

M. Kastelein

G.J. Wissink

EERSTE EN TWEEDE TUSSENTIJD'S VERSLAG

VAN HET VERPLEEGHUISONDERZOEK IN NOORD-BRABANT

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Leiden

maart 1984

UYQ
K 22(2)

Nederlands Instituut
voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden
postbus 124
2300 AC Leiden
telefoon 071-170441

Gehele of gedeeltelijke publikatie van dit rapport is alleen geoorloofd
indien daartoe schriftelijke toestemming is verleend door het Nederlands
Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

UYQ

K 22

(2)

REGIONALE VRAAG/AANBOD-VERHOUDING BEJAARDENVOORZIENINGEN EN PATROON VAN

KENMERKEN VAN VERPLEEGHUISPATIENTEN IN BRABANT

Eerste tussentijds verslag verpleeghuis-
onderzoek Noord Brabant

NIPG 1984

M. Kastelein

G.J. Wissink

8/4/84

BIJLAGE
BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR PRAEVENIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO
POSTBUS 124, 3300 AC LEIDEN

INLEIDING

Het onderzoek naar de invloed van samenwerking van verpleeghuizen met andere voorzieningen op de indicatiestelling van verpleeghuizen en de functie-afstemming tussen voorzieningen omvat drie deelonderzoeken;

1. Een inventarisatie van verpleeghuizen die samenwerken met andere voorzieningen (centrale doel van de vragenlijst).
2. Een nadere verdieping in de doelen, vormen en ervaringen die met samenwerking zijn opgedaan (doel van de interview-fase).
3. Een poging tot kwantitatieve effect-evaluatie door samenwerkende verpleeghuizen te vergelijken met overeenkomstige verpleeghuizen die niet in samenwerking met andere voorzieningen betrokken zijn (doel van de statistische analyses).

N.B. Om praktische redenen is al eerder gestart met een aantal statistische berekeningen, waardoor deze als eerste tussentijds resultaat worden gepresenteerd.

Voor een uitgebreide uitwerking van de onderzoeksopzet wordt hier verwezen naar de notitie dienaangaande van mei 1983, in het bijzonder p. 3 en 4, alsmede p. 9, 10 en 11.

Dit eerste tussentijdse verslag betreft uitsluitend een beschrijving van de zeven onderscheiden regio's in Noord Brabant, waarin de verhouding tussen de vraag, het verpleeghuis-aanbod en het functioneren nader worden geanalyseerd, op basis van de Sivis-gegevens over het jaar 1981.

De opbouw van deze tussentijdse rapportage over de statistische bewerkingen is als volgt:

- . omschrijving van de doelstelling van de statistische bewerkingen,
- . het analyse-model voor de vergelijking van de regio's
- . de verwachtingen vooraf,
- . de operationalisering van indicatoren voor vraag, aanbod en functioneren,
- . herkomst van de gebruikte gegevens en schema van bewerkingen,
- . de gevonden resultaten per variabele of indicator,
- . de gevonden resultaten van het functioneren en de relatieve capaciteit
- . een nabeschuiving en beschouwing van de volgende fase.

1. Het doel van de statistische vergelijking tussen regio's

Kort samengevat kan het verpleeghuis-onderzoek worden beschreven als een poging om een vergelijking te maken tussen verpleeghuizen die wel samenwerken met verpleeghuizen die dat niet doen.

Een dergelijke vergelijking is alleen zinvol wanneer andere kenmerken en omstandigheden als oorzaak van verschillen worden uitgeschakeld.

Onderhavige statistische vergelijking heeft ten doen om na te gaan in hoeverre de regionale omstandigheden overeen komen, dan wel verschillen en - indien verschillen worden aangetroffen - welke invloed dit heeft op het functioneren van verpleeghuizen.

De factoren die in de vergelijking worden opgenomen als mogelijke oorzaken van verschillen in functioneren zijn:

- a) verschillen in vraag vanuit de bevolking van de regio en
- b) verschillen in aanbod van mogelijkheden in de gezondheidszorg.

De hieraan ten grondslag liggende gedachtengang wordt geschetst in navolgend analyse-model.

2. Het analysemodel voor de regio-vergelijking

Het analyse-model voor het onderzoek naar de invloed van samenwerking op de indicatiestelling is afgeleid van het economische model van vraag en aanbod. Dit model wordt in meer uitgewerkte vorm in bijlage 1 gepresenteerd.

Om de invloed van samenwerking op de indicatiestelling te onderzoeken zal eerst het effect van verschillen tussen regio's in de verhouding tussen vraag en aanbod moeten worden geëlimineerd. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat het patroon van kenmerken van opgenomen, verblijvende en ontslagen patiënten een afspiegeling is van de indicatiestelling.

N.B. Wellicht ten overvloede wordt hier opgemerkt dat in deze gedachtengang geen rekening wordt gehouden met invloedsfactoren op een lager analyse-niveau zoals bijvoorbeeld intern-organisatorische verschillen tussen verpleeghuizen of verschillen tussen individuele zorgverleners als verklaring voor verschillen in functioneren van de verpleeghuiszorg in een regio.

De verhouding tussen de vraag en het aanbod wordt uitgedrukt in het relatieve aanbod, dat wil zeggen eenheden van voorzieningen-aanbod in een regio, afgemeten aan een eenheid voor de vraag.

Verschillen in het funktioneren kunnen nu - gegeven het analyse-model - worden verklaard uit verschillen tussen regio's in aspecten van het aanbod van voorzieningen.

De stappen in de vergelijking tussen regio's zijn dan als volgt:

1. het vaststellen van de elementen welke de vraag worden geacht te bepalen: omvang van de bevolking, leeftijds-opbouw en achtergrond-variabelen;
2. het vaststellen welke elementen aan de aanbod-zijde worden geacht van belang te zijn; capaciteit van verpleeghuizen en van overige voorzieningen;
3. het vaststellen welke funktioneringsgegevens van belang worden geacht; opname-gegevens, bestand en bedrijfsgegevens en ontslagen.
4. het herberekenen van de capaciteitsgegevens van regio's van absolute aantallen naar de relatieve capaciteit door middel van een correctie voor de verschillen in vraag;
5. onderzoeken in hoeverre er een samenhang wordt aangetroffen tussen de relatieve capaciteit en het funktioneren.

Allereerst zal nu kort worden ingegaan op de vooraf bestaande vermoedens.

Vervolgens zullen de indicatoren voor de vraag naar zorg en het funktioneren, alsmede de variabelen voor het aanbod (punten 1, 2 en 3) worden beschreven en toegelicht. Pas daarna zal ingegaan worden op de technische berekeningswijzen (punten 4 en 5).

3. Verwachtingen vooraf

Het verpleeghuisonderzoek is niet opgezet als een hypothese-toetsend onderzoek. Dit neemt niet weg dat vooraf een aantal verwachtingen bestaan over verbanden tussen "vraag", "aanbod" en gegevens over het "funktioneren", alsmede over de rol van samenwerking hierin.

Achtereenvolgens zullen verwachtingen worden aangeduid ten aanzien van de invloed van verpleeghuiscapaciteit op het functioneren, de invloed van de capaciteit in andere voorzieningen op het functioneren van verpleeghuizen en tenslotte de invloed van voornoemde capaciteitsgegevens in een regio op eventuele samenwerking.

3.1 De invloed van de relatieve verpleeghuiscapaciteit

In het algemeen verwachten wij dat een ruime verpleeghuiscapaciteit in verhouding tot de te verzorgen bevolking zal leiden tot een versoepeling van het selectie-mechanisme bij opname, alsmede tot een verminderen van de noodzaak tot een zo spoedig mogelijk ontslag. Dit zou bijvoorbeeld op navolgende punten tot uitdrukking kunnen komen:

- opname-percentages uit de regio-populatie en eventueel buitenregionale instroom van patienten;
- afwijkende patientgebonden kenmerken zoals gemiddelde leeftijd bij opname, vaker afkomstig uit de eigen omgeving, wat kortere opnameduur en minder overledenen;
- een wat terughoudend ontslagbeleid, weerspiegeld door een vrij lange duur bij overledenen, alsmede vrij veel ontslagen naar overige voorzieningen.

In regio's met een ruime capaciteit verwachten wij dat verschillen binnen en tussen verpleeghuizen wat groter zullen zijn dan in regio's met een krappe capaciteit. Dit hangt samen met een grotere kans op (sub)specialisatie op bepaalde functies. Hierbij valt te denken aan de reaktiveringsfunctie of aan specifieke patienten-categorieën, zoals bijvoorbeeld jeugdigen.

3.2 De invloed van een ruime capaciteit in andere voorzieningen

Een ruime capaciteit in allerlei anderssoortige voorzieningen in verhouding tot de te verzorgen bevolking, zal naar wij verwachten bijdragen aan een zekere "ontlasting" van de druk op de verpleeghuiscapaciteit.

Het effect van deze situatie zal zich gedeeltelijk weerspiegelen in een afwijkende patienten-stroom vān en vooral nāār de betreffende andere voorzieningen. Ook kunnen de in de vorige sub-paragraaf besproken tendensen zich voordoen of versterkt worden.

De afwijkende patienten-stroom zal dan de volgende tendens vertonen:

- wat vaker ontslag uit het verpleeghuis naar de betreffende voorziening;
- wat minder opnemingen vanuit de betreffende voorzieningen;
- wat minder ontslagen vanuit het verpleeghuis naar de eigen omgeving.

Bij een krappe verpleeghuiscapaciteit zal deze benut worden voor de categorie patienten met de minst "gunstige" kenmerken, resulterend in oa. een hoge leeftijd bij opneming, veel overledenen met een vrij korte duur.

In dit verband verwachten wij voorts dat de effecten van een relatief afwijkende capaciteit in verpleeghuizen een minder grote invloed zal uitoefenen op de kenmerken van het functioneren, dan een afwijkende capaciteit in anderssoortige voorzieningen.

3.3 Gevolgen van capaciteit voor samenwerking

In het algemeen gesteld verwachten wij dat de kans op, de inhoud van en de vormgeving aan samenwerking zal variëren met de belangen van eventuele deelnemers en de hen ter beschikking staande middelen. Beide laatste elementen hangen gedeeltelijk samen met de beschikbare capaciteit in de betreffende voorzieningen.

Indien verpleeghuizen en anderssoortige voorzieningen over een relatief ruime capaciteit beschikken, tenderen de belangen wellicht naar wat sterk uitgedrukt "kompetitie" zou kunnen worden genoemd. Er zijn echter verhoudingsgewijs vrij ruime middelen beschikbaar aan beide zijden om samen te werken op onomstreden gebieden.

Indien een regio beschikt over een relatief geringe capaciteit in verpleeghuizen zowel als in andere voorzieningen, staan de betrokken voorzieningen onder een voortdurende druk. De kans is vrij groot dat in deze situatie het gevoel ontstaat dat de andere partij "onwelwillend" is, in het bijzonder wanneer het gaat om patientenstromen. Wel kan op beleidsmatig terrein een gemeenschappelijk belang worden gevonden in de wens tot uitbreiding.

De middelen om samen te werken zijn meestal schaars.

Een geheel andere situatie is het geval wanneer in een regio een onevenwichtige capaciteitsverhouding bestaat tussen verpleeghuizen en anderssoortige voorzieningen. Hoewel er een verschil kan worden gezien in het belang tot uitbreiding, kan men elkaar vermoedelijk goed vinden wanneer het gaat om patientenstromen: de voorziening met een ruime capaciteit kan andermans krapte gedeeltelijk compenseren. Bovendien staan de ruime voorziening meer middelen ter beschikking. Het is overigens denkbaar dat een afhankelijkheidsrelatie ontstaat die zichtbaar wordt in een wat grotere uitwisseling van patienten.

Nogmaals moet hier worden opgemerkt dat de invloed van een ruime verpleeghuis capaciteit beperkt is en niet kan "goed maken" wat het effect van een krappe capaciteit in overige voorzieningen ten gevolge heeft.

3.4 Effecten van samenwerking op het functioneren

Hoewel wij zoals hiervoor bleek verwachten dat de verhouding tussen vraag en aanbod van verschillende voorzieningen van invloed is op de ervaren belangen en beschikbare middelen, gaan wij er vanuit dat samenwerking kan worden beschouwd als een autonome invloeds-faktor ten opzichte van het functioneren van verpleeghuizen.

In het huidige stadium is een toetsing van deze verwachting nog niet mogelijk, omdat gegevens over bestaan van, inhoud van en vormgeving aan eventuele samenwerking nog ontbreken.

Wij verwachten dat samenwerking ertoe kan bijdragen dat opname wat vaker kan worden voorkómen of uitgesteld, terwijl tevens een voorspoediger ontslag denkbaar is. Problematisch is nu, dat dit voor patienten wellicht positieve effect vanuit bedrijfsmatige gezichtshoek aanleiding kan geven tot problemen: met het oog op het exploitatie-resultaat is een goede bedrijfs-bezetting belangrijk. Bovendien betekent een dergelijke situatie vermoedelijk toch ook een verzwarende van de taak van andere voorzieningen. Eén en ander betekent dat samenwerking vermoedelijk zal leiden tot meer tijdelijke opnames (bijv. ter reaktivering) en kortdurende opnames. Voorts zullen wellicht minder lange wachtlijsten van zeer problematische patienten worden aangetroffen. Het belangrijkste effect zal wellicht kwalitatief blijken te zijn.

4. Operationalisering van indicatoren en variabelen

In een vijftal korte paragrafen wordt ingegaan op de indicatoren en de variabelen voor de te verwachten vraag, het aanbod en wat korthedshalve aangeduid wordt als het "funktioneren". Hierbij worden uitgangspunten en theoretische overwegingen vermeld.

Vervolgens wordt de herkomst van de gebruikte gegevens beschreven, terwijl in de laatste paragraaf de berekeningswijze wordt beschreven.

4.1 Indicatoren voor de te verwachten vraag in kwantitatief opzicht

In de gedachtengang over de invloed van de vraag naar zorg, staat een vooronderstelling centraal:

In twee gelijke populaties naar omvang, leeftijdsopbouw en achtergrondkenmerken is de kans op het ontstaan van een behoefte aan verpleeghuiszorg overeenkomstig.

Verpleeghuizen hebben in principe een functie voor de gehele bevolking, welke ook in de toewijzingsnormen voor de capaciteit tot uitdrukking komt. In de praktijk echter blijkt meer dan 90 % van de populatie in verpleeghuizen ouder te zijn dan 65 jaar. De "jongere" verpleeghuispatienten worden bovendien voor een aanzienlijk deel gevonden in bepaalde verpleeghuizen en andere woonvormen die zich op deze specifieke functie hebben gericht. Om deze reden is besloten om als indicator voor de te verwachten vraag naar verpleeghuis-zorg uitsluitend te werken met de in een regio woonachtige bejaarden, dwz. mensen, ouder dan 65 jaar.

NB. Uit onderzoek is gebleken dat de kans op verpleeghuis-opneming sterk toeneemt boven de leeftijd van 80 jaar. Oa. in NZI-onderzoek werd op grond hiervan gesuggereerd om onder bejaarden een nadere differentiatie toe te passen binnen de bejaarden-populatie naar leeftijdsklassen. Gegeven enkele sterk afwijkende regio's in Noord Brabant is een dergelijke berekening gemaakt. De invloed van deze nuancering bleek echter te verwaarlozen voor ons onderzoeksdoel, zodat besloten is om hieraan verder geen aandacht te schenken.

4.2 Achtergrondvariabelen ten aanzien van de te verwachten vraag

In de literatuur en uit verricht onderzoek wordt gewezen op de invloed van een aantal sociaal-demografische, culturele en economische achtergrondkenmerken, die van invloed zijn op de medische consumptie in het algemeen.

Met het oog op het vergelijken van verschillende regio's is op beperkte schaal aandacht besteed aan een aantal aspecten die hierop enig licht kunnen werpen:

- a) De verstedelijking in de regio's: vermoed wordt dat in grootstedelijke gebieden een ander patroon van sociale relaties bestaat, dat van invloed is op het aanbod van mantelzorg en op de mate waarin de noodzaak ontstaat om een beroep te doen op professionele zorg.
- b) Sociaal-culturele verschillen tussen regio's zouden kunnen samenhangen met een verschillend patroon van opvattingen over gezondheid, ziekte en over de rol van de gezondheidszorg. Wellicht zijn religieuze en politieke overtuigingen een bruikbare indicator voor dergelijke verschillen.
- c) Sociaal-economische verschillen tussen regio's worden nagegaan aan de hand van het percentage ziekenfonds-patienten op de totale bevolking en de belangrijkste economische sectoren van inkomsten voor het levensonderhoud. De reden is dat er een tamelijk sterke samenhang wordt aangetroffen tussen sociaal-economisch niveau en medische consumptie in de totale bevolking.

De vergelijking tussen regio's kan slechts kwalitatief zijn en wordt niet betrokken in de berekeningen in kwantitatief opzicht.

4.3 Opname-capaciteit in verpleeghuizen als indicator voor het aanbod

Hoewel aangenomen moet worden dat er verschillen bestaan tussen verpleeghuizen in de "kwaliteit" van de aangeboden zorg (bijvoorbeeld door het aanbod van meer of minder uitgebreide pakketten van faciliteiten en mogelijkheden), wordt het vooralsnog niet mogelijk geacht om dergelijke verschillen te waarderen, met uitzondering van enkele zeer algemene onderscheiden (psycho-geriatrie / somatische patienten).

Hoewel dus onvolkomen, wordt ervan uitgegaan dat verpleeghuizen een overeenkomstig pakket aan zorg aanbieden, dwz. dat het ene bed overeenkomt met een bed in een ander verpleeghuis.

Als indicator voor het verpleeghuis-aanbod wordt de (gemiddeld beschikbare) bedden-capaciteit gebruikt, onderscheiden naar somatische en psycho-geriatrische bestemming.

Aangezien het hier vooral een vergelijking tussen regio's betreft, worden de beschikbare somatische bedden gesommeerd, evenals de psycho-geriatrische bedden, voor de regio als geheel.

4.4 Capaciteit van overige voorzieningen als achtergrondvariabele voor aanbod

Hoewel in ons onderzoek de verpleeghuiszorg centraal staat, kan niet voorbij gegaan worden aan de invloed van de aanwezigheid van andere voorzieningen waarvan bejaarden een belangrijk gebruik maken. Drie overwegingen kunnen hiervoor worden aangevoerd:

- a) Bij de patient is vaak sprake van een (op zich uniek) complex van behoeften, die soms slechts ten dele door de ene en ten dele door anderssoortige voorzieningen worden geboden. De patient bevindt zich ahw. in een overlappend grensgebied van verschillende soorten voorzieningen, waarbij elk van de voorzieningen afzonderlijk tekort schiet.
- b) Voorzieningen vervullen functies die elkaar gedeeltelijk kunnen vervangen of overlappen. Bij een gegeven patient die behoefte heeft aan de betreffende functie zijn het dan wellicht "situationele aspecten" (bijvoorbeeld welke voorziening heeft een plaats) die bepalend zijn voor de plaatsing van de betrokkene.
- c) Er bestaat een zekere wederzijdse afhankelijkheid tussen verschillende voorzieningen binnen de gezondheidszorg. Gebeurtenissen in de ene voorziening kunnen indirect ook gevolgen hebben voor andere voorzieningen. Vooral valt hierbij te denken aan bestemming bij ontslag.

Gegeven de aard van het onderzoek en de keuze om als indicator voor de vraag bejaarden te kiezen, zullen alleen voorzieningen met een belangrijke functie voor bejaarden worden betrokken.

Als indicator voor het aanbod van deze overige voorzieningen in een regio wordt de beschikbare capaciteit ten behoeve van te verzorgen bejaarden gebruikt in zoverre deze ook daadwerkelijk voor bejaarden wordt gebruikt.

Vanuit een bepaald verpleeghuis bezien betreft het de volgende soorten voorzieningen en uitdrukking van de capaciteit:

- . anderssoortige verpleeghuizen (beddental);
- . dagbehandeling (plaatsen);
- . verzorgingstehuizen (plaatsen exclusief verpleegbedden);
- . bejaardenzorg (helpsters/helpers);
- . wijkverpleegkundigen (aantal verpleegkundigen).

Volledigheidshalve, maar niet in de berekeningen betrokken, worden ook de gegevens per regio bezien betreffende de volgende voorzieningen:

- . aantal gevestigde huisartsen;
- . algemene en psychiatrische ziekenhuizen (bedden);
- . aantal gecoördineerd bejaarden-werk (werkers).

De overweging om deze gegevens niet in de berekeningen mee te nemen is dat ons onvoldoende gegevens ter beschikking staan over de mate waarin door de bejaarden een gebruik van deze voorziening wordt gemaakt. Het gecoördineerd bejaardenwerk voorts, is geen discipline die praktische zorg verleent.

4.5 Indicatoren voor het funktioneren

Doel van ons onderzoek is uiteindelijk om inzicht te verkrijgen in de invloed van samenwerking op het proces van indicatiestelling. In onze gedachtengang zal de indicatiestelling resulteren in een bepaalde populatie van opgenomen patiënten die tesamen een patroon van kenmerken zullen vertonen. Dit gehele proces en daaruit voortvloeiende patroon van kenmerken wordt korthedshalve aangeduid met de term "funktioneren".

Er wordt vanuit gegaan dat het funktioneren van de verpleeghuizen zijn weerspiegeling vindt in de volgende kenmerken:

- a) geografische funktie: - opname-percentages uit bejaarde bevolking;
- verblijfs-percentages per 31/12 uit de bejaarde bevolking in de regio;
- percentages patiënten afkomstig uit eigen regio in verhouding tot alle herkomsten.
- b) herkomst uit vorige woon/leef-omgeving als percentage van alle opnamen;
- c) gemiddelde leeftijd bij (eerste) opname;
- d) gemiddelde verblijfsduur bij definitief ontslag voor overledenen en overige ontslag-bestedingen;
- e) bestemming van patiënten bij definitief ontslag als percentage van alle ontslagen naar alle bestemmingen;

Alsmede een tweetal meer "bedrijfsmatige" indicatoren:

- f) doorstroming (gemiddeld aantal patiënten per bed per jaar) en
- g) bezettingsgraad (gemiddeld aantal bezette bedden i.v.m. alle beschikbare bedden per jaar).

4.6 Herkomst van de gegevens

- a) De vraag: Bevolkingsgegevens, afkomstig van de Provinciale Planologische Dienst in Noord Brabant over 1981.

Achtergrondvariabelen, vnl. afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Daarnaast is gebruik gemaakt van de Wetenschappelijke Atlas voor Nederland, alsmede van gegevens uit het LISZ-Jaarboek 1981.

- b) Het aanbod: Capaciteitsgegevens voor de intramurale zorg zijn ontleend aan het NZI, Basisgegevens 1/1/1982.

Capaciteitsgegevens in verzorgingstehuizen zijn afkomstig van de Provinciale Griffie in Noord Brabant en betreffen 1981.

Capaciteitsgegevens betreffende de extramurale zorg zijn ontleend aan het vooronderzoek door het NIPG en werden vooral van afzonderlijke instellingen verkregen.

De aantallen huisartsen zijn berekend op basis van gegevens ontleend aan het LISZ-Jaarboek over 1981, waarbij voor enkele gemeenten een schatting moest worden gemaakt op grond van de te verzorgen bevolking.

- c) Funktioneren: De gegevens betreffende opnemingen en patientenbestand per 31/12/1981 zijn ontleend aan of berekend uit het SIVIS-bestand van de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg over het jaar 1981. Deze gegevens zijn afkomstig van de verbindingkantoren voor de AWBZ.

De bezettingsgraad is afkomstig van het NZI, Basisgegevens 1/1/1982.

4.7 Het schema van bewerkingen van de gegevens

Om te vermijden dat in de tekst allerlei tabellen moesten worden opgenomen zijn deze ondergebracht in bijlagen en wordt hier kort aangeduid welke bewerkingen hebben plaatsgevonden.

De oorspronkelijke gegevens betreffen absolute aantallen per gemeente of per instelling, cq. voorziening. Deze zijn voor de regio's - ingedeeld volgens opgave van de Provinciale Griffie - gesommeerd en vormen de basis voor de verdere bewerkingen. (zie tabel 2)

De verhouding tussen vraag en aanbod wordt vervolgens uitgedrukt in de relatieve capaciteit door de absolute capaciteit te berekenen op basis van 1000 inwoners, ouder dan 65 jaar, woonachtig in de betreffende regio. (zie tabel 3)

Om een beeld te krijgen van de totale voorzieningen naast de verpleeghuizen is het gewenst om één gemeenschappelijke noemer te ontwikkelen. Dit gebeurt door een wegingsprocedure ten aanzien van de kwantitatieve functie voor bejaarden (zie bijlage II). Hiermee ontstaat een vergelijkingsmogelijkheid voor regio's aan de hand van de gewogen relatieve capaciteit van alle voorzieningen rond bejaarden. (zie tabel 4)

Tenslotte is voor een overzichtelijke presentatie een indexering toegepast waarbij het gemiddelde voor de gehele provincie op 100 is gesteld. (zie tabel 5).

De afwijking van dit gemiddelde kan als een percentage worden gelezen. Deze index van gewogen relatieve capaciteit maakt een vergelijking van de totale zorg per (1000) bejaarde(n) in de zeven regio's mogelijk.

Met behulp van de index-waarden voor de verpleeghuizen ten opzichte van de overige voorzieningen kunnen regio's worden getypeerd. Deze typering wordt tenslotte in verband gebracht met de gevonden funktioneringsgegevens. Om praktische redenen is de statistische sterkte van de verbanden in dit stadium nog buiten beschouwing gebleven. In een latere fase van het onderzoek zal een dergelijke berekening ten behoeve van de eindrapportage alsnog plaatsvinden.

5. De gevonden resultaten per indicator of variabele

Allereerst zullen nu de gevonden resultaten per indicator of variabele worden beschreven in een vergelijking tussen de regio's. De cijfermatige gegevens zijn op enkele uitzonderingen na, niet in de tekst opgenomen, doch in een bijlage toegevoegd.

5.1 De te verwachten vraag

De provincie Noord Brabant had in 1981 een minder vergrijsde bevolking dan Nederland als geheel. Dit geldt ook voor de afzonderlijke regio's. (zie tabel 1)

De beide westelijke regio's benaderen het landelijk percentage bejaarden en zijn in Brabant het meest vergrijsd. In contrast hiermee zijn in beide oostelijke regio's de laagste percentages bejaarden aangetroffen.

Ook de percentages hoogbejaarden, ouder dan 80 jaar, in verhouding tot de bejaardenpopulatie ligt het hoogst in beide westelijke regio's. Opvallend hierbij is, dat in afwijking van landelijke gegevens in regio I toch een betrekkelijk hoog percentage bejaarde mannen wordt aangetroffen.

5.2 Achtergrond-variabelen ten opzichte van de vraag

a) Verstedelijking van de regio's

De regio's I, V en VII hebben één of meer wat kleinere stedelijke gemeenten binnen hun grenzen als grootste kern (CBS-aanduiding C-3). Het karakter van deze regio's is landelijk met een vrij grote spreiding van

de regio-bevolking: minder dan 30 % is in één woonkern geconcentreerd.

De regio's II, III, VI - en iets minder sterk regio IV - worden gekenmerkt door de aanwezigheid van één grote stad of stedelijke agglomeratie (CBS-aanduiding C-5 en C-4). In deze woonkern is meer dan 30 % van de totale regio-bevolking geconcentreerd.

De provincie Noord Brabant wordt vrijwel geheel omgeven door natuurlijke barrières en landsgrenzen. De kans op provinciegrens-overschrijdende patiëntenstromen is hierdoor enigszins beperkt. In dit geval zijn vooral de oever-verbindingen van belang. Op grond van deze verbindingen lijkt de kans op dergelijke patiëntenstromen in beperkte mate aanwezig in regio II, alsmede in de regio's IV en V.

b) Religie en politieke keuzen als indicator voor culturele verschillen

De provincie Noord Brabant kan zowel in religieus als in politiek opzicht een tamelijk homogene provincie worden genoemd. Hierbij moet wel worden aangetekend dat de ons ter beschikking staande gegevens tamelijk grofmazig zijn.

Een uitzondering vormt een vrij smalle strook langs het noord-westelijk deel van de Maas, waar iets meer Nederlands Hervormden worden aangetroffen.

c) Enkele sociaal-economische aspecten

In de regio's I, II en in mindere mate V is de agrarische sector belangrijker dan in de overige regio's. Eveneens in regio II en voorts in regio III en IV is de dienstverlenende sector tamelijk sterk ontwikkeld, geconcentreerd in de grote stad. Industriële activiteit wordt in de stedelijke centra in regio VI en VII, alsmede in mindere mate in regio V aangetroffen.

De regio's I, V en VII hebben het hoogste percentage inwoners die bij het ziekenfonds zijn verzekerd, hetgeen een indicatie is voor een relatief laag inkomens-niveau.

De konklusie kan worden getrokken dat de verschillen tussen regio's voor wat betreft achtergrondvariabelen het kleinste zijn tussen regio I en V (en iets groter ten opzichte van VII) enerzijds. Ook de verschillen tussen II, III, IV en VI zijn niet erg groot. Beide groepen daarentegen verschillen nogal.

5.3 Het aanbod van verpleeghuiscapaciteit

De totale capaciteit in verpleeghuizen ligt - afgemeten aan het aantal bejaarden - laag in de regio's I, II, III en V. Een ruime relatieve capaciteit in verpleeghuizen wordt daarentegen aangetroffen in regio IV, VI en VII.

Indien een onderscheid wordt gemaakt naar bestemming van de capaciteit verandert dit beeld slechts gedeeltelijk:

Somatische bedden zijn relatief schaars in regio I en III, tegenover een ruime relatieve capaciteit in regio IV en VII.

Psycho-geriatrische bedden zijn relatief schaars in regio II en V, en vrij ruim I, IV en VII, zij het in de laatste regio in beperkte mate.

Voor wat betreft de relatieve verpleeghuiscapaciteit valt vooral op dat de regio's IV en VII over de gehele linie een ruime verpleeghuiscapaciteit hebben. In de andere regio's is de schaarste vaak in één soort verpleeghuis geconcentreerd, al dan niet "gecompenseerd" door een overschot in het andere type.

Daar dagbehandelingsfaciliteiten nauw verbonden zijn aan verpleeghuizen, zullen deze hier worden behandeld, alhoewel er reden is om ze voor het doel van het onderzoek te rekenen tot overige voorzieningen.

De capaciteit in dagbehandelingsplaatsen is van beperkte omvang wanneer het totale aantal plaatsen wordt gezien.

Dagbehandeling voor somatische patiënten is vooral krap in de regio's I en II, terwijl een relatief ruime capaciteit wordt aangetroffen in regio V en VI.

Dagbehandeling voor psycho-geriatrische patiënten is gering in regio II en VI tegenover wat ruimere capaciteit in regio V.

(Met nadruk zij er hier op gewezen dat het gegevens over 1981 betreft.)

5.4 De capaciteit in anderssoortige bejaardenvoorzieningen

Allereerst zal kort aandacht worden geschonken aan een reeks afzonderlijke voorzieningen waarvan bejaarden een aanzienlijk gebruik maken. Vervolgens zullen de regio's worden vergeleken op het totaal aan beschikbare zorg.

- a) De capaciteit in verzorgingshuizen ligt verhoudingsgewijs laag in de regio's I, IV en vrij laag in regio II. De regio's III en VII beschikdaarentegen over een relatief ruime capaciteit.
- b) De beschikbare capaciteit van de gezins- en bejaardenzorg is relatief laag in de regio's I en IV en betrekkelijk ruim in de regio's III, V en VII.
- c) De wijkverpleging beschikt over een beperkte capaciteit in regio I en II, tegenover een vrij ruime capaciteit in regio V.
- d) Het aantal huisartsen is in de verschillende regio's - afgemeten aan de totale bevolking - vrijwel gelijk. De regionale verschillen in het percentage bejaarden brengen met zich mee dat overeenkomstige verschillen zullen worden aangetroffen in het gemiddelde percentage bejaarden in de huisartsen-praktijk. Als bejaarden een groter beroep doen op huisartsen, dan kan worden gesteld dat de voor bejaarden beschikbare capaciteit wat lager is in regio I en II en wat ruimer is in regio V en VII.

Naast de hiervoor genoemde vormen van daadwerkelijke zorg voor bejaarden bestaan een tweetal voorzieningen in de "voorwaarden-scheppende" sfeer, de bejaardenwoningen en het gecoördineerd bejaardenwerk, alsmede de ziekenhuiszorg, die gericht is op de gehele bevolking en waarvan de consumptie door bejaarden vooralsnog door ons niet achterhaald kan worden. Voor de volledigheid worden zij hier nog kort vermeld.

- e) Relatief weinig bejaardenwoningen worden aangetroffen in regio II en IV (iets lager dan gemiddeld: in regio I), terwijl de regio's III, V en VII over een ruime capaciteit beschikken.
- f) Het gecoördineerd bejaardenwerk is in geringe mate beschikbaar in regio V en daarentegen ruim in regio III, IV en VI.
- h) Bedden capaciteit in algemene ziekenhuizen is relatief ruim in regio IV en regio VI tegenover een geringe capaciteit - althans met inachtname van het aantal bejaarden - in regio I en II. Een lage capaciteit afgemeten aan de gehele bevolking wordt gevonden in regio V en VII en in mindere mate in regio I en II.

De psychiatrische ziekenhuizen hebben een bovenregionale funktie en

kunnen daardoor eigenlijk niet goed in deze vergelijking worden betrokken. Wel is in dit verband van belang erop te wijzen dat naar schatting ongeveer één op drie patienten hier ouder is dan 65 jaar. Te vermelden is verder dat in regio IV een zeer groot aanbod aan psychiatrische capaciteit beschikbaar is, waarbij overwogen wordt om een deel van de psychiatrische capaciteit te herbestemmen tot psycho-geriatriesch verpleeghuis. Hierbij valt dan aan te tekenen dat de de toch al relatief zeer ruime psycho-geriatrische capaciteit in deze regio nog verder zal groeien.

De hiervoor beschreven capaciteitsgegevens in verhouding tot het aantal bejaarden in de verschillende regio's zijn weergegeven in tabel 3.

5.5 De gevonden patronen van kenmerken van verpleeghuispatienten

Achtereenvolgens zullen de gevonden resultaten ten aanzien van de indicatoren voor het functioneren worden samengevat, waarbij veelal een vergelijking plaatsvindt tussen de regio('s) met een relatief hoge score ten opzichte van de regio('s) met een lage score.

5.5.a) Geografische functie (zie kaart bijlage III)

1. Een eerste opmerking is dat er een sterk verband blijkt te bestaan tussen de aanwezigheid van verpleeghuiszorg in een gegeven gemeente en het percentage opnamen in het verpleeghuis, zowel afgemeten aan inwoners boven de 65 jaar, als aan alle inwoners.
Omgekeerd blijkt ook dat alle gemeenten met een laag opname-percentage kleine plattelandsgemeenten zijn, zonder een verpleeghuis binnen de gemeentegrenzen.
2. Een hoog opname-percentage wordt aangetroffen in de regio's IV, VI en VII, in contrast met een laag opname-percentage in de regio's I, II en III, afgemeten aan bejaarde inwoners. Indien afgemeten aan alle inwoners, blijken de regio's III en V een laag opname percentage te vertonen.
3. Indien het percentage patienten verblijvend per 31/12/1981 wordt bezien is afgemeten aan het aantal bejaarden de hoge score overeenkomstig het opname-patroon.
Ten opzichte van de totale bevolking wordt een hoog "verblijfs-percentage" aangetroffen in regio IV en VI, maar ook in regio I en regio II, tegenover een laag percentage in regio III en V.
4. Zowel voor wat betreft de opnemingen, als wat betreft de verblijvende patienten, zijn de regio's I, VI en VII sterk op de eigen regio-inwoners georiënteerd. De regio's III, IV en V daarentegen nemen wat meer patienten op van buiten de eigen regio dan voor de provincie als gemiddelde geldt.

5.5.b) Herkomst van verpleeghuispatienten naar vorige situatie (tabel 6)

1. Voor Noord Brabant als geheel geldt dat patienten iets vaker dan landelijk het geval is, worden opgenomen vanuit een andere voorziening.

2. In de regio's I, III en IV zijn verpleeghuis-patienten wat vaker afkomstig uit de eigen omgeving en het bejaardenoord. Dit laatste geldt behalve voor somatische patienten eveneens voor psycho-geriatrische patienten nog in regio VI.

Verpleeghuispatienten in de regio's V, VI en VII zijn wat vaker afkomstig uit (algemene) ziekenhuizen en - in regio VII - uit andere verpleeghuizen, wanneer het psycho-geriatrische patienten betreft. Voor psycho-geriatrische patienten is tenslotte het aantal afkomstig van dagbehandeling opvallend in regio II.

5.5.c) Gemiddelde leeftijd bij eerste opname (tabel 7)

De gemiddelde leeftijd bij eerste opname werd berekend op basis van een verdeling over 5-jaren-klassen.

De aldus gevonden gemiddelde opname-leeftijd ligt hoog in de regio's I en II en laag in de regio's III en V, alsmede (minder afwijkend) in regio VI en VII.

De spreiding lag voorts het laagst in de regio's I en II.

Regio IV neemt een tussenpositie in qua gemiddelde opname-leeftijd maar kent een vrij grote spreiding.

5.5.d) Gemiddelde verpleegduur bij definitief ontslag (tabel 8)

1. In de gemiddelde verpleegduur bij definitief ontslag doen zich tussen regio's zeer aanzienlijke verschillen voor, zowel bij somatische als bij psycho-geriatrische patienten (meer dan 50 %).

2. Bij somatische patienten wordt een lange gemiddelde duur aangetroffen in regio I, II en VII voor alle ontslagen patienten. Indien alleen overledenen worden gezien betreft de lange duur regio II en regio VI.

Een korte gemiddelde duur voor alle ontslagenen wordt daarentegen aangetroffen in regio IV, V en VI, terwijl een korte duur bij overledenen wordt gevonden in regio IV, V en VII.

3. Bij psycho-geriatrische patienten wordt zowel voor alle ontslagen als voor de overledenen afzonderlijk een lange gemiddelde duur aangetroffen in regio II en VII, tegenover een korte duur in regio III, V en VI.

4. Zowel voor somatische als voor psycho-geriatrische patienten geldt dat de gemiddelde duur voor overledenen langer is dan voor alle ontslagen patienten. Er blijken echter wel grote verschillen tussen de regio's: mn. in regio VI is het verschil aanzienlijk.
5. Opvallend is voorts dat in regio I en VII de gemiddelde duur voor mannelijke somatische patienten, alsmede in regio VI en VII voor mannelijke psycho-geriatrische patienten langer is dan voor vrouwen.
6. Grote verschillen in gemiddelde duur tussen mannen en vrouwen worden bij somatische patienten aangetroffen in de regio's II, III en VII, alsmede voor psycho-geriatrische patienten in de regio's II, IV en V.

5.5.e) Bestemming bij definitief ontslag (tabel 9)

1. In de regio's I, II en VII vindt vrij zelden bij somatische patienten ontslag naar de eigen omgeving plaats. Ontslag naar een andere voorziening komt vrij veel voor in regio I, V en VII. Ontslag door overlijden komt vooral voor in regio I, II en III.
2. Voor psycho-geriatrische patienten is de ontslagbestemming eigen omgeving laag in regio I, II en VII.
In deze regio's is daarentegen ontslag door overlijden hoog.

5.5.f) Doorstroming en bezettingsgraad (tabel 10)

1. De doorstroming van somatische patienten is hoog in regio III en VI tegenover een lage doorstroming in regio V en VII.
Voor psycho-geriatrische patienten is sprake van een hoge doorstroming in de V en VI en een lage in regio IV en VII.
2. De bezettingsgraad ligt overal boven de 90 %. Het hoogst is de bedbezetting in de regio's I, II en III tegenover een wat lagere in regio V en VII.

Samenvattend kan over de gevonden patronen van patientkenmerken worden opgemerkt dat zich aanzienlijke verschillen voordoen tussen de regio's.

In het volgende hoofdstuk zal een mogelijk verband met de vraag-aanbod-verhouding worden onderzocht.

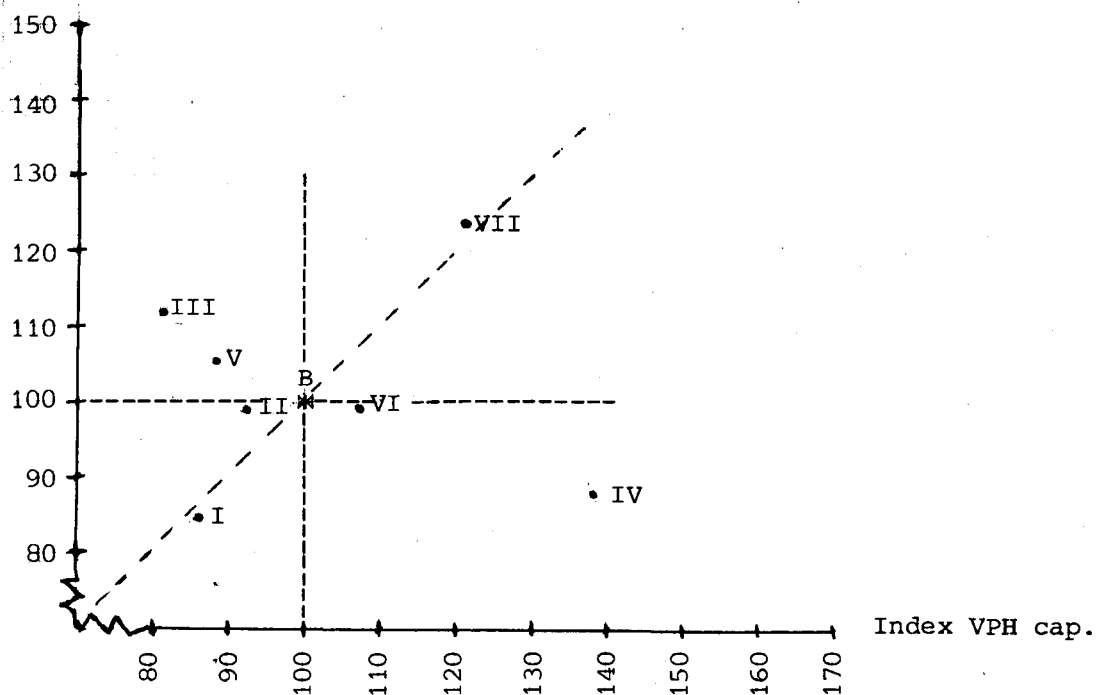
6. De relatie tussen functioneren en de relatieve (gewogen) capaciteit

Op grond van de in de vorige paragraaf geoperationaliseerde functioneringsgegevens en vraag /aanbod verhoudingen is de volgende stap het analyseren van de relatie tussen deze twee. Voor zover deze relaties significant zijn kan op grond daarvan een **functioneringspatroon** geschetst worden dat op grond van de vraag/aanbod verhoudingen verwacht zou mogen worden.

In figuur 1 zijn de regio's afgezet tegen de relatieve gewogen VPH-capaciteit en de capaciteit van de overige voorzieningen (voor de indexen zie tabel 5)

Figuur I. Relatieve gewogen capaciteitsverhoudingen

Index
overige
cap.



Figuur 1

Daaruit valt het volgende af te leiden:

- regio I, II, VI en VII hebben qua samenstelling een vergelijkbare capaciteit die echter kwantitatief sterk uiteenloopt (extrema I en VII).
- regio I, V, III en in mindere mate II hebben een vergelijkbare VPH-capaciteit met echter een sterk afwijkende overige capaciteit
- regio II en VI respectievelijk I en IV hebben een vergelijkbare overige capaciteit met een afwijkende VPH-capaciteit
- regio II, III en V hebben een vergelijkbare totale capaciteit, echter in aanzienlijk verschillende verhoudingen (potentiële substitutie).

Vergelijking van de regio's per categorie kan aanwijzingen opleveren over de invloed van respectievelijk de totale capaciteit, de overige capaciteit de verpleeghuiscapaciteit en de samenstelling van de capaciteit op het functioneren. Daar echter het aantal waarnemingen per categorie gering is zal een statistische toetsing van de relaties weinig opleveren. Daarom zal gekozen worden voor een analyse waarbij alle regio's als waarnemingen worden beschouwd. Al naar gelang het functioneringsgegeven worden dat een enkelvoudige of een meervoudige regressie-berekening uitgevoerd waarbij de capaciteitsindex(en) de verklarende variabele is (zijn). Deze berekeningen zullen plaatsvinden nadat de gegevens over 1982 beschikbaar zijn. Daaraan voorafgaand zijn reeds enkele bewerkingen van enkelvoudige relaties met de hand gedaan die het volgende (zeer voorlopige) beeld laten zien van de duidelijkste verbanden:

- a.1 - een hoge opnamecoëfficiënt gaat samen met een hoge verpleeghuis-capaciteit ($r = 0,74$)
- a.2 - regionale oriëntering: voor zover er sprake is van een verband heeft deze geen relatie met de VPH-capaciteit: een lage oriëntering op de eigen regio gaat samen met een onevenwichtige capaciteitsverdeling. (verpleeghuis/overige voorzieningen).
- b.1 - naarmate de totale capaciteit in alle voorzieningen toeneemt komen er meer somatische patiënten uit de eigen omgeving.
- b.2 - gegeven een lage verpleeghuis capaciteit komen er meer psychogeriatrische patiënten uit de eigen omgeving als de overige capaciteit toeneemt.
- b.3 - een relatief hoge capaciteit van overige voorzieningen (w.v. het b.o de belangrijkste is) gaat gepaard met een laag percentage somatische patiënten uit het bejaardenoord.

- c. - de verschillen in gemiddelde leeftijden bij eerste opnamen zijn gering. Naarmate de overige capaciteit toeneemt neemt ook de gemiddelde leeftijd toe.
- d. - de gemiddelde verblijfsduur van alle som. ontslagen patiënten neemt het sterkst toe als de verpleeghuiscapaciteit toeneemt bij een gegeven lage overige capaciteit.
- e.1 - naarmate de VPH-capaciteit afneemt neemt ook de bestemming naar eigen omgeving en bejaardenoord van somatische patiënten af.
- e.2 - de categorie overleden somatische patiënten neemt toe als de totale capaciteit afneemt
- f. - gegeven een lage verpleeghuiscapaciteit neemt de doorstroming van somatische patiënten sterk toe met het toenemen van de overige capaciteit
- g. - de bezettingsgraad neemt toe als de totale capaciteit afneemt.

Nabeschouwing en volgende fase

De eerste fase van de statistische analyse heeft voornamelijk in het teken gestaan van de operationalisering van vraag/aanbod verhoudingen en functioneringsgegevens. De relaties tussen deze variabelen kwamen in de vorige paragraaf aan de orde. Nadat deze relaties statistisch getoetst zijn zal een functioneringsmodel als functie van de capaciteit geschetst worden. De vraag/aanbod verhoudingen bepalen dus het grondpatroon van het functioneren waarop variaties voorkomen op instellingsniveau, al naar gelang daar andere factoren meespelen, zoals bijvoorbeeld het vóórkomen van samenwerking, de geografische afstand tot andere voorzieningen en de urbanisatiegraad. Van deze factoren is de samenwerking als onderzoeks-object de belangrijkste.

Verondersteld wordt voorlopig dat het vóórkomen van samenwerking niet gecorreleerd is aan de capaciteit maar in vergelijking daarmee vrij willekeurig (at random) voorkomt. Dit geldt ook voor de andere factoren. Met andere woorden: deze factoren die van invloed zijn op het functioneren vallen bij het bepalen van de relatie tussen relatieve capaciteit en functioneren op provincieniveau tegen elkaar weg.

Voor zover er verpleeghuizen zijn die qua overige factoren vergelijkbaar zijn, behalve op het aspect van de samenwerking, ontstaat een basis de functioneringsgegevens te koppelen aan de samenwerking en verschillen in kwantitatieve effecten op te sporen.

Tenslotte moet opgemerkt worden dat een eventueel niet zichtbaar verschil in functioneren t.g.v. samenwerking niet hoeft te betekenen dat deze effecten er niet zijn. Het is denkbaar dat de gehanteerde functioneringsgegevens een minder geschikt instrument zijn (te grof) om het effect van samenwerking te meten.

Verder onderzoek zal daarop mede antwoord moeten geven. Daar b.v. meer patiëntgebonden gegevens ons niet ter beschikking staan zullen we het met deze gegevens moeten doen.

Afgezien daarvan is het effect van samenwerking mogelijk meer kwalitatief van aard, een aspect dat in het derde deelonderzoek ook ruimschoots de aandacht krijgt.

VERPLEEGHUISONDERZOEK NOORD-BRABANT: vraagstelling, analyse-model onderzoeksopzet en onderzoeksmethode.

Inleiding

In deze notitie zal kort de vraagstelling, het analysemodel en de nadere uitwerking van het verpleeghuisonderzoek in Brabant aan de orde komen. Voor een uitgebreidere uiteenzetting verwijzen wij naar het vooronderzoek en de notitie van mei 1983, die uitgereikt is op de eerste bijeenkomst van de begeleidingscommissie.

Vraagstelling

De centrale onderzoeksvraag is óf en in hoeverre *samenwerking* tussen verpleeghuizen en andere voorzieningen van invloed is op de *indicatiestelling* van verpleeghuizen en de functie-afstemming tussen voorzieningen.

Samenwerking wordt gedefinieerd als een herhaalde interactie tussen medewerkers gericht op afstemming van taakgericht handelen. Daar samenwerking zowel qua inhoud als doel talloze varianten kent is een nadere afgrenzing noodzakelijk. Zowel indicatiestelling als functie-afstemming zijn gericht op de directe zorg rond de patiënt. Samenwerkingsrelaties die primair hierop gericht zijn worden als uitgangspunt genomen.

De *indicatiestelling* betreft het gehele proces van aanmelding, urgentiebepaling tot en met de opnameprocedure.

Het analysemodel

Het analysemodel is afgeleid van het economische model van vraag en aanbod. Hoewel de totstandkoming van vraag en aanbod en het mechanisme dat deze op elkaar afstemt in de gezondheidszorg nogal afwijkt van wat in andere sectoren gebruikelijk is is een dergelijke analyse welhaast noodzakelijk om tot een rationele planning en beheersing te komen.

Het aanbod wordt bepaald op grond van landelijke normen. Gegeven dat aanbod bepalen hoofdzakelijk hulpverleners wie voor deze zorg in aanmerking komt. Hoewel er per zorgsoort sprake is van globale criteria zijn deze niet eenduidig. Gecombineerd met het streven naar volledige bezetting

zal de interpretatie van de criteria variëren zo wordt verondersteld met het aantal beschikbare plaatsen.

Het selectiemechanisme in de verpleeghuissector is de indicatiestelling die er voor zorgt dat het beschikbare aanbod over een bepaalde groep patiënten verdeeld wordt. Omdat het indicatiestellingsproces de toegang vormt tot het verpleeghuis bepaalt deze de instroom, het bestand en daarmee ook in belangrijke mate de uitstroom.

Hoewel de uiteindelijke indicatie een resultante is van een groot aantal factoren kunnen deze in drie categoriën worden ingedeeld:

1. het potentieel aantal zorgbehoeftigen in relatie tot het aantal verpleeghuisplaatsen
2. de aanwezigheid en het niveau van overige voorzieningen in relatie tot de potentiële behoefte.
3. de relaties tussen deze voorzieningen.

ad.1.: Hoewel de vraag niet onafhankelijk van het aanbod tot stand komt is de gerealiseerde vraag in ieder geval een afgeleide van de *potentiële behoefte*, d.w.z. het aantal mensen dat van deze voorziening gebruik zou willen maken als hij beschikbaar werd gesteld. Verondersteld wordt dat de behoefte een functie is van het aantal 65-plussers in een regio. (zie ook onderzoeksopzet).

ad.2.: Verondersteld wordt dat andere voorzieningen, met name die waar ouderen veel of uitsluitend gebruik van maken, de behoefte en daarmee de afgeleide vraag beïnvloeden via substitutie of complementariteit. Potentiële substitutie treedt op als voorzieningen elkaar overlappen t.a.v. bepaalde zorgaspecten waardoor bepaalde groepen patiënten in beide zorgsoorten aan hun trekken zouden kunnen komen. Van gedwongen substitutie is sprake als patiënten opgenomen worden in instellingen die in de regel een zorgpakket aanbieden dat uitgebreider of minder uitgebreid is dan wat nodig geacht wordt voor de patiënt.

Complementariteit van zorg betekent dat het gebruik van een voorziening tegelijkertijd of later het gebruik impliceert van een andere voorziening. Zo kan een hoog niveau van ziekenhuisvoorzieningen de vraag naar verpleeghuiszorg (b.v. revalidatie) vergroten.

Tenslotte beïnvloed het niveau van de overige voorzieningen de

de vraag naar verpleeghuiszorg d.m.v. de *uitgestelde vraag*: door het ontbreken van andere voorzieningen wordt zorg nu onthouden die op een later tijdstip zich vertaalt in een verhoogd beroep op een zorgintensievere voorziening.

ad.3.: Zoals al eerder gesteld is de indicatiestelling niet gebaseerd op objectieve criteria die voor identieke patiënten dezelfde uitkomst zou opleveren. Dus afgezien van de vraag/aanbod verhoudingen in het gehele circuit is bepalend voor de uitkomst van de indicatiestelling hoe de procedure geregeld is en wie daar aan deelnemen. Het bestaan van relaties (samenwerking) heeft in ieder geval een informatiefunctie: door de uitwisseling van informatie kan de perceptie van de situatie door de participanten (waaronder vraag - aanbod verhoudingen) zich wijzigen waardoor een andere uitkomst van het proces mogelijk is. Naarmate de samenwerking verder gaat (b.v. afstemming patiëntenstromen en taakverdeling) kan de indicatiestelling zich nog verder wijzigen dan op grond van vraag/aanbod verhoudingen verwacht zou mogen worden.

Onderzoeksopzet en methoden

In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van een combinatie van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden om de invloed van samenwerking zichtbaar te maken.

Uitgangspunt bij de kwantitatieve benadering is dat een verandering in de indicatiestelling door samenwerking resulteert in afwijkende patiëntenstromen en bestanden (het functioneren) bij gelijke "overige omstandigheden" dan op grond van de relatieve gewogen capaciteit verwacht zou mogen worden.

Om de overige omstandigheden vergelijkbaar te maken zijn de volgende stappen gedaan:

1. er is een behoefte-indicator bepaald (aantal 65-plussers)
2. de relatieve capaciteit (behoefte/plaatsen) per zorgsoort is berekend.
3. om deze vergelijkbaar te maken zijn een aantal zorgsoorten gewogen: de gewogen relatieve capaciteit. De zorgsoorten die in deze weging zijn betrokken betreffen het verpleeghuis, de dagbehandeling, het verzorgingstehuis, de wijkverpleging en de gezinszorg. Deze selectie berust op inhoudelijke en praktische gronden.

Deze relatieve capaciteit wordt vergeleken met functioneringsgegevens (Sivis) op regio-niveau. Vervolgens wordt gezocht naar significante verbanden tussen functioneringsgegevens en de relatieve gewogen capaciteit. De aldus gevonden verbanden tussen rel. capaciteit en functioneringskenmerken kan beschouwd worden als een functioneringsmodel dat op grond van capaciteitsgegevens verwacht zou mogen worden. Afwijkingen van dit patroon van functioneringsgegevens van individuele verpleeghuizen berusten op een afwijkende indicatiestelling die het gevolg kan zijn van samenwerking, al of niet in combinatie met een taakverdeling.

In de *kwalitatieve analyse* wordt middels een vragenlijst het proces van indicatiestelling geïnventariseerd en het bestaan van samenwerking, te onderscheiden naar doel, aard, intensiteit alsmede de geschatte waarde ervan.

Een combinatie van gegevens uit de kwantitatieve- en kwalitatieve analyse vormt de basis voor de selectie van verpleeghuizen voor de interviews, die een diepgaandere analyse van de indicatiestelling en de invloed van samenwerking daarop beogen. Criteria voor de selectie zullen zijn het al of niet afwijkende functioneringspatroon in combinatie met het al of niet bestaan van samenwerking.

Tenslotte

Men kan zich afvragen of de functioneringsgegevens een valide instrument zijn om het mogelijke effect van samenwerking via de indicatiestelling te meten. Die vraag zal mede door het onderzoek beantwoord moeten worden. Daar gegevens op patiënniveau ons niet ter beschikking staan vormen deze indicatoren van het functioneren geen alternatief.

Verpleeghuisonderzoek Noord-Brabant: ruilvoet tussen verzorgingssoorten voor capaciteitsindex.

Om tot een ruilverhouding tussen bejaardenvoorzieningen te komen wordt de gedachtengang gevolgd, dat de personeelskosten per bed/plaats (of per bejaarde) een indicatie geven van de intensiteit aan zorg. Zowel de hoeveelheid als het opleidingsniveau komen in de personeelskosten tot uitdrukking.

De verhouding tussen deze personeelskosten per plaats/bejaarde kan dan vervolgens dienen als omrekeningsfactor van verschillende zorgsoorten tot één indicator voor het niveau van de zorg in een regio.

Uitwerking

Bijna alle te hanteren cijfers zijn ontleend aan deelrapport no. 45 van de Heroverwegingen Bejaardenbeleid (Tweede Kamer, zitting 1981-82, 16625, nr. 54).

Verpleeghuizen

Totale exploitatiekosten 1980 : 2.854 milj. w.v.

Loonkosten : 1.948 milj. (68%)

Erkende bedden (totaal 1980) : 45.221

Exploitatiekosten per bed per jaar: f 63.112,-

Loonkosten per bed per jaar : f 43.077,-

Verhouding personeel/bed = 1

Dagbehandeling

Geschatte kosten per dag in 1986 : f 290,-

Veronderstelling pers. kosten 70% = f 203,- per dag.

Het aantal in behandeling genomen patiënten per plaats ligt in Brabant op ongeveer 2,5 (NZI)

Per plaats gemiddeld 200 behandelingsdagen (bezetting 75%)

Personeelskosten effectieve hulpverlening per plaats: $200 \times 203 = f\ 40.600$

Per bejaarde (2.5 per plaats) is dit $f\ 16.240,-$

In prijzen van 1980 komt dit op $f\ 13.000,-$

Bejaardenoorden

Tot exploitatiekosten : 3.309 milj. w.v. 62% personeelskosten is $f\ 2.046$ milj. (1980).

Aant. personeelsleden 1980: 47.947

Gemiddelde loonk. per werkn. $f\ 42.672$

Per 100 bewoners 32.7 personeelsleden (eind 1979).

Personeelsleden per plaats/bejaarde $f\ \underline{13.953}$

- overige gegevens: kosten per verzorgingsdag (1980) $f\ 62,79$ ($f\ 72,79$, 1982)

" " verzorgingsbed per jaar $f\ 22.772,-$

Gezinsverzorging

Tot. aantal uren voor bejaarden 32,6 milj.

Op begroting 1980 $f\ 1.143,7$ milj. voor bejaarden (50%) $f\ 571,9$ milj.

Dit cijfer is inclusief overhead en retributres

Kosten per uur: $f\ 17,55$

Gemiddeld aantal uren per bejaarde : 6 uur (2 dagdelen) per week

Dat betekent gemiddeld $f\ \underline{5.500}$ per jaar aan gezinsverzorging per bejaarde.

Kruiswerk

Totaal werden in 1977 4 miljoen bezoeken afgelegd bij 2.77.972 bejaarde door 3768 wijkverpleegkundige. Dit betekent 14,4 bezoeken per bejaarde per jaar.

De aan de bejaarde toegerekende kosten (50%) bedragen 160 miljoen = $f\ 40,-$ per bezoek.

Per bejaarde werd dus $f\ 576,-$ aan wijkverpleging besteed.

In prijzen van 1980 betekent dat $f\ 665,-$ per bejaarde. Deze kosten zijn inclusief overhead.

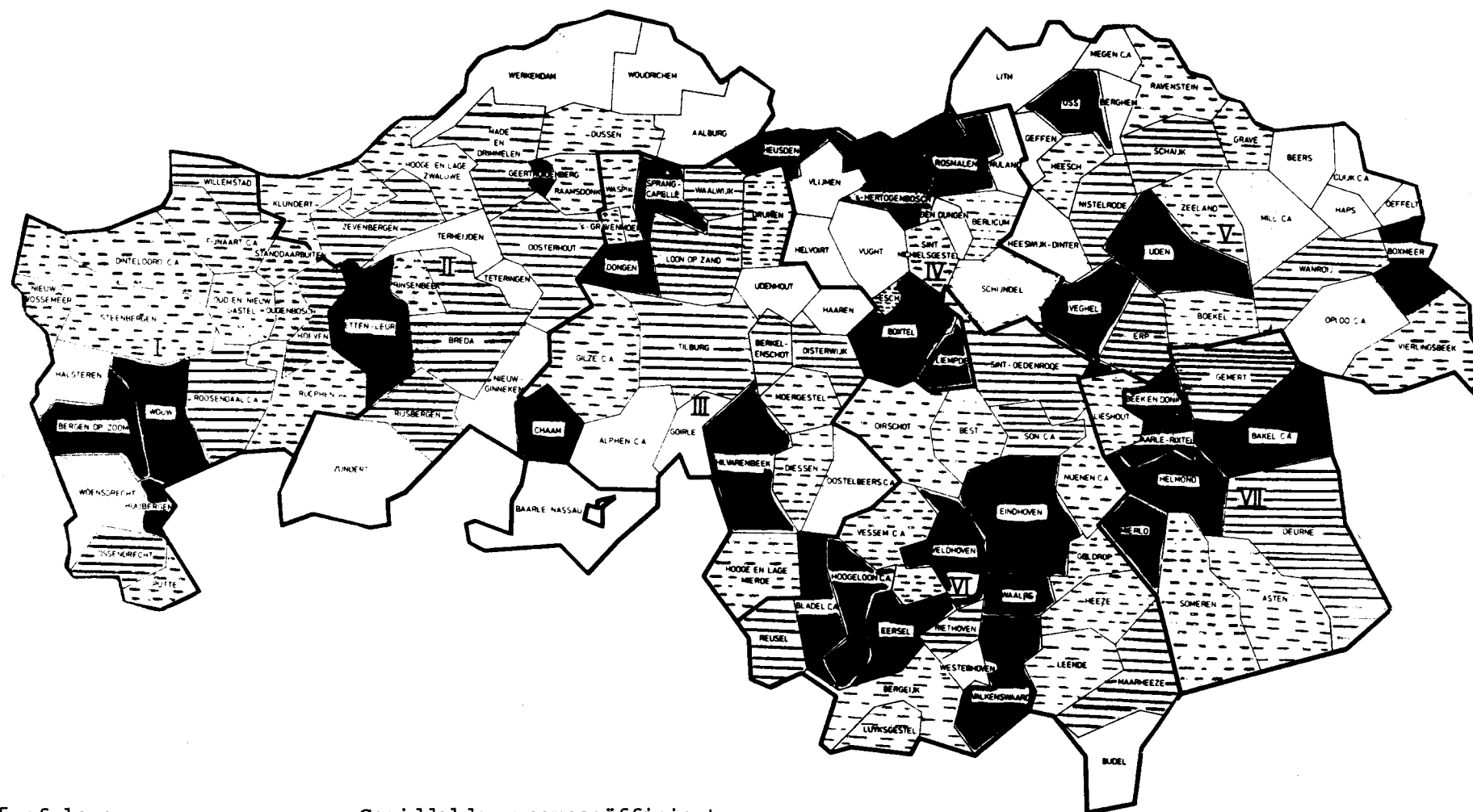
Overzicht





	pers. kosten per jaar per bej.	aant. bej per eenheid	behoefte equivalent per eenheid
Verpleeghuis	43.077	1	43.077 (1)
dagbehandeling	13.000	2.5	32.500 (0,75)
bejaardenoord	13.953	1	13.953 (0,32)
gezinsverzorging	5.500	2.5	13.750 (0,32)
wijkverpleging	665,-	5	3.325 (0,1)

De achter de "behoefte equivalentie" vermelde cijfers geven aan in hoeveel b.v. een dagbehandelingsplaats voorziet in dezelfde behoefte als een verpleeghuisplaats. Door de plaatsen per verzorgingssoort met dit getal te vermenigvuldigen en op te tellen kan per regio een capaciteitsindex berekend worden.

Bijlage III

Opnamecoëfficiënten in 4 klassen per gemeente: aantal opgenomen patiënten in Brabantse verpleeghuizen als percentage van het aantal 65-plussers.



	0.75 of lager
	0.76 - 1.25
	1.26 - 1.75
	1.76 of hoger

Gemiddelde opnamecoëfficiënt

Regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant
	1,39	1,33	1,37	1,73	1,50	1,92	1,90	1,65
% van de opgenomen afkomstig uit eigen regio	90,8	87,4	81,9	78,8	79,8	90,7	93,0	96,5
% van de aanw. patiënten afk. uit eigen regio	87,8	85,5	78,1	74,7	79,5	89,4	86,0	93,4

Tabel I

Totale bevolking per regio en leeftijdsverdeling van 65-plussers per regio in Noord Brabant per 1-1-1982

Regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant	Nederland
- totale bevolking	223.515	359.168	363.679	239.141	263.014	466.597	170.306	2.085.420	14.285.829
- aantal 65-plussers	23.266	37.019	34.046	22.735	20.493	42.261	13.863	193.683	1.668.261
- in % v. tot. bevolk.	10,4	10,3	9,4	9,5	8,0	9,1	8,1	9,3	11,7
65 - 69	8.019	12.486	11.804	7.926	7.284	14.782	5.068	67.369	546.643
70 - 74	6.262	10.253	9.557	6.276	5.628	11.938	3.797	53.711	451.127
75 - 79	4.641	7.323	6.653	4.348	3.958	8.622	2.621	38.166	334.710
80 - 84	2.722	4.241	3.817	2.533	2.241	4.466	1.474	21.494	201.908
85 ⁺	1.622	2.716	2.215	1.652	1.382	2.453	903	12.943	133.873
% v. bejaarden 80 ⁺	18,7	18,8	17,7	18,4	17,8	16,4	17,1	17,8	20,1
% vrouw 65 ⁺	55,9	57,9	58,4	59,5	56,0	57,3	56,8	57,5	58,8

Bron: PPD, CBS, De percentages vrouw 65⁺ zijn ontleend aan het NIPG-vooronderzoek.

Tabel 2

Overzicht capaciteit gezondheids- en bejaardenvoorzieningen in Noord Brabant in absolute aantallen

Regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant
Voorziening								
- Verpleeghuis (plaatsen)								
somatisch	244	583	364	477	297	711	275	2951
p.g.	236	255	298	285	126	370	130	1700
- dagbehandeling								
somatisch	19	19	16	18	22	50	12	156
p.g.	15	19	20	14	20	22	9	119
- verzorgingstehuis (1) (plaatsen)	1632	2821	3006	1550	1623	3294	1247	15.173
- gezinsverzorging (aant. full-time werksters)	425	1018	1000	537	625	1095	412	5.112
- Wijkverpleging (aant. verpleegkundigen)	85	146	144	90	101	168	58	792
- gecoördineerd bej. werk (aant. werkers)	9	16	21,5	17	4	24,5	5	90
- bejaardenwoningen (2)	2718	3838	4504	2222	2660	5100	1884	22.992
- Alg. ziekenhuizen (bedden, incl. wiegen)	865	1409	1578	1472	811	2188	566	8.886
- Psych. ziekenhuizen (3)	750	346	---(4)	1959	470	636	---	4161
- Huisartsen (5)								
Lisz	73	133	123	87	80	157	61	714
correctie	10	9	9	7	18	9	3	65
totaal h.a.	83	142	132	94	98	166	64	779

(1) exclusief verpleegbedden. (2) gekwalificeerde en niet gekwalificeerde bejaardenwoningen.

(3) Psychiatrische ziekenhuizen hebben een boven-regionale of provinciale functie. (4) Tilburg: erkende PAAZ

(5) Gemeenten met minder dan 3 huisartsen vallen buiten het Lisz-bestand. Daarom is een correctie toegepast door 1½ huisarts toe te kennen aan deze gemeenten. In totaal komen we dan op 779 geschatte huisartsen, tegen 780 in werkelijkheid.

Bronnen: Verpleeghuis, algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen: NZI, Instellingen van intramurale gezondheidszorg, 1-1-1982

Verzorgingstehuis, wijkverpleging, gecoördineerd bejaardenwerk en bejaardenwoningen: vooronderzoek NIPG, 1982.

Gezinsverzorging: Centrale Raad van gezinsverzorging (6e periode 1982)

Huisartsen: Lisz jaarboek 1981

Tabel 3

Relatieve capaciteit bejaarden- en gezondheidsvoorzieningen: capaciteit per 1000 bejaarden/1000 totale bevolking

Regio									
Voorziening	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant	Nederland
- Verpleeghuis									
somaatich	10,5	15,7	10,7	21,0	14,5	16,8	19,8	15,2	
p.g.	10,1	6,9	8,8	12,5	6,1	8,8	9,4	8,8	
- dagbehandeling									
somaatich	0,82	0,51	0,46	0,79	1,07	1,18	0,87	0,81	
p.g.	0,64	0,51	0,59	0,62	0,98	0,52	0,65	0,61	
- Verzorgingstehuis	70,1	76,2	88,3	68,2	79,2	77,9	90,0	78,3	
- gezinsverzorging	18,3	27,5	29,4	23,6	30,5	25,9	29,7	26,4	
- wijkverpleging	3,7	3,9	4,2	4,0	4,9	4,0	4,2	4,1	
- gecoördineerd bej. werk	0,4	0,4	0,6	0,7	0,2	0,6	0,4	0,5	
- bejaardenwoningen	116,8	103,7	132,3	97,7	129,8	120,7	135,9	118,7	
- algemene ziekenhuizen	37,2	38,1	46,3	64,7	39,5	51,8	40,8	45,9	
per 1000 tot. bev.	3,9	3,9	4,3	6,2	3,1	4,7	3,3	4,3	
- psychiatrisch ziekenhuis	32,2	9,3	--	86,2	22,9	15,0	--	21,5	
per 1000 tot. bev.	3,4	1,0	--	8,2	1,8	1,4	--	2,0	
- huisartsen	3,6	3,8	3,9	4,1	4,7	3,9	4,6	4,0	
per 1000 tot. bev.	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	

Bevolking per 1-1-1982, Bron, PPD. Voor overige bronnen zie tabel met absolute capaciteit

Tabel 4.

Overzicht gewogen relatieve capaciteit en voorzieningen voor ouderen in Noord-Brabant.

Regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant
Verpleeghuis (incl. dagbeh.)	21,7	23,4	20,3	34,6	22,1	26,9	30,3	25,1
Verzorgingstehuis	21,0	22,9	26,5	20,5	23,8	23,4	30,0	23,5
Gezinszorg	5,5	8,3	8,8	7,1	9,2	7,8	8,9	7,9
Wijkverpleging	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4
Totaal	48,6	55	56	62,6	55,6	58,5	69,6	56,9
Index. tot. cap.	85,5	96,8	98,6	110,2	97,9	103,	122,5	100

Overzicht capaciteitsindexen van voorzieningen in Noord Brabant: gewogen relatieve geïndexeerde capaciteit.

<u>Verpleeghuizen</u>	Regio I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant
1. Index totale VPH cap. (excl. dagbehandeling)	85,9	94,2	81,3	139,7	85,9	106,7	121,8	100
2. Index som cap.	68,9	103,0	70,2	137,8	95,1	110,2	129,9	100
3. Index p.g. cap.	115,0	78,6	100,2	142,4	69,5	100,2	107,1	100
4. Index totale cap. (incl. dagbeh.)	86,4	93,1	80,8	137,7	88,0	107,1	120,6	100
<u>Overige voorzieningen</u>								
5. Index V.Z. tehuis	89,6	97,6	112,9	87,3	101,4	99,7	127,8	100
6. Index W.V. + G.Z.	70,8	104,4	110,4	90,0	116,4	98,4	116,6	100
7. Index tot. overige	84,5	99,2	112,1	87,9	105,2	99,2	123,4	100
8. Index totale cap.	85,5	96,8	98,6	110,2	97,9	103,0	122,5	100 *
verh. over voorz./verpleeghuis voorz.	0,98	1,07	1,38	0,64	1,20	0,93	1,02	1

*De totale relatieve gewogen capaciteit bedraag voor Brabant 56.9 en is als volgt berekend uit de relatieve capaciteit:

$$15,2 + 8,8 + (0,81 + 0,61) \times 0,75 + 78,3 \times 0,3 + 26,4 \times 0,3 + 4,1 \times 0,1$$

Tabel 6

Herkomst somatische patiënten, opgenomen in 1981

plaats van herkomst	regio I		regio II		regio III		regio IV		regio V		regio VI		regio VII		Brabant		Nederland	
	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.
eigen omgeving	48.6	35.7	54.6	25.2	47.1	27.1	51.9	28.7	50.9	21.5	60.7	20.4	47.7	22.6	52.7	25.1	55.1	29.0
bejaardenoord	70.0	5.1	70.3	9.6	50.0	3.2	60.0	2.7	71.4	5.7	64.5	5.2	83.3	3.1	67.0	5.1	67.1	4.7
ziekenhuis	61.3	54.1	58.0	61.8	61.4	68.5	60.9	67.3	59.4	69.1	64.4	72.2	65.2	70.8	61.7	67.2	65.7	62.9
dagbehandeling	42.9	3.6	62.5	2.1	0.0	0.3	0.0	0.3	66.7	3.7	25.0	1.3	66.7	1.5	48.7	1.6	45.1	1.2
andere erkende VPH	0.0	0.0	100.0	1.0	0.0	1.0	33.3	0.8	0.0	0.0	80.0	0.8	100.0	2.1	68.4	0.8	64.5	1.9
niet erkende VPH	33.3	1.5	0.0	0.3	0.0	0.0	100.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	40.0	0.2	66.1	0.3

Herkomst p.g. patiënten, opgenomen in 1981

plaats van herkomst	regio I		regio II		regio III		regio IV		regio V		regio VI		regio VII		Brabant		Nederland	
	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.
eigen omgeving	63.3	28.9	63.0	25.7	65.5	41.1	73.3	41.1	45.8	42.1	55.6	40.9	64.7	29.8	60.7	36.6	61.9	35.7
bejaardenoord	70.8	23.1	76.9	12.4	61.5	9.2	90.9	15.1	62.5	14.0	71.7	21.9	50.0	21.1	70.2	17.2	73.4	13.8
ziekenhuis	79.0	36.5	42.3	24.8	68.2	31.2	54.6	30.1	55.6	31.6	52.7	30.6	36.4	19.3	58.4	29.9	60.9	35.3
dagbehandeling	58.3	11.5	67.7	32.4	62.6	11.4	50.0	2.7	71.4	12.3	66.7	1.2	71.4	12.3	65.4	10.4	57.8	4.4
andere erkende VPH	0.0	0.0	25.0	3.8	80.0	7.1	57.1	9.6	0.0	0.0	81.8	4.6	80.0	17.5	71.4	5.4	71.9	9.5
niet erkende VPH	0.0	0.0	100.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	50.0	0.8	0.0	0.0	50.0	0.5	74.2	1.3

Per plaats van herkomst wordt het percentage vrouwen en het percentage van de categorie in het totaal weergegeven.

Bron: Sivilis.

Tabel 7

Gemiddelde leeftijd opgenomen patiënten en gemiddelde leeftijd aanwezige patiënten op basis van klassegemiddelden

Regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant
Leeftijd bij eerste opname	77,5	76,3	74,3	76,3	74,8	75,4	75,2	75,6
Leeftijd aanwezige Som. p.	76,5	77,0	73,6	76,5	76,1	75,3	70,1	75,4
Leeftijd aanwezige P.G. p.	78,3	80,1	79,8	80,6	80,4	79,5	81,0	79,8

Tabel 8

Ontslagen patiënten: gemiddelde verpleegduur alle patiënten, percentage overleden en gemiddelde verpleegduur overleden patiënten

Regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant	Nederland
Gem. verpleegduur (dagen)									
somatisch	438,0	448,0	413,1	351,4	309,1	392,2	496,2	402,3	351
psychogeriatrisch	649,4	1026,4	566,9	825,8	580,3	586,3	1075,7	718,5	764
Overleden somatisch %	66,0	61,8	53,8	46,7	47,8	45,4	42,9	51,3	45,9
gem. verpleegduur (dagen)	560,8	589,1	566,2	488,5	422,6	623,6	525,6	554,9	519
Overleden psychogeriatrisch %	81,1	80,9	67,2	65,0	71,7	74,2	80,0	72,5	72,8
gem. verpleegduur (dagen)	771,9	1176,5	703,9	1003,8	764,0	703,3	1093,2	858,2	952

Tabel 9

Bestemming definitief ontslagen patiënten in 1981

Somatisch

plaats van bestemming	regio I		regio II		regio III		regio IV		regio V		regio VI		regio VII		Brabant		Nederland	
	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.
eigen omgeving	63.6	16.0	53.3	19.4	48.3	25.7	60.3	30.7	62.5	22.9	65.8	30.0	43.8	15.1	58.8	24.5	64.0	30.9
bejaardenoord	79.0	9.2	75.0	7.0	51.9	7.8	65.4	6.6	75.8	13.5	68.8	12.6	80.0	11.8	70.2	9.7	73.0	8.4
ziekenhuis	53.9	6.3	51.4	8.8	69.4	10.4	57.1	14.2	55.6	7.4	65.5	9.5	57.6	15.6	59.8	10.3	64.3	9.0
dagbehandeling	33.3	1.5	33.3	1.5	60.0	1.5	0.0	0.0	37.5	6.5	75.0	0.7	60.0	7.1	50.0	2.0	45.5	1.6
andere erkende VPH	100.0	0.5	66.7	1.5	66.7	0.9	75.0	1.0	60.0	2.0	66.7	2.0	64.3	6.6	66.7	1.9	68.3	3.0
niet erkende VPH	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.1	73.7	0.1
einde machtiging	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	33.3	0.1	65.6	0.7
overleden	53.7	66.0	57.7	61.8	57.0	53.8	48.9	46.7	51.3	47.8	60.8	45.4	53.9	42.9	55.7	51.3	57.7	45.9

Psycho Geriatrisch

plaats van bestemming	regio I		regio II		regio III		regio IV		regio V		regio VI		regio VII		Brabant		Nederland	
	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.	% v	% tot.
eigen omgeving	50.0	4.4	0.0	1.1	81.8	9.2	62.5	10.0	33.3	5.0	52.4	13.2	0.0	0.0	58.3	7.4	54.5	9.7
bejaardenoord	50.0	6.7	100.0	2.1	75.0	6.7	33.3	3.8	100.0	1.8	66.7	3.8	100.0	2.2	66.7	4.2	61.1	2.4
ziekenhuis	75.0	13.3	50.0	6.4	58.3	10.1	71.4	17.5	66.7	5.0	66.7	5.7	66.7	6.7	66.1	9.1	62.5	9.1
dagbehandeling	66.7	3.3	50.0	8.5	80.0	4.2	0.0	0.0	33.3	15.0	33.3	1.9	0.0	2.2	48.3	4.5	53.1	2.1
andere erkende VPH	0.0	0.0	0.0	1.1	33.3	2.5	66.7	3.8	0.0	1.8	100.0	1.3	75.0	8.9	57.1	2.2	64.5	3.6
niet erkende VPH	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.1
einde machtiging	100.0	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.2	66.7	0.1
overleden	68.8	81.1	59.2	80.9	63.8	67.2	51.9	65.0	53.5	71.7	55.9	74.2	38.9	80.0	57.6	72.5	62.0	72.8

Bron: Sivilis

Tabel 10

Bezettingsgraad en doorstroming per regio in 1981

Regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant
Bezettingsgraad	99,5	98,9	99,3	97,8	95,2	97,2	93,7	97,6
Doorstroming								
Somatisch	0,84	0,68	0,95	0,83	0,82	0,86	0,77	0,82
P.G.	0,38	0,37	0,40	0,28	0,48	0,43	0,35	0,38

Bronnen : bezettingsgraad: NZI, Instellingen van intramurale gezondheidszorg, 1-1-1982

doorstroming : berekend op basis van SIVIS-gegevens: aantal ontslagen pat./aant. gem. beschikbare bedden.

INVENTARISATIE VAN SAMENWERKING TUSSEN VERPLEEGHUIZEN EN ANDERE
VOORZIENINGEN IN NOORD-BRABANT

Tweede tussentijds verslag verpleeghuisonderzoek
Noord-Brabant betreffende de enquête

M. Kastelein

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg - TNO

Leiden

maart 1984

INLEIDING

Dit verslag heeft betrekking op de schriftelijke vragenlijst over de samenwerking van verpleeghuizen in Noord Brabant.

In het onderzoek naar de invloed van samenwerking van verpleeghuizen met overige voorzieningen op het functioneren werd met deze vragenlijst beoogd om te inventariseren welke verpleeghuizen op enigerlei wijze samenwerken. Ook hoopten wij langs deze weg al enige nadere informatie te verwerven over de aard van eventuele samenwerking, naar inhoud en naar betrokken functionarissen en voorzieningen. Tenslotte werden enkele vragen gesteld over de gang van zaken tussen het moment van aanvraag voor opnemning tot aan de daadwerkelijke opname.

De vragenlijst had een globaal karakter en bevatte geen gedetailleerde uitwerking. Pas in de geplande interview-fase zal een verdere detailering plaatsvinden.

De opbouw van dit verslag is als volgt:

1. Een samenvattende beschouwing gaat aan de inhoudelijke bespreking vooraf.
2. De centrale thema's, uitgewerkt in vragen- worden besproken, waarbij de achterliggende gedachtengang wordt toegelicht.
3. De organisatie, de procedures en de uiteindelijke gang van zaken worden kort beschreven.
4. De resultaten worden gepresenteerd voor de provincie als geheel.
 - de indikatiestelling
 - samenwerking met de eerste lijn
5. Samenwerkingsscores van verpleeghuizen worden nader onderzocht.
 - samenwerking met de tweede lijn
 - samenwerking met verzorgingstehuizen
 - opvatting t.a.v. samenwerking.

1. SAMENVATTENDE BESCHOUWING

Zoals in de inleiding al werd aangegeven is het doel van de vragenlijst bescheiden geformuleerd: inventarisatie van samenwerkingssituaties en verwerven van enig inzicht over de aard naar inhoud en betrokken deelnemers, alsmede over de gang van zaken tussen aanmelding tot opneming. In deze nabeschuwing zal nagegaan worden of de vragenlijst ook werkelijk de functie heeft vervuld die beoogd werd. Achtereenvolgens wordt kort ingegaan op de onderwerpen zoals die in het verslag in hoofdstukken zijn opgenomen.

1.1. De opzet van de inventarisatie-fase

De 31 verpleeghuizen hebben reeds in een vroeg stadium informatie gekregen over het ophanden zijnde onderzoek, zowel vanuit het NZI als vanuit het NIPG. Het NZI verstuurde een zogenaamde "schiftings-enquête" waarin gevraagd werd of het betrokken verpleeghuis mee wenste te doen (twee weigerden) en of men samenwerkt met een verzorgingstehuis (in zes verpleeghuizen was dit niet het geval).

Een verschil van mening over de betrokkenheid van de Provinciale Kontaktgroep van de NZR met de Provinciale Griffie gaf aanvankelijk enige vertraging. Na een oplossing werd de volle medewerking van de NZR verkregen en werd een onderzoeker in de gelegenheid gesteld om in een aantal regionale vergaderingen van verpleeghuisdirecties het onderzoek toe te lichten. In eerste instantie werd de helft van de 30 vragenlijsten geretourneerd, terwijl na een telefonisch contact nog slechts één vragenlijst ontbrak. De verpleeghuizen hebben geen van allen gebruik gemaakt van de mogelijkheid om "eigen vragen" in het onderzoek mee te laten nemen of van de mogelijkheid tot een persoonlijk gesprek met de onderzoekers. Gekonkludeerd kan worden dat de organisatorische opzet bevredigend heeft gewerkt, hoewel de geplande tijd werd overschreden.

1.2. De ontworpen vragenlijst

Voor zover ons bekend heeft een dergelijk onderzoek naar interorganisatiele samenwerking nog niet eerder plaatgevonden. Daarom moest de gehele aanpak vanaf de grond ontwikkeld worden.

De vraagstelling werd in een aantal stappen uitgewerkt en intensief besproken met collega-onderzoekers, met de begeleidingskommissie en met enkele in het veld werkzame functionarissen, waarbij ook een proefonderzoek met de vragenlijst plaatsvond.

Een komplikatie vormde de wens om de (landelijke) vragenlijst van het NZI en de NIPG-vragenlijst zo goed mogelijk te integreren ondanks een verschil in doel van beide onderzoeken.

Met het oog op de verwerkbaarheid werd ernaar gestreefd om - waar mogelijk - vragen met gesloten antwoord-kategorieën te gebruiken. Toch bleek op enkele punten een open vraag onvermijdelijk.

Uit het respons van vragenlijsten en uit gesprekken met enkele invullers is de indruk dat:

- de vragenlijst beantwoorden vrij veel tijd kostte, vooral wanneer sprake was van een wat gekompliceerde situatie van een verpleeghuis;
- de meeste vragen inhoudelijk wel beantwoord konden worden zonder al te veel problemen.

De vragen waarmee problemen ontstonden zijn vooral de open vragen die o.a. betrekking hebben op het besluitvormingsproces vanaf aanmelding tot aan daadwerkelijke opname in een verpleeghuis.

De reden voor de keuze van een open vraagstelling was gelegen in de diversiteit in de praktijk van de indikatiestelling, zoals uit eerder onderzoek van de NZR is gebleken. Door ons werd verondersteld dat een eigen beschrijving door elke invuller de meeste kans op inzichtelijkheid zou geven. De huidige resultaten zijn wat onbevredigend:

- sommige invullers zijn uiterst summier geweest in hun beschrijving;
- het is denkbaar dat een overeenkomstige gang van zaken verschillend is weergegeven: de een is wellicht vlotter met de pen dan een ander.

De vragen zijn - vanuit "technisch oogpunt" bezien - onvoldoende scherp toegespitst. Bovendien werd in één zin gevraagd om verschillende aspecten in de beantwoording mee te nemen. De zinsopbouw is wellicht te gekompliceerd geworden.

Toch ontstaat de indruk dat er ook een inhoudelijke oorzaak aan de problemen ten grondslag ligt: a) er bestaat een veelheid aan "unieke werkwijzen"; b) bovendien bestaat er weinig eensgezindheid over de inhoud van een bepaald begrip.

In de verwerking bleken ook enkele andere vragen aanleiding te geven tot interpretatie-problemen. Bijvoorbeeld valt op dat een groot aantal directeuren deel neemt aan de huisbezoeken, aan de "indikatiestelling", aan de besluitvorming over de opname-noodzaak enzovoorts. Dit lijkt niet direkt de meest voor de hand liggende taak als directeur, en wordt pas begrijpelijk wanneer blijkt dat sprake is van een gekombineerde functie als directeur én verpleeghuis-arts. Ook hier lijkt de konklusie gerechtvaardigd dat in het veld niet overal duidelijkheid bestaat over onderscheidbare functies.

Tenslotte lijken twee algemenere konklusies te trekken uit de gevonden resultaten met behulp van deze vragenlijst:

- ten aanzien van aspecten die een gehele organisatie betreffen zoals samenwerking en processen rond opneming, is het wel de eenvoudigste maar zeker niet de ideale weg, om te werken met een vragenlijst die - meestal, naar wij vermoeden - door een funktionaris wordt ingevuld die niet overal zelf bij betrokken is;
- ten aanzien van globale of inhoudelijk onduidelijke concepten zoals "samenwerking", "indikatiestelling" of "organisatorische combinatie" is het gebruik van vragenlijsten eigenlijk een werkwijze waarmee weinig méér dan globale inventariserende informatie kan worden ingewonnen. Aanvullende meer kwalitatieve informatie is onontbeerlijk.

1.3. De inhoudelijke resultaten

Zoals al in de vorige paragraaf werd gesteld, is er een brede variatie in werkwijze in het proces tussen aanmelding en daadwerkelijke opneming te vinden. Toch lijkt er een zekere hoofdlijn wel te onderscheiden en deze wordt bij het merendeel van de verpleeghuizen meer of minder uitgebreid aangetroffen. Dit schema wordt bij de resultaten beschreven.

Overleg en/of samenwerking met andere voorzieningen ten aanzien van dit proces vindt op vrij bescheiden schaal plaats en beperkt zich dan meestal tot een bepaalde stap in dat proces.

Gegeven de hoeveelheid verschillende voorzieningen waarvan, door bejaarden gebruik wordt gemaakt, is het denkbaar dat verpleeghuizen a.h.w. door de

bomen het bos niet meer zien! De indruk is dat het verpleeghuis toch vaak tamelijk geïsoleerd funktioneert en sterk op het eigen (interne) funktionseren is gericht. Wel zijn enkele uitschieters zichbaar, zowel met zeer veel aangekruiste vormen van overleg en/of samenwerking, als met zeer weinig relaties.

In mindere mate lijken ook de regio's I, III en VI als geheel en hechter netwerk van relaties tussen voorzieningen te vertonen dan andere regio's. Met nadruk moet echter gesteld worden dat deze resultaten met de nodige voorzichtigheid moeten worden gezien. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat het overleg alleen daar ontstaat, waar de gewenste spontane kontakten stagneren. Eveneens is denkbaar dat wat de één aanduidt als samenwerking, door de ander niet als zodanig wordt benoemd en dan enigszins buiten ons gezichtsveld valt. Pas een nader onderzoek kan dergelijke vragen beantwoorden.

Een samenwerkingsrelatie tussen verpleeghuis en verzorgingstehuis(s) (zen) ligt in de lijn der verwachtingen en blijkt ook in ongeveer de helft van de verpleeghuizen gerealiseerd.

Onze indruk is dat verpleeghuizen die samenwerken over het geheel genomen ook wat enthousiaster zijn over de ervaring daarmee, dan de verpleeghuizen die hiermee weinig of geen ervaring hebben. De verschillen zijn echter niet erg groot. Dit duidt erop dat de wenselijkheid soms "met de mond wordt beleden", zonder dat dit tot aanwijsbare actie leidt.

Opvallend is het grote aantal verpleeghuizen dat zegt te streven naar verdere samenwerking in de toekomst. Het merendeel van de verpleeghuizen is dan ook positief gestemd over de initiatieven van de rijksoverheid. Wel worden nog veel knelpunten en belemmeringen verwacht, veelal van wet- en regelgevende aard, deels ook op het vlak van de realiseerbaarheid qua financiën en personeel. Als termijn van realisering wordt vaak gedacht aan vijf tot tien jaar.

Wanneer scores worden gemaakt van de uitspraken over onderwerpen waarover overleg of samenwerking plaatsvindt komen enkele opvallende tendensen aan het licht. Het blijken vooral verpleeghuizen met (deels) psychogeriatrische patiënten te zijn die vaker samenwerken (tweemaal zo vaak als verpleeghuizen met somatische patiënten). Een grotere mate van de aangeduide samenwerking blijkt bovendien vaak zowel de extra- als intra-

murale zorg te betreffen, hetgeen doet vermoeden dat sprake is van een positieve houding meer in het algemeen. Voorts valt op dat samenwerking met extramurale voorzieningen vaker gericht is op vraagstukken rond de patiënt en de gewenste aanpak, terwijl samenwerking met intramurale voorzieningen wat vaker betrekking heeft op beleidsmatige zaken en op doelmatig gebruik van middelen.

Tenslotte - nu reeds vooruitlopend op de koppeling met de resultaten in het eerste tussentijdse verslag - lijkt er een tendens dat de samenwerking van verpleeghuizen met extramurale voorzieningen vooral optreedt in regio's met wat lagere relatieve verpleeghuis-kapaciteit. Een wat sterkere gerichtheid op intramurale voorzieningen daarentegen, lijkt gevonden te worden in regio's met een wat ruimere relatieve capaciteit in verpleeghuizen.

1.4. Konklusie en aanduiding van volgende stappen

Met inachtneming van de bescheiden doelstelling om tot een inventarisatie van samenwerkingssituaties te komen en enig inzicht te verwerven in hun aard, kan thans gekonkludeerd worden dat de vragenlijst, ondanks alle beperkingen, voldoende aanknopingspunten biedt voor verdere stappen in het onderzoek, zoals ook was gepland.

Het hier gepresenteerde materiaal zal in de volgende fase gekoppeld worden aan de statistische gegevens betreffende patiëntkenmerken uit het SIVIS-bestand. Naast deze bureau-aktiviteiten zal een keuze gemaakt worden om een beperkt aantal samenwerkingsrelaties meer diepgaand te onderzoeken. Dit gebeurt door interviews met de betrokken partners. Het aksent ligt dan meer op een nauwkeuriger beschrijving van de samenwerking, de knelpunten en ervaren opbrengsten, gezien vanuit de deelnemers.

Opgemerkt wordt tenslotte dat ten opzichte van de planning enige achterstand is ontstaan. Dit neemt niet weg dat gestreefd wordt naar afronding van het onderzoek binnen de gestelde termijn, dit met het oog op de belangen van de opdrachtgever.

2. DE VRAAGSTELLING, CENTRALE THEMA'S EN UITWERKING

De centrale vraag in de inventarisatie is:

welke verpleeghuizen in Noord Brabant werken samen met andere voorzieningen en welke voorzieningen betreft dit dan?

Gegeven de doelstelling van het verpleeghuisonderzoek is verder vooral die samenwerking van belang, die invloed zou kunnen hebben op opnamen in en ontslagen uit verpleeghuizen, in relatie met andere voorzieningen.

Wij verstaan onder samenwerking alle geregelde situaties waarin wederzijds werkafspraken worden gemaakt, dan wel gezamenlijk taken worden uitgevoerd.

N.B. Een incidenteel verwijskontakt noemen we dus geen samenwerking.

Opgemerkt wordt dat wij formalisering minder belangrijk vinden, dan of men in de praktijk tot afspraken komt.

De reden van de zeer ruime omschrijving van het begrip "samenwerking" is de onduidelijkheid van de inhoud: de één noemt een frekwent en goed kontakt tussen verwijzer en verpleeghuis al samenwerking, terwijl een ander het begrip reserveert voor geformaliseerde relaties, ongeacht of deze goed lopen of niet.

Wij omschrijven *indikatiestelling* als het gehele proces na de aanvraag voor opname in het verpleeghuis tot aan de eventuele daadwerkelijke opneming van een patient.

N.B. Dit proces omvat de aanmelding, de beoordeling van de situatie, de formele indikatiestelling, de urgentiebepaling en de uiteindelijke opname.

Ook hier is de overweging voor de brede omschrijving vooral gelegen in de geringe eensgezindheid over wat onder het begrip indikatiestelling dient te worden verstaan.

De vraagstelling valt uiteen in de volgende deelvragen:

- welk verpleeghuis betreft dit?
- hoe verloopt het proces vanaf aanvraag tot aan feitelijke opname?
- wordt samen gewerkt met andere voorzieningen (zowel extramuraal als intramuraal)?
- welke voorzieningen betreft het?
- in hoeverre kan de samenwerking van invloed zijn op de indikatiestelling, gegeven het doel of onderwerp?
- wat is de houding tegenover of ervaring met samenwerking?
- zijn er systematische verschillen tussen verpleeghuizen en/of regio's?

Inde vragenlijst zijn deze deelvragen nog verder uitgesplitst. De clusters van vragen die zo ontstonden zijn de volgende:

- a. Een algemeen gedeelte met enige feitelijke informatie over het betreffende verpleeghuis. Dit behoeft geen toelichting.
- b. Een cluster over de (brede) indikatiestelling:
 - . het bestaan van een centraal aanmeldingspunt;
 - . de procedures, fasen en instanties rond de indikatiestelling in bredere zin (open vraag);
 - . de rol van de Adviserend Geneeskundige in de formele indikatiestelling in kader van de AWBZ;
 - . een beschrijving van de opname-procedure.

Hier nauw mee verbonden waren vragen over:

- . al dan niet gemeenschappelijke wachtlijsten;
- . gemiddelde duur van het verblijf op de wachtlijst;
- . eventuele activiteiten vanuit het verpleeghuis voor wachtenden, familie of hulpverlening.

Deze vragen hadden primair ten doel om enig inzicht te krijgen in de feitelijke gang van zaken. Enkele vragen zouden in principe ook inzicht moeten kunnen verschaffen in samenwerking rond de indikatiestelling.

- c. Een cluster met vragen over de relaties van het verpleeghuis met de extramurale zorg:
- . stelt het verpleeghuis faciliteiten ter beschikking van andere voorzieningen;
 - . vervullen verpleeghuismedewerkers advies- of konsultatie functies ten behoeve van de extramurale zorg;
 - . vindt er overleg of samenwerking plaats (in de betreffende vraag werden inhoudelijke thema's en mogelijke partners aangegeven).
- d. Een cluster met overeenkomstige vragen als onder c. ten aanzien van andere verpleeghuizen en ziekenhuizen. In de vragen over de onderwerpen van overleg en samenwerking lag een zekere "hiërarchie" besloten (informatie-uitwisseling, patiëntbespreking, afspraken over gedragslijnen, afspraken over samenwerking, onderlinge afstemming van beleid).
- e. Een cluster met "evaluatie-vragen" over de ervaringen met samenwerking en de meer algemene houding ten opzichte van samenwerking.
- f. Een geheel afzonderlijk gedeelte met vragen had betrekking op de samenwerking tussen verpleeghuis en verzorgingshuis. Deze lijst is afkomstig van een landelijk onderzoek door het Nationaal Ziekenhuis Instituut en (met zeer kleine wijzigingen) opgenomen als vervanging voor oorspronkelijke vragen van het NIPG. De reden hiervoor was dat het zowel door het NIPG als door het NZI ongewenst werd geacht om in dezelfde periode twee verschillende vragenlijsten over samenwerking aan de verpleeghuizen te sturen. Onderhavige combinatie leek een bevredigende oplossing.
- Het onderzoek door het NZI heeft alleen betrekking op de relatie met verzorgingstehuizen, terwijl het NIPG-onderzoek ook andere soorten voorzieningen betreft. In het NIPG-onderzoek gaat de belangstelling uit naar samenwerking die van invloed kan zijn op opname en ontslag van patienten. Het NZI-onderzoek betreft allerlei onderwerpen van samenwerking in de relatie tussen verpleeghuis en verzorgingshuis.

3. DE ORGANISATIE, PROCEDURES EN GANG VAN ZAKEN

In een aantal stappen is de vragenlijst ontworpen, waarbij bespreking plaatsvond met collega-onderzoekers in het NIPG, het NZI, de Begeleidingskommissie voor het onderzoek en met enkele funktionarissen in het veld van verpleeghuizen (buiten Brabant), die leidden tot aanvullingen of verbeteringen.

In de NZI-opzet voor het landelijke onderzoek werd aan alle verpleeghuizen een aankondiging gestuurd met een antwoord-strookje of het betreffende verpleeghuis wel- dan niet samenwerkte met een verzorgingshuis (het zogenaamde schiftings-onderzoek) en of men mee wilde werken. Hierdoor werd het mogelijk om (voor wat betreft de samenwerking met verzorgingshuizen) met twee afzonderlijke en gerichte vragenlijsten te werken, ook in het NIPG-onderzoek.

Een tweetal verpleeghuizen gaf te kennen beslist niet mee te kunnen werken met als reden interne oorzaken. Deze werden ook door het NIPG niet benaderd.

De overige verpleeghuizen kregen circa twee weken voor de verzending een tweede aankondiging, waarin ook de combinatie van beide vragenlijsten werd toegelicht. Tevens kon het advies van de Provinciale Kontaktgroep van de NZR worden vermeld om mee te werken.

De verpleeghuizen werden voorts in de gelegenheid gesteld om eventuele eigen vragen kenbaar te maken, die dan in het onderzoek konden worden meegenomen. Hier werd geen gebruik van gemaakt.

In regionale bijeenkomsten van verpleeghuis-direkties werd het NIPG in de gelegenheid gesteld om het onderzoek kort toe te lichten en om eventuele vragen te beantwoorden.

De vragenlijst werd medio oktober verzonden. Ongeveer de helft van de vragenlijsten werd geretourneerd vóór het uitbreken van de poststaking. Eind november werden verpleeghuizen die nog geen vragenlijst teruggezonden hadden telefonisch benaderd met de vraag of zij een gesprek wensten met de onderzoekers. Uit deze kontakten bleek dat de poststaking gedeels de oorzaak van de vertraging was. Tevens bleek dat een aantal verpleeghuizen in deze periode met zeven (!) verschillende vragenlijsten geconfronteerd waren.

In één verpleeghuis bleek de vragenlijst niet aangekomen te zijn. Hier werd alsnog een exemplaar bezorgd.

Begin januari 1984 ontbrak één vragenlijst van een verpleeghuis dat medewerking toegezegd had. Op verzoek van de Begeleidingskommissie werden begin 1984 de drie verpleeghuizen die niet meededen opnieuw benaderd (telefonisch) met het verzoek alsnog mee te werken. Ten tijde van deze verslaglegging was nog geen van deze vragenlijsten terug gekomen.

De verwerking van de gegevens van de vragenlijsten is in het NIPG gebeurd. Tevens heeft het NZI de gegevens ontvangen voor de verwerking in het landelijk onderzoek.

Met de verpleeghuizen is overeengekomen dat de resultaten zodanig zullen worden gepresenteerd, dat de onherkenbaarheid van afzonderlijke voorzieningen is gegarandeerd, tenzij nadrukkelijk toestemming wordt gegeven voor identifikatie.

4. BELANGRIJKSTE RESULTATEN SAMENGEVAT VOOR DE PROVINCIE ALS GEHEEL

Op het moment van deze tussentijdse rapportage waren vragenlijsten ontvangen betreffende 28 van de in totaal 31 verpleeghuizen in het bestand.

De drie verpleeghuizen die resteren zijn bestemd voor somatische patiënten en liggen elk in een andere regio.

De bespreking van de resultaten zal thema-gewijs plaatsvinden.

4.1. De vragen over het proces tussen aanmelding en opneming

a. Aanmelding:

Voor somatisch zieken wordt door geen enkel verpleeghuis melding gemaakt van een centraal of gezamenlijk aanmeldingspunt.

Voor psycho-geriatrische patiënten is dit wel het geval in drie regio's.

b. Formele indikatiestelling i.v.m. de AWBZ:

De formele indikatiestelling en het afgeven van een machtiging door de Adviserend Geneeskundige, vindt bijna even vaak plaats na de feitelijke opneming, als daaraan voorafgaand. Met name voor psycho-geriatrische patienten vindt de indikatiestelling vrijwel steeds vóóraf plaats.

Overleg tussen Adviserend Geneeskundige en verpleeghuis wordt door twee verpleeghuizen gemeld als incidenteel voorkomend.

c. Procedures ter beoordeling van een aanvraag en gang van zaken rond opneming:

In de vragenlijst werd een onderscheid gemaakt tussen de beoordelingsprocedures* en de gang van zaken rond de feitelijke opneming**. Beide vragen waren "open" d.w.z. gevraagd werd om zelf een beschrijving te geven.

* Hiermee doelen wij op de vaststelling van opname-noodzaak en/of urgentie-bepaling.

** Hiermee doelen wij op de besluitvorming over de plaatsing in het verpleeghuis en de stappen die vervolgens worden ondernomen.

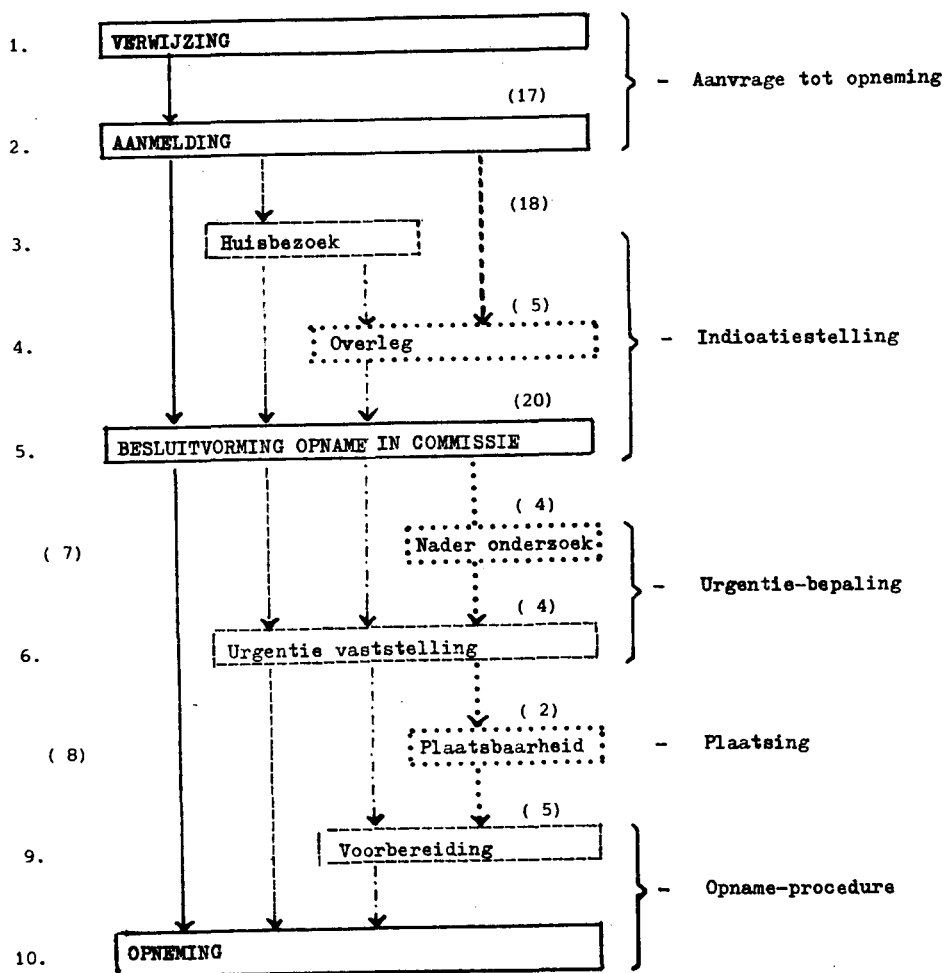
De beide vragen riepen blijkbaar veel verwarring op, gezien de zeer uiteenlopende wijze van beantwoording.

Zo denkt het ene verpleeghuis bij de "gang van zaken rond de opneming" aan de urgentie-bepaling en de hierbij betrokkenen, terwijl een ander de rondleiding door het verpleeghuis beschrijft die de familie krijgt op de dag van de feitelijke opneming.

De oorzaak van de verschillende interpretatie van de vraag is vermoedelijk tweeledig: blijkbaar was de vraag onvoldoende scherp toegespitst. Bovendien moet worden aangenomen, dat in het veld zelf sprake is van grote verschillen in betekenis die aan een gegeven begrip worden toegerekend. Een verklaring hiervoor is de wel zeer uiteenlopende gang van zaken: elk verpleeghuis heeft een eigen invulling van procedures, criteria, funktionarissen en organen die betrokken zijn in de besluitvorming.

Door de beide vragen/antwoorden te combineren kon uiteindelijk toch een rekonstructie plaatsvinden van een vrij algemeen voorkomende procesgang, waarop overigens veel variaties worden aangetroffen. De algemene procesgang wordt weergegeven in schema 1.

Schema 1. Stappen in het proces van aanmelding tot daadwerkelijke opneming¹



¹ De aantallen tussen haakjes duiden op het aantal verpleeghuizen dat in hun beschrijving van procesgang deze stap noemden.

Schema 1 kan als volgt worden toegelicht:

1. Vrijwel alle verpleeghuizen noemen als stap in het proces de verwijzing (vaak huisarts en specialist, minder vaak het (ziekenhuis) maatschappelijk werk).
2. Slechts enkele verpleeghuizen noemen het gebruik van een aanmeldingsformulier. Het is aannemelijk dat andere verpleeghuizen daarvan eveneens gebruik maken, doch dit niet hebben genoemd.

3. Vanuit 18 verpleeghuizen wordt geschreven dat na aanmelding een huisbezoek wordt afgelegd. (Er zijn redenen om aan te nemen dat dit ook in de meeste andere verpleeghuizen gebeurt).
 4. Door een beperkt aantal verpleeghuizen wordt melding gemaakt van extern overleg over de aanvraag, meestal na een eventueel huisbezoek. Het overleg wordt soms gevoerd met de behandelend arts, soms met andere instanties.
 5. In twintig verpleeghuizen wordt een kommissie genoemd als het punt waar beslissingen worden genomen. Hoewel er wel enige overeenkomst bestaat, zijn er toch aanzienlijke verschillen in de samenstelling (er worden twaalf soorten funktionarissen/disciplines genoemd: medicus, maatschappelijkwerker en (hoofd)verpleegkundigen komen vrijwel altijd voor) de taakstelling (variërend van een advies aan de directeur tot aan opstelling van behandelplannen en overleg met andere instellingen over de gewenste plaatsing) en de naamgeving (circa zeven namen zijn in omloop).
- In een drietal verpleeghuizen lijkt de besluitvorming geheel bij de verpleegarts of directeur te liggen, of tot stand te komen na "bilaterale kontakten".
6. Veel verpleeghuizen maken een onderscheid tussen voornoemde besluitvorming over de verpleeg-behoevendheid (de indikatie) en de vaststelling van de opname noodzaak (de urgentie) alhoewel soms dezelfde kommissie ook de urgentie-bepaling tot taak heeft. In feite is de urgentie in een groot aantal verpleeghuizen het doorslaggevende argument voor een spoedige opname. Twee verpleeghuizen hanteren hiertoe uitsluitend de volgorde op de wachtlijst.
 7. In enkele verpleeghuizen wordt vermeld dat het verzamelen van aanvullende informatie of observatie/screening deel uitmaakt van de procedure na de (eerste) besluitvorming.

8. Door een beperkt aantal verpleeghuizen wordt na de besluitvorming over de toestand en urgentie van de betrokkene, al dan niet door een kommissie, overlegd over de meest gewenste afdeling of plaats, dan wel over het behandelplan.
9. Een beperkt aantal verpleeghuizen maakt gewag van een huisbezoek aan de patiënt, waarin deze en/of de familie geïnformeerd wordt en voorbereid op de toekomstige opname. (Enkele verpleeghuizen besteden hier veel aandacht aan.)
10. Tenslotte volgt de feitelijke opneming. In veel verpleeghuizen bestaat een vrij vaste procedure voor de introductie en een eventuele rondleiding van de familie.

Tenslotte zij hier vermeld dat twee verpleeghuizen stellen dat de gehele besluitvorming in handen ligt van de uitvoerenden van de AWBZ, of dat de procedure niet kan worden beschreven omdat er geen vaste procedure is (één verpleeghuis).

d. Wachtlijsten:

In vier regio's wordt melding gemaakt van een gezamenlijke wachtlijst in de regio door verpleeghuizen, zowel voor somatische als voor psycho-geriatrische patiënten. Echter, blijkbaar zijn in sommige regio's andere verpleeghuizen niet van het bestaan op de hoogte, althans vermelden het niet. Vrijwel alle verpleeghuizen maken melding van patiënten die geïndiceerd zijn en wachten op opname, vaak bijgehouden op een wachtlijst.

Het aantal patiënten op de wachtlijst loopt voor somatische zieken niet erg sterk uiteen tussen 9 en 16 (\bar{x} = 12) patiënten, voor psycho-geriatrische patiënten echter wel: tussen 5 en 45 patiënten. Een uitzondering hierop wordt gevormd door de verpleeghuizen in één regio, waar een zo extreem hoog aantal wachtenden wordt gesignaleerd (80 somatische en 157 psycho-geriatrische) dat aangenomen

moet worden dat sprake is van een geheel andere interpretatie van onze vraag of een afwijkende procedure voor de plaatsing op de wachtlijst.

In dit verband moet opgemerkt worden dat men in sommige verpleeghuizen de mening is toegedaan dat het niet zinvol is om méér dan een korte lijst bij te houden. De overige patiënten worden niet (systematisch) geregistreerd. Voorts kunnen op de lijsten patiënten vóórkomen die ook voor een ander verpleeghuis zijn aangemeld, zodat dubbeltelling niet onmogelijk is. Ook blijkt in enkele regio's een RIAGG een rol te spelen die van invloed kan zijn op de wachtlijstlengte.

Om deze reden is voorzichtigheid bij dit soort gegevens geboden.

De gemiddelde duur van het verblijf op de wachtlijst loopt voor somatisch zieken matig uiteen tussen 3 en 8 weken (\bar{x} = 6 weken) en is aanmerkelijk korter dan voor psychogeriatrische patiënten, tussen 10 en 40 weken (\bar{x} = 23) waarbij ook grotere verschillen worden aangegeven.

Begeleiding of andersoortige activiteiten vanuit het verpleeghuis, gericht op geïndiceerde patiënten op de wachtlijst, op hun familie of de eerste lijn, blijken vrij zelden voor te komen. Als dat al gebeurt (4 maal) is vrijwel steeds sprake van incidentele situaties.

Bij een aantal verpleeghuizen wordt overigens wel aandacht geschonken aan de informatie over het verpleeghuis en voorbereiding van de patiënt en familie op de daadwerkelijke opname.

Dagbehandeling wordt door veertien verpleeghuizen genoemd als mogelijkheid voor wachtenden, alhoewel werd opgemerkt dat de dagbehandeling geen "parkeerplaats voor wachtenden" is.

4.2. Overleg en samenwerking tussen verpleeghuis en andere voorzieningen

Bij de vragen naar overleg of samenwerking was gekozen voor een vaste opbouw: a. komt samenwerking voor? b. ten aanzien van welke onderwerpen? en c. welk funktionarissen participeren in de samenwerking?

Desondanks kwam het vaak voor, dat enerzijds gezegd werd dat er *geen* samenwerking bestond (soms werd toegevoegd *niet* regelmatig), waarna toch inhoudelijk onderwerpen en participanten werden aangekruisd.

In onderhavige fase van het onderzoek is ervoor gekozen om een dergelijke beantwoording voorlopig te beschouwen als een situatie waarin *wel* samenwerking bestaat, doch vermoedelijk met een geringe intensiteit. De overwegingen hiertoe zijn, dat blijkbaar een min of meer adequaat kontakt bestaat wanneer nodig (zie de zeer brede omschrijving van samenwerking) en dat de vormgeving (en daarmee de intensiteit) pas in de interviewfase onderwerp van onze aandacht zal zijn.

In de vraagstelling ligt een zekere rang-ordening van samenwerkingssituaties besloten, lopend van "vrijblijvend" (algemene informatie-uitwisseling of simpel beschikbaar stellen van materiële faciliteiten) tot meer ingrijpend geachte samenwerking met gevolgen voor patiënten of voor het eigen gedrag of beleid.

Voorts valt bij de deelnemers een onderscheid te maken tussen de betrokken (interne) funktionarissen en (funktionarissen afkomstig uit) andersoortige voorzieningen "buitenshuis".

4.2.1. Relatie met extramurale zorg

a. Openheid van het verpleeghuis voor zijn omgeving:

- Gevraagd werd in hoeverre het verpleeghuis faciliteiten beschikbaar stelt voor andere vormen van zorg of andere gebruikers dan de eigen patiënten. Minder dan de helft van de verpleeghuizen (13) verzorgt een maaltijd-voorziening voor extramurale doeleinden (bejaarden in de omgeving). Wel moet hierbij worden bedacht dat de verpleeghuizen in 19 gemeenten liggen. Het is begrijpelijk dat in één gemeente niet twee verpleeghuizen dezelfde warme maaltijdvoorziening in één gemeente zullen onderhouden.

In acht verpleeghuizen wordt ruimte beschikbaar gesteld voor niet-verpleeghuis-activiteiten.

In negen verpleeghuizen wordt de mogelijkheid tot raadpleging van deskundigen in het verpleeghuis of het gebruik van technische faciliteiten geboden.

- Het vervullen van een vaste konsultatie-relatie met andere voorzieningen is een mogelijkheid om de specifieke deskundigheid ook ter beschikking te stellen van andere voorzieningen.

Vanuit het verpleeghuis bestaan konsultatieve of advies-relaties

met: - gekoördineerd bejaardenwerk (6 maal)

- ambulante geestelijke gezondheidszorg (4 maal)

- overige eerste lijns-voorzieningen (3 maal)

- verzorgingstehuis/bejaardenoord (19 maal)

Opgemerkt kan nog worden dat zowel een aantal verpleeghuizen, als verzorgingshuizen binnen één organisatorisch of bestuurlijk kader vallen (bijvoorbeeld een overkoepelende stichting).

- b. Een afzonderlijke vraag had betrekking op een reeks onderwerpen waarvan denkbaar is dat er overleg zal plaatsvinden tussen een verpleeghuis en extramurale voorzieningen:

Tabel 1. Overleg tussen verpleeghuizen en extramurale zorg over onderwerpen en deelnemende extramurale disciplines/funktionarissen¹

	Huis- arts	Maatschap- pelijk werk	Wijkver- pleging	Gezins- bejaar- denzorg	Gekoör- dineerd bejaar- denwerk	AGGZ; SPD/ SGD	Totaal
<u>uitwisseling van informatie</u> over mogelijkheden en onmo- gelijkheden van het ver- pleeghuis, c.q. andere voor- zieningen	15	11	13	10	8	10	67
<u>bespreking van bepaalde pro- bleemsituaties</u> rond opname of ontslag	15	12	11	5	3	8	54
<u>bespreking van mogelijkheden</u> <u>om een opname te voorkómen</u> of te bekorten	12	5	10	5	3	7	42
<u>het gebruik maken van de mid- delen of faciliteiten</u> van één van de voorzieningen door anderen	8	4	5	3	2	5	27
<u>de aanpak van een gezamen- lijke aktiviteit of projekt</u> (bijvoorbeeld tijdelijk)	2	2	5	3	1	3	16
<u>gezamenlijke afstemming van</u> <u>standpunten in verband met</u> <u>beleidszaken en planning</u>	2	2	3	3	3	5	18
Gesommeerd	54	36	47	29	20	38	224

¹ Het aantal in de kolommen geeft aan hoeveel van de 28 verpleeghuizen de betreffende mogelijkheid angekruist hebben.

Uit de tabel laten zich de volgende indrukken afleiden:

1. Ruim de helft van de verpleeghuizen wisselt min of meer regelmatig informatie uit met extramurale voorzieningen. In deze situaties zijn huisartsen het vaakst betrokken, maar ook andere soorten van zorgverlening doen mee.
2. Ook bespreking van probleemsituaties rond opname of ontslag wordt door ongeveer de helft van de verpleeghuizen genoemd als een onderwerp waarover overleg plaatsvindt, vooral met huisarts, maatschappelijk werk en wijkverpleging.
3. In iets mindere mate komt overleg voor met de extramurale zorg om opname te voorkomen of te bekorten.
4. De overige onderwerpen - gebruik van faciliteiten, gezamenlijke activiteiten en gezamenlijke afstemming van standpunten - komen betrekkelijk weinig voor.
5. De huisartsen zijn relatief ruim vertegenwoordigd in de overlegsituaties, evenals de wijkverpleging en de geestelijke gezondheidszorg en het algemeen maatschappelijk werk.
Het gekoördineerd bejaardenwerk en de gezins- en bejaardenzorg zijn wat minder vaak betrokken.

In een zevental verpleeghuizen wordt geen enkele vorm van overleg gemeld, terwijl in vier verpleeghuizen sprake is van overleg over een onderwerp met één discipline. Wij vermoeden dat deze huizen een hoofdzakelijk incidenteel contact hebben met de extramurale zorg.

Zeven verpleeghuizen hebben zeer veel onderwerpen en disciplines aangekruisd.

4.2.2. Overleg of samenwerking tussen verpleeghuis en verzorgingstehuis

In de vragenlijst kreeg de eventuele samenwerking tussen verpleeghuis en verzorgingshuis bijzondere aandacht. De vragen waren vrijwel geheel identiek aan de vragenlijst welke door het NZI in het landelijke onderzoek is verzonden. Te gelegenertijd zal een vergelijking tussen de gevonden resultaten met landelijke gegevens mogelijk zijn.

Op grond van de zogenaamde schiftingsenquête van het NZI, waarin werd gevraagd naar het wel of niet bestaan van "samenwerking" werd aan 23 verpleeghuizen een uitgebreide vragenlijst toegezonden over de bestaande samenwerking. Van de betreffende verpleeghuizen werden 22 vragenlijsten verwerkt. Bij verwerking bleken 6 lijsten geheel niet, of gedeeltelijk bruikbaar, daar zij niet of zeer ten dele waren ingevuld.

Aan 6 verpleeghuizen, die geantwoord hadden niet samen te werken met een verzorgingstehuis werd een verkorte vragenlijst toegezonden die deels overeenkomstige vragen bevatten, doch vooral gericht was op eventuele wensen, toekomstplannen enzovoort. Van deze verpleeghuizen werden alle vragenlijsten terug ontvangen.

In dit verslag zal vooral ingegaan worden op de aspecten die voor samenwerking rond opname en ontslag van belang geacht worden.

- a. Een tiental verpleeghuizen maken melding van een bestuurlijke en/of organisatorische combinatie met één of meer verzorgingstehuizen. Meestal is hun onderlinge afstand geografisch zeer gering of liggen zij op één terrein. In een viertal verpleeghuizen hiervan is sprake van een zodanig groot aantal gezamenlijk uitgeoefende functies, dat wellicht over een gedeeltelijke organisatorische integratie kan worden gesproken.
- b. De "keuze van de partner" in het samenwerkingsverband vloeit meestal voort uit de combinatie zelf: een bestuursvorm die verschillende instellingen overkoepelt (9 maal). Andere overwegingen zijn de geografische nabijheid (7 maal) en de persoonlijke relatie die bestaat tussen funktionarissen (6 maal).
- c. Als belangrijkste doelen komen naar voren de verbetering van de directe zorg voor de patiënt en de wederzijdse afstemming van functies (17 maal). Bedrijfsdoelmatigheid en beleidsontwikkeling zijn doelen die door ongeveer de helft van de respondenten eveneens als doel worden genoemd.
- d. Het overleg heeft vaak betrekking op opname of ontslag van patiënten (14 maal), over bepaalde probleem-patiënten, over gezamenlijke faciliteiten en over afstemming van standpunten en beleid (10 maal).

- e. Ten aanzien van de indikatiestelling en urgentiebepaling wordt door 11 verpleeghuizen overleg vermeld.
Door 15 verpleeghuizen wordt een plaatsingsoverleg genoemd, hetgeen in 7 situaties dezelfde overlegsituatie is als voor de indikatiestelling. Ten aanzien van de opnameprocedure wordt door 10 verpleeghuizen overleg gepleegd, overigens opnieuw overlappend met plaatsingsoverleg (6 maal).
- f. Ongeveer de helft van de verpleeghuizen melden overleg over, of samenwerking ten aanzien van dagbehandeling, screening van patiënten en fysiotherapie.

4.2.3. Relaties met de intramurale zorg

- a. Vanuit het verpleeghuis bestaan vaste konsultatieve relaties met algemene en psychiatrische ziekenhuizen (6), alsmede met andersoortige verpleeghuizen (4), met name de psycho-geriatrische.
- b. De meeste verpleeghuizen hebben vaste medisch-specialistische konsultentschappen. Gemiddeld betreft het bijna drie klinische specialismen en twee "overige" academici (apotheker, tandarts en ook radiologen komen vrij veel voor), afkomstig gemiddeld uit twee verschillende ziekenhuizen uit de omgeving. In feite wordt dit beeld nogal vertekend, doordat een 7-tal verpleeghuizen op één terrein met, of in de zeer nabije omgeving van een algemeen ziekenhuis ligt. (Meestal werd door deze verpleeghuizen opgemerkt dat "alle specialismen te konsulteren zijn gezien de nabijheid", zonder de specialismen aan te kruisen.) Een laatste opvallend gegeven is dat de betreffende konsulenten slechts in een beperkt aantal gevallen patiënten bezoeken, of spreekuur houden in het verpleeghuis zelf: veelal wordt de patiënt tóch in het ziekenhuis verwacht.
- c. De konsultentschappen blijken overwegend activiteiten te zijn vanuit de specialist als "vrije ondernemer": overleg of samenwerking met een ziekenhuis wordt in 11 gevallen door verpleeghuizen aangegeven. Enkele verpleeghuizen gaven een ontkennend antwoord, maar kruisten wel inhoudelijke onderwerpen aan.
Als onderwerpen van overleg en daaraan deelnemende funktionarissen werden de volgende resultaten gevonden (zie tabel 2).

Tabel 2. Overleg tussen verpleeghuizen en (algemene) ziekenhuizen naar onderwerp en deelnemende funktionaris/discipline¹

	bestuur/ directie	afd. hoofden	artsen/ paramed.	interne diensten	anderen	Totaal
- uitwisseling van kennis en ervaring in het algemeen	8	4	9	1	(MW) ²	23
- bespreking van bepaalde patiënten over gedragslijn of problemen	2	2	6	1	(3 MW) ²	14
- afspraken over opname, ontslag of terugplaatsing van patiënten	3	3	10	1	(3 MW) ²	20
- afstemming of samenwerking ten aanzien van opleiding	4	2	-	1		7
- het gezamenlijk gebruik van bepaalde faciliteiten of mogelijkheden	8	3	5	2	(lab)	19
- standpuntbepaling en afstemming van beleid en planning	10	1	5	1	(MW) ²	18
Totaal gesommeerd	35	15	35	7	9	101

¹ De getallen in de kolommen duiden het aantal verpleeghuizen aan die de betreffende mogelijkheid aangekruist hebben.

² (MW) = Maatschappelijk Werker

Enkele indrukken zijn:

Het overleg tussen verpleeghuizen en (algemene) ziekenhuizen is vrij beperkt voor wat betreft het aantal overlegsituaties (11). Het overleg wordt bovendien vooral gevoerd over wat meer algemene onderwerpen (uitwisseling kennis, afspraken over opname/ontslag, het gebruik van faciliteiten en standpuntbepaling). Hiermee hangt wellicht ook samen dat onverwacht veel deelname komt vanuit besturen en vooral directie.

d. In tabel 3. wordt enig licht geworpen op overlegsituaties tussen verpleeghuizen onderling.

Tabel 3. Overleg tussen verpleeghuizen onderling naar onderwerp en deelnemende funktionaris.¹

	Door direktie	Door artsen/ therapeuten	Door ver- pleging	Door interne diensten/ afdelingen	Totaal
- afspraken over het opname beleid van verpleeghuizen in de regio	10	12	1	1	24
- afspraken over taakverdeling en/of afstemming van functies	12	5	-	1	18
- gemeenschappelijke indikatie-commissie en/of urgentie-bepaling	1	3	-	1	5
- plaatsingsoverleg met andere verpleeghuizen	3	12	2	2	19
- samenwerking op het gebied van opleiding en/of deskundigheidsbevordering	17	13	16	3	49
- gezamenlijk gebruik van bepaalde diensten en/of faciliteiten	8	4	4	2	18
- afspraken over gezamenlijke standpuntbepaling inzake beleidsvragen	22	12	9	3	46

¹ De getallen in de kolommen duiden het aantal verpleeghuizen aan die de betreffende mogelijkheid hebben aangekruisd.

Onze indrukken zijn:

In vier verpleeghuizen (elk in een andere regio) is geen contact met andere verpleeghuizen of uitsluitend een contact in een gemeenschappelijk belangenbehartigend orgaan. Overigens is de deelname aan bijeenkomsten van de regionale subgroep van de Provinciale Kontaktgroep van de NZR niet door alle feitelijk daaraan deelnemende verpleeghuizen vermeld.

In een viertal gevallen is enige twijfel ontstaan over de beantwoording dat een bepaald onderwerp in onderling overleg aan de orde komt, daar slechts één verpleeghuis daarvan melding maakt terwijl de overige verpleeghuizen dat niet doen. Het betreft de eerste, vierde (2 regio's) en zesde uitspraak. Verdere informatie over het overleg tussen verpleeghuizen werd al vermeld onder sub-paragraaf over de procedures rond opnamen.

4.3. Prioriteitstelling, ervaringen en toekomstperspectieven

In een aantal vragen werd geprobeerd enig inzicht te verwerven in de prioriteit die door verpleeghuizen aan samenwerking wordt toegekend, de ervaringen die men heeft en (hier nauw mee samenhangend naar wij vermoeden), de eventuele toekomstplannen (immers, wanneer een verpleeghuis goede ervaringen heeft, zal mogelijk de prioriteit hoger gesteld worden en de verwachtingen positiever zijn.)

De vragen naar de prioriteit van samenwerking waren enigszins toegespitst op de extramurale zorg en op de verzorgingstehuizen.

4.3.1. De prioriteitstelling

Aan samenwerking wordt vooral door directies en iets minder vaak door besturen een hoge prioriteit toegekend. De invullers (vaak directieleden) menen in ongeveer de helft van de verpleeghuizen dat de staf een lagere prioriteit aan samenwerking toekent. In driekwart van de verpleeghuizen zou het "overige" personeel een matige tot lage prioriteit aan samenwerking toekennen.

Samenhangend met de prioriteit wenst het merendeel van de invullers voortzetting (15 maal) en intensivering (13 maal).

Wel wordt door vier verpleeghuizen gesteld dat de inbreng vaak zwaarder is vanuit het verpleeghuis, deels door het grotere verzorgingsgebied.

De verpleeghuizen die een korte vragenlijst ontvingen daar zij aan hadden gegeven (nog) geen ervaring te hebben met samenwerking, hebben wel vaak wensen in die richting. Slechts één verpleeghuis is hierover negatief. De wensen vertonen een zekere overeenkomst met de gerealiseerde situatie in de wel samenwerkende verpleeghuizen: wellicht zou vooral een zekere "achterstand" in de tijd als verklaring kunnen gelden, die direkt samenhangt met een verschil in prioriteitstelling. De niet-samenwerkende verpleeghuizen kennen zelf in hun beleid (met één uitzondering) een matige tot lage prioriteit toe aan samenwerking.

Bovendien worden meer belemmeringen genoemd om tot samenwerking te komen, vooral ook van interne aard.

4.3.2. De ervaringen met en houding tegenover samenwerking

Geprobeerd werd om de ervaring met samenwerking te doen "waarderen" met behulp van een vijftal uitspraken waarin een zekere ordening besloten lag van terughoudend/afstandelijk (onvermijdelijk maar helaas zelden zinvol) tot uitgesproken positief (zonder.....kan niet naar behoren functioneren).

Deze "schaal" werd afzonderlijk voor de extramurale zorg, de intramurale zorg en de verzorgingstehuizen gebruikt.

In de verwerking bleek dat een aantal verpleeghuizen de vraag niet had beantwoord (soms omdat de ervaring niet aanwezig was), terwijl andere enkele antwoorden hadden aangekruisd. Uit dit laatste gegeven moet worden gekonkludeerd dat de uitspraak niet door iedereen als een hiërarchie van elkaar uitsluitende mogelijkheden werden ervaren, zodat de uitspraken niet helemaal als een "schaal" functioneren.

Wel bleken de aangekruiste antwoorden steeds een aansluitend blok van opeenvolgende antwoorden te omvatten.

De ervaring met samenwerking laat zich uit navolgende tabel aflezen:

Tabel 4. Ervaringen met samenwerking met extramurale, en intramurale voorzieningen, alsmede met verzorgingstehuizen¹

	Extra- muraal	Intra- muraal	Verzorgings- tehuizen
zelden zinvol	1	3	-
nauwelijks zinvol voor ons	-	1	-
baat niet/schaadt niet	1 (4) **	-(1) **	1
de moeite waard	7	9	10
kan niet zonder	13	13	8
andere respondenten	22	25	16

¹ Het getal in de kolommen duidt op het aantal verpleeghuizen dat de betreffende mogelijkheid heeft aangekruist.

** Enkele verpleeghuizen reageerden met een vraagteken.

De konklusie lijkt gerechtvaardigd dat verpleeghuizen die ervaring hebben opgedaan met overleg of samenwerking, deze ook overwegend positief waarderen.

In een enkel geval werd opgemerkt dat de ervaring is dat samenwerking helaas zelden zinvol blijkt te zijn, hoewel de betrokkenen van mening zijn dat het verpleeghuis eigenlijk niet zonder kan. Dit is een aanwijzing dat doeltreffend samenwerken soms een moeizaam proces is.

Tenslotte werd een meer algemene houding ten opzichte van samenwerking gevraagd te beschrijven door middel van een zestal uitspraken, waarop als mogelijkheden "mee eens", "oneens" en "weet niet" kon worden gescoord. Er waren 2 negatieve, 2 dubbelzinnige en 2 positieve uitspraken. In tabel 5 worden de resultaten gegeven.

Tabel 5. Opvattingen over overleg en samenwerking in het algemeen¹

		mee eens	oneens	weet niet
(+)	a. Regelmatig overleg tussen verschillende voorzieningen is een uitstekend middel om tot een beter functionerende zorg te komen.	25	-	2
(-)	b. samenwerking kost teveel tijd en mankracht in verhouding tot de feitelijke opbrengst voor verpleeghuis en patient	4	15	9
(+/-)	c. samenwerking is belangrijker voor hulpverlener zelf, dan dat het de patient helpt.	2	17	8
(+/-)	d. samenwerking is zo zinvol dat het één van de belangrijkste doelstellingen behoort te zijn.	10	10	7
(+)	e. samenwerking kan een wezenlijke bijdrage leveren ter voorkoming of bekorting van een opname in een verpleeghuis	22	4	1
(-)	f. samenwerking wordt vaak gebruikt ter behartiging van de belangen van de eigen instelling.	14	9	4

¹ Het getal in de kolom duidt op het aantal verpleeghuizen dat de betreffende mogelijkheid heeft aangekruist.

Hoewel uit de tabel valt te konkluderen dat de opvatting over samenwerking geheel genomen positief is, vooral voor wat betreft de verhouding mankracht/tijd (b) en effect voor de patiënt (a, c en d), valt de score op uitspraak (f) op: blijkbaar vindt in het overleg toch ook een stuk "belangenbehartiging" plaats.

Inhoudelijk is met name de vijfde uitspraak interessant, waar verpleeghuizen in meerderheid het eens zijn, met de stelling dat samenwerking wezenlijk kan bijdragen aan het voorkomen of bekorten van een opname.

4.3.3. Toekomstperspectieven

In 13 verpleeghuizen wordt gedacht over verdere ontwikkeling van de samenwerking met verzorgingstehuizen. Opvallend vaak wordt daarbij gedacht aan de uitbouw van een ondersteunende functie vanuit het verpleeghuis naar het verzorgingstehuis en soms ook naar de eerstegezondheidszorg.

Als grootste problemen van *externe aard* worden de wet- en regelgeving (12 maal), opleiding (8 maal) en verschil in werkgebied genoemd.

Interne problemen liggen vaak op het gebied van de wederzijdse onbekendheid met elkaars (on)mogelijkheden) en het streven naar handhaving van de eigen identiteit.

De termijn waarop men hoopt verdere samenwerking te realiseren verschilt nogal (van enkele maanden tot circa 10 jaar). Over het geheel genomen kan gesproken worden van een middellange termijn van 5 tot 10 jaar.

Vrijwel alle samenwerkende verpleeghuizen spreken zich positief uit over het streven van de rijksoverheid om samenwerking van het verpleeghuis verder te stimuleren. Toch ziet een groot aantal verpleeghuizen wel een reeks knelpunten in het verschiets, vooral op het gebied van de wet- en regelgeving, maar ook op het punt van de financiering, de druk op het personeel en beschikbare tijd.

De niet-samenwerkende verpleeghuizen zijn in vier gevallen nogal terughoudend over het overheidsbeleid waarin samenwerking wordt gestimuleerd. Twee verpleeghuizen spreken zich wel in positieve zin uit.

5. SAMENWERKINGSSCORES OP VERPLEEGHUIS-, REGIO- EN PROVINCIAAL NIVEAU

5.1. Verpleeghuis-niveau

In de vragenlijst zijn een aantal overeenkomstige uitspraken opgenomen, betreffende onderwerpen, ten aanzien waarvan overleg of samenwerking bestaat tussen verpleeghuis en eerste lijn, verzorgingstehuis, algemeen ziekenhuis of verpleeghuis.

Het betreft algemene informatie-uitwisseling en gezamenlijke standpuntbepaling, overleg over bepaalde problemen rond patienten en over opname of ontslag, consultatie en samenwerking ten aanzien van opleidingen en gezamenlijk gebruik van faciliteiten.

Bij de verwerking werd aan een positief antwoord een score 1 toegekend, bij een ontkennend antwoord een score 0. Enkele vragen bestonden uit meerdere deel-onderwerpen, waarbij een gemiddelde score werd berekend.

Per verpleeghuis werden de vragen eerst gegroepeerd naar samenwerking met de eerste lijn en met verzorgingstehuizen tegenover samenwerking met andere verpleeghuizen en met ziekenhuizen. Hierna werden de scores gesommeerd per groep en voor de intramurale en extramurale zorg te zamen. Beide groepen bevatten even veel uitspraken welke aangekruist kunnen worden.

5.2. Regio- en provinciaal niveau

Om tot regio-vergelijking over te kunnen gaan werden de verpleeghuis-scores per antwoord gesommeerd en vervolgens gedeeld door het aantal verpleeghuizen. Aldus ontstonden regio-gemiddelden per uitspraak.

Voor de provincie als geheel werd dezelfde werkwijze toegepast, zodat het provinciale gemiddelde tevens het gewogen gemiddelde van de regio's is, uitgedrukt als een percentage positieve antwoorden in verhouding tot alle antwoorden.

In de onderhavige versie is nog geen rekening gehouden met een later ontvangen vragenlijst uit regio VII. Om deze reden wordt regio VII afzonderlijk behandeld.

De gevonden regioscores worden hierna weergegeven in een tabel.

Tabel 6. Vergelijking van de samenwerkingsscores van zeven regio's en het gewogen gemiddelde voor Brabant extra- en intramuraal naar item.

	regio								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	abs.	Brabant
item									
I. EXTRAMURAAL									
ruimte	/	.5	.7	/	.3	.3	1.0	9	.30
maaltijden	.5	.5	.3	.2	.7	.7		12	.46
therap. fac.	1.0	.3	.3	.2	.3	.3		9	.35
deskundigheid	.5	.2	.7	.2	.3	.3		8	.31
....	(5)	.2	.3		.3	.3		4	.16
gem. score	.4	.4	.5	.1	.4	.4	.2	8.4	.31
Overleg: alg.	1.0	.3	1.0	.5	.7	.7	1.0	17	.61 ⁵
standpuntbep.	.5	.2	.7	.3	.3	.3	1.0	10	.34 ⁶
middelen-gebr.	/	.2	.7	.3	.3	.5	1	10	.34 ⁵
gez. projekt	1.0	.2	.3	.3	.7	.3	1	11	.38 ⁵
Pat. problemen	1.0	.3	1.0	.5	1.0	.8	1	20	.73 ¹
opn. preventie	1.0	.2	1.0	1.0	.7	.8	1	16	.57 ⁷
Consultatie (4):2	.5	.8	1.2	.7	.7	.8	.5	20	.75
VP/VZ info	.5	.3	.3	.2	.3	.5	/	10	.38 ⁵
beleid	.5	.5	/	.5	.3	.5	/	12	.46 ²
probleem pat.	.5	.3	.3	.5	.3	.3	/	11	.42 ³
opn./ontslag	/	.5	.3	.7	.7	.5	/	15	.57 ⁷
oplfiding	/	.3	/	.2	/	.2	/	6	.23 ¹
faciliteit	.5	.5	.3	.2	.3	.3	/	11	.42 ³
Somscore I	7.9	5.0	7.7	5.9	6.9	6.9	6.7	169	6.5
INTRAMURAAL									
consult i.m. (2)	/	/	/	.3	.7	1.3	2	10	.30 ⁸
VP/VP beleid	.5	.8	1.0	.8	.7	1.0	1	23	.84 ⁶
funktie	/	.3	.7	.2	.7	.8	1	13	.46 ²
indicatietest.	/	/	/	.3	/	.3	1	5	.15 ⁴
plaatsing	/	.3	(.7)	.7	(.3)	.8	/	11	.42 ³
opn. beleid	/	/	(.7)	.5	.3	.7	1	10	.34 ⁶
opleidingen	1.0	1.0	.3	1.0	.7	.8	1	24	.88 ⁵
faciliteiten	.5	.7	/	.8	(.3)	.5	1	14	.5
VP/Zhs info	.5	.2	.7	.2	.7	.7	1	14	.5
beleid	1.0	.2	.7	.5	.3	.8	1	14	.5
probleem-pat.	1.0	.2	.7	.5	.3	.3	1	10	.34 ⁶
opn./ontslag	1.0	/	.7	.7	.7	.7	1	14	.5
opleidingen	.5	/	.3	.2	/	/	/	2	.71
faciliteiten	.5	.2	.3	.2	.7	.5	/	10	.38 ⁵
Somscore II	6.5	3.8	5.3	6.9	5.8	9.2	12	174	6.23
somscore I + II	14.4	8.8	13.0	12.8	12.7	16.1	18.7	343	12.7
Zwaartepunt	E	E	E	i	E	i	i	E = 48	i = 44

Regio VII betreft een afwijkende situatie (zie tekst).

5.3. Nadere beschouwing en vergelijking van de samenwerkingsscores

a) Verpleeghuizen naar bestemming

Opvallend is dat het vooral de verpleeghuizen voor psycho-geriatrische patienten en de gecombineerde huizen zijn die tot een hoge score komen:

alle verpleeghuizen (n = 27), een boven-gemiddelde en zeer lage score*

	<u>aantal</u>	<u>hoge score</u>	<u>lage score</u>
somatische verpleeghuizen:	16	6 (37.5%)	6 (37.5%)
psycho geriatrisch	6	5 (83.3%)	1 (16.7%)
Gecombineerd	6	4 (66.7%)	---
totaal	28	15	7

* Als zeer lage score werden alleen die gerekend die meer dan 50% onder het provinciale gemiddelden lagen, hetzij voor de intramurale, hetzij voor de extramurale zorg of voor beide.

b) Samenwerking naar partnerkeuze

Van de verpleeghuizen met een samenwerkingsscore boven het provinciale gemiddelde valt op dat de score vaak hoog is, zowel voor de extra-murale als voor de intramurale zorg:

Hoog scorende verpleeghuizen (n = 15) naar bestemming en naar gerichtheid op intra- en extramurale partners*

	<u>bestemming</u>			
<u>Gerichtheid van samenwerking</u>	<u>somatisch</u>	<u>psycho-geriatrisch</u>	<u>gecombineerd</u>	<u>totaal</u>
vooral extramuraal gericht	1	1	--	2
vooral intramuraal gericht	--	1	2	3
beide: extra- en intramuraal	5	3	2	10
Totaal	6	5	4	15

* De gerichtheid werd vastgesteld aan de hand van de groepscore welke boven het provinciale gemiddelde uit kwam en leidde tot een boven-gemiddelde eind-score. Er is sprake van een drietal verpleeghuizen met een eindscore onder het gemiddelde bij een boven-gemiddelde deel-score voor extramurale (1) of intramurale (2) voorzieningen.

c) Samenwerkingspartner en onderwerpen vergeleken

In de vragenlijst werden voor de eerste lijnszorg, het verzorgingstehuis, andere verpleeghuizen en voor ziekenhuizen vragen gesteld over de onderwerpen, ondergebracht in zes uitspraken betreffende algemene beleidsgerichte zaken, bedrijfsmatige activiteiten en patient-gebonden samenwerking, elk door tenminste twee uitspraken.

Voor de gehele extramurale en intramurale zorg werd voorts gevraagd naar de consulentschappen (vast), terwijl voor de extramurale zorg ook "ad-hoc" advisering/consultatie werd gescored, als deskundigheid gerichte vorm van kontakt:

	Extramuraal		bej. oord	Intramuraal	
	1e lijn			verpleeghuis	ziekenhuis
(A) Beleid: informatief	.62	.49	.39	.46	.50
standpuntbep.	.35		.46	.85	.50
(B) Bedrijf: opl./gezamenl.	.39		.23	.89	.08
faciliteiten	.35	.66	.42	.52	.39
(C) Patient: probleemger.	.73		.42	.15	.35
opname/ontslag	.58	.66	.58	.42	.50
(D) Consultatief			.53	.35	.31

Opvallend is dat uit deze tabel naar voren komt dat samenwerking met de extramurale voorzieningen vooral gericht is op patient-gebonden vraagstukken (bepaalde problemen, resp. opname/ontslag van patienten) en op consultatie, terwijl de samenwerking met intramurale voorzieningen sterker gericht is op beleidsvraagstukken en op bedrijfsmatige mogelijkheden (gezamenlijke opleiding en gebruik van faciliteiten).

Nadere beschouwing van de aard van de consultatieve relaties leert dat consultatieve relaties vooral vóórkomen ten behoeve van het verzorgingstehuis. Ook het gecoördineerd bejaardenwerk wordt vrij vaak genoemd. Consultatieve relaties met ziekenhuis of andere verpleeghuizen komen beide minder voor, hetgeen overigens mede kan worden veroorzaakt doordat er eenvoudigweg minder van deze organisaties voorkomen dan organisaties in de extramurale zorg.

d) Samenwerking vergeleken op regio-niveau

De regio's verschillen vrij sterk wanneer de samenwerkingsscores worden vergeleken. (Een probleem wordt hierbij overigens gevormd door de soms kleine aantallen verpleeghuizen in enkele regio's: er ontstaat dan al spoedig een extreme score op een item!)

Bovendien blijkt er naast een verschil in eindscore ook een verschil in gerichtheid tussen regio's op de extra-vs. intramurale zorg:

regio-vergelijkingen tussen samenwerkingsscores, onderscheiden naar accent op extra-vs. intramurale voorzieningen en totaal

gerichtheid regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant
extramuraal	7.9	5.0	7.7	5.9	6.9	6.9	6.7	6.5
intramuraal	6.5	3.8	5.3	6.9	5.8	9.2	12.0	6.4
somscore	14.4	8.8	13.0	12.8	12.7	16.1	18.7	12.7
accent	Extra	Extra	Extra	Intra	Extra	Intra	Intra	

NB. kleine afrondingsverschillen kunnen voorkomen.

Een interessant gegeven is de mate waarin regio's worden gekenmerkt door een bepaalde dichtheid van onderlinge relaties. Dit gegeven kan worden uitgedrukt als het percentage hoog, dan wel laag scorende verpleeghuizen in verhouding tot alle verpleeghuizen in de betreffende regio's.

Regio	aantal vr.lijsten	Hoge Score			Gemiddelde score	Lage Score			
		beide E + I	deel + totaal	alleen deel		beide F + I	deel + totaal	deel	
1	(2)	50	---	---	50	---	---	---	100
2	(6)	---	16.7	16.7	---	16.7	33.3	16.7	100
3	(3)	---	66.7	---	33.3	---	---	---	100
4	(6)	33.3	---	16.7	33.3	---	16.7	---	100
5	(3)	66.7	---	---	---	33.3	---	---	100
6	(6)	33.3	33.3	---	16.7	---	16.7	---	100
7	(2)	---	33.3	---	33.3	---	33.3	---	100

NB. Verpleeghuizen met een score vlak onder het gemiddelde zijn niet opgenomen in de tabel.

e) Samenwerking rond de processen van aanmelding tot opname

Een afzonderlijke groep vragen in de vragenlijst had betrekking op samenwerking van verpleeghuizen rond de opname-procedure. Onderscheiden worden een vijftal mogelijke vormen, gekoppeld aan fasen in de besluitvorming:

- een centraal aanmeldingpunt van de gezamenlijke verpleeghuizen;
- samenwerking op het gebied van de beoordeling (de indicatie en vaststelling van de urgentie);
- samenwerking op het gebied van de plaatsing;
- het hanteren van een gezamenlijke wachtlijst voor de verpleeghuizen;
- begeleiding ten behoeve van geïndiceerde patienten of hun omgeving (d.w.z. familie en/of eerste lijn) gedurende de wachttijd voorafgaand aan de daadwerkelijke opname.

In de regio-vergelijking blijkt een overeenkomst tussen de samenwerkings-score en de gevonden score ten aanzien van het opnameproces: de regio's met een score boven het provinciale gemiddelde voor samenwerking in het algemeen komen overeen met die met een hoge score voor samenwerking rond de opname.

Dit geldt eveneens voor afzonderlijke verpleeghuizen, maar in minder duidelijke mate: in drie verpleeghuizen is bijv. sprake van een relatief hoge score ten aanzien van de opname-procedure, terwijl de samenwerkings-score ten opzichte van de extra- of intramurale zorg aan de lage kant ligt.

De regio-scores ten aanzien van het proces rond opname worden weergegeven in navolgende tabel 7.

Tabel 7 samenwerking ten aanzien van fasen in het opnameproces naar regio

regio fase	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant (n=28)
1. Aanmelding	--	--	1.0	1.0	---	--	.5	.35
2. Indicatie	.5	--	.3	.3	---	.2	.5	.20
3. Procedure	.5	.2	.3	.3	---	.2	.5	.21
4. Wachtlijst	---	---	.7	.3	---	1.0	.5	.36
5. Begeleiding	.5	---	1.0	1.0	.5	.5	1.0	.61
somscore	1.5	.2	3.3	3.0	.5	1.8	3.0	1.73