

Rapportage
Wachlijsten in de Wlz
Wensen en behoeften van wachtenden

Enschede, september 2016
NV/16/1873/wllz

drs. Maartje Hanning
ir. Nienke van Vliet

Rapportage
Wachlijsten in de Wlz
Wensen en behoeften van wachtenden

Bezoekadres Thermen 1, 7521 PS Enschede
Postadres Postbus 262, 7500 AG Enschede
Telefoon (053) 4330548 **Website** www.nhm.nl
E-mail info@nhm.nl **KvK-nummer** 08120363

Colofon

Titel	Wachlijsten in de Wlz Wensen en behoeften van wachtenden
Auteur(s)	drs. Maartje Hanning en ir. Nienke van vliet
Opdrachtgever	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Kenmerk	NV/16/1873/wlz
Publicatiedatum	september 2016

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1. Inleiding en onderzoeksvragen	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen.....	7
1.3 Achtergrond van het onderzoek	8
1.4 Uitwerking naar deelvragen.....	9
2. Aanpak	11
3. Niet-actief wachtenden en hun mantelzorgers.....	12
3.1 Wie staan er op de wachtlijst?.....	12
3.2 Wensen en behoeften	13
3.3 Ervaringen gedurende het wachten.....	16
4. Wachtlijsten en wachtlijstproces.....	21
4.1 Proces	21
4.2 Wachtlijsten zorgaanbieders.....	24
4.3 Genereren landelijke wachtlijst.....	25
4.4 Interventies om wachtlijsten en wachttijden te verkorten	27
4.5 Beelden van cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren.....	30
5. Conclusies en aanbevelingen	33
5.1 Cliënten bereid tot opname ook voor een andere instelling dan die van voorkeur	33
5.2 Cliënten bereid tot opname alleen bij de instelling van voorkeur	34
5.3 Cliënten die zo lang mogelijk thuis willen wonen	35
5.4 Situatie thuis tot opname	36
5.5 Bruikbaarheid wachtlijsten van zorgaanbieders om een landelijke wachtlijst te aggregeren	37
Bijlage 1. Definities.....	39
Bijlage 2. Aanpak	41
Bijlage 3. Betrokken zorgaanbieders bij telefonische interviews, vergelijking wachtlijsten en reflectiebijeenkomst	44
Bijlage 4. Vragenlijst onderzoek wachtlijsten in de Wlz	45

Samenvatting

Sinds 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) van kracht. Deze wet regelt de zorg voor mensen die blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

Op dit moment zijn er wachtlijsten voor verblijf in Wlz-instellingen. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil meer weten over de beweegredenen en de afwegingen van individuele cliënten en mantelzorgers om geen gebruik te maken van het beschikbare aanbod en wat cliënten dan wèl willen.

In dit kader voerde bureau HHM voor het ministerie van VWS een onderzoek uit naar niet-actief wachtenden in de langdurige zorg. Dit zijn cliënten die nu nog niet terecht kunnen bij hun aanbieder van voorkeur, omdat die geen plek vrij heeft. Dit onderzoek geeft meer inzicht in de factoren die bepalend zijn voor het ontstaan van de wachtlijst, de wachttijd en de mate waarin cliënten er zelf voor kiezen om op een wachtlijst te staan. Het onderzoek richtte zich op de perspectieven van de cliënt, diens mantelzorger, de zorgaanbieder en het zorgkantoor.

Om uit het onderzoek valide en betrouwbare informatie bij een representatieve groep respondenten te verzamelen, is gekozen voor een combinatie van telefonische interviews, schriftelijke vragenlijsten en gegevensanalyse.

De wachtlijst voor niet-actief wachtenden bestond op 1 mei 2016 uit 13.634 cliënten. Uit dit onderzoek blijkt dat er verschillende groepen mensen op deze wachtlijst staan:

1. Cliënten bereid tot opname, ook bij een andere instelling dan die van voorkeur: 1.500 cliënten (11%);
2. Cliënten bereid tot opname, alleen bij de instelling van voorkeur: 5.454 cliënten (40%);
3. Cliënten die zo lang mogelijk thuis willen wonen: 6.680 cliënten (49%).

11% van de cliënten geeft in de schriftelijke vragenlijst aan wel naar een andere zorginstelling dan de instelling van voorkeur te willen verhuizen, wanneer die zorginstelling binnen enkele weken een plaats aanbiedt. De bereidheid tot opname van deze mensen is groot, waardoor zij ook open staan voor opname bij een andere instelling dan die van voorkeur. In de praktijk zien aanbieders bij het aanbieden van een alternatief, dat cliënten toch vaak afzien van dat aanbod. Het aanbod wijkt dan teveel af van hun behoefte of de verhuizing komt niet uit.

Van deze cliënten geeft 49% aan dat het thuis niet meer gaat. Van de mantelzorgers geeft 36% aan het verlenen van zorg zwaar te vinden.

Een tweede groep cliënten staat op de wachtlijst, maar wil geen gebruik maken van het beschikbare aanbod. Deze cliënten willen alleen op een specifieke locatie gaan wonen en wachten tot daar een plek is. Uit de schriftelijke vragenlijst blijkt 40% van de cliënten alleen te willen verhuizen naar de instelling van voorkeur. Beweegredenen van deze cliënten zijn voornamelijk dat familie dichtbij de locatie woont of dat de locatie bekend is voor de cliënt.

Van deze cliënten geeft 45% aan dat het thuis niet meer gaat. Van de mantelzorgers geeft 42% aan het verlenen van zorg zwaar te vinden.

Een derde groep cliënten heeft op dit moment geen bereidheid tot opname. Zij willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, ook al komt er een plek vrij bij de voorkeursaanbieder. Zij wonen veelal met een partner of een familielid. 49% van de mensen in deze groep geeft aan niet te willen verhuizen naar de aanbieder op het moment dat daar een plek vrijkomt. Van deze cliënten geeft 42% aan dat het thuis redelijk gaat. Van de mantelzorgers geeft 43% aan dat het verlenen van zorg redelijk gaat.



Figuur 1. Samenvatting rapportage wachtlijsten in de Wlz

De verdeling van wachtenden over deze drie groepen maakt duidelijk dat tijdens het wachtlijstbeheer andere accenten moeten worden gelegd om per groep de juiste ondersteuning te kunnen bieden tijdens de wachtperiode. In voorliggende rapportage geven we een nadere beschrijving van deze groepen. Daarbij besteden we aandacht aan de beelden van cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren. Tevens geven we een beeld van de dilemma's die spelen en oplossingsrichtingen die mogelijk zijn. We sluiten af met aanbevelingen die zijn gericht op de aspecten waarmee het wachtlijstbeheer kan worden verbeterd.

1. Inleiding en onderzoeksvragen

1.1 Aanleiding

Sinds 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) van kracht. Deze wet regelt de zorg voor mensen die blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

Op dit moment zijn er wachtlijsten voor verblijf in Wlz-instellingen. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil meer weten over de beweegredenen en de afwegingen van individuele cliënten en mantelzorgers om geen gebruik te maken van het beschikbare aanbod en wat cliënten dan wél willen. “Voor VWS blijft het verwonderlijk dat er blijkbaar zoveel cliënten zijn die enerzijds wel een indicatie hebben, maar anderzijds (ervoor kiezen om) geen gebruik (te) maken van de aangeboden plaats.”

In dit kader voerde bureau HHM voor het ministerie van VWS een onderzoek uit naar niet-actief wachtenden¹ in de langdurige zorg. Dit zijn cliënten die nu nog niet terecht kunnen bij hun aanbieder van voorkeur, omdat die geen plek vrij heeft (meer definities zijn opgenomen in bijlage 1). Dit onderzoek geeft meer inzicht in de factoren die bepalend zijn voor het ontstaan van de wachtlijst, de wachttijd en de mate waarin cliënten er zelf voor kiezen om op een wachtlijst te staan.

Hiermee wil de staatssecretaris bereiken dat bij de plaatsing van cliënten in een instelling meer tegemoet gekomen wordt aan de voorkeuren van de cliënt en daarmee de doorstroming sneller verloopt. Om dit te bewerkstelligen is het noodzakelijk te weten welke interventies effectief zijn.

In deze rapportage beschrijven wij de aanpak en de resultaten van het onderzoek.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Doelstelling onderzoek

Dit onderzoek geeft inzicht in de factoren die bepalend zijn voor het ontstaan van de wachtlijst, de wachttijd en de mate waarin cliënten er zelf voor kiezen om op een wachtlijst te staan. Het onderzoek leidt tot aanbevelingen voor effectieve interventies:

- voor het verkorten van de wachtlijst en de wachttijd;
- voor het bevorderen van de doorstroom;
- om bij plaatsing meer tegemoet te komen aan de voorkeur van de cliënt.

Het onderzoek richt zich op de perspectieven van de cliënt, diens mantelzorger, de zorgaanbieder en het zorgkantoor.

Onderzoeksvragen

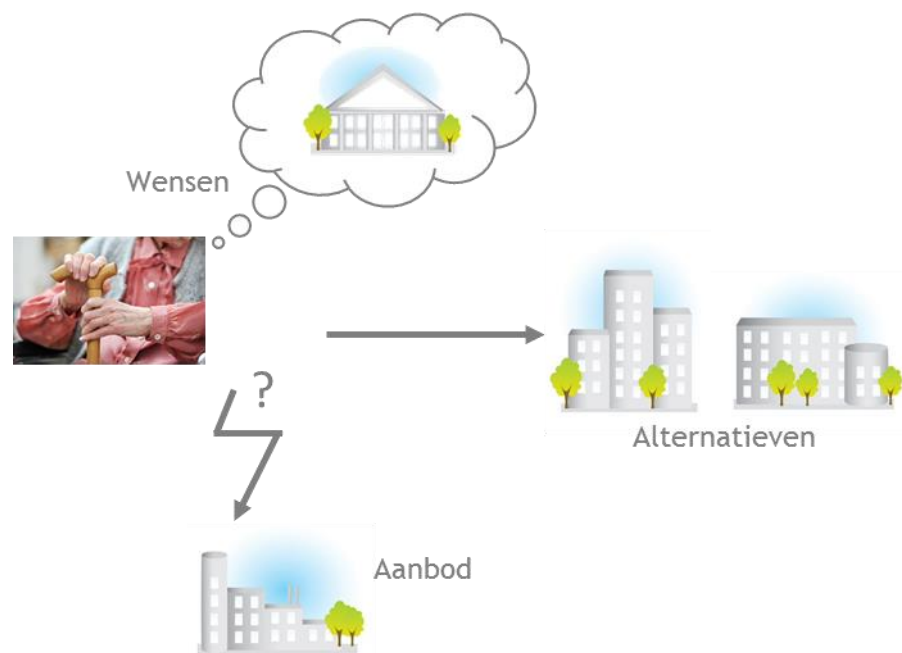
Dit onderzoek geeft antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe ziet het eerste aanbod aan de cliënt eruit en welke redenen zijn er voor cliënten om daar wel of geen gebruik van te maken?

¹ Voorheen wenswachtenden genoemd

2. Welke alternatieven heeft de cliënt als hij geen gebruik maakt van het eerste aanbod, hoe krijgen die vorm en wat zijn daarvan de consequenties?
3. Waarom kan niet aan de eerste wens van de cliënt voldaan worden? En welke oplossingen zijn daarvoor?
4. Zijn de eigen wachtlijsten van zorgaanbieders geschikt om te aggregeren tot een landelijke wachtlijst, en waarom wel of niet?

De doelstelling van voorliggend onderzoek was om niet alleen inzicht te krijgen in waarom cliënten geen gebruik maken van het aanbod, maar ook wat zij wèl willen en welke alternatieven zij zoeken.



Figuur 2. Onderwerpen onderzoek

1.3 Achtergrond van het onderzoek

Wachtlijstbeheer

De huidige situatie maakt dat het wachtlijstbeheer aanbodgericht is (per aanbieder) en niet vraag- of wensgericht. Een cliënt kan nu alleen een voorkeursaanbieder aangeven, maar geen inhoudelijke wensen. Mogelijk past een andere aanbieder (die een beschikbare plek heeft) beter bij de wensen van de cliënt dan de voorkeursaanbieder, maar kent de cliënt dit aanbod niet.

De praktijk is als volgt: een cliënt meldt zich bij het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) en geeft aan welke voorkeursaanbieder hij/zij heeft, de cliënt wordt direct toegewezen aan de betreffende aanbieder: de zogeheten 'dossierhouder'. Het eerste aanbod dat de cliënt krijgt komt dan van de voorkeursaanbieder. Als er geen plek is bij die voorkeursaanbieder, zijn er twee opties: (1) de keuze voor een ander aanbod van het zorgkantoor of (2) op de niet-actief-wachtlijst staan tot er plek is bij de voorkeursaanbieder. In de eerste situatie is het zorgkantoor aan zet, in het tweede geval is de voorkeursaanbieder verantwoordelijk voor de cliënt en wordt geen actieve houding van het zorgkantoor verwacht. Het zorgkantoor houdt vinger aan de pols als

de wachtlijst of wachttijd bij een aanbieder heel erg lang is of als een cliënt al lang (bijvoorbeeld langer dan een jaar) wacht.

Het zorgkantoor neemt direct contact op met cliënten die geen voorkeur aangeven.

Dit is de huidige praktijk die nog voortvloeit uit de AWBZ. De rol van het zorgkantoor is door de invoering van de Wlz veranderd. Zorgkantoren hebben in de Wlz een belangrijkere taak op het gebied van zorgbemiddeling, informatievoorziening en cliëntondersteuning gekregen. In hoofdstuk 4 gaan we verder in op de rol van het zorgkantoor.

GGZ

De wachtlijsten in de GGZ in de Wlz zijn kort. Cliënten met een psychiatrische grondslag kunnen sinds 1 januari 2015 alleen nog maar toegang krijgen tot de Wlz, als de medisch geneeskundige zorg op basis van de Zvw de driejaarsgrens heeft overschreden. Deze cliënten verblijven al in een instelling en komen alleen op een wachtlijst als zij na overgang naar de Wlz naar een andere instelling willen. Dit onderzoek richt zich daarom met name op de V&V- en GZ-sector.

1.4 Uitwerking naar deelvragen

We richten ons in de aanpak met name op de niet-actief wachtenden, omdat de eerste drie onderzoeksvragen met name deze groep betreffen.

Onderzoeksvragen 1 en 3: vraag en aanbod en oorzaken wachtlijsten

- A. Welke wensen en voorkeuren hebben cliënten die niet-actief wachtend op de wachtlijst staan?
- B. Welk eerste aanbod krijgen deze cliënten?
- C. Wat is het verschil tussen deze wensen en dit aanbod?
- D. Waarom kan niet aan de wensen en voorkeuren van deze cliënten worden voldaan?
- E. Welke interventies zijn op de korte en lange termijn mogelijk zodat vaker aan de wensen en voorkeuren van cliënten tegemoet wordt gekomen?
- F. Welke redenen hebben cliënten om geen (of wel) gebruik te maken van het aanbod dat afwijkt van hun voorkeur?
- G. Wat zijn de oorzaken dat niet alle actief wachtenden binnen de Treeknorm geplaatst kunnen worden?

Onderzoeksvraag 2: alternatieven

- H. Van welke alternatieven maakt de cliënt gebruik als hij geen gebruik maakt van het eerste aanbod?
- I. Cliënten hebben blijvend behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid: hoe realiseren zij dat als ze niet worden opgenomen terwijl ze op de wachtlijst staan?
- J. Waarom wordt dat alternatief geprefereerd boven het eerste aanbod?
- K. Hoe tevreden zijn cliënten en mantelzorgers over dat alternatief?

Onderzoeksvraag 4: genereren landelijke wachtlijsten

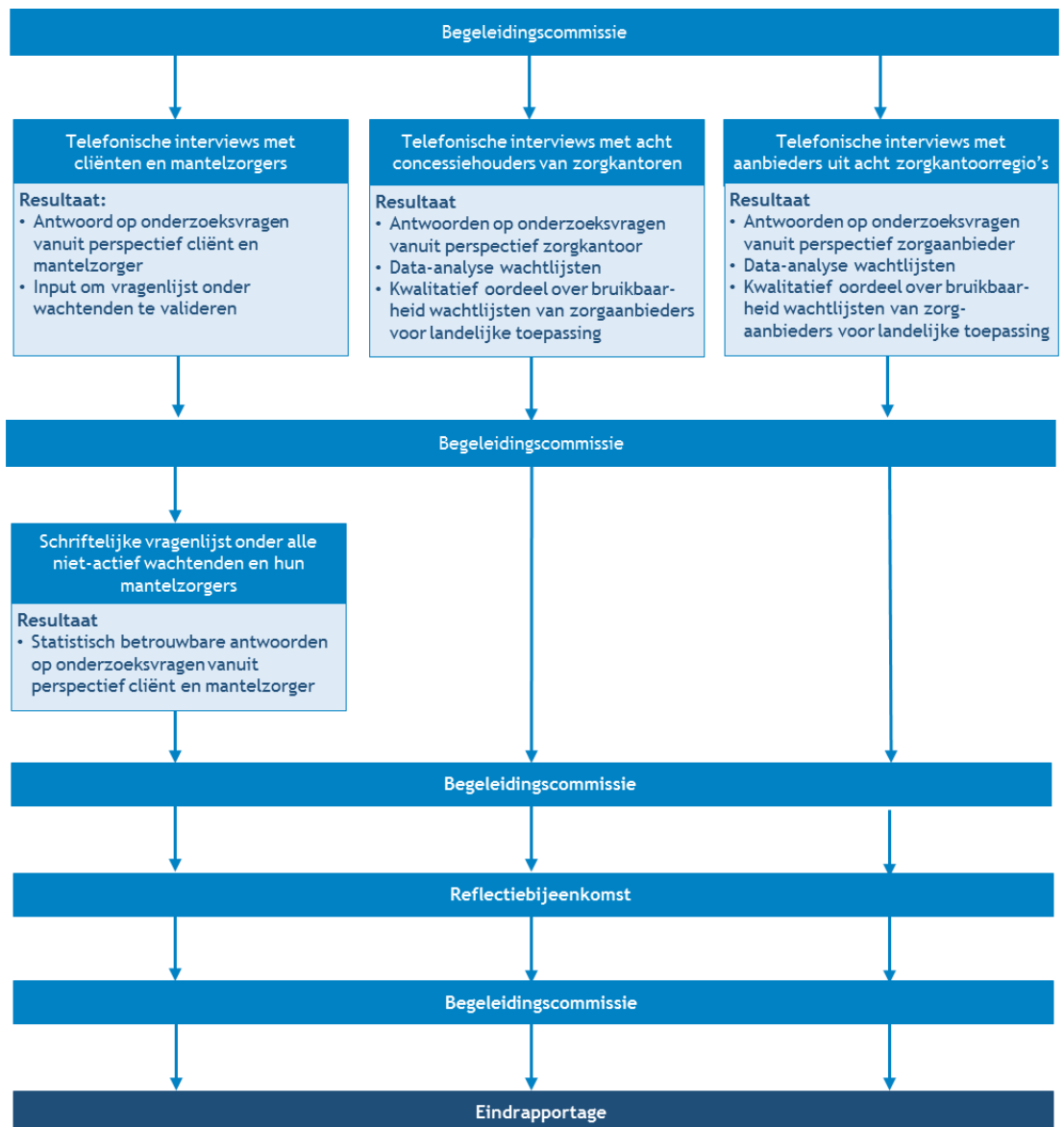
- L. Hoe bruikbaar zijn wachtlijsten van zorgaanbieders voor het genereren van een landelijke wachtlijst die zorgt dat cliënten goed gevolgd kunnen worden in het proces van zorgbemiddeling, plaatsing en wachtlijst?

Aanbevelingen: interventies wachtlijsten en wachttijden

- M. Welke interventies zijn op de korte en lange termijn mogelijk voor het verkorten van de wachtlijsten?
- N. Welke interventies zijn op de korte en lange termijn mogelijk voor het verkorten van de wachttijden?
- O. Welke interventies zijn op de korte en lange termijn mogelijk om de doorstroom te bevorderen?

2. Aanpak

Figuur 3 geeft het totaaloverzicht van de aanpak weer. Omdat we te maken hadden met een beperkte doorlooptijd en we valide en betrouwbare informatie bij een representatieve groep respondenten wilden verzamelen, hebben we gekozen voor een combinatie van telefonische interviews, schriftelijke vragenlijsten en gegevensanalyse. Vanaf hoofdstuk drie benoemen we de resultaten van het onderzoek.



Figuur 3. Aanpak onderzoek

In bijlage 2 geven we per onderdeel een uitgebreide omschrijving van de uitgevoerde activiteiten en methoden.

3. Niet-actief wachtenden en hun mantelzorgers

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de cliënten die op de wachtlijst staan. Het gaat om niet-actief wachtenden. Dit zijn cliënten die nu nog niet terecht kunnen bij hun aanbieder van voorkeur, omdat die geen plek vrij heeft.

De bevindingen komen uit de interviews met cliënten en mantelzorgers, zorgaanbieders en zorgkantoren en vooral uit de 2.360 vragenlijsten ingevuld door cliënten en mantelzorgers. De respons is daarmee 18%: dat is statistisch ruim voldoende om betrouwbare uitspraken over de hele groep te doen.

We geven eerst een schets van de cliënten die op de wachtlijst staan. Vervolgens benoemen we de wensen en behoeften van de cliënten en gaan we in op hun ervaringen tijdens het wachten.

3.1 Wie staan er op de wachtlijst?

Cliënten met een Wlz-indicatie hebben recht om in een Wlz-instelling te wonen. Bijvoorbeeld in een verpleeghuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Cliënten kunnen kiezen bij welke zorgaanbieder zij het liefst verblijven. Wanneer bij de aanbieder van voorkeur geen plek is of wanneer de cliënt aangeeft nog niet te willen verhuizen, komen zij op de wachtlijst. In Nederland gold dit op 1 mei 2016 voor 13.634 mensen. Tabel 2 bevat de algemene gegevens van de mensen die de vragenlijst hebben ingevuld en die geëxtrapoleerd mogen worden naar alle niet-actief wachtenden.

Kenmerk	Percentage	
Leeftijd	1%:	0-17 jaar
	14%:	18-45 jaar
	8%:	46-67 jaar
	19%:	68-80 jaar
	59%:	81 jaar en ouder
Geslacht	61%:	vrouw
	39%:	man
Woonsituatie	42%:	zelfstandig zonder partner
	30%:	met partner
	2%:	met kind(eren)
	1%:	met partner en kind(eren)
	13%:	met ouder(s)
	8%:	in een zorginstelling
Reden zorgbehoefte	4%:	anders
	25%	somatische aandoening
	42%	psychogeriatrische aandoening
	18%	verstandelijke handicap
	5%	lichamelijk handicap
	1%	zintuiglijke handicap
	3%	psychiatrische aandoening
6%	onbekend	

Tabel 2. Kenmerken niet-actief wachtenden

Te zien is dat meer dan de helft van de niet-actief wachtenden ouder is dan 80 jaar. Dit past bij het gegeven dat de meeste mensen een psychogeriatrische of somatische aandoening hebben (67%). Het merendeel van de cliënten woont zelfstandig zonder partner. Dit komt overeen met het beeld uit de iWlz², dat de meeste mensen wachten op een plek in verpleging en de verzorging, meestal met een somatische aandoening of psychogeriatrische aandoening.

3.2 Wensen en behoeften

Deze paragraaf beschrijft de reden die cliënten aangeven voor hun keuze om wel of niet te verhuizen en hun reden om voor een instelling te kiezen.

Wel of geen verhuizing

Uit de interviews en schriftelijke vragenlijsten blijkt dat er verschillende groepen niet-actief wachtenden zijn. Eén groep blijft het liefst zo lang mogelijk thuis wonen, ook als er een plek vrijkomt bij de voorkeursaanbieder. Dit zijn met name de cliënten die een partner hebben. In feite willen zij op dit moment niet opgenomen worden en stellen zij het verblijf in een instelling zo lang mogelijk uit. Zij willen op de wachtlijst blijven staan, zodat zij bij de aanbieder terecht kunnen op het moment dat het nodig is. Ook staan er cliënten op de wachtlijst omdat zij erg graag op een specifieke locatie willen gaan wonen (waar op dat moment geen plek is). Daarnaast zijn er cliënten op de wachtlijst die ook naar een andere zorginstelling dan die van voorkeur, willen verhuizen wanneer daar plek is.

Uit de schriftelijke vragenlijst blijkt 51% van de cliënten te willen verhuizen wanneer de zorginstelling van voorkeur binnen enkele weken een plek aanbiedt. 49% van de mensen geeft aan toch niet te willen verhuizen naar de aanbieder van voorkeur en zo lang mogelijk thuis te willen wonen. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 3 (de resultaten van cliënten met verschillende zorgbehoeften (grondslag) zijn vergelijkbaar).

Antwoordmogelijkheden	Percentuele verdeling
Ja	51%
Nee, ik blijf liever thuis zolang het kan of andere reden, bijvoorbeeld: 'zolang mijn partner voor me kan zorgen blijf ik liever thuis'	49%

Tabel 3. "Stel dat u binnen enkele weken een plaats aangeboden krijgt, bij de zorginstelling waar u graag wilt wonen zou u dan ja zeggen?"

Ook is cliënten gevraagd of zij wellicht toch naar een andere zorginstelling willen verhuizen, wanneer die zorginstelling binnen enkele weken een plek aanbiedt. 11% van de cliënten geeft in de vragenlijst aan dit te willen. Deze resultaten zijn

² De iWlz is de landelijke standaard voor Wlz-zorgregistratie. Met iWlz wisselen alle partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de Wlz onderling informatie uit.

weergegeven in tabel 4. Dat betekent in feite dat 40% (=51%-11%) van de cliënten alleen wil verhuizen naar de instelling van voorkeur.

Antwoordmogelijkheden	Percentuele verdeling
Ja	11%
Nee, ik blijf liever thuis zolang het kan of, andere reden, bijvoorbeeld: “ik blijf liever in deze buurt wonen”	89%

Tabel 4. “Stel dat u binnen enkele weken een plaats aangeboden krijgt, bij een andere zorginstelling dan waar u graag wilt wonen: zou u dan ja zeggen?”

Cliënten met een verstandelijke handicap geven vaker dan gemiddeld aan bij een andere aanbieder dan de voorkeursaanbieder te willen wonen: 19% van de cliënten met een verstandelijke handicap. (Van de cliënten met een somatische of psychogeriatrische aandoening geeft 10% aan bij een andere aanbieder dan de voorkeursaanbieder te willen wonen.)

Deze cliënten zouden niet voor moeten komen op de niet-actief wachtenden lijst: zij wachten immers niet per sé op een plek bij een aanbieder van voorkeur. Deze cliënten hoeven wellicht niet te wachten, omdat zij ook gebruik willen maken van aanbod dat elders wel beschikbaar is. Er ligt een taak voor zorgkantoren en zorgaanbieders om met deze cliënten te zoeken naar een geschikte beschikbare plek, niet per se bij de aanbieder van voorkeur. We hebben deze bevinding besproken in de reflectiebijeenkomst met zorgaanbieders en zorgkantoren en gevraagd naar een mogelijke verklaring voor het feit dat 11% van de cliënten aangeeft wel naar een andere zorgaanbieder te willen. Daarbij werd aangegeven dat het kan voorkomen dat cliënten aangeven wel te willen verhuizen, ook naar een andere plek dan de plek van voorkeur maar dat in de praktijk deze andere plek dan wel aan bepaalde voorwaarden moet voldoen. Wanneer een plek wordt aangeboden buiten de eigen regio, blijken cliënten toch vaak af te zien van het aanbod. Het aanbod wijkt dan zodanig af van hun behoefte (bijvoorbeeld ‘te ver weg’), dat ze toch willen wachten op hun aanbieder van voorkeur. Ze blijven dan liever thuis en verkiezen een zware situatie thuis boven een ander aanbieder dan die van voorkeur. Ook komt voor dat de verhuizing op dat moment niet uitkomt (bijvoorbeeld ‘mijn kinderen zijn er niet om te helpen verhuizen’, ‘ik ben niet fit genoeg om te verhuizen’).

Reden om te kiezen voor een bepaalde zorginstelling

In tabel 5 zijn de redenen weergegeven waarom cliënten bij een bepaalde zorginstelling willen wonen. Weergegeven is welk percentage van de cliënten dit als reden hebben opgegeven. Cliënten konden maximaal drie antwoorden kiezen. De redenen zijn vervolgens geclusterd naar de volgende onderwerpen: afstand/bereikbaarheid, bekendheid/verhalen van anderen, (zorg)inhoudelijk, gebouw/kamer of anders.

Antwoordmogelijkheden	Categorie	Percentage
De locatie is dichtbij familie/vrienden/partner	Afstand/ bereikbaarheid	Totaal: 37% VV: 39% GZ: 35% GGZ: 41%
De locatie is goed bereikbaar		
De locatie is dichtbij waar ik nu woon		
De locatie is in de stad		
De locatie is op het platteland		
De locatie is bekend voor mij	Bekendheid/ verhalen van anderen	Totaal: 36% VV: 37% GZ: 33% GGZ: 38%
De zorginstelling is bekend voor mij		
Er wonen bekenden van mij		
Ik heb goede verhalen gehoord		
Op advies van huisarts of andere zorgverlener		
Op advies van de cliëntondersteuner		
De zorg sluit aan bij mijn wensen	(Zorg)inhoudelijk	Totaal: 13% VV: 12% GZ: 16% GGZ: 12%
De groepsgrootte spreekt mij aan		
De levensovertuiging sluit aan bij mij		
De kamer spreekt mij aan	Gebouw/kamer	Totaal: 8% VV: 8% GZ: 8% GGZ: 5%
Het gebouw spreekt mij aan		
Anders, bijvoorbeeld: huisdieren zijn toegestaan	Anders	Totaal: 6% VV: 4% GZ: 9% GGZ: 3%

Tabel 5. "Waarom wilt u bij een bepaalde zorginstelling/locatie wonen?"

Cliënten noemen de afstand en bereikbaarheid van een instelling of locatie en de bekendheid en verhalen van anderen het vaakst als reden bij de voorkeur voor een aanbieder. 13% noemt (zorg)inhoudelijke argumenten om bij een bepaalde zorginstelling/locatie te wonen. Hierbij geven cliënten aan dat vooral kleinschalig wonen past bij de huidige wensen. Maar ook de zorg voor (specifieke) doelgroepen sluit aan bij de zorgvraag waardoor ze voorkeur hebben voor een dergelijke aanbieder (bijvoorbeeld specifiek gericht op jong dementerenden).

Uit de vragenlijst blijkt dat de wensen van cliënten met een verstandelijke beperking iets verschillen van cliënten in de ouderenzorg. Aanbieders herkennen dit. De afstand tussen de huidige woonplaats (of de woonplaats van familie/vrienden) is voor mensen met een verstandelijke beperking minder bepalend. Voor hen is belangrijker dat de medebewoners en de setting passen bij hun zorgvraag. Binnen de verstandelijke

gehandicaptenzorg is er meer diversiteit in zorgvraag en hebben cliënten en familieleden specifiekere wensen voor de groep waar de cliënt gaat wonen. Er zijn bijvoorbeeld veel verschillen in de mate van beperking of de problematiek. Het is dan belangrijk dat een cliënt goed binnen een groep past.

Sommige cliënten of familieleden hebben volgens aanbieders een voorkeur voor een locatie die niet passend is voor de zorgbehoefte van de betreffende cliënt. Aanbieders vinden het belangrijk hierover in gesprek te gaan met de cliënt om samen te kijken welke plek past bij de wensen en behoeften. In bijna alle gevallen heeft dit gesprek tot effect dat de cliënt op een plek komt die past bij zijn zorgvraag.

‘De locatie waar mijn vrouw nu verblijft is noodgedwongen. De aanbieder waar ze op de wachtlijst staat, is in mijn woonplaats en is dus dichtbij. Ik heb nog een eigen bedrijf en het is wel fijn als mijn vrouw dichtbij huis woont.’

‘Met deze locatie had de familie al ervaring. De vader van de cliënt heeft hier ook zorg gehad. De keuze was daarom snel gemaakt.’

‘Ik heb goede berichten gehoord over de aanbieder. Het is vlakbij, mijn zoon kan op de fiets naar dagbesteding.’

‘Hij gaat nu naar een dagbehandelcentrum. Mocht het thuis echt niet meer gaan, dan kan hij daar met spoed worden opgenomen. Als broer voel ik me schuldig en ben ik niet klaar om hem los te laten. Vandaar dat hij nog bij mij blijft wonen zolang het gaat.’

Figuur 4. Citaten (cliënten en) mantelzorgers over wensen en voorkeuren

3.3 Ervaringen gedurende het wachten

Overbruggingszorg

Tijdens het wachten op de plek van voorkeur kan de cliënt overbruggingszorg ontvangen: dat kan bijvoorbeeld door tijdelijke zorg thuis. Ook is verhuizing naar een andere instelling mogelijk totdat er plek is bij de aanbieder van voorkeur. De aanbieder van voorkeur overlegt dan met de cliënt welke vorm van zorg het best passend is. Tabel 6 laat zien dat heel veel cliënten professionele zorg (85%) en mantelzorg (69%) ontvangen (de resultaten van cliënten met verschillende zorgbehoeften (grondslag) zijn vergelijkbaar).

Antwoordmogelijkheden	Percentage
Geen	2%
Mantelzorg	69%
Vrijwilligers	8%
Professionele zorg (verblijf in een instelling)	85% (8%)

Tabel 6: “Welke zorg ontvangt u op dit moment?”

Cliënten zijn over het algemeen (79%) tevreden over deze overbruggingszorg, 4% van de cliënten is ontevreden.

Mensen met een Wlz-indicatie voor zorg met verblijf betalen een eigen bijdrage wanneer zij zorg thuis ontvangen. 58% vindt de eigen bijdrage passend. 26% vindt dit bedrag hoog.

Aanbieders benoemen dat de eigen bijdrage een steeds grotere belemmering vormt voor mensen om een indicatie voor de Wlz aan te vragen. Aanbieders (met name in de ouderenzorg) geven daarbij aan dat ze cliënten soms adviseren te wachten met het aanvragen van een indicatie voor verblijf, omdat dit invloed zal hebben op de omvang van de huidige zorg en de eigen bijdrage die mensen moeten betalen. Zolang cliënten gebruik maken van de wijkverpleging onder de Zvw hoeven ze alleen de premie van de zorgverzekering te betalen en niet de veel hogere eigen bijdrage voor de Wlz. Aanbieders geven aan dat mensen soms het moment van het aanvragen van een indicatie uitstellen tot het moment dat het echt niet meer gaat thuis. Dit leidt volgens de aanbieders dan ook tot een toename van het aantal spoedopnames.

Situatie thuis

We hebben ook gevraagd hoe het nu thuis gaat met de cliënt en de mantelzorger. 29% van de cliënten geeft aan dat het thuis eigenlijk niet meer gaat. Van de mantelzorgers geeft 38% aan het zwaar te vinden.

Antwoordmogelijkheden	Cliënt	Mantelzorger
Het gaat prima	10%	14%
Het gaat redelijk	27%	35%
Het is zwaar	25%	38%
Het gaat eigenlijk niet meer	29%	13%
Niet van toepassing (ik woon in een instelling)	9%	-

Tabel 7. Situatie thuis

Een deel van deze cliënten maakt met de mantelzorger de beslissing zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, ook als het zwaar is of eigenlijk niet meer gaat. In onderstaande tabel wordt duidelijk dat deze groep cliënten de thuissituatie over het algemeen vaker als prima of redelijk te ervaren dan de cliënten die bereid zijn tot opname (dit zijn de groepen uit tabel 3 en 4). Mensen die bereid zijn tot opname (en hun mantelzorgers) zeggen vaker dat het eigenlijk niet meer gaat, dan mensen die liever wachten met een opname.

Antwoord- mogelijkheden	Cliënten bereid tot opname ook voor een andere instelling dan die van voorkeur 11%		Cliënten bereid tot opname alleen bij de instelling van voorkeur 40%		Cliënten die zo lang mogelijk thuis willen blijven 49%	
	Cliënt	Mantelzorg	Cliënt	Mantelzorg	Cliënt	Mantelzorg
Het gaat prima	6%	21%	6%	11%	15%	17%
Het gaat redelijk	15%	23%	13%	28%	42%	43%
Het is zwaar	17%	36%	24%	42%	28%	35%
Het gaat eigenlijk niet meer	49%	32%	45%	20%	12%	5%
Niet van toepassing (ik woon in een instelling)	14%		13%		4%	-

Tabel 7a. *Situatie thuis, uitgesplitst naar drie groepen*

Van de cliënten die zo lang mogelijk thuis willen blijven, geven zowel cliënten (42%) als mantelzorgers (43%) aan dat het redelijk gaat. Toch geeft ook 28% van de cliënten aan dat het zwaar is en 12% dat het eigenlijk niet meer gaat.

Aanbieders herkennen dit en geven aan dat deze cliënten en mantelzorgers thuis tot het uiterste gaan en blijven wachten op een plaats bij de aanbieder van voorkeur. Aanbieders hebben gedurende de wachttijd namelijk contact met de cliënten zelf of met andere professionals rondom de cliënt, zoals de wijkverpleegkundige, casemanager dementie of de huisarts. Zo krijgen ze zicht op de situaties van cliënten en hun mantelzorgers.

Aanbieders geven aan dat het steeds vaker voorkomt dat cliënten vanuit een spoed- of crisissituatie worden opgenomen omdat zij opname zo lang mogelijk uitstellen. Het wegvallen van een mantelzorgers kan bijvoorbeeld een crisissituatie veroorzaken.

Ook benoemen aanbieders dat het vooral voor mantelzorgers en cliënten met somatische en psychogeriatrische problematiek leidt tot zorgelijke situaties thuis. In de vragenlijst geven deze mantelzorgers vaker dan andere groepen aan dat het zwaar is of eigenlijk niet meer gaat (zie onderstaande tabellen).

Antwoordmogelijkheden	SOM	PG	VG	Overig
Het gaat prima	4%	4%	34%	10%
Het gaat redelijk	24%	25%	34%	23%
Het is zwaar	28%	26%	19%	20%
Het gaat eigenlijk niet meer	33%	36%	10%	22%
Niet van toepassing (ik woon in een instelling)	12%	9%	4%	26%

Tabel 7b. *Situatie thuis cliënt, uitgesplitst naar zorgbehoefte (grondslag)*

Antwoordmogelijkheden	SOM	PG	VG	Overig
Het gaat prima	13%	7%	31%	16%
Het gaat redelijk	35%	32%	40%	34%
Het is zwaar	41%	44%	24%	34%
Het gaat eigenlijk niet meer	12%	17%	5%	16%

Tabel 7c. *Situatie thuis mantelzorg, uitgesplitst naar zorgbehoefte (grondslag)*

Cliënten met een somatische en psychogeriatrische aandoening geven in respectievelijk 33% en 36% van de gevallen aan dat het eigenlijk niet meer gaat en de mantelzorgers van deze cliënten geven in respectievelijk 12% en 17% van de gevallen aan dat het eigenlijk niet meer gaat. Dit verschil kan echter ook veroorzaakt worden doordat sommige mantelzorgers de vragenlijst namens de cliënt invullen en aangeven dat het voor de cliënt eigenlijk niet meer gaat maar voor de mantelzorg zwaar is.

Van alle cliënten die aangeven dat het eigenlijk niet meer gaat, geeft 80% aan dat zodra er plek is bij de aanbieder van voorkeur, daar naartoe te willen verhuizen en 18% geeft aan eventueel ook naar een andere aanbieder te willen verhuizen.

Dit laatste blijkt in de praktijk genuanceerder. Wanneer cliënten een plek wordt aangeboden buiten de eigen regio, zien cliënten toch vaak af van het aanbod, zo geven zorgaanbieders aan. Het aanbod wijkt dan zodanig af van hun behoefte ('te ver weg'), dat ze toch willen wachten op hun aanbieder van voorkeur. Ze blijven dan toch liever thuis en verkiezen een zware situatie thuis boven een ander aanbieder dan die van voorkeur. Als vervolgens de situatie toch onhoudbaar of schrijnend wordt, gaat de cliënt alsnog in op het aanbod. Ook kan er een spoed- of crisissituatie ontstaan, waarbij de cliënt vaak wordt opgenomen op een andere locatie of bij een andere aanbieder dan de plek van voorkeur. Aanbieders en zorgkantoren geven aan dat deze cliënten niet op de wachtlijsten voorkomen, omdat zij in voorkomende gevallen direct worden opgenomen. Na een eerste periode verhuist de cliënt mogelijk alsnog naar de plek van voorkeur of blijft de cliënt omdat deze locatie bevalt.

Cliënten met een verstandelijke handicap geven beduidend vaker aan (34%) dat het thuis prima gaat. Hun mantelzorgers geven in 31% van de gevallen aan dat het thuis prima gaat.

Wachten

We vroegen cliënten en mantelzorgers naar de ervaringen met het wachten op een plaats bij de aanbieder van voorkeur, deze ervaringen zijn divers. 74% van de wachtenden ervaart het wachten niet problematisch. Cliënten die bereid zijn tot opname ervaren het wachten wel vaker problematisch (45%) dan mensen die zo lang mogelijk thuis willen wonen (5%). We vroegen de cliënten en mantelzorgers wat zij een acceptabele wachttijd vinden om te wachten op een plek, bij de aanbieder van voorkeur. Cliënten en mantelzorgers konden dit niet goed aangeven.

‘Het duurt nu gewoon veel te lang. Het is jammer dat geen enkele instantie hier iets aan doet. Als familie sta je machteloos.’

‘Momenteel redden we het met de familie prima. Dit kan echter zomaar anders zijn, maar daar zijn al dingen voor geregeld namelijk de spoedopname op de locatie van de dagbehandeling.’

Figuur 5. Citaten (cliënten en) mantelzorgers over ervaringen gedurende het wachten

4. Wachlijsten en wachtlijstproces

In dit onderzoek zijn alle concessiehouders en per concessiehouder vijf aanbieders bevraagd over de wachlijsten en het wachtlijstproces. Hieronder staat een weergave van het beeld dat uit die gesprekken is opgehaald. Ook hebben we cliënten bevraagd over de contacten die zij hadden gedurende de tijd dat ze op de wachtlijst staan.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden bij cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren. Aan het eind van dit hoofdstuk beschrijven we deze beelden nog een keer expliciet vanuit elk perspectief en geven we aan welke beelden verenigbaar zijn en waarover verschillen bestaan.

4.1 Proces

Van oriëntatie tot indicatie

Voordat een cliënt zich (officieel) aanmeldt of wordt aangemeld voor een indicatie voor verblijf bij een zorgaanbieder, is er vaak al contact geweest met de aanbieder van voorkeur. Bijvoorbeeld omdat de cliënt gebruik maakt van de thuiszorg of de dagbesteding bij de betreffende aanbieder. Daarnaast oriënteren cliënten en familie zich vaak vooraf door bij verschillende locaties of aanbieders langs te gaan en te kijken of de plek past bij de wensen en voorkeuren. In de gehandicaptenzorg zien we dat het bepalen van een voorkeur meer geleidelijk verloopt dan in de ouderenzorg. De cliënt en familie oriënteren zich vaak langer op een plek die past bij de voorkeuren.

Dit oriënteren geeft aanbieders zicht op potentiële cliënten. Aanbieders geven aan dit prettig te vinden, omdat zij zo in nauw contact staan met de cliënt en hun netwerk en ze zich samen kunnen voorbereiden op een eventuele opname.

Bij het aanvragen van een indicatie voor de Wlz kan degene bij het CIZ aangeven wat de voorkeursaanbieder of locatie is. De zorgaanbieder neemt dan contact op met de cliënt om de wensen en voorkeuren te bespreken. Als de cliënt geen voorkeursaanbieder aangeeft bij het CIZ neemt het zorgkantoor contact op met de cliënt zodra zij de indicatie van het CIZ heeft ontvangen om een juiste plek voor de cliënt te kunnen vinden.

Rol van het CIZ

Iemand met een zorgvraag kan een Wlz-indicatie aanvragen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ kijkt of degene voldoet aan de voorwaarden van de Wlz. Een belangrijke voorwaarde is dat de cliënt blijvend toezicht nodig heeft of dat er 24 uur per dag zorg dichtbij moet zijn. Enkele aanbieders noemen de afhandeltijd van maximaal zes weken een belemmerende factor bij het plaatsen van cliënten. Soms is sprake van urgente situaties waarbij iemand nog geen indicatie heeft ontvangen. Aanbieders missen de (inmiddels afgeschafte) 80+ regel waarmee ze zelf indicaties konden regelen voor cliënten van 80 jaar en ouder.

Aanbieders zijn terughoudend in het alvast opnemen van cliënten wanneer zij nog geen besluit hebben ontvangen van het CIZ, omdat ze geen financiering krijgen op het moment dat de aanvraag wordt afgewezen. Volgens aanbieders komt het

regelmatig voor dat het CIZ een indicatieaanvraag afwijst omdat niet duidelijk is of de behoefte aan toezicht blijvend is.

Overbruggingszorg

In de huidige praktijk wordt de voorkeursaanbieder de dossierhouder, deze is verantwoordelijk voor de zorg aan de cliënt. Als er niet direct plek is bij de instelling van voorkeur, is het in de praktijk gangbaar dat deze aanbieder ook passende zorg regelt tot het moment van opname. Veelal gaat de zorgaanbieder dan in gesprek met de cliënt en mantelzorger over de mogelijkheden van overbruggingszorg. Dit betreft bijvoorbeeld verpleging, verzorging, huishoudelijke hulp, dagbesteding et cetera. Ook wanneer de aanbieder van voorkeur dergelijke overbruggingszorg zelf niet levert, is deze aanbieder verantwoordelijk voor het organiseren van deze zorg. Aanbieders geven aan in zo'n geval in overleg te gaan met andere aanbieders en zo samen de cliënt en mantelzorger in de thuissituatie te ondersteunen.

Naast overbruggingszorg in de thuissituatie kan de cliënt tijdens de wachtperiode gebruik maken van een plek bij een andere aanbieder dan de aanbieder van voorkeur. We spreken dan van transferzorg. Aanbieders geven aan dat cliënten dit soms weigeren omdat dan de urgentie van opname afneemt; ze zijn bang dat het dan langer duurt voor ze in aanmerking komen voor een plek bij de voorkeursaanbieder. De meeste aanbieders geven aan dat urgentie daadwerkelijk een rol speelt bij de plek op de wachtlijst. De situatie van de cliënt speelt dan een rol: wanneer een cliënt een passende plaats elders heeft betekent het dat hij/zij minder hoog op de wachtlijst staat bij de aanbieder van voorkeur. Aanbieders geven daarnaast aan dat voor een deel van de cliënten deze alternatieve plek alsnog de plek van voorkeur wordt, omdat het goed bevalt of omdat cliënten liever niet nog een keer willen verhuizen.

Contact tot opname

Aanbieders geven aan regelmatig contact te hebben met cliënten op de wachtlijst over hoe zij de zorg en de wachttijd ervaren en over de mogelijke risico's van het zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Ook hebben de aanbieders contact met andere professionals van de cliënt, zoals de wijkverpleegkundige, casemanager dementie of de huisarts. Zo krijgen ze goed zicht op de situaties van cliënten en hun mantelzorgers.

Zorgkantoren monitoren de wachtlijsten en zijn hierover in contact met aanbieders. Het komt sporadisch voor dat zorgkantoren rechtstreeks contact met de cliënt hebben. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer zorgkantoren een belronde doen naar aanleiding van de wachtlijsten. Zij richten zich dan vooral op de cliënten die volgens hun gegevens geen zorg ontvangen.

We vroegen cliënten of en hoe vaak zij, tijdens het wachten, contact hadden met de zorginstelling waar zij graag willen wonen, het zorgkantoor, cliëntondersteuning of andere organisaties. 64% van de cliënten geeft aan contact te hebben met de zorginstelling waar zij graag willen wonen, de meesten (42%) minder dan één keer per maand. Het is opvallend dat niet alle cliënten aangeven contact te hebben met de zorginstelling waar zij graag willen wonen, aangezien die instelling als taak heeft om contact op te nemen met de cliënt om de wensen en voorkeuren met de cliënt te

bespreken. De praktijk is wel dat veel cliënten (85%) overbruggingszorg ontvangen en via zorg in de praktijk contact hebben met de zorginstelling van voorkeur of een andere instelling. Zorgaanbieders hebben hierover aangegeven dat ze wellicht niet altijd direct contact hebben met de cliënt zelf en dat daarom niet alle cliënten aangeven contact te hebben met de voorkeursinstelling. Zorgaanbieders geven aan wel degelijk de situatie van deze wachtende cliënten in beeld te hebben via het netwerk van de cliënt en de aanwezige zorgprofessionals. 38% van de cliënten heeft contact met een cliëntondersteuner.

De meeste cliënten (56%) geven aan geen contact te hebben met het zorgkantoor. Ook weten de meeste cliënten (64%) niet dat zij ook contact op kunnen nemen met het zorgkantoor over de wachtlijst. Volgens de huidige afspraken houdt de zorginstelling en niet het zorgkantoor het contact met de cliënt, maar het is met name vervelend in de situatie dat cliënten ook opgenomen willen worden bij een andere aanbieder van voorkeur en het zorgkantoor zicht heeft op een mogelijke beschikbare plekken die de aanbieder niet in beeld heeft. Een actievere zorgbemiddeling door het zorgkantoor heeft hier meerwaarde en past ook bij hun taak in de Wlz.

‘Er is plek op de locatie van de dagbehandeling mocht het thuis niet meer gaan. Eén keer in de zoveel weken is er een gesprek waarin wordt besproken hoe het gaat. Dit is heel prettig voor ons.’

‘Er is nog maar weinig contact geweest met de zorgaanbieder. Er is zover ik weet geen contact geweest met het zorgkantoor. Alles is destijds via de cliëntondersteuner gelopen.’

‘Er is 1 afspraak geweest met de zorgaanbieder. We hebben een woonplek bekeken, maar vonden dit niet geschikt. Daarna is er geen contact meer geweest.’

Figuur 6. Citaten cliënten en mantelzorgers over het proces

Proces bij vrijkomen van een woning

Wanneer er een plek vrijkomt voor iemand op de wachtlijst, neemt de aanbieder contact op met de cliënt die op dat moment bovenaan de wachtlijst staat. Het vaststellen wie boven aan de wachtlijst staat, is een dynamisch proces op basis van de datum van aanmelding, gesprekken met cliënten en de situatie thuis. De meeste aanbieders hanteren bij het ordenen van de wachtlijst de datum van aanmelding bij de zorgaanbieder om te bepalen hoe hoog de cliënt op de wachtlijst staat. Afhankelijk van urgentie, die bijvoorbeeld wordt bepaald door de thuissituatie en de aan- of afwezigheid van mantelzorger(s) van de cliënt, krijgen cliënten voorrang op een cliënt die langer wacht.

De cliënt kan op dat moment aangeven dat het thuis nog goed gaat en dat hij/zij geen gebruik wil maken van het aanbod. Aanbieders gaan verschillend om met deze situatie. Sommige aanbieders geven aan dergelijke cliënten in het systeem op ‘geen opnamewens’ te zetten omdat zij niet bereid zijn tot opname. Andere aanbieders

geven aan dit pas na meerdere afwijzingen te doen. Weer andere aanbieders plaatsen een cliënt onderaan de wachtlijst maar veranderen niet de wachtstatus.

Aanbieders geven aan dat ze het lastig vinden om met situaties om te gaan waarbij cliënten ervoor kiezen thuis te blijven wonen maar de aanbieder dit nauwelijks verantwoord vindt. Dit speelt vooral bij psychogeriatrische problematiek. De uitdaging voor aanbieders is dan om in overleg met het cliëntensysteem de toezicht en nabijheid van zorg te organiseren.

Actief wachtenden

Van ‘actief wachtend’ is sprake wanneer de cliënt zorg wil ontvangen van een bepaalde zorgaanbieder, maar dit niet kan worden gerealiseerd. Vanwege de grote opnamenoodzaak moet de cliënt worden opgenomen bij een andere zorginstelling.

Aanbieders geven aan dat ze nauwelijks te maken krijgen met actiefwachtenden die niet binnen de Treeknorm³ geplaatst kunnen worden. Aanbieders weten elkaar te vinden als cliënten snel opgenomen moeten worden en ook het zorgkantoor zoekt het contact met aanbieders om een geschikte plek te vinden voor deze cliënten.

Aanbieders benoemen dat cliënten liever niet de status van actief wachtende hebben. Zij hebben dan weinig keus over waar ze terecht komen. De cliënten met deze wachtstatus zijn volgens aanbieders vooral cliënten die vanuit een eerste- of tweedelijnsvoorziening (zoals een ziekenhuis of revalidatiekliniek) naar een plek bij een zorginstelling moeten verhuizen.

4.2 Wachtlijsten zorgaanbieders

De meeste zorgaanbieders hanteren naast de wachtlijsten vanuit de iWlz ook eigen wachtlijsten. Termen die voor deze wachtlijsten worden gehanteerd zijn: schaduwlijst, belangstellendenlijst, drempellijst, overplaatsings- of transferlijst en voorportaal.

Uit een vergelijking van de iWlz-wachtlijsten (waarop de cliënten staan met een Wlz-indicatie en een voorkeur voor de betreffende aanbieder) en de wachtlijsten van de betreffende aanbieders komen enkele verschillen naar voren. Op de wachtlijsten van de zorgaanbieders zelf staan ook cliënten:

- zonder Wlz-indicatie,
- die als eerste voorkeur een andere aanbieder hebben opgegeven, maar eventueel ook naar de betreffende instelling willen,
- die al opgenomen zijn bij een andere aanbieder, maar nog wel aangeven naar de betreffende zorginstelling te willen (zonder dat in de iWlz door de aanbieder is aangegeven dat deze cliënt ook nog wil verhuizen naar de andere instelling).

Het wachtlijstbeleid van de zorgaanbieders is divers. Sommige aanbieders geven bijvoorbeeld aan geen cliënten zonder Wlz-indicatie op de wachtlijst te zetten, terwijl anderen dat wel doen. Overigens verschuift dit beleid door de veranderingen in de eigen bijdrage van de Wlz. Meer aanbieders zijn nu genegen cliënten ook

³ Norm voor maximaal aanvaardbare wachttijd

zonder Wlz-indicatie op de wachtlijst te zetten, zodat de cliënten de eigen bijdrage vanuit de Wlz niet hoeven te betalen gedurende het wachten en daarmee cliënten tegemoet te komen. Op deze manier houdt de zorgaanbieder deze cliënten wel in beeld.

Een meerderheid van de geïnterviewde aanbieders geeft aan dat cliënten die al elders zijn opgenomen en nog wel naar de voorkeursaanbieder willen verhuizen, niet als zodanig in de iWlz zijn geregistreerd (derde punt in bovenstaande opsomming). Veel aanbieders kiezen hiervoor, omdat:

- de voorkeursaanbieder anders dossierhouder en verantwoordelijk wordt, terwijl de cliënt bij een andere aanbieder woont (de voorkeursaanbieder wordt dan verantwoordelijk voor het verblijf en de zorg die een andere aanbieder levert);
- de zorg rechtstreeks geleverd kan worden, zonder dat de voorkeursaanbieder deze zorg administratief hoeft over te zetten naar de aanbieder waar de cliënt nu woont.

4.3 Genereren landelijke wachtlijst

Regelmatig zijn er vragen vanuit de politiek aan VWS over de betrouwbaarheid van de landelijke wachtlijst die gegenereerd wordt via de iWlz. VWS heeft daarom gevraagd een kwalitatief oordeel te geven over de bruikbaarheid van de eigen wachtlijsten van de zorgaanbieders voor landelijke toepassing, op basis van de gesprekken met de zorgaanbieders en concessiehouders en op basis van een steekproef van wachtlijsten bij aanbieders en concessiehouders.

Verschillen

Zoals aangegeven in paragraaf 4.2 hanteren de zorgaanbieders naast de wachtlijsten vanuit de iWlz ook hun eigen wachtlijsten. In de eigen wachtlijstsystemen verzamelen de aanbieders informatie over de cliënt: persoonsgegevens, woonsituatie, mantelzorgers, indicatie, huidige zorg en dagbesteding, woonwensen, zorgvraag, op wachtlijst bij welke locaties en aanbieders, urgentie, incidenten in de thuissituatie, concrete afspraken, et cetera. Deze informatie verzamelen aanbieders tussen het eerste gesprek en het moment dat er een plek vrijkomt en de cliënt opgenomen kan worden. Op de vraag of deze wachtlijsten afwijken van de landelijke wachtlijsten werd aangegeven dat op de landelijke wachtlijst geen cliënten staan:

- zonder Wlz-indicatie,
- die als eerste voorkeur de betreffende aanbieder hebben opgegeven, maar eventueel ook naar een andere instelling willen,
- die al opgenomen zijn bij een aanbieder, maar nog wel aangeven naar de betreffende zorginstelling te willen (zonder dat in de iWlz door de aanbieders is aangegeven dat deze cliënt ook nog wil wachten op de andere instelling ondanks opname).

Aanbieders verwachten niet dat de wachtlijsten voor niet-actief wachtenden afwijken van de landelijke wachtlijst, omdat deze rechtstreeks uit de iWlz worden gehaald.

De wachtlijsten van de zorgkantoren en de aanbieders zijn vergeleken. Daaruit bleek, dat zowel de eigen wachtlijsten van de aanbieders als de wachtlijsten uit de iWlz die

aanbieders gebruiken, verschillen van de landelijke wachtlijsten uit de iWlz van de zorgkantoren. Redenen dat de cliënten wel op de wachtlijsten van de zorgaanbieders voorkomen, maar niet op de wachtlijsten van de zorgkantoren zijn (in volgorde van meest genoemd):

- cliënten zijn (soms al jaren) opgenomen bij een instelling en willen niet meer verhuizen naar een andere aanbieder, maar de voorkeursaanbieder weet dat niet,
- cliënten zijn (soms al jaren) opgenomen bij een instelling en in de iWlz is niet bekend dat zij nog willen verhuizen naar een andere zorginstelling,
- cliënten hebben volgens het zorgkantoor als eerste voorkeur een andere aanbieder maar de cliënt is zich dit niet bewust,
- cliënten wachten volgens het zorgkantoor niet-actief en willen niet opgenomen worden,
- cliënten zijn tevreden met de overbruggingszorg en willen niet opgenomen worden,
- cliënten hebben geen Wlz-indicatie,
- cliënten staan op de wachtlijst bij een andere locatie in de iWlz van dezelfde aanbieder,
- cliënten zijn overleden,
- cliënten zijn uitgestroomd naar de Wmo of Zvw bij de invoering van de Wlz (mensen met een lage ZZP-indicatie die nog thuis woonden).

Daarnaast komt uit de vergelijking ook naar voren dat bij enkele zorgaanbieders een deel van de niet-actief wachtenden uit de iWlz niet op de wachtlijst staat bij de zorgaanbieders. Verklaringen hiervoor zijn dat:

- mensen niet meer niet-actief wachtend (bij de betreffende locatie van de zorgaanbieder) zijn en de wijzigingen niet door de zorgaanbieder ingevoerd zijn in de iWlz,
- de wachtlijstinformatie bij de zorgaanbieder niet goed op orde is.

Wachtlijsten aanbieders bruikbaar voor landelijke wachtlijstinformatie?

Op basis van de informatie in de iWlz (met bijbehorende landelijke afspraken over het gebruik daarvan) kan het Zorginstituut maandelijks gestandaardiseerd landelijke wachtlijstinformatie aanleveren. Ditzelfde resultaat op basis van wachtlijsten van aanbieders vergt maandelijks veel inspanning van veel verschillende mensen. Er zijn namelijk geen landelijke afspraken over hoe de aanbieders omgaan met de eigen wachtlijsten: bijvoorbeeld wie er opstaan en wat ze van deze cliënten registreren. Om te komen tot vergelijkbare wachtlijsten moeten de wachtlijsten van alle aanbieders afzonderlijk opgeschoond worden, voordat deze ten opzichte van elkaar ontdebeld kunnen worden.

De belangrijkste reden om de landelijke wachtlijst op te bouwen uit de wachtlijsten van de aanbieders, zou zijn als de landelijke wachtlijst geen goed beeld geeft van de werkelijkheid. Dat is nu niet het geval.

Wat nu landelijk niet in beeld is, zijn ten eerste de cliënten zonder indicatie. Het is nog onzeker of deze cliënten ook daadwerkelijk een Wlz-indicatie krijgen en wat hun situatie is. Deze onzekerheid maakt dat het voor aanbieders een indruk kan geven hoe de instroom zich ontwikkelt, maar door de onzekerheid is op landelijk niveau

deze informatie niet bruikbaar. Bovendien hanteren aanbieders een heel verschillend beleid voor het wel of niet op de wachtlijst zetten van mensen zonder indicatie. Deze informatie is wel heel bruikbaar voor zorgkantoren, die al zicht willen krijgen op de toekomstige instroom in de Wlz (voordat cliënten een Wlz-indicatie krijgen).

Ten tweede is een deel van de cliënten die al opgenomen zijn en op een plek in een andere zorginstelling wachten, niet in beeld. Deze cliënten kunnen wel zichtbaar worden gemaakt in de iWlz als alle aanbieders deze cliënten ook als zodanig registreren in de iWlz. Er zijn administratieve drempels om dit te doen:

- de voorkeursaanbieder wordt dan dossierhouder en verantwoordelijk, terwijl de cliënt bij een andere aanbieder woont,
- de zorg kan dan niet rechtstreeks geleverd worden: de voorkeursaanbieder moet deze zorg overzetten naar de aanbieder waar de cliënt nu woont.

Het lijkt eerder voor de hand te liggen om deze administratieve drempels weg te nemen door bijvoorbeeld de afspraken rondom het dossierhouderschap aan te passen, zodat deze cliënten wel allemaal zichtbaar worden in de iWlz, dan hiervoor de wachtlijsten van de zorgaanbieders te gebruiken (vanwege het feit dat aanbieders hierop nu een verschillend beleid voeren).

Ten derde is in de iWlz nu niet duidelijk of een cliënt eventueel nog bij een andere locatie of aanbieder op de wachtlijst staat. Deze informatie is alleen noodzakelijk in het wachtlijstbeheer door de zorgaanbieders. Op landelijk niveau is het alleen nodig om te weten hoeveel mensen er wachten, maar niet bij hoeveel aanbieders.

Ten vierde verzamelen aanbieders in de eigen wachtlijstsystemen informatie over de cliënt over bijvoorbeeld de wensen en behoefte van de cliënt. Deze informatie is nodig voor het wachtlijstbeheer door de zorgaanbieders, maar kan ook veel informatie opleveren voor het zorgkantoor om meer zicht te krijgen op de wensen van cliënten en op welke zorg zij in moeten kopen. Het is geen informatie die nodig is voor het genereren van een landelijke wachtlijst.

4.4 Interventies om wachtlijsten en wachttijden te verkorten

We hebben in de gesprekken gevraagd naar mogelijke interventies om de wachtlijsten en wachttijden te verkorten en de doorstroom te bevorderen. De geïnterviewden noemden de volgende oplossingen.

Zo lang mogelijk thuis wonen

Uit de enquête en de gesprekken blijkt dat 49% van de cliënten zo lang mogelijk thuis wil blijven wonen en niet bereid is tot opname als de aanbieder van voorkeur een plek heeft. Deze cliënten horen daarmee officieel niet op de lijst voor niet-actief wachtenden, aangezien zij op dit moment niet bereid zijn tot opname.

Het onderzoek laat zien dat in deze situaties de thussituatie toch erg kwetsbaar is. Wanneer er (nog) geen bereidheid tot opname is, maar de cliënt wel een Wlz-indicatie heeft, moet worden bezien hoe het voor deze cliënten zo verantwoord mogelijk en aantrekkelijk blijft om thuis te blijven wonen. Thuisblijven met zorg vanuit de Zvw en Wmo is op dit moment vanwege de omvang van de zorg en de eigen bijdrage voor cliënten aantrekkelijker dan zorg vanuit de Wlz.

Cliënten kunnen langer thuis wonen als mantelzorgers de ondersteuning goed volhouden en het noodzakelijke toezicht en de nabijheid kunnen bieden. Dit vraagt mantelzorgondersteuning en de mogelijkheid om tijdelijk te ontlasten, door het toezicht tijdelijk over te nemen, de cliënt te laten logeren of door het bieden van dagbesteding aan cliënten.

Landelijke afspraken aanpassen en aanscherpen

Het is nu niet mogelijk om in de iWlz (de landelijke afspraken die zijn gemaakt over de registratie van wachtlijstinformatie in de systemen van de zorgaanbieders en zorgkantoren) te achterhalen welke mensen die niet-actief wachten wel bereid zijn tot opname en welke niet (en wel op de wachtlijst willen blijven staan). Dit maakt het beeld van de wachtlijsten niet compleet. Mogelijk kan dit worden opgelost door aanbieders te vragen om in de iWlz bij niet-actief wachtenden ook aan te geven of er op dit moment bereidheid tot opname is. De haalbaarheid hiervan zal eerst nog moeten worden beoordeeld.

Voor cliënten die ook bereid zijn tot opname voor een andere instelling dan die van voorkeur, moeten er aanscherpingen (in de afspraken) in de keten worden gemaakt. Het mag niet zo zijn dat cliënten, bij wie het thuis niet meer gaat, wachten op een plek bij een bepaalde aanbieder, terwijl ze bereid zijn om ergens anders te wonen. De afspraken moeten aangescherpt worden, wie en op welke manier deze cliënten in beeld krijgt, zodat hier een goede opnameplek voor gevonden kan worden. Aanbieders hebben de cliënten nu in beeld, maar hebben niet altijd een beeld van alle mogelijke beschikbare plaatsen buiten de regio. Zij moeten gefaciliteerd worden door de zorgkantoren om zicht te krijgen op alle beschikbare plaatsen, zodat zij met hun kennis over de cliënt, de cliënt en het zorgkantoor kunnen adviseren over die plaatsen.

Productieafspraken aanpassen

Veel aanbieders noemen als oplossing dat zorgkantoren de productieafspraken met aanbieders waar wachtlijsten zijn, moeten vergroten, zodat voorkeursaanbieders bij kunnen bouwen. Of dat leegstaande complexen geschikt worden gemaakt voor de huidige wensen en voorkeuren van cliënten. Bijvoorbeeld dat hier kleinschalige woonvormen worden gecreëerd omdat hier meer vraag naar is. Ook raden ze aan de productieafspraken in ieder geval niet te verminderen, zoals nu gebeurt voor de plaatsen waar cliënten met lage ZZP's uit gaan stromen en er leegstand ontstaat. Ook geeft men als oplossing aan om vaker tussentijds capaciteitsafspraken opnieuw te verdelen als bij bepaalde zorginstellingen of locaties leegstand is en bij anderen wachtlijsten zijn.

Aanbieders kunnen flexibeler op de wensen van cliënten ingaan, als zij de productieafspraken ook flexibel mogen inzetten. Aanbieders pleiten daarom tegen plafonds per type zorgzwaarte, zodat zij in geval van een afname van de vraag naar somatische plekken, deze vrijgekomen plekken in mogen zetten voor cliënten met een psychogeriatrische grondslag.

Enkele zorgkantoren geven aan dat als zorgaanbieders meer leveren dan de productieafspraken, ze de overproductie in vrijwel alle gevallen vergoed krijgen. Zorgaanbieders krijgen bij de herschikking voor 1 november zicht op de omvang, die

het zorgkantoor maximaal vergoedt als de zorg wordt geleverd. Het risico voor zorgaanbieders wordt daarmee veel kleiner en ze zouden zich meer als ondernemers op kunnen stellen, aldus de zorgkantoren. Daartegenover zitten aanbieders tot november in onzekerheid over de vergoeding van de geleverde zorg.

Daarnaast benoemen aanbieders dat zorgkantoren kunnen monitoren voor welke doelgroepen de meeste wachtenden zijn, zodat ze hier specifiek aanbod op kunnen laten ontwikkelen of de productieafspraken hierop kunnen aanpassen. Aanbieders noemen NAH-problematiek als voorbeeld. Wanneer veel cliënten in deze doelgroep wachten op een geschikte plaats, kan het zorgkantoor daar met aanbieders afspraken over maken.

Eerder inzicht in toekomstige vraag

Alle aanbieders geven aan het heel plezierig te vinden, al voordat zij een toewijzing krijgen van een cliënt of voordat een cliënt een indicatie aanvraagt, te weten welke cliënten zij kunnen verwachten. Zo krijgen zij mogelijkheden om hier in het wachtlijstbeheer op in te spelen, zodat ze wachtlijsten kunnen verkorten. Deze informatie krijgen zij van cliënten zelf, maar ook vanuit de thuiszorgorganisaties, wijkverpleegkundigen en casemanagers dementie.

Ook zorgkantoren willen graag een gezamenlijk beeld over de mogelijke toekomstige instroom, zodat zij goede prognoses kunnen maken: hoe ontwikkelt de zorgvraag zich, in relatie tot gemiddelde woonduur (doorlooptijd) en beschikbare capaciteit om vervolgens te kunnen bepalen of extra capaciteit daadwerkelijk een oplossing is. Bijvoorbeeld in samenwerking met gemeenten en huisartsen, en ook door gebruik te maken van de interne wachtlijsten bij Wlz-aanbieders waarop al cliënten staan zonder indicatie. Daartegenover staat het waarborgen van de privacy van cliënten; hierdoor kan niet alle informatie gedeeld worden met betrokken partijen.

Informatievoorziening voor en gesprekken met cliënten

Het mag niet zo zijn dat cliënten, bij wie het thuis niet meer gaat, wachten op een plek bij een bepaalde aanbieder, terwijl ze bereid zijn om ergens anders te wonen. Het vraagt om een goede informatievoorziening naar cliënten en hun mantelzorgers. Idealiter beschikken cliënten over dezelfde informatie als de zorgaanbieders, zorgkantoren en cliëntondersteuners en weten ze bij wie ze terecht kunnen bij vragen. Dan kan een deel van de cliënten zelf zijn weg vinden en zaken regelen. Zij worden dan geholpen om bewuste keuzes te maken, zodat zij weten wat de consequenties en alternatieven zijn. Dan zijn zij zich bijvoorbeeld bewust, dat als zij een voorkeur aangeven bij het CIZ, ze op de wachtlijst van die aanbieder staan en niet voor alle mogelijke vrije plekken.

Een andere deel van de cliënten heeft hulp nodig en moet weten bij wie ze terecht kunnen voor vragen. Ook zijn er cliënten waar zorgaanbieders, zorgkantoren en cliëntondersteuners meer proactief hun diensten aan moeten bieden. Het zorgkantoor is hier vanuit zijn rol in de Wlz als zorgbemiddelaar aan zet. De voorkeursaanbieder of de aanbieder die zorg levert, kent de cliënt goed, en vanuit deze deskundigheid heeft de aanbieder ook een taak in de zorgbemiddeling. De medewerker die er wekelijks over de vloer komt, zal in de praktijk het meeste contact hebben met de cliënt en daarmee de cliënt goed kunnen helpen bij vragen.

De zorgaanbieder kan ook een rol spelen door aan te geven bij het zorgkantoor, dat de situatie thuis steeds nijpender wordt, zodat het zorgkantoor kan zoeken naar een oplossing.

In alle gevallen zal voor alle partijen duidelijk moeten zijn, wie welke rol heeft en wat men van elkaar kan verwachten.

VPT

Het aanbieden van een VPT is een mogelijkheid voor voorkeursaanbieders om cliënten te helpen. Echter, die is veelal alleen financieel haalbaar als het in een geclusterde vorm kan worden geboden. Zorgaanbieders moeten wel binnen de budgetafspraken met het zorgkantoor blijven, maar men kan mogelijk meer cliënten helpen dan wanneer cliënten opgenomen moeten worden, omdat de kosten van een VPT lager zijn dan een intramurale opname. Daarnaast betekent een VPT dat de cliënt te maken krijgt met een hogere eigen bijdrage (in vergelijking tot wijkverpleging binnen de Zvw) waardoor niet elke cliënt hiervoor wil kiezen.

Cliëntvolgende bekostiging

Cliëntvolgende bekostiging in de Wlz houdt in dat de productieafspraken helemaal losgelaten worden, dat lege bedden niet meer bekostigd worden en dat zorginstellingen volledig afhankelijk zijn van de cliënten die voor hen kiezen. Aan al die cliënten mag de zorginstelling dan zorg verlenen en voor die cliënten ontvangt hij ook de bekostiging. Dit vraagt van zorginstellingen om flexibel in te kunnen spelen op (veranderende) vragen en wensen van cliënten. In geval van verblijf vraagt dit ook om flexibel bouwen. Voorbeelden hiervan zijn zorgaanbieders die woningen bouwen die bruikbaar zijn voor mensen met en mensen zonder een zorgvraag (scheiden wonen/zorg).

4.5 Beelden van cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren

We hebben gesprekken gevoerd met cliënten en mantelzorgers en zorgaanbieders en zorgkantoren. In deze paragraaf geven we de belangrijkste beelden weer vanuit deze verschillende perspectieven en geven we aan welke beelden wel of niet verenigbaar zijn.

Cliënten en mantelzorgers

Opvallend is dat veel cliënten van de niet-actief wachtenden lijst niet wachten op opname, maar zo lang mogelijk thuis wil blijven wonen. Zij stellen het moment van opname uit totdat het thuis niet meer gaat. Het liefst wachten cliënten dan op een plek van voorkeur, dit is bijvoorbeeld een aanbieder dichtbij de oude woonomgeving of dichtbij familie.

Wanneer cliënten nog thuis wonen en wachten op verblijf, maken zij vaak gebruik van overbruggingszorg. Dit kan geleverd worden door de aanbieder van voorkeur, maar ook door een andere aanbieder. Cliënten zijn vaak tevreden over deze overbruggingszorg. Wel geeft meer dan de helft van de cliënten aan dat het thuis zwaar is of dat het thuis eigenlijk niet meer gaat. Dit geldt ook voor de mantelzorgers.

Desondanks maakt een deel van deze cliënten toch de beslissing zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, ook als het zwaar is of het eigenlijk niet meer gaat.

Zorgaanbieders

In de gesprekken hebben de aanbieders aangegeven dat zij een goed beeld hebben van de wachtenden voor hun instelling. Door overbruggingszorg en doordat cliënten zich oriënteren bij de zorginstelling voordat zij een indicatie hebben, hebben aanbieders zicht op potentiële cliënten. Aanbieders geven aan dit prettig te vinden, omdat zij zo in nauw contact staan met de cliënt en hun netwerk en ze zich samen kunnen voorbereiden op een eventuele opname.

Aanbieders geven aan dat er een spanningsveld ontstaat als cliënten zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen; dit leidt soms tot zorgelijke situaties thuis voor de cliënt en mantelzorger. Het gebeurt steeds vaker dat de cliënt vanuit een spoedsituatie moet worden opgenomen, waardoor de kans groter is dat cliënt niet op de plek van voorkeur terecht komt.

Daarnaast geven aanbieders aan dat cliënten soms minder thuiszorg ontvangen wanneer ze eenmaal een Wlz-indicatie hebben, omdat deze thuiszorg beperkter is dan de thuiszorg vanuit de Zvw. Ook moeten cliënten vaak een hoge eigen bijdrage betalen, waardoor thuis wonen met thuiszorg vanuit de Wlz voor sommige cliënten erg duur wordt. Aanbieders noemen dit als belangrijk aandachtspunt. Van de cliënten zelf geeft 58% aan de eigen bijdrage passend te vinden en 26% vindt het bedrag hoog.

Zorgbemiddelaars van zorgaanbieders kennen elkaar goed, is ons gebleken in de gesprekken met de zorgaanbieders. Ze bellen elkaar vaak om samen op zoek te gaan naar een geschikte plek voor cliënten. Op deze manier weten ze waar er nog beschikbare plaatsen zijn. Vaak is dit binnen een bepaalde regio. Op dit moment is er nog geen landelijk of regionaal inzicht in de vrije plaatsen, zodat ook plaatsen die niet in beeld zijn bij de bemiddelaars benut kunnen worden.

De productieafspraken met het zorgkantoor worden als aandachtspunt genoemd, omdat deze bepaalde oplossingen in de weg kunnen staan. Het komt voor dat een zorgaanbieder vrije plekken heeft en tegelijkertijd een wachtlijst, omdat er specifieke afspraken zijn hoe de plekken in te vullen. Aanbieders zouden bij de productieafspraken hiervoor graag meer flexibiliteit krijgen.

Aanbieders met wachtlijsten geven aan graag bij te willen bouwen of plekken die niet ingekocht zijn, in te zetten voor cliënten die bij hun op de wachtlijst staan. Zij willen dan de uitdaging aangaan om ervoor te zorgen dat cliënten ook bij hun willen blijven komen. Ze geven daarbij aan dat zij dan wel (eerder) duidelijkheid willen hebben van zorgkantoren of zij (ook op de langere termijn) financiering krijgen voor de zorg voor deze cliënten. Dat helpt hen om deze investeringen aan te durven.

Zorgkantoren

De rol van het zorgkantoor is door de invoering van de Wlz veranderd. Zorgkantoren hebben in de Wlz een belangrijkere taak op het gebied van zorgbemiddeling, informatievoorziening en cliëntondersteuning gekregen. In de huidige praktijk, die nog voortvloeit uit de AWBZ, is de rol van de zorgkantoren nog meer op de achtergrond dan die van aanbieders wat de niet-actief wachtenden betreft.

Zorgkantoren geven aan minder direct met de cliënt en mantelzorgers contact te hebben en meer met aanbieders afspraken te maken over hun opnamebeleid. Zorgkantoren geven aan dat zij meer met de wachtenden in contact willen komen, ook als zij een aanbieder van voorkeur hebben en niet-actief wachtend zijn. Zo krijgt ook het zorgkantoor meer inzicht in de voorkeur, de reden daarvan en mogelijkheden voor een alternatief aanbod en kunnen zij hun rol in de Wlz beter vervullen.

Zorgkantoren geven aan dat dit procesmatig nog versterkt kan worden, als de cliënt niet meer bij het CIZ aangeeft wat zijn aanbieder van voorkeur is, maar altijd eerst contact heeft met het zorgkantoor (in het kader van de actieve zorgbemiddeling en zorgplicht). Deze tussenstap moet er echter niet voor zorgen dat cliënten langer moeten wachten totdat zij opgenomen kunnen worden. Dit vraagt daarom wel om een zorgvuldige uitwerking.

Zorgkantoren willen ook graag al contact hebben met cliënten, voordat zij de Wlz-keten ingaan en keuzes moeten maken. Dit wordt nu nog belemmerd door het feit dat een cliënt pas bekend wordt bij het zorgkantoor wanneer deze een indicatie heeft gekregen van het CIZ. Terwijl een cliënt vaak eerder bekend is bij een aanbieder, omdat die zich daar meldt om zich te oriënteren nog voordat hij een Wlz-indicatie heeft.

Daarnaast zijn de activiteiten van de zorgkantoren erop gericht vraag en aanbod op elkaar af te stemmen om voldoende en juiste zorg in te kopen. Hiervan geven zorgkantoren aan dat het lastig is exact te voorspellen hoe groot de zorgvraag wordt of welke voorkeur en wensen cliënten precies hebben en hoe het zorgkantoor kan inspelen op (tijdelijke) vragen.

Reflectie op de verschillende beelden

Zorgaanbieders en zorgkantoren bevestigen het beeld dat cliënten zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen, ook in situaties waar dat eigenlijk niet meer gaat. Desondanks kiezen cliënten en mantelzorgers dan toch voor thuis blijven: dit vinden aanbieders begrijpelijk vanuit emotionele redenen, maar niet altijd de verstandigste keuze.

Tegenstrijdig zijn de beelden uit de gesprekken met de aanbieders, waarin zij aangaven dat zij een goed beeld hebben van de wachtenden voor hun instelling. Terwijl uit de enquête blijkt dat 36% van de cliënten aangeeft geen contact te hebben met de aanbieder van voorkeur. Zorgaanbieders hebben verklaard hierover dat ze wellicht niet altijd direct contact hebben met de cliënt zelf en dat daarom niet alle cliënten aangeven contact te hebben met de voorkeursinstelling. Zorgaanbieders geven aan wel degelijk de situatie van deze wachtende cliënten in beeld te hebben, maar dan via het netwerk van de cliënt en de aanwezige zorgprofessionals. Bovendien geven veel cliënten (85%) aan overbruggingszorg te ontvangen en op die manier contact te hebben met de zorginstelling van voorkeur of een andere instelling.

5. Conclusies en aanbevelingen

De wachtlijst voor niet-actief wachtenden bestond op 1 mei 2016 uit 13.634 cliënten. Uit het onderzoek blijkt dat verschillende groepen mensen op deze wachtlijst staan:

1. Cliënten bereid tot opname ook voor een andere instelling dan die van voorkeur: 1.500 cliënten (11%);
2. Cliënten bereid tot opname alleen bij de instelling van voorkeur: 5.454 cliënten (40%);
3. Cliënten die zo lang mogelijk thuis willen wonen: 6.680 cliënten (49%).

De verdeling van wachtenden over deze drie groepen maakt duidelijk dat tijdens het wachtlijstbeheer andere accenten moeten worden gelegd om per groep de juiste ondersteuning te kunnen bieden tijdens de wachtperiode. Hieronder gaan wij nader in op deze groepen, de beelden van cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren, de dilemma's die spelen en mogelijke oplossingsrichtingen en aanbevelingen.

5.1 Cliënten bereid tot opname ook voor een andere instelling dan die van voorkeur

11% van de cliënten geeft aan naar een andere zorginstelling dan de instelling van voorkeur te willen verhuizen, wanneer die zorginstelling binnen enkele weken een plek aanbiedt. De bereidheid tot opname van deze mensen is groot, waardoor zij ook open staan voor opname bij een andere instelling dan die van voorkeur.

Zorgaanbieders en zorgkantoren hebben de meeste van deze cliënten al in beeld en zijn met de cliënten in gesprek. Zij geven aan dat in de praktijk deze andere plek dan wel aan bepaalde voorwaarden moet voldoen, wil een cliënt daar daadwerkelijk gebruik van maken. Wanneer een plek wordt aangeboden buiten de eigen regio, blijken cliënten toch vaak af te zien van het aanbod. Het aanbod wijkt dan zodanig af van hun behoefte ('te ver weg'), dat ze toch willen wachten op hun aanbieder van voorkeur. Ze blijven dan liever thuis en verkiezen een zware situatie thuis boven een andere aanbieder dan die van voorkeur. Ook komt voor dat de verhuizing op dat moment niet uitkomt (bijvoorbeeld 'mijn kinderen zijn er niet om te helpen verhuizen', 'ik ben niet fit genoeg om te verhuizen'). Er is hier verschil tussen de opvatting en het daadwerkelijke gedrag van cliënten: heel begrijpelijk omdat verhuizen naar een instelling een erg grote stap is.

De helft van deze cliënten en een derde van deze mantelzorgers hebben aangegeven dat het thuis eigenlijk niet meer gaat. Voor deze groep cliënten is het de vraag in hoeverre zij zich ervan bewust zijn dat zij als 'niet-actief wachtend' op de wachtlijst staan en wat hiervan de consequenties zijn. Namelijk dat zij nu wellicht onnodig lang wachten, omdat er mogelijk plek is bij andere instellingen dan die van voorkeur.

Aanbevelingen

Landelijk is er wel zicht in het aantal wachtenden, maar niet op het aantal beschikbare plaatsen. We bevelen daarom aan op korte termijn een overzicht van beschikbare plaatsen te maken.

De zorgkantoren moeten samen met de zorgaanbieder kijken of zij aan de hand van dit overzicht de beschikbare plaatsen kunnen koppelen aan de wachtende cliënten, die aan hebben gegeven dat het thuis eigenlijk niet meer gaat. Zij zullen in eerste instantie moeten inschatten of de plaats past bij de zorgvraag van de wachtenden. Voor de beschikbare plaatsen die de zorgaanbieders al in beeld hebben, doen zij dit al. Maar juist de plekken die net buiten de regio en hun scope vielen, kunnen wellicht een oplossing zijn voor deze wachtenden.

Mochten er geschikte plaatsen zijn voor de zorgvraag van de wachtenden, dan zal de zorgaanbieder het goede gesprek moeten voeren met de cliënten op zijn wachtlijst om duidelijk te krijgen welke cliënten daadwerkelijk bij andere zorgaanbieders willen worden opgenomen, onder welke voorwaarden, wat de urgentie is voor opname en of de plaatsen voldoen aan de wensen van de cliënten. Zorgkantoor, cliëntondersteuner en zorgaanbieder informeren vervolgens de wachtenden over het totale beschikbaar aanbod dat is gevonden en wat geschikt is voor de zorgvraag van de wachtenden.

Door de invoering van de Wlz heeft het zorgkantoor een prominente taak gekregen op het gebied van zorgbemiddeling, informatievoorziening en cliëntondersteuning. We adviseren zorgkantoren juist voor deze cliënten deze taak meer in te gaan vullen, zodat zij deze cliënten weten te bereiken, met hen in gesprek kunnen gaan en/of cliëntondersteuners kunnen aanbieden aan de cliënten, zodat zij samen met de zorgaanbieders deze cliënten kunnen helpen een passende opnameplek te vinden. Dan wordt het voor cliënten ook duidelijk dat er meer mogelijk is dan alleen bij de instelling van voorkeur en dat zij ook gebruik kunnen maken van mogelijk beschikbare plekken bij andere instellingen. Zij worden zich dan bewust van de consequenties om als 'niet-actief wachtend' op de wachtlijst staan.

5.2 Cliënten bereid tot opname alleen bij de instelling van voorkeur

Een andere groep cliënten staat op de wachtlijst, maar wil geen gebruik maken van het beschikbare aanbod. Deze cliënten willen alleen op een specifieke locatie gaan wonen en wachten tot daar plek is. Uit de schriftelijke vragenlijst blijkt 40% van de cliënten alleen te willen verhuizen naar de instelling of locatie van voorkeur. Bewegredenen van deze cliënten zijn voornamelijk dat de locatie dichtbij familie is of dat de locatie bekend is voor de cliënt.

In deze groep geeft 45% van de cliënten en 20% van de mantelzorgers aan dat het thuis eigenlijk niet meer gaat.

Aanbevelingen

Voor cliënten, die aangeven dat het thuis eigenlijk niet meer gaat en waar urgentie ontstaat, adviseren wij zorgkantoren, cliëntondersteuners in samenwerking met de zorgaanbieders, die al bij de cliënten thuis komen, om met deze cliënten een goed gesprek te voeren over de voorkeur en wensen. Dan wordt duidelijk waarom een voorkeur voor een aanbieder bestaat en of wellicht ook bij een andere aanbieder aan die voorkeur kan worden voldaan. Ook hier adviseren wij dan dezelfde stappen te doorlopen als hierboven bij de eerste groep aangegeven: overzicht krijgen op beschikbare plaatsen en in gesprek met cliënten over de mogelijke alternatieven.

Daarnaast hebben we de volgende aanbevelingen om plaatsen te creëren waar veel vraag naar is:

- Allereerst inzicht krijgen in mogelijke beschikbare plaatsen bij alle Wlz-instellingen, waar morgen cliënten passende zorg geboden kan worden, maar waar nog geen inkoopafspraken voor gemaakt zijn. En voor deze plaatsen financiering zoeken, bijvoorbeeld door:
 - Het verhogen van de productieafspraken waardoor lege woningen bij geliefde aanbieders in gebruik kunnen worden genomen. En de productieafspraken niet verminderen bij zorginstellingen die wachtlijsten hebben, zodat geen lege plaatsen ontstaan. Zorgkantoren en zorgaanbieders moeten deze afspraken wel binnen de beschikbare contracteerruimte maken, tenzij hier landelijk extra afspraken voor gemaakt kunnen worden. Zorgaanbieders pleiten ervoor sneller en vaker in het jaar de productieafspraken bij te stellen, zodat sneller duidelijk is welke productie wordt gefinancierd.
 - Ook het flexibiliseren van de productieafspraken is genoemd door aanbieders: bijvoorbeeld het loslaten van plafonds per type zorgzwaarte.
 - Cliëntvolgende bekostiging: dit houdt in dat de productieafspraken helemaal losgelaten worden, dat lege bedden niet meer bekostigd worden en dat zorginstellingen volledig afhankelijk zijn van de cliënten die voor hen kiezen. Aan al die cliënten mag de zorginstelling dan zorg verlenen en voor al die cliënten ontvangt hij ook de bekostiging.
- Nieuwe (vaste en tijdelijke) woningen bij geliefde aanbieders creëren, gebeurt alleen als er ook op langere termijn perspectief is op financiering als cliënten gebruik maken van die woningen. De hierboven genoemde financieringsmogelijkheid kunnen ook hier een oplossing bieden.

5.3 Cliënten die zo lang mogelijk thuis willen wonen

Deze cliënten willen op dit moment niet verhuizen. Zij willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, ook al komt er een plek vrij bij de voorkeursaanbieder. Zij wonen veelal met een partner of een familielid. 49% van de mensen geeft aan niet te willen verhuizen naar de aanbieder van voorkeur, ook als daar toch een plek vrijkomt. Cliënten willen wel op de wachtlijst blijven staan, omdat zij in de veronderstelling zijn dat zij zo direct terecht kunnen op het moment dat het nodig mocht zijn. In de praktijk zien we dat de wachttijd en urgentie elementen zijn die meespelen bij de plaats op de wachtlijst maar dat cliënten niet altijd direct terecht kunnen op de plek van voorkeur wanneer opname nodig is.

Aanbieders geven aan dat een spanningsveld ontstaat wanneer cliënten zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen; dit leidt soms tot zorgelijke situaties thuis voor de cliënt en mantelzorger. Desondanks kiezen cliënten en mantelzorgers dan toch voor thuis blijven: dit vinden aanbieders begrijpelijk vanuit emotionele redenen, maar niet altijd de verstandigste keuze. Dit komt overeen met het beeld wat we van de cliënten en mantelzorgers hebben gekregen. Het gebeurt steeds vaker dat de cliënt vanuit een spoedsituatie moet worden opgenomen, waardoor de kans groter is dat cliënt niet op de plek van voorkeur terecht komt.

In de gesprekken hebben aanbieders aangegeven dat zij een goed beeld hebben van de wachtenden voor hun instelling. Door overbruggingszorg en doordat cliënten zich

oriënteren bij de zorginstelling voordat zij een indicatie hebben, hebben aanbieders zicht op potentiële cliënten. Aanbieders geven aan dit prettig te vinden, omdat zij zo in nauw contact staan met de cliënt, hun netwerk en aanwezige zorgprofessionals en daardoor een goed beeld van de situatie thuis hebben. Zij proberen cliënten bij zorgelijke situaties thuis nu al te overtuigen om toch gebruik te maken van een beschikbare plaats, maar uiteindelijk is het de cliënt die beslist of hij wel of niet opgenomen wil worden.

Daarnaast kwam in dit onderzoek naar voren dat cliënten, in een zelfde situatie, thuis wonen met behulp van zorg en ondersteuning uit de Zvw en Wmo of met zorg vanuit de Wlz. Zolang cliënten gebruik maken van de wijkverpleging onder de Zvw en ondersteuning vanuit de Wmo hoeven ze alleen de premie van de zorgverzekering te betalen en een eigen bijdrage vanuit de Wmo en niet de veel hogere eigen bijdrage voor de Wlz. Aanbieders geven aan dat cliënten steeds vaker de aanvraag voor een Wlz-indicatie uitstellen. Dat heeft als gevolg dat deze cliënten niet op de landelijke wachtlijsten voorkomen (en soms wel op de wachtlijsten van de aanbieders) en dat er vaker gebruik wordt gemaakt van een spoedindicatie en -opname als een cliënt plots toch naar een instelling moet verhuizen en niet thuis kan blijven.

Aanbevelingen

Het is nu niet mogelijk om in de iWlz (de landelijke afspraken die zijn gemaakt over de registratie van wachtlijstinformatie in de systemen van de zorgaanbieders en zorgkantoren) te achterhalen welke mensen die niet-actief wachten wel bereid zijn tot opname en welke niet (en op de wachtlijst willen blijven staan). Dit maakt het beeld van de wachtlijsten niet compleet. Wij adviseren om te onderzoeken op welke manier dit in de iWlz geregistreerd kan worden, zodat dit inzicht landelijk wel beschikbaar komt.

Voor aanbieders is het belangrijk dat zij kunnen anticiperen op spoed- en crisisopnames. We adviseren zorgaanbieders om met inzicht in de toekomstige vraagontwikkeling op zoek te gaan naar meer flexibiliteit in het zorgaanbod. Zorgaanbieders moeten vaker op korte termijn plekken beschikbaar hebben voor mensen waarbij het thuis niet meer gaat en die snel opgenomen moeten worden. We adviseren aanbieders te zoeken naar mogelijkheden om binnen het totaal beschikbare budget flexibel om te gaan met capaciteit, planning en organisatie. En dat zij zicht blijven houden op de toekomstige vraag door contact met professionals die cliënten ondersteunen, voordat zij bereid zijn tot opname of Wlz-indicatie hebben.

Ook voor zorgkantoren is het belangrijk om eerder in contact te komen met die cliënten en zicht te hebben op de toekomstige vraag, zodat ze daar tijdig op in kunnen spelen. Echter, cliënten komen pas bij zorgkantoren in beeld wanneer zij een indicatie hebben voor de Wlz. We adviseren zorgkantoren om te onderzoeken op welke manier het mogelijk is al eerder domein-overstijgend informatie over deze cliënten te ontvangen via zorgaanbieders of zorgverzekeraar met inachtneming van de privacywetgeving.

5.4 Situatie thuis tot opname

De meeste wachtenden ontvangen zorg tijdens het wachten: 8% van de mensen ontvangt tijdelijk verblijf in een andere instelling, 78% ontvangt professionele zorg

thuis, 69% ontvangt mantelzorg en 8% vrijwillige zorg. Belangrijke constatering is dat cliënten over het algemeen tevreden zijn over deze zorg.

Bij alle cliëntgroepen hebben we gezien dat de thuissituatie erg kwetsbaar is. Meer dan de helft van de cliënten en mantelzorgers geeft aan dat het thuis zwaar is of eigenlijk niet meer gaat. Aanbieders benoemen dat het vooral voor mantelzorgers van cliënten met psychogeriatrische problematiek leidt tot zorgelijke situaties thuis. Het is noodzakelijk dat cliënten de juiste zorg en ondersteuning krijgen. Dit kan alleen als de zorg thuis goed geregeld is, ook voor de mantelzorger.

Aanbevelingen

We adviseren om de mogelijkheden voor cliënten om thuis te wonen te onderzoeken en te versterken. Cliënten die zo lang mogelijk thuis willen wonen, kunnen dan ook zo lang mogelijk thuis wonen. En wellicht dat cliënten die nu bereid zijn tot opname, dan ook langer thuis willen en kunnen blijven wonen.

We adviseren om te onderzoeken of het uitbreiden van de mogelijkheden voor kortdurend verblijf nodig is, zodat meer mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Cliënten kunnen dan bijvoorbeeld kortdurend worden opgenomen, waardoor de mantelzorger even kan bijkomen.

Het is van belang om bij cliënten op de wachtlijst heel veel aandacht te besteden aan mantelzorgondersteuning. We adviseren alle partijen en dagen ze uit om te zoeken naar nieuwe, creatieve en innovatieve concepten en mogelijkheden, zodat de mantelzorgers in staat worden gesteld te blijven functioneren en toezicht/nabijheid te bieden. Mantelzorgers zijn cruciaal in het realiseren van het doel van de Hervorming Langdurige Zorg: zo lang mogelijk thuis blijven.

5.5 Bruikbaarheid wachtlijsten van zorgaanbieders om een landelijke wachtlijst te aggregeren

Op basis van de informatie in de iWlz (met bijbehorende landelijke afspraken over het gebruik daarvan) kan het Zorginstituut maandelijks gestandaardiseerd landelijke wachtlijst-informatie aanleveren. De landelijke wachtlijst wordt als het ware 'met een druk op de knop' gegenereerd.

Ditzelfde resultaat bereiken op basis van het aggregeren van de wachtlijsten van aanbieders vergt maandelijks veel inspanning van veel verschillende mensen. Er zijn namelijk geen landelijke afspraken over hoe de aanbieders omgaan met de eigen wachtlijsten. Om te komen tot vergelijkbare wachtlijsten moeten de wachtlijsten van alle aanbieders afzonderlijk opgeschoond worden, voordat deze ten opzichte van elkaar ontdubbeld kunnen worden.

De belangrijkste reden om de landelijke wachtlijst op te bouwen uit de wachtlijsten van de aanbieders, zou zijn als de landelijke wachtlijst geen goed beeld geeft van de werkelijkheid. Dat is niet het geval. Op landelijk niveau mist nu alleen informatie die op landelijk niveau ook niet relevant of zeker is, maar wel relevant voor aanbieders en zorgkantoren in het wachtlijstbeheer en de zorgbemiddeling.

De conclusie op basis van bovenstaande is dat de wachtlijsten van de zorgaanbieders niet geschikt zijn om te aggregeren naar een landelijke wachtlijst. Wij bevelen aan om de informatie via iWlz te blijven gebruiken om de landelijke wachtlijstinformatie aan te leveren.

Wel bevelen wij de zorgkantoren aan om te onderzoeken of zij gebruik kunnen maken van de informatie bij de zorgaanbieders (met inachtneming van de privacywetgeving) over cliënten zonder Wlz-indicatie, omdat dit inzicht geeft in de toekomstige instroom in de Wlz.

Ook bevelen we aan om de administratieve drempels weg te nemen om cliënten in de iWlz te registeren, die al opgenomen zijn en naar een plek in een andere zorginstelling willen, zodat deze cliënten ook zichtbaar worden.

Bijlage 1. Definities

Definitie	Uitleg
Actief wachtend	De cliënt kiest ervoor om zorg te ontvangen van een bepaalde zorgaanbieder, maar dit kan nog niet worden gerealiseerd. Meestal gaat het om opname bij een voorkeuraanbieder, dat niet gerealiseerd kan worden, waardoor de cliënt vanwege de grote opnamenoodzaak moet worden opgenomen bij een andere zorginstelling.
Dossierhouder	De voorkeuraanbieder van de cliënt. De dossierhouder is verantwoordelijk voor de te leveren zorg en de communicatie daarover met de cliënt.
Modulair pakket thuis (mpt)	Het modulair pakket thuis (mpt) is een van de leveringsvormen waarvoor de cliënt kan kiezen als hij/zij thuis wil blijven wonen. Met het mpt kunnen cliënten de zorg van één of meer zorgaanbieders ontvangen. Cliënten kunnen er ook voor kiezen om bepaalde zorgvormen in de vorm van een mpt te ontvangen en de overige zorgvormen zelf in te kopen met een pgb.
Niet-actief wachtend	De cliënt heeft een aanbod gehad voor plaatsing, maar dit wordt niet gerealiseerd, omdat de cliënt ervoor kiest om opgenomen te worden bij zijn/haar aanbieder van voorkeur. De niet-actief wachtende cliënt kan tijdens het wachten de zorg thuis ontvangen of opgenomen worden in een andere zorginstelling.
Overbruggingszorg	Als de cliënt zijn/haar voorkeur voor opname bij een bepaalde zorginstelling heeft aangegeven, moet het zorgkantoor en/of de dossierhouder ervoor zorgen dat dit gerealiseerd wordt. Als die zorg tijdelijk niet geleverd kan worden omdat er geen aanbod beschikbaar is (wachtlIJst, personeelstekort), dan moet het zorgkantoor en/of de dossierhouder zorgen voor een passende en verantwoorde overbrugging. In overleg met de cliënt wordt bepaald wat een passende overbrugging is.
Transferzorg	Verblijfszorg die tijdelijk door een andere zorgaanbieder dan de voorkeuraanbieder wordt geleverd. Zodra dit mogelijk is (indien nog wenselijk), verhuist de cliënt naar de voorkeuraanbieder.
Treeknorm	Norm voor maximaal aanvaardbare wachttijd: <ul style="list-style-type: none"> • 6 weken voor zorg met verblijf inclusief behandeling in de VV sector; • 13 weken voor zorg met verblijf exclusief behandeling in de VV sector; • 6 weken voor zorg met verblijf in- en exclusief behandeling in de GHZ sector.

Definitie	Uitleg
Volledig pakket thuis (VPT)	Het volledig pakket thuis (vpt) is een van de leveringsvormen waarvoor de cliënt kan kiezen als hij/zij thuis wil blijven wonen. In praktijk wordt deze vaak in geclusterde setting geleverd. De zorg wordt in principe geleverd door één zorgaanbieder. Het vpt bevat bijna alle zorg die u ook in een zorginstelling met verblijf zou krijgen, maar dan thuis.
Voorkeuraanbieder	De zorgaanbieder die door de cliënt is opgegeven als zorgaanbieder van eerste voorkeur.

Bijlage 2. Aanpak

In hoofdstuk 2 is een totaaloverzicht van onze aanpak (figuur 3) opgenomen. Deze bestaat uit de volgende activiteiten:

- Telefonische interviews met 39 cliënten en mantelzorgers
- Telefonische interviews met alle concessiehouders van zorgkantoren
- Telefonische interviews met 36 aanbieders uit tien zorgkantorregio's
- Schriftelijke vragenlijst onder alle niet-actief wachtenden en hun mantelzorgers
- Reflectiebijeenkomst met aanbieders en zorgkantoren
- Overleg met begeleidingscommissie
- Opstellen eindrapportage

1. Begeleidingscommissie

Tijdens het onderzoek participeerden de volgende partijen in een begeleidingscommissie:

- Zorgverzekeraars Nederland
- Zorginstituut Nederland
- Patiëntenfederatie Nederland
- Ieder(in)
- Mezzo
- ActiZ
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- GGZ Nederland

Op deze manier zijn de gewenste perspectieven in het onderzoek vertegenwoordigd en hebben de directbetrokkenen continu inzicht gehad in de voortgang en de mogelijkheid voor eventuele bijsturing.

Daarnaast hebben de leden van de begeleidingscommissie meegedacht over het vaststellen van de definities (zie bijlage 1) en het opstellen van de gespreksleidraden en schriftelijke vragenlijst. Ook hebben zij gereflecteerd op diverse concepten van de rapportage.

2. Telefonische interviews

Met het onderzoek wilden we met name inzicht krijgen in beweegredenen van cliënten in het keuzeproces om een eerste aanbod niet te accepteren en te kiezen voor de positie van niet-actief wachtende. Cliëntondersteuners van MEE NL spraken met cliënten en mantelzorgers om een goed beeld te krijgen van de variatie in wensen, aanbod en alternatieven.

Ook hielden we telefonische interviews met zorgkantoren en zorgaanbieders om hun perspectief op de wachtlijstproblematiek te vernemen.

Doel van deze interviews was een eerste indruk te krijgen van de antwoorden op de eerste drie onderzoeksvragen plus input en aandachtspunten voor de schriftelijke vragenlijst. Met deze informatie waren we in staat om de vragenlijst, die we onder alle niet-actief wachtenden en hun mantelzorgers hebben uitgezet, inhoudelijk goed vorm te geven, zodat de vragen goed worden begrepen en de antwoordcategorieën relevant zijn. Hiermee realiseerden we een hoge mate van inhoudsvaliditeit.

Voor de interviews gebruikten we een gespreksleidraad met daarin de hiervoor gepresenteerde deelvragen van het onderzoek en input van de begeleidingscommissie verwerkt. We hebben per respondent (cliënt, mantelzorger, zorgkantoor en zorgaanbieder) een gespreksleidraad opgesteld.

A. Cliënten en mantelzorgers

De telefonische interviews moesten een goed beeld geven van de mogelijke variatie in antwoorden op de onderzoeksvragen van de cliënten die nu op de wachtlijst voor niet-actief wachtenden staan (voor deze interviews was een representatieve steekproef dus niet nodig). We selecteerden daarom samen met de concessiehouders negenendertig cliënten die verdeeld zijn over de verschillende vormen van overbruggingszorg (geen overbruggingszorg, overbruggingszorg thuis of in de vorm van Wlz-verblijf op een andere plek). Onderstaande tabel bevat van deze cliënten de kenmerken. Daarnaast zorgden we voor voldoende variatie in geïndiceerde zorgprofielen, zodat alle aandoeningen en handicaps (grondslagen) vertegenwoordigd waren. We bevroegen relatief meer mensen met een somatische aandoening, psychogeriatrische aandoening en verstandelijke handicap, omdat die groepen de meeste niet-actief wachtenden kennen.

De interviews onder de cliënten en mantelzorgers zijn uitgevoerd door cliëntondersteuners van MEE NL. Zij hebben de expertise voor een goede gespreksvoering met alle Wlz-cliënten.

Kenmerk	Aantal	
Geslacht	20	vrouw
	19	man
Overbruggingszorg	32	overbruggingszorg thuis
	4	overbruggingszorg in de vorm van verblijf bij een andere instelling
	3	geen overbruggingszorg
Zorgprofiel	11	somatische aandoening
	13	psychogeriatrische aandoening
	14	verstandelijke handicap
		lichamelijk handicap
		zintuiglijke handicap
	1	psychiatrische aandoening

Tabel 1. Kenmerken cliënten telefonische interviews

B. Zorgkantoren en zorgaanbieders

We hielden telefonische interviews met alle concessiehouders die diverse zorgkantoorregio's vertegenwoordigen. Daarnaast hielden we telefonische interviews met zesendertig zorgaanbieders verdeeld over de concessiehouders. Vier zorgaanbieders waren door meerdere zorgkantoren aangeleverd. Met de interviews kregen we een beeld in de variatie van ervaringen van zorgaanbieders met de wachtlijsten. De interviews waren niet bedoeld om een kwantitatief representatief beeld te krijgen. In de selectie hielden we rekening met de grootte van de aanbieder (in cliënten en locaties) en de cliëntgroepen (grondslagen) die de aanbieder bedient (zie bijlage 3 voor de deelnemende zorgaanbieders).

3. Schriftelijke vragenlijst niet-actief wachtenden en mantelzorgers

De validiteit (meten we wat we willen meten) realiseerden we met voorgaande stappen. Voor de representativiteit was het noodzakelijk om informatie te krijgen van voldoende cliënten om betrouwbare antwoorden te kunnen geven op de onderzoeksvragen. Daarom hebben we na enkele persoonlijk interviews met cliënten en hun mantelzorgers ook vragenlijsten uitgezet onder alle niet-actief wachtenden.

Bij de uitwerking van de vragenlijsten maakten we gebruik van de deelvragen van het onderzoek, de input van de begeleidingscommissie en vooral van de signalen en aandachtspunten uit de interviews met de cliënten, mantelzorgers en zorgkantoren. In bijlage 4 is de vragenlijst opgenomen.

De wachtlijst voor niet-actief wachtenden bestond op 1 mei 2016 uit ongeveer 13.634 cliënten. Bij een gewenste betrouwbaarheid van 95% is statistisch gezien de gewenste respons 374 cliënten. Om dit te behalen, nodigden alle zorgkantoren alle cliënten die niet-actief wachtend zijn op 1 mei uit om de vragenlijst digitaal of op papier in te vullen. 18% van deze cliënten vulden de vragenlijst in, dit betreft 2.360 wachtenden en 2.157 mantelzorgers. De statistische betrouwbaarheid komt daarmee op 99%.

In de analyses is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek en toetsende statistiek gericht op het krijgen van inzicht in de samenhang binnen de verschillende onderdelen van de vragenlijst.

4. Reflectiebijeenkomst

We hebben een reflectiebijeenkomst gehouden met drie zorgkantoren en zorgbemiddelaars van tien zorgaanbieders (die ook mee hadden gewerkt aan de telefonische interviews) om te reflecteren op de uitkomsten van het onderzoek en nadere duiding te geven aan de uitkomsten. Deze reflectie is verwerkt in de eindrapportage.

Bijlage 3. Betrokken zorgaanbieders bij telefonische interviews, vergelijking wachtlijsten en reflectiebijeenkomst

- Activite
- Amerpoort
- 't Anker
- Azora
- Bethanie
- Careyn (vanuit meerdere zorgkantorregio's bevroagd)
- Cicero Zorggroep - Huize Louise
- Cordaan
- De Bilthuysen
- De Parabool
- Driestroom
- DSV verzorgend leven
- Elver
- Envida - Grubbeveld
- Florence
- Frankelandgroep
- Ipse de Bruggen (vanuit meerdere zorgkantorregio's bevroagd)
- J.P. van den Bent Stichting (vanuit meerdere zorgkantorregio's bevroagd)
- Leppehiem
- Middin (vanuit meerdere zorgkantorregio's bevroagd)
- Osira
- Pieter van Foreest
- Pleyade
- s-Heeren Loo
- SGL
- St ZC de Betuwe
- STMR
- SZR
- Topaz
- Verpleeghuis Bergweide
- Woon- en zorgcentrum Humanitas
- Zorgcentrum het Bildt
- Zorggroep Raalte
- Zozijn
- Zuid Oost zorg
- Zuyderland (Orbis) - St. Jansgeleen

Bijlage 4. Vragenlijst onderzoek wachtlijsten in de Wlz

In te vullen door de zorgvrager:

1. Contact

Vragen	Antwoorden
a. U staat op een wachtlijst. Heeft u daarover contact gehad met de zorginstelling waar u graag wilt wonen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, ongeveer één keer per week <input type="checkbox"/> Ja, één keer per twee weken <input type="checkbox"/> Ja, één keer per maand <input type="checkbox"/> Ja, minder dan één keer per maand <input type="checkbox"/> Weet ik niet
b. U staat op een wachtlijst. Heeft u daarover contact gehad met het zorgkantoor?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, ongeveer één keer per week <input type="checkbox"/> Ja, één keer per twee weken <input type="checkbox"/> Ja, één keer per maand <input type="checkbox"/> Ja, minder dan één keer per maand <input type="checkbox"/> Weet ik niet
c. U staat op een wachtlijst. Heeft u daarover contact gehad met een cliënt-ondersteuner (bijvoorbeeld van MEE)?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, ongeveer één keer per week <input type="checkbox"/> Ja, één keer per twee weken <input type="checkbox"/> Ja, één keer per maand <input type="checkbox"/> Ja, minder dan één keer per maand <input type="checkbox"/> Weet ik niet
d. Heeft u met andere mensen of organisaties contact gehad over de wachtlijst?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk met ... <input type="checkbox"/> Weet ik niet
e. Weet u dat u ook contact op kan nemen met het zorgkantoor over de wachtlijst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ruimte voor toelichting:	

2. Wensen en behoeften

Vragen	Antwoorden
<p>a. Waarom wilt u bij een bepaalde zorginstelling/locatie wonen?</p> <p><i>Graag maximaal de <u>drie</u> belangrijkste redenen aankruisen</i></p>	<input type="checkbox"/> De locatie is bekend voor mij <input type="checkbox"/> De locatie is goed bereikbaar <input type="checkbox"/> De locatie is dichtbij waar ik nu woon <input type="checkbox"/> De locatie is dichtbij familie/vrienden/partner <input type="checkbox"/> De locatie is in de stad <input type="checkbox"/> De locatie is op het platteland <input type="checkbox"/> Het gebouw spreekt mij aan <input type="checkbox"/> De kamer spreekt mij aan <input type="checkbox"/> De groeps grootte spreekt mij aan <input type="checkbox"/> De zorginstelling is bekend voor mij <input type="checkbox"/> Er wonen bekenden van mij <input type="checkbox"/> Ik heb goede verhalen gehoord <input type="checkbox"/> De zorg sluit aan bij mijn wensen <input type="checkbox"/> Op advies van huisarts of andere zorgverlener <input type="checkbox"/> Op advies van de cliëntondersteuner <input type="checkbox"/> De levensovertuiging sluit aan bij mij <input type="checkbox"/> Anders namelijk, ...
<p>b. Stel dat u binnen enkele weken een plaats aangeboden krijgt, bij de zorginstelling waar u graag wilt wonen: zou u dan ja zeggen?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, ik blijf liever thuis zolang het kan <input type="checkbox"/> Nee, andere reden namelijk ...
<p>c. Stel dat u binnen enkele weken een plaats aangeboden krijgt, bij een <u>andere</u> zorginstelling dan waar u graag wilt wonen: zou u dan ja zeggen?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, ik blijf liever thuis zolang het kan <input type="checkbox"/> Nee, andere reden namelijk ...
<p>d. Wat vindt u een acceptabele wachttijd om te wachten op een plek, bij de zorginstelling waar u graag wilt wonen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ga er hierbij vanuit dat uw situatie gelijk blijft. • Gerekend vanaf de datum, dat u het indicatiebesluit van het CIZ kreeg. 	<input type="checkbox"/> ... weken (<i>vul hier het aantal weken in</i>) <input type="checkbox"/> Weet ik niet

Vragen	Antwoorden
e. Wat vindt u ervan dat u moet wachten?	<input type="checkbox"/> Geen probleem <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Problematisch <input type="checkbox"/> Weet ik niet/kan ik niet beantwoorden
Ruimte voor toelichting	

3. De zorg op dit moment

Vragen	Antwoorden
a. Welke zorg ontvangt u op dit moment? <i>Meerdere antwoorden mogelijk.</i>	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Mantelzorg (familie/naasten) <input type="checkbox"/> Vrijwilligers <input type="checkbox"/> Professionele zorg, namelijk: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verpleging <input type="checkbox"/> Verzorging <input type="checkbox"/> Huishoudelijke hulp <input type="checkbox"/> Begeleiding thuis <input type="checkbox"/> Dagbesteding <input type="checkbox"/> Dagbehandeling <input type="checkbox"/> Logeren <input type="checkbox"/> Maaltijdvoorziening <input type="checkbox"/> Verblijf in een instelling <input type="checkbox"/> Anders, namelijk...
b. Bent u tevreden over deze zorg?	<input type="checkbox"/> Ja, tevreden <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Nee, ontevreden <input type="checkbox"/> Niet van toepassing
c. Wat vindt u van het bedrag dat u zelf moet betalen voor deze zorg?	<input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Passend <input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Ik betaal geen eigen bijdrage

Vragen	Antwoorden
d. Redt u zich nu thuis?	<input type="checkbox"/> Ja, het gaat prima <input type="checkbox"/> Ja, het gaat redelijk <input type="checkbox"/> Ja, maar het is wel zwaar <input type="checkbox"/> Nee, eigenlijk niet meer <input type="checkbox"/> Niet van toepassing, ik woon in een instelling
Ruimte voor toelichting	

4. Algemene gegevens

Vragen	
a. Wat is uw geboortjaar?	
b. Wat is uw geslacht?	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
c. Wat is uw woonsituatie?	<input type="checkbox"/> Zelfstandig <input type="checkbox"/> Met partner <input type="checkbox"/> Met kind(eren) <input type="checkbox"/> Met partner en kind(eren) <input type="checkbox"/> Met ouder(s) <input type="checkbox"/> In een (zorg)instelling <input type="checkbox"/> Anders, namelijk...
d. Waarom heeft u zorg nodig?	<input type="checkbox"/> Dat weet ik niet <input type="checkbox"/> Dat weet ik wel, namelijk vanwege een:

Vragen				
<input type="checkbox"/> Somatische aandoening (lichamelijke ouderdoms-klachten/chronische ziekte) <input type="checkbox"/> Psycho-geriatrische aandoening (bijvoorbeeld dementie)	<input type="checkbox"/> Verstandelijke handicap	<input type="checkbox"/> Lichamelijke handicap	<input type="checkbox"/> Zintuiglijke handicap	<input type="checkbox"/> Psychiatische aandoening/psychische stoornis (GGZ)
e. Welk ZZP/profiel heeft u op het indicatiebesluit van het CIZ gekregen?		<input type="checkbox"/> Dat weet ik niet <input type="checkbox"/> Dat weet ik wel, namelijk:		
Verpleging en verzorging <input type="checkbox"/> 1VV <input type="checkbox"/> 2VV <input type="checkbox"/> 3VV <input type="checkbox"/> 4VV <input type="checkbox"/> 5VV <input type="checkbox"/> 6VV <input type="checkbox"/> 7VV <input type="checkbox"/> 8VV <input type="checkbox"/> 9VV <input type="checkbox"/> 10VV	Verstandelijk gehandicapt <input type="checkbox"/> 1VG <input type="checkbox"/> 2VG <input type="checkbox"/> 3VG <input type="checkbox"/> 4VG <input type="checkbox"/> 5VG <input type="checkbox"/> 6VG <input type="checkbox"/> 7VG <input type="checkbox"/> 8VG <input type="checkbox"/> 1LVG <input type="checkbox"/> 2LVG <input type="checkbox"/> 3LVG <input type="checkbox"/> 4LVG <input type="checkbox"/> 5LVG <input type="checkbox"/> 6LVG <input type="checkbox"/> 7LVG <input type="checkbox"/> 8LVG <input type="checkbox"/> 1SGLVG	Lichamelijk gehandicapt <input type="checkbox"/> 1LG <input type="checkbox"/> 2LG <input type="checkbox"/> 4LG <input type="checkbox"/> 5LG <input type="checkbox"/> 6LG <input type="checkbox"/> 7LG	Zintuiglijk gehandicapt <input type="checkbox"/> 1ZGvis <input type="checkbox"/> 2ZGvis <input type="checkbox"/> 3ZGvis <input type="checkbox"/> 4ZGvis <input type="checkbox"/> 5ZGvis <input type="checkbox"/> 2ZGaud <input type="checkbox"/> 3ZGaud <input type="checkbox"/> 4ZGaud	Geestelijke Gezondheidszorg <input type="checkbox"/> GGZ 1 <input type="checkbox"/> GGZ 2 <input type="checkbox"/> GGZ 3 <input type="checkbox"/> GGZ 4 <input type="checkbox"/> GGZ 5 <input type="checkbox"/> GGZ 6 <input type="checkbox"/> GGZ 7
Ruimte voor toelichting:				

In te vullen door mantelzorger of naaste:

5. Situatie

Vragen	Antwoorden
a. Hoe gaat het met u als mantelzorger/naaste?	<input type="checkbox"/> Het gaat prima <input type="checkbox"/> Het gaat redelijk <input type="checkbox"/> Het is zwaar <input type="checkbox"/> Het gaat eigenlijk niet meer
b. Hoe ervaart u de zorg die u levert aan uw naaste?	<input type="checkbox"/> Het gaat prima <input type="checkbox"/> Het gaat redelijk <input type="checkbox"/> Het is zwaar <input type="checkbox"/> Het gaat eigenlijk niet meer
c. Wat vindt u een acceptabele wachttijd om te wachten op een plek, bij de zorginstelling waar uw zorgvrager graag wilt wonen? <ul style="list-style-type: none"> • Ga er hierbij vanuit, dat de situatie van de zorgvrager gelijk blijft. • Gerekend vanaf de datum, dat de zorgvrager het indicatiebesluit van het CIZ kreeg. 	<input type="checkbox"/> ... weken (<i>vul hier het aantal weken in</i>) <input type="checkbox"/> Weet ik niet
Ruimte voor toelichting:	

6. Afsluiting

Vraag
Dit is het einde van de vragenlijst. Heeft u of de mantelzorger/naaste nog opmerkingen die u mee wilt geven?



Bureau HHM
Thermen 1
7500 AG ENSCHEDE
Postbus 262
7500 AG ENSCHEDE
telefoon 053 433 05 48
info@hhm.nl
www.hhm.nl