



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

# Alternatieve toewijzing **zorguitgaven wijkverpleging**

Rapport bij de kosten-van-ziekten-studie



# **Alternatieve toewijzing zorguitgaven wijkverpleging**

Rapport bij de kosten-van-ziekten-studie

RIVM-rapport 2024-0138

## Colofon

© RIVM 2025

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2024-0138

M.J.M. Kamphuis (auteur), RIVM  
M. Koopmanschap (auteur), RIVM

Contact:  
M. Koopmanschap  
Gezondheid & Zorg  
[marc.koopmanschap@rivm.nl](mailto:marc.koopmanschap@rivm.nl)

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van het onderzoeksproject 'Kosten van Ziekten'.

Dit is een uitgave van:  
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**  
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
Nederland  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

## Publiekssamenvatting

### **Alternatieve toewijzing zorguitgaven wijkverpleging**

Rapport bij de kosten-van-ziekten-studie

Mensen kunnen wijkverpleging krijgen als ze thuis hulp nodig hebben bij een of meer beperkingen. Dat kost elk jaar ongeveer 3,5 miljard euro. Het is nu niet duidelijk welke onderliggende ziekte of aandoening (diagnose) de medische reden is van de beperkingen. De wijkverpleging registreert dat niet bij de aanvraag.

Het RIVM heeft onderzocht hoe de kosten van wijkverpleging wel aan ziekten kunnen worden gekoppeld. Dit geeft inzicht voor welke ziekten wijkverpleging nodig is en welke ontwikkelingen daarin door de jaren heen zijn te zien.

Het RIVM heeft drie methoden uitgewerkt. Daarvoor zijn gegevens van personen die wijkverpleging hebben, diagnoses in ziekenhuizen en diagnoses van huisartsen uit 2019 naast elkaar gelegd. De gegevens van ziekenhuizen en huisartsen geven informatie over onder andere de leeftijd, het geslacht en de ziekten van mensen die gebruikmaken van wijkverpleging. Ook heeft het RIVM gesproken met experts (onderzoekers en mensen die in de wijkverpleging hebben gewerkt).

Een combinatie van twee methoden heeft de voorkeur (1 en 3), maar er zijn nog wel verbeteringen nodig. De experts bevelen bijvoorbeeld aan om gegevens uit eerdere jaren te gebruiken in plaats van uit één jaar. Chronische ziekten als dementie en COPD ontstaan vaak jaren eerder dan het jaar waarin wijkverpleging begint. De gegevens van ziekenhuizen en huisartsen over één jaar geven daar geen inzicht in. Het RIVM is inmiddels begonnen met het vervolgonderzoek en heeft deze aanbeveling overgenomen.

Methode 1 weegt de informatie over de diagnose van huisartsen en ziekenhuizen even zwaar. Hij deelt de kosten van de wijkverpleging door alle diagnoses die zijn gesteld bij iemand die wijkverpleging krijgt. Methode 2 geeft meer betekenis aan de informatie over diagnoses uit het ziekenhuis. Alleen de diagnose(n) van de huisarts die ook door het ziekenhuis zijn gesteld, worden gekoppeld aan de kosten voor de wijkverpleging. Bij methode 3 is een lijst gemaakt van aandoeningen waarvoor bijna nooit wijkverpleging wordt gegeven. De totale kosten die iemand maakt voor wijkverpleging worden dan alleen verdeeld over ziekten die de reden kunnen zijn voor deze zorg. Zo ontstaat een realistischer beeld van de kosten.

Kernwoorden: wijkverpleging, zorguitgaven diagnoses



## Synopsis

### **Alternative allocation of health care expenditure of district nursing**

Report on the cost-of-disease study

People who need assistance at home because they suffer from one or more disabilities can turn to district nursing for help. The associated costs are around 3.5 billion euros per year. It is currently unclear what underlying diseases or conditions (diagnoses) are the medical causes of these disabilities. District nursing providers do not register this when people apply for assistance.

The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) has investigated if there is a way to link the costs of district nursing to diseases. The objective is to gain insight into which diseases necessitate district nursing and into developments through the years.

RIVM worked out three methods, for which it compared data about people who used district nursing, hospital diagnoses and GP diagnoses from 2019. The data supplied by hospitals and GPs shed light on such matters as the age, gender and diseases of people using district nursing. RIVM also consulted experts (researchers and people who used to work in district nursing).

There is a preference for a combination of two methods (1 and 3), but some improvements remain necessary. For example, the experts recommended using data from multiple years instead of from a single year. Chronic diseases such as dementia and COPD often start developing years before people start using district nursing. Data from hospitals and GPs that only covers a single year does not provide any insight into this. RIVM has already begun its follow-up research, in which it has incorporated this recommendation.

For method 1, the information about GP and hospital diagnoses is given the same weight. It divides the costs of district nursing by all diagnoses made for a user of district nursing. Method 2 gives greater weight to information about hospital diagnoses. Only those GP diagnoses that match hospital diagnoses are linked to district nursing costs. For method 3, a list was compiled of conditions that rarely require district nursing. Using this method, the total costs a user incurs for district nursing are only divided by the number of diseases that might actually necessitate this care. This results in a more realistic picture of the costs.

Keywords: district nursing, healthcare expenditure, diagnoses





## Inhoudsopgave

### **Samenvatting — 9**

#### **1 Inleiding — 11**

- 1.1 Huidige toewijzing van zorguitgaven van wijkverpleging in kosten-van-ziekten-studie — 11
- 1.2 Alternatieve toewijzing van de zorguitgaven voor wijkverpleging — 11
- 1.3 Onderzoeksvragen — 11

#### **2 Methoden — 13**

- 2.1 Gegevens — 13
- 2.2 Databewerking — 13
- 2.3 Alternatieve toewijzingsmethoden — 14
  - 2.3.1 Toewijzingsmethode 1: Empirisch berekenen van zorguitgaven per KvZ-diagnose. — 14
  - 2.3.2 Toewijzingsmethode 2: Empirisch berekenen van de zorguitgaven per KvZ-diagnose, inclusief volledige toewijzing uitgaven aan diagnose als de diagnose zowel in het ziekenhuis als bij de huisarts is gesteld. — 14
  - 2.3.3 Methode 3: Berekenen van de zorguitgaven per KvZ-diagnose volgens toewijzingsmethoden 1 en 2, met uitsluiting van niet-relevante KvZ-diagnosen bij wijkverpleging — 15

#### **3 Resultaten — 19**

- 3.1 Totaal wijkverpleging — 19
- 3.2 Wijkverpleging naar leeftijd en geslacht — 20
- 3.3 Ziekenhuisdiagnosen — 21
- 3.4 Huisartsdiagnosen — 21
- 3.5 Combinatie van diagnosen — 22
  - 3.5.1 Gelijke diagnosen — 23
- 3.6 Representativiteit huisartsinformatie — 23
  - 3.6.1 Resultaten Chi-test op de originele data — 23
  - 3.6.2 Resultaten Chi-test op de genormaliseerde data — 24
  - 3.6.3 Resultaten Chi-test op de originele data, inclusief uitsluiting diagnosen die minder dan 10 keer voorkomen — 24
  - 3.6.4 Resultaten Chi-test op de genormaliseerde data inclusief uitsluiting diagnosen die minder dan 10 keer voorkomen — 24
- 3.7 Resultaten alternatieve toewijzingsmethoden — 24
  - 3.7.1 Toewijzingsmethode 1 versus 2: — 26
  - 3.7.2 Methode 3: Bereken zorguitgaven per KvZ-diagnose volgens Methoden 1 en 2, met uitsluiting van niet-relevante KvZ-diagnosen bij wijkverpleging — 26
- 3.8 Feedback van wijkverplegingsexperts — 27

#### **4 Conclusie en discussie — 29**

- 4.1 Bevindingen in perspectief — 29
- 4.2 Sterke punten en beperkingen in het onderzoek — 29
- 4.3 Conclusie — 30

#### **5 Literatuur — 33**

#### **6 Bijlage I Databestanden en databewerking — 35**

6.1	Gebruikte databestanden — 35
6.1.1	ZVWZORGKOSTENTAB - 2019 — 35
6.1.2	GBAPERSOONTAB - 2019 — 35
6.1.3	LBZBASISTAB - 2019 — 35
6.1.4	Gegevens huisartsenzorg van Nivel-zorgregistraties — 36
6.2	Databewerking — 36
6.3	Test op representativiteit — 37
<b>7</b>	<b>Bijlage II Niet-relevante diagnoses bij wijkverpleging — 39</b>
<b>8</b>	<b>Bijlage III Aanvullende inzichten — 40</b>
8.1	Aanvullende inzichten bij ziekenhuisdiagnosen — 40
8.2	Aanvullende inzichten bij huisartsdiagnosen — 42
8.3	Aanvullende inzichten bij toewijzingsmethoden — 43

## Samenvatting

Nederlanders krijgen met name wijkverpleging vanwege beperkingen in Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL). Vaak zijn onderliggende ziekten de oorzaak van deze beperkingen. De wijkverpleging registreert deze diagnoses echter niet. In dit onderzoek kijken we of de zorguitgaven voor wijkverpleging in 2019 zijn toe te wijzen aan diagnoses met gebruik van een combinatie van gegevensbronnen. Het betreft individuele zorguitgaven aan wijkverpleging, ontslagdiagnosen bij ziekenhuisopnamen bij ontslag naar huis en diagnoses van huisartsconsulten.

De diagnoses van personen bij het ziekenhuis en de huisarts zijn op drie manieren met elkaar gecombineerd om uitgaven toe te wijzen naar diagnoses. Bij de eerste methode krijgt elke genoemde diagnose een gelijk gewicht. Bij Methode 2 geldt dit ook, maar bij een gelijke diagnose in het ziekenhuis en bij huisarts worden alle uitgaven naar die diagnose toegewezen. Bij Methode 3 wordt aangenomen dat voor een aantal diagnoses nooit wijkverpleging wordt gegeven, dit in combinatie met Methodes 1 en 2.

Met een combinatie van diagnose-informatie van ziekenhuisverblijf en huisartszorg voor 2019 blijkt het mogelijk om op individueel niveau zorguitgaven van wijkverpleging toe te wijzen naar diagnosegroepen in de kosten-van-ziekten-studie (KvZ-studie). Bij alle methoden geldt dat de zorguitgaven over veel, zeer uiteenlopende, met name chronische ziekten, verdeeld zijn. Kankers scoren relatief laag, vergeleken met hun uitgaven in de totale zorg.

Bij Methode 2 worden de zorguitgaven (ten opzichte van Methode 1) vooral hoger bij COPD, hartfalen, overige kankers, longontsteking en beroerte. De zorguitgaven dalen het sterkst bij acute bovenste luchtweginfecties, gehooraandoeningen, beenzweren en decubitus. Methode 2 geeft duidelijk meer gewicht aan diagnoses die belangrijk zijn bij ziekenhuiszorg. Bij Methode 3 zijn 41 niet-relevante diagnoses uitgesloten. Hierdoor werd bijna 3 procent van de zorguitgaven aan wijkverpleging herverdeeld over de diagnoses die wel als relevant werden beoordeeld.

Experts op het gebied van wijkverpleging zijn van oordeel dat de resultaten van Methode 1 met uitsluiting van niet-relevante diagnoses redelijk plausibel zijn. Toch menen zij dat vooral cognitieve beperkingen, dementie, beroerte, COPD, wondzorg, reuma en palliatieve zorg bij kanker belangrijk zijn en dat deze hoger zouden moeten scoren. De experts bevelen aan om bij chronische ziekten terug te kijken naar eerdere jaren om de reden voor de start van de wijkverpleging op te sporen en die reden een groot gewicht toe te kennen bij toewijzing van de zorguitgaven van wijkverpleging. Dit volgen wij op bij de kosten-van-ziekten-studie voor het jaar 2023.



# 1 Inleiding

## 1.1 Huidige toewijzing van zorguitgaven van wijkverpleging in kosten-van-ziekten-studie

Nederlanders krijgen met name wijkverpleging vanwege beperkingen in Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) (Zorginstituut Nederland, 2024). Vaak zijn onderliggende ziekten de oorzaak van deze beperkingen. Deze diagnoses worden echter niet door de wijkverpleging geregistreerd, omdat dit voor de zorgverlening niet strikt noodzakelijk is. Voor de kosten-van-ziekten (KvZ) -studie is informatie over de onderliggende diagnoses juist wel relevant.

In het verleden is geconstateerd dat de toewijzing aan diagnoses via een ontslagdiagnose van het ziekenhuis arbitrair is; in de 2019 kosten-van-ziekten-studie is daarom een groot deel van de zorguitgaven aan wijkverpleging aan niet-toewijsbaar toebedeeld.

## 1.2 Alternatieve toewijzing van de zorguitgaven voor wijkverpleging

Voor dit werkpakket wordt onderzocht of en in hoeverre een toewijzing van zorguitgaven voor wijkverpleging kan worden gedaan met gebruik van verschillende alternatieve gegevensbronnen.

De alternatieve toepassing wordt getoetst op data over het jaar 2019. Met als doel om deze methode toe te passen in de kosten-van-ziekten-studie over 2023. Ook valt dan te bezien of de alternatieve methode op meerdere zorguitgaven met een lagere kwaliteit van toewijzing is toe te passen.

## 1.3 Onderzoeksvragen

Is de toewijzing van zorguitgaven aan diagnoses van patiënten met wijkverpleging te verbeteren?

- Wat zijn alternatieve bronnen die kunnen bijdragen aan verbeterde toewijzing?
- Wat zijn mogelijk betere toewijzingsmethoden?

Is/zijn de ontwikkelde alternatieve toewijzingsmethode(n) te prefereren over de bestaande methode?

- Kunnen we deze toewijzing gebruiken in de volgende KvZ-studie?

Output:

Rapport met alternatieve toewijzingen voor wijkverpleging en een voorstel hoe om te gaan met wijkverpleging toewijzing in de volgende KvZ-studie.



## 2 Methoden

### 2.1 Gegevens

Meerdere bronnen zijn geraadpleegd om te onderzoeken in hoeverre deze kunnen bijdragen aan een verbeterde toewijzing van zorguitgaven voor wijkverpleging. Uiteindelijk zijn de volgende bronnen gebruikt:

- Individuele zorguitgaven aan wijkverpleging naar leeftijd en geslacht (CBS, Zvwzorgkostentab: Zorgkosten personen basisverzekering, 2024).
- Ontslagdiagnosen bij ziekenhuisopnamen bij ontslag naar huis (CBS, Lbzbasistab:Ziekenhuisopnamen LBZ, 2024).
- Huisartsenconsulten inclusief ICPC-klachtencode via Nivel-huisartsenregistratie (Nivel, 2023).

Zie Bijlage I voor meer informatie over de gebruikte databestanden.

Waarom zijn deze bronnen voor diagnoses gebruikt?

- 12,5 procent van het totale aantal patiënten op de afdeling Spoedeisende hulp (SEH) van het ziekenhuis stroomt uit naar vervolgzorg in de vorm van wijkverpleging. 4,5 procent direct vanuit de SEH en 8 procent na opname in het ziekenhuis (Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland, 2023).
- Patiënten die na het SEH-bezoek via een klinische opname naar vervolgzorg gaan, gaan meestal naar geriatrische revalidatie (22,9%) of naar huis met wijkverpleging (43,2%) (NZa, 2023).
- Huisartszorg is ook eerstelijnszorg. Contact vanuit de wijkverpleging met de huisarts over de gezondheid en de zorg thuis vindt waarschijnlijk vaak plaats.

Ook zijn gegevens over gebruik van geneesmiddelen, hulpmiddelen en indicaties voor langdurige zorg bekeken op hun bruikbaarheid. Het bleek dat deze gegevens onvoldoende bruikbare informatie bevatten over de diagnoses van de zorgontvangers.

### 2.2 Databewerking

Er zijn meerdere stappen doorlopen om de data te bewerken. Zie Bijlage I voor een uitgebreidere omschrijving van deze stappen. Bij een aantal bewerkingen zijn keuzes gemaakt die implicaties hebben voor de alternatieve toewijzingsmethoden. De diagnoses zijn bijvoorbeeld gefilterd op unieke waarden. Dit betekent dat als een patiënt meerdere keren dezelfde diagnose heeft gehad in het ziekenhuis of bij de huisarts, deze maar één keer wordt meegenomen.

Daarnaast zijn de data over de huisartsdiagnosen afkomstig uit een steekproef, waardoor een aantal aanvullende acties nodig was. De steekproef is representatief voor de Nederlandse bevolking. Er is echter bij de ontwikkeling van nieuwe toewijzingsmethoden binnen deze steekproef een subgroep van personen geselecteerd, namelijk degenen die in 2019 wijkverpleging ontvingen. Deze subgroep overlapt deels met patiënten die ook een ziekenhuisdiagnose kregen. Om te controleren of er een significant verschil is in de ziekenhuisdiagnoseverdeling van deze laatste selectie in vergelijking tot de ziekenhuisdiagnoseverdeling van

personen zonder bekende huisartsinformatie, is er een Chi-squared-distribution-test uitgevoerd. Zie Bijlage I voor meer informatie over de test en de manier waarop deze is uitgevoerd.

## 2.3 Alternatieve toewijzingsmethoden

Wat betreft de alternatieve toewijzingsmethoden, is er een aantal methoden uitgewerkt.

### 2.3.1 Toewijzingsmethode 1: Empirisch berekenen van zorguitgaven per KvZ-diagnose.

Bij iedere persoon met bekende ziekenhuis- en huisartsdiagnosegegevens worden de uitgaven empirisch berekend op basis van alle bekende diagnoses. Van diagnoses die zowel bij het ziekenhuis als de huisarts voorkomen, worden deze ook twee keer meegenomen bij het verdelen van de uitgaven over de diagnoses. Deze diagnoses krijgen dan een twee keer zo hoge weging als de diagnoses die enkel bij het ziekenhuis of de huisarts voorkomen.

- Voorbeeld: Als een persoon ziekenhuisdiagnose A en huisartsdiagnosen A, B, C, D heeft, dan worden de uitgaven verdeeld over diagnoses A, B, C, D, waarbij de uitgaven van diagnose A dubbel worden meegenomen. Hierdoor krijgt diagnose A 2/5 van de zorguitgaven toebedeeld en B, C en D elk 1/5.

Tabel 1 Uitwerking toewijzingsmethode 1

HA-diag.?	HA-diag.	ZKH-diag.?	ZKH-diag.	Gelijk?	Actie
WAAR	Diag. A	WAAR	Diag. A	WAAR	Kosten naar A
WAAR	Diag. A	WAAR	Diag. B	ONWAAR	Kosten verdelen over A en B
WAAR	onbekende diag.	WAAR	Diag. A	ONWAAR	Kosten verdelen over onbekend en A
WAAR	Diag. A	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	Kosten verdelen over A en onbekend
WAAR	onbekende diag.	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	Kosten naar onbekend
ONWAAR	geen diagnose	WAAR	Diag. A	ONWAAR	Kosten naar A
WAAR	Diag. A	ONWAAR	geen diagnose	ONWAAR	Kosten naar A
ONWAAR	geen diagnose	ONWAAR	geen diagnose	ONWAAR	Kosten naar 'geen diagnose'
ONWAAR	geen diagnose	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	Kosten naar onbekend
WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	geen diagnose	ONWAAR	Kosten naar onbekend

### 2.3.2 Toewijzingsmethode 2: Empirisch berekenen van de zorguitgaven per KvZ-diagnose, inclusief volledige toewijzing uitgaven aan diagnose als de diagnose zowel in het ziekenhuis als bij de huisarts is gesteld.

Bij iedere persoon met bekende ziekenhuis- en huisartsdiagnosen worden de uitgaven empirisch berekend op basis van alle bekende ziekenhuis- en huisartsdiagnosen. Als de persoon echter een ziekenhuisdiagnose heeft die overeenkomt met een huisartsdiagnose,



dan worden alle uitgaven van wijkverpleging volledig toegewezen aan die diagnose. De gedachte hierbij is dat toekenning van dezelfde diagnose vanuit meer zorgaanbieders het belang van die diagnose groter maakt.

- Voorbeeld 1: Als een persoon ziekenhuisdiagnose A en huisartsdiagnosen A, B, C, D heeft, dan worden alle uitgaven toegewezen aan diagnose A.
- Voorbeeld 2: Als een persoon ziekenhuisdiagnose A en huisartsdiagnosen B, C heeft, dan worden de uitgaven gelijkelijk verdeeld over diagnosen A, B, C.

Tabel 2 Uitwerking toewijzingsmethode 2

HA-diag.?	HA-diag.	ZKH-diag.?	ZKH-diag.	Gelijk?	Actie
WAAR	Diag. A	WAAR	Diag. A	WAAR	Kosten naar A
WAAR	Diag. A	WAAR	Diag. B	ONWAAR	Kosten verdelen over A en B
WAAR	onbekende diag.	WAAR	Diag. A	ONWAAR	Kosten verdelen over onbekend en A
WAAR	Diag. A	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	Kosten verdelen over A en onbekend
WAAR	onbekende diag.	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	Kosten naar onbekend
ONWAAR	geen diag.	WAAR	Diag. A	ONWAAR	Kosten naar A
WAAR	Diag. A	ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	Kosten naar A
ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	Kosten naar 'geen diagnose'
ONWAAR	geen diag.	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	Kosten naar onbekend
WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	Kosten naar onbekend

#### Aanvullende acties bij Methoden 1 en 2

**Onbekende diagnosen:** Wanneer een persoon wel een diagnose heeft, maar deze is onbekend, dan wordt deze hetzelfde behandeld als wanneer deze bekend is. Dat wil zeggen dat de uitgaven evenredig worden verdeeld over de diagnosen, inclusief over de onbekende diagnose. Alleen wanneer een persoon zowel een onbekende ziekenhuisdiagnose als een onbekende huisartsdiagnose heeft, telt de toewijzing tot 'onbekend' slechts eenmaal bij de verdeling van de uitgaven over de diagnosen.

**Geen diagnose:** Wanneer een persoon enkel ziekenhuisdiagnose(s) of huisartsdiagnose(s) heeft, dan worden de uitgaven verdeeld over enkel die diagnosen. Alleen wanneer een persoon geen enkele diagnose heeft, worden de uitgaven toegewezen aan de waarde 'geen diagnose'.

#### 2.3.3

*Methode 3: Berekenen van de zorguitgaven per KvZ-diagnose volgens toewijzingsmethoden 1 en 2, met uitsluiting van niet-relevante KvZ-diagnosen bij wijkverpleging*

Om de uitgaven te kunnen toewijzen volgens Methode 3, worden eerst de niet-relevante diagnosen verwijderd bij personen met minimaal één andere diagnose. Dit is apart gedaan voor de ziekenhuisdiagnosen en de huisartsdiagnosen. Om tot een lijst te komen met diagnosen waarbij waarschijnlijk geen wijkverpleging wordt gegeven, zijn drie experts geraadpleegd. Zij zijn gevraagd om bij elk van de 117 Kvz-diagnosen

aan te geven of de betreffende diagnose bij een patiënt die wijkverpleging ontvangt wel of niet of misschien de belangrijkste reden kan zijn dat deze persoon wijkverpleging krijgt. Twee experts hebben de lijst ingevuld. (De derde expert vond dat eigenlijk geen enkele diagnose is uit te sluiten.) Wij hebben besloten om diagnoses niet-relevant te noemen als beide experts die diagnose niet-relevant vonden of als ze deze allebei misschien relevant of als 1 expert deze niet-relevant en de andere expert misschien relevant vonden. Dit leidde tot 41 niet-relevante diagnoses (zie Bijlage II).

De zorguitgaven worden vervolgens tweemaal berekend, eenmaal volgens toewijzingsmethode 1 en eenmaal volgens toewijzingsmethode 2.

Tabel 3 Uitwerking Methode 3 volgens toewijzingsmethode 1

HA-diag.?	HA-diag.	ZKH-diag.?	ZKH-diag.	Gelijk?	Actie
WAAR	Diag. A	WAAR	Diag. A	WAAR	Kosten naar A
WAAR	Niet-relevant	WAAR	Niet-relevant	WAAR	Kosten naar 'niet-relevant'
WAAR	Diag. A	WAAR	Diag. B	ONWAAR	Kosten verdelen over A en B
WAAR	Diag. A	WAAR	Niet-relevant	ONWAAR	Kosten naar A
WAAR	Niet-relevant	WAAR	Diag. A	ONWAAR	Kosten naar A
WAAR	onbekende diag.	WAAR	Diag. A	ONWAAR	Kosten naar onbekend en A
WAAR	onbekende diag.	WAAR	Niet-relevant	ONWAAR	Kosten naar onbekend
WAAR	Diag. A	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	Kosten naar A en onbekend
WAAR	Niet-relevant	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	Kosten naar A
WAAR	onbekende diag.	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	Kosten naar onbekend
ONWAAR	geen diag.	WAAR	Diag. A	ONWAAR	Kosten naar A
ONWAAR	geen diag.	WAAR	Niet-relevant	ONWAAR	Kosten naar 'niet-relevant'
WAAR	Diag. A	ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	Kosten naar A
WAAR	Niet-relevant	ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	Kosten naar 'niet-relevant'
ONWAAR	geen diag.	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	Kosten naar onbekend
WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	Kosten naar onbekend
ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	kosten naar 'geen diag.'

Tabel 4 Uitwerking Methode 3 volgens toewijzingsmethode 2

HA-diag.?	HA-diag.	ZKH-diag.?	ZKH-diag.	Gelijk?	Actie
WAAR	Diag. A	WAAR	Diag. A	WAAR	Kosten naar A
WAAR	Niet-relevant	WAAR	Niet-relevant	WAAR	Kosten naar 'niet-relevant'
WAAR	Diag. A	WAAR	Diag. B	ONWAAR	Kosten verdelen over A en B
WAAR	Diag. A	WAAR	Niet-relevant	ONWAAR	Kosten naar A
WAAR	Niet-relevant	WAAR	Diag. A	ONWAAR	Kosten naar A
WAAR	onbekende diag.	WAAR	Diag. A	ONWAAR	Kosten naar onbekend en A
WAAR	onbekende diag.	WAAR	Niet-relevant	ONWAAR	Kosten naar onbekend
WAAR	Diag. A	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	Kosten naar A en onbekend
WAAR	Niet-relevant	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	Kosten naar A
WAAR	onbekende diag.	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	Kosten enkel naar onbekend
ONWAAR	geen diag.	WAAR	Diag. A	ONWAAR	Kosten naar A
ONWAAR	geen diag.	WAAR	Niet-relevant	ONWAAR	Kosten naar 'niet-relevant'
WAAR	Diag. A	ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	Kosten naar A
WAAR	Niet-relevant	ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	Kosten naar 'niet-relevant'
ONWAAR	geen diag.	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	Kosten naar onbekend
WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	Kosten naar onbekend
ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	kosten naar 'geen diag.'

#### Aanvullende acties bij Methode 3

Dezelfde acties als bij Methoden 1 en 2, voor wanneer een persoon geen diagnose heeft of onbekende diagnoses heeft, worden ook toegepast bij Methode 3.

Niet-relevante diagnoses: Niet-relevante diagnoses worden hetzelfde behandeld als wanneer een persoon geen diagnose heeft. Dit betekent dat als een persoon een niet-relevante ziekenhuis- of huisartsdiagnose heeft, maar wel relevante andersoortige diagnose(s), de uitgaven naar die andersoortige diagnose(s) worden toegewezen. Ook wanneer een persoon een niet-relevante ziekenhuis- of huisartsdiagnose heeft en een onbekende diagnose van de andere soort, worden de uitgaven naar 'onbekend' toegewezen. Dit wil dus zeggen dat het zwaarder 'weegt' wanneer de diagnose onbekend is, dan wanneer deze bekend is en niet-relevant voor wijkverpleging. Alleen wanneer zowel alle ziekenhuisdiagnosen als de huisartsdiagnosen niet-relevant zijn, worden de uitgaven toegewezen naar 'niet-relevant'.



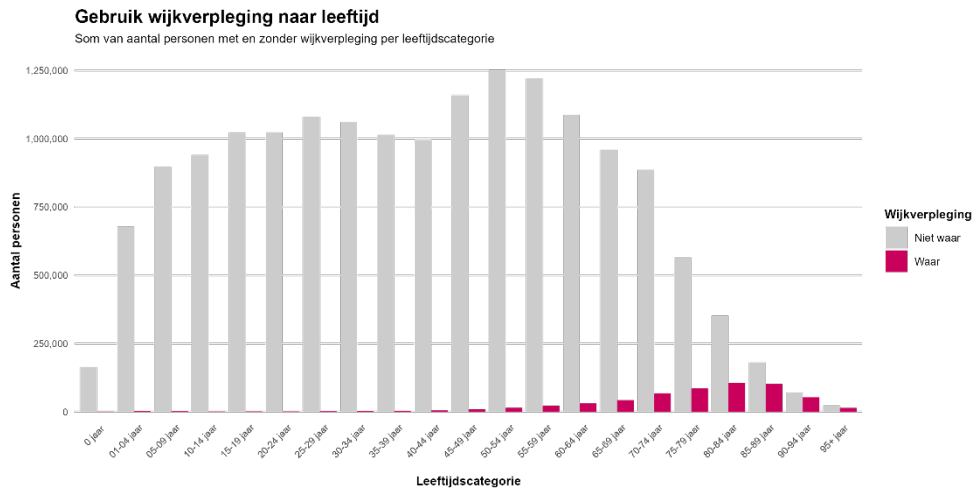
## 3 Resultaten

### 3.1 Totaal wijkverpleging

In 2019 waren er in totaal **17.472.000** personen in Nederland, zoals vastgesteld door een combinatie van gegevens uit twee belangrijke datasets: de Zorgverzekeringswet (ZVW) Zorgkosten Personen Basisverzekering en de Personenkenmerken van Personen in de Basisregistratie Personen (BRP), zoals gerapporteerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Van deze bevolking maakte **3,3** procent gebruik van wijkverpleging, in totaal **583.000** mensen. De totale uitgaven aan wijkverpleging in 2019 bedroegen **3,5 miljard euro**. Belangrijk om te vermelden is dat binnen de ZVW-zorgkostendataset informatie ontbreekt over het wijkverplegingsgebruik van 1,4 procent (=250.000 personen) van de totale bevolking.

In Figuur 1 en Figuur 2 is het onderscheid te zien tussen personen die wel en geen wijkverpleging gebruiken. In Figuur 1 is het onderscheid gemaakt per leeftijdscategorie en in Figuur 2 naar geslacht.



Figuur 1 Gebruik wijkverpleging naar leeftijd



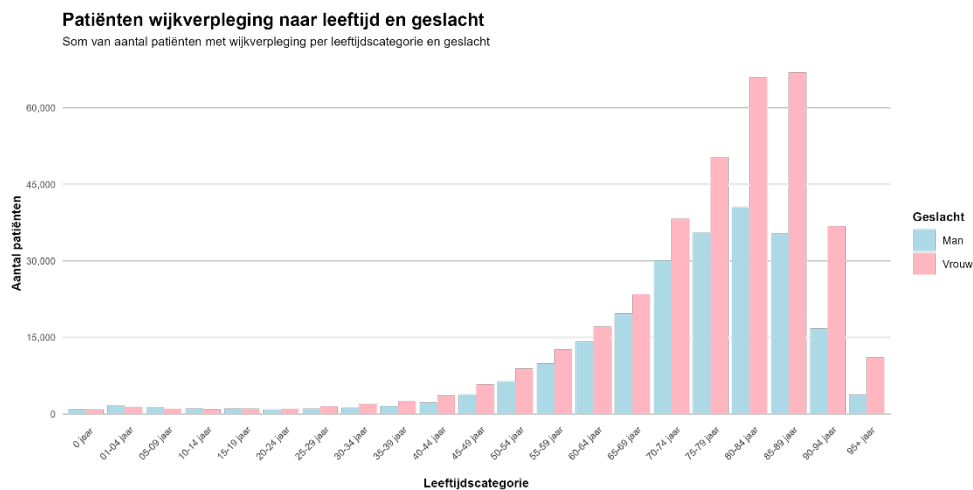
Figuur 2 Gebruik wijkverpleging naar geslacht

### 3.2 Wijkverpleging naar leeftijd en geslacht

Het gebruik van wijkverpleging in 2019 tussen mannen en vrouwen vertoonde een aantal noemenswaardige verschillen, zoals ook te zien is in Figuren 3 en 4. **229.000** mannen maakten gebruik van wijkverpleging, terwijl het aantal vrouwen dat deze zorg ontving **354.000** was.

Binnen de verschillende leeftijdsgroepen is ook een trend te zien. De leeftijdsgroep **80-84** jaar is het meest vertegenwoordigd onder patiënten die wijkverpleging ontvingen, waarbij **18 procent (106.000)** van het totale aantal patiënten binnen deze leeftijdscategorie viel.

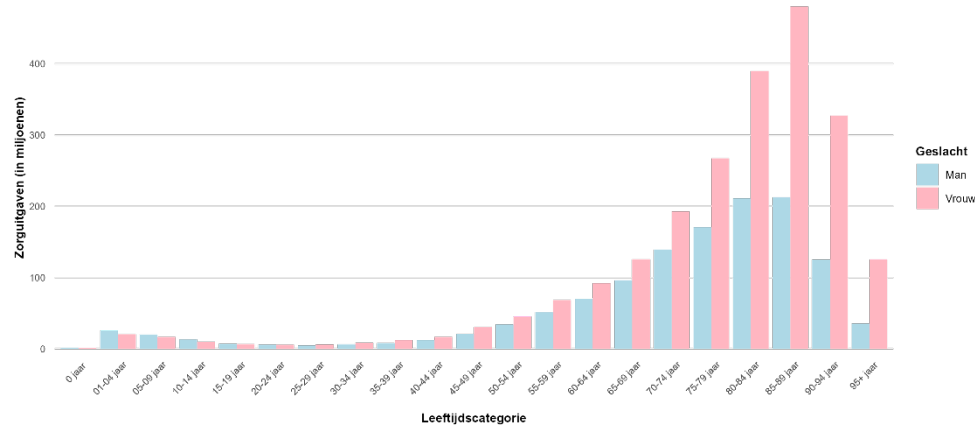
Voor vrouwen bleek de leeftijdsgroep **85-89** jaar de grootste met **67.000** patiënten. De leeftijdsgroep **80-84** jaar was daarnaast bij mannen het meest vertegenwoordigd met **41.000** patiënten. Een andere bevinding is dat vanaf de leeftijd van 20 jaar en ouder, vrouwen in alle leeftijdsklassen meer vertegenwoordigd waren dan mannen onder degenen die wijkverpleging ontvingen.



Figuur 3 Patiënten wijkverpleging naar leeftijd en geslacht

### Uitgaven wijkverpleging naar leeftijd en geslacht

Som van zorguitgaven (euro) aan wijkverpleging per leeftijdscategorie en geslacht



Figuur 4 Uitgaven wijkverpleging naar leeftijd en geslacht

### 3.3 Ziekenhuisdiagnosen

In 2019 keerden **1.768.000** mensen terug naar huis na een ziekenhuisopname. Van deze ontslagen patiënten ontvingen **248.000** mensen in hetzelfde jaar wijkverpleging. Dit vertegenwoordigt **14** procent van het totale aantal patiënten dat een ziekenhuisdiagnose kreeg dat jaar.

Onder degenen die wijkverpleging ontvingen en daarnaast ook minstens één ziekenhuisdiagnose, blijkt dat zij het vaakst maar één ziekenhuisdiagnose ontvingen. Gemiddeld ontvingen deze patiënten **1,5** diagnosen. Zie Bijlage III (hoofdstuk 9.1) voor aanvullende inzichten.

Tabel 5 Top 10 meest voorkomende KvZ-diagnosen vanuit vertalingen van ziekenhuisdiagnosen (ICD-10).

KvZ-diagnose (vanuit ICD-10)	Aantal	Percentage
Diagnose onbekend	43.600	11,5%
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	25.800	6,8%
Overige letsels	20.300	5,4%
Overige aandoeningen spijsverteringsstelsel	17.700	4,7%
Overige kankers	16.300	4,3%
Hartfalen	11.700	3,1%
Beroerte	10.800	2,9%
COPD	10.400	2,7%
Longontsteking	9.700	2,6%
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	9.600	2,5%

### 3.4 Huisartsdiagnosen

In totaal waren er **1.724.000** personen met beschikbare huisartsinformatie. Deze gegevens zijn afkomstig uit een representatieve steekproef van de Nederlands bevolking. Binnen deze groep hadden **1.423.000** personen één keer of vaker een huisartsconsult, waarbij de journaalgegevens beschikbaar zijn.

Van de personen met bekende huisartsinformatie ontvingen **58.000** patiënten in het jaar 2019 wijkverpleging. Onder deze groep ging een aanzienlijk deel, **57.000** patiënten, minstens één keer naar de huisarts. Dit impliceert dat voor **99,3 procent** van de patiënten met wijkverpleging en bekende huisartsinformatie, minstens één huisartsdiagnose bekend is.

De gemiddelde patiënt met bekende huisartsinformatie en die wijkverpleging ontving, had **8,5** verschillende huisartsdiagnosen. Het meest voorkomende scenario was dat deze patiënten **6** verschillende huisartsdiagnosen hadden ontvangen. Zie Bijlage III (hoofdstuk 9.2) voor aanvullende inzichten.

Tabel 6 Top 10 meest voorkomende KvZ-diagnosen vanuit vertalingen van huisartsdiagnosen (ICPC).

<b>KvZ-diagnosen (vanuit ICPC)</b>	<b>Aantal</b>	<b>Percentage</b>
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	27.000	6,5%
Overige aandoeningen bewegingsstelsel en bindweefsel	23.000	5,5%
Overige letsels	18.000	4,3%
Overige aandoeningen huid en subcutis	17.600	4,2%
Nog niet-toewijsbaar	17.600	4,2%
Overige aandoeningen spijsverteringsstelsel	17.000	4,1%
Hypertensie	17.000	4,1%
Diabetes mellitus, inclusief diabetische complicaties	14.700	3,5%
Overige psychische stoornissen	14.600	3,5%
Overige aandoeningen ademhalingswegen	13.600	3,3%

### 3.5 Combinatie van diagnoses

De ingevulde kruistabel in Tabel 7 presenteert de basisinformatie van de data die zijn gebruikt bij het ontwikkelen van de nieuwe methoden voor kostentoe wijzing aan diagnoses bij wijkverpleging. Voor de gegevens over de zorguitgaven van wijkverpleging en de ziekenhuisdiagnosen zijn data beschikbaar voor alle ingezetenen van Nederland. Aan de andere kant is de dataset met huisartsdiagnosen gebaseerd op een steekproef. In de uitwerking van de toewijzingsmethoden wordt informatie over de ziekenhuis- en huisartsdiagnose met elkaar gecombineerd. Dit vereist dat alleen personen met bekende huisartsinformatie in de analyse worden opgenomen, zoals aangegeven door de grijs gemarkeerde rijen in Tabel 7.

Alleen de personen die in het jaar 2019 wijkverpleging hebben ontvangen, zijn geselecteerd in de kruistabel. Van de patiënten die wijkverpleging hebben ontvangen, is bij **58.000** patiënten de huisartsinformatie bekend. Op basis van deze subgroep zijn de methoden ontwikkeld.

Van de 58.000 patiënten, heeft vrijwel iedereen (**99,3%, 57.000 personen**) minstens één huisartsdiagnose ontvangen. Onder de groep personen met bekende huisartsinformatie, hebben **24.000 (42,4%)**



patiënten ook minimaal één ziekenhuisdiagnose. Van de overige patiënten (33.000, **57,6%**) is daarnaast te zeggen dat ze geen ziekenhuisdiagnose hebben ontvangen.

Tabel 7 Ingevulde kruistabel voor combinaties van kernvariabelen

Wijkverpleging	Diag. zkh	Diag. ha	Aantal	Uitgaven (mil.)
WAAR	ONWAAR		302.200	1.981,4
WAAR	ONWAAR	ONWAAR	300	1,8
WAAR	ONWAAR	WAAR	32.800	217,2
WAAR	WAAR		223.200	1.195,5
WAAR	WAAR	ONWAAR	100	1,0
WAAR	WAAR	WAAR	24.400	128,7

### 3.5.1 Gelijke diagnoses

Van de groep patiënten met bekende huisartsgegevens, blijkt dat 29 procent van de patiënten een gelijke ziekenhuis- en huisartsdiagnose heeft. Dit betekent ook dat het overige, grootste gedeelte van de patiënten (71%) geen overeenkomstige diagnose heeft. Dit is deels te verklaren doordat een gedeelte van deze personen geen huisarts- of ziekenhuisdiagnose heeft gekregen in 2019. Als er wordt gekeken naar de personen die zowel een ziekenhuis als een huisartsdiagnose hebben gekregen, dan heeft 69 procent van de personen overeenkomstige diagnoses.

Na het uitfilteren van de niet-relevante diagnoses voor wijkverpleging, veranderen deze percentages weinig, met 29 procent van de personen die een overeenkomstige diagnose hebben in de gehele onderzoeksgroep. Bij de personen met aanwezige huisarts- en ziekenhuisdiagnose, is dit 67 procent.

## 3.6 Representativiteit huisartsinformatie

Om te zien of de huisartsinformatie representatief is voor Nederland is de Chi-kwadraattest vier keer uitgevoerd:

1. Op de originele data.
2. Op de genormaliseerde data.
3. Op de originele data, inclusief uitsluiten van diagnoses die in minimaal één groep minder dan 10 is.
4. Op de genormaliseerde data, inclusief uitsluiten van diagnoses die in minimaal één groep minder dan 10 is.

### 3.6.1 Resultaten Chi-test op de originele data

**p-value = 0.019, effectsize = 0.19.** De resultaten geven een p-waarde van 0.019. Dat is *significant* op het gebruikelijke significantieniveau van 0.05. Dit suggereert dat er *voldoende bewijs is om de nulhypothese (H0) te verwerpen*, wat impliceert dat er een verschil bestaat tussen de frequentie van ziekenhuisdiagnosen tussen personen met bekende en onbekende huisartsdiagnosen. De effectsize van 0.19 is kleiner dan 0.3, en geeft een klein effect aan.

3.6.2 *Resultaten Chi-test op de genormaliseerde data*  
**p-value = 0.130.** De resultaten geven een p-waarde van 0.130, wat *niet-significant* is op het gebruikelijke significantieniveau van 0.05. Dit suggereert dat er *onvoldoende bewijs is om de nulhypothese (H0) te verwerpen*. Dat impliceert dat er geen verschil bestaat tussen de frequentie van ziekenhuisdiagnosen tussen personen met bekende en onbekende huisartsdiagnosen.

3.6.3 *Resultaten Chi-test op de originele data, inclusief uitsluiting diagnosen die minder dan 10 keer voorkomen*  
**p-value = 0.249.** De resultaten geven een p-waarde van 0.249. Dit betreft een *niet-significant* resultaat. Dit suggereert dat er *onvoldoende bewijs is om de nulhypothese (H0) te verwerpen*, wat impliceert dat er geen verschil bestaat tussen de frequentie van ziekenhuisdiagnosen tussen personen met bekende en onbekende huisartsdiagnosen.

3.6.4 *Resultaten Chi-test op de genormaliseerde data inclusief uitsluiting diagnosen die minder dan 10 keer voorkomen*  
**p-value = 0.257.** De resultaten geven een p-waarde van 0.257, wat een *niet-significant* resultaat betreft. Dit suggereert dat er *onvoldoende bewijs is om de nulhypothese (H0) te verwerpen*, wat impliceert dat er geen verschil bestaat tussen de frequentie van ziekenhuisdiagnosen tussen personen met bekende en onbekende huisartsdiagnosen.

Om verschillende redenen kan gekozen worden om het resultaat van de Chi-test op de aangepaste data aan te nemen:

- *Het betreft een grote steekproef van meer dan 350.000 waarnemingen.* Hoewel een grote steekproefgrootte de statistische kracht van het onderzoek kan vergroten, kan het ook leiden tot het vinden van kleine, maar statistisch significante verschillen die niet noodzakelijk relevant zijn. In dit geval kan het significantieniveau worden beïnvloed door de omvang van de steekproef, waardoor zelfs kleine effecten als significant worden beschouwd.
- *De kruistabel bestaat uit meer dan 100 groepen.* Het feit dat de kruistabel veel groepen bevat, kan leiden tot complexe analyses en interpretaties. Sommige subgroepen kunnen mogelijk niet voldoende steekproefgrootte hebben om betrouwbare conclusies te trekken. Dit kan de robuustheid van de bevindingen aantasten.

### 3.7 Resultaten alternatieve toewijzingsmethoden

Onderstaande tabel toont voor alle methoden de zorguitgaven voor de 30 diagnosegroepen met de hoogste zorguitgaven (bij Methode 1). (De totale uitgaven tellen op tot 350 miljoen euro, omdat de huisartsgegevens gelden voor 10% van de bevolking.)

Tabel 8 Top 30 meest voorkomende KvZ-diagnosen, inclusief uitgaven (in mln. €) en procentuele verschillen van uitgaven tussen methoden.

KvZ-diagnose	met 1 (€)	met 2 (€)	met 3.1 (€)	met 3.2 (€)	Δ met1/ met2	Δ met3.1/ met3.2	Δ met1/ met3.1	Δ met2/ met3.2
Symptomen en onvolledige ziektebeelden	25,1	26,7	25,9	27,6	6,2%	6,6%	3,0%	3,4%
Overige aandoeningen bewegingsstelsel	16,9	14,6	17,4	15,1	-13,6%	-13,1%	2,9%	3,4%
Diagnose onbekend	16,9	12,8	17,5	13,4	-24,0%	-23,3%	3,9%	5,0%
Overige letsels	15,5	15,2	15,9	15,6	-1,9%	-1,9%	2,9%	2,9%
Overige aandoeningen huid en subcutis	14,6	12,7	15,1	13,2	-13,5%	-12,9%	3,3%	4,0%
Overige aandoeningen spijsverteringsstelsel	14,5	15,6	15,0	16,2	7,8%	7,9%	3,6%	3,8%
Diabetes mellitus	14,2	13,0	14,5	13,3	-8,8%	-8,6%	2,2%	2,5%
Hypertensie	12,8	10,8	13,1	11,1	-15,1%	-14,8%	2,2%	2,6%
Overige aandoeningen ademhalingswegen	11,2	10,4	11,6	10,8	-7,1%	-7,0%	3,7%	3,9%
Acute nier- en urineweginfecties	11,0	11,7	11,2	11,9	6,5%	6,3%	2,4%	2,2%
Overige psychische stoornissen	10,8	8,9	11,1	9,2	-17,9%	-17,5%	2,8%	3,3%
Overige ziekten nieren en urinewegen	10,6	9,8	10,9	10,0	-7,9%	-7,9%	2,4%	2,5%
Oor- en gehoorstoornissen	9,5	7,9	9,8	8,2	-16,7%	-16,4%	3,2%	3,6%
Overige aandoeningen vaatstelsel	9,4	7,6	9,7	7,8	-19,4%	-19,1%	2,5%	2,9%
Overige aandoeningen zenuwstelsel	8,4	7,9	8,7	8,2	-5,8%	-5,5%	3,5%	3,8%
Nek- en rugklachten	7,3	7,0	7,5	7,1	-4,8%	-4,6%	2,4%	2,7%
Overige infectie- en parasitaire ziekten	7,1	6,1	7,3	6,3	-13,5%	-13,0%	3,1%	3,8%
Beroerte	6,2	7,9	6,3	8,1	28,6%	27,9%	2,3%	1,8%
Overige oogziekten	6,1	5,4	6,3	5,6	-12,3%	-12,1%	3,2%	3,4%
Overige endocriene ziekten	5,9	5,5	6,1	5,6	-7,7%	-7,3%	2,8%	3,2%
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	5,3	6,4	5,4	6,6	22,3%	21,7%	2,7%	2,1%
COPD	5,3	8,3	5,4	8,4	57,1%	55,8%	2,1%	1,2%
Hartfalen	5,2	8,6	5,3	8,7	64,8%	63,8%	1,7%	1,1%
Hartritmestoornissen	5,2	5,9	5,3	6,0	14,1%	13,7%	2,2%	1,8%
Coronaire hartziekten	4,5	5,8	4,6	5,9	27,3%	26,6%	2,0%	1,5%
Overige kankers	4,4	6,1	4,5	6,2	39,1%	38,9%	2,0%	1,8%
Dementie	4,2	3,8	4,3	3,9	-8,3%	-8,4%	1,6%	1,6%
Acute bovenste luchtweginfecties	4,1	3,4	4,3	3,6	-17,2%	-16,7%	4,4%	5,1%
Longontsteking	4,0	5,9	4,1	6,1	46,7%	46,4%	3,2%	3,0%
Beenzweren en decubitus	3,8	3,3	3,9	3,4	-13,3%	-13,0%	2,1%	2,4%

Onderstaande tabel toont de zorguitgaven per ICD-hoofdgroep. Bij alle methoden geldt dat de zorguitgaven over veel, zeer uiteenlopende, met name chronische ziekten, verdeeld zijn. Kankers scoren relatief laag, vergeleken met hun uitgaven in de totale zorg.

Tabel 9 Uitgaven (in mln €) per KvZ-hoofdgroep, inclusief procentuele verschillen van uitgaven tussen methoden.

KvZ-hoofdgroep	met 1 (€)	met 2 (€)	met 3.1 (€)	met 3.2 (€)	Δ met1/ met2	Δ met3.1/ met3.2	Δ met1/ met3.1	Δ met2/ met3.2
Totaal hart vaatstelsel	48,2	52,7	49,2	53,8	9,5%	9,2%	2,2%	2,0%
Totaal bewegingsstelsel	34,1	31,3	35,0	32,3	-8,1%	-7,9%	2,7%	3,0%
Totaal zenuwstelsel en zintuigen	33,6	31,5	32,7	31,0	-6,1%	-5,4%	-2,5%	-1,7%
Totaal urogenitaal systeem	29,4	28,2	29,6	28,3	-4,3%	-4,3%	0,5%	0,5%
Totaal ademhalingswegen	27,3	30,6	28,2	31,5	12,1%	11,8%	3,3%	3,0%
Totaal symptomen	25,1	26,7	25,9	27,6	6,2%	6,6%	3,0%	3,4%
Totaal huid en subcutis	22,4	19,2	20,7	18,0	-14,3%	-13,3%	-7,7%	-6,6%
Totaal stofwisselingsziekten	21,8	19,9	22,3	20,4	-8,9%	-8,6%	2,4%	2,7%
Totaal letsel en vergiftigingen	20,0	20,1	20,6	20,6	0,4%	0,3%	2,8%	2,7%
Totaal psychische stoornissen	20,0	16,8	19,9	16,8	-16,2%	-15,7%	-0,6%	0,0%
Diagnose onbekend	18,6	14,6	19,6	15,5	-21,8%	-20,8%	5,3%	6,5%
Totaal spijsverteringsstelsel	18,1	20,4	17,1	18,4	12,5%	8,0%	-6,0%	-9,7%
Totaal nieuwvormingen	12,9	18,9	13,2	19,2	46,4%	45,6%	2,0%	1,5%
Totaal infectie-, parasitaire ziekten	9,4	8,9	9,5	8,9	-5,8%	-5,7%	0,7%	0,8%
Totaal bloed(vormende organen)	5,3	6,4	5,4	6,6	22,3%	21,7%	2,7%	2,1%
Totaal congenitale afwijkingen	1,7	1,9			11,5%			
Totaal zwangerschap, bevalling, et cetera	0,4	0,4			-6,2%			
Totaal aandoeningen perinataal	0,4	0,3			-21,7%			

Zie Bijlage III (hoofdstuk 9.3) voor aanvullende inzichten.

### 3.7.1

#### Toewijzingsmethode 1 versus 2:

Bij Methode 2 worden de zorguitgaven met name hoger bij COPD, hartfalen, overige kankers, longontsteking en beroerte. Blijkbaar geven ziekenhuis en huisarts hier relatief vaak dezelfde diagnose. De zorguitgaven dalen het sterkst bij onder andere acute bovenste luchtweginfecties, gehooraandoeningen, beenzweren en decubitus. Dit zijn diagnoses die met name zorg buiten het ziekenhuis vergen. Methode 2 geeft duidelijk meer gewicht aan ziekenhuisdiagnosen.

### 3.7.2

#### Methode 3: Bereken zorguitgaven per KvZ-diagnose volgens Method 1 en 2, met uitsluiting van niet-relevante KvZ-diagnosen bij wijkverpleging

Bij Methode 3 zijn 41 niet-relevante diagnoses uitgesloten. Deze uitsluiting zorgde ervoor dat 2,8 procent van de zorguitgaven (9,8 mln. euro) bij Methode 1 (en 2,9% en 10,0 mln. euro bij Methode 2) is

herverdeeld over de diagnoses die wel als relevant werden beoordeeld. Dit resulteert bij vrijwel alle diagnoses in Tabel 8 in een stijging van zorguitgaven van 2-5 procent. Bij drie ICD-hoofdgroepen rond zwangerschap en jonge kinderen komen de geraamde zorguitgaven nu op nul uit.

### 3.8 Feedback van wijkverplegingsexperts

In een bijeenkomst zijn de resultaten besproken met drie personen met veel expertise op het gebied van wijkverpleging.

Wij stelden hen de volgende vragen:

1. Herkent u zich in het patroon van zorguitgaven naar diagnoses?  
**Antwoord:** *Ja, maar ten dele: cognitieve beperkingen, dementie, beroerte, COPD, wondzorg, reuma en palliatieve zorg bij kanker zouden hoger moeten scoren.*
2. Welke methode heeft uw voorkeur en waarom?  
**Antwoord:** *Beide methoden staan vrij ver af van hun beeld. Vooral Methode 2 bevat veel aannames (extra nadruk op gewicht ziekenhuisdiagnoses). Uitsluiten van niet-relevante diagnoses voor wijkverpleging is prima.*

Dit leidde tot de volgende aanbeveling: kijk bij bepaalde (zorgvuldig geselecteerde) chronische ziekten terug naar eerdere jaren om de reden (diagnose) voor de start van de wijkverpleging op te sporen. Wijs dan aan die specifieke diagnose(n) een belangrijk deel van de zorguitgaven voor wijkverpleging toe. Dit kan zowel bij ziekenhuisdiagnosen als bij huisartsdiagnosen worden gedaan. In dit licht zijn wij ook van plan om in de individuele gegevens van mensen met wijkverpleging terug te kijken naar het jaar van de start van de wijkverpleging, en op dat moment te vergelijken met de eventuele start van een huisartsepisode met een chronische ziekte.



## 4 Conclusie en discussie

### 4.1 Bevindingen in perspectief

Voor- en nadelen van toewijzingsmethode 1 (evenredige verdeling over alle diagnoses) zijn:

- Er worden meer uitgaven toegewezen aan huisartsdiagnosen ten opzichte van ziekenhuisdiagnosen, doordat patiënten gemiddeld meer huisartsdiagnosen hebben ten opzichte van ziekenhuisdiagnosen.
- Er wordt geen oordeel gegeven over de relevantie van de diagnoses voor de uitgaven van wijkverpleging. De patiënten met wijkverpleging hebben veel verschillende combinaties van diagnoses. Binnen dit onderzoek is geen achtergrondinformatie per patiënt om een oordeel te geven over welke diagnoses meer of minder bijdragen aan de uitgaven van wijkverpleging. Bij Methode 1 is daarom ervan uitgegaan dat een relevantie-oordeel niet mogelijk, noch gewenst is.

Voor- en nadelen toewijzingsmethode 2 (volledige toewijzing bij gelijke diagnose, anders evenredige verdeling over alle diagnoses):

- De ziekenhuisdiagnosen krijgen een zwaardere weging dan bij Methode 1.
- Er wordt aangenomen dat een diagnose meer bijdraagt aan de kosten van wijkverpleging wanneer een patiënt een gelijke diagnose heeft bij zowel de huisarts als het ziekenhuis.

Voor- en nadelen Methode 3 (uitsluiting van niet-relevante diagnoses, volgens toewijzingsmethoden 1 en 2):

- Er wordt rekening gehouden met diagnoses die wellicht niet-relevant zijn voor de uitgaven van wijkverpleging. Hierdoor worden uitgaven die normaal aan niet-relevante diagnoses worden toegevoegd, verdeeld over de diagnoses die wel relevant zijn voor wijkverpleging. Dit betreft bijna 3 procent van de uitgaven aan wijkverpleging.

### 4.2 Sterke punten en beperkingen in het onderzoek

Sterke punten:

- Er wordt gebruikgemaakt van de combinatie van recente diagnose-informatie bij de huisarts en het ziekenhuis op individueel niveau.
- Het betreft twee volledige en betrouwbare bronnen (wijkverpleging en ziekenhuisopname) en één grote representatieve steekproef.
- Experts op het gebied van wijkverpleging oordelen dat de resultaten vanuit de kostentoewijzingsmethoden redelijk plausibel lijken, op een aantal diagnoses na dat hoger/lager zou moeten scoren.

Beperkingen:

- Er is alleen gekeken naar diagnoses die in het jaar 2019 zijn gesteld. Diagnosen die in voorgaande jaren zijn gesteld,

bijvoorbeeld bij de start van de wijkverpleging, zijn niet bekeken. Deze diagnoses kunnen echter wel relevant zijn voor de uitgaven van wijkverpleging in 2019.

- Informatie van personen met wijkverpleging en een ziekenhuisdiagnose die niet zijn opgenomen in de huisartssteekproef is niet gebruikt. Gezien het resultaat van de toets op representativiteit van de huisartsdata is echter niet te verwachten dat dit de uitkomsten sterk zal beïnvloeden.
- Bij ziekenhuisdiagnosen gaat het alleen om diagnoses bij ontslag van een *opname of dagbehandeling*. Bij sommige diagnoses, zoals dementie, zal men niet vaak opgenomen worden, maar eerder het ziekenhuis bezoeken bij de (geheugen)-polikliniek. Dementie zal daarom vermoedelijk ondervertegenwoordigd zijn in het gebruikte ziekenhuisbestand.
- Bij zowel de huisarts- als de ziekenhuisdiagnosen is gefilterd op unieke waarden. Dit betekent dat als een patiënt meerdere keren dezelfde diagnose heeft gehad in het ziekenhuis of bij de huisarts, deze maar één keer wordt meegenomen. Er kan worden beredeneerd dat diagnoses die per jaar meermaals worden vastgelegd, mogelijk een groter aandeel vormen in de kosten van wijkverpleging. Aangezien hierbij veel aannames komen kijken en er in dit onderzoek te weinig achtergrondinformatie aanwezig is, is ervoor gekozen dit niet mee te nemen.
- Experts op het gebied van wijkverpleging zijn van mening dat de kostentoewijzingsmethoden veel aannames bevatten, die misschien in de praktijk onderzocht kunnen worden.

### 4.3 Conclusie

- Met een combinatie van diagnose-informatie van ziekenhuisverblijf en huisartszorg voor 2019 is het mogelijk om op individueel niveau zorguitgaven van wijkverpleging toe te wijzen naar diagnosegroepen in de KvZ-studie.
- Er zijn meer toewijzingsmethoden uitgetest. Bij alle methoden geldt dat de zorguitgaven voor wijkverpleging bij veel uiteenlopende, vaak chronische, diagnoses terechtkomen.
- Methode 2 wijst ten opzichte van Methode 1 meer uitgaven toe aan 'ziekenhuisdiagnosen'.
- Bij uitsluiting van voor wijkverpleging wellicht niet-relevante diagnoses (Methode 3) wordt bijna 3 procent van de zorguitgaven herverdeeld en nemen de zorguitgaven van de 30 belangrijkste diagnoses met 2-5 procent toe.
- Experts op het gebied van wijkverpleging zijn van oordeel dat de resultaten van Methode 1 met uitsluiting van niet-relevante diagnoses redelijk plausibel zijn. Toch menen zij dat vooral cognitieve beperkingen, dementie, beroerte, COPD, wondzorg, reuma en palliatieve zorg bij kanker belangrijk zijn en deze hoger zouden moeten scoren.
- Aanbeveling van experts: kijk bij bepaalde (zorgvuldig geselecteerde) diagnoses terug naar eerdere jaren om de reden voor start van de wijkverpleging op te sporen.

De toewijzingsmethoden kijken alleen naar de personen met bekende huisartsinformatie. In de methoden worden dus +/- 10 procent van de



uitgaven van wijkverpleging toegewezen aan de verschillende diagnoses. Met de Chi-kwadraattest is aangeduid dat er geen significant verschil lijkt te zijn tussen de groepen met bekende en onbekende huisartsinformatie. Dit zou betekenen dat de manier waarop dit gedeelte van de zorgkosten is toegewezen aan de diagnoses, ook is toe te passen op de rest van de bevolking met wijkverpleging.



## 5 Literatuur

- Bes, J. H. (2024, april 12). *Methode vaststellen cijfers zorgverlening huisartsen*. Opgehaald van [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl): <https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/methoden/vaststellen-cijfers-zorgverlening-eerste-lijn/huisartsen>
- CBS, C. (2024, 5 3). *Gbapersoontab: Persoonskenmerken van personen in de BRP*. Opgehaald van [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl): <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/maatwerk-en-microdata/microdata-zelf-onderzoek-doen/microdatabestanden/gbapersoontab-persoonskenmerken-van-personen-in-de-brp>
- CBS, C. (2024, 4 10). *Lbzbassistab: Ziekenhuisopnamen LBZ*. Opgehaald van [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl): <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/maatwerk-en-microdata/microdata-zelf-onderzoek-doen/microdatabestanden/lbzbassistab-ziekenhuisopnamen-lbz>
- CBS, C. (2024, 1 29). *Zvwzorgkostentab: Zorgkosten personen basisverzekering*. Opgehaald van [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl): <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/maatwerk-en-microdata/microdata-zelf-onderzoek-doen/microdatabestanden/zvwzorgkostentab-zorgkosten-personen-basisverzekering>
- Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland. (2023, 07 14). *Patiëntenstromen acute zorgketen Midden-Nederland*. Opgehaald van [www.netwerkacutezorgmn.nl](http://www.netwerkacutezorgmn.nl): [www.netwerkacutezorgmn.nl](http://www.netwerkacutezorgmn.nl)
- Nivel. (2023, Mei). *Beschikbare gegevens huisartsenzorg*. Opgehaald van [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl): <https://www.nivel.nl/sites/default/files/inline-images/Beschikbare-gegevens-huisartsenzorg-gegevensaanvraag.pdf>
- NZa, D. (2023). *Monitor acute zorg 2023*. Rijksoverheid. Zorginstituut Nederland. (2024). *Wijkverpleging (18 jaar en ouder)*. Opgehaald van [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl): <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wijkverpleging-zvw#:~:text=De%20wijkverpleegkundige%20komt%20bij%20de%20verzekerde>



## 6 Bijlage I Databestanden en databewerking

### 6.1 Gebruikte databestanden

Er zijn vier grote bestanden gebruikt, die hieronder verder worden toegelicht.

#### 6.1.1 ZVWZORGKOSTENTAB - 2019

Het ZVWZORGKOSTENTAB-bestand bevat per Nederlandse ingezetene, die verzekerd is via de basisverzekering, diens zorguitgaven per jaar voor zorg die verzekerd is via de basisverzekering (CBS, Zvwzorgkostentab: Zorgkosten personen basisverzekering, 2024). De basisverzekering is wettelijk verplicht via de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor vrijwel alle Nederlandse ingezetenen. De zorguitgaven zijn die uitgaven die daadwerkelijk vergoed zijn door de zorgverzekeraars. Variabele ZVWKWYKVERPLEGING is gebruikt. Dit zijn de gedeclareerde en vergoede uitgaven van verpleging en verzorging zonder verblijf, die onder de basisverzekering vallen. De variabele heet wijkverpleging, maar het betreft hier alle verpleging en verzorging zonder verblijf.

#### 6.1.2 GBAPERSOONTAB - 2019

Het GBAPERSOONTAB-bestand bevat van alle personen die vanaf 1 oktober 1994 in de BRP voorkomen de demografische achtergrondgegevens (bijvoorbeeld geslacht, geboortejaar, herkomstland), gegevens die niet of nauwelijks wijzigen (CBS, Gbapersoontab: Persoonskenmerken van personen in de BRP, 2024). Het bestand bevat ook gegevens van personen die voor 1 oktober 1994 ingezetene zijn geweest, maar na die datum geen ingezetene zijn geweest, voor zover geregistreerd in de BRP. Deze groep is zeker niet volledig waargenomen. De component is een gecoördineerde versie en bevat informatie tot en met 31 december JJJJ. Er is geen scherp gedefinieerde begindatum. Per versie is alleen de informatie over het laatste jaar gecoördineerd.

#### 6.1.3 LBZBASISTAB - 2019

Dit bestand bevat gegevens over ziekenhuisopnamen in Nederlandse ziekenhuizen van personen die staan ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BRP) (CBS, Lbzbasistab: Ziekenhuisopnamen LBZ, 2024). De gegevens zijn afkomstig uit de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) van Dutch Hospital Data (DHD). Het betreft ziekenhuisopnamen in alle algemene en academische Nederlandse ziekenhuizen. Zowel dagopnamen, klinische opnamen en langdurige observaties zonder overnachting zijn opgenomen. Er is gefilterd op de bestemming patiënt na ontslag uit het ziekenhuis, namelijk: eigen woonomgeving/ontslag naar huis. Variabele LBZICd10hoofddiagnose is gebruikt. Dit is de hoofddiagnose volgens de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, versie 10 (ICD10), die aan het eind van de opname wordt beschouwd als de belangrijkste reden van opname in het ziekenhuis. Via onderstaande website kan de volledige ICD10 bekeken en gebruikt worden, inclusief bijbehorende labels: [http://www.whoic.nl/Downloads\\_en\\_Links#bestanden](http://www.whoic.nl/Downloads_en_Links#bestanden).

#### 6.1.4 *Gegevens huisartsenzorg van Nivel-zorgregistraties*

Vanuit de Nivel-zorgregistraties is een aantal bestanden gebruikt, namelijk (Nivel, 2023):

- Patiëntbestand;
- Journaal – informatie over de bij de huisarts geregistreerde diagnoses;
  - o Geregistreerde ICPC-code-diagnose.

De steekproef van de Nivel-huisartsregistraties is zorgvuldig samengesteld om een representatief beeld te geven van de Nederlandse bevolking (Bes, 2024). Het omvat een selectie van huisartspraktijken die deelnemen aan het Nivel-peilstationnetwerk. Dit netwerk bestrijkt geografisch verschillende regio's in Nederland en omvat zowel stedelijke als landelijke gebieden. Hierdoor wordt een diversiteit aan patiëntenpopulaties vertegenwoordigd.

## 6.2 **Databewerking**

Om de data uit de verschillende bronnen op de juiste manier te kunnen gebruiken, is een aantal bewerkingsstappen nodig.

1. Uit elke dataset zijn de relevante kolommen gefilterd en deze zijn uiteindelijk met het RIN (Rijks Identificatie Nummer) aan elkaar gekoppeld.
2. Informatie uit de GBA (Gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens) is gebruikt om de leeftijd en het geslacht van de personen toe te voegen aan de gegevens. Ook zijn alleen de personen meegenomen die in de GBA bekend staan. Personen die voor 2019 zijn overleden of na 2019 zijn geboren, zijn uit de data gefilterd.
3. De data over de ziekenhuisdiagnosen zijn weergegeven volgens ICD10-classificatie. Deze zijn met een vertaaltabel omgezet naar de diagnoses die in de kosten-van-ziekten (KvZ) -studie worden gehanteerd. De data over de huisartsdiagnosen zijn weergegeven volgens de ICPC-classificatie. Ook deze zijn met een vertaaltabel omgezet naar de KvZ-diagnosen.
4. Beide soorten diagnoses zijn vervolgens gefilterd op unieke waarden. Dit betekent dat als een patiënt meerdere keren dezelfde diagnose heeft gehad in het ziekenhuis of bij de huisarts, deze maar één keer wordt meegenomen.
5. Om de data te kunnen gebruiken voor het ontwikkelen van de nieuwe toewijzingsmethode, zijn alleen de data gebruikt waarvan alle gegevens bekend zijn. Aangezien alleen de huisartsdata, afkomstig van Nivel, een steekproef betreft, worden alleen de gegevens van personen gebruikt waarvan de huisartsdata bekend is. Dit is ook weergegeven met de lichtgrijze rijen in Tabel 1.
6. Voor het gebruik van de data bij het ontwikkelen van de nieuwe toewijzingsmethoden, is er één tabel gemaakt met alle mogelijke diagnose-combinaties. Elke rij representeert hierin één van de mogelijkheden. Zie Tabel 2 voor de uiteindelijk vorm van de onbewerkte inputdata bij Methodes 1 en 2.
7. Voor Methode 3 is een aantal niet-relevante diagnoses bij wijkverpleging uitgefilterd (zie Bijlage II). Zie Tabel 3 voor de vorm van de onbewerkte inputdata bij Methode 3.

Tabel B1 Kruistabel voor kernvariabelen

Wijkverpleging		Diag. ziekenhuis	Diag. huisarts
WAAR	ONWAAR	ONWAAR	onbekend
WAAR	ONWAAR	WAAR	ONWAAR
WAAR	WAAR	WAAR	WAAR
WAAR	WAAR	ONWAAR	onbekend
WAAR	WAAR	ONWAAR	ONWAAR
WAAR	WAAR	WAAR	WAAR

Tabel B2 Mogelijke combinaties van kernegevens voor methoden 1 en 2

HA- diag.?	HA-diag.	ZKH- diag.?	ZKH-diag.	Gelijk?
WAAR	Diag. A	WAAR	Diag. A	WAAR
WAAR	Diag. A	WAAR	Diag. B	ONWAAR
WAAR	onbekende diag.	WAAR	Diag. A	ONWAAR
WAAR	Diag. A	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR
WAAR	onbekende diag.	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR
ONWAAR	geen diag.	WAAR	Diag. A	ONWAAR
WAAR	Diag. A	ONWAAR	geen diag.	ONWAAR
ONWAAR	geen diag.	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR
WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	geen diag.	ONWAAR
ONWAAR	geen diag.	ONWAAR	geen diag.	ONWAAR

Tabel B3 Mogelijke combinaties van kernegevens voor methode 3

HA- diag.?	HA-diag.	ZKH- diag.?	ZKH-diag.	Gelijk?
WAAR	Diag. A	WAAR	Diag. A	WAAR
WAAR	Niet-relevant	WAAR	Niet-relevant	WAAR
WAAR	Diag. A	WAAR	Diag. B	ONWAAR
WAAR	Diag. A	WAAR	Niet-relevant	ONWAAR
WAAR	Niet-relevant	WAAR	Diag. A	ONWAAR
WAAR	onbekende diag.	WAAR	Diag. A	ONWAAR
WAAR	onbekende diag.	WAAR	Niet-relevant	ONWAAR
WAAR	Diag. A	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR
WAAR	Niet-relevant	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR
WAAR	onbekende diag.	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR
ONWAAR	onbekende diag.	WAAR	Diag. A	ONWAAR
ONWAAR	onbekende diag.	WAAR	Niet-relevant	ONWAAR
WAAR	Diag. A	ONWAAR	onbekende diag.	ONWAAR
WAAR	Niet-relevant	ONWAAR	onbekende diag.	ONWAAR
ONWAAR	onbekende diag.	WAAR	onbekende diag.	ONWAAR
WAAR	onbekende diag.	ONWAAR	onbekende diag.	ONWAAR
ONWAAR	onbekende diag.	ONWAAR	onbekende diag.	ONWAAR

### 6.3 Test op representativiteit

De data over de huisartsdiagnosen zijn afkomstig uit een steekproef die representatief is voor de Nederlandse bevolking. In de ontwikkeling van nieuwe toewijzingsmethoden is er echter binnen deze steekproef een subgroep van personen geselecteerd, namelijk degenen die in 2019 wijkverpleging ontvingen. Deze subgroep overlapt deels met patiënten die ook een ziekenhuisdiagnose hebben gekregen. Om te controleren of er een significant verschil is in de ziekenhuisdiagnoseverdeling van deze

laatste selectie (groen gemarkeerde rijen in onderstaande tabel), in vergelijking tot de ziekenhuisdiagnoseverdeling van personen zonder bekende huisartsinformatie (grijs gemarkeerde rij in onderstaande tabel), is er een Chi-squared-distribution-test uitgevoerd.

De Chi-kwadraat ( $\chi^2$ )-test is een statistische methode die wordt gebruikt om te bepalen of er een significant verschil bestaat tussen de verwachte frequentieverdeling van een variabele en de waargenomen frequentieverdeling. In dit geval onderzoeken we of er een verschil is in de frequentie van ziekenhuisdiagnosen tussen personen met bekende en onbekende huisartsdiagnosen.

**Chi-squared-distribution-test:**  $H_0$  = Er is geen verschil tussen frequentie van ziekenhuisdiagnosen tussen personen met bekende en onbekende huisartsdiagnose(s))

Tabel B4 Kruistabel, inclusief markering van groepen Chi-kwadraat ( $\chi^2$ )-test

Wijkverpleging	Diag. ziekenhuis	Diag. huisarts
WAAR	ONWAAR	
WAAR	ONWAAR	ONWAAR
WAAR	ONWAAR	WAAR
WAAR	WAAR	
WAAR	WAAR	ONWAAR
WAAR	WAAR	WAAR

Grijs = groep huisartsinfo is onbekend, Groen = groep huisartsinfo is bekend.

De Chi-kwadraattest is vier keer uitgevoerd:

1. Op de originele data.
2. Op de genormaliseerde data. De groep met personen met onbekende huisartsinformatie is 9,1 keer groter dan de groep met bekende huisartsinformatie. Er is genormaliseerd door de eerste groep gelijk te maken aan de tweede groep door alle waarden in de eerste groep te vermenigvuldigen met 9,1.
3. Op de originele data, inclusief uitsluiten van diagnosen die in minimaal één groep minder dan 10 is.
4. Op de genormaliseerde data, inclusief uitsluiten van diagnosen die in minimaal één groep minder dan 10 is.



## 7 Bijlage II Niet-relevante diagnoses bij wijkverpleging

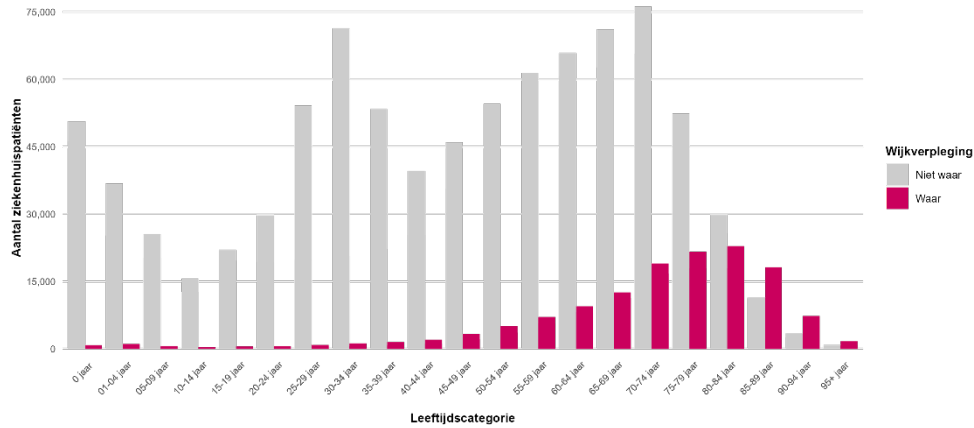
Lijst met niet-relevante diagnoses bij wijkverpleging:

- Tuberculose
- Meningitis
- HIV/AIDS
- Seksueel overdraagbare aandoeningen
- Hepatitis
- ADHD en overige gedragsstoornissen
- Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Verstandelijke beperking, inclusief Syndroom van Down
- Burn-out
- Depressieve stoornissen
- Overige psychische stoornissen
- Epilepsie
- Refractie- en accommodatiestoornissen
- Blindheid en slechthoortheid
- Ooglid-aandoeningen
- Migraine
- Zweren van maag en twaalfvingerige darm
- Appendicitis
- Gal(blaas)ziekten
- Divertikelziekte
- Gebitsafwijkingen, inclusief tandeloosheid
- Overige aandoeningen spijsvertering
- Contacteczeem
- Osteoporose
- Dérangement interne van de knie
- Hyperplasie van de prostaat
- Overige ziekte mannelijk geslachtsorgaan
- Ziekten van vrouwelijke geslachtsorganen
- Fertiliteitsproblematiek, inclusief IVF
- Zwangerschap
- Bevalling
- Kraambed
- Anticonceptie
- Vroeggeboorte
- Overige aandoeningen perinatale periode
- Aangeboren afwijkingen zenuwstelsel
- Aangeboren afwijkingen hartvaatstelsel
- Overige aangeboren afwijkingen, exclusief Syndroom van Down
- Symptomen, onvolledig omschreven ziekten

## 8 Bijlage III Aanvullende inzichten

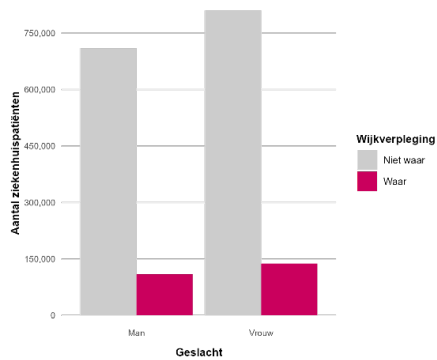
### 8.1 Aanvullende inzichten bij ziekenhuisdiagnosen

**Gebruik wijkverpleging onder ziekenhuispatiënten naar leeftijd**  
Som van aantal patiënten met ziekenhuisdiagnose met en zonder wijkverpleging per leeftijdscategorie



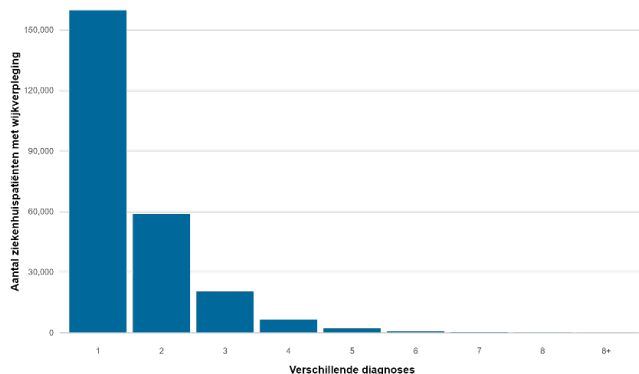
Figuur B1 Gebruik wijkverpleging bij ziekenhuispatiënten naar leeftijd

**Gebruik wijkverpleging onder ziekenhuispatiënten naar geslacht**  
Som van aantal patiënten met ziekenhuisdiagnose met en zonder wijkverpleging per geslacht

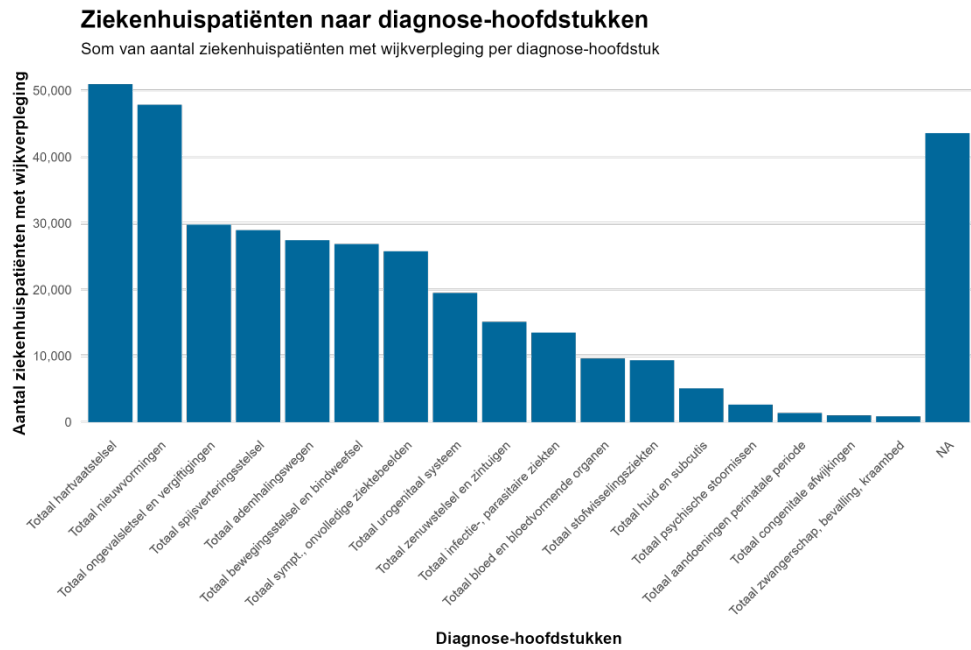


Figuur B2 Gebruik wijkverpleging bij ziekenhuispatiënten naar geslacht

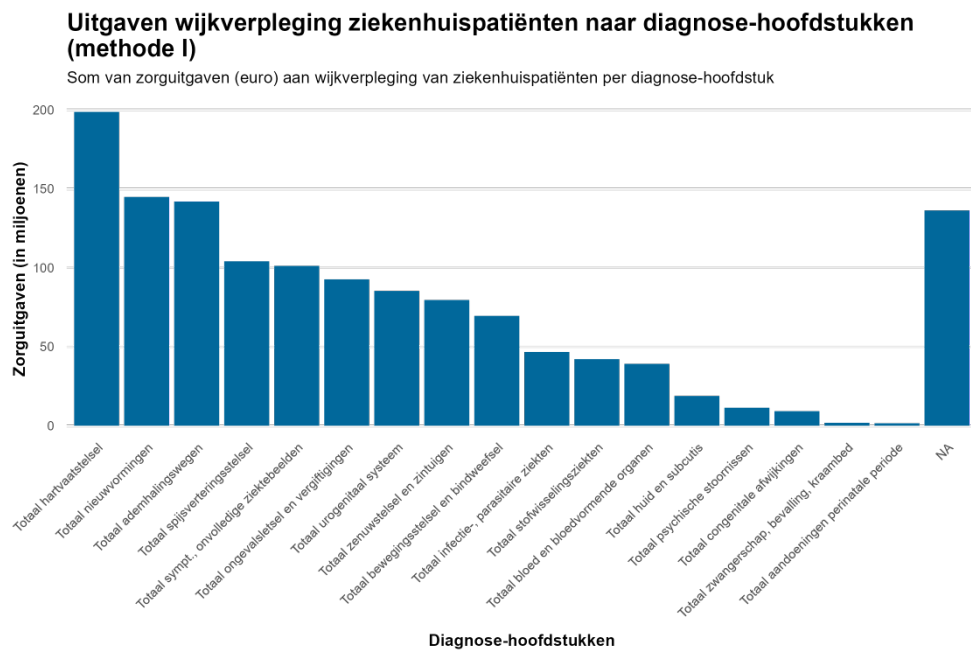
**Verschiede diagnoses onder ziekenhuispatiënten**  
Som van aantal ziekenhuispatiënten met wijkverpleging verdeeld over aantal verschillende diagnoses



Figuur B3 Frequentieverdeling van aantal diagnoses per ziekenhuispatient



Figuur B4 Aantal ziekenhuispatiënten naar diagnose-hoofdstukken

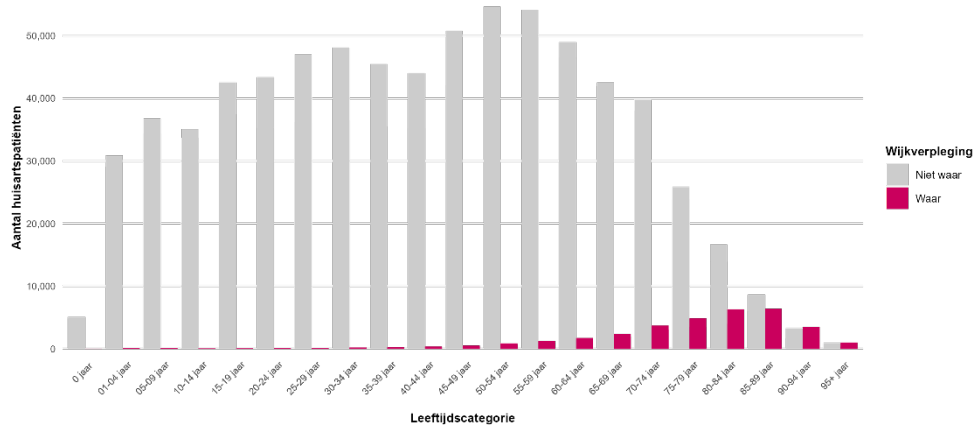


Figuur B5 Uitgaven wijkverpleging ziekenhuispatiënten naar diagnose-hoofdstukken

## 8.2 Aanvullende inzichten bij huisartsdiagnosen

### Gebruik wijkverpleging onder huisartspatiënten naar leeftijd

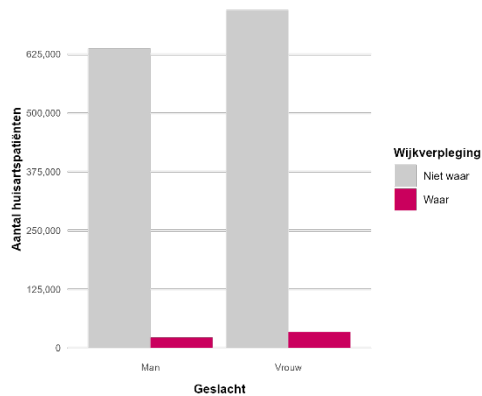
Som van aantal patiënten met huisartsdiagnose met en zonder wijkverpleging per leeftijdscategorie



Figuur B6 gebruik wijkverpleging onder huisartspatiënten naar leeftijd

### Gebruik wijkverpleging onder huisartspatiënten naar geslacht

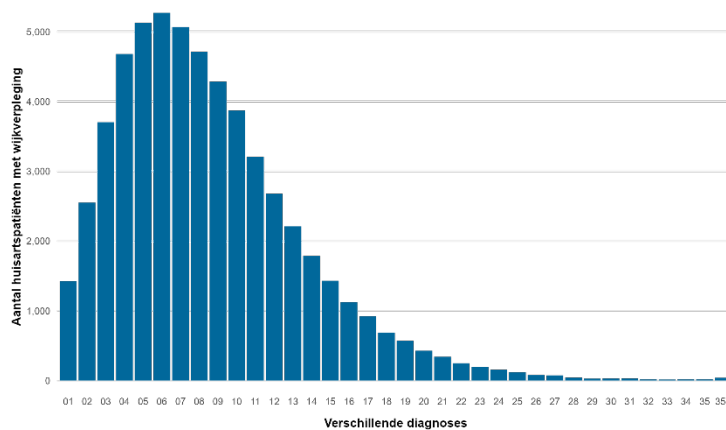
Som van aantal patiënten met huisartsdiagnose met en zonder wijkverpleging per geslacht



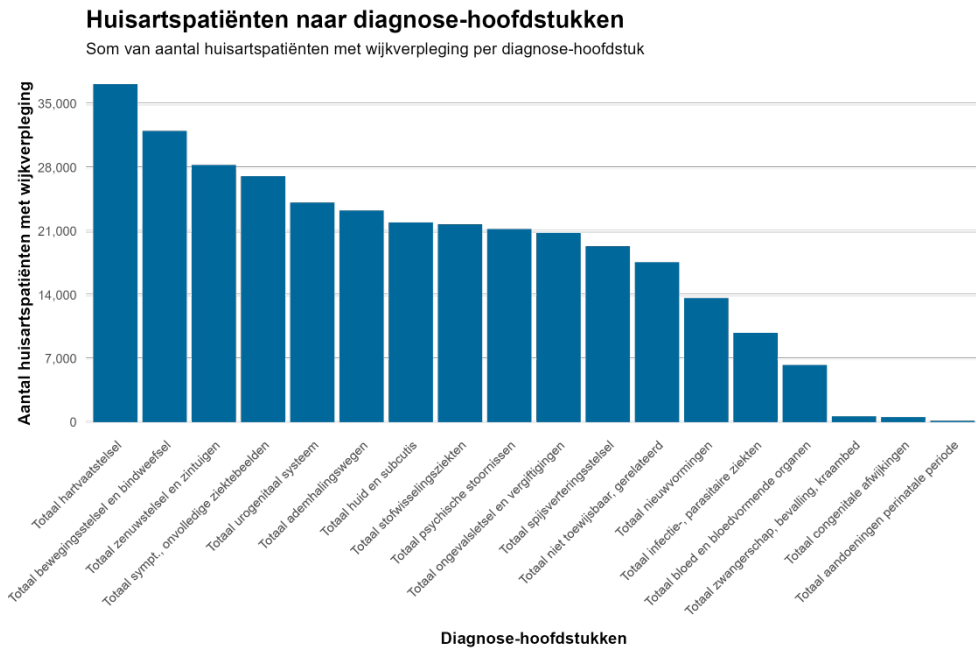
Figuur B7 gebruik wijkverpleging naar huisartspatiënten naar geslacht

### Verschiede diagnoses onder huisartspatiënten

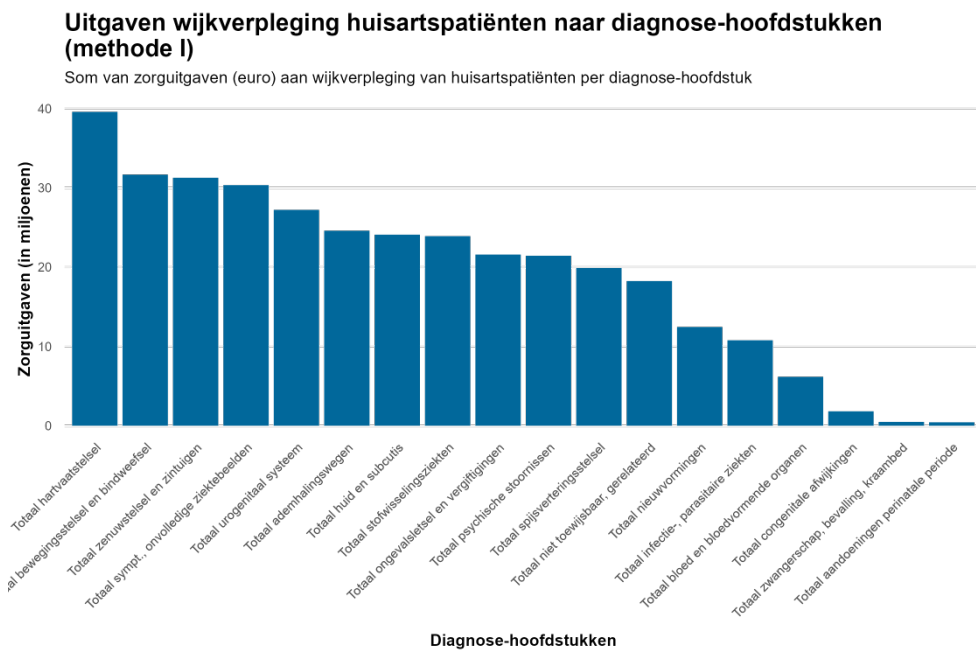
Som van aantal huisartspatiënten met wijkverpleging verdeeld over aantal verschillende diagnoses



Figuur B8 Frequentieverdeling van het aantal huisartsdiagnosen per patient



Figuur B9 aantal huisartspatiënten naar diagnose-hoofdstukken



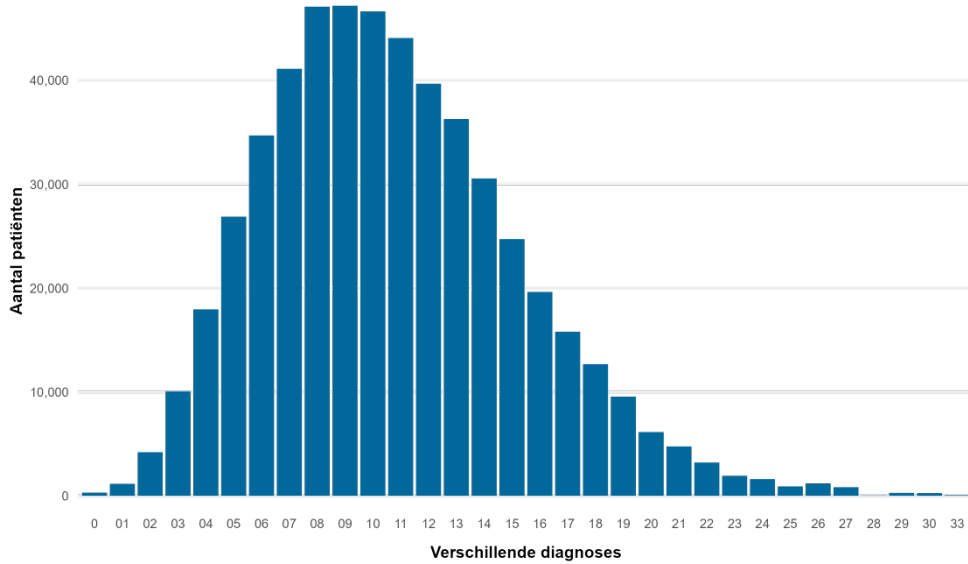
Figuur B10 uitgaven wijkverpleging huisartspatiënten naar diagnose-hoofdstukken

## 8.3 Aanvullende inzichten bij toewijzingsmethoden

Totaal verschillende diagnoses

### Verschillende diagnoses

Som van aantal wijkverplegingpatiënten verdeeld over aantal verschillende diagnoses

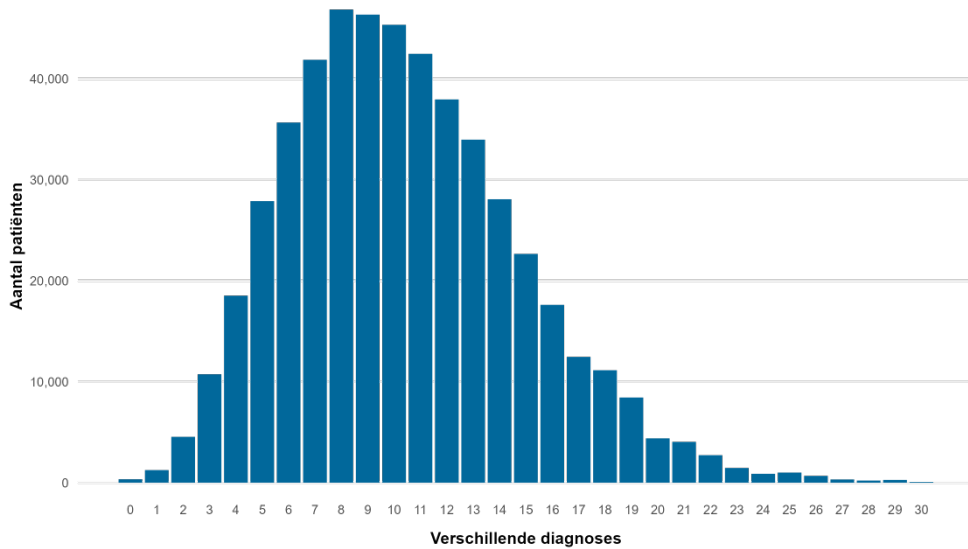


Figuur B11 Frequentieverdeling van totaal aantal diagnoses per patient

### Totaal verschillende diagnoses (Methode 3)

#### Verschillende diagnoses na filtering niet-relevante diagnoses

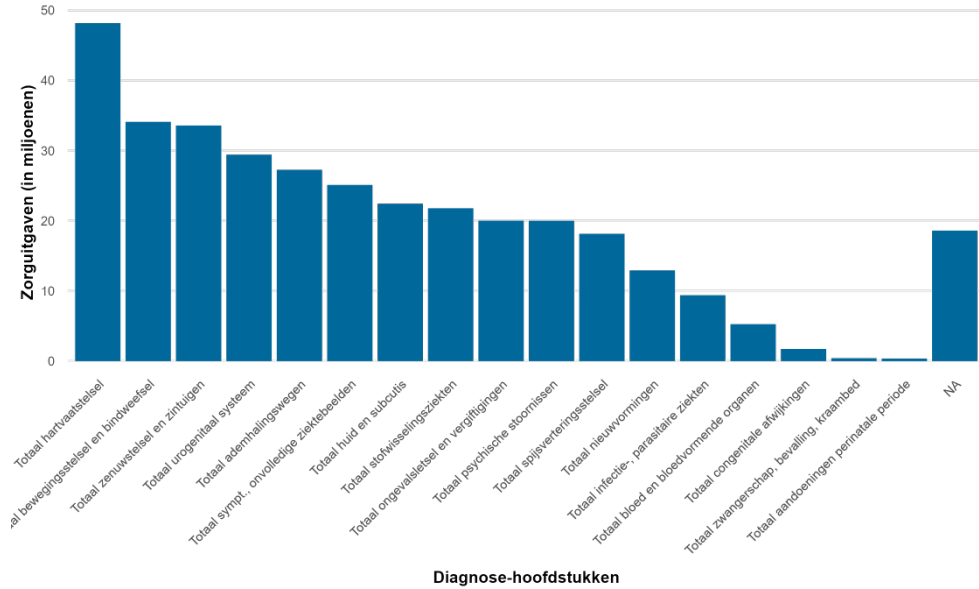
Som van aantal wijkverplegingpatiënten verdeeld over aantal verschillende diagnoses na filtering niet-relevante diagnoses voor wijkverpleging



Figuur B12 Frequentieverdeling van totaal aantal diagnoses per patient exclusief niet relevante diagnoses

### Uitgaven wijkverpleging naar diagnose-hoofdstukken (Methode I)

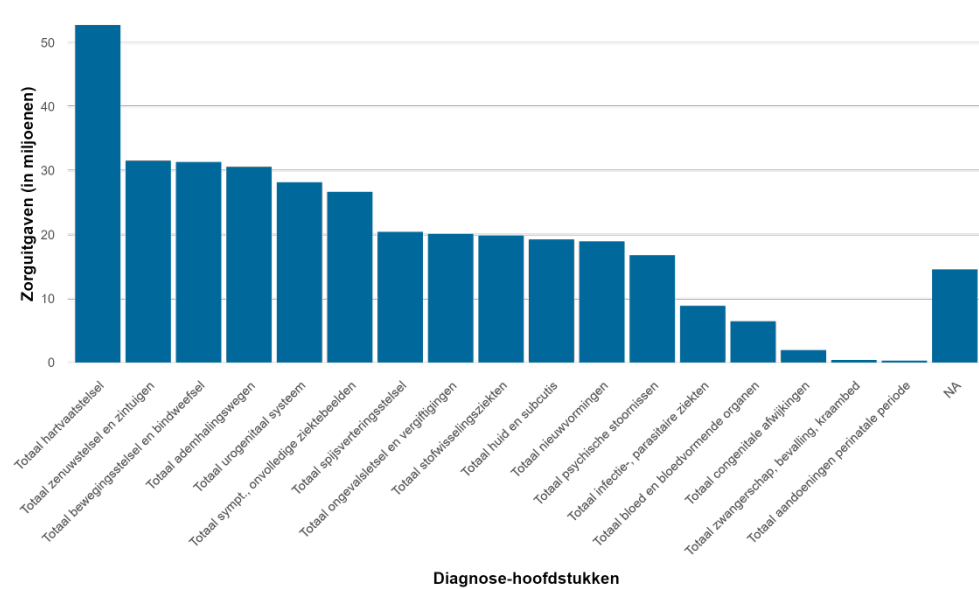
Som van zorguitgaven (euro) aan wijkverpleging per diagnose-hoofdstuk - volgens toewijzingsmethode I



Figuur B13 uitgaven wijkverpleging naar diagnose-hoofdstukken (methode I)

### Uitgaven wijkverpleging naar diagnose-hoofdstukken (Methode II)

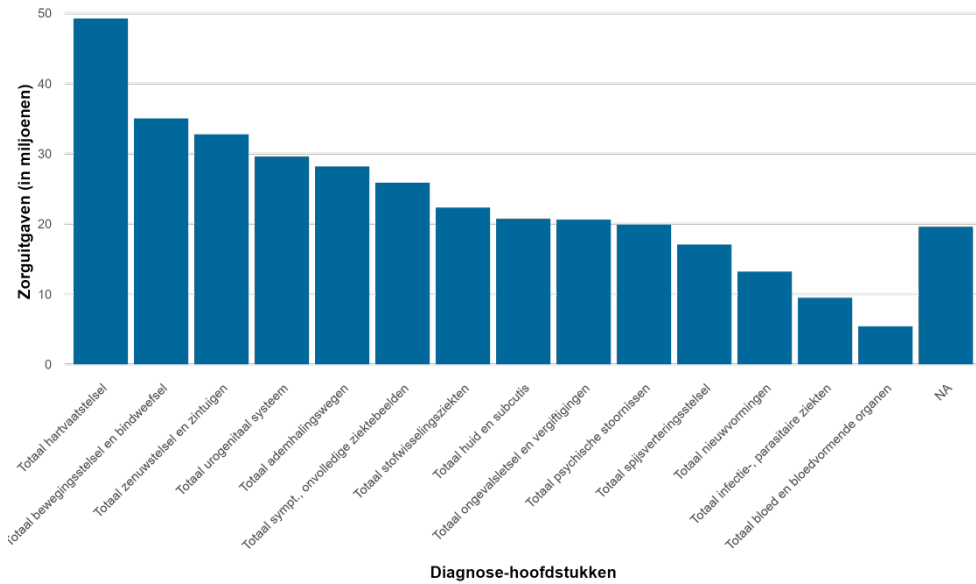
Som van zorguitgaven (euro) aan wijkverpleging per diagnose-hoofdstuk - volgens toewijzingsmethode II



Figuur B14 uitgaven wijkverpleging naar diagnose-hoofdstukken (methode II)

### Uitgaven wijkverpleging naar diagnose-hoofdstukken (Methode 3 - I)

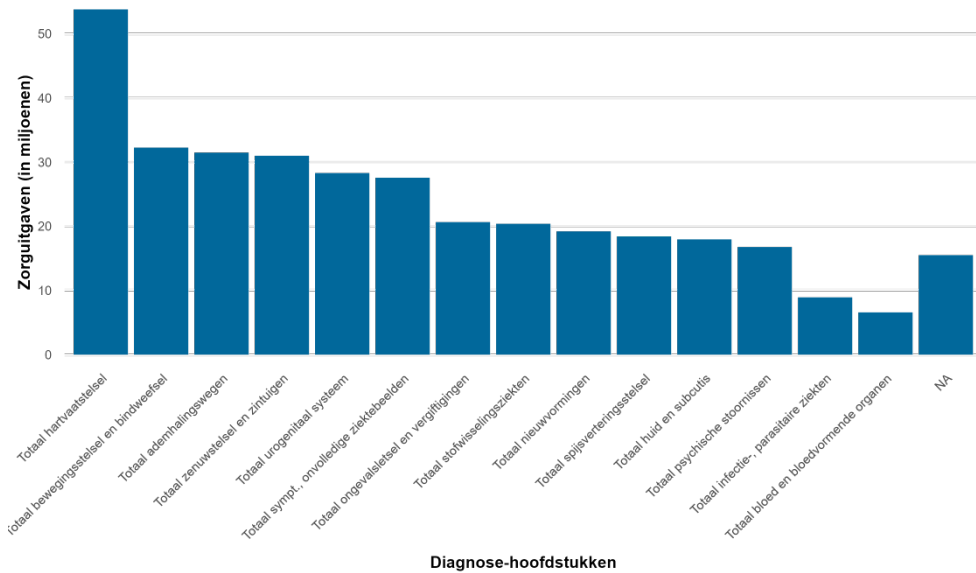
Som van zorguitgaven (euro) aan wijkverpleging per diagnose-hoofdstuk - met methode 3 volgens toewijzingsmethode I



Figuur B15 uitgaven wijkverpleging naar diagnose-hoofdstukken (methode 3-I)

### Uitgaven wijkverpleging naar diagnose-hoofdstukken (Methode 3 - II)

Som van zorguitgaven (euro) aan wijkverpleging per diagnose-hoofdstuk - met methode 3 volgens toewijzingsmethode II



Figuur B16 uitgaven wijkverpleging naar diagnose-hoofdstukken (methode 3-II)





Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

Nederland

[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

januari 2025

De zorg voor morgen  
begint vandaag