

**Registratierapportage
Vrijwilligers Palliatieve
Terminale Zorg
2005**

**Maart 2007
Hans Bart
Michel Reijnen
Jos van Rooij**

Registratierapportage Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland 2005

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting en Conclusie	3
1.1 Verantwoording werkwijze	6
1.2 Reflectie	7
2.1 Zorgvragen en inzetten van vrijwilligers	9
2.2 Reflecties	15
3.1 Vrijwilligers en coördinatoren	17
3.2 Reflecties	23
4.1 Financiën	25
4.2 Reflectie	27
Bijlage 1 Procentuele verdeling over provincies.....	29
Bijlage 2 Cliënten per provincie.....	30

Voorwoord

Sinds de eeuwwisseling heeft de palliatieve zorg een grote impuls gekregen. Dit is af te lezen aan meerdere indicatoren. In de Nivel Monitor palliatieve zorg 2006 is sprake van een stijging van het aantal palliatieve terminale zorgvoorzieningen (PTZ) tussen 2003-2005 met 40%; het aantal beschikbare palliatieve bedden in PTZ voorzieningen is boven de landelijke norm van Zorgverzekeraars Nederland van 6 bedden per 100.000 inwoners gekomen (toename 2003-2005 van 36% tot minimaal 844 bedden) en er is een betere spreiding van de voorzieningen over het land. Daarnaast is er een goede opzet van de consultatievoorziening in de palliatieve zorg met 39 consultatieteams en ruim 5.600 adviezen op jaarbasis (Jaarverslag Consultatie Palliatieve Zorg IKC 2005, Courtens en Klinkenberg, 2006); er zijn landelijke richtlijnen in de vorm van de VIKC richtlijnen voor de praktijk (de Graeff, e.a.)2006). Ook zijn er drie hoogleraren palliatieve zorg aan Nederlandse Universiteiten verbonden en is onderzoek toegenomen wat zich o.a. weerspiegelt in het aantal Nederlandse abstracts bij het tweejaarlijkse congres van de European Association on Palliative Care (EAPC). Daarnaast blijven medisch ethische discussies rond het levenseinde regelmatig het nieuws halen en leidde dit bijvoorbeeld tot de nieuwe KNMG richtlijn palliatieve sedatie (dec. 2005).

Goede medische en verpleegkundige zorg rond het levenseinde is belangrijk. Onze vrijwilligers zouden hun inzet niet kunnen geven als deze beroepsmatige zorg te wensen overlaate. Maar het domein van de laatste levensfase lijkt hiermee iets bijzonders, een medisch fenomeen te worden. De oorsprong van VPTZ ligt 26 jaar geleden in een periode waarin 'de dood' uit de samenleving verbannen leek naar instituties. Er moest in de ogen van de VPTZ pioniers weer meer thuis, in een huiselijke omgeving gestorven kunnen worden. 'De dood' even vanzelfsprekend of bijzonder als het leven zelf. De grote inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg naast de mantelzorgers, geeft juist aan dat het in deze zorg gaat om een goede balans tussen beroepsmatige zorg en zorg gegeven vanuit de directe omgeving van de mens in zijn laatste levensfase. Het menselijke gezicht van de samenleving gebaseerd op de relatie, op het 'Er Zijn'.

In Nederland leeft dit volop als we de groei zien van het aantal VPTZ organisaties en vrijwilligers dat zich inzet voor palliatieve terminale zorg. Deze registratierapportage is met haar cijfers een positief tegenwicht tegen enerzijds de berichtgeving over maatschappelijke onverschilligheid en anderzijds tegen een te ver doorgevoerde medicalisering van het levenseinde. VPTZ Nederland laat als landelijke vereniging in deze rapportage niet alleen zien waar vrijwilligers toe in staat zijn, maar geeft ook de randvoorwaarden voor dit werk aan (organisatiekenmerken, coördinerend personeel en financiën).

Om de positie van de vrijwilligers tot zijn recht te laten komen is het van belang dat een eigen landelijke organisatie, mede op basis van registratiegegevens, het maatschappelijke belang voor het voetlicht brengt. Daarmee is deze rapportage een verantwoording naar financiers die met de private en overheidsmiddelen dit werk mogelijk maken.

Daarnaast is deze rapportage ook voor onze leden. Het ondersteunt hen en geeft handvaten om de eigen organisatie te plaatsen binnen de context van de vrijwillige palliatieve terminale zorg. Het kan helpen om speerpunten van beleid te benoemen om de eigen organisatie te verbeteren. Daarbij aangemerkt dat, conform het meerjarenbeleidsplan van VPTZ ("Verbinding maken", Bunnik, december 2006) de organisatie de randvoorwaarde is voor de vrijwillige inzet en met cijfers nog niets gezegd is over de kwaliteit van deze inzet.

Ten derde is deze rapportage door de reflecties die het bevat, een signalering van trends en ontwikkelingen. Daarmee wordt het brede veld van de palliatieve zorg en van de vrijwillige inzet gediend.

Drie doelgroepen bedienen in één rapportage is niet optimaal, maar gelet op beschikbare tijd en financiële middelen onontkoombaar. Het vraagt dus enige flexibiliteit van de lezer om door alle cijfers en tabellen de juiste informatie voor het goede doel te destilleren.

Deze verantwoording mag echter het zicht op daar waar het feitelijk om gaat, niet benemen. Dat is nog steeds tijd, aandacht en ondersteuning bieden aan de mens in zijn laatste levensfase en zijn naasten.

Hans Bart
Directeur Landelijk Steunpunt VPTZ

Samenvatting en Conclusie

Algemeen

Elk jaar wordt rond april een registratieformulier aan al onze leden gestuurd. Tot juli komen de reacties binnen. Daarna vindt de verwerking plaats en in augustus wordt normaal gesproken het verslag geschreven. De cijfers over 2005 zijn echter op een andere wijze bewerkt (splitsing naar vrijwilligersorganisaties thuis, bijna-thuis-huis en high-care hospice). Dit heeft extra tijd gevraagd. Daarnaast is het schrijven van het rapport ernstig vertraagd door gebrek aan menskracht. Er is inmiddels zo'n hoge respons en er zijn zoveel data dat het vraagt om extra personeel om dit op tijd te kunnen verwerken. Daar waar onderzoeksinstituten en organisatieadvies bureaus hiervoor een goed budget krijgen, is deze rapportage een opdracht die VPTZ zichzelf stelt en binnen de reguliere begroting plaats vindt. Voor de toekomst zou het wenselijk zijn als hier een aparte voorziening te treffen is.

De VPTZ rapportage is uniek door de samenstelling van de respondenten (vrijwilligersorganisaties) die een belangrijke rol spelen in de palliatieve zorg en nergens anders als aparte groep voor het voetlicht komen. De rapportage is ook uniek door de hoge respons.

Kengetallen voor VPTZ zijn:

1. VPTZ organisaties geven ondersteuning aan ruim 10% van alle mensen in hun laatste levensfase waarbij sprake is van een palliatief terminaal proces. Het betreft 5.788 mensen waar bijna een half miljoen uur zorg aan wordt gegeven.
2. Het betreft vooral ouderen (boven de 65 jaar), hoewel in de high-care hospices met name ook jongere mensen worden opgenomen.
3. Voor de vrijwillige terminale thuiszorg is de eerstelijnszorg de belangrijkste verwijzer. Voor de hospices is dat de intramurale zorg.
4. De geboden ondersteuning in de thuissituatie laat de laatste jaren een dramatische terugloop zien terwijl de hospicezorg een enorme groei heeft doorgemaakt.
5. VPTZ is in de afgelopen jaren meegegroeid met het aantal palliatief terminale zorgvoorzieningen (PTZ) zoals dat uit de Monitor Palliatieve Zorg van het Nivel naar voren komt.
6. VPTZ kent eind 2005 197 leden, waarvan 138 vrijwillige terminale thuiszorgorganisaties, 60 bijna-thuis-huizen (16 organisaties komen dubbel voor omdat zij zowel thuis als in een bijna-thuis-huis actief zijn) en 15 high-care hospices. In totaal spreken we over 6.817 vrijwilligers en 407 coördinatoren.
7. Het opleidingsniveau van de coördinatoren is hoog (tussen de 64% en 75% heeft HBO/WO opleiding). Jaarlijks volgen rond de 850 nieuwe vrijwilligers een Introductie cursus. Daarnaast volgen 1070 vrijwilligers een landelijke vervolgcursus van VPTZ.
8. In totaal gaat circa 15,5 miljoen euro om in deze organisaties. Hiervan is 58% rijkssubsidie (in 2005 nog als AWBZ subsidie bekend als de CVTM regeling). De rest komt van andere overheden, uit fondsen, donaties en via eigen bijdragen van cliënten in de hospices.

VPTZ beschikt met deze rapportage over een betrouwbaar overzicht van het veld, al is het veld van de palliatieve zorg groter. Als grootste branche organisatie moet VPTZ bereid zijn om een dergelijk rapport jaarlijks uit te brengen. We zijn als relatief kleine organisatie (2% van het totale aantal vrijwilligers in de zorg) een serieuze gesprekspartner voor diverse partijen op basis van onze expertise. Daarnaast kunnen we op basis van deze gegevens onze eigen beleids- en agendapunten kwantitatief goed onderbouwen. Het Landelijk Steunpunt wil echter ook een kleine organisatie blijven en dat vraagt prioritering van dergelijke activiteiten.

Al deze cijfers mogen echter niet versluieren waar het feitelijk om gaat. Achter de cijfers gaat het om menselijke warmte en betrokkenheid die door mensen in hun laatste levensfase en hun naasten zeer op prijs worden gesteld zoals telkens weer in onderzoeken naar voren komt. Het zijn ook cijfers die de humanitaire kant van de palliatieve terminale zorg tot uitdrukking brengen. Het is een belangrijke vorm van gemeenschapszorg, geleverd door vrijwilligers en een beperkt aantal beroepskrachten. Voor

VPTZ Nederland is het belangrijkste dat mensen in hun laatste levensfase en hun naasten toegang vinden tot de tijd, aandacht en ondersteuning die zij nodig hebben, op de manier die zij willen. Dat veronderstelt dat er voldoende diversiteit in het ondersteuningsaanbod is en dat er voldoende financiële middelen zijn om die diversiteit te waarborgen.

Vrijwilligerszorg wil niet zeggen dat er geen kosten zijn. De overheid draagt bij aan de dekking van deze kosten en daarom verantwoord VPTZ in deze rapportage wat met dit gemeenschapsgeld gebeurt. Niet op het niveau van de individuele organisaties, want daar zijn andere rechtstreekse lijnen voor naar de subsidieverstrekker, maar wel op macroniveau. Door de groeiende respons van de leden van VPTZ en de toename van bruikbare gegevens, geldt de jaarlijkse rapportage van VPTZ inmiddels als een goede graadmeter voor het ministerie van VWS met betrekking tot de activiteiten van onze leden. Door de hoge respons is het ook mogelijk om voor provincies een verdere uitwerking te geven op provinciaal niveau. Dit geeft aan de lokale organisaties extra kansen om media en Provinciale Staten op hun activiteiten te wijzen.

VPTZ is een organisatie met een grote verscheidenheid onder haar leden. Het Landelijk Steunpunt VPTZ ondersteunt al deze typen organisaties omdat juist in die diversiteit de kracht schuilt van de lokale organisaties. De vrijwilligers herkennen en identificeren zich met de lokale organisaties. De hulpvragers weten de weg naar die lokale organisaties langzamerhand te vinden. Daar waar in de beroepsmatige zorg schaalvergroting, efficiency en standaarden of uniformering in het werk belangrijke begrippen zijn, zijn in het vrijwilligerswerk deze begrippen ondergeschikt aan de missie van de organisatie.

Vrijwilligers doen het echter niet voor het geld en willen niets liever dan vrijwilliger blijven. De druk op de informele zorg moet niet dusdanig worden dat mensen het vrijwilligerswerk niet meer beleven als uit eigen vrije wil gekozen, maar als een verplichting vanwege gebrek aan beroepsmatige zorg. In die zin is het ook veelbetekenend dat het Bureau Berenschot concludeert dat er geen financiële prikkel is voor bijna-thuis-huizen om een hoog bedbezettingspercentage te realiseren terwijl deze percentages bij een goede bestudering net zo hoog zijn als voor voorzieningen waar deze financiële prikkel er wel is.

Tot slot

Op deze plaats mag ook de vraag opgeworpen worden wat het de overheid waard is dat er een dergelijke cijfermatig overzicht bestaat. VPTZ heeft de afgelopen jaren aangetoond dat het in staat is om met een hoge mate van betrouwbaarheid deze cijfers aan te leveren. Dit heeft echter niet geleid tot een efficiëntere benadering van de onderzoeksvragen door het ministerie van VWS. VPTZ heeft veel ondersteuning geboden bij de totstandkoming van diverse monitors en onderzoeken. Haar eigen gegevens blijken regelmatig te worden geciteerd. En toch wordt anno 2007 opnieuw opdracht gegeven door VWS tot een voorstudie naar 'Informatievoorzieningen en informatiebehoeften palliatieve zorg'. *Welke informatiebehoefte is er bij patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars en de overheid over de palliatieve zorg en welke informatie hebben deze partijen nodig om hun rol in het zorgstelsel te kunnen vervullen?*

Wat zal de betekenis worden van de uitkomsten van deze voorstudie?

De gegevens over de organisaties laten een verdere ontwikkeling zien in de richting van intramuralisering en schaalvergroting. Tendensen die al sinds 2003 zichtbaar worden. Het gaat daarbij ook om de vraag naar de positie van deze organisaties binnen de reguliere zorg en de aanspraken die gemaakt worden op financiering vanuit de overheid. Naarmate de positie van vrijwilligersorganisaties in de reguliere zorg vanzelfsprekender wordt en de overheid meer in de financiering voorziet, dreigt een belangrijk onderscheidend kenmerk van de vrijwilligersorganisatie verloren te gaan, n.l. de inbreng van de lokale gemeenschap in de vormgeving van die zorg. De wetmatigheid van de reguliere zorg gaat de boventoon voeren. Organisaties worden groter en fysiek meer herkenbaar en daarnaast worden steeds meer eisen gesteld aan het op schrift stellen en aantoonbaar maken van de kwaliteit van vrijwilligersorganisaties in de zorg. Organisaties worden concurrent van elkaar in de markt van zorg en institutionele belangen gaan de boventoon voeren. De vraag van de cliënt wordt daaraan ondergeschikt gemaakt.

VPTZ heeft in haar meerjarenbeleidsplan “Verbinding maken” duidelijk gekozen om de onafhankelijke positie van de vrijwilligersorganisaties in de palliatieve terminale te benadrukken. Dit zal de komende tijd ook verder uitgewerkt worden in een eigen kwaliteitsbeleid en communicatiebeleid. VPTZ probeert daarmee ook een andere tendens in de zorg, n.l. om vooral vanuit de economische kant de zorg te benaderen, in een ander perspectief te zetten. De waarde van het vrijwilligerswerk is juist ook van maatschappelijke betekenis als een samenbindend middel vanuit zorg voor kwetsbare mensen.

Bunnik, maart 2007

1.1 Verantwoording werkwijze

In de afgelopen jaren is het responspercentage op de vraag naar registratiegegevens bij de lokale organisaties sterk toegenomen. Er hebben in totaal 104 vrijwillige terminale thuiszorgorganisaties, 36 bijna-thuis-huizen (waarvan 13 ook thuiszorg bieden) en 13 high-care hospices aan de registratie meegedaan.

De uitvallende registratiegegevens betreffen te laat ingestuurde formulieren en te beperkt ingevulde formulieren o.a. doordat organisaties in 2005 feitelijk nog niet gestart waren met het uitvoerende werk (totaal 14). Het aantal respondenten per vraag verschilt omdat niet elke respondent ook alle vragen heeft beantwoord.

Tabel 1 Bruikbare respons

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aantal VPTZ organisaties	110	168	169	172	183	197	197
Respons	60	75	86	93	113	147	154
Responspercentage	55 %	45 %	51 %	54 %	62%	75%	78%
Bruikbare respons	31 %	45 %	51 %	54 %	62%	68%	71%

De vergelijkbaarheid met eerdere jaren is alleen mogelijk als de vraagstelling gelijk is en als de respondenten hetzelfde verstaan onder de gebruikte begrippen. In voorgaande jaren is verschillend omgegaan met de splitsing tussen de gegevens van de VPTZ organisaties in de thuiszorg, in de bijna-thuis-huizen, high-care hospices, overige hospicevoorzieningen en in verpleeg- en verzorgingshuizen. In aanvang gebeurde dit helemaal niet. Later is dit gebeurd op basis van hoe organisaties zich zelf omschreven. Deze werkwijze wordt ook door het Nivel gehanteerd in haar 'Monitor palliatieve zorg' over de jaren 2004 tot en met 2006. Hieruit bleek dat deze indeling niet erg betrouwbaar was. Daarom is in deze Registratierapportage gekozen om deze indeling zelf te maken aan de hand van een aantal objectieve gegevens. Hierbij waren gegevens van belang rond financiering van de organisatie, het aantal en de aard van de beroepsmatige zorgverleners die in dienst waren en de aard van de organisatie. Op basis van deze gegevens is een onderscheid gemaakt tussen vrijwilligersorganisaties die alleen terminale thuiszorg bieden, vrijwilligersorganisaties die hospicezorg bieden (bijna-thuis-huizen), vrijwilligersorganisaties die zowel thuiszorg als hospicezorg bieden en zogeheten high-care hospices. Deze laatste zijn zelfstandig of als organisatorisch onderdeel van een verpleeg- of verzorgingshuis maar wel zelfstandig gehuisvest en hebben in ieder geval verpleegkundigen op de eigen loonlijst staan.

Een vergelijking over de jaren is door het bovenstaande daarom beperkt mogelijk.

Om vanuit de aangeleverde gegevens een landelijk beeld te kunnen schetsen is een zogenaamde extrapolatiefactor (e-factor) berekend, net als in voorgaande jaren. Deze is vastgesteld door enerzijds te berekenen hoe groot het inwonertal is van het werkgebied van de VPTZ organisaties die gegevens aanleverden en dit te vergelijken met de dekkingsgraad van alle VPTZ organisaties voor heel Nederland (= 93,3% van alle inwoners; e-factor voor alle werkgebieden 1,2). Om de betrouwbaarheid van deze factor te beoordelen, is gekeken naar andere gegevens. Namelijk gegevens die in onze landelijke database zijn terug te vinden; het bewerkte overzicht door VPTZ en Mezzo van subsidies Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg en Mantelzorg (CVTM) van het College voor Zorgverzekeringen (CvZ); en gegevens van de Nivel Monitor Palliatieve Zorg 2006. In de tekst is steeds aangegeven wanneer de vergelijking gemaakt wordt en wat de eventuele afwijkingen zijn.

Uit de verschillende bronnen blijkt dat de extrapolatiefactor van 1,2 om van de registratiegegevens naar een landelijk beeld te komen, een goede basis is. Daar waar geëxtrapoleerd is spreken we over "totaal voor alle VPTZ organisaties". Anders wordt het aantal respondenten aangegeven. Er is alleen een e-factor berekend voor alle VPTZ thuiszorgorganisaties.

De 197 leden van VPTZ Nederland op 31-12-2005 zijn op diverse manieren in kaart te brengen. Deze diversiteit geeft iets aan van de oorsprong en ontwikkeling van VPTZ door de jaren heen. Niet de organisatievorm was bepalend maar het feit dat de ondersteuning door vrijwilligers geboden kon worden, thuis of in een omgeving die daar zoveel mogelijk op lijkt.

Allereerst is er het onderscheid tussen vrijwilligersorganisaties in de terminale thuiszorg (138) en bijna-thuis-huizen (60 – inclusief bijna-thuis-huizen in oprichting). Van deze 198 organisaties zijn er 16 combinatieorganisaties van vrijwillige terminale thuiszorg en bijna-thuis-huizen die voor het totaal aantal organisaties slechts eenmaal meetellen. Tot slot zijn er 15 high-care hospices.

In 2005 is er door het samengaan van een aantal lokale VPTZ organisaties een afname geweest van het aantal leden maar daar stond tegenover dat er een groot aantal organisaties in oprichting waren in 2005, 9 ten opzichte van 4 in 2004. Zoals bekend is er de afgelopen jaren een toename geweest van de hospices in Nederland. In 2001 was er sprake van 22 hospices die aangesloten waren bij VPTZ, terwijl eind 2005 al 75 hospices lid zijn van VPTZ. 6 bijna-thuis-huizen zijn in 2006/2007 open gegaan of gaan binnenkort open. De organisaties in oprichting betreft echter niet alleen hospices¹. Met name in de provincie Groningen zijn mede door stimulering van het Netwerk Palliatieve Zorg daar, ook nieuwe organisaties ontstaan voor vrijwilligers in de palliatieve terminale thuiszorg. Een aantal lidmaatschapsaanvragen zat eind 2005 nog in de aanvraagprocedure.

Daarnaast is er het onderscheid naar de organisatievorm waarbij op basis van de registratierapportage de meeste organisaties zelfstandige organisaties zijn voor vrijwillige terminale thuiszorg, als hospice of beiden (59%). Daarnaast is een substantieel deel (30%) ook onderdeel van een informele zorgorganisatie (Steunpunt Mantelzorg, Stichting Welzijn Ouderen, Humanitas, Nederlandse Rode Kruis, NPV). En tot slot is 11% onderdeel van een beroepsmatige zorgorganisatie (beroepsmatige thuiszorg, verzorgingshuis, verpleeghuis). Dit beeld is de afgelopen 3 jaar stabiel, waarbij wel opgemerkt dient te worden dat in absolute zin het aantal organisaties dat onderdeel is van een Steunpunt Mantelzorg is gestegen. Door de totale groei van VPTZ is dit echter niet terug te zien in de procentuele verdeling tussen de verschillende typen organisaties.

1.2 Reflectie

De respons in de VPTZ registratie is hoog te noemen als we deze vergelijken met de cijfers van het Nivel over 2006 (44% bruikbare respons). Bij het Nivel gaat het echter uitsluitend om palliatieve zorgvoorzieningen. De overlap zit in de respons van de bijna-thuis-huizen en zelfstandige high-care hospices. VPTZ heeft geen respons van palliatieve units bij verpleeg- en verzorgingshuizen.

Op basis van een vergelijking met de gegevens uit het voorjaar 2006 van het Nivel voor de hospicevoorzieningen telt het Nivel 37 respondenten en 11 non-respondenten onder de bijna-thuis-huizen waarvan 3 in oprichting. Hoewel er verschillen in respondenten kunnen zijn of verschillen tussen Nivel en VPTZ wat betreft de indeling van een hospice in de categorie bijna-thuis-huis of high-care hospice, lijkt een vergelijking met de Nivel gegevens op dit punt mogelijk.

Voor de high-care hospices komt het Nivel tot 21 respondenten en 12 non-respondenten waarvan 3 in oprichting. De omschrijving van een high-care hospice is echter niet eenduidig.

De Associatie van high-care hospices telt 5 leden en 6 aspirant leden. Zowel Nivel als VPTZ tellen dus meer high-care hospices. Hieruit blijkt hoe moeilijk het onderscheid in de praktijk te maken is tussen de verschillende type voorzieningen. Een extrapolatie naar landelijke cijfers voor de high-care hospices is dus moeilijk te maken.

¹ In deze rapportage wordt gesproken over bijna-thuis-huizen die alleen met vrijwilligers werken en een vrijwilligerscoördinator waarbij de beroepsmatige zorg geregeld is zoals thuis (beroepsmatige thuiszorg en huisarts). Daarnaast wordt gesproken van high-care hospices die verpleegkundigen en een arts zelf in dienst hebben naast de vrijwilligers en vrijwilligerscoördinatie. Het begrip (zelfstandig) hospice wordt als verzamelbegrip voor beide vormen van hospicezorg gebruikt.

In de Monitor Palliatieve Zorg 2006 wordt gesproken over een groei van 40% van alle PTZ voorzieningen tussen 2004 en 2006. Dit is inclusief de palliatieve units bij verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Men kan niet echt een onderscheid per type voorziening maken omdat de vragenlijst zoals vermeld gebaseerd is op de indeling door de voorziening zelf en die is in de loop van de jaren nogal gewijzigd. De Monitor had steeds betrekking op het begin van het jaar. Voor een vergelijking met VPTZ gegevens zou het dus gaan om de registratie tussen 31-12-2003 en 31-12-2005. In die periode steeg het aantal hospices dat lid was van VPTZ van 41 naar 75, oftewel een stijging van ruim 80%. De groei van VPTZ organisaties komt vrijwel volledig voor rekening van de groei van de hospices.

2.1 Zorgvragen en inzetten van vrijwilligers

In deze rapportage wordt een onderscheid gemaakt in aangeboden diensten zoals:

- schriftelijk of telefonisch advies;
- een face to face adviesgesprek;
- ondersteuning bij rouwzorg;
- de daadwerkelijke inzet van vrijwilligers voor hulp en ondersteuning;
- doorverwijzing wegens capaciteitsgebrek.

Advies en informatie

In tabel 2 is te lezen dat er minder advies en informatie gegeven is dan in 2004. Hierbij hoort echter de kanttekening dat in voorgaande jaren de cijfers van de hospices op dezelfde wijze geëxtrapoleerd werden als voor de vrijwillige thuiszorgorganisaties. In deze rapportage is alleen geëxtrapoleerd voor de vrijwillige inzet thuis. De vergelijking met voorgaande jaren levert dus vooral op dat er jaarlijks tussen de 7.000 en 8.500 advies-, informatiegesprekken en rouwzorg activiteiten plaatsvinden. Deze globale weergave doet vermoedelijk ook meer recht aan de wijze waarop deze activiteiten binnen de organisaties wordt geregistreerd. Desalniettemin een niet onbelangrijke functie als het totaal aantal overledenen aan niet-acute aandoeningen in aanmerking wordt genomen. Ze hebben namelijk vrijwel allemaal ook contact met ziekenhuizen, huisartsen en beroepsmatige thuiszorgorganisaties waar veel advies en informatie wordt gegeven.

Plaats van zorgverlening

Op alle plaatsen waar mensen aan niet-acute aandoeningen overlijden, is sprake van palliatieve terminale zorg. De nadruk die gelegd wordt op groei van het aantal PTZ voorzieningen leidt vaak af van de feitelijke plaats waar mensen overlijden. In 2005 overleden in Nederland 136.400 mensen (CBS) waarvan zo'n 40% (54.560) aan niet-acute aandoeningen. Van alle overlijdensgevallen sterft 35% in het ziekenhuis, 20% in het verpleeghuis, 15% in een verzorgingshuis en 30% thuis. Voor de groep mensen die aan niet-acute aandoeningen overlijden en waarbij dus sprake is van een palliatieve terminale fase sterft circa 60% thuis. Deze specificaties worden door het CBS niet bijgehouden en zijn gebaseerd op percentages die Francke en Willems vonden in 2000 ("Palliatieve zorg vandaag en morgen", Elsevier).

De VPTZ organisaties zijn in deze rapportage onderscheiden in vrijwilligersorganisaties palliatieve terminale thuiszorg, bijna-thuis-huizen en high-care hospices. Daarnaast is er ook sprake van inzet van VPTZ vrijwilligers in verpleeg- en verzorgingshuizen. Dit gebeurt vooral vanuit vrijwillige terminale thuiszorgorganisaties.

Tabel 3 toont dat het aantal organisaties dat door vrijwilligers ondersteuning biedt in de thuissituatie nog steeds het grootste deel van VPTZ uitmaakt maar dat dit aandeel kleiner wordt. Het aantal hospices groeit nog steeds. De inzet van vrijwilligers vanuit VPTZ organisaties in verzorgings- en verpleeghuizen neemt in absolute zin wel toe maar blijft procentueel redelijk stabiel. Ten opzichte van 2001 is het aantal organisaties dat ook actief is in verzorgings- en verpleeghuizen verdubbeld.

Verwijzers

Uit eerder onderzoek (o.a. "Een extra steun in de rug", vd Akker, e.a., IVA, 2003) en voorgaande registratierapportages bleek dat de meeste cliënten via intermediairen zoals beroepsmatige thuiszorg en huisartsen, werden doorverwezen naar VPTZ. In 2005 zijn de gegevens uitgesplitst naar thuis, bijna-thuis-huis en high-care hospice (tabel 4). Kijken we eerst naar de totalen dan is in vergelijking met voorgaande jaren nauwelijks sprake van enige verandering. Echter bij de uitsplitsing wordt duidelijk dat er een groot verschil is tussen de drie categorieën. Dat de eerstelijnszorg de grootste verwijzer was voor de terminale thuiszorg was bekend. Ook is in eerder onderzoek naar voren

gekomen dat zij het minst bekend zijn bij het publiek waar de 18% verwijzingen van cliënt en mantelzorger op wijst.

Opvallend is het grote aantal verwijzingen vanuit de intramurale zorg (ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen) naar de bijna-thuis-huizen.

Bij de high-care hospices komen verwijzingen redelijk gelijk gespreid tot stand vanuit de cliënten zelf, via de eerstelijnszorg en via de intramurale zorg. Het is opvallend hoeveel verwijzingen procentueel gezien naar de high-care hospices volgens hun eigen zeggen via het CIZ tot stand komt.

Doorverwijzingen, wachtlijsten en bezetting

Op peildatum 31 december 2005 stonden 33 cliënten op de wachtlijst voor de terminale thuiszorg. Dit is een verdubbeling ten opzichte van 2004, evenals de gemiddelde wachttijd voor de eerste inzet van 16 naar 36 uur (tabel 5a en 5b). Toch blijft er sprake van een verhoudingsgewijs zeer snelle en flexibele reactie in situaties waarin snel handelen gewenst is.

Het aantal doorverwijzingen van hospices naar andere palliatieve zorgvoorzieningen steeg met 58% (tabel 3). Een op de drie bijna-thuis-huizen had een wachtlijst op 31 december waar in totaal 48 personen op stonden. Ruim 60% van de high-care hospices had een wachtlijst en daar stonden 27 personen op. De gemiddelde wachttijd betreft 2,3 dagen voor een bijna-thuis-huis en 4,2 dagen voor een high-care hospice (tabel 5a en 5b).

Toch is er ondanks de wachtlijsten, geen sprake van volledige bezetting in de zelfstandige hospices. In de VPTZ registratie hebben Bijna-thuis-huizen voor 2005 op basis van 31 respondenten waarvan 26 het hele jaar 2005 open waren, een bezettingspercentage van 64,2% (mediaan 64,7%). Het hoogste bezettingspercentage is 94,9% terwijl het laagste bezettingspercentage 1,6% is (tabel 6).

Het bezettingspercentage in de BTH's is afhankelijk van de capaciteit van een bijna-thuis-huis. Er zijn vijf BTH's met 1 of 2 bedden die in totaal 25 gasten hebben ontvangen met een gemiddeld aantal dagen van 18, wat beduidend lager is dan het gemiddelde van alle BTH's. Deze 1 of 2 kamer BTH's hebben zeker een lokale functie maar nemen een eigen positie in als het gaat om capaciteit en bezetting. Daarnaast hebben de BTH's die in de loop van 2005 gestart zijn een lagere bezettingsgraad dan de BTH's die het hele jaar open waren. In de opstartfase wordt meestal niet naar een hoge bezetting gestreefd om eerst ook op elkaar ingespeeld te raken en ook zal lokaal de bekendheid nog vergroot moeten worden.

Houden we rekening met deze twee factoren dan is het bezettingspercentage van BTH's die heel 2005 open waren en over 3 of meer bedden beschikken 69% (mediaan 69,9%).

De high-care hospices hadden in 2005 een bezetting van 69% op basis van 13 respondenten.

Ondersteunde cliënten met inzet van vrijwilligers

In 2005 ondersteunden vrijwilligers 3.571 mensen in hun laatste levensfase thuis (tabel 7). Dit betekent een terugloop van de ondersteuning in de thuissituatie die zich 2001 heeft ingezet met een korte opleving in 2004. Sinds 2001 is de afname ruim 20%.

De mensen met een niet acute aandoening die thuis overlijden schatten we op basis van wat in het begin van dit hoofdstuk is gesteld, op circa 32.750 personen. Dat betekent dat VPTZ vrijwilligers circa 11% van de mensen in hun laatste levensfase die thuis verblijven, ondersteunen. Het zijn altijd nog bijna twee keer zoveel mensen als er in zelfstandige hospices stierven.

In 2005 stierven 1.863 mensen in een zelfstandige hospice. Dat betekent een stijging van 17% ten opzichte van 2004 en 3,5 keer zoveel als in 2001.

Alle VPTZ organisaties samen (thuis en hospices) staan 5.788 mensen in hun laatste levensfase bij en hun naasten. Dit is bijna 11% van alle mensen die in 2005 aan niet acute aandoeningen overleden.

Tabel 2 Informatie en advies functie VPTZ leden

	Thuiszorg*	Verpl-verz huis vanuit thuiszorg*	BTH**	HCH**	2005	2004	2003	2002	2001
Info & advies	1.451	104	1.078	791	3.424	3.872	1.383	1.768	1.600
Face to face	938	43	458	554	1.993	2.511	2.203	6.075	4.448
Rouwzorg ind.	229	5	402	306	942				
Rouwzorg groepsgewijs	71	48	346	100	565	2.162	1.525	n.b.	n.b.
Totaal	2.689	200	2.284	1.751	6.924	8.545	5.111	7.843	6.048

Tabel 3 Plaats waar zorg wordt verleend

Plaats waar zorg wordt verleend	2001		2002		2003		2004		2005	
	absoluut (n=86)	%	absoluut (n=93)	%	absoluut (n=112)	%	absoluut (n=134)	%	absoluut (n=154)	%
Thuis	81	94 %	88	95 %	103	92%	109	81%	117	76%
Hospices	23	27%	25	27%	29	26%	45	42%	66	43%
verzorgingshuis	43	50 %	47	51 %	58	52%	69	51%	72	47%
Verpleeghuis	14	16 %	17	18 %	23	21%	34	25%	42	27%
Anders (gezinsvervangend tehuis, ziekenhuis, e.d.)	10	12 %	8	9 %	15	13%	15	11%	15	10%

Tabel 4 Verwijzers

Verwijzers	2005							2004	2003	2002	2001
	Thuis		BTH		HCH		Totaal	%	%	%	%
	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	%				
Patiënt of mantelzorger	646	18%	201	23%	173	26%	20%	19,5%	20,6%	23,7%	25,3%
eerstelijnszorg	2.135	60%	263	31%	182	27%	51%	51,0%	54,7%	51,2%	50,4%
Intramurale zorg	432	12%	366	43%	252	38%	21%	22,4%	13,7%	15,8%	13,4%
Regionaal indicatie orgaan (RIO)/ Centra indicatiestelling zorg (CIZ)	144	4%	15	2%	50	8%	4%	4,0%	3,4%	6,1%	6,0%
Overigen	194	6%	11	1%	9	1%	4%	3,0%	7,7%	3,2%	4,9%
Totaal	3.551	100%	856	100%	666	100%	100%	99,9%	100,1%	100%	100%

Tabel 5a Wachtijd voor eerste inzet

	2005	2004
Thuis	36 uur	16 uur
V&V huis	18 uur	16 uur
Bijna-thuis-huis	55 uur	26 uur
Highcare hospice	100 uur	

Tabel 5b Wachtlijst voor inzet/opname op peildatum 31 december 2005

	2005	2004
Thuis	33	17
V&V huis	3	0
Bijna-thuis-huis	48	73
Highcare hospice	27	

Tabel 6 Bezettingspercentages hospices

	Bijna-thuis-huizen (n=31)	High-care hospices (n=13)
totaal aantal gasten	871	847
totaal aantal ligdagen	24.160	19.994
totaal bedcapaciteit	114	80
totaal aantal dagen open	10.159	4.707
totale capaciteit ligdagen	37.620	28.972
gemiddeld bezettingspercentage	64,2%	69,0%
mediaan bezettingspercentage	64,7%	65,4%
hoogste en laagste bezettingspercentage	94,9% / 1,6%	94,8% / 52,6%
gemiddelde bezettingspercentage hospices hele jaar open (tussen haakjes mediaan)	66% (68,8%)	69,4% (70,2%)
gemiddelde bezettingspercentage hospices met meer dan 3 bedden en hele jaar open (tussen haakjes mediaan)	69% (69,9%)	69,4% (70,2%)

Tabel 7 Cliënten, verwijzingen en uren inzet van vrijwilligers per cliënt

	Thuis*	V&V huis*	BTH**	HCH **	2005 totaal	2004				2003				2002			2001		
						Thuis	V&V huis	Hospice	Totaal *	Thuis	V&V huis	Hospice	Totaal *	Thuis	Hospice	Totaal *	thuis	hospice	Totaal *
Cliënten met inzet vrijwilliger	3.571	338	1.032	847	5.788	3.787	239	1.598	5.624	3.445	235	1.130	4.810	4.515	622	5.137	4.335	505	4.840
Verwijzing ivm capaciteitsgebrek	70	0	474	65	609	49	1	341	391	62	6	269	337	101	170	271	100	56	156
Aantal uur vrijwilliger per cliënt	36	70	246	103		42	29	248		54	61	303		53	247		49	218	

* Van absolute gegevens geëxtrapoleerd naar landelijke cijfers voor alle VPTZ organisaties

** Absolute gegevens

Uren en tijdstip van inzet vrijwilligers

De uren inzet van vrijwilligers in de thuissituatie is de laagste in de afgelopen vijf jaar (tabel 7). Dat betekent dat er sprake is van korte inzetten op een vrij laat tijdstip in de terminale fase.

In de thuissituatie zien we een schommelend beeld in de afgelopen jaren. Dit wordt mede veroorzaakt door veranderingen in wet- en regelgeving en financiering in de beroepsmatige thuiszorg zo wordt ons gemeld. Globaal is er over de afgelopen jaren sprake van 50% van de vrijwillige inzet in de terminale thuiszorg overdag, 10% inzet 's avonds en 40% inzet 's nachts (tabel 8).

Vergelijken we de gegevens van de bijna-thuis-huizen tussen 2004 en 2005 dan is de inzet van vrijwilligers per cliënt gelijk gebleven rond de 250 uur (tabel 7). Door de stijging van het aantal bijna-thuis-huizen is er echter een sterke toename van het totaal aantal uren.

Bij de high-care hospices is sprake van meer dan een halvering van het aantal uren inzet vrijwilligers per cliënt van 230 uur in 2004 naar 103 uur in 2005. Dit heeft vermoedelijk te maken met een andere manier van definiëren van de high-care hospices en het niet extrapoleren van de gegevens in 2005.

In de hospices en verpleeg- en verzorgingshuizen zijn de vrijwilligers vooral overdag en 's avonds aanwezig. De hospices kiezen er voor om 's nachts vooral te werken met beroepsmatige thuiszorg als nachtzorg. In de verpleeg- en verzorgingshuizen is eveneens sprake van aanwezige beroepsmatige zorg 's nachts (tabel 9).

Leeftijd cliënten

De cliënten van de VPTZ organisaties die registratiegegevens hebben aangeleverd, blijken voor het merendeel in de categorie 65 jaar en ouder te vallen. Dit percentage schommelt de afgelopen jaren tussen de 66% en 77%. Wat echter opvalt in tabel 10 is dat de cliënten van de High-care hospices gemiddeld een beduidend lagere leeftijd hebben.

Er zijn geen andere studies bekend waarin vergelijkbare gegevens te vinden zijn.

Cliënten per provincie

Voor alle provincies zijn de gegevens meer gedetailleerd weer gegeven in bijlage 1 en 2. De registratiegegevens zijn afgezet tegen de inwoneraantallen per provincie.

Het aantal organisaties per provincie varieert sterk. Gelderland kent de meeste VPTZ organisaties (46), gevolgd door Zuid Holland (39) en Drenthe kent één provinciale organisatie. De spreiding van de respondenten over diverse voorzieningen is ook zeer verschillend. In 2005 kende Drenthe alleen terminale thuiszorg maar in 2006/2007 zijn hier drie bijna-thuis-huizen geopend.

Het aantal organisaties zegt niet alles over het aantal bereikte cliënten. De meeste cliënten worden weliswaar bereikt in Zuid Holland en Gelderland maar Utrecht, Noord Holland en Noord Brabant kennen evenveel organisaties per provincie en daartussen verschilt het aantal bereikte cliënten per provincie aanzienlijk. Wel hangt het aantal bereikte cliënten samen met het aantal vrijwilligers in een provincie. Wat betreft het aantal vrijwilligers scoren Noord Holland en Zeeland boven gemiddeld.

Het aantal cliënten per provincie is gelet op de bevolkingsomvang per provincie, nogal variërend. Zo bereiken Overijssel, Gelderland en Zeeland meer cliënten dan op basis van hun populatie verwacht mag worden. Daarentegen scoren de Noordelijke provincies, Noord Brabant en Limburg lager dan op basis van de populatie verwacht mag worden.

Het aantal coördinatoren is redelijk gelijkmatig verdeeld over het aantal vrijwilligers per provincie. In plattelandsgebieden zijn er iets meer coördinatoren met uitzondering van Limburg. Opvallend hierbij is het geringe aantal coördinatoren in Noord Holland.

Tabel 8 Aantal keren per dagdeel waarop hulp in de thuissituatie wordt geboden door vrijwilligers

Aantal dagdelen	overdag		's avonds		's nachts		totaal
	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut
2005	12.613	52%	2.468	10%	9.408	38%	24.489
2004	17.925	57%	3.044	10%	10.620	34%	31.589
2003	8.492	43%	974	5%	10.281	52%	19.747
2002	12.099	44%	3.031	11%	12.377	45%	27.507
2001	14.756	51%	5.416	19%	8.693	30%	28.865

Tabel 9 Aantal keren per dagdeel waarop hulp in hospicevoorzieningen of verpleeg-verzorgingshuis wordt geboden door vrijwilligers

Aantal dagdelen	overdag				's avonds				's nachts				totaal	totaal
	2005		2004		2005		2004		2005		2004		2005	2004
	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	absoluut
BTH	38.419	67%	23.372	70%	16.939	29%	8.798	26%	2.288	4%	1.193	4%	57.646	33.363
HCH	12.086	66%	25.751	81%	4.930	27%	5.616	18%	1.334	7%	370	1%	18.350	31.737
Verpleeg-verz. huis	6.833	73%	1.486	83%	2.374	25%	161	9%	172	2%	151	8%	9.379	1.798

Tabel 10 Leeftijdsopbouw VPTZ cliënten

Leeftijd cliënt	2005			2004	2003	2002	2001
	Thuis	BTH	HCH	totaal	totaal	totaal	totaal
0-17 jaar	0,4%	0%	0%	0,1%	0,1%	0,5%	0,2%
18-64 jaar	22,1%	24,5%	43%	24,5%	24%	34%	30%
65 jaar en ouder	77,5%	75,5%	57%	75,5%	71%	66%	70%

2.2 Reflecties

In onderzoeken die VPTZ heeft laten uitvoeren (IVA 2005; Signicom 2006) komt naar voren dat 75% van de mensen zegt het liefste thuis te sterven. Over de afgelopen jaren is de ondersteuning die vrijwilligers thuis bieden in de laatste levensfase echter zowel in absolute als in procentuele zin terug gelopen.

Zetten we dit gegeven naast cijfers van het CBS over de cliënten in de AWBZ-gefinancierde beroepsmatige thuiszorg (CBS webmagazine 26-2-2007) dan zien we daar een stijging van het aantal cliënten van 18 jaar en ouder tussen 1999 en 2004 met 22%. In 2005 is voor het eerst weer een daling met 2% geconstateerd. Deze daling gaat echter niet op voor personen van 85 jaar of ouder. En deze daling van het aantal cliënten vertaalt zich ook niet in een daling van het aantal uren thuiszorg. Dat is juist gestegen tot gemiddeld 152 uur per cliënt. Deze stijging is het grootste bij de groep ouderen boven de 85 jaar.

De meeste cliënten van VPTZ in de thuissituatie zijn boven de 65 jaar. Meer beroepsmatige thuiszorg kan wellicht de daling van de inzet van VPTZ in de thuissituatie deels verklaren.

Daarnaast zal de toename van het aantal voorzieningen voor palliatieve terminale zorg (PTZ) ook een deel van de verklaring vormen. De groei van 40% in de periode 2004-2006 volgens het Nivel en onze eigen gegevens, zal zeker ten goede komen aan mensen die anders thuis waren ondersteund. Toch mag deze groei ook weer niet overdreven worden als verklaringsfactor. Kijken we naar de PTZ voorzieningen dan komt het Nivel op minimaal 3.868 mensen die in 2005 in deze voorzieningen zorg hebben ontvangen. Dit komt neer op circa 7% van alle overledenen in 2005 aan niet-acute aandoeningen. Bovendien komen de meeste verwijzingen voor de hospices van de intramurale zorg. Het is de vraag of deze cliënten anders wel naar huis waren gegaan of in een intramurale voorziening waren gebleven.

Volgens de Nivel Monitor Palliatieve Zorg 2006 heeft 76% van de zelfstandige hospices wel eens te maken met een wachtlijst. Voor alle PTZ voorzieningen is de gemiddelde wachttijd circa 7 dagen. Het werken met een peildatum zoals dat in de VPTZ registratie gebeurt, geeft natuurlijk beperkte informatie. De keuze van de peildatum kan ook effect hebben op het aantal personen op de wachtlijst. Wachtlijsten hangen ook samen met het feit dat het aantal stervenden per maand nogal kan variëren. Zo is in 2006 het verschil tussen de maand met de minste (oktober) en de meeste (juli) sterfgevallen maar liefst 16,6% (bron CBS). Op basis van deze variaties is het niet realistisch om te veronderstellen dat wachtlijsten in de palliatieve terminale zorg te vermijden zijn.

In de Nivel monitor 2006 is sprake van een bezettingspercentage van 64,8% voor bijna-thuis-huizen tot 74,3% voor de high-care hospices. Een kwart van alle PTZ voorzieningen heeft een bezetting lager dan 50% volgens het Nivel, terwijl een ander kwart een bezettingspercentage heeft van meer dan 80%. Het grote verschil met de gegevens van VPTZ voor de high-care hospices wordt vermoedelijk verklaard door de verschillende definities van high-care hospices en daarmee de omvang van de onderzoeksgroep. De variatie tussen de instellingen is groot en dit geldt met name voor de bijna-thuis-huizen. De laagste 3 bezettingspercentages bij de bijna-thuis-huizen betreffen echter voorzieningen van 1 bed. Dit betreft eerder een voorziening voor 'nood-opvang' dan dat er sprake is van een hospice. Het is goed dat dit soort voorzieningen er zijn. Voor dit soort registraties vormen ze echter een uitzondering die het totale beeld sterk beïnvloeden. Als we in de VPTZ registratie deze kleine voorzieningen weglaten dan is het bezettingspercentage tussen bijna-thuis-huizen en high-care hospices nauwelijks verschillend. Dit verschil is zelfs minimaal als we ook letten op de startdatum van de hospices. Bovendien heeft dan nog maar 14% van alle hospices een bezettingspercentage van minder dan 50% en 29% heeft dan een bezetting van boven de 80%.

Zoals in het onderzoek van het Bureau Berenschot wordt gesteld, is er voor de bijna-thuis-huizen geen financiële prikkel om te streven naar een hoog bezettingspercentage. Deze prikkel is er wel voor de high-care hospices ("Onderzoek naar financiële knelpunten bij voorzieningen voor palliatieve terminale zorg", Berenschot/Joining Minds, mei 2006, hoofdstuk 5.2 conclusies en aanbevelingen t.a.v. BTH). Het blijkt dus geen verschil te maken voor de hospices of deze financiële prikkel er wel of niet is. Dit hangt samen met de achtergrond van deze missie gedreven organisaties.

Het gerapporteerde aantal gasten in hospices is lager dan waar de Nivel Monitor 2006 op uit komt voor alle PTZ voorzieningen (minimaal 3.868 personen). Dit kan verklaard worden uit de bijdrage van de palliatieve units die niet in de VPTZ registratie zijn meegenomen (63 voorzieningen) en de ontbrekende high-care hospices (8 hospices) bij VPTZ ten opzichte van het Nivel. Samen zijn deze goed voor 289 bedden met een gemiddelde van 8,1 patiënten per bed per jaar hetgeen neerkomt op 2.340 overledenen op jaarbasis. De Nivel onderzoekers hanteren een ruime marge van minimaal 3.868 van opgenomen gasten in PTZ voorzieningen tot 6.750 personen. De VPTZ gegevens voor de hospices samen met de ontbrekende gegevens die wel in de Nivel Monitor zitten, passen ruimschoots binnen deze marge ($1.863+2.340=4.203$). Dit zou betekenen dat circa 44% van de terminale patiënten in PTZ voorzieningen overlijden in zelfstandige hospices (bijna-thuis-huizen en high-care hospices). Dit komt ook goed overeen met de verdeling die het Nivel maakt tussen 40% zelfstandige hospices en 60% palliatieve zorgvoorzieningen als onderdeel van een grotere zorgvoorziening.

De cijfers over 2005 over de inzet van vrijwilligers in de high-care hospices laten een halvering in uren zien ten opzichte van 2004. Dit wordt vermoedelijk veroorzaakt door een andere definitie van high-care hospices. Deze cijfers zijn echter wel meer in overeenstemming met de bevindingen van het Nivel. Het Nivel vond begin 2006 dat het aantal uur vrijwilligers per bed voor een bijna-thuis-huis tweemaal zo hoog lag als voor een high-care hospice. Dat gegeven strookt met de registratiegegevens van VPTZ.

Geen enkele studie kon tot op heden een duidelijk verschil in de populatie vinden tussen de gasten van bijna-thuis-huizen en high-care hospices. Aan de voordeur wordt niet apart geïndiceerd (“Onderzoek naar financiële knelpunten bij voorzieningen voor palliatieve terminale zorg”, Berenschot/Joining Minds, mei 2006, pag. 9) en ook de spreiding van de diverse voorzieningen over het land maakte het eerder waarschijnlijk dat er sprake was van een willekeurige toedeling van cliënten aan de diverse hospices dan dat hier een beleid achter zat (‘Waar wilt u doodgaan?’, vd Akker, Luijkx, IVA, 2005). Dit lijkt gestaafd te worden door de herkomst van de verwijzingen naar respectievelijk de bijna-thuis-huizen en de high-care hospices. Hier zijn slechts kleine verschillen tussen.

Ook is het voorzieningenniveau aan medisch-verpleegkundige handelingen niet duidelijk verschillend (‘Bijna-thuis-huis of Hospice?’, vd Akker, Bart en Luijkx in Pallium, jrg 8, nr. 2, april 2006, pag. 14-18). Verschillen die wel gevonden zijn tot nu toe hebben vooral betrekking op organisatorische aspecten (schaalgrootte, disciplines op loonlijst, e.d.).

In deze rapportage komt echter een boeiend verschil naar voren als het gaat om de leeftijd van de cliënten die verblijven in een bijna-thuis-huis en een high-care hospice. De gasten van high-care hospices zijn duidelijk jonger dan in bijna-thuis-huizen. Dit rechtvaardigt een veronderstelling over de medische achtergrond van cliënten die dit leeftijdsverschil zou kunnen verklaren. Het is in ieder geval de moeite waard om hier specifiek onderzoek naar te doen.

3.1 Vrijwilligers en coördinatoren

Vrijwilligers

Het nieuwe meerjarenbeleidsplan van VPTZ Nederland 'Verbinding maken' (december 2006, Bunnik, VPTZ) begint met de relatie tussen de hulpvrager en de vrijwilliger. Voor VPTZ begint het bij deze unieke relatie die mede mogelijk wordt gemaakt door de inzet van de coördinatoren. In dit hoofdstuk gaat het over deze twee belangrijke groepen mensen.

In tabel 11 wordt over verschillende jaren het totaal aantal vrijwilligers vergeleken. Het gaat om een schatting van het totale aantal op basis van de respons op de registratiegegevens en een vergelijking met het aantal abonnementen op het blad 'Antenne' voor VPTZ vrijwilligers. De respons op de registratievraag van VPTZ is hoog maar niet volledig. Op basis van de registratie telt VPTZ 5.348 vrijwilligers.

We weten echter dat in de registratiegegevens m.n. vrijwillige terminale thuiszorgorganisaties onder vertegenwoordigd zijn en die hebben over het algemeen minder vrijwilligers. Houden we hiermee rekening door de gemiddelde gegevens per soort organisatie (thuis, BTH, HCH) te extrapoleren naar het totaal aantal organisaties per soort, dan gaat het totaal om 6.817 vrijwilligers. Op basis van de geëxtrapolerde gegevens per provincie (bijlage 1) wordt een vergelijkbaar getal gevonden en ook op basis van de abonnementen op het vrijwilligersblad Antenne wordt een vergelijkbaar aantal gevonden (circa 6.340 vrijwilligers, terwijl niet elke vrijwilliger in een hospice de 'Antenne' persoonlijk ontvangt). We houden voor 2005 dus 6.817 vrijwilligers aan waarvan 3.556 vrijwilligers actief zijn in de terminale thuiszorg; 2.379 vrijwilligers in de BTH's en 882 vrijwilligers in de HCH's,

Sinds 1998 is het aantal vrijwilligers meer dan verdubbeld. Dit komt enerzijds door de groei van het aantal organisaties maar ook doordat deze groei vooral in de hospices is geweest. Er zijn meer vrijwilligers betrokken in een hospice dan in een thuiszorgorganisatie. Hierdoor is ook het gemiddelde aantal vrijwilligers per organisatie gestegen.

Van alle vrijwilligers VPTZ was in 2005 52% actief in de thuiszorg, 35% in de bijna-thuis-huizen en 13% in de high-care hospices. Een thuiszorgorganisatie heeft gemiddeld 25 vrijwilligers tegen een BTH 57 vrijwilligers en een HCH 68 vrijwilligers. Bij de hospices dient er rekening mee gehouden te worden dat de bijna-thuis-huizen kleiner zijn (gemiddeld 3,7 plaatsen) dan de high-care hospices (gemiddeld 6,2 plaatsen). Het aantal beschikbare vrijwilligers per plaats/gast is bij de BTH's gemiddeld 15,4 terwijl dit bij een HCH gemiddeld 11 vrijwilligers betreft.

Tabel 11 Aantal vrijwilligers

Vrijwilligers	gemiddeld aantal vrijwilligers per organisatie	aantal VPTZ organisaties per 31-12 van ieder jaar	totaal aantal vrijwilligers van alle VPTZ organisaties
2005 (n=146)	34,6	197	6.817
2004 (n=134)	31,6	197	6.232
2003 (n=112)	28,6	183	5.232
2002 (n=93)	26,4	172	4.541
2000 (n=75)	25,7	168	4.318
1998 (n=86)	21,9	162	3.282

Van alle VPTZ vrijwilligers is 10% niet daadwerkelijk ingezet in 2005. Dit percentage is het laagst voor de HCH's (5%), rond het gemiddelde voor de thuiszorgorganisaties (11%) en het hoogste voor de BTH's (14%). Wellicht komt dit laatste cijfer ook doordat het aantal nieuwe BTH's groot is vergeleken met de thuiszorgorganisaties en de HCH's. Het gemiddelde is lager dan de afgelopen jaren toen gemiddeld 12% van de vrijwilligers niet werd ingezet.

De wisseling in vrijwilligers (uitstroom en nieuwe vrijwilligers) betrof in 2005 in totaal 1.012 nieuwe vrijwilligers (voor 116 organisaties) tegen 719 gestopte vrijwilligers (voor 113 organisaties). De grotere instroom dan uitstroom staat in verhouding tot de daling van het aantal organisaties dat meldt dat er een

tekort is aan vrijwilligers (26% in 2005 tegen 34% in 2004). Het aantal gestopte vrijwilligers is echter hoger dan ooit. Dit zal ook samenhangen met de groei van het aantal vrijwilligers.

De basis van de VPTZ organisaties wordt al jaren gevormd door vrouwen (86%) met een gemiddelde leeftijd van 54,8 jaar. De leeftijd varieert tussen 18 en 85 jaar. Het gemiddelde is al vele jaren constant wat er op neer komt dat er ook steeds sprake is van jongere vrijwilligers die erbij komen voor oudere vrijwilligers die er mee stoppen.

Tabel 12 Opbouw van de groep vrijwilligers op basis van sekse, leeftijd en doorstroming

Vrijwilligers	♀	♂	Leeftijd			gemid. aantal nieuwe vrijwilligers per VPTZ org.	gemid. aantal gestopte vrijwilligers per VPTZ org.
			jongste vrijwilliger	oudste vrijwilliger	gemid. leeftijd		
2005	86%	14 %	18 jaar	85 jaar	54,8 jaar	8,7	6,4
2004	83 %	17 %	19 jaar	86 jaar	55,0 jaar	7,1	4,8
2003	87 %	13 %	21 jaar	85 jaar	53,5 jaar	6,1	4,1
2002	87 %	13 %	21 jaar	83 jaar	54,5 jaar	7,4	4,5
2001	90 %	10 %	22 jaar	83 jaar	54,7 jaar	7,6	5,4

Het totaal aantal uren inzet van vrijwilligers is gedaald ten opzichte van 2004 van 555.174 uur naar 491.697 maar dit is geheel toe te schrijven aan een andere weergave van de hospice gegevens (niet extrapoleren - tabel 13). Was dit wel gebeurd dan was het aantal uur ongeveer gelijk gebleven ondanks de sterke daling van het aantal uren in de terminale thuiszorg (- 20%).

Het gemiddelde beroep dat op een vrijwilliger gedaan wordt over de afgelopen jaren bedraagt circa 80 uur op jaarbasis over de afgelopen jaren. Dit gemiddelde kent uiteraard een grote spreiding. Zo hanteren de meeste hospices een inzet van 4 tot 8 uur per week. Rekening houdend met vakanties en bezettingsgraden betekent dit in een hospice circa 220 uur per vrijwilliger per jaar.

In de thuiszorg is de inzet afhankelijk van het aantal aanvragen, de lengte van de ondersteuning, de intensiteit van de ondersteuning en de aanwezigheid van mantelzorg. Dit geeft een gemiddelde inzet van 62 uur per vrijwilliger per jaar.

Dat het aantal uur per vrijwilliger daalt, heeft vooral te maken met de grote terugloop van inzet van vrijwilligers in de terminale thuiszorg. Aangezien dit nog steeds het grootste deel van VPTZ betreft, telt dit zwaar door.

In de thuiszorg maar met name bij de hospices zetten vrijwilligers zich ook in voor andere taken dan zorgvrijwilliger of bestuurslid. Dit gebeurt veelal voor het onderhoud van het pand of de tuin bij hospices maar ook veelvuldig voor publiciteit/voorlichting, administratie en fondsenwerving (tabel 14). In 2004 waren bij de 143 activiteiten ruim 600 vrijwilligers betrokken. In de formulieren van 2005 is dit niet duidelijk ingevuld en kunnen we alleen schatten dat door de stijging van het aantal activiteiten ook het aantal betrokken vrijwilligers zal zijn gestegen tot ruim 800. Voor een deel zullen dit vrijwilligers zijn die ook als zorgvrijwilliger actief zijn maar voor een deel gaat het om andere vrijwilligers die hun inzet geven op basis van hun mogelijkheden en expertise.

Tabel 13 Aantal ingezette uren door vrijwilligers

Zorguren	2005				2004			2003			2002		2001	
	Thuis zorg	Bijna-thuis-huis	High-care hospice	Verpl/verz .huis	Thuis zorg	Hospice /bth	Verpl/verz .huis	Thuis zorg	Hospice /bth	Verpl/verz .huis	Thuiszorg	Hospice/bth	Thuiszorg	Hospice/bth
Totalen	129.655	249.988	87.335	24.719	160.930	387.355	6.989	187.597	342.297	14.419	239.376	153.402	213.003	109.874
Aantal uur inzet per vrijwilliger	73 uur				89 uur			120 uur			86 uur		98 uur	

Tabel 14 Andere vrijwilligerswerkzaamheden naast zorgvrijwilliger, vrijwillige coördinator, bestuurslid

soort activiteiten	2005	2004
	aantal keren dat dit voorkomt	aantal keren dat dit voorkomt
onderhoud tuin of pand	68	46
publiciteit/voorlichting	47	48
fondsenwerving	18	14
anders	administratie:26 scholing: 5 koken: 5 vertrouwenspersoon: 4 vervanging coördinator: 3 overig: 14	administratie:12 scholing: 7 overig: 16
totaal	190	143

Tabel 15 Deskundigheidsbevordering vrijwilligers palliatieve terminale zorg

Deskundigheidsbevordering vrijwilligers	introductie cursus						landelijke VPTZ vervolgcursus						Themabijeenkomsten en overig					
	Aantal cursussen			aantal cursisten			aantal cursussen			aantal cursisten			aantal bijeenkomsten			aantal deelnemers		
	2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003
Vrijwilligers thuis	121	177	179	488	452	563	290	304	389	485	556	708	649	723	802	4.420	4.828	4.806
Vrijwilligers bth	49	39	48	204	268	388	43	144	15	127	319	64	162	178	182	2.184	2.669	1.745
Vrijwilligers hch	21	13		163	117		4	6		34	91		73	64		802	1.290	
Totaal	191	229	227	855	837	951	337	454	404	646	966	772	884	780	984	7.406	8.787	6.551

Totaal aantal deelnemers 2003: 8.274

Totaal aantal deelnemers 2004: 10.443

Totaal aantal deelnemers 2005: 8.907

Opleiding van vrijwilligers

Trainingen en cursussen voor de vrijwilligers zijn altijd een belangrijk aandachtspunt geweest voor alle VPTZ organisaties. Iedere vrijwilliger start met een introductiecursus voordat hij of zij daadwerkelijk zich mag inzetten in de palliatieve zorg. In 2005 kregen volgens de registratiegegevens 855 nieuwe vrijwilligers een introductiecursus aangeboden (85% van alle nieuwe vrijwilligers). VPTZ verkocht van haar landelijk ontwikkelde Introductiecursus in 2005 776 exemplaren (Jaarverslag 2005). De overige Introductietrainingen zijn door de organisaties zelf ontwikkeld.

De vervolgtrainingen op landelijk niveau door VPTZ worden door 65 organisaties opgegeven met een aantal cursisten van 646. Dit is een vertekend beeld ten opzichte van de eigen administratie en factuurgegevens bij VPTZ. Daarbij is sprake van 1070 vrijwilligers waarvan 150 die een in-company training volgden bij een BTH op basis van de landelijk ontwikkelde cursussen. Deze laatste groep wordt door de BTH's mogelijk onder overige cursussen geschaard. De cursisten zijn volgens deze gegevens van het Landelijk Steunpunt als volgt verdeeld: 744 cursisten vrijwillige terminale thuiszorg; 303 cursisten vrijwilligers in BTH en 23 cursisten vrijwilligers in HCH.

Belangrijkste gegeven is dat nieuwe vrijwilligers bijna altijd eerst een introductiecursus volgen voordat zij hun inzet kunnen geven. Daarnaast wordt veel gedaan om vrijwilligers bij te scholen en de kansen te geven om steeds weer fris tegen hun inzet aan te kijken. En elke VPTZ organisatie organiseert naast de Introductiecursus en landelijke VPTZ cursussen, gemiddeld 6 bijeenkomsten per jaar voor haar vrijwilligers met gemiddeld 8,4 deelnemers.

Coördinatoren

Het aantal coördinatoren verkregen op basis van de registratierapportage 2005 bedraagt 9% meer dan over 2004. Zoals uit tabel 16 naar voren komt, schommelt het aantal coördinatoren rond de 2 per organisatie. Naast het aantal coördinatoren is ook per VPTZ organisatie het totale aantal coördinatie-uren opgegeven.

Gemiddeld bedraagt het aantal coördinatie-uren per VPTZ thuiszorgorganisatie tussen de 20 en 24 uur in de afgelopen jaren waarvan driekwart betaald is.

De coördinatie-uren van de hospices is afhankelijk van de setting waarin de vrijwilligerscoördinatoren werken. De groep vrijwilligers is weliswaar groter in C's maar de vrijwilligerscoördinatoren vormen vaak een team met een zorgmanager of verpleegkundig hoofd naast een directeur. Dat betekent dat taken voor het draaiende houden van het huis verdeeld worden over meerdere mensen of bij andere leidinggevenden horen.

In de BTH's doen de coördinatoren alle taken die nodig zijn om het huis draaiende te houden naast de coördinatie van de vrijwilligers. Dit verklaart waarom zij gemiddeld tweederde meer tijd nodig hebben voor hun taken.

De verandering in de verdeling tussen de HCH en BTH coördinatoren qua uren coördinatie komt vermoedelijk voort uit een andere indeling van de verschillende hospices over de 2 categorieën.

Tabel 16 Aantal coördinatoren

Coördinatoren	gemiddeld aantal coördinatoren per organisatie	aantal VPTZ organisaties per 31-12 van ieder jaar	totaal aantal coördinatoren van alle VPTZ organisaties
2005 (n= 145)	2,1	197	407
2004 (n=134)	1,9	197	373
2003 (n=112)	2,1	183	389
2002 (n=93)	2,4	172	417
2000 (n=75)	1,9	168	319
1998 (n=86)	2,0	162	332

Het betalen van vrijwilligerscoördinatoren is mede afhankelijk van de financiële mogelijkheden. Sinds 2002 is de subsidieregeling Coördinatiekosten Vrijwillige Thuiszorg en Mantelzorgondersteuning

(CVTM) niet alleen toegankelijk voor de vrijwilligerscoördinatoren in de terminale thuiszorg, maar ook voor vrijwilligerscoördinatoren van bijna-thuis-huizen en high-care hospices. In de hospices is 100% betaalde coördinatie gebruikelijk terwijl dit voor de terminale thuiszorgorganisaties in tweederde van de organisaties het geval is. In de terminale thuiszorg was dit vanuit de geschiedenis niet gebruikelijk en is dit een langere weg gegaan. In 2005 is voor het eerst het onderscheid is gemaakt tussen betaalde coördinatie en het betalen van alleen een onkostenvergoeding. Eenderde van de organisaties geeft de coördinatoren alleen een onkostenvergoeding. Toch is het aandeel betaalde coördinatie in de vrijwillige terminale thuiszorg wel toegenomen in de afgelopen jaren (tabel 17). Door de groei in het aantal hospices is er nu bij 75% van alle VPTZ organisaties sprake van betaalde coördinatie.

Tabel 17 Aantal uren vrijwilligerscoördinatie

Coördinatoren	coördinatoren in de registratie	gemiddeld aantal uren coördinatie per VPTZ organisatie
2005 (n= 145)	339 coördinatoren	thuis: 23,6 uur waarvan 18,2 uur betaald (77%)*
		bth: 42,5 uur waarvan 40,3 uur betaald (95%)
		hch: 25,4 uur waarvan 25,4 uur betaald (100%)
2004 (n=134)	287 coördinatoren	thuis: 21,5 uur waarvan 16 uur betaald (74%)
		bth: 50 uur waarvan 47 uur betaald (94%)
		hch: 21,5 uur waarvan 21 uur betaald (98%)
2003 (n=112)	278 coördinatoren	thuis: 25,3 uur waarvan 15,4 uur betaald (61%)
		h/bth: 33,3 uur waarvan 31,2 uur betaald (94%)
2002 (n=93)	262 coördinatoren	22 uur waarvan 15 uur betaald (68%)
2001 (n=86)	236 coördinatoren	22 uur waarvan 15 uur betaald (68%)

* 33% van de VPTZ organisaties die alleen terminale thuiszorg bieden, gaven aan dat de coördinator alleen een onkostenvergoeding ontving.

Hoewel de sekseverdeling van de coördinatoren wel verschillend zijn voor het type organisatie (thuis, bijna-thuis-huis, high-care hospice) is dit slechts een beperkt verschil (tabel 18). Schommelt het percentage vrouwelijke vrijwilligers rond de 85%, voor de coördinatoren ligt dit percentage beduidend hoger rond de 95%.

De gemiddelde leeftijd van de coördinatoren in de vrijwillige terminale thuiszorg (52,8 jaar) ligt 4 tot 5 jaar hoger dan bij de hospices (circa 48 jaar) en ook de hoogste leeftijd bij de coördinatoren in de terminale thuiszorg is beduidend hoger dan bij de hospices. Hier ligt vermoedelijk ook een verband met de betaalde coördinatie of het geven van onkostenvergoedingen.

Het opleidingsniveau van vrijwilligerscoördinatoren is voor het eerst in 2005 in beeld gebracht (tabel 19). Er is verschil in het opleidingsniveau van coördinatoren in de diverse omgevingen. In de vrijwillige terminale thuiszorg is bijna tweederde van de coördinatoren HBO of universitair opgeleid. Dit percentage ligt bij de hospices hoger (BTH: 75%; HCH: 71%). Verder valt op dat een relatief groot deel van de thuiszorgcoördinatoren een MBO opleiding hebben (30%) terwijl een groot deel van de HCH vrijwilligerscoördinatoren alleen een algemene opleiding op HAVO/VWO niveau hebben (18%). Worden de specifieke VPTZ coördinatorentrainingen bij dit overzicht betrokken dan is de deelname vanuit de vrijwillige terminale thuiszorg en de bijna-thuis-huizen het hoogst. In totaal namen volgens de eigen gegevens van het Landelijk Steunpunt VPTZ 154 coördinatoren deel aan deze trainingen (Jaarverslag 2005, VPTZ). Voor zover er al sprake is van verschil in opleidingsniveau, dan lijkt dit door op de taak gerichte scholing ondervangen te worden.

Tabel 18 Opbouw van de vrijwilligerscoördinatoren per type organisatie

coördinatoren 2005	♀	♂	Leeftijd		
			jongste coördinator	oudste coördinator	gemiddelde leeftijd
Vrijwillige terminale thuiszorg	93,5%	6,5%	30 jaar	67 jaar	52,8 jaar
Bijna-thuis-huis	94,0%	6,0%	35 jaar	58 jaar	48,5 jaar
Highcare hospice	96,0%	4,0%	33 jaar	58 jaar	47,8 jaar

Tabel 19 Opleidingsniveau, deskundigheidsbevordering en beloning coördinatoren vrijwilligers palliatieve terminale zorg

	Thuis	Bijna-thuis-huis	High-care hospice
Opleidingsniveau	VMBO: 4% MBO: 30% Havo/VWO: 3% HBO: 60% Universiteit: 4%	VMBO: 8% MBO: 12% Havo/VWO: 5% HBO: 60% Universiteit: 15%	VMBO: 6% MBO: 6% Havo/VWO: 18% HBO: 65% Universiteit: 6%
Toegepaste CAO	CAO Thuiszorg 55% CAO Welzijn 38% overig 7%	CAO Thuiszorg 79% CAO V&V 15% overig 6%	CAO Thuiszorg 21% CAO Ziekenhuizen 29% CAO V&V 43% overig 7%
Toegepaste salarisschaal	prakt. coördinatie: FWG 45/50 algehele coördinatie: FWG 45/55 regio/steuncoördinatie: FWG 50/60	prakt. coördinatie: FWG 50/55 algehele coördinatie: FWG 50/55 regio/steuncoördinatie: -	prakt. coördinatie: FWG 45 algehele coördinatie: FWG 55/60 regio/steuncoördinatie: -
Deskundigheidsbevordering	98 (51%) coördinatoren volgden Landelijke VPTZ coördinatorentraining	37 (44%) coördinatoren volgden Landelijke VPTZ coördinatorentraining	6 (35%) coördinatoren volgden Landelijke VPTZ coördinatorentraining

In 2005 is ook voor het eerst naar de gebruikte CAO's gevraagd en naar de salarisindelingen. De CAO Thuiszorg is het meest gebruikt bij de vrijwillige terminale thuiszorgorganisaties en bijna-thuis-huizen. Opvallend is dat de vrijwilligerscoördinatoren in de high-care hospices onder de werking van de CAO voor de verpleeg- en verzorgingshuizen vallen of de CAO ziekenhuizen.

De salarisindeling van de coördinatoren laat ook verschillen zien, al is de betekenis daarvan niet direct in te schatten. In het Referentiemodel 2006 (Bureau Hoeksma, Homans & Menting, sept. 2005) is onderscheid gemaakt tussen praktische coördinatie, algehele coördinatie en regiocoördinatie. In de praktijk blijkt deze laatste functie alleen voor te komen bij vrijwilligersorganisaties in de terminale thuiszorg. Dit heeft te maken met historische achtergronden en met de schaalgrootte van deze organisaties. Bij de diverse functies is toen op basis van praktijkervaring ook gekeken naar toepasbare salarisschalen. Zo gaat het Referentiemodel uit van CAO Thuiszorg, FWG 50 voor de praktische coördinatie en CAO Thuiszorg 60 voor algehele en regiocoördinatie. Dit is in de registratiegegevens ook terug te vinden met wat onderlinge variatie. Deze variatie zal er altijd zijn op basis van de schaalgrootte van de organisaties en op basis van de financiële mogelijkheden. Daarnaast zijn de FWG schalen tussen de diverse CAO's niet gelijk.

Overige functies

Voor de high-care hospices geldt dat er ook andere functies dan vrijwilligerscoördinator door beroepskrachten worden vervuld. Het betreft hier verpleegkundigen, artsen (volgens opgave van 6 HCH's), verzorgenden (opgave 5 HCH's), paramedici (opgave 2 HCH's) en geestelijk verzorgers (opgave 6 HCH's).

3.2 Reflecties

Vrijwilligers

Het aantal vrijwilligers in de terminale zorg stijgt nog steeds. Vergeleken met landelijke cijfers maken VPTZ vrijwilligers 2% van alle zorgvrijwilligers uit ('Hoe stevig is het cement?', Plemper e.a., Verwey-Jonker Instituut en NIZW, Utrecht, 2006).

Vergelijken we de VPTZ cijfers over de vrijwilligers met cijfers van landelijke vrijwilligersorganisaties in de zorg, dan gaat het om 79% vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 60 jaar (spreiding tussen 31 en 80 jaar). Ruim de helft (56%) van de zorgvrijwilligersorganisaties ervaart een vergrijzing (Plemper e.a. pag. 51 en 58) en 46% zegt dat er meer vrijwilligers bij zouden kunnen en 18% dat zelfs meer vrijwilligers noodzakelijk zijn ('Hoe stevig is het cement?', Plemper e.a., Verwey-Jonker Instituut en NIZW, Utrecht, 2006, pag. 49).

Landelijk zetten zorgvrijwilligers zich gemiddeld 11-17 uur per maand in voor het vrijwilligerswerk (Plemper, e.a. pag. 38). Dit zou op jaarbasis 132-204 uur betekenen. Tevens geeft 50% van de vrijwilligers aan zich in te zetten voor meerdere organisaties. Ook VPTZ kent het fenomeen dat vrijwilligers zich inzetten voor meer organisaties. Dit kan verklaren waarom het gemiddelde aantal uren inzet van VPTZ vrijwilligers lager ligt dan het landelijk gemiddelde.

In het landelijke onderzoek naar zorgvrijwilligers bleek dat 62% van de organisaties deskundigheidsbevordering biedt aan haar vrijwilligers maar dat dit voor 99% van alle VPTZ organisaties geldt (Plemper, e.a., 2006, pag. 44).

Het Nivel vindt begin 2006 vergelijkbare cijfers over het gemiddeld aantal plaatsen per hospice (BTH: 3,7 plaatsen; HCH: 6,4 plaatsen) en aantal vrijwilligers (BTH: 57 gemiddeld; HCH: 60 gemiddeld). De kleine afwijking bij de HCH's lijkt gelegen in de samenstelling van de groep HCH's. Deze gegevens komen overeen met wat vd Akker in 2005 vond.

In de studie van het Verwey-Jonker Instituut en NIZW ('Hoe stevig is het cement? Positie van vrijwilligers en vrijwilligersorganisaties in de zorg', Plemper, e.a., nov. 2006) is de schatting dat er minimaal 321.000 vrijwilligers in de zorg actief zijn (exclusief GGZ, gehandicaptenzorg, patiënten- en

consumentenorganisaties) die maandelijks rond de 4,5 miljoen uren hulp en zorg bieden. De waardering voor deze inzet is groot bij de zorgvragers en mantelzorgers. Bij zorgorganisaties laat de waardering nogal te wensen over volgens het onderzoek. Het wordt wel met de mond beleden, maar nog weinig naar de vrijwilligers zelf getoond. Binnen vrijwilligersorganisaties ligt dit duidelijk anders.

Dit ondersteunt de visie die VPTZ in haar meerjarenbeleidsplan “Verbinding maken” (VPTZ, 2006) heeft verwoord. Er is vanuit VPTZ een duidelijke verbondenheid met de beroepsmatige zorg maar ze maakt er geen onderdeel van uit.

Coördinatoren

Het percentage vrouwen onder VPTZ coördinatoren is hoger dan het gemiddelde in de sector Zorg en Welzijn dat op 90% vrouwen ligt (Tendrapportage Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2003, Sonja Bekker, e.a., OSA, Tilburg 2004, pag. 25). De VPTZ coördinatoren zijn ook ouder dan de gemiddelde werknemers in de sector Zorg en Welzijn die gemiddeld 39 jaar zijn en in de sector thuiszorg gemiddeld 42 jaar. Het aandeel 50plussers is echter de afgelopen jaren ook daar gestegen naar 18% en voor de thuiszorg naar 26% (Tendrapportage Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2003, Sonja Bekker, e.a., OSA, Tilburg 2004, pag. 26).

Het opleidingsniveau van de vrijwilligerscoördinatoren als geheel is hoog te noemen. Het verschil in opleidingsniveau tussen coördinatoren kan ook samenhangen met het verschil in gemiddelde leeftijd tussen coördinatoren. Zo was in de zorg dertig jaar geleden de in-service opleiding verpleging A (MBO niveau) het meest gangbaar terwijl pas later verpleegkunde op HBO niveau gangbaarder werd. Een echte vergelijkingsmaat ontbreekt aangezien in cijfers over de zorg ook het opleidingsniveau van de uitvoerenden op diverse niveaus is meegenomen. VPTZ kent niet de opleidingsachtergrond van de vrijwilligers.

Het percentage HBO/universitair opgeleiden in de verpleeg- en verzorgingshuizen bedraagt echter slechts 4% en in de thuiszorg 18% (Tendrapportage Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2003, Sonja Bekker, e.a., OSA, Tilburg 2004, pag. 36).

Het lijkt alsof de bijna-thuis-huizen vanuit hun visie in hun arbeidsvoorwaarden ook duidelijk kiezen om als thuisverplaatste zorg het dichtst tegen de thuiszorg aan te zitten terwijl de high-care hospices de aansluiting voor de arbeidsvoorwaarden zoeken met de intramurale zorg.

4.1 Financiën

Inkomsten

In het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) heeft het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) over 2005 een inventarisatie gehouden bij Zorgkantoren naar de bestedingen van de subsidieregeling Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg en Mantelzorgondersteuning (CVTM). Deze gegevens zijn door Mezzo en VPTZ gecheckt bij de respectievelijke achterbannen en gecorrigeerd waar nodig. Dit leverde voor VPTZ een totaalbedrag op dat besteed is aan ondersteuning van lokale vrijwilligerscoördinatoren voor de terminale thuiszorg en de hospices van circa 9,3 miljoen euro. Via onze registratiegegevens komen we op een vrijwel identiek bedrag uit als totaal beschikbaar bedrag voor deze subsidieregeling (tabel 20).

Voor 2005 heeft er een ophoging van het CVTM budget voor de vrijwillige palliatieve terminale zorg plaatsgevonden met middelen vanuit de wachtlijstgelden, met extra middelen om knelpunten voor VPTZ organisaties op te lossen en met extra geld voor de provincie Drenthe om aangegane verplichtingen voor het opstarten van bijna-thuis-huizen te kunnen nakomen. Dit verklaart de groei van het CVTM budget ten opzichte van 2004. Door die groei is het aandeel overheidssubsidie voor de lokale organisaties ook gegroeid van 53% naar 58%.

Een andere vraag in de registratie betreft het gebruik van een sleutel voor de verdeling van de subsidies tussen de diverse VPTZ organisaties. Op deze vraag geeft 58% van de respondenten in 2005 aan dat er sprake is van een verdeelsleutel, 32% van de respondenten heeft deze vraag niet ingevuld en 10% geeft aan zonder verdeelsleutel te werken. Van de 58% die wel een verdeelsleutel gebruiken geeft 63% aan met het HHM Referentiemodel 2003 of 2006 te werken (50 organisaties). 13% van de organisaties gebruikt een oud (VTZ) rekenmodel met uren, vrijwilligers en hulpvragen (HHM is hierop voortgebouwd). 10% van de organisaties geven aan op basis van de ingediende begroting te worden gesubsidieerd en de overige organisaties die deze vraag hebben ingevuld worden op basis van model in de regio Arnhem, het historisch gegroeide budget, of het aantal 65+ inwoners in de regio gesubsidieerd.

De overige inkomsten zijn op basis van de responsgegevens gegroeid. (In de totale inkomsten over 2005 lijken ze iets gedaald, door het niet gebruiken van de extrapolatiefactor voor de hospices (zie voor toelichting Hoofdstuk 1)).

Onder die overige inkomsten vallen bijdragen van fondsen, andere overheden, donateurs en bijdragen van gasten van hospices. In de bijna-thuis-huizen betalen gasten gemiddeld €22,30 per dag aan eigen bijdrage. Bij een totaal van 24.160 gastendagen gaat het hier om een bedrag van €538.768 aan inkomsten (19% van alle opgegeven inkomsten van BTH's). Een mantelzorger die blijft overnachten en/of maaltijden mee gebruikt, betaald gemiddeld €13 aan eigen bijdragen per dag aan het BTH.

In de high-care hospices betalen gasten een eigen bijdrage van gemiddeld €19,70 per dag wat bij een totaal van 19.994 gastendagen neerkomt op een bedrag van €393.882 aan inkomsten (13% van alle opgegeven inkomsten van HCH's). Een mantelzorger die blijft overnachten en/of de maaltijden mee gebruikt, betaalt in een HCH gemiddeld €8 aan eigen bijdrage per dag.

Uit de aangeleverde registratiegegevens blijkt een groei van het gemiddelde budget per organisatie van bijna € 61.000 in 2001 naar ruim € 123.234 in 2005. Een verdubbeling die vooral voort komt uit de toename van het aantal hospices in diezelfde periode. De kosten voor een hospice met zijn huisvestingskosten en kosten voor dagelijkse levensbehoeften van gasten liggen uiteraard hoger dan bij een vrijwillige terminale thuiszorgorganisatie. Daarnaast zullen ook de budgetten van de vrijwillige terminale thuiszorgorganisaties zijn gegroeid door de samenvoelingen die hier en daar hebben plaatsgevonden.

Tabel 20 Samenstelling financiële middelen

Financiën	2002			2003			2004			2005		
	absoluut (n=72)	%	totaal (n=172)	absoluut (n=84)	%	totaal (n=183)	absoluut (n=107)	%	totaal (n=197)	absoluut (n= 114)	%	totaal (n=197)
CVTM budget	€ 3.498.572	64%	€ 5.597.715	€ 4.176.267	49%	€ 5.846.774	€ 4.770.671	45%	€ 6.201.872	€ 8.153.708	58%	€ 9.280502*
wachttijstmiddelen	€ 71.084	1%	€ 113.734	€ 492.624	6%	€ 689.674	€ 851.161	8%	€ 1.106.509	-	-	-
overig	€ 1.886.463	35%	€ 3.018.341	€ 3.841.563	45%	€ 5.378.188	€ 5.047.901	47%	€ 6.562.271	€ 5.894.986	42%	€ 6.243.506*
totaal budget	€ 5.456.119	100%	€ 8.729.790	€ 8.510.455	100%	€11.914.636	€10.669.733	100%	€13.870.652	€ 14.048.694	100%	€ 15.524.008
beschikbaar CVTM budget in betreffende jaar (excl. wachttijstmiddelen)			€ 6.374.619			€ 6.619.370			€ 6.672.636			€ 9.297.405

N.B. de mogelijkheid om aanvragen te doen in het kader van de wachttijstmiddelen CVTM hielden per 1-1-2005 op.

* voor het totaalbedrag is alleen het totale CVTM bedrag voor de thuiszorgorganisaties geëxtrapoleerd en zijn de CVTM opgaven voor de BTH en HCH volgens de eigen opgave gehandhaafd. Ditzelfde is gedaan met de opgave van de overige middelen.

Tabel 21 Uitgavencategorieën VPTZ thuiszorg op basis van de feitelijke respons

Uitgavenposten	2002 (n=77)			2003 (n=80)			2004 (n=95)			2005 (n=81)		
	mediaan	%	maximaal *	mediaan	%	maximaal*	mediaan	%	maximaal*	mediaan	%	maximaal
salariskosten VC	€ 16.621	61%	€ 188.508	€ 15.649	61%	€ 132.000	€ 21.738	63%	€ 181.168	€ 20.079	59%	€ 307.179
activiteitenkosten	€ 3.996	15%	€ 49.012	€ 4.803	19%	€ 95.634	€ 3.370	14%	€ 34.358	€ 4.008	13%	€ 23.624
secretariële steun	€ 1.161	4%	€ 8.774	€ 835	3%	€ 7.011	€ 1.217	4%	€ 24.096	€ 912	2%	€ 12.971
organisatiekosten	€ 3.370	12%	€ 116.875	€ 2.705	11%	€ 100.415	€ 3.446	16%	€ 84.114	€ 4.269	17%	€ 36.723
overige kosten	€ 2.180	8%	€ 17.185	€ 1.468	6%	€ 43.800	€ 1.000	3%	€ 13.750	€ 1.036	9%	€ 170.387

VC = vrijwilligerscoördinator

Tabel 22 Uitgavencategorieën VPTZ hospicevoorzieningen op basis van de feitelijke respons

Uitgavenposten	2002 (n=15)			2003 (n=19)			2004						2005					
	Mediaan	%	maximaal*	mediaan	%	maximaal*	bth 2004 (n=21)			hch 2004 (n=7)			BTH (n=27)			HCH (n=10)		
							Mediaan	%	maximaal*	mediaan	%	maximaal*	mediaan	%	maximaal*	mediaan	%	maximaal
salariskosten VC	€ 29.776	42%	€ 112.076	€ 34.652	58%	€ 90.000	€ 63.354	49%	€181.903	€ 23.048	55%	€104.780	€58.000	45%	€141.209	€24.500	43%	€71.000
activiteitenkosten	€ 10.956	15%	€ 50.000	€ 7.754	13%	€ 28.353	€ 11.948	9%	€ 25.000	€ 17.215	31%	€ 23.342	€ 9.848	10%	€ 33.435	€15.000	18%	€26.500
secretariële steun	€ 2.000	3%	€ 26.479	€ 893	1%	€ 8.758	€ 3.128	2%	€ 42.082	€ 2.650	2%	€ 3.500	€ 3.500	1%	€ 21.945	€ 2.885	5%	€12.500
organisatiekosten	€ 21.160	30%	€ 78.861	€ 10.013	17%	€ 78.936	€ 34.285	23%	€ 81.499	€ 3.600	8%	€ 14.599	€ 25.000	28%	€226.541	€5.862	27%	€127.000
overige kosten	€ 6.939	10%	€ 164.785	€ 6.400	11%	€ 34.887	€ 19.263	17%	€126.652	€ 11.604	3%	€ 11.604	€ 12.500	16%	€166.603	€10500	7%	€12.000

VC = vrijwilligerscoördinator

Uitgaven

In tabel 21 en 22 komt het verschil naar voren in uitgaven tussen de diverse typen VPTZ organisaties. In de tabellen is gewerkt met de mediaan, dat is de score waarbij 50% van de respons onder dit getal zit en 50% boven dit getal. Dit zegt meer dan een gemiddelde wanneer er sprake is van een grote spreiding. Het gemiddelde wordt immers enorm opgekrikt door een klein aantal organisaties die hoge uitgaven hebben terwijl een VPTZ organisatie zonder betaalde coördinatie uiteraard een veel kleiner budget heeft dan wanneer de coördinatoren wel worden betaald. Achter elke kolom is ook de uiterste maximale waarde vermeld ter illustratie van de grote spreiding.²

4.2 Reflectie

Over de financiële kant van de vrijwilligersorganisaties in de palliatieve terminale zorg, inclusief de high-care hospices, wordt veel gesproken maar ontbreken ook veel gegevens. VPTZ registreert alleen een aantal macrocijfers (tabel 20) en kijkt naar een aantal specifieke uitgavencategorieën die van belang zijn voor de CVTM subsidieregeling (tabel 21 en 22).

Het onderzoek naar de financiële positie van hospicevoorzieningen in opdracht van het ministerie van VWS geeft ook slechts beperkte inzage in de financiële huishouding van de hospices ("Onderzoek naar financiële knelpunten bij voorzieningen voor palliatieve terminale zorg", Berenschot/Joining Minds, mei 2006).

Het is ook moeilijk om tot een eenduidig antwoord te komen rond de financiële positie van de organisaties. Niet alleen zijn in de ontstaansgeschiedenis van organisaties grote verschillen en diverse uitgangspunten te vinden, ook de financiering vanuit de zorgkantoren is per regio anders gerealiseerd. Op basis van de gegevens die VPTZ verzameld heeft kan globaal gezegd worden wat er gemiddeld in elk type organisatie financieel omgaat maar uit deze gegevens kan niet teveel worden afgeleid. Het zegt immers niets over de grootte van de organisatie, het aantal ondersteunde cliënten en de verdeling van de kosten over diverse posten. Zo komt in het Berenschot onderzoek naar voren dat de gemiddelde huisvestingskosten voor een bijna-thuis-huis €28.232 bedraagt en voor een high-care hospice €77.160. Daarnaast hebben de high-care hospices ook personeel met een verpleegkundige/medische achtergrond in dienst wat de kosten voor de beroepsmatige thuiszorg en de huisarts uitspaart. Toch lijkt het met het oog op de veranderingen in de financiering van de palliatieve terminale zorg voor wat betreft de vrijwillige thuiszorg en de zelfstandige hospices (bijna-thuis-huis en high-care hospices) van belang om tot een soort normbedrag per cliënt te komen. VPTZ doet separaat van deze registratierapportage hier een voorstel voor.

Inkomsten

In het onderzoek van Berenschot naar de financiële positie van hospicevoorzieningen kwam voor de bijna-thuis-huizen naar voren dat 43% afkomstig was van de CVTM subsidieregeling en 14% uit AWBZ financiering kwam. Vermoedelijk is dit samen te voegen omdat BTH's geen AWBZ functie hebben of het moet gaan om vergoeding huishoudelijke verzorging. De BTH's die hiervoor in aanmerking kwamen kregen dit vaak via de beroepsmatige thuiszorg en niet rechtstreeks van het zorgkantoor al zijn hier diverse variaties op.

In VPTZ registratie wordt geen onderscheid gemaakt tussen CVTM en AWBZ subsidie. CVTM is immers ook een AWBZ subsidie. In de VPTZ registratie is de CVTM subsidie goed voor 58% van de inkomsten. Hier dient wel een kanttekening bijgeplaatst te worden aangezien het hier om alle VPTZ organisaties gaat (vrijwillige terminale thuiszorg, BTH, HCH).

² De fluctuaties die optreden in de loop der tijd, worden veroorzaakt door verschillen in respons van organisaties. Een organisatie die het ene jaar verantwoordelijk is voor bijvoorbeeld de hoogste salariskosten en die een volgend jaar het registratieformulier niet heeft ingevuld voor de betreffende vraag, kan hierdoor een groot verschil veroorzaken in de maximale score.

Bijlage 1 Procentuele verdeling over provincies

Inwoners	aantal	%	% cliënten met inzet vrijwilligers per provincie, van alle VPTZ cliënten		% vrijwilligers per provincie van alle VPTZ vrijwilligers			% coördinatoren per provincie van alle VPTZ coördinatoren		
			2004	2005	2004	2005		2004	2005	
Groningen	574.384	4%		0,3%		83	1,2%		6	1,5%
Friesland	642.066	4%		2,0%		252	3,7%		21	5,2%
Drenthe	482.415	3%	3%	2,1%	3%	120	1,7%	3%	9	2,2%
Overijssel	1.105.512	7%	9%	9,1%	6%	382	5,5%	8%	29	7,2%
Flevoland	359.904	2%		1,3%		200	2,9%		19	4,7%
Gelderland	1.966.929	12%	16%	17,2%	16%	1.081	15,7%	22%	91	22,6%
Utrecht	1.162.258	7%	10%	7,0%	11%	451	6,6%	9%	27	6,7%
Noord-Holland	2.587.265	16%	20%	16,2%	24%	1.698	24,7%	9%	38	9,4%
Zuid-Holland	3.451.942	21%	19%	21,5%	20%	1.194	17,3%	21%	72	17,9%
Zeeland	379.028	2%		3,9%		376	5,5%		22	5,5%
Noord-Brabant	2.406.994	15%	15%	13,3%	9%	462	6,7%	12%	42	10,4%
Limburg	1.139.335	7%		5,9%		585	8,5%		27	6,7%
totaal	16.258.032	100%		99,8%		6.884	100%		403	100%

NB1: voor het aantal vrijwilligers en coördinatoren is het absolute aantal opgegeven vrijwilligers en coördinatoren als uitgangspunt genomen, vermenigvuldigt met de provinciale extrapolatiefactor die voor iedere provincie afzonderlijk is berekend (dit is de verhouding tussen de inwoners van het werkgebied van de respondenten afgezet tegen het totaal aantal inwoners van de werkgebieden van alle organisaties in die provincie).

NB2: tussen de cijfers per provincie en de totaalcijfers zoals die bijvoorbeeld in tabel 7, 11 en 16 zijn gegeven zitten kleine verschillen. Deze zijn echter kleiner dan 1% en daarom is niet verder gezocht waar deze verschillen uit voortkomen.

Bijlage 2 Cliënten per provincie

Het vermelde aantal organisaties betreft de respondenten en niet het totale aantal VPTZ organisaties in de provincie. De cijfers zijn de absolute aantallen voor de respondenten in die provincie.

Inzet per type zorgvraag Groningen	2005 (n=1)			
	Thuis	V&V	Hospices	Totaal
cliënten met inzet vrijwilligers	17	-	-	17
schriftelijk of tel. advies	2	-	-	2
adviesgesprek face to face	2	-	-	2
ondersteuning bij rouwzorg	-	-	-	
doorverwijzing wegens capaciteitsgebrek	-	-	-	
Totaal	21			21

Inzet per type zorgvraag Friesland	2005 (n=4)			
	Thuis	V&V	Hospices	Totaal
cliënten met inzet vrijwilligers	57	6	41	104
schriftelijk of tel. advies	13	-	-	13
adviesgesprek face to face	25	-	-	25
ondersteuning bij rouwzorg	-	-	-	
doorverwijzing wegens capaciteitsgebrek	-	-	-	
Totaal	95	6	41	142

Inzet per type zorgvraag Drenthe	2004 (n=1)				2005 (n=1)			
	Thuis	V&V	Hospice	Totaal	Thuis	V&V	Hospice	Totaal
cliënten met inzet vrijwilligers	109	-	-	109	110	-	-	110
schriftelijk of tel. advies	28	-	-	28	34	-	-	34
adviesgesprek face to face	-	-	-	-	14	-	-	14
ondersteuning bij rouwzorg	-	-	-	-	--	-	-	--
doorverwijzing wegens capaciteitsgebrek	-	-	-	-	--	-	-	--
Totaal	137			137	158			158

Inzet per type zorgvraag Overijssel	2004 (n=13)				2005 (n=15)			
	Thuis	V&V	Hospice	Totaal	Thuis	V&V	Hospice	Totaal
cliënten met inzet vrijwilligers	333	24	31	388	381	17	72	470
schriftelijk of tel. advies	202	15	10	227	105	2	25	132
adviesgesprek face to face	211	2	10	223	122	3	3	128
ondersteuning bij rouwzorg	118		17	135	56	--	--	56
doorverwijzing wegens capaciteitsgebrek	4		1	5	4	--	5	9
Totaal	868	41	69	978	668	22	105	795

Inzet per type zorgvraag Flevoland	2005 (n=3)			
	Thuis	V&V	Hospices	Totaal
cliënten met inzet vrijwilligers	53	12	2	67
schriftelijk of tel. advies	5	-	-	5
adviesgesprek face to face	-	-	-	
ondersteuning bij rouwzorg	-	-	-	
doorverwijzing wegens capaciteitsgebrek	-	-	-	
Totaal	58	12	2	72

Inzet per type zorgvraag Gelderland	2004 (n=27)				2005 (n=36)			
	Thuis	V&V	Hospice	Totaal	Thuis	V&V	Hospice	Totaal
cliënten met inzet vrijwilligers	472	14	217	703	497	48	343	888
schriftelijk of tel. advies	240	2	83	325	161	22	316	499
adviesgesprek face to face	157	2	100	259	222	4	175	401
ondersteuning bij rouwzorg	4		35	39	53	40	197	290
doorverwijzing wegens capaciteitsgebrek	14		38	52	27	--	127	154
Totaal	887	18	473	1.378	960	114	1.158	2.232

Inzet per type zorgvraag Utrecht	2004 (n=14)				2005 (n=16)			
	Thuis	V&V	Hospice	Totaal	Thuis	V&V	Hospice	Totaal
cliënten met inzet vrijwilligers	255	16	196	467	256	13	93*	362
schriftelijk of tel. advies	58		41	99	112	4	37	153
adviesgesprek face to face	51		10	61	46	--	15	61
ondersteuning bij rouwzorg			400	400	4	--	2	6
doorverwijzing wegens capaciteitsgebrek			20	20	2	--	24	26
Totaal	364	16	667	1.047	420	17	171	608

* Het grote verschil in cliënten van de hospices komt voort uit het ontbreken van de gegevens van de Johannes Hospitia (Vleuten en Wilnis) in 2005, die in 2004 wel meededen en 120 cliënten hadden.

Inzet per type zorgvraag N-Holland	2004 (n=16)				2005 (n=15)			
	Thuis	V&V	Hospice	Totaal	Thuis	V&V	Hospice	Totaal
cliënten met inzet vrijwilligers	442	8	363	813	395	9	432	836
schriftelijk of tel. advies	49		475	524	74	--	720	794
adviesgesprek face to face	79		380	459	143	8	422	573
ondersteuning bij rouwzorg	7		396	403	64	--	161	225
doorverwijzing wegens capaciteitsgebrek	3		50	53	7	--	55	62
Totaal	580	8	1.664	2.252	683	17	1.790	2.490

Inzet per type zorgvraag Zuid-Holland	2004 (n=28)				2005 (n=29)			
	Thuis	V&V	Hospice	Totaal	Thuis	V&V	Hospice	Totaal
cliënten met inzet vrijwilligers	488	33	296	817	496	56	555	1.107
schriftelijk of tel. advies	270	56	453	779	328	29	535	892
adviesgesprek face to face	183	30	241	454	190	9	234	433
ondersteuning bij rouwzorg	66	5	80	151	120	2	214	336
doorverwijzing wegens capaciteitsgebrek	2	1	126	129	--	--	289	289
Totaal	1.009	125	1.196	2.330	1.134	96	1.827	3.057

Inzet per type zorgvraag Zeeland	2005 (n=6)			
	Thuis	V&V	Hospices	Totaal
cliënten met inzet vrijwilligers	148	50	5	203
schriftelijk of tel. advies	65	-	40	105
adviesgesprek face to face	14	-	9	23
ondersteuning bij rouwzorg	14	-	5	19
doorverwijzing wegens capaciteitsgebrek	-	-	21	21
Totaal	241	50	80	371

Inzet per type zorgvraag N-Brabant	2004 (n=18)				2005 (n=17)			
	Thuis	V&V	Hospice	Totaal	Thuis	V&V	Hospice	Totaal
cliënten met inzet vrijwilligers	547	50	45	642	445	39	200	684
schriftelijk of tel. advies	197	2		199	327	11	99	437
adviesgesprek face to face	115	12		127	103	9	77	189
ondersteuning bij rouwzorg	106			106	3	--	150	153
doorverwijzing wegens capaciteitsgebrek	4			4	15	--	15	30
Totaal	969	64	45	1.078	893	59	541	1.493

Inzet per type zorgvraag Limburg	2005 (n=8)			
	Thuis	V&V	Hospices	Totaal
cliënten met inzet vrijwilligers	121	32	150	303
schriftelijk of tel. advies	43	-	110	153
adviesgesprek face to face	21	-	89	110
ondersteuning bij rouwzorg	32	-	425	457
doorverwijzing wegens capaciteitsgebrek	1	-	3	4
Totaal	218	32	777	1.027