

Vergaderjaar 1996–1997

25 351

Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst Verkenningen Ouderenzorg 1995–2010

Nr. 2

NOTA

INHOUD

	Blz.		Blz.
LEESWIJZER	2	4. Visie en beleidsagenda voor de langere termijn	23
1. Inleiding	2	4.1 Zelfzorg en mantelzorg	23
1.1 Plaatsbepaling	2	4.2 Extramuralisatie en substitutie	23
1.2 Typen zorg thuis	4	4.3 Het benodigde kader: de compartimenten	24
1.3 Bestuurlijke inbedding	5	4.4 Langdurende zorg in het eerste compartiment	25
1.4 De toekomst van de thuiszorg	5	4.5 Kortdurende zorg in het tweede compartiment	25
		4.6 Marktwerking	26
		4.6.1 Marktwerking in het eerste compartiment	26
2. Analyse van de ontwikkelingen	6	4.6.2 Marktwerking in het tweede compartiment	27
2.1 Ontwikkeling van de vraag: kwantitatief	6	4.6.3 Marktwerking in het derde compartiment	27
2.1.1 Demografie en substitutie	6	4.7 Samenhang op regionaal en wijkniveau	27
2.1.2 Vraag naar verschillende vormen van zorg	7		
2.1.3 Medische ontwikkelingen	9	LITERATUUR	28
2.1.4 Toename vraag	10		
2.2 Ontwikkeling van de vraag: kwalitatief	10	Bijlagen	
2.3 Het zorgaanbod	10	I Geschiedenis van de thuiszorg	31
2.4 Zorgvragers	11	II Thuiszorg in het buitenland	34
2.5 Specifieke groepen: mensen met een handicap	12	III Onderzoek en experimenten in de thuiszorg	38
2.6 Specifieke groepen: psychiatrische patiënten	12	IV Enquête thuiszorg	42
2.7 Gespecialiseerde gezinsverzorging	13		
2.8 Mantelzorg	13		
2.9 Zorgaanbieders thuiszorg	14		
2.10 Medische zorg en zorg thuis	16		
3. Beleidsdoelen op kortere termijn	18		
3.1 Korte termijn: orde op zaken	19		
3.2 De «knip»	19		
3.3 Volume	20		
3.4 Aanpak doelmatigheid	20		
3.5 Opschorten marktwerking AWBZ	20		
3.6 Verevening	21		
3.7 Arbeidsmarktbeleid	21		

LEESWIJZER

Deze nota is als volgt opgebouwd. Na een inleiding, waarin enkele hoofdlijnen worden aangegeven, volgt een verkenning van het veld van de thuiszorg en van de partijen die daarbij betrokken zijn. Het gaat om een analyse met de blik op 2005–2010. Beleidsmaatregelen voor de korte termijn worden beschreven in hoofdstuk 3. Een visie op de thuiszorg op hoofdlijnen en de beleidsagenda voor de langere termijn zijn te vinden in hoofdstuk 4. Thuiszorg is onlosmakelijk verbonden met het geheel van de zorg, zoals in de nota wordt beschreven. Daarmee raakt deze nota evenzeer aan de toekomst van de zorg in meer algemene zin.

Bijlagen I t/m IV bevatten achtergrondinformatie bij de nota: de geschiedenis van de thuiszorg, een door de Kamer gevraagd overzicht van thuiszorg in het buitenland, een omschrijving van zorginhoudelijke experimenten in de thuiszorg, het verslag van de enquête 1996 inzake de wachtlijsten. Separaat ontvangt u de, eveneens door de Kamer gevraagde, Verkenningen Ouderenzorg 1995–2010. Hierin zijn, mede op grond van gegevens van het Sociaal en Cultureel Planbureau (opgenomen in de «Verkenningen» als bijlage), een aantal toekomstscenario's voor de ouderenzorg – waaronder ook de thuiszorg – doorberekend. Gegevens uit de «Verkenningen» zijn in deze nota verwerkt.

1. INLEIDING

1.1 Plaatsbepaling

Thuiszorg heeft een onmisbare plaats in het geheel van de zorg. Dankzij thuiszorg kunnen mensen, ook bij ziekte, ouderdom of handicaps, thuis verpleegd en verzorgd worden. Opname in een instelling, zoals verzorgingshuis, verpleeghuis, tehuis voor verstandelijk gehandicapten, wordt hierdoor uitgesteld of zelfs voorkomen. Het verblijf in een ziekenhuis kan worden bekort doordat patiënten eerder naar huis gaan voor herstel. Verreweg de meeste mensen geven er ook zelf de voorkeur aan zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven, of, bij ziekenhuisopname, weer zo snel mogelijk naar huis terug te keren.

De plaats van de thuiszorg wordt in de toekomst alleen maar belangrijker. Kwantitatief: het aantal ouderen – en daarmee ook het aantal mensen met chronische verouderingsziekten – neemt aanzienlijk toe in de komende jaren. In 2010 zijn er circa één miljoen mensen meer boven de 55 jaar dan in eind 1996. Vanaf die leeftijd neemt de vraag naar thuiszorg aanzienlijk toe. Ook kwalitatief wordt in de toekomst meer van de thuiszorg verwacht: de vraag naar thuiszorg, plus het aanbod van thuiszorg wordt meer divers. Extramuralisering, verschuiving van zorg in een intramurale instelling naar zorg thuis, vraagt om gespecialiserdere vormen van verpleging en verzorging. Zorg thuis voor verstandelijk gehandicapten of psychiatrische patiënten vereist juist ook van verplegenden en verzorgenden andere vaardigheden, en soms zelfs een andere mentaliteit, dan de thuiszorg voor herstellende operatiepatiënten of voor iemand met reuma.

Een werkelijk effectieve thuiszorg moet ingebed zijn in de zorgketen. Afstemming met ziekenhuis, verzorgingshuis, huisarts, huisvesting, maatschappelijk werk etc. is onmisbaar. Afspraken op regionaal niveau moeten garanderen dat de onderdelen van het zorgaanbod goed op elkaar aansluiten. Op dit moment is dat aanbod nog te verbrokkelend. Dat zal een ieder kunnen bevestigen die zelf, of van wie een familielid, wat complexere zorg nodig heeft of had. De vele instanties die bijvoorbeeld betrokken zijn bij een oudere met een gebroken heup – huisarts,

ziekenhuis, revalidatiearts, fysiotherapeut, thuiszorg, maaltijden aan huis – werken niet altijd vlekkeloos samen. Het is voor de individuele patiënt, of voor diens familie, vaak heel lastig een weg te vinden in het doolhof dat de zorgwereld kan zijn. De gezondheidszorg in Nederland is weliswaar van een kwalitatief hoog niveau. Beroepsbeoefenaren zijn in het algemeen uitstekend opgeleid, er zijn hoogwaardige voorzieningen. Maar er kan nog veel worden verbeterd, vooral op het gebied van afstemming, met als doel de patiënt datgene te leveren wat op dat moment noodzakelijk is.

Goede thuiszorg betekent ook voldoende personeel voor het uitvoerend werk. Daaraan is op dit moment al een tekort. Een actief arbeidsmarktbeleid is gewenst. De thuiszorg biedt nog veel mogelijkheden van werkgelegenheid. Er is enerzijds een grote vraag naar directe zorgverlening, naar meer handen aan het bed, ook al om de taak van de huidige thuiszorg te verlichten; anderzijds is er een nu nog latent aanbod van langdurig werklozen, waarvan een deel goed ingeschakeld kan worden in de thuiszorg.

Thuiszorg is één aspect van, breder gezien, zorg thuis. Om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen is ook goede huisvesting nodig, aangepast vervoer, dagbesteding in de wijk, en andere voorzieningen dicht bij huis. Het informele circuit is van groot belang: de zorg voor zichzelf, de zorg voor elkaar (mantelzorg, vrijwilligerswerk) nemen bij verzorging zelfs van mensen met ernstige beperkingen de grootste plaats in. De professionele thuiszorg is in de meeste gevallen aanvullend, maar onmisbaar. Er is een wisselwerking tussen mantelzorg en professionele thuiszorg. De thuiszorg verricht bijvoorbeeld taken die een specifieke deskundigheid vereisen die mantelzorgers niet bezitten, of ze zorgt ervoor dat het sociale systeem rond de cliënt wordt ondersteund.

Het beleid en de praktijk zijn gericht op extramuralisering, gebaseerd op de voorkeuren van mensen zelf, maar ook op het feit dat met het geld van één plaats in een instelling meestal meer mensen thuis geholpen kunnen worden. Gezien de nog steeds groeiende vraag naar zorg en de noodzakelijkerwijs beperkte budgetten is extramuralisering, mits de kwaliteit van zorg thuis gegarandeerd is, een voor de hand liggende keus. Dat laat onverlet dat intramurale opname noodzakelijk kan zijn uit zorginhoudelijk of financieel oogpunt. Die keuze moeten we ook helder maken. De intramurale instellingen hebben een eigen, volwaardige plaats in de zorg, en zullen die ook in de toekomst behouden.

Er is nog een reden om thuiszorg te bevorderen. Onderzoek heeft uitgewezen dat bijvoorbeeld herstel na een operatie thuis voorspoediger verloopt dan wanneer men in het ziekenhuis blijft. Dit veronderstelt uiteraard dat er thuis voldoende (professionele) zorg beschikbaar is.

De thuiszorginstellingen spelen op deze ontwikkelingen in, maar ook intramurale instellingen zijn al volop bezig hun zorg aan te passen aan nieuwe behoeften. Dat geldt voor de ouderenzorg (verzorgings- en verpleeghuizen), voor de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor (verstandelijk) gehandicapten en voor de ziekenhuiszorg. Ziekenhuizen krijgen reeds budgettaire mogelijkheden zorg buiten het ziekenhuis te brengen. De thans lopende beddenreductie van 3,4 promille naar 2,8 promille, betekent niet dat het budget is beperkt, maar dat men meer budgettaire vrijheid heeft gekregen om bepaalde activiteiten te versterken. Bijvoorbeeld poliklinische zorg, of zorg buiten de muren.

Hoe de vraag naar thuiszorg zich gaat ontwikkelen, hangt nauw samen met de mate van extramuralisering de komende jaren. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft een aantal scenario's doorberekend, die verwerkt zijn in de Verkenningen Ouderenzorg 1995–2010. Daarbij wordt uitgegaan van verschillende mogelijke ontwikkelingen, zoals bevriezen van de huidige intramurale capaciteit voor ouderenzorg, danwel een

proportionele groei daarvan. Stel dat de huidige capaciteit van de verzorgings- en verpleeghuizen wordt bevroren op het niveau van heden, dan worden in 2010 naar schatting 46 000 personen minder opgenomen dan bij proportionele groei van het aantal bedden het geval zou zijn. Wij gaan ervan uit dat 38 000 van hen een beroep zullen doen op de thuiszorg.

De inhoudelijke verbondenheid van thuiszorg met andere vormen van zorg maakt dat beleidslijnen die voor de thuiszorg worden uitgezet, invloed hebben op de hele zorg. Het aanbod is aan het veranderen. Dat vereist een nieuwe samenhang. Een voorbeeld: meer zorg thuis voor chronische patiënten vraagt om goed geoutilleerde zorgcentra in de wijk. Daar kan afstemming plaatsvinden van het zorgaanbod. Huisartsen verbonden aan zo'n centrum hebben daar de ruimte hun kennis te differentiëren. Praktijkverpleegkundigen hebben samen met de artsen een belangrijke taak bij coördinatie van de zorg en bij de afstemming met thuiszorginstellingen. Paramedici en maatschappelijk werkers zijn aan zo'n centrum verbonden; medisch specialisten kunnen zich eveneens aan het zorgcentrum verbinden, of vervullen een adviesrol. Op enkele plaatsen in Nederland zijn al aanzetten tot dergelijke centra te vinden.

1.2 Typen zorg thuis

In deze nota hebben we het enerzijds over de langdurende thuiszorg die geleverd wordt in het kader van de AWBZ-aanspraak algemene thuiszorg (wijkverpleging, wijkziekenverzorging, gezinsverzorging, alcohulpverlening en hulpmiddelenuitleen) en instellingsverplaatste zorg (verzorgingshuizen/verpleeghuizen), en anderzijds over de (kortdurende) ziekenhuisgerelateerde zorg thuis. Van de in totaal 3,4 miljard gulden die de thuiszorg kost, betreft 3 miljard de langdurende thuiszorg (2,8 miljard voor de AWBZ-aanspraak thuiszorg; 180 miljoen voor het persoonsgebonden budget, cijfers 1997). Andere eveneens belangrijke activiteiten van de thuiszorg zijn de ouder- en kindzorg, waaronder de waardevolle consultatiebureaus, voorts dieetadvisering en ons unieke kraamzorgsysteem: de waarborg voor het kunnen kiezen voor thuisbevallen.

Zoals aangegeven, zijn ook intramuraal instellingen actief bezig zorg te gaan leveren buiten hun muren. Er ontstaat zo een heel nieuwe dynamiek van substitutie en extramuralisatie. De thuiszorg krijgt een ander gezicht.

De lijn die in deze nota wordt uitgezet is niet nieuw. Het is het voortbouwen op wat al in de jaren tachtig is ingezet: mensen mogelijk maken zo lang als het kan thuis, in de eigen omgeving, te laten verblijven, of daar zo snel mogelijk weer naar terug te laten gaan. In de praktijk zien we dat de zorg zelf inventief en creatief met extramuralisering omgaat. Het financiële en organisatorische kader moet deze ontwikkeling nadrukkelijker gaan ondersteunen. Regelgeving die belemmerend werkt moet worden aangepast. Dat is een kwestie van passen en meten, van experimenteren, evalueren en weer aanpassen. Dat gaat niet zonder aanloopproblemen.

De bekostiging van de zorg is ondergebracht in drie compartimenten, het eerste compartiment voor langdurende vormen van zorg (de «onverzekerbare risico's») waarvoor de hele bevolking is verzekerd via de AWBZ. Het gaat in grote lijnen om de «care». Het tweede compartiment is dat van de kortdurende zorg, de «cure» gefinancierd via ziekenfonds of particuliere ziektekostenverzekering. Het derde compartiment, met alleen particuliere verzekeraars, bevat de luxere, aanvullende zorg. Vormen van zorg die inhoudelijk bij elkaar passen zijn de afgelopen tijd in hetzelfde verzekeringscompartiment ondergebracht, in overeenstemming met de afspraken in het regeerakkoord 1994. Als we de verdeling in grote lijnen

«care» en «cure» aanhouden, dan zien we dat in de care aangrenzende zorgvormen nu alle in het eerste compartiment zijn ondergebracht: verpleeghuizen, verzorgingshuizen, intramurale GGZ-instellingen, tehuizen voor (verstandelijk) gehandicapten en de langdurende thuiszorg. In het tweede compartiment bevonden zich al zorgaanbieders die globaal gezegd voor de «cure» verantwoordelijk zijn: ziekenhuizen, huisartsen, paramedici. De daarbij behorende kortdurende, ziekenhuisgerelateerde thuiszorg werd door middel van de «knip» ook in dit compartiment gebracht, met als doel substitutie te bevorderen. Op dit moment wordt de knip geëvalueerd door de Ziekenfondsraad. Op 12 mei j.l zijn de brieven hierover aan de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU) en naar het COTG naar de Kamer gestuurd (kenmerk VPZ/VU 971288 en VPZ/VU 971288). Het punt van de knip en thuiszorg in het tweede compartiment komt in deze nota nog aan de orde in de paragrafen 3.2, 4.5 en 4.6.2.

1.3 Bestuurlijke inbedding

Op lokaal/regionaal niveau moet de samenhang van het zorgaanbod uiteindelijk gerealiseerd worden. Partijen maken hier afspraken over afstemming en samenhang van de zorg. Die afspraken kunnen worden gemaakt binnen het kader van bijvoorbeeld een regiovisie. Het is al gezegd: thuiszorg hangt nauw samen met aandacht voor zorg thuis. Gemeentelijk sociaal beleid is daarbij betrokken, volkshuisvestingsaspecten, vervoersbeleid. Een goede gezondheidszorg hangt nauw samen met aandacht voor de (sociale) omgeving. Vooral bij thuiszorg vormen wonen en zorg als het ware een twee-eenheid. Het beschikbaar zijn van een goed aangepaste woning betekent bijvoorbeeld dat mensen minder thuiszorg nodig hebben. Het Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM) heeft op het gebied van huisvesting al vele initiatieven ontwikkeld. Thuiszorg als zorg thuis vraagt om facetbeleid. Wonen, vervoer, de sociale omgeving, dat alles draagt bij aan de mogelijkheid in de eigen omgeving te kunnen blijven.

Deze nota schetst de grote lijnen van de inhoud van de zorg: wat is er nodig, welke ontwikkelingen en kansen zijn er nu te zien, hoe verandert de vraag. Bestaat voor die visie voldoende draagvlak, politiek en maatschappelijk, dan kan verder gewerkt worden aan invulling. Uit experimenten op kleinere schaal zal moeten blijken wat wel werkt, en wat niet. Op die manier kunnen de nodige financiële en sturingskaders nader worden ingevuld.

1.4 De toekomst van de thuiszorg

De afgelopen tijd heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ter plekke bij thuiszorginstellingen kunnen constateren dat er allerlei positieve ontwikkelingen zijn, met perspectief voor de toekomst. Zo worden samenwerkingsverbanden aangegaan met aangrenzende instellingen, en zorgvernieuwingsprojecten opgezet. Een rapportage over de bevindingen is inmiddels met de bezochte instellingen besproken, en wordt binnenkort aan de Kamer toegezonden.

De sector zelf steekt veel energie in innovatie. Ter illustratie is in bijlage III een korte beschrijving opgenomen van enkele van de vele projecten in de thuiszorg. Een rode draad daarbij is: zorg dicht bij huis brengen. Dat varieert van het testen thuis van technische methodes die tot nu toe alleen in ziekenhuizen worden gebruikt, tot het opzetten van woonhuizen voor psychogeriatrische patiënten. Uit deze projecten blijkt ook hoezeer instellingen inhoudelijk met elkaar te maken hebben: de ene keer wordt een experiment opgezet door een instelling voor thuiszorg, een andere keer eenzelfde soort experiment door een intramurale instelling. Het veld zelf, in de volle breedte, is volop bezig met het zoeken naar nieuwe

vormen van zorg die beter aansluiten bij behoeften van patiënten van nu en in de nabije toekomst. De instrumentering moet daarbij passen, zowel organisatorisch als financieel. Echter, instrumentering is een middel, geen doel. Dat doel is en blijft een toereikende vormgeving van de zorg. Belangrijk is dat het financiële en organisatorische kader voldoende soepelheid biedt om lokaal of regionaal gewenste inhoudelijke ontwikkelingen te bevorderen. In de ene regio stelt wellicht een verpleeghuis of ziekenhuis zich innovatief op, in een andere neemt juist de thuiszorg het voortouw. Voorkomen moet worden dat, bij het zoeken naar passende instrumenten, de discussie alleen nog gaat over «macht, domeinen, regie en geld», zoals dat genoemd wordt in de recente analyse die de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg heeft laten opstellen door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn en de Erasmus Universiteit (Coolen 1997). Een intensieve en langdurige discussie met als doel het financiële en organisatorische kader voor de gezondheidszorg in volle omvang vast te leggen, zoals we die sinds het eind van de jaren tachtig hebben beleefd, is naar ons idee thans contraproductief. Het gaat erom dat nieuwe, doelmatige zorginhoudelijke initiatieven ook de ruimte krijgen, dat enthousiasme ondersteund wordt, en niet afgeremd.

2. ANALYSE VAN DE ONTWIKKELINGEN

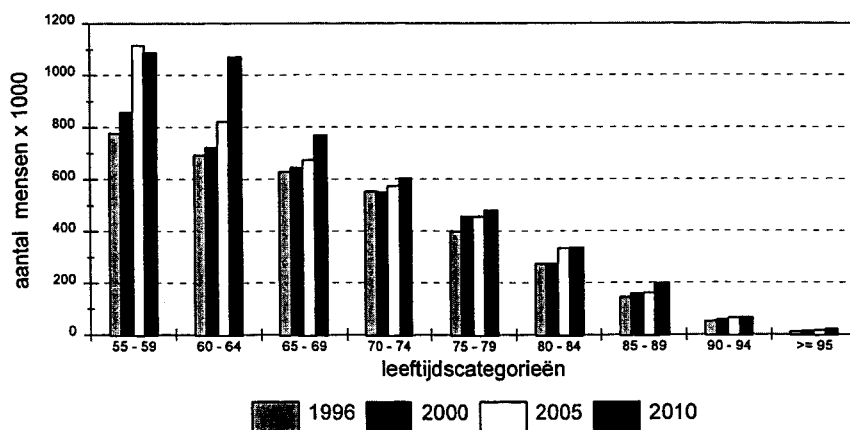
2.1 Ontwikkeling van de vraag: kwantitatief

Door een aantal factoren wordt de vraag naar thuiszorg de komende jaren groter. In de eerste plaats de demografie: het aantal ouderen neemt de komende decennia toe, en daarmee het aantal chronisch zieken. Onder andere medisch-technische ontwikkelingen zorgen ervoor dat mensen langer in leven blijven. De vraag naar AWBZ-gefinancierde thuiszorg hangt overigens samen met het ontwikkelingspeil: naarmate men hoger is opgeleid neemt de vraag af (SCP en «Verkenningen Ouderenzorg 1995–2010»). Het opleidingsniveau van de ouderen in de nabije toekomst zal hoger zijn. Dat zwakt de verwachte toename van de zorg weer enigszins af. Voorts wordt de vraag naar thuiszorg ook gestuurd door overheidsmaatregelen, met name het beleid van extramuralisatie, dat tegemoetkomt aan de wens van ouderen om zolang mogelijk zelfstandig te blijven wonen.

2.1.1 Demografie en substitutie

Het merendeel van de thuiszorgcliënten – circa 75 procent – is ouder dan 65 jaar. Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau waren in 1995 circa 300 000 mensen van boven de 65 jaar cliënt bij de thuiszorg (wijkverpleging en gezinsverzorging). Op grond van demografie, ontwikkelingen in de intramurale capaciteit en de substitutie naar de thuiszorg, is 1,7 procent (zie Verkenningen Ouderenzorg 1995–2010, tabel 4b, scenario SCP/VWS) groei per jaar, vermeerderd met 0,5 procent in verband met de toename van de zorgzwaarte, een redelijk uitgangspunt. Zie voor nadere onderbouwing de volgende paragraaf.

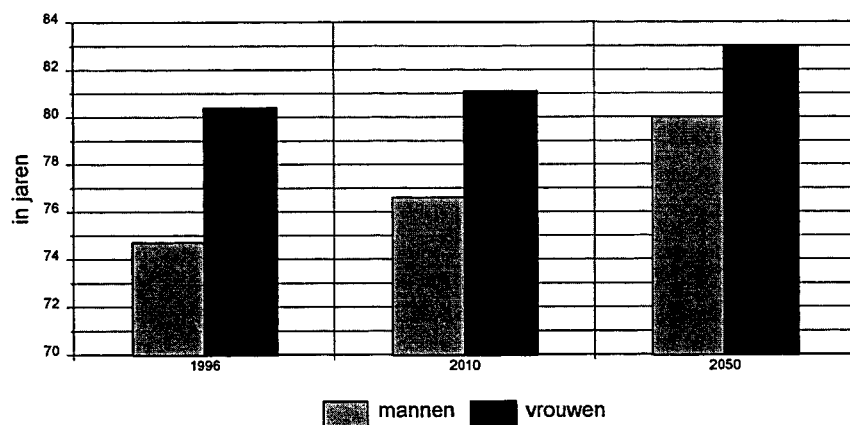
Bevolkingsprognose volgens middenvariant CBS



Doordat de naoorlogse geboortegolf geleidelijk aan in leeftijd opschuift, neemt de omvang van de oudere bevolking relatief snel toe. Voor de thuiszorg zal dat in eerste instantie nog niet voor echt grote verschuivingen zorgen. De grootste vraag naar thuiszorg komt van de groep boven de 75 jaar: van hen doet de helft een beroep op thuiszorg. De geboortegolf begint die leeftijd rond 2020 te bereiken.

Mensen zullen langer leven. De huidige levensverwachting van vrouwen is 80,4 jaar; dat zal naar verwachting in 2010 81,1 zijn (middenvariant, CBS 1996). Voor mannen zijn die cijfers 74,7 jaar heden, 75,9 in 2010. Naarmate de leeftijd hoger wordt, is de kans (geheel) afhankelijk te worden van hulp door derden ook groter.

Levensverwachting volgens middenvariant CBS

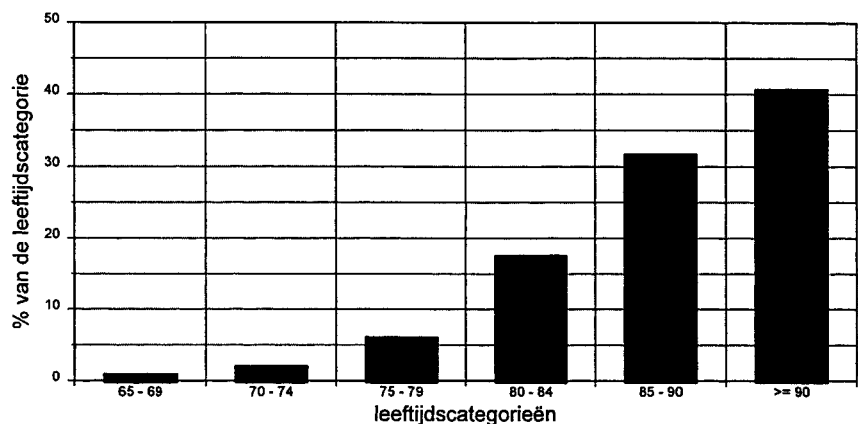


2.1.2 Vraag naar verschillende vormen van zorg

Een veel gedetailleerder beeld laat de «Verkenningen Ouderenzorg 1995–2010» zien. In diverse scenario's is rekening gehouden met verschillende ontwikkelingen, zoals demografie en de mate van extramuralisering. Als het aanbod intramuraal proportioneel gelijk opgaat met de bevolkingstoename, en er dus meer mensen opgenomen kunnen worden

in verzorgings- of verpleeghuizen, dan neemt volgens berekeningen van het SCP de vraag naar thuiszorg toe met 1,1 procent per jaar. Bevriest men het aantal verpleeg- en verzorgingshuisplaatsen op het huidige niveau, dan zou volgens het SCP de vraag toenemen met 1,3 procent. Hierbij is rekening gehouden met de veronderstelling dat mensen met een hogere opleiding minder beroep doen op de thuiszorg. VWS heeft zelf een derde variant berekend, waarin van de circa 46 000 mensen die in dat geval minder opgenomen worden, 38 000 een beroep op thuiszorg doen. In dat geval neemt de zorgvraag toe met 1,7 procent. Bovendien zijn dit mensen die zullen vragen om zwaardere vormen van zorg; ze zijn immers in principe verzorgings- of verpleeghuis-geïndiceerd. Inzake de ontwikkeling van de zorgzwaarte in de thuiszorg bestaat er een bandbreedte tussen het rapport Verstandig Vernieuwen II, en de scenario's SCP-2 en SCP/VWS. Wij kiezen voor een zorgzwaarte-ontwikkeling van 0,5 procent. In totaal neemt de zorgvraag dan toe met 2,2 procent (1,7 procent groei door demografie plus substitutie, en 0,5 door toename zorgzwaarte).

Dementie bij ouderen



Het aantal ouderen met behoefte aan extra intensieve zorg zal vooral in de wat verdere toekomst nog sterk toenemen. Om dit te verduidelijken een paar cijfers over dementie. Bij de zeer ouderen is de kans deze aandoening te krijgen hoog. Recent epidemiologisch onderzoek wees uit dat dementie bij ca. 40 procent van de 90-jarigen uit de onderzochte populatie voorkwam. In de groep 85 tot 90 jaar was dat ruim 30 procent (Ott 1996). Bij dementie is het probleem dat naarmate de ziekte voortschrijdt, de patiënt steeds minder in staat is het eigen leven nog te organiseren. Het beroep dat men dan op anderen moet doen, wordt steeds groter. En juist de groep zeer ouderen zal in de wat verdere toekomst aanzienlijk toenemen. Ook de relatieve toename van andere chronische ziekten leidt tot een verhoging van de zorgzwaarte. In 2010 is bijvoorbeeld het voorkomen van reuma naar schatting toegenomen met 35 procent en CVA eveneens met 35 procent (Coolen et al 1997).

Bij de ouderenzorg is sprake van een sterke verschuiving van de vraag. In plaats van opname in een verzorgingshuis verkiest men veelal langer thuis te blijven, waar dat althans met inschakeling van mantelzorg en professionele thuiszorg mogelijk is. Deze verschuiving treedt zelfs op voor verpleeghuiszorg, in bepaalde gevallen mede met benutting van het persoonsgebonden budget. Enkele cijfers: in de periode 1990-1997 steeg het aantal dagbehandelingsplaatsen in verpleeghuizen van ongeveer 3230 naar 4160. Het aantal extramurale verpleeghuisplaatsen steeg van nul naar 4880. Het aantal verzorgingshuisplaatsen buiten de muren wordt

thans geraamd op 7100. De provinciale en grootstedelijke plannen voor de verzorgingshuizen spelen op deze ontwikkelingen in door de kwalitatief mindere en soms zelfs met leegstand kampende huizen te reduceren, respectievelijk te sluiten en de daardoor vrijkomende middelen voor zogenaamde reikwijdtezorg te benutten. Op basis van de thans bekende gegevens wordt in de periode 1997–2000 een groei verwacht van meer dan 5000 plaatsen.

In de scenario's in de Verkenningen Ouderenzorg wordt uitgegaan van diverse varianten van extramuralisering. De minimumvariant van het College van Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) en de variant van het SCP met gelijkblijvende aantallen bedden (SCP-2) leiden op termijn (gekeken is naar het jaar 2010) tot een verdere extramuralisering. De maximumvariant van het CvZ en de SCP-variant met gelijke verhoudingen (SCP-1) zijn varianten waarbij de intramurale capaciteit toeneemt. Vergeleken met de verhouding intramuraal/extramuraal waarin in 1995 de zorg werd geboden, leidt echter alleen het scenario SCP-1 tot intramuralisering. De overige scenario's leiden tot een verdere extramuralisering. Berekend is dat, bij de zes gepresenteerde scenario's, in 2005 een verschil van ca. 2,2 miljard gulden zit tussen het maximum- en minimumscenario. In 2010 zal dit verschil opgelopen zijn tot ongeveer 4 miljard gulden (prijsspeil 2010, bij een jaarlijkse inflatie van 2 procent).

In de regiovisie zoals die op grond van het amendement Vliegenthart is opgenomen in artikel 18 van de Overgangswet verzorgingshuizen, (Stb 1996, 478), wordt, op grond van die wet, de samenhang van de thuiszorg met de andere onderdelen van de ouderenzorg aangegeven. Zoals in het recente kamerdebat vanuit de Tweede Kamer is gevraagd, wordt bij de analyse van de provinciale plannen gekeken naar de totale zorgcapaciteit die voortvloeit uit de plannen. Deze analyse is wat betreft de negen reeds vastgestelde plannen op 6 mei 1997 aan de Kamer gestuurd. Een totaal overzicht wordt na afronding van de overige provinciale plannen aan de Kamer verstuurd.

Binnen de boven aangegeven brede marges kunnen we schattingen geven van wat straks nodig is, aan omvang van zorg. Maar wat de komende jaren mogelijk zal zijn, is uiteraard ook sterk afhankelijk van economische ontwikkelingen. Zo zijn de woonzorgcombinaties die de laatste tijd van de grond komen, met vaak fraaie binnentuinen en hier en daar associaties met luxueuze shoppingmalls, een afspiegeling van de huidige welvarende maatschappij, terwijl de veel eenvoudiger verzorgingshuizen uit de jaren zestig de zuiniger geest van die tijd ademen. Toekomstplannen zijn daarom deels altijd gebaseerd op verwachtingen die onvermijdelijk een element van onzekerheid in zich dragen. Wat echter wel mogelijk is, is te zoeken naar een beeld van de gezondheidszorg in de toekomst: hoe zal die zorg inhoudelijk eruit zien, wat is, gezien huidige maatschappelijke ontwikkelingen en perspectieven, straks gewenst, en wat is de plaats van de thuiszorg in dat geheel.

2.1.3 Medische ontwikkelingen

Medisch-technische ontwikkelingen beïnvloeden eveneens de vraag. De verlenging van de levensverwachting dankzij de medische wetenschap betekent over het algemeen dat de gewonnen tijd voor een groot deel afhankelijk van zorg wordt doorgebracht.

De medische ontwikkelingen in deze eeuw waren aanvankelijk gericht op het voorkomen of genezen van ziekten die tot dan ook het leven van jongeren bedreigden, zoals longontsteking en tuberculose. Successen op dat gebied betekenden pure winst van gezonde levensjaren. De huidige strijd tegen verouderingsziekten heeft een ander effect. Op latere leeftijd is

vrijwel altijd sprake van comorbiditeit. Men heeft suikerziekte, te hoge bloeddruk en later ook nog kanker. Stel dat kanker te genezen zou zijn, dan betekent dat weliswaar tijdwinst, maar inderdaad weer tijd doorgebracht afhankelijk van zorg.

Dankzij de medische technologie worden ook meer mensen dan vroeger gereanimeerd. Helaas is dat bij sommige patiënten in wezen al te laat: de hersenen zijn dan al zodanig beschadigd dat betrokkene niet meer normaal kan functioneren, en in vele gevallen volledig afhankelijk wordt van hulp van anderen.

2.1.4 Toename vraag

Al deze gegevens leveren op dat de vraag naar thuiszorg in de toekomst zal toenemen, maar helaas moeilijk nauwkeurig te kwantificeren is. Hierboven zijn al cijfers gegeven voor de toename van de zorgvraag op grond van demografie. Dat geeft de belangrijkste basis. Zoals boven al is aangegeven wordt een bandbreedte gegeven in de «Verkenningen Ouderenzorg» door de doorberekening op grond van demografie en van verschillende scenario's met varianten wat betreft substitutie. Het Sociaal en Cultureel Planbureau werkt op dit moment aan modellen waarin ook de verwachte toename van zorgzwaarte wordt meegerekend. Resultaten hiervan worden eind dit jaar verwacht. Vooral nog lijkt het hanteren van een jaarlijks groeipercentage van 2,2 procent een redelijk uitgangspunt, met als basis demografische ontwikkeling, substitutie van intramuraal naar thuiszorg en de toename van de vraag in verband met de zorgzwaarte.

2.2 Ontwikkeling van de vraag: kwalitatief

De vraag naar thuiszorg wordt ook kwalitatief anders. Dat proces is nu al aan de gang. Ten eerste door steeds meer vraag naar specifiekere vormen van zorg. Naarmate zorg minder in instellingen wordt geleverd, en meer aan huis, komt er meer behoefte aan gespecialiseerde vormen van thuiszorg voor bijvoorbeeld psychiatrische patiënten, verstandelijk gehandicapten of mensen die na een operatie naar huis gaan om te herstellen.

Een andere verandering is de vraag naar luxere vormen van zorg. De komende jaren neemt het aantal beter gesitueerde ouderen sterker toe, als tenminste de huidige trends wat betreft inkomens worden doorgetrokken. Zij zullen er over het algemeen de voorkeur aan geven zorg zelf te organiseren.

Tegelijk is er een grote groep ouderen die afhankelijk is van alleen AOW. Deze groep vraagt een gerichte aandacht van de overheid. Voor hen dient een vangnet van zorg aanwezig te zijn.

2.3 Het zorgaanbod: wachtlijsten

Volgens opgave in het Jaarboek Thuiszorg 1995 van de Landelijke Vereniging Thuiszorg/NZi ontvingen op 31 december 1995 bijna 550 000 mensen thuiszorg, waarvan ca. 393 000 wijkverpleging danwel gezinsverzorging, 78 000 diëtetiek, 73 000 alpha-hulp en 4 600 zorg op locatie. Het totaal aantal mensen dat door 1995 heen geholpen werd, was ca. 1,1 miljoen. Het aantal verzorgingen kraamzorg bedroeg, door het hele jaar heen ca. 160 000.

Uitgangspunt bij de indicatie voor thuiszorg is: wat kan betrokkene nog zelf doen, in het huishouden en bij persoonlijke verzorging? Voorts: welke mantelzorg is aanwezig? Daarna wordt vastgesteld welke aanvullende professionele zorg nodig is.

Er zijn wachtlijsten voor de thuiszorg. De schattingen inzake hun omvang lopen uiteen. Van belang is bijvoorbeeld de wijze van indiceren. De instellingen indiceren nu nog zelf – waarbij overigens wel de indicatiestelling veelal is losgemaakt van de uitvoering – wat landelijk uiteenlopende resultaten kan opleveren. Zomer 1996, dus voor de inzet van de 75 miljoen gulden extra voor de wachtlijsten voor 1997, werd een enquête georganiseerd door VWS in samenwerking met de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) onder 88 van de 101 benaderde lidinstellingen. Daaruit bleek dat op dat moment zo'n 10 600 mensen op de wachtlijst stonden, voor ca. 39 000 geïndiceerde zorg-uren. Als aangenomen wordt dat het om een structureel verschijnsel gaat, betekent dit een zorgbehoefte van circa twee miljoen zorguren per jaar. Om te vergelijken: in 1994 werd volgens het Jaarboek Thuiszorg 1994 54 127 014 uur aan thuiszorg geleverd. Dat wil dus zeggen dat het bij de wachtlijsten gaat om een percentage van circa 3,75 van de jaarlijkse productie. Volgens de enquête liep de wachttijd uiteen van een week tot een jaar, met een gemiddelde van zeven weken. 45 van de 88 geënquêteerde instellingen meldden wachtlijsten, 83 procent zei de zorg te rantsoeneren. Dat wil zeggen: de klant is geïndiceerd voor een aantal uren zorg, maar krijgt er minder (zie voor een gedetailleerd verslag van de enquête bijlage IV).

Door te rantsoeneren kunnen meer mensen zorg krijgen, maar dan wel minder zorg dan feitelijk nodig wordt geacht. Een belangrijke vraag is in hoeverre het terugdringen van het aantal zorguren per klant nog efficiënt is, afgezet tegen de tijd die nodig is voor reizen, voor overleg, en ook afgezet tegen de arbeidssatisfactie van de werknemers. Bovendien: wat voor effect heeft deze vorm van efficiency op de kwaliteit van zorg? De laatste vijf jaar is de zorgtijd per week per klant afgenomen van vijf tot drieëneenhalf uur per week. Daarbij moet aangetekend worden dat vijf jaar geleden nog geen of nauwelijks wachtlijsten bestonden.

2.4 Zorgvragers

Thuis willen blijven wonen, ook bij ziekte en gebreken, staat voor vrijwel alle Nederlanders voorop. Doelstelling is dan ook om het mensen mogelijk te maken zo lang mogelijk thuis, in de eigen omgeving te laten wonen. De inrichting van de eigen woning blijkt daarbij van doorslaggevende betekenis. Mensen hebben, naarmate ze ouder worden, steeds minder behoefte om te verhuizen: men is in overgrote meerderheid tevreden tot zeer tevreden met wat men heeft. Een paar cijfers uit het recent verschenen rapport «Ouderen 1996» van het Sociaal Cultureel Planbureau: ruim 90 procent van de mensen boven de 65 zijn tevreden tot buitengewoon tevreden met de eigen woning. Ook is men over het algemeen zeer tevreden met de eigen buurt: rond de 90 procent van de ondervraagden zegt dat te zijn. Naarmate men ouder wordt, neemt de tevredenheid nog toe. Verhuizen op hogere leeftijd is geen keuze meer, maar een noodzaak omdat men het wegens gezondheidsproblemen niet langer redt in de eigen woning. Als woningaanpassing niet mogelijk blijkt, dan verhuist men bij voorkeur naar een andere woning in de eigen buurt. Mensen raken (steeds meer) gehecht aan wat ze hebben. Vooral aanpassingen van de huidige woningen maken dat men inderdaad thuis kan blijven wonen. Van de mensen met ernstige beperkingen (65 jaar en ouder) met een woning zonder aanpassingen wilde 37 procent gaan verhuizen. Als de woning echter op drie of meer punten was aangepast, bleek dat bij slechts 16 procent het geval. Gelijkvloerse woningen, en een woning die bereikbaar is zonder traplopen, worden gewenst door vrijwel alle mensen met ernstige en zeer ernstige beperkingen.

De wijze waarop iemand woont is ook van belang voor de zorgvraag. Bij een goed aangepaste woning is minder professionele thuiszorg nodig. Wonen in een aangepaste woning betekent ook dat verhuizen naar bijvoorbeeld een instelling langer uitgesteld kan worden, waardoor weer

extra thuiszorg nodig is. Het totale aantal mensen dat extra zorg nodig heeft en nog thuis woont, wordt dus groter. Hiermee wordt eveneens een groter beslag gelegd op de bestaande woningvoorraad. De overgrote meerderheid van de 65-plussers heeft de voorkeur voor een aangepaste woning, vanaf een ouderenwoning tot en met een wozoco. De preferentie loopt redelijk parallel met de mate waarin men gezondheidsbeperkingen ondervindt.

Met een persoonsgebonden budget heeft de zorgvrager vrijheid om zorg in te kopen die hij of zij nodig denkt te hebben. De hoogte van het budget wordt vastgesteld door het verbindingskantoor van de AWBZ op basis van het indicatie-advies van de indicatiecommissie. Dat gebeurt in de nabije toekomst onder verantwoordelijkheid van een onafhankelijke gemeentelijke indicatiecommissie. Het vraagt van betrokkene een goed inzicht in het zorgaanbod. Aangezien mensen met een persoonsgebonden budget niet aangewezen zijn op reguliere instellingen, zou het wat eenvoudiger zijn wachtlijsten te vermijden. De belangstelling voor het persoonsgebonden budget is evenwel zoveel groter dan het vooralsnog beschikbare totale bedrag voor het persoonsgebonden budget, dat er toch wederom wachtlijsten ontstaan.

Naarmate de extramuralisatie voortschrijdt, neemt de behoefte aan meer gespecialiseerde zorg toe. Dat geldt zowel voor de kortdurende als voor de langdurende zorg. Na een ziekenhuisverblijf is er behoefte aan wondverzorging of revalidatie, aan terminale zorg of pijnbestrijding. Bij chronisch zieken of gehandicapten is behoefte aan hulp op het gebied van verouderingsziekten, aan psychiatrische thuiszorg, aan deskundige begeleiding van verstandelijk gehandicapten.

Te verwachten valt ook dat de groepen alloctonen die zich blijvend in Nederland hebben gevestigd, om meer gedifferentieerde hulp gaan vragen. Een reden te meer dat de arbeidsmarktpolitiek mede gericht wordt op voldoende instroom van allochtone verplegenden en verzorgenden.

2.5 Specifieke groepen: mensen met een handicap

Onder meer aanvullende thuiszorg – naast bijvoorbeeld dag- en weekendopvang – maakt het ouders van een lichamelijk of verstandelijk gehandicapte mogelijk om hun kind zo lang mogelijk thuis te verzorgen. Ook als ouders kunnen beschikken over een persoonsgebonden budget voor «zorg-op-maat»-inkoop kan verblijf in een instelling worden voorkomen of uitgesteld. Voor zelfstandig wonende gehandicapten geldt dit eveneens. Het beleid is gericht op extramuralisering en normalisering. Daarbij is een goed functionerende thuiszorg of een flexibele inzet van bestaande zorg onmisbaar.

Bij gehandicaptenzorg heeft de extramuralisering een belangrijke impuls gekregen door de komst van het persoonsgebonden budget, wat mantelzorgers – veelal de ouders van de gehandicapte – of de gehandicapte zelf in staat stelt zorg naar behoefte in te kopen.

Het Fokuswonen heeft ruimschoots zijn nut bewezen voor mensen met een vaak ernstige lichamelijke handicap. Ook dienen de vier grote woonvormen genoemd te worden.

2.6 Specifieke groepen: psychiatrische patiënten

Bij de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is een proces op gang gekomen van extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg. Dit wordt mede bevorderd door de afbouw van bedden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen en door zorgvernieuwingsprojecten in de

wijk. Een en ander vraagt meer van de thuiszorg, zeker nu bovengenoemde processen nog verder geïntensiveerd worden. GGZ-instellingen zelf hebben inmiddels projecten ontwikkeld waarbij psychiatrische patiënten ondersteuning en begeleiding krijgen in de thuissituatie. Genoemd kan onder meer worden intensieve psychiatrische thuiszorg, ambulante woonbegeleiding en begeleid zelfstandig wonen. Samenhang en afstemming met de reguliere en gespecialiseerde gezinsverzorging is van belang.

2.7 Gespecialiseerde gezinsverzorging

De gespecialiseerde gezinsverzorging blijkt nogal eens te functioneren als steun voor sociaal zwakke gezinnen. De gezinsverzorgster fungeert in dergelijke gezinnen vaak als een surrogaatmoeder, die niet alleen voor de huishouding zorgt, maar die ook een oogje in het zeil houdt bij de opvoeding van kinderen. Het zijn gezinnen waarin bijvoorbeeld ernstige ontsporingen zoals kindermishandeling voorkomen. De aanwezigheid van de gezinsverzorging werkt hier preventief. Consultatie vanuit de GGZ komt ook regelmatig voor, als het gaat om ouders die lijden aan psychiatrische aandoeningen.

2.8 Mantelzorg

Zelfs bij mensen met zeer ernstige beperkingen komen zelfzorg en mantelzorg nog op de eerste plaats bij het uitvoeren van huishoudelijke taken. Een paar cijfers, ontleend aan de recente SCP-publicatie «Rapportage Ouderen 1996»: bij de thuiswonende zeer ouderen met ernstige gebreken nemen deze ouderen zelf nog bijna de helft van hun huishoudelijke taken voor eigen rekening, terwijl 40 procent van deze taak door de mantelzorg – familie, burens, vrienden – wordt uitgevoerd. De thuiszorg blijft hier aanvullend: 16 procent.

Mensen blijken in de praktijk voor een groot deel de eigen verantwoordelijkheid voor zichzelf en hun naasten te dragen, ook bij ziekte en gebreken. Maar wat betreft de mantelzorg zijn er een aantal ontwikkelingen die deze onder druk kunnen zetten. Bijvoorbeeld het dalende kindertal. Of de groeiende deelname van vrouwen aan het arbeidsproces. Naast de partner zijn het vooral de dochters die, vaak zonder hulp van derden, de zorg voor een hulpbehoefte ouder op zich nemen (SCP 1994). De maatschappelijke mobiliteit is groter geworden. Moeder in een serviceflat op de Veluwe, een dochter in Maastricht, een zoon in Amsterdam en een tweede in den Haag; de mantelzorgers van heden wonen meestal niet meer om de hoek. Het toenemend aantal echtscheidingen heeft tot gevolg dat kinderen vaker voor twee gescheiden van elkaar wonende bejaarde ouders moeten zorgen. Niettemin verwachtte het SCP in 1994 dat het aandeel van de bevolking dat informele zorg biedt, tot 2010 ongeveer gelijk zal blijven. Alleen was niet duidelijk of de mantelzorg in dezelfde frequentie en omvang gegeven blijft worden. Bovendien: ook al blijft het aanbod aan mantelzorg gelijk, dan nog zal dit de groeiende vraag niet geheel kunnen opvangen.

Gunstiger ontwikkelingen voor de nabije toekomst zijn: het aantal jong-gepensioneerden zal rond 2010 aanzienlijk toenemen doordat de voorhoede van de naoorlogse geboortegolf dan de leeftijd van 65 jaar bereikt. De eerste effecten zullen, door de mogelijkheid van flexibel pensioen, al rond 2005 merkbaar worden. Dat betekent dat een grote, nog vitale groep mensen de tijd die dan vrijkomt ook voor een deel zal kunnen en willen inzetten voor mantelzorg of vrijwilligerswerk. Of, voor de nog verdere toekomst: de levensverwachting van vooral mannen neemt tot 2050 nog aanzienlijk toe, tot naar schatting 80 jaar. De ca. zes jaar verschil in levensverwachting die nu nog tussen mannen en vrouwen bestaat, is

dan teruggedrongen tot drie. Dat kan betekenen dat er geleidelijk aan minder alleenstaande oudere vrouwen komen. Het zijn vooral partners die elkaar mantelzorg bieden. Zij putten ook meer voldoening uit het bieden van deze hulp dan andere informele hulpverleners, waarbij mannen weer vaker voldoening ervaren dan vrouwen als zij voor hun partner zorgen (SCP 1994).

Professionele thuiszorg betekent de onmisbare aanvulling op mantelzorg. Onmisbaar ook al doordat mantelzorgers hierdoor het leveren van hun aandeel langer volhouden. Het gaat erom dat mantelzorg en thuiszorg werken als bondgenoten, en niet dat de komst van de professionele zorg tot gevolg heeft dat de mantelzorg zich geleidelijk aan terugtrekt. Bij intensieve thuisverpleging slaagt men er alleen in de zorg te geven die nodig is als mantelzorg en de professionele thuiszorg samenwerken (SCP 1997). Samenwerking moet vooropstaan, waarbij de professionele thuiszorgers er vooral op dienen te letten dat de mantelzorg gesteund wordt en zonodig tijdelijk ontlast. Het gaat om een respectvolle samenwerking, met begrip voor de eigen taken van een ieder.

2.9 Zorgaanbieders thuiszorg

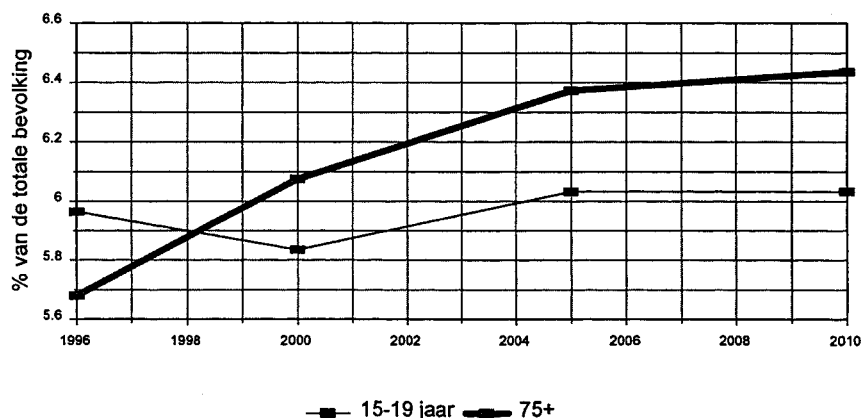
Zoals gezegd neemt de vraag naar zorg toe, ook de vraag naar gespecialiseerdere vormen van zorg. Het personeelsaanbod wat betreft de directe zorgverlening blijft daarentegen achter. Het gevolg is bijvoorbeeld dat men per klant minder tijd kan besteden.

Juist omdat de thuiszorg geleverd wordt binnen de persoonlijke levenssfeer van mensen, hangt de visie op thuiszorg nauw samen met de visie op de maatschappij. De afgelopen jaren is in alle sectoren van de arbeidsmarkt gestreefd naar grotere doelmatigheid, meer efficiency. Geleidelijk aan lijkt het streven naar meer doelmatigheid met name in het uitvoerende werk zijn grenzen te bereiken, of lijken negatieve consequenties de efficiencywinst te overschaduwen. Zo wijst het RMO-advies «Vereenzaming in de samenleving» op mogelijk negatieve effecten van de rationalisering van de zorg. Het Kabinet is dan ook van mening dat het streven naar meer doelmatigheid in de naaste toekomst vooral gericht moet zijn op het terugdringen van de bureaucratie en het zoeken naar een nieuwe balans tussen overhead en directe zorg.

Terwijl het aantal ouderen groter wordt, neemt het aantal jongeren licht af, de komende jaren. In 1996 waren er 924 000 jongeren in de leeftijd van 15–19 jaar; in 2000 zullen er dat 922 000 zijn (middenvariant CBS), om dan wat te stijgen tot 976 000 in 2005. Het aanbod vanuit de groep waaruit de nieuwe aanwas voor zorgberoepen komt, blijft op demografische gronden dus ook achter bij de groeiende groep ouderen. De betrekkelijke stagnatie geldt voor de groep jongeren in haar geheel. De bevolkingsgroei onder allochtonen, mede door de relatief jonge leeftijd van mensen uit deze bevolkingsgroepen, is daarentegen relatief groot.

Bevolkingsprognose 1996

volgens middenvariant CBS



Wat betreft de omvang en aard van de arbeidsplaatsen in de thuiszorg: de meest recente beschikbare gedetailleerde cijfers zijn die uit 1994. In dat jaar waren circa 95 000 personen in loondienst (CBS, Maandbericht Gezondheidszorg, 96/10). Daarvan werkte zo'n 92 procent op parttime basis. De gemiddelde werktijd was ongeveer 20 uur. Ruim 95 procent is vrouw (voor de gehele gezondheidszorg is dit 85 procent). Bovendien is in de thuiszorg een grote groep werknemers niet in loondienst, bijvoorbeeld de ruim 45 000 alphahulpen. Alphahulpen hebben een bijzondere positie: ze zijn zelfstandigen voor wie de thuiszorginstelling bemiddelt richting zorgvrager. De zorgvrager is dus de feitelijke werkgever. Alphahulpen voeren voornamelijk eenvoudige huishoudelijke werkzaamheden uit, en hebben gemiddeld een veel kortere werkweek dan de werknemers in loondienst (circa vijf uur per week). In totaal verrichtten zij bijna 10 miljoen werkuren in 1994. Andere werknemers niet in loondienst zijn de oproep- en uitzendkrachten. Zij werkten bij elkaar ruim 3 miljoen uur, een toename met 50 procent ten opzichte van 1993. Een (niet-gekwantificeerde) bevinding van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ging in dezelfde richting: in verzorgings- en verpleeghuizen worden de tekorten in het personeelsbestand meer dan voorheen met uitzendkrachten ingevuld (Jaarrapportage IGZ 1995). Verder waren eind 1996 867 (32-uurs) Melkert I banen bezet door 1302 personen. In totaal zijn (in 1995 en 1996 samen) 2608 banen via het COTG aan instellingen toegewezen.

Het personeelsverloop in de thuiszorg is groot: in 1994 stroomde 17,4 procent van de werknemers uit. Wellicht houdt dit verband met het hoge ziekteverzuim onder het uitvoerende personeel. Weliswaar nam dit in 1995 af ten opzichte van 1993: zwangerschapsverlof meegerekend verminderde het ziekteverzuim van 10,4 naar 8,7 procent. In de intramurale sector was het gemiddelde ziekteverzuim in 1995 7,3 procent.

Zeer recent gepubliceerde cijfers (van der Windt 1997) geven aan dat het personeelsbestand in de thuiszorg is teruggelopen van 58 062 in 1994 tot 57 342 in 1995. Ook is in de afgelopen periode de instroom van de opleidingen afgenomen. Dat is verontrustend, aangezien het personeel in de thuiszorg de primaire productiefactor is. Het is echter de vraag of deze ontwikkeling mogelijk een nieuwe periode van arbeidsmarktkrapte in (delen van) de zorgsector zou kunnen inluiden. Daarom is het ons voornemen de beschikbare arbeidsmarktprognoses heel specifiek voor de verwachte vraag- en aanbodverhoudingen in de thuiszorg in kaart te brengen. Daarin kan dan ook rekening worden gehouden met factoren als teruglopend ziekteverzuim, teruglopend verloop, instroom van herin-

treders, functiedifferentiatie, mogelijke uitbreiding van deeltijd dienstverbanden naar een dienstomvang van een groter aantal uren.

Bovengenoemde ontwikkelingen vereisen een actief arbeidsmarktbeleid. Dit wordt verder uitgewerkt in paragraaf 3.7.

De beoogde substitutie van intramuraal naar transmuraal en extramuraal betekent niet alleen het anders inzetten van de bestaande middelen, maar ook van het veelal goed opgeleid en gekwalificeerd personeel.

Thuiszorg in de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor gehandicapten vraagt, gezien de bijzondere aard van de doelgroep, om een goede samenwerking en zorgvuldige afstemming tussen de thuiszorgorganisaties enerzijds en GGZ-instellingen en die voor gehandicapten anderzijds. Van de GGZ en van de zorg voor gehandicapten mag daarbij onder meer een specifieke inbreng worden verwacht, bijvoorbeeld in de vorm van deskundigheidsbevordering en consultatie, of hulp bij crisissituaties. Op plaatselijk niveau kan worden bezien hoe deze samenwerking het beste vorm kan krijgen.

Extra aandacht bij de werkers in het veld voor de specifieke problematiek bij psychiatrische patiënten en bij (verstandelijk) gehandicapten is een noodzaak. Uitgangspunt dient een respectvolle bejegening te zijn.

Van het management in de thuiszorg is de afgelopen tijd veel gevraagd. Tegelijkertijd is het management – zoals bij afwezigheid van voldoende tegenwicht een welhaast natuurlijke ontwikkeling schijnt te zijn – hier en daar wat erg fors uitgegroeid. Er lijkt bij een aantal instellingen een scheve verhouding te bestaan tussen de kosten voor het management en voor de directe zorgverlening. Op het gebied van doelmatigheid moeten bij een aantal instellingen de verhouding overhead directe zorgverlening worden rechtgetrokken. Meer doelmatigheid in de thuiszorg moet vooral daarop gericht zijn. Bij de «handen aan het bed» lijkt de doelmatigheid hier en daar wat te ver doorgeschoten: dat gaat ten koste van zowel cliënt als van zorgverlener. De doelmatigheidsoperatie die thans loopt heeft op het oog, via benchmarking, deze verhouding om te buigen in de richting van meer directe zorgverlening. Meer ruimte voor banen in de lagere echelons betekent een verlichting van het werk van de thuisverzorgers: het werk wordt aldus weer aantrekkelijk gemaakt, wat eveneens invloed zal hebben op de verhoudingsgewijs hoge ziektecijfers. Bovendien betekent het een bijdrage aan de sociale cohesie.

2.10 Medische zorg en zorg thuis

In de nabije toekomst zullen aanzienlijk meer mensen thuis wonen die extra zorg nodig hebben wegens herstel na ziekenhuisverblijf, of wegens een chronische kwaal, een verstandelijke of lichamelijke handicap, een psychiatrische stoornis of gebrekkigheid door ouderdom. Op dit moment worden nog veel mensen in het ziekenhuis behandeld voor aandoeningen waarvan men zich moet afvragen of het ziekenhuis daarvoor inderdaad de meest aangewezen plaats is. Dat hangt samen met een vorm van medicalisering die nog eens nauwkeurig moet worden geanalyseerd: de medicalisering van verouderingsziekten, en min of meer in het verlengde daarvan, van de dood. Bij verouderingsziekten, zoals reuma, suikerziekte, vele vormen van kanker, is geen sprake van behandeling in de zin van genezing. Bij kanker gaat het vaak om nog wat extra tijd van leven, tijd die in slechte gezondheid wordt doorgebracht. Voor verouderingsziekten geldt dat het accent moet liggen op het compenseren van belemmeringen, waar in redelijkheid het bestaan zo dragelijk moet worden

gemaakt: het leren leven met en ondanks de kwaal. Thuiszorg speelt daarbij een belangrijke rol.

Wat betreft de laatste levensfase: mensen willen het liefst in hun eigen bed sterven, maar kiezen er toch voor – al dan niet op advies van arts of familie – om als het mis dreigt te lopen naar het ziekenhuis te gaan. In 1970 vond 19 procent van de sterfgevallen in het ziekenhuis plaats, en ruim de helft thuis. In 1995 was het aantal sterfgevallen dat in het ziekenhuis plaatsvond toegenomen tot 35 procent (SCP 1997). Overlijden in een verpleeg- of verzorgingshuis is eveneens aanzienlijk toegenomen. Wat betreft het ziekenhuis: mogelijk laat men zich opnemen uit angst voor het komende onbekende, waartegen de medische techniek en de verzorging van het ziekenhuis een schijnzekerheid bieden, mogelijk ook vanuit het idee dat men er alles aan gedaan heeft om toch nog in leven te blijven. Hoe dan ook: de medicalisering van het levenseinde is een feit. In de meeste gevallen een overbodige medicalisering: de zorgverleners in het ziekenhuis voelen zich, vaak onder druk van de verwachtingen van patiënt en familie, verplicht om medisch-technische ingrepen te verrichten waarvan eigenlijk al vaststaat dat ze tevergeefs zullen zijn. Stervensbegeleiding thuis, meer aandacht voor palliatieve zorg thuis, in het ziekenhuis, verpleeghuis of verzorgingshuis en voorts de opkomst van hospices, waarbij het niet gaat om een zo lang mogelijk uitstel, maar eerder om een aanvaarden van dat wat komen gaat, begint nu geleidelijk aan een tegenwicht te bieden. Het is een alternatief dat een waardig levenseinde mogelijk maakt.

Dan is er de zorg thuis na bijvoorbeeld een operatie. De meeste mensen hebben een voorkeur voor herstel thuis, liever dan in het ziekenhuis. Bovendien blijkt dit bevorderlijk voor een snel herstel. Het gaat hier om ziekenhuisverplaatste zorg. Bij deze herstelperiode thuis is ook de huisarts betrokken, en van hem wordt daarom specifieke kennis omtrent dit soort nazorg verwacht. De ontwikkeling in de ziekenhuiszorg – ook internationaal – is dat men zich steeds meer concentreert op high-tech zorg. De ligduur wordt korter, wat vervangende thuiszorg onmisbaar maakt. Ziekenhuizen blijken geïnteresseerd in het bieden van zorg buiten de muren.

Het beleid van extramuralisering vraagt om een goede zorg thuis. Dit alles heeft gevolgen voor de medische hulp zo dicht mogelijk bij huis: de huisarts. Huisartsen zelf zijn op zoek naar een nieuw kader. Niet alleen poortwachter voor de tweede lijn, maar eerder regisseur en coördinator van de zorg in de wijk, samen met praktijkverpleegkundigen: dat wordt meer en meer de eigentijdse invulling voor de huisarts. De ontwikkeling op dit moment is van solopraktijk naar duopraktijk of samenwerken in een gezondheidscentrum. Onder de huisartsen zelf bevindt zich een groeiend aantal parttimers, wat voor hen het werken in zo'n centrum aantrekkelijker maakt. Goed geëquiperde zorgcentra – bijvoorbeeld voorzien van een laboratoriumfunctie, van huisartsen die beschikken over gedifferentieerde kennis en ervaring, van praktijkverpleegkundigen, paramedici en maatschappelijk werkers – zullen van steeds groter belang worden. Samenwerking met de thuiszorg is een noodzaak bij de begeleiding van mensen met verouderingsziekten. De huisarts, als generalist, kan de samenhang van de hulpverlening bewaken. Daarbij heeft de specialist een consultatieve functie, of maakt deel uit van het team. Paramedici kunnen eveneens aan zo'n centrum verbonden zijn. Ook huishoudelijke hulp kan een onmisbare voorwaarde zijn om het leven thuis mogelijk te maken, bijvoorbeeld bij een chronische ziekte als reuma.

Te denken valt aan een toekomstbeeld waarin ziekenhuizen binnen het budget minder besteden aan bedden, en meer aan transmurale zorg. Dat

betekent dat ook meer menskracht buiten de muren wordt gebracht. Op dit moment functioneren er al gedeconcentreerde «buitenpoli's». Genoemd kan eveneens worden het experiment Velzen: het ziekenhuis Velzen/IJmuiden is gesloten, maar wel is de EHBO-functie gehandhaafd. De EHBO-post wordt thans bemest door de huisartsen, met verpleegkundige en technische ondersteuning van een ziekenhuis, en een achterwacht door de medisch specialisten. Voor crisisopvang en low-care zorg zijn zogeheten huisartsenbedden beschikbaar.

Van belang is een goede samenhang tussen de zorg geleverd door ziekenhuis, medisch specialist en huisarts. Dit wordt in hoofdstuk 4 verder uitgewerkt.

Voor transmuralisering komt vooral ook het care-deel in aanmerking dat nu nog binnen de muren wordt geleverd, en dat efficiënter kan worden geboden in de vorm van transmurale zorg. Het RVZ-advies «Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming» biedt een inhoudelijk kader voor deze ontwikkelingen.

Instellingen brengen de zorg geleidelijk aan buiten de muren. In de ouderenzorg en in de geestelijke gezondheidszorg is dat proces al langer aan de gang. Het is een proces van lange adem. Afbouw van bedden betekent dat er eerst extramuraal en transmuraal een nieuw zorgaanbod moet zijn om de zorgvraag op te vangen. Huisartsen moeten in de gelegenheid worden gesteld hun taak van eerste zorgverlener in de wijk waar te maken. Ruimte moet er komen voor het opzetten van zorgcentra, waar huisartsen gelegenheid hebben meer gerichte kennis te verwerven, meer praktische armslag te krijgen. De verschuiving van tweede- naar de eerstelijns moet op een verstandige manier plaatsvinden, geleidelijk aan. Er dienen ook targets te worden gesteld. Op dit moment werkt 49 procent van de huisartsen in een solopraktijk. Negen procent werkt in gezondheidscentra, tien procent in een groepspraktijk, en 31 procent in een duopraktijk (LHV, cijfers per 1 januari 1996). De huidige huisartsengroepen (Hagro's) kunnen uitgangspunt vormen voor een verdere ontwikkeling. Het gaat om het versterken van de huisartsfunctie in brede zin.

De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) wordt advies gevraagd over een redesign van de eerste lijn, waarbij de vraag naar methoden voor implementatie en het noemen van targets uitdrukkelijk aan de orde komt. Daarbij kan voortgebouwd worden op al eerder ingezet beleid, en op adviezen als die van de commissie Biesheuvel en de commissie Welschen.

Een goed moment voor herbezinning op de organisatie van de gezondheidszorg in een regio is als er beslissingen moeten worden genomen over grote investeringen. Op zo'n tijdstip kan worden overwogen hoe de zorg in een regio er over circa een jaar of tien moet uitzien. Dan kan op verantwoorde wijze een parallelle opbouw van de eerstelijns danwel van transmurale zorg plaatsvinden. Er zal een vorm van afstemming moeten komen in een bepaald zorggebied. Uiteindelijk gaat het er om dat in de komende decennia de zorg inderdaad dichter naar de mensen wordt gebracht.

3. BELEIDSDOELEN OP KORTERE TERMIJN

Voor de korte termijn liggen er enkele zaken die om een oplossing vragen, of die verder uitgewerkt moeten worden. Het gaat om de verdere implicatie van de beleidsmaatregelen genomen per 1-1-1997. Voorts heeft het Kabinet inmiddels besluiten genomen over een drietal belangrijke punten voor de thuiszorg: de knip, het benodigde volume en de marktwerking in het eerste compartiment.

3.1 Korte termijn: orde op zaken

Onze prioriteit ligt thans bij het goed implementeren van een aantal recent genomen maatregelen. Het integratieproces in de thuiszorg, tussen de voormalige instellingen voor kruiswerk en gezinsverzorging, is wenselijk op zorginhoudelijke gronden. Integratie betekent onder meer eenzelfde wijze van financieren en van indiceren. Het gelijktrekken van het eigen bijdragestelsel tussen het voormalige kruiswerk en gezinsverzorging bleek te leiden tot meer technische problemen dan van te voren was voorzien. Op dit moment wordt door partijen, veld en overheid, er hard aan gewerkt deze zo snel mogelijk op te lossen.

Een uniforme wijze van indiceren was zoals gezegd noodzakelijk wegens de integratie, maar ook wenselijk om tot een betere verdeling van zorg te komen. In de wetwijziging die per 1 januari 1997 in werking is getreden, is gesteld dat er indicatiecommissies komen onder regie van de gemeenten. Over de nieuwe wijze van indiceren is per 12-5-1997 een voortgangsrapportage naar de Kamer gezonden (kenmerk PBO\PIV\971050).

3.2 De «knip»

De huidige knip (ziekenhuisgerelateerde thuiszorg tot 13 weken na ontslag wordt gefinancierd door de zorgverzekeraars in het tweede compartiment) lijkt in de praktijk een tweetal ernstige knelpunten op te leveren.

Ten eerste: er ontstaat herhaaldelijk discussie tussen thuiszorginstelling en zorgverzekeraar over de vraag wie de thuiszorg na ontslag uit het ziekenhuis moet betalen (de zogeheten afwentelingsproblematiek). In sommige gevallen zou dit belemmerend werken op het snel verlenen van hulp.

Ten tweede: het kost de thuiszorginstellingen veel tijd en menskracht om met de verschillende zorgverzekeraars te onderhandelen over de zorgtoewijzing.

De huidige knip loopt tot 1 januari 1998 (via een subsidieregeling). Een evaluatie door de Ziekenfondsraad is voorzien in de loop van de zomer. Indien deze objectieve evaluatie het bovenstaande bevestigt, achten wij een andere vormgeving van de «knip» met ingang van 1 januari 1998 geboden. Hiervoor zijn naar onze mening twee mogelijkheden.

1. Alle kortdurende thuiszorg (bijvoorbeeld de eerste zes maanden) wordt gefinancierd via het tweede compartiment. Deze knipvorm is eenduidig (geen discussie, geen afwentelingsgedrag). Het betekent wel dat opnieuw een fors bedrag van het eerste naar het tweede compartiment moet worden overgeheveld en dus wordt onttrokken aan de budgetgarantie van de toegelaten thuiszorginstellingen. Tevens vermindert dit de ruimte voor substitutie binnen het eerste compartiment van intramuraal naar extramuraal.

2. De knip wordt afgeschaft. Thuiszorg in het tweede compartiment wordt voortaan beperkt tot ziekenhuisverplaatste zorg. Er zal nog nader worden bezien op welke wijze de zogeheten intensieve thuiszorg wordt vormgegeven, zodat deze aansluit op de situatie zoals die voor 1997 bestond.

Alles afwegende kiezen wij voor het tweede alternatief.

Voor de ontwikkeling van de ziekenhuisverplaatste zorg op langere termijn verwijzen wij naar paragraaf 4.5.

3.3 Volume

De vraag naar thuiszorg wordt groter op grond van demografie, substitutie en toename zorgzwaarte. Hierbij wordt uitgegaan van een jaarlijks groeipercentage van 2,2 procent. Het Sociaal en Cultureel Planbureau werkt op dit moment op ons verzoek meer gedetailleerde modellen uit, waarin onder meer rekening wordt gehouden met toename van de zorgzwaarte. Voor een deel kan de toekomstige groei van de zorgvraag dus nog nader gekwantificeerd worden.

Het budget voor de thuiszorg in 1997 bedraagt ruim 3,4 miljard gulden. Dit is als volgt opgebouwd: 2,8 miljard voor de AWBZ-aanspraak thuiszorg (verpleging en verzorging, eerste compartiment), 135 miljoen voor de thuiszorg na ziekenhuisopname (tweede compartiment), 290 miljoen voor de overige thuiszorg (jeugdgezondheidszorg en dieetadvisering), persoonsgebonden budget 181 miljoen en coördinatie vrijwillige thuiszorg 14 miljoen.

De intensivering voor verpleging en verzorging in 1996 bedroeg 30 miljoen gulden ten behoeve van de directe zorg. Dit jaar is 75 miljoen gulden extra structureel beschikbaar gesteld. Dat betekent een groei van 2,2 procent van het AWBZ-budget aanspraak thuiszorg van 2,8 miljard, uitsluitend te besteden aan directe zorg. Voor 1998 is 103 miljoen gulden beschikbaar, die eveneens gericht zal worden ingezet voor productieve zorg. Daarnaast zijn er intensiveringen in de ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg. Voorts kunnen de opbrengsten van doelmatigheidsmaatregelen ingezet worden voor directe zorg.

De extra middelen in 1998 betekenen voor dat jaar een groei van circa 3 procent ten opzichte van 1997 voor de aanspraak algemene thuiszorg AWBZ. Voor 1998 is daarnaast voorzien in een groei ouderenzorg en gehandicaptenzorg, inclusief zorg aan huis. In bovengenoemd percentage van 3 procent is niet de substitutie in de diverse sectoren meegerekend.

3.4 Aanpak doelmatigheid

Om te komen tot meer doelmatigheid in de thuiszorg is, samen met de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, een traject van benchmarking ingezet. Dat wil zeggen, de zakelijke gegevens van een aantal instellingen worden met elkaar vergeleken, en hieruit komt een profiel naar voren waaraan instellingen moeten voldoen. Het COTG zal de resultaten verwerken in de richtlijnen die vanaf 1-1-1998 van toepassing zijn. Voorts wordt in de richtlijnen van het COTG uitgegaan van budgetten, die gebaseerd zijn op daadwerkelijke (zorg)productieafspraken.

Indien sanering om doelmatigheidsredenen noodzakelijk is, dan zijn hiervoor incidenteel extra middelen beschikbaar.

3.5 Opschorten marktwerking AWBZ

Tussen 1994 en 1996 zijn 25 nieuwe instellingen thuiszorg toegetreden, al dan niet gelieerd aan reeds bestaande thuiszorginstellingen. Vorig jaar al werd geconstateerd dat naast het beoogde effect van meer dynamiek en meer klantgericht werken, er ook niet-beoogde effecten optraden die noopten tot een pas op de plaats in 1997, in afwachting van een fundamentele discussie over de vraag hoe verder met de marktwerking in de AWBZ. Bij beslissingen over verdere voortgang zullen adviezen van de werkgroep Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit een belangrijke rol spelen. Dat geldt ook voor de besluitvorming over het scheiden van wonen en zorg in het kader van de Modernisering Ouderenzorg, waardoor een geheel nieuwe ordening van de AWBZ zal

ontstaan. Over het traject scheiden wonen en zorg zal uiterlijk eind 1999 besluitvorming moeten plaatsvinden, om tijdig in 2000 wettelijke maatregelen te kunnen voorbereiden met het oog op implementatie per 1-1-2001, wanneer ook de Overgangswet Verzorgingshuizen expireert.

Het kabinet heeft tegen die achtergrond besloten in principe geen nieuwe thuiszorginstellingen toe te laten totdat de bovengenoemde besluitvorming heeft plaatsgevonden. Dat geeft ook op korte termijn een zekere rust in deze sector. Dit betekent dat de in de periode '94-'96 toegelaten 25 nieuwkomers weer kunnen rekenen op een basisbudget van 2,375 miljoen gulden per jaar, indien zij althans voldoen aan de daarvoor van toepassing zijnde voorwaarden. Over de problemen van de nieuwe aanbieders in 1997 en de wijze waarop en de mate waarin deze kunnen worden opgelost, berichten wij u bij de toegezegde eerste voortgangsrapportage.

Voor het opschorten van de marktwerking in het eerste compartiment is aanvullende wetgeving nodig. Via een AMvB zal een toelatingsregeling tot stand komen waarover wij u binnenkort nader informeren.

3.6 Verevening

Door de fusies werden ook landelijke vergelijkingen tussen instellingen mogelijk en noodzakelijk. Het bleek dat er niet alleen inhoudelijk historisch gegroeide verschillen waren, maar ook financieel. Sommige instellingen waren, gemeten naar hun verzorgingsgebied, aanzienlijk ruimer bedeed dan andere. Deze verschillen worden nu, op grond van objectieve parameters, geleidelijk aan weggewerkt in een herverdelingsproces, de «verevening». Dit traject is in overleg met de LVT ingezet. Bij instellingen die moeten inleveren geeft dat op korte termijn problemen. Echter, de negatieve effecten van de verevening worden de komende tijd aanzienlijk afgevlakt door extra middelen voor volumegroei.

3.7 Arbeidsmarktbeleid

Een aantal maatregelen zijn genomen of in voorbereiding om het praktisch werken in de thuiszorg aantrekkelijker te maken. Het arbeidsmarktbeleid is in de thuiszorg, waarin het personeel zo'n centrale rol vervult, van groot belang. De sector zal daarom zelf een actief arbeidsmarktbeleid moeten voeren. In het kader van dit arbeidsmarktbeleid zal de sector het nodige moeten doen om na te gaan in hoeverre wervingsproblemen aan de orde zijn en opgelost danwel voorkomen kunnen worden.

De thuiszorg laat op het punt van het ziekteverzuim een relatief somber beeld zien. Het ziekteverzuim is relatief hoog in deze sector. Voor de gezinsverzorging ligt dit hoger dan het landelijk gemiddelde en hoger dan het gemiddelde ziekteverzuimpercentage van de zorgsector als geheel. Daarbij is verontrustend dat – waar het ziekteverzuim over het algemeen gedaald is in de afgelopen periode – deze daling zich bij de thuiszorg niet in dezelfde mate heeft voorgedaan. Het lijkt daarom dringend gewenst dat hieraan vanuit de sector blijvende actieve aandacht wordt besteed.

Het aantrekkelijk maken van de arbeid vraagt om extra scholing. Uit onderzoek blijkt dat op de middellange termijn vooral meer vraag verwacht wordt naar verzorgenden en helpenden (Gezondheidszorg in Tel 4, 1996). Gezien het streven naar extramuralisatie doet zich die stijging vooral voor in de sector thuiszorg. Om de toenemende vraag op te vangen is dan ook scholing van belang, niet alleen van nieuwe krachten maar ook van reeds in de sector werkzame arbeidskrachten. Juist in de thuiszorg werken veel ongeschoolde arbeidskrachten: er zijn circa 10 000 ongediplomeerde verzorgenden. Scholing kan niet alleen de kwaliteit van

de zorg ten goede komen maar kan ook het ziekteverzuim doen dalen. Per 1 augustus 1997 starten er pilots met een opleiding in de zorgsector op deskundigheidsniveau I bij drie Regionale Opleidingscentra (ROC). Dat is in lijn met het rapport «Zorg voor zorg» (commissie Ermen).

Een ander belangrijk thema voor het arbeidsmarktbeleid van de sector is de instroom van allochtonen in het personeelsbestand. Het valt te verwachten dat de zorgvraag in toenemende mate ook vanuit groepen allochtonen zal komen. Daarom alleen al is gewenst dat de instroom van allochtonen in het personeelsbestand wordt bevorderd. Daarnaast is het ook in het algemeen belang om participatie van allochtonen te stimuleren. Het Topaz (Tijdelijk Ondersteuningspunt Allochtonen in de Zorgsector) heeft een onderzoek uitgevoerd naar de arbeidsdeelname van allochtonen in de zorgsector. Uit een bij dat onderzoek behorende enquête, gehouden eind 1994, blijkt dat in de vier grote steden gemiddeld 3,5 procent van het personeel in de zorgsector allochtoon is. Buiten de Randstad is dat zo'n 1,7 procent. Ter vergelijking: in het bedrijfsleven is circa 2 procent van het personeelsbestand allochtoon. De helft van de ondervraagde instellingen in de zorgsector voerde een specifiek allochtonenbeleid, danwel had dit in ontwikkeling. Dit beleid richt zich vooral op de werving van nieuwe arbeidskrachten.

Ook zijn opleidingen specifiek gericht op allochtone jongeren – met oog voor opleidings- en aansluitingsproblemen – van belang.

Langdurig werklozen, die door hun werkloosheid buiten de maatschappij zijn komen te staan, zijn ook een belangrijke bron van potentiële zorgverleners. Er zijn vele mensen thuis, zonder kansen deel te nemen aan het maatschappelijk leven. Dit heeft vaak een weerslag op hun zorgbehoefte waardoor zij bijdragen aan de zorgvraag. Oplossingen in de geest van bijvoorbeeld «meer werk voor laaggeschoolden» liggen dan voor de hand. Ook het WRR rapport over de tweedeling en over de noodzaak op zoek te gaan naar een nieuwe sociale cohesie door middel van meer deelneming aan arbeid, ondersteunt een dergelijk inzicht.

Bovenstaande thema's zullen door sociale partners moeten worden uitgewerkt, waarbij uiteraard een optimaal gebruik moet worden gemaakt van reeds aanwezige instrumenten als sectorfondsen, afdrachtskortingen in het kader van de WVA (wet vermindering afdracht loonbelasting), Arbeidsvoorzieningen, vormgeving arbeidsvoorwaarden in de CAO en gedifferentieerde premiestelling bij de arbeidsongeschiktheidsregelingen. In het bestaande overleg van de sector met VWS over het arbeidsmarktbeleid kan het ministerie daarbij een helpende hand bieden.

In het recente verleden is onder andere in het parlement veel aandacht besteed aan de (on)mogelijkheden om de naleving van de CAO-Thuiszorg te bevorderen. In onze brief aan de Kamer van 8 november jl. (kenmerk CSZ/EZ/9613449) is daarover geconcludeerd dat het instrumentarium van het algemeen verbindend verklaren van CAO's het instrument bij uitstek vormt voor de betrokken sociale partners en voor de betrokken individuele werknemers om die naleving af te dwingen.

Ook voor de laatste CAO-Thuiszorg, die van 1996/1997, hebben sociale partners om een algemeen verbindend verklaring verzocht bij de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Daar heeft de NTN Thuiszorg B.V. eind december 1996 bezwaar tegen aangetekend. De avv-procedure is daarom nog niet afgerond.

Door de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid worden stappen ondernomen teneinde te bevorderen dat spoedig duidelijkheid ontstaat over het algemeen verbindend kunnen verklaren van de CAO.

4. VISIE EN BELEIDSAGENDA VOOR DE LANGERE TERMIJN

Op grond van solidariteit dient een kwantitatief en kwalitatief toereikend basispakket thuiszorg voor een ieder toegankelijk en bereikbaar te blijven. De zorg die geleverd wordt dient doelmatig en betaalbaar te zijn. De kaders van de gezondheidszorg dienen daartoe ruimte te bieden. Facetbeleid is onmisbaar om zorg thuis ook in brede zin mogelijk te (blijven) maken. Samenhang in het aanbod aan zorg zal door herstructurering vorm moeten krijgen.

4.1 Zelfzorg en mantelzorg

De zorg voor zichzelf en de zorg voor elkaar (mantelzorg) nemen de belangrijkste plaats in bij de zorg thuis. Professionele thuiszorg betekent de onmisbare aanvulling. Onmisbaar ook al doordat mantelzorgers hierdoor het leveren van hun aandeel langer volhouden. Het gaat erom dat mantelzorg en thuiszorg werken als bondgenoten, en niet dat de komst van de professionele zorg tot gevolg heeft dat de mantelzorg zich geleidelijk aan terugtrekt.

Gezien het belang van mantelzorg is versterking vanuit de overheid noodzakelijk, bijvoorbeeld door het verder bevorderen van kort verblijfsmogelijkheden elders, waardoor de mantelzorgers tijdelijk ontlast worden. Daarnaast is het van belang dat de mogelijkheden voor het opnemen van zorgverlof worden uitgebreid. De overheid stimuleert sociale partners afspraken te maken over dit onderwerp en neemt waar mogelijk belemmeringen weg die het opnemen van zorgverlof in de weg staan. Mantelzorgers met een baan krijgen meer ruimte als op kritieke momenten zorgverlof kan worden opgenomen. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de gemeenten om te beoordelen of het wenselijk is of mannen en vrouwen in de bijstand die mantelzorg verrichten, of vrijwilligerswerk ten behoeve van de thuiszorg, meer ruimte moeten krijgen te kiezen voor hetzij dit werk, hetzij een betaalde baan buitenshuis. Informatie over thuiszorg dient gemakkelijker toegankelijk te worden gemaakt. Een goede afstemming met de thuiszorg is onmisbaar. Openstaan van de thuiszorg voor mantelzorgers, inzien dat het erom gaat dat men taken op elkaar moet afstemmen, dient het uitgangspunt te zijn.

4.2 Extramuralisatie en substitutie

Kern van het beleid is extramuralisatie en substitutie. Dat is ook de richting die mensen zelf willen (zo lang mogelijk thuis blijven wonen, ook bij ziekten, gebreken en handicaps). Extramuralisatie geldt voor de hele linie van de intramurale zorg: verzorgingshuizen, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, ziekenhuizen. In een aantal sectoren is dat proces al goed op gang is gekomen. In de voorgaande analyse is geconstateerd dat er sprake is van een deels onnodige medicalisering, bijvoorbeeld bij mensen met verouderingsziekten als reuma, kanker, suikerziekte. Het levenseinde in het ziekenhuis is soms eveneens teveel door medisch-technische ingrepen omgeven.

Ziekenhuiszorg kan dichterbij de mensen worden gebracht, door trans- en extramuralisering van ziekenhuiszorg, door het opzetten van zorgcentra in de wijk.

Samenvattend: er is een proces aan de gang van cure richting care, van specialistisch naar generalistisch, van intramuraal naar extramuraal. Dit proces willen wij waar nodig beleidsmatig sturen en krachtig ondersteunen. Er moet beleidsmatige invulling gegeven worden aan een goede bewaking van de relatie tussen de verschillende schakels in de zorgketen. Om stagnatie in het proces te voorkomen, zal een beslissing met

betrekking tot de ene schakel doorvertaald moeten worden naar de effecten op de volgende schakel.

Meer chronische patiënten die thuis worden verzorgd, meer ouderen met handicaps en gebreken, patiënten die na een operatie het ziekenhuis zo snel mogelijk verlaten om thuis verder te herstellen; dat alles betekent dat thuiszorg veel meer dan nu het geval is moet gaan samenwerken met medische zorg. Bij het ontwikkelen van een visie dient daarom ook bekeken te worden welke processen nu al in gang zijn die vruchtbare aanzetten voor de toekomst in zich dragen, zowel in de care als in de cure.

Wat betreft de ouderen: zij willen zelf het liefst zo lang mogelijk in de eigen woning, in de eigen buurt blijven wonen. Men verhuist pas als het niet langer kan, wegens gezondheidsproblemen. Extramuralisering, op een goede manier, zodat het voor betrokkene inderdaad aantrekkelijker blijft zo lang mogelijk thuis te wonen in plaats van te moeten verhuizen naar een instelling, wordt vooral mogelijk gemaakt door een goed huisvestingsbeleid. Op dat gebied is al veel aan de gang. Te denken valt aan het meer geschikt maken van bestaande woningen door aanpassingen en het plaatsen van liften. Of aan specifiek bestemde woningen, zoals al dan niet van het «seniorenlabel» voorziene seniorenwoningen, aanleunwoningen en woonzorgcomplexen. Het ministerie van VROM ondersteunt deze initiatieven, onder andere door het voorschrijven van aanpasbaar bouwen, of het tijdelijk stimuleren van liftplaatsing. Ook de maatregelen die al zijn aangekondigd in de sfeer van de individuele huursubsidie dragen bij aan het – al dan niet begeleid – thuis kunnen wonen van ouderen en andere specifieke groepen, zoals verstandelijk gehandicapten. Binnenkort verschijnen twee adviezen over het thema wonen en zorg, van de Raad voor de Volkshuisvesting (naar verwachting zomer 1997) en van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (najaar 1997).

Het is van belang dat het volkshuisvestingsbeleid en dat van de gezondheidszorg zo goed mogelijk op elkaar afgestemd zijn en blijven.

Bij de geestelijke gezondheidszorg is eveneens een proces op gang gekomen van extramuralisering en een aanbod van zorg in zorgfuncties, niet langer gebonden aan een bepaalde type instellingen. De zorg is dichterbij de mensen gebracht, psychiatrische patiënten hebben nu (voor een deel) de keus om in plaats van ondergebracht te worden in een instelling toch in de maatschappij te blijven, bijvoorbeeld in beschermende woonvormen. Wat betreft een samenhangend aanbod: op dit moment ontstaan regionale netwerken van zorg, waardoor het leveren van zorg op maat gefaciliteerd wordt. Wij steunen dit beleid krachtig.

Bij gehandicaptenzorg heeft de extramuralisering een belangrijke impuls gekregen door de komst van het persoonsgebonden budget, waardoor mantelzorgers – veelal de ouders van de gehandicapte – of de gehandicapte zelf in staat zijn zorg naar behoefte in te kopen.

4.3 Het benodigde kader: de compartimenten

Extramuralisering voorkomt onnodige uitgaven voor infrastructuur. Zie voor kwantificering de separaat toegezonden «Verkenningen Ouderenzorg 1995–2010». Een cruciale vraag is of voor onze zorginhoudelijke beleidsdoelen aanpassingen nodig zijn in de huidige financieringsstructuur van het zorgstelsel. Daarbij kijken we naar het nabije verleden: ongeveer een decennium geleden startte de discussie over een ingrijpende stelselherziening. Dat betekende dat zeer veel tijd en energie werd gestopt in het bedenken van en discussiëren over blauwdrukken voor nieuwe financiële en organisatorische kaders. Het huidige kabinet heeft besloten een pas op

de plaats te maken. De zorg werd ondergebracht in compartimenten, volgens een in feite historisch gegroeide indeling. Ze zijn al eerder in de nota genoemd: een eerste compartiment voor de langdurende zorg, dus voor de zogeheten onverzekerbare risico's, met de al bestaande AWBZ. Deze was ook oorspronkelijk voor deze vormen van zorg opgezet. Het gaat in grote lijnen om de care. Het tweede compartiment, bekostigd via de Ziekenfondswet of de particuliere zorgverzekeraars, is voor de cure, de overige zorg, met uitzondering van luxe vormen van aanvullende zorg. Deze laatste horen thuis in het derde compartiment. Internationaal gezien kan het Nederlandse gemengde stelsel de vergelijking wat betreft inhoud, kwaliteit, kosten en toegankelijkheid goed doorstaan.

4.4 Langdurende zorg in het eerste compartiment

De vraag die voorligt is of de visie, zoals deze in de nota is neergelegd, te verwezenlijken valt binnen het stelsel van de huidige drie compartimenten.

Het is zinvol een onderscheid te maken tussen de langdurende, chronische zorg, en de kortdurende zorg. De langdurende zorg, die voor chronische patiënten, past ons inziens inderdaad, zoals nu ook al het geval is, het beste in het eerste compartiment. Dat wil zeggen in de AWBZ als brede volksverzekering, financieel gedragen door de hele bevolking, voor de onverzekerbare ziekerisico's. Het betreft hier in grote lijnen de care-sector, waar het hoofdaccent ligt op (vaak zeer) langdurende verzorging en begeleiding. Concreet gezegd: het gaat om verzorgingshuizen, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen voor psychiatrische patiënten, om instellingen voor lichamelijk en verstandelijk gehandicapten, en om alle vormen van langdurende thuiszorg, die een alternatief kunnen bieden voor verblijf in een instelling. Van belang is continuïteit van en samenhang in de zorg. De huidige thuiszorginstellingen leveren nu al dit soort zorg, en zullen deze ook in de toekomst blijven leveren.

4.5 Kortdurende zorg in het tweede compartiment

De kortdurende zorg, die van de ziekenhuizen, medisch specialisten, huisartsen, paramedici en de kortdurende thuiszorg (zoals verpleging en verzorging thuis aansluitend op een ziekenhuisverblijf), past in het tweede compartiment. Het gaat in grote lijnen om de cure. De aard van deze zorg is anders: van belang is bijvoorbeeld dat de ziekenhuiszorg en de zorg die hierna thuis volgt, inderdaad goed op elkaar aansluiten, en dat ook hier substitutie kan plaats vinden. Met andere woorden: ziekenhuisverplaatste thuiszorg kan een goed alternatief vormen voor intramurale ziekenhuiszorg. Goede thuiszorg, in combinatie met medische zorg vanuit een zorgcentrum, kan, zeker in de nabije toekomst, ook een ziekenhuisverblijf vervangen. Een voorbeeld: suikerpatiënten moeten ingesteld worden op insuline. Dat kan gebeuren in het ziekenhuis, maar het kan evengoed plaatsvinden in een goed toegerust zorgcentrum in de wijk, dicht bij huis. Ziekenhuizen zelf kunnen tegenwoordig een deel van hun budget inzetten voor trans- en extramurale zorg. Van belang is hierbij de as ziekenhuis-huisarts te versterken. Het is denkbaar dat het ziekenhuis zelf meer specialistische vormen van thuiszorg (ziekenhuisverplaatste zorg) organiseert, in samenwerking met de huisarts en wijkverpleegster. Of verpleegkundigen verbonden aan het ziekenhuis verlenen de zorg thuis. Ook kan het ziekenhuis zorg inkopen bij een thuiszorginstelling. Bij de thans lopende operatie van beddenreductie behoudt het ziekenhuis zijn budget; het deel wat niet langer besteed wordt aan bedden kan bijvoorbeeld gebruikt worden voor de ziekenhuisverplaatste thuiszorg. De toenemende vraag naar zorg thuis, als gevolg van korter verblijf in het ziekenhuis, kunnen de ziekenhuizen aldus zelf beantwoorden.

4.6 Marktwerking

In de gezondheidszorg speelt al jaren de vraag: sturing door de overheid of sturing door de markt. Naar onze mening ligt de waarheid in het midden: de zorgsector is gebaat bij een mix van overheidssturing en marktelementen (zie ook regeerakkoord).

Een actieve overheidssturing in de gezondheidszorg blijft nodig voor:

1. toegankelijkheid tot noodzakelijke zorg voor iedereen;
2. efficiënte allocatie van middelen;
3. rechtvaardige verdeling van lasten;
4. kostenbeheersing.

Illustratief is de situatie in de VS, waar de gezondheidszorg voor een groot deel aan de markt is toevertrouwd en waar het systeem op bovengenoemde punten tekortschiet.

De discussie kan worden verhelderd als we het vraagstuk van de marktwerking disaggregeren, door de zorgsector op te splitsen in deelmarkten: de verzekeringsmarkt, de dienstverleningsmarkt, de markt van inputs (kapitaal, arbeid, technologie) etc. (Okma 1997). Dan blijkt dat in sommige deelmarkten marktprikkels nuttig zijn en in andere niet. Ook vertoont geen van de deelmarkten alle kenmerken van een volledig concurrerende markt. Er is hoogstens sprake van gereguleerde competitie.

4.6.1 Marktwerking in het eerste compartiment

Kenmerken van het eerste compartiment zijn: strikte regulering van aanbod, prijs en budget. De AWBZ wordt uitgevoerd door zorgkantoren, die geen risico dragen. Het recente experiment in de thuiszorg met concurrentie tussen aanbieders op kleine schaal (het ging om iets meer dan 1 procent van het totale thuiszorgbudget) heeft uiteenlopende effecten gehad, beoogde en minder beoogde. Doel was de thuiszorginstellingen met hun monopoliepositie te stimuleren tot een meer klantgerichte houding en ook tot meer doelmatigheid. Daartoe werd een klein deel van het budget dat tot dan aan thuiszorginstellingen werd toegekend, ter beschikking gesteld aan zorgverzekeraars die hiermee (binnen het eerste compartiment) vrij konden inkopen en dit geld dus ook aan nieuwe toetreders konden besteden. Aldus ontstond enige concurrentie. Een positief en beoogd effect is inderdaad geweest dat de reeds bestaande instellingen meer oog hebben gekregen voor de wensen van de klant. Maar, doordat de gevestigde instellingen en de nieuwe toetreders geen gelijke uitgangspositie bezaten, waren er ook andere, minder gewenste effecten. De nieuwe toetreders hadden bijvoorbeeld niet, zoals de bestaande instellingen, de plicht een breed pakket aan zorg te bieden. Men kon zich daarom beperken tot die diensten die commercieel het meest aantrekkelijk waren. De volgende maatregelen werden getroffen. Vanaf 1 januari 1997 moeten nieuwe toetreders de gehele aanspraak algemene thuiszorg AWBZ leveren. Thuiszorginstellingen die al voor 1 januari 1997 waren toegelaten moeten hieraan uiterlijk per 1 januari 1998 voldoen. Ook moeten ze voldoen aan de kwaliteitseisen zoals gesteld in de Kwaliteitswet, en er bestaat een acceptatieplicht. Voor de maatregelen vanaf 1-1-1998 met betrekking tot de bevroering van de marktwerking in het eerste compartiment verwijzen wij naar het voorgaande in paragraaf 3.5.

Aangedrongen is op naleving van de CAO. Inmiddels worden door de minister van SZW stappen ondernomen teneinde te bevorderen dat spoedig duidelijkheid ontstaat over het algemeen verbindend kunnen

verklaren van de CAO. Met deze maatregelen is er in het eerste compartiment eerder sprake van gereguleerde competitie dan van echte marktwerking.

Tevens zal het thans ingezette doelmatigheidsstraject (benchmarking, zie ook paragraaf 3.4) leiden tot een per 1-1-1998 aanpassen van de COTG-richtlijnen met betrekking tot een redelijke balans tussen overheadkosten en directe zorguren. De toegelaten instellingen zullen op basis van strikte productie-afspraken worden gecontracteerd.

4.6.2 Marktwerking in het tweede compartiment

In het tweede compartiment werken zorgverzekeraars die risico dragen. Zij hebben contracteervrijheid. Voor de kortdurende thuiszorg is deze vrijheid ook uit zorginhoudelijk oogpunt gewenst. Bij ziekenhuisverplaatste zorg zal het om soms zeer gespecialiseerde diensten gaan. Gespecialiseerde instellingen – die dus niet de plicht hebben ook nog het volledige AWBZ-pakket te bieden – kunnen gemakkelijker inspelen op nieuwe, onverwachte ontwikkelingen. Als deze zorg georganiseerd en gefinancierd wordt vanuit het ziekenhuis, kan sneller worden aangesloten op nieuwe ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg. Het accent zal hier ook meer liggen op gespecialiseerdere vormen van verpleegkundige zorg. Aldus kunnen verpleegkundigen die eerst verbonden waren aan «intramurale» ziekenhuizen hun kennis en kunde gaan toepassen in de ziekenhuisverplaatste thuiszorg. Ook is hier een belangrijke rol weggelegd voor de zorgcentra, waar huisartsen gaan functioneren als regisseurs van de zorg in de wijk, en waaraan bijvoorbeeld praktijkverpleegkundigen en paramedici zijn verbonden. Dit is ook het punt waar de eerste en tweedecompartimentszorg in de wijk samenkomen. De huisarts is – al dan niet met advies van of in samenwerking met medisch specialisten – immers degene die de verantwoordelijkheid heeft voor zowel chronische patiënten die thuis verblijven als voor patiënten die kortdurende zorg thuis behoeven. In onze optiek kunnen deze zorgcentra opgezet worden vanuit initiatieven van huisartsen danwel vanuit ziekenhuizen, of als gezamenlijk project.

Ook de klassieke thuiszorginstellingen kunnen tot deze markt toetreden. Wel dienen zij dan een helder inzicht te geven in de besteding van AWBZ-gelden. Strikt toezicht op een correcte besteding van de middelen is een vereiste.

Verpleeghuizen opteren eveneens voor een rol in de ziekenhuisverplaatste zorg, en vervullen rol deze ook reeds in de praktijk.

Afhankelijk van de evaluatie van de knip zullen wij de vormgeving van de thuiszorg in het tweede compartiment de komende maanden nader uitwerken.

4.6.3 Marktwerking in het derde compartiment

Burgers die behoefte hebben aan andere vormen van thuiszorg dan die in het eerste of tweede compartiment wordt geboden, kunnen zelf hun zorg inkopen of zich daarvoor aanvullend verzekeren. Het is een sector met weinig overheidsbemoeienis. Wel moet er controle zijn op het eventuele misbruik van collectief geld voor commerciële doeleinden. Ook moet er een toets zijn op de kwaliteit van de geleverde zorg.

4.7 Samenhang op regionaal en wijkniveau

Het gaat uitdrukkelijk niet om drie strikt van elkaar gescheiden circuits. Samenhang, samenwerking blijft ook zeer noodzakelijk tussen de zorg die wordt aangeboden in het eerste, en in het tweede compartiment. De basis voor samenhang, samenwerking wordt gevonden in het overleg tussen

zorgaanbieders en verzekeraars op wijk- of regionaal niveau. Het bredere kader wordt geboden door regiovisies. De compartimenten hoeven nieuwe vormen van organisatie niet in de weg te staan. Al eerder werd gewezen op de noodzaak van nieuwe, danwel versterking van al bestaande, samenwerkingsverbanden in het tweede compartiment: ziekenhuizen, huisarts, wijkverpleging. Ook in het eerste compartiment komen nieuwe combinaties tot stand: bijvoorbeeld van een verpleeghuis en een thuiszorginstelling. Of er is sprake van samenwerking over de compartimenten heen: ziekenhuizen en thuiszorginstellingen. Op wijk- en regionaal niveau vindt ook afstemming plaats over facetbeleid, over al die andere diensten die noodzakelijk zijn om zorg thuis mogelijk te maken, zoals huisvesting, vervoer, maatschappelijk werk. Op die manier ontstaan netwerken van zorg. Zorgcentra kunnen in de toekomst een belangrijke taak krijgen bij het faciliteren van samenhang in de zorg. Hier komt de eerste en tweedecompartimentszorg in de wijk samen. De huisarts is immers degene die de verantwoordelijkheid heeft voor zowel chronische patiënten die thuis verblijven als voor zijn patiënten die voor herstel terugkeren uit een ziekenhuis.

In de komende jaren zal VWS gericht aandacht geven aan het stimuleren van de vormgeving van deze samenwerking. Partners mogen aangesproken worden op hun verantwoordelijkheid om afstemming in het belang van bovenstaande doelstellingen te verzekeren. Die partners hebben overigens uiteenlopende verantwoordelijkheden, variërend van een integrale publieke verantwoordelijkheid van overheden, tot een meer specifieke verantwoordelijkheid van partijen in de zorg.

LITERATUUR

- Alberda-Harmsen, C.C. et al (1996). Overheidsbeleid en thuiszorg. In: *Handboek Thuiszorg*, red. G. Schrijver. Utrecht: de Tijdstroom.
- Baekelandt, V. (1996). De kostprijs van afhankelijkheid. In: *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 38, 1996.
- Biesheuvel, B.W. et al (1994). *Gedeelde zorg: betere zorg*. Rapport van de commissie Modernisering Curatieve Zorg. Rijswijk: WVC.
- Centraal Bureau voor Statistiek (1996). Bevolkingsprognose 1996–2050. *Statistisch bulletin* 52 (20-12'96). Voorburg: CBS.
- Centraal Bureau voor Statistiek (1997). Exploitatiegegevens van instellingen voor thuiszorg 1994. *Maandbericht gezondheidsstatistiek* 16-1997. Voorburg: CBS.
- Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (1996). Bestuurlijke aandachtspunten voor de thuiszorg in 1997. Utrecht: COTG.
- Coolen, J. et al. *Strategische nota voor de thuiszorg*. Een basisdocument, opgesteld op verzoek van de LVT. Utrecht/Rotterdam: NIZW, Erasmus Universiteit BMG.
- Ermen, M.J.C.A. et al (1995). *Zorg voor zorg*. Utrecht: Landelijk centrum verpleging en verzorging.
- Friele, R.D. (1995). *Een knip in de thuiszorg*. Utrecht: NIVEL.
- Gorisse, J.J.A.M. (1995). *Over de drempels van de tijd, 60 jaar gezinszorg in Roosendaal, Wouw en Oud-Gastel*. Oosterhout: Stichting Gezins- en Bejaardenverzorging Roosendaal e.o.
- Hutten, J.B.F. en A. Kerkstra (1996). *Home Care in Europe; a country-specific guide to its organization and financing*. Hants: Arena.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1996). *Jaarrapportage 1995*. Rijswijk: VWS/IGZ.
- Keuzen voor de Toekomst, regeerakkoord 1994. *Staatscourant* 156, 17 augustus 1993. 's-Gravenhage: Sdu.
- Klaauw, J.M. van der (1981), lezing over proefgebieden gezinsverzorging. Rijswijk: WVC.

- Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde (1996). *Marktwerking versus coördinatie*. Preadvies 1996. Utrecht: Lemma.
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (1996). *Jaarverslag 95*. Bunnik: LVT.
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (1997). *Jaarboek Thuiszorg 1995*. Bunnik: LVT.
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (1996), «*Inventarisatie Onderzoeks&Ontwikkelingsprojecten thuiszorg*». Bunnik: LVT.
- Leering, T, en W. Relou (1990). *Verkenning van de veroudering in Nederland, bevolkingsprognose ten behoeve van de planning van voorzieningen voor ouderen*. Delft: INRO/TNO.
- Maessen, P.J.J. (1989). *Bezuinigen op de gezinsverzorging*. Amersfoort en Leuven: Acco.
- Metze, M. (1996). *De staat van Nederland; op weg naar 2000*. Nijmegen: SUN (in samenwerking met CBS en ITS).
- Moors, H. et al. (1996). *Meningen en opvattingen over aspecten van het bevolkingsvraagstuk 1983–1994*. Den Haag: Nederlands interdisciplinair demografisch instituut (NiDi).
- Nimwegen, N. van en G. Beets (red). (1994). *Bevolkingsvraagstukken in Nederland anno 1994*, Den Haag: NiDi.
- NIVEL/NcGv/NZi (1996). *Innovatie in de Zorgsector, Jaarboek 1996*. Utrecht: De Tijdstroom NIVEL/NZi (1996). *Ontwikkelingen in de vraag naar thuiszorg*. Utrecht: NIVEL.
- NIVEL (1996). *Jaarboek 1995*. Utrecht: NIVEL
- Okma, K. (1995 & 1997). *The Rise (and Demise?) of Health Reforms in the Netherlands*. Referaat voor de University of British Colombia. Rijswijk: VWS.
- Ott, A. et al (1996). Het ERGO onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1996, 27 januari.
- Reker, C.H.M en J.H.C.M. Meerveld (1995). *Kortdurende terminale zorg in het verpleeghuis*. Utrecht: NZi.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening (1996). *Herverdeling onbetaalde zorgarbeid*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening (1996). *Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening (1996). *Sociale zekerheid en zorg*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening (1996). *Herverdeling onbetaalde zorgarbeid*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (1997). *Vereenzaming in de samenleving*. Rijswijk Sdu/RMO.
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1992), *Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg, 1–3*. Houten en Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) (1997). *Interim-rapportage «Toekomstbeelden van de curatieve zorg»*. Zoetermeer: STG.
- Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) (1997). *Een verzorgde toekomst*. Scenariorapport uitgevoerd door NIZW en de Vakgroep Verplegingswetenschap van de Universiteit Utrecht, in opdracht van STG en het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging. Utrecht: De Tijdstroom.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1994). *Informeel zorg*. Rijswijk: SCP.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1997). *Rapportage ouderen 1996, red. : J. Timmermans*. Rijswijk: SCP.
- Swenker, P. (1996). Beleidsmatige en politieke ontwikkelingen in de thuiszorg van 1987 tot heden. In: *Handboek Thuiszorg*, red. G. Schrijver. Utrecht: de Tijdstroom.
- Theunissen, J.H. (1996), Dossier Thuiszorg. *Zorgverzekeraars Magazine, september 1996*.

Tweede Kamer (1993–1997). Thuiszorg (23 235). 's-Gravenhage: Sdu.
Veeken, L.G.M. et al (1996). *Eigen bijdragen thuiszorg.* Zoetermeer:
Economisch Instituut voor het Midden en Kleinbedrijf. Vermeulen,
H.J.J.M. et al (1995). *Arbeidsmarktmodel Zorgsector (onderzoek KUB
Tilburg/RU Leiden).*

VWS (1996), Jaaroverzicht Zorg 1997 (JOZ). 's-Gravenhage: Sdu.
Welschen, R.W. et al (1994). *Ouderenzorg met toekomst 1–2.* Rijswijk:
WVC.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1993). *Ouderen voor
ouderen, demografische ontwikkelingen en beleid.* 's-Gravenhage: WRR.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1996). *Tweedeling in
perspectief.* 's-Gravenhage: WRR.

Windt, W. van der et al. (1997). *Verpleging en verzorging in kaart
gebracht.* Utrecht: De Tijdstroom en LCVV.

WVC (1983). *Financieel overzicht van de Gezondheidszorg (FOG).*
Leidschendam: WVC.

WVC (1991). *Financieel Overzicht Zorg 1992 (FOZ).* 's-Gravenhage: Sdu.

WVC (1993). *Onder anderen; geestelijke gezondheid en geestelijke
gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief.* 's-Gravenhage: Sdu.

WVC (1990). *Van samenwerken naar samengaan, gezinsverzorging en
kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg.* Rijswijk: WVC.

Zijdeveld, A.C., red. (1996). *Rotterdam naar 2005, visies vanuit de
wetenschap.* Kampen: Kok.

De huidige situatie in de thuiszorg heeft diepe wortels in het verleden. De geschiedenis van de thuiszorg – ontstaan uit de integratie van gezinsverzorging en kruiswerk – blijkt de actuele discussie een extra dimensie te geven. Oorspronkelijk was hulp aan gezinnen, «gezinsverzorging», een kwestie van hulp aan elkaar – familie, burens – en voor het overige sprong de liefdadigheid bij. Het ging om charitas in eigen kring, voor de eigen geloofsgenoten of geestverwanten. Ook het kruiswerk is vanuit die gedachte ontstaan: iedere «zuil» – protestant, katholiek, algemeen – had zijn eigen kruisorganisatie. Tegenwoordig is thuiszorg ondergebracht bij een volksverzekering, de AWBZ, waarvoor een ieder betaalt, en waarop een ieder ook aanspraak kan doen. Voor de naoorlogse periode wordt in dit hoofdstuk het bredere veld van de zorg geschetst, aangezien de huidige thuiszorg daarin is ingebed.

1 Situatie van voor de tweede wereldoorlog

Aanvankelijk was het de christelijke charitas die steun gaf aan gezinnen in nood bijvoorbeeld bij ziekte van de huisvrouw. Rond 1900 kwam het eerste gemeentelijke initiatief tot stand om gezinnen bijstand te verlenen. Dat was in Deventer. Vervolgens werden in Amsterdam en Rotterdam «verenigingen voor huisverzorging» opgericht. De toebedeling was mondjesmaat: in 1908 trok Amsterdam 500 gulden hiervoor uit, op een begroting van 12 000 gulden. Het accent lag op particuliere zorg. Onderbrenging bij de GGD, zoals men in 1921 in Amsterdam probeerde, mislukte omdat het om «delicate moeilijkheden» kon gaan waarbij geloofsgenoten elkaar moesten helpen. Het werkgelegenheidsmotief speelde destijds een rol: overheidssteun aan gezinsverzorging was ook van belang aangezien deze zorg passend werk bood aan weduwen, gescheiden of verlaten vrouwen zonder verdere opleiding, of aan echtgenotes van werklozen. Vooral in de jaren dertig, de crisisjaren, kwam er een discussie op gang of gezinsverzorging alleen diende tot het geven van praktische handreikingen, of dat men ook immateriële hulp – hulp bij sociale nood – moest bieden. In de huidige termen zouden we spreken over psychosociale steun.

De zorg voor ouderen was grotendeels armenzorg, evenals de gezondheidszorg voor het arme deel van de bevolking. Voor «on- of minvermogenen» dienden de gemeenten volgens de Armenwet van 1854 te zorgen voor genees-, heel- en verloskundige zorg. Voorlopers van de verzorgingshuizen waren de «Oude Mannen- en Vrouwenhuizen». Overigens vielen de verzorgingshuizen bij hun oprichting in de jaren zestig van onze eeuw aanvankelijk ook nog onder de toen nog steeds van kracht zijnde Armenwet.

Het kruiswerk ontstond in eerste instantie uit een initiatief van een inspecteur voor de gezondheidszorg, die plaatselijke cholera-commissies organiseerde voor thuisverpleging. Rond 1875 ontstond hieruit het, eerst alleen Noord-Hollandse, Groene Kruis. Naar dit voorbeeld werden enige tijd later het katholieke Wit-Gele Kruis en het protestantse Oranje-Groene Kruis opgericht. Het initiatief sloeg aan. In 1910 was drie procent van de bevolking lid, in 1940 al 36 procent. Het kruiswerk betekende een belangrijke motor achter tal van particuliere initiatieven in de gezondheidszorg, voor een deel bekostigd vanuit lidmaatschapsgelden, voor een ander deel vanuit overheidssubsidies.

In de eerste helft van deze eeuw nam de levensverwachting sterk toe. Vrouwen geboren in 1910 konden, op grond van de leeftijdsverdeling op dat moment, rekenen op een levensverwachting van 57 jaar. Maar in

werkelijkheid is de gemiddelde leeftijd van deze groep ruim 80 jaar geworden. Mannen uit 1910 worden gemiddeld bijna 74 jaar; 19 jaar ouder dan bij hun geboorte was uitgerekend. De verlenging van de levensduur heeft veel te maken met een betere voeding, hygiëne (aanleg riolering en drinkwatersysteem: weer een taak van de overheid), en huisvesting. Dat alles hangt samen met een verbetering van de levensstandaard in het algemeen. Voorts heeft goede kraamzorg geleid tot een sterke terugdringing van de vroeger zo hoge kinder- en kraamvrouwsterfte.

2 Periode na de tweede wereldoorlog

De naoorlogse periode kenmerkte zich door een sterk toenemende welvaart. Dat maakte betere opleidingen en individualisering mogelijk. De medische mogelijkheden namen toe, de mondiger patiënt ging ook meer eisen stellen. Geleidelijk aan nam de overheid steeds meer taken op zich die tot dan aan familie of liefdadigheid werden overgelaten. Tot geruime tijd na de oorlog waren kinderen bijvoorbeeld nog verplicht financieel bij te springen voor armlastige ouders. Van een wettelijke zorgplicht, zoals die in enkele oosterse landen bestaat, is hier echter nooit sprake geweest. Sociale regelingen zoals een algemeen ouderdomspensioen en een volksverzekering (AWBZ) kwamen tot stand. In de periode van groei na de oorlog werd niet alleen de economie gepland, maar het hele sociale leven: niet alleen de welvaart maar ook het welzijn. De Structuurnota van 1974 gaf aan op welke wijze de overheid het veld van de gezondheidszorg zou gaan sturen. Toenemende overheidsinvloed in de gezondheidszorg was het gevolg; de rijksoverheid kreeg als taak de zorg te plannen, en de kosten in de zorg te beheersen. De volksverzekering die tot stand was gekomen, de AWBZ, voor de buitengewone ziektekosten – kosten die individueel niet op te brengen waren –, werd als het ware vertaald in instellingen: voor psychiatrische patiënten, voor verstandelijk gehandicapten. Het ging om mensen die gedurende lange tijd of levenslang op zorg door anderen waren – aangewezen. Begin jaren zestig kwamen de eerste bejaardenoorden, moderne vervangers van de Oude Mannen- en Vrouwenhuizen, tot stand. Ze waren bedoeld voor mensen met een klein inkomen, en werden verwelkomd als een comfortabel – comfortabel vergeleken met de behuizing thuis – verblijf voor een welverdiende oudedag, na een arbeidzaam leven. Geleidelijk aan zijn ze omgevormd tot verzorgingshuizen voor ouderen die niet meer in staat zijn alleen thuis te wonen. De indicatiecommissies hebben bij de daadwerkelijke sturing van dit proces een belangrijke rol gespeeld. De zorg, cure en care, is in de naoorlogse periode sterk verbeterd, wat leidde tot de medische paradox: een goede zorg leidt tot steeds duurdere zorg – hoe beter de zorg, des te langer blijven mensen die afhankelijk zijn van die zorg, leven.

Centraal staat bij het overheidsbeleid in de gezondheidszorg nog steeds: hoe komen we tot een zo juist mogelijke verdeling van beperkte middelen? Eind jaren tachtig werd als tegenwicht voor het als te knellend ervaren stelsel van overheidsmaatregelen meer verantwoordelijkheid voor partijen in de zorg geïntroduceerd, meer keuzemogelijkheden voor de klant respectievelijk patiënt. Tegelijkertijd werd ook gezocht naar nieuwe mogelijkheden hoe de overheid de nog steeds groeiende vraag naar zorg enigszins kon indammen. Een resultaat hiervan was de zogeheten trechter van Dunning: zorg die in aanmerking zou kunnen komen voor een «verplicht pakket» van verzekerde zorg, moet noodzakelijk, werkzaam en doelmatig zijn. Ook moet bekeken worden of de zorg soms voor eigen rekening kan. In het regeerakkoord van 1994 is bepaald dat wat betreft de systematiek van ziekenfonds en particuliere verzekeringen in deze regeerperiode geen veranderingen zullen optreden. Dat betekent dat de totstandkoming van een nieuw stelsel van budgetteren –

zorgverzekeraars gaan budgetteren in plaats van de instellingen – vooralsnog niet wordt ingevoerd. Zolang er nog geen helder beeld is van hoe het nu verder zal gaan met het verzekeringsstelsel (en dus met het financieringsstelsel van de zorg), kunnen er voor de thuiszorg alleen oplossingen gevonden worden binnen het huidige kader. Dat wil zeggen dat principiële beslissingen over zaken als marktwerking e.d. moeten wachten op wat in het volgende regeerakkoord over de gezondheidszorg wordt afgesproken. Dit valt daarom buiten het kader van deze verkenning.

In dit voortdurend in beweging zijnde veld ontwikkelde zich de zorg aan huis zich voorspoedig. Een paar cijfers ter illustratie. Tussen 1977 en 1982 nam het budget voor het Kruiswerk jaarlijks met zo'n 10 procent toe. De jaren daarna ging het iets rustiger, maar nog altijd ging het tussen 1983 en 1987 om een groei van z'n 4,7 procent. De Nationale Raad adviseerde voor de jaren 1983–1986 een toe te laten groei van 4 procent (bron: FOG 1984). De groei van de gezinsverzorging bedroeg in de jaren 1986–1990 gemiddeld 3 procent per jaar, die van het Kruiswerk 4,7 procent (bron: FOZ 1992). De aanvullende intensieve thuiszorg startte in 1986 met een bedrag van drie miljoen gulden, en kwam in 1989 op 40 miljoen uit. In de traditionele ordening van het aanbod van thuiszorg kwam verandering. Oorspronkelijk ging het om twee aparte circuits: kruiswerk, en gezinsverzorging. Kruiswerk, dat was de wijkverpleegster, het consultatiebureau. Men was lid van een kruisvereniging in de gemeente waar men woonde, of werd dat zodra men een beroep op hulp moest doen. In 1980 werd het «basispakket Kruiswerk» ondergebracht als wettelijke verstrekking in de AWBZ. Gezinsverzorging, dat betekende huishoudelijke hulp, of eenvoudige lichamelijke verzorging. Ook de gezinsverzorging werd, sinds 1989, bekostigd uit de AWBZ, maar dan op subsidiebasis.

Geleidelijk aan zijn deze zorgvormen, wat betreft de inhoud van de zorg, naar elkaar toe gegroeid, ook al door het ontstaan van nieuwe beroepen als ziekenverzorgster. Op dat punt bestond een flinke overlap tussen kruiswerk en gezinsverzorging: de wijkziekenverzorgster van het kruiswerk verricht, overigens tegen een aanzienlijk hoger loon, vrijwel dezelfde taken als de gezinsverzorgende D/E van de gezinsverzorging. Ook organisatorisch heeft inmiddels integratie plaatsgevonden. Beter voor de cliënt, die immers vaak niet alleen een wijkverpleegkundige nodig heeft, maar ook zelf niet of maar gedeeltelijk in staat is om het huishouden te doen, en daarvoor ook geen of onvoldoende beroep kan doen op naasten.

3 Kostenontwikkelingen in de thuiszorg

Hoeveel geld gaat er om in de thuiszorg? Van de 60 miljard gulden die in 1995 aan gezondheidszorg werd besteed, ging circa 2,1 miljard naar gezinsverzorging, en één miljard naar het kruiswerk. Daarnaast werd, via het kruiswerk, 373 miljoen gulden uitgegeven aan kraamzorg. Voor de thuiszorg waar het hier om gaat wordt dus ruim drie miljard gulden uitgegeven, waarbij dan nog een bedrag van bijna 64 miljoen gulden voor intensieve thuiszorg geteld moet worden.

De financiering vindt grotendeels plaats via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Een klein deel van de zorg wordt bekostigd via eigen betalingen AWBZ, of, bij intensieve thuiszorg, via de ziektekostenpremie.

De kostenstijgingen in de thuiszorg zijn de afgelopen tien jaar iets achtergebleven bij de gemiddelde kostenstijgingen in de gezondheidszorg. De kosten van de totale zorg namen toe van 42 miljard gulden in 1986 tot 60 miljard in 1995, een stijging van ca. 42 procent. Voor de thuiszorg was deze stijging 34 procent, van 2,4 miljard in 1986 tot 3,1 miljard in 1995. Ter vergelijking: de kosten voor geneesmiddelen namen in diezelfde periode met 80 procent toe (JOZ 1997).

Hoe gaan de ons omringende landen om met thuiszorg? Het NIVEL heeft hier onderzoek naar gedaan en geeft daar een samenvatting van in haar Jaarboek 1995. Het onderzoek is gebaseerd op een enquête onder deskundigen in vijftien lidstaten van de Europese Unie. In negen landen zijn bezoeken gebracht. In alle landen bestaan organisaties voor thuiszorg, waarbij Italië en Griekenland nog in een opbouwfase verkeren. Sommige streken kennen in het geheel geen thuiszorg.

Wat betreft de wijkverpleging: in Denemarken, Ierland, Italië, Portugal, Spanje, Verenigd Koninkrijk en Zweden krijgen «kruisorganisaties» een vast budget van de centrale of plaatselijke overheid. De hoogte is meestal gerelateerd aan het aantal inwoners, of aan de omvang van een organisatie. De wijkverpleging is vrij toegankelijk. België, Frankrijk, Duitsland, Luxemburg en Oostenrijk betalen de wijkverpleging vanuit de ziektekostenpremies op basis van tarieven («fee for services»). Een verwijzing van een arts is noodzakelijk. De overige landen kennen een mengvorm. Nederland en België kennen een eigen bijdrage in de vorm van een lidmaatschap, zeven landen een andere vorm van eigen bijdrage. Deze kan variëren naar gelang de soort verzekering of de te leveren zorg.

Gezinsverzorging wordt, met uitzondering van Griekenland, gesubsidieerd door de overheid. Alleen in Denemarken bestaan geen eigen bijdragen voor gezinsverzorging. In tegenstelling tot de wijkverpleging hoort gezinsverzorging in de meeste landen niet tot de gezondheidszorg. Ze wordt grotendeels uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van gemeenten. Het accent komt steeds meer te liggen op de zorg voor ouderen.

Overal zijn wijkverpleging en thuiszorg aan het integreren. De organisatie van de thuiszorg wordt in vele landen ingrijpend veranderd.

Het onderzoek waarop bovenstaande samenvattingen zijn gebaseerd, is te vinden in «Home Care in Europe» (Hutten 1996). Op grond hiervan onderstaand een korte omschrijving van recente ontwikkelingen en problemen in een aantal Europese landen:

België

Geen wachtlijsten voor thuisverpleging, o.m. wegens het grote aanbod aan particuliere verpleegsters. In het verleden hadden de kruisorganisaties tekorten, dit is nu opgeheven, in de nabije toekomst wordt zelfs een overschot verwacht. Tien procent van de nieuwe klanten voor gezinsverzorging komen op een wachtlijst (wachtijd 1–6 maanden). Oorzaken: personeelstekorten en een toenemende vraag. Een oplossing: poetschulp door langdurige werklozen. Hierdoor is het aantal uren zorgaanbod met 40 procent toegenomen. Ook werd het aantal uren zorg per cliënt gereduceerd. Overlapping tussen de thuisverpleging en gezinsverzorging wat betreft adl-taken kan leiden tot conflicten. Samenwerking tussen thuisverpleging en overige medische zorg lijkt toereikend. De gezinsverzorging wordt vergoed door de rijksoverheid, maar niet op basis van de reële kosten. Men is afhankelijk van subsidies en eigen bijdragen van cliënten. Cliënten die hoge eigen bijdragen kunnen betalen, worden daardoor vaak eerder geholpen. Oudere mensen die zijn opgenomen in het ziekenhuis, proberen daar langer te blijven, ook al omdat voor ziekenhuisopname niet betaald hoeft te worden, in tegenstelling tot thuiszorg.

Duitsland

Thuisverpleging wordt pas in een laat stadium geboden door «Sozialstationen». Hulp 's nachts en in het weekend is moeilijk verkrijgbaar. Een studie naar de toestand in Berlijn leverde het volgende op: de informatie over de cliënt komt meestal pas van degene die de eerste daadwerkelijke hulp verleent; patiënten worden door ziekenhuizen vaak vlak voor het weekend ontslagen; samenwerking met huisartsen is slecht; toewijzing van zorg is willekeurig en bureaucratisch; personeel is slecht opgeleid.

Gezinsverzorging wordt geleverd door «mobilen sozialen Hilfsdienste». Er is, althans in sommige deelstaten, behoefte aan meer gekwalificeerd personeel. Er werkt een groot aantal dienstweigeraars («Zivildienstleistenden»); in 1994 werkte 60 procent van de ruim 100 000 dienstweigeraars in de thuiszorg). Sinds begin 1995 valt de thuisverpleging onder de «Pflegeversicherung». Men is verplicht verzekerd voor thuiszorg, ofwel via de «Krankenkasse» (ongeveer gelijk aan Ziekenfonds) ofwel via de particuliere verzekeraar. De verzekering geldt voor mensen die minimaal 6 maanden zorg nodig hebben. De medische adviseurs verzekeraars bepalen de indicatie. De verzekering wordt voor 50 procent door werkgevers betaald, hiertegenover staat dat men één nationale feestdag laat vervallen, zo nodig worden dat er twee. Problemen die worden verwacht zijn dat de maximale bedragen te laag zijn om de werkelijke kosten te dekken, voorts dat de medische adviseurs (experts op het gebied van cure) niet voldoende zijn toegerust om «care» te indiceren. Problemen bij de gezinsverzorging zijn dat deze te veel afhankelijk is van vrijwilligers en van de «Zivildienstleistenden», en dat een solide financiële basis ontbreekt.

Engeland

Thuisverpleging wordt geleverd door de NHS, via een districtstelsel van thuiszorg. Huisartsen die beschikken over een praktijkverpleegkundigen leveren ook wel thuiszorg. Commerciële organisaties leveren veelal zorg voor gegoede cliënten. Vrijwilligersorganisaties richten zich vooral op terminale patiënten. Soms wordt hun hulp ook door de reguliere zorg ingeroepen. De gehele gezondheidszorg bevindt zich sinds 1991 in een reorganisatieproces, met een verschuiving naar particuliere gezondheidszorg. De hoogstgekwalificeerde «wijk»verpleegsters («district nurses») in dienst van de NHS worden thans managers of teamleiders. Hun aandeel in het praktisch werk neemt af. Er zijn geen tekorten aan verpleegkundigen. De zorg voor ouderen («public welfare systems») gaat thans door een periode van onzekerheid danwel crisis. Grote lokale verschillen in aanbod komen voor. Mensen krijgen vaak niet de zorg die ze nodig hebben. De gemeentelijke overheden kunnen de veranderingen soms niet de baas. De behoefte aan zorg is te weinig bekend, nieuwe methodes voor toekennen van budgetten en het bepalen van prioriteiten moeten worden ontwikkeld. Samenwerking tussen de diverse betrokken organisaties, vooral tussen de sociale diensten en de gezondheidszorg is slecht. Het aanbod aan thuiszorg is ontoereikend. Mensen komen daardoor uiteindelijk in een intramurale instelling terecht. Samenwerking tussen professionele thuiszorg en mantelzorg is slecht: waar de een komt, houdt de ander ermee op. Wachtlijsten zijn nauwelijks beschikbaar. Mensen krijgen alleen zorg als de gemeentelijke overheid of zichzelf dat betalen. Anders wordt zorg geweigerd.

Bedoeling is dat meer marktwerking wordt geïntroduceerd. Daarvoor is een duidelijk onderscheid nodig tussen zorginkopers en zorgaanbieders. Zorginkopers moeten beschikken over geld. Gemeentelijke overheden kunnen optreden als zorginkopers, maar wellicht moeten er ook individuele zorginkopers zijn om het marktstelsel te kunnen handhaven. Toekennen van een zorgbudget aan individuen is een tweede

mogelijkheid. Om goed in te kopen is echter kennis nodig van het complexe zorgstelsel.

Frankrijk

Er zijn geen statistieken over wachtlijsten in de thuisverpleging. De hulp die per organisatie geboden wordt varieert sterk, in sommige streken bestaan geen organisaties voor thuisverpleging. Een aanbeveling is om meer samen te werken met particuliere verpleegsters. Tweederde van het aanbod aan thuisverpleging is in Parijs en omstreken gelocaliseerd. Samenwerking met huisartsen kan te wensen overlaten, evenals die met ziekenhuizen. Sommige ziekenhuizen echter bieden nu zelf thuiszorg. Samenwerking met gezinsverzorging is goed. Voor de gezinsverzorging worden ook geen wachtlijsten bijgehouden. Samenwerking met huisartsen laat te wensen over. Er is een ongeremde groei van de «allocation compensatrice» die door het «département» betaald wordt, maar door de rijksoverheid gecontroleerd. Onderzoek wijst uit dat slechts 35 procent van degenen die gezinsverzorging nodig hebben deze ook ontvangen, en dat van degenen die gezinsverzorging ontvangen, 60 procent dat niet nodig heeft. Een plan van de centrale overheid om de thuiszorg uit te breiden en de mantelzorg te versterken strandde in 1994, wegens protesten van de ouderen die dit alles zelf zouden moeten financieren.

Oostenrijk

Geen wachtlijsten, geen personeelstekorten. De gezinsverzorging wordt gedragen door vrijwilligsters. Hun aantal neemt in de nabije toekomst af doordat steeds meer vrouwen buitenshuis werken. In Wenen zijn er enkele problemen wat betreft samenwerking tussen gezinsorganisaties en huisartsen, thuisverpleging en ziekenhuizen: gebrek aan coördinatie, en onbekendheid van huisartsen met thuiszorgorganisaties. Werkgelegenheid scheppen was een belangrijk doel van de gezinsverzorging, en men werkte veel met voormalig werkelozen. Tegenwoordig is de doelstelling meer klantgericht te zijn. Van de uitbetaling in contant «zorggeld» wordt misbruik gemaakt, men zoekt naar andere oplossingen. Thuisverpleging wordt in Wenen gratis geboden door een overheidsinstelling, terwijl de hulp van particuliere organisaties veelal niet vergoed worden. Het loon van verpleegkundigen in de thuiszorg is lager dan wat ziekenhuizen bieden. De financiering van de overheid neemt af, vooral ook omdat de organisaties voor thuisverpleging gebrekkige documentatie omtrent hun doen en laten leveren. Ook het salaris van gezinsverzorgenden is laag. De vergoeding die thuiszorgorganisaties van de overheid ontvangen dekken niet altijd de werkelijke kosten.

Denemarken

Sociale wetgeving verplicht gemeenten toereikende zorg voor ouderen te leveren. Elke gemeente is verplicht cijfers over deze zorg te publiceren. Burgers hebben zo inzicht (en indirect toezicht) op wat de eigen gemeente biedt. In 1988 werd verdere bouw van verpleeghuizen gestaakt. Het aanbod aan thuisverpleging is sindsdien verdubbeld. De meeste gemeenten leveren 7x24 uur thuiszorg. Verblijf in ziekenhuis is ook bekort. Patiënten worden vaak vlak voor het weekend ontslagen; dit legt een zware belasting op de thuiszorg. De lage scholing van de gezinsverzorgsters was eerst een probleem. Dit wordt nu aangepakt door een uitgebreid scholingsprogramma voor gezinsverzorgenden en verpleeghulpen. Er zijn geen wachtlijsten, maar wel schiet de hulp op onderdelen tekort. Het aanbod aan verpleegkundigen is te krap. Dit bevordert efficiënt werken,

maar leidt ertoe, samen met het kortere ziekenhuisverblijf, dat ander thuiszorgpersoneel taken van verpleegkundigen overneemt.

Finland

Geen wachtlijsten voor thuisverpleging. Enige tijd terug was er een tekort aan personeel, nu geleidelijk aan een overaanbod. Intramurale zorg wordt meer en meer vervangen door thuiszorg. Bij de gemeenten zijn de sociale diensten en de gezondheidszorg aan het fuseren. Geleidelijk aan komen er gemeentelijk centra met een verantwoordelijkheid in hun regio voor zorg, huisvesting etc. In 1993 is ook een nieuwe basisopleiding voor sociale en gezondheidszorg gestart. Voor gezinsverzorging zijn er korte wachttijden: tussen de twee en acht dagen. De toenemende vraag naar thuiszorg voor ouderen leidt tot een afname van kinderopvang en steun voor jonge gezinnen. Het contact tussen gezinsverzorging en andere zorgaanbieders is slecht, met negatieve effecten voor de continuïteit van de zorg. De lonen en de status van gezinsverzorgenden en alfahulpen zijn laag. Wegens de matige economische toestand kan daar weinig aan gedaan worden. Voor thuiszorg worden inkomensafhankelijke eigen bijdragen betaald.

Zweden

De verantwoordelijkheid voor thuisverpleging wordt door gemeenten overgenomen van de provinciale overheid, dit in het kader van het bevorderen van de thuiszorg. Echter, de verantwoordelijkheden van ziekenhuizen en de thuiszorg zijn niet goed gedefinieerd. Vooral bij rehabilitatie leidt dit tot problemen. Hier en daar wordt een slechte samenwerking tussen de diverse zorgaanbieders geconstateerd. Er zijn geen wachtlijsten, het aanbod van verpleegkundigen is toereikend. In de gezinsverzorging ontstaan er door de nog niet voltooide overdracht van bevoegdheden van provincie naar gemeente communicatieproblemen.

De «Inventarisatie Onderzoeks&Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg» biedt een veelomvattend overzicht van experimenten in de thuiszorg. In 1996 werd de tweede editie hiervan uitgegeven. De inventarisatie van recent afgesloten en nog lopende projecten wordt verricht door de LVT met steun van de Stichting Onderzoek en Ontwikkelingen Maatschappelijke Gezondheidszorg. Een uitgebreid scala van onderwerpen komt aan de orde. Een aantal onderwerpen die rechtstreeks met deze verkenning verband houden zijn:

zorg voor (chronisch) zieken en gehandicapten, ouderenzorg/ preventieve ouderenzorg, thuiszorgtechnologie, gezinsverzorging, wijkverpleging, zorgverlening allochtonen, informele zorgverlening (zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk), het zorgverleningsproces, de organisatie van de zorgverlening, persoonsgebonden budget, samenwerking, opleiding, arbeidsmarkt.

Onderstaand een beschrijving van enkele projecten. Het criterium bij de keuze van de projecten was dat ze relevante aanvullende informatie geven bij onderwerpen uit de verkenning. We zijn afgegaan op de schriftelijke informatie. Opname in onderstaand onderzoek betekent dan ook geen oordeel over de kwaliteit daarvan. Namen van uitvoerders en financiers zijn weggelaten. Opdrachtgevers zijn zeer uiteenlopend, van het ministerie van VWS of provincie, zorgverzekeraars of koepels, tot en met stichtingen voor thuiszorg. Duidelijk is dat men vanuit alle geledingen geïnteresseerd is in zorgvernieuwingsprojecten in de thuiszorg. Het gaat om recente projecten die nog lopen of die onlangs afgesloten zijn. Vooral op het gebied van allerlei combinaties wonen-zorg zijn vele projecten gaande.

Reuma-project

Doel: deskundigheidsbevordering wijkverpleegkundige, het ontwikkelen van een protocol ten behoeve van de zorg van mensen met reuma, het ontwikkelen van een verwijzingsstelsel in overleg met de reumatoloog, het implementeren van het protocol in teams.

Methode: het brengen van huisbezoeken aan cliënten met reuma, vanaf het tijdstip dat deze zich in stadium 2 volgens de classificatie van Steinbrocher bevindt. Om hieraan te voldoen wordt het zorgaanbod aan de cliënt met reumatoïde artritis omschreven, en moeten de wijkverpleegkundigen voldoende deskundigheid bezitten om een goede kwaliteit van zorg te verlenen. Het project wordt uitgevoerd door een verpleegkundig specialist Reuma, wijkverpleegkundigen en reumatoloog.

Aanvullende informatie: De verpleegkundig specialist werkt als reumaconsulent in het ziekenhuis voor 1 dagdeel per 2 weken, in samenwerking met de reumatoloog.

Transmurale astmaverpleegkundige voor kinderen

Doel: Door de zelfzorg van kinderen met astma en hun ouders te verbeteren, hoopt men de morbiditeit en het aantal ziekenhuisopnamen onder deze patiëntjes te verminderen. Voor dit doel wordt een gespecialiseerd verpleegkundige ingeschakeld, die zowel thuis komt als werkt in een (poli)kliniek.

Oncologische pijnbestrijding in de thuissituatie

Doel: het verbeteren van de medicamenteuze pijnbestrijding bij oncologiepatiënten door middel van deskundigheidsbevordering van de eerste lijn en het stroomlijnen van de communicatie (waaronder ontslagberichtgeving) tussen de eerste- en tweedelij.

Continuïteit van zorgverlening aan vrouwen die geopereerd worden voor mammacarcinoom

Doel: 1) Bijdragen aan de continuïteit van zorgverlening aan mammacarcinoompatiënten.

2) Eerder ontslaan van patiënten die een mamma-operatie hebben ondergaan, waarbij de zorgverlening door de thuiszorg wordt voortgezet.

Methode: protocolontwikkeling.

Continuïteitsbezoek CVA

Doel: Wat is het effect van specifieke nazorg-huisbezoeken aan CVA-patiënten op de kwaliteit van het leven van deze patiënten en hun mantelzorg? Het gaat om patiënten die in het ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum hebben gelegen.

Methode: Er wordt een samenwerkingsprotocol opgesteld waarin de taken en verantwoordelijkheden voor de verschillende zorgverleners zijn vastgelegd. Het project vindt plaats door middel van een experimenteel-gerandomiseerd onderzoek: de helft van de doelgroep krijgt de interventie (huisbezoek en begeleiding thuis), de andere niet.

Psychiatrische thuiszorg voor refractaire patiënten

Doel: in hoeverre is de psychiatrische thuiszorg haalbaar bij patiënten die in het verleden veel zorg hebben gehad? Wat zijn de effecten van deze zorg?

Methode: dossieronderzoek, enquête, interviews.

Wachlijstbegeleiding van psychogeriatrische patiënten

Doel: het wachten op opname niet te laten ontwaarden in een crisis, betrokkene het gevoel geven dat hij/zij er niet alleen voor staat, zolang mogelijk thuis wonen mogelijk maken.

Methode: een deskundige ziekenverzorgende neemt telefonische contact, zonodig gaat hij/zij op huisbezoek voor informatie en observatie.

Toch thuis wonen-project

Doel: kleine woonvorm (vijf personen) voor dementerende ouderen met een verpleeghuisindicatie. Het gaat om ouderen die zich met thuiszorg en begeleiding vanuit de afdeling ouderen van een RIAGG niet meer alleen kunnen handhaven.

Methode: De ouderen wonen in een vrijwel normale woning. De bewoners moeten in staat zijn tot (nog) enige zelfzorg en tot het verrichten van eenvoudige huishoudelijke werkzaamheden, mits 24 uur per dag begeleid. Met de begeleiding wordt een constant beroep gedaan op de restvaliditeit.

Thuiszorg ondersteuning psychogeriatricie

Doel: het ondersteunen van de hulpverleners in de thuiszorg door in de psychogeriatricie ervaren verpleegkundigen bij het oplossen van relatie- en/of gedragsstoornissen ten gevolge van dementie.

Methode: aanvulling van de aanwezige thuiszorg op indicatie, en onder supervisie van een verpleeghuisarts en een arts-geriater van de RIAGG. De aanvulling is gericht op: observatie en diagnostiek, adviseren en ondersteunen van de mantelzorg bij het omgaan met de bestaande problematiek, het winnen van vertrouwen, waardoor het accepteren van de (aanvullende) professionele hulpverlening mogelijk wordt gemaakt.

Ontwikkelingen mantelzorgondersteuning bij terminale zorg

Doel: ontwikkeling van instrumenten voor de ondersteuning van mantelzorgers door vrijwilligers, in samenwerking met professionele thuisverzorgers. methode: ontwikkeling van modelwerkwijze; uittesten en evalueren van modellen en instrumenten in praktijksituaties; landelijke implementatie.

Huisvesting en zorg voor ouderen in een vergrijzende samenleving

Doel: Wat zijn de gecombineerde effecten van a) de veranderingen in het aanbod van huisvesting en zorg voor ouderen als gevolg van de vergrijzing van de bevolking en b) de veranderingen in sociale demografische en economische samenstelling van het oudere deel van de bevolking op het verschil in toegang tot deze voorzieningen, voor verschillende sociale en economische groepen ouderen?

Wijk/woonzorgproject

In een verzorgingshuis wordt de capaciteit teruggebracht van 68 naar 40 plaatsen. Het vrijkomende WBO-budget wordt ingezet ten gunste van de zorg in 80 extramurale zorgwoningen, die in beheer van het verzorgingshuis komen. In ongeveer 27 woningen worden WBO-geïndiceerde ouderen gehuisvest. De resterende woningen zijn voor thuiszorggeïndiceerden. Het gaat om een ontwikkelingsproject.

Medische apparatuur in de thuissituatie

Doel: het opstellen van kwaliteitsrichtlijnen voor medische apparatuur thuis. Methode: het thuis verplegen en verzorgen van patiënten met een ziekenhuisindicatie, met behulp van apparatuur, die normaal gesproken slechts in ziekenhuizen wordt toegepast. Evaluatie door TNO.

Kwaliteit van het uitvoerend werk van de gezinsverzorging

Doel: 1) Het ontwikkelen van een methode voor kwaliteitsbevordering van uitvoerend werk in de gezinsverzorging;

2) Het opstellen van een trainingspakket voor begeleiding van de toetsingen door het middenkader.

Methode: 1) Inventarisatie bestaande methodes; 2) Methode-ontwikkeling gezinsverzorging; 3) Experimenten bij drie instellingen; 4) Ontwikkelen van scholingsaanbod.

Integrale indicatiestelling ouderenzorg

Doel: Een loketfunctie, bereik van het totale zorgpakket, zorg op maat realiseren en adequate dienstverlening.

Zorgmeldpunt

Doel: 1) het realiseren van één loket voor diverse zorgvragen van ouderen in een gemeente

2) Onderzoeken of onafhankelijke centrale zorgaanmelding en -bemiddeling bijdraagt aan een oplossing voor afstemmings- en coördinatievragen.

Methode: Het instellen van een centraal zorgmeldpunt en het onderzoeken van de resultaten

Een andere bron voor recente zorgexperimenten is «Innovatie in de zorgsector», een gezamenlijk project van NIVEL, NcGv en NZi, waarbij elk jaar een jaarboek wordt uitgegeven. De informatie kan tegenwoordig ook verkregen worden op diskette («Databank Zorgvernieuwing»). Enkele voorbeelden uit het Jaarboek 1996:

Zwevende bedden

Dit project behoort verpleeghuiszorg te geven bij mensen thuis of in het verzorgingshuis zolang die voor de cliënt of het cliëntsysteem een meerwaarde heeft. Het gaat om mensen met een verpleeghuisindicatie. De totale kostprijs mag niet hoger zijn dan bij intramurale verpleeghuisopname. Realisering geschiedt door in samenwerking met thuiszorg, huisartsen, verzorgingshuizen en vrijgevestigde paramedici en onder verantwoordelijkheid van een verpleeghuisarts, verpleeghuiszorg thuis of in het verzorgingshuis te geven.

Praktijkverpleegkundige

De doelstellingen van het project zijn: taakverlichting van huisartsen in achterstandsgebieden; verbreding en intensivering van het produkt huisartsenzorg; doelmatiger inzetten van menskracht in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Men wil dit bereiken door aanstelling van een praktijkverpleegkundige in een tweetal huisartsengroepen (totaal elf huisartsen) met als taak de zorg voor chronisch zieken, ouderen en migranten vanuit de huisartspraktijk op geprotocolleerde wijze te verbreden en te intensiveren.

Kwaliteitsinvoering op de werkvloer

Het ontwikkelen van een methode voor kwaliteitsbevordering voor het uitvoerend werk in de thuiszorg. Uitvoerenden dienen met deze methode zelf verbeteringen aan te brengen in het aanbod voor klanten in de thuiszorg en de effectiviteit van het dagelijks handelen van uitvoerenden te vergroten. Het hoofddoel is het verbeteren van de beroepsontwikkeling in de thuiszorg en het verhogen van het zelflerend vermogen en het zelfbewustzijn van uitvoerenden, die zelf een bijdrage willen leveren aan het werk («staan voor je werk»). De methode die gebruikt wordt bestaat uit vijf stappen, met elk een eigen doel. Via tussenstappen en o.m. met behulp van de kwaliteitskaart wordt het einddoel bereikt. Het basisprincipe is dat de deelnemer het probleem van de oplossing benaderen vanuit drie invalshoeken: vanuit de klant (is deze gebaat bij de oplossing?), vanuit de organisatie (welk belang heeft de organisatie bij het oplossen van het probleem?), vanuit de uitvoerende (biedt de oplossing een bijdrage aan het vakkundig uitvoeren van de zorg?).

ENQUÊTE THUISZORG**Ten geleide**

Voorjaar/zomer 1996 voerde de Landelijke Vereniging Thuiszorg een spoedenquête uit naar wachtlijsten en rantsoenering van zorg. Dit gebeurde onder auspiciën van het Ministerie van VWS. Bij de resultaten van de enquête moet aangetekend worden dat het hier niet gaat om «harde» gegevens. De antwoorden van de instellingen zijn onderling niet zonder meer vergelijkbaar, aangezien elke instelling tot dusverre zijn eigen manier van indicatiestelling heeft gevolgd. Er zijn geen landelijke criteria voor indicatie. Indiceren gebeurt nog steeds door de instellingen zelf. De gegevens uit deze enquête betekenen daarom alleen schattingen. Zodra het nu in aanbouw zijnde systeem van onafhankelijk indicatiestellingen werkt, en het nieuwe financiële administratiesysteem geheel is ingevoerd, zullen betrouwbaarder, landelijk vergelijkbare cijfers ter beschikking komen.

Uitwerking spoedenquête Landelijke Vereniging Thuiszorg met betrekking tot budgetproblemen in de sector**1. Vraagstelling**

In de enquête zoals die door het Ministerie van VWS is gehouden zijn de volgende vragen gesteld:

- 1 Heeft uw instelling een wachtlijst voor de gezinsverzorging? Met andere woorden: voor hoeveel uur is binnen uw instelling een positieve indicatie gegeven en nog niet in feitelijke zorg omgezet?
- 2 Om hoeveel mensen gaat het bij de vorige vraag?
- 3 Kunt u de verhouding geïndiceerde uren gezinsverzorging ten opzichte van de gegeven uren gezinsverzorging weergeven in een percentage?
- 4 Wat is de gemiddelde wachttijd tussen een positieve indicatiestelling en aanvang van de zorg?
- 5 Rantsoeneert u de zorg? Zo ja, op welke wijze?
- 6 Zet u meer alphahulp in, in plaats van hulpverlening door vast gezinsverzorgingspersoneel?
- 7 Verwijst u zorgvragers door of terug naar derden? Zo ja, in welke omvang en naar welke derden?
- 8 Heeft u een cliëntenstop voor bepaalde diensten?

Daarnaast is in de spoed enquête door de LVT een aanvullende vraag gesteld, namelijk:

- 9 Heeft u acute financiële problemen en zo ja, in welke orde van grootte?

2. Respons

Van de 101 benaderde instellingen hebben 88 instellingen op tijd gereageerd. Dit is een respons van 87%. Het aandeel van deze 88 instellingen in het totale budget van ca. f 2 miljard is tenminste 88%.

3. Uitwerking per vraag

Hieronder zullen in beknopte vorm de antwoorden op de vragen worden besproken. Daarnaast zal waar nodig een korte omschrijving worden gegeven van de methode en de inhoud van de klassen.

- 1 Van de instellingen die aan de enquête hebben meegewerkt heeft 69% een wachtlijst voor gezinsverzorging. De op de wachtlijst voorkomende mensen zijn in totaal geïndiceerd voor bijna 39 000 uur per week.
- 2 De totale omvang van de wachtlijsten bedraagt 9271 personen. Omgezet naar het totale bestand van instellingen betekent dit een wachtlijst van circa 10 600 personen.
- 3 Als het aantal benodigde uren wordt vastgesteld op 100%, dan bedraagt gemiddeld genomen de gegeven uren 82% van de geïndiceerde uren. Als op dit gemiddelde een weging wordt gemaakt naar het totale budget dan is dit eveneens 82%.
- 4 De gemiddelde wachttijd van de 45 instellingen die aangeven dat ze een wachttijd hebben, bedraagt gemiddeld ongeveer 7 weken. Er is echter wel een grote spreiding in de wachttijd. Deze varieert van 1 tot 52 weken. Een gemiddelde wachttijd van 4 weken komt het meest voor.
- 5 83% (70/84) van de instellingen rantsoneert op de een of andere manier. Dit kan verder worden uitgesplitst naar:
 - 60% (42/70) geeft minder uren dan was geïndiceerd
 - 6% (4/70) stopt eerder met hulp
 - 4% (3/70) heeft bepaalde diensten gestaakt
 - 67% (47/70) rantsoneert op andere wijze.

Voor de rantsoenering «op een andere wijze» geldt dat menige instelling aangeeft dat zij de indicatiecriteria aangescherpt hebben. Er is dus sprake van een «selectie aan de poort».
- 6 60% van de instellingen heeft meer alphahulpen ingezet in plaats van zorg door vaste krachten van de instelling.
- 7 69% (58/84) van de instellingen verwijst zorgvragers terug of door naar derden, en wel als volgt:
 - 18% (10/57) van de instellingen verwijst terug naar het ziekenhuis
 - 19% (11/57) van de instellingen verwijst door naar andere gezondheidsinstellingen
 - 58% (33/57) van de instellingen verwijst door naar particuliere instanties
 - 49% (28/57) van de instellingen verwijst door naar vrijwilligerswerk en/of naar mantelzorg
 - 56% (32/57) van de instellingen verwijst door naar een andere vorm van zorg.

Bij doorverwijzing naar overige vorm van zorg werd in 53% (17/32) het antwoord: «naar persoonsgebonden budget (PGB)» gegeven.
- 8 40% van de instellingen (34/84) heeft op dit moment een cliëntenstop op één of meerdere vormen van zorg. Ook instellingen die hebben aangegeven dat er formeel nog geen stop is, maar waarbij dit feitelijk wel het geval blijkt te zijn, zijn in deze tellingen meegenomen. Opgesplitst ziet het beeld er als volgt uit:
 - 42% (14/33) van de instellingen die hebben aangegeven dat zij een cliëntenstop hebben, heeft een stop op zorg door alphahulpen
 - 48% (16/33) van de instellingen met een stop heeft een stop op huishoudelijke hulp

- 70% (23/33) van de instellingen heeft een stop op andere vormen van zorg.
- 9 46% (39/84) van de instellingen heeft een acuut financieel probleem. De omvang daarvan uitgedrukt in een percentage van het totale jaarbudget van de instelling bedraagt gemiddeld 5%. De instellingen die deze vraag bevestigend hebben beantwoord, beschikken in totaal over 58% van het totale budget van ongeveer f 2 miljard. Van de instellingen die aangeven dat zij op dit moment nog geen acuut financieel probleem hebben, geeft 40% (18/45) aan dat er wel op korte termijn (vanaf 1997) problemen zijn te verwachten. Van deze instellingen is het merendeel aan het interen op het eigen vermogen.

4. Tenslotte

Door de korte tijd die er was om de enquête te verwerken, is geen tijd aanwezig geweest om onduidelijke antwoorden nader te analyseren. Hierom is in de meeste gevallen niet gepercenteerd op het totaal aantal respondenten, maar op het aantal respondenten met een antwoord. Om deze reden is in de meeste gevallen ook het absolute aantal achter het percentage gezet.

Utrecht/Eck en Wiel/9 juni 1996/Drs. B. W. van 't Hoff/Terp Advies