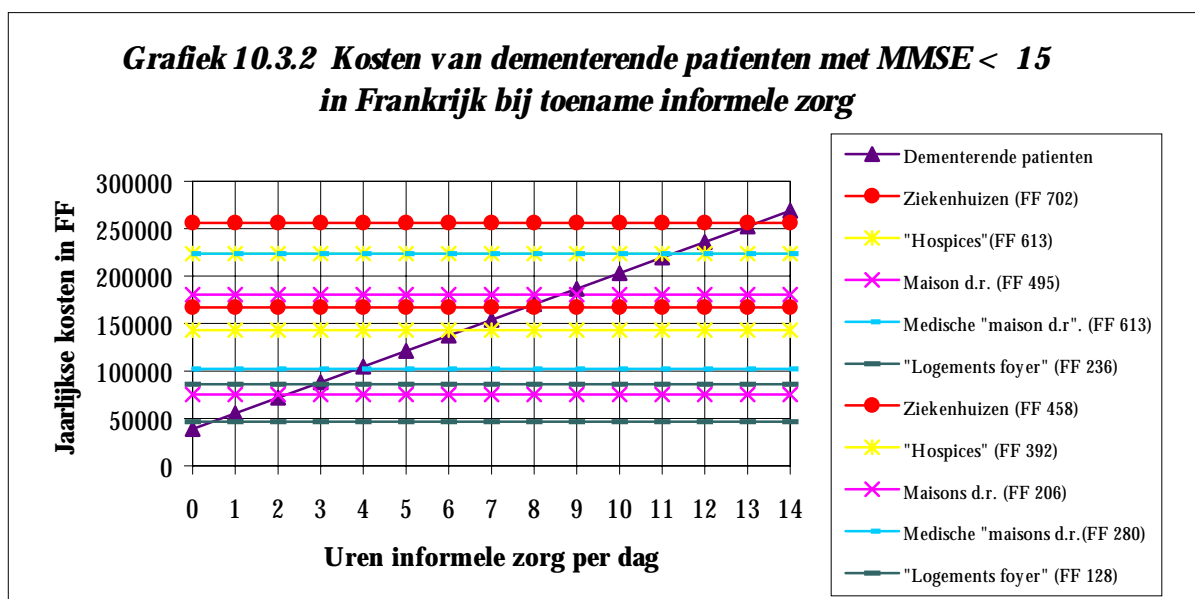
Aangezien opgenomen patiënten met MMSE > 15 wellicht niet direct de laagste mate van afhankelijkheid hebben, worden de kosten van thuis wonen ook vergeleken met de gemiddelde kosten van opname per dag in de verschillende instellingen.



Bij meer dan twee uur informele zorg per dag voor thuiswonende patiënten met MMSE > 15 blijkt dat opname in de verschillende instellingen (bij de *laagste* kosten) minder kosten met zich meebrengt. Wanneer de *gemiddelde* kosten van de instellingen in beschouwing worden genomen dan is thuis wonen goedkoper wanneer de patiënt niet meer dan 3,5 uur informele zorg per dag nodig heeft. Opname in een lange termijn ziekenhuis brengt minder kosten met zich mee bij meer dan negen uren informele zorg per dag.

In tegenstelling tot Nederland is opname van licht dementerende patiënten die weinig afhankelijk zijn al bij twee uur informele zorg per dag goedkoper dan thuis wonen. Dit kan verklaard worden doordat de kosten van de instellingen in Nederland veel hoger liggen dan de kosten van de instellingen in Frankrijk.

In grafiek 10.3.2 zullen de kosten van thuis wonende patiënten met MMSE ≤ 15 worden vergeleken met de kosten van opname in de verschillende instellingen. Hierbij worden de kosten voor patiënten in de meest afhankelijke categorie vergeleken met de kosten van thuis wonen. Deze categorie patiënten zal ook niet per definitie de hoogste mate van afhankelijkheid hebben waardoor ook de gemiddelde kosten worden vergeleken met de kosten van thuis wonen.



Uit deze grafiek blijkt dat opname in de “logements foyers” al vanaf drie uur informele zorg per dag goedkoper is dan thuis wonen. Toch zal deze categorie patiënten waarschijnlijk niet in deze instellingen worden opgenomen omdat hier voornamelijk patiënten met een lichte zorgzwaarte worden opgenomen. Dit is vergelijkbaar met de verzorgingshuizen in Nederland. Opname in lange verblijf ziekenhuizen is in tegenstelling tot de vorige grafiek pas bij meer dan 13 uur informele zorg per dag goedkoper dan thuis wonen wanneer de hoogste kosten per dag gehanteerd worden. De kosten per dag van het hoogste afhankelijkheidsniveau in de lange verblijf ziekenhuizen zijn verviervoudigd ten opzichte van het laagste afhankelijkheidsniveau.

De kosten van thuis wonen zijn bijna verdubbeld ten opzichte van de kosten van patiënten met MMSE > 15. Doordat de kosten van de instellingen meer toenemen dan de kosten van thuis wonen bij een zwaardere zorgzwaarte verschuift het omslagpunt naar boven in vergelijking met de lichte zorgzwaarte.

Zoals uit de demografische cijfers (tabel 10.1.1) bleek, waren de thuiswonende dementerende patiënten met MMSE ≤ 15 jonger dan de patiënten met MMSE > 15. De kosten van de “jongere” thuiswonende patiënten zijn vergeleken met hoogste kosten van opname. Het is de vraag of de kosten van opgenomen patiënten met zware zorgzwaarte wel vergelijkbaar zijn met de kosten van de thuiswonende patiënten. Zoals in hoofdstuk acht ook is besproken hoeven ernstig dementerende patiënten niet per definitie een zware zorgzwaarte te hebben en lichamelijk volledig afhankelijk te zijn. De zorgzwaarte van de jonge thuiswonende patiënten met MMSE ≤ 15 zal waarschijnlijk minder zwaar zijn dan de patiënten met MMSE ≤ 15 die zijn opgenomen.

#### **10.4 Effecten van een nieuw medicijn**

Aangezien de kosten van thuis wonen voor patiënten met MMSE > 15 lager zijn dan de kosten van patiënten met MMSE ≤ 15 zou een medicijn die het ziekteproces kan vertragen kosten kunnen besparen. Kosten van opname voor een dementerende patiënt met een zware zorgwaarte brengt meer kosten met zich mee dan thuis wonen. Wanneer opname uitgesteld kan worden door introductie van een nieuw medicijn dan kunnen ook kosten bespaard worden. Omdat de familie in Frankrijk de woonkosten van de patiënt moet betalen kan uitstel van opname ook wenselijk worden geacht vanuit het oogpunt van de familie. Een nadeel van uitstel van opname is de vergroting van de belasting voor de informele verzorgers.



## **11 Conclusie**

In dit deel zijn de voorzieningen en de kosten daarvan voor patiënten met de ziekte van Alzheimer in Frankrijk behandeld. In Frankrijk woont ongeveer 68% van de patiënten met de ziekte van Alzheimer thuis. Het grootste deel van de thuiswonende dementerende patiënten maakt gebruik van informele zorg. In beperkte mate wordt gebruik gemaakt van professionele zorg. Wanneer de zorg thuis te zwaar wordt, kan de patiënt in verschillende uiteenlopende voorzieningen worden opgenomen. De meeste dementerende patiënten komen terecht in de “maisons de retraite”. In hoofdstuk negen is besproken dat opname in een instelling afhankelijk is van de afhankelijkheid van de patiënt, de beschikbaarheid van de voorzieningen en het budget van de familie, aangezien zij de woonkosten voor de patiënt moeten betalen.

Voor berekening van de kosten van thuiswonende patiënten is uitgegaan van een studie van Souëtre et al. (1995) Andere recentere studies over kosten van thuiswonende dementerende patiënten in Frankrijk zijn niet gerapporteerd in de onderzochte literatuur. Voor de kosten van instellingen naar afhankelijkheidsniveau is gebruik gemaakt van de studie van CREDES, een studie die in 1987-1988 werd verricht. Het bleek niet mogelijk om recentere data over de kosten van instellingen in Frankrijk te achterhalen. Om de kosten voor 1996 uit te rekenen is gebruik gemaakt van een indexcijfer van 5% per jaar, op aanraden van professor Joël.

De kosten van instellingen bleken lager te zijn dan de kosten van instellingen in Nederland. Wanneer de kosten van thuiswonende patiënten vergeleken worden met de kosten van opname in Frankrijk, dan zijn de kosten van opname voor de lichtste zorgzwaarte vrij laag: opname is al vanaf 2 uur informele zorg per dag goedkoper dan thuis wonen. De kosten van thuis wonen nemen toe naarmate de patiënt ernstiger dement. De kosten van opname nemen naar verhouding nog meer toe, waardoor het omslagpunt naar boven verschuift in plaats van naar beneden, zoals in Nederland het geval is. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de hoogste kosten van opname (patiënten zijn volledig afhankelijk) vergeleken zijn met de kosten van een thuiswonende patiënt met MMSE  $\leq 15$ .

Dat deze patiënten nog thuis wonen heeft er waarschijnlijk mee te maken dat deze groep niet een vergelijkbare zorgzwaarte hebben als de zorgzwaarte van patiënten waarmee de kosten van de instellingen zijn vergeleken. Daarnaast was deze groep patiënten jonger dan de groep licht dementerende thuiswonende patiënten waardoor zij nog konden beschikken over een informele verzorger.

## **12 Vergelijking tussen Nederland en Frankrijk**

Vergelijking van de kosten tussen Nederland en Frankrijk brengt enige problemen met zich mee. Ten eerste zijn de instellingen waar dementerenden worden opgenomen moeilijk vergelijkbaar tussen de twee landen. In Frankrijk bestaan er vele uiteenlopende voorzieningen voor dementerende patiënten die in functie kleine verschillen vertonen. Daarnaast is de plaats van de instelling waar de patiënt terechtkomt niet eenduidig maar hangt naast beschikking over een informele verzorger en kenmerken van de patiënt af van de kosten die de familie van de patiënt kan opbrengen voor opname en de beschikbaarheid van de verschillende instellingen. Ten tweede wordt de vergelijking tussen de landen bemoeilijkt door het verschil in gedetailleerdheid en beschikbaarheid van gegevens over kosten van dementerende patiënten in Nederland en Frankrijk. Vooral gegevens uit Frankrijk waren lastig te achterhalen en bestond voornamelijk uit niet recente data waardoor met behulp van een indexcijfer de kosten voor 1996 geschat moesten worden. Ondanks deze problemen zal hieronder toch worden getracht vergelijkingen tussen de twee landen te maken. In de eerste twee paragrafen zullen de kosten van thuis wonen en opname tussen de landen worden vergeleken. Daarna zal het verschil in omslagpunten waarbij thuis wonen duurder is dan opname voor Nederland en Frankrijk worden behandeld.

### **12.1 Vergelijking van de kosten voor thuiswonende patiënten**

Bij de kosten voor thuiswonende dementerenden in Nederland kon een onderscheid in de minimale en maximale kosten naar geslacht gemaakt worden. Bij de kosten van Frankrijk was een onderscheid in kosten naar geslacht niet mogelijk. Wel worden de kosten onderscheiden naar verschillende MMSE-scores

In de volgende tabel worden de kosten van thuiswonende dementerende patiënten in beide landen met elkaar vergeleken. De Franse francs zijn met behulp van de valutakoers van 0,336 omgerekend in Nederlandse guldens.

**Tabel 12.1.1 Jaarlijkse kosten van thuiswonende dementerende patiënten in Nederland en Frankrijk**

<b>Nederland</b>	<b>Kosten (excl. informele zorg)</b>	<b>Kosten (incl. informele zorg)</b>
Kosten van een licht dementerende patiënt met lichte zorgzwaarte		
Man	FL 1.752,-	FL 9.422,- (5 uur per week)
Vrouw	FL 8.257,-	FL 15.927,- (5 uur per week)
Kosten van een zwaar dementerende patiënt met zware zorgzwaarte		
Man	FL 71.568,-	FL 81.067,- (7 uur per week)
Vrouw	FL 76.035,-	FL 85.534,- (7 uur per week)
<b>Frankrijk</b>		
Patiënten met MMSE >15 (licht dementerend)	FL 7.073,-	FL 28.044,- (26.6 uur per week)
Patiënten met MMSE ≤ 15 (matig tot ernstig dementerend)	FL 13.069,-	FL 37.904,- (31.5 uur per week)

Uit de tabel blijkt dat wanneer de kosten exclusief waardering van informele zorg in beschouwing worden genomen de kosten van licht dementerende patiënten met een licht zorgzwaarte in Nederland vergelijkbaar zijn met de kosten van patiënten met een MMSE >15 in Frankrijk. Wanneer de kosten inclusief waardering van informele zorg van deze patiëntengroepen met elkaar worden vergeleken dan zijn de kosten in Frankrijk hoger. Dit kan verklaard worden doordat in Frankrijk meer uren informele zorg worden geleverd. De hoeveelheid informele zorg die per week in Nederland wordt besteed was een conservatieve schatting.

Bij vergelijking van de kosten exclusief informele zorg tussen ernstig dementerende patiënten met een zware zorgzwaarte in Nederland en patiënten met een MMSE ≤ 15 in Frankrijk blijkt dat de kosten in Frankrijk lager zijn. In Frankrijk wordt in mindere mate gebruik gemaakt van professionele zorg dan in Nederland waardoor dit kostenverschil verklaard zou kunnen worden. Daarentegen zijn de kosten van Nederland een schatting van de maximale kosten voor een thuiswonende ernstig dementerende patiënt. De kosten van Frankrijk representeren de gemiddelde kosten van een matig tot ernstig dementerende patiënt, de maximale kosten van een ernstig dementerende patiënt in Frankrijk zullen waarschijnlijk hoger liggen.

Maar zelfs wanneer de kosten van informele zorg worden gewaardeerd dan zijn de kosten in Nederland nog steeds hoger ondanks het verschil in geleverde uren informele zorg. Er wordt in Nederland dus meer gebruik gemaakt van professionele thuiszorg voorzieningen.

## 12.2 Vergelijking van kosten voor opgenomen patiënten

De kosten van instelling in Nederland konden gedifferentieerd worden naar zorgzwaarte. Deze zorgzwaarte werd vastgesteld aan de hand van een vragenlijst omtrent ADL-kenmerken en gedrag. De kosten van instellingen in Frankrijk konden ook worden onderscheiden naar zorgzwaarte, in Frankrijk wordt dit de mate van afhankelijkheid genoemd. In tabel 12.2.1 worden de gemiddelde jaarlijkse kosten voor opgenomen patiënten in verschillende instellingen getoond op basis van de gemiddelde kosten per dag.

**Tabel 12.2.1 Gemiddelde jaarlijkse kosten voor opgenomen patiënten in Nederland en Frankrijk**

<b>Nederland</b>	Kosten
Verzorgingshuizen	FL 48.180,-
Psychogeriatrisch verpleeghuizen	FL 98.915,-
Psychogeriatrische afdeling gecombineerd verpleeghuizen	FL 102.930,-
<b>Frankrijk</b>	
Lange verblijf ziekenhuizen	FL 56.169,-
“Hospices”	FL 48.075,-
“Maisons de retraite”	FL 25.264,-
“Maisons de retraite” (met section médicale)	FL 34.339,-
“Logements foyers”	FL 15.698,-

De kosten van opname in Frankrijk liggen veel lager dan de kosten van opname in Nederland. Gezien de kosten zijn de lange termijn ziekenhuizen en “hospices” in Frankrijk vergelijkbaar met de verzorgingshuizen, gezien hun functie zouden ze vergelijkbaar moeten zijn met verpleeghuizen. In Nederland bestaan 41% van de kosten van verzorgingshuizen uit kosten voor geleverde zorg, voor de verpleeghuizen is dit 48% (zie tabellen 5.6.4 en 5.7.4). De volgende tabel toont deze percentages voor de instellingen in Frankrijk.

**Tabel 12.2.2 Percentages van de kosten van instellingen die worden besteed aan huisvesting in Frankrijk**

Instelling	Percentage kosten besteed aan zorg
Lange termijn ziekenhuizen	49%
“Hospices”	2%
“Maisons de retraite”	9%
“Maisons de retraite” (met section médicale)	23%
“Logements foyers”	13%

Bron: (Mizrahi en Mizrahi, 1988)

Hieruit blijkt dat in vergelijking met Nederland minder zorg wordt geboden in de Franse instellingen, de nadruk ligt op de woonfunctie. Wellicht kan ook een verschil in definities tot dit verschil leiden.

### 12.3 Vergelijking van de omslagpunten waarbij thuis wonen duurder is dan opname

In hoofdstuk zeven en hoofdstuk tien zijn grafieken getoond met de omslagpunten voor Nederland en Frankrijk. Voor Nederland was het probleem dat het aantal uren geleverde informele zorg voor de dementerende patiënten niet bekend was. In de onderstaande tabel worden de kosten per jaar voor een thuiswonende dementerende patiënt berekend wanneer gebruik gemaakt wordt van de bekende zorguren per dag uit de Franse data.

**Tabel 12.3.1 Jaarlijkse kosten van Nederlandse thuiswonende dementerenden wanneer het aantal zorguren uit Franse data wordt gehanteerd**

Licht dementerend	Kosten man	Kosten vrouw
Totale kosten o.b.v. 5 uur informele zorg per week (conservatieve schatting)	FL 9.422,-	FL 15.927,-
Kosten excl. waardering informele zorg	FL 1.752,-	FL 8.257,-
Uren informele zorg per dag	3.8 uur	3.8 uur
Totale jaarlijkse kosten	<b>FL 42.669,-</b>	<b>FL 49.174,-</b>
Ernstig dementerend		
Totale kosten o.b.v. 7 uur informele zorg per week (conservatieve schatting)	FL 82.306,-	FL 86.773,-
Kosten excl. waardering informele zorg	FL 71.568,-	FL 76.035,-
Uren informele zorg per dag	4.5 uur	4.5 uur
Totale jaarlijkse kosten	<b>FL 120.022,-</b>	<b>FL 124.489,-</b>

De jaarlijkse kosten nemen op basis van de Franse zorguren enorm toe. De kosten van een thuiswonende licht dementerende patiënt zijn dan hoger dan een licht dementerende patiënt opgenomen in een verzorgingshuis. Hetzelfde geldt voor een ernstig dementerende thuiswonende patiënt.

In Frankrijk was slechts één tarief bekend waartegen de informele zorg gewaardeerd kon worden. Dit tarief (FF 45 = FL 15,- per uur) bedraagt de helft van de kosten waartegen de Nederlandse informele zorg gewaardeerd wordt. In tabel 10.3.2 zullen de omslagpunten voor dementerende patiënten in Frankrijk berekend worden wanneer de informele zorguren tegen het Nederlandse tarief (FL 29,50 per uur) gewaardeerd worden.

**Tabel 12.3.2 Omslagpunten voor Frankrijk wanneer de informele zorg tegen het Franse en het Nederlandse tarief gewaardeerd wordt**

Instellingen	MMSE >15 (vergeleken met de laagste kosten van instellingen)		MMSE ≤ 15 (vergeleken met de hoogste kosten van instellingen)	
	(FL 15 p. u.)	(FL 29,50 p. u.)	(FL 15 p. u.)	(FL 29,50 p. u.)
Lange termijn ziekenhuizen	2 uur p.d.	1 uur p.d.	13 uur p.d.	7 uur p.d.
“Hospices”	2 uur p.d.	1 uur p.d.	11,5 uur p.d.	6 uur p.d.
“Maisons de retraite”	1 uur p.d.	0,5 uur p.d.	9 uur p.d.	4,5 uur p.d.
“Maisons de retraite” (met section médicale)	1 uur p.d.	0,5 uur p.d.	11,5 uur p.d.	6 uur p.d.
“Logements foyers”	0 uur p.d.	0 uur p.d.	3 uur p.d.	1,5 uur p.d.

Voor Frankrijk komen de omslagpunten waarbij thuis wonen meer kosten met zich meebrengt dan opname hoger te liggen wanneer een patiënt ernstiger dement wordt. Dit wordt veroorzaakt doordat de kosten van de instellingen niet evenredig stijgen met de kosten van thuis wonen bij toenemende afhankelijkheid van de patiënt. De kosten van de instellingen stijgen sneller dan de kosten van thuis wonen.

Om deze omslagpunten te kunnen vergelijken met Nederland zal in de volgende tabel de omslagpunten worden weergegeven van dementerende patiënten wanneer de informele zorg tegen het Nederlandse tarief en het Franse tarief gewaardeerd wordt.

**Tabel 12.3.3 Omslagpunten voor Nederland wanneer de informele zorg tegen het Nederlandse en het Franse tarief gewaardeerd wordt**

Instellingen	Licht dementerende patiënt met lichte zorgzwaarte (vergeleken met laagste kosten van instellingen)		Ernstig dementerende patiënt met zware zorgzwaarte (vergeleken met hoogste kosten van instellingen)	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Verpleeghuizen				
- FL 15,- p.u.	14.5 uur p.d.	13 uur p.d.	14 uur p.d.	13 uur p.d.
- FL 29,50 p.u.	7.5 uur p.d.	7 uur p.d.	7 uur p.d.	6.5 uur p.d.
Verzorgingshuizen				
- FL 15,- p.u.	5.5 uur p.d.	4 uur p.d.	4.5 uur p.d.	3.5 uur p.d.
- FL 29,50 p.u.	3 uur p.d.	2 uur p.d.	2.5 uur p.d.	2 uur p.d.

Uit deze tabel blijkt dat in Nederland de kosten van de instellingen wel evenredig stijgen met de kosten van thuis wonen bij een toename van de afhankelijkheid van de patiënt. De omslagpunten blijven ongeveer op hetzelfde aantal uren informele zorg per dag staan. Wanneer de omslagpunten van Frankrijk vergeleken worden met die van Nederland (tabel 12.3.2 met tabel 12.3.3) bij het Nederlandse tarief van FL 29,50 dan blijkt dat de omslagpunten voor licht dementerende patiënten in Frankrijk lager zijn dan die in Nederland. Bij het Franse tarief van FL 15,- per uur zijn deze verschillen nog groter tussen de twee landen. Alleen de Franse lange termijn ziekenhuizen zijn vergelijkbaar met de Nederlandse verpleeghuizen. Voor deze twee instellingen geldt dat ernstig dementerende thuiswonende patiënten die meer dan 13 à 14 uur informele zorg per dag nodig hebben minder kosten met zich meebrengen wanneer zij zijn opgenomen.

Wanneer de informele zorg tegen FL 29,50 per uur gewaardeerd wordt dan blijkt dat zowel in Nederland als in Frankrijk de kosten voor een ernstig dementerende patiënt die meer dan zeven uren informele zorg per dag krijgt lager zijn dan opname in elke willekeurige instelling.

Samenvattend zijn de kosten van dementerende patiënten in Nederland hoger dan de kosten in Frankrijk. Dit komt enerzijds doordat thuiswonende dementerende patiënten in Nederland meer gebruik maken van professionele voorzieningen dan in Frankrijk. Anderzijds zijn de kosten van de instellingen in Frankrijk lager dan de kosten van de instellingen in Nederland. Er wordt in Frankrijk meer nadruk gelegd op de woonfunctie van instellingen dan op de zorgfunctie.



### 13 Discussie en conclusie

Het onderwerp van deze scriptie omvatte de kosten van de ziekte van Alzheimer. Kosten van thuiswonende dementerende patiënten zijn vergeleken met de kosten van opgenomen dementerende patiënten. Daarnaast zijn deze kosten vergeleken tussen Nederland en Frankrijk. In dit hoofdstuk zal worden teruggekoppeld op de probleemstelling. Deze luidde:

***Hoe verhouden de kosten van institutionalisering zich tot de kosten van thuis wonen bij patiënten met de ziekte van Alzheimer in Nederland en in Frankrijk?***

Voordat de probleemstelling beantwoord wordt, zullen eerst een drietal kritische kanttekeningen worden geplaatst bij dit onderzoek.

#### 13.1 Discussie

Door een gebrek aan informatie over zorggebruik onder thuiswonende dementerende patiënten in Nederland zijn de totale kosten geschat op basis van veronderstellingen. Een mogelijke oplossing om de kosten van thuis wonen voor dementerende patiënten beter te kunnen schatten is gebruik maken van een longitudinaal bevolkingsonderzoek waarin zorggebruik van patiënten wordt gemeten door middel van vragenlijsten of registratie bij professionele hulpverleners. Waarschijnlijk zal een dergelijk onderzoek eind 1998 gestart worden als vervolg op het ERGO-onderzoek.

Kosten van de verschillende instellingen in Frankrijk dateerden uit 1988 en zijn daardoor met behulp van een indexcijfer geactualiseerd voor 1996. Het kan zijn dat het gebruikte indexcijfer niet voor elke instelling van toepassing was waardoor werkelijke kosten per dag hoger of lager waren in 1996.

Een ander probleem bleek de informele zorg te zijn. In Nederland is niet bekend hoeveel uren informele zorg aan de groep thuiswonende dementerende patiënten wordt besteed. Onderzoek hiernaar bleek voornamelijk problemen omtrent de definitie van de aard en omvang van de taken van de informele verzorger op te leveren. Wanneer het aantal uren informele zorg voor dementerende patiënten bekend is kunnen de kosten van thuiswonende patiënten ook accurater berekend worden dan hier het geval was. Wellicht zou ook hier een vervolgonderzoek naar informele zorg uitkomst kunnen bieden.

### **13.2 Conclusie**

In deel II is gebleken dat de kosten van een thuiswonende dementerende patiënt afhankelijk zijn van een aantal variabelen. De ernst van de ziekte, co-morbiditeit, mogelijkheden tot algemene dagelijkse verrichtingen en gedrag zijn allemaal van invloed op de hoeveelheid zorg die een patiënt nodig heeft. De hoeveelheid zorg die een patiënt daadwerkelijk ontvangt en waarvoor kosten gemaakt worden is ook afhankelijk van een aantal factoren. De beschikbaarheid van een informele verzorger en zijn of haar vermogen om zorg te verlenen en de beschikbaarheid van professionele zorg bepalen mede hoeveel zorg de patiënt uiteindelijk ontvangt. Daarnaast kan de informele zorg tegen verschillende geldbedragen gewaardeerd worden waarmee totale kosten van thuis wonen hoger of lager uit kunnen vallen. Met behulp van berekende minimale en maximale kosten van thuiswonende dementerende patiënten zijn de omslagpunten berekend waarbij de kosten voor thuis wonen de kosten van opname overtreffen. Hieruit kwam naar voren dat de zorg voor zowel licht dementerende thuiswonende patiënten met lichte zorgzwaarte als voor ernstig dementerende thuiswonende patiënten met zware zorgzwaarte duurder is dan opname in een verpleeghuis wanneer meer dan zeven uur informele zorg per dag wordt geboden. Een licht dementerende patiënt met lichte zorgzwaarte zal waarschijnlijk niet zeven of meer uren informele zorg per dag nodig hebben. De kosten van thuis wonen voor een licht dementerende patiënt met lichte zorgzwaarte zijn dan lager dan de kosten van opname.

Voor een ernstig dementerende patiënt met zware zorgzwaarte is het goed mogelijk dat deze zeven of meer uren informele zorg per dag nodig heeft waardoor de kosten van thuis wonen hoger uitvallen dan de kosten van opname.

In vergelijking met Frankrijk zijn de kosten van thuiswonende dementerende patiënten in Nederland hoger. Dit wordt veroorzaakt doordat thuiswonende dementerende patiënten in Frankrijk minder gebruik maken van formele zorgvoorzieningen dan in Nederland. Het accent ligt in Frankrijk nog meer op informele zorg dan in Nederland.

De instellingen waar dementerende patiënten in Frankrijk opgenomen kunnen worden, zijn divers en ongelijkmatig verspreid over het land. Daarnaast verschilt de hoogte van de kosten die de familie van de opgenomen patiënt moet betalen per instelling. De nadruk ligt in Franse instellingen meer op de woonfunctie dan op de zorgfunctie. Hierdoor zijn de kosten van opname in Nederland ook hoger dan de kosten van opname in Frankrijk.

Opname in Franse instellingen brengt minder kosten met zich mee wanneer geen of meer dan twee uur informele zorg per dag wordt geleverd bij licht dementerende patiënten. De informele zorg wordt dan gewaardeerd tegen een tarief van FL 15,-. Doordat de kosten van thuis wonen niet evenredig stijgen met de kosten van opname bij een toename van de afhankelijkheid van de patiënt verschuiven de omslagpunten naar boven. De omslagpunten voor ernstig dementerenden liggen vanaf negen tot dertien uren informele zorg per dag. De kosten van thuis wonen voor ernstig dementerende patiënten die niet meer dan negen uur informele zorg per dag krijgen, zijn lager dan de kosten van opname bij een tarief van FL 15,- per uur.

Wanneer een tarief van FL 29,50 per uur gehanteerd wordt, dan zijn de omslagpunten van een ernstig dementerende patiënt in Frankrijk vergelijkbaar met de omslagpunten van een ernstig dementerende patiënt in Nederland. Vanaf zeven uren informele zorg per dag zijn de kosten van thuis wonen in Frankrijk hoger dan de kosten van opname.

## Literatuurlijst

Alfandari, E. (1989). Action et aide sociales. Quatrième édition. Paris, Précis Dalloz.

Alzheimer Stichting (1994). Duidelijkheid over dementie. Bunnik, Alzheimer Stichting.

Ament, A.J.H.A. en F.F.H. Rutten (1993). Evaluatie. In: Economie van de gezondheidszorg. Utrecht, Uitgeverij Lemma BV.

American Psychiatry Association, (1997). "Practice guidelines for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life." The American Journal of Psychiatry (Supplement) 154: 1-39.

Bayer (1997) Intern verslag over de ziekte van Alzheimer in Frankrijk door: The Lewin Group, Bayer 15 december 1997. Persoonlijke communicatie met mevr. A. Schakespeare.

Beer, M. de en G. Hutschemaekers (1996). Vraag en aanbod in de Riagg-ouderenzorg. Een praktijkstudie vanuit het perspectief van cliënten, hulpverleners en verwijzers. Utrecht, NcGv.

Boersma, F. en J.A. Eefsting (1997). Dementie in een Nederlandse plattelandspopulatie. Prevalentie, diagnostiek, zorg en beloop. Amsterdam, Thesis Publisher Amsterdam.

Boersma, F., J.A. Eefsting, et al. (1995). "Prevalentie en ernst van het dementiesyndroom in bejaardenoorden en verpleeghuizen." Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 26: 57-64.

Bosch, J.H.v.d. en J.W.P.F. Kardaun (1993). Ziekten van het zenuwstelsel in Nederland. Een verkenning van de omvang en de gevolgen. 's Gravenhage, CBS, Hoofdafdeling Gezondheidsstatistiek en Erasmus Universiteit, Instituut Maatschappelijke gezondheidszorg en Hersenstichting Nederland.

Brouwer, W.B.F., M.A. Koopmanschap, et al. (1998). "Patient and informal caregiver time in cost-effectiveness analysis: a response to the recommendations of the Washington Panel." International Journal of Technology Assessment in Health Care. In press.

Busschbach, J.J. van., B.B.F. Brouwer, et al. (1998). "An Outline For A Cost-Effectiveness Analysis of a Drug For Patients With Alzheimer's Disease." Pharmacoeconomics **13**: 23-34.

CBS (1997). "Maaltijdverstrekking en op alarmering/telefooncirkels aangesloten woningen, naar gemeentegrootte, 1995." Maandbericht gezondheid **10**: 33.

CBS (1997). Statistiek van de bejaardenoorden 1995. 's-Gravenhage: SDU-Uitgeverij/CBS Publikaties

CBS (1997). Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1997. Voorburg/Heerlen/Rijswijk, CBS.

Charro, F.T.de en B.M.van Ineveld (1989). De kosten-effectiviteits analyse. In: Medische Technology Assessment en gezondheidsbeleid. Alphen aan den Rijn, Samson Stafleu.

COTG (1995). Budgetsystematiek 1995 voor thuiszorgorganisaties. Richtlijn IV-194 Bijlage 6 bij FL/dvs/IV/94/200/740/c4/ Utrecht.

Drummond, M.F., B. O'Brien, et al. (1997). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford New York Toronto, Oxford University Press.

Duijn, C.M. van (1992). Risk factors for Alzheimer's disease. A genetic epidemiologic study. Proefschrift Rotterdam, Erasmus Universiteit

Duijnstee, M. (1992). De belasting van familieleden van dementerenden. Proefschrift Nijmegen.

Duijnstee, M.S.H., W.J.M.J. Cijpers, et al. (1994). Mantelzorg voor mensen met een chronische ziekte: een literatuurstudie naar de rol van mantelzorg voor mensen met een chronische ziekte op basis van Nederlandse studies gepubliceerd in de periode 1980-1983. Zoetermeer, Nationale Commissie Chronische Ziekten.

Groenenboom, G.K.C. en R. Huijsman (1995). Ouderenzorg in economisch perspectief: kostenscenario's. Utrecht, SIG.

Haar, H.W. Ter (1987). Dementie, een vergeten aandoening. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema.

Haddingh, E., M. Kootte, et al. (1991). De zorg aan thuiswonende dementerende ouderen. Een inventariserend casuonderzoek naar knelpunten in de zorg voor dementerende ouderen in de provincie Groningen. Groningen, van Denderen.

Huijsman, R. (1998). Rede: Koesteren en ketenen. Over regionaliseren in de ouderenzorg. Maarssen, Elsevier/De Tijdstroom.

Huijsman, R. en G.K.C. Groeneboom (1996). Kostbare verwarring: economische aspecten van de ouderenzorg. Utrecht, De Tijdstroom.

JOZ (1998). Jaaroverzicht Zorg 1998. Rijswijk, VWS.

Koopmans, R. (1994). Het leven, ziek zijn en sterven van dementerende verpleeghuispatiënten. Een onderzoek naar morbiditeit, functionele status en mortaliteit. Proefschrift Nijmegen.

Koopmans, R.T.C.M., M.E. van Hell, et al. (1991). "Het beloop van de ziekte van Alzheimer bij een groep verpleeghuispatiënten: epidemiologie, (bijkomende) morbiditeit en sterfte." Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde **135**: 845-850.

Koopmanschap, M.A., L. van Roijen, et al. (1991). Kosten van ziekten in Nederland. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg & Instituut voor Medische Technology Assessment.

Letenneur, L., D. Commenges, et al. (1994). "Incidence of Dementia and Alzheimer's Disease in Elderly Community Residents of South-Western France." International Journal of Epidemiology **23**(6): 1256-1262.

Letenneur, L., L. Dequae, et al. (1993). "Prevalence de la demence en Gironde (France)." Revue d'epidemiologie et Sante Publique **41**(2): 139 - 145.

Mizrahi, A. en A. Mizrahi (1988). Financement des Soins et des Sejours des Personnes Agees en Institutions. Parijs, CREDES.

Mizrahi, A. en A. Mizrahi (1988). "Le Financement Des Institutions Pour Personnes Agees." Le Concours Medicale **110**(41): 3801 - 3804.

Muskens, J. (1993). Het beloop van dementie: een exploratief longitudinaal onderzoek in de huisartspraktijk. Proefschrift Nijmegen.

NcGv (1997). Jaarboek Geestelijke Gezondheidszorg 1996/1997. Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, NZi. Utrecht, de Tijdstroom

NIG (1995). Aspects of Gerontology in the Netherlands 1995. Practice and research. European Congress of Gerontology, Amsterdam, Netherlands Institute of Gerontology.

NRV (1993). Psychogeriatric: zorg voor dementerenden 1. Deel 1: een kwantitatieve analyse van het beleid van de rijksoverheid. Zoetermeer, Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

NVAGG (1997). Riagg's in cijfers 1995. Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, Utrecht.

NZi (1997). Financiële statistiek 1996. Verpleeghuizen voor psycho-geriatrische patienten. Landelijke tabellen. Utrecht, NZi.

NZi (1997). Financiële statistiek 1996. Gecombineerde verpleeghuizen. Landelijke tabellen. Utrecht.

NZi (1997). Instellingen van intramurale gezondheidszorg. Basisgegevens per 1-1-1997. Utrecht, NZi.

NZi/LVT (1997). Jaarboek Thuiszorg 1995. Utrecht.

Obadia, Y., M. Rotily, et al. (1997). "The PREMAP Study: Prevalence and risk factors of dementia and clinically diagnosed Alzheimer's disease in Provence, France." European Journal of Epidemiology **13**(3): 247-253.

Ott, A. (1997). Risk of dementia: The Rotterdam Study. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.

Polder, J.J., W.J. Meering, et al. (1997). Kosten van ziekten in Nederland 1994. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg.

Polton, D. en F. Pasnik (1997). French Results of the Country Reports on Alzheimer's disease Study by The London School of Economics and Political Science. Persoonlijke communicatie met David McDaid

Pot, A.M. (1996). Caregivers' perspectives: a longitudinal study of the psychological distress of informal caregivers of demented elderly. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

Ribbe, W.M., D.H.M. Fruijters, et al. (1993). "Kenmerken van verpleeghuispatienten bij eerste opname: leeftijd, geslacht en morbiditeit." Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde **137** (49) 2544 - 2548.

Rice, D.P., P.J. Fox, et al. (1993). "The Economic Burden of Alzheimer's Disease Care." Health Affairs **12** (2): 164 - 176.

Ritchie, K., A. Colvez, et al. (1992). "The evaluation of long-term care for dementing elderly: a comparative study of hospital and collective non-medical care in France." International Journal of Geriatric Psychiatry **7**(8): 549 - 557.

RIVM (1993). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Den Haag, Sdu Uitgeverij Plantijnstraat.

Roijen, L. van en L.R. Arends (1996). Kosten van Psychische Stoornissen, Instituut voor Medische Technology Assessment/Trimbos instituut.

Rutten, F., B.M. van Ineveld, et al. (1993). Kostenberekening bij Gezondheidszorgonderzoek. Richtlijnen voor de praktijk. Utrecht.



Rutten, F.F.H. (1989). Kostenaspecten. In: Medische Technology Assessment en gezondheidsbeleid. Alphen aan den Rijn, Samson Stafleu.

Scheltens, P., H.C. Weinstein, et al. (1992). "De waarde van de nieuwe diagnostische technieken bij de ziekte van Alzheimer." Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde **136**: 2459- 2462.

Schenau, J. van Ingen. (1995). Is dementie te genezen? Laatste ontwikkelingen, mogelijke therapieën, belangrijke medicijnen. Utrecht, Kosmos Z&K Uitgevers.

SIG (1997). Jaarboek verpleeghuizen 1996. Utrecht, SIG Zorginformatie.

SIG (1998). Onderzoek naar zorgzwaartegroepen in verpleeghuizen in opdracht van het Instituut voor Medische Technology Assessment. Utrecht

Souëtre, E. J., W. Qing, et al. (1995). "Economic Analysis of Alzheimer's Disease in Outpatients: Impact of Symptom Severity." International Psychogeriatrics **7**(1): 115 - 122.

Spaan (1996). Verpleeghuiszorg in cijfers 1990-1994. Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) en NZi.

Verheij, R. (1992). "Wijkverpleging in Frankrijk: "Thuiszorg voor ouderen en het ziekenhuis thuis"." Maatschappelijke gezondheidszorg **20**(11): 53-56.

Vernooy-Dassen M. J. (1993) Dementie en thuiszorg: een onderzoek naar determinanten van het competentiegevoel van centrale verzorgers en het effect van professionele interventie. Proefschrift Nijmegen

Weide, J.v.d., L.S.W. Steijns, et al. (1996). "Apolipoproteïne E polymorfisme en de ziekte van Alzheimer." Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie **27**: 73-77.

Wind, A.W. (1994). Diagnosing dementia in general practice. Amsterdam, Vrije Universiteit.

Woon Zorgfederatie (1998). Persoonlijke communicatie over zorgzwaarte in verzorgingshuizen.

## **Lijst van geraadpleegde personen**

Mevr. A Bothof, Humanitas Thuiszorg Rotterdam

Mevr. M. Joël, Université Paris Dauphine. Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de Santé (L.E.G.O.S.)

Dhr L. Letenneur, INSERM, Université Victor Segalen

Dhr. J. J. M. Linders, COTG

Mevr. A. Shakespeare, Farmaceut Bayer

Mevr. J. Sterk, verpleeghuisarts in een gecombineerd verpleeghuis in Amsterdam

Mevr. M. Vernooy-Dassen, KU-Vakgroep Huisarts en sociale Verpleeghuisgeneeskunde

Mevr. A. Vollebergh, huisarts in IJmuiden



## **Geheugen**

Kunt u het rijtje van drie dingen nog eens opnoemen?

Appel	Tafel	Gulden	Totaal (3)	-----
-------	-------	--------	------------	-------

## **Taal**

Laat een pen zien en vraag: "Wat is dit?"

Laat een polshorloge zien en vraag: "Wat is dit?"	Totaal (2)	-----
---	------------	-------

Wilt u herhalen wat ik zeg: "Geen als, en of maar."

(1 punt als complete zin goed is)	(1)	-----
-----------------------------------	-----	-------

Ik ga u een vel papier geven. Als ik dat doe, pak het dan met uw rechterhand vast, vouw het met beide handen dubbel en leg het op uw schoot.

(3)	-----
-----	-------

Wilt u dit lezen en opvolgen?

(Formulier met de instructie: "Sluit uw ogen")	(1)	-----
--	-----	-------

Wilt u voor mij een zin opschrijven?

(1 punt wanneer de zin een onderwerp en een lijdend voorwerp bevat en een betekenis heeft)

(1)	-----
-----	-------

Wilt u deze figuur natekenen?

(1)	-----
-----	-------

(Versie Geheugenpolikliniek AZR, 1989)

## Bijlage II: De NHG-Standaard Dementie

### Begrippen

#### Criteria dementiesyndroom

- aantoonbare stoornis
- tenminste een van de volgende stoornissen
  - stoornis in abstracte denken
  - stoornis in oordeelsvermogen
  - afasie/agnosie/apraxie
  - persoonlijkheidsverandering
- activiteiten en relaties door aandoening negatief beïnvloed
- stoornissen niet uitsluitend aanwezig tijdens delirante toestand

Cognitieve stoornissen zijn niet synoniem met dementie

### Diagnostiek

1. vaststellen dementiesyndroom (meerdere contacten)

#### (Hetero)anamnese

- aandacht (raakt de draad in het verhaal kwijt)
- begripsvermogen (begrijpt woordspelling niet goed)
- verbaal vermogen (verwoordt moeizamer)
- korte en lange termijn geheugen
- oordeelsvorming (minder tactvol)
- oriëntatie in plaats, tijd, persoon
- bewustzijnsniveau (zit soms te “suffen”)
- afasie, agnosie en/of apraxie
- stemmingsstoornis (beschuldigend, achterdochtig, ontremd, somber)
- sociale contacten (teruggetrokken)

Cave façade: geef lijstje met aandachtspunten mee naar huis

## **Observatie**

- stoornissen zonder bewustzijnsverlaging
- veranderingen in presentatie en taalgebruik
- persevereren en confabulatie bij huisbezoek
- functioneren van de patiënt
- verzorgingssituatie

Mini Mental State Examination of Cognitieve Screeningstest zo nodig bij:

- twijfel over diagnose
- ongegronde angst van patiënt of ontkenning van de patiënt
- vervolg beloop

## **Evaluatie**

Onderscheid dementie van goedaardige ouderdomsvergeetachtigheid zonder belemmerd functioneren

1. Oorzaken en complicerende factoren (vaak niet te onderscheiden)

- zintuiglijke stoornis, interne of neurologische aandoening
- intoxicatie door alcohol of geneesmiddelen
- psychische en sociale aspecten
- depressie
- de depressieve patiënt is zich bewust van cognitieve stoornissen
- proefbehandeling met niet-tricyclisch antidepressivum kan nuttig zijn.

## **Onderscheid**

- Corticale dementie

Waarschijnlijk M. Alzheimer: sluipend begin; woordvindingsstoornissen; ziekte-inzicht verdwijnt; premorbide karaktertrekken versterkt; langzaam verloop; hogere leeftijd; erfelijke factor; onbehandelbaar. Bij hiervan afwijkend beeld: cave behandelbare oorzaak

- Subcorticale dementie  
Kenmerken: apathie, geheugen- en reproductiestoornissen, motorische stoornissen, pseudobulbaire verschijnselen, soms behandelbaar; oorzaak veelal vasculair, toxisch of metabool. Bij M. Parkinson, bij NPH
- Gemengde dementie  
Bijvoorbeeld multi-infarct dementie: begin aanwijsbaar; ziekte-inzicht; neurologische uitvalsverschijnselen; wisselend beloop; cardio- en/of cerebrovasculaire problematiek

### **Onderzoek**

Indien diagnose dementie vaststaat:

- volledig lichamelijk onderzoek, speciale aandacht voor visus en gehoor, cardio-pulmonale toestand, dehydratie, symptomen van M. Parkinson of Normal Pressure Hydrocephalus
- laboratoriumbepalingen: BSE, Hb, Ht, MCV, THS, glucose, kreatinine; op indicatie: K, ALAT,  $\gamma$ -GT, vit B12, foliumzuur

### **Overleg, consultatie, verwijzing**

Bij twijfel over oorzaak of complicerende factoren

#### 1. Beoordeling verzorgingssituatie

- Is er een centrale verzorger?
- Welk functieverlies van patiënt veroorzaakt problemen voor omgeving?
- Welke functies van patiënt zijn door de omgeving overgenomen?

## **Beleid**

### **Samenwerking**

De huisarts schat in welke vorm van hulpverlening nodig is en bespreekt dit met de familie

- Maak vaste afspraak wie de zorgverlening coördineert
- Medische behandeling en begeleiding van de demente blijft taak van de huisarts
- Structureer het overleg, met gebruik van logboek
- Bepaal de behoefte aan begeleiding cq aanpassingen in huis
- Bij verzorgingsbehoefte: hulp wijkverpleging en/of gezinszorg
- Overweeg hulp Riagg, gecoördineerd bejaardenwerk, dagopvang, dagverzorging

### **Begeleiding van patiënt**

- Let op verslechtering algehele toestand en beoordeel progressie dementie, bijvoorbeeld met de Global Deterioration Scale
- Cognitieve stoornissen: geheugentraining zinloos; geen medicamenteuze therapie mogelijk
- Bij onrust en agressie: bij voorkeur neuroleptica; doseer laag, wissel niet te snel van medicament, let op therapietrouw

### **Begeleiding verzorgers**

- Ga na of alle betrokkenen voldoende weten over de aandoening
- Geef praktische adviezen over omgaan met en verzorgen van patiënt
- Wijs verzorgers en familie op nadelen van verborgen houden van de dementie, op tijdig regelen van (im)materiële belangen van patiënt en op het bestaan van gespreksgroepen voor verzorgenden
- Bereid familie voor op te verwachten problemen, geef realistisch beeld van de toekomst
- Geef verzorgers voldoende aandacht en houd hun belastbaarheid in het oog
- Schenk ook na verpleeghuisopname aandacht aan verzorgers.

(1991, Nederlands Huisartsen Genootschap)



## **Bijlage III: Casusbeschrijvingen thuiszorg onderzoek**

### **Casus 1 (licht dementerende vrouw)**

*Bij een 73-jarige vrouw is de diagnose dementie een half jaar geleden door de huisarts vastgesteld. De vrouw werd trager, werd vergeetachtig en ging dingen herhalen. Mevrouw heeft geen problemen met de algemene dagelijkse levensverrichtingen, ze rommelt nog in huis maar de afwas blijft vaak lang staan en huishoudelijke taken worden nauwelijks verricht. Haar man is twee jaar geleden overleden. Sindsdien is er geen zicht op of mevrouw haar medicijnen nog wel inneemt en of ze nog goed eet. Een nicht van mevrouw komt 1 keer per week een middag langs om voor haar te zorgen.*

### **Casus 2 (licht dementerende man)**

*Een 66-jarige alleenstaande man heeft al geruime tijd verschijnselen van dementie. Hij werd vergeetachtig en raakte soms gedesoriënteerd. Onlangs heeft de huisarts deze diagnose bevestigd. Zijn buurvrouw is erg op hem gesteld en komt regelmatig langs om te helpen. Taken in het huishouden gaan hem wat moeilijk af, maar met wat begeleiding en hulp van de buurvrouw lukt dit aardig. Af en toe brengt ze ook “kliekjes” voor hem mee. Met de dagelijkse verzorging heeft de man geen problemen, dit kan hij zelfstandig uitvoeren.*

### **Casus 3 (matig dementerende man)**

*Bij een 72-jarige man is anderhalf jaar geleden dementie vastgesteld. Wanneer meneer in zijn woonplaats boodschappen ging doen vergat hij de helft en wist soms niet meer de weg naar huis te vinden. Zijn dochter woont in de buurt en komt bijna dagelijks bij hem langs. Met begeleiding van zijn dochter is de man nog redelijk zelfredzaam op het gebied van de dagelijkse verzorging. Taken in het huishouden verricht hij alleen als zijn dochter hem hierbij helpt door aanwijzingen te geven. Wanneer zijn een dag niet langs kan komen heeft hij moeite met de dagelijkse gang van zaken. Vaak blijft hij dan ook de hele dag in zijn stoel zitten. Er is voorgesteld om de man twee dagen in de week dagbehandeling te geven.*

### **Casus 4 (matig dementerende vrouw)**

*Bij een 76-jarige vrouw is twee jaar geleden dementie geconstateerd. Haar 82-jarige man vond haar steeds vergeetachtiger worden en heeft haar naar de huisarts gestuurd. De huishoudelijke taken zijn in de loop van de tijd door haar man overgenomen, omdat dit steeds moeilijker voor haar werd. Ook moet hij haar af en toe helpen met de dagelijkse verzorging maar over het algemeen kan zij zich wel redden. De man zelf is de laatste tijd ook minder mobiel geworden en vindt de zorg voor zijn vrouw soms een zware taak. Toch wil hij zo lang mogelijk voor haar blijven zorgen.*

### **Casus 5 (ernstig dementerende man)**

*Bij meneer B van 80 jaar, is een paar jaar geleden dementie vastgesteld. Hij is inactief en moet geholpen worden bij het wassen en aankleden en de toiletgang. Hierbij vertoont hij soms agressief gedrag. Zijn 78-jarige vrouw probeert hem zoveel mogelijk te helpen, maar heeft moeite met de zware zorg voor haar man naast de huishoudelijke activiteiten. Lichamelijk gaat de man steeds verder achteruit maar mevrouw wil niet dat hij opgenomen wordt in een verpleeghuis.*

### **Casus 6 (ernstig dementerende vrouw)**

*Een 85-jarige vrouw is al ruim 3 jaar dementerend. De huishoudelijke taken doet haar man al enkele jaren omdat zij er niet meer toe kwam. Ook heeft zij hulp nodig bij de dagelijkse verzorging. Zelf wassen en aankleden lukt niet meer en ook bij de toiletgang moet haar man haar helpen. De vrouw doet en zegt bijna niets meer. Haar man probeert haar zoveel mogelijk te helpen, maar heeft hier moeite mee. Hun zoon komt nu ook een paar keer per week langs om te helpen.*