

H 62

TNO-rapport
98.019

Analyse verzorgingshuizen

TNO Preventie en Gezondheid
divisie Volksgezondheid

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 5 18 18 18
Fax 071 18 19 20

auteur(s):
S. Heijnen

datum:
april 1998

TNO Preventie en Gezondheid
Gorterbibliotheek

25 MEI 1998

Postbus 2215 - 2301 CE Leiden

Stamboeknummer

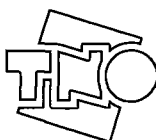
16626

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, microfilm
of op welke andere wijze dan ook, zonder
voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd
uitgebracht, wordt voor de rechten en
verplichtingen van opdrachtgever en
opdrachtnemer verwezen naar de
Algemene Voorwaarden voor onderzoeks-
opdrachten aan TNO, dan wel de
betreffende terzake tussen partijen
gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 1998 TNO



Nederlandse Organisatie voor toegepast-
natuurwetenschappelijk onderzoek TNO.

Heijnen, S.

ISBN: 90-6743-538-4

**Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 27,85 (incl. BTW) op postbankrekeningnr.
99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 98.019.**

DANKWOORD

Gedurende november 1997 - januari 1998 hebben een aantal sleutelinformanten, op uitnodiging, geheel belangeloos hun deskundige visie gegeven op de huidige transformatie in de sector verzorgingshuizen en op de mogelijke rol van TNO-PG in dit kader. De volgende personen wil ik, als auteur van dit rapport, dan ook namens TNO-PG reeds hartelijk danken voor hun betrokkenheid en inzet bij de totstandkoming van dit rapport:

Mevr. A. Bolscher, WZF, Zeist

Mevr. Drs. S.M. Lammers, LOBB, Utrecht

Dhr. A. van Morselt, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Utrecht

Dhr. F. van Oosten, Verzorgingshuis Rijn & Vliet, Leiden

Mevr. Drs. E. Ruiter, Zorg en Zekerheid, Leiden

Dhr. Drs. F. Teerink, VDB Nederland, Utrecht

Dhr. Drs. J. Verveer, Zorgcentrum Frankeland, Schiedam

Dhr. G. van de Weerd, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Utrecht

INHOUD	Pagina
1. INLEIDING	3
2. DOEL EN VRAAGSTELLINGEN	4
3. METHODEN	5
4. VERZORGINGSHUIZEN IN NEDERLAND	6
5. ALGEMENE ONTWIKKELINGEN EN BELEID TEN AANZIEN VAN VERZORGINGSHUIZEN	8
6. WIJZIGINGEN IN HET WETTELIJK KADER VOOR VERZORGINGSHUIZEN	11
7. INVENTARISATIE VAN ACTUELE BELEIDS- EN IMPLEMENTATIE- VRAAGSTUKKEN	14
8. TNO-PG EXPERTISE EN PRODUCTEN GERELATEERD AAN VERZORGINGSHUIZEN	24
9. VERVOLGENS	28
10. LITERATUUR	29

1. INLEIDING

TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) is momenteel en recentelijk via diverse projecten betrokken (geweest) bij verbetering/vernieuwing van de zorg voor ouderen in verzorgingshuizen. Voorbeelden hiervan zijn: het Bewegings Activerings Programma (BAP), advisering over veiligheid in verzorgingshuizen en onderzoek naar het vóórkomen van incontinentie uitgevoerd door de divisie Volksgezondheid (VGZ)¹; ontwikkeling van een checklist voor ergonomische eisen van toekomstige bewoners van verzorgingshuizen en beoordeling van nieuwbouw/renovatieplannen door het aan TNO gelieerde Instituut voor Revalidatievraagstukken (iRv) en een inventarisatie van aanwezige technologie in verzorgingshuizen door VGZ in samenwerking met het iRv. In breder verband wordt in het kader van TNO Verouderingsonderzoek (CVO) door TNO-PG samengewerkt met andere TNO instituten met betrekking tot vraagstukken over ouderen, veroudering en ouderenzorg.

Op basis van literatuur, actuele nieuwsberichten en via lopende contacten met overheid, verzekeraars, landelijke koepels, medewerkers van verzorgingshuizen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) etc. is gebleken dat de positie van verzorgingshuizen binnen het spectrum veroudering en ouderenzorg aan verandering onderhevig is. Binnen de huizen spelen zich belangrijke transformatieprocessen af.

Om de continuïteit van TNO producten, diensten en contacten te waarborgen en verder uit te bouwen is in eerste instantie besloten een analyse van verzorgingshuizen uit te voeren. Deze analyse dient om de positie en transformatie van verzorgingshuizen te bestuderen en om de binnen TNO bestaande expertise en producten op dit gebied te inventariseren. Dit conceptrapport, dat zowel intern als extern de toets der kritiek nog moet doorstaan alvorens als eindproduct te kunnen worden aangemerkt, is het voorlopige resultaat van een eerste analyse.

Op basis van de "Analyse verzorgingshuizen" zullen in een vervolgtraject (tot eind 1998) mogelijk geselecteerde innovatieve TNO (kennis)producten, zorgprogramma's en toegepast onderzoek ontwikkeld/uitgebouwd en op de markt gebracht/uitgevoerd worden.

¹ Voorheen (t/m 31 december 1997) genoemd divisie Collectieve Preventie (COP)

2. DOEL EN VRAAGSTELLINGEN

Doel van de “Analyse verzorgingshuizen” is om inzicht te verkrijgen in: (1) de actuele vraagstukken gerelateerd aan de functie en plaats van verzorgingshuizen binnen de huidige modernisering van de ouderenzorg en de huidige interne transformatieprocessen binnen verzorgingshuizen en (2) de expertise en marktkansen van TNO op dit terrein.

De specifieke vraagstellingen zijn:

- Wat is de inhoud van het beleid, de wetgeving en de ontwikkelingen ten aanzien van de positie van verzorgingshuizen in het spectrum van veroudering en ouderenzorg in Nederland?
- Welke zijn de innovaties en actuele beleidsvraagstukken (hangijzers) op macro- en instellingsniveau ten aanzien van het transformatieproces van verzorgingshuizen?
- Wat is de ervaring en capaciteit van TNO-PG op het gebied van verzorgingshuizen?
- Gegeven de marktvraag, wat zijn de mogelijke producten en productclusters die TNO-PG zou kunnen ontwikkelen en/of uitbouwen in 1998?
- Wat zijn de marktkansen voor TNO-PG producten en welke de mogelijke samenwerkingspartners en/of financiers?

3. METHODEN

Voor de totstandkoming van dit conceptrapport aan de hand van de onder hoofdstuk 2 vermelde doel- en vraagstellingen zijn twee soorten bronnen gebruikt:

1) Literatuur

- Wetenschappelijk onderbouwde publicaties en rapporten
- Strategische rapporten en overheidsnota's
- Actuele opinies uit het veld/verslagen in tijdschriften
- Jaarverslagen en werkprogramma's (i.e. landelijke koepels, TNO-PG)
- Informatie-folders, nieuwsbladen en leaflets (i.e. verzorgingshuizen, TNO-PG)

2) Sleutelinformanten

Gedurende november 1997-januari 1998 zijn interviews (ca. 1 uur) gehouden met vertegenwoordigers van de drie landelijke koepels, een zorgverzekeraar, een verzorgingshuis en de Inspectie voor de Gezondheidszorg op basis van een semi-gestructureerde lijst met externe aandachtspunten. Daarnaast zijn binnen TNO informatieve gesprekken gevoerd met medewerkers van de divisies Volksgezondheid en Technologie in de Gezondheidszorg van TNO Preventie en Gezondheid, TNO Verouderingsonderzoek en het aan TNO gelieerde iRv aangaande huidige en mogelijke TNO-PG betrokkenheid bij de sector verzorgingshuizen.

Het conceptrapport zal in eerste instantie worden voorgelegd aan enkele eerder vernoemde en 'nieuwe' sleutelinformanten (extern en intern). Op basis van hun kritiek en aanbevelingen wordt het eindrapport geschreven.

4. VERZORGINGSHUIZEN IN NEDERLAND

In de Overgangswet Verzorgingshuizen (1996) is een verzorgingshuis als volgt omschreven: 'Een instelling waarin aan ten minste vijf personen van 65 jaar of ouder duurzaam verblijf en verzorging wordt verschaft'. Dit in tegenstelling tot een verpleeghuis (in Nederland zijn er 325 verpleeghuizen) waar dag en nacht medische, paramedische, verpleegkundige en psychosociale zorg centraal staan en de woonfunctie niet als zodanig benoemd wordt.

In Nederland zijn er rond de 1400 verzorgingshuizen (waarvan 135 met een bijzondere functie), welke ingedeeld kunnen worden naar diverse groottes. In 1994 heeft ruim 70% van de verzorgingshuizen een capaciteit van 50 tot 150 plaatsen. Vooral door fusies met andere verzorgingshuizen en/of verpleeghuizen in de regio neemt het totale aantal verzorgingshuizen en met name het aantal kleine instellingen met minder dan 50 plaatsen steeds meer af. Het gemiddelde aantal verzorgingsplaatsen per huis is ongeveer 90 en het totaal aantal bewoners komt op ongeveer 115.000, waarvan ongeveer 20% mannen (WZF, 1996). Ongeveer 7% van het aantal ouderen verblijft in een verzorgingshuis en voor personen van 85 jaar of ouder geldt dat ca. 25% in een verzorgingshuis woont.

Door een daarvoor door Burgemeester en Wethouders van een gemeente ingestelde indicatiecommissie wordt bepaald of iemand in aanmerking komt voor opname in een verzorgingshuis. De bezettingsgraad van de verzorgingshuizen is landelijk ongeveer 98%. De gemiddelde leeftijd van bewoners in verzorgingshuizen vertoont een stijgende tendens en bedraagt ongeveer 85 jaar. De gemiddelde verblijfsduur daalt. Gemiddeld verblijft men ongeveer 4,5 jaar in een verzorgingshuis. Van degenen die worden uitgeschreven, vertrekt 17% naar een verpleeghuis en bijna 1% naar een psychiatrisch ziekenhuis.

In principe zijn de verzorgingshuizen autonome instellingen met een directie en een algemeen bestuur. Landelijk zijn 3 koepels direct betrokken bij de verzorgingshuizen, ieder met een eigen invalshoek, te weten:

- De WoonZorg Federatie (WZF): de landelijke koepelorganisatie waarvan tezamen 1400 verzorgingshuizen lid zijn.
- De Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen (LOBB), waarbij 1200 cliëntenraden zijn aangesloten.
- De VDB Nederland: Beroepsorganisatie Directies Zorgsector.

Eveneens een belangrijke participant in het veld van de verzorgingshuizen is de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Sinds 1 januari 1997 valt de Inspectie voor de Verzorgingshuizen onder deze Inspectie.

Voor de verzorgingshuizen is op macro niveau een bedrag beschikbaar van 5,4 miljard gulden (zie tabel 1). Ongeveer 2 miljard wordt door de bewoners opgebracht in de vorm van eigen bijdragen. De gemiddelde prijs van een dag verblijf en verzorging is 115 gulden. De financiering van de verzorgingshuizen vindt sinds begin 1997 plaats uit een subsidieregeling van de Ziekenfondsraad. Na een overgangsperiode wordt deze zorg straks, in 2001, vergoed als AWBZ-verstrekking (WZF, 1997).

Tabel 1: Uitgaven ouderenzorg (in miljoenen gld)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Verpleeghuizen	5068,1	5092,3	5477,1	5578,4	5890,7	6078,2	6299,1	6535,9	6665,4
Verzorgingshuizen	5156,9	5192,1	5236,3	5297,8	5411,4	5484,4	5482,5	5480,7	5478,8
1-Oktober-regeling	19,4	16,9	6,5	9,0	5,6	3,7		0,0	0,0
Zorgvernieuwings- fonds	103,1	95,7	168,5	306,8	302,1	305,8	304,9	304,9	304,9
Overige ouderenwerk	97,7	99,7	101,7	103,7	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8
Totaal JOZ 1998	10 445	10 697	10 990	11 296	11 716	11 978	12 192	12 427	12 555
Procentuele mutatie		2,4	2,7	2,8	3,7	2,2	1,8	1,9	1,0

Bron: JaarOverzicht Zorg 1998

5. ALGEMENE ONTWIKKELINGEN EN BELEID TEN AANZIEN VAN VERZORGINGSHUIZEN

Veroudering en zorgzwaarte

Demografische ontwikkelingen, met name vergrijzing en stijgende levensverwachting, hebben in de afgelopen decennia reeds geleid tot een sterk toegenomen zorgvraag door ouderen. De verwachting is dat de behoefte aan zorg door ouderen de komende decennia alleen maar zal stijgen, vanwege het op leeftijd komen van de naoorlogse geboortegolf. Voorspeld wordt dat het aantal 65-plussers in 2010 reeds meer dan 15% van de totale bevolking bedraagt en dat dit aandeel zal groeien naar ongeveer 25% in 2040 (CBS, 1997).

Ondanks de toename van het aantal ouderen neemt het aantal intramurale plaatsen (verzorgingshuizen en verpleeghuizen) niet toe, maar zelfs af (VWS, 1997), met name binnen verzorgingshuizen. De wens van veel ouderen om zo lang mogelijk thuis te blijven en het daarop afgestemde substitutiebeleid - in het 'Landelijk Sectoraal Beleidskader voor de Sector Verpleeghuizen' (VWS, 1996) is onder andere aangegeven dat de stromen naar de lichtst mogelijke zorgvorm verlegd moeten worden - leiden tot zorgverzwaring in de verzorgingshuizen, maar ook in verpleeghuizen en de thuiszorg. Zo is tijdens de huidige kabinetsperiode de zorgzwaarte in de sector verzorgingshuizen, volgens de EBIS calculatie, met gemiddeld 2.5% per jaar gestegen (WZF, 1997).

Modernisering ouderenzorg

Het doel van de modernisering van de ouderenzorg is het aanbod aan voorzieningen onderling beter, en ook beter op de zorgvraag van ouderen af te stemmen (VWS, 1994). Dit om de zorg voor ouderen ook op langere termijn veilig te stellen. Belangrijkste thema's van de modernisering ouderenzorg zijn: onderbrenging van instellingen voor de ouderenzorg in één financieringskader (AWBZ), harmonisatie eigen bijdrage, geïntegreerde indicatiestelling voor wonen, zorg en welzijn op gemeentelijk niveau, scheiden van wonen en zorg en de lange termijn risico-analyse uitgevoerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

Belangrijkste doel van het kabinetsbeleid echter is het onderbrengen van de gehele intramurale ouderenzorg in één systeem van planning en financiering. Dit heeft reeds geleid tot de opheffing van de Wet op de Bejaardenoorden per 1 januari 1997 en overheveling van de verzorgingshuizen naar de AWBZ, met een overgangsfase tot het jaar 2001 (zie 6). In die periode zijn de provincies en vier grote steden verantwoordelijk voor de planning en de Ziekenfondsraad voor de financiering. Na deze fase zal

de planning plaatsvinden op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Het ontwikkelen van een regio-visie op ouderenzorg, waarbij niet het eigen zorgaanbod van de afzonderlijke instellingen maar het gezamenlijke zorgaanbod aan de cliënten in één geografisch gebied centraal staat, heeft dus de toekomst. De invulling van het vraaggestuurde (functionele) beleid maakt dat oude grenzen meer en meer zullen vervagen tussen traditionele instellingen in de ouderenzorg.

Zelfstandig wonen met zorg op maat, het ontstaan van woonzorgprojecten (wozoco's) voor ouderen waarbij wonen en zorg in financiële zin gescheiden worden en het ontstaan van zorgcentra - waarin door een organisatie (van zorgaanbieders) een breed scala van diensten wordt aangeboden op het gehele zorgcontinuüm, zijn belangrijke onderdelen van de transformatie die op dit moment plaatsvindt binnen de sector verzorgingshuizen. Conform de adviezen van de 'Commissie Welschen' worden delen van sommige verzorgingshuizen tot zogenaamde verpleegunits omgebouwd c.q. verbouwd. De zorgverlening in deze verpleegunit vindt meestal plaats onder de verantwoordelijkheid van het verpleeghuis, maar kan inmiddels ook via een samenwerkingsverband of door het verzorgingshuis zelf georganiseerd worden.

Transformatie in zorg- en dienstenpakket verzorgingshuizen

Het lijkt erop dat verzorgingshuizen de komende jaren moeten kiezen tussen 'linksom naar wonen of rechtsom naar verzorging en verpleging' aangezien de veelvoorkomende twee-eenheid van pandbeheerder en zorgleverancier op zijn eind loopt (Huijsman, 1997). Met name door substitutie van verpleeghuiszorg naar zorg door verzorgingshuizen (voor bewoners met een verpleeghuisindicatie) en substitutie van verzorgingshuiszorg naar thuiszorg worden steeds meer bewoners met zware somatische of psychogeriatrische zorg intramuraal binnen het verzorgingshuis verzorgd en begeleid. Verzorgingshuiszorg is vooral gericht op preventie en zorg om verdere lichamelijke, verstandelijke en sociale achteruitgang te voorkomen.

In het kader van de reikwijdteverbreding van de Wet op de Bejaardenoorden (WBO) is het al enige jaren mogelijk voor verzorgingshuizen om aan niet-bewoners zorg te verlenen wanneer zij beschikken over een indicatie voor opname in het verzorgingshuis. Conform de adviezen van de 'Commissie Welschen' is in de loop der jaren de extramurale productie van het verzorgingshuis toegenomen en komen er in verzorgingshuizen steeds meer mogelijkheden voor dagopvang, groepsverzorgingsprojecten, dagbestedingsprogramma's en programma's voor zorg in de thuissituatie aan geïndiceerde ouderen. De kracht en meerwaarde van het verzorgingshuis ten opzichte van de thuiszorg moet hier met name gezocht worden in de aspecten: alarmering met opvolging en 24-

uurszorg; dagbesteding en recreatieve activiteiten; tijdelijke opname; onderdelen van concrete dienstverlening, zoals vervoer en tafeltje-dekje (gemeentelijk flankerend beleid), kleine klusjes, wasverzorging, administratieve ondersteuning etc.; en het feit dat dit grote scala van zorg- en dienstverlening wordt gerealiseerd vanuit een geïntegreerde zorgorganisatie (Teerink, 1997). Steeds vaker worden deze vormen van zorg aangeboden in de vorm van zorgabonnementen voor zelfstandig wonende ouderen.

Zoals vermeld, de extramurale productie van verzorgingshuizen neemt toe, terwijl de intramurale daalt. De totale intramurale productie, uitgedrukt in kosten, daalde in de periode 1988-1995 met gemiddeld 0,9% per jaar. De extramurale productie stijgt daarentegen met 11,3% per jaar. De toename aan extramurale zorg is het gevolg van met name de realisatie van woonzorgcomplexen en de 'ombouw' van bestaande ouderenhuisvesting (WZF, 1997).

Samenwerking en fusies

Het ontstaan van nieuwe samenwerkingsverbanden tussen verzorgingshuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, RIAGG, huisartsen, ziekenhuizen, woningbouwcorporaties etc. zijn belangrijke ontwikkelingen die van belang zijn voor de huidige en toekomstige plaats van het verzorgingshuis binnen de ouderenzorg. Intramuraal zijn er met name steeds meer samenwerkingsverbanden of fusies met andere verzorgingshuizen en het verpleeghuis in de regio (schaalvergroting). Aan de andere kant bestaan reeds formele samenwerkingsverbanden tussen verzorgingshuizen met thuiszorgorganisaties en in aantal vertonen deze een stijgende tendens. Echter, dit gebeurt op veel kleinere schaal dan vernoemde samenwerking tussen verzorgingshuizen onderling en tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Tot fusies leidt dit vooralsnog zeer zelden.

De tendens van verdergaande samenwerking tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen leek zich vorig jaar ook te voltrekken op het niveau van de landelijke koepels. Echter, begin 1998 is de voorgenomen volledige fusie van het LOBB met de NVVB (bewoners) afgeblazen en ligt een fusie tussen de WZF met NVVZ (zorg) nog wel in de planning, maar is deze voorlopig uitgesteld.

6. WIJZIGINGEN IN HET WETTELIJK KADER VOOR VERZORGINGSHUIZEN

In de afgelopen jaren hebben zich belangrijke wijzigingen in het wettelijk kader voor verzorgingshuizen voltrokken. Deze zijn het (voorlopige) resultaat van de discussies en ontwikkelingen die plaatsvinden binnen de samenleving en op overheidsniveau ten aanzien van de vergrijzing en veranderde positie en wensen van oudere burgers in Nederland en de (toekomstige) betaalbaarheid en kwaliteit van woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen voor ouderen.

Overgangswet Verzorgingshuizen: van WBO naar AWBZ

In het kader van de modernisering van de ouderenzorg is in 1996 de Overgangswet Verzorgingshuizen aangenomen waarin de overheveling van de verzorgingshuizen van de Wet op de Bejaardenorden (WBO) naar de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geregeld is. Dit heeft grote bestuurlijke en financiële consequenties, aangezien de verzorgingshuizen vanaf 1 januari 1997 binnen het wettelijk stelsel voor planning en financiering gezondheidszorgvoorzieningen vallen. De overheveling van de financiering van de verzorgingshuizen is reeds in 1997 in gang gezet. De daadwerkelijke overheveling van de verzorgingshuizen naar de AWBZ vindt formeel plaats in 2001. In de tussentijd (via een overgangsregeling) zullen de verzorgingshuizen worden gefinancierd op basis van een tijdelijke subsidieregeling, uitgevoerd door de Ziekenfondsraad (ZFR). Deze subsidiëring zal in de komende jaren voor een steeds groter gedeelte gebaseerd worden op door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) te ontwikkelen richtlijnen. In 2001 zal de sector verzorgingshuizen in zijn geheel klaar moeten zijn voor een systeem van output financiering. Wanneer de verzorgingshuizen vanuit de AWBZ gefinancierd worden ontstaat er een financieringskader voor verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg, hetgeen meer mogelijkheden voor samenwerking moet bieden en een financiering van intramurale plaatsen en thuiszorg die beter afgestemd kan worden op de zorgbehoefte. Aan een en ander dient verder invulling te worden gegeven in de toekomstig verplichte opstelling van een visie op verpleging en verzorging op regionaal niveau, welke wettelijk verankerd is in de Overgangswet Verzorgingshuizen. In de gehele discussie over de overheveling van de verzorgingshuizen naar de AWBZ heeft het behouden van een eigen identiteit, de koppeling van wonen, zorg en welzijn in verzorgingshuizen nieuwe stijl, de aandacht. Tot op heden is een scheiding van de woon/zorgfunctie van verzorgingshuizen nog niet geëffectueerd. Voorstellen over een mogelijke scheiding en de consequenties hiervan worden in het voorjaar van 1998 verwacht (VWS, 1997).

Kwaliteitswet

De kwaliteit van zorgverlening in instellingen is vanaf 1 april 1996 in een afzonderlijke kaderwet

geregeld: de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Kamerstuk 23 633, nr. 2-20). De partijen in het veld moeten de algemene eisen zelf nader uitwerken en invullen. In de praktijk verandert er weinig aan de werkwijze, aangezien er reeds vele activiteiten ontplooid worden om de kwaliteit van zorg te verhogen. De wet bepaalt ook niet dat er meer aan kwaliteitsbeleid moet worden gedaan, maar dat er meer op een systematische wijze aan kwaliteitsbeleid gedaan moet worden. Instellingen in de zorgsector moeten aan vier kwaliteitseisen voldoen: verantwoorde zorg aan patiënten, adequate organisatie van zorg, het systematisch bevorderen en bewaken van de kwaliteit van zorg (toetsing door Inspectie) en het jaarlijks uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag. Inmiddels zijn reeds enkele kwaliteitsinstrumenten voor de verzorgingshuizen middels projecten opgestart, zoals zelfevaluatie (KWIEK project) en externe toetsing middels certificatie (bijvoorbeeld visitatie commissie WZF).

In het kader van kwaliteitsbeleid zijn in 1995 8 doelstellingen geformuleerd voor het jaar 2000 als onderdeel van de 'Leidschendamafspraken 1995-2000' tussen zorgorganisaties, cliënten, verzekeraars en overheid. Het gaat hierbij om afspraken over begripsverheldering, externe beoordeling, ontwikkeling van kwaliteitssystemen, informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod, het verzekeringsaanbod, prikkels en voorwaarden voor het kwaliteitsbeleid, overleg en afstemming en beleidsevaluatie in 2000.

Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen

Per 1 juni 1996 is de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) in werking getreden, welke de zorgaanbieders verplicht tot het instellen van een cliëntenraad en een commissie van vertrouwenslieden. Overigens voorziet de WMCZ niet in toezicht op de naleving van de Wet. De implementatie van de WMCZ heeft vertraging opgelopen in een grote meerderheid van de verzorgingshuizen vanwege de tijdsdruk en de weerstand van bewonerscommissies tegen de samenstelling van een cliëntenraad. Zo was men bezorgd dat er teveel andere cliënten zouden bepalen hoe het woon- en leefklimaat in "hun" verzorgingshuis er uit moest zien (IGZ, 1997).

Wet klachtrecht cliënten zorgsector

Op 1 augustus 1995 is de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) in werking getreden, welke regels bevat ter zake van de behandeling van klachten van cliënten van de maatschappelijke zorg en gezondheidszorg. De nieuwe Klachtwet verordonneert zowel een nieuwe klachtencommissie met een zwaarwegende adviestaak ten opzichte van de zorgaanbieder, alsook de mogelijkheid een vertrouwenspersoon aan te wijzen met een onafhankelijke status. Uit de ervaringen met klachtenbehandeling tot nu toe is gebleken dat een vertrouwenspersoon een heel belangrijke factor kan zijn. Ondanks de gezamenlijke informatiecampagne van de WZF en de LOBB en het daarbij

aangereikte model, hebben nog weinig verzorgingshuizen hun interne klachten- en geschillenregeling aangepast aan de bepalingen van de Klachtwet (IGZ, 1997).

Wet BIG

De Wet BIG treedt gefaseerd, in de loop van een aantal jaren, in werking (i.e. 'stappenplan voorbehouden handelingen, 1997'). Voor verzorgingshuizen betekent deze wet dat het medisch handelen van medewerkers verantwoord dient te gebeuren en dat hierover afspraken met artsen moeten worden gemaakt. Aan de hand van het stappenplan worden zorginstellingen ondersteund om de bevoegdheidsregelingen van de Wet BIG uit te werken in het instellingsbeleid.

7. INVENTARISATIE VAN ACTUELE BELEIDS- EN IMPLEMENTATIEVRAAGSTUKKEN

Niet verwonderlijk, gezien de grote veranderingen in de sector verzorgingshuizen, passeerde in de literatuur en tijdens de gesprekken met sleutelinformanten een zeer groot aantal actuele beleids- in implementatievraagstukken de revue. De gesignaleerde problemen zijn samengevat in tabel 2, overigens zonder te streven naar volledigheid. Een onderscheid in problematiek is hier gemaakt naar strategische, financieel-organisatorische, kwalitatief-zorginhoudelijk en professioneel-personele vraagstukken welke leven bij de (landelijke, provinciale en gemeentelijke) overheid en overheidsdiensten (inclusief IGZ), zorgverzekeraars, instellingen (verzorgingshuizen en koepels: VDB en WZF) en cliënten (bewoners/patiënten en LOBB). Vanwege de samenhang tussen onderdelen van de geschetste problematiek moge duidelijk zijn dat onderscheid soms moeilijk is en een indeling soms arbitrair. Getracht is de onderdelen zoveel mogelijk in te delen in het gebied waar het probleem het meest speelt. De in het kader van dit onderzoek meest relevante onderwerpen worden besproken.

Tabel 2: Inventarisatie van vraagstukken bij belanghebbenden

	Strategisch	Financieel - organisatorisch	Kwalitatief - zorginhoudelijk	Professioneel - personeel
Overheid	-vergrijzing -ouderenhuisvesting -intra- en extramurale capaciteit -indicatiestelling en afstemmen wonen, zorg en welzijn op landelijk- en op gemeente niveau -strategische visie op regionaal niveau -zwak -internationale aspecten	-betaalbaarheid van zorg en sociale woningbouw -invulling scheiden van wonen en zorg -nieuwbouw en renovatie van verzorgingshuizen -wachtlijsten -klimleningen -fondsen zorgvernieuwing in AWBZ	-invulling kwaliteit en doelmatigheid, i.e. benchmarking -controle op wetgeving en sanctionering -klachten/incidenten-registratie	-kwantiteit en kwaliteit personeel -stimulering scholing "employability"
Verzekeraars	-visie op verzorgingshuizen nog zwak -besteding fondsen zorgvernieuwing -overgang naar AWBZ -zorgkantoor	-productieafspraken met verzorgingshuizen -weinig management-informatie -persoonsgebonden budgettering	-weinig betrokken bij kwaliteit -weinig informatie over zorginhoudelijke kwaliteit -kwaliteits-, doelmatigheidstoets	-nog zwakke eigen deskundigheid op terrein verzorgingshuizen
Instellingen	-slecht imago van verzorgingshuizen -cultuurverschil met medische sector -lobby in zorgsector relatief zwak -identiteitsprobleem en calimero-gevoel -van instituutsdenken naar functionele ordening -samenwerken/fusie? -veranderen doelgroep -invulling nieuw zorg- en dienstenpakket	-minimale financiële speelruimte -implementatie nieuwe regelgeving en eisen -kostprijs berekening en, overgang naar output-financiering -achterstand in contact met verzekeraars t.o.v. 'concurrentie' -wachtlijsten/leegstand -invulling verpleegunits -toegankelijkheid voor groepen bewoners -klimleningen	-visie en capaciteit op kwaliteit onvoldoende -stagnatie interne kwaliteitsontwikkeling -zwakke communicatie intern en PR extern -organisatie huisartsen zorg in huizen -veiligheid / alarmering -technologie en hulpmiddelen -invulling zorg voor chronisch zieken -sfeer verzorgingshuis -uitholling basiszorg -geestelijke verzorging -protocollering	-personeelstekorten -arbeidsvoorwaarden -hoge werkdruk -veranderde behoefte aan kwaliteit van personeel -invulling individuele zorgplannen -bij- en na-scholing management en personeel - ARBO beleid
Cliënten	-invloed bewoners op instellingsbeleid beperkt -veranderende sfeer door verschuiving bewonerspopulatie	-soms moeilijke inkomenspositie -woonzorgcomponenten duur -financieel-juridische problemen	-invulling kwaliteitstoets vanuit bewoneroptiek -flexibele dagbesteding -stimuleren zelfzorg in goed overleg -eenzaamheid en gebrek aan geestelijke bijstand -vervoer/mobiliteit -veiligheid	-gebrek aan personeel -bejegening -goede en begrijpelijke informatie

Strategisch beleid en (regio)visie

Een veel gehoord probleem in het veld is het gebrek aan regie en strategische visie in het ingezette traject van veranderingen. Een belangrijk deel is terug te brengen op het stadium waarin het transformatieproces zich nu bevindt. In het algemeen is er tevredenheid met de financiële en structurele ontschotting in de ouderenzorg, o.a. de afschaffing van de vermogenstoets van cliënten, en het vraaggestuurd beleid in het kader van de modernisering ouderenzorg en de Overgangswet Verzorgingshuizen, maar een aantal belangrijke implementatieaspecten zijn nog onzeker. Met name genoemd zijn hier de invulling van het scheiden van wonen en zorg, de geïntegreerde indicatiestelling; de stijging van de zorgzwaarte en de daarmee gepaard gaande verandering van identiteit van en sfeer in verzorgingshuizen en, niet te vergeten, de toekomstige financiering. Ontwikkelen en verder uitwerken van een functionele ordening van voorzieningen voor ouderenzorg, functionele wet- en regelgeving en functionele financiering op basis van de zorgvraag van ouderen wordt bepleit (WZF, 1997).

Een tweede aspect betreft het regio-overleg tussen patiënten, aanbieders en verzekeraars. Ook hier is vanuit de hoek van de verzorgingshuizen kritiek op het gebrek aan strategische visie ten aanzien van de positie van verzorgingshuizen en ontwikkeling van een meer functionele ordening en financiering van ouderenzorg in de regio. Als probleem wordt ook de bestaande machtsverhoudingen in het overleg genoemd: verzorgingshuizen en cliënten hebben een nog relatief zwakke positie ten opzichte van verzekeraars, verpleeghuizen en thuiszorg (grote instellingen, gewend aan medisch model, betere lobby). Verzorgingshuizen en cliënten vrezen dat dit zal leiden tot een ongewenste mate van medicalisering - ten opzichte van de woon- en leeffunctie - in hun instelling. Een gedeelte van de kritiek wordt zeker ook in eigen boezem gestoken. Management- en beleidsontwikkeling in de verzorgingshuizen zelf is nogal eens achtergebleven bij (aankomende) vernieuwingen in landelijk beleid en wetgeving door angst, ondeskundigheid of simpelweg omdat de directie te weinig tijd en middelen heeft om hier inhoud aan te geven. Naast uiteraard financieel-economische motieven is versterking van de eigen strategische - en management capaciteit vaak een belangrijke reden waarom verzorgingshuizen opteren voor verdergaande samenwerkingsverbanden en/of fusies tussen verzorgingshuizen onderling of met het verpleeghuis in de regio.

Imago verzorgingshuizen

De noodzaak tot transformatie van verzorgingshuizen wordt zowel ingegeven door het overheidsbeleid ten aanzien van de toekomstige structurering van de ouderenzorg en de functie van het verzorgingshuis als door de beoordeling van wonen en zorg in verzorgingshuizen door de cliënten zelf. Een belangrijk signaal uit deze hoek is dat in totaal de animo voor opname in een verzorgingshuis duidelijk blijkt af te

nemen (VWS, 1997). Steeds meer ouderen geven in dit verband een duidelijke voorkeur aan voor zelfstandig wonen, eventueel aangevuld met zorg op maat. Er dient bij de verzorgingshuizen dan ook terdege rekening gehouden te worden met het feit dat het verzorgingshuis als woonvoorziening op termijn waarschijnlijk een steeds minder aantrekkelijk alternatief wordt voor grote groepen ouderen. Internationale tendensen, met name in Scandinavië, schetsen een vergelijkbaar beeld. Vanwege concurrentie-overwegingen zal veel aandacht van verzorgingshuizen en koepels dan ook besteed moeten worden aan gerichte PR- en lobby-activiteiten naar cliënten, verzekeraars en overheid om het imago van verzorgingshuizen van “verzorgde oude dag voorziening” naar “modern zorg- en dienstencentrum” te veranderen en uit te dragen: een soort supermarkt met een flexibel, breed en kwalitatief hoogstaand pakket van zorg- en ondersteunende diensten voor de oudere burgers dichtbij huis. Beter inzichtelijk maken van kosten van woon- en zorgcomponenten en inspelen op de sterke punten van het verzorgingshuis zijn dan ook bittere noodzaak voor de individuele verzorgingshuizen. Dit wordt mede versterkt door de ontwikkelingen ten aanzien van de functie van zorgverzekeraars in de regio: van verbindingskantoor/contactkantoor tot regionale AWBZ zorgkantoren. Dit aandachtspunt wordt verderop in deze paragraaf besproken.

Ouderenhuisvestingsbeleid en scheiden wonen en zorg

Staatssecretaris Tommel heeft op 17 januari 1997 de Tweede Kamer gerapporteerd over het monitoringonderzoek naar de lokale praktijk van de ouderenhuisvesting. Huisvesting van ouderen heeft de groeiende aandacht van gemeenten en corporaties. De belangrijkste knelpunten blijken betaalbaarheid van nieuwbouwwoningen in de sociale sector en de wijze waarop de woningvoorraad voor een vergrijzende samenleving geschikt kan worden gemaakt. Ook doen zich op gemeentelijk niveau knelpunten voor in de afstemming tussen huisvesting, zorg en welzijn.

Scheiding van wonen en zorg in zorginstellingen staat, nu de verzorgingshuiszorg als verstrekking in AWBZ is opgenomen, weer volop in het politieke licht. Afstemming tussen sectoren volkshuisvesting en gezondheidszorg is geboden om financiële en materiële toegankelijkheid van intramurale en extramurale voorzieningen ouderenzorg (huisvesting en zorg) te waarborgen. De koepels stellen zich op het standpunt dat het evident is dat de kosten en financiering voor wonen en zorg in woonzorgcomplexen en overige extramurale varianten gescheiden worden. In de intramurale setting zijn zorg en verblijf echter onlosmakelijk met elkaar verbonden, hoogstens kunnen de kosten inzichtelijker gemaakt worden. Ook stelt de WZF dat nieuwbouw en renovatie van verzorgingshuizen en verpleeghuizen goede mogelijkheden biedt voor het verbeteren van de woonkwaliteit en een goede overgang van scheiden van wonen en zorg (WZF, 1997). Hiervoor is veel inzicht nodig in de

toekomstige bewonersgroepen (door de bank genomen zijn zij ouder, zijn minder kapitaalkrchtig, zijn armer en hebben vaker psychogeriatrische en/of chronische klachten/aandoeningen) en hun wensen/eisen ten aanzien van zelfstandigheid, bejegening, mobiliteit, zorg, veiligheid etc. Inmiddels is begin 1998 inderdaad besloten (nog) niet over te gaan op financiële scheiding van wonen en zorg in de residentiële ouderenzorg (verpleeghuizen en verzorgingshuizen) vanwege bovengenoemde praktische - en mogelijk kostbare - problemen.

Wachtlijsten

Een zeer actueel politiek thema en veelgebruikte, doch omstreden, indicator voor de huidige en toekomstige behoefte aan vormen zorgvoorzieningen voor ouderen is de grootte en duur van de wachtlijst. In de gehele ouderenzorg zijn wachtlijsten, hoewel er grote lokale/regionale verschillen bestaan in omvang van de wachtlijsten en de wachttijd voor opname in verzorgingshuis of verpleeghuis. Voor verzorgingshuizen bestaat geen betrouwbare registratie van wachtlijsten en er bestaan grote verschillen in interpretatie van wel beschikbare gegevens/onderzoeken tussen belanghebbenden. Een onderzoek van de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) in 3 provincies (Zeeland, Brabant en Limburg) in 1996 liet een stijging van het aantal geïndiceerden op de wachtlijsten van de verzorgingshuizen zien tot gemiddeld 26% van de aanwezige capaciteit. Ook de WZF (najaar 1996) concludeerde in een landelijk onderzoek dat de wachtlijsten met 2.5% stijgen tot 27.5% van het aantal verzorgingsplaatsen, ondanks scherpere indicatiecriteria en een verbeterd opnamebeleid. Het aantal urgent wachtenden neemt toe en de gemiddelde wachttijd voor opname is 9.5 maand. De begeleiding van de mensen op de wachtlijst krijgt steeds meer aandacht. Hierdoor is het mogelijk een opname langer uit te stellen dan wel een urgente opname eerder te doen plaatsvinden. Er zijn signalen dat de groei van de wachtlijst mede veroorzaakt wordt door de druk op de thuiszorg.

De WZF stelt op grond van deze gegevens dat er intramuraal capaciteitsproblemen zijn voor plaatsen van verzorgingshuis-geïndiceerden. Een probleem dat, gezien de groei van de zorgvraag, zonder adequate maatregelen nog in omvang zal toenemen. Het College van Ziekenhuisvoorzieningen heeft een planningsnorm ontwikkeld voor de behoefte aan residentiële ouderenzorg. De WZF stelt dat wanneer de feitelijke capaciteitsontwikkeling wordt afgezet tegen de door het College vastgestelde minimumnorm, er een tekort aan verzorgingshuisplaatsen ontstaat dat op termijn oploopt van ruim 6.000 plaatsen in 2005 tot 20.000 plaatsen in 2010 (WZF, 1997).

De conclusies van de WZF worden bekritiseerd door het Ministerie van VWS. Dubbele of meervoudige inschrijving op wachtlijsten voor verzorgingshuizen leidt tot vervuiling van wachtlijsten. Daarnaast

bleek uit een onderzoek dat ongeveer 25 procent van de op een lijst staande personen geen gehoor geeft aan een oproep tot opname. Ook bleken niet alle indicatiecommissies een systematische wachtlijstregistratie te kennen, waardoor landelijke generalisatie van gegevens niet goed mogelijk bleek. Uit een enquête bij 15 indicatiecommissies die wel over gegevens beschikte, bleek een verschuiving naar kortere wachttijden plaats te vinden. In de praktijk bleek met name voor moderne verzorgingshuizen veel animo te bestaan (dus wachttijden), terwijl er bij verouderde huizen in de omgeving soms sprake is van leegstand (VWS, 1997).

De WZF heeft een wachtlijstregistratiesysteem voor verzorgingshuizen ontwikkeld dat aansluit bij het NZI-model voor verpleeghuizen. Gelijktijdig wordt door VWS gezien in hoeverre de beleidsvorming betreffende de brede indicatiestelling aanleiding geeft om informatie te betrekken bij de indicatiecommissies. Beide zaken worden de komende tijd op elkaar afgestemd.

Zorgkantoren nieuwe stijl

In oktober 1997 heeft de Stuurgroep Zorgkantoren Nieuwe Stijl in het rapport 'Zorgkantoren; vernieuwing in de uitvoering van de AWBZ' voorstellen gedaan ter verbetering van de klantgerichtheid, doelmatigheid en uniformiteit in de uitvoering van de AWBZ. Centraal in de voorstellen van de stuurgroep staat de introductie van zorgkantoren, een modernisering van de verbindingkantoren. Voorgesteld wordt om VWZ, op voordracht van Zorgverzekeraars Nederland, in principe een zorgverzekeraar per Wet Ziekenhuis Voorzieningen-regio te laten aanwijzen voor de uitvoering van de AWBZ. Het is de bedoeling dat ieder zorgkantoor in zijn regio op een actieve manier inhoud gaat geven aan het overheidsbeleid, en van hen wordt ook verwacht dat ze een actieve inbreng hebben bij bijvoorbeeld de vormgeving van de indicatie-organen en de ontwikkeling van regiovisies. Op basis van een jaarplan wordt aangegeven hoe het zorgkantoor in concrete zin (productie-afspraken, zorg-op-maat, zorgvernieuwing) gestalte geeft aan de beleidsvisie. Voorgesteld wordt ook het belang van zorgvernieuwingsfondsen op regionaal gebied te vergroten om zo te komen tot een meer flexibel, vraaggestuurd en doelmatig zorgaanbod, bijvoorbeeld door substitutie.

Daar verzorgingshuizen pas sinds 1 januari 1997 (van WBO naar AWBZ) met zorgverzekeraars te maken hebben is er bij beide partijen sprake van onwennigheid. Verzorgingshuizen, als nieuwkomers in de medische sector, hebben uiteraard een fikse achterstand in contacten en samenwerking, kennis van zaken en informatie-uitwisseling met verzekeraars ten opzichte van bijvoorbeeld verpleeghuizen en thuiszorg. Veel zorgverzekeraars zijn nog doende een visie op verpleging en verzorging te ontwikkelen waarin de functie en plaats van het verzorgingshuis als AWBZ-voorziening is opgenomen. Continue

aandacht voor ontwikkeling van beleid, management en PR in verzorgingshuizen moet ook vanuit dit oogpunt gezien blijvend zeer serieus genomen worden door de individuele huizen. Een nog te nemen obstakel is ook de ontwikkeling en invoering van een acceptabele, uniforme en efficiënte informatie-uitwisseling tussen zorgverzekeraars en verzorgingshuizen. Op dit moment is er nog weinig afstemming over de toekomstige zorg- en managementinhoudelijke informatiestroom tussen beide partijen. Strategische motieven belemmeren in de huidige situatie nogal eens de bereidheid tot informatie-uitwisseling. Zorgverzekeraars zijn in het algemeen nog in het stadium hun informatie-behoefte en databases op het gebied van verpleging en verzorging te ontwikkelen. Individuele verzorgingshuizen worstelen nog met de invulling, stroomlijning en automatisering van het informatieproces. Op sectorniveau is wel reeds veel zorginhoudelijke en financieel-economische informatie aanwezig bij de WZF in het landelijke informatiesysteem EBIS. Echter, ook dit systeem is niet volledig en is moeilijk te koppelen aan sommige andere systemen die gebruikt worden in individuele verzorgingshuizen.

Kwaliteit

De laatste jaren zijn diverse deelsystemen ontwikkeld om het kwaliteitsbeleid in verzorgingshuizen gestalte te geven. De toenmalige VNB heeft criteria opgesteld voor de kwaliteit van de verschillende functies van het verzorgingshuis. Het NIZW heeft handleidingen gepubliceerd voor kwaliteitsplannen en kwaliteitsverslagen. De Rijksuniversiteit heeft een meetinstrument ontworpen voor de kwaliteit van de verzorging en verpleging in verzorgingshuizen. De WZF heeft in samenwerking met de VDB en LOBB een systeem voor kwaliteitslabels ingevoerd. Overheden, inspecties en zorgverzekeraars hebben kwaliteitsnormen geformuleerd. De LOBB heeft een meet- en bespreekprocedure geïntroduceerd om de mening van bewoners over de zorg en dienstverlening in kaart te brengen.

Veel aandacht is dus de afgelopen jaren besteed aan het invullen van begrip kwaliteit en aan ontwikkeling van praktische instrumenten voor verzorgingshuizen die hun kwaliteit willen bevorderen en criteria waaraan kwaliteit kan worden getoetst. Dit alles moet uiteraard zijn weerslag krijgen op de organisatie en werkvloer in een verzorgingshuis. Als veelvoorkomende organisatorisch zwakke kanten in verzorgingshuizen worden door (den Dulk & Kraaijeveld, 1997) genoemd: (1) beleidsonderdelen zijn onvoldoende op elkaar afgestemd; (2) onvoldoende gebruik van management-sturings; (3) onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden binnen de verzorging en onvoldoende delegatie van verantwoordelijkheden binnen de verzorging; (4) zwakke communicatie, (5) zwakke public relations; (6) onvoldoende inspelen op veranderingen in de ouderenzorg op het gebied van personeelsbeleid en, last but not least; (7) de kern van kwaliteitszorg: evaluatie van beleid en veranderingsprocessen en het bijstellen van ingezet beleid en het actief bevragen van cliënten naar hun wensen en tevredenheid.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg meldt dat er in veel verzorgingshuizen onvoldoende aandacht is voor de inbraak- en brandveiligheid. Een systematische schriftelijke en mondelinge informatievoorziening is in veel verzorgingshuizen een zwak punt. Dit betreft met name de actualiteit, de verspreiding van de informatie, de frequentie en de juiste vorm (IGZ, 1997).

In het kader van de meet- en bespreekprocedure is de nota "Bewoners aan het Woord" (LOBB, 1997) gepubliceerd. Onderzoeksgegevens zijn verzameld ten aanzien van organisatie, informatie, steun, bejegening, zelfstandigheid, accommodatie, inspraak, vakbekwaamheid en evaluatie. Met name ten aanzien van bejegening, informatie aan bewoners en veiligheid zijn veel nuttige uitspraken en suggesties gemaakt. Bewoners willen meer zelf hun dagindeling bepalen ook als zij hulp nodig hebben. Zelfzorg moet worden gestimuleerd in goed overleg, op basis van gelijkwaardigheid. Goed persoonlijk contact met het personeel en een correcte benadering en goede informatievoorziening van het personeel wordt bijzonder gewaardeerd, maar in de praktijk zijn hier veel aanmerkingen op. Aandacht aan veiligheid in en om het huis en adequaat onderhoud (i.e. te allen tijden goed functioneren van verlichting en deuren) wordt zeer op prijs gesteld (Lammers & Moll, 1997). Veel van deze bewonersbemerkingen hangen dus nauw samen met de door Den Dulk en Kraaijeveld gesignaleerd zwakke organisatorische kanten van verzorgingshuizen. Naast de bestaande wettelijke verplichtingen (Kwaliteitswet, 1996; WMCZ, 1996; WKCZ, 1995) is er dus reden te over om kwaliteitsbeleid en bewonersinspraak overtuigend te bevorderen. Helaas wordt nogal eens geconstateerd dat slechts mondjesmaat vooruitgang wordt geboekt op de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid door instellingen en interne kwaliteits- en inspraakprocedures.

Personeel en professionalisering

De verschuivingen in de bewonerspopulatie en daarmee samenhangende toegenomen zorgzwaarte en zorgbehoefte van bewoners, substitutieprojecten in samenwerking met verpleeghuizen aan begeleidings- en verzorgingsbehoevende psychogeriatrische en somatische patiënten, toename van de extramurale productie, veranderende wensen/verlangens van cliënten en kwaliteitseisen etc. hebben nogal wat gevolgen voor de behoefte aan en kwalificaties van personeel en management. In het onderzoek van Van Loveren & Partners (1997) in opdracht van VWS wordt dan ook geconcludeerd dat "de huidige formatie zowel kwantitatief als kwalitatief niet in staat is op een dergelijk grote schaal aan intensief zorgbehoevende ouderen zorg te verlenen". Er ontstaat intramuraal een grotere behoefte aan gekwalificeerd verplegend en verzorgend personeel ten koste van (veelal ongekwalificeerde of vrijwillige) activiteitenbegeleiders. Het onderzoek laat zien dat er nu al een tekort is van 7% formatieplaatsen voor verzorgende medewerkers. De gemiddelde zorgtijd is in de afgelopen jaren met

zo'n 10% gestegen. In veel instellingen is een omvangrijk bij- en nascholingsprogramma nodig en een op de nieuwe situatie toegesneden werving en instroom van nieuwe medewerkers. Een en ander hangt nauw samen met de implementatie van de Wet BIG. Ten aanzien van het hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs voor (para-) medische hulpverleners onderzoekt de NIZW in opdracht van VWS de specifieke en gewenste aandacht voor ouderenzorg in de initiële opleidingen, in aansluiting op het rapport "Gekwalificeerd door de toekomst" van de commissie kwalificatiestructuur ('commissie van Londen'). De LHV zal het curriculum van huisartsen evalueren op het item ouderen (VWS, 1997).

In de verzorgingshuizen is een gebrek aan personeel voor geestelijke begeleiding of geestelijke verzorging. Zo heeft slechts 9-10% van de verzorgingshuizen een geestelijk verzorgende in dienst, ten opzichte van 100% in verpleeghuizen (LOBB, 1997). Problemen van eenzaamheid, depressies, versterven en suïcide spelen echter ook in verzorgingshuizen en verwacht mag worden dat dit alleen maar zal toenemen, samenhangend met de toenemende gemiddelde leeftijd en zorgbehoefte van bewoners in verzorgingshuizen. De *Wet Geestelijke Verzorging Zorginstellingen (1996)* geeft een wettelijke impuls om geestelijke begeleiding aan cliënten te verzorgen. Invulling hiervan binnen de huizen levert vraagtekens en mogelijkheden op ten aanzien van samenwerking, formatie, kwaliteit, activiteiten en financiering.

Een ander vraagstuk is de verantwoordelijkheid van de huisarts (verantwoordelijk medicus in verzorgingshuis) en verpleeghuisarts nu er steeds meer samengewerkt wordt tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen in substitutieprojecten en/of in verpleegunits. Er wordt in deze verzorgingshuizen geconstateerd dat een strikt gehanteerde scheiding van verantwoordelijkheden nogal eens leidt tot problemen in de kwaliteit (i.e. geneesmiddelenverstrekkingen) en continuïteit van zorg. Het grote aantal huisartsen (soms oplopend tot 20-30) dat hun patiënten bezoekt en behandelt in verzorgingshuizen is reeds langer een organisatorisch probleem in veel huizen.

Ten aanzien van niet-verzorgend personeel kan gesteld worden dat de behoefte aan uitvoerenden op het gebied van bijvoorbeeld vervoer- en veiligheids-/alarmeringswerkzaamheden toeneemt, verband houdende met de stijging van de extramurale productie. Hiervoor worden veelal vrijwilligers geworven of kunnen "Melkert-baners" worden ingezet. Een door werkgevers gepubliceerde interessepeiling naar Melkert-functies in de verzorgingshuizen liet in augustus 1997 een hoge bezettingsgraad en 1900 toegekende plaatsen zien. De verwachting is dat dit aantal nog verder zal oplopen. Er is er nog geen informatie gepubliceerd over het effect van de inzet van Melkert-functies op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg- en dienstverlening en de tevredenheid van directie, (nieuw) personeel en

cliënten.

Technologie en hulpmiddelen

Binnen de verzorgingshuizen is reeds een breed scala aan hulpmiddelen aanwezig op het gebied van huishoudelijke (HDL-) zorg en algemene zorg bij het wassen, kleden, eten, mobiliteit en toiletgang (ADL-zorg). Daarnaast beschikken verzorgingshuizen over medische, informatie en alarmeringstechnologie. De ontwikkelingen in de ouderenzorg en wetenschap leiden tot steeds meer en gespecialiseerder apparatuur. Efficiency- en effectiviteitswinst is dan ook nog zeker te behalen op dit terrein in verzorgingshuizen. Er zijn indicaties dat er op ruime schaal sprake is van onderbenutting of verkeerd gebruik van aangeschafte technologie en hulpmiddelen in verzorgingshuizen. Aan de andere kant loopt de introductie van nieuwe, kosten-effectieve apparatuur nogal eens vertraging op in verzorgingshuizen vanwege financiële problemen en onwetendheid van de kant van het management. Genoemde voorbeelden in dit verband zijn de onbekendheid en onzekerheid over de WVG-indicatiestelling en AWBZ-financiering ten aanzien van (categorieën) hulpmiddelen en technologie en welke apparatuur van leveranciers nu voldoet aan de ARBO-wetgeving. TNO is in 1997, in opdracht van VWS gestart met een inventarisatie van technologie en hulpmiddelen in verzorgingshuizen. Ook op andere terreinen (i.e. veiligheids en consumenten-testen, kosten-effectiviteit en financieringsaspecten) is nog veel onderzoek en aandacht nodig.

8. TNO-PG EXPERTISE EN PRODUCTEN TEN AANZIEN VAN VERZORGINGSHUIZEN

TNO-PG is een instelling voor onderzoek, advisering en dienstverlening op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg, deel uitmakend van de Nederlandse Organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek TNO. Het instituut richt zich daarbij in het bijzonder op preventie. Daarnaast wordt onderzoek gedaan naar nieuwe en betere diagnostiek en interventie. Op deze terreinen is TNO-PG als onderzoeksinstelling in Nederland gerespecteerd. De werkzaamheden worden uitgevoerd ten behoeve van overheid, zorginstellingen en bedrijfsleven. In toenemende mate wordt ook op de buitenlandse markt geopereerd.

De missie van TNO-PG is “het bevorderen van het aantal gezonde levensjaren van de mens”. Hieraan wordt invulling gegeven met de programma's: 'Volksgezondheid', 'Jeugd', 'Technologie in de Gezondheidszorg', 'Immunologische Ziekten en Infectieziekten', en 'Vaat- en bindweefselonderzoek'. Deze programma's zijn ondergebracht in divisies onder dezelfde naam. Bij de realisatie van het programma van TNO-PG zijn ongeveer 350 medewerkers betrokken.

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de expertise en producten van TNO-PG op het gebied van verzorgingshuizen. Van belang zijn hier de algemene en gespecialiseerde kennis die TNO-PG heeft op de vlakken verouderingsonderzoek en gezondheidszorg én, meer specifiek, haar capaciteit en ervaring op het gebied van verzorgingshuizen.

Kennis / producten op het gebied van ouderen(zorg) en veroudering: TNO Verouderingsonderzoek

Binnen de TNO-organisatie is de aanwezige capaciteit en kennis op het gebied van *veroudering* sinds 1994 gebundeld in “TNO Verouderingsonderzoek (CVO)”, het centrale contactpunt van de TNO-organisatie voor vragen over ouderen en veroudering, welke ondergebracht is binnen TNO-PG. In het CVO werkt TNO-PG samen met andere TNO instituten, bijvoorbeeld: Voeding, Industrie, Technische Menskunde (TM), Technisch Fysische Dienst (TPD), Studiecentrum voor Technologie en Beleid (STB) en het aan TNO-PG gelieerde instituut voor Revalidatievraagstukken (iRv). Aandachtsgebieden binnen CVO zijn *wonen en zorg, mobiliteit, voeding, gezondheid, vrije tijd/communicatie, veiligheid en financiële zekerheid*. Tot de activiteiten behoren onderzoek en ontwikkeling, kennisoverdracht, consultancy, kwaliteitstesting en certificering. Zo onderzocht bijvoorbeeld TNO-STB de kansen en strategie voor elektro-technisch installateurs voor teleshoppern, telewerken, tele-educatie en alarmering voor bevordering van zelfstandig wonen voor ouderen. TNO Voeding heeft onder andere onderzoek

gedaan naar de voeding(stoestand) van bewoonsters van een Amsterdams verpleeghuis, invulling van de HACCP-normen en de organisatie en kwaliteit van tafeltje-dekje arrangementen van verzorgingshuizen. Het iRv ontwikkelde het concept en nam de inhoud van 'Handynet' voor haar rekening: een informatiesysteem van de Europese commissie dat zicht biedt op wat aan hulpmiddelen (naam, prijs, verstrekking en relatie met kwaliteits- en bruikbaarheidsonderzoek) in Europa verkrijgbaar is.

TNO-PG, afzonderlijk of in samenwerking, richt zich binnen het kader van veroudering met name op de aandachtsgebieden *wonen en zorg, mobiliteit, gezondheid en veiligheid*. Binnen deze thematiek is door TNO-PG veel onderzoek verricht en zijn zorgprogramma's of protocollen/kwaliteitssystemen opgesteld die direct of indirect van belang zijn voor de problematiek in verzorgingshuizen. Zo zijn op het gebied van *zorg* de omvang en mogelijkheden voor programmatische preventie in de ouderenzorg onderzocht. Ook is een onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden van technologische producten en diensten die het zelfstandig leven van mensen met lichamelijke beperkingen ondersteunen. De casus was hier wassen, baden en toiletgang. Daarnaast heeft TNO-PG faciliteiten en apparatuur voor het op kwaliteit en bruikbaarheid testen van zorgtechnologie en hulpmiddelen. Ten aanzien van de thema's *mobiliteit en gezondheid* is veel onderzoek gedaan naar de problematiek van met name chronische ziekten die vooral veel voorkomen bij ouderen, zoals osteoporose, artrose, rheuma en rugklachten, diabetes, dementie, slechthorendheid en visusstoornissen en incontinentie. Op dit gebied zijn ook gerichte interventie-programma's en kwaliteitsrichtlijnen ontworpen en geïmplementeerd, zoals het succesvolle "Goed Oud Worden", een programma dat zich richt op het stimuleren van het bewustzijn ten aanzien van voeding, geneesmiddelen, beweging en veiligheid in en om huis. Andere voorbeelden zijn artrose: de (zelfhulp-)programma's "Hup met de heup" en "Omgaan met artrose van knie en/of heup" en incontinentie: "Kwaliteitsrichtlijn Absorptie Incontinentie Materialen (AIM). Onder de noemer *veiligheid* zijn in dit kader de problemen onderzocht die de oudere automobilist op de weg tegenkomt. Ook zijn privé-ongevallen bij ouderen in of om huis onderzocht en in kaart gebracht in het project 'Veiligheid in de peiling' en is een basisdocument productveiligheid voor ouderen opgesteld.

Specifieke kennis/produkten binnen sector verzorgingshuizen

TNO-PG heeft inmiddels een goede naam hoog te houden daar waar het gaat om het uitvoeren van onderzoek en zorgprogramma's in en met verzorgingshuizen. Alle recente (en huidige) projecten werden/worden afzonderlijk of in samenwerking uitgevoerd door de sectoren 'Volwassenen' en 'Health Technology Assessment' van de divisie 'Volksgezondheid (VGZ)', de divisie 'Technologie in de Gezondheidszorg (TG)' en het aan TNO-PG gelieerde iRv.

Zowel voor de thematiek van veroudering en ouderenzorg/verzorgingshuiszorg zijn, naast overleg in het CVO en algemene bepalingen in het 'Handboek Kwaliteitszorg' van VGZ ten aanzien van het werkplan, geen informatie of coördinatiestructuren aanwezig op instituutsniveau.

De ervaring die TNO-PG heeft opgebouwd op het gebied van verzorgingshuizen bestaat met name op de gebieden (1) *strategisch beleid, wonen en zorg*: beleid, planning en organisatie, geïntegreerde indicatiestelling, bouwkundige en technologische adviezen, (2) *mobiliteit en gezondheid*: problematiek van chronische ziekten en stimuleren van bewegen middels implementatie-projecten, (3) *technologie/hulpmiddelen en veiligheid*: kosten-effectiviteit en kwaliteit/ bruikbaarheid van technologie en hulpmiddelen, veiligheids- en alarmeringssystemen, preventie van ongelukken en ongevallen.

In de volgende paragrafen worden de recente en lopende projecten die in het kader van de problematiek in verzorgingshuizen door TNO-PG zelf zijn uitgevoerd, en/of projecten door derden met betrokkenheid van TNO-PG, kort geïnventariseerd. Tussen haakjes staan steeds de hoofduitvoerende instelling(en)/sector(en) en het jaartal genoemd.

Strategisch beleid, wonen en zorg

- Analyse verzorgingshuizen: inventarisatie (beleid)ontwikkelingen en knelpunten (VGZ-V, 1997/8);
- Ergonomische checklist verzorgingshuizen: ontwerp van een checklist welke nieuwbouw/herbouwplannen van verzorgingshuizen koppelt aan ergonomische eisen van toekomstige bewoners (iRv, 1997)
- Modelprotocol voorzieningenaanbod: ontwikkeling van een protocol ten behoeve van de geïntegreerde indicatiestelling voor het Breed Indicatie Overleg (BIO) (VGZ-V, 1996/7);
- Ouderen, wonen en zelfstandig functioneren: onderzoek naar relatie tussen wonen en zelfstandig functioneren bij ouderen (VGZ-V, 1993);
- Tandheelkunde: inventarisatie van knelpunten in de zorg en bereikbaarheid van tandheelkundige zorg voor bewoners van verzorgingshuizen (VGZ-HTA, 1998);
- Vernieuwingen in ouderenhuisvesting en ouderenzorg: inventarisatie van voorbeelden van experimenten en onderzoek (VGZ-V, 1993);
- Woonzorgabonnementen: inventarisatie van aantal en vormen van woon-, zorg- en woonzorgabonnementen in Nederland (VGZ-V, 1997/8);
- Het iRv geeft advies aan woningbouwcorporaties over bouwkundige en technologische voorzieningen bij het renoveren en/of geschikt maken van flats/bestaande woningvoorraad voor

ouderen. Ook is het iRv WVG-adviseur voor enkele gemeentes in de WZV-regio Zuid-Limburg (iRv, continue).

- Domotica (nog in acquisitie-stadium): ontwerpen van basisconfiguratie en implementatie van 'home-technology' voor individuele woonhuizen (iRv, TG, VGZ, TNO-TPD, TNO Industrie).

Mobiliteit en gezondheid

- Bewegings Activerings Programma (BAP): ontwikkeling en proces- en effectevaluatie van BAP in 12 verzorgingshuizen (VGZ-V, 1996-1997);
- Ontwikkeling implementatieprotocol BAP in verzorgingshuizen in samenwerking met Bureau Toegepaste Sociale Gerontologie (BTSG) in Nijmegen en betrokkenheid bij implementatie BAP (VGZ-V, 1997/8);
- Goed Oud Worden. Een plezierig en effectief voorlichtings- en bewegingsprogramma voor zelfstandig wonende 65-plussers (VGZ-V 1997/8). Op dit moment is ook een vergelijkbaar programma voor allochtone ouderen in ontwikkeling bij VGZ-V;
- Incontinentie: Met subsidie van het Looscofonds wordt een patiënten-onderzoek uitgevoerd naar het vóórkomen van incontinentie en preventie/zorg in verzorgingshuizen. Op basis hiervan wordt een protocol incontinentie ontworpen (VGZ-V, 1997/8).

Technologie/hulpmiddelen en veiligheid

- ADL: inventarisatie van behoefte aan en aanwezige technologie/hulpmiddelen in verzorgingshuizen (VGZ-TA, 1998)
- Communicatiehulpmiddelen: Inventarisatie van hulpmiddelen voor mensen met visuele-, auditieve-, motorische, spraak- en/of taalstoornissen (iRv, 1996)
- Intelligente alarmering: onderzoek naar de behoeftes van open instellingen voor (geestelijk en/of lichamelijk) gehandicapten op het gebied van apparatuur voor communicatie, bewaking, alarmering en lokalisering van bewoners en hun begeleiders (TPD, TG 1996);
- Natte cel: effectiviteits-evaluatie van een experimentele natte cel in verzorgings- en verpleeghuizen in Veenendaal (iRv; VGZ-TA, 1998);
- Veiligheid in verzorgingshuizen: inventarisatie van ongelukken/ongevallen en veiligheidsaspecten in verzorgingshuizen (VGZ-V, 1997).

9. VERVOLGENS

TNO wil haar betrokkenheid bij onderzoek, kennisoverdracht en consultancy en ontwikkeling, implementatie en/of evaluaties van preventie- en zorgprogramma's intensiveren. De noodzakelijke basis en leidraad hiervoor zijn de beschreven relevante casuïstiek nu en op de agenda voor de toekomst en de eigen missie, sterke en zwakke punten.

Op basis van de analyse in dit rapport en intern overleg is besloten de betrokkenheid van TNO in de sector verzorgingshuizen te intensiveren binnen de aandachtsgebieden:

- strategisch beleid, wonen en zorg;
- mobiliteit en gezondheid;
- technologie/hulpmiddelen en veiligheid.

Inmiddels is een start gemaakt met een vervolgtraject dat, in samenwerking met partners in het veld, reeds in 1998 zal uitmonden in innovatieve TNO producten/diensten in bovengenoemde aandachtsgebieden.

10. LITERATUUR

AWOB. Melkert-regeling werkt in de verzorgingshuizen. AWOB Magazine 1997;3 (1)1.

BOMHOF JG. De cliënt aan het woord. VDB Magazine 1997;19(6)40-1.

BUREAU BARTELS. Evaluatie van de werkgelegenheidsmaatregelen in de sector verzorgingshuizen. Utrecht/Assen: Bureau Bartels, 1997.

CHORUS AMJ, PERENBOOM RJM. Woonzorgabonnementen in Nederland. Leiden: TNO-PG, 1998.

DULK A den, KRAAIJEVELD H. De weg naar een Woonzorg-Kwaliteitslabel vraagt veel voorbereiding ofwel, wie over land gaat moet veel water drinken. VDB Magazine 1997;19(6):24-7.

HUIJSMAN R. Inspiratie en transpiratie: leve de transformatie! VDB Magazine 1997;19(2):6-8.

HUIJSMAN R. Manager bouwt ketenkwaliteit. VDB Magazine 1997;19(6):8-10.

KMBV. Instrumentenwijzer: een overzicht van management- en zorginstrumenten voor de zorgsector. Wesepe: KMBV, 1998.

LAMMERS SM, MOLL JM. Kwaliteit is..wat de bewoner ervan vindt! VDB Magazine 1997;19(6):28-9.

LOBB (Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen). Jaarverslag 1996. Utrecht: LOBB, 1997.

NIES HLGR. Beleidsonderzoek in de ouderenzorg. Nijmegen: Bureau Bêta, 1992.

OUDERENBELEID 1995-1998. Tweede kamer, vergaderjaar 1996-1997, 24319, nr.7.

SCHEIFES E. Zelfstandig wonen met zorg op maat bepaalt toekomst ouderenzorg. Trefpunt 1996(20).

SCP (Sociaal en Cultureel Planbureau). Rapportage ouderen 1996. Rijswijk: SEV 1996.

STUURGROEP ZORGKANTOREN NIEUWE STIJL. Zorgkantoren: vernieuwing in de uitvoering van de AWBZ. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland, 1997.

TEERINK F. Dilemma's bij transformatie. VDB Magazine 1997;19(2)10-12.

THUISZORG EN ZORG THUIS, KANSEN VOOR DE TOEKOMST. VERKENNINGEN OUDERENZORG 1995-2010. Tweede kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25 351, nr. 3.

TNO. CVO Nieuws; Nieuwsbrief van TNO Verouderingsonderzoek. Leiden: TNO, Jaargangen 1-4, 1995-1998.

TNO PREVENTIE EN GEZONDHEID. Jaarverslag 1996. Leiden: TNO-PG, 1997.

VERBORG F. Vraagsturing in de gezondheidszorg; hij moet 's nachts slapen. VDB Magazine 1997; 19(6)36-9.

VERMAAS, A. Transformatie: gestapeld of integraal? Humanitas Bergweg in Rotterdam. VDB Magazine 1997;19(2):13-6.

WILHUIZEN GJ, STAATS PGM, ROOIJ EHC van. Veiligheid in verzorgingshuizen. Leiden: TNO-PG, 1997. Publ.nr. 97.013.

WZF. Jaarverslag 1996. Zeist: WZF, 1997.

WZF. Verzorgingshuizen: vernieuwend vermogen. Zeist: WZF, 1997.

ZAAL K, KASTELEIN M, PERENBOOM RJM. Vernieuwingen in ouderenhuisvesting en ouderenzorg: voorbeelden van experimenten en onderzoek. Leiden: NIPG-TNO, 1993. Publ.nr. 93.003.

ZUIDNEDERLANDSE SAMENWERKING. Rapportage over 1996 van de inspecties verzorgingshuizen in de provincies Zeeland, Noord-Brabant en Limburg. 1997.

