NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 319946 fax 030 319290

WACHTLIJSTEN IN DE THUISZORG

P.P. Groenewegen
A. Kerkstra
G.A. Jansen

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - tel. 030 - 319946

CIP

Groenewegen, P.P.
Kerkstra, A.
Jansen, G.A.

Wachtlijsten in de thuiszorg / P.P. Groenewegen,
A. Kerkstra, G.A. Jansen - Utrecht
Nederlands instituut voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg, NIVEL
Met lit. opg.
ISBN 90-6905-216-4
Trefw.: thuiszorg; wijkverpleging; gezinsverzorging;
wachtlijst

Omslag : M. Cornelius
Tekstverw./layout : M.v.d.Meulen

INHOUD

1. **INLEIDING** 1

2. **ACHTERGROND EN VRAAGSTELLING** 3
2.1. Achtergrond 3
2.2. Vraagstelling 7
2.3. Begripsomschrijvingen 9

3. **ONDERZOEKSMETHODE** 11
3.1. Inventarisatie 11
3.2. Validering 12
3.3. Analyse 13

4. **RESULTATEN** 15
4.1. Wijkverpleging 15
4.1.1. Wachtlijsten in de wijkverpleging 15
4.1.2. Ontwikkelingen in de tijd 17
4.1.3. Ruimtelijke spreiding van de capaciteitsproblemen . . . 18
4.1.4. Criteria voor plaatsing op de wachtlijst 20
4.1.5. Beleid met betrekking tot afstemming van vraag en aanbod 21
4.1.6. Aanwezigheid van capaciteitsproblemen en kenmerken van de organisatie 26
4.2. Gezinsverzorging 27
4.2.1. Wachtlijsten in de gezinsverzorging 28
4.2.2. Ontwikkelingen in de tijd 30
4.2.3. Ruimtelijke spreiding van de omvang van wachtlijsten . 32
4.2.4. Criteria voor plaatsing op de wachtlijst 35
4.2.5. Beleid met betrekking tot afstemming van vraag en aanbod 36
4.2.6. Omvang van wachtlijsten en kenmerken van de organisatie 41
4.3. Regionale samenhang in het voorkomen van wachtlijsten 42
4.4. Externe validering van het voorkomen van wachtlijsten 42

5. CONCLUSIES 47

Geraadpleegde literatuur 51

Bijlagen

1. Vragenlijst kruisorganisaties
2. Vragenlijst gezinsverzorging

DANKWOORD

Het onderzoek waarvan in dit rapport verslag gedaan wordt, is in zeer korte tijd uitgevoerd; tussen de aanvaarding van de opdracht en de oplevering van het concept-rapport lagen precies vier weken. De onderzoekers zijn veel dank verschuldigd aan iedereen die dit door zijn of haar medewerking heeft mogelijk gemaakt. Buiten het NIVEL geldt onze dank de instellingen voor gezinsverzorging en de regionale kruisorganisaties die op zo korte termijn gegevens beschikbaar gesteld hebben, en alle andere personen en instanties met wie gesprekken zijn gevoerd.
Binnen het NIVEL zijn wij dank verschuldigd aan mw. I. Hermans en aan de enquêteurs en enquêtrices die onder haar leiding de gegevens bij de instellingen en organisaties hebben verzameld, aan mw M. Boschman en mw. M. Duister die assistentie hebben verleend bij de verwerking van de gegevens, en aan mw. M. van der Meulen en mw. B. Kamphuis die voor de secretariële ondersteuning hebben gezorgd.

Utrecht,
januari 1993

1. INLEIDING

'Wachtlijsten baren zorgsector zorgen' luidt een van de krantekoppen die in november 1992 de aandacht trokken. Dat de gezinsverzorging met problemen kampt om te voldoen aan de vraag naar verzorging, was al langer bekend. Nieuw in de berichtgeving is de melding dat ook bij de thuisverpleging en -verzorging de problemen een zodanige omvang hebben aangenomen dat op verschillende plaatsen overgegaan wordt tot plaatsing van cliënten op wachtlijsten. In het genoemde artikel dat op 24 november in het dagblad Trouw verscheen, wordt de waarnemend voorzitter van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) geciteerd die de omvang van de gezamenlijke wachtlijsten op 30.000 tot 50.000 mensen schat.
Vooral in de regionale dagbladen zijn het afgelopen jaar regelmatig berichten over capaciteitsproblemen in de thuiszorg verschenen. Vooral in het geval van de gezinsverzorging worden daarin ook regelmatig het bestaan van wachtlijsten en hun omvang genoemd. Een totaalbeeld voor heel het land is daaruit echter niet af te leiden.
Naar aanleiding van overleg tussen de LVT en het Ministerie van WVC over deze problematiek is geconstateerd dat het voor de beleidsvorming belangrijk is een goed overzicht te verkrijgen van de omvang van de problematiek. Het Ministerie van WVC heeft daarom aan het NIVEL de opdracht gegeven om op de kortst mogelijke termijn een inventarisatie uit te voeren bij alle erkende regionale kruisorganisaties en instellingen voor gezinsverzorging.
Dit rapport bevat het verslag van deze inventarisatie.

2. ACHTERGROND EN VRAAGSTELLING

We beginnen dit hoofdstuk met een paragraaf over de achtergrond van de problematiek van afstemming van vraag en aanbod, waarvan het ontstaan van wachtlijsten een van de mogelijke uitingen is. In vogelvlucht wordt ingegaan op beleidsontwikkelingen met betrekking tot gezinsverzorging en kruiswerk, de vraag naar thuiszorg, het aanbod van thuiszorg, de afstemming van vraag en aanbod en consequenties van discrepanties tussen vraag en aanbod voor substitutie-processen in de gezondheidszorg. In de tweede paragraaf komt de vraagstelling van het onderzoek aan de orde. In de derde paragraaf komen enkele begripsomschrijvingen aan bod.

2.1. Achtergrond

Als we in dit rapport spreken over thuiszorg, dan betreft dat de zorg die bij mensen thuis geleverd wordt vanuit erkende regionale kruisorganisaties en instellingen voor gezinsverzorging. Wat betreft het kruiswerk beperken we ons dan bovendien tot de wijkverpleging; de jeugdgezondheidszorg valt buiten het onderzoek.
Binnen de thuiszorg richt de wijkverpleging zich op hulpvragen betreffende (dreigende) gevolgen van gezondheidsproblemen van individuele cliënten, terwijl de gezinsverzorging zich richt op hulpvragen die het functioneren van het totale huishouden (de zelfredzaamheid) betreffen. Ondanks dit verschil in uitgangspunt is er sprake van een overlap in taken van de beide werksoorten, met name op het terrein van lichamelijke verzorging en ADL-ondersteuning. Deze overlap wordt het 'grijze gebied' tussen wijkverpleging en gezinsverzorging genoemd.

Ontwikkeling van het beleid m.b.t. de thuiszorg
De organisaties voor thuiszorg zijn ontstaan uit vrijwillige organisaties van particulier initiatief, volgens Nederlandse traditie verzuild. Er heeft zich in de afgelopen decennia een geweldige schaalvergroting voorgedaan. Van de kleine 1500 zelfstandige, plaatselijke kruisverenigingen die in de jaren zestig bestonden, zijn we nu in een situatie gekomen waarin er nog zo'n zeventig regionale erkende kruisorganisaties bestaan. In de gezinsverzor-

ging heeft zich een vergelijkbare ontwikkeling voorgedaan: van ruim 900 instellingen in de jaren zestig tot ruim 150 nu. In de gezinsverzorging bestaat nog steeds een klein aantal organisaties op religieuze grondslag. Een nieuwe fase van schaalvergroting is ingezet met de opname van de gezinsverzorging in de AWBZ in 1989. Sindsdien vindt er een proces van integratie en fusering plaats van kruisorganisaties en gezinsverzorging, mede gestuurd door de heroverwegingsnota 'Van samenwerken naar samengaan' (WVC, 1990).
Ook de financiering van de thuiszorg wordt stapsgewijs gestuurd in de richting van meer eenheid. De opname van het kruiswerk in de AWBZ in 1980 maakte een einde aan uiteenlopende financieringsstromen (contributies van leden en subsidies op verschillende niveaus van de overheid). Sinds 1989 wordt ook de gezinsverzorging gefinancierd uit de AWBZ. Dit betekent niet dat de financiering van beide zorgsoorten ook al geharmoniseerd is. In het kruiswerk bestaan nog steeds contributies van leden, ofschoon de kruisorganisaties hun functie als vereniging al lang hebben verloren. In de gezinsverzorging bestaat een zogenaamde retributieregeling, die gebaseerd is op bijdragen in de kosten van de zorg afhankelijk van het inkomen.
Het beleid met betrekking tot het kruiswerk is sinds de Structuurnota Gezondheidszorg (versterking van de eerste lijn) gericht geweest op een gestage volumegroei, aanvankelijk van 4% per jaar en later van 2% per jaar (NIVEL, 1987). Tot het eind van de jaren zeventig heeft ook de gezinsverzorging kunnen profiteren van een volume-groei; daarna is de volume-groei gestagneerd en is zelfs een daling opgetreden in termen van het aantal produktieve uren (Maessen, 1989).
Het zorgaanbod van het kruiswerk is in het afgelopen decennium uitgebreid met 24-uurs beschikbaarheid en bereikbaarheid en geplande zorg in avond en nacht (dat wil zeggen de feitelijke hulpverlening bij mensen thuis buiten de kantooruren). Ook in de gezinsverzorging is een dergelijke uitbreiding te zien (althans tot 1986, het jaar waarin een inventarisatie van de Centrale Raad voor Gezinsverzorging werd uitgevoerd; CRG, 1987; Ministerie van WVC, 1987). Het zorgaanbod is daarmee flexibeler geworden en kan in principe beter aangesloten worden op de zorgbehoefte.

Ontwikkeling van de vraag naar thuiszorg

Thuiszorg is vooral zorg voor oudere mensen. Van de mensen die wijkverpleegkundige zorg ontvangen van het kruiswerk, is meer dan zeventig procent ouder dan zeventig jaar en gezien de leeftijds- en

geslachtsopbouw van de Nederlandse bevolking betekent dat ook dat twee derde van de cliënten van het vrouwelijk geslacht is (Vorst-Thijssen e.a., 1990). Een zelfde beeld geldt voor de cliënten van gezinsverzorging. Bijna 80% van de cliënten die traditionele hulp (hulp bij cliënten thuis door bij de instelling in dienst zijnde uitvoerenden) ontvangen en bijna 90% van degenen die alpha-hulp (door uitvoerende krachten die niet in dienst van de instelling zijn) ontvangen, is 65 jaar of ouder (LVT, 1990).
Waar de gezinsverzorging zich oorspronkelijk vooral richtte op situaties waar huishoudelijke taken binnen het gezin in gevaar kwamen door (tijdelijke) uitschakeling van de moeder, bestaat nu het gros van de cliëntèle uit alleenwonende bejaarden voor wie er geen sprake is van een kortdurende interventie, maar voor wie hulpverlening meestal door zal moeten gaan tot zelfstandig wonen niet langer mogelijk is (Groenewegen en De Bakker, 1992).
Dit betekent dat de thuiszorg 'vergrijzingsgevoelig' is. In het scenario-rapport Eerstelijnszorg en thuiszorg is becijferd dat door de toenemende vergrijzing de vraag naar wijkverpleegkundige zorg en gezinsverzorging onder hoogbejaarden tot het jaar 2005 met de helft zal toenemen (STG, 1992).

Ontwikkeling van het aanbod van thuiszorg

Om gelijke tred te houden met de toegenomen vraag zouden in de komende vijftien jaar forse uitbreidingen nodig zijn van het aantal hulpverleners in de thuiszorg. In het kruiswerk is het aantal volledige arbeidsplaatsen voor uitvoerend personeel in twintig jaar tijd verdubbeld: van ongeveer 3300 in 1970 tot ongeveer 6500 in 1988 (Kooiker, 1992). In de gezinsverzorging is het aantal uitvoerenden in dienst van de instellingen sinds circa 1975 niet meer gegroeid. Daar heeft de groei plaats gevonden door inschakeling van de goedkopere alpha-hulpen die niet in dienst van de instellingen zijn, maar die bemiddeld worden door de instellingen. De werkgeversfunctie wordt derhalve vervuld door de persoon die hulp ontvangt. Alpha-hulpen verrichten uitsluitend huishoudelijke werkzaamheden. Sinds de instelling van het fenomeen alpha-hulp in de tweede helft van de jaren zeventig is het aantal hulpverleningsuren gestegen tot ruim 8.3 miljoen in 1990 (CBS, 1992). Voor de toekomstige groei van het zorgaanbod geldt dat die in belangrijke mate gefinancierd moet worden door doelmatiger te werken binnen krappere budgetten. Door de integratie van gezinsverzorging en kruiswerk moeten verschuivingen tot stand komen van indirecte kosten naar directe patiëntenzorg en binnen de directe patiëntenzorg van hoger naar lager gekwalificeerde niveaus

(Ministerie van WVC, 1990). Daarnaast moet het relatief hoge ziekteverzuim en de instroom in de WAO, die vooral in de gezinsverzorging hoog zijn, teruggedrongen worden (Veerman, 1989).
Een probleem in de thuiszorg zal zijn om voldoende personeel aan te trekken en vast te houden (Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende, 1991; Van Tits en Groot, 1991). De keerzijde van de vergrijzing is de ontgroening, waardoor minder jongeren op de arbeidsmarkt komen. Vooral in de gezinsverzorging worden in het westen van het land al op de korte termijn problemen verwacht bij de vervulling van vacatures.

Afstemming van vraag en aanbod

Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat vraag en aanbod niet met elkaar in evenwicht zullen zijn. Instellingen hebben een aantal mogelijkheden om dat probleem te ondervangen. Globaal kunnen die mogelijkheden als volgt gekarakteriseerd worden:

a. beperking van de instroom van cliënten;
b. beperking van de hoeveelheid of de aard van de zorg voor cliënten die ingestroomd zijn;
c. verschuivingen in de middelen binnen het beschikbare budget;
d. het aanboren van financieringsstromen buiten het reguliere budget.

De eerste twee mogelijkheden hebben beide betrekking op rantsoenering van de zorg; de eerste mogelijkheid uit zich onder meer in het bestaan of ontstaan van wachtlijsten. Daarnaast kunnen cliëntenstops ingesteld worden of kunnen verwijzingen plaats vinden, enerzijds tussen instellingen voor gezinsverzorging en kruisorganisaties onderling en anderzijds naar andere instellingen. De mogelijkheden voor verwijzingen naar andere instellingen zijn beperkt door de capaciteitsproblemen die daar bestaan, vooral in de sector van de verpleeghuizen en de bejaardenoorden. Voor de gezinsverzorging spelen ook de verwijzingen in het kader van de Algemene arbeidsongeschiktheidswet (AAW) een rol. Onder de voorzieningen die in het kader van de AAW verstrekt worden, valt namelijk ook huishoudelijke hulp en hulp bij de persoonlijke verzorging.
De Commissie Keuzen in de zorg (1991) is van mening dat instellingen moeten zorgen voor eerlijke en inzichtelijke procedures voor plaatsing op de wachtlijst en voor de volgorde van behandeling. Zij beveelt een gestandaardiseerde registratie aan en openbaarheid van criteria en procedures. Voor verpleging en verzorging is urgentie het belangrijkste criterium. Deze wordt volgens de commissie bepaald door de zorgbehoefte van de patiënt en de draagkracht van de omgeving.

Consequenties van krapte in de thuiszorg voor substitutie
Substitutie van zorg is een constante in het overheidsbeleid sinds de Structuurnota van 1974; van intramurale zorg naar extramurale zorg en van professionele zorg naar zelfzorg en mantelzorg. In de intramurale sector is voor algemene en academische ziekenhuizen de 'produktie gedaald door beddenreduktie en verkorting van de ligduur. Parallel daaraan is het aantal poliklinische verrichtingen toegenomen. Daarnaast zijn er zowel voor poliklinische verrichtingen als voor opnamen wachtlijsten ontstaan (verg. Commissie Keuzen in de zorg, 1991, vooral hoofdstuk 7 'Rantsoenering: wie volgt?').
Verpleeghuizen en bejaardenoorden hebben in toenemende mate te kampen met capaciteitsproblemen. Vooral voor opname in psycho-geriatrische verpleeghuizen of afdelingen bestaan wachtlijsten, die naar verwachting in de komende decennia nog sterk zullen uitbreiden (Gerritse, 1989; GIGV, 1990). Uitstel van opname is hierdoor een vorm van gedwongen substitutie geworden.
Voor de intramurale sector zijn capaciteitsproblemen het meest restrictief. Immers, waar geen bed vrij is, kan niet tot opname overgegaan worden. In de thuiszorg zijn de capaciteitsproblemen minder restrictief, omdat daar de 'kaasschaaf' gehanteerd kan worden. Door de indicatie voor zorgverlening aan te scherpen en door minder zorg toe te kennen kunnen vraag en aanbod nog in evenwicht gehouden worden. Dit roept de vraag op naar de grenzen van de capaciteit van de thuiszorg. Voor de door capaciteitsproblemen gedwongen substitutie blijft er dan nog maar een richting over: naar de mantelzorg.

2.2. Vraagstelling

Dat er een situatie wordt bereikt waarin rantsoenering van de zorg tot uiting komt in beperking van de instroom van cliënten, is de laatste maanden duidelijk geworden uit berichten in de pers. Die geven echter geen duidelijk inzicht in de omvang van het probleem. In de eerste plaats is daarom een inventarisatie van het verschijnsel wachtlijsten in de thuiszorg nodig en van de criteria die worden gebruikt om mensen op de wachtlijst te plaatsen.
In dit rapport zullen de volgende vragen met een inventariserend karakter beantwoord worden:
- Bij hoeveel instellingen voor kruiswerk en gezinsverzorging bestaan er op dit moment (rond 1 december 1992) wachtlijsten; wat is de lengte

van de periode dat personen of huishoudens gemiddeld op de wachtlijst staan en voor welke soorten zorg en/of welke categorieën cliënten gelden de wachtlijsten?
- Is er een ontwikkeling in de tijd (ten opzichte van een half jaar en een jaar geleden) in het bestaan van wachtlijsten en de lengte ervan?
- Is het bestaan van wachtlijsten voor kruiswerk en gezinsverzorging geconcentreerd in bepaalde delen van het land en zijn de gebieden waar wachtlijsten voor gezinsverzorging bestaan dezelfde als de gebieden met wachtlijsten voor het kruiswerk?
- Welke criteria worden door de instellingen gehanteerd voor plaatsing op een wachtlijst?

In de tweede plaats is verdere analyse van het probleem van discrepantie tussen vraag en aanbod in de thuiszorg van belang. De mogelijkheden daartoe zijn in het kader van dit toch vooral als inventarisatie bedoelde onderzoek gering. In de vorige paragraaf is aangegeven dat er verschillende reacties mogelijk zijn op een discrepantie tussen de capaciteit van de instellingen en de vraag naar hun diensten, waarvan het invoeren van een wachtlijst er een is. Het is mogelijk dat instellingen naast het instellen van een wachtlijst ook andere wegen bewandelen om vraag en aanbod in evenwicht te houden of dat instellingen die geen wachtlijst hebben, wel de andere wegen bewandelen. De keuze voor strategieën om vraag en aanbod in evenwicht te brengen kan verder in verband gebracht worden met enkele kenmerken van de instellingen, zoals het bestaan van vacatures of een hoog ziekteverzuim, die duiden op problemen om de in principe beschikbare capaciteit daadwerkelijk te realiseren.
- Welke maatregelen zijn door de instellingen al genomen om discrepanties tussen aanbod en vraag op te vangen (afgezien van het instellen van wachtlijsten) en welke beleidsvoornemens zijn er voor 1993?
- Hoeveel personen worden verwezen naar voorzieningen in het kader van de AAW en om hoeveel hulp gaat het dan?
- Welke samenhang is er tussen de capaciteitsproblemen van de instellingen en andere kenmerken van de organisaties?

De problematiek die in dit onderzoek centraal staat, is niet neutraal in het licht van de belangen van de instellingen die aan het onderzoek deelnemen. Het bestaan van wachtlijsten kan als argument gebruikt worden voor uitbreiding of tegen beperking van budgetten. Dit zou mogelijk kunnen leiden tot overschatting van de problematiek. Daar staat tegenover dat iedereen zich ervan bewust lijkt te zijn dat wanneer de

individuele instellingen vanuit hun eigen belang de problematiek zouden overschatten, de totale uitkomst ongeloofwaardig zal worden. In zo'n situatie is het van belang om de verkregen informatie op zijn betrouwbaarheid te kunnen beoordelen. Daarvoor staan in principe twee wegen open. De eerste is een steekproefsgewijze, directe controle van de registraties waarop de omvang van de wachtlijsten gebaseerd is. Voor deze weg is gezien het tijdpad van het onderzoek niet gekozen; het is simpelweg niet realiseerbaar in de beschikbare tijd. De tweede mogelijkheid is om gericht een aantal personen en instellingen te benaderen met het doel te achterhalen wat zij merken van het bestaan van wachtlijsten in de thuiszorg. Dit zal gebeuren door in werkgebieden waar volgens de informatie van de regionale kruisorganisaties en instellingen voor gezinsverzorging relatief omvangrijke wachtlijsten bestaan intern een aantal hoofdwijkverpleegkundigen dan wel leidinggevenden te ondervragen en extern een aantal huisartsen en verpleegafdelingen van ziekenhuizen te ondervragen.
De vraagstelling met betrekking tot dit onderdeel luidt:

- Wat merken hoofdwijkverpleegkundigen en leidinggevenden in delen van werkgebieden met relatief omvangrijke wachtlijsten daarvan en in welke mate worden huisartsen en verpleegafdelingen van ziekenhuizen in deze gebieden geconfronteerd met de gevolgen van het bestaan van wachtlijsten?

Deze vraagstelling is daarmee niet zozeer gericht op verificatie van de cijfers als wel op validering van de uitkomsten.

2.3. Begripsomschrijvingen

We willen hier kort ingaan op de manier waarop het begrip wachtlijst in dit onderzoek gehanteerd is. We onderscheiden twee typen wachtlijsten. De eerste bevat huishoudens/personen die zich met een hulpvraag bij de instelling hebben aangemeld of die met een hulpvraag bij de instelling zijn aangemeld, maar voor wie nog geen indicatiestelling heeft plaats gevonden. Dit betreft dus de wachtlijst van huishoudens of personen die in afwachting zijn van indicatiestelling.
Het tweede type wachtlijst bevat de huishoudens of personen die reeds door de instelling positief zijn geïndiceerd voor zorgverlening en die nog geen hulp hebben ontvangen. Voor deze huishoudens of personen geldt dat zij hun aanvraag niet hebben ingetrokken en dat zij niet zijn doorverwezen naar andere instellingen. Dit betreft dus de wachtlijst voor huishou-

dens of personen die in afwachting zijn van hulpverlening.
Voor beide typen wachtlijsten geldt de vraag vanaf welk moment men kan spreken van een wachtlijst. In de literatuur is daarover weinig gevonden. Appelman e.a. (1989) stellen dat in het kruiswerk binnen 24 uur na aanmelding het intake-gesprek zou moeten hebben plaats gevonden. Verkaar e.a. (1992) die modellen hebben ontwikkeld voor het functioneren van geïntegreerde instellingen, stellen dat het 'zorgbemiddelingsgesprek' binnen enkele dagen na het binnenkomen van de vraag moet hebben plaats gevonden. Voor de periode tussen intake-gesprek of indicatiestelling en start van de zorgverlening zijn geen standaarden gevonden. Hierbij speelt de individuele cliënt-situatie een zo belangrijke rol, dat er waarschijnlijk geen algemene uitspraken over kunnen worden gedaan.
De omvang van de wachtlijst in absoluut aantal personen of huishoudens dat erop voor komt, is op zich een belangrijk gegeven. Voor vergelijking tussen instellingen of tussen delen van het land is de absolute omvang echter niet het meest geschikt. Immers, een wachtlijst met een bepaalde absolute omvang voor een instelling met een klein werkgebied heeft een andere betekenis dan een wachtlijst met een zelfde omvang voor een instelling met een groot werkgebied. Dit interpretatieprobleem kan worden ondervangen door de absolute omvang van de wachtlijst voor vergelijkingsdoeleinden te betrekken op een bepaalde noemer. De vraag is welke noemer het meest geschikt is. In principe komen drie noemers in aanmerking:

a. de bevolkingsomvang van het werkgebied, eventueel gewogen naar het aantal inwoners van 65 jaar en ouder, van wie bekend is dat zij het meeste beroep doen op thuiszorg;
b. het aantal personen of huishoudens dat op een bepaald tijdstip in zorg is bij de betreffende instelling;
c. het aantal personen of huishoudens dat in een bepaalde periode is aangemeld voor zorgverlening bij een instelling.

Omdat de omvang van een wachtlijst de situatie op een bepaald punt in de tijd weergeeft, is een noemer die diezelfde eigenschap heeft het meest geschikt. Op grond daarvan valt mogelijkheid c. af. Mogelijkheid a. heeft vooral betrekking op de potentiële vraag naar thuiszorg. Een probleem hierbij is dat bij de instellingen voor gezinsverzorging de werkgebieden overlappen, waardoor het niet zonder meer mogelijk is voor welk deel van de bevolking een bepaalde instelling werkzaam is. Mogelijkheid b. blijft dus over. Hierbij wordt de omvang van de wachtlijst betrokken op het gerealiseerde zorgvolume.

3. METHODE VAN ONDERZOEK

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd. In de eerste paragraaf wordt de inventarisatie bij alle instellingen besproken. In de tweede paragraaf wordt ingegaan op de manier waarop de gegevens die bij de instellingen verzameld zijn, zijn gevalideerd. De derde paragraaf gaat kort in op de wijze waarop de gegevens geanalyseerd zijn.

3.1. Inventarisatie

Om de hierboven geformuleerde vragen te beantwoorden is een telefonische ondervraging uitgevoerd bij alle regionale kruisorganisaties (N=72) en instellingen voor gezinsverzorging (N=156). Door de LVT is aan alle lidinstellingen een oproep gezonden om mee te werken aan het onderzoek. Tevens is daarbij gevraagd een contactpersoon ten behoeve van het onderzoek aan te wijzen. Omdat de contactpersonen voor de beantwoording van een aantal vragen mogelijk informatie binnen de eigen instelling moeten verzamelen, is de vragenlijst van tevoren aan alle instellingen toegezonden. De instellingen die geen lid van de LVT zijn (drie in getal) zijn rechtstreeks door het NIVEL benaderd.
Er is een afzonderlijke vragenlijst opgesteld voor de kruisorganisaties en voor de instellingen voor gezinsverzorging. In de gevallen waarin een kruisorganisatie en een instelling voor gezinsverzorging gefuseerd zijn, zijn beide vragenlijsten toegestuurd.
Beide vragenlijsten bevatten (zoveel mogelijk dezelfde) vragen over de volgende onderwerpen:

- registratie van aanmeldingen of aanvragen voor hulpverlening;
- omvang van wachtlijsten en de gemiddelde duur van de wachttijden;
- criteria voor plaatsing op de wachtlijst na positieve indicatie voor zorgverlening;
- spreiding van wachtlijsten binnen het werkgebied van de instelling;
- beleid met betrekking tot de afstemming van vraag en aanbod;
- kenmerken van de instellingen.

De vragenlijsten zijn als bijlage 1 en 2 bij dit rapport gevoegd.
In alle gevallen waarin is gevraagd naar feitelijke aantallen (bijvoorbeeld

aantal personen op een wachtlijst) is door de interviewers gevraagd of het antwoord gebaseerd op een registratie of dat er sprake is van een schatting.

De vragenlijsten zijn op 4 december 1992 verzonden. Op 9 december 1992 is begonnen met de telefonische ondervraging van de contactpersonen.
De respons van de kruisorganisaties (N=72) is 100%, en van de instellingen voor gezinsverzorging (N=156) 98%; slechts drie kleine instellingen voor gezinsverzorging hebben niet meegewerkt aan het onderzoek.

3.2. Validering

Ter validering van de uitkomsten van inventarisatie zijn in gebieden met relatief omvangrijke capaciteitsproblemen voor gezinsverzorging en/of wijkverpleging telefoongesprekken gevoerd met hoofdwijkverpleegkundigen of leidinggevenden, met huisartsen en met de verpleegafdeling en de dienst voor maatschappelijk werk van ziekenhuizen. In de gesprekken met hoofdwijkverpleegkundigen en leidinggevenden gezinsverzorging is vooral gevraagd hoe men in de praktijk de capaciteitsproblemen hanteert.
In de gesprekken met huisartsen dan wel medewerkers van ziekenhuizen is vooral gevraagd of men problemen ondervindt als gevolg van het bestaan van capaciteitsproblemen of wachtlijsten in de thuiszorg.

De selectie van de gebieden waar deze validering heeft plaatsgevonden is als volgt tot stand gekomen. Als eerste stap zijn instellingen voor gezinsverzorging geselecteerd waar de meest omvangrijke wachtlijsten bestaan. Zoals in hoofdstuk 4 zal blijken worden door de regionale kruisorganisaties tot op heden nauwelijks officiële wachtlijsten gehanteerd. Wel bestaan er capaciteitsproblemen die vooral tot uiting komen in een vermindering van de hoeveelheid zorg voor positief geïndiceerde cliënten. Als tweede stap zijn daarom regionale kruisorganisaties geselecteerd die dergelijke problemen in grotere mate ervaren en wier werkgebied overlapt met het werkgebied van de instellingen voor gezinsverzorging die in de eerste stap zijn geselecteerd.
Op deze wijze zijn 10 gebieden geselecteerd. Bij vijf van deze gebieden is sprake van een relatief grote wachtlijst voor gezinsverzorging en bestaan capaciteitsproblemen bij de wijkverpleging, bij twee gebieden bestaan relatief geringere wachtlijsten voor de gezinsverzorging, maar wel

capaciteitsproblemen bij het kruiswerk, en bij drie gebieden bestaan relatief grote wachtlijsten voor de gezinsverzorging en geen capaciteitsproblemen bij het kruiswerk. Binnen elk van deze gebieden is een of meer ziekenhuizen benaderd, zijn twee hoofdwijkverpleegkundigen en twee leidinggevenden gezinsverzorging benaderd en twee of drie huisartsen. Wat betreft de huisartsen is in eerste instantie gekozen voor huisartsen in 'meermanspraktijken', waarbij gevraagd is naar de situatie (voor zover men daar zicht op heeft) voor de hele praktijk.
In totaal zijn gesprekken gevoerd met 26 huisartsen, 18 ziekenhuizen, 23 hoofdwijkverpleegkundigen en 25 leidinggevenden gezinsverzorging.
De resultaten van de gesprekken met hoofdwijkverpleegkundigen en leidinggevenden gezinsverzorging zijn in hoofdstuk 4.1 respectievelijk 4.2 opgenomen als aanvulling op de resultaten van de interviews met alle instellingen en daarvan typografisch onderscheiden door het gebruik van 'kaders'. De resultaten van de gesprekken met de beide groepen externe hulpverleners zijn in paragraaf 4.4 weergegeven.

3.3. Analyse

Voor de analyse van de verzamelde gegevens is gebruik gemaakt van eenvoudige tellingen en uitsplitsingen. Significantie-toetsen zijn niet toegepast, omdat de gegevens niet betrekking hebben op een steekproef, met de daaraan verbonden toevalsfluctuaties als gevolg van steekproeftrekking. Alle instellingen zijn ondervraagd en er is dus sprake van zogenaamd populatie-onderzoek. Onbetrouwbaarheid in dit onderzoek komt niet voort uit het feit dat slechts een steekproef onderzocht is, maar uit eventuele gebreken bij het stellen van de vragen, bij het beantwoorden van de vragen en het invoeren van de antwoorden. Gebreken van de eerste en derde soort zijn zoveel mogelijk ondervangen door goede instructie en controle door de onderzoekers; gebreken van de tweede soort door de vragen tevoren toe te zenden aan de instellingen, waardoor men de mogelijkheid had bepaalde gegevens intern op te zoeken of te verzamelen, en door altijd te vragen of antwoorden berusten op geregistreerde aantallen of op schattingen.

Voor analyse van de geografische spreiding van wachtlijsten voor thuisverpleging en -verzorging door het kruiswerk en voor gezinsverzorging zijn de werkgebieden van de instellingen in kaart gebracht. Gezien de vele fusies die plaats vinden binnen elk van de twee soorten instellingen

en tussen de soorten instellingen onderling, moeten deze werkgebieden worden beschouwd als een momentopname. Het in kaart brengen van de werkgebieden levert voor de kruisorganisaties geen probleem op, omdat daar door fusies in het verleden al regionalisering gerealiseerd is. De werkgebieden overlappen elkaar niet meer en in een werkgebied is slechts een kruisorganisatie actief. In de gezinsverzorging is die situatie nog niet bereikt. Er zijn werkgebieden waarin meerdere instellingen actief zijn, zoals in de grote steden. Daarnaast zijn er werkgebieden van verschillende instellingen die elkaar gedeeltelijk overlappen. Voor gemeenten die in het werkgebied van twee of meer instellingen vallen, is een schatting beschikbaar van het percentage van de bevolking dat onder elk van de instellingen wordt verondersteld te vallen. De omvang van de wachtlijsten is echter in principe alleen voor het hele werkgebied bekend; er is weliswaar bij de inventarisatie gevraagd of de wachtlijstproblematiek in bepaalde delen van het werkgebied is geconcentreerd, maar dat gegeven laat een schatting van de omvang van de wachtlijst per gemeente niet toe. Overlappende werkgebieden zijn daarom bij de beschrijving van de geografische spreiding bij elkaar gevoegd tot grotere, aaneensluitende gebieden. De wachtlijsten van de afzonderlijke instellingen in dergelijke gecombineerde gebieden zijn opgeteld. De consequentie daarvan is dat in een aantal gevallen grote, aaneensluitende werkgebieden ontstaan. Doordat deze de provinciegrenzen overschrijden, is een weergave per provincie niet mogelijk.

4. RESULTATEN

De resultaten van het onderzoek worden in dit hoofdstuk weergegeven. Er is voor gekozen om de resultaten met betrekking tot de wijkverpleging en de gezinsverzorging apart te presenteren (respectievelijk in 4.1 en 4.2). Wel wordt het voorkomen van wachtlijsten bij beide organisaties vergeleken om te achterhalen of er in bepaalde delen van het land een cumulatie van problemen optreedt (paragraaf 4.3). De vraag naar de externe validering van het voorkomen van wachtlijsten wordt ook voor beide zorgsoorten samen beantwoord, omdat het valideringsonderzoek zich gericht heeft op gebieden waar voor beide zorgsoorten problemen optreden.

4.1. Wijkverpleging

Bij 49 (68%) van de 72 erkende regionale kruisorganisaties is een procedure voor het registreren van aanmeldingen van hulpvragen aanwezig. De registratie van aanmeldingen vindt bij ruim de helft van alle organisaties (56%) decentraal plaats voor het gehele werkgebied. Slechts 12% van de organisaties heeft een centrale registratie van aanmeldingen. Daar waar de registratie van aanmeldingen decentraal plaatsvindt, zijn er bij één kruisorganisatie delen van het werkgebied aanwezig waarin geen registratie plaatsvindt.
In totaal zijn er in de periode van 1 januari tot medio december 1992 173.450 aanvragen voor wijkverpleging ingediend bij de 72 kruisorganisaties, waarvan 101.500 aanvragen (59%) gebaseerd zijn op registratiegegevens en 71.950 aanvragen (41%) op schattingen. De helft van de kruisorganisaties beschikt over gegevens over het aantal afgewezen aanvragen. Volgens deze kruisorganisaties werden 930 aanvragen afgewezen vanwege het ontbreken van een positieve indicatie voor wijkverpleging. De resterende 36 kruisorganisaties hebben geen gegevens beschikbaar over het aantal afgewezen aanvragen.

4.1.1. Wachtlijsten in de wijkverpleging

Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven worden in dit onderzoek twee soorten wachtlijsten onderscheiden. Het eerste type wachtlijst bevat

personen die met een hulpvraag aangemeld zijn bij een kruisorganisatie, maar voor wie nog geen indicatiestelling heeft plaatsgevonden. Uit de resultaten komt naar voren dat dit type wachtlijst niet voorkomt bij de erkende kruisorganisaties: door alle contactpersonen wordt namelijk aangegeven dat er geen wachtlijst bestaat voordat de indicatiestelling kan plaatsvinden. Bij ruim 70% van de instellingen vindt de indicatiestelling binnen 24 uur plaats nadat de hulpvraag is binnengekomen en 11% geeft aan niet te weten hoelang het tijdsverloop is tussen aanmelding en intake (zie tabel 4.1.).

Tabel 4.1: Duur van de wachttijd tussen aanmelding en indicatiestelling bij de erkende kruisorganisaties (N=72)

wachttijd	aantal kruisorganisaties
0 dagen	21 (29%)
1 dag	31 (43%)
2 dagen	9 (13%)
4-7 dagen	3 (4%)
onbekend	8 (11%)
totaal	72 (100%)

Het tweede type wachtlijst betreft personen die positief zijn geïndiceerd, maar nog geen hulp hebben ontvangen. Bij de beschrijving van de situatie na positieve indicatie voor zorg is bij de kruisorganisaties apart gevraagd naar het bestaan van wachtlijsten voor wijkverpleging en voor het verkrijgen van hulpmiddelen.

Zes van de erkende kruisorganisaties (8%) hebben een wachtlijst voor cliënten die positief geïndiceerd zijn, maar nog moeten wachten op het krijgen van wijkverpleging of hulpmiddelen. Voor wijkverpleging staan in totaal 17 mensen op deze wachtlijst en voor hulpmiddelen zijn dit in totaal 29 personen. De gemiddelde duur van de wachttijd voor thuisverpleging/verzorging bedraagt 5 dagen en voor hulpmiddelen 3 dagen.

Tabel 4.2: Aantal erkende kruisorganisaties (N=72) met een wachtlijst voor personen met een positieve indicatie voor zorg, totaal aantal personen op de wachtlijst en gemiddelde duur van de wachttijd per december 1992

	wijkverpleging	hulpmiddelen
- aantal kruisorganisaties zonder wachtlijst	64 (89%)	
- aantal kruisorganisatie met wachtlijst	6 (8%)	
- onbekend	2 (3%)	
- totaal aantal personen op de wachtlijst	17	29
- gemiddelde duur van de wachttijd	5 dagen maximaal 21 dagen	3 dagen maximaal 7dagen

Omdat wachtlijsten in het kruiswerk een recent verschijnsel is, is tevens nagegaan of bij kruisorganisaties die hebben aangegeven geen wachtlijst te hebben er positief geïndiceerde cliënten zijn die in afwachting zijn van wijkverpleging of hulpmiddelen. Dit blijkt inderdaad het geval: bij één kruisorganisatie zijn 9 cliënten met een positieve indicatie in afwachting van zorg en bij 11 kruisorganisaties wachten in totaal 159 cliënten op hulpmiddelen. De gemiddelde wachttijd voor deze hulpmiddelen is 7 dagen met een spreiding van 1 tot 90 dagen.

Tot slot is aan de kruisorganisaties gevraagd of er wachtlijsten zijn voor specifieke patiëntencategorieën. 54 kruisorganisaties (75%) hebben geen wachtlijst voor specifieke patiëntencategorieën, van drie kruisorganisaties is het onbekend en bij 15 kruisorganisaties (21%) zijn dergelijke wachtlijsten wel aanwezig. Echter bij 12 van deze 15 kruisorganisaties betreft het een wachtlijst voor hulp van diëtisten en niet voor patiënten van de wijkverpleging. Door de resterende drie kruisorganisaties worden genoemd een wachtlijst voor CARA-patiënten, reuma en revalidatie-patiënten en CVA-patiënten.

4.1.2. Ontwikkelingen in de tijd

Van het tweede type wachtlijst is vervolgens nagegaan hoe deze zich in het afgelopen jaar ontwikkeld heeft. Gevraagd is naar de wachtlijstproblematiek van een half jaar geleden (per 1 juni 1992) en een jaar geleden (per 1 december 1991).
Het aantal kruisorganisaties met een wachtlijst (positief geïndiceerd maar in afwachting van wijkverpleging of hulpmiddelen) is het afgelopen jaar toegenomen: een jaar geleden betrof het nog twee organisaties, in juni

1992 drie organisaties en in december 1992 zes organisaties. Of het totaal aantal personen op deze wachtlijst en de wachttijden in het afgelopen jaar ook zijn toegenomen is niet betrouwbaar na te gaan omdat de cijfers voor de wachtlijsten in juni 1992 en december 1992 geschat zijn door de contactpersonen van de betreffende kruisorganisaties, en omdat het om relatief kleine aantallen gaat.

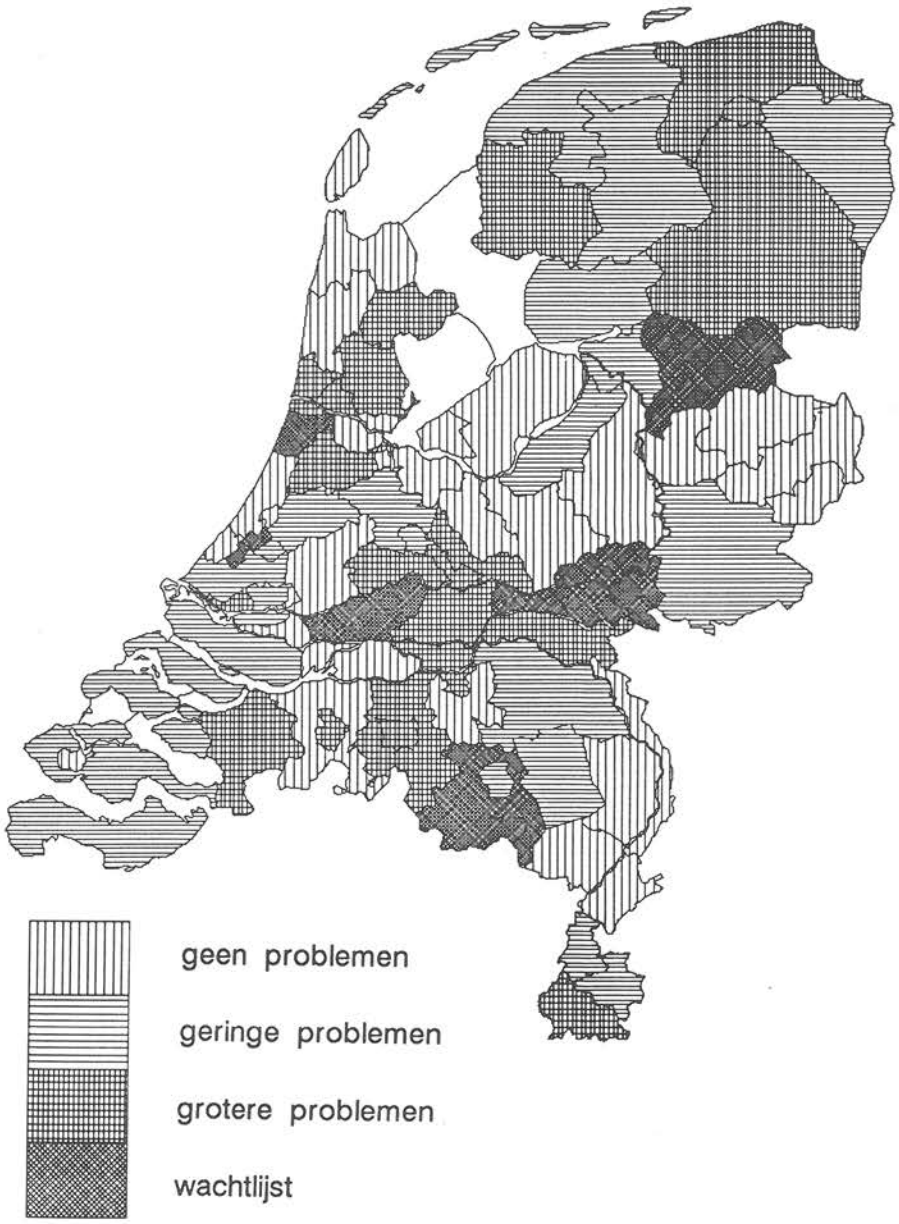
4.1.3. Ruimtelijke spreiding van de capaciteitsproblemen

In deze paragraaf wordt de spreiding van de capaciteitsproblemen over Nederland weergegeven. In paragraaf 4.1 bleek dat er slechts enkele regionale kruisorganisaties zijn met een wachtlijst. Het heeft daarom geen zin om de ruimtelijke spreiding van de omvang van de wachtlijsten in kaart te brengen. Er is een andere indicatie voor het bestaan van capaciteitsproblemen gebruikt. De categorie met de minste capaciteitsproblemen wordt gevormd door de kruisorganisaties die aangegeven hebben dat er in hun organisatie geen discrepantie bestaat tussen de zorgvraag en het zorgaanbod. In deze categorie vallen 24 instellingen. De categorie met de grootste capaciteitsproblemen wordt gevormd door de zes organisaties die een wachtlijst hanteren. De 42 resterende organisaties hebben aangegeven dat er discrepanties zijn tussen vraag en aanbod, maar zij hanteren geen wachtlijst. Deze groep is opgedeeld in een groep met geringe en een groep met grotere capaciteitsproblemen. Als criterium voor die opdeling is gebruik gemaakt van de mate waarin men in 1992 concrete maatregelen heeft genomen om de instroom van cliënten en de hoeveelheid toegekende zorg te beperken (op de aard van deze maatregelen wordt verderop in paragraaf 4.1.5 uitgebreid ingegaan). Aldus zijn vier categorieën gemaakt met oplopende capaciteitsproblemen. Opgemerkt moet worden dat bij deze indeling, met uitzondering van de hoogste categorie uitgegaan wordt van de inschattingen en maatregelen van de kruisorganisaties die in zwaarte kunnen verschillen.

Op de kaart is te zien dat de organisaties die een wachtlijst hanteren gespreid zijn over het land. De werkgebieden van organisaties die capaciteitsproblemen hebben en veel beperkende maatregelen hebben genomen zijn te vinden in twee werkgebieden in Groningen, een in Friesland, de hele provincie Drenthe (het werkgebied van slechts een kruisorganisatie), in het midden van het land (zuid-oostelijk van Utrecht en in het Rivierengebied), in Noord-Brabant in 's-Hertogenbosch, Tilburg en omgeving, Breda en Zuid-west Brabant, in Zuid-Holland verder in Vlaardingen en Schiedam, en ten slotte in Noord-Holland in het gebied

rond Aalsmeer, rond Enkhuizen, rond Purmerend, in de IJmond en in Zaanstad. In de provincie Zeeland zijn alleen organisaties zonder of met geringe capaciteitsproblemen.

Kaart 4.1: Capaciteitsproblemen van regionale kruisorganisaties per december 1992 naar werkgebied van de organisatie.



Een tweede manier om naar de ruimtelijke spreiding van wachtlijsten te kijken betreft de verschillen tussen meer stedelijke gebieden en plattelandsgebieden. Daartoe is voor elk werkgebied bepaald welk deel van de bevolking in steden van meer dan 50.000 inwoners woont. Het resultaat is in drie categorieën ingedeeld: gebieden zonder steden met meer dan 50.000 inwoners, gebieden waarin met steden van meer dan 50.000 inwoners en gemeenten met minder inwoners, en gebieden met uitsluitend een of meer steden van meer dan 50.000 inwoners. Tabel 4.3 geeft de relatie weer tussen deze indicator voor de stedelijkheid van werkgebieden en de aanwezigheid van capaciteitsproblemen in het kruiswerk.

Tabel 4.3: Aanwezigheid van capaciteitsproblemen bij regionale kruiswerkorganisaties per december 1992 naar stedelijkheid van het werkgebied.

capaciteits-problemen	stedelijkheid van het werkgebied		
	zonder steden	gemengd	alleen steden
geen problemen	25%	52%	27%
geringe problemen	35	19	27
grotere problemen	30	19	46
wachtlijst	10	10	0
Totaal (n)	100% (40)	100% (21)	100% (11)

Uit deze tabel blijkt dat er nauwelijks samenhang is tussen de indicator van de stedelijkheid van werkgebieden en de aanwezigheid van capaciteitsproblemen. In de werkgebieden met alleen steden zijn geen kruisorganisaties die een wachtlijst hanteren, maar wel relatief veel organisaties die grotere capaciteitsproblemen hebben. De helft van de organisaties in de gemengde gebieden heeft geen capaciteitsproblemen. De correlatie tussen beide variabelen bedraagt -.08, een zeer zwakke correlatie dus.

4.1.4. Criteria voor plaatsing op de wachtlijst

Aan de zes erkende kruisorganisaties die wachtlijsten hanteren voor positief geïndiceerden is gevraagd welke criteria worden gehanteerd voor het plaatsen van cliënten op de wachtlijst.

Het meest eenvoudige criterium voor plaatsing van cliënten die positief geïndiceerd zijn op een wachtlijst is volgorde van binnenkomst. Dat wordt door drie van de zes kruisorganisaties gedaan. Daarnaast hanteren vier van de zes kruisorganisaties op urgentie gebaseerde criteria. Genoemd zijn: de omvang, duur en ernst van de uitval (2x); het ontbreken van

eigen mogelijkheden bijvoorbeeld in de sfeer van mantelzorg (1x); het spoedeisende karakter van de hulpvraag (2x); en de nadelige gevolgen van het uitblijven van hulp (1x).
Geen van de contactpersonen bij de instellingen geeft aan dat het feit dat mensen ook zorg ontvangen van de gezinsverzorging een rol speelt bij de plaatsing op de wachtlijst.
Door drie kruisorganisaties worden mensen mondeling op de hoogte gesteld van het feit dat zij op de wachtlijst geplaatst zijn en van de verwachte duur, door twee kruisorganisaties zowel mondeling als schriftelijk en één kruisorganisatie stelt de mensen hiervan niet op de hoogte.

4.1.5. Beleid met betrekking tot afstemming van vraag en aanbod

Door 78% van de erkende kruisorganisaties wordt een expliciet beleid gevoerd om geen wachtlijsten in te stellen en 16% heeft geen wachtlijst omdat er geen discrepantie is tussen het aantal aanmeldingen en de capaciteit van de instelling.
Door 71% van de erkende kruisorganisaties zijn in dit kader in 1992 concrete maatregelen genomen om de discrepantie tussen het aantal hulpvragen en de capaciteit van de instelling op te vangen. Deze maatregelen hebben betrekking op het beperken van de instroom van nieuwe cliënten, het beperken van de hoeveelheid toegekende zorg, het tot stand brengen van verschuivingen in de aanwending van de beschikbare middelen en het aanspreken van niet-AWBZ geldstromen.

Tabel 4.4: Overzicht van de maatregelen die door de erkende kruisorganisaties in 1992 zijn genomen om de instroom van nieuwe cliënten te beperken

maatregelen	aantal kruisorganisaties	(N=72)
- geen	28	(39%)
- indicatiecriteria aangescherpt	32	(44%)
- cliëntenstop voor ziekenhuispatiënten die kort voor het ontslag worden aangemeld	4	(6%)
- algemene cliëntenstop	1	(1%)
- doorverwijzen naar gezinsverzorging	25	(35%)
- doorverwijzen naar andere instanties	8	(11%)
- anders	20	(28%)

In het afgelopen jaar zijn door 61% van de kruisorganisaties maatregelen genomen om de instroom van nieuwe cliënten te beperken, met name

door het aanscherpen van de indicatiecriteria en het doorverwijzen naar de gezinsverzorging. Bij het doorverwijzen naar andere instanties worden het vrijwilligerswerk en de aanvullende thuiszorg het meest genoemd.

Volgens de hoofdwijkverpleegkundigen die tijdens de valideringsronde zijn geïnterviewd bestaat het aanscherpen van de indicatiecriteria vooral uit het stellen van prioriteiten, bijvoorbeeld acute zorg (wond behandeling, decubitus verzorging), verpleegtechnische zorg en terminale zorg gaan voor lichamelijke verzorging. Daarnaast wordt de indicatiestelling met betrekking tot preventie en begeleiding steeds strenger. Verder wordt bij de indicatiestelling steeds meer rekening gehouden met het inschakelen van de mantelzorg. Tot slot wordt genoemd dat door de aanwezigheid van een centraal meldpunt voor kruiswerk en gezinsverzorging en duidelijke indicatiecriteria nauwkeurig wordt bepaald welk niveau van hulpverlening wordt ingezet.
Het doorverwijzen naar de gezinsverzorging gebeurt als er alleen lichamelijke verzorging nodig is of als er slechts niet complexe handelingen dienen te worden uitgevoerd zoals oogdruppelen of steunkousen aantrekken. Echter het probleem is dat door de wachtlijsten bij de gezinsverzorging het bijna niet lukt om cliënten door te verwijzen. Cliënten worden na doorverwijzing weer terug gestuurd naar het kruiswerk. Vervolgens wordt de cliënt dan toch in zorg genomen omdat hij anders in een gat valt. Ook blijven cliënten langer in zorg bij de wijkverpleging dan nodig is omdat de gezinsverzorging lange wachtlijsten heeft. Alle geïnterviewde hoofdwijkverpleegkundigen geven aan dat ze last hebben van de capaciteitsproblemen bij de gezinsverzorging. Vaak heeft dit tot gevolg dat de cliënten uit 'het grijze gebied' tussen wijkverpleging en gezinsverzorging allemaal bij de wijkverpleging terecht komen.
Tot slot geven een aantal hoofdwijkverpleegkundigen aan dat op vrijdagmiddag en vlak voor de feestdagen geen hulpvragen meer worden aangenomen. Dit betreft met name patiënten die op vrijdagmiddag pas door de ziekenhuizen worden aangemeld. Als regel wordt gehanteerd dat patiënten minimaal 24 uur van te voren door het ziekenhuis moeten worden aangemeld.

Door 76% van de kruisorganisaties zijn in 1992 maatregelen genomen om de hoeveelheid toegekende zorg te beperken (zie tabel 4.5).

Tabel 4.5: Overzicht van de maatregelen die door de erkende kruisorganisaties (N=72) in 1992 zijn genomen om de hoeveelheid toegekende zorg te beperken

maatregelen	aantal kruisorganisaties	
- geen	17	(24%)
- kaasschaafmethode	25	(35%)
- schrappen/beperken van vormen van zorg	19	(26%)
- hoeveelheid hulp vroegtijdig verminderen	13	(18%)
- hulp vroegtijdig beëindigen	10	(14%)
- vaker/sneller herindiceren	18	(25%)
- groter beroep op mantelzorg	33	(46%)
- anders	21	(29%)

Deze maatregelen betreffen vooral het doen van een groter beroep op de mantelzorg, het toepassen van de zogenaamde 'kaasschaafmethode', dat wil zeggen dat er over de hele linie minder zorg wordt verleend dan geïndiceerd, het schrappen of drastisch beperken van bepaalde vormen van zorg en het vaker of sneller overgaan tot herindicatie. Bij de vormen van zorg die geschrapt of beperkt worden, worden met name preventieve activiteiten genoemd zoals gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en begeleiding.

Volgens de geïnterviewde hoofdwijkverpleegkundigen houdt de 'kaasschaafmethode' in dat patiënten minder vaak lichamelijke zorg krijgen dan geïndiceerd, bijvoorbeeld patiënten worden minder vaak volledig gewassen (in bad, douchen) of de voeten worden minder vaak gewassen. Daarnaast wordt het sociale aspect van de zorg, bijvoorbeeld tijdens een kopje koffie praten over de aandoening en de toestand van de patiënt, drastisch beperkt. Er wordt geen tijd meer besteed aan het opruimen van de middelen die gebruikt zijn. Ook wordt volgens een aantal hoofdwijkverpleegkundigen een maximum gesteld aan de hoeveelheid zorg die een patiënt kan krijgen, bijvoorbeeld drie keer per dag maximaal een uur. Verder worden bepaalde vormen van zorg geschrapt.

Genoemd worden het afleggen van nazorgbezoeken aan de nabestaanden van een overleden patiënt die in zorg is geweest, preventieve ouderenbezoeken, het geven van begeleiding en voorlichting en het inperken van de jeugdgezondheidszorg. Op de mantelzorg wordt een groter beroep gedaan, met name voor die vormen van lichamelijk hygiënische zorg die door de wijkverpleging beperkt wordt. Tot slot wordt vaak aangegeven dat capaciteitsproblemen tijdens piekperiodes worden opgelost door zorg van de ochtend naar de middag te verschuiven: patiënten worden dan bijvoorbeeld pas 's middags gewassen.

Door 81% van de kruisorganisaties zijn in 1992 tevens maatregelen genomen om een verschuiving tot stand te brengen in de aanwending van de beschikbare middelen. Deze maatregelen houden in dat er een verschuiving in middelen heeft plaatsgevonden van overhead naar de directe zorgverlening en binnen de directe zorgverlening. Bij 35% van de erkende kruisorganisaties zijn beide type maatregelen genomen (zie tabel 4.6).

Tabel 4.6: Overzicht van de maatregelen die door de erkende kruisorganisaties (N=72) in 1992 zijn genomen om verschuivingen tot stand te brengen in de aanwending van de beschikbare middelen

maatregelen	aantal kruisorganisaties	
- geen	14	(19%)
- van overhead naar directe zorgverlening	20	(28%)
- binnen de directe zorgverlening	13	(18%)
- beide	25	(35%)

- de mate waarin instellingen geconfronteerd worden met capaciteitsproblemen bij andere instellingen in hun werkgebied
- het aantal inwoners van zeventig jaar en ouder per full time equivalent (FTE) wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende

De kenmerken van de instellingen zelf zijn de volgende:

- het aantal FTE wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende
- het vacature-percentage voor wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden
- het percentage ziekteverzuim in 1992
- de ontwikkeling van het budget in 1992 vergeleken met 1991
- het bestaan van aparte intake-teams
- de fase van integratie met gezinsverzorging

Er zijn slechts twee correlaties hoger dan .10 aangetroffen. Dit betreft de aanwezigheid van capaciteitsproblemen bij andere instellingen in het werkgebied en het percentage zuigelingen en kleuters in het werkgebied. Als er kruisorganisaties meer worden geconfronteerd met de gevolgen van capaciteitsproblemen bij andere instellingen in hun werkgebied, dan hebben zij zelf ook in grotere mate capaciteitsproblemen (r=.17). Als het percentage kleuters en zuigelingen in het werkgebied groter is, hebben kruisorganisaties in geringere mate capaciteitsproblemen (r=-.13). Hoewel er een sterk negatieve correlatie bestaat tussen het percentage mensen van zeventig jaar of ouder en het percentage kleuters en zuigelingen, is er geen directe relatie tussen de vergrijzing van het werkgebied en de aanwezigheid van capaciteitsproblemen.

4.2. Gezinsverzorging

Bij 148 (97%) van de 153 instellingen voor gezinsverzorging is een procedure voor het registreren van aanmelding van hulpvragen aanwezig. De registratie van aanmeldingen vindt bij de meeste instellingen (N=113, 74%) centraal plaats voor het gehele werkgebied. Daar waar de registratie van aanmeldingen decentraal plaatsvindt, zijn er bij 2 instellingen voor gezinsverzorging delen van het werkgebied aanwezig waarin geen registratie plaatsvindt.

In totaal zijn er in de periode van 1 januari tot medio december 1992 148.617 aanvragen voor gezinsverzorging ingediend bij de 153 instellingen. Bij 81% van de instellingen betreft het hier geregistreerde aantallen, bij 14% van de instellingen zijn het aantal aanvragen geschat en 5% van

de instellingen beschikken niet over deze cijfers. Derhalve zijn 127.616 aanvragen (86%) gebaseerd op registratiegegevens en 21.001 aanvragen (14%) op schattingen. Van deze aanvragen werden 11.783 afgewezen (8%) vanwege het ontbreken van een positieve indicatie, volgens opgave van 85% van de instellingen.

4.2.1. Wachtlijsten in de gezinsverzorging

In tegenstelling tot de kruisorganisaties is bij 23 (15%) van de instellingen voor gezinsverzorging wel sprake van een wachtlijst voor huishoudens die met een hulpvraag zijn aangemeld, maar voor wie nog geen indicatiestelling heeft plaatsgevonden (zie tabel 4.8). In totaal staan er 1289 huishoudens op deze wachtlijst. Voor de 23 instellingen die wachtlijsten hebben zijn er gemiddeld 56 huishoudens per instelling die wachten op indicatiestelling met een spreiding van 2 tot 552 huishoudens.

Tabel 4.8: Aantal instellingen voor gezinsverzorging (N=153) met een wachtlijst voor indicatiestelling, totaal aantal huishoudens op de wachtlijst en gemiddelde duur van de wachttijd per december 1992

- aantal instellingen zonder wachtlijst	130	(85%)
- aantal instellingen met wachtlijst	23	(15%)
- totaal aantal huishoudens op de wachtlijst	1289	
- gemiddelde duur van de wachttijd	12 dagen	

De gemiddelde wachttijd tussen aanvraag van de hulp en indicatiestelling bedraagt bij deze instellingen 12 dagen, met een spreiding van 2 tot 120 dagen. Bij de 130 instellingen die geen wachtlijst hanteren is de gemiddelde tijd tussen aanmelding en indicatiestelling 2 tot 3 dagen.

Wachtlijsten met huishoudens die reeds positief geïndiceerd zijn, maar nog geen hulp hebben ontvangen komen veelvuldig voor in de gezinsverzorging, namelijk bij 125 instellingen (82%). In totaal staan 7.581 huishoudens met een positieve indicatie op de wachtlijst voor traditionele hulp en 4.940 huishoudens op de wachtlijst voor alpha-hulp (zie tabel 4.9). Voor de instellingen die een wachtlijst hebben, zijn dit per instelling gemiddeld 62 huishoudens voor traditionele hulp (spreiding 1 tot 1184 huishoudens), en gemiddeld 41 huishoudens voor alpha-hulp (spreiding 1 tot 1000 huishoudens).

Tabel 4.9: Aantal instellingen voor gezinsverzorging (N=153) met een wachtlijst voor huishoudens met een positieve indicatie voor zorg, totaal aantal huishoudens op de wachtlijst en gemiddelde duur van de wachttijd per december 1992

	traditionele hulp	alpha-hulp
- aantal instellingen zonder wachtlijst	28 (18%)	
- aantal instellingen met wachtlijst	125 (82%)	
- totaal aantal huishouden op de wachtlijst	7.581	4.940
- gemiddelde duur van de wachttijd	45 dagen	90 dagen

De gemiddelde wachttijd tussen indicatiestelling en het ontvangen van traditionele hulp is 45 dagen (spreiding 2 tot 540 dagen), voor het ontvangen van alpha-hulp bedraagt de gemiddelde wachttijd 90 dagen (spreiding 4 tot 720 dagen). Voor instellingen die geen wachtlijsten hebben bedraagt de gemiddelde wachttijd 5 dagen voor traditionele hulp en 10 dagen voor alpha-hulp.

Naast de omvang van de wachtlijst van positief geïndiceerden voor gezinsverzorging in absolute aantallen huishoudens, zoals hierboven weergegeven, is een 'gewogen' wachtlijst berekend en wel als volgt: per instelling is het aantal huishoudens op de wachtlijst dat een positieve indicatie heeft voor traditionele hulp of alpha-hulp gedeeld door het aantal huishoudens dat per 1 december 1992 traditionele hulp of alpha-hulp ontvangt van de betreffende instelling (zie tabel 4.10). Voor een vergelijking van de wachtlijstproblematiek *tussen* de instellingen is namelijk de absolute omvang niet geschikt. Immers, een wachtlijst met een bepaalde absolute omvang voor een instelling met een klein werkgebied heeft een andere betekenis dan een wachtlijst met een zelfde omvang voor een instelling met een groot werkgebied.

Tabel 4.10: Verdeling van de instellingen voor gezinsverzorging naar omvang van de wachtlijst van positief geïndiceerden voor zorg, gewogen voor het aantal personen in zorg per december 1992

gewogen omvang van de wachtlijst	aantal instellingen	
geen wachtlijst	28	(18%)
0 tot 1%	24	(16%)
2 tot 5%	46	(30%)
6 tot 10%	25	(16%)
11 tot 15%	9	(6%)
15 tot 40%	11	(7%)
onbekend	10	(7%)
totaal	143	(100%)

Uit de resultaten blijkt dat de gewogen omvang van de wachtlijst sterk varieert tussen instellingen. 13% van alle instellingen voor gezinsverzorging heeft een gewogen wachtlijst van meer dan 10%, d.w.z. dat het aantal positief geïndiceerde huishoudens dat op de wachtlijst staat meer dan 10% is van het totaal aantal huishoudens dat hulp ontvangt van de betreffende instelling. Bij één instelling is er zelfs sprake van een gewogen wachtlijst van bijna 40%.

Naast de wachtlijstproblematiek is onderzocht in hoeverre de instellingen voor gezinsverzorging personen door verwijzen in het kader van de A.A.W.-regeling. Uit de resultaten komt naar voren dat 132 instellingen (86%) in 1992 personen hebben door verwezen naar de A.A.W.; 11 instellingen (7%) hebben geen personen door verwezen en bij 10 instellingen (7%) is het onbekend. Het betreft in totaal 6032 doorverwijzingen naar de A.A.W. in 1992, voor gemiddeld 10 uur hulp per week. Hiervan zijn 404 verwijzingen gebaseerd op een schatting. Gemiddeld zijn er per verwijzende instelling (N=132) 45 personen door verwezen naar de A.A.W., met een spreiding van 1 tot 312 personen.

4.2.2. Ontwikkelingen in de tijd

Van beide type wachtlijsten is vervolgens nagegaan hoe deze zich in het afgelopen jaar ontwikkeld hebben. Gevraagd is naar de wachtlijstproblematiek van een half jaar geleden (per 1 juni 1992) en een jaar geleden (per 1 december 1991).

Tabel 4.11: Ontwikkeling van het aantal instellingen voor gezinsverzorging (N=153) met een wachtlijst voor indicatiestelling, totaal aantal huishoudens op de wachtlijst en de gemiddelde duur van de wachttijd van december 1991 tot december 1992

	dec.1992	juni 1992	dec.1991
- aantal instellingen zonder wachtlijst	130 (85%)	131 (86%)	135 (88%)
- aantal instellingen met wachtlijst	23 (15%)	22 (14%)	18 (12%)
- totaal aantal huishoudens op de wachtlijst	1289	1027	669
- gemiddelde duur van de wachttijd	12 dagen	13 dagen	13 dagen

Wat de wachtlijst voor indicatiestelling (type 1) betreft zien we dat het aantal huishoudens dat na aanmelding moet wachten op een indicatiestelling het afgelopen jaar (van 1 december 1991 tot 1 december 1992) gestegen is van 669 tot 1298: een stijging van 93%. De omvang van deze wachtlijst is met name toegenomen in de periode van 1 december 1991 tot juni 1992 (met 54%). In de periode van 1 juni 1992 tot 1 december 1992 heeft er een stijging van 26% plaats gevonden. De gemiddelde duur van de wachttijd tussen aanmelding en indicatiestelling is in het afgelopen jaar iets afgenomen van 13 dagen tot 12 dagen.

Tabel 4.12: Ontwikkeling van het aantal instellingen voor gezinsverzorging met een wachtlijst voor huishoudens met een positieve indicatie voor zorg, totaal aantal huishoudens op de wachtlijst en de gemiddelde duur van de wachttijd van december 1991 tot december 1992

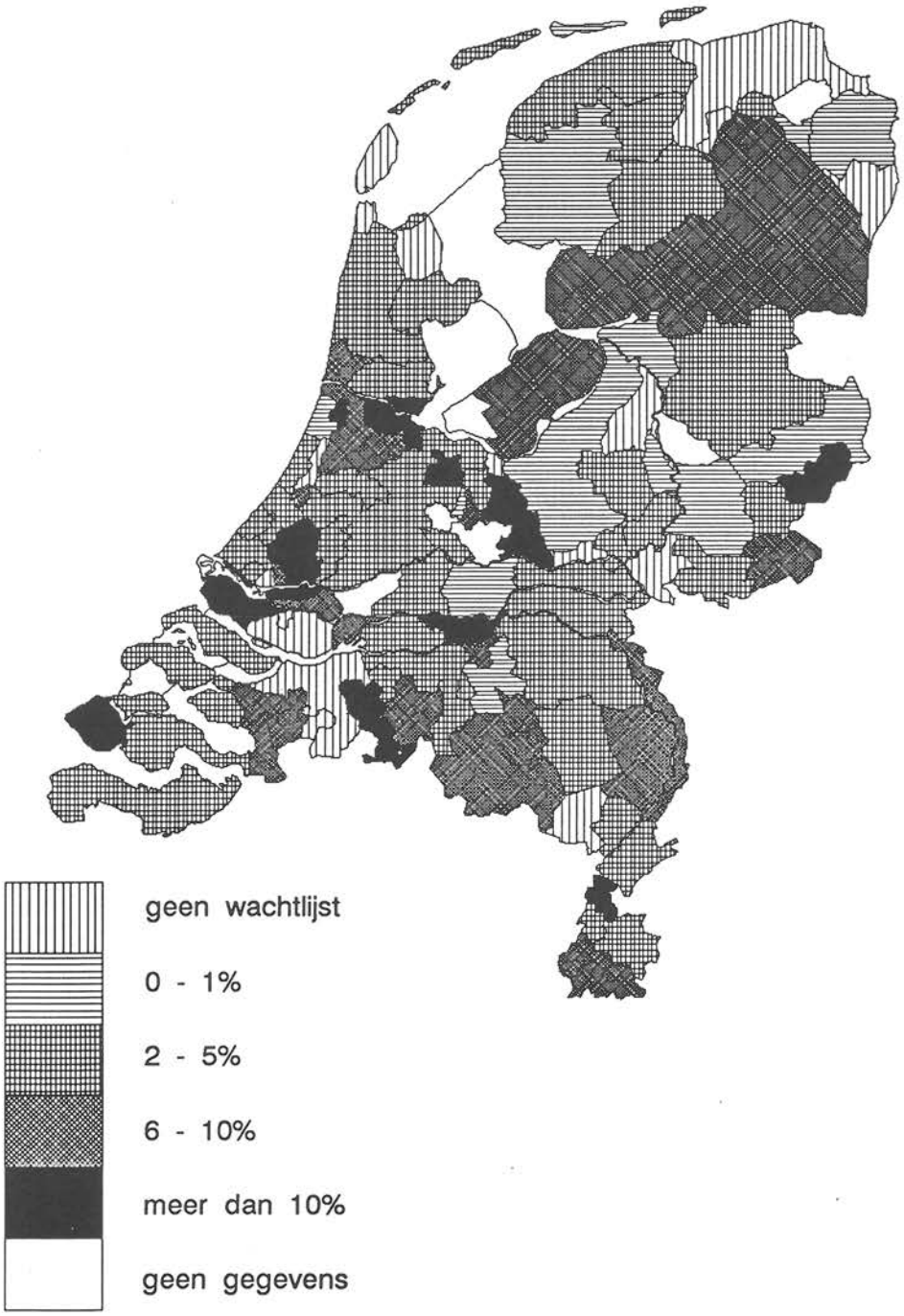
	dec.1992	juni 1992	dec.1991
- aantal instellingen zonder wachtlijst	28 (18%)	28 (18%)	28 (18%)
- aantal instellingen met wachtlijst	125 (82%)	125 (82%)	125 (82%)
- totaal aantal huishoudens op de wachtlijst voor traditionele hulp	7.581	7.982	7.459
- totaal aantal huishoudens op de wachtlijst voor alpha-hulp	4.940	4.414	3.570
- gemiddelde duur van de wachttijd voor traditionele hulp	45 dagen	42 dagen	38 dagen
- gemiddelde duur van de wachttijd voor alpha-hulp	90 dagen	96 dagen	84 dagen

Voor de wachtlijst met positief geïndiceerde huishoudens (type II) geldt dat het aantal huishoudens dat wacht op alpha-hulp het afgelopen jaar (van 1 december 1991 tot 1 december 1992) gestegen is van 3.570 tot 4.940: een stijging van 38%. Daarnaast is de gemiddelde duur van de wachttijd voor alpha-hulp toegenomen van 84 dagen naar 90 dagen. In juni 1992 was er zelfs sprake van een gemiddelde wachttijd van 96 dagen.
De wachtlijst met positief geïndiceerden voor traditionele hulp is het afgelopen jaar licht gestegen van 7.459 naar 7.581 huishoudens. Echter in juni 1992 vertoonde deze wachtlijst een piek met 7.982 huishoudens, daarna heeft een daling van 401 huishoudens plaatsgevonden. Niet alleen de omvang maar ook de gemiddelde duur van de wachttijd voor traditionele hulp is het afgelopen jaar gestegen: van 38 naar 45 dagen.
Uit deze resultaten blijkt derhalve dat zowel de wachtlijsten voor indicatiestelling als de wachtlijsten met positief geïndiceerden bij de gezinsverzorging zich het afgelopen jaar in ongunstige zin ontwikkeld hebben.

4.2.3. Ruimtelijke spreiding van de omvang van wachtlijsten

In deze paragraaf wordt de spreiding van de wachtlijstproblematiek over Nederland weergegeven. Zoals in paragraaf 3.3 is aangegeven overlappen de werkgebieden van instellingen voor gezinsverzorging elkaar in geografische zin. De omvang van de wachtlijsten van instellingen met overlappende werkgebieden zijn daarom samengevoegd; dezelfde procedure is voor de wegingsfactor (het aantal huishoudens in zorg) gebruikt. We beperken de beschrijving van de ruimtelijke spreiding tot de gewogen wachtlijsten na indicatiestelling.

Kaart 4.2: Gewogen omvang van de wachtlijsten van positief geïndiceerden voor gezinsverzorging, per december 1992 naar werkgebied van de instellingen.



In enkele gevallen was het niet mogelijk om de gewogen omvang van de wachtlijsten te berekenen, doordat informatie over het aantal huishoudens in zorg, de wegingsfactor, ontbreekt. Dit zijn de witte gebieden op de kaart.
De kaart laat zien dat er in het noorden en oosten van het land een aantal gebieden is waar de wachtlijstproblematiek ontbreekt of gering is. In de noord-, oost- en zuidrand van de Randstad zijn gebieden met grote wachtlijsten te vinden.

Een tweede manier om naar de ruimtelijke spreiding van wachtlijsten te kijken betreft de verschillen tussen meer stedelijke gebieden en plattelandsgebieden. Daartoe is voor elk aaneengesloten werkgebied bepaald welk deel van de bevolking in steden van meer dan 50.000 inwoners woont. Het resultaat is in drie categorieën ingedeeld: gebieden zonder steden met meer dan 50.000 inwoners, gebieden waarin met steden van meer dan 50.000 inwoners en gemeenten met minder inwoners, en gebieden met uitsluitend een of meer steden van meer dan 50.000 inwoners. Tabel 4.13 geeft de relatie weer tussen deze indicator voor de stedelijkheid van werkgebieden en de omvang van de gewogen wachtlijsten voor indicatiestelling.

Tabel 4.13: Gewogen omvang van de wachtlijsten van positief geïndiceerden voor gezinsverzorging, per december 1992 naar stedelijkheid van het werkgebied.

gewogen omvang wachtlijsten	stedelijkheid van het werkgebied		
	zonder steden	gemengd	alleen steden
geen wachtlijst	21%	15%	24%
0-1%	15%	24%	6%
2-5%	39%	20%	29%
6-10%	15%	20%	24%
meer dan 10%	9%	22%	18%
Totaal (n)	100% (85)	100% (40)	100% (18)

Uit deze tabel blijkt dat er een zwakke samenhang is tussen de indicator van de stedelijkheid van werkgebieden en de gewogen omvang van de wachtlijsten. In de werkgebieden met alleen steden zijn er relatief meer instellingen zonder wachtlijst en met een grotere wachtlijst en relatief weinig instellingen met een gewogen wachtlijst van nul tot een procent. In de werkgebieden zonder steden zijn relatief weinig instellingen met een

gewogen omvang van de wachtlijsten van zes tot tien procent en meer dan tien procent. De correlatie tussen beide variabelen (waarbij de gewogen omvang van de wachtlijsten niet in categorieën is ondergebracht) bedraagt .19, een zwakke correlatie dus.

4.2.4. Criteria voor plaatsing op de wachtlijst

Aan de 125 instellingen voor gezinsverzorging die wachtlijsten hanteren voor positief geïndiceerden is gevraagd welke criteria worden gehanteerd voor het plaatsen van huishoudens op de wachtlijst.

Tabel 4.14: Overzicht van criteria die door instellingen voor gezinsverzorging gehanteerd worden voor het plaatsen van positief geïndiceerde huishoudens op een wachtlijst

criteria	aantal instellingen	(N=125)
volgorde van aanmelding	40	(32%)
urgentie:	118	(94%)
- omvang/ernst/duur van uitval	104	(83%)
- ontbreken eigen mogelijkheden/mantelzorg	101	(81%)
- spoedeisende karakter hulpvraag	107	(86%)
- nadelige gevolgen van uitblijven van hulp	85	(68%)
- voorkomen opname	60	(48%)
- anders	25	(20%)
- de hoogte van het inkomen	21	(16%)

Uit tabel 4.14 komt naar voren dat bij 32% van de instellingen de volgorde van aanmelding een belangrijke rol speelt bij plaatsen op de wachtlijst. Op urgentie gebaseerde criteria spelen vrijwel bij alle instellingen een rol bij het toekennen van de plaats op de wachtlijst: door 80% of meer van de instellingen wordt aangegeven dat de omvang, duur en ernst van de uitval; het ontbreken van eigen mogelijkheden ondermeer in de sfeer van de mantelzorg; en het spoedeisende karakter van de hulpvraag criteria zijn op grond waarvan huishoudens hoger op de wachtlijst geplaatst worden.
Naast urgentie wordt door 5 instellingen het reeds ontvangen van zorg van het kruiswerk en door 21 instellingen de hoogte van het inkomen van het huishouden meegenomen voor het bepalen van de plaats op de wachtlijst, in de zin dat huishoudens die reeds in zorg zijn bij het kruiswerk en huishoudens met een hoger inkomen lager op de wachtlijst van positief geïndiceerden worden geplaatst.

Alle 125 instellingen stellen de positief geïndiceerde huishoudens op de hoogte van het feit dat ze op de wachtlijst geplaatst zijn en van de verwachte duur: 55% deelt dit mondeling mee, 18% schriftelijk en 27% zowel mondeling als schriftelijk.

4.2.5. Beleid met betrekking tot afstemming van vraag en aanbod

Zoals uit paragraaf 4.2.1 bleek, hebben 125 instellingen voor gezinsverzorging een wachtlijst na indicatiestelling. Van de instellingen zonder zo'n wachtlijst wordt door 18 instellingen een expliciet beleid gevoerd om geen wachtlijsten in te stellen en 9 instellingen hebben geen wachtlijst, omdat er geen discrepantie is tussen het aantal aanmeldingen en de capaciteit van de instelling.
Door meer dan 70% van de instellingen zijn in 1992 concrete maatregelen genoemd om de discrepantie tussen het aantal hulpvragen en de capaciteit van de instelling op te vangen. Deze maatregelen hebben betrekking op het beperken van de instroom van nieuwe cliënten, het beperken van de hoeveelheid toegekende zorg, het tot stand brengen van verschuivingen in de aanwending van de beschikbare middelen en het aanspreken van niet-AWBZ geldstromen.

Tabel 4.15: Overzicht van de maatregelen die door de instellingen voor gezinsverzorging in 1992 zijn genomen om de instroom van nieuwe cliënten te beperken

maatregelen	aantal instellingen	(N=153)
- geen	60	(39%)
- indicatiecriteria aangescherpt	55	(36%)
- cliëntenstop voor ziekenhuispatiënten die kort voor het ontslag worden aangemeld	2	(1%)
- algemene cliëntenstop	5	(3%)
- meer personen doorverwijzen naar A.A.W.	64	(42%)
- doorverwijzen naar kruiswerk	10	(7%)
- doorverwijzen naar andere instanties	24	(16%)
- anders	32	(21%)

In het afgelopen jaar zijn door 61% van de instellingen maatregelen genomen om de instroom van nieuwe cliënten te beperken. De meest genoemde maatregel is meer personen doorverwijzen in het kader van de A.A.W. Dit gebeurt overigens meer naarmate instellingen een meer omvangrijke wachtlijst hebben. Ook zijn in veel gevallen de indicatiecriteria

aangescherpt. Bij de andere maatregelen die genomen zijn, wordt door een aantal instellingen genoemd dat men adviseert om zelf particuliere hulp te zoeken (9x genoemd). Verder wordt een cliëntenstop voor alpha-hulp genoemd (3x).

Uit de gesprekken met leidinggevenden in de gezinsverzorging komt naar voren dat er bijna overal wel met een puntensysteem wordt gewerkt, waarin met name de zelfredzaamheid en de mantelzorg een belangrijke rol spelen. Er wordt analoog aan het LIER-systeem gewerkt. Er is zowel met leidinggevenden gesproken die stellen dat de indicatie onafhankelijk van het aanbod wordt gemaakt, als met leidinggevenden die aangeven dat er juist wel rekening gehouden wordt met de mogelijkheden van de instelling. In één geval wordt aangegeven dat er alleen nog hulp gegeven wordt aan huishoudens die al zorg hebben; er worden geen nieuwe huishoudens in zorg genomen.
Patiënten die ontslagen worden uit het ziekenhuis, hebben in een aantal gevallen acuut hulp nodig. Tijdig overleg en goede samenwerking zijn hier belangrijk. Als die er niet zijn, krijgt men, zoals een van de ondervraagden het uitdrukte, het gevoel dat patiënten door het ziekenhuis worden gedumpt. Eén intaker gaat iedere woensdag naar het ziekenhuis om zoveel mogelijk te bespreken wanneer cliënten naar huis komen. Donderdag moet de zorg voor het weekend geregeld worden, anders worden er geen cliënten meer aangenomen.
Er wordt doorverwezen naar tijdelijke opvang door een bejaardenhuis, bejaardenhuizen met dagopvang, naar de stichting dienstverlening ouderen thuis, tafeltje-dekje, het RIAGG en de AAW. Als cliënten jonger zijn dan 65 en ze staan twee weken op de wachtlijst worden ze doorverwezen naar de AAW, of wordt er alpha-hulp gezocht. Cliënten worden vaker geattendeerd op andere mogelijkheden, zoals particuliere hulp en mantelzorg.
Op het gebied tussen kruiswerk en gezinsverzorging is zowel sprake van goede samenwerking, waarbij bijvoorbeeld wasbeurten verdeeld worden, als van wederzijds afschuiven. Wasbeurten, hulp bij het aantrekken van steunkousen en ogendruppelen worden dan teruggespeeld naar de kruisvereniging.

Tabel 4.16: Overzicht van de maatregelen die door de instellingen voor gezinsverzorging in 1992 zijn genomen om de hoeveelheid toegekende zorg te beperken

maatregelen	aantal instellingen	(N=153)
- geen	41	(27%)
- kaasschaafmethode	67	(44%)
- schrappen/beperken van vormen van zorg	33	(22%)
- hoeveelheid hulp vroegtijdig verminderen	28	(18%)
- hulp vroegtijdig beëindigen	19	(12%)
- vaker/sneller herindiceren	49	(32%)
- groter beroep op mantelzorg	60	(39%)
- anders	33	(22%)

Door ruim 70% van de instellingen zijn in 1992 maatregelen genomen om de hoeveelheid toegekende zorg te beperken. De kaasschaaf-methode, over de hele linie wat minder zorg toekennen, is het vaakst toegepast. Daarnaast door bijna tweevijfde van de instellingen een groter beroep op de mantelzorg gedaan en door een derde wordt vaker of sneller overgegaan tot herindicatie. Andere maatregelen die door instellingen genomen zijn, betreffen het inschakelen van vrijwilligers, het tijdelijk stop zetten van de hulp of niet vervangen bij ziekte en het inschakelen van 'tafeltje-dekje' voor de maaltijdvoorziening.

Uit de gesprekken met leidinggevenden blijkt dat op allerlei manieren geprobeerd wordt om de hoeveelheid toegekende zorg te beperken. Minder persoonlijke aandacht, minder met de cliënt wandelen, slechts eens in de zes weken de ramen lappen, de lichamelijke zorg beperken: niet veel uitgebreide badbeurten, maar 'kattewasjes'. De frequentie van boodschappen doen wordt verminderd tot eens in de week. Er wordt alleen nog 's avonds gekookt, soms wordt er zelfs helemaal niet meer gekookt en doorverwezen naar tafeltje dekje. Verzorging gaat boven huishoudelijk werk. Hoge urgentie heeft boodschappen doen, de specialist bezoeken en bij incontinentie het sanitair schoonhouden. Cliënten moeten proberen zelf op ooghoogte te stoffen. De zelfredzaamheid wordt gestimuleerd. Huishoudelijke hulp komt op de achtergrond.

Bij een instelling wordt met kerst, oud en nieuw en overige vakanties de zorg gehalveerd.
Sneller herindiceren wordt wel gezien als een oplossing, maar het is een oplossing die ook weer menskracht vraagt. Een van de leidinggevenden geeft aan dat er geen tijd is voor regelmatige herindicatie. Bij de intake wordt al gekeken naar de mantelzorg.
Door meer beroep te doen op de mantelzorg worden uren uitgespaard.

Tabel 4.17: Overzicht van de maatregelen die door de instellingen voor gezinsverzorging in 1992 zijn genomen om verschuivingen tot stand te brengen in de aanwending van de beschikbare middelen

maatregelen	aantal instellingen	(N=153)
- geen	63	(41%)
- van overhead naar directe zorgverlening	29	(19%)
- binnen de directe zorgverlening	41	(27%)
- anders	33	(22%)

Door drie vijfde van de instellingen zijn maatregelen genomen om verschuivingen tot stand te brengen in de aanwending van de beschikbare middelen. De verschuivingen binnen de directe zorgverlening die door 27% van de instellingen zijn genoemd, betreffen bijna altijd verschuivingen van middelen voor traditionele hulp naar middelen voor alpha-hulp. De meest genoemde andere vormen van verschuivingen in de aanwending van middelen hebben betrekking op flexibilisering door het inzetten van uitzendkrachten, het aangaan van oproepcontracten, het inzetten van hulp op andere tijden enzovoorts. Ook wordt terugdringen van het ziekteverzuim genoemd. Het lijkt erop dat dit laatste in een aantal gevallen gelukt is, want het gemiddelde percentage ziekteverzuim is in 1992 voor zover dat nu al door de instellingen kan worden overzien iets lager dan in 1991.

Tabel 4.18: Overzicht van de maatregelen die door de instellingen voor gezinsverzorging in 1992 zijn genomen om niet-AWBZ geldstromen aan te spreken

maatregelen	aantal instellingen	(N=153)
- geen	72	(47%)
- eigen vermogen	11	(7%)
- anders	61	(40%)
- beide	6	(4%)

Iets meer dan de helft van de instellingen heeft actie ondernomen om andere geldstromen aan te boren in 1992. Het eigen vermogen (als dat er al is) wordt slechts in een beperkt aantal gevallen aangesproken. Bij de andere geldstromen gaat het vooral om allerlei subsidieregelingen. De meest genoemde afzonderlijke regelingen betreffen subsidies in het kader van de aanvullende thuiszorg en de subsidies voor reikwijdte verbreding (genoemd door 23 en achttien instellingen). Daarnaast wordt een beroep gedaan op donaties, steunfondsen en kerkelijke fondsen (vijftien keer genoemd).

In het beleid voor 1993 komen veel van de maatregelen die hierboven besproken zijn, terug. Ruim een derde van de instellingen heeft aangegeven dat men geen beleidsvoornemens heeft voor 1993 om wachtlijsten te voorkomen of te bekorten. Meer maatregelen dan we in het verleden al genomen hebben, kunnen we niet meer nemen, zei een van de contactpersonen bij de instellingen. Bij twintig instellingen zullen volgend jaar de indicatie-criteria (nog) verder aangescherpt worden. Men heeft diverse efficiëntie-verhogende maatregelen voorgenomen en er zullen (verdere) verschuivingen plaats vinden binnen de directe zorg van traditionele hulp naar alpha-hulp (elk eveneens twintig instellingen). Verder worden de volgende voornemens redelijk vaak (acht tot vijftien keer) genoemd: fusie en/of integratie, volume uitbreiding, beperking van het ziekteverzuim, sneller herindiceren, overleg en afstemming met verzekeraars en de tweede lijn, vaker verwijzen in het kader van de A.A.W. en ten slotte verschuivingen tot stand brengen van overhead naar directe zorg.

4.2.6. Omvang van wachtlijsten en kenmerken van de organisatie

In deze paragraaf wordt een eerste exploratie gegeven van enkele samenhangen met de omvang van de wachtlijstproblematiek in de gezinsverzorging. Er is daarbij gekeken naar enkele kenmerken van het werkgebied en naar kenmerken van de instellingen zelf. De kenmerken van de werkgebieden zijn de volgende:

- het percentage inwoners van zeventig jaar en ouder
- de stedelijkheid van het werkgebied
- de mate waarin instellingen geconfronteerd worden met capaciteitsproblemen bij andere instellingen in hun werkgebied.
- het aantal inwoners van zeventig jaar en ouder per full time equivalent (FTE) gezinsverzorgende/helpende.

De kenmerken van de instellingen zelf zijn de volgende:

- het aantal FTE gezinsverzorgende/helpende
- het aantal uren alpha-hulp
- het vacature-percentage voor gezinsverzorgenden/helpenden
- het aantal wel begrootte maar niet-gerealiseerde uren alpha-hulp als percentage van het aantal uren alpha-hulp
- het percentage ziekteverzuim in 1992
- de ontwikkeling van het budget in 1992 vergeleken met 1991
- de fase van integratie met kruisorganisaties.

Bij de kenmerken van het werkgebied zijn alleen enkele zwakke tot zeer zwakke correlaties gevonden met de gewogen omvang van de wachtlijsten. Al eerder is aangegeven dat er een zwakke correlatie bestaat met de indicator voor de stedelijkheid van het werkgebied: in stedelijke werkgebieden is de omvang van de wachtlijsten groter (r=.19). Als het aantal inwoners van zeventig jaar en ouder per FTE gezinsverzorgende-/helpende groter is, is ook de gewogen omvang van de wachtlijsten groter (r=.12) en als de instellingen meer geconfronteerd worden met capaciteitsproblemen bij andere instellingen, is de gewogen omvang van de wachtlijsten groter (r=.11).

Bij de kenmerken van de instellingen zelf zijn een zwakke en een wat sterkere correlatie gevonden; de andere zijn alle lager dan .10. In de eerste plaats gaat een hoger ziekteverzuim samen met een grotere gewogen omvang van de wachtlijsten (r=.31). In de tweede plaats geldt dat als het percentage vacatures voor gezinsverzorgenden/helpenden hoger is, ook de gewogen omvang van de wachtlijsten groter is (r=.22).

4.3. Regionale samenhang in het voorkomen van wachtlijsten

Door de verschillende regio-indeling van de kruisorganisaties en de instellingen voor gezinsverzorging is het niet makkelijk om de vraag te beantwoorden of er regio's aan te wijzen zijn waarin er relatief omvangrijke wachtlijsten bestaan voor de gezinsverzorging en tegelijk capaciteitsproblemen zijn bij de kruisorganisaties. Vergelijking van kaart 1 en kaart 2 geeft wel enige indicatie.
In de volgende gebieden zijn dan zowel bij de kruisorganisaties als bij de instellingen voor gezinsverzorging capaciteitsproblemen: Drenthe, Noord-oost Overijssel, het gebied rond Arnhem, het gebied rond Veenendaal en Rhenen, de zuidpunt van Zuid-Limburg, het gebied rond Eindhoven, Tilburg, Breda, Bergen op Zoom en omgeving, 's-Hertogenbosch, het gebied rond Zaltbommel en Tiel, Vianen en omgeving, Schiedam en Vlaardingen, Aalsmeer en omgeving, Haarlem, de IJmond, Hoorn en Enkhuizen en omgeving, en Purmerend en omgeving.
In tien van deze gebieden is nadere informatie ingewonnen bij huisartsen en ziekenhuizen. Daarover wordt in de volgende paragraaf gerapporteerd.

4.4. Externe validering van het voorkomen van wachtlijsten

Waar capaciteitsproblemen of wachtlijsten bestaan voor thuisverpleging en -verzorging of gezinsverzorging, zou zich dat moeten uiten bij huisartspraktijken en ziekenhuizen. Uit onderzoek naar de aansluiting tussen ziekenhuiszorg en thuiszorg en de zorgbehoefte na ontslag uit het ziekenhuis blijkt dat de schattingen van het aantal ontslagen patiënten dat nazorg van de wijkverpleging behoeft, uiteenlopen. Krijgsman (1986) noemt als ruime schatting een aantal van tien procent van de ontslagen ziekenhuispatiënten. Dat zou neer komen op het niet geringe aantal van 150.000 patiënten per jaar. Over het aantal ontslagen patiënten dat gezinsverzorging nodig heeft is niets bekend.
Huisartsen met een doorsnee praktijk van zo'n 2300 patiënten verwijzen in een periode van drie maanden een tiental patiënten naar de wijkverpleging en enkele patiënten naar de gezinsverzorging (Groenewegen e.a., 1992). Door het rechtstreeks toegankelijke karakter van wijkverpleging en gezinsverzorging zal een deel van de patiënten uit de huisartspraktijk op

eigen initiatief zich aanmelden, buiten de huisarts om.
Zoals in paragraaf 3.2 is aangegeven, zijn tien gebieden uitgekozen waar op grond van de inventarisatie verwacht mag worden dat er meer dan gemiddeld capaciteitsproblemen bij de thuisverpleging en -verzorging en/of de gezinsverzorging zijn. In deze gebieden is een aantal huisartsen en ziekenhuizen geselecteerd met wie een telefoongesprek gevoerd is om te achterhalen in hoeverre men geconfronteerd wordt met de gevolgen van deze problemen. Door het beperkte aantal gesprekken dat is gevoerd, geven deze gesprekken geen representatief beeld van de problemen die huisartsen en ziekenhuizen ervaren. De resultaten van deze ronde gesprekken zullen we hier kort bespreken.

Over het geheel genomen komt uit de gesprekken naar voren dat er betrekkelijk weinig problemen ervaren worden met het kruiswerk. Wel worden over de hele linie problemen ervaren met de gezinsverzorging. Nagenoeg alle huisartsen en ziekenhuizen hebben te maken met capaciteitsproblemen of wachtlijsten in de gezinsverzorging. Acute, kortdurende hulp is over het algemeen wel te regelen; langdurige hulp, die vooral van belang is bij bejaarden, is moeilijk of niet te krijgen. Persoonlijke interventie door de huisarts of de verantwoordelijke persoon in het ziekenhuis (dat wil zeggen: er zelf achteraan gaan en proberen de patiënt in zorg te krijgen) leidt tot resultaat bij de wijkverpleging, maar niet bij de gezinsverzorging. Goede, persoonlijke relaties tussen huisartsen en ziekenhuizen en (hoofd-)wijkverpleegkundigen en leidinggevenden gezinsverzorging lijken van belang te zijn om problemen op te kunnen lossen.

Huisartsen melden, zoals verwacht mocht worden op basis van de gegevens over het aantal verwijzingen, relatief weinig patiënten aan voor thuisverpleging en -verzorging en gezinsverzorging. Vooral in het geval van gezinsverzorging laten huisartsen de aanmelding veelal over aan de patiënt zelf of diens naasten. Zeker als de patiënten bij afwijzing van de zorgaanvraag of wanneer men minder zorg ontvangt dan men nodig acht, geen contact opnemen met de huisarts, worden huisartsen weinig geconfronteerd met de gevolgen van capaciteitsproblemen en hebben zij daar ook weinig zicht op. Het bestaan van wachtlijsten voor de gezinsverzorging in een regio blijkt dan ook niet altijd opgemerkt te worden door huisartsen. Enkele huisartsen geven aan dat ze patiënten minder snel adviseren om een beroep te doen op gezinsverzorging om geen verwachtingen te wekken waaraan niet voldaan zal kunnen worden.
Het lijkt erop dat hometeams, het reguliere overleg tussen huisartsen en

andere hulpverleners in de eerste lijn, uit elkaar vallen. Uit de gesprekken blijkt dat er in veel gevallen wel regulier overleg met de wijkverpleging en gezinsverzorging heeft bestaan, maar dat dat overleg 'dood gebloed' is. Als er overleg is, is dat veelal informeel of ad hoc naar aanleiding van een specifieke patiënt. Wel stammen die informele contacten uit de tijd dat er nog wel regulier overleg bestond. Dat brengt nieuw gevestigde huisartsen in een relatief ongunstige positie, omdat zij niet kunnen voort bouwen op de contacten die in het verleden zijn ontstaan.
Ofschoon er geen 'harde' uitspraken gedaan kunnen worden door de aard van de selectie en het aantal huisartsen met wie gesproken is, lijkt het erop dat huisartsen die een geregionaliseerde praktijk hebben, minder problemen hebben met de wijkverpleging dan huisartsen wier praktijk over een groter gebied verspreid is en die dus met meer verschillende teams van wijkverpleegkundigen te maken hebben. Als huisartsen problemen hebben met de wijkverpleging dan betreft dat het verkrijgen van avond- en nachtzorg, het verloop onder wijkverpleegkundigen waardoor verschillende personen aan hetzelfde bed komen, en problemen rond het aanleggen van infusen en het zetten van injecties. Het laatste heeft echter minder met capaciteitsproblemen te maken dan met het hanteren van de regelgeving. Slechts in een geval is erop gewezen dat de indruk bestond dat de jeugdgezondheidszorg onder druk komt te staan. Wel is enkele malen gewezen op de kwetsbaarheid van de bestaande relaties. Verdere bezuinigingen zouden een bestaande, goede relatie met een wijkverpleegkundige of coördinator van de thuiszorg kunnen beëindigen.

Ziekenhuizen melden veel meer patiënten aan voor thuisverpleging en -verzorging dan wel gezinsverzorging dan huisartsen. Toch valt daar in kwantitatieve zin niet zoveel over te zeggen omdat de aanmeldingen voor thuisverpleging en -verzorging loopt via de verpleegafdeling waar de patiënt opgenomen is. In principe hebben we met slechts een verpleegafdeling gesproken (de afdeling interne geneeskunde). De aanmelding van patiënten voor thuisverpleging en -verzorging loopt in bijna alle gevallen via het hoofd van de verpleegafdeling; voor gezinsverzorging loopt de aanmelding via het ziekenhuis-maatschappelijk werk.
Het verkrijgen van wijkverpleegkundige zorg levert in de meeste gevallen weinig problemen op. Afspraken over tijdige aanmelding voor het ontslag dragen daartoe bij (bijvoorbeeld als regel drie dagen voor het verwachte ontslag of uiterlijk op donderdag voor degenen die voor het weekend ontslagen worden). Bij een aantal ziekenhuizen bestaat de indruk dat de problemen om wijkverpleegkundige zorg voor patiënten te krijgen in het

afgelopen jaar toegenomen zijn of dat er minder zorg per patiënt geleverd kan worden. Ingewikkelde medisch-technische of verpleegkundige problemen worden enkele malen als knelpunt genoemd. Als patiënten niet direct in zorg genomen kunnen worden leidt dat soms tot uitstel van het ontslag, meer beroep op de mantelzorg, tijdelijke opvang in verpleeghuis of bejaardenoord (waar ook capaciteitsproblemen zijn) of het inschakelen van particuliere verpleegkundige hulp. In de meeste gevallen is er zowel regulier overleg als informeel of ad hoc overleg met de wijkverpleging.
De ziekenhuizen worden nadrukkelijk geconfronteerd met wachtlijsten in de gezinsverzorging. Er wordt gesproken van grote problemen die ook al langere tijd bestaan. Patiënten moeten soms langer dan nodig in het ziekenhuis blijven, toch naar huis zonder dat professionele hulp geregeld is, er wordt meer beroep gedaan op de mantelzorg, en er wordt geadviseerd om particuliere hulp in te schakelen. Er is in veel mindere mate sprake van regulier overleg dan het geval is met de wijkverpleging. Het ad hoc overleg wordt soms overschaduwd door irritaties die voort komen uit het feit dat patiënten niet door de gezinsverzorging kunnen worden geholpen.

Als we op het niveau van de geselecteerde gebieden kijken, dan blijkt dat in alle gebieden met name door de ziekenhuizen wel problemen met wachtlijsten in de gezinsverzorging worden ervaren. Het feit dat de omvang van deze wachtlijsten van gebied tot gebied verschilt, maakt verder weinig uit. Door de werkwijze van de wijkverpleging - de kaasschaaf wordt gehanteerd - ervaren huisartsen en ziekenhuizen op dat gebied veel minder problemen. In het ene gebied dat geselecteerd is omdat daar een wachtlijst voor thuisverpleging en -verzorging is ingesteld, worden zowel door ziekenhuis als huisarts de gevolgen daarvan gemerkt.
In een gebied wordt zowel door een van de huisartsen als door de contactpersoon bij een van de ziekenhuizen gemeld dat men problemen ervaart met de kwaliteit van de gezinsverzorging als gevolg van de inzet van uitzendkrachten.
In een van de regio's waar een grote wachtlijst voor gezinsverzorging bestaat, wordt door de contactpersoon in het ziekenhuis een waslijst aan problemen en irritaties gemeld (waaronder problemen met de bereikbaarheid, wisselingen van personeel, niet melden als door ziekte de hulpverlening niet kan door gaan etc.). Een van de huisartsen in die regio merkt op dat zijn patiënten veel klagen over de gezinsverzorging.

5. CONCLUSIES

Bij kruisorganisaties zijn er tot nu toe nauwelijks wachtlijsten. Wachtlijsten alvorens indicatiestelling kan plaats vinden, zijn er niet bij het kruiswerk. Bij meer dan 70% van de organisaties vindt de indicatiestelling binnen 24 uur plaats. Bij zes kruisorganisaties is overgegaan tot het hanteren van een wachtlijst na indicatiestelling. In totaal staan er 17 mensen op de wachtlijst voor wijkverpleging en 29 voor hulpmiddelen. Daarnaast is er nog wel sprake van niet als zodanig benoemde wachtlijsten; bij één kruisorganisatie moeten nog 9 mensen wachten voor zij in zorg genomen worden en bij elf kruisorganisaties moeten nog in totaal 159 mensen op hulpmiddelen wachten. De wachttijden in het kruiswerk zijn betrekkelijk gering (vijf dagen voor wijkverpleging en zeven dagen voor hulpmiddelen gemiddeld).
Bij instellingen voor gezinsverzorging zijn er al jaren wachtlijsten en hun totale omvang is niet gering. Bij 23 instellingen is er een wachtlijst voor indicatiestelling. In totaal staan daar 1289 huishoudens op met een gemiddelde wachttijd van twaalf dagen. Bij 125 instellingen zijn er wachtlijsten voor positief geïndiceerde huishoudens. Daarop staan in totaal 12.521 huishoudens, waarvan 7581 huishoudens voor traditionele hulp en 4940 voor alpha-hulp. De gemiddelde wachttijd voor traditionele hulp is 45 dagen en voor alpha-hulp 90 dagen.

In de loop van de tijd is er een toename van het aantal kruisorganisaties dat een wachtlijst hanteert; een jaar geleden waren het er nog maar twee. Bij de instellingen voor gezinsverzorging is het aantal huishoudens dat op een wachtlijst voor indicatiestelling staat, van december 1991 tot december 1992 toegenomen van 669 naar 1289; het aantal instellingen dat zo'n wachtlijst heeft is toegenomen van achttien naar 23. De omvang van de wachtlijsten van positief geïndiceerden is voor alpha-hulp toegenomen van 3570 tot 4940 huishoudens; de gemiddelde duur van de wachttijd is bijna een week toegenomen. De wachtlijst van positief geïndiceerden voor traditionele hulp is slechts licht gestegen in het afgelopen jaar: van 7459 huishoudens in december 1992 tot 7581 in december 1992, maar er was een piek in juni 1992 van 7982 huishoudens. De duur van de wachttijd is een week gestegen.

De zes kruisorganisaties die expliciet wachtlijsten hanteren zijn niet geconcentreerd in bepaalde delen van het land. Voor de instellingen voor gezinsverzorging geldt dat de grootste wachtlijsten (gewogen voor het aantal huishoudens in zorg, om rekening te houden met de omvang van de instellingen) wel enig geografisch patroon laten zien. Ze zijn geconcentreerd aan de zuid, oost- en noordrand van de Randstad (respectievelijk Rotterdam en omgeving, Amersfoort en omgeving en Amsterdam en Haarlem). Verder zijn er relatief omvangrijke wachtlijsten in de Bommelerwaard, in Breda en omgeving, Sittard, op Walcheren en in Enschede en omgeving. Er blijkt een zwakke samenhang te zijn tussen de mate van stedelijkheid van een gebied en de (gewogen) omvang van de wachtlijsten: in meer stedelijke gebieden zijn er omvangrijkere wachtlijsten.
Omdat er bij kruisorganisaties nog nauwelijks sprake is van het hanteren van wachtlijsten is het moeilijk om te zeggen of er in Nederland gebieden zijn waar wachtlijsten in de thuiszorg samenvallen. In het geval van de kruisorganisaties is een schaal samengesteld die de aanwezigheid van capaciteitsproblemen weergeeft. Deze is echter grotendeels gebaseerd op de eigen inschatting van de organisaties of er een discrepantie tussen vraag en aanbod in hun werkgebied is en op feit of er maatregelen genomen zijn om de instroom van cliënten of de hoeveelheid toegekende zorg te beperken. Het blijkt dat er verspreid over het land gebieden voorkomen waarin capaciteitsproblemen bij het kruiswerk en relatief omvangrijke wachtlijsten bij de gezinsverzorging samenvallen.

Van de zes kruisorganisaties die expliciet een wachtlijst hanteren, gebruiken er drie de volgorde van aanmelding als criterium voor de plaats op de wachtlijst; vier van de zes hanteren (daarnaast) op urgentie gebaseerde criteria. Van de 125 instellingen voor gezinsverzorging die een wachtlijst voor positief geïndiceerden hanteren, gebruikt een derde de volgorde van aanmelding als criterium. Bij vrijwel alle instellingen spelen urgentiecriteria een rol. Zestien procent van de instellingen houden ook rekening met het inkomen van het huishouden.

Voor beide werksoorten geldt dat ruim zeventig procent van de instellingen in 1992 maatregelen genomen heeft om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen. Deze maatregelen zijn op te delen in maatregelen om de instroom van cliënten te beperken, de hoeveelheid toegekende zorg te beperken, de aanwending van de beschikbare middelen te verschuiven en om andere financieringsbronnen aan te boren. De belangrijkste maatregel om de instroom van cliënten te beperken zijn het aanscherpen

van de indicatiestelling en specifiek in het geval van de gezinszorg mensen door te verwijzen in het kader van de A.A.W. 86% van de instellingen voor gezinsverzorging hebben in totaal 6032 personen in het kader van de A.A.W. verwezen voor een gemiddelde van tien uren hulp per week.
De hoeveelheid toegekende zorg wordt vooral beperkt door een groter beroep te doen op de mantelzorg en het hanteren van de kaasschaafmethode (dat wil zeggen iedereen wat minder). Verschuivingen in de aanwending van beschikbare middelen vinden meer plaats bij de kruisorganisaties dan bij de instellingen voor gezinsverzorging. Binnen het kruiswerk is dat vooral van overhead naar directe zorg en in de gezinsverzorging binnen de directe zorg, in de praktijk van traditionele hulp naar alpha-hulp. Bijna 40% van de kruisorganisaties heeft het eigen vermogen aangesproken en ruim tien procent van de instellingen voor gezinsverzorging deed dat. Daarnaast is er een veelheid aan subsidieregelingen waarvan gebruik wordt gemaakt.
De beleidsvoornemens voor 1993 liggen in dezelfde sfeer als de hier kort aangeduide maatregelen.

Binnen het kader van dit rapport is slechts een eerste exploratie van samenhangen van de wachtlijstproblematiek dan wel capaciteitsproblemen gemaakt. In het geval van de kruisorganisaties komen daar alleen twee zwakke samenhangen uit. Vermeldenswaard is dat kruisorganisaties die vaker geconfronteerd worden met de gevolgen van capaciteitsproblemen van andere instellingen in hun werkgebied (waaronder de instellingen voor gezinsverzorging), zelf ook meer capaciteitsproblemen hebben. Dezelfde relatie wordt gevonden voor de instellingen van gezinszorg; daar geldt dat de omvang van de wachtlijsten groter is, als er meer andere capaciteitsproblemen in het werkgebied zijn. Voor de instellingen voor gezinsverzorging zijn meer en sterkere samenhangen gevonden. De sterkste is die met het percentage ziekteverzuim: als dat hoger is, is ook de gewogen omvang van de wachtlijsten groter. Verder geldt dat het percentage vacatures voor gezinsverzorgenden of -helpenden samenhangt met de omvang van de wachtlijstproblematiek. Deze uitkomsten wijzen op het belang van de ontwikkeling van beleid op het gebied van ziekteverzuim en arbeidsmarkt.

Dat instellingen en hulpverleners wederzijds geconfronteerd worden met de gevolgen van elkaars capaciteitsproblemen is niet verwonderlijk. Mensen moeten immers ergens naar toe als er problemen zijn. Van dit

simpele gegeven is gebruik gemaakt voor een validering van het optreden van capaciteitsproblemen. In tien gebieden zijn telefoongesprekken gevoerd met huisartsen en medewerkers van ziekenhuizen. Verder zijn in deze gebieden ook gesprekken gevoerd met hoofdwijkverpleegkundigen en leidinggevenden in de gezinsverzorging. Deze gesprekken bevestigen het beeld dat hierboven geschetst is op basis van de informatie die door contactpersonen bij de instellingen is verschaft. Huisartsen en ziekenhuizen ondervinden relatief weinig problemen met het kruiswerk, zeker wanneer goede onderlinge relaties bestaan. Huisartsen hebben over het algemeen gesproken weinig zicht op problemen in de gezinsverzorging, omdat de aanmelding van cliënten via de cliënten zelf loopt. Ziekenhuizen ondervinden op dit gebied wel veel problemen; bij hen lopen de aanmeldingen veelal via het maatschappelijk werk van het ziekenhuis. In acute situaties blijkt hulp van tijdelijke duur veelal wel te regelen te zijn.
Over de relaties tussen kruiswerk en gezinsverzorging kan men zeggen dat er wederzijds pogingen gedaan worden om cliënten die in het grijze gebied tussen beide werksoorten zitten, naar de ander door te schuiven.

Al met al kan men concluderen dat er omvangrijke wachtlijsten bestaan voor gezinsverzorging. Bij de regionale kruisorganisaties bestaan er nog nauwelijks wachtlijsten, maar zijn en worden wel maatregelen genomen om de vraag naar zorg en de beschikbare capaciteit in evenwicht te houden. De schatting die we in de inleiding van dit rapport aanhaalden en die gewag maakt van een gezamenlijke omvang van de wachtlijsten van 30.000 tot 50.000 mensen blijkt een overschatting te zijn.

Het bestaan van omvangrijke wachtlijsten voor gezinsverzorging en van maatregelen om de instroom en de hoeveelheid zorg te beperken bij beide werksoorten noodzaakt tot 'keuzen in de zorg'. Het maken van die keuzen ligt tot nu toe bij de instellingen en organisaties zelf. Op dit moment is er in bredere zin een discussie gaande over keuzen in de zorg. Het is van belang dat daarin ook de thuiszorg wordt betrokken. Prioriteitsstelling en normstelling dienen in die discussie verder verhelderd te worden. Het eerste heeft vooral betrekking op de vraag welke mensen of huishoudens met voorrang geholpen moeten worden en welke op een wachtlijst geplaatst kunnen worden; normstelling heeft vooral betrekking op de aard, hoeveelheid en tijdstip van de te verlenen zorg. In de discussie rond deze thema's kan ook de mening van gebruikers en potentiële gebruikers van de zorg, die in dit inventariserend onderzoek buiten beschouwing is gebleven, een rol spelen.

Geraadpleegde literatuur

APPELMAN, A., H. LIGTENBERG, B. VAN BERGEN & L. HOLLANDS, Ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging, Lochem, Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom, 1989.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK, Statistisch Jaarboek 1992, 's-Gravenhage, SDU, 1992.

COMMISSIE POSITIEBEPALING BEROEP VAN VERPLEEGKUNDIGE EN VERZORGENDE, In hoger beroep: perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen, Rijswijk, Ministerie van WVC, 1991.

COMMISSIE KEUZEN IN DE ZORG, Kiezen en delen, deel 2: Uitgewerkt rapport, 's-Gravenhage, DOP, 1991.

GENEESKUNDIGE INSPECTIE VOOR DE GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID, Knelpunten in de psychogeriatrie, Rijswijk, GIGV, 1990.

GERRITSE, A.J., Behoefte aan verpleeghuisbedden in de jaren negentig, Het Ziekenhuis, 1989, 15, 660-666.

GROENEWEGEN, P.P. & D.H. DE BAKKER, De zorg voor mensen thuis, in: STG, Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg, deel 2: achtergrondstudies, Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 1992.

GROENEWEGEN, P.P., D.H. DE BAKKER & J. VAN DER VELDEN, Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport verrichtingen in de huisartspraktijk, Utrecht, NIVEL, 1992.

KOOIKER, S.E., Het gebruik van eerstelijnszorg en ambulante specialistische zorg 1974-2005; trends en ramingen, in: STG, Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg, deel 2: achtergrondstudies, Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 1992.

KRIJGSMAN, R., Georganiseerde nazorg in Nederland; een inventarisatie van vormen van wijkverpleegkundige nazorg, Utrecht, NIVEL, 1986.

LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG, Informatiebulletin no. 30 inzake gegevens ontleend aan de subsidieberekeningen van de instellingen voor gezinsverzorging over de 13e administratieve periode 1989, Bunnik, LVT, 1990.

MAESSEN, P.J.J., Bezuinigingen op de gezinsverzorging: besluitvorming in de verzorgingsstaat, Leiden, RUL, proefschrift.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR, Rapportage van een inventarisatieronde gehouden onder alle instellingen voor gezinsverzorging. Rijswijk, Ministerie van WVC, 1987.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR, Van samenwerken naar samengaan: gezinsverzorging en kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg; een heroverwegingsonderzoek, Rijswijk, Ministerie van WVC, 1990.

MULDER, P.H., Bibliografie gezinsverzorging, Utrecht, NIVEL, 1991.

NIVEL, Naar een sterkere eerste lijn, deel I: het overheidsbeleid, Utrecht, NIVEL, 1987.

STICHTING CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING, Zorg op maat; verslag van een schriftelijke enquête onder alle instellingen voor gezinsverzorging naar aanwezige hulpvormen en samenwerking met andere voorzieningen, Driebergen, CRG, 1987.

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG, Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg, deel 1: hoofdrapport, Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 1992.

TITS, M. VAN & W. GROOT, Zorgen om kruiswerk en verzorging, Tijdschrift voor Ziekenverzorgenden, 1991, 2, 56-59.

VEERMAN, T.J., Ziekteverzuim in de gezinsverzorging, Amsterdam, NIA, 1989.

VERKAAR, E., P. SLINGELAND & F VAN AMELSVOORT, Van samengaan naar samen werken: modellen voor een geïntegreerd zorgaanbod, Utrecht, NIZW, 1992.

VORST-THIJSSEN, T., A. VAN DEN BRINK-MUINEN & A. KERKSTRA, Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland, Utrecht, NIVEL, 1990.

BIJLAGEN

1. Vragenlijst kruisorganisaties
2. Vragenlijst gezinsverzorging

DEZE VRAGENLIJST **NIET** TERUGSTUREN, U WORDT ZELF GEBELD

ONDERZOEK WACHTLIJST PROBLEMATIEK THUISZORG

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946
telefax: 030 319290

Vragenlijst voor de **kruisorganisaties**

Instellingsnummer ☐ ☐ ☐

Soort instelling:

1. Kruiswerk

2. Kruiswerk en Gezinsverzorging geïntegreerd (in dit geval dient ook de afzonderlijke vragenlijst voor de gezinsverzorging beantwoord te worden)

3. Gezinsverzorging (in dit geval dient u deze vragenlijst niet te beantwoorden, maar telefonisch de aparte vragenlijst voor de gezinsverzorging op te vragen)

A. Registratie van aanmeldingen

We willen graag eerst enkele vragen stellen over de registratie van aanmeldingen, dus nog afgezien van de vraag of er een wachtlijst is en hoeveel personen daarop staan.

- Bestaat er binnen de instelling een procedure voor registratie van aanmeldingen van hulpvragen?
  . ja
  . nee

- Indien ja, vindt de registratie van aanmeldingen centraal plaats voor het hele werkgebied van de instelling of decentraal?
  . centraal
  . decentraal

- Indien registratie van aanmeldingen decentraal plaats vindt: zijn er delen van het werkgebied waarin geen registratie van aanmeldingen plaats vindt?
  . ja
  . nee

- Hoeveel aanvragen voor hulp heeft uw instelling in 1992 gehad?
  .....aanvragen

- Hoeveel van deze aanvragen zijn in 1992 afgewezen vanwege het ontbreken van een positieve indicatie voor hulpverlening?
  ..... aanvragen

B. Inventarisatie van de omvang van de wachtlijstproblematiek

I. Eerste type wachtlijst

Binnen dit onderdeel gaat het om twee soorten wachtlijsten. Het eerste type wachtlijst wordt als volgt gedefinieerd:
De wachtlijst bevat personen die zich met een hulpvraag bij de instelling hebben aangemeld, maar bij wie nog geen indicatiestelling heeft plaatsgevonden (met andere woorden in afwachting van indicatiestelling).

- Bestaat er binnen de instelling een wachtlijst voordat indicatiestelling kan plaats vinden?
  . ja
  . nee

- Hoeveel personen staan op dit moment op deze wachtlijst?
  ..... personen

- Wat is de gemiddelde wachttijd tussen aanmelding of aanvraag en indicatiestelling?
  .... dagen

- Hoeveel personen stonden er een half jaar geleden (1 juni 1992) op deze wachtlijst?
  ..... personen

- Wat was de gemiddelde wachttijd tussen aanmelding of aanvraag en indicatiestelling op dat moment?
  ..... dagen

- Hoeveel personen stonden er een jaar geleden (1 december 1991) op deze wachtlijst?
  ..... personen

- Wat was de gemiddelde wachttijd tussen aanmelding of aanvraag en indicatiestelling op dat moment?
  ..... dagen

II. Tweede type wachtlijst

Het tweede type wachtlijst wordt als volgt gedefinieerd:
De wachtlijst bevat personen die reeds positief geïndiceerd zijn door de instelling en (nog) geen hulp ontvangen. Voor deze personen geldt dat zij hun aanvraag niet hebben ingetrokken en/of niet zijn doorverwezen (met andere woorden in afwachting van hulpverlening).

- Bestaat er binnen de instelling een wachtlijst voor personen met een positieve indicatie voor zorg?
  . ja
  . nee

- Hoeveel personen staan er op dit moment op de wachtlijst:
  .... personen voor thuisverpleging/verzorging
  .... personen voor het lenen van hulpmiddelen (rolstoel, hoog-laag bed e.d.)

- Wat is de gemiddelde wachttijd tussen indicatiestelling en aanvang van de zorg?
  .... dagen voor thuisverpleging/verzorging
  .... dagen voor het lenen van hulpmiddelen

- Bestaan er wachtlijsten voor specifieke patiëntencategorieën?
  . nee
  . ja, voor .....
  .....
  .....

- Hoeveel personen stonden een half jaar geleden (1 juni 1992) op de wachtlijst voor **thuisverpleging/verzorging**?
  ..... personen

- Wat was de gemiddelde wachtijd tussen indicatiestelling en aanvang van de zorg voor thuisverpleging/verzorging op dat moment?
  ..... dagen

- Hoeveel personen stonden een jaar geleden (1 december 1991) op de wachtlijst voor **thuisverpleging/verzorging**?
  ..... personen

- Wat was de gemiddelde wachttijd tussen indicatiestelling en aanvang van de zorg voor thuisverpleging/verzorging op dat moment?
  ..... dagen

C. Criteria voor plaatsing op wachtlijst van positief geïndiceerden (voor de instellingen die wachtlijsten hebben na positieve indicatie voor thuisverpleging/verzorging)

- Vindt plaatsing op de wachtlijst als regel plaats naar volgorde van aanmelding?
  . ja
  . nee

- Worden personen met een hogere mate van urgentie hoger op de wachtlijst geplaatst?
  . nee
  . ja, er wordt gelet op de omvang/ernst/duur van de uitval
  . ja, er wordt gelet op het ontbreken van eigen mogelijkheden ondermeer in de sfeer van mantelzorg
  . ja, er wordt gelet op het spoedeisende karakter van de hulpvraag (is uitstel al dan niet mogelijk)
  . ja, er wordt gelet op de nadelige gevolgen van het uitblijven van hulp
  . ja, als opname voorkomen kan worden
  . ja, anders .....
  .....
  .....
  .....
  .....

- Worden personen die zorg ontvangen van de gezinsverzorging lager op de wachtlijst geplaatst?
  . ja
  . nee

- Worden personen op de hoogte gesteld van het feit dat zij op een wachtlijst geplaatst worden en van de verwachte duur ervan?
  . ja, mondeling
  . ja, schriftelijk
  . nee

D. Spreiding binnen het werkgebied van de instelling
(voor de instellingen die wachtlijsten hebben na positieve indicatie voor thuisverpleging/verzorging)

- Zijn de wachtlijsten geconcentreerd in bepaalde delen van het werkgebied van de instelling?
  . nee, het komt in gelijke mate overal voor
  . ja, aangeven in welke gemeenten of plaatsen .....

- Indien de concentraties zich in een deel of delen van een stad voordoen, kunt u dan aangeven in welk deel/delen? .....

- Wordt u weleens geconfronteerd met gevolgen/effecten van wachtlijsten danwel capaciteitsproblemen bij andere instellingen in het werkgebied?
  - bij gezinsverzorging
    . nooit/regelmatig/vaak
  - bij ziekenhuizen
    . nooit/regelmatig/vaak
  - bij verpleeghuizen voor somatische patiënten
    . nooit/regelmatig/vaak
  - bij verpleeghuizen voor geriatrische patiënten
    . nooit/regelmatig/vaak
  - bij verzorgingshuizen
    . nooit/regelmatig/vaak
  - bij dagbehandeling/dagopvang
    . nooit/regelmatig/vaak
  - bij andere instellingen, te weten .....
    . nooit/regelmatig/vaak

E. Beleid

- Indien uw instelling geen wachtlijst heeft, is dat dan een gevolg van een expliciet beleid om geen wachtlijst in te stellen of is er geen discrepantie tussen het aantal aanmeldingen en de capaciteit van uw instelling?
  . expliciet beleid om geen wachtlijst in te stellen
  . geen discrepantie tussen aantal aanmeldingen en capaciteit

- Zijn er in 1992 concrete maatregelen genomen om de discrepantie tussen het aantal aanmeldingen en de capaciteit van uw instelling op te vangen?
  . nee
  . ja

- Zijn er in 1992 concrete maatregelen genomen om de instroom van nieuwe cliënten te beperken?
  . nee
  . ja, de indicatiecriteria zijn aangescherpt
  . ja, er is een cliëntenstop ingesteld voor patiënten die door ziekenhuizen kort voor ontslag aangemeld worden
  . ja, er is een algemene cliëntenstop ingesteld
  . ja, personen worden doorverwezen naar de gezinsverzorging
  . ja, personen worden naar andere instanties doorverwezen, te weten .....
  . ja, andere maatregelen .....

- Zijn er in 1992 concrete maatregelen genomen om de hoeveelheid toegekende zorg te beperken?
  . nee
  . ja, er wordt minder zorg verleend dan geïndiceerd over de hele linie (zgn. kaasschaafmethode)
  . ja, bepaalde vormen van zorg zijn geschrapt of drastisch beperkt (zo ja, welke vormen.....)
  . ja, de hoeveelheid hulp wordt vroegtijdig verminderd
  . ja, de hulp wordt vroegtijdig beëindigd
  . ja, er wordt vaker/sneller overgegaan tot herindicatie
  . ja, er wordt een groter beroep gedaan op de mantelzorg
  . ja, andere maatregelen.....

- Zijn er in 1992 concrete maatregelen genomen om verschuivingen tot stand te brengen in de aanwending van de beschikbare middelen?
  . nee
  . ja, van middelen voor overhead naar middelen voor directe zorgverlening
  . ja, binnen de middelen voor directe zorgverlening
  . ja, anders .....

- Zijn er in 1992 concrete maatregelen genomen om niet-AWBZ geldstromen aan te spreken?
  . nee
  . ja, eigen vermogen
  . ja, anders .....

- Welke beleidsvoornemens zijn er door de instelling genomen om in het komende jaar wachtlijsten te voorkomen of te bekorten?

  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....

F. Kenmerken van de organisatie

- aantal FTE's wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden
  ....
- aantal FTE's vacatures wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden
  ....
- percentage ziekteverzuim wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden in 1991
  ....
- percentage ziekteverzuim wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden in 1992
  ....
- zijn er activiteiten met betrekking tot een integratie op uitvoerend niveau van de gezinsverzorging en het kruiswerk?
  . nee
  . ja, in voorbereiding
  . ja, in uitvoering
  . ja, gerealiseerd

- wat is vergeleken met vorig jaar de ontwikkeling van het budget van uw instelling?
  . ..... % gedaald
  . gelijk gebleven
  . ..... % gestegen

- aantal personen in zorg op 01-12-1992:
  .....

- wordt er in de organisatie gewerkt met aparte intake teams?
  . ja
  . nee

DEZE VRAGENLIJST **NIET** TERUGSTUREN, U WORDT ZELF GEBELD

ONDERZOEK WACHTLIJST PROBLEMATIEK THUISZORG

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946
telefax: 030 319290

Vragenlijst voor de **gezinsverzorging**

Instellingsnummer ☐ ☐ ☐

Soort instelling:

1. Gezinsverzorging

2. Kruiswerk en Gezinsverzorging geïntegreerd (in dit geval dient ook de afzonderlijke vragenlijst voor het kruiswerk ingevuld te worden)

3. Kruiswerk (in dit geval dient u deze vragenlijst niet te beantwoorden, maar telefonisch de aparte vragenlijst voor het kruiswerk op te vragen)

A. Registratie van aanmeldingen

We willen graag eerst enkele vragen stellen over de registratie van aanmeldingen, dus nog afgezien van de vraag of er een wachtlijst is en hoeveel huishoudens daarop staan.

- Bestaat er binnen de instelling een procedure voor registratie van aanmeldingen van hulpvragen?
  . ja
  . nee

- Indien ja, vindt de registratie van aanmeldingen centraal plaats voor het hele werkgebied van de instelling of decentraal?
  . centraal
  . decentraal

- Indien registratie van aanmeldingen decentraal plaats vindt: zijn er delen van het werkgebied waarin geen registratie van aanmeldingen plaats vindt?
  . ja
  . nee

- Hoeveel aanvragen voor hulp heeft uw instelling in 1992 gehad?
  ..... aanvragen

- Hoeveel van deze aanvragen zijn, in 1992, afgewezen vanwege het ontbreken van een positieve indicatie?
  ..... aanvragen

B. Inventarisatie van de omvang van de wachtlijstproblematiek

I. Eerste type wachtlijst

Binnen dit onderdeel gaat het om twee soorten wachtlijsten. Het eerste type wachtlijst wordt als volgt gedefinieerd:
De wachtlijst bevat huishoudens die zich met een hulpvraag bij de instelling hebben aangemeld, maar waar nog geen indicatiestelling heeft plaatsgevonden (met andere woorden in afwachting van indicatiestelling).

- Bestaat er binnen de instelling een wachtlijst voordat indicatiestelling kan plaats vinden?
  . ja
  . nee

- Hoeveel huishoudens staan op dit moment op deze wachtlijst?
  ..... huishoudens

- Wat is de gemiddelde wachttijd tussen aanmelding of aanvraag en indicatiestelling?
  ..... dagen

- Hoeveel huishoudens stonden er een half jaar geleden (1 juni 1992) op deze wachtlijst?
  ..... huishoudens

- Wat was de gemiddelde wachttijd tussen aanmelding of aanvraag en indicatiestelling op dat moment?
  ..... dagen

- Hoeveel huishoudens stonden er een jaar geleden (1 december 1991) op deze wachtlijst?
  ..... huishoudens

- Wat was de gemiddelde wachttijd tussen aanmelding of aanvraag en indicatiestelling op dat moment?
  ..... dagen

II. Tweede type wachtlijst

Het tweede type wachtlijst wordt als volgt gedefinieerd:
De wachtlijst bevat huishoudens die reeds positief geïndiceerd zijn door de instelling en (nog) geen hulp ontvangen. Voor deze huishoudens geldt dat zij hun aanvraag niet hebben ingetrokken en/of niet zijn doorverwezen (met andere woorden in afwachting van hulpverlening).

- Bestaat er binnen de instelling een wachtlijst voor huishoudens met een positieve indicatie voor zorg?
  . ja
  . nee

- Hoeveel huishoudens staan er op dit moment op de wachtlijst en voor welk type hulp:
  .... huishoudens voor traditionele hulp (inclusief gespecialiseerde gezinsverzorging)
  .... huishoudens voor alpha-hulp

- Wat is de gemiddelde wachttijd tussen indicatiestelling en aanvang van de zorg?
  .... dagen voor traditionele hulp
  .... dagen voor alpha-hulp

- Hoeveel huishoudens stonden een half jaar geleden (1 juni 1992) op deze wachtlijst en voor welk type hulp?
  ..... huishoudens voor traditionele hulp (inclusief gespecialiseerde gezinsverzorging)
  ..... huishoudens voor alpha-hulp

- Wat was de gemiddelde wachttijd tussen indicatiestelling en aanvang van de zorg op dat moment?
  ..... dagen voor traditionele hulp
  ..... dagen voor alpha-hulp

- Hoeveel huishoudens stonden een jaar geleden (1 december 1991) op deze wachtlijst en voor welk type hulp?
  ..... huishoudens voor traditionele hulp (inclusief gespecialiseerde gezinsverzorging)
  ..... huishoudens voor alpha-hulp

- Wat was de gemiddelde wachtijd tussen indicatiestelling en aanvang van de zorg op dat moment?
  ..... dagen voor traditionele hulp
  ..... dagen voor alpha-hulp

- Hoeveel personen werden er in 1992 doorverwezen in het kader van de A.A.W.-regeling?
  . geen zorgverwijzingen naar AAW
  . .... zorgverwijzingen naar de AAW

- Hoeveel uren hulp per week wordt gemiddeld per persoon via de AAW verstrekt?
  . ... uren per week

C. Criteria voor plaatsing op wachtlijst van positief geïndiceerden
(voor de instellingen die wachtlijsten hebben na positieve indicatie voor zorgverlening)

- Vindt plaatsing op de wachtlijst als regel plaats naar volgorde van aanmelding?
  . ja
  . nee

- Worden huishoudens met een hogere mate van urgentie hoger op de wachtlijst geplaatst?
  . nee
  . ja, er wordt gelet op de omvang/ernst/duur van de uitval
  . ja, er wordt gelet op het ontbreken van eigen mogelijkheden ondermeer in de sfeer van mantelzorg
  . ja, er wordt gelet op het spoedeisende karakter van de hulpvraag (is uitstel al dan niet mogelijk)
  . ja, er wordt gelet op de nadelige gevolgen van het uitblijven van hulp
  . ja, als opname voorkomen kan worden
  . ja, anders .....
  .....
  .....
  .....
  .....

- Worden huishoudens die zorg ontvangen van het kruiswerk lager op de wachtlijst geplaatst?
  . ja
  . nee

- Worden huishoudens met een hoger inkomen lager op de wachtlijst geplaatst?
  . ja
  . nee

- Worden huishoudens op de hoogte gesteld van het feit dat zij op een wachtlijst geplaatst worden en van de verwachte duur ervan?
  . ja, mondeling
  . ja, schriftelijk
  . nee

D. Spreiding binnen het werkgebied van de instelling
(voor de instellingen die wachtlijsten hebben na positieve indicatie voor zorgverlening)

- Zijn de wachtlijsten geconcentreerd in bepaalde delen van het werkgebied van de instelling?
  . nee, het komt in gelijke mate overal voor
  . ja, aangeven in welke gemeenten of plaatsen .....

- Indien de concentraties zich in een deel of delen van een stad voordoen, kunt u dan aangeven in welk deel/delen? .....

- Wordt u weleens geconfronteerd met gevolgen/effecten van wachtlijsten danwel capaciteitsproblemen bij andere instellingen in het werkgebied?
  - bij kruisorganisaties
    . nooit/regelmatig/vaak
  - bij ziekenhuizen
    . nooit/regelmatig/vaak
  - bij verpleeghuizen voor somatische patiënten
    . nooit/regelmatig/vaak
  - bij verpleeghuizen voor geriatrische patiënten
    . nooit/regelmatig/vaak
  - bij verzorgingshuizen
    . nooit/regelmatig/vaak
  - bij dagbehandeling/dagopvang
    . nooit/regelmatig/vaak
  - bij andere instellingen, te weten .....
    . nooit/regelmatig/vaak

E. Beleid

- Indien uw instelling geen wachtlijst heeft, is dat dan een gevolg van een expliciet beleid om geen wachtlijst in te stellen of is er geen discrepantie tussen het aantal aanmeldingen en de capaciteit van uw instelling?
  . expliciet beleid om geen wachtlijst in te stellen
  . geen discrepantie tussen aantal aanmeldingen en capaciteit

- Zijn er in 1992 concrete maatregelen genomen om de discrepantie tussen het aantal aanmeldingen en de capaciteit van uw instelling op te vangen?
  . nee
  . ja

- Zijn er in 1992 concrete maatregelen genomen om de instroom van nieuwe cliënten te beperken?
  . nee
  . ja, de indicatiecriteria zijn aangescherpt
  . ja, er is een cliëntenstop ingesteld voor patiënten die door ziekenhuizen kort voor ontslag aangemeld worden
  . ja, er is een algemene cliëntenstop ingesteld
  . ja, er worden meer personen doorverwezen naar de AAW
  . ja, huishoudens worden doorverwezen naar het kruiswerk
  . ja, huishoudens worden naar andere instanties doorverwezen, te weten .....
  . ja, andere maatregelen .....

- Zijn er in 1992 concrete maatregelen genomen om de hoeveelheid toegekende zorg te beperken?
  . nee
  . ja, er wordt minder zorg verleend dan geïndiceerd over de hele linie (zgn. kaasschaafmethode)
  . ja, bepaalde vormen van zorg zijn geschrapt of drastisch beperkt (zo ja, welke vormen.....)
  . ja, de hoeveelheid hulp wordt vroegtijdig verminderd
  . ja, de hulp wordt vroegtijdig beëindigd
  . ja, er wordt vaker/sneller overgegaan tot herindicatie
  . ja, er wordt een groter beroep gedaan op de mantelzorg
  . ja, andere maatregelen.....

- Zijn er in 1992 concrete maatregelen genomen om verschuivingen tot stand te brengen in de aanwending van de beschikbare middelen?
  . nee
  . ja, van middelen voor overhead naar middelen voor directe zorgverlening
  . ja, binnen de middelen voor directe zorgverlening
  . ja, anders .....

- Zijn er in 1992 concrete maatregelen genomen om niet-AWBZ geldstromen aan te spreken?
  . nee
  . ja, eigen vermogen
  . ja, anders .....

- Welke beleidsvoornemens zijn er door de instelling genomen om in het komende jaar wachtlijsten te voorkomen of te bekorten?

  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....

F. Kenmerken van de organisatie

- aantal FTE's gezinsverzorgenden/helpenden
  ....
- aantal uren alpha-hulp per week
  ....
- aantal FTE's vacatures gezinsverzorgenden/helpenden
  ....
- aantal niet-gerealiseerde maar wel begrootte uren voor alpha-hulp uren per week
  ....
- percentage ziekteverzuim gezinsverzorgenden/helpenden in 1992
  ....
- percentage ziekteverzuim gezinsverzorgenden/helpenden in 1991
  ....
- zijn er activiteiten met betrekking tot een integratie op uitvoerend niveau van de gezinsverzorging en het kruiswerk?
  . nee
  . ja, in voorbereiding
  . ja, in uitvoering
  . ja, gerealiseerd

- wat is vergeleken met vorig jaar de ontwikkeling van het budget van uw instelling?
  . ..... % gedaald
  . gelijk gebleven
  . ..... % gestegen

- aantal huishoudens in zorg voor **traditionele** hulp op 01-12-1992:
  .....

- aantal huishoudens in zorg voor **alpha-hulp** op 01-12-1992:
  .....

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

'Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistiche en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen'
Auteur: T.A.Wiegers
Utrecht, 1992, 193 pag., fl. 28,00

In dit onderzoek zijn criteria ontwikkeld voor het meten van de kwaliteit van extramurale CARA-zorg voor kinderen, waarbij gekeken is naar vier aspecten van die zorg, namelijk: de aanvraag voor een CARA-huisbezoek, het CARA-huisbezoek zelf, de terugrapportage en de follow-up. Aan de hand van de criteria zijn drie werkwijzen, drie modellen met elkaar vergeleken. In één van de aanbevelingen wordt voorgesteld om binnen de extramurale verpleging de CARA-zorg als specialisatie of aandachtsgebied op te nemen.

Project gespecialiseerde thuiszorg voor patiënten met AIDS
Auteurs: M. Moons, J.H. Biewenga & A. Kerkstra
Utrecht/Rotterdam: NIVEL/AZR, januari 1993

In dit experiment zijn medisch-technische en verpleegkundige handelingen waarvoor de patiënt gewoonlijk naar de polikliniek van het ziekenhuis gaat, aangeboden in de thuissituatie. Verpleegkundig AIDS-consulenten, verbonden aan het Academisch ziekenhuis Rotterdam en onder verantwoordelijkheid van de behandelend internist, bezochten hiervoor de patiënten thuis. Deze gespecialiseerde thuiszorg is ontwikkeld voor die patiënten met AIDS waarvoor vanwege hun slechte lichamelijke conditie, het reizen naar de polikliniek bezwaarlijk is. De mogelijkheden en wenselijkheid van deze vorm van thuiszorg zijn onderzocht vanuit medisch-verpleegkundig, sociaal-psychologisch, economisch en organisatorisch perspectief.

Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg
Auteurs: P.G.M. Jansen, A. Kerkstra
Utrecht, NIVEL: januari 1993

Naar aanleiding van een landelijk onderzoek worden in dit rapport aanbevelingen gedaan waarbij veel aandacht is besteed aan de kwaliteit van de arbeid. Allereerst is het verpleegkundig beroepsprofiel nader uitgewerkt door de extramurale verpleging. Hierin is eveneens een systeem voor complexiteits-bepaling en cliënten-toewijzing uitgewerkt. Ten aanzien van het 'grijze gebied' worden uitgangspunten gepresenteerd waarmee een verschil wordt gemaakt in het deskundigheidsgebied van de extramurale verpleging en het deskundigheidsgebied van de gezinsverzorging. Tot slot worden aanbevelingen gedaan over het werken binnen afzonderlijke sectoren en met aandachtsgebieden binnen de extramurale verpleging.