



**De benodigde capaciteit voor niet-geïndiceerde
wijkverpleegkundige taken?**

Een wijkanalyse in Den Haag

ProZorg:
H.B.F.M. Eitjes

Het NIVEL; Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
W. A de Graaf-Ruizendaal
D.H de Bakker

ISBN 978-94-6122-240-4

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2014 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	4
Voorwoord	8
1 Inleiding	9
2 Opzet van het onderzoek	11
3 Verkenning niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken	13
3.1 Inleiding	13
3.2 De functie van wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken	14
3.3 Factoren die de inzet beïnvloeden	17
3.4 Beschikbare en bruikbare gegevens	19
3.5 Samenhang tussen de factoren: een basis model	20
4 De wijkverpleegkundige aan het woord	22
4.1 Inleiding	22
4.2 Methode	22
4.3 Resultaten	23
4.4 Focusgroep	25
4.5 Conclusie	26
5 Wijkanalyse	27
5.1 Inleiding	27
5.2 Methode	27
5.3 Resultaten	30
5.4 Conclusie	36
6 Conclusie, discussie en aanbevelingen	38
Noten (aangehaalde literatuur)	41
Literatuur	42
Bijlagen:	
Bijlage 1: Sleutelpersonen en vraagstellingen	44
Bijlage 2: Resultaten inventarisatie wijkenmerken	45
Bijlage 3: Verantwoording wijkanalyse	47
Bijlage 4: Toelichting gebruikte data AWBZ	50
Bijlage 5: Resultaten wijkanalyse	51
Bijlage 6: Demografische kenmerken per wijk	58

Samenvatting

Inleiding

ZonMw heeft ProZorg samen met het NIVEL uitgenodigd voor de stad Den Haag een berekening te maken van de benodigde capaciteit aan 'vrije regelruimte' voor de wijkverpleegkundigen, d.w.z. de benodigde capaciteit voor de niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken in Den Haag. Dit onderzoek is onderdeel van het ZonMw programma 'Zichtbare schakel, de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt'. Het ZonMw programma heeft als doel om kwetsbare groepen mensen de hand te bieden en de samenhangende zorg in wijken te verbeteren door de inzet van wijkverpleegkundigen met Zichtbare schakel taken. De wijkverpleegkundigen met Zichtbare schakel taken hebben een signalerende en verbindende functie en vervullen de rol die de wijkverpleegkundigen vroeger hadden.

Doel onderzoek

Doel van het onderzoek is het door middel van een praktijk gericht onderzoek verkrijgen van inzicht in de benodigde capaciteit van de niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken. In het verlengde daarvan wordt ook gekeken naar de verdeling van de geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg, voor zover daarover voldoende gegevens voorhanden zijn. De situatie in Den Haag is een bijzondere. In de stad is er voor gekozen de ZonMw- Zichtbare Schakelprojecten als zelfstandige projecten neer te zetten, waarbij de wijkverpleegkundigen die functioneren als zichtbare schakel alleen niet-geïndiceerde taken doen. Op andere plaatsen in Nederland is er vaker voor gekozen deze niet-geïndiceerde taken te laten uitvoeren door brede wijkverpleegkundigen die ook de geïndiceerde zorg tot hun taken rekenen. Dit biedt in Den Haag de mogelijkheid specifiek te kijken naar deze niet geïndiceerde taken.

De functie van de wijkverpleegkundige met niet geïndiceerde taken

Om zicht te krijgen op de functie van de wijkverpleegkundige met niet geïndiceerde taken in Den Haag is gesproken met sleutelpersonen en is de nodige literatuur bestudeerd. Dit leidt tot de volgende inzichten. Zij (we spreken hier over de wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken in de vrouwelijke vorm) levert niet-geïndiceerde zorg en inzet zelfstandig. Haar inzet ligt dus voor de indicatie-drempel en ze heeft als professional een eigen verantwoordelijkheid en hoeft zich daarover niet tegenover andere partijen te verantwoorden. Dat is het belangrijkste onderscheidende van de inzet van de andere verpleegkundige, verzorgende, maatschappelijke en (para)medische functies in het werkgebied. Daardoor kan zij zich richten op groepen en activiteiten die er naar haar professionele inzicht toe doen. Daarmee is zij de enige 'front-line-functie' in de Haagse wijken die haar eigen inzet bepaalt op basis van haar eigen professionele standaarden en inzichten. De wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken richt zich op een brede doelgroep, met specifieke aandacht voor onder andere kinderen in kansarme gezinnen, volwassenen van vooral allochtone afkomst, volwassenen met een lage sociaal economische status, ouderen en mantelzorgers. De niet geïndiceerde inzet richt zich op 'bemoeizorg' in situaties waar problemen zich opstapelen zoals schulden,

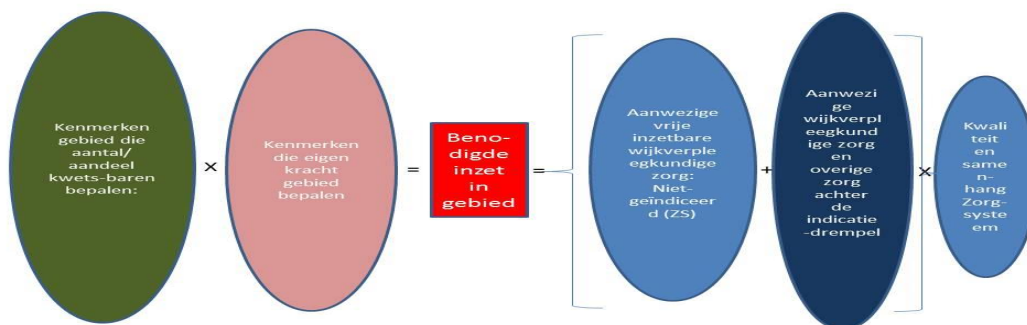
opvoedproblemen, sociaal isolement en verwaarlozing. De reden voor het inzetten van hulp is in veel gevallen een gevoel van ‘niet pluis’.

Factoren die de omvang van de inzet beïnvloeden

In de literatuur en gesprekken zijn de volgende factoren geïdentificeerd, die een rol spelen bij de benodigde inzet:

- Aantal kwetsbare mensen/huishoudens dat zorg/aandacht en case-management nodig heeft in het gebied. Kwetsbare mensen in een gebied zijn onder meer zorgmijders, multiprobleemgezinnen, oudere ouderen (vaak 80+ers), alleenstaande ouderen, mensen van niet-westerse komaf en mensen met meervoudige chronische aandoeningen. Het aandeel van kwetsbare mensen in een gebied blijkt sterk samen te hangen met de sociaal-economische status (SES) van het gebied.
- De kracht van het aanwezige sociale systeem rondom deze mensen/huishoudens, zoals mantelzorg en vrijwillige inzet. Het systeem vervult dan meer zelf het eigen case-management, zodat er minder inzet van de wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken nodig is.
- De zorg- en ondersteuningsinzet die er vanuit bestaande reguliere zorgverleners al geboden wordt. Daar waar de zorg al geregeld is, is geen (aanvullend) casemanagement nodig om deze te realiseren.
- De mate en de kwaliteit van samenhang en samenwerking, waardoor de zorg en ondersteuning als een geheel functioneert. Daar waar de samenwerking en samenhang al aanwezig is, hoeft deze niet te worden aangebracht door de wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken.

Samenhang tussen de factoren: een basis model



In de figuur worden de eerder genoemde factoren met elkaar in verband gebracht. Niet alle kenmerken zullen een gelijk aandeel hebben. In bovenstaande figuur is daar geen rekening mee gehouden. Het gaat om de basale samenhang, die als uitgangspunt wordt genomen voor de analyse.

Bespreking model met de wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken

Om te komen tot een inschatting van zowel de verdeling van de inzet van wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken, de door hen ervaren

werkdruk/caseload, de door hen geschatte kwaliteit en samenhang van het wijknetwerk is een enquête uit te gezet onder de wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken in Den Haag. De uitkomsten zijn vervolgens met hen besproken. Zij bleken het in overwegende mate eens met de eerder in het onderzoek gevonden factoren, die de inzet van hen bepalen. Zij zien met name de mate van aanwezigheid van zorgmijders, multiprobleemgezinnen, ouderen en mensen met chronische aandoeningen als belangrijk voor de benodigde inzet. Daarnaast noemen ze als belangrijk: hoogte van het inkomen van de mensen in de wijk, mate van samenhang en samenwerking in de wijk en de sociale status van de wijk.

Verdeelsleutel van de capaciteit aan wijkverpleegkundigen met Zichtbare schakel taken

Vervolgens is een wijkanalyse uitgevoerd om te komen tot een verdeelsleutel van de benodigde capaciteit aan wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken per wijk. Daartoe is eerst nagegaan in hoeverre het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg bleek samen te hangen met sociaal-demografische kenmerken van de wijk. Van de onderzochte factoren bleek de SCP-statusscore van de wijk veruit de meest bepalende factor voor het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg. Op grond daarvan werd besloten deze in de verdeelsleutel op te nemen. Vervolgens werd de associatie van capaciteit in FTE van wijkverpleegkundigen voor niet geïndiceerde taken met het gebruik van zorg nagegaan. Er bleek een statistisch significant verband te bestaan bovenop het al eerder geconstateerde verband met de statusscore. Op grond hiervan werd besloten dat in de te ontwikkelen verdeelsleutel moest worden gecorrigeerd voor capaciteit. In de derde stap werd nagegaan of er ook een verband is van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg met wél geïndiceerde AWBZ-zorg. Dat verband bleek inderdaad te bestaan, voor het gegeven extramurale zorg zonder begeleiding, maar het verband bleek te verdwijnen als ook rekening wordt gehouden met statusscore en capaciteit. Op grond daarvan werd besloten dit gegeven niet op te nemen in de verdeelsleutel.

Vervolgens is op grond van de statusscore een verdeelmodel gemaakt waarbij is gecorrigeerd voor beschikbare capaciteit. Voor de eenvoud is de ontwikkelde score gecategoriseerd. Een lage statusscore score leidt tot een inzet van 2,5 fte per 10.000 inwoners, een gemiddelde betekent 1,4 fte en een hoge score een inzet van 0,4 fte per 10.000 inwoners.

Deze uitkomsten zijn niet zonder meer te generaliseren naar andere gemeenten/regio's. De gehanteerde methodiek is echter wél generaliseerbaar.

Categorie statusscore	Verdeling capaciteit wijkverpleegkundige per 10.000 inwoners
Laag	2,5
Gemiddeld	1,4
Hoog	0,4

Aanbevelingen

De rapportage sluit af met een aantal aanbevelingen. De belangrijkste daarvan is de hier uitgevoerde analyse te herhalen in andere regio's om zo te achterhalen of de sterke samenhang met de SES in Nederland als totaal bestaat en welke andere variabelen eventueel daarbij belangrijk blijken. Ook is het wenselijk om zonder vergroting van de bureaucratische druk systematisch gegevens te verzamelen over de inzet van wijkverpleegkundigen in de wijk, zodat deze te koppelen zijn aan de wijkenmerken.

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van een analyse van de benodigde capaciteit van wijkverpleegkundige zorg voor niet geïndiceerde taken in de gemeente Den Haag. Daarbij is door middel van een buurtanalyse gekeken hoe een zodanige verdeling van de inzet van wijkverpleegkundige zorg over Den Haag kan worden verkregen dat zo goed mogelijk wordt aangesloten bij de zorgvraag. Het onderzoek heeft directe relevantie voor de inzet van niet geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg in Den Haag. De gehanteerde methodiek, die deels is ontleend aan de Vraag Aanbod Analyse Monitor van het NIVEL en het NPCF, is echter ook meer universeel toepasbaar.

Het onderzoek is in nauwe samenwerking met stakeholders in de gemeente Den Haag uitgevoerd. Ten behoeve van het onderzoek is een projectgroep in leven geroepen waarin de volgende personen zitting hadden:

- Loes Hulsebosch, projectleider wijkverpleegkundigen met niet geïndiceerde taken stadsdeel Escamp
- Peter Meijer, projectleider wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken stadsdeel Scheveningen
- Carol de Voogd, wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken in stadsdeel Escamp
- Tanja Bonefaas, wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken in stadsdeel Scheveningen

Graag willen wij de leden van de projectgroep bedanken voor het meedenken tijdens projectopzet en –uitvoering en het commentaar op de concept-rapport. Dank gaat voorts uit naar de Zichtbare schakel wijkverpleegkundigen in Den Haag voor het invullen van de vragenlijst en deelnemen aan een focusgroepbijeenkomst. Tevens bedanken wij de deskundigen die als respondenten ons hebben gesteund. Ook zijn we dank verschuldigd aan de gemeente Den Haag voor het bereidwillig ter beschikking stellen van de benodigde gegevens voor dit onderzoek

Last but not least bedanken wij ZonMw voor het beschikbaar stellen van subsidie om dit onderzoek uit te voeren. Wij zijn in het bijzonder mw. Drs. Ineke Voordouw en mw. Dr. Marja van Bon dank verschuldigd voor het leveren van commentaar op concept-versies van deze rapportage.

De auteurs

Herman Eitjes, Willemijn Ruizendaal en Dinny de Bakker

1 Inleiding

Veel mensen weten de weg naar de zorg te vinden, maar veel mensen ook niet. Het programma ‘Zichtbare schakel, de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt’ uitgevoerd door ZonMw heeft als doel om kwetsbare groepen de hand te bieden en de samenhangende zorg in de wijken te verbeteren. Betere, samenhangende zorg richt zich op het verbinden van preventie en zorg, wonen en welzijn op wijkniveau, zodat kwetsbare mensen, veelal mensen met een sociaaleconomische en gezondheidsachterstand, niet te lang met hun problemen blijven lopen maar de weg vinden naar hulpinstanties of de zorg. De wijkverpleegkundigen met Zichtbare schakel taken hebben daarom in het in het bijzonder een sterk signalerende en verbindende functie en zij vervullen daarmee de rol die de wijkverpleegkundige van oudsher had. Zij vullen daarmee het gat dat is ontstaan door voor verpleging en verzorging een indicatiedrempel op te werpen. In Nederland wordt de verzorging en verpleging betaald uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Om daarvoor in aanmerking te komen is een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) verplicht. De wijkverpleegkundigen met Zichtbare schakel taken richten zich voornamelijk op wijken waar sprake is van sociaaleconomische- en gezondheidsachterstanden. Deze wijkverpleegkundigen verrichten hun taken vóór de indicatie-drempel, daarom spreken we van niet-geïndiceerde taken. Deze taken zetten de wijkverpleegkundigen in op basis van hun professionele inzicht van wat er nodig is, dat noemen we de vrije regelruimte (zie box 1.1).

Box 1.1 Functie wijkverpleegkundige met Zichtbare schakel taken

Doel van de inzet van de wijkverpleegkundige schakelfunctie is leefbare, veilige en gezonde wijken. Wijkverpleegkundige met Zichtbare schakel taken proberen via laagdrempelig contact en snelle interventies , problemen met zelfstandigheid en zelfredzaamheid vroegtijdig te signaleren en op te sporen. Ze maken integrale plannen die participatie en zelfzorg als uitgangspunt hebben. Ze bieden adequate diensten aan, evenals voorzieningen en contactmogelijkheden en faciliteren buurtkracht. Hierdoor wordt teruggang van de zelfredzaamheid en isolement van de bewoners voorkomen, zelfzorg hersteld en participatie in de directe leefomgeving bevorderd.

Het ministerie van VWS heeft het voornemen om de uitgebreide functie van de wijkverpleegkundigen vanaf 2015 structureel te verankeren (Van Rijn, 2013; Schippers en van Rijn, 2013). De wijkverpleegkundige krijgt een belangrijke rol toebedeeld bij de hervorming van de langdurige zorg. Doel is de groei van dure, nu nog door de AWBZ gefinancierde, zorg van verpleeg- en verzorgingshuizen terug te dringen. Dit moet gerealiseerd worden door versterking van de zorg in de eigen buurt. Met name de rol van de wijkverpleegkundige als verbindende schakel tussen het medische en sociale domein wordt daarbij versterkt. De zorg van de wijkverpleging zal niet langer meer worden

gefinancierd uit de AWBZ, maar vanuit de Zorgverzekeringswet als nieuwe aanspraak ‘thuisverpleging’. Voor deze structurele verankering is financiering noodzakelijk. Daarom is allereerst inzicht nodig in de behoefte aan niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken en de benodigde capaciteit daarvan om aan de behoefte te voorzien. De aanname is dat er samenhang is tussen de behoefte aan wijkverpleegkundige taken in een wijk/buurt en factoren die bepalend zijn voor de vraag naar zorg zoals de leeftijdsverdeling in de wijk/buurt, sociaaleconomische status en percentage niet-westerse allochtonen.

Doel van het onderzoek

ZonMw heeft ProZorg samen met het NIVEL uitgenodigd voor de stad Den Haag een analyse te maken van de benodigde capaciteit aan ‘vrije regelruimte’ voor de wijkverpleegkundigen, d.w.z. de benodigde capaciteit voor de niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken in Den Haag. Doel van het onderzoek is het door middel van een praktisch gericht onderzoek verkrijgen van inzicht in de benodigde capaciteit van de niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken. In het bijzonder is gekeken naar de verdeling van de niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg over de stad. De situatie in Den Haag is een bijzondere. In de stad is er voor gekozen de ZonMw- Zichtbare Schakelprojecten zelfstandig te organiseren, waarbij de wijkverpleegkundigen die functioneren als zichtbare schakel alleen niet-geïndiceerde taken doen. Op andere plaatsen in Nederland is er vaker voor gekozen deze niet-geïndiceerde taken te laten uitvoeren door brede wijkverpleegkundigen die ook de geïndiceerde zorg tot hun taken rekenen. Dit biedt in Den Haag de mogelijkheid specifiek te kijken naar deze niet-geïndiceerde taken.

De volgende onderzoeksvragen zijn geformuleerd:

- Wat is de behoefte aan niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken in Den Haag en hoe is dit over de wijken gespreid?
- Hangt de behoefte aan niet-geïndiceerde taken samen met de sociaal-demografische samenstelling van wijken?
- Hoe is het aanbod aan niet-geïndiceerde taken over de wijken verdeeld?
- In hoeverre zijn aanbod en vraag op elkaar afgestemd?
- Welke conclusies zijn –op basis van de uitkomsten van bovenstaande vragen- af te leiden met betrekking tot de inzet van verpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken?

2 Opzet van het onderzoek

Het onderzoek is opgezet in de volgende stappen:

- 1 Literatuurverkenning en gesprekken met sleutelpersonen;
- 2 Verkennen van de beschikbare en bruikbare (wijk)gegevens om in het model te gebruiken;
- 3 Opstellen basismodel voor de bepaling van de capaciteit wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken op basis van de voorgaande stappen;
- 4 Enquete onder wijkverpleegkundigen naar tijdbesteding en factoren die daarop van invloed zijn;
- 5 Bespreking model met de wijkverpleegkundigen met niet geïndiceerde taken in Den Haag en zo nodig aanpassen van het model;
- 6 Uitvoeren statistische wijkanalyse om na te gaan welke van de in het basismodel opgenomen factoren geassocieerd zijn met de capaciteit van de wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken in Den Haag;
- 7 Opstellen verdeelmodel voor Den Haag op basis van de statistische analyse

De stappen 1, 2 en 3, de literatuurverkenning, de verkenning van beschikbare gegevens en het basismodel, worden gerapporteerd in hoofdstuk 3 van dit rapport. De wijkverpleegkundige zelf komt aan het woord in hoofdstuk 4 waarin gerapporteerd wordt over een enquête en een focusgroep (stappen 4 en 5). De laatste twee stappen, de statistische analyse en het uiteindelijk model, worden beschreven in hoofdstuk 6. Het rapport sluit af met een conclusiehoofdstuk waarin ook discussie en aanbevelingen zijn opgenomen. Meer gedetailleerde methodische verantwoording zijn te vinden in de hoofdstukken zelf en in de bijlagen van dit rapport.

Voor de uitvoering van het project is een projectgroep samengesteld bestaande uit onderzoekers, adviseurs, projectleiders Zichtbare Schakel en wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken. Tijdens deze bijeenkomsten zijn resultaten uit eerdere kwalitatieve deelprojecten van het Zichtbare schakel programma, zoals een literatuurstudie, gebruikt om het onderzoek te specificeren. Ook zijn de resultaten van de enquête en de statistische analyses besproken.

De taakverdeling tussen ProZorg en het NIVEL in het onderzoek was als volgt:

ProZorg:

- Literatuurverkenning en gesprekken met sleutelpersonen;
- Opstellen basismodel voor de bepaling van de capaciteit wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken op basis van de literatuurverkenning en de gesprekken met de sleutelpersonen;
- Verkennen van de beschikbare en bruikbare (wijk)gegevens om in het model te gebruiken;
- Bespreking model met de wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken in Den Haag.

NIVEL:

- Uitvoeren statistische analyse om na te gaan welke van de in het basismodel opgenomen factoren geassocieerd zijn met de capaciteit van de wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken in Den Haag;
- Opstellen verdeelmodel voor Den Haag op basis van de statistische analyse;

Gezamenlijk:

- Voeren van besprekingen in de projectgroep;
- Overleg en afstemming met ZonMw;
- Eindrapportage.

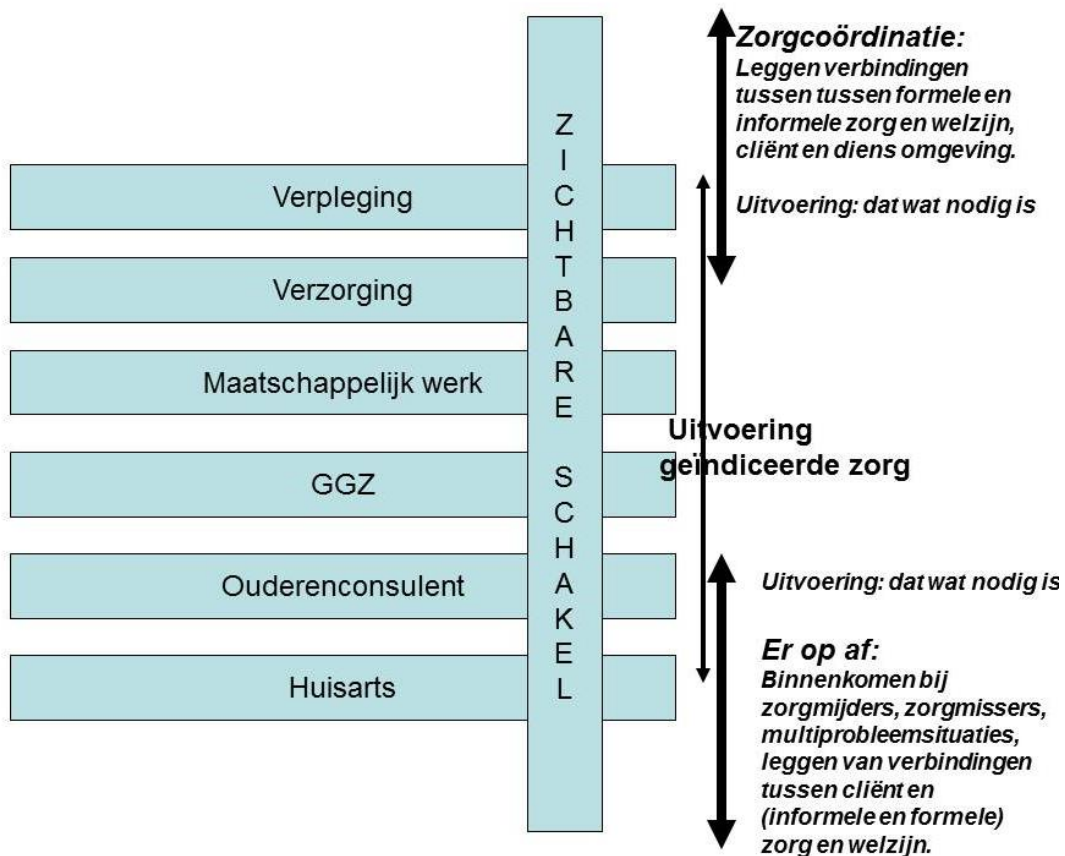
In de oorspronkelijke onderzoeksopzet was een expertgroep opgenomen, samen te stellen uit de sleutelpersonen. Voor deze aanpak bleek onvoldoende draagvlak onder de respondenten vanwege de daaraan verbonden tijdsinspanning. Als alternatief is in samenspraak met de projectgroep en ZonMw gekozen voor de presentatie van de tussenstand van het onderzoek in een werkbijeenkomst “Zichtbare Schakel”, die door ZonMw op 5 juni 2013 werd georganiseerd.

3 Verkenning niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken

3.1 Inleiding

Het project is opgezet vanuit de gedachte dat er mogelijk een relatie zou moeten zijn tussen de gewenste omvang van de functie wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken en de wijkenmerken. Tussen wijken zijn verschillen in de SES- en gezondheidsfactoren en verschillen in inzet in uren brede wijkverpleegkundige aanwezig. Aanname is dat er een samenhang aanwezig is tussen deze inzet per bewoner en de wijkfactoren.

Figuur 3.1: De positie van de Zichtbare Schakels in de zorg



Deze aanname is gestoeld op de taken die wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken uitoefenen. Figuur 3.1 laat zien dat de zichtbare schakels twee typen taken uitoefenen.

Zorgcoördinatie: Op het terrein van zorgcoördinatie leggen zij verbindingen tussen formele en informele zorg, tussen zorg en welzijn tussen de cliënt en zijn omgeving en de zorg.

Er op af: De wijkverpleegkundige gaat actief af op probleemsituaties zoals bijvoorbeeld zorgmijders, zorgmissers en multiprobleemsituaties. De mate van noodzaak en omvang van deze taken hangt af van de mate aanwezigheid van kwetsbare personen/cliënt-systemen in een gebied, maar daarnaast ook van de aanwezigheid en de taakvervulling van de aanwezige andere zorg- en welzijnsdisciplines in een gebied.

In de eerste projectgroep bijeenkomst schetsten de wijkverpleegkundigen het volgende beeld van hun functie: ‘De wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken vult een gat in het bestaande zorgsysteem, namelijk de vrije rol in de verpleegkundige functie in de wijk. De nodige omvang daarvan is afhankelijk van het bestaande aanbod, zowel de kwantiteit en kwaliteit én de aanwezige vraag’.

Aanname is dat het gat groter is in achterstandswijken (lage sociaal economische status, slechte levensstijl, slechte voeding, te veel alcohol en te weinig bewegen) en dat ook andere factoren meespelen, zoals leeftijd, eenzaamheid, verwaarlozing, kwaliteit steunsysteem/mantelzorg, die soms los staan van de sociaaleconomische status (SES), maar daar deels ook weer mee samenhangen.

Gestart is met een literatuurverkenning en gesprekken met sleutelpersonen vanuit de diverse achtergronden, die voor het onderzoek van belang zijn. In bijlage 1 treft u de lijst aan van gesproken personen en de aan hen gestelde vragen. In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de verkennende fase van het onderzoek.

Verkend zijn:

- De functie van wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken en de doelgroepen (paragraaf 3.2)
- De factoren die de inzet van de wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken beïnvloeden (paragraaf 3.3)
- De normen die in het verleden in Nederland zijn gesteld aan de wijkverpleegkundige inzet (paragraaf 3.4)
- Beschikbare gegevens om een wijkanalyse uit te voeren (paragraaf 3.5)

Afgesloten wordt met een globaal model voor de bepaling van de capaciteit voor niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg, dat is gebaseerd op de verkenning en dient als basis voor de statistische analyse in hoofdstuk 5.

3.2 De functie van wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken

In deze paragraaf bespreken we de functie van de wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken en de doelgroepen die zij bedient.

In een advies van de NZA¹ wordt de wijkverpleegkundige functie als volgt gedefinieerd: ‘De functie van de wijkverpleegkundige bestaat voor een deel uit geïndiceerde en voor een deel uit niet-geïndiceerde zorg. De geïndiceerde zorg bestaat uit de zorgverlening die een wijkverpleegkundige thuis, in de huisartsenpraktijk of in het ziekenhuis levert. Deze zorg wordt geïndiceerd door het CIZ of geleverd in opdracht van de huisarts of de medisch specialist. De niet-geïndiceerde zorg levert een wijkverpleegkundige zelfstandig.

Voorbeelden van niet-geïndiceerde zorg die de wijkverpleegkundige verricht zijn:

- Netwerk en samenwerking opbouwen in de wijk
- Groepsgerichte activiteiten/sprekuren
- Problemen signaleren
- Cliënt(system)-gebonden activiteiten
- Contact leggen/vraagverheldering/signaleren/advies
- Praktische ondersteuning/zaken regelen
- Bemiddelen bij (in)formele zorg
- Zorgcoördinatie
- Nazorg

De verbinding tussen de uitvoerend verpleegkundige en begeleidende en wijkgebonden taken, zoals casemanagement, signaleren en verwijzen, groepsvoorlichting, netwerken en multidisciplinair overleg wordt op diverse plekken benoemd als essentieel.

In onderstaande figuur wordt het expertisegebied van de brede wijkverpleegkundige functie weergegeven met als kern de zorgverlener²

Figuur 3.2: Expertisegebied brede wijkverpleegkundige functie



Bron: NSPOH

Hoewel de niet-geïndiceerde taken niet los te zien zijn van de zorgtaken van de brede wijkverpleegkundige functie kunnen ze wel worden onderscheiden. Zeker in Den Haag kan dat omdat deze taken daar in aparte functionarissen terug komen binnen de projecten Zichtbare Schakels van ZonMw. Ook in het vervolg daarop in 2013 zijn deze functies als zelfstandige en aparte functies blijven bestaan.

De wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken in Den Haag levert niet-geïndiceerde zorg (haar inzet zit voor de indicatie-drempel) en inzet zelfstandig (ze heeft als professional een eigen verantwoordelijkheid en hoeft zich daarover niet tegenover andere partijen te verantwoorden). Dat is het belangrijkste onderscheidende van de inzet van de andere verpleegkundige, verzorgende, maatschappelijke en (para)medische functies in het werkgebied. Daardoor kan zij zich richten op groepen en activiteiten die er naar haar professionele inzicht toe doen. Daarmee is zij de enige ‘front-line-functie’ in de Haagse wijken die haar eigen inzet bepaalt op basis van haar eigen professionele standaarden en inzichten. De geïndiceerde wijkverpleegkundige functies en die van de wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken worden meermaals in de literatuur en praktijk als onlosmakelijk met elkaar verbonden beschreven.

De wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken richt zich op een brede doelgroep, met specifieke aandacht voor kinderen in kansarme gezinnen, volwassenen van vooral allochtone afkomst, volwassenen met een lage sociaal economische status, ouderen en mantelzorgers. De niet-geïndiceerde inzet richt zich op ‘bemoeizorg’ in situaties waar problemen zich opstapelen zoals schulden, opvoedproblemen, sociaal isolement en verwaarlozing. De reden voor het inzetten van hulp is in veel gevallen een gevoel van ‘niet pluis’. De reguliere voorzieningen komen niet op gang omdat de bewoner niet past in de daarvoor geëigende systemen. De wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken heeft tijd om de cliëntsituatie te onderzoeken en samen met de cliënt de situatie weer op orde te brengen. Hierbij is het aspect van zelfzorg heel belangrijk, mensen leren om zelf beter om te gaan met aspecten van kwaliteit van leven³.

Bij vergelijking van de data voor alle Haagse ZonMw projecten (afkomstig uit de landelijke database van de ZonMW registratie projecten Zichtbare schakels) met de landelijke trends blijkt dat het beeld van Den Haag op veel punten aansluit bij het landelijke beeld. Het grootste deel van de cliënten is in alle projecten vrouw. In Den Haag en in Nederland als geheel woont bijna de helft van de cliënten alleen. In Den Haag worden echter relatief meer gezinnen bereikt. Ongeveer een derde van alle cliënten in Den Haag is tussen 26 en 60 jaar. Meer dan de helft is ouder dan 61 jaar. Binnen deze groep ouderen is de groep boven 75 jaar sterker vertegenwoordigd dan landelijk. In Den Haag wordt een relatief jongere groep volwassenen bereikt. Landelijk is het aandeel cliënten ouder dan 60 jaar veel groter dan in Den Haag. De gemiddelde leeftijd ligt lager en etnische afkomst is diverser in Den Haag dan in Nederland als geheel⁴.

De nadruk ligt in Den Haag op inzet bij ‘zorgmijders’ (mensen /gezinnen die zorg nodig hebben maar het zorgsysteem ontlopen, vaak door eerdere teleurstellingen in de reguliere zorg, maar ook door de hoge eigen bijdragen) en ‘zorgmissers’ (mensen / gezinnen die niet passen in de reguliere zorgsystemen, indicaties, regels en daardoor zorg missen)⁵.

De niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken kennen samenvattend vijf belangrijke functies:

- Het bereiken van kwetsbare mensen/systemen, die anders niet door de reguliere zorg gezien worden cq zelf niet in actie komen.
- Het de tijd nemen om tot een goed contact te komen en het zelf geven van direct noodzakelijke zorg.
- Het organiseren van de zorg rondom kwetsbare mensen, door de diverse formele en informele hulpbronnen aan te spreken en met elkaar te laten samen werken
- Het versterken van zelfzorg en ‘samenzorg’
- Het versterken van het preventienetwerk in het werkgebied

3.3 Factoren die de inzet beïnvloeden

Beïnvloedende factoren zijn factoren die ingrijpen op de gezondheidstoestand van de cliënt. Deze factoren zijn onder te verdelen in lichamelijke eigenschappen, leefstijl, fysieke omgeving en sociale omgeving. De sociaaleconomische status staat voor de positie van mensen op de maatschappelijke ladder met het daaraan verbonden aanzien en prestige. Sociaaleconomische status is een niet te observeren concept. Omdat sociaaleconomische status niet op een directe manier gemeten kan worden, gebruiken onderzoekers vaak een aantal indicatoren voor sociaaleconomische status. Belangrijke indicatoren voor sociaaleconomische status zijn opleidingsniveau, beroepsstatus en hoogte van het inkomen⁶. Het Sociaal Cultureel Planbureau hanteert voor haar statusscore de volgende SES-gegevens: opleidingsniveau, inkomen en arbeidsmarktpositie.⁷ Ook de gemeente Den Haag kent een berekening van de mate van achterstand van een wijk en hanteert daarvoor eigen indicatoren. De indicatoren zijn vanaf 2005 het aandeel etnisch culturele groepen, het gemiddelde inkomen, het aandeel langdurig werklozen, de gemiddelde WOZ-waarde van huizen en het aandeel verhuizingen in drie jaar⁸.

Er bestaan in Nederland aanzienlijke verschillen in gezondheid tussen verschillende SES-groepen. Laagopgeleide mannen en vrouwen leven gemiddeld respectievelijk 19,2 en 20,6 jaar korter in als goed ervaren gezondheid dan hoogopgeleiden. Ook is de levensverwachting voor lager opgeleiden lager, 7,3 en 6,4 jaar voor respectievelijk mannen en vrouwen (periode 2005-2008). Een gezondheidsachterstand zien we ook bij enkele andere groepen, zoals werklozen en arbeidsongeschikten⁶.

De SES van wijken hangt in belangrijke mate samen met mate van zorgconsumptie en kwetsbaarheid.⁹

Uit onderzoek in de grote steden blijkt al jaren dat er stevige relatie is tussen achterstand en gezondheid. In Den Haag is de levensverwachting van mensen woonachtig in achterstandswijken belangrijk lager dan die in niet achterstandswijken. Ook is het aandeel chronische aandoeningen in die wijken belangrijk hoger¹⁰.

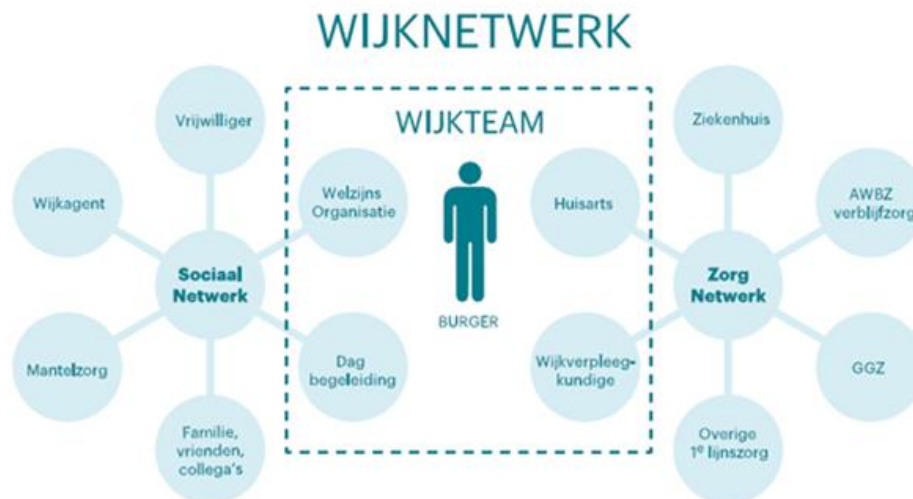
De inkomenssituatie hangt sterk samen met de (mate van) gezondheid, zo blijkt uit diverse bronnen¹¹.

Er blijkt uit ander onderzoek geen aantoonbare relatie tussen wijkenmerken en de zorginzet in uren in de wijk voor huisartsen¹² en wijkverpleegkundigen¹³. Huisartsen met praktijken in achterstandswijken hebben niet daadwerkelijk hogere kosten of kunnen niet minder consulten uitvoeren omdat zij meer tijd per consult kwijt zijn. Bij een onderzoek in Rotterdam naar de formatiebehoefte voor de niet-geïndiceerde taken van wijkverpleegkundigen bleek geen relatie met wijkenmerken anders dan het aantal inwoners per gebied. Wel bleek uit dit onderzoek een gemiddelde benodigde inzet van 1fte per 10.000 inwoners voor de niet-geïndiceerde taken van wijkverpleegkundigen.

Een andere genoemde factor is de aanwezigheid en de samenwerking tussen de diverse disciplines, die het welzijns- en zorgsysteem in de wijk uitmaken.

Het functioneren van zowel het sociale netwerk als het zorg netwerk en het bestaan van een wijknetwerk zijn van belang voor de inzet van de wijkverpleegkundige functie met niet-geïndiceerde taken. Figuur¹⁴ 3.3 maakt dit inzichtelijk.

Figuur 3.3: De verbinding tussen het sociale en het zorgnetwerk



Figuur 2: de verbinding tussen het sociale en het zorgnetwerk

Bron: VGZ, 2012

In de literatuur en gesprekken zijn de volgende factoren geïdentificeerd, die een rol spelen bij de benodigde inzet:

- Aantal kwetsbare mensen/huishoudens dat zorg/aandacht en case-management nodig heeft in het gebied. Kwetsbare mensen in een gebied zijn ondermeer zorgmijders, multiprobleemgezinnen, oudere ouderen (vaak 80+ers), alleenstaande ouderen, mensen van niet-westerse komaf en mensen met meervoudige chronische aandoeningen. Het aandeel van kwetsbare mensen in een gebied blijkt sterk samen te hangen met de sociaal-economische status (SES) van het gebied.
- De kracht van het aanwezige sociale systeem rondom deze mensen/huishoudens, zoals mantelzorg en vrijwillige inzet. Het systeem vervult dan meer zelf het eigen casemanagement, zodat er minder inzet van de wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken nodig is.
- De zorg- en ondersteuningsinzet die er vanuit bestaande reguliere zorgverleners al geboden wordt. Daar waar de zorg al geregeld is, is geen (aanvullend) casemanagement nodig om deze te realiseren.
- De mate en de kwaliteit van samenhang en samenwerking, waardoor de zorg en ondersteuning als een geheel functioneert. Daar waar de samenwerking en samenhang al aanwezig is, hoeft deze niet te worden aangebracht door de wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken.

3.4 Beschikbare en bruikbare gegevens

Belangrijke bron voor dit onderzoek is de registratie van cliëntgegevens door de in het kader van Zichtbare Schakel ingezette wijkverpleegkundigen. Hierin is op cliëntniveau elektronisch geregistreerd aan welke patiënten de verpleegkundigen zorg hebben verleend. Het systeem is operationeel vanaf eind 2010. Per patiënt kan in principe de wijk worden geregistreerd en ook het aantal contacten dat er met de patiënt is geweest.

Gezocht is naar landelijk beschikbare en recente (2010-2012) gegevens die op wijkniveau (6 cijfers postcode-niveau) aanwezig zijn en die op jaar- of meerjaarsbasis worden verzameld en gepubliceerd over mogelijk bepalende factoren voor de inzet van wijkverpleegkundigen. Omdat het model richting dient te geven aan de gewenste omvang van de inzet van de wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken per gebied in geheel Nederland was het niet wenselijk van alleen in Den Haag aanwezige gegevens uit te gaan.

Gegevens die de kracht van een wijk meten of die de kwaliteit van het zorgsysteem meten bleken aldus niet voorhanden.

Deze selectie heeft geleid tot de volgende gegevens, die aanwezig én bruikbaar zijn:

Kenmerken gebied die aantal/aandeel kwetsbaren bepalen:

- Aantal bewoners (CBS).
- Aandeel 80+ (CBS).
- Aandeel niet westerse allochtonen (CBS).
- Aandeel alleenstaanden (CBS).
- SES-wijk (statusscore SCP).
- SES-wijk (Den Haag).

Aanwezige zorg:

- Inzet niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken (uren per wijk).
- Gedeclareerde AWBZ geïndiceerde verplegende en verzorgende zorg (Vektis bestand 2012).

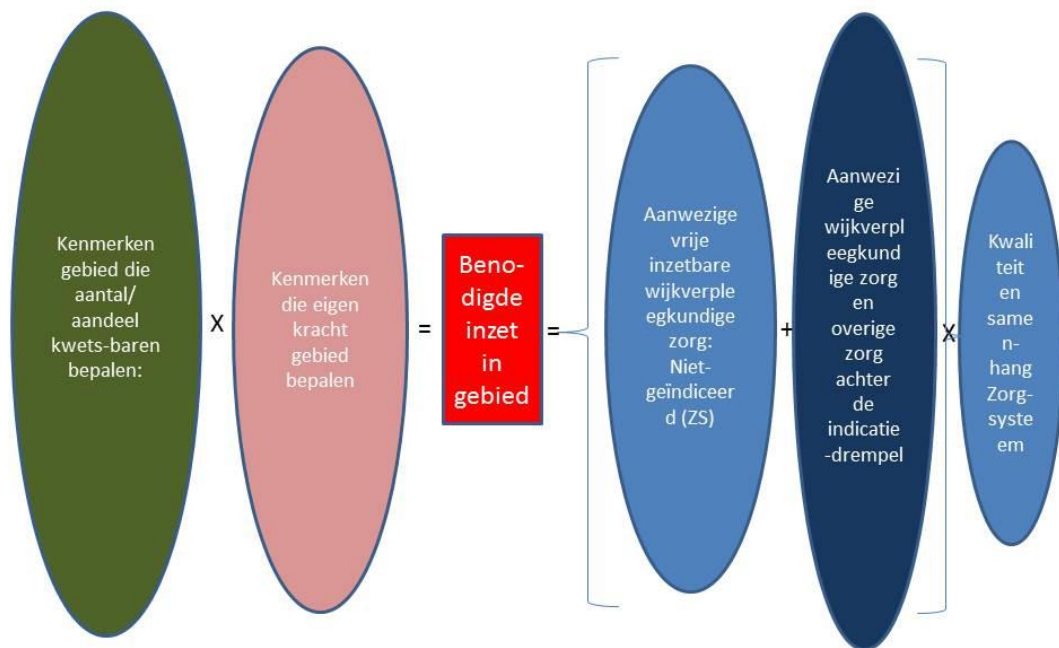
Deze factoren vormen het uitgangspunt voor statistische analyse zoals uitgevoerd in hoofdstuk 5. In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van alle gegevens en de aanwezige bronnen, die bekeken zijn.

3.5 Samenhang tussen de factoren: een basis model

In figuur 3.4 worden de eerder genoemde factoren met elkaar in verband gebracht. Een factor die hierin niet is opgenomen is de bevolkingsdichtheid/adresdichtheid, die bepaalt hoeveel reistijd er in het gebied nodig is. We zijn er van uit gegaan dat deze factor geen rol van betekenis zal spelen in een dichtbevolkte stad als Den Haag, dit in tegenstelling tot niet stedelijk gebied, waarin deze factor waarschijnlijk wel van belang is.

Niet alle kenmerken zullen een gelijk aandeel hebben. In bovenstaande figuur is daar geen rekening mee gehouden. Het gaat om de basale samenhang, die als uitgangspunt wordt genomen voor de analyses.

Figuur 3.4: Basismodel voor de analyse van de wijkverpleegkundige inzet



4 De wijkverpleegkundige aan het woord

4.1 Inleiding

In hoofdstuk 3 zijn de factoren beschreven die van invloed zijn op de inzet van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundigen. Die inzet wordt gemeten met het aantal geregistreerde contacten van wijkverpleegkundigen. Om bestaande gegevens te gebruiken voor de bepaling van capaciteit heeft het risico dat problemen in de huidige situatie worden geëxtrapoleerd naar de toekomst. Die problemen kunnen bijvoorbeeld een onevenredig hoge werkdruk zijn of een gesignaleerd gebrek aan kwaliteit. Daarom wordt in dit hoofdstuk meer kwalitatief ingegaan op het werk van de verpleegkundigen. Zij zijn daartoe bevraagd door middel van een schriftelijke enquête. De resultaten ervan zijn besproken in een focusgroep, waaraan 12 wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken uit de stad Den Haag deelnamen.

4.2 Methode

Om te komen tot een inschatting van zowel de verdeling van de inzet van wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken, de door hen ervaren werkdruk/caseload, de door hen geschatte kwaliteit en samenhang van het wijknetwerk is een enquête uit te gezet onder de wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken in Den Haag.

Door middel van de enquête onder de wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken in den Haag zijn de vragen gesteld over:

- Aantal uren aanstelling per week.
- Aantal uren per wijk van Den Haag gemiddeld per week:
 - Aan huisbezoeken/directe klantcontacten.
 - Aan wijkgebonden overleggen/overige wijkgebonden activiteiten.
- Aantal uren gemiddeld per week aan:
 - Aan wijkoverstijgende overleggen en activiteiten.
 - Aan registratie.
 - Aan overige activiteiten.
- Eigen inschatting werkdruk .
- Welke factoren maken dat er verschillen in inzet zijn per wijk naar inzicht en ervaring van de verpleegkundigen.

Deze enquête is via een webinterface ingevuld door 28 respondenten (zijnde wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken werkzaam in Den Haag). In totaal zijn er in Den Haag 32 wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken actief, 1 daarvan is pas in 2013 begonnen, 3 hebben de vragenlijst niet ingevuld.

Op deze wijze is inzicht verkregen in de inzet van uren per wijk over 21 van de 44 Haagse wijken. In de niet bekende wijken zijn de respondenten niet structureel actief. Dat blijkt ook uit de vergelijking met de gegevens uit de registratieportal van ZonMw⁴.

De uitkomsten van de enquête zijn besproken in een focusgroepbijeenkomst.

4.3 Resultaten

Inzet in uren per wijk:

De antwoorden van de respondenten op de vragen over de inzet in uren zijn per wijk waarin men aangeeft te werken opgeteld tot een totaal overzicht (zie tabel 4.1). Van een beperkt aantal respondenten was alleen de totale werktijd per week bekend omdat men de andere vragen niet heeft ingevuld. Deze uren zijn verdeeld conform de gemiddelde opgave van de collega's in die wijken.

Tabel 4.1: Overzicht inzet van uren per wijk en soort activiteit van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundigen

Wijk nummer	Patiëntgebonden uren per wijk per week	Wijkgebonden activiteiten	Wijkoverstijgend overleg	Registratie	overige act	Totaal uren	Aanstelings uren
4	10	4					
5	10	4					
7	12	4					
8	12	4					
9	2	0,5					
10	2	0,5					
11	1	0,5					
16	8	1					
17	7	2					
18	9	2					
27	13	3					
28	13	3					
29	116	32,5					
30	16	3,5					
31	19	6,5					
32	6	2					
33	50	7					
34	53	5					
36	48	18					
38	29,5	8,5					
40	19	4					
Totaal	455,5 55,18%	115,5 13,99%	67 8,12%	71 8,60%	116,5 14,11%	825,5	829

In de tabel is goed te zien dat er grote verschillen zijn in patiëntgebonden inzet per wijk. Zo leveren de respondenten in de Schilderswijk (wijknummer 29) 116 uur inzet per week aan directe cliëntcontacten en 32,5 uur aan wijkgebonden activiteiten, die niet direct aan individuele cliënten zijn toe te rekenen. In Loosduinen (wijknummer 17) is dat 7 patiënt-

uren per week en 2 uren wijkgebonden. Het aantal inwoners van de Schilderswijk is ongeveer 2 maal zo groot als in de wijk Loosduinen, toch is de inzet van de wijkverpleegkundigen er bijna 17 maal hoger. De Schilderswijk is een achterstandswijk en Loosduinen niet. Wel wonen er in Loosduinen relatief veel ouderen.

Tevens kan uit de gegevens worden afgeleid dat de respondenten 55% van hun inzet aan directe cliëntcontacten besteden, 14% aan wijkgebonden directe activiteiten, 8% aan niet wijkgebonden directe activiteiten, bijna 9% van hun tijd bezig zijn met registreren en verantwoorden en 14% aan overige inzet (intern overleg, deskundigheidsbevordering etc). In de enquête is gevraagd naar de verdeling van de ureninzet over de wijken waar de respondenten actief zijn. Hierbij is geen rekening gehouden met vakanties en dergelijke. De percentages direct en indirect zijn dan ook niet direct bruikbaar, omdat bij het vaststellen daarvan het onderscheid tussen bruto en netto werktijd van belang is. Dat was echter niet het doel van dit onderzoek. Een ander punt van aandacht is het tijdstip van de enquête, deze vond plaats in maart 2013. Dit terwijl de gegevens uit de ZonMw-registratie over aantallen cliënten en contacten per wijkverpleegkundige de periode 2010-2012 omvatten. Omdat het merendeel van de respondenten ook in die periode aan de Zichtbare Schakel-projecten verbonden was is de aanname dat de gevonden verdeling in uren over de wijken in Den Haag ook van toepassing is in de periode 2010-2012. Omdat de verdeling van uren over de wijken in dit onderzoek alleen als een controle wordt gebruikt om vast te stellen of een gevonden verband tussen inzet in de wijk en wijkkenmerken ook blijft bestaan als rekening wordt gehouden met de beschikbare uren wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken achten we deze werkwijze verantwoord. Dit ook omdat dergelijke gegevens niet met terugwerkende kracht kunnen worden verworven.

Werkdruk:

Uit de vraag over de werkdruk blijkt dat de wijkverpleegkundigen hun eigen werkdruk in 62% hoger dan gemiddeld inschatten en in 38% gemiddeld. Geen van de wijkverpleegkundigen geeft aan een lager dan gemiddelde werkdruk te ondervinden.

Wijkfactoren:

Aan de wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken zijn de wijkfactoren voorgelegd, die in het onderzoek naar voren kwamen als van belang zijnde. Zij achten de volgende factoren erg belangrijk (90% scoort belangrijk of zeer belangrijk):

- Aantal ouderen.
- Aantal zorgmijders.
- Aantal Multiprobleemgezinnen.
- Aantal met mensen met chronische aandoeningen.
- Hoogte inkomen van de mensen in de wijk.
- Mate van samenhang en samenwerking in de wijk.
- De sociale status van de wijk.

Het aandeel mensen van niet-westerse komaf wordt door 88% als belangrijk gezien (tabel 4.2). De hoeveelheid reguliere zorginzet scoort slechts 64% belangrijk en is daarmee volgens de respondenten niet van doorslaggevend belang voor de inzet van wijkverpleeg-

kundige met niet-geïndiceerde taken functie. Het zelfde geldt voor de onveiligheid van de buurt en de aanwezigheid van alleenstaanden.

88% van de respondenten vindt het belangrijk dat er in de toekomst rekening wordt gehouden met wijkenmerken bij de verdeling van de inzet van wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken over de stad.

Tabel 4.2: Belang dat door wijkverpleegkundigen aan factoren die zijn geïdentificeerd als mogelijk van invloed op de inzet

Wijkfactoren	Erg belangrijk en belangrijk
1. Aantal inwoners	75%
2. Aantal ouderen	92%
3. Aantal zorgmijders	96%
4. Aantal Multiprobleemgezinnen	96%
5. Aantal Alleenstaanden	64%
6. Aantal mensen van niet-westerse komaf	88%
7. Aantal met mensen met chronische aandoeningen	100%
8. Onveiligheid buurt	64%
9. Opleidingsniveau van de mensen in de wijk	84%

4.4 Focusgroep

Op 1 augustus 2013 is gesproken met een groep van 12 wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken uit de stad Den Haag aan de hand van de concept-onderzoeksrapportage, zoals deze toen voorlag. Aanwezig waren 4 wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken uit de stadsdelen Centrum, 7 uit Escamp en 1 uit Loosduinen. De projecten uit de stadsdelen Laak en Scheveningen waren niet vertegenwoordigd.

Aandachtspunten genoemd door de wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken: Het basismodel (zie hoofdstuk 3) wordt herkend en als reëel gezien.

Dat in de statistische analyse alleen de SES als voorspellende factor (naast de omvang van de eigen inzet) naar voren komt (zie hoofdstuk 5), achten de wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken een beperkte weergave van de werkelijkheid. Zij wijzen op de doelgroep ouderen (met name 80+) die in Den Haag in diverse wijken groot is, waaronder veel zorgmijders met bijvoorbeeld beginnende dementie. Bij deze doelgroep is het moeilijk binnen te komen (kost veel tijd). Juist het aandeel zorgmijders is niet bekend per wijk. Zij achten het zinvol de proportie ouderen 80+ mee te nemen. Ook omdat het aandeel ouderen in wijken met een hogere SES in de stad vaak hoger is. Ook in de nabije toekomst als de mensen met een ZZP 1-4 indicatie niet meer kan worden opgenomen en thuis blijft wonen zal deze doelgroep voor het werk van de wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken (nog) belangrijker worden. Zij constateren dat de vragen vanuit de thuiszorg toenemen om met hulpverleners mee te gaan om binnen te kunnen komen bij zorgmijders. De organisaties bezuinigen en dat leidt tot een grotere vraag richting Zichtbare schakels. De onafhankelijkheid die de wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken nu hebben in Den Haag achten zij erg belangrijk voor hun functioneren. Als onderdeel van een thuiszorgteam staat de productie centraal en dat staat haaks op de wijze

van werken als wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken. Omdat er nu veel verschillende thuiszorgorganisaties zijn is het voor de mensen ingewikkelder te worden om te weten waar ze moeten zijn. Deze organisaties sturen op productie en niet altijd op welbevinden.

Verschillende zorgorganisaties werken met eigen voorwaarden voor de zorgverlening waaraan veel ‘moeilijke’ cliënten niet kunnen/willen voldoen. Dat leidt er toe dat de deur te snel dicht gaat (bijvoorbeeld omdat de cliënt niet gemotiveerd is, of niet inziet welk probleem er is, of niet over de (juiste) indicatie beschikt).

De verkokering in werken binnen organisaties is een probleem de (interne) specialisatie is doorgeslagen. De ene afdeling weet niet wat de andere doet. Men gebruikt de wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken vaker als wegwijzer ook als het gaat om dergelijke interne routes. De indicatie-drempels vormen nu vaker een barrière voor tijdige inzet van de juiste zorg (bijv. begeleiding). Dat gaat te traag en vaak te laat of helemaal niet.

Men ziet ook digitale drempels doordat aanvragen voor de Wmo via het web gedaan moeten worden.

De wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken zien zelf dat de aanwezige capaciteit aan wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken in de wijk mede bepaalt hoeveel cliënten in zorg komen. In Loosduinen is men na de start snel gestopt met het werven van nieuwe cliënten omdat de wijkverpleegkundigen met niet-geïndiceerde taken al snel ‘vol’ zaten. Op die wijze stuurt het aanbod de vraag constateren zij. Anderzijds kan hier ook uit geconcludeerd worden dat kennelijk er sprake is van onvervulde vraag.

4.5 Conclusie

Dit hoofdstuk verschaft belangrijke gegevens die van belang zijn voor de bepaling van de capaciteit van wijkverpleegkundigen. In de eerste plaats wordt duidelijk dat de inzet in direct patiëntgebonden contact per wijk sterk varieert. Samen bepalen de wijkgebonden activiteiten 70% van het werk van de niet-geïndiceerde wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundigen zien hun werkdruk voor het merendeel als hoger dan gemiddeld. Ook dat is een factor van belang bij de bepaling van de capaciteit. De wijkverpleegkundigen herkennen de in hoofdstuk 3 beschreven factoren van invloed op de inzet van wijkverpleegkundigen. Zij beklemtonen het belang van ouderen als doelgroep. Voorts waarschuwen zij dat de aanstaande veranderingen in de AWBZ grote invloed zal hebben op de inzet van verpleegkundigen. Zij zien tenslotte ook dat de hoeveelheid beschikbare verpleegkundige op dit moment mede bepalend is voor de inzet. Het aanbod bepaalt mede de vraag.

5 Wijkanalyse

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de statistische wijkanalyse gerapporteerd. Doel is om per wijk inzicht te verkrijgen in de benodigde capaciteit van de niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige functie in Den Haag. De gehanteerde methodiek moet ook in andere regio's of eventueel ook voor Nederland als geheel toepasbaar zijn.

Voortgebouwd wordt op de voorgaande hoofdstukken. Uit de literatuurverkenning (zie hoofdstuk 3) bleek een duidelijke relatie te bestaan tussen gezondheids- en sociale achterstanden van personen en de zorgconsumptie.

Centraal in dit hoofdstuk staat het vaststellen van factoren die samenhangen met het gebruik van wijkverpleegkundige zorg en dan met name de kenmerken van wijken, om zodoende te komen tot een verdeelsleutel van de capaciteit aan niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg. Echter, naast sociaal-demografische wijkfactoren kan het functioneren van de reguliere zorg ook invloed uitoefenen (zie zowel hoofdstuk 3 als 4). Daarom wordt ook gekeken naar de relatie tussen het functioneren van de reguliere zorg op het gebruik van wijkverpleegkundige zorg. Specifiek wordt hier gekeken naar het gebruik van geïndiceerde AWBZ-zorg. Daarnaast zal ook gekeken worden naar de invloed van de ingezette capaciteit aan wijkverpleegkundige schakels op het gebruik van wijkverpleegkundige zorg. Mogelijk is sprake van *supply induced demand*, oftewel het aantal uren capaciteit aan wijkverpleegkundige in een wijk beïnvloedt het gebruik. Dit is ook gebleken in hoofdstuk 4, waarin het perspectief van de wijkverpleegkundigen is verwoord.

De volgende onderzoeksvragen zijn onderzocht:

1. Welke kenmerken van de bevolkingssamenstelling van wijken zijn geassocieerd met het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg?
2. In hoeverre is het aantal beschikbare uren voor niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg in een wijk geassocieerd met het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg?
3. In hoeverre is het gebruik van geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg geassocieerd met het gebruik van geïndiceerde AWBZ-zorg?
4. Hoe kan op grond van de antwoorden op bovenstaande vragen een verdeelsleutel van het aantal FTE wijkverpleegkundige zorg per wijk eruit zien?

5.2 Methode

Bovenstaande onderzoeksvragen zijn beantwoord met behulp van een wijkanalyse. De resultaten van de wijkanalyses zijn de basis voor de constructie van de verdeelsleutel voor de benodigde capaciteit aan niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg per wijk. De wijkanalyse vindt in Den Haag plaats, omdat alleen in Den Haag ervoor is gekozen

om wijkverpleegkundigen alleen voor niet-geïndiceerde taken in te zetten, waardoor goed zicht kan worden verkregen op de omvang van die taken. Echter, de methodiek die gebruikt wordt voor de constructie van de verdeelsleutel moet kunnen worden ingezet voor het construeren van een verdeelsleutel voor andere regio's.

Data

Voor de wijkanalyse zijn verschillende databronnen gebruikt. Voor een uitgebreide verantwoording van de methoden wordt verwezen naar Bijlage 3.

Het gebruik van wijkverpleegkundige zorg is voor de wijken van Den Haag verzameld uit het registratiesysteem van ZonMw, waarin de diverse projecten verplicht waren te registreren. In de registratie zijn voor 4.702 cliënten persoonsgegevens en het gebruik van wijkverpleegkundige zorg geregistreerd voor het jaar 2011 en 2012 en het begin van 2013. Voor de analyses in dit hoofdstuk zijn de gegevens van 2012 gebruikt. De registratie bevat het aantal face-to-face contacten met wijkverpleegkundige zorg. Het gebruik van wijkverpleegkundige zorg is als volgt geoperationaliseerd:

- het aantal face-to-face contacten met de wijkverpleegkundige zorg in een wijk per 1.000 inwoners in 2012.

Om de invloed van wijkenmerken op het gebruik van wijkverpleegkundige zorg te onderzoeken zijn de data geaggregeerd tot wijkniveau. Vervolgens zijn wijkenmerken uit de buurtmonitor Den Haag en uit Kerncijfers Wijken en Buurten van CBS (2012) aan de wijken gekoppeld. Voor 1.055 cliënten (22,4%) bleek het koppelen van de wijkcode aan de postcode niet mogelijk, omdat de postcodegegevens niet bekend waren. Deze cliënten zijn dan ook uitgesloten van de analyses. Een andere beperking van de gegevens is dat het aantal contacten pas ingevuld wordt bij het afsluiten van de zorg met een patiënt. Hierdoor is het aantal contacten niet bekend bij patiënten die rond de jaarwisseling nog in zorg waren. Ook bij nog wel afgesloten patiënten bleek het aantal contacten niet altijd ingevuld. Het uiteindelijke analysebestand bestaat uit 3.647 cliënten verdeeld over 38 wijken. Aan de 38 wijken waarvoor zorggebruik gegevens bekend zijn konden wijkgegevens gekoppeld worden.

Door de beperkingen van de gegevens moeten deze niet geïnterpreteerd worden als een volledig beeld gevend van de aantallen patiëntcontacten die de wijkverpleegkundigen hebben. Wij nemen aan dat de gegevens wel een goed beeld geven van de verdeling van de aantallen contacten over de wijken. In hoeverre deze veronderstelling klopt is niet na te gaan.

De volgende wijkenmerken zijn verkregen uit de Buurtmonitor Den Haag:

- percentage niet-westerse allochtonen;
- percentage alleenstaanden;

De volgende wijkenmerken zijn verkregen uit kerncijfers Wijken en buurten van het CBS:

- aantal inwoners;
- aantal mannen en vrouwen;
- aantal inwoners van 0-15 jaar, 15-25 jaar, 25-45 jaar, 45-65 jaar, 65-80 jaar en 80 jaar en ouder.

Het volgende wijkenmerk is verkregen van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP):

- Sociale status: Een veel gebruikte maat voor sociaal economische status is de statusscore van het SCP. Het is een samengestelde maat afgeleid uit vier gegevens: het gemiddelde inkomen in een wijk, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laag opgeleiden en het percentage mensen dat niet werkt. Een hoge score geeft aan dat de status in die wijk hoog is, een lage score geeft aan dat de status laag is. De gemiddelde statusscore in Nederland voor 2010 was 0,17 (SD=1,16; min= -7,25; max=3,18) (Knol, 2012).

In dit onderzoek zijn de wijkenmerken als volgt geoperationaliseerd:

- proportie vrouwen
- proportie 0-15 jarigen, proportie 15-25 jarigen, proportie 25-45 jarigen, proportie 45-65 jarigen, proportie 65-80 jarigen en proportie 80 jaar en ouder;
- proportie niet-westerse allochtonen;
- proportie alleenstaanden;
- statusscore SCP.

Geïndiceerde AWBZ Zorg

Voor het onderzoeken van de relatie tussen de reguliere zorg in een wijk en het gebruik van wijkverpleegkundige zorg zijn data gebruikt over het aantal cliënten met een indicatiestelling voor AWBZ zorg en de kosten per wijk voor AWBZ zorg. (Vektis, 2013)

AWBZ geïndiceerde zorg is als volgt geoperationaliseerd:

- aantal cliënten met een indicatiestelling per 1000 inwoners per wijk voor extramurale zorg met begeleiding;
- aantal cliënten met een indicatiestelling per 1000 inwoners per wijk voor extramurale zorg zonder begeleiding;
- aantal cliënten met een indicatiestelling per 1000 inwoners per wijk voor intramurale zorg.

De kosten voor AWBZ zorg zijn als volgt geoperationaliseerd:

- Kosten voor verpleging en verzorging per 1000 inwoners per wijk
- Kosten voor persoonsgebonden budget (PGB) per 1000 inwoners per wijk.

In bijlage 4 van dit rapport wordt een toelichting gegeven op de kosten die vallen onder de kosten voor persoonlijke verzorging/verpleging en PGB. Kortgezegd, hebben de gegevens vooral betrekking op de kosten voor verschillende functies van de AWBZ die in de toekomst overgeheveld worden naar de Wmo. Die overheveling heeft mogelijk ook effecten op het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg (zie ook hoofdstuk 4). Dat is reden te meer om in de huidige situatie te kijken of er een associatie is tussen geïndiceerde en niet-geïndiceerde zorg. Dit als nulmeting om de toekomstige situatie tegen te kunnen afzetten.

Capaciteit niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg

Voor 20 wijken hebben wijkverpleegkundige schakels het aantal uren aan capaciteit geregistreerd (zie hoofdstuk 4, tabel 4.1). Voor de andere wijken geldt dat daar geen wijkverpleegkundige schakels actief zijn. Het aantal uren is daar op nul gezet.

Analyse

Voor het bepalen van de samenhang tussen wijkenmerken en het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg zijn allereerst beschrijvende statistieken berekend voor de afhankelijke variabele (het aantal contacten niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg per 1000 inwoners per jaar) en de sociaal-demografische variabelen.

Vervolgens is de samenhang berekend tussen het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg taken en wijkenmerken door middel van correlatiecoëfficiënten. Als laatste is via multivariate, lineaire regressie analyse de associatie van wijkenmerken met het aantal contacten niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg onderzocht.

De regressie analyses zijn uitgevoerd volgens een stepwise procedure. In het eerste model zijn alle voorspellers toegevoegd. Vervolgens is in het volgende model de minst significante voorspeller verwijderd totdat er een model overblijft met alleen significante voorspellers voor het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg

De volgende analysestappen zijn uitgevoerd:

1. Analyse associatie wijkenmerken en het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg;
2. Analyse associatie van het aanbod van wijkverpleegkundige zorg en het gebruik rekening houdend met factoren die in stap 1 statistisch significant zijn gebleken;
3. Analyse associatie van geïndiceerde AWBZ-zorg op het gebruik van niet-geïndiceerde zorg.

Bepaling verdeelsleutel

De verdeelsleutel ‘Capaciteit niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg’ is gebaseerd op het voorspellingsmodel dat uit bovenstaande analyses komt. Daarnaast is het gebaseerd op het gemiddeld aantal contacten met de wijkverpleegkundige schakel en het gemiddeld aantal inwoners per FullTime Equivalent (FTE) wijkverpleegkundige.

5.3 Resultaten

In deze paragraaf worden alleen de resultaten besproken die uiteindelijk bijgedragen hebben aan de constructie van de verdeelsleutel voor niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg’. Voor een uitgebreide beschrijving van alle resultaten zie Bijlage 5.

De verdeelsleutel is opgebouwd uit een viertal stappen om te komen tot een verdeling van de benodigde capaciteit aan niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg conform de in paragraaf 5.1 geformuleerde onderzoeksvragen.

STAP 1: SIGNIFICANTE VOORSPELLERS GEBRUIK WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG

Uit tabel 5.1 blijkt dat het aantal contacten voor niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg vooral samenhangt met de wijkenmerken proportie niet-westerse allochtonen en de statusscore van een wijk. Er blijkt een zeer sterke correlatie te zijn tussen het proportie niet-westers allochtonen in een wijk en de SCP statusscore in de zin dat een hoge proportie allochtonen samenhangt met een lage statusscore: $r = -0,90$. Aangezien statusscore een samengestelde maat is, opgebouwd is uit verschillende componenten en dus een rijkere maat is, zal alleen statusscore verder meegenomen worden in de analyse. Daarnaast heeft statusscore een grotere samenhang met het aantal contacten wijkverpleegkundige zorg dan de variabele niet-westerse allochtonen, zoals duidelijk wordt uit tabel 5.1.

Tabel 5.1: Correlaties wijkenmerken en aantal contacten niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg per 1000 inwoners per jaar

	Correlatie
Proportie vrouwen	-0.40
Proportie 0-15 jarigen	0.19
Proportie 15-25 jarigen	0.65
Proportie 45-65 jarigen	-0.46
Proportie 65-80 jarigen	-0.30
Proportie 80 plussers	-0.27
Proportie alleenstaanden	0.05
Proportie niet-westers allochtonen	0.83
Statusscore	-0.85

Uit de lineaire regressie analyse, bestaande uit alle wijkenmerken, als voorspellers, blijkt dat alleen statusscore een significant effect heeft op het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg ($b = -10,72$; $p < 0,0000$). Het model is statistisch significant ($F(8,29) = 11,25$; $p < 0,0000$) en heeft een hoge verklaarde variantie $r^2 = 75,6\%$; dit betekent dat de verschillen *tussen wijken in het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg voor 75,6% wordt verklaard door de wijkenmerken in het model*. Vervolgens is iedere keer de minst significante voorspeller uit het model verwijderd totdat het model alleen maar significante voorspellers overhield. Het uiteindelijke model ($F(1,36) = 82,92$; $p < 0,000$) is weergegeven in tabel 5.2. Uit de regressie analyse blijkt dat alleen het wijkkenmerk statusscore ($b = -10,15$; $p < 0,0000$) als significante voorspeller overblijft van het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg. Een $b = 10,15$ moet worden geïnterpreteerd als volgt: als de statusscore van een wijk 1 punt hoger is, zijn er in de betreffende wijk 10,15 contacten per 1000 inwoners minder. De verklaarde variantie van dit model is nog steeds hoog, $r^2 = 69,6\%$. Het wijkkenmerk statusscore wordt in de verdere analyses als enige wijkkenmerk meegenomen om het gebruik van wijkverpleegkundige zorg te voorspellen.

Tabel 5.2: Regressie coëfficiënten voor alle significante wijkenmerken die het aantal contacten niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg per 1000 inwoners per jaar voorspellen (n=38)

Aantal contacten	Coëfficiënt (b)	T	P>t	95% Conf.	Interval
Statusscore	-10.15	-9.07	0.000	-12.42	-7.88
Constante	20.02	8.73	0.000	15.37	24.68

$R^2=69.6\%$

Ook de samenhang met het gebruik van geïndiceerde AWBZ-zorg met het gebruik van niet-geïndiceerde zorg is nagegaan. Uit die analyses blijkt dat het gebruik van geïndiceerde, extramurale zorg zonder begeleiding sterk samenhangt met het gebruik van niet-geïndiceerde zorg. Met andere woorden, in wijken waar veel geïndiceerde extramurale zorg met begeleiding wordt geboden wordt ook veel niet-geïndiceerde zorg geboden. Als rekening gehouden wordt met de statusscore valt het verband echter weg. Het lijkt erop dat de statusscore zowel bepalend is voor de geïndiceerde als de niet-geïndiceerde AWBZ-zorg. Zie bijlage 5 voor de uitgebreide beschrijving van deze resultaten.

STAP 2: INVLOED VAN CAPACITEIT WIJKVERPLEEGKUNDIGEN OP GEBRUIK NIET-GEÏNDICEERDE ZORG

Uit bovenstaande analyses blijkt dat van de onderzochte wijkenmerken de statusscore van een wijk invloed hebben op het gebruik van wijkverpleegkundige zorg in een wijk. Echter, de capaciteit aan wijkverpleegkundige schakels kan ook invloed hebben op het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg. Daarom is de samenhang berekend tussen het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg per 1000 inwoners en de capaciteit in fte aan wijkverpleegkundigen per 1000 inwoners. Daaruit blijkt dat naarmate er meer capaciteit aan zorg in een wijk is er ook meer gebruik is van geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg. De samenhang is minder sterk te noemen dan met de statusscore, maar wel statistisch significant ($r=0,54$; $b= 14,6$; $p<0,0001$). Per uur capaciteit dat per week beschikbaar is zijn er 14,6 contacten meer per 1000 inwoners. Wanneer het significant voorspellende wijkenmerk statusscore aan het model wordt toegevoegd, blijkt dat statusscore en de capaciteit aan wijkverpleegkundige zorg beide een significante voorspeller te zijn van het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg (tabel 5.4). Het model in tabel 5.4 verklaart 73,4% van de variantie in het gebruik van wijkverpleegkundige zorg tussen wijken. Beide variabelen worden daarom opgenomen in het voorspellingsmodel voor het schatten van het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg.

Tabel 5.3: Regressie coëfficiënten voor het aantal contacten met de wijkverpleegkundige en de capaciteit aan wijkverpleegkundige zorg (n=38)

Aantal contacten	Coëfficiënten (b)	T	P>t	[95% Conf.	Interval]
Capaciteit in uren	14.60	3.88	0.000	6.96	22.23
Constante	10.53	2.44	0.020	1.78	19.28

$R^2=29,4\%$

Tabel 5.4: Regressie coëfficiënten voor het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg en wijkenmerken met als controle variabele 'de capaciteit aan wijkverpleegkundige zorg (n=38)

Aantal contacten	Coëfficiënten	T	P>t	[95% Conf.	Interval]
Statusscore	-8.99	-7.5	0.000	-11.39	-6.58
Capaciteit in uren	5.83	2.23	0.032	.519	11.14
Constante	16.14	5.79	0.000	10.48	21.80

STAP 3: RELATIE MET WÉL GEÏNDICEERDE AWBZ-ZORG

In de derde stap is de associatie gelegd met de wél verleende AWBZ-zorg op basis van gegevens van Vektis. Hieruit bleek dat in wijken waar veel niet-geïndiceerde AWBZ-zorg wordt gegeven ook veel extramurale AWBZ-zorg zonder begeleiding wordt gegeven ($r=0,75$). Met extramurale zorg was de associatie zwakker ($r=0,43$) en met intramurale zorg afwezig. Na opname van deze gegevens in het regressiemodel met statusscore en capaciteit vielen de verbanden weg. Dat betekent dat met name de statusscore zowel bepalend is voor de inzet van niet- als wel geassocieerde zorg. Meer gedetailleerde gegevens zijn in bijlage 5 te vinden. Omdat de geïndiceerde zorg niets toevoegde aan het model is deze bij de verdeelsleutel buiten beschouwing gebleven.

STAP 4: CONSTRUCTIE VAN EEN VERDEELSLEUTEL

Om een verdeelsleutel te ontwikkelen die ingezet kan worden om de capaciteit aan wijkverpleegkundigen te verdelen over de wijken is een schatting van het gebruik nodig op basis van de bevolkingssamenstelling. Uit bovenstaande analyses bleek dat statusscore van een gebied het enige wijkenmerk is dat het gebruik van wijkverpleegkundige zorg significant kan voorspellen. Het uiteindelijke voorspellingsmodel bestaande uit statusscore van een wijk en de capaciteit aan wijkverpleegkundige schakels kan ruim 70% van de variatie in het gebruik van wijkverpleegkundige zorg voorspellen. In het voorspellingsmodel wordt daarom rekening gehouden met de beschikbare capaciteit aan wijkverpleegkundigen. Uit bovenstaande analyses blijkt namelijk dat het aantal uren capaciteit dat in een wijk beschikbaar is samenhangt met het gebruik van wijkverpleegkundige zorg. Des te meer aanbod aan wijkverpleegkundige zorg, des te meer maakt men gebruik van deze zorg. Echter, voor de verdeelsleutel kan de capaciteit niet zelf als factor worden meegenomen, omdat de uitkomstmaat juist de capaciteit is. In de regressieformule is daarom alleen de coëfficiënt voor de statusscore meegenomen ($b=-8,99$). Deze kan gezien worden als het effect voor statusscore waarbij is gecorrigeerd voor capaciteit. Dit resulteert in de volgende formule.

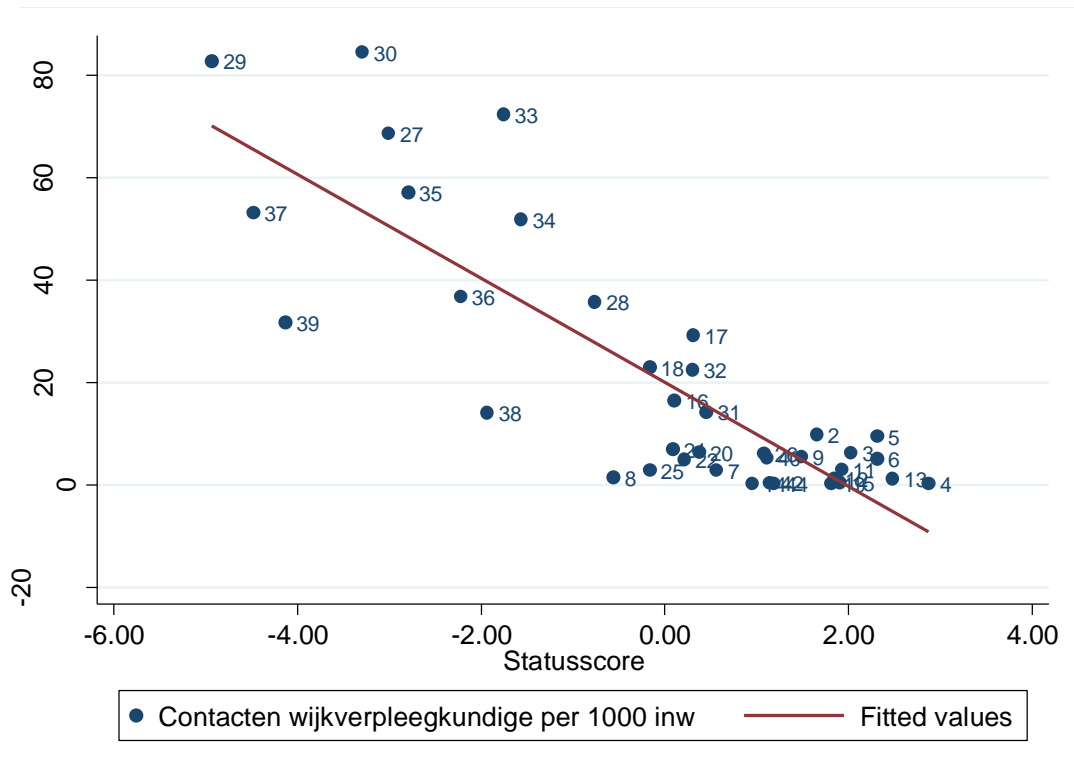
*Formule verdeelmodel: geschat aantal contacten = (20 +(-8,98*statusscore))*

Tabel 5.5 geeft een overzicht van de aldus berekende schattingen van het gebruik van wijkverpleegkundige zorg per wijk. Dit zijn dus het verwacht gebruik aan niet-geïndiceerde zorg gebaseerd op de statusscore, waarbij gecorrigeerd is voor verschillen in capaciteit. Opvallend is dat er enkele negatieve waarde zitten. Dit is een implicatie van het gebruik van lineaire regressie-analyse waarbij immers wordt uitgegaan van een lineair verband. Een rechte lijn zal ooit een keer door het nulpunt gaan. Figuur 5.1 illustreert dit.

Tabel 5.5: Schatting van het gebruik van wijkverpleegkundige zorg en de verdeling van het aantal FTE op basis van de verdeelsleutel.

Wijkcode	Wijknamen	Schatting aantal contacten per 1.000 inwoners
2	Belgisch Park	5,1
3	Westbroekpark/Duttendel	1,7
4	Benoordenhout	-5,8
5	Archipelbuurt	-0,7
6	Van Stolkpark en Schev. Bos	-0,7
7	Scheveningen	14,9
8	Duindorp	25,0
9	Geuzen- en Statenkwartier	6,6
11	Duinoord	2,6
12	Bomen- en Bloemenbuurt	3,4
13	Vogelwijk	-2,3
14	Bohemen, Meer en Bos	11,4
15	Kijkduin en Ockenburgh	2,8
16	Kraayenstein	19,0
17	Loosduinen	17,1
18	Waldeck	21,4
19	Vruchtenbuurt	3,7
20	Valkenboskwartier	16,6
21	Regentessekwartier	19,2
22	Zeeheldenkwartier	18,0
25	Mariahoeve en Marlot	21,4
26	Bezuidenhout	10,3
27	Stationsbuurt	47,0
28	Centrum	26,8
29	Schildersbuurt	64,3
30	Transvaalkwartier	49,6
31	Rustenburg en Oostbroek	15,9
32	Leyenburg	17,2
33	Bouwlust/Vrederust	35,7
34	Morgenstond	34,0
35	Zuiderpark	45,1
36	Moerwijk	39,9
37	Groente- en Fruitmarkt	60,2
38	Laakkwartier en Spoorwijk	37,3
39	Binckhorst	57,1
40	Wateringse Veld	10,0
42	Ypenburg	9,7
44	Leidschenveen	9,3

Figuur 5.1: Verband tussen CBS-statusscore van een wijk en geschat aantal contact met de wijkverpleegkundige per 1000 patiënten per jaar



Figuur 5.1 laat een grafiek zien die voorspellingen toont op basis van een lineaire regressie model met als afhankelijke variabele ‘het aantal contacten met de wijkverpleegkundige’ en als voorspeller ‘statusscore’. Uit deze grafiek blijkt dat veel wijken een laag aantal contacten hebben met de wijkverpleegkundige zorg met Zichtbare schakel taken. De statusscore van deze wijken varieert ongeveer tussen de 0 en de 2. Bij een statusscore van hoger dan 2 resulteert het model in negatieve waarden, terwijl de werkelijke waarden net boven 0 zitten. Hier zou iets aan te doen zijn door complexe modellen te hanteren (bv. Met logtransformaties). Nadeel daarvan is dat het moeilijk is uit te leggen. Daarom is gekozen voor juist een simpeler benadering door de statusscore te categoriseren en voor elke categorie gemiddelde scores te berekenen. Op basis van figuur 5.1 is besloten om statusscore te categoriseren naar hoog, gemiddeld en laag om vervolgens per categorie het gemiddeld aantal contacten per 10.000 inwoners met de wijkverpleegkundige te schatten. Statusscore is op basis van het gemiddelde en de standaarddeviatie opgedeeld. De gemiddelde statusscore van de wijken in Den Haag is -0,03, afgerond 0 en de standaard deviatie is 2.

- De categorie lage statusscore bestaat uit de wijken met een statusscore lager dan -2.
- De categorie gemiddelde statusscore bestaat uit de wijken met een statusscore tussen de -2 en 0.
- De categorie hoge statusscore bestaat uit de wijken met een statusscore hoger dan 0.

In tabel 5.6 wordt per categorie statusscore (hoog, gemiddeld en laag) het gemiddeld aantal contacten met de wijkverpleegkundige weergegeven dat geschat is met de formule van de verdeelsleutel. Als we de huidige beschikbare fulltime equivalenten (per 10.000 inwoners) volgens deze formule verdelen komen we op een verdeling zoals weergegeven in de derde kolom van de tabel. Voor wijken met een lage statusscore zou dat neerkomen op aan 2,5 FTE per 10.000 inwoners, voor wijken met een gemiddelde statusscore op 1,4 FTE en voor wijken met een hoge statusscore 0,4 FTE per 10.000 inwoners.

Tabel 5.6: Per categorie statusscore het gemiddeld geschat aantal contacten en de verdeling van het aantal FTE

Categorie statusscore	Gemiddeld geschat aantal contacten per 10.000 inwoners	Verdeling capaciteit wijkverpleegkundige per 10.000 inwoners
Laag	519	2,5
Gemiddeld	288	1,4
Hoog	85	0,4

5.4 Conclusie

In dit onderzoek is de vraag beantwoord in hoeverre de inzet van wijkverpleegkundigen voor niet geïndiceerde taken beïnvloed wordt door wijkenmerken, zoals de leeftijdsverdeling, percentage alleenstaande, percentage niet-westerse allochtonen en statusscore. Daarnaast is onderzocht in hoeverre geïndiceerde AWBZ- zorg van invloed is op het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg en wat de invloed is van de capaciteit aan wijkverpleegkundige zorg op het gebruik van wijkverpleegkundige zorg. Deze analyse draagt bij aan de constructie van een verdeelsleutel van het benodigd aantal wijkverpleegkundige schakels per wijk.

Uit de analyses blijkt dat ‘statusscore van een wijk’ de belangrijkste voorspeller is van het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg. De sterke invloed van statusscore op het gebruik van wijkverpleegkundige zorg is niet verassend.

Wijkverpleegkundige worden vooraf veelal ingezet in achterstandsgebieden waar bewoners te maken hebben met sociaal-economische- en gezondheidsachterstand. Uit de analyses blijkt ook dat de vooraf bepaalde capaciteit aan wijkverpleegkundige zorg het gebruik mede bepaalt. Met beide factoren is daarom rekening gehouden in de verdeelsleutel ‘Capaciteit wijkverpleegkundige schakels’. Voor de eenvoud zijn de wijken opgedeeld op basis van de statusscore in hoog, gemiddeld en laag en is per categorie het gemiddeld geschat aantal contacten weergegeven voor niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg. Op basis van de schatting naar het gebruik van wijkverpleegkundige zorg per categorie is het aantal FTE verdeeld.

De uitkomsten van de analyses kunnen gebruikt worden om de benodigde capaciteit van de brede functie wijkverpleegkundige in Den Haag vast te stellen per wijk. Daarnaast kan de gebruikte methodiek, een wijkanalyse, het construeren van een voorspellingsmodel en de categorisering van de wijken op basis van statusscore, gebruikt worden voor de constructie van een verdeelsleutel in andere regio’s. De verdeelsleutel in dit onderzoek zelf is specifiek voor Den Haag, omdat de binnen Den Haag gevonden associaties tussen

wijkenmerken onderling en met het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige over het algemeen niet generaliseerbaar zijn naar de rest van Nederland. De methodiek kan ook in andere regio's worden ingezet om de capaciteit aan niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg te verdelen over wijken.

De methodiek stelt wel eisen aan de data voor de constructie van een landelijk verdeelmodel. Zo moet voor een representatieve steekproef van wijken in Nederland het gebruik of nog beter de vraag naar wijkverpleegkundige zorg en de inzet aan wijkverpleegkundige schakels geregistreerd zijn. Daarnaast moeten beide gegevens op hetzelfde geografische niveau verzameld zijn of zo bewerkt kunnen worden dat ze op hetzelfde geografische niveau geanalyseerd kunnen worden. Bij de analyse bleek het problematisch data op eenzelfde geografisch aggregatieniveau te krijgen. Het zou daarom wenselijk zijn om landelijk een gestandaardiseerde registratie te hebben van beide gegevensbronnen om deze problemen te voorkomen.

Een beperking van het onderzoek is de data die het gebruik van zorg weergeeft in plaats van de vraag naar zorg. Voor een goede verdeling van de capaciteit aan wijkverpleegkundige is inzicht in de vraag naar zorg nodig, of beter nog de behoefte aan zorg, omdat ook sprake is van zorgmijders die geen directe vraag hebben maar waar wel sprake is van zorgbehoefte. Het kan voorkomen dat in bepaalde wijken de zorgbehoefte hoger is dan het werkelijke gebruik, dat mensen geen zorg hebben ontvangen, maar wel behoefte hadden aan wijkverpleegkundige zorg. Mogelijk oorzaken hiervan zijn dat de wijkverpleegkundige de zorgvraag niet heeft gesignaleerd of dat de capaciteit in het gebied beperkingen oplegt op de hoeveelheid zorgvragen die behandeld kunnen worden. Voor de invloed van de capaciteit aan zorg is in dit onderzoek gecontroleerd. De vraag naar wijkverpleegkundige zorg kan in werkelijkheid hoger uitvallen dan de schattingen op basis van het voorspellingsmodel omdat wijkverpleegkundige misschien niet alle zorgvragen hebben gesignaleerd. Met de verdeling van de capaciteit aan wijkverpleegkundige moet hier rekening mee worden gehouden.

Wijken met een lagere sociale status hebben een hogere vraag naar wijkverpleegkundige zorg, omdat zij veelal zelf de weg naar de reguliere zorg niet vinden, zoals ook blijkt uit de wijkanalyse. Echter, de zeer sterke relatie die gevonden wordt in dit onderzoek kan deels toegeschreven worden aan de vooraf bepaalde inzet aan wijkverpleegkundige schakels in gebieden met sociale - of gezondheidsachterstand. Deels hierom is sociale status in het geconstrueerde verdeelmodel zo'n belangrijke voorspeller. Echter, tot nu toe zijn er geen signalen of resultaten uit onderzoek die wijzen op een andere relatie tussen sociale status en vraag naar wijkverpleegkundige zorg of op andere wijkenmerken die een sterkere voorspeller zijn. Daarnaast wordt de voorspeller sociale status in de verdeelsleutel breed gedragen door de projectleiders Zichtbare schakels alsmede door de wijkverpleegkundigen zelf.

6 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit rapport is een wijkanalyse gemaakt voor de gemeente Den Haag om te komen tot een verdeelsleutel over de wijken van de beschikbare capaciteit aan niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg. Hiertoe is een methodiek ontwikkeld, die ook buiten Den Haag in andere regio's toepasbaar is. De analyse vond juist in Den Haag plaats omdat daar wijkverpleegkundigen specifiek voor de niet geïdentificeerde zorg worden ingezet, hetgeen het mogelijk maakt een analyse van juist deze functie te maken los van de wél geïndiceerde zorg.

De in de wijkanalyse opgenomen indicatoren zijn gebaseerd op een verkenning van de literatuur, interviews met stakeholders, een inventarisatie van beschikbare gegevens, een enquête en een focusgroep met in Den Haag werkzame wijkverpleegkundigen. In zijn algemeenheid blijkt er een breed draagvlak voor de opgenomen indicatoren. In de analyse is gekeken naar het verband tussen aan de ene kant sociaal-demografische karakteristieken van wijken, het beschikbare aanbod aan niet-geïndiceerde wijkverpleegkundigen, de hoeveelheid gegeven wél geïndiceerde zorg en aan de andere kant de gegeven niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg afgemeten aan het aantal patiëntcontacten per 1000 inwoners.

In de eerste plaats is gekeken naar de sociaal-demografische karakteristieken van de wijken. Daarvan werd met name lage sociaal-economische status-score, een hoog percentage allochtonen en een hoog percentage ouderen verondersteld te leiden tot meer niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg. Omdat de sociaal-economische status van een wijk in de Haagse situatie dermate hoog bleek samen te hangen met het percentage niet-westers allochtonen dat zij de facto hetzelfde meten is alleen de statusscore opgenomen in de analyse. Deze statusscore bleek veruit de belangrijkste voorspeller te zijn van de geboden niet-geïndiceerde zorg in een wijk. Conclusie daaruit is dat de statusscore een belangrijke rol moet spelen in de te hanteren verdeelsleutel.

Het percentage ouderen in de wijk bleek niet samen te hangen met de geboden niet-geïndiceerde zorg, als rekening wordt gehouden met de sociaal-economische status. Dit ondanks het feit dat de wijkverpleegkundigen rapporteerden dat ouderen een belangrijke doelgroep voor hen waren. Er kunnen diverse verklaringen voor dit verschijnsel gegeven worden. Zo kunnen ouderen in hogere statuswijken andere vormen van zorg zoeken. Ook kan er sprake zijn van onvervulde behoefte. Zo rapporteerde een van de verpleegkundigen in Loosduinen (een hogere statuswijk met veel ouderen) niet actief meer te werven omdat er een wachtlijst dreigde te ontstaan.

Het gebruik van één van de indicatoren voor geïndiceerde zorg, extramurale zorg zonder begeleiding blijkt samen te hangen met het gebruik van niet-geïndiceerde zorg. Het verband valt echter weg als rekening wordt gehouden met bovenstaande sociaal-demografische karakteristieken. Sociaal-economische achterstand lijkt dus zowel bepalend te zijn voor het gebruik van geïndiceerde als van niet-geïndiceerde zorg.

Conclusie: niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg dient in sterkere mate worden ingezet naarmate wijken een hogere achterstandsscore hebben. Op basis van de in dit onderzoek gebruikte gegevens komen wij tot de volgende verdeling: 2,5 fte per 10.000 inwoners in lage statuswijken, 1,4 fte in wijken per 10.000 in wijken met een gemiddelde sociaal-economische status en 0,4 in wijken met een hoge sociaal-economische status.

Er zijn verschillende redenen waarom dit slechts een voorlopige en globale verdeelsleutel kan zijn.

Ten eerste kunnen vraagtekens geplaatst bij de gebruikte data over het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg. Bij een deel van de data was de buurt niet bekend in een substantieel aantal gevallen was het aantal contacten niet bekend. De aantallen contacten per verpleegkundige zijn lager dan zou mogen worden verwacht. Wij zijn ervan uitgegaan dat de data wel een goed beeld geven van de verdeling over de wijken. Dat sluit aan bij het kwalitatieve beeld dat de wijkverpleegkundigen hebben, maar echt toetsen kunnen we het niet.

Ten tweede zou een capaciteitsraming gebaseerd moeten zijn op een situatie waarin aanbod en behoefte met elkaar in evenwicht zijn. Of dat zo is zullen we nooit echt weten, maar er zijn verschillende redenen om daaraan te twijfelen. De inzet van wijkverpleegkundigen op deze manier is relatief nieuw en voor potentiële verwijzers onbekend. De wijkverpleegkundigen rapporteren een hoge werkdruk. Ook bleek het aantal contacten samen te hangen met de beschikbare capaciteit aan wijkverpleegkundigen. Daardoor is het goed mogelijk dat nog niet de gehele behoefte wordt gedekt.

Ten derde is de verdeelsleutel voorlopig omdat er een grote dynamiek op komst is met de transitie die nu in de jeugdzorg en straks in de langdurige zorg plaatsvinden. De verpleegkundigen waarschuwen daarvoor in de gesprekken. Er blijkt een stevig positief verband te zijn tussen de inzet van geïndiceerde en van niet-geïndiceerde zorg in wijken. Het is voor de hand liggend dat als gesleuteld wordt aan het ene dat consequenties heeft voor het andere.

Op basis van ons onderzoek komen we tot de volgende aanbevelingen. Deze ordenen we per instantie die naar ons inzicht met deze aanbevelingen aan slag kan.

CBS:

- Het realiseren van landelijk een gestandaardiseerde registratie van de inzet van de wijkverpleegkundigen werkzaam in de wijk, waardoor de inzet per gebied (wijk of 6-cijferige postcode) eenduidig te hanteren is. Hierbij is het wenselijk het onderscheiden van de inzet die voor of achter een indicatiedrempel ligt.

Zorgorganisaties:

- Het realiseren van een registratie die direct gekoppeld is aan het cliëntdossier, zodat wijkverpleegkundigen efficiënt en eenvoudig hun inzet kunnen registreren zonder daar (te) veel tijd aan kwijt te zijn. De wijkverpleegkundigen zien nu de registratie vaak als een opgelegde en onnodige belasting.

Zorgverzekeraars/rijksoverheid/gemeenten:

- Houdt bij de verdeling van de inzet van de wijkverpleegkundige inzet met niet-geïndiceerde taken rekening met de verschillen tussen wijken. Uit het onderzoek blijkt een sterke relatie met de SES van de wijk.
- Laat de in dit onderzoek toegepaste gebiedsgerichte analyse voor meerdere gemeenten/gebieden in Nederland uitvoeren. Zo kan worden vastgesteld of de statusscore voor geheel Nederland een goede voorspeller is van de omvang van de benodigde inzet aan niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken.
- Ontwikkel een monitoringsysteem om de inzet van verpleegkundige zorg de komende jaren te monitoren in relatie tot de transities in de jeugd- en langdurige zorg en de ontwikkelingen in (de bekostiging van) de eerste lijn.

Noten (aangehaalde literatuur)

1. NZA, Advies Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg (Verkenning van vier opties, juni 2012)
2. M. de Bont, E. van Haaren, H. Rosendal, M. Wigboldus, Expertisegebied wijkverpleegkundige, V&VN, nov 2012
3. L. Hulsebosch, Aanvraag voor Zonmw project Escamp, juli 2012
4. Maximedia, Registratie projecten Zichtbare Schakels ZonMw, 2011-2012
5. P. Kanters, S. Wichgers, E. Verblaauw, Vergroten van de kracht van zelfredzaamheid, Onderzoek bij Zichtbare Schakels Den Haag, Transfergroep Leiderschap en Begeleidingskunde Rotterdam, December 2012,
6. Nationaal kompas Volksgezondheid, RIVM, www.nationaalkompas.nl
7. F. Knol. m.m.v. J. Boelhouwer en V. Veldheer, Statusontwikkeling van wijken in Nederland 1998-2010.. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, 2012.
8. Gemeente Den Haag, Haagse Wijkmonitor, juni 2011
9. W. Devillé, T.A. Wiegers, 2012, Herijking stedelijke achterstandsgebieden, Utrecht, NIVEL
10. Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Productgroep Epidemiologie, Maatschappelijke zorg & Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie, Gezondheidsmonitor 2010, Den Haag, januari 2010
11. Jan van Es Instituut, Website, 2012
12. B. Jurling, L. Koster, M. Batterink, L. Vunderink, M. Schipper en B. Karssen, Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg, Significant B.V. i.o. van NZA, september 2012,
13. E.H. van der Meer, De wijkverpleegkundige in Rotterdam, Formatiebehoefte, toegevoegde waarde en consequenties bij Rotterdam-brede invoering, in opdracht van Stichting OSER, BMC, oktober 2012
14. Brochure Wijknetwerk, VGZ, 2012
15. M.C.G. Luijten en F. L. J. Tjadens. "Huisartsen in achterstandswijken." Leiden: Research voor Beleid (1995).

Literatuur

- ActiZ en ZonMw, Analyse van ontwikkelingen en kansen, augustus 2011
- M. de Bont, K. van Schoonhoven, C. van Haastert en C. Zijdeveld Versterken van verpleging thuis, Naar een Basisvoorziening Wijkverpleging, V&VN en NPCF , december 2011
- M. de Bont, E. van Haaren, H. Rosendal, M. Wigboldus, Expertisegebied wijkverpleegkundige, V&VN, nov 2012
- J.M. Boot en M.H.J.M. Knapen, De Nederlandse gezondheidszorg, Houten 2005, Bohn Stafleu van Loghum
- M. Bruijnzeels Vijf leidende eerstelijnsprincipes, Tijdschrift De eerstelijns, nov 2012.
- CBS, Gezondheid, leefstijl en gezondheidszorg; vanaf 1900; Geboorte en Levensverwachting; Zuigelingssterfte, website Centraal Bureau voor de Statistiek, z.j.
- CIZ, Begeleiding in beeld, Feiten en cijfers over cliënten met een indicatie van het CIZ, per Haagse wijk, januari 2013
- S. Daamen, Excellentie in Frontlijnteams, TiasNimbas Business School, November 2011.
- W. Devillé, T.A. Wiegers, 2012, Herijking stedelijke achterstandsgebieden, NIVEL
- Jan van Es Instituut, Website, 2012
- C. de Feijter, Generiek casemanagement nodig in de eerstelijns, , Tijdschrift De eerstelijns, nov 2012
- Gemeente Den Haag, Haagse Wijkmonitor, juni 2011
- Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Productgroep Epidemiologie, Maatschappelijke zorg & Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie, Gezondheidsmonitor 2010, Den Haag, januari 2010
- M. Hoeijmakers, Wat heeft de wijkverpleegkundige nodig van de wijk?, Randvoorwaarden om integraal te kunnen werken, Gezondheid in beweging, Maasbree, 20 december 2012
- L. Hulsebosch, Aanvraag voor Zonmw project Escamp, juli 2012
- B. Jurling, L. Koster, M. Batterink, L. Vunderink, M. Schipper en B. Karssen, Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg, Significant B.V. i.o. van NZA, september 2012
- P. Kanters, S. Wichgers, E. Verblauw, Vergroten van de kracht van zelfredzaamheid, Onderzoek bij Zichtbare Schakels Den Haag, Transfergroep Leiderschap en Begeleidingskunde Rotterdam, December 2012
- J. van Kesteren, M. Hoeijmakers, M. Conradi, C. Bezemer, Zichtbare schakel in beeld! De opmerkelijke revival van de wijkverpleegkundige in Nederland. Inventarisatie, analyse en samenvatting van onderzoeken bij 96 Zichtbare schakel projecten, In opdracht van ZonMw, oktober 2012
- F. Knol m.m.v. J. Boelhouwer en V. Veldheer, Statusontwikkeling van wijken in Nederland 1998-2010, Sociaal en Cultureel Planbureau Den Haag, 2012
- L. Lotterman, De wijkzuster terug, een kanteling in denken en doen, Regionale Kruisvereniging West-Brabant, september 2012
- M.C.G. Luijten en F. L. J. Tjadens. "Huisartsen in achterstandswijken." Leiden: Research voor Beleid (1995) Maximedia, Registratie projecten Zichtbare Schakels ZonMw, 2011-2012
- E.H. van der Meer, J.P. Postma, De 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige: een hele zorg minder, Kosten-batenanalyse in opdracht van ZonMw, Juni 2012

- E.H. van der Meer, De wijkverpleegkundige in Rotterdam, Formatiebehoefte, toegevoegde waarde en consequenties bij Rotterdam-brede invoering, in opdracht van Stichting OSER, BMC, oktober 2012
- J. van der Meer, Huisartsen, Achtergrondstudie uitgebracht bij het advies Regie aan de poort door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, , Den Haag, 2012
- NZA, Advies Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg (Verkenning van vier opties, juni 2012) Nationaal kompas Volksgezondheid, RIVM, www.nationaalkompas.nl
- Nederlandse Zorgautoriteit, Consultatiedocument Overheveling extramurale verpleging naar de Zorgverzekeringswet, september 2013
- S. van der Neut, Ouderenmonitor 2011, De positie van Haagse ouderen in kaart gebracht, Gemeente Den Haag, oktober 2011
- S.A. Reijneveld, "De werklast van huisartsen in achterstandsbuurten in Amsterdam: komen hun patiënten vaker?." Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 139 (1995): 2043-2043
- M. van Rijn, Kamerbrief hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst. 25 april 2013. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/04/25/kamerbrief-hervorming-langdurige-zorg-naar-een-waardevolle-toekomst.html>
- RIVM. Nationale Atlas Volksgezondheid, website ministerie VWS, 2013
- H. Rosendal, J. van Dorst, Wijkzorg vanaf 2013, Opiniestuk in Tijdschrift voor de Zorg, 2013
- E. Schippers, M. van Rijn, Kamerbrief gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen'. 8 februari 2013. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/02/08/kamerbrief-gezamenlijke-agenda-vws-van-systemen-naar-mensen.html>
- E.M. Sesink, J.A.M. Kerstens, M. Vermeulen, Handboek Verpleegkunde, 2003
V&Vn, Beroepsprofiel verpleegkundige, te downloaden via www.venvn.nl en 'Preventie door de thuiszorg
- R.A. Verheij, D.H. de Bakker, J. van der Velden. De huisarts in de grote stad. Utrecht, NIVEL, 1992
- VGZ, Brochure Wijknetwerk, 2012
- J. de Wildt. Langer thuis blijven met dementie, , Tijdschrift De eerstelijns, nov 2012
Zorgkantoor CZ, Afdeling: Verpleging en Verzorging, Marktanalyse 2013 Regio: Haaglanden, 2013

Bijlage 1: Sleutelpersonen en vraagstellingen

In het kader van het onderzoek is gesproken met:

- Gemeente Den Haag: Elisabeth de Vries (beleidsadviseur) en Sonja van der Neut (onderzoeker)
- BMC: Egbert van der Meer
- Min. WVS: Inge Rasser
- VGZ-Zorgkantoren: Jan Slappendel
- NZA: Johan Rijneveld en Nanda van Ginneken
- CZ zorgkantoor: Tilja van den Berg en Mijke Nouwen-Buijs
- V&VN: Mariska de Bont
- Lijn 1: Jolanda van Kesteren
- Transfergroep Rotterdam: Petra Kanters
- Zorgbelang Zuid-Holland: Erika van der Heijden

De vragen die besproken zijn waren:

- Welke factoren bepalen de behoefte aan inzet van de wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken in de wijk?
- Aanwezigheid van onderzoeken, materiaal dat de relatie legt tussen wijkkenmerken en de zorg-inzet in de wijk
- Bereidheid tot meedenken over het onderzoek
- Bereidheid tot het beschikbaar stellen van data

Bijlage 2: Resultaten inventarisatie wijkenmerken

Kenmerken gebied die aantal/aandeel kwetsbaren bepalen:

Kenmerk	Aanwezig op wijk niveau	Opnemen in analyse
Aantal bewoners	Buurtmonitor den haag 1-1-2012 CBS-gegevens 1-1-2012	ja
% / aantal Zorgmijders	n.a. op wijkniveau	nee
% / aantal multiprobleem gezinnen	n.a. op wijkniveau	nee
% 80+ers zelfstandig wonend	Buurtmonitor den haag 1-1-2012, alle 80+ers geen onderscheid naar zelfstandig wonend	Ja, niet opgenomen in SES
% Alleenstaanden zelfstandig wonend	Idem, alleenstaanden met kind en alleenstaanden	Ja, niet opgenomen in SES
% Niet-westerse komaf	percentage niet-westerse allochtonen 2011 CBS	Ja, niet opgenomen in Statusscore
Aanwezigheid chronische aandoeningen	VAAM per postcode gebied 2010: Inwoners met contacten voor chronische aandoeningen (diabetes, copd, cardiovasculair risico management, hartfalen), Geschatte aantal inwoners per 1000 inwoners dat de huisartsenpraktijk bezoekt voor specifieke chronische aandoeningen	Nee, cijfers zijn geschat uit andere bronnen
% Gevoel van onveiligheid buurt	Buurtmonitor den haag 2011: rapportcijfer leefbaarheid in de buurt; rapportcijfers perceptie verloedering en sociale overlast wijk	Nee, niet landelijk beschikbaar
% Opleidingsniveau laag	buurtmonitor den haag 2011 per stadsdeel: beroepsbevolking zonder opleiding en met lage opleiding	Nee, opgenomen in SES
% Hoogte huishoudinkomen laag	Buurtmonitor den haag 2011 per wijk: % minima-inkomens 105-130% wettelijk sociaal minimum percentage inwoners met een laag inkomen 2009, CBS	Nee, opgenomen in SES
SES-wijk	Buurtmonitor den haag 2011: De achterstandscore is gebaseerd op de volgende indicatoren: percentage etnisch-culturele groepen, inkomen, WOZ-waarde woningen, percentage verhuizingen en percentage langdurig werklozen per gebied. Een score van 0 is gemiddeld, een negatieve score (-) betekent minder achterstand en een positieve score betekent meer achterstand.	Ja
statuscores wijken/buurtten SCP	postcodegebieden 2012	ja

Kenmerken die kracht wijk bepalen:

Kenmerk	Aanwezig op wijk niveau	Opnemen in analyse
Aantal/aandeel mantelzorgers	Buurtmonitor den haag 2011: % mantelzorgers voor geheel den haag, en per stadsdeel. Niet per wijk aanwezig	nee
Sociale cohesie	Buurtmonitor den haag 2011: rapportcijfer sociale kwaliteit leefomgeving per wijk	Nee, gegeven is niet landelijk
Vrijwilligerswerk	Buurtmonitor den haag 2011: Op stadsdeelniveau zijn cijfers aanwezig, niet per wijk	nee

Aanwezige zorg

Kenmerk	Aanwezig op wijk niveau	Opnemen in analyse
Aanwezige zichtbare schakels (vrij beschikbare inzet)	Gegevens Haagse projecten wijkverpleegkundige met niet-geïndiceerde taken: inzet op projectniveau: 2011-2012	Ja, aanvullen met gegevens over de werkdruk per gebied
Aanwezige verplegende en verzorgende zorg	Vektis bestand 2012, 4 cijferige postcode	Ja, beperking is aansluiting 4 cijferige postcodes en wijken in Den Haag, deze is niet perfect
Huisartsen	VAAM: per postcodegebied, 2010: geschatte aantal fte huisartsen; contacttijd huisarts in minuten per jaar per inwoner idem	Nee, verdeling heeft geen relatie met achterstand
CIZ-indicaties	CIZ-databank, Begeleiding in beeld: Aantal cliënten met een geldige indicatie voor extramurale en intramurale AWBZ-zorg op 1 juli 2011, 1 januari 2012 en 1 juli 2012 in wijk Den Haag	ja
CAK-gegevens zorggebruik	VAAM-databank 2012	Nee, nog niet beschikbaar
POH-functies ouderen en GGZ	Gegevens beschikbaar via Lijn 1 (wijkscan)	Nee, verdeling is conform model NIVEL
AMW en ouderenconsulenten	Geen gegevens beschikbaar	nee
SPV-functies in de wijk vanuit GGZ	Idem	nee

Bijlage 3: Verantwoording wijkanalyse

Het gebruik van wijkverpleegkundige zorg is voor de wijken van Den Haag verzameld via het registratieformulier Zichtbare schakel. In de registratie zijn voor 4,702 cliënten persoonsgegevens en het gebruik van wijkverpleegkundige zorg geregistreerd voor het jaar 2012. De gegevens uit de registratie van de wijkverpleegkundige zorg met Zichtbare schakel zijn geregistreerd op cliëntniveau. Om de invloed van wijkenmerken op het gebruik van wijkverpleegkundige zorg te onderzoeken zijn de data geaggregeerd tot wijkniveau. De registratie bevat het zes-posities postcode van het woongebied van de cliënt. Via de postcode van de cliënt zijn wijkcodes aan de data gekoppeld en konden de data geaggregeerd worden tot wijkniveau. Vervolgens zijn wijkenmerken uit de buurtmonitor Den Haag aan de wijken gekoppeld (zie paragraaf dataverzameling; wijkenmerken). Voor 1,055 cliënten (22.4%) bleek het koppelen van de wijkcode aan de postcode niet mogelijk, omdat de postcodegegevens niet bekend waren. Deze cliënten zijn dan ook uitgesloten van de analyses. Het uiteindelijke analysebestand bestaat uit 3,647 cliënten verdeeld over 38 wijken. De registratie bevat het aantal face-to-face contacten met wijkverpleegkundige zorg. Het gebruik van wijkverpleegkundige zorg is als volgt geoperationaliseerd:

- het aantal face-to-face contacten met de wijkverpleegkundige zorg in een wijk per 1000 inwoners.

WIJKKENMERKEN

Wijkenmerken zijn verzameld uit de Buurtmonitor Den Haag (2012) en uit Kerncijfers Wijken en Buurten van CBS (2012). De gemeente Den Haag telt 44 wijken. In beide databestanden zijn gegevens aanwezig voor 43 wijken (voor de wijk Oostduinen zijn geen gegevens). Aan de 38 wijken waarvoor zorggebruik gegevens bekend zijn konden wijkgegevens gekoppeld worden. De volgende wijkenmerken zijn gebruikt uit de Buurtmonitor Den Haag:

- percentage niet-westerse allochtonen;
- percentage alleenstaanden;

De volgende wijkenmerken zijn gebruikt uit kerncijfers Wijken en buurten van het CBS:

- aantal inwoners;
- aantal mannen en vrouwen;
- aantal inwoners van 0-15 jaar, 15-25 jaar, 25-45 jaar, 45-65 jaar, 65-80 jaar en 80 jaar en ouder.

Een veel gebruikte maat voor sociaal-economische status is de statusscore van het SCP. Het SCP stelt statusscore op postcodeniveau kosteloos beschikbaar. Via een conversietabel van postcodeniveau naar wijkniveau kon statusscore toegevoegd worden als wijkenmerk van het jaar 2010. Een statusscore is een score die het SCP berekent en die aangeeft hoe de sociale status van een wijk is, in vergelijking met andere wijken in Nederland. Met de sociale status wordt niet het aanzien of de populariteit van een wijk bedoeld. De statusscores bestaan uit vier gegevens: het gemiddelde inkomen in een wijk, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laag opgeleiden en het

percentage mensen dat niet werkt. Via een factoranalyse worden deze kenmerken samengevat in één samengesteld kenmerk: de sociale status. Een hoge score geeft aan dat de status in die wijk hoog is, een lage score geeft aan dat de status laag is. De gemiddelde statusscore in Nederland voor 2010 was 0.17 (SD=1,16; min= -7,25; max=3,18) (Knol, 2012).

In dit onderzoek zijn de wijkenmerken als volgt geoperationaliseerd:

- proportie vrouwen
- proportie 0-15 jarigen, proportie 15-25 jarigen, proportie 25-45 jarigen, proportie 45-65 jarigen, proportie 65-80 jarigen en proportie 80 jaar en ouder;
- proportie niet-westerse allochtonen;
- proportie alleenstaanden;
- statusscore.

REGULIERE ZORG

Voor het onderzoeken van de relatie tussen de reguliere zorg in een wijk en het gebruik van wijkverpleegkundige zorg zijn data gebruikt over het aantal cliënten met een indicatiestelling voor AWBZ zorg en de kosten per wijk voor AWBZ zorg. Het CIZ registreert het aantal indicatiestelling en Vektis registreert de kosten per wijk. De data van CIZ bestaan uit het aantal cliënten met een indicatiestellingen per wijk voor extramurale zorg met begeleiding, extramurale zorg zonder begeleiding en intramurale zorg voor het jaar 2012. AWBZ geïndiceerde zorg is als volgt gedefinieerd:

- het aantal cliënten met een indicatiestellingen per 1000 inwoners per wijk voor extramurale zorg met begeleiding;
- het aantal cliënten met een indicatiestellingen per 1000 inwoners per wijk voor extramurale zorg zonder begeleiding;
- het aantal cliënten met een indicatiestellingen per 1000 inwoners per wijk voor intramurale zorg.

In het Vektis bestand staan de gegevens van de zorgverzekeraars met betrekking tot de inzet AWBZ-zorg in 2012 in de wijken in Den Haag per vier positie postcode. De inzet wordt weergegeven in de kosten voor verpleging en verzorging en de kosten voor persoonsgebonden budget (PGB). Van de 38 wijken met zorggebruik gegevens zijn voor 7 wijken de kosten voor persoonlijke verzorging en verpleging en de kosten voor PGB niet bekend. Deze wijken zijn daarom uitgesloten van deze analyse. In bijlage 4 wordt getoond voor welke wijken er geen gegevens zijn. Een andere tekortkoming aan de data is dat de kosten geregistreerd zijn per vier-positie postcode waardoor het niet mogelijk is om de kosten één op één te aggregeren naar de wijken in Den Haag. Zo worden bijvoorbeeld de kleine wijken toegevoegd aan de grote wijken vanwege overlap op vier positiepostcode niveau. Daarnaast zijn de geregistreerde kosten van toepassing op de bevolking van 18 jaar en ouder. De buurtmonitor van Den Haag en het wijkbuurtbestand van CBS bevatten geen variabelen om het aantal inwoners van 18 jaar en ouder te construeren. Daarom is tijdens de analyses gebruik gemaakt van het aantal inwoners van 15 jaar en ouder. Tijdens het interpreteren van de data moet men deze tekortkomingen van de data in ogenschouw houden.

In bijlage 2 van dit rapport wordt een toelichting gegeven op de kosten die vallen onder de kosten voor persoonlijke verzorging/verpleging en PGB. Kortgezegd, hebben de gegevens vooral betrekking op de kosten voor verschillende functies van de AWBZ die in de toekomst overgeheveld worden naar de Wmo. Wanneer er een positieve samenhang blijkt te bestaan tussen de kosten voor AWBZ zorg en het gebruik van wijkverpleegkundige zorg in een wijk dan kan dit in de toekomst gevolgen hebben voor het gebruik van wijkverpleegkundige zorg en zal daar in de verdeelsleutel rekening mee moeten worden gehouden.

CAPACITEIT WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG

Voor het onderzoeken van de invloed van de capaciteit aan wijkverpleegkundigen voor niet-geïndiceerde zorg op het gebruik van wijkverpleegkundige zorg in een wijk zijn data verzameld door middel van een vragenlijst onder wijkverpleegkundigen. In de vragenlijst werd bevraagd hoeveel uren men actief is als wijkverpleegkundige per week per wijk. Voor 20 wijken hebben wijkverpleegkundigen het aantal uren aan capaciteit geregistreerd. Voor de andere wijken geldt dat daar geen wijkverpleegkundigen voor niet-geïndiceerde zorg actief zijn. Het aantal uren is daar op nul gezet.

Bijlage 4: Toelichting gebruikte data AWBZ

De gebruikte cijfers geven inzicht in de zorg die van de AWBZ naar de Wmo wordt overgeheveld en de zorg die van de Zvw en AWBZ naar de Jeugdwet wordt overgeheveld. Het doel is een indicatie te geven van de zorg die overgeheveld wordt. Er zijn wel een aantal beperkingen, waar bij de interpretatie rekening mee gehouden moet worden. Op dit moment staat namelijk nog niet precies vast welke onderdelen van de AWBZ naar de Wmo gaan. In onderstaande cijfers is uitgegaan van de volgende situatie:

AWBZ ---> Wmo:

Extramurale zorg:

De functies begeleiding, persoonlijke verzorging, verblijf tijdelijk voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Intramurale zorg:

1. VV 1 t/m VV4 (verzekerden van 18 jaar en ouder).
2. LG 1 en LG 3 (verzekerden van 18 jaar en ouder).
3. VG 1 t/m VG3 (verzekerden van 18 jaar en ouder).
4. ZGVIS 1 (verzekerden van 18 jaar en ouder).
5. Zgoud 1 (verzekerden van 18 jaar en ouder).
6. GGZ b 1 en GGZ b 2 (verzekerden van 18 jaar en ouder).
7. GGZ c 1 t/m GGZ c 6 (verzekerden van 18 jaar en ouder).

Bijlage 5: Resultaten wijkanalyse

RELATIE TUSSEN HET GEBRUIK VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG EN

WIJKKENMERKEN

BESCHRIJVENDE STATISTIEK

Het gebruik van wijkverpleegkundige zorg verschilt sterk per wijk, zie appendix 1. Het gemiddeld aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg per 1,000 inwoners per wijk is 20,4 (SD=25,3). Er zijn 13 wijken in Den Haag waar het gebruik van wijkverpleegkundige zorg hoger is dan gemiddeld. Hieronder vallen onder anderen de Stationsbuurt ($x=68,8$), de Schildersbuurt ($x=82,8$) en Transvaalkwartier ($x=84,5$).

De verdeling van de wijkenmerken over de wijken wordt weergegeven in Appendix 2. Hieruit blijkt dat er grote sociaal demografische verschillen zijn tussen de wijken in Den Haag. Zo varieert statusscore bijvoorbeeld van -4,9 tot 2,9.

SAMENHANG WIJKKENMERKEN EN HET GEBRUIK VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG

Het gebruik van niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg taken hangt vooral samen met de proportie niet-westerse allochtonen en de statusscore van een wijk. Uit tabel 1 blijkt dat de correlaties met het aantal contacten voor deze wijkenmerken hoger zijn dan $r=0,7$. Uit vervolganalyses blijkt dat deze twee wijkenmerken; proportie niet-westers allochtonen en statusscore, sterk met elkaar samenhangen, zie tabel 2. Zoals vermeld in de methode sectie is statusscore opgebouwd uit inkomen, opleiding en positie op de arbeidsmarkt. Uit de correlatiematrix blijkt dat een hogere proportie niet-westerse allochtonen in een wijk negatief samenhangt met de hoogte van de statusscore in een wijk. Anders gezegd, niet-westerse allochtonen hebben vaak een lagere sociale status. Aangezien statusscore een samengestelde maat is opgebouwd uit verschillende componenten en dus een rijkere maat is zal deze wijkenmerk verder meegenomen worden in de analyse en de variabele niet-westerse allochtonen niet. Daarnaast heeft statusscore een grotere samenhang met het gebruik van wijkverpleegkundige zorg dan de variabele niet-westerse allochtonen.

Tabel 1: Correlatietabel wijkenmerken en gebruik wijkverpleegkundige zorg

	Aantal contacten wijkverpleegkundige zorg
Aantal contacten	1
Prop vrouw	-0.4001
Prop 0-15	0.1852
Prop 15-25	0.6529
Prop 45-65	-0.4646
Prop 65-80	-0.3032
Prop 80 plus	-0.2669
Prop alleenstaanden	0.0540
Prop niet-westerse	0.8255
Statusscore	-0.8506

Tabel 22: Correlatietabel proportie niet-westers en statusscore

	Proportie niet-westers
Prop niet-westerse Statusscore	1 -0.9006

INVLOED VAN WIJKKENMERKEN OP GEBRUIK WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG

Uit de lineaire regressie analyse (zie tabel 3) blijkt dat in model 1, bestaande uit alle voorspellers, alleen statusscore een significant effect heeft op het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg ($b=-10,72$; $p<0,0000$). Het model is ondanks één significante voorspeller wel significant ($F(8,29)=11,25$; $p<0,0000$) en heeft een hoge verklaarde variantie $r^2=75,6\%$; *variantie tussen wijken in het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg kan in 75,6% worden verklaard door de wijkenmerken in het model.*

Vervolgens is via een backwise (stepwise) procedure iedere keer de minst significante voorspellers uit het model verwijderd totdat het model alleen maar significante voorspellers overhield. Het uiteindelijke model ($F(1,36)=82,92$; $p<0,000$) is weergegeven in tabel . Uit de regressie analyse blijkt dat alleen de variabele statusscore ($b=-10,15$; $p<0,0000$) als significante voorspeller overblijft van het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg. De verklaarde variantie van dit model is nog steeds hoog, $r^2=69,6\%$. De wijkkenmerk statusscore wordt in de verdere analyses als enige wijkkenmerk meegenomen om het gebruik van wijkverpleegkundige zorg te voorspellen.

Tabel 3: Regressie coëfficiënten voor alle voorspellers voor het aantal contacten met de wijkverpleegkundige (n=38)

Aantal contacten	Coëfficiënt	t	P>t	95% Conf.	Interval
Prop vrouw	277.4999	1.75	0.090	-46.40901	601.4087
Prop 0-15	71.26365	0.42	0.680	-278.6526	421.1799
Prop 15-25	170.5202	1.38	0.178	-81.82407	422.8645
Prop 45-65	-38.05183	-0.29	0.772	-303.668	227.5644
Prop 65-80	133.2246	0.77	0.445	-218.8642	485.3134
Prop 80plus	-80.74101	-0.56	0.579	-374.7313	213.2492
Prop alleenstaande	9.823983	0.15	0.882	-124.7198	144.3678
Statusscore	-10.71786	-7.00	0.000	-13.84967	-7.58604
Constante	-156.6559	-1.12	0.273	-443.1337	129.8219

$R^2= 75,6\%$

Tabel 4: Regressie coëfficiënten voor alle significante voorspellers voor het aantal contacten met de wijkverpleegkundige (n=38)

Aantal contacten	Coëfficiënt	t	P>t	95% Conf.	Interval
Statusscore	-10.14936	-9.07	0.000	-12.41849	-7.880233
Constante	20.02423	8.73	0.000	15.37306	24.67541

$R^2=69.6\%$

RELATIE TUSSEN DE CAPACITEIT AAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG EN HET GEBRUIK VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG.

BESCHRIJVENDE STATISTIEK EN SAMENHANG Naast het gebruik van zorg is ook gekeken naar het aanbod aan zorg in de vorm van het aantal uren capaciteit. De capaciteit is vooraf vastgesteld en weergegeven in het aantal beschikbare uren wijkverpleegkundige zorg. Totaal is er over de 38 wijken die zich in de analyse bevinden 453,5 uur aan capaciteit wijkverpleegkundige zorg te verdelen. Het gemiddeld aantal uren capaciteit per wijk per jaar komt daarmee op 11,9 (SD=22,4) en het aantal uren capaciteit per 1,000 inwoners per wijk op 0,67 (SD=0,93). De wijkverpleegkundigen hebben van 18 wijken aangegeven dat daar voor het jaar 2012 geen capaciteit aan wijkverpleegkundige zorg was ingepland. Daarmee komt het gemiddeld aantal uren capaciteit per 1,000 inwoners per wijk op 1,28 (SD=0,95). Van de overgebleven 20 wijken hebben 8 wijken een hogere capaciteit dan gemiddeld. Hieronder vallen onder anderen Moerwijk ($x=2,46$), Morgenstond ($x=3,02$) en de Schildersbuurt ($x=3,56$).

Via een correlatiematrix is de samenhang berekend tussen de het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg per 1,000 inwoners en de capaciteit aan wijkverpleegkundige zorg per 1,000 inwoners. Uit de matrix blijkt dat naarmate er meer capaciteit aan zorg is er ook meer vraag naar zorg is. De samenhang is alleen niet sterk te noemen ($r=0,54$).

INVLOED CAPACITEIT AAN ZORG OP GEBRUIK WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG

Uit een lineaire regressieanalyse (tabel 5) blijkt dat de capaciteit aan wijkverpleegkundige zorg een significante invloed heeft op het gebruik van wijkverpleegkundige zorg ($b= 14,6$; $p<0,0001$). Wanneer de significant voorspellende wijkenmerk statusscore aan het model wordt toegevoegd, blijkt dat statusscore en de capaciteit aan wijkverpleegkundige zorg beide een significante voorspeller zijn van het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg (tabel 6). Beide variabelen worden daarom opgenomen in het voorspellingsmodel voor het gebruik van wijkverpleegkundige zorg. Het model in tabel 6 verklaart 73,4% van de variantie in het gebruik van wijkverpleegkundige zorg tussen de wijken.

Tabel 5: Regressie coëfficiënten voor het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg en de capaciteit aan wijkverpleegkundige zorg (n=38)

Aantal contacten	Coëfficiënten	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
Capaciteit in uren	14.59656	3.88	0.000	6.957839	22.23529
Constante	10.52995	2.44	0.020	1.779637	19.28026

R²=29,4%

Tabel 6: Regressie coëfficiënten voor het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg en wijkenmerken met als controle variabele de capaciteit aan wijkverpleegkundige zorg (n=38)

Aantal contacten	Coëfficiënten	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
Statusscore	-8.985635	-7.5	0.000	-11.38785	-6.583421
Capaciteit in uren	5.830612	2.23	0.032	.5197043	11.14152
Constante	16.13827	5.79	0.000	10.47669	21.79984

R²=73,4%

RELATIE TUSSEN REGULIERE ZORG EN HET GEBRUIK VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG
 De wijkverpleegkundige signaleert veelal zelf de problematiek in een wijk en verleent zonder indicatiestelling hulp of zorg. In dit deel van het onderzoek willen we antwoord krijgen op de vraag of de reguliere zorg in een wijk invloed heeft op het gebruik van wijkverpleegkundige zorg. De reguliere zorg wordt verleend via een indicatiestelling en is in dit onderzoek geoperationaliseerd als het aantal cliënten met een indicatiestelling voor extramurale zorg met begeleiding, extramurale zorg zonder begeleiding en intramurale zorg in een wijk per 1,000 inwoners.

BESCHRIJVENDE STATISTIEK EN SAMENHANG GEÏNDICEERDE ZORG EN NIET-GEÏNDICEERDE ZORG

Het gemiddeld aantal cliënten extramurale zorg met begeleiding per 1,000 inwoners per wijk is 24,9 (SD=10,8), het aantal cliënten extramurale zorg zonder begeleiding is 23,0 (SD=17,5) en het aantal cliënten intramurale zorg is het hoogst per wijk en komt uit op 59,8 (SD=49,7).

Via een correlatiematrix is de samenhang berekend tussen het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg in een wijk en CIZ/AWBZ geïndiceerde zorg in een wijk, uitgesplitst in extramuraal met en zonder begeleiding en intramurale zorg. Uit de correlatietabel blijkt dat naarmate er meer contacten extramurale zorg in een wijk zijn er meer contacten met de wijkverpleegkundige voor niet-geïndiceerde taken zijn, of andersom in het geval van een negatieve correlatie. De samenhang is sterk voor extramurale zorg met begeleiding ($r=0,75$), maar zwak voor extramurale zorg zonder begeleiding ($r=0,43$). Er is geen samenhang tussen intramurale zorg en wijkverpleegkundige zorg ($r=-0,13$).

INVLOED REGULIERE ZORG OP GEBRUIK VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG

Uit de regressie analyse (tabel 7) met als afhankelijke variabele het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg en als voorspellers het aantal cliënten extramurale zorg met begeleiding, het aantal extramurale cliënten zonder begeleiding en het aantal intramurale cliënten blijkt alleen een significante relatie te bestaan met het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg voor extramurale cliënten met begeleiding ($b=1,62$; $p<0,0001$). Vervolgens is de voorspeller ‘extramurale zorg met begeleiding’ toegevoegd in het regressiemodel voor het aantal contacten met de wijkverpleegkundige voor niet-geïndiceerde taken met de significante voorspellers statusscore en capaciteit aan hiervoor beschikbare wijkverpleegkundigen. Uit de regressie analyse blijkt dat het toevoegen van ‘extramurale zorg met begeleiding’ geen toegevoegde waarde heeft voor het voorspellen van wijkverpleegkundige zorg ($p=0.550$). Uit de statistieken van een hiërarchisch regressie model (tabel 8) met als blok 1 ‘statusscore en capaciteit in uren’ en blok 2 ‘statusscore, capaciteit in uren en extramurale zorg met begeleiding’ blijkt een stijging van 0.003 voor de verklaarde variantie en dit is niet significant ($F(1,33)=0,36$; $p=0.55$). Het effect van ‘extramurale zorg met begeleiding’ op het gebruik van wijkverpleegkundige zorg boven op de andere twee significante voorspellers is niet significant en zal niet verder meegenomen worden in het model.

Tabel 7: Regressie coëfficiënten voor het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg en CIZ/AWBZ zorg

Aantal contacten	Coëfficiënten	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
Extramuraal met begeleiding	1.628381	5.35	0.000	1.008557	2.248206
Extramuraal zonder begeleiding	.3368219	0.83	0.413	-.4903791	1.164023
Intramuraal	-.1060102	-1.76	0.088	-.2288811	.0168607
Constante	-21.96943	-2.63	0.013	-38.98831	-4.950564

Tabel 8: Hiërarchische regressie coëfficiënten voor het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg, statusscore, capaciteit en extramurale zorg met begeleiding

Blok 1	N=37; R ² =72,99%				
Aantal contacten	Coëfficiënten	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
Statusscore	-8.499176	-6.9	0.000	-11.00369	-5.994658
Capaciteit in uren	6.682027	2.50	0.018	1.243744	12.12031
Constante	15.09979	5.24	0.000	9.247529	20.95205
Blok 2	N=37; R ² =73,28%				
Aantal contacten	Coëfficiënten	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
Statusscore	-7.737734	-4.37	0.000	-11.34249	-4.132972
Capaciteit in uren	5.708783	1.81	0.079	-.6918695	12.10944
Extramuraal met begeleiding	.2371783	0.60	0.550	-.5623071	1.036664
Constante	9.841332	1.07	0.292	-8.84466	28.52732

RELATIE KOSTEN VOOR AWBZ EN ZVW EN GEBRUIK VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG
BESCHRIJVENDE STATISTIEKEN EN SAMENHANG KOSTEN EN GEBRUIK
WIKKVERPLEEGKUNDIGE ZORG

De kosten voor AWBZ en Zvw zijn uitgesplitst naar de kosten voor persoonlijke verzorging, verpleging en de kosten voor PGB. Het gemiddeld aantal kosten per inwoner per wijk voor verpleging en verzorging is 466 euro (SD=1016) en voor PGB is 245 euro (SD=853). De kosten per wijk variëren sterk. Zie appendix 3 voor de verdeling van de kosten over de wijken in den Haag. De wijk Ypenburg heeft per inwoner 88 euro kosten verpleging/verzorging en de wijk Binkhorst heeft 5893 euro kosten verpleging/verzorging per inwoner.

Om te onderzoeken of er een samenhang is tussen het aantal contacten met de wijkverpleegkundige in de wijk voor niet-geïndiceerde taken en de kosten AWBZ in de wijk is de correlatie berekend tussen de drie variabelen. Uit tabel 9 blijkt dat er geen samenhang is tussen het aantal contacten met de wijkverpleegkundige zorg en de kosten AWBZ, uitgesplitst naar kosten voor verpleging/verzorging en kosten PGB. Dat er geen samenhang bestaat tussen de drie variabelen wordt ook onderbouwd door de correlatiematrix tussen de wijkkenmerken en het aantal contacten met de wijkverpleegkundige voor niet-geïndiceerde taken en tussen de wijkkenmerken en de kosten voor AWBZ (tabel 10).

Tabel 9: Samenhang tussen het aantal contacten met de wijkverpleegkundige voor niet-geïndiceerde taken per 1000 inwoners en de kosten voor AWBZ per inwoner die overgeheveld gaan worden naar de Wmo

	Aantal contacten wijkverpleegkundige per wijk
Kosten in euro's per inwoner verpleging/verzorging	0.10
Kosten in euro's per inwoner PGB	0.12

Uit tabel 10 blijkt dat de kosten voor verpleging/verzorging vooral samenhangt met het proportie inwoners van 80 jaar en ouder en met het proportie alleenstaanden in een wijk. Terwijl het aantal contacten met de wijkverpleegkundige vooral samenhangt met statusscore. Waar het aantal contacten met de wijkverpleegkundige niet samenhangt met leeftijd, blijkt de variabele 80 jaar en ouder wel samen te hangen met de kosten voor verpleging en verzorging. Omdat de kosten voor verpleging/verzorging en PGB geen samenhang vertonen met het gebruik van wijkverpleegkundige zorg is er geen regressie analyse uitgevoerd. En wordt er met deze variabele geen rekening gehouden in de verdeelsleutel 'Capaciteit wijkverpleegkundige voor niet-geïndiceerde taken'.

Tabel 10: Samenhang tussen wijkenmerken en het aantal contacten voor niet geïndiceerd taken met de wijkverpleegkundige en tussen wijkenmerken en kosten verpleging en verzorging per inwoner

	Kosten in euro's per inwoner verpleging/verzorging	Kosten in euro's per inwoner PGB	Aantal contacten
Aantal contacten	1	1	1
Prop vrouw	0.3433	-0.1893	-0.4001
Prop 0-15	nvt	nvt	0.1852
Prop 15-25	-0.2533	0.3458	0.6529
Prop 45-65	-0.4362	-0.1168	-0.4646
Prop 65-80	0.3198	-0.0762	-0.3032
Prop 80 plus	0.5456	-0.0559	-0.2669
Prop alleenstaanden	0.6000	-0.0592	0.0540
Prop niet-westerse	-0.0396	-0.0209	0.8255
Achterstandsscore	-0.0025	0.5402	0.7304
Statusscore	-0.1169	0.3673	-0.8506

Bijlage 6: Demografische kenmerken per wijk

Wijknamen	Wijk code	Prop 65-80 jarigen	Prop 80 plus	Prop eenpersoons-huishoudens	Prop niet-westers	Status-score
Leidschenveen	44	0.05	0.01	0.16	0.26	1.19
Benoordenhout	4	0.15	0.11	0.34	0.10	2.87
Vruchtenbuurt	19	0.10	0.04	0.32	0.08	1.81
Bohemen, Meer en Bos	14	0.23	0.13	0.44	0.06	0.95
Ypenburg	42	0.04	0.00	0.18	0.25	1.14
Kijkduin en Ockenburgh	15	0.20	0.07	0.30	0.09	1.91
Bomen- en Bloemenbuurt	12	0.13	0.06	0.39	0.09	1.84
Vogelwijk	13	0.13	0.05	0.17	0.05	2.48
Duindorp	8	0.10	0.03	0.33	0.06	-0.56
Scheveningen	7	0.13	0.06	0.43	0.10	0.57
Mariahoeve en Marlot	25	0.15	0.10	0.47	0.28	-0.16
Duinoord	11	0.09	0.04	0.47	0.11	1.93
Zeeheldenkwartier	22	0.06	0.02	0.58	0.26	0.21
Van Stolkpark en Schev. Bos	6	0.17	0.17	0.40	0.07	2.31
Wateringse Veld	40	0.06	0.02	0.18	0.28	1.11
Geuzen- en Statenkwartier	9	0.13	0.05	0.34	0.09	1.49
Bezuidenhout	26	0.09	0.03	0.48	0.19	1.08
Westbroekpark/Duttendel	3	0.22	0.19	0.38	0.06	2.03
Valkenboskwartier	20	0.07	0.02	0.47	0.30	0.37
Regentessekwartier	21	0.06	0.01	0.54	0.32	0.09
Archipelbuurt	5	0.14	0.04	0.44	0.10	2.31
Belgisch Park	2	0.13	0.05	0.40	0.10	1.66
Laakkwartier en Spoorwijk	38	0.06	0.02	0.40	0.55	-1.93
Rustenburg en Oostbroek	31	0.06	0.02	0.38	0.43	0.45
Kraayenstein	16	0.14	0.05	0.38	0.10	0.11
Leyenburg	32	0.12	0.07	0.38	0.17	0.30
Waldeck	18	0.20	0.11	0.39	0.14	-0.17
Loosduinen	17	0.13	0.07	0.30	0.16	0.31
Binckhorst	39	0.08	0.02	0.57	0.42	-4.13
Centrum	28	0.09	0.02	0.60	0.31	-0.76
Moerwijk	36	0.08	0.05	0.42	0.58	-2.22
Morgenstond	34	0.11	0.05	0.42	0.49	-1.56
Groente- en Fruitmarkt	37	0.04	0.01	0.27	0.76	-4.48
Zuiderpark	35	0.13	0.06	0.55	0.02	-2.79
Stationsbuurt	27	0.06	0.02	0.59	0.47	-3.01
Bouwlust/Vrederust	33	0.11	0.06	0.34	0.54	-1.76
Schildersbuurt	29	0.07	0.01	0.28	0.86	-4.93
Transvaalkwartier	30	0.07	0.01	0.32	0.79	-3.30