



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Wachten op opname. Hantering van de wachtlijst voor verpleeghuisopname en de gevolgen voor personen met dementie en hun mantelzorgers

Meiland, F.J.M.

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Meiland, F. J. M. (2002). *Wachten op opname. Hantering van de wachtlijst voor verpleeghuisopname en de gevolgen voor personen met dementie en hun mantelzorgers.*

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.



**Wachlijsten voor psychogeriatrische verpleeghuisopname:
inzicht in problematische wachttijden?**

F.J.M. Meiland, J.A.C. Danse, J.F. Wendte, J.M. Kegel, L.J. Gunning-Schepers
[Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1998;29:285-91]

Samenvatting

In dit artikel wordt de wachtlijst voor psychogeriatrische verpleeghuisopname in een grote stad in de Randstad beschreven. Dit gebeurde aan de hand van literatuuronderzoek over psychogeriatrische wachtlijsten, een kwalitatief onderzoek waarin werd nagegaan hoe de wachtlijstplaatsing gebeurde; en een dossieronderzoek waarin werd nagegaan welke kenmerken personen op de wachtlijst hadden, hoe lang zij moesten wachten en welke factoren van invloed waren op de snelheid van verpleeghuisopname. In de onderzoeksperiode werden 111 patiënten aangemeld op de wachtlijst, waarvan 8 met een hoge urgentie. Deze laatsten waren allen begeleidingsbehoevend en de gemiddelde wachtduur was negen dagen. Bij de patiënten die een gewone urgentie voor opname hadden, was bijna de helft verzorgingsbehoevend. De gewoon urgenten hadden een gemiddelde wachtduur van veertien weken. Overeenkomstig de genoemde criteria voor verpleeghuisopname, hadden patiënten die in ziekenhuizen of klinieken wachtten een kortere wachtduur dan gewoon urgenten die thuis wachtten. In vergelijking met de normen (8 weken) was de gemiddelde wachtduur (exclusief spoedopnames) aanzienlijk langer dan aanvaardbaar.

Inleiding

In een populatieonderzoek in Rotterdam werd geschat dat 160.000 Nederlanders aan dementie lijden. De prevalentie was 6,3 % (voor 55 jaar en ouder) en nam exponentieel toe met de leeftijd tot 43,2 % bij personen van 95 jaar en ouder. De meest gestelde diagnose was de ziekte van Alzheimer.¹ Een groot deel van deze mensen wordt thuis verzorgd door informele zorgverleners of mantelzorgers. Dit zijn verzorgers die een sociale relatie met de persoon met dementie hebben en vanwege die reden de zorg op zich genomen hebben. Het zijn ongeveer twee keer zo vaak vrouwen als mannen en veelal familieleden.² In de thuissituatie kan deze informele zorg aangevuld worden met professionele zorg, zoals wijkverpleging, dagverzorging of dagbehandeling.

Wanneer de zorg thuis niet meer voldoet of als de verwachting is dat deze zorg op termijn niet meer toereikend zal zijn, kan de dementerende aangemeld worden voor verpleeghuisopname. Dat kan ook vanuit een verzorgingshuis of een ziekenhuis. Uit onderzoek is gebleken dat redenen voor opname kunnen zijn: grotere hulpbehoefte of gedragsstoornissen van de dementerende^{3,7} en/of overbelasting of gezondheidsklachten bij de mantelzorgers.⁸⁻¹³ Onderzoek levert geen consistent beeld op van de invloed van deze soorten van redenen. Zo bleek uit een studie, waarbij zowel patiënt- als verzorgerskenmerken werden onderzocht, geen enkel patiëntkenmerk een voorspeller te zijn voor de kans op opname.¹⁴ Zodra er om wat voor reden dan ook een noodzaak tot opname is vastgesteld, kan deze niet in een kort tijdsbestek - spoedgevallen uitgezonderd - worden gerealiseerd in verband met de beperkte verpleeghuis-capaciteit. Dementerenden met een indicatie voor verpleeghuisopname zullen daarom op een wachtlijst worden geplaatst.

Ook andere sectoren in de gezondheidszorg hebben te maken met schaarste en wachtlijsten. Deze hebben in de jaren '90 veel aandacht gekregen, getuige het aantal rapporten en adviezen die over (o.a.) dit onderwerp zijn uitgebracht: Commissie Keuzen in de Zorg,¹⁵ Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV),¹⁶⁻¹⁸ Financieel Overzicht Zorg 1994,¹⁹ Gezondheidszorg in Tel 5.²⁰ In de discussie over wachtlijsten en hun nut voor planningsdoeleinden komt een aantal aandachtspunten naar voren, die ook relevant zijn voor de psychogeriatric: problemen met vergelijkbaarheid tussen voorzieningen en regio's door verschillende methodieken van wachtlijstregistratie, kwaliteit van de registratie (dubbeltellingen) en de ernst van wachtlijsten. In het stimuleringsprogramma Volksgezondheid Transparant zijn projecten gestart om

uniforme wachtlijstregistraties en informatieoverdracht te bevorderen.²⁰ Wat de omvang van wachtlijsten betreft, wordt gesteld dat informatie over de lengte en (de relatie met) de wachtduur nodig is. Overigens hoeft een uitbreiding van de capaciteit niet direct een oplossing te zijn. Er zijn initiatieven waarbij de capaciteit werd vergroot en desondanks de wachttijd niet minder werd; uitbreiding van de capaciteit bleek tot verruiming van de indicatiestelling te leiden, zodat meer mensen werden aangemeld.^{16,21} Wachtlijsten worden als ernstig beschouwd als er kans is op gezondheidsschade doordat de behandeling of opname te lang uitgesteld wordt. Ook wordt gewezen op de extra psychische belasting voor patiënt en familie.¹⁵ Hiervan uitgaande heeft de NRV het onderscheid tussen planningslijst en "problematische lijst" geïntroduceerd. De eerste is nodig om het zorgproces in goede banen te leiden, en ook voor de patiënt of de familie is een wachttijd soms wenselijk om zich voor te bereiden op een behandeling en/of opname. Er is sprake van een problematische lijst indien de wachttijd onaanvaardbaar lang wordt. Uiteraard wordt hierbij uitgegaan van verschillen tussen aandoeningen/voorzieningen over wat onaanvaardbaar lang geacht wordt.¹⁶

In dit artikel staat de wachtlijst voor psychogeriatrische verpleeghuisopname centraal. Er wordt nagegaan in hoeverre gegevens over de omvang van de wachtlijst en variatie in de noodzaak van opname inzicht kunnen geven in problematische wachttijden voor deze voorziening. Allereerst zal literatuur over de omvang van psychogeriatrische wachtlijsten gepresenteerd worden, vervolgens een kwalitatief onderzoek naar gebruik van criteria en procedures bij de selectie van patiënten voor verpleeghuisopname. Tot slot worden resultaten van een dossieronderzoek gepresenteerd.

Literatuur over psychogeriatrische wachtlijsten

Sinds 1987 wordt de omvang van wachtlijsten voor verpleeghuizen in Nederland onderzocht door het Nationaal Ziekenhuisinstituut. Daarnaast zijn er lokale initiatieven voor wachtlijstregistraties.²¹ Nadat de wachttijd jaren toegenomen was, daalde hij voor psychogeriatrische verpleeghuisopname vanaf 1991: toen was de wachttijd gemiddeld 23 weken, in 1995 was dit 14 weken. Sinds 1992 daalde ook het aantal wachtenden: in 1992 wachtten gemiddeld 4900 mensen op psychogeriatrische verpleeghuisopname, in 1995 waren dat er 3910. Als oorzaken voor deze daling werden genoemd: beddenuitbreiding, teruglopende verblijfsduur en toenemende substitutie van verpleeghuiszorg. De daling in wachttijden én aantallen wachtenden vond niet overal in Nederland plaats. Hierin waren namelijk grote verschillen

tussen regio's te zien. Zo varieerde in 1995 de gemiddelde wachttijd tussen regio's van 9 tot 20 weken. In vergelijking met voorgaande jaren nam ook het aantal crisisopnames ("buiten de wachtlijst") toe: van 7,9% van het totaal aantal opnames in 1994 naar 16% in 1995. Daarnaast werden steeds meer mensen vanuit substitutieprojecten opgenomen en minder vaak vanuit het eigen huis, alhoewel dit in 1995 nog altijd 43% was. In datzelfde jaar was blijkens een enquête van het NZi de wachtlijstpopulatie samengesteld uit de volgende urgentiecategorieën: 39% was (zeer) urgent, 47% wachtte regulier en 14 % was uit voorzorg op de wachtlijst geplaatst.²² In 1996 was het aantal wachtenden weer toegenomen en steeg de gemiddelde wachttijd naar bijna 16 weken.²³

Het College van Ziekenhuisvoorzieningen hanteerde in een recent rapport een acceptabele wachttijd van 8 weken voor psychogeriatrische verpleeghuisopname. Ook de Vereniging voor verpleeghuiszorg (NVVz) gaf aan naar een maximale wachttijd van 8 weken te streven. Deze norm was exclusief crisisopnames en personen die op de wachtlijst staan terwijl ze een ziekenhuisbed "verkeerd bezetten". Er werd geen argumentatie voor deze norm gegeven.^{23,24} Uitgaande van de totale wachtlijst voor somatische en psychogeriatrische verpleeghuiszorg zou bij 30% (2.250 patiënten) sprake zijn geweest van een acceptabele wachttijd in 1995.²⁰

Kwalitatief onderzoek

In 1991 werd in een grote stad in de Randstad onderzoek verricht naar procedures en criteria voor wachtlijstplaatsing voor psychogeriatrische verpleeghuisopname. Hier was de verpleeghuiscapaciteit in 1991 onvoldoende, maar die werd vanaf deze periode uitgebreid. De gemiddelde wachtduur was in deze stad lager dan landelijk. Dit onderzoek maakte deel uit van een groter onderzoek "selectie en wachtlijsten in de gezondheidszorg".²⁵ Er werden interviews gehouden met 16 hulpverleners die betrokken waren bij de wachtlijstplaatsing en opname in het verpleeghuis. Tevens werd overleg over indicatiestellingen en urgentiebepalingen bijgewoond en werden jaarverslagen opgevraagd.

De interviews werden opgenomen en verbatim uitgetypt, van de observatiebijeekommen werden verslagen gemaakt. Via een methode van open coderen, het materiaal samenvatten in matrices en constant vergelijken, werd het materiaal geanalyseerd.²⁶⁻²⁸ Bij de analyse is gebruik gemaakt van het computerprogramma Kwalitan.²⁹

Resultaten

Om in aanmerking te komen voor een plaats (op de wachtlijst en) in een psychogeriatrisch verpleeghuis bleek allereerst de toestand van de patiënt van belang: was er sprake van dementie, of -ruimer geformuleerd- van psychogeriatrische problematiek? Een tweede criterium was de mogelijkheid van thuiszorg: waren bij een bepaalde zorgbehoefte en bepaalde omgevingsfactoren de thuiszorgmogelijkheden (op termijn) onvoldoende? Als derde criterium gold de wens van de patiënt en diens naaste. Als er wat de patiënt betreft geen bezwaar was en de naaste een opname wenste, kon -als ook aan de andere twee criteria was voldaan- de indicatie voor verpleeghuisopname gesteld worden.

Tegelijk met de indicatiestelling werd door een hulpverlener van de RIAGG aangegeven hoe snel een opname wenselijk geacht werd: dit gebeurde door middel van urgentiecoderingen. Grofweg bestonden er in de onderzochte regio 3 urgentiecategorieën: 1) hoog urgent, 2) gewoon urgent, 3) niet-urgent vanwege een indicatie uit voorzorg. De eerste categorie werd nog onderscheiden in patiënten die met spoed opgenomen dienden te worden en voor wie derhalve geen voorkeur voor een bepaald verpleeghuis gold en patiënten die snel opgenomen dienden te worden maar met een voorkeur daarbij. De belangrijkste reden voor een hoge urgentie was: uitvallen van mantelzorgers (door erge overbelasting, ziekenhuisopname of overlijden). Het feit dat de mantelzorger de zorg voor een dementerende niet meer aan kon, hing samen met (een combinatie van) factoren als: zware hulpbehoevendheid van de dementerende, onvoldoende aanvullende thuiszorgmogelijkheden of een problematische relatie met verzorgde. De reden voor het toekennen van een hoge urgentie kon verschillen tussen hulpverleners: enerzijds om escalatie van de probleemsituatie te voorkomen, anderzijds om een snelle verpleeghuisopname te bereiken voor personen waarbij de situatie al onhoudbaar was. Behalve deze urgentiecategorieën, werd er een aparte categorie gevormd voor patiënten die in een ziekenhuis of observatiekliniek wachtten. Een dergelijke verblijfplaats betekende geen hoge urgentie voor opname, maar kon vanwege de verkeerde bedproblematiek wel een hogere prioriteit krijgen dan thuiswachtenden met een gewone urgentie.

Na plaatsing op de wachtlijst, waren de volgende criteria van belang voor de snelheid van plaatsing in het verpleeghuis: urgentie, verblijfplaats en wachttijd. Op de hoogst urgenten na werd bij deze criteria ook een "matchingscriterium" gehanteerd: de overeenstemming tussen

enerzijds de voorkeur van de patiënt (diens naasten) voor een verpleeghuis en anderzijds het profiel van de vrijgekomen plaats. Hierover is elders uitgebreider gerapporteerd.³⁰

Uit jaarverslagen uit dezelfde periode bleek dat in deze regio de gemiddelde wachtduur in 1991 14 weken was. Tijdens de wachtperiode overleed 10 %. Vrouwen wachtten gemiddeld ruim 1 maand langer op opname dan mannen. In het jaarverslag werden geen gegevens over urgentiecoderingen en bijbehorende wachttijden verstrekt.

Dossieronderzoek.

In dezelfde regio werd bij de instantie die de indicatie voor verpleeghuisopname stelde een dossieronderzoek verricht. Het onderzoek betrof alle personen die in februari en in september van het jaar 1990 werden aangemeld en bij wie vervolgens een indicatie voor verpleeghuisopname werd gesteld. De volgende gegevens werden geregistreerd: leeftijd en geslacht van de dementerende, verblijfplaats, indicatiedatum, urgentiecodering, mate van zorgbehoefte zowel somatisch als psychogeriatrisch en aanwezigheid van gedragsstoornissen. De zorgbehoeftecodes worden door artsen (o.a. gerieters) toegekend. Voor de somatische verpleegbehoefte werd onderscheid gemaakt in "licht verplegingbehoevend", "verplegingbehoevend" en "zwaar verplegingbehoevend". De psychogeriatrische verpleegbehoefte worden onderscheiden in: "begeleidingbehoevend" "verzorging-" en "verplegingbehoevend". De follow-up duurde tot april 1992, op dat moment waren nog niet alle personen opgenomen in een verpleeghuis. Voor de analyses over de snelheid van opname (en factoren die daarmee samenhangen) werden alleen de gegevens van opgenomen personen gebruikt.

Er werden descriptieve analyses verricht (frequenties, correlaties) en chi-kwadraat toetsen.

Resultaten

Kenmerken van aangemelde patiënten en hun wachttijd

In de onderzoeksperiode werden 111 personen geïndiceerd voor psychogeriatrische verpleeghuisopname. Na aanmelding bij de indicatiestellende instantie werd bij 51% binnen drie maanden een indicatie gesteld, bij de overige 49% vond de indicatiestelling 4 tot 24 maanden na aanmelding plaats. Demografische gegevens bij aanmelding op de wachtlijst staan weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Demografische gegevens bij aanmelding op de wachtlijst (N=111).

Demografische variabelen:	N	%
Leeftijd: ≤ 69	5	4,5
70 - 79	30	27,0
80 - 89	58	52,3
≥ 90	18	16,2
Gemiddelde leeftijd: 82,5 jr (Sd: 6,7)		
Geslacht: M	33	29,7
V	78	70,3
Verblijfsituatie:		
thuis:	28	25,2
verzorgingshuis:	16	14,4
groepsverzorging:	7	6,3
ziekenboeg:	6	5,4
observatiekliniek:	21	18,9
ziekenhuis:	26	23,4
anders:	7	6,3

Bij aanmelding op de wachtlijst was de helft van de patiënten begeleidingsbehoefstig en bij een even groot deel was sprake van licht somatische verpleegbehoefte (zie tabel 2).

Het merendeel van de aanmeldingen (87,4 %) werd met een gewone urgentie op de wachtlijst geplaatst (zie tabel 3).

Op het moment van indicatiestelling waren 8 patiënten hoog (st) urgent. Eén van hen was nog niet opgenomen aan het einde van het onderzoek.

De gemiddelde wachttijd van alle geïndiceerde patiënten tot aan het einde van het onderzoek bedroeg 17 weken. Op dat moment wachtten nog 13 patiënten, vier waren van de wachtlijst gehaald en twee waren overleden. De wachttijd varieerde van 1 dag tot ruim 109 weken. Van de 92 patiënten (83%) die tijdens het onderzoek waren opgenomen, was de gemiddelde wachttijd 13 weken.

Tabel 2. Zorgbehoefte en leeftijd bij aanmelding op de wachtlijst (N=103, 8 missing).

Leeftijd:	Psychogeriatrische verpleegbehoefte			Somatische verpleegbehoefte		
	begeleidings- behoefstig	verzorgings- behoefstig	verplegings- behoefstig	licht	matig	zwaar
≤ 69	3	1		2	1	1
70-79	13	14		18	9	
80-89	31	23	2	23	25	8
≥ 90	7	8	1	9	5	2
totaal	54	46	3	52	40	11

Tabel 3. Urgentiecodering en verblijfplaats bij aanmelding op de wachtlijst.

Verblijfplaats:	Urgentiecodering						totaal	(%)
	voorzorg	(%)	gewoon urgent	(%)	hoog urgent	(%)		
thuis	3		20		5		28	(25,2)
verzorgingshuis	1		15				16	(14,4)
groepsverzorging			7				7	(6,3)
ziekenboeg	1		5				6	(5,4)
observatiekliniek	1		20				21	(18,9)
ziekenhuis			24		2		26	(23,4)
anders			6		1		7	(6,3)
totaal:	6	(5,4)	97	(87,4)	8	(7,2)	111	(100,0)

Factoren die samenhangen met de snelheid opname:

Van de onderzochte factoren bleek alleen de urgentie significant samen te hangen met de lengte van de wachttijd ($r = -0,28$, $p = 0,01$). Er werden drie urgentiecategorieën onderscheiden: hoog (st) urgent ($n = 7$, gemiddelde wachttijd 9 dagen, range 1 dag - 3 weken), gewoon urgent

(n=83, gemiddelde wachttijd 14 weken, range 1,6 -60,7 weken) en indicaties uit voorzorg (n=2, gemiddelde wachttijd 15 weken).

Factoren die samenhangen met hoge urgentie.

Vóór de indicatiestelling verbleven alle hoog (st) urgenten thuis. Bij de niet-hoog urgenten was dit 67%, 31% verbleef in een verzorgingshuis en 2% in een somatisch verpleeghuis. Bij aanmelding op de wachtlijst hadden hoog urgenten vaker formele zorg thuis dan gewoon urgenten (75% versus 31 %, $p = 0,012$). Alle hoog urgenten waren begeleidingbehoevend, terwijl van de niet hoog-urgenten 49% begeleiding-, 47% verzorging- en 3% verpleging-behoevend was.

Een overzicht van het voorkomen van gedragsstoornissen geeft tabel 4. Alleen voor een stoornis in dag-nacht ritme was er een significant verschil tussen hoog en niet-hoog urgenten (37,5% versus 11,7 %, $p=0,04$). Er was een trend dat opstandig gedrag vaker voorkwam bij niet-hoog urgenten dan bij hoog urgenten (59% versus 25%, $p = 0,06$). Er was geen verschil in aantal gedragsstoornissen tussen hoog en niet-hoog urgenten.

Tabel 4. Voorkomen van gedragsproblemen (gegroepeerd) bij aanmelding op de wachtlijst.

Gedragsstoornissen	hoog urgent N=8	%	gewoon urgent N=97	%	voor- zorg N=6	%	Totaal N=111	%
opstandig gedrag	2	25,0	57	58,8	4	66,7	63	56,8
hallucinaties	-	-	1	1,0	2	33,3	3	2,7
incontinentie	4	50,0	56	57,7	3	50,0	63	56,8
zwerfen	-	-	17	17,5	-	-	17	15,3
stoornis dag- nachtritme	3	37,5	10	10,0	2	33,3	15	13,5
depressief gedrag	3	37,5	49	50,5	2	33,3	54	48,6
decorumverlies / verwaarlozing	1	12,5	15	15,4	1	16,7	17	15,3

Verblijfplaats en wachttijd bij gewoon urgenten.

Van de opgenomen patiënten, die een gewone urgentie voor opname hadden (n=83), verbleef 43% bij aanmelding op de wachtlijst thuis (of in het verzorgingshuis), zij wachtten gemiddeld 17 weken op opname. Er waren 38 patiënten (46%) opgenomen bij aanmelding op de wachtlijst: de helft in een ziekenhuis en de andere 19 in een observatiekliniek. De gemiddelde wachttijden waren voor hen resp. 10,7 en 9,3 weken. De overige 9 mensen waren elders opgenomen (ziekenboeg of somatisch verpleeghuis), hun wachttijd was gemiddeld 24 weken (1 onbekend).

Conclusie en discussie

Alhoewel de gepresenteerde gegevens in de beginjaren '90 verzameld werden, zijn de uitkomsten door de lange wachttijden nog steeds actueel.²³ Zowel uit het kwalitatieve onderzoek, het dossieronderzoek als uit de literatuur, werd duidelijk dat er op de wachtlijst voor psychogeriatrische verpleeghuisopname sprake was van een heterogene groep patiënten: zij verschilden onder andere in zorgbehoefte, urgentie en verblijfplaats. Bij de verdeling van schaarse verpleeghuisplaatsen werd dan ook niet alleen de wachtduur als criterium gehanteerd maar werden bovenstaande verschillen meegewogen. De criteria voor verpleeghuisopname, die naar voren kwamen in het kwalitatieve onderzoek, bleken in praktijk daadwerkelijk gehanteerd te worden: hoger urgenten werden sneller opgenomen dan gewoon urgenten en patiënten die in ziekenhuizen of observatieklinieken wachtten werden sneller opgenomen dan gewoon urgenten die thuis wachtten.

Het is opvallend dat relatief weinig patiënten bij aanmelding op de wachtlijst al zo urgent waren, dat zij met spoed opgenomen moesten worden (en de code hoog urgent kregen). Patiënten die wel als hoog urgent werden beoordeeld, waren allen begeleidingbehoevend bij aanmelding, zodat daaruit niet de conclusie getrokken kan worden dat deze patiënten in een erg laat stadium van het ziekteproces aangemeld werden. Mogelijk is juist in het beginstadium van dementie de zorgverlening moeilijk: patiënten begrijpen zelf dat ze achteruit gaan en kunnen dan opstandig of depressief gedrag vertonen. In een later stadium kunnen patiënten zodanig achteruitgegaan zijn, dat ze geen gedragsstoornissen meer vertonen.³¹ Vooral gedragsstoornissen van dementerenden bleken samen te hangen met gevoelens van overbelasting bij mantelzorgers.³² In het dossieronderzoek werden echter niet meer gedrags-

stoornissen gevonden bij hoog urgenten dan bij minder hoog urgenten. Alleen de verstoring van het dag-nachtritme kwam vaker voor bij hoog urgenten. Uit een studie van Pollak en Perlick bleek deze stoornis samen te hangen met de kans op opname in een verpleeghuis.⁴ Het was opvallend dat bij deze onderzoeksgroep opstandig gedrag geen reden was voor een hoge urgentiecode. Alhoewel aangetoond is dat andere factoren, die samenhangen met het ziektebeeld of met verzorgerskenmerken, van invloed zijn op de kans op opname,³⁻¹³ kon in het dossieronderzoek geen duidelijke (directe) samenhang gevonden worden met de wachttijd. Wel bleken patiënten met een hoge urgentie vaker formele thuiszorg te hebben dan niet-hoog urgenten. De uitkomsten verdienen evenwel enige relativisering. Er was sprake van een kleine onderzoeksgroep met een klein deel hoog-urgenten, hetgeen de externe generaliseerbaarheid beperkt. Bovendien kan de onderzochte samenhang door tenminste drie zaken verstoord zijn. Als eerste kan de beperking van de informatie in de dossiers genoemd worden. De dossiers zijn bedoeld voor de hulpverleners zelf en niet voor onderzoeksdoeleinden. Sommige relevante variabelen blijken niet (systematisch) te worden geregistreerd, zoals de relatie van de verzorger tot de dementerende of informatie over de belasting van de verzorger. Zo zouden het vaker voorkomen van formele thuiszorg en van een dag-nachtritmestoornis bij de hoog urgenten kunnen samenhangen met ontbrekende of overbelaste mantelzorg. Een dergelijke situatie kon in het dossieronderzoek niet onderzocht worden. Ook bleek uit het kwalitatieve onderzoek dat er, ondanks omschreven criteria, enige variatie kan zijn in de toekenning van een hoge urgentie. Een tweede punt betreft het aanbod van verpleeghuisplaatsen, welke van invloed is op de snelheid van opname. Zo bleek uit het kwalitatieve onderzoek dat verpleeghuizen plaatsen beschikbaar stellen voor patiënten die aan gespecificeerde kenmerken voldoen (zoals geslacht of mate van hulpbehoefendheid). Een derde punt is het hebben van een voorkeur voor een bepaald verpleeghuis. Deze voorkeur van (naasten van) patiënten kan -afhankelijk van het aanbod- van invloed zijn op de snelheid van opname. Dit maakt dat de invloed van patiënt- en verzorgersfactoren mede bepaald wordt door voorkeur en aanbodkenmerken.

Wat kan op grond van de gepresenteerde gegevens geconcludeerd worden over de ernst van de wachtlijst voor psychogeriatrische verpleeghuisopname? De Nationale Raad voor de Volksgezondheid spreekt van problematische wachtlijsten als een wachttijd onaanvaardbaar lang wordt.¹⁶ Normen hiervoor zullen per urgentiecategorie opgesteld moeten worden. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) hanteert een acceptabele wachttijd van 8 weken voor urgent wachtenden in de thuissituatie.²⁴ Uit het dossieronderzoek bleek dat bij regulier thuis wachtende personen de wachttijd (gemiddeld 17 weken) dermate hoog was dat deze

problematisch genoemd kan worden. Ten tijde van het dossieronderzoek was de gemiddelde wachttijd landelijk 23 weken, in 1996 was dit bijna 16 weken.²³ Een deel van de huidige wachtenden zal volgens deze normen van het CvZ langer dan acceptabel op de wachtlijst staan. Het is echter onduidelijk of deze wachttijd ook problematisch is in termen van gezondheidsschade voor de patiënten op de wachtlijst en/of de mantelzorgers. De dossiers geven hier geen inzicht in. Inmiddels is een onderzoek gestart waarbij vanaf aanmelding op de wachtlijst het beloop in gezondheidstoestand van de dementerende en diens mantelzorger onderzocht worden in relatie tot de urgentie van verpleeghuisopname.

Literatuur

- 1 Ott A, Breteler MMB, Birkenhager-Gillesse EB, Harskamp F van, Koning I de, Hofman A. De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson; het ERGO-onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;4:200-5.
- 2 Duijnste MSH, Cuijpers WJM, Humbert MJ, Dungen AWL van. Mantelzorg voor mensen met een chronische ziekte. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1994.
- 3 Kasper JD, Shore AD. Cognitive Impairment and problem behaviors as risk factors for institutionalization. *J Appl gerontol* 1994;13:371-85.
- 4 Pollak CP, Perlick D. Sleep problems and institutionalization of the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1991;4:204-10.
- 5 Pot AM. Caregivers' perspectives. A longitudinal study on the psychological distress of informal caregivers of demented elderly. Proefschrift Vrije Universiteit. Enschede copyprint2000:1996 .
- 6 Vernooij-Dassen M, Felling A, Persoon J. Predictors of change and continuity in home care for dementia patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:671-7.
- 7 Wierik MJM te, Frederiks CMA, Visser APh, Sturmans F. Verpleeghuisopname; een onderzoek bij op te nemen ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1991;22:209-15.
- 8 Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burdens of husbands and wives as caregivers; a longitudinal study. *Gerontologist* 1986;26:260-6.
- 9 Deimling GT, Poulshock SW. The transition from family in-home care to institutional care. *Research on Aging* 1985;7:563-76.
- 10 Morycz RK. Caregiving strain and the desire to institutionalize family members with Alzheimer's disease, possible predictors and model development, *Research on Aging* 1985;7:329-61.
- 11 Colerick EJ, George LK. Predictors of institutionalization among caregivers of patients with Alzheimer's disease. *JAGS* 1986;34:493-8.
- 12 Jerrom B, Mian I, Rukanyake NG, Prothero D. Stress on relative caregivers of dementia sufferers, and predictors of the breakdown of community care. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993;8:331-7.

- 13 Wimo A, Gustafsson L, Mattson B. Predictive validity of factors influencing the institutionalization of elderly people with psycho-geriatric disorders. *Scand J Primary Health Care* 1992;10:185-91.
- 14 Lieberman MA, Kramer JH. Factors affecting decisions to institutionalize demented elderly. *Gerontologist* 1991;31:371-4.
- 15 Commissie Keuzen in de Zorg. Kiezen en delen. 's Gravenhage: SDU, 1991.
- 16 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Wachtlijsten. Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer, 1994.
- 17 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Wachtlijsten II. Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer, 1995.
- 18 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. De wachtende werknemer. Achtergrondstudie over snellere hulpverlening in de gezondheidszorg. Zoetermeer, 1995.
- 19 Financieel Overzicht Zorg 1994. Tweede kamer der Staten Generaal, 23407. 's Gravenhage: Sdu Uitgeverij, 1993.
- 20 Gezondheidszorg in Tel 5. Utrecht: Nzi/Nzf, 1997.
- 21 Robben PBM, Hart LCM. Wachtlijstregistratie psychogeriatricie. Een instrument voor plaatsing, beleid en planning. *Medisch Contact* 1992;47:531-3.
- 22 Gerritse AJ, Lorscheid JIG. De wachtlijstenquete bij verpleeghuizen 1996. Utrecht: NZI, 1996.
- 23 Wachtlijsten voor opname verpleeghuis gegroeid. *Staatscourant* 49, 12 maart 1998.
- 24 College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Rapport inzake integrale planningsnorm voor de residentiele ouderenzorg. Utrecht: NZi, 1997.
- 25 Meiland FJM, Varekamp I, Hoos AM, Danse JAC, Krol LJ, and Wendte JF. Selectie en wachtlijsten in de gezondheidszorg. In de psychogeriatriche verpleeghuiszorg, de intensieve zorg voor pasgeborenen en de niertransplantatie. Universiteit van Amsterdam, Instituut voor sociale geneeskunde, Vakgroep medische psychologie, Amsterdam, 1994.
- 26 Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis, a sourcebook of new methods*. Newbury Park: Sage Publications, 1990.
- 27 Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine, 1967.
- 28 Wester F, Maso I. Het analyse proces in kwalitatief onderzoek. In: Wester F, Maso I. (red). *Moeilijkheden en mogelijkheden. Het omgaan met problemen in de praktijk van de kwalitatieve analyse*. SISWO publ. 354. Amsterdam: SISWO, 1991.
- 29 Peters V, Wester F, Richardson R. *Kwalitatieve analyse in de praktijk en handleiding bij Kwalitan*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1989.
- 30 Meiland FJM, Danse JAC, Hoos AM, Wendte JF, Gunning-Schepers LJ. The use of the waiting list in a fair selection of patients for nursing home care. *Health Policy* 1996;38:1-11.
- 31 Haley WE, Pardo KM. Relationship of severity of dementia to caregiving stressors. *Psychol Aging* 1989;4:389-92.
- 32 Teunisse S. *Clinimetrics in dementia*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Enschede: Printpartners Ipskamp, 1997.