

Cliëntvolgend onderzoek in de wijkverpleging

Utrecht, 24 mei 2024

Melanie Knieriem MSc
Ellen Schipper MSc
Liselotte Tjon Joe Gin MSc
Izel Yildirim MSc
Dr. Lieke Boonen

Definitieve

Cliëntvolgend onderzoek in de wijkverpleging

Rapportage

Equalis Strategy & Modeling B.V.

Stadsplateau 6

3521 AZ Utrecht

Contactpersoon

Melanie Knieriem

Mknieriem@vintura.com

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	4
1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Onderzoeksvragen	10
1.3 Methode	10
1.4 Opbouw rapportage	12
2 Bureauonderzoek	13
2.1 Kerngetallen wijkverpleging	13
2.2 Aantal uren wijkverpleging	13
2.3 Kosten wijkverpleging	14
2.4 (Verwachte) Ontwikkelingen in de wijkverpleging	15
2.5 Aanvragen en indiceren van wijkverpleging	16
2.6 Samenwerking	16
2.7 Afwijzingen	17
2.8 Zoekproces & Wachttijden	18
2.9 Conclusie	20
3 Resultaten	21
3.1 Het zoekproces naar wijkverpleging	21
3.2 Zoektijd tot wijkverpleging	25
3.3 Aantal afwijzingen en oorzaken van afwijzingen	30
3.4 Gevolgen van een afwijzing	33
3.5 Medische kindzorg thuis en palliatieve zorg	36
3.6 Invloed macrokader	37
4 Conclusies en aanbevelingen	39
4.1 Conclusies	39
4.2 Aanbevelingen	41
5 Literatuurverwijzingen	43
6 Bijlagen	44
6.1 Bijlage 1: Gespreksverslag per regio	44
6.2 Bijlage 2. Toelichting methode	49
6.3 Bijlage 3: Uitkomsten analyse Point	52
6.4 Bijlage 4: Uitkomsten analyse data zorgverzekeraars	56
6.5 Bijlage 5: Berekening macrokader	59

Managementsamenvatting

Inleiding

In de afgelopen jaren zijn afspraken gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 19-22 en het IZA over de beschikbare groeirimte binnen de wijkverpleging. Met het oog op het stimuleren van de beweging naar zorg dicht bij huis (JZOJP) is een jaarlijkse volumegroei afgesproken. Het blijkt echter dat in de afgelopen jaren het beschikbare kader binnen de wijkverpleging niet volledig wordt benut; er is sprake van een onderschrijding die in de afgelopen jaren is toegenomen. ActiZ en ZorgthuisNL signaleren dat wijkzorgaanbieders in toenemende mate nieuwe cliënten niet in zorg kunnen nemen wegens gebrek aan personeel¹. Met de vergrijzing, het stijgende aantal open vacatures en het hoge ziekteverzuim nemen de zorgen rondom de toegankelijkheid van wijkverpleging toe. Om inzicht te krijgen in de toegankelijkheid van de wijkverpleging vraagt VWS om in beeld te brengen hoeveel patiënten wachten op zorg, wat de zoektijd is én om na te gaan wat er gebeurt met de zorgvrager als de zorgaanbieder de gevraagde wijkverpleging niet kan leveren. De volgende onderzoeksvragen zijn hierbij geformuleerd:

1. Hoeveel tijd kost het zoekproces om een aanbieder van wijkverpleging te vinden? Welke rol spelen andere zorgverleners hierin?
2. Is er sprake van een afwijzing van zorgvraag? Zo ja, in hoeverre is dit kwantificeerbaar en kan daarbij onderscheid gemaakt worden in type zorg en type verwijzer?
3. Wat zijn de oorzaken voor het afwijzen van zorgvragen en welk afwegingskader wordt door aanbieders gebruikt om te bepalen welke zorgvraag wel en welke niet in zorg wordt genomen?
4. Wat gebeurt er met de afgewezen zorgvragers? Breng hiervoor de gevolgen van afwijzing in beeld (bv. wordt er extra beroep gedaan op mantelzorg of andere aanpalende sectoren? Wat is de invloed van de inzet van technologie?)
5. Wat is de invloed op de uitgaven wijkverpleging als aan alle zorgvragen zou worden voldaan?

Methode

Met behulp van drie onderzoeksmethodes zijn inzichten opgehaald om antwoord te geven op de onderzoeksvragen:

1. **Bureauonderzoek:** om bestaande inzichten over de toegankelijkheid van de wijkverpleging in kaart te brengen.
2. **Interviews:** met aanbieders van wijkverpleging, zorgbemiddeling van zorgverzekeraars, transferbureaus van ziekenhuizen en huisartsen om op te halen hoe het zoekproces er uit ziet, hoe lang de zoektijd duurt, hoe vaak er wordt afgewezen en wat de oorzaken en gevolgen zijn van het afwijzen.
3. **Data-analyse:** om de duur van het zoekproces en het aantal afwijzingen inzichtelijk te maken vanuit het ziekenhuis en vanuit de zorgbemiddeling van zorgverzekeraars.²

¹ Offerteaanvraag cliëntvolgendonderzoek toegankelijkheid wijkverpleging, het ministerie van VWS 11-10-2023

² Om in beeld te brengen wat er gebeurt met de afwezen zorgvragers was het de bedoeling een clientvolgend onderzoek uit te voeren waarin we cliënten die afgewezen werden gedurende drie maanden zouden volgen. Dit bleek in de praktijk niet haalbaar. Er is voor gekozen om vanuit interviews en data vanuit de ziekenhuizen en zorgverzekeraars inzicht te geven in het zoekproces en de gevolgen van afwijzing. Dit wordt nader toegelicht in de rapportage.

Resultaten

Onderzoeksvraag 1: hoeveel tijd kost het zoekproces?

De ziekenhuizen geven aan voor het merendeel van de cliënten³ geen problemen te ervaren met het aanvragen van wijkverpleging. Dit blijkt zowel uit de interviews als uit de data die ontvangen zijn van 15 ziekenhuizen met gegevens van cliënten uit heel Nederland. Uit de data van deze 15 ziekenhuizen blijkt dat 70,5% van de cliënten wordt ontslagen op de gewenste dag en 13,4% op de dag erna. Daarnaast wordt 4,3% van de cliënten 2 dagen later dan gewenst ontslagen en wordt 6,7% van de cliënten 3 tot 7 dagen later dan gewenst ontslagen. Tot slot moet 1,6% van de cliënten langer dan 7 dagen wachten tot wijkverpleging is gevonden. De zoektijd duurt gemiddeld 0,7 dagen. Kijken we naar de zoektijd per provincie dan zien we dat de zoektijd varieert tussen 0,2 en 1,0 dag. Het merendeel van ziekenhuizen geeft, in de interviews, aan dat de duur van het zoekproces afhankelijk is van de wijk waar een cliënt woont en de complexiteit van de vraag. Het zoekproces voor complexe zorgvragen kan lang(er) duren en wordt als lastig ervaren door ziekenhuizen. Dit komt met name door de benodigde expertise van de wijkverpleegkundige of het specialistische team dat nodig is voor een complexe(re) zorgvraag. Hoe een complexe zorgvraag precies wordt gedefinieerd verschilt per organisatie en per regio, voorbeelden zijn grote zorgvragen, zorg die op vaste tijden geleverd moet worden, chronische zorgvragen, zorgvragen waar psychische problematiek speelt en zorg waarvoor twee wijkverpleegkundigen nodig zijn.

Huisartsen schetsen een meer divers beeld. Zij geven aan dat het lastig kan zijn om wijkverpleging te regelen en dat de zoektijd verschilt per postcodegebied. Er zijn zowel huisartsen die aangeven grote problemen te ervaren, als huisartsen die geen problemen ervaren. De ervaringen lijken afhankelijk van de wijk waarin de huisarts actief is, het beschikbare aanbod van wijkverpleging en de complexiteit van de zorgvraag. Het is lastig hier een uniform beeld vast te stellen.

Zorgverzekeraars herkennen het beeld dat het lastig kan zijn om wijkverpleging te regelen. Zorgverzekeraars zien ook dat de zoektijd naar wijkverpleging langer is bij complexe zorgvragen. Ook zijn er uitschieters bij complexe casussen, een enkele keer kan het wel weken tot maanden duren voordat de zorg geregeld is en soms komt het voor dat er helemaal geen zorg geleverd kan worden.

De gesproken cliënten die zorgbemiddeling hebben gehad geven aan dat de zoektijd naar wijkverpleging lang heeft geduurd (enkele weken tot maanden). Bij een aantal cliënten is het niet gelukt om zorg te vinden.

Onderzoeksvraag 2: Hoe vaak wordt er een zorgvraag afgewezen en verschilt dit per type zorg en verwijzer?

Alle aanbieders van wijkverpleging geven aan wel eens cliënten te moeten afwijzen. Wel geven ze daarbij aan dat sinds de wijkverpleegkundige verantwoordelijk is voor het stellen van de indicatie er minder zorg wordt ingezet per cliënt, en dat door het sturen op zelfredzaamheid en door kritisch te kijken naar wat noodzakelijke zorg is, er minder vaak wordt afgewezen dan voorheen. Als aanbieders van wijkverpleging geen goede kwaliteit van zorg of onvoldoende uren zorg kunnen leveren, omdat er niet voldoende capaciteit beschikbaar is, moeten zij cliënten weigeren.

Zorgverzekeraars, huisartsen en ziekenhuizen herkennen het beeld dat aanbieders van wijkverpleging af en toe cliënten afwijzen. Uit de data van de ziekenhuizen blijkt dat er bij 81,8% van de cliënten geen afwijzing plaats vond. Bij 9,8% van de cliënten was er sprake van 1 afwijzing en bij 3,6% van de cliënten was er sprake van 2 afwijzingen. Bij 3% van de cliënten was er sprake van 4 afwijzingen of meer. Dit betekent dat bij 18,2% van de cliënten meerdere aanbieders van wijkverpleging worden benaderd voordat er wijkverpleging is gevonden. Als we kijken naar de tijd die het zoekproces kost, zien we dat bij cliënten waarvoor 1 of maximaal 2 afwijzingen zijn geweest de gemiddelde zoektijd tussen de 0,5

³ In dit onderzoek wordt over cliënt(en) gesproken, daaronder vallen ook patiënten, verzekerden en zorgvragers. Voor de leesbaarheid is hier geen onderscheid in gemaakt.

en 0,7 dagen ligt. Dit loopt op tot gemiddeld 1 dag voor cliënten die te maken hebben met 3 tot 10 afwijzingen en tot gemiddeld 1,4 dag voor cliënten waarbij meer dan 10 organisaties benaderd worden. Ook zorgverzekeraars geven aan dat zij, zeker bij complexe zorgvragen, meerdere afwijzingen ontvangen van aanbieders van wijkverpleging voordat zij een organisatie vinden die de cliënt in zorg wil nemen.

Als er gekeken wordt naar doelgroepen, dan is zichtbaar dat alleen bij palliatieve zorg en kindzorg het proces verschilt. Bij kindzorg ligt de verantwoordelijkheid voor het verwijzen bij het ziekenhuis en is het aanbod van medische kindzorg thuis landelijk. Ook bij medische kindzorg thuis zien partijen dat er soms geweigerd wordt. Bij palliatieve zorg geven de meeste partijen aan de zorg nooit af te wijzen.

Onderzoeksvraag 3: Wat zijn de oorzaken voor het afwijzen en welk afwegingskader wordt gebruikt?

De belangrijkste oorzaken voor het afwijzen van cliënten zijn: geen beschikbare capaciteit (wat samenhangt met de specifieke zorgvraag van een cliënt), niet de benodigde expertise in huis, cliënt past niet in de route die gepland is (bijvoorbeeld doordat een cliënt ver uit de buurt woont) of cliënt wil de zorg op een specifiek tijdstip wat niet in de route past. Een zorgvraag die makkelijk kan worden gepland doordat het niet op een vast tijdstip moet worden uitgevoerd, wordt minder vaak afgewezen. Er wordt geen standaard afwegingskader gebruikt. Aanbieders van wijkverpleging geven aan dat een standaard afwegingskader lastig is om te gebruiken bij het beoordelen van een zorgvraag omdat de afweging tot accepteren of weigeren altijd afhangt van de zorgvraag en de beschikbare capaciteit.

Onderzoeksvraag 4: Wat gebeurt er met de afgewezen zorgvragers?

Wanneer er geen wijkverpleging kan worden gevonden of de zoektijd lang duurt, komt uit de interviews met ziekenhuizen naar voren dat de meeste cliënten in het ziekenhuis blijven totdat de nazorg geregeld is. Soms worden cliënten eerder naar huis gestuurd ook als er geen zorg beschikbaar is. Als er in de thuissituatie geen wijkverpleging kan worden gevonden, kunnen er lastige situaties ontstaan. Dit heeft grote impact op cliënten. Ook huisartsen, mantelzorgers en het netwerk van de cliënt ervaren dan extra druk om dan de zorg die toch nodig is te verlenen.

Zorgverzekeraars geven aan dat indien bij een aanvraag voor bemiddeling voor een cliënt alle gecontracteerde aanbieders van wijkverpleging de zorgvraag afwijzen, er altijd contact wordt opgenomen met niet gecontracteerde aanbieders om de zorg te leveren.

Onder de gesproken stakeholders bestaat geen eenduidig beeld over de impact van de doorstroom naar de WLZ op het afwijzen van zorgvragen door de wijkverpleging. Sommige geïnterviewden zien een verschuiving van de wijkverpleging naar de WLZ, terwijl anderen juist zien dat er te veel cliënten met een WLZ-zorgvraag in de wijkverpleging blijven waardoor nieuwe aanvragen moeten worden afgewezen.

Aanbieders van wijkverpleging geven aan dat na een afwijzing van een zorgvraag de cliënt niet langer in beeld blijft. Hierdoor kan het voorkomen dat een cliënt zonder zorg zit zonder dat dit probleem bekend is bij een zorgprofessional. Ook zorgverzekeraars hebben geen zicht op of de cliënt daadwerkelijk zorg ontvangt na bemiddeling. Voor de zorgbemiddeling van zorgverzekeraars is het onduidelijk of een cliënt daadwerkelijk zorg ontvangt na bemiddeling. Voor cliënten is het lastig om wijkverpleging te vinden omdat er geen informatie is over wachtlijsten en de beschikbaarheid van wijkverpleging.

Onderzoeksvraag 5: Wat is de invloed op de uitgaven wijkverpleging als aan alle zorgvragen zou worden voldaan?

De afgelopen jaren is het beschikbare kader binnen de wijkverpleging niet volledig benut; in 2023 was er sprake van een onderschrijding van €763 miljoen. De impact van de zoektijd naar wijkverpleging op het macrokader is berekend door een inschatting te maken van de uitgaven als alle zorgvragen direct kunnen worden beantwoord. Voor deze berekening is gekeken naar de impact op het macrokader als cliënten die niet op de gewenste dag naar huis gaan wél op de gewenste dag naar huis hadden kunnen

gaan. Omdat er alleen data beschikbaar is voor de afwijzingen van cliënten die via het ziekenhuis instromen in de wijkverpleging, is alleen voor deze cliënten de impact berekend (dit is 34% van het totaal aantal cliënten dat wijkverpleging ontvangt). We hebben hiervoor gebruik gemaakt van de beschikbare POINT data over het verschil tussen de gewenste ontslagdatum en de daadwerkelijk gerealiseerde ontslagdatum. De impact van cliënten die bijvoorbeeld vanuit de thuissituatie of een eerstelijnsverblijf instromen in de wijkverpleging is niet meegenomen.

Wanneer alle zorgvragen vanuit het ziekenhuis direct hadden kunnen worden ingevuld had dit geresulteerd in een extra uitgave van €4,1 tot €12,5 miljoen. De onderschrijding zou dan dus €4,1 tot €12,5 miljoen lager zijn geweest⁴.

Conclusie en aanbevelingen

Er zijn al diverse onderzoeken uitgevoerd naar de toegankelijkheid van de wijkverpleging. Ook is er uit bestaand onderzoek al veel bekend over de onderschrijding van het macrokader wijkverpleging en zijn de achterliggende oorzaken voor de onderschrijding in kaart gebracht. Dit onderzoek is aanvullend op de inzichten uit bestaande onderzoeken omdat in dit onderzoek met behulp van data van verschillende ziekenhuizen over het aanvragen van wijkverpleging vanuit het ziekenhuis onderzocht is hoe lang cliënten moeten wachten op wijkverpleging. Ook is in dit onderzoek inzichtelijk gemaakt in hoeverre de onderschrijding ertoe leidt dat cliënten in de wijkverpleging de zorg die zij nodig hebben niet krijgen. Tot slot is de druk die op andere sectoren kan ontstaan als er onvoldoende toegang is tot wijkverpleging onderzocht en is er nagegaan wat de gevolgen zijn voor cliënten zelf.

De geïnterviewde ziekenhuizen geven aan dat voor het merendeel van de cliënten relatief eenvoudig wijkverpleging kan worden geregeld. Voor 87% van de cliënten die vanuit het ziekenhuis komen, wordt binnen maximaal 1 dag wijkverpleging geregeld. Bij 91,6% van de cliënten worden hiervoor 1 tot 2 aanbieders van wijkverpleging benaderd. Bij 8,4% worden dus meerdere aanbieders van wijkverpleging benaderd voordat er wijkverpleging gevonden wordt, bij 3% betreft dit meer dan 4 organisaties. Voor deze cliënten wordt gemiddeld binnen 1,4 dag wijkverpleging gevonden. Wel is het zo dat voor 1,6% van de cliënten de zoektijd langer dan 7 dagen duurt. De duur van het zoekproces is volgens ziekenhuizen en huisartsen sterk afhankelijk van de wijk waar een cliënt woont en de complexiteit van de zorgvraag. Het zoekproces voor complexe zorgvragen kan langer duren omdat er vaak meerdere aanbieders van wijkverpleging moeten worden benaderd, voordat een aanbieder gevonden is die de zorgvrager in zorg neemt. Zorgverzekeraars herkennen dat de zoektijd verschilt per type zorgvraag en per wijk. Ook zij herkennen dat met name bij een complexe zorgvraag de zoektijd kan oplopen. Indien cliënten worden afgewezen door aanbieders van wijkverpleging zijn de meest genoemde oorzaken: geen beschikbare capaciteit, niet de benodigde expertise in huis, cliënt past niet in de route of cliënt wil de zorg op een specifiek tijdstip wat niet in de route past. Wanneer er geen wijkverpleging gevonden kan worden blijven cliënten langer in het ziekenhuis of neemt de druk op de huisarts of mantelzorgers toe als cliënten toch naar huis worden gestuurd of al thuis zijn.

Aanbevelingen

Er zijn kansen om het zoekproces te verbeteren en de zoektijd te verkorten door in de regio de zorgvragen en het inzicht in de beschikbare capaciteit van aanbieders van wijkverpleging beter te coördineren. Bovengenoemde gewenste ontwikkelingen sluiten veelal aan bij de regioplannen die de regio's in het kader van het IZA eind 2023 hebben opgesteld. Daarin wordt de beweging naar meer coördinatie en samenwerking in de regio al ingezet. Ook in de gezamenlijke visie eerstelijns wordt er op dit moment al gewerkt aan meer coördinatie en afstemming.

Daarnaast worden in veel richtlijnen voor medisch specialisten al opgeroepen om ook rekening te houden met de benodigde nazorg die thuis door de wijkverpleging moet worden geleverd. Nog meer

⁴ Hierbij zijn we uitgegaan van het gemiddeld aantal uren wijkverpleging dat mensen krijgen per week en hanteren we een prijsrange op basis van het beschikbare minimum en maximum tarief voor wijkverpleging.

zouden ziekenhuizen eerder kunnen anticiperen op de nazorgbehoeften van cliënten. In het uiterste geval kan een electieve zorgingreep worden uitgesteld tot het moment dat de wijkverpleging beschikbaar is.

Mogelijk vervolgonderzoek kan zich specifiek richten op die wijken waar wijkverpleging lastig te organiseren is of juist om de meest complexe gevallen (zoals de 1,6% die vanuit het ziekenhuis langer dan een week moet wachten). Het vervolgonderzoek zou moeten bijdragen aan het formuleren van passende oplossingen om ook voor de complexe gevallen of voor die specifieke wijken de wijkverpleging ook snel toegankelijk te maken.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Per 1 januari 2015 is de financiering van de extramurale zorg en verpleging (wijkverpleging) overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). In de afgelopen jaren zijn afspraken gemaakt in de verschillende akkoorden (hoofdlijnen en integrale zorg) over de beschikbare groeirimte binnen de wijkverpleging. Met het oog op het stimuleren van de beweging naar zorg dicht bij huis (Juiste Zorg Op de Juiste Plek) is een jaarlijkse volumegroei afgesproken die qua groeipercentage fors hoger ligt dan de toegestane groei in de tweedelijnszorg. Het blijkt echter dat in de afgelopen jaren het beschikbare kader binnen de wijkverpleging niet volledig wordt benut; er is sprake van een onderschrijding die in de afgelopen jaren fors is toegenomen, met, op moment van schrijven, in 2023 een kleine daling (zie tabel 1).

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Oorspronkelijke budget	3.167	3.432	3.525	3.860	4.018	4.218	4.398	4.658	4.049
Doorwerking onderschrijding 2019						-341	-341	-341	
Overheveling naar VWS-begroting (subsidie)						-60	-60	-60	
Beschikbaar kader	3.167	3.432	3.525	3.860	4.018	3.817	3.995	4.257	4.049
(Verwachte) uitgaven realisatie	3.112	3.237	3.397	3.627	3.521	3.418	3.270	3.083	3.211
Fonds wijkverpleging (buiten Zvw)									75
Onderschrijding t.o.v. beschikbaar kader	55	195	128	233	497	400	725	1.174	763

De cijfers met betrekking tot 2023 zijn inclusief:

- De structurele verlaging van de kaders vanaf 2020 met € 341 miljoen.
- Een additionele structurele verlaging van het kader per 2023 met € 600 miljoen (bij afsluiten van IZA).

Tabel 1 Kader en onderschrijding uitgaven wijkverpleging (bedragen in € mln)⁵

Er zijn al diverse onderzoeken uitgevoerd naar de oorzaken van de onderschrijding binnen de wijkverpleging. Mogelijke redenen voor de onderschrijding van het macrokader wijkverpleging die genoemd worden zijn: het budgetplafond van de aanbieder, COVID19, een prikkel tot risicoselectie en focus op doelmatigheid door het inkoopbeleid vanuit de zorgverzekeraar (resultierend in een lager gemiddeld aantal uren verleende zorg) en de toenemende arbeidsmarktproblematiek (Equalis, 2020) (SiRM, 2023).

In 2022 heeft ook de NZa onderzoek gedaan naar de wijkverpleging (NZa, 2022). In haar monitor *contractering wijkverpleging 2022* is te zien dat het aantal cliënten met wijkverpleging sinds 2018 daalt. Dit in tegenstelling tot de verwachting dat het aantal cliënten zou toenemen als gevolg van de vergrijzing en de beweging om mensen langer thuis te laten wonen. Uit verdiepend onderzoek van de NZa komt naar voren dat binnen de sector ingezet is op zelfredzaamheid, mantelzorg, technologie en hulpmiddelen waardoor cliënten minder uren zorg ontvangen binnen de wijkverpleging. De NZa concludeert dat cliënten nog steeds passende zorg ontvangen. Ook Equalis heeft in 2019 gekeken of de onderschrijding gevolgen heeft gehad voor de toegang tot zorg, ook zij heeft hier geen concrete aanwijzingen voor gevonden.

ActiZ en ZorgthuisNL signaleren echter dat wijkzorgaanbieders in toenemende mate nieuwe cliënten niet in zorg kunnen nemen wegens gebrek aan personeel¹. Met de vergrijzing, het stijgende aantal

⁵ Bron: Offerteaanvraag cliëntvolgendonderzoek toegankelijkheid wijkverpleging, het ministerie van VWS 11-oktober-2023

open vacatures en het hoge ziekteverzuim, de hoge uitstroom en de lage instroom van medewerkers nemen de zorgen rondom de beschikbaarheid van wijkverpleging toe. Ook SiRM (2023) laat zien dat de beschikbaarheid van wijkverpleging, als gevolg van een dalende capaciteit en een hoog ziekteverzuim, afneemt. Tot slot heeft ook het Zorginstituut Nederland in november 2023 in haar onderzoek naar de toegankelijkheid van de wijkverpleging geconcludeerd dat deze onder druk staat (ZIN, 2023).

Dit maakt dat partijen zich zorgen maken over de toegankelijkheid van de wijkverpleging en of cliënten de zorg krijgen die zij nodig hebben. VWS en de veldpartijen (ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgthuis, NVZ, VenVN en ZN) willen daarom verdiepend onderzoek doen naar de toegankelijkheid van de wijkverpleging waarbij nadrukkelijk de ervaring van de cliënten die wijkverpleging zoeken meegenomen wordt.

1.2 Onderzoeksvragen

Om inzicht te krijgen in de toegankelijkheid van de wijkverpleging vraagt VWS om in beeld te brengen hoeveel patiënten wachten op zorg, wat de zoektijd is én om na te gaan wat er gebeurt met de zorgvrager als de zorgaanbieder de gevraagde wijkverpleging niet kan leveren.

De volgende onderzoeksvragen zijn hierbij geformuleerd:

1. Hoeveel tijd kost het zoekproces om een aanbieder van wijkverpleging te vinden? Welke rol spelen andere zorgverleners hierin?
2. Is er sprake van een afwijzing van zorgvraag? Zo ja, in hoeverre is dit kwantificeerbaar en kan daarbij onderscheid gemaakt worden in type zorg en type verwijzer?
3. Wat zijn de oorzaken voor het afwijzen van zorgvragen en welk afwegingskader wordt door aanbieders gebruikt om te bepalen welke zorgvraag wel en welke niet in zorg wordt genomen?
4. Wat gebeurt er met de afgewezen zorgvragers? Breng hiervoor de gevolgen van afwijzing in beeld (bv. wordt er extra beroep gedaan op mantelzorg of andere aanpalende sectoren? Wat is de invloed van de inzet van technologie?)
5. Wat is de invloed op de uitgaven wijkverpleging als aan alle zorgvragen zou worden voldaan?

Het onderzoek bestaat uit een kwantitatief deel (realtime inzicht in mismatch tussen vraag en aanbod) en een kwalitatief deel (cliëntvolgend onderzoek naar wat er gebeurt als er geen passend aanbod wijkverpleging is). VWS vraagt verder om binnen het beantwoorden van de onderzoeksvragen onderscheid te maken tussen de volgende vier doelgroepen: Ouderen; Mensen met een chronische aandoening of beperking; Kinderen; en Mensen met een palliatieve zorgvraag. Het onderzoek kan niet in alle regio's van Nederland worden uitgevoerd. De opdrachtgever heeft gevraagd om te kijken naar een weloverwogen selectie van twee à drie regio's, waarbij gedacht wordt aan onderscheid in o.a. regionale verschillen, Randstedelijk/niet Randstedelijk gebied.

1.3 Methode

Op basis van bureauonderzoek van bestaande onderzoeken over de onderschrijding van het kader wijkverpleging is in beeld gebracht wat er al bekend is over de bovenstaande vijf onderzoeksvragen. Vervolgens zijn drie regio's geselecteerd waarbinnen interviews zijn gehouden met aanbieders van wijkverpleging, huisartsen, zorgbemiddeling bij zorgverzekeraars, transferbureaus van ziekenhuizen en cliënten zelf. Er is gekozen voor een (rand)stedelijke regio (Rotterdam) een niet-(rand)stedelijke regio (West Brabant) en een relatief kleine regio met een beperkt aantal aanbieders en een regionale

verzekeraar (Midden-IJssel).⁶ In totaal zijn er 37 interviews uitgevoerd met aanbieders van wijkverpleging (12), zorgbemiddeling van zorgverzekeraars (4), (transferbureaus van) ziekenhuizen (8) en huisartsen (7). Met sommigen zijn meerdere interviews gehouden. Daarnaast hebben we 14 interviews met cliënten uitgevoerd⁷. Tijdens deze gesprekken zijn inzichten opgehaald over het aanvragen van wijkverpleging en hoe het zoekproces verloopt. Ook was het doel om beter begrip te krijgen van zorgvragen waarbij het moeilijk is om wijkverpleging te vinden. Hierbij is onderzocht wat de belangrijkste kenmerken zijn van deze cliënten, en wat de gevolgen zijn voor de cliënt, het netwerk om de cliënt en zorgverleners van het voor een langere tijd niet beschikbaar zijn van zorg.

Daarnaast is data geanalyseerd van zorgverzekeraars over de zorgbemiddelingen voor wijkverpleging en van ziekenhuizen over het aanvragen van wijkverpleging. Met behulp van deze data is het aantal afwijzingen en de duur van het zoekproces naar wijkverpleging in beeld gebracht. Daarnaast is data geanalyseerd van POINT, een systeem dat ziekenhuizen gebruiken voor de overdracht van cliënten van het ziekenhuis naar de wijkverpleging, om inzicht te krijgen in de zoektijd, het aantal benaderde aanbieders van wijkverpleging en afwijzingen. Een uitgebreide beschrijving van de methode, de geanalyseerde rapporten en de geïnterviewden organisaties staat in bijlage 2 beschreven.

Aandachtspunt m.b.t. representativiteit van het onderzoek

Een belangrijk aandachtspunt is dat binnen het huidige onderzoek de interviews plaats hebben gevonden in drie regio's, namelijk Midden-IJssel, WestNoordWest-Brabant en Rotterdam. Dit maakt dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn voor heel Nederland. Binnen deze regio's verschillende interviews gehouden met medewerkers van transferbureaus, aanbieders van wijkverpleging en huisartsen. In totaal zijn er 37 interviews gehouden. Doordat niet met de gehele populatie is gesproken vertegenwoordigen deze interviews een deel van het beeld.

In beginsel was de wens om een clientvolgend onderzoek uit te voeren door cliënten die werden afgewezen 'real-time' voor drie maanden te volgen. Dit bleek praktisch onuitvoerbaar omdat afwijzingen niet werden bijgehouden en volgens ziekenhuizen en aanbieders van wijkverpleging ook relatief weinig voorkomen waardoor de doorlooptijd te kort is om een goed beeld hiervan te krijgen. De verwachting was dat dit geen passende inzichten zou opleveren (omdat een afgewezen cliënt bij een organisatie binnen een paar uur door een andere organisatie al geaccepteerd kan zijn) terwijl het wel zou leiden tot een extra (tijdelijke) registratielast. Door te werken met interviews en data vanuit de ziekenhuizen en zorgverzekeraars is geprobeerd een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van het zoekproces, de duur en de gevolgen (vanuit huisartsen was er helaas geen data beschikbaar). Hiervoor hebben we ook inzichten vanuit cliënten opgehaald doordat we cliënten hebben gesproken die zich, ten tijde van ons onderzoek, aangemeld hebben voor zorgbemiddeling bij zorgverzekeraar CZ of VGZ. Dit betreft een groep cliënten die moeite heeft (gehad) met het vinden van wijkverpleging en waarbij we hebben kunnen doorvragen op de gevolgen hiervan. Dit betekent wel dat we geen cliënten gesproken hebben waarbij wijkverpleging direct geregeld is. Dit omdat we juist geïnteresseerd waren in de impact die het heeft als wijkverpleging *niet* direct geregeld is. Bij het interpreteren van deze resultaten is het goed om dit in het achterhoofd te houden.

Daarnaast hebben we van 15 ziekenhuizen, met cliëntgegevens verdeeld over heel Nederland, gegevens ontvangen vanuit POINT waarmee we een breder beeld hebben opgehaald. Ook hier zijn de gegevens niet volledig representatief omdat de UMC's ontbreken in de dataset en niet alle

⁶ Vanwege de beperkte doorlooptijd van het onderzoek is het niet mogelijk om een landelijk beeld op te halen en is dus, samen met VWS, een selectie gemaakt van regio's. Met de POINT data is wel data opgehaald uit meerdere regio's (zie bijlage 3). We hebben geprobeerd drie verschillende regio's te selecteren maar zijn ons ervan bewust dat we hiermee geen landelijk beeld kunnen schetsen omdat de problematiek sterk kan verschillen per regio (en zelfs per gemeente of wijk).

⁷ In de bijlage 2 staat per regio hoeveel partijen we gesproken hebben.

ziekenhuizen in Nederland werken met POINT. Het kan zijn dat UMC's of ziekenhuizen die niet werken met POINT een ander beeld laten zien, maar dit was in de interviews niet het geval. De data van de zorgverzekeraars betrof inzichten vanuit de drie grote verzekeraars (CZ, VGZ en ZK) en een kleinere (Salland). Deze data zijn verzameld op landelijk niveau en geven dus inzicht in de ervaren problematiek binnen de wijkverpleging van deze verzekeraars. De verwachting is dat dit redelijk representatief is voor Nederland (gezamenlijk marktaandeel van de verzekeraars is 74%).

Er is in dit onderzoek geen data onderzocht van aanvragen voor wijkverpleging die via de thuissituatie verliepen, via de ELV/GRZ of via de huisarts.

1.4 Opbouw rapportage

In hoofdstuk 2 zijn de inzichten over de toegankelijkheid van de wijkverpleging uit het bureauonderzoek in kaart gebracht. In hoofdstuk 3 beschrijven we de resultaten van ons onderzoek. Op basis van de resultaten beantwoorden we in hoofdstuk 4 de vijf onderzoeksvragen en worden aanbevelingen gedaan over het verbeteren van het zoekproces naar wijkverpleging en het verkorten van de zoektijd.

2 Bureauonderzoek

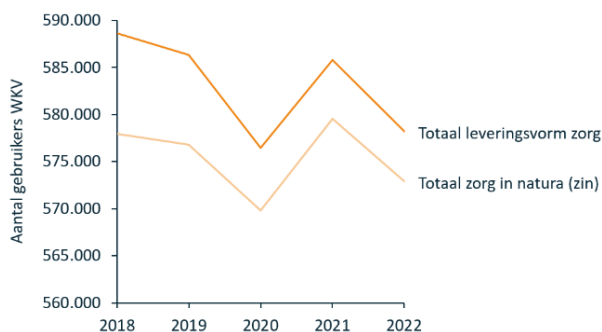
2.1 Kerngetallen wijkverpleging

Aantal cliënten wijkverpleging

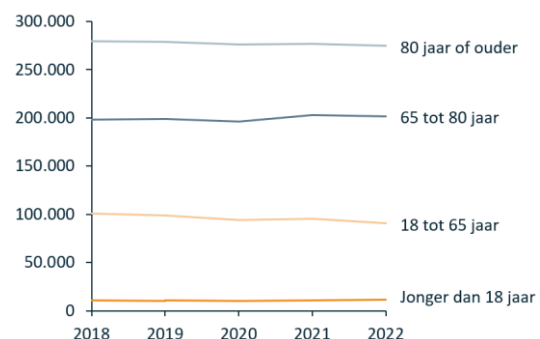
Het aantal cliënten wijkverpleging is van 2018 tot 2022 gemiddeld genomen jaarlijks gedaald met 1,6%. Het grootste gedeelte van de totale leveringsvorm, circa 98%, bestaat uit zorg in natura (zin).

De cijfers omtrent wijkverpleging in Nederland zijn tot en met 2022 gepubliceerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (StatLine). In 2022 waren er in Nederland 578.185 gebruikers in de totale leveringsvorm wijkverpleging. In Figuur 1 is de trend weergegeven van dit totaal aantal gebruikers in de wijkverpleging over alle leeftijdsgroepen en weergegeven voor de jaren 2018-2022. Er is een schommeling waarneembaar in het aantal gebruikers wijkverpleging over de afgelopen vijf jaar, met een gemiddelde jaarlijkse daling van 1,6% van 2018 naar 2022. Uit eerder onderzoek van SiRM (SiRM, 2023) bleek dat de doelgroep van mensen die gebruik kunnen maken van de wijkverpleging, mede door vergrijzing, stijgt. Dit onder andere doordat ouderen langer thuis wonen en korter in het ziekenhuis verblijven. De vraag naar wijkverpleging wordt tegelijkertijd echter gedempt door doelmatigheid, zelfredzaamheid en verschuiving naar andere sectoren (Wmo/Wlz) (SiRM, 2023).

Het grootste gedeelte van de totale leveringsvorm, circa 98%, bestaat uit zorg in natura (zin). De resterende gebruikers, circa 2%, vallen onder het persoonsgebonden budget (pgb). In Figuur 2 is de verdeling naar leeftijd te vinden, waar het aantal gebruikers in de wijkverpleging voor 18 tot 65 jaar en 80 jaar of ouder licht lijkt te zijn afgenomen en het aantal gebruikers in de leeftijdscategorieën jonger dan 18 jaar en 65 tot 80 jaar licht te zijn toegenomen in de afgelopen vijf jaar.



Figuur 1 Aantal gebruikers WKV



Figuur 2 Aantal gebruikers WKV naar leeftijd

2.2 Aantal uren wijkverpleging

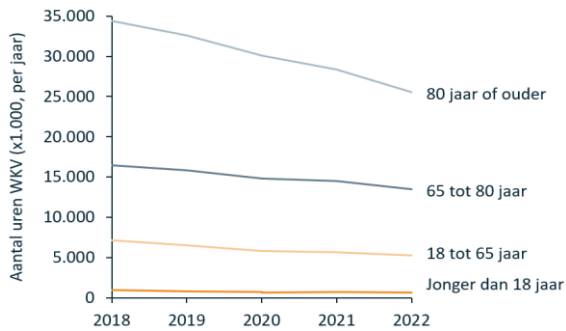
Het totaal aantal uren wijkverpleging (zorg in natura) was in 2022 44.979.000 uren, maar is sinds 2018 afgenomen met 24%. Ook het gemiddeld aantal uren wijkverpleging per cliënt is afgenomen.

Het totaal aantal uren wijkverpleging (zorg in natura)⁸ was in 2022 44.979.000, maar is sinds 2018 afgenomen met 24% (zie Figuur 4)⁹. In Figuur 3 is de verdeling te zien in het totaal aantal uren per leeftijdscategorie. Hierin is zichtbaar dat de sterkste daling (26%) plaats vond in de leeftijdscategorie 80 jaar of ouder. Uit eerder onderzoek van Equalis (Equalis, 2020) blijkt dat ook de uren per cliënt zijn

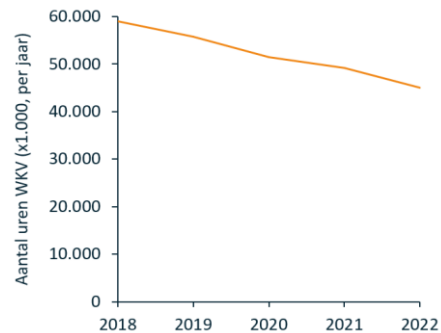
⁸ De uren geleverd onder PGB zijn hierin niet meegenomen.

⁹ In paragraaf 2.2 gaan we nader in op verklaringen die hiervoor zijn gevonden.

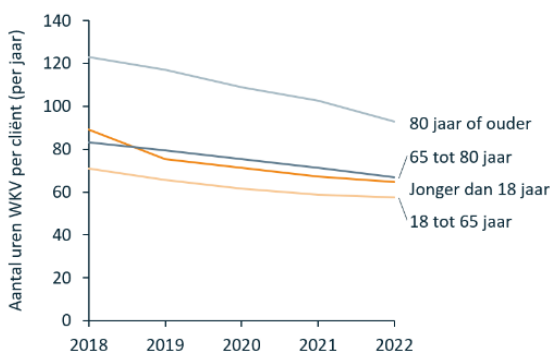
gedaald ondanks de toename in complexiteit door vergrijzing en extramuralisering. Dit is terug te vinden in Figuur 5 waarin het aantal uren per cliënt naar leeftijd is weergegeven.



Figuur 3: Aantal uren wijkverpleging naar leeftijd (x1.000, per jaar)



Figuur 4: Aantal uren WKV (x1.000, per jaar)



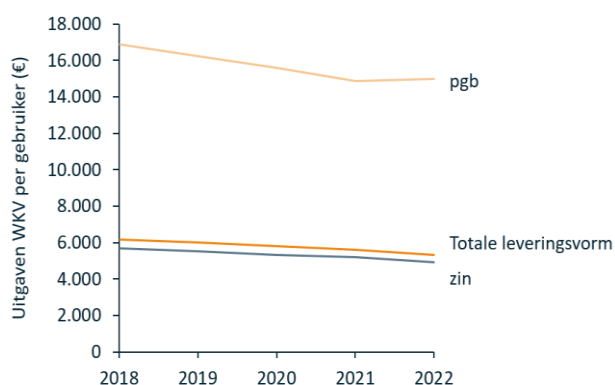
Figuur 5: Aantal uren WKV per cliënt naar leeftijd (per jaar)

2.3 Kosten wijkverpleging

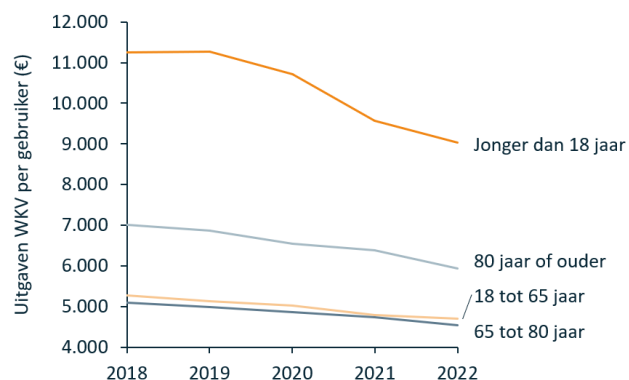
In 2022 bedroegen de gemiddelde uitgaven per gebruiker €5.313. Dit bedrag is over de jaren 2018-2022 afgenomen met 14%.

In Figuur 6 zijn de gemiddelde uitgaven per gebruiker per jaar weergegeven over de totale leveringsvorm wijkverpleging (jaren 2018-2022). In 2022 bedroegen de gemiddelde uitgaven per gebruiker €5.313. Dit bedrag is over de jaren 2018-2022 afgenomen met 14%. De dalende trend geldt zowel voor gecontracteerde als niet gecontracteerde zorg (NZa, 2022). Deze trend, alhoewel in mindere mate, lijkt overeen te komen met de trend in de daling in het aantal uren over de jaren heen.

De uitgaven per gebruiker zijn voor cliënten jonger dan 18 jaar hoger dan de gemiddelde uitgaven voor cliënten ouder dan 18 jaar (zie Figuur 7). Tussen 2018 en 2022 zijn deze kosten met 20% gedaald, van €11.262 in 2018 naar €9.033 in 2022. De twee middelste categorieën, 18 tot 65 jaar en 65 tot 80 jaar, hebben gemiddeld de laagste uitgaven per gebruiker, namelijk rond de €4.500-€5.000 per jaar.



Figuur 6 Gemiddelde uitgaven WKV per gebruiker (€)



Figuur 7 Gemiddelde uitgaven WKV per gebruiker naar leeftijd

2.4 (Verwachte) Ontwikkelingen in de wijkverpleging

COVID heeft impact gehad op het aantal cliënten in de wijkverpleging. Daarnaast worden er in de toekomst mogelijke problemen verwacht door de beweging van langer thuis, de vergrijzing en een oplopend arbeidsmarkttekort.

COVID heeft een significant effect gehad op het leveren van wijkverpleging: er is tijdens COVID minder zorg ingezet (zoals ook zichtbaar in Figuur 1). Daarnaast blijkt uit een eerder rapport van SiRM (SiRM, 2023) dat de beperkte beschikbaarheid van wijkverpleging zorgt voor het niet meer kunnen leveren van een passend aantal uren wat zorgt voor lagere volumes¹⁰. Desondanks leek het in 2018/2019 erop dat cliënten nog wel de zorg hebben gekregen die zij nodig hadden en dat er vanuit de wijkverpleging geen verdringing plaats vond naar andere sectoren (Wmo/Wlz) (Equalis, 2020). Dit beeld is, volgens een rapport van SiRM uit 2023 (SiRM, 2023), veranderd en een deel van de vraag naar wijkverpleging is mogelijk toch verschoven naar de Wmo en Wlz. Naast verschuiving van zorg, nam de druk op de Wmo en Wlz ook toe door de discussie over waar welke zorg geleverd moet worden (Equalis, 2020). In de Wmo wordt bijvoorbeeld door het langer thuis wonen meer aanspraak gemaakt op ondersteuning (NZa, 2022). Uit onderzoek van Equalis uit 2020 (Equalis, 2020) blijkt daarnaast dat er geen indicatie was dat cliënten langer in het ziekenhuis of eerstelijnsverblijf verbleven vanwege de stoeve uitstroom naar wijkverpleging.

Een mogelijke oplossing is om vaker niet gecontracteerde zorg in te zetten en daarmee aan de vraag tegemoet te komen. Deze oplossing heeft beperkingen omdat uit een eerder onderzoek van Vektis (Vektis, 2021) blijkt dat in alle gebieden in Nederland het gemiddelde percentage niet gecontracteerde zorg gedaald is. Gemeten vanaf 2016, is in 2019 en 2020 een daling te zien in het aandeel cliënten in de niet-gecontracteerde zorg. Deze daling is ook terug te zien in de kosten voor de niet-gecontracteerde zorg. Wel wordt in het westen van Nederland en in stedelijk gebied juist vaker niet gecontracteerde zorg ingezet.

In de komende jaren wordt er een groter effect op de toegankelijkheid van wijkverpleging verwacht als gevolg van de beweging naar langer thuis, de vergrijzing, en de oplopende arbeidsmarktproblematiek (NZa, 2020). De toegankelijkheid van wijkverpleging komt naar verwachting

¹⁰ Let op; verwijzers, cliënten en naasten hebben vaak een ander beeld van wat passend is aan aantal uren.

door deze factoren in het geding omdat de vraag toeneemt terwijl het aanbod (d.w.z. het aantal beschikbare wijkverpleegkundigen) afneemt. De verwachting is dat in de periode 2030-2040 de groei van het personeelsaanbod de groei van zorgvraag niet meer bijhoudt. Arbeidstekorten groeien tussen 2020-2050 voor VVT, V&V, en thuiszorg, waarbij er grote regionale verschillen bestaan in de grijze druk en de mate waarin hier reeds op is ingespeeld (AZW, 2022). De toename in arbeidsmarktproblematiek zorgt onder andere voor het feit dat de werkdruk toeneemt en de motivatie afneemt, wat elkaar in de hand werkt (SiRM, 2023). Ook wordt door dit probleem de druk op de mantelzorgers verhoogd (IGJ, 2020).

2.5 Aanvragen en indiceren van wijkverpleging

Een kwart van de cliënten die zelf wijkverpleging aanvraagt heeft moeite om een aanbieder van wijkverpleging te vinden die hen in zorg neemt. Bij het merendeel van de cliënten start de wijkverpleging na aanvraag wel binnen een paar dagen op.

Uit onderzoek van het RIVM (RIVM, 2023) blijkt dat iets meer dan één derde van de cliënten en hun mantelzorgers zelf wijkverpleging aanvraagt, waarbij een kwart van deze groep aangeeft moeite te hebben met het regelen hiervan. Vaak is er een gebrek aan capaciteit door hoog ziekteverzuim en personeelstekorten en wordt ondersteuning, met een duidelijk aanspreekpunt, in het zoekproces gemist. Andere oorzaken waardoor het zoekproces als moeilijk wordt ervaren zijn toenemende vergrijzing, versnippering, niet gecontracteerde zorg, administratieve lasten, complexiteit van niet gecontracteerde zorgaanbieders en moeilijk haalbare voorkeuren van cliënten (Significant, 2019). Huisartsen of een wijkteam zouden een goede rol kunnen spelen in het versoepelen van dit zoekproces (RIVM, 2023).

Toch wordt bij het merendeel van de cliënten binnen een paar dagen na aanvraag een aanbieder van wijkverpleging gevonden die de cliënt in zorg neemt. Ondanks dat cliënten en hun mantelzorgers keuzevrijheid belangrijk vinden, heeft de helft van de cliënten geen keuze tussen aanbieders in de wijkverpleging. Een belangrijke vraag die uit het rapport van het RIVM (RIVM, 2022) naar voren kwam is of keuzevrijheid nog wel haalbaar, én vanuit efficiëntie wenselijk, is in deze tijd van schaarste.

Niet alle cliënten met dezelfde casuïstiek blijken in de wijkverpleging dezelfde zorg geïndiceerd te krijgen, dit heet praktijkvariatie. Praktijkvariatie in indicatiestelling hoeft niet per se ongewenst te zijn: bijvoorbeeld wanneer variatie optreedt als gevolg van factoren gerelateerd aan de cliënt. Binnen de wijkverpleging spelen factoren zoals bijvoorbeeld de woonsituatie van de cliënt, de rol van de partner en het sociale netwerk een grote rol. Mogelijk zijn het team en de organisatie hier ook van invloed op (cliënt en wijkverplegingsaanbieder) (NIVEL, 2020). Uit een eerder rapport van Equalis (Equalis, 2020) blijkt dat 75% van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat de indicatie aansluit bij de zorgvraag, en dat er sprake is van onafhankelijke indicatiestelling.

2.6 Samenwerking

Door hoge werkdruk en aanzienlijke arbeidsmarktproblematiek is samenwerking van de wijkverpleging met andere partijen zoals huisartsen enorm van belang. De samenwerking is nog niet optimaal vanwege o.a. de bereikbaarheid, samenwerkingsafspraken, overlegplatformen en middelen die ontoereikend zijn.

In het Hoofdlijnenakkoord (HLA) (2019-2022) zijn afspraken gemaakt om preventie en zorg in de eigen omgeving van de patiënt te laten plaatsvinden. En ook in het Integraal Zorgakkoord zijn deze afspraken bekrachtigd: zorgverzekeraars hebben toegezegd in 2023 minstens 250 miljoen extra uit te geven aan wijkverpleging boven op de uitgaven in 2022 (VWS, 2022). In de Leidraad Herkenbare en

Aanspreekbare Wijkverpleging (Leidraad H&A) staat de samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders centraal, waarin lokaal gekeken wordt wat het beste past. Deze samenwerking moet meer herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging bewerkstelligen. Met herkenbaarheid wordt bedoeld dat het voor cliënten en professionals duidelijk moet zijn waar ze in hun wijk terecht kunnen met zorgvragen. Aanspreekbaarheid betekent dat aanbieders van wijkverpleging samen met andere zorgpartijen, zoals de huisarts, het ziekenhuis en het sociaal domein, verantwoordelijk zijn voor het vinden van passende zorg en ondersteuning voor elke cliënt.

Door hoge werkdruk en aanzienlijke arbeidsmarktproblematiek is samenwerking van de wijkverpleging met andere partijen zoals huisartsen (bv. multidisciplinaire overleggen) enorm van belang, zo blijkt o.a. uit onderzoek van de IGJ¹¹ (IGJ, 2020). Er bestaan initiatieven zoals samenwerkingsverbanden tussen lokale aanbieders van wijkverpleging om herkenbaarheid en aanspreekbaarheid te verbeteren en de gezamenlijke verantwoordelijkheid om zorgvragen sneller op te kunnen pakken (RIVM, 2022). De Regio Arnhem en omstreken is zo'n regio: de gezamenlijke instroom en gecoördineerde aanpak van zorgvragen heeft er volgens bestuurders, managers en veel verpleegkundigen toe geleid dat meer thuiszorgaanvragen aangenomen kunnen worden en ook sneller ingevuld worden dan voorheen. Dat impliceert dat in de nieuwe werkwijze de capaciteit van de samenwerkende thuiszorgorganisaties beter benut kan worden. Dat wijst op een toename van productie voor de thuiszorgorganisaties, waarmee de tijdsinvestering in coördinatie van wijkverpleegkundigen een rendabele investering kan zijn voor de deelnemende organisaties (ECORYS, 2022).

De samenwerking in veel regio's is echter nog niet optimaal vanwege onder andere het niet goed kunnen bereiken van elkaar, onduidelijke of geen samenwerkingsafspraken, het gebrek aan goede overlegplatformen en middelen (bijvoorbeeld digitale middelen) die ontoereikend zijn. Incidenten worden daardoor niet besproken of opgelost. Grote onoverzichtelijke wijkverpleegnetwerken (dat wil zeggen veel aanbieders binnen één bepaald gebied) belemmeren deze samenwerkingen ook. Wanneer samenwerking niet goed verloopt, is de kans groot dat ouderen de zorg die ze nodig hebben niet (op tijd) ontvangen. De druk op mantelzorgers wordt daarnaast verhoogd (IGJ, 2020). De zorgverzekeraar zou een rol kunnen oppakken in het initiëren, faciliteren en ondersteunen van de samenwerking. Wel zijn er randvoorwaarden nodig voor samenwerking zoals gezamenlijke dossiervoering, ICT, financiering, tijd voor investering, etc. (RIVM, 2022) en passende bekostiging (ActiZ e.a., 2020).

Er zijn er wel regio's waarin deze samenwerking goed verloopt en deze ook daadwerkelijk bijdraagt aan een verbeterde samenwerking.

2.7 Afwijzingen

Weigeren van de zorgvraag van cliënten in z'n geheel vindt steeds vaker plaats door o.a. capaciteitsproblemen, beschikbare middelen, complexiteit van de zorgvraag en het bereiken van het omzetplafond. Bij de helft van de aanbieders wordt in geval van spoedzorg of palliatieve terminale zorg, de zorg alsnog geleverd. Door afwijzing komt er steeds meer druk te liggen op mantelzorgers en huisartsen en neemt duurdere zorg op andere plekken toe (denk bijvoorbeeld aan ziekenhuiszorg en eerstelijnsverblijf).

Cliëntenstops

Weigeren van de zorgvraag in z'n geheel vindt steeds vaker plaats (SiRM, 2023). Hoewel, het aantal aanbieders met een cliëntenstop en het aantal cliëntenstops is gedaald tussen 2016 en 2017, nam het aantal cliëntenstops (vanwege personeelstekort) in de periode daarna juist toe, van 12% van de aanbieders die een stop afgaf in 2017, naar 23% van de aanbieders in 2021 (NZa, 2022). Personeelstekort in de wijkverpleging bedroeg in 2019 9% (Equalis, 2020). Deze tekorten blijven

¹¹ Ook samenwerking met praktijkondersteuners, zorgverzekeraars, koepelverenigingen en beleidsmakers. Gemeente ondersteunt in zorg en sociaal domein.

toenemen, met verschillen per regio. Naast een effect van arbeidsproblematiek op het al dan niet in zorg nemen van cliënten, heeft het ook effect op het aantal uren wijkverpleging (Equalis, 2020).

De cliëntenstops vanwege het bereiken van het omzetplafond hebben meestal een langere looptijd (één maand of meer) dan cliëntenstops wegens onvoldoende personeel die meestal tot één maand duren (Nza, 2022). Bij de helft van de aanbieders wordt in geval van spoedzorg of palliatieve terminale zorg, de zorg alsnog geleverd ondanks het bereiken van het omzetplafond (Nza, 2022). Ook wordt bij een stop steeds vaker verwezen naar andere zorgaanbieders.

Oorzaken afwijzing

Voorbeelden van oorzaken van het afwijzen van cliënten zijn het gebrek aan capaciteit, ook bij de indicerende wijkverpleegkundigen, en dat aanbieders niet kunnen voldoen aan de complexiteit van de zorgvraag (missen van bepaalde expertise) en dat het omzetplafond (bijna) bereikt is (Significant, 2019) (Equalis, 2020) (Nza, 2022). Andere redenen voor afwijzing zijn dat cliënten buiten de regio/het postcodegebied vallen van de aanbieder of dat de aanbieder alleen levert in eigen woonzorgcentra, dat zorgaanbieder geen contract heeft met zorgverzekeraar van de cliënt, dat er te veel aanmeldingen zijn in een korte tijd en dat aanbieders alleen specifieke vormen van zorg leveren (bijvoorbeeld palliatieve zorg) die niet aansluiten bij de vraag van de cliënt. Ook hebben nieuwe cliënten voorrang op overstappers (Significant, 2019).

Het is niet bekend of er verschil is in de afwijzingspercentages tussen type zorgvragen noch is er inzicht in of een bepaald afwijzingskader gebruikt wordt bij afwijzingen.

Gevolgen afwijzing

Uit onderzoek van Significant (Significant, 2019) blijkt dat in 2019 het vaak wel lukte om een aanbieder te vinden en dat niet veel cliënten lang in het ziekenhuis of een instelling hoeven te wachten tot ze terecht kunnen in de wijkverpleging. Er werden in 2019 dus nog relatief weinig problemen ervaren. Wel neemt dus de druk op de wijkverpleging toe, en komt door afwijzing steeds meer druk te liggen op mantelzorgers en andere vormen van zorg waaronder huisartsen. Ook neemt duurdere zorg op andere plekken toe, zoals ziekenhuiszorg, eerstelijnsverblijf en andere tijdelijke intramurale zorgplekken. Ten slotte kan de ligduur van de geriatrische revalidatiezorg ook toenemen (SiRM, 2023).

2.8 Zoekproces & Wachttijden

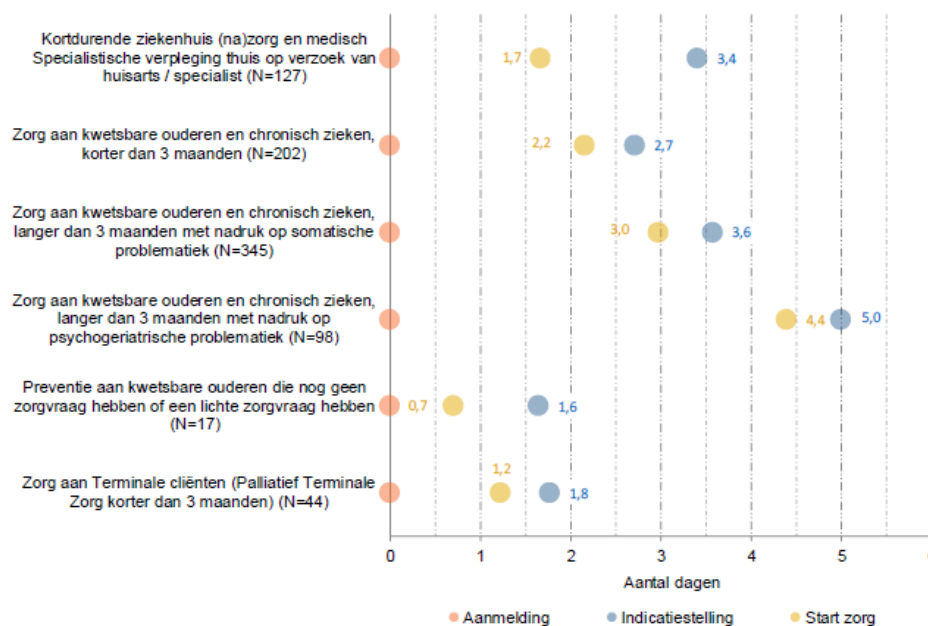
In 2019 werden gemiddeld 6-8 organisaties benaderd voordat een organisatie een cliënt in zorg nam. De zoektijd tussen 2018 en 2019 is toegenomen. Complexe en langdurige zorg (m.u.v. intensieve kindzorg en palliatieve zorg) blijken vaak de langste wachttijd te hebben voor het vinden van een beschikbare en geschikte aanbieder wijkverpleging. De wachttijden tussen wanneer een cliënt voor zorg is aangemeld en wanneer hij zorg krijgt waren in 2019 beperkt, namelijk enkele dagen tussen aanmelding en indicatie (gemiddeld 3,6) en tussen aanmelding en start (gemiddeld 2,6).

Op dit moment wordt de inspanning van verwijzers om een geschikte aanbieder van wijkverpleging te vinden doorgaans niet geregistreerd, omdat dit vaak niet mogelijk is, en is dit dus niet kwantificeerbaar. Wel blijkt dat het vinden van wijkverpleging door het hele land al in 2019 steeds lastiger was, vooral in het westen en zuiden van het land in stedelijk gebied. Zorgaanbieders moesten gemiddeld 6-8 aanbieders van wijkverpleging benaderen totdat zij een geschikte partij hadden gevonden (Significant, 2019). Uit ander onderzoek blijkt dat een groot deel (82%) van de transferverpleegkundigen meer dan één zorgaanbieder moet benaderen voor een geschikte plek in de wijkverpleging. Dit wordt mede veroorzaakt door versnippering door marktwerking in de wijkverpleging wat zorgt voor een lang zoekproces voor de huisarts, het ziekenhuis, patiënten en naasten. 58% van de praktijkondersteuners huisartsen (POH'ers) geeft aan dat het niet veelvoorkomend is dat meerdere organisaties benaderd moeten worden, waarin 33% aangeeft dat

één contact volstaat (RIVM, 2022). Wachttijdbemiddeling komt wel geregeld voor, maar doordat verzekeraars vaak nog niet worden ingeschakeld, niet in grote aantallen. De verwijzer kan in de wachttijdbemiddeling een rol spelen (Significant, 2019).

De zoektijd naar een geschikte aanbieder van wijkverpleging is toegenomen tussen 2018 en 2019. Hierbij was het percentage cliënten met gemiddeld 7 dagen tussen einde van de opname in het ziekenhuis en start van de wijkverpleging stabiel in deze jaren. Echter, het percentage cliënten met een doorlooptijd van meer dan 7 dagen is met 2% toegenomen tussen 2016 en 2018 (Equalis, 2020).

Complexe en langdurige zorg (m.u.v. intensieve kindzorg en palliatieve zorg) blijken vaak de langste wachttijd te hebben voor het vinden van een beschikbare en geschikte aanbieder wijkverpleging. Ondanks dat het onderscheid tussen verschillende doelgroepen in de wijkverpleging van belang is, wordt de zorg gemiddeld genomen binnen enkele dagen na aanmelding gestart. De wachttijden tussen wanneer een cliënt voor zorg aangemeld is en wanneer hij zorg krijgt zijn beperkt, namelijk enkele dagen tussen aanmelding en indicatie (gem. 3,6) en tussen aanmelding en start (gem. 2,6). De Treeknorm hiervoor, binnen zes weken na aanmelding, wordt dan ook in 99% van de aanvragen behaald. In Figuur 8 is een overzicht te vinden (Significant, 2019) van de gemiddelde wachttijd tussen aanmelding en start van zorg. Wanneer een cliënt een geschikte aanbieder heeft gevonden is de wachttijd vooral lang voor chronisch zieken met een zorgvraag langer dan drie maanden en kwetsbare ouderen (gemiddeld 3,0-4,4 dagen). Terminale klanten worden gemiddeld het snelst in zorg genomen, namelijk binnen 1,2 dagen (Significant, 2019).



Figuur 8 Gemiddelde wachttijden voor de doelgroepen in de wijkverpleging (Significant, 2019)

Wanneer er wordt gekeken naar de aanmelder, dan is de tijd tussen aanmelding en in zorg neming het langst wanneer de aanmelding komt vanuit een eerstelijnsverblijf, namelijk 6,1 dagen. Dit kan ook betekenen dat eerstelijnsverblijven juist tijdig contact opnemen voor geplande wijkverpleging. Dat beeld wordt bevestigd doordat de indicatiestelling gemiddeld enkele dagen voor het verlenen van zorg ligt (Significant, 2019). Aanmeldingen vanuit het ziekenhuis worden het snelst in zorg genomen, namelijk gemiddeld binnen 1,4 dagen.

2.9 Conclusie

Gemiddeld hebben circa 500.000 cliënten wijkverpleging per jaar en dit aantal is in de afgelopen jaren gedaald, evenals de kosten en het gemiddeld aantal uren wijkverpleging per cliënt. De verwachting is dat de zorgvraag gaat toenemen in de komende jaren vanwege vergrijzing en de beweging naar langer thuis. De druk op de wijkverpleging zal naar verwachting toenemen vanwege de toegenomen vraag en de oplopende arbeidsmarktproblemen.

Het zoekproces is lastig, cliënten en zorgverleners hebben hier moeite mee en het aantal aanbieders dat benaderd moet worden was in 2019 al substantieel (tussen de 6 en 8 aanbieders). Echter de tijd dat het duurt om daadwerkelijk wijkverpleging te krijgen (tijd tussen aanvraag en start zorg) is beperkt en blijft ruim binnen de treeknormen. Samenwerking tussen organisaties kan hierbij helpen en dat is niet altijd makkelijk vanwege versnippering in aanbod, het elkaar niet goed kennen en weten te vinden en capaciteitsproblemen die ook in de keten spelen.

Afwijzingen lijken beperkt maar een afwijzing kan wel druk leggen op mantelzorg en andere zorgverleners. Het is onduidelijk of er een afwijzingskader gebruikt wordt en wat het afwijzingskader is dat eventueel gebruikt wordt. Als reden voor afwijzing wordt vaak genoemd een gebrek aan capaciteit, een zorgvraag die niet aansluit bij expertise die in huis is en het vollopen van het afgesproken budgetplafond.

3 Resultaten

We presenteren in dit hoofdstuk de regio-overstijgende resultaten per onderzoeksvraag. De regio-specifieke resultaten van Midden-IJssel, West-Brabant en Rotterdam staan in bijlage 1 beschreven.

Er wordt in dit hoofdstuk verwezen naar de transferbureaus van ziekenhuizen, zorgverzekeraars, aanbieders van wijkverpleging en huisartsen, dit refereert **alleen** naar de door ons geïnterviewde ziekenhuizen, zorgverzekeraars, aanbieders van wijkverpleging en huisartsen (zie volledige overzicht van de geïnterviewden in tabel 2 in bijlage 2). Wanneer de resultaten van de interviews met cliënten worden toegelicht, betreffen dit uitsluitend interviews met cliënten die via zorgbemiddeling van zorgverzekeraars zijn benaderd (zie volledig overzicht van de methode in bijlage 2).

3.1 Het zoekproces naar wijkverpleging

In deze paragraaf lichten we toe hoe de verschillende routes van het zoekproces naar wijkverpleging eruitzien.

Samenvatting belangrijkste resultaten: het zoekproces naar wijkverpleging

- Er bestaan vele verschillende routes voor het zoek- en aanvraagproces van wijkverpleging en deze kunnen verschillen per regio.
- Er bestaan verschillende systemen om wijkverpleging aan te vragen. Veel ziekenhuizen werken met een digitaal systeem (POINT of ZorgDomein) om aanvragen uit te zetten bij aanbieders van wijkverpleging.
- Sommige ziekenhuizen en huisartsen hebben via een stoplichtsysteem (een capaciteitstool) de beschikbare capaciteit van de aanbieders van wijkverpleging inzichtelijk. De ervaringen met het inzichtelijk maken van capaciteit zijn wisselend.
- Bij bijna alle geïnterviewde ziekenhuizen verlopen de aanvragen voor wijkverpleging via het transferbureau van het ziekenhuis. Slechts bij een ziekenhuis vragen de afdelingen de wijkverpleging zelf aan en lopen alleen de aanvragen voor complexe patiënten via het transferbureau. Voor de aanvragen voor medische kindzorg thuis geldt dat dit in alle ziekenhuizen via de kinderafdelingen zelf verloopt.
- De manier van aanvragen verschilt tussen de geïnterviewde huisartsen. Soms bellen huisartsen zelf de aanbieder van wijkverpleging, anderen werken met MDO's waarmee ze de zorg voor met name kwetsbare ouderen inzichtelijk maken en al vroegtijdig wijkverpleging kunnen inschakelen. Weer anderen laten het aan cliënten zelf over om te bellen en verschaffen alleen informatie.
- Veelal de meeste huisartsen gebruiken ZorgDomein als digitaal systeem voor het aanvragen van wijkverpleging of zoeken telefonisch contact met aanbieders van wijkverpleging.
- In één regio is het mogelijk dat huisartsen het Regionaal transferpunt inschakelen als wijkverpleging lastig te organiseren is. Het ziekenhuis neemt het doen van de aanvraag dan over.
- In geen enkele regio is de aanvraag voor wijkverpleging volledig gecoördineerd vanuit één punt. Wel wordt er in één regio toegewerkt naar regionaal inzicht in de beschikbare wijkverpleging binnen de regio om het aanvraag proces te vergemakkelijken.
- Het proces dat cliënten doorlopen bij het zoeken naar wijkverpleging en de betrokkenheid zorgprofessionals gedurende dit proces varieert aanzienlijk. Dit is onder andere afhankelijk van de oorsprong van de zorgvraag, bijvoorbeeld of de zorgvraag in de thuissituatie is ontstaan of dat het nazorg betreft na ontslag uit een zorginstelling. Bovendien verschilt ook de rol van de betrokken zorgverleners per situatie.

- Ziekenhuizen, huisartsen en cliënten die moeite hebben om wijkverpleging te vinden kunnen de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar inschakelen.

Verschillende routes om aan te vragen

In Figuur 9 zijn de vele verschillende routes van het zoek- en aanvraagproces van wijkverpleging weergegeven waarbij het per regio kan verschillen welke route vaak en welke route minder vaak of niet wordt belopen. Eerder onderzoek (RIVM, 2023) heeft inzichtelijk gemaakt dat 33% van de aanvragen in Nederland door de cliënt en/of mantelzorg zelf wordt gedaan, 34% van de aanvragen komt vanuit het ziekenhuis, minder dan 10% gaat via een ELV of GRZ en 12% van de aanvragen gaat via de huisarts. De overige percentages betreffen aanvragen waarbij het een combinatie is van de cliënt en een zorgprofessional (vaak de huisarts) of waarbij zorgbemiddeling is ingeschakeld (RIVM, 2023).

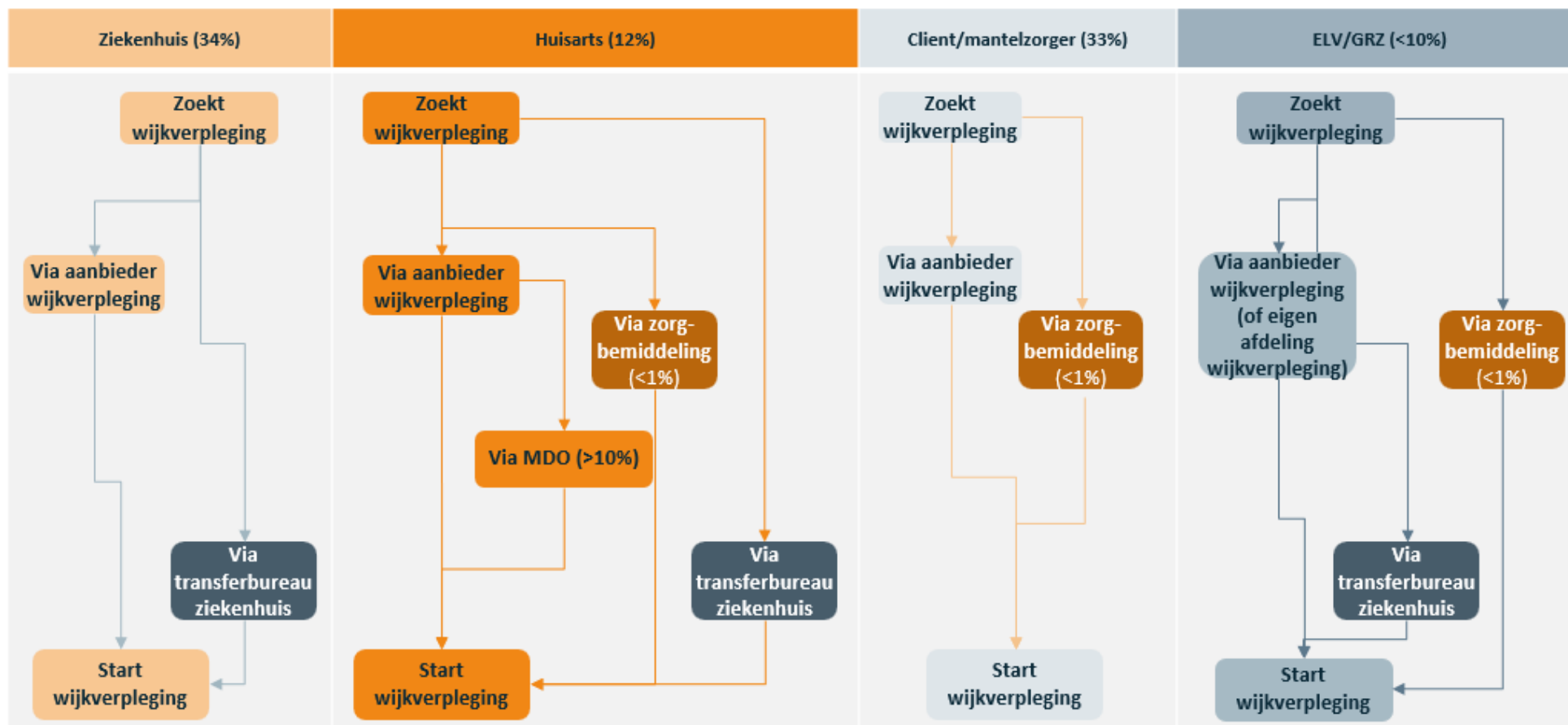
Ziekenhuizen hanteren verschillende systemen om wijkverpleging aan te vragen

De manier waarop ziekenhuizen het proces voor het aanvragen van wijkverpleging hebben ingericht verschilt. In sommige ziekenhuizen worden alle aanvragen door het transferbureau afgehandeld terwijl bij andere ziekenhuizen de aanvraag in principe via de afdeling verloopt en alleen de aanvragen die moeilijk te plaatsen zijn worden door het transferbureau afgehandeld.

Er worden verschillende systemen gebruikt om wijkverpleging aan te vragen. De ziekenhuizen waarmee gesproken is werken veelal met POINT. Via POINT wordt een aanvraag voor wijkverpleging digitaal naar één aanbieder van wijkverpleging verstuurd. Aanbieders van wijkverpleging kunnen de aanvraag accepteren of weigeren, waarna deze direct, indien nodig, digitaal doorgezet wordt naar een volgende aanbieder van wijkverpleging (N.B. het is ook mogelijk om een aanvraag bij meerdere aanbieders van wijkverpleging tegelijkertijd uit te zetten). In dit systeem is de beschikbare capaciteit van de aanbieders van wijkverpleging niet vooraf voor het ziekenhuis inzichtelijk. Ook zijn niet alle aanbieders van wijkverpleging aangesloten bij POINT. Bijvoorbeeld kleine en/of niet-gecontracteerde aanbieders van wijkverpleging zijn vaak niet aangesloten vanwege de voor hen relatief hoge kosten die hieraan verbonden zijn.

Sommige regio's maken gebruik van een 'stoplichtsysteem'. Het stoplichtsysteem is een capaciteitstool waarin de beschikbare capaciteit van wijkverpleging inzichtelijk is, waardoor op voorhand zichtbaar is welke aanbieders van wijkverpleging ruimte hebben om een aanvraag aan te nemen en welke niet. Er wordt door het ziekenhuis eerst gekeken naar wie plek heeft, en daar wordt vervolgens een aanvraag gedaan. De ervaringen met deze app zijn wisselend. Ziekenhuizen zijn positief over de 'stoplichten-app' maar aanbieders van wijkverpleging geven aan dat het lastig is om op voorhand te zeggen of er wel of geen plek is, omdat dit ook afhangt van de uiteindelijke zorgvraag (omvang) en de regio (waar woont een cliënt).

Twee ziekenhuizen werken met ZorgDomein. ZorgDomein is een digitaal systeem dat zorgverleners helpt met het vinden, kiezen en regelen van zorg. Ziekenhuizen dienen een aanvraag voor wijkverpleging in via ZorgDomein en krijgen via dit systeem ook reactie.



Figuur 9: Verschillende aanvraagroutes voor de wijkverpleging (RIVM, 2023)¹²

¹² Het schematische figuur van de verschillende aanvraagroutes voor wijkverpleging is een versimpelde weergave van de mogelijke routes, waar het niet vinden van wijkverpleging niet is meegenomen om het figuur overzichtelijk te houden.

Het proces van aanvragen verschilt per huisarts

Het proces van aanvragen van wijkverpleging varieert tussen huisartsen. Sommige huisartsen nemen zelf telefonisch contact op met een aanbieder van wijkverpleging om de zorg te regelen, terwijl andere huisartsen de verantwoordelijkheid bij de cliënten leggen door hen te verwijzen naar de aanbieder van wijkverpleging en zelf de aanvraag te laten regelen. Daarnaast maken sommige praktijken gebruik van een multidisciplinair overleg (MDO), waarbij de zorgbehoefte van thuiswonende kwetsbare ouderen proactief wordt besproken. Hierdoor wordt vroegtijdig duidelijk of er op korte termijn zorg nodig is en kan daar gemakkelijk op geanticipeerd worden door de aanbieders van wijkverpleging. Tijdens dit overleg is ook een coördinerend wijkverpleegkundige aanwezig die, indien nodig, direct actie onderneemt om wijkverpleging te regelen. In één regio kan de huisarts ook gebruik maken van het regionaal transferbureau. Het ziekenhuis neemt dan de gehele aanvraag over en verstuurt deze via de gebruikte systemen van het ziekenhuis.

Huisartsen werken veelal met ZorgDomein. Via ZorgDomein kan een aanvraag voor wijkverpleging digitaal verstuurd worden. Hier wordt echter benoemd dat de aanvraag vaak telefonisch verloopt en bij een acceptatie het dossier alleen digitaal wordt gedeeld (en de aanvraag dus nog niet digitaal plaats vindt).

Zorgbemiddeling kan worden ingeschakeld als het niet lukt om wijkverpleging te vinden

Indien het niet lukt om wijkverpleging aan te vragen, kan zowel het ziekenhuis, de huisarts of de cliënt zelf gebruik maken van de zorgbemiddeling via de zorgverzekeraar. Van de verzekeraars Zilveren Kruis, VGZ, CZ en Salland, die marktleider zijn in de regio's waarin wij interviews hebben uitgevoerd, hebben we gegevens ontvangen over het aantal zorgbemiddelingsaanvragen (zie tekst box 1) dat zij ontvangen hebben in 2023. Dit betrof in totaal 2526 aanvragen wat minder dan 1% is van alle verzekerden die wijkverpleging ontvangen (zie tekst box 1). De zorgbemiddeling lijkt dus (nog) niet veel te worden ingezet om wijkverpleging te vinden.

Tekst box 1: Zorgbemiddelingsaanvragen

Uit de analyse van de data van vier verzekeraars (Zilveren Kruis, VGZ, CZ en Salland) blijkt dat het in 2023 varieerde hoeveel zorgbemiddelingsaanvragen werden behandeld per verzekeraar. In totaal werden er in 2023 bij CZ 1101 zorgbemiddelingsaanvragen behandeld, waar dit er bij Zilveren Kruis 795, bij VGZ 621, en bij Salland 9 waren. Bij Zilveren Kruis, CZ en VGZ zien we dat het grootste gedeelte van de aanvragen in 2023 uit de regio's kwamen waarin de desbetreffende verzekeraar een groot marktaandeel heeft. Voor CZ kwam er in 72% van de gevallen een zorgbemiddelingsaanvraag vanuit "CZ-regio's". Voor VGZ was dit 57% en voor Zilveren Kruis 58%. Vanwege het kleine aantal bemiddelingsaanvragen bij Salland, kunnen daaruit geen conclusies getrokken worden. Er zit daarnaast veel variatie in vanuit welke specifieke regio's bemiddelingsaanvragen komen. Echter, vanwege de lage aantallen per regio kunnen hier geen conclusies aan verbonden worden.

Het aantal bemiddelingsaanvragen is ongeveer 1% van alle verzekerden die wijkverpleging ontvangen. In Nederland ontvingen in 2022 ongeveer 578 duizend mensen wijkverpleging¹³. Uitgaande van een gezamenlijk marktaandeel van deze vier zorgverzekeraars van 74% betekent dit dat bij deze zorgverzekeraars ongeveer 433 duizend mensen wijkverpleging hebben ontvangen, en dat dus <1% gebruik heeft gemaakt van zorgbemiddeling. Dit percentage zou iets hoger kunnen zijn omdat de verwachting is dat er ook mensen zijn die langdurig (langer dan 12 maanden) wijkverpleging ontvangen. Op basis van openbare bronnen kunnen we dit onderscheid niet maken.

¹³ Inzichten in het marktaandeel per zorgverzekeraar verkregen via: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/zorgverzekeringsconcerns-marktaandeel>

Wel zien we dat de gemiddelde periode waarover mensen wijkverpleging ontvangen 5 maanden betreft¹⁴. Dit betekent dat naar verwachting de doorlooptijd relatief snel is en dat een grote groep die in 2023 wijkverpleging heeft ontvangen dat jaar nieuw in zorg is gekomen.

Geen coördinatie van aanvragen

In de regio's die betrokken zijn bij dit onderzoek is er geen sprake van één gezamenlijk coördinatie punt voor wijkverplegingsaanvragen. Er is wel sprake van samenwerking, veelal tussen ziekenhuizen en aanbieders van wijkverpleging. Deze samenwerking is echter nog niet zo ver dat alle aanvragen door één regionaal punt geregeld worden. Ook wordt aangegeven dat vaak alleen grote en/of gecontracteerde aanbieders van wijkverpleging betrokken bij de samenwerking en kleine en/of niet gecontracteerde aanbieders niet (of alleen indirect). In één regio wordt op dit moment wel gewerkt aan het inzichtelijk maken van de beschikbare capaciteit van de aanbieders van wijkverpleging, zodat voor verwijzers op elk moment duidelijk is welke aanbieders van wijkverpleging capaciteit beschikbaar hebben. De verwachting is dat dit inzicht de aanvraag van wijkverpleging verbetert.

Het proces dat cliënten doorlopen voor het vinden van wijkverpleging is verschillend

De cliënten die gebruik hebben gemaakt van wachtlijstbemiddeling hebben verschillende routes doorlopen tijdens hun zoektocht naar wijkverpleging. Sommige cliënten waren zonder dat er nazorg was geregeld ontslagen uit een zorghotel of revalidatiecentrum. Anderen kregen te maken met een (acute) zorgvraag die in de thuissituatie ontstond. Ook gaf één cliënt aan dat een bestaand zorgtraject was beëindigd waardoor de cliënt zorg wilde ontvangen van een andere aanbieder van wijkverpleging.

3.2 Zoektijd tot wijkverpleging

In deze paragraaf lichten we toe hoeveel tijd het zoekproces naar wijkverpleging kost. De zoektijd is de tijd die verstrijkt om een wijkverpleging aanbieder te vinden die de cliënt in zorg kan nemen. Oftewel de *doorlooptijd* tussen moment van aanvragen van wijkverpleging tot het vinden van een aanbieder wijkverpleging, en dus *niet* de tijd die een zorgverlener aan het zoekproces naar wijkverpleging besteedt. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de zoektijd van het ziekenhuis, de huisarts, de zorgverzekeraars en de gesproken cliënten die zorgbemiddeling hebben ingeschakeld. Ook kijken we naar de rol van andere zorgverleners in dit proces.

Samenvatting belangrijkste resultaten: zoektijd tot wijkverpleging

- Veel ziekenhuizen geven in de interviews aan dat er weinig capaciteitsproblemen worden ervaren. Van de onderzochte aanvragen van cliëntgegevens door heel Nederland wordt 73,9% van de cliënten en op de gewenste dag of eerder ontslagen en 13,4% op de dag erna en de zoektijd is gemiddeld 0,7 dagen¹⁵. 1,6% moet langer dan 7 dagen wachten totdat wijkverpleging is gevonden.
- In alle onderzochte regio's geeft het merendeel van ziekenhuizen in de interviews aan dat de duur van het zoekproces afhankelijk is van de wijk en de complexiteit van de vraag en dat het zoekproces voor complexe zorgvragen langer kan duren en als lastig wordt ervaren. Een ziekenhuis gaf aan zelden problemen te ervaren, vaak alleen tijdens vakantieperiodes of tijdens bijvoorbeeld een griep epidemie.
- Wat wordt verstaan onder een complexe vraag verschilt: bijvoorbeeld een complexe zorghandeling die om specifieke expertise vraagt, een complexe zorgvraag waar psychische problematiek speelt, een complexe zorgvraag omdat er veel zorgmomenten per dag nodig zijn of om een cliënt die in een wijk woont waar weinig wijkverpleging beschikbaar is.

¹⁴ <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wijkverpleging-2022>

¹⁵ De data en cijfers staan beschreven in bijlage 3.

- Huisartsen schetsen een divers beeld; enkele huisartsen geven aan dat het lastig kan zijn om wijkverpleging te regelen, terwijl anderen aangeven geen problemen te ervaren. Dit verschilt per postcodegebied.
- Zorgverzekeraars geven aan dat het aantal zorgbemiddelingen afneemt, maar dat de casuïstiek complexer wordt. Bij complexe zorgbemiddelingen is de zoektijd langer dan 7 dagen (bij VGZ is de gemiddelde doorlooptijd voor dossiers die langer dan 7 dagen open staan 16 dagen).
- De gesproken cliënten die zorgbemiddeling hebben gehad geven aan dat de zoektijd naar wijkverpleging lang heeft geduurd (enkele weken tot maanden). Bij een aantal cliënten is het niet gelukt om zorg te vinden.

Ziekenhuizen ervaren weinig problemen, de zoektijd is gemiddeld 0,7 dagen

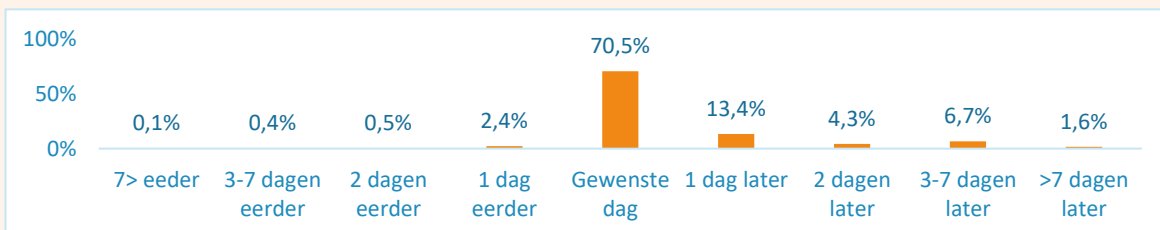
Uit de interviews met de ziekenhuizen uit de drie verschillende regio's komt naar voren dat zij over het algemeen weinig problemen ervaren met het aanvragen van wijkverpleging, zeker niet bij de laagcomplexere vragen. Uit de data van POINT (zie tekst box 2) blijkt dat 73,9% van de cliënten op de gewenste dag of al eerder wordt ontslagen en 13,4% één dag later. Daarnaast wordt 4,3% van de cliënten 2 dagen later dan gewenst ontslagen en wordt 6,7% van de cliënten 3 tot 7 dagen later dan gewenst ontslagen. Bij 1,7% duurt de zoektijd langer dan 7 dagen. De gemiddelde zoektijd (dagen tussen gewenst ontslag en daadwerkelijk ontslag) is 0,7 dagen. De zoektijd per provincie varieert tussen 0,2 en 1,0 dag. Een ziekenhuis gaf in de interviews aan zelden problemen te ervaren, vaak alleen tijdens vakantieperiodes of tijdens bijvoorbeeld een griep epidemie. Meerdere ziekenhuizen geven aan dat het nauwelijks voorkomt dat cliënten lang op wijkverpleging moeten wachten. De helft van de ziekenhuizen geeft aan dat het zoekproces per wijk kan verschillen. Het is lastiger om wijkverpleging te vinden in wijken aan de rand van het gebied, omdat de reisafstand dan langer is, of in wijken waar weinig aanbieders van wijkverpleging werkzaam zijn.

“Het lukt bijna altijd om het wel dezelfde dag te regelen. Minder dan 5% moet langer dan een dag wachten. Het echt niet beschikbaar zijn heb ik de afgelopen jaren niet meegemaakt.”

- Ziekenhuis

Tekst box 2: Resultaten data POINT

Uit de POINT data blijkt dat 73,9% van de cliënten ontslagen wordt op de gewenste datum of eerder, en 13,4% één dag later dan gewenst (zie ook Figuur 10). Daarnaast wordt 4,3% van de cliënten 2 dagen later dan gewenst ontslagen en wordt 6,7% van de cliënten 3 tot 7 dagen later dan gewenst ontslagen. We zien dat de groep van 1,6% die langer dan 7 dagen moet wachten, gemiddeld genomen 13 dagen wacht op wijkverpleging. De gemiddelde zoektijd van alle aanvragen (dagen tussen gewenst ontslag en daadwerkelijk ontslag) is 0,7 dagen.



Figuur 10 Spreiding gewenst en gerealiseerde ontslagdatum

Het zoekproces voor complexe zorgvragen kan langer duren

Ook geeft de helft van de ziekenhuizen in de interviews aan dat het zoekproces voor complexe zorgvragen langer kan duren en als lastig wordt ervaren. Dit komt met name door de benodigde expertise van de wijkverpleegkundige of het specialistische team dat nodig is voor een complexe(re) zorgvraag. Hoe een complexe zorgvraag wordt gedefinieerd verschilt per organisatie en per regio. Voorbeelden van genoemde complexe zorgvragen zijn weergegeven in tabel 2.

Type zorgvragen	Toelichting	Voorbeelden
Grote zorgvragen	Zorgvragen bestaande uit meerdere zorgmomenten op een dag	Zorg bij dwarslaesie of drie keer per dag sondevoeding
	Zorgvragen met lange zorgmomenten	Wondzorg
	Zorgvragen met een combinatie van intensieve zorgvraag (lange zorgmomenten of meerdere zorgmomenten per dag) en een specifiek specialisme	Intraveneus toedienen van antibiotica, drain zorg of zorg bij een trachea canule
Zorg die op vaste tijden geleverd moet worden	Zorg die om medische redenen op specifieke tijdstippen moet worden uitgevoerd.	Diabeteszorg
Chronische zorgvragen	Laag complexe zorg maar blijvend van aard	Langdurig zwachtelen of ADL ¹⁶ zorg
Zorgvragen waar psychische problematiek speelt	Zorgvragen waar specifieke deskundigheid voor nodig is	Licht verstandelijke beperking of dementie
Zorg waarvoor twee wijkverpleegkundigen nodig zijn		Zorg voor een cliënt met obesitas

Tabel 2 *Genoemde complexe zorgvragen in interviews*

De aanwezige deskundigheid, bekwaamheid en bevoegdheid verschilt per aanbieder van wijkverpleging. Ziekenhuizen hebben geen overzicht van de beschikbare deskundigheid bij aanbieder van wijkverpleging. Bovendien kan door de capaciteitsproblematiek de aanwezige expertise niet altijd beschikbaar zijn. Hierdoor moet er bij complexe zorgvragen soms lang worden gezocht naar een organisatie die de zorgvraag kan beantwoorden. Twee ziekenhuizen geven aan dat bij complexe zorgvragen het kan voorkomen dat er vele verschillende (tussen de 10 en 20) aanbieders van wijkverpleging benaderd moeten worden en dat het een paar dagen tot weken kan duren voordat de zorg is geregeld. Eén ziekenhuis geeft juist het tegenovergestelde aan: specialistische zorg is hier juist makkelijk te organiseren, maar de reguliere ADL zorg moeilijker. Er wordt aangegeven dat dit komt omdat het personeelstekort onder wijkverpleegkundigen van het specialistisch team minder groot is in vergelijking met het personeelstekort in de reguliere wijkteams.

Ook geven twee ziekenhuizen aan dat zorg bij taalbarrières soms lastig kan zijn, waarbij wel wordt benoemd dat dit de laatste jaren beter is geregeld omdat er specifieke aanbieders van wijkverpleging die zorg voor anderstalige bieden. Eén ziekenhuis geeft aan dat het lastig is om zorg te vinden voor vluchtelingen, onverzekerden, daklozen en illegalen.

¹⁶ ADL: Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen, dat zijn de handelingen die mensen dagelijks uitvoeren zoals eten en drinken, medicatie innemen, in- en uit bed komen etc.

Beeld vanuit huisartsen is divers

Het geschetste beeld vanuit huisartsen is divers. Sommige huisartsen geven aan geen problemen te ervaren. Een huisarts geeft aan dat ongeveer 90% van de cliënten na het bellen van 1 of 2 aanbieders van wijkverpleging terecht kan, waardoor het nauwelijks voorkomt dat de zoektijd lang is en de zorg niet snel genoeg kan worden ingezet. Ook geven twee huisartsen aan dat door het tijdig bespreken van cliënten in een MDO wordt voorkomen dat het regelen van wijkverpleging directe spoed heeft. Hierdoor heeft de aanbieder van wijkverpleging zelf ook enkele dagen de tijd om een cliënt op te nemen in de route. Zij ervaren daardoor geen problemen omdat de zoektijd te lang is. Ook zijn er huisartsen die aangeven dat ze niet weten hoelang de zoektijd duurt omdat de cliënt zelf contact opneemt met de aanbieders van wijkverpleging.

Andere huisartsen geven wel aan grote problemen te ervaren met grote gevolgen voor kwetsbare ouderen die zonder zorg thuis zitten omdat het zoekproces te lang duurt. In het uiterste geval worden deze cliënten naar de SEH gestuurd omdat de situatie thuis onhoudbaar is. Wel geven de huisartsen aan dat dit per postcodegebied kan verschillen en verschillen binnen steden groot kunnen zijn.

Ongeacht de regio en problemen die huisartsen ervaren geven huisartsen aan dat de versnippering van aanbieders van wijkverpleging het zoekproces bemoeilijkt. De versnippering zorgt ervoor dat het lastig is om af te stemmen met de aanbieders van wijkverpleging en de wijkverpleegkundigen. Minder aanbieders van wijkverpleging in de regio (één of een paar) zorgt voor kortere lijnen, het contact verloopt vaak beter en er kan proactief samengewerkt worden. Een voorbeeld hiervan is het aansluiten van de wijkverpleegkundige bij het MDO.

“Als je één thuiszorgorganisatie hebt, dan loopt het goed.
Als je veel kleine organisaties hebt is het lastiger schakelen.”

- Huisarts

Het aantal zorgbemiddelingen neemt af, bij complexe zorgbemiddelingen is de zoektijd lang

Zoals eerder aangegeven lijkt zorgbemiddeling nog niet veel te worden ingezet om wijkverpleging te vinden. Aanbieders van wijkverpleging geven aan dat ze zorgbemiddeling niet vaak benaderen omdat de doorlooptijd van zorgverzekeraars voor het oppakken van een bemiddelingsverzoek lang duurt. Uit de data blijkt dat minder dan 1% van alle verzekerden die wijkverpleging ontvangen maken gebruik van zorgbemiddeling (zie tekst box 1). Ook zien alle gesproken zorgverzekeraars dat het aantal zorgbemiddelingen voor wijkverpleging de afgelopen jaren is gedaald. Uit de analyse van de data van verzekeraars (zie tekst box 3) blijkt dat de gemiddelde doorlooptijd van alle dossiers rond de 3 tot 6 dagen is. Bij VGZ is 44% van de bemiddelingsaanvragen binnen 0-2 dagen afgehandeld en bij CZ 38%. De doorlooptijd voor complexe zorgbemiddelingen is langer. Bij VGZ duurde 24% van de zorgbemiddelingsaanvragen langer dan 7 kalenderdagen, en bij CZ 31%.

Ook zijn er uitschieters bij complexe casussen, een enkele keer kan het wel weken tot maanden duren voordat de zorg geregeld is en soms komt het voor dat er helemaal geen zorg geleverd kan worden. Zorgverzekeraars geven daarbij ook aan dat op het moment dat de zorgverzekeraar een zorgbemiddelingsaanvraag ontvangt, de cliënt of het ziekenhuis al eerder heeft gezocht naar wijkverpleging, dus dat in totaal het zoekproces langer duurt. Complexe bemiddelingen betreffen bemiddelingen voor complexe zorgvragen zoals zorg waar meerdere zorgprofessionals of lange zorgmomenten nodig zijn. Ook palliatieve zorg, zorg voor verzekerden met obesitas, zorg rondom een dwarslaesie, ALS of psychische problematiek zijn zorgvragen die lastig te organiseren zijn. Ten slotte kan de complexiteit in de regio leiden tot moeilijke zorgbemiddelingen.

Het aandeel complexe bemiddelingen stijgt

Eén zorgverzekeraar geeft aan dat het aandeel complexe zorgbemiddelingen de afgelopen jaren wel is toegenomen (op dit moment ongeveer 60% van het totaal aantal bemiddelingen). Dit kan verschillende oorzaken hebben, bijvoorbeeld capaciteitsproblemen bij een grote aanbieder van

wijkverpleging in de regio, of doordat er binnen de regio enkele kleine dorpen zijn met grote reisafstanden waardoor weinig aanbieders de zorgvraag willen oppakken. Alle zorgverzekeraars geven aan dat Brabant een complexe regio is waar veel zorgbemiddelingsaanvragen voor worden ontvangen. In regio's waar een aanbieder van wijkverpleging het aanspreekpunt is of waar de zorgorganisaties elkaar goed weten te vinden ontvangen zorgverzekeraars minder zorgbemiddelingsvragen. De regio Arnhem is een goed voorbeeld van een regio waar een samenwerkingsverband aanwezig is waardoor twee zorgverzekeraars aangeven nauwelijks zorgbemiddelingsaanvragen te ontvangen uit deze regio.

Tekst box 3: Resultaten data zorgverzekeraars

Uit de analyse van de data van verzekeraars (Zilveren Kruis, CZ, en VGZ) blijkt dat de gemiddelde doorlooptijd van alle dossiers rond de 3 tot 6 dagen ligt (3,3 werkdagen voor Zilveren Kruis, 5,2 kalenderdagen voor CZ en 5,7 kalenderdagen voor VGZ). (NB: achterliggende registraties tussen verzekeraars verschilt wat van invloed kan zijn op de resultaten.) De gemiddelde doorlooptijd per regio verschilt per verzekeraar, echter vanwege de beperkte omvang van het aantal aanvragen per regio zijn de resultaten op regioniveau lastig te vergelijken¹⁷.

Wanneer we kijken naar de gemiddelde doorlooptijd per dossier¹⁸, zien we dat bij CZ 38% van de zorgbemiddelingsaanvragen binnen 0-2 dagen is afgehandeld. Hier betreft het vooral aanvragen die geen prio hebben. Bij 31% van de aanvragen duurde de bemiddeling langer dan 7 dagen. Dit betreft met name lang lopende dossiers. Bij CZ blijven dossiers die ingevuld worden door een niet gecontracteerde aanbieder open staan (onder lang lopend dossier) totdat een gecontracteerd aanbod is gevonden. CZ kijkt bij aanvragen die ingevuld zijn door een ongecontracteerde aanbieder altijd na drie maanden of inmiddels een gecontracteerd aanbod beschikbaar is, dit in overleg met de cliënt. Indien gecontracteerd aanbod beschikbaar is, heeft de verzekerde de mogelijkheid om over te stappen naar de gecontracteerde aanbieder.¹⁹ Dit kan een vertekend beeld geven van de doorlooptijd omdat cliënten dan dus *wel* zorg ontvangen.

Bij VGZ zien we dat 44% van de bemiddelingsaanvragen binnen 0-2 dagen is afgehandeld. Het merendeel van deze aanvragen omvat eenvoudige of complexe bemiddelingen. Bij 24% van de zorgbemiddelingsaanvragen duurde de afhandeling langer dan 7 kalenderdagen, wat vooral complexe bemiddelingen betrof.

In Bijlage 4 zijn de uitgebreide resultaten van de analyse van de data van verzekeraars opgenomen. De indeling die verzekeraars hanteren is verzekeraar specifiek. Dit maakt dat de gegevens per groep niet goed vergelijkbaar zijn tussen de verzekeraars. Op totaalniveau kunnen we de gegevens wel vergelijken.

Cliënten wachten lang op zorg of ontvangen helemaal geen zorg

De gesproken cliënten die een aanvraag voor zorgbemiddeling hebben gedaan bij de zorgverzekeraar, geven ook aan dat het lang kan duren voordat er een aanbieder van wijkverpleging is gevonden die de

¹⁷ Let op: data over doorlooptijden van Zilveren Kruis is weergegeven in werkdagen. Bij VGZ en CZ is dit in kalenderdagen.

¹⁸ Bij Zilveren Kruis was geen data aanwezig van de doorlooptijd per dossier en van de complexiteit/aard van de zorgbemiddelingsaanvraag. Deze informatie is hier dus niet meegenomen.

¹⁹ Zolang er géén gecontracteerd aanbod beschikbaar is, hoeft de verzekerde geen eigen bijdragen te betalen voor het ongecontracteerde aanbod. Zodra er een gecontracteerd aanbod beschikbaar is, en de verzekerde kiest ervoor bij de ongecontracteerde aanbieder te blijven, zal hiervoor wel een eigen bijdrage in rekening worden gebracht. Verzekerden zijn hierover al bij het eerste contact geïnformeerd.

zorg kon leveren, de duur liep uiteen van enkele weken tot enkele maanden en bij een aantal van de gesproken cliënten is het helemaal niet gelukt om zorg te vinden.

3.3 Aantal afwijzingen en oorzaken van afwijzingen

In deze paragraaf wordt ingegaan op het afwijzen van cliënten met een zorgvraag door aanbieders van wijkverpleging en de oorzaak hiervan. Waar mogelijk zijn de resultaten gekwantificeerd en is er onderscheid gemaakt in type zorg en type verwijzer.

Samenvatting belangrijkste resultaten: aantal afwijzingen en de oorzaken van de afwijzingen

- Vanuit de POINT data beschikken we over informatie van 35.059 aanvragen vanuit ziekenhuizen naar aanbieders van wijkverpleging met cliënten verdeeld over heel Nederland. Hieruit blijkt dat bij 81,8% van de cliënten er geen afwijzing plaatsvond. Bij 9,8% van de cliënten was er sprake van 1 afwijzing en in 3,6% van de cliënten was er sprake van 2 afwijzingen. 3% van de cliënten had te maken met 4 afwijzingen of meer.
- Bij 1% van de cliënten worden 10 of meer aanbieders van wijkverpleging benaderd.
- Alle aanbieders van wijkverpleging geven aan wel eens cliënten te moeten afwijzen. Oorzaken hiervan zijn: geen beschikbare capaciteit, niet de benodigde expertise in huis, cliënt past niet in de route of cliënt wil de zorg op een specifiek tijdstip wat niet in de route past.
- Alle aanbieders van wijkverpleging geven aan dat er geen standaard afwegingskader wordt gebruikt bij het beoordelen van een zorgvraag omdat de situatie altijd afhangt van de zorgvraag en de beschikbare capaciteit.
- Alle aanbieders van wijkverpleging geven aan dat door het sturen op zelfredzaamheid en door kritisch te kijken wat de noodzakelijke zorg is, er minder vaak wordt afgewezen. Er worden minder uren dan voorheen ingezet, maar wel de benodigde uren.
- Wijkverpleegkundigen geven aan dat de cliënten doorgaans positief reageren op minder zorg.
- Zorgverzekeraars, huisartsen en ziekenhuizen herkennen het beeld dat aanbieders van wijkverpleging wel eens cliënten afwijzen. De meest genoemde reden die zij horen is dat er geen capaciteit beschikbaar is.
- Zorgverzekeraars geven aan dat bij complexe bemiddeling er veel verschillende aanbieders van wijkverpleging worden benaderd voordat de cliënt in zorg kan worden genomen. Zorgverzekeraars ontvangen bijvoorbeeld veel afwijzingen voor cliënten waarbij de cliënt of aanbieder van wijkverpleging de zorg heeft beëindigd.
- Cliënten geven zelf ook dat ze worden afgewezen, de meest genoemde reden die cliënten horen is dat er geen beschikbare capaciteit aanwezig is bij de aanbieder van wijkverpleging.

Het aantal afwijzingen dat ziekenhuizen ontvangen is beperkt en een standaard afwegingskader wordt niet gebruikt

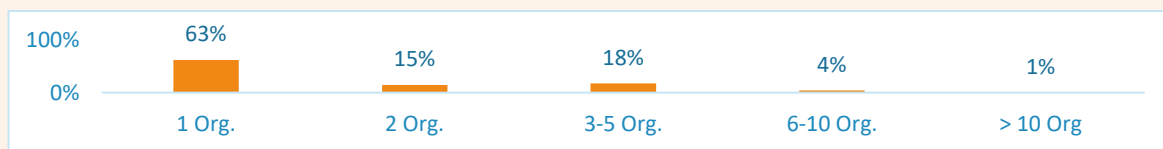
Vanuit de POINT data over 35.059 aanvragen vanuit ziekenhuizen naar aanbieders van wijkverpleging blijkt dat bij 81,8% van de cliënten er geen afwijzing plaats vond. Bij 9,8% van de cliënten was er sprake van 1 afwijzing en in 3,6% van de cliënten was er sprake van 2 afwijzingen. 3% van de cliënten had te maken met 4 afwijzingen of meer (zie tekst box 4). Er wordt dus wel afgewezen, maar vanuit het ziekenhuis is het aantal keer dat een cliënt een afwijzing ontvangt beperkt. Dit beeld is ook zichtbaar in de data van zorgbemiddeling van de zorgverzekeraars (zie tekst box 1). Het percentage cliënten dat bij zorgbemiddeling terecht komt is minder dan 1%.

Wel wordt in alle regio's aangegeven dat het aantal cliënten dat wordt afgewezen erg wisselt. Het kan voorkomen dat gedurende één á twee weken er geen enkele zorgvraag kan worden aangenomen

terwijl op andere momenten elke zorgvraag kan worden aangenomen. Dit komt omdat het aantal afwijzingen sterk afhankelijk is van de beschikbare capaciteit, welke op elk moment kan veranderen, en samenhangt met de specifieke zorgvraag van een cliënt. Het komt bijvoorbeeld voor dat het tijdstip waarop de zorg moet plaatsvinden een rol speelt. Soms heeft de cliënt een specifieke voorkeur voor een tijdstip en soms is een bepaald tijdstip noodzakelijk gezien de zorgvraag. Een zorgvraag die makkelijk kan worden gepland doordat het niet op een vast tijdstip moet worden uitgevoerd, zoals bijvoorbeeld het douchen van cliënten, wordt minder vaak afgewezen. Ook de expertise die nodig is voor de zorgvraag is van belang, bijvoorbeeld als er verpleegtechnische handelingen moeten worden uitgevoerd of de inzet van een specialistisch team nodig is. Daarnaast past een zorgvraag soms niet in de route die ingepland is doordat een cliënt ver uit de buurt woont (dit speelt meer in het landelijke gebied dan in de stad). Als laatste wordt door verschillende aanbieders van wijkverpleging aangegeven dat cliënten verzekerd bij een niet verzekeraar waarmee de aanbieder geen contract heeft afgesloten, om deze reden worden afgewezen. Doordat het in zorg nemen sterk situatieafhankelijk is, geven alle aanbieders van wijkverpleging aan dat er geen (standaard) afwegingskader wordt gebruikt.

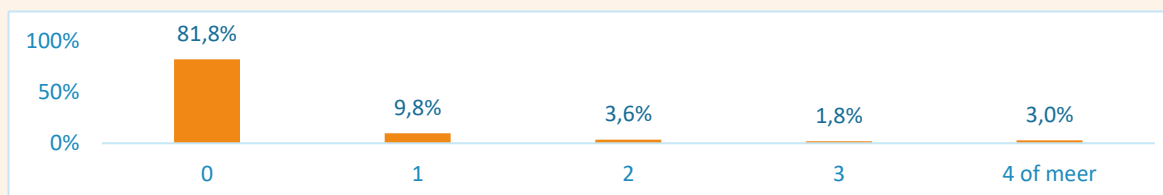
Tekst box 4: Resultaten data POINT

Uit de analyse van de POINT data blijkt dat er in totaal 68.056 aanvragen zijn verstuurd voor 35.059 cliënten (NB een dossier kan aan meerdere aanbieders tegelijkertijd aangeboden worden waardoor er verschil is tussen aantal keer aangeboden en aantal afwijzingen). Uit de 35.059 aanvragen voor wijkverpleging, blijkt dat ziekenhuizen gemiddeld een aanvraag voor wijkverpleging 1,9 keer aanbieden aan aanbieders van wijkverpleging. Van alle aanvragen wordt 63% aan 1 organisatie aangeboden, 15% aan 2 organisaties en 18% aan 3 tot en met 5 organisaties. In totaal 5% wordt aan meer dan 6 organisaties aangeboden (zie ook Figuur 11)



Figuur 11 Spreiding aantal aangeboden organisaties

Het gemiddelde aantal afwijzingen van een aanvraag voor alle ziekenhuizen is 0,4 keer en in totaal zijn er 13.873 afwijzingen ontvangen. Bij 81,8% van de cliënten vond er geen afwijzing plaats in POINT. Bij 9,8% van de cliënten was er sprake van 1 afwijzing en in 3,6% van de cliënten was er sprake van 2 afwijzingen. In totaal 3% van de cliënten had te maken met 4 afwijzingen of meer (zie ook Figuur 12).



Figuur 12 Spreiding aantal afwijzingen door aanbieders van wijkverpleging na aanbod door ziekenhuis

Het gemiddeld aantal keer dat een aanvraag per provincie wordt verstuurd varieert tussen 1,3 keer in Utrecht tot 2,7 keer in Noord-Holland. In de provincie Drenthe en Utrecht wordt er gemiddeld het minst afgewezen (0,1 keer gemiddeld). In de provincie Noord-Brabant en Noord-Holland zijn de meeste afwijzingen (0,7 keer gemiddeld). De data van alle provincies is te zien in bijlage 3.

Minder uren dan voorheen, maar benodigde uren worden ingezet

Alle aanbieders van wijkverpleging geven aan dat door het sturen op zelfredzaamheid en door kritisch te kijken wat noodzakelijke zorg is, er minder vaak wordt afgewezen. Geïnterviewde geven aan dat sinds de wijkverpleegkundige verantwoordelijk is voor het stellen van de indicatie er minder zorg wordt ingezet per cliënt. Hierdoor worden cliënten minder vaak afgewezen. Zodra aanbieder van wijkverpleging geen goede kwaliteit van zorg of onvoldoende uren zorg kunnen leveren, omdat er niet voldoende capaciteit beschikbaar is, worden cliënten geweigerd. Er is geen enkele organisatie die aangegeven heeft minder uren zorg in te zetten dan noodzakelijk is.

“De stoplichtapp kleurt niet meer zo rood als een paar jaar geleden.”

- Wijkverplegingsorganisatie

Verschillende aanbieders van wijkverpleging geven aan dat er vaak minder zorg nodig is dan aangevraagd wordt door het ziekenhuis of de huisarts. Het ziekenhuis weet minder goed wat er thuis wel of niet nodig is, welke hulpmiddelen er kunnen worden ingezet en kent de thuissituatie van de cliënt niet.

“Is 2x zwachtelen per dag bijv. wel écht nodig?
We moeten creatief kijken met de bezetting wat de aanvraag behelst.”

- Wijkverplegingsorganisatie

De wijkverpleegkundige kan tegenwoordig meer mogelijkheden benutten om de zorgvraag anders op te vangen. Er wordt bijvoorbeeld in samenwerking met de ergotherapeut bekeken of hulpmiddelen ingezet kunnen worden, zoals medicijndispensers, personenalarmering of videobellen. Ziekenhuizen geven aan dat het lastig is om rekening te houden met de inzet van hulpmiddelen en technologie omdat het gebruik hiervan verschilt per organisatie. Ook mantelzorgers en cliënten hebben geen zicht op welke mogelijkheden er thuis zijn. Regelmatig komt het voor dat alleen de inzet van huishoudelijk hulp en/of hulpmiddelen voldoende is. Door een aantal aanbieders van wijkverpleging wordt een verpleegkundig adviesgesprek (VAG) ingezet. Een VAG wordt gebruikt voor het maken van een inschatting van de zorgvraag, maar wordt ook gebruikt om te kijken naar alternatieven (bijvoorbeeld ergotherapie of fysiotherapie) als de zorg door wijkverpleging nog niet gestart kan worden. Daarna wordt gekeken of er nog zorg nodig is van de aanbieder van wijkverpleging .

Ervaringen cliënten vaak positief, maar niet altijd

Wijkverpleegkundigen geven aan dat de cliënten zelf doorgaans positief reageren op minder zorg (ze ervaren meer regie over hun eigen leven). Mantelzorgers daarentegen reageren regelmatig minder positief dan de cliënt zelf. Af en toe ervaren wijkverpleegkundigen dat er weerstand en ontevredenheid heerst bij cliënten en de familie als er minder zorg wordt ingezet dan voorheen. Dit komt bijvoorbeeld voor wanneer een cliënt eerst werd geholpen met douchen en het later zelf moet doen m.b.v. hulpmiddelen. Ziekenhuizen en aanbieders van wijkverpleging geven aan dat het voor mantelzorgers niet altijd duidelijk is dat zij een steeds groter gedeelte van de taken op moeten gaan vangen.

“Bij ouderen cliënten en hun familie is er wel weerstand tegen ‘zelf doen wat zelf kan.’”

- Wijkverplegingsorganisatie

Meest genoemde reden is dat er geen capaciteit beschikbaar is

Zorgverzekeraars, huisartsen en ziekenhuizen herkennen het beeld dat aanbieders van wijkverpleging wel eens cliënten afwijzen. 'Geen capaciteit' is de meest voorkomende reden voor afwijzing van een zorgvraag. Een aantal ziekenhuizen en huisartsen geven aan dat het in de vakantieperiode extra moeilijk is om zorg te vinden omdat de capaciteitsproblemen bij de aanbieders van wijkverpleging dan nog groter zijn.

Zorgverzekeraars ontvangen afwijzingen voor cliënten die een negatieve reputatie hebben

Twee zorgverzekeraars geven aan dat het lastig is om zorg te regelen wanneer de cliënt of aanbieder van wijkverpleging de zorg heeft beëindigd, bijvoorbeeld omdat er een conflict is ontstaan tussen de cliënt en de aanbieder van wijkverpleging. Dit zorgt ervoor dat de cliënt een negatieve reputatie heeft in de wijk en dat maakt het lastig om een nieuwe aanbieder van wijkverpleging te vinden die de zorg wil leveren. Zorgverzekeraars ontvangen veel afwijzingen voor deze cliënten. Ook wanneer er sprake is van een lastige thuissituatie, bijvoorbeeld als er sprake is van een bevuild huis, gevaarlijke situatie thuis of aanwezigheid van agressieve huisdieren, kan dit ervoor zorgen dat het lastig is om wijkverpleging te vinden. Andere redenen voor het ontvangen van veel afwijzingen die zijn genoemd door de zorgverzekeraar zijn: er is veel andere ondersteuning nodig naast de zorgvraag, er is psychische problematiek aanwezig of er is geen prettige samenwerking geweest tussen cliënt en aanbieders van wijkverpleging en/of sprake van een onveilige situatie waardoor personeel niet de zorg thuis durft te verlenen.

Cliënten die gebruik maken van zorgbemiddeling ontvangen vaak meerdere afwijzingen

Ook de gesproken cliënten die een aanvraag voor zorgbemiddeling hebben gedaan bij de zorgverzekeraar, geven aan dat ze met meerdere afwijzingen van aanbieders van wijkverpleging te maken hebben gehad. De redenen die worden aangegeven door de aanbieders van wijkverpleging aan cliënten variëren van geen capaciteit beschikbaar, specifieke expertise niet beschikbaar of dat er geen nieuwe cliënten worden aangenomen. Het aantal aanbieders van wijkverpleging dat door de gesproken cliënten is gebeld gedurende de zoektocht varieert tussen de 4 en 18 organisaties. Dit is onder andere afhankelijk van het aantal aanbieders van wijkverpleging dat in een wijk beschikbaar is. Uit de gesprekken met cliënten kwam naar voren dat het zowel ging om wijkverpleging voor chronische en tijdelijke zorgvragen. Voor beide type zorgvragen geldt dat de cliënten lang hebben moeten wachten op zorg. Een aantal cliënten die lang hebben moeten wachten op zorg geven aan dat uiteindelijk de zorgvraag wel geaccepteerd is door een aanbieder van wijkverpleging maar dat door de organisatie niet altijd een wijkverpleegkundige of verzorgende met de juiste opleiding en deskundigheid wordt ingezet.

3.4 Gevolgen van een afwijzing

In deze paragraaf worden de gevolgen van een afwijzing voor de cliënt en de andere professionals in de keten of het netwerk toegelicht.

Samenvatting belangrijkste resultaten: gevolgen van een afwijzing

- Cliënten blijven langer in het ziekenhuis wanneer er geen wijkverpleging kan worden gevonden. Gemiddeld bedraagt dit 0,7 dag. Ook kan niet-gecontracteerde zorg worden ingezet als er geen plek is bij gecontracteerde zorgaanbieders.
- De helft van de geïnterviewde huisartsen geven aan extra druk te ervaren wanneer een cliënt wordt afgewezen.
- Cliënten ervaren dat er extra druk komt op hun mantelzorgers en hun netwerk wanneer er geen professionele zorg kan worden ingeschakeld.
- Alle aanbieders van wijkverpleging geven aan dat de cliënt uit beeld verdwijnt wanneer de cliënt wordt afgewezen.

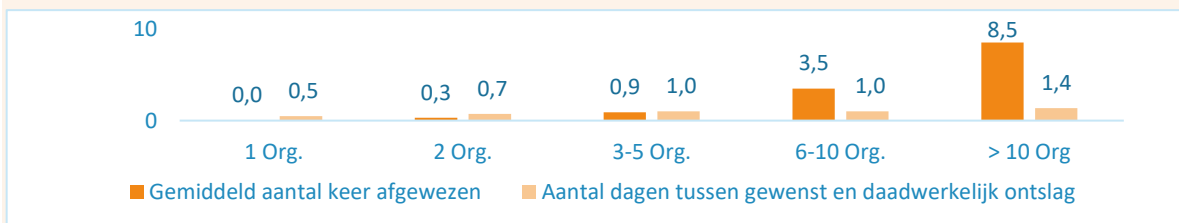
- Voor zorgverzekeraars is het ook niet inzichtelijk of de cliënt zorg ontvangt na zorgbemiddeling.
- Er bestaat onder de gesproken ziekenhuizen, aanbieders van wijkverpleging en huisartsen geen eenduidig beeld over de impact van de doorstroom naar de WLZ op de wijkverpleging
- Cliënten geven aan dat ze tijdens het zoekproces naar wijkverpleging het gevoel hebben dat er niemand is die overzicht heeft over de situatie, de cliënt kan ondersteunen of met de cliënt kan meedenken over mogelijke oplossingen of een plan om het probleem aan te pakken.

Soms blijven cliënten langer in het ziekenhuis als er geen wijkverpleging beschikbaar is

Ziekenhuizen geven aan dat wanneer er geen plek kan worden gevonden de cliënt langer in het ziekenhuis blijft totdat er wijkverpleging beschikbaar is. Tegelijkertijd geven aanbieders van wijkverpleging en huisartsen aan dat ze af en toe ervaren dat cliënten naar huis zijn gestuurd zonder dat er wijkverpleging is geregeld. Uit de data van POINT blijkt dat cliënten gemiddeld 0,7 dagen langer in het ziekenhuis blijven dan gewenst. Bij 8% van de cliënten duurt het langer om wijkverpleging te vinden. Bij hen loopt het verschil tussen de gewenste en daadwerkelijke ontslagdatum op tot gemiddeld 1,4 dagen.

Tekst box 5: Resultaten data POINT

De aanvragen die aan één organisaties zijn aangeboden, werden gemiddeld 0 keer afgewezen en er zat gemiddeld 0,5 dag tussen de gewenste en gerealiseerde ontslagdatum (zie Figuur 13). Naarmate een aanvraag aan meer organisaties wordt aangeboden, loopt dit op. Als een cliënt aan meer dan 10 organisaties wordt aangeboden (wat zelden gebeurt) wordt er gemiddeld 8,5 keer geweigerd en zit er gemiddeld 1,4 dagen tussen de gewenste en gerealiseerde ontslagdatum.



Figuur 13 Gemiddeld aantal keer afgewezen en gemiddeld aantal dagen tussen gewenst en gerealiseerd ontslag

Huisartsen en het sociale netwerk ervaren extra druk

Ongeveer de helft van de huisartsen ervaren extra druk wanneer het zoekproces naar wijkverpleging lang duurt omdat de cliënt wordt afgewezen. Deze druk ontstaat omdat de huisarts zelf vaker langs moet gaan (extra werkdruk) of omdat er hele lastige situaties ontstaan in de thuissituatie (mentale druk). Deze complexe zorgvragen maken het voor huisartsen zwaar omdat ook zij op een gegeven moment niet meer weten wie nog te bellen en zien dat zorg daadwerkelijk noodzakelijk is. Ook ziet de huisarts dat er meer druk ontstaat op het sociale netwerk en de mantelzorgers. In zowel de thuissituatie of na ontslag vanuit het ziekenhuis komt het voor dat wanneer de situatie echt onhoudbaar is, huisartsen een cliënt soms ook naar de SEH verwijzen, ondanks dat dit niet de juiste plek is voor de cliënt maar dan wordt de cliënt wel gezien door professionele zorgverleners.

“Als het niet lukt om wijkverpleging te regelen zie je de wanhoop en verdriet van familie, dat maakt dat het heftig is. Tegenwoordig denk je echt u heeft gelijk, het kan niet. Dat is zwaar.”

- Huisarts

Aanbieders van wijkverpleging hebben geen zicht op wat er met een afgewezen cliënt gebeurt

Alle aanbieders van wijkverpleging geven aan dat na een afwijzing van een zorgvraag de cliënt niet langer in beeld blijft. Het is voor aanbieders van wijkverpleging niet inzichtelijk of de zorgvraag van de cliënt op een andere plek wordt ingevuld of dat cliënt geen zorg ontvangt. Er wordt niet gewerkt met wachtlijsten en gegevens van cliënten die een aanvraag hebben ingediend worden niet geregistreerd. Hierdoor kan het voorkomen dat een cliënt zonder zorg zit zonder dat dit probleem bekend is.

Ook zorgverzekeraars hebben geen zicht op of de cliënt daadwerkelijk zorg ontvangt na bemiddeling

Voor de zorgbemiddeling van zorgverzekeraars is het onduidelijk of een cliënt daadwerkelijk zorg ontvangt na bemiddeling. Wanneer na bemiddeling toch blijkt dat een zorgorganisatie alsnog geen zorg kan leveren, wordt er vaak door de cliënt niet opnieuw contact opgenomen met zorgbemiddeling. Ook zorgverzekeraars zelf houden dit niet bij. Hierdoor is het voor de zorgverzekeraar niet inzichtelijk dat de cliënt nog steeds geen zorg ontvangt en wat de gevolgen hiervoor zijn voor de cliënt.

Daarnaast geven zorgverzekeraars aan dat indien bij een aanvraag voor bemiddeling voor een cliënt alle gecontracteerde aanbieders van wijkverpleging de zorgvraag afwijzen, er contact wordt opgenomen met niet gecontracteerde aanbieders. Het inzetten van niet gecontracteerde zorg heeft niet de voorkeur van de verzekeraar maar wordt wel gedaan om te zorgen dat er zorg is. De cliënt hoeft hier dan ongeacht de polis van de cliënt, geen eigen bijdrage voor te betalen. Soms komt het voor dat de zorgvraag tijdelijk door een niet gecontracteerde aanbieder van wijkverpleging wordt opgepakt totdat de zorgverzekeraar een gecontracteerd aanbod heeft gevonden. De verzekerde heeft dan altijd een keus om niet over te stappen, echter stopt de volledige vergoeding omdat deze tijdelijk van aard was. Verzekerden worden hierover altijd vooraf geïnformeerd.

Geen eenduidig beeld over de impact van de WLZ op afwijzingen wijkverpleging

Er bestaat onder de gesproken ziekenhuizen, aanbieders van wijkverpleging en huisartsen geen eenduidig beeld over de impact van doorstroom naar de WLZ op het aantal afwijzingen in de wijkverpleging. Eén ziekenhuis ziet wel een verschuiving naar de WLZ en geeft aan dat dat een van de oorzaken is waarom er weinig capaciteitsproblemen zijn in de wijkverpleging en minder vaak hoeft worden afgewezen. Een ander ziekenhuis geeft juist aan dat ze merken dat WLZ aanvragen worden uitgesteld waardoor er cliënten in het ziekenhuis zijn waarvoor nazorg moet worden geregeld maar waar eigenlijk al eerder een WLZ-indicatie had moeten zijn aangevraagd. Een aantal aanbieders van wijkverpleging geven aan dat cliënten zelf niet naar de WLZ willen vanwege de eigen bijdrage en dat WLZ daardoor regelmatig wordt uitgesteld. Enkele andere aanbieders van wijkverpleging geven aan dat cliënten geen indicatie ontvangen voor de WLZ door strenge indicatiestelling. Zij ervaren dat hierdoor steeds meer cliënten met een WLZ-zorgvraag in de wijkverpleging blijven waardoor er vaker nieuwe aanvragen moeten worden afgewezen. Een huisarts geeft juist aan dat ze regelmatig ervaren dat aanbieders van wijkverpleging bij een cliënt met een grote zorgvraag aangeven dat er een WLZ-indicatie moet worden aangevraagd en deze cliënten daarom afwijzen. Dit maakt het dan lastig om zorg te regelen voor cliënten met een grote zorgvraag.

Cliënten ervaren druk op mantelzorgers en missen overzicht

De gesproken cliënten geven aan dat als de zorgvraag wordt afgewezen er gedurende het wachten op professionele zorg er extra druk en een zware belasting op mantelzorgers of het netwerk ontstaat. Enkele cliënten geven aan dat mantelzorgers ook genoodzaakt zijn medische handelingen uit te voeren waar ze niet voor zijn opgeleid, bijvoorbeeld wondzorg. Andere cliënten geven aan dat ze helemaal geen zorg hebben ontvangen gedurende het zoekproces naar wijkverpleging, bijvoorbeeld omdat de cliënt geen mantelzorgers of netwerk heeft of hiervan geen zorg accepteert.

Ook geven de gesproken cliënten aan dat indien aanbieders van wijkverpleging de zorg niet kunnen bieden, ze ervaren dat ze uit beeld verdwijnen bij de zorgprofessionals. Cliënten geven aan dat ze tijdens het zoekproces naar wijkverpleging het gevoel hebben dat er niemand is die overzicht heeft over de situatie, de cliënt kan ondersteunen of met de cliënt kan meedenken over mogelijke oplossingen of een plan om het probleem aan te pakken. Cliënten hebben zelf geen inzicht in de beschikbare capaciteit bij aanbieders wijkverpleging en er is geen centrale organisatie of zorgprofessional die de client kan benaderen. Ook de huisarts is niet altijd betrokken. Cliënten geven aan dat ze het zoeken naar wijkverpleging als een vervelende periode hebben ervaren.

3.5 Medische kindzorg thuis en palliatieve zorg

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen hebben we gekeken naar een viertal specifieke doelgroepen: ouderen, mensen met een chronische aandoening of beperking, kinderen en mensen met een palliatieve zorgvraag. In de laatste paragraaf worden de resultaten toegelicht die specifiek van toepassing zijn voor medische kindzorg thuis en palliatieve zorg. Uit de interviews is gebleken dat voor deze twee doelgroepen het proces anders is ingericht en ook de zoektijd verschillend is ten opzichte van de reguliere wijkverpleging. De doelgroepen ouderen en chronische aandoeningen worden niet apart besproken omdat de geïnterviewden aangeven dat het proces voor deze twee doelgroepen niet anders is ingericht dan de reguliere wijkverpleging.

Samenvatting belangrijkste resultaten: medische kindzorg thuis en palliatieve zorg

- Alleen door ziekenhuizen en ZBC's worden aanvragen gedaan voor medische kindzorg thuis.
- Ook medische kindzorg organisaties wijzen af en toe cliënten af.
- Cliënten blijven langer in het ziekenhuis als de medische kindzorg thuis niet kan worden opgestart, waar mogelijk gaan cliënten wel zo snel mogelijk naar huis door de ouders bepaalde handelingen aan te leren of de medische kindzorg thuis gedeeltelijk op te starten.
- Ziekenhuizen ervaren dat het regelen van palliatieve zorg goed gaat en de zoektijd kort is.
- Het beeld onder huisartsen is meer divers. Als er een samenwerkingsverband is voor het regelen van palliatieve zorg loopt het zoekproces gemakkelijk en is de zoektijd kort.
- Een groot deel van de aanbieders van wijkverpleging wijzen een palliatieve zorg vraag nooit af.

Het aanvragen van medische kindzorg thuis loopt via het ziekenhuis en is landelijk georganiseerd

Het proces rondom het aanvragen van medische kindzorg thuis verloopt anders dan voor de reguliere wijkverpleging. De aanvraag voor medische kindzorg thuis komt altijd via het ziekenhuis of een ZBC (zelfstandig behandelcentrum). Een huisarts vraagt geen medische kindzorg thuis aan omdat de eindverantwoordelijkheid bij de kinderarts ligt. Daarnaast is het werkgebied van medische kindzorg thuis landelijk georganiseerd. Er zijn dus geen regionale afspraken tussen het ziekenhuis en de medische kindzorg organisaties voor het aanvragen van wijkverpleging voor kinderen.

Medische kindzorg organisaties wijzen weinig aanvragen af, wel verschilt het aantal per regio

Ook de medische kindzorg organisaties geven aan dat er af en toe (minder dan 10%) aanvragen worden afgewezen. Ook hier wordt als reden genoemd dat de zorg niet geleverd kan worden op het tijdstip dat de voorkeur heeft van cliënt (of van de ouders/verzorgers van de cliënt) of dat de zorg op vaste tijden geleverd moet worden en dit niet mogelijk is omdat het niet in de route past. Dit komt bijvoorbeeld regelmatig voor bij diabetes-zorg omdat alle kinderen rond dezelfde tijd op school tijdens de lunchpauze insuline toegediend moeten krijgen. Daarnaast wordt ook aangegeven dat het aantal afwijzingen verschilt per regio omdat de vraag naar zorg verschilt per regio. Als laatste wordt aangegeven dat het regelmatig voorkomt dat de medische kindzorg organisaties aanvragen moeten afwijzen omdat de aanvraag jeugdzorg betreft, behorend onder de Jeugdwet, en niet wijkverpleging.

Indien mogelijk gaan kinderen snel naar huis met thuiszorg; zo niet, dan blijven ze in het ziekenhuis

Indien het niet lukt om wijkverpleging te regelen blijft de cliënt meestal langer in het ziekenhuis. Waar mogelijk wordt wel geprobeerd om de cliënt zo snel mogelijk naar huis te laten gaan, bijvoorbeeld door de medische kindzorg thuis gedeeltelijk op te starten. Een voorbeeld hiervan is dat de kinderthuiszorgverpleegkundige twee keer per dag thuis langskomt en de cliënt één keer per dag naar de poli in het ziekenhuis gaat. Ook zetten medische kindzorg organisaties waar mogelijk hulpmiddelen en technologie in en probeert de medische kindzorg thuis de handelingen zo veel mogelijk aan te leren aan ouders of verzorgers, zodat er minder zorg kan worden ingezet, de cliënt sneller naar huis kan of de zorg kan worden afgebouwd.

Ziekenhuizen regelen gemakkelijk palliatieve zorg, het beeld onder huisartsen is meer divers

Een aantal van de gesproken ziekenhuizen geven aan dat het regelen van palliatieve zorg goed is geregeld. Het regelen van wijkverpleging voor palliatieve zorgvragen krijgt voorrang ten opzichte van andere zorgvragen en kunnen snel worden geplaatst waardoor de zoektijd kort is.

Onder huisartsen is het beeld meer divers. Eén huisarts geeft aan dat het zoekproces voor palliatieve zorg goed loopt en de zoektijd kort is. Bij deze huisarts verloopt de zorg voor palliatieve zorg via specifieke PATZ (palliatieve zorg thuis) groepen. Dit is een samenwerkingsverband met onder andere een palliatieve consulent en een wijkverpleegkundige. Door deze samenwerking zijn er korte lijntjes en kan de palliatieve zorg gemakkelijk en snel geregeld worden. Een andere huisarts geeft aan dat de palliatieve zorg juist lastig te regelen is omdat met name de palliatieve sedatie een complexe zorgvraag is.

“We hebben PATZ-groepen, daar ken ik de verpleegkundigen goed en weten ik hoe ik ze kan bereiken. Daar zitten ook alleen de grote organisaties aan tafel.”

- Huisarts

Een groot deel van de aanbieders van wijkverpleging wijst een palliatieve zorg vraag nooit af

Een groot deel van de aanbieders van wijkverpleging geeft aan dat in principe een palliatieve zorgvraag nooit wordt afgewezen. De zorg voor een palliatieve cliënt wordt altijd geregeld. Een organisatie geeft wel aan dat wanneer er geen capaciteit is in de wijk voor palliatieve zorg er wel eens een ELV-bed wordt aangeboden. Een aanbieder van wijkverpleging geeft aan dat de palliatieve aanvragen niet op een andere manier worden bekeken dan reguliere wijkverpleging en dat als er geen capaciteit is de client niet wordt aangenomen.

3.6 Invloed macrokader

De afgelopen jaren is het beschikbare kader binnen de wijkverpleging niet volledig benut; er is sprake van een onderschijding die in de afgelopen jaren fors is toegenomen, met in 2023 een kleine daling (zie tabel 1). De onderscheiding was in 2023 €763 miljoen. Er is ook onderzocht wat de bevindingen van het onderzoek betekenen voor de uitnutting van het macrokader wijkwijkverpleging. De impact van de zoektijd naar wijkverpleging op het macrokaders is berekend door een inschatting te maken van de uitgaven als alle zorgvragen direct kunnen worden beantwoord. Voor deze berekening is gekeken naar de impact op het macrokader als cliënten, die hebben moeten wachten op wijkverpleging, wel op de gewenste dag naar huis waren gegaan. Omdat er alleen data beschikbaar is voor de afwijzingen van cliënten die via het ziekenhuis instromen in de wijkverpleging, is alleen voor deze cliënten de impact berekend. De impact van cliënten die bijvoorbeeld vanuit de thuissituatie of een eerstelijnsverblijf instromen in de wijkverpleging is niet meegenomen.

De impact van de zoektijd voor cliënten die via het ziekenhuis instromen in de wijkverpleging is inzichtelijk gemaakt met behulp van de POINT data. In de POINT data is inzichtelijk wat het verschil is tussen de gewenste ontslagdatum en de daadwerkelijke gerealiseerde datum in aantal dagen per client

en de verdeling over de totale groep cliënten (zie bijlage 6.3 Uitkomsten analyse Point). Daarbij is aangenomen dat de verdeling in het aantal dagen later ontslagen dan gewenst in alle ziekenhuizen in Nederland gelijk is aan de verdeling bij de 14 onderzochte ziekenhuizen. Ook is aangenomen dat de totale hersteltijd van cliënten niet verandert waardoor er dus niet aan het eind minder dagen wijkverpleging nodig zijn omdat men eerder naar huis is gegaan.

De berekening is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- 34% van de cliënten komt via het ziekenhuis in de wijkverpleging (RIVM, 2023). Op basis van de totaal aantal cliënten dat in 2022 wijkverpleging ontving (578.185) betekent dat het dan om 196.582 cliënten zou gaan voor wie de verdeling in aantal dagen tussen gerealiseerd en gewenst ontslag gevonden in POINT zou gelden.
- De range tussen in het aantal minuten wijkverpleging per dag varieert tussen:
 - 14 uur per maand, is ongeveer 27 min per dag (Nza, 2022)
 - 26 uur per maand, is ongeveer 51 min per dag (Vektis, 2022)
- De tarieven voor wijkverpleging variëren tussen (Nza, 2024):
 - Verzorging: € 67,94 per uur (€ 1,13 per min)
 - Kindzorg: € 110,81 per uur (€1,85 per min)

Bovenstaande resulteert in een extra uitgave van €4,1 tot €12,5 miljoen.

De onderschrijding die wordt veroorzaakt door de zoektijd omdat de wijkverpleging vanuit het ziekenhuis niet direct kan worden opgestart varieert dus van €4,1 tot €12,5 miljoen. Dit bedrag gaat dus alleen over de cliënten die via het ziekenhuis instromen in de wijkverpleging (34% van het totaal aantal cliënten dat wijkverpleging ontvangt). De totale berekening is weergegeven in bijlage 6.5 Berekening Marcrokader.

4 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zijn de conclusies en aanbevelingen op basis van het onderzoek geformuleerd.

4.1 Conclusies

4.1.1 Reflectie op bestaand onderzoek

Er zijn al diverse onderzoeken uitgevoerd naar de toegankelijkheid van de wijkverpleging. Uit dit onderzoek blijkt dat er cliënten en zorgverleners zijn die moeite hebben om wijkverpleging te vinden, maar ook dat door een grote groep zorgverleners wordt aangegeven dat zij geen moeite ervaren om wijkverpleging te vinden. Als reden voor afwijzing wordt vaak een gebrek aan capaciteit, een zorgvraag die niet aansluit bij expertise die in huis is en het vollopen van het afgesproken budgetplafond genoemd. Ook de zoektijd en het aantal aanbieders dat benaderd moet worden is inzichtelijk gemaakt. Hieruit blijkt dat de tijd dat het duurt om daadwerkelijk wijkverpleging te krijgen (tijd tussen aanvraag en start zorg) beperkt is en ruim binnen de treeknormen blijft.

Ook is er uit bestaand onderzoek al veel bekend over de onderschrijding van het macrokader wijkverpleging en zijn de achterliggende oorzaken voor de onderschrijding in kaart gebracht. Redenen die genoemd worden zijn: het budgetplafond van de aanbieder, een prikkel tot risicoselectie en focus op doelmatigheid door het inkoopbeleid vanuit de zorgverzekeraar (resultierend in een lager gemiddeld aantal uren verleende zorg) en de toenemende arbeidsmarktproblematiek.

Dit onderzoek is aanvullend op de inzichten uit bestaande onderzoeken omdat in dit onderzoek met behulp van data van verschillende ziekenhuizen over het aanvragen van wijkverpleging vanuit het ziekenhuis onderzocht is hoe lang cliënten, die instromen in de wijkverpleging vanuit het ziekenhuis, moeten wachten op wijkverpleging. Ook is in dit onderzoek inzichtelijk gemaakt in hoeverre de onderschrijding ertoe leidt dat cliënten in de wijkverpleging de zorg die zij nodig hebben niet krijgen. Tot slot is de druk die op andere sectoren kan ontstaan als er onvoldoende toegang is tot wijkverpleging onderzocht en is er nagegaan wat de gevolgen zijn voor cliënten zelf.

4.1.2 Conclusies van het onderzoek

Veel verschillende manieren om wijkverpleging aan te vragen

Het onderzoek laat zien dat er veel verschillende routes zijn om wijkverpleging aan te vragen. De betrokkenheid van zorgprofessionals bij het aanvragen van wijkverpleging varieert. Het proces verschilt tussen regio's en binnen regio's. De geïnterviewde ziekenhuizen werken meestal met POINT, een digitaal systeem om wijkverpleging aan te vragen. Huisartsen werken vaak met Zorgdomein. De capaciteit van aanbieders van wijkverpleging is niet altijd inzichtelijk. Sommige ziekenhuizen en huisartsen hebben via een stoplichtsysteem (een capaciteitstool) de beschikbare capaciteit van de aanbieders van wijkverpleging inzichtelijk. Geen van de regio's werkt nog met een centraal aanspreek/registratiepunt voor wijkverpleging. Dit zou volgens partijen het aanvragen van wijkverpleging wel kunnen vergemakkelijken.

Bij ziekenhuizen verloopt voor het merendeel van de cliënten het aanvragen van wijkverpleging goed en wordt er gemiddeld binnen 0,7 dagen wijkverpleging gevonden. 1,6% van de cliënten moet echter langer dan 7 dagen wachten op wijkverpleging.

Uit de interviews blijkt dat het merendeel van de ziekenhuizen vindt dat het zoekproces voor het grootste gedeelte goed verloopt. Wel zien zij dat het zoekproces voor complexe zorgvragen lang(er) kan duren. Dit wordt als lastiger ervaren omdat er vaak meerdere aanbieders van wijkverpleging moeten worden benaderd voordat er wijkverpleging gevonden wordt. Dit wordt bevestigd door de onderzochte data van 15 ziekenhuizen (met cliëntgegevens verdeeld over heel Nederland). Hieruit

blijkt dat bij 81,8% van de cliënten geen afwijzing plaats vond en de aanvraag direct in behandeling werd genomen. Bij 9,8% van de cliënten was er sprake van 1 afwijzing en bij 3,6% van de cliënten was er sprake van 2 afwijzingen. In totaal 3% van de cliënten had te maken met 4 afwijzingen of meer.

Daarbij zien we ook dat 73,9% van de cliënten wordt ontslagen uit het ziekenhuis op de gewenste dag (of iets eerder) en 13,4% op de dag erna. 4,3% van de cliënten wordt 2 dagen later dan gewenst ontslagen en 6,7% van de cliënten 3 tot 7 dagen later dan gewenst. In totaal moet 1,6% van de cliënten meer dan 7 dagen wachten op wijkverpleging. De zoektijd duurt gemiddeld 0,7 dagen. Kijken we naar de zoektijd per provincie dan zien we dat de zoektijd varieert tussen 0,2 en 1,0 dag. Bij cliënten die te maken hebben met meerdere afwijzingen loopt de zoektijd op naar gemiddeld 1,0 (bij cliënten met 3 tot 10 afwijzingen) tot 1,4 dagen (bij cliënten met meer dan 10 afwijzingen).

Huisartsen en zorgverzekeraars herkennen dit beeld maar zien wel dat de complexiteit van aanvragen toeneemt.

Huisartsen schetsen een divers beeld. Er zijn huisartsen die aangeven grote problemen te ervaren maar er zijn echter ook huisartsen die geen problemen ervaren. Huisartsen herkennen ook dat de zoektijd verschilt per type zorgvraag en per wijk. Ook zorgverzekeraars hebben met name te maken met afwijzingen bij complexe aanvragen. Zorgverzekeraars komen in beeld als cliënten contact opnemen voor wachtlijstbemiddeling. Van vier zorgverzekeraars (met gezamenlijk marktaandeel van 74%) hebben we inzicht gekregen in het aantal bemiddelingsaanvragen. Deze zorgverzekeraars hebben in totaal 2526 aanvragen voor bemiddeling ontvangen in 2023. Dit betrof minder dan 1% van alle cliënten in de wijkverpleging. In ongeveer 40% van deze verzoeken vinden zorgverzekeraars binnen 1 tot 2 dagen wijkverpleging, bij ongeveer 30% binnen een week en bij 30% van de verzoeken duurt het langer dan een week. Zorgverzekeraars geven aan dat, indien bij een aanvraag voor bemiddeling voor een cliënt alle gecontracteerde aanbieders van wijkverpleging de zorgvraag afwijzen, er contact wordt opgenomen met niet gecontracteerde aanbieders om de zorg te leveren. Het inzetten van niet gecontracteerde zorg heeft niet de voorkeur van de verzekeraar maar wordt wel gedaan om te zorgen dat er zorg wordt geregeld. De zorgverzekeraars zien de complexiteit van de bemiddelingsaanvragen toenemen en daarmee ook de zoektijd.

De duur van het zoekproces is sterk afhankelijk van de regio/wijk waar de cliënt woont én van de complexiteit van de zorgvraag

Alle partijen geven aan dat de duur van het zoekproces naar wijkverpleging sterk afhankelijk is van de wijk waar een cliënt woont en de complexiteit van de zorgvraag. De meest genoemde oorzaken voor afwijzing zijn: geen beschikbare capaciteit, niet de benodigde expertise in huis, cliënt past niet in de route of cliënt wil de zorg op een specifiek tijdstip wat niet in de route past. Aanbieders van wijkverpleging geven wel aan minder af te wijzen door strak te sturen op zelfredzaamheid en door kritisch te kijken wat de noodzakelijke zorg is. Bij het beoordelen van een zorgvraag wordt geen standaard afwegingskader gebruikt omdat de situatie altijd afhankelijk is van de zorgvraag en de beschikbare capaciteit.

Alleen bij palliatieve zorg en medische kindzorg thuis wijkt het zoekproces af. Bij palliatieve zorg worden aanvragen in principe niet geweigerd en kijken aanbieders van wijkverpleging altijd naar hoe ze dit kunnen inpassen. Bij medische kindzorg thuis verloopt de aanvraag via het ziekenhuis en zijn er landelijk organisaties. Hier wordt slechts af en toe afgewezen en wordt ook gekeken naar hoe met bijvoorbeeld hulp van ouders de zorg in de thuissituatie kan worden gegeven.

Als het lang duurt voordat er wijkverpleging is gevonden neemt de druk op de cliënt en zijn/haar mantelzorgers en op de huisarts toe. Er is geen goed zicht op cliënten die wachten op wijkverpleging.

Wanneer er geen wijkverpleging kan worden gevonden, of de zoektijd lang duurt, blijven de meeste cliënten in het ziekenhuis totdat de nazorg geregeld is. Desondanks blijkt uit de interviews dat het soms ook voorkomt dat cliënten zonder wijkverpleging toch naar huis worden gestuurd/of thuis is. Als

er in de thuissituatie geen wijkverpleging kan worden gevonden, kunnen er lastige situaties ontstaan waardoor huisartsen extra druk ervaren. Ook cliënten zelf ervaren dat er extra druk komt op hun mantelzorgers en hun netwerk wanneer de zoektijd naar professionele zorg lang duurt of wanneer zij zonder wijkverpleging toch naar huis zijn gestuurd.

Aanbieders van wijkverpleging geven aan dat na een afwijzing van een zorgvraag de cliënt niet langer in beeld blijft. Het is voor aanbieders van wijkverpleging niet inzichtelijk of de zorgvraag van de cliënt op een andere plek wordt ingevuld. Hierdoor kan het voorkomen dat een cliënt zonder zorg zit zonder dat dit probleem bij een zorgprofessional bekend is. Ook voor zorgbemiddeling van zorgverzekeraars is het onduidelijk of een cliënt daadwerkelijk geholpen wordt. Wanneer na bemiddeling toch blijkt dat een zorgorganisatie alsnog geen zorg kan leveren, wordt er vaak door de cliënt niet opnieuw contact opgenomen met zorgbemiddeling. Voor cliënten is het lastig om wijkverpleging te vinden omdat er geen informatie is over wachtlijsten en de beschikbaarheid van wijkverpleging.

De impact op het macrokader kan alleen voor cliënten die vanuit het ziekenhuis wijkverpleging ontvangen in beeld worden gebracht. De geschatte impact ligt dan tussen de €4,1 tot €12,5 miljoen.

Op basis van bovenstaande inzichten is gekeken naar de impact van wachttijd op de overschrijding van het macrokader wijkverpleging. Hiervoor hebben we alleen kunnen kijken naar de wijkverpleging die wordt aangevraagd door de ziekenhuizen (dit betreft 34% van alle cliënten met wijkverpleging). De overschrijding van het macrokader wijkverpleging die wordt veroorzaakt door de zoektijd omdat de wijkverpleging vanuit het ziekenhuis niet direct kan worden opgestart varieert van €4,1 tot €12,5 miljoen.

4.2 Aanbevelingen

Het onderzoek toont aan dat er mogelijkheden zijn om de het zoekproces rondom het aanvragen van wijkverpleging te verbeteren. De uitdagingen binnen de wijkverpleging vragen om een aanpak met betere coördinatie en samenwerking binnen de regio. Zoals gebleken in de eindrapportage van Samen in de Wijkzorg (ECORYS, 2022), kan het regionaal coördineren van zorgvragen middels een centraal (digitaal) punt waarbij aanvragen worden opgepakt door coördinerende teams met wijkverpleegkundigen van verschillende organisaties, verschillende voordelen bieden. Er wordt een betere samenwerking ervaren, ontstaan er mogelijkheden om zorg samen gecoördineerd op te pakken, is er inzicht in de gezamenlijke beschikbaarheid en kunnen problemen gezamenlijk worden opgepakt. Ook de gezamenlijke instroom en gecoördineerde aanpak van zorgvragen heeft ertoe geleid dat meer aanvragen aangenomen kunnen worden en tevens sneller dan voorheen. Daarnaast besparen huisartsen veel tijd en worden cliënten zelf en mantelzorgers ontlast.

Bovengenoemde gewenste ontwikkelingen sluiten veelal aan bij de regioplannen die de regio's in het kader van het IZA eind 2023 hebben opgesteld. Daarin wordt de beweging naar meer coördinatie en samenwerking in de regio al ingezet. Ook in de gezamenlijke visie eerstelijns wordt er op dit moment al gewerkt aan meer coördinatie en afstemming.

Daarnaast worden in veel richtlijnen voor medisch specialisten al opgeroepen om ook rekening te houden met de benodigde nazorg die thuis door de wijkverpleging moet worden geleverd. Nog meer zouden ziekenhuizen eerder kunnen anticiperen op de nazorgbehoeften van cliënten. Zo vindt er eerder afstemming met de wijkverpleging plaats, zodat de aanbieder van wijkverpleging ook tijdig kan anticiperen op de verwachte zorgvraag. Dit kan voorkomen dat de cliënt onnodig langer in het ziekenhuis hoeft te verblijven. In het uiterste geval kan een electieve zorgingreep worden uitgesteld tot het moment dat de wijkverpleging beschikbaar is.

Mogelijk vervolgonderzoek kan zich specifiek richten op die wijken waar wijkverpleging lastig te organiseren is of juist om de meest complexe gevallen (zoals de 1,6% die vanuit het ziekenhuis langer dan een week moet wachten en de aanvragen bij zorgbemiddeling die langer dan een week duren om

op te lossen). Het vervolgonderzoek zou moeten bijdragen aan het formuleren van passende oplossingen om ook voor deze cliënten de wijkverpleging snel toegankelijk te maken.

5 Literatuurverwijzingen

- ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, VNG, VWS, ZN en Zorgthuisnl. (2020). *Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging*
- AZW. (2022). *Houdbaarheid ouderenzorg tot 2050*.
- ECORYS. (2022). *Samen in de Wijkzorg. Herkenbare en Aanspreekbare wijkverpleging in de regio Arnhem en omstreken*.
- Equalis. (2020). *Onderzoek Onderschrijding Wijkverpleging*.
- IGJ. (2020). *Grote verschillen in samenwerking huisarts en wijkverpleging*.
- NIVEL. (2020). *Praktijkvariatie indicatiestelling wijkverpleging*.
- NIVEL/Trimbos-Instituut. (2012). *Landelijke evaluatie van casemanagement dementie*.
- NZa. (2020). *Advies Bekostiging Wijkverpleging 2022*.
- NZa. (2022). *Monitor Contractering Wijkverpleging*.
- NZa. (2022). *Monitor Ouderenzorg Trendanalyses Deel 2*.
- RIVM. (2022). *Ervaringen en lessen bij de ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging*.
- RIVM. (2023). *Ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging*.
- Significant. (2019). *Toegankelijkheid van de wijkverpleging*.
- SIRM. (2023). *Wachten op Wijkverpleging*.
- StatLine. (sd). CBS Wijkverpleging.
- Vektis. (2021). *Monitor (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2019*.
- VWS. (2022). *Het Integraal Zorgakkoord: samen werken aan gezonde zorg*.
- ZIN. (2023). *Advies 'Verdelen van schaarste in de wijkverpleging'*.

6 Bijlagen

6.1 Bijlage 1: Gespreksverslag per regio

Zoekproces naar wijkverpleging

West-Brabant

Het proces rondom het zoeken naar wijkverpleging wordt door de twee ziekenhuizen in de regio verschillend uitgevoerd. In één ziekenhuis wordt er door de afdeling zelf contact gelegd de wijkverpleging aanbieders. Indien de verpleegkundige van het ziekenhuis de benodigde zorgvraag niet goed kan inschatten wordt overlegd met het kernteam van aanbieders wijkverpleging (hierin zijn wijkverpleegkundigen van de grootste aanbieders wijkverpleging vertegenwoordigd). Ook als er al drie aanbieders wijkverpleging zijn benaderd zonder succes kan worden overlegd met het kernteam om te onderzoeken of er mogelijkheden zijn om de zorgvraag anders in te vullen of om de zorgvraag voor te leggen aan de schakelteams (teams waarin wijkverpleegkundige uit verschillende organisaties in een bepaald gebied samenwerken). Indien passend kan de wijkverpleegkundige ook langs komen in het ziekenhuis om de zorgvraag te beoordelen. Tijdens dit gesprek wordt door de wijkverpleegkundige een inschatting gemaakt van de zorgvraag en worden de verschillende mogelijkheden onderzocht om de zorgvraag te beantwoorden. Wanneer het niet lukt om wijkverpleging te vinden wordt de aanvraag opgepakt door het transferbureau.

In het andere ziekenhuis wordt de aanvraag voor wijkverpleging ingediend bij het transferbureau die het contact met de wijkverpleging oppakt. Beide ziekenhuizen werken met ZorgDomein. ZorgDomein is een digitaal systeem dat zorgverleners helpt met het vinden, kiezen en regelen van zorg. Ziekenhuizen dienen een aanvraag voor wijkverpleging in via ZorgDomein en krijgen via dit systeem ook reactie. De beschikbaarheid van aanbieders van wijkverpleging is niet inzichtelijk in ZorgDomein.

Door een deel van de aanbieders van wijkverpleging in de regio West-Brabant wordt de ‘stoplichten-app’ gebruikt. Het stoplichtsysteem is een capaciteitstool waarin de beschikbaarheid van wijkverpleging inzichtelijk is. In één ziekenhuis wordt er bij een aanvraag voor wijkverpleging met behulp van deze ‘stoplichten-app’ een aanbieder van wijkverpleging gezocht. De overige kleine en niet-gecontracteerde aanbieders van wijkverpleging die niet zijn aangesloten bij de stoplichten-app (vanwege de hoge kosten) worden alleen benaderd als er geen plek is bij de in het stoplichtsysteem aangesloten aanbieders van wijkverpleging en/of in overleg met de zorgverzekeraar. Bij het tweede ziekenhuis wordt het stoplichtsysteem niet gebruikt maar is die wens er wel.

Ook het proces rondom het aanvragen van wijkverpleging door de huisartsen is verschillend in de regio West-Brabant. Een gedeelte van de huisartsen in West-Brabant werken met een multidisciplinair overleg (MDO) waarin kwetsbare ouderen worden besproken. Bij het MDO is de coördinerend wijkverpleegkundige aanwezig die, wanneer er wijkverpleging nodig is, de aanvraag oppakt. Een andere huisarts overhandigt de cliënt of diens mantelzorg een lijst met aanbieders van wijkverpleging, waarna deze cliënt of diens mantelzorg zelf contact opneemt met de aanbieders van wijkverpleging.

Wanneer de cliënt bij de wijkverpleging komt, verschilt het proces van het in zorg nemen van de cliënt. Een mogelijkheid die door een thuiszorgorganisatie wordt ingezet is dat de cliënt eerst in een instroomroute komt waar de wijkverpleegkundige gedurende de eerste 3 à 4 dagen in kaart brengt wat voor een zorg er daadwerkelijk nodig is. Daarna worden afspraken gemaakt met de cliënt over de zorg voor de resterende periode. Andere aanbieders van wijkverpleging werken met een indicatiegesprek of VAG (zoals hierboven beschreven) in het ziekenhuis of in de thuissituatie.

Rotterdam

In alle ziekenhuizen in Rotterdam wordt een aanvraag voor wijkverpleging opgepakt door het transferbureau. Alle transferbureaus gebruiken hiervoor hetzelfde transfersysteem (POINT). Via dit systeem kunnen alle aangesloten aanbieders van wijkverpleging in Rotterdam worden benaderd. In dit systeem is de beschikbaarheid van de aanbieders van wijkverpleging niet inzichtelijk. De ziekenhuizen in de regio Rotterdam hebben wel een nadrukkelijke wens om te werken met een centraal systeem of coördinatiepunt waarin de capaciteit van de aanbieder van wijkverpleging in de regio ook inzichtelijk is (zoals nu al wel gebeurt voor de verblijfsplekken in de regio Rotterdam). Op dit moment wordt er gezamenlijk gewerkt aan de implementatie van een centraal aanmeldsysteem voor de wijkverpleging door de brancheorganisatie ConForte²⁰. In Rotterdam wordt er door één aanbieder van wijkverpleging de indicatiestelling in het ziekenhuis uitgevoerd. De andere aanbieders van wijkverpleging doen dit in de thuissituatie.

Door de huisartsen in Rotterdam worden de aanvragen voor wijkverpleging via ZorgDomein uitgezet. Voor het regelen van palliatieve zorgvragen geeft één huisarts aan gebruik te maken van palliatieve zorg thuis (PATZ) groepen. Een PATZ-groep bestaat uit de wijkverpleegkundige, een palliatieve consultant en een specialist ouderenzorg, door wie de zorgvraag wordt opgepakt.

Midden IJssel

In Midden-IJssel worden de aanvragen voor wijkverpleging die vanuit het ziekenhuis komen door het transferbureau van het ziekenhuis opgepakt, waar ook gebruik wordt gemaakt van POINT. Hier is de real-time capaciteit van de aanbieders van wijkverpleging niet inzichtelijk.

Indien alle aanbieders van wijkverpleging de aanvraag van een cliënt weigeren wordt in Midden-IJssel in een aantal regio's en wijken de aanvraag in een app gezet met alle organisaties uit de regio/wijk en wordt er samengewerkt om de zorgvraag in te kunnen vullen.

Ook worden in Midden-IJssel al eerder in het proces (bij electieve zorgvragen) de aanbieders van wijkverpleging betrokken. Zodra het duidelijk is dat er nazorg nodig is na een electieve ingreep, wordt er een reservering gemaakt voor wijkverpleging. Als blijkt dat er geen wijkverpleging beschikbaar is wordt, indien mogelijk en in overleg met de patiënt en arts, de electieve ingreep uitgesteld.

Indien de huisarts problemen ervaart met het vinden van wijkverpleging kan het Regionaal transferpunt Salland (RTP) de huisarts ondersteunen. Het RTP gaat dan in opdracht van de huisarts op zoek naar een geschikte aanbieder van wijkverpleging voor de zorgvraag en neemt het zoeken van zorg over van de huisarts.

Door veel huisartsen in de regio Midden-IJssel wordt met een MDO gewerkt waar wijkverpleegkundigen en eventueel een specialist ouderengeneeskunde. Het MDO is onderdeel van een module ouderenzorg waarbij er door huisartsen proactief gesignaleerd wordt of kwetsbare ouderen mogelijk op korte termijn zorg nodig hebben. Hierdoor zijn de ouderen tijdig in beeld en kan er ook tijdig worden geanticipeerd op een mogelijke zorgvraag door de huisarts en aanbieders van wijkverpleging. Een huisarts die niet met een MDO werkt geeft aan ook een app te gebruiken om aan de wijkverpleging te vragen of er plek is om de zorgvraag op te pakken en de zorg snel te kunnen regelen.

Tijd zoekproces

West-Brabant

Alle ziekenhuizen in West-Brabant geven aan dat er minder capaciteitsproblemen worden ervaren dan voorheen. Er is bijna geen wachttijd en het komt nauwelijks voor dat er patiënten zijn die wachten op wijkverpleging. Dit komt o.a. door verbeterde samenwerking tussen de wijkteams en omdat er minder uren per cliënt worden aangevraagd. Ook door de samenwerking tussen het ziekenhuis en een vaste

²⁰ ConForte is de brancheorganisatie van zorgondernemers in regio Rotterdam, Capelle & Krimpen

aanbieder van wijkverpleging verloopt het zoekproces beter en komt het afwijzen van cliënten minder vaak voor. Wel zijn er een aantal gemeenten waar het structureel lastig is om wijkverpleging in te zetten door gebrek aan capaciteit bij de aanbieders van wijkverpleging die daar gevestigd zijn.

De huisartsen in West-Brabant hebben weinig zicht op het zoekproces naar wijkverpleging door de aanwezigheid van vele verschillende aanbieders van wijkverpleging. Huisartsen zelf zoeken niet naar een aanbieder van wijkverpleging die de zorg kan oppakken. Bij één huisarts neemt de cliënt of mantelzorger zelf contact op met de aanbieders van wijkverpleging. Een andere huisarts geeft aan dat het zoekproces door de coördinerende aanbieder van wijkverpleging in de regio wordt opgepakt. Voor de huisartsen is het daardoor niet inzichtelijk hoeveel organisaties worden benaderd en hoe lang de patiënt moet wachten op zorg.

Rotterdam

Door alle ziekenhuizen in Rotterdam wordt aangegeven dat het bijna altijd lukt om op de dag dat de patiënt medisch klaar is de wijkverpleging te regelen binnen de regio Rotterdam. Door één ziekenhuis in Rotterdam wordt aangegeven dat het zoekproces voor cliënten buiten de regio Rotterdam wel langer duurt omdat POINT buiten de regio niet kan worden gebruikt door dit ziekenhuis. Buiten de regio worden de aanbieders van wijkverpleging via mail of telefoon benaderd. Ook kan de afwezigheid van een indicerend wijkverpleegkundige bij de aanbieder van wijkverpleging er soms toe leiden dat het langer duurt voordat en aanvraag geaccepteerd wordt door de aanbieder van wijkverpleging .

“Het lukt bijna altijd om het wel dezelfde dag te regelen. Minder dan 5% moet langer dan een dag wachten. Het echt niet beschikbaar zijn heb ik de afgelopen jaren niet meegemaakt.”

- Ziekenhuis

Er wordt verschillend gekeken naar het proces rondom het regelen van palliatieve zorg (12 uren of 24 uren zorg) in de regio Rotterdam. Door twee ziekenhuizen wordt aangegeven dat de palliatieve zorg goed is geregeld omdat daar aparte afspraken over zijn gemaakt. En ander ziekenhuis geeft juist aan dat daarvoor vaak moet worden uitgeweken naar niet-gecontracteerde aanbieders van wijkverpleging omdat anders geen aanbieder van wijkverpleging gevonden kan worden.

Door de huisartsen in regio Rotterdam wordt een wisselend beeld geschetst. Eén huisarts geeft aan dat het zoekproces meestal gemakkelijk verloopt, waarbij gemiddeld één of twee aanbieders van wijkverpleging gebeld moeten worden voordat er een plek is gevonden en het nooit voorkomt dat er geen wijkverpleging kan worden gevonden. Een andere huisarts in de regio Rotterdam geeft aan dat het zoekproces naar wijkverpleging heel lastig is en dat met name voor complexere zorgvragen het heel moeilijk is om een aanbieder van wijkverpleging te vinden, waardoor bijvoorbeeld cliënten opnieuw moeten worden opgenomen in het ziekenhuis omdat de situatie thuis niet langer houdbaar is.

Ook het zoekproces voor palliatieve zorg wordt verschillend ervaren. Eén huisarts geeft aan dat het zoekproces naar palliatieve zorg gemakkelijk is terwijl een andere huisarts juist ervaart dat palliatieve zorg lastig is om te regelen.

Midden IJssel

In Midden-IJssel wordt door het ziekenhuis aangegeven dat het heel uitzonderlijk is dat er niet op tijd wijkverpleging kan worden geleverd. Het aantal onnodige ligdagen van patiënten omdat er geen wijkverpleging kan worden geleverd is heel laag (het gemiddeld aantal verkeerde bed-dagen is 0,08 dag op 3110 dossiers). Indien alle aanbieders van wijkverpleging de aanvraag voor wijkverpleging van het transferbureau hebben afgewezen, is de afspraak in de regio dat de aanbieders van wijkverpleging gaan samenwerken om de zorgvraag op te vangen. Hierdoor is de wijkverpleging dan ook vaak binnen een dag geregeld.

Huisartsen schetsen een meer divers beeld. Een huisarts geeft aan dat het zoekproces vaak niet lang duurt en dat zeker bij acute vragen de zorg snel kan worden opgestart. Bij niet acute vragen duurt het soms wel langer om de zorg te regelen, maar dat wordt niet als een probleem ervaren. Anderen geven juist aan dat het, met name voor complexe casussen, lastig is om wijkverpleging te vinden.

Aantal afwijzingen en oorzaken van afwijzingen

West-Brabant

Door alle aanbieders van wijkverpleging in West-Brabant wordt aangegeven dat ze wel eens cliënten moeten afwijzen. Echter, in West-Brabant gaan in eerste instantie alle aanvragen, tenzij de cliënt een andere voorkeur heeft, naar de systeemaanbieder in de regio. Door deze aanbieder van wijkverpleging worden maar heel weinig zorgvragen afgewezen (in 2023 zijn 99,7% van de aanvragen in zorg genomen). Indien een zorgvraag is afgewezen kwam dit bijvoorbeeld doordat het specialistisch team niet beschikbaar was.

Door een andere aanbieder van wijkverpleging in West-Brabant wordt aangegeven dat er wel regelmatig wordt afgewezen doordat er onvoldoende beschikbare capaciteit is, de benodigde expertise niet aanwezig is of de zorg niet geleverd kan worden op het tijdstip dat de voorkeur heeft van cliënt. Wel wordt aangegeven dat het probleem minder groot is dan een aantal jaar geleden. Dit komt onder andere door betere samenwerking tussen de wijkteams van verschillende organisaties.

Ook wordt door één organisatie aangegeven dat er met maar twee zorgverzekeraars contracten zijn afgesloten waardoor cliënten van andere zorgverzekeraars altijd worden afgewezen. De afgesloten contracten met zorgverzekeraars zijn niet inzichtelijk voor cliënten of voor huisartsen waardoor er veel onnodige aanvragen worden gedaan. Door een aanbieder van wijkverpleging wordt ook aangegeven dat standaard alle cliënten met GGZ-problematiek worden afgewezen omdat deze zorgvraag erg intensief is. Een andere aanbieder van wijkverpleging geeft ook aan dat zorgvragen waarbij psychische problematiek een rol speelt lastig zijn omdat de wijkverpleegkundigen hierover te weinig kennis hebben maar wijst deze zorgvragen niet standaard af.

In West-Brabant wordt door verschillende aanbieders van wijkverpleging ervaren dat cliënten naar huis worden gestuurd door het ziekenhuis zonder dat er zorg is geregeld. Dit wordt niet door de ziekenhuizen herkend.

Rotterdam

Ook in Rotterdam geven alle aanbieders van wijkverpleging aan dat er wel eens aanvragen worden afgewezen vanwege eerdergenoemde oorzaken (onvoldoende beschikbare capaciteit, de benodigde expertise niet aanwezig of de zorg kan niet geleverd worden op het tijdstip dat de voorkeur heeft van cliënt). In Rotterdam wordt specifiek aangegeven dat het aantal afwijzingen erg afhankelijk is van de wijk/woonplaats omdat het aantal beschikbare aanbieders van wijkverpleging in de regio heel erg verschilt per wijk/woonplaats. In gebieden waar veel andere aanbieder van wijkverpleging zijn, worden gemakkelijker aanvragen afgewezen dan op plekken waar er maar één organisatie werkzaam is. Indien er een aanvraag komt van een cliënt in een specifiek gebied waar weinig wijkzorgorganisaties of maar één aanbieder van wijkverpleging actief is moet er voorrang worden gegeven aan die aanvraag. Op zo'n moment kan het voorkomen dat de wijkverpleging gebeld wordt door de zorgverzekeraar en er ruimte moet worden gemaakt voor een cliënt. Dit heeft ook impact op de beschikbaarheid in andere regio's.

“Indien er geen plek is in de gebieden waar geen andere wijkverplegingsorganisatie is en het om medisch noodzakelijke zorg uit ziekenhuis gaat worden we door de zorgverzekeraar gebeld en dan zorgen we ervoor dat de cliënt toch terecht kan.”

- Wijkverplegingsorganisatie

Ook kunnen er afspraken zijn gemaakt over zorg die altijd moet worden aangenomen (bijvoorbeeld palliatieve zorg). Eén aanbieder van wijkverpleging geeft aan dat er ook wel eens een periode alle zorgvragen van een zorgverzekeraar zijn afgewezen omdat het omzetplafond was bereikt. Dit komt incidenteel voor maar heeft wel grote impact op het aantal afwijzingen. Ook in Rotterdam wordt door één aanbieder van wijkverpleging aangegeven dat er geen cliënten worden aangenomen van een zorgverzekeraar waar geen contract mee afgesloten is.

De ziekenhuizen in Rotterdam herkennen dit beeld, ze ontvangen regelmatig afwijzingen van aanbieders van wijkverpleging en zien ook dat dit erg afhankelijk is van de wijk waarin de cliënt woont. Daarnaast geven de ziekenhuizen aan dat het aantal afwijzingen samen lijkt te hangen met het seizoen of met de vakantieperiode. Daarnaast geven drie aanbieders van wijkverpleging en een huisarts aan dat beperkte doorstroom van cliënten naar de Wlz zorgt voor minder beschikbare capaciteit in de wijkverpleging. Daarbij wordt aangegeven dat een van de oorzaken is dat een WLZ aanvraag in de wijkverpleging vaak leidt tot een zorgval bij cliënten met grote zorgvragen. In de WLZ kan er dan minder zorg worden ingezet.

Midden-IJssel

In Midden-IJssel wordt door alle aanbieders van wijkverpleging aangegeven dat er af en toe cliënten worden afgewezen. In tegenstelling tot de andere regio's wordt in Midden-IJssel door twee aanbieders van wijkverpleging aangegeven dat er vaker afwijzingen plaatsvinden dan voorheen. Dat het lastig is om nieuw personeel te werven wordt als oorzaak benoemd, maar ook de wens van cliënten om op een bepaald tijdstip zorg te ontvangen. Daarnaast past een zorgvraag soms ook niet in de route die ingepland is doordat een cliënt ver uit de buurt woont (dit speelt meer in het landelijke gebied dan in de stad). Ook worden de aanbieders van wijkverpleging met enige regelmaat benaderd door de zorgverzekeraars omdat er cliënten moeten worden bemiddeld naar wijkverpleging. Tegelijkertijd wordt ook aangegeven dat er ook periodes zijn wanneer er helemaal geen afwijzingen plaatsvinden.

In Midden-IJssel wordt door een aantal geïnterviewde aanbieders van wijkverpleging aangegeven dat het regelmatig voorkomt dat cliënten een te zware zorgvraag hebben voor de wijkverpleging maar zelf niet naar de Wlz willen (vanwege de kosten voor de eigen bijdrage of geen indicatie ontvangen van het CIZ voor de Wlz). Dit zorgt voor druk op de wijkverpleging. Het ziekenhuis herkent ook dat overgang naar de Wlz wordt uitgesteld. Ook de huisartsen ervaren dat bij het zoeken naar wijkverpleging, cliënten regelmatig worden afgewezen door aanbieders van wijkverpleging omdat er een WLZ-indicatie moet worden aangevraagd. Daarnaast wordt door het ziekenhuis in Midden-IJssel aangegeven dat het lastiger is om wijkverpleging te vinden als er sprake is van een griepgolf of vakantieperiode.

6.2 Bijlage 2. Toelichting methode

Met behulp van drie verschillende onderzoeksmethodes zijn inzichten opgehaald om het zoekproces en de zoektijd naar wijkverpleging in beeld te brengen, hoe vaak cliënten worden afgewezen en wat de oorzaken hiervoor zijn én om na te gaan wat er gebeurt met de cliënt als de aanbieder van wijkverpleging de gevraagde wijkverpleging niet kan leveren.

1. **Bureauonderzoek:** om bestaande inzichten in kaart te brengen over de toegankelijkheid van de wijkverpleging.
2. **Interviews:** waarin is opgehaald hoe het zoekproces er uit ziet, hoe lang de zoektijd duurt, hoe vaak er wordt afgewezen en wat de oorzaken en gevolgen zijn van het afwijzen.
3. **Data-analyse:** om de duur van het zoekproces en het aantal afwijzingen inzichtelijk te maken van cliënten die vanuit het ziekenhuis naar wijkverpleging worden verwezen en van de aanvragen voor zorgbemiddeling van zorgverzekeraars.

Het bureauonderzoek

Tijdens het bureauonderzoek zijn de inzichten in kaart gebracht over de toegankelijkheid van de wijkverpleging uit bestaande rapporten, onderzoeken en grijze literatuur (zie hoofdstuk 5 voor alle meegenomen literatuur). Er is allereerst een algemeen beeld geschetst van de ontwikkelingen in de wijkverpleging met betrekking tot het aantal uren dat wordt ingezet en aantal cliënten dat wijkverpleging ontvangt. Vervolgens zijn de inzichten over het aanvragen van wijkverpleging verzameld. Als laatste is ingegaan op de oorzaken van afwijzingen.

Interviews

Er zijn interviews met aanbieders van wijkverpleging, zorgbemiddeling van zorgverzekeraars, transferbureaus van ziekenhuizen en huisartsen uitgevoerd. Dit waren semigestructureerd interviews via Microsoft Teams. Voor de interviews is een leidraad ontwikkeld. De leidraad is opgebouwd uit zes thema's: (1) samenwerking in de regio, (2) aanvragen van wijkverpleging, (3) indicatie voor wijkverpleging, (4) het aantal afwijzingen en oorzaken van afwijzingen, (5) lastig te plaatsen zorgvragen en (6) impact keten bij afwijzingen. De interviews zijn uitgevoerd door twee onderzoekers waarbij één onderzoeker het interview heeft geleid en de andere onderzoeker heeft genoteerd. De interviews zijn thematisch geanalyseerd op basis van de bovenstaande thema's.

In totaal zijn er 37 interviews uitgevoerd met aanbieders van wijkverpleging, zorgbemiddeling van zorgverzekeraars, transferbureaus van ziekenhuizen en huisartsen werkzaam in de regio's West-Brabant, Rotterdam en Midden-IJssel. Onderstaande tabel beschrijft de respondenten van de interviews (met sommige respondenten zijn 2 interviews uitgevoerd).

Regio	Type organisatie	Naam organisatie
West-Brabant	Huisarts	Het huisartstenteam
	Huisarts	HZG Breda
	Ziekenhuis	Amphia
	Ziekenhuis	Bravis
	Aanbieder van wijkverpleging	TWB
	Aanbieder van wijkverpleging	Thebe
	Aanbieder van wijkverpleging	Umbrazorg
Rotterdam	Huisarts	Rijnmond Dokters
	Huisarts	Rijnmond Dokters
	Ziekenhuis	Maasstad ziekenhuis
	Ziekenhuis	Franciscus gasthuis
	Ziekenhuis	Erasmus Medisch Centrum
	Ziekenhuis	Ikazia Ziekenhuis
	Ziekenhuis	Curamare

	Aanbieder van wijkverpleging	Aafje
	Aanbieder van wijkverpleging	Curamare
	Aanbieder van wijkverpleging	Laurens
	Aanbieder van wijkverpleging	MOB-Internos
	Brancheorganisatie VVT Rotterdam	ConForte
Midden-IJssel	Huisarts	Huisartsen Coöperatie Deventer en omstreken
	Praktijkverpleegkundige ouderenzorg	Huisartsen Coöperatie Deventer en omstreken
	POH ouderen	Huisartsen Coöperatie Deventer en omstreken
	Ziekenhuis	Deventer ziekenhuis
	Aanbieder van wijkverpleging	Solis
	Aanbieder van wijkverpleging	ZGR
	Aanbieder van wijkverpleging	Carinova
	Zorgverzekeraar	Salland
Landelijk	Zorgverzekeraar	Zilveren Kruis
	Zorgverzekeraar	VGZ
	Zorgverzekeraar	CZ
	Medische kindzorg	KinderThuisZorg

Tabel 3 Overzicht interviews

Interviews met cliënten via zorgadvies- en bemiddeling van zorgverzekeraar

Ook zijn er interviews uitgevoerd met cliënten die zijn benaderd via zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar. De cliënten die zijn benaderd hebben minimaal een week moeten wachten op wijkverpleging. Tijdens deze gesprekken zijn cliënten gevraagd naar de ervaringen en het proces rondom het zoeken naar wijkverpleging en wat de gevolgen zijn geweest van het voor een langere tijd niet beschikbaar zijn van zorg. In totaal zijn 14 cliënten gesproken.

Data-analyse van POINT

Met behulp van data uit POINT, een systeem dat ziekenhuizen gebruiken voor de overdracht van cliënten vanaf het ziekenhuis naar de wijkverpleging, is onderzocht hoe lang de zoektijd, hoeveel aanbieders van wijkverpleging zijn benaderd en hoeveel afwijzingen er zijn ontvangen. De data van POINT is verkregen via de Enovation²¹. Hiervoor is per ziekenhuis via een toestemmingsformulier toestemming aangeleverd om alle overdrachten die in 2023 hebben plaatsgevonden tussen deze ziekenhuizen en de wijkverpleging anoniem beschikbaar te stellen voor dit onderzoek. Dit formulier is uitgezet via de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Er zijn 15 ziekenhuizen die toestemming hebben gegeven.

- Albert Schweitzerziekenhuis
- BovenIJ Ziekenhuis
- Flevoziekenhuis
- Gelre Ziekenhuizen
- Groene Hart Ziekenhuis
- Ikazia Ziekenhuis
- Isala
- Maasstad Ziekenhuis
- MCL
- Meander Medisch Centrum

²¹ Enovation POINT ondersteunt ziekenhuizen in de overdracht van patiënten van het ziekenhuis naar de wijkverpleging thuis

- OLVG
- Reinier de Graaf Groep
- Spaarne Gasthuis
- Zaans Medisch Centrum
- Ziekenhuis Amstelland

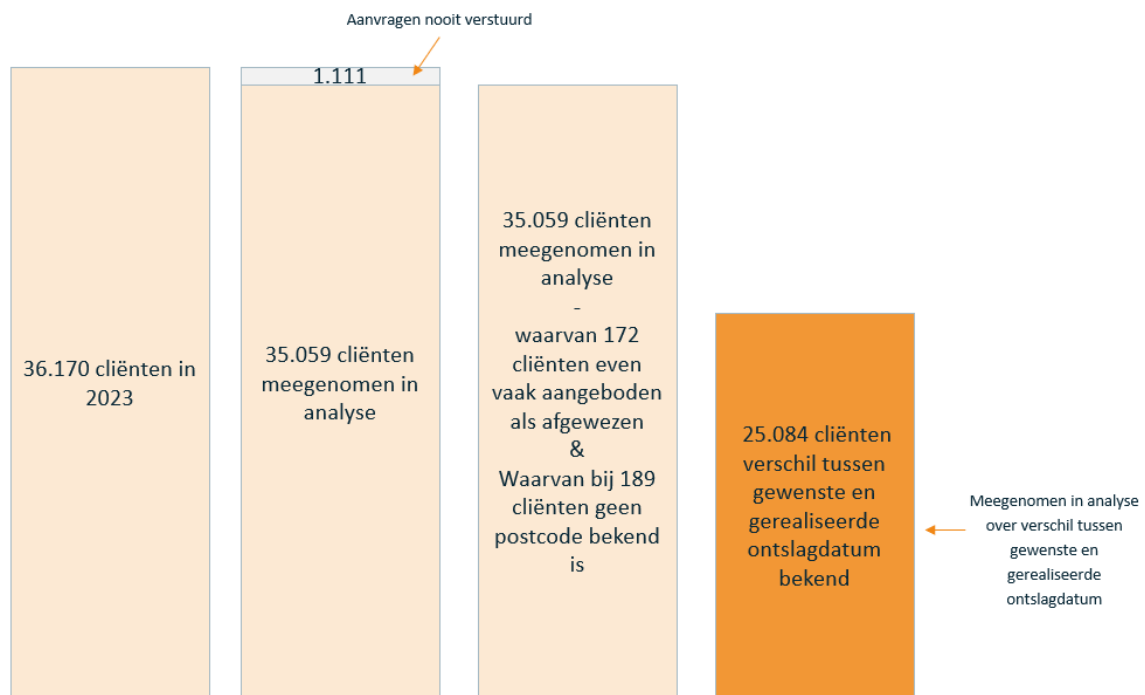
Data-analyse van zorgverzekeraars

Daarnaast is data van de zorgbemiddeling van zorgverzekeraars Zilveren Kruis, VGZ, CZ en Salland geanalyseerd. Met behulp van deze data zijn het aantal aanvragen in 2023 voor zorgbemiddeling, de duur van het zoekproces, het type vraag en de regio van de aanvraag inzichtelijk gemaakt.

6.3 Bijlage 3: Uitkomsten analyse Point

Enovation POINT ondersteunt ziekenhuizen in de overdracht van patiënten van het ziekenhuis naar de wijkverpleging thuis. In dit onderzoek hebben 15 ziekenhuizen in Nederland toestemming gegeven om alle overdrachten die in 2023 hebben plaatsgevonden tussen deze ziekenhuizen en de wijkverpleging anoniem beschikbaar te stellen (zie ook bijlage 2).

In totaal hebben de ziekenhuizen 36.170 cliënten via POINT aangemeld voor wijkverpleging. Daarvan zijn er 1.111 uitgesloten uit de analyse omdat er voor deze cliënten wel een aanvraag is aangemaakt, maar nooit verstuurd is via POINT. De analyse richt zich dus op 35.059 cliënten (zie Figuur 14) voor het aantal afwijzingen en 25.084 cliënten waar gekeken wordt naar het verschil tussen gewenst en gerealiseerd ontslag.



Figuur 14 Overzicht aantal aanvragen verstuurd via POINT

Van deze 35.059 cliënten is bekend:

- Welk ziekenhuis de aanvraag heeft verstuurd in welke maand,
- Het aantal keer dat de aanvraag verstuurd is naar een aanbieder van wijkverpleging ,
- Het aantal keer de aanvraag is afgewezen door een aanbieder van wijkverpleging .

Hierbij moet opgemerkt worden dat een dossier aan meerdere aanbieders tegelijkertijd aangeboden kan worden. Het kan dus zijn dat een dossier aan 4 organisaties tegelijkertijd is aangeboden en slechts 1x is geweigerd. De aanvraag is dan 1x geaccepteerd een 2x is er geen (tijdig) reactie geweest omdat het dossier al was geaccepteerd. Bij 172 cliënten is het aantal keer dat het dossier is aangeboden gelijk aan het aantal keer dat het is afgewezen. Dit suggereert dat deze casussen niet door de wijkverpleging konden worden opgepakt en op andere wijze bemiddeld zijn buiten POINT om (bij 95 van deze 172 cliënten staat namelijk wel een gerealiseerde ontslagdatum) of dat deze mensen naar huis zijn gegaan zonder wijkverpleging. Op basis van de data kan hier geen uitsluitsel over gegeven worden.

Bij 189 van de 35.059 cliënten is geen postcode bekend. Zij kunnen niet worden toebedeeld aan een provincie.

Bij 25.084 van de 35.059 cliënten is bekend hoeveel tijd er tussen de gewenste ontslagdatum en de gerealiseerde ontslagdatum zit (dit zijn geen verplichte velden en dit wordt dus niet altijd door elk ziekenhuis ingevuld). Hierbij is ook zichtbaar dat de gerealiseerde ontslagdatum soms voor de gewenste ontslagdatum ligt (d.w.z. dat iemand eerder ontslagen is dan in het systeem als gewent was opgegeven). Er is geen onderzoek gedaan naar wat redenen zijn waarom dit is gebeurd. Bij 9.975 cliënten is geen gerealiseerde ontslagdatum ingevuld. Hierdoor is het niet mogelijk om bij deze cliënten iets te zeggen over of men al dan niet langer of korter in het ziekenhuis verbleef dan gewent. Deze cliënten zijn dus niet meegenomen in deze analyse.

Aantal aanvragen per ziekenhuis

De ziekenhuizen hebben in totaal 35.059 aanvragen via POINT verstuurd.

Ziekenhuis	Aantal unieke cliënten	Totaal aantal verstuurd	Gemiddeld aantal keer verstuurd	Totaal aantal keer afgewezen	Gemiddeld aantal keer afgewezen	Gemiddeld aantal dagen later ontslagen dan gewent ²²
1	2.862	6.110	2,1	1.560	0,5	1,0
2	482	1.360	2,8	362	0,8	0,9
3	1.582	4.284	2,7	870	0,5	0,7
4	4.044	6.146	1,5	640	0,2	0,7
5	2.080	3.517	1,7	498	0,2	0,7
6	362	603	1,7	116	0,3	0,3
7	4.599	6.532	1,4	820	0,2	1,0
8	2.847	5.174	1,8	1.528	0,5	0,6
9	3.302	4.635	1,4	386	0,1	0,1
10	1.570	1.687	1,1	24	0,0	1,1
11	3.159	9.318	2,9	2.714	0,9	0,7
12	4.030	9.469	2,3	2.024	0,5	0,6
13	2.204	4.547	2,1	1.400	0,6	0,7
14	951	2.082	2,2	560	0,6	0,9
15	985	2.592	2,6	371	0,4	0,6
Totaal	35.059	68.056	1,9	13.873	0,4	0,7

Tabel 4 Aanvragen POINT per ziekenhuis

Gemiddeld zijn de aanvragen 1,9 keer verstuurd per aanvraag en werden ze gemiddeld 0,4 keer afgewezen (zie Tabel 4). In totaal zijn er 68.056 aanvragen verstuurd en 13.873 afwijzingen ontvangen (NB een dossier kan aan meerdere aanbieders tegelijkertijd aangeboden worden).

Aanvragen per provincie

Het gemiddeld aantal keer dat een aanvraag per provincie wordt verstuurd varieert tussen 1,3 in Utrecht tot 2,7 in Noord-Holland en hangt samen met het gemiddeld aantal keer dat een aanvraag wordt afgewezen (hierbij is Utrecht ook laag met 0,1 en Noord-Holland relatief hoog met 0,7) – zie Tabel 5. In elke provincie zijn er cliënten uit ten minste 5 ziekenhuizen.

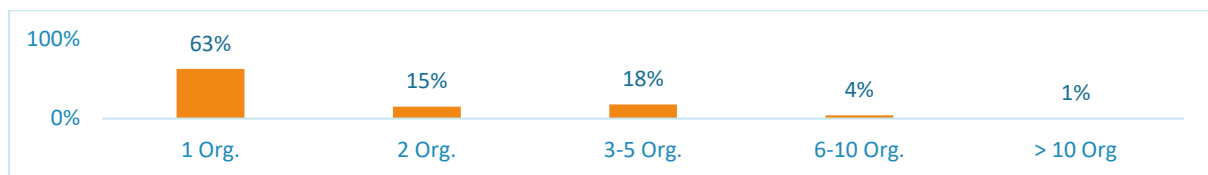
²² Het gemiddeld aantal dagen later dan gewent ontslagen is berekend over 25.084 aanvragen.

Provincie	Aantal unieke cliënten	Totaal aantal verstuurd	Gemiddeld aantal keer verstuurd	Totaal aantal keer afgewezen	Gemiddeld aantal keer afgewezen	Gemiddeld aantal dagen later ontslagen dan gewenst ²³
Drenthe	892	1.238	1,4	130	0,1	0,9
Flevoland	2.698	5.554	2,1	917	0,3	0,8
Friesland	3.628	5.324	1,5	619	0,2	0,2
Gelderland	4.783	7.323	1,5	877	0,2	0,7
Groningen	112	188	1,7	41	0,4	0,4
Limburg	202	401	2,0	116	0,6	0,8
Noord-Brabant	432	915	2,1	291	0,7	0,8
Noord-Holland	5.734	15.757	2,7	4.142	0,7	0,7
Overijssel	2.224	3.539	1,6	641	0,3	0,6
Utrecht	1.921	2.412	1,3	193	0,1	1,0
Zeeland	39	63	1,6	15	0,4	0,6
Zuid-Holland	12.205	25.010	2,0	5.810	0,5	0,7
Onbekend	189	332	1,8	81	0,4	0,5
Totaal/Gemiddeld	35.059	68.056	1,9	13.873	0,4	0,7

Tabel 5 Aanvragen POINT per provincie

Spreiding aantal keer dat aanvraag aangeboden wordt

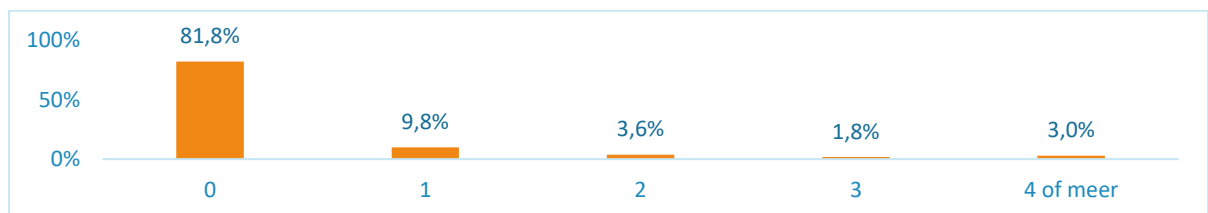
Van 63% van de cliënten is de aanvraag aan één organisatie aangeboden en in 15% van de gevallen aan 2 organisaties (zie Figuur 15). In 23% van de gevallen betrof het 3 organisaties of meer (waarvan slechts 1% van de cliënten aan meer dan 10 organisaties is aangeboden).



Figuur 15 Spreiding aantal aangeboden organisaties

Spreiding aantal afwijzingen van aanvragen

Bij 81,8% van de cliënten vond er geen afwijzing plaats in POINT (zie Figuur 16). Bij 9,8% van de cliënten was er sprake van 1 afwijzing en in 3,6% van de cliënten was er sprake van 2 afwijzingen. In totaal 3% van de cliënten had te maken met 4 afwijzingen of meer.



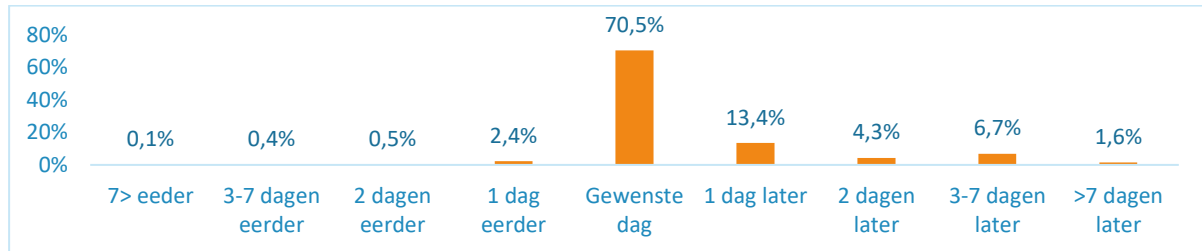
Figuur 16 Spreiding aantal afwijzingen

Verskil gewenste en gerealiseerde ontslagdatum

Het verschil tussen de gewenste en gerealiseerde ontslagdatum is voor 25.084 cliënten bekend. Van deze groep wordt 70,5% ontslagen op de gewenste datum en 13,4% één dag later dan gewenst (zie

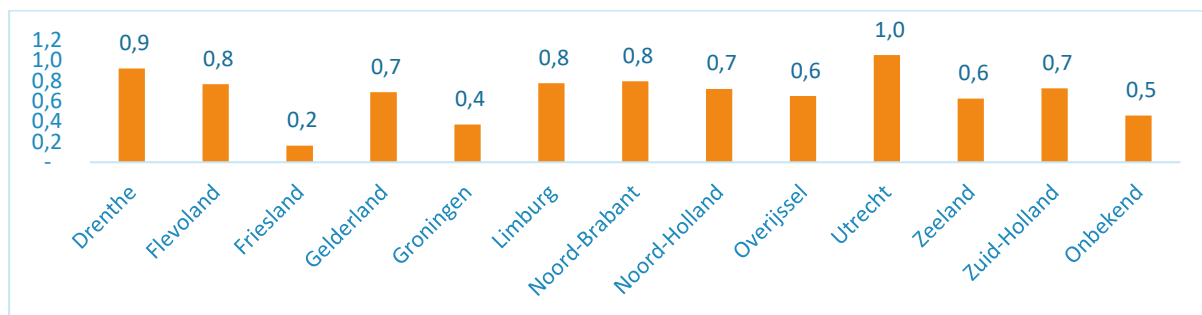
²³ Het gemiddeld aantal dagen later dan gewenst ontslagen is berekend over 25.084 aanvragen.

Figuur 17). Daarnaast wordt 4,3% van de cliënten 2 dagen later dan gewenst ontslagen. Tot slot wordt 6,7% van de cliënten 3 tot 7 dagen later dan gewenst ontslagen. Later dan gewenst ontslag kan betekenen dat de wijkverpleging niet beschikbaar was of dat de patiënt nog niet klaar was voor ontslag, de reden is niet bekend. Ook is er een groep die eerder dan gewenst naar huis gaat, in totaal 3,4%. Waarom dit gebeurt, is niet bekend.



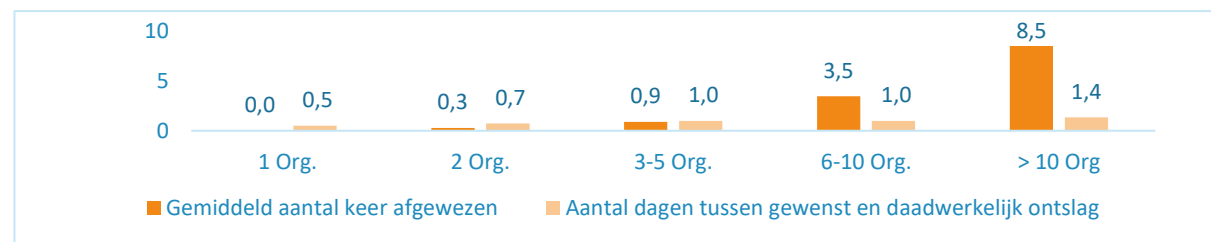
Figuur 17 Spreiding gewenst en gerealiseerde ontslagdatum

Per provincie zijn er ook verschillen zichtbaar. Gemiddeld gaat men 0,7 dagen later naar huis dan gewenst, maar in Friesland is dit slechts 0,2 dag en in Utrecht 1 dag later dan gewenst (zie Figuur 18).



Figuur 18 Gemiddeld verschil tussen gewenst en gerealiseerd ontslag per provincie

De aanvragen die aan één organisaties zijn aangeboden, werden gemiddeld 0 keer afgewezen en er zat gemiddeld 0,5 dag tussen de gewenste en gerealiseerde ontslagdatum (zie Figuur 19). Naarmate een aanvraag aan meer organisaties wordt aangeboden loopt dit op. Als een cliënt aan meer dan 10 organisaties wordt aangeboden wordt er gemiddeld 8,5 keer geweigerd en zit er gemiddeld 1,4 dagen tussen de gewenste en gerealiseerde ontslagdatum.



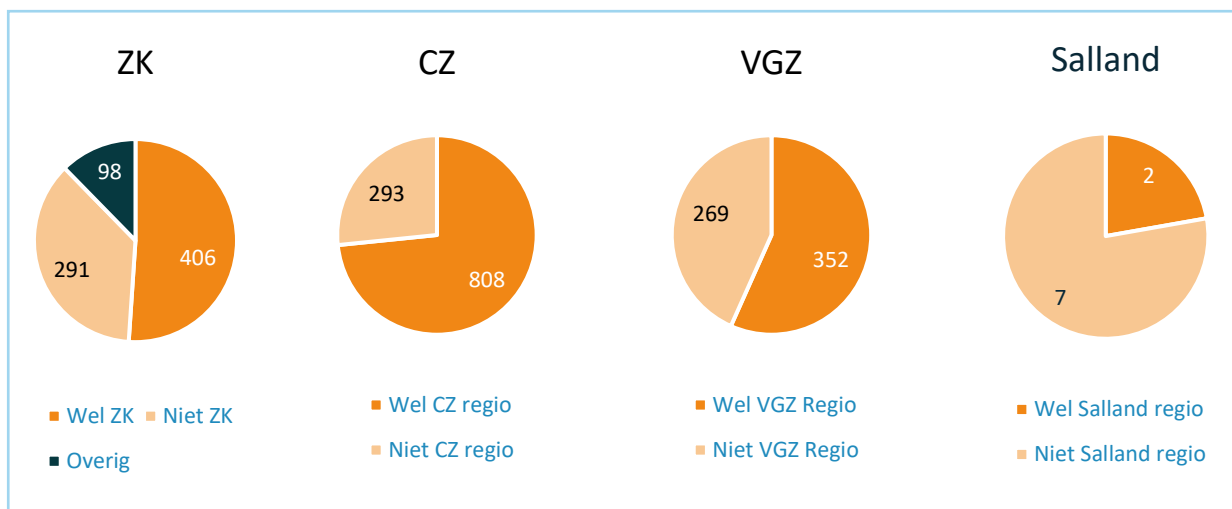
Figuur 19 Gemiddeld aantal keer afgewezen en gemiddeld aantal dagen tussen gewenst en gerealiseerd ontslag

6.4 Bijlage 4: Uitkomsten analyse data zorgverzekeraars

Aantal aanvragen per regio

De hoogte van het aantal bemiddelingsaanvragen per verzekeraar (Zilveren Kruis, CZ, VGZ en Salland) verschilt sterk. In totaal werden er in 2023 bij CZ 1101 zorgbemiddelingsaanvragen behandeld, waar dit er bij Zilveren Kruis 795²⁴, bij VGZ 621, en bij Salland 9²⁵ waren. Bij Zilveren Kruis, CZ en VGZ zien we dat het grootste gedeelte van de aanvragen in 2023 uit de regio's kwamen waarin de desbetreffende verzekeraar een groot marktaandeel heeft, zie Figuur 20 voor de daadwerkelijke aantallen per verzekeraar. Voor CZ kwam er in 72% van de gevallen een zorgbemiddelingsaanvraag vanuit "CZ-regio's". Voor VGZ was dit 57% en voor Zilveren Kruis 58%. Vanwege het kleine aantal bemiddelingsaanvragen bij Salland, kunnen daaruit geen conclusies getrokken worden. Er zit daarnaast veel variatie in vanuit welke specifieke regio's bemiddelingsaanvragen komen. Echter, vanwege de lage aantallen per regio kunnen hier geen conclusies aan verbonden worden.

Figuur 20: Aantal zorgbemiddelingsaanvragen per zorgverzekeraar (2023)



Doorlooptijd zorgbemiddelingsaanvragen "eigen" regio's versus niet "eigen" regio's

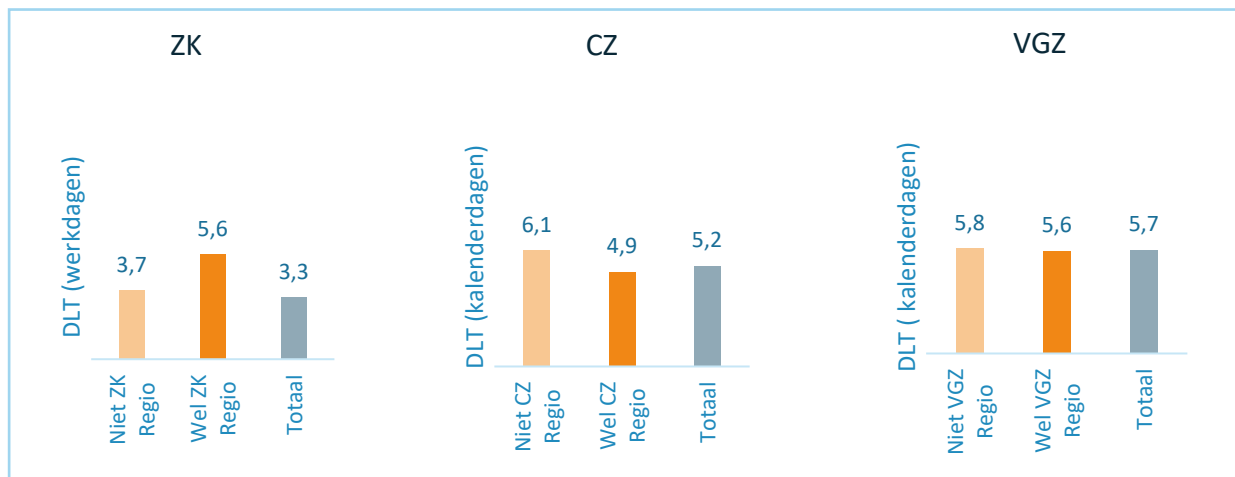
De gemiddelde doorlooptijd (DLT) per regio verschilt tussen verzekeraars²⁶. Naast dat het voor de verschillende regio's op zich verschilt, is er geen eenduidige relatie te zien tussen de "eigen" regio's voor VGZ, CZ en Zilveren Kruis en de doorlooptijd, zie Figuur 21. Voor Zilveren Kruis is de gemiddelde doorlooptijd in de eigen regio's gemiddeld langer (5,6 t.o.v. 3,6 werkdagen), terwijl voor CZ de doorlooptijd in "eigen" regio's juist korter is (4,9 kalenderdagen t.o.v. 6,1 kalenderdagen). Voor VGZ is de gemiddelde doorlooptijd ongeveer gelijk tussen de "eigen" regio's en daarbuiten. Voor Salland zijn geen resultaten weergegeven vanwege de kleine aantallen. De doorlooptijd van de zorgverzekeraars is niet onderling te vergelijken omdat de zorgverzekeraars de data op verschillend registeren, wel geeft het een beeld van de doorlooptijd van bemiddelingsaanvragen.

²⁴ Let op: voor Zilveren Kruis komt het totaal aantal aanvragen niet overeen met de som van de losse onderdelen. De restanten aan aanvragen zijn niet weergegeven.

²⁵ Vanwege het lage aantal bemiddelingsaanvragen in bij zorgverzekeraar Salland, worden deze 9 niet meegenomen in de verdere analyses.

²⁶ Let op: de aangeleverde data vanuit zorgverzekeraars verschilt op verschillende vlakken en is niet op alle vlakken 1:1 vergelijkbaar.

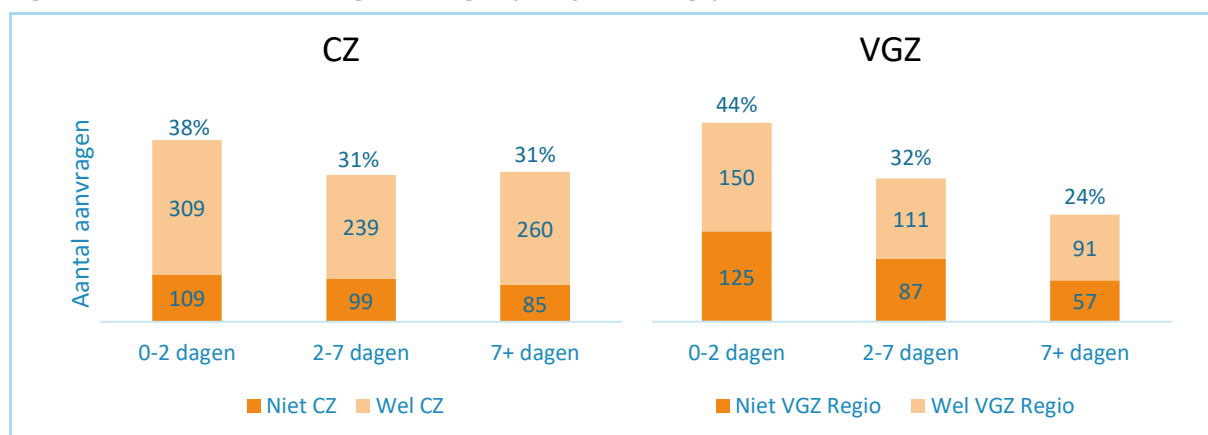
Figuur 21: Doorlooptijden (DLT) bemiddelingsaanvragen verzekeraars (werkdagen/kalenderdagen) (2023)



Aantal bemiddelingsaanvragen en prioriteit/complexiteit naar duur doorlooptijd

Om de data goed te kunnen beoordelen o.b.v. de afhandelingstijd per bemiddelingsaanvraag, hebben we een indeling gemaakt o.b.v. of een dossier tussen 0-2 dagen is afgehandeld, tussen 2-7 dagen en langer dan 7 dagen²⁷. In Figuur 22 is het aantal bemiddelingsvragen voor CZ en VGZ weergegeven in de hiervoor genoemde indeling. Voor CZ zijn er in totaal 418 bemiddelingsaanvragen die tussen de 0-2 dagen zijn afgehandeld (38%), 338 aanvragen tussen de 2-7 dagen (31%) en 345 aanvragen na meer dan 7 dagen (31%). Bij dossiers die langer dan 7 dagen open staan zitten echter ook dossiers waarbij cliënten *wel* al wijkverpleging ontvangen maar bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Dit zijn Lang Lopende dossiers (LLD). CZ laat deze dossiers open staan om de mogelijkheid te hebben over te stappen naar een gecontracteerde aanbieder zodra deze plek heeft²⁸. Het wil dus niet zeggen dat verzekerden *geen* zorg ontvangen. Omdat we geen onderscheid kunnen maken tussen dossiers die open staan zonder zorg te ontvangen en dossiers die open staan maar wel zorg ontvangen kan dit een vertekend beeld geven van de daadwerkelijke afhandelingstijd. Voor VGZ zijn de meeste aanvragen (275) tussen de 0-2 dagen afgehandeld (44%), tussen de 2-7 dagen (32%) en 147 in meer dan 7 dagen (24%). Bij de dossiers die langer dan 7 dagen open staan is de gemiddelde doorlooptijd 16 dagen.

Figuur 22: Aantal bemiddelingsaanvragen per afhandelingsperiode (2023)



²⁷ De data was niet aanwezig voor ZK en Salland. Deze zijn dan ook niet meegenomen in de analyses.

²⁸ Zolang er géén gecontracteerd aanbod beschikbaar is, hoeft de verzekerde geen eigen bijdragen te betalen voor het ongecontracteerde aanbod. Zodra er een gecontracteerd aanbod beschikbaar is, en de verzekerde kiest ervoor bij de ongecontracteerde aanbieder te blijven, zal hiervoor wel een eigen bijdrage in rekening worden gebracht. Verzekerden zijn hierover al bij het eerste contact geïnformeerd.

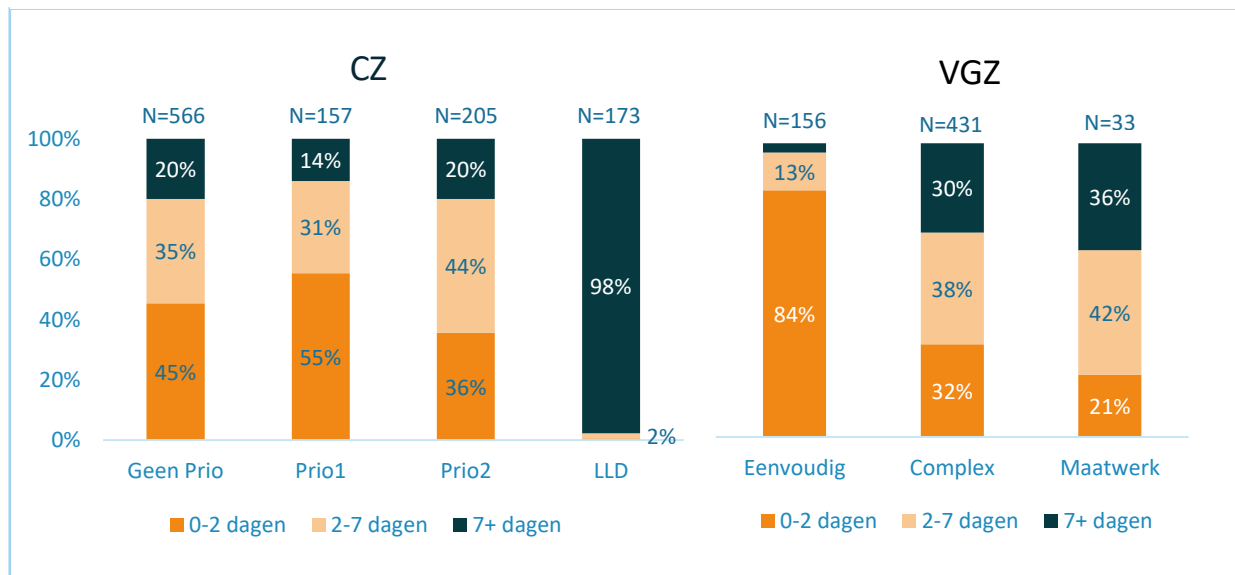
Wanneer we deze indeling beoordelen in combinatie met de aard van de bemiddelingsvraag, krijgen we het beeld zoals weergegeven in Figuur 22. In deze figuur is de verdeling te zien van de doorlooptijd per type dossier. In de figuur zelf staan de aantallen, waarna op de y-as het percentage af te lezen is.

Voor CZ is een indeling gemaakt o.b.v. prioriteit. Prioriteit 1 betreft het dossier dezelfde dag oppakken, prioriteit 2 betreft binnen 2 werkdagen oppakken, en LLD betekent dat het een Langlopend Dossier is (zie toelichting hierboven). Ongeveer 45% van de dossiers van CZ wordt opgelost binnen 0-2 dagen, 35% tussen 2-7 dagen en 20% in meer dan 7 dagen. Ook dossiers met prioriteit 1 worden grotendeels binnen 0-2 dagen afgehandeld (55%), terwijl 44% van de dossiers met prioriteit 2 binnen 2-7 dagen wordt afgehandeld. Het duidelijkste beeld komt van de LLD's, waar 98% een doorlooptijd had van meer dan 7 dagen. Zoals opgemerkt kan dit ook veroorzaakt worden doordat CZ-dossiers die zijn ingevuld met niet gecontracteerd aanbod open laat staan totdat er gecontracteerd aanbod beschikbaar is.

Voor VGZ is een indeling gemaakt o.b.v. complexiteit. Eenvoudige bemiddelingsaanvragen worden direct aan de telefoon afgehandeld. Dit zijn bemiddelingen waarbij een verzekerde bijvoorbeeld zelf nog niet gezocht hebben naar wijkverpleging en het geen probleemgebied betreft. Bij complexe bemiddelingen is er vaker dan één keer telefonisch contact noodzakelijk en dient er gezocht te worden naar een aanbieder wijkverpleging. Bij maatwerk dossiers dient er bijvoorbeeld niet gecontracteerde zorg ingezet te worden of is er sprake is van een zorgbeëindigingssituatie/zorgopschorting door een gecontracteerde aanbieder. Bij complexe bemiddelingen wordt net als bij CZ aan de hand van een prioritering gewerkt. Deze prioritering is als volgt ingedeeld: prioriteit 1 zijn dossiers die dezelfde dag opgepakt moeten worden, prioriteit 2 zijn dossiers die binnen 2 werkdagen opgepakt moeten worden en prioriteit 3 zijn dossiers die binnen 5 werkdagen opgepakt moeten worden.

Zoals weergegeven in Figuur 23 wordt 84% van de eenvoudige vragen binnen 0-2 dagen opgelost, net als 32% van de complexe aanvragen. Bij 38% van de complexe aanvragen wordt binnen 2-7 dagen afgehandeld waarna de overige 30% van de complexe vraagstukken wordt afgehandeld na meer dan 7 dagen. Van 1 bemiddeling is de indeling onbekend bij VGZ.

Figuur 23: Aantal bemiddelingsaanvragen per DLT naar prioriteit (CZ) & complexiteit (VGZ) (2023)



6.5 Bijlage 5: Berekening macrokader

De impact van de zoektijd naar wijkverpleging op het macrokaders is berekend door een inschatting te maken van de uitgaven als alle zorgvragen direct kunnen worden beantwoord. Voor deze berekening is gekeken naar de cliënten die in plaats van later wel op de gewenste dag naar huis waren gegaan. Omdat er alleen data beschikbaar is voor de afwijzingen van cliënten die via het ziekenhuis instromen in de wijkverpleging, is alleen voor deze cliënten de impact berekend. De impact van cliënten die bijvoorbeeld vanuit de thuissituatie of een eerstelijnsverblijf instromen in de wijkverpleging is niet meegenomen.

De impact van de zoektijd voor cliënten die via het ziekenhuis instromen in de wijkverpleging is inzichtelijk gemaakt met behulp van de POINT data, waarbij gekeken is naar het verschil tussen de gewenste ontslagdatum en de daadwerkelijke gerealiseerde datum in aantal dagen per cliënt. Voor deze totale groep cliënten die vanuit het ziekenhuis instromen in de wijkverpleging is gekeken hoe deze verdeeld zijn tussen de 0 en meer dan 7 dagen tussen gewenst en gerealiseerd ontslag (zie Figuur 17). Daarbij is aangenomen dat de verdeling in het aantal dagen later ontslagen dan gewenst in alle ziekenhuizen in Nederland gelijk is aan de verdeling bij de 14 onderzochte ziekenhuizen. Ook is aangenomen dat de totale hersteltijd van cliënten niet verandert waardoor er dus niet aan het eind minder dagen wijkverpleging nodig zijn omdat men later naar huis is gegaan.

Uitgangspunten

De berekening is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- 34% van de cliënten komt via het ziekenhuis in de wijkverpleging komt (RIVM, 2023). Op basis van de totaal aantal cliënten dat in 2022 wijkverpleging ontving (578.185) betekent dat het dan om 196.582 cliënten zou gaan voor wie de verdeling gevonden in POINT zou gelden.
- De range tussen in het aantal minuten wijkverpleging per dag varieert tussen:
 - 14 uur per maand, is ongeveer 27 min per dag (Nza, 2022)
 - 26 uur per maand, is ongeveer 51 min per dag (Vektis, 2022)
- De tarieven voor wijkverpleging variëren tussen (Nza, 2024):
 - Verzorging: € 67,94 per uur (€ 1,13 per min)
 - Kindzorg: € 110,81 per uur (€1,85 per min)

Berekening

Om de inschatting op het macrokader te berekenen is het verschil tussen de gewenst en gerealiseerde ontslagdatum voor de cliënten die vanuit het ziekenhuis instromen in de wijkverpleging berekend. 70,5% van de cliënten wordt ontslagen op de gewenste datum. Bij deze cliënten is er dus geen zoektijd en is dus geen impact op de uitnutting van het macrokader wijkverpleging. Bij de overige 29,5% is het aantal cliënten dat wacht vermenigvuldigd met de wachttijd op basis van de eerder benoemde verdeling. Vervolgens is de impact op het macrokader berekend door het aantal cliënten te vermenigvuldigen met de gemiddeld aantal uren inzet wijkverpleging per dag en de kosten per minuut. De uitkomsten staan beschreven in Tabel 6.

Dagen in ZKH na gewenst ontslag	Cliënten <i>in %</i>	Cliënten <i>in aantallen</i>	Aantal min <i>laag</i>	Aantal min <i>hoog</i>	Tarief per min <i>laag</i>	Tarief per min <i>hoog</i>	Totale kosten <i>laag</i>	Totale kosten <i>hoog</i>
0	70,50%	138.591	27,54	51,43	€ 1,13	€ 1,85	-	-
1	13,40%	26.342	27,54	51,43	€ 1,13	€ 1,85	€ 821.493	€ 2.501.973
2	4,30%	8.453	27,54	51,43	€ 1,13	€ 1,85	€ 527.227	€ 1.605.744
3	2,80%	5.504	27,54	51,43	€ 1,13	€ 1,85	€ 514.966	€ 1.568.401
4	1,70%	3.342	27,54	51,43	€ 1,13	€ 1,85	€ 416.877	€ 1.269.658
5	1,00%	1.966	27,54	51,43	€ 1,13	€ 1,85	€ 306.527	€ 933.572
6	0,70%	1.376	27,54	51,43	€ 1,13	€ 1,85	€ 257.483	€ 784.200
> 7 (mediaan is 13)	1,60%	3.145	27,54	51,43	€ 1,13	€ 1,85	€ 1.275.154	€ 3.883.660
Totaal		196.582					€ 4.119.729	€ 12.547.210

Tabel 6 Impact uitnutting macrokader door zoektijd

Bovenstaande resulteert in een extra uitgave van €4,1 tot €12,5 miljoen. De onderschrijding die wordt veroorzaakt door de zoektijd omdat de wijkverpleging vanuit het ziekenhuis niet direct kan worden opgestart varieert dus van €4,1 tot €12,5 miljoen. Dit bedrag gaat dus alleen over de cliënten die via het ziekenhuis instromen in de wijkverpleging (34% van het totaal aantal cliënten dat wijkverpleging ontvangt).

