



HOEKSMa, HOMANS & MENTING
ORGANISATIEADVISEURS

THERMEN 1
POSTBUS 262
7500 AG ENSCHEDE
T (053) 433 05 48
F (053) 435 49 50
INFO@HHM.NL
WWW.HHM.NL
KvK 08120363

**Resultaten verdiepend onderzoek
naar wachtlijsten voor Verpleging &
Verzorging en Gehandicaptenzorg.**

Enschede, 12 januari 2009
TV/09/0094/wav8

drs. J.E.A. Hartmans
drs. M.R. Hengeveld
ir. G. Vernhout
drs. C.M. IJland

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding verdiepend wachtlijstonderzoek	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen	7
1.3 Onderzoeksofzet	8
1.4 Verantwoording onderzoeksresultaat	10
2. Doorlooptijden in 2007	12
2.1 Begripsdefinitie.....	12
2.2 Landelijk beeld doorlooptijden	12
2.3 Regionaal beeld doorlooptijden	13
2.4 Ontwikkeling doorlooptijden	14
2.5 Conclusie doorlooptijden	15
3. Problematische wachtlijst.....	17
3.1 Begripsdefinitie.....	17
3.2 Omvang en samenstelling problematische wachtlijst	18
3.2.1 Dementerenden	19
3.2.2 LVG-jeugdigen met aanvullende problematiek	21
3.2.3 Cliënten met een meervoudige/complex zorgvraag	23
3.4 Conclusie problematische wachtlijst	25
4. Openstaande indicaties.....	27
4.1 Begripsdefinitie.....	27
4.2 Omvang en samenstelling openstaande indicaties.....	28
4.3 Openstaande indicatie versus problematisch wachtend	28
4.4 Conclusie openstaande indicaties.....	30
Bijlagen	
1. Treeknormen	31
2. Concessiehouders en zorgkantoren	32
3. Doorlooptijden	33
4. Bewerkingen op basisbestand AZR	36

Samenvatting

INLEIDING

In deze rapportage staat het resultaat van een verdiepend onderzoek naar wachtenden op AWBZ-zorg in de sectoren Verpleging & Verzorging en Gehandicaptenzorg. Het doel van dit onderzoek was het verkrijgen van een betrouwbaar beeld van het aantal wachtenden op peildatum 1 januari 2008 en de achterliggende problematiek van deze wachtenden.

OPZET VAN HET ONDERZOEK

De AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) is in principe een goede bron voor het genereren van wachtlijstcijfers, maar werkt pas goed als het berichtenverkeer tussen zorgkantoren en zorgaanbieders voldoet aan de eisen 'volledigheid' en 'tijdigheid'. De door het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) ontwikkelde kwaliteitsmonitor laat in 2007 en 2008 een gestage verbetering van deze prestatie-indicatoren zien, maar dit heeft voor de betrouwbaarheid van de wachtlijstcijfers op peildatum 1-1-2008 nog niet het gewenste effect gehad. Hierdoor was opnieuw een tijdrovend traject nodig om van ruwe basiscijfers te komen tot een 'netto' wachtlijst.

Daarnaast voorziet de AZR op dit moment alleen globaal in de mogelijkheid een nadere differentiatie op cliëntniveau te maken. In de huidige situatie kan op basis van grondslag en doorlooptijd/wachttijd enig onderscheid tussen cliënten worden gemaakt, maar voor het, in dit onderzoek gewenste, onderscheid in problematisch en minder problematisch wachtenden, was aanvullende informatie van zorgkantoren en zorgaanbieders nodig. Omdat de benodigde informatie niet direct voor handen ligt, was het achterhalen van deze informatie (veelal op basis van schattingen) ook dit jaar intensief en tijdrovend.

Om te beginnen is de basiswachtlijst uit de AZR geschoond op basis van de uitgangspunten van de vorige wachtlijstmeting en bevindingen van zorgkantoren. Er zijn interviews met alle concessiehouders gevoerd om de uitgangspunten van de te hanteren schoningsregels te verifiëren en om na te gaan welk deel van de wachtenden als problematisch moet worden beschouwd en waarom. De voorlopige resultaten zijn besproken met de zorgkantoren, waarna het nodig bleek om nog een verdiepingsslag te maken. Dit is gebeurd aan de hand van telefonische interviews met zorginkopers. Op basis hiervan heeft nog een verfijning van de wachtlijstinformatie plaatsgevonden, vooral op het gebied van de in de AZR berekende doorlooptijden. Deze stappen hebben uiteindelijk geleid tot een redelijk betrouwbaar, zij het nog steeds globaler dan gewenst, beeld van de wachtlijsten in de V&V- en GZ-sector.

ALGEMEEN BEELD

Van alle geïndiceerde cliënten in de V&V- en GZ-sector heeft 86% in 2007 de geïndiceerde zorg volledig gekregen binnen de Treeknormen (13 weken voor zorg met verblijf en 6 weken voor zorg met verblijf en behandeling of voor zorg zonder behandeling). Dat is nagenoeg gelijk aan het percentage van het jaar ervoor (85%). Er zijn enkele duidelijk identificeerbare categorieën cliënten die

de benodigde AWBZ-zorg niet op tijd krijgen en voor wie intensieve zorgbemiddeling nodig is gezien de aard van hun problematiek. Dit zijn de 'problematisch wachtenden'.

Op 1-1-2008 waren er ongeveer 81.000 cliënten met een geheel of gedeeltelijk openstaande indicatie voor verpleging & verzorging of gehandicaptenzorg. Volgens de landelijke definitie zouden deze cliënten alle wachtend zijn omdat ze niet volledig de zorg krijgen waarvoor ze zijn geïndiceerd. Echter, in de praktijk blijkt dat voor het merendeel van deze cliënten (ruim 76.000) de situatie (nog) niet problematisch is.

Het gaat dan specifiek om:

- ongeveer 12.500 cliënten die korter dan de Treeknorm wachten op zorg;
- ongeveer 43.000 cliënten (van wie er 30.000 een indicatiebesluit hebben dat op 1/1/2008 al langer dan een jaar open stond), voor wie geldt dat:
 - zij een verblijfsindicatie hebben maar deze nog niet verzilveren omdat ze vooralsnog tevreden zijn met de AWBZ-zorg thuis en nog niet willen verhuizen naar een instelling (ook de personen die bewust kiezen voor een 'volledig pakket thuis' behoren tot deze groep);
 - zij een duidelijke voorkeur hebben voor een plaats in een bepaalde instelling en daarop willen blijven wachten (ze slaan het aanbod verblijfszorg te ontvangen bij een andere zorginstelling af);
 - zij ten onrechte niet door de zorgaanbieder 'uit zorg' zijn gemeld waardoor hun indicatiebesluit open blijft staan zo lang de geldigheidstermijn nog niet is verstreken: het gaat hierbij vooral om cliënten in de V&V-sector die al uitbehandeld of gerevalideerd zijn;
- ongeveer 15.000 cliënten met een indicatie voor zorg zonder verblijf die in overleg met het zorgkantoor minder zorg willen afnemen dan waarvoor ze zijn geïndiceerd;
- ongeveer 6.000 cliënten met een verblijfsindicatie die kiezen voor een persoonsgebonden budget (PGB) om in te zetten in een kleinschalig initiatief in het kader van scheiden van wonen en zorg (waaronder bijvoorbeeld de Thomashuizen); in de huidige versie van de AZR blijft de verblijfsindicatie dan openstaan.

PROBLEMATISCHE WACHTLIJST

Van de 81.000 cliënten met een geheel of gedeeltelijk openstaande indicatie op 1-1-2008, blijft een groep van 4.475 cliënten over die problematisch wachtend zijn. Het gaat hierbij, net als vorig jaar, om de volgende categorieën cliënten:

1. dementerende (vooral ouderen) die wachten op verblijfszorg met behandeling (1.600 cliënten);
2. jeugdigen met een licht verstandelijke handicap en aanvullende problematiek (2.125 cliënten);
3. cliënten (vooral ouderen) met een meervoudige en/of complexe zorgvraag (750 cliënten).

Ten opzichte van het jaar ervoor is sprake van een kleine afname (3%) van het totale aantal problematisch wachtenden. Met betrekking tot de drie probleemcategorieën is een verschuiving te zien van minder dementerenden en meer LVG-jeugdigen. De categorie met een meervoudige/complexere zorgvraag is gelijk gebleven.

De problematische categorieën op de wachtlijst worden in alle zorgkantoorregio's herkend. De omvang van de problematische wachtlijst is geen 'hard' gegeven maar gebaseerd op het toepassen van de landelijke definitie in combinatie met een schatting door de zorgkantoren. In de praktijk komt dit neer op 5 à 6% van het totale aantal cliënten met een openstaande indicatie. De omvang kan pas echt worden gemeten als de problematisch wachtenden als zodanig herkenbaar worden in de AZR. Er wordt momenteel gewerkt aan een ontwerp van de aanpassingen die dit mogelijk moeten maken, maar voordat dit ontwerp in de AZR is gerealiseerd, zijn we een paar jaar verder. Tot die tijd moet het beeld van de problematisch wachtenden dus op een andere wijze worden verkregen, zoals bijvoorbeeld in dit onderzoek is gedaan.

De wachtlijstproblematiek in de zorgkantoorregio's verschilt niet wezenlijk van elkaar. Alle zorgkantoren hebben een problematische wachtlijst en ze kennen alle dezelfde probleemcategorieën. Van de in een regio aanwezige cliënten met een openstaande indicatie behoort 5 à 6% tot de groep problematisch wachtenden.

ERNSTIG DEMENTERENDEN

In 2007 is zowel de vraag van dementerende ouderen die wachten op (aanvullende) verpleeghuiszorg als het aanbod van verpleeghuiszorg toegenomen. Het resultaat is dat de problematische wachtlijst voor deze doelgroep blijft bestaan maar wel, in vergelijking met vorig jaar, is afgenomen. Hoewel het merendeel van de dementerende cliënten in 2007 binnen de Treeknorm de geïndiceerde zorg hebben gekregen, blijkt dat in alle regio's op 1-1-2008 dementerenden te lang op de wachtlijst stonden. De wachttijd loopt uiteen van 3 tot 6 maanden. Als het nodig is, kan overbruggingszorg worden aangeboden, thuis of in het verzorgingshuis, en ook een crisisplaats is door zorgkantoren vrij snel (veelal binnen 24 uur) te regelen.

LVG-JEUGD MET AANVULLENDE PROBLEMATIEK

Het gaat hierbij om jeugdigen die wachten op een plaats in een orthopedagogisch behandelcentrum (gemiddelde wachttijd van 1 jaar), op een plaats in een reguliere instelling voor verstandelijk gehandicapten (gemiddelde wachttijd van een half jaar) of op ambulante zorg (gemiddelde wachttijd van 3 maanden). Deze categorie problematisch wachtenden komt in alle zorgkantoorregio's voor. Ook voor deze groep geldt dat het merendeel binnen de Treeknorm in zorg wordt genomen maar een problematische groep van ruim 2.000 wachtenden moet (veel) langer wachten. Zij kunnen in het algemeen wel overbruggingszorg krijgen maar ontberen dan de benodigde intensieve behandeling. Het afhandelen van crisissituaties is in alle zorgkantoorregio's goed georganiseerd en bijna altijd is binnen 24 uur een crisisplaats te regelen maar wel met moeite.

CLIËNTEN MET EEN MEERVOUDIGE EN/OF COMPLEXE ZORGVRAAG

Dit is een categorie bestaande uit cliënten met diverse problematiek, zoals cliënten met een dubbele grondslag (bv. somatiek en psychiatrie), cliënten met niet aangeboren hersenletsel e.d. Wat deze cliënten met elkaar gemeen hebben is dat hun problematiek een specifieke aanpak vereist en soms moeilijk is te plaatsen binnen een bestaande groep of afdeling. Deze categorie komt in alle zorgkantoorregio's voor maar de problematiek van cliënten kan verschillen. De wachttijd is net zo divers als de problematiek en varieert van 2 maanden tot 1 jaar.

OORZAKEN PROBLEMATISCHE WACHTLIJST

In het onderzoek zijn de volgende oorzaken naar voren gekomen die leiden tot het (voort)bestaan van de problematische wachtlijst:

- Onvoldoende intramurale voorzieningen en traag verlopende bouwprocessen/-procedures.
- Stijgende vraag (alle drie probleemcategorieën).
- Krapte op de arbeidsmarkt, vooral met betrekking tot gespecialiseerd personeel.
- Gebrekkige doorstroombmogelijkheden van de ene zorgvorm naar de andere of naar de thuissituatie c.q. een zelfstandige woonvorm (vooral m.b.t. zorg voor LVG-jeugdigen).
- Samenwerking gericht op het realiseren van (boven)regionale voorzieningen voor specifieke doelgroepen, komt nog onvoldoende tot stand en/of loopt tegen wettelijke en financiële grenzen aan. De zorgvraag van problematisch wachtenden kan zich bijvoorbeeld begeven op het raakvlak tussen AWBZ, WMO, ZVW en/of andere domeinen.

1. Inleiding verdiepend wachtlijstonderzoek

1.1 Aanleiding

TOEGANG TOT DE AWBZ

Een goed toegankelijke AWBZ is één van de kernwaarden van het beleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De 32 zorgkantoren zijn primair verantwoordelijk voor het realiseren van die toegankelijkheid in samenwerking met de regionale partners. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) draagt zorg voor de indicatiestelling voor de AWBZ-sectoren Verpleging & Verzorging (V&V) en Gehandicaptenzorg (GZ) en de door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieders voor de zorglevering. Daarnaast kunnen geïndiceerde cliënten kiezen voor bepaalde zorgvormen kiezen voor een persoonsgebonden budget (PGB), waarmee ze zelf de benodigde zorg kunnen inkopen.

ROL AZR IN DE KETEN

Sinds 1 oktober 2004 functioneert de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) als middel waarmee op gestandaardiseerde wijze gegevens worden uitgewisseld tussen de regionale partners. De AZR ondersteunt enerzijds het proces in de zorgketen, vanaf de indicatiestelling tot en met de zorglevering en levert anderzijds nuttige beleidsinformatie op over de ontwikkeling van de vraag, de doorlooptijden en eventuele knelpunten in de doorstroom (wachtlijst).

OPDRACHT

De AZR levert nog geen betrouwbaar beeld op van de wachtlijsten, en ook geen inzicht in de achtergronden van de wachtlijstproblematiek. Om die reden heeft VWS aan Hoeksma Homans & Menting Organisatieadviseurs B.V. (bureau HHM) opdracht gegeven een verdiepend onderzoek uit te voeren op grond van de AZR-gegevens op peildatum 1 januari 2008. In dit rapport worden de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

DOEL

De doelstelling van het verdiepend wachtlijstonderzoek was, om op basis van de door het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) aangeleverde 'bruto' wachtlijstgegevens uit de AZR, op peildatum 1 januari 2008, tot een betrouwbaar beeld van de daadwerkelijke 'netto' cijfers te komen en inzicht te verkrijgen in de achterliggende wachtlijstproblematiek.

ONDERZOEKSVRAGEN

Om de doelstelling te realiseren, zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Zijn er universele schoningsregels te formuleren waarmee bij benadering een betrouwbaar beeld van de wachtlijst kan worden verkregen?

2. Hoe ziet (volgens zorgkantoren) de problematische wachtlijst er uit?
 - a) te onderscheiden categorieën;
 - b) huidige verblijfplaats (thuis of intramurale voorziening);
 - c) gemiddelde wachtduur vanaf de indicatiedatum tot aan de datum van in zorgname;
 - d) de mate waarin tijdelijk overbruggingszorg wordt geleverd;
 - e) soort zorg waarop ze wachten (met of zonder verblijf);
 - f) mogelijkheid om zo nodig tijdig crisiszorg te regelen.

3. Wat zijn de oorzaken van het (voort)bestaan van een problematische wachtlijst?

4. Voor welke categorieën cliënten is enige doorlooptijd tot aan de zorgrealisatie (zelfs bij overschrijding van de Treeknormen) geen probleem en waarom niet?

BEGRIJSDEFINITIES

Om de tekst in deze rapportage goed te begrijpen, is het van belang te weten wat met de volgende twee begrippen is bedoeld:

- Openstaande indicatie:
Het begrip 'openstaande indicaties' heeft betrekking op geïndiceerde cliënten met een indicatiebesluit dat op 1 januari 2008 geldig was en waarin is uitgegaan van de wens om zorg in natura te ontvangen bij een door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieder van verpleging en verzorging of van zorg voor lichamelijk of verstandelijk gehandicapten. Op de peildatum ontvingen deze cliënten nog niet volledig de geïndiceerde zorg zodat er gesproken kan worden over geheel of gedeeltelijk openstaande indicaties.

- Problematische wachtlijst:
Met de 'problematische wachtlijst' wordt dat deel van de openstaande indicaties bedoeld, dat niet tijdig kan worden gerealiseerd en waarbij de cliënt of diens vertegenwoordiger rechtstreeks of via de beoogde zorgaanbieder een beroep doet op het zorgkantoor voor actieve zorgbemiddeling. De tijdigheid van de zorgrealisatie wordt gerelateerd aan de eerder in het veld afgesproken Treeknormen (zie Bijlage 1).

1.3 Onderzoeksopzet

OPSTELLEN BASISTABELLEN

Door het CvZ zijn op basis van de door zorgkantoren, via Vektis, aangeleverde AW317-berichten op peildatum 1 januari 2008 basistabellen gemaakt met daarin de resultaten van een match tussen de geldige indicatiebesluiten en de in de AZR vastgelegde meldingen aanvang zorg. De AW317 is het landelijk verzamelbericht waarin indicatie-, zorgtoewijzings- en zorgrealisatiegegevens zijn opgenomen.

CvZ heeft deze gegevens verwerkt tot een landelijk overzicht en een overzicht per regio van:

- de openstaande indicaties op 1-1-2008;
- de wachttijden van wachtenden op 1-1-2008;
- de in 2007 gerealiseerde doorlooptijden van indicatie tot aan zorgrealisatie.

UITVOEREN INTERVIEWS BIJ ZOR GKANTOREN

Op grond van de regionale tabellen van het CvZ zijn gestructureerde interviews gehouden met een team van zorgkantoor medewerkers. In dit team zaten tenminste twee medewerkers die verantwoordelijk zijn voor de zorgtoewijzing en wachtlijstbemiddeling in respectievelijk de GZ- en V&V-sector en een medewerker die verstand heeft van het AZR-systeem van het betreffende zorgkantoor en het daarbij behorende administratieve proces. De interviews zijn op het niveau van de 11 concessiehouders uitgevoerd (zie Bijlage 2 voor een overzicht van de concessiehouders en de daarbij behorende zorgkantoren). In het contact met de zorgkantoren is tevens om een kwantitatieve onderbouwing gevraagd van de gegeven antwoorden op de inhoudelijke vragen.

ANALYSEREN VAN DE RESULTATEN

De resultaten van de regionale interviews zijn vertaald naar een landelijk beeld van de openstaande indicaties, de problematische wachtlijst en de achterliggende factoren. Eén van de resultaten was een set van aannames/schoningsregels waarmee uit de basiscijfers van CvZ een reëel beeld van de openstaande indicaties kan worden verkregen. De daarvoor benodigde bewerkingen zijn vervolgens uitgevoerd op de landelijke tabellen.

BESPREKING VOORLOPIGE RESULTATEN

De bevindingen zijn besproken in een bijeenkomst op 4 september. Aan deze bijeenkomsten is deelgenomen door de opdrachtgever (VWS, Directie Langdurige Zorg), de brancheorganisatie van zorgkantoren (ZN), het CvZ en een vertegenwoordiging uit de zorgkantoren. Tijdens deze bijeenkomsten is feedback verkregen op de voorlopige conclusies en is nog doorgevraagd en gediscussieerd over onduidelijkheden, met name op het gebied van de problematisch wachtenden.

NADERE VERDIEPING

Naar aanleiding van de voorlopige resultaten zijn telefonische interviews gehouden met inkoopmanagers van enkele zorgkantoren. Er was ten behoeve van het onderzoek behoefte aan meer inzicht in het inkoopbeleid van de zorgkantoren, de eventueel daarvoor gehanteerde prognosemodellen en de ontwikkeling van het regionale zorgaanbod. Dit inzicht kon in onvoldoende mate worden verkregen bij de zorgbemiddelaars.

Parallel aan dit onderzoek is een verdiepend onderzoek naar de wachtlijsten voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking uitgevoerd. Dit onderzoek was nodig omdat deze groep niet als zodanig herkenbaar is in de AZR. Via zorgkantoren en zorgaanbieders is een beeld van deze problematische doelgroep verkregen. De conclusies van dit onderzoek zijn integraal overgenomen in deze rapportage.

RAPPORTAGE ONDERZOEKSRESULTATEN

De resultaten van het verdiepend onderzoek naar de wachtlijsten in de AWBZ-sectoren Verpleging & Verzorging en Gehandicaptenzorg zijn vastgelegd in het onderhavige rapport.

1.4 Verantwoording onderzoeksresultaat

Met het onderzoek was beoogd de volgende resultaten te bereiken:

1. Een landelijk beeld van de openstaande indicaties op peildatum 1-1-2008, dat met behulp van universele 'schoningsregels' kon worden afgeleid van de ruwe basisgegevens uit de AZR.
2. Een landelijk en regionaal beeld van de omvang en de samenstelling van de problematische wachtlijst, de gemiddelde wachttijd en de achtergronden van het (voort)bestaan van deze wachtlijst.

AD 1: LANDELIJK BEELD OPENSTAANDE INDICATIES

Met betrekking tot het eerste resultaat dat was beoogd, het afleiden van een realistisch beeld van de openstaande indicaties op 1-1-2008, door gebruik te maken van universele schoningsregels, kan worden gesteld dat dit is gerealiseerd. De schoningsregels van de vorige wachtlijstmeting met peildatum 1-1-2007 zijn, na enige bijstelling, bruikbaar gebleken om tot een betrouwbaar beeld van de openstaande indicaties te komen.

AD 2: LANDELIJK EN REGIONAAL BEELD PROBLEMATISCHE WACHTLIJST

Met betrekking tot het tweede resultaat moet worden vastgesteld dat dit niet geheel is bereikt. Zoals hiervoor al is aangegeven, geeft de AZR op dit moment onvoldoende inzicht in de ernst van de wachtlijstproblematiek omdat de hiervoor benodigde gegevens hierin niet zijn opgenomen. Op dit moment worden landelijke afspraken gemaakt over een nieuwe versie van de AZR, waarin 'statusinformatie' over individuele cliënten een plaats kan krijgen. Voorbeelden van statusinformatie zijn:

- cliënt wil de geïndiceerde functie (nog) niet afnemen;
- cliënt wil wachten op beschikbare capaciteit bij een voorkeursaanbieder.

Daarnaast biedt de AZR geen mogelijkheid om relevante (problematische) groepen, zoals de licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen, eruit te lichten. Alleen de AWBZ-grondslagen worden vastgelegd (bijvoorbeeld verstandelijke beperking) en niet de mate van de beperking (licht of zwaar aan de hand van IQ-scores). Hierdoor kan informatie over LVG-jeugdigen alleen worden verkregen met behulp van aanvullende informatie die bij zorgkantoren en zorgaanbieders (deels) beschikbaar is¹.

¹ Naar aanleiding van het advies van de Taskforce Linschoten wordt op dit moment geadviseerd om de IQ-score in de beleidsregels op te nemen zodat het een verplicht onderdeel van het indicatiebesluit wordt en dus in de AZR kan worden opgenomen. Het is dan uiteraard van belang dat de AWBZ-indicaties van de Bureaus Jeugdzorg ook in de AZR terecht gaan komen.

Het benodigde aanvullende onderzoek onder zorgkantoren (en voor de LVG-jeugdigen tevens onder zorginstellingen), leverde echter niet het gewenste resultaat op en dat geldt met name voor de kwantificering van de problematische wachtlijst.

Hiervoor zijn de volgende oorzaken aan te wijzen:

- Ontbreken van overeenstemming over het begrip 'problematisch wachtende':
Niet alle ketenpartijen (met name zorgkantoren en zorgaanbieders) kunnen zich vinden in de landelijke definitie voor 'problematische wachtlijst'. Het gevolg is dat aan deze definitie een eigen interpretatie wordt gegeven, waardoor de verkregen resultaten onderling niet goed te vergelijken zijn.
- Ontbreken van vastgelegde gegevens over de problematisch wachtenden:
Ook al kunnen de meeste zorgkantoren de problematische categorieën binnen hun wachtlijst wel benoemen, houden ze er geen registratie van bij. Informatie over de problematisch wachtenden moeten zorgkantoren dus baseren op schattingen naar aanleiding van praktijkervaringen van zorgbemiddelaars en zorginkopers. De schattingen zijn dus gebaseerd op het referentiekader van de geïnterviewden.

Omdat beide voorwaarden voor een betrouwbare kwantificering van de problematiek op regionaal niveau ontbreken (eenheid van definitie en vastlegging gegevens), is het niet verantwoord om regionale cijfers te presenteren. In het onderzoek moest worden volstaan met een landelijk beeld.

Het onderzoek heeft wel de volgende informatie over het regionale beeld opgeleverd:

- Dit onderzoek heeft voor het eerst geleid tot regionale inzichten in de mate waarin personen binnen de Treeknormen hun zorg hebben gekregen (zie Bijlage 3). Deze uitkomsten zijn vooralsnog indicatief, omdat regionale verschillen in het gebruik van de AZR, het beeld kunnen vertroebelen (zie toelichting in Hoofdstuk 2).
- Uit het onderzoek is niet naar voren gekomen dat de wachtlijstproblematiek in de zorgkantoorregio's wezenlijk van elkaar verschilt. Alle zorgkantoren hebben een problematische wachtlijst en ze kennen alle dezelfde probleemcategorieën (zie Hoofdstuk 3). Verder is er overeenstemming tussen de zorgkantoren als het om het percentage problematisch wachtenden gaat: 5 à 6 procent van de in hun regio aanwezige cliënten met een openstaande indicatie behoort tot de problematisch wachtenden.

2. Doorlooptijden in 2007

2.1 Begripsdefinitie

De doorlooptijd is de tijd die verstrijkt tussen het moment dat een cliënt is geïndiceerd voor bepaalde AWBZ-zorg en het moment waarop de levering van die zorg start. De looptijd begint dus te tellen op de dag dat de geldigheid van het indicatiebesluit ingaat en eindigt op de dag dat het verlenen van de geïndiceerde zorg begint. De lengte van de tussenliggende periode is de doorlooptijd en deze wordt dus uitgedrukt in een tijdseenheid (dagen, weken, maanden, jaren).

2.2 Landelijk beeld doorlooptijden

Hieronder staat per sector het resultaat als de gerealiseerde doorlooptijden van cliënten van wie de (volledige) zorgverlening in 2007 is gestart, worden vergeleken met de 100%-Treenorm (zie Bijlage 1 voor een overzicht van deze Treenorm, vertaald naar de in deze rapportage gehanteerde indeling in zorgvormen).

Zorgvorm (n = 379.801)	Treenorm	Percentage binnen Treenorm	Totaal aantal zorgrealisaties
Verblijf zonder behandeling	13 weken	80%	32.446
Verblijf met behandeling	6 weken	82%	53.788
Zorg zonder verblijf	6 weken	89%	244.775
Totaal	-	87%	331.009

Tabel 1. Zorgrealisaties in sector V&V gerelateerd aan Treenorm, bron: CvZ, 2007.

Zorgvorm (n = 34.833)	Treenorm (in dagen)	Percentage binnen Treenorm	Totaal aantal zorgrealisaties
Verblijf met en zonder be- handeling	13 weken	83%	12.678
Zorg zonder verblijf	6 weken	71%	13.927
Totaal	-	76%	26.605

Tabel 2. Zorgrealisaties in sector GZ gerelateerd aan Treenorm, bron: CvZ, 2007.

2.3 Regionaal beeld doorlooptijden

In Bijlage 3 staat een overzicht per regio van het aantal cliënten dat in 2007 binnen de Treeknormen de geïndiceerde zorg volledig heeft ontvangen. In deze tabellen zijn alleen de doorlooptijden van nieuwe indicaties en herindicaties naar een zwaardere zorgvorm, meegenomen. Omdat het percentage herindicaties per regio kan verschillen, zou het een vertekend beeld kunnen opleveren als ook de herindicaties worden meegerekend.

VERSCHILLEN TUSSEN REGIO'S

Vergelijkingen tussen regio's onderling zijn op dit moment nauwelijks zinvol omdat er diverse oorzaken zijn voor deze verschillen. Deze oorzaken kunnen betrekking hebben op:

- Regionale verschillen in de kwaliteit van de aangeleverde AZR-data:
De in de AZR aanwezige MAZ-berichten waren in 2007 nog niet betrouwbaar genoeg om een volledig beeld van de doorlooptijden te berekenen. In een aantal regio's is in het afgelopen jaar hard gewerkt aan het verbeteren van de volledigheid en tijdigheid van de aanlevering door zorgaanbieders ('in-haalslag'). Sinds begin dit jaar wordt de voortgang hiervan per regio gemeten door CvZ, met behulp van de 'Kwaliteitsmonitor AZR'.
- Cliëntvoorkeuren om verblijfszorg te verzilveren:
Cliënten wachten soms bewust langer op een specifieke instelling terwijl elders in de regio al wel capaciteit beschikbaar is. Dit speelt in meerdere regio's. Voor specifieke verzorgings- en verpleeghuizen bestaan in deze regio's bijvoorbeeld (lange) wachtlijsten terwijl er ook instellingen zijn die te maken hebben met leegstand.
- Inrichting van het zorgbemiddelingsproces:
De wijze waarop zorgkantoren hun zorgbemiddelingsactiviteiten organiseren in de regio, kan effect hebben op de lengte van de doorlooptijden. Geen van de geïnterviewden heeft dit echter als mogelijke oorzaak van regionale verschillen in doorlooptijden genoemd. Tijdens de terugkoppeling van de doorlooptijdtabellen bleek dat de meeste zorgkantoren nog niet gewend zijn zelf op basis van de AZR dit soort managementinformatie op te stellen om te kunnen sturen op de resultaten van hun zorgbemiddelings- en/of inkoopproces.
- Specifieke vraag- en aanbodomstandigheden in de regio:
 - In sommige regio's is geen/weinig GZ (intramuraal) zorgaanbod. Dit leidt tot bovenregionale zorgtoewijzing en dit kost tijd, waardoor de doorlooptijd toeneemt.
 - Onvoldoende capaciteit bij bepaalde zorgaanbieders.
 - Doorstroomprobleem bij zorgaanbieders.
 - 'Shoppen' door de cliënt (vertraagt de zorgrealisatie).

- Verschillen in de verhouding tussen het aantal verzorgingshuis- en verpleeghuisplaatsen.
- Verschillen in hoe vaak het CIZ een verblijfsindicatie afgeeft (in de ene regio vaker dan in de andere).

Gelet op het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat er niet zonder meer harde conclusies mogen worden verbonden aan de geconstateerde verschillen in doorlooptijden tussen de regio's. Het in Bijlage 3 geschetste beeld is dus puur indicatief. Om een goede verklaring voor de aangetroffen verschillen te kunnen geven, is het nodig de genoemde mogelijke oorzaken afzonderlijk te kunnen duiden. Dit vereist een diepgaande, regionale (tijdrovende) analyse die in het kader van dit onderzoek niet is uitgevoerd.

2.4 Ontwikkeling doorlooptijden

In onderstaande tabellen wordt het gerealiseerde percentage zorgrealisaties binnen de Treeknorm van 2007 vergeleken met dat van 2006.

Zorgvorm	Percentage binnen Treeknorm	
	2006	2007
Verblijf zonder behandeling	82%	80%
Verblijf met behandeling	80%	82%
Zorg zonder verblijf	86%	89%
Totaal	85%	87%

Tabel 3. Ontwikkeling doorlooptijden sector V&V, bron: CvZ.

De lichte daling van het percentage cliënten dat binnen de Treeknorm verblijf zonder behandeling krijgt, heeft waarschijnlijk te maken met het cumulatieve effect dat optreedt naarmate de AZR-database meer gevuld raakt met gegevens. In de AZR-database komen steeds meer cliënten voor met een wachttijd langer dan 1 jaar. Het gaat dan bijvoorbeeld om cliënten die vooralsnog tevreden zijn met de overbruggingszorg die ze thuis ontvangen. Bij verslechtering van de situatie kunnen ze alsnog kiezen voor het verzorgingshuis.

Opvallend is ook dat verblijf zonder behandeling van de drie zorgvormen het laagste scoort op doorlooptijd, terwijl zorgkantoren melden dat er op dit punt weinig problemen zijn. Dit is te verklaren uit de wens van cliënten om een opname zo lang mogelijk uit te stellen.

Zorgvorm	Percentage binnen Treeknorm	
	2006	2007
Verblijf met/zonder behandeling	86%	83%
Zorg zonder verblijf	75%	71%
Totaal	80%	76%

Tabel 4. Ontwikkeling doorlooptijden sector GZ, bron: CvZ.

De lichte daling van het percentage cliënten in de gehandicaptenzorg dat binnen de Treeknorm van zorg wordt voorzien, heeft volgens zorgkantoren te maken met de volgende factoren:

- De vraag in de gehandicaptensector (vooral zorg voor licht verstandelijk gehandicapten) neemt sterker toe dan het aanbod.
- De complexiteit van de zorgvraag neemt ook toe waardoor er vaker moet worden verwezen naar gespecialiseerde instellingen buiten de eigen regio, hetgeen meer tijd kost.

Zie voor een nadere onderbouwing van deze verklaringen ook het volgende hoofdstuk (problematische wachtlijst).

2.5 Conclusie doorlooptijden

Het merendeel van de cliënten wordt binnen de Treeknormen in zorg genomen. Dit geldt zowel voor de V&V-sector (87%) als voor de GZ-sector (76%), al is het resultaat in de laatstgenoemde sector wel wat lager. In de sector V&V worden minder cliënten binnen de Treeknormen geholpen die zijn geïndiceerd voor zorg met verblijf en behandeling dan die zijn geïndiceerd voor verblijfszorg zonder behandeling of voor zorg zonder verblijf. In de GZ-sector valt juist een groter percentage geïndiceerden voor zorg zonder verblijf buiten de Treeknorm, een beeld dat door veel zorgkantoren niet wordt herkend. Mogelijk spelen administratieve redenen hier een rol.

Het gaat bij de gepresenteerde percentages om een ondergrens want de cijfers worden mogelijk negatief beïnvloed door cliënten die er zelf bewust voor kiezen om de zorglevering uit te stellen. In dat geval wordt de doorlooptijd langer, ook al is de zorg wel eerder beschikbaar. In de AZR kan (nog) niet worden aangegeven welke cliënten hiervoor kiezen, dus kan dit onderscheid nu ook nog niet worden gemaakt.

Als de doorlooptijden worden vergeleken met die van het jaar ervoor (2006) dan valt op dat in de V&V-sector een fractie meer cliënten binnen de Treeknorm de geïndiceerde zorg ontvangen, met uitzondering van cliënten die zijn geïndiceerd voor zorg met verblijf zonder behandeling. In de GZ-sector is een lichte terugval te constateren. Dit wordt mogelijk veroorzaakt door de sterke groei van het aantal jeugdigen met een licht verstandelijke handicap die (langdurig) op de wachtlijst staan.

Om regionale verschillen in gerealiseerde doorlooptijden te verklaren, is meer informatie nodig over regiospecifieke omstandigheden. Een voorzichtige analyse van verschillen binnen regio's, leidt tot het volgende beeld:

- In de V&V-sector geldt voor vrijwel alle regio's dat geïndiceerden voor zorg zonder verblijf vaker binnen de Treeknorm de geïndiceerde zorg ontvangen dan cliënten die zijn geïndiceerd voor zorg met verblijf. In slechts drie regio's is dat niet zo.
- Het percentage cliënten dat is geïndiceerd voor verblijf met behandeling en binnen de Treeknorm wordt geholpen, is in de V&V-sector in alle regio's iets groter dan de geïndiceerden voor zorg zonder verblijf (gemiddeld 4%). In drie regio's is dit verschil groter (13-21%).
- In de V&V-sector zijn er weinig verschillen tussen regio's als het gaat om het percentage cliënten met een indicatie voor extramurale zorg dat binnen de Treeknorm zorg ontvangt (N.B. deze bevinding is gebaseerd op een vergelijking tussen regio's en wordt dus met het nodige voorbehoud genoemd).
- In de GZ-sector worden minder extramurale cliënten binnen de Treeknorm geholpen dan voor zorg met verblijf. Dit beeld klopt niet met het beeld dat de meeste zorgkantoren hiervan hebben. Onduidelijk is of dit beeld moet worden bijgesteld of dat de uit de AZR berekende doorlooptijden een vertekend beeld geven. Waarschijnlijk speelt ook een rol dat de norm voor zorg zonder verblijf strenger is (6 weken) dan die voor zorg met verblijf (13 weken).

3. Problematische wachtlijst

3.1 Begripsdefinitie

Problematisch wachtenden zijn cliënten die al langer dan de Treeknormen op de wachtlijst staan én voor wie bemiddeling door het zorgkantoor of de zorgaanbieder nodig is.

TOTSTANDKOMING PROBLEMATISCHE WACHTLIJST

Het aantal problematisch wachtenden kan niet uit de AZR worden afgeleid omdat het veld waarin de indicatiesteller kan aangeven of zorgbemiddeling door het zorgkantoor is gewenst, niet specifiek voor dit doel wordt gebruikt. Niet alle cliënten met een wachttijd langer dan de Treeknormen, zijn problematisch te noemen. Daartoe behoren ook cliënten die bij nader inzien geen zorglevering wensen of die bewust voor een langere wachttijd kiezen (zie Hoofdstuk 4).

Het feit dat het overschrijden van de Treeknormen niet alles zegt en dat niet uit de AZR is te halen of een cliënt actieve zorgbemiddeling nodig heeft, maakt dat de daadwerkelijke omvang van de problematische wachtlijst op dit moment niet (op basis van de definitie) uit de in de AZR opgeslagen gegevens is af te leiden. Het vaststellen van de problematische wachtlijst moest gebeuren op basis van het inzicht van zorgkantoren in de probleemcategorieën en een schatting van de daarbij behorende aantallen. De benodigde informatie is in twee stappen verkregen:

- Stap 1 (kwalitatief beeld):
Uit interviews bij zorgkantoren is duidelijk naar voren gekomen dat er consensus bestaat over welke (hoofd)categorieën cliënten het gaat.
- Stap 2 (kwantificering):
Dit is gebeurd aan de hand van schattingen van zorgkantoren. Gebleken is dat de problematische doelgroepen in elke regio voorkomen. De (globale) inschattingen zijn getoetst aan de hand van beschikbaar cijfermateriaal van enkele zorgkantoren en bleek hiermee te worden bevestigd. Vanwege de beperkt aanwezige regionale gegevens, is geen verantwoorde uitsplitsing van de problematische doelgroepen naar zorgkantoorregio's mogelijk.

Het maken van een schatting van het aantal problematisch wachtenden bleek voor zorgkantoren (net als in de voorgaande twee jaren) heel moeilijk te zijn. Dit heeft twee redenen:

1. Het begrip 'problematisch wachtende' wordt verschillend geïnterpreteerd. De landelijke definitie komt vaak niet overeen met hoe zorgkantoren gewend zijn tegen de problematiek van geïndiceerden/wachtenden aan te kijken.
2. Er wordt geen registratie bijgehouden van de problematisch wachtenden, waardoor de omvang niet kan worden gekwantificeerd op basis van vastgelegde gegevens.

3.2 Omvang en samenstelling problematische wachtlijst

In deze paragraaf wordt op basis van de bij zorgkantoren gehouden interviews én het verdiepende onderzoek naar de licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen, een beeld geschetst van de problematische wachtlijst. In onderstaande tabel staan de (hoofd)categorieën problematisch wachtenden, de zorg waarop wordt gewacht, het aantal wachtenden en de bandbreedte (probleemcategorieën 1 en 3) of gemiddelde wachttijd (probleemcategorie 2). Dit is het landelijke beeld. Vervolgens worden de probleemcategorieën nader beschouwd, inclusief eventuele regionale verschillen.

probleemcategorie	wachtend op	aantal	bandbreedte/ gemiddelde wachttijd
1. ernstig dementerenden	verblijf met behandeling	1.600	3 – 6 maanden
2. licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met aanvullende problematiek	<ul style="list-style-type: none"> ■ verblijf met behandeling ■ verblijf zonder behandeling ■ zorg zonder verblijf 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 502 ■ 672 ■ 951 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 jaar ■ 6 maanden ■ 3 maanden
3. cliënten met een meervoudige en/of complexe zorgvraag	verblijf (in enkele regio's ook thuiszorg)	750	2 mnd - 1 jaar, afhankelijk van de aard van de problematiek
Totaal aantal problematisch wachtenden		4.475	

Tabel 5. *Problematisch wachtenden, peildatum 1-1-2008.*

Het aantal problematisch wachtenden in bovenstaande tabel is, voor wat de categorieën 1 en 3 betreft, gebaseerd op schattingen van zorgkantoren en dus geen 'keihard' gegeven. Voor deze categorieën kan geen gemiddelde wachttijd worden aangegeven, alleen een bandbreedte. Aan de hand van informatie uit enkele regio's is in andere regio's getoetst of deze schattingen kloppen (o.a. bij zorginkopers).

De gegevens van categorie 2 (LVG-jeugd met aanvullende problematiek) zijn gebaseerd op daadwerkelijk gemeten aantallen. Deze gegevens zijn verkregen door aanvullend onderzoek.

De derde probleemcategorie (meervoudige en/of complexe problemen) is divers van samenstelling (zie §3.2.2). Dat wil zeggen dat de aard van de problematiek van cliënten die tot deze categorie behoren, heel verschillend kan zijn. Toch hebben deze cliënten met elkaar gemeen dat ze een bijzondere zorgvraag hebben.

3.2.1 Dementerenden

KENMERKEN

Het gaat veelal om oudere cliënten met ernstige psychogeriatrische klachten, die wachten op verblijfszorg met behandeling. In één regio zijn ook expliciet de jong dementerenden genoemd. De jong dementerenden hebben een specifieke aanpak nodig (individuele begeleiding en dagbesteding) en zijn gebaat bij opname in een kleinschalige woonvorm.

Naar schatting meer dan de helft van de (oudere) dementerenden (cliënten met grondslag PG) wachten in de thuissituatie op een plaats in een verpleeghuis. Een deel is al opgenomen in een verzorgingshuis, maar kan daar onvoldoende adequate (aanvullende) zorg krijgen.

REGIONAAL BEELD

Dementerenden worden als probleemcategorie in alle zorgkantorregio's herkend, maar in vier regio's wel in mindere mate als problematisch ervaren dan in de overige 28 regio's. De omvang van de wachtlijst voor deze doelgroep kent volgens een aantal regio's pieken en dalen en ook wordt aangegeven dat, ondanks de soms zware problematiek en hoge urgentie, cliënten c.q. familie van cliënten soms toch besluiten te wachten op een plaats in een huis van voorkeur. Zorgkantoren ervaren dat de complexiteit van de problemen van dementerenden de laatste jaren toeneemt. Mensen blijven steeds langer zelfstandig wonen en proberen een opname zo lang mogelijk uit te stellen, waardoor het aantal crisisplaatsingen toeneemt. Het verzorgingshuis wordt als 'tussenstap' steeds vaker overgeslagen. Hierdoor stromen dementerenden pas in de intramurale sector in als hun situatie al vrij ernstig is.

OORZAKEN

De genoemde oorzaken van de problematische wachtlijst voor dementerenden zijn:

- Onvoldoende intramurale voorzieningen, realisatie van uitbreidingen kost tijd (lange bouwtermijnen en –procedures).
- Dementerenden wachten langer met het beroep doen op professionele zorg c.q. een opname in een verpleeghuis. Hierdoor worden zorgaanbieders geconfronteerd met de instroom van relatief 'zware' cliënten.
- In één regio werd aangegeven dat het beleid de afgelopen jaren heeft gelegen op het realiseren van kleinschalige woonvormen voor deze doelgroep, gecombineerd met het uitgangspunt opname zo lang mogelijk uit te stellen. Dit zorgkantoor wordt nu echter geconfronteerd met ouderen die zelf graag in een grootschalige voorziening willen wonen, terwijl de grotere instellingen de afgelopen jaren capaciteit hebben afgebouwd.
- Er is sprake van een wisselende zorgvraag door het jaar heen (pieken en dalen) en het beschikbare aanbod is niet flexibel genoeg om hierop te kunnen inspelen.
- Niet alle verzorgingshuizen zijn in staat om aanvullende verpleeghuiszorg (ZZP4) te leveren, terwijl daar veel vraag naar is (aanbod groeit ook maar niet snel genoeg).

OVERBRUGGINGSZORG EN CRISISZORG

Wachtenden op zorg met verblijf zonder behandeling (de 'lichtere' gevallen) krijgen in 70% van de gevallen al overbruggingszorg in de vorm van thuiszorg. Als er wordt gewacht op verblijfszorg met behandeling, ontvangt gemiddeld 60% overbruggingszorg. Het gaat hierbij om alle geïndiceerden met grondslag PG. Met betrekking tot de probleemcategorie, geven zorgkantoren aan dat altijd overbruggingszorg kan worden aangeboden.

Als er een crisissituatie ontstaat, kunnen zorgkantoren in meer dan 80% van de gevallen binnen 24 uur een crisisplaats regelen, maar in elk geval (100%) binnen 3 dagen.

ONTWIKKELING VRAAG EN AANBOD

Vanwege de vergrijzing is het aantal dementerenden toegenomen en deze groei zal, gezien de samenstelling van de bevolking, de komende jaren nog doorzetten. In veel regio's is men met een inhaalslag bezig op het gebied van het realiseren van voorzieningen voor deze doelgroep. Ongeveer een derde van de zorgkantoren heeft aangegeven gebruik te maken van ramingsmodellen om de benodigde groei te berekenen en op basis daarvan uitbreiding van capaciteit te plannen. Er is in het onderzoek niet doorgevraagd naar de redenen waarom wel of niet gebruik wordt gemaakt van een ramingsmodel.

In onderstaande tabel is de groei van vraag en aanbod in 2007 te zien. De toename van het aantal dementerenden met een indicatie voor verblijf en behandeling is fors (ruim 7%). Met betrekking tot de groei van het aanbod valt vooral de sterke toename van de capaciteit voor aanvullende verpleeghuiszorg die in verzorgingshuizen wordt geleverd op (ruim 12%). Blijkbaar wordt een deel van de extra vraag aan verpleeghuiszorg opgevangen in het verzorgingshuis (met aanvullende zorg).

	2006	2007	groei (abs)	groei (%)
aantal indicaties grondslag PG voor verblijf met behandeling	33.649	36.200	2.551	7,6%
aantal plaatsen in verpleeghuizen	66.779	68.155	1.376	2,1%
aantal afgesproken productiedagen in verpleeghuizen	23.875.201	24.506.953	631.752	2,6%
aantal afgesproken dagen aanvullende verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen	12.629.751	14.189.624	1.559.873	12,4%

Tabel 6. Ontwikkeling vraag en aanbod dementerenden, bron: CIZ en NZa.

De productie van verblijfszorg met behandeling (voor cliënten met grondslag somatiek en/of PG) is in 2007 gestegen maar deze toename is nodig voor het opvangen van de groeiende vraag. Gezien het feit dat het aantal problematisch wachtenden met psychogeriatrische problematiek in 2007 is afgenomen van

2.750 op 1-1-2007 tot 1.600 op 1-1-2008, lijkt de toename van de capaciteit ook een bijdrage te hebben geleverd aan het terugdringen van de bestaande wachtlijst.

3.2.2 LVG-jeugdigen met aanvullende problematiek

Parallel aan het brede wachtlijstonderzoek V&V en Gehandicaptenzorg heeft een nader onderzoek plaatsgevonden naar de problematische wachtlijst voor jeugdigen met een licht verstandelijke handicap. Over de resultaten van dit onderzoek is afzonderlijk gerapporteerd ('Resultaten verdiepend onderzoek naar jeugdigen met licht verstandelijke handicap die wachten op AWBZ-zorg, d.d. 17-12-2008, kenmerk TV/08/3405/wlvg). In deze paragraaf staan de hoofdlijnen van deze resultaten.

ALGEMEEN BEELD

Het onderzoek heeft geresulteerd in het volgende beeld van LVG-jeugdigen die wachten op AWBZ-zorg:

categorie	totaal aantal wachtenden	aantal wachtenden langer dan de Treeknorm	gemiddelde wachttijd
1. wacht op zorg met verblijf bij een LVG-instelling	688	502	1 jaar
2. wacht op zorg met verblijf bij een reguliere VG-instelling	921	672	0,5 jaar
3. wacht op zorg zonder verblijf	1.080	951	3 maanden
<i>Totaal</i>	<i>2.689</i>	<i>2.125</i>	-

Tabel 7. Beeld van de wachtlijst LVG-jeugd.

Het merendeel van de LVG-jeugdigen krijgt binnen de Treeknormen de geïndiceerde zorg:

- Van alle geïndiceerden voor verblijfszorg wordt 82% aan zorg geholpen binnen een termijn van 13 weken nadat het indicatiebesluit is vastgesteld.
- Voor alle cliënten die zijn geïndiceerd voor extramurale zorg, ontvangt 67% binnen 6 weken de benodigde zorg.

Desondanks blijven ruim 2.000 wachtenden (veel) te lang op de wachtlijst staan, dit zijn de 'problematisch wachtenden'. Het gaat hierbij om licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (IQ tussen 50 en 85) met aanvullende problematiek, zoals ernstige gedragsproblemen en/of meervoudige, complexe stoornissen (raakvlak met GGZ, autisme, ADHD, verslaving e.d.).

Uit het onderzoek is gebleken dat de problematiek het grootst is bij de jeugdigen die wachten op verblijfszorg in een orthopedagogisch centrum. Dit blijkt ook uit de lengte van de gemiddelde wachttijd van deze categorie (1 jaar). De pro-

blematiek is voor wachtenden op verblijfszorg bij een andere VG-instelling minder groot (gemiddelde wachttijd van een half jaar). Relatief veel cliënten wachten langer dan de Treeknorm op extramurale zorg, terwijl die groep in de praktijk toch als de minst problematische wordt beschouwd. Ook dat beeld wordt bevestigd door de gemiddelde wachttijd. Die is ten opzichte van de eerste twee cliëntgroepen veel korter (3 maanden).

KENMERKEN EN OORZAKEN

Hieronder staan de kenmerken van de problematisch wachtenden (in volgorde van afnemende problematiek) en de belangrijkste oorzaken van het bestaan van een wachtlijst voor deze doelgroep.

probleem-categorie	kenmerken	oorzaken
1. wacht op zorg met verblijf bij een LVG-instelling	<ul style="list-style-type: none"> ■ De (ernstige) gedragsproblemen staan meer op de voorgrond dan de verstandelijke beperking. ■ Cliënten hebben intensieve behandeling nodig. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stijgende vraag. ■ Uitbreiding capaciteit duurt te lang. ■ Doorstroming uitbehandelde cliënten stagneert (verstopping LVG-keten). ■ Gebrek aan gesloten instellingen ('3 milieu-voorzieningen').
2. wacht op zorg met verblijf bij een reguliere VG-instelling	<p>De verstandelijke beperkingen zijn bepalend voor de zorgvraag:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ beperkt aanpassingsvermogen; ■ blijvende problemen met sociale redzaamheid. <p>Het gaat hierbij ook om uitbehandelde LVG-clieuten die (chronische) vervolgzorg nodig hebben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Moeilijk te plaatsen in bestaande groep (verstandelijk te 'goed' maar qua gedrag te 'lastig'). ■ Vereist specifieke deskundigheid (schaars en duur). ■ Gebrek aan kleinschalige woonzorg-complexen. ■ Beperkte mogelijkheden dagbesteding (werk, school).
3. wacht op zorg zonder verblijf	De aanvullende problematiek is minder ernstig maar wel zodanig dat een behandeltraject en/of intensieve begeleiding nodig is.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stijgende vraag. ■ Zwaar beroep op beschikbare capaciteit vanwege inzet overbruggingszorg voor wachtenden op verblijf.

Tabel 8. *Beeld van de problematisch wachtende LVG-jeugdigen.*

REGIONAAL BEELD

De problematiek rond deze doelgroep is in alle zorgkantorregio's aanwezig. Ook het feit dat een deel van de cliënten geplaatst moet worden in een voorziening buiten de eigen regio (er zijn bijvoorbeeld maar weinig gesloten instellingen in Nederland), wordt door zorgkantoren als extra problematisch ervaren.

OVERBRUGGINGSZORG EN CRISISZORG

De problematisch wachtenden ontvangen vaak al een vorm van overbruggingszorg. Gezien de aard van de problematiek, is deze zorg niet toereikend omdat de behandelcomponent meestal ontbreekt. De overbruggingszorg is dus vooral bedoeld om te voorkomen dat de situatie slechter wordt. Soms wordt gekozen voor een PGB maar daarmee kan onvoldoende 'zware' zorg worden ingekocht, zodat deze mogelijkheid ook als een tijdelijke oplossing moet worden gezien.

Als de situatie toch uit de hand loopt of dreigt te lopen, moet tijdelijk crisiszorg worden ingezet. In de huidige situatie is dit in bijna alle gevallen binnen 24 uur te regelen maar wel met grote moeite. Cliënten merken daar wat van doordat ze noodgedwongen van de ene (crisis)plaats naar de andere moeten verhuizen en dat is verre van ideaal.

ONTWIKKELING VRAAG EN AANBOD

Indicatiecijfers van het CIZ laten zien dat de vraag vanuit deze doelgroep toeneemt. In 2007 is het aantal LVG-jeugdigen dat is geïndiceerd toegenomen van bijna 10.000 naar ruim 11.000, een toename van 16%.

De (extra) groei van het aanbod blijkt uit de extra inzet van AWBZ-middelen voor deze doelgroep. In 2007 is deze met € 32 miljoen toegenomen van € 227 miljoen naar € 259 miljoen, een groei van 14%. Als meer specifiek wordt gekeken naar het aantal plaatsen in orthopedagogische behandelcentra, dan blijkt dat deze in 2007 met 150 plaatsen zijn uitgebreid (van 3.301 naar 3.448 plaatsen), een groei van 4%. De extra inzet van financiële middelen voor deze verblijfszorg ligt hoger (11%). Hieruit valt te concluderen dat er vooral meer 'zwaardere' verblijfsplekken zijn gerealiseerd en dat de groei duidelijk boven de gemiddelde AWBZ-groei ligt. De groei van het aanbod blijft achter bij de stijgende vraag en is dus onvoldoende om de wachtlijst op te lossen.

De (L)VG-instellingen verwachten dat de vraag de komende jaren nog zal toenemen. Daarvoor worden de volgende argumenten gegeven:

- groeiende instroom via Bureaus Jeugdzorg die cliënten doorverwijzen naar de AWBZ;
- maatschappelijke ontwikkelingen maken het voor licht verstandelijk gehandicapten steeds moeilijker om zich zonder hulp staande te houden;
- beleid om bij problemen vroegtijdig ambulante zorg in te zetten om zwaardere/duurdere zorg te voorkomen of uit te stellen.

3.2.3 Cliënten met een meervoudige/complexere zorgvraag

KENMERKEN

Dit is een categorie problematisch wachtenden met gevarieerde zorgbehoeften. Wat deze cliënten gemeenschappelijk hebben is dat hun problematiek een specifieke zorgvraag oproept die met het bestaande aanbod moeilijk kan worden beantwoord. Het ontwikkelen van een doelmatig aanbod wordt bemoeilijkt omdat het, per probleemgroep, om een klein aantal cliënten gaat. Om deze doelgroep goed en efficiënt te bedienen, zijn bijvoorbeeld bovenregionale afspraken nodig en het blijkt in de praktijk lastig te zijn voor ketenpartijen om regio-overstrijdende afspraken met elkaar te maken.

Het gaat bij deze probleemcategorie onder meer om de volgende cliënten:

- Cliënten met een 'dubbele grondslag', zoals verstandelijk gehandicapten of cliënten met een psychische of psychiatrische stoornis die daarnaast ouderdomsklachten krijgen. Zorgaanbieders hebben steeds meer aandacht voor deze groep cliënten. Ze ontwikkelen speciale voorzieningen, bijvoorbeeld kleine woonvoorzieningen in de wijk of op het instellingsterrein.
- Cliënten met verslavingsproblemen (drugs, alcohol, gokken/geld) en daarmee samenhangende ziekten/stoornissen (bv. Korsakov).
- Cliënten met niet aangeboren hersenletsel (nah).
- Cliënten met een HIV-besmetting en/of aids.
- Comapatiënten.
- Cliënten in de laatste fase van hun leven (palliatieve zorg).

Voor cliënten met verslavingsproblematiek of een specifieke aandoening zoals Korsakov of niet aangeboren hersenletsel, is een speciale afdeling in het verzorgings- of verpleeghuis wenselijk. Vanwege de beperkte schaalgrootte is dit niet altijd mogelijk.

REGIONAAL BEELD

Problematisch wachtenden met meervoudige/complexere zorgvragen, komen in alle zorgkantorregio's voor, in relatief kleine aantallen. De hierboven genoemde typen cliënten die tot deze categorie behoren, komen echter niet in elke regio voor. Het gaat per regio om een andere combinatie van cliëntgroepen.

OORZAKEN

- Arbeidsmarktprobleem: bv. gespecialiseerde verpleging thuis. Thuiszorgorganisaties hebben moeite met het vinden van voldoende gekwalificeerd personeel.
- De vergoeding van dure hulpmiddelen die soms nodig zijn voor deze probleemcategorie, wordt door meerdere zorgkantoren als een probleem ervaren. Zorgaanbieders zijn geneigd dit type cliënten te weigeren omdat ze hiervoor geen extra budget krijgen (valt volgens NZa onder een DBC). Het gaat bijvoorbeeld om VAC therapie, spinale pijnbestrijding, beademingsapparatuur, een sondevoedingspomp e.d. De voor dergelijke investeringen benodigde schaalgrootte wordt, gezien de beperkte omvang van deze doelgroep, niet altijd gehaald.
- Cliënten met aan hun stoornis/ziekte gerelateerde gedragsproblemen, kunnen moeilijk in een groep of op een woonafdeling worden geplaatst vanwege de overlast voor andere cliënten.
- De ontwikkeling van (bovenregionaal) aanbod voor deze doelgroep(en) verloopt moeizaam (bovenregionale samenwerking nodig, afweging tussen kleinschalige aanpak en doelmatigheidseisen enz.).

3.4 Conclusie problematische wachtlijst

Hieronder staat een vergelijking van het aantal problematisch wachtenden op 1-1-2007 en op 1-1-2008. Het totale aantal problematisch wachtenden is ongeveer gelijk gebleven (iets teruggelopen) maar er is wel een verschuiving per probleemcategorie zichtbaar.

categorie	1-1-2007	1-1-2008
dementerende ouderen	2.750	1.600
LVG jeugd met aanvullende (gedrag)problemen	1.100	2.125
ouderen met een bijzondere zorgvraag	750	750
totaal	4.600	4.475

Tabel 9. Trend in aantal problematisch wachtenden.

DEMENTERENDEN

De verwachting van zorgkantoren is dat de categorie dementerenden zal toenemen (vergrijzing), evenals de zorgwaarde (toenemende levensverwachting) en de zorgcomplexiteit (combinatie van psychogeriatrische met andere psychische of lichamelijke klachten). Aan de andere kant is hiervoor het landelijk dementieprogramma ontwikkeld en vanwege de aandacht die al vele jaren bestaat voor deze doelgroep, verwachten meerdere zorgkantoren dit probleem op middellange termijn (3 tot 5 jaren) te kunnen overwinnen. De oplossingen worden vooral gezocht in het uitbreiden van (kleinschalige) intramurale voorzieningen en het uitbreiden van de mogelijkheden om in 'voormalige' verzorgingshuizen ook faciliteiten voor deze doelgroep op te nemen.

LVG-JEUGDIGEN MET AANVULLENDE PROBLEMEN

Zowel zorgkantoren als zorgaanbieders verwachten dat de vraag naar zorg voor deze doelgroep zal toenemen, vooral vanwege de hogere eisen die de samenleving aan mensen stelt qua zelfredzaamheid en het wegvallen van traditionele 'sociale netwerken' die (een deel van) de hulpvraag kunnen opvangen. De vraag neemt momenteel sneller toe dan de capaciteit van het aanbod. Dit geldt in het bijzonder voor de gesloten voorzieningen. De overgang naar volwassenenzorg én de doorstroom van uitbehandelde jeugdigen in de reguliere VG-sector stagneert omdat instellingen voor verstandelijk gehandicapten nog niet goed zijn toegerust voor de specifieke zorgvraag van deze doelgroep. De hiervoor benodigde regionale samenwerking om een goed op elkaar aansluitend aanbod van LVG-ketenzorg te organiseren, komt nog onvoldoende tot stand. Ook is meer 'regel- en financiële ruimte' nodig om dit te realiseren. In de huidige situatie mogen reguliere VG-instellingen bijvoorbeeld geen cliënten opnemen met een ZZP-LVG-indicatie.

Gezien de grote onvoorspelbaarheid van de ontwikkeling van de vraag, is onduidelijk of met de genoemde maatregelen de problemen kunnen worden opgelost. Om de wachtlijstproblemen volledig op te lossen is, volgens de sector, in elk geval ook uitbreiding van het intra- en extramurale (gespecialiseerde) zorgaanbod voor LVG-jeugdigen nodig.

CLIËNTEN MET EEN MEERVOUDIGE EN/OF COMPLEXE ZORGVRAAG

Zorgkantoren verwachten dat de groep ouderen met aanvullende problematiek op het gebied van de geestelijke gezondheid of verstandelijke, lichamelijke en zintuiglijke beperkingen, de komende jaren zal toenemen, vooral in de grote steden. Voor een deel zoeken de zorgkantoren de oplossing in het realiseren van specifieke voorzieningen voor deze doelgroepen, maar gezien de relatief kleine aantallen, krijgen deze initiatieven minder hoge prioriteit dan die voor dementerenden of LVG-jeugdigen en is het moeilijk om er een adequaat en speciaal aanbod voor te ontwikkelen. Daarvoor is voldoende schaalgrootte nodig.

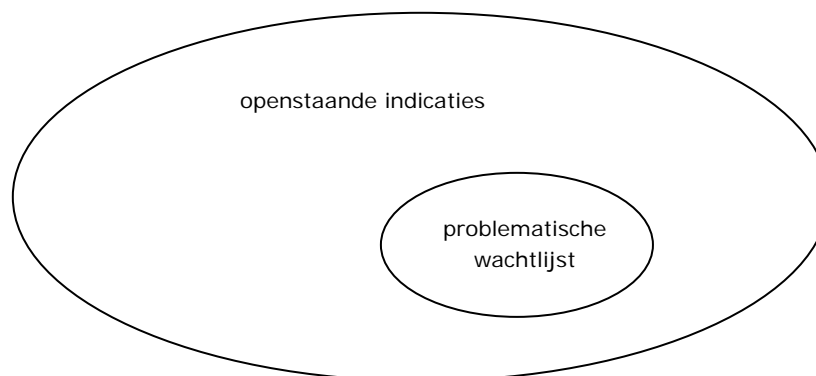
Bovendien is er sprake van een met het zorgkantoor gedeelde verantwoordelijkheid voor deze categorie cliënten: bijvoorbeeld gemeenten voor de maatschappelijke opvang van dak- en thuislozen (hieronder bevinden zich veel GGZ-cliënten en licht verstandelijk gehandicapten). Sector- én regio-overschrijdende samenwerking zou, volgens de geïnterviewden, dan ook een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van de problematiek. Dit is bij uitstek een categorie waarvoor op (boven)regionaal niveau maatwerkoplossingen kunnen worden ontwikkeld door (gezamenlijke) zorgkantoren. Stimulering van deze initiatieven op landelijk niveau (bijvoorbeeld vanuit de brancheorganisaties) wordt door zorgkantoren wenselijk geacht.

4. Openstaande indicaties

4.1 Begripsdefinitie

ONDERSCHIED OPENSTAANDE INDICATIES EN PROBLEMATISCHE WACHTLIJST

Openstaande indicaties zijn geldige indicatiebesluiten voor zorg in natura die op de peildatum van de meting (in dit geval 1 januari 2008) nog niet volledig zijn verzilverd. Dit wil niet zeggen dat er voor de betreffende cliënt sprake is van een problematische situatie want 'enige' doorlooptijd tussen de indicatiestelling en de zorglevering wordt door de meeste cliënten (uitgezonderd urgente gevallen) acceptabel gevonden. Maatschappelijk gezien zijn daar normen voor gedefinieerd, zoals de eerder genoemde Treeknormen (Bijlage 1). Schematisch ziet de relatie tussen openstaande indicatie en problematische wachtlijst er als volgt uit:



TOTSTANDKOMING

Een overzicht met openstaande indicaties ontstaat door de geldige indicatiebesluiten voor zorg in natura te vergelijken met de op die indicatiebesluiten binnengekomen meldingen aanvang zorg (MAZ's). Deze 'match' leidt in de huidige situatie nog niet tot een realistisch beeld van de openstaande indicaties omdat er, met name als het gaat om de oudere indicaties, sprake is van het ontbreken van MAZ's en er tevens enige administratieve vervuiling in de AZR-database voorkomt. In de interviews met de zorgkantoren zijn de aannames getoetst op grond waarvan een bewerking ('schooning') van de bruto basisgegevens is uitgevoerd. Het resultaat van deze bewerkingsslag komt bij benadering overeen met het daadwerkelijk aantal openstaande indicaties, waarover in dit hoofdstuk wordt gerapporteerd. De toegepaste bewerkingen staan in Bijlage 4.

4.2 Omvang en samenstelling openstaande indicaties

In onderstaande tabel staat het aantal cliënten met een openstaande indicatie op 1 januari 2008, gesorteerd naar grondslag. Er worden drie zorgvormen onderscheiden waarvoor die cliënten zijn geïndiceerd: verblijf zonder behandeling, verblijf met behandeling en zorg zonder verblijf.

Zorgvorm	Primaire grondslag						Totaal
	SOM	PG	V&V	LG	VG	GZ	
Verblijf zonder behandeling	26.216 73%	2.765 8%	28.981 81%	916 3%	5.903 16%	6.818 19%	35.800 100%
Verblijf met behandeling	13.874 54%	7.865 31%	21.739 85%	353 1%	3.541 14%	3.894 15%	25.633 100%
Zorg zonder verblijf	10.275 52%	1.499 8%	11.774 60%	1.286 7%	6.513 33%	7.798 40%	19.573 100%
Totaal	50.365 62%	12.130 15%	62.495 77%	2.554 3%	15.956 20%	18.511 23%	81.005 100%

Tabel 10. Openstaande indicaties op 1-1-2008, bron: CvZ/HHM.

4.3 Openstaande indicatie versus problematisch wachtend

In totaal waren er op 1-1-2008 ongeveer 81.000 cliënten met een geheel of gedeeltelijk openstaande indicatie, waarvan er 4.475 problematisch wachtend zijn (zie vorige hoofdstuk). Voor het merendeel (94%) van de cliënten met een openstaande indicatie is de situatie dus (nog) niet problematisch. Voor deze cliënten geldt één van de volgende situaties:

1. Voor 15% van de cliënten, dus in totaal 12.500 van de 81.000, geldt dat de doorlooptijd vanaf het indicatiebesluit nog binnen de Treeknormen valt. Deze cliënten vallen buiten de definitie van 'problematisch wachtende'.
2. Ongeveer de helft van alle cliënten met een verblijfsindicatie wil niet worden opgenomen in een intramurale instelling of stelt een opname uit. In de V&V-sector gaat het hierbij veelal om ouderen en in de GZ-sector om ouders van (verstandelijk) gehandicapte kinderen. De belangrijkste redenen waarom ze de verblijfsindicatie nog niet willen verzilveren zijn:
 - a) ze zijn vooralsnog tevreden met de overbruggingszorg die ze ontvangen (uitstel opname);
 - b) ze willen blijven wachten op een (specifieke) plaats in een instelling van voorkeur (uitstel opname);
 - c) ze kiezen voor het 'volledig pakket thuis' (bewuste keuze: geen verblijf in een instelling).

Het gaat bij deze categorie om 43.000 cliënten, waarvan 30.000 langer dan één jaar een openstaande indicatie heeft.

3. Er zijn cliënten in de V&V- en GZ-sector die in overleg met het zorgkantoor minder extramurale zorg willen afnemen dan waarvoor ze zijn geïndiceerd. De indicatie blijft in dat geval voor het deel dat ze niet willen ontvangen, langer dan de Treeknorm openstaan. Dit geldt voor 15.000 cliënten.
4. Een deel van de cliënten kiest uiteindelijk toch voor een persoonsgebonden budget (PGB), ook al gaven ze bij de indicatiestelling aan zorg in natura (ZIN) te willen ontvangen. De keuze voor ZIN in plaats van PGB komt veel minder vaak voor. In de huidige versie van de AZR kunnen de PGB-toewijzingen niet worden vastgelegd, dus op grond daarvan is dit aantal niet te kwantificeren. Uit een recent uitgevoerde evaluatie van de PGB-regeling werd duidelijk dat 6.000 van de cliënten met een verblijfsindicatie een PGB kiezen om in te zetten in een kleinschalig initiatief voor scheiden van wonen en zorg (bijvoorbeeld een Thomashuis of zorgboerderij).
5. Tot slot zijn er cliënten, vooral in de V&V-sector, die al uitbehandeld of gerevalideerd zijn voordat er een MAZ-bericht bij het zorgkantoor binnenkomt. Omdat achteraf melden voor cliënten van wie het zorgtraject al is afgerond, niet altijd mogelijk of wenselijk is, blijft de indicatie dan nog openstaan totdat de geldigheid ervan is afgelopen. Zorgkantoren hebben van dit aantal geen schatting kunnen geven, maar deze categorie maakt onderdeel uit van de cliënten die al langer dan 1 jaar wachten (zie hierboven bij punt 2).

Hieronder staat een schematisch overzicht van wat hierboven is beschreven:

categorie	aantal	
cliënten met een openstaande indicatie		81.000
1. cliënten met wachttijd korter dan Treeknorm	12.500	
2. cliënten met een verblijfsindicatie met wachttijd langer dan Treeknorm	43.000	
3. cliënten met een extramurale indicatie met wachttijd langer dan Treeknorm	15.000	
4. cliënten met een verblijfsindicatie die een PGB hebben gekregen	6.000	
5. cliënten bij wie de zorgverlening is afgerond	pm	
totaal niet-probleematisch		76.500
probleematisch wachtenden		4.500

Tabel 11. Openstaande indicaties, onderscheiden naar niet-probleematisch en probleematisch.

4.4 Conclusie openstaande indicaties

Ten opzichte van de vorig meting is het absolute aantal cliënten met een geheel of gedeeltelijk openstaande indicatie toegenomen, van 75.000 op 1-1-2007 tot 81.000 op 1-1-2008. Deze toename heeft vooral te maken met het cumulatieve effect dat optreedt naarmate de AZR-database meer gevuld raakt met gegevens. In de AZR-database komen namelijk steeds meer cliënten voor met een wachttijd langer dan 1 jaar. Elk jaar komen er nieuwe cliënten bij, waarvan een deel ook langer dan 1 jaar een openstaande indicatie zal hebben. Dit effect wordt nog eens versterkt door de sterke toename van het aantal cliënten dat in 2007 is geïndiceerd. Hiermee kan onterecht het beeld ontstaan dat de wachtlijstproblematiek toeneemt, terwijl in feite het aantal niet-problematische cliënten met een (langdurig) openstaande indicatie cumulatief toeneemt.

Uit het onderzoek is gebleken dat een groot deel van de cliënten met een geheel of gedeeltelijk openstaand indicatiebesluit (94%) niet problematisch wachtend is, omdat ze zelf kiezen voor een andere invulling van de zorgvraag of het volledig verzilveren van hun indicatiebesluit bewust uitstellen.

1. Treeknormen

De Treeknormen zijn de door veldpartijen (o.a. zorgaanbieders en zorgkantoren) opgestelde normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden in de zorg. In het kader van dit onderzoek zijn de volgende Treeknormen relevant:

Sector	Geïndiceerde zorg	Treeknorm
Verpleging & Verzorging	alle mogelijke combinaties van functies met in elk geval behandeling (61 of 62) al dan niet gecombineerd met verblijf (71 of 72)	6 weken
	alle mogelijke combinaties van functies met verblijf (71 of 72) exclusief behandeling	13 weken
	alle mogelijke combinaties van functies zonder verblijf	6 weken
Lichamelijke of Verstandelijke handicap	alle mogelijke combinaties van functies zonder verblijf	6 weken
	alle mogelijke combinaties van functies met verblijf (71 of 72)	13 weken

Tabel 1.1. Operationalisering Treeknormen in de AZR (bron: CvZ).

OPMERKING

De hierboven vermelde doorlooptijden hebben betrekking op de 100%-Treeknorm. Dat wil zeggen dat aan de norm wordt voldaan als alle cliënten binnen deze termijnen de geïndiceerde zorgvormen geleverd kunnen krijgen.

2. Concessiehouders en zorgkantoren

Concessiehouder	Zorgkantoren	Code
Achmea	Zorgkantoor Drenthe	5503
	Zorgkantoor Zwolle	5504
	Zorgkantoor Flevoland	5510
	Zorgkantoor Kennemerland	5513
	Zorgkantoor Zaanstreek-Waterland	5514
	Zorgkantoor Rotterdam	5521
Agis	Zorgkantoor Apeldoorn-Zutphen	5506
	Zorgkantoor Utrecht	5509
	Zorgkantoor 't Gooi	5511
	Zorgkantoor Amsterdam	5515
CZ	Zorgkantoor Zuid Hollandse Eilanden	5523
	Zorgkantoor Zeeland	5525
	Zorgkantoor West Brabant	5526
	Zorgkantoor Zuidoost Brabant	5529
	Zorgkantoor Zuid Limburg	5531
De Friesland	Zorgkantoor Friesland	5502
Delta Lloyd	Zorgkantoor Haaglanden	5518
DSW	Zorgkantoor Delft-Westland-Oostland	5519
	Zorgkantoor Nieuwe Waterweg Noord	5522
Menzis	Zorgkantoor Groningen	5501
	Zorgkantoor Twente	5505
	Zorgkantoor Arnhem	5507
Salland	Zorgkantoor Midden IJssel	5532
Univé	Zorgkantoor Noord Holland Noord	5512
VGZ	Zorgkantoor Nijmegen	5508
	Zorgkantoor Midden Holland	5520
	Zorgkantoor Waardenland	5524
	Zorgkantoor Midden Brabant	5527
	Zorgkantoor Noordoost Brabant	5528
	Zorgkantoor Noord en Midden Limburg	5530
Zorg en Zekerheid	Zorgkantoor Amstelland en de Meerlanden	5516
	Zorgkantoor Zuid Holland Noord	5517

Tabel 2.1. Overzicht concessiehouders en zorgkantoren (naam en code).

3. Doorlooptijden

In deze bijlage staat informatie over de doorlooptijden vanaf de indicatie tot aan de startdatum van de zorglevering. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de sectoren Verpleging & Verzorging (grondslagen somatiek en psychogeriatric) en Gehandicaptenzorg (grondslagen lichamelijke handicap en verstandelijke handicap).

TOELICHTING DEFINITIES/UITGANGSPUNTEN

- De gegevens zijn gebaseerd op de aanlevering van AZR-gegevens door zorgkantoren per 1/1/2008. Deze gegevens hebben betrekking op de periode vanaf 1/10/2004 tot 1/1/2008.
- Voor de analyse zijn per zorgkantoor alle meldingen aanvang zorg (MAZ's) met een startdatum in 2007 genomen.
- Vervolgens zijn daaruit alleen die MAZ's geselecteerd die betrekking hebben op een volledige in zorg melding, conform het indicatiebesluit. Cliënten die nog wachten op een deel van de geïndiceerde zorg zijn dus buiten beschouwing gelaten.
- Op cliëntniveau is berekend hoeveel tijd er zit tussen de ingangsdatum van het indicatiebesluit en de startdatum van de zorglevering. Als er sprake is van verschillende startdata per geïndiceerde functie, is uitgegaan van de functie waarvan de levering het laatste is gestart. Op dat moment is namelijk pas sprake van een volledige zorglevering².
- Om een realistisch beeld te schetsen van de doorlooptijden, is ervoor gekozen de doorlooptijd van cliënten met een (gelijkblijvende of mindere) herindicatie niet mee te tellen. Deze cliënten zijn al in zorg dus is de doorlooptijd na hun herindicatie nihil. De tabellen op de volgende bladzijden hebben dus alleen betrekking op:
 - nieuwe cliënten;
 - cliënten met een herindicatie naar een zwaardere zorgvorm zodat er een overstap nodig is naar een andere zorgaanbieder (en ze dus op de wachtlijst terecht kunnen komen).
- In elke tabel is inzichtelijk gemaakt welk deel van de cliënten een doorlooptijd had die binnen de Treeknormen viel. Welke Treeknorm in dit verband is gehanteerd, wordt bovenaan de tabel vermeld in termen van het aantal weken dat is verstreken nadat de geldigheid van het indicatiebesluit is ingegaan.
- Regio 5529 (Zuidoost Brabant) is vanwege een technisch probleem in de bestandsopbouw niet meegenomen in de analyse.

BELANGRIJK

Er zijn geen harde conclusies te trekken op grond van de verschillen in doorlooptijd tussen de regio's onderling. Het is namelijk niet duidelijk of een geconstateerd verschil betrekking heeft op:

- specifieke situatie in de regio die niet met andere regio's is te vergelijken;
- effectiviteit van de wachtlijstaanpak;
- andere stand van zaken met betrekking tot het gebruik van de AZR door ketenpartijen;
- andere oorzaken.

² Volledigheidshalve dient te worden opgemerkt dat als er sprake is van een indicatie voor verblijf of een indicatie voor verblijf met behandeling, een MAZ met de functie verblijf respectievelijk de functies verblijf en behandeling wordt meegerekend als zijnde een volledige zorgrealisatie. Er wordt dus van uitgegaan dat dan de overige functies uit het indicatiebesluit ook worden geleverd.

zorg- kantoor	zorg met verblijf zonder behandeling		zorg met verblijf en behandeling		zorg zonder verblijf		totaal V&V	
	< 13 wk	100%	< 6 wk	100%	< 6 wk	100%	< Treek	100%
5501	73%	1.769	85%	3.530	93%	11.002	89%	16.301
5502	83%	2.348	84%	3.015	87%	13.735	86%	19.098
5503	71%	589	70%	653	87%	857	77%	2.099
5504	69%	578	62%	476	84%	2.154	78%	3.208
5505	81%	1.712	77%	2.988	85%	12.877	83%	17.577
5506	72%	757	84%	1.545	89%	1.949	84%	4.251
5507	81%	2.924	80%	4.101	89%	15.792	86%	22.820
5508	82%	1.677	79%	2.146	86%	7.274	84%	11.097
5509	71%	1.818	73%	3.166	91%	8.898	84%	13.882
5510	71%	190	60%	150	90%	512	80%	852
5511	71%	673	76%	1.329	89%	1.724	81%	3.726
5512	69%	1.832	82%	2.783	84%	10.191	82%	14.806
5513	59%	419	69%	632	90%	1.229	79%	2.280
5514	60%	282	79%	405	82%	764	77%	1.451
5515	60%	986	81%	3.048	92%	5.801	85%	9.835
5516	70%	495	73%	954	65%	2.659	67%	4.108
5517	75%	997	79%	1.505	91%	5.096	87%	7.598
5518	79%	1.672	84%	2.915	79%	7.949	80%	12.536
5519	66%	629	82%	979	91%	3.224	86%	4.832
5520	76%	551	81%	724	92%	3.523	89%	4.798
5521	77%	712	77%	1.230	90%	3.889	86%	5.831
5522	75%	608	88%	1.396	88%	3.019	87%	5.023
5523	85%	774	89%	1.529	92%	5.484	91%	7.787
5524	76%	1.027	72%	1.558	90%	6.537	86%	9.122
5525	91%	1.064	91%	1.828	94%	9.163	93%	12.055
5526	84%	1.438	84%	2.660	90%	11.764	88%	15.862
5527	71%	1.375	76%	1.598	88%	6.791	84%	9.764
5528	77%	1.994	75%	2.246	87%	9.190	84%	13.430
5529	-	-	-	-	-	-	-	-
5530	70%	1.326	74%	2.253	86%	9.859	82%	13.438
5531	84%	1.448	85%	3.284	88%	13.087	87%	17.819
5532	87%	540	91%	1.081	86%	3.078	87%	4.699
Totaal	76%	35.204	80%	57.710	88%	199.071	85%	291.985

Tabel 3.1 Aantal cliënten met een doorlooptijd binnen de Treeknormen, sector V&V (bron: CvZ).

zorg- kantoor	zorg met verblijf (met/zonder) behandeling		zorg zonder verblijf		totaal GZ	
	< 13 wk	100%	< 6 wk	100%	< Treek	100%
5501	80%	537	68%	721	73%	1.258
5502	74%	1.210	72%	1.338	73%	2.548
5503	87%	436	52%	446	70%	882
5504	82%	323	65%	333	73%	656
5505	83%	704	64%	1.025	72%	1.729
5506	82%	457	78%	418	80%	875
5507	78%	911	65%	1.004	71%	1.915
5508	86%	488	67%	624	76%	1.112
5509	83%	958	74%	1.056	79%	2.014
5510	79%	29	50%	38	63%	67
5511	81%	233	70%	243	75%	476
5512	83%	645	63%	779	72%	1.424
5513	86%	216	67%	221	76%	437
5514	86%	77	80%	154	82%	231
5515	88%	458	76%	503	81%	961
5516	81%	294	34%	465	52%	759
5517	84%	302	79%	296	82%	598
5518	27%	759	29%	665	28%	1.424
5519	76%	174	71%	138	74%	312
5520	89%	163	82%	264	85%	427
5521	86%	296	79%	409	82%	705
5522	86%	155	73%	175	79%	330
5523	93%	425	69%	308	83%	733
5524	92%	490	76%	571	83%	1.061
5525	94%	334	78%	303	86%	637
5526	85%	631	69%	755	76%	1.386
5527	82%	548	70%	587	76%	1.135
5528	84%	749	72%	867	78%	1.616
5529	-	-	-	-	-	-
5530	83%	586	66%	598	74%	1.184
5531	88%	413	73%	797	78%	1.210
5532	93%	96	76%	140	83%	236
Totaal	80%	14.097	67%	16.241	73%	30.338

Tabel 3.2 Aantal cliënten met een doorlooptijd binnen de Treeknormen, sector GZ (bron: CvZ).

4. Bewerkingen op basisbestand AZR

Het aantal openstaande indicaties, zoals dit uit de AZR naar voren komt (in totaal ruim 180.000 cliënten), is gecorrigeerd om tot betrouwbare netto cijfers te komen. Deze correcties hebben te maken met het feit dat in de aanlevering van 1/1/2008 één zorgkantoorregio ontbreekt (vanwege technisch probleem is dit bestand verloren gegaan) én het feit dat er universele schoningsregels van toepassing zijn. Deze regels zijn in dit onderzoek getoetst bij de zorgkantoren. Hieronder staan de bewerkingen die achtereenvolgens hebben plaatsgevonden op het basisbestand.

1. Uitgangspunt: als er een melding aanvang zorg (MAZ) is voor Verblijf of voor Verblijf met Behandeling, dan worden ook de overige geïndiceerde functies geleverd (correctie door CvZ).
2. Uitgangspunt: thuiszorgorganisaties hebben geen wachtlijst, dus alle openstaande indicaties voor extramurale zorg met een thuiszorgorganisatie als instelling van eerste voorkeur kunnen komen te vervallen (correctie door CvZ).
3. Extrapoleren naar landelijk niveau (eenmalige actie vanwege ontbreken regio 5529): aantal openstaande indicaties vermenigvuldigen met een factor 32/31 (correctie door onderzoekers).
4. Administratieve vervuiling door zowel dubbele cliënten (cliënten met meer dan één rio-clientnummer) als door overledenen op basis van (GBA-)check die bij de meting van 1/1/2007 is uitgevoerd. Op het moment dat het burgerservicenummer (BSN) is ingevoerd (gepland in 2009), is deze correctie niet meer nodig want dan worden zowel de oude gegevens in de database als de nieuwe instroom geschoond c.q. gecontroleerd.

Het bruto aantal openstaande indicaties van 1 jaar en langer is gecorrigeerd met het absolute aantal van vorig jaar. Daarnaast is op het aantal openstaande indicaties korter dan 1 jaar (= nieuwe instroom) is een relatieve/procentuele korting toegepast, die is afgeleid van het percentage administratieve vervuiling van vorig jaar per grondslag en per zorgvorm (correctie door onderzoekers).

5. Ontbrekende MAZ-berichten, gebaseerd op resultaten UVA-, ZZP- en CAK-schoning van vorig jaar, ervan uitgaande dat deze MAZ's niet alsnog met terugwerkende kracht zijn aangeleverd door zorgaanbieders.

Het bruto aantal openstaande indicaties van 1 jaar en langer is gecorrigeerd met het absolute aantal van vorig jaar en nieuwe instroom (openstaande indicaties korter dan 1 jaar) is naar verhouding gecorrigeerd, ervan uitgaande dat het ontbreken van MAZ-berichten ten opzichte van vorig jaar voor de intramurale zorg met 75% en voor de extramurale zorg met 50% is gereduceerd.

De vernieuwde AO/IC-regeling heeft de aanleverdiscipline van zorgaanbieders namelijk verhoogd. Dit effect is in een aantal zorgkantoorregio's zelfs versterkt doordat het zorgkantoor een boete- of beloningssysteem heeft ingevoerd voor het al dan niet tijdig aanleveren van MAZ's. Voor de intramurale zorg is er nog een extra drijfveer voor zorgaanbieders ontstaan omdat tegenwoordig ook de berekening van de verschuldigde eigen bijdrage door het CAK op de AZR-gegevens wordt gebaseerd. Zorgaanbieders willen hun cliënten niet opzadelen met de problemen die ontstaan doordat ze niet tijdig de juiste MAZ-gegevens aanleveren.

Het toepassen van de beschreven schoningsstappen heeft geresulteerd in een netto wachtlijst van 81.000 cliënten.