

AARD EN OMVANG VAN PARTICULIERE THUISZORGAANBIEDERS IN NEDERLAND

W.M.C.M. Caris-Verhallen
I.A. Miltenburg
A. Kerkstra

november 1997


nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg
drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 2729700 Fax: 030 2729729

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

Deel 1: Inleiding
1.1. Het belang van de geschiedenis
1.2. De opbouw van de geschiedenis
1.3. De methode van de geschiedenis

1.4. De bronnen van de geschiedenis
1.5. De taak van de geschiedschrijver

Deel 2: De geschiedenis van Nederland

2.1. De geschiedenis van Nederland tot 1568
2.2. De geschiedenis van Nederland van 1568 tot 1713
2.3. De geschiedenis van Nederland van 1713 tot 1813
2.4. De geschiedenis van Nederland van 1813 tot 1918
2.5. De geschiedenis van Nederland van 1918 tot 1945
2.6. De geschiedenis van Nederland van 1945 tot 1963
2.7. De geschiedenis van Nederland van 1963 tot 1982
2.8. De geschiedenis van Nederland van 1982 tot 1994
2.9. De geschiedenis van Nederland van 1994 tot 2001
2.10. De geschiedenis van Nederland van 2001 tot 2010

2.11. De geschiedenis van Nederland van 2010 tot 2017
2.12. De geschiedenis van Nederland van 2017 tot 2021

ISBN: 90-6905-355-1

Lay-out: José Velthuis
Omslag: Mieke Cornelius



INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
1 INLEIDING	7
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	7
1.1.1 Verpleging en verzorging thuis: een begripsverheldering	9
1.2 Ontwikkeling die het ontstaan van particuliere thuiszorg hebben gestimuleerd	11
1.3 Eisen aan particuliere thuiszorgaanbieders	12
1.4 Initiatieven en samenwerkingsverbanden in de particuliere sector	15
1.4.1 Branche-organisaties	15
1.5 Vraagstellingen	16
1.6 Opbouw van het rapport	16
2 ONDERZOEKSMETHODE EN DATAVERZAMELING	17
2.1 Methode van onderzoek	17
2.1.1 Inhoud van de vragenlijst	17
2.1.2 Bepaling van de onderzoekspopulatie	18
2.1.3 Procedure	19
2.2 Respons	21
2.3 Analyses	22
3 RESULTATEN	22
3.1 De geografische spreiding van de particuliere thuiszorgbureaus	22
3.2 Algemene kenmerken van particuliere thuiszorgbureaus	23
3.3 Omvang van de particuliere bureaus	26
3.4 Personeelsbeleid	29
3.5 Bereikbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid van de particuliere thuiszorgbureaus	34
3.5.1 De zorggebruikers van de particuliere thuiszorg	34
3.5.2 Bereikbaarheid en beschikbaarheid	35
3.5.3 Toegankelijkheid	37
3.6 De organisatie van de zorg en het zorgproces	40
3.7 Kwaliteitsbeleid	42
3.8 Samenwerking met andere zorgaanbieders	44
4 NABESCHOUWING	46
4.1 Inleiding	46
4.2 Samenvatting en discussie van de onderzoeksresultaten	46
4.3 Methodologische kanttekeningen	50
4.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek	51
LITERATUUR	53

BIJLAGEN		55
Bijlage 1	Begrippenlijst	57
Bijlage 2	Brief aan de organisaties betreffende informatie en werving	62
Bijlage 3	Overzicht van verdeling van diverse functieniveaus bij de particuliere thuiszorgorganisaties	65
Bijlage 4	Overzicht van de verschillende types bureaus en de eisen die zij stellen aan de zorgverlener	67
Bijlage 5	Overzicht van tarieven	68

VOORWOORD

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar organisaties die particuliere thuiszorg aanbieden. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en heeft tot doel inzicht te krijgen in de aard en omvang van de particuliere thuiszorg, ten behoeve van de Staat van de Gezondheidszorg (onderdeel thuiszorg en kraamzorg).

Bij deze willen wij alle zorginstellingen bedanken, die het voor ons mogelijk hebben gemaakt om dit onderzoek te verrichten. Onze dank gaat uit naar de contactpersonen uit deze organisaties en degenen die de tijd en de moeite hebben genomen om deel te nemen aan de enquête. Door de wijze waarop zij hebben meegewerkt is het mogelijk geworden om de omvang en aard van de thuiszorg die zij bieden in beeld te brengen.

Dit rapport is mede tot stand gekomen dankzij de begeleiding van mevrouw M. van Vliet, de heer P. van Dijk en de heer L. Ravensbergen, allen vertegenwoordigers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Tot slot worden alle andere personen die aan het onderzoek hebben meegewerkt bedankt, met name mevrouw J. Velthuis voor de secretariële ondersteuning, mevrouw I. de Gruijter voor haar assistentie bij het analyseren van de gegevens en de medewerkers van de enquêtekamer voor hun ondersteuning bij het verzamelen van de gegevens en de dataverwerking.

Utrecht, november 1997

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

De afgelopen jaren is de vraag naar diverse vormen van (aanvullende) 'particuliere' thuiszorg enorm gegroeid. Het ontstaan van particuliere bureaus werd gestimuleerd door een aantal ontwikkelingen, waaronder de groeiende vraag naar thuiszorg, veranderingen in de financiering van de thuiszorg en de toenemende vergrijzing. Thuiszorg is de laatste jaren een steeds belangrijker plaats in gaan nemen in het systeem van de gezondheidszorg. Niet alleen propageert de overheid al sinds de tachtiger jaren een afname van de specialistische (intramurale zorg) en een versterking van de extramurale zorg (Veder-Smit, 1980). Ook in de maatschappij is het oordeel over gezondheid en ziekte veranderd, waardoor er een toegenomen behoefte is ontstaan aan zorg in de eigen leefomgeving.

De opkomst van particuliere thuiszorgbureaus, eind jaren tachtig werd mogelijk gemaakt door een maas in de regelgeving waardoor commerciële bureaus voor thuiszorg een (landelijke) erkenning verkregen.^{**} Sindsdien verkeert de markt in een overgangssituatie van een markt met monopolieposities van de thuiszorginstellingen naar een markt met vrije toetreding van aanbieders (Delnoij e.a., 1996). De diversiteit aan organisaties die zich op het terrein van de particuliere thuiszorg begeven maken het veld ondoorzichtig. In 1989 werd een inventariserend en verkennend onderzoek naar de aard en het functioneren van dit type bureaus uitgevoerd (Visser, 1989). Op dat moment werden in Nederland 134 bureaus geteld. Het betrof voornamelijk initiatieven van particulieren en van Kruisverenigingen. Volgens schatting zijn er momenteel zo'n 200 particuliere thuiszorgorganisaties op de markt. Een systematisch en recent overzicht omtrent het totaal aantal instellingen die in de particuliere sector thuiszorg verlenen ontbreekt (Van der Kwartel e.a., 1994). Ook over het aantal verplegenden en verzorgenden dat voor deze organisaties werkt, het aantal cliënten dat door deze organisaties wordt bediend, de kwaliteitssystemen die door de particuliere bureaus al dan niet worden gehanteerd en dergelijke, ontbreekt zelfs de meest basale informatie (Delnoij e.a., 1996).

Het doel van dit onderzoek is een overzicht te geven van de aard en omvang van de particuliere thuiszorgorganisaties, met als peiljaar 1996. Deze informatie wordt in kaart gebracht ten behoeve van de 'Staat van de Gezondheidszorg'. Het onderzoek wordt

^{*}In dit rapport wordt met de term particulier bureau elke zorgaanbieder bedoeld die zich beweegt op het gebied van thuisverpleging of kraamzorg, terwijl men geen reguliere thuiszorgaanbieder is. In een aantal gevallen betreft het echter een initiatief van een reguliere zorgaanbieder, soms is er sprake van een verpleegkundige die alleen werkt of in samenwerking met enkele collega's een kleine maatschap vormt. Met de keuze voor een term, alhoewel die niet altijd correct is, wordt beoogd de leesbaarheid van het rapport te vergroten.

^{**} Met het van kracht worden van de Kwaliteitswet per 1 april 1996 is het begrip 'erkenning' niet langer van toepassing, maar worden thuiszorgorganisaties 'toegelaten' op basis van een ministeriële beschikking (Delnoij e.a., 1996).

uitgevoerd in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

1.1.1 Verpleging en verzorging thuis: een begripsverheldering

Wanneer men in Nederland behoefte heeft aan verpleging, kraamverzorging of verzorging thuis kon men zich van oudsher wenden tot kruisorganisaties en organisaties voor gezinsverzorging. De kruisorganisaties bieden zorg die gericht is op verpleging, verzorging, begeleiding en voorlichting in verband met herstel van ziekte, invaliditeit, ouderdom en overlijden, moederschapszorg en kinderhygiëne gedurende de eerste vier levensjaren en het in bruikleen verstrekken van verpleegartikelen. De meeste van deze zorg wordt vergoed op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Kraamzorg wordt verleend op basis van de ziekenfondswet, terwijl de particulier verzekerden veelal een bedrag ineens krijgen en zelf hun kraamzorg kunnen inkopen (Theunissen, 1996).

De organisaties voor gezinsverzorging bieden hulp van verzorgende, verplegende en huishoudelijke aard, eventueel aangevuld met hulp van persoonlijke of begeleidende aard. De hulp van de gezinszorg staat in verband met ziekte, herstel, ouderdom, invaliditeit, overlijden en psychosociale problemen, die dreigen te leiden tot het disfunctioneren van de verzorging van het huishouden. De gezinsverzorging kent een subsidie-regeling op basis van de AWBZ (Theunissen, 1996).

In dit onderzoek wordt voor de definitie van thuiszorg aangesloten bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Thuiszorg wordt gedefinieerd als: "Het geheel van verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding van de hulpvrager in de thuissituatie, dat verricht wordt met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en/of (aanvullende) professionele zorg en dat er specifiek op gericht is de hulpvrager in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie" (NRV, 1989).

Daarnaast kan een onderscheid worden gemaakt tussen algemene en aanvullende, intensieve thuiszorg. In dit onderzoek verstaan we onder algemene thuiszorg de reguliere zorg die geboden wordt door wijkverpleging en gezinsverzorging. Het betreft zorg van professionele aard. Intensieve thuiszorg of aanvullende zorg wordt geboden wanneer de reguliere zorg ontoereikend is. Inhoudelijk hoeft de zorg niet te verschillen van de reguliere zorg. Ook de duur van de zorgverlening hoeft niet te verschillen. Tussen algemene en aanvullende, intensieve thuiszorg bestaat wel een verschil in de intensiteit waarmee de zorg wordt verleend. Daarnaast verschillen beide vormen van elkaar wat betreft de financiering. In tegenstelling tot de algemene thuiszorg wordt de aanvullende zorg niet uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten gefinancierd, maar via verschillende financieringsbronnen. De algemene thuiszorg wordt hetzij vanuit de Ziekenfondswet, hetzij de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gefinancierd (Visser, 1989).

Onder particuliere organisaties voor thuiszorg wordt in dit onderzoek verstaan: de niet reguliere zorgvoorzieningen die op commerciële basis kraamzorg en/of thuisverpleging bieden (Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant, 1994). Dit betreft onder andere de organisaties die aanvullende, intensieve thuiszorg bieden en gelieerd zijn aan reguliere organisaties. Tot de onderzoeksgroep behoren verder (eenmans)bureaus voor thuisverpleging, grote (para) commerciële instellingen en bemiddelingsbureaus. Voor de exacte criteria die worden gehanteerd bij de bepaling van de onderzoekspopulatie wordt verwezen naar hoofdstuk twee.

1.2 Ontwikkelingen die het ontstaan van particuliere thuiszorg hebben gestimuleerd

Een aantal ontwikkelingen heeft ervoor gezorgd dat de monopoliepositie van de reguliere thuiszorginstellingen werd doorbroken: de door de overheid geïntroduceerde marktwerking en daarmee samenhangend het afbouwen van de budgetgarantie, het persoonsgebonden budget, de subsidieregeling intensieve thuiszorg en de compartimentering.

1. Marktwerking en afbouwen budgetgarantie

De plannen van de Commissie Dekker in 1987 waren voor de overheid min of meer aanleiding geweest om de gezondheidszorg als een markt te gaan zien. Tegelijkertijd was de toenemende vraag voor thuiszorg en de behoefte aan aanvullende zorg al reden geweest voor particuliere aanbieders om zich op deze markt te storten. Door het leveren van snelle zorg tegen lage tarieven hadden de particuliere thuiszorgaanbieders, belangrijke concurrentiemiddelen in handen, die zij in stand hielden door zich te beperken tot bemiddeling tussen zorgverleners en cliënten, waardoor men arbeids-overeenkomsten en verplichte afdracht van premies kon ontlopen (Bering, 1995). Door het beleid van de overheid werd de concurrentie tussen particuliere en reguliere thuiszorg zelfs bevorderd. In 1995 kwam het kabinet met een plan om de monopoliepositie van de reguliere kruisorganisaties te doorbreken, door de budgetgarantie voor de kruisorganisaties in tien jaar tijd volledig af te bouwen. Tot 1 januari 1996 konden de kruisorganisaties nog rekenen op een volledig gegarandeerd budget. Met goedkeuring van het ministerie van VWS werd in het najaar van 1995 door Zorgverzekeraars Nederland en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) een overeenkomst gesloten, waarbij niet werd uitgegaan van een afbouw van de budgetgarantie van 100% in 10 jaar, maar van 35% in 5 jaar (Theunissen, 1996). Het terugbrengen van de financieringsgarantie van thuiszorginstellingen in vijf jaar tijd, van 100% naar 65% moet de thuiszorgorganisaties stimuleren om effectiever en doelmatiger te werken en de monopoliepositie van reguliere thuiszorgorganisaties doorbreken. Door het afbouwen van de budgetgarantie ontstond ruimte op de markt voor meerdere thuiszorgaanbieders. Nieuwe thuiszorgbureaus krijgen sinds 1995 een startbedrag van f 2 miljoen. Deze vrijgemaakte gelden zijn zeer aantrekkelijk voor nieuwkomers op de markt (Rogier & Huijsman, 1996).

In 1996 werden de instellingen voor kruiswerk geconfronteerd met de bovengenoemde afbouw van de budgetgarantie van 5%. De particuliere thuiszorgaanbieders profiteerden van deze ontwikkeling, doordat deze 5% werd overgeheveld naar de vrije markt. De reguliere thuiszorgorganisaties probeerden hier weer een graantje van terug te pikken, door zelf particuliere organisaties op te richten die gelieerd zijn aan de reguliere organisatie (Rogier & Huijsman, 1996).

Overigens wordt in latere besluiten van de overheid aangegeven dat men, betreffende de afbouw van de budgetgarantie, een pas op de plaats wil maken en dat deze voor 1997 op het niveau van 1996 wordt bevroren (Ministerie van VWS, Kamerstuk 23 235 no.27, p.5).

2. Persoonsgebonden budget

Daarnaast heeft de invoering van het persoonsgebonden budget geleid tot het wegvallen van de monopoliepositie van de reguliere thuiszorgorganisaties. Een deel van het macrobudget voor de thuiszorg komt tegenwoordig niet meer direct bij de

instellingen voor thuiszorg terecht. Door het instellen van een persoonsgebonden budget, krijgt een patiënt, met een indicatie voor meer dan drie maanden thuiszorg, zelf een budget toegekend, dat hij naar eigen inzicht kan besteden aan het inkopen van zorg. De hoogte van het budget wordt vastgesteld na een indicatiestelling door onafhankelijke deskundigen. De aanvrager moet lid worden van een vereniging van budgethouders, waarna hij zelf iemand in dienst kan nemen en een contract op kan stellen met de werknemer(s). Vervolgens keert de AWBZ-zorgverzekeraar het benodigde geld uit aan de vereniging voor budgethouders. Deze vereniging zorgt voor de betaling van het loon en de afdracht van premies en belastingen. Hierbij wordt de CAO gevolgd. De budgethouder krijgt zelf een klein deel van het budget in handen waarover hij geen verantwoording hoeft af te leggen. Dit bedrag wordt vaak gebruikt om de mantelzorg te ontlasten (Dobbelaar, 1996).

3. Subsidieregeling intensieve thuiszorg

Door de groeiende vraag naar thuiszorg, ondermeer door het toenemende aantal ouderen in de samenleving en de wens van de overheid om te komen tot substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg ontstond in de thuiszorg ook een toenemende behoefte aan intensieve thuisverpleging. De verwachting is dat ook de komende decennia de vraag naar thuiszorg alleen maar zal toenemen. Het kruiswerk speelde hier op in door de oprichting van de Stichting Aanvullende Thuiszorg (STAT). Hiermee wilde men tegemoet komen aan de wens van ernstig zieke patiënten om thuis te kunnen sterven en aan de toenemende vraag naar thuisverpleging. De intensieve thuiszorg moest daarnaast als alternatief dienen voor de bestaande particuliere bureaus.

Particuliere ziektekostenverzekeraars en een aantal Ziekenfondsen waren bereid intensieve thuisverpleging te vergoeden onder bepaalde voorwaarden: zo moest de thuisverpleging opname in een ziekenhuis verkorten of voorkomen en ook de verplegingsduur werd aan een tijdslimiet van maximaal drie maanden gebonden. Om de behoefte aan aanvullende, intensieve thuiszorg te onderzoeken, startte de Ziekenfondsraad in 1987 drie experimenten voor ziekenfondsverzekerden. Deze experimenten waren bedoeld voor de verstrekking van extra zorg thuis in aanvulling op de regulier gefinancierde zorg. Als vervolg op deze experimenten is in het kader van het substitutiebeleid en ter versterking van de eerstelijnszorg per 1 mei 1990 de landelijke subsidieregeling van de ziekenfondsraad voor aanvullende, intensieve thuiszorg ex art 73 ZFW in werking getreden (WVC, 1991).

De 'Regeling subsidiëring Ziekenfondsraad intensieve thuiszorg' kent ziekenfondsverzekerden de mogelijkheid toe van aanvullende, intensieve thuiszorg ter vervanging van opname in een ziekenhuis of verpleeghuis. De regeling is bedoeld voor personen met een indicatie voor verpleeghuis of ziekenhuis en betreft een aanvulling op de reguliere thuiszorg. Terminale patiënten kunnen van deze regeling gebruik maken (Theunissen, 1996).

4. Compartimentering per 1 januari 1997

Per 1 januari 1997 is de financiering van de thuiszorg in twee compartimenten gesplitst, met als doel de substitutie van ziekenhuiszorg naar thuiszorg te stimuleren. Daartoe is een gedeelte van de thuiszorg overgebracht van het eerste naar het tweede compartiment.

Het *eerste compartiment* (AWBZ-pakket) bevat de langdurige zorg en risico's die particulier niet verzekeraar zijn. Het betreft onder andere de verzorging en verpleging van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen, zorg voor gehandicapten in tehuizen en dagverblijven en extramurale zorg zoals kruiswerk, gezinsverzorging en maatschappelijk werk. De premie voor de AWBZ is geheel inkomensafhankelijk. Verder worden de verstrekkingen uit de AWBZ medegefinancierd door eigen bijdragen van gebruikers.

Via de overheveling van kortdurende aan ziekenhuiszorg gerelateerde thuiszorg van het eerste naar het *tweede compartiment*, de knip in de thuiszorg genoemd, wil de overheid de substitutie van ziekenhuiszorg naar thuiszorg bevorderen. Er is sprake van kortdurende aan ziekenhuiszorg gerelateerde thuiszorg als er thuiszorg wordt verleend ter vervanging, ter bekorting of in aansluiting op een verblijf in een ziekenhuis. Met ziekenhuisgerelateerde thuiszorg wordt bedoeld dat er sprake is van ontslag uit het ziekenhuis en/of dat er een indicatie voor het ziekenhuis is. Er is sprake van een ziekenhuisindicatie wanneer thuiszorg wordt verleend tot opname in het ziekenhuis plaatsvindt of wanneer de thuiszorg de ziekenhuiszorg vervangt. Het basispakket bevat de verplichte ziektekostenverzekering (ZFW, WTZ, particuliere ziektekostenverzekeringen). De duur van deze thuiszorg bedraagt maximaal dertien weken en is als aanspraak in de Ziekenfondswet opgenomen. Wanneer de zorg langer duurt dan 13 weken, dan worden de eerste 13 weken uit het tweede compartiment gefinancierd en de overige thuiszorg uit het eerste compartiment.

Moeder- en kindzorg, preventie en hulpmiddelenruimte maken geen deel uit van de nieuwe AWBZ-aanspraak thuiszorg, maar zullen op een andere wijze worden geregeld (ZiekenfondsRaad, 1996).

1.3 Eisen aan particuliere thuiszorgaanbieders

De thuiszorg is volop in beweging. Naast ontwikkelingen op het gebied van integratie of verregaande samenwerking tussen instellingen voor kruiswerk en gezinsverzorging, de invoering van het persoonsgebonden budget, en veranderende financieringsvormen, was met name de opkomst van andere dan reguliere thuiszorgaanbieders, vaak particuliere bureaus genoemd, zeer ingrijpend voor de thuiszorg (Handboek voor de thuiszorg, 1996). Omdat de particuliere thuiszorgaanbieders veelal slechts een deel van het totale thuiszorgpakket aanbieden en werken met personeel onder andere condities dan de CAO thuiszorg, ervaren de reguliere thuiszorgaanbieders dit als oneerlijke concurrentie (Ministerie van VWS, Kamerstuk 23 235 no.11). Om het verschil in uitgangspositie van de thuiszorgaanbieders op te heffen en de oneerlijke concurrentie tegen te gaan is met ingang van 1 januari 1997 een nieuwe regeling van kracht geworden. Vanaf dat moment worden zowel aan de reguliere als de particuliere thuiszorgaanbieders dezelfde eisen gesteld ten aanzien van: het pakket dat door de organisatie wordt geboden, de kwaliteit en arbeidsvoorwaarden.

Om te voorkomen dat de particuliere thuiszorgorganisaties alleen zorg aannemen waaraan goed kan worden verdiend en daarmee de 'krenten' uit de pap worden gehaald, moet iedere thuiszorgaanbieder, in het kader van de nieuwe AWBZ een integraal pakket thuiszorg leveren. Dit 'integrale' pakket bestaat uit wijkverpleging/wijk-ziekenverzorging, gezinsverzorging en hulpmiddelenruimte. Dit betekent dat de

thuiszorgaanbieder in het kader van de AWBZ -aanspraak thuiszorg alle vormen van thuiszorg moet leveren. Dit houdt in dat ook die thuiszorg geleverd moet worden waarbij er sprake is van veelvuldige kortdurende contacten. Erkende instellingen die voorheen als kruisorganisatie waren toegelaten door de overheid of, voordat zij waren toegelaten, als particulier bureau voor de thuiszorg functioneerden, worden alleen toegelaten als zij ook in deze situaties zorg verlenen. Instellingen die per 1 januari 1997 het totale pakket aan thuiszorg nog niet kunnen leveren, kunnen gebruik maken van een overgangsregeling. Deze regeling houdt in dat pas per 1 januari 1998 aan de plicht tot het leveren van het totale pakket hoeft te worden voldaan. Thuiszorginstellingen die per 1 januari 1998 geen integraal thuiszorgpakket kunnen leveren, zullen met ingang van die datum niet behoren tot de toegelaten instellingen.

Daarnaast moeten alle thuiszorgaanbieders voldoen aan de wettelijke kwaliteitseisen die zijn opgenomen in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. In de Kwaliteitswet zorginstellingen worden globale eisen geformuleerd en wordt de manier waarop toezicht en handhaving plaats zullen vinden geregeld. Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor de manier waarop zij hun kwaliteitsbeleid vormgeven. Wel dient de zorgaanbieder 'verantwoorde zorg' te leveren aan zijn cliënten. Dat wil zeggen zorg die doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt gegeven en aansluit op de reële behoefte van de cliënt. Instellingen dienen kwalitatief en kwantitatief voldoende personeel in dienst te hebben en te beschikken over een functionerend kwaliteitssysteem (Theunissen, 1996). Daarnaast bevat de wet nog andere eisen.

Per 1 januari 1997 moeten organisaties zich ook aan de CAO-Thuiszorg gaan houden. Dit betekent dat ook de particuliere bureaus zich moeten houden aan de algemeen geldende arbeidsvoorwaarden wat betreft de regeling van werktijden van medewerkers, dat er onregelmatigheidstoelagen en wachtgeldregelingen komen en pensioenverzekeringen moeten worden afgesloten.

1.4 Initiatieven en samenwerkingsverbanden in de particuliere sector

Het veld van particuliere thuiszorgaanbieders is erg ondoorzichtig. De organisaties variëren zowel qua omvang als de vorm waarin de thuiszorg wordt aangeboden. In het navolgende worden enige initiatieven in de particuliere sector beschreven.

Aanvullende, intensieve thuiszorg

Tot voor kort was bij veel reguliere kruisorganisaties de basiszorg, gefinancierd vanuit de AWBZ, gebonden aan een maximum van 2½ uur per dag of aan drie huisbezoeken per dag. Deze regel werd gehanteerd om het hoofd te kunnen bieden aan de volumetekorten. Om antwoord te kunnen geven op de aanvragen van zorg die de reguliere wijkverpleegkundige zorg te boven gaat, werden organisaties opgericht die aanvullende, intensieve thuiszorg konden leveren. Vanuit het reguliere kruiswerk is de voormalige Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland als eerste aanvullende, intensieve thuiszorg gaan leveren. Hiervoor werd de Stichting Aanvullende Thuiszorg (STAT) opgericht. Doordat deze stichting geen kruisorganisatie was waren de erkenningsnormen kruiswerk niet van toepassing. Particuliere zorgverzekeraars vergoedden deze aanvullende, intensieve thuiszorg wanneer ziekenhuisopname werd uitgesteld of voorkomen. De subsidieregeling intensieve thuiszorg voor ziekenfondspatiënten, die later kwam stond toe dat particuliere bureaus ingeschakeld werden voor het verlenen

van deze aanvullende, intensieve thuiszorg. Om hun marktpositie niet te verliezen richten andere regionale kruisorganisaties eigen particuliere bureaus op, die ook vaak STAT genoemd werden. De Stichting Aanvullende Thuiszorg (STAT), van de Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland heette inmiddels STAT Zoetermeer. STAT Zoetermeer sloot contracten af met particuliere zorgverzekeraars om de aanvullende, intensieve thuiszorg via STAT Zoetermeer te laten verlopen. Om dit mogelijk te maken werden coördinatiepunten in Nederland opgericht. Een aantal regionale kruisorganisaties waren bereid de aanvullende, intensieve thuiszorg via STAT Zoetermeer te laten verlopen. STAT Zoetermeer is zich later STAT Nederland gaan noemen en kreeg door een maas in de regelgeving een erkenning als kruisorganisatie. De huidige naam is Stichting Thuiszorg Nederland (STN).

Particuliere initiatieven

Daarnaast wordt aanvullende, intensieve thuiszorg ook geleverd vanuit particuliere initiatieven. Deze particuliere thuiszorgaanbieders bestaan uit grote, landelijke organisaties en kleine (uit een of enkele personen bestaande) thuiszorgbureaus. De drie grootste particuliere organisaties zijn: ATC, NTN Thuiszorg (NTN) en Progeria Thuiszorg.

Algemene Thuiszorg Centrale (ATC)

De Algemene Thuiszorg Centrale (ATC) is een zelfstandig onafhankelijke organisatie met een landelijk netwerk. Thuiszorg wordt in opdracht van ATC verleend. ATC heeft twee rollen: enerzijds worden verzekeraars geholpen bij het nakomen van hun zorgplicht anderzijds fungeert ATC als belangenbehartiger van verzekerden. ATC levert aan landelijke zorgverzekeraars de benodigde thuiszorg door contracten af te sluiten met aanbieders van zorg: zowel reguliere als particuliere bureaus. Op deze manier vormt ATC als het ware de verbinding tussen zorgverzekeraar, verzekerde en zorgaanbieder.

ATC beschikt over een Zorg- en Dienstencentrale waar alle zorgaanvragen binnenkomen. Zij neemt de hulpvraag in ontvangst, geeft informatie en advies over mogelijkheden van thuiszorg, bemiddelt, regelt en plant de zorg. De Zorg- en Dienstencentrale van ATC is 24 uur per dag bereikbaar. De centrale beschikt over informatie met betrekking tot de verzekeraars wat betreft polisvoorwaarden, procedures en instructies. Daarnaast levert ATC ook materialen, medisch specialistische zorg en een beetje preventieve zorg. De zorg die in opdracht van ATC wordt verleend, wordt gecontroleerd en geëvalueerd. De ATC houdt steekproefsgewijze telefonische enquêtes (klanttevredenheidsonderzoek) en zorgt voor de gehele administratieve en financiële afhandeling (ATC, 1996).

NTN Thuiszorg

NTN Thuiszorg is met 1 centraal bureau, 17 regiokantoren en 19 steunpunten de grootste particuliere thuiszorgorganisatie in Nederland. Het Netwerk Thuiszorg Nederland werd in 1990 opgezet als een bundeling van particuliere bureaus, waarvan de meeste al zo'n zeven of acht jaar bestonden. In 1993 groeide NTN uit tot een landelijk netwerk. In datzelfde jaar werd de naam gewijzigd in NTN Thuiszorg. Alle zorgverleners zijn vanaf dat moment ook in loondienst van NTN gekomen. De Stichting NTN Thuiszorg is een onderdeel van de holding NTN Groep. Naast NTN Thuiszorg zijn er: NTN Residences, - Uitzendnet en - Mediservice. De regiokantoren worden gecoördineerd vanuit het hoofdkantoor. In tegenstelling tot de regiokantoren zijn de steunpunten

niet constant bezet. Zorgaanvragen worden doorspeeld naar de regiokantoren.

NTN levert ondermeer intensieve thuiszorg in aanvulling op reguliere zorgverlening, kraamzorg, substitutie van intramurale zorg door thuiszorg, voorziening van benodigde hulpmiddelen en advisering. De zorg kan 7 x 24 uur per week worden geboden. Met particuliere zorgverzekeraars heeft NTN diverse zorgcontracten afgesloten op het gebied van kraam- en thuiszorg (NTN, 1996).

Progeria

De Progeria Zorggroep is een landelijke organisatie die in 1982 werd opgericht. Onderdeel van de Progeria Zorggroep zijn drie divisies: Progeria Thuiszorg, Babycare Kraamzorg en Gezinsborg. Zowel Progeria Thuiszorg als Babycare Kraamzorg werken als bemiddelingsorganisatie. Dat wil zeggen dat gewerkt wordt met zelfstandig werkende zorgverleners. Gezinsborg Gezinsverzorging is de jongste divisie van de Progeria Zorggroep. De verzorgenden en verpleegkundigen zijn hier in dienstverband werkzaam. Met 1 centraal bureau, 11 regiokantoren en meerdere steunpunten hoort Progeria tot één van de grote landelijke organisaties. De steunpunten bestaan alleen uit telefoonnummers en zorgen ervoor dat Progeria dichtbij huis voor iedereen bereikbaar is. Vanuit de steunpunten wordt direct doorverbonden naar de regiokantoren, die 24 uur per dag bereikbaar zijn.

De verschillende zorgactiviteiten van de Progeria zorggroep worden aangeboden via drie divisies. Progeria thuiszorg: is een landelijk opererende zorgorganisatie met regionaal werkende vestigingen. Sinds 1981 bemiddelt Progeria Thuiszorg in verpleging en verzorging aan huis. De divisie thuiszorg richt zich uitsluitend op thuisverpleging. Centraal daarbij staat de hulp aan ouderen. Ook bemiddelt Progeria in kortstondige verpleegkundige hulp. De divisie Babycare Kraamzorg bemiddelt sinds 1982 in kraamverpleging en -verzorging aan huis. Zij is gespecialiseerd op het terrein van kraamzorg. De divisie Kraamzorg heeft ervaring bij het uitvoeren van kraamzorg voor particulieren en in de rol van leverancier voor en namens zorgverzekeraars. Gezinsborg Gezinsverzorging is de nieuwste divisie binnen Progeria Zorggroep. Gezinszorg wordt geboden aan particulieren, instellingen en zorgverzekeraars. Hierbij kan gedacht worden aan: aanvulling op verpleegkundige thuiszorg in het kader van substitutie van intramurale naar thuiszorg, bij high-tech thuiszorg, particuliere gezinszorg vooruitlopend op en/of aanvullend op reguliere gezinszorg (Progeria, 1996).

Bemiddelingsbureaus

Een aparte positie binnen het veld van de particuliere thuiszorgaanbieders wordt ingenomen door de bemiddelingsbureaus. Reguliere thuiszorgorganisaties moeten naast de toelatingseisen ondermeer voldoen aan werkgeversverplichtingen: eisen m.b.t de ARBO-wetgeving, het volgen van CAO-bepalingen, afdracht van sociale premies etc. Particuliere bureaus die werkzaam zijn als bemiddelingsbureau werken niet met arbeidsovereenkomsten en hebben geen werkgeversverplichtingen. Er is geen sprake van een werkgevers- en werknemersrelatie. Het bemiddelingsbureau hoeft de CAO-bepalingen niet te volgen of sociale premies af te dragen. Omgekeerd kan het bemiddelingsbureau geen eisen stellen aan de zorgverleners.

Al met al vormen de organisaties een geheel van zelfstandige, samenwerkende en elkaar beconcurrerende organisaties.

1.4.1 Branche-organisaties

Branche-organisatie Thuiszorg Nederland (BTN)

Begin oktober 1996 werd door een aantal particuliere ondernemers de Branche-organisatie Thuiszorg Nederland (BTN) opgericht. Via deze organisatie kunnen de particuliere thuiszorgorganisaties hun stem laten horen. De organisatie zal zich met name gaan toeleggen op bemiddeling van facilitaire ondersteuning aan leden die daarom vragen (Wiercx, 1996).

Stichting SamSam

De stichting SamSam in de Thuiszorg werd begin 1996 opgericht. SamSam is een branche-vereniging voor zelfstandige thuiszorgwerkers en is opgericht als alternatief voor het huidige systeem van reguliere- en particuliere thuiszorg. Het streven is er op gericht de toegankelijkheid naar flexibele en goedkopere thuiszorg te vergroten door regulering en erkenning van de dienstverlening door zelfstandigen. Het huidige systeem is volgens de initiatiefnemers onvoldoende uitgerust om meer flexibiliteit en lagere kostprijzen te kunnen realiseren ofwel meer zorgverlening. SamSam is een (tijdelijk) samenwerkingsverband waarin huisartsen, verloskundigen, verpleegkundigen, directies van thuiszorgorganisaties en de Stichting WoonZorg Voorzieningen zitting hebben. Gezamenlijk is een ondernemersconcept voor de thuiszorg ontwikkeld. Medewerkers die in loondienst zijn bij thuiszorgorganisaties worden ondernemers (kleine zelfstandigen). Het SamSam concept zorgt ervoor dat de ondernemer beschikt over alle randvoorwaardelijke en voorwaardescheppende functies. De taak van de branche-vereniging bestaat uit belangenbehartiging van de leden en zorgdragen voor de profilering naar buiten toe. Daarnaast staat het invoeren en beheren van de door SamSam ontwikkelde kwaliteitsstandaarden centraal (SamSam, 1996).

1.5 Vraagstellingen

Uit het doel van het onderzoek kunnen de volgende vraagstellingen worden afgeleid:

1. Wat is de omvang en de aard van de particuliere thuiszorg in Nederland?
Deze vraag valt uiteen in verschillende deelvragen zoals:
 - a. Hoeveel aanbieders zijn er van particuliere thuiszorg en hoe is de spreiding over het land?
 - b. Welke kenmerken hebben de particuliere bureaus (wanneer opgericht, initiatiefnemers, rechtsvorm e.d.).
 - c. Hoeveel zorgverleners hebben de bureaus beschikbaar en wat is hun opleidingsniveau?
 - d. Van welk type dienstverbanden maakt men gebruik?
2. Wat is het zorgaanbod van de particuliere bureaus (verpleging, terminale thuiszorg, kraamzorg e.d.).
3. Hoe is de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de particuliere bureaus?
4. Hoe is de relatie van de particuliere bureaus met reguliere zorgverlenende instellingen?
5. Op welke wijze geven de bureaus vorm aan kwaliteitsbeleid?

1.6 Opbouw van het rapport

Na deze algemene inleiding wordt in hoofdstuk twee ingegaan op de onderzoeksmethode en dataverzameling. Vervolgens komen de onderzoeksresultaten van de telefonische enquête aan de orde in hoofdstuk drie. Het rapport wordt besloten met een overzicht van de belangrijkste onderzoeksbevindingen en een beschouwing daarop. Tot slot wordt opgemerkt dat in het voorliggende rapport een begrippenlijst is opgenomen (zie bijlage 1), waarin beschrijvingen van essentiële begrippen zijn opgenomen alsmede een lijst met de gebruikte afkortingen.

2 ONDERZOEKSMETHODE EN DATAVERZAMELING

2.1 Methode van onderzoek

Om antwoord te krijgen op de geformuleerde onderzoeksvragen in hoofdstuk 1, werden telefonische interviews gehouden. Voor deze methode werd gekozen, omdat met het oog op het onderzoeksdoel, met name kwantitatieve gegevens zouden worden verzameld. Een enquête is daartoe het meest geschikte middel. Voor telefonische afname werd gekozen, omdat zoals verderop zal blijken, het een probleem was de onderzoekspopulatie vooraf goed vast te stellen. Het aantal mogelijke deelnemers aan het onderzoek lag veel hoger (± 600) dan het aantal vermoede deelnemers (± 200). Via het telefonische interview zou het mogelijk zijn om door middel van enkele vragen te checken of men tot de populatie behoorde. Onnodige rondzending van enquêtes werd daarmee voorkomen. Ten behoeve van de enquête werd eerst een vragenlijst ontwikkeld.

2.1.1 Inhoud van de vragenlijst

Op basis van de literatuur is een groslijst van onderwerpen samengesteld voor het te houden interview (Visser, 1989; Van Lin & Slenter-Stevens, 1992; Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant, 1994). Bij het opstellen van de vragen met betrekking tot kwaliteit is gebruik gemaakt van de vragenlijst 'Werken aan kwaliteit in de thuiszorg' (Wagner, 1997). De concept vragenlijst is voor commentaar voorgelegd aan de begeleidingscommissie van het project.

De vragenlijst is opgebouwd rondom een zevental thema's. De volgende onderwerpen komen aan bod:

1. gegevens over de organisatie;
2. omvang van de organisatie;
3. personeelsbeleid;
4. bereikbaarheid, toegankelijkheid en beschikbaarheid;
5. organisatie van het zorgproces;
6. kwaliteitsbeleid van de organisatie;
7. samenwerking met andere zorgverlenende instanties.

Het peiljaar van het onderzoek is 1996.

2.1.2 Bepaling van de onderzoekspopulatie

Voordat tot een telefonische enquête kon worden overgegaan moest een overzicht gemaakt worden van alle organisaties die particuliere thuiszorg of kraamzorg leveren.

De particuliere thuiszorgbureaus die tot de onderzoekspopulatie behoren, dienden aan de volgende criteria te voldoen:

- de zorg wordt niet verleend binnen de bestaande kaders van de reguliere thuiszorgorganisaties, d.w.z. thuiszorgorganisaties die lid zijn van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT);
- de verleende zorg betreft in ieder geval verpleging of kraamzorg;
- er wordt overwegend met betaalde krachten gewerkt;
- er is sprake van een in principe permanent initiatief, experimenten worden derhalve buiten beschouwing gelaten.

Omdat een volledig overzicht van bestaande particuliere thuiszorgbureaus ontbrak moesten deze instellingen eerst worden opgespoord. Daarbij is gebruik gemaakt van de gegevens van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Gezamenlijk leverden deze overzichten 147 adressen van particuliere thuiszorgaanbieders op. Na een vergelijking met behulp van de ledenlijst van de LVT resteerden 135 bureaus. Omdat er in een voorzichtige schatting echter van uitgegaan was dat er circa 200 particuliere bureaus zijn, werd besloten om als aanvulling op bovenstaande lijsten een bestand van de Kamer van Koophandel op te vragen. Omdat de Kamer van Koophandel haar gegevens ordent per productsoort was het niet mogelijk om een bestand op te vragen waarin alleen de particuliere initiatieven waren opgenomen. De zoekopdracht met de trefwoorden 'thuiszorg' en 'kraamzorg' leverden dan ook een bestand op met 742 adressen van organisaties, waaronder reguliere en particuliere organisaties, maar ook organisaties die niet voldeden aan eerdergenoemde criteria. Bij de selectie van adressen uit dit databestand werden de volgende exclusie-criteria gehanteerd:

- de organisatie is lid van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg;
- de organisatie staat vermeld als thuiszorgwinkel;
- het betreft een vrijwilligers-organisatie;
- de organisatie staat te boek als 'tafeltje dek je';
- de naam en het adres van de organisatie komt dubbel voor;
- de naam en het adres van de instelling kwam al voor op de registratielijsten van de inspectie.

Nadat de organisaties die aan één of meerdere van de exclusie-criteria voldeden uit het bestand waren gehaald, resteerden er uiteindelijk 421 adressen uit het bestand van de Kamer van Koophandel. Tezamen met de eerder genoemde 135 adressen zijn er 556 organisaties opgespoord. Om na te gaan hoe volledig het bestand was, zijn in een later stadium van het onderzoek de meest recente telefoonboeken geraadpleegd. Deze bevatten een zakelijk register, dat op product- of dienstsoort geordend is. Deze raadpleging leverde nog eens 49 adressen op van organisaties die mogelijk particuliere thuiszorg boden. Deze organisaties kregen alsnog een brief toegestuurd. In totaal zijn er dus 605 organisaties benaderd.

Uit het gebruik van de telefoonboeken bij het traceren van de organisaties bleek dat de gegevensbestanden van de inspectie, alsmede het bestand van de Kamer van Koophandel een redelijk volledig beeld naar voren hadden gebracht. Over de 12 provincies kwamen 49 adressen naar voren, waarvan later bleek dat 28 organisaties ten onrechte waren geselecteerd. 5 organisaties behoorden wel tot de doelgroep. De overige organisaties waren onbereikbaar of de status van de organisatie was onduidelijk. Een grote stad als Amsterdam leverde geen enkele aanvullende informatie op. Onduidelijk blijft in hoeverre eenmansbedrijfjes ingeschreven zijn bij de Kamer Van Koophandel of vermeld staan in het zakenregister van het telefoonboek. Uit een nadere analyse van de groep die uiteindelijk aan het interview heeft meegewerkt, bleek echter dat de zelfstandige ondernemers royaal vertegenwoordigd waren.

2.1.3 Procedure

Naar alle bovengenoemde 605 organisaties werd een brief gestuurd waarin het onderzoek werd aangekondigd en waarin enige achtergrondinformatie over het onderzoek werd gegeven. Bovendien werd aangegeven dat rapportage van de gegevens anoniem zou zijn (zie bijlage 2). Door de gevolgde werkwijze was het mogelijk dat organisaties ten onrechte geselecteerd waren. Immers uit het Kamer van

Koophandel bestand en ook uit het telefoonboek was vaak niet op te maken of de instelling verpleging/verzorging of kraamzorg leverde of al dan niet regulier was. Ook was niet altijd te achterhalen of het een organisatie betrof met vrijwillige zorgverleners of met betaalde krachten.

In de brief werd uitgelegd dat men mogelijk ten onrechte geselecteerd was voor het onderzoek. Op het bijgesloten antwoordformulier kon de geadresseerde aangeven dat men niet tot de beoogde doelgroep behoorde. Wanneer men aangaf deel te willen nemen aan het onderzoek werd gevraagd om een contactpersoon te noemen binnen de organisatie en een tijdstip op te geven waarop men gebeld kon worden voor het telefonische interview.

De brief bevatte daarnaast een lijst met onderwerpen die tijdens het interview aan bod zouden komen. Een aantal gegevens waaronder het aantal verleende zorguren en het aantal zorgverleners dat in dienst was in 1996, vereiste enige voorbereiding van de respondenten.

De organisaties waarvan geen antwoordformulier was ontvangen werden telefonisch benaderd met het verzoek om medewerking aan het interview. Op deze wijze werd een grote groep bereikt. Een aantal organisaties verleende alsnog hun medewerking aan het onderzoek en van andere organisaties werd duidelijk dat zij niet tot de doelgroep behoorden.

2.2 Respons

De aankondigingsbrief is verstuurd op 18 februari. De telefonische enquête is gestart op 3 maart. Op dat moment hadden 190 van de 605 organisaties gereageerd. Hetzij door het retourneren van het antwoordformulier of via een telefonische reactie.

De overige 415 organisaties werden vervolgens telefonisch benaderd om alsnog om hun medewerking te vragen of om de reden van weigering te vernemen. Ook de organisaties die geselecteerd waren op basis van de telefoonboeken werden telefonisch benaderd. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de reacties naar aanleiding van de aankondigingsbrieven en telefonische benadering.

In totaal werden 164 particuliere thuiszorgorganisaties getraceerd. Dat wil zeggen dat van de in totaal 605 organisaties die zijn benaderd, 164 in ieder geval tot de populatie behoren. Omdat 10 organisaties nog in oprichting waren en in peiljaar 1996 geen zorg verleenden behoren strikt genomen 154 organisaties tot de populatie van dit onderzoek. Daarvan verleenden 108 hun medewerking aan het onderzoek. Op organisatieniveau levert dit een respons op van 70%. In een aantal gevallen werd de medewerking verleend via een hoofdkantoor of een organisatie waartoe meerdere bureaus behoren. De verstrekte informatie is dan van toepassing op meerdere bureaus, namelijk 130.

Vierentwintig organisaties die tot de populatie behoorden en ook in peiljaar 1996 zorg verleenden weigerden hun medewerking aan het onderzoek te verlenen. Redenen voor weigering waren: geen interesse (1x), respondent ziet het nut niet in van het onderzoek (1x), de organisatie is heel kleinschalig bezig (1x), er wordt teveel informatie gevraagd (1x). De meeste respondenten gaven aan geen tijd te hebben (6x). Door 14 respon-

denten werd geen reden genoemd. De overige 10 organisaties zijn nog in oprichting of pas begonnen. In dat laatste geval kon geen informatie gegeven worden over 1996.

Tabel 2.1 Uiteindelijk overzicht van reacties naar aanleiding van de aankondigingsbrieven en telefonische benadering (N=605)

aantal organisaties	type reactie
108	Hebben medewerking aan het interview verleend
16	Hebben verwezen naar het hoofdkantoor
6	Hebben verwezen naar samenwerkingsverband of fusiepartner
24	Men behoort tot de populatie, maar weigert medewerking
10	Organisatie is nog in oprichting
37	Geen medewerking, status onbekend
123	Organisatie niet kunnen bereiken, status onbekend (niet bekend op adres of telefoonnummer of geheim nummer)
88	Boden geen thuisverpleging of kraamzorg
55	Waren een reguliere organisatie zonder particuliere tak
35	Waren een vrijwilligersorganisatie
52	Organisatie behoort niet tot de doelgroep
19	Organisatie is opgeheven (failliet verklaard)
26	Dubbel opgenomen in bestand
6	Stichting is niet actief

Uit bovenstaande tabel blijkt dat van 160 organisaties de status onbekend is. Van deze organisaties kan niet met zekerheid worden gezegd of het particuliere thuiszorgaanbieders betreft. 123 van de 160 organisaties waren onbereikbaar. Deze organisaties waren niet bekend op het adres of telefoonnummer, hadden een geheim nummer, reageerden niet op ingesproken boodschappen op het antwoordapparaat of de telefoon werd nooit opgenomen. Nog eens 37 organisaties weigerden mee te werken aan het onderzoek zonder aan te geven of zij tot de doelgroep behoorden. Als redenen voor weigering werd door deze groep genoemd: men doet nooit mee aan enquêtes (1x), de organisatie levert niet zelfstandig zorg (1x), de organisatie zit in een overgangsfase (1x), men verstrekt geen bedrijfsinformatie (1x), men had geen tijd of zin (5x) of men was te druk in verband met reorganisatie (9x). Door 19 respondenten werd geen specifieke reden genoemd.

230 van de 605 organisaties behoorden niet tot de populatie. Het merendeel (88) van de organisaties biedt geen thuisverpleging of kraamzorg. In 55 gevallen betrof het een reguliere organisatie zonder particuliere tak en in 35 gevallen was sprake van vrijwilligersorganisaties. De overige 52 organisaties hielden zich niet bezig met particuliere thuiszorg. Het betrof hier onder andere: een adviesbureau op het gebied van thuiszorgtechnologie, een verzorgingshuis, een woonzorgcentrum, een organisatie die geld inzamelt voor gezondheidszorg in het buitenland, vrijwilligers die werken met kinderen met ontwikkelingsachterstanden etc.

19 organisaties behoorden niet tot de populatie omdat de organisatie failliet was gegaan of werd opgeheven. Daarnaast bleken 26 organisaties dubbel in het bestand opgenomen te zijn. Als reden hiervoor kan worden genoemd dat organisaties soms met

verschillende namen in het bestand waren opgenomen terwijl achteraf bleek dat het één organisatie betrof. Soms waren organisaties dubbel opgenomen doordat zij zowel met het vestigingsadres als het correspondentieadres in het bestand waren opgenomen. In 6 gevallen was een organisatie niet actief. In één geval betrof het een lege BV die alleen op papier bestaat en zodoende in aanmerking komt voor startsubsidie (zie ook paragraaf 1.2).

2.3 Analyses

Het hier uitgevoerde onderzoek is een zogenaamd populatie-onderzoek. Er is namelijk geen steekproef benaderd, maar alle instellingen van de doelgroep zijn ondervraagd. Vanwege het inventariserende karakter van dit onderzoek is met name gebruik gemaakt van eenvoudige tellingen en uitsplitsingen. In een enkel geval zijn vergelijkingen gemaakt tussen te onderscheiden subgroepen in de populatie.

3 RESULTATEN

In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in de geografische spreiding, de aard en de omvang van de particuliere thuiszorgaanbieders. Ook komen de toegankelijkheid, bereikbaarheid en de beschikbaarheid aan de orde en wordt aandacht besteed aan het personeelsbeleid. In paragraaf vier wordt weergegeven hoe de bureaus het zorgproces organiseren en of zij procedures hanteren bij de intake en de afsluiting van de zorg. In de daarop volgende paragraaf wordt ingegaan op het kwaliteitsbeleid dat men bij de verschillende particuliere bureaus hanteert. Tot slot komt de samenwerking met andere zorgaanbieders aan bod, zoals bijvoorbeeld de huisarts, de reguliere thuiszorgorganisaties en zorginstellingen in de tweede lijn.

Gedurende dit onderzoek zijn in totaal 108 interviews afgenomen. In sommige gevallen is met een enkel interview bij één organisatie, informatie verzameld over meerdere bureaus die samen tot een organisatie behoorden. In die gevallen geldt de informatie voor alle bureaus die bij de betreffende organisatie zijn aangesloten.

Met 108 interviews is dus in feite informatie verzameld over 130 bureaus. Waar mogelijk zijn de resultaten in dit hoofdstuk weergegeven op het niveau van de bureaus (N=130). In sommige gevallen betreft het echter de organisaties (N=108)*.

3.1 De geografische spreiding van de particuliere thuiszorgbureaus

Het aantal particuliere bureaus varieert per provincie (zie tabel 3.1). Met name in de noordelijke provincies treft men niet zoveel particuliere thuiszorgaanbieders aan. Noord- en Zuid-Holland en Noord-Brabant hebben relatief veel particuliere bureaus op de markt. Om de spreiding van de sector aan te geven zijn de organisaties die wel tot de doelgroep behoren (N=34), maar waarmee geen interview is afgenomen ook ingedeeld per provincie. Voor deze groep is dezelfde tendens waarneembaar.

Tabel 3.1 Overzicht van de geografische spreiding van de bureaus

Provincie	aantal respondenten N=130	non response N=34	totaal N=164
Groningen	5	0	5
Friesland	1	0	1
Drenthe	1	1	2
Overijssel	6	2	8
Gelderland	14	6	20
Utrecht	16	1	17
Flevoland	4	1	5
Noord-Holland	24	8	32

- vervolg -

* Wanneer in de resultatensectie over een organisatie gesproken wordt, dan wordt daarmee het niveau van de geïnterviewde bedoeld. De gegevens betreffen dus of één bureau of meerdere bureaus die in één organisatie samenwerken. Wanneer er over een bureau wordt gesproken dan wordt een afzonderlijk bureau bedoeld. De gegevens gaan dan over de afzonderlijke bureaus of de afzonderlijke leden van een organisatie.

Tabel 3.1 Overzicht van de geografische spreiding van de bureaus - vervolg -

Provincie	aantal respondenten N=130	non response N=34	totaal N=164
Zuid-Holland	23	7	30
Zeeland	5	0	5
Noord-Brabant	24	6	30
Limburg	7	2	9
Totaal	130	34	164

3.2 Algemene kenmerken van particuliere thuiszorgbureaus

In dit onderzoek zijn 142 organisaties (164 bureaus) voor particuliere thuiszorg getraceerd. Van de 108 organisaties die hun deelname aan het onderzoek hebben verleend is naar het jaar van oprichting gevraagd. Door middel van tabel 3.2 wordt een indruk gekregen van de groei van deze thuiszorgorganisaties over de laatste 10 jaren. Het blijkt dat met name vanaf 1992 een toename heeft plaats gevonden, met een duidelijke uitschieter in het jaar 1995.

Tabel 3.2 Jaar van oprichting (N=108)

jaar	absolute aantallen	%
voor 1987	14	13
1987	7	6
1988	9	8
1989	2	2
1990	5	5
1991	6	6
1992	14	13
1993	8	7
1994	11	10
1995	18	17
1996	9	8
1997	2	2
onbekend	3	3
Totaal	108	100

De particuliere bureaus zijn grofweg in te delen in vier typen (tabel 3.3). Zo zijn er 32 bureaus die alleen aan bemiddeling doen. Zeventien bureaus richten zich met name op kraamzorg al of niet tezamen met bemiddeling. In totaal 20 bureaus richten zich op de verpleging en verzorging thuis van allerlei doelgroepen. Van deze bureaus hebben er drie ook een bemiddelingsfunctie. Daarnaast zijn er bureaus die al of niet gecombineerd met bemiddeling zowel kraamzorg als thuisverpleging en verzorging bieden. Tot deze groep behoren 61 bureaus. Uit tabel 3.3 is ook af te leiden dat van alle 130 bureaus er 15 naast zorgverlening ook bemiddeling bieden. Bij 32 bureaus is dat de enige hoofdtaak. Wanneer een bureau slechts bemiddelt dan fungeert het niet echt als werkgever, maar bemiddelt het tussen patiënten die zorg aanvragen en de bij het bureau ingeschreven zorgverleners of men leent zorgverleners in of uit van een ander

bureau. Bij deze bemiddelingsfunctie bestaat geen enkele vorm van contract tussen het bureau en de betreffende zorgverleners. De zorgverlener die voor de cliënt werkt gaat de werkrelatie aan met de cliënt en is verantwoordelijk voor de verleende zorg. De cliënt en de zorgverlener regelen samen de financiële afwikkeling, de verzekeringszaken en afdracht van premies.

Tabel 3.3 Overzicht van bureaus die kraamzorg, thuisverpleging of beiden bieden (N=130)

aanbod van diensten	aantal bureaus	%
Alleen bemiddeling	32	25
Kraamzorg	13	10
Bemiddeling en kraamzorg	4	3
Thuisverpleging en verzorging	17	13
Bemiddeling en thuisverpleging/verzorging	3	2
Kraamzorg en thuisverpleging/verzorging	53	41
Bemiddeling, kraamzorg en thuisverpleging/verzorging	8	6
Totaal	130	100

Van de 98 bureaus die thuiszorg en/of kraamzorg bieden verlenen er 60 bureaus ook diensten van alleen huishoudelijke aard, terwijl 37 bureaus ook uitleenfaciliteiten voor verpleegartikelen hebben. Bovendien leveren 40 bureaus ondersteunende faciliteiten op zeer gevarieerde gebieden. Maaltijdservice en personenalarmering zijn daarbij de meest voor de hand liggende, maar soms worden ook klussendiensten, pedicure en de kapper aangeboden.

Voor de particuliere bureaus was het sinds eind jaren tachtig mogelijk om een (landelijke) erkenning te krijgen waardoor men ook de gelegenheid kreeg om zorgcontracten af te sluiten met verzekeraars. Toen echter in april 1996 de kwaliteitswet van kracht werd was een logisch gevolg dat de toelatingseisen voor thuiszorgaanbieders door de overheid werden aangescherpt. Dat wil zeggen dat zowel reguliere als particuliere thuiszorgaanbieders aan bepaalde eisen dienen te voldoen om toegelaten te worden. Zo dient men een integraal pakket van thuiszorg te leveren, te voldoen aan de wettelijke kwaliteitseisen en zich te houden aan de algemeen geldende arbeidsvoorwaarden (Ministerie van VWS, Kamerstuk 23 235 no.11). Eind 1996 werden er nog vijf bureaus toegelaten. Vanaf 1 januari 1997 zal de overheid geen toelatingen aan thuiszorginstellingen meer afgeven (Ministerie van VWS, Kamerstuk 23 235 no.29). De thuiszorgorganisaties die al wel toegelaten zijn, maar nog niet aan de eisen voldoen, krijgen tot 1 januari 1998 de gelegenheid de organisatie aan te passen. Tabel 3.4 geeft een overzicht van het aantal particuliere bureaus die al waren toegelaten door de overheid, in peiljaar 1996.

Achtentwintig van de particuliere thuiszorgorganisaties hebben een toelating voor kraamzorg, thuiszorg of beide. Omdat het hier een aantal organisaties met meerdere bureaus betreft gelden deze toelatingen voor 45 bureaus. Van de 32 bureaus die alleen bemiddelen hebben er zeven een toelating. Daarvan zijn er drie voor beiden zorgvormen toegelaten. Van de 17 bureaus die alleen kraamzorg bieden is er slechts één toegelaten door de overheid. Van de 20 bureaus voor thuisverpleging/verzorging zijn er vier toegelaten. Van de 61 bureaus die thuisverpleging en kraamzorg bieden

hebben er vier alleen een toelating voor kraamzorg en één een toelating alleen voor thuisverpleging. Achtentwintig bureaus hebben een toelating voor de beide typen zorg. Van de bureaus die niet toegelaten zijn door de overheid, geven er 12 aan dat hun aanvraag is afgewezen omdat men niet voldeed aan de eisen die de overheid stelde. Negen bureaus zijn eveneens afgewezen, maar voeren tegen deze beslissing nog een beroepsprocedure. Daarnaast geven 45 bureaus aan geen behoefte te hebben aan een toelating. Men heeft daarvoor geen aanvraag ingediend.

Tabel 3.4 Overzicht van particuliere bureaus die toegelaten zijn door de overheid (N=130)

type instelling	toelating kraamzorg	toelating thuisverpleging	toelating beide
bemiddelingsbureau N=32	2	2	3
kraamzorg N=17	1		
thuisverpleging/verzorging N=20		4	
kraamzorg en thuisverpleging/verzorging N=61	4	1	28

Een door de overheid toegelaten bureau kon tot op heden zorg leveren die door de AWBZ werd gefinancierd. Dat betekent volgens de nieuwe regelgeving dat deze bureaus alle zorg kunnen leveren die binnen het eerste compartiment valt. Van de 108 geïnterviewde organisaties onderhandelen 32 zelf met verzekeraars om contracten af te sluiten. Vier meer dus, dan er een toelating hebben. Onder deze 32 organisaties vallen meerdere bureaus. Dertien organisaties onderhandelen via een andere organisatie, zoals Landelijk Transferpunt Thuiszorg (LTT) (4), Stichting Thuiszorg Nederland (STN) (4), of via andere bureaus. Het is opmerkelijk dat vier bureaus via het LTT onderhandelen. Dit is het transferpunt van de LVT, dat onderhandelt met landelijk opererende ziektekostenverzekeraars. Mogelijk wordt door de LTT onderhandeld over zorg, die nadien geleverd wordt door een particuliere afdeling van een reguliere organisatie. Van de 108 organisaties hebben er 64 geen overeenkomsten gesloten met ziektekostenverzekeraars. Overigens leveren 88 van de 108 organisaties zorg, die niet door verzekeraars wordt vergoed.

De organisatievorm van de particuliere thuiszorgorganisaties

De rechtsvormen van de organisaties zijn nog al gevarieerd, zoals tabel 3.5 laat zien. Veel bureaus (37%) zijn ingeschreven als een stichting. Een even groot aantal is zelfstandig ondernemer (37%).

Tabel 3.5 Overzicht van de rechtsvormen waaronder de particuliere organisaties opereren (N=108)

Rechtsvorm	abs.	%
Maatschap	2	2
Vennootschap Onder Firma	16	15
BV	7	6
Stichting	40	37
Vereniging	1	1
Zelfstandig ondernemer	40	37
anders	2	2

Van de 130 bureaus die meededen aan dit onderzoek maakten 29 deel uit van een netwerk of een organisatie die uit meerdere bureaus bestond. Tot deze groep behoren; NTN Thuiszorg, Zorggroep Zuid-Nederland (voormalig Huispitaal), Zorgservice Brabant, Beeuwkes Thuiszorg en Flexicare. NTN blijkt daarbij de grootste organisatie te zijn met 17 regiobureaus en 19 steunpunten. De andere organisaties variëren van grootte en omvatten 2 tot 10 bureaus.

Van de 108 organisaties zijn er 14 lid van een landelijk of regionaal werkende organisatie, zoals Progeria, STAT Nederland, ATC en STN. Deze werden al beschreven in hoofdstuk 1.

Naast deze organisaties met meerdere bureaus en landelijk en regionaal werkende organisaties is er sinds oktober 1996 een brancheorganisatie voor de particuliere ondernemers op het gebied van thuiszorg, BTN genaamd, die opkomt voor de belangen van de particuliere bureaus en hun medewerkers. Op het moment van de enquête bleken 4 organisaties lid te zijn van deze brancheorganisatie. Een en ander is te verklaren uit de korte bestaansgeschiedenis die BTN heeft. Overigens waren met deze vier organisaties tezamen 23 bureaus aangesloten.

Een andere brancheorganisatie, die zich meer richt op de zelfstandige thuiszorgwerkers is SamSam. Op het moment van de enquête bleken 2 organisaties lid te zijn van SamSam. Zoals in hoofdstuk 1 al viel te lezen, is SamSam een vereniging die begin 1996 is opgericht. Dit verklaart waarschijnlijk het kleine aantal leden. Bovendien bleek dat een deel van de particuliere thuiszorgondernemers niet op de hoogte waren van het bestaan van SamSam, omdat zij de interviewers om het betreffende adres vroegen. Daarnaast waren er vijf van de 103 organisaties die niet waren aangesloten bij een brancheorganisatie, maar aangaven dat zij het plan hadden dit binnenkort te doen.

3.3 Omvang van de particuliere thuiszorgbureaus

Uit tabel 3.6 blijkt dat de dienstenpakketten van de particuliere thuiszorgbureaus zich op een groot aantal doelgroepen richten. Meer dan de helft van alle bureaus (59%) richt zich niet op bepaalde doelgroepen, maar op elke cliënt. Vrijwel alle bureaus die zich niet beperken tot kraamzorg geven zorg aan cliënten die chronisch ziek zijn, ziekenhuis gerelateerde zorg behoeven, een indicatie hebben voor een verpleeg- of verzorgingstehuis, ouderen die thuis willen blijven wonen of aan terminale patiënten. De 113 bureaus die bemiddeling en/of thuisverpleging of verzorging bieden, bieden het minst de gespecialiseerde zorg, waarbij gebruik wordt gemaakt van thuiszorgtechnologie.

Eenenveertig procent van de bureaus geeft aan zich te richten op ouders met zuigelingen en kleuters. Bij navraag bleek men hier te bedoelen de verpleging en of verzorging van deze doelgroep. Slechts in enkele gevallen doelde men hier op het houden van Consultatie Bureaus voor zuigelingen en peuters.

Tabel 3.6 Overzicht van de doelgroepen waar de bureaus zich op richten (N=130)

doelgroepen	totaal aantal bureaus N=130		bemid- deling N=32	kraam- zorg N=17	thuis- zorg N=20	kraam-& thuis- zorg N=61
		%				
chronisch zieken	99	76	25		18	56
gehandicapten	95	73	23		17	55
psychogeriatrische patiënten	89	68	25		15	49
ouderen die thuis willen blijven wonen	101	78	27		18	56
terminale patiënten	99	76	26		18	55
patiënten die gespecialiseerde verpleeg- kundige zorg behoeven	78	60	18		12	48
patiënten die ziekenhuis gerelateerde zorg behoeven	101	78	27	2	15	57
cliënten met verpleeghuis/verzorgingshuis indicatie	99	76	26		19	54
kraamzorgcliënten	95	73	21	17	1	56
ouders met zuigelingen/kleuters	53	41	10	3	1	39
veelal hogere inkomensgroepen	77	59	20	3	9	45
iedereen	77	59	16		10	51

Omvang kraamzorg in de particuliere sector

Zoals uit het voorgaande blijkt zijn er 110 bureaus die zich richten op het bemiddelen of verlenen van kraamzorg. Van deze 110 bureaus gaven er 65 (59%) aan dat zij in totaal 9290 aanvragen voor kraamzorg binnen kregen in 1996 (zie tabel 3.7). Van deze 65 bureaus gaven er 22 (34%) te kennen dat het hier geregistreerde gegevens betrof, terwijl 43 (66%) bureaus aangaven dat deze cijfers een schatting waren. Van de 110 bureaus konden er 45, ook niet met een schatting aangeven hoeveel kraamzorgaanvragen ze hadden gehad.

Globaal genomen was het gemiddeld aantal aanvragen voor kraamzorg, in 1996, per bureau dat gegevens ter beschikking had, 143. Gemiddeld werd 83% van deze aanvragen ook gehonoreerd. Dat wil zeggen dat per bureau aan ongeveer 120 cliënten kraamzorg is geleverd.

Het totaal aantal cliënten dat kraamzorg ontving lag in de particuliere sector op 7700. Wanneer men dit vergelijkt met de jaarcijfers 1996 van de reguliere thuiszorg, namelijk 157.000 cliënten die kraamzorg ontvingen (LVT, 1997) dan betekent dat dat een percentage van 4,7% door de particuliere thuiszorgbureaus werd uitgevoerd. Daarbij dient rekening gehouden te worden met een onderrapportage, omdat van ruim 40% van de bureaus geen cijfers bekend zijn.

Tabel 3.7 Aantal cliënten die kraamzorg hebben aangevraagd (N=110 bureaus)

aantal aanvragen	aantal bureaus	%
0 t/m 10	12	11
11 t/m 20	4	4
21 t/m 40	6	5
41 t/m 60	7	6
61 t/m 100	8	7
101 t/m 150	9	8
151 t/m 200	4	4
201 t/m 300	8	7
301 t/m 400	0	0
401 t/m 500	3	3
> 500	4	4
onbekend	45	41
Totaal	110	100

Tabel 3.8 geeft een overzicht van het aantal zorguren aan kraamzorg. Het aantal kraamzorguren lag in totaal op ongeveer 700.000 uur. (let wel van 49 bureaus zijn hier geen gegevens). Het aantal uren dat in 1996 per bureau aan kraamzorg werd geleverd is gemiddeld 11500 en varieert van 0 tot meer dan 40.000 uren.

Tabel 3.8 Aantal zorguren aan kraamzorg geleverd (N=110 bureaus)

aantal zorguren	aantal bureaus	%
00 t/m 500	10	9
501 t/m 1000	6	5
1001 t/m 2000	5	5
2001 t/m 4000	11	10
4001 t/m 6000	6	5
6001 t/m 8000	8	7
8001 t/m 10.000	2	2
10.001 t/m 20.000	7	6
20.001 t/m 40.000	4	3
> 40.000	2	2
onbekend	49	45
Totaal	110	100

Omvang thuisverpleging en verzorging in de particuliere sector

Er zijn 113 bureaus die zich richten op het bemiddelen of verlenen van thuisverpleging of verzorging. Van deze bureaus gaven er 93 aan (82%) dat zij in totaal 106.900 aanvragen voor thuiszorg binnen kregen in 1996. Tabel 3.9 geeft weer hoeveel cliënten thuiszorg hebben aangevraagd.

Van de 113 bureaus gaven er 30 (32%) aan dat het hier geregistreerde gegevens betrof en 63 bureaus dat ze zich op een schatting gebaseerd hadden. Twintig bureaus van de 113 (18%) hadden geen cijfers over het aantal aanvragen en konden ook geen schatting geven. Het gemiddeld aantal aanvragen per bureau was 1150. Gemiddeld werd 25% van dit aantal aanvragen ook gehonoreerd. Dat wil zeggen dat per bureau aan ongeveer 288 cliënten thuiszorg is geleverd.

Het totaal aantal cliënten dat thuisverpleging of verzorging ontving lag in de particuliere sector op 27.000. Wanneer men dit vergelijkt met de jaarcijfers 1996 van de reguliere thuiszorg, waar 700.000 cliënten wijkverpleging of gezinsverzorging ontvingen (LVT, 1997) dan betekent dat, dat van het totaal aantal cliënten een 3,7% thuisverpleging of verzorging ontving vanuit de particuliere sector. Ook hier dient weer rekening gehouden te worden met een onderrapportage, omdat bijna 20% van de bureaus geen cijfers ter beschikking had.

Tabel 3.9 Aantal cliënten die thuiszorg hebben aangevraagd (N=113 bureaus)

aantal aanvragen	aantal bureaus	%
0 t/m 10	21	19
11 t/m 20	4	3
21 t/m 40	8	7
41 t/m 60	8	7
61 t/m 80	4	3
81 t/m 100	10	9
101 t/m 200	8	7
201 t/m 500	6	5
501 t/m 1000	3	3
1001 t/m 2000	18	16
> 2000	3	3
onbekend	20	18
Totaal	113	100

Het totaal aan zorguren dat door 93 bureaus werd geleverd wordt geschat op ruim drie miljoen (zie tabel 3.10). Het aantal zorguren dat per bureau aan thuiszorg werd geleverd ligt tussen de 0 en meer dan 100.000 uren, met een gemiddelde van 32.300.

Tabel 3.10 Aantal zorguren aan thuiszorg geleverd (N=113)

aantal zorguren	aantal bureaus	%
00 t/m 1000	20	18
1001 t/m 5000	10	9
5001 t/m 10.000	7	6
10.001 t/m 20.000	10	9
20.001 t/m 30.000	4	3
30.001 t/m 50.000	27	24
50.001 t/m 100.000	10	9
> 100.000	5	4
onbekend	20	18
Totaal	113	100

3.4 Personeelsbeleid

Door 126 bureaus werd een schatting gemaakt van het aantal zorgverleners dat bij hen ingeschreven was. Dit waren er ruim 11.300. De aantallen lopen uiteen van 0 tot 1200, met een gemiddelde van 90 per bureau.

Van deze zorgverleners heeft 15% een full-time dienst verband (> 32 uur) en 29%

Van deze zorgverleners heeft 15% een full-time dienstverband (> 32 uur) en 29% heeft een part-time dienstverband (< 32 uur). Het grootste deel van de zorgverleners (44%) die regelmatig voor een bureau werkt heeft echter een nul-uren contract. Dit is eigenlijk een overeenkomst die pas ingaat als de betreffende zorgverlener een oproep krijgt om te gaan werken en daaraan ook gehoor geeft. De zorgverlener heeft echter nooit de verplichting om te gaan werken naar aanleiding van een oproep. De zorgverlener met een nul-urencontract is alleen bij het ziekenfonds verzekerd op de dagen dat hij/zij werk verricht. Men krijgt tijdens ziekte wel een ziekengeld-uitkering van 70% van het gemiddelde over de verdiensten van de laatste 13 weken. Daarnaast bouwt men met een dergelijk contract ook een werkloosheidsuitkering op. Tot slot werkt 11% van de zorgverleners free lance voor een bureau. In deze gevallen hebben werkgever en werknemer geen enkele verplichting aan elkaar. De organisaties maken sporadisch gebruik van uitzendbureaus.

Het valt uit de hierboven vermelde gegevens niet op te maken of het totaal aantal zorgverleners dat in de particuliere sector werkt vergelijkbaar is met de gevonden 11.300. Immers het is aannemelijk dat sommige zorgverleners bij meerdere bureaus staan ingeschreven. Daarom is ook per bureau nagegaan hoeveel zorgverleners daadwerkelijk zorg hebben verleend over het jaar 1996.

Van de naar schatting 11.300 zorgverleners hebben 7740 personen (69%) daadwerkelijk zorg verleend in 1996. Ook onder deze 7740 zorgverleners kunnen dubbeltellingen voorkomen, omdat het in principe ook mogelijk is dat zorgverleners voor meerdere bureaus hebben gewerkt. Bovendien ging het ook hier weer deels om geregistreerde cijfers (55%) en deels om geschatte gegevens (45%). Eenentwintig van de 130 bureaus konden geen cijfers geven. Ook niet door middel van een schatting. Uit bovenstaande gegevens valt op te maken dat er gemiddeld per bureau (N=109) 71 zorgverleners in 1996 zorg hebben verleend. Dit aantal varieert echter van 1 tot meer dan 1000 per bureau. In tabel 3.11 is een overzicht opgenomen van globale grootteklassen van de bureaus.

Tabel 3.11 Aantal zorgverleners dat in 1996 diensten verleenden (N=130 bureaus)

aantal zorgverleners	aantal bureaus	%
10 of minder	35	27
van 11 t/m 50	37	28
van 51 tot 100	21	16
van 101 tot 500	13	10
van 501 tot 1000	1	1
meer dan 1000	2	2
onbekend	21	16

Bij de zorgverleners die in 1996 zorg hebben verleend zijn 5 verschillende deskundigheidsniveaus onderscheiden. In tabel 3.12 staat weergegeven hoe de zorgverleners over de betreffende functieniveaus verdeeld waren. In totaal werden cijfers opgegeven

stuk hoger dan het aantal van 7740 zorgverleners dat hierboven werd genoemd. Bij de interpretatie van deze tabel zal met deze onnauwkeurigheid rekening gehouden dienen te worden.

Tabel 3.12 Verdeling van de zorgverleners over vijf functieniveaus (N=130)

deskundigheid	Totaal aantal zorgverl.		tot. bur.		bemidd. bureaus		kraamzorg		Thuiszorg		Kraam- & Thuiszorg	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
eerste deskundigheidsniveau opleiding HBOV of ziekenverpleging A met MGZ (N=122 bureaus)*	1980	21	92	360	21	13	8	82	11	1525	23	
tweede deskundigheidsniveau, met diploma ziekenverpleging A, B of Z, ziekenverzorgende of MDGOVp (N=123 bureaus)	3600	39	95	620	37	40	24	210	27	2730	41	
Verzorgenden, diploma kraam-, gezins- of bejaardenverzorging of MBOVz (N=124 bureaus)	2180	24	87	530	31	115	68	175	23	1360	21	
Helpenden met diploma gezins- of bejaardenhelpende of verkorte MBO-opleiding (N=125 bureaus)	710	8	21	79	5	-	-	153	20	478	7	
Geen opleiding (bijv.) huishoudelijke hulp) (N=126 bureaus)	740	8	15	94	6	-	-	148	19	498	8	
Totaal	9210	100		1683	100	168	100	768	100	6591	100	

)* Per vraag heeft hier een wisselend aantal respondenten geantwoord

Zoals uit de tabel blijkt hebben niet alle bureaus zorgverleners van alle functieniveaus in dienst. Zorgverleners van het tweede deskundigheidsniveau zoals verpleegkundigen met een A, B of Z diploma en ziekenverzorgenden werken relatief gezien het meeste in de particuliere thuiszorg. Bijna 40% van de zorgverleners heeft dit deskundigheidsniveau en tezamen werken ze bij 95 bureaus. Bij 92 particuliere bureaus werken 1980 verpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau. Dertig bureaus hebben geen verpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau in dienst. Zoals valt te verwachten zijn er bij de bureaus die alleen kraamzorg bieden relatief veel verzorgenden werkzaam. De vereiste opleiding om kraamzorg te kunnen geven heeft het niveau van verzorgende. Bij dit type bureaus ziet men weinig verpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau. Zorgverleners met een opleiding tot helpende werken relatief weinig in de particuliere sector. Bij 21 van de 130 bureaus zijn er 710 helpenden in dienst. Tot slot heeft 8% van de zorgverleners in deze sector geen specifieke opleiding gevolgd. Naast de bovenstaande gegevens werd gevonden dat de zorgverleners per bureau niet gelijkmatig over alle deskundigheidsniveaus verdeeld waren. In bijlage 3

ingeschreven zorgverleners, terwijl bij de antwoorden naar het aantal zorgverleners met een bepaald type dienstverband veelal een schatting werd gemaakt. De type dienstverbanden zijn daarom in percentages weergegeven.

wordt per organisatie een overzicht gegeven van het totaal aantal zorgverleners en de verdeling over de verschillende functieniveaus.

Tabel 3.13 Eisen aan zorgverleners van diverse deskundigheidsniveaus

Eisen	1e deskundigheids niveau N=100*		2e deskundigheids niveau N=102		verzorgenden N=93		helpenden N=26		huishoudelijke hulpen N=19	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Diploma	65	65	70	69	65		12	46	-	
aantal jaren ervaring	48	48	44	43	38		13	50	-	
recente ervaring	58	58	55	54	45		13	50	-	
ervaring op specifiek terrein	74	74	76	75	66		15	58	-	
bereidheid tot onregelmatig werken	77	77	75	74	66		16	62	-	
afstand woonplaats	39	39	38	37	33		10	38	8	42
bereidheid reizen	61	61	54	53	51		15	58	7	37
bereidheid bijscholing	71	71	77	75	69		16	62	7	37

Tabel 3.13 geeft een overzicht van de eisen die aan de zorgverleners van de verschillende deskundigheidsniveaus worden gesteld. In de tabel kan men zien dat men bij de te verlenen zorg op het eerste en het tweede deskundigheidsniveau en bij de verzorgenden, lang niet altijd het daarbij horende diploma verlangt. Aan de helpenden wordt in de helft van de gevallen geen diploma gevraagd. Men verwacht vaak ook geen minimum aantal jaren ervaring als zorgverlener. Wanneer men deze eis wel stelt aan de zorgverleners dan ligt deze gemiddeld op 2,5 jaar. Aan ervaring op een bepaald werkterrein, met name in de thuiszorg worden vaker eisen gesteld. Ongeveer 70% van de bureaus verwacht van de zorgverleners dat men ervaring in de thuiszorg heeft.

Bij 65% van de bureaus verwacht men van de zorgverleners een bereidheid tot het werken van onregelmatige uren. Ook wordt in veel gevallen van de zorgverlener verwacht dat deze bereid is om voor het werk te reizen. De afstanden variëren van 10 tot 100 kilometer met een gemiddelde van 35 kilometer. Er wordt door de meeste bureaus ook veel waarde gehecht aan de bereidheid tot bijscholing. Dit geldt vooral voor de functieniveaus waarvoor men diploma's nodig heeft. Naast de genoemde eisen die aan zorgverleners worden gesteld werden er ook nog al eens eigenschappen op het gebied van attitude genoemd. Zo werd bij ongeveer een kwart van alle geïnterviewden van de zorgverleners verlangd dat men flexibel was, sociaal vaardig en dat men een representatief uiterlijk had.

Bij nadere analyses van de eisen die door de verschillende type bureaus werden gesteld bleek dat deze wisselden per type bureau. Zo stellen de bemiddelingsbureaus

*Het aantal bureaus met zorgverleners op dit niveau ligt hier hoger, dan in tabel 3.12, omdat meer respondenten de vraag over eisen die men stelt aan zorgverleners van een bepaald deskundigheidsniveau hadden beantwoord.

het gebied van attitude genoemd. Zo werd bij ongeveer een kwart van alle geïnterviewden van de zorgverleners verlangd dat men flexibel was, sociaal vaardig en dat men een representatief uiterlijk had.

Bij nadere analyses van de eisen die door de verschillende type bureaus werden gesteld bleek dat deze wisselden per type bureau. Zo stellen de bemiddelingsbureaus over het algemeen minder eisen dan de bureaus die zorgverleners in dienst hebben. Van de bemiddelingsbureaus stelt 48-65% als eis dat de zorgverlener een diploma heeft behorend bij het eerste of tweede deskundigheidsniveau of het niveau van verzorgende. Bij de bureaus die kraamzorg leveren stelt 75-83% deze eis. Van de bemiddelingsbureaus vindt 45-68% het wenselijk dat de verpleegkundigen en de verzorgenden ervaring hebben op het gebied van de eerstelijnszorg, terwijl de bureaus die deze functionarissen in dienst hebben in 71-100% van de gevallen deze eis hebben. Een nadere uitwerking, per type bureau, van de eisen die aan zorgverleners gesteld worden is te vinden in bijlage 4.

De salariëring van de zorgverleners

Bij de salarissen van de zorgverleners gaan 45 bureaus (35%) uit van de CAO thuiszorg. Tien bureaus (8%) gaan uit van een CAO uit de intramurale gezondheidszorg, dus bijvoorbeeld van CAO ziekenhuizen of CAO verzorgingshuizen of een combinatie daarvan. Drie bureaus (2%) gebruiken artikelen uit de CAO thuiszorg, CAO uitzendwezen en de CAO uit de intramurale gezondheidszorg. Van alle bureaus samen hanteert men in meer dan de helft van de gevallen (55%) bij de salariëring geen CAO. Wanneer men alleen kijkt naar de bemiddelingsbureaus is dat zelfs 85%.

Wanneer men geen CAO hanteert geven de respondenten aan dat andere indicatoren gehanteerd worden op basis waarvan men het salaris bepaalt. Zo bepaalt men het salaris in de helft van de gevallen op basis van het diploma dat men heeft. In 20% van die gevallen laat men ook het aantal jaren ervaring meetellen of de aard van het werk dat moet worden verricht.

Tabel 3.14 Salariëring van de zorgverleners in de particuliere sector (N=130)

CAO	aantal bureaus	%
CAO thuiszorg	45	35
Combinatie van CAO's intramurale en extramurale sector en uitzendwezen	3	2
CAO intramurale gezondheidszorg	10	8
Geen CAO	72	55

Hoewel men in 58 gevallen de CAO hanteert geeft men in enkele gevallen niet het aantal vergoedingen dat daarbij hoort. Zo wordt soms geen onregelmatigheidstoeslag gegeven, geen reisvergoeding of vakantietoeslag. In een enkel geval krijgt de werknemer in geval van ziekte ook geen uitkering.

Wanneer bureaus geen CAO hanteren dan is de werknemer er nog slechter aan toe. In de helft van deze situaties wordt geen onregelmatigheidstoeslag gegeven en geen reisvergoeding. In ongeveer tweederde van de gevallen is er geen vakantietoeslag of een uitkering bij ziekte. Een overzicht is gegeven in tabel 3.15.

Tabel 3.15 Andere vergoedingen naast het bruto uursalaris

Vergoedingen	bureaus die CAO hanteren N=58		bureaus die geen CAO hanteren N=72	
	abs	%	abs.	%
onregelmatigheidstoeslag	53	91	38	53
vakantietoeslag	53	91	27	38
reisvergoeding	55	95	38	53
ziekengeld van tenminste 70% van het salaris	55	95	30	42

3.5 Bereikbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid van de particuliere thuiszorgbureaus

3.5.1 De zorggebruikers van de particuliere thuiszorg

De redenen waarom de cliënten een particulier bureau benaderen zijn velerlei. Tabel 3.16 geeft een overzicht van veel voorkomende redenen voor aanvraag van zorg. Een aantal redenen komt overeen met de omstandigheden waarvoor men doorgaans een beroep op de reguliere thuiszorg doet, zoals in afwachting van opname (58%), thuis willen sterven (70%) of ontlasting (62%) of afwezigheid (54%) van mantelzorg. Daarbij moet men bovendien rekening houden met het gegeven dat er 17 bureaus alleen kraamzorg geven, zodat bij deze een aantal redenen voor een zorgaanvraag niet relevant zijn. Om die zelfde reden is de aanvraag voor kraamzorg niet relevant bij de bureaus die alleen thuisverpleging en verzorging bieden.

Het is opvallend dat 110 bureaus (85%) aangeven dat de cliënt zelf kiest voor particuliere thuiszorg. Daarnaast komen er bij 68% van de bureaus zorgvragen binnen omdat de reguliere thuiszorginstellingen geen mogelijkheden hebben om zorg te leveren.

Een klein aantal bureaus (5) noemt als reden voor zorgaanvraag de toekenning van een persoonsgebonden budget.

Tabel 3.16 Veel voorkomende redenen voor aanvraag van zorg (N=130)

Reden aanvraag zorg	aantal bureaus	%
voorkomen of uitstellen van institutionele zorg	88	68
in afwachting van opname	76	58
cliënt wil thuis sterven	91	70
ontlasting van de mantelzorg	81	62
afwezigheid van mantelzorg	70	54
kraamzorg	93	72
cliënt verkiest particuliere thuiszorg boven reguliere thuiszorg	110	85
geen mogelijkheden bij reguliere thuiszorg	89	68

De particuliere bureaus worden vaak onder de aandacht bij cliënten gebracht door andere instellingen (75%) of beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (78%) (zie tabel 3.17). Men is doorgaans vermeld in de Gouden Gids, het zakenregister van het telefoonboek (76%) en men adverteert in tijdschriften, dagbladen en huis-aan-huisbladen (68%). Daarnaast blijkt dat de bureaus in de particuliere sector ook zelf een actief PR beleid voeren (26%). Men geeft folders en eigen krantjes uit. Een aantal bureaus benadert op directe wijze de doelgroep waar men zich op richt, bijvoorbeeld door het

aanschrijven daarvan of door middel van een transferpunt in het ziekenhuis (5%).

Tabel 3.17 Hoe komt het betreffende bureau onder de aandacht van de zorggebruikers (N=130)

Via	aantal bureaus	%
andere (reguliere) thuiszorgorganisaties	54	42
andere zorgverleners (huisarts, maatschappelijk werk, Riagg, verloskundige)	102	78
andere gezondheidszorginstellingen (bijv. ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis)	98	75
advertenties in huis aan huis, dag- en weekbladen	88	68
het zakenregister van het telefoonboek of de Gouden Gids	99	76
mond-tot-mond reclame	66	51
actieve PR via folder of eigen krant	34	26
directe benadering van de doelgroep	6	5

3.5.2 Bereikbaarheid en beschikbaarheid

Bereikbaarheid

De bereikbaarheid van de bureaus is wisselend. Tabel 3.18 geeft een overzicht van de tijden waarop de bureaus bereikbaar zijn. Van een groot aantal is de bereikbaarheid zeer goed te noemen. 72 bureaus (55%) zijn 7 x 24 uur per week bereikbaar en bemand, zodat een (potentiële) cliënt dag en nacht iemand te spreken krijgt.

Eenenvertig bureaus geven aan op doordeweekse dagen bemand te zijn en buiten kantooruren de bereikbaarheid te hebben geregeld met antwoordapparaten, antwoorddiensten en semafoon. Met name de kleinere bureaus en eenmanszaken zijn maar een beperkt deel van de dag en dan soms ook nog onregelmatig bereikbaar.

Wanneer men de bemiddelingsbureaus vergelijkt met de bureaus die zorgverleners in dienst hebben dan blijken de eerste in 37% van de gevallen een 24-uursbereikbaarheid te bieden die bemand is, tegenover 61% van de andere bureaus.

Bemannig

Op 58 bureaus is altijd een administratief medewerker aanwezig. In 8 gevallen is dat de enige aanwezige, maar bij 50 bureaus is er naast de administratieve kracht ook iemand met een achtergrond op het gebied van verpleging en verzorging aanwezig.

Bij 106 van de 130 bureaus (82%) is er altijd iemand met kennis op het gebied van verpleging of verzorging aanwezig. Bij 100 bureaus is dat een verpleegkundige, soms samen met een ziekenverzorgende en bij 6 bureaus is dat een ziekenverzorgende. Op een beperkt aantal bureaus (12) is niemand aanwezig omdat men werkt met antwoordapparaat en antwoorddiensten. Meestal betreft het hier een klein bureau of een eenmanszaak. Bij ongeveer 10 bureaus is degene die de leiding heeft over het bureau aanwezig of diens partner. Deze hebben soms wel en soms geen verpleegkundige achtergrond.

Tabel 3.18 Op welke tijden zijn de particuliere bureaus bereikbaar (N=130)

bereikbaarheid	bureaus	%
7 x 24 uur per week, bemand	72	55
maandag t/m vrijdag, gedurende kantooruren (bemand)	2	2
maandag t/m vrijdag, gedurende kantooruren, daarbuiten met antwoordapparaat	18	14
maandag t/m vrijdag, gedurende kantooruren (bemand), daarbuiten via antwoorddiensten en semafoon	23	18
deel van werkdag aangevuld met antwoordapparaat of antwoorddienst	4	3
7 x 24 uur met antwoordapparaat of antwoorddienst	6	5
deel van een werkdag	2	2
onregelmatig, beperkt deel van de dag	3	2

Beschikbaarheid

Wanneer een cliënt om zorg vraagt wordt deze door 98 bureaus binnen 24 uur in gang gezet. Drieënzeventig bureaus realiseren zelfs binnen 8 uur thuiszorg.

Twee bureaus zetten pas na 24 uur zorg in, maar altijd binnen een week. Dertien bureaus geven aan dat het tijdstip waarop men zorg kan leveren wisselend is per aanvraag en ook mede afhankelijk is van de aanvraag.

Zeventien bureaus geven aan dat het in hun geval niet uitmaakt, omdat men kraamzorg biedt, waarvoor men zich bij een zwangerschap van 16 weken doorgaans heeft ingeschreven. Op het moment dat de bevalling zich aandient kan meteen zorg worden ingezet.

Achterwachtfunctie

De meeste bureaus verlenen zorg op onregelmatige uren. Bij 119 bureaus kan gedurende 7 x 24 uur per week een beroep gedaan worden op zorg. Acht bureaus geven aan wel op onregelmatige uren te werken maar niet gedurende 24 uur per dag. Een en ander is afhankelijk van de zorgbehoefte. Bij drie bureaus wordt alleen op werkdagen, gedurende kantooruren gewerkt. In dit verband is het wenselijk dat de zorgverleners de mogelijkheid hebben om een (deskundig) contactpersoon te raadplegen wanneer zij vragen hebben of wanneer zich complicaties in de zorgverlening voordoen. Van de 130 bureaus hebben er 119 met dit doel dan ook een achterwachtfunctie in het leven geroepen. Daarvan hebben 92 bureaus 7 x 24 uur een contactpersoon telefonisch beschikbaar waar zorgverleners met vragen en problemen terecht kunnen. Bij 27 bureaus is voor een dergelijke achterwachtfunctie alleen tijdens de kantooruren iemand beschikbaar. Bij 9 bureaus was de vraag niet relevant, omdat het een éénmanszaak betrof. Twee bureaus hadden geen gegevens over de achterwachtfunctie. Men zou kunnen verwachten dat de bemiddelingsbureaus veel minder vaak een achterwachtfunctie gerealiseerd hebben, omdat zij alleen tussen cliënt en

zorgverlener bemiddelen. Er is echter geen duidelijk verschil te constateren. Van de bemiddelingsbureaus heeft 75% een 24-uurs achterwachtfunctie. Bij de bureaus die zelf thuiszorg leveren ligt dat percentage iets hoger, namelijk 85%.

Wachlijsten

Er zijn vrijwel geen wachlijsten in de particuliere thuiszorg. Twee bureaus geven aan dat zij soms een wachlijst hebben moeten hanteren, waarbij de wachlijst niet langer is dan 14 dagen. Vier bureaus geven aan dat zij dat in voorkomende gevallen zouden doen. Eén bureau gaf aan dat men een wachlijst had van 80 dagen. Het betrof hier echter een particuliere tak van een reguliere thuiszorgorganisatie. Waarschijnlijk hebben interne capaciteitsproblemen hier hun weerslag op de particuliere afdeling van de instelling.

Hoewel wachlijsten niet veelvuldig worden gehanteerd geven 90 bureaus aan dat zij wel eens problemen hebben om de vraag en het aanbod met elkaar in evenwicht te houden. Wanneer de vraag het aanbod overstijgt dan verwijzen 63 bureaus door naar een collega thuiszorgaanbieder. Drie bureaus 'lenen' bij een andere reguliere of particuliere thuiszorgorganisatie. Zes bureaus geven aan dat zij in voorkomende gevallen overgaan tot een patiëntenstop. Twee bureaus hanteren de zogenaamde kaasschaafmethode (Groenewegen e.a., 1993), dat wil zeggen dat er minder zorg wordt verleend dan er eigenlijk noodzakelijk werd geacht. Dertien bureaus gaan op zoek naar nieuwe medewerkers.

3.5.3 Toegankelijkheid

Voorwaarden aan de cliënt

De particuliere bureaus stellen zich zelf open voor allerlei doelgroepen. Afhankelijk van de aard van het bureau (zie paragraaf 3.2) zal het ene bureau zich expliciet richten op kraamzorgcliënten terwijl andere bureaus dat nu juist niet doen. Daarnaast zijn de doelgroepen gevarieerd en de redenen waarom men zorg aanvraagt zijn zeer divers. Toch wordt hen door de reguliere organisaties nogal eens verweten dat zij de krenten uit de pap halen, doordat zij cliënten, die niet aan bepaalde criteria voldoen, van zorg uitsluiten. Zo zouden bureaus alleen zorg willen verlenen wanneer men om een minimum aantal zorguren vraagt of op een adres woont dat goed te bereiken is. Om hier zicht op te krijgen is aan de respondenten gevraagd of men bepaalde criteria hanteert waaraan de cliënt dient te voldoen wil men voor zorg in aanmerking komen. Tabel 3.18 geeft een indruk.

Uit deze tabel blijkt dat de meeste bureaus (49%) verlangen dat de cliënt een indicatie heeft voor zorg bijvoorbeeld van een huisarts of verloskundige of geïndiceerd is voor intramurale zorg. Ruim de helft van de bureaus (52%) verlangt van de cliënt om een bepaald minimum aan zorg af te nemen. Het gemiddelde daarvoor was drie uur. Dit minimum varieert van 1 uur zorg (20 bureaus) tot 28 uur zorg (1 bureau).

Daarentegen leveren 35 bureaus (27%) alleen zorg als deze een bepaald maximum niet overschrijdt. Overigens is dat te verklaren omdat men in geval van kraamzorg gebonden is aan de door de verzekeringen ingestelde regelgeving dat kraamzorg het maximum van 80 zorguren niet mag overschrijden.

Ruim een kwart van de bureaus (26%) stelt eisen aan de bereikbaarheid van het adres waar zorg verleend moet worden of aan de afstand die gereisd moet worden om daar te komen. Door 28 bureaus (22%) wordt geen zorg verleend wanneer daarbij de toepassing van hoogwaardige thuiszorgtechnologie gewenst is, zoals infuuspomp, epidurale pijnbestrijding, beademing e.d. Er is één bureau dat juist alleen zorg geeft in gevallen waar de cliënt verpleegzorg nodig heeft die ondersteund wordt door 'hi tech'

hulpmiddelen. Elf bureaus (8%) stellen bepaalde eisen aan de cliënt, zoals een stabiel ziektebeeld, of eisen aan diens leefomstandigheden. Een klein aantal andere bureaus stelt zeer specifieke eisen. Drie bureaus helpen alleen cliënten met een bepaalde (christelijke) levensovertuiging.

De criteria die de bureaus, die zich beperken tot bemiddeling, hanteren wijken niet sterk af van de bureaus die zorgverleners in dienst hebben. Er is vooral een verschil waarneembaar met betrekking tot het minimum en maximum aantal zorguren. Vijfenzestig procent van de bemiddelingsbureaus stelt eisen aan het minimum aantal zorguren, terwijl slechts 6% eisen stelt aan het maximum aantal zorguren.

Tabel 3.18 De criteria waaraan cliënten dienen te voldoen wil men in aanmerking komen voor particuliere thuiszorg van het bureau (N=130)

criterium	aantal bureaus dat dit criterium hanteert	%
cliënt heeft opname-indicatie voor een intramurale instelling of een indicatie van huisarts, verloskundige	64	49
cliënt heeft geen zorg waarbij thuiszorgtechnologie noodzakelijk is	28	22
cliënt heeft zorg boven bepaald minimum aantal zorguren	68	52
cliënt heeft zorg binnen bepaald maximum aantal uren	35	27
de cliënt woont binnen bereik van bureau	34	26
de zorg wordt vergoed door verzekeraar	69	53
de zorgperiode is afgrensbaar	65	50
de cliënt kan de zorg betalen	18	14
anders (bepaalde eisen met betrekking tot de huishoudelijke omstandigheden en hygiëne, of een stabiel ziektebeeld)	11	8
geen criteria	5	4

Tarieven en bijkomende kosten

Naast de uren waarop een bureau bereikbaar is, de eisen die men stelt aan de zorgvrager en de beschikbaarheid van zorgverleners, wordt de toegankelijkheid mede bepaald door de kosten die verbonden zijn aan de particuliere thuiszorg. Daarbij is het natuurlijk van groot belang of de kosten voor de cliënten worden vergoed door de zorgverzekeraar, of dat de cliënt de zorg zelf moet betalen.

De meeste bureaus hanteren een vast uurtarief. Een 24-uurtarief wordt in veel minder gevallen gehanteerd. Daarentegen hadden wel veel bureaus een slaapwachttarief. Dat de tarieven zeer wijd uiteenlopen is duidelijk af te leiden uit tabel 3.19.

In bijlage 5 wordt een overzicht gegeven van de tarieven die men per organisatie hanteert. Wanneer er geen gegevens worden gegeven, dan heeft dit meestal te maken met het feit dat de vraag niet relevant is, omdat men geen zorgverleners van het betreffende deskundigheidsniveau in dienst heeft (zie ook tabel 3.12). In de resterende gevallen wil de respondent geen gegevens over de tarieven geven.

Naast de tarieven die de bureaus in rekening brengen voor de gemaakte zorguren wordt er bij 59 bureaus inschrijfgeld in rekening gebracht, terwijl 71 bureaus een tariefstelling hebben inclusief de inschrijvingskosten. De inschrijfkosten lopen ver uiteen en variëren van fl.6,- tot fl.140,- gulden. Het gemiddelde ligt op fl.75,-.

Tabel 3.19 Overzicht vaste tarieven

Verpleegkundigen	uurtarief	24-uurs tarief	slaapwacht tarief 8 à 10 uur
	fl.22,= -fl.75,=	fl.300,= - fl.600,=	fl.100,=- fl.320,=
N=	89	44	70
Ziekenverzorgenden	uurtarief	24-uurs tarief	slaapwacht tarief 8 à 10 uur
	fl.22,= -fl.75,=	fl.300,= - fl.600,=	fl.100,=- fl.320,=
N=	94	53	75
Verzorgenden (kraam, gezins, bejaarden)	uurtarief	24-uurs tarief	slaapwacht tarief 8 à 10 uur
	fl.14,= -fl.50,50	fl.300,= - fl.580,=	fl.90,=- fl.290,=
N=	85	36	53
Helpenden (gezins, bejaarden)	uurtarief	24-uurs tarief	slaapwacht tarief 8 à 10 uur
	fl.17,= -fl.45,=	fl.300,= - fl.580,=	fl.95,=- fl.296,=
N=	35	41	31

Bij de interviews is aan de geïnterviewden gevraagd of men ook zorg verleent als cliënten deze niet van de verzekering vergoed krijgen. De respondenten van 108 (83%) bureaus geven aan in die gevallen toch zorg te leveren, terwijl 22 (17%) bureaus aangeven geen zorg te leveren in dat geval. Deze gegevens zijn overigens niet in overeenstemming met de vraag welke criteria men hanteert om thuiszorg te leveren, waarbij 53% aangeeft dit als een criterium te hanteren bij het inzetten van de zorg. Er is tevens aan de respondenten gevraagd een schatting te geven van het percentage cliënten dat zorg vergoed kreeg (zie tabel 3.20). Vijftig bureaus kunnen daarover ook niet door middel van een schatting cijfers geven. Bij 62 bureaus geeft men aan dat meer dan 80% van de cliënten in 1996 de zorg vergoed kreeg. En bij 20 bureaus denkt men dat minder dan 40% van de cliënten van hun verzekering een vergoeding kreeg voor de geleverde zorg.

Tabel 3.20 Schatting van het percentage patiënten dat de kosten van de verleende zorg in 1996 vergoed kregen door ziekenfonds of particuliere verzekeraar

percentage cliënten dat zorg vergoed krijgt	aantal bureaus	%
0 tot 10%	6	5
10 tot 20%	5	4
20 tot 40%	9	7
40 tot 60%	9	7
60 tot 80%	8	6
80% tot 100%	34	26
100 %	28	22
Onbekend	31	24

3.6 De organisatie van de zorg en het zorgproces

Met de voortschrijdende professionalisering op het terrein van verpleging en verzorging is ten aanzien van het zorgproces een werkwijze ontwikkeld die doelgericht, systematisch en procesmatig is. Dit betekent dat er in het zorgproces een opeenvolgende reeks van fasen te onderscheiden is, die het zorgproces doelgericht en geordend laat verlopen. Hoewel het zorgverleningsproces in concrete situaties verschillende vormen aan kan nemen en er verschillende organisaties en zorgverleners bij betrokken kunnen zijn kan men een aantal universele fasen onderscheiden:

- De intake, die weer onder te verdelen is in de aanmelding, de verheldering van de zorgvraag, vaststelling van de problematiek, de opstelling van het indicatie-advies en het vaststellen van de indicatie.
- De toewijzing en planning van de benodigde zorg.
- De uitvoering van de benodigde zorg. Dit is in wezen de kern van het zorgverleningsproces.
- De evaluatie van de zorgverlening.

Het zorgproces kent een cyclisch verloop, waarbij een voortdurende onderhandeling plaatsvindt tussen cliënt en zorgverlener. Tijdens dit proces wordt met een regelmatige evaluatie nagegaan of de ondernomen acties nog bijdragen aan het bereiken van de gestelde doelen. Zonodig vindt een bijstelling van het zorgplan plaats. In de laatste fase van het proces wordt nagegaan of de doelen zoals bepaald bij de indicatiestelling zijn verwezenlijkt. Op grond daarvan wordt de zorgverlening beëindigd of wordt een nieuwe zorgbehoefte geconstateerd. Is er sprake van een nieuwe zorgbehoefte dan worden de fasen van het zorgproces opnieuw doorlopen (Commissie Referentiekader Verpleging en Verzorging, 1995). In deze paragraaf wordt beschreven hoe de verschillende aspecten in het zorgproces georganiseerd zijn. Met name wordt aandacht besteed aan de indicatiestelling, de tussenevaluatie en de evaluatie van de zorg. Nagegaan wordt wie deze taken verricht en of men daarvoor vaste procedures heeft.

Tabel 3.21 Overzicht van het zorgproces (N=130)

Aspecten zorgproces	ja	%	procedure	%
beoordeling aanmelding door deskundige	127	98		
indicatiestelling	70	54	83	64
tussentijdse evaluatie	120	92	75	58
afsluiting	112	86	82	63
zorgovereenkomst	95	73		
individueel zorgplan	118	91		

Intake

Wanneer er bij een bureau een aanvraag voor hulp wordt aangemeld dan wordt deze op drie uitzonderingen na beoordeeld door iemand met een achtergrond op het gebied van verpleging of verzorging. In 99 gevallen (78%) is dat een verpleegkundige en in 10 gevallen (8%) een ziekenverzorgende. Bij 18 bureaus (14%) wordt de aanvraag beoordeeld door iemand die deskundig is op het gebied van de thuiszorg, maar hierbij is het deskundigheidsniveau niet altijd even duidelijk. Sommigen noemen het maatschappelijk werk, een zorgbemiddelaar of een coördinator.

Na de aanmelding wordt bij 70 (54%) bureaus de intake verder behandeld en een indicatie gesteld. Drie bureaus (2%) gaan uit van een indicatiestelling door een

reguliere organisatie als die er is. Twintig bureaus (15%) nemen de indicatie van een reguliere thuiszorginstelling over. Eenendertig bureaus (24%) baseren zich op de indicatie van een andere hulpverlener, zoals de huisarts of de verloskundige. In veel gevallen gaat het dan om kraamzorgaanvragen. In zes (5%) gevallen wordt geen indicatie gesteld en wordt ook niet uitgegaan van de indicatiestelling van een andere deskundige. Bij navraag waarom men dat niet deed, gaf men aan dat men dat niet nodig vond. Bij 83 bureaus wordt in de intakefase een huisbezoek bij de cliënt afgelegd. Dat betekent dat er in een aantal gevallen, waarbij de indicatie van een reguliere instelling of van de huisarts of verloskundige wordt overgenomen, wel een huisbezoek plaatsvindt. Bij 12 bureaus wordt de intakefase telefonisch afgehandeld en 12 bureaus laten het een en ander afhangen van het type zorgaanvraag. Er is één bureau dat werkt met een liaisonverpleegkundige in het ziekenhuis.

Bij 83 bureaus heeft men een vaste procedure met betrekking tot de indicatiestelling. Dat betekent dat de werkwijze, ook in gevallen waar men de indicatie van andere organisaties of zorgverleners overneemt, bij de meeste bureaus vastligt.

Na de intakefase sluiten 95 bureaus (73%) een zorgovereenkomst af met de cliënt, waarin de aard en omvang van de te verlenen zorg alsmede de condities waaronder de zorgverlening plaatsvindt vastliggen.

Individueel zorgplan

Een groot aantal van de particuliere zorgaanbieders, namelijk 91%, stelt een individueel zorgplan op voor de betreffende cliënt. Bij de opstelling van zo'n zorgplan wordt in vrijwel alle gevallen de cliënt betrokken, en wanneer dat niet mogelijk is de naaste familie. In ongeveer tweederde van de gevallen wordt ook overleg gepleegd met huisarts, verloskundige en zonodig met andere zorgverleners.

Tussentijdse evaluatie

Bij 120 van de 130 bureaus (92%) voert men een tussentijdse evaluatie uit, om na te gaan of het zorgplan moet worden bijgesteld. Twee bureaus melden zonnodig een tussenevaluatie uit te voeren. Bij 113 bureaus doet men dit samen met de cliënt en bij 68 daarvan betreft men ook familie en andere zorgverleners bij deze tussenevaluatie. Bij 75 van deze bureaus volgt men een vaste procedure bij de tussentijdse evaluatie.

Afsluiting van de zorg

Bij 112 bureaus (86%) wordt de zorgverlening afgesloten door middel van een evaluatie met de zorggebruiker. In tweederde van deze gevallen nemen ook familieleden deel aan deze evaluatie. Ook de huisarts, de verloskundige of andere relevante zorgverleners worden bij tweederde van de evaluaties betrokken.

Wanneer de zorg is afgesloten, vindt er bij 109 (84%) bureaus een overdracht plaats naar andere zorgverlenende instanties of naar betrokken zorgverleners.

Tweëntachtig bureaus (63%) volgen een vaste procedure bij de afsluiting van het zorgproces.

Procedures

Een groot deel van de bureaus (115) geeft aan dat zij bij één of meer van de drie aspecten van het zorgproces (de indicatiestelling, de tussentijdse evaluatie, de afsluiting van de zorg) een vaste procedure hanteren. Vijftien bureaus hebben geen enkele procedure vastgesteld. Dit zijn meestal bureaus (9) die zich beperken tot bemiddeling.

Bij 73 bureaus (63%) zijn die procedures door het bureau of de organisatie waartoe

men behoort zelf ontwikkeld. In een aantal gevallen (14) baseerde men zich daarbij op procedures zoals die door reguliere (thuiszorg)instellingen werden gehanteerd. Zes bureaus hebben procedures van de reguliere thuiszorg in zijn geheel overgenomen. Bij 36 bureaus wordt gebruik gemaakt van procedures die door een netwerk, organisatie waar men deel van uit maakte of branche-organisatie zijn ontwikkeld.

Controle op de zorgverlening

Over de wijze waarop een bureau concreet de kwaliteit van zorg bewaakt zijn op basis van de gevraagde gegevens geen uitspraken te doen. Wel is gevraagd welke activiteiten men op het gebied van kwaliteitsbewaking onderneemt. Hierover wordt gerapporteerd in paragraaf 3.7.

Met betrekking tot de inhoud van de zorg is bovendien gevraagd welke persoon daar eindverantwoordelijk voor was. Vijftien bureaus (12%) leggen de eindverantwoordelijkheid neer bij de begeleidend huisarts of verloskundige. Bij 45 bureaus (35%) vindt men dat de zorgverlener zelf eindverantwoordelijke is voor de zorgverlening. Bij 63 (48%) bureaus stelt de organisatie zich zelf verantwoordelijk. Op de vraag wie er dan in de organisatie aanspreekbaar is op de zorgverlening wordt gevarieerd geantwoord. Vaak noemt men een duo, zoals de zorgverlener zelf samen met de teamleider, of een verpleegkundige van het eerste deskundigheidsniveau in de rol van zorgcoördinator, de directie of vestigingsmanager. In sommige gevallen wordt aangegeven dat het hier gaat om een socioloog of iemand met een academisch opleidingsniveau. Bij 10 bureaus zijn de antwoorden niet echt duidelijk en variëren zoals 'alle betrokkenen', 'afhankelijk van de situatie' of 'het hele gezin'.

Bij de bureaus die zich beperken tot bemiddeling vindt men bij 78% dat de zorgverlener zelf verantwoordelijk is, al of niet samen met huisarts en/of verloskundige. Het bureau wordt daar vrijwel niet als eindverantwoordelijke genoemd.

3.7 Kwaliteitsbeleid

Een groot aantal van de particuliere thuiszorgaanbieders (65%) heeft een zorgvisie op papier, waarin de globale doelstellingen en uitgangspunten van de zorgverlening zijn vastgelegd.

Ruim 40% van de bureaus geeft aan dat men een schriftelijk vastgelegd beleid heeft voor de kwaliteitsbewaking en -verbetering en de helft van de particuliere bureaus beschikt over een kwaliteitsplan waarin concrete maatregelen en activiteiten om de doelstellingen te realiseren praktisch zijn uitgewerkt.

Overigens zegt het feit dat men een zorgvisie op schrift heeft of het gegeven dat men een kwaliteitsbeleid heeft nog weinig over de inhoudelijkheid en de uitgebreidheid daarvan. Met de bestaande gegevens is alleen vast te stellen dat de kwaliteit van zorg een punt van aandacht is bij de particuliere thuiszorgaanbieders.

Tabel 3.22 Overzicht van de activiteiten die de bureaus ondernemen op het gebied van kwaliteitsbeleid (N=130 bureaus)

aspect van kwaliteitsbeleid	ja	%	nee	in ont- wikkeling	onbekend
zorgvisie	84	65	29	11	6
beleid voor bewaking en verbetering van kwaliteit	57	44	43	21	9
kwaliteitsplan	65	50	38	19	8
productomschrijving	107	82	12	3	8
deskundigheidsbevordering voor de medewerkers	107	82	19		4
protocollen	77	59	40	8	5
schriftelijk vastgelegd privacy-reglement	66	51	47	8	9
schriftelijk vastgelegd klachtenreglement	65	50	48	10	7
activiteiten op gebied van patiëntenparticipatie	48	37	71	7	4
raadplegen cliëntenraad	28	22			1
planmatig tevredenheidsonderzoek	38	29			1
planmatig behoefteonderzoek	27	21			1

De meeste bureaus zeggen de zorgvisie en het kwaliteitsplan zelf ontwikkeld te hebben of ze hebben gebruik gemaakt van plannen die door de organisatie zijn ontwikkeld waartoe zij behoren.

Zo'n 85% van alle bureaus heeft of werkt aan een productomschrijving.

Dat geldt ook voor de bemiddelingsbureaus. Ook wordt er door de meeste bureaus (82%) aandacht besteed aan de deskundigheidsbevordering van de medewerkers. De bureaus of de organisatie waartoe de bureaus behoren organiseren bijscholing of men maakt gebruik van bijscholing die in ziekenhuizen, reguliere thuiszorgorganisaties of door vakdeskundigen worden georganiseerd. Het valt met de betreffende gegevens niet na te gaan in hoeverre een zorgverlener die voor een bepaald bureau werkt ook verplicht wordt om zich bij te scholen.

In bijna 60% van de instellingen zegt men te werken met protocollen of standaarden voor specifieke situaties of verschillende onderdelen in het zorgproces.

Bij 8 bureaus zijn deze in ontwikkeling. Wanneer naar specifieke protocollen wordt gevraagd dan blijkt met name de specifieke behandelvormen, de hygiëne in de thuiszorg en de uitvoering van medische handelingen geprotocolleerd te zijn. Het gebruik van materialen en een handelwijze bij ongelukken of bijna ongelukken zijn nog weinig geprotocolleerd. Het werken met protocollen gebeurt bij de bemiddelingsbureaus veel minder (31%) dan bij bureaus die zorgverleners in dienst hebben (68%).

Aan de eisen die volgens de wet aan de aanbieders van thuiszorg worden gesteld, wordt momenteel slechts in de helft van de gevallen voldaan. Zo zijn er in veel gevallen nog geen schriftelijk vastgelegde privacy- en klachtenreglementen.

Tweederde van de bemiddelingsbureaus heeft bijvoorbeeld geen klachtenreglement. Bij de bureaus met zorgverleners in dienst is dit ongeveer een vierde.

Uit de gegevens blijkt dat daar bij een aantal bureaus overigens wel aan gewerkt wordt, omdat men aangeeft dat men bezig is met de ontwikkeling van deze reglementen.

De patiëntenparticipatie heeft in zijn geheel nog weinig gestalte gekregen. Gemiddeld in nog geen 30% van alle bureaus. Bij de bureaus die slechts bemiddelen krijgt de patiëntenparticipatie amper aandacht. Slecht 1 (3%) van de 32 bureaus geeft aan een cliëntenraad te raadplegen, 4 (13%) bureaus doen aan planmatig tevredenheidsonder-

zoek en 3 (9%) aan een planmatig behoefteonderzoek. Bij de bureaus die kraam- en/of thuiszorg zelf leveren liggen de cijfers iets gunstiger: 29% raadpleegt de cliëntenraad en 24% doet behoefteonderzoek. Het tevredenheidsonderzoek krijgt bij deze bureaus nog de meeste aandacht, 36% voert dit planmatig uit.

Tijdens de interviews is ook aan de respondenten gevraagd aan welke gebieden van kwaliteit zij met name prioriteiten toekennen. Bij de bemiddelingsbureaus ligt de hoogste prioriteit bij de deskundigheidsbevordering. Vijfentwintig procent van de bemiddelingsbureaus zegt geen enkele prioriteit te hebben op het gebied van kwaliteitsbevordering.

Bij de bureaus met zorgverleners in dienst geeft ongeveer 20% aan dat men het meeste voorrang geeft aan deskundigheidsbevordering en 20% aan de continuïteit van zorg. Slechts een klein deel van deze bureaus (7%) legt prioriteiten bij activiteiten gericht op cliëntenparticipatie.

3.8 Samenwerking met andere zorgaanbieders

Van de 130 particuliere bureaus werken 108 samen met andere zorgaanbieders. Dit aantal is op zich niet zo opmerkelijk, omdat men, als men zorg wil geven die uit de AWBZ vergoed wordt, aan deze eis dient te voldoen. Tabel 3.23 geeft een overzicht met wie zoal wordt samengewerkt. Daaruit valt op te maken dat 72% van de particuliere bureaus samenwerkt met reguliere thuiszorgorganisaties en een wat kleiner percentage (62%) met andere particuliere bureaus. De samenwerking met de reguliere organisaties bestaat voornamelijk uit het uitlenen of lenen van zorgverleners. Van de 93 bureaus die samenwerken met reguliere thuiszorginstellingen zeggen 63 bureaus dat zij zorgverleners uitlenen aan deze organisaties. Bovendien geven sommige bureaus aan als onderaannemer van een reguliere instelling te fungeren. In welke mate deze vorm van samenwerking tussen de organisaties structureel is, is op grond van de verzamelde gegevens niet duidelijk.

Daarnaast blijkt men ook met reguliere instellingen overleg te houden over de wijze waarop verpleging of verzorging plaatsvindt.

Deze zelfde aspecten komen aan bod binnen de samenwerking met andere particuliere bureaus. Daarnaast richt men zich ook nog op het hanteren van dezelfde tarieven uniforme service- en zorgverlening, gezamenlijk overleg met zorgverzekeraars en een gezamenlijk PR beleid.

Tabel 3.23 Samenwerkingspartners in de particuliere thuiszorgsector (N=130)

Samenwerkingspartners	Aantal bureaus	%
particuliere thuiszorgorganisaties	80	62
met reguliere thuiszorgorganisaties	93	72
met huisarts(en)	77	59
met maatschappelijk werk	69	53
met verloskundigen (N=78)	74	95
met verzorgingshuizen (N=81)	65	80
met verpleeghuizen (N=81)	59	73

Binnen de zorgverlening wordt er door medewerkers van bureaus ook regelmatig samengewerkt met verloskundigen en huisartsen. Van de 78 bureaus die kraamzorg in

hun pakket hebben werkt 95% samen met de verloskundige. Van de 81 bureaus die thuisverpleging of verzorging geven werkt 73 à 80% samen met verpleeghuizen en verzorgingshuizen. De samenwerking bestaat in veel gevallen uit doorverwijzing en overleg bij de zorgverlening.

Concurrentie

Hoewel veel particuliere bureaus samenwerken met andere, zowel reguliere als particuliere thuiszorginstellingen, geeft men aan dat men daarvan ook veel concurrentie ondervindt.

92 van de 130 bureaus ondervindt concurrentie van andere particuliere bureaus. Men ervaart vooral concurrentie op het gebied van de prijs, naambekendheid, grootte, kwaliteit en een combinatie van deze factoren.

88 van de particuliere bureaus ervaart concurrentie van reguliere thuiszorgorganisaties. Deze bestaat uit nagenoeg dezelfde aspecten als die hier boven zijn genoemd. Het is opvallend dat 80% van de bureaus die samenwerken met reguliere thuiszorgorganisaties daar ook de concurrentie van ervaren. Ongeveer de helft geeft aan dat de concurrentie wordt bepaald door de kwaliteit, de prijs en de naambekendheid van de reguliere organisaties of een combinatie van deze factoren.

Bovendien geeft een tiental bureaus aan dat men de monopoliepositie van de reguliere organisaties en daarmee de mogelijkheden tot overleg met de zorgverzekeraars als meest concurrerend ervaart.

Negentig bureaus ondernemen stappen tegen de concurrentie van reguliere en particuliere thuiszorgaanbieders. Tabel 3.24 geeft weer op welke wijze men de concurrenten het hoofd denkt te bieden.

Tabel 3.24 Overzicht van strategieën om concurrentie tegen te gaan (N=90)*

strategieën	bureaus	%
lagere tarieven	12	13
samenwerking	15	17
PR	37	42
kwaliteitsbewaking	48	53
groter worden	2	2
geen	19	21

* Het aantal bureaus is hoger dan 90, omdat sommige respondenten meerdere strategieën gaven.

Het blijkt dat ruim de helft van de bureaus denkt een betere marktpositie te verwerven als men zich richt op kwaliteitsbewaking. Tweeënveertig procent ziet iets in Public Relations om de concurrentie tegen te gaan. Men wil dit of zelf ter hand nemen of in een gezamenlijke actie met andere bureaus.

Slechts een minderheid (13%) ziet het verlagen van de prijs als een optie.

4 NABESCHOUWING

4.1 Inleiding

In deze studie is een inventarisatie verricht naar de aard en omvang van de particuliere thuiszorgbureaus. Dit onderwerp staat momenteel volop in de belangstelling. De geïntroduceerde marktwerking, bevorderd door de afbouw van de budgetgarantie voor reguliere organisaties, de concurrentie in de thuiszorg en de steeds weer geconstateerde ongelijke voorwaarden waaronder men zorg levert, maken dat heel veel ogen gericht zijn op deze particuliere thuiszorgsector.

Met dit onderzoek wordt de stand van zaken in peiljaar 1996 weergegeven. Dit hoofdstuk bevat een korte samenvatting van de belangrijkste resultaten van het onderzoek en een beschouwing op de resultaten. De gegevens zijn gebaseerd op 108 interviews met particuliere organisaties (130 bureaus). In totaal zijn 164 particuliere thuiszorgorganisaties getraceerd.

In dit onderzoek is aandacht besteed aan de volgende vraagstellingen:

1. Wat is de omvang en de aard van de particuliere thuiszorg in Nederland?
2. Wat is het zorgaanbod van de particuliere bureaus?
3. Hoe is de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de particuliere bureaus?
4. Op welke wijze geven de bureaus vorm aan kwaliteitsbeleid?
5. Hoe is de relatie van de particuliere bureaus met de reguliere bureaus?

Aan de hand van deze onderzoeksvragen volgt hier nu een overzicht van de resultaten en een beschouwing daarop.

Tot op heden heeft er weinig onderzoek plaats gevonden in de particuliere thuiszorg. Het laatste onderzoek dat zich richtte op de thuiszorg in Nederland vond plaats in 1989 (Visser, 1989). Daarnaast heeft in begin negentiger jaren nog een aantal regionale studies plaatsgevonden, met name in de provincie Limburg (Van Lin & Slenter-Stevens, 1992) en in de provincie Noord-Brabant (Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant, 1994). Waar dat mogelijk is zullen de in het onderhavige onderzoek gevonden resultaten worden vergeleken met de onderzoeken uit 1989, 1992 en 1994.

4.2 Samenvatting en discussie van de onderzoeksresultaten

Aard en omvang

Uit de gegevens blijkt dat er sprake is van een groeiende sector. Op het moment van het onderzoek waren tien organisaties nog in oprichting. Met name vanaf 1992 is het aantal particuliere bureaus gegroeid. De grootste toename vond plaats in 1995.

Uit het onderzoek van Visser dat in 1989 werd uitgevoerd bleek met name in eind jaren tachtig een toename van het aantal particuliere bureaus. Deze toename werd in dit onderzoek niet (meer) gevonden. Uit de huidige gegevens blijkt dat vóór 1990 32 organisaties zijn opgericht, terwijl Visser vond dat voor 1990 85 bureaus waren opgericht. Dit kan betekenen dat een aantal organisaties inmiddels is opgeheven.

Er was ook een aantal bureaus die benaderd werden gedurende dit onderzoek, die niet actief bleken te zijn.

Bijna een kwart van de bureaus die meewerkten aan het onderzoek maakt deel uit van een netwerk of een organisatie die uit meerdere bureaus bestaat. Dit geeft aan dat in deze sector veel bureaus zelfstandig opereren los van een netwerk of samenwerkingsverband. Een heel klein aantal is aangesloten bij een branche-organisatie.

Sinds eind jaren tachtig was het mogelijk voor particuliere bureaus om een (landelijke) erkenning te krijgen waardoor men de gelegenheid kreeg om zorgcontracten af te sluiten met verzekeraars. Tegenwoordig spreekt men niet meer van erkenning maar van een toelating. Ruim een kwart van de particuliere organisaties blijkt zo'n toelating te hebben, terwijl bijna eenderde van alle bureaus onderhandelt met verzekeraars om contracten af te sluiten. Daarnaast blijkt het merendeel van de bureaus ook zorg te geven die niet door de verzekeraars wordt vergoed.

Omvang van het personeel in de particuliere sector

Bij de bureaus die hebben meegedaan aan dit onderzoek stonden in 1996 ruim 11.000 zorgverleners ingeschreven. Daarvan heeft ruim tweederde ook werkelijk diensten verricht. Het merendeel van deze zorgverleners die diensten verrichtte werkte op basis van een nul-uren contract (oproepkrachten) of als freelancer, terwijl tweevijfde een voltijds- of een deeltijdaanstelling had. Het veelvuldig gebruik maken van freelancers en oproepkrachten stelt een particuliere thuiszorgaanbieder in staat om zijn zorgverleners flexibel in te zetten. Bovendien kunnen fluctuaties in het aantal zorgaanvragen op de medewerkers worden afgewenteld. Uit het bovenstaande blijkt bijvoorbeeld dat eenderde van de bij de bureaus ingeschreven zorgverleners niet heeft gewerkt in 1996. Wanneer de gegevens van dit onderzoek worden vergeleken met eerder verricht onderzoek (Visser, 1989; Van Lin & Slenter-Stevens, 1992; Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant, 1994) blijkt dat de verhouding tussen zorgverleners zonder en met contract is veranderd ten gunste van de zorgverleners met contract. Dit is een gunstige ontwikkeling omdat een bureau dat vooral werkt met oproepkrachten en freelancers problemen kan hebben met het waarborgen van de continuïteit van zorg: men kan oproepkrachten en freelance zorgverleners immers niet verplichten om te werken. Wanneer men meer zorgverleners in vaste dienst heeft kan men beter plannen welke zorgverleners worden ingezet en onnodige wisselingen van zorgverleners voorkomen.

Een punt dat in de discussie over de particuliere thuiszorg regelmatig aan bod komt is de hantering van de CAO. De reguliere thuiszorgaanbieders verwijten de particuliere bureaus dat men de CAO thuiszorg ontduikt, waardoor men de reguliere thuiszorg oneerlijk beconcurrert. De particuliere thuiszorgaanbieders verwijten daarentegen de reguliere thuiszorg dat men tot op heden altijd is uitgesloten van CAO-overleg. Bovendien zijn zij de mening toegedaan dat een strakke hantering van de CAO een flexibele zorgverlening in de weg zou staan (Wiercx, 1996). Volgens de nieuwe regelgeving echter, dienen de particuliere thuiszorgbureaus zich per 1 januari 1997 aan de CAO te houden (Rogier & Huijsman, 1996). In het peiljaar van dit onderzoek, 1996, hield nog minder dan de helft van de bureaus zich met betrekking tot de salariëring aan een CAO, variërend van de CAO thuiszorg tot de CAO intramurale gezondheidszorg. Het is echter niet duidelijk of men als men de CAO hanteert, dat ook voor alle werknemers doet. Het is wellicht denkbaar dat men enkele mensen op CAO-basis in vaste dienst heeft, terwijl bij oproepkrachten geen CAO wordt gehanteerd.

De CAO-verplichting, die vanaf 1 januari 1997 geldig is, zal veel gevolgen hebben in de particuliere sector voor werktijden van de medewerkers, de salariëring en de diverse

vergoedingen die bij de salariering horen zoals onregelmatigheidstoelagen, ziekingeld en vakantiegeld.

Een punt dat met de twee voorgaande onderwerpen verband houdt is het volgende. De cijfers van dit onderzoek doen vermoeden dat zorgverleners in de particuliere sector vaak bij meerdere bureaus ingeschreven zijn. Het blijkt echter ook voor te komen dat men voor een particulier bureau werkt, terwijl men in de reguliere sector werkzaam is. In de reguliere sector heeft men zich volgens de CAO te houden aan regelgeving inzake werk- en rusttijden. Door bij twee werkgevers te werken en bijvoorbeeld tussen twee diensten in een slaapwacht te doen bij een particulier bureau komt van de CAO regelgeving weinig terecht. Het is met de gegevens van dit onderzoek niet na te gaan in welke mate dit fenomeen voorkomt en of particuliere bureaus enige controle uitoefenen op het aantal werkgevers waarvoor een zorgverlener werkt.

Het zorgaanbod van de particuliere bureaus

In dit onderzoek komt naar voren dat de particuliere bureaus zich op een groot aantal doelgroepen richten. In de eerdere onderzoeken (Visser, 1989; Van Lin & Slenter-Stevens, 1992; Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant, 1994), bleken de particuliere bureaus zich nog vooral te richten op patiënten in de terminale fase, chronisch zieken, psychogeriatrische patiënten en gezinnen waar kraamzorg nodig was. Dat was ook niet verwonderlijk. Immers een groot aantal particuliere bureaus was ontstaan om antwoord te kunnen geven op de aanvragen voor intensieve thuiszorg, die het maximum van de reguliere zorg (maximaal 2½ uur of 3 huisbezoeken per dag) te boven ging. Een andere doelgroep werd gevormd door de kraamgezinnen met een particuliere verzekering die voor kraamzorg een vast bedrag uitgekeerd kregen en zelf kraamzorg konden kopen.

Op dit moment is er echter veel beweging in de financiële regelgeving betreffende de thuiszorg, zoals het afbouwen van de budgetgarantie, het instellen van een persoonsgebonden budget, de subsidieregeling intensieve thuiszorg en de compartimentering. Bovendien worden de toegelaten bureaus in de gelegenheid gesteld om zelf contracten af te sluiten. Dit heeft in deze sector tot een groei van het aantal doelgroepen geleid.

Ook op het gebied van het zorgaanbod worden per 1 januari 1997 door de overheid nieuwe eisen gesteld. Alle thuiszorgaanbieders worden verplicht gesteld een integraal pakket van thuiszorg te bieden. Deze regel zal bij de bureaus die een toelating wensen leiden tot een uitbreiding van het zorgaanbod.

De toegankelijkheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid

Over het algemeen benaderen cliënten particuliere bureaus om uiteenlopende redenen. In vele gevallen wordt de hulp ingeroepen voor verpleging en verzorging van chronisch zieken en voor de verstrekking van kraamzorg. Bovendien geven de bureaus aan dat de cliënt particuliere thuiszorg verkiest boven de reguliere thuiszorg. In hoeverre dit antwoord een sociaal wenselijk karakter heeft is niet duidelijk.

Particuliere bureaus komen op verschillende manieren onder de aandacht van de zorggebruikers. In de meeste gevallen echter via andere zorgverleners, andere gezondheidszorginstellingen of via het telefoonboek en de Gouden Gids.

De bereikbaarheid van de bureaus is bij een grote groep goed te noemen, dat wil zeggen men is 7x24 uur bereikbaar en bemand. Met name kleinere bureaus en eenmanszaken zijn maar een deel van de dag en soms ook nog onregelmatig bereikbaar.

Uit de gegevens blijkt dat in de kraamzorg ruim 80% van de zorgaanvragen ook

daadwerkelijk leidt tot zorginzet. Voor de thuisverpleging en verzorging liggen die cijfers veel lager. Slecht een kwart van de aanvragen leidt daar ook tot zorgverlening. Toch geeft men aan dat er vrijwel geen wachtlijsten in de particuliere thuiszorg zijn.

Wanneer een aanvraag voor zorgverlening binnenkomt realiseert ruim de helft van de bureaus thuiszorg binnen acht uur. Driekwart van de bureaus kan de zorg binnen 24 uur in gang zetten.

Ondanks dat de particuliere bureaus aangeven dat er geen wachtlijsten zijn, zegt tweederde wel eens problemen te hebben om vraag en aanbod met elkaar in evenwicht te houden. Wanneer de vraag het aanbod overstijgt, verwijst bijna de helft van de bureaus door naar een collega-thuiszorgaanbieder. Een patiëntenstop instellen of minder zorg verlenen dan eigenlijk noodzakelijk is, komt veel minder voor.

De reguliere organisaties verwijten de particuliere thuiszorgaanbieders nogal eens dat zij de krenten uit de pap halen, door alleen aan cliënten zorg te verlenen waarbij dat eenvoudig en efficiënt kan en dus lucratief is. Cliënten die niet aan bepaalde criteria voldoen, bijvoorbeeld degenen die niet een minimum aan zorguren (blokuren) afnemen, zouden niet voor zorg in aanmerking komen. Uit het onderzoek blijkt dat ruim de helft van de bureaus van de cliënt verlangt om een bepaald minimum aan zorg af te nemen. Daarnaast stelt een kwart eisen aan de bereikbaarheid van het adres waar zorg verleend moet worden. De reguliere thuiszorgaanbieders hebben daarentegen altijd te maken gehad met een zorgverplichting, en moesten dus ook in onrendabele situaties zorg verlenen. Deze zorgverplichting zal echter vanaf 1997 voor alle thuiszorgorganisaties gelden, zodat aan deze onevenwichtigheid een einde gaat komen.

De tarieven lopen bij de particuliere bureaus zeer uiteen. Zij liggen echter onder het niveau van de reguliere zorg. Het COTG uurtarief (1996) voor wijkverpleegkundige zorg is fl.65,= en voor wijkzickenverzorgden fl. 55,= (beide maximum tarieven)(COTG, 1996).

Het kwaliteitsbeleid van de particuliere bureaus

Bij de meeste bureaus doorloopt men de fasen van het zorgproces, van intake tot en met afsluiting van de zorg, en van deze verschillende onderdelen zijn procedures vastgelegd. Het merendeel van de particuliere bureaus stelt een individueel zorgplan op voor de betreffende cliënt.

Bijna de helft van de bureaus stellen zichzelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening. Daarnaast vinden ongeveer evenveel bureaus dat de zorgverlener zelf eindverantwoordelijk is.

Aan de kwaliteitseisen op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, wordt nog in weinig gevallen voldaan. In de helft van de gevallen ontbreekt een schriftelijk vastgelegd klachtenreglement en een privacyreglement. Een kleine groep geeft wel aan dat deze reglementen in ontwikkeling zijn.

De helft van de bureaus heeft slechts een kwaliteitsplan en nog minder dan de helft heeft een kwaliteitsbeleid (een omschrijving van de doelstellingen ten aanzien van kwaliteit, het kwaliteitsniveau, en de wegen die daarnaar moeten leiden).

Ook de patiëntenparticipatie heeft tot op heden nog weinig aandacht gekregen.

Tevredenheidsmetingen bij de cliënt kregen nog bij weinig bureaus systematisch aandacht. Dergelijke bevindingen komen overeen met eerder onderzoek op dit gebied.

Ook in het onderzoek van Van Lin & Slenter-Stevens (1992) en van de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant (1994) blijken kwaliteitplannen en patiëntenparticipatie nog te weinig aandacht te krijgen.

Toch bestaat er in de particuliere thuiszorg wel enige aandacht voor kwaliteit van zorg. Een meerderheid van de particuliere bureaus heeft bijvoorbeeld een zorgvisie op schrift, waarin de globale doelstellingen en uitgangspunten van de zorgverlening is vastgelegd. De meeste particuliere bureaus beschikken over een omschrijving van de zorgverlening die aan de cliënten wordt aangeboden (productomschrijving). Op grond van de verzamelde gegevens zijn geen uitspraken te doen over de kwaliteit van de inhoud van de zorgvisie en productomschrijvingen.

Daarnaast hebben bij een meerderheid van de organisaties de medewerkers in 1996 deelgenomen aan activiteiten op het gebied van deskundigheidsbevordering. In sommige gevallen werden deze bijscholingen georganiseerd door de eigen organisatie, en in andere gevallen door het netwerk of de branche-organisatie waarbij men aangesloten is. Overigens kan het gegeven dat bureaus zeggen aan bijscholing te doen te maken hebben met sociale wenselijkheid. In de praktijk blijkt vaak dat bijscholing vrijblijvend is en of in eigen tijd plaatsvindt. Er vallen dus geen uitspraken te doen over aantallen van zorgverleners die daadwerkelijk bijscholing volgen.

Bijna tweederde van de organisaties zegt te werken met protocollen of standaarden voor specifieke situaties of verschillende onderdelen in het zorgproces. Met name op het gebied van specifieke behandelvormen, hygiëne in de thuiszorg en de uitvoering van medische handelingen zijn protocollen of standaarden ontwikkeld.

Dit is een gunstige ontwikkeling sinds eerder onderzoek (Van Lin & Slenter-Stevens, 1992; Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant, 1994) waarin naar voren werd gebracht dat er nog weinig met werkinstructies of protocollen wordt gewerkt.

De relatie van de particuliere bureaus met andere zorgaanbieders

In de particuliere thuiszorg wordt vrijwel door alle bureaus die kraamzorg bieden aangegeven dat men samengewerkt met verloskundigen. Verder werkt tweederde van de bureaus samen met de huisarts. Zowel bij de verloskundigen als de huisarts betreft het overleg over de cliënt waaraan men zorg verleent. Ook verwijzen huisartsen en verloskundigen door naar de particuliere bureaus.

In welke mate de samenwerking met huisarts en verloskundigen gestructureerd verloopt en of er (schriftelijke) afspraken gemaakt zijn over de samenwerking valt uit de huidige gegevens niet op te maken.

De meeste bureaus werken samen met andere thuiszorgorganisaties zowel regulier als particulier. Samenwerking met reguliere organisaties bestaat voornamelijk uit het uitlenen of lenen van zorgverleners. Ook heeft men wel overleg over de wijze waarop de zorg uitgevoerd dient te worden.

Ondanks dat er veel wordt samengewerkt met andere thuiszorginstellingen, geeft men aan dat men daarvan ook veel concurrentie ondervindt. Tweederde van de particuliere bureaus wil dan ook stappen ondernemen om deze concurrentie tegen te gaan, door het verbeteren van de PR en kwaliteitsbewaking.

4.3 Methodologische kanttekeningen

Representativiteit van de onderzoeksgroep

Hoewel dit onderzoek zeer veel informatie heeft opgeleverd over een relatief onbekende sector, is het verkregen inzicht niet volledig. Een moeilijkheid deed zich voor bij het traceren van de bureaus. Er was vooraf geen databestand waarin bureaus waren geregistreerd die particuliere thuiszorg boden. Er moest dus gebruik gemaakt worden

van aanwezig materiaal bij de Inspectie voor de Volksgezondheid. Dit werd aangevuld met gegevens van de Kamers van Koophandel.

Deze werkwijze leverde zeer veel adressen op en bij een controle op de verworven gegevens, met behulp van de meest recente telefoonboeken, bleek dit bestand dan ook redelijk volledig te zijn. Er kon echter niet vooraf bepaald worden in welke mate het verkregen adressenbestand vervuild was. Uiteindelijk werden 164 particuliere thuiszorgorganisaties opgespoord. Een oorspronkelijk schatting van het aantal particuliere bureaus lag op ± 200 . Vele van de 604 verzamelde adressen vielen af, omdat zij ten onrechte waren geselecteerd. Zo bleek een grote groep niet tot de doelgroep te behoren. Een eveneens grote groep bleek niet bereikbaar. Mogelijk bevinden zich binnen deze laatste groep toch nog bureaus die tot de populatie behoren. Er kan zich bijvoorbeeld in deze groep een aantal zelfstandig werkende verpleegkundigen bevinden. Het kan ook gaan om ondernemers, die ooit gestimuleerd door overheidspremies, als zelfstandige in de thuiszorg zijn gestart, maar die ook al lang weer opgehouden zijn, en dus niet tot de doelgroep behoren. Door dit gegeven is zeer moeilijk een uitspraak te doen over de mate van volledigheid van de populatie. De response van 70% (uitgaande van 154 organisaties) is zeker acceptabel te noemen.

Onderzoekmethode

Het onderzoek beoogde een beschrijving te geven van de aard en omvang van de particuliere thuiszorg. Een enquête of gestructureerd interview leek daarbij de meest geëigende methode. Voor een telefonische werkwijze is gekozen, omdat dat de onderzoekers in staat stelde vooraf te checken of de respondent terecht was geselecteerd. Bovendien is de respons bij een telefonische benadering doorgaans hoger (Visser, 1989). Deze voordelen wogen in dit onderzoek ruimschoots op tegen een mogelijk nadeel van de telefonische enquête, namelijk dat een respondent niet altijd op het moment van de enquête de beschikking zou hebben over cijfermateriaal. Dit werd ondervangen door elke mogelijke deelnemer aan het onderzoek vooraf schriftelijke informatie te sturen over de onderwerpen die in het vraaggesprek aan bod zouden komen, zodat men zich voorafgaand aan het vraaggesprek zou kunnen voorbereiden.

Een telefonisch afgenomen interview heeft als bijkomend voordeel dat sociaal wenselijke antwoorden worden tegengegaan, omdat een respondent niet een rijtje antwoorden op schrift voor zich krijgt, en daaruit het 'beste' antwoord kan kiezen.

Overigens blijkt ook met een telefonische afname de sociale wenselijkheid niet altijd te voorkomen. Zeker wanneer het om onderwerpen gaat, die in vaktijdschriften vaak naar voren komen, zoals het hanteren van de CAO, of activiteiten op het gebied van patiëntenparticipatie, kan een respondent de werkelijkheid wat mooier kleuren.

4.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Uit de gegevens blijkt dat de hele thuiszorgsector enorm in beweging is. Dit geldt zeker ook voor de particuliere organisaties. Daarom verdient het zeker aanbeveling om dit onderzoek binnen niet al te lange termijn te herhalen of zo mogelijk een jaarlijkse peiling uit te voeren, waarin aandacht kan worden besteed aan de verschuivingen die optreden in de thuiszorg, ten gevolge van een toenemende budgetverschuiving van reguliere naar particuliere thuiszorg. Ook de gevolgen van de compartimentering en het persoonsgebonden budget kunnen met een dergelijk onderzoek in beeld worden gebracht.

Daarnaast zal aandacht besteed kunnen worden aan de gevolgen van de nieuwe

wetgeving, waarin geëist wordt dat particuliere thuiszorgorganisaties een integraal pakket van thuiszorg leveren, voldoen aan de wettelijke kwaliteitseisen en zich houden aan de algemeen geldende arbeidsvoorwaarden (Ministerie van VWS, Kamerstuk 23 235, no.11).

Een onderwerp dat blijvend de aandacht dient te krijgen is het kwaliteitsbeleid, waarbinnen aandacht besteed dient te worden aan een nadere analyse van de inhoud van zaken die betreffende het kwaliteitsbeleid op schrift zijn gesteld. De inhoud van een zorgvisie of kwaliteitsplan kan zeer ver uiteenlopen. Over hoe dit in de praktijk gestalte krijgt kunnen nu geen uitspraken worden gedaan. Wellicht is het in vervolgonderzoek mogelijk aandacht te besteden aan het perspectief van de cliënt en zorgverleners met betrekking tot het kwaliteitsbeleid.

Een boeiend onderwerp voor vervolgonderzoek is ook de samenwerking vanuit reguliere organisaties met de particuliere thuiszorg. Een aantal reguliere organisaties is gelieerd aan particuliere organisaties. Soms hebben zij deze zelf opgericht met als doel aanspraken te kunnen maken op een deel van het budget dat de overheid bestemd heeft voor de particuliere sector. Zij maken vervolgens ook weer van de particuliere organisatie gebruik om de concurrentie het hoofd te bieden en voor lagere prijzen zorg te verlenen (Mulders, 1997).

Op deze manier van samenwerking is met het huidige onderzoek geen zicht gekregen, maar dit fenomeen verdient zeker aandacht in vervolgonderzoek.

Het zou bovendien een verrijking zijn in het onderzoek van de particuliere thuiszorg wanneer men naast het perspectief van de particuliere thuiszorgorganisatie ook aandacht zou besteden aan het perspectief van reguliere thuiszorgorganisaties.

Onderwerpen als samenwerking en concurrentie zouden dan vanuit beide gezichtspunten kunnen worden beschreven, waardoor het beeld vollediger wordt en beter geïnterpreteerd kan worden.

LITERATUUR

- ATC. Foldermateriaal. Zoetermeer: ATC, 1996
- BERING, R. Ontwikkelingen in de thuiszorg: Inspectie onderzoekt kwaliteit particuliere thuiszorgbureaus. *Kwaliteit in Beeld*; 1995, januari, p. 19-20
- COMMISSIE REFERENTIEKADER VERPLEGING EN VERZORGING. Referentiekader verpleging en verzorging regio Amsterdam. Amsterdam: 1995
- CENTRAAL ORGAAN TARIEVEN GEZONDHEIDSZORG. Budgetsystematiek 1996. Utrecht, 1996
- DELNOIJ, D.M.J., SCHULLER, R., HEUGTEN, C.M. VAN, KWARTEL, A.J.J. VAN DER, SMIT, R.L.C., VANDERMEULEN, L.J.R. Brancherapport curatieve somatische zorg. Utrecht: NIVEL/NZi, 1996
- DOBBELAAR, T. Mondige klanten vragen om mondige hulpverleners: de praktijk van het persoonsgebonden budget. *Tijdschrift voor Verzorgenden*; 28, 1996, november, p.30-33
- GENEESKUNDIGE INSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID VOOR NOORD-BRABANT. Particuliere bureaus en kwaliteit. 's-Hertogenbosch: Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant, 1994
- GROENEWEGEN, P.P., KERKSTRA, A, JANSEN, G.A. Wachtlijsten in de thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1993
- HANDBOEK VOOR DE THUISZORG. Kamerstukken uit de periode 1993-1995; een toelichting. Doc. V-1-5, 1996
- JANSEN, P.G.M., KERKSTRA, A. Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg, de functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende nader omschreven. Utrecht: NIVEL, 1993
- KWARTEL, A.J.J. VAN DER, VANDERMEULEN, L.J.R., DELNOIJ, D.M.J., HARMSSEN, J. Branche-rapport Verpleging en Verzorging: Feiten, ontwikkelingen en knelpunten. Utrecht: NIVEL/NZi, 1994
- LVT. Gelet op morgen: contouren van een samenhangende en kansrijke visie op de toekomst van de thuiszorg. Bunnik: LVT, 1997
- LIN, P.M.H.M. VAN, SLENTER-STEVENSON, A.A.G.C. Kwaliteitszorg Particuliere Organisaties Thuiszorg voor Thuisverpleging. Maastricht: Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor de provincie Limburg, 1992
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Thuiszorg in de jaren '90; brief van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Rijswijk: Ministerie van WVC, 16 december 1991
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Stand van zaken beleidsvoornemens thuiszorg. Brief van de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, Vergaderjaar 1995-1996, 15 april 1996, 23 235, no.11
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1995-1996, 23 235, no.13
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1996-1997, 23 235, no.27

- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Brief van de minister en van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1996-1997, 23 235, no.28
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1996-1997, 23 235, no.29
- MULDERS, H. We doen alles om bureaucratie te ontlopen. *Zorgvisie*; 27, 1997, no.4.p.20-23
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Verpleegkundig Beroepsprofiel. Zoetermeer: NRV, 1988
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Discussienota Thuiszorg. Zoetermeer: NRV, 1989
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Afspraken over kwaliteitsbeleid, opgesteld tijdens de vervolgconferentie 'kwaliteit van zorg' op 14 en 15 juni 1990 te Leidschendam. Zoetermeer: NRV, 1990
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Indicatiestelling en zorg op maat. Zoetermeer: NRV, 1994
- NTN. Foldermateriaal. Utrecht, 1995
- PROGERIA. Foldermateriaal. Bussum, 1996
- ROGIER, J., HUIJSMAN, R. Marktwerking in de thuiszorg. *Gezondheidszorg & Management*; 11, 1996, p.3-7
- SAMSAM. Bedrijfsplan. Heerenveen, 1996
- SLINGERLAND, P., AMELSVOORT, F. VAN. Thuiszorg bemiddeld, achtergrond, uitgangspunten en instrumenten voor een vraaggerichte benadering van intake en indicatiestelling. Utrecht: NIZW, 1993
- THEUNISSEN, J.H. Dossier Thuiszorg. *Zorgverzekeraars Magazine*; 2, 1996, september, p.20-27
- VEDER-SMIT, E. Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16 066, nr.1-2
- VISSER, E.T. Van alle markten thuiszorg: een inventarisatie van aanvullende thuiszorg in Nederland Amsterdam: Regioplan, 1989
- WAGNER, C., STOOP, A.P., TEMMINK, D., BAKKER, D.H. DE. Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging. NIVEL: Utrecht, 1997
- WIERCX, R. Op alle niveaus is een breekijzer nodig: Voorzitter Pieter Weltevreden van de nieuwe Branche-Organisatie Thuiszorg Nederland. *Zorg en welzijn*; 25 oktober, 1996
- ZIEKENFONDSRAAD. Rapport modernisering thuiszorg. Amstelveen: 1996

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

BEGRIPPENLIJST

Aanmelding

Het hulpverleningsproces begint bij de aanmelding. De aanmelding kan door verschillende personen worden verricht - de cliënt zelf, zijn huisgenoten, mantelzorgers of professionele hulpverleners- en kan mondeling, telefonisch of schriftelijk plaatsvinden. Meestal zal er een hulpvraag worden gesteld. Tenzij dat meteen al duidelijk is dat de aanmelder aan het verkeerde adres is, zal er daarna verheldering van de hulpvraag plaatsvinden (Slingerland, 1993).

Aanvullende thuiszorg

Thuiszorg die meer is dan de reguliere verstrekkingen kunnen bieden (Visser, 1989). Aanvullende thuiszorg wordt ook wel intensieve of extra thuiszorg genoemd, is die zorg die geboden wordt indien de reguliere zorg ontoereikend is. Zij hoeft inhoudelijk niet verschillen van de reguliere zorg, ook de duur van de zorgverlening hoeft niet te verschillen, echter wel de intensiteit waarmee de zorg wordt verleend. De aanvullende zorg wordt niet uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten gefinancierd. De kosten kunnen worden vergoed via verschillende financieringsbronnen (Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant, 1994).

ADL-activiteiten

Activiteiten die betrekking hebben op de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen, bijvoorbeeld opstaan uit bed, lichamelijke verzorging, aan- en uitkleden en dergelijke.

Bemiddelingsbureau

Het bureau treedt op als zorgbemiddelaar tussen cliënt en hulpverlener.

Bureau

Wanneer over een bureau wordt gesproken dan wordt een afzonderlijk bureau bedoeld.

Coördinatie van zorg

Het waarborgen van de samenhang van de afzonderlijke taken en activiteiten van uitvoerenden in de thuiszorg, waardoor de uitvoering van de taken op elkaar blijft afgestemd. De afstemming kan zich ook richten op personen die niet vanuit de thuiszorgorganisatie werken, zoals de huisarts of het maatschappelijk werk.

Deskundigheidsniveau

Ten aanzien van het verpleegkundig proces spelen twee beroepsbeoefenaren met een verschillend niveau van deskundigheid een rol: De verpleegkundige (HBO-opgeleid) fungeert op het eerste deskundigheidsniveau en de verpleegster of ziekenverzorgende (MBO-opgeleid), fungerend op het tweede deskundigheidsniveau. De verpleegkundige heeft een rol in het vaststellen van de verpleegkundige diagnose en de complexiteit, op basis waarvan een hulpverlener aan de cliënt wordt toegewezen. De hulpverlener op het tweede deskundigheidsniveau voert wel een aantal taken van het verpleegkundig proces uit en heeft een verantwoordelijkheid in de uitvoering daarvan, maar de

verpleegkundige heeft de eindverantwoordelijkheid voor de verpleegkundige zorgverlening (Jansen e.a., 1993).

In dit onderzoek worden verschillende deskundigheidsniveaus onderscheiden te weten:
eerste deskundigheidsniveau: diploma HBOV of ziekenverpleging A met MGZ
tweede deskundigheidsniveau: diploma ziekenverpleging A, B, of Z ziekenverzorgende of MDGOVp

verzorgenden: diploma kraam-, gezins- of bejaardenzorg verzorgende

helpenden: verpleeghulp, gezins- en bejaardenhelpenden

geen opleiding: bijvoorbeeld huishoudelijke hulp.

HDL-verrichtingen

Activiteiten die betrekking hebben op de Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen, bijvoorbeeld dagelijkse boodschappen, koffie/thee zetten, afwassen en dergelijke.

Indicatiestelling

De indicatiestelling (vaak kortweg indicatie genoemd) is als het ware de conclusie van de intake (zie ook intake). Er wordt vastgesteld wat voor soort en welke hulp nodig is. Dit wordt medegedeeld aan de organisatie die verantwoordelijk is voor de uitvoer van zorg.

Intake

Onder intake wordt over het algemeen verstaan het opnemen van de cliënt in het hulpverleningssysteem. Een intake omvat de volgende stappen:

- Het verhelderen van de hulpvraag;
- Het vaststellen van de problematiek (diagnose);
- Doelformulering;
- Vaststellen van de benodigde hulp.

(Slingerland, 1993).

Intaker

Een functionaris die zich bezig houdt met het verrichten van intakes. Deze is niet belast met de uitvoering van de zorgverlening.

Kwaliteit

Het geheel aan eigenschappen en kenmerken van een produkt, proces of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften (NRV, 1990).

Kwaliteitsbeleid

Een omschrijving van de doelstellingen ten aanzien van kwaliteit, het kwaliteitsniveau, en de wegen die daarnaar moeten leiden (Wagner, 1997).

Kwaliteitsplan

Een praktische uitwerking van het kwaliteitsbeleid in concrete maatregelen en activiteiten om de doelstellingen te realiseren (Wagner, 1997).

Loondienst part time (8-32 uur)

De zorgverlener is verplicht om gehoor te geven aan de oproep tot werken tot aan het afgesproken aantal uren is voldaan (NTN, 1996).

Oproepkracht (nul-uren contract)

De zorgverlener is bij oproep niet verplicht tot werken en hoeft dus geen gehoor te geven aan de oproep tot werken. Op het moment dat de zorgverlener gehoor geeft aan de oproep tot werken, ontstaat er een arbeidsovereenkomst (NTN, 1996).

Organisatie

Wanneer over een organisatie wordt gesproken dan wordt daarmee het niveau van de geïnterviewde bedoeld. De gegevens betreffen dan een bureau of meerdere bureaus die samenwerken.

Ouder en kindzorg

Deze zorg is te splitsen in kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. In dit onderzoek wordt hiermee alleen kraamzorg aangegeven.

Particuliere thuiszorgaanbieders

Niet reguliere zorgvoorzieningen die op commerciële basis kraamzorg en/of thuisverpleging bieden (Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord Brabant, 1994).

Primair proces

Een proces dat naar aanleiding van een hulpvraag in gang wordt gezet. Het bestaat uit de volgende fasen: De aanvraag van hulp, het indiceren, het plannen, de zorgverlening en de afsluiting van de zorg. Gedurende het proces vindt continu evaluatie en bijstelling plaats.

Het primair proces is te vergelijken met het verpleegkundig proces (zie aldaar). De terminologie is echter breder.

Produktomschrijvingen

Een omschrijving van de zorgverlening die aan de cliënten wordt aangeboden (Wagner, 1997).

Substitutie

Dit is de vervanging van een bepaalde vorm van zorgverlening door een andere vorm. Doel van substitutie is kwaliteitsverbetering voor de cliënt. Echter door een meer efficiënte zorgverlening kan men op organisatieniveau kostenbesparing bereiken in de directe cliëntenzorg (Commissie Referentiekader Verpleging en Verzorging, 1995).

Thuiszorg

Het geheel van verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding van de hulpvrager in de thuissituatie, dat verricht wordt met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en/of (aanvullende) professionele zorg en dat er specifiek op gericht is de hulpvrager in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie" (NRV, 1989, blz.20) (In: Van alle markten thuis).

Een onderscheid kan gemaakt worden tussen:

algemene thuiszorg is de reguliere zorg die geboden wordt door de vier kerndisciplines in de eerste lijn: huisartsen, wijkverpleging, Gezinsverzorging en maatschappelijk werk. Het gaat hierbij om zorg die, hetzij vanuit de Ziekenfondswet, hetzij de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), wordt gefinancierd. De geboden zorg is overwegend van professionele aard.

Aanvullende thuiszorg, ook wel intensieve of extra thuiszorg genoemd, is die zorg die geboden wordt indien de reguliere zorg ontoereikend is. Zij hoeft inhoudelijk niet verschillen van de reguliere zorg, ook de duur van de zorgverlening hoeft niet te verschillen, echter wel de intensiteit waarmee de zorg wordt verleend. De aanvullende zorg wordt niet uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten gefinancierd. De kosten kunnen worden vergoed via verschillende financieringsbronnen.

Verpleging

Beroepsmatig verplegen is het herkennen, analyseren, alsmede advies en bijstand verlenen, ten aanzien van feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling van de fundamentele levensverrichtingen van het individu. Verpleegkundig handelen houdt tevens in het zodanig beïnvloeden van mensen, dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het in stand houden en bevorderen van de gezondheid (NRV, 1988). Taken in de verpleging kunnen ook verzorging inhouden, het betreft dan persoonlijke verzorging in het kader van een gezondheidsprobleem. Deze vinden plaats in situaties waar tevens sprake is van instructie, advies, educatie en in het kader waarin observeren en signaleren een belangrijk onderdeel vormt van de verzorgende taken (NRV, 1990).

Verpleegplan/zorgplan

Wanneer er is vastgesteld welke hulp er wordt toegewezen zal er een zorgplan worden opgesteld. In zo'n plan wordt vastgelegd wat de doelen van de zorgverlening zijn, door wie en hoe de toegewezen hulp wordt uitgevoerd. Wie doet wat, op welke wijze, hoe vaak en hoe lang? (Slingerland, 1993).

Verzorging

Een clustering van taken en activiteiten die in de beroepsmatige sfeer door verzorgers wordt uitgevoerd. Tot de kerntaken worden berekend: huishoudelijke taken en taken met betrekking tot de Algemene dagelijkse verrichtingen (ADL). De aanleiding tot een vraag om gezinsverzorging is veelal de onmogelijkheid of het onvoldoende in staat zijn de zorg voor het huishouden uit te voeren (NRV, 1990).

Urgentie

Beoordeling van het spoedeisend karakter van de inzet van de hulp in het licht van de gevolgen die optreden als er geen hulp geboden wordt (LVT, 1991).

Wachlijsten

Een wachtlijst geeft op enig moment het aantal mensen weer, dat geïndiceerd is voor en wacht op een behandeling (NRV, 1994).

Ziekenhuis gerelateerde thuiszorg

Thuiszorg ter vervanging, bekorting of in aansluiting op een verblijf in het ziekenhuis.

Zorgvisie

Globale doelstellingen en uitgangspunten van de zorgverlening (Wagner, 1997).

AFKORTINGEN

- ATC: Algemene Thuiszorg Centrale
AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
- BTN: Branche-organisatie Thuiszorg Nederland
- CAO: Collectieve Arbeidsovereenkomst
COTG: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
- LVT: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
- NIVEL: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NRV: Nationale Raad voor de Volksgezondheid
- PGB: Persoons Gebonden Budget
- STAT: Stichting Aanvullende Thuiszorg
STN: Stichting Thuiszorg Nederland
- VWS: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- ZFW: Ziekenfondswet

BIJLAGE 2



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon 030 2 729 700
telefax 030 2 729 729



World Health Organization
Collaborating Centre
for Primary Health Care

Aan geadresseerde

datum: 18 februari 1997

kenmerk

Geachte mevrouw, mijnheer,

Het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) voert momenteel, in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, een onderzoek uit naar de omvang en de aard van particuliere thuiszorgorganisaties.

Bij dit onderzoek worden alle bureaus betrokken die, in ieder geval, kraamzorg of thuisverpleging aanbieden, maar niet aangesloten zijn bij de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT). Volgens onze administratie voldoet u aan deze twee criteria. Wij zouden u dan ook om uw medewerking willen vragen aan een telefonische enquête, die plaatsvindt in de periode van 3 t/m 14 maart. Tijdens deze enquête zullen aan u gegevens worden gevraagd over de volgende onderwerpen: omvang en zorgaanbod, samenwerking met andere organisaties, bewaking van de kwaliteit van zorg, algemene gegevens over de doelgroep e.d. (een bijlage met onderwerpen vindt u bijgesloten). Met deze gegevens wordt de stand van zaken op het gebied van particuliere thuiszorg in beeld gebracht in de 'Staat van de Gezondheidszorg', een rapport dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg dit jaar uit wil brengen. Om dit zo volledig mogelijk te doen is uw medewerking van groot belang en deze wordt dan ook bijzonder op prijs gesteld.

De informatie die met de enquête wordt verzameld, wordt anoniem opgeslagen en verwerkt en is alleen toegankelijk voor de onderzoekers van het NIVEL. De resultaten van het onderzoek zullen zodanig worden gepresenteerd en gepubliceerd dat de informatie nimmer te herleiden is tot individuele organisaties of personen die hun medewerking aan dit onderzoek hebben verleend.

Wanneer u aan het onderzoek wilt meewerken, vragen wij u het bijgesloten antwoordformulier in te vullen en dit vóór 25 februari aan ons retour te zenden. U zult dan in de aangegeven periode, op het door u aangegeven tijdstip, door een van onze medewerkers gebeld worden.

Wij hebben adressen van instanties die particuliere thuiszorg aanbieden verzameld uit een gegevensbestand van de Kamer van Koophandel. Uit dat bestand viel niet altijd op te maken of de geselecteerde organisatie ook werkelijk thuisverpleging of kraamzorg biedt. Mocht u ten onrechte geselecteerd zijn, wilt u dan zo vriendelijk zijn om het bovenste deel van het antwoordformulier (t/m naam organisatie en adres) in te vullen en dit aan ons terug te sturen.

Wanneer u nog vragen heeft over het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met ondergetekenden, telefoonnummer 030-2319946.

Wij hopen van harte op uw medewerking en danken u bij voorbaat hartelijk.

Hoogachtend,
STICHTING NIVEL

Drs. W. Caris-Verhallen en Drs. I. Miltenburg

ANTWOORDFORMULIER

- *) Wij verlenen medewerking aan het onderzoek naar de aard en omvang van de particuliere thuiszorg.
 - Wij verlenen geen medewerking aan het onderzoek naar de aard en omvang van de particuliere bureaus
 - omdat wij geen kraamzorg of thuisverpleging bieden
 - omdat wij aangesloten zijn bij de LVT
- *) Kruis de antwoorden aan die op u van toepassing zijn

Naam van de organisatie _____
 adres _____
 postcode en woonplaats _____
 Telefoonnummer _____

De meest geschikte tijd voor het telefonisch interview is:
 (Wilt u door middel van de cijfers 1,2 en 3 de tijdstippen van uw eerste, tweede en derde voorkeur aangeven)

			ochtend (9-12 uur)	middag (13-17 uur)	avond (18-21 uur)
maandag	3 maart	_____	_____	_____	
dinsdag	4 maart	_____	_____	_____	
woensdag	5 maart	_____	_____	_____	
donderdag	6 maart	_____	_____	_____	
vrijdag	7 maart	_____	_____	_____	
Maandag	10 maart	_____	_____	_____	
dinsdag	11 maart	_____	_____	_____	
woensdag	12 maart	_____	_____	_____	
donderdag	13 maart	_____	_____	_____	
vrijdag	14 maart	_____	_____	_____	

Naam van een contactpersoon in de organisatie _____

telefoonnummer van contactpersoon _____
 (degene die het woord voert tijdens het telefonisch interview, en dus op de hoogte is van onderwerpen op het gebied van productiecijfers, gegevens werknemers, zorgaanbod, samenwerking met andere organisaties, bewaking van de kwaliteit van zorg, tarieven, algemene gegevens over de doelgroep e.d.)

Wilt u zo vriendelijk zijn dit antwoordformulier voor 25 februari aan ons retour te sturen in de bijgevoegde antwoordenvolp. Een postzegel is niet nodig.

lijst met onderwerpen die bij de telefonische vragenlijst aan bod komen

Organisatie-gegevens:

- gegevens oprichting (datum, initiatiefnemers)
- toelating door de overheid
- rechtsvorm organisatie
- zorgaanbod
- doelgroepen waar de organisatie zich op richt
- aansluiting bij netwerk of branche-organisatie
- overeenkomsten met zorgverzekeraars

Gegevens omvang organisatie:

- aantal aanvragen in 1996
- aantal zorguren in 1996

Gegevens over zorgverleners

- aantal zorgverleners
- type dienstverbanden van zorgverleners
- deskundigheidsniveau zorgverleners
- eisen aan zorgverleners (bevoegdheid, ervaring, bereidheid tot werken onregelmatige uren, e.d.)
- Salariëring en vergoedingen aan zorgverleners

Bereikbaarheid en toegankelijkheid

- openingsuren
- termijn die verloopt tussen aanvraag en inzet van de zorgverlening
- wachtlijsten
- vergoedingen door verzekeraars aan cliënten
- tarieven

Organisatie van de zorg

- aanmelding
- intake
- zorgcontracten
- afsluiting zorgverlening

Activiteiten op het gebied van Kwaliteitsbeleid

- kwaliteitsbeleid, evt. kwaliteitsplan
- productomschrijvingen van aangeboden diensten
- bijscholing
- klachtenregeling

Samenwerking

- samenwerking met andere organisaties
- concurrentie van andere organisaties
- knelpunten

BIJLAGE 3

Overzicht van verdeling van diverse functieniveaus bij de particuliere thuiszorgorganisaties (totaal aantal organisaties = 108)

Bureau x	aantal zorgverl.	deskundh. niv.1	deskundh. niv.2	verzor- gende	helpende	ongediplo- meerde
x	.	.	.	.	.	.
x	.	.	.	.	.	.
x	.	.	.	.	.	.
x	.	.	.	0	.	0
x	.	0	.	.	.	0
x	.	.	.	.	0	0
x	.	.	.	0	0	.
x	.	0	0	0	0	0
x	1	0	1	0	0	0
x	1	0	0	1	0	0
x	1	0	0	1	0	0
x	1	0	0	1	0	0
x	1	0	1	0	0	0
x	1	0	1	0	0	0
x	1	0	1	0	0	0
x	1	1	0	0	0	0
x	2	1	1	0	0	0
x	2	0	0	2	0	0
x	2	2	0	0	0	0
x	2	2	0	0	0	0
x	4	1	2	1	0	0
x	4	3	1	0	0	0
x	4	0	1	2	0	1
x	5	2	3	0	0	0
x	5	0	1	4	0	0
x	5	2	3	0	0	0
x	6	4	2	0	0	0
x	7	0	7	0	0	0
x	7	0	0	7	0	0
x	8	1	8	.	0	0
x	8	2	4	2	0	0
x	8	0	2	6	0	0
x	8	2	6	0	0	0
x	10	9	0	1	0	0
x	10	2	0	8	0	0
x	10	10	0	0	0	0
x	10	2	4	4	0	0
x	13	1	0	12	0	0
x	15	0	0	15	0	0
x	15	1	3	11	0	0
x	15	2	0	13	0	0
x	15	0	7	8	0	0
x	18	0	0	18	0	0
x	18	1	6	11	0	0
x	18	2	16	0	0	0
x	18	0	0	18	0	0
x	19	2	7	0	10	0
x	20	20	0	0	0	0
x	20	0	7	13	0	0
x	20	5	2	5	5	3

- vervolg -

Overzicht van verdeling van diverse functieniveaus bij de particuliere thuiszorgorganisaties (totaal aantal organisaties = 108) - vervolg -

Nummer	aantal zorgverl.	deskundh. niv.1	deskundh. niv.2	verzor- gende	helpende	ongediplo- meerde
x	21	4	0	17	0	0
x	22	0	8	14	0	0
x	23	4	5	5	3	6
x	23	.	9	10	4	0
x	25	0	4	21	0	0
x	25	25	0	0	0	0
x	25	2	0	0	23	0
x	25	8	2	5	0	10
x	30	0	0	30	0	0
x	30	0	10	15	5	0
x	40	12	28	0	0	0
x	40	10	30	0	0	0
x	40	0	15	25	0	0
x	45	7	15	3	0	20
x	45	0	5	40	0	0
x	50	50	0	0	0	0
x	54	30	4	20	0	0
x	55	15	20	14	6	0
x	57	15	15	25	2	0
x	60	0	0	30	0	30
x	60	60	0	0	0	0
x	60	25	25	10	0	0
x	60	20	40	0	0	0
x	60	4	28	16	8	4
x	60	20	15	0	25	0
x	65	10	40	15	0	0
x	70	34	36	0	0	0
x	72	3	30	10	0	29
x	74	4	0	70	0	0
x	75	10	45	20	0	0
x	80	0	30	21	10	19
x	88	10	42	16	20	0
x	99	50	27	0	22	0
x	100	20	20	45	15	0
x	100	10	25	25	15	25
x	100	90	10	0	0	0
x	102	8	68	26	0	0
x	105	55	25	25	0	0
x	117	16	33	33	2	33
x	120	35	60	25	0	0
x	130	10	120	0	0	0
x	135	30	40	40	5	20
x	140	50	50	0	40	0
x	148	8	140	0	0	0
x	150	15	50	85	0	0
x	175	16	70	89	0	0
x	175	15	90	70	0	0
x	202	22	80	100	0	0
x	204	40	40	24	0	100
x	205	15	60	60	70	0
x	230	15	85	15	0	115
x	250	0	80	170	0	0
x	300	0	60	140	100	0
x	515	100	200	215	0	0
x	950	100	75	130	320	325
x	2550	800	1500	250	0	0

BIJLAGE 4

Overzicht van de verschillende typen bureaus en de eisen die zij stellen aan de zorgverlener

	Bemiddelingsbureaus N=32						Kraamzorgbureaus N=17						Thuiszorgbureaus N=20						Bureaus Kraam- & thuiszorg N=61											
	1e dsk N=22* abs %	2e dsk N=25 abs %	vz N=20 abs %	help N=6 abs %	hh N=4 abs %	hh	1e dsk N=6 abs %	2e dsk N=8 abs %	vz N=14 abs %	help N=0 abs %	hh N=0 abs %	1e dsk N=14 abs %	2e dsk N=12 abs %	vz N=7 abs %	help N=4 abs %	hh N=4 abs %	1e dsk N=50 abs %	2e dsk N=50 abs %	vz N=45 abs %	help N=11 abs %	hh N=7 abs %									
Diploma	11	50	12	48	13	65	3	50	-	-	-	8	57	10	83	6	86	3	75	-	41	82	42	84	35	77	6	55	-	
aantal jaren ervaring	10	45	9	36	6	30	2	33	-	-	-	7	50	6	50	4	57	4	100	-	28	56	27	54	25	56	4	36	-	
recente ervaring	13	59	11	44	7	35	3	50	-	-	-	8	57	8	67	5	71	4	100	-	36	72	35	70	32	71	6	55	-	
ervaring eerste lijn	13	59	17	68	9	45	3	50	-	-	-	12	86	11	92	7	100	4	100	-	43	86	41	82	40	89	7	64	-	
onregel- matig werken	9	41	10	40	8	40	3	50	-	-	-	12	86	10	83	6	86	4	100	-	50	100	48	96	42	93	9	82	-	
woon- plaats	6	27	5	20	6	30	1	17	1	25	-	12	86	7	58	5	71	3	75	2	18	36	22	44	16	36	6	55	5	71
bereidheid reizen	7	32	7	28	7	35	3	50	0	-	-	7	50	3	25	2	29	3	75	0	42	84	40	80	37	82	9	82	7	100
bereidheid bijscholing	13	59	15	60	11	55	3	50	0	-	-	8	57	12	100	7	100	4	100	2	44	88	44	88	41	91	8	73	5	71

* De tabel valt als volgt te lezen.

Er zijn 32 bureaus die alleen bemiddelen. Voor 22 bureaus hebben in 1996 zorgverleners van het eerste deskundigheidsniveau gewerkt. Bij 11 bureaus (50%) vond men dat het daarbij behorende diploma een vereiste was.

BIJLAGE 5

Overzicht van tarieven

resp. nr.	Tarieven verpleegkundigen			Tarieven ziekenverzorgenden			Tarieven verzorgenden			Tarieven helpenden			In-schrijfkosten
	uur	24* uur	slaap* wacht 8à10 uur	uur	24* uur	slaap* wacht 8à10 uur	uur	24* uur	slaap* wacht 8à10 uur	uur	24* uur	slaap* wacht 8à10 uur	
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-1
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	125
x	-	-	-	-	-	-	14	-	9*	-	-	-	75
x	-	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	100
x	-	-	-	-	-	-	31	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	-	-	-	37,50	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	-	-	-	37,50	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	-	-	-	37,50	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	-	-	-	45	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	-	-	-	45	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	-	-	-	45	-	-	-	-	-	45
x	-	-	-	-	-	-	45	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	-	-	-	142,50-	-	-	-	-	-	125
x	-	-	-	20	-	-	20	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	22,50	300	120	-	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	23	-	92	-	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	23,50	430	15,50*	20	330	15,50*	20	330	15,50*	100
x	-	-	-	24	-	-	23,50	-	-	-	-	-	100
x	-	-	-	26	-	125	22,50	-	110	-	-	-	-
x	-	-	-	30	-	17,50*	-	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	30	-	-	32,50	-	-	-	-	-	100
x	-	-	-	37	-	-	32	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	37,50	-	35*	32,50	-	32,50*	22	-	-	-
x	-	-	-	39	-	-	39	-	-	-	-	-	59
x	-	-	-	42,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	48	580	290	42,50	580	290	29,50	580	290	-
x	-	-	-	48,50	-	-	48,50	-	-	-	-	-	-
x	-	-	-	50	-	-	50	-	-	-	-	-	40
x	-	-	-	167	560	-	-	-	-	-	-	-	-
x	22	-	-	-	-	-	21	-	-	-	-	-	25
x	22	-	14*	21	-	13*	18	-	11*	-	-	-	-
x	23	480	13*	21	400	11*	17	359	9*	-	-	-	-
x	24,50	-	14*	24,50	-	14*	-	-	-	-	-	-	-

* sommige instellingen gaven hiervoor een uurtarief

- vervolg -

Overzicht van tarieven - vervolg

resp. nr.	Tarieven verpleeg- kundigen			Tarieven ziekenver- zorgenden			Tarieven verzorgen- den			Tarieven helpenden			In- schrijf- kosten
	uur	24* uur	slaap* wacht 8à10 uur	uur	24* uur	slaap* wacht 8à10 uur	uur	24* uur	slaap* wacht 8à10 uur	uur	24* uur	slaap* wacht 8à10 uur	
x	25	480	100	23	480	92	30	-	120	-	-	-	50
x	25,75	-	100	22,75	-	100	-	-	-	20,75	-	100	-
x	27	464	157	25	334	139	-	-	-	19	375	130	-
x	28	-	20*	28	-	20*	-	-	-	-	-	-	-
x	28	-	161	25	-	146	-	-	141	-	-	-	-
x	28	400	160	28	400	160	-	-	-	-	-	-	140
x	28,12	-	-	-	-	-	28,12	-	-	-	-	-	100
x	29	317	18,20*	26	317	16,20*	27,50	317	17,50*	19,70	317	12,70	-
x	29,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
x	30	-	16*	28	-	15*	-	-	-	-	-	-	-
x	30	-	18,75*	25	-	13,75*	-	-	-	17	-	9,50*	35
x	30	556	20*	28	526	19*	24	-	15*	24	-	15*	-
x	32	32*	25*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
x	32,50	375	130	26	325	115	32,50	325	115	-	-	-	-
x	33,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
x	34	38*	132	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
x	34,50	-	20*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
x	35	-	40*	50	-	38,50*	50	-	37*	39	-	37*	-
x	36	414	155	36	414	155	-	-	-	-	-	-	-
x	36,50	-	195	34,50	-	195	30,95	-	195	30,95	-	195	50
x	37	43*	174	32	39*	166	-	-	-	-	-	-	-
x	37,50	-	-	37	-	-	35	-	-	-	-	-	-
x	37,50	-	230	37,50	-	230	37,50	-	230	-	-	-	100
x	38	-	-	38	-	-	38	-	-	-	-	-	50
x	38	-	-	38	-	-	-	-	-	-	-	-	50
x	38	-	22*	35	-	22*	-	-	-	-	-	-	34
x	38	-	180	35	-	170	33	-	130	33	-	160	-
x	38,50	-	-	-	-	-	38,50	-	-	-	-	-	50
x	39	-	19*	39	-	18*	-	-	-	31	-	18*	-
x	39	-	20,45*	34,25	-	20,45*	30	-	20,45*	-	-	-	-
x	40	-	-	-	-	-	40	-	-	-	-	-	-
x	40	-	26*	40	-	26*	45	-	-	-	-	-	-
x	40	-	30*	35	-	25*	35	-	25*	35	-	25*	50
x	40	-	195	40	-	195	37,50	-	195	-	-	-	100
x	40	575	200	36	575	200	35	575	200	35	575	200	50
x	41,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
x	42	-	-	-	-	-	42	-	-	-	-	-	50
x	42	-	230	37	-	209	37	-	209	33	-	-	75
x	42	33,50*	26	37,50	32,50*	26*	35,35	30,25	26*	33,75	30,25*	26*	-
x	42,50	42,50*	-	-	42,50*	42,50	-	-	-	-	-	-	-
x	43,50	43,50*	240	43,50	43,50*	240	43,50	43,50	240	43,50	43,50*	240	-
x	45	-	-	45	-	-	-	-	-	45	-	-	-
x	45	-	25*	41	-	25*	41	-	23	-	-	-	-
x	45	-	28*	40	-	25*	39	-	-	-	-	-	-
x	45	600	25*	45	25*	25*	40,75	25	25*	38,75	25*	25*	-
x	46	-	27*	40	-	27*	36	-	20,35*	-	-	-	-
x	47,50	575	17,50*	47,50	575	17,50*	47,50	575	17,50*	-	-	-	25
x	50	50*	300	-	50*	300	-	-	-	-	-	-	-
x	50,50	-	-	50,50	-	-	50,50	-	-	-	-	-	85
x	65	-	-	42	-	-	42	-	-	-	-	-	75
x	65	-	-	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-
x	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
x	71	-	-	46	-	-	46	-	-	39	-	-	-
x	75	-	-	75	-	-	48	-	-	-	-	-	-

* sommige instellingen gaven hiervoor een uurtarief

