

> Wachten op wijkverpleging

Onderzoek naar de beschikbaarheid
van wijkverpleging

21 februari 2023

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Colofon

Projectteam

Joëlle Groen

Jan Peter Heida

Projectleider: Roderik Ponds – roderik.ponds@sirm.nl

Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding: SiRM, Wachten op wijkverpleging, februari 2023.

Opdrachtgever

ActiZ

Managementsamenvatting

Steeds vaker signaleren zorgaanbieders en de media dat de wijkverpleging onder druk staat: zorgaanbieders kunnen de benodigde zorg veelal niet tijdig, niet volledig of niet leveren. Landelijk inzicht hierin ontbreekt. Het is niet bekend hoe lang cliënten, naasten of verwijzers zoeken naar een beschikbare aanbieder en hoe vaak aanbieders een zorgvraag (gedeeltelijk) moeten weigeren. ActiZ heeft daarom SiRM gevraagd om een onderzoek uit te voeren naar de beschikbaarheid van wijkverpleging. Hiervoor voerden we deskresearch uit, hielden we werksessies en interviews en zetten we vragenlijsten uit onder wijkverpleegkundigen en andere zorgprofessionals.

Op basis hiervan concluderen we dat de afname in beschikbaarheid van wijkverpleging een steeds belangrijkere oorzaak is voor de lager dan verwachte zorgvolumes in de wijkverpleging. De afnemende beschikbaarheid leidt tot een (nog) hogere vraag naar mantelzorg, huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en tijdelijke intramurale zorg. Daarnaast neemt de werkdruk voor wijkverpleegkundigen (nog) verder toe wat kan leiden tot een grotere (en zelfversterkende) uitstroom van medewerkers.

Sinds 2018 is de omvang van de geleverde zorg via wijkverpleging min of meer gelijk gebleven, terwijl de vraag per saldo naar verwachting toeneemt. Het aantal cliënten neemt sinds 2018 nauwelijks toe en het gemiddeld aantal uren per cliënt daalt. Hierdoor nemen de totale uitgaven aan wijkverpleging af en komen deze steeds verder onder het landelijke budget voor wijkverpleging. De vraag naar wijkverpleging neemt echter toe door vergrijzing, langer zelfstandige wonende ouderen en kortere ziekenhuisopnames. Deze groeiende vraag is de laatste jaren mogelijk gedempt door Covid-pandemie, het sterker sturen op doelmatigheid van verzekeraars en meer inzet op mantelzorg en zelfredzaamheid. Per saldo is naar verwachting de vraag naar wijkverpleging toegenomen en zal deze de komende jaren verder groeien.

De beschikbaarheid van wijkverpleging nam na de Covid-pandemie verder af. Steeds vaker moeten aanbieders cliënten weigeren of kunnen zij minder uren per cliënt leveren dan nodig of gewenst. De omvang van deze beschikbaarheidsproblemen verschilt tussen aanbieders, locaties en periodes. Een betere regionale afstemming van vraag en aanbod kan daarom een deel van het probleem verminderen. De afnemende personele capaciteit en ziekteverzuim zijn echter verreweg de belangrijkste oorzaken voor het niet (geheel) kunnen invullen van de vraag. Het minder uren kunnen leveren aan een cliënt, verhoogt de werkdruk (verder) en verlaagt de motivatie voor het werk in de wijkverpleging. Hierdoor kan de beschikbare capaciteit nog verder afnemen.

Afnemende beschikbaarheid van wijkverpleging werkt door in andere zorgsectoren. Allereerst neemt de druk op mantelzorgers (nog verder) toe. Omdat wijkverpleging een spil vormt in de zorgketen van zelfstandig wonende ouderen neemt daarnaast de vraag naar (duurdere) zorg elders toe. De werkdruk voor huisartsen wordt (nog) hoger. Ook komen ouderen mogelijk eerder in het ziekenhuis en blijven daar langer liggen dan nodig. Ten slotte neemt de vraag naar tijdelijke intramurale zorg, zoals eerstelijnsverblijf, mogelijk toe en kan de gemiddelde ligduur in de geriatrische revalidatiezorg toenemen.

Inhoud

Colofon	1
Managementsamenvatting	2
1 Aanleiding en conclusie	4
1.1 Aanleiding	4
1.2 Conclusie	5
2 De omvang van de geleverde wijkverpleging blijft achter bij de verwachte vraag	6
2.1 Sinds 2018 neemt de geleverde wijkverpleging af	6
2.2 De vraag naar wijkverpleging neemt per saldo toe	9
3 Lagere beschikbaarheid is een steeds belangrijker oorzaak voor achterblijvende zorg door wijkverpleging	13
3.1 Aanbieders moeten cliënten steeds vaker geheel weigeren	14
3.2 De wijkverpleging kan steeds vaker minder uren leveren dan passend is	16
3.3 Afnemende personele capaciteit is belangrijkste oorzaak voor beperkte beschikbaarheid van wijkverpleging	18
4 Afname beschikbaarheid wijkverpleging leidt tot hogere zorgvraag in andere sectoren	23
4.1 Het beroep op mantelzorgers neemt verder toe	24
4.2 De werkdruk van huisartsen neemt verder toe	26
4.3 Patiënten ontvangen meer ziekenhuiszorg dan nodig	28
4.4 Geweigerde zorgvragen leiden tot extra vraag naar tijdelijke intramurale zorg	30

I Aanleiding en conclusie

1.1 Aanleiding

ActiZ ontvangt steeds meer signalen uit haar achterban dat de wijkverpleging onder druk staat: zorgaanbieders kunnen de benodigde zorg veelal niet tijdig, niet volledig of niet leveren. In de monitor contractering wijkverpleging (2022) concludeert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa): “In de wijkverpleging lopen we tegen de grenzen van de toegankelijkheid aan...”. Ook in de media verschijnen regelmatig berichten¹ dat de beschikbaarheid van wijkverpleging lager is dan de vraag.

Er ontbreken echter kwantitatieve inzichten over hoe groot de afname van beschikbaarheid van wijkverpleging in de praktijk is.² De wijkverpleging kent geen wachtlijsten van mensen die niet in zorg zijn maar wel een zorgvraag hebben. De streefnorm voor wachttijden in de wijkverpleging (de Treeknorm) is gebaseerd op de wachttijd tussen indicatiestelling en het eerste moment van het verlenen van zorg. Deze wordt niet of nauwelijks overschreden.³ De indicatiestelling vindt namelijk plaats ná het vinden van een zorgaanbieder die zorg wil en kan leveren. Het is onbekend hoe vaak een aanbieder geen zorg kan leveren (en daarom ook geen indicatie stelt).

De vraag is hiernaast wat de impact van de onvervulde vraag naar wijkverpleging is: voor cliënten zelf, voor (medewerkers in de) wijkverpleging, voor andere sectoren in de zorg en de maatschappij als geheel. Een afnemende beschikbaarheid van de wijkverpleging maakt de gewenste ontwikkeling naar passende zorg moeilijker. Het wijkverpleegkundige team speelt hierbij een cruciale rol omdat zij:

- Een belangrijke spil tussen de persoonlijke situatie van de cliënt, de behoefte aan professionele zorg uit andere sectoren (op maat) en informele ondersteuning, is.
- Een belangrijke rol vervult om ouderen (steeds) langer zelfstandig thuis te laten wonen en het beroep op de Wet langdurige zorg (Wlz) waar mogelijk uit te stellen.
- Het mogelijk maakt om een steeds groter deel van ziekenhuisbehandeling en herstel buiten het ziekenhuis plaats te laten vinden.

Tegen deze achtergrond heeft ActiZ SiRM gevraagd om onderzoek uit voeren naar:

- 1 De mate waarin de beschikbaarheid van wijkverpleging onder druk staat.
- 2 De mogelijke oorzaken hiervan.
- 3 De gevolgen van een (mogelijke) afname van de beschikbaarheid voor cliënten, de wijkverpleging zelf en andere sectoren in de zorg.

¹ Zie onder andere: Financieel Dagblad (2 oktober 2022): Waar is die €600 miljoen voor de wijkverpleging gebleven? Trouw (28 maart 2022): Nederland vergrijsst, en toch krijgen minder mensen wijkverpleging. Hoe kan dat? Trouw (21 oktober 2021): Grote druk op de wijkverpleging is een blijvertje. NRC (29 november 2022): De wijkzorg kan het niet meer aan: wil de familie helpen bij de verzorging. Volkskrant (10 mei 2022): Personeelstekort doet wijkverpleging wankelen: ‘Als wij omvallen, dondert de hele zorg in elkaar.

² De enige uitzondering betreft de wachttijden voor casemanagement dementie waarvoor de NZa gegevens ontvangt via Dementienetwerk per regionaal netwerk.

³ Significant 2019: Toegankelijkheid van de wijkverpleging. Tussen aanmelding en start zorg geldt de Treeknorm van zes weken welke in slechts 1% van de gevallen wordt overschreden. Gemiddeld start de zorg 2,6 dagen na aanmelding.

We voerden dit onderzoek uit via een combinatie van deskresearch, interviews, werksessies en vragenlijsten onder aanbieders van wijkverpleging, wijkverpleegkundigen, huisartsen en mantelzorgers. Het is daarbij niet bekend hoe representatief de deelnemers aan vragenlijsten, werksessies en interviews zijn voor de sector als geheel. Landelijke cijfers ontbreken en individuele aanbieders houden niet structureel bij hoe vaak en waarom ze een zorgvraag niet kunnen invullen. We gaan ervanuit dat wanneer verschillende (soorten) bronnen in dit onderzoek tot dezelfde conclusies leiden, deze conclusies redelijkerwijs ook gelden voor de sector zelf.

1.2 Conclusie

De lagere beschikbaarheid van de wijkverpleging is een steeds belangrijkere verklaring voor het achterblijven van de geleverde zorg bij de verwachte groei in vraag (zie Hoofdstuk 2): het aantal mensen dat de laatste jaren wijkverpleging ontvangt blijft gelijk en het gemiddeld aantal uren neemt af. De verwachting was en is dat de vraag naar wijkverpleging juist toeneemt. Steeds meer ouderen wonen langer zelfstandig en de inzet is om na ziekenhuisopname (oudere) mensen zo snel mogelijk naar huis te laten gaan met ondersteuning van wijkverpleging. Naast een afname van de beschikbaarheid spelen een verdere inzet op zelfredzaamheid en het sturen op doelmatigheid door zorgverzekeraars een rol in de lager dan verwachte groei van geleverde wijkverpleging.

Lagere beschikbaarheid van de wijkverpleging heeft negatieve gevolgen voor de wijkverpleging zelf en verhoogt de (werk)druk op mantelzorgers, huisartsen en ziekenhuizen. Vooral door afnemende personele capaciteit moeten aanbieders zorgvragers steeds vaker geheel weigeren (zie Hoofdstuk 3). Daarnaast leveren wijkverpleegkundigen steeds vaker minder uren dan passend is bij de zorgvraag. Dit kan tot een hogere werkdruk en lagere motivatie onder wijkverpleegkundigen leiden met een mogelijk (nog) hoger personeelstekort en een verdere afname van de beschikbaarheid tot gevolg.

De lagere beschikbaarheid van wijkverpleging leidt (zie Hoofdstuk 4) voor zorgvragers en hun naasten, huisartsen en transferverpleegkundigen tot een toename van de zoektijd: het duurt langer om een aanbieder te vinden die een zorgvraag kan aannemen. Steeds vaker lukt dit echter helemaal niet. Afhankelijk van de situatie betekent dit dat de al hoge druk op mantelzorgers verder toeneemt, een extra beroep op huisartsen wordt gedaan of dat mensen sneller naar het ziekenhuis gaan of juist langer in het ziekenhuis moeten blijven.

2 De omvang van de geleverde wijkverpleging blijft achter bij de verwachte vraag

Sinds 2018 blijft de omvang van de geleverde zorg via wijkverpleging min of meer gelijk, terwijl de vraag per saldo naar verwachting toeneemt. Het aantal cliënten neemt sinds 2018 nauwelijks toe en het gemiddeld aantal uren per cliënt daalt. Hierdoor nemen de totale uitgaven aan wijkverpleging af en komen deze steeds verder onder het landelijke budget voor wijkverpleging. De vraag neemt echter toe door vergrijzing, langer zelfstandige wonende ouderen en kortere ziekenhuisopnames. Deze groeiende vraag is de laatste jaren mogelijk gedempt door de Covid-pandemie, het sterker sturen op doelmatigheid van verzekeraars en meer inzet op mantelzorg en zelfredzaamheid. Naar verwachting is de vraag naar wijkverpleging per saldo toegenomen en zal deze de komende jaren verder groeien.

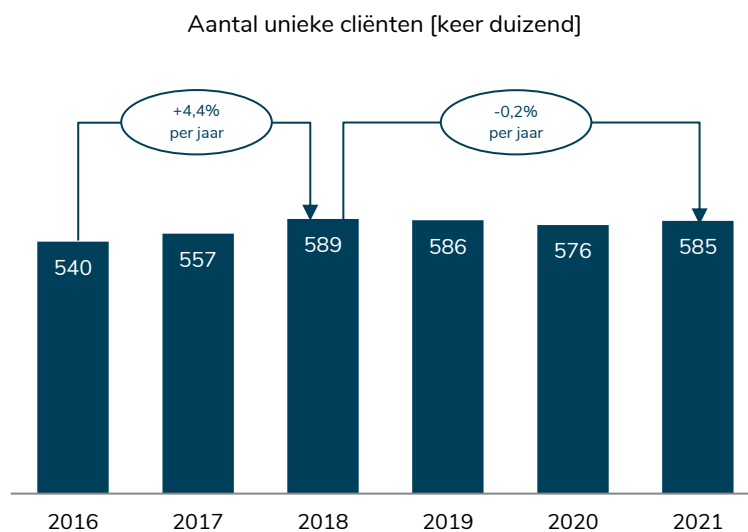
In de monitor contractering wijkverpleging 2022 concludeert de NZa dat de achterblijvende zorgvolumes in de wijkverpleging niet passen bij de verwachte toename van de vraag. In dit hoofdstuk gaan we verder in op de feitelijke ontwikkeling van de zorgvolumes in de wijkverpleging de afgelopen jaren (§2.1) en de (verwachte) vraag naar wijkverpleging en de factoren die deze vraag beïnvloeden (§2.2).

2.1 Sinds 2018 neemt de geleverde wijkverpleging af

2.1.1 Sinds 2018 is het aantal cliënten dat wijkverpleging ontvangt stabiel

In 2021 ontvingen 585 duizend cliënten wijkverpleging (Figuur 1). Dit aantal is vergelijkbaar met het aantal cliënten in 2018 en 2019. In 2020 was – er deels door de Covid-pandemie – sprake van een lager aantal cliënten. Tussen 2018 en 2021 daalde het aantal cliënten licht met jaarlijks gemiddeld 0,2%. Dit is een duidelijke trendbreuk met de jaren ervoor: het aantal cliënten tussen 2016 (540 duizend) en 2018 (585 duizend) groeide jaarlijks gemiddeld met 4,4%.⁴

⁴ NZa 2022: Kerncijfers wijkverpleging op basis van Vektis. Deze gegevens zijn gebaseerd op declaraties en daarmee het prijspeil van het jaar waarin ze gedeclareerd zijn.



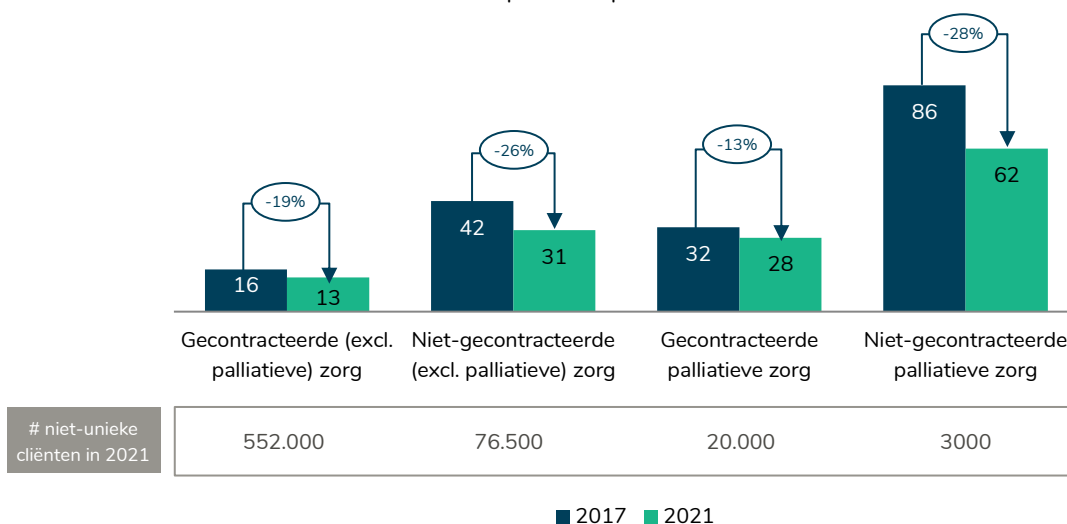
Figuur 1 Sinds 2018 is het aantal cliënten met wijkverpleging stabiel.

2.1.2 Door de afname van het aantal uren wijkverpleging per cliënt dalen de gemiddelde kosten per cliënt

Het aantal uren wijkverpleging per cliënt is afgenomen

Het aantal geleverde uren varieert sterk per cliënt. Bij gecontracteerde zorg is het aantal uren per cliënt lager dan bij ongecontracteerde zorg en bij palliatieve zorg is dit hoger dan bij niet-palliatieve zorg. Tussen 2017 en 2021 is het gemiddeld aantal uren wijkverpleging (exclusief zorg via een persoonsgebonden budget (pgb)) per cliënt⁵ afgenomen in zowel de gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg (Figuur 2).⁶

Gemiddeld aantal uren per cliënt per maand in 2017 en 2021



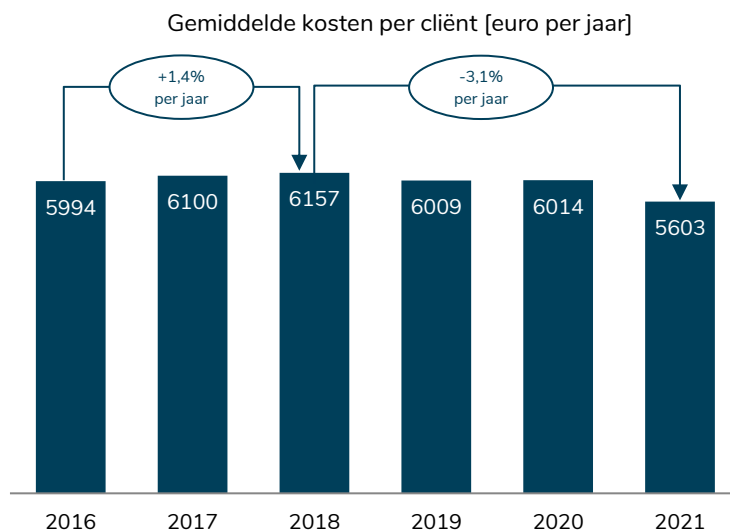
Figuur 2 Het gemiddeld aantal uren wijkverpleging per cliënt (exclusief zorg via pgb) nam tussen 2017 en 2021 af in zowel de gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg.

⁵ Cliënten die in twee of meer niet aaneengesloten in een jaar wijkverpleging hebben ontvangen, worden meerdere malen meegeteld.

⁶ Vektis monitor niet gecontracteerde wijkverpleging 2016-2022.

Sinds 2018 nemen de gemiddelde kosten per cliënt af

Door de afname van het aantal uren per cliënt dalen ook de gemiddelde kosten per cliënt. In 2018 bedroegen de kosten voor wijkverpleging per cliënt gemiddeld €6157 per jaar en in 2021 €5603 (Figuur 3): een daling van gemiddeld 3,1% per jaar.⁴ Ook dit is een trendbreuk met de jaren ervoor. Tussen 2016 en 2018 namen de kosten per cliënt jaarlijks toe met gemiddeld 1,4%.

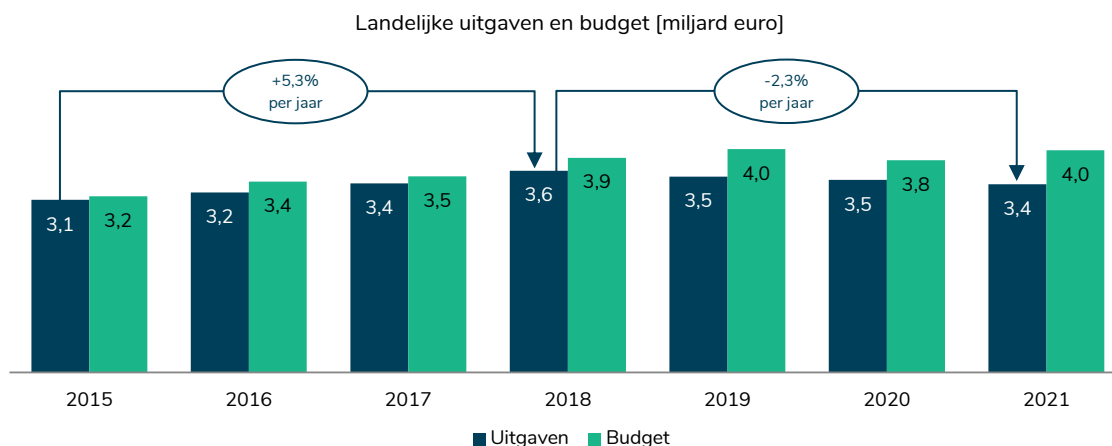


Figuur 3 Sinds 2018 nemen de gemiddelde kosten per cliënt af.

2.1.3 De totale landelijke uitgaven aan wijkverpleging dalen vanaf 2018

Als gevolg van het stabiele aantal cliënten en de lagere kosten per cliënt dalen de totale uitgaven aan wijkverpleging (Figuur 4) van €3,6 miljard in 2018 naar €3,4 miljard in 2021: een daling van gemiddeld 2,3% per jaar. In de periode daarvoor – tussen 2015 en 2018 – groeiden de uitgaven juist met 5,3% gemiddeld per jaar.⁷

Door de daling van de landelijke uitgaven, neemt het verschil met het beschikbare budget (macrokader) steeds verder toe (Figuur 4): tussen 2015 en 2021 groeide deze onderuitputting van 2,0% naar 15,3%.



Figuur 4 De uitgaven aan wijkverpleging dalen sinds 2018.

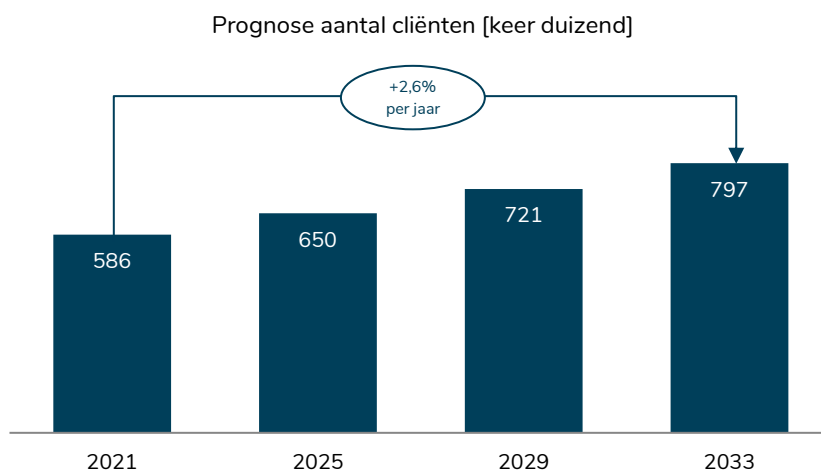
⁷ CBS Uitgaven Zvw-wijkverpleging

2.2 De vraag naar wijkverpleging neemt per saldo toe

De vraag naar wijkverpleging neemt de komende jaren per saldo toe volgens de prognose van het RIVM (Figuur 5): van 586 duizend cliënten in 2021 naar bijna 800 duizend in 2033 (een verwachte gemiddelde groei van 2,6% per jaar). Ook andere prognoses, zoals het Prognosemodel Zorg en Welzijn⁸, gaan hiervan uit. Deze (verwachte) groei is in lijn met de groei vóór 2018, maar wijkt af van de groei tussen 2018 en nu (§2.1).

De groei van de vraag naar wijkverpleging is het netto effect van factoren die de vraag naar wijkverpleging doen toenemen en dempen:

- Vergrijzing, langer zelfstandig wonen en korter ziekenhuisverblijf zorgen voor een toename van vraag (zie §2.2.1).
- Inzet op doelmatigheid, zelfredzaamheid en een verschuiving van de vraag naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Wlz dempen deels de vraag (zie §2.2.2).



Figuur 5 De komende jaren groeit het aantal cliënten volgens het RIVM ongeveer 2,6% gemiddeld per jaar.

2.2.1 De vraag neemt toe door vergrijzing, langer zelfstandig wonen en korter ziekenhuisverblijf

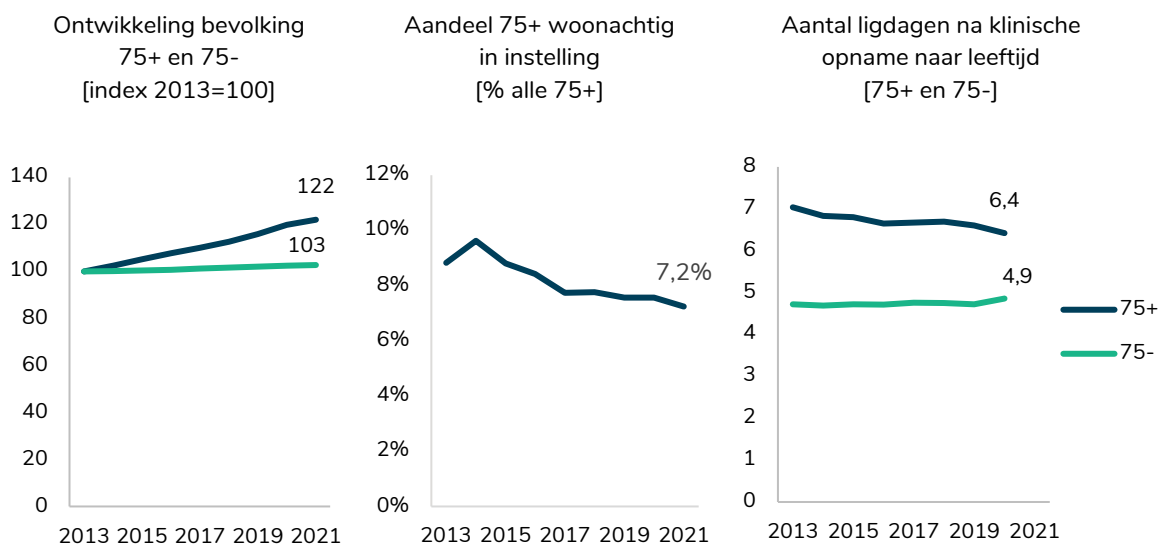
Steeds meer ouderen wonen langer zelfstandig thuis en gaan bij een ziekenhuisopname sneller naar huis (Figuur 6). Hierdoor is de vraag naar wijkverpleging toegenomen en neemt deze naar verwachting steeds verder toe. Het aantal 75-plussers groeide vanaf 2013 met 22% terwijl het aantal mensen jonger dan 75 slechts met 3% is gegroeid. De verwachting is dat de (dubbele) vergrijzing de komende jaren doorzet.

Een steeds kleiner aandeel van 75-plussers woont in een verpleeghuis. Dit zal de komende jaren met het ingezette WOZO-beleid⁹ alleen maar toenemen. Wijkverpleegkundigen spelen daarbij een belangrijke rol om het beroep op de Wlz zo veel mogelijk uit te stellen. Het gevolg daarvan is onder andere dat het beroep op de wijkverpleging zelf toeneemt.

⁸ Prognosemodel Zorg en Welzijn, 2021. ABF Research.

⁹ Ministerie van VWS 2022: Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen

Een steeds groter deel van een ziekenhuisbehandeling en het herstel vindt buiten het ziekenhuis plaats: het gemiddeld aantal ligdagen na een klinische opname is voor 75-plussers de laatste jaren gedaald. De verwachting is dat deze trend met de inzet op passende zorg de komende jaren doorzet. Dit betekent dat de vraag naar wijkverpleging toeneemt en de gemiddelde zorgzwaarte per cliënt ook: een deel van de zorg die nu in het ziekenhuis plaatsvindt zal immers door de wijkverpleging worden gedaan.



Figuur 6 De verwachte vraag naar wijkverpleging neemt toe door vergrijzing, langer zelfstandig wonen en korter ziekenhuisverblijf.

2.2.2 De inzet op doelmatigheid, zelfredzaamheid en verschuiving naar andere sectoren dempen de vraag naar wijkverpleging

Tegenover factoren die de vraag naar wijkverpleging doen toenemen staan factoren die de groei van de vraag de afgelopen jaren hebben gedempt. De laatste jaren (vooral in 2020) droeg ook Covid hieraan bij: een hoog ziekteverzuim leidde tot (minder personele inzet en dus) een lager aanbod en de vraag werd kleiner door terughoudendheid bij ouderen en mogelijke oversterfte.¹⁰ Maar ook voor Covid nam de vraag af door andere factoren, zoals beleid gericht op zelfredzaamheid en financiering gericht op meer doelmatigheid en zelfredzaamheid.

Een deel van de vraag is lager dan verwacht door inzet op doelmatigheid en zelfredzaamheid

Zorgverzekeraars sturen sinds 2015 sterker op doelmatigheid in de wijkverpleging. Voor aanbieders zijn budgetplafonds ingevoerd en aanbieders worden beloond wanneer zij gemiddeld een lager aantal uren per cliënt leveren. Equalis concludeerde in 2020 dat dit een belangrijke invloed heeft gehad op het dempen van de vraag.¹¹ Op basis van interviews en werksessies lijkt het aannemelijk dat de grootste effecten van het inzetten op doelmatigheid gerealiseerd zijn.

Parallel (en deels gestimuleerd door de inzet op doelmatigheid) is er steeds meer ingezet op zelfredzaamheid. Deelnemers aan interviews en werksessies geven ook aan dat er de laatste jaren

¹⁰ NZa 2020: Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de wijkverpleging.

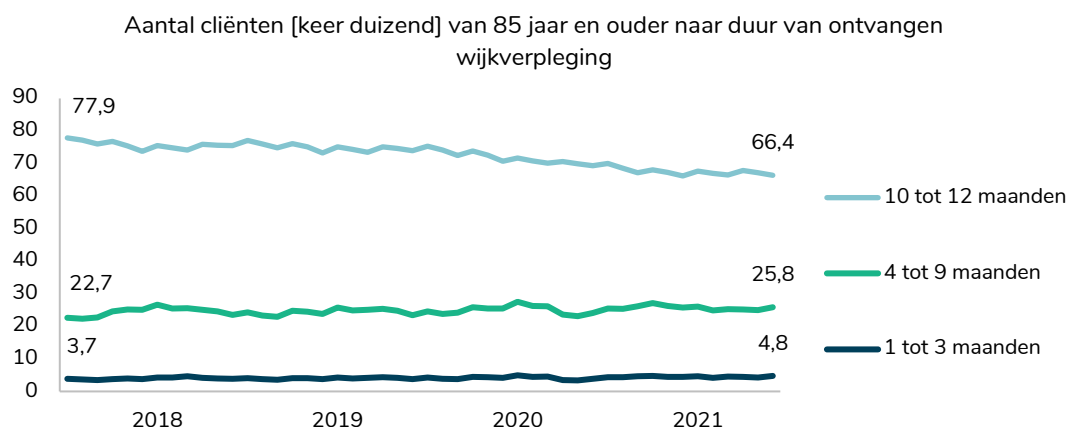
¹¹ Equalis 2020: Onderzoek overschrijding wijkverpleging.

steeds vaker wordt gekeken naar wat de cliënten zelf kunnen, wat door mantelzorgers kan worden gedaan en hoe wijkverpleging dat zo goed mogelijk kan ondersteunen. De inzet op reablement - waarin een team van wijkverpleegkundigen met bijvoorbeeld ergo- en fysiotherapeuten een periode intensief samenwerken aan doelen van de cliënt - leidt bijvoorbeeld uiteindelijk tot gemiddeld minder uren wijkverpleging per cliënt. Ook de inzet van nieuwe technologische hulpmiddelen, zoals een automatische medicijndispenser maar ook simpelere hulpmiddelen zoals bijvoorbeeld oogdruppelbrillen, dragen bij aan meer zelfredzaamheid. Op basis van interviews is het beeld dat er variatie bestaat tussen aanbieders van wijkverpleging in hoeverre zij inzetten op onderwerpen als reablement en ondersteunende hulpmiddelen. Het effect hiervan zou de komende jaren nog vergroot kunnen worden.

Een deel van de vraag is mogelijk verschoven naar de Wmo en Wlz

Een deel van de vraag naar wijkverpleging kan ook verschoven zijn naar andere sectoren. Vanaf 2015 wordt een steeds groter deel van de zorg en ondersteuning - die eerder de wijkverpleging leverde - via de Wmo geleverd.¹¹ Het gaat dan vooral om begeleiding, dagbesteding en andere (welzijns)activiteiten.

Cliënten met een relatief zware zorgvraag zijn mogelijk eerder in de Wlz terechtgekomen. Zo blijkt het aantal 85-plussers dat op jaarbasis een relatief lange periode (10-12 maanden) wijkverpleging ontvangt de afgelopen jaren afgenomen (Figuur 7).¹² Tegelijkertijd is er sprake van een sterke groei van Wlz-thuis via mpt of vpt (Figuur 8).¹³⁻¹⁴ Gemiddeld groeide het aantal personen met vpt en mpt tussen 2015 en 2021 jaarlijks met respectievelijk 14% en 10%. Deze zorg wordt vaak geleverd door wijkverpleegkundigen. Het kan zo zijn dat 85-plussers met wijkverpleging sneller instromen in de Wlz-thuis (mpt of vpt) of dat zij sneller direct (zonder wijkverpleging) instromen in de intramurale Wlz. Dit zou het gevolg kunnen zijn van de prikkel die aanbieders van wijkverpleging ervaren van zorgverzekeraars om cliënten kort en relatief weinig uren zorg te bieden. Het is niet bekend of dat in de praktijk (vaak) het geval is en daarmee bijdraagt aan de achterblijvende zorgvolumes in de wijkverpleging.

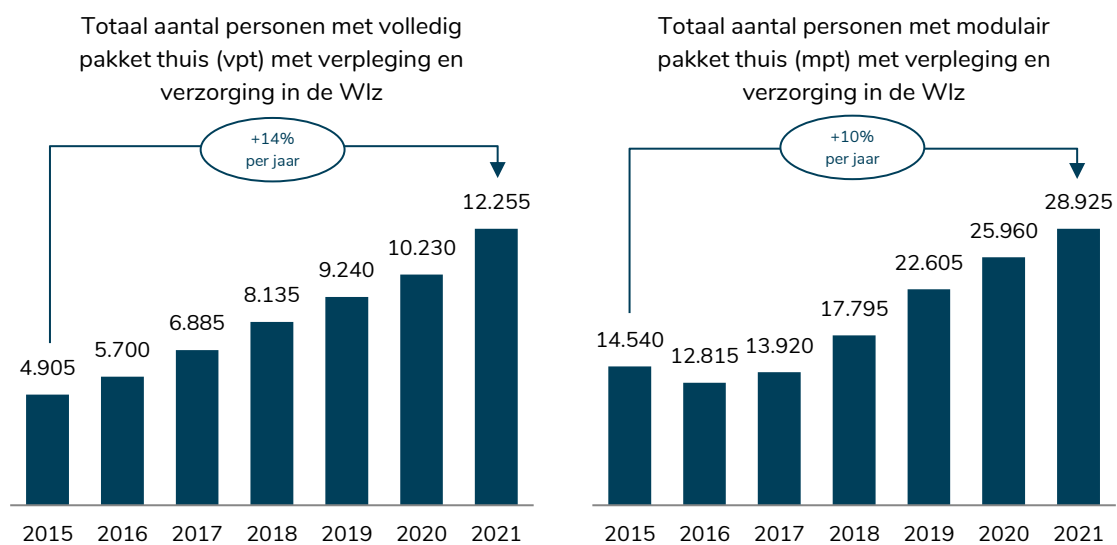


Figuur 7 Het aantal 85-plussers met een lange behandelduur in de wijkverpleging neemt af.

¹² Analyse NZa op basis van Vektis data.

¹³ Zie bijvoorbeeld NZa Monitor ouderenzorg trendanalyses.

¹⁴ CBS Personen met indicatie naar gebruik Wlz-zorg.



Figuur 8 Het aantal personen met Wlz-thuis (via mpt of vpt) groeide de afgelopen jaren sterk.

3 Lagere beschikbaarheid is een steeds belangrijker oorzaak voor achterblijvende zorg door wijkverpleging

De beschikbaarheid van wijkverpleging nam na de Covid-pandemie verder af. Steeds vaker moeten aanbieders cliënten weigeren of kunnen zij minder uren per cliënt leveren dan passend is. De omvang van deze beschikbaarheidsproblemen verschilt tussen aanbieders, locaties en periode van het jaar. Een betere regionale afstemming van vraag en aanbod kan daarom een deel van het probleem verhelpen. Personeelstekort en ziekteverzuim zijn verreweg de belangrijkste oorzaken voor het niet (geheel) kunnen invullen van de vraag. Het minder uren leveren dan passend, verhoogt de werkdruk (verder) en verlaagt de motivatie voor wijkverpleegkundigen. Hierdoor kan het personeelstekort nog verder oplopen.

In 2019 en 2020 concludeerden verschillende onderzoeken¹⁵ dat er aanwijzingen waren dat cliënten (vooral met een complexe zorgvraag) meer moeite hadden om passende wijkverpleging te vinden. Tegelijkertijd schetsen deze onderzoeken het beeld dat andere factoren (zie §2.2) op dat moment een belangrijker verklaring vormden voor de lager dan verwachte groei van de geleverde wijkverpleging.¹¹

Vanaf 2020 zijn er steeds meer aanwijzingen (zie ook Hoofdstuk 1) dat het aantal cliënten dat moeite heeft om passende wijkverpleging te vinden toeneemt. Uit opeenvolgende NZa-monitors over contractering van de wijkverpleging blijkt bijvoorbeeld dat het percentage aanbieders van wijkverpleging dat een cliëntenstop (door personeelstekort) afgaf toenam van 12% in 2017 naar 23% in 2021. Een aantal aanbieders die zijn geïnterviewd voor dit onderzoek houden voor eigen inzichten bij hoeveel cliënten zij niet kunnen aannemen. Zij geven aan steeds vaker cliënten af te wijzen, voornamelijk wegens gebrek aan capaciteit.

De resultaten in dit hoofdstuk laten zien dat de beschikbaarheid van wijkverpleging na Covid verder is afgenomen. Dit komt tot uiting op twee manieren:

- Een afname van de toegankelijkheid: aanbieders moeten de zorgvraag van cliënten steeds vaker in zijn geheel weigeren (§3.1)

¹⁵ Zoals bijvoorbeeld: Significant 2019: Toegankelijkheid van de wijkverpleging. Equalis 2020: Onderzoek overschrijding wijkverpleging.

- Een toename van het aantal keer dat er minder uren dan passend bij de zorgvraag geleverd kunnen worden (§3.2)

3.1 Aanbieders moeten cliënten steeds vaker geheel weigeren

De resultaten in deze paragraaf zijn grotendeels gebaseerd op vragenlijsten onder (indicerend) wijkverpleegkundigen (n=367) en management van wijkverpleging (n=51).

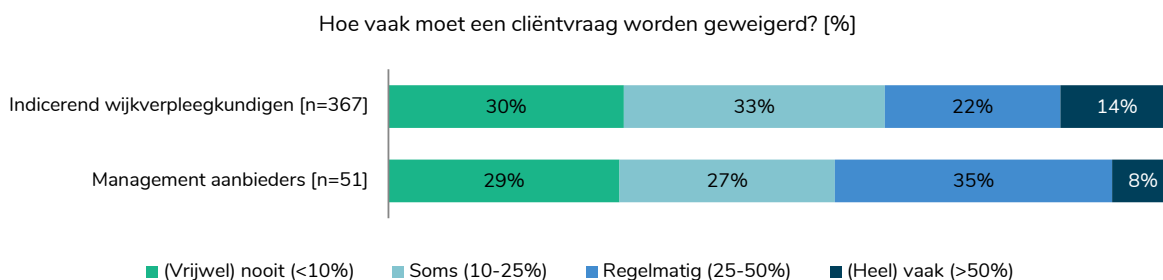
Gemiddeld ontvangen wijkverpleegkundigen 3,3 aanvragen per week. Op jaarbasis gaat het dan om circa 174 aanvragen per wijkverpleegkundige. Het aantal aanvragen per wijkverpleegkundige varieert sterk: van gemiddeld 1 keer tot 10 keer per week (met een uitschieter tot 25 per week). Deze variatie hangt deels samen met hoe aanbieders zijn georganiseerd. Sommige organisaties spelen alle aanvragen door naar één (indicerend) wijkverpleegkundige binnen een team terwijl andere organisaties de aanvragen centraal verdelen over verschillende teams.

Managers van zowel hele grote als kleine aanbieders hebben deelgenomen aan de vragenlijst wat een goede afspiegeling geeft van de sector. Deze aanbieders geven aan gemiddeld 95 aanvragen per maand te ontvangen, wat neerkomt op circa 1143 aanvragen per jaar. De spreiding is hierbij groot. Het aantal varieert van circa 600 per maand tot circa 10 per maand. Tegelijkertijd is het aantal respondenten te beperkt om aan te kunnen geven in hoeverre zij representatief zijn voor de sector als geheel.

3.1.1 Aanbieders van wijkverpleging kunnen steeds vaker cliënten niet in zorg nemen

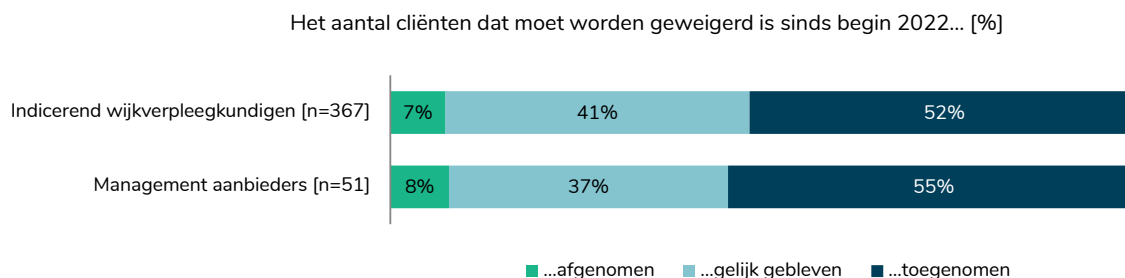
Ruim een derde van aanbieders en wijkverpleegkundigen moet regelmatig (25-50% van de gevallen) tot vaak (>50% van de gevallen) cliënten weigeren (Figuur 9):

- 14% van de wijkverpleegkundigen en 8% van de managers geeft aan dat zij meer dan de helft van de vragen (moeten) weigeren: één op de twee cliënten kan niet worden geholpen.
- 22% van de wijkverpleegkundigen en 35% van de managers geven aan dat ze een kwart tot de helft van de aanvragen in zijn geheel moeten weigeren.



Figuur 9 Ruim een derde van de aanbieders en wijkverpleegkundigen geeft aan dat cliënten regelmatig (25-50% van de gevallen) tot (heel) vaak (>50%) geheel moeten worden geweigerd.

Circa een derde van de managers en wijkverpleegkundigen geeft aan dat dit soms (10% tot 25% van de cliënten) het geval is. Het (moeten) weigeren van een zorgvraag komt steeds vaker voor: meer dan de helft van de wijkverpleegkundigen en managers geeft aan dat de problemen sinds begin 2022 zijn toegenomen (Figuur 10).



Figuur 10 Meer dan de helft van aanbieders en wijkverpleegkundigen ziet een toename sinds begin 2022 in het aantal cliënten dat niet in zorg kan worden genomen.

3.1.2 De omvang van de toegankelijkheidsproblemen verschilt tussen aanbieders en binnen aanbieders per locatie en periode van het jaar

Niet alle aanbieders ervaren problemen: een derde van de managers en wijkverpleegkundigen geeft aan dat toegankelijkheidsproblemen bij hen (vrijwel) nooit spelen. Ook uit de interviews blijkt dat sommige aanbieders problemen in toegankelijkheid incidenteel tegenkomen, maar niet structureel ervaren. Bovendien – zo blijkt uit de werksessies en interviews – kan de omvang van toegankelijkheidsproblemen verschillen per werkgebied en tussen teams. Dit verklaart mogelijk waarom een groter deel van de wijkverpleegkundigen aangeeft (heel) vaak cliënten te moeten weigeren (Figuur 9). Wijkverpleegkundigen hebben een goed beeld van de specifieke situatie van hun wijk en team. Afhankelijk van die situatie zullen zij juist sterkere of minder sterke toegankelijkheidsproblemen signaleren. Managers van aanbieders hebben een wat breder zicht op de problematiek op basis van signalen over meerdere of alle teams.

Knelpunten in de toegankelijkheid van de wijkverpleging wisselen ook door de tijd. Problemen doen zich vaak niet gedurende het hele jaar voor. Er zijn standaardperiodes met krapte (zoals de zomervakantie). Uit interviews en werksessies wordt duidelijk dat de periodes met krapte en toegankelijkheidsproblemen zich vaker voordoen en ook steeds langer duren.

3.1.3 Beschikbare capaciteit wordt mogelijk niet optimaal ingezet

Wijkverpleegkundigen verwachten dat een deel van de cliënten die zij niet in zorg kunnen nemen, bij een andere aanbieder wel in zorg komt (Figuur 17 in Hoofdstuk 4). Of dit daadwerkelijk zo is, is onbekend. We weten niet of, hoe lang en bij hoeveel andere aanbieders een cliënt verder zoekt en of een cliënt uiteindelijk wel of geen passende zorg ontvangt.

Dit resultaat suggereert wel dat een deel van de toegankelijkheidsproblemen voortkomt uit een coördinatievraagstuk: de beschikbare capaciteit (op regionaal niveau) wordt niet optimaal benut. Dit kan ook de verschillen verklaren tussen aanbieders (§3.1.1) en binnen aanbieders in de mate waarin toegankelijkheidsproblemen zich voordoen.

In interviews en werksessies werd aangegeven dat coördinatie van het aanbod in een regio lastig is omdat er steeds meer aanbieders zijn. Zeker in regio's met een groot aantal aanbieders (door de komst van nieuwe en kleine aanbieders) is het lastig om de totale beschikbare capaciteit in een

regio of buurt optimaal in te zetten.¹⁶ Bovendien is het steeds lastiger voor andere zorgaanbieders (zoals huisartsen en ziekenhuizen) om met alle aanbieders van wijkverpleging samen te werken en contact te hebben over de zorgvraag.

In verschillende regio's wordt mede daarom via 'herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging' geprobeerd vraag en aanbod beter te coördineren.¹⁷ Het idee is om een centraal aanspreekpunt te organiseren voor de vraag naar wijkverpleging voor cliënten, mantelzorgers en voor andere zorgprofessionals. Daarnaast werken professionals (van een of meerdere aanbieders) samen in de regio en stemmen ze als team af met huisartsen, ziekenhuizen en het sociale domein. Het RIVM concludeert in 2022 dat de ervaringen met de eerste initiatieven positief zijn.¹⁸ Wijkverpleegkundigen en aanbieders zien of verwachten dat er vaker passende en sneller opstartende zorg voor de cliënt wordt geboden.

Het RIVM concludeert wel dat niet alle regio's even ver zijn en de samenwerking niet overal goed verloopt. Dit leidt er (mogelijk) toe dat de resultaten van 'herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging' voor verwijzers en cliënten met een zorgvraag niet altijd zichtbaar is. Het Nivel rapporteert dat (in 2022) twee derde van de transferverpleegkundigen en praktijkondersteuners aangeeft dat er géén centraal punt in de regio is waar ze terecht kunnen met een zorgvraag in de wijkverpleging.¹⁹ Vooral in de meer stedelijke regio's is er vaak geen sprake van een centraal coördinatiepunt. Dit betekent dat door betere regionale coördinatie de beperkte beschikbare capaciteit (nog) beter kan worden ingezet en de toegankelijkheidsproblemen kunnen verminderen.

Om dit te realiseren concludeert het RIVM dat onder andere (meer) structurele financiering voor regionale samenwerking en investeren in betere gegevensuitwisseling nodig zijn.

3.2 De wijkverpleging kan steeds vaker minder uren leveren dan passend is

De lagere beschikbaarheid van wijkverpleging zorgt ook dat er steeds vaker minder uren dan passend geleverd kunnen worden. De (schaarse) capaciteit wordt verdeeld door (steeds) minder uur per cliënt te leveren. Daarbij is er een verschil tussen het leveren van minder uren dan passend wordt geacht door de wijkverpleegkundige zelf (§3.2.1) en het leveren van minder uren dan verwacht door cliënten en/of hun verwijzers (§3.2.2).

3.2.1 De wijkverpleging kan steeds vaker minder uren dan passend bij de zorgvraag leveren

Wijkverpleegkundigen en het management van aanbieders geven in de vragenlijst aan dat zij steeds vaker minder uren kunnen leveren dan passend bij de zorgvraag. De definitie van 'passend bij de zorgvraag' is hierbij gebaseerd op het oordeel van de (indicerend) wijkverpleegkundige over wat nodig is voor een cliënt.

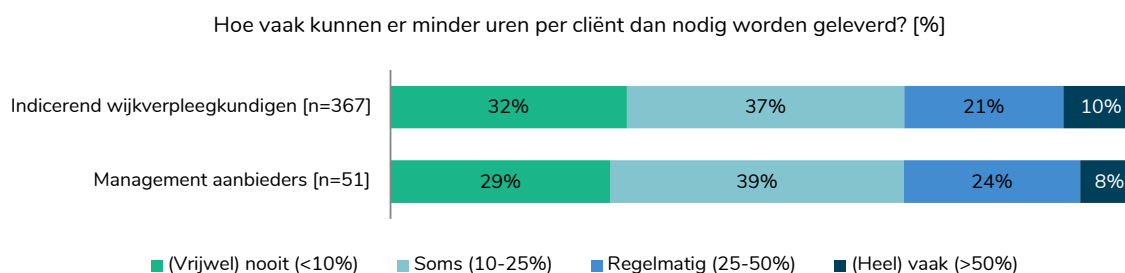
¹⁶ NZa 2020: Sectoranalyse wijkverpleging.

¹⁷ ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, VNG, VWS, ZN en ZorgthuisNL 2020: Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.

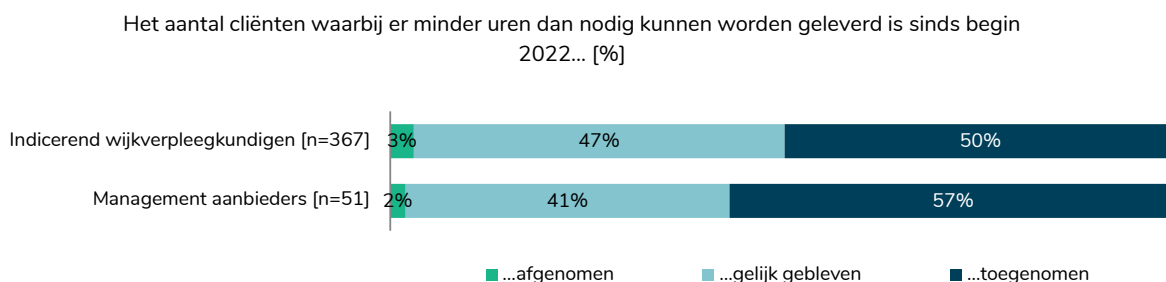
¹⁸ RIVM 2022: Ervaringen en lessen bij de ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

¹⁹ Nivel 2022: Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging: ervaringen en wensen van professionals in de wijkverpleging en van verwijzers.

Ruim een derde van de wijkverpleegkundigen en managers geeft aan regelmatig (25% tot 50% van de cliënten) tot vaak (meer dan 50% van de cliënten) minder uren per cliënt te leveren dan passend is bij de zorgvraag (Figuur 11). Een kleine 40% van de wijkverpleegkundigen en managers geeft aan dat er soms (10% tot 25% van de cliënten) minder uren worden geleverd dan passend is. Meer dan de helft van de wijkverpleegkundigen en managers geeft aan dat het aantal cliënten waarvoor er minder uren dan passend kan worden geleverd sinds begin 2022 is toegenomen (Figuur 12).



Figuur 11 Ruim een derde van de wijkverpleegkundigen en aanbieders geeft aan regelmatig (25-50% van de gevallen) tot (heel) vaak (>50%) minder uren zorg per cliënt te kunnen leveren dan passend.



Figuur 12 Meer dan de helft van de wijkverpleegkundigen en aanbieders geeft aan dat het aantal cliënten waarvoor minder uren dan passend kunnen worden geleverd sinds begin 2022 is toegenomen.

3.2.2 Verwijzers, cliënten en hun naasten hebben soms een ander beeld van wat een passend aantal uren zorg is dan de wijkverpleging zelf

De verwachtingen van cliënten en (andere) aanbieders wijken soms af van wat er geleverd kan en hoort te worden door de wijkverpleging. Vanuit het perspectief van cliënten (en hun naasten) en verwijzers is het aantal uren zorg soms niet passend, maar vanuit het perspectief van de wijkverpleging wel. Ook komt het voor dat er specifieke wensen van de cliënten en hun naasten zijn die in de praktijk niet gerealiseerd kunnen worden (bijvoorbeeld zorg en ondersteuning op specifieke momenten van de dag). Daarnaast blijkt de zorgvraag van een cliënt of verwijzer in de praktijk soms geen wijkverplegingsvraag te zijn, maar bijvoorbeeld meer een vraag naar welzijn en ondersteuning (Wmo). Wijkverpleegkundigen en het management geven aan dat dit – na personeelstekort en ziekteverzuim – een belangrijke reden is dat een zorgvraag van een cliënt niet (geheel) kan worden ingevuld (§3.3.1)).

In interviews en werksessies is aangegeven dat de transferafdeling van het ziekenhuis (en soms ook de huisarts of de praktijkondersteuner) soms geen goede of reële inschatting maakt van de uren wijkverpleging die nodig zijn. Dit wekt bepaalde verwachtingen bij bijvoorbeeld een patiënt

die uit het ziekenhuis wordt ontslagen, welke in de praktijk niet waar kunnen worden gemaakt door de wijkverpleging. Daar zijn drie verschillende oorzaken voor genoemd:

- De verwijzer heeft soms weinig zicht op de thuissituatie van de patiënt (mantelzorg, informeel netwerk en kenmerken van de woning).
- De verwijzer kan (net als de cliënt en naasten zelf) niet altijd goed inschatten wat de cliënt wel of niet zelf kan (vaak meer dan gedacht).
- De verwijzer (en ook de cliënt en naasten zelf) hebben soms een irreëel (deels verouderd) beeld van wat de wijkverpleging kan en doet.

Dit heeft minimaal twee consequenties. In de eerste plaats wordt er hierdoor soms een zorgvraag (onnodig) geweigerd: er is geen capaciteit voor het aantal uren dat volgens een cliënt of verwijzer nodig is, maar wel voor het aantal uren dat vanuit het perspectief van de wijkverpleegkundige passend is. Op de tweede plaats kost het – als de zorgvraag geaccepteerd is – de wijkverpleegkundige veel tijd (en energie) bij de start van de zorg, omdat de verwachtingen van de cliënten en naasten hoger zijn dan wat zij kan leveren en verschillen van wat passend is bij de zorgvraag volgens indicatie van de wijkverpleegkundige.

3.3 Afnemende personele capaciteit is belangrijkste oorzaak voor beperkte beschikbaarheid van wijkverpleging

3.3.1 Personeelstekort en ziekteverzuim zijn de belangrijkste oorzaken voor het niet (geheel) in kunnen vullen van de vraag naar wijkverpleging

Volgens wijkverpleegkundigen en aanbieders zijn (structureel) personeelstekort en ziekteverzuim de belangrijkste oorzaken voor het niet (geheel) kunnen leveren van de zorgvraag (Figuur 13):

- 64% van de wijkverpleegkundigen en 70% van het management geeft aan dat **personeelstekort** sterk tot zeer sterk bijdraagt aan het niet (geheel) kunnen leveren van de zorgvraag.
- 48% van de wijkverpleegkundigen en 57% van het management geeft aan dat **ziekteverzuim** sterk tot zeer sterk bijdraagt aan het niet (geheel) kunnen leveren van de zorgvraag.

Deze twee factoren worden verreweg het vaakst genoemd als achterliggende oorzaak. Daarnaast ziet een deel van de wijkverpleegkundigen dat een aantal andere oorzaken ook (een kleinere) rol speelt. Het gaat dan bijvoorbeeld om een vraag van de cliënt of verwijzer die geen wijkverplegingsvraag is (zie ook §3.2.2) of een vraag waar specifieke expertise voor vereist is die niet beschikbaar is. Hiernaast geeft een deel van het management van wijkverpleging aan dat er soms om strategische keuzes worden gemaakt, zoals het beschikbaar houden van capaciteit voor spoedgevallen of voor cliënten die tijdelijk uit zorg zijn (vanwege ziekenhuisopname). Daarnaast geeft ook een deel aan dat vanwege (budgettaire of andere) afspraken een deel van de zorgvragen niet kan worden ingevuld.

Belangrijkste oorzaken volgens indicierend wijkverpleegkundigen en management aanbieders
[% , n=418]



Figuur 13 Indicierend wijkverpleegkundigen en management van aanbieders²⁰ noemen personeelstekort en ziekteverzuim verreweg het vaakst als achterliggende oorzaak voor het niet (geheel) kunnen invullen van zorgvragen.

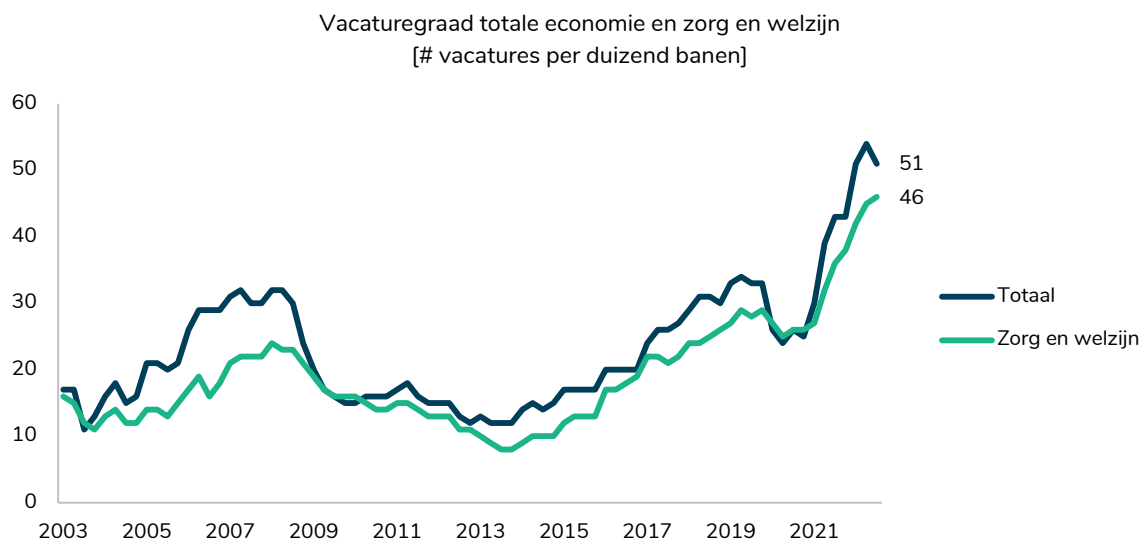
3.3.2 Het personeelstekort is groot en neemt naar verwachting verder toe

Eén van de grootste uitdagingen voor de zorg is de arbeidsmarkt. Het tekort aan personeel is groot en neemt in de ouderenzorg, waaronder de wijkverpleging, sneller toe dan elders in de zorg. De vacaturegraad (aantal openstaande vacatures per duizend banen) in de totale zorg- en welzijnssector is toegenomen van 15 in het eerste kwartaal van 2003 naar 46 in het derde kwartaal van 2022 (Figuur 14). Vooral de laatste twee jaar loopt - net als in de totale economie - het aantal vacatures fors op.

In totaal waren er 67 duizend vacatures in zorg en welzijn in het derde kwartaal van 2022. Ongeveer 1 op de 3 van deze vacatures was in de verpleging, verzorging en thuiszorg (inclusief wijkverpleging): 22 duizend. Het is niet bekend welk deel van deze vacatures in de wijkverpleging openstaat omdat CBS geen gegevens op dit detailniveau publiceert. Het Prognosemodel Zorg en Welzijn⁸ onderscheidt binnen verpleging, verzorging en thuiszorg wel de thuiszorg en komt voor 2022 op een tekort van ruim 7500 medewerkers (op een totaal van ruim 146 duizend werknemers).²¹

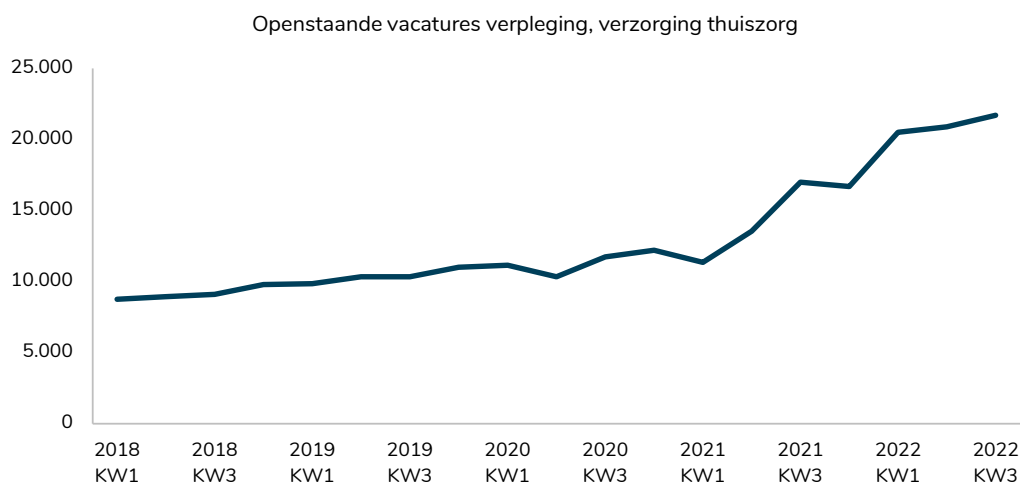
²⁰ Omdat de resultaten van indicierend wijkverpleegkundigen (n=367) en management van aanbieders (n=51) nauwelijks van elkaar verschillen, hebben we – omwille van de leesbaarheid – de resultaten samengevoegd.

²¹ Naast wijkverpleging valt hier in hun definitie ook Wmo-zorg en kraamzorg onder.



Figuur 14 Op elke 1000 banen in zorg en welzijn zijn er 46 vacatures in het derde kwartaal van 2022.

Het aantal vacatures in de verpleging, verzorging en thuiszorg is tussen het derde kwartaal van 2019 en derde kwartaal 2022 meer dan verdubbeld (Figuur 15). Dit was de sterkste toename binnen alle sectoren in de zorg.²²



Figuur 15 Het aantal openstaande vacatures in verpleging, verzorging en thuiszorg is tussen het derde kwartaal van 2019 en het derde kwartaal van 2022 verdubbeld.

De verwachting is dat het personeelstekort in de wijkverpleging de komende jaren verder oploopt. Het Prognosemodel Zorg en Welzijn komt uit op meer dan een verdubbeling van het personeelstekort in de totale thuiszorg van 7500 in 2022 naar ruim 17.000 in 2031. Deze toename is onder andere het gevolg van:

- De groei van de vraag (door een toenemend aantal ouderen die steeds ouder worden).
- Pensionering medewerkers: een derde van de medewerkers in de thuiszorg is 55 jaar of ouder en stroomt de komende jaren uit naar pensioen.²³

²² CBS 2022: Vacatures zorg en welzijn nemen sneller toe dan voor corona.

²³ CBS 2022: Werknemers met een baan in de zorg en welzijn.

3.3.3 Door minder dan de benodigde uren te leveren neemt de werkdruk toe en de motivatie af waardoor het personeelstekort verder kan oplopen

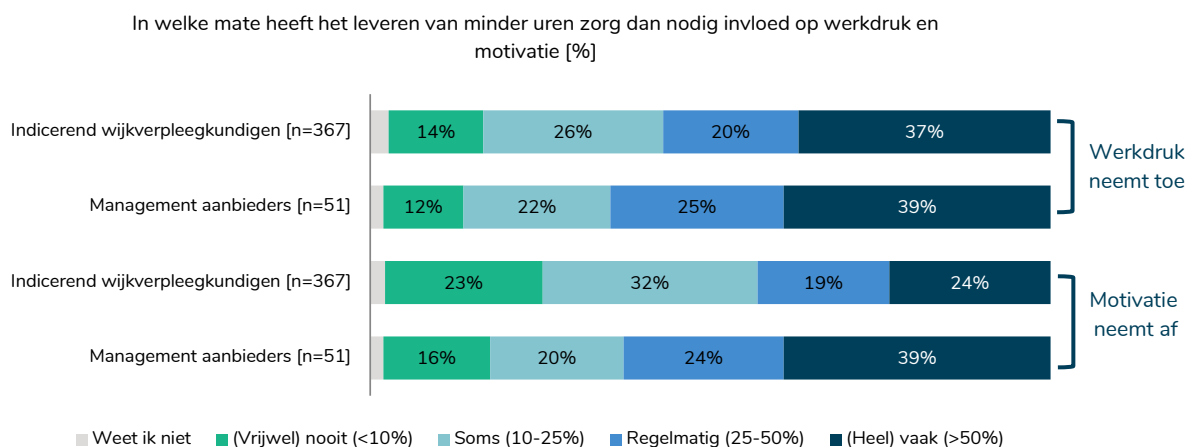
Ruim 40% van alle werknemers in de thuiszorg vindt dat de werkdruk (veel) te hoog is.²⁴ Dit leidt op dit moment niet tot een hoger dan gemiddelde uitstroom. De 'beïnvloedbare'²⁵ uitstroom uit de verzorging, verpleging en thuiszorg sector is met 7,3% lager dan in andere zorgsectoren maar wel hoger dan in sectoren als de politie of het onderwijs.²⁶

Het steeds vaker kunnen leveren van minder uren dan nodig kan er toe leiden dat deze uitstroom groter wordt:

- Rond de 40% van de wijkverpleegkundigen en management geeft aan dat het minder uren kunnen leveren dan passend (heel) vaak tot een hogere werkdruk leidt (Figuur 16). Deelnemers aan werksessies en interviews bevestigen dit: vaak proberen wijkverpleegkundigen bij een lager aantal uren dan passend toch de benodigde zorg te leveren waardoor de werkdruk (verder) toeneemt.
- 24% van de wijkverpleegkundigen en 40% van het management geeft aan dat de motivatie voor het werk afneemt als de vraag naar zorg niet (geheel) kan worden ingevuld (Figuur 16).

Vooraf wijkverpleegkundigen die (heel) vaak minder uren dan nodig leveren, geven aan dat dit tot een hoge werkdruk en lagere motivatie leidt:

- 68% geeft aan (heel) vaak een hogere werkdruk te ervaren.
- 43% geeft aan (heel) vaak een afname van de motivatie voor het werk te ervaren.



Figuur 16 Een groot deel van de wijkverpleegkundigen en management van aanbieders geeft aan dat minder uren kunnen leveren dan passend (heel) vaak (>50% van de gevallen) leidt tot een hogere werkdruk en/of afname van de motivatie voor het werk.

Op deze manier kan een zelfversterkend effect ontstaan: door personeelstekort worden er vaker minder uren zorg geleverd dan passend wat, via een hogere werkdruk, weer kan leiden tot een groter personeelstekort, waardoor er nog minder uren zorg kan worden geleverd.

Het verminderen van dit risico en de arbeidsmarktproblemen in algemene zin is daarmee een grote uitdaging voor de toekomstbestendigheid van de wijkverpleging. Een eerder onderzoek van SiRM

²⁴ CBS 2022: Werknemers; tevredenheid en psychosociale arbeidsbelasting.

²⁵ De uitstroom na correctie voor onder andere pensionering en arbeidsongeschiktheid.

²⁶ ABF 2022: uitstroom VVT in beeld.

in opdracht van ActiZ laat zien dat er geen wondermiddel bestaat, maar dat er wel maatregelen zijn met potentieel grote impact.²⁷ Het verlagen van de werkdruk door administratieve lasten te verminderen heeft bijvoorbeeld een grote impact, maar het realiseren hiervan is complex. Ook het leidend maken van het principe 'bekwaam is bevoegd' is complex, maar veroorzaakt naar verwachting extra instroom uit andere sectoren door een lagere drempel en een betere benutting van het potentieel van medewerkers met niveau 2 en 3.

²⁷ SiRM 2022: Opties onder de loep. Onderzoek beleidsopties arbeidsmarkt ouderenzorg.

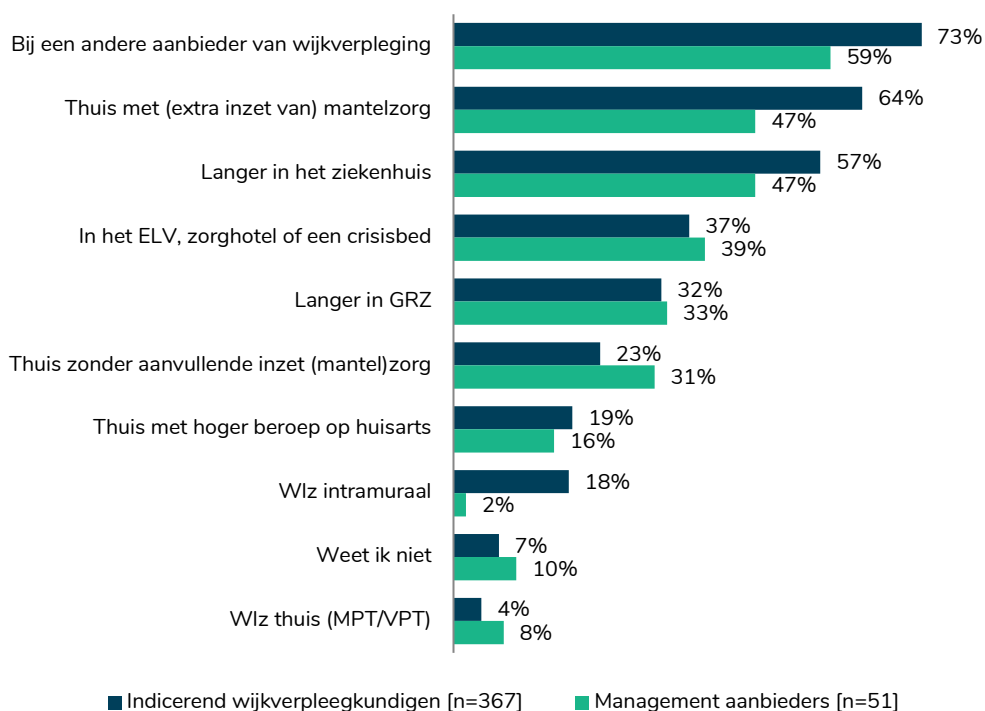
4 Afname beschikbaarheid wijkverpleging leidt tot hogere zorgvraag in andere sectoren

De afname van de beschikbaarheid van wijkverpleging werkt door in andere sectoren van de zorg. Omdat wijkverpleging een spil vormt in de zorgketen van zelfstandig wonende ouderen neemt bij geen of te weinig uren wijkverpleging de vraag naar zorg elders toe. Het gevolg hiervan is dat de druk op de mantelzorg (nog verder) toeneemt en de werkdruk voor huisartsen nog hoger wordt. Daarnaast komen ouderen mogelijk eerder in het ziekenhuis en blijven ze daar langer liggen dan nodig. Daarnaast neemt de vraag naar tijdelijke intramurale zorg zoals eerstelijnsverblijf mogelijk toe en kan de gemiddelde ligduur in de geriatrische revalidatiezorg toenemen.

De wijkverpleging speelt een cruciale rol in de zorgketen van zelfstandig wonende ouderen. Zij is een belangrijke spil tussen de persoonlijke situatie van de cliënt, de behoefte aan professionele zorg uit andere sectoren en informele ondersteuning. Afname van de beschikbaarheid van wijkverpleging leidt voor cliënten tot minder (passende) zorg en dit werkt ook door in de rest van de zorgketen. De zorgvraag blijft bestaan en als er geen aanbieder beschikbaar is wordt deze vaak elders in de keten opgevangen. Niet alleen is dit vaak niet de meest passende zorg maar vaak ook relatief duurdere zorg. Wijkverpleegkundigen en het management van aanbieders geven – in de vragenlijsten (Figuur 17 en Figuur 18) – aan dat dit vooral leidt tot een groei van de vraag naar:

- mantelzorg (§4.1)
- huisartsenzorg (§4.2)
- ziekenhuiszorg (§4.3)
- tijdelijke intramurale zorg (§4.4).

Het gevolg (meerdere antwoorden mogelijk) wanneer een cliënt niet in zorg kan worden genomen [%]



Figuur 17 Wanneer cliënten geen (andere) aanbieder van wijkverpleging vinden, leidt dit tot een hogere vraag naar zorg op andere plekken in de zorgketen.

(Heel) vaak het gevolg (meerdere antwoorden mogelijk) wanneer cliënten minder uren dan passend ontvangen [%]



Figuur 18 Wanneer cliënten minder uren ontvangen dan passend, leidt dit in 50% of meer gevallen tot een hogere vraag naar zorg op andere plekken in de zorgketen en een toename van de werkdruk voor wijkverpleging zelf.

4.1 Het beroep op mantelzorgers neemt verder toe

Als de vraag naar wijkverpleging niet of onvoldoende wordt ingevuld neemt naar verwachting de vraag naar mantelzorg toe. Wijkverpleegkundigen en managers van wijkverpleging geven in

vragenlijsten aan dat wanneer zij zorgvragen niet (voldoende) kunnen aannemen cliënten vaak thuis blijven met extra inzet van mantelzorg (Figuur 17 en Figuur 18).

Mantelzorgers zelf ervaren dat ook zo. Bijna de helft van de mantelzorgers geeft aan in een vragenlijst²⁸ dat het beroep op hen toeneemt bij onvoldoende wijkverpleging voor hun naasten (Figuur 19). Het is hierbij niet bekend of onvoldoende wijkverpleging vanuit het perspectief van mantelzorgers ook als onvoldoende wordt gezien vanuit perspectief van de wijkverpleging zelf (zie §3.2.2). Ook huisartsen (zie §4.2) en transferverpleegkundigen (zie §4.3) ervaren dat de druk op mantelzorgers toeneemt bij onvoldoende beschikbare wijkverpleging.



Figuur 19 Bijna de helft van de mantelzorgers geeft aan dat het beroep op hen verder toeneemt bij onvoldoende wijkverpleging voor hun naasten.

Afhankelijk van de situatie leidt een (verder) afnemende beschikbaarheid tot extra inzet van mensen die al mantelzorg geven of (soms abrupt) tot een intensief beroep op mensen die geen mantelzorger zijn. Dit leidt voor mantelzorgers zelf tot (onverwachte) tijdsinvesteringen en extra druk. Een deel van de mantelzorgers ervaart op dit moment al een dusdanige druk²⁹:

- 26% geeft aan door het geven van mantelzorg moeite te hebben om het eigen huishouden te organiseren.
- 21% geeft aan dat hij of zij te moe is om in de vrije tijd iets te ondernemen.
- Meer dan de helft geeft aan de situatie van diegene waarvoor hij of zij zorgt niet te kunnen loslaten.
- 17% geeft aan het gevoel te hebben dat de hulp te veel alleen op hun schouders neerkomt.

Deze druk neemt alleen maar toe. Door demografische ontwikkelingen neemt het aantal ouderen met vraag naar mantelzorg toe, terwijl het potentieel aantal mantelzorgers afneemt. Per zelfstandig wonende 75-plusser daalt het aantal mantelzorgers van vijf in 2018 naar drie in 2040.³⁰ Een (verdere) afname van de beschikbare wijkverpleging verhoogt naar verwachting de vraag naar mantelzorg in de toekomst verder. Daarnaast wordt ook in andere zorgsectoren, zoals

²⁸ In samenwerking met Mantelzorg NL uitgezet onder hun leden in eind 2022.

²⁹ Ecorys 2021: De maatschappelijke waarde van mantelzorg.

³⁰ SCP en PBL, 2018: Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040.

de Wmo en de Wlz, ingezet op meer mantelzorg. Meerdere onderzoeken en publicaties geven aan dat een nog hogere inzet van mantelzorg wenselijk is, maar niet vanzelfsprekend.³¹

Hierdoor ontstaat het risico dat een deel van de cliënten zonder of met onvoldoende wijkverpleging in de praktijk ook geen mantelzorg ontvangt. Ruim 20% van de wijkverpleegkundigen en 31% van het management van aanbieders geeft aan dat het voorkomt dat cliënten zonder mantelzorg (en zonder wijkverpleging) wel een zorgvraag hebben (Figuur 17). Het is bij een afnemende beschikbaarheid van wijkverpleging reëel dat dit vaker zal gebeuren in de toekomst.

4.2 De werkdruk van huisartsen neemt verder toe

Huisartsen ervaren op dit moment een hoge werkdruk. Door de afnemende beschikbaarheid van wijkverpleging neemt dit naar verwachting toe:

- Huisartsen zijn meer tijd kwijt met het zoeken van een wijkaanbieder voor hun patiënten (§4.2.1)
- Patiënten zonder of met te weinig wijkverpleging doen vaker een beroep op huisartsen (§4.2.2)

4.2.1 Huisartsen zijn meer tijd kwijt met zoeken van wijkverpleging

Omdat huisartsen steeds vaker met meerdere aanbieders contact moeten opnemen, zijn ze steeds meer tijd per patiënt kwijt met het zoeken naar wijkverpleging. Voor een deel van hun patiënten met een vraag naar wijkverpleging zoekt een huisarts of praktijkondersteuner naar beschikbare wijkverpleging. Bijvoorbeeld als er een valincident is geweest waardoor er acuut wijkverpleging nodig is.

Huisartsen(praktijken) vragen gemiddeld vier tot vijf keer per maand wijkverpleging aan voor een patiënt blijkt uit de resultaten van een vragenlijst. De variatie tussen individuele huisartsen is daarbij wel groot: sommige huisartsen vragen per maand voor geen of een enkele patiënt wijkverpleging aan, waar andere huisartsen dit voor meer dan tien patiënten doen.³² Als dit representatief is voor alle huisartsenpraktijken³³ in Nederland betekent dit dat jaarlijks circa de helft van alle cliënten met wijkverpleging via een huisarts wordt verwezen. Er zijn circa 5600 huisartspraktijken die dan gemiddeld per jaar elk tussen de 48 tot 60 cliënten verwijzen: 270.000 tot 336.000 cliënten per jaar (op een totaal van 585.000 in 2021). De overige cliënten zoeken zelf of met hun naasten wijkverpleging of er wordt (na ziekenhuisopname) via een transferverpleegkundige gezocht naar wijkverpleging.

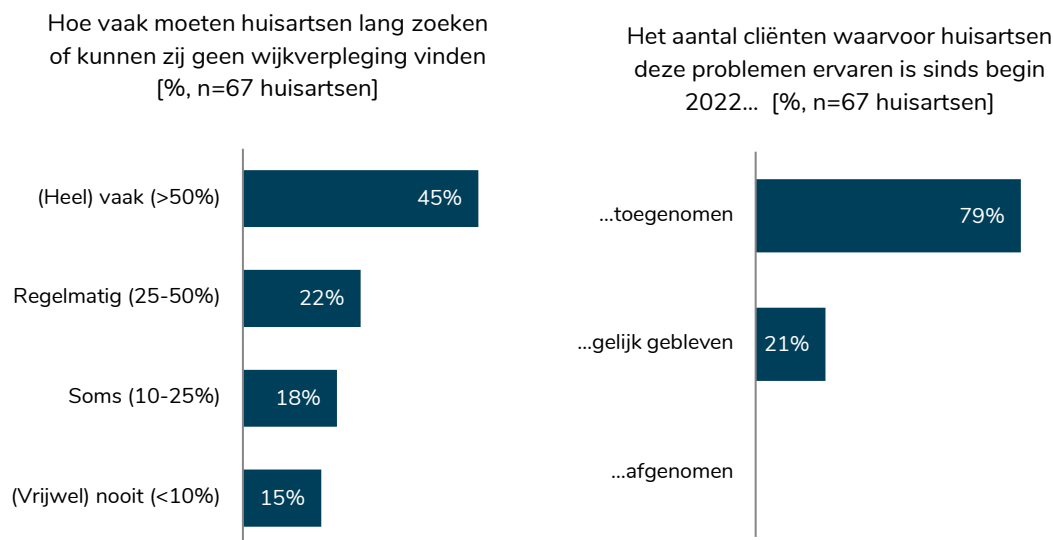
Het merendeel van huisartsen geeft aan dat zij regelmatig tot (heel) vaak problemen ervaren bij het vinden van wijkverpleging (Figuur 20). Zij moeten lang zoeken of kunnen geen beschikbare

³¹ Zie bijvoorbeeld: Canoy e.a. 2022: Laat ouderen zelf ouderenzorg houdbaar maken. In: ESB 107(4808), 21 april 2022; E. Verbakel 2018: Mantelzorgers vervangen professionele ondersteuning niet zomaar even. In: Sociale Vraagstukken 21 mei 2018; Raad van Ouderen 2022: Mantelzorg voor en door ouderen.

³² In december 2022 is deze vragenlijst verspreid door de LHV via hun wekelijkse nieuwsbrief onder hun achterban.

³³ Een relatief laag aantal huisartsen (n=67) heeft deelgenomen aan de vragenlijst. Het is goed denkbaar dat huisartsen die (veel) problemen ervaren met het vinden van wijkverpleging voor hun patiënten eerder geneigd zijn om deel te nemen aan deze vragenlijst.

aanbieder vinden. Circa tachtig procent geeft aan dat deze problemen sinds begin 2022 zijn toegenomen. Eerder onderzoek uit 2019³ concludeerde ook al dat het eerder regel dan uitzondering is om als huisarts zes tot acht aanbieders te moeten benaderen. In werksessies en interviews bevestigden huisartsen dit beeld.



Figuur 20 Huisartsen ervaren steeds vaker problemen bij het zoeken van wijkverpleging.

Per aanvraag is een huisarts of praktijkondersteuner gemiddeld ongeveer een halfuur bezig. Gemiddeld zijn ze per maand 2 tot 2,5 uur kwijt met het zoeken naar beschikbare wijkverpleging. Dit is tijd die bovenop andere werkzaamheden komt, terwijl de werkdruk al hoog is. Dit varieert sterk tussen individuele huisartsen. Tien procent van de huisartsen geeft aan een uur per aanvraag te zoeken en soms zelf meer dan twee uur. Deze variatie is waarschijnlijk het gevolg van verschillen in de patiëntenpopulatie (veel of weinig ouderen) en regionale verschillen in beschikbaarheidsproblemen van de wijkverpleging (zie §3.1.2).

Uiteindelijk lukt het de meeste huisartsen (na veel zoeken) wel om wijkverpleging te organiseren. In interviews wordt duidelijk dat dit soms alleen lukt door gebruik te maken van informele relaties met individuele wijkverpleegkundigen als het via de formelere aanvraagroutes niet lukt. Daarnaast worden huisartsen door ervaringen met beperkte beschikbaarheid terughoudender in het aanvragen van wijkverpleging. Ongeveer een kwart van de huisartsen geeft aan dat het tijdens ANW-uren regelmatig helemaal niet lukt om een aanbieder te vinden.

4.2.2 Bij onvoldoende wijkverpleging doen ouderen vaker een beroep op de huisarts

Het beroep op huisartsen neemt niet alleen toe doordat zij meer schaarse tijd kwijt zijn met het zoeken van wijkverpleging. Ouderen die geen of onvoldoende wijkverpleging ontvangen doen vaak een extra beroep op huisartsenzorg. Een kwart van de huisartsen (Figuur 21) geeft aan het belangrijkste effect van onvoldoende wijkverpleging een hoger beroep op huisartsenzorg is (meer visites of consulten in de praktijk of telefonisch).



Figuur 21 Een kwart van de huisartsen geeft aan dat het belangrijkste effect van onvoldoende wijkverpleging een hoger beroep op huisartsenzorg is.

4.3 Patiënten ontvangen meer ziekenhuiszorg dan nodig

Door de afnemende beschikbaarheid van wijkverpleging ontvangt een deel van de patiënten meer ziekenhuiszorg dan nodig:

- Ouderen komen eerder in het ziekenhuis terecht wanneer zij te weinig of te laat wijkverpleging ontvangen (§4.3.1).
- Oudere patiënten blijven langer in het ziekenhuis liggen na een opname (§4.3.2).

4.3.1 Ouderen komen eerder in het ziekenhuis terecht wanneer zij te weinig of te laat wijkverpleging ontvangen

Ouderen die te weinig of te laat wijkverpleging ontvangen komen sneller in het ziekenhuis (op de SEH) terecht. Bijvoorbeeld als er via een huisarts geen (acute) wijkverpleging in de ANW-uren beschikbaar is worden ouderen vaak noodgedwongen naar de SEH gestuurd. Ook wijkverpleegkundigen en managers van aanbieders geven in vragenlijsten aan dat dit één van de gevolgen van onvoldoende wijkverpleging is (Figuur 17 en Figuur 18).

Uit een onderzoek³⁴ naar de impact van de nieuwe urgentie-indeling ambulancezorg blijkt dat nu voor circa één op de tien 112-bellers de juiste zorg op het moment van bellen huisartsen(spoed)zorg, wijkverpleegkundige zorg of acute ggz is. Voor een deel van de kwetsbare ouderen die 112 bellen, is wijkverpleging aan huis beter passende zorg dan ambulancezorg. Als deze niet beschikbaar is ontvangen zij ambulancezorg waardoor zij vaak onnodig in het ziekenhuis terechtkomen. Het gaat daarbij regelmatig om niet-levensbedreigende situaties zoals tilhulp of problemen met blaaskatheters of morfinepompen.

³⁴ SiRM 2022: Slimmer, en sneller wanneer écht nodig - Impactanalyse nieuwe urgentie-indeling ambulancezorg.

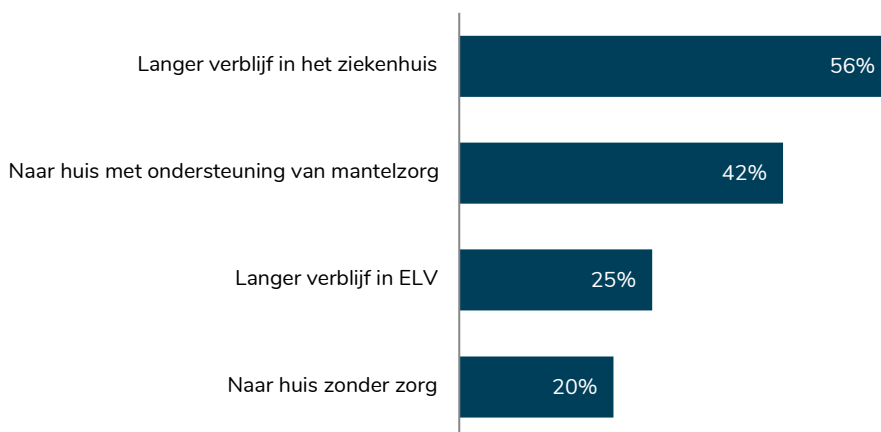
4.3.2 Oudere patiënten blijven langer in het ziekenhuis liggen na een opname

Uit analyses van de NZa blijkt dat (voor Covid) circa 7% van alle nieuwe cliënten in de wijkverpleging een cliënt betreft met een nieuwe of verhoogde zorgvraag vanuit het ziekenhuis.³⁵ Dit zijn ouderen die na een ziekenhuisgreep (acuut of gepland) met ondersteuning van wijkverpleging weer naar huis gaan. Voor deze ouderen gaan transferverpleegkundigen na behandeling in het ziekenhuis op zoek naar een aanbieder van wijkverpleging. Hoe sneller dat lukt, hoe minder dagen iemand in het ziekenhuis moet blijven liggen. Dit blijkt in de praktijk echter steeds lastiger. Hierdoor stagneert de uitstroom uit de verpleegafdeling waardoor het ziekenhuis mogelijk weer minder nieuwe patiënten kan behandelen.

Transferverpleegkundigen zijn veel en steeds meer tijd kwijt met vinden van wijkverpleging. In 2022 rapporteerde het Nivel dat bijna de helft (49%) van transferverpleegkundigen bij de helft of meer cliënten met meerdere aanbieders contact op moet nemen voordat de zorgvraag wordt opgepakt. In 2022 lijkt dit veel vaker voor te komen. Het RIVM concludeert in haar onderzoek dat vrijwel alle transferverpleegkundigen aangeven dat zij bij veel of alle patiënten problemen ervaren met het plaatsen in de wijkverpleging.¹⁸ Dit wordt bevestigd door de transferverpleegkundigen die deelnamen aan de werksessies van dit onderzoek.

Als er geen wijkverpleging beschikbaar is, blijven oudere patiënten vaak langer in het ziekenhuis liggen. Transferverpleegkundigen noemen dit³⁶ als voornaamste effect als er wijkverpleging beschikbaar is (Figuur 22). In 2019 rapporteerde Significant³⁷ nog dat slechts enkele keren cliënten hierdoor langer in een ziekenhuis verbleven. Op basis van de vragenlijsten en de werksessies van dit onderzoek lijkt dit inmiddels (veel) vaker voor te komen.

Gevolgen bij patiënten waarvoor geen wijkverpleging is gevonden
[% , n=43 transferverpleegkundigen]



Figuur 22 Transferverpleegkundigen ervaren dat de patiënten waarvoor geen wijkverpleging beschikbaar is, vaak langer in het ziekenhuis verblijven.

³⁵ Gebaseerd op analyses door de NZa in de periode van 1 juli 2018 tot 30 juni 2019. Zie: NZa 2020: Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de wijkverpleging.

³⁶ In een uitgevoerde enquête van de NZa in de zomer van 2022.

³⁷ Significant 2019: Toegankelijkheid van de wijkverpleging

4.4 Geweigerde zorgvragen leiden tot extra vraag naar tijdelijke intramurale zorg

Ouderen die geen wijkverpleging ontvangen komen naar verwachting ook vaker terecht in de tijdelijke intramurale zorg. Wijkverpleegkundigen en het management van aanbieders geven in de vragenlijsten aan dat ze verwachten dat een deel van de cliënten die zij (moeten) weigeren worden opgenomen in een eerstelijnsverblijf (ELV), crisisbed of zorghotel (Figuur 18). Ook transferverpleegkundigen signaleren dat patiënten vanuit het ziekenhuis bij geen beschikbare wijkverpleging naar het ELV gaan en daar langer verblijven dan nodig (Figuur 22). Daarnaast kan een gebrek aan beschikbare wijkverpleging leiden tot een langer verblijf bij een aanbieder van geriatrische revalidatie (GRZ) waardoor de gemiddelde ligduur daar toeneemt (Figuur 17).