

Arbeidsmarkt en zorgvraag

Achtergrondstudies

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid
en Zorg bij het advies Arbeidsmarkt en zorgvraag

Den Haag, 2006

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 340 50 60

Fax 070 340 75 75

E-mail mail@rvz.net

URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag

Fotografie: Eric de Vries

Druk: Quantas, Rijswijk

Uitgave: 2006

ISBN-10: 90-5732-170-X

ISBN-13: 978-90-5732-170-2

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net)
of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van
publicatienummer 06/09.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

Arbeidsproductiviteit en gebouw: een exploratieve studie in de verpleegzorg	5
J. Achterberg ing. K.H. Dekker ir. W.R. Pullen <i>(Center for people and buildings)</i>	
Zorgen voor mensen met dementie en arbeidsmarkt	93
dr. M. Vernooij-Dassen dr. M. Faber prof. T. van Achterberg prof. dr. R. Koopmans prof. dr. M. Olde Rikkert dr. H. Wollersheim <i>(UMC St Radboud, Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK)/Alzheimer Centrum Nijmegen)</i>	
Zorgen voor CVA-patiënten	161
prof.dr. G.A.M. van den Bos, projectleider (AMC) dr. J.M.A. Visser-Meily (UMCU/ Revalidatiecentrum De Hoogstraat) drs. J.N. Struijs, dr. C.A. Baan (RIVM) dr. A.H.M. Triemstra, dr. H.J. Sixma (NIVEL) drs. N.J.A. van Exel (Erasmus MC, iMTA/iBMG)	
Mantelzorg, arbeidsmarkt en zorgvraag	227
Alies Struijs (RVZ)	
Lijst van afkortingen	274
Overzicht publicaties RVZ	275

Arbeidsproductiviteit en gebouw: een exploratieve studie in de verpleegzorg



CENTER FOR PEOPLE AND BUILDINGS

J. Achterberg
ing. K.H. Dekker
ir. W.R. Pullen

Inhoudsopgave

	Samenvatting	9
1	Inleiding	11
1.1	Productiviteit en People and Buildings	11
1.2	Onderzoeksvraag	12
1.3	Werkwijze en beoogd resultaat, eerste afbakening	12
1.3.1	Werkwijze	12
1.3.2	Beoogde resultaten	13
1.4	Leeswijzer	13
2	Naar een model	15
2.1	Innovatie, arbeidsproductiviteit: begrippen en definities	15
2.1.1	Recent voorgestelde verbeteringen	15
2.1.2	Innovatie en arbeidsproductiviteit zijn complexe begrippen	16
2.2	Organisatiemodel	18
2.2.1	Algemeen	18
2.2.2	De rol van managers	19
2.2.3	Arbeidsproductiviteit en gebouw	19
2.2.4	Een verpleeghuis	20
2.2.5	De modelcomponenten toegepast op een verpleeghuis	20
2.3	Onze manier van kijken	23
2.3.1	Focus op intramuraal	23
2.3.2	Exploratief onderzoek	23
3	Literatuur	25
3.1	Cliënt en gebouw	25
3.2	Primair proces en gebouw	29
3.3	Techniek en gebouw	30
3.4	ICT	32
4	Interventies	36
4.1	Soorten interventies	36
4.2	Beschrijving interventies	36
4.2.1	Ruimtelijke interventies	36
4.2.2	Aanpassing van sfeer en interieur	37
4.2.3	Bouwfysische aanpassingen op het gebied van het binnenmilieu	38
4.2.4	Toepassing van moderne en toegesneden ICT, Domotica en zorgtechnologie	39
4.3	Interactie van de interventies onderling	40
4.4	Interventies in de praktijk	41

5	Kwalitatieve en kwantitatieve effecten	42
5.1	Uitgangspunten	42
5.1.1	Macro gegevens verpleeghuizen en personeel	42
5.1.2	Referentie voor kosten en kostenverdelingen	44
5.2	Rekenmodel	46
5.2.1	Schematische beschrijving	46
5.3	Resultaten	51
5.3.1	Per interventiegroep	51
5.3.2	Cumulatief resultaat	55
6	Discussie	56
	Bijlagen	59

Samenvatting

Dit rapport bevat de resultaten van een exploratieve studie over de relatie tussen de ontwikkeling van arbeidsproductiviteit in de verpleegzorg als gevolg van interventies in de gebouwde omgeving.

De hoofdvraag luidt “Welke gebouw- of gebouwgebruik gerelateerde maatregelen kunnen bijdragen aan positieve ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in verpleeghuizen?”

Uit literatuurstudie blijkt dat er geen eerdere studies bekend zijn die in de volle breedte deze vraag aan de orde stellen. Op onderdelen is er veel literatuur, maar kwantitatieve uitspraken over dit onderwerp ontbreken. Door de onderzoekers is een organisatiemodel gehanteerd om de verschillende relevante aspecten van een verpleeghuis te bestuderen. Het onderwerp is daarbij afgebakend tot intramurale instellingen, namelijk die met traditionele verpleegzorg zonder decentrale organisatie en verpleegzorg met aspecten van zelfredzaamheid georganiseerd in decentrale units. De trend naar extramuralisering is bekend maar buiten beschouwing gelaten. Het organisatiemodel waarin vijf componenten zijn beschouwd ((1) beleid, management en resultaten, (2) primaireproces en taken, (3) sociaal subsysteem, (4) ruimtelijk fysiek subsysteem/gebouw en (5) techniek) is de opstap geweest voor een uitgebreide literatuurstudie om relevante verbanden op te sporen. Parallel is een rekenkundig referentiemodel ontwikkeld dat een relatie legt tussen taken en de effecten op die taken als gevolg van gebouwelijke ingrepen. De ingrepen zijn gedefinieerd in vier groepen interventies: ruimtelijke ingrepen, sfeer en interieur, bouwfysische ingrepen en ten slotte ICT en domotica. De interventies zijn gericht op verbeteringen in kwaliteit van leven van cliënten, op ondersteuning van de zorgverleners en op facilitaire ondersteuning.

De effecten zijn tweeledig: effecten die direct op taakuitoefening van de verzorgende inwerken en die dat indirect doen. In deze laatste categorie vallen verbetering van de relaties tussen de cliënt en andere cliënten, respectievelijk de bezoekers, de mantelzorgers en de verzorgenden. Deze effecten zijn gekwantificeerd en zo mogelijk onderbouwd met gegevens uit de literatuur. De invloed van de betreffende interventie is uitgedrukt als een percentage ten opzichte van de maximaal te behalen besparing op arbeidstijd.

Het referentiemodel maakt gebruik van een aantal bronnen met gegevens over personeelsbezetting en kosten van verpleeghuizen. Hieruit zijn de gemiddelde kosten per cliënt afgeleid en tevens de kosten van een gemiddeld verpleeghuis. Met deze gegevens als uitgangspunt is een rekenmodel opgesteld dat inzicht geeft welke kosten beïnvloedbaar zijn voor verschillende vormen van productiviteitsstijging. De interventies zullen in de praktijk zelden of nooit los van elkaar ingezet worden. In de model berekeningen is hier rekening mee gehouden.

De berekeningen met het model leveren een inzicht op in het percentage theoretische kostenbesparing op de exploitatiekosten ten gevolge van een mogelijke stijging van de arbeidsproductiviteit.

Interventie	Theoretisch maximale besparing in % exploitatiekosten
1 Ruimtelijk	3.5
2 Sfeer en interieur	2.7
3 Bouwfysica	3.0
4 ICT en domotica	4.2
5 Alle 4 tezamen	11.3

De uitkomsten zijn vanzelfsprekend geconditioneerd. Allereerst door de beperkingen van het onderzoek zelf. Het model is een exploratief model met een hoge mate van deskundigenoordeel. Het model is beperkt gevalideerd, die stap moet nog gemaakt worden. De praktijk lijkt hiervoor de beste leermeester. Aanbevolen wordt om de lange termijn huisvestingsplannen van de zorginstellingen systematisch te gaan volgen en – indien daarvoor belangstelling bestaat – te gebruiken om het model te valideren: met deskundigen uit de zorgpraktijk en met gebouwonderzoekers. De beperking van dit onderzoek (alleen maar kijken naar intramurale zorg) kan dan tevens opgeheven worden.

Andere kritische succesvoorwaarden hebben betrekking op de rol van het management. In de praktijk zullen de spanningen van de managementvraagstukken zichtbaar worden. Die hebben te maken met de samenhang tussen de noodzaak om te besparen en de noodzaak om te verbeteren. Aanbevolen wordt om personeelsafdelingen een rol te geven bij de formulering van langetermijn huisvestingsplannen. Personele effecten van interventies, bijvoorbeeld het sturen op medewerkertevredenheid of op opleidingsbehoefte, moeten immers geduid worden. Een en ander maakt het mogelijk successievelijk goed gedocumenteerde best practices te formuleren. Het model stelt de gebruiker in staat om met die kennis de zorgvisie van de eigen instelling te operationaliseren in een concrete bedrijfsmiddelenvisie waarin huisvesting en personeel in een meerjarig perspectief samengebracht worden.

Bescheidenheid in de interpretatie van de uitkomsten blijft geboden. Er zijn kansen voor besparingen maar het inboeken daarvan staat of valt met de implementatie.

1 Inleiding

De zorgbehoefte neemt sterk toe, door de dubbele vergrijzing en de toename van het aantal kwetsbare mensen in de samenleving. Over een of meer decennia zal deze zorgvraag niet meer door de huidige arbeidsmarkt en evenmin met dezelfde middelen te beantwoorden zijn. Een ingrijpende andere beantwoording van de zorgvraag zal noodzakelijk zijn.

Bron: website Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (www.rvz.net)

De afstemming van zorgvraag en zorgaanbod roept de vraag op naar traditionele economische indicatoren als efficiency, effectiviteit en productiviteit. Het zorgaanbod moet gezien worden als inputfactor bij de productiviteitsbepaling in de zorg. Het zorgaanbod is veelzijdig maar de productiefactoren zijn traditioneel: arbeid en kennis, kapitaal, vastgoed, technische middelen en materiaal.

De constatering van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg heeft geleid tot een aantal onderzoeksvragen. Een daarvan luidt welke maatregelen tot productiviteitsverhoging leiden als er gekeken wordt naar de specifieke gevolgen van de groeiende zorgvraag en de gevolgen op de arbeidsmarkt. In dit onderzoek wordt aan traditionele maatregelen als scholing en vergroting van de arbeidsparticipatie voorbijgegaan. Het gaat om alternatieve antwoorden op de vraag welke aanbodfactoren verhoging van de arbeidsproductiviteit kunnen bewerkstelligen. Een van de aanbodfactoren is het gebouw, met inbegrip van het daarin geïnvesteerde kapitaal, de faciliteiten en de diensten en middelen die daarin een ondersteunende rol vervullen (gedefinieerd cf. NEN 2745, Termen voor facilitaire voorzieningen toegespitst op de gezondheidszorg).

1.1 Productiviteit en People and Buildings

In zijn programma Productieve Werkplekken onderzoekt het Center for People and Buildings (CfPB) het vraagstuk van de wisselwerking tussen gebouw en arbeidsproductiviteit. Over de invloed van ICT op productiviteitsontwikkeling is veel geschreven, maar over de ontwikkeling van productiviteit door veranderingen in de gebouwde omgeving is niet veel bekend (Frankema, 2003).

Het managementthema arbeidsproductiviteit wordt gemakkelijker geagendeerd dan dat er praktische bruikbare antwoorden gegeven kunnen worden door onderzoekers. Dit maakt de uitdaging des te groter om na te gaan hoe productiemiddelen zoals de gebouwde omgeving en de faciliteiten kunnen bijdragen aan het vergroten van arbeidsproductiviteit.

Populair gezegd: worden medewerkers in een organisatie productiever door een beter en slimmer gebouw? Dat het omgekeerde het geval is wanneer gebouwen niet voldoen aan minimale biofysische binnenmilieueisen is algemeen bekend sinds begin jaren tachtig het fenomeen 'sick building' ten tonele verscheen.

In de kantorensector is het fenomeen 'kantoorinnovatie' aanleiding geweest om na te gaan hoe economische en bedrijfskundige methoden en technieken van nut kunnen zijn bij het duiden van de relatie tussen ingrepen in de gebouwde omgeving en de uitkomsten voor een organisatie. De opgedane kennis kan ook ingezet worden in andere sectoren.

1.2 Onderzoeksvraag

De hoofdvraag van dit onderzoeksrapport luidt:

Welke gebouw- of gebouwgebruik gerelateerde maatregelen kunnen bijdragen aan positieve ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in verpleeghuizen?

Deelvragen zijn:

- Welke factoren zijn bepalend voor arbeidsproductiviteit?
- Hoe zijn deze factoren te relateren aan gebouw en gebouwgebruik?
- Welke maatregelen (of pakketten van maatregelen) dragen bij aan arbeidsproductiviteitsontwikkeling?
- Is gebouwleeftijd van invloed op de ontwikkeling van arbeidsproductiviteit?

1.3 Werkwijze en beoogd resultaat, eerste afbakening

1.3.1 Werkwijze

Onze onderzoeksaanpak is gekenmerkt door:

- theoretische modelstudie naar een (economische) administratie van inputs:
 - welke inputs; verzamelen van relevante aandachtsgebieden van gebouwen/gebouwgebruik die de arbeidsproductiviteit beïnvloeden; ordenen van de definities en begrippen; inventarisatie van bestaande standaarden;
 - verkennen van de relaties tussen inputs; beschrijven van mogelijke ingreep-effect relaties.
- verzamelen en bestuderen van relevante literatuur over verpleeghuizen, arbeidsproductiviteit en gebouwgerichte studies;
- bepalen van potentieel succesvolle gebouwelijke of gebouwgebruik gerelateerde interventies: de baten, waar mogelijk kwantitatief gespecificeerd, en de toename van arbeidsproductiviteit in het bijzonder;

- empirische toetsing: het vermoeden bestaat dat er een correlatie bestaat tussen de leeftijd van een gebouw en de mate van aandacht voor efficiënte arbeid. In interviews met vertegenwoordigers van drie verpleeghuizen van verschillende ouderdom en zorgvisie zal een bescheiden empirische toetsing van deze en andere veronderstelling worden uitgevoerd.

1.3.2 Beoogde resultaten

De beoogde resultaten van het onderzoek zijn:

- een indicatief en conceptueel systeemmodel voor een verpleeghuis waarin de relevante factoren (variabelen) en hun veronderstelde relaties zijn gedefinieerd;
- een beknopte samenvatting van nationale en internationale uitgevoerde onderzoeken die relevant zijn voor de vraagstelling waarbij vermeld wordt welke ingrepen in de praktijk succesvol zijn gebleken;
- een lijst met potentieel succesvolle gebouwelijke of gebouwgebruik gerelateerde interventies; interventies zijn gericht op het verhogen van de arbeidsproductiviteit. Een overzicht van baten van individuele en gecombineerde interventies.;
- een terugkoppeling van de bevindingen uit de literatuur, van de empirische toetsing en de lijst met interventies naar het model, zodanig dat het resultaat van bruikbaar is voor beleidsontwikkeling, deskundigheidsbevordering en verder onderzoek in de sector.

Gelet op de beperkte onderzoeksduur hebben wij onze aandacht gericht op de intramurale verpleegzorg. Waar het logisch is om baten te koppelen aan kosten is het expliciteren van kosten buiten de scope van dit onderzoek gebleven. Zinnige kostenramingen voor gebouwinterventies zijn, gelet op de aanwezige verschillen tussen verpleeghuizen, slechts situationeel te bepalen.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een beschouwing over de uitgangspunten van het te gebruiken model: begrippen en definities worden opgesteld en een organisatiemodel voor een verpleeghuis wordt beschreven. De afbakening van het onderzoeksobject wordt aangescherpt.

Hoofdstuk 3 doet verslag van de literatuurstudie. Als ordenend principe zijn de bouwstenen van het organisatiemodel uit hoofdstuk 2 gebruikt. Hoofdstuk 4 beschrijft in vier groepen de gebouwgerelateerde interventies die een bijdrage kunnen leveren aan de verhoging van de arbeidsproductiviteit.

Hoofdstuk 5 vormt de kern van dit onderzoek. Het model waarmee effecten worden gekwantificeerd wordt stapsgewijs uiteen gezet. De resultaten van de toepassing van de vier interventies als ook een combi-

natie van alle interventies komen aan de orde. Vooraf wordt opgemerkt dat deze zich evenwel laten samenvatten, maar voor die optie is niet gekozen. De redeneerlijn die zorgvuldig wordt toegelicht wordt ook in de resultaten doorgetrokken. De lezer wordt daarom – wellicht tegen wil en dank – geconfronteerd met redelijk complexe tabellen. In hoofdstuk 6 worden de resultaten besproken.

2 Naar een model

Dit hoofdstuk is bedoeld om begrippen, definities, modellen, aannamen, beperkingen en uitgangspunten te beschrijven zodat duidelijk is met welk perspectief deze exploratieve studie tot stand is gekomen.

2.1 Innovatie, arbeidsproductiviteit: begrippen en definities

2.1.1 Recent voorgestelde verbeteringen

In de recente literatuur over arbeidsproductiviteit in de zorg worden diverse maatregelen genoemd die onder bepaalde condities bij kunnen dragen aan efficiencyverbetering.

Te noemen zijn (ontleend aan SEO, 2005):

- Organisatiestructuur: logistiek, integrale zorg, outsourcing.
- Personeelsbeleid; motivatieverhoging door:
 - inhoudelijk interessanter werk
 - prestatiebeloning
 - verantwoordelijkheden lager in de organisatie
- Behandelmethoden:
 - Nieuwe medicijnen
 - Nieuwe therapieën
 - Nieuwe technologische hulpmiddelen
- Informatievoorziening.

Er zijn ook meer methodische opmerkingen gemaakt over onderzoek naar arbeidsproductiviteit in de zorg (Dell, van der Meulen, 2005):

- Meer aandacht voor registraties: door vermindering van administratieve lastendruk is er meer aandacht voor de 'eigen' informatiebehoefte van de zorginstelling dan voor die welke op macroniveau helpt om analyses te kunnen maken.
- Zorgzwaarte en zorgkwaliteit dienen in productie-indicatoren opgenomen te worden.
- Er is een noodzaak om betere methoden te ontwikkelen voor de bepaling van arbeidsproductiviteit.
- Er is een noodzaak tot afstemming en samenwerking tussen onderzoeksinstituten.

Het object van de onderhavige studie – de relatie tussen gebouw en arbeidsproductiviteit – wordt nergens expliciet genoemd. Deze studie kan gezien worden als een expliciete invulling van de aanbeveling om betere methoden te ontwikkelen.

2.1.2 Innovatie en arbeidsproductiviteit zijn complexe begrippen

Analoog aan het begrip kantoorinnovatie in de kantorensector (zie paragraaf 1.1) kan het begrip verpleeghuisinnovatie als volgt gedefinieerd worden:

Verpleeghuisinnovatie is de spronggewijze structurele verbetering van de faciliteiten (gebouw, diensten en middelen waaronder ICT) in verpleeghuizen die leiden tot positieve effecten voor de productiefactor arbeid en tot kwantitatieve of kwalitatieve productieverhoging.

Uit onderzoek met een andere vraagstelling dan de onze (o.a. SEO 2005, Inspectierapport 2004, Ice 2002) blijkt dat eerder sprake is van een evolutionaire ontwikkeling dan van spronggewijze vernieuwingen. Innovatie wordt belemmerd door de interne cultuur in de zorg, en van deze sector wordt gezegd dat ze weinig innovatief is (SEO, 2005). De verwachtingen van positieve effecten voor de productiefactor arbeid moeten daarom gerelativeerd worden. Daar een sterke drang naar innovatie ontbreekt maar er wel een streven naar 'verbetering' of 'optimalisatie' herkenbaar is, kan ook – en misschien beter – gesproken worden van organisatiegericht huisvesten. De omschrijving hiervan luidt:

Het continu afstemmen van huisvesting, ICT en andere faciliteiten op veranderingen in de organisatiestructuur en op nieuwe wijzen van werken ten behoeve van een optimaal samenspel.

Dell en van der Meulen (2005) hanteren de volgende definities:

- Arbeidsproductiviteit is de verhouding tussen hoeveelheid product (de teller) en de hoeveelheid arbeid die voor deze productie wordt ingezet (de noemer).
- Totale productiviteit is het quotiënt van productie (de teller) en de totale inputs: arbeid, kapitaal en het intermediaire verbruik (de noemer).

SEO (2005) bespreekt op een overzichtelijke wijze de complexiteit van de definities. Het product van de zorg is de mate waarin de geleverde zorg de kwaliteit van leven verhoogt, oftewel de mate waarin mensen gezonder of gelukkiger zijn geworden dankzij de zorg. Dit is een zgn. 'outcome' of effectmaat. In de noemer kunnen we het aantal contractuele arbeidsuren zetten. Deze effectmaten bestaan nog niet in de praktijk, maar zijn volop in ontwikkeling (Toetsingskader 2005). In deze set komen ook de voor ons onderwerp relevante thema's "woon-en leefomstandigheden, veiligheid tijdens het verblijf, lichamelijk en mentaal welbevinden en voldoende bekwaam personeel" voor. Implementatie van het Toetsingskader is pas voorzien in 2007. We kunnen derhalve vooralsnog niet putten uit een dataset die een beeld geeft van de effectmaat.

In de klassieke economie worden de productiefactoren ingedeeld in land, arbeid en kapitaalgoederen. Moderne benaderingen kiezen ervoor arbeid niet alleen in 'spierkracht' uit te drukken maar ook in denkkracht of creativiteit. Informatie wordt soms in deze modernisering van het begrip apparatuur meegenomen. Wij scharen informatie echter onder arbeid omdat informatie relevant wordt in de handen van mensen die er een betekenis of een handelingscontext aan kunnen geven. Bekwaam handelen vooronderstelt kennis, en kennis is afhankelijk van informatiestromen. In de onderstaande bespiegeling over definities en begrippen en de duiding daarvan voor de onderzoeksvraag worden vooral kapitaalgoederen en arbeid nader uiteengezet en in een onderlinge relatie gebracht.

In deze studie gaat het over de invloed van de ene productiefactor op de andere.

Wat is de invloed van het gebouw, de faciliteiten en de techniek op de efficiency van medewerkers, hun energie, hun kennis en hun vaardigheden? En hoe kunnen veranderingen in en aan gebouwen bijdragen aan een verbetering van de arbeidsproductiviteit, dus positieve effecten hebben op de door arbeid gegenereerde productie?

Gebouw is een veelomvattende term die een scala aan relevante onderwerpen beschrijft. Ons uitgangspunt is de NEN 2745 'Termen voor facilitaire voorzieningen toegespitst op de gezondheidszorg, rubricering en definiëring.'

Het begrip *arbeid* is complexer. Het gaat hier om zorghandelingen zoals vastgelegd in zorgplannen, waarvan sommige medisch, sommige medisch ondersteunend, sommige verzorgend en anderen sociaal van aard zijn.

In functiebeschrijvingen vinden we niet alleen taken en verantwoordelijkheden terug maar ook activiteiten en resultaten. Voor zover wij hebben kunnen nagaan is er geen NEN norm met begrippen en definities. Daarom hebben we een in de praktijk gebruikte standaardset functiebeschrijvingen als uitgangspunt genomen (de Vierstroom 2004).

De kernvraag voor het onderzoek is of de verplegende of verzorgende in staat zal zijn een taak beter of sneller uit te voeren doordat veranderingen in het gebouw, of via faciliteiten en techniek hem of haar daartoe in staat stellen. De uitkomstmaat is het percentage tijdswinst in de taakuitvoering. Is het antwoord positief, dan is er sprake van een toename van de arbeidsproductiviteit.

Om na te gaan of er tijdswinst te bepalen is door gebouwgerelateerde maatregelen of de effecten daarvan moeten eerst interventies gedefinieerd worden. Dat gebeurt in hoofdstuk 4. Om de interventies te ontwikkelen is een algemeen begrip nodig van de verpleegzorg en de ontwikkelingen daarin. Organisaties waarin zorg plaats vindt kunnen in generieke zin beschreven kunnen worden door een systeemmodel waar relevante subsystemen in relatie tot elkaar worden gebracht.

2.2 Organisatiemodel

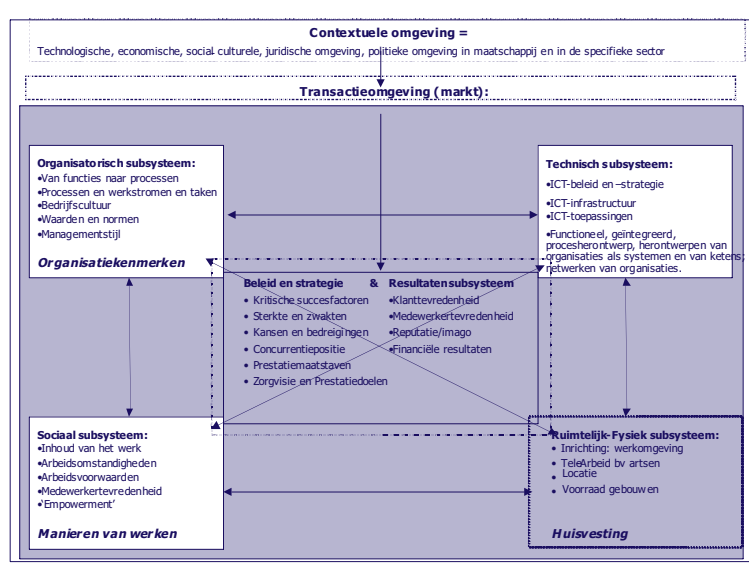
2.2.1 Algemeen

Elke organisatie kan abstract schematisch worden weergegeven door een aantal systeemcomponenten. In de literatuur die zich richt op dementiepatiënten komen diverse organisatiemodellen voor. Door Morgan en Stewart (1999) wordt het werk van Calkins resp. Weisman besproken. Deze onderzoekers hanteren een model met drie componenten: de sociale omgeving, de fysieke omgeving en de organisatorische context. Wij missen hierin de factor techniek. Omdat ICT in opkomst is in de woon- en werkomgeving bestaat bij de onderzoekers de behoefte deze factor ook in het model terug te zien. Het model van Wentink komt wel aan deze behoefte tegemoet (Wentink 1999). Wentink's model beschrijft de organisatie in relatie tot de transactieomgeving en de contextuele omgeving en past daarmee goed bij de ontwikkelingen in de zorg wanneer daar een expliciete marktwerking van vraag en aanbod aanwezig is. Het organisatiesysteem wordt beschreven in vijf componenten:

- organisatorische subsysteem
- sociaal subsysteem
- technisch subsysteem
- ruimtelijk fysiek subsysteem
- beleid, strategie en resultaatensubsysteem

De subsystemen zijn opgebouwd uit componenten met bepaalde eigenschappen en zijn verbonden door relaties (figuur 2.1).

Figuur 2.1 Organisatiemodel volgens Wentink



2.2.2 De rol van managers

Managers hebben de taak deze systeemcomponenten te beheren of erin te interveniëren om de na te streven doelen te bereiken. De manager wordt geacht de actuele en potentiële capaciteit van het organisatiesysteem te beheren op basis van informatie over de context (de omgeving van de organisatie) en toekomstige ontwikkelingen waarop geanticipeerd moet worden (strategisch beleid). Hij kan besluiten tot aanpassingen in het organisatiesysteem (bijvoorbeeld door wijzigingen in input of output) en/of de inhoud. Besluiten hebben niet altijd een rationele grondslag; ze komen veeleer tot stand door combinatie van denken, doen en zien. Strategisch beheer vooronderstelt uitwisseling en regulatie van informatie. Informatiebeheer vindt zijn weerslag in o.a. de visie op zorg, in de infrastructuur, het organisatieontwerp en de managementstijl. Elke manager weet dat er bij een ingreep in een deel van de organisatie ook (gewenste of ongewenste) effecten optreden voor andere delen. Zijn belang is om bij elke ingreep zowel de doelen als de effecten in de gaten te houden. Het instrumentarium dat de manager ten dienste staat is bijvoorbeeld de kosten-baten analyse of de kosten-effect analyse. Bij veranderingsprocessen is commitment op de werkvloer in principe niet vanzelfsprekend tenzij elke werknemer duidelijk gemaakt kan worden dat de verandering voor hem/haar individueel een verbetering zal zijn. De onderzoekers zijn ervan overtuigd dat beslissingen de samenhang tussen techniek / algemeen management / human resource management / facility management zouden moeten weerspiegelen. Het CFPB bepleit daarom een 'systeemaanpak' van deze managementgebieden in tegenstelling tot een partiële procesbenadering.

2.2.3 Arbeidsproductiviteit en gebouw

Het verhogen van de arbeidsproductiviteit is een doelstelling die in het subsysteem van beleid, strategie en resultaten valt. Arbeidsproductiviteit is het aandeel van de arbeidsinput in de productierealisatie. Het is een voorbeeld van partiële productiviteit. De totale factor productiviteit wordt gemeten aan de hand van de bijdrage van alle productiefactoren (factoren die gedefinieerd zijn in alle subsystemen). Binnen deze studie zijn we op zoek naar antwoorden op de vraag hoe (en welke) gebouwelijke maatregelen, combinaties van maatregelen of innovaties (ook door toepassing van technische oplossingen) potentieel in staat zijn de arbeidsproductiviteit gunstig te beïnvloeden. In meer formele termen gaat het om de vraag hoe de arbeidsinput verminderd kan worden bij een gegeven productiecapaciteit (technische efficiency). Een belangrijke vraag vanuit een vastgoed oogpunt luidt "In welke aspecten is er verschil tussen de maximale productiepotentie van oude en nieuwe gebouwen"? Idealiter zouden we de onderzoeksvraag als volgt willen formuleren: *Waar mee en in welke mate kan het gebouw de organisatie, het arbeids(=productie)proces en de medewerkers optimaal faciliteren? Daarbij zou de doelstelling volgens de onderzoekers moeten zijn dat de feitelijke*

arbeidsinput omlaag gaat terwijl de arbeidsvreugde/satisfactie omhoog gaat. Gedegen beantwoording van een dergelijk vraag zou om een onderzoeksopzet en laboratorium experimenten vragen die deze studie te boven gaan.

2.2.4 Een verpleeghuis

De feitelijke benaming ‘verblijf met verpleging’ drukt volgens de Klerk (SCP 2005) prima uit wat de karakterverandering is geweest: “verpleeghuizen werden oorspronkelijk opgezet als instellingen waar mensen die geen specialistische zorg meer nodig hadden konden worden verpleegd, om vandaar naar huis terug te keren. Inmiddels is het verpleeghuis voor veel mensen de laatste plaats waar zij verblijven.” De verblijf functie is onder invloed van maatschappelijk opvattingen over privacy en autonomie aan verandering onderhevig. De verpleegzorg is sterk in ontwikkeling door wettelijke maatregelen, door aandacht voor kwaliteit van leven en zorg en door technische ontwikkelingen. De managementbenadering is in toenemende mate gericht op sturing in samenhang. Dat blijkt uit de toepassing van kwaliteitszorg en kwaliteitssystemen in de verpleegzorg (Wagner et al 2006).

Recente ontwikkelingen in wetgeving vergen een visie op gebouwen vanuit de zorgmarkt (de vraagzijde), de primaire processen, de techniek en de medewerkers. Om die reden is het gekozen model van Wentink zeer geschikt voor het in kaart brengen en identificeren van wat de relevante variabelen zijn die in verpleeghuiszorg een rol spelen. In hoofdstuk 3 Literatuur wordt een uitgebreide toelichting gegeven. Voor nu volstaat een indicatieve beschrijving van het model.

2.2.5 De modelcomponenten toegepast op een verpleeghuis

De vijf componenten

1 Managementkwaliteit (beleid, strategie en resultaat)

Zorgvisie is stevast een onderwerp op de website van de willekeurige zorgaanbieder. De mogelijkheden om zorgvisie te verwezenlijken worden enerzijds sterk beïnvloedt door de vigerende wet en regelgeving die aan geeft wat kan en wat mag en anderzijds door de ‘oude’ financieringscultuur en -structuur. Deze cultuur is gestoeld op de oude bekostigingsmethode die weinig prikkels tot innovatie in zich herbergt (SEO, 2005). De literatuur beschrijft verschillende benchmarkinitiatieven (o.a. Arcares, 2005, Meschendorp et al 2004). Kwaliteitsaspecten als cliëntoordeel, medewerkeroordeel en zorginhoud staan centraal. Gebouw en ICT ontbreken echter in deze studies. Gebouwaspecten komen wel in andere studies aan de orde, maar daarin is sprake van monitoring (CBZ 2005). Samenhangende benchmarking van zorgvraag en zorgaanbod (waaronder gebouw en technische hulpmiddelen) staat in de kinderschoenen, maar wordt breed in de sector besproken. Het Toetsingskader

voor Verantwoorde Zorg (Toetsingskader 2005) besteedt aandacht aan gebouw en gebouwgerelateerde technologie. Woon en leefomstandigheden en domotica worden nader uitgewerkt als onderdeel van de raadpleging van cliënten of hun vertegenwoordigers. Het toetsingskader besteedt slechts impliciet aandacht aan het productiviteitsvraagstuk. Er is echter nog weinig zicht op de relatie tussen arbeidsproductiviteitsontwikkeling en het stelsel van expliciete kwaliteitsnormen.

2 Taken, in primaire processen

De taken zijn af te leiden uit de definitie van het verpleeghuis (geciteerd in Wagner, 2006 op basis van internationaal onderzoek):

A nursing home or a long term care facility is an institution providing nursing care 24h a day, assistance with activities of daily living and mobility, psychosocial and personal care, paramedical care as well as room and board.

De taken worden uitgevoerd door medewerkers met een bepaalde functieomschrijving. Nadere bestudering van functieomschrijvingen leert dat naast traditionele elementen als taken en verantwoordelijkheden steeds meer aandacht wordt gegeven aan de uitwerking daarvan in resultaten. Taakuitoefening wordt over het algemeen gekenmerkt door een persoonlijke benadering, meer dan een managerial benadering.

3 Sociaal subsysteem

Volgens van Dijk et al (2004) was er tot voor kort geen overzicht van de uitwerking van de vele beleidsinitiatieven en maatregelen op het gebied van personeelsbeleid en arbeidsmarkt. In zijn studie Personeelsgerichte maatregelen in de zorg wordt een verklarend model ontwikkeld waarin een groot scala aan HRM activiteiten wordt gekoppeld aan gedragsuitkomsten, organisatie-uitkomsten en financieel-economische uitkomsten. Interessant aan dit model is dat de technologie component wel is meegenomen, maar het gebouw zelf ontbreekt. Arbeidsproductiviteit is een uitkomst onder de financieel economische uitkomsten. Een aantal mogelijke relaties uit dit model is aangegeven:

- Productiviteitstoename tengevolge van motivatiestijging door gunstig management en sociale condities.
- Toename van arbeidsproductiviteit door beperking van tijdverlies door onhandige en inefficiënte situaties en werkwijze.
- Beperking van de productiviteitsafname door terugdringing ziekteverzuim en verloop.

Het sociaal subsysteem heeft ook betrekking op familie van verpleeghuiscliënten en mantelzorgers. Over dit onderwerp is veel in de literatuur geschreven. De betrokkenheid van informele zorgverleners heeft betrekking op veel verschillende activiteiten. Familie blijkt veel opmerkingen te maken over aandachtspunten in de zorg die een indirecte relatie met gebouw hebben (Friedemann 1997). Veeleer consumeren familie en mantelzorgers aandacht en dus werktijd van zorgverleners, maar grote veran-

deringen (bv. arbeidssubstitutie van professionele verzorging door informele verzorgers) heeft (nog) niet plaatsgevonden (Paulus et al. 2005).

4 Ruimtelijk Fysiek subsysteem

Er is in 2005 een Nederlandse Norm (NEN 2745) verschenen waarin begrippen en definities worden gegeven voor de facilitaire voorzieningen, toegespitst op de gezondheidszorg. De norm gaat uit van Corporate Integrated Resource Management ofwel integraal bedrijfsmiddelmanagementmodel en is vooral bedoeld om ondersteuning te bieden aan integrale afwegingen in de zorginstellingen. Het model wordt gezien als een groeimodel.

De relatie tussen arbeidsproductiviteit en gebouw wordt in de literatuur niet of nauwelijks gelegd. Kostenbeheersing als algemeen doel komt veel voor. Huisvestingseisen en oplossingen worden veelal vanuit zorgconcepten of ziektebeelden gedefinieerd. De op 1 januari 2006 in werkinggetreden Wet Toelating Zorginstellingen zal een groot effect hebben op de sturing van huisvesting. De Minister van VWS zegt hierover in de onderliggende beleidsvisie: “Ik wil dat zorginstellingen in de toekomst zo veel mogelijk zelfstandig beslissen over gebouwen en infrastructuur” (Beleidsvisie 2005, TK2005-2006 27659 nr 66).

5 Techniek (ICT)

De informatietechnologie werkt op een aantal fronten:

- Wonen en verblijven.
- Welzijn: activiteiten van het dagelijks leven.
- Zorg: diagnostiek, bewaking, behandeling en verzorging.

ICT is voor de zorginstelling gericht op betere planning, logistiek, procesondersteuning voor de zorgverlener en voor de zorgvrager is zelfredzaamheid en autonomie een belangrijke doelstelling (Bekkers et al 2005, Kittz 2005). ICT blijkt vaak omgeven met utopische verwachten: alles is mogelijk en alles wordt beter. Het innovatiepotentieel moet daarom in een goede kosten baten analyse afgewogen worden. Risicofactoren liggen op een aantal niveaus. Los van vragen over beschikbaarheid van kennis, kosten en baten, gebruikersvriendelijkheid en adequate ondersteuning is als belangrijke factor ‘vertrouwen’ te noemen. Onbekendheid met de mogelijkheden en beperkingen van ICT levert al gauw onbedoeld of ondeskundig gebruik op. De effecten voor arbeidsproductiviteit zijn niet altijd scherp te duiden. In dit verband moet gewezen worden op de IT productiviteitsparadox die zegt: “IT is overal behalve in de productiviteitscijfers”. Besparingen in een bepaald deel van het personeelsdomein worden regelmatig teniet gedaan door de noodzaak om personeel in een ander domein aan te trekken. De afhankelijk van de situatie op de arbeidsmarkt is evident. In de taal van dit onderzoek: je komt zorgverleners tekort en vangt dit op door ICT toepassingen, dat vergt een impuls aan deskundigheden en vaardigheden om de ICT werkend te houden.

Relaties tussen de componenten

De beschreven systeem componenten en de daarin relevante variabelen staan in sterk onderlinge relatie. Het is ondoenlijk om op detailniveau de variabelen te beschrijven en in hun onderlinge relaties te modelleren. Aan de hand van modellen zouden verklaringen gezocht kunnen worden over waargenomen verschijnselen en kunnen voorspellingen gedaan worden. De hoeveelheid onderzoek op detail relaties is overweldigend. Doorgaans beschrijven modellen de relaties tussen cliënt en omgeving. Het is een uitdaging om de relatie tussen medewerker en gebouw te beschrijven in het bijzonder onder beschouwing van de directe en indirecte invloeden van gebouw op cliënten, op familie, mantelzorgers en overige voor arbeidsproductiviteit relevante actoren. Quasi experimentele onderzoeksmethoden met voor- en nametingen, aangevuld met kwalitatief onderzoek worden aanbevolen (Morgan, Stewart 2002), maar de daadwerkelijke toepassing is schaars.

2.3 Onze manier van kijken

2.3.1 Focus op intramuraal

Nu we een model gekozen hebben is het noodzakelijk de gekozen afbakeningen te bespreken.

De indeling die wij hanteren voor het categoriseren van trends in het ruimtelijk fysiek subsysteem is als volgt:

- Intramuraal: Traditionele verpleegzorg zonder decentrale organisatie.
- Intramuraal: Verpleegzorg met aspecten van zelfredzaamheid georganiseerd in decentrale units.
- Extramuraal: collectief wonen met zorg.
- Extramuraal: individueel wonen met zorg.

In deze studie beperken we ons voornamelijk tot de eerste twee varianten

We hebben ons laten leiden door het wellicht stereotype en gechargeerde beeld dat een verpleeghuis bewoond wordt door dementerenden. De revaliderend cliënt is derhalve minder op ons netvlies. Deze beslissing is ingegeven op grond van drie redenen:

- De literatuur bevat veel resultaten bij een combinatie van de zoektermen 'dementie' en 'verpleeghuis'.
- De aandacht voor het toenemend aantal dementerenden.
- De praktische beperking (of: randvoorwaarden) van voor deze studie beschikbare tijd.

2.3.2 Exploratief onderzoek

Dit is een exploratieve studie. Omdat er op dit terrein tot op heden geen structureel onderzoek geweest is dat de samenhang tussen gebouw, arbeidsproductiviteit en kwaliteit/cliënttevredenheid onder de loupe neemt hebben wij binnen de zorg- en verpleeghuizencontext op basis

van de literatuur de verschillende subsystemen zoals zij in het Wentink model voorkomen geïnventariseerd en vervolgens hun onderlinge relaties en hun relatie tot de ruimtelijk-fysieke omgeving in kaart gebracht. Op basis van deze gegevens hebben we inzicht proberen te krijgen in de onderlinge samenhang van de componenten en hun wisselwerking. Wanneer onvoldoende data beschikbaar waren hebben we gebruik gemaakt van best practice inzichten zoals die ontwikkeld zijn in andere organisatiesystemen met betrekking tot vergelijkbare relationele componenten.

3 Literatuur

Een overzicht uit de literatuur

Wat is er in de nationale en internationale literatuur bekend over de relatie tussen arbeidsproductiviteit en directe en indirecte gebouwgerelateerde factoren? Directe factoren hebben betrekking op gebouwaspecten die direct de taken van verzorgenden gemakkelijker en lichter maken zodat er meer in dezelfde tijd gedaan kan worden, hetzelfde in minder tijd of meer in minder tijd. Indirecte effecten leveren dezelfde tijd winst maar via een omweg. Gebouwelijke aanpassingen die de bewoners een beter welzijn en een betere leefkwaliteit bieden hebben meestal direct en/of indirect ook een gunstig effect op welzijn en arbeidsproductiviteit van verplegend en verzorgend personeel.

Onze zoekstrategie in de literatuur is driedelig geweest:

- Eenvoudig internetsearches.
- Database onderzoek via databases van TU Delft, Universiteit Utrecht en de Koninklijke Bibliotheek.
- Onderzoek van elektronisch beschikbare wetenschappelijk literatuur, al dan niet aangevuld met de sneeuwbalmethode. De lijst met geraadpleegde journals is terug te vinden in bijlage 2.

We zullen een beknopte samenvatting van de gevolgen van gebouwaanpassingen op de verschillende actoren of subsystemen geven aan de hand van het model van hoofdstuk 2. We gaan in op de relaties tussen maatschappelijke omgeving en gebouw, cliënt en gebouw, primair proces en gebouw, verzorgende en gebouw, techniek en gebouw. Ons doel is om vanuit de literatuur te komen tot samenhangende en praktisch betekenisvolle gebouwinterventies waarmee de relatie tussen die interventies en arbeidsproductiviteit te duiden is.

In dit hoofdstuk wordt op hoofdlijnen de literatuur beschouwd. De gedetailleerde verantwoording is samengebracht in de interventielijst (bijlage 4). De geraadpleegde literatuur heeft overwegend betrekking op verpleeghuizen; soms zijn generieke inzichten opgenomen die ontleend zijn aan literatuur over ziekenhuizen.

3.1 Cliënt en gebouw

Zorg vindt plaats voor de zorgafnemers, de cliënten. Zij vormen de markt voor zorg, en dus moet – nu de vraagzijde het voor het zeggen heeft – het aanbod van het primaire product ‘zorg’ op de vraag van de cliënt afgestemd worden.

Veranderingen in het gebouw die van invloed zijn op welzijn en welbevinden van cliënten strekken zich uit van kleinschalige ingrepen die de autonomie/zelfredzaamheid van de cliënt ondersteunen zoals verbeterde bewegwijzering tot en met grootschalige ingrepen als het ombouwen van meerpersoonskamers naar verschillende eenpersoonskamers en het omvormen van gemeenschappelijke verbindingsruimtes in privacy biedende verblijfruimtes.

Onder privacyverhogende maatregelen verstaan we ingrepen die de cliënt de keuzevrijheid geven om wel of niet sociaal contact te hebben. Al enkele jaren tekent zich een trend naar meer privacy af, die er toe geleidt heeft dat het inmiddels beleidsvoornemen is geworden om uiteindelijk de meerpersoonskamers in verpleeghuizen terug te brengen tot eenpersoonskamers. Daarnaast zal in de nabije toekomst de verschuiving van intramurale naar extramurale zorg zich verder voortzetting, een ontwikkeling die in Scandinavische landen al jaren eerder plaatsgevonden heeft (Singelenberg, 2005).

Eenpersoonskamers bieden, naast de beoogde privacyverhoging voor de cliënt, ook de zorginstelling voordelen boven meerpersoonskamers. Cliënten (en ook personeel) lopen minder vaak infecties op in eenpersoonskamers dan in meerpersoonskamers (Ulrich, 2000), er is minder geluidsoverlast en daardoor ook een betere nachtrust. Uit een Australisch onderzoek kwam naar voren dat eenpersoonskamers, wanneer alle kosten (van gebouw tot en met zorg) in aanmerking genomen worden, 47% goedkoper waren dan meerpersoonskamers (Acil Tasman, 2003), maar er kunnen desalniettemin geen zinnige conclusies aan deze uitkomst verbonden worden omdat de 'dure' patiënten die veel zorg nodig hadden in dit onderzoek steeds op 2-3 persoonskamers lagen waardoor er dus geen eerlijke ('ceteris paribus') vergelijking tussen een- en meerpersoonskamers heeft plaatsgevonden. Uit hetzelfde onderzoek kwam naar voren dat in de gebouwen die 40 of meer jaren oud zijn de totale kosten per bewoner hoger zijn dan in andere gebouwen, maar ook dat resultaat was gebaseerd op een vergelijking van situaties die naast de gebouwleeftijd ook nog in andere opzichten significante verschillen vertonen. Het is echter onmogelijk conclusies te trekken over de leeftijdsinvloed van gebouwen.

Wanneer een cliënt met zijn bezoekers de gelegenheid heeft om ergens in of rond het gebouw aangenaam te verblijven werkt dat positief door op het welzijn van de cliënt (Friedeman, 1997) en ontlast dat tegelijk de zorgvraag. Multifunctionele ruimtes, waarvan de functie gedurende de dag gewijzigd wordt (bijvoorbeeld een eetzaal waar op een bepaald tijdstip overgeschakeld wordt op een bingo avond waar niet alle gasten of cliënten behoefte aan hebben) worden niet als positief ervaren; de cliënt kan niet rustig natafelen en blijven praten met medebewoners als het restaurant plots activiteitenruimte moet worden. Omdat bezoek van familie

of vrienden zowel aangenaam als heilzaam is voor de bewoners is het wenselijk voorzieningen als een logeerkamer te hebben om bezoekers die van ver komen een nacht te kunnen laten blijven.

Het interieur van gebouwen heeft een sterke invloed op het welzijn van bewoners en werknemers. Bij verhoogde tevredenheid over het interieur van de ruimte blijkt de cliënt meer tevreden te zijn over de kwaliteit van de zorg. Positieve of negatieve waardering op één aspect van de organisatie spreidt zich kennelijk uit naar andere aspecten van die organisatie. Bij het interieur moeten we ook het uitzicht op de omgeving betrekken. Gebleken is dat er bij een 'mooi' uitzicht (CBZ, 2003), en dan bij voorkeur uitzicht op groene natuur (Ulrich, 2000) veel minder stress is, dus een betere gezondheid, en veel meer tevredenheid heerst onder cliënten en verplegers, waarbij patiënten zelfs aanmerkelijk sneller blijken te genezen na een operatie. De positieve uitwerking op stressreductie is zeer effectief; bij een werknemer die vanuit zijn kantoor of woning uitzicht heeft op groene natuur blijkt binnen 3 tot 5 minuten reductie van stress op te treden. Maar ook van foto's of (reproducties van) schilderkunst aan de muur die weidse landschappen of waterpartijen als onderwerp hebben blijkt al een zekere positieve werking uit te gaan. Abstracte schilderkunst blijkt echter meestal een negatief effect te hebben (Ulrich, 1995) en kan dus maar beter uit de publieke ruimtes worden geweerd! De aanleg van een 'therapeutische tuin' (healing garden) kan genezing van patiënten bespoedigen, en biedt daarnaast nog recreatiemogelijkheden en een sociale ontmoetingsplek (CBZ, 2003). Ook kan overwogen worden in privé vertrekken of in de tuin het houden van dieren toe te staan. Mensen hebben behoefte aan contact met andere levende organismen, en ook de jongste bezoekers stellen de aanwezigheid van dieren vaak zeer op prijs. Huisdiertherapie blijkt bij ouderen depressie te vertragen en herstel na een hartinfarct te bespoedigen. Ook zouden gezelschapdieren in huis stressreducerend kunnen werken. Het houden van katten op een psychogeriatrische afdeling droeg bij aan een 'huiselijker' sfeer die niet alleen door de bewoners, maar ook door stafleden en bezoekers als prettiger ervaren werd (Enders-Slegers, 2000).

Planten in het gebouw kunnen het verblijf en de sfeer aangenamer maken, behalve natuurlijk wanneer ze dusdanig onderdeel uitmaken van het decor dat ze niet meer opgemerkt worden; mensen waarderen afwisseling. Regelmatig vernieuwde collecties seizoensgebonden planten helpen mee een ruimte 'levend' te maken waardoor een statisch element als een plantenbak variatie in de tijd gaat tonen en de eentonigheid doorbroken wordt. In de privé ruimte van de cliënt blijken planten de genezing enigszins te kunnen bespoedigen.

Met het aanbrengen van variatie in afwerking en kleur van wanden en vloeren wordt de herkenbaarheid vergroot en de oriëntatie van de cliënt

verbetert. Daarnaast werkt een mooiere afwerking of kleur sfeerverhogend. Uit onderzoek naar het effect van kleurgebruik op kantoorwerkzaamheden is gebleken dat van verzadigde kleuren op de muur, en dan rood in het bijzonder, een 'arousal' verhogende werking uitgaat die zich vertaalt in meer stress en angst bij de werknemer maar (daardoor) ook in minder fouten. De kleur blauw aan de kantoormuur leidt volgens een enkel onderzoek tot meer depressieve gevoelens. Het moge duidelijk zijn dat dergelijke tinten maar beter niet in een verpleeghuis gebruikt kunnen worden. Heldere kleuren daarentegen werken ontspannend en resulteren in een verhoogde plezierbeleving (van der Meer, 2004, Fennis, 2003). Over de vraag welke heldere kleuren precies optimale werking zouden hebben zijn de meningen verdeeld.

Zeer positief is ook de uitwerking van een zachte vloerbedekking (in plaats van zeil); er bestaan tegenwoordig uitstekende 'solution dyed' tapijsoorten die goed te reinigen zijn zonder kleurverlies. De sfeer gaat er duidelijk op vooruit, het oogt 'huiselijker' en ook kan het de herkenbaarheid van ruimtes vergroten. Daar komt nog bij dat ouderen beter lopen op tapijt, ze voelen zich zekerder want het vermindert de angst om te vallen. Wel moet met de keuze van het tapijt rekening gehouden worden met de rolweerstand voor alle rollend materieel die niet te hoog mag worden. Nog interessanter zijn de effecten van akoestisch dempend tapijt, maar die komen later in dit hoofdstuk ter sprake.

Voor de cliënt is het erg prettig als hij eigen of herkenbare elementen om zich heen heeft. In het algemeen is het belangrijk dat de cliënt een zekere keuzevrijheid ervaart, bijvoorbeeld bij de inrichting van zijn eigen woonruimte. Belemmeringen in het uitvoeren van activiteiten waartoe men nog in staat is en ontevredenheid met door anderen gemaakte keuzes zijn belangrijke stressfactoren. Muziek kan bijvoorbeeld sfeerverhogend werken, maar dan moeten de gebruikers wel zelf de muziek aan of uit kunnen schakelen en ook zelf kunnen bepalen welke muziek ze wensen te horen. Door bewoners gekozen muziek draagt bij aan verlaging van het angst-, stress- en pijnniveau en vermindert de behoefte aan pijnstillers.

Comfortabel meubilair en een sfeervolle inrichting hebben een gunstige invloed op het welzijn van de cliënt. Dit geldt niet alleen voor de privé vertrekken van de cliënt, maar ook voor de gemeenschappelijke ruimtes. In een als aangenaam ervaren omgeving nemen eetlust en welbevinden van de cliënt toe. Het eetpatroon van ouderen verbetert ook wanneer men gebruik maakt van een flexibeler meubelopstelling, waarbij het gemakkelijker is om kleine groepen te vormen. In kleine groepen wordt immers de sociale interactie vergemakkelijkt. In een onderzoek uit 1958 bleek al dat het verwijderen van de stoelen aan de wand en de creatie van kleinere zitplekjes rond tafels tot een verdubbeling van de sociale

contacten tussen de bewoners leidde (Vos, 2002), maar ook uit een recenter onderzoek dat zich tot één instelling beperkte kwam een dergelijk positief effect ten gevolge van een interieurwijziging naar voren (de Graaf, 2003). In zijn algemeenheid leiden interieuraanpassingen van gemeenschappelijke ruimtes die meer privacy en sfeer met zich mee brengen tot positieve waardering van de cliënt. Maar ook bezoekers waarderen de ruimteverbetering, want als het aangenaam toeven is blijft men langer, hetgeen de zorgvraag weer vermindert. De aankleding en voorzieningen van de eetgelegenheid verdienen extra aandacht. De cliënten blijven eten tot het laatst van hun leven, en wanneer gezamenlijk eten een aangename en sfeervolle aangelegenheid is zal de bewoner aangenamer, socialer en langer in deze ruimte vertoeven en daarmee langer in horecasferen en korter op de verpleegafdeling vertoeven.

Het verdient aanbeveling om rekening te gaan houden met de zich wijzigende etnische samenstelling van de toekomstige ouderenpopulatie. Het aantal Islamitische ouderen zal de komende jaren sterk stijgen (NIZW, 2003), en deze ouderen hebben door culturele of religieuze achtergronden over het algemeen behoefte aan aangepaste plattegronden, met name bij zelfstandige woonruimte waar met partner gewoond wordt. Herinneringen en taal uit vroegere perioden worden actueel bij toenemend geheugenverlies. De vertrouwde omgeving van 'vroeger' kan helpen tegemoet te komen aan dit verlies. Sfeer en interieur concepten als 'de indische kamer' zijn geëigende middelen.

3.2 Primair proces en gebouw

Het primaire proces wordt 'gemaakt' door de werknemers die de zorg leveren. Om goed zorg te kunnen leveren zouden opbouw, organisatie, inrichting en faciliteiten van het gebouw de zorgverlenende werknemers optimaal moeten faciliteren. Gebouweigenschappen determineren de fysieke arbeidsomgeving en bepalen daarmee een essentieel aspect van de arbeidskwaliteit. Alle hierboven genoemde effecten van de negatieve gevolgen die werknemers door slecht functionerende gebouwen ondervonden werden in de jaren tachtig bekend als Sick Building Syndrome (SBS) en vormden aanleiding om meer onderzoek te doen naar arbeidsomgeving en lichamelijk welzijn. Maar reeds lang was natuurlijk al bekend dat er een directe relatie was tussen welzijn en welbevinden van de werknemer en zijn arbeidsprestatie en tevredenheid. En wanneer de werknemerstevredenheid stijgt, daalt het ziekteverzuim en stijgt de arbeidskwaliteit.

Er zijn verschillende manieren om de logistiek binnen de verpleegzorg te verbeteren. Er wordt door het verplegend personeel erg veel gelopen tussen cliënten, verblijfs- en opslagruimtes. Een doelmatig gebouw(her)ont-

werp kan bijvoorbeeld tot verkorting van de loopafstanden voor het verplegend personeel leiden (Ulrich, 2005). Gebleken is dat tijd die uitgespaard wordt met lopen besteed wordt aan cliënt gerelateerde zorg en interactie met familieleden van de cliënt.

De manieren om welzijn en welbevinden van ouderen en andere cliënten te verhogen door interieuraanpassingen en milieuverbetering hebben eveneens positieve invloed op het personeel. Een beter functionerend gebouw dat tegemoet komt aan de biotische eisen van bewoners komt ook beter tegemoet aan de biotische eisen van het personeel, met uitzondering van de gewenste kamertemperatuur. Een beter functionerend gebouw draagt direct bij aan het welzijn en functioneren van de werknemers, en zal een bijdrage kunnen leveren in het reduceren van stress. De aanwezigheid van een aangename gemeenschappelijke ruimte voor personeelsleden waar men zich met collegae terug kan trekken blijkt stressverlagend te werken. Maar als men daar, en dat is niet onhandig, binnen gehoorafstand van de cliënten is, moeten dezen geen geluidsoverlast van het sociaal samenzijn van het personeel kunnen hebben.

Veel stress wordt veroorzaakt door omgevingslawaai. Een groot deel van dat lawaai blijkt overigens veroorzaakt te worden door de verzorgenden zelf (AVVV, 2004). Een verlaging van het geluidsniveau op een afdeling leidt direct tot vermindering van lawaaigeïnduceerde stress alsmede het vermijden van emotionele uitbarstingen en burnout van de werknemer met als gevolg dat ook de kwaliteit van de zorg beter wordt (Ulrich, 2005). Naast verminderde stress en minder ergernis profiteren bewoners bij verminderd geluidsniveau van minder slapeloosheid en van een betere slaapkwaliteit. Bij een verlaagd geluidsniveau neemt ook het medicijngebruik af. Tenslotte moet nog vermeld worden dat geluidshinder een verhoogd hartritme veroorzaakt. Akoestische demping van wanden en vloeren blijkt een doeltreffend middel om het geluidsniveau te reduceren. Speciaal tapijt van de >19dB geluidsdempingsklasse is daarbij interessant. Wanneer de vloer van de gang namelijk met een dergelijk tapijt bekleed is horen de bewoners het personeel niet of nauwelijks lopen op de gang, wat weer gunstig effect heeft op het doorslapen, de zorgvraag (het horen lopen van de verpleegster maakt dat bewoners vaker om zorg bellen) en daarnaast tot beduidend minder continentieproblemen leidt.

3.3 Techniek en gebouw

Met behulp van technische voorzieningen kunnen ruimtes in een gebouw geoptimaliseerd worden voor de mensen die daar verblijven en hun werk moeten doen. Laten we eerst kijken naar de mogelijkheden die geboden worden door de regulatie van biofysische factoren.

Verlichtingsniveau en daglicht

Van verlichting is bekend dat de intensiteit invloed heeft op concentratie en welzijn van werknemers. Regelbaarheid van de verlichting en een gunstige plaats van de verlichting (bureaulamp of TL balk aan het plafond) bleken tot minder ziekteverzuim (-25%), een hogere productiviteit (+13,2%) en tot een sterk (+262%) verhoogd leesbegrip te leiden (Loftness, 2005). Een te hoog verlichtingsniveau in verblijfruimtes wordt echter als onaangenaam (en stressverhogend) ervaren.

Voldoende daglicht is voor het lichaam absoluut noodzakelijk. Wanneer een beleid wordt gevoerd van meer daglicht voor de cliënt, en men deze overdag ook aanmoedigt om wakker te blijven en/of activiteiten te verrichten, blijven beduidend minder bewoners op bed liggen. Diesfeldt noemt zelfs een daling van 37% naar 20% (Diesfeldt, 2005).

Bij uitzicht op zon in plaats van op wolken herstelt men sneller van depressie (Ulrich, 2001). Daglichtarmaturen en het schakelen van buitenruimtes aan verpleegafdelingen kunnen benut worden om winterdepressie te bestrijden. Bovendien brengt meer daglicht sowieso stressverlaging en angstverlaging met zich mee. Maar ook hier geldt dat een te hoog verlichtingsniveau in verblijfsruimtes vermeden dient te worden.

Ventilatie

Bij een adequate, goed onderhouden ventilatie zijn bewoners en werknemers minder vatbaar voor ziektekiemen (TBC, SARS, etc). Daarnaast leidt een groter gehalte aan buitenlucht en/of luchtzuivering tot een hogere arbeidsproductiviteit (+0,62-7,4% respectievelijk +1,1-3,25%) bij werknemers, terwijl een individueel regelbaar ventilatiesysteem met buitenlucht tot minder hoofdpijn (-23,7%) leidt en een productiviteitsstijging van 0,28-11% (Loftness, 2005). Natuurlijke ventilatie zonder airco tenslotte leidt tot minder hoofdpijn (-33%), minder kou vatten (-28%) en minder Sick Building Syndrome (-66-70%). Vatbare patiënten lopen bij een betere luchtkwaliteit via gefilterde laminaire systemen minder kans op infectie, maar dergelijke systemen zijn nog kostbaar. Er wordt tegenwoordig ook aandacht besteed aan het behoud van gewenste geurtjes in bepaalde ruimtes door niet meer standaard alle luchtjes af te zuigen. Wanneer het in de eetgelegenheid ook naar eten ruikt bevordert dat namelijk de eetlust, waarbij we ons wel moeten realiseren dat een overheersende braadlucht natuurlijk niet snel als prettig ervaren zal worden door bijvoorbeeld vegetariërs of mensen die aan het vasten zijn.

Temperatuur

Van temperatuur is bekend dat ze duidelijk invloed heeft op de arbeidsproductiviteit: te warm wordt als onprettig ervaren. Teveel warmte binnen leidt daarnaast tot een licht verhoogde mortaliteit onder bewoners. Bewoners ervaren in ieder geval het zelf kunnen regelen van de binnentemperatuur als zeer positief. Dit werkt voor hen stressverlagend (CBZ,

2003), zoals elk onvermogen om de situatie naar de eigen hand te zetten stress met zich mee brengt.

Verlaging van de temperatuur 's nachts leidt overigens wel tot betere slaapkwaliteit van bewoners, maar verzorgenden kunnen dit 's ochtends als wat minder aangenaam ervaren omdat zij zich daar op moeten kleden (Skoog, 2003).

3.4 ICT

ICT creëert mogelijkheden voor snellere en betere informatievergaring, informatiebeheer en communicatie.

Telemedicine, een verzamelnaam voor technische hulpmiddelen die 'zelf' (vaak real-time) de gegevens van de cliënt/patiënt verzamelen, is alleen al uit kostenbesparingsoogpunt interessant. De kosten voor herstel in eigen woning zijn immers beduidend lager dan de kosten voor herstel in ziekenhuis, en een herstelt sneller in de eigen omgeving. En omdat bij telemedicine de patiënt de gegevens verzamelt in plaats van de arts worden de medici productiever (Hazenberg 2004).

Voorts biedt ICT mogelijkheden om registratiewerkzaamheden 'slimmer' te maken, hetgeen tijdswinst oplevert tenzij men de tijdswinst aangrijpt om additionele toe te voegen.

Het archiveren, opzoeken, kopiëren en distribueren van medische gegevens was bij het papieren dossier tijdrovend. Een elektronisch patiënten dossier (EPD) zal de communicatie tussen verschillende afdelingen en zorgaanbieders aanzienlijk kunnen verbeteren (CBZ 2002), want de benodigde gegevens zijn bij centrale opslag en beheer direct toegankelijk en hoeven dus niet meer bij verschillende instellingen te worden opgespoord en losgeweekt. Er is dus minder tijdsverlies met het zoeken naar informatie, en vermoedelijk gaat er ook minder informatie verloren (Kennedie, 2005). Automatisering, oorspronkelijk bedoeld om arbeidstijd uit te sparen, leidt overigens nagenoeg altijd tot het aanstellen van extra stafleden!

De implementatie van domotica kan er voor zorgen dat mensen met een beperking langer zelfstandig kunnen blijven wonen (VROM/VWS 2004 'Investeren voor de toekomst'), en dat brengt weer een vermindering van de capaciteitsvraag bij verpleeghuizen met zich mee. Meer autonomie leidt zowel bij cliënten als bij personeelsleden (wanneer ze zelf meer te zeggen hebben over de invulling van hun taak) tot een hoger persoonlijk welbevinden want het werkt stressverlagend. En alle maatregelen die stressverlagend werken bij personeel of cliënten verhogen de kwaliteit van de zorg.

Het belang van het verbeteren van de zelfredzaamheid van cliënten kan moeilijk overschat worden. Naast een gunstig effect op de ervaren leefkwaliteit vergroot het ook het gevoel van eigenwaarde van de cliënt, waarbij tegelijk de zorgvraag juist zal kunnen afnemen. Voor ouderen blijkt oriëntatie vaak een probleem te worden, zodat zij erg gebaat zijn bij voldoende bewegwijzering en ook duidelijke bewegwijzering in en rond het gebouw. Wanneer lichtschakelaars en bedieningselementen zich binnen handbereik van het bed bevinden hoeft de cliënt in de meeste gevallen niet meer een beroep op het personeel te doen om bijvoorbeeld het licht te dimmen of uit te doen. Maar ook worden al spraakherkenning- en spraaksturingstechnieken toegepast waarmee de gordijnen, het licht en de tv. bediend kunnen worden (CBZ 2002). Daarnaast zijn er projecten waarbij ouderen hun levensmiddelen elektronisch kunnen bestellen. Wanneer een deel van de zorg door ICT overgenomen wordt, zoals voortbeweging en medicijnverstrekking en -dosering (CBZ 2002) leidt dat tot efficiency verhoging, want er is minder menselijke zorg nodig. Maar dat heeft dan meteen als nadeel dat er minder menselijk contact is. In het algemeen kan gesteld worden dat extra *high tech* gecompenseerd moet worden door *high touch* (meer menselijke aandacht); hoe meer je de mensen omringt met slimme apparatuur, des te meer de behoefte aan menselijke aandacht er zal komen. Omdat er op dit moment al een schrijnende behoefte is aan 'meer handen aan het bed' zou implementatie van domotica en ICT in ieder geval niet ten koste van contact tussen cliënt en zorgpersoneel mogen gaan.

Het is raadzaam bij ontwerp of verbouwing terdege rekening te houden met toekomstige wensen en ontwikkelingen, zoals de mogelijkheid om een kamer eenvoudig aan sensoren en een communicatienetwerk te koppelen en voorbereid te zijn op de wooneisen van toekomstige bewoners. Tweeweg videoverbindingen en slimme sensoren zijn inmiddels geen toekomstmuziek meer, en er zal alleen maar meer vraag naar meer informatie- en communicatiemogelijkheden zijn.

Een interessante ontwikkeling is het integreren van nieuwe ondersteunende functies in vertrouwde gebruiksvoorwerpen. Er bestaan al kleine kastjes die aan de televisie. gekoppeld kunnen worden en ouderen met een afstandsbediening via hun tv. internettoegang bieden. En ook zijn er systemen die de camerabeelden van de voordeur van een gebouw weergeven op het televisiescherm, waarna de bewoner contact kan opnemen met de aanbellende bezoeker en kan besluiten om wel of niet op het knopje op de afstandsbediening voor het openen van de voordeur te drukken.

Domotica die in staat is de deurontgrendeling voor 'bevoegden' automatisch te regelen maakt dat hulpverleners sneller toegang tot de cliënt hebben omdat ze niet eerst naar de plaats waar de voordeursleutels worden beheerd hoeven te gaan (Hazenberg 2004). Andersom is het ook

mogelijk om de toegang tot afdelingen per cliënt individueel te regelen door een magneetpas met een cliëntprofiel, waaruit afgelezen wordt tot welke afdeling deze cliënt wel of geen toegang zal krijgen. Wanneer een niet-bevoegde naar binnen wil zal de deur zich niet openen, terwijl iemand die geen beperking voor die afdeling in zijn profiel heeft niet belet wordt deze afdeling te betreden (in het Leo Polakhuis zal deze techniek worden toegepast). Afdelingen hoeven overdag dus niet onnodig 'op slot', zodat de bewoners zich ook minder opgesloten zullen voelen, hetgeen weer tot minder stress leidt.

Een creatieve andere toepassing van signalering en videotechniek is die waarin familieleden van de cliënt voor virtuele berichtgeving naar de cliënt benut worden. Een zelfstandig wonende demente oudere man kon zichzelf nog heel goed kon redden, hij had mantelzorg op afstand (o.a. zijn dochter). De man draaide echter dag en nacht om en ging 's nachts de straat op, hetgeen bedreigend was voor zijn handhaven thuis. De deur op slot doen was geen optie, want daar werd de man onrustig van. Toen heeft men een monitor bij de deur geplaatst en een sensor die zo geprogrammeerd was dat hij alleen 's nachts inschakelde. Als de man 's nachts de sensor passeert gaat de monitor aan, waarna een video opname van zijn dochter in beeld komt. De dochter spreekt vervolgens de man toe met een tekst als 'pa, kijk nou eens goed op je horloge, het is midden in de nacht. Je moet niet naar buiten, ga nou gewoon naar bed!' Deze creatieve oplossing bleek uitstekend te werken; de deur hoefde niet op slot, maar de man ging ook niet meer 's nachts de straat op!

Domotica voor de ouderen krijgt zeker een meerwaarde wanneer domoticasystemen gekoppeld worden aan een alarmeringssysteem. Het beste is een alarm- en waarschuwingssysteem met een spreek/luister verbinding, maar in 2004 hadden de meeste verpleeghuisbewoners dit nog niet, zij hadden een alarm zonder spreek/luisterverbinding (83%), terwijl dat maar voor 17-20% gold van de ouderen die verzorgd woonden (SCP/de Klerk 2004). Minstens zo belangrijk is een adequate alarmopvolging (reactie binnen 5 minuten na alarm). Dit blijkt een probleem te zijn bij 20% van de verpleeghuisbewoners en bij 22% van de ouderen die wonen met diensten.

Verbeterde signalering, hetzij actief (polsband cliënt), hetzij passief (sensoren in leefruimte cliënt), kan in combinatie met slimme software het aantal malen dat loos alarm wordt geslagen drastisch beperken. De software signaleert bijvoorbeeld zelf dat de cliënt op een bepaald moment ongebruikelijk gedrag vertoont, of laat na een hulpoproep van de cliënt automatisch een aantal reacties volgen, waaronder het laten overgaan van de telefoon in de woonruimte van die cliënt, en registreert in welke mate de cliënt op de prikkels reageert. Aan de hand van de reactie wordt dan met spoed medische hulp opgeroepen of, bij minder zwaarwegende problemen, de dienstdoende verpleger. Op deze wijze kan men voor de

(nacht)diensten personeelstijd uitsparen. Sensoren in luiers die registreren of de luier verschoond moet worden kunnen op meerdere manieren bijdragen aan het welzijn van de cliënten. Er komt weliswaar periodiek een verzorger, maar 's nachts komt deze slechts indien het systeem gemeld heeft dat zorg nodig is (of indien de cliënt om zorg vraagt), en dus wordt er niemand onnodig gewekt.

In de praktijk blijken ouderen overigens niet altijd van domotica gebruik te maken (van der Hulst 2004). 'De zorg heeft te weinig zicht op de technologie en de installateurs verplaatsen zich te weinig in het zorgproces. Uit evaluatie blijkt dat alleen de juiste combinatie resultaat oplevert.'

4 Interventies

Verpleeg- en verzorgingshuizen zijn sterk aan veranderingen onderhevig. Er worden erg veel verbouwingen gepland en uitgevoerd. In het kader van deze ingrepen in gebouwen moeten de interventies en haar effecten worden geplaatst. De interventies zijn dus gericht op het verhogen van de arbeidsproductiviteit.

4.1 Soorten interventies

Naar aanleiding van literatuuronderzoek en de gehouden interviews zijn de mogelijke interventies met betrekking tot de indeling, uitrusting en afwerking van gebouwen ingedeeld in een viertal groepen.

- 1 Ruimtelijke interventies
- 2 Aanpassing van sfeer en interieur
- 3 Bouwfysische aanpassingen op het gebied van het binnenmilieu
- 4 Toepassing van moderne en toegesneden ICT, Domotica en zorgtechnologie

4.2 Beschrijving interventies

Van de interventies wordt kort ingegaan op de aard, het doel en de gebruikte middelen. Daarnaast wordt een indicatie gegeven waar de belangrijkste directe en indirecte effecten op het primaire proces worden verwacht. Directe en indirecte effecten voor medewerkers; uitruil van kwaliteitsbeleving voor bewoners (outputfactor met de hypothese dat bewoners daardoor minder aandacht vragen voor kleine dingen) versus productiviteitsverhoging door medewerkers.

De interventies zijn gericht op een drietal aspecten:

- Kwaliteit van leven
- Ondersteuning zorgverleners
- Facilitaire ondersteuning

Bij de mogelijke effecten is onderscheid gemaakt tussen directe productiviteitseffecten en effecten die indirect verlopen door het verbeteren van de relaties tussen de cliënt en:

- andere cliënten
- de bezoekers
- de mantelzorgers
- de verzorgenden

4.2.1 Ruimtelijke interventies

Bij ruimtelijke interventies gaat het om het bouwkundig aanpassen van het gebouw. Belangrijkste doelen kunnen zijn het aanpassen van de lay-

out ter verbetering van de logistieke relaties en het verbouwen van meer-persoonskamers naar 1 en 2 persoonskamers. Dit laatste ter verbetering van de privacy en de rust van de cliënten.

Schematisch zijn de ruimtelijke interventies aangegeven in onderstaande figuur. Dezelfde weergave van de interventies is gebruikt in de analyse van kwantitatieve effecten in hoofdstuk 5.

Figuur 4.1 Schematische weergave: Ruimtelijke interventies

INTERVENTIES		1: Ruimtelijke interventies				
Kwaliteit van leven						
Doel:	Privacyvergroting					
Middelen:	Van 6 - 2 ps kamer -> 1-2 ps appartement					
Ondersteuning zorgverleners						
Doel:	Logistieke verbetering (looplijnen)					
Middelen:	Verplaatsing functies ter bevordering efficiency					
Facilitaire ondersteuning						
Doel:	Logistieke verbetering (looplijnen)					
Middelen:	Verplaatsing functies ter bevordering efficiency					
Directe en indirecte effecten op kwaliteit en proces						
Omschrijving		directe	indirecte effecten via client in relatie met			
		effecten	clients	bezoek	mantelzorg	verzorgers
Betere logistiek		++				
Welbevinden cliënten			+		+	+
Welbevinden bezoekers				+	+	+
Nachtrust			+	+		+
Zelfredzaamheid					+	+

4.2.2 Aanpassing van sfeer en interieur

Het interieur van gebouwen heeft een sterke relatie met de emotie van mensen. Dit geldt het sterkst in woonverblijven, maar zeker ook in gemeenschappelijke verblijfsruimten. Het zijn dus de zachte factoren die hierbij een rol spelen, zoals de beleving van oriëntatie, kleur, tapijt, afwerking en inrichting. Uit de interviews is gebleken dat bijzonder goede resultaten op het gebied van het welbevinden van bewoners van verpleeghuizen zijn bereikt. Ook de ervaringen met het gedrag van bezoekers zijn positief. Het bezoek voelt zich beter thuis en blijft ook langer.

Figuur 4.2 Schematische weergave interventie: Sfeer en interieur

INTERVENTIES		2: Sfeer en interieur			
Kwaliteit van leven					
Doel:	Sociaal psychisch welbevinden vergroten				
Middelen:	Kleur, vloerbedekking, sociale ontmoetingsruimten, oriëntaties				
Ondersteuning zorgverleners					
Doel:	verbeteren werksfeer				
Middelen:	Kleur, vloerbedekking, sociale ontmoetingsruimten, oriëntaties				
Facilitaire ondersteuning					
Doel:	Sociale contacten toevoegen aan primaire taken				
Middelen:	Extra tijd voor schoonmaak, planten, evt 'levende have' met bijbehorende sociale contacten				
Directe en indirecte effecten op kwaliteit en proces					
Omschrijving		directe effecten	indirecte effecten via client in relatie met		
			clienten	bezoek	mantelzorg verzorgers
Prettiger werkomgeving		++			
Welbevinden clienten			+		+
Welbevinden bezoekers				++	+
Sociale contacten			++		

4.2.3 Bouwfysische aanpassingen op het gebied van het binnenmilieu

Bij de bouwfysische aanpassingen gaat het om het verhogen van de kwaliteit en het beheersen van het binnenmilieu van het gebouw. Te denken valt daarbij aan de volgende aspecten:

- Het afstemmen van temperatuur en vochtigheid op de behoefte van de cliënten, verzorgenden en bezoekers.
- Het variëren en op maat regelen van de verlichtingsniveaus van zowel daglicht als kunstlicht.
- Het nemen van akoestische maatregelen, o.a. speciale geluiddempende vloerbedekking in gangen en kamers.
- Het verbeteren van de regelbaarheid van de installaties teneinde een optimale afstemming te krijgen van installaties en binnenklimaat.

Zowel uit de literatuur alsmede uit zeer interessante aspecten van onze interviews is gebleken dat er sterk positieve effecten ontstaan voor zowel de cliënten als de verzorgenden.

Schematisch zijn de bouwfysische interventies aangegeven in figuur 4.3.

Figuur 4.3 Schematische weergave: Bouwfysische interventies

INTERVENTIES		3: Bouwfysisch			
Kwaliteit van leven					
Doel:	Bio fysisch welbevinden vergroten, nachtrustbevordering				
Middelen:	Temperatuur, vochtigheid, akoestiek, daglicht, kunstlicht				
Ondersteuning zorgverleners					
Doel:	Bio fysisch werkklimaat verbeteren				
Middelen:	Temperatuur, vochtigheid, akoestiek, daglicht, kunstlicht				
Facilitaire ondersteuning					
Doel:	Beheersing van gebouwfuncties				
Middelen:	Sturing op optimale balans beleving en regelbaarheid binnenklimaat door client vs medewerker				
Directe en indirecte effecten op kwaliteit en proces					
Omschrijving		directe	indirecte effecten via client in relatie met		
		effecten	clients	bezoek	mantelzorg
Beter werkklimaat		++			
Welbevinden clients			+		++
Welbevinden bezoekers				++	+
Nachtrust			++		++

4.2.4 Toepassing van moderne en toegesneden ICT, Domotica en zorgtechnologie

De toepassing van moderne ICT is veel in het nieuws en de aanbieders van deze technologie beloven soms wel erg veel. Als het op een juiste afgewogen manier gebeurt, waarbij de garantie bestaat dat apparatuur van verschillende leveranciers goed op elkaar kan worden aangesloten, kunnen veelbelovende resultaten ontstaan. Een van de auteurs/onderzoekers is intensief betrokken bij de ontwikkeling van op de zorgsector toegesneden informatietechnologie.

Het zou te ver voeren in het kader van deze studie daar uitputtend op in te gaan.

De uitgangspunten die gekozen zijn bij het Leo Polakhuis te Amsterdam voor een samenhangend pakket van ICT, Domotica en Zorgtechnologie zijn als voorbeeld gebruikt in deze studie.

Deze uitgangspunten zijn in hoofdlijnen (Functioneel PVE Leo Polakhuis):

- 1 Kwaliteit van leven
 - a. afstemmen van licht, geluid, geur, op de behoeften van de individuele bewoner
 - b. afstemmen van klimaat
 - c. verruiming van de leefruimte voor de individuele bewoner, afgestemd op de individuele beperkingen, maar wel met behoud van de veiligheid
 - d. veilige apparatuur
- 2 Ondersteuning van de zorgverleners
 - a. signalering in de nachtsituatie
 - b. overige signaleringen
 - c. toegang (alleen van toepassing bij zelfstandig wonen)
 - d. goede informatievoorziening

- 3 Facilitaire ondersteuning
 a. Beheersing van gebouwfuncties

Daaraan is toegevoegd:

- Slimme registratie technieken (o.a. tijdschrijven).
- Telemedische voorziening, zoals meten op afstand.

Schematisch zijn de ICT en Domotica interventies aangegeven in onderstaande figuur.

Figuur 4.4 Schematische weergave: ICT en Domotica

INTERVENTIES		4: ICT en Domotica				
Kwaliteit van leven						
Doel:	Vergroten zelfredzaamheid. Verruimen leefruimte. Veilig gebruik apparatuur					
Middelen:	Afstemmen van klimaat, licht, geluid, geur, op de behoeften van de individuele wensen bewoner. Individuele profielen voor openen deuren.					
Ondersteuning zorgverleners						
Doel:	Directe taakverlichting zorgverleners door: Zelfredzaamheid patiënten vergroten, signaalfuncties verbeteren					
Middelen:	Signalering in de nachtsituatie, goede informatievoorziening, patientgebonden sensors (deuren, intelligente PAS, signalen o.a. Incontinentie), telemedicine, registraties, tweewegvideo.					
Facilitaire ondersteuning						
Doel:	Beheersing van gebouwfuncties					
Middelen:	ICT geïntegreerd in sturing installaties					
Directe en indirecte effecten op kwaliteit en proces						
Omschrijving		directe effecten	indirecte effecten via client in relatie met			
			clients	bezoek	mantelzorg	verzorgers
Beter werkklimaat		+				
Slimmer registreren		++				
Betere signalering		++				
Zelfredzaamheid			+		+	++
Welbevinden clienten			+			+
Welbevinden bezoekers				++		
Nachtrust						++

4.3 Interactie van de interventies onderling

De effecten van de interventies zullen een verschillend resultaat bieden als ze in wisselende combinaties worden toegepast. Het is niet verantwoord de effecten van de interventies bij elkaar op te tellen. De onderlinge afhankelijkheid is daar immers te groot voor. In het rekenmodel dat in hoofdstuk 5 wordt behandeld is een interactietabel opgenomen. Bij alle mogelijke combinaties van interventies is aangegeven wat het cumulatieve effect zal zijn.

Tabel 4.1 Voorbeeld interactie bij alle interventies gezamenlijk

Overzicht Interventies	Cumulatie bij meerdere interventies				
	keuze	Reductie persectante van interventies 1-4			
	aan/uit	1	2	3	4
1 Ruimtelijke interventies	1	0%	-10%	0%	-10%
2 Sfeer en interieur	1		0%	-20%	0%
3 Bouwfysische interventies	1			0%	-20%
4 ICT en Domotica	1				0%
Bij gekozen combinatie van interventies		1,00	0,90	0,80	0,70

Tabel 4.2 Voorbeeld interactie bij het niet toepassen van ruimtelijke interventies

Overzicht Interventies	Cumulatie bij meerdere interventies				
	keuze	Reductie persectante van interventies 1-4			
	aan/uit	1	2	3	4
1 Ruimtelijke interventies		0%	-10%	0%	-10%
2 Sfeer en interieur	1		0%	-20%	0%
3 Bouwfysische interventies	1			0%	-20%
4 ICT en Domotica	1				0%
Bij gekozen combinatie van interventies		0	1,00	0,80	0,80

4.4 Interventies in de praktijk

Voor de investeringen is het al dan niet combineren van ingrepen van groot belang. Uit onderzoek van PARAP voor de Rijksgebouwendienst (Gerritse, 2002) naar het toepassen van energiebesparende maatregelen is geconcludeerd dat het integraal en samenhangend toepassen van maatregelen en het laten samenvallen van die maatregelen met toch al geplande renovaties een zeer groot besparend effect vertoont. Dit zal zeker ook gelden bij de eerder beschreven vier vormen van interventies.

Het is zeer denkbaar om ruimtelijk en bouwfysische interventies gezamenlijk en tegelijkertijd op te nemen in bijvoorbeeld renovatiewerkzaamheden. Sfeer en interieur maatregelen horen ook in zo'n pakket, maar zijn apart te koppelen aan reguliere onderhoudswerkzaamheden en in sommige gevallen is zelfwerkzaamheid van cliënten en of bezoekers denkbaar. ICT en Domotica interventies zijn separaat uit te voeren. Het is redelijk te veronderstellen dat interventies in de toekomst uitgewerkt worden in Lange Termijn Huisvestingsplannen. Het model biedt de mogelijkheid de kosten en de baten situationeel toe te passen. Het vormt op micro niveau de grondslag van een 'business case' waarin investeringen afgezet worden tegen opbrengsten of argumentaties waarin waardeontwikkeling een rol speelt.

5 Kwalitatieve en kwantitatieve effecten

Het kwantificeren van de invloed van bouwkundige eigenschappen van gebouwen op de productiviteit van personeel is erg moeilijk en nauwelijks wetenschappelijk hard te maken. Het in dit hoofdstuk beschreven model om de invloeden op de productiviteit in te schatten moet dan ook worden gezien als een logische beredenering van mogelijke effecten. Wel maakt het model duidelijk welke delen van de arbeidskosten te beïnvloeden zijn.

5.1 Uitgangspunten

Er is een referentiemodel opgesteld met gebruikmaking van een aantal bronnen met gegevens over personeelsbezetting en kosten van verpleeghuizen. Hieruit zijn de gemiddelde kosten per cliënt afgeleid en tevens de kosten van een gemiddeld verpleeghuis. Met deze gegevens als uitgangspunt is een rekenmodel opgesteld dat inzicht geeft welke kosten beïnvloedbaar zijn voor verschillende vormen van productiviteitsstijging.

5.1.1 Macro gegevens verpleeghuizen en personeel

Uit de benchmark studies zijn de onderstaande gegevens ontleend. Deze gegevens gecombineerd met kostengegevens uit de benchmarkstudies zijn gebruikt om een referentie model op te stellen. Om de vertaalslag te maken van bestede tijd naar kosten zijn hulpberekeningen gemaakt met kostenfactoren voor de verschillende beroepen.

Figuur 5.1 Gegevens personeel in verpleeghuizen en vertaling naar kostenverhoudingen

Personeel verpleeghuizen (exl. facilitaire dienst en administratie)

Minuten/client per dag

Functies	minuten per dag	%	kosten factor	kosten %
Leidinggevend	10,3	5,3%	1,80	9,1%
Personeel in opleiding	25,0	12,8%	0,57	7,0%
ziekenverzorgenden	72,6	37,2%	1,00	35,5%
verzorgenden en overige directe functies verpl. en verz.	27,6	14,2%	0,90	12,1%
Groeps en dagverzorging				
activiteitenbegeleiders	8,0	4,1%	0,80	3,1%
verpleeghulp en verzorghulp	17,6	9,0%	0,70	6,0%
verpleegkundigen	7,0	3,6%	1,50	5,1%
afd. Ass./gastvr/ Huish. Medew.	7,3	3,7%	0,80	2,9%
para- en perimedici	19,6	10,1%	2,00	19,2%
	195,0	100%	1,05	100%

Bron: Benchmark Verpleeg en verzorgingshuizen 2004/05

Figuur 5.2 Gegevens kosten verpleeghuizen en verzorgingshuizen

Kosten verpleeghuizen per cliënt per dag	Verpleeghuizen		Verzorgingshuizen	
	2003	2004	2003	2004
Personeel in opleiding	4,38	5,43	1,11	0,77
Leidinggevend personeel	8,35	6,37	2,71	3,06
Verplegend en verz. Personeel	49,46	52,32	24,58	26,07
Para/perimedici en onderzoeksfuncties	12,96	14,42	2,02	2,18
Management en staf	2,43	2,74	1,12	1,27
Personeel hotelfuncties	10,86	12,86	7,89	9,77
Algemeen administratief	8,58	7,22	3,94	3,74
Personeel terrein en gebouwgebonden functies	2,06	1,47	0,83	1,08
Soc. Lasten en andere pers. Kosten	25,01	26,46	10,92	12,65
Algemene kosten	7,16	8,4	4,07	4,56
Voedingsmiddelen	8,4	7,17	6,97	7,26
Hotelmatige kosten	7,3	7,27	2,79	3,04
Patient en bewonersgebonden kosten	5,2	6,57	0,72	0,84
Terrein en gebouwgebonden kosten	5,53	4,89	5,07	6,35
Doorbelaste kosten derden	-4,66	-5,41	-4,13	-5,37
	153,02	158,18	70,61	77,27

Bron: Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen 2003/2004

Om de gegevens van de benchmark te kunnen vergelijken met de gegevens uit de VWS begroting is een berekening gemaakt van de kosten voor 2004 per cliënt per gemiddeld verpleeghuis en voor de hele sector. In gepubliceerde overzichten van de begroting komen in 2004 de gemiddelde kosten per cliënt in de verpleeghuizen op ruim € 75.000,-. In het referentiemodel dat voor de afzonderlijke kosten is gebaseerd op de benchmarkstudies komen de gemiddelde kosten per cliënt aanzienlijk lager uit. Dit kan worden veroorzaakt omdat de benchmarkstudie slechts een deel van de verpleeghuizen heeft onderzocht. Voor de onderlinge verhoudingen is dit geen probleem. Om de aansluiting naar de totale sector te behouden is in het kostenmodel een restpost opgenomen die niet is verdeeld over de detailposten. Deze restpost is in dit geval ongeveer € 16.000,- per cliënt per jaar. Nader onderzoek zou inzicht kunnen geven waar en waarom deze afwijking wordt geconstateerd. In tabel 5.3 is de raming voor verpleeghuiskosten uit de VWS begroting aangegeven.

Figuur 5.3 Tabel uit VWS begroting

X € 1.000.000	2000	2001	2002	2003	2004
Financiering AWBZ	3.085,60	3.403,60	3.871,30	4.241,80	4.319,00
Eigen Bijdragen AWBZ	357,9	391	365	358,6	358,6
Totaal	3.443,50	3.794,60	4.236,30	4.600,40	4.677,60
Absoluut	2000	2001	2002	2003	2004
Totaal aantal verpleegdagen	21.066.751	21.701.139	22.518.123	22.944.790	22.716.461
Patienten (FTE) per jaar	57.717	59.455	61.693	62.862	62.237
Uitgaven per patient (FTE)	59.661,70	63.822,90	68.666,90	73.182,00	75.158,00

5.1.2 Referentie voor kosten en kostenverdelingen

Op basis van bovenstaande gegevens is een referentiemodel afgeleid voor de exploitatiekosten van verpleeghuizen waarbij cliëntgebonden en niet cliëntgebonden taken zijn onderscheiden. Het referentiemodel beschouwd de kosten per cliënt per jaar in het jaar 2004 en daarnaast de contante waarde over 25 jaar exploitatie.

Figuur 5.4 Referentiemodel verpleeghuizen

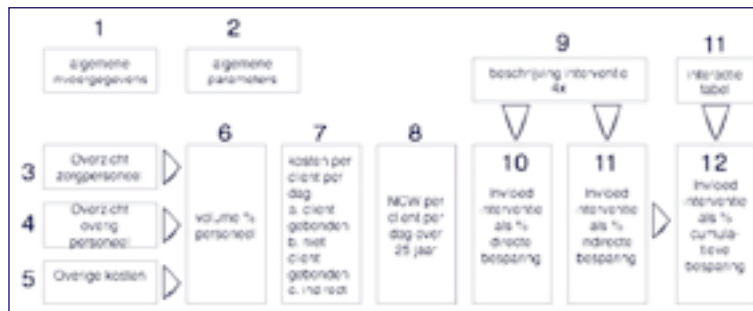
Omschrijving activiteiten referentie		Kosten indicatie per client/jr	CW per client x 1000	CW sector x mln
Personeel zorg	bez. pers.	29,00	793,93	49.412
Personeel in opleiding	12,8%	1,98		
client gebonden taken	40%	0,81	22,13	1.377
niet client gebonden taken	20%	0,40	11,07	689
persoonlijke verz. opl. alg. etc.	40%	0,81	22,13	1.377
Leidinggevend personeel	5,3%	2,33		
client gebonden taken	10%	0,26	7,2	448
niet client gebonden taken	40%	1,05	28,8	1.792
algemene en indirecte uren	50%	1,31	36,0	2.240
Verplegend en verz. Personeel		19,10		
ziekenverzorgenden	37,2%			
client gebonden taken	65%	6,69	183,2	11.403
niet client gebonden taken	20%	2,06	56,4	3.509
algemene en indirecte uren	15%	1,54	42,3	2.631
verzorgenden en overige directe functies verpl. En verz.	14,2%			
client gebonden taken	55%	1,94	53,0	3.301
niet client gebonden taken	30%	1,06	28,9	1.801
algemene en indirecte uren	15%	0,53	14,5	900
Groeps en dagverzorging activiteitenbegeleiders	4,1%			
client gebonden taken	65%	0,59	16,2	1.005
niet client gebonden taken	20%	0,18	5,0	309
algemene en indirecte uren	15%	0,14	3,7	232
verpleeghulp en verzorghulp	9,0%			
client gebonden taken	65%	1,14	31,1	1.935
niet client gebonden taken	20%	0,35	9,6	595
algemene en indirecte uren	15%	0,26	7,2	447
verpleegkundigen	3,6%			
client gebonden taken	65%	0,97	26,5	1.649
niet client gebonden taken	20%	0,30	8,2	507
algemene en indirecte uren	15%	0,22	6,1	381
afd. Ass./gastvr/ Huish. Medew.	3,7%			
client gebonden taken	50%	0,41	11,3	706
niet client gebonden taken	35%	0,29	7,9	494
algemene en indirecte uren	15%	0,12	3,4	212
Para/perimedici en onderzoeksfuncties	10,1%	5,26		
client gebonden taken	50%	2,78	76,1	4.736
niet client gebonden taken	20%	1,11	30,4	1.894
algemene en indirecte uren	30%	1,67	45,7	2.842
Overig personeel		8,87	242,7	15.106
Management en staf		1,00	27,4	1.704
Personeel hotelfuncties		4,69	128,5	7.998
Algemeen administratief		2,64	72,1	4.490
Personeel terrein en gebouwgebonden functies		0,54	14,7	914
Soc. Lasten en andere pers. Kosten	25%	9,47	259,2	16.130
Overige kosten		28,52	648,6	40.367
Algemene kosten		3,07	69,7	4.340
Voedingsmiddelen		2,62	59,5	3.704
Hotelmatige kosten		2,65	60,3	3.756
Patient en bewonersgebonden kosten		2,40	54,5	3.394
Terrein en gebouwgebonden kosten		1,78	40,6	2.526
Restpost		16,00	363,9	22.646
TOTAAL		75,9	1.944,4	121.014

5.2 Rekenmodel

5.2.1 Schematische beschrijving

In onderstaand schema is het principe weergegeven van het opgestelde rekenmodel

Figuur 5.5 Principe van het rekenmodel



Een korte uitleg aan de hand van het schema en de genummerde onderdelen:

1. Algemene invoergegevens.

Kosten per client per jaar	€75.700
Aantal cliënten 2004	62237
Aantal verpleeghuizen	345
Aantal kamers	35242
Exploitatieduur in jaren	25
Groei aantal cliënten/jr	3%

bron: CTG/Zaio begroting VWS

2. Algemene parameters

Rentestand	5,00%
Inflatie	1,50%
Prijsstijging zorgkosten	3,00%
Reële prijsstijging	1,48%
Reële rente	3,45%
Exploitatieperiode	25

3. Overzicht zorgpersoneel.

De kosten zijn aangegeven als kosten per client per jaar x 1000

Personeel zorg	bez. pers.	29,00
Personeel in opleiding	12,8%	1,98
client gebonden taken	40%	0,81
niet client gebonden taken	20%	0,40
persoonlijke verz. opl. alg. etc.	40%	0,81
Leidinggevend personeel	5,3%	2,33
client gebonden taken	10%	0,26
niet client gebonden taken	40%	1,05
algemene en indirecte uren	50%	1,31
Verplegend en verz. Personeel		19,10
ziekenverzorgenden	37,2%	
client gebonden taken	65%	6,69
niet client gebonden taken	20%	2,06
algemene en indirecte uren	15%	1,54
verzorgenden en overige directe functies verpl. En verz.	14,2%	
client gebonden taken	55%	1,94
niet client gebonden taken	30%	1,06
algemene en indirecte uren	15%	0,53
Groeps en dagverzorging activiteitenbegeleiders	4,1%	
client gebonden taken	65%	0,59
niet client gebonden taken	20%	0,18
algemene en indirecte uren	15%	0,14
verpleeghulp en verzorghulp	9,0%	
client gebonden taken	65%	1,14
niet client gebonden taken	20%	0,35
algemene en indirecte uren	15%	0,26
verpleegkundigen	3,6%	
client gebonden taken	65%	0,97
niet client gebonden taken	20%	0,30
algemene en indirecte uren	15%	0,22
afd. Ass./gastvr/ Huish. Medew.	3,7%	
client gebonden taken	50%	0,41
niet client gebonden taken	35%	0,29
algemene en indirecte uren	15%	0,12
Para/perimedici en onderzoeksfuncties	10,1%	5,26
client gebonden taken	50%	2,78
niet client gebonden taken	20%	1,11
algemene en indirecte uren	30%	1,67

4. Overzicht overig personeel

De kosten zijn aangegeven als kosten per client per jaar x 1000

Overig personeel		8,87
Management en staf		1,00
Personeel hotelfuncties		4,69
Algemeen administratief		2,64
Personeel terrein en gebouwgebonden functies		0,54

5. Overige kosten

De kosten zijn aangegeven als kosten per cliënt per jaar x 1000

Overige kosten		28,52
Algemene kosten		3,07
Voedingsmiddelen		2,62
Hotelmatige kosten		2,65
Patient en bewonersgebonden kosten		2,40
Terrein en gebouwgebonden kosten		1,78
Restpost		16,00

6. Volumepercentages personeel.

Afgeleid uit de macro gegevens uit par. 5.1.1 zijn de volumegegevens afgeleid, die in de tabel bij punt 3 zijn weergegeven.

7. Kosten per cliënt per jaar zijn eveneens afgeleid uit de benchmark gegevens en vergeleken met de VWS begroting is een restpost van Euro16.000,- opgenomen. (zie tabel bij punt 5). In gepubliceerde overzichten van de begroting komen in 2004 de gemiddelde kosten per cliënt in de verpleeghuizen op ruim € 75.000,-. In het referentiemodel dat voor de afzonderlijke kosten is gebaseerd op de benchmarkstudies komen de gemiddelde kosten per cliënt aanzienlijk lager uit. Dit kan worden veroorzaakt omdat de benchmarkstudie slechts een deel van de verpleeghuizen heeft onderzocht. Voor de onderlinge verhoudingen is dit geen probleem. Om de aansluiting naar de totale sector te behouden is in het kostenmodel een restpost opgenomen die niet is verdeeld over de detailposten. Deze restpost is in dit geval ongeveer € 16.000,- per cliënt per jaar. Nader onderzoek zou inzicht kunnen geven waar en waarom deze afwijking wordt geconstateerd. Het kan gaan om posten op de VWS begroting (bv subsidies, kosten voor onderzoek etc.) die slechts zeer indirect toe te rekenen zijn aan de exploitatie van de verpleegzorg.

8. Contante waarde over 25 jaar exploitatie

De contante waarde over 25 jaar is aangegeven om investeringen te kunnen vergelijken met de exploitatiekosten. De parameters waarmee is gerekend zijn reeds aangegeven bij punt 2.

9. De beschrijving van de 4 interventies is besproken in hoofdstuk 4.

10. De invloed van de betreffende interventie is uitgedrukt als een % t.o.v. de maximale te behalen besparing op arbeidstijd. Als voorbeeld is uit het rekenmodel de methode van notatie van deze besparing bij de interventie ICT en Domotica in onderstaande figuur weergegeven voor enkele personeelsgroepen. In de kolom effecten is de relatie gelegd met de kwalitatieve benoemingen a t/m g.

Directe en indirecte effecten op kwaliteit en proces						
Omschrijving	directe effecten	indirecte effecten via client in relatie met				
		clients	bezoek	mantelzorg	verzorgers	
a Beter werkklimaat	+					
b Slimmer registreren	++					
c Betere signalering	++					
d Zelfredzaamheid		+		+	++	
e Welbevinden cliënten		+			+	
f Welbevinden bezoekers			++			
g Nachtrust					++	

STRATEGIE 1: RUIMTELIJKE INTERVENTIES

Omschrijving activiteiten referentie	theoret. max besp.	direct effect	indicatie effecten via clienteffecten				% besparing	
Taakpakket 1								
Personeel zorg								
Personeel in opleiding								
client gebonden taken	a,c,d,e,f,g	40%	5,00%	1,50%	1,50%	1,00%	3,00%	12,00%
niet client gebonden taken	a,b	20%	5,00%					5,00%
persoonlijke verz. opl. alg. etc.	a,b	15%	2,00%					2,00%
Leidinggevend personeel								
client gebonden taken								
niet client gebonden taken	a,b,c	20%	5,00%					5,00%
algemene en indirecte uren	a,b	15%	5,00%					5,00%
Verplegend en verz. Personeel								
ziekenverzorgenden								
client gebonden taken	a,c,d,e,f,g	40%	5,00%	1,50%	1,50%	1,00%	3,00%	12,00%
niet client gebonden taken	a,b	20%	5,00%					5,00%
algemene en indirecte uren								

Een korte toelichting:

- a. verpleeghuiszorg is een arbeidintensief proces en ervaring in andere arbeidsintensieve sectoren leert dat er een theoretisch grens ligt aan het vermogen slimmer met de tijd om te gaan en “verspilling” te voorkomen. Op basis van deze studies die helaas in de zorgsector niet voorhanden zijn is door ons het maximum voor de tijdsbesparing op 40% gezet voor de ideale combinatie van alle mogelijkheden.
 - b. In bovenstaand voorbeeld is de directe besparing door ICT voor het verzorgend personeel gesteld op 5%. Dit is ontleend aan de eerste ervaringen met o.a. het Vidome project.
 - c. De indirecte tijdsbesparingen (zie hieronder punt 11) zijn het gevolg van effecten op de cliënten zelf en dan in relatie met andere cliënten, het bezoek, de mantelzorg en de hogere mate van zelfredzaamheid van de client en dus minder tijd nodig van verzorgers.
 - d. Op deze manier is een gecombineerde besparing mogelijk van ICT in de verpleegzorg van max. 12% op de clientgebonden uren.
 - e. Op de niet clientgebonden uren zijn zeker ook besparingen mogelijk maar dan alleen de directe besparingen door betere planning, simpler administreren etc.
11. De invloed van de indirecte besparingen is apart aangegeven in het rekenmodel en heeft te maken met de besparingen die het gevolg zijn van een kwaliteitsverbetering voor de cliënt die weer invloed heeft op het werk van het zorgpersoneel. Voorbeelden hiervan zijn te vinden in het literatuuroverzicht en de verslagen van de interviews.

12. De resultaten zijn afhankelijk van de combinatie van interventies. Zie voor een toelichting hiervan par. 4.3.

In onderstaande tabel zijn de cumulatieve resultaten weergegeven waarbij alle vier interventies integraal worden uitgevoerd.

CUMULATIEVE EFFECTEN VAN GEKOZEN INTERVENTIES									
Omschrijving activiteiten referentie		Kosten indicatie per client/jr	theoret. max besp.	direct effect	indicatie effecten via cliënteffecten				% besparing
Taakpakket 1									
Personeel zorg	bez. pers.	29,00							
Personeel in opleiding	12,8%	1,98							
client gebonden taken	40%	0,81	40%	14,80%	6,05%	5,30%	2,40%	7,50%	36,05%
niet client gebonden taken	20%	0,40	20%	12,30%					12,30%
persoonlijke verz. opl. alg. etc	40%	0,81	15%	5,10%					5,10%
Leidinggevend personeel	5,3%	2,33							
client gebonden taken	10%	0,26							
niet client gebonden taken	40%	1,05	20%	11,90%			0,50%		12,40%
algemene en indirecte uren	50%	1,31	15%	5,20%					5,20%
Verplegend en verz. Personeel		19,10							
ziekenverzorgenden	37,2%								
client gebonden taken	65%	6,69	40%	15,20%	5,05%	6,30%	3,40%	7,50%	37,45%
niet client gebonden taken	20%	2,06	20%	9,30%					9,30%
algemene en indirecte uren	15%	1,54							
verzorgenden en overige directe	14,2%								
client gebonden taken	55%	1,94	40%	15,20%	5,05%	6,30%	3,40%	7,50%	37,45%
niet client gebonden taken	30%	1,06	20%	9,30%					9,30%
algemene en indirecte uren	15%	0,53							
Groeps en dagverzorging activite	4,1%								
client gebonden taken	65%	0,59	20%	12,30%	3,80%				16,10%
niet client gebonden taken	20%	0,18	10%	2,20%					2,20%
algemene en indirecte uren	15%	0,14							
verpleeghulp en verzorghulp	9,0%								
client gebonden taken	65%	1,14	40%	14,80%	6,40%			8,90%	30,10%
niet client gebonden taken	20%	0,35	20%	9,30%					9,30%
algemene en indirecte uren	15%	0,26							
verpleegkundigen	3,6%								
client gebonden taken	65%	0,97	40%	14,80%	6,40%			8,90%	30,10%
niet client gebonden taken	20%	0,30	20%	9,30%					9,30%
algemene en indirecte uren	15%	0,22							
afd. Ass./gastvr/ Huish. Medew.	3,7%								
client gebonden taken	50%	0,41	30%	10,20%	6,40%	4,80%	4,40%	4,40%	30,20%
niet client gebonden taken	35%	0,29	15%	5,55%					5,55%
algemene en indirecte uren	15%	0,12							
Para/perimedici en onderzoeksfunc	10,1%	5,26							
client gebonden taken	50%	2,78	20%	11,90%					11,90%
niet client gebonden taken	20%	1,11	5%	1,40%					1,40%
algemene en indirecte uren	30%	1,67	15%	9,80%					9,80%
Overig personeel		8,87							
Management en staf		1,00	5%	3,50%					3,50%
Personeel hotelfuncties		4,69	30%	20,70%					20,70%
Algemeen administratief		2,64	20%	7,75%					7,75%
Personeel terrein en gebouwgebonden functies		0,54	20%	8,80%					8,80%
Soc. Lasten en andere pers. Kosten	25%	9,47	21,93%	10,24%	1,64%	1,49%	0,82%	2,25%	16,43%
Overige kosten		28,52							
Algemene kosten		3,07							
Voedingsmiddelen		2,62							
Hotelmatige kosten		2,65	20%						
Patiënt en bewonersgebonden kosten		2,40							
Terrein en gebouwgebonden kosten		1,78	20%	5,00%					5,00%
Restpost		16,00							
TOTAAL		75,9	16,08%	7,04%	1,09%	0,99%	0,54%	1,49%	11,33%

13. De kwantificering van de kolom effecten is het resultaat van een deskundigenoordeel. De literatuur over verpleeghuizen biedt weinig houvast als het gaat om concrete getalsmatige inschattingen. Uit de literatuur over kantoren weten we dat ramingen van arbeidsproductiviteitstijgingen hoger dan 10 gewantrouwd moeten worden (van der Voordt, 2003). De zorgvuldigheid van rapportages in die sector laat te wensen over en het financieel economische voorzichtigheidsbeginsel vereist dat een prudente aanpak beter is. Een reken je rijk mentaliteit is al te gemakkelijk ontstaan en is maar moeilijk uitroeibaar. In de discussie over de resultaten komen we hier nog op terug. De deskundigen interviews hebben wel een indicatiegegeven, maar niet meer dan dat. De validatie van het model verdient daarom aandacht.

5.3 Resultaten

De resultaten laten zich slechts bestuderen in de tabellen zoals die hierna opgenomen zijn. Dat lijkt de overzichtelijkheid niet ten goede te komen, maar is wel systematisch en verantwoord gebeurt. De gecompliceerde materie laat zich weliswaar samenvatten, maar niet begrijpen als de rede- neerlijn zoals hiervoor is uiteengezet niet culmineert in de uitkomsten zoals die in de volgende subparagrafen in tablevorm uitgebreid wordt gepresenteerd.

5.3.1 Per interventiegroep

INTERVENTIES I: Ruimtelijke interventies

Kwaliteit van leven					
Doel:	Privacyvergroting				
Middelen:	Van 6 - 2 ps kamer -> 1-2 ps appartement				
Ondersteuning zorgverleners					
Doel:	Logistieke verbetering (looplijnen)				
Middelen:	Verplaatsing functies ter bevordering efficiency				
Facilitaire ondersteuning					
Doel:	Logistieke verbetering (looplijnen)				
Middelen:	Verplaatsing functies ter bevordering efficiency				
Directe en indirecte effecten op kwaliteit en proces					
Omschrijving	directe effecten	indirecte effecten via client in relatie met			
		clients	bezoek	mantelzorg	verzorgers
a) Betere logistiek	++				
b) Welbevinden cliënten		+		+	+
c) Welbevinden bezoekers			+	+	+
d) Nachtrust		+	+		+
e) Zelfredzaamheid				+	+

STRATEGIE 1: RUIMTELIJKE INTERVENTIES

Omschrijving activiteiten referentie	theoret. max besp.	direct effect	indicatie effecten via clienteffecten				% bespa- ring
Taakpakket 1							
Personeel zorg							
Personeel in opleiding							
client gebonden taken	a,b,c,d,e	40%	5,00%	2,00%		2,00%	9,00%
niet client gebonden taken		20%	5,00%				5,00%
persoonlijke verz. opl. alg. etc.		15%	2,00%				2,00%
Leidinggevend personeel							
client gebonden taken							
niet client gebonden taken	a,b,c,e	20%	5,00%			0,50%	5,50%
algemene en indirecte uren		15%					
Verplegend en verz. Personeel							
ziekenverzorgenden							
client gebonden taken	a,b,c,d,e	40%	5,00%	1,00%	1,00%	1,00%	10,00%
niet client gebonden taken	a	20%	2,00%				2,00%
algemene en indirecte uren							
verzorgenden en overige directe functies verpl. En verz.							
client gebonden taken	a,b,c,d,e	40%	5,00%	1,00%	1,00%	1,00%	10,00%
niet client gebonden taken	a	20%	2,00%				2,00%
algemene en indirecte uren							
Groeps en dagverzorging activiteitenbegeleiders							
client gebonden taken	a,c	20%	5,00%				5,00%
niet client gebonden taken		10%					
algemene en indirecte uren							
verpleeghulp en verzorghulp							
client gebonden taken	a,b,d	40%	5,00%	2,00%		2,00%	9,00%
niet client gebonden taken	a	20%	2,00%				2,00%
algemene en indirecte uren							
verpleegkundigen							
client gebonden taken	a,b,d	40%	5,00%	2,00%		2,00%	9,00%
niet client gebonden taken	a	20%	2,00%				2,00%
algemene en indirecte uren							
afd. Ass./gastvr/ Huish. Medew.							
client gebonden taken	a,b,c,e	30%	5,00%	2,00%	2,00%	2,00%	13,00%
niet client gebonden taken	a	15%	2,00%				2,00%
algemene en indirecte uren							
Para/permedici en onderzoeksfuncties							
client gebonden taken	a	20%	5,00%				5,00%
niet client gebonden taken	a	5%					
algemene en indirecte uren	a	15%	5,00%				5,00%
Overig personeel							
Management en staf		5%					
Personeel hotel/functies	a	30%	10,00%				10,00%
Algemeen administratief		20%					
Personeel terrein en gebouwgebonden functies		20%					
Soc. Lasten en andere pers. Kosten	blijft % van salarispost	21,93%	3,59%	0,36%	0,25%	0,25%	0,59%
Overige kosten							
Algemene kosten							
Voedingsmiddelen							
Hotelmatige kosten		20%					
Patient en bewonersgebonden kosten							
Terrein en gebouwgebonden kosten	a	20%	5,00%				5,00%
Restpost							
TOTAAL		16,08%	2,53%	0,25%	0,16%	0,16%	0,40%
							3,54%

Ruimtelijke interventies zullen primair besparingen opleveren op de cliëntgebonden taken van afdelingsassistenten, ziekenverzorgenden, andere verzorgenden, verpleeg- en verzorghulpen, verpleegkundigen en het personeel in de hotelfuncties. De totale kostenbesparing door ruimtelijke interventies zal ongeveer 3,5% bedragen.

INTERVENTIES 2: Sfeer en interieur

Kwaliteit van leven					
Doel:	Sociaal psychisch welbevinden vergroten				
Middelen:	Kleur, vloerbedekking, sociale ontmoetingsruimten, orientaties				
Ondersteuning zorgverleners					
Doel:	verbeteren werksfeer				
Middelen:	Kleur, vloerbedekking, sociale ontmoetingsruimten, orientaties				
Facilitaire ondersteuning					
Doel:	Sociale contacten toevoegen aan primaire taken				
Middelen:	sociale contacten				
Directe en indirecte effecten op kwaliteit en proces					
Omschrijving	directe effecten	indirecte effecten via cliënt in relatie met			
		cliënten	bezoek	mantelzorg	verzorgers
a Prettiger werkomgeving	++				
b Welbevinden cliënten		+		+	+
c Welbevinden bezoekers			++	+	+
d Sociale contacten			++		

STRATEGIE 2: SFEER EN INTERIEUR INTERVENTIES

Omschrijving activiteiten referentie	theoret. max besp.	direct effect	indicatie effecten via cliënteffecten				% besparing	
			effecten					
Taakpakket 1								
Personeel zorg								
Personeel in opleiding								
client gebonden taken	40%	3.00%	2.00%	2.50%	1.00%	2.00%	10.50%	
niet client gebonden taken	20%	2.00%					2.00%	
persoonlijke verz. opl. alg. etc.	15%	1.00%					1.00%	
Leidinggevend personeel								
client gebonden taken								
niet client gebonden taken	a 20%	2.00%					2.00%	
algemene en indirecte uren	a 15%	1.00%					1.00%	
Verplegend en verz. Personeel								
ziekenverzorgenden								
client gebonden taken	a,b,c,d 40%	3.00%	2.00%	2.50%	1.00%	2.00%	10.50%	
niet client gebonden taken	a 20%	2.00%					2.00%	
algemene en indirecte uren								
verzorgenden en overige directe functies verpl. en verz.								
client gebonden taken	a,b,c,d 40%	3.00%	2.00%	2.50%	1.00%	2.00%	10.50%	
niet client gebonden taken	a 20%	2.00%					2.00%	
algemene en indirecte uren								
Groeps en dagverzorging								
activiteitenbegeleiders								
client gebonden taken	a,b,c,d 20%	3.00%	2.00%				5.00%	
niet client gebonden taken	a 10%							
algemene en indirecte uren								
verpleeghulpen en verzorghulpen								
client gebonden taken	a,b 40%	3.00%	2.00%			2.00%	7.00%	
niet client gebonden taken	a 20%	2.00%					2.00%	
algemene en indirecte uren								
verpleegkundigen								
client gebonden taken	a,b,d 40%	3.00%	2.00%			2.00%	7.00%	
niet client gebonden taken	a 20%	2.00%					2.00%	
algemene en indirecte uren								
afd. Ass./gastvr/ Huish. Medew.								
client gebonden taken	a,b 30%	2.00%	2.00%	1.00%	1.00%	1.00%	7.00%	
niet client gebonden taken	a 15%	1.00%					1.00%	
algemene en indirecte uren								
Para/perimedici en onderzoeksfuncties								
client gebonden taken	a,b 20%	2.00%					2.00%	
niet client gebonden taken		5%						
algemene en indirecte uren	a 15%	2.00%					2.00%	
Overig personeel								
Management en staf	a 5%	1.00%					1.00%	
Personeel hotelfuncties	a,c 30%	3.00%					3.00%	
Algemeen administratief	a 20%	2.50%					2.50%	
Personeel terrein en gebouwgebonden functies	a 20%	2.00%					2.00%	
Soc. Lasten en andere pers. Kosten	blijft % van salarispst 21.93%	1.96%	0.62%	0.58%	0.24%	0.58%	3.98%	
Overige kosten								
Algemene kosten								
Voedingsmiddelen								
Hotelmatige kosten	20%							
Patiënt en bewonersgebonden kosten								
Terrein en gebouwgebonden kosten	20%							
Restpost								
TOTAAL		16.08%	1.32%	0.41%	0.39%	0.16%	0.38%	2.71%

Sfeer en interieur interventies leveren de grootste besparing op bij cliënt-gebonden activiteiten van personeel ziekenverzoekers, andere verzorgers en personeel in opleiding, alsmede verpleeg- en verzorghulpen en verpleegkundigen. De totale kostenbesparing door sfeer en interieur interventies zal ongeveer 2,7% bedragen.

INTERVENTIES 3: Bouwfysisch

Kwaliteit van leven					
Doel:	Bio fysisch welbevinden vergroten, nachtrustbevordering				
Middelen:	Temperatuur, vochtigheid, akoestiek, daglicht, kunstlicht				
Ondersteuning zorgverleners					
Doel:	Bio fysisch werkklimaat verbeteren				
Middelen:	Temperatuur, vochtigheid, akoestiek, daglicht, kunstlicht				
Facilitaire ondersteuning					
Doel:	Beheersing van gebouwfuncties				
Middelen:	client vs medewerker				
Directe en indirecte effecten op kwaliteit en proces					
Omschrijving	directe effecten	indirecte effecten via client in relatie met			
		clients	bezoek	mantelzorg	verzorgers
a Beter werkklimaat	++				
b Welbevinden cliënten		+		+	++
c Welbevinden bezoekers			++	+	+
d Nachtrust		++			++

STRATEGIE 3: BOUWFYSISCHE INTERVENTIES

Omschrijving activiteiten referentie	theoret. max besp.	direct effect	indirecte effecten via clienteffecten				% besparing	
Taakpakket 1								
Personeel zorg								
Personeel in opleiding								
client gebonden taken	40%	4,50%	1,50%	2,50%	1,00%	2,00%	11,50%	
niet client gebonden taken	20%	2,50%					2,50%	
persoonlijke verz. opl. alg. etc.	15%	1,00%					1,00%	
Leidinggevend personeel								
client gebonden taken								
niet client gebonden taken	20%	2,00%					2,00%	
algemene en indirecte uren	15%	1,00%					1,00%	
Verplegend en verz. Personeel								
ziekenverzoekers								
client gebonden taken	40%	5,00%	1,50%	2,50%	1,00%	2,00%	12,00%	
niet client gebonden taken	20%	2,50%					2,50%	
algemene en indirecte uren								
verzorgers en overige directe functies verpl. En verz.								
client gebonden taken	40%	5,00%	1,50%	2,50%	1,00%	2,00%	12,00%	
niet client gebonden taken	20%	2,50%					2,50%	
algemene en indirecte uren								
Groeps en dagverzorging activiteitenbegeleiders								
client gebonden taken	20%	4,00%	2,50%				6,50%	
niet client gebonden taken	10%	1,00%					1,00%	
algemene en indirecte uren								
verpleeghulpen en verzorghulpen								
client gebonden taken	40%	4,50%	1,50%			2,00%	8,00%	
niet client gebonden taken	20%	2,50%					2,50%	
algemene en indirecte uren								
verpleegkundigen								
client gebonden taken	40%	4,50%	1,50%			2,00%	8,00%	
niet client gebonden taken	20%	2,50%					2,50%	
algemene en indirecte uren								
afd. Ass./gastvr/ Huish. Medew.								
client gebonden taken	30%	2,50%	1,50%	1,50%	1,00%	1,00%	7,50%	
niet client gebonden taken	15%	2,00%					2,00%	
algemene en indirecte uren								
Para/permedici en onderzoeksfuncties								
client gebonden taken	20%	2,00%					2,00%	
niet client gebonden taken	5%							
algemene en indirecte uren	15%	2,00%					2,00%	
Overig personeel								
Management en staf	5%	1,50%					1,50%	
Personeel hotelfuncties	30%	3,00%					3,00%	
Algemeen administratief	20%	2,50%					2,50%	
Personeel terrein en gebouwgebonden functies	20%							
Soc. Lasten en andere pers. Kosten	blijft % van salarispost	21,93%	2,57%	0,48%	0,59%	0,24%	0,58%	4,45%
Overige kosten								
Algemene kosten								
Voedingsmiddelen								
Hotelmarge kosten	20%							
Patient en bewonersgebonden kosten								
Terrein en gebouwgebonden kosten	20%							
Restpost								
TOTAAL		16,08%	1,72%	0,32%	0,39%	0,16%	0,38%	3,02%

Bouwfysische interventies leveren besparingen op bij de cliëntgebonden taken van ziekenverzorgenden, andere verzorgenden, personeel in opleiding, alsmede verpleegkundigen en verpleeg- en verzorghulpen. De totale kostenbesparing door bouwfysische interventies zal ongeveer 3,02% bedragen.

INTERVENTIES		4: ICT en Domotica		
Kwaliteit van leven				
Doel:	Vergroten zelfredzaamheid. Verruimen leefruimte. Veilig gebruik apparaatuur			
Middelen:	Afstemmen van klimaat, licht, geluid, geur, op de behoeften van de			
Ondersteuning zorgverleners				
Doel:	Directe taakverlichting zorgverleners door: Zelfredzaamheid patiënten			
Middelen:	Signalering in de nachtsituatie, goede informatievoorziening.			
Facilitaire ondersteuning				
Doel:	Behersing van gebouwfuncties			
Middelen:	ICT geïntegreerd in sturing installaties			
Directe en indirecte effecten op kwaliteit en proces				
Omschrijving	directe effecten	indirecte effecten via client in relatie met		
		clients	bezoek	mantelzorg verzorgers
a Beter werkklimaat	+			
b Slimmer registreren	++			
c Betere signalering	++			
d Zelfredzaamheid		+		++
e Welbevinden cliënten		+		+
f Welbevinden bezoekers			++	
g Nachtrust				++

STRATEGIE 4: IMPLEMENTATIE ICT EN DOMOTICA

Omschrijving activiteiten referentie	theoret. max besp.	direct effect	indicatie effecten via clienteffecten				% besparing	
Taakpakket 1								
Personeel zorg								
Personeel in opleiding								
client gebonden taken	a,c,d,e,f,g	40%	5,00%	1,50%	1,50%	1,00%	3,00%	12,00%
niet client gebonden taken	a,b	20%	5,00%					5,00%
persoonlijke verz. opl. alg. etc.	a,b	15%	2,00%					2,00%
Leidinggevend personeel								
client gebonden taken	a,b,c	20%	5,00%					5,00%
niet client gebonden taken	a,b	15%	5,00%					5,00%
algemene en indirecte uren								
Verplegend en verz. Personeel								
ziekenverzorgenden								
client gebonden taken	a,c,d,e,f,g	40%	5,00%	1,50%	1,50%	1,00%	3,00%	12,00%
niet client gebonden taken	a,b	20%	5,00%					5,00%
algemene en indirecte uren								
verzorgenden en overige directe functies verpl. En verz.								
client gebonden taken	a,c,d,e,f,g	40%	5,00%	1,50%	1,50%	1,00%	3,00%	12,00%
niet client gebonden taken	a,b	20%	5,00%					5,00%
algemene en indirecte uren								
Groeps en dagverzorging activiteitenbegeleiders								
client gebonden taken	a,b,c,d,e	20%	2,00%					2,00%
niet client gebonden taken	a,b	10%	2,00%					2,00%
algemene en indirecte uren								
verpleeghulpen en verzorghulpen								
client gebonden taken	a,c,d,e,f,g	40%	5,00%	2,00%			5,00%	12,00%
niet client gebonden taken	a,b	20%	5,00%					5,00%
algemene en indirecte uren								
verpleegkundigen								
client gebonden taken	a,c,d,e,g	40%	5,00%	2,00%			5,00%	12,00%
niet client gebonden taken	a,b	20%	5,00%					5,00%
algemene en indirecte uren								
afd. Ass./gastvr/ Huish. Medew.								
client gebonden taken	a,c,d,e,f	30%	2,00%	2,00%	1,00%	1,00%	1,00%	7,00%
niet client gebonden taken	a,b	15%	1,50%					1,50%
algemene en indirecte uren								
Para/permedicl en onderzoeksfuncties								
client gebonden taken	a,c,d,e,g	20%	5,00%					5,00%
niet client gebonden taken	a,b	5%	2,00%					2,00%
algemene en indirecte uren		15%	2,00%					2,00%
Overig personeel								
Management en staf	a,b	5%	2,00%					2,00%
Personeel hotelfuncties	a,c	30%	8,00%					8,00%
Algemeen administratief	a,b	20%	5,00%					5,00%
Personeel terrein en gebouwgebonden functies	a,b,c	20%	10,00%					10,00%
blijft % van salarispost		21,93%	4,04%	0,47%	0,35%	0,24%	0,97%	6,08%
Overige kosten								
Algemene kosten								
Voedingsmiddelen								
Hotelmatige kosten		20%						
Patient en bewonersgebonden kosten								
Terrein en gebouwgebonden kosten		20%						
Restpost								
TOTAAL		16,08%	2,78%	0,31%	0,24%	0,16%	0,64%	4,21%

ICT en domotica leveren besparingen op de cliëntgebonden taken van ziekenverzorgenden, andere verzorgenden, personeel in opleiding, verpleegkundigen en verpleeg- en verzorghulpen. De totale kostenbesparing door implementatie van ICT en domotica zal ongeveer 4,2% bedragen. Met de implementatie van ICT en domotica is dus meer te besparen dan met elk van de andere interventiepakketten afzonderlijk. De in de praktijk benodigde investeringen bepalen echter welke combinatie van interventies het meest rendabel zal zijn.

5.3.2 Cumulatief resultaat

keuze aan/uit	Correctiefactoren bij samenvallende interventies Reductie perscentage van interventies 1-4			
	1	2	3	4
1	0%	-10%	0%	-10%
1		0%	-20%	0%
1			0%	-20%
1				0%
	1.00	0.90	0.80	0.70

Overzicht Interventies

- 1 Ruimtelijke interventies
 - 2 Sfeer en interieur
 - 3 Bouwfysische interventies
 - 4 ICT en Domotica
- Bij gekozen combinatie interventies

STRATEGIE 1: RUIMTELIJKE INTERVENTIES

Omschrijving activiteiten referentie	theoret. max besp.	direct effect	indicatie effecten via cliënteffecten				% besparing	
Taakpakket 1								
Personeel in opleiding								
client gebonden taken	40%	14.80%	6.05%	5.30%	2.40%	7.50%	36.05%	
niet client gebonden taken	20%	12.30%					12.30%	
persoonlijke verz. opl. alg. etc.	15%	5.10%					5.10%	
Leidinggevend personeel								
client gebonden taken								
niet client gebonden taken	20%	11.90%				0.50%	12.40%	
algemene en indirecte uren	15%	5.20%					5.20%	
Verplegend en verz. Personeel								
ziekenverzorgenden								
client gebonden taken	40%	15.20%	5.05%	6.30%	3.40%	7.50%	37.45%	
niet client gebonden taken	20%	9.30%					9.30%	
algemene en indirecte uren								
verzorgenden en overige directe functies verpl. En verz.								
client gebonden taken	40%	15.20%	5.05%	6.30%	3.40%	7.50%	37.45%	
niet client gebonden taken	20%	9.30%					9.30%	
algemene en indirecte uren								
Groeps en dagverzorging activiteitenbegeleiders								
client gebonden taken	20%	12.30%	3.80%				16.10%	
niet client gebonden taken	10%	2.20%					2.20%	
algemene en indirecte uren								
verpleeghulpen en verzorghulpen								
client gebonden taken	40%	14.80%	6.40%			8.90%	30.10%	
niet client gebonden taken	20%	9.30%					9.30%	
algemene en indirecte uren								
verpleegkundigen								
client gebonden taken	40%	14.80%	6.40%			8.90%	30.10%	
niet client gebonden taken	20%	9.30%					9.30%	
algemene en indirecte uren								
afd. Ass./gastvr/ Huish. Medew.								
client gebonden taken	30%	10.20%	6.40%	4.80%	4.40%	4.40%	30.20%	
niet client gebonden taken	15%	5.55%					5.55%	
algemene en indirecte uren								
Para/perimedici en onderzoeksfuncties								
client gebonden taken	20%	11.90%					11.90%	
niet client gebonden taken	5%	1.40%					1.40%	
algemene en indirecte uren	15%	9.80%					9.80%	
Overig personeel								
Management en staf	5%	3.50%					3.50%	
Personeel hotelfuncties	30%	20.70%					20.70%	
Algemeen administratief	20%	7.75%					7.75%	
Personeel terrein en gebouwgebonden functies	20%	8.80%					8.80%	
Soc. Lasten en andere pers. Kosten	blijft % van salarispost	21.93%	10.24%	1.64%	1.49%	0.82%	2.25%	16.43%
Overige kosten								
Algemene kosten								
Voedingsmiddelen								
Hotelmatige kosten	20%							
Patient en bewonersgebonden kosten								
Terrein en gebouwgebonden kosten	20%	5.00%					5.00%	
Restpost								
TOTAAL		16.08%	7.04%	1.09%	0.99%	0.54%	1.49%	11.33%

De gecombineerde interventies leveren een theoretisch maximale besparing van 11,3 %. Hiervan komt ca 7% voor rekening van de directe effecten.

6 Discussie

Aandacht voor beter en prettiger

Deze studie heeft plaatsgevonden in een periode waarin de aandacht voor verpleegzorg opmerkelijk groot was. De landelijk dagbladen (NRC, Volkskrant) hebben grote artikelen aan dit onderwerp gewijd. Steeds vaker lijkt de discussie te gaan over wat er niet goed gaat, terwijl er veel goed gaat, veel inventiviteit is en doorzettingsvermogen. Met creativiteit en inspanning wordt geprobeerd zorg te leveren en zorgkwaliteit te verbeteren. Veranderingen gaan zo snel dat nieuwe zorghulpmiddelen zich bijna wekelijks aanbieden. Temidden van deze dynamiek vinden institutionele veranderingen plaats die hun weerga niet kennen. Marktwerking heeft zijn intrede gedaan en wordt met kracht doorgevoerd.

De Rijksoverheid draagt verantwoordelijkheden steeds meer over en die van de zorginstellingen nemen toe. In het licht van het object van dit onderzoek kan bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid die zorginstellingen krijgen voor het vastgoed genoemd worden. De kapitaallasten moeten in de tarieven doorberekend worden. Om dat te kunnen doen zal veel informatie over het vastgoed verzameld moeten worden. In eerste instantie gaat het om bedrijfseconomische informatie. Bij nadere beschouwing zal ook de gebruikswaarde gerelateerd worden aan de financiële indicatoren. Allereerst gaat het om maatregelen in of aan vastgoed waardoor het dagelijks functioneren gewaarborgd is (technisch onderhoud). Echter in een adem zijn functionele aanpassingen te noemen. Immers de scheidslijn tussen onderhoud en functionele verbeteringen is niet scherp te trekken en in de praktijk geldt de regel: als je eenmaal onderhoud gaat plegen, neem dan gelijk wat maatregelen waardoor het beter gaat werken. Met deze sturingspraktijk staan we midden in het probleem van dit onderzoek: welke maatregelen in en aan gebouwen zijn te nemen opdat het beter en prettiger gaat werken. Beter is een directe maat voor toegenomen arbeidsproductiviteit en prettiger is een indirecte maat, immers die gaat over arbeidstevredenheid. Uit onderzoek wordt aangenomen dat een tevreden medewerker een productieve medewerker is. Dan is er nog een derde belangrijke uitkomstmaat en die gaat over geld. Kan het goedkoper?

Het managen van spanningen

In de zorg heeft de laatste jaren kwaliteit sterk centraal gestaan. In de komen de jaren zal dat nog steeds het geval zijn. Maar er zal steeds meer gezocht worden naar een balans tussen kosten en kwaliteit, tussen kosten en opbrengsten. Tussen inputs en outcomes. Zorgconcepten worden ontwikkeld waarin het menswaardig bestaan van cliënten doorgaans het uitgangspunt is. In ons onderzoek zijn we gedreven mensen tegengekomen die vanuit sterk ethische motieven en grote betrokkenheid zich inspannen om in de praktijk te brengen waarin ze geloven. De geschetste dynamiek

en die gedrevenheid zijn niet altijd met elkaar in balans. De belastbaarheid van mensen en instituties heeft een grens en succesvolle veranderingen zijn geconditioneerd door een groot aantal zaken. Aan veel goede wil en ideeën ontbreekt het niet. Het vermogen tot implementeren van deze ideeën zal de kritische succesfactor zijn. In onze studie hebben we met behulp van de modelontwikkeling laten zien dat veel zaken in een verpleeghuis met elkaar samenhang hebben. Enkelvoudige maatregelen volstaan niet meer en zorgvisie, zorgconcept, zorgplannen en zorgomgeving moeten uitgelijnd worden aangeboden. De markt vraagt erom en de politiek wil het. De managementopgave voor de verpleegzorg bestaat uit de sturing van complexe vraagstukken. Voor de vervulling van deze opgave zullen zich velen, al dan niet met mooie woorden, aanbieden. Behoedzaamheid en ondernemingslust zullen spanning in het bestuur en management van instellingen teweeg brengen.

Extramuralisatie

Voor ons onderwerp is de verschuiving naar extramuralisatie van groot belang. Over de potentiële effecten van de veelkleurige combinaties van wonen en zorgen is nog niet veel te zeggen. Zal de scheiding of de integratie van wonen en zorg de arbeidsproductiviteit in de verpleegzorg doen toenemen? Hoe verhoudt zich dat tot de investeringen en afschrijvingstermijnen? Welke effecten zullen demografische ontwikkelingen de komende jaren hebben voor de vraag naar diversiteit van zorgconcepten? Gelukkig staat het onderzoek hiervoor volop in de belangstelling. Tegelijkertijd wijzen alle onderzoeken in de richting van een noodzakelijk verbetering van methoden en de verdieping van inzichten. Met onze studie is geprobeerd door de bouw van een model de samenhang tussen gebouwelijke interventies en arbeidsproductiviteitsontwikkeling inzichtelijk te maken. De uitkomsten moeten gevalideerd worden; in eerste instantie door panels van deskundigen uit de verpleegzorg en uit gebouwonderzoek en in tweede instantie door toetsing op micro niveau. Datasets van praktijk situaties zullen opgebouwd moeten worden om de aannamen en kwantificeringen te toetsen en te verbeteren. Deze kanttekeningen in acht nemend menen we een realistisch beeld geschetst te hebben. Uit onderzoek in de kantoren sector is gebleken dat we voorzichtig moeten zijn met uitkomsten van onderzoek naar arbeidsproductiviteitsverhoging door gebouwelijke maatregelen. De effecten zijn soms direct en veelal indirect. Veel variabelen spelen een rol. Een geciteerd Australische onderzoek maakt opgewekt melding van een toename in de arbeidsproductiviteit van tientallen procenten. Ons onderzoek komt niet verder dan 2,7-4,2% kostenbesparing per interventie, met een maximum van 11,3% kostenbesparing tengevolge van de productiviteitsstijging indien alle maatregelen tegelijk worden genomen onder de meest ideale omstandigheden. Dit lijkt een redelijk getal want het nemen van alle voorgestelde maatregelen tegelijk staat ongeveer gelijk aan sloop en herontwerp of nieuwbouw van een verpleeghuis met alle aandacht van alle betrokken actoren voor

een kwaliteitsimpuls. De geschetste extramuralisering, die binnen dit onderzoek buiten beschouwing is gelaten, vraagt om een vervolgstudie om de effecten van deze trendmatige ontwikkeling te kunnen duiden.

Samenspel

De condities voor succes hangen samen met een optimaal samenspel van de verschillende productiemiddelen. Die laten zich niet gemakkelijk plannen in een bestaande situatie. Het verdient daarom aanbeveling om een aantal nieuwbouw huisvestingsprojecten te gaan volgen, enerzijds om te onderzoeken of er een 'best practice' bepaald kan worden op het gebied van kwaliteit van zorg en huisvesting in relatie tot de beschikbare middelen in de domeinen kapitaal en arbeid. In zo'n vergelijkingsstudie is het raadzaam ook gebouwelijke interventies in bestaande huisvestingen op te nemen. Om de waarde van de best practices te kunnen duiden is een goede beschrijving van de organisatie en de context noodzakelijk. De op/uitbouw van datasets en databases van gebouwen verdient aanbeveling. Het samenspel van de productiemiddelen kan goed geoefend worden in de Lange Termijn Huisvestingsplannen per instelling. Op basis van de interventies uit dit onderzoek is het logisch om huisvesting, middelen, diensten, ict en de daarmee samenhangende personele gevolgen in één plan samen te brengen. De personele gevolgen hebben naar mening van de onderzoekers twee componenten. Allereerst gaat het om substitutie. Productiviteitswinst door ICT in het primaire proces gaat doorgaans gepaard met vervanging van personeel: in het ene segment vetrekken mensen, in het andere (ondersteuning voor ICT) komen er mensen erbij. Het succes van ICT staat of valt met de mate waarin de toepassers vertrouwd zijn met en vertrouwen hebben in die techniek. 'Vertrouwd gemaakt worden met' vereist opleiding, en opleiding is indirect productieve arbeid: minder handen aan het bed.

Hier past een kritische bescheidenheid, ondanks de uitkomst die 11,3% theoretische besparing op de exploitatiekosten ten gevolge van een mogelijke stijging van de arbeidsproductiviteit voorspiegelt.

Leeftijd van gebouwen

Over de invloed van de leeftijd van verpleeghuisgebouwen op de ontwikkeling van arbeidsproductiviteit is ons vooralsnog niets bekend. Het verdient aanbeveling de lange termijn huisvestingsplannen te gaan volgen en voor zorginstellingen met een ruime vastgoedvoorraad een goed portefeuillebeleid te ontwikkelen, eventueel met een experimentele zoektocht naar een uitgebalanceerde combinatie van zorgconcept en zorgomgeving. Een relevant aandachtspunt is het ontwikkelen van kennis over de bestaande voorraad gebouwen. We weten op dit moment immers niet of de beschreven productiviteitsontwikkeling zich volgens een normale of scheve verdeling zal gaan gedragen ten opzichte van het beschikbare vastgoed en de daarmee samenhangende indicatoren zoals leeftijd, grootte en staat van onderhoud.

Bijlage 1

Lijst met geraadpleegde tijdschriften

Academy of Architecture for Health Journal (AIA)
Archives of Gerontology and Geriatrics
Australian Nursing Journal
BMC Geriatrics
Building Acoustics
Building and Environment
Building services engineering research and technology
Environment and behavior
Facilities
Geriatric Nursing
Health policy
Health and Place
Health and quality of life outcomes
Health and social work
Healthcare Forum Journal
Healthcare management science
Health Economics
Health Psychology
International Nursing review
Journal of advanced Nursing
Journal of Aging studies
Journal of Environmental Psychology
Journal of Health economics
Journal of Organizational Behavior
Journal of productivity analysis
Journal of real estate research
Magazine voor de verpleging
Nederlands tijdschrift voor geneeskunde
Nursing Homes: long-term care management
Nursing Inquiry
Nursing management
Nursing Older People
Ouderenzorg
Preventive medicine
Research in Nursing and Health
Scandinavian Journal of caring studies
Tijdschrift voor verzorgenden
Wonen+ (VZW Platform wonen van ouderen)
Zorgvisie
ZorgVisie Facilitair

Bijlage 2

Literatuur

Acil Tasman (2003)

Efficient workforce structures in the Australian aged care sector

Agil Tasman, 18 November 2003

Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (2004)

Richtlijn zorg bij een verstoord slaap-waak ritme

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

AVVV, aug 2004

Arcares (2005)

Benchmark verpleeg en verzorgingshuizen 2004/2005 - prestaties van zorgaanbieder gemeten

Arcares, Utrecht, 2005

Bekkers, V.J.J.M, Simons, M.E., Rietman, J. , de Rooij, M.A. (2005)

Arbeidsproductiviteit in de zorgsector en ICT

Center for Public Innovation, Rotterdam, aug 2005

Buis, S. (1997)

Geen tijd om aardig te zijn - achter de schermen van een verpleeghuis

Het Spectrum, Utrecht 1997

Bush-Brown, A., Davis, D. (1992)

Hospitable design for healthcare and senior communities

Van Nostrand Reinhold, New York, 1992

College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2002)

ICT en de bouwkundige zorginfrastructuur

CBZ, 14 jan 2002

College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2003)

Integraal Evaluatiesysteem - Quality Index ("Qind")

CBZ, 17 nov 2003

College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2003)

Bouwkostennota 2003

CBZ, 7 jul 2003

College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2005)

Gesloten setting - verblijfsconcepten

CBZ, 8 maa 2005

- Dell, M.W. Vandermeulen, L.J.R. (2005)
Arbeidsproductiviteit in de zorg
 Prismant OSA-publicatie ZW 63, Tilburg, maart 2005
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., Schaufeli, W.B. (2000)
A model of burnout and life satisfaction amongst nurses
 Journal of Advanced Nursing, 32(2), 2000
- Denis, R. (1998)
Evaluatie van een kleinschalige verpleegunit
 NZi Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg, Utrecht mei 1998
- Diesfeldt, H. (2005)
Beter slapen in het verpleeghuis
 Denkbeeld, no.17, 2005
- Dijk, J.K. van, Derks, M et al. (2004)
Personeelsgerichte maatregelen in de zorg
 Prismant, Utrecht, 2004
- Dijkstra, F. (2004)
Met de OBRA in de hand - Een dag in het Julia Health Care Centre, Californië
 Denkbeeld, 16, 2004
- Eliopoulos, Charlotte (2001)
Gerontological Nursing edition 5
 Lippincott, Philadelphia, 2001
- Enders-Slegers, J.P.M. (2000)
Een leven lang goed gezelschap: empirisch onderzoek naar de betekenis van gezelschapsdieren voor de kwaliteit van leven van ouderen
 Dissertatie UU, 8 nov 2000
- Fennis, M. (2003)
*Meer welbevinden en interactie in sfeervol interieur
 resultaten van onderzoek interieurverandering in verzorgingshuis
 St. Willibrord in Middelburg*
 SWIZ, website
- Fennis, M. (2003)
SWIZ onderzoeksprogramma: helpt de wetenschap het welzijn?
 Tijdens SWIZ symposium 'Inrichten van zorginstellingen:
 Kunst of kunde?'
 Apeldoorn, 17 nov 2003

- Frankema, E.H.P (2003)
Kantoorinnovatie in economisch perspectief
 Center for People and Buildings, Delft, 2003
- Friedemann, M.L. , R.J. Montgomery (1997)
Family involvement in the nursing home: family oriented practices and staff-family relationships
 Research in Nursing & Health (20) pp.527-537
- Gerritse, C.(2002)
Energiegebruik in EER hersteld, Kantelpuntonderzoek, energiegebruik rijkshuisvesting deel 2,
 PARAP/TU Delft, 2004
- Graaf, J. de (2003)
Praktijkvraagstukken rondom interieur van zorginstellingen
 Tijdens SWIZ symposium 'Inrichten van zorginstellingen: Kunst of kunde?'
 Apeldoorn, 17 nov 2003
- Hannema, K. (2005)
Bouwen voor de buurt - methode om multifunctioneel bouwen te beoordelen
 ZorgVisie Facilitair, jaargang 1, no 3, jun 2005
- Hazenberg, K. (2004)
Domotica in de ouderenzorg
 scriptie TUE, 2004, website
- Hertogh, C. (2004)
Ethiek van de zorg voor ouderen met dementie - De positie van verzorgenden
 Denkbeeld, no. 16, 2004
- Holcomb, B.R. Et al. (2002)
Defining and measuring nursing productivity: a concept analysis and pilot study
 Journal of advanced nursing, Volume 38, no. 4, 2002
- Hulst, W. van der (2005)
Domotica
 ZorgVisie Facilitair, jaargang 1, no 2, apr 2005
- Ice, G.H., (2002)
Daily life in a nursing home, Has it changed in 25 years?
 Journal of Aging Studies, no. 16, 2002

- Inspectierapport (2004)
Verpleeghuizen garanderen de minimale zorg niet
 Inspectie voor de Volksgezondheid, Den Haag, 2004
- Kennedie, H.W.R. (2005)
Waarde, waardering, waardigheid / Hospitality care
 Eindrapportage Golden Tulip Hotels, Inns & Resorts, 1 jun 2005
- Kinnaer, C. (2005)
De betekenis van een goed ontwerp en een goede inrichting
 Naar: Terkildsen, Mette, Inrichting van verzorgingscentra voor zwakke
 ouderen en mensen met dementie, Deens Ministerie van Welzijn,
 Odense, 2004
 Wonen+, VZW platform wonen van ouderen, 2005
- KITZZ (2005)
*Een zorg minder en minder zorg - technologie om zelfzorg en mantelzorg te
 stimuleren en ondersteunen*
 website expertisecentrum informele zorg: www.eis.nl, 29 maa 2005
- Klerk, M.M.Y. De (2004)
Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen
 SCP Den Haag, mei 2004
- Kloek, O. (2004)
 Werken aan meetbare kwaliteit
 Denkbeeld, no. 16, 2004
- Krause, R.E. Et al (1995)
*The influence of leadership style upon nursing home foodservice productivity
 measurements*
 Poster session in: Journal of the American Dietetic Association
 Vol. 95, no.9, sep 1995
- Loftness, V. (2005)
Green Design for Productivity, Health, and Quality of Life
 Presentatie AIA 2005 National convention and design exposition,
 19-21 mei 2005
 Mandalay Bay Convention Center
- Malkin, J. (1992)
Hospital interior architecture
 Van Nostrand Reinhold, New York, 1992

- Marberry, S. O. red. (1995)
Innovations in healthcare design
 Van Nostrand Reinhold, New York, 1995
- Meer, A. van der (2004)
SWIZ op zoek naar de definities van een healing environment
 VDZ Magazine, apr 2004
- Meschendorp, H.J. et al (2004)
Werk in beeld - brancherapport 2004
 Prismant/ATOS, Utrecht, 2004
- Morgan, D.G., Stewart, N.J. (1999)
The physical environment of special care units: needs of residents with dementia from the perspective of staff and family caregivers
 Qualitative Health Research, no. 9 (1), jan 1999
- NEN 2745, Nederlandse norm
Termen voor facilitaire voorzieningen toegespitst op de gezondheidszorg - rubricering en definiëring
 NEN, Delft
- NIVEL (2005)
Grote verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuisafdelingen
 Nieuwsbrief Zorg en Ondernemen, no. 04, aug 2005
- NIZW (2003)
Allochtone ouderen en wonen
 NIZW, Utrecht 2003
- Onderwater, M. (2005)
Maak het verschil - Door feedback te vragen cliënten meer betrekken bij hun zorg
 NIZW, 2005
- Paulus, A.T.G., Van Raak, A., Keijzer, F. (2005)
Informal and formal caregivers' involvement in nursing home care activities: impact of integrated care
 Journal of Advanced Nursing, 49 (4), 2005
- Perkurinen, M. (2005)
Measuring productivity in social and healthcare services
 Centre for Health Economics at Stakes (CHESS), 10 jan 2005

- Robben, P., Schippers, M. (2004)
Huisregels in de psychogeriatric
Denkbeeld, no. 16, 2004
- Rodriquez, T et al. (2005)
Intelligent services for the elderly over the tv
Journal of Intelligent Information Systems, no. 25:2, 2005
- Rutten, P.G.S, Hensen, J.L.M. (2002)
Thermische behaaglijkheid in verpleeghuizen in Nederland in de zomersituatie
CBZ, 8 jul 2002
- Sacco-Peterson, M., Borell, L. (2004)
Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting
Scandinavian Journal of Caring Sciences, no. 18, 2004
- SEO (2005)
Morgen zonder zorg(en)? Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg
SEO, Amsterdam, 2005
- Singelenberg, J.P.J. (1999)
Het beste van twee werelden
Kenniscentrum Wonen-Zorg, Amsterdam, mei 1999
- Singelenberg, J.P.J. (2001)
Het Deense model voor de ouderenzorg
Ouderenzorg, no.1, 2001
- Singelenberg, J.P.J. (2003)
Housing and services for older people in the Netherlands
Aedes-Arcades Kenniscentrum Wonen-Zorg, Utrecht, 2003
- Singelenberg, J.P.J. (2005)
Wonen en zorg, scheiden of integreren - Twintig jaar worstelen met een weerbaar dossier
Aedes-Arcades Kenniscentrum Wonen-Zorg, Utrecht, jan 2005
- Skoog, J. (2003)
Human Perception of Indoor Environment
Building Services Engineering, Chalmers University of Technology, Gothenburg, 2003

- Toetsingskader Verantwoorde Zorg (2005)
Een operationalisatie van het visiedocument Normen voor Verantwoorde Zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V
 uitgave Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting en Z-Org, 2005
- Tonkens, E. et al. (2005)
De verpleging weet het beter - Onderzoek onder verpleegkundigen in verpleegtehuizen
 Rapport Groen Links, 2de Kamer, 11 mei 2005
- Ulrich, R.S. (1995)
Effects of healthcare interior design on wellness: theory and recent scientific research
 In: innovations in healthcare design, Marberry S.O. (red.)
 van Nostrand Reingold, New York, 1995
- Ulrich, R.S. (2000)
Evidence based environmental design for improving medical outcomes
 Proceedings of the Healing by Design: Building for Health Care in the 21st century conference, Montreal, Quebec, Canada, 1-10 maart 2000
- Ulrich, R.S. et al. (2004)
Center for Health Design Releases Findings on How Design Can Improve the Standard of Care in Health-Care Facilities
 AIA 02 2005 uit: The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity, Center for Health Design 2004
- De Vierstroom (2004)
Functiegroepen: verzorgingshulp t/m verpleegkundigen
 de Vierstroom, Woerden, 2004
- Vegchel, N. van, de Jonge, J., Landsbergis, A. (2005)
Occupational stress in (inter)action: the interplay between job demands and job resources
 Journal of Organizational Behavior, no. 26, 2005
- Visser, M. de Jong, A (1999)
Cultuur en zorg - Een interculturele benadering van zorg in de verpleging
 uitgeverij Coutinho, Bussum 1999
- Vliet, A.A.M. (2004)
Zelfredzaam wonen
 Dissertatie TUE, 20 dec 2004

- Voelker, R (2001)
"Pebbles" cast ripples in healthcare design
JAMA, Vol 286 no. 14, 10 okt 2001
- Voordt, T.J.M. Van der et al. (1997)
Comparative floorplan-analysis in programming and architectural design
Design Studies 18, Elsevier Science Ltd
- Vos, F. (2002)
Healing environments
New York, 16 dec 2002, website
- Vos, F. (2003)
Indicatoren voor een healing environment. Onderzoek in een kindziekenhuis
Tijdens SWIZ symposium 'Inrichten van zorginstellingen: Kunst of kunde?'
Apeldoorn, 17 nov 2003
- Voordt, D.J.M. van der (2003)
Kosten en baten van werkplekinnovatie
Center for People and Buildings, Delft, 2003
- VROM, VWS (2004)
Actieplan 2004 t/m 2006; Investeren voor de toekomst (Kwantitatieve opgave voor wonen met zorg en welzijn tot 2015)
DGW/BO 2004057835
- Waal-Saulais, C.R.M de (2005)
Tevredenheid over zorg- en welzijnsvoorzieningen vergeleken
Stichting Tympaan, Voorburg, jan 2005
- Wagner, C. et al (2006)
Quality management system and clinical outcomes in Dutch nursing homes
Health Policy, no. 75, 2006
- Wentink, A.A L.G.(1999), Paper en lezing tijdens seminar de Werkplek, Rijksgebouwendienst, Beekbergen

Bijlage 3

Geïnterviewde personen

gesprek met	Marius Freriks
van	Florence (www.florence-zorg.nl)
door	Karel Dekker, Jayand Achterberg
plaats	Voorburg
datum	20 december 2005

Verpleeghuizen traditioneel: men denkt vanuit het instituut en heel weinig vanuit de bewoner.

In 1990 was in de VS en Scandinavië de kwaliteit van de omgeving al onderdeel van de bedrijfsvoering i.t.t. de Nederlandse situatie. Scandinavië is heel ver, vooral op gebied van wonen. In de VS heeft de zorg meer de kwaliteit van een middenklasse hotel. Hotelketens gingen zich daar storten op de ouderenzorg, want de woonomgeving hadden ze al voor elkaar en de zorg huurden ze in. Dat werd voor Florence het signaal om te proberen een zorghotel te realiseren. Men liet mensen van een facilitair bedrijf van een grote zorgorganisatie een facilitair ondernemersplan schrijven. De klanten bleken zeer tevreden met het zorghotel, en ook de ziekenhuizen kregen belangstelling. Het ziekenhuis beviel kennelijk niet qua sfeer en omgeving.

MF: de kwaliteit van het decorum moet een andere rol gaan krijgen in de gezondheidszorg in de V.S.

MF kwam in 1995 uit de VS terug en was toen 'volledig gehersenspoeld'. Hij schrok zich rot wat ze in NL deden met ijzeren bedden, stalen nachtkastjes, linoleum op de vloer, gespoten wanden, TL-verlichting en leuning. Er was niets goed, zeker als je wist hoe het ook kon. In de VS werd bijvoorbeeld, naar aanleiding van wet. onderzoek, veel gestoffeerd, alles lag vol met tapijt, maar wel tapijten die geschikt zijn voor de gezondheidszorg. De pooldichtheid gaf geen probleem met de rolweerstand van wieltjes, het tapijt had een latexrug en de garens waren solution-dyed (door-en-door gekleurd) zodat het tapijt zonder kleurverlies gereinigd kon worden.

In psychogeriatrische tehuizen bemerkt MF dat 2 dingen enorm belangrijk zijn:

- 1 de *akoestiek*, waardoor het loopgedrag van psychogeriatrische patiënten ook veel minder plaatsvindt, mensen zitten weer rustig in huiskamers
- 2 de invloed van *licht* in zorginstellingen.

Akoestiek

Uit een onderzoek (Fiona de Vos), waarbij 1 gang wel en 1 gang niet gestoffeerd was, kwam naar voren dat mensen tot 50% minder inconti-

nentiematerialen gingen gebruiken wanneer een gang gestoffeerd (+19DB demping) was. De verpleegden sliepen beter door doordat ze niet wakker werden van (contact)geluid op de gang en ook het medicijngebruik liep enorm terug. Bij toepassing in ziekenhuizen bleek dat het aantal roepen en daarmee de druk op het personeel enorm terugliep als een gang gestoffeerd was. Want als de patiënten een zuster horen lopen op de gang bellen ze!

Zachte vloerbedekking is financieel veel interessanter en minder arbeidsintensief dan harde vloerbedekking, terwijl men algemeen denkt dat dat juist andersom is.

Licht

Mensen in zorginstellingen zijn het dagritme kwijt, ze hebben 24 uur per dag hetzelfde licht. Het woongevoel in huis brengen geeft rust aan de bewoners en heeft dus veel gevolgen voor het personeel. Met licht en dagritme maak je de mensen weer bewust van tijdstippen die ze anders helemaal kwijt zijn. Lichtkamers werken goed tegen depressie, maar dat licht kun je niet in de huiskamer gebruiken, want dan gaan alle mensen weer lopen (men zoekt toch de huiskamersfeer). Deze ervaring leidde tot het plan om bij een verpleeghuis te proberen op het buitenlicht aan te sluiten met de binnenverlichting. Men vertaalt de lichtsterkte van buiten (een verblijfspleintje) elektronisch naar binnen, dus als het buiten even donkerder wordt gebeurt dat binnen ook. Alle verlichting is aan elkaar gekoppeld, en als je de TL5 TL-buizen goed inbrandt gaan de buizen ook op kleurintensiteit iets doen, waardoor het binnenlicht 's ochtends ook anders van tint is.

NB Het personeel moet dit niet als vervanging voor naar buiten gaan zien!

Het concept wordt vaak gecombineerd met liften aan de achteruitgang zodat mensen beneden in het restaurant met familie of vrienden kunnen eten. Daar wordt weer een binnentuin aan gemaakt waarin de elementen van buiten doorlopen, zodat het spel goed doorgezet wordt.

Ziekteverzuim

De kwaliteit van de gebouwde omgeving heeft duidelijk impact op het ziekteverzuim! Het verloop van personeel was en is niet zo groot (vaak 2de baan), de invloed daarop is dus beperkt. Extreme verschillen werden waargenomen bij verpleeghuis S., een traditioneel verpleeghuis wat omgetoverd is tot de kwaliteit van een middenklassehotel met allemaal eenpersoons kamers. Na deze ingreep liep het ziekteverzuim werkelijk terug van 12,3 naar 4 procent. Dat wordt verklaard doordat het 'ziekenhuisgevoel' er helemaal uit is gehaald en de kwaliteit van de woonomgeving er in is gestopt, aangevuld met andere vormen van kwaliteit. Zoals bijvoorbeeld een zwembad

Temperatuur

MF werkt ook veel met de nachtverlaging; bij lage buitentemperatuur 's nachts ook flink koelen om het doorslapen te bevorderen. De bedkamers gaan terug naar 19 graden 's nachts, het slaappatroon van de mensen wordt daardoor veel beter. Keerzijde: personeel begint wat te mopperen omdat ze zelf een vestje aanmoeten etc., en bij het wassen van patiënten is het misschien wat fris voor de patiënt. Individuele condities voor temperatuur regelen (per kamer) zou een oplossing kunnen bieden.

Geur

Er wordt ook geëxperimenteerd met geuren, maar dat werkt nog niet zo goed. Het zou alleen goed werken met de juiste geur op de juiste plaats op het juiste moment, maar zo gaat dat nu nog niet.

Luchtbehandelingssystemen zijn grootschalig dus niet zo geschikt.

Alle bewoners binnen Florence mogen kiezen waar ze willen eten en op welk moment. Bij psychogeriatrische huizen is een klein bakwandje gemaakt, om geurprikkeling te regelen.

Men wil dus in plaats van alle luchtjes verwijderen bepaalde luchtjes behouden. Dat betekent dat MF voor restaurants waarvoor uitgerekend is dat er 3600 kubieke meter verplaatst moet worden vraagt om maar 2000 kubieke meter te verplaatsen, want het moet een beetje naar eten gaan ruiken. 'De installatiejongens begrijpen daar nog niets van.'

Geen multifunctionele ruimtes maar Dining Rooms

Als je echt een restaurant in een zorginstelling maakt wordt het toch wel wat duurder omdat de overheid er van uit gaat dat je die ruimte toch wel multifunctioneel gebruikt, en dat doen ze bij Florence nergens meer. Een restaurant blijft een restaurant, mensen hoeven na het eten niet weg. De kwaliteit van de maaltijd berust op de extra's die je op locatie vers bereidt, en dat kunnen de meeste instellingen niet binnen hun systeem. In de VS maken ze dining rooms. De mensen (ook psychogeriatrische patiënten) gaan naar die ruimte om te eten, en daarmee kun je ze *5 uur per dag weg halen van de verpleegafdelingen* omdat ze die tijd (ontbijt-buffet, warme maaltijd, lunch) in een andere ruimte zijn. In die andere ruimtes zijn overwegend mensen die horecatief opgeleid zijn en daarmee ook aanmerkelijk goedkoper zijn dan de mensen van de verpleging. Bovendien bieden deze mensen heel andere kwaliteiten, ze zijn bijvoorbeeld zeker bereid om een flesje en een glas neer te zetten bij de maaltijd. Door mensen naar de maaltijd te halen kun je dus veel bijdragen aan de rust op de verpleegafdeling.

Inhuren zorg

Waar een medische handeling verricht moet worden is natuurlijk iemand met de juiste opleiding nodig. In de VS werken in de zorg veel laagopgeleide, dienstverlenende Mexicanen, en daar overheen een verpleegkundige inhuren die betaald wordt voor de medische handeling. Daardoor

krijg je een facilitair huishoudelijk concept waarbij je die medische handeling inkoop. Dat is financieel ook interessant, want je hebt veel te veel dure mensen rondlopen die dingen doen die ze niet horen te doen (het lagere werk).

Ook is het mogelijk dat er zodra een medische handeling verricht moet worden een camera aangaat waarbij de verpleegkundige meekijkt op afstand.

Transformatie zorginstelling leidt tot eenmalig verloop personeel

Er is best veel verloop van personeel. Kleinschaliger wonen heeft ook grote gevolgen, verzorgers moeten dan ook met de bewoners gaan koken, daar zijn de verzorgers niet voor opgeleid, en ze willen het vaak ook niet. Er ontstaat dus een probleem met het niveau waar het personeel aan moet voldoen. Het is mogelijk dat in dat geval 20% van het personeel blijft terwijl de andere 80%, die die kleinschalige woonvormen maar niets vinden, wegloopt.

Andere mensen komen daar voor terug, maar die voldoen vaak niet aan alle overheidseisen. Florence wil graag mensen met het hart op de goede plaats die aandacht hebben voor de bewoners, daar hoeven ze (verpleegkundigen) niet 7 jaar voor op school gezeten te hebben, zich verbeeldend dat ze een soort doktoren zijn, die mensen gaan dan ook dokter spelen. Er zou gesleuteld moeten worden aan de niveau-eisen voor dergelijke woonvormen.

Het omzetten van gebouwen waar men ziekenhuisje aan het spelen is naar een woonzorginstelling stuit op aanmerkelijke weerstand van het personeel.

Ontwikkelingen op de zorgmarkt

Er is nu veel onrust op de zorgmarkt. Het initiatief van wooncomplexen omzetten tot woonzorgcentra gaat vaak van zorginstelling uit (NB hoewel de woningstichtingen eigendom houden van het pand). Maar zodra die omzetting gereed is worden bewoners al snel benaderd door een particuliere thuiszorgorganisatie die haar diensten aanbiedt, zodat de oude zorginstelling die de investering gedaan heeft haar klanten kwijt kan raken

MF: elke moderne zorginstelling is afhankelijk van het aantal faciliteiten wat hij biedt, en niet van de kwaliteit van zorg, dat merk je later pas. Maar ook ouderfitheid is een must.

Huren?

MF: in de VS werd veel meer gehuurd dan in NL. We proberen intramuraal en extramuraal niet meer te scheiden, en in te huren waar nodig. In de VS spraken de verharende instellingen niet met de bewoners zelf, maar met hun kinderen, die vaak wel bereid zijn, voor de tijd dat de ouder nog leeft, iets te huren. Dat is immers voordeliger dan kopen wanneer de AWBZ niet vergoed.

Florence verhuurt dus redelijk veel, heeft zelfs een verpleeghuis waar niets meer gekocht wordt en alleen maar verhuurd wordt, zelfs de vloerbedekking. Je kunt daarmee alles afstemmen op de behoefte van de klant.

Domotica

MF: het HAGA systeem wordt nu als basis in de plint gebouwd om te zien wat er later van nodig is, de toevoegingen kunnen op een ander moment snel gedaan worden. *Als je vraaggericht wilt gaan werken, en dat is nodig in deze tijd, moet je met dit soort basissystemen gaan werken.*

Renovatie, nieuwbouw en leeftijd

De leeftijd van de tehuizen speelt geen grote rol, MF kijkt liever naar hoe het gebouw in elkaar zit wat er nog met een gebouw kan op basis van de beukmaat.

Wel wordt er nu wat flexibeler gebouwd. MF zou graag maar voor een jaar of 15 bouwen, omdat de gezondheidszorg dan anders is. Helaas krijg je tegenwoordig nog altijd meer geld voor de combinatie renovatie + nieuwbouw. Florence heeft vaak gebouwen kaalgeslagen en vloeren en gevels laten staan, relatief lastig, maar leidend tot het meeste budget. Bij de vernieuwing kun je er voor zorgen dat de indeling in de toekomst relatief eenvoudig te wijzigen is. Boekwaardes etc zijn vaak problematisch wanneer je wilt slopen of vernieuwen.

MF: er moet in NL meer met de kwaliteit van lucht gebeuren, bijvoorbeeld CO2 gehalte, dat moet enorme gevolgen hebben voor interne kwaliteit. Luchtvochtigheid is ook relevant.

gesprek met **Jeroen Singelenberg**
door Karel Dekker, Jayand Achterberg
datum 21 december 2005
plaats Amsterdam

Waar zou aandacht aan besteed moeten worden in de relatie zorg en gebouwde omgeving? Wat doet het gebouw?

JS: Je zult over het algemeen geen verband vinden tussen de kwaliteit van het gebouw en de kwaliteit van het management. *De mensen maken het verschil*. Je kunt prima mensen hebben in slechte gebouwen. Maar natuurlijk nemen goede mensen in een beroerd gebouw geen genoegen met de situatie, die willen aanpassen en/of verbouwen.

Een volledig traditioneel gebouw, dat prachtig aan de voet van de duinen ligt, is slechts beperkt gerenoveerd. Maar daar werkt een heel prettige betrokken directeur die door personeel en bewoners op handen wordt gedragen. *Dan doet het gebouw er niet zo veel meer toe*. Zo'n man zorgt er natuurlijk ook voor dat je bij binnenkomst een prettige sfeer ontmoet, dat zit vooral in de aankleding en afwerking van de ruimte. Maar de kamertjes zijn nog steeds die 24m².

Een- of meerpersoonskamers?

Opgemerkt moet worden dat tweepersoonskamers nog altijd geen privacy bieden. Er zijn verpleeghuisdirecteuren die beweren dat er bewoners zijn die graag tweepersoonskamers willen, maar dan kunnen ze precies met 1 voorbeeld komen, verder niet. Dus iedereen wil toch een eigen kamer, en dat moet de standaard zijn, zodat de bewoners het zelf kunnen bepalen als ze het anders willen

Kwaliteit van het management

Dhiradj Ramautarsing heeft zich bezig gehouden met de verbanden tussen kwaliteit van management en de ervaren kwaliteit van het personeel en de cliënt (verandermanagement). Er waren huizen waar het personeel tevreden is, de kwaliteit van de zorg goed is en de kwaliteit van het management goed is (+/+/+), maar er kwamen ook typische 'personeelsbolwerken' tevoorschijn, waar het personeel het prima voor elkaar had voor zichzelf maar de kwaliteit van de zorg te wensen overliet.

De kwaliteit van het management uit zich vooral in 'geeft het management zelf het goede voorbeeld?' Komt het management heel veel op de afdeling? Bij verpleeghuis W. werkt een charismatische directrice. Ze loopt de hele ochtend mee met het personeel, ontbijt met het personeel. In plaats van het personeel te 'controleren' *is zij eigenlijk een soort verzorgende voor het personeel*.

Als manager moet je aan de ene kant heel duidelijk maken wat 'onze standaards' zijn ('hoe bejegenen wij onze cliënten' en 'wat is kwaliteit') en daarvan moet je eisen en verwachten dat deze overal worden doorge-

voerd. Aan de andere kant moet je je realiseren dat het personeel gewoon een zware baan en veel verantwoordelijkheid heeft, en dan moet je voortdurend achter ze staan, en ook flexibel zijn als ze echt een probleem hebben. Dat zijn eigenlijk klassieke 'basics' voor een manager die heel logisch zijn, maar het probleem is dat er niet veel managers zijn die aan dat profiel voldoen.

Sommige goede managers hebben een heel andere achtergrond dan de zorg, die komen bijvoorbeeld uit de horeca- of hotelsector. Die zeggen 'de klant is koning bij ons'. Aan de andere kant zijn er managers die zelf personeel op de werkvloer zijn geweest, en zo blij zijn dat ze dat werk niet meer hoeven te doen dat ze zich enorm opsluiten in hun kantoorje dus niet meer meedoen als een meewerkend voorvrouw of voorman. Dat (negatieve) gedrag sijpelt naar beneden, dat gaat het personeel kopiëren.

Over de rapportage van het SCP

Het (verpleeghuizen)rapport van het SCP was verrassend positief. Dat moet met gepast wantrouwen bekeken worden, 'want je meet altijd een basistevredenheid van boven de 80%, zelfs al heersen er Roemeense toestanden, je begrijpt er niets van maar dat is nu eenmaal een gegeven.' Er ligt inmiddels een breed gedragen standaard voor verantwoorde zorg, waar vooralsnog geen enkel verpleeghuis op beoordeeld is.

Leefstijlenmodel?

Er is geprobeerd het leefstijlmodel te realiseren door er gewoon in een traditioneel verpleeghuis groepen mee te maken op verschillende afdelingen. Per groep/afdeling werd dan de hele aankleding aangepast, bijpassend meubilair en aankleding gezocht. Het personeel ging helemaal mee met deze stijlen. Er is geen direct verband gevonden tussen het leefstijlenmodel in die gebouwde omgeving en het gedrag van de bewoners, alleen een indirect verband: in de twee tehuizen waar het goed werkte was het personeel veel gelukkiger, gemotiveerder en enthousiaster, en dat had positieve invloed op het dagelijks leven en het welbevinden van de bewoners. [Daarmee wordt het leven voor de bewoners, die de omgeving dus helemaal niet zo ervaren, toch aangenamer. Ook de buitenwereld (de familie) wordt in dat model meer binnengehaald, die blijven er langer hangen omdat ze het aantrekkelijker vinden.

Te B. was in een oud verpleeghuis het nieuwe leefstijlen-model met groepen ingevoerd. *Het ziekteverzuim was geweldig teruggelopen. Er was daar op gelet dat alle attributen van het medisch model werden afgeschaf.* Bijvoorbeeld het niet meer met rammelende karretjes over de gang lopen en de deuren van de mensen opengooien met 'wij komen hier dit en dit doen'. Maar nu zijn alle spulletjes die de mensen nodig hebben in de kamers van de mensen zelf, het personeel gaat dus ook geen 'rondes' meer lopen maar maakt gewoon individueel afspraken met de mensen.

Funciedifferentiatie

Bij een traditioneel verpleeghuis waar maximale functiespecialisatie is doorgevoerd komt een nieuwe kleinschalige dependance waar iedereen alle voorkomende werkzaamheden (in shifts) doet. Het enige wat daar nog gespecialiseerd is zijn de artsen en therapeuten; de rest (activiteitenbegeleiders, facilitaire dienst etc) werd allemaal door iedere verpleegkundige gedaan. *Een deel van het personeel haakte daar op af*, was niet bereid als manusje-van-alles onder zijn/haar functieniveau te werken, deze mensen *wilden niet van het hiërarchische model af*. Daar moest nieuw personeel voor aangetrokken worden dat dat wel wilde.

Omdat het kleinschalige systeem de werknemers meer verantwoordelijkheid biedt en de mogelijkheid geeft om zelf hun tijd in te delen en in onderling overleg hun roosters vast te stellen heeft men ook een veel lager ziekteverzuim (als je er niet bent heb je meteen je collega van een groepje van 6 te pakken, dan kijk je wel uit dat je geen baaldag neemt). En omdat het personeel het leuk vindt en het verder vertelt zijn er altijd genoeg kandidaten van het gewenste functieniveau, terwijl de traditionele verpleeghuizen allemaal aan de onderkant van de arbeidsmarkt schrappen, die kunnen het zich ook niet goed veroorloven niet goed functionerende mensen te ontslaan omdat ze er niemand anders voor in de plaats kunnen vinden.

Is het moeilijk om aan goed personeel te komen?

Het is een sector die met een voortdurend imagoprobleem te kampen heeft. De sector bungelt onderaan op de arbeidsmarkt. Het is altijd interessanter om in een ziekenhuis te werken of in de geestelijk gehandicaptenzorg (GGZ) te werken dan in verpleeghuizen waar mensen de laatste 1,5 jaar van hun leven alleen maar achteruit gaan. Dat imagoprobleem vind je op alle niveaus terug, het is niet het puikje van de artsen dat je daar vindt, en ook niet het puikje van de managers.

Op dit moment is er een verschuiving naar links (lager opgeleid) in het werknemersaanbod. We doen nog steeds in de traditionele tehuizen alsof we alle functieniveaus aanwezig moeten hebben, vervolgens kunnen we deze mensen niet krijgen en schuift het toch naar links. Maar in landen waar het kleinschalige model domineert, zoals in Scandinavische landen, zijn er veel mensen die aanwezig zijn en die geen specifieke opleiding hebben maar wel een huishoudelijke en sociale vaardigheden hebben. Zij vormen de bulk van het personeel. Daar moet dan wel

1 iemand bij aanwezig zijn die wel een opleiding heeft van verzorgende en die de leiding heeft over de kleinschalige groep. Alles tot en met de verpleegkundige is dus geambulanteerd, het is een team dat uit het dienstencentrum langskomt als dat nodig is: deze mensen behoren niet meer tot de stationaire krachten die daar aanwezig zijn. Dat dienstencentrum wordt ook steeds meer geïntegreerd met het gewone wijkgezondheidscentrum, er is dan niet meer een aparte verpleeghuisarts maar daar

zit een gewone eerstelijns geriatisch huisarts. Die houdt zich voor iedereen bezig met dementie, of ze nu in zo'n tehuis wonen of daarbuiten. Dit is waar het naar toe gaat, ook in Nederland, maar het gaat hier maar erg langzaam.

Er zijn dus eigenlijk twee functiedifferentiatie modellen; oude stijl en nieuwe stijl. Veel organisaties hebben inmiddels een kleine rand van nieuwe stijl projecten, 10-15% van het volume en nog 85% intramuraal. Tot eind jaren '90 kon je het aantal kleinschalige projecten op 2 handen aftellen, inmiddels is de oud/nieuw grens op veel plaatsen aan het vervagen. Soms wordt de kleinschaligheid pas gerealiseerd met nieuwbouw, soms wordt er een ouder gebouw omgezet naar kleinschalig. Maar in verpleeghuisland is het nog steeds een minderheidsmodel.

gesprek met **Cees van der Togt**, directeur Antaris
door Karel Dekker, Jayand Achterberg
plaats Amsterdam
datum 3 januari 2006

Klassieke verpleeghuizen waren kleine ziekenhuisjes

De schaalgrootte van een verpleeghuis doet iets met de verhouding tussen personeel en de cliënten. Cliënten verblijven op langdurig, 24 uur per dag, op een plek die ze als 'niet van hen' ervaren. In het verpleeghuis is er niemand die z'n eigen plek ervaart, in ieder geval niet in het traditionele verpleeghuis. De klassieke verpleeghuizen waren kleine ziekenhuisjes, zo waren ze ook ooit begonnen en oudere verpleeghuizen van nu zijn daar nog steeds een exponent van.

Productiviteit en kwaliteit

Op het gebied van productiviteit en doelmatigheid is in de meeste sectoren qua bedrijfsvoering veel bijgeleerd en vooruitgang geboekt. Vd Togt vindt het opvallend hoe weinig kennis daarover in de eigen sector (verpleeghuissector) aanwezig is, en hoe weinig bij de bouw van hun gebouwen gebruik is gemaakt van de schaarse aanwezige kennis.

Productiviteit (personeel) definieert vd Togt als de relatie tussen output en hoeveelheid mensen. Je kunt het ook in geld uitdrukken, maar in de zorg is er een duidelijke relatie met het personeel.

Kwaliteit is op verschillende manieren te definiëren, in de zorg kun je daar niet eenduidig over spreken. De laatste jaren probeert men steeds meer de relatie te leggen met 'klanttevredenheid'.

Rapportage SCPB over tevredenheid van cliënten in de intramurale zorg

Het rapport van het SCPB heeft vd Togt op de methodiek nageplozen, en de uitkomsten ervaart hij toch wel als verrassend, omdat ze zo positief zijn. Dat roept bij hem wel de vraag op van hoe de verschillen van dit rapport met de andere rapporten verklaard zou moeten worden. In de presentatie van het SCPB valt op dat veel nadruk ligt op 'het glas is half vol' in plaats van 'het glas is half leeg'. Er zijn duidelijk keuzes gemaakt om het positiever te maken, de gegevens hadden heel goed ook anders geïnterpreteerd kunnen worden. Met de 'positieve' constatering dat 'maar 1 op de 5 cliënten' ontevreden is zou Antaris als aanbieder geen genoegen nemen, de lat wordt door vd Togt toch wat hoger gelegd.

Wonen staat centraal

Vd Togt: Men kan niet meer eenduidig spreken over zorg en de relatie met gebouwen want 'het' verpleeghuis bestaat niet meer! Als je de verschillende functies van het verpleeghuis zoals die zich in de loop der tijd hebben uitgekristalliseerd uiteenrafelt dan praat je duidelijk over hele grote verschillen in hoe die zorg vorm gegeven moet worden. Wij hebben die ultieme conclusie ook getrokken, wij bouwen geen verpleeghui-

zen meer zoals ze er waren. Voor langdurige zorg willen we alleen nog maar woningen bouwen.

Wonen staat dus centraal. En daarmee krijgt het element 'doelmatigheid' een heel andere betekenis. Want een woning is natuurlijk per definitie niet een doelmatig gebouw. Niemand bouwt zijn woning doelmatig. Het gaat om woongenot. 'Immaterieel' vinden mensen belangrijk, ze moeten ook hun identiteit kwijt.

Verschuivende visie

Het PVE van het Leo Polakhuis (oplevering 2006) is volgens vd Togt inmiddels alweer verouderd! De visie kenmerkte zich voor het verpleeghuis door het uiteenrafelen van de verschillende functies. De groepswoningen zijn niet geschakeld maar zelfstandige eenheden. Er is een functie verpleeghotel (verpleging voor kortdurend verblijf) die ook als een hotel vormgegeven is: geen huiskamers aan de verpleegkamers verbonden. De huiskamer op de verpleegdeling is vervangen door een hotelachtig vormgegeven lounge. De algemene ruimte staat ten dienste van alle functies ter plekke. Maar als vd Togt het nu opnieuw zou bouwen zou hij stellen dat het wel wat te veel zorg geconcentreerd is.

Voor een andere, nieuwe locatie wil vd Togt een mix van zorg met woonomgeving, 2/3 niet zorg en 1/3 zorg. Er moet een vitale wijk van gemaakt worden, uiteindelijk moet die wijk zo functioneren dat die 1/3 zorg daar van profiteert. De bewoners moeten dat ook zelf gaan runnen. Bij datgene wat nu voor ouderen wordt gebouwd wordt nog teveel vanuit de zorg gedacht.

Je moet heel ver gaan in leefkwaliteit, en dan komt daarna de zorg nog wel?

Vd Togt: inderdaad, mensen leven 23 uur en 1 uur is er dan zorg per dag. Terwijl je in de vormgeving ziet dat dat andersom wordt neergezet. Wat ik belangrijk vind is de vraag: *worden mensen uitgedaagd om hun laatste restcapaciteit te gebruiken?* Wat me altijd verbaast is hoe vitale mensen met een bepaalde handicap nog komen.

Leefstijlen en het Robin Hood principe

Naarmate de zorg meer geïndividualiseerd is, is het gemakkelijker te zeggen: 'zegt U maar hoe U het hebben wil.' Want het is gemakkelijker om meer kwaliteiten te leveren in individuele woningen dan wanneer je dat in een groep moet doen. Als in een verpleeghuis waar gezamenlijk aan één tafel wordt gegeten twee mensen een glas wijn bestellen en de rest heeft het nakijken omdat ze dat niet kunnen betalen is dat lastig, dat doet Antaris dus ook niet. Naarmate het wonen en de zorg meer individueel is, is er meer differentiatie mogelijk.

In 2005 is gestart met een cluster van 24 (groeps)woningen, gewoon in een woonwijk in een appartementencomplex. In de populatie zit 2/3 lage inkomens (alleen AOW en een pensioentje) en 1/3 heeft wat meer te makken, zelf of via de familie. Groepswoningen is per definitie

groepszorg, je doet het huishouden met elkaar, je kookt en eet met elkaar en doet dus ook boodschappen met elkaar. Je ziet dat de verschillende leefstijlen in die groep zichtbaar worden, maar het aardige is dat dat op een hele leuke manier wordt opgelost. Als een familielid langskomt en vraagt of ze 's avonds wel een flesje wijn op tafel hebben dan deelt iedereen mee! Het wordt dus gezien als groep, een klein gezin.

De verschillen binnen de groep moeten niet te groot zijn. Er wordt nu toch al voorzichtig gedacht aan *differentiëren in leefstijl*. Er zijn een aantal mensen die van de hoge middengroepen afkomstig zijn en wat andere belangstellingen hebben, dat zie je ook in het gedrag. Vanuit de begeleiding wordt nu al gezegd 'ik denk dat we straks toegaan naar woningen voor mensen die wat hoger opgeleid zijn etc'. Dementie houdt geen rekening met afkomst of opleiding. De huishoudelijke taken (koken, wassen) worden geïntegreerd in het huishouden, per definitie erg ondoelmatig allemaal maar dat is de lol van de dag. De taak van de verpleger houdt niet op bij de verpleegtaak.

Wat vindt het personeel er van?

Vd Togt: Mensen die hier eenmaal door gegrepen zijn vinden het fantastisch. Van zorgverleners daar (de kleinschalige groepswoningen) hoort hij soms: ik weet nu weer waarom ik het vak gekozen heb.

We weten dat niet al het traditionele personeel hiervoor zal kiezen.

Er zijn problemen te voorzien wanneer straks 20% van de beroepsbevolking in de zorg moet werken. Wanneer 20% enthousiast gemaakt moet worden om in de zorg te werken heb je wel een ander soort mensen voor nodig. Moeten daar nieuwe opleidingen voor komen?

Vd Togt: ja, en de kunst zal zijn om de professionalisering terug te dringen. We hebben in de zorg in de loop van de tijd de eisen steeds hoger gesteld. Het beroepsniveau is omhoog gegaan. Dat heeft geleid tot taakdifferentiatie, hoewel het grootste deel van het werk is eigenlijk tamelijk eenvoudig werk. Het werken in zo'n groepswoning is voor het grootste deel een *huishouden runnen*, en *verstand hebben van wat mensen nog wel en niet meer kunnen*. We zoeken eigenlijk twee soorten mensen als medewerkers:

- 1 medewerkers die een huishouden goed kunnen runnen en die het tweede deel bijleren
- 2 mensen die het tweede deel hebben geleerd en die het eerste moeten bijleren.

De ervaring bij anderen leert dat de eerste groep gemakkelijker te vinden is. Dat zijn bijvoorbeeld huisvrouwen die ook wat gemakkelijker met de problemen van de oude dag kunnen omgaan. Zij hebben een aantal competenties in het leven meegekregen. Wat het betekent om met dementen om te gaan, dat kunnen wij ze wel bijleren. Die mix (huis-

houden kunnen, verstand hebben van potentie van verpleegde) is nodig.

Mag je door niet-verpleegkundige een medische handeling laten uitvoeren als de arts of verpleegkundige via de video meekijkt of is dat nog toekomstmuziek?

Vd Togt: nu nog toekomstmuziek, maar er is niets te gek als je de professionalisering terug wilt dringen. Op dit moment dwingen de inspectie en ander toezichthouders ons als het ware een bepaalde zekerheid in te brengen in het werk, zij zoeken dat in het diplomaniveau, het handelen met bevoegdheid. Maatschappelijk gezien is die druk enorm. Maar als je dit werk wilt blijven doen zul je een aantal eisen moeten inslikken.

ICT oplossingen

In het Leo Polakhuis zal met individuele profielen de toegang tot afdelingen per persoon regelbaar zijn. Vd Togt is benieuwd hoe dat in de praktijk zal gaan werken.

Je moet alles doen om de eigenwaarde van de mens intact houden, ondanks de dementie. En je moet daar voortdurend de grens opzoeken. Dus neem je risico, het gaat ook wel eens verkeerd. Maar in bestaande systemen gaat het ook wel eens verkeerd; mensen stappen hier wel eens het raam uit omdat ze zich zo opgesloten voelen.

Ook in de bestaande gebouwen is op het gebied van doelmatigheid en productiviteit nog heel veel te halen. Er wordt ook veel onnodig heen en weer gelopen in situaties waar je je afvraagt of dat niet anders zou kunnen. Er is nu een plan om in de avond en in de nacht het personeel in het verzorgingstehuis een communicatiesysteem mee te geven zodat ze met elkaar kunnen communiceren en een bewoner die belt ook rechtstreeks te woord kunnen staan. In de huidige situatie moet een bewoner eerst bezocht worden om haar bij een melding even gerust te stellen en dan te zeggen 'ik kom straks terug'. Dat is heel ondoelmatig.

Eenzelfde systeem willen ze ook in het verpleeghuis toepassen. Door veranderde regelgeving kunnen niet alles meer alleen af kunnen. Met communicatiesysteem zal het mogelijk zijn elkaar op te roepen om 'even' tweepersoonshulp toe te passen.

Het hele nachttoezicht wil men van ICT voorzien. Zolang het verpleeghuis nog bestaat en functioneert kun je nog denken aan investeringen die zich op korte termijn terugverdienen. ICT voorzieningen in de nacht verdienen je ontzettend snel terug. Ook vanuit verzorgingstehuizen, waar steeds meer verpleging plaatsvindt, komt nu al een vraag naar een wat meer ICT ondersteunde monitoring.

Hoe kun je kwaliteit managen?

Vd Togt: de vraag is, *waar zit de tevredenheid van klanten?* De klanten zeggen: 'ze (het personeel) hebben altijd haast, ze hebben tijd te kort en

daardoor krijg ik onvoldoende aandacht.’ Kwaliteit met een lange IJ betekent voor cliënten dat er ook aandacht voor hen is. Je moet die tijd zien vrij te spelen. De tijd is voorbij dat je daarvoor kon hopen op extra tarieven. In de traditionele situatie is nog veel te winnen waarmee tijd vrij te spelen is.

Vd Togt: *ik denk dat er in de zorg veel te winnen valt door de participatie van de klanten zelf te verhogen!* Er uithalen wat er in zit. Je moet prikkels, stimulansen inbouwen dat bewoners nog zo veel en zo lang mogelijk zelf doen. De zorg en de gebouwen zoals die nu in elkaar zitten maken van de bewoners passieve consumenten. Daar is nog veel meer te winnen dan de gebouwen slim maken. Mensen in een verpleeghuis nu moeten nog op een bel drukken als het licht moet worden gedoofd, want dat kunnen ze niet zelf. Je moet dus feitelijk die zelfsturing van mensen zo groot mogelijk maken.

Het doel:

- 1 maximaliseren van de zelfsturing van mensen.
- 2 Zo aantrekkelijk maken voor bezoekers dat ze zo lang mogelijk blijven: binnenmilieu.

Verblifruimtes multifunctioneel?

Worden ruimtes en verblifruimtes nog steeds multifunctioneel ontworpen?

Vd Togt: dat kan. In dit gebouw (=de Drie Hoven) is het dorpsplein semi-publiek. Er vinden activiteiten plaats terwijl er open toegang is, er komen mensen voorbij die even kijken wat er gaande is en blijven staan of doorlopen. Het heeft zijn beperkingen. Vroeger werden er ook wel kerkdiensten gehouden, maar dat was wel erg langs de weg. Maar over het algemeen wordt de algemene ruimte nog steeds voor meerdere doelen gebruikt.

Eigen keukens op locatie?

vd Togt: In de horeca wordt in een willekeurig restaurant doorgaans niet vers gekookt, er wordt meestal geassembleerd. De halffabrikaten zijn zo goed dat je het verschil niet meer proeft. Maar de finishing touch blijft inderdaad nodig, dat ‘afmaken’ is een heel ander soort werk. Daar heb je een ander soort keuken en een ander soort mensen voor nodig. Die instellingsproductiekeuken raak je kwijt. Maar op dit moment hebben we er nog wel een. Hier doen we in toenemende mate of we nog een eigen productiekeuken hebben, maar meer dan de helft van de inkoop is halffabrikaat.

Thuiszorg en woningcorporaties

Het transformatieproces waar jullie midden in zitten gaat helemaal naar ‘leven’ is 1 en zorg is 2. Dat betekent dat jullie heel veel mensen weer in de thuiszorg willen terugbrengen. Dan komt de zorg, en komt er concurrent met thuiszorgorganisaties. Hebben jullie daar iets op bedacht?

Vd Togt: door ook zelf thuiszorgorganisatie te worden.

Maar hoe zorg je dat de klanten bij jou blijven?

Vd Togt: je moet zorgen dat je iets extra te bieden hebt, dat je beter bent. Voorlopig gaat het nog even op kwaliteit, maar straks gaat de prijs ook nog een rol spelen. Wij hebben de kwaliteit gezocht *in zichtbaarheid en herkenbaarheid*, dat is onze thuiszorgstrategie. We noemen dat de *'zorgsteunpuntstrategie'*. Een winkeltje om de hoek met je naam er op, dat is je uitvalsbasis voor de medewerkers, maar voor de klanten in de buurt ben je dan te vinden.

Maar hoe doe je dat als je moet investeren?

Vd Togt: volgens mij is het antwoord daarop 'je moet goed genoeg zijn'. Klanten zijn niet zo gek om een slager voorbij te lopen als prijs en kwaliteit goed is. Dan gaan ze niet naar de volgende. Met andere woorden: *als je dichtbij bent en je zit er al heb je een voorsprong*.

Er is ook samenwerking met corporaties, want we zijn zelf geen eigenaar van de woningen.

Woonzorgzones?

Het probleem is dat met de huidige regelgeving en de concurrentie in de stad dat hele beeld moeilijk realiseerbaar is. Wie investeert er in voorzieningen als de klanten straks overal zitten?

gesprek met **Wil Markesteijn**, directeur Humanitas Akropolis
(www.humanitas-rotterdam.nl)
door Karel Dekker, Jayand Achterberg
plaats Rotterdam
datum 10 januari 2006

Wat is kwaliteit?

WM: de cliënt bepaalt dat.

Jullie profileren je als vraaggericht?

WM: ik vind vraaggericht ook al weer zo'n woord. We moeten gewoon luisteren!

Als contrast met het traditionele ziekenhuismodel?

WM: Dan heb je aanbodgericht, en van het aanbodgerichte heb je weer vraaggericht gekregen en dan weer vraaggestuurd... Nederland is ook gek op woorden hoor!

De ja-cultuur

WM: we hebben een aantal waardes binnen Humanitas. Dat gaat over de eigen regie; we spannen ons maximaal in om de cliënten hun eigen regie te laten behouden. Hun privacy is daarbij belangrijk. Niet met z'n allen op één kamer maar gewoon een huis, ook al ben je oud en zorgbehoevend. En dan hebben we de ja-cultuur. De cliënt vraagt iets en we zeggen allemaal 'ja!' Een medewerker kan dus niet tegen de cliënt zeggen: 'dat kan niet!' We nemen iedere vraag dus serieus.

Use it or loose it

WM Een andere kant van onze visie is: 'use it or loose it'. Laat ze gebruiken wat ze nog kunnen gebruiken. Rust, roest. Vroeger in verzorgingstehuizen gingen mensen achter de geraniums zitten, werden eenzaam en gingen slecht lopen, en hadden steeds meer vraag om zorg, want ze hadden door het vereenzamen meer aandacht nodig. Dus doe datgene wat je kunt doen.

Er ligt een heel sterke relatie tussen wat mensen nog kunnen en de kennis van de aanbodkant, dat er een technologie beschikbaar is die dat mogelijk maakt. Hoe krijgen jullie dat voor elkaar?

WM: Op dit moment krijgen we vooral de vraag van een klant, en dan heb je de ergotherapie die op onderzoek uit gaat, of de fysiotherapie. De technische dienst heeft ook informatie over een stuk domotica.

Een- of meerpersoonskamers?

WM: De helft van het gebouw is nu eenpersoonskamer, er komt nog nieuwbouw waardoor medio 2007 iedereen een eigen kamer en eigen sanitair heeft.

Er zijn ook mensen die niet alleen kunnen slapen 's nachts. We hebben nu nog driepersoonskamers. Als we er twee bedden uitrijden heb je een eenpersoonskamer. Maar daar kunnen dus ook twee cliënten, een echtpaar bijvoorbeeld, in wonen. Een aantal kamers moeten voldoende ruim zijn om met zijn tweeën te zijn. Daar moet je met (ver)bouwen rekening mee houden. Het is wel de vraag hoe frequent dat is, tweepersoonskamers. Als je het niet meer zou hebben, meerpersoonskamers, is de vraag wellicht minder frequent dan wij nu denken, ik verwacht van niet.

Kleinschaligheid?

WM: Ik vind zelf dat heel Nederland nu achter de kleinschalige woonprojecten aanholt. Wij gaan ook een kleinschalig project uitvoeren waarbij 7 appartementen worden gebouwd waar 40 cliënten (5 of 6 per appartement) in komen te wonen. We doen dus wel een deel.

Somatische cliënten moet je al anders doen. Die moet je vind ik een soort studio geven met een klein keukenblokje er in waar ze zelf koffie kunnen zetten of laten zetten; je moet hen meer ruimte en privacy voor zichzelf geven. En ergens op een groep moet je een voorziening hebben waar ze elkaar kunnen ontmoeten. Maar geen huiskamers of gedwongen situaties creëren.

Zijn die 7 units helemaal gedecentraliseerd (zelf inkopen etc), of is dat idee toch maar voor een deel interessant?

WM: ik denk dat ieder dag koken helemaal niet nodig is. Je moet wel gaan koken, dat gebeurt nu te weinig. Maar je moet ook zorgen dat ze in een ander omgeving komen. Misschien moet je 4 dagen koken, zorgen dat dat er in blijft, maar je moet ook 3 dagen naar het restaurant gaan. Je wilt naar kleinschalige woonprojecten om mensen zo normaal mogelijk te laten leven. Maar thuis heb je je was meestal niet van 6 of 7 mensen, en ook niet van dit soort mensen. Het kan zijn dat een bed dagelijks verschoond moet worden, of een keer per week. En voor je het weet zijn alle medewerkers met dit soort taken bezig, maar waar het om ging was dat de medewerkers met de mensen bezig zouden zijn. De cliënten kunnen dus een paar keer per week wat taken doen, maar het hoeft niet elke dag en dat geeft meer keuzevrijheid.

Gemeenschappelijke ruimte niet multifunctioneel

In de hal hebben de functies (café restaurant, winkeltjes) een permanent karakter. Moeten de ruimtes zo multifunctioneel mogelijk of juist niet? Kunnen de mensen blijven zitten?

WM: zolang ze willen! De verzorgers hebben dan voor die cliënten even hun handen vrij.

En wat is er beter dan dat je familie op bezoek is?

Geen individuele budgettering

Er is geen relatie tussen de verschillende individuele profielen (elk pakket

is maatwerk) van de mensen en hun financiering, men kijkt alleen of de input/output per maand binnen de begroting past.

Opgedrongen bureaucrativering en efficiency

WM: Bij de extramurale zorg zou elke minuut moet geregistreerd worden, en dat gaat allemaal van de zorg af. Voor de registratie heb ik zelfs een extra administratief medewerker aan moeten nemen. De verzorgenden vinden het natuurlijk vervelend om te doen en het kost tijd. Maar de cliënt betaalt ook, gegevens gaan naar het CAK en je krijgt achteraf discussies. De cliënt zegt bijvoorbeeld 'maar toen was je maar 5 minuten hier'. Dat worden hele rare discussies. Om dat te voorkomen laten we alle cliënten weer tekenen na 4 weken. Er zijn allerlei dingen die het alleen maar bureaucratischer maken.

Eén van de grootste risico's is dat alleen dat kwaliteit genoemd wordt wat meetbaar is? Kwaliteit van de zorg die bijvoorbeeld wordt uitgedrukt in het aantal minuten?

WM: ja, dat is erg slecht! De politiek wil gewoon besparen, en men heeft het niet over kwaliteit. De AWBZ is zo hoog.

WM: als je ziet wat de zorgkantoren nu vragen. Allemaal nieuwe systemen en nieuwe software zijn nodig en Lifeline accounts. Maar het kost erg veel tijd en geld.

WM: in het verpleeghuis proberen we het maximaal mogelijke thuis na te streven. Hun medicatie en incontinentiemateriaal ligt allemaal op hun eigen kamer in de kast. Datgene wat ze gebruiken en nodig hebben ligt in de kast. Centraal is er een klein voorraadjie, er wordt niet meer gehamsterd.

Geen leefstijlenmodel

WM: Het leefstijlenmodel, ik weet het niet, ik ben er nog niet uit! Ook straks met die 7 appartementen. Ik geloof niet dat het heel erg goed is om een Hillegersberg groep te hebben en een Rotterdam-Zuid groep. Dat bevestigt elkaar alleen maar. Ook in het groepsproces, het leven kun je er daarmee uithalen. Terwijl je misschien juist wat leven hebt als iemand uit Zuid met iemand uit Hillegersberg in discussie gaat, ze hoeven het niet met elkaar eens te zijn.

WM: vorig jaar hadden we een discussie met 'jongeren' tussen de 32 en 55. We vroegen ons af of ze bij elkaar wilden zitten of overal doorheen. Zij zelf gaven aan dat ze niet allemaal bij elkaar wilden zitten. Zij zeggen: wij betekenen ook iets voor de ouderen. Die vinden hen jong, het leidt af van hun eigen (jongeren) handicaps, terwijl zij vinden dat ze ook wat kunnen doen voor die ouderen. Zo krijg je vanzelf een soort wisselwerking. Ze zeiden dat het wel belangrijk was om een maatje te hebben, iemand die je bij je past.

Personeel en regels

WM: Je hebt een bepaalde deskundigheid nodig. We hebben ook leerlingen in opleiding. Dan hoor je wel eens dat ze het er niet mee eens zijn dat ze al die handelingen leren. Maar daar gaat het niet om, het gaat om de houding, de attitude. Voordat mensen beginnen met het aftekenen van punten etc moeten ze ook de door ons gewenste houding hebben, pas dan mogen ze hun handeling verrichten.

Je moet je overigens steeds gewoon aan de regels houden. Maar er zijn wel wat onpraktische regels. Bedrijfs hulpverlening bijvoorbeeld. We hebben hier allemaal verpleegkundigen, maar ik heb toch bedrijfs hulpverleners nodig! Het moet allemaal geschoold worden, basis- en vervolgcursus. Het moet 1 op 50 aanwezig zijn. Vervolgens moesten er op alle afdelingen blusbranddekens zijn, vestjes voor de BHV'ers. De kosten bedroeg misschien 12.000 euro. Maar als er echt een calamiteit is moet je niet naar een vestje gaan zoeken, maar moet je mensen redden!

Nederland heeft veel hoog opgeleid personeel?

WM: ik ben het daar niet mee eens, Nederland heeft veel verkeerd opgeleid personeel! Maar in plaats van communicatie krijgen ze bij de opleidingen vooral de medische invloed. En dan gaan ze allemaal ziekenhuisje spelen. Ik ben nota bene zelf verpleegkundige, destijds nog goed opgeleid. Maar de opleidingen nu zijn niets meer.

De opleidingen zouden moeten worden aangepast aan de nieuwe ontwikkelingen?

WM: dat doen wij ook hier. Met het ROC zijn we afgelopen september zelf een eigen groep gestart. We noemen sociaal agogisch verzorgende, daar komt het hele sociale en agogische verhaal naar voren. Het in contact staan en activiteiten.

WM kan voldoende mensen krijgen. Het ziekteverzuim is rond de 4,5 procent bij het personeel, dat is in Rotterdam heel netjes. WM is ook wel trots op de mensen. Ze loopt zelf rond over de afdelingen en is ook aanspreekbaar.

Hoe zou jouw ideale behuizing er uit zien, heb je daar wel eens over nagedacht?

WM: Mijn ideale huis zou in een bosrijke omgeving staan met heel veel op de grond, eigen huisjes met verschillende ontmoetingsruimtes.

Een dorpsfeer?

WM: ja. Gewoon allemaal leuke dingen om je heen waar je wat kunt beleven of geprikkeld kunt worden. Een woontoren is minder aantrekkelijk, maar je hebt wel je omvang nodig om genoeg te kunnen bieden.

Communicatie is alles waar het om gaat

WM: ik heb geleerd dat de communicatie alles is waar het om gaat. Ik kan dingen niet belangrijk vinden, maar als medewerkers vinden dat ik daar over moet communiceren moet ik er toch wat mee. Ik kan niet zeggen dat het niet belangrijk is: het draait om communicatie.

Bij Colligny draaide alles om communicatie met de mensen, en de rest werd daar op ingepast. Hij was een facilitator, ook voor zijn medewerkers. Het meest essentiële was dat hij er altijd gewoon was. Mogelijk maken dat mensen lekker werken, veel meer dan mijlpalen zetten en bewaken en alle afwijkingen controleren.

Bijlage 4

Interventielijst

Type	Categorie	Subgroep	Interventie	Effect	Bron
1	1a	Logistiek	Vermindering loopafstand door doelmatiger ontwerp zorginstelling	+verhoging efficiency, verbetering kwaliteit zorg cliënt	26
1	1a		Gedifferentieerd aanbod woonruimtypes (intramuraal gesloten setting)	+meer flexibiliteit zorginstelling (t.b.v. wisselende zorgvraag)	15
1	1a, 5b		Maak gebruik van de structuur van koken en inkoop zoals die ook in de hotelierie leven	+efficiency	17
1	1b		Mensen van gelijke achtergrond samenbrengen naar eigen voorkeur	+welbevinden cliënt	17
1	1b	Privacy	Ruimteaanpassing zodat bewoner zich kan terugtrekken	+ sfeer op de afdeling cliënten	6
1	1b		Gedifferentieerd aanbod woonruimtypes (intramuraal gesloten setting)	+keuzemogelijkheid cliënt	15
1	1b		Eenpersoonskamer ipv meerpersoonskamer	+minder infectieziekten	24
1	1b		Woning voorbereid op islamitische woonwensen	+voorbereid op toekomstige demografische ontwikkelingen	25
1	1b		Eenpersoonskamer ipv meerpersoonskamer	+minder kans op besmetting of oplopen infectie	26
1	1b		Ontspannings- of pauzeruimte voor verplegers	+meer controle, minder stress	28
1	1b, 2a		Werkplek verplegers toegankelijk voor cliënten, maar produceert geen herrie die de kamers der cliënten kan bereiken	+meer controle, minder stress	28
	1b, 2a			+meer controle, minder stress	28
1	1b		Comfortabele bezoekerswachtruimte	+sociale contacten met familie of vrienden	28
1	1b		Loggeergelegenheid voor bezoekers die van ver komen	+sociale contacten met familie of vrienden	28
1	1b	Fauna	Gelegenheid om huisdieren te houden	+sociale contacten van mensen en andere dieren	28
1	1b, 2d		Meerder woonkamers in verpleeghuis ipv 1 grote woonkamer	+verbetering sociaal contact	33
1	1d	Oriëntatie	Duidelijke bewegwijzering op elk groot kruispunt	+verbeterde oriëntatie cliënten	26
1	1d		Vergroting autonome cliënt (kan zelf apparaten aan- of uitzetten etc)	+vermindering stress	28
1	1d	Privacy	Plattegrond: sanitaire voorzieningen aan woonruimte geschakeld ipv centraal aan gang	+verbeterde zelfredzaamheid, +meer privacy	33
2	1d, 2b	Oriëntatie	Ruimtes door inrichting en objecten herkenbaar maken	+betere herkenning ruimtes, +betere oriëntering	32
2	2a	Exterieur	Uitzicht op natuur / mooi uitzicht	+minder stress	13
2	2a	Exterieur	Uitzicht op natuur / mooi uitzicht	+gezonder (=minder ziekteverzuim)	13
2	2a	Exterieur	Uitzicht op natuur / mooi uitzicht	+meer tevredenheid	13
2	2a	Exterieur	Natuur zichtbaar uit woning/kamer door medewerker	+herstel van stress in 3-5 minuten	24
2	2a, 2b	Exterieur	Natuur zichtbaar uit woning/kamer	+vermindering stress, vermindering pijn	26
2	2b	Exterieur	Therapeutische tuin	+genezing sneller	13
2	2b	Exterieur	Therapeutische tuin	+beweging, recreatie, betrokkenheid	13
2	2b	Exterieur	Tuin inrichten als sociale plek	+sociale contacten door ontmoetingsplek	17
2	2b	Exterieur	Uitzicht op natuur	+ versnelt herstel na operatie	22
2	2b	Exterieur	Natuur zichtbaar uit woning/kamer van cliënt	+vermindering van stress in een aantal minuten	24
2	2b	Exterieur	Natuur zichtbaar uit woning/kamer van cliënt	+korter verblijf in ziekenhuis	24
2	2b	Exterieur	Natuur zichtbaar uit woning/kamer van cliënt	+sneller herstel van operatie	24
2	2b	Exterieur	Natuur zichtbaar uit woning/kamer van cliënt	+minder negatieve beoordeling door verpleger	24
2	2b	Fauna	Gelegenheid om dieren te verzorgen en aaien	+welbevinden cliënt	17
2	2b	Flora	Planten	+ maken ruimte plezieriger	22
2	2b	Flora	Planten	- verminderen productiviteit	22
2	2b	Interieur	Interieur aankleding	+ sfeer op de afdeling cliënten	6
2	2b	Interieur	eigen of herkenbare inrichtingselementen	+thuisgevoel	13
2	2b	Interieur	Keuzemogelijkheden gevarieerde inrichting & afwerking	+thuisgevoel	13
2	2b	Interieur	Variatie in de vloerbedekking	+oriëntatie en herkenbaarheid	13
2	2b	Interieur	Variatie in kleur en afwerking	+oriëntatie en herkenbaarheid	13
2	2b	Interieur	Variatie in wandafwerking	+oriëntatie en herkenbaarheid	13
2	2b	Interieur	Kleur en decoraties op de wand in privé-ruimte van cliënt	+thuisgevoel	13

Type	Categorie	Subgroep	Interventie	Effect	Bron
2	2b	Interieur	Kleur en decoraties op de wand in privé-ruimte van cliënt	+oriëntatie en herkenbaarheid	13
2	2b	Interieur	Planten in privé ruimte cliënt	+genezing sneller	13
2	2b	Interieur	het levend houden van een ruimte =variatie in tijd aanbrenen bij statische elementen (nhoud plantenbak)	+aangenamer verblijf	13
2	2b	Interieur	Flexibele meubelopstelling in kleine groepen	+meer sociale interactie	13
2	2b	Interieur	Flexibele meubelopstelling in kleine groepen	+beter eetpatroon ouderen	13
2	2b	Interieur	Comfortabel meubilair, aangename kleuren	+minder gebruik narcotica bep. Patiënten	18
2	2b	Interieur	Comfortabel meubilair, aangename kleuren	+/-patiënt blijft langer	18
2	2b	Interieur	Interieurverandering hal, recreatieruimte tbv aangenaam verblijf, privacy & autonomic	+privacy	19 20
2	2b	Interieur	Interieurverandering hal, recreatieruimte tbv aangenaam verblijf, privacy & autonomic	+cliënt waardeert inrichting	19 20
2	2b	Interieur	Interieurverandering hal, recreatieruimte tbv aangenaam verblijf, privacy & autonomic	+autonomic	19 20
2	2b	Interieur	Interieurverandering hal, recreatieruimte tbv aangenaam verblijf, privacy & autonomic	+aangenamer verblijf	19 20
2	2b	Interieur	Interieur ruimte verbeteren	+cliënt tevredener over kwaliteit zorg	22
2	2b	Interieur	Inrichting, meubilair	+beter eetpatroon ouderen	24
2	2b	Interieur	Niet-abstracte beeldende kunst als landschap & water voorstellingen	+kan bevorderlijk zijn voor herstel patiënt	24
2	2b	akoestiek	Speciaal tapijt, geluiddempend, ipv harde vloer	+ouderen lopen beter	24
2	2b	akoestiek	Speciaal tapijt, geluiddempend, ipv harde vloer	+ouderen voelen zich zekerder	24
2	2b	Keuzevrijheid	cliënt kan zelf keuzes maken	+minder stress	13
2	2b	Keuzevrijheid	Woonomgeving lijkt op 'thuis'situatie	+minder stress	13
2	2b	Kleur	Helderheid van kleur	+invloed op plezierbeleving	16
2	2b	Kleur	Omgeving verzadigde kleur	+/-verhoogde arousal	16
2	2b	Kleur	Minder heldere en meer verzadigde kleuren	+/- meer arousal	22
2	2b	Kleur	heldere en verzadigde kleuren	+werkt ontspannend	22
2	2b	Kleur	Rood kantoor	+/- mensen vertonen meer angst, meer stress en minder fouten	22
2	2b	Kleur	Blauw kantoor	- Meer depressieve gevoelens	22
2	2b	Muziek	Muziek, door bewoners gekozen	+verlaging angst/stress/pijnniveau	13
2	2b	Muziek	Aangename, controleerbare muziek	+verlaging angst/stress/pijnniveau	24
2	2b	sfeer	Maaltijd=ambiance, beleving en emotie	+eetlust, welbevinden cliënt	17
2	2b	s	Gerechten prefab inkopen (kant en klaar) of (half)fabrikaat) afmaken in power oven	+ besparing loonkosten	17
2	2b	sfeer	Breng de kok en/of het kookproces naar bewoners toe	+sfeer, activering bewoners	17
2	2b	Fauna	Huisdier therapie	+vertraging depressie bij ouderen, versneld herstel na hartaanval	29
2	2b	Licht	Verlichtingsplan	+verlaging valrisico	31
2	2b	Licht	meer verlichting in woon/slaapkamer	+verlaging valrisico	32
2	2b	Fauna	Geselschapsdieren in woning psychogeriatrische patiënt	+huiselijker sfeer	35
2	2b (2c)		Healing environment creëren	+welbevinden cliënt	13
2	2b, 2a	Kleur	Kleur groen toepassen	+geeft gevoel van gezond zijn	36
2	2d	Interieur	Sociale zingelgenheid – van stoelen rond de wand naar stoelen om verschillende tafels	+sociale contacten door ontmoetingsplek	23
2	2d	Interieur	Inrichting, meubilair	+meer sociale interactie	24
2	2d	Interieur, akoestiek	Speciaal tapijt, geluiddempend, ipv harde vloer	+bezoekers blijven langer	24
2	2d, 2c	Interieur	Interieurverandering hal, recreatieruimte tbv aangenaam verblijf, privacy & autonomic	+ sociale interactie	19 20
2	2d, 2c		Creëren lichte veilige gemeenschappelijke ruimte met groen, ook veilig	+sociale contacten door ontmoetingsplek	13
3	3a	Akoestiek	Reductie omgevingslawaai	+minder stress	24
3	3a	Akoestiek	Reductie omgevingslawaai	minder arbeidsproductiviteit	24
3	3a	Akoestiek	Verlaging geluidsniveau afdeling	+vermindering lawaaiënde stress en vermindering emotionele uitbarsting & burnout werknemer	26
3	3a	Licht	lichtaanpassing/regelbaarheid en HR TL lampen	+Productiviteit werknemers	2
3	3a	Licht	lichtaanpassing/regelbaarheid en HR TL lampen	+minder ziekteverzuim	2
3	3a	Licht	Aanpassing verlichting, direct/indirect licht ipv hoge TL buizen	+leesbegrip van 262%	2

Type	Categorie	Subgroep	Interventie	Effect	Bron
3	3a, 3b	Ventilatie	Adequate ventilatie, goed onderhouden	+ minder vatbaar voor ziektekiemen (TBC, SARS etc)	26
3	3a, 3b, 3c	Ventilatie	Individueel gecontroleerd ventilatiesysteem met buitenlucht	+ minder hoofdpijn	2
3	3a, 3b, 3c	Ventilatie	Natuurlijke ventilatie buitenlucht ipv airco	+ minder hoofdpijn	2
3	3a, 3b, 3c	Ventilatie	Natuurlijke ventilatie buitenlucht ipv airco	+ minder kou vaten, verkoudheid	2
3	3a, 3b, 3c	Ventilatie	Natuurlijke ventilatie buitenlucht ipv airco	+ minder SBS	2
3	3a, 3b, 3c	Ventilatie	Individueel gecontroleerd ventilatiesysteem met buitenlucht	+ Productiviteit werknemers	2
3	3a, 3b, 3c	Ventilatie	Groter gehalte buitenlucht	+ Productiviteit werknemers	2
3	3a, 3b, 3c	Ventilatie	Luchtzuivering	+ Productiviteit werknemers	2
3	3b	Akoestiek	Verlaging geluidsniveau woning/afdeling	+ geen verhoogd hartritme	13
3	3b	Akoestiek	Reductie omgevingslawaai	+ minder slapeloosheid	24
3	3b	Akoestiek	Reductie omgevingslawaai	+ geen verhoogd hartritme	24
3	3b	Akoestiek	Verlaging geluidsniveau afdeling	+ kwaliteit zorg voor cliënt beter (want werknemer minder stress)	26
3	3b	Daglicht	Kamer met uitzicht op zon ipv wolken	+ sneller herstel van depressie	24
3	3b	Geur	Scheiding van luchtstromen	+ luchtkwaliteit beter	13
3	3b	Temperatuur	Clïent kan zelf klimaat regelen in eigen ruimte	+ minder stress	13
3	3b	Ventilatie	Luchtkwaliteit verbeteren via filtering en verbeterde(laminaire) ventilatie	+ vatbare patiënten minder kans op infectie	26
3	3b	Licht	Tegengaan verblinding door luifels en gordijnen, maar geen getint glas	+ welbevinden cliënt	31
3	3b	Daglicht	Meer daglicht voor cliënt	+ minder depressie	31
3	3b (+3a)	Daglicht	Meer daglicht voor cliënt, overdag aanmoediging wakker blijven/activiteit	+ Clïent ligt minder in bed overdag	11
3	3b (3a)	Daglicht	Voldoende daglicht	+ minder angst, + minder depressie	13
3	3b (3a)	Daglicht	Voldoende daglicht	+ minder stress	13
3	3b (3a)	Daglicht	buitenruimten aan verpleegafdelingen, serres en atria	+ bestrijding winterdepressie	13
3	3b (3a)	Daglicht	daglichtspectrumarmaturen	+ bestrijding winterdepressie	13
3	3b (3c)	Akoestiek	Reductie omgevingslawaai	+ minder ergernis cliënt	24
3	3b, 3a, 3c	Temperatuur	Luchtkoelinstallatie in verpleeghuis: topkoeling	+ welbevinden cliënt	14
3	3d	Akoestiek	Verlaging geluidsniveau woning/afdeling	+ minder slapeloosheid	13
3	3d	Akoestiek	Verkorten nagelstijf woning, bijv door geluidssorberende plafonds	+ slaapkwaliteit	13
3	3d	Kunstlicht	's nachts donker / minder licht	0 geen effect op aantal uren slaap	11
3	3d, 3b	Daglicht	Meer daglicht voor cliënt	+ slaapkwaliteit, +eetlust, +algehele gezondheid	31
4	4a	ICT	deskundigheidsbevordering op ICT-gebied	+ minder tijdverlies aan administratie	17
4	4a	ICT	deskundigheidsbevordering op ICT-gebied	+ minder verlies aan informatie	17
4	4a, 4b (4d)	Domotica	Telemedicine	+ arbeidsproductiviteit medici	10
4	4a, 4c, 4b (evt + 4c)	Domotica	Domotica tbv deurgroendeling (magneetpas of ontgrendeling op afstand)	+ Hulpverlening sneller toegang	10
4	4b	ICT	Invoering Electronisch Patienten Dossier met ZorgIdentificatieNummer (ZIN)	+ communicatie diensten	12
4	4c	Domotica	Sociaal medische alarmering actief	+ betere signalering	10
4	4c	Domotica	Sociaal medische alarmering passief	+ betere signalering	10
4	4c, 4d	Domotica	Koppeling domotica met alarmsystemen	+ meerwaarde domotica voor ouderen	10
4	4c, 4e, 4b	Domotica	alarm/waarschuwingsysteem met spreek/luister verbinding	+ welzijn, + veiligheid	7
4	4d	Domotica	Implementatie domotica	+ langer zelfstandig wonen voor mensen met een beperking	4
4	4d	Domotica	Domotica algemeen	+ Ouderen blijven langer zelfstandig wonen	10
4	4d	Domotica	Veiligheidsvoorzieningen keuken	+ veiligheid huishouden	10
4	4d	Domotica	Bediening gordijnen, t.v. Mbv spraakherkenning	+ zelfredzaamheid	12
4	4d	Domotica	Invoering electronisch bestellen levenswaren	+ zelfredzaamheid	12
4	4d, 4e	ICT	Deel zorg overnemen door ICT: voortbeweging, medicijnverstrekking/dosering	+ zelfredzaamheid	12
4	4d, 4b	Domotica	Camera bij central toegang is aan tv client gekoppeld ipv video+intercom	+ besparing kosten video-intercom, gemak	10
4	4c	Domotica	Telemedicine	= cliënt hersteld sneller	10
4	4c	Domotica	Domotica algemeen	+ woonkwaliteit	10
4	4e	ICT	Deel zorg overnemen door ICT: voortbeweging, medicijnverstrekking/dosering	+ efficiency want minder menselijke zorg nodig	12
4	4e	ICT	Deel zorg overnemen door ICT: voortbeweging, medicijnverstrekking/dosering	- minder menselijk contact met cliënt	12

Type	Categorie	Subgroep	Interventie	Effect	Bron
4	4e (4a, 4c)	Domotica	Invoering 'het intelligente bed'	+ minder decubitus	12
4	4h	Domotica	Domotica algemeen	+ veiligheid	10
4		Domotica	Telemedicatie	+ besparing kosten	10
5	2b, 2c, 2d	Interieur	Aanstellen van een Manager Decorum	+ welbevinden cliënt	17
5	5a	Beleid	Actief sociaal beleid voor medewerkers	- verloop personeel	1
5	5a	Communicatie	Aanstellen PR medewerker thv communicatie met cliënt en familie	+ communicatie, + tevredenheid cliënt/familie	17
5	5a	HRM	functiegerichte vervolgoopleidingen medewerkers	> tevredenheid bij cliënten	1
5	5a	HRM	Cyclisch roosteren medewerkers	+ voor verplegers, negatief voor cliënten	1
5	5a	HRM	Actief sociaal beleid voor medewerkers	+ effect op arbeidsbeleving	1
5	5a	HRM	Actief sociaal beleid voor medewerkers	- ziekteverzuim	1
5	5a	HRM	Capaciteit en kennis vergroten op personeelsafdelingen	+ effect op welzijn en functioneren personeel	1
5	5a	HRM	Verhogen tevredenheid werknemers	+ tevredenheid bij cliënten	1
5	5a	HRM	Verlaging werkdruk werknemers	+ sfeer op de afdeling cliënten	6
5	5a	HRM	Verbeter interne communicatie	+ betrokkenheid werknemer	17
5	5a	HRM	Meewerkende voorman/vrouw op de werkvloer	+ vakkundiger en beter gemotiveerde medewerkers	17
5	5a	HRM	Meewerkende voorman/vrouw op de werkvloer	+ verlichting managementtaak	17
5	5a	HRM	Training op gastvrijheid	+ tevredenheid cliënt	17
5	5a (1a, 4a)	HRM	Wenig autonomie, veel verantwoordelijkheid verplegers	- verhoging stress en kans op burnout	28
5	5a, 5c	Communicatie	Versterken contact cliënt / medewerker	+ hogere kwaliteit zorg	17
5	5b	Beleid	Voldoende tijd	- verloop personeel	1
5	5b	Beleid	Voldoende financiële middelen	- verloop personeel	1
5	5b	Beleid	Medewerking van direct leidinggevenden	- verloop personeel	1
5	5b	Beleid	Voldoende bezetting bij afdeling personeelszaken	- verloop personeel	1
5	5b	Beleid	duidelijkheid rond taken en verantwoordelijkheden	- verloop personeel	1
5	5b	Beleid	Duidelijkheid ten aanzien van doelstellingen	- verloop personeel	1
5	5b	Beleid	Evaluatie van beleidsonderdelen	- verloop personeel	1
5	5b	Beleid	Goede communicatie en informatie/goed geregeld overleg	- verloop personeel	1
5	5b	Beleid	Goede samenwerking tussen directie met andere groepen	- verloop personeel	1
5	5b	Beleid	Bereidheid tot verandering	- verloop personeel	1
5	5c	Communicatie	Betere communicatie met cliënt en familie	+ tevredenheid bij cliënten & familie	5
5	5c	Communicatie	Integreer de kantoor- en overlegfunctie zo veel mogelijk in de woonomgeving	+ meer contact met cliënt	17
5	5c	Communicatie	Integreer de kantoor- en overlegfunctie zo veel mogelijk in de woonomgeving	+ bewoners&familie zien deze functies als onderdeel vd zorg	17
5	5c	Communicatie	Bedrijfsvoering transparant, visie duidelijk voor cliënt	+ cliënt ervaart hogere kwaliteit	17
5	5c	HRM	Meer overleg met medewerkers door staf	+ tevredenheid bij medewerkers	5

Bronnen

1	Dijk, J.K. van, et al.	2004
2	Loftness, V.	2005
3	ACIL TASMAN	2003
4	VROM, VWS	2004
5	Kloek, O.	2004
6	NIVEL	2005
7	Klerk, M.M.Y. De	2004
8	Singelenberg, J.P.J.	1999
9	Singelenberg, J.P.J.	2001
10	Hazenberg, K.	2004
11	Diesfeldt, H.	2005
12	CBZ	2002
13	CBZ	2003
14	Rutten, P.G.S, et al.	2002
15	CBZ	2005
16	Meer, A. van der	2004
17	Kennedie, H.W.R.	2005
18	Voelker, R	2001
19	Fennis, M.	2003
20	Graaf, J. de	2003
21	Vos, F.	2003
22	Fennis, M.	2003
23	Vos, F.	2002
24	Ulrich, R.S.	2000
25	NIZW	2003
26	Ulrich, R.S. et al.	2005
27	AVVV	2004
28	Ulrich, R.S.	1995
29	Malkin, J.	1992
30	Bush-Brown, A., Davis, D.	1992
31	Kinnaer, C.	2005
32	Sacco-Peterson, M. et al.	2004
33	Voordt, T.J.M. van der, et al.	1997
35	Enders-Slegers, J.P.M.	2000
36	Eliopoulos, Charlotte	2001

Zorg voor mensen met dementie en arbeidsmarkt

dr. M. Vernooij-Dassen, medisch socioloog
dr. M. Faber, gezondheidswetenschapper
prof. T. van Achterberg, verplegingswetenschapper
prof. Dr. R. Koopmans, verpleeghuisarts
prof. Dr. M. Olde Rikkert, klinisch geriater
dr. H. Wollersheim, internist

Adviseurs:

drs. M. Nieuwboer, verplegingswetenschapper
dr. M. Dautzenberg, medisch socioloog

Inhoudsopgave

	Samenvatting	97
1	Inleiding	101
2	Gezondheid gerelateerde problemen bij mensen met dementie	103
	Cognitieve stoornissen	103
	Neuropsychiatrische symptomen	103
	Lichamelijke stoornissen	104
	Co-morbiditeit	104
	Conclusie: gezondheidsgerelateerde problemen in relatie tot de arbeidsmarkt	104
3	Gebruik voorzieningen door mensen met dementie	105
	Algemeen	105
	Mantelzorgers	106
	Huisartsen	106
	Geheugenpoliklinieken	107
	Thuiszorg	108
	Vrijwilligers	109
	GGZ-instellingen	109
	Paramedische zorg	110
	Ontmoetingscentra	110
	Alzheimer cafés	111
	Cultuurspecifieke dementiezorg	111
	Kleinschalige woonvormen	111
	Zorgboerderijen	112
	Verzorgingshuiszorg	113
	Verpleeghuiszorg	113
	Ziekenhuiszorg	114
	Kosten	114
	Wachtlijsten voor zorg	115
	Conclusie: voorzieningengebruik en de arbeidsmarkt	116
4	Inhoud van de zorg	118
	Primaire preventie	118
	Basiszorg	118
	Symptomatische behandelingen	119
	Medicamenteuze behandeling	119
	Psychosociale interventies	210
	Activeringsprogramma's	121
	Ondersteunende zorg	121
	Verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg	122
	Conclusie: zorg in relatie tot de arbeidsmarkt	122

5	Kwaliteit van de zorg	124
	Kwaliteit van zorg vanuit de beleidsmakers	124
	Kwaliteit van zorg vanuit de hulpverleners	124
	Kwaliteit van zorg vanuit de mensen met dementie en hun naasten	126
	Conclusie	127
6	Zorgprogramma's	129
	Inleiding	129
	De inhoud van zorgprogramma's	129
	Voorbeelden van regionale zorgprogramma's	130
	Van landelijk naar regionaal zorgbeleid	133
	Transmurale zorg	134
	Conclusie: zorgprogramma's in relatie tot de arbeidsmarkt	135
7	Mogelijkheden van ICT en Domotica	136
	Conclusie: domotica in relatie tot de arbeidsmarkt	137
8	Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg	138
	Imago van de zorg	138
	Werkgelegenheid in zorg en welzijn (algemeen)	139
	De arbeidsmarkt in verpleeg- en verzorgingshuizen	140
	De arbeidsmarkt in de thuiszorg	141
	Arbeidssatisfactie in de zorg	141
	De arbeidsmarkt in de toekomst: welk soort personeel is nodig?	144
	De arbeidsmarkt in de toekomst: hoe inspringen op de situatie na 2007?	145
9	Invitational conference	147
	Inhoud en organisatie van de zorg	147
	Kwaliteit van de zorg	147
	Imago van de zorg	147
10	Conclusie	149
	Welke problemen doen zich voor bij mensen met dementie en in de zorg voor hen?	149
	Welke mogelijkheden tot adequate zorg zijn aanwezig?	149
	Welke arbeidsmarkt gerelateerd maatregelen zijn nodig om aan de zorgbehoeften tegemoet te komen?	150
	Literatuur	151

Samenvatting

Er dreigt binnenkort een discrepantie te ontstaan tussen vraag en aanbod in de zorg voor mensen met dementie. Het aantal kwetsbare mensen met dementie neemt toe, tegelijkertijd dreigt een tekort aan gekwalificeerde mensen die in staat zijn de benodigde zorg te verlenen. Centraal in dit rapport staan de vragen:

1. Welke problemen doen zich voor bij mensen met dementie en in de zorg voor hen?
2. Welke mogelijkheden tot adequate zorg zijn aanwezig?
3. Welke arbeidsmarkt gerelateerde maatregelen zijn nodig om aan de zorgbehoeften tegemoet te komen?

De problemen die optreden bij mensen met dementie zijn ingrijpend

Dit vergt adequate behandeling en specifieke expertise. Dementie gaat gepaard met een scala van problemen, waaronder cognitieve problemen, gedragsproblemen, functionele problemen en co-morbiditeit. Het is van belang deze problemen tijdig te herkennen en adequaat te behandelen. De aard van de verschijnselen vereist een grote mate van vakkundigheid op het gebied van cure en care, waarbij de zorgverlening gericht is op het in stand houden van de kwaliteit van leven van de patiënt en de mantelzorger. Dit houdt in dat op alle niveaus van hulpverlening kennis over dementie en de aanpak van symptomen idealiter aanwezig zou moeten zijn, inclusief het geven van informatie hierover aan mantelzorgers.

De zorg voor mensen met dementie is kostbaar, maar wordt langdurig gedragen door informele zorgverleners

5.3% (1.8 miljard euro in 1999) van de uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland wordt besteed aan de zorg voor mensen met dementie. Omgerekend per inwoner kost de zorg voor dementie elke Nederlander 111 euro per jaar (in 1999). Momenteel woont 65% van degenen die aan dementie lijden thuis. Zeker 30% van de thuiswonende dementerende ouderen krijgt professionele hulp. Een groot deel van de zorgverlening wordt dus gegeven door mantelzorgers. De inzet van formele hulpverleners komt vaak laat op gang. Gezien het geringe percentage thuiswonenden dat professionele hulp ontvangt en de zware taak waar mantelzorgers voor staan, is meer inzet van professionele zorg thuis zeer gewenst. Gedurende het beloop van de aandoening zal ongeveer 70% van de dementiepatiënten in Nederland een relatief kort deel van de totale ziekteduur in een verpleeghuis doorbrengen.

De complexiteit van de dementie-problematiek vraagt om multi-professionele hulp

Bij de zorg voor mensen met dementie zijn o.a. betrokken: mantelzorgers, huisartsen, vrijwilligers, thuiszorg, multi-disciplinaire geheugenpoliklinieken, GGZ, paramedische zorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen en ziekenhuiszorg. Er wordt informele zorg verleend door mantelzorgers. Daarnaast wordt er professionele zorg en ondersteuning geleverd door instellingen in de samenleving. De samenwerking tussen de professionele zorg en de niet-professionele zorg wordt slechts in geringe mate vormgegeven. Het is een uitdaging voor de sector zorg en welzijn om die samenwerking te ontwikkelen en in te vullen. Een nieuwe ontwikkeling is het gebruik van zorgprogramma's waarin activiteiten van professionele zorgverleners op regionaal niveau op elkaar worden afgestemd. Er kan een onderscheid worden gemaakt naar:

- a) begeleiding individuele zorgtrajecten van de patiënt,
- b) ondersteuning van professionals.

Het risico dat regionaal zorgbeleid met zich meebrengt is dat noodzakelijke veranderingen over het hoofd worden gezien of gefragmenteerd plaatsvinden. Dit risico wordt ondervangen met het Landelijk Dementie Programma, waarin kwaliteitseisen voor de inhoud van de zorg en de begeleiding zijn vastgelegd. Dit programma loopt momenteel in 11 regio's in Nederland. In aanvulling op de zorgprogramma's kunnen domotica-toepassingen plaatsing in een zorgcentrum uitstellen of voorkomen en de inzet van arbeidskrachten beperken. Relevante domotica-toepassingen, specifiek voor mensen met dementie omvatten, toepassingen op het gebied van observatie, therapie, veiligheid, ontspanning en participatie.

Het beeld van dementie is negatief en het werken in een verpleeghuis heeft weinig aanzien

Dit zou kunnen samenhangen met de opvatting dat aan dementie niets valt te doen en dat demente mensen geen besef hebben van hun situatie. De beeldvorming bij het publiek wordt vaak geassocieerd met de laatste fase van de ziekte. Bij veel professionele zorgverleners, waaronder huisartsen, heerst nog sterk het gevoel dat ze niets kunnen doen. Kennis over behandelingsmogelijkheden ontbreekt vaak. Daarentegen is veel expertise aanwezig in verpleeghuizen omtrent de zorgverlening.

De kwaliteit van de geleverde zorg in verpleeghuizen moet beter

Met name in de psychogeriatrische verpleeghuiszorg lijkt er sprake te zijn van een vergroting van het aantal zorgvragers per zorgverlener en van het inzetten van minder gekwalificeerd personeel. Als er met minder mensen meer zorg geleverd moet worden, is de vraag hoe toch kwalitatief hoogstaande zorg geboden kan worden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg concludeerde in 2004 dat slechts een vijfde deel van de verpleeghuizen voldeed aan de minimale eisen.

Integrale zorg is noodzakelijk voor mensen met dementie

Gezien het complexe ziektebeeld is er behoefte aan specialisten die vanuit een specifieke vaardigheid bijdragen aan de oplossing van een gedeeld, complex probleem. In de zorg voor mensen met dementie is er enerzijds behoefte aan aanspreekpunten voor de patiënt die zichtbaar en bereikbaar zijn en die als schakel kunnen fungeren naar beroepskrachten en instellingen. Anderzijds blijft er behoefte aan gespecialiseerde professionals die specifieke kennis en competenties inzetten ten behoeve van de patiënt. In de toekomst is er behoefte aan professionals die in staat zijn vraaggericht, probleemgericht, kansgericht, contextgericht, gebiedsgericht, integraal, maatschappelijk gericht en transparant te handelen. Tussen deze kenmerken kunnen spanningen zitten, waar professionals mee moeten kunnen opgaan. In de zorg- en welzijnsopleidingen zal hier op ingespeeld moeten worden. Integrale zorg vereist ook nieuwe vormen van samenwerking waarin ook op beleidsmatig niveau de schotten tussen instellingen en disciplines moeten worden opgeheven.

Er zijn tekorten te verwachten op de arbeidsmarkt in de zorgsector

Op dit moment (2006) is er geen tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden. Maar vanaf volgend jaar zijn de eerste knelpunten te verwachten, waarbij het geschatte personeelstekort zal liggen tussen de 1.8 en 2,6%. 64% Van het vertrekkend verpleegkundig en verzorgend personeel uit de verpleeg- en verzorgingshuizen gaf in 2004 aan dat het vertrek voorkomen had kunnen worden. In de thuiszorg sector was dit 55%. De belangrijkste reden voor vertrek uit de zorgsector is het gebrek aan arbeidssatisfactie. Daarnaast zijn de slechte arbeidsomstandigheden een belangrijke reden voor vertrek. Om aan de te verwachtte tekorten tegemoet te komen kunnen een aantal maatregelen genomen worden:

1. Monitoren personeelsbeleid in brede zin van het woord;
2. Zorgen voor voldoende opleidingscapaciteit en bijscholing van personeel dat betrokken is bij de hulp- en zorgverlening aan dementierenden;
3. Inzetten van onbenut arbeidspotentieel;
4. Beperken van de groei in zorgbehoefte;
5. Toename van tijdige en gerichte ondersteuning, scholing en betaling van mantelzorgers.

De wenselijkheid en effectiviteit van de genoemde maatregelen blijft onderwerp van discussie en moeten beoordeeld worden vanuit een perspectief waarin de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg gewaarborgd blijft.

Conclusie

Zorg voor mensen met dementie is hoog complexe zorg die vaardigheden vereist in het diagnostiseren en behandelen van cognitieve en gedragsproblemen, van functionele beperkingen en co-morbiditeit. Een tijdige inzet van een zorgtraject is noodzakelijk. Dit zal in het algemeen

een lang traject zijn, waarbij zowel de zorg voor de patiënt als de zorg voor de mantelzorger een plaats krijgt. Een systematische en planmatige manier van zorgverlening kan doelmatig zijn omdat het helpt om crises te voorkomen. Hiertoe zijn vele mogelijkheden aanwezig. De transparantie van de zorgtrajecten kan worden vergroot door toegankelijke zorgprogramma's met gedefinieerde zorgtrajecten en individueel opgestelde zorgplannen. Een goede samenwerking tussen de betrokken zorgverleners en het creëren van de benodigde faciliteiten zijn andere noodzakelijke randvoorwaarden. Deskundigheid over de omgang met mensen met dementie moet daarom aanwezig zijn bij alle betrokkenen in de zorg, zodat ieder naar eigen vermogen een bijdrage kan leveren. Er liggen veel uitdagingen in deze zorg. Het aantrekkelijker maken van de arbeidsmarkt en het verbeteren van de kwaliteit van zorg kunnen hand in hand gaan. De maatregelen die kwalitatief goede zorg garant stellen moeten gericht zijn op het bevorderen van ambitie, om deze van uitdagingen aan te pakken en het streven naar vergroting van deskundigheid.

1 Inleiding

Er dreigt binnenkort een discrepantie te ontstaan tussen vraag en aanbod in de zorg voor mensen met dementie. Het aantal kwetsbare mensen met dementie neemt toe, tegelijkertijd dreigt er een tekort aan gekwalificeerde mensen die in staat zijn de benodigde zorg te verlenen.

Tegenover elke dementerende stonden in 2000 nog 63 potentiële werknemers (lees: zorgverleners), terwijl dat er in 2010 nog maar 55 en in 2050 nog slechts 27 zullen zijn (1). Daarnaast is er binnen de algehele gezondheidszorg sprake van een steeds grotere groep mensen die een beroep op professionele zorg doet. Bovendien worden de zorgvragen steeds complexer. Vanaf volgend jaar worden er al personeelstekorten verwacht voor verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en de GGZ (2). Dit rapport beoogt een overzicht te geven van het scala aan problemen dat zich voordoet in de zorg voor mensen met dementie en de consequenties hiervan voor de zorgarbeidsmarkt. De vragen die hierbij worden gesteld zijn:

1. Welke problemen doen zich voor bij mensen met dementie en in de zorg voor hen?
2. Welke mogelijkheden tot adequate zorg zijn aanwezig?
3. Welke arbeidsmarkt gerelateerde maatregelen zijn nodig om aan de zorgbehoeften tegemoet te komen?

Methode

In dit rapport wordt gebruik gemaakt van verschillende bronnen:

- Rapporten van Aedes-Arcades, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO), Expertisecentrum Informele Zorg (EIZ), Gezondheidsraad, Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), Prismant, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), Verwey Jonker Instituut, ZonMW en brancherapporten thuiszorg en verpleeghuiszorg.
- Websites van CBO, Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ), Ministerie van VWS, Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM), NIVEL, Prismant, SCP, www.zorgvoorbeter.nl, www.slimwonenmetdementie.nl, www.smart-homes.nl, www.wonenmetdementie.nl, www.domotica-wonenzorg.nl en www.domotica-ouderenzorg.nl.

- Literatuur-search in Pubmed, Cochrane en Google (zoekwoorden: dementia - disability - healthcare utilization - informal care - formal care - caregivers - domotica - ICT).
- Zorgconcepten en Nederlandse mogelijkheden tot goede zorg worden verzameld via websites en middels direct contact met aanbieders van zorgconcepten.

2 Gezondheid gerelateerde problemen bij mensen met dementie

Cognitieve stoornissen

Dementie is een generieke term die verwijst naar een spectrum van klinische syndromen. Deze syndromen worden veroorzaakt door verschillende hersenziekten en worden alle gekenmerkt door combinaties van meervoudige stoornissen in cognitie, stemming of gedrag. De specifieke kenmerken van de verschillende combinaties worden bepaald door de aard, distributie en ernst van de afwijking in de hersenen (3). De ziekte van Alzheimer is veruit de meest voorkomende oorzaak van dementie. Daarnaast zijn vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson nog belangrijke dementievormen (3). Buiten cognitieve stoornissen kunnen ook andere verschijnselen/beperkingen voorkomen zoals neuropsychiatrische symptomen en beperkingen in de functionele status. Ook co-morbiditeit, gedefinieerd als het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer aandoeningen bij een persoon (4), doet zich bij deze patiënten veelvuldig voor. De mate waarin en de snelheid waarmee stoornissen horende bij het ziekteproces zich voltrekken en het patroon van achteruitgang, verschillen van persoon tot persoon en zijn afhankelijk van het type dementie. De overlevingsduur na het stellen van de diagnose kan variëren van drie tot 20 jaar, maar over het algemeen overlijden mensen met dementie eerder dan mensen zonder deze aandoening. De mediane levensverwachting ligt tussen de drie en negen jaar (1).

Neuropsychiatrische symptomen

Neuropsychiatrische symptomen zijn wanen, hallucinaties, agitatie/agressie, depressie, angst, apathie, euforie, ontremd gedrag, prikkelbaarheid, doelloos repetitief gedrag, verstoord dag/nachtritme en veranderingen in het eetgedrag (5). Uit een recent onderzoek waarbij 200 thuiswonende dementerenden gedurende twee jaar gevolgd zijn (de MAASBED-studie) bleek bij 80% van de dementerenden één of meerdere neuropsychiatrische symptomen voor te komen, waarbij apathie (40%), depressie (35%) en doelloos repetitief gedrag (26%) het vaakst werden gerapporteerd (5). Neuropsychiatrische symptomen zijn in meer of mindere mate gedurende het hele ziekteproces aanwezig, maar met name apathie en doelloos repetitief gedrag zijn veelal aanwezig gedurende langere perioden. Hallucinaties zijn meer periodiek aanwezig, evenals euforie en ontremd gedrag. Depressieve symptomen nemen vaak af gedurende het ziektebeloop, terwijl apathie en doelloos repetitief gedrag juist toenemen (5). Recent zijn prevalentiecijfers van probleemgedrag bij een groep van 59 dementerende verpleeghuispatiënten in Nederland gepubliceerd. Probleemgedrag werd hier gedefinieerd als 'alle gedrag van de patiënt dat door deze patiënt en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt

ervaren'. Probleemgedrag kwam bij ongeveer 85% van de onderzochte groep voor. Agressie/agitatie en apathie kwam bij 40% van de patiënten voor. Wanen, hallucinaties, depressie en angst kwamen bij 10-15% van de patiënten voor. Bij 30-50% van de patiënten werden vloeken/verbale agressie, algemene rusteloosheid, klagen, negativisme en repetitief gedrag waargenomen (6).

Lichamelijke stoornissen

Lichamelijke verschijnselen, zoals incontinentie, vermagering, infecties en problemen met lopen, kauwen en slikken komen ook veel voor bij dementerenden. Vrijwel alle dementerenden hebben matige tot ernstige beperkingen in de huishoudelijke verzorging en tweederde heeft matige tot ernstige beperkingen in de persoonlijke verzorging (7).

Co-morbiditeit

Co-morbiditeit speelt waarschijnlijk een belangrijke rol in het beloop van het ziekteproces. In verschillende studies is aangetoond dat chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus, hartfalen en nierinsufficiëntie gepaard gaan met de verhoogde sterftetekansen bij patiënten met dementie (8;9).

Het is zeer aannemelijk dat ook intercurrente aandoeningen zoals infecties en fracturen leiden tot verhoogde mortaliteit en snellere progressie van de dementie (10).

Zeker bij verpleeghuispatiënten is de prevalentie van co-morbiditeit hoog. Uit recent onderzoek blijkt dat 90% van de verpleeghuispatiënten co-morbiditeit heeft met gemiddelde 4.3 chronische aandoeningen (4). Met name intercurrente gezondheidsproblemen zijn van invloed op het beloop van dementie. Naarmate verpleeghuispatiënten meer ziekte-episodes hebben, verloopt de progressie van dementie sneller (10).

Conclusie: gezondheidsgerelateerde problemen in relatie tot de arbeidsmarkt

De combinatie van cognitieve stoornissen, neuropsychiatrische symptomen, lichamelijke stoornissen en co-morbiditeit maakt van dementie een complexe aandoening. De complexe gezondheidsproblematiek van dementerenden vereist complexe zorg en dit vergt een grote mate van deskundigheid bij de zorgverleners. Kennis van het dementiebeeld en van de omgang met de bijbehorende verschijnselen dient bij de zorgverleners aanwezig te zijn. Een betere voorbereiding op en opleiding in deze zorg en meer begeleiding hierbij zouden de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren en de werksatisfactie kunnen bevorderen.

3 Gebruik voorzieningen door mensen met dementie

Algemeen

In 2002 waren er ruim 175.000 mensen met dementie in Nederland (1). Als de prevalentiecijfers niet veranderen en curatieve behandelingen van dementie uitblijven, zal het aantal mensen met dementie in 2010 zijn opgelopen tot ruim 207.000. In 2050 zullen er dan naar verwachting 412.000 dementiepatiënten zijn. De stijging van het aantal mensen met dementie ten opzichte van de totale bevolking zal aanzienlijk groter zijn. In 2000 was naar schatting 1 op de 93 mensen in ons land dementierend, in 2010 zullen dat er 1 op de 81 zijn en in 2050 1 op de 44 (1). Momenteel woont 65% van de mensen met dementie thuis, 17% in een verzorgingshuis en 18% in een verpleeghuis of in kleinschalige woonvormen die meestal gekoppeld zijn aan verpleeg- of verzorgingshuizen (1). Van de mensen met een matig-ernstige of ernstige vorm van dementie woont één of de vier nog thuis (11). Gedurende het beloop van de aandoening brengt in Nederland naar schatting ongeveer 70% van de dementiepatiënten een relatief kort deel van de totale ziekteduur in een verpleeghuis door (12). Wanneer een patiënt met dementie uiteindelijk in een verpleeghuis wordt opgenomen verkeert hij doorgaans reeds in een (ver)gevoerd stadium van dementie. De patiënt heeft dan 24 uur zorg en toezicht nodig (13).

Bij een gemiddelde ziekteduur (retrospectief gemeten) van 7 jaar woont een patiënt met dementie in Nederland $4\frac{1}{2}$ jaar thuis of in het verzorgingshuis en $2\frac{1}{2}$ jaar in een verpleeghuis. De opnameduur in het verpleeghuis varieert van nul dagen tot meer dan tien jaar (13). Andere cijfers over de verblijfsduur in instellingen zijn afkomstig uit een inventarisatie die opgemaakt is in de Provincie Gelderland. De gemiddelde verblijfsduur van verpleeghuisbewoners met een PG-indicatie was bij deze inventarisatie in 2000 iets korter met verblijfsduren voor vrouwen en mannen van respectievelijk 28 en 19 maanden (14).

Van alle dementerenden heeft 38% dagelijkse zorg nodig en bij 39% van alle dementerenden is continue zorg vereist. Bij 23% is incidenteel of om de paar dagen zorg nodig. Bij thuiswonenden is ongeveer 60% ieder dag of continu van zorg afhankelijk, terwijl dit percentage in verzorgings- en verpleeghuizen oploopt tot respectievelijk 99% en 90% (11). Deze getallen geven een beeld waarbij het lijkt alsof de zorgbehoefte van dementerenden in verpleeghuizen lager is dan in verzorgingshuizen. Verschillen in populaties, in de definitie van zorggebruik en/of in de registratie van zorggebruik tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen kunnen deze tegenstrijdigheden mogelijk verklaren. Hoeveel zorg daadwerkelijk gegeven wordt, is niet eenvoudig was te stellen.

Mensen met dementie worden steeds meer afhankelijk van hulp van anderen, zowel van niet-professionele als professionele hulpverleners. Bij de zorg voor mensen met dementie zijn betrokken: mantelzorgers, huisartsen, multidisciplinaire geheugenpoliklinieken, thuiszorg, vrijwilligers, GGZ, paramedische zorg, kleinschalige woonvormen, zorgboerderijen, verzorgingshuizen, verpleeghuizen en ziekenhuizen.

Mantelzorgers

In een enquête onder de Nederlandse bevolking geeft 73% van de ondervraagden aan niet in staat te zijn om zelf een familielid te verzorgen indien hij of zij niet meer in staat is om door dementie voor zichzelf te zorgen (15). Toch wordt het grootste deel van de zorg voor mensen met dementie gegeven door mantelzorgers. Zestig procent van de hulp aan dementerenden wordt verleend door familieleden, vooral gezinsleden (16). De belangrijkste taken van mantelzorgers zijn het geven van ondersteuning bij dagelijkse activiteiten zoals eten, boodschappen doen, huishouden, aankleden en wassen (11).

Dementie vergt een aanzienlijke grotere inzet van mantelzorgers dan bij andere aandoeningen. Exacte getallen over het aantal uren verleende mantelzorg in de Nederland zijn niet bekend. Het is erg lastig om het aantal uren verleende informele zorg goed te bepalen. In de internationale literatuur worden schattingen gegeven die variëren van een paar uur tot meer dan 100 uur per week (17).

De mantelzorger zit in een dubbele rol. Hij/zij is enerzijds de (belangrijkste) verlener van zorg, en is anderzijds iemand die door de grote belasting zelf zorg nodig heeft (18). Het is evident en in ruime mate bewezen dat het volledig overnemen van de zorg voor het leven van een ander een opdracht is die zelden zonder ernstige schade door een andere persoon kan worden vervuld (19). Veranderingen in de demografie heeft grote gevolgen voor de beschikbaarheid van mantelzorg en vraagt derhalve ook studie en beleid. De Raad voor de Volksgezondheid zal een apart rapport uitbrengen over de zorg voor de mantelzorger, met aandacht voor deze dubbele rol.

Huisartsen

De huisarts speelt een belangrijke rol in de signalering en diagnostiek van dementie en de begeleiding van de patiënt en zijn/haar directe verzorger. Volgens de richtlijn 'diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie' dient juist de huisarts aandacht te hebben voor de vroege symptomen van ziekten die dementie veroorzaken, zodat de herkenning wordt bevorderd (3). De huisarts is immers vaak de eerste professionele hulpverlener die met dementieverschijnselen bij de patiënt wordt geconfronteerd. Naast de ziektediagnostiek neemt de zorgdiagnostiek een belangrijke plaats in. Zorgdiagnostiek omvat de vaststelling van de zorg-

behoefte van de patiënt, de zorgbelasting en draagkracht van het mantelzorgsysteem (3). Het verdient aandacht vanaf het eerste contact en dient na het afronden van de ziektediagnostiek voortgezet te worden (3). Huisartsen lijken redelijk goed in staat te zijn de diagnose dementie te stellen. In een groep van 107 patiënten kwam in 76% van de gevallen de diagnose van de huisarts overeen met de diagnose zoals die gesteld werd op een geheugenpolikliniek (20). De diagnose wordt in de praktijk vaak laat gesteld omdat huisartsen het gevoel hebben de patiënt weinig te kunnen bieden (20).

Geheugenpoliklinieken

Geheugenpoliklinieken zijn ambulante voorzieningen waar een multidisciplinair team zich bezig houdt met de (vroeg)diagnostiek en begeleiding van mensen met dementie. Klinisch geriater, (neuro)psychologen, neurologen, (ouderen)psychiaters en verpleegkundigen zijn de disciplines die het meest verbonden zijn aan een geheugenpolikliniek (21). Dit sluit aan bij de aanbeveling uit de CBO-richtlijn, die pleit voor multidisciplinaire diagnostiek (3). De belangrijkste doelstellingen zijn specialistische diagnostiek en/of second opinion, het starten van een medicamenteuze behandeling en tenslotte advies en informatieverstrekking aan patiënten en/of familie.

In 1998 waren er nog 12 geheugenpoliklinieken, in 2004 waren dat er 40. Recenter gegevens (april 2006) vermelden ruim 60 poliklinieken. In 2003 werden er gemiddeld 199 nieuwe patiënten per geheugenpoli gezien (variërend van 15 tot 615). Tussen 2002 en 2003 nam het aantal nieuwe patiënten toe met 20.6%. 74% van de patiënten wordt verwezen door de huisarts, 12% door een geriater of de RIAGG (Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg), 10% door een neuroloog, 1.8% door een klinisch geriater, 0.4% door een psycholoog en 2.7% door andere verwijzers. Ongeveer de helft van de patiënten wordt na de afronding van de diagnostiek terugverwezen naar de oorspronkelijke verwijzer, terwijl de andere helft van de patiënten onder begeleiding van de polikliniek blijft (21).

De kosteneffectiviteit van de geheugenpoli's voor de diagnostiek is in het buitenland onderzocht. De kosten werden bestempeld als zijnde redelijk, in verhouding tot de klinisch relevante bevindingen die het diagnostische proces oplevert (22;23). De kosten van het diagnostische proces kunnen sterk uiteenlopen, ondanks dat richtlijnen en protocollen beschikbaar zijn (24). Voor de Nederlandse situatie zullen binnenkort resultaten bekend worden gemaakt over de kosteneffectiviteit van het diagnostische proces in de geheugenpoli, in vergelijking met de gewone diagnostische procedure via de huisarts (DOC-PG, Maastricht). De toegevoegde waarde van een geheugenpoli met multidisciplinaire diagnostiek ten opzichte van monodisciplinaire diagnostiek ligt met name in het

feit dat er een betere differentiatie aangebracht kan worden in het subtype van de dementie. Ook wordt co-morbiditeit beter in kaart gebracht (25). Vaak wordt gebruik gemaakt van nieuwe diagnostische technieken zoals MRI-scans in plaats van CT-scans. Dit leidt tot een sterk verbeterde diagnostiek en heeft op economische gronden zelfs de voorkeur (24;26). Door de diagnostische technieken af te stemmen op het stadium van het dementieproces, kan overbodige diagnostiek vermeden worden (23;24;27). Zeer belangrijk is dat op basis van multidisciplinair onderzoek advisering over multidisciplinaire begeleiding en behandeling geboden kan worden

Thuiszorg

Er zijn verschillende vormen van zorg thuis. De meeste mensen doen een beroep op 'huishoudelijke verzorging'. Ook verpleging en dagverzorging voor ouderen zijn voorbeelden van zorg thuis. Zorg thuis wordt voor het grootste gedeelte vergoed uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Hiervoor is een indicatiestelling nodig. Bij de indicatiestelling moeten beperkingen van de demente patiënt bepalend zijn en niet de beschikbaarheid van een mantelzorger (28). Sinds 1997 moeten cliënten een eigen bijdrage betalen. Zorg thuis wordt geboden door zowel thuiszorgorganisaties als door verpleeg- en verzorgingshuizen. De cliënt mag in principe zelf bepalen welke zorgaanbieder hij kiest (29). Het financieringssysteem zal de komende jaren gaan veranderen. In 2007 komt er een nieuwe wet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO), die uitgevoerd gaat worden door de gemeenten. De Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten en delen uit de AWBZ gaan er op den duur in op. De beoogde ingangsdatum is 1 januari 2007. Vanaf dan zullen de huishoudelijke zorg die de thuiszorg geeft onder gemeentelijke taken vallen.

Er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar over de omvang van de thuiszorg, inclusief wijkverpleging en maatschappelijk werk, voor thuiswonende dementerenden (1). Wel is bekend dat 3.9% van de thuiszorgcliënten geheugenproblemen en/of dementie heeft (30). Dertien procent van de ruim 120.000 thuiswonende ouderen met dementie (cijfers van 2004) heeft een indicatie voor thuiszorg. Hieronder vallen alle AWBZ-zorgfuncties waarbij geen verblijfsfunctie is geïndiceerd, dus ook activerende en ondersteunende begeleiding in de vorm van dagprogramma's. De indicaties voor thuiszorg bij mensen met dementie betreffen met name persoonlijke verzorging (57%), ondersteunende begeleiding in de vorm van dagprogramma (57%), huishoudelijke verzorging (54%) en verpleging (39%). Hoeveel mensen ook echt de geïndiceerde zorg krijgen is echter op basis van deze cijfers onduidelijk (31).

Volgens het Dementie Onderzoek Groningen (DOG) maakt ongeveer 30% van alle thuiswonende dementerende patiënten gebruik van gezins-

zorg en ongeveer 30% van wijkverpleging (32). Op basis van een kleine inventarisatie onder thuiszorgorganisaties kon in 2000 een schatting gemaakt worden van het aantal geleverde zorgminuten voor dementerende patiënten, uitgesplitst naar ernst van de dementie (zie tabel 1) (32). De hoeveelheid gezinszorg neemt geleidelijk toe met de ernst van dementie, terwijl de hoeveelheid wijkverplegingszorg snel toeneemt zodra een patiënt ernstig dement is. Voor alle dementiestadia geldt dat mannen gemiddeld genomen meer thuiszorg gebruiken dan vrouwen (32).

Tabel 1 Gemiddelde (range) aantal geleverde zorgminuten voor een dementerende patiënt, uitgesplitst naar ernst van de dementie en geslacht (32).

	Gezinszorg	Wijkverpleging	Thuiszorg totaal
<i>Ernst van dementie</i>			
Licht dement	122 (39-236)	29 (0-128)	151 (62-278)
Matig dement	187 (60-330)	40 (0-135)	227 (60-405)
Ernstig dement	250 (90-600)	273 (45-490)	523 (270-670)
<i>Geslacht</i>			
Man	119 (45-315)	75 (11-154)	194 (94-326)
Vrouw	217 (135-371)	102 (135-371)	320 (170-570)

Vrijwilligers

Vrijwilligers zijn belangrijk om taken zoals gezelschap en toezicht houden over te nemen van de mantelzorger, zodat de mantelzorger zich kan ontspannen of de gelegenheid krijgt om eigen zaken te regelen. In de totale zorgsector zijn 300.000 mensen werkzaam als vrijwilliger (33). Hoeveel er binnen de zorg rond dementie gebruik wordt gemaakt van vrijwilligers is niet bekend.

GGZ-instellingen

GGZ-instellingen hebben drie kerntaken met betrekking tot dementie: (1) diagnostiek van dementie, (2) behandeling van dementie en bijkomende neuropsychiatrische stoornissen en (3) begeleiding, casemanagement en ondersteuning bij dementerenden met probleemgedrag. In de praktijk beperken de GGZ-instellingen zich echter steeds meer tot diagnostiek en tot behandeling van andere psychische stoornissen waarmee mensen met dementie kunnen kampen (34).

Kwantitatieve gegevens over de mate waarin mensen met dementie geestelijke gezondheidszorg ontvangen zijn nauwelijks beschikbaar, hoewel RIAGG's en GGZ-instellingen wel vaak betrokken zijn bij de zorg voor mensen met dementie. Het is bekend dat van het totale aantal verwijzingen door huisartsen van dementiepatiënten, 30% betrekking heeft op

een verwijzing naar een RIAGG (35). Slechts 4% van ouderen met dementie bezocht in het half jaar voorafgaande aan een groot bevolkingsonderzoek de ambulante ouderen-GGZ (34).

Paramedische zorg

Demente bewoners van somatische en gecombineerde verpleeghuizen maken uit het pakket van paramedische zorg met name gebruik van ergotherapie (7.8%), logopedie (3.9%) en diëtietiek (8.7%) en nauwelijks van fysiotherapie. Ten opzichte van verpleeghuisbewoners zonder dementie, ontvangen bewoners met dementie minder frequent paramedische zorg. Ongeveer 20% van de bewoners van verpleeghuizen ontvangt totaal geen paramedische zorg. Dit zijn voornamelijk bewoners bij wie dementie de meest validiteitsbepalende aandoening is en beperkingen op het cognitief functioneren op de voorgrond staan. Het is onduidelijk in hoeverre deze cijfers ook representatief zijn voor dementerenden in psychogeriatrische (PG) verpleeghuizen (36). Gegevens over paramedische zorg aan mensen met dementie die thuis wonen ontbreken. Wel zijn er veelbelovende resultaten van de inzet van ergotherapie in de thuissituatie op de zelfredzaamheid en gedrag gerapporteerd (37;38).

Ontmoetingscentra

In ontmoetingscentra, die veelal zijn ingebed in een buurt-, ouderen-, of wijkcentrum wordt een breed opgezet ondersteuningsprogramma aangeboden aan mensen met dementie en hun verzorgers. Zo zijn er voor de verzorgers informatiebijeenkomsten, gespreksgroepen, wekelijkse gesprekken, maandelijkse centrumoverleggen, respijtzorg en praktische hulp bij het regelen van zorg thuis en zonodig verpleeghuisopname. De persoon met dementie kan drie dagen per week gebruik maken van een dagsociëteit. Hij kan daar, individueel of in groepsverband, deelnemen aan allerlei (re)creatieve activiteiten. Ook zijn er gemeenschappelijke activiteiten voor de mantelzorgers en de dementerenden, zoals feestelijke bijeenkomsten en uitjes.

De begeleiding in de ontmoetingscentra wordt geboden door een klein professioneel team, bestaande uit een programmacoördinator, een activiteitenbegeleider en een verzorgende. Er wordt casemanagement geboden en multidisciplinaire zorg kan georganiseerd worden. Er wordt samengewerkt met andere zorgaanbieders en welzijnsinstellingen in de wijk/regio, zoals de huisartsen, de thuiszorg, de wijkpost voor ouderen, de ambulante GGZ, het steunpunt mantelzorg en verzorgings- en verpleeghuizen.

In vergelijking met reguliere dagbehandeling hebben ontmoetingscentra een positiever effect op de draagkracht van mantelzorgers (minder ervaren belasting, langer en beter volhouden van de zorg, uitbreiding sociaal netwerk) en het functioneren van dementerenden (minder gedragsproblemen, uitstel van verpleeghuisopname) (39).

Momenteel (februari 2006) zijn er 21 ontmoetingscentra in Nederland (bron: www.ontmoetingscentradementie.nl).

Alzheimer cafés

Op veel plaatsen in het land zijn zogenaamde 'Alzheimer cafés'. Hier wordt voorlichting gegeven aan mensen met dementie en hun mantelzorgers. Ook is het mogelijk ervaringen met elkaar te delen (1). Er zijn maandelijks informele bijeenkomsten voor patiënten, partners, familieleden, hulpverleners en andere belangstellenden. Na een inleiding door een deskundige kunnen de bezoekers ideeën, informatie en ervaringen uitwisselen. Er zijn op dit moment (april 2006) ongeveer 100 Alzheimer cafés (bron: www.alzheimer-nederland.nl). Alzheimer cafés sluiten aan bij de recente ontwikkeling om meer openheid over de ziekte te geven. Het is steeds gebruikelijker om de diagnose en het beloop van de ziekte ook met de patiënt zelf te bespreken.

Cultuurspecifieke dementiezorg

De eerste generatie migranten wordt steeds ouder en deze groep wordt in toenemende mate geconfronteerd met ouderdomsgerelateerde problematiek zoals dementie. Het aanbod van zorgvoorzieningen is nog weinig afgestemd op specifieke behoeften van allochtonen. Onder de allochtone bevolking wordt het als een taak en plicht gezien om voor hun dementerende familielid te zorgen. Respect en liefde voor ouderen is in de allochtone cultuur heel belangrijk. Een ziekte als dementie wordt niet gemakkelijk erkend; men ziet het meer als een logisch gevolg van ouder worden. Verzorgings- en verpleeghuizen zien de meeste allochtone ouderen als een goede oplossing in de zorg voor mensen met dementie, mits met hun wensen rekening gehouden wordt op het gebied van lichaamsverzorging, eetgewoonten en activiteiten. Heel belangrijk vindt men de beheersing van de moedertaal door personeel (40).

In Amsterdam is onderzoek gedaan onder Surinamers met dementie. Er is veel behoefte aan een brede, op de Surinaamse cultuur afgestemde, vorm van ondersteuning. Dit geldt met name voor kinderen van Surinamers met dementie, die naast de zorg voor hun ouder vaak ook een betaalde baan of de zorg voor een gezin hebben. Een ontmoetingscentrum specifiek voor Surinamers komt tegemoet aan deze behoefte. Er zijn reeds ervaringen opgedaan met een Surinaams ontmoetingscentrum waar de activiteiten die in de dagsociëteit worden aangeboden Surinaams zijn, men kan er Surinaamse maaltijden nuttigen en ook het personeel is van Surinaamse afkomst en spreekt meerdere Surinaamse talen, zoals Sranang Tongo en Hindi (41).

Kleinschalige woonvormen

In kleinschalige woonvormen wordt wonen, welzijn en zorg gecombineerd. Er zijn veel verschijningsvormen, waaronder groepswoningen in de

wijk, groepswoningen bij of binnen het verpleeg- en verzorgingshuis en groepswoningen als onderdeel van een wijkgericht zorgaanbod (woonzorgzone) (42). De kernwaarden van kleinschaligheid zijn huiselijkheid, herkenbaarheid, overzichtelijkheid en een veilige, vertrouwde omgeving (43). Er wordt 24uurs zorg verleent aan maximaal zes tot acht bewoners, geleverd door één of twee personeelsleden (42). In deze vorm komt de 24uurs zorgverlening dus los van de intramurale setting. Dit is een wenselijke ontwikkeling om het stelsel van langdurige verzorging houdbaar te houden (44). Ook het Nederlandse publiek heeft een voorkeur voor dementiezorg in deze vorm (15). In 2003 woonden 1346 mensen met dementie in kleinschalige woonvormen (tegenover 33.000 dementerenden in verpleeghuizen) (45). In de databank van het Kenniscentrum Wonen-Zorg stonden 133 operationele voorzieningen op het gebied van kleinschalig wonen, terwijl er 199 in ontwikkeling waren (databank geraadpleegd op 22 februari 2006 via www.kenniscentrumwonzorg.nl). Er zijn al veel positieve ervaringen met kleinschaligheid in de dagelijkse praktijk. De kwaliteit van leven voor de bewoners staat voorop, de familie is meer betrokken bij de dagelijkse zorg en het dagelijks leven en de medewerkers zijn meer tevreden over hun werk (43;46).

Van het personeel wordt een werkwijze verwacht die gericht is op dienstverlening en ondernemen, alsmede vaardigheden die aansluiten bij het dagelijks leven, gericht op het individu. In de taakuitvoering moet men een breed scala aan specifieke deskundigheden kunnen toepassen: wassen, begeleiden, activeren, gastvrouw, contactpersoon, mantelzorgondersteuner, e.d. In een kleinschalige woonvorm is een klein team verantwoordelijk voor alle voorkomende zorg- en ondersteuningsactiviteiten en wordt geacht iets van de kok, activiteitenbegeleider, receptionist, huishoudelijke dienst, verplegende / verzorgende in zich te verenigen. Aan deze manier van werken zitten zowel plus- als minpunten. Over het algemeen vinden de medewerkers het plezierig om zelfstandig te werken. Er wordt een beroep gedaan op verschillende kennisgebieden en vaardigheden. De medewerker houdt zich niet alleen bezig met zorggerichte taken maar breder. Bovendien kan men goed overzicht houden: vaak zijn er maar zes of zeven cliënten. Alleen werken heeft ook een andere kant. Bij moeilijke of lastige situaties is overleg niet altijd mogelijk. Besluiten moeten vaak ter plekke genomen worden, wat tot onzekerheid kan leiden en weer een bron voor irritatie en stress kan zijn (46). Er is geen evidence aanwezig dat kleinschalige woonvormen te prefereren zijn boven andere vormen van woon- en zorgverlening.

Zorgboerderijen

Een zorgboerderij is een boerderij waar een vorm van zorg wordt geboden. Op een zorgboerderij hebben cliënten contact met dieren en/of planten en dragen de verantwoordelijkheid voor hun taken. De kleinschaligheid en de regelmaat van taken kan een duidelijke bijdrage leve-

ren aan een positieve ontwikkeling van de cliënt. Onder de noemer zorgboerderijen tref je een grote diversiteit aan bedrijven, zowel wat betreft het aanbod aan geboden zorg als ook de agrarische kant van het bedrijf. Soms ligt het accent meer op de zorgkant, soms meer op de agrarische kant. Ook kan de zorgboerderij zijn gecombineerd met een woonvorm. De laatste jaren is de ontwikkeling van zorgboerderijen erg snel gegaan. Dit komt aan de ene kant doordat er in de zorg steeds meer vraag is naar zorg op maat en een zo 'gewoon' mogelijk leven voor iedereen. Het past in de gewenste 'vermaatschappelijking' van zorg; mensen weer onderdeel maken van de samenleving. In 2004 waren er 432 zorgboerderijen in Nederland operationeel, maar slechts 42 hadden voorzieningen voor dementerende ouderen. Op veel zorgboerderijen wonen mensen uit verschillende doelgroepen, zoals mensen met een verstandelijke- en/of lichamelijke beperking, mensen met een psychische of sociale hulpvraag of zorgbehoevende ouderen. Een voordeel hiervan is dat er een positieve wisselwerking plaats vindt tussen diverse mensen met verschillende beperkingen en hulpvragen. De meeste zorgboerderijen bieden mogelijkheden voor dagopvang en op sommige boerderijen is het mogelijk om er te wonen of te logeren. Er is speciaal een kwaliteitssysteem voor zorgboerderijen ontwikkeld waarmee de specifieke eigenschappen en meerwaarden van de zorgboerderij te meten zijn (47). Er is geen evidence aanwezig dat zorgboerderijen te prefereren zijn boven andere vormen van woon- en zorgverlening.

Verzorgingshuiszorg

Schattingen uit 2000 laten zien dat minimaal 29.070 plaatsen in verzorgingshuizen bezet worden door mensen met dementie, ofwel 17.1% van alle mensen met dementie (1).

Verpleeghuiszorg

In januari 2000 woonden ruim 30.800 mensen in een PG-verpleeghuis. Bij 84.5% van deze patiënten was dementie de voornaamste, validiteit-bepalende diagnose. Daarnaast kreeg nog eens 5-10% van de PG-patiënten bij opname weliswaar een andere validiteitbepalende diagnose, maar leed eveneens aan dementie. Bijna 18% van de mensen met dementie verblijft in een verpleeghuis (1). In 2004 was het aanbod in de verpleeghuizen gegroeid naar ongeveer 35.600 PG-bedden en ruim 3.600 PG-plaatsen voor dagbehandeling (48). Verpleeghuispatiënten met een PG-indicatie zijn vooral afkomstig uit de thuissituatie (40.5%) en in mindere mate uit het verzorgingshuis (23.6%) of het ziekenhuis (20.3%) (48).

De verpleeghuiszorg maakt grote veranderingen door. Vanuit overheidsbeleid wordt gewerkt aan een omslag van aanbod- naar vraagsturing, aan de invoering van functiegerichte aanpakken en aan veranderingen in de regelgeving voor toelating als zorginstelling. Dit zal onder andere leiden tot een gedeeltelijke verplaatsing van de zorg van het verpleeghuis naar

huis in de vorm van het inzetten van de verpleeghuis expertise thuis. Hierdoor is een differentiatie zichtbaar waarbij er enerzijds verpleeghuizen hun instituut grotendeels ontmantelen en zich omvormen tot een netwerk van kleine voorzieningen. Anderzijds zijn er verpleeghuizen die zich juist ontwikkelen tot een regionaal geriatrisch expertisecentrum voor de zeer complexe zorgvragen (49). De WMO laat toe dat zorgverlening ook buiten het verpleeghuis kan worden ingezet. De opvang en behandeling van personen met dementie lijken de PG-instellingen deels over te nemen van de GGZ.

Ziekenhuiszorg

Dementie in het ziekenhuis wordt niet geregistreerd daar het meestal om een bijkomende ziekte gaat. Van de populatie boven de 70 jaar die wordt opgenomen heeft meer dan 25% cognitieve stoornissen. Een deel daarvan is reversiebel (delier), echter een belangrijk deel ervan niet (dementie) (50). De gemiddelde verpleegduur per ziekenhuisopname van mensen met dementie werd in 1996 geschat op 41 dagen (32). Deze vrij lange verpleegduur werd verondersteld te zijn veroorzaakt doordat veel patiënten wachten op een plaats in het verpleeghuis.

Kosten

Hoewel dementie levensbekortend is, hebben ouderen met dementie nog een vrij lange levensverwachting na het stellen van de diagnose en doen vaak een langdurig beroep op professionele thuiszorg en institutionele zorg (51). Van alle uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland wordt 5.3% (1.8 miljard euro) besteed aan de zorg voor mensen met dementie¹. Omgerekend per inwoner kost de zorg voor dementie elke inwoner 111 euro per jaar (situatie in 1999). In tabel 2 staan de belangrijkste sectoren waar de directe kosten die verband houden met dementie gemaakt worden (52).

Tabel 2 Verdeling van de kosten die de zorg voor mensen met dementie met zich meebrengt (prijspeil 1999)

Sector	Kosten in miljoen euro	% van totaal
Verpleging en verzorging *	1703.9	96.79%
Verzorgingshuis	529.3	
Verpleeghuis	1174.6	
Ziekenhuis en medisch specialistische zorg	23.3	1.32%
Verpleegdagen	20.7	
Dagbehandeling	0.1	
Poliklinische consulten en verrichtingen	2.0	
Overige zorg	0.5	
Geestelijke gezondheidszorg	14.5	0.82%
Algemeen psychiatrische ziekenhuizen	8.9	
RIAGG's	5.2	
Overige zorg	0.4	
Huisartsen en gezondheidscentra	2.5	0.14%
Farmaceutische hulp	1.6	0.09%
Beheerskosten zorgverzekeringen	14.6	0.84%
TOTAAL	1760.4	100.00%

* deze kosten omvatten zowel de zorgkosten als de woonkosten

In de leeftijdsklasse 65-74 jaar legt dementie beslag op 3.7% van de totale kosten van de gezondheidszorg in deze leeftijdscategorie, terwijl dit in de leeftijdsklassen 75-84 en ouder dan 85 jaar oploopt tot respectievelijk 12.1% en 20.5% (in 1999) (52).

In een economisch kostenmodel zijn de kosten voor thuiswonende dementerende patiënten vergeleken met die van opgenomen patiënten. Voor een thuiswonende licht dementerende patiënt werd verondersteld dat er maximaal 2.5 uur formele zorgverlening (gezinszorg + wijkverpleging) per week werd ingezet. Voor een thuiswonende ernstig dementerende patiënt liep de inzet van formele zorgverlening op tot maximaal 8.7 uur per week. In deze modellen waren de kosten voor thuiswonende dementerende patiënten altijd lager dan de kosten van opgenomen patiënten (32). De kosten van een verpleeghuisbed zijn echter nog altijd veel lager dan de kosten van een ziekenhuisbed. De vergoeding voor de verpleeghuisbed bedroeg in 2003 € 136 per dag, tegenover € 1074 per dag voor een ziekenhuisbed (53).

Wachlijsten voor zorg

Uit een inventarisatie van wachtlijstcijfers bleek dat er op 1 januari 2005 34.000 mensen met een PG-grondslag op een wachtlijst stonden voor zorg (tabel 3). De meeste mensen wachtten op dagopvang (functies OB-DAG en AB-DAG), persoonlijke verzorging (functie PV), verplegingszorg (functie VP) en op opname in een instelling (functies VB-TYD en VB-LDU) (54). Op de peildatum van 1 januari 2005 stond 55% van deze mensen minder dan een half jaar op de wachtlijst. De gemiddelde wachttijd voor deze groep mensen varieerde van 12 tot 55 weken (tabel 3) (54). Een wachttijd van minimaal 12 weken, ofwel 3 maanden, is aanzienlijk, als de zorg thuis als zeer zwaar wordt ervaren.

Tabel 3 Verdeling van de 34.000 mensen met een PG-grondslag op de wachtlijst op 1 januari 2005 naar functiegebied van de zorg (54)

Functie	Aantal wachtenden	% wachtenden	Gemiddelde wachttijd (weken)
OB-ALG	5.276	15.5%	22
OB-DAG	4.270	12.6%	21
HV	1.744	5.1%	27
PV	4.985	14.7%	23
VP	5.072	14.9%	24
AB-ALG	85	0.2%	12
AB-DAG	95	0.3%	55
BH-ALG	1.399	4.1%	17
BH-VBF	4.261	12.5%	27
VB-TYD	237	0.7%	12
VB-LDU	6.589	19.4%	25
TOTAAL	34.013	100%	

OB-ALG = Ondersteunende Begeleiding Algemeen; OB-DAG = Ondersteunende begeleiding Dagactiviteiten; HV = Huishoudelijke Verzorging; PV = Persoonlijke Verzorging; VP = Verpleging; AB-ALG = Activerende Begeleiding Algemeen; AB-DAG = Activerende Begeleiding Dagactiviteiten; BH-ALG = Behandeling Algemeen; BH-VBF = Behandeling Verblijf; VB-TYD = Verblijf Tijdelijk; VB-LDU = Verblijf Langdurig.

Wachtlijsten voor thuiszorg, verpleeghuiszorg of verzorgingshuiszorg laten grote regionale verschillen zien. De gemiddelde wachttijd op een wachtlijst was in 2003 ongeveer negen maanden, maar deze varieerde per regio van vier tot 13 maanden (55).

Conclusie: voorzieningengebruik en de arbeidsmarkt

De diagnose dementie wordt vaak laat gesteld. Huisartsen signaleren vaak niet omdat ze het gevoel hebben weinig te kunnen bieden. Geheugenpoliklinieken nemen een steeds vooraanstaander plaats in in de diagnostiek. Zij bieden naast diagnostiek ook begeleiding om beter met de verschijnselen om te kunnen gaan. Door de late diagnostiek zitten mensen met dementie en hun mantelzorgers vaak lang zonder hulp. Ook na de diagnosestelling is het gebruik van formele zorgvoorzieningen door mensen met dementie in de thuissituatie beperkt. Er is een groot scala aan voorzieningen waar beperkt gebruik van wordt gemaakt, waaronder thuiszorg.

Nederland loopt voorop in nieuwe vormen van voorzieningen in de zorg voor mensen met dementie en hun familie zoals Alzheimer cafés, ontmoetingscentra, kleinschalige woonvormen en zorgboerderijen. De effecten van deze voorzieningen zijn alleen onderzocht bij de ontmoetingscentra. Deze bleken positieve effecten te hebben op mensen met dementie en hun mantelzorgers. Het gebruik van voorzieningen wordt beperkt doordat veel hulpverleners zelf weinig kennis hebben over de bestaande

mogelijkheden. Kennis over de sociale kaart in de dementiezorg is van belang om de juiste zorg op de juiste plaats te krijgen. Bovendien staan hulpverleners daardoor ook minder alleen in de zorg. Samenwerking vereist wel goede coördinatie.

Als de zorg thuis niet meer kan worden volgehouden is het van groot belang dat de wachttijden voor verpleeghuizen beperkt zijn. Voor zeer zware zorgsituaties is een wachttijd van drie maanden lang. Het probleem is niet dat mensen met dementie te veel gebruik maken van voorzieningen. Zij maken in de eerste jaren juist erg weinig gebruik van voorzieningen. De voorzieningen die speciaal voor mensen met dementie zijn ingesteld zoals verpleeghuizen zijn relatief zeer goedkoop in vergelijking met ziekenhuisbedden. Het zou doelmatiger kunnen zijn mensen met dementie korter in een ziekenhuis te laten verblijven en daarna tijdelijk in een verpleeghuis op te nemen. Het voordeel hiervan zou ook zijn dat de zorg in een verpleeghuis beter afgestemd is op de zorg voor mensen met dementie. Dit impliceert wel dat meer verpleegkundigen in het verpleeghuis nodig zijn.

4 Inhoud van de zorg

Met betrekking tot de inhoud van de zorg, kan in algemene zin een aantal soorten zorg onderscheiden worden:

1. Primaire preventie
2. Basiszorg
3. Symptomatische behandelingen
4. Ondersteunende zorg
5. Verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg

Primaire preventie

Vele prospectieve bevolkingsonderzoeken hebben een relatie aangetoond tussen hypertensie, hypercholesterolaemie, obesitas, een tekort aan lichamelijke activiteit, diabetes mellitus, hyperhomocysteinemie en de incidentie van dementie (56-62). Deze prospectieve studies geven geen strikt bewijs, maar wel aanwijzingen voor preventieve mogelijkheden.

Grootschalig gerandomiseerd interventie onderzoek ontbreekt veelal om de effectiviteit van primaire preventie te ondersteunen. Alleen voor de behandeling van hypertensie wordt de rol in de primaire preventie van dementie bevestigd met een gerandomiseerd interventie onderzoek. In een populatie met matig ernstige systolische hypertensie nam de kans op dementie in de groep die behandeld werd met anti-hypertensiva met 55% af ten opzichte van de controlegroep; van 7.4 naar 3.3 dementiegevallen per 1000 patiënt-jaren (43 vs. 21 dementiegevallen, $P < 0.001$) (63). In een review van epidemiologische studies en gecontroleerde trials wordt geconcludeerd dat anti-oxidanten (o.a. vitamine C en E), ontstekingsremmers zoals NSAID's en cholesterol-verlagende statines beschermen tegen het ontstaan van Alzheimer. Daarnaast heeft een goede controle van hypertensie met 'angiotensine-converting enzym' remmers en langwerkende dihydropyridines een beschermend effect op het ontstaan van dementie (64).

Basiszorg

Basiszorg bestaat uit een regelmatige beoordeling van de lichamelijke, psychologische en sociale behoeften van de patiënt en de mantelzorger. Dit begint bij het stellen van de diagnose. Het belang van een diagnose wordt vaak benadrukt als voorwaarde voor het verbeteren van de zorg voor dementerenden (65). Na de diagnose is de zorg beter in te plannen en behandelopties kunnen maximaal benut worden. Daarnaast heeft het ook psychologische voordelen voor de patiënt en de mantelzorger omdat er een einde komt aan de onzekerheid en klachten kunnen worden verklaard. Tenslotte heeft een patiënt het recht om te weten wat er met hem/haar aan de hand is. Daarentegen zijn er ook redenen om geen diagnose te stellen: de kans op emotionele reacties is aanwezig, het ontbreken van de kans op genezing en de diagnose wordt niet altijd door de

patiënt begrepen (66). In een kwalitatieve studie in Nederland kwam echter naar voren dat de mededeling van de diagnose overwegend als positief ervaren wordt. Voor de meeste mantelzorgers en patiënten is het een bevestiging van hun vermoedens. De diagnose maakt de weg vrij om zorg te plannen voor de toekomst en de partner kan zijn/haar reactie aanpassen op het veranderende gedrag van de patiënt (67). Erkenning van de ziekte, acceptatie en organisatie van daadwerkelijke ondersteuning bieden de mogelijkheid de kwaliteit van leven van de patiënt en de naaste verbeteren. Omdat er verschillende therapeutische mogelijkheden zijn om de ziekteverschijnselen in met name het begin stadium van de ziekte te behandelen, is vroeg-diagnostiek van belang (68;69). Daarnaast is vroeg-diagnostiek kostenbesparend als met behandeling het ziekteverloop afgeremd kan worden (69;70). Modelmatige schattingen laten zien dat met een uitstel van de symptomen bij de ziekte van Alzheimer met vijf jaar, een halvering van de prevalentie zou kunnen worden bereikt (70). Als de nadruk meer komt te liggen op een vroegtijdige diagnose, dan zal ook het zorgaanbod voor patiënten met een beginnende dementie uitgebreid moeten worden (28).

Een periodieke beoordeling van de behoeften van de patiënt en de mantelzorger is van belang omdat deze veranderen in de loop van de tijd. Zorgdiagnostiek moet dan ook een continu en cyclisch proces zijn, gericht door deskundigen op dit gebied.

Symptomatische behandelingen

De behandeling kan zich richten op de cognitieve verschijnselen, psychotische of depressieve verschijnselen, stoornissen in de impulscontrole en stoornissen in het dag/nachtritme. Het bestrijden van de symptomen is gericht op het op niveau houden van het welbevinden van de patiënt en de mantelzorger (28), waarbij medicamenteuze behandeling, psychosociale interventies en activeringsprogramma's tot de mogelijkheden behoren.

Medicamenteuze behandeling

De medicamenteuze behandeling van dementie is vooral gericht op de nevensymptomen (wanen, depressieve stemming, en gedragsstoornissen). De richtlijn 'Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie' geeft een overzicht van de effectiviteit van de geneesmiddelen die op 1 januari 2004 in Nederland geregistreerd waren voor ofwel de symptomatische behandeling van dementie ofwel de behandeling van specifieke syndromen, bijvoorbeeld depressie, die frequent voorkomen bij patiënten met dementie (3).

Er zijn een aantal klassen van medicatie te onderscheiden: cholinesterasereemers, benzodiazepinen, antipsychotica, anticonvulsiva en antidepressiva. De effectiviteit van deze medicatie is beperkt en er worden verschillende bijwerkingen gerapporteerd. Daarom is het aan te bevelen dat het inzetten van medicamenteuze behandeling altijd vooraf wordt gegaan

door niet-medicamenteuze interventies. En indien wordt overgegaan op medicamenteuze behandeling, moet er voortdurend aandacht zijn voor het beëindigen van de medicatie, als deze niet (meer) effectief blijkt te zijn of als de nevensymptomen zodanig in ernst zijn afgenomen dat weer kan worden volstaan met niet-medicamenteuze maatregelen (3). De kosten van de medicamenteuze behandeling kunnen geen rol spelen bij de keuzen in de behandeling, aangezien betrouwbare gegevens hierover ontbreken (3). Een recente review over de kosteneffectiviteit van farmacologische therapieën bij dementie, vond slechts drie goed opgezette studies. Op basis hiervan werd wel geconcludeerd dat therapieën die de progressie van het dementieproces afremmen economisch effectief zijn (71).

Psychosociale interventies

Er is veel aandacht voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Belangrijk daarbij zijn het behandelen van nevensymptomen en het toepassen van psychosociale interventies. Veel gebruikte methoden zijn:

- belevingsgerichte zorg:
 - 'validation' (meegaan in de werkelijkheidsbeleving van patiënten en hun emoties bevestigen);
 - reminiscentie (herinneringen opnieuw doorleven);
 - snoezelen (zintuigactivering).
- psychomotorische therapie
- muziektherapie

Psychosociale therapieën zijn nog niet op grote schaal wetenschappelijk op hun effectiviteit getoetst, maar de eerste resultaten zijn bemoedigend (72;73). Er zijn verschillende positieve effecten gerapporteerd, waaronder toegenomen sociale interactie en afname van probleemgedrag. Maar vanwege de methodologische tekortkomingen van de meeste studies, worden echte conclusies over de effectiviteit niet gegeven (74). In een recente systematische review naar de effecten van psychosociale interventies werd geconcludeerd dat sommige psychosociale interventies effectief zijn in het reduceren van depressie, agressie en/of apathie. Het overall bewijs van effectiviteit is echter niet groot (75). Cochrane-reviews naar de effecten van afzonderlijke psychosociale interventies, waaronder validatie, reminiscentie, snoezelen en muziektherapie, komen tot dezelfde conclusie; er zijn onvoldoende goed opgezette studies om een conclusie te trekken over de effectiviteit van deze interventies (76-79). Een systematische review naar het gebruik van psychologische benaderingen in de omgang met de neuropsychiatrische symptomen van dementie toonde aan dat het aanleren van technieken om met gedragsveranderingen om te gaan effectief zijn voor de patiënt indien ze afgestemd worden op de individuele situatie. Dat geldt ook voor cognitieve stimulatie interventies. Muziektherapie en snoezelen hebben alleen een korte-termijn effect (73).

Activeringsprogramma's

Er zijn verschillende studies uitgevoerd naar de effecten van lichamelijke activiteit op de mate van cognitieve achteruitgang bij dementerenden. Er zijn aanwijzingen dat fysieke training de cognitieve achteruitgang afremt (59;80). Het activeren van mensen met dementie is effectief in de zin dat de fysieke gezondheid verbetert, het cognitief functioneren verbetert en gedragsproblemen afnemen (81). In een gerandomiseerde studie bij thuiswonende ouderen met dementie en hun partner, werd het effect van een activeringsprogramma voor de dementerende in combinatie met een gedragsinterventie voor de partner bepaald. Deze gecombineerde aanpak leidde tot een verbetering in het fysiek en een afname van de mate van depressiviteit functioneren van de dementerende. Ook institutionalisatie werd uitgesteld met deze aanpak: de kleine studie laat zien dat na twee jaar 19% van de dementerenden uit de interventiegroep opgenomen was tegenover 50% uit de controlegroep (trend-effect) (82).

Ondersteunende zorg

Deze zorg is gericht op het vergroten van de draagkracht van de mantelzorg door middel van educatie en informatie, emotionele, praktische en sociale steun. De ervaren belasting van de mantelzorg beïnvloedt de periode waarin geen beroep wordt gedaan op de professionele zorg door de patiënt met dementie, de conditie van de patiënt op het moment dat professionele zorg nodig is en het moment van opname (83). Het moment van opname hangt meer samen met de ervaren belasting door de mantelzorg en diens gezondheid dan met patiëntfactoren (3). Ondersteuning van de mantelzorg lijkt dan ook zeer belangrijk en hieraan kan op verschillende manieren invulling gegeven worden, bijvoorbeeld respijtzorg, psycho-educatie, ondersteuningsgroepen van lotgenoten, psychotherapie en/of medicatie bij psychiatrische aandoeningen van zowel mantelzorg als patiënt en bij gedragsproblemen van de patiënt (3).

Er zijn veel studies gedaan naar de effectiviteit van deze interventies, maar de meeste lijken niet effectief (83). Hoewel respijtzorg veelbelovend lijkt ter verlichting van de mantelzorg, is er geen bewijs dat deze manier van ondersteuning enig effect heeft op de dementerende zelf of diens mantelzorg (84). Interventies gericht op individuele zorgbehoeften, bestaande uit meerdere interventies lijken het grootste effect te hebben (73;85;86). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat programma's die zowel gericht zijn op de mantelzorg als op de patiënt effectiever zijn in het verminderen van de psychologische klachten van de mantelzorg, dan algemene programma's voor alleen de mantelzorg zonder een rol voor de patiënt (87). Veel winst lijkt te kunnen worden behaald met kennisvergroting in een vroeg stadium van de ziekte, zodat men dan in een later stadium minder problemen ervaart met de dagelijkse zorg (3). Een probleem dat in deze context aandacht verdient is de weigering van

ondersteuning door de mantelzorger. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat mantelzorgers ondersteuning vaak niet nodig vinden, ondanks gerapporteerde overbelasting, rancune en het ontbreken van levensvreugde. Andere vaak genoemde redenen waarom mantelzorgers geen gebruik maken van ondersteuning zijn weerzin tegen het inschakelen van hulp en niet op de hoogte zijn van de mogelijkheid van ondersteuning (88). De Mondriaan zorggroep in Heerlen heeft daarom een speciaal programma opgezet dat zich specifiek richt op zorgweigerders.

Hoewel er veelbelovende ontwikkelingen zijn in de begeleiding en ondersteuning van mantelzorgers, is een verdere verschuiving van de formele naar de informele zorg maar beperkt mogelijk en wenselijk (1).

Verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg

In de laatste fase van de ziekte neemt de intramurale zorg een belangrijke plaats in. Uiteindelijk wordt 70% van de mensen met dementie en ernstige ziektestadia bereiken, opgenomen (51). Hieraan kan op verschillende manieren invulling gegeven worden:

- verpleeghuis;
- verzorgingshuis met dementie zorgunit;
- kleinschalige woonvormen;
- (verpleeg-) thuiszorg vorm van verzorgings- en verpleeghuiszorg.

Conclusie: zorg in relatie tot de arbeidsmarkt

Er bestaan duidelijke aanwijzingen dat het mogelijk is het risico op het krijgen van dementie te verminderen. Zorgvuldige diagnostiek en de hierop aansluitende basiszorg zijn uitermate belangrijk voor een goede begeleiding van de patiënt en zijn mantelzorger. Er is een breed scala aan symptomatische behandelingsmethoden beschikbaar, waarvan de bewezen effectiviteit nogal varieert, veelal door het gebrek aan goed opgezet onderzoek. Medicamenteuze behandelingen worden alleen aanbevolen als tijdelijke aanvulling op niet-medicamenteuze interventies. Van alle psychosociale behandelmogelijkheden bij mensen met dementie hebben alleen cognitieve stimulatie en psycho-educatie over omgang met gedragsveranderingen een bewezen langdurig effect. Nieuwe, goed opgezette studies zijn nodig om hulpverleners te voorzien van bewezen effectieve behandel- en begeleidingsmethoden. Best practices zijn voorlopig een goed alternatief.

Professionele hulpverleners moeten wel op de hoogte zijn van de therapeutische mogelijkheden. Dit geldt ook voor de mogelijkheden tot ondersteuning van mantelzorgers. Het toepassen van de verschillende mogelijkheden vragen van de zorgverleners deskundigheid en het up-to-date houden van kennis en vaardigheden. Dit geldt vooral ook voor het benutten van de mogelijkheden voor primaire preventie.

Het hoge percentage dementerenden dat uiteindelijk een beroep doet op verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg benadrukt de noodzaak van de aanwezigheid van dergelijke voorzieningen. Naast een woonfunctie hebben deze centra door hun ervaring ook grote expertise in de omgang met mensen met dementie en worden nieuwe methoden zoals snoezelen en validation ook vaak eerst toegepast binnen deze settings. Binnen bepaalde grenzen kan deze zorg gedeeltelijk verplaatst worden naar de thuissituatie.

5 Kwaliteit van de zorg

De kwaliteit van zorg wordt bepaald door de opvattingen over zorg van beleidsmakers en financiers, hulpverleners en mensen met dementie en hun naasten (89).

Kwaliteit van zorg vanuit de beleidsmakers

In het rapport van de Gezondheidsraad wordt gesteld dat de kwaliteit van zorg nadelig beïnvloed wordt door slechte integratie en samenhang van zorgvoorzieningen, slecht geregelde crisisopvang, grote variatie in de scholing van professionele verzorgers en de neiging van Regionale Indicatie Organen (RIO's) om naar schaarste te indiceren (1). De Gezondheidsraad stelde vast dat de aard en omvang van de samenwerking rondom dementiepatiënten tussen huisartsen, geheugenpoliklinieken, thuiszorg, GGZ-instellingen en verzorgings- en verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen per regio verschilt. Daarbij merkte de Raad op dat ook de samenwerking en afstemming met de mantelzorg vaak te wensen overlaat. Daarnaast is de kwaliteit van de thuiszorg en de zorg in instellingen niet overal optimaal.

Uit het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kwam in 2004 naar voren dat slechts een vijfde deel van de verpleeghuizen voldeed aan de minimale eisen die het veld zelf stelt. Om de minimale zorg te meten werden tien indicatoren gebruikt. Als redenen voor het niet leveren van de minimale zorg werden opgegeven dat de zorgzwaarte was toegenomen en de kwantiteit en kwaliteit van het personeel achteruit was gegaan (90). Bij een hertoetsing in januari 2005 konden bijna alle verpleeghuizen de dagelijkse zorg wel leveren (91). Verder waren in ruim driekwart van de verpleeghuizen de normen voor minimale zorg vastgelegd in interne richtlijnen of normen en geïmplementeerd in intern beleid.

Kwaliteit van zorg vanuit de hulpverleners

De opvattingen van de beroepsgroep over goede zorg worden vastgelegd in standaarden en richtlijnen. Standaarden en richtlijnen zijn systematisch ontwikkelde aanbevelingen met als eerste doel de zorgverleners en patiënten te helpen bij beslissingen over passende zorg in specifieke situaties. Daarnaast kunnen ze gebruikt worden om invloed uit te oefenen op het handelen van zorgverleners en zijn ze belangrijk bij het bevorderen van de kwaliteit van de zorg. De laatste jaren zijn verschillende richtlijnen ontwikkeld specifiek gericht op het verbeteren die de kwaliteit van de zorg voor mensen met dementie:

- Richtlijn probleemgedrag (Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, 2002)

- NHG-Standaard dementie (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2003)
- Wijkverpleegkundige standaard dementie (KITZZ, 2003)
- Het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn. Richtlijn voor verzorgenden (Nivel, 2004)
- Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie (CBO, 2005)

Het integrale karakter van de zorg voor mensen met dementie komt in beperkte mate naar voren in deze richtlijnen. Daarom zijn er ook een aantal landelijke richtlijnen ontwikkeld, gericht op samenwerking. Deze richtlijnen bevatten verschillende multidisciplinaire afstemmingsafspraken over de zorg voor mensen met dementie. Deze zijn met name gericht op het verbeteren van de patiëntgerichtheid, de inhoud van de zorg, taakafbakening tussen zorgverleners en het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Voorbeelden hiervan zijn:

- Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) dementie. De LESA standaard vormt een specifieke uitwerking van samenwerking binnen de eerste lijn. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen (LVW) hebben deze samenwerkingsafspraken voor dementie opgesteld. Het doel van deze samenwerkingsafspraken is het verbeteren van de samenwerking tussen de beide disciplines in de eerste lijn om de kwaliteit van de zorg aan dementerenden te verhogen.
- Ontwikkelen van kwaliteitssystemen met kwaliteitsinstrumenten, vanuit de beroepsgroepen voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleeghuisartsen. Het systeem is gericht op multi-disciplinaire en tripartiete samenwerking tussen verpleegkundigen, verzorgenden en verpleeghuisartsen (92).
- Ontwikkelen van een sector-overschrijdende richtlijn voor het omgaan met probleemgedrag bij dementie, met name gericht op verpleegkundigen en verzorgenden in zowel de thuiszorg als zorginstellingen (93).

Het opstellen van kwaliteitsindicatoren is een ander kwaliteitsbevorderend initiatief. Zij vormen een concreet hulpmiddel bij het verbeteren van de zorg (94). In 2005 is er op dit gebied vooruitgang geboekt:

- indicatoren voor geheugenpoli's (afgerond) (95);
- indicatoren voor verantwoorde zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen (afgerond). De indicatoren zijn tot stand gekomen uit een samenwerking van Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting en Z-org. Eerst is de 'Normen voor verantwoorde zorg' gepubliceerd en de operationalisatie hiervan is weergegeven in 'Toetsingskader voor verantwoorde zorg'. Het toetsingskader bevat naast een set indicatoren ook een sturingsmodel, waarmee zorglevering door instellingen in de verpleging en verzorging inzichtelijk gemaakt kan worden (96);

- indicatoren voor psychosociale zorg, recent gestart in Europees verband (in ontwikkeling) (97).

Tenslotte is voor verpleeghuizen het kwaliteitssysteem RAI ('Resident Assessment Instrument') beschikbaar (98). Veertien van de ruim 300 Nederlandse verpleeghuizen voerden het afgelopen jaar dit internationale kwaliteitssysteem in. Duizenden verpleeghuizen in onder meer de VS, Canada, Zweden en Spanje werken met het systeem, soms verplicht. Directies kunnen aan de hand daarvan bewoners betere zorg leveren en hun prestaties verbeteren. Tegelijkertijd kunnen aankomende bewoners de huizen onderling beter vergelijken. De verpleeghuizen registreren allemaal dezelfde feiten op dezelfde manier, van percentage doorligwonden en depressies tot medicijngebruik en deelname aan sociale activiteiten. De zorgcoördinatie verbeterd door de invoering van de RAI en bij bewoners verbeterd het fysiek en cognitief functioneren (99;100).

Kwaliteit van zorg vanuit de mensen met dementie en hun naasten

De cliënten van de thuiszorg waren zeer tevreden over de inhoud van de zorg die ze met een gemiddelde 9 (schaal 1-10) beoordeelden en iets minder tevreden over de organisatie (gemiddeld 8.5). Ze waren vooral tevreden over de bejegening, betrouwbaarheid, deskundigheid en flexibiliteit, onderwerpen die ze zeer belangrijk vonden. Als verbeterpunten werden aangegeven: jaarlijkse evaluatie en voorkomen van wisselingen tussen hulpverleners, betere telefonische bereikbaarheid, vervanging bij ziekte en betere afstemming op de wensen van cliënten (30). Het nakomen van afspraken en het op tijd ontvangen van deskundig geleverde zorg gedurende de gehele zorgperiode zijn de belangrijkste kwaliteitsaspecten die aandacht verdienen (30;101).

Uit een onderzoek naar de kwaliteit van zorg voor ouderen met PG-problematiek op 37 afdelingen van verpleeg- en verzorgingshuizen bleek dat er grote verschillen zijn tussen zorginstellingen. De kwaliteit van de woonomgeving werd onderzocht aan de hand van drie aspecten: de sfeer², de autonomie en de veiligheid op de afdelingen. Gemiddeld scoorden de onderzochte afdelingen in verzorgingshuizen beter dan afdelingen in verpleeghuizen qua woonomgeving. De sfeer was over het algemeen op de afdelingen echter laag. Op afdelingen waar medewerkers een hoge werkdruk ervoeren was de sfeer het slechtst. De kwaliteit van zorg, gemeten met een aantal ongewenste klinische uitkomsten, schoot regelmatig te kort. Probleemgedrag (bij meer dan 25% van de bewoners), decubitus (20%) en problemen in het psychosociaal welbevinden (meer dan 25% ervaart problemen) kwamen frequent voor (102).

Bewoners van PG-verpleeghuizen zijn over het algemeen zeer tevreden met de zorg die zij ontvangen. Slechts 18% is niet tevreden over de zorg, van wie er 6% ronduit ontevreden is (103). Stichting Cliënt & Kwaliteit

waarschuwt echter voor een ‘tevredenheidsparadox’. Want ondanks de algemene tevredenheid over de zorg, zijn er ook aanleidingen om vraagtekens te zetten bij die tevredenheid. Uit eigen onderzoek van deze stichting onder bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen komt naar voren dat één op de tien bewoners zich soms als een kind behandeld voelt, dat ruim 35% niet betrokken lijkt te zijn bij het vaststellen van het eigen zorgplan en dan in één op de tien instellingen de bewoner niet naar het toilet kan wanneer hij dat zelf wil (104).

Naar aanleiding van de negatieve berichtgeving in de media over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg is in Limburg een onderzoek gehouden om na te gaan hoe bewoners en medewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen de kwaliteit van hun instelling beoordelen. Vrijwel alle instellingen in Limburg hebben meegewerkt aan deze inventarisatie. Naar de mening van vertegenwoordigers van bewoners en medewerkers was de kwaliteit niet onder de maat. Een positieve bejegening, een uitgebreid activiteitenaanbod en goede maaltijden dragen vooral bij aan deze positieve waardering. De kleine groep die ontevreden was (8% van de vertegenwoordigers), had onder andere klachten over tekortkomingen in de afstemming van de zorg op de zorgbehoeften van de ouderen. Daarnaast werd op de vraag waar de zorg verbeterd zou kunnen worden, aangegeven dat meer gekwalificeerd personeel gewenst is (105).

Conclusie

De IGZ ziet toe op de kwaliteit van zorg en grijpt indien nodig in. Het belang van het leveren van goede kwaliteit van zorg is evident en krijgt een steeds belangrijkere rol, ondermeer vanwege voorbeelden van slechte zorg die in de media gebracht worden. Vanuit de hulpverlening zijn dan ook diverse protocollen, richtlijnen en kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Met deze protocollering en indicator ontwikkeling komt de kwaliteitsbevordering vanuit de hulpverlening op verschillende niveaus in het zorgproces op gang. De richtlijnontwikkeling zou zich niet moeten beperken tot artsen en verpleegkundigen, maar ook gericht moeten zijn op verzorgenden die in de thuiszorg werken. Weten wanneer je het werk goed doet kan bijdragen tot meer arbeidssatisfactie. De implementatie van richtlijnen gaat niet vanzelf. Routines zijn niet zomaar te veranderen. Extra aandacht is nodig voor implementatie van richtlijnen. Patiënten en hun familie zijn redelijk tevreden over de kwaliteit van zorg. Echter, het gebruiken van de tevredenheid van patiënten als maat voor de kwaliteit van de zorg is niet erg betrouwbaar. Het is van belang in gesprek te blijven met patiënten en hun familie.

In relatie tot de arbeidsmarkt staat de handhaving van de huidige kwaliteit van zorg op gespannen voet met het verhogen van de arbeidsproductiviteit. Innovaties in de werkomgeving kunnen arbeidsbesparend zijn. Daarnaast kunnen het doelmatiger inrichten van zorgprocessen, nieuwe behandelmethoden en integrale zorg bijdragen aan arbeidsproductiviteit.

teitsverhoging (106). Het lijkt echter op dit moment niet mogelijk om de arbeidsproductiviteit te verhogen zonder dat de kwaliteit van de zorgverlening in het geding komt.

6 Zorgprogramma's

Inleiding

Een zorgprogramma is een geheel van gespecificeerde en op elkaar afgestemde activiteiten en maatregelen, dat erop gericht is bepaalde diensten te verlenen of bepaalde effecten te bewerkstelligen voor een specifieke groep mensen met een overeenkomstige problematiek of zorgbehoefte (107). De complexiteit van de problemen van mensen met dementie en hun naasten vereist geïntegreerde zorg waarin hulpverleners, waaronder huisartsen, geheugenpoliklinieken, thuiszorg, GGZ-instellingen, verzorgings- en verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen, adequaat samenwerken. Omdat dit niet vanzelf gaat zijn er zorgprogramma's ontworpen, die erop gericht zijn deze samenhang, samenwerking en afstemming van verschillende partijen te optimaliseren. De zorg rond dementie richt zich in deze zorgprogramma's vaak op de samenhang tussen cure, care, welzijn, wonen en dagbesteding. Hoewel zorgprogramma's nog niet bewezen effectief zijn, lijkt dit een veelbelovende ontwikkeling.

Gezien het ingewikkelde netwerk met vele hulpverleningsmogelijkheden wordt er bijvoorbeeld een deskundige ingezet die de mantelzorger en de patiënt begeleidt. Deze deskundige moet kennis hebben van de ziekte en het beloop en van alle instanties die bepaalde zorg of hulp kunnen bieden (3).

De inhoud van zorgprogramma's

De inhoud van de zorgprogramma's kan globaal onderverdeeld worden in:

1. Begeleiding individuele zorgtrajecten van de patiënt
De individuele begeleiding kan plaatsvinden in de vorm van zorgtrajectbegeleiders. Zorgtrajectbegeleiders zorgen ervoor dat actuele informatie bekend is bij alle betrokkenen, zodat bijvoorbeeld het onnodig uitvoeren van dubbel onderzoek voorkomen kan worden. De zorgtrajectbegeleider is een vraagbaak voor zowel de patiënt als voor de professional/mantelzorger. Na het stellen van de diagnose is het aan te bevelen een dubbel zorgplan op te stellen: één voor de patiënt en één voor de mantelzorger/familie. Voor de uitvoering en monitoring van dit dubbele zorgplan kan een trajectbegeleider ingeschakeld worden. Ook zijn goede ervaringen opgedaan met een wijkverpleegkundige, die in nauwe samenwerking met de huisarts toezicht houdt. Door de zorg aan te passen aan de belevingswereld van de patiënt, waarbij rekening gehouden wordt met diens culturele achtergrond en levensverhaal, wordt het individuele karakter van de zorgtrajecten gewaarborgd.

2. Ondersteuning van professionals

Ondersteuning van professionals kan plaatsvinden in de vorm van diagnostiek-richtlijnen, transmurale richtlijnen, behandelplannen met duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden of een (elektronische) sociale kaart met een overzicht van de organisaties, instellingen en hulpverleners die zich bezighouden met de dementiezorg.

Voorbeelden van regionale zorgprogramma's

De manier waarop regionale afstemmingsafspraken worden gemaakt rond de zorg voor mensen met dementie is divers en er ontbreekt een duidelijk overzicht. Ook zijn de ervaringen met de zorgprogramma's nog niet systematisch in kaart gebracht. Centrale kenmerken van een aantal regionale zorgprogramma's zijn schematisch weergegeven in tabel 4.

Tabel 4 Kenmerken van regionale zorgprogramma's uitgesplitst naar voorzieningen die gericht zijn op de begeleiding van patiënten en op de ondersteuning van professionals

Zorgprogramma	Begeleiding patiënt	Ondersteuning professionals	Gebruiksstatus*
Dementieketen Delft	Zorgtrajectbegeleider (pilot)	Diagnostiek en probleemanalyse	A
Zorgketen Gouda	Voorzieningenoverzicht (in voorbereiding) Via servicepunt band houden met mensen die nog geen formele hulp nodig hebben (in voorbereiding)	Transmurale zorgketen (op papier uitgewerkt) Diagnostiek en probleemanalyse (op papier uitgewerkt)	A
ZPG dementie Eindhoven	Zorgtrajectbegeleider Voorzieningenoverzicht	Transmurale zorgketen Diagnostiek en probleemanalyse	B
Zorgprogramma Utrecht	Zorgtrajectbegeleider (per mei 2006) Voorzieningenoverzicht	Transmurale zorgketen Diagnostiek en probleemanalyse	B
DOC-team Alkmaar	Geheugenwinkel Zorgtrajectbegeleider	Transmurale zorgketen Diagnostiek en probleemanalyse (ziekte en zorg)	C
Regionaal zorgprogramma Utrecht	Huisarts heeft centrale rol in toezicht op en coördinatie van zorg	Transmurale zorgketen Diagnostiek en probleemanalyse	C
Protocol 1ste lijn Bochtoltz	Zorgtrajectbegeleider Huisarts heeft centrale rol in toezicht op en coördinatie van zorg	Diagnostiek en probleemanalyse, met dubbel zorgplan (patiënt en mantelzorger)	C
Zorgtraject Heerlen	Behandelplan Intensieve thuiszorg voor zorgmijders	Transmurale samenwerking binnen GGZ	C

* Codering van de implementatie status: A = Pilot-fase; B = Grotendeels operationeel; C = Compleet operationeel.

Hieronder volgt een korte toelichting op de zorgprogramma's:

Dementieketen - Delft

In 2001 opgestart, maar implementatie moet nog; Centrum voor Diagnostiek en Probleemanalyse Dementie; zorgaanbod biedt mogelijkheden voor zorg op het gebied van wonen, verzorging, onderzoek en advisering, behandeling, crisisbegeleiding, training, activatie en mantelzorgondersteuning; persoonlijk zorgpakket; aangesloten bij het LDP. Website: www.dementieketen.nl

Dementie Zorgketen - Gouda

In 2000 gestart; Transmurale Richtlijn Diagnostiek bij Dementie;

Alzheimercafés; verwijfsprotocol, PG-gids en Surveillantepunt zijn in voorbereiding; deelnemer aan LDP.
Website: www.transmuraalnetwerk.nl

ZPG dementie - Eindhoven

In 2000 opgestart en implementatie wordt nu (eind 2005) voorbereid; transmurale ketenzorg; gericht op cliënten met complexe psychogeriatrische problematiek; meest recente informatie m.b.t. de cliënt dient bekend te zijn bij alle betrokken hulpverleners rondom de cliënt; professionals werken allemaal volgens uniforme kwaliteitsafspraken; minimale zorginzet; cliënt weet bij wie hij/zij terecht kan met vragen; voorkomen dat bepaalde diagnostische onderzoeken meerdere malen door verschillende zorgaanbieders worden uitgevoerd. Website: www.dementiezpg.nl

Zorgprogramma Dementie - Utrecht

Preventie; vroeg diagnostiek; geheugenpoli (april 2006); case-management (één contactpersoon gedurende hele ziekteproces, vanaf mei 2006); wijkinformatiepunten; overzicht van aanbod op het gebied van wonen, welzijn en zorg (o.a. via website, mei 2004). Slechts onderdelen zijn operationeel op dit moment. Website: www.vergetenendan.nl

DOC-team - Alkmaar

Hulppakket met onderzoek en diagnostiek, behandeling, langer durende begeleiding en vraagbaak voor mantelzorgers en collega-zorgaanbieders; case-manager; geheugenspreekuur met vrije inloop; voor thuiswonende of in het verzorgingshuis verblijvende ouderen; het doel is om mensen thuis te laten wonen zolang dat redelijkerwijs kan en met behoud van zoveel mogelijk kwaliteit van leven; DOC-centrum voor kortdurende klinische hulp. Website: www.geriant.nl

Regionaal zorgprogramma - Utrecht

In 1999 opgestart en in 2003 stond zorgprogramma op papier; behandeling sluit aan bij de belevingswereld en mogelijkheden van de patiënt, rekening houdende met de culturele achtergrond, levensverhaal, leeftijd en sekse; in behandelplan staat wie verantwoordelijk is voor toezicht op en coördinatie van de verschillende activiteiten uit het plan (veelal de huisarts); verzorgende familieleden of mensen uit de directe omgeving worden bij de behandeling betrokken waarvoor cursussen, trainingen en therapieën beschikbaar zijn. Website: www.altrecht.nl (op pagina met zorgprogramma's).

Protocol dementie 1^{ste} lijn - Bochtoltz

In 2001 ontwikkelt; vroeg-diagnostiek door huisarts; dubbelzorgplan voor zowel patiënt als mantelzorger; huisarts heeft centrale rol in begeleiding na diagnose; patiënten krijgen halfjaarlijkse huisbezoeken door gespecialiseerde wijkverpleegkundige. Meer info: Medisch Centrum Bochtoltz.

Zorgtraject Dementie - Heerlen

Muren tussen intra-, extra- en semi-muraal geslecht; huisarts betrokken bij bespreken behandelplan; telecommunicatie met huisartsen; intensieve thuiszorg bij zorgmijders; satellieten in verzorg- en verpleeghuizen.

Meer info: Mondriaan Zorggroep Heerlen.

Van landelijk naar regionaal zorgbeleid

Het risico dat regionaal zorgbeleid met zich meebrengt is, dat noodzakelijke veranderingen over het hoofd worden gezien of gefragmenteerd plaatsvinden (108). Daarom werd er in het dementie rapport van de gezondheidsraad gepleit voor een landelijk zorgprogramma met kwaliteitseisen voor de inhoud van de zorg en begeleiding (1). Het Landelijk Dementie Programma (LDP) heeft deze aanbeveling inhoud gegeven door een blauwdruk te maken hoe hieraan invulling gegeven kan worden op regionaal niveau (www.dementieprogramma.nl).

Het LDP is er op gericht dat alle regionale aanbieders van zorg en diensten voor mensen met dementie gaan samenwerken en hun ondersteuningsaanbod beter gaan afstemmen op de vragen en problemen van patiënten en mantelzorgers. Dit draagt ook bij aan een groter en efficiënter aanbod. De alledaagse problemen van dementerenden en hun mantelzorgers staan centraal. Het LDP is een programma dat vertaald kan worden naar de regio, waarbij de verschillende lokale partijen deelnemen. Per 1 januari 2005 is het van start gegaan. In tranches gaan een aantal regio's samen van start en binnen een tranche trekken ze met elkaar op, ondersteunen ze elkaar en leren ze van elkaar. Tot nu toe zijn vier regio's bezig in de eerste tranche, en zeven in de tweede. De derde tranche begint in maart 2006 met ongeveer twaalf deelnemende regio's. De provincie Gelderland biedt ondersteuning om het landelijk plan provincie breed te implementeren en te evalueren.

Een ander raamwerk is het Landelijk Zorgprogramma Jong Dementerenden, dat beschrijft hoe een zorgprogramma speciaal voor jong dementerenden, dat wil zeggen dementerenden jonger dan 65 jaar, eruit zou moeten zien. Cliëntgerelateerde, professionele en organisatorische doelstellingen van het zorgprogramma zijn gedefinieerd. In het algemeen is het doel van het zorgprogramma de dementie bij de cliënt draaglijk te maken en een evenwicht te vinden dat berust op een goed op elkaar afgestemd zijn van meerdere niveaus van functioneren (psychisch, somatisch, sociaal en existentieel). Daarnaast moeten er voorzieningen in zorginstellingen gerealiseerd worden waardoor specifieke zorg aan jong dementerenden verleend kan worden. De zorgvraag van jong dementerenden is namelijk anders en hoger dan die van de oudere groep dementerenden. Het zorgprogramma geeft een beeld van een wenselijk zorgaanbod met een beschrijving van de normale procesgang van een cliënt vanaf het moment dat de eerste signalen over een mogelijke dementie worden gemeld bij de

huisarts. De strategische, tactische en operationele randvoorwaarden worden benoemd die de implementatie moeten bevorderen (109).

Transmurale zorg

Zorgprogramma's zijn veelal transmuraal. Transmurale zorg omvat vormen van zorg die toegesneden op de behoefte van de patiënt, verleend wordt op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijke gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden (110). Er zijn al veel ontwikkelingen gaande met betrekking tot transmurale zorg voor mensen met dementie.

Uit een inventarisatie onder regionale organisaties, uitgevoerd door het RIVM in 2003, kwamen 64 regionale afstemmingsafspraken naar voren. Hierbij waren met name verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties, huisartsen, gefuseerde GGZ-instellingen en RIAGG's betrokken. De afspraken waren veelal gericht op het verbeteren van de patiëntgerichtheid, de inhoud van de zorg en de taakafbakening tussen de verschillende zorgverleners. Het ontbreken van adequate financiering werd vaak genoemd als een belemmerende factor voor de implementatie van deze afstemmingsafspraken (35).

Succesvolle lokale initiatieven vereisen continuïteit wat betreft mensen en domeinen, draagvlak onder lokale samenwerkingspartners, gezamenlijke belangen voor de deelnemende organisaties en prikkels voor samenwerking als tegenwicht voor competitie. Daarnaast moet er bij de implementatie van landelijke afspraken rekening gehouden worden met de kenmerken van bestaande lokale organisatiestructuren. Samenwerking en kennisoverdracht tussen specialisten en generalisten vormen de kern van integrale dementiezorg en mogelijke verbeteringen van de integrale dementiezorg zou zich hierop kunnen richten (111). Het implementeren van zorgprogramma's komt in de praktijk slechts zeer beperkt van de grond (112). En onderzoek naar de effectiviteit van zorgprogramma's ontbreekt. Uniformiteit en transparantie binnen de eigen schakel zijn belangrijke voorwaarden om circuits te vormen en/of ketenzorg te leveren. Door het aanbod transparanter te maken voor de hulpverleners, wordt duidelijker waar de overgang ligt tussen ambulante en klinische behandeling. Gevolg is dat er meer 'circuitgericht' gedacht wordt en de circuitafstemming uiteindelijk verbetert (113).

De Mondriaan-stichting in Heerlen is een voorbeeld waar dit 'circuitgericht' denken in de praktijk is uitgewerkt. Er zijn verbindingen gelegd tussen cure en care, tussen producten en programma's, en tussen diverse organisatie-onderdelen. Het leggen van deze verbindingen is logisch vanuit het perspectief van de patiënt, aangezien cure en care door hen als sterk verweven beschouwd worden. Bij de Mondriaan-stichting is dat ook op organisatieniveau doorgevoerd. Omdat bij de patiënten sprake is

van psychiatrische ziektebeelden die in elkaar overvloeien wordt gestreefd naar een combinatie van behandelproducten op maat (114). Enkelvoudige aandoeningen lenen zich hier goed voor, maar voor ouderen met meervoudige zorgproblemen (waaronder dementie) ligt dit een stuk lastiger (115). Om te voorkomen dat de patiënt verdwaalt, is het noodzakelijk om de segmentatie te voorkomen die in de hand wordt gewerkt door ver doorgevoerde specialistische zorgverlening (115).

Tenslotte pleit de Raad voor de Volksgezondheid er voor om bij de invoering van zorgprogramma's waarbij verschillende organisaties betrokken zijn, een integraal bekostigingsmodel te hanteren. Dit houdt in dat transmurale DBC's gedefinieerd en bekostigd moeten worden (116). Het voornemen van de Staatssecretaris van VWS om het zorgplan, als onderdeel van de keten 'indicatiestelling - zorgplan - zorgverlening - verantwoording en bekostiging', verplicht te stellen, zal het integrale en transmurale karakter van de zorg verder stimuleren (117).

Naast deze veranderingen, wordt ook marktwerking in de zorg vanuit de overheid gestimuleerd (118). In hoeverre marktwerking in de zorg samenwerking tegenwerkt, de concurrentie doet toenemen en zorgt voor versnippering van de zorg is niet duidelijk (1;118;119).

Conclusie: zorgprogramma's in relatie tot de arbeidsmarkt

Een positieve recente ontwikkeling is het ontwerpen en gebruiken van zorgprogramma's. Het hanteren van zorgprogramma's kan duidelijkheid geven aan de patiënt over het zorgaanbod en de coördinatie. De zorg rond dementie richt zich in deze zorgprogramma's vaak op de samenhang tussen cure, care, welzijn, wonen en dagbesteding. Hiervoor moeten zorgverleners een andere benadering kiezen, waarbij ze handelen en georganiseerd zijn vanuit het integrale en transmurale karakter van de zorg. Rondom de patiënt wordt een systeem van vraaggerichte zorg opgebouwd, waarbij institutionele en beleidsmatige domeinen overschreden worden. Deze transmurale samenwerking kan bevorderd worden door het definiëren van gemeenschappelijke doelen, stimuleren van informatie-uitwisseling en financiële afdekking van de zorgverlening door de betrokken organisaties. Voorwaarde hiervoor is dat professioneel hulpverleners bereid en in staat zijn tot samenwerken. De opleiding en scholing kunnen hier een stimulerende rol in hebben. Op organisatieniveau zal een ontschottingsslag gemaakt moeten worden om het integrale karakter van de zorg ook op dit niveau door te voeren. Marktwerking in de zorg kan hierbij een negatieve rol gaan spelen wanneer concurrentie in plaats van samenwerking tussen instellingen wordt bevorderd.

7 Mogelijkheden van ICT en domotica

Domotica is een verzamelbegrip van geavanceerde technologische toepassingen in huis, om de cliënt langer en op een veilige en comfortabele manier in zijn eigen huis te laten wonen. Het doel van deze toepassingen is dat plaatsing in een zorgcentrum wordt uitgesteld of wordt zelfs voorkomen (120).

Relevante technologische ontwikkelingen, met specifieke mogelijkheden voor mensen met dementie zijn toepassingen op het gebied van observatie, therapie, veiligheid, ontspanning en participatie (121). Ter observatie van onrustige patiënten kunnen diens activiteiten gemonitord worden met behulp van een horloge met een bewegingssensor, een passieve bewegingsmelder, GPS-toepassingen (alleen buitenshuis) of directe observatie met behulp van beeld- en geluidsapparatuur (121). Bij therapeutische toepassingen van technologie kan men denken aan bijvoorbeeld computerprogramma's waarbij eenvoudige geheugenopdrachten uitgevoerd moeten worden om het geheugen te trainen.

Daarnaast kan voor het trainen van sociale vaardigheden gebruik worden gemaakt van de videofoon waarbij de therapeut zich bijvoorbeeld in de instelling bevindt en de patiënt thuis. Met behulp van Virtual Reality kunnen (virtuele) omgevingen gesimuleerd worden om specifieke vaardigheden te trainen (121).

Voorbeelden van technologie op het gebied van veiligheid in en om het huis zijn sensormonitoring, videomonitoring en geluidsmonitoring, vergelijkbaar met de systemen die gebruikt kunnen worden ter observatie van onrustige patiënten. Persoonlijke alarmeringssystemen zijn beschikbaar waarbij de patiënt een medaillon om zijn hals draagt en waarmee contact gemaakt kan worden met een meldcentrale. Voor zo'n alarmeringsfunctie kunnen ook eenvoudig bedienbare mobiele telefoons gebruikt worden (121).

Technologische toepassingen kunnen zich ook richten op het wegnemen van onrust gevoelens door het bieden van afleiding en ontspanning. Voorbeelden hiervan zijn interactieve spelletjes waarbij de favoriete foto's en muziek van de patiënt toegevoegd zijn. Dit levert herkenbare beelden en geluiden op die ontspannend werken (121).

Er zijn verschillende toepassingen die gericht zijn op het bevorderen van het zelfstandig kunnen functioneren in het dagelijks leven. Deze toepassingen ontlasten vaak ook de mantelzorger (partner) enigszins. Voorbeelden zijn een elektronische agenda met adresboek dat automatisch een dagelijkse planning genereert, een medicijndoosje met alarmfunctie en vergrendel-

de compartimenten, een locator die zoekgeraakte voorwerpen opspoor (de voorwerpen moeten wel voorzien zijn van een zender), sensorsystemen om potentieel gevaarlijke situaties te detecteren (gas, oververhitting, vallen, rook) en eenvoudig bedienbare mobiele telefoon (121).

De inzet van technologie zou kunnen leiden tot vermindering van de kwaliteit van de zorg, omdat vrijwel alle toepassingen resulteert in minder direct contact tussen de zorgverlener en de patiënt. Bij de juiste inzet van technologie hoeft dit echter niet het geval te zijn en kan zelfs kwaliteitsverbetering optreden doordat een betere of intensievere monitoring wordt bereikt (122).

Toepassingen van ICT en domotica in verpleeg- en verzorgingshuizen komen veelal overeen met die van toepassingsmogelijkheden in de thuis-situatie. De toepassingen zijn hier al verder in de implementatiefase, met name bij kleinschalige woonvormen. Toepassingen zijn er met name op het gebied van monitoring en veiligheid. Uit een onderzoek waar IT-toepassingen werden geïmplementeerd in 'residential homes' voor mensen met dementie, kwam naar voren dat het personeel erg tevreden was met de toepassingen. Verschillende aspecten die gerelateerd waren aan werktevredenheid verbeterden na implementatie van o.a. alarmering gekoppeld aan bewegingssensoren, nachtverlichting gestuurd op een bewegingssensor, val-detectoren en internet communicatie (123).

Tenslotte kan het internet een rol spelen bij het geven van informatie over de ziekte en over het aanbod van hulp- en zorgverleners. Veel zorgprogramma's gebruiken het internet voor informatievoorziening, bijvoorbeeld www.dementieketen.nl, www.transmuraalnetwerk.nl en www.dementiezpg.nl. Een voorbeeld van een overzicht van een regionaal zorgaanbod is te vinden op www.dementiegidszuid gelderland.nl. Op deze site wordt een overzicht gegeven van alle aanbieders van zorg in de regio Nijmegen.

Conclusie: domotica in relatie tot de arbeidsmarkt

De mogelijkheden om ICT en domotica toe te passen in de zorg zijn in ontwikkeling en deels klaar voor toepassing. Onduidelijkheid over de financiering voor deze voorzieningen kan de invoering belemmeren. Hoewel de verwachtingen hoog zijn, is niet duidelijk in hoeverre de toepassing van domotica het zorggebruik beïnvloedt, de opname kan uitstellen en kosteneffectief is. Ook zal de kwaliteit van de toepassingen, waaronder betrouwbaarheid en storingsgevoeligheid, in de praktijk nog moeten blijken. Succesvolle toepassingen beperken zich tot nu toe nog tot de intramurale setting, met name in de context van veiligheid en monitoring. Een nadeel van domotica-toepassingen is dat iemand het systeem moet bedienen en in het geval van monitoring, moet er iemand zijn die reageert op een melding.

8 Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg

Bij de beoordeling van de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt moet een aantal aspecten meegewogen worden, waaronder het imago van de zorg, de werkgelegenheid in de zorg in het algemeen en uitgesplitst naar de verschillende zorgverlenende instanties.

Imago van de zorg

Het rapport van de gezondheidsraad bespreekt een aantal aspecten rond de maatschappelijke beeldvorming over dementie (1). Zij stellen dat de maatschappelijke beeldvorming over dementie negatief is. Dit zou kunnen samenhangen met een aantal opvattingen:

- aan dementie valt niets te doen;
- demente mensen zijn minder dan anderen;
- met demente mensen kun je niet communiceren;
- mensen met dementie zijn wilsonbekwaam;
- dementie is ontluisterend.

Ten aanzien van het laatste punt, speelt ook het (deels terechte) beeld van de te kort schietende verzorging in instellingen ('pyjamadagen') een rol. Ondermaatse verzorging in instellingen maakt het grote publiek gevoelig voor de opvatting dat verpleeghuisopname ontluisterend is en koste wat kost vermeden moet worden. Vaak ervaart de familie opname in het verpleeghuis als een eigen tekortkoming (1). Door alle negatieve publiciteit lijkt het alsof mensen werkzaam in het verpleeghuis niet meer trots op hun werk kunnen zijn (124).

De negatieve beeldvorming over dementie werd bevestigd in een enquête, gehouden onder bijna 1000 Nederlanders van 40 jaar en ouder in 2003. Een meerderheid (56%) was van mening dat het leven niet langer de moeite waard is geleefd te worden, indien met door dementie niet meer voor zichzelf kan zorgen. Als de zorg daarentegen van goede kwaliteit is, zakt dit percentage naar 30% (15).

Op basis van een tweejarige observationele kwalitatieve studie, gaf Anne Mei The een indringend beeld van het leven en werken in een verpleeghuis (125). Ze concludeerde dat de meeste mensen die in verpleeghuizen werken, niet graag over hun werk vertellen. Werken in het verpleeghuis heeft weinig aanzien en het personeel van het verpleeghuis is bang om het imago van verpleeghuizen te beschadigen. Het werk moet ook nog eens door minder mensen gedaan worden, er worden steeds lagere eisen gesteld aan de scholing van het personeel en de betaling is slecht. Uit al deze factoren blijkt dat 'we in onze samenleving de zorg voor dementiërenden niet waarderen'. Het werk van verzorgenden is vaak zwaar, vies en eentonig. Omdat 'witte' Nederlanders het werk in verpleeghuizen steeds minder aantrekkelijk vinden, dragen ze het werk geleidelijk over

aan gekleurde medelanders. Aan de andere kant merkte The op dat verzorgenden over het algemeen erg betrokken zijn bij dementerende bewoners. Voor oude mensen die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen kan het verpleeghuis juist een uitkomst zijn. Ondanks alle tekortkomingen zijn verpleeghuizen noodzakelijke voorzieningen (125).

Een internationaal vergelijkende studie toonde aan dat het negatieve beeld rond dementie minder sterk aanwezig is in landen waar verbeteringen worden doorgevoerd op het gebied van de zorg rond dementie. Ook in Nederland lijkt de negatieve beeldvorming af te nemen en neemt de schaamte van familieleden van mensen met dementie af. Opvallend is overigens dat er nauwelijks verschillen zijn tussen de verschillende Europese landen in de manier waarop artsen tegen dementie aankijken. Artsen hebben de overtuiging dat ze de patiënt met dementie weinig te bieden hebben en daardoor hebben ze een weerzin tegen vroeg-diagnostiek en zijn pessimistisch over de prognose (65). Deze negatieve beeldvorming vanuit de zorgverleners heeft een negatieve uitwerking op de kwaliteitsverbetering van de zorg die bereikt zou kunnen worden met richtlijn-ontwikkeling en implementatie (126).

Werkgelegenheid in zorg en welzijn (algemeen)

In de periode 1998-2003 steeg het arbeidsvolume in de zorg en welzijn met 18%. Ook in 2002-2003 bleef de werkgelegenheid groeien, terwijl deze in de totale economie kromp. In 2003 werkten naar schatting 1.1 miljoen mensen in de zorg- en welzijnssector, waarvan ruim 85% in de zorgsector (2). Het aantal verpleegkundigen en verzorgenden bedroeg in 2004 bijna 400.000. Van het verplegend en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen werkt 11% als verpleegkundig en 71% als verzorgende (zie tabel 5). In de thuiszorg is het opleidingsniveau veel lager; 13% werkt als verpleegkundige en 38% als verzorgende. Zorghulpen zijn in de thuiszorg sterk vertegenwoordigd: 35% van het verplegend en verzorgend personeel is zorghulp (127).

Tabel 5 Werkniveau van het personeel in de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg sector in 2004 (127)

Niveau	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Thuiszorg
Verpleegkundige	11.0%	13.0%
Verzorgende	70.8%	37.5%
Helpende	14.1%	14.6%
Zorghulp	4.2%	34.9%
TOTAAL	100%	100%

De groei in de werkgelegenheid in zorg en welzijn is in de afgelopen jaren onder andere opgevangen door de instroom van herintreders en zij-instromers. Bijna de helft van de instroom van verplegend en verzorgend

personeel in de zorgsector is afkomstig vanuit de eigen sector (48%). De overige personeelsaanwas bestaat voor 30% uit herintreders en voor 17% uit gediplomeerden van de zorgopleidingen. De toeloop van zorgpersoneel uit niet-zorg sectoren is klein (5%). Het belang van herintreders is dus erg groot; deze instroom is bijna twee keer zo groot als die uit de opleidingen (128).

Het aantal openstaande vacatures in de gezondheids- en welzijnzorg sector kende in de jaren 2001-2003 een sterke daling, maar laat sinds 2003 een stabilisatie zien. Deze stabilisatie was op de totale arbeidsmarkt in Nederland niet zichtbaar; deze laat sinds 2003 een stijging van het aantal vacatures zien door een opleving in de conjunctuur. Het aantal openstaande vacatures in de zorg en WJK sector bedroeg in 2001, 2003 en 2005 respectievelijk 23.800, 17.200 en 16.100. Tussen 2001 en 2004 daalde het aantal moeilijk invulbare vacatures van 11.800 naar 1.900 (129).

Op dit moment (2006) is er nog geen tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden. Maar vanaf volgend jaar zijn de eerste knelpunten te verwachten. Het geschatte personeelstekort voor verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en GGZ zal dan liggen tussen de 1,8 en 2,6% (2). Dat komt o.a. doordat een steeds groter aantal mensen een beroep doet op de gezondheidszorg en doordat de zorgvraag complexer wordt. Opgemerkt moet ook worden dat het feit dat zorginstellingen op dit moment de personeelsformatie kunnen invullen, niet betekent dat deze voldoende is om in de zorgvraag te voorzien. Met name in de PG-verpleeghuiszorg lijkt er sprake te zijn van een vergroting van het aantal zorgvragers per zorgverlener en van het inzetten van minder gekwalificeerd personeel; dus zowel de kwaliteit als de kwantiteit van de personeelsbezetting vermindert (90). De overheid heeft in 2005 convenanten afgesloten met de koepelorganisaties in de zorg, om met dezelfde middelen meer mensen te helpen. Als er met minder mensen meer zorg geleverd moet worden, is de vraag hoe toch een kwalitatief hoogstaande zorg geboden kan worden (127).

De arbeidsmarkt in verpleeg- en verzorgingshuizen

Er waren in 2004 225.546 personen werkzaam in de verpleeg- en verzorgingshuizen, met een omvang van de gemiddelde werkweek van 0,62 fte. Dit betekent dat 138.869 arbeidsplaatsen bezet werden, waarvan er 116.200 werden ingenomen door verpleegkundigen en verzorgenden. In de periode 2000-2004 groeide het aantal werkzame personen in deze sector jaarlijks met gemiddeld 3,7%. De groei van de werkgelegenheid in verpleeg- en verzorgingshuizen kwam echter in 2004 abrupt ten einde (129). Het personeelsbestand vergrijsjt; het aandeel 50+-ers nam van 16,9% in 2000 toe naar 24,4% in 2004. De verwachting is dat deze trend door zal gaan: voor 2014 wordt het aantal 50+-ers geschat op 27,5%. Dit zal resulteren in een grotere vervangingsvraag over 5 à 10 jaar (130).

Op basis van de trends van de afgelopen tijd met betrekking tot verloop, ziekteverzuim en WAO-instroom, kan geschat worden dat de vraag naar personeel de komende jaren met gemiddeld 2.6% zal toenemen (129). De ontwikkeling in de toekomstige vraag naar diensten van verpleeg- en verzorgingshuizen vertoont grote regionale verschillen, waardoor een regionaal gedifferentieerde aanpak van het arbeidsmarktbeleid noodzakelijk zal zijn. Prognoses laten zien dat er landelijk op korte termijn maar net voldoende aanbod van verzorgend personeel zal zijn (129). Daarnaast vertoont de instroom in de Beroeps Begeleidende Leerweg (BBL) in 2004 voor het eerst sinds jaren een dalende lijn. Deze daling wordt deels gecompenseerd door een toegenomen instroom in de Beroeps Opleidende Leerweg (BOL) (131). Een toename van 15% in de instroom in de V&V opleidingen is gewenst om ook in de toekomst voldoende aanbod van V&V personeel te garanderen (129). Gekwalificeerd personeel is een eerste vereiste om kwalitatief voldoende zorg te leveren. Onvoldoende kwaliteit is tevens van invloed op de ervaren werkdruk en beïnvloedt via deze weg het personeelsverloop, ziekteverzuim en WAO-instroom (129).

De arbeidsmarkt in de thuiszorg

In de periode 2000-2004 nam het aantal werkzame personen in de thuiszorg gemiddeld met 6.0% toe en het aantal arbeidsplaatsen (in fte's) met 4.6%. In 2004 waren er 128.150 personen werkzaam die met een gemiddelde omvang van de werkweek van 0.53 fte, 67.423 arbeidsplaatsen bezetten. Het personeelsverloop in deze sector is de afgelopen 5 jaar sterk gedaald en dit geldt ook voor het ziekteverzuim en de WAO-uitstroom. Als deze ontwikkelingen doorgaan dan neemt de vraag naar personeel de komende jaren gemiddeld met 2.5% toe (129). Echter, wat de gevolgen van de invoering van de WMO in 2007, waar een groot deel van de thuiszorg binnen gaat vallen, zullen zijn is niet bekend. De kans bestaat dat de gemeente, die veel beleidsvrijheid heeft in de WMO, onvoldoende voorziet in de behoefte aan persoonlijke verzorging en begeleiding, waardoor er minder beroep gedaan gaat worden op de thuiszorg (44).

Arbeidsmarktprognoses laten zien dat er landelijk op korte termijn maar net voldoende aanbod van verzorgend personeel zal zijn. Omdat het opleidingsniveau van personen werkzaam in de thuiszorg over het algemeen wat later is, is de sector erg gevoelig voor ontwikkelingen in de arbeidsmarkt; hoe lager het opleidingsniveau, hoe gemakkelijker men van beroep en werksoort verandert.

Arbeidssatisfactie in de zorg

De werknemers in de Zorg en WJK (Welzijn, Maatschappelijke dienstverlening, jeugdzorg en kinderopvang) geven een gemiddeld rapportcijfer van 6.6 voor het personeelsbeleid, welke niet afwijkt van personeel werkzaam in de algemene economie (129).

Het vertrek van personeel naar werk buiten de sector of dat stopt met werken neemt sinds 2000 af (129). In 2004 lag dit percentage op 3.4% bij het personeel in de verpleeg- en verzorgingshuizen en 6.2% bij het personeel in de thuiszorg (132). Deze afname in het verloop is vermoedelijk te wijten aan minder kansen zowel elders op de arbeidsmarkt als binnen de zorgsector zelf. Daarnaast kan ook de toegenomen tevredenheid met het werk en beloning een rol hebben gespeeld (129). Ruim 37% van de werknemers die de zorgsector hebben verlaten, geeft aan ook niet meer in de zorg te willen werken (129). Wat men na vertrek uit de zorg gaat doen hangt af van de leeftijd, maar de grootste groep stopt met werken. In de groep jonger dan 40 jaar stopt 34% met werken en in de groep van 40 jaar en ouder is dit aandeel zelfs 65%. De reden waarom men besluit te stoppen met werken, hangt wederom samen met de leeftijd (zie tabel 6). In de groep jonger dan 40 jaar speelt de gezins- en thuissituatie een grote rol, terwijl in de groep van 40 jaar en ouder het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd de meest genoemde reden is (132). In deze categorie mensen is de belangrijkste vertrekreden dus niet vermijdbaar; de werkgever kan dit vertrek dus nauwelijks beïnvloeden.

Tabel 6 Vertrekredenen van verpleegkundigen en verzorgenden die stoppen met werken, uitgesplitst naar leeftijd (132)

Vertrekreden*	Jonger dan 40 jaar	40 jaar en ouder
Gezins-/ thuissituatie	51%	12%
Gezondheid	8%	16%
Verhuizing	15%	3%
Ouderschap / zwangerschap	41%	2%
Behoeft aan meer vrijheid	21%	21%
Pensioen / overbruggingsuitkering (OBU)	0%	47%
Werktijden en roosters	12%	2%
Lichamelijke belasting	7%	17%

* vertrekkers konden meerdere redenen opnoemen

Uit de exitinterviews van Prismant komt naar voren dat 64% van het vertrekkend verpleegkundig en verzorgend personeel uit de *verpleeg- en verzorgingshuizen* in 2004 aangeeft dat het vertrek voorkomen had kunnen worden. Voorkombare redenen die genoemd werden, waren: slecht contact met de leidinggevende (13%), ontevredenheid over de kwaliteit van de zorg die geboden wordt (12%), onvoldoende loopbaanperspectief (12%) en een te hoge werkdruk (11%) (129). Uit de medewerkerraadpleging in 2004 kwam naar voren dat personeel in deze sector wel tevreden was over het werk, maar de geleverde kwaliteit van zorg wordt vaak kritisch beoordeelt. Hierbij speelt het aspect 'tijd voor de cliënt' een grote rol. Daarnaast is men ook ontevreden over het aantal verpleegkundigen en verzorgenden in relatie tot de zorgzwaarte van de cliënt. Bij een nadere analyse komt naar voren dat een hogere waardering van de kwaliteit van zorg resulteert in een ervaren afname van werkdruk (133).

In de *thuiszorg* sector gaf 55% van de verpleegkundigen en verzorgenden die vertrokken in 2004 aan dat het vertrek voorkomen had kunnen worden. Aspecten die hadden bijgedragen aan het vertrek waren: onvoldoende loopbaanmogelijkheden (12%), onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden (10%) en behoefte aan ander werk (10%) (129). In de medewerkeradviezen 2004 wordt een totaaloordeel van 7.33 (op een schaal van 1-10) over het werk gegeven. Dit positieve oordeel komt vooral door tevredenheid over de steun van collega's, de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt, werkplezier en tevredenheid met het werk. Minder tevreden zijn ze over de ontplooiingsmogelijkheden, feedback en beloning. Hoge werkdruk en gebrek aan planning en roostering worden door de werknemers in de thuiszorg gezien als de belangrijkste factoren die bijdragen aan ervaren werkstress (30).

In de zorgsector is de betaling slechter dan in andere sectoren. Uit de werknemersenquête 2005 blijkt dat in de zorgsector 28% van de medewerkers het loon 'tamelijk hoog' of 'hoog' vindt. Ter vergelijking; in de totale economie is dat percentage 38%³ (129). De salarisontwikkeling in de zorg en WJK sector steeg in de periode 2001-2003 iets harder dan het landelijk gemiddelde. In 2004 stegen de lonen in de zorg en WJK sector echter iets minder sterk (129). Of deze kentering zich voortzet is onduidelijk.

In de zorgsector komt lichamelijk zwaar werk veel voor; het aandeel werkenden in de zorg dat aangeeft dat het werk lichamelijk zwaar is lag op 62% in 2005. In 2003 zegt 31% van alle werkenden in de sector Zorg en WJK regelmatig onder hoge werkdruk te werken. In 2005 werkte 25% van alle werkenden onder hoge tijdsdruk. 54% Van alle verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden heeft het gevoel tijd te kort te komen (129).

In het algemeen kan gesteld worden dat de belangrijkste vermijdbare redenen voor vertrek uit de zorgsector voorkomen uit het gebrek aan arbeidssatisfactie:

- gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden;
- gebrek aan voldoening;
- gebrek aan perspectief;
- slechte beloning.

Verder zijn de slechte arbeidsomstandigheden een belangrijke reden voor vertrek, zoals:

- hoge lichamelijke belasting;
- werkdruk;
- slechte communicatie en contact met de leiding.

Gebrek aan arbeidssatisfactie en slechte arbeidsomstandigheden zijn voor een deel vermijdbaar door goed personeelsmanagement (128;134).

De arbeidsmarkt in de toekomst: welk soort personeel is nodig?

In Nederland wordt er professionele zorg en ondersteuning geleverd door instellingen en daarnaast wordt er vrijwilligerszorg en informele zorg geleverd. De samenwerking tussen de professionele zorg en de niet-professionele zorg wordt slechts in geringe mate vormgegeven. Het is een uitdaging voor de sector zorg en welzijn om die samenwerking te ontwikkelen en in te vullen (135).

Omdat dementie een complex probleem is, is er behoefte aan integrale en transmurale zorg. Deze kan op twee manieren gevuld worden. In het ene model blijft ieder zijn eigen vak uitoefenen, waarbij de kernopgaven van dat beroep duidelijk zijn en er met ander disciplines in de keten afspraken gemaakt worden. In het andere model worden de beroepsprofielen en het bijbehorende takenpakket breder. Een verzorgende vervult dan bijvoorbeeld ook een aantal maatschappelijke taken (135).

Transmurale zorg vereist de inzet van specialisten die vanuit een specifieke deskundigheid bijdragen aan de oplossing van een gedeeld, complex probleem. Het besef van onderlinge afhankelijkheid en het spreken van dezelfde taal door alle betrokken zijn belangrijke basisvoorwaarden (136). Vanuit het perspectief van de patiënt is één persoon als aanspreekpunt, contactpersoon, te prefereren (135). Het gaat dan vooral om beroepskrachten die zichtbaar en aanwezig zijn en die als schakel kunnen fungeren tussen de patiënt en andere zorgverleners en instellingen. Daarnaast blijft er behoefte aan gespecialiseerde professionals die specifieke kennis en competenties inzetten ten behoeve van de patiënt, maar die meer dan nu vaak het geval is, hun specialisatie uitoefenen vanuit een bredere invalshoek, als onderdeel van een keten. Aan de basis van deze benadering ligt het kwartiermaken, waarbij een analyse van de formele en informele sociale infrastructuur gemaakt wordt. Vaardigheden die deze professionals moet hebben liggen op een hoog niveau en hebben betrekking op kwartiermaken, analyseren, organiseren en verbinden (135).

In de toekomst is er behoefte aan professionals die in staat zijn vraaggericht, probleemgericht, kansgericht, contextgericht, gebiedsgericht, integraal, maatschappelijk gericht en transparant te handelen. Tussen deze kenmerken kunnen spanningen zitten, waar professionals mee moeten kunnen omgaan. De kenmerken zijn te vertalen naar kerncompetenties, die weer te differentiëren zijn naar niveaus. In de zorg- en welzijnsopleidingen zal hier op ingespeeld moeten worden (135). Vanwege de te verwachten convergentie tussen zorg en welzijn zijn brede professionals nodig, maar ook specialisten (met een brede blik) blijven gewenst (135). Gezien de complexe zorgvraag is de inzet van ongeschoolden of nauwelijks geschoolden in de zorg niet te prefereren. Competenties van zorgpersoneel moeten niet alleen gericht zijn op de noodzakelijke dagelijkse

verzorging, en de benodigde technische verpleegkundige handelingen. Aanvullende competenties zijn gewenst, met vaardigheden op het gebied van een individuele, vraaggerichte benadering en een respectvolle, warme bejegening die een goede kwaliteit van leven voor de patiënt mogelijk maken (90).

Gezien de ontwikkelingen in de zorg is bijscholing op alle niveaus nodig over de zorgbehoefte van en zorgverlening aan mensen met dementie. De noodzakelijke kennis voor het leveren van complexe zorg ontbreekt nu veelal bij de zorgverleners. Bijscholing zal de kwaliteit van de zorgverlening ten goede komen. Dit werd al aangetoond in onderzoek naar de effecten van de inzet van geschoolde professionele verzorgenden zoals wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en gezins- en bejaardenverzorgenden. De inzet van deze verzorgenden in de zorg voor thuiswonende dementerenden had met name positieve effecten op het competentiegevoel van de mantelzorger en op uitstel van opname van de patiënt (137).

De arbeidsmarkt in de toekomst: hoe inspringen op de situatie na 2007?

Vanaf 2007 zal de druk op de arbeidsmarkt toenemen (2). Een volumegroei van de zorgvraag van 2,5% per jaar, een nauwelijks toenemende beroepsbevolking en een constante arbeidsproductiviteit, levert op dat in 2025 22% van de beroepsbevolking in de zorg- en welzijnssector zal moeten werken. Ter vergelijking: in 2005 werkte 13% (11% in fte's) van de Nederlandse beroepsbevolking in de gezondheidszorg. Om aan deze groei tegemoet te komen kunnen een aantal maatregelen genomen worden (129):

1. Monitoren personeelsbeleid in brede zin van het woord (verloopbeleid, leeftijdsbewust personeelsbeleid, ziekteverzuimbeleid, carrièrebeleid, arbeidsomstandigheden en arbeidsvoorwaarden) en indien nodig acties inzetten. Uit de paragraaf over 'arbeidsatisfactie in de zorg' komt naar voren dat veel uitstroom uit de sector te voorkomen is door een beter personeelsbeleid.
2. Zorgen voor voldoende opleidingscapaciteit en een andere manier van werken. Denk hierbij aan: verruimen van opleidingscapaciteit, taakherschikking en inzet van nieuwe beroepen (o.a. nurse practitioners, physician assistants, praktijkondersteuners). Daarnaast is een moderniseringstraject van de beroepen- en opleidingenstructuur in de zorg reeds ingezet. Het doel van dit traject is dat zowel kwalitatief als kwantitatief de toekomstige zorgvraag beter beantwoord kan worden.

De instroom in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen is sinds 1999 sterk gestegen, waarbij de groei zich de laatste jaren vooral concentreerde op de lagere kwalificatieniveaus (2). Het aantal

afgestudeerden in opleidingen die gerelateerd zijn aan de zorg is de laatste jaren in alle sectoren ook gestegen ten opzichte van de voorafgaande jaren (138). Het sector-rendement, ofwel het percentage schoolverlaters van de verpleegkundige en verzorgende opleidingen dat na diplomering in de zorg- en welzijnssector gaat werken, is gestegen van 77% in 1999 tot 91% in 2003 (2).

3. Inzetten van onbenut arbeidspotentieel. Alleen al in de zorgsector bevinden zich 170.000 personen die behoren tot het onbenutte arbeidspotentieel van zieken (8% zit in de ziektewet), arbeidsongeschikten (ruim 10% is arbeidsongeschikt) en werklozen (2%) (128). Daarnaast werken veel mensen in de zorgsector in deeltijd; de gemiddelde werktijd voor verplegend en verzorgend personeel is slechts 20 uur per week (128).
4. Beperken van de groei in zorgbehoefte. Primair en secundair preventiebeleid zal slechts in zeer beperkte mate de zorgbehoefte kunnen afremmen. Mogelijk dat dit zelfs alleen maar leidt tot uitstel van de zorgbehoefte. De zorgbehoefte kan ook afnemen door de zelfredzaamheid te bevorderen, waarbij er een substitutie plaats kan vinden van professionele zorg. Het is denkbaar dat hier een rol is weggelegd voor domotica-toepassingen.
6. Toename van tijdige en gerichte ondersteuning, scholing en betaling van mantelzorg waarmee de professionele zorg aangevuld kan worden en crisissituaties en overbelasting van mantelzorgers voorkomen kan worden.

Bij al deze maatregelen moeten de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg gewaarborgd blijven (129).

9 Invitational conference

Tijdens de invitational conference, gehouden op 14 februari 2006 in Utrecht, hebben deskundigen zich uitgesproken over de volgende vraag: 'Hoe moeten de implicaties van de ontwikkeling in de zorgvraag en het zorgaanbod voor mensen met dementie ingeschat worden voor de te verwachten tekorten op de arbeidsmarkt?'

De belangrijkste suggesties die hier gedaan werden, zijn hieronder thematisch weergegeven.

Inhoud en organisatie van de zorg

- De zorgverlening moet aansluiten bij de wensen van de patiënt.
- Expertise ontbreekt op veel niveaus in de zorgverlening. Zorgverleners moeten specifiek geschoold worden in het kunnen opgaan met dementie-gerelateerde problemen. Belevingsgerichte zorg kan hierbij een rol spelen.
- Op alle niveaus ontbreekt kennis over de zorgbehoefte van en zorgverlening aan mensen met dementie. Voor de benodigde bijscholing van de zorgverleners is extra geld nodig.
- Een zorgtraject moet opgesteld worden vanuit het perspectief van de patiënt en de mantelzorger. Bij de uitvoering van het zorgtraject heeft de huisarts een belangrijke rol.
- Als ondersteunende activiteiten die gericht zijn op de mantelzorger opgenomen worden in het zorgplan van de patiënt, kan deze ondersteuning ook financieel afgedekt worden.
- Het langer thuis laten wonen van mensen met dementie begint met een tijdige diagnostiek, zowel van de ziekte als van de zorg. De zorgdiagnostiek vereist een integrale kijk op de zorg, die ontbreekt bij de huisartsen. Deze integrale zorgdiagnostiek kan wel geboden worden door geheugenpoli's, GGZ-instellingen en ontmoetingscentra. Door een tijdige zorgdiagnostiek wordt voorkomen dat de zorg te laat wordt ingezet, als er sprake is van een crisis-situatie.
- De zorg wordt bij voorkeur zo dicht mogelijk bij de eerste lijn georganiseerd.
- De sturing in de samenwerking tussen verschillende zorgverleners ontbreekt nu nog te veel. De is wenselijk dat deze sturing vanuit de eerste lijn komt.

Kwaliteit van de zorg

- De integratie van cure, care en welzijnszorg verbetert de kwaliteit van zorg.

Imago van de zorg

- Het aantrekkelijk maken van het werk voor hoog opgeleiden lukt

alleen als deze mensen verantwoordelijkheden krijgen en de mogelijkheid krijgen om carrière te maken in de patiëntenzorg.

- Om het slechte imago van de zorg voor mensen met dementie te verbeteren, zal de nadruk gelegd moeten worden op het feit dat het leven niet maakbaar is en dat dementie bij het leven hoort.

10 Conclusie

Welke problemen doen zich voor bij mensen met dementie en in de zorg voor hen?

Uit de gemaakte inventarisatie komen een aantal problemen in de zorg voor mensen met dementie naar voren. Mensen met dementie hebben problemen met betrekking tot cognitie, functionele klachten, gedragsproblemen en co-morbiditeit. Mantelzorgers ervaren moeilijkheden omdat ze niet tegen de bijbehorende zorgeseisen zijn opgewassen. Er is gebrek aan waardering voor de zorg voor mensen met dementie op de werkplek en in de samenleving. En er kleeft nog steeds een stigma aan dementie. De kwaliteit van de zorg staat onder druk doordat er te weinig kennis over de ziekte en hoe om te gaan met de verschijnselen aanwezig is onder de zorgverleners. De kosten voor dementiezorg zijn enorm en maken nu al 5,3% uit van het totale budget van de gezondheidszorg. Toch is het budget voor met name de zorg in verpleeghuizen vaak niet toereikend en laat de beloning van verzorgenden te wensen over.

Welke mogelijkheden tot adequate zorg zijn aanwezig?

Er zijn vele mogelijkheden aanwezig die ingezet kunnen worden om de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun familie te verbeteren. De uitdaging is om dit ook zo doelmatig mogelijk te doen en zo de kosten van de zorg te beheersen. Adequate zorg begint met het tijdig (h)erkennen van de verschijnselen van dementie en met zorgplannen die rekening houden met de behoeften van de mensen met dementie en hun familie. Dit kan bijdragen aan het voorkomen van situaties waarbij de zorg van incident naar incident gaat. Voorwaarden hiervoor zijn dat professionele hulpverleners op alle niveaus een basale kennis hebben van het herkennen van en het kunnen omgaan met de verschijnselen van dementie. Daartoe is dringend educatie nodig op alle niveaus. Een belangrijk probleem is dat nog steeds het basale inzicht bij veel hulpverleners ontbreekt dat er veel mogelijk is om de kwaliteit van leven te verbeteren. Zij zijn niet of onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden en van welke zorg waar beschikbaar is.

Om de zorg betaalbaar te houden kan ook gedacht worden van verplaatsing van de zorg. De duur van ziekenhuisopnamen op niet-geriatrische afdelingen zou kunnen worden bekort door tijdelijke opname in het verpleeghuis. Dit heeft het voordeel dat men daar beter is ingespeeld op de omgang met mensen met dementie. Het maakt extra duidelijk dat verpleegkundigen nodig zijn in verpleeghuizen. De trend tot verplaatsing van de zorg van verpleeghuis naar huis in de vorm van het inzetten van de verpleeghuis expertise thuis is veel belovend.

Welke arbeidsmarkt gerelateerd maatregelen zijn nodig om aan de zorg-behoefte tegemoet te komen?

Dementie vereist een complexe zorgverlening. Het opleidingsniveau van het personeel dat nu wordt ingezet is over de hele linie gemiddeld te laag. Door gebrek aan inzicht kan er al veel mis gaan in de basale zorg (bejegening, onvoldoende pijnbestrijding, ondervoeding etc). Er liggen kansen op het terrein van educatie en bijscholing voor allen die bij zorg zijn betrokken. Voor het goed vervullen van de zorgverlenende taak is het van belang dat een ieder op zijn eigen niveau educatie over dementie en de omgang met de daaruit voortvloeiende problemen krijgt.

Ter bevordering van de kwaliteit van zorg zijn het invoeren van kwaliteitsnormen in de vorm van richtlijnen en kwaliteitsindicatoren voor alle professioneel in de zorgverlening en het implementeren van effectieve ondersteuningsmethoden belangrijk. Dit vergt wel een omslag in het denken over de zorgverlening en vraagt om andere competenties van het personeel. Van belang hierbij is het opheffen van de schotten tussen disciplines en tussen welzijn en zorg.

Behoud van personeel en het aantrekken van nieuw personeel kan bereikt worden, als materiële en immateriële waardering een plaats krijgt in het personeelsbeleid. Hoog geschoold personeel kan en wil ook meer verantwoordelijkheden dragen. Door de zorg inhoudelijk te versterken en kwalitatief beter te maken is het te verwachten dat het imago van de zorg voor mensen met dementie verbetert en dat dementie-zorg aantrekkelijker wordt voor ambitieuze zorgverleners.

Literatuur

- (1) Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad; 2002, rapportnr. 2002/04.
- (2) van Essen G, Josten E, Meihuizen H. Arbeid in zorg en welzijn. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Beleidsmarktonderzoek (OSA); 2004.
- (3) Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Utrecht: CBO; 2005.
- (4) van Dijk PTM, Ooms ME, Pot AM, et al. Construction and validation of comorbidity indices for nursing home residents. Den Haag: ZonMW; 2006. Report No.: projectnummer 1365.0002.
- (5) Aalten P, de Vugt ME, Jaspers N, Jolles J, Verhey FR. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(6):523-30.
- (6) Zuidema SU, van der Meer MM, Pennings GATC, Koopmans RTCM. Prevalentie van probleemgedrag bij een groep dementerende verpleeghuispatiënten. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2006;37(1):19-24.
- (7) Timmermans J, Woittiez I. Verpleging en verzorging verklaard. Den Haag: SCP; 2004.
- (8) Van Dijk PT, Dippel DW, Van Der Meulen JH, Habbema JD. Comorbidity and its effect on mortality in nursing home patients with dementia. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(3):180-7.
- (9) Koopmans RTCM, Ekkerink JLP, van den Hoogen HJM, van Weel C. Sterfte van dementiepatiënten na opname in een verpleeghuis; een analyse over 10 jaar. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1994;138(23):1169-74.
- (10) Koopmans RTCM, Ekkerink JLP, van den Hoogen HJM, Froeling PGAM, van Weel C. Indicatoren voor progressie van de dementering bij verpleeghuispatiënten. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1994;138(23):1164-8.
- (11) Mercken C. Mantelzorg en dementie. Een zorg op zich. Utrecht: Expertisecentrum Informele zorg, NIZW Zorg; 2005.
- (12) Boersma F, van Tilburg W. Dementie. In: de Jong A, van den Brink W, Ormel J, Wiersma J, editors. *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*. Maarssen: Elsevier / De Tijdstroom; 1999, p. 185-213.
- (13) Koopmans RTCM, Ekkerink JLP. Dementie in het verpleeghuis. In: Jonker C, Verhey FRJ, Slaets JPJ, editors. *Alzheimer en andere vormen van dementie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2001, p. 268-72.
- (14) *Zorgmonitor Gelderland Ouderen 2000*. Arnhem: Gidz; 2005.

- (15) Jansen van Doorn G. Wonen met dementie. Amsterdam: TNS NIPO; 2003.
- (16) Duijnste M. Het verhaal achter de feiten. Over de belasting van familieleden van dementerenden. Baarn: Intro; 1996.
- (17) McDaid D. Estimating the costs of informal care for people with Alzheimer's disease: methodological and practical challenges. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16(4):400-5.
- (18) Vernooij-Dassen M, Dautzenberg M. Collaboration between lay and professional care. In: Jones R, Britten N, Culpeper L, Gass DA, Grol R, Mant D, et al., editors. *Textbook of primary care*. Oxford: Oxford University Press; 2003, p. 291-5.
- (19) Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12(3):240-9.
- (20) van Hout H, Vernooij-Dassen M, Poels P, Hoefnagels W, Grol R. Are general practitioners able to accurately diagnose dementia and identify Alzheimer's disease? A comparison with an outpatient memory clinic. *Br J Gen Pract* 2000;50(453):311-2.
- (21) Verhey F, Ramakers I, Jolles J, Scheltens Ph, Vernooij-Dassen M, Olde Rikkert M. Inventarisatie geheugenpoliklinieken in Nederland. 2005, March 23.
- (22) Geldmacher DS. Cost-effective recognition and diagnosis of dementia. *Semin Neurol* 2002;22(1):63-70.
- (23) van Crevel H, van Gool WA, Walstra GJ. Early diagnosis of dementia: which tests are indicated? What are their costs? *J Neurol* 1999;246(2):73-8.
- (24) Beck C, Cody M, Souder E, Zhang M, Small GW. Dementia diagnostic guidelines: methodologies, results, and implementation costs. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(10):1195-203.
- (25) Wolfs CA, Dirksen CD, Severens JL, Verhey FR. The added value of a multidisciplinary approach in diagnosing dementia: a review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21(3):223-32.
- (26) Hentschel F, Damian M, Kreis M, Krumm B. Effects of extended clinical diagnostics on the diagnostic spectrum of an outpatient memory clinic. *Z Gerontol Geriatr* 2004;37(2):145-54.
- (27) Damian M, Kreis M, Krumm B, Hentschel F. Optimized neuropsychological procedures at different stages of dementia diagnostics. *J Neurol Sci* 2005;229-230:95-101.
- (28) van Rijn PWE, Vianen GJ, Schreuder RF. Gezond ouder worden: Toekomstagenda dementie. Leiden: STG/Health Management Forum; 2005.
- (29) VWS dossier Thuiszorg. Den Haag: Ministerie van VWS; 2006.
- (30) Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004. Utrecht: PriceWaterHouseCoopers; 2004.

- (31) Thuiswonende mensen met dementie of een verstandelijke beperking: prevalentie, gebruik van thuiszorg en vrijheidsbeperkingen. Utrecht: NIVEL; 2004.
- (32) van der Roer N, Busschbach JJ, Goes ES, Hakkaart-van Roijen L, Redekop K. Kosten van de ziekte van Alzheimer. Rotterdam: institute for Medical Technology Assessment, Erasmus Universiteit Rotterdam; 2001.
- (33) Schreuder Goedheijt T, Visser G. Mantelzorg in Nederland. Utrecht: Expertisecentrum Informele Zorg, NIZW Zorg; 2003.
- (34) Rigter H. Wat is GGZ voor ouderen? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM; 2003.
- (35) Janse AFC, Jacobs MAM. Dementie. In: Baan CA, Hutten JBF, Rijken PM, editors. Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: RIVM; 2003, p. 533-64.
- (36) de Boer M, van den Ende E, Ribbe M, Leemrijse C. Paramedische zorg in verpleeghuizen, een inventariserend onderzoek naar omvang, verwijzindicatie en inhoud van paramedische zorg. Utrecht: NIVEL; 2004.
- (37) Graff MJL, Vernooij-Dassen MJFJ, Hoefnagels WHL, Dekker J, de Witte LP. Occupational therapy at home for older individuals with mild to moderate cognitive impairments and their primary caregivers: A pilot study. OTJR: Occupation, Participation and Health 2003;23(4):155-63.
- (38) Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, Winter L. Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005;60(3):368-74.
- (39) Droes RM, Meiland FJM, Schmitz M, van Tilburg W. Gecombineerde ondersteuning in Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun dementie en hun mantelzorgers vergeleken met reguliere dagbehandeling. Tijdschr Gerontol Geriatr 2005;36:60-71.
- (40) Baas N. Naar een cultuurspecifiek dementieaanbod. Tilburg: BOZ / Palet; 2004.
- (41) Oste J, Droes RM. Een ontmoetingscentrum voor Surinamers met dementie en hun mantelzorgers. Ontwikkeling en implementatie van cultuurspecifieke gecombineerde ondersteuning. Tijdschr Gerontol Geriatr 2005;36(6):232-42.
- (42) Wijnties M, Paquay H. Toepassingsvormen van kleinschalig wonen. Utrecht: Aedes-Arcades Kenniscentrum Wonen-Zorg; 2004.
- (43) Nouws H. Wat is kleinschalig wonen voor dementerenden? Op zoek naar een definitie. Denkbeeld 2003;15(5):4-7.

- (44) Chronische zorg verzekerd: bouwstenen voor een houdbaar stelsel van langdurige verzorging. Zeist: Werkgroep 'Toekomst AWBZ'; 2005.
- (45) van IJperen M. Kleinschalige zorg. Grote verschillen? Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2005.
- (46) Stoelinga B, Talma M. Wat betekent kleinschalige zorg voor medewerkers? Denkbeeld 2003;15(5):18-22.
- (47) Zorgboerderijen. Website Landbouw & Zorg, www.landbouwzorg.nl; 2006.
- (48) Mathijssen SW. Brancherapporten VWS - Verpleging en verzorging. Den Haag: Ministerie van VWS; 2005.
- (49) van der Wel PC. Toekomstschets verpleeghuiszorg. Rotterdam: Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam; 2005.
- (50) Olde Rikkert M. Dementie in het ziekenhuis. 2005 (persoonlijke communicatie).
- (51) de Klerk MMY. Rapportage Ouderen 2001. Den Haag: SCP; 2001.
- (52) Polder JJ, Takken J, Meerding WJ, Kommer GJ, Stokx LJ. Kosten van ziekten in Nederland: de zorgeuro ontrafeld. Bilthoven: RIVM; 2002.
- (53) Nieuwboer MS. Naar een integraal transmuraal beleid. Nijmegen: UMC St. Radboud; 2004.
- (54) Ramakers HJ. Rapportage landelijke wachtlijstmeting 1 januari 2005. Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2005.
- (55) van Gameren E. Regionale verschillen in de wachtlijsten verpleging en verzorging. Een empirisch onderzoek naar verklarende factoren. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2005, SCP-werkdocument 119.
- (56) Qiu C, Winblad B, Fratiglioni L. The age-dependent relation of blood pressure to cognitive function and dementia. *Lancet Neurol* 2005;4(8):487-99.
- (57) Launer LJ. The epidemiologic study of dementia: a life-long quest? *Neurobiol Aging* 2005;26(3):335-40.
- (58) Kivipelto M, Ngandu T, Fratiglioni L, Viitanen M, Kareholt I, Winblad B, et al. Obesity and vascular risk factors at midlife and the risk of dementia and Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2005;62(10):1556-60.
- (59) Larson EB, Wang L, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, Crane P, et al. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Ann Intern Med* 2006;144(2):73-81.
- (60) Cukierman T, Gerstein HC, Williamson JD. Cognitive decline and dementia in diabetes--systematic overview of prospective observational studies. *Diabetologia* 2005;48(12):2460-9.

- (61) Morris MS. Homocysteine and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol* 2003;2(7):425-8.
- (62) Seshadri S, Beiser A, Selhub J, Jacques PF, Rosenberg IH, D'Agostino RB, et al. Plasma homocysteine as a risk factor for dementia and Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2002;346(7):476-83.
- (63) Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Babarskiene MR, Babeanu S, et al. The prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) study. *Arch Intern Med* 2002 Oct 14;162(18):2046-52.
- (64) Standridge JB. Pharmacotherapeutic approaches to the prevention of Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Pharmacother* 2004;2(2):119-32.
- (65) Vernooij-Dassen MJ, Moniz-Cook ED, Woods RT, De LJ, Leuschner A, Zanetti O, et al. Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(4):377-86.
- (66) Bamford C, Lamont S, Eccles M, Robinson L, May C, Bond J. Disclosing a diagnosis of dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19(2):151-69.
- (67) Derksen E, Vernooij-Dassen M, Gillissen F, Olde-Rikkert M, Scheltens P. The impact of diagnostic disclosure in dementia: a qualitative case analysis. *Int Psychogeriatr* 2005;17(2):319-26.
- (68) Woods RT, Moniz-Cook E, Iliffe S, Champion P, Vernooij-Dassen M, Zanetti O, et al. Dementia: issues in early recognition and intervention in primary care. *J R Soc Med* 2003;96(7):320-4.
- (69) Leifer BP. Early diagnosis of Alzheimer's disease: clinical and economic benefits. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(5 Suppl Dementia):S281-S288.
- (70) DeKosky ST. Pathology and pathways of Alzheimer's disease with an update on new developments in treatment. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(5 Suppl Dementia):S314-S320.
- (71) Fillit H, Hill J. Economics of dementia and pharmacoeconomics of dementia therapy. *Am J Geriatr Pharmacother* 2005;3(1):39-49.
- (72) Droes RM, de Lange J, Vink AC, Finnema EJ. Psychosociale therapieën. In: Jonker C, Verhey FRJ, Slaets JPJ, editors. *Alzheimer en andere vormen van dementie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2001.
- (73) Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005;162(11):1996-2021.
- (74) Finnema E, Droes RM, Ribbe M, Van TW. The effects of

- emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15(2):141-61.
- (75) Verkaik R, van Weert JC, Francke AL. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(4):301-14.
- (76) Neal M, Briggs M. Validation therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD001394.
- (77) Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001120.
- (78) Chung JC, Lai CK, Chung PM, French HP. Snoezelen for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(4):CD003152.
- (79) Vink AC, Birks JS, Bruinsma MS, Scholten RJ. Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD003477.
- (80) Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85(10):1694-704.
- (81) Miller PA, Butin D. The role of occupational therapy in dementia-C.O.P.E. (Caregiver options for practical experiences). *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15(1):86-9.
- (82) Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, Buchner DM, Barlow WE, et al. Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290(15):2015-22.
- (83) Torti FM, Jr., Gwyther LP, Reed SD, Friedman JY, Schulman KA. A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2004;18(2):99-109.
- (84) Lee H, Cameron M. Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD004396.
- (85) Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002;42(3):356-72.
- (86) Farcnik K, Persyko MS. Assessment, measures and approaches to easing caregiver burden in Alzheimer's disease. *Drugs Aging* 2002;19(3):203-15.
- (87) Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(5):657-64.
- (88) Brodaty H, Thomson C, Thompson C, Fine M. Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(6):537-46.

- (89) Grol RPTM. Effectieve en doelmatige zorg. 'Feiten of fantasie?' Inaugurale rede. Nijmegen: WOK; 1999.
- (90) Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg; 2004.
- (91) Ondergrens van de zorg in verpleeghuizen beter bewaakt. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg; 2005.
- (92) Beroep op kwaliteit. Eindrapport programma kwaliteitsontwikkeling beroepsgroepen V&V. Een programma van AVVV, NVVA en Sting, begeleid door CVZ. 2006.
- (93) van Achterber T, van Os C, Brink C, van Eijken M, Olde Rikkert M. Gedragsproblemen bij dementie: ontwikkeling van een richtlijn voor de preventie en het hanteren van gedragsproblemen door verpleegkundigen en verzorgenden. 2006, ZonMw projectnummer 54010005.
- (94) Berg M, Schellekens W. Paradigma's van kwaliteit. Medisch Contact 2002;57(34):1203-5.
- (95) Draskovic I, Vernooij-Dassen M, Olde Rikkert M, Verhey F, Scheltens Ph. Kwaliteitsindicatoren geheugenpoliklinieken: Ontwikkeling en validering. Den Haag: Ministerie van VWS; 2006.
- (96) Toetsingskader voor verantwoorde zorg. Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, Z-org; 2005.
- (97) Georges J. Indicators for psychosocial care: an international development process. European Collaboration on Dementia (EuroCoDe) project; 2005.
- (98) Achterberg W, Pot AM, van CC, Ribbe M. Het Resident Assessment Instrument (RAI): een overzicht van internationaal onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten en effecten van implementatie in verpleeghuizen. Tijdschr Gerontol Geriatr 1999;30(6):264-70.
- (99) Achterberg WP, van CC, Pot AM, Kerkstra A, Ribbe MW. Effects of the Resident Assessment Instrument on the care process and health outcomes in nursing homes. A review of the literature. Scand J Rehabil Med 1999;31(3):131-7.
- (100) Achterberg WP, Holtkamp CC, Kerkstra A, Pot AM, Ooms ME, Ribbe MW. Improvements in the quality of co-ordination of nursing care following implementation of the Resident Assessment Instrument in Dutch nursing homes. J Adv Nurs 2001;35(2):268-75.
- (101) Groenewoud AS, van Exel NJA, Huijsman R. Bouwstenen voor kwaliteitsinformatie in de verpleging, verzorging en thuiszorg. Den Haag: ZonMW; 2005.
- (102) van Beek APA, Wagner C, Frijters DHM, Spreeuwenberg PMM, Groenewegen PP, Ribbe MW. Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Utrecht: NIVEL; 2004.

- (103) de Klerk M. Ouderen in instellingen. Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners. Den Haag: SCP; 2005.
- (104) Alles naar wens? Utrecht: Stichting Cliënt en Kwaliteit; 2003.
- (105) Vaartjes I, Hollands LJM, Holys P, Hamers JPH. Kijk op kwaliteitszorg. Maastricht: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg; 2006.
- (106) Bisseling T, van den Broek J. Efficiënter werken in de V&V sector. Utrecht: Prismant; 2005.
- (107) Salari MAT, Plaisier AJ. Zorgprogramma's voor de ouderenzorg. Utrecht: GGZ Nederland; 2000.
- (108) Kumpers S, van Raak A, Hardy B, Mur I. The influence of institutions and culture on health policies: Different approaches to integrated care in England and the Netherlands. *Public Administration* 2002;80(2):339-58.
- (109) Salari MAT, Plaisier AJ. Landelijk zorgprogramma jong dementerenden. Eindhoven: Stuurgroep Jong Dementerenden; 2004.
- (110) Transmurale somatische zorg: Advies NRV en CvZ. Den Haag: Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV); 1995.
- (111) Kumpers S, Mur I, Hardy B, van RA, Maarse H. Integrating dementia care in England and The Netherlands: Four comparative local case studies. *Health Place* 2006; in druk.
- (112) Ketenzorg bij chronisch zieken. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg; 2003.
- (113) Balestra W, Wiersma J. Zorgen over circuitafstemming? Verzorg eerst de eigen schakel! Effecten van een methodische vernieuwing in het beslisproces tijdens behandeling van ouderen in een gesloten opnamesetting. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2003;58(3):250-8.
- (114) Engelen. Integratie van cure en care binnen de Mondriaan groep. 2006 (persoonlijke communicatie).
- (115) Schumacher JNM, Nies HLGR. Samenhang in innovatie: kwetsbare ouderen en chronische problemen. *ESB Dossier Arbeidsproductiviteit in de zorg* 2005;90(4452):D21-D23.
- (116) Van weten naar doen. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2005, rapportnr. 05/04.
- (117) Ross-van Dorp C. Stand van zaken kwaliteitsbeleid Langdurige zorg. Tweede Kamer stuk, 4 november 2005.
- (118) van Mierlo JGA. Klant is koning op de zorgmarkt. *Medisch Contact* 2006;59(47):1857-60.
- (119) De zorg is geen markt. Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau SP; 2005.
- (120) Technologische innovatie in de zorgsector (adviesrapport). Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid; 2001.
- (121) Cremers G, Willems C. Relevante technologische ontwikkelingen voor mensen met dementie. Hoensbroek: iRv, Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap; 2005.

- (122) Schoone M, van Boxsel JAM. Kansen voor technologische innovatie. ESB Dossier Arbeidsproductiviteit in de zorg 2005;90(4452):D28-D29.
- (123) Engstrom M, Ljunggren B, Lindqvist R, Carlsson M. Staff perceptions of job satisfaction and life situation before and 6 and 12 months after increased information technology support in dementia care. J Telemed Telecare 2005;11(6):304-9.
- (124) Bolle F. Grote visies zijn er al genoeg. Nieuwsbrief Steunpunt Verpleeghuiszorg 2005;(3):1-2.
- (125) The A-M. In de wachtkamer van de dood. Amsterdam: Theoris; 2005.
- (126) Vernooij-Dassen M, Wind AW. Implementation of standards in dementia care: combating stigma attached to dementia. In: Burns A, editor. Standards in dementia care. London: Taylor & Francis; 2005, p. 215-21.
- (127) van der Windt W, Talma H. Dreigende knelpunten in verpleging en verzorging. Feiten 2005. TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2006;11(1):10-5.
- (128) Mannaerts H. CPB Memorandum. De arbeidsmarkt van de zorgsector: data en modellen. Rijswijk: CPB; 2005. Report No.: 124.
- (129) Ott M, Paardekooper P, van der Windt W. Arbeid in zorg en welzijn 2005. Utrecht: Prismant; 2005.
- (130) Factsheet Trends in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Utrecht: LEVV Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging; 2005.
- (131) Factsheet De instroom in de V&V opleidingen 1990-2004. Utrecht: LEVV Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging; 2005.
- (132) van der Windt W, Talma H. De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogen in de zorgsector 2004-2008. Utrecht: Prismant; 2005.
- (133) Messchendorp HJ, Blok AJ, Koopman MI, Wansink O, van Vliet M. Werk in Beeld, Branchrapport 2004. Utrecht: Prismant/Atos; 2004.
- (134) Hingstman L, Kenens RJ, van der Windt W, Talma H, Meihuizen HE, Josten EJC. Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2003. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Beleidsmarktonderzoek (OSA); 2003.
- (135) van Vliet K, Duyvendak JW, Boonstra N, Plemper E. Toekomstverkenning ten behoeve van een beroepstructuur in zorg en welzijn. Utrecht: Verwey Jonker Instituut; 2004.
- (136) Competenties multiprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg. Utrecht: Multi Professioneel Leren (MPL); 2005.
- (137) Vernooij-Dassen M, Huygen F, Felling A, Persoon J. Home care for dementia patients. J Am Geriatr Soc 1995;43(4):456-7.

- (138) Blom F, van Gils BAA, van Herpen LW, Jol C, Kapel RC, van Miltenburg TJJ, et al. CBS Jaarboek onderwijs in cijfers 2005. Deventer: Kluwer; 2005.

Zorgen voor CVA-patiënten

prof.dr. G.A.M. van den Bos, projectleider (AMC)

dr. J.M.A. Visser-Meily (UMCU/Revalidatiecentrum De Hoogstraat)

drs. J.N. Struijs, dr. C.A. Baan (RIVM)

dr. A.H.M. Triemstra, dr. H.J. Sixma (NIVEL)

drs. N.J.A. van Exel (Erasmus MC, iMTA/iBMG)

Inhoudsopgave

	Vooraf	165
	Samenvatting	167
1	Omvang van het CVA-vraagstuk nu en in de toekomst <i>J.N. Struijs, G.A.M. van den Bos, C.A. Baan</i>	171
1.1	Het RIVM Chronische Ziekten Model	171
1.2	Incidentie en prevalentie	171
1.3	Sterfte	173
1.4	Conclusie	175
2	Complexe gezondheidsproblematiek <i>J.M.A. Visser-Meily, G.A.M. van den Bos</i>	178
2.1	Het ICF-model	178
2.2	Functies en stoornissen	179
2.3	Activiteiten en beperkingen	181
2.4	Kwaliteit van leven en participatie	181
2.5	Functioneren op langere termijn	182
2.6	Gezondheidgerelateerde problemen van mantelzorgers	182
2.7	Conclusie	183
3	Zorgtrajecten van CVA-patiënten en zorgkosten nu en in de toekomst <i>J.N. Struijs, G.A.M. van den Bos, N.J.A. van Exel, C.A. Baan</i>	188
3.1	Multidisciplinaire verscheidenheid aan zorgvoorzieningen	188
3.2	Kosten en kostenontwikkeling van de zorg voor CVA-patiënten	191
3.3	Conclusie	194
4	Organisatie en effectiviteit van de zorg: het perspectief van professionals <i>J.M.A. Visser-Meily, G.A.M. van den Bos</i>	198
4.1	Van gefragmenteerde zorg naar zorgketens	198
4.2	Behandelrichtlijnen	200
4.3	Conclusie	202

5	Kwaliteit van de zorg: het perspectief van CVA-patiënten	207
	<i>A.H.M. Triemstra, H.J. Sixma, G.A.M. van den Bos</i>	
5.1	Kwaliteit van de medische zorg	207
5.2	Kwaliteit van de verpleeghuiszorg	208
5.3	Kwaliteit van de thuiszorg	209
5.4	Conclusie	211
6	Werken aan de chronische zorg: imago en praktijk	215
	<i>G.A.M. van den Bos, J.M.A. Visser-Meily</i>	
6.1	Imago van de chronische zorg	215
6.2	Personeelsbehoefte in de sector verpleging en verzorging	216
6.3	Functiedifferentiatie in de chronische zorg	217
6.4	Ondersteuning van mantelzorgers	218
6.5	Zorgtechnologie	220
6.6	Van aanbodsturing naar vraagsturing	221
6.7	Van disease management naar disability management	222
6.8	Van de periferie naar de focus van wetenschappelijk onderzoek	223
6.9	Conclusie	224

Vooraf

Deze achtergrondstudie beoogt een beeld te geven van de ontwikkelingen in de vraag en het aanbod van de zorg voor CVA-patiënten ten behoeve van het RVZ-Advies Arbeidsmarkt en Zorgvraag. Aanleiding van dit advies is de verwachting dat in de toekomst onvoldoende arbeidskrachten beschikbaar zijn in het licht van de toenemende zorgbehoeften. In het bijzonder wordt daarbij aandacht gevraagd voor de te verwachten discrepanties tussen vraag en aanbod in de care-sector.

Ten behoeve van het RVZ-advies wordt het vraagstuk Zorgvraag en Arbeidsmarkt geïllustreerd aan de hand van twee ziektebeelden: CVA en dementie. Deze aandoeningen zijn door de RVZ geselecteerd vanwege de naar verhouding ernstige ziekte- en zorglast.

De zorg voor CVA-patiënten betreft een multidisciplinair vraagstuk. Voor de uitwerking van de achtergrondstudie is een multidisciplinaire onderzoeksgroep samengesteld, bestaande uit prof.dr. G.A.M. van den Bos (projectleider, AMC), dr. J.M.A. Visser-Meily (UMCU/ Revalidatiecentrum De Hoogstraat), drs. J.N. Struijs (RIVM), dr. C.A. Baan (RIVM), dr. A.H.M. Triemstra (NIVEL), dr. H.J. Sixma (NIVEL), drs. N.J.A. van Exel (Erasmus MC, iMTA/iBMG).

In dit rapport wordt achtereenvolgens ingegaan op de volgende vragen en de daarmee samenhangende implicaties voor de arbeidsmarkt:

1. Hoe groot is de te verwachten groei in het aantal CVA-patiënten?
2. Welke gezondheidgerelateerde problemen ervaren CVA-patiënten?
3. Wat is het huidige en toekomstige gebruik van voorzieningen voor CVA-patiënten?
4. Welke zorg is effectief en efficiënt voor CVA-patiënten?
5. Wat is bekend over de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van CVA-patiënten?
6. Welke belemmerende en bevorderende ontwikkelingen spelen een rol bij de inrichting van de chronische zorg voor CVA-patiënten?

G.A.M. van den Bos
april 2006

Samenvatting

Deze achtergrondnotitie beoogt een beeld te geven van de ontwikkelingen in de vraag en het aanbod van de zorg voor CVA-patiënten ten behoeve van het RVZ-Advies Arbeidsmarkt en Zorgvraag. Aanleiding van dit advies is de verwachting dat in de toekomst onvoldoende arbeidskrachten beschikbaar zijn in het licht van de toenemende zorgbehoeften. In het bijzonder wordt daarbij aandacht gevraagd voor de te verwachten discrepanties tussen vraag en aanbod in de care-sector.

Een beroerte of cerebrovasculair accident (CVA) is een groot probleem met hoge morbiditeit en mortaliteit. Het aantal CVA-patiënten zal in de komende jaren gestaag toenemen van circa 118.000 in 2000 tot circa 152.000 in het jaar 2020. De toename in patiëntenaantallen wordt vrijwel geheel verklaard door de demografische vergrijzing. De zorgvraag als gevolg van een CVA zal in de komende jaren aanzienlijk stijgen. De zorgvraag is naar verhouding het grootst in de lagere sociaal-economische groepen.

De exploraties van de trends in de prevalentie van hypertensie en roken hebben een marginaal effect op de patiëntenaantallen op de middellange termijn. Verwacht wordt dat een effectieve behandeling van mensen met hypertensie die momenteel niet behandeld worden, zal leiden tot een groot potentieel aan gezondheidswinst. De behandeling van hypertensie is dan ook een belangrijk onderwerp in het kader van cardiovasculaire preventie, waarbij steeds meer de aandacht gericht wordt op cardiovasculair risicomanagement. Een afname in de prevalentie van roken veroorzaakt een marginaal effect in een tijdsperiode van 20 jaar. Echter op lange termijn heeft een effectief rookontmoedigingsbeleid een grote impact op de morbiditeit en mortaliteit.

CVA-patiënten worden geconfronteerd met een scala van stoornissen en beperkingen op lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal gebied. Ook mantelzorgers laat een CVA niet onberoerd. Het ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health) biedt een leidraad voor de analyse en diagnostiek van gezondheidgerelateerde problemen en de daaraan gerelateerde zorgbehoeften en inzet van zorgverleners. Er blijkt een naar verhouding goed beeld te bestaan van de gezondheidgerelateerde problemen van CVA-patiënten in de acute fase en in de revalidatiefase, maar over het functioneren en de benodigde zorg op langere termijn is veel minder bekend. Gezien de gezondheidsproblematiek van CVA-patiënten is de zorg het best te kenschetsen als complex en multidisciplinair. Voorwaarde voor kwalitatief goede zorg is dat de professionals effectief interdisciplinair samenwerken in de ketenzorg. Daarnaast moeten hulpverleners beschikken over goede communicatieve vaardigheden om de informatie met zowel patiënt als familie te

kunnen bespreken. Binnen de opleiding van de verschillende vakgebieden zal er derhalve explicieter aandacht moeten worden geschonken aan deze competenties en aan de niet-medische gevolgen van CVA.

Daarnaast zal een hogere prioriteit gegeven moeten worden aan de ondersteuning van mantelzorgers.

Als gevolg van de demografische vergrijzing zullen de kosten van de professionele zorg en de (verborgen) kosten van de informele zorg aanzienlijk toenemen. Bij een gelijkblijvende organisatie van de zorg zullen de gezondheidszorgkosten voor CVA-patiënten in 2020 met ongeveer 28% toenemen, van € 1,6 miljard in 2000 tot ruim € 2 miljard in 2020. Geschat wordt dat de informele zorgkosten met ongeveer 30% toenemen tot bijna € 1,5 miljard in 2020. De totale kosten van de zorg voor CVA-patiënten in 2020 komen daarmee uit op € 3,5 miljard. De kostenname kan worden teruggedrongen door de verdere implementatie van stroke services. Hierdoor treedt wel een verschuiving op van de zorg richting de extramurale sector en de mantelzorg. Als gevolg hiervan is een stijging van arbeidsplaatsen in de thuiszorg én het welzijnswerk te verwachten. Daarnaast zal er mogelijk meer vraag zijn naar dagbehandeling en dagopvang zowel voor reguliere als voor respijtzorg. De arbeidsmarktimplicaties voor de revalidatie en verpleeghuiszorg zijn naar verwachting beperkt in omvang. De gemiddelde opnameduur van CVA-patiënten in verpleeghuizen zal mogelijk iets dalen, maar daartegenover staat dat er verschuivingen optreden in patiëntenstromen en zorgzwaarte. Verpleeghuizen zullen hun werkzaamheden in twee richtingen moeten uitbreiden: enerzijds effectieve reactivering van CVA-patiënten zodat zij binnen afzienbare termijn naar huis kunnen worden ontslagen, en anderzijds adequate stervensbegeleiding en terminale zorg van CVA-patiënten en ondersteuning en begeleiding van familie.

In de afgelopen jaren is er in de zorg voor CVA-patiënten veel ten goede veranderd. Door de ontwikkeling van stroke services kon de samenwerking verbeterd worden tussen de verschillende echelons - ziekenhuis, thuiszorg, verpleeghuis en revalidatiecentrum. Via doorbraakprojecten is de kennis van de nieuwe organisatie aangeboden aan meerdere regio's in Nederland. Niet alleen de samenhang in de zorg is verbeterd maar ook het gebruik van een registratiesysteem en van kwaliteitsindicatoren is toegenomen. De huisarts blijft in dit ketendenken tot dusverre enigszins uit beeld. Zowel organisatorisch als zorginhoudelijk is de zorg voor CVA-patiënten verbeterd door de gepubliceerde richtlijnen: richtlijn CBO, richtlijn voor de revalidatie, mantelzorg addendum, richtlijnen voor fysiotherapie en ergotherapie en de standaard CVA voor de huisarts. Aangezien de meeste richtlijnen van recente datum zijn, verdient de implementatie nog veel aandacht. De uitgebrachte richtlijnen hebben met name betrekking op de acute zorg in het ziekenhuis, de revalidatie en de huisartsenzorg. Er is nog weinig inzicht in de fase voorafgaand aan

de mogelijke ziekenhuisopname. Ook de chronische zorg en de chronische gevolgen van een CVA, met name de psychosociale problemen, zijn nog onderbelicht in de huidige richtlijnen.

Bij de kwaliteitsbewaking van de zorg worden in toenemende mate oordelen van patiënten betrokken. Terwijl de toetsing van de kwaliteit van de medische zorg primair vanuit het perspectief van professionals plaatsvindt, zijn in de chronische zorg oordelen van patiënten al vaker dé meetlat voor kwaliteit. Evaluaties van de chronische zorg vanuit patiëntenperspectief wijzen uit dat de kwaliteit in verpleeghuizen nog vaak niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg. De thuiszorg komt in hoge mate tegemoet aan de wensen en verwachtingen van CVA-patiënten maar er is ook ruimte voor verbetering, met name wat betreft veiligheid, informatie, communicatie over het zorgplan, bereikbaarheid, toegankelijkheid en continuïteit. Ook deze kwaliteitsaspecten vormen de knelpunten in de verpleeghuiszorg. Kwaliteitsborging van de chronische zorg voor CVA-patiënten vraagt om voldoende gekwalificeerd personeel met specifieke CVA-expertise en goede communicatieve vaardigheden. Tevens is gestructureerde coördinatie van de multidisciplinaire zorg noodzakelijk. Daarnaast is de beschikbaarheid van hulp in noodsituaties en zonodig 24-uurs zorg (op afroep) een belangrijke voorwaarde om de zorg in de thuissituatie te waarborgen.

Bij ongewijzigd beleid zal een kloof ontstaan tussen vraag en aanbod in de chronische zorg voor CVA-patiënten. Om deze kloof te dichten, dient geïnvesteerd te worden op velerlei fronten. Imagoversterking van de thuiszorg en verpleeghuiszorg is van belang om de chronische zorg als werkveld aantrekkelijker te maken. Verbetering van arbeidsvoorwaarden en opleidingscapaciteit is nodig om voldoende personeel te kunnen werven en behouden. Functiedifferentiaties als CVA-verpleegkundigen maken het werk interessanter en bieden personeel carrièreperspectieven. Door gestructureerde aandacht en passende ondersteuningsvoorzieningen voor mantelzorgers, en versterking van zelfmanagement en autonomie kan de vraag naar professionele zorg deels beperkt blijven. De arbeidsproductiviteit kan toenemen door de verdere ontwikkeling van zorgtechnologie. Bevordering van vraaggerichtheid en vraagsturing in de zorg verhoogt de doelmatigheid en de patiënttevredenheid. Intensivering van het wetenschappelijk onderzoek draagt bij aan de profilering en professionalisering van de chronische zorg.

Al deze investeringen hangen nauw met elkaar samen. Door niet te investeren blijft de chronische zorg een achterstand houden, zowel in de beeldvorming als in de praktijk. De toekomst, in onderzoek en praktijk, zal uitwijzen dat deze investeringen worden terugverdiend in meer doelmatige zorg én een hogere tevredenheid onder patiënten en zorgverleners.

1 Omvang van het CVA-vraagstuk nu en in de toekomst

J.N. Struijs, G.A.M. van den Bos, C.A. Baan

Cerebrovasculaire aandoeningen zijn epidemiologisch van groot belang. Een beroerte of cerebrovasculair accident (CVA) is een aanzienlijk probleem met hoge morbiditeit en mortaliteit. In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen beschreven op het gebied van incidentie, prevalentie en sterfte in de periode 2000-2020.

1.1 Het RIVM Chronische Ziekten Model

Met behulp van het RIVM Chronische Ziekten Model is nagegaan wat het effect is van demografische ontwikkelingen op de toekomstige omvang van het CVA-vraagstuk. Verwacht wordt dat het percentage mensen van 65 jaar en ouder in de periode 2000-2020 zal toenemen van 13,5% tot 18,4%, op basis van de CBS middenvariant van 2000.¹ Het percentage mensen van 75 jaar en ouder zal in deze periode stijgen van 6% tot 7,5%. Tevens wordt in het RIVM Chronische Ziekten Model rekening gehouden met twee belangrijke risicofactoren voor CVA, te weten hypertensie² en roken³. De trends in de prevalenties van hypertensie en roken over de periode 1997 tot en met 2000 zijn geëxtrapoleerd tot en met het jaar 2020. Een uitgebreide beschrijving van het RIVM Chronische Ziekten Model is elders gegeven.^{4,5,6}

1.2 Incidentie en prevalentie

In het RIVM Chronische Ziekten Model wordt de incidentie van CVA op basis van het gemiddelde van 5 huisartsregistraties^{7,8,9,10,11} in 2000 geschat op ongeveer 34.000 mensen: circa 14.000 mannen en 20.000 vrouwen.

Figuur 1.1 Ontwikkelingen in de incidentie van CVA gedurende de periode 2000-2020, uitgesplitst naar mannen en vrouwen (bewerking van Struijs et al, 2005⁴)



In een recent onderzoek van de Nederlandse Hartstichting is de incidentie in 2000 geschat op ongeveer 41.000.¹² De ondergrens van het 95% betrouwbaarheidsinterval van de schatting van de Nederlandse Hartstichting komt overeen met de hier gepresenteerde incidentieschatting. De incidentie is het hoogst in de lagere sociaal-economische groepen.¹³ De incidentie zal voor zowel mannen als vrouwen tot en met het jaar 2020 aanzienlijk stijgen (figuur 1.1).

De modelberekeningen laten een toename zien van ongeveer 6.000 mannelijke CVA-patiënten (een toename van 39%) en ongeveer 4.000 vrouwelijke CVA-patiënten (een toename van 21%). Dit komt neer op een toename van de CVA-incidentie van 29% voor de totale populatie. Circa 90% van deze toename wordt veroorzaakt door de demografische veranderingen als gevolg van de vergrijzing. Het effect van trends in de prevalenties van hypertensie en roken is marginaal in vergelijking met het effect van de demografische vergrijzing.

Het aantal patiënten dat in Nederland lijdt aan de gevolgen van een CVA, wordt in 2000 op basis van huisartsregistraties^{7,8,9} geschat op ongeveer 118.000 personen: circa 60.000 mannen en 58.000 vrouwen. De prevalentie is het hoogst in de laagste sociaal-economische groepen.¹⁴

Figuur 1.2. Ontwikkelingen in de prevalentie van CVA gedurende de periode 2000-2020, uitgesplitst naar mannen en vrouwen (bewerking van Struijs et al, 2005⁴)



De prevalentie zal de komende jaren aanzienlijk toenemen (figuur 1.2). Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het absolute aantal CVA-patiënten tussen 2000 en 2020 met 27% zal stijgen tot ongeveer 150.000 personen. Wanneer ook de extrapolaties van de trends in de prevalenties van hypertensie en roken worden meegenomen, stijgt het aantal CVA-patiënten met 29% ten opzichte van 2000 tot ongeveer 152.000 personen: 71.000 mannelijke CVA-patiënten en 81.000 vrouwelijke CVA-patiënten. De naar verhouding grotere toename van het aantal vrouwelijke CVA-patiënten is het gevolg van de hogere incidentie onder vrouwen. Dit hangt samen met de toekomstige vergrijzing en het veranderende rookgedrag van vrouwen in de afgelopen decennia. Daarnaast treedt in de incidentie ook een verschuiving op naar de hogere leeftijdscategorieën.

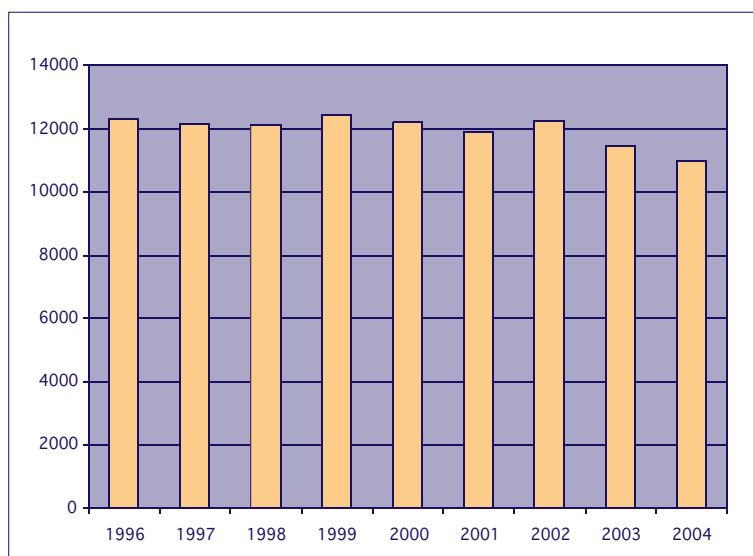
1.3 Sterfte

In 2020 overleden rond de 120.000 mensen aan de gevolgen van een CVA. Dit betreft ongeveer 25% van de sterfte binnen de groep hart- en vaatziekten en 8% van het totaal aantal overleden personen. De mortaliteit is afhankelijk van het type CVA. Het krijgen van een intracerebrale of subarachnoidale bloeding gaat gepaard met een hogere kans op sterfte dan het krijgen van een herseninfarct.^{15,16} Daarnaast bestaan er verschillen in sterfterisico's tussen sociaal-economische groepen. CVA-patiënten met een lagere sociaal-economische status hebben een hogere kans om te overlijden dan mensen met een hogere sociaal-economische status. Verwacht wordt dat deze sociaal-economische verschillen in de komende jaren niet zullen afnemen, gezien de trends in een aantal andere

Europese landen.¹⁷ Over de periode 1981-1995 zijn de relatieve verschillen in CVA-mortaliteit tussen de sociaal-economische groepen stabiel gebleven. De absolute sociaal-economische verschillen in CVA-mortaliteit zijn echter kleiner geworden, aangezien de CVA-mortaliteit gedurende deze periode was gedaald.

In Nederland zijn de sterftecijfers gedaald tot 1990. Daarna zijn de sterftecijfers stabiel gebleven rond de 12.000 mensen per jaar en sinds 2002 is een daling opgetreden (figuur 1.3).¹⁸

Figuur 1.3 Sterftecijfers als gevolg van CVA (primaire doodsoorzaak) gedurende de periode 1996-2004



Naast deze cross-sectionele gegevens zijn er ook gegevens bekend over de sterfte als gevolg van CVA uit een aantal longitudinale onderzoeken, te weten de ROSA-studie, de EDISSE-studie en een recent onderzoek van de Nederlandse Hartstichting in samenwerking met CBS en Prismant. In het ROSA-onderzoek, waarbij een ziekenhuispopulatie vanaf 1991-1992 vijf jaar werd gevolgd, bleek de cumulatieve sterfte na een half jaar 34% te bedragen, na 3 jaar 52% en na 5 jaar 63%.¹⁹

De resultaten van het EDISSE-onderzoek waarbij een ziekenhuispopulatie in 1999 en 2000 zes maanden werd gevolgd, toonde een significante verbetering in de cumulatieve sterfte na 14 dagen, maar deze was na een maand verdwenen.²⁰ Na een half jaar bleek de cumulatieve sterfte in de EDISSE-studie (29% in de regio Delft) niet significant te verschillen van de ROSA-studie. Vanwege de follow-up duur van 6 maanden kon de lange termijn sterfte in de EDISSE-studie niet worden gemeten. Nog

onduidelijk is of de implementatie van stroke services zal leiden tot een daling van de sterftcijfers.

Het onderzoek van de Nederlandse Hartstichting waarbij een ziekenhuispopulatie vanaf 1997 werd gevolgd door middel van een koppeling van verschillende registraties, toonde aan dat vijf jaar na een CVA nog 50% van de patiënten in leven was.¹⁵ In hoeverre deze daling in de lange termijn sterftcijfers ten opzichte van de ROSA-studie is toe te schrijven aan reële verschillen dan wel aan methodologische verschillen, is niet bekend.

In de komende decennia zal de sterfte als gevolg van een CVA hoog blijven. Modelberekeningen met behulp van het RIVM Chronische Ziekten Model laten zien dat het aantal CVA-patiënten in de leeftijdscategorie van 85 jaar en ouder procentueel meer toeneemt dan in de jongere leeftijdscategorieën. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat het overgrote deel van de patiënten zich niet in deze hoogste leeftijdsklasse bevindt, waardoor de impact van deze verschuiving op de ‘overall’ CVA-mortaliteit niet groot zal zijn.

1.4 Conclusie

Het aantal CVA-patiënten zal in de komende jaren gestaag toenemen van circa 118.000 in 2000 tot circa 152.000 in het jaar 2020. De toename in patiëntenaantallen wordt vrijwel geheel verklaard door de demografische vergrijzing. De zorgvraag als gevolg van een CVA zal in de komende jaren aanzienlijk stijgen. De zorgvraag is naar verhouding het grootst in de lagere sociaal-economische groepen.

De exploraties van de trends in de prevalenties van hypertensie en roken hebben een marginaal effect op de patiëntenaantallen op de middellange termijn. Verwacht wordt dat een effectieve behandeling van mensen met hypertensie die momenteel niet behandeld worden, zal leiden tot een groot potentieel aan gezondheidswinst. De behandeling van hypertensie is dan ook een belangrijk punt in het kader van cardiovasculaire preventie, waarbij steeds meer de aandacht gericht wordt op cardiovasculair risicomanagement. Een afname in de prevalentie van roken veroorzaakt een marginaal effect in een tijdsperiode van 20 jaar. Echter op lange termijn heeft een effectief rookontmoedigingsbeleid een grote impact op de morbiditeit en mortaliteit.

Verhoudingsgewijs komen in 2020 meer mensen met een CVA voor in de hoogste leeftijdscategorie ten opzichte van 2000. Hierbij dient men zich wel te realiseren dat ook in 2020 het overgrote deel van de patiënten zich niet in de hoogste leeftijdscategorie bevindt. Onduidelijk is wat hiervan de gevolgen zijn voor de zorgvraag. Enerzijds zou de zorgvraag kunnen afnemen als gevolg van de kortere levensduur. Anderzijds is het mogelijk dat er in de verkorte resterende levensduur een intensievere zorgvraag optreedt.

Literatuur

- ¹ www.cbs.nl/Statline, 2000.
- ² Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002;360:1903-1913.
- ³ Shinton R, Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *BMJ* 1989;318:937-941.
- ⁴ Struijs JN, van Genugten MLL, Evers SMAA, Ament AJ, Baan CA, van den Bos GAM. Modeling the future burden of stroke in the Netherlands: the impact of aging, hypertension and smoking. *Stroke* 2005;36:1648-1655.
- ⁵ Hoogenveen RT, de Hollander AEM, van Genugten MLL. The chronic diseases modeling approach. Bilthoven: RIVM, 1998.
- ⁶ Hoogenveen RT, Gijsen R, van Genugten MLL, Kommer GJ, Schouten JSAG, de Hollander AEM. Nederlandse DisMod. De constructie van consistente gegevensverzamelingen voor de modellering van chronische ziekten. Bilthoven: RIVM, 1998.
- ⁷ van de Lisdonk EH, van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.
- ⁸ van der Meer V, de Waal MWM, Timmers AP, de Bock GH, Springer MP. Hoe up-to-date is het medisch dossier? Een onderzoek op vijf lokaties. *Huisarts en Wetenschap* 2001;44:194-197.
- ⁹ Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de, Groenewegen PP, Zee J van der, Bensing JM. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden. *Huisarts en Wetenschap* 2003;46:7-12.
- ¹⁰ Metsemakers, JFM. Unlocking patients' records in general practice for research, medical education and quality assurance: the Registration Network Family Practices. Maastricht: Maastricht University, 1994.

- ¹¹ Okkes IM, Polderman GO, Fryer GE, Yamada T, Bujak M. The role of family practice in different health care systems. A comparison of reasons for encounter, diagnosis, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland and the United States. *J Fam Pract* 2002;51:72-73.
- ¹² Bots ML, Berger-van Sijl M, Jager-Geurts MH, Bos M, Reitsma JB, Breteleur MMB, De Bruin A. Incidentie van cerebrovasculaire ziekte in Nederland in 2000. In: Jager-Geurts MH, Peters RJG, van Dis SJ, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2006, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2006.
- ¹³ Smits JP, Westert GP, van den Bos GAM. Socioeconomic status of very small areas and stroke incidence in the Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:637-640.
- ¹⁴ van den Bos GAM, Smits JP, Westert GP, van Straten A. Socioeconomic variations in the course of stroke: unequal health outcomes, equal care? *J Epidemiol Community Health* 2002;56:943-948.
- ¹⁵ Bots ML, Jager-Geurts MH, Berger-van Sijl M, Reitsma JH, Dippel D, de Bruin A. Kans op overlijden na een eerste ziekenhuisopname voor een cerebrovasculaire aandoening in Nederland. In: Jager-Geurts MH, Peters RG, van Dis S.J., Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2006, cijfers over ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2006.
- ¹⁶ van Straten A, Reitsma JB, Limburg M, van den Bos, GAM, de Haan, RJ. Impact of stroke type on survival and functional health. *Cerebrovasc Dis* 2001;12:27-33.
- ¹⁷ Avendano M, Kunst AE, van Lenthe F, Bos V, Costa G, Valkonen T, Cardano M, Harding S, Borgan JK, Glickman M, Reid A, Mackenbach JP. Trends in socioeconomic disparities in stroke mortality in six European countries between 1981-1985 and 1991-1995. *Am J Epidemiol* 2005;161:52-61.
- ¹⁸ Statistics Netherlands (CBS). www.cbs.nl/en/statLine/index.html. 2000.
- ¹⁹ Scholte op Reimer, WJM. Long-term care after stroke, studies on care utilisation, quality of care and burden of caregiving. PhD Thesis, University of Amsterdam, 1999.
- ²⁰ Huijsman R, Klazinga NS, Scholte op Reimer WJM et al. Beroerte, beroering en borging in de keten. Resultaten van de Edisse-studie van drie regionale experimenten met stroke service. Den Haag: ZonMw / Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2001.

2 Complexe gezondheidsproblematiek

J.M.A. Visser-Meily, G.A.M. van den Bos

CVA-patiënten worden geconfronteerd met een scala van stoornissen en beperkingen op lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal gebied. Ook mantelzorgers laat een CVA niet onberoerd. In dit hoofdstuk wordt een beeld gegeven van de gezondheidgerelateerde problemen van CVA-patiënten en hun mantelzorgers.

2.1 Het ICF-model

Een beroerte of cerebrovasculair accident (CVA) wordt gekenmerkt door plotseling optredende verschijnselen van een focale stoornis in de hersenen, waarvoor geen andere oorzaak aanwezig is dan een vasculaire stoornis.¹ Veelal is sprake van somatische en psychische comorbiditeit.²

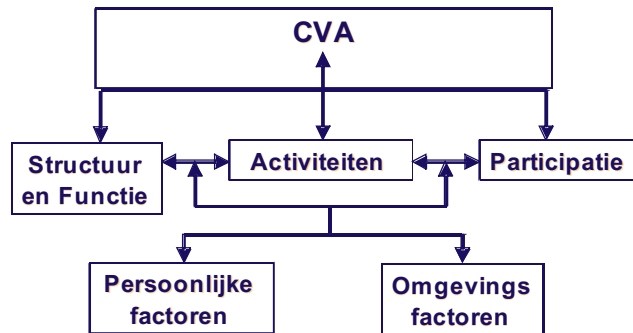
Om de gevolgen van een CVA in beeld te brengen, wordt onderscheid gemaakt naar een drietal fasen. Het uitgangspunt is dat de patiënt die een CVA heeft doorgemaakt, in iedere fase de meest passende zorg, revalidatie, ondersteuning en begeleiding zou moeten krijgen.

- De *acute fase*: de eerste dagen
Bij een CVA moet snel en adequaat gereageerd worden om de schade aan de hersenen te beperken en complicaties te voorkomen. De acute fase is gericht op observatie, klinisch onderzoek en medische behandeling.
- De *revalidatie fase*: direct na de acute fase
Deze fase is gericht op een zo goed mogelijk herstel met aandacht voor informatieverstrekking, educatie en training. Hierbij worden revalidatiearts, verpleeghuisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, maatschappelijk werker en andere professionals zoals neuropsychologen ingeschakeld.
- De *chronische fase*: na circa een half jaar
Het gaat in de chronische fase om het leren omgaan met blijvende beperkingen, ondersteuning en begeleiding. De huisarts, thuiszorg, mantelzorg en verpleeghuiszorg vervullen in deze fase een belangrijke functie.

Gezondheidgerelateerde problemen kan men in kaart brengen via het ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health).³ Dit classificatiemodel vervangt sinds 2001 het ICIDH-model (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)

van de World Health Organisation (WHO).⁴ De ICF-classificatie kent de domeinen functies en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie (figuur 2.1), en biedt een leidraad voor de analyse en diagnostiek van gezondheidsproblemen en de daaraan gerelateerde zorgbehoeften en inzet van zorgverleners.

Figuur 2.1 Het ICF-model



2.2 Functies en stoornissen

Een beroerte kan leiden tot een groot aantal stoornissen, zowel lichamelijke als cognitieve en emotionele stoornissen.^{5,6} De op de voorgrond staande stoornissen worden hier besproken.

Parese / paralyse

Bij 80%-90% van de CVA-patiënten bestaat er krachtverlies in tenminste één ledemaat in het acute stadium, na 6 maanden heeft nog ongeveer de helft motorische uitval. De handhaving van evenwicht en houding kan verstoord zijn, waardoor een verhoogd risico op vallen ontstaat. De ernst van de verlamming is een weerspiegeling van de ernst van de schade aan de hersenen en is daarmee een belangrijke factor in het herstel na een CVA.⁷

Paramedici, zoals fysiotherapeut en ergotherapeut, richten hun oefentherapie op deze stoornis en de consequenties hiervan.

Slikstoornissen

Bij ongeveer 50% van de CVA-patiënten treden in het acute stadium slikstoornissen op die tot ernstige consequenties (onder andere aspiratiepneumonie) kunnen leiden. Het plaatsen van een neusmaagsonde is dan noodzakelijk om de patiënt te voeden. De slikstoornissen zijn in de meeste gevallen van voorbijgaande aard.

Het is de taak van de verpleging, de arts en de logopedist om een slikstoornis te constateren en te behandelen.

Spraak- en taalstoornissen

De spraak kan zijn aangedaan doordat verlammingen van de spieren van de lippen, tong en gehemelte de vorming van spraakklanken bemoeilijken. Daarnaast heeft ongeveer de helft van de patiënten in het acute stadium een taalprobleem. Zowel het begrijpen als het uiten van gesproken en/of geschreven taal is in meer of mindere mate gestoord.

Deze stoornissen worden behandeld door de logopedist en neuropsycholoog.

Cognitieve problemen

Cognitieve stoornissen zijn stoornissen in de volgende domeinen: ziekte-inzicht, waarneming, aandacht, geheugen, planning, handelen en communicatie. Het zijn onzichtbare problemen en komen vaak voor na een beroerte. De eerste weken na de beroerte worden prevalenties gevonden van 40%-75% afhankelijk van de locatie van de lesie.^{8,9,10} De meeste mensen met cognitieve problemen in het acute stadium hebben deze problemen ook nog na een half jaar, hoewel er meestal wel herstel optreedt.¹¹ Vermindering van cognitieve capaciteit heeft invloed op het dagelijks en sociaal functioneren, op de zorglast voor de partner en op revalidatiemogelijkheden. Meerdere beroertes kunnen leiden tot het beeld van vasculaire dementie. Deze onderscheidt zich van de ziekte Alzheimer door zijn wisselende beloop, een voorgeschiedenis van beroertes en focale afwijkingen bij neurologisch onderzoek. Hoe groot het percentage is van patiënten met een dementie bij wie een vasculaire oorzaak de hoofdrol speelt, is vooral door gebrek aan goede criteria voor de diagnose niet bekend.

Neuropsychologen diagnosticeren deze stoornissen en geven uitleg aan patiënt en familie. Ergotherapeuten, cognitief therapeuten maar ook alle teamleden leren patiënten strategieën hoe om te gaan met de stoornissen.

Depressie en vermoeidheid

Depressie is een aanzienlijk probleem na een beroerte. De prevalentie ervan varieert in de verschillende overzichtsstudies (afhankelijk van het instrument, de populatie, de definitie en het tijdstip). In een recente studie werd een cumulatieve incidentie gevonden van 23% tot 39% tot 1 jaar na CVA.¹² Op basis van huisartsenregistraties in Nederland wordt een prevalentie van 9% waargenomen.² Er blijkt geen goede herkenning van depressieve klachten door de huisarts plaats te vinden.¹³ Ook neigen patiënten ertoe om met hun depressieve klachten na een beroerte niet naar de huisarts te gaan.¹⁴

Depressie heeft een relatie met ernstige fysieke beperkingen, meer handicaps, langer verblijf in het ziekenhuis, verminderde sociale activiteit en verminderde kwaliteit van leven. Daarnaast is depressie in het acute stadium een belangrijke voorspeller voor vermoeidheid na 1 jaar en voor vallen¹⁵ en achteruitgang in mobiliteit in de chronische fase.^{16,17} Er bestaan meerdere theorieën over de onderliggende mechanismen waar-

door depressie na een beroerte voorkomt, zoals locatie van de lesie, psychologische reactie op de beroerte en de ‘vasculaire depressie’ hypothese.¹⁸ Ook vermoeidheid is een veel voorkomend en vaak blijvend probleem, zelfs bij mensen die relatief goed herstellen.¹⁹ Artsen, psychologen en verpleegkundigen hebben een taak in het opsporen en behandelen van een depressie.

2.3 Activiteiten en beperkingen

In verschillende studies wordt gerapporteerd dat na 6 maanden nog een kwart van de patiënten problemen heeft met lopen en nog een derde beperkt is in het doen van boodschappen, vrijetijdsbesteding, werk en autorijden. Eén op de drie CVA-patiënten heeft hulp nodig bij het doen van boodschappen, één op de vier bij het verplaatsen buitenshuis en het bereiden van de maaltijd, en de helft bij het huishoudelijk werk. Geschat wordt dat CVA-patiënten twee tot drie keer zoveel hulp nodig hebben als gezonde leeftijdsgenoten.²⁰ Er zijn weinig studies verricht naar predictoren van dagelijkse en sociale activiteiten. In een revalidatiepopulatie bleken leeftijd, geslacht, mate van ADL-afhankelijkheid, communicatie en motorische mogelijkheden en het feit of men al dan niet samenwonend was, bij de start van de revalidatie de sociale activiteiten na 1 jaar goed te kunnen voorspellen.²¹

2.4 Kwaliteit van leven en participatie

De kwaliteit van leven van patiënten met een beroerte is lager dan van gezonde ouderen. De veranderde vrijetijdsbesteding is van grote invloed op de verminderde kwaliteit van leven.²² In een review²³ bleken de volgende variabelen een positieve relatie te hebben met kwaliteit van leven: onafhankelijkheid van anderen voor ADL, functionele mogelijkheden, sociale steun en voorzieningen in de gezondheidszorg. Een negatieve relatie hebben de volgende variabelen: psychische problemen, ernst van afasie, disfunctionele reacties op de ziekte, pessimisme en onmogelijkheid om terug te keren naar het werk. In de diverse studies kon het grootste deel van de variantie in de kwaliteit van leven van CVA-patiënten worden verklaard door depressie. In een longitudinale studie (4-18 maanden na een beroerte) verbeterde de kwaliteit van leven.²⁴ Dit suggereert een zekere mate van adaptatie. Depressie bleek ook in deze studie de belangrijkste determinant. Naast psychische comorbiditeit heeft lichamelijke comorbiditeit een negatief effect op de kwaliteit van leven.^{25,26}

2.5 Functioneren op langere termijn

Over het functioneren van CVA-patiënten meer dan 1 jaar na een beroerte, de chronische fase, is weinig bekend. Bij één op de vijf CVA-patiënten (matig aangedane, relatief jonge groep) neemt de mobiliteit af tussen 1 en 3 jaar.¹⁴ Inactiviteit, cognitieve problemen, depressie en vermoeidheid bleken 1 jaar na CVA voorspellers voor mobiliteit na 3 jaar. Patiënten met een beroerte hebben op langere termijn een groot en verhoogd risico om te vallen (2,2 keer zo vaak als gezonde leeftijdsgenoten). Het hebben van depressieve klachten bleek een duidelijke voorspeller voor vallen.¹⁵ Uit de ROSA-studie bleek dat de prognose in termen van de functionele gezondheid ongunstig was. Een half jaar na de beroerte was 55% van de overlevende patiënten niet in staat om een volledig onafhankelijk bestaan te leiden, na 3 jaar was dit 51% en na 5 jaar 43%.²⁷ Na 5 jaar was 63% van de totale onderzoeksgroep overleden. Kwaliteit van leven, beperkingen op langere termijn en mortaliteit hebben een relatie met leeftijd, geslacht, comorbiditeit, ernst van de beroerte, recidief beroerte en ernst van de beperkingen na de beroerte.^{22,28,29}

2.6 Gezondheidgerelateerde problemen van mantelzorgers

Na opname in het ziekenhuis keert circa 60% van de CVA-patiënten weer terug naar huis.³⁰ Eenmaal thuis wordt naast professionele zorg vooral zorg verleend door de naasten van de CVA-patiënten, die als gevolg daarvan een hoge zorglast kunnen ervaren.^{31,32,33,34} Deze zorglast wordt aangegeven in termen van zware verantwoordelijkheid, onduidelijkheid over de zorgbehoeften van de patiënt, constante bezorgdheid, verminderde sociale contacten en het gevoel er alleen voor te staan. De ervaren zorglast hangt samen met de ernst van de lichamelijke en cognitieve beperkingen van de CVA-patiënt, maar vooral ook met partnerkenmerken zoals hoge leeftijd, persoonlijkheidskenmerken, gezondheidssituatie, ADL-beperkingen, emotionele problemen, en de hoeveelheid taken die partners verlenen. Een hoge zorglast kan leiden tot verminderde kwaliteit van leven, hogere mortaliteit en depressie bij mantelzorgers. In een recente studie was het percentage depressie bij de naasten in alle fasen (acute, revalidatie en chronische fase) 30% en hoger dan bij de patiënten.³⁵ Depressie van de partner kan van invloed zijn op de stemming van de CVA-patiënt.

Met name partners krijgen een zware taak. Zij staan voor de opgave hun rol van partner te combineren met de rol van zorgverlener én met hun rol van cliënt en zorgvrager omdat ook zij ondersteuning behoeven.³⁶ Ook kinderen ondervinden de gevolgen van een CVA. Bij opname van een ouder in een revalidatiecentrum bleek 54% van de kinderen emotionele of gedragsmatige problemen in de (sub)klinische range te hebben.³⁷ Deze problemen hingen samen met de door de gezonde ouder hoeveel-

heid ervaren zorglast en niet met kenmerken van de ouder met de beroerte of met de gegeven steun vanuit het revalidatiecentrum. Het aantal kinderen met problemen nam in de tijd af. Na 1 jaar ondervond 29% van de kinderen problemen.³⁸

2.7 Conclusie

Gezien de gezondheidsproblematiek van CVA-patiënten is de zorg het best te kenschetsen als complex en multidisciplinair. Huisartsen, medisch specialisten, paramedici, psychologen, verpleegkundigen en mantelzorgers hebben allen een belangrijk aandeel in de zorg. Uit de bespreking blijkt dat een naar verhouding goed beeld bestaat van de gezondheidgerelateerde problemen van CVA-patiënten in de acute fase en in de revalidatiefase, maar dat over het functioneren en de benodigde zorg op langere termijn veel minder bekend is.

Bij de zorg voor CVA-patiënten zijn niet alleen veel verschillende disciplines betrokken, deze werken vaak ook nog op verschillende plaatsen in de zorgketen. Voorwaarde voor kwalitatief goede zorg is dan ook dat de professionals doelmatig kunnen overleggen met collegae en andere zorgverleners en effectief interdisciplinair kunnen samenwerken in de ketenzorg. Daarnaast moeten hulpverleners beschikken over goede communicatieve vaardigheden om de informatie met zowel patiënt als familie te kunnen bespreken. Aangezien de problematiek vaak complex is en informatie overdraagbaar moet zijn in de keten, dient er een goede verslaglegging plaats te vinden. Naast het bezitten van adequate kennis en vaardigheden naar de stand van het vakgebied moeten zorgverleners ook competent zijn op het gebied van professioneel en sociaal handelen. Binnen de opleiding van de verschillende vakgebieden zal er derhalve explicieter aandacht moeten worden geschonken aan al deze competenties en aan de niet-medische gevolgen van CVA. Aan het nog nieuwe vak 'multidisciplinair werken en leren' zal meer handen en voeten moeten worden gegeven.³⁹ Daarnaast zal een hogere prioriteit gegeven moeten worden aan de ondersteuning van mantelzorgers.

Literatuur

- ¹ World Health Organization.
http://www.who.int/ncd_surveillance/steps/stroke/en/flyerStroke2.pdf, 2005.
- ² Nuyen J, Schellevis FG, Satariano WA, Spreeuwenberg PM, Birkner MD, van den Bos GAM, Groenewegen PP. Comorbidity associated with neurological and psychiatric diseases: a general practice based controlled study. *Journal of Clinical Epidemiology* (accepted).
- ³ International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. WHO: Geneva, 2001. Nederlandse vertaling: WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands. Bilthoven: RIVM, 2002.
- ⁴ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva: WHO, 1980.
- ⁵ Adviesrapport Nederlandse Hartstichting: psychosociale zorg bij hart- en vaatziekten. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2006 (in druk).
- ⁶ de Boer J, Boersma SN, de Gucht VMJ, Maes, S, Schulte-van Maaren YWM. Psychosociale problemen bij hart- en vaatziekten. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2005.
- ⁷ Warlow CP, Dennis MS, van Gijn J, Hankey GJ, Sandercock PAG, Bamford JM, Wardlaw J. *Stroke, a practical guide to management*. Blackwell Science Ltd. USA 1996.
- ⁸ Nijs GMS. The neuropsychology of acute stroke, characterisation and prognostic implications. PhD Thesis, University of Utrecht, 2005.
- ⁹ van Zantvoort M. Cognitive function following single lacunar infarct. PhD Thesis, University of Utrecht, 2001.
- ¹⁰ Hochstenbach J. The cognitive, emotional and behavioural consequences of stroke. PhD Thesis, University of Nijmegen, 1999.
- ¹¹ Rasquin SM, Loder J, Ponds RW, Winkens I, Jolles J, Verhey FR. Cognitive functioning after stroke : a one-year follow-up study. *Dementia and geriatric Cognitive Disorders* 2004;18;138-144.
- ¹² Berg A, Palomäki H, Lönnqvist J, Lehtihalmes M, Kast M. Depression among caregivers of stroke survivors. *Stroke* 2005;36:639-643.

- ¹³ Nuyen J, Volkers AC, Verhaak PFM, Schellevis FG, Groenewegen PP, van den Bos GAM. Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric comorbidity. *Psychological Medicine* 2005;35:1185-1195.
- ¹⁴ Aben I. Post-stroke depression. The need for a biopsychosocial approach. PhD Thesis, University of Maastricht, 2004.
- ¹⁵ Jorgensen L, Engstad T, Jacobsen BK. Higher incidence of falls in long-term stroke survivors than in population controls. Depressive symptoms predict falls after stroke. *Stroke* 2002;33:542-547.
- ¹⁶ Schepers VP, Visser-Meily AM, Ketelaar M, Lindeman E. Post-stroke fatigue: course and its relation to personal and stroke-related factors. *Arch Phys Med Rehabil* 2006;87:184-188.
- ¹⁷ van de Port IG, Kwakkel G, van Wijk I, Lindeman E. Susceptibility to deterioration of mobility long-term after stroke: a prospective cohort study. *Stroke* 2006;37:167-171.
- ¹⁸ Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silberweig D, Charlson M. 'Vascular depression' hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:915-922.
- ¹⁹ Schepers V, Visser-Meily JMA, Ketelaar M, Lindeman E. Poststroke fatigue: course and its relation to personal and stroke-related factors. *Arch Phys Med Rehabil* 2006;87:184-188.
- ²⁰ Clarke P. Well-being after stroke in Canadian Seniors. Findings from the Canadian study of health and aging. *Stroke* 2002;33:1016-1021.
- ²¹ Schepers VP, Visser-Meily AM, Ketelaar M, Lindeman E. Prediction of social activity 1 year poststroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:1472-1476.
- ²² Desrosiers J. Participation after stroke compared to normal aging. *J Rehabil Med* 2005;37:353-357.
- ²³ Bays CL. Quality of life of stroke survivors: a research synthesis. *J Neurosci Nurs* 2001;33:310-316.
- ²⁴ Jönsson AC, Lindgren I, Hallstrom B, Norrving B, Lindgren A. Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers *Stroke* 2005;36:803-808.

- ²⁵ Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GAM. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol* 2001;54:661-674.
- ²⁶ Heijmans MJWM, Rijken PM, Schellevis FG, van den Bos GAM. Meer dan een ziekte; de gevolgen van comorbiditeit vanuit het perspectief van chronisch zieken en gehandicapten. Amsterdam: AMC/UvA; Utrecht: NIVEL, 2003.
- ²⁷ van Straten A van, Reitsma JB, Limburg M, van den Bos GAM, de Haan RJ. Impact of stroke type on survival and functional health. *Cerebrovascular Diseases* 2001;12:27-33.
- ²⁸ Pettersen R, Dahl T, Bruun Wyller T. Prediction of long-term functional outcome after stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2002;16:149-159.
- ²⁹ Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ, Forbes S, Anderson CS. Long-term disability after first-ever stroke and related prognostic factors in the Perth Community Stroke Study, 1989-1990. *Stroke* 2002;33:1034-1040.
- ³⁰ Scholte op Reimer WJM. Long-term care after stroke, studies on care utilisation, quality of care and burden of caregiving. PhD Thesis, University of Amsterdam, 1999.
- ³¹ Visser-Meily JMA. Caregivers, partners in stroke rehabilitation. PhD Thesis, University of Utrecht, 2005.
- ³² Scholte op Reimer WJM, de Haan RJ, Rijnders PT, Limburg M, van den Bos GAM. The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke* 1998;29:1605-11.
- ³³ van Exel NJA, Koopmanschap MA, van den Berg B, Brouwer WBF, van den Bos GAM. Burden of informal caregiving for stroke patients. Identification of caregivers at risk of adverse health effects. *Cerebrovascular Diseases* 2005;19:11-17.
- ³⁴ van Exel NJ, Brouwer WBF, van den Berg B, Koopmanschap MA, van den Bos GAM. What really matters: an inquiry into the relative importance of dimensions of informal caregiver burden. *Clinical Rehabilitation* 2004;18:683-693.
- ³⁵ Berg A, Palomäki H, Lönnqvist J, Lehtihalmes M, Kast M. Depression among caregivers of stroke survivors. *Stroke* 2005;36:639-643.

- ³⁶ Visser-Meily A, Post M, Gorter JW, van Berlekom SB, van den Bos GAM, Lindeman E. Rehabilitation of stroke patients needs a family-centered approach. *Disability and Rehabilitation* (accepted).
- ³⁷ Visser-Meily A, Post M, Meijer AM, Maas C, Ketelaar M, Lindeman E. Children's adjustment to a parent's stroke: determinants of health status and psychological problems, and the role of support by the rehabilitation team. *J Rehabil Medicine* 2005;37:236-241.
- ³⁸ Visser-Meily A, Post M, Meijer AM, van de Port I, Maas C, Lindeman E. When a parent has a stroke: course and prediction of mood, behaviour problems and health status of their children. *Stroke* 2005;36:2436-4240.
- ³⁹ Bolhuis, S. (2005). Samenwerken in de gezondheidszorg. Leren in de opleiding en/of in de praktijk? *Opleiding & Ontwikkeling* 2005;3:13-16.

3 Zorgtrajecten van CVA-patiënten en zorgkosten nu en in de toekomst

J.N. Struijs, G.A.M. van den Bos, N.J.A. van Exel, C.A. Baan

CVA-patiënten krijgen te maken met een scala van voorzieningen.^{1,2} Naast de vele professionele hulpverleners vervullen informele zorgverleners een centrale rol. In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de zorgtrajecten van CVA-patiënten en van de kostenontwikkeling over de periode 2000-2020. Onderzocht is wat de effecten zijn van de demografische vergrijzing en de implementatie van stroke services op de kostenontwikkeling voor de ziekenhuiszorg, extramurale zorg, institutionele zorg en informele zorg.

3.1 Multidisciplinaire verscheidenheid aan zorgvoorzieningen

Huisartsenzorg

Volgens de richtlijnen dienen huisartsen iedere patiënt te verwijzen naar het ziekenhuis voor het stellen van de definitieve diagnose en het opstellen van een revalidatieplan.³ Geschat wordt dat 30-50% van alle patiënten die een beroerte krijgen, niet wordt opgenomen in het ziekenhuis.⁴ Het gaat daarbij zowel om patiënten met een reversibele CVA als om CVA-patiënten met een slechte prognose.⁵ In ongeveer 10% van de gevallen wordt de waarschijnlijkheidsdiagnose CVA herzien in het ziekenhuis.³ Een CVA-patiënt heeft jaarlijks gemiddeld 13,1 (deel)contacten met zijn huisarts, waarvan 1,9 contacten in verband met CVA-gereleerde klachten.⁶ Dit aantal betreft zowel consulten in de huisartspraktijk en telefonische consulten als thuisvisites.

Ziekenhuiszorg / medisch specialisten

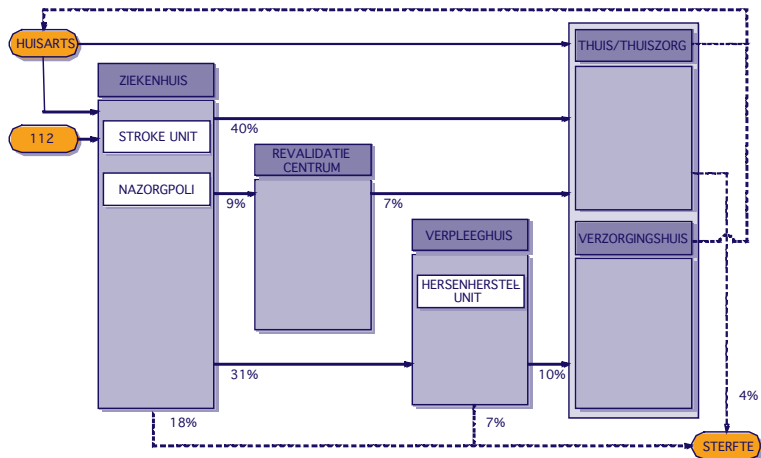
In 2000 hebben 29.500 klinische ziekenhuisopnamen met de diagnose beroerte plaatsgevonden.⁷ De gemiddelde verpleegduur in het ziekenhuis was hierbij 21,2 dagen. Experimenten met stroke services toonden aan dat de gemiddelde verpleegduur aanzienlijk kan afnemen tot gemiddeld 13 verpleegdagen.²

Voor de beschrijving van de zorgtrajecten van CVA-patiënten na ontslag uit het ziekenhuis en de kostenberekeningen is gebruik gemaakt van gegevens uit twee multicenter studies:

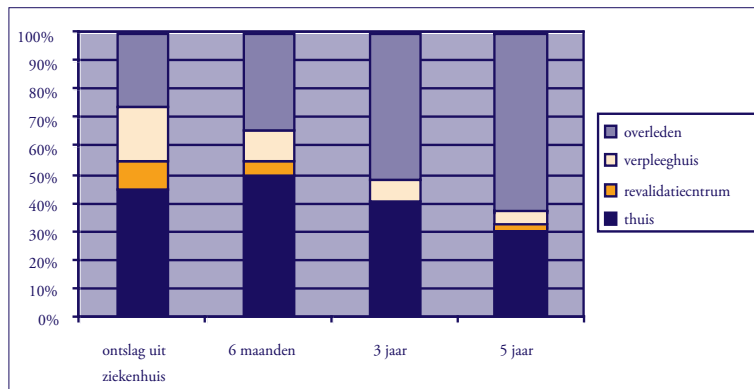
- de EDISSE-studie^{2,8,9,10} een gecontroleerd experiment met stroke services van medio 1999 tot eind 2000, waarbij een ziekenhuispopulatie werd gevolgd tot 6 maanden na het CVA en
- de ROSA-studie^{11,12,13} waarbij een ziekenhuispopulatie 5 jaar werd gevolgd over de periode 1991-1997.

De gegevens uit deze projecten worden in figuur 3.1 en 3.2 samenvattend weergegeven.

Figuur 3.1 Zorgtrajecten tot 6 maanden na het CVA op basis van de EDISSE-studie



Figuur 3.2 Zorgtrajecten tot 5 jaar na het CVA op basis van de ROSA-studie



Zorg in de thussituatie

In de ROSA-studie - de reguliere zorg in de negentiger jaren - bleek het grootste deel van de overlevenden naar huis terug te keren (circa 60%). In het experiment met de stroke services bleek dit percentage lager te liggen (circa 47%) omdat vanwege de gemiddeld kortere ziekenhuisopname meer mensen ontslagen werden naar een verpleeghuis. Zes maanden na het CVA had circa 40% van de patiënten paramedische zorg van fysiotherapeut, ergotherapeut of logopedist; circa 45% had thuiszorg; circa 50% maakte gebruik van hulpmiddelen; circa 30% kreeg psychosociale hulp.

In de tijdsperiode tussen een half jaar en 5 jaar na het CVA nam het zorggebruik af voor een groot aantal zorgvoorzieningen, met name voor fysiotherapie en ergotherapie (afname van respectievelijk 13% en 11%). Het gebruik van huishoudelijke hulp, hulpmiddelen en woonaanpassingen nam daarentegen toe (met respectievelijk 9%, 10% en 42%). Uit deze cijfers kan worden opgemaakt dat het zorggebruik op langere termijn overgaat van revaliderende cure naar meer permanente care.

Revalidatiezorg

Circa 12%-14% van de overlevenden wordt na ziekenhuisopname doorverwezen voor klinische revalidatie naar het revalidatiecentrum. Een kwart van alle bedden in revalidatiecentra wordt bezet door patiënten met een beroerte. De gemiddelde leeftijd van deze populatie is 56 jaar, relatief jong dus.¹⁴ Patiënten zijn gemiddeld 3 maanden opgenomen en 90% kan naar huis worden ontslagen. Ongeveer 20% hiervan verblijft na 6 maanden nog in de revalidatiekliniek. In de periode 3 jaar na het CVA verblijft vrijwel geen enkele patiënt (meer) in het revalidatiecentrum. Mensen die ontslagen worden uit het ziekenhuis naar de eigen woonomgeving, kunnen wel ook dagbehandeling krijgen in een revalidatiecentrum.

Verpleeghuiszorg

In de EDISSE-studie blijkt ongeveer 39% van de patiënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen, te worden opgenomen in het verpleeghuis: 29% op een revalidatieafdeling en 10% op een verblijfsafdeling. In 2001 bedroeg het gemiddeld aantal wachtdagen voor ontslag naar het verpleeghuis 18 dagen. Ongeveer 10% wordt ontslagen naar een verzorgingshuis. Het percentage patiënten dat na ontslag uit het ziekenhuis in het verpleeghuis wordt opgenomen, is in het EDISSE-experiment met stroke services aanmerkelijk hoger dan in de ROSA-studie, respectievelijk 39% en 26%. Dit verschil hangt samen met de aanzienlijk kortere verpleegduur op stroke units in vergelijking met de reguliere ziekenhuiszorg in de negentiger jaren (respectievelijk 13 en 27 dagen¹³). Echter ook het gemiddeld aantal verpleegdagen in het verpleeghuis is in de meest succesvolle stroke services (regio Delft) lager dan in de standaardzorg in de controleregio's (73 dagen versus 100 dagen). Dit kan gedeeltelijk verklaard worden door het optredende fenomeen van 'ziekenhuisverplaatste sterfte'. Dit wil zeggen dat een deel van de sterfte in het ziekenhuis verplaatst wordt naar het verpleeghuis, als gevolg van een kortere opnameduur in het ziekenhuis en eerder ontslag richting verpleeghuis. Hierdoor overlijden relatief meer patiënten in het verpleeghuis, hetgeen resulteert in een kortere gemiddelde verpleegduur. Indien hiermee rekening wordt gehouden (gemiddelde verpleegduur van overlevenden), blijft het gemiddeld aantal verpleegdagen in het verpleeghuis in de meest succesvolle stroke services nog steeds lager dan in de reguliere zorg in de andere regio's.²

Informele zorg

Naast professionals zijn vaak ook informele zorgverleners betrokken bij de zorg voor CVA-patiënten. Thuiswonende CVA-patiënten krijgen gemiddeld 5 uur per dag ondersteuning van familie, vrienden of andere vrijwilligers met bijvoorbeeld huishoudelijke taken, praktische zaken en persoonlijke verzorging.^{15,16} De informele zorg maakt een aanzienlijk deel uit van de zorg. Geschat wordt dat van het totaal aantal uren dat aan de verzorging van hulpbehoevenden wordt besteed, 80% voor rekening van mantelzorgers komt.¹⁷ Bij de toenemende extramuralisering van de zorg voor chronisch zieken, bijvoorbeeld door de verdere implementatie van stroke services, zal de druk op informele zorgverleners vermoedelijk alleen maar toenemen.

Gezien de complexe zorgbehoefte van veel CVA-patiënten, is het ook relevant aandacht te besteden aan het persoonsgebonden budget (PGB). Mensen komen in aanmerking voor een PGB als alternatief voor zorg in natura, indien men door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geïndiceerd is voor één van de volgende zorgfuncties: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding of tijdelijk verblijf (logeeropvang). Eind 2005 maakten bijna 78.000 mensen gebruik van een PGB. Hiervan is 35% 65 jaar of ouder. Budgethouders kopen met hun PGB zorg in bij mantelzorgers, professionele hulpverleners en zorginstellingen. In totaal gaat er € 1 miljard om in de PGB-regeling, waarvan ongeveer 38% wordt besteed aan het vergoeden van mantelzorgers. Daarmee beslaat het budget 4% van de totale kosten van de AWBZ.^{18,19} Het is niet bekend hoeveel CVA-patiënten gebruik maken van een PGB.

3.2 Kosten en kostenontwikkeling van de zorg voor CVA-patiënten

Op basis van de EDISSE-studie is een kostenschatting gemaakt van de zorg voor CVA-patiënten.⁹ Omdat de EDISSE-studie een follow-up duur had van 6 maanden, is voor de kostenschatting van de zorg vanaf 6 maanden na het CVA gebruik gemaakt van de ROSA-studie.¹³

Wanneer de geschatte zorgkosten per CVA-patiënt (gespecificeerd naar leeftijd en geslacht) worden gecombineerd met de incidentie en prevalentie van CVA (gespecificeerd naar leeftijd en geslacht) kan een schatting worden gemaakt van de totale zorgkosten voor CVA-patiënten in 2000 en de toekomstige ontwikkelingen hierin. Hierbij is gebruik gemaakt van het RIVM Chronische Ziekten Model.²⁰

Baseline scenario

De totale gezondheidszorgkosten voor CVA-patiënten in 2000 bedragen € 1,62 miljard. Deze kosten zijn onderverdeeld naar ziekenhuiszorg (€ 454 miljoen), extramurale zorg, bestaande uit paramedische zorg, thuiszorg, medicatie, hulpmiddelen en woningaanpassingen (€ 233 miljoen) en institutionele zorg, namelijk revalidatie- en verpleeghuiszorg (€ 930 miljoen). Het bedrag van € 1,62 miljard komt overeen met 4,4% van het totale gezondheidszorgbudget.

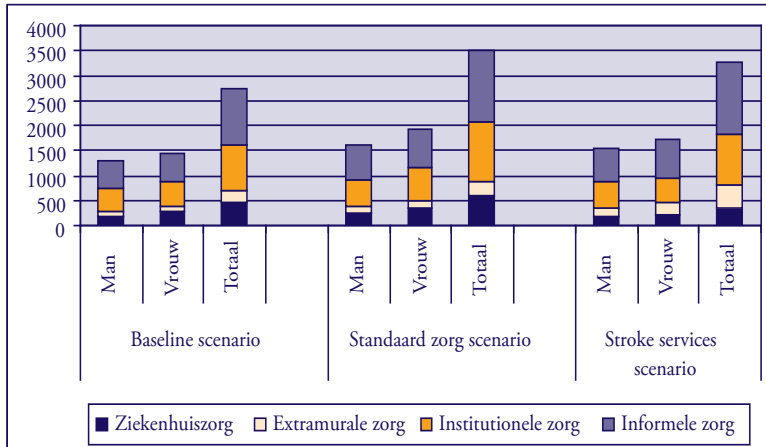
Daarnaast is ook een schatting gemaakt van de informele zorgkosten. De inzet van mantelzorgers wordt ten onrechte vaak als gratis aangemerkt.²¹ Ten eerste gaat de tijd die mantelzorgers aan de zorgtaak besteden, veelal ten koste van andere activiteiten, bijvoorbeeld huishouden, vrijetijdsbesteding of (on)betaald werk. Dit kan leiden tot derving van inkomen en welzijnsverlies bij mantelzorgers. Eén op de vier mantelzorgers combineert de zorgtaak met (on)betaald werk en 6% van de mantelzorgers geeft aan gestopt te zijn met werken om zorg te kunnen (blijven) verlenen. Bovendien maken mantelzorgers vaak extra kosten, bijvoorbeeld voor vervoer, oppas voor de patiënt of thuiswonende kinderen, of een particuliere hulp. Van de mantelzorgers jonger dan 65 jaar levert 17% inkomen in, 69% van de mantelzorgers maakt extra kosten, en 7% komt in financiële problemen als gevolg van mantelzorg.

Er zijn in het recente verleden verschillende methoden gebruikt om mantelzorg monetair te waarderen, leidend tot een 'kostprijs' van mantelzorg die varieert tussen € 7,80 en € 17,34 per uur.²²

Een *best 'guesstimate'* is € 10 per uur, een bedrag dat goed overeenkomt met hetgeen mantelzorgers die uit een persoonsgebonden budget worden vergoed, over het algemeen betaald krijgen.²³ Bij de kostenschatting van de informele zorg is aangenomen dat alle thuiswonende CVA-patiënten informele zorg krijgen. De kosten voor de informele zorg in 2000 worden geschat op € 1,1 miljard.

Indien de kosten van de informele zorg worden meegerekend, kunnen de totale zorgkosten oplopen tot ruim € 2,7 miljard.

Figuur 3.3 Totale kosten van de zorg voor CVA-patiënten in 2000 en 2020 op basis van twee projecties: het standaard zorg scenario en het stroke services scenario (bewerking van Struijs et al, 2006²⁰)



Figuur 3.3 toont de totale kosten van de zorg voor CVA-patiënten in 2000, het zogenaamde ‘baseline scenario’, en de totale kosten van de zorg voor CVA-patiënten in 2020 op basis van een ‘standaard zorg scenario’ en op basis van een landelijke implementatie van stroke services in 2020, het zogenaamde ‘stroke services scenario’. In het standaard zorg scenario blijft de organisatie van de zorg voor CVA-patiënten onveranderd ten opzichte van 2000. In de scenario’s is een constant prijsniveau verondersteld (prijsniveau 2000) en er is, bij gebrek aan betrouwbare alternatieve gegevens, uitgegaan van gelijke mantelzorgbehoefte in beide scenario’s. De werkelijke kosten in 2020 zullen als gevolg van loon- en prijsontwikkelingen aanzienlijk hoger liggen dan de hier gepresenteerde gegevens. In het stroke services scenario is gebruik gemaakt van de kostengegevens van de meest succesvolle stroke service (regio Delft).

Standaard zorg scenario

Bij een gelijkblijvende organisatie van de zorg zullen de totale gezondheidszorgkosten voor CVA-patiënten in 2020 met ongeveer 28% toenemen, van € 1,6 miljard in 2000 tot ruim € 2 miljard in 2020. Ook voor de verschillende sectoren bedraagt de toename rond 28%. De kostenstijging wordt voor het overgrote deel veroorzaakt door demografische veranderingen als gevolg van de vergrijzing en veel minder door epidemiologische trends in risicofactoren (zie hoofdstuk 1). Geschat wordt dat de informele zorgkosten met ongeveer 30% toenemen tot bijna € 1,5 miljard in 2020. De totale kosten van de zorg voor CVA-patiënten in 2020 komt daarmee op € 3,5 miljard.

Stroke services scenario

Indien in 2020 stroke services landelijk zijn geïmplementeerd, zullen de totale gezondheidszorgkosten voor CVA-patiënten minder sterk stijgen, namelijk tot ongeveer € 1,8 miljard. Wanneer ook de informele zorgkosten in beschouwing worden genomen, komen de totale kosten van de zorg in 2020 uit op € 3,3 miljard.

De ziekenhuiskosten nemen in vergelijking met het standaard zorg scenario (€ 586 miljoen) met 38% af tot € 366 miljoen. Dit wordt veroorzaakt door een aanzienlijke kortere opnameduur (van 21 verpleegdagen in het standaard zorg scenario naar 13 verpleegdagen in het stroke services scenario).

De kosten van de revalidatie- en verpleeghuiszorg zijn ook lager dan in het standaard zorg scenario en komen uit op € 1,0 miljard (in plaats van € 1,2 miljard). Deze daling hangt samen met de gemiddeld kortere verpleegduren in verpleeghuizen als gevolg van de 'ziekenhuisverplaatste sterfte'. De extramurale kosten nemen in het stroke services scenario toe met 45% tot € 430 miljoen ten opzichte van het standaard zorg scenario (€ 295 miljoen). De kosten van de extramurale zorg zijn hoger voor vrouwen, alleenstaanden en voor patiënten van 75 jaar en ouder, voornamelijk als gevolg van de grotere inzet van hulpverleners.

3.3 Conclusie

Als gevolg van de demografische vergrijzing zullen de kosten van de professionele zorg en de (verborgen) kosten van de informele zorg aanzienlijk toenemen. De kostentoeename kan worden teruggedrongen door de verdere implementatie van stroke services. Hierdoor treedt wel een verschuiving op van de zorg richting de extramurale sector en de mantelzorg. Als gevolg hiervan is een stijging van arbeidsplaatsen in de thuiszorg én het welzijnswerk te verwachten, door de stijgende behoefte aan ondersteuning van het toenemend aantal thuiswonende CVA-patiënten en hun informele zorgverleners. Daarnaast zal er mogelijk meer vraag zijn naar dagbehandeling en dagopvang.

De arbeidsmarktimplicaties voor de revalidatie en verpleeghuiszorg zijn naar verwachting beperkt in omvang. De gemiddelde opnameduur van CVA-patiënten in verpleeghuizen zal mogelijk iets dalen, maar daar tegenover staat dat er verschuivingen zullen optreden in patiëntenstromen en zorgzwaarte. Verpleeghuizen dienen er rekening mee te houden dat zij als gevolg van de verkorte opnameduur in het ziekenhuis meer reactiveringspatiënten in zorg krijgen met mogelijk een hogere zorgbehoefte, maar ook te maken krijgen met 'verplaatste sterfte'.

Verpleeghuizen zullen als gevolg hiervan hun werkzaamheden binnen hun instellingen in twee richtingen moeten uitbreiden: enerzijds effectieve reactivering van CVA-patiënten zodat zij binnen afzienbare termijn naar huis kunnen worden ontslagen, en anderzijds adequate stervens-

begeleiding en terminale zorg van CVA-patiënten en ondersteuning en begeleiding van familie.

Literatuur

- ¹ Baan CA, Hutten JBF, Rijken PM (red.). Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: RIVM / Utrecht: Nivel, 2003.
- ² Huijsman R, Klazinga NS, Scholte op Reimer WJM et al. Beroerte, beroering en borging in de keten. Resultaten van de Edisse-studie van drie regionale experimenten met stroke service. Den Haag: ZonMw / Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2001.
- ³ Limburg M, Tuut MK. CBO-Richtlijn 'Beroerte' (Herziening). [CBO Guideline 'Stroke' (Revision) Dutch Institute for Healthcare Improvement]. Ned Tijdschr Geneeskd 2000;144:1058-62.
- ⁴ RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, www.rivm.nl.
- ⁵ van Straten A, Reitsma JB, Limburg M, van den Bos GAM, de Haan RJ. Impact of stroke type on survival and functional health. Cerebrovascular Diseases 2001;12:27-33.
- ⁶ Struijs JN, Baan CA, Slobbe LCJ, Droomers M, Westert GP. Koppeling van geanonimiseerde huisartsgegevens aan ziekenhuis-registraties. Bilthoven: RIVM, 2004.
- ⁷ www.prismant.nl.
- ⁸ van Wijngaarden JDH, Scholte op Reimer WJM, van Exel NJA, Klazinga NS, Huijsman R. Coördinatie in zorgketens: meer continuïteit, beter resultaat. Acta Hospitalia 2004;44:21-38.
- ⁹ van Exel NJA, Koopmanschap MA, van Wijngaarden JDH, Scholte op Reimer WJM. Costs of stroke and stroke services: determinants of patient costs and a comparison of costs of regular care and care organised in stroke services. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2003;1:2.
- ¹⁰ van Exel NJA, Koopmanschap MA, Scholte op Reimer WJM, Niessen LW, Huijsman R. Cost- effectiveness of integrated stroke services: a prospective study in 411 Dutch patients. QJM 2005;98: 415-425.
- ¹¹ Scholte op Reimer WJM. Long-term care after stroke, studies on care utilisation, quality of care and burden of caregiving. PhD Thesis, University of Amsterdam, 1999.
- ¹² van Straten A. Quality of hospital care and health outcomes after stroke. PhD Thesis, University of Amsterdam, 2000.

- ¹³ Bergman L, van der Meulen JH, Limburg M, Habbema JD. Costs of medical care after first-ever stroke in the Netherlands. *Stroke* 1995;26:1830-1836.
- ¹⁴ Visser Meily JMA. Caregivers, partners in stroke rehabilitation. PhD Thesis, University of Utrecht, 2005.
- ¹⁵ van Exel NJA, van den Berg B, van den Bos GAM, Koopmanschap MA, Brouwer WBF. Mantelzorg in Nederland: een situatieschets van mantelzorgers bereikt via de Steunpunten Mantelzorg. Rotterdam: Erasmus MC, iMTA / Bilthoven: RIVM, 2002, www.imta.nl/publications/0258a.html.
- ¹⁶ van Exel NJA, Koopmanschap MA, van den Berg B, Brouwer WBF, van den Bos GAM. Burden of informal caregiving for stroke patients: identification of caregivers at risk of adverse health effects. *Cerebrovascular Diseases* 2005;19:11-17.
- ¹⁷ Knipscheer K (red). Dilemma's in de mantelzorg. Utrecht: NIZW, 2004.
- ¹⁸ Zie: <http://www.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden-budget-pgb/feiten-en-cijfers-pgb>.
- ¹⁹ Ramakers C, van den Wijngaart M. Persoonsgebonden budget en mantelzorg. Onderzoek naar de aard en omvang van de betaalde en onbetaalde mantelzorg. Nijmegen: ITS, 2005.
- ²⁰ Struijs JN, van Genugten MLL, Baan CA, Evers SMAA, van den Bos GAM. Modeling the future costs of stroke in the Netherlands: impact of stroke services. Submitted 2006.
- ²¹ van Exel NJA, van den Berg B, Koopmanschap MA, van den Bos GAM, Brouwer WBF. Informele zorg: een goed om te waarderen. *TSG* 2004;82:236-242.
- ²² van den Berg B. Informal care: an economic approach. PhD Thesis, Erasmus University Rotterdam, 2005.
- ²³ van den Berg B, Schut FT. Het einde van gratis mantelzorg? *ESB* 2003;88 (4413):464-467.

4 Organisatie en effectiviteit van de zorg: het perspectief van professionals

J.M.A. Visser-Meily, G.A.M. van den Bos

Tot voor kort was de zorg voor CVA-patiënten sterk versnipperd en was er nauwelijks sprake van coördinatie en afstemming tussen de betrokken hulpverleners en voorzieningen. Ook vakinhoudelijk was de zorg verre van optimaal. De laatste jaren is er in de zorg voor CVA-patiënten veel veranderd. Door de organisatie van de zorg in stroke services is er een meer samenhangende zorg ontstaan en door de ontwikkeling van evidence based behandelrichtlijnen kon de effectiviteit van de zorg worden bevorderd. In dit hoofdstuk worden deze ontwikkelingen nader besproken.

4.1 Van gefragmenteerde zorg naar zorgketens

De veranderingen in de organisatie van de zorg over de afgelopen 15 jaar laten zich illustreren aan de hand van publicaties van de Nederlandse Hartstichting (NHS) en enkele multicenter onderzoeken.

De in 1995 verschenen publicatie *Zorg na een beroerte*¹ van de Nederlandse Hartstichting en het ROSA-onderzoek^{2,3} over de periode 1991-1997 lieten zien dat de zorg zowel in de acute fase als in de revalidatiefase en chronische fase niet toereikend was. Uit het ROSA-onderzoek bleek bijvoorbeeld dat 44% van de in het ziekenhuis opgenomen CVA-patiënten niet de medische zorg kreeg die destijds volgens richtlijnen en aanbevelingen was aangewezen, zoals het verrichten van een CT scan of het voorschrijven van een anti-hypertensivum bij hypertensieve patiënten.⁴ Daarnaast was er in de zorg onvoldoende aandacht voor de gevolgen en problemen op langere termijn van CVA-patiënten en hun naasten. Patiënten in de revalidatiefase en chronische fase ervoeren over de gehele linie zorgtekorten: op het gebied van paramedische zorg, psychosociale zorg, ADL-ondersteuning en hulpmiddelen.⁵

Deze publicaties over de situatie in de negentiger jaren lieten zien dat er weinig samenhang was in de zorg. De verschillende echelons - ziekenhuis, thuiszorg, verpleeghuis, revalidatiecentrum - kenden elkaar niet en de zorg was niet op elkaar afgestemd.

Door de ontwikkeling van stroke services kon de samenwerking verbeterd worden.

In 1997 ging een 6-jarig NHS-programma CVA/Stroke Services van start. Stroke services zijn door de NHS gedefinieerd als regionale zorgketens van zorgverleners die gezamenlijk als netwerk een integrale, deskundige en samenhangende zorg en behandeling voor CVA-patiënten

waarborgen in alle fasen van de aandoening.⁶ Begeleiding van de mantelzorg maakt expliciet deel uit van het zorg- en behandelplan in elke schakel van de keten. Onderdeel van de stroke service is de stroke unit, een afdeling gericht op adequate diagnostiek, zorg en behandeling in de acute fase na een CVA.

De EDISSE-studie, een gecontroleerd experiment in 6 regio's van medio 1999 tot eind 2000, toonde aan dat stroke services regionaal sterk verschillen.^{7,8} In de regio met duidelijke afspraken over inhoudelijke en organisatorische samenwerking resulteerde de invoering van stroke services aantoonbaar in betere gezondheidseffecten voor de patiënt, een kortere ligduur in het ziekenhuis, minder verkeerde beddagen, een grotere kosteneffectiviteit en meer tevredenheid bij patiënten en hulpverleners. Deze uitkomsten betroffen de eerste 6 maanden na een CVA.

In 2000 verscheen het rapport *Stroke services in Nederland* van de Nederlandse Hartstichting met een inventarisatie van de opzet, knelpunten en mogelijkheden voor het organiseren van de CVA-zorg.⁹ Vervolgens verscheen het rapport *Stroke Services anno 2003*.¹⁰ Daaruit blijkt dat de aandacht voor samenhangende zorg na een beroerte aanmerkelijk is toegenomen. Het aantal stroke services steeg van 13 in 1997 naar 69 in 2003. Geconcludeerd wordt dat Nederland voldoende gedekt lijkt met stroke services om alle CVA-patiënten binnen een dergelijke zorgketen te kunnen behandelen, maar dat men nog kampt met problemen rond een vlotte doorstroming en de financiering.

De kennis uit de EDISSE-studie is tussen 2002 en 2004 aan 23 andere regio's aangeboden in een Doorbraak proces, onder leiding van het CBO. In deze regio's worden stroke services opgezet naar het voorbeeld van de best practice in het EDISSE-onderzoek. Ingrediënten voor een goed functionerende zorgketen zijn onder meer het invoeren van effectieve behandelmethoden (trombolysen), het voorkomen van onnodig wachten en het verbeteren van nazorg en informatie. Het is vrijwel alle regio's gelukt een registratie van doorstroming te starten en de routing van patiënten door de keten inzichtelijk te maken.¹¹

Een tweede vervolgonwikkeling naar aanleiding van de EDISSE-studie is het opzetten van benchmarks: gestandaardiseerde kenmerken waarmee stroke services onderling zijn te vergelijken, bijvoorbeeld op ligduur, tevredenheid van de patiënten en het goed naleven van protocollen. Door te benchmarken is het mogelijk regionale verschillen in uitkomsten te verminderen en zo landelijk betere uitkomsten te realiseren. Een benchmark levert zorgverleners en managers een spiegel van elkaars best practices en maakt verbeteracties mogelijk. Het rapport *Stroke services gespiegeld* maakt duidelijk dat het benchmarken van zorgketens haalbaar is en dat ook het selecteren van best practices realiseerbaar is.¹²

Binnen de stroke service krijgen de verpleeghuizen een duidelijke rol in het revalideren van met name de oudere CVA-patiënt. Uit recente publicaties¹³ blijkt dat bij effectieve verwijzing van patiënten vanuit de stroke unit naar een verpleeghuis kortdurende reactivering mogelijk is. Binnen 3 maanden keerde 63% van de CVA-patiënten (voornamelijk 70+) en binnen 6 maanden 82% terug naar huis. Tot nu toe vinden assessment en triage in het ziekenhuis plaats door het revalidatieteam, vaak onder leiding van de revalidatiearts. Mogelijk vindt in de toekomst, bij verdere verkorting van de ligduur, de triage in het verpleeghuis plaats. Goede samenwerking tussen revalidatiegeneeskunde en verpleeghuis-geneeskunde is hiervoor een voorwaarde.

Deze beschrijving wijst uit dat er veel verbeterd is in de organisatie van de zorg voor CVA-patiënten. De huisarts blijft in dit 'ketendenken' tot dusverre enigszins uit beeld. Er is ook nog weinig inzicht in wat er gebeurt in de fase voorafgaand aan de ziekenhuisopname. Geschat wordt dat 30-50% van alle patiënten die een beroerte krijgen, niet wordt opgenomen in het ziekenhuis.¹⁴ Een groot deel van de patiënten wordt, ondanks een intensieve landelijke publiekscampagne van de NHS voor snelle insturing (herken een beroerte 'FAST'), niet aangeboden aan het ziekenhuis. Vooral de zorg in de acute ziekenhuisfase en revalidatiefase is geoptimaliseerd. De chronische fase is nog een niemandsland. Wel worden er op verschillende plaatsen nazorgprogramma's opgezet. Iedere regio geeft op zijn eigen manier vorm aan nazorgpoli's door revalidatie-artsen en/of verpleegkundigen of huisbezoeken door verpleegkundigen of huisartsen. Meestal is deze zorg gelimiteerd tot 1 jaar na de beroerte. Deze huidige vorm van begeleiding heeft tot nu toe veel advisering en ondersteuning in zich. De evidence voor deze interventies is er nog niet. Hoe de zorg in de chronische fase georganiseerd moet zijn, is nog niet duidelijk. Ook is het een groot probleem dat de patiënt en zijn partner in deze fase vaak uit beeld zijn voor de tweede lijn en dat de eerste lijn nog niet zo georganiseerd is dat er op vaste tijden gestructureerd patiënten en familieleden worden gescreend. Er zou daarbij meer aandacht moeten komen voor de monitoring van patiënten en familieleden met een risicoprofiel (ouderen, alleenstaand, comorbiditeit, depressieve symptomen, weinig sociale steun, afwachtende houding).

4.2 Behandelrichtlijnen

Over de effectiviteit van de behandeling is de laatste jaren veel gepubliceerd en er verschenen een aantal richtlijnen en standaarden. Deze richten zich met name op de acute en revalidatie fase. Aangezien enkele richtlijnen pas recent zijn verschenen, verdient de implementatie nog veel aandacht.

Zorgketen

	Acute fase	Revalidatie fase	Chronische fase
- Richtlijn Beroerte (CBO) 2000 ¹⁵	++	+	
- Stroke Unit advies (NHS) 2001 ¹⁶	++	+/-	
- Richtlijnen voor revalidatie na een beroerte (NHS) 2001 ¹⁷	+	++	
- Zorg voor de mantelzorg, addendum bij Richtlijnen voor revalidatie na een beroerte (NHS) 2004 ¹⁸	+	++	+/-
- Richtlijn beroerte voor FT (KNGF) 2004 ¹⁹	+	++	+/-
- Standaard 'CVA' van het Nederlands Huisartsen Genootschap 2004 ²⁰	+	++	+
- Richtlijn: Ergotherapie na een beroerte (NVET) 2005 ²¹	++	++	+/-

De medische zorg voor CVA-patiënten is verbeterd. De recent gepubliceerde standaard CVA van het Nederlandse Huisartsen Genootschap sluit aan bij gewijzigde inzichten omtrent het gebruik van stroke-units en trombolysen. De standaard geeft aan dat de meeste patiënten met een CVA moeten worden verwezen voor opname op de stroke unit en bij patiënten met een CVA dat minder dan 3 uur geleden begonnen is, dienen patiënten met spoed te worden verwezen om in aanmerking te kunnen komen voor trombolysen. Behandeling van 7 patiënten met trombolysen redt één extra patiënt van de dood of van een chronisch verblijf in het verpleeghuis. Een meta-analyse toonde aan dat met trombolysen de kans op een gunstige uitkomst groter is dan met placebo.²² Een intensievere toepassing van trombolysen zal niet alleen de sterftecijfers gunstig beïnvloeden maar ook een gunstig effect hebben op de hulpbehoefte van CVA-patiënten.²³ In verband met de strenge voorwaarden die aan de behandeling met trombolysen worden gesteld, komt hooguit 20% van de tot nu toe verwezen patiënten in aanmerking voor deze behandeling. Momenteel bestaat er een grote variatie tussen Nederlandse ziekenhuizen in het percentage CVA-patiënten dat trombolysen krijgt toegepast, variërend van 0% tot 17% van de patiënten.¹² Dit impliceert dat hier nog een groot potentieel aan gezondheidswinst te behalen valt. Er zijn daarnaast aanwijzingen dat onder bepaalde voorwaarden trombolysen ook tot 6 uur na het ontstaan van nut kan zijn. Dit is nog onderwerp van studie. Om zowel het dokters- als patiënt-delay te verkleinen, is er in 2005 een uitgebreide campagne gevoerd door de Nederlandse Hartstichting om de FAST-test²⁴ (bevindingen in face-arm-speech-time) bekend te maken bij het brede publiek. Deze test is ook in de NHG standaard opgenomen. De stroke unit is meer dan een speciale ruimte. De kracht van de stroke unit is gelegen in de systematische benadering van diverse problemen en in samenwerking op basis van gemeenschappelijke richtlijnen door medewerkers van verschillende disciplines (trombose profylaxe, bloeddrukregulering, bestrijding van koorts etc). Ook voor intracerebrale bloeding wordt gezocht naar behandeling in het acute stadium.

Recombinant geactiveerd factor VII lijkt op deze vraag het antwoord. Om het veronderstelde gunstig effect te bevestigen, is in 2005 een grote fase-III-trial gestart.

Er is voldoende bewijs voor de effectiviteit van *oefenprogramma's* mits intensief, taakgericht en snel na de beroerte aangeboden.²⁵ Ook is er voldoende bewijs voor cognitieve en communicatieve oefenprogramma's.²⁶ In de richtlijnen is er naast de aandacht voor de fysieke problemen ook veel aandacht geschonken aan de cognitieve problemen en de consequenties hiervan. De richtlijnen voor fysiotherapie en ergotherapie zijn vooral geschreven voor de revalidatiefase. Hoe, door wie en welke patiënten (bijvoorbeeld met valrisico) langer gevolgd moeten worden, is niet duidelijk.

De begeleiding van de *mantelzorgers* verandert in de tijd. In de eerste instantie zal er veel en herhaaldelijk informatie moeten worden aangeboden. In de latere fase lijkt counseling tot nu toe het meest effectief. Dit is meer dan een luisterend oor aanbieden. Deze methode richt zich op het leren omgaan met de nieuwe levenssituatie.²⁷ In internationale studies bleek deze methode ook telefonisch effectief.

De *psychosociale problemen* als gevolg van een chronische aandoening zijn nog onderbelicht. Psychosociale begeleiding zou integraal deel moeten uitmaken van de reguliere zorg. De NHG-standaard geeft aan dat huisartsen CVA-patiënten dienen te beschouwen als chronisch zieken die op gezette tijden controles behoeven. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan om te kunnen bepalen hoe die controles er uit moeten zien. Ook programma's die zich richten op 'omgaan met een veranderd leven', empowerment, counseling, rouwverwerking en adaptatie zijn bij CVA-patiënten nog niet onderzocht hoewel deze vormen van psychosociale ondersteuning meer aansluiten op veranderingsprocessen die chronisch zieken doormaken en bij andere ziektebeelden effectief bleken.

4.3 Conclusie

In de afgelopen jaren is er door verandering in de organisatie van de zorg in stroke services een meer samenhangende zorg ontstaan. Via doorbraakprojecten is de kennis van de nieuwe organisatie aangeboden aan meerdere regio's in Nederland. Niet alleen de samenhang in de zorg is verbeterd, maar ook het gebruik van een registratiesysteem en van kwaliteitsindicatoren is toegenomen maar dit heeft nog veel verbetering.

Zowel organisatorisch als zorginhoudelijk is de zorg voor CVA-patiënten verbeterd door de gepubliceerde richtlijnen. Aangezien de meeste richtlijnen van recente datum zijn, moet er veel meer aandacht geschonken

worden aan het implementeren en naleven hiervan. Om tot inhoudelijke verandering in de zorg te komen zijn cursussen, workshops en intercollegiale toetsing systemen nodig. Veelal is het onduidelijk onder wiens verantwoordelijkheid deze verandering in de zorg valt, gezien het multidisciplinaire karakter van de zorg.

De uitgebrachte richtlijnen hebben met name betrekking op de acute zorg in het ziekenhuis, de revalidatie en de huisartsenzorg. Er is echter nog weinig inzicht in de fase voorafgaand aan de mogelijke ziekenhuisopname. Een groot deel van de patiënten wordt ondanks richtlijnen en campagnevoering voor snelle opname in verband met trombolysmogelijkheden niet aangeboden aan het ziekenhuis. Ook de chronische zorg en de chronische gevolgen van een CVA, met name de psychosociale problemen, zijn nog onderbelicht in de huidige richtlijnen. Er zou in onderzoek meer aandacht moeten uitgaan naar de wetenschappelijke onderbouwing van de chronische zorg en de ontwikkeling van richtlijnen.

Om de chronische zorg aan CVA-patiënten meer handvatten te kunnen geven, zal er ook samenwerking gezocht moeten worden met hulpverleners betrokken bij andere groepen chronisch zieken, zoals de dementiezorg. In de opleiding voor hulpverleners die te maken krijgen met ziekten die chronisch zijn, zoals CVA, zal er meer aandacht moeten zijn voor systeemdenken. Hulpverleners kiezen een beroep om zorg te verlenen voor de patiënt (patient-centred). Veel duidelijker moet worden gesteld dat het sociaal netwerksysteem van de patiënt al aan de start van de zorgverlening moet worden meegenomen, in de diagnostische, revalidatie én chronische fase.

Literatuur

- ¹ Zorg na een beroerte, M. Meyboom-de Jong (eindredactie). Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 1995.
- ² van Straten A. Quality of hospital care and health outcomes after stroke. PhD Thesis, University of Amsterdam, 2000.
- ³ Scholte op Reimer WJM. Long-term care after stroke, studies on care utilisation, quality of care and burden of caregiving. PhD Thesis, University of Amsterdam, 1999.
- ⁴ van Straten A, van der Meulen JHP, Habbema JDF, van Crevel H, Limburg M. Quality of hospital care for stroke patients in the Netherlands. *Cerebrovascular Diseases* 1997;7:251-257.
- ⁵ Scholte op Reimer WJM, de Haan RJ, Rijnders PT, Limburg M, van den Bos GAM. Unmet care demands as perceived by stroke patients: deficits in health care? *Quality in Health Care* 1999;8:30-35.
- ⁶ Stolker DHCM. Samen werken in de stroke service: ervaringen met samenwerking in de zorg voor CVA-patiënten en hun naasten. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 1997.
- ⁷ Huijsman R, Klazinga NS, Scholte op Reimer WJM et al. Beroerte, beroering en borging in de keten. Resultaten van de Edisse-studie van drie regionale experimenten met stroke service. Den Haag: ZonMw / Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2001.
- ⁸ van Exel NJ, Koopmanschap MA, Scholte op Reimer W, Niessen LW, Huijsman R. Cost-effectiveness of integrated stroke services. *QJM*. 2005;98:415-425.
- ⁹ Dierx JAJ, Stolker DHCM. Stroke Services in Nederland. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2000.
- ¹⁰ Verschoor H, Stolker DHCM, Franke CL. Stroke Services anno 2003. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2004.
- ¹¹ Minkman M, Huijsman R, van Splunteren P (Red). De beste zorg bij CVA. Handreiking voor het verbeteren van de CVA-zorgketen. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V., 2006.
- ¹² Nieboer A, Pepels R, Kool T, Huijsman R. Stroke services gespiegeld. Rotterdam: iBMG EUR/Utrecht: Prismant, 2005.

- ¹³ Nijmeijer NM, aan de Stegge BM, Zuidema SU, Sips HJWA, Brouwers PJAM. Effectiviteit van afspraken binnen de Enschedese stroke-service om patiënten met een beroerte adequaat te verwijzen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2005;149: 2344-2348.
- ¹⁴ RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, www.rivm.nl.
- ¹⁵ CBO richtlijn Beroerte. Utrecht: CBO/ Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2005.
- ¹⁶ Commissie Ontwikkeling Richtlijnen Stroke Unit. Advies opzet Stroke Unit. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2001.
- ¹⁷ van Heugten CM, Franke EAM (eindredactie). Commissie CVA-revalidatie. Revalidatie na een beroerte. Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2001.
- ¹⁸ Visser-Meily JMA, van Heugten CM. Zorg voor de mantelzorg. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2004.
- ¹⁹ van Peppen RPS et al. KNGF-richtlijn Beroerte. Supplement bij *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 2004(5).
- ²⁰ Wiersma Tj, Pleumeekers HJCM, Beusmans GHMI, Schuling J, Goudswaard AN. Samenvatting van de standaard 'CVA' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2005;149:2850-6.
- ²¹ Cup EHS, Steultjens EMJ. Ergotherapie-richtlijnen Beroerte. Utrecht, NVE, 2005.
- ²² Saver JL, Kidwell CS, Starkman S. Thrombolysis in stroke: it works!. *BMJ* 2002;324:727-729.
- ²³ Stam J, Koudstaal PJ, Franke CL, Kapelle LJ, Boiten J. Trombolysie voor het herseninfarct: het einde van het begin. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2000;144:1028-32.
- ²⁴ Harbison J, Hossain O, Jenkinson D, Davis J, Louw SJ, Ford GA. Diagnostic accuracy of stroke referrals from primary care, emergency room physicians, and ambulance staff using the face arm speech test. *Stroke* 2003;34:71-6.

²⁵ van Peppen RPS, Kwakkel G, Wood-Dauphinee S, Hendriks HJM, van der Wees PhJ, Dekker J. The impact of physical therapy on functional outcomes after stroke: what's the evidence? *Clinical Rehabilitation*.2004;18:1-30.

²⁶ Cicerone K, Dahlberg C, Kalmar K. Evidence based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:596-615.

²⁷ Visser-Meily A, van Heugten C, Post M, Schepers V, Lindeman E. Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient Educ Couns*. 2005;56:257-267.

5 Kwaliteit van de zorg: het perspectief van patiënten

A.H.M. Triemstra, H.J. Sixma, G.A.M. van den Bos

Kwalitatief goede zorg is niet alleen zorg die voldoet aan de standaarden en richtlijnen van professionals ('evidence based care') maar is ook zodanig ingericht dat deze voldoet aan de wensen en behoeften van patiënten ('experience based care'). De ervaringen en oordelen van patiënten kunnen gerichte aanwijzingen opleveren voor verbetering van de kwaliteit van de zorg.¹ Bij de kwaliteitsbewaking van de zorg worden dan ook in toenemende mate de oordelen van patiënten betrokken. De ervaringsdeskundigheid van chronisch zieken en hun beoordeling van de zorg zijn essentieel ter bevordering van vraaggestuurde zorg. Vooral in de care, waar CVA-patiënten langdurig op zorg zijn aangewezen, dient het patiëntenperspectief dan ook een prominente plaats te hebben. In dit hoofdstuk wordt een beeld gegeven van de kwaliteitsbewaking van de zorg, waar mogelijk toegespitst op de kwaliteit van de CVA-zorg. Omdat een meerderheid van de CVA-patiënten in de chronische fase terugkeert naar huis en daarbij veelal is aangewezen op thuiszorg, wordt in dit hoofdstuk uitgebreider ingegaan op de kwaliteit van de thuiszorg.

5.1 Kwaliteit van de medische zorg

De toetsing van de kwaliteit van de medische zorg vindt primair vanuit het perspectief van professionals plaats. Daarbij wordt gebruik gemaakt van diverse instrumenten, zoals auditteams en accrediteringsprojecten. In 2003 is op landelijk niveau gestart met de ontwikkeling van prestatie-indicatoren. Voor de ziekenhuizen bestaat de basisset uit zorginhoudelijke indicatoren en parameters op het gebied van kwaliteitsborging, patiëntenzorg, organisatie en financiën.² Het gaat daarbij om zowel ziekenhuisbrede als aandoeningsspecifieke indicatoren. Zo worden ter toetsing van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg aan CVA-patiënten de mortaliteit binnen 7 dagen na opname voor een CVA en de aanwezigheid van een stroke unit en stroke service als prestatie-indicatoren gehanteerd. Voor het bepalen van de kwaliteit vanuit patiëntenperspectief worden doorlopende peilingen in de vorm van patiëntenenquêtes en klachtenregistraties uitgevoerd.

In navolging van de ziekenhuizen heeft ook de revalidatiesector een basisset prestatie-indicatoren ontwikkeld.³ Door Revalidatie Nederland en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen zullen doelgroepspecifieke indicatoren nader worden vastgesteld en op termijn zullen ook normen voor verantwoorde zorg worden uitgewerkt. Binnen de huisartsenzorg is de toetsing met behulp van prestatie-indicatoren in ontwikkeling.

Momenteel wordt gewerkt aan de standaardisatie van instrumenten om de kwaliteit van de medische zorg op basis van patiëntervaringen te meten, gebaseerd op de systematiek van de Amerikaanse Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®).^{4,5} Een eerste meting met betrekking tot de ambulante medische zorg wees uit dat de zorgaanbieders een goede voldoende scoren maar dat de toegankelijkheid van de ambulante medische zorg verbetering behoeft.^{6,7} Kwaliteitsoordelen van CVA-patiënten (en hun naasten) over de medische zorg zijn vooral onderzocht in verband met de evaluatie van stroke services. Uit de EDISSE-studie bleek dat de stroke services niet alleen leiden tot betere zorgverlening maar ook tot een hogere satisfactie bij patiënten ten aanzien van informatieverstrekking, begeleiding en ondersteuning.⁸

5.2 Kwaliteit van de verpleeghuiszorg

In verpleeghuizen is op grote schaal aandacht voor de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief. Uit een overzicht van het kwaliteitsonderzoek in deze sector blijkt dat bewoners positief oordelen over de bejegening en de vakbekwaamheid van de medewerkers, maar ook dat cliënten negatieve gevolgen ondervinden van personeelstekorten op velerlei terrein: lang wachten voordat men hulp krijgt, onvoldoende aandacht, gebrek aan privacy en alledaagse autonomie.⁹ De verpleeghuissector loopt voorop waar het gaat om de betrokkenheid van cliëntenorganisaties bij de verdere ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en de vaststelling van een toetsingskader voor de kwaliteit van de zorg.

In samenwerking met cliëntenorganisaties zijn door de Inspectie voor de Gezondheidszorg normen voor verantwoorde zorg opgesteld. De kwaliteitsparameters hebben betrekking op personeelsbezetting (aanwezigheid en kwalificaties), dagelijkse zorg (zoals hygiëne, toiletgang), activiteiten en therapieën (mobiliserende en recreatieve activiteiten), beschikbaarheid van medische zorg (bereikbaarheid verpleeghuisarts) en randvoorwaarden voor minimaal noodzakelijke zorg (protocol zorgplannen). In 2004 bleek bijna tachtig procent van de verpleeghuizen niet de minimale zorg te kunnen leveren.¹⁰ Deze verpleeghuizen werden in 2005 opnieuw bezocht en inmiddels voldoen vrijwel alle verpleeghuizen aan de normen voor de ondergrens van de zorg.¹¹ Daarnaast werd in 2005 het Meldpunt Verpleeghuiszorg opengesteld voor het melden van tekortschietende zorgverlening.¹² Familieleden van cliënten hebben het meest gemeld. Veel meldingen kwamen binnen over personeelsproblemen (te weinig of onvoldoende gekwalificeerd personeel), over de verzorging in het algemeen, over continenzorg en over vocht en voeding. In de aanbevelingen werd door de Inspectie speciale aandacht gevraagd voor verbetering van de communicatie, de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de verpleeghuisarts, meer en beter gebruik van het zorgplan en voor verbete-

ring van de toegankelijkheid van klachtenprocedures voor cliënten. In 2005 is een toetsingskader opgesteld door de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties in de verzorging- en verpleeghuiszorg, in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.¹³ Hierin wordt voorgesteld om enerzijds de toezichtindicatoren van de Inspectie¹⁴ te gebruiken en uit te breiden, en anderzijds de ervaringen en kwaliteit van leven van cliënten te meten met een op CAHPS gebaseerd instrument dat aansluit bij de zorgbrede ontwikkelingen op het gebied van cliëntenraadplegingen.

5.3 Kwaliteit van de thuiszorg

Ook in de thuiszorg wordt hoge prioriteit toegekend aan de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief. In deze sector vonden tussen 1997 en 2005 drie landelijke metingen plaats in de vorm van benchmarkstudies.^{15,16,17} Uit een review van het kwaliteitsonderzoek in deze sector komt naar voren dat cliënten positief oordelen over de bejegening door en vakbekwaamheid van het personeel maar minder tevreden zijn over de organisatie van de zorg.⁹ Uit de benchmarkstudies en diverse andere (kleinschaliger) studies blijkt dat de aspecten toegankelijkheid en informatievoorziening relatief slecht scoren. De zorg wordt niet altijd afgestemd op de behoefte van de cliënt. Daarnaast blijkt uit verschillende onderzoeken dat communicatie, duidelijke informatie en afspraken over het zorgplan, telefonische bereikbaarheid en de beschikbaarheid van vaste aanspreekpunten voor verbetering vatbaar zijn.

Kwaliteitsoordelen van CVA-patiënten en hun naasten over de thuiszorg

Om een meer specifiek beeld te krijgen van de kwaliteit van de thuiszorg voor CVA-patiënten worden de kwaliteitsoordelen van CVA-patiënten vergeleken met de kwaliteitsoordelen van de 'doorsnee thuiszorgcliënt' op basis van het Z-org Benchmarkonderzoek Thuiszorg 2004.¹⁶ Uit de gegevens van de cliëntenraadpleging bleek dat in 2005 circa 9% van de ruim 50.000 geraadpleegde thuiszorgcliënten te maken had met een CVA.

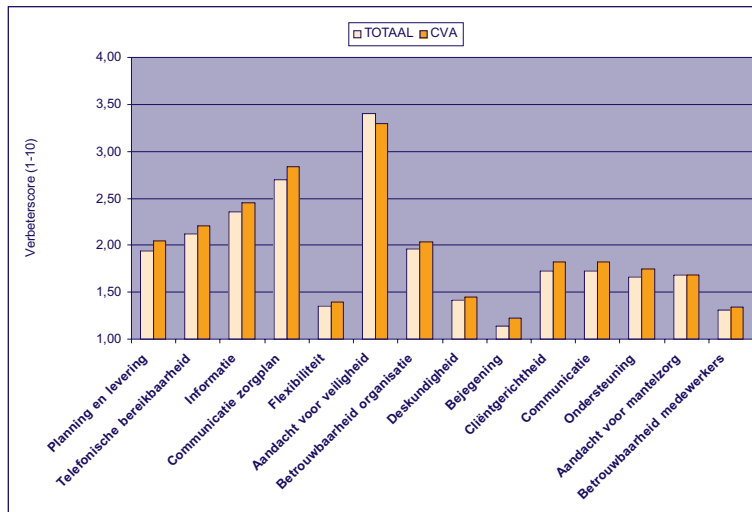
Voor patiënten is sprake van goede kwaliteit als de feitelijke ervaringen op voor patiënten belangrijke kwaliteitsaspecten voldoen aan de verwachtingen, of als de ervaringen de verwachtingen overtreffen.¹⁸ Bij de kwaliteitsbeoordeling van de thuiszorg is een scala van organisatorische en zorginhoudelijke aspecten in beschouwing genomen (zie figuur 5.1). Voor al deze aspecten zijn de verwachtingen of preferenties (belangscores) en feitelijke ervaringen van cliënten nagegaan.

CVA-patiënten en hun mantelzorgers hechten in hun kwaliteitsoordeel vooral belang aan de betrouwbaarheid van de thuiszorgorganisatie, de aandacht voor de veiligheid en gezondheid van de cliënt, de betrouw-

baarheid van medewerkers, een goede planning en levering van de noodzakelijke zorg, de (specifieke) vakbekwaamheid van medewerkers en hun houding en omgang met cliënten.

Door de belangscores te combineren met de ervaringen van patiënten met de zorg, is bepaald voor welke aspecten sprake is van optimale zorg dan wel suboptimale zorg. Hoe minder positief de ervaringen met een bepaald kwaliteitsaspect zijn, en hoe belangrijker dit aspect wordt gevonden, des te meer noodzaak er is voor kwaliteitsverbetering vanuit patiëntenperspectief. Voor de hier berekende verbetercores geldt dat scores vanaf 1,5 op verbeterpotentieel wijzen; hoe hoger de score, des te meer verbeterpotentieel.

Figuur 5.1 Verbetermogelijkheden voor alle thuiszorgcliënten en CVA-patiënten.



De thuiszorg blijkt in grote mate tegemoet te komen aan de wensen en verwachtingen van CVA-patiënten en hun naasten (figuur 5.1: verbetercores variëren tussen 3.3 en 1.1).

In het algemeen geldt dat CVA-patiënten het meest positief zijn over de houding en omgang van thuiszorgmedewerkers met cliënten (bejegening), de mate waarin thuiszorgmedewerkers hun afspraken nakomen, hun punctualiteit en zorgvuldigheid (betrouwbaarheid medewerkers), het gemak waarmee de thuiszorg wordt aangepast aan de wensen en behoeften van cliënten (flexibiliteit) en de vakbekwaamheid (deskundigheid). Naar verhouding minder positief zijn CVA-patiënten over de aandacht vanuit de thuiszorg voor de veiligheid, de communicatie over het zorgplan en de informatieverstrekking.

Vanuit de optiek van CVA-patiënten ziet de top-10 van verbetermogelijkheden in de thuiszorg er als volgt uit:

1. Aandacht voor veiligheid
2. Communicatie over het zorgplan
3. Informatie
4. Telefonische bereikbaarheid
5. Planning en levering (toegankelijkheid en continuïteit)
6. Betrouwbaarheid van de organisatie
7. Cliëntgerichtheid
8. Communicatie bij zorgverlening
9. Ondersteuning van cliënten
10. Aandacht voor mantelzorg

Vooral de organisatorische aspecten van de thuiszorg (1 t/m 6) blijken voor verbetering vatbaar.

Deze top-10 van verbetermogelijkheden komt in grote lijnen overeen met die voor andere groepen chronisch zieken. De gemiddeld iets minder positieve oordelen van CVA-patiënten komen ook tot uitdrukking in het algemene, subjectieve oordeel over de thuiszorg. CVA-patiënten en hun mantelzorgers zijn over het algemeen iets minder tevreden over de thuiszorg dan andere thuiszorgcliënten.

Binnen de groep CVA-patiënten lopen de kwaliteitsoordelen uiteen. CVA-patiënten die ernstiger hulpbehoevend zijn, oordelen veelal minder positief over de thuiszorg. Bij langduriger thuiszorg zijn de oordelen over de organisatie minder positief, maar over de zorgverlening juist positiever.

5.4 Conclusie

Bij de kwaliteitsbewaking van de zorg worden in toenemende mate oordelen van patiënten betrokken. Terwijl de toetsing van de kwaliteit van de medische zorg primair vanuit het perspectief van professionals plaatsvindt, zijn in de chronische zorg oordelen van patiënten al vaker dé meetlat voor kwaliteit.

Evaluaties van de chronische zorg vanuit patiëntenperspectief wijzen uit dat de kwaliteit in verpleeghuizen nog vaak niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg. De thuiszorg komt in hoge mate tegemoet aan de wensen en verwachtingen van CVA-patiënten maar er is ook ruimte voor verbetering, met name wat betreft veiligheid, informatie, communicatie over het zorgplan, bereikbaarheid, toegankelijkheid en continuïteit. Ook deze kwaliteitsaspecten vormen de knelpunten in de verpleeghuiszorg, naast de toegankelijkheid van klachtenprocedures voor cliënten.

Kwaliteitsborging van de chronische zorg voor CVA-patiënten vraagt om voldoende gekwalificeerd personeel met specifieke CVA-expertise en

goede communicatieve vaardigheden. Tevens is gestructureerde coördinatie van de multidisciplinaire zorg noodzakelijk. Daarnaast is de beschikbaarheid van hulp in noodsituaties en zonodig 24-uurs zorg (op afroep) een belangrijke voorwaarde om de zorg in de thuissituatie te waarborgen.

Literatuur

¹ Triemstra AHM, van den Bos GAM, van der Wal G. Ervaren knelpunten en klachten over de gezondheidszorg; een onderzoek gericht op de situatie van chronisch zieken. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1999.

² Inspectie voor de Gezondheidszorg. Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen. Den Haag: IGZ, 2005.

³ Samenvatting prestatie-indicatoren revalidatie, resultaten verslagjaar 2004,. Opvraagbaar bij Revalidatie Nederland.

⁴ www.cahps.ahrq.org.

⁵ Arah OA, ten Asbroek AHA, Delnoij DMJ, de Koning JS, Stam PJA, Poll AH, Vriens B, Schmidt PF, Klazinga NS. Psychometric properties of the Dutch Version of the Hospital-Level Consumer Assessment of Health Plans Survey Instrument. *Health Services Research* 2006;41:284-301.

⁶ Delnoij D, ten Asbroek G, Arah O, de Koning J, Klazinga N, Stam P, Poll A, van der Schee E. Wat vinden Nederlanders van de gezondheidszorg en de zorgverzekering? Eerste landelijke resultaten van de Nederlandse vertaling van de CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire. Utrecht: Nivel, 2005. Webpublicatie www.nivel.nl.

⁷ Delnoij DMJ, ten Asbroek G, Arah OA, de Koning JS, Stam P, Poll A, Barbara Vriens, Schmidt P, Klazinga NS. Made in the USA: the import of American Consumer Assessment of Health Plan Surveys (CAHPS®) into the Dutch social insurance system. *Eur J Public Health* 2006, in druk.

⁸ Huijsman R, Klazinga NS, Scholte op Reimer WJM et al. Beroerte, beroering en borging in de keten. Resultaten van de Edisse-studie van drie regionale experimenten met stroke service. Den Haag: ZonMw / Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2001.

⁹ Mistiaen P, Delnoij D. 'Quick scan' kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector. Utrecht: Nivel, 2003.

¹⁰ Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet. Den Haag: IGZ, 2004.

- ¹¹ Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ondergrens van de zorg in verpleeghuizen beter bewaakt. Den Haag: IGZ, 2005.
- ¹² Inspectie voor de Gezondheidszorg. Eindrapportage Meldpunt verpleeghuiszorg. Aanhoren en gehoor geven. Den Haag: IGZ, 2006.
- ¹³ Arcares/AVVV/LOC/NVVA/Sting/Z-org. Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg; een operationalisatie van het Visiedocument Normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V. Utrecht: Arcares//AVVV/LOC/NVVA/Sting/Z-org, 2005.
- ¹⁴ Inspectie voor de Gezondheidszorg. Gelaagd en gefaseerd toezicht. Resultaten inspectieformulier 2004 verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Den Haag: IGZ, 2005.
- ¹⁵ PricewaterhouseCoopers en Berenschot BV. Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid. Definitieve rapportage. Utrecht: PwC/Berenschot BV, 1999.
- ¹⁶ PwC Consulting, NIVEL. Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Almere/Utrecht: PwC Consulting/NIVEL, 2002.
- ¹⁷ PricewaterhouseCoopers, DESAN, IWS, NIVEL, TNO. Brancherapport Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004. Utrecht: PricewaterhouseCoopers/DESAN/IWS/NIVEL/TNO, 2005.
- ¹⁸ Sixma HJ, Kerssens JJ, van Campen C, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* 1998;1:82-95.

6 Werken aan de chronische zorg: imago en praktijk

G.A.M. van den Bos, J.M.A. Visser-Meily

Kwalitatief goede zorg impliceert dat de patiënt die een CVA heeft doorgemaakt, in iedere fase van de aandoening de meest passende zorg, revalidatie, ondersteuning en begeleiding zou moeten krijgen. Uit de voorgaande bespreking blijkt dat een naar verhouding goed beeld bestaat van de benodigde zorg in de acute fase en in de revalidatiefase maar dat over de chronische fase veel minder bekend is. In dit hoofdstuk wordt besproken welke belemmerende en bevorderende ontwikkelingen een rol spelen bij de inrichting van de chronische zorg voor CVA-patiënten en welke gevolgen dit heeft voor de arbeidsmarkt in de sector van de verpleging en verzorging.

6.1 Imago van de chronische zorg

In de zorg voor CVA-patiënten is sprake van een onevenwichtige verhouding tussen de cure-sector en de care-sector (zie hoofdstuk 4). Niet alleen in de cure-sector maar ook bij het algemene publiek staat de chronische zorg in de schaduw. De bevolking blijkt veel negatiever te oordelen over de zorg voor ouderen en gehandicapten dan over de medische zorg.¹ Daarbij wordt als een verklaring gewezen op het verschil in persoonlijke ervaringen met deze zorgsectoren. Terwijl het overgrote deel van de bevolking vertrouwd is met de medische zorg, heeft slechts een beperkt deel persoonlijke ervaringen met de zorg voor ouderen en gehandicapten. Naarmate oordelen minder vanuit de eigen ervaring tot stand komen, valt men terug op een stereotype van de zorg en dat is in het algemeen ongunstig: lange wachtlijsten, hoge werkdruk, lage salarissen.

In de chronische zorg voor CVA-patiënten nemen de thuiszorg en de verpleeghuiszorg een centrale plaats in. Uit een onderzoek naar het imago van de thuiszorg dat in 2000 werd uitgevoerd, bleek het collectieve beeld van een negatief imago de beeldvorming over de thuiszorg te domineren.² Dit ondanks de grote diversiteit aan visies, de vele positieve ervaringen op en met de werkvloer, en de professionaliteit en zelfstandigheid van het werk van verpleegkundigen en verzorgenden. Het negatieve imago is gestoeld op kritische oordelen over de organisatie van de thuiszorg, de kwaliteit van de dienstverlening, de wachtlijstproblematiek, de vele reorganisaties, de groeiende werkdruk en ongunstige arbeidsvoorwaarden. Ook in dit onderzoek kwam naar voren dat onbekend onbemind maakt. Mensen mét ervaringen in de thuiszorg oordelen over het algemeen positiever over de thuiszorg dan mensen zonder ervaringen in

de thuiszorg. Dit beeld wordt weerkaatst in het Benchmarkonderzoek van de thuiszorg in 2004.³ Cliënten beoordelen de kwaliteit van de thuiszorg over het algemeen positief. Daarbij is het oordeel over de zorgverlening duidelijk positiever dan over de organisatie van de thuiszorg. Het collectief ongunstige beeld van de chronische zorg treft ook de verpleeghuiszorg. Mede door de berichtgeving in de media over de ondermaatse kwaliteit blijft het imago negatief gekleurd.

Als gevolg van de met de vergrijzing samenhangende toenemende zorgvraag en de organisatie van de CVA-zorg in stroke services zal het beroep op de thuiszorg aanzienlijk stijgen (zie hoofdstuk 1 en 3). Daarnaast is er de maatschappelijke tendens dat chronisch zieken en ouderen zolang mogelijk in hun oude, vertrouwde omgeving willen blijven wonen. De paradoxale situatie doet zich voor dat er collectief sterke voorkeur bestaat voor de zorg in de eigen thuissituatie, terwijl de thuiszorg collectief met een negatief imago te kampen heeft. Deze maatschappelijke beeldvorming maakt de chronische zorg als werkveld minder aantrekkelijk.

6.2 Personeelsbehoefte in de sector verpleging en verzorging

De demografische vergrijzing blijkt te resulteren in een aanzienlijke stijging van de zorgvraag. Ook aan de aanbodzijde doet zich de vergrijzing voor. Uit de VWS Brancherapporten blijkt dat de gemiddelde leeftijd van het verpleegkundig en verzorgend personeel de laatste jaren is gestegen.⁴ Tegelijkertijd doet zich een aantal gunstige ontwikkelingen voor op de arbeidsmarkt. De stijging van het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden in de tweede helft van de negentiger jaren is in de periode na 2000 veranderd in een daling, zowel in de thuiszorg als in de verpleeghuiszorg. Niet alleen het verzuim, ook de uitstroom onder verpleegkundigen en verzorgende blijkt te dalen. De belangrijkste redenen voor vertrek voor personeel van verpleeg- en verzorgingshuizen zijn gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden en behoefte aan ander werk. Door medewerkers in de thuiszorg worden het gezin en eveneens gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden als belangrijkste redenen genoemd. Daarnaast spelen ook beloning, werktijden en fysieke belasting een rol. Hoewel het ziekteverzuim daalt, ligt dit nog altijd ruim boven het landelijk gemiddelde.

Verwacht wordt dat de personeelsbehoefte in de sector verpleging en verzorging de komende jaren het aanbod van arbeidskrachten zal overstijgen. Het effect van de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen begint uitgewerkt te raken⁵ en de vergrijzing van het personeelsbestand zal op termijn vervanging vereisen. Door Prismant is berekend dat bij een verdere trendmatige ontwikkeling de vraag naar personeel in de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen met gemiddeld circa 2,5% zal toenemen.⁶ De opleidingscapaciteit voor verpleegkundigen en verzor-

genden zal de komende jaren met 10% moeten toenemen om problemen in de toekomst te voorkomen.⁷ Daarbinnen zullen de leerlingen meer voor verzorging en verpleging geïnteresseerd moeten worden. De verwachting is dat de uitstroom uit de relevante opleidingen in het voortgezet onderwijs de komende jaren sterk afneemt. Ook het aantal nieuwe leerlingen dat wordt opgeleid voor verpleging en verzorging laat in 2004 voor het eerst sinds 1997 een daling zien.

Om de chronische zorg voor CVA-patiënten op peil te brengen en te houden, dient veel geïnvesteerd te worden in werving en behoud van personeel, zoals bestrijding van het ziekteverzuim, flexibilisering van arbeidstijden, verbetering van arbeidsvoorwaarden en opleidingscapaciteit. Het behoud van competente en gemotiveerde medewerkers en het behoud van cliënten en het interesseren van potentieel nieuwe cliënten blijken nauw met elkaar samen te hangen.³ Instellingen met tevreden cliënten hebben vaak ook tevreden medewerkers en andersom.

6.3 Functiedifferentiatie in de chronische zorg

De ketenzorg voor CVA-patiënten, met het ziekenhuis veelal in een trekkersrol, is gericht op een goede samenwerking, samenhang en netwerkvorming tussen ziekenhuisvoorzieningen en andere intra- en extramurale voorzieningen. Het realiseren van patiëntgerichte ketens lijkt in de praktijk (vooralsnog) begrensd te zijn tot de medisch-curatieve keten, de behandeling van CVA-patiënten in de acute (ziekenhuis)fase en revalidatiefase.

Binnen de zorgketenbenadering blijkt de positie van de chronische zorg voor CVA-patiënten nog nauwelijks uitgewerkt te zijn. Een kernprobleem daarbij is dat de huidige eerste lijn gefragmenteerd en weinig gestructureerd is. Niet alleen zou in lijn met de zorgketenbenadering meer samenhang en samenwerking nodig zijn, ook is meer regie over het grote geheel gewenst. Tegelijkertijd is er in de sector verpleging en verzorging een tendens van fusies en vergaande samenwerking in gang gezet. Er komen steeds meer verpleeghuizen die daarnaast ook extramurale zorg leveren. De verticale rangschikking van thuiszorg en verpleeghuiszorg en het onderscheid tussen deze sectoren gaan vervagen. Voorts zal de chronische zorg met de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in een medisch en maatschappelijk systeem worden opgedeeld.

Om de chronische zorg nader vorm te geven, is een richtinggevend kader nodig voor de coördinatie van de zorg in de thuissituatie rond de as verpleging/verzorging - huisarts. De sector verpleging en verzorging zou een leidende rol kunnen vervullen bij de verdere ontwikkeling van

geïntegreerde zorg in de thuissituatie. Daarbij zou meer aansluiting gezocht kunnen worden bij de huidige praktijk. Ter verbetering van de zorg zouden CVA-verpleegkundigen kunnen worden ingezet, vergelijkbaar met diabetes-verpleegkundigen. De CVA-verpleegkundige zou een signalerende, voorlichtende en verwijzende functie kunnen vervullen voor individuele patiënten en hun naasten, de zorg in de cure- en care-sector kunnen coördineren, kunnen zorgen voor de afstemming van de zorg in het medisch systeem van de Zorgverzekeringswet en de ondersteuning in het maatschappelijk domein van de WMO, en als consulent kunnen optreden voor andere hulpverleners, zoals praktijkondersteuners in de huisartspraktijk, die zich in het bijzonder bezighouden met chronisch zieken.

Bij de inzet van CVA-verpleegkundigen gaat het niet om een nieuwe specialisatie binnen de verpleegkunde maar om een functiedifferentiatie op basis van aandachtsgebieden, zoals ook wordt bepleit in de voorgestelde verpleegkundige beroepenstructuur.⁸ In de beroepenstructuur heeft de differentiatie geen effect op de kwalificatie als verpleegkundige. Het gaat hier eerder over de ontwikkeling van novice tot senior. Werken met aandachtsgebieden, waarbij CVA-verpleegkundigen tevens reguliere zorg geven, is volgens een peiling onder verpleegkundigen en verzorgenden ook de meest gewenste vorm van functiedifferentiatie.⁹ In verzorgings- en verpleeghuizen is er de functie van Eerst Verantwoordelijke Verzorgende of Verpleegkundige (EVV-er). Een team van vaste verzorgenden en verpleegkundigen neemt de verpleging, verzorging en begeleiding van een aantal bewoners op de afdeling op zich, waarbij één van hen wordt aangewezen als de vaste verzorger (EVV-er).

Functiedifferentiatie op basis van aandachtsgebieden leidt niet alleen tot verbetering van de kwaliteit van de zorg maar kan verpleegkundigen en verzorgenden ook nieuwe kansen en carrièreperspectieven bieden.

6.4 Ondersteuning van mantelzorgers

Informeel zorgverleners hebben een groot aandeel in de CVA-zorg. Door gestructureerde aandacht voor de mantelzorg en passende voorzieningen kan de vraag naar professionele zorg deels beperkt blijven.

Binnen de gezondheidszorg is er in de acute en revalidatiefase meer aandacht nodig van professionals voor de informatievoorziening, training, begeleiding en ondersteuning van mantelzorgers zodat de chronische zorg beter op de woon- en leefsituatie van CVA-patiënten kan aansluiten. Dat betekent dat bij de start van de behandeling, revalidatie en zorg ook het mantelzorgnetwerk van de CVA-patiënt in kaart gebracht moet worden. De verdere ontwikkeling en implementatie van multidisciplinair

re richtlijnen moeten praktische handvatten opleveren voor de ondersteuning van mantelzorgers.

Voor de ondersteuning van mantelzorgers zijn er diverse organisaties en voorzieningen. Overal in Nederland zijn Steunpunten Mantelzorg en organisaties voor Vrijwillige Thuishulp waar mantelzorgers ondersteuning en hulp kunnen krijgen. Ook zijn er respijtzorgvoorzieningen die de zorg van mantelzorgers tijdelijk overnemen, zoals dagbehandeling, dagopvang, korte opname of vakantieopvang. Een groot deel van de gebruikers van respijtzorg geeft aan dat de ervaren belasting aanzienlijk zou stijgen als deze respijtzorg uitblijft.^{10,11} Daarnaast geeft een groot deel van de mantelzorgers die de zorgtaak als (te) belastend ervaart, aan behoefte te hebben aan respijtzorg waardoor de ervaren belasting aanzienlijk zou verminderen. Niet-gebruikers die de meeste behoefte uiten aan respijtzorg, blijken de voorzieningen het minst goed te kennen en het minst goed te weten hoe en waar respijtzorg is aan te vragen. Om de zorg in de thuissituatie ook op langere termijn te kunnen waarborgen, zou meer respijtzorg geboden kunnen worden, en vooral in flexibelere vorm: de behoefte aan respijtzorg ontstaat vaak acuut, terwijl aanvraagprocedures lang duren. De verpleeghuissector en de thuiszorg zouden hier een actiever beleid op kunnen gaan voeren.

Voorts zou de mogelijkheid verruimd kunnen worden om mantelzorgers vanuit de PGB-regeling te betalen. Het monetariseren van de mantelzorg wordt wel gezien als een onbedoeld effect van het PGB: mantelzorgers zouden betaald willen worden voor de zorg die ze voorheen gratis verleenden. Uit onderzoek blijkt dat de risico's van monetariseren van de mantelzorg voor de motivatie om onbetaald zorg te (blijven) verlenen, klein zijn.¹² Tussen de 65% en 75% van de mantelzorgers die geld krijgen uit een PGB, zouden ook zonder betaling doorgaan met de verzorging van hun naasten. Het kabinet heeft aangegeven dat het de AWBZ-middelen wil blijven inzetten voor de mantelzorg omdat de eventuele nadelen van dit beleid niet opwegen tegen de voordelen: de waardering die de mantelzorger ervaart, de tevredenheid van de budgethouder met de mantelzorg, de mogelijkheid om overbelasting te voorkomen en het feit dat hierdoor een arbeidsmarkt wordt aangeboord die wellicht anders niet beschikbaar zou. Daarbij komt nog dat de inzet van de mantelzorg vaak onmisbaar is als het erom gaat opnames in intramurale instellingen te voorkomen dan wel uit te stellen.

Bij al deze maatregelen ter ondersteuning van mantelzorgers mag niet uit het oog raken dat veel CVA-patiënten oudere mensen zijn. Voorzieningen voor mantelzorgers zouden goed moeten differentiëren naar de behoeften van de verschillende betrokken mantelzorgers, bijvoorbeeld de partners die zelf ook ouder en mogelijk zorgbehoevend zijn, of de kinderen die de mantelzorg combineren met betaald werk en/of de zorg voor eigen kinderen.

6.5 Zorgtechnologie

De ontwikkeling van zorgtechnologie kan ertoe bijdragen dat CVA-patiënten langer in de eigen thuissituatie kunnen blijven wonen. Technologische ontwikkelingen in de CVA-zorg bestrijken een breed terrein van toepassingen. Het gaat daarbij om low-tech tot zeer geavanceerde producten. Er zijn technologieën die de onafhankelijkheid van patiënten versterken en mantelzorgers ondersteunen, zoals hulpmiddelen voor zelfverzorging en loophulpmiddelen; technologieën die het werk van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg verlichten, zoals tilliften en hoog-laag bedden; technologieën die de efficiëntie van de thuiszorgorganisatie vergroten, zoals het elektronisch patiënten dossier; en technieken die in de huisvestingssituatie kunnen worden toegepast, zoals sleutelbeheer en alarmeringssystemen.¹³ Ontwikkelingen op het gebied van domotica – volledige omgevingsbediening zonder snoeren en kabels – vergroten de zelfstandigheid en vrijheid van mensen met een beperking.

De laatste jaren wordt met Zorg op afstand geëxperimenteerd met behulp van telefoons, webcams, internetverbindingen en videonetwerken. Op diverse plaatsen zijn thuiszorgorganisaties bezig om via videonetwerken zorg te verlenen aan cliënten. Door het Nivel zijn de eerste ervaringen met video-netwerken onderzocht.¹⁴ Vragen van cliënten zijn soms al via de beeldverbinding te beantwoorden, en via beeldcontact is het vaak beter mogelijk dan telefonisch om een juiste inschatting van de situatie te maken. Hierdoor kan onnodige actie van de thuiszorg worden voorkomen en kunnen bezoeken soms worden vervangen door contact via het videonetwerk. Videonetwerken voorzien in een grote behoefte van cliënten. Cliënten ervaren een grotere mate van veiligheid, zelfredzaamheid en zelfstandigheid. Zowel cliënten als zorgverleners zijn van mening dat door aansluiting op het videonetwerk cliënten langer zelfstandig kunnen blijven wonen. De invoering van videonetwerken verloopt echter nog moeizaam vanwege technische en organisatorische problemen.

Ook voor de verpleeghuiszorg is recentelijk teleshuiszorg ontwikkeld.¹⁵ Daarbij gaat het om contact via de televisie van de verpleeghuisbewoner met de verpleegkundige. Daarnaast is er de mogelijkheid voor de bewoners om via de televisie contact te leggen met partner of familie. De verwachting is dat deze nieuwe dienst het welzijn van bewoners van verpleeghuizen zal verbeteren.

Zorg op afstand kan ook een rol spelen bij de begeleiding van mantelzorg. Ter ondersteuning van mantelzorgers blijkt counseling tot nu toe het meest effectief.¹⁶ In internationale studies bleek on-line support een haalbare en effectieve methode om mantelzorgers van CVA-patiënten daadwerkelijk te ondersteunen.^{17,18}

Al deze technologische ontwikkelingen bieden de mogelijkheid om gedeeltelijke substitutie van arbeid en extramuralisering van zorg te bevorderen. Deze ontwikkelingen blijven echter in de meeste gevallen aanvullend op de reguliere zorg (face-to-face contact). Voor de toekomst zouden er meer prikkels moeten komen om te investeren in nieuwe producten gericht op arbeidsbesparing.¹⁹ Met name in de thuiszorgsector ontbreken mechanismen voor innovatie.

6.6 Van aanbodsturing naar vraagsturing

De zorgketenbenadering is in de afgelopen jaren het leidend principe geweest voor de verbetering van de organisatie van de zorg voor CVA-patiënten. De blik is daarbij voornamelijk gericht op de aanbodzijde en de professionals. De zorgketenbenadering biedt in de chronische fase minder houvast. Na de revalidatiefase krijgen CVA-patiënten over een langere periode te maken met minder voorzieningen en minder disciplines. Niet zozeer de afstemming tussen voorzieningen, maar de afstemming tussen zorgverleners komt centraal te staan. Daarnaast zal de verbetering van de kwaliteit van de chronische zorg veel minder sturing aan de aanbodzijde maar juist vraagsturing vergen. Het gaat er daarbij om de zorg zo te arrangeren dat deze aansluit op de behoeften en preferenties van CVA-patiënten en op hun woon- en leefsituatie.

Kwaliteitsbeoordelingen van CVA-patiënten en hun mantelzorgers leveren in dit opzicht waardevolle aanwijzingen op voor verbetering van zowel de inhoud als de organisatie van de zorg (zie hoofdstuk 5).

Om de zorg beter te laten aansluiten op de vraag, zijn op meerdere plaatsen in de thuiszorg en de verpleeghuiszorg vraaggerichte projecten geïntroduceerd, zoals belevingsgerichte zorg.^{20,21} Gelijkwaardigheid in de relatie en de autonomie van cliënten staan hierbij centraal. De ervaringsdeskundigheid van patiënten en de professionele deskundigheid van zorgverleners gaan daarbij hand in hand. Bij belevingsgerichte zorg bepalen cliënt en zorgverlener samen de inhoud van de zorg.

Belevingsgerichte zorg wordt gezien als een hefboom voor vraaggericht en vakbekwaam werken in de zorg. Door deze methodiek toe te passen wordt niet alleen de kwaliteit van leven van cliënten verhoogd. Ook de arbeidssatisfactie van zorgverleners, de kwaliteit van de chronische zorg en de samenwerking met mantelzorgers en andere professionals worden erdoor verbeterd.

In toenemende mate wordt vraaggerichtheid of vraagsturing als een belangrijke competentie beschouwd. De ondersteuning van patiënten in hun autonomie staat daarbij centraal.²² In opleidingen, coaching en nascholing dient daaraan specifieke aandacht gegeven te worden.

Vraaggestuurde zorg zal niet alleen in de praktijk maar ook binnen de organisatie zelf vorm moeten krijgen. Voor de thuiszorg draagt het

benchmark instrument belangrijke informatie aan ten behoeve van de deskundigheidsbevordering en scholing van medewerkers en het behoud van competente medewerkers. Investeren in medewerkers loont ook de cliënten. Door het identificeren van de best practices kunnen organisaties hun medewerkers en hun cliënten beter van dienst zijn en kan de kwaliteit van de chronische zorg worden verbeterd.

6.7 Van disease management naar disability management

De zorgketenbenadering sluit nauw aan op het concept disease management. Disease management is de aansturing van de patiëntenzorg voor specifieke groepen van patiënten, zowel inhoudelijk als organisatorisch, over het gehele zorgcontinuüm van preventie, diagnostiek, behandeling, zorg en zelfmanagement.²³ De bedoeling is om daardoor de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg te verhogen.

Het concept disease management heeft in de zorg voor CVA-patiënten vooral betrekking op de medische behandeling in de beginperiode en heeft daarmee een begrensde reikwijdte. Terwijl in de acute fase het accent ligt op de klinische prognose, staat in de revalidatiefase de functionele prognose centraal en gaat het in de chronische fase om het leren omgaan met blijvende beperkingen. Het gaat hierbij om een verschuiving van disease management naar disability management²⁴, die bij CVA-patiënten al in een vroeg stadium is aangewezen. Dit in tegenstelling tot andere chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus, waar een disease georiënteerde benadering met complexe medische behandelingen en controles van toepassing is over een veel langere tijdsperiode. Een groot aantal CVA-patiënten is structureel en chronisch aangewezen op hulp en ondersteuning. Vanuit het model van disease management ligt daarbij de nadruk op therapeutische verbetering. Vanuit het model van disability management ligt het accent op de versterking van autonomie, zelfmanagement en empowerment. Deze benadering vereist een omslag in denken en handelen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg.

In de CVA-zorg is nog onvoldoende aandacht voor de psychosociale problemen van patiënten. Psychosociale zorg zou integraal deel moeten uitmaken van de reguliere zorg. Ook zouden meer evidence-based programma's ontwikkeld moeten worden die zich richten op 'omgaan met een veranderd leven', empowerment, counseling, en adaptatie bij CVA-patiënten. Daarbij zou steeds structureel de ervaringsdeskundigheid van CVA-patiënten en hun naasten betrokken moeten worden. In toenemende mate worden activiteiten gericht op dagbesteding en sociale contacten. Zo zijn er bijvoorbeeld het CVA-café, waar mensen elkaar kunnen ontmoeten na het doormaken van een beroerte, en de afasiesoos, waar mensen bij elkaar komen die als gevolg van hersenletsel

niet goed meer kunnen spreken. NebasNsg, de overkoepelende organisatie van sportverenigingen, is actief bezig met aangepast sporten voor mensen met chronische aandoeningen. Met name patiëntenorganisaties – de Nederlandse CVA-vereniging 'Samen Verder', Afasie Vereniging Nederland en Cerebraal – vervullen een belangrijke rol. Deze verenigingen organiseren ontmoetingsdagen voor mensen die een beroerte hebben gehad en hun naasten om lotgenoten te ontmoeten, ervaringen uit te wisselen en vaardigheden te oefenen. Ook wordt door deze verenigingen gestructureerd aandacht gevestigd voor verbetering van de positie van CVA-patiënten en hun sociale omgeving.

Dit soort activiteiten draagt er in belangrijke mate toe bij dat CVA-patiënten en hun omgeving uit hun sociaal isolement komen. Disability management gaat echter verder en vraagt om gelijkwaardig burgerschap over de volle breedte. In dit verband zijn initiatieven gaande om een regeling voor een participatiebudget te ontwerpen, waarbij alle regelingen en subsidies die het mensen met een beperking mogelijk moeten maken om deel te nemen aan de samenleving, worden gebundeld. Met dit budget kunnen mensen met een chronische aandoening of handicap naar eigen inzicht hun maatschappelijke participatie vorm geven. Het versterken van de thuissituatie, middels het professioneel en op maat ondersteunen van het mantelzorgnetwerk van CVA-patiënten, hoort hier ook bij.

6.8 Van de periferie naar de focus van wetenschappelijk onderzoek

Om de chronische zorg voor CVA-patiënten te onderbouwen en uit te bouwen, dient het wetenschappelijk onderzoek geïntensiveerd te worden. In het huidig wetenschappelijk onderzoek wordt nog weinig aandacht geschonken aan de lange termijn gevolgen van een CVA en de chronische zorg.

Om het aanbod beter af te stemmen op de vraag bestaat behoefte aan registratiesystemen waarin routinematig gegevens over cliënten en zorgverlening worden vastgelegd. Daarbij zal het ICF-model²⁵ kunnen worden gebruikt voor het in kaart brengen van de gezondheidsproblematiek van patiënten (zie hoofdstuk 2). Het ICF-model wordt momenteel door het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) op onderdelen aangepast om de waarde voor de verpleegkundige praktijk te vergroten. Daarbij zal veel aandacht worden gegeven aan de implementatie van de ICF.

Voor de onderbouwing van de chronische zorg is behoefte aan verpleegkundige richtlijnen. De recente richtlijnen voor CVA-patiënten, die ontwikkeld

zijn voor de medische zorg, revalidatie, fysiotherapie en ergotherapie, blijken weinig handvatten te bieden voor verpleegkundigen. Vanuit het Lectoraat chronische aandoeningen aan het UMCU worden momenteel richtlijnen voor verpleegkundigen ontwikkeld.

Niet alleen is onderzoek nodig om de chronische zorg vakinhoudelijk te professionaliseren, ook zal het onderzoek zich meer kunnen richten op organisatorische vraagstukken, zoals de gevolgen van functiedifferentiatie, de effectiviteit en haalbaarheid van zorginnovaties en succes- en faalfactoren bij het implementatietraject. Daarbij is het van belang om steeds de totale zorg voor CVA-patiënten voor ogen te houden en te optimaliseren, en niet alleen de deelschakels. Daarnaast zal meer onderzoek nodig zijn naar de diversiteit in zorgbehoeften en de preferenties van patiënten en hun mantelzorgers om vraagsturing te bevorderen en de zorg te vermaatschappelijken. Specifieke aandacht zou daarbij kunnen uitgaan naar de implicaties voor de arbeidsmarkt en arbeidsproductiviteit van zorgverleners.

6.9 Conclusie

Bij ongewijzigd beleid zal een kloof ontstaan tussen vraag en aanbod in de chronische zorg voor CVA-patiënten. Om deze kloof te dichten, dient geïnvesteerd te worden op velerlei fronten. Imagoversterking van de thuiszorg en verpleeghuiszorg is van belang om de chronische zorg als werkveld aantrekkelijker te maken. Verbetering van arbeidsvoorwaarden en opleidingscapaciteit is nodig om voldoende personeel te kunnen werven en behouden. Functiedifferentiaties als CVA-verpleegkundigen maken het werk interessanter en bieden personeel carrièreperspectieven. Door gestructureerde aandacht en passende ondersteuningsvoorzieningen voor mantelzorgers, en versterking van zelfmanagement en autonomie kan de vraag naar professionele zorg deels beperkt blijven. De arbeidsproductiviteit kan toenemen door de verdere ontwikkeling van zorgtechnologie. Bevordering van vraaggerichtheid en vraagsturing in de zorg verhoogt de doelmatigheid en de patiënttevredenheid. Intensivering van het wetenschappelijk onderzoek draagt bij aan de profilering en professionalisering van de chronische zorg.

Al deze investeringen hangen nauw met elkaar samen. Als de chronische zorg zich bijvoorbeeld niet weet te onttrekken aan het negatieve imago, is dat ook niet bevorderlijk om jongeren warm te laten lopen voor een carrière in de zorg. Door niet te investeren blijft de chronische zorg een achterstand houden, zowel in de beeldvorming als in de praktijk. De toekomst, in onderzoek en praktijk, zal uitwijzen dat deze investeringen worden terugverdiend in meer doelmatige zorg én een hogere tevredenheid onder patiënten en zorgverleners.

Literatuur

- ¹ De kwaliteit van de quataire sector. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2002.
- ² Thuiszorg in aanzien. Het in- en externe imago van de thuiszorg onderzocht. Bunnik: STOOM, 2000.
- ³ PricewaterhouseCoopers, DESAN, IWS, NIVEL, TNO. Brancherapport Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004. Utrecht: PricewaterhouseCoopers/DESAN/IWS/NIVEL/TNO, 2005.
- ⁴ Brancherapporten VWS. Den Haag: Ministerie VWS, 2005.
- ⁵ van der Geest L, Sadiraj K, Bijkerk WO, de Boer WJJ. Gevolgen van het kabinetsbeleid voor de arbeidsmarkt in de zorg 2003. Breukelen: Nijfer, 2003.
- ⁶ Ott M, Paardekooper P, van der Windt W. Arbeid in zorg en welzijn 2005. Utrecht: Prismant, 2005.
- ⁷ van der Windt W, Talma H. De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogen in de zorgsector 2004-2008. Utrecht: Prismant, 2005.
- ⁸ Eerste concept voor de verpleegkundige beroepenstructuur. Een discussienota ten behoeve van de consultatie van de lidverenigingen van de AVVV, patiëntenfederatie en artsenorganisaties. Opgesteld door: Utrecht: Projectbureau VBOC, 2005.
- ⁹ de Veer AJE, Francke AL. Voor- en nadelen van functiedifferentiatie nader bekeken. TvZ 2003:36-37.
- ¹⁰ Koopmanschap MA, van Exel NJA, van den Bos GAM, van den Berg B, Brouwer WBF. The desire for support and respite care; preferences of Dutch informal caregivers. Health Policy 2004;68:309-320.
- ¹¹ van Exel NJA, Koopmanschap MA, Brouwer WBF. Respijtzorg: Een verkenning van behoefte en gebruik onder 273 mantelzorgers. Rotterdam: Erasmus MC, iMTA. 2005.
- ¹² Ramakers C, van den Wijngaart M. Persoonsgebonden budget en mantelzorg. Onderzoek naar de aard en omvang van de betaalde en onbetaalde mantelzorg. Nijmegen: ITS, Radboud Universiteit Nijmegen, 2005.

- ¹³ Quak ABWM, W.T. van Beekum WT, Ament A. Gebruik van thuiszorgtechnologie: kansen en mogelijkheden voor uitbreiding. Leiden: TNO, 2005.
- ¹⁴ Bos J, de Jongh D, Francke A. Monitor invoering videonetwerken in de thuiszorg. Verslaglegging van de eerste peiling. Utrecht: NIVEL, 2005.
- ¹⁵ Sensire Concern Marketing, Staatssecretaris Ross geeft startsein voor primeur in verpleeghuisland: Telesens brengt familie en vrienden dichterbij! Persbericht 15-02-1006.
- ¹⁶ Visser-Meily A, van Heugten C, Post M, Schepers V, Lindeman E. Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient Educ Couns.* 2005;56:257-267.
- ¹⁷ Pierce LL, Steiner FV, Govoni AL In-home Online support for caregivers of survivors of stroke: a feasibility study. *Computers, Informatics, Nursing* 2002;20:157-164.
- ¹⁸ Tran BQ, Buckley KM, Prandoni CM. Selection and use of telehealth technology. In support of homebound caregivers of stroke patients. *Caring Magazine.* 2002;16-21.
- ¹⁹ Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Technologische innovatie in de zorgsector. Den Haag: RVZ, 2001.
- ²⁰ Pool A, Mostert H en J. Schumacher J. Belevingsgerichte zorg: theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept Utrecht: NIZW, 2004.
- ²¹ Kort H, Giesen F, Prinsen B et al. Belevingsgerichte hulpverlening in de thuiszorgpraktijk,. Utrecht: NIZW, 2002.
- ²² Proot I. Changing autonomy. PhD Thesis, University Maastricht. 2001.
- ²³ Schrijvers G, Spreeuwenberg C, van der Laag H et al. Disease Management in de Nederlandse context. Digitaal handboek, website Igitur 2006.
- ²⁴ Bellemakers C, van Houten D. Disability als strijdtoneel en bron van kracht en macht. *Humanistiek* 2005:6-18.
- ²⁵ International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. WHO: Geneva, 2001. Nederlandse vertaling: WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands. Bilthoven: RIVM, 2002.

Mantelzorg, arbeidsmarkt en zorgvraag

dr. A.J. Struijs (RVZ)

Inhoudsopgave

1	Inleiding	231
1.1	Doel en opzet	231
1.2	Begrippenkader	232
2	Beschikbaarheid binnen en buiten de beroepsbevolking	235
2.1	Inleiding	235
2.2	Beschikbaarheid en omvang	235
2.3	Conclusie	242
3	Kwaliteit en draagkracht	244
3.1	Inleiding	244
3.2	Kwaliteit	244
3.3	Draagkracht	247
3.4	Conclusie	254
4	Effecten mantelzorg op zorgvraag en arbeidsmarkt	255
4.1.	Inleiding	255
4.2	De vraag naar zorg	255
4.3	Aanbod van arbeidskrachten	260
4.4	Betaalde en onbetaalde mantelzorg	261
4.5	Conclusie	266
5	Aandachtspunten voor beleid	267
	Literatuur	270

1 Inleiding

1.1 Doel en opzet

Het kabinet wil de arbeidsparticipatie verhogen én een groter beroep doen op de inzet van informele zorgverleners, waartoe mantelzorgers en vrijwilligers gerekend worden. De meeste informele zorgverleners binnen de beroepsbevolking zijn vrouwen. Een groter beroep op de informele zorg zou de arbeidsparticipatie van vrouwen kunnen afremmen of verminderen. Aan de andere kant kan de inzet van informele zorg een bijdrage zijn aan de oplossing van het eventuele tekort aan arbeidskrachten in de professionele zorg. Tegen deze achtergrond wordt in deze achtergrondnotitie onderzocht wat de effecten van de aanwezigheid en beschikbaarheid van informele zorgverleners zijn op de arbeidsmarkt en het zorgaanbod. Het gaat daarbij om twee aspecten:

- Informele zorg binnen het totaal van de beroepsbevolking
- Informele zorg buiten de beroepsbevolking

In deze studie spreken we van informele zorgverleners als verzamelterm voor mantelzorgers én vrijwilligers in de zorg. In de eerder verschenen achtergrondstudie *Informele zorg*, het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers aan de langdurige zorg (RVZ 2006) bij het advies over de AWBZ-zorg was de aandacht bewust gericht op mantelzorgers én vrijwilligers. Nu wordt de aandacht om verschillende redenen vooral gericht op mantelzorgers, omdat de overheid vooral van die groep vraagt een bijdrage te leveren aan het beantwoorden van de zorgvraag. Bovendien is het vooral ook die groep die daardoor eventueel onttrokken wordt aan de arbeidsmarkt. Daarnaast zijn over het aanbod van mantelzorgers meer gegevens bekend. In deze achtergrondstudie komt het zorgaanbod van vrijwilligers daarom slechts zijdelings aan de orde en alleen waar dat relevant of illustratief kan zijn. Daarnaast is deze achtergrondnotitie vooral algemeen gericht én – waar mogelijk – specifiek gericht op de ziektebeelden dementie en CVA. Mantelzorgers van mensen met deze aandoeningen moeten vaak veel toezicht op de verzorgde houden. Dit kan botsten met (een substantiële) arbeidsdeelname. Over arbeidsmarkt en zorgvraag met betrekking tot dementie en CVA zijn aparte studies verschenen, waarin ook de rol van de mantelzorg is betrokken.

De volgende vragen staan in deze studie centraal:

1. Hoeveel mantelzorg wordt er geleverd – in aantallen beschikbare mantelzorgers én in geleverde mantelzorguren – onder de werkzame en werkloze beroepsbevolking?
2. Hoe is het gesteld met de kwaliteit van de door mantelzorgers geleverde zorg?

3. Wat zijn de effecten daarvan op enerzijds op (uitstel van)
 - a. de zorgvraag
 - b. het aanbod van professionele zorg.

De opzet van deze achtergrondnotitie is als volgt: in hoofdstuk 2 wordt de eerste vraag, het aanbod van mantelzorgers en vrijwilligers binnen en buiten de beroepsbevolking in kaart gebracht. In hoofdstuk 3 kijken we naar de kwaliteit van de zorg. Het gaat daarbij zowel om de vraag of mantelzorgers kwalitatief geschikt zijn voor de zorg die ze leveren, als ook om de vraag of ze voldoende in staat zijn om de vaak zware zorgtaak uit te voeren en te combineren met ander dagelijkse taken. In hoofdstuk 4 onderzoeken wat de effecten van mantelzorg op de zorgvraag en het zorgaanbod zijn. In hoofdstuk 5 wordt de notitie afgesloten met aandachtspunten voor beleid.

1.2 Begrippenkader

De centrale begrippen van deze studie, ‘beroepsbevolking’, ‘mantelzorg’ en ‘vrijwilligerszorg’, worden hieronder kort omschreven.

Beroepsbevolking

Er zijn verschillende omschrijvingen van het begrip beroepsbevolking. Het CWI gaat van een ruime definitie uit en stelt dat de totale Nederlandse beroepsbevolking uit *alle* personen van 15-64 jaar bestaat. Het CBS (CCS 1991) specificceert het begrip tot degenen die tenminste twaalf uur per week werken, gaan werken of willen werken. Verder maakt het CBS een onderscheid tussen de werkzame en werkloze beroepsbevolking. De werkzame beroepsbevolking werkt twaalf uur of meer per week. De werkloze beroepsbevolking werkt niet of werkt minder dan twaalf uur per week. In deze studie wordt de definitie van het CBS als uitgangspunt genomen omdat de onderscheidingen in het begrip een handvat bieden om zicht te krijgen op het aandeel mantelzorgers onder de werkloze en werkzame beroepsbevolking en daarbuiten.

Mantelzorg

De term ‘mantelzorg’ dateert uit de zeventiger jaren (Hattinga Verschure, 1977). ‘Mantelzorg’ wordt door het ministerie van VWS als volgt omschreven: ‘De langdurende zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende door personen uit diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie’ (VWS, 2001).

Het Expertisecentrum Informele Zorg (EIZ) onderscheidt nog de volgende aspecten aan mantelzorg (EIZ, 2003):

- de *extra* zorg (meer dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is);

- de zorg die familieleden, vrienden, kennissen of buren *vrijwillig en onbetaald* verlenen;
- de zorgverlening aan personen in hun *familie, huishouden of sociale netwerk* met vrij ernstige fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen.

‘Mantelzorg’ omschrijven we hier als *de meer dan gebruikelijke* (*boven-normale*), *vrijwillig en onbetaalde zorg aan een naaste*. De mantelzorger heeft een persoonlijke relatie met de mantelzorgontvanger.

Vrijwilligerszorg

Naast mantelzorg wordt ook zorg geleverd door vrijwilligers. Aangezien soms in deze studie verwezen wordt naar het aanbod en de positie van vrijwilligers in de zorg, omschrijven we ook dit begrip. Onder ‘vrijwilligerswerk’ wordt verstaan werk dat in enig verband onverplicht en onbetaald wordt verricht, voor anderen of de samenleving (Van Gorp en Steenbergen, 2004). Vrijwilligerszorg is dan het werk dat vrijwilligers onbetaald in de zorg verrichten aan hulpbehoevenden buiten hun eigen sociale netwerk. Dat geschiedt al dan niet in aanvulling op professionele zorg of ter ondersteuning of vervanging van mantelzorg (EIZ website, RVZ, 2006b).

Vrijwilligers zijn bijvoorbeeld werkzaam in:

- *verpleeghuiszorg*: in vrijwel alle verpleeghuizen verrichten vrijwilligers taken als het bieden van sociaal contact, psychische steun en praktische steun;
- *thuiszorg*: verzorging, begeleiding en ondersteuning door vrijwilligers aan mensen die daar in hun thuissituatie behoefte aan hebben. Dit wordt vaak gecoördineerd door vrijwilligerscentrales, maar ook door thuiszorginstellingen;
- *respijtzorg*: het tijdelijk overnemen van de totale zorg ter ontlasting van de mantelzorg, bijvoorbeeld in de vorm van thuisopvang, dagopvang, kortdurende opname (EIZ website; Scholten 2004; Van der Kraan 2004).

Welke zorgtaken verrichten mantelzorgers en vrijwilligers?

Zorg geleverd door mantelzorgers en vrijwilligers beperkt zich tot bepaalde functies en betreft vooral huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, psychosociale begeleiding, toezicht en combinaties ervan. Mantelzorgers verrichten in de praktijk in toenemende mate ook verpleegkundige taken, vrijwilligers mogen geen verpleegkundige taken verrichten. Informele zorgverleners functioneren ook als belangenbehartiger van de hulpbehoevende of ze beheren het PGB en zorgen voor de benodigde informatie en hulp (Timmermans en Schellingerhout, 2003).

Samenvatting

Onder 'beroepsbevolking' verstaan we de werkzame en niet werkzame personen die tenminste twaalf uur per week werken, gaan werken of willen werken (CBS, CCS 1991). De werkzame beroepsbevolking werkt twaalf uur of meer en de werkloze beroepsbevolking werkt niet of werkt minder dan twaalf uur. 'Mantelzorg' is de langdurende, meer dan gebruikelijke zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende door personen uit diens directe omgeving, waarbij zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie (VWS, 2001). 'Vrijwilligerszorg' is zorgarbeid welke op vrijwillige basis en onbetaald geleverd wordt aan hulpbehoevenden buiten het eigen sociale netwerk, al dan niet in aanvulling op professionele zorg of ter ondersteuning of vervanging van mantelzorg (EIZ website). Ten slotte beperkt 'zorg' geleverd door mantelzorgers zich meestal tot de functies als huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en psychosociale begeleiding. Mantelzorgers verrichten echter in toenemende mate ook verpleegkundige taken. Vrijwilligers mogen die taken niet verrichten.

2 Beschikbaarheid binnen en buiten de beroepsbevolking

2.1 Inleiding

Het kabinet wil een toename van de arbeidsparticipatie van vrouwen van 55% in 2003 naar 65% in 2010, maar wil ook een sterker beroep doen op de inzet van mantelzorgers vanuit het oogpunt van kostenbeheersing en krapte op de arbeidsmarkt in de nabije toekomst. Een groter beroep op mantelzorgers betekent in de regel een groter beroep op vrouwen binnen de beroepsbevolking. Zij zijn vooral degenen die mantelzorg leveren. De vraag is dan ook hoe het er voor staat met het potentieel aan mantelzorgers en wat de effecten daarvan zijn op de arbeidsmarkt.

Daarom wordt in dit hoofdstuk de aandacht gericht op de beschikbaarheid en de omvang of intensiteit van het aantal uren geleverde (informele) zorg. De gegevens hierover zullen zoveel mogelijk onderscheiden worden naar het aandeel informele zorg binnen en buiten de beroepsbevolking. Ook kijken we naar de verhouding betaalde en onbetaalde mantelzorg en de effecten daarvan op de arbeidsmarkt. Waar zitten kansen en waar zitten bedreigingen voor huidig potentieel aan informele zorg?

2.2 Beschikbaarheid en omvang

Omvang mantelzorg

Volgens het SCP rapport Kijk op informele zorg (2005) is het totale aanbod aan mantelzorg tussen 1991 en 2003 licht gestegen: van 12,4% naar 12,8% in de leeftijd van 18 jaar een ouder. In absolute aantallen is het aanbod mantelzorgers met 170.000 personen toegenomen.

Verschuivingen zijn er wel binnen subgroepen, daarover verderop in deze notitie. Op het eerste gezicht lijken de onderzoeksresultaten positief voor het mantelzorgaanbod. Maar hoe zijn vooruitzichten voor het verlenen van mantelzorg als meer vrouwen op de arbeidsmarkt participeren?

Beschikbaarheid werkende vrouwen en mantelzorg

Uit het genoemde SCP-rapport (2005) blijkt dat de arbeidsparticipatie van vrouwen de laatste 15 jaar is toegenomen en dat het mantelzorgaanbod hierdoor niet negatief is beïnvloed: het aandeel vrouwelijke helpers blijft desondanks constant. Fulltime werkende vrouwen helpen wel minder intensief dan vrouwen die niet of minder werken, maar deze samenhang verdwijnt na correctie voor leeftijd of het daadwerkelijk kennen van iemand die hulp nodig heeft. Minder intensief helpen van deze vrouwen wordt eerder veroorzaakt door andere kenmerken – bijvoorbeeld door de samenstelling van het sociale netwerk – dan door het ver-

richten van betaald werk. Het SCP-onderzoek wordt bevestigd door wat al eerder uit andere onderzoeken naar voren kwam (Dautzenberg, 2000; Van Doorne-Huiskes, 2002; Schellingerhout, 2003; Isarin, 2005; Van den Berg, 2005).

De beschikbaarheid voor mantelzorg van vrouwen in de werkzame beroepsbevolking is dus niet afgenomen, maar wel is het aantal uren dat ze beschikbaar zijn voor de mantelzorg iets minder dan dat van de niet werkzame beroepsbevolking.

Intensiteit van de mantelzorg

Met intensiteit wordt de omvang of het aantal uren van de geleverde zorg bedoeld. Er zijn geen precieze gegevens bekend in welke mate de intensiteit van de zorg verschilt tussen mantelzorgers onder de werkzame en de niet werkzame beroepsbevolking. 'Of men werkt, hoeveel men werkt en waar en onder welke omstandigheden men werkt, (is) niet van invloed op het geven van informele hulp' (Timmermans, 2001: p. 187). Met andere woorden: het hebben van betaald werk heeft geen negatief effect op de bereidheid en beschikbaarheid van informele hulp. Maar de intensiteit is wel verschillend.

Over het geheel genomen geven mantelzorgers 19 uur per week, gedurende 9 maanden mantelzorg. Mantelzorgers die het combineren met betaalde arbeid geven gemiddeld 15 uren per week mantelzorg, gedurende 8,3 maanden. Mantelzorgers zonder betaalde arbeid verlenen 25 uren per week, gedurende 8,8 maanden. Naarmate de leeftijd vordert geven meer mensen intensiever (meer uren en langduriger) mantelzorg. Dit geldt vooral voor mensen van 65 jaar en ouder. Het minste aantal uren mantelzorg, 16 uur per week, geeft de groep van 45-54 jaar (SCP, Mantelzorg, 2001) Zie onderstaande tabel 2.1.

Tabel 2.1 Duur en intensiteit van de hulp, naar kenmerken van de mantelzorgers en de hulpbehoevende, in 2001 (n=852)

		gem aantal uren zorg per week	gem aantal maanden zorg
<i>mantelzorgers</i>			
geslacht	man	21	8,6
	vrouw	18	8,5
leeftijd	18-34 jaar	19	7,4
	35-44 jaar	20	7,6
	45-54 jaar	16	9,1
	55-64 jaar	19	9,2
	65-74 jaar	26	9,8
	≥ 75 jaar	31	9,6
betaald werk in 2001	nee	25	8,9
	ja	15	8,3
<i>Hulpbehoevende</i>			
geslacht	man	23	8,0
	vrouw	18	8,8
leeftijd	0-39 jaar	32	7,4
	40-64 jaar	24	7,9
	65-79 jaar	18	8,6
	≥ 80 jaar	13	9,5
	lid huishouden	hulpbehoevende is <u>wel</u> lid huishouden mantelzorgers	45
	hulpbehoevende is <u>geen</u> lid huishouden mantelzorgers	13	8,6
<i>Totaal</i>		19	8,6

Bron: SCP (Mantelzorg 2001)

Duur en intensiteit van de zorg kunnen sterk verschillen. Hoe ouder een mantelzorger is, hoe intensiever en langduriger er hulp gegeven wordt. Wat ook opvalt in deze tabel is dat mannen – overigens niet significant – meer uren en iets langduriger uren mantelzorg verlenen. Dit betreft waarschijnlijk vooral mannen die op hogere leeftijd veel zorg aan hun vrouw geven. In andere levensfasen en juist die waarin zorg en arbeid worden gecombineerd zorgen mannen veel minder dan vrouwen betrokken in de mantelzorg. Verder is in bijna de helft van de situaties de hulpbehoevende lid van het huishouden. Het gaat vaak om een ouder die een kind verzorgt of een partner

Combinatie arbeid en zorg

Het aantal mensen dat betaalde arbeid en zorg combineert is in de periode 1991-2003 toegenomen van 37,1% naar 49,7%. Dit betekent over het geheel genomen een flinke toename van ‘taakcombineerders’, namelijk van een derde naar de helft van alle mantelzorgers die zorg en betaalde arbeid combineert.

Verdeeld over de leeftijdscategorieën ontstaat er een divers beeld. Niet in alle leeftijdscategorieën wordt in even grote mate hulp gegeven. Zo was het aandeel mantelzorgers onder 18-34 jarigen in 1991 nog het grootste

(26,7%) van alle leeftijdscategorieën, maar bleek dit in 2003 bleek dit te zijn afgenomen tot het kleinste aandeel (17,9%). Wel gaven in 1991 de 45-54 jarigen de meeste hulp en neemt dat nog toe in 2003. De afname bij jonge mensen uit de werkzame beroepsbevolking om mantelzorg te geven wordt gecompenseerd door meer ouderen (groei van bijna 5%) die hulp geven.

Tabel 2.2 Samenstelling van de groep informele helpers^a, 18-plussers, 1991 en 2003 (verticaal gepercenteerd)

	1991	2003	Significantie ^b
<i>Leeftijdsklasse</i>			*
18-34 jaar	26,7	17,9	
35-44 jaar	22,7	19,4	
45-54 jaar	20,9	25,1	
55-64 jaar	17,2	20,5	
≥ 65 jaar	12,6	17,1	
<i>Arbeidsdeelname^c</i>			*
niet werkend	63,0	50,3	
deeltijdwerkend	12,6	25,3	
volledig werkend	24,5	24,4	
<i>Geslacht</i>			*
mannen	32,0	34,1	
vrouwen	68,0	65,9	

a Mensen die geregeld (niet beroepsmatig) hulp geven aan mensen die ziek of gehandicapt zijn

b * : $p < 0,05$; n.s.: niet significant ($p > 0,5$)

c Van alle 18-plussers, dus inclusief de ouderen

Bron: SCP (AVO'91 en 0,3)

Zetten we de afname in het aandeel mantelzorg in de leeftijdscategorie 18-34 jaar naast de bevolkingssamenstelling in dezelfde periode voor dezelfde leeftijdscategorie dan is daar ook een vergelijkbare afname te zien. De verschuiving in deze leeftijdscategorie heeft dus te maken met demografische verschuivingen. Een tweede verklaring ligt dus in het feit dat ouderen langer leven en op latere leeftijd met beperkingen te maken krijgen. De groep 18-34 zijn veelal de kleinkinderen van degenen die mantelzorg behoeven. Of het betreft jonge mantelzorgers die voor een chronisch zieke oudere zorgen, ouders met gehandicapt kind of bijvoorbeeld partners van ms-patiënten.

De toename in geleverde mantelzorg is vooral in de leeftijdscategorieën 45-54 jaar en 65 jaar en ouder. Ruim 30% van alle mantelzorgers is 55 jaar of ouder, 20% van alle mantelzorgers is boven de 75. Ook nam volgens het CBS het aantal 65-plussers dat actief is in het vrijwilligerswerk en in de mantelzorg toe. Bij de rest van de volwassen bevolking nam het aantal mantelzorgers toe, maar hier daalde wel het aantal vrijwilligers.

Overzicht totale aanbod mantelzorg

Binnen én buiten de beroepsbevolking is het aandeel mantelzorgers als volgt verschoven:

1991: 12,4 % naar 2003: 12,8%.

Van het aanbod van mantelzorgers is in 2003:

- 50,3% niet werkend
- 49,7% wel werkend
- 25,3% doet dat in deeltijd (>12-32 uur)
- 24,4% doet dat fulltime.

Overigens dient hierbij opgemerkt te worden dat Nederland uniek is in het hoge aantal kleine deeltijdbanen onder vrouwen. Zo'n 45% werkt rond de 12 uur. Mantelzorg valt dan gemakkelijker in te passen dan bij een baan van 32 uur, als daarbij ook nog gelijktijdig de zorg voor kinderen speelt. Nederland heeft de oudste ouders van Europa, de kans dat het opvoeden van kinderen samenvalt met mantelzorg is dan groter.

Er is in Nederland dan ook een toename van de zogenaamde 'sandwich-generatie' (Morée, 2005).

Binnen de potentiële beroepsbevolking

Binnen de werkzame en niet werkzame beroepsbevolking is er tussen 1991 en 2003 een afname in het aandeel mantelzorg van gemiddeld 1.7%. De afname zit in de groep 18-44 jarigen én in de groep niet werkzame beroepsbevolking. Of deze laatste categorie wel beschikbaar is voor de arbeidsmarkt is de vraag.

Er is een toename onder het aantal mantelzorgers binnen de beroepsbevolking dat dit combineert met betaalde arbeid, namelijk van een kleine 12% (1991: 37,1% naar 2003: 49%). Dit zijn de zogenaamde 'taakcombineerders'. Naar schatting gaat het om een miljoen mensen dat betaalde arbeid verricht en daarnaast gemiddeld 18 uur per week mantelzorg verleent (Timmermans, 2001). De toename van mantelzorgers die het combineren met betaald werk zit vooral in de groep vanaf 45 jaar. In de volgend overzichten wordt het geïllustreerd:

Voorbeeld 1

Leeftijdsgroep 45-54 jarigen

Vrouwen arbeidsparticipatie

1991: 23,8 => 2003: 43,4 (deeltijds)

1991: 11,2 => 2003: 17,2 (voltijds)

Vrouwen arbeidsparticipatie

én mantelzorg

1991: 17,2 => 2003: 17,3

Voorbeeld 2

Leeftijdsgroep 55-64 jarigen

Vrouwen arbeidsparticipatie

1991: 7,1 => 2003: 17,6 (deeltijds)

1991: 3,2 => 2003: 6,4 (voltijds)

Vrouwen arbeidsparticipatie

én mantelzorg

1991: 16,9 => 2003: 18,2

Concluderend kunnen we stellen mantelzorgers relatief vaker te vinden onder de werkzame beroepsbevolking, met name in de groep boven de 45 jaar. De combinatie van betaalde arbeid en een zorgtaak is kennelijk mogelijk. Vergeleken met de fulltimers zijn vrouwelijke mantelzorgers twee keer zo vaak te vinden onder de deeltijdwerkers. Bij hogere arbeidsparticipatie van vrouwen is deeltijdwerken in combinatie – ook voor mannen – een optie. Echter in de praktijk blijkt dat mannelijke mantelzorgers ook al vanwege hun aandeel in het gezinsinkomen, vaak zo lang mogelijk fulltime blijven werken, in tegenstelling tot vrouwen die meer geneigd zijn om korter te gaan werken wegens intensieve mantelzorg.

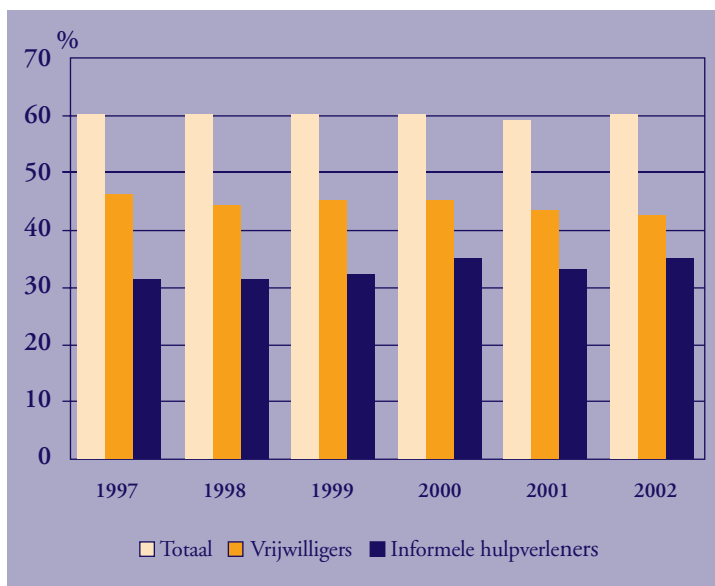
Buiten de potentiële beroepsbevolking

We gaan hierbij uit van de groep ouder dan 65 jaar. Het aandeel mantelzorg neemt snel toe en is nu (2003) bijna evenveel als het geval is binnen de niet werkzame beroepsbevolking in de groep 18-44 jarigen. Kijken we naar het aandeel mantelzorgers boven de 65 jaar, dan is er een toename van 1991: 12,6 naar 17,1 in 2003. Ook hier zit potentieel: als ouderen langer gezond leven, kunnen ze zelf ook langer mantelzorg of als vrijwilliger zorg verlenen.

Aanbod vrijwilligers en mantelzorgers vergeleken

Als we de ontwikkeling van het aanbod van mantelzorgers vergelijken met het aanbod vrijwilligers, ontstaat het volgende beeld:

Figuur 2.1 Vrijwilligers en informele hulpverleners (=mantelzorgers)



Bron: CBS

Het aantal vrijwilligers is in de loop der tijd iets afgenomen en het aantal mantelzorgers iets toegenomen.

Het aanbod vrijwilligers in de zorg is wisselend. In bepaalde sectoren zijn ruim voldoende vrijwilligers te vinden, zoals bijvoorbeeld in de patiëntenbegeleiding in algemene ziekenhuizen. Het succes ervan hangt samen met de manier waarop dit werk is georganiseerd, dat het in teamverband plaats vindt, met professionals in de directe omgeving. Bovendien zijn de secundaire arbeidsvoorwaarden goed (verzekeringen, reiskosten, parkeerkaarten e.d.) en er is begeleiding via een vrijwilligerscoördinator. Een ander type zorg dat bij vrijwilligers in trek is, is de zorg in hospices of de terminale thuiszorg. Sommige van deze projecten hebben zelfs vrijwilligers op de wachtlijst staan. Wat dit werk aantrekkelijk maakt is de behoefte aan zingeving, eigen persoonlijke ervaringen, maar ook de goede coaching en deskundigheidsbevordering maakt dit type vrijwilligerswerk aantrekkelijk. Wellicht ook het tijdelijk karakter van dit werk. Meer dan de helft van de contacten tussen vrijwilliger en zorgontvanger duurt niet langer dan twee weken.

Deze succesfactoren verklaren meteen waarom het in andere takken van zorg minder goed lukt. In de geestelijke gezondheidszorg wordt langdurige inzet gevraagd en hier zijn dan ook structurele tekorten aan vrijwilligers. Ook krijgt de vrijwilliger er minder voor terug van de zorgontvanger en mist hij hier teamverband of de bescherming van een intramurale setting. Ook de negatieve beeldvorming over ggz-cliënten of mensen met een verstandelijke handicap speelt parten bij het aantrekken van vrijwilligers. Een hoger opgevoerde druk vanuit de overheid om vrijwilliger te worden werkt volgens sommigen niet. Vrijwilligers ervaren niet die morele druk die mantelzorgers wel ervaren. Opvoeren van druk om vrijwilliger te worden werkt eerder averechts. In plaats van sterker leunen op betrokken burgers kan de overheid zich beter inspannen hen te ondersteunen met actief, motiverend beleid (Peters en Wilbrink, 2005).

Dementie en CVA

Kijken we specifiek naar het gemiddeld aantal uren mantelzorg dat per week besteed wordt aan dementerenden dan blijkt dat deze zorg veel intensiever is dan in gemiddelde mantelzorgsituaties. Meer dan de helft van alle zorg aan dementerenden (60%) wordt verleend door familieleden, vooral gezinsleden (Duijnste, 1996). Uit Zweeds onderzoek blijkt dat het percentage daar hoger ligt en blijkt dat onder de thuiswonenden 89% informele zorg ontvangt.

Dementerenden ontvangen 14 keer zoveel mantelzorg en 10 keer zoveel formele zorg vergeleken met niet dementerenden. In ernstige gevallen kan de hoeveelheid mantelzorg oplopen tot 16.1 uur per dag, volgens het Zweedse onderzoek (Nordberg, 2005). Dat is dus 113 uur per week

en bijna 6 maal zoveel als het gemiddeld aantal uren mantelzorg (in Nederland) per week.

Thuiswonende CVA-patiënten krijgen gemiddeld 5 uur per dag ondersteuning van familie, vrienden of andere vrijwilligers. Het gaat dan vooral om huishoudelijke taken, praktische zaken en persoonlijke verzorging (Van Exel, et al.. 2002).

Samenvatting

Vanuit het perspectief van mantelzorg heeft de stijgende arbeidsparticipatie geen negatief effect gehad op het aandeel mantelzorgers onder de werkzame beroepsbevolking.

Van de mantelzorgers die tot de beroepsbevolking behoren behoort de helft tot de werkzame en andere helft tot de niet werkzame beroepsbevolking. Van de werkzame beroepsbevolking combineert ongeveer een kwart het met een deeltijd baan en een ander kwart met een fulltime baan. De combinatie tussen mantelzorg en betaalde arbeid is realiteit. Gemiddeld geven 'taakcombineerders' 15 uur mantelzorg per week, dat is 3 uur minder dan het gemiddeld aantal uren van mantelzorgers in het algemeen. Buiten de beroepsbevolking (65 jaar en ouder) neemt het aantal mantelzorgers snel toe en ook de omvang of intensiteit van hun zorg is verdubbeld. Zij verlenen gemiddeld 31 uur per week zorg. Ook de man/vrouwverhouding wordt in deze groep meer evenredig en de duur van de mantelzorg neemt toe.

Verder maakt het veel uit om welk ziektebeeld het gaat. In geval van dementie is er veel meer mantelzorg, soms wel 16 uur per dag, nodig. In geval van CVA is mantelzorg van gemiddeld 5 uur per dag nodig.

Het aantal vrijwilligers buiten de beroepsbevolking neemt toe en laat een vergelijkbare trend zien met het aantal mantelzorgers in die leeftijdsgroep. Vooral kortdurend vrijwilligerswerk met goede arbeidsomstandigheden, secundaire arbeidsvoorwaarden, deskundigheidsbevordering en begeleiding is in trek. Langdurige vrijwilligerszorg, zoals in de geestelijke gezondheidszorg, is minder geliefd en heeft met structurele tekorten te maken.

2.3 Conclusie

Vooralsnog is er geen tekort te verwachten in het aanbod van mantelzorg en betekent de combinatie van arbeid en zorg ook nauwelijks vermindering van de arbeidsparticipatie. Ook mantelzorgers die hun zorgtaak combineren met hun arbeidstaken leveren zorg aan hun naaste. Ze geven wel iets minder intensief en minder langdurig zorg. Eventuele (zware)

belasting blijkt niet zo zeer samen te hangen met de combinatie met andere zorg- of arbeidstaken, maar eerder met praktische problemen. Kansen zitten vooral in de combinatie van (deeltijd)arbeid en zorg, mits deze ondersteund worden met goede condities die de combinatie van arbeid en zorg vergemakkelijken. De condities hiervoor komen later in deze studie ter sprake.

Het vrijwilligerswerk laat in bepaalde takken van de zorg tekorten zien. Het betreft hier vooral de langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg. Andere, vooral kortdurende zorgcontacten, zoals in het ziekenhuis en de palliatieve zorg, blijken onder vrijwilligers aantrekkelijker.

3 Kwaliteit en draagkracht

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een beeld van de kwaliteit en draagkracht van de informele zorg. Het gaat daarbij om twee typen vragen. In de eerste plaats gaat het om de kwaliteit van de door mantelzorgers geleverde zorg. Leveren ze goede zorg? Beschikken mantelzorgers over voldoende kennis en ervaring? Zijn de effecten van de verleende mantelzorg positief en zijn de zorgontvangers tevreden met de geleverde mantelzorg?

In de tweede plaats gaat het om de vraag of mantelzorgers fysiek, mentaal en in economisch opzicht voldoende opgewassen en in staat zijn om hun zorgtaak te vervullen. Hebben ze voldoende draagkracht of dreigen ze overbelast te raken. Wat is er voor nodig goede kwaliteit te leveren, zodat het aansluit bij de behoefte van de patiënt?

3.2 Kwaliteit

Directe informatie over de kwaliteit van de mantelzorg is niet gevonden. Toch valt er wel wat over te zeggen. De kwaliteit van de zorg wordt voor een belangrijk deel bepaald door de motivatie om zorg te verlenen. Over het algemeen zijn mantelzorgers positief over het geven van zorg. Uit onderzoek van iMTA en RIVM blijkt dat de helft van de mantelzorgers aangeeft hun taak niet te willen overdragen aan een andere (formele of informele) zorgverlener (Van Exel, et al., 2002). Dat kan verschillende redenen hebben, zoals gebrek aan vertrouwen in de professionele zorg of de verzorgde wil alleen hulp van de mantelzorg. Ruim driekwart van de mantelzorgers ervaart voldoening in het geven van mantelzorg. Andere motieven zijn: liefde en genegenheid (32%), vanzelfsprekendheid (32%) en plichtsbef (13%).

Hoe ervaren mantelzorgontvangers de zorg gegeven door hun naaste? De meerderheid vindt dat afhankelijk zijn van de kinderen zo veel mogelijk voorkomen zou moeten worden. Liever in een verzorgings- of verpleeghuis dan bij de kinderen in huis of geheel afhankelijk zijn van de kinderen. De gemeenschap betaalt daar gezamenlijk voor en de overheid moet dat bieden aan wie het nodig heeft (NIDI, 2003). Uit de door het NIZW in 2003 georganiseerde toekomstdebatten blijkt de meerderheid van de ouderen professionele hulp te verkiezen boven mantelzorg. Met kinderen en vrienden willen ze vooral een 'gezelligheidsband'. Ze doen liever geen structureel beroep doen op hen voor het verlenen van zorg (Van Overbeek en Schippers, 2004). Als het aan de zorgontvangers ligt geeft de meerderheid de voorkeur aan professionele zorg.

Chronisch zieken zien het iets anders: onderzoek onder de leden van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ), uitgevoerd door het NIVEL (2004) blijkt dat chronisch zieken de mantelzorg die ze krijgen meestal (80%) als prettig ervaren, maar ze hebben er soms ook moeite mee. Ongeveer 40% vindt het krijgen van mantelzorg bezwaarlijk of geeft aan het moeilijk te vinden om van een dierbare of kennis hulp te accepteren, vooral als het om huishoudelijke hulp gaat. Van de chronisch zieken vindt 30 tot 40% het verlenen van mantelzorg vanzelfsprekend, van de totale Nederlandse bevolking vindt 80% dat. Tweederde van de chronisch zieken die thuis een vorm van zorg krijgen, krijgt mantelzorg. Dat is vooral (ca. 90%) huishoudelijke hulp, maar ook persoonlijke of verzorgende hulp.

Hebben mantelzorgers kwaliteit in huis? Mantelzorgers beginnen meestal aan hun taak zonder daarvoor een opleiding te hebben genoten. Vernooij-Dassen onderzocht het 'competentiegevoel' bij mantelzorgers die een dementerende oudere verzorgden (1993). Uit haar onderzoek blijkt dat het van groot belang is voor de thuiszorg niet alleen aandacht aan de patiënt te besteden, maar ook aan het systeem rond de dementerende oudere en met name de 'centrale verzorger' (mantelzorg). Vooral de beleving van de centrale verzorger verdient aandacht in de begeleiding. Regelmatige en relatief langdurige, vooral praktische, ondersteuning blijkt een gunstig effect te hebben en de kans op opname te verminderen. Daarnaast geldt voor alle professionele hulpverleners in de thuiszorg dat het van belang is rekening te houden met de bereidheid tot zorgen bij de centrale verzorger, met zijn gevoeligheid en kwetsbaarheid en het bewaken van het competentiegevoel van de centrale verzorger. Ook ander onderzoek bevestigt dat mantelzorgers vooral ondersteuning wensen in de vorm van advies, begeleiding en informatie vragen (De Boer, 2005).

In de praktijk worden vaak bij de indicatiestelling afspraken gemaakt welke taken de formele en welke de informele zorg voor hun rekening neemt. Tijdens de zorgperiode kan in onderling overleg de verdeling van zorgtaken worden bijgesteld, soms is meer professionele zorg nodig, soms kan de professionele zorg verminderd worden. De wensen en belangen van de cliënt moeten daarbij niet uit het oog verloren worden. Mantelzorgers verrichten meestal functies op het gebied van persoonlijke verzorging, huishoudelijke hulp, psychosociale begeleiding, toezicht en steeds meer ook verpleegkundige taken. In zorgsituaties waar meer specifieke deskundigheid wordt gevraagd, is de professionele zorg ook meer aanwezig. Er zijn ook steeds vaker vormen van zorg, waarbij steeds meer medische technologie in de thuissituatie wordt toegepast. Ook daarin vervullen mantelzorgers een centrale rol. Zij moeten daarvoor soms eerst opgeleid worden en verrichten vaak ook verpleegkundige taken. Zo kreeg de partner van een nierdialysepatiënt eerst een gerichte opleiding

van 8 maanden voordat zij haar man kon helpen en de dialyse thuis kon worden uitgevoerd (CEG, 2004).

Mantelzorgers hebben ook een groot aandeel in de CVA-zorg en kunnen professionele zorg beperken, mits zij gestructureerde aandacht en voldoende ondersteuning krijgen. Ondersteuning en begeleiding voor mantelzorgers is vooral nodig van de professionals. Er zijn diverse organisaties, zoals Steunpunten mantelzorg en organisaties voor Vrijwillige Thuishulp waar mantelzorgers ondersteuning en begeleiding kunnen krijgen. Ook respijtzorgvoorzieningen helpen de mantelzorg en verminderen de ervaren belasting. Er blijkt nog onvoldoende bekendheid met de mogelijkheden van respijtzorg, vooral bij diegenen die daaraan het meeste behoefte hebben (Visser-Meily en Van den Bos, 2006b).

Ook mantelzorgers die een dementerende verzorgen hebben vaak behoefte aan ondersteuning en begeleiding. In ontmoetingscentra en in de zogenaamde Alzheimercafé's wordt aan mensen met dementie en hun mantelzorg voorlichting gegeven en de mogelijkheid geboden ervaringen uit te wisselen met lotgenoten. Ondersteunende zorg, gericht op het vergroten van de draagkracht van de mantelzorg door het aanbieden van respijtzorg, educatie, informatie, praktische en sociale steun is van groot belang. Beschikt de mantelzorg over grotere draagkracht, dan kan dat de vraag naar professionele zorg verminderen of uitstellen (Vernooij-Dassen, et al., 2006; RVZ 2006).

Voor vrijwilligers ligt het anders. Van vrijwilligers in de zorg is bekend dat ze hun aandeel vaak vanuit een georganiseerd verband verrichten en een training ontvangen voordat ze beginnen. Ook wordt er met hen vaak een contract afgesloten over de te leveren zorg. Zij zijn meestal goed voorbereid op hun taak en krijgen begeleiding en advies. Vrijwilligers mogen geen verpleegkundige taken verrichten, dit in tegenstelling tot mantelzorgers die dit in de praktijk geregeld wel doen.

Samenvatting

De deskundigheid van mantelzorgers varieert nogal. Dat kan variëren van plotseling mantelzorg worden zonder enige scholing of ervaring, of mantelzorg worden na een opleiding gekregen te hebben. De mate waarin de zorgontvanger de zorg van hun naaste verkiezen boven professionele zorg is niet eenduidig en hangt vaak samen met de relatie die tussen gever en ontvanger bestaat. Sommigen vinden het lastig afhankelijk te zijn van hun kinderen of partner en geven de voorkeur aan professionele zorg. Anderen, met name chronisch zieken, staan anders tegenover mantelzorg. Opmerkelijk is dat Nederlanders in het algemeen mantelzorg vanzelfsprekender vinden dan degenen die er het meest mee te maken hebben.

Verder blijkt dat voor de kwaliteit van de informele zorg – zowel mantelzorg als vrijwilligerszorg – samenwerking met de professionele zorgverlening een belangrijke voorwaarde is. Het gaat dan niet alleen over de praktische kant van taakverdeling en afstemming van zorgtaken, maar ook om gemeenschappelijke visie op de aanpak van de zorg, coaching en deskundigheidsbevordering. Vrijwilligers zijn beter voorbereid op hun taak en kennen ook beter hun eigen grenzen.

3.3 Draagkracht

Binnen de beroepsbevolking

Een ander aspect samenhangend met de kwaliteit van de geleverde informele zorg is de draagkracht. Draagkracht of draaglast is de hoeveelheid belasting die iemand fysiek en/of psychisch aankan. Of mantelzorgers hun taak goed kunnen volhouden blijkt onder meer uit de ervaren belasting. Dautzenberg onderzocht via een steekproef onder 934 vrouwen in hoeverre dubbele taken en verantwoordelijkheden van vrouwen in de leeftijd van 40-54 jaar – de zogenaamde ‘sandwichgeneratie’ – belemmerend zijn om hulp te geven aan (schoon)ouders. Uit het onderzoek bleek dat 30% van de onderzochte groep inderdaad te maken had met een situatie van zorg voor ouders, een eigen gezin en/of een baan. De meeste vrouwen vonden echter de combinatie niet belastend. Vrouwen met meer taken en rollen voelden zich beter (lees: gelukkiger) dan de vrouwen die het minst om handen hadden.

Uit haar onderzoek blijkt verder dat het al dan niet hebben van een gezin niet zoveel invloed had op het geven van mantelzorg. Wel was dat het geval met een betaalde baan. Betaald werkende vrouwen geven minder snel hulp en fulltime werkende vrouwen werden niet zo gauw de centrale verzorger van een ouder. Besluiten ze eenmaal tot mantelzorg, dan geven ze mantelzorg ongeacht het aantal uren dat ze buitenshuis werken. Eenderde van degenen die arbeid en zorg combineren gaf aan zich ‘klem te voelen’, maar losten het toch op met snipperdagen. De zorg aan ouders bleek geen negatief effect te hebben op hun loopbaan. De ervaring zich ‘klem te voelen’ lijkt zwaarder te wegen dan de feitelijke gevolgen.

Uit haar onderzoek blijkt dat het vooral structurele en situationele factoren (reisafstand, beschikbaarheid, geen alternatieve mogelijkheden en de zorgbehoefte van de ontvanger) zijn die bepalen of mantelzorg verleend wordt. Redenen om wél hulp te geven zijn vanzelfsprekendheid, liefde, plichtsbesef, ‘iets terug willen doen’ (wederkerigheid). Redenen om geen hulp te geven zijn vooral van praktische aard: zoals de reisafstand en een drukke baan.

Er werd in dit onderzoek geen aanwijzing gevonden dat andere taken, naast de zorgtaak, de ervaren belasting verhoogden. De ervaren dubbele belasting wordt dus niet door de combinatie van verschillende taken, maar door andere factoren bepaald, zoals het aantal uren hulp, de eigen fysieke gezondheid van de verzorger, de gezondheid van de oudere en de relatie met de ouder (Dautzenberg, 2000).

Binnen en buiten beroepsbevolking

Ook het SCP onderzocht in De mantelval de ‘belasting’ van mantelzorgers en baseert zich hiervoor op eerdere SCP-onderzoeken. Deze analyse leverde een classificatie van meest belaste mantelzorgers op, waarbij een onderscheid moet worden gemaakt tussen omvang (grootste groep zwaar belasten) en meest risicovolle groep mantelzorgers. Het SCP-onderzoek richt zich op alle mantelzorgers, waaronder mantelzorgers die het met betaalde arbeid combineren. Resultaten:

- 25% van alle mantelzorgers ervaart geen belasting.
- Het eerste signaal is het gevoel de situatie nooit los te kunnen laten. Het zwaarst lijkt de belasting als er tenslotte ook conflicten op het werk of thuis ontstaan.

Tabel 3.1 Een maat voor de ernst van de belasting van verleners van informele zorg volgens de Mokkschaalanalyse op basis van 13 instellingen, 2001

	somscore	N	%	cumulatief %
geen problemen	0	240	23,6	23,6
situatie nooit los	1	150	14,8	38,8
nooit vrij verantwoordelijkheden	2	115	11,3	49,7
erg gebonden	3	98	9,6	59,4
regelmatig tijd te kort	4	82	8,1	67,4
meer moeite regelen huishouden	5	45	4,4	71,9
werk minder zorgvuldig	6	57	5,6	77,5
in vrije tijd te moe	7	52	5,1	82,6
combineren met werk of gezin viel niet mee	8	43	4,2	86,8
erg onder druk	9	39	3,8	90,6
te veel op mijn schouders	10	31	3,1	93,7
zelfstandigheid in de knel	11	28	2,8	96,5
ziek of overspannen geraakt	12	19	1,9	98,3
conflicten thuis-werk	13	17	1,7	100,0
Totaal		1.016	100,0	

De Mokkschaalanalyse werkt met drie categorieën, in hiërarchische volgorde:

1. belasting als gevolg van de morele zorgverplichting;
2. belasting door problemen met het combineren van taken;
3. belasting als gevolg van een teveel aan verplichtingen.

Dit betekent dat een mantelzorger bij toenemende belasting zijn zorgtaak in eerste instantie alleen als een morele verplichting ervaart; vervolgens krijgt hij of zij moeite met het combineren van taken (werk, gezin en informele zorg), en ten slotte heeft hij of zij te veel verplichtingen, waardoor men gestresst raakt. Doordat de mantelzorger gaandeweg geleidelijk en ongemerkt van de ene naar de andere categorie overgaat en daarbij uiteindelijk te ver gaat, wordt gesproken van de mantelval. De tabel hieronder laat kenmerken zijn van hoogbelaste mantelzorgers:

Tabel 3.2 Hoge belasting^a bij mantelzorgers naar enkele kenmerken, 2001 (in procenten)

<i>Informele zorg voor</i>	
partner	44
kind	45
ouder	30
broer/zus	15
grootouder	4
ander familielid	14
andere relatie	11
<i>Intensiteit</i>	
1-4 uur per week	7
5-8 uur per week	18
9-16 uur per week	33
≥ 17 uur per week	46
<i>De hulpbehoevende heeft</i>	
geen/lichte/matige beperkingen	16
ernstige beperkingen	27
<i>Motief: er was niemand anders beschikbaar</i>	49
<i>Totaal</i>	26

^a hoge belasting: tamelijk zwaar, zeer zwaar of overbelast

Bron: SCP (Mantelzorg 2001)

Uit bovenstaande blijkt dat het aantal uren zorg, de beschikbaarheid van verzorgers, de mate van beperkingen van de zorgontvanger en de relatie die men heeft tot de zorgontvanger bepalend zijn voor de ervaren belasting. De zwaarste vormen van mantelzorg zijn zorgen voor een partner, voor een kind of voor een ouder. In geval van een partner of een kind gaat het vaak om inwonende mantelzorg, in geval van een ouder vaak om uitwonende mantelzorg.

Overbelasting

Onder 'overbelasting' wordt de situatie verstaan waarbij de draaglast hoger is dan de draagkracht. De 'draaglast' (of draagkracht) is dan wat iemand psychisch en/of fysiek aankan. Overbelasting is niet helemaal te meten aan objectieve maatstaven. Er zijn ook subjectieve factoren, zoals hoe mantelzorgers een zorgsituatie beoordelen, die van invloed zijn. Zwaar belast zijn vooral mantelzorgers die meer dan 17 uur per week hulp geven (46%). 'Zwaar belast' is overigens niet hetzelfde als 'overbelast'.

Ontspoorde zorg

Overbelasting kan leiden tot ontspoorde zorg, dat is mantelzorg die omslaat in verkeerde zorg met schadelijke gevolgen (mishandeling en verwaarlozing) voor de hulpbehoevende. Ontspoorde zorg is een vorm van mishandeling, die niet uit wraakzuchtige motieven voortkomt, maar uit onkunde, onmacht, frustratie, onwetendheid of overbelasting. Hierbij is niet altijd duidelijk wie de dader en wie het slachtoffer is en wanneer een normale zorgrelatie is overgegaan in mishandeling. Er is geen sprake van opzet en beide partijen zouden het graag anders zien. Het NIZW (Bakker, 2001) voerde een verkennend onderzoek uit waaruit onder meer bleek dat mantelzorgers te lang wachten met het inschakelen van de professionele zorg. De (ontoereikende) situatie in de professionele zorg en de isolatie van de mantelzorger (het gevoel er alleen voor te staan) worden het meest als omstandigheid genoemd waardoor zorg kan ontsporen. Ook zeggen respondenten dat het vaak om mantelzorgers gaat die niet bewust voor hun zorgtaken gekozen hebben, maar zich ertoe gedwongen voelen of het als een plicht ervaren (Bakker, 2001).

Dementie en ontspoorde zorg

Uit onderzoek (1996) blijkt dat ongeveer een derde deel van de mantelzorgers van demente ouderen zich schuldig maakt aan een vorm van ouderenmishandeling (Pot, et al., 1996). Maar ook beroepskrachten maken zich schuldig aan mishandeling. Ouderenmishandeling zal naar verwachting naarmate de vergrijzing toeneemt en ouderen langer thuis blijven wonen toenemen. Recent is voor de bestrijding van ouderenmishandeling weer nieuwe aandacht gevraagd aan gemeenten en lokale organisaties die met ouderen te maken hebben, zoals GGD's en GGZ-instellingen, thuiszorgorganisaties, huisartsen en steunpunten Mantelzorg. Er is tevens een meldpunt Ouderenmishandeling ingesteld (Van Heerwaarden en Schaafsma, 2005).

Gezondheidsproblemen en dementie

Overbelasting kan ook leiden tot gezondheidsklachten bij de mantelzorger. Dat kunnen lichamelijke, psychische en gedragsmatige klachten zijn. Mantelzorgers hebben over het algemeen een goede gezondheid, maar een kleine groep heeft toch grote problemen (Van Exel et al., 2002).

Zo heeft bijvoorbeeld ruim 40% van de mantelzorgers die een naaste met een ernstige vorm van dementie helpen zelf last van lichamelijke of mentale klachten. Het verzorgen van een dementerende is zwaar, intensief (soms oplopend tot 16 uur per dag) en langdurig. Het heeft impact op het psychische, fysieke en sociale welzijn van mantelzorgers: depressie, burn-out en stress komen voor. Medicatie-inname ligt drie- tot vier maal hoger en doktersbezoeken zijn drie keer hoger vergeleken met leeftijdsgenoten. Vooral partners (46%) – met name vrouwelijke partners – hebben vaker klachten (Factsheet Mantelzorg en dementie, EIZ/NIZW, 2005).

CVA en draagkracht

Een vergelijkbare situatie geldt voor mantelzorgers van CVA- patiënten. Zij ervaren een hoge zorglast (Visser-Meily, 2005) die zich uit in zware verantwoordelijkheid die zij ervaren, onduidelijkheid over de zorgbehoeften van de patiënt, constante bezorgdheid, verminderde sociale contacten en het gevoel er alleen voor te staan. Dit kan leiden tot gezondheidsproblemen bij de mantelzorgers. Zo blijkt uit recent onderzoek dat het percentage depressie bij de naasten 30% hoger lag dan bij de patiënten – die ook vaak aan een depressie lijden na een CVA – en dit kan weer leiden tot emotionele en gedragsmatige problemen bij kinderen (Visser-Meily e.a, 2005).

Tabel 3.3 Belemmeringen en ervaren gezondheid van mantelzorgers naar leeftijd, 2001 (verticaal gepercentageerd)

	leeftijd mantelzorger					totaal
	18-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	≥ 65 jaar	
<i>Handicaps of belemmeringen</i>						
niet aanwezig	91	82	68	70	56	74
wel aanwezig, maar hierdoor niet belemmerd	1	1	2	6	4	3
wel aanwezig, en hierdoor licht belemmerd	6	13	19	19	37	18
wel aanwezig, en hierdoor ernstig belemmerd	2	4	11	6	3	6
<i>Ervaren gezondheid</i>						
zeer goed	28	16	10	15	7	15
goed	52	68	60	60	64	61
matig	20	15	25	23	26	22
slecht	0	1	4	1	3	2
<i>Totaal</i>	100	100	100	100	100	100
(n)	(137)	(185)	(271)	(143)	(107)	(843)

Bron: SCP (Mantelzorg 2001)

Bijna driekwart van de mantelzorgers (74%) heeft zelf geen beperkingen, een kwart heeft die wel en 6% van alle mantelzorgers is daardoor sterk belemmerd in het dagelijks functioneren. De belemmeringen nemen toe naarmate men ouder wordt.

Zorg en arbeid

Is het nu zo dat mantelzorgers minder gaan werken of stoppen met werken, omdat de combinatie met informele zorg niet goed verloopt? 66% van de mantelzorgers jonger dan 65 jaar verrichtten in 2001 betaald werk. Zo'n 7% van de mantelzorgers jonger dan 65 jaar heeft geen betaald werk, maar kan ook niet werken omdat dat niet te combineren is

met de zorg. 12% van de mantelzorgers jonger dan 65 heeft wel betaald werk, maar derft inkomen omdat ze minder betaald werk kunnen doen dan gewenst of mogelijk is. Van die 12% is 6% minder gaan werken en 5% gestopt met werk en houdt 3% meer werk af (De Boer, Schellingerhout en Timmermans, 2001).

Op de vraag hoe zwaar de combinatie van werken en helpen werd ervaren, antwoordde 60% van het totale aantal dat de combinatie helemaal niet zwaar was of wel meeviel. Voor 31% van de werkende mantelzorgers viel dat wel tegen en voor 9% was het te zwaar (Isarin, 2005).

Mantelzorgers vinden de combinatie werk-hulp vaker zwaar als zij persoonlijke verzorging, psychosociale begeleiding en/of emotionele ondersteuning moeten bieden. Dat laatste betreft vooral vrouwen die hun partner verzorgen, persoonlijke en psychosociale zorg geven en dat intensief doen. Het blijkt vaak moeilijk om medewerking te krijgen van werkgevers, bijvoorbeeld door flexibele werktijden of verlofregelingen (Isarin, 2005; RVZ expertmeeting, 2005).

Verlofregelingen zijn niet altijd goed bekend, niet bij de werkgever, noch bij de bedrijfsarts of de werknemer. Ook worden ze niet altijd benut als ze wel bekend zijn. Recent is er een nieuwe verlofregeling gekomen, maar vooral op de lange termijn mantelzorg geven, langer dan 3 à 4 maanden, is tot op heden moeilijk te combineren met werk. Als de zorg meer vraagt, neemt het ziekteverzuim toe.

Verlofregelingen alleen werken niet. Er is vooral ook een cultuuromslag bij werkgevers, maar ook bij werknemers nodig. Werknemers vinden het lastig om het aan te kaarten bij hun werkgever en benutten te weinig de verlofmogelijkheden die er zijn. Bij werkgevers ontbreekt vaak nog een mantelzorgvriendelijk beleid. Een meer principiële vraag is of de erkenning voor het verlenen van mantelzorg binnen de werksituatie algemeen of individueel geregeld moet worden. Er zijn te weinig mogelijkheden voor parttime werken in combinatie met zorgen, anderzijds valt er ook iets te zeggen voor individuele regelingen met de werkgever (maatwerk).

Een combinatie van taken is belangrijk omdat de mantelzorger sociale contacten en werkcontacten buiten de zorgsituatie niet verliest. Betaald werk naast mantelzorg verlenen blijkt een belangrijke overlevingsstrategie (Isarin, 2005, Morée 2002). Uit onderzoek van Dautzenberg (2000) blijkt dat vrouwen met meer taken en rollen zich beter voelen dan de vrouwen die het minst om handen hadden. Maar ook blijkt familiezorg nog steeds stevig verankerd te zijn in onze samenleving: vrouwen willen graag zorgen voor hun ouders. De overheid zou daarin faciliterend en aanvullend tegemoet kunnen komen door zorgen in combinatie met werken gemakkelijker te maken.

Met de toename van de arbeidsparticipatie van vrouwen en van oudere werknemers zullen bestaande regelingen beter benut en uitgebreid moeten worden om arbeid en zorg te combineren. Uitval en overbelasting worden onvoldoende voorkomen. Ook bestaan er geen faciliterende regelingen – zoals die in sommige andere landen wel te vinden zijn – om het mantelzorgende werknemers gemakkelijker te maken na een zorgperiode (volledig) terug te komen op de arbeidsmarkt. In Engeland richten ACE-projecten (national-Action for Cares and Employment) zich bijvoorbeeld op trainingen om mantelzorgers die lang niet gewerkt hebben weer vertrouwen te geven en aan het werk te helpen. In Oostenrijk heb je ‘Mentoring to employment’. Werknemers voeren als vrijwilliger gesprekken met mantelzorgers zodat ze zich niet meer alleen voelen staan en meer zekerheid krijgen om te werken. In Engeland heb je ook trainingen voor werkgevers om hen te leren met mantelzorg om te gaan. Dit is een onderzoek in opdracht van Carers UK.

Samenvatting

Van de mantelzorgers behorende tot de beroepsbevolking werkt 7% niet omdat dit niet te combineren is met de te verlenen mantelzorg. Van de mantelzorgers onder de werkzame beroepsbevolking stopt 5% met werk, vermindert 6% het aantal uren werk en houdt 3% meer werk af vanwege de zorgtaak.

Niet zozeer de combinatie van taken is bepalend voor de ervaren (dubbele) belasting van mantelzorgers, maar de omstandigheden waaronder en praktische belemmeringen (aantal beschikbare uren, reisafstand, zorgbehoefte) zijn bepalend zijn voor de ervaren belasting. De zwaarste vormen van mantelzorg zijn zorgen voor een partner, voor een kind of voor een ouder. Mantelzorgers vinden de combinatie werk-hulp vaker zwaar als zij persoonlijke verzorging, psychosociale begeleiding en/of emotionele ondersteuning moeten bieden. Het maakt dus voor de ervaren belasting uit welke taken mantelzorgers op zich nemen.

Een kwart van alle mantelzorgers ervaart geen belasting. Driekwart ervaart wel belasting wat kan variëren van het gevoel de situatie niet los te kunnen laten (morele plichtsgevoel) (14,8 %) tot aan conflicten thuis en op het werk (1,7%). Zwaarbelast zijn vooral mantelzorgers die meer dan 17 uren per week mantelzorg geven.

Mantelzorg in geval van dementie is relatief zwaarder en is ook niet altijd zonder schadelijke gevolgen. Ingeschat wordt dat eenderde van de mantelzorgers van demente ouderen zich schuldig maakt aan een vorm van ouderen mishandeling. En 40% van de mantelzorgers van dementeerenden heeft zelf last van lichamelijke of mentale klachten (depressie, burn-out, stress).

Een vergelijkbare situatie geldt voor CVA-patiënten. Zij ervaren een hoge zorglast en kampen vaak met depressiviteit. Het percentage bij naasten blijkt zelfs 30% hoger te zijn dan depressiviteit na CVA bij de patiënten.

3.4 Conclusie

De ene mantelzorg is de andere niet. Aan motivatie ontbreekt het mantelzorgers meestal niet en dat is een belangrijke drijfveer om deze zorg te geven en ook langere tijd vol te houden. Ondanks het feit dat mantelzorg vaak gecombineerd moet worden met andere verplichtingen, blijven mensen het doen. Voor sommigen (5%) betekent het dat een combinatie van mantelzorg verlenen en betaalde arbeid verrichten niet mogelijk is of dat de arbeidsparticipatie moet stoppen (5%) of moet verminderen (6%). Soms kennen mantelzorgers echter de grenzen van hun eigen kunnen niet en houden ze de mantelzorgsituatie langer in stand dan goed is. Dat kan dan ten koste gaan van hun eigen gezondheid en het treft degene die ze verzorgen. Het kan leiden tot ontspoorde zorg.

Zorgsituaties zijn divers, zo ook de belasting die men ervaart. In geval van CVA of van dementie is de gevraagde mantelzorg in uren omvangrijker en daardoor zwaarder. Naarmate het aantal uren zorg toeneemt, neemt de zwaarte van de zorg toe. Het risico op gezondheidsschade bij de verzorger is in dat geval groter, evenals de kansen op ontspoorde zorg.

De ervaren en de feitelijk belasting bij mantelzorgers die zorgtaken met andere taken combineren kunnen nogal verschillen. De ervaring zich klem te voelen tussen verschillende taken lijkt zwaarder te wegen dan de feitelijke gevolgen.

4 Effecten mantelzorg op zorgvraag en arbeidsmarkt

4.1 Inleiding

Op grond van wat in de voorgaande hoofdstukken naar voren is gekomen, maken we in dit hoofdstuk de balans op. Wat zijn de effecten van de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers op de vraag naar zorg en het aanbod van arbeidskrachten.

4.2 De vraag naar zorg

Wat betekent de inzet van de mantelzorg voor de balans tussen zorgvraag en zorgaanbod? Ruim driekwart van de langdurige zorg wordt nu gerealiseerd door de mantelzorg. In de toekomst zal dat – naar het zich nu laat aanzien – nog meer het geval zijn. Een groter beroep op de mantelzorg is te verwachten bij toenemende vergrijzing, vermaatschappelijking van de zorg, extramuralisering en hogere drempels bij de toekenning van professionele zorg als gevolg van oplopende zorgkosten.

De mantelzorg is, nu en in de toekomst, een onmisbare pijler in het bouwwerk van de zorg. Het is een aanvulling en soms een vervanging van professionele zorg en kan opnamebesparend werken. Maar is het ook een stevige pijler waar we op kunnen blijven vertrouwen? Er is een aantal factoren dat het huidige beschikbare potentieel en de kwaliteit van de informele zorg bedreigt. Welke zijn die factoren en zijn de negatieve effecten daarvan te ondervangen?

Mantelzorg: een stevige pijler voor de toekomst?

Een dreigende factor voor de beschikbaarheid van mantelzorgers is dat meer mensen op de arbeidsmarkt nodig zullen zijn, dat zij meer en langer moeten werken en daarom minder beschikbaar zullen zijn voor de informele zorg. Op dit moment levert de toenemende arbeidsparticipatie nog geen problemen op voor de inzet van mantelzorgers. Maar de arbeidsparticipatie is dan ook minder ver gevorderd dan de bedoeling was. Wat als de druk op verhoging van de arbeidsparticipatie toeneemt, is er dan ook nog voldoende informele zorg beschikbaar? Dat is een moeilijk te beantwoorden vraag. Enkele decennia geleden dacht men ook dat bij toenemende arbeidsparticipatie, vooral onder vrouwen, de beschikbaarheid van mantelzorgers terug zou lopen. Die verwachting kwam niet uit. Mantelzorgers zijn sterk gemotiveerd en voelen zich vaak moreel verplicht om ondanks andere taken te zorgen voor hun naaste. Ze doen het bijna vanzelfsprekend, ook als zij beperkt zijn in hun mogelijkheden om dat te doen. Aan de motivatie van mantelzorgers zal het

niet liggen, die is hoog en daarom houden mantelzorgers het vaak lang – soms langer dan goed is – vol. Nederlandse vrouwen zijn wel meer gaan werken, maar werken op dit moment nog vaak in kleine deeltijdbanen. De vraag is wat er gebeurt als zij werkelijk substantieel gaan participeren. Dit gebeurt nu vooral onder hoogopgeleiden, maar de bedoeling is toch de arbeidsparticipatie van vrouwen in het algemeen flink te verhogen.

Ook informele zorgverleners, vooral mantelzorgers, lopen tegen hun grenzen aan en overschrijden die soms. Hoe hoger het aantal uren mantelzorg, des te zwaarder de ervaren belasting. Is de verleende zorg meer dan 17 uren mantelzorg per week, dan wordt het al nijpend. Mantelzorgers die met CVA-patiënten of dementie te maken hebben, gaan daar ruim over heen. De dreiging dat mantelzorgers overbelast raken is dus vooral in die gevallen groot en leidt soms tot gezondheidsproblemen of misstanden. Dreigende overbelasting is een andere factor die kan leiden tot afname van de beschikbaarheid, maar ook van de kwaliteit van de mantelzorg.

Een volgende ontwikkeling is het beleid om zorg zoveel mogelijk te extramuraliseren en te vermaatschappelijken. Dit trekt een zware wissel op de informele zorg. Het betekent dat er langer en een groter beslag op het thuisfront wordt gelegd, er wordt meer zorg op de mantelzorg afgewenteld en patiënten zijn nog meer aangewezen en afhankelijk van een goed functionerend thuisfront of sociaal netwerk (mantelzorg), meestal in combinatie met een groter beroep op de thuiszorg. Ook een ander beleid en een andere zorgbenadering leiden dus tot verzwaring van de informele zorg en het risico op overbelasting en verminderde kwaliteit van zorg.

Ook schaarste aan personeel in de zorg leidt tot een groter beroep op mantelzorg en vrijwilligerszorg. Een aanvaardbare oplossing? Dat is nog maar de vraag. Moeten zij steeds meer professionals gaan vervangen en kunnen ze dat ook? Wat betekent dat voor de kwaliteit van de zorg? Is meer ‘doe het zelve’ ook een garantie voor goede, verantwoorde zorg? En wordt de zorgverlening in verpleeghuizen daarmee niet steeds meer werk waar je weinig of geen opleiding voor nodig hebt? Kortom, een groter beroep op mantelzorgers in verpleeghuizen kan ook een signaal zijn van lage kwaliteit van en uitholling van zorg voor mensen die aan de laatste fase van hun leven begonnen zijn.

Sluit mantelzorg aan bij de wens van zorgvragers?

Of deze ontwikkeling van groter beroep op informele zorg ook correspondeert met de wens van patiënten kan niet zonder meer bevestigd worden. Eerder kwam naar voren dat patiënten in het algemeen professionele zorg verkiezen boven informele zorg. Dat ligt anders voor chronische patiënten, zij zijn positiever over de inzet van mantelzorgers, maar

zijn er ook meer afhankelijk van. Via het PGB kunnen ze bovendien hun eigen voorkeur aangeven. Zo kunnen ze er ook voor kiezen mantelzorg in te kopen en daarvan de omvang te bepalen. Daarnaast is er een ontwikkeling waar te nemen dat kapitaalkrachtige ouderen particuliere oplossingen voor thuiszorg en/of mantelzorg zoeken.

Opvallend is dat de vraag naar informele zorg in de komende 15 jaar matig stijgt, terwijl combinaties van informele zorg en een vorm van professionele zorg flink zullen stijgen. De combinatie met particuliere hulp stijgt 20%, met AWBZ-thuishulp stijgt 40%, met opname en verzorging stijgt 30% en met verpleging stijgt 17% (Timmermans en Woittiez, 2005). De combinatie van informele en professionele zorg lijkt dus een trend te worden en samen te hangen met een verbeterde financiële positie van zorgvragers. Zij hoeven minder op familieleden terug te vallen en kunnen onafhankelijker blijven.

Tabel 4.1 Trend in het aantal gebruikers van informele zorg van 30 jaar en ouder, naar hulpcombinatie, 2000-2020 (index: 2000=100)

	Bevolking	Alleen informele zorg	Informele + particuliere hulp	Informele + huish. AWBZ-hulp	Informele + AWBZ-thuishulp	Informele zorg + opname verpleging	Informele zorg + opname verpleging	Totaal informele zorg
2000	100	100	100	100	100	100	100	100
2005	106	103	106	102	113	109	105	104
2010	109	103	108	101	119	118	111	104
2015	112	102	112	96	132	125	114	104
2020	114	103	120	101	141	130	117	105

Bron: SCP (avo'99, 01I'00)

Zorgtaak gaat voor op arbeidstaak?

Passen mensen hun arbeidstaak aan en leveren ze inkomsten in ten gunste van hun zorgtaak? En hoeverre verschilt de werkzame beroepsbevolking hierin van de niet werkzame beroepsbevolking?

In het SCP-onderzoek werd gevraagd naar vier situaties waarin sprake was van zo'n aanpassing:

Voor de mantelzorgers met betaald werk:

- minder gaan werken;
- stoppen met werken;
- afzien van de mogelijkheid tot meer werk.

Voor de mantelzorgers zonder betaald werk

- niet gaan werken, terwijl er wel een arbeidswens is.

Ook bij mantelzorgers zonder betaalde arbeid kan dus sprake zijn van inkomensderving, namelijk als zij niet of minder gaan werken omdat zij zorg moeten geven, terwijl er wel een arbeidswens is.

Tabel 4.2 Derving van inkomen voor de mantelzorgers jonger dan 65 jaar (verticaal gepercenteerd, in gemiddeld aantal uren in 2001)

	%	Gemiddeld aantal uur minder gewerkt in 2001
Mantelzorgers met betaald werk in 2001	64	
van wie geen inkomen derven	52	–
van wie wel inkomen derven ^a	12	376
door minder te gaan werken	6	186
door te stoppen met werken ^b	5	474
door het afhouden van meer werk	3	343
Mantelzorgers zonder betaald werk in 2001	36	
van wie niet hadden willen werken	30	–
van wie wel hadden willen werken	6	810
Alle mantelzorgers die inkomen derven	17	516
(n)	(897)	(897)

^a De werkende mantelzorgers konden op meer dan één manier inkomen derven; het totaal van 12% is minder dan 6+5+3=14.

^b Bij de berekening van het gemiddeld aantal uren voor deze groep werd uitgegaan van een aanstellingsomvang van dertig uur per week, gebaseerd op eerder onderzoek (Timmermans, et al., 2001). Berekening van het werkelijke aantal uren was niet mogelijk omdat de omvang in tijd van de aanstelling van de mantelzorgers onbekend was.

Bron: SCP (Mantelzorg 2001).

In totaal derfde 17% van de mantelzorgers tot 65 jaar inkomen. Wat opvalt is dat ongeveer tweederde ‘taakcombineerder’ is en daarvan 80% geen inkomensverlies lijdt, voor de resterende 20% is dat wel het geval.

Zo’n 7% van de mantelzorgers jonger dan 65 jaar heeft geen betaald werk, maar kan ook niet werken omdat dat niet te combineren is met de zorg. 12% van de mantelzorgers jonger dan 65 heeft wel betaald werk, maar derft inkomen omdat ze minder betaald werk kunnen doen dan gewenst of mogelijk is. Van die 12 % is 6% minder gaan werken en 5% gestopt met werk en houdt 3% meer werk af (De Boer, Schellingerhout en Timmermans, 2001).

Uit het zorgverlofonderzoek (Timmermans et al. 2001) kwam naar voren dat

- 6% van de werkenden vanwege de mantelzorg minder is gaan werken en
- 9% om die reden tijdelijk was gestopt. De leeftijdsgrens in het zorgverlofonderzoek was 61 jaar, maar de percentages liggen redelijk dicht bij elkaar.

Hieruit blijkt dat zorgtaak niet echt prevaleert op de arbeidstaak. De meeste mensen blijven werken, ook als ze mantelzorg verlenen. In tabel 4.2 is tevens te vinden hoeveel uur de mantelzorgers in 2001 minder werkten.

Voor de *mantelzorgers met betaalde arbeid* in 2001 gaat het om feitelijke uren die minder zijn gewerkt dan mogelijk was, hetzij doordat de mantelzorg minder uren is gaan werken, is gestopt met werken of werk heeft afgehouden.

Wat betekent de ontwikkeling van een groter en noodzakelijk beroep op de inzet van mantelzorgers voor hun participatie aan de arbeidsmarkt? Veel toekomstanalyses zijn gebaseerd op demografische veranderingen, op de mate van beschikbaarheid van professionele zorg en de gevolgen van beleid om arbeidsparticipatie van vrouwen en ouderen te verhogen, stelt Morée in het rapport Een EER voor de WMO (Morée, 2005). Deze verschillende invalshoeken maken het lastig onderzoeksresultaten te vergelijken. De kosten-baten analyse van extramuralisering geeft reden bezorgd te zijn over inzet en draagkracht mantelzorg (Kok et al. 2004). Professionele zorg en aantal arbeidskrachten houden geen gelijke tred met de vraag naar zorg (Timmermans en Woittiez, 2004). Recent SCP-onderzoek is optimistischer: op grond van demografische veranderingen tot 2020 zal de vraag naar mantelzorg stijgen naar 5%, maar neemt het aanbod toe met 15%. Grootste aantal aanbieders van mantelzorgers van nu is dan 65+. Veronderstelling is daarbij wel dat de economische positie van ouderen verbetert en dat zij vaker zorgproblemen zelf oplossen via particuliere hulp. Neemt de welvaart af dan neemt het beroep op mantelzorg toe (De Boer, 2005).

Samenvatting

Het beeld dat nu ontstaat is dat er een verband is tussen economische positie en het gebruik van mantelzorg. Als hun economische positie het toelaat verkiezen zorgvragers professionele zorg boven informele zorg. Dat speelt op individueel niveau maar ook op collectief of macroniveau. Zijn de zorgkosten beheersbaar, dan zal er ook minder beroep gedaan worden op informele zorg. Bij verminderde capaciteit en kwaliteit wordt aanvulling gezocht in het aanbod van mantelzorgers. Combinaties van professionele en informele zorg blijken vooral een trend te zijn, zonder dat dit gemiddeld grote impact heeft op arbeidsbereidheid en -inzet. Een klein percentage komt wel klem te zitten, namelijk degenen die uiteindelijk korter gaan werken of stoppen met werken. De onderzoeken zijn telkens een momentopname, waarin een deel van de mantelzorgers het niet redt om de combinatie te maken. Dit betekent dat er waarschijnlijk veel mensen ooit te maken krijgen met een fase van intensieve mantelzorg die niet meer met werk te combineren valt onder de huidige condities.

4.3 Aanbod van arbeidskrachten

Hoewel meer vrouwen zijn gaan werken, blijft het aandeel vrouwen in de mantelzorg gelijk. Er zijn dus nog voldoende mantelzorgers beschikbaar. Dat komt omdat vrouwen meestal in deeltijd werken. Het is dan ook de vraag wat er gebeurt als meer vrouwen grotere (deeltijd)banen krijgen of fulltime werken. Het aantal deeltijdwerkers is gestegen van 37% in 1991 naar 50% in 2003 (Morée 2005; De Boer, 2005).

Andere onderzoeken wijzen erop dat verhoging van arbeidsparticipatie van vrouwen en ouderen ook een alternatief kan zijn om de kosten van meer zorgvraag door vergrijzing te dekken en er zodoende minder beroep op de civil society (beroep op mantelzorg/vrijwilligers) gedaan hoeft te worden (Van Doorne-Huiskens et al. 2003).

In landen met al langer hogere arbeidsparticipatie van vrouwen blijkt de inzet van de mantelzorgers minder afdwingbaar te zijn door de indicatiestelling (Van Blank en Van Hulst 2005). Conclusie van onderzoekster Morée is dat een afgewogen overzicht van verschillende onderzoeken en toekomststramingen nog ontbreekt. Ook de Algemene Rekenkamer (2005) stelt dat de onderbouwing van het vergrijzingsbeleid op dit punt nog niet solide is. De vraag of de toenemende zorgvraag door vergrijzing nu opgelost moet worden door een groter beroep op mantelzorgers en vrijwilligers of door verhoging van de arbeidsparticipatie van vrouwen is dus niet eenduidig te beantwoorden.

Morée wijst ook op de ongelijke verhouding tussen het aandeel vrouwen en mannen in de mantelzorg. Vrouwen zijn niet alleen vaker, maar ook actief betrokken in meer hulprelaties. Mannen verzorgen vooral hun partner. Seksespecifieke taakverdeling leidt er onder meer toe dat ook vrouwen vaker zwaar of overbelast zijn. Overbelasting speelt eerder een rol als de mantelzorger een intieme betrokkenheid heeft bij de zorgontvanger, zoals persoonlijke verzorging, psychosociale begeleiding en emotionele steun. Bij psychiatrische aandoeningen zijn vrouwen het meest intensief betrokken, 60 tot 75% vrouwen zijn betrokken bij mantelzorg in de GGZ. Vrouwen maken zich aanzienlijk meer zorgen dan mannen, vooral als ze moeder van de patiënt zijn.

Morée komt op de volgende knelpunten voor mantelzorgers (door werk of anderszins). Risicogroepen:

- *Taakcombineerders, met name vrouwen.* Van alle mantelzorgers die langer dan 3 maanden zorgen of meer dan 8 uur per week hulp geven, gaat 19% korter werken, stopt met werken of houdt meer werk af. (De Boer et al. 2003).
- De zogenaamde *sandwichgeneratie* neemt snel in omvang toe (Hooghiemstra en Distelbrink 2005): 40% van de paren met min-

derjarige kinderen heeft (schoon)ouders die hulp nodig hebben. De helft hiervan doet dat ook daadwerkelijk, vooral vrouwen. Vooral hoogopgeleide vrouwen hebben een substantiële baan, kunnen mantelzorg moeilijker met werk combineren. Regelingen arbeid en zorg zijn steeds meer gewenst.

- *De oudere mantelzorgers > 65 jaar*; bij hen is niet de combinatie met werk het knelpunt, maar hun leeftijd, gezondheid en zorggewoonten. Zij zorgen vaker alleen, schakelen minder gauw formele hulp in, willen partner per se thuishouden en lopen daarbij zelf een groter risico op gezondheidsproblemen.
- *Allochtone vrouwelijke mantelzorgers*. Leveren meer mantelzorg vergeleken met autochtonen en volledige verzorging is vanzelfsprekend. Gevolgen: vooral (schoon)dochters zwaar belast, combineren dat vaak met werk.

Hoe staat het met de vrijwilligers? Het vrijwilligersbestand vergrijsst, daardoor ontstaat een tekort, vooral in de sector zorg of hulpverlening (Devilee, 2005). Dit tekort manifesteert zich vooral in het uitvoerende werk waarin vrouwen oververtegenwoordigd zijn. Langdurig hetzelfde soort vrijwilligerswerk doen neemt af. Continuïteit is daarom moeilijk te garanderen, terwijl daaraan juist behoefte bestaat.

Onbenut potentieel mantelzorg is volgens Morée vooral te vinden bij mannen tot 65 jaar en bij jongeren. Dit geldt niet voor jonge mantelzorgers, zijn vormen juist een risicogroep, want zij missen daardoor soms opleidingskansen. Het blijkt moeilijk jonge vrijwilligers aan te trekken, terwijl daar mogelijk onbenut potentieel zit (Morée, 2005).

Samenvatting

Verhoging van de arbeidsparticipatie van vrouwen en ouderen kan een alternatief zijn om de kosten van meer zorgvraag door vergrijzing te dekken en er zodoende minder beroep gedaan hoeft te worden op de civil society. Dit zou pleiten voor sterkere nadruk op de verhoging van de arbeidsparticipatie. Omgekeerd is het voor het beschikbare aanbod van mantelzorgers ook van belang dat ze arbeid en zorg kunnen combineren. Naast de beschikbaarheid moet vooral ook de kwaliteit, de draagkracht, aandacht krijgen.

4.4 Betaalde en onbetaalde mantelzorg

Mantelzorg is een vorm van zorg verlenen die per definitie uit liefde of betrokkenheid voor de hulpbehoevende naaste gebeurt en niet iets waarvan de mantelzorger financieel beter hoeft te worden. Kenmerkend voor mantelzorg is dat het vrijwillig en onbetaald gebeurt. Toch doemt steeds weer de discussie op of mantelzorgers niet in aanmerking moeten komen

voor betaling. De realiteit is dat sommige mantelzorgers ook voor een deel van de zorg die ze leveren betaald worden uit het pgb of een vergoeding of compensatie ontvangen. In welke mate dat gebeurt, welke motieven daarbij een rol spelen en wat het effect daarvan is op de arbeidsmarkt en het zorgaanbod komt in deze paragraaf aan de orde.

Compenseren van onkosten

Eerst is een onderscheid nodig tussen compenserende financiële maatregelen en betalen van mantelzorg. Mantelzorgers maken kosten of verliezen inkomsten en soms leidt dat tot financiële problemen. Om aan deze onkosten tegemoet te komen, kunnen compenserende maatregelen worden getroffen. Om hoeveel kosten gaat het? 72% van de mantelzorgers maakt extra uitgaven, dat kan variëren van minder dan 230 tot ongeveer 460 euro per maand. Sommige mantelzorgers die naast hun zorgtaak ook betaalde arbeid verrichten verliezen jaarlijks 7000 euro per jaar aan inkomsten (Schellingerhout, 2003). Mantelzorgers die langdurig en intensief zorgen waren in 2001 samen 1,3 miljard euro kwijt aan mantelzorg, daarvan was 0,45 miljard gedeerd inkomen. De vergoedingen voor mantelzorg van iets meer dan 14 miljoen euro, staan in geen verhouding tot de gemaakte kosten (Timmermans, 2003).

Er zijn verschillende vormen van compenserende maatregelen (belastingaftrek of bijzondere bijstand) voor extra uitgaven of vergoeding of betaling via de hulpbehoevende. Van de mantelzorgers die extra uitgaven hebben door het verlenen van mantelzorg, ontvangt 87% van de mantelzorgers geen vergoeding en 13% wel. Vergoedingen worden overwegend via de hulpbehoevende ontvangen en deze bedragen gemiddeld 321 euro per jaar (De Boer, Schellingerhout en Timmermans, 2003).

Ingekochte zorg bij de mantelzorger

Met de invoering van het persoonsgebonden budget (pgb) werd het mogelijk om zorg in te kopen, ook van een mantelzorger. In strikte zin gaat het dan niet meer om mantelzorg, maar om geïndiceerde zorg die ingekocht wordt bij de mantelzorger. Bij de zorginkoop is de pgb-houder vrij in de keuze van de zorgverleners, zo mag hij dus ook een mantelzorger contracteren. Om hoeveel mantelzorgers gaat het?

In het najaar van 2005 werd in opdracht van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) hiernaar onderzoek uitgevoerd onder 400 pgb-houders (Ramakers en Van den Wijngaart, 2005) en dat leverde het volgende beeld op:

- *Ruim eenderde koopt met pgb alleen mantelzorg in.* Dit zijn vooral mensen met een lichamelijke beperking en/of een psychogeriatrische aandoening. Hieronder vallen dus ook de ziektebeelden dementie en CVA. Het betreft hier vooral de sector verpleging en verzorging, maar ook de sector lichamelijk gehandicapten valt hieronder.

- *Bijna eenderde koopt een combinatie van mantelzorg én professionele zorg in.* Dit zijn vooral mensen met een zintuiglijke beperking, verstandelijke beperking, gedragsproblemen en autisme. Het gaat hier om de sector verstandelijk gehandicapten en GGZ. Het betreft vooral mensen die behoefte aan zorg op meerdere niveaus nodig hebben.
- *Bijna eenderde koopt geen mantelzorg in.* Dit zijn vooral mensen met een psychiatrisch ziektebeeld of psychosociale problemen en betreft dus de sector GGZ.

‘Betaalde mantelzorgers’ verrichten zorgtaken op het gebied van ondersteunende begeleiding, maar ook op het gebied van huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging. Functies waar meer deskundigheid voor nodig is, worden minder met het pgb ingekocht. Overigens verschillen de zorgtaken die door betaalde dan wel onbetaalde mantelzorgers worden verricht niet van elkaar. Met name lichte functies op het gebied van verzorging en verpleging worden door de (betaalde) mantelzorg opgevangen en daarmee wordt de zorgvraag naar professionele zorg uitgesteld of ontzien.

Het gaat in de meeste gevallen om één mantelzorger die uit het PGB wordt betaald. Gemiddeld gaat het om 8 uur betaalde mantelzorg en daarnaast nog 14 uur onbetaalde mantelzorg per week. Daarvoor ontvangt men ongeveer € 15,50 per uur. Op jaarbasis is dat € 7260 en dat is iets meer dan de helft van het totale budget van de pgb-houder. Betaling van een deel van de mantelzorg uit het PGB gebeurt vaak uit economisch noodzaak: ‘Het stukje pgb dat we nu hebben, dat keren we nog steeds aan mij uit, maar dat is denk ik een derde van wat oorspronkelijk mijn salaris was’ (Isarin, 2005). Inwonende mantelzorgers ontvangen meer dan uitwonende mantelzorgers. Het zijn vaak ouders die hun kind verzorgen met een verstandelijke beperking of autisme. Deze hebben vaker ook hoger budget en betalen ook gemiddeld een hoger bedrag dan geval is bij verpleging en verzorging. Op jaarbasis wordt € 370 miljoen besteed aan uit pgb betaalde mantelzorg. Dat is 38% van alle toegekende pgb’s, 62% gaat dus naar professionele zorg. Van de betaalde mantelzorg (€ 370 miljoen) gaat op jaarbasis 202 miljoen naar inwonende mantelzorg en 168 miljoen naar uitwonende mantelzorg.

Is er nu sprake van monetariseren van de mantelzorg? De onderzoekers Ramakers en Van den Wijngaart verstaan onder monetariseren de situatie dat mantelzorgers vanwege de mogelijkheid van betaling uit pgb niet langer meer onbetaald zorg willen verlenen. Dus de situatie dat onbetaalde mantelzorg bewust en volledig vervangen wordt door betaalde mantelzorg. Op basis van het genoemde onderzoek, kan deze vraag met ‘ja’ beantwoord worden. Toch is het niet zo dat de volle 370 miljoen euro aan dit effect toe te schrijven is. Tussen de € 88,2-129,6 miljoen per jaar

– dat is een kwart tot 35% van totale ingekochte mantelzorg via pgb – kan toegeschreven worden aan monetariseren.

Als mantelzorg niet meer ingekocht mag worden, wat dan? 67% van de pgb-houders stappen dan over op zorg in natura en 37% ziet in zo'n situatie helemaal van AWBZ-zorg af. Dit zou € 26,2 miljoen besparen. Als het alleen voor de inwonende mantelzorg zou gelden, dan zou dat een besparing van € 17,6 miljoen per jaar betekenen.

Ramakers en Van den Wijngaart stellen op basis van hun onderzoeksresultaten dat er geen vrees hoeft te zijn voor een aanzuigend effect op aanvragen van pgb. Slechts 4,6 % van de zorg had niet plaatsgevonden als het niet aan mantelzorg besteed mocht worden. Slechts 3% pgb houders vermoedt een verminderde motivatie om zorg te verlenen als mantelzorgers niet betaald zouden worden. Volgens mantelzorgers zelf zou dat in 5% van de gevallen zo zijn. De risico's van het monetariseren van de mantelzorg zijn dus beperkt. Omvang van de zorg en de betrokkenheid blijven toch vooral doorslaggevend voor het geven van mantelzorg. Tussen de 65% en 75% van de mantelzorgers die nu vanuit het pgb betaald worden, zouden dat ook zonder betaling doen. Naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek heeft de staatssecretaris besloten niet in te grijpen in situaties waarbij AWBZ-middelen zoals het PGB worden ingezet ten behoeve van de mantelzorg. (TK, november 2005).

Ook Van den Berg (2005) deed onderzoek naar de betaling van mantelzorg uit het pgb en de effecten daarvan op de motivatie van mantelzorgers. Hij laat zien dat het geven van financiële compensatie aan mantelzorgers geen negatieve psychologische effecten heeft voor bijvoorbeeld hun motivatie of relatie tussen mantelzorger en zorgvrager. Wel is er een positief verband aangetoond tussen betalen van mantelzorg en de kans dat een mantelzorger aangeeft dat het verlenen van zorg belangrijk is. Financiële compensatie of betalen uit pgb hoeft volgens hem om deze reden dus ook niet verhinderd te worden.

Visser-Meily en Van den Bos en (2006) bepleiten verruiming van de mogelijkheden om mantelzorgers uit het pgb te betalen. Voordelen zijn dat het een blijk van waardering betekent voor de mantelzorger, het voor de zorgontvanger prettig is er iets tegenover te kunnen stellen en dat tevens overbelasting voorkomen kan worden en er een arbeidsmarkt wordt aangeboord die anders niet beschikbaar zou zijn. Mantelzorgers die meer dan 12 uur gecontracteerd worden, kunnen immers tot de werkzame beroepsbevolking gerekend worden. Mantelzorg voorkomt of stelt dure opnames bovendien uit. Inkomsten uit pgb zien de meesten als bijverdienste en ze zijn er tevreden mee (Ramakers en Van den Wijngaart, 2005)

Hoe ziet nu het gemiddelde beeld van een betaalde mantelzorger eruit? Meestal is het een vrouw, van 45 jaar, gehuwd of samenwonend, met partner en minstens 2 kinderen. Zij is middelbaar of hoog opgeleid. 45% van deze vrouwen heeft ook nog een baan van gemiddeld 22 uur per week. Zij geeft 8 uur betaalde zorg (werkt dus 22 uur + 8 uur betaalde mantelzorg = 30 uur) en verleent bovendien 14 uur onbetaalde zorg aan dezelfde persoon. 40% heeft geen andere werkzaamheden. Veel mantelzorgers van deze groep hebben ook hun baan opgezegd. De zorgrelatie was er al voordat het pgb werd ingesteld en wordt deels nu daaruit betaald.

Volgens Ramakers en Van de Wijngaart moet in het beleid vooral aandacht besteed worden aan het grote deel mantelzorgers dat gedurende de zorgperiode is gestopt met betaald werk, studie of vrijwilligerswerk om voor de budgethouder te gaan zorgen of te kunnen blijven zorgen. Dat is niet vreemd als uit hun onderzoek blijkt dat bijna 40% van alle mantelzorgers die uit een pgb worden betaald gestopt zijn met werken om te zorgen. Hiervan heeft 56% in de loop van de tijd zijn of haar baan opgezegd om voor desbetreffende pgb-houder te gaan of te blijven zorgen. Dit is een relatief hoog percentage vergeleken met de cijfers van het SCP. Volgens dat onderzoek is slechts 5% gestopt met werken, 6% minder gaan werken en houdt 3% meer werk af (De Boer, Timmermans en Schellingerhout, 2001). Hierbij moet wel rekening gehouden worden met het verschil in onderzoeksperiode en de minder specifieke onderzoeksgroep.

Van den Berg heeft in eerder onderzoek (VWS 2004) uitgerekend dat als alle mantelzorg betaald zou worden, dat een kostenpost van 4,2 tot 7 miljard per jaar zou betekenen. De mantelzorg die nu uit het PGB betaald wordt volgens het onderzoek van Ramakers en Van den Wijngaart is 370 miljoen per jaar.

We kunnen op basis van dit onderzoek concluderen dat betaling van mantelzorg de zorgvraag via pgb-aanvragen nauwelijks opdrijft (4,6% van de zorg zou zonder betaalde mantelzorg niet hebben plaats gevonden). Betaalde mantelzorg kan als het een omvang heeft van boven de 12 uur en het op contractbasis plaatsvindt gerekend worden tot betaalde arbeid. In dat geval beïnvloedt het niet negatief de arbeidsparticipatie van vrouwen, maar ook niet volstrekt positief, omdat het om kleine deeltijdfuncties gaat. Aan de andere kant zouden deze mantelzorgers in de meeste gevallen ook niet beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt.

Wat zijn nu de effecten van betaling van geïndiceerde zorg die door mantelzorgers geleverd wordt? In positieve zin kan het betekenen dat door betaling van mantelzorg de inzet van professionele zorg kan worden uitgesteld tot het moment dat specifieke professionele deskundigheid

en/of opname nodig is. Het is een vorm van bezuinigen op de kosten van de zorg. In negatieve zin kan het ook 'broodroof' of uitholling van de professionele zorg betekenen en mogelijk de kwaliteit van de zorg aantasten. Bovendien kan het betekenen dat het de participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt afremt en negatieve effecten heeft op hun economische zelfstandigheid, terwijl verhoging hiervan een doelstelling in het emancipatiebeleid van de overheid is. Vanuit arbeidsmarktperspectief is dat negatief te beoordelen, maar de verstoorde balans tussen zorgvraag en zorgaanbod kan het positief beïnvloeden.

Samenvatting

Betaalde mantelzorg is evenals onbetaalde mantelzorg aanvullend en vervangend voor de professionele zorgvraag en stelt deze uit tot meer specifieke deskundigheid vereist is. Het stelt dus de vraag naar professionele zorg uit. Er is nauwelijks kans dat betaalde mantelzorg de motivatie om onbetaald mantelzorg te verlenen negatief beïnvloedt. Er is in het onderzoek niet gekeken naar leeftijdscategorieën. Dus in hoeverre betaalde en niet betaalde zorg binnen of buiten de beroepsbevolking vallen is niet goed te zeggen. Wel is bekend dat onder de mantelzorgers die uit het pgb betaald worden 45% ook ander betaald werk (gemiddeld 22 uur) ernaast verricht, maar ook dat bijna 40% met werken is gestopt. Verder blijkt dat 80% van de mantelzorgers betaald uit een pgb vrouw is. De geringe inkomsten uit een pgb zijn onvoldoende compensatie voor derving van inkomsten uit werk en dit telt kennelijk voor mannen zwaarder.

4.5 Conclusie

Bij verminderde capaciteit en kwaliteit van zorg wordt aanvulling gezocht in het aanbod van informele zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers. Verhoging van de arbeidsparticipatie van vrouwen en ouderen kan een alternatief zijn om de kosten van meer zorgvraag door vergrijzing te dekken en zodoende minder beroep op de civil society te hoeven doen. Dit zou pleiten voor sterkere nadruk op de verhoging van de arbeidsparticipatie. Omgekeerd is het voor het beschikbare aanbod van mantelzorgers ook van belang dat de combinatie van arbeid en zorg gemakkelijker wordt gemaakt. Mantelzorgers zullen hard nodig blijven in de langdurige zorg. Naast de beschikbaarheid moet vooral ook de kwaliteit, de draagkracht, aandacht krijgen. Betaling van een deel van de zorg die mantelzorgers leveren kan bijdragen aan de draagkracht en de motivatie van de mantelzorger. Door de verstoorde balans tussen zorgvraag en zorgaanbod kunnen kwantiteit en kwaliteit van zorg op gespannen voet met elkaar komen te staan.

5 Aandachtspunten

De informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerszorg) levert een belangrijke en onmisbare bijdrage aan het zorgaanbod. Om ook op de lange termijn verzekerd te zijn van voldoende informele zorg als aanvulling en deels vervanging van professionele zorg én om mantelzorgers en andere informele zorgverleners ook beschikbaar te houden voor de arbeidsmarkt is een aantal maatregelen nodig.

- *Combinatie van arbeid en zorg moet gemakkelijker worden.*

Steeds meer mensen zullen zorg en betaalde arbeid moeten combineren. Beide doelen van het overheidsbeleid – namelijk verhoging van de arbeidsparticipatie van vrouwen én een groter beroep op mantelzorgers, zullen in de toekomst overeind blijven. Daarom zijn bruggen nodig om aan beide beleidsdoelen tegemoet te komen en ze dichterbij elkaar te brengen. Het is nog maar enkele decennia geleden dat maatregelen werden getroffen in de sfeer van kinderopvang om vrouwen gemakkelijker naar de arbeidsmarkt te trekken. Op vergelijkbare wijze zullen nu ook maatregelen getroffen moeten worden voor vrouwen (en mannen) die arbeid en mantelzorg willen combineren. De werkgever kan een belangrijke rol spelen door een mantelzorgvriendelijk beleid in de arbeidsorganisatie te voeren. Maar ook de overheid kan daarin een stimulerende en faciliterende rol in spelen. Dit kan bijvoorbeeld door werkgevers te belonen met een premie of een keurmerk als ze een mantelzorgvriendelijk beleid voeren, zoals het mogelijk maken van flexibele werktijden, soepele verlofregelingen en terugkeerregelingen. Behalve verandering van wet- en regelgeving vereist het ook een cultuuromslag in de arbeidsorganisatie. Daarnaast is het nodig in onderzoek en beleid iets te doen aan de relatief grote arbeidsuitval onder mantelzorgers die voor een deel van hun zorgtaak worden betaald uit het pgb. Nederland zou hier een voorbeeld kunnen nemen aan landen als Oostenrijk en Engeland waar trainingen worden aangeboden aan mensen die lang niet meer gewerkt hebben.

- *Versterking van de samenwerking tussen formele en informele zorg.*

De trend van combinaties van formele en mantelzorg biedt mogelijkheden de professionele zorgvraag te beperken of uit te stellen. Door goede, gestructureerde samenwerking in zorgtaken, informatie-uitwisseling en kennisoverdracht tussen formele en informele zorg is veel winst te behalen in kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Vanaf de indicatiestelling dienen de mantelzorgers betrokken te worden en als partij in de zorgverlening erkend te worden. Mantelzorg verdient dan ook een structurele positie in het kwaliteitsbeleid van de zorginstelling en in de zorgopleidingen.

- *Compensatie voor kosten en/of inkomensverlies van mantelzorgers.*
72% van de mantelzorgers maakt extra kosten of lijdt inkomensverlies, variërend van 230 tot 460 euro per maand, dit kan oplopen tot 7000 euro per jaar. Er moeten meer mogelijkheden komen om gemaakte kosten te vergoeden. Dit is een van de manieren waarop mantelzorgers een blijk van waardering en erkenning ontvangen voor geleverde zorg en het zal ook positief bijdrage aan hun motivatie om te zorgen (zie ook RVZ, 2006). Betaling van (een deel) van mantelzorg uit het pgb kan leiden tot een (economische) lastenverlichting van mantelzorgers.

- *Vrijwilligerswerk in de zorg is succesvoller met de juiste randvoorwaarden.*
Van het vrijwilligerswerk in de zorg is te leren dat informele zorg succesvoller is als er in de directe omgeving professionals zijn waarop kan worden teruggevallen, er goede begeleiding is en er secundaire arbeidsvoorwaarden zijn zoals verzekeringen, reiskosten, parkeerkaarten. Ook korter durende zorgtrajecten zijn meer in trek. Rekening houden met deze bevorderende aspecten kan de werving van vrijwilligers vergemakkelijken.

- *Investeren in de ondersteuning van mantelzorgers versterkt de kwaliteit en de draagkracht van mantelzorgers en verlicht de taak van formele zorgverleners.*

Ondersteuning kan vorm krijgen in informatie, begeleiding en advies, respijtzorg, deskundigheidsbevordering en lotgenotencontact. Hoewel de effectiviteit van deze ondersteunende activiteiten nog niet bewezen is, zijn de ervaringen met ondersteuning en begeleiding van mantelzorgers positief. Anderzijds vereist ondersteuning en begeleiding ook extra inzet van professionals in de zorg. Een kosten-batenanalyse zal in dit opzicht moeten uitwijzen waarmee de zorgvrager beter geholpen is: met uitstel van professionele zorg door de inzet van goed geoutilleerde mantelzorg of met zo kort mogelijk mantelzorg en zo snel mogelijk professionele zorg.

Noten

- ¹ Zeer recent is ‘overbelasting’ op verzoek van het ministerie van VWS door het SCP nader uitgewerkt. De resultaten hiervan konden niet meer worden verwerkt in deze publicatie. Zie Timmermans, J.M., A.H. de Boer en J. Iedema. De mantelval. Over de dreigende overbelasting van de mantelzorger. Den Haag: SCP 2005.
- ² Sinds 1 juni 2005 is de Wet arbeid en zorg gewijzigd, waardoor nu een recht op langdurig zorgverlof geregeld is. Het betreft eenmalig terminale zorg aan ouder, kind of partner of voor een kind in levensbedreigende situatie. Het verlof houdt in gedurende 2 of 3 maanden een reductie van de werkweek naar halve of eenderde werkweek. Verlof wordt niet verstrekt als de werksituatie het niet toelaat. Bij instemming van de werkgever kan het aantal wekelijkse verlofuren worden verhoogd of de termijn verlengd tot 18 weken. Voor het opgenomen verlof vervalt loon.

Literatuur

Bakker, H, et al. Ontspoorde zorg. Overbelasting en ontsporing in de mantelzorg voor ouderen. Utrecht: NIZW, 2001.

Berg, B. van den. Informal Care: an economic approach. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 2005.

Dautzenberg, M.G.H. Daughters caring for elderly parents. Maastricht: Universitaire Pers, 2000.

Deijk, R.H.P.D. van, R.J. Smeets en P.T.M. van Dijk. Thuiszorg als alternatief. Steun aan eerstelijns- en mantelzorg voorkomt verpleeghuisopname. Medisch Contact, 7 oktober 2005, 60, nr. 40: 1588-1590.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De WMO in internationaal perspectief. Achtergrondstudie uitgebracht bij het briefadvies over de Wet maatschappelijke ondersteuning. Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005.

Boer, A.H. de, R. Schellingerhout en J.M. Timmermans. Mantelzorg in getallen: over de hulp van en aan mantelzorgers. Den Haag: SCP, 2001.

Boer, A.H. de. Relatie tussen mantelzorg en thuiszorg. In: J.M. Timmermans (red.). Mantelzorg: over de hulp van en aan mantelzorgers. Den Haag: SCP, 2003.

Boer, A.H. de (red.). Kijk op informele zorg: toetsing van de beelden en opvattingen van de informele zorg aan de feiten. Den Haag: SCP, 2005.

Centraal Bureau voor de Statistiek. www.cbs.nl, trefwoord 'beroepsbevolking'.

Dautzenberg, M.G.H. Daughters caring for elderly parents. Proefschrift Universiteit Maastricht, Universitaire Pers, 2000.

Devilee, J. Vrijwilligersorganisaties onderzocht: over het tekort aan vrijwilligers en de wijze van werving en ondersteuning. Den Haag: SCP, 2005.

DVVO. Zorg nabij: notitie Mantelzorgondersteuning. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid en Sport, 2001.

DVVO. De mantelzorger in beeld: beleidsnotitie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid en Sport, 2005.

- DVVO. Rapport Mantelzorg 2001-2005.
Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid en Sport, 2005.
- DLB. Beleidsbrief Vrijwillige inzet 2005-2007.
Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid en Sport, 2005.
- Doorne-Huiskes, J. van, et al. Mantelzorg tussen vraag en aanbod.
Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Instituut (NIDI), 2002.
- Duijnste M. Het verhaal achter de feiten. Over de belasting van familieleden van dementerenden. Baarn: Intro; 1996.
- Exel, J. van, et al. Mantelzorg in Nederland: een situatieschets van mantelzorgers bereikt via de Steunpunten Mantelzorg, Rotterdam/Bilthoven: Erasmus iMTA rapport 02.58/RIVM rapport 282701003, 2002.
- Expertisecentrum Informele Zorg. Begrippenlijst op website www.eiz.nl
- Expertisecentrum Informele Zorg. Knapen, M. et al. Respijtzorg in Nederland: een eerste verkenning. Brochure en samenvatting van EIZ onderzoeksrapport. Utrecht: NIZW/EIZ, 2003.
- Expertisecentrum Informele Zorg. Vliegwielen mantelzorgondersteuning. Utrecht: EIZ/NIZW, 2005.
- Expertisecentrum Informele Zorg. Mantelzorg in de geestelijke gezondheidszorg: familieleden die voor een psychiatrische patiënt zorgen. Factsheet. Utrecht: EIZ/ NIZW Zorg, 2005.
- Expertisecentrum Informele Zorg. Mantelzorg en dementie: een zorg op zich. Fact-sheet. Utrecht: EIZ/NIZW Zorg, 2005.
- Factsheet: een verdubbeling in belasting: de combinatie van mantelzorg en werk. Den Haag: E-Quality, 2004.
- Isarin, J. Mantelzorg in een ontmantelde privé-sfeer: over het combineren van betaalde arbeid en de langdurige en intensieve zorg voor een naaste. Budel: Damon, 2005.
- Kraan, W. van der. Mantelzorg in zicht: interne voorstudie voor het advies AWBZ in internationaal perspectief. Zoetermeer: RVZ, 2004 (niet gepubliceerd).
- Luijn, H. van en S. Keuzenkamp. Werkt verlof? Het gebruik van regelingen voor verlof en aanpassing van de arbeidsduur. Den Haag: SCP, 2004.

Morée, M. Werkende mantelzorgers. Een leven naast de zorg. Tijdschrift voor de Sociale Sector, juni 2002, pp: 24-29.

Morée, M. en K. Wuertz. Niet kiezen, maar delen. Naar een combinatiescenario voor werkende mantelzorgers. Utrecht, 2002.

Morée, M. Professionele zorg en mantelzorg: bruggen slaan tussen twee werelden. Denkbeeld, 16, 2004, no. 6, p. 10-13.

Morée, M. Een EER voor de WMO. Emancipatie-effectrapportage inzake de Wet maatschappelijke ondersteuning. Utrecht, EIZ/NIZW oktober 2005.

NIZW. Vergrijzing en informele zorg: de toenemende druk op mantelzorg en vrijwilligerswerk. Factsheet Kenniscentrum Ouderen van NIZW Zorg in samenwerking met Expertise Centrum Informele Zorg/NIZW Zorg. Utrecht: NIZW, 2005.

Peters, Anita en Ina Wilbrink. Geen dwingelandij of vluggertjes. Overheid denkt te gemakkelijk over inzet vrijwilligerswerk. TSS, december 2005: 15-19.

Pot, A.M., et al. Verbal and physical aggression against demented elderly by informal caregivers in de The Netherlands. In: Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 31, 1996 , p. 156-162.

Nordberg G, von SE, Kareholt I, Johansson L, Wimo A. The amount of informal and formal care among non-demented and demented elderly persons-results from a Swedish population-based study. Int J Geriatr Psychiatry 2005 Sep; 20(9):862-71.

Overbeek, van R en A. Schippers. Ouder worden we allemaal: trendstudies en toekomstdebatten over de vergrijzing in Nederland. Utrecht: NIZW, 2004.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg. Achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland. Zoetermeer: RVZ, 2006.

Ramakers, C. en M van den Wijngaart, Persoonsgebonden budget en mantelzorg. Onderzoek naar de aard en omvang van de betaalde en onbetaalde mantelzorg. ITS, 2005.

Schellingerhout, R. Uitgaven voor mantelzorg en derving van inkomen. In: Timmermans, J.M. (red.) Mantelzorg: over de hulp van en aan mantelzorgers. Den Haag: SCP, 2003: 163-206.

Scholten, C. Vrijwilligersbeleid in zorgorganisaties: een handreiking voor de toekomst. Utrecht: Lemma, 2004.

Timmermans, J.M. (red.) Vrij om te helpen. Verkenning betaald langdurig zorgverlof. Den Haag: SCP, 2001.

Timmermans, J.M., A.H. de Boer en J. Iedema. De mantelval: over de dreigende overbelasting van de mantelzorger. Den Haag: SCP, 2005.

Timmermans, J en I. Woittiez. Aanbodschatting informele zorg, 2000-2020. In: Boer, A.H. de (red.). Kijk op informele zorg: toetsing van de beelden en opvattingen van de informele zorg aan de feiten. Den Haag: SCP, 2005: 34-46.

Timmermans, J.M. (red.) Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers. Den Haag: SCP, 2003.

Vernooij-Dassen, M. Dementie en thuiszorg. Een onderzoek naar determinanten van het competentiegevoel van centrale verzorgers in het effect van professionele interventie. Amsterdam/Lisse, Swets & Zeitlinger, 1993.

Vernooij-Dassen, M., et al. Zorg voor mensen met dementie en arbeidsmarkt. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2006.

Visser-Meily, J.M.A. Caregivers, partners in stroke rehabilitation. Utrecht: Revalidatiecentrum De Hoogstraat, 2005.

Visser-Meily, J.M.A. en G.A.M. van den Bos. Zorgen voor CVA-patiënten: Complexe gezondheidsproblematiek. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudie. Zoetermeer: RVZ, 2006.

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CEG	Centrum voor ethiek en gezondheid
CTVM	Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg en Mantelzorg
CVA	cerebrovasculair accident
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen
EIZ	Expertisecentrum Informele Zorg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
ggz	geestelijke gezondheidszorg
pgb	persoonsgebonden budget
PPCZ	Patiëntenpanel Chronisch Zieken
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SoZaWe	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet op de maatschappelijke ondersteuning

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen telefonisch aanvragen bij de RVZ (079 3 68 73 11). De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

Adviezen en achtergrondstudies

06/09	Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Arbeidsmarkt en zorgvraag)	€ 15,00
06/08	Arbeidsmarkt en zorgvraag	€ 15,00
06/07	Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)	€ 15,00
06/06	Zinnige en duurzame zorg	€ 15,00
06/04	Stategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)	€ 15,00
06/03	Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)	€ 15,00
06/02	Management van vastgoed in de zorgsector	€ 15,00
06/01	Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg	gratis
05/15	Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief	€ 15,00
05/14	De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/13	Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/12	Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/11	Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)	€ 15,00
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid	€ 15,00
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)	€ 15,00
05/04	Van weten naar doen	€ 15,00
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier	gratis
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)	€ 15,00
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning	gratis

04/09	De GHORDiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)	gratis
04/08	Gepaste zorg	€ 15,00
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€ 15,00
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)	gratis
04/01	De Staat van het Stelsel	€ 15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/14	Acute zorg	€ 15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/12	Gemeente en zorg	€ 15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€ 15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€ 15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€ 15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€ 15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€ 15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€ 15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€ 15,00

02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€ 15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€ 15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€ 15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/05	E-health in zicht	€ 15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€ 15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€ 13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€ 13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€ 13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	€ 11,34
01/04E	Healthy without care	€ 9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€ 19,29
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€ 13,61
00/03	De rollen verdeeld	€ 13,61

Bijzondere publicaties

06/05	De AWBZ voldoet niet meer. Verslag van vier debatten met de zorgsector over het advies van de RVZ over de AWBZ	gratis
06/01E	Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System	gratis
05/13E	Informal care: The contribution of carers and volunteers to long-term care	gratis
05/16	Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)	gratis

05/10	Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))		gratis
05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg	€	15,00
05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)		gratis
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)		gratis
04/10	Evaluatierapport RVZ 2000-2004		gratis
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/11E	The preferences of healthcare customers in Europe		gratis
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01M/01	Management van beleidsadvisering	€	11,34
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81

Signalementen met achtergrondstudies

Sig 05/04	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maatschappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02).	€	15,00
Sig 05/03	Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)	€	15,00
Sig 05/02E	Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System		gratis
Sig 05/02	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement	€	15,00
Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid	€	15,00
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003	gratis
Drang en informele dwang in de zorg (2003)	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2004	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2005	gratis
Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)	gratis
Mantelzorg... onbetaalbaar? Verslag van het debat gehouden in Utrecht, 26 februari 2004	gratis
De vertwijfeling van de mantelmeeuw (2004)	gratis
Achtergrondstudie Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen (2005)	gratis

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.

VGW	Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken	gratis
05/04	(achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	
VGW	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie	gratis
05/03	(achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	
VGW	Genitale verminking in juridisch perspectief	gratis
05/02	(achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	
VGW	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking	gratis
05/01		

Werkprogramma's en jaarverslagen

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002	gratis
04/12	Jaarverslag 2002-2003 RVZ	gratis
02/08	Jaarverslag 2001 RVZ	gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ	gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis

