



significant.

Significant

Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl

Toegankelijkheid van de wijkverpleging

Nederlandse Zorgautoriteit

Barneveld, 16 januari 2019

Referentie: JR/bv/000978

Versie: 1.0

Auteurs: Jaap Meijer, Wijnand van Plaggenhoef en Jan Reitsma

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	4
1. Achtergrond en aanleiding	11
1.1 Doelstelling van het onderzoek	12
1.2 Proces van zorgvraag tot wijkverpleging	12
1.3 Aanpak van het onderzoek op hoofdlijnen	14
1.4 Reikwijdte van het onderzoek	14
1.5 Leeswijzer	15
2. Van zorgvraag naar een aanbieder	16
2.1 Omvang van het probleem	17
2.1.1 Verwijzers	17
2.1.2 Aanbieders	18
2.1.3 Zorgverzekeraars	19
2.1.4 Praktische aspecten zijn belangrijk	21
2.2 Oorzaken van toegankelijkheidsproblematiek	23
2.2.1 Tekort aan gekwalificeerd personeel in de wijkverpleging	23
2.2.2 Toenemende vraag naar wijkverpleging	24
2.2.3 Versnippering in de zorg en gebrek aan coördinatie	25
2.2.4 Contracteringsbeleid	25
2.2.5 Administratieve lastendruk	26
2.2.6 'Zorgcultuur' bij cliënten	26
2.3 Gevolgen voor de cliënten	27
2.3.1 Cliënt zelf merkt nu nog weinig van problematiek	27
2.3.2 Cliënten ervaren wel de versnippering in de zorg	27
2.3.3 Cliënten verblijven een enkele keer langer intramuraal	27
2.3.4 Cliënten hebben al vaak mantelzorg gebruikt	27
2.4 Gevolgen voor zorgaanbieders en wijkverpleegkundigen	27
2.4.1 Druk op personeel neemt toe	27
2.4.2 Zorgaanbieders zoeken oplossingen	28
2.5 Deelconclusie	28
3. Van aanbieder naar zorg	30
3.1 Zorgaanbieders kunnen het grootste deel van gevraagde wijkverpleging bieden	30
3.2 Redenen voor het niet kunnen aanbieden van wijkverpleging	32
3.3 Verdeling van de wachttijden totdat cliënt in zorg genomen	34
3.3.1 Aantal dagen tussen aanmelding en start zorg	34
3.3.2 Aantal dagen tussen aanmelding en indicatiestelling	35
3.3.3 Aantal dagen tussen indicatiestelling en start zorg	35
3.4 Gemiddelde wachttijd in de wijkverpleging	36
3.5 Gemiddelde wachttijden uitgesplitst naar kenmerken van de wijkverpleging	37
3.5.1 Gemiddelde wachttijden naar aantal aanvragen voor wijkverpleging in mei 2018	37
3.5.2 Gemiddelde wachttijden in de wijkverpleging naar doelgroepen	38
3.5.3 Gemiddelde wachttijden naar soort aanmelder	39

3.5.4	Gemiddelde wachttijden naar regio	40
3.5.5	Gemiddelde wachttijden in de wijkverpleging naar mate van stedelijkheid	41
3.6	Deelconclusie	42
4.	Mogelijke oplossingsrichtingen	43
4.1	Systeemniveau	43
4.1.1	Beter benutten van capaciteit	43
4.1.2	Het werk aantrekkelijker maken	43
4.1.3	Afspraken over verantwoordelijkheden	44
4.1.4	Ondersteunende systemen voor beschikbare capaciteit	45
4.2	Operationeel niveau	46
4.2.1	Verwachtingen van cliënten managen	46
4.2.2	Ontzorgen van cliënt en verpleegkundige met (technologische) hulpmiddelen	47
5.	Conclusies en aanbevelingen	48
5.1	Het vinden van een aanbieder lukt, maar kan tegenvallen	48
5.2	Binnen enkele dagen na aanmelding ontvangen cliënten zorg	48
5.3	Druk op de wijkverpleging neemt naar verwachting verder toe	49
5.4	Betrokkenen zien oplossingsrichtingen	49
5.5	Aanbevelingen	50
A.	Onderzoeksverantwoording	52

Managementsamenvatting

Achtergrond en aanleiding

01 De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft als belangrijk speerpunt het toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars richting burgers. De burger heeft recht op passende, tijdige en kwalitatief goede zorg. Met betrekking tot het aspect tijdigheid heeft de NZa vijf projecten opgezet waarin de wachttijden worden gemonitord. De wachttijden in de wijkverpleging is één van de vijf onderwerpen.

02 Bij cliënten voor wie een zorgaanbieder is gevonden, kan het voorkomen dat de zorg niet direct geleverd kan worden. Vaak is enige tijd nodig om de zorg te plannen en te organiseren, wat leidt tot een wachttijd (in algemene zin). Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg: de Treeknorm. Hierin is afgesproken dat de maximaal aanvaardbare wachttijd voor thuiszorg zes weken is. De treeknorm is een streefnorm die weergeeft binnen welke tijd een cliënt recht op zorg zou moeten hebben. De Treeknorm is geen verplichting. Binnen de Treeknorm regelt het merendeel van de cliënten samen met de zorgaanbieder, zelf of met zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar, passende zorg.

03 Er is in de sector wijkverpleging geen sprake van verplichte wachttijdregistratie. Het is dus niet zomaar mogelijk om inzicht te krijgen in hoe lang burgers moeten wachten op wijkverpleging en of deze wachttijd binnen de norm valt. Dat betekent niet dat er geen enkele vorm van registratie en/of inzicht is. In het NZa-rapport 'Wachttijdprojecten: Hoe staan we ervoor?' is voor een vorm van wijkverpleging (casemanagement dementie) vastgesteld dat een deel (36 van de 62) dementienetwerken een wachtlijst hanteert en dat 15 van de 36 netwerken inzicht heeft in de wachttijden. Wel is het onvolledige inzicht in cijfers en achtergronden aanleiding voor de NZa om nader onderzoek uit te laten voeren.

04 Het is van belang om dit onderzoek zowel kwantitatief als kwalitatief te benaderen. Cijfers alleen geven namelijk geen inzicht in de oorzaken en gevolgen van de wachttijden en geen aanknopingspunten om hierin verbetering aan te brengen. Andere reden voor het belang van de kwalitatieve component van het onderzoek is dat het aspect tijdigheid niet op zichzelf staat. Het kan namelijk zo zijn dat er wel tijdig (binnen de gestelde norm) een vorm van wijkverpleging wordt geleverd, maar wellicht niet de meest passende en kwalitatief beste vorm (bijvoorbeeld in termen van deskundigheid of aantal uren).

05 De NZa wil inzicht in de wachttijden voor wijkverpleging algemeen en specifiek voor een aantal specialisaties en aanvullend een feitelijke duiding van de oorzaken en gevolgen van deze wachttijden. De NZa heeft aan Significant gevraagd dit onderzoek uit te voeren. Met deze rapportage doen wij verslag van de resultaten van het onderzoek.

Doelstelling van het onderzoek

06 Doelstelling van het onderzoek is om een feitelijke weergave te krijgen van eventuele problematiek met betrekking tot de wachttijden in de wijkverpleging¹ met inzicht op de volgende onderdelen:

- a. De wachttijden van de wijkverpleging algemeen en uitgesplitst naar specialisatie en regio;
- b. Het aantal mensen dat langer op wijkverpleging moet wachten dan zes weken;
- c. De redenen van de wachttijd;
- d. De gevolgen van de wachttijd.

07 We beantwoorden de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe lang moet men gemiddeld wachten op zorg (i.c. wijkverpleging)? En wat is daarin de spreiding?
2. Is er sprake van het probleem dat mensen meer dan zes weken moeten wachten op wijkverpleegkundige zorg?

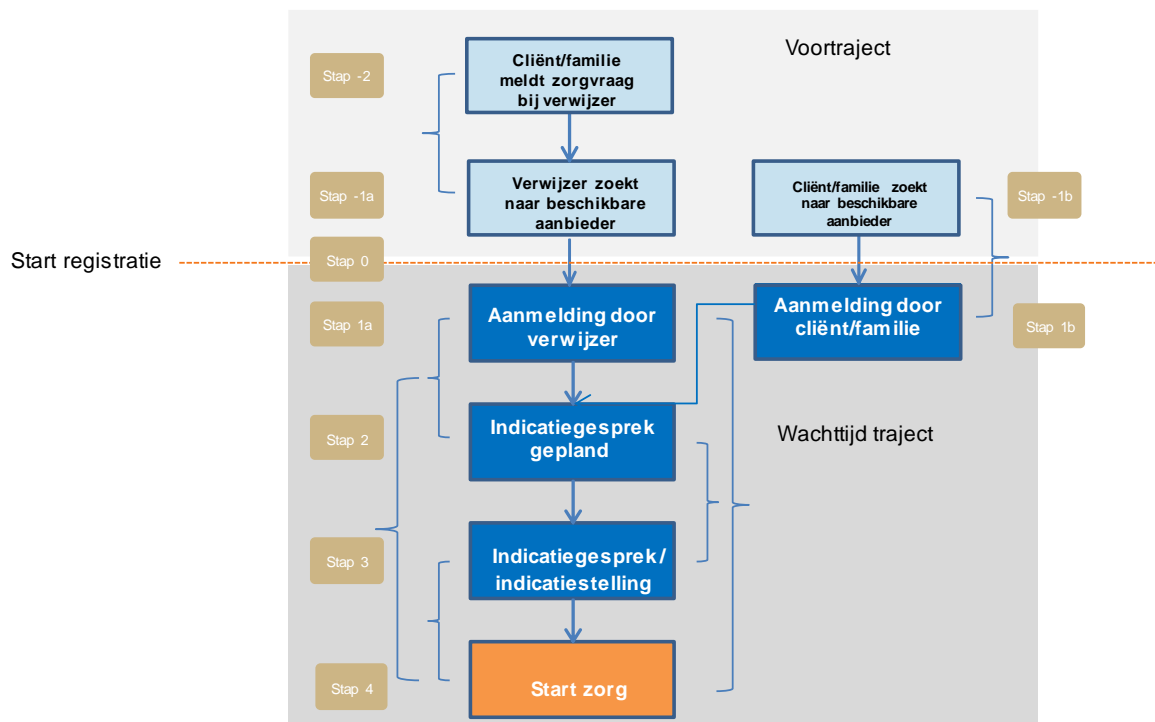
08 Voor zover sprake is van een probleem worden de volgende vragen onderzocht:

3. Wat is de omvang van het probleem? Hoe groot is het aantal mensen dat langer dan zes weken moet wachten op wijkverpleegkundige zorg?
4. Wat zijn de redenen voor/oorzaken van de wachttijd (met name de gevallen waarin de Treeknorm wordt overschreden)?
5. Wat zijn de gevolgen van de wachttijd voor de individuele cliënt en voor de zorg als geheel?
6. Is er een reden om op basis van de analyse te komen tot gedifferentieerde normen? Wat zijn daarvan de voor- en de nadelen?

Proces van zorgvraag tot wijkverpleging

09 Het proces van zorgvraag tot het ontvangen van zorg is op hoofdlijnen geschetst in figuur 1.

¹ In dit onderzoek gaat het om wijkverpleging in het algemeen. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen financiering uit de zorgverzekeringswet en de wet langdurige zorg.



Figuur 1. Proces van zorgvraag tot ontvangen van wijkverpleging op hoofdlijnen

10 We onderscheiden de volgende stappen, zoals hierboven weergegeven in het figuur:

Stap -2 Het moment waarop een zorgvraag (voor wijkverpleging) bekend wordt bij een verwijzende partij (bijvoorbeeld de huisarts) of de beoogde ontslagdatum van een cliënt met een zorgvraag voor wijkverpleging (bijvoorbeeld in het ziekenhuis).

Stap -1 Het moment waarop gestart wordt met het zoeken naar een beschikbare aanbieder. Dit kan zijn door:

- a. De verwijzer.
- b. De cliënt/familie.

Stap 0 Het moment waarop de registratie van wachttijd (bij aanbieders) start. De registratie start pas wanneer de aanbieder de cliënt in zorg kan nemen. Als dit niet het geval is, dan blijft de cliënt in het voortraject (boven de oranje stippellijn).

Stap 1 Het moment waarop de aanmelding bij een zorgaanbieder wordt gedaan, door:

- a. De verwijzer.
- b. De cliënt/familie.

Stap 2 Het moment waarop het indicatiegesprek ingepland wordt.

Stap 3 Het moment waarop het indicatiegesprek plaatsvindt.

Stap 4 Start van de zorg.

11 Een belangrijke kanttekening bij dit het proces zoals geschetst is dat het in praktijk niet volledig lineair verloopt in de stappen zoals benoemd. In de wijkverpleging is de zorg niet zelden op korte termijn nodig. Daarom komt het regelmatig voor dat de zorg die direct nodig is vast wordt gegeven en de formele indicatiestelling op een later moment plaatsvindt. De aanvankelijke zorgbehoefte hoeft ook niet één op één te corresponderen met de geleverde zorg. Ook kan de zorgvraag veranderen, waardoor het proces voor een deel nogmaals doorlopen wordt. Een eenduidige definitie van 'wachttijd' in het proces als geheel is hierdoor

niet mogelijk. Het onderzoek richt zich daarom op het in beeld brengen van de verschillende onderdelen van het proces.

Aanpak van het onderzoek op hoofdlijnen

12 Om de diversiteit aan onderzoeksvragen te beantwoorden hebben wij verschillende methoden ingezet die we hierbij kort benoemen. In bijlage A is een uitgebreide onderzoeksverantwoording opgenomen.

13 Met betrekking tot het onderzoek is het belangrijk dat van het voortraject (tot aanmelding bij de wijkverpleging) geen eenduidige registratie bestaat. Aanbieders van wijkverpleging hebben in hun registratie geen zicht op het voortraject. Verzekeraars hebben vanuit hun rol in de zorgbemiddeling zicht op een deel van de verwijzingen. Om in de breedte zicht te krijgen op het voortraject is het in dit onderzoek van belang verwijzers² zelf te betrekken in het onderzoek. Om het voortraject van de wijkverpleging in beeld te krijgen zijn interviews gehouden met verwijzers en wijkverpleegkundigen. Het gaat daarbij om:

- a. Transferverpleegkundigen;
- b. Zorgbemiddelingsbureaus;
- c. Huisartsen;
- d. ELV schakelpunten;
- e. Wijkverpleegkundigen.

14 Door middel van een vragenlijst voor aanbieders van wijkverpleging is een kwantitatieve uitvraag gedaan naar aanmeldingen, mogelijkheid om de gevraagde zorg te verlenen, verwijzers, aard van de zorg, en de doorlooptijden van aanmelding tot indicatiestelling en start van zorg. De vragenlijst concentreert zich op de situatie in mei 2018.

15 Voor de duiding van de verzamelde gegevens zijn interviews gehouden met aanbieders. Ten slotte zijn twee focusgroepen gehouden met verwijzers en wijkverpleegkundigen om de resultaten van het onderzoek te toetsen en oplossingsrichtingen en aanbevelingen te bespreken.

Het vinden van een aanbieder lukt, maar kan tegenvallen

16 Het vinden van een zorgaanbieder voor de wijkverpleging kan voor verwijzers, cliënten en mantelzorgers tegenvallen. Dit blijkt met name uit interviews met verwijzers, maar dit wordt ook door een deel van de aanbieders herkend. Verwijzers geven aan vaak meerdere aanbieders te moeten benaderen. Hierbij worden diverse oorzaken genoemd:

- a. Tekort aan gekwalificeerd personeel in de wijkverpleging. Daarnaast zijn ook de eisen voor personeel in de wijkverpleging strenger geworden;
- b. Toename van behoefte aan wijkverpleging doordat mensen langer thuis blijven wonen en de toenemende vergrijzing;

² In dit onderzoek bedoelen we met verwijzer niet de verwijzer in formele zin (zoals in de specialistische zorg het geval is), maar degene die de cliënt aanmeldt bij een aanbieder van wijkverpleging. Dit kan een andere zorgaanbieder zijn, maar ook een mantelzorger of de cliënt zelf.

- c. Versnippering van de wijkverpleging door de vele aanbieders in combinatie met gebrek aan coördinatie van het aanbod;
- d. De inzet van ongecontracteerde zorgaanbieders werkt complicerend;
- e. Administratieve taken drukken op de tijd die aan zorg besteed kan worden;
- f. Cliënten hebben voorkeuren die in praktijk niet altijd te realiseren zijn.

17 Uiteindelijk lukt het voorsnog wel om een aanbieder te vinden die de thuiszorg kan leveren. Cliënten merken daardoor nu nog relatief weinig van problemen. Het lijkt niet op grote schaal voor te komen dat cliënten langer in een ziekenhuis of andere vorm van intramuraal verblijf moeten blijven doordat niet tijdig wijkverpleging is gevonden. Wel komt het voor dat de zorg aan dezelfde cliënt verleend wordt door verschillende zorgaanbieders. De gevolgen leggen nu vooral hogere druk op het personeel. Daarnaast zien we dat zorgaanbieders op zoek gaan naar oplossingen, maar daarbij deels ook kiezen voor 'noodoplossingen' die de situatie niet structureel verbeteren.

18 Op dit moment zijn er onvoldoende gegevens voorhanden om goed onderbouwde kwantitatieve uitspraken te doen over de inspanning die verwijzers, mantelzorgers en cliënten plegen om een voor de cliënt geschikte aanbieder voor thuiszorg te vinden. Op basis van gegevens van vier grote verzekeraars lijkt wachttijdbemiddeling door verzekeraars wel regelmatig voor te komen. Op het totaal aan wijkverplegingscliënten gaat het om beperkte aantallen, wat ook een indicatie kan zijn dat deze bemiddeling vaker benut kan worden.

Binnen enkele dagen na aanmelding ontvangen cliënten zorg

19 Wanneer een zorgaanbieder is gevonden, wordt de zorg over het algemeen binnen enkele dagen verleend. Een beperkte wachttijd is niet per definitie problematisch, mits de continuïteit van zorg niet in gevaar is. De zorg start gemiddeld 2,6 dagen na aanmelding en 37% van de cliënten ontvangt op de dag van aanmelding al wijkverpleging. In 7% van de gevallen duurt het een week of langer en slechts in 1% van de gevallen wordt de Treeknorm van zes weken niet gehaald. Deze bevindingen geven geen aanleiding tot herziening of differentiatie van bestaande normen.

Druk op de wijkverpleging neemt naar verwachting verder toe

20 De dringend noodzakelijke zorg wordt in praktisch alle gevallen binnen enkele dagen geleverd. Hiermee is echter niet vastgesteld dat dit ook altijd de juiste doelmatige zorg is op de juiste plek. Zonder uitzondering geven de respondenten in dit onderzoek aan dat de toegankelijkheid van de wijkverpleging onder druk staat en dat er zorgen zijn om de toegankelijkheid nu en in de toekomst te waarborgen. Het probleem is niet zichtbaar in de wachttijden, maar laat zich wel zien in de signalen over het tekort aan aantal wijkverpleegkundigen, maar bijvoorbeeld ook in de uren die wijkverpleegkundigen werken buiten hun contracturen om. Er wordt dus een steeds groter beroep gedaan op de huidige capaciteit en die 'rek' is er op een gegeven moment uit. Het beeld dat we ophalen is dat de druk op de toegankelijkheid de afgelopen twee à drie jaar toeneemt en in veel regio's zijn voorlopige hoogtepunt heeft gekend in de zomerperiode van 2018. Ondanks de druk op de toegankelijkheid van de zorg, lukt het op dit moment over het algemeen nog wel om de zorg te leveren.

21 Achterliggend aan de druk op de toegankelijkheid van de wijkverpleging zijn er belangrijke lange termijn ontwikkelingen. Enerzijds neemt de behoefte aan wijkverpleging toe door vergrijzing, langer thuis wonen en afbouw van capaciteit in verzorgingshuizen.. Anderzijds is er toenemende krapte op de arbeidsmarkt waardoor het vinden van gekwalificeerde wijkverpleegkundigen steeds moeilijker is. Daarnaast is er een beweging dat de zorg zich verplaatst van het ziekenhuis naar huis (ziekenhuisverplaatste zorg). Op dit moment lukt het in de praktijk nog om met zoeken en puzzelen de zorg binnen een afzienbare tijd te leveren. Dit wil echter niet zeggen dat dit ook in de toekomst mogelijk blijft. De verwachting is dat deze ontwikkelingen zich doorzetten, daarmee ontstaat er in de toekomst meer spanning tussen vraag en aanbod in de wijkverpleging. De vervolgvraag is hoe de behoefte aan wijkverpleging in de toekomst ingevuld kan worden en welke maatregelen daarvoor nodig zijn. Tijdens dit onderzoek zijn initiatieven en oplossingsrichtingen voorbij gekomen, waarvan we de belangrijkste in de volgende paragraaf benoemen.

Betrokkenen zien oplossingsrichtingen

22 Uit het onderzoek komen verschillende oplossingsrichtingen naar voren om nu en in de toekomst aan de toenemende vraag aan wijkverpleging te kunnen voldoen:

- a. Een aantal oplossingsrichtingen heeft betrekking op meer overkoepelende vragen en de lange termijn:
 - i. Beter benutten van alle nog beschikbare capaciteit, waaronder gepaste inzet van ongecontracteerde aanbieders;
 - ii. Arbeidsmarkt verbeteren door het aantrekkelijker maken van het werk;
 - iii. Duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden in het proces van verwijzing naar een aanbieder;
 - iv. Gebruik van verwijzing ondersteunende systemen waarin beschikbare capaciteit inzichtelijk is.
- b. Daarnaast worden praktische oplossingen gesignaleerd op operationeel niveau:
 - i. Verwachtingen van cliënten managen;
 - ii. Ontzorgen van cliënt en verpleegkundigen door inzet van (technologische) hulpmiddelen.

23 Vanuit de branche wordt opgemerkt dat de genoemde oplossingsrichtingen vanuit de rol van aanbieders van wijkverpleging dit grote vraagstuk niet volledig beantwoorden. Het gaat om een breed maatschappelijk vraagstuk waar verschillende partijen (zoals aanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, cliënten) alle hun eigen rollen en verantwoordelijkheden hebben. Daarnaast speelt samenhang met de ontwikkelingen binnen het sociaal domein, evenals de schotten tussen de WMO, WLZ en de ZVW.

Aanbevelingen

24 Op basis van de onderzoeksresultaten zien wij de volgende aanbevelingen:

- a. Vereenvoudig het proces van het vinden van een aanbieder van wijkverpleging. Beleg de verantwoordelijkheid voor de bemiddelingsfunctie. Creëer regionaal een centraal aanspreekpunt dat verantwoordelijk is voor de planning van wijkverpleegkundige zorg. Zorg hierbij voor overzicht in de

actuele capaciteit en zorgaanbod voor wijkverpleging bij verschillende aanbieders.³ Hierbij zijn wel aandachtspunten gesignaleerd:

- i. Vanuit de branche wordt opgemerkt dat de regionale aanspreekpunten in de praktijk nog heel wat uitdagingen met zich mee kunnen brengen, ook gelet op de marktwerking en de ruimte bij aanbieders. Het kan per dag, per moment en voor de aard van de zorgvraag wisselen of er ruimte is om een cliënt in zorg te nemen. Deze aanspreekpunten zijn van toegevoegde waarde als zij daadwerkelijk bijdragen aan het sneller vinden van een passende aanbieder.
- ii. Vanuit de Patiëntenfederatie wordt opgemerkt dat de bemiddelingsfunctie er niet toe mag leiden dat patiënten geen regie hebben bij het zoeken van de zorgaanbieder. De Patiëntenfederatie is daarom voorstander van betere openbaar toegankelijke etalage informatie over het zorgaanbod voor verwijzers, cliënten en mantelzorgers;
- b. Overweeg hoe alle beschikbare capaciteit, waaronder die bij ongecontracteerde aanbieders, adequaat en op kwalitatief passend niveau ingezet kan worden. Hierbij is correcte contractering van belang via onderaanneming of een gericht en flexibel contracteringsbeleid.⁴ De nog ongecontracteerde aanbieders kunnen mogelijk de nodige flexibiliteit bieden in het systeem. Daarbij is vereist dat zij aan de wettelijke eisen en standaardnormen van de beroepsgroep en verzekeraars voldoen en doelmatig werken. Daarnaast vergt onderaanneming dat aanbieders met elkaar willen samenwerken en dat dit binnen de regels van de mededingen ook mag;
- c. Stimuleer en deel praktische oplossingen en innovatie in de zorg en organisatie daarvan. Inventariseer eventuele belemmeringen in beleid en regelgeving en overweeg of aanpassing mogelijk is;
- d. Het huidige onderzoek biedt wel inzicht in de aard van de problematiek van het zoeken van een aanbieder van wijkverpleging, maar over de omvang ervan is onvoldoende informatie. Om de effectiviteit en voortgang van verbeteringen vast te stellen is het zinvol de omvang te kwantificeren, zodat monitoring mogelijk is. Een uitvraag bij verwijzers naar het aantal zorgaanbieders dat zij per cliënt moeten benaderen kan hierin meer inzicht bieden;
- e. Anticipeer op de gevolgen van lange termijn ontwikkelingen in vraag en aanbod van wijkverpleging. Waar en wanneer is onbalans in vraag en aanbod te verwachten en welke oplossingen zijn daarvoor mogelijk? Een demografische analyse kan het daarvoor benodigde inzicht bieden in de omvang van de verwachte toename aan wijkverpleging. Inventariseer in welke mate verschillende oplossingsrichtingen in staat zijn om de toenemende vraag te beantwoorden.

²⁵ Op het terrein van de wijkverpleging lopen reeds veel initiatieven, waarbij de aanbevelingen die uit dit onderzoek naar voren komen deels ook al benoemd en belegd zijn. Het gaat hierbij onder andere om Zorg op de Juiste Plek, Kwaliteitskader wijkverpleging, arbeidsmarktagenda, hoofdlijnenakkoord wijkverpleging, het programma 'Langer Thuis', het bestuurlijk overleg en de landelijke werkgroep wijkverpleging.

³ Er wordt gewerkt aan regionaal inzicht in de beschikbare zorgcapaciteit in brede zin. Er zijn reeds regionale coördinatiepunten voor tijdelijk verblijf en verzekeraars hebben zich gecommitteerd aan het op korte termijn verbreden daarvan voor meer vormen van zorg. Inzicht in de beschikbare capaciteit voor wijkverpleging zou hier in kunnen passen.

⁴ Het belang van contractering is door de minister benadrukt in zijn brief aan de Tweede Kamer van 9 november 2018 (Kenmerk 1372281-183975-Z), evenals in het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019 t/m 2022 (6 juni 2018).

1. Achtergrond en aanleiding

26 De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft als belangrijk speerpunt het toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars richting burgers. De burger heeft recht op passende, tijdige en kwalitatief goede zorg. Met betrekking tot het aspect tijdigheid heeft de NZa vijf projecten opgezet waarin de wachttijden worden gemonitord. De wachttijden in de wijkverpleging is één van de vijf onderwerpen.

27 Bij cliënten voor wie een zorgaanbieder is gevonden, kan het voorkomen dat de zorg niet direct geleverd kan worden. Vaak is enige tijd nodig om de zorg te plannen en te organiseren, wat leidt tot een wachttijd (in algemene zin). Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg: de Treeknorm. Hierin is afgesproken dat de maximaal aanvaardbare wachttijd voor thuiszorg zes weken is. De treeknorm is een streefnorm die weergeeft binnen welke tijd een cliënt recht op zorg zou moeten hebben. De Treeknorm is geen verplichting. Binnen de Treeknorm regelt het merendeel van de cliënten samen met de zorgaanbieder, zelf of met zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar, passende zorg.

28 Er is in de sector wijkverpleging geen sprake van verplichte wachttijdregistratie. Het is dus niet zomaar mogelijk om inzicht te krijgen in hoe lang burgers moeten wachten op wijkverpleging en of deze wachttijd binnen de norm valt. Dat betekent niet dat er geen enkele vorm van registratie en/of inzicht is. In het NZa-rapport 'Wachttijdprojecten: Hoe staan we ervoor?' is voor een vorm van wijkverpleging (casemanagement dementie) vastgesteld dat een deel (36 van de 62) dementienetwerken een wachtlijst hanteert en dat 15 van de 36 netwerken inzicht heeft in de wachttijden. Wel is het onvolledige inzicht in cijfers en achtergronden aanleiding voor de NZa om nader onderzoek uit te laten voeren.

29 Het is van belang om dit onderzoek zowel kwantitatief als kwalitatief te benaderen. Cijfers alleen geven namelijk geen inzicht in de oorzaken en gevolgen van de wachttijden en geen aanknopingspunten om hierin verbetering aan te brengen. Andere reden voor het belang van de kwalitatieve component van het onderzoek is dat het aspect tijdigheid niet op zichzelf staat. Het kan namelijk zo zijn dat er wel tijdig (binnen de gestelde norm) een vorm van wijkverpleging wordt geleverd, maar wellicht niet de meest passende en kwalitatief beste vorm (bijvoorbeeld in termen van deskundigheid of aantal uren).

30 De NZa wil inzicht in de wachttijden voor wijkverpleging algemeen en specifiek voor een aantal specialisaties en aanvullend een feitelijke duiding van de oorzaken en gevolgen van deze wachttijden. De NZa heeft aan Significant gevraagd dit onderzoek uit te voeren. Met deze rapportage doen wij verslag van de resultaten van het onderzoek.

1.1 Doelstelling van het onderzoek

31 Doelstelling van het onderzoek is om een feitelijke weergave te krijgen van eventuele problematiek met betrekking tot de wachttijden in de wijkverpleging⁵ met inzicht op de volgende onderdelen:

- a. De wachttijden van de wijkverpleging algemeen en uitgesplitst naar specialisatie en regio;
- b. Het aantal mensen dat langer op wijkverpleging moet wachten dan zes weken;
- c. De redenen van de wachttijd;
- d. De gevolgen van de wachttijd.

32 We beantwoorden de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe lang moet men gemiddeld wachten op zorg (i.c. wijkverpleging)? En wat is daarin de spreiding?
2. Is er sprake van het probleem dat mensen meer dan zes weken moeten wachten op wijkverpleegkundige zorg?

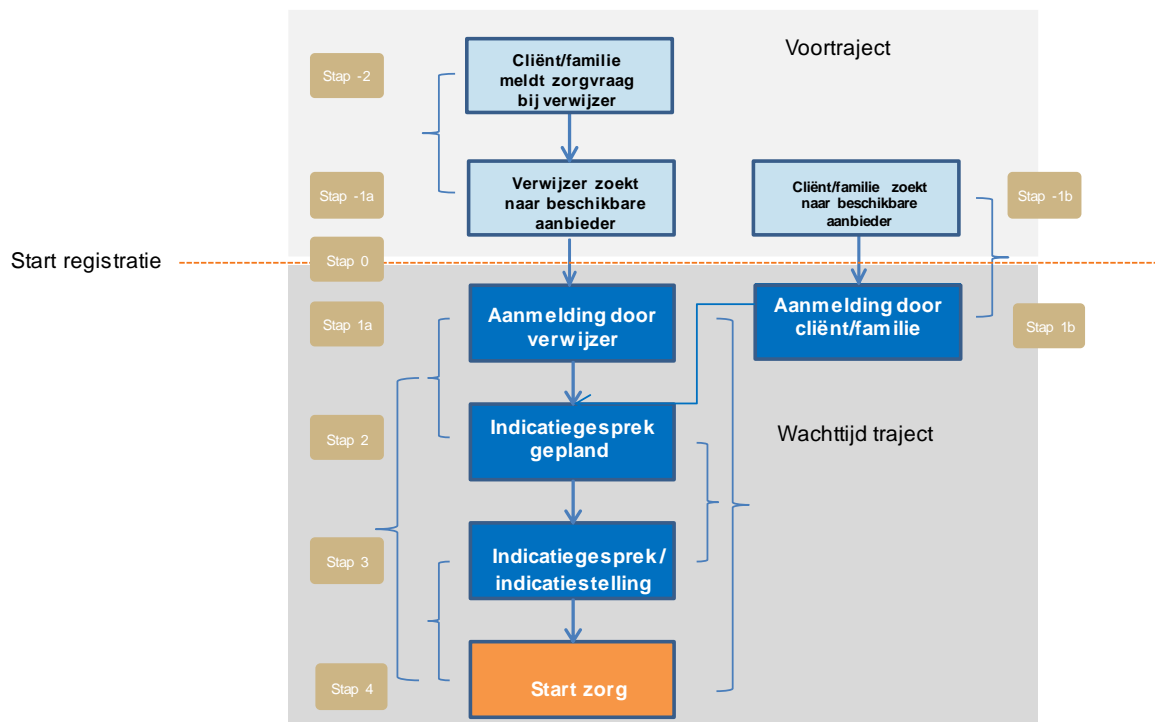
33 Voor zover sprake is van een probleem worden de volgende vragen onderzocht:

3. Wat is de omvang van het probleem? Hoe groot is het aantal mensen dat langer dan zes weken moet wachten op wijkverpleegkundige zorg?
4. Wat zijn de redenen voor/oorzaken van de wachttijd (met name de gevallen waarin de Treeknorm wordt overschreden)?
5. Wat zijn de gevolgen van de wachttijd voor de individuele cliënt en voor de zorg als geheel?
6. Is er een reden om op basis van de analyse te komen tot gedifferentieerde normen? Wat zijn daarvan de voor- en de nadelen?

1.2 Proces van zorgvraag tot wijkverpleging

34 Het proces van zorgvraag tot het ontvangen van zorg is op hoofdlijnen geschetst in figuur 1.

⁵ In dit onderzoek gaat het om wijkverpleging in het algemeen. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen financiering uit de zorgverzekeringswet en de wet langdurige zorg.



Figuur 2. Proces van zorgvraag tot ontvangen van wijkverpleging op hoofdlijnen

35 We onderscheiden de volgende stappen, zoals hierboven weergegeven in het figuur:

Stap -2 Het moment waarop een zorgvraag (voor wijkverpleging) bekend wordt bij een verwijzende partij (bijvoorbeeld de huisarts) of de beoogde ontslagdatum van een cliënt met een zorgvraag voor wijkverpleging (bijvoorbeeld in het ziekenhuis).

Stap -1 Het moment waarop gestart wordt met het zoeken naar een beschikbare aanbieder. Dit kan zijn door:

- a. De verwijzer.
- b. De cliënt/familie.

Stap 0 Het moment waarop de registratie van wachttijd (bij aanbieders) start. De registratie start pas wanneer de aanbieder de cliënt in zorg kan nemen. Als dit niet het geval is, dan blijft de cliënt in het voortraject (boven de oranje stippellijn).

Stap 1 Het moment waarop de aanmelding bij een zorgaanbieder wordt gedaan, door:

- a. De verwijzer.
- b. De cliënt/familie.

Stap 2 Het moment waarop het indicatiegesprek ingepland wordt.

Stap 3 Het moment waarop het indicatiegesprek plaatsvindt.

Stap 4 Start van de zorg.

36 Een belangrijke kanttekening bij dit het proces zoals geschetst is dat het in praktijk niet volledig lineair verloopt in de stappen zoals benoemd. In de wijkverpleging is de zorg niet zelden op korte termijn nodig. Daarom komt het regelmatig voor dat de zorg die direct nodig is vast wordt gegeven en de formele indicatiestelling op een later moment plaatsvindt. De aanvankelijke zorgbehoefte hoeft ook niet één op één te corresponderen met de geleverde zorg. Ook kan de zorgvraag veranderen, waardoor het proces voor een deel nogmaals doorlopen wordt. Een eenduidige definitie van 'wachttijd' in het proces als geheel is hierdoor

niet mogelijk. Het onderzoek richt zich daarom op het in beeld brengen van de verschillende onderdelen van het proces.

1.3 Aanpak van het onderzoek op hoofdlijnen

37 Om de diversiteit aan onderzoeksvragen te beantwoorden hebben wij verschillende methoden ingezet die we hierbij kort benoemen. In bijlage A is een uitgebreide onderzoeksverantwoording opgenomen.

38 Met betrekking tot het onderzoek is het belangrijk dat van het voortraject (tot aanmelding bij de wijkverpleging) geen eenduidige registratie bestaat. Aanbieders van wijkverpleging hebben in hun registratie geen zicht op het voortraject. Verzekeraars hebben vanuit hun rol in de zorgbemiddeling zicht op een deel van de verwijzingen. Om in de breedte zicht te krijgen op het voortraject is het in dit onderzoek van belang verwijzers⁶ zelf te betrekken in het onderzoek. Om het voortraject van de wijkverpleging in beeld te krijgen zijn interviews gehouden met verwijzers en wijkverpleegkundigen. Het gaat daarbij om:

- a. Transferverpleegkundigen;
- b. Zorgbemiddelingsbureaus;
- c. Huisartsen;
- d. ELV schakelpunten;
- e. Wijkverpleegkundigen.

39 Door middel van een vragenlijst voor aanbieders van wijkverpleging is een kwantitatieve uitvraag gedaan naar aanmeldingen, mogelijkheid om de gevraagde zorg te verlenen, verwijzers, aard van de zorg, en de doorlooptijden van aanmelding tot indicatiestelling en start van zorg. De vragenlijst concentreert zich op de situatie in mei 2018.

40 Voor de duiding van de verzamelde gegevens zijn interviews gehouden met aanbieders. Ten slotte zijn twee focusgroepen gehouden met verwijzers en wijkverpleegkundigen om de resultaten van het onderzoek te toetsen en oplossingsrichtingen en aanbevelingen te bespreken.

1.4 Reikwijdte van het onderzoek

41 Het onderzoek gaat om de meest gebruikelijke vormen van de wijkverpleging en richt zich op de informatie die daarover beschikbaar is (kwalitatief en kwantitatief). Het onderzoek is niet beoogd om een nieuwe registratie op te zetten van wachttijden. Intensieve kindzorg is zeer specialistisch en valt buiten de scope van het onderzoek. Casemanagement dementie is qua aard van de zorg ook afwijkend en daarnaar is

⁶ In dit onderzoek bedoelen we met verwijzer niet de verwijzer in formele zin (zoals in de specialistische zorg het geval is), maar degene die de cliënt aanmeldt bij een aanbieder van wijkverpleging. Dit kan een andere zorgaanbieder zijn, maar ook een mantelzorger of de cliënt zelf.

een afzonderlijk onderzoek uitgevoerd.⁷ Daarom valt casemanagement dementie eveneens buiten de scope van dit onderzoek.

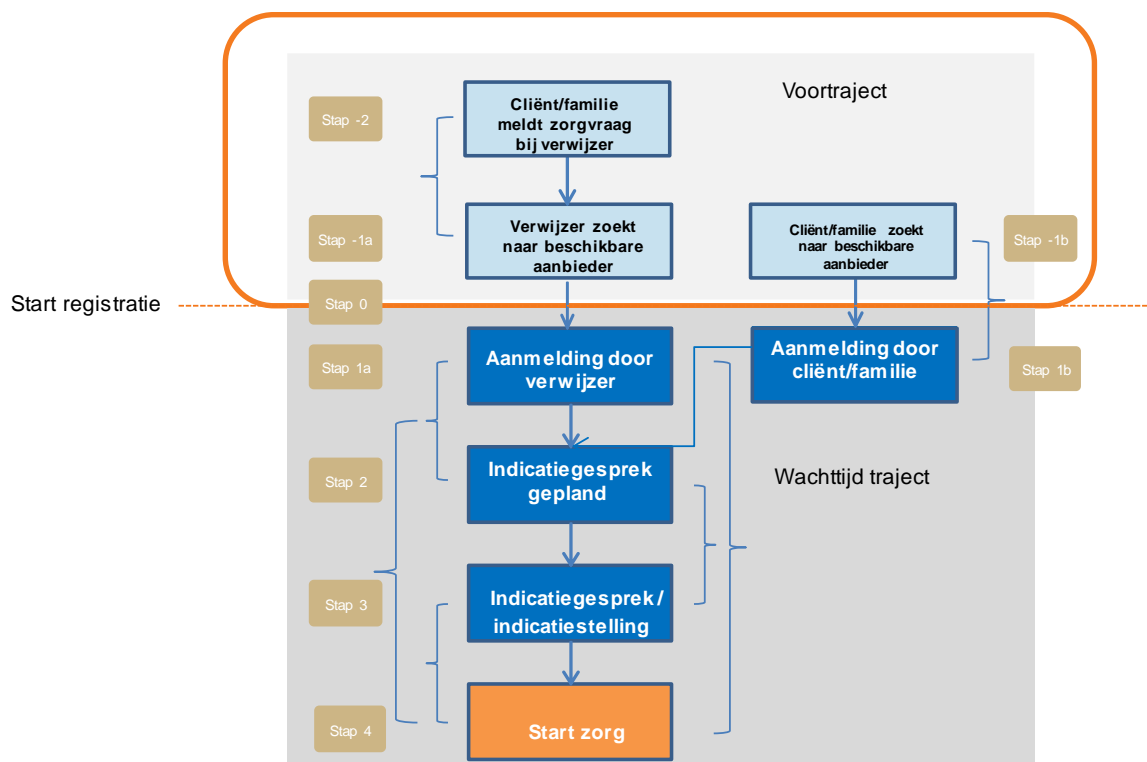
1.5 Leeswijzer

42 Deze rapportage is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 gaat in op het voortraject waarbij een aanbieder gezocht wordt bij een zorgvraag. Hoofdstuk 3 richt zich op de fases van aanmelding tot het verlenen van zorg. Hoofdstuk 4 gaat in op de oplossingsrichtingen die in het onderzoek naar voren zijn gekomen. Hoofdstuk 5 ten slotte bevat de conclusies en aanbevelingen.

⁷ L. Homan, P. Jansen, E. Lubbes en E. Rijken (2018). Onderzoek naar het huidige gebruik, wachttijden en wachtlijsten Casemanagement Dementie 2018. Enschede: Bureau HHM.

2. Van zorgvraag naar een aanbieder

43 Tijdens het vooronderzoek en de eerste bijeenkomst met de begeleidingscommissie is aangegeven dat een uitvraag bij aanbieders van wijkverpleging een beperkt deel van de wachttijd inzichtelijk maakt. De belangrijkste reden is dat gegevens van een cliënt pas geregistreerd worden vanaf aanmelding. Gegevens over het voortraject zijn daarentegen niet of slechts beperkt beschikbaar. De wachttijd die optreedt in het traject voordat zorgaanbieder besluit een cliënt in zorg te nemen blijft verborgen, omdat zorgaanbieders niet registreren wat in het voortraject gebeurt. Vanuit het vooronderzoek en de begeleidingscommissie is aangegeven dat de daadwerkelijke problematiek zich vooral in het voortraject afspeelt (zie oranje kader in onderstaande figuur).



Figuur 3. Schematische weergave van het proces met focus op het voortraject

44 Om zicht te verkrijgen in mogelijke problematiek in het voortraject hebben we besloten een aantal interviews te houden om de wachttijden in het voortraject te kunnen duiden. Interviews zijn gehouden met verwijzers, aanbieders van wijkverpleging en zorgverzekeraars. Voor de toetsing en duiding van de resultaten zijn twee focusgroepen gehouden (zie bijlage A voor de onderzoeksverantwoording).

45 De interviews hebben ons veel informatie opgeleverd over de toegankelijkheid van het voortraject van de wijkverpleging. We bespreken de volgende uitkomsten:

- a. Omvang van het probleem;
- b. Oorzaken van toegankelijkheidsproblematiek;
- c. De gevolgen voor de cliënten;
- d. Gevolgen voor zorgaanbieders en wijkverpleegkundigen.

De resultaten uit de interviews met verwijzers overlappen grotendeels met de resultaten uit de interviews met aanbieders. Zoals gezegd zijn de resultaten uit beide onderdelen van het onderzoek weergegeven. Wanneer de resultaten voor het aanbiedersperspectief wezenlijk verschillen, dan benoemen we dit.

2.1 Omvang van het probleem

46 De omvang van het probleem van de zoektocht naar een aanbieder is lastig te duiden, omdat zorgaanbieders geen registratie bijhouden van de cliënten die zij geen zorg kunnen bieden. Uit de interviews hebben we een beeld gekregen vanuit het perspectief van de geïnterviewde verwijzers en aanbieders. Daarnaast hebben we interviews gehouden met de klantenafdelingen van de vier grootste zorgverzekeraars.

2.1.1 Verwijzers

47 Bijna alle geïnterviewden herkenden het probleem om geschikte wijkverpleging voor een cliënt te vinden direct. Voor enkele aanbieders geldt dat zij, in tegenstelling tot hun collega-aanbieders, wel alle zorgvragen kunnen accepteren. Op een paar geïnterviewden na gaven respondenten ook aan in de praktijk van elke dag met deze problematiek te maken te hebben. Als een cliënt een vorm van zorg nodig heeft, wordt door de verwijzer eerst onderzocht of de desbetreffende cliënt al zorg ontvangt van een zorgaanbieder. Bij deze zorgaanbieder wordt nagegaan of de zorg uitgebreid kan worden. Bijna altijd blijkt dit toch te lukken, zij het soms met veel inspanning bij zorgaanbieders. Voor nieuwe cliënten wordt vaak gevraagd of zij een voorkeurszorgaanbieder hebben. Met deze zorgaanbieder wordt dan als eerste contact opgenomen.

48 Verwijzers geven aan dat het benaderen van zes tot acht verschillende zorgaanbieders het afgelopen jaar eerder regel dan uitzondering is, maar registreren het aantal malen doorgaans niet. De praktijk wordt enigszins genuanceerd door een verwijzer die het gemiddeld aantal zorgaanbieders dat men moet bellen voor wijkverpleging als enige van de respondenten heeft bijgehouden. Uit deze cijfers blijkt dat dit gemiddeld twee zorgaanbieders zijn. Onduidelijk is in hoeverre deze cijfers representatief zijn voor alle verwijzers: enerzijds komt uit de interviews unaniem het beeld dat zeer vaak gebeld moet worden, maar anderzijds kan het zijn dat de ervaring van veel en vaak bellen wellicht nadrukkelijker aanwezig is in het geheugen van de respondenten en het kwalitatieve beeld kleurt⁸. Hoewel de respondenten aangeven dat het regelen van wijkverpleging voor cliënten in vrijwel alle regio's problematisch is, is de inschatting dat de problemen in de grote steden en in het westen en zuiden van het land het grootst zijn.

49 Hoe lang het probleem speelt, verschilt van respondent tot respondent, maar de meeste respondenten geven aan dat het probleem sinds een jaar of twee, drie speelt. Afgelopen jaar, en dan vooral in de zomer, heeft het probleem volgens de geïnterviewden zijn voorlopige hoogtepunt bereikt. De verwachting is dat het probleem de komende jaren niet afneemt, dit als gevolg van een verdere vergrijzing en toenemende krapte op de arbeidsmarkt. De huidige toenemende problematiek zou in combinatie met een blijvend krappe arbeidsmarkt en vergrijzing een negatieve voorbode kunnen zijn voor de toekomst.

⁸ In dit onderzoek hebben we ons gericht op het aantal zorgaanbieders dat verwijzers gebeld hebben. We hebben daarbij niet gevraagd naar de duur of het moment van de gesprekken.

50 Een gedeeltelijke kwantificering van het aantal malen dat verschillende zorgaanbieders benaderd moeten worden zou vanuit de systemen⁹ die transferverpleegkundigen gebruiken om cliënten aan te bieden bij zorgaanbieders gehaald kunnen worden. Transferverpleegkundigen geven aan dat vanuit dit soort systemen deze informatie ontsloten kan worden. Door deze gegevens op te vragen van alle gebruikers zou een betrouwbaarder beeld verkregen kunnen worden. Feit blijft wel dat niet alle verwijzers van cliënten die wijkverpleging hebben in deze systemen voorkomen en de groep dus niet representatief is voor het geheel van de wijkverpleging.

2.1.2 Aanbieders

51 Voor zorgaanbieders geldt dat de omvang van de problematiek voornamelijk samenhangt met het werkgebied van de aanbieder. De regio kan zowel van positieve invloed zijn op de ervaren problematiek, als negatief. Zo is er een aanbieder die te maken heeft met weinig concurrentie binnen een uitgestrekt landelijk gebied en minder last heeft van een te grote zorgvraag. Deze aanbieder kan door een groot en stabiel personeelsbestand flexibel zijn in het aannemen van cliënten en heeft ook voldoende capaciteit om met (creatieve) oplossingen te komen. Andere aanbieders, in gebieden met een meer versnipperd aanbod, een hoge zorgvraag en een krappe arbeidsmarkt ervaren in de regel een grotere omvang van het probleem. Daarop bestaan wel positieve uitzonderingen, waarvan we in onderstaand kader een voorbeeld van hebben opgenomen.

Voorbeeld: Aanbieders die cliënten altijd in zorg nemen, ook in een uitdagende context.

Het valt op dat een tweetal (grotere) aanbieders die wij gesproken hebben, alle aanmeldende cliënten in zorg neemt. Beide aanbieders hebben een werkgebied waar de vraag groot is en het aanbod wijkverpleging beperkt. Deze aanbieders hebben met elkaar gemeen dat zij werken vanuit het uitgangspunt dat zij iedere aanmelding accepteren. Dit vraagt, zeker in drukkere periodes zoals de zomer, om de nodige organisatorische inspanning. Het kenmerkt deze twee organisaties dat zij inzetten op aantrekkelijk werkgeverschap, waarbij duidelijke perspectieven worden geboden aan medewerkers. Dit vertaalt zich in aantrekkelijke (betaalde) opleidingstrajecten en doorgroeimogelijkheden. Deze organisaties kiezen er dus niet voor, in tegenstelling tot andere aanbieders, om meer loon te bieden. Daarnaast zijn beide organisaties bezig met verschillende innovaties om de wijkverpleging slimmer te organiseren. Denk hierbij aan: het trainen van gesprekstechnieken aan wijkverpleegkundigen om het gesprek over minder of andere uren zorg aan te gaan, het ontzorgen van medewerkers middels technologie, het verminderen van het aantal minuten per handeling en ten slotte heeft één aanbieder een eigen uitzendbureau om 'piek en ziek' momenten zelf op te kunnen vangen.

52 Aanbieders hebben vaak minder goed zicht op het traject waarin verwijzers naar een plek zoeken. Zo weten ze slechts in beperkte mate hoeveel aanbieders gebeld zijn voordat ze zelf gebeld worden. Daarnaast volgt niet iedere aanbieder het traject na het afwijzen van een zorgvraag. Aanbieders gaan verschillend om

⁹ Een systeem is POINT. POINT staat voor Punt voor Overdracht, Informatie, Naslag en Transfers.

met situaties waarin de vraag en de zorg die zij kunnen leveren niet volledig matcht. In nijpende situaties zoeken zij naar een manier om de zorg op te starten, bijvoorbeeld met behulp van mantelzorgers of met minder uren of andere tijdstippen. Daarnaast kiezen sommige aanbieders ervoor om de zorg alleen te starten wanneer aan de volledige zorgvraag voldaan kan worden. Bestaande cliënten hebben zonder uitzondering altijd de voorkeur boven nieuwe cliënten, ook als zij tijdelijk uit zorg zijn geweest. Aanbieders geven aan dat de zorgvraag van bestaande cliënten vaak groeit en gemiddeld gezien ook zwaarder is dan een aantal jaar geleden. Dit zorgt ervoor dat er meer uren per cliënt worden besteed en er minder ruimte is voor nieuwe cliënten. Ten slotte zegt een deel van de aanbieders het idee te hebben dat er regionaal stagnatie plaatsvindt: cliënten stromen niet meer door. Enerzijds stagneert soms de doorstroom van ziekenhuis naar huis, anderzijds veroorzaakt het wegvallen van verzorgingshuizen een hogere vraag.

2.1.3 Zorgverzekeraars

53 Voor het beeld vanuit de zorgverzekeraars hebben we contact opgenomen met Zilveren Kruis, Menzis, VGZ en CZ, de vier grootste zorgverzekeraars van Nederland. Door middel van interviews¹⁰ hebben we onderzocht in hoeverre zorgverzekeraars zicht hebben op de problematiek in de wijkverpleging. De verzekeraars hebben de gegevens op geaggregeerd niveau aangeleverd om een schatting te kunnen maken van het gebruik van de zorgbemiddeling¹¹. In de onderstaande tabel hebben we deze informatie samengevat. Alhoewel omvang en periode per verzekeraar verschillen, laat de tabel zien dat bij alle vier de verzekeraars er de nodige dossiers zijn over wijkverpleging met betrekking tot bemiddeling of klachten. Daarmee lijkt het meer dan incidenteel voor te komen dat de verzekeraar wordt ingezet voor bemiddeling.

54 Als we de aantallen dossiers extrapoleren en afronden op tientallen op basis van de periode naar een heel jaar komen we uit op 3.400 dossiers. Afgezet tegen een jaarlijks aantal van ongeveer 550.000 cliënten (in 2017) die wijkverpleging krijgen¹², gaat het echter om een relatief beperkt deel van de cliënten wijkverpleging waarvan bij de verzekeraars een dossier gevormd is. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de problematiek zich vooral voordoet bij cliënten die nog geen wijkverpleging hebben en niet bij bestaande cliënten. Daarnaast hebben deze verzekeraars niet een 100% marktaandeel, maar circa 86,5% in 2017¹³. Ook komt vanuit de verzekeraars naar voren dat cliënten wellicht nog meer gebruik zouden kunnen maken van de zorgbemiddeling dan nu het geval is.

¹⁰ Twee van deze interviews waren face to face, de twee andere zijn telefonisch afgenomen.

¹¹ Zorgbemiddeling wordt in beperkte mate gebruikt bij het zoeken naar wijkverpleging.

¹² Zie: <https://www.vektis.nl/nieuws/grote-regionale-verschillen-bij-wijkverpleging>.

¹³ <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2019/grootste-zorgverzekeraars-verliezen-marktaandeel>.

Verzekeraars	Periode	Aantal dossiers in de periode	Aantal dossiers per jaar (geëxtrapoleerd)
Verzekeraar 1	Januari tot en met begin juli 2018	108	210
Verzekeraar 2	Januari tot en met medio oktober 2018	370	470
Verzekeraar 3	Januari tot en met medio oktober 2018	1.300	1.640
Verzekeraar 4	Januari tot en met begin november	914	1.080
Totaal			3.400

Tabel 1. Aantal dossiers, bemiddelingen en of klachten over de wijkverpleging bij verzekeraars

55 De verzekeraars verschillen in het aantal bemiddelingen dat zij hebben uitgevoerd. De getallen zijn echter niet volledig vergelijkbaar, daarvoor zou ook een goede identieke definitie nodig zijn. De klachten kunnen in meerdere categorieën voorkomen zoals wachttijdreductie, zorg na een ziekenhuisopname, et cetera¹⁴. Hierdoor kunnen er verschillen optreden in de bemiddelingen die de ene verzekeraars wel meetelt en de andere niet.

56 Verzekeraars herkennen de problematiek om wijkverpleging te krijgen, vooral het afgelopen jaar hebben zij gemerkt dat het steeds lastiger wordt om een zorgaanbieder te vinden. Volgens de verzekeraars is het tekort aan personeel vaak het meest problematisch. Een van de verzekeraars merkt hier wel bij op dat het in dit verband wel bijzonder is dat er steeds nieuwe zorgaanbieders bij komen. Een andere verzekeraar denkt dat wanneer op het macroniveau van heel Nederland gekeken wordt er wijkverpleging voldoende beschikbaar is, maar dat juist regionale verschillen zorgen voor de problemen. Dit hoeven niet noodzakelijkerwijs dezelfde regio's te zijn. Deze verzekeraar heeft voorbeelden van regio's die bij hen eerst problematisch waren, maar dat nu niet meer zijn en vice versa.

57 Als er helemaal geen (gecontracteerde) wijkverpleging gevonden kan worden, maken sommige verzekeraars gebruik van ongecontracteerde zorgaanbieders. Dit is wel een laatste redmiddel, want bij ongecontracteerde zorgaanbieders heeft de verzekeraar geen duidelijke afspraken gemaakt en is de kwaliteit niet bekend. Dat betekent echter niet dat een ongecontracteerde zorgaanbieder per definitie geen goede zorg levert. Bij een positieve ervaring komt het ook voor dat ongecontracteerde zorgaanbieders het volgende jaar wel gecontracteerd worden.

58 Door de arbeidsmarktproblematiek heeft een van de verzekeraars ervoor gekozen om de contractering van de wijkverpleging niet meer een keer per jaar vast te stellen, maar dat zorgaanbieders zich continu kunnen aanmelden voor contractering. In het verleden moesten zorgaanbieders zich voor juni van het voorgaande jaar aangemeld hebben. Er is volgens de verzekeraar veel animo voor deze aanmeldingen. De verzekeraar vindt dit een positieve ontwikkeling voor het terugdringen van de tekorten in de wijkverpleging. Zodra zorgaanbieders zich hebben gemeld, worden zij door de zorginkopers beoordeeld of zij in aanmerking komen voor een contract.

¹⁴ Het exact uitzoeken of de klacht over de wachttijden in de wijkverpleging ging zou voor sommige verzekeraars een dossieronderzoek vergen. Dit is niet voorzien in het kader van dit onderzoek.

59 Een andere verzekeraar wil de druk op de wijkverpleging ook verminderen door meer in te zetten op innovatieve soorten van zorg zoals e-health. Cliënten kunnen dan middels een tablet contact opnemen met de wijkverpleging. Steeds meer cliënten hebben zelf ook tablet waardoor zorgaanbieders waar zij in zorg zijn dit minder zelf hoeven te kopen voor cliënten. Als echter een zorgaanbieder een goed verhaal heeft, waarom de verzekeraar daar in mee zou moeten betalen, is dat bespreekbaar.

60 Sommige verzekeraars hebben het idee dat de problematiek van het vinden van een zorgaanbieder ook deels opgelost kan worden door meer samenwerking. Het is bijvoorbeeld vreemd als in een straat vier verschillende organisaties actief zijn die wijkverpleging bieden. Zorgaanbieders zien dat in en zijn meer samen gaan werken. Zo heeft in Venlo zorgaanbieder 'Het Groene Kruis' een soort zorgbemiddeling gestart. Dergelijke oplossingen werpen ook hun vruchten af bij casemanagement dementie. Ook hebben zorgaanbieders in de wijkverpleging WhatsAppgroepen gestart om te kunnen overleggen wie het beste een cliënt zorg kan bieden.

61 De verzekeraars verwachten dat de vraag naar wijkverpleging verder zal toenemen vanwege de vergrijzing, mensen langer thuis blijven wonen en minder snel worden opgenomen in een zorginstelling.

2.1.4 Praktische aspecten zijn belangrijk

62 Vanuit de interviews komt het beeld naar voren dat het moeilijk is om een zorgaanbieder te vinden die wijkverpleging kan leveren. Veel verwijzers geven aan dat cliënten een voorkeurzorgaanbieder kunnen aangeven. De verwijzers bellen deze zorgaanbieder als eerste, maar geven aan dat deze niet altijd de zorg kunnen bieden en ze blij zijn als ze uiteindelijk een zorgaanbieder gevonden hebben. Is een zorgaanbieder eenmaal gevonden, dan kan een cliënt over het algemeen snel in zorg genomen worden. Dit blijkt ook uit de resultaten van de vragenlijst onder de aanbieders (zie hoofdstuk 3). In een enkel geval maakt een zorgaanbieder nog wel afspraken met een mantelzorger om een zeer korte tijd te overbruggen.

63 Gegeven een patiënt met een bepaalde zorgvraag is het lastig in te schatten voor zorgaanbieders of zij de cliënt zorg kunnen bieden. Enkele factoren die de mogelijkheid om zorg te bieden beïnvloeden zijn:

- a. Het moment van aanmelden. Aanbieders geven aan dat het vooral in de zomer moeilijk is cliënten in zorg te nemen in verband met de personele bezetting in de vakantie. Daarnaast kan het voorkomen dat een cliënt die vandaag wordt aangeboden geen zorg kan ontvangen van de zorgaanbieder, maar dat dit een dag later wel mogelijk is, bijvoorbeeld door het overlijden van een andere cliënt. Ook helpt het als cliënten voor zover mogelijk tijdig aangemeld worden. Ziekenhuizen willen over het algemeen voor het weekend zoveel mogelijk cliënten naar huis laten gaan. Als al bekend is wanneer een cliënt naar huis gaat en wijkverpleging nodig heeft, kan de wijkverpleging tijdig geregeld worden. Bovendien is dan ook een 'warme overdracht' mogelijk zoals aanbieders dit noemen. Dit betekent dat de wijkverpleging goed op de hoogte is van de precieze zorgvraag van de cliënt. Er zijn signalen dat de warme overdracht vanuit het ziekenhuis niet altijd goed gaat: het lijkt soms slechts een kleine zorgvraag, maar als de wijkverpleegkundige langs komt ziet deze dat de zorgvraag groter is;
- b. De mogelijkheid om een cliënt op te nemen in een bestaande route. Wijkverpleegkundigen maken elke dag een of meerdere routes. Voor een zorgaanbieder met een krappe bezetting kan daarom nogal

- uitmaken of de wijkverpleegkundige al langs het adres van een cliënt komt of niet. Is dat het geval, dan is er vaak weinig tot geen extra reistijd en kan een wijkverpleegkundige met een nog beperkte mogelijkheid aan tijd, toch een cliënt de zorg bieden;
- c. De aard van de zorgvraag. De aard van de zorg vraagt een bepaald type zorgverlener. Voor elke aanmelding is het de vraag of een zorgaanbieder op dat moment dat iemand zorg nodig heeft, deze zorgverlener kan inzetten. De respondenten geven aan dat vooral langdurige, complexe en/of wijkverpleging met veel bezoeken momenten moeilijk zijn in te vullen. Deze vorm van zorg legt namelijk een groter beslag op het personeelsbestand;
 - d. De flexibiliteit van de cliënt. Als cliënten de mogelijkheid hebben om zorg op andere tijden te ontvangen dan gebruikelijk is, heeft de zorgaanbieder meer mogelijkheden om zorg te bieden. De zorgvraag van een cliënt laat dit echter niet altijd toe. Sommige cliënten moeten bijvoorbeeld op vaste momenten hun medicatie nemen. Voor meer eenvoudige handelingen zoals wassen, is dit vaak wel mogelijk. De vraag is echter wel in hoeverre het uitstellen van zorg vanuit het perspectief van de kwaliteit van leven wenselijk is;
 - e. Het aantal malen per dag dat een cliënt zorg nodig heeft. Cliënten die minder vaak zorg nodig hebben, bijvoorbeeld eenmaal per dag kan een zorgaanbieder in het algemeen gemakkelijker zorg aanbieden dan cliënten die twee maal of vaker zorg nodig hebben. Een kleinere zorgvraag is nu eenmaal gemakkelijker in te passen dan een grotere zorgvraag;
 - f. De aanwezigheid van een netwerk rondom een cliënt. Cliënten die een netwerk van familie, kennissen, burens of andere personen hebben, kunnen daar vaak een beroep op doen om voor kortere tijd mantelzorg te verlenen als een vorm van overbrugging in de periode dat een zorgaanbieder nog geen zorg kan verlenen. Deze perioden zijn over het algemeen kort van duur, de zorgaanbieder heeft aangegeven de zorg (deels) te kunnen leveren en weet ook wanneer hij dat kan.

⁶⁴ Zorgaanbieders geven aan dat de zorgbehoefte leidend moet zijn bij de soort zorg die een cliënt krijgt en niet persoonlijke voorkeuren of wensen. Cliënten willen bijna altijd zo snel mogelijk naar huis vanuit het ziekenhuis of een ander intramuraal verblijf, ook als de zorg eigenlijk thuis niet geboden kan worden. Het resultaat is dat de thuiszorgorganisatie geconfronteerd wordt met patiënten met een grote en complexe zorgvraag. Ook komt in de wijkverpleging zorg voor die eigenlijk onder de Wet langdurige zorg (WLz) valt, terwijl de wijkverpleging wordt gefinancierd uit de zorgverzekeringswet. Cliënten, en ook diens netwerk, willen soms niet dat de zorg uit de WLz bekostigd wordt omdat dit een eigen bijdrage vraagt van de cliënt en sommige cliënten gehecht zijn aan hun wijkverpleegkundige. Hierbij wordt opgemerkt dat de WLz zorg in praktijk wel door dezelfde aanbieder kan worden verleend.

⁶⁵ Sommige zorgaanbieders geven aan in het geval van personeelsschaarste soms ongecontracteerde zorgaanbieders in te zetten (bijvoorbeeld in als onderaannemer). Vooral in periodes waarin de personeelsschaarste nijpend is (zoals vakantie periodes) komt dit voor. Zorgaanbieders denken verschillend over het inzetten van ongecontracteerde aanbieders. Een deel van de zorgaanbieders doet dit omdat zij ervaring hebben met de zorgaanbieder of anderszins de cliënt geen zorg kunnen bieden. Andere zorgaanbieders doen dit niet omdat zij de kwaliteit willen leveren waarvan zij niet weten of ongecontracteerde zorgaanbieders dat ook kunnen of hebben binnen de organisatie vastgelegd dat zij niet met onderaannemers werken.

66 De gesproken zorgaanbieders houden bestaande cliënten in zorg, ook als deze cliënten een veranderende zorgvraag hebben, waardoor de zorgvraag toeneemt. Een verandering van zorgaanbieder lijkt alleen voor te komen als de aard van de zorgvraag zodanig verandert dat de zorgaanbieder de vorm van zorg niet meer kan bieden. Zorgaanbieders geven aan dat vanuit het perspectief van de cliënt het onwenselijk is om van zorgaanbieder te veranderen. Bovendien hebben zorgaanbieders een zorgplicht naar de bestaande klanten.

67 'Cherry picking' door het aannemen van cliënten waarvan de zorgvraag makkelijk in te vullen is, herkent een deel van de zorgaanbieders, maar een ander deel niet. Een van de respondenten gaf aan dat sommige zorgaanbieders zich ook specialiseren in het verlenen van hulp die zowel lang duurt in de tijd als ook per contactmoment lang duurt. Op deze manier is het mogelijk om zeer efficiënt te plannen en te werken als zorgaanbieder.

2.2 Oorzaken van toegankelijkheidsproblematiek

68 Uit het onderzoek komen verschillende oorzaken naar voren die de ervaren problemen in de toegang tot de wijkverpleging duiden.

2.2.1 Tekort aan gekwalificeerd personeel in de wijkverpleging

69 Alle respondenten geven aan dat de problematiek om wijkverpleging te krijgen voor cliënten samenhangt met een personeelstekort. Sinds de crisis voorbij is en de economie weer aantrekt, zijn er veel vacatures in andere sectoren waardoor verpleegkundigen ook op andere plaatsen aan de slag kunnen. Daarbij komt dat de zorg een imago heeft dat het werk in de zorg slecht betaalt en dat er veel administratieve handelingen bij het werk horen. Zorgaanbieders moeten daarom als het ware concurreren met andere sectoren om medewerkers. Daarnaast heeft een deel van de wijkverpleegkundigen een voorkeur voor verpleegkundig werk in een instelling en niet in de wijk. Ook ervaren zorgaanbieders toenemende onderlinge concurrentie. Vooral jongere medewerkers stappen vaker over naar een andere zorgaanbieder als deze bijvoorbeeld een hogere schaal biedt. Ook wordt vanuit de branche gesignaleerd dat steeds meer mensen ervoor kiezen om zzp-er te worden. Hierdoor neemt het verloop in de personeelsbestanden van de zorgaanbieders toe. Per saldo blijft het regionale personeelsbestand in dat geval wel hetzelfde, maar dit leidt wel tot een minder efficiënte inzet van dit personeelsbestand.

70 De respondenten geven aan dat zorgaanbieders op diverse manieren proberen hun personeelsbestand op peil te houden of te vergroten. Enkele voorbeelden zijn:

- a. Het aanbieden van stageplaatsen voor studenten en bij goed gevolg een vast contract;
- b. Het aanbieden van scholing waardoor medewerkers ook meer vormen van zorg kunnen bieden, dit gebeurt vaak ook in regionaal verband;
- c. Het zoveel mogelijk ontlasten van medewerkers van taken waaraan zij weinig werkplezier beleven;
- d. Overleg met andere zorgaanbieders in de regio dat het niet bedoeling kan zijn om personeel bij elkaar weg te kopen;

- e. Uitdelen van een bonus als een medewerker een nieuw personeelslid aanbrengt (hierbij kan echter de vraag gesteld worden of dit de arbeidsmarktproblematiek wel oplost).
- f. Promoten van zij-instroom en creëren van oriëntatiebanen.

71 De krapte wat betreft het personeel wordt vergroot doordat in het verleden de eisen die gesteld worden aan de opleiding van de verpleegkundigen strenger zijn geworden. Dit betekent dat een kleiner deel van het personeel bepaalde taken mag uitvoeren. Zorgaanbieders hebben volgens de respondenten vaak het personeel bijgeschoold om aan de hogere eisen te voldoen. Een van de meest genoemde voorbeelden is het indiceren dat alleen een hbo-verpleegkundige mag uitvoeren. In het verleden mochten ook mbo-verpleegkundigen met niveau 4 dit uitvoeren¹⁵. De achterliggende gedachte is dat een hbo-verpleegkundige beter in staat is om een meer integraal beeld van de cliënt te krijgen, vooral ook wat betreft mogelijke zorg in de toekomst¹⁶.

2.2.2 Toenemende vraag naar wijkverpleging

72 Het beleid dat mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving thuis zorg moeten ontvangen, betekent dat steeds meer zorg naar de wijkverpleging verschuift. Aanbieders in de wijkverpleging zien zich steeds meer geconfronteerd met cliënten die langdurige en complexe zorg nodig hebben. Ook streven ziekenhuizen er naar patiënten zo snel mogelijk naar huis te laten gaan. Vanuit de branche wordt opgemerkt dat door verschuiving van de 2e lijn naar de 1e lijn en het voorkomen van ziekenhuisopnames de druk op de wijkverpleging ook toeneemt. Deze ontwikkelingen betekenen ook dat er ook steeds meer wijkverpleging nodig is. In combinatie met de strengere eisen aan de medewerkers legt dit steeds meer druk op de aanbieders.

73 Veel respondenten geven aan dat zij de sluiting van de verzorgingshuizen zien als een van de belangrijkste oorzaken van het probleem. In het verleden gingen cliënten waarbij de zorgvraag en de complexiteit ervan toenemen naar deze huizen, waardoor zij uitstroomden uit de wijkverpleging. Hoewel in deze huizen ook wijkverpleging geleverd zou moeten worden als deze huizen nog bestaan, bespaart dit reistijd en kan er efficiënter zorg geboden worden. Daarnaast is de regelgeving om in aanmerking te komen voor Wlz indicatie aangescherpt, waardoor minder cliënten uitstromen uit de wijkverpleging. De doorstroom van cliënten in de wijkverpleging dreigt door deze ontwikkelingen steeds meer te stagneren.

¹⁵ Omdat er een tekort aan hbo'ers verwacht werd, is er in 2014 door V&VN en werkgeversorganisaties ActiZ en BTN een overgangsregeling opgesteld. In de overgangsregeling is geformuleerd welke mbo-verpleegkundigen in aanmerking kunnen komen om op basis van een tijdelijke bevoegdheid te indiceren. Uitgangspunt is dat zij gestart zijn met de hbo-v, zodat zij na de overgangperiode ook voldoen aan het normenkader. Daarnaast moeten deze mbo-opgeleide verpleegkundige expert zijn in de wijk en 24 uur per week werken. (www.venvn.nl/Themas/Indicatiestelling/Overgangsregeling).

¹⁶ Hierbij wordt bedoeld op het klinisch redeneren. Klinisch redeneren is de methode die verpleegkundigen toepassen om besluiten over de best passende zorg te nemen. Klinisch redeneren kan gezien worden als het hart van verpleegkunde. Het is verbonden met de centrale rol waarop verpleegkundigen acteren. Verpleegkundigen houden bij klinisch redeneren rekening met de verwevenheid van lichamelijke, psychische en sociale factoren bij gezondheidsproblemen (www.venvn.nl).

74 De vraag naar wijkverpleging zal de komende jaren naar verwachting alleen maar toenemen door de demografische ontwikkelingen. Het aandeel ouderen in de bevolking stijgt, waardoor er meer mensen wijkverpleging nodig hebben. Tegelijkertijd neemt het aandeel jongere mensen dat in de wijkverpleging kan en wil werken af, waardoor het zorgaanbod afneemt. De respondenten verwachten daarom ook een toenemende spanning tussen vraag en aanbod van wijkverpleging de komende tien jaar.

2.2.3 *Versnippering in de zorg en gebrek aan coördinatie*

75 Respondenten geven aan dat het zorglandschap in de wijkverpleging sinds de introductie van de marktwerking in zorg sterk versnipperd is. Verwijzers geven aan dat zij veel aanbieders moeten bellen om te achterhalen of deze aanbieders wijkverpleging kunnen bieden. Door de vele tijd die hieraan besteed wordt, blijft er minder tijd over voor het verlenen van zorg zelf. Zorgaanbieders herkennen dit probleem ook en geven ook aan dat het voorkomt dat aanmelders de vraag bij meerdere zorgaanbieders neerleggen. Als de zorgaanbieders gepuzzeld hebben om de cliënt te kunnen aannemen, horen zij dat een andere zorgverlener de cliënt al in zorg genomen heeft.

76 In het verlengde van de versnippering in zorg geeft een aantal respondenten aan dat zij behoefte hebben aan meer coördinatie. Het zou helpen als er een coördinatiepunt is waar aanmelders hun zorgvraag kunnen neerleggen. Een coördinatiepunt moet dan op de hoogte zijn bij welke zorgaanbieder de cliënt in zorg genomen kan worden. Eventueel zou zo'n coördinatiepunt ook etalage informatie kunnen bieden aan cliënten. Gezien de dynamiek in de wijkverpleging is het van belang dat het coördinatiepunt beschikt over real-time informatie wat betreft de beschikbaarheid van de zorgaanbieders. Een bijkomend voordeel van een coördinatiepunt is dat het door de opgedane ervaringen ook goed in staat is om in te schatten welke zorgaanbieder het beste past bij een specifieke zorgvraag.

2.2.4 *Contracteringsbeleid*

77 Een aantal respondenten geeft aan dat zorgverzekeraars ook een rol kunnen spelen in de toegang tot de wijkverpleging. Zorgverzekeraars sluiten contracten af met een aantal partijen. Als deze partijen geen nieuwe cliënten kunnen aannemen, wordt er soms een beroep gedaan op ongecontracteerde zorgaanbieders. Als een ongecontracteerde zorgaanbieder ingeschakeld wordt heeft dit echter ook nadelen. Vanuit de zorgverzekeraars wordt aangegeven dat dit inzet van ongecontracteerde aanbieders alleen in uiterste noodzaak zou moeten gebeuren, aangezien er met ongecontracteerde partijen geen afspraken gemaakt kunnen worden. Daarnaast zorgt inzet van ongecontracteerde zorgverleners voor een extra belasting voor de cliënten: het betekent dat de cliënt hiervoor zijn toestemming moet geven en de facturen moet doorsturen naar de zorgverzekeraar. Een van de respondenten gaf aan dat sommige verzekeraars ook hogere eisen stellen aan de wijkverpleging dan in algemene normen is vastgelegd waardoor de belasting verder wordt vergroot. Het wordt vanuit de verzekeraars echter niet herkend dat er verschil is in de gehanteerde normen. Alle aanbieders moeten voldoen aan dezelfde landelijke (V&VN) normen.

78 Het makkelijker maken om ongecontracteerde zorgaanbieders alsnog te contracteren en in te zetten kan helpen om administratieve lastendruk voor cliënten en zorgaanbieders te verminderen. Hierbij wordt opgemerkt dat het van belang is dat deze zorgaanbieders wel aan de eisen voldoen. Zorgaanbieders en

zorgverzekeraars staan wel verschillend ten opzichte van de inzet van ongecontracteerde zorgverleners. Een deel van de aanbieders en zorgverzekeraars ziet hier wel mogelijkheden, een ander deel is kritischer op de inzet van ongecontracteerde zorgverleners. Bij goede ervaring met ongecontracteerde zorgverleners staan sommige verzekeraars wel open voor contractering van deze zorgaanbieders.

79 Ook komt het voor dat verzekeraars een budgetplafond hanteren waardoor gecontracteerde zorgaanbieders met de verzekeraars in overleg moeten om meer zorg vergoed te krijgen. Respondenten geven aan dat het doorgaans geen probleem is om de extra kosten voor de wijkverpleging vergoed te krijgen. Hierbij wordt opgemerkt dat het wel van belang is dat de zorgverzekeraar hier tijdig uitsluitel over geeft in verband met de planning van de ruimte voor nieuwe cliënten.

2.2.5 *Administratieve lastendruk*

80 Respondenten hebben administratieve lastendruk meerdere malen genoemd als een belangrijke factor waardoor er minder tijd aan cliënten besteed kan worden. Rondom de zorg van cliënten moeten zorgaanbieders veel registreren wat tijd kost. Deze administratieve handelingen kosten wijkverpleegkundigen veel tijd. Daarnaast halen wijkverpleegkundigen weinig werkplezier uit het vullen van registraties. Hierbij is echter een kanttekening te plaatsen: opstellen van zorgplannen en vastleggen van afspraken hoort bij het werk van de wijkverpleegkundige.

81 Aanbieders begrijpen dat registraties nodig zijn voor de verantwoording van deze zorg, maar zijn vaak van mening dat te veel geregistreerd moet worden. In het kader van wachttijden geeft een respondent aan dat zij het registreren van wachttijden in de wijkverpleging niet wenselijk vindt. Het kost veel tijd en met het registreren van een wachttijd is het probleem niet opgelost. Verder geven respondenten aan dat door de versnippering in de zorg veel registraties dubbel plaatsvinden omdat ieder zorgverlener zijn eigen registraties moet bijhouden. Voor een overdracht van een patiënt naar Wlz- zorg moeten bijvoorbeeld weer opnieuw indicaties worden uitgevoerd.

2.2.6 *'Zorgcultuur' bij cliënten*

82 Een aanbieder uit de diepte-interviews geeft aan dat cliënten vaak het idee hebben recht te hebben op de zorg, naar hun eigen wens. Dit beeld wordt door een deel van de andere respondenten bevestigd. Gewenning is een belangrijke oorzaak van deze claim op zorg, met name als cliënten al lang zorg ontvangen. Daarnaast willen cliënten vaak 's ochtends gewassen of gedoucht worden, omdat zij dit gewend zijn. De ochtend vormt daarom een piekmoment in de zorg, terwijl er 's middags vaak voldoende personeel beschikbaar is.

83 Tegelijkertijd kan hier ook een deel van de oplossing in verscholen liggen. Als cliënten leren begrijpen dat de zorg in Nederland kostbaar en schaars is en meer kijken naar welke verantwoordelijkheid zij hier zelf in kunnen nemen, dan neemt de druk op het bestaande zorgaanbod wellicht wat af. Met andere woorden: er zijn denkbare oplossingsrichtingen voorhanden, maar dit vraagt wel om een cultuuromslag bij cliënten. Een kanttekening hierbij is wel dat niet alle cliënten over een netwerk beschikken dat een deel van de zorg op zich kan nemen.

2.3 Gevolgen voor de cliënten

2.3.1 *Cliënt zelf merkt nu nog weinig van problematiek*

84 Momenteel lijken de gevolgen van de problematiek om toegang tot de wijkverpleging te krijgen niet direct merkbaar voor cliënten in termen van wel of geen zorg ontvangen. Als een zorgaanbieder besluit de cliënt in zorg te nemen, dan start de zorg vrijwel direct daarna (zie ook hoofdstuk 3). De wijkverpleging kraakt en piept volgens de respondenten, maar geen zorg verleent lijkt nog niet of nauwelijks voor te komen. Dit geldt zeker als het mogelijk is om zorg op andere tijden dan gebruikelijk is te verlenen. De vraag rijst echter wel hoe lang het nog mogelijk is om in de toenemende vraag in wijkverpleging te voorzien.

2.3.2 *Cliënten ervaren wel de versnippering in de zorg*

85 Cliënten met meerdere zorgvragen merken wel de gevolgen van de versnippering in de zorg. Een cliënt kan daardoor zowel medewerkers van de thuiszorg als de wijkverpleging over de vloer krijgen. Doordat de financiering van verschillende vormen van zorg ook uit andere middelen betaald wordt, kan het vreemd overkomen dat een wijkverpleegkundige bijvoorbeeld geen maaltijden mag warm maken, maar dat iemand anders dat moet doen. Een van de zorgverleners heeft dit opgelost door zogenaamde kringen van hulpverleners rondom een cliënt te organiseren. Alle hulp die een cliënt nodig heeft, is afkomstig uit dezelfde kring.

2.3.3 *Cliënten verblijven een enkele keer langer intramuraal*

86 In enkele gevallen moeten cliënten langer in het ziekenhuis blijven of in een andere vorm van intramuraal verblijf. Hoewel dit ongewenst is, is het beeld uit de interviews dat dit niet op grote schaal voorkomt. Wel kampt de wijkverpleging met een lage doorstroom van cliënten. Omdat de wijkverpleging niet op zichzelf staat, maar onderdeel is van een keten, kan op andere plaatsen in die keten een verkeerde beddenproblematiek ontstaan.

2.3.4 *Cliënten hebben al vaak mantelzorg gebruikt*

87 Om de periode waarin nog geen wijkverpleging geleverd kan worden te overbruggen, wordt vaak bepaald of dit probleem oplosbaar is met mantelzorg. Het blijkt echter dat mantelzorgers in de periode voorafgaand aan de aanmelding voor wijkverpleging vaak veel inspanningen hebben verricht voor de cliënt en wijkverpleging vaak ook wordt ingezet omdat de mantelzorger het niet meer aan kan.

2.4 Gevolgen voor zorgaanbieders en wijkverpleegkundigen

2.4.1 *Druk op personeel neemt toe*

88 De huidige situatie in de wijkverpleging zorgt voor een forse druk op het huidige personeelsbestand. Dit leidt tot een verhoogde ervaren werkdruk, hoger ziekteverzuim en meer uren van wijkverpleegkundigen. Deze

drie factoren zou je kunnen bestempelen als verborgen problematiek: ze komen niet terug in de kwantificering van het probleem in de wijkverpleging, maar zijn wel indicatoren voor de gespannen situatie waarin de sector zich bevindt. Veel aanbieders bestempelen de huidige situatie rondom het personeelstekort en de daarmee gepaarde druk op het huidige personeelsbestand als 'nijpend'.

2.4.2 Zorgaanbieders zoeken oplossingen

⁸⁹ In de praktijk zien we de nodige oplossingsrichtingen (Hoofdstuk 4 gaat uitgebreider in op de oplossingsrichtingen). Veel van deze oplossingen zijn een investering voor de lange termijn, bijvoorbeeld het ontzorgen van wijkverpleegkundigen middels technologie en het (regionaal) verzorgen van opleidingsprogramma's. Tegelijkertijd zien we dat aanbieders vaak naar noodoplossingen grijpen, die het probleem op macroniveau niet oplossen. Voorbeelden hiervan zijn het 'wegkapen' van elkaars personeel, het inzetten van ongediplomeerde collega's¹⁷ en in uitzonderlijke gevallen zorg verlenen in eigen tijd, buiten de planning om. Deze maatregelen zorgen op de lange termijn niet voor de gewenste oplossing voor cliënten.

2.5 Deelconclusie

⁹⁰ Het vinden van een zorgaanbieder voor de wijkverpleging kan voor verwijzers tegenvallen. Dit blijkt met name uit interviews met verwijzers, maar dit wordt ook door een deel van de aanbieders herkend. Verwijzers geven aan vaak meerdere aanbieders te moeten benaderen. Hierbij worden diverse oorzaken genoemd:

- Tekort aan gekwalificeerd personeel in de wijkverpleging. Daarnaast zijn ook de eisen voor personeel in de wijkverpleging strenger geworden;
- Toename van behoefte aan wijkverpleging onder andere doordat mensen langer thuis blijven wonen en de toenemende vergrijzing;
- Versnippering van de wijkverpleging door de vele aanbieders in combinatie met gebrek aan coördinatie van het aanbod;
- De inzet van ongecontracteerde zorgaanbieders werkt complicerend;
- Administratieve taken drukken op de tijd die aan zorg besteed kan worden;
- Cliënten hebben voorkeuren die in praktijk moeilijk te realiseren zijn.

⁹¹ Uiteindelijk lukt het vooralsnog wel om een aanbieder te vinden die de thuiszorg kan leveren. Cliënten merken daardoor nu nog relatief weinig van problemen. Het lijkt niet op grote schaal voor te komen dat cliënten langer in een ziekenhuis of andere vorm van intramuraal verblijf moeten blijven doordat niet tijdig wijkverpleging is gevonden. Wel komt het voor dat de zorg aan dezelfde cliënt verleend wordt door verschillende zorgaanbieders. Het gevolg is nu vooral hogere druk op het personeel. Daarnaast zien we dat zorgaanbieders op zoek gaan naar oplossingen, maar daarbij deels ook kiezen voor 'noodoplossingen' die de situatie niet structureel verbeteren.

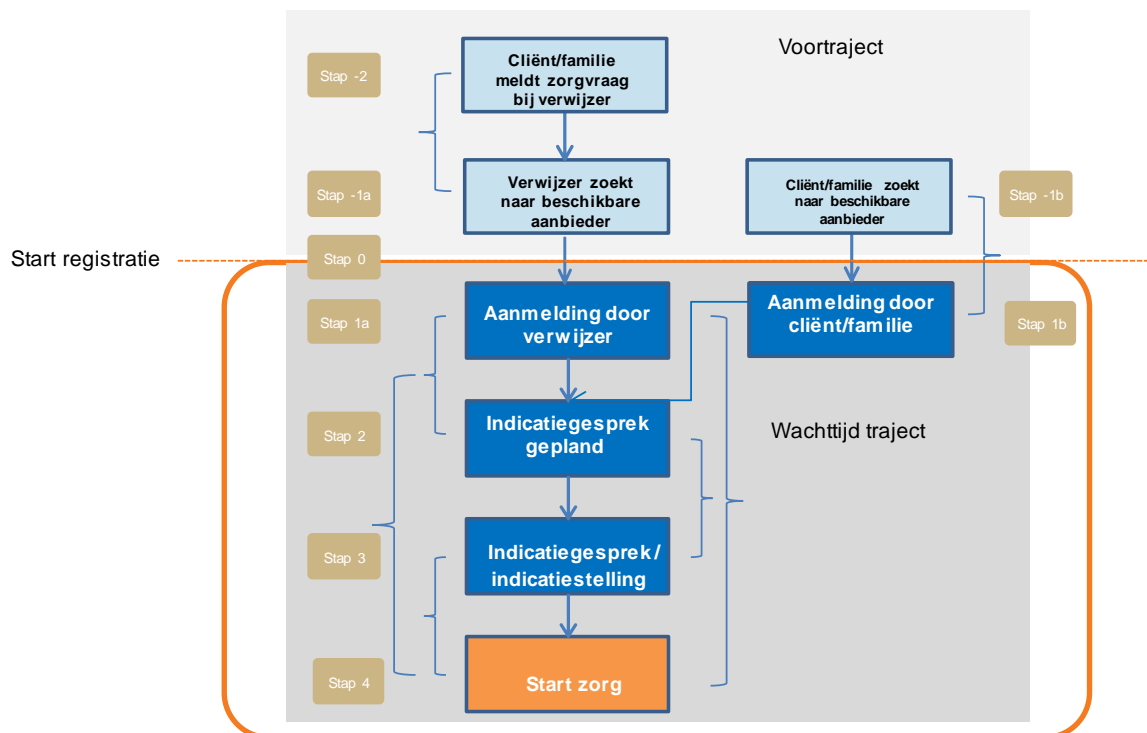
¹⁷ Dit zien we ook terug in een peiling over de aanpak van personeelstekorten van V&VN onder alle verpleegkundigen en verzorgenden (dus niet alleen wijkverpleging):

https://www.venvn.nl/Portals/1/Afbeeldingen/Nieuws/2018/personeelstekort_factsheet.pdf.

92 Op dit moment zijn er onvoldoende gegevens voorhanden om goed onderbouwde kwantitatieve uitspraken te doen over de inspanning die verwijzers plegen om een aanbieder voor wijkverpleging te vinden. Op basis van gegevens van vier grote verzekeraars lijkt wachttijdbemiddeling door verzekeraars wel regelmatig voor te komen, maar betreft het op het totaal aan wijkverplegingscliënten beperkte aantallen. Dit kan echter ook betekenen dat cliënten en verwijzers de verzekeraar nog niet zo vaak een beroep doen op de verzekeraar voor wachttijdbemiddeling.

3. Van aanbieder naar zorg

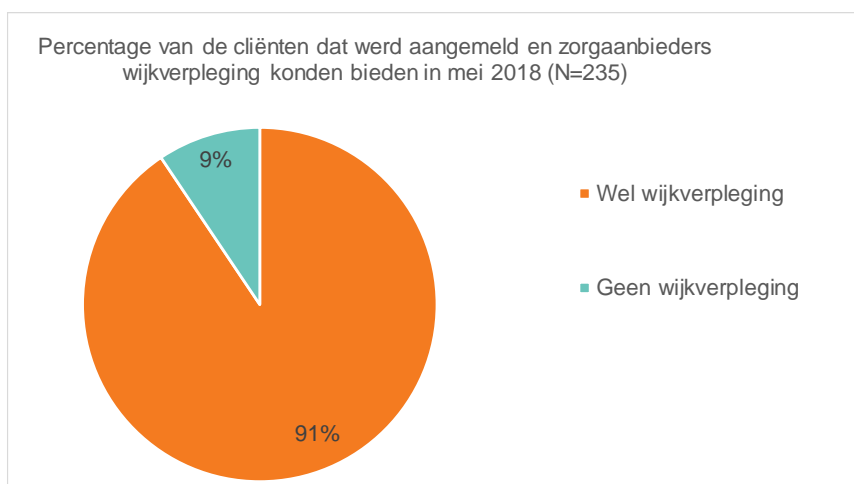
93 Dit hoofdstuk richt zich op het deel van het proces waarbij een zorgaanbieder in beeld is en een mate van registratie beschikbaar is. In onderstaande figuur zijn de stappen in een oranje kader geplaatst. Achtereenvolgens gaan wij in dit hoofdstuk in op de verschillende stappen in het proces.



Figuur 4. Schematische weergave van het proces, met de focus op de stappen tussen aanmelding en start zorg

3.1 Zorgaanbieders kunnen het grootste deel van gevraagde wijkverpleging bieden

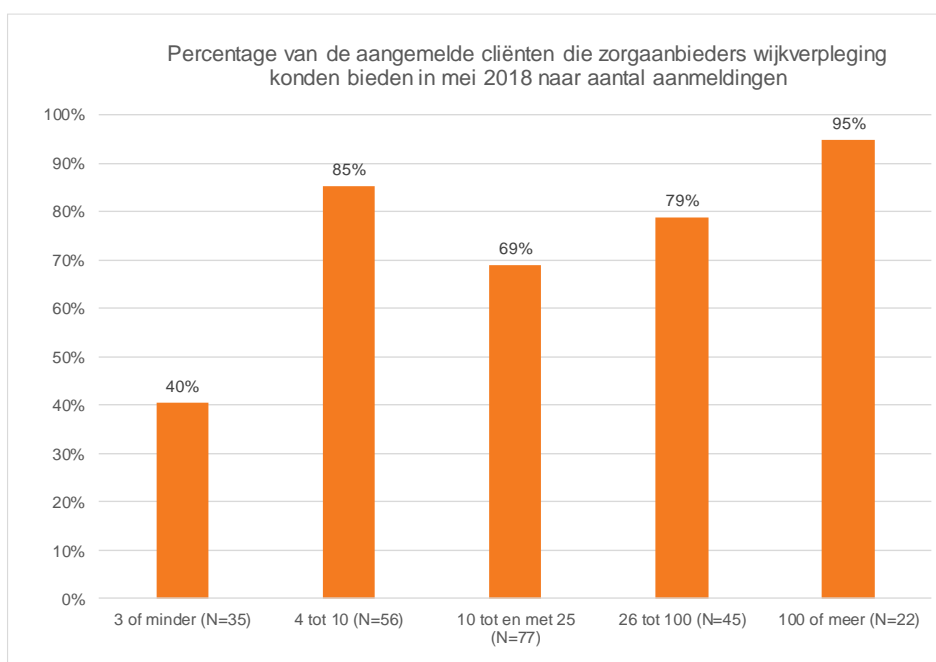
94 In de vragenlijst hebben we de zorgaanbieders gevraagd hoeveel aanvragen voor wijkverpleging ze hebben gekregen in mei 2018 en hoeveel van deze aanvragen ze wel of geen wijkverpleging konden bieden. Door de antwoorden op deze vragen willen we inzicht krijgen in de problematiek die speelt voordat zorgaanbieders zorg kunnen bieden. Uit figuur 4 blijkt dat de zorgaanbieders in totaal 91% van de cliënten wijkverpleging konden bieden.



Figuur 4. Percentage van de cliënten dat de zorgaanbieders zorg konden bieden

95 Daarbij moeten we wel opmerken dat dit percentage, ook als er geen sprake zou zijn van problemen wat betreft het verkrijgen van wijkverpleging, nooit 100% zal zijn. Zo zal niet elke zorgaanbieder voor alle soorten zorgvragen wijkverpleging kunnen bieden. Verder is het ook de vraag of dat wenselijk is, bijvoorbeeld gespecialiseerde wijkverpleging zal niet voor alledaagse handelingen ingezet worden. In paragraaf 3.2. gaan we verder in op de redenen waarom een zorgaanbieder niet iedereen in zorg neemt.

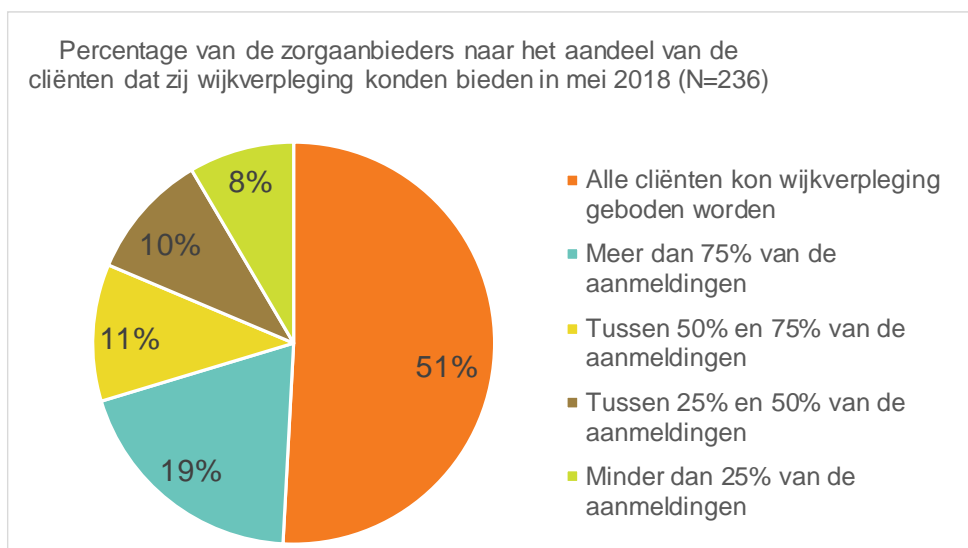
96 We hebben het percentage cliënten dat zorgaanbieders wijkverpleging konden bieden eveneens uitgesplitst naar het aantal aanvragen voor wijkverpleging dat de zorgaanbieders krijgen. De uitkomsten hiervan hebben we weergegeven in figuur 5.



Figuur 5. Percentage van de cliënten dat zorgaanbieders wijkverpleging konden bieden naar aantal aanmeldingen

97 De resultaten laten zien dat grote aanbieders over het algemeen een groter deel van de aangemelde cliënten in zorg kunnen nemen. Echter, relatief kleine aanbieders die 4 tot 10 aanmeldingen te verwerken kregen, konden ook een relatief groot deel van de cliënten in zorg te nemen. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat deze aanbieders zowel groot als flexibel genoeg zijn om de zorg te kunnen bieden en snel kunnen schakelen.

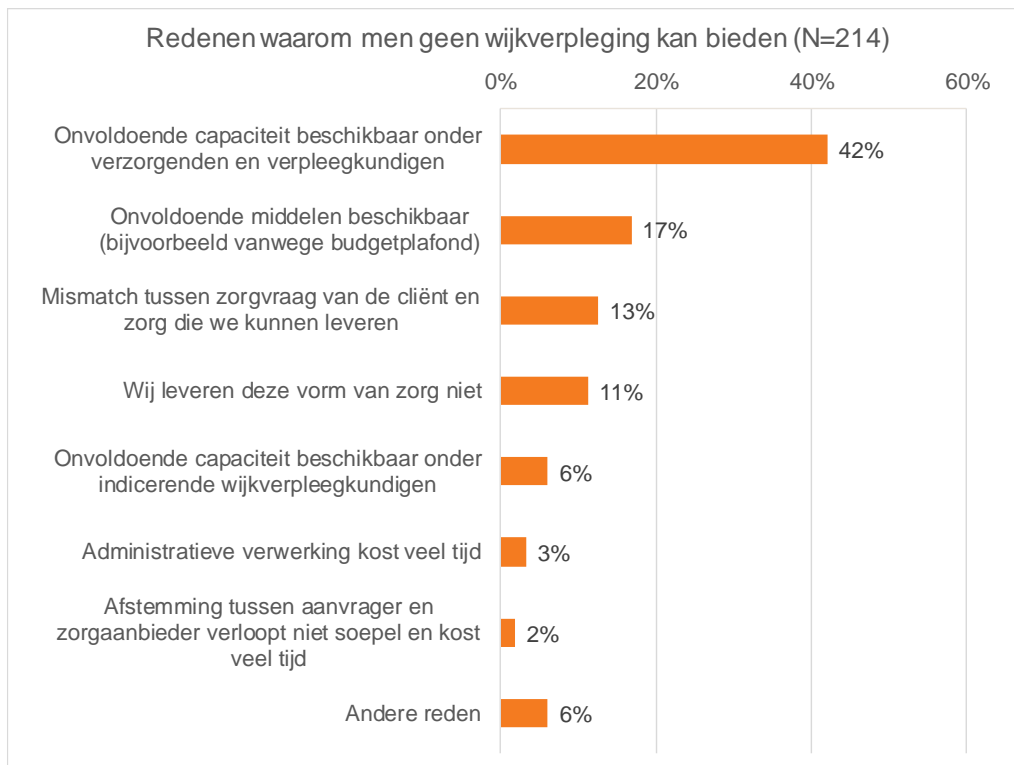
98 We hebben ook onderzocht welk percentage van de aanbieders weleens een cliënt geen wijkverpleging kan bieden. De resultaten daarvan staan in figuur 6. Daaruit blijkt dat in totaal 51% van de aanbieders alle aangemelde cliënten ook zorg kon bieden (versus 49% van de aanbieders die weleens een cliënt geen zorg kon bieden). Daarbij geeft 18% van de aanbieders aan dat zij meer dan de helft van de aangemelde cliënten niet in zorg konden nemen.



Figuur 6. Percentage van de zorgaanbieders naar het aandeel van de aanmeldingen dat zijn wijkverpleging konden bieden in mei 2018

3.2 Redenen voor het niet kunnen aanbieden van wijkverpleging

99 We hebben de zorgaanbieders ook gevraagd wat de belangrijkste redenen zijn dat zij niet alle aangemelde cliënten wijkverpleging konden bieden. In figuur 7 zijn de redenen weergegeven in een percentage. De respondenten konden hierbij meerdere redenen tegelijkertijd aangeven. De percentages die we presenteren geven daarom het aandeel van een reden weer in het totaal van alle redenen die de zorgaanbieders samen hebben gegeven. Van alle redenen die zijn genoemd hebben er dus 42% betrekking op onvoldoende capaciteit van het verzorgend en verplegend personeel.



Figuur 7. Redenen waarom men geen wijkverpleging kan bieden

100 De belangrijkste reden dat er onvoldoende capaciteit is onder verzorgden en verpleegkundigen is in zowel de diepte-interviews met de verwijzers als in de interviews met de aanbieders sterk naar voren gekomen. Hetzelfde geldt ook voor de reden dat er onvoldoende middelen beschikbaar zijn. Het gebrek aan indicerende wijkverpleegkundigen is tijdens de interviews met de verwijzers ook regelmatig genoemd, maar lijkt door de zorgaanbieders zelf als minder problematisch ervaren te worden. Een mogelijke verklaring is dat de verwijzers aan het begin van een traject van wijkverpleging relatief vaak met verpleegkundigen te maken hebben die bij het indiceren betrokken zijn.

101 Respondenten hebben naast de hierboven genoemde redenen ook zelf nog een aantal andere redenen genoemd¹⁸ zoals:

- a. Cliënten zijn verzekerd bij verzekeraars waar de zorgaanbieder geen contract heeft;
- b. Cliënten melden zich aan van buiten de regio/postcodegebied waar men werkzaam is;
- c. Zorgaanbieders leveren alleen zorg in eigen woonzorgcentra, soms met een beperkte straal daarom heen;
- d. Zorgaanbieders leveren alleen specifieke vormen van zorg, bijvoorbeeld alleen terminale zorg of kunnen bepaalde vormen van zorg niet leveren;
- e. Een te groot aantal aanmeldingen in een korte tijd (bijvoorbeeld rond de zomervakantie);
- f. Cliënten die nog geen zorgaanbieder hebben krijgen eerst zorg geboden en hebben voorrang boven cliënten die al een zorgaanbieder hebben en willen overstappen.

¹⁸ Op basis van de interviews is niet bekend in welke mate de hieronder genoemde redenen in de praktijk voorkomen.

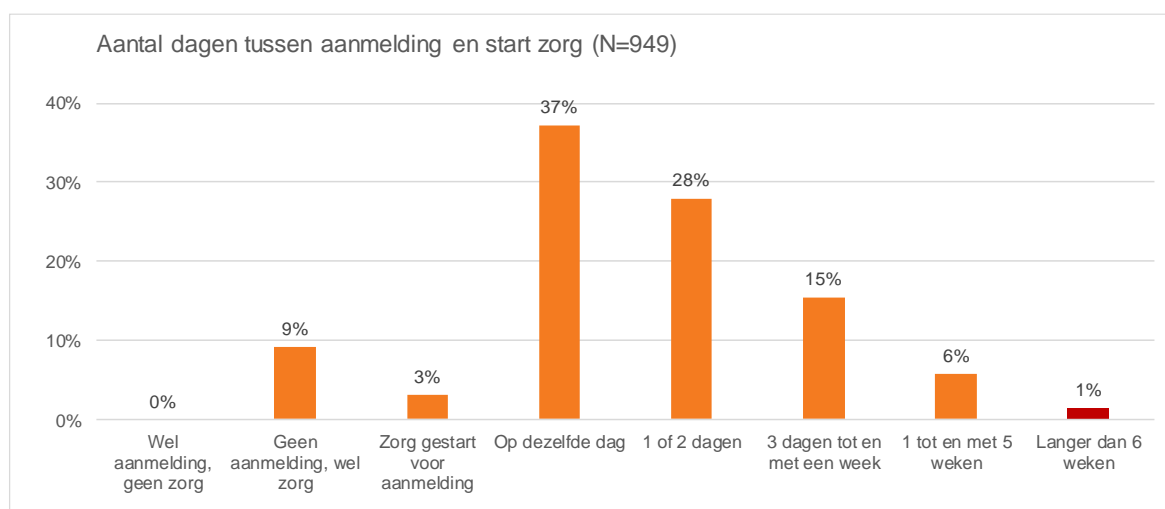
3.3 Verdeling van de wachttijden totdat cliënt in zorg genomen

102 We hebben de zorgaanbieders gevraagd om informatie over maximaal tien cliënten die zij in zorg genomen hebben in mei 2018. Zorgaanbieders is voor deze cliënten gevraagd aan te geven wanneer de zorg voor de cliënt is gestart, de indicatie is gesteld en de cliënt is aangemeld. Aanvullend hebben we voor deze cliënten gevraagd tot welke doelgroep van de wijkverpleging zij behoorden en wie de cliënten hebben aangemeld. Deze gegevens stellen ons in staat om de wachttijd te bepalen als de zorgaanbieder heeft besloten de cliënt in zorg te nemen.

103 Als uitgangspunt hebben we de datum genomen dat de cliënt aangemeld is, we beschouwen dit als dag 0. Vervolgens is het aantal dagen bepaald dat tussen de datum van aanmelding respectievelijk indicatiestelling en start zorg ligt.

3.3.1 Aantal dagen tussen aanmelding en start zorg

104 Belangrijk is dat de benodigde zorg snel wordt geleverd. Onderstaande figuur geeft het aantal dagen tussen aanmelding en start van het verlenen van de zorg weer. Ongeveer de helft van de zorg in het kader van de wijkverpleging wordt nog dezelfde dag verleend, of al voor of zonder aanmelding¹⁹. Ruim een kwart wordt binnen 1 of 2 dagen verleend. Vijftien procent binnen 3 tot 7 dagen. Voor zes procent van alle aanmeldingen is de wijkverpleging binnen een week niet beschikbaar. De Treeknorm streeft ernaar dat de maximale wachttijd voor wijkverpleging maximaal zes weken is. Uit de resultaten blijkt dat voor één procent van de cliënten de Treeknorm niet gehaald wordt. Het niet halen van de Treeknorm wil niet per se zeggen dat dit nadelig is voor de cliënt. Sommige cliënten worden soms aangemeld voor wijkverpleging, terwijl later blijkt dat dit (nog) niet nodig blijkt.



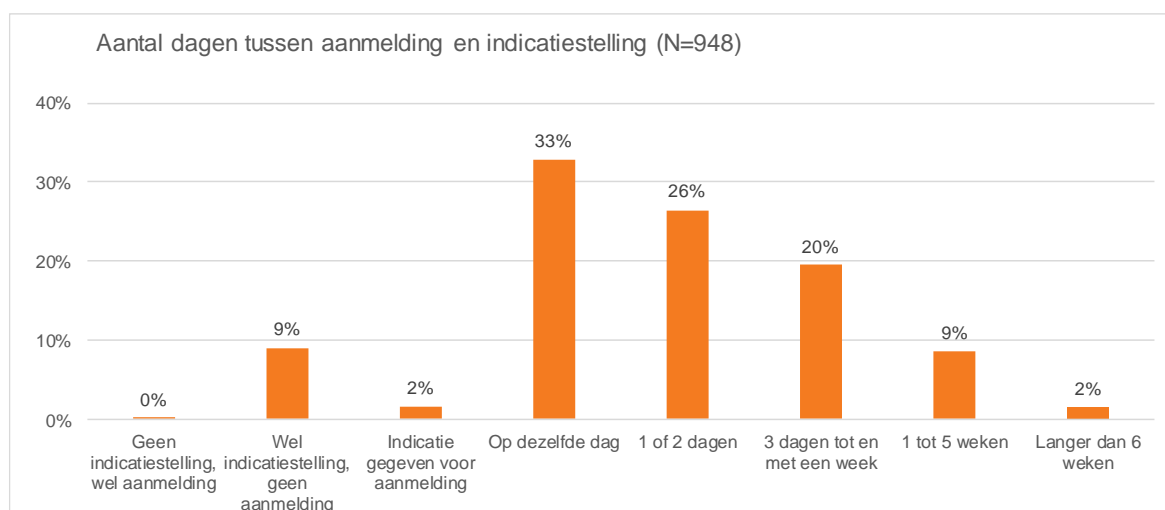
Figuur 8. Aantal dagen tussen aanmelding en start zorg

¹⁹ Uiteraard wordt een cliënt altijd aangemeld, anders zou het voor de wijkverpleging onmogelijk zijn de cliënt te bezoeken. Op het moment dat de zorg geleverd wordt, is de aanmelding echter nog niet in administraties verwerkt.

105 Deze uitkomsten zijn in overeenstemming met de informatie die we uit de begeleidingsgroep en de (diepte)interviews hebben verkregen. Het vinden van de aanbieder die wijkverpleging kan leveren is het belangrijkste probleem (zie hoofdstuk 2). Heeft men eenmaal een zorgaanbieder gevonden die wijkverpleging kan leveren, dan is er nauwelijks sprake van wachttijden.

3.3.2 Aantal dagen tussen aanmelding en indicatiestelling

106 Wanneer een cliënt wordt aangemeld en de zorgaanbieder beslist om de cliënt in zorg te nemen, wordt er snel gehandeld om een indicatie te stellen, zoals blijkt uit figuur 9. Gemiddeld heeft meer dan twee van de drie cliënten binnen twee dagen na aanmelding een indicatiestelling gekregen (of voor of zonder formele aanmelding). Voor 89% van de cliënten is de indicatiestelling binnen een week uitgevoerd.

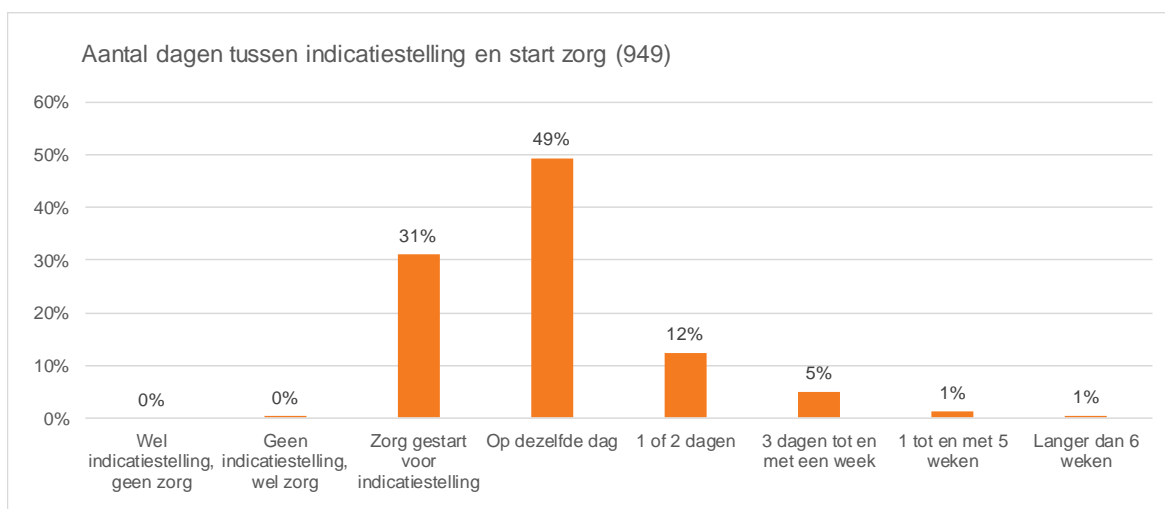


Figuur 9. Aantal dagen tussen aanmelding en indicatiestelling

107 In enkele gevallen is de aanmelding zelfs later dan de indicatiestelling, wat waarschijnlijk een gevolg is van de administratieve verwerking of dat al bekend is dat er zorg nodig is en de officiële aanmelding net wat later komt dan de indicatiestelling.

3.3.3 Aantal dagen tussen indicatiestelling en start zorg

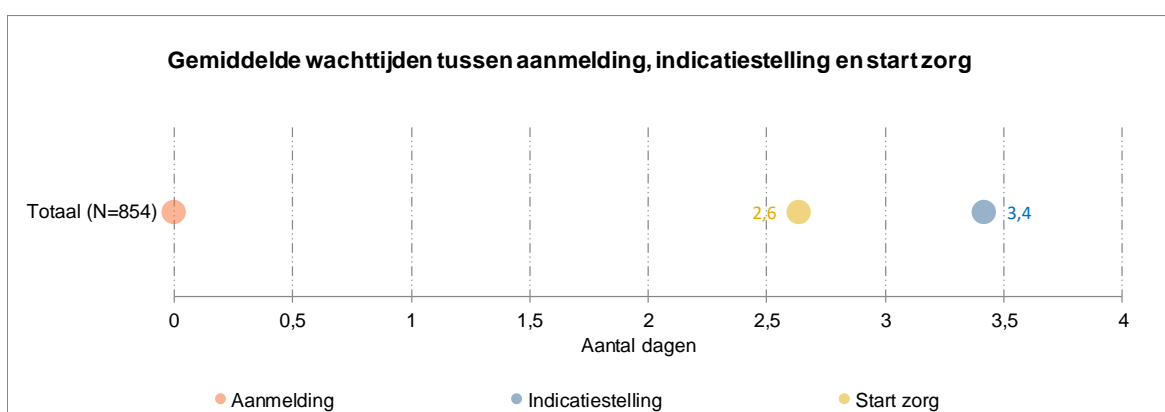
108 Bij het verlenen van de zorg en de indicatiestelling gaan zorgaanbieders praktisch te werk. Voor bijna een derde van de cliënten start de zorg al voor de indicatiestelling zoals blijkt uit figuur 10. In ongeveer de helft van de gevallen vindt de indicatiestelling en de start van de zorg op dezelfde dag plaats.



Figuur 10. Aantal dagen tussen indicatiestelling en start zorg

3.4 Gemiddelde wachttijd in de wijkverpleging

109 Naast de verdeling van de wachttijden in categorieën kunnen we ook de gemiddelde wachttijden berekenen van het moment van aanmelden tot het starten van zorg. We hebben deze gemiddelden berekend door het moment van aanmelden als dag 0 te beschouwen en vervolgens de tijd tussen indicatiestelling en start zorg te berekenen²⁰. De gemiddelde wachttijden maken het vergelijken tussen groepen cliënten inzichtelijker, bijvoorbeeld de doelgroepen of het gebied waar een cliënt woont. De uitkomsten voor alle cliënten in het onderzoek hebben we weergegeven in figuur 11.



Figuur 11 Gemiddelde wachttijden voor de thuiszorg

110 De wachttijd voor het verkrijgen van wijkverpleging is gemiddeld 2,6 dagen. Deze figuur laat ook zien dat zorgaanbieders gemiddeld gezien al starten met de zorg en dat de indicatiestelling gemiddeld genomen een dag later plaatsvindt.

²⁰ Als de datum van de indicatiestelling en/of de datum van de start zorg voor het moment van aanmelden lag, is deze de wachttijd gelijk gesteld aan 0.

3.5 Gemiddelde wachttijden uitgesplitst naar kenmerken van de wijkverpleging

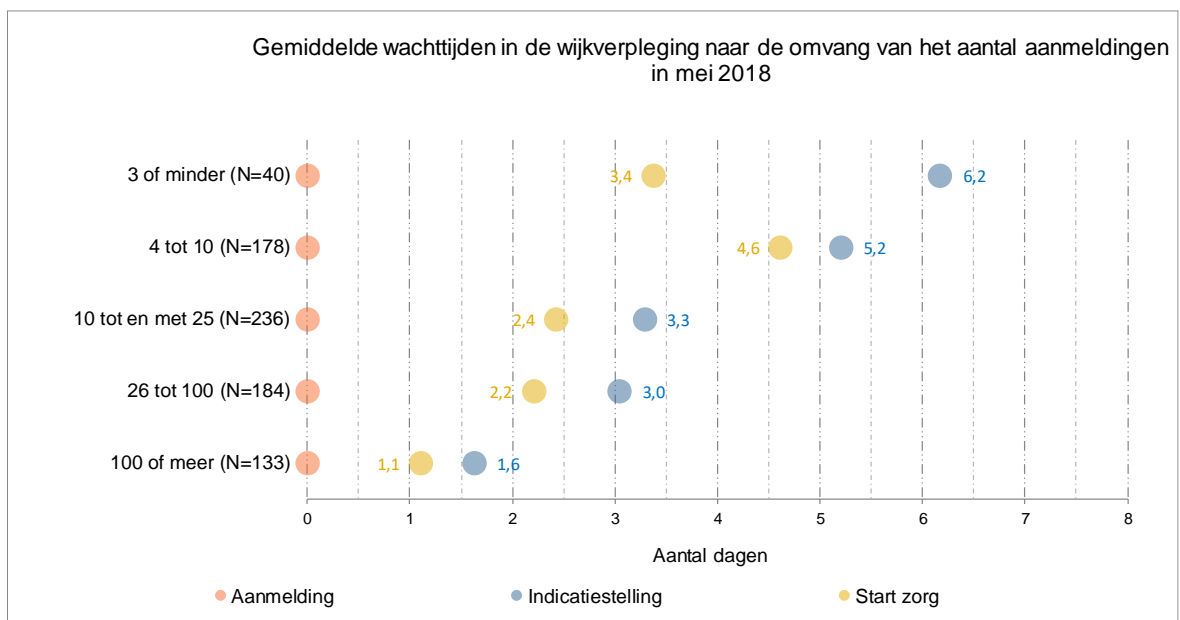
111 We hebben de gemiddelde wachttijden ook uitgesplitst naar een aantal kenmerken van de wijkverpleging en hebben getest of de gemiddelde wachttijden tussen groepen van cliënten met dezelfde kenmerken significant van elkaar verschillen²¹. De kenmerken die we getoetst hebben zijn:

- Aantal aanvragen voor wijkverpleging in mei 2018;
- Omvang van de wijkverpleging in aantal fte;
- Doelgroep van cliënten;
- Aanmelders van cliënten;
- Kernregio;
- Mate van stedelijkheid.

112 Indien er sprake is van een of meerdere significante verschillen voor de wachttijden hebben we dat in de teksten aangegeven.

3.5.1 Gemiddelde wachttijden naar aantal aanvragen voor wijkverpleging in mei 2018

113 We hebben de wachttijden in de wijkverpleging ook uitgesplitst naar het aantal aanvragen dat een zorgaanbieder heeft gekregen in mei 2018. De uitkomsten hiervan hebben we weergegeven in figuur 12.



Figuur 52. Gemiddelde wachttijden van cliënten in de wijkverpleging naar omvang van het aantal aanmelding voor wijkverpleging in mei 2018

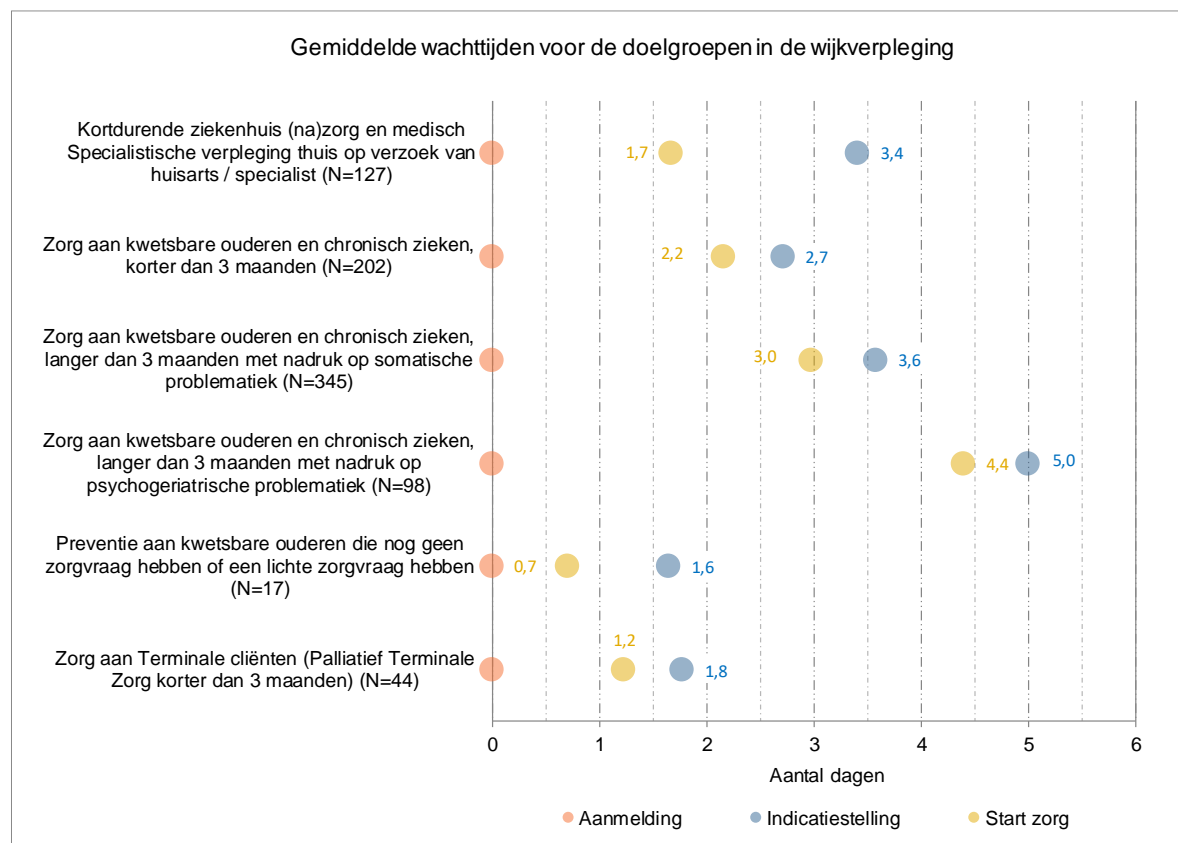
114 De resultaten laten zien dat tussen aanbieders verschillen bestaan. Een aantal van deze verschillen is statistisch significant:

²¹ Voor de vergelijkingen hebben we gebruik gemaakt van een ANOVA gevolgd door een Bonferroni-test. Deze test corrigeert voor het aantal tests dat uitgevoerd wordt en het daarbij toevallig vinden van een significant verschil.

- a. Grote aanbieders hebben een kortere wachttijd tussen aanmelding en start van zorg dan kleinere aanbieders. Aanbieders met vier tot tien aanmeldingen hebben de langste doorlooptijd tot start van zorg (gemiddeld 4,6 dagen), dit verschilt statistisch significant van aanbieders met 10 tot 25 aanmeldingen (gemiddeld 2,4 dagen), aanbieders met 26 tot 100 aanmeldingen (gemiddeld 2,2 dagen) en aanbieders met meer dan 100 aanmeldingen (gemiddeld 1,1 dagen);
- b. Grote aanbieders zijn in het algemeen ook sneller met de indicatiestelling. Aanbieders met meer dan 100 aanmeldingen zijn het snelst met de indicatiestelling (gemiddeld 1,6 dagen) en aanbieders die 26 tot 100 aanmeldingen hebben zijn ook nog relatief snel (gemiddeld 3,0 dagen). Bij kleinere aanbieders duurt indicatiestelling significant langer wanneer we kijken naar aanbieders die drie of minder aanmeldingen hebben (gemiddelde 6,2 dagen) en aanbieders die vier tot tien aanmeldingen hebben (gemiddeld 5,2 dagen).

3.5.2 Gemiddelde wachttijden in de wijkverpleging naar doelgroepen

115 Tijdens de verkennende interviews kwam naar voren dat een onderscheid naar de doelgroepen in de wijkverpleging relevant is. Ook tijdens de diepte-interviews gaven sommige respondenten aan dat complexe en langdurige zorg (met uitzondering van palliatieve zorg en intensieve kindzorg) vaak de langste wachttijd heeft in het voortraject van het vinden van een geschikte aanbieder. In figuur 13 hebben we de wachttijden voor de doelgroepen van de wijkverpleging weergegeven.

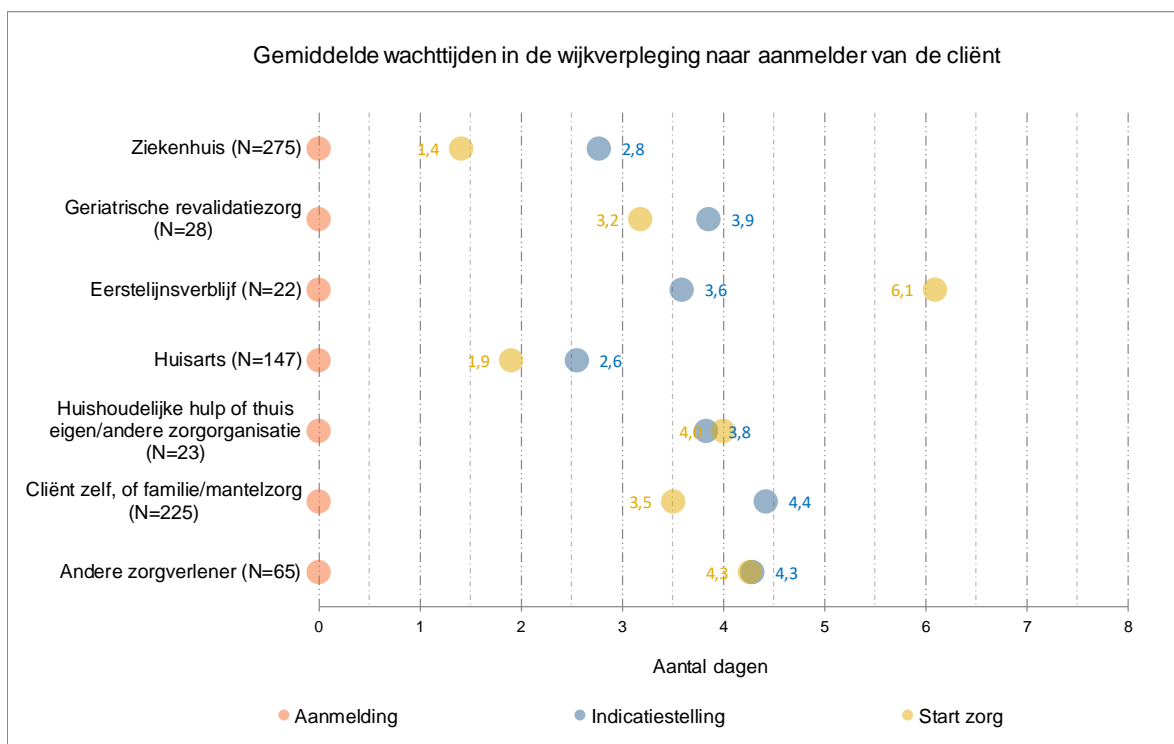


Figuur 63. Wachttijden voor de doelgroepen in de wijkverpleging

116 Uit de bovenstaande figuur blijkt dat de wachttijden wat verschillen tussen de doelgroepen, maar dat gemiddeld genomen de zorg binnen enkele dagen na aanmelding start. Zorg aan terminale cliënten wordt gemiddeld na 1,2 dagen verleend. De wachttijd tussen aanmelding en start zorg is relatief lang bij de doelgroep 'kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden met nadruk op psychogeriatrische problematiek' (gemiddeld 4,4 dagen na aanmelding).

3.5.3 Gemiddelde wachttijden naar soort aanmelder

117 Voor de cliënten is het ook bekend wie hen heeft aangemeld voor wijkverpleging. We hebben daarom ook de wachttijden uitgesplitst naar het soort aanmelder. De uitkomsten daarvan staan in de onderstaande figuur.

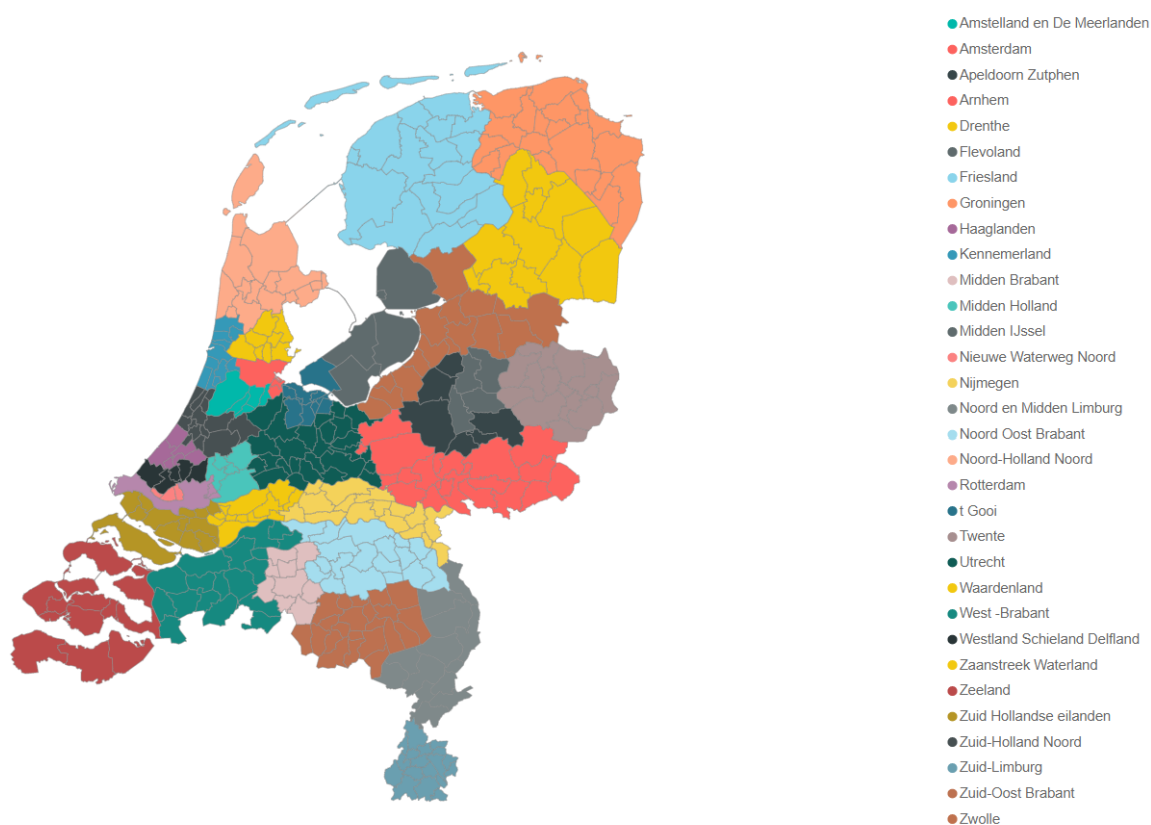


Figuur 74. Wachttijden in de wijkverpleging naar aanmelder van de cliënt

118 In de figuur is te zien dat vooral tussen het moment van aanmelden en de start zorg vanuit het eerstelijnsverblijf de langste wachttijd zich bevindt (6,1 dagen). Dit is echter niet per definitie negatief. Mogelijk is de lange wachttijd juist een teken dat vanuit een eerstelijnsverblijf al tijdig contact opgenomen is met een zorgaanbieder om geplande wijkverpleging te kunnen leveren. Dat beeld wordt bevestigd doordat de indicatiestelling gemiddeld enkele dagen voor het verlenen van zorg ligt. Aanmeldingen vanuit het ziekenhuis worden het snelst in zorg genomen (1,4 dagen). Dit is korter dan aanmelding vanuit het eerstelijnsverblijf, de cliënt zelf, of familie/mantelzorg en de restcategorie 'andere zorgverlener'.

3.5.4 Gemiddelde wachttijden naar regio

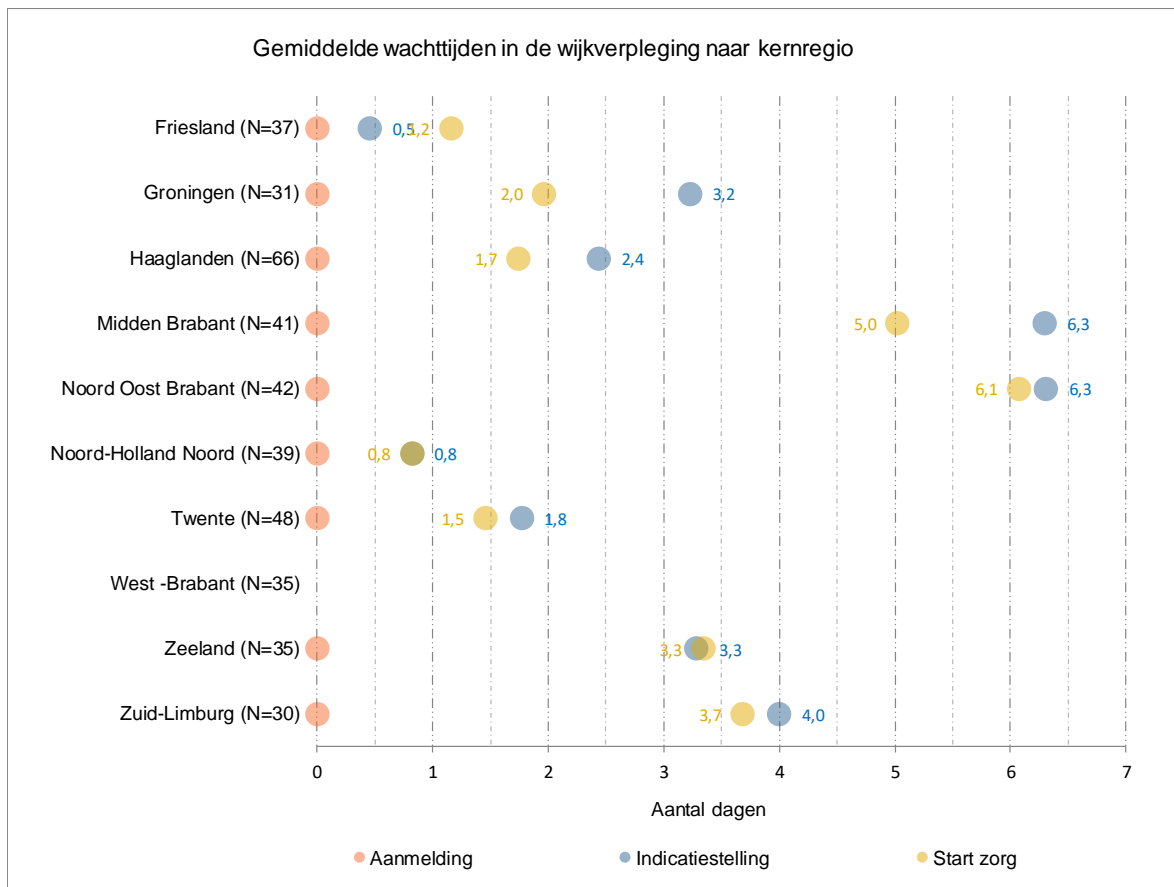
119 We hebben voor elke cliënt ook de viercijferige postcode gevraagd. Het vragen van de postcode biedt ook de mogelijkheid om alle regio's die gebaseerd zijn op de kernregio's met elkaar te vergelijken. In de onderstaande kaart hebben we de kernregio's weergegeven.



Figuur 85. Kernregio's in de wijkverpleging

120 Gezien het feit dat er 32 kernregio's zijn en we gegevens van 949 cliënten hebben aangeleverd, zijn de uitkomsten slechts indicatief omdat het aantal waarnemingen per regio beperkt is²². Het effect van beperkte waarnemingen wordt nog versterkt doordat meerdere cliënten in een kernregio zorg ontvangen bij dezelfde zorgaanbieder. Voor de regio's waarvoor we voldoende waarnemingen hadden, hebben we de resultaten weergegeven in figuur 16.

²² Als statistische vuistregel hebben we gehanteerd dat een zorgkantoorregio minimaal 30 cliënten moet hebben om een enigszins betrouwbare vergelijking te kunnen maken. Regio's met minder dan 30 cliënten hebben we niet weergegeven in de figuur. Het is echter niet eenduidig vast te stellen hoe representatief de resultaten zijn voor de regio's.



Figuur 96. Wachttijden naar kernregio's

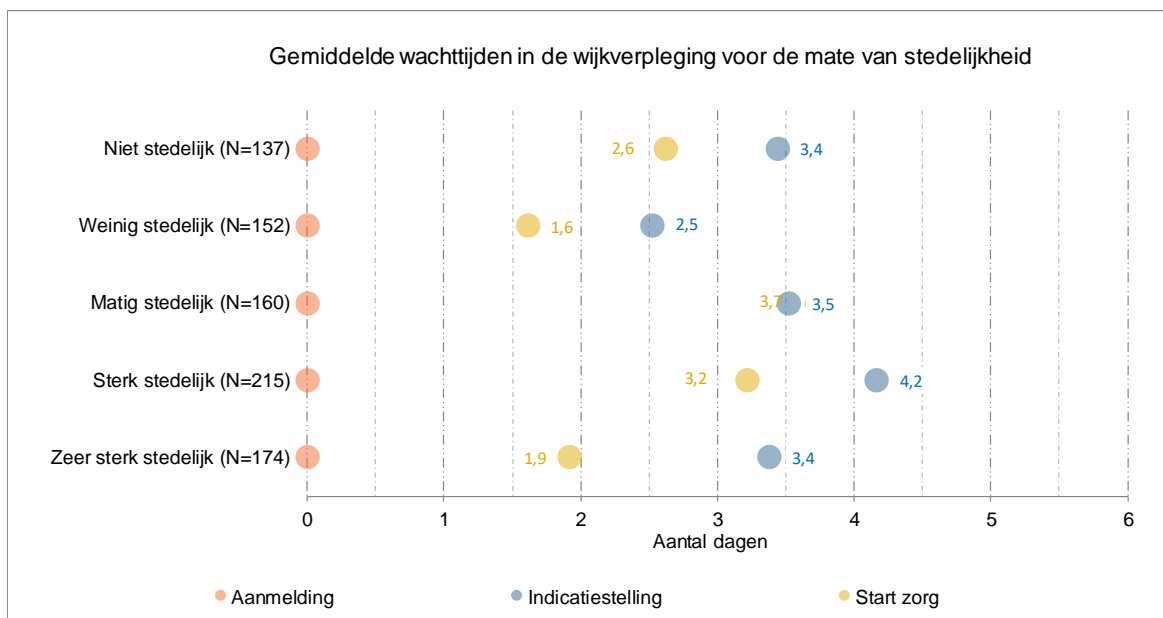
121 Regionaal zijn er verschillen zichtbaar in de doorlooptijd tussen aanmelding, indicatie en start van zorg. In Noord-Holland-Noord worden de cliënten het snelst in zorg genomen (gemiddeld 0,8 dagen na aanmelding), in Noordoost-Brabant duurt dit het langst (gemiddeld 6,1 dagen). De regio's Noord-Holland-Noord en Friesland hebben ook een kortere wachttijd tussen aanmelding en indicatiestelling dan Midden Brabant en Noordoost-Brabant. Gedurende de interviews zijn de regio's in Brabant wel enkele malen genoemd als probleemregio's.

3.5.5 Gemiddelde wachttijden in de wijkverpleging naar mate van stedelijkheid

122 Op basis van de postcode was het ook mogelijk om een indeling te maken naar de mate van stedelijkheid van het gebied waarin een cliënt woont om te onderzoeken of niet de regio, maar de mate van stedelijkheid invloed heeft op de wachttijden in de wijkverpleging²³. Sommige geïnterviewden hebben aangegeven dat de problemen in de wijkverpleging in grootstedelijke gebieden het grootste zijn. Andere geïnterviewden gaven

²³ We gebruiken hierbij de indeling van stedelijkheid van CBS die gebaseerd is op de gemiddelde omgevingsadressendichtheid (oad). Hierbij zijn vijf categorieën onderscheiden: - zeer sterk stedelijk: gemiddelde oad van 2500 of meer adressen per km²; - sterk stedelijk: gemiddelde oad van 1.500 tot 2.500 adressen per km²; - matig stedelijk: gemiddelde oad van 1.000 tot 1.500 adressen per km²; - weinig stedelijk: gemiddelde oad van 500 tot 1.000 adressen per km²; - niet stedelijk: gemiddelde oad van minder dan 500 adressen per km² (www.cbs.nl).

aan dat het ook in weinig stedelijke gebieden een probleem is om wijkverpleging te ontvangen omdat de reistijden dan lang zijn. In de onderstaande figuur is de uitsplitsing naar de mate van stedelijkheid waar de cliënt woont weergegeven.



Figuur 107. Wachttijden in de wijkverpleging naar mate van stedelijkheid

123 Uit de verdeling naar stedelijkheid is geen eenduidig beeld te reconstrueren. Er is geen duidelijke toe- of afname van wachttijden met de mate van stedelijkheid. De mate van de stedelijkheid van het gebied waar de cliënt uit afkomstig is, lijkt niet direct een verband te hebben met de wachttijden als de cliënt eenmaal een zorgaanbieder gevonden heeft.

3.6 Deelconclusie

124 Wanneer een zorgaanbieder heeft besloten een cliënt in zorg te nemen, dan zijn de wachttijden tussen het moment van aanmelden en indiceren en het moment van aanmelden en het starten van de zorg over het algemeen enkele dagen. Gemiddeld bedraagt de wachttijd tussen aanmelding en indicatie 3,6 dagen en tussen aanmelding en start zorg 2,6 dagen. In veel gevallen wordt de zorg gestart op het moment dat een cliënt aangemeld wordt. De Treeknorm die voorschrijft dat zorg binnen maximaal zes weken na aanmelding gestart moet zijn, wordt dan ook voor 99% van de cliënten gehaald. Het is daarbij ook de vraag of voor de resterende 1% de zorgvraag dringend is. De conclusie is dat als een zorgaanbieder een cliënt in zorg neemt, de wachttijd relatief beperkt is. Deze bevindingen geven geen aanleiding tot herziening of differentiatie van bestaande normen. Het vinden van een zorgaanbieder die de cliënt in zorg kan nemen lijkt het grootste probleem (zie hoofdstuk 2).

4. Mogelijke oplossingsrichtingen

125 Gedurende het onderzoek hebben we veel respondenten gesproken met mooie praktijkvoorbeelden en ideeën om de wijkverpleging toegankelijk te (blijven) houden. Daarbij wordt vanuit de branche benadrukt dat het oplossen van de knelpunten een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de partijen betreft. De oplossingsrichtingen en voorbeelden die respondenten noemen, zitten op twee niveaus:

- a. Systeemniveau:
 - i. Beter benutten en passende inzet van ongecontracteerde capaciteit;
 - ii. Het werk aantrekkelijker maken;
 - iii. Afspraken over verantwoordelijkheden;
 - iv. Ondersteunende systemen inrichten.
- b. Operationeel niveau:
 - i. Verwachtingen van cliënten managen;
 - ii. Verkorten zorghandelingen;
 - iii. Ontzorgen van verpleegkundige en cliënt.

126 In dit hoofdstuk bespreken we elk van de oplossingsrichtingen beknopt.

4.1 Systeemniveau

4.1.1 *Beter benutten van capaciteit*

127 Aanbieders geven aan dat hun handelen beperkt wordt door de contracten (of het ontbreken daarvan) met zorgverzekeraars. Met name kleine aanbieders zeggen dat zij veel ruimte hebben om cliënten in zorg te nemen, maar hierdoor beperkt worden door het ontbreken van contracten of budgetplafonds.

128 Kleine aanbieders krijgen geen cliënten doorverwezen, onder andere omdat ziekenhuizen in veel gevallen niet doorverwijzen naar ongecontracteerde aanbieders. Daarnaast is de eigen bijdrage een drempel voor de inzet van ongecontracteerde zorg, zowel voor de zorgverlener om die bijdrage te vragen als voor de cliënt die de bijdrage moet betalen. Als de capaciteit van kleine ongecontracteerde aanbieders beter benut wordt, kan deze als 'smeerolie' fungeren voor de realisatie van wijkverpleging. Hierbij is vereist dat deze aanbieder aan de geldende kwaliteits- en doelmatigheidseisen voldoet.

129 Kleine aanbieders geven eveneens aan hinder te ondervinden van budgetplafonds. Een tijdige beslissing van verzekeraars bij contracteringsverzoeken en heldere spelregels hiervoor kunnen de zorgaanbieders helpen. Vanuit de verzekeraars wordt daarbij echter opgemerkt dat elke verzekeraar een helder inkoopbeleid heeft.

4.1.2 *Het werk aantrekkelijker maken*

130 Mogelijke oplossingsrichtingen voor de arbeidsmarktproblematiek bevinden zich zowel binnen, als buiten de beïnvloedingssfeer van zorgaanbieders. Om op lange termijn voldoende wijkverpleegkundigen (evenals verzorgenden) beschikbaar te hebben, is veel inspanning nodig. Volgens aanbieders zit dat met name in het

aantrekkelijker maken van het beroep, onder andere door minder administratieve taken en het opleiden van meer (wijk)verpleegkundigen.

131 Aanbieders geven aan zelf ook de mogelijkemaatregelen te nemen om goed om te gaan met de arbeidskrachte. Dit doen zij onder andere door opleidingstrajecten aan te bieden en de werkzaamheden zo in te richten dat het voor alle niveaus van wijkverpleegkundigen uitdagend en interessant werk is en blijft. Kleine aanbieders geven daarbij wel aan dat het voor hen lastiger is om uitdagend werk te bieden voor hbo-wijkverpleegkundigen, omdat zij vaak de minder uitdagende zorgvragen (zonder specialistische handelingen) in hun portefeuille hebben.

132 Voor de lagere functies binnen de wijkverpleging, zoals verzorgende, proberen aanbieders meer zij-instromers aan te trekken. Dit gebeurt vaak in samenwerking met het UWV. Ook zijn er initiatieven om niet zorggerelateerde taken zoveel mogelijk te scheiden van zorgtaken, zodat deze taken ook uitgevoerd kunnen worden door andere medewerkers. Op die manier blijft de capaciteit van verpleegkundigen en verzorgenden zoveel mogelijk beschikbaar voor zorgtaken.

133 Vanuit de branche wordt opgemerkt dat deze maatregelen waarschijnlijk niet voldoende zijn om op langere termijn voldoende wijkverpleegkundigen en verzorgenden te kunnen vinden. Onderliggend zijn demografische ontwikkelingen hier van belang: steeds meer ouderen die zorg nodig hebben tegenover verhoudingsgewijs minder werkenden die de zorg kunnen verlenen (zie ook hoofdstuk 2). Door de krapte van de arbeidsmarkt komen er niet genoeg mensen beschikbaar. Daarnaast speelt ook de huidige uitstroom van werknemers uit de zorg een rol.

4.1.3 Afspraken over verantwoordelijkheden

134 In het onderzoek geven respondenten aan dat samenwerkingsafspraken op verschillende niveaus cruciaal zijn bij het verbeteren van de toegankelijkheid van wijkverpleging. Er zijn daarbij diverse regionale samenwerkingsafspraken genoemd. Per regio is de best mogelijke manier van samenwerken verschillend, dit is onder andere afhankelijk van het aantal aanbieders en de grootte van de totale zorgvraag. Het is echter wel van groot belang om in ieder geval wel afspraken te maken over de verwijzing op regionaal niveau. Met name afspraken over wie verantwoordelijk is voor de verwijzing en bemiddeling van cliënten zijn nodig. Op die manier voorkom je dat uiteindelijk iemand bezig is met de bemiddeling, die hiervoor in principe niet verantwoordelijk is. Voorbeelden van dergelijke bemiddelingsafspraken zijn:

- a. De voorkeursaanbieder van de cliënt is verantwoordelijk voor het vinden van een beschikbare aanbieder, ook als ze zelf geen capaciteit beschikbaar hebben;²⁴
- b. Een derde, in sommige gevallen onafhankelijke, partij (bemiddelingsbureau) is verantwoordelijk voor het vinden van een beschikbare aanbieder;

²⁴ Vanuit de branche wordt hierbij opgemerkt dat een aanbieder geen invloed heeft op cliënten waarvan die het bestaan nog niet kent, maar waar de aanbieder wel verantwoordelijkheid voor zou gaan dragen op het moment van melden. Daarnaast wordt het signaal gegeven dat dit ongewenste administratieve lasten in de hand kan werken en niet meer zou zijn dan een verschuiving van het probleem.

- c. De transferverpleegkundige is naast de verwijzing tevens verantwoordelijk voor het vinden van een beschikbare aanbieder;
- d. De huisarts (POH'er) is naast de verwijzing tevens verantwoordelijk voor het vinden van een beschikbare aanbieder;
- e. Lokale toegangsteams (wijkteams) zijn verantwoordelijk voor het vinden van een aanbieder van wijkverpleging.
- f. De verzekeraar heeft een zorgplicht en kan helpen bij het vinden van een zorgverlener. De meeste verzekeraars hebben hiervoor een afdeling zorgbemiddeling.

135 Daarnaast kunnen samenwerkingsafspraken ook bijdragen aan beter begrip tussen verwijzer en zorgaanbieder en daarmee ook de overdracht helpen te versoepelen. Een voorbeeld hiervan is het inzetten van kennis van een wijkverpleegkundige op een transferafdeling. Tijdens ons onderzoek horen we vaak dat de indicatie van de wijkverpleegkundige afwijkt van het dossier zoals dat is opgesteld door de transferverpleegkundige in het ziekenhuis. Dit heeft volgens een aantal respondenten te maken met de zwakke toestand waarin een cliënt verkeert in het ziekenhuis en de 'medische' bril waarmee een transferverpleegkundige naar de cliënt en de bijpassende zorgvraag kijkt. De cliënt blijkt in de thuissituatie dan meer zelf te kunnen en dus minder zorg nodig te hebben dan is ingeschat. Andersom komt het ook voor dat een transferverpleegkundige het dossier minder zwaar opstelt dan dat de wijkverpleegkundige uiteindelijk inschat. Dit gebeurt meestal in de situatie waarin de transferverpleegkundige weet dat er weinig capaciteit beschikbaar is bij aanbieders, maar wel snel een plek wil realiseren voor de cliënt. Het dossier wordt daarom lichter gepresenteerd dan in werkelijkheid het geval is. Om discrepantie tussen de indicatie van de wijkverpleegkundige en de inschatting van de transferverpleegkundige te verminderen, kan het helpen om gebruik te maken van elkaars kennis en ervaring. Bijvoorbeeld door een wijkverpleegkundige uit te nodigen voor werkoverleggen of eens een paar uur mee te laten lopen op een transferafdeling van een samenwerkend ziekenhuis.

136 Ook samenwerking tussen aanbieders onderling draagt bij aan een betere koppeling van (regionale) vraag en aanbod: wanneer je als aanbieder weet welke expertise en beschikbaarheid je collega-aanbieder heeft, kun je daar naar verwijzen en vice versa. Respondenten geven aan dat aanbieders elkaar niet als concurrenten moeten benaderen, maar als samenwerkingspartners. In het onderzoek zijn we meerdere positieve voorbeelden tegengekomen hiervan, bijvoorbeeld: een gezamenlijke nachtdienst organiseren met meerdere zorgorganisaties in een wijk.

4.1.4 Ondersteunende systemen voor beschikbare capaciteit

137 Net als bij regionale samenwerkingsafspraken geldt voor ondersteunende systemen dat geen enkel systeem zaligmakend is, maar dat het hebben van een systeem (in welke hoedanigheid dan ook) het verwijzen eenvoudiger maakt dan bij het ontbreken van een systeem. Ziekenhuizen en aanbieders werken wat betreft het verwijzen van cliënten naar wijkverpleging vaak met ondersteunende systemen, zoals het eerder genoemde POINT. Daarnaast is er een enkele regio die werkt met een beschikbaarheidssysteem, waar op een platform te vinden is welke aanbieder ruimte heeft om nieuwe cliënten te accepteren. In het kader op de volgende pagina is dit voorbeeld verder uitgewerkt.

138 Een belangrijk voordeel van het gebruiken van een verwijssysteem is het overzicht van het aanbod in de regio. Kleine aanbieders zijn daardoor ook makkelijker vindbaar. Kleinschalige aanbieders in regio's zonder verwijssysteem geven vaak aan dat huisartsen, maar ook transferverpleegkundigen hen pas bellen wanneer de grote aanbieders in de regio geen plek blijken te hebben. Dit heeft vaak te maken met het imago van ZZP'ers en andere kleinschalige aanbieders: men lijkt eerder geneigd te vertrouwen op de grotere organisaties, omdat ze meer naamsbekendheid hebben en meer capaciteit. Daarnaast kan inzicht in het aanbod voorkomen dat verwijzen geschiedt op basis van onjuiste of achterhaalde beeldvorming in plaats van beschikbaarheid. Bijvoorbeeld: aanbieder A bleek bij de laatste drie verwijzingen geen beschikbaarheid te hebben: de vierde keer is er wel plek, maar deze aanbieder wordt niet meer benaderd vanwege eerdere afwijzingen. Een ondersteunend systeem kan dit helpen te voorkomen. Tijdens de focusgroepen kwam ten slotte naar voren dat het volledig inzichtelijk maken van al het aanbod in de wijkverpleging in een systeem, bijvoorbeeld op een online platform, bijdraagt aan de zorgkaart en dus helpt om beter te kunnen verwijzen.

Capaciteit in de wijkverpleging inzichtelijk

Een van de respondenten heeft goede ervaringen met transparantie in de capaciteit van wijkverpleging van de eigen organisatie en andere zorgaanbieders. In samenwerking met het ziekenhuis dat verantwoordelijk is voor een groot deel van de cliënten met wijkverpleging is een app ontwikkeld waarin de beschikbare capaciteit voor wijkverpleging direct zichtbaar is door een stoplichtmethodiek. Dit scheelt heel veel zoeken en bellen voor de transferverpleegkundigen, maar ook voor de zorgaanbieders. Het is de bedoeling dit systeem verder uit te breiden op de telefoons van de wijkverpleegkundigen zodat er de informatie steeds up-to-date is. De hierboven genoemde respondent geeft ook aan dat een goede overdracht van cliënten vanuit het ziekenhuis erg belangrijk is.. De organisatie waar zij werkzaam is voert daarom een pilot uit waarbij de wijkverpleging samenwerkt met de transferverpleegkundige uit het ziekenhuis. Samen kunnen zij dan de beste inschatting maken welke zorg thuis mogelijk is en hoeveel en hoe vaak. De uitkomsten hiervan zijn positief. De zorgaanbieder is zich ook bewust dat het belangrijk is dat het ziekenhuis mensen tijdig kan ontslaan om dure zorg te vermijden. Het is echter niet de bedoeling dat mensen terechtkomen op plaatsen waar ze niet horen. Daarom worden mensen die niet geplaatst kunnen worden soms in het zorghotel van de zorgaanbieder opgenomen om de periode te kunnen overbruggen waarin wijkverpleging niet mogelijk is, maar waardoor de cliënt tegelijkertijd geen bed bezet houdt op een plek waar de cliënt niet thuishoort.

4.2 Operationeel niveau

139 Een deel van de oplossingsrichtingen die we gehoord hebben tijdens dit onderzoek bevindt zich op operationeel niveau en zijn vaak door relatief eenvoudige aanpassingen op de werkvloer al te realiseren.

4.2.1 Verwachtingen van cliënten managen

140 Volgens een deel van de respondenten uit dit onderzoek is een deel van de knelpunten op te lossen door realistisch verwachtingsmanagement wat betreft zorgtijden richting cliënten. Wanneer cliënten open staan

voor het gesprek over afwijkende tijden van zorg is er wat betreft planning meer mogelijk voor aanbieders.

Tijdens een van de focusgroepen maakte een respondent een driedeling van type cliënten:

- a. Cliënten die geen sterke wil of kennis met betrekking tot de zorg hebben en dus geen sterke uitgesproken mening hebben wat betreft de organisatie van deze zorg;
- b. Cliënten die open staan voor een gesprek over de organisatie van zorg, bijvoorbeeld de zorgtijden;
- c. Cliënten met een uitgesproken mening, die zich weinig flexibel opstellen en menen recht te hebben op zorg naar hun wensen en eisen.

141 De eerste twee groepen staan open voor verpleging en verzorging op afwijkende tijden en zijn vaak flexibeler in te plannen dan de derde groep. Hierdoor wordt de capaciteit van een zorgaanbieder beter benut: er komt op die manier minder druk te liggen op de planning in de ochtend. Wat betreft de derde groep geldt dat het gesprek over afwijkende zorgtijden lastiger is, omdat deze cliënten minder open staan voor een gesprek hierover. Een aanbieder gaf in een interview aan dat al hun wijkverpleegkundigen getraind worden in gesprekstechnieken met cliënten, met als doel om de zorg anders en flexibeler in te plannen. Ook is de verwachting van sommige respondenten dat cliënten in de toekomst meer open zullen staan voor flexibele zorgtijden. .

4.2.2 *Ontzorgen van cliënt en verpleegkundige met (technologische) hulpmiddelen*

142 Door zorghandelingen slimmer in te richten, bijvoorbeeld met behulp van technologische of medische hulpmiddelen, is veel tijd te besparen. Voorbeelden die hierbij genoemd zijn in het onderzoek zijn onder andere een pilot waarbij geëxperimenteerd wordt met een andere manier van steunkousen aantrekken, een hulpmiddel waardoor cliënten zelf hun ogen kunnen druppelen en slimme alarmeringssystemen. Ten slotte vinden respondenten het ook verstandig om cliënten in het ziekenhuis beter voor te bereiden op hun thuiskomst, door alvast te oefenen met bepaalde handelingen, om zo de zelfredzaamheid van cliënten te verhogen.

5. Conclusies en aanbevelingen

143 Het doel van dit onderzoek is inzicht te verschaffen in de toegankelijkheid van de wijkverpleging en eventuele wachttijden daarbij. Het onderzoek laat zien dat het daarbij belangrijk is onderscheid te maken in de fase van het zoeken van een aanbieder en de fase waarin een aanbieder gevonden is die de zorg kan gaan verlenen.

5.1 Het vinden van een aanbieder lukt, maar kan tegenvallen

144 Het vinden van een zorgaanbieder voor de wijkverpleging kan voor verwijzers, cliënten en mantelzorgers tegenvallen. Dit blijkt met name uit interviews met verwijzers, maar dit wordt ook door een deel van de aanbieders herkend. Verwijzers geven aan vaak meerdere aanbieders te moeten benaderen. Hierbij worden diverse oorzaken genoemd:

- a. Tekort aan gekwalificeerd personeel in de wijkverpleging. Daarnaast zijn ook de eisen voor personeel in de wijkverpleging strenger geworden;
- b. Toename van behoefte aan wijkverpleging doordat mensen langer thuis blijven wonen en de toenemende vergrijzing;
- c. Versnippering van de wijkverpleging door de vele aanbieders in combinatie met gebrek aan coördinatie van het aanbod;
- d. De inzet van ongecontracteerde zorgaanbieders werkt complicerend;
- e. Administratieve taken drukken op de tijd die aan zorg besteed kan worden;
- f. Cliënten hebben voorkeuren die in praktijk niet altijd te realiseren zijn.

145 Uiteindelijk lukt het voorsnog wel om een aanbieder te vinden die de thuiszorg kan leveren. Cliënten merken daardoor nu nog relatief weinig van problemen. Het lijkt niet op grote schaal voor te komen dat cliënten langer in een ziekenhuis of andere vorm van intramuraal verblijf moeten blijven doordat niet tijdig wijkverpleging is gevonden. Wel komt het voor dat de zorg aan dezelfde cliënt verleend wordt door verschillende zorgaanbieders. De gevolgen leggen nu vooral hogere druk op het personeel. Daarnaast zien we dat zorgaanbieders op zoek gaan naar oplossingen, maar daarbij deels ook kiezen voor 'noodoplossingen' die de situatie niet structureel verbeteren.

146 Op dit moment zijn er onvoldoende gegevens voorhanden om goed onderbouwde kwantitatieve uitspraken te doen over de inspanning die verwijzers, mantelzorgers en cliënten plegen om een voor de cliënt geschikte aanbieder voor thuiszorg te vinden. Op basis van gegevens van vier grote verzekeraars lijkt wachttijdbemiddeling door verzekeraars wel regelmatig voor te komen. Op het totaal aan wijkverplegingscliënten gaat het om beperkte aantallen, wat ook een indicatie kan zijn dat deze bemiddeling vaker benut kan worden.

5.2 Binnen enkele dagen na aanmelding ontvangen cliënten zorg

147 Wanneer een zorgaanbieder is gevonden, wordt de zorg over het algemeen binnen enkele dagen verleend. Een beperkte wachttijd is niet per definitie problematisch, mits de continuïteit van zorg niet in gevaar

is. De zorg start gemiddeld 2,6 dagen na aanmelding en 37% van de cliënten ontvangt op de dag van aanmelding al wijkverpleging. In 7% van de gevallen duurt het een week of langer en slechts in 1% van de gevallen wordt de Treeknorm van zes weken niet gehaald. Deze bevindingen geven geen aanleiding tot herziening of differentiatie van bestaande normen.

5.3 Druk op de wijkverpleging neemt naar verwachting verder toe

148 De dringend noodzakelijke zorg wordt in praktisch alle gevallen binnen enkele dagen geleverd. Hiermee is echter niet vastgesteld dat dit ook altijd de juiste doelmatige zorg is op de juiste plek. Zonder uitzondering geven de respondenten in dit onderzoek aan dat de toegankelijkheid van de wijkverpleging onder druk staat en dat er zorgen zijn om de toegankelijkheid nu en in de toekomst te waarborgen. Het probleem is niet zichtbaar in de wachttijden, maar laat zich wel zien in de signalen over het tekort aan aantal wijkverpleegkundigen, maar bijvoorbeeld ook in de uren die wijkverpleegkundigen werken buiten hun contracturen om. Er wordt dus een steeds groter beroep gedaan op de huidige capaciteit en die 'rek' is er op een gegeven moment uit. Het beeld dat we ophalen is dat de druk op de toegankelijkheid de afgelopen twee á drie jaar toeneemt en in veel regio's zijn voorlopige hoogtepunt heeft gekend in de zomerperiode van 2018. Ondanks de druk op de toegankelijkheid van de zorg, lukt het op dit moment over het algemeen nog wel om de zorg te leveren.

149 Achterliggend aan de druk op de toegankelijkheid van de wijkverpleging zijn er belangrijke lange termijn ontwikkelingen. Enerzijds neemt de behoefte aan wijkverpleging toe door vergrijzing, langer thuis wonen en afbouw van capaciteit in verzorgingshuizen.. Anderzijds is er toenemende krapte op de arbeidsmarkt waardoor het vinden van gekwalificeerde wijkverpleegkundigen steeds moeilijker is. Daarnaast is er een beweging dat de zorg zich verplaatst van het ziekenhuis naar huis (ziekenhuisverplaatste zorg). Op dit moment lukt het in de praktijk nog om met zoeken en puzzelen de zorg binnen een afzienbare tijd te leveren. Dit wil echter niet zeggen dat dit ook in de toekomst mogelijk blijft. De verwachting is dat deze ontwikkelingen zich doorzetten, daarmee ontstaat er in de toekomst meer spanning tussen vraag en aanbod in de wijkverpleging. De vervolgvraag is hoe de behoefte aan wijkverpleging in de toekomst ingevuld kan worden en welke maatregelen daarvoor nodig zijn. Tijdens dit onderzoek zijn initiatieven en oplossingsrichtingen voorbij gekomen, waarvan we de belangrijkste in de volgende paragraaf benoemen.

5.4 Betrokkenen zien oplossingsrichtingen

150 Uit het onderzoek komen verschillende oplossingsrichtingen naar voren om nu en in de toekomst aan de toenemende vraag aan wijkverpleging te kunnen voldoen:

- a. Een aantal oplossingsrichtingen heeft betrekking op meer overkoepelende vragen en de lange termijn:
 - i. Beter benutten van alle nog beschikbare capaciteit, waaronder gepaste inzet van ongecontracteerde aanbieders;
 - ii. Arbeidsmarkt verbeteren door het aantrekkelijker maken van het werk;
 - iii. Duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden in het proces van verwijzing naar een aanbieder;
 - iv. Gebruik van verwijzing ondersteunende systemen waarin beschikbare capaciteit inzichtelijk is.

- b. Daarnaast worden praktische oplossingen gesignaleerd op operationeel niveau:
 - i. Verwachtingen van cliënten managen;
 - ii. Ontzorgen van cliënt en verpleegkundigen door inzet van (technologische) hulpmiddelen.

151 Vanuit de branche wordt opgemerkt dat de genoemde oplossingsrichtingen vanuit de rol van aanbieders van wijkverpleging dit grote vraagstuk niet volledig beantwoorden. Het gaat om een breed maatschappelijk vraagstuk waar verschillende partijen (zoals aanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, cliënten) alle hun eigen rollen en verantwoordelijkheden hebben. Daarnaast speelt samenhang met de ontwikkelingen binnen het sociaal domein, evenals de schotten tussen de WMO, WLZ en de ZVW.

5.5 Aanbevelingen

152 Op basis van de onderzoeksresultaten zien wij de volgende aanbevelingen:

- a. Vereenvoudig het proces van het vinden van een aanbieder van wijkverpleging. Beleg de verantwoordelijkheid voor de bemiddelingsfunctie. Creëer regionaal een centraal aanspreekpunt dat verantwoordelijk is voor de planning van wijkverpleegkundige zorg. Zorg hierbij voor overzicht in de actuele capaciteit en zorgaanbod voor wijkverpleging bij verschillende aanbieders.²⁵ Hierbij zijn wel aandachtspunten gesignaleerd:
 - i. Vanuit de branche wordt opgemerkt dat de regionale aanspreekpunten in de praktijk nog heel wat uitdagingen met zich mee kunnen brengen, ook gelet op de marktwerking en de ruimte bij aanbieders. Het kan per dag, per moment en voor de aard van de zorgvraag wisselen of er ruimte is om een cliënt in zorg te nemen. Deze aanspreekpunten zijn van toegevoegde waarde als zij daadwerkelijk bijdragen aan het sneller vinden van een passende aanbieder.
 - ii. Vanuit de Patiëntenfederatie wordt opgemerkt dat de bemiddelingsfunctie er niet toe mag leiden dat patiënten geen regie hebben bij het zoeken van de zorgaanbieder. De Patiëntenfederatie is daarom voorstander van betere openbaar toegankelijke etalage informatie over het zorgaanbod voor verwijzers, cliënten en mantelzorgers;
- b. Overweeg hoe alle beschikbare capaciteit, waaronder die bij ongecontracteerde aanbieders, adequaat en op kwalitatief passend niveau ingezet kan worden. Hierbij is correcte contractering van belang via onderaanneming of een gericht en flexibel contracteringsbeleid.²⁶ De nog ongecontracteerde aanbieders kunnen mogelijk de nodige flexibiliteit bieden in het systeem. Daarbij is vereist dat zij aan de wettelijke eisen en standaardnormen van de beroepsgroep en verzekeraars voldoen en doelmatig werken. Daarnaast vergt onderaanneming dat aanbieders met elkaar willen samenwerken en dat dit binnen de regels van de mededingen ook mag;

²⁵ Er wordt gewerkt aan regionaal inzicht in de beschikbare zorgcapaciteit in brede zin. Er zijn reeds regionale coördinatiepunten voor tijdelijk verblijf en verzekeraars hebben zich gecommitteerd aan het op korte termijn verbreden daarvan voor meer vormen van zorg. Inzicht in de beschikbare capaciteit voor wijkverpleging zou hier in kunnen passen.

²⁶ Het belang van contractering is door de minister benadrukt in zijn brief aan de Tweede Kamer van 9 november 2018 (Kenmerk 1372281-183975-Z), evenals in het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019 t/m 2022 (6 juni 2018).

- c. Stimuleer en deel praktische oplossingen en innovatie in de zorg en organisatie daarvan. Inventariseer eventuele belemmeringen in beleid en regelgeving en overweeg of aanpassing mogelijk is;
- d. Het huidige onderzoek biedt wel inzicht in de aard van de problematiek van het zoeken van een aanbieder van wijkverpleging, maar over de omvang ervan is onvoldoende informatie. Om de effectiviteit en voortgang van verbeteringen vast te stellen is het zinvol de omvang te kwantificeren, zodat monitoring mogelijk is. Een uitvraag bij verwijzers naar het aantal zorgaanbieders dat zij per cliënt moeten benaderen kan hierin meer inzicht bieden;
- e. Anticipeer op de gevolgen van lange termijn ontwikkelingen in vraag en aanbod van wijkverpleging. Waar en wanneer is onbalans in vraag en aanbod te verwachten en welke oplossingen zijn daarvoor mogelijk? Een demografische analyse kan het daarvoor benodigde inzicht bieden in de omvang van de verwachte toename aan wijkverpleging. Inventariseer in welke mate verschillende oplossingsrichtingen in staat zijn om de toenemende vraag te beantwoorden.

153 Op het terrein van de wijkverpleging lopen reeds veel initiatieven, waarbij de aanbevelingen die uit dit onderzoek naar voren komen deels ook al benoemd en belegd zijn. Het gaat hierbij onder andere om Zorg op de Juiste Plek, Kwaliteitskader wijkverpleging, arbeidsmarktagenda, hoofdlijnenakkoord wijkverpleging, het programma 'Langer Thuis', het bestuurlijk overleg en de landelijke werkgroep wijkverpleging.

A. Onderzoeksverantwoording

In deze onderzoeksverantwoording beschrijven we beknopt hoe we de vier belangrijkste bronnen van ons onderzoek namelijk de verkennende interviews, diepte-interviews met de aanmelders van cliënten, de vragenlijst in het breedteonderzoek en de interviews met de aanbieders hebben uitgevoerd.

A.1 Verkennende interviews

154 Bij de start van het onderzoek hebben we drie verkennende interviews gehouden met zorgaanbieders en twee verzekeraars. Het doel van de interviews was om beter inzicht te krijgen in welke gegevens over wachttijden beschikbaar zijn bij aanbieders en op welke wijze deze het beste uitgevraagd kunnen worden. Belangrijke onderwerpen die hierbij aan de orde gekomen zijn:

- a. Via welke typerende 'routes' cliënten bij de organisatie terecht komen. Komen zij bijvoorbeeld voornamelijk binnen via aanmelding vanuit het ziekenhuis na een ziekenhuisopname of bezoek aan de spoedeisende hulp? Of worden cliënten veelal aangemeld door anderen, zoals: de huisarts, huishoudelijke hulp of eigen familieleden?
- b. Of en zo ja welke gegevens over wachttijden worden geregistreerd;
- c. Over welke periode zijn gegevens beschikbaar en wat de meest recente periode is (bijvoorbeeld eerste half jaar van 2018?);
- d. Op welke wijze deze gegevens het meest eenvoudig uit het systeem te halen zijn;
- e. Welk detailniveau van uitsplitsingen mogelijk is, bijvoorbeeld naar specialisatie.

155 Tevens hebben wij de verkennende gesprekken gebruikt om een eerste beeld te krijgen van mogelijk voorkomende redenen van wachttijden

A.2 Diepte-interviews met verwijzers

A.2.1 Aanleiding

156 Om inzicht te verkrijgen in het traject om een zorgaanbieder van wijkverpleging te vinden, hebben we besloten een aantal diepte-interviews te houden met aanmelders van cliënten om de wachttijden in het voortraject te kunnen duiden.

A.2.2 Selectie van geïnterviewden

157 De begeleidingscommissie heeft tijdens de eerste bijeenkomst voorstellen gedaan voor beroepsgroepen die in aanmerking komen voor een diepte-interview. Kenmerkend aan deze groepen is dat zij cliënten verwijzen naar de wijkverpleging of wijkverpleging verlenen. Deze beroepsgroepen zouden op de hoogte moeten zijn van de wachttijd in het voortraject.

Uiteindelijk is besloten met drie vertegenwoordigers van de volgende beroepsgroepen een interview te houden:

- a. Transferverpleegkundigen van ziekenhuizen;
- b. Zorgbemiddelingsbureaus;

- c. Coördinatoren van eerstelijnsverblijfschakelpunten;
- d. Huisartsen;
- e. Wijkverpleegkundigen.

158 Bij de keuze van de te interviewen personen hebben we ernaar gestreefd een balans te vinden tussen een zo goed mogelijke geografische spreiding en het interviewen van beroepsgroepen in het gebied waar de begeleidingscommissie al op voorhand van heeft aangegeven dat zij daar grote problemen vermoeden.

Functie	Soort organisatie	Plaats	Datum	Soort interview
Transferverpleegkundige	Universitair ziekenhuis	Amsterdam	12-9	Face to face
Transferverpleegkundige	Algemeen ziekenhuis	Amsterdam	13-10	Face to face
Transferverpleegkundige	Topklinisch ziekenhuis	Amsterdam	5-10	Telefonisch
Zorgbemiddelaar	Landelijk weekendorganisatie	Zwolle	11-10	Telefonisch
Zorgbemiddelaar	Zorgaanbieder	Nijmegen	9-10	Telefonisch
Zorgbemiddelaar	Tweemanzak	Maastricht	19-9	Telefonisch
Coördinator ELV	Ziekenhuis	Deventer	21-9	Telefonisch
Coördinator ELV	Zorgaanbieder	Rotterdam	12-9	Face to face
Coördinator ELV	Zorgaanbieder	Voorhout	15-10	Face to face
Coördinator ELV	Zorgaanbieder	Breda	9-11	Face to face
Huisarts	Eenmanspraktijk	Hoofddorp	19-9	Face to face
Huisarts	Landelijke huisartsenvereniging	Utrecht	18-10	Face to face
Huisarts	Landelijke huisartsenvereniging	Utrecht	18-10	Face to face
Wijkverpleegkundige	ZZP'er onder landelijke koepel	Leusden	27-10	Face to face
Wijkverpleegkundige	Thuiszorgorganisatie met verblijf	Nieuwendijk	9-10	Telefonisch
Wijkverpleegkundige	Thuiszorgorganisatie met verblijf	Utrecht	3-10	Telefonisch

Tabel 2. Overzicht van de geïnterviewde personen

A.2.3 Aanpak

159 We hebben de interviews op een semigestructureerde wijze uitgevoerd, wat betekent dat we vooraf een lijst met onderwerpen hebben gedefinieerd die we tijdens het interview willen bespreken naast de rol van de geïnterviewden tot de wijkverpleging. Voorbeelden van onderwerpen zijn de omvang van het probleem, de duur van het probleem, de rol van ketensamenwerking, de oorzaken van het probleem en de gevolgen ervan voor de cliënten.

160 De zorgverzekeraars in de begeleidingscommissie hebben contactgegevens van een aantal transferverpleegkundigen verstrekt. De overige gegevens hebben we verzameld door op internet te zoeken naar contactgegevens van organisaties en daar vervolgens contact mee op te nemen. Over het algemeen werd de problematiek herkend en stonden medewerkers open voor een interview. Op verzoek hebben we voorafgaand aan het interview de onderwerpenlijst gestuurd zodat men zich kon voorbereiden.

161 Ongeveer de helft van de interviews heeft face to face plaatsgevonden en de andere helft telefonisch. Omdat een face-to-face-interview vaak wat meer diepgang heeft dan een telefonisch interview hebben we ernaar gestreefd om zo veel mogelijk het eerste interview met een bepaalde groep verwijzers face to face af te nemen. Enkele verwijzers gaven aan een face-to-face-interview te prefereren boven een telefonisch interview.

A.3 Diepte-interviews met verzekeraars

162 De interviews met de verzekeraars hebben we op een vergelijkbare manier afgenomen als de interviews met de verwijzers, waarbij de nadruk heeft gelegen op de beschikbaarheid van gegevens wat betreft de problematiek in de wijkverpleging. De contactpersonen van de verzekeraars hebben wij ontvangen van leden van de begeleidingscommissie. In sommige gevallen heeft de eerste contactpersoon ons doorgestuurd naar personen verder in de organisatie. Uiteindelijk zijn de interviews vooral met medewerkers van afdelingen die zich bezighouden met vragen van klanten, afgenomen.

A.4 Breedteonderzoek: vragenlijst onder aanbieders

163 Een belangrijk deel van het onderzoek naar de wachttijden bestond uit het bevragen van zorgaanbieders door middel van een online vragenlijst die onder een door de NZa gemaakte selectie van zorgaanbieders is uitgezet²⁷. In de paragrafen hieronder gaan we in op de respons en de kenmerken van de aanbieders en cliënten.

A.4.1 Respons

164 We hebben de data verzameld in de periode van 27 september tot 12 november 2018. Na de eerste uitnodiging om deel te nemen aan het onderzoek en de vragenlijst in te vullen op 27 september is een week later een herinnering gestuurd. Nog een week later heeft de Nza zelf een herinnering gestuurd met een dringende oproep om de vragenlijst in te vullen. Het dataverzamelingsbureau Amplixs heeft daarna wekelijks nog een reminder gestuurd naar de zorgaanbieders die nog niet gereageerd hadden. Op 12 november heeft Amplixs het definitieve databestand aan Significant opgeleverd.

165 We hebben de vragenlijst aan in totaal 594 zorgaanbieders verstuurd. Hiervan is een klein aantal zorgaanbieders aantal direct afgefallen, om verschillende redenen:

- a. De e-mail kon niet bezorgd worden:
 - i. Het aangeleverde e-mailadres van de zorgaanbieder bleek niet juist te zijn;
 - ii. De e-mail kon bij de zorgaanbieder niet bezorgd worden;
 - iii. De e-mail bleek dubbel te zijn.
- b. De zorgaanbieder behoorde niet (meer) tot de doelgroep;
 - i. De zorgaanbieder had opgehouden te bestaan of was gefuseerd;
 - ii. De zorgaanbieder leverde geen wijkverpleging (meer);

²⁷ We hebben hierbij gebruik gemaakt van een onderaannemer, Amplixs.

iii. De zorgaanbieder leverde een zeer bijzondere vorm van wijkverpleging²⁸.

166 Na het versturen van de vragenlijst viel nog een aantal zorgaanbieders uit doordat de zorgaanbieder:

- c. Door privacy overwegingen of tijdsbeslag geen informatie wilde leveren;
- d. In mei geen nieuwe cliënten in zorg genomen hadden;
- e. Een lege vragenlijst ingestuurd had;
- f. Helemaal geen reactie gaf.

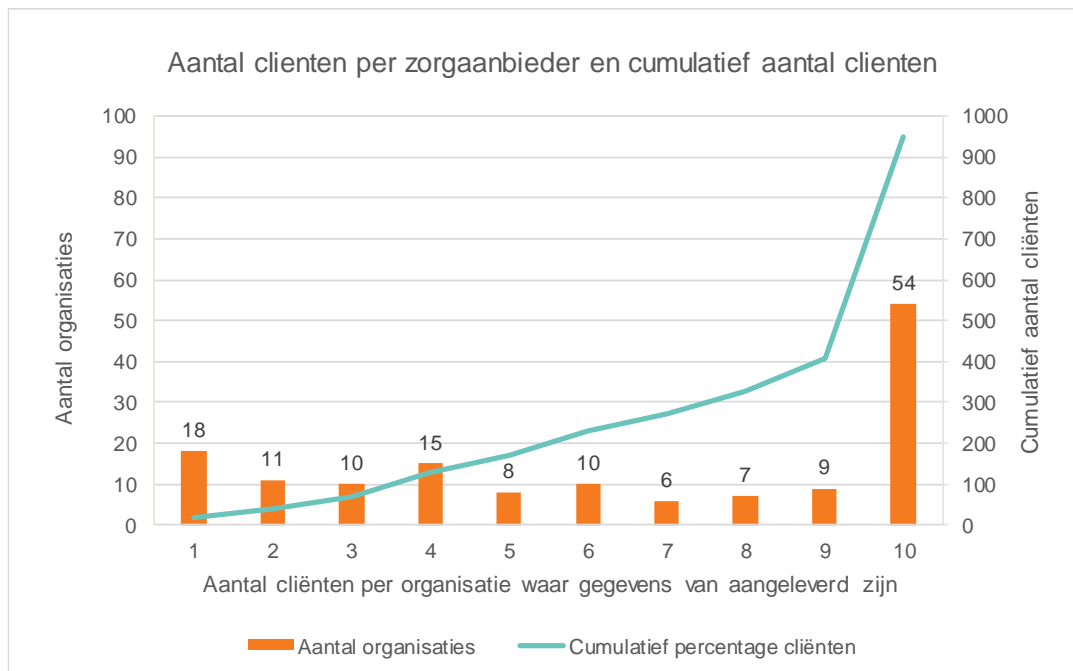
167 In de onderstaande tabel hebben we de kengetallen voor de respons weergegeven.

Steekproef en respons	Aantal
Bruto steekproef	594
a. De e-mail kon niet bezorgd worden	27
b. De zorgaanbieder behoorde niet tot de doelgroep	24
Netto steekproef	543
c. Wilde niet meedoen vanwege tijd of privacy overwegingen	3
d. In mei geen nieuwe cliënten in zorg genomen	30
e. Lege vragenlijst	9
f. Geen vragenlijst teruggestuurd	219
Netto respons (aantal bruikbare vragenlijsten)	282
Netto responspercentage	52%

Tabel 3. Van bruto steekproef naar netto responspercentage

168 Uiteindelijk hebben 282 zorgaanbieders gereageerd waarmee het netto responspercentage 52% bedraagt. Zorgaanbieders konden voor maximaal tien cliënten die zij in mei 2018 in zorg genomen hebben de gegevens aanleveren. Van de 282 aanbieders die gereageerd hebben, hebben 148 zorgaanbieders cliëntgegevens opgeleverd. In totaal hebben zij voor 949 cliënten gegevens aangeleverd. Het totaal van 282 aanbieders en 949 cliënten biedt echter voldoende mogelijkheden voor de beoogde analyses. In de onderstaande figuur is de verdeling geschetst van het aantal zorgaanbieders dat van een tot tien cliënten gegevens heeft aangeleverd.

²⁸ Een voorbeeld hiervan is een zorgaanbieder die landelijk oncologieverpleegkundige begeleiding (AIV) voor mensen geconfronteerd met kanker verzorgt. Verwijzingen komen voornamelijk via (verpleegkundig) specialisten in de ziekenhuizen. De ondersteuning en begeleiding door oncologieverpleegkundigen past niet in de keuzemogelijkheden die worden gegeven.



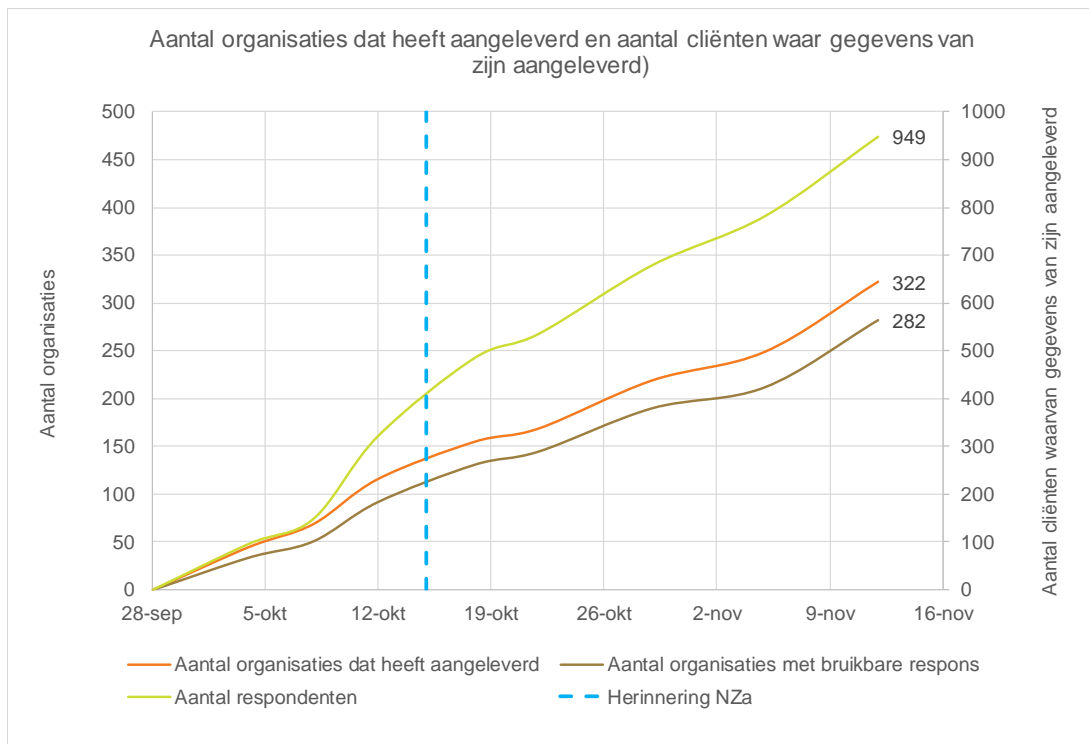
Figuur 118. Aantal cliënten per zorgaanbieder en cumulatief aantal cliënten

169 Kijkend in de opmerkingenvelden van de vragenlijsten komen wel een aantal redenen naar voren waarom niet alle gegevens zijn aangeleverd. Enkele van deze redenen zijn:

- De gegevens zijn niet eenvoudig uit het door de zorgaanbieder gebruikte systeem te halen;
- Mensen lijken de vraag zo te interpreteren dat deze zou gaan om cliënten die niet aangenomen zijn en waar zorgaanbieders geen registratie van bijhouden²⁹;
- Zorgaanbieders leveren alleen wijkverpleging in aanleunwoningen of verzorgingshuizen en zijn dan soms van mening dat de vragenlijst niet op hen van toepassing is;
- Zorgaanbieders zijn net gestart of gefuseerd en hebben daarom de gegevens niet voorhanden;
- Te veel administratieve last om de vragenlijst in te vullen.

170 Gedurende de periode van dataverzameling heeft Amplexis een aantal reminders gestuurd. Daarnaast heeft ook de brancheorganisatie Actiz een mailing voorafgaand aan het onderzoek gestuurd met het verzoek om de vragenlijst in te vullen. De NZa ten slotte heeft ongeveer halverwege de periode van dataverzameling een reminder gestuurd. Het verloop van de respons, uitgesplitst naar het aantal organisaties dat heeft aangeleverd, het aantal organisaties dat bruikbare vragenlijsten heeft aangeleverd en het aantal cliënten waarvan gegevens zijn verzameld is weergegeven in figuur 19.

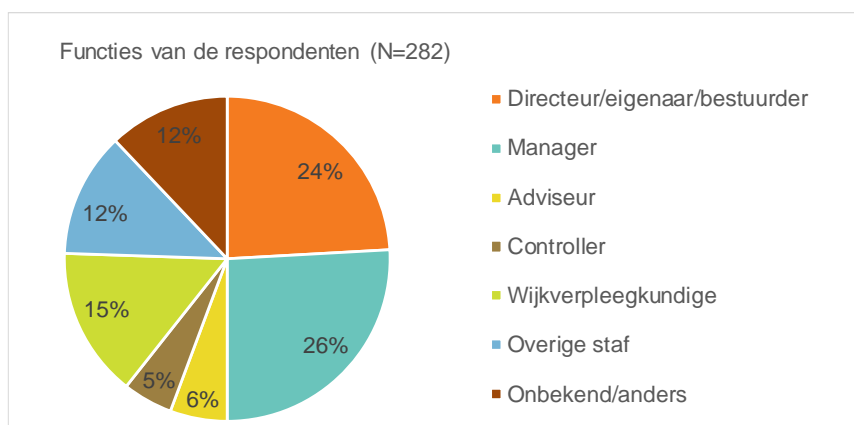
²⁹ Dit is opmerkelijk omdat de vraag duidelijk aangeeft dat het om tien cliënten gaat die wel in zorg genomen zijn.



Figuur 129. Aantal zorgaanbieders en aantal cliënten waar gegevens van zijn aangeleverd

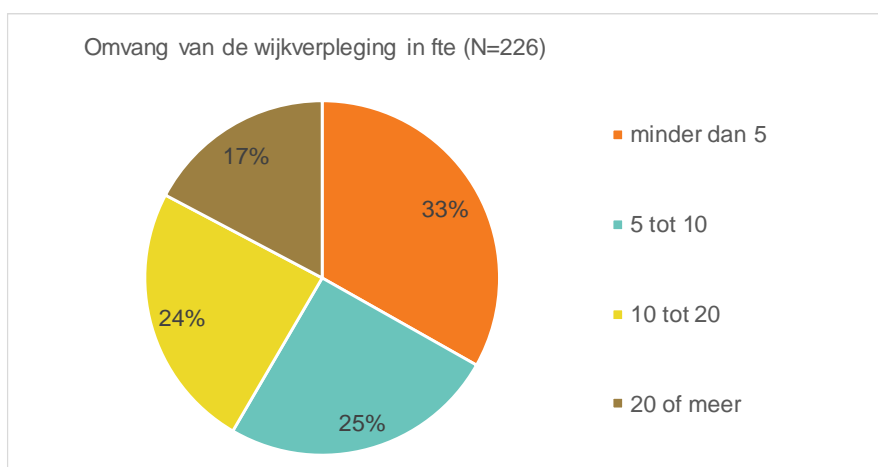
A.4.2 Beschrijving van de respondenten

171 De medewerkers van de zorgaanbieders die de vragenlijst ingevuld hebben, zijn werkzaam in diverse functies. Grofweg vallen ze uiteen in de categorieën directeur/eigenaar, bestuurder, manager, overige staf, wijkverpleegkundige of overige staf (zoals bijvoorbeeld controller, beleidsmedewerker, adviseur et cetera). In figuur 20 hebben we de verdeling weergegeven. Daaruit blijkt dat de directeur/eigenaar, manager, controller en de wijkverpleegkundige de grootste groepen zijn. Onder overige staf hebben we functies zoals zorginkoper, beleidsadviseur, klantadviseur, et cetera geschaard. Gezien de functies van de medewerkers kunnen we ervan uitgaan dat zij meer dan voldoende kennis van de wijkverpleging bezitten om de vragenlijst betrouwbaar in te vullen.



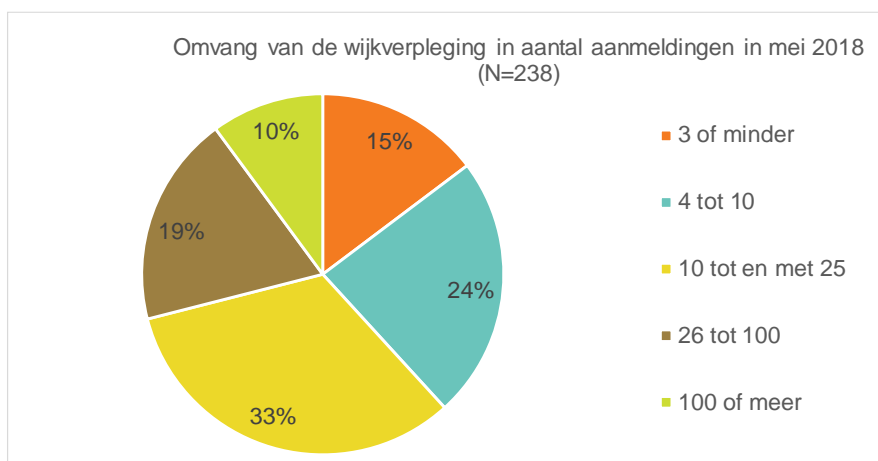
Figuur 20. Functies van de respondenten

172 Het aantal medewerkers (in fte) dat werkzaam is in de wijkverpleging verschilt sterk van een tot meer dan duizend medewerkers. In figuur 21 hebben we het aantal zorgaanbieders weergegeven per klasse van het aantal fte medewerkers in de wijkverpleging. Een op de drie zorgaanbieders heeft minder dan vijf fte in dienst. Verder heeft een kwart vijf tot tien medewerkers in dienst en een ander kwart tien tot twintig medewerkers. De overige zorgaanbieders hebben meer dan twintig fte wijkverpleging in dienst. Hieruit blijkt dat allerlei soorten zorgaanbieders wat betreft omvang deelgenomen hebben aan het onderzoek naar de wachttijden en daarmee een goede afspiegeling geven van de verscheidenheid in de sector wat betreft de omvang van het personeelsbestand van de zorgaanbieders.



Figuur 21. Omvang van de wijkverpleging van de respondenten in fulltime equivalenten

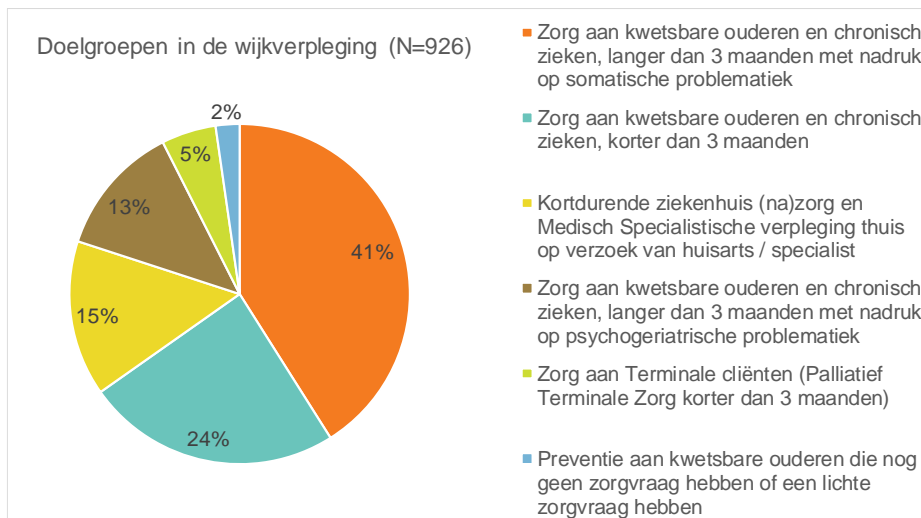
173 We hebben ook onderzocht wat het aantal aanmeldingen per zorgaanbieder in de maand mei bedroeg. De resultaten hebben we in figuur 22 op een vergelijkbare manier weergegeven als de omvang van de wijkverpleging. Zeven van de tien zorgaanbieders heeft 25 of minder aanmeldingen gehad in mei 2018.



Figuur 132. Aantal aanmeldingen voor wijkverpleging in mei 2018

A.4.3 Beschrijving van de cliënten

174 In de wijkverpleging maken zorgaanbieders gebruik van doelgroepen waaraan een prestatiecode gekoppeld is³⁰. De verdeling van deze doelgroepen hebben we weergegeven in figuur 23.

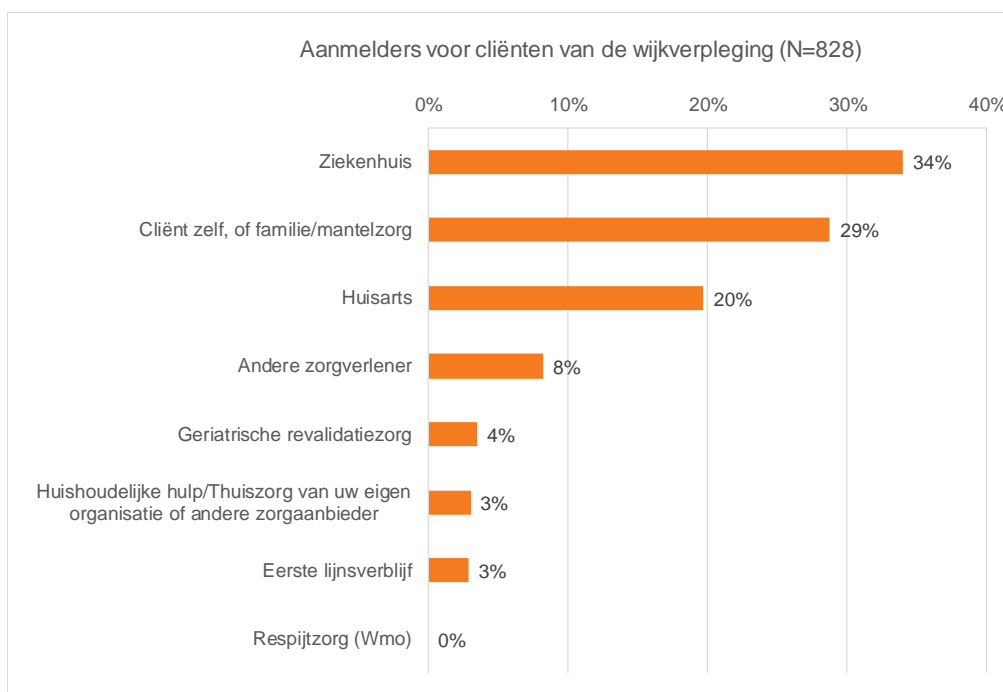


Figuur 143. Verdeling van de doelgroepen van de wijkverpleging in de respons

175 Aan de hand van de doelgroepen is het mogelijk te achterhalen of de problematiek met betrekking tot toegankelijkheid en wachttijd voor alle doelgroepen vergelijkbaar is.

176 De aanmelding van cliënten bij de wijkverpleging verschilt van cliënt tot cliënt. In de onderstaande figuur is weergegeven wat de verwijzers zijn. Daaruit blijkt dat de meeste cliënten (34%) vanuit het ziekenhuis naar de wijkverpleging verwezen worden. Daarnaast zijn de cliënt zelf of familie en mantelzorgers en huisartsen belangrijke verwijzers. Samen zijn de drie groepen verwijzers goed voor meer dan acht van de tien verwijzers.

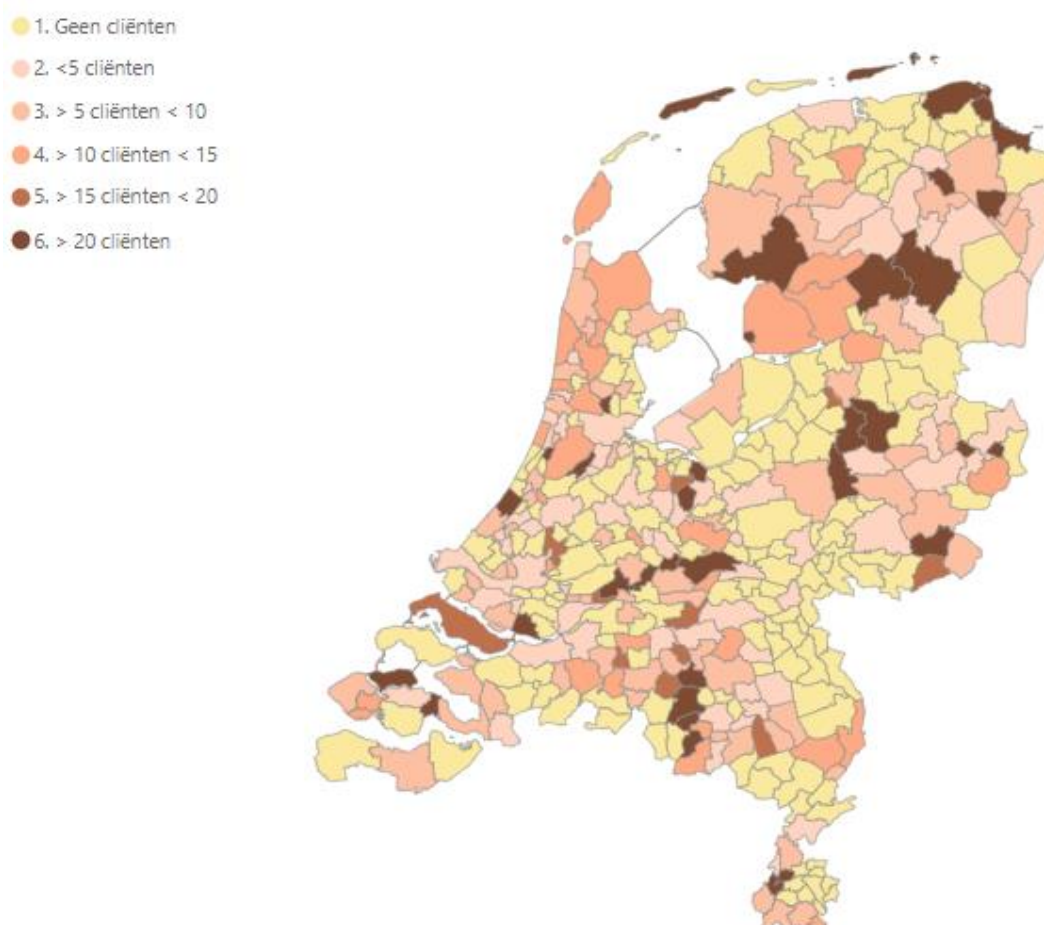
³⁰ Intensieve kindzorg is hierbij buiten beschouwing gelaten.



Figuur 154. Aanmelders van cliënten in de wijkverpleging

177 De uitkomst in figuur 24 is in overeenstemming met de informatie uit de diepte-interviews waar men eveneens aangaf de meeste cliënten vanuit het ziekenhuis te ontvangen. Aanmeldingen door de geriatrisch revalidatiezorg, huishoudelijke hulp van de eigen organisatie of eerstelijnsverblijf komen relatief weinig voor. Deze laatste vier categorieën zijn goed voor 10% van alle aanmeldingen.

178 Voor de aangemelde cliënten hebben we zorgaanbieders ook gevraagd de viercijferige postcode aan te leveren met een tweërlei doel. Ten eerste is het mogelijk om na te gaan of de respondenten een geografische representatieve groep zijn van de Nederlandse bevolking. Ten tweede biedt het ons de mogelijkheid om later in dit hoofdstuk de resultaten per regio te vergelijken. De postcodes van de cliënten hebben we gegroepeerd in de kernregio's. Het onderstaande kaartje van Nederland geeft (op basis van de data uit de vragenlijst) het aantal aangemelde cliënten in mei 2018 per gemeente weer. Voor de leesbaarheid en vergelijkbaarheid hebben we het aantal cliënten per 100.000 inwoners weergegeven.



Figuur 165. Aantal aangemelde cliënten in de verzamelde data (per 100.000 inwoners naar gemeente)

179 Uit het kaartje blijkt dat de cliënten goed over het land zijn verdeeld. Ook de grote steden zijn goed vertegenwoordigd. De gegevens kunnen daarom ook als geografisch representatief worden beschouwd. Alleen de gemeenten in het oosten van Noord-Brabant en het noorden van de Veluwe lijken enigszins ondervertegenwoordigd.

A.5 Breedteonderzoek: interviews met aanbieders

180 Ook met aanbieders zijn de interviews op semigestructureerde wijze uitgevoerd. De vragen gaan in op de ervaren problematiek, de gevolgen voor cliënten en de organisatie en mogelijke oplossingsrichtingen. De interviews met aanbieders vormen een verdieping op de ingevulde vragenlijsten. Deze antwoorden zijn bij ieder interview het uitgangspunt en kunnen ook zorgen voor een accentverschuiving wat betreft de onderwerpen.

181 In de vragenlijst die we in het breedteonderzoek uitgezet hebben, hebben we de zorgaanbieders ook de vraag gesteld of we naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek contact met hen mochten opnemen voor een interview.

In totaal hebben we twintig interviews gehouden op basis van:

- Het aantal cliënten dat men geen zorg kon bieden in mei 2018. Hierbij hebben we onderscheid gemaakt naar zorgaanbieders die heel veel cliënten in zorg konden nemen en degenen die elke cliënt in zorg konden nemen;
- Geografische spreiding;
- Grootte van de organisatie op basis van het aantal fte;
- Overige bijzonderheden of tekstuele opmerkingen in de vragenlijst.

182 In de onderstaande tabel hebben we weergegeven welk soort zorgaanbieder we hebben benaderd en de plaats waar deze zorgaanbieder gevestigd was.

Naam	Functie geïnterviewde	Regio
1. ActiVite	Wijkverpleegkundige	Zuid-Holland Noord
2. Aristozorg	Directeur	Kennemerland
3. Catharinastichting	Zorgadviseur	Zuid-Hollandse eilanden
4. Cooperatie zorgservicethuis	Wijkverpleegkundige	Arnhem
5. De Omring	Projectmanager thuiszorg	Noord-Holland-Noord
6. Dongepark	Controller	Midden-Brabant
7. Flexiekids	Directeur	Zuid-Holland-Noord
8. Libertas	Klantenmanager	Zuid-Holland-Noord
9. Pro-cura	Manager zorg	Zuid-Holland-Noord
10. Beter Thuis Wonen Thuiszorg	Controller	Drenthe
11. Opella		Arnhem
12. Zahet	Wijkverpleegkundige	Apeldoorn - Zutphen
13. Elde	Directeur cluster thuis	Noordoost-Brabant
14. Keerderberg	Directeur	Zuid-Limburg
15. Zorgbegrip	Directeur	Zaanstreek Waterland
16. Zorgmed	Coordinator verpleging en verzorging	Zuidoost-Brabant
17. Thuiszorg helpende hand	Adviseur zelfsturende teams	Noord- en Midden-Limburg
18. Zonnehuis thuis	Manager thuiszorg	Nieuwe Waterweg Noord
19. Rozenhof	Bestuurder	Twente

Tabel 4. Geïnterviewde deelnemers uit het breedteonderzoek

A.6 Focusgroepen

183 Op basis van de verkennende interviews en het breedteonderzoek ontstaat kwantitatief inzicht in de omvang van wachttijden en een eerste beeld van de redenen en gevolgen van wachttijden. Voor een goed begrip van deze redenen en gevolgen, duiding van verschillen, en oplossingsrichtingen hebben we twee focusgroepbijeenkomsten gehouden.

184 De deelnemers aan de focusgroepen zijn onder andere benaderd vanuit de diepte-interviews, respons vanuit de vragenlijst, op voordracht van de NZa of zijn vanuit ons netwerk benaderd. Bij de samenstelling van de focusgroepen hebben we ernaar gestreefd om zo veel mogelijk deelnemers met een verschillende achtergrond te selecteren om zo de problematiek vanuit verschillende disciplines te onderzoeken. Op 13 november hebben we de eerste focusgroepbijeenkomst gehouden in Utrecht. De deelnemers staan weergegeven in de onderstaande tabel.

Functie	Soort organisatie	Regio
Algemeen manager/wijkverpleegkundige	Thuiszorgorganisatie	Amsterdam
Transferverpleegkundige	Topklinisch ziekenhuis	Amsterdam
Transferverpleegkundige	Topklinisch ziekenhuis	Amsterdam
Projectcoördinator kwaliteit & innovatie	Grote zorgaanbieder	Amsterdam
Projectcoördinator kwaliteit & innovatie	Grote zorgaanbieder	Amsterdam
Wijkverpleegkundige	Zorgmaatschap	Soest
Huisarts	Huisartsenpraktijk	Utrecht
Onderzoeker	Significant	n.v.t.
Onderzoeker	Significant	n.v.t.

Tabel 5. Deelnemers aan de focusgroep op 13 november in Utrecht

185 De tweede focusgroepbijeenkomst hebben gehouden op 22 november in Deventer. De deelnemers van deze focusgroep zijn beschreven in tabel 6.

Functie	Soort organisatie	Regio
Transferverpleegkundige	Topklinisch ziekenhuis	Deventer
Transferverpleegkundige	Topklinisch ziekenhuis	Deventer
Wijkverpleegkundige	Grote zorgaanbieder	Deventer
Wijkverpleegkundige	Grote Zorgaanbieder	Oost-Nederland
Wijkverpleegkundige	Zorgaanbieder met wooncentra	Apeldoorn
Medewerker voor thuiszorg	Verzekeraars	Utrecht
Onderzoeker	Significant	n.v.t.
Onderzoeker	Significant	n.v.t.

Tabel 6. Deelnemers aan de focusgroep op 22 november in Deventer