UYA
W57
(1)

C.W.J. Wevers

M. Kastelein

P.G.M. Staats

VERSLAG VOORONDERZOEK BEJAARDENVOORZIENINGEN NOORD-BRABANT; ONDERZOEKSVOORSTEL SAMENWERKING EN INDIKATIESTELLING VAN VERPLEEGHUIZEN

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO
POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg - TNO

Leiden

augustus 1982

RECENTE PUBLIKATIES VAN HET NIPG/TNO BETREFFENDE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN

HAMMERSTEIN, D., et al. Voors en tegens rond buitenpoliklinieken. Leiden, NIPG/TNO, 1979. 28 blz.

HAMMERSTEIN, D., et al. De regionale funktie van kleine ziekenhuizen.
1. Het Dinkelziekenhuis te Losser. Leiden, NIPG/TNO, 1979. 135 blz. 2e dr. 1980.

KOCH, W.A. Regionale budgetten in de gezondheidszorg. Econ.-Stat.Berichten 64 (1979) 792-7

KOCH, W.A., & H.J. FRIELINK. De gezondheidszorg in Twente in regionaal perspectief.
2. Een financieel overzicht. Leiden, NIPG/TNO, 1979. 127 blz.

NOORD, P. VAN, & R. ZOUTENDIJK. De ontwikkeling van de gezondheidszorg in de Zuidelijke IJsselmeerpolders. Leiden, NIPG/TNO, 1979. 135 blz.

OOIJENDIJK, W.T.M., & C.W.J. WEVERS. De gezondheidszorg in Twente in regionaal perspectief.
1. Een functioneel overzicht. Leiden, NIPG/TNO, 1979. 212 blz.

HERNGREEN, W.P., et al. De gezondheidszorg in het Gewest 's-Gravenhage.
1. Inventarisatie van de voorzieningen. Leiden, NIPG/TNO, 1980. 3 dln.:
1a (Tekst) 246 blz.
1b (142 tabellen) 131 blz.
1c (Verslag van een huisartsenenquête) 48 blz., bijln.

KOCH, W.A. Financiële overzichten en financiële plafonds in de gezondheidszorg. Econ.-Stat.Berichten 65 (1980) 808-12

KOCH, W.A., M.J.C. VAN DER WERF. De gezondheidszorg in het Gewest 's-Gravenhage.
2. Een financieel overzicht. Leiden, NIPG/TNO, 1980. 58 blz., bijln.

OOIJENDIJK, W.T.M., J.P. MACKENBACH & H.H.B. LIMBERGER. Wat heet beter?; eerste verslag van een onderzoek maar gebruik van en tevredenheid met alternatieve en officiële geneeskunde. Leiden, NIPG/TNO, 1980. 68 blz.

DUYNE, W.M.J. VAN, et al. VTO-samenwerking in opbouw; een onderzoek naar structuur en functioneren van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden gericht op de vroege onderkenning, begeleiding en behandeling van kinderen met een bedreigde of gestoorde ontwikkeling. Leiden, NIPG/TNO, 1981. 90 blz., bijln.

HERNGREEN, W.P., et al. Jeugdgezondheidszorg in Nederland; een verkenning. Leiden, NIPG/TNO, 1981. 96 blz.

KASTELEIN, M., & D. HAMMERSTEIN. De regionale funktie van kleine ziekenhuizen.
2. Het Gemeenteziekenhuis te Sliedrecht. Leiden, NIPG/TNO, 1981. 168 blz., bijln.

KOCH, W.A. Capaciteitsplanning in de gezondheidszorg. Econ.-Stat.Berichten 66 (1981) 626-7

LIMBERGER, H.H.B., J.P. MACKENBACH & W.T.M. OOIJENDIJK. Het gebruik van alternatieve geneeswijzen in Nederland. T.soc.Geneesk. 59 (1981) 219-25

BÜCKING, P.H.J., & H.J. FRIELINK. Kosten en financiering van de gezondheidszorg in Groningen en Drenthe, 1977. Leiden, NIPG/TNO, 1981. 265 blz.

HERNGREEN, W.P., et al. De gezondheidszorg in het Gewest 's-Gravenhage.
3. Deelstudies. Leiden, NIPG/TNO, 1981.
A. Mackenbach, J.P. Morbiditeit en medische consumptie in grote steden. 21 blz.
B. Ooijendijk, W.T.M. De basisgezondheidsdiensten in het Gewest 's-Gravenhage. 53 blz.
C. Wevers, C.W.J. De bejaardenproblematiek in het Gewest 's-Gravenhage. 72 blz.
D. Werf, M.J.C. van der, & W.A. Koch. Financiële bemoeienis van de lagere overheden. 62 blz.
E. Herngreen, W.P., & W.T.M. Ooijendijk. Verslag van een bevolkingsenquête. 64 blz.
F. Ooijendijk, W.T.M. Actualisering van enkele relevante demografische en capaciteitsgegevens. 20 blz.

KAMERMANS, R.L., & W.A. KOCH. Verslag van de toetsing van de koncept-handleiding regionale gegevensoverzichten gezondheidszorg in de regio Kennemerland. Leiden, NIPG/TNO, 1982. 46 blz.

BÜCKING, P.H.J., & W.A. KOCH. Verslag van de toetsing van de koncept-handleiding regionale gegevensoverzichten gezondheidszorg in de provincie Friesland. Leiden, NIPG/TNO, 1982. 39 blz.

KOCH, W.A., & J.P. MACKENBACH. Verdeelsleutels voor de toewijzing van financiële middelen aan gezondheidsregio's in Engeland, Schotland, Wales en Noord-Ierland. Leiden, NIPG/TNO, 1982. 64 blz.

KOCH, W.A., & M.J.C. VAN DER WERF. Subsidiëring van gezondheidszorg door gemeenten. T.soc.Geneesk. 60 (1982) 307-13

WEVERS, C.W.J., M. KASTELEIN & P.G.M. STAATS. Verslag vooronderzoek bejaardenvoorzieningen Noord-Brabant; onderzoeksvoorstel samenwerking en indikatiestelling van verpleeghuizen. Leiden, NIPG/TNO, 1982. 59 blz., bijln.

I N H O U D

blz.

VOORWOORD . . . . . .

INLEIDING 1

1. DOEL, OPZET EN UITVOERING VAN HET VOORONDERZOEK: EEN VERANTWOORDING 3

2. VERSLAG VAN DE VERZAMELDE GEGEVENS 8

2.1 Inleiding 8

2.2 Inventarisatie van voorzieningen voor ouderen in Noord-Brabant 8

2.2.1 Inleiding 8
2.2.2 Beschrijving regio I 10
2.2.3 Beschrijving regio II 11
2.2.4 Beschrijving regio III 13
2.2.5 Beschrijving regio IV 14
2.2.6 Beschrijving regio V 15
2.2.7 Beschrijving regio VI 16
2.2.8 Beschrijving regio VII 17
2.2.9 Samenvatting 18

2.3 De visie van Gedeputeerde Staten ten aanzien van een provinciaal plan verpleeghuizen 20

2.4 Reakties op de "Diskussienota plan verpleeghuizen" 25

2.5 Verslag van de gespreksronde 27

3. GLOBALE MOGELIJKHEDEN VOOR ONDERZOEK, VOORTVLOEIEND UIT DE VERZAMELDE GEGEVENS 36

3. 1 Inleiding 36

3. 2 Problemen rond onderzoek ten behoeve van funktie-afbakening en -afstemming 37

3. 3 Beleidsontwikkeling funktie-afstemming tussen voorzieningen 39

3. 4 Onderzoek naar taak en funktie van verpleeghuizen . 40

3. 5 Onderzoek leefsituatie in verpleeghuizen 41

3. 6 Onderzoek naar de processen van indikatiestelling . 41

3. 7 Onderzoek naar de relatie verpleeghuis - verzorgingshuis 42

3. 8 Onderzoek naar de relatie verpleeghuis - extramurale sektor 44

3. 9 Onderzoek naar de ontwikkeling van SGD'en . . . 44

blz.

3.10 Onderzoek naar de invloed van financieringssystemen op de zorgverlening 45

3.11 Vierde adviesaanvrage van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Raad voor de Volksgezondheid 46

3.12 Andere onderzoeken 46

4. VOORSTELLEN VOOR EVENTUEEL VERVOLGONDERZOEK DOOR HET NIPG 48

4.1 Het NIPG/TNO en gezondheidszorgonderzoek 48

4.2 De invloed van samenwerking op de indikatiestelling van verpleeghuizen 50

4.3 Moeilijk plaatsbaren als graadmeter voor afbakening en afstemming van funktie 53

5. ORGANISATIE VAN EEN EVENTUEEL VERVOLGONDERZOEK 56

5.1 Aanvang, duur en personeelsbezetting 56

5.2 Fasering van het onderzoek 56

5.3 Begeleidingskommissie 57

5.4 Anonimiteit 58

5.5 Financiering 59

5.6 Detaillering onderzoeksopzet 59

BIJLAGEN 61

VOORWOORD

Op het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO wordt naast meer inhoudelijk gericht onderzoek naar methoden in de preventieve gezondheidszorg, eveneens aandacht gegeven aan de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg in de vorm van gezondheidszorgonderzoek. Belangrijke overwegingen hierbij zijn dat preventie en gezondheidszorg als onderzoeksonderwerpen nauw met elkaar verbonden zijn en dat een goede organisatie van de gezondheidszorg een belangrijke voorwaarde is voor kwaliteit van de zorg en de preventie. De aandacht voor voorzieningen in de gezondheidszorg is tevens een uitvloeisel van de toepassingsgerichtheid die het NIPG als TNO-instituut kenmerkt.

Deze gedachtengang heeft, mede gezien het grote en groeiende belang van voorzieningen voor ouderen, ertoe geleid dat binnen het NIPG/TNO voornamelijk in het kader van het gezondheidszorgonderzoek een programma van onderzoeksprojecten is ontwikkeld op het terrein van (gezondheidszorg)voorzieningen voor ouderen. Hiermee werd de draad weer opgenomen van gerontologisch onderzoek dat eerder in de zestiger jaren binnen het Instituut verricht is.

Doel van het onderzoeksprogramma op het terrein van (gezondheidszorg-) voorzieningen voor ouderen is om op verschillende analyseniveaus en met betrekking tot uiteenlopende zorgvoorzieningen het inzicht in de aard van de hulpvraag en de hulpbehoefte en in de kwaliteit en doelmatigheid van de geboden zorg te verdiepen.

De onderhavige rapportage heeft betrekking op een vooronderzoek, opgezet op verzoek van het Bestuur van de Provincie Noord-Brabant. Hierbij wordt vooral aandacht besteed aan de organisatorische inbedding van voornamelijk de intramurale ouderenzorg.

In maatschappelijk opzicht is er een toenemend besef dat de bejaarde, zolang als mogelijk is, zijn of haar zelfstandigheid in de eigen omgeving dient te kunnen behouden.

Wij hopen dat het NIPG-onderzoeksprogramma bijdraagt aan deze gedachtengang.

W.M.J. van Duyne, arts
wnd directeur

INLEIDING

Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG) van TNO verricht sedert het midden van de zeventiger jaren onder andere ook onderzoek naar de struktuur en het funktioneren van stelsels van gezondheidszorgvoorzieningen in regio's.
De gedachte die hieraan ten grondslag ligt is, dat een goede organisatie van gezondheidszorg een belangrijke voorwaarde is voor de kwaliteit van de zorg en preventie.
Leidraad en belangrijk thema in het onderzoek zijn de samenhangen tussen verschillende voorzieningen binnen een regio.
De laatste jaren heeft de toenemende belangstelling en de grote betekenis van voorzieningen rond ouderen ertoe geleid dat binnen het NIPG een programma van onderzoeksprojekten op dit terrein is ontwikkeld. Hiermee werd in feite de draad weer opgevat van ouder onderzoek, dat in de zestiger jaren binnen het Instituut is verricht.

Medio 1981 werden onderzoekers van het NIPG benaderd door vertegenwoordigers van de Provinciale Griffie in Noord-Brabant met de vraag om door een onderzoek meer inzicht te verschaffen in de funktie van verpleeghuizen. In een notitie werden enkele vraagstukken ten aanzien van de verpleeghuizen nader aangeduid, onder andere de afbakening ten opzichte van verzorgingshuizen, revalidatievoorzieningen en psychiatrische ziekenhuizen, alsmede de funktie voor niet-geriatrische patienten. De vraagstelling richtte zich sterk op objektivering van indikatiestelling en criteria daarbij.

Nader overleg leidde tot een onderzoeksvoorstel van het NIPG met een bredere vraagstelling, een opzet waarin allereerst een vooronderzoek werd gepland alvorens tot een definitief onderzoek te besluiten, alsmede enkele zakelijke aspekten.
Onderhavige notitie nu is het rapport waarmee de fase van het vooronderzoek door het NIPG wordt afgesloten.

Achtereenvolgens komen in dit rapport aan de orde:

- doel en opzet vooronderzoek (hoofdstuk 1)
- verslag van verzamelde gegevens (hoofdstuk 2)
- globale mogelijkheden voor onderzoek, voortvloeiend uit de verzamelde gegevens (hoofdstuk 3)
- voorstellen voor eventueel vervolgonderzoek door het NIPG (hoofdstuk 4)
- organisatie van een eventueel vervolgonderzoek (hoofdstuk 5)
- bijlagen met tabellen en overig materiaal

1. DOEL, OPZET EN UITVOERING VAN HET VOORONDERZOEK: EEN VERANTWOORDING

Achtergrond

De provinciale overheden zien zich voor de taak gesteld om te komen tot planning van het stelsel van voorzieningen binnen de provinciale grenzen. De Provinciale Griffie speelt hierbij een belangrijke rol. Overigens wordt de ruimte voor een eigen beleid en planning in hoge mate ingeperkt door richtlijnen, normeringen en criteria welke door de rijksoverheid zijn opgelegd. Eveneens zijn er beperkingen die voortvloeien uit de bestaande situatie en uit het huidige financieringssysteem.

In Noord-Brabant wordt gepoogd om op de verschillende deelterreinen te komen tot beleidsplannen. Zo verscheen in 1981 een beleidsplan ten aanzien van bejaardenoorden in Noord-Brabant.
Ten aanzien van de verpleeghuizen in de provincie wordt gepoogd om eveneens tot een beleidsplan te komen. Een diskussienota is in 1980 gereedgekomen en gaf aanleiding tot vele reakties uit betrokken instellingen en aanpalende voorzieningen.
Duidelijk is dat de opvattingen en daarmee samenhangende plannen en verzoeken niet eenduidig zijn, hetgeen afweging problematisch maakt. De Provinciale Griffie hoopt nu - door het doen verrichten van onderzoek - meer inzicht te verwerven in de huidige en in de gewenste funktie van het verpleeghuis, als bijdrage ter onderbouwing van de planning van de toekomstige verpleeghuis-situatie.

De wensen ten aanzien van het onderzoek zoals deze bij de Provinciale Griffie in Noord-Brabant leven, kunnen kort worden samengevat: het onderzoek dient achtereenvolgens

- meer inzicht te verschaffen in de taak en funktie van verpleeghuizen in de provincie en in de indikatiestelling rond opname;
- bij te dragen aan een betere aansluiting van zorgverlening bij de behoeften van de bevolking;
- nadere onderbouwing van behoeftenormen ten behoeve van de

provinciale planning;

- ondersteuning van beleidsuitgangspunten, waarbij met name gedacht wordt aan verschuiving van zorgverlening naar lagere echelons, en tegengaan van institutionalisering.

Besloten werd om aan het eigenlijke onderzoek een vooronderzoek te laten voorafgaan, waarin naast enige inventarisatie van de bestaande voorzieningen het aksent ligt op een nadere toespitsing van de onderzoeksvraagstelling en een poging inzicht te verkrijgen in de haalbaarheid en bereidheid tot daadwerkelijke medewerking vanuit het veld.

De opzet van het vooronderzoek

Als doel van het vooronderzoek werden geformuleerd:

Het nader uitwerken van onderzoeksvraagstelling, -opzet en -aanpak, gelet op:

. het reeds voorhanden zijn van informatie;

. de nadere toespitsing van de wensen van de Provinciale Griffie ten aanzien van onderzoek;

. de verwachtingen die in 'het veld' bestaan ten aanzien van onderzoek.

Eveneens zal in het vooronderzoek aandacht besteed worden aan eventuele keuzen met betrekking tot onderzoeksregio('s) en samenstelling van een begeleidingskommissie.

Als methoden werden voorts genoemd:

a literatuur- en dokumentonderzoek met betrekking tot de Brabantse situatie ten aanzien van bejaardenvoorzieningen, gericht op uitwerking van onderzoeksvraagstelling en beleidsopties daarin;

b open interviews met diverse beleidsfunktionarissen en met vertegenwoordigers uit instellingen en uit het veld, gericht op toespitsing van de vraagstelling, inventarisatie van opvattingen, wensen en ervaren knelpunten of vragen, alsmede toetsing van bereidheid tot aktieve medewerking in geval van uiteindelijk onderzoek;

c secundaire analyse van kwantitatieve gegevens met betrekking tot het aanbod en gebruik van bejaardenvoorzieningen in de

provincie en beoordeling van bruikbaarheid en eventueel gewenste aanvullingen van de bestaande gegevensbestanden.

Over het vooronderzoek werd eind 1981 in positieve zin beslist door de provincie. Als start werd begin maart 1982 afgesproken.

ad a. De Provinciale Griffie was bereid en in staat een aanzienlijke hoeveelheid dokumenterend materiaal te verzorgen, met name ten aanzien van bejaardenoorden en ten aanzien van de diskussienota plan verpleeghuizen, alsmede de reakties van vele zijden hierop. Dit materiaal leverde een aantal vraagpunten en gesprekson-derwerpen op voor de later geplande interviews.

ad b. In overleg met de funktionarissen van de Provinciale Griffie, van de regionale Inspekties van de Volksgezondheid en de Geestelijke Gezondheidszorg, en van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid werd vervolgens gepoogd een lijst op te stellen van beleidsfunktionarissen en van funktionarissen van diverse instellingen en voorzieningen rond ouderen. Hierbij werd ernaar gestreefd de in het veld levende diversiteit in opinies zoveel mogelijk tot haar recht te doen komen. Deze lijst met namen is in een later stadium nog enigszins uitgebreid met namen die door geïnterviewden naar voren werden gebracht. De lijst omvatte uiteindelijk circa 15 personen, afkomstig uit de verpleeg- en verzorgingshuis-sektor, het gekoördineerd bejaardenwerk, het kruiswerk en een indikatiekommissie voor de bejaardenoorden.
Aan deze funktionarissen werd een brief toegezonden waarin het onderzoek werd aangekondigd en enige toelichting gegeven. Ook werd hierin vermeld dat één van de medewerkers binnenkort kontakt zou opnemen om te zien of een afspraak gemaakt kon worden, hetgeen in vrijwel alle gevallen ook daadwerkelijk lukte.

De interviews waren - afgezien van een korte inleiding - ongestruktureerd. Wel werd een lijstje met vaste vraagpunten afgewerkt. In de gesprekken - die à titre personel werden gevoerd, zodat men zich mogelijk duidelijker kon uitspreken - werd het wederzijdse informatieve karakter benadrukt en werd vertrouwelijkheid toegezegd.

Hoewel op zichzelf een zekere spreiding over de gehele provincie

wellicht gewenst was geweest, bleek het merendeel van de geïnterviewden afkomstig uit een beperkt aantal grotere gemeenten. Dit lag wel voor de hand gezien de koncentratie van voorzieningen in zulke gemeenten. Overigens werd dit, gezien het karakter van het vooronderzoek, niet als ernstig bezwaar beschouwd.

ad c. Ten aanzien van de kwantitatieve gegevens kan vanzelfsprekend worden beschikt over bestaand materiaal, zoals onder andere verzameld door de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG), het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Gegevens met betrekking tot de bevolkingsopbouw en de verzorgingshuizen werden verkregen via de Provinciale Griffie.
Tevens werd door het SIG tamelijk gedetailleerd materiaal toegezegd met betrekking tot het gebruik van verpleeghuisplaatsen en de herkomst der betrokkenen, afkomstig uit het SIVIS-gegevensbestand. Helaas bleek dit materiaal in een zo laat stadium beschikbaar te komen, dat een bewerken van deze gegevens in het kader van dit vooronderzoek onmogelijk was. Wellicht zal dit nog kunnen gebeuren in het kader van het uiteindelijke onderzoek, of anders zullen deze gegevens in overzichtelijke vorm aan de Griffie beschikbaar gesteld worden, zodat ze voor de planning bruikbaar zijn.

Ten aanzien van een 'sociale kaart' van de in Brabant funktionerende voorzieningen kon gebruik gemaakt worden van gegevens van de Provinciale Griffie.

Verantwoording werkwijze

In de periode die aan het vooronderzoek voorafging zijn verschillende besprekingen gevoerd door de onderzoekers met vertegenwoordigers van de provinciale overheid, de heer Oostveen en mevrouw Van der Lee, en met de heer Kuppens van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid.

Gedurende het vooronderzoek is het kontakt beperkt gebleven, dit ondanks de planning van een drietal voortgangsbesprekingen.
Het onderhavige rapport is als koncept aan de Provinciale Griffie voorgelegd met het oog op korrektie van eventuele fouten.

De gekozen werkwijze heeft het voordeel van een snelle en diepgaande kennismaking met 'het veld' in de provincie. Echter hieraan kleven ook enkele nadelen:
In de eerste plaats is het niet ondenkbaar dat - al dan niet bewust gekozen - zich een specifiek geselekteerd gezelschap aan de onderzoeker voorlegt dat niet representatief behoeft te zijn voor het totale veld. Gezien het soms uiteenlopende karakter van naar voren gebrachte opvattingen alsmede de keuze voor verschillende soorten voorzieningen, lijkt dit niet het geval te zijn geweest.
In de tweede plaats is het langs deze weg moeilijk te bepalen welk gewicht aan een gegeven opinie dient te worden gehecht; de methode heeft uitsluitend een kwalitatief karakter en biedt inzicht in de brede variatie van ideeën veeleer dan in de mate waarin zo'n idee ook bij anderen leeft. Overigens kunnen we wel konstateren met de voorkennis van rapporten en nota's - zowel landelijk als provinciaal -dat de gedachten, opvattingen en ideeën die in de gesprekken naar voren kwamen redelijk representatief lijken te zijn voor wat leeft in het 'veld' en bij beleidsinstanties. Dit is feitelijk niet zo verwonderlijk - en dit is een bezwaar van de gevolgde methode - omdat men toch steeds weer dezelfde aktieve personen tegenkomt, die in allerlei kommissies zitting hebben en die duidelijke en relevante meningen erop na houden.
In de derde plaats tenslotte is sprake van een relatief gering aantal geïnterviewden, zeker indien naar de aantallen gesprekken per type voorziening of regio wordt gekeken.

In deze punten ligt mogelijk een beperking van dit vooronderzoek.

2. VERSLAG VAN DE VERZAMELDE GEGEVENS

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal verslag worden gedaan van de informatieverzameling, die zal dienen te leiden tot het formuleren van mogelijke en wenselijke onderzoeksvragen.
Aanwijzingen voor mogelijk onderzoek hebben wij trachten te verkrijgen uit een viertal bronnen:

1. een beknopte inventarisatie van voorzieningen voor bejaardenzorg in Noord-Brabant, die tegelijk een kennismaking vormt met de voorzieningen in de provincie;
2. de visie van Gedeputeerde Staten ten aanzien van een provinciaal plan verpleeghuizen, zoals die gepresenteerd wordt in een voorbereidende notitie voor de kommissie van advies en bijstand voor sociale en welzijnszaken, rekreatie, natuur en landschap;
3. de officiële reakties van instanties en belanghebbenden op de diskussienota "Uitgangspunten plan verpleeghuizen van de provincie Noord-Brabant";
4. open interviews met verschillende beleidsfunktionarissen en met vertegenwoordigers van uiteenlopende instellingen, werkzaam op het gebied van zorg voor ouderen.

De informatie uit deze bronnen zal in de volgende paragrafen worden weergegeven. Daarna zal in hoofdstuk 3 deze informatie besproken worden in het licht van mogelijk onderzoek.

2.2 Inventarisatie van voorzieningen voor ouderen in Noord-Brabant

2.2.1 Inleiding

De inventarisatie van kwantitatieve gegevens betreffende de Brabantse intra- en extramurale voorzieningen per gezondheidsregio geeft niet alleen aanknopingspunten voor mogelijk onderzoek, maar kan ook onder-

steuning bieden bij het plannen van verpleeghuizen in Noord-Brabant. Bovendien is een dergelijke inventarisatie een onderdeel van de noodzakelijke kennismaking van de onderzoekers met de situatie in Noord-Brabent.
Daar het belangrijk is om het verpleeghuis niet als 'alleenstaande' voorziening te bekijken, zijn ook bij deze beknopte inventarisatie de verzorgingshuizen en de extramurale voorzieningen betrokken.
Alleen informatie die op regionaal en provinciaal niveau voorhanden was hebben wij in deze inventarisatie verwerkt.
De al eerder genoemde SIVIS-gegevens zijn op het moment van verslaglegging nog niet beschikbaar en kunnen daardoor niet in de regio-beschrijving worden gebruikt. De (CBS-)gegevens met betrekking tot de sektor gezinsverzorging zijn ons door de Centrale Raad voor Gezinsverzorging wel toegezonden, maar kunnen door het niet herleidbaar zijn van de informatie naar de zeven gezondheidsregio's en naar full-time personeelsbezetting, niet in deze rapportage worden verwerkt.

In onderstaande paragrafen zullen in het kort de verschillende regio's onder de loep worden genomen aan de hand van de tabellen en kaartjes die in de bijlage zijn opgenomen.
Ten aanzien van de wijkverpleging dienen we vooraf nog enige opmerkingen te maken. In het algemeen wordt een onderscheid gemaakt tussen wijkverpleegkundigen ('met wijkaantekening') en verpleegkundigen in de wijk ('zonder wijkaantekening'). Dit onderscheid wordt hier door ons niet gehanteerd; wel worden verpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden apart weergegeven.
Wellicht ten overvloede zij opgemerkt dat wijkverpleging in principe voor de gehele bevolking beschikbaar is, maar dat vooral bejaarden een groot beroep op deze voorziening doen.
Na de beschrijving van de verschillende regio's zal in paragraaf 2.2.9 een korte samenvatting gegeven worden van de belangrijkste, meer algemene, zaken die in de provincie Noord-Brabant door middel van de inventarisatie naar voren zijn gekomen.
Voor een meer specifieke benadering wat betreft de verzorgingshuizen, willen wij verwijzen naar het "Ontwerp provinciaal plan bejaardenoorden" van de provincie Noord-Brabant, februari 1982. De kapaciteitsberekening in deze inventarisatie gaat alleen uit van het aantal verzorgingsplaatsen en is dus exclusief eventuele verpleeg- of ziekenboeg-

kapaciteit, die de Provinciale Griffie wèl meetelt. Een onbekend doch niet gering aantal van deze verpleeg- of ziekenboegplaatsen wordt permanent bezet door al dan niet AWBZ-erkende patienten, voor wie geen kamer in het verzorgingshuis vrijgehouden wordt.

2.2.2 Beschrijving regio I

Regio I wordt gekarakteriseerd door een landelijke omgeving met twee middel-grote steden, te weten Bergen op Zoom en Roosendaal. In dit gebied bevinden zich voornamelijk verstedelijkte plattelandsgemeenten (tabel 1.2).
Het aantal ouderen in regio I is relatief groter dan in Noord-Brabant als geheel (tabel 1.1).

De twee gekombineerde verpleeghuizen in deze regio zijn gesitueerd in de twee middel-grote gemeenten.
In de bovenste helft van regio I zijn geen verpleeghuizen gelegen; ook in de direkte omgeving (noordwest van regio I) zijn geen verpleeghuizen. Van verschillende kanten is daarom de wens naar voren gekomen om in het Noorden van regio I te komen tot dependancevorming van verpleeghuizen.
Er bestaat transregionaal verkeer met de provincie Zeeland (Tholen, St. Philipsland). Hierover zijn tussen de provincies geformaliseerde afspraken gemaakt.
Vergelijken we de aanwezige kapaciteit van verpleeghuizen voor somatisch zieken met de huidige landelijke norm, dan zien we dat regio I het meest onder de norm ligt in vergelijking met de andere regio's en met het gemiddelde van Noord-Brabant, waar men over het algemeen een overkapaciteit aantreft. Er bestaat een onderkapaciteit voor wat betreft de bedden voor psycho-geriatrische patienten.
Bij de verzorgingshuizen ligt de kapaciteit iets boven de landelijke norm. Overigens is opmerkelijk dat in de gemeenten waar géén verzorgings- en verpleeghuizen aanwezig zijn, men óók niet beschikt over gekwalificeerde bejaardenwoningen.

Vestigingen van de Kruisverenigingen vinden we in elke gemeente van regio I. De personeelsbezetting per 1.000 65-plussers ligt echter ten

opzichte van de andere regio's en het gemiddelde van Noord-Brabant bijzonder laag (tabel 5.1).
Naast het feit dat in regio I (maar ook in V en VII) de personeelsbezetting per 1.000 65-plussers binnen het gekoördineerd bejaardenwerk relatief laag is, treffen wij ook zeven gemeenten aan die niet onder het werkgebied van een instelling voor gekoördineerd bejaardenwerk vallen.
Konkluderend kan over regio I gezegd worden dat er gemiddeld een gering aantal extramurale voorzieningen aanwezig is, terwijl er eveneens een relatief gering aantal intramurale voorzieningen is. Helaas kan in dit verband niets gezegd worden over de gezins- en bejaardenzorg.

Bekijken we de intramurale voorzieningen met het oog op de toekomst dan kan van de verpleeghuizen gezegd worden dat de geplande kapaciteit (1990) nog onder de norm zal liggen.
Wat de verzorgingshuizen betreft ligt de toekomstige kapaciteit (1990) van de verzorgingshuizen in regio I ruim onder de landelijke norm (zie tabel 3.2).

2.2.3 Beschrijving regio II

Het zuidelijke gedeelte van regio II bestaat geheel uit plattelandsgemeenten. Verder vinden we in de regio grotendeels verstedelijkte plattelandsgemeenten, één grote gemeente, Breda, één middel-grote gemeente, Oosterhout, en één forenzengemeente.
Ook in regio II ligt het totaal aantal 65-plussers boven het gemiddelde van Noord-Brabant (tabel 1.1).

Een grote gemeente zoals Breda drukt door een koncentratie van ouderen een stempel op de spreiding van voorzieningen in de regio. Alleen al in Breda bevinden zich twee somatische verpleeghuizen en één psycho-geriatrisch verpleeghuis, die te zamen meer beddenkapaciteit hebben dan de rest van de regio.
Uit tabel 2.1 komt duidelijk naar voren dat het aantal somatische verpleeghuisbedden boven de norm ligt. De beddenkapaciteit voor psychogeriatrische patienten ligt ± 200 bedden onder de norm, het laagst in vergelijking met de zes andere regio's.

Wat betreft de spreiding valt te konstateren dat de verpleeghuizen in een cirkel rondom Breda gesitueerd zijn. Voor het uiterste Noorden en het Zuidoosten van regio II levert dit bereikbaarheidsproblemen op. Zeker geldt dit voor de dagbehandelingsfaciliteiten van de verpleeghuizen die in deze regio ook qua kapaciteit relatief ondervertegenwoordigd zijn.
De kapaciteit van de verzorgingshuizen in regio II per 1-1-'80 is 7,9% van het aantal ouderen in de regio. Met uitzondering van Rijsbergen komt in een aantal gemeenten waar geen gekwalificeerde bejaardenwoningen aanwezig zijn, ook geen verzorgingshuis voor.
Tabellen 4.1 en 4.2 geven aan dat het percentage bejaarde bewoners van gekwalificeerde bejaardenwoningen ten opzichte van het totaal aantal 65-plussers in regio II lager is dan het percentage van Noord-Brabant.

De verdeling van wijkverpleegkundigen en van wijkziekenverzorgenden wijken beide af van de landelijke normering (tabel 5.1). Er zijn wijkverpleegkundigen te veel en wijkziekenverzorgenden te weinig. Los hiervan komen we, met de hoofdwijkverpleegkundigen inbegrepen, op slechts een gering totaaltekort van 3,9 personeelsleden.
Meer dan de helft van de gemeenten uit regio II valt niet onder een werkgebied van een instelling voor gekoördineerd bejaardenwerk. Duidelijk is dat, met uitzondering van Zundert en Rijsbergen, het werkgebied van het gekoördineerd bejaardenwerk alleen maar funktioneert in de gemeenten waar ook een instelling gekoördineerd bejaardenwerk gevestigd is.
Deze strenge afbakening vinden we bijvoorbeeld niet in regio V, waar praktisch elke gemeente met een instelling voor gekoördineerd bejaardenwerk ook andere gemeenten bij haar werkgebied betrekt.

In het algemeen kan worden opgemerkt dat het tekort aan extramurale voorzieningen en een gering aantal gekwalificeerde bejaardenwoningen in verschillende delen van regio II samengaan met een overschot van de verzorgings- en verpleegkapaciteit van respektievelijk verzorgingshuizen en somatische verpleeghuizen. Het tekort aan psycho-geriatrische bedden zal in 1990 teruggedrongen worden naar ± 60 bedden. De geplande en normkapaciteit voor het jaar 1990 laat ook een onderkapaciteit zien voor de kategorie verpleeghuisbedden voor somatisch zieken.
In de verzorgingshuis-sektor echter is geen verschil tussen de geplande en de normkapaciteit in het jaar 1990.

2.2.4 Beschrijving regio III

In midden Brabant vinden we vooral verstedelijkte plattelandsgebieden met de centraal in regio III gelegen grote gemeente Tilburg. Tegen Tilburg aan ligt de forenzengemeente Berkel-Enschot en in het Noorden van de regio de middel-grote stad Waalwijk.
Vooral in het Zuiden bevinden zich nog plattelandsgemeenten. Het percentage 65-plussers ligt ongeveer gelijk met het gemiddelde van Noord-Brabant (zie tabel 1.1).

Als we de huidige kapaciteit bezien van de verpleeghuizen dan geldt zowel voor de somatische als voor de psycho-geriatrische sektor dat van een onderkapaciteit sprake is. Het Zuidoosten van regio III heeft geen verpleeghuis, waarbij wel opgemerkt kan worden dat het gekombineerde verpleeghuis in Bladel (regio VI) waarschijnlijk een aanzienlijke funktie voor regio III vervult. De dagbehandelingskapaciteit is in deze regio relatief het geringst.
De regio's III (en VII) stijgen wat betreft de kapaciteit van verzorgingshuizen vèr boven de norm uit (zie tabel 3.1). Net als in de regio's I en II blijkt dat daar waar geen verzorgingshuizen zijn, ook de gekwalificeerde bejaardenwoningen nog niet van de grond zijn gekomen.

Wat het extramurale bejaardenwerk betreft valt het volgende op te merken. In Tilburg funktioneren zes basiseenheden van het kruiswerk. Ook in regio III zien we weer een tekort aan krachten binnen het kruiswerk (zie tabel 5.1).
In regio III bevinden zich verscheidene gemeenten die niet onder een werkgebied van een instelling gekoördineerd bejaardenwerk vallen. Vooral ten zuidoosten en zuidwesten van Tilburg (met zeven projekten) komen nog vijf gemeenten voor die géén vorm van gekoördineerd bejaardenwerk hebben.
Het zijn in regio III juist de gemeenten die géén intramurale voorzieningen hebben, die ook wat betreft de extramurale voorzieningen uit de boot vallen.

De kapaciteit van verpleeghuizen zal in 1990 voor zowel de somatische als psycho-geriatrische verpleeghuizen onder de normering blijven (zie tabel 2.1).

Ondanks de verschillende bouwaktiviteiten in regio III - die tot een kapaciteitsvermindering leiden - zullen de verzorgingshuizen in het jaar 1990 nog boven de landelijke norm uitkomen (zie de tabellen 3.2 en 3.3).

2.2.5 Beschrijving regio IV

Regio IV is qua oppervlakte de kleinste regio van Noord-Brabant. In het Noorden van deze regio ligt de middel-grote stad 's-Hertogenbosch, waaromheen de forenzengemeenten Vught en Rosmalen. De overige gemeenten van regio IV zijn verstedelijkte plattelandsgemeenten.
Het percentage 65-plussers ligt gelijk aan het gemiddelde van Noord-Brabant (zie tabel 1.1).

De regio die het hoogst boven de landelijke norm uitkomt wat betreft de aanwezige beddenkapaciteit voor somatisch zieken, is wel regio IV (zie tabel 2.1). Voor psycho-geriatrische bedden komt de verpleeghuiskapaciteit praktisch met de norm overeen (zie tabel 2.1). De spreiding van verpleeghuizen is, mede door de geringe omvang van regio IV, redelijk te noemen.
Met een saldo van 38 plaatsen boven de landelijke normering wat betreft de verzorgingshuizen, benadert regio IV in vergelijking met andere regio's het dichtst de 7%-norm (zie tabel 3.1).
Gekwalificeerde bejaardenwoningen zijn, net als in de andere regio's, niet aanwezig in de twee gemeenten waar geen verzorgingshuis is. In vergelijking met andere middel-grote en grote gemeenten in de provincie neemt 's-Hertogenbosch met een geringe kapaciteit aan gekwalificeerde bejaardenwoningen en verzorgingsplaatsen een uitzonderlijke positie in.

Binnen de wijkverpleging kunnen we een tekort aan personeel signaleren (zie tabel 5.1). Met name is er een tekort aan wijkziekenverzorgenden en hoofdverpleegkundigen.
In bijna de gehele regio IV funktioneert het gekoördineerd bejaardenwerk. De personeelsbezetting per 1.000 bejaarden is in regio IV het hoogst ten opzichte van andere regio's (zie tabel 5.2). We kunnen drie gemeenten signaleren die niet onder een werkgebied van het gekoördi-

neerd bejaardenwerk vallen. Deze gemeenten worden omringd door gemeenten die wèl een instelling voor gekoördineerd bejaardenwerk hebben.
Uit tabel 2.2 kunnen we opmaken dat in regio IV de kapaciteit van verpleeghuizen voor somatische patienten in 1990 als enige regio boven de norm zal uitkomen. De dan aanwezige psycho-geriatrische bedden zullen in 1990 beneden de norm uitkomen (zie tabel 2.2).
Met een aantal plannen van geen bezwaar voor vervangende nieuwbouw, nieuwbouw en renovatie komen de verzorgingshuizen tot een kapaciteitsdaling van 23 verzorgingsplaatsen (zie tabel 3.3). Bekijken we in dit licht de kapaciteit voor 1990, dan kunnen we uit tabel 3.2 opmaken dat regio IV lager beneden de norm zal uitkomen dan de zes andere regio's.

2.2.6 Beschrijving regio V

In regio V, gelegen in de noordoost-hoek van Noord-Brabant, bevindt zich geen echt grote gemeente. Vergeleken met andere regio's zijn de middel-grote en plattelandsgemeenten ruim vertegenwoordigd, terwijl er geen forenzengemeenten aanwezig zijn.
Het aantal 65-plussers vormt, in vergelijking met andere regio's, een zeer gering percentage van de totale bevolking (zie tabel 1.1).

In regio V liggen met name de somatische verpleeghuizen gedecentraliseerd. Het enige psycho-geriatrische verpleeghuis treffen we aan in de gemeente Schaijk. Beide kategorieën verpleeghuizen hebben een kapaciteit die onder de daartoe geldende norm ligt (zie tabel 2.1).
Regio V heeft momenteel een kapaciteit aan verzorgingshuis-plaatsen die overeenkomt met ruim 8% van het aantal bejaarden (zie tabel 3.1).
Wat de gemiddelde grootte van verzorgingshuizen betreft kan nog vermeld worden dat deze in regio V bijzonder klein is in vergelijking met andere regio's (zie tabel 3.4).
Rond de gemeente Cuijk liggen drie gemeenten waarin zowel gekwalificeerde bejaardenwoningen ontbreken alsook geen verzorgingshuizen aanwezig zijn. De niet-gekwalificeerde bejaardenwoningen in deze gemeenten zijn gering in aantal.
Overigens bieden de niet-gekwalificeerde bejaardenwoningen in de gehele regio V aan 14,4% van het totaal aantal 65-plussers in die regio onderdak; het gemiddelde van Noord-Brabant is 10,8% (zie tabel 4.2).

Uit tabel 5.1 valt op te maken dat het aantal personeelsleden binnen de kruisverenigingen per 1.000 65-plussers in regio V, bijzonder hoog ligt ten opzichte van de rest van Noord-Brabant, hetgeen veroorzaakt wordt door het geringe aantal bejaarden in deze regio. Desondanks blijkt het aantal werkers binnen de wijkverpleging nog onder de daarvoor geldende norm te blijven.
Het gekoördineerd bejaardenwerk bestrijkt, op één gemeente na, de totale regio. Dit wordt mogelijk gemaakt vanuit zes instellingen voor gekoördineerd bejaardenwerk. (Het aantal instellingen is te vergelijken met regio I en II.)

Ondanks het feit dat het aantal psycho-geriatrische verpleeghuisbedden in de toekomst nog zal uitbreiden, komt men in deze sektor voor het jaar 1990 toch nog onder de geldende norm uit.
Het aantal somatische bedden zal niet veranderen, hetgeen inhoudt dat de kapaciteit in 1990 76 bedden onder de norm zal liggen.
De verzorgingshuizen komen in het jaar 1990 uit op een geringe onderkapaciteit ten aanzien van de 7%-norm (zie tabel 3.2 en 3.3).

2.2.7 Beschrijving regio VI

Regio VI ligt in het Zuidwesten van Noord-Brabant. De grootste stad van Noord-Brabant, Eindhoven, met bijna 200.000 inwoners, vinden we in deze regio. Rond de gemeente Eindhoven ligt een krans van zeven forenzengemeenten. Daarnaast bevinden zich in de regio grotendeels verstedelijkte plattelandsgemeenten met als uitzondering de middel-grote stad Valkenswaard en de plattelandsgemeente Vessem.
In regio VI wonen relatief veel ouderen (40.157 65-plussers), terwijl toch het aantal bejaarden geen bijzonder percentage vormt (8,7) van het totaal aantal inwoners (zie tabel 1.1).

De meeste verpleeghuizen in regio VI zijn gelegen in de gemeente Eindhoven (vijf). Een gekombineerd en een somatisch verpleeghuis vinden we nog in respektievelijk Bladel en Valkenswaard. De kapaciteit van de verpleeghuizen komt wat betreft de somatische bedden boven de norm uit, wat betreft de psycho-geriatrische bedden nog onder de normkapaciteit.

De kapaciteit van de verzorgingshuizen ligt ruim boven de 7%-norm (zie tabel 3.1). In het Zuidwesten van de regio liggen gemeenten die geen verzorgingsakkomodatie hebben; de in de nabijheid gelegen gemeenten - waar een ruime overkapaciteit te konstateren valt - zouden in dit tekort kunnen voorzien.
Het aantal gekwalificeerde bejaardenwoningen is in regio VI goed vertegenwoordigd. Het percentage bejaarde bewoners van gekwalificeerde bejaardenwoningen ten opzichte van het totaal aantal 65-plussers ligt in deze regio het hoogst (zie tabel 4.1).
In de niet-gekwalificeerde bejaardenwoningen is het percentage bejaarde bewoners ten opzichte van het totaal aantal 65-plussers in regio VI daarentegen het laagst (zie tabel 4.2).

In vergelijking met de overkapaciteit in bijna alle intramurale voorzieningen, konstateren we met name in de wijkverpleging een ruim tekort aan personeel (zie tabel 5.1).

De verschillen tussen aanwezige en geplande kapaciteit van verpleeghuisbedden betekent voor de somatische verpleeghuizen dat men in 1990 onder de norm zal uitkomen. De psycho-geriatrische verpleeghuizen zullen met een tekort van 204 bedden ten opzichte van de zes andere regio's het meest onder de norm komen te liggen (zie tabel 2.2).
Daar er in 1981 wat betreft de verzorgingshuizen in regio VI géén verklaringen van geen bezwaar zijn afgegeven, blijft het huidige aantal verzorgingsplaatsen gehandhaafd. Voor het jaar 1990 zal dit betekenen dat men iets onder de vastgestelde 7%-norm uit zal komen.

2.2.8 Beschrijving regio VII

Regio VII, gesitueerd in de zuidoosthoek van Noord-Brabant, heeft één middel-grote gemeente en één echte plattelandsgemeente. De middel-grote stad Helmond ligt vrij centraal ten opzichte van de andere, veelal verstedelijkte plattelandsgemeenten in de regio. Het inwonertal van Helmond is ruim 58.000 (CBS, 1980). Met regio V heeft regio VII het geringste percentage ouderen op de totale bevolking (tabel 1.1).
Met twee verpleeghuizen in de gemeente Bakel en één verpleeghuis in de aangrenzende gemeente Deurne, kunnen we niet spreken over een goede

spreiding van verpleeghuizen in regio VII. Hier zal in de nabije toekomst verandering in komen door de vestiging van een nieuw verpleeghuis. Er moet wel opgemerkt worden dat het westelijk gedeelte van deze regio in de invloedsfeer van de regio Eindhoven ligt.
Bekijken we de aanwezige kapaciteit van de verpleeghuizen dan blijken de somatische verpleeghuizen iets boven de kapaciteitsnormering uit te komen en de psycho-geriatrische net onder de norm (zie tabel 2.1).
In regio VII zijn geen psycho-geriatrische dagbehandelingsfaciliteiten aanwezig.
Met de huidige verzorgingskapaciteit (2,4% boven de landelijke norm) overtreft regio VII de andere regio's van Noord-Brabant (zie tabel 3.1). In alle gemeenten van de regio bevinden zich verzorgingshuizen van een voor de betreffende gemeente voldoende kapaciteit.
Op twee gemeenten na vinden we in alle gemeenten van regio VII gekwalificeerde bejaardenwoningen (zie tabel 4.2). Het percentage bejaarde bewoners in niet-gekwalificeerde bejaardenwoningen ten opzichte van het totaal aantal 65-plussers in regio VII is, te zamen met regio V het hoogst van Noord-Brabant.

Het kruiswerk heeft vestigingen in alle gemeenten. In regio VII ligt de personeelsbezetting onder de norm; opvallend is het gering aantal hoofdwijkverpleegkundigen in de regio.
Het werkgebied van het gekoördineerd bejaardenwerk bestrijkt maar vier van de negen gemeenten. De personeelsbezetting per 1.000 bejaarden in regio VII iets beneden het gemiddelde van Noord-Brabant.
Met het oog op de toekomst kan gezegd worden dat de kapaciteit van de gehele intramurale sektor in het jaar 1990 rond de betreffende normeringen zal liggen.

2.2.9 Samenvatting

De provincie Noord-Brabant wordt gekarakteriseerd door voornamelijk verstedelijkte plattelandsgemeenten.
Het percentage 65-plussers ten opzichte van de bevolking ligt in Noord-Brabant (9,01) onder het gemiddelde van Nederland (zie tabel 1.1). Maar ook in Noord-Brabant neemt het aantal bejaarden snel toe.
De aanwezige beddenkapaciteit van somatische verpleeghuizen blijft in

drie regio's onder de landelijke norm, de overige vier regio's komen er boven. In 1990 zal één regio nog boven de normkapaciteit uitkomen.
Ten aanzien van de psycho-geriatrische verpleeghuizen valt te konstateren dat de beddenkapaciteit in alle regio's fors onder de norm ligt (zie tabel 2.1), een toestand, waarin in de toekomst nauwelijks verandering komt.
De spreiding van de verpleeghuizen is niet in elke regio optimaal te noemen; eveneens geldt dit voor de dagbehandelingsfaciliteiten, die overigens ook qua kapaciteit onvoldoende zijn.
De verzorgingshuis-sektor heeft in alle regio's van Noord-Brabant een overkapaciteit, tenminste ten opzichte van de 7%-norm (gemiddeld voor Noord-Brabant 8,2%). Deze zal volgens de planning in 1990 praktisch verdwenen zijn. De kapaciteitsberekening in deze inventarisatie gaat alleen uit van het aantal verzorgingsplaatsen en is dus exclusief verpleeg- of ziekenboegkapaciteit, die de Provinciale Griffie wèl meetelt. Een onbekend, doch niet gering aantal van deze verpleeg- of ziekenboegplaatsen wordt permanent bezet door al dan niet AWBZ-erkende patienten, voor wie geen kamer in het verzorgingshuis wordt vrijgehouden. Het is feitelijk niet terecht deze plaatsen tot de verzorgingshuiskapaciteit te rekenen. Eigenlijk betreft het hier een tussenvoorziening tussen het verpleeg- en verzorgingshuis.

In de voorgaande regio-beschrijvingen is weergegeven dat in gemeenten waar geen verzorgingshuis aanwezig is, de oudere bevolking niet kan rekenen op de aanwezigheid van gekwalificeerde bejaardenwoningen. Het meest gunstig komt in dit verband nog regio VI ervan af, waar ± 11,5% van de bejaarde bevolking in een gekwalificeerde bejaardenwoning woont. Uit tabel 6.1 blijkt dat het niet zo is dat een eventueel tekort aan gekwalificeerde woningen wordt opgevangen door niet-gekwalificeerde. De niet-gekwalificeerde bejaardenwoningen zijn in het algemeen wel redelijk over de regio's verspreid.
De personeelsbezetting van de wijkverpleging vertoont nogal wat regionale verschillen, al kan voor alle regio's een onderkapaciteit gemeten worden. De mate waarin men echter een tekort aan personeel heeft hangt sterk samen met een ruime onderbezetting van wijkziekenverzorgenden in de verschillende regio's.
'Witte vlekken' wat betreft het gekoördineerd bejaardenwerk in Noord-Brabant, treffen we in elke regio aan. Echter, de spreiding van het

gekoördineerd bejaardenwerk over diverse regio's hangt af van de grootte van het werkgebied per instelling.
In gunstige zin kan in dit verband regio V vermeld worden met een optimaal aanbod van gekoördineerd bejaardenwerk, gegeven door zeven instellingen van gekoördineerd bejaardenwerk.
Helaas is het niet mogelijk hier informatie te verschaffen over de gezins- en bejaardenzorg, vanwege het niet herleidbaar zijn van de gegevens naar de gezondheidsregio's.Wanneer men tenslotte de kapaciteit en de personeelsbezetting van verschillende voorzieningen, werkzaam ten behoeve van ouderen, in de zeven regio's vergelijkt, dan treden duidelijke verschillen aan het licht, zelfs ten aanzien van die voorzieningen (bijvoorbeeld het kruiswerk) waarvoor landelijke richtlijnen gelden (tabel 6.1). In tabel 6.2 worden deze verschillen nog eens overzichtelijk weergegeven.
Het blijft in het kader van deze beknopte inventarisatie ook zeer onduidelijk waar deze verschillen toe te herleiden zijn en hoe zij samenhangen. Wel is duidelijk dat er regio's zijn die in het algemeen onderbedeeld zijn en dat van eventuele substitutie-effekten - in de zin dat onderkapaciteit in de ene sektor gekompenseerd wordt door relatieve overkapaciteit elders - weinig blijkt.
Een - ook voor het beleid - belangrijke vraag is zeker wat deze ongelijke spreiding van voorzieningen zegt over de behoefte aan de verschillende zorgvormen. Lopen de behoeften aan zorg in de regio's werkelijk uiteen en zou derhalve differentiatie een belangrijk planningsuitganspunt zijn? Of is er door een gebrekkig aanbod van voorzieningen tegelijkertijd sprake van gebrekkige mogelijkheden de behoefte aan zorg te uiten?

2.3 De visie van Gedeputeerde Staten ten aanzien van een provinciaal plan verpleeghuizen

Mede gelet op de adviestaak welke de provincies hebben ten aanzien van bouwinitiatieven van verpleeghuizen, besloot het kollege van Gedeputeerde Staten een plan op te stellen dat kan dienen als toetsingskader om de wenselijkheid van ingediende bouwinitiatieven in een breder kader te kunnen beoordelen en ze zonodig te stimuleren. Het plan dient derhalve niet alleen eisen te bevatten met betrekking tot omvang en

spreiding van verpleeghuizen, maar ook met betrekking tot andere inhoudelijke aspekten van de verpleeghuiszorg. Het plan dient de kaders aan te geven waarbinnen ontwikkelingen in de verpleeghuis-sektor kunnen plaatsvinden. Het kollege verzocht een werkgroep van onafhankelijke deskundigen en adviseurs een diskussienota op te stellen, waarin opgenomen koncept-uitgangspunten voor het provinciale plan.
De uitgebreide reakties op deze "Diskussienota uitgangspunten plan verpleeghuizen" (juni 1980) vormden mede een basis voor de beschouwingen en herformulering van de uitgangspunten in de al genoemde notitie voor de kommissie van advies en bijstand. Een groot deel van deze uitgangspunten wordt gevormd door doelstellingen die te onderscheiden zijn in beleids-, plan- en ontwikkelingsdoelstellingen.
De beleidsdoelstellingen worden gevormd door de kernpunten van de visie op de zorgbehoevende mens. Deze zijn ruim en abstrakt geformuleerd en vormen de toetssteen voor het resultaat van de planning.
De plandoelstellingen zijn konkreet en operationeel van aard en worden vastgesteld in het kader van de wettelijke plantaak. Ze hebben een toetsende funktie bij de beoordeling van initiatieven.
De ontwikkelingsdoelstellingen vallen buiten de voorgeschreven plantaak, maar worden desalniettemin door het provinciaal bestuur geformuleerd, omdat zij van belang zijn voor de zorg. Deze doelstellingen hebben een stimulerende funktie.

Het beschouwen van deze ontwikkelingsdoelstellingen tegen de achtergrond van de plan- en beleidsdoelen levert duidelijke aanknopingspunten voor onderzoek. In het navolgende zal een samenvatting worden gegeven van de voorgestelde doelstellingen die binnenkort door de Provincie zullen worden vastgesteld.

Als belangrijkste beleidsdoelstelling werd geformuleerd dat in het beleid op het terrein van de medische en maatschappelijke zorgverlening voorop dient te staan dat de (oudere) mens op een zo zelfstandig mogelijke levenswijze in een daartoe zoveel mogelijk door hem of haar zèlf gekozen omgeving moet kunnen verblijven en wonen.

De plandoelen kunnen ingedeeld worden naar verschillende invalshoeken:

a. **Taak en funktie van verpleeghuizen**

In deze plandoelen wordt aangegeven dat een verpleeghuis een

kontinue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorgverlening dient te bieden van in het algemeen verpleegkundige, medische, paramedische en psycho-sociale aard.
Een observatiefunktie moet in iedere regio in principe geregeld zijn door de daarvoor in aanmerking komende instellingen.
Ook de dagbehandelingsfunktie wordt in de plandoelstellingen nader omschreven.

b. **Samenhang**

In deze doelstellingen wordt gesproken over de wenselijkheid van een regionaal beleid ten aanzien van indikatiestelling en opname in verpleeghuizen en ten aanzien van overleg tussen intra- en extramurale voorzieningen.

c. **Kwaliteit**

De 'kwaliteit'-plandoelstellingen behelzen zaken als woon- en leefklimaat in de verpleeghuizen, aandacht voor de privacy en het bevorderen van de zelfstandigheid van de patient/bewoner, en diverse bouwkundige aspekten.

d. **Omvang en spreiding van de verpleeghuizen**

Een evenwichtige en grotere spreiding van verpleeghuisvoorzieningen binnen regio's wordt gewenst geacht; dekoncentratie van een verpleeghuis over meerdere vestigingen is hiervoor een mogelijkheid, waarbij elk der vestigingen als een volledig verpleeghuis moet funktioneren. De plandoelstellingen noemen enige minimum- en maximum-normen voor de kapaciteit van de afzonderlijke voorzieningen.
Ook voor de dagbehandelingsfaciliteiten worden spreidingsnormen aangegeven.

e. **Situering**

Het verpleeghuis zou gelegen moeten zijn in een levendig gedeelte van een woonkern, goed bereikbaar per partikulier en openbaar vervoer, zo mogelijk in de nabijheid van een verzorgingshuis.

De ontwikkelingsdoelstellingen leveren aanknopingspunten op voor mogelijk onderzoek dat aansluit bij de behoefte van de provinciale overheid die voortkomt uit haar planningstaak.
Om te beginnen wordt in deze ontwikkelingsdoelstellingen de wenselijkheid uitgesproken van een spoedige ontwikkeling van een sociaal-geriatrische dienst, omdat deze in het geheel van de zorgverlening aan psycho-geriatrische patienten een belangrijke koördinerende rol kan vervullen.
Ook wordt gesteld dat het streven naar funktionele afstemming tussen instellingen ten behoeve van de verschillende kategorieën bejaarden gestalte dient te krijgen in een regionaal gekoördineerd indikatiestellings- en opnamebeleid, waarbij andere instellingen in de regio, werkzaam in de eerste-lijns- en basisgezondheidszorg, betrokken zijn.
Verscheidene ontwikkelingsdoelstellingen worden geformuleerd ten aanzien van de gewenste samenwerking en funktie-afbakening tussen verpleeghuis, algemeen ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis, revalidatiecentrum en bejaardenoord.
Eveneens wordt de noodzaak vastgesteld van een kontinue, onafhankelijke, éénduidige en regionale indikatiestelling voor verpleeghuispatienten, een indikatiestelling ook afgestemd op die voor verzorgingshuizen.
Een onderzoek naar de mogelijkheden van dependancevorming van verpleeghuizen, bijvoorbeeld in de vorm van een experiment, is volgens een ontwikkelingsdoelstelling gewenst. Dit ten einde te kunnen vaststellen of dependancevorming in belangrijke mate kan bijdragen aan het totstandkomen van de doelen die in het plan worden gesteld.
Ook dient er een samenwerking tot stand te komen tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen binnen een regio ten aanzien van het opnamebeleid, van een funktie-afbakening en bij voorkeur ook ten aanzien van konsulentschappen.
Tenslotte wordt er in een ontwikkelingsdoelstelling opgemerkt dat een versterking van de extramurale zorg dient plaats te vinden in de vorm van het totstandbrengen van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn, alsmede door een ontwikkeling van sociaal-geriatrische diensten; dit, ten einde te kunnen bewerkstelligen dat hulpbehoevende ouderen zich zo lang mogelijk in het thuismilieu kunnen handhaven.

Naast deze doelstellingen zijn in dit kader nog de volgende beschou-

wingen uit de genoemde nota van belang:
Voor een aantal uitgangspunten geldt dat zij onder andere door gemis aan ervaringsgegevens nog nauwelijks onderbouwd kunnen worden. Deze uitgangspunten zijn toch ingevoegd met het oog op de stimulerende funktie die het plan vervult. Voorbeelden hiervan zijn de indikatiestelling voor verpleeghuizen en de funktie van sociaal-geriatrische diensten. Dergelijke uitgangspunten dienen een nadere uitwerking te krijgen in onderzoek en overleg. De beleidsontwikkeling op het terrein van de verpleeghuis-sektor zal hiermee gediend zijn.

Ten aanzien van taak en funktie van verpleeghuizen wordt in de nota opgemerkt dat uit reakties op de diskussienota blijkt dat de taakafbakening van het verpleeghuis ten opzichte van andere voorzieningen in de gezondheidszorg en maatschappelijke zorg, evenals ten opzichte van het thuismilieu niet duidelijk is. Ook spreken enkele kommentaren in dit verband van een noodzakelijke herbezinning op de taak en funktie van verpleeg- en verzorgingshuizen en van de noodzaak uit te gaan van een integrale visie op de (ouder wordende) mens.

Gezien deze onduidelijkheid wordt elders in de notitie dan ook gesteld dat het uitwerken van de omschrijving van de medische en paramedische zorg in verpleeghuizen in een plandoelstelling niet noodzakelijk is en dat volstaan kan worden met een beschrijving in algemene termen van de zorgverlening in verpleeghuizen en daarmee de afbakening ten opzichte van andere sektoren van zorgverlening. Ook volgen de opstellers van de notitie de kommentaren van de instellingen, dat specialisatie binnen de verpleeghuiszorg niet gewenst is. Eveneens ziet men af van het formuleren van een uitgangspunt ten aanzien van kategorale verpleegafdelingen voor kinderen en jeugdigen. Eerst zal uit onderzoek duidelijk moeten worden hoe groot de eigenlijke vraag is naar bijzondere voorzieningen voor jeugdigen en in hoeverre de voorkeur naar verpleeghuizen dan wel woonvoorzieningen uitgaat.
Tenslotte wordt expliciet de behoefte aangegeven van een deugdelijk onderzoek ter verbetering van de leefsituatie in het verpleeghuis.

2.4 Reakties op de "Diskussienota plan verpleeghuizen"

Zoals al opgemerkt, gaf deze nota aanleiding tot uitgebreide reakties van instellingen en belanghebbenden.
Een weergave van deze reakties volgt nu, voor zover zij al niet doorklonken in de vorige paragraaf en voor zover zij van belang zijn voor het doel van deze rapportage, namelijk het bepalen van de onderzoeksvraagstelling.
Een aanscherping van de problemen rond de taak en funktie van verpleeghuizen en de afbakening naar andere voorzieningen vinden we in de volgende reakties en kommentaren:

De Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Brabant stelt het entameren van onderzoek voor naar het patientenbestand van verpleeghuizen en naar de behoeften aan alternatieve vormen van verpleeghuiszorg, in het bijzonder voor bejaarden en langdurig zieken. Men merkt op dat omtrent de wensen en behoeften die bij de gebruikers van de voorzieningen leven, nog betrekkelijk weinig bekend is. In aansluiting op onderzoek dienen ook experimentele projekten bevorderd te worden.
Voorts achten zij het van groot belang dat een analyse plaatsvindt op welke wijze te onderscheiden leeftijdskategorieën van jeugdigen, volwassenen en bejaarden, met uiteenlopende ziektebeelden en een verschillende opnameduur, binnen één instelling een passende leefsfeer kunnen vinden en welke konsekwentie dit heeft voor omvang en spreiding van de verpleeghuizen. Ook op basis van een experiment zouden ervaringen kunnen worden opgedaan die als basis kunnen dienen voor de keuzen ten aanzien van omvang, taak en funktie van verpleeghuizen.

De Provinciale Commissie voor Bejaardenoorden Noord-Brabant merkt op dat uitgangspunt bij de keuze tussen verpleeg- en verzorgingshuizen primair de persoonlijk beleefde verplegings- of verzorgingsbehoefte van de oudere moet zijn. De hulpvraag kan niet in alle gevallen vertaald worden naar feitelijk bestaande instituten. Het instituut verzorgingshuis dient daarom enige ruimte te krijgen voor de verplegingsfunktie. In het bijzonder voor die verpleegbehoeftige ouderen die reeds in het verzorgingshuis verblijven. De kommissie beoogt hiermee niet een pleidooi te houden voor een totale overlapping van funkties, maar bepleit bij de beoordeling in het bijzonder rekening te houden

met de persoonlijke wens van de oudere zelf. Dit kan dus betekenen dat sommige ouderen liever met 'minder' genoegen nemen in het verzorgingshuis dan naar een meer gespecialiseerd verpleeghuis te gaan.
Deze gedachtengang wordt ook naar voren gebracht door de GGD van Geldrop e.o. Deze voegt hieraan toe dat dit vanzelfsprekend konsekwenties heeft voor de kapaciteit, het personeelsbestand en de samenwerkingsrelaties met verpleeghuizen. Zeker de opvangmogelijkheden voor geestelijk gestoorde bejaarden zijn in hoge mate afhankelijk van de bereidheid en deskundigheid van het personeel van het verzorgingshuis en de tolerantie van de medebewoners. Mogelijkheden van een gescheiden dagrekreatie zouden volgens de GGD dan ook overwogen moeten worden.

De Protestantse Stichting Verpleeghuis Eikendonk merkt op dat, wanneer alle instellingen voor gezondheidszorg en bejaardenzorg hun aandachtsveld omschrijven, het niet anders kan of een aantal patienten raakt tussen de wal en het schip. Men bepleit dat alle instellingen, ongeacht hun specifieke indikatiegebied, bereid zouden moeten zijn ook buiten dit indikatiegebied te gaan voor diegenen die bij een opname in een andersoortige instelling nog minder gebaat zouden zijn ('buitenissige figuren'). Verder stellen zij ten aanzien van het leefmilieu in verpleeghuizen dat rekening gehouden moet worden met het feit dat leidinggevenden en kader veelal hun scholing ondergingen in de ziekenhuissfeer.In de afgelopen tijd is er in de behandelingsaspekten van het verpleeghuis een ontwikkeling op gang gekomen die profilerend heeft gewerkt ten opzichte van andersoortige instituten. Leven en wonen zijn echter veel moeilijker grijpbaar in professionele zin. Onderzoek, en scholing van betrokkenen zijn noodzakelijk om dit aspekt een werkelijk evenwaardige plaats te geven. Aldus het verpleeghuis Eikendonk.

In dit verband merkt Stichting Samivoz nog op dat men zich moet afvragen of het psycho-sociale aspekt van de zorg in het verpleeghuis voldóende aandacht heeft, wanneer agogisch geschoolden aanwezig zijn. Zo wijst men ook op de in doorsnee jeugdige leeftijd van de werkers en de daarmee gepaard gaande adolescenten-kultuur binnen de instellingen. Het zou derhalve nadere overweging verdienen in hoeverre het inzetten ven oudere medewerkers en een naar leeftijd meer gedifferentieerd personeelsbestand een oplossing zou kunnen bieden.

Het Provinciaal Welzijnsberaad voor Ouderen benadrukt het 'recht op zelfbeschikking' van de verpleeghuisbewoner. Het is iemands goed recht om zelf uit te maken wanneer hij/zij voor een verpleeghuis in aanmerking komt, waar 'het betere' (in medisch-technische zin) mogelijk de vijand is van 'het goede' (verpleging dichter bij huis en familie, maar onder minder perfekte verpleegtechnische kondities).
Zo ook hebben de verpleeghuisbewoners (c.q. hun vertegenwoordigers) het recht om invloed te hebben op en geïnformeerd te zijn over het beleid van het huis. Nog veel sterker dan bij bejaardenoorden, aldus het PWO - en daar is de situatie nog verre van ideaal - is bij verpleeghuizen het beleid een aangelegenheid waarop de buitenwacht en zelfs de meest direkt betrokkenen geen enkele greep hebben.

Tot zover enige in dit kader relevante reakties en kommentaren op de diskussienota "Uitgangspunten plan verpleeghuizen".

2.5 Verslag van de gespreksronde

De gesprekken met diverse beleidsfunktionarissen en betrokkenen uit het 'veld' waren gericht op een inventarisatie van opvattingen, wensen en ervaren knelpunten of vragen ten aanzien van de zorg voor ouderen, hetgeen diende te leiden tot een formuleren van mogelijke onderzoeksvragen. Tevens werd in de gesprekken nagegaan of er bereidheid bestond tot aktieve medewerking in geval van een uiteindelijk onderzoek.
In het navolgende zullen dan ook, meer dan in de voorgaande paragrafen, konkrete onderzoeksideeën weergegeven worden, zoals die in de gesprekken naar voren zijn gekomen.
De interviews waren ongestruktureerd, dat wil zeggen dat op een beperkt aantal vaste punten na, de gesprekken vrijelijk zijn gevoerd.

Belangrijkste onderwerpen van gesprek blijken steeds weer te zijn: taak en funktie van het verpleeghuis (of beter: het funktioneren van het verpleeghuis), de samenwerkingsproblematiek en hiermee samenhangend de (on)mogelijkheid van een strikte afbakening van voorzieningen. Ten aanzien van een eventuele medewerking reageert men in eerste instantie niet afwijzend, maar veel zou afhangen van de aard van het uiteindelijk te ondernemen onderzoek en eventuele faciliteiten van de provinciale overheid.

De identiteit van het verpleeghuis

De twijfel over de identiteit van het verpleeghuis wordt in de meeste gesprekken duidelijk uitgesproken of de geïnterviewde nu uit de verpleeghuis-wereld afkomstig is of niet. Er wordt ook gesproken van een negatieve identiteit: niemand wil immers graag in een verpleeghuis opgenomen worden.
Zou voor het verpleeghuis voor somatisch zieken nog een bepaalde afbakening van funkties en van patientengroeperingen mogelijk zijn naar andere voorzieningen, met name extramurale zorg, eerste-lijns- en mantelzorg (maar dan moeten deze voorzieningen ook wel beschikbaar zijn!), voor de psycho-geriatrische verpleeghuizen en patienten ligt de situatie veel gekompliceerder.
Te dien aanzien komt ook duidelijk wereldbeschouwelijke en zorgfilosofische bezinning èn twijfel om de hoek kijken. Overigens is dit niet een probleem voor de verpleeghuizen alléén, maar zeker ook voor de maatschappij als geheel.
In dit verband wordt gesproken van een al dan niet gerechtvaardigde 'restfunktie' ten opzichte van de maatschappij. De opname in een psycho-geriatrisch verpleeghuis zou niet zozeer afhangen van (medische) opnamecriteria en 'positief' te omschrijven funkties (bijvoorbeeld reaktivering), maar van de draagkracht van de omgeving van de bejaarde of deze nu thuis dan wel in een verzorgingshuis verblijft.
Gesignaleerd wordt dat het 'recht op zelfbeschikking' hiermee op gespannen voet staat.

Ook wordt opgemerkt dat elke instelling die dergelijke patienten/bewoners herbergt, de neiging heeft dicht te slibben, of het nu een verzorgingshuis betreft, een dependance van een verpleeghuis aan een verzorgingshuis aangehaakt of een verpleeghuis. Hiermee wordt tevens de noodzaak aangegeven van het denken in alternatieven en preventie-mogelijkheden en van een goed funktionerend extramuraal netwerk van hulpverlening en ondersteuning (sociaal geriatrische dienst, RIGG of RIAGG en eerste-lijnsvoorzieningen).

Aan de andere kant kan men datgene wat het verpleeghuis te bieden heeft positief benaderen en de instellingen zelf zijn natuurlijk geneigd dit ook te doen (zie ook de discussienota Taak en Funktie van

het Verpleeghuis (NZR), juli 1981, en het onlangs verschenen 4e Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid). Het probleem in dit verband is dan steeds weer dat de zorg voorzieningen-gericht gedefinieerd wordt, terwijl een duidelijker oriëntatie op de wensen en behoeften van de patient/bewoner gewenst zou zijn (mogelijk onderzoek).
Aangeboden deskundigheden en noodzakelijk geachte disciplines komen in dit verband ter sprake, maar vooral het leefmilieu dat in een verpleeghuis mogelijk is. Een zaak - daar is iedereen het over eens - die de grootste aandacht verdient en die op vele punten nog verbeterd zou kunnen worden.
Het interne funktioneren met de nadruk op het leefmilieu zou beslist onderzoek waard zijn (ook het personeelsbeleid en dergelijke) en de kardinale vraag "Wat vindt de patient/bewoner ervan?" helemaal. In dit verband komt ook de wenselijkheid aan de orde van mogelijk aparte voorzieningen voor jeugdigen, maar dit probleem wordt geen onderzoek waard geacht, omdat het aantal jeugdigen gering is en koncentratie vanwege de bereikbaarheid onwenselijk. In voorkomende gevallen worden, volgens zeggen, door het verpleeghuis in samenwerking met anderen ad hoc-oplossingen gevonden.
De dagbehandelingsfunktie van verpleeghuizen is voorwerp van onderzoek van de betreffende projektgroep van het NZI, die eveneens betrokken is bij een 'workshop' over 'het kleine verpleeghuis'.

Indikatiestelling

Diskussie over de identiteit van het verpleeghuis betekent eveneens diskussie over de indikatiestelling voor opname. Spreken sommige reakties op de genoemde diskussienota over 'objektieve criteria' (zie ook het rapport "Indikatiestelling Verpleeghuizen"; NZR, 1979), in onze gesprekken wordt meer de relativiteit van de indikatiestelling benadrukt. Een 'gebureaukratiseerd' en 'geformulariseerd' indikatiestellen wordt als te beperkt ervaren. De indikatie-criteria waarop ouderen beoordeeld en geplaatst worden, zijn enerzijds zeer ruim, maar anderzijds te beperkt omdat daarmee vaak niet duidelijk genoeg het beeld van de betreffende bejaarde geschetst kan worden. Ook gaat het voornamelijk om chronische kwalen waarbij een strikt medische indikatie een geringere rol speelt.
Het verzoek van een verzorgingshuis (en vaak niet van de betreffende

oudere) voor een opname in een psycho-geriatrisch verpleeghuis gebeurt vooral vanwege het leefmilieu in het verzorgingshuis en in veel mindere mate vanwege een individuele indikatie.
Zoals gezegd gelden voor verpleeghuizen voor somatisch zieken striktere (medische, dat wil zeggen op de funktiestoornissen gerichte) indikatie-criteria.

Als onderzoeksmogelijkheden op het gebied van de indikatiestelling en -criteria worden genoemd:

- de invloed van diverse samenwerkingsmodellen op het proces van indikatiestelling en de invloed van verschillende populaties (stad vs. platteland);
- onderzoek naar de verschillende procedures van screening en observatie in de provincie (intramuraal vs. extramuraal; psychiatrisch ziekenhuis vs. ziekenhuis vs. verpleeghuis vs. SPD) en naar de rol in dit kader van de eerste-lijnsgezondheidszorg en meer 'CRM-georiënteerde' voorzieningen als gekoordineerd bejaardenwerk en de indikatiekommissies voor de bejaardenoorden;
- eveneens werd gedacht aan onderzoek van bejaarden op wachtlijsten en van 'moeilijk plaatsbaren'.

Samenwerking

Een indikatiestelling die zozeer afhangt van de beperkingen en mogelijkheden van de afzonderlijke voorzieningen, benadrukt het belang van samenwerking, zoals in elk gesprek wordt opgemerkt.
Toch blijkt samenwerking een moeizame zaak. De drang tot autonomie wordt met een licht gevoel van onmacht gesignaleerd en van de (provinciale) overheid wordt een aktief en stimulerend beleid verlangd.
Samenwerking wordt absoluut noodzakelijk geacht voor een afstemming van verschillende zorgvormen. Slechts globale richtlijnen zouden hiervoor noodzakelijk zijn. Perfekte en gedetailleerde richtlijnen zijn alleen noodzakelijk - en tegelijk onwerkbaar - als er geen overleg is.
Onderzoek naar en begeleiding van samenwerkingsverbanden wordt dan ook zeer belangrijk genoemd. Aarzelend is een dergelijk onderzoek hier en daar al in gang gezet (door het PON in Tilburg en door het NZI in Noordoost Noord-Brabant.

Samenwerking en verhouding verpleeghuis - verzorgingshuis

Meermalen is de veronderstelde geleidelijke overgang tussen het verpleeghuis en het verzorgingshuis en de funktie-afbakening al aan de orde geweest.
Wat psycho-geriatrische patienten betreft wordt opgemerkt dat deze mensen zolang als mogelijk is in het verzorgingshuis zouden moeten blijven. Men dient binnen het verzorgingshuis een zodanig (sociaal) klimaat te creëren dat er voor deze ouderen plaats is. Aan de andere kant is het wellicht onwenselijk dat een verzorgingshuisbewoner 'die nog iets van het leven probeert te maken', gekonfronteerd wordt met echte psycho-geriatrische patienten.
Een onderzoek zou kunnen aangeven wat nog mogelijk is in een verzorgingshuis en welke belemmeringen er bestaan.

Over de noodzaak van dependancevorming van afdelingen van verpleeghuizen gesitueerd bij verzorgingshuizen wordt wisselend gedacht. In ieder geval dient de eventuele wenselijkheid aan de hand van specifieke lokale situaties beoordeeld te worden in de vorm van onderzoeksmatig begeleide experimenten. In dit kader wordt wel opgemerkt dat een spreidingsbeleid, zeker voor plattelandsgebieden, belangrijk is.
Maar ook andere mogelijkheden van samenwerking moeten onderzocht worden, zoals bijvoorbeeld konsulentschappen en adviseringen, niet alleen van artsen maar ook van verpleegkundigen en anderen. Genoemd wordt ook dat bij een samenwerking tussen verpleeghuis en verzorgingshuis extramurale voorzieningen betrokken moeten worden, omdat anders alleen maar sprake zou zijn van opname-adviezen.
Een (promotie)onderzoek naar overlappende patientenkategorieën tussen het verzorgingshuis en het verpleeghuis voor somatisch zieken wordt voorbereid.

Ten aanzien van de verzorgingshuis-sektor is in opdracht van Gedeputeerde Staten al een onderzoek in gang dat de "Effekten van de indikatiestelling door de kommissies op het welbevinden van bejaarden" tot onderwerp heeft. In dit onderzoek wordt tevens nagegaan of de geïndiceerde instelling/voorziening voor de betrokken bejaarde wel de meest adekwate instelling/voorziening is.
Daarnaast wordt onderzoek aangevangen ten aanzien van de gewenst ge-

achte minimum en maximum omvang van bejaardenoorden in verschillende organisatorische verbanden, en ten aanzien van een kosten/batenanalyse van de zorgverlening in verzorgingshuizen vs. de benodigde zorgverlening in de thuissituatie.

Samenwerking en verhouding verpleeghuis - extramurale voorzieningen

Herhaaldelijk wordt opgemerkt dat in het algemeen relaties en samenwerking met eerste-lijnsvoorzieningen nauwelijks ontwikkeld zijn. Goede geriatrische preventie wordt hierdoor bemoeilijkt.
Dit geldt niet alleen voor de eerste-lijnsgezondheidszorg, maar ook ten aanzien van bijvoorbeeld de indikatiekommissie voor de bejaardenoorden, de gezinszorg en het gekoördineerd bejaardenwerk.
In dit verband wordt ook een eventuele wijkfunktie van het verpleeghuis genoemd hoewel verpleeghuizen ook een bovenlokale funktie hebben. Binnen de eerste lijn en tussen extramurale voorzieningen zijn de kontakten beter en is ook een aantal experimenten in gang (24-uurs gezinsverzorging, wijkbejaardenverzorging, etc.). Er zijn lijnen naar het verzorgingshuis, maar nauwelijks naar het verpleeghuis. Ook dit zou een vruchtbaar voorwerp van onderzoek en experiment zijn. Wel merkt men op dat op dit moment de uitbouw van de eerste lijn eerder een aftakeling is vanwege bezuinigingen.

In alle gevallen is de ontwikkeling op het gebied van een Sociaal Geriatrische Dienst ter sprake gekomen, ook wel omschreven als een soort gekoördineerd bejaardenwerk op het terrein van de gezondheidszorg. De taken die voor deze dienst genoemd werden:

- ondersteuning van de thuiszorg;
- deskundigheidsbevordering van de eerste lijn;
- preventie;
- uitbouw ambulante zorg;
- koördinatiefunktie (bij observatie, screening en indikatiestelling).

Ook de RIGG- en RIAGG-vorming speelt hierbij een belangrijke rol. Er werd gesteld dat een SPD die ook de geriatrie tot zijn taak rekent, goede kontakten kan hebben zowel naar de verpleeghuis-sektor en de eerste lijn toe, als naar de indikatiekommissie voor de bejaardenoorden.

Op verscheidene plaatsen in de provincie zijn experimenten gaande of verkennende besprekingen ten aanzien van opzet en werkwijze van een toekomstige SGD. Hoewel onderlinge verhoudingen delikaat zijn en onderzoek vanwege de provinciale overheid verstorend zou kunnen werken, wordt toch de urgentie van een SGD-ontwikkeling benadrukt en worden er mogelijkheden gezien voor een (onderzoeks)projekt ter stimulering van deze ontwikkeling.

Relatie verpleeghuis - (psychiatrisch) ziekenhuis

Het feit dat sommige psychiatrische ziekenhuizen stellen dat zij een duidelijke funktie hebben in de zorg voor psycho-geriatrische patienten, is voornamelijk aan de orde geweest in het kader van de screening en observatie van psycho-geriatrische patienten. In Noord-Brabant blijken in de verschillende regio's hiervoor verschillende modellen gehanteerd te worden. Nu eens screening in een psychiatrisch ziekenhuis, dan weer in een ziekenhuis, dan weer in een verpleeghuis of ook in kombinaties, terwijl ook de SPD'en een rol vervullen.
Eén gesprekspartner stelt dat voor observatie en screening de psychiatrische ziekenhuizen toch minder geschikt zouden zijn omdat deze a) te groot en b) in langere opnametermijnen denken. Hier speelt ook weer het probleem van 'dichtslibbing'. Een GAAZ (geriatrische afdeling in het algemene ziekenhuis) zou een korte en snelle screening kunnen bewerkstelligen.
In het algemeen wordt wel benadrukt dat verschillende oplossingen in de regio's mogelijk moeten zijn, afhankelijk van de specifiek historisch gegroeide situaties.
In ieder geval verdient een poliklinische ambulante screening verre de voorkeur boven een klinische observatie, maar dit vereist weer goede kontakten naar de eerste lijn èn een preventieve attitude.
Toch zou onder invloed van ontwikkelingen in de psychiatrie (kleinere psychiatrische ziekenhuizen en kortere opnameduur) de overlapping in funkties tussen het verpleeghuis en het psychiatrisch ziekenhuis, althans wat betreft de langdurige verpleging en niet wat betreft screening en observatie, niet zodanig zijn dat dit een apart onderzoek rechtvaardigt. Door onderzoekers van het NZI wordt overigens onderzoek gedaan naar het funktioneren van een GAAZ (in Arnhem). Het NZI heeft ook een onderzoek gedaan naar de invloed van de aanwezigheid van ver-

pleeghuisvoorzieningen op de ontslagmogelijkheden van ziekenhuizen in Noordoost Noord-Brabant.

De invloed van financieringssystemen

Verscheidene malen is in de interviews de belemmerende rol gememoreerd die de verschillende financieringssystemen (AWBZ, ziekenfonds, individuele subsidies, etc.) spelen ten aanzien van een versterking van de samenhang tussen voorzieningen.
In elk geval is hierdoor een prioriteitenstelling en afweging van belangen van verschillende voorzieningen op regionaal en lokaal niveau onmogelijk, evenals een creatieve ontwikkeling van alternatieve zorgvormen. Ook voor de ouderen zelf hebben de verscheidene zorgvormen uiteenlopende financiële konsekwenties.
Het interne financiële systeem van voorzieningen (COZ-normeringen en CRM-richtlijnen) werkt eveneens als schadelijk keurslijf en zou bovendien kostenverhogend zijn. Onderzoek naar deze financiële aspekten, bij voorkeur in experiment-vorm, wordt dan ook urgent geacht.

De rol van gemeenten

Nauw verwant aan het voorgaande is het probleem van gemeentelijke invloed op het beleid ten aanzien van ouderen. Tot op dit moment onttrekt zich de gezondheidszorg vrijwel aan gemeentelijke zeggenschap, terwijl deze zeggenschap dankzij gedetailleerde en ingewikkelde CRM-richtlijnen ten aanzien van de overige voorzieningen tot op heden ook niet veel voorstelt.
Door sommige geïnterviewden wordt dit als een belangrijke belemmering gezien voor een vernieuwing van de hulpverlening, aangepast aan lokale omstandigheden. Wel wordt eraan toegevoegd dat, wanneer de gemeenten wèl zeggenschap zouden krijgen over het totale welzijnsbeleid, er óók grote problemen zouden ontstaan over de verdeling van de financiële middelen, prioriteitenstelling en de autonomie van de instellingen. Desalniettemin zouden (door onderzoek begeleide) experimenten op plaatselijk niveau het meest geschikt zijn om een zorg te ontwikkelen en in stand te houden die aansluit bij de wensen ten aanzien van een zelfstandigheidsbevordering van ouderen. Dan zou men ook kunnen nagaan welke inschakeling van hulp nodig is vanuit de intramurale zorg.

Want, aldus een informant (die niet uit de intramurale sektor afkomstig is), de intramurale sektor zou te geïnstitutionaliseerd en geprofessionaliseerd zijn om richting te geven aan de zorgverlening aan ouderen.
In het algemeen wordt opgemerkt dat de planningspraktijk, zoals die zich ontwikkelt en ontwikkeld heeft met name onder invloed van de overheid, te star, te traag en te weinig flexibel is om recht te doen aan de eigen aard van plaatselijke situaties. Er is te weinig ruimte voor experimenten en de ontwikkeling van zorgalternatieven.
Kapaciteitsnormeringen, die immers maximalisatie-tendensen per sektor in de hand werken, zouden voor deze vernieuwingen remmend en mogelijk zelfs kostenverhogend werken.

3. GLOBALE MOGELIJKHEDEN VOOR ONDERZOEK, VOORTVLOEIEND UIT DE VERZAMELDE GEGEVENS

3.1 Inleiding

De vele opvattingen en vragen die in het vorige hoofdstuk naar voren kwamen betreffende het funktioneren van verpleeghuizen kunnen bekeken worden vanuit een tweetal gezichtshoeken. Enerzijds worden vragen opgeworpen naar het interne funktioneren als verpleeghuis. Zulk onderzoek lijkt echter vooral te liggen op de lijn van het NZI (en wordt daar ook ten aanzien van sommige aspekten verricht).
Anderzijds betreffen vele vragen het funktioneren van het verpleeghuis in relatie tot zijn omgeving, waaronder andere intra- en extramurale voorzieningen. Dergelijk onderzoek ligt meer in de lijn van het NIPG.

Een poging om tot ordening van de vragen te komen leidt tot een achttal hoofdonderwerpen welke zich lenen voor nader onderzoek. Het onderscheid moet men niet te schematisch opvatten; sommige aspekten komen steeds weer terug.
Eerst wordt in §3.2 wat dieper ingegaan op het problematische karakter van onderzoek, gericht op de afstemming van funkties van verschillende voorzieningen.
Als onderzoeksonderwerpen komen daarna aan bod: beleidsontwikkeling ten aanzien van funktie-afstemming tussen voorzieningen, de taak en funktie van het verpleeghuis, de leefsituatie binnen het verpleeghuis, en processen van indikatiestelling. Vervolgens wordt ingegaan op mogelijkheden voor onderzoek naar de relatie van het verpleeghuis met het verzorgingshuis en met de extramurale sektor, de ontwikkeling van SGD'en en de invloed van financieringssystemen op de zorgverlening.
Tenslotte wordt nog aandacht besteed aan de vierde adviesaanvrage van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, die in het kader van deze rapportage aktueel is.
Het hoofdstuk wordt besloten met een summier overzicht van onderzoekingen die in de provincie Noord-Brabant worden voorbereid dan wel uitgevoerd.

3.2 Problemen rond onderzoek ten behoeve van de funktie-afbakening en -afstemming

Het aangeven van de specifieke funktie van het verpleeghuis, de afbakening ten opzichte van andere voorzieningen en de afstemming van de zorgverlening wordt onder andere genoemd in enkele ontwikkelingsdoelstellingen van de provinciale overheid, waarbij vele voorzieningen worden genoemd. Deze problematiek komt in het navolgende steeds weer terug, vandaar dat wij hier allereerst in een afzonderlijke paragraaf nader op ingaan.

Het inhoudelijk onderzoeken van de funktie-afbakening tussen deze voorzieningen betekent voor de onderzoeker het openen van een slangenkuil. Het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft in het verleden getracht het idee van een funktieklassifikatie van alle voorzieningen als onderzoeksonderwerp bij de diverse onderzoeksinstituten te pousseren, echter tevergeefs. Hèt probleem is vast te stellen wanneer funkties (on)gelijk, (on)gelijkwaardig zijn. Is bijvoorbeeld de verloskundige zorg verleend door de huisarts gelijk, gelijkwaardig of misschien toch anders dan die, verleend door een verloskundige? Geldt dit voor alle bevallingen en hoe staat het met de funktie van de gynaecoloog? Of een in dit verband meer controversiële afbakening: verpleegkundige en psychosociale zorg in een verzorgingshuis is anders dan / ongelijk aan een dergelijke zorg verleend in een verpleeghuis; maar is deze desalniettemin voor sommige patienten / bewoners toch niet gelijkwaardig?

De oplossing voor dit probleem is dan dat funkties al snel disciplinegewijs worden aangegeven, een tendens versterkt door de snel toegenomen professionalisering in de gezondheids- en welzijnszorg. Eén funktionaris herbergt vele funkties en noodzakelijke detaillering gaat aldus verloren. Maar nog belangrijker is, zoals ook in de interviews is opgemerkt, dat de zorg steeds voorzieningen-gericht, van de aanbodzijde, gedefinieerd wordt, terwijl juist een duidelijker oriëntatie op de wensen en behoeften van de klient theoretisch en praktisch gewenst zou zijn.

Een voorzieningen-gerichte benadering houdt daarom in (of houdt het gevaar in) dat een zogenaamd 'garagemodel' gehanteerd wordt: de kwaliteit van de zorg wordt, onafhankelijk van de klient, gedefinieerd in termen van de aan- of afwezigheid van benodigde deskundigheden (disci-

plines) en apparatuur.
Dit betekent eveneens dat instellingen funkties claimen, hetgeen onderlinge konkurrentieposities en kompetentiekonflikten met zich meebrengt.
Maar uit de praktijk blijkt ook dat datgene wat in de ene (soort) voorziening gedaan wordt mede afhankelijk is van de verrichtingen van andere of andersoortige voorzieningen (komplementariteit). Dit benadrukt ten aanzien van de funktie-afstemming het belang van regionale en plaatselijke kwalitatieve en kwantitatieve verschillen.
Indien men al, ondanks deze problemen, tot een bepaalde vanuit het bestaande aanbod gedefinieerde funktie-afbakening tussen voorzieningen zou kunnen komen, dan wil dat nog niet zeggen dat ook verschillende klienten-groeperingen en -kategorieën duidelijk afgrensbaar zijn.
De aanname of veeleer de konstatering van niet duidelijk afgrensbare patienten-kategorieën komt ook voort uit het feit dat bij de indikatiestelling voor welke voorziening dan ook niet alleen de gezondheidstoestand van de oudere van belang is, maar ook zijn/haar levensomstandigheden en de hulpmogelijkheden, tolerantie en draagkracht van zijn/haar direkte omgeving. Hiermee hangt ook de opmerking uit één der interviews samen, dat de indikatiecriteria waarop ouderen beoordeeld en geplaatst worden enerzijds zeer ruim zijn, maar anderzijds juist daardoor van zo beperkte waarde omdat daarmee niet duidelijk genoeg het beeld van de betreffende bejaarde geschetst kan worden.
Een indikatiestelling die zozeer afhangt van de beperkingen en mogelijkheden van de afzonderlijke voorzieningen in een bepaald gebied, benadrukt het belang van samenwerking. In het samenwerkingsproces zelf ontstaat dan een aan de lokale situatie aangepaste funktie-afbakening (of beter: funktieverdeling) en een bepaalde praktijk van indikatiestelling.

De voorgaande gedachtengang betekent dat, wanneer men de inhoudelijke kant van een funktieverdeling tussen voorzieningen en instellingen wil bestuderen, dit alleen goed mogelijk is op het zogenaamde 'mikroniveau' direkt aansluitend bij de praktijk van de hulpverlening in bepaalde lokale of regionale situaties. Een onderzoekskonklusie als: "Het is wenselijk dat de observatiefunktie voor psychogeriatrische patienten in Nederland - of Noord-Brabant - vervuld wordt door de psychiatrische ziekenhuizen" is daarom ondenkbaar (zie ook het interview-

verslag). Konklusies toch die van de kant van de overheid wel gewenst worden, zoals bijvoorbeeld doorschemert in de vierde adviesaanvrage van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.
Een dergelijk onderzoek - een onderzoek op mikroniveau - betekent óók dat het onderzoek in nauwe betrokkenheid met de instellingen en hulpverleners dient te geschieden, welk onderzoeksterrein men ook kiest. De verhouding verpleeghuis/verzorgingshuis en verpleeghuis/extramurale (eerste lijns-)voorzieningen worden in de interviews het meest opportuun voor onderzoek gevonden.

We zijn aan het begin van dit hoofdstuk wat uitgebreider op dit inhoudelijke aspekt van het onderzoeksonderwerp 'funktie-afbakening' ingegaan omdat dit probleem steeds weer terugkomt in de bespreking van acht hoofdonderwerpen van onderzoek. Deze onderwerpen zijn de onderzoeksmatige neerslag van datgene wat in de voorgaande hoofdstukken aan de orde gekomen is en herhalingen zijn daarom onvermijdelijk.
De feitelijke onderzoeksvoorstellen van het NIPG komen in hoofdstuk 4 aan de orde, maar wellicht biedt het navolgende aanknopingspunten voor andere onderzoeksinitiatieven.

3.3 Beleidsontwikkeling funktie-afstemming tussen voorzieningen

Dit onderzoeksonderwerp 'beleidsontwikkeling funktie-afstemming tussen voorzieningen' belicht de organisatorische en planningskant van funktie-afstemming.
De onderzoeksvraag zou dan kunnen luiden: op welke wijze kan de provinciale overheid de afstemming van funkties tussen de voorzieningen bevorderen en in stand houden?, juist gegeven het ontbreken van een éénduidige visie op de taak en funktie van verpleeghuizen, gegeven gebrekkige samenwerkingsrelaties en gegeven de verschillen in aanbod en funktioneren in de regio's.
Aan de orde moet dan komen: verschillende mogelijkheden van planning en planningsopvatting, het relativeren van kapaciteitsnormeringen, de rol van gemeentelijke overheden en verschillende financieringssystemen, ruimte voor experimenten en tussenvoorzieningen, het accepteren

en wellicht zelfs bevorderen van regionale verschillen (die er overigens al zíjn - zie de inventarisatie) en het aangeven van middelen ter bevordering van regionaal overleg ten behoeve van samenwerking (regionale kommissies voor gezondheidszorg). Hierbij gelden bepaalde randvoorwaarden, zoals de WVG.

3.4 Onderzoek naar taak en funktie van verpleeghuizen

Binnen de verpleeghuissektor zelf is dit onderwerp herhaaldelijk en in brede kring aan de orde. Onlangs nog was dit het geval in het kader van de vierde adviesaanvrage van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.
Tot nog toe is echter steeds een voorzieningen-gerichte benadering gevolgd, waarbij steeds getracht is onderlinge verschillen (van inzicht) te overbruggen, om tot algemeen geldende uitspraken te komen. Bovendien is, zoals al is opgemerkt, de zorg verleend in een verpleeghuis ook afhankelijk van de zorg die elders geboden kan worden.

Een andere onderzoeksbenadering zou nu kunnen zijn het patientenbestand van verpleeghuizen te analyseren, hetgeen wellicht nu vergemakkelijkt wordt door het beschikbaar komen van SIVIS-gegevens.
Onderzoeksvragen kunnen dan zijn: "Welke leeftijds-, ziekte-, validiteits- en herkomst-kategorieën kunnen onderscheiden worden in het patienten-/bewonersbestand van verschillende verpleeghuizen?", waarbij men kan aansluiten bij in de verpleeghuizen gebruikte indelingen (die volgens de BOP-schaal is waarschijnlijk de meest gebruikte). Zijn er dan relaties met verschillen in opnameduur en opnamepatroon?
Het lijkt ons noodzakelijk een dergelijke analyse te kombineren met een wensen- en behoefte-onderzoek onder de patienten/bewoners, hetgeen nog nauwelijks gebeurd is en niet eenvoudig is.
Dan kan men de vraag beantwoorden hoe het mogelijk is een passende (intramurale) leefsfeer te creëren binnen één instelling voor de langdurig-zieken en hulpbehoevende ouderen in hun verscheidenheid.
Hierbij dient vooral ook aandacht besteed te worden aan de nog steeds groeiende groep geestelijk gestoorde bejaarden. Is de 'restfunktie' van het psychogeriatrisch verpleeghuis ten opzichte van de maatschappij werkelijk onvermijdelijk of zijn voor bepaalde groepen ouderen alternatieven mogelijk?

De gewenste omvang en spreiding van (verpleeghuis)voorzieningen kan niet los worden gezien van hun taak en funktie. De bereikbaarheid is immers een wezenlijk onderdeel van de kwaliteit van de geboden zorg. De bereikbaarheidseis geeft tevens de grens aan van de eventuele maximaliserings-tendenzen die door de professionalisering van de zorg worden opgeroepen. Vandaar ook de gebleken terughoudendheid bijvoorbeeld ten aanzien van speciale voorzieningen voor jeugdigen. Het bereikbaarheidsaspekt dient bij dit onderzoeksonderwerp dan ook betrokken te worden.
De dagbehandelingsfunktie van verpleeghuizen is voorwerp van onderzoek van het NZI.

3.5 Onderzoek leefsituatie in verpleeghuizen

Dit onderzoeksonderwerp sluit nauw aan bij het onder 3.4 genoemde.
Een onderzoek naar de wensen en verwachtingen van de patient/bewoner is hier eveneens gewenst, maar, zoals ook in de gesprekken is opgemerkt, het personeel van het verpleeghuis dient zeker ook in een dergelijk onderzoek betrokken te worden. Genoemd zijn faktoren als opleiding, mentaliteit, aantal en het fenomeen van de adolescentenkultuur.
Andere zaken die een rol spelen zijn de bouwkundige toestand van een verpleeghuis en de situering.
Een andere benadering zou men kunnen vatten onder het begrip 'interne en externe demokratisering' in de verpleeghuizen. De voorgaande jaren hebben ons wellicht sceptischer gemaakt over de mogelijkheden, maar een feit is dat in het algemeen de verpleeghuissektor hierin niet voorop loopt.

3.6 Onderzoek naar de processen van indikatiestelling

In het voorgaande zijn herhaalde malen zowel de inhoudelijke als de organisatorische kant van de indikatiestelling aan de orde gekomen.
Als apart onderzoeksonderwerp kan met name de organisatorische kant bestudeerd worden. Een indikatiestelling waarbij meerdere voorzieningen/instellingen betrokken zijn, is een vorm van operationele samenhang. De verschillende in de provincie voorkomende modellen kunnen be-

schreven worden, waarbij ook de verschillende faciliteiten en procedures van observatie en screening van de uiteenlopende instellingen niet vergeten mogen worden. De vraag is dan welke de invloed is van de diverse samenwerkingsmodellen op het proces van indikatiestelling en samenwerken en welke de rol hierin is van regio-specifieke kenmerken als aanbod van voorzieningen of de aard van de bevolking.
Een andere benadering is ook hier weer een experimenteel onderzoek, meer op mikroniveau; meer specifieke samenwerkingsproblemen en meer inhoudelijke klientgebonden kenmerken kunnen dan aan bod komen. In dit verband is ook te denken aan een wachtlijst-analyse of aan een onderzoek naar de groeiende groep ouderen die tussen de wal en het schip vallen, de moeilijk plaatsbaren.
Het is hier wel aardig op te merken dat een proefonderzoek naar moeilijk plaatsbaren op instigatie van een indikatiekommissie voor bejaardenoorden in de provincie aangaf dat 35% van de gegadigden moeilijk plaatsbaar zou zijn. Deze kwalifikatie werd door de professionele hulpverleners zelf gegeven. Dit hoge en daardoor weinigzeggende percentage geeft treffend aan hoe relatief het indikatiestellingsgebeuren in feite is. Is iedereen eigenlijk moeilijk plaatsbaar?

3.7 Onderzoek naar de relatie verpleeghuis - verzorgingshuis

Ten aanzien van de funktie-afstemming tussen beide voorzieningen is in de beschouwing onder § 3.1 al benadrukt dat een inhoudelijk onderzoek onzes inziens op mikroniveau zal moeten plaatsvinden.
Een onderzoeksmogelijkheid is een vergelijking van het patienten-/bewonersbestand van verschillende verpleeg- en verzorgingshuizen. Een dergelijk onderzoek (in de vorm van een promotie-onderzoek) ten aanzien van verpleeghuizen voor somatisch zieken en verzorgingshuizen wordt voorbereid.
In dit verband is eveneens een interessante onderzoeksvraag welke de mogelijkheden en belemmeringen zijn van een verpleegfunktie in de verzorgingshuizen.Hierbij moet zeker ook de permanente bezetting betrokken worden van verpleeg- en ziekenboegplaatsen (zie inventarisatie).
Een vergelijkend onderzoek van patienten-/bewonersbestanden levert echter een statisch beeld op, waarbij allerlei gevolgen van instituti-

onalisering verborgen blijven. Voor een meer dynamische beschrijving dienen dan ook de opnamen en het indikatiestellingsproces van instellingen in een bepaald gebied bij de beschouwing betrokken te worden. Inhoudelijk kunnen dan de mogelijkheden onderzocht worden van een kontinue, onafhankelijke, eenduidige, regionale indikatiestelling van verpleeghuispatienten, afgestemd op die der verzorgingshuis-gegadigden (zie ontwikkelingsdoelstellingen).

De vorm van samenwerking is van invloed op het indikatiestellingsproces. Ook bij het inhoudelijke onderzoek dient hiermee rekening gehouden te worden. In jargon: funktionele en operationele samenhang zijn onverbrekelijk met elkaar verbonden.
Het is daarom ook mogelijk de procedurele, organisatorische kant (de operationele samenhang) als onderzoeksingang te kiezen. Welke is de invloed van diverse samenwerkingsverbanden op de indikatiestelling en de samenwerking tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen? Juist omdat vormen van samenwerking in ontwikkeling zijn, zou men een dergelijk onderzoek door middel van begeleiding van verschillende experimentele situaties kunnen doen.
Hierin past ook een experimenteel onderzoek naar dependancevorming van een verpleeghuis, al dan niet verbonden aan een verzorgingshuis, waarbij met regio-specifieke situaties rekening gehouden moet worden. Ook de invloed van een dergelijke spreiding op de inhoud van de zorg is hierbij belangrijk.

Naast de inhoudelijke en operationele is er nog een derde onderzoeksbenadering mogelijk van de verhouding verpleeg-/verzorgingshuis, namelijk één in de vorm van een kosten/baten-analyse of grensnut-analyse. Hierbij gaat men van de veronderstelling uit dat een nader te omschrijven groep gebruikers een min of meer vergelijkbare kwaliteit van zorg geboden kan worden, zowel in een verpleeg- als in een verzorgingshuis. De financieel-ekonomische en maatschappelijke effekten van beide zorgvormen kunnen dan vergeleken worden. Een uitbreiding van dit laatste model met de extramurale gezondheidszorg is overigens zeer wenselijk.

3.8 Onderzoek naar de relatie verpleeghuis - extramurale sektor

Ook in dit verband is een onderzoek naar de inhoudelijke en operationele aspekten van het indikatiestellingsproces zinvol. Analoge vragen als onder 3.4 genoemd kunnen gesteld worden: Welke zijn de mogelijkheden en beperkingen van een verpleegkundige thuiszorg en andere zorgalternatieven, zoals 24-uurs gezinszorg en krisisinterventie? Zijn er mogelijkheden voor preventie? De extramurale èn mantelzorg zijn hierbij betrokken.
Zoals ook in de interviews naar voren komt zijn de operationele samenhangen van verpleeghuizen met de extramurale sektor weinig ontwikkeld. Experimenteel onderzoek en analyse van konkrete samenwerkingsinitiatieven en hun effekt op de hulpverlening kunnen hierin verandering brengen.
Het gaat hier om bijvoorbeeld een eventuele wijkfunktie van verpleeghuizen, om konsulentschappen en adviseringen en dergelijke (en dan niet alleen van de geneeskundige staf) en relaties met voorzieningen als het gekoördineerd bejaardenwerk.
Een evaluatie van de dagbehandeling sluit hierbij aan; deze wordt uitgevoerd door het NZI.

3.9 Onderzoek naar de ontwikkeling van SGD'en

De ontwikkeling van SGD'en zou door onderzoek ondersteund kunnen worden. Ook hier staat de samenwerkingsproblematiek op de voorgrond, te meer daar aan een SGD een belangrijke koördinatiefunktie wordt toegedacht. Regio-specifieke situaties zijn hier eveneens van doorslaggevend belang, omdat in verschillende regio's verschillende instellingen het voortouw genomen hebben.
Een onderzoeksaanpak kan weer zijn het begeleiden van experimenten. Anderzijds kunnen ook de uiteenlopende modellen van samenwerking in of met SGD'en bestudeerd worden. Deze modellen kunnen getoetst worden aan de mate waarin zogenaamde SGD-taken - door welke instelling dan ook - in een regio uitgevoerd worden. De RIGG- en RIAGG-vorming spelen hierbij een belangrijke rol.

Als SGD-taken/-funkties worden gezien:

- ondersteuning van de thuiszorg;
- preventie;
- uitbouw ambulante zorg;
- koördinatie (bij observatie en screening en in kontakten tussen intra- en extramurale voorzieningen en indikatiekommissies bejaardenoorden).

3.10 Onderzoek naar de invloed van financieringssystemen op de zorgverlening

Verscheidene malen is in de interviews de belemmerende rol aangegeven die de verschillende financieringssystemen spelen ten aanzien van een versterking van de samenhang tussen voorzieningen. Ook een ontwikkeling van alternatieve zorgvormen wordt hierdoor belemmerd. Een onderzoek dat deze belemmerende faktoren duidelijk aangeeft evenals de maatschappelijke konsekwenties, is dan ook zinvol, hoewel de provinciale overheid in deze weinig bevoegdheden heeft. Het is van belang niet alleen te denken aan gezondheidszorgvoorzieningen. Verschillende vormen van aangepast/verzorgd wonen - een beleidsterrein waarop de lagere overheden meer bevoegdheden hebben - dienen bij het onderzoek betrokken te worden.
Wellicht kan op beperkte schaal een experiment gestart worden waarin ervaring wordt opgedaan met budgettering en een prioriteitsstelling op regionaal of plaatselijk niveau.
Ook voor de ouderen zelf hebben de verschillende zorgvormen uiteenlopende financiële konsekwenties. Het is aannemelijk dat deze gevolgen hebben voor de aard van de hulpvraag en de uiteindelijke geïndiceerde hulpverlening.
Het interne financiële systeem van voorzieningen (zoals COZ-normeringen en dergelijke) zou eveneens geëvalueerd kunnen worden, gezien het feit dat ook hierdoor de aard en kwaliteit van de zorg beïnvloed wordt.
Dit laatste is reeds een onderzoeksaktiviteit van meer voorzieningengebonden onderzoeksinstituten als het NZI.

3.11 Vierde adviesaanvrage van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid

In september 1981 heeft de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne advies gevraagd aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid omtrent het funktioneren van verpleeghuizen, mede gezien in relatie tot de thuiszorg en semi- en intramurale voorzieningen.
Konkrete aandachtspunten die in deze adviesaanvrage werden aangestipt waren: observatie en beoordeling van plaatsing, de samenwerking verpleeghuis - (psychiatrisch) ziekenhuis, voorwaarden voor een optimaal leefmilieu, dagbehandeling, de verpleging van jeugdigen, schaalverkleining, en mogelijke tussenvormen tussen verpleeghuis en verzorgingshuis.
In het algemeen stond de adviesaanvrage in het teken van een bezinning op verleden, heden en toekomst van de funktie van het verpleeghuis.
Het is niet verwonderlijk dat deze zaken ook sterk spelen in de onderhavige rapportage.
Inmiddels is de Centrale Raad met het interim-advies gekomen dat duidelijk de sporen draagt van kompromissen. Het belang van een verbetering van het leefmilieu wordt onderschreven maar veel konkrete aanbevelingen worden niet gegeven. Veel kwesties zijn met opzet nog opengelaten, hoewel men huiverig blijft staan ten opzichte van nieuwe tussenvormen en tussenvoorzieningen.
Onderzoeken zoals in het voorgaande worden voorgesteld zijn dan ook beslist niet achterhaald of overbodig, maar kunnen daarentegen zeker bijdragen tot de onzes inziens noodzakelijke bezinning en daaruit voortvloeiende veranderingen in de verpleeghuissektor.

3.12 Andere onderzoeken

In het voorgaande zijn onderzoeken ter sprake gekomen die al uitgevoerd worden/zijn in of in opdracht van de provincie Noord-Brabant. Deze zullen nu kort nog eens worden opgesomd:

- dagbehandelingsfunktie van verpleeghuizen (NZI);
- workshop 'het kleine verpleeghuis' (NZI);
- begeleiding samenwerkingsverbanden (PON; NZI);

- overlappende patientenkategorieën verpleeg-/verzorgingshuis (promotie-onderzoek);
- effekten van de indikatiestelling door de kommissies voor de bejaardenoorden (GITP);
- gewenst geachte minimum- en maximum-omvang bejaardenoorden (GITP);
- kosten - baten-analyse zorgverlening verzorgingshuis vs. extramurale zorg (IVA);
- woonwensen en -behoeften van ouderen en de invloed van bepaalde woonvormen op het welzijn (RIW TH Delft);
- invloed verpleeghuis-voorzieningen op de ontslagmogelijkheden van ziekenhuizen (NZI).

4. VOORSTELLEN VOOR EVENTUEEL VERVOLGONDERZOEK DOOR HET NIPG

4.1 Het NIPG/TNO en gezondheidszorgonderzoek

Op het NIPG wordt naast het meer inhoudelijk gericht onderzoek naar preventieve gezondheidszorg eveneens aandacht gegeven aan de struktuur waarbinnen deze zorg wordt verleend. Dit ook vanuit het besef dat preventie en gezondheidszorg geen afzonderlijke fenomenen zijn en voortvloeien uit maatschappelijke opvattingen. Deze aandacht voor de voorzieningen van gezondheidszorg en hun beheersstrukturen komt ook voort uit van de toepassingsgerichtheid, die het NIPG als TNO-instituut kenmerkt.

Wij verstaan onder gezondheidszorgonderzoek het onderzoek naar de struktuur en het funktioneren van voorzieningen - en hun beheersstrukturen - die gericht zijn op het bevorderen en instandhouden van gezondheid.
De organisatorische aspekten vormen een belangrijke komponent van dergelijk onderzoek. Leidraad zijn dan de samenhangen tussen verschillende voorzieningen, onder andere tot uiting komend in de konkrete samenwerkingsrelaties. Hierbij komen vraagstukken van komplementariteit (het op elkaar aansluiten van voorzieningen) en substitutie (de wederzijdse uitwisselbaarheid van voorzieningen) aan de orde en wordt een onderscheid gemaakt tussen funktionele, operationele en bestuurlijke samenhang.
De funktionele samenhang betreft de funktie- en taakverdelingen tussen (kategorieën van) personen en/of instellingen. De operationele samenhang duidt op de geldende afspraken en procedures met betrekking tot deze taak- en funktieverdelingen, terwijl de bestuurlijke samenhang de overleg- en besluitvormingsstrukturen betreft.
De hiermee nauw verweven inhoudelijke aspekten van gezondheidszorgonderzoek betreffen de taak en funktie van voorzieningen en de kwaliteit en effektiviteit van de geboden zorgverlening. Dit onderzoek kan zich dan ook bewegen op het niveau van de hulpverlening zelf, waarbij gebruikers en betrokken hulpverleners de onderzoeksingang vormen.
Een derde komponent van gezondheidszorgonderzoek wordt gevormd door de

studie van bestuurlijke en planningsaspekten van het voorzieningensysteem. Mogelijkheden en beperkingen van planning en beheersing van voorzieningen op regionaal en landelijk niveau en de kosten en financiering zijn in dit verband dan aan de orde.

De laatste jaren hebben de toenemende maatschappelijke belangstelling en de grote betekenis van voorzieningen rond ouderen ertoe geleid dat binnen het NIPG in het kader van het gezondheidszorgonderzoek een programma van onderzoeksprojekten is ontwikkeld op het terrein van (gezondheidzorg)voorzieningen voor ouderen. Hiermee werd in feite de draad weer opgepakt van gerontologisch onderzoek dat in de zestiger jaren binnen het Instituut verricht is.

De in algemene termen aangegeven uitgangspunten van gezondheidszorgonderzoek zijn leidraad van onderzoeksprojekten op het gebied van ouderenzorg. Dat wil dus zeggen dat het NIPG bij een te entameren onderzoek in opdracht van de Provincie Noord-Brabant nadruk zal leggen op de aspekten van samenhang tussen verschillende voorzieningen, werkzaam op het gebied van zorg voor ouderen, en - met name vanuit het oogpunt van preventie - op de relatie tussen intramurale voorzieningen en de thuiszorg.
In verband met de beleidsgerichte belangstelling van de opdrachtgever, is het wenselijk het te entameren onderzoek voornamelijk te richten op de organisatorische inbedding, de operationele samenhang van de verpleeghuiszorg. Dat wil zeggen dat de inhoud van de hulpverlening min of meer als gegeven wordt beschouwd.
Met behulp van deze uitgangspunten kunnen de in het vorige hoofdstuk genoemde acht hoofdonderwerpen van onderzoek tot een tweetal onderzoeksvoorstellen - die min of meer in elkaars verlengde liggen - ingeperkt worden:

- de invloed van samenwerking op de indikatiestelling voor verpleeghuizen (§ 4.2);
- moeilijk plaatsbaren als graadmeter voor funktie-afbakening en -afstemming van verpleeghuizen (§ 4.3).

De overige onderwerpen bieden mogelijk aanknopingspunten voor andere instituten of voor onderzoeksinitiatieven op regionaal of plaatselijk niveau door de instellingen zelf.

Voorstel 1

4.2 De invloed van samenwerking op de indikatiestelling van verpleeghuizen

Doel

Het verwerven van inzicht in de invloed van verschillen in aard en intensiteit van relaties tussen verpleeghuizen en overige voorzieningen op de indikatiestelling (procedures) voor het verpleeghuis, en nagaan in hoeverre vormen van samenwerking leiden tot een verbetering van het indikatiestellingsproces.
Eveneens dient het onderzoek in te gaan op de vraag hoe door middel van gericht (provinciaal) beleid hierop kan worden ingespeeld.

Motivatie

Vanuit de provinciale overheid is de wens naar voren gebracht om inzicht te verwerven in de indikatiestelling en de effekten hiervan op de populatie binnen het verpleeghuis.

Tevens wordt het begrip samenhang - en meer konkreet samenwerking - tussen voorzieningen als nastrevenswaardige doelstelling genoemd. Ook de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, alsmede de Richtlijnen noemen samenwerking tussen verpleeghuis en andere voorzieningen als voorwaarde. In deze zin komt de samenhang tussen voorzieningen tot uitdrukking in de onderlinge samenwerking en onderlinge funktie-afstemming.

Tenslotte wordt vanuit het veld van geraadpleegde instellingen, voorzieningen en personen het belang van ontwikkeling van onderlinge relaties met kracht naar voren gebracht.

Onderhavig onderzoeksvoorstel pooqt om beide elementen, indikatiestelling en samenwerking tussen voorzieningen te kombineren met inachtneming van de provinciale taak ten aanzien van planning en beleid.

Uitwerking en vraagstelling

In de regel wordt ervan uitgegaan dat samenwerking tussen voorzieningen een positieve zaak is welke bijdraagt aan een adekwaat en op elkaar afgestemd funktioneren van het stelsel van voorzieningen. Aldus

wordt de wenselijkheid uitgesproken om samenwerking te stimuleren.

N.B. Opgemerkt dient te worden dat dit uitgangspunt weliswaar plausibel is, doch geenszins door eenduidige onderzoeksresultaten is onderbouwd.

Ten aanzien van indikatiestelling voor verpleeghuizen en de dagbehandeling kan dit nader worden toegespitst. Vermoed wordt dat samenwerking tussen verpleeghuis en overige voorzieningen van invloed is op het funktioneren van de indikatiestelling voor het verpleeghuis en de afstemming op andere voorzieningen. Een beleid gericht op stimulering van samenwerking zal aldus in deze zin van positieve betekenis zijn.

De kernvraag in het onderzoek is derhalve òf en in hoeverre samenwerking tussen verpleeghuizen en overige voorzieningen van invloed is op het funktioneren van indikatiestelling en funktie-afstemming tussen voorzieningen.
Het onderzoek zal dan op de volgende deelvragen antwoord dienen te verschaffen:

- Is het mogelijk - naast de bekende verschillen tussen verpleeghuizen voor somatisch zieken en die voor geestelijk gestoorde bejaarden - verschillen aan te tonen tussen verpleeghuizen met betrekking tot het funktioneren en om welke verschillen gaat het?
- Is het mogelijk verschillen zichtbaar te maken en te typeren tussen vormen van samenwerking van verpleeghuizen met overige voorzieningen en welke zijn deze verschillen?
- Is het mogelijk een onderscheid aan te brengen naar aard en effektiviteit van verschillende indikatiestellingsprocedures in de provincie en welk is dit onderscheid?
- Is het mogelijk deze verschillen met elkaar in verband te brengen?
- In hoeverre is het mogelijk om - door middel van hierop gericht beleid op provinciaal niveau - invloed uit te oefenen op aard en intensiteit van samenwerking ten aanzien van indikatiestelling?

Opzet

a. Allereerst zal het patientenbestand van verpleeghuizen in Noord-Brabant beschreven en geanalyseerd worden, onder meer aan de hand van het SIVIS-gegevensbestand en, voor zover mogelijk,ook in relatie tot omgevingskenmerken qua voorzieningen en enkele sociaal-demografische kenmerken.

b. Vervolgens zal na een gerichte benadering van verpleeghuizen door middel van vragenlijsten en gesprekken worden getracht te komen tot een beschrijving naar doel, vorm en intensiteit van samenwerkingsrelaties tussen verpleeghuis en overige voorzieningen.

c. Door middel van deze vragenlijsten en gesprekken zullen eveneens de verschillende procedures van indikatiestelling naar deelnemende instellingen, disciplines en dergelijke beschreven worden. Hierbij komt eveneens aan de orde het oordeel van de betrokkenen over efficiëntie en effektiviteit van deze procedures.

In de analyse van het aldus verkregen materiaal zal worden gepoogd te komen tot een groepering en typering van verpleeghuizen naar bepaalde kenmerken in patientenbestand, funktioneren en aard en intensiteit van samenwerking. Onderzocht kan dan worden in hoeverre deze groeperingen van type verpleeghuizen zich eveneens laten kenmerken door het proces c.q. uitkomst van de indikatiestelling.

Daarnaast wordt gepoogd inzicht te verwerven in aspekten en voorwaarden welke stimulerend dan wel remmend van invloed zijn op de ontwikkeling van samenwerking. Hierbij dienen lokaal-specifieke faktoren afgezonderd te worden van gemeenschappelijke en wellicht strukturele aspekten.
Tenslotte dient de vraag te worden beantwoord welke faktoren - en in welke mate - zich lenen voor gerichte beïnvloeding, met name in het licht van beleid en planning vanuit het provinciaal niveau.

Tijdens de verschillende fasen van het onderzoek zal zeker ook aandacht besteed worden aan financiële aspekten en randvoorwaarden. Wellicht kan dan ook de vraag aan de orde komen welke rol alternatieve of experimentele financieringsmethoden zouden kunnen spelen ten behoeve van beleid ten aanzien van samenwerking rond indikatiestelling.

Voorstel 2

4.3 Moeilijk plaatsbaren als graadmeter voor afbakening en afstemming van funktie

Doel

Het verwerven van inzicht in aspekten van afbakening en afstemming van funkties van het verpleeghuis ten opzichte van andere voorzieningen, door nadere analyse van problemen rond plaatsing van gegadigden die voortvloeien uit onduidelijke indikatie of inpasbaarheid binnen de taakopvattingen van de bestaande voorzieningen.

Motivatie

Vanuit de provinciale overheid wordt de bepaling van de funktie van het verpleeghuis en de afstemming ten opzichte van andere voorzieningen genoemd als een belangrijk aandachtspunt in de plan- en ontwikkelingsdoelstellingen van de Provincie.

In het veld van geraadpleegde instellingen, voorzieningen en personen is de problematiek van de moeilijk plaatsbaren meermalen aan de orde gesteld.

Tenslotte kan worden opgemerkt dat het probleem van de moeilijk plaatsbare patient ook een voor het 'publiek' herkenbaar probleem vormt en een tastbaar knelpunt is voor sommigen die met het zorgstelsel in aanraking komen.

Uitwerking en vraagstelling

Ten aanzien van de beslissing of een opname in een verpleeghuis en dagbehandeling noodzakelijk is bestaan in een aantal gevallen twijfels.
Dit onderzoeksvoorstel gaat uit van de idee dat juist aan deze groep van verpleeghuisgegadigden de problemen rond indikatiestelling en de funktie-afstemming tussen verpleeghuis en andere voorzieningen duidelijk te maken zijn. Deze verduidelijking is dan ook het doel van dit onderzoek. De gedachtengang die hieraan ten grondslag ligt kan als volgt geschetst worden:
Objektiveren van indikatie stuit op onoverkomelijke problemen, echter

het feitelijke indikatiegebeuren kan worden opgevat als een afspiegeling van de specifieke taakopvatting van het verpleeghuis in relatie tot overige voorzieningen.
Aldus zou het moeilijk plaatsbaar zijn van een aangemelde patient kunnen worden gezien als een vraagstuk van de mate waarin een voorziening qua funktioneren is afgestemd op de betrokken gegadigde. Hierbij kunnen zich aan beide zijden problemen voordoen: onduidelijkheid van de indikatie van de betrokkene, evenals gebrekkige inpasbaarheid door de specifieke taakstelling of taakopvatting van voorzieningen.

In dit onderzoeksvoorstel komen onder meer de volgende vragen aan bod:

- Welke zijn de gemeenschappelijke kenmerken van de 'onduidelijke' groep verpleeghuisgegadigden en zijn er verschillen wat dit aspekt betreft tussen de verpleeghuizen en uiteenlopende procedures van indikatiestelling?
- Welke zijn hiervan de gevolgen voor de indikatieprocedures?
- Welke konklusies kunnen getrokken worden ten aanzien van de funktie-afstemming tussen verschillende voorzieningen, ten aanzien van alternatieve opvangmogelijkheden (tussenvoorzieningen) en de mogelijke rol van de verpleeghuizen hierin?
- Welke kan voor deze kategorie patienten de funktie zijn van het verpleeghuis in relatie tot de eerste lijn (relatie met gezinszorg, konsultatie)?
- Welke is de invloed van populatie- en streekkenmerken op de indikatiestelling?
- Welke zijn de kostenkonsekwenties van de genomen beslissingen en van mogelijke alternatieven?
- Welke zijn de knelpunten in de samenhang tussen de betreffende verpleeghuizen en de andere relevante voorzieningen en welke aanbevelingen kunnen gedaan worden?

Opzet

Nadat medewerking is verkregen van een aantal verpleeghuizen en betrokkenen is een eerste stap in dit onderzoek de beschrijving van het funktioneren van de verpleeghuizen aan de hand van bestaande gegevensbestanden (zoals SIVIS) en aan de hand van gesprekken. (Het gaat hier om informatie als de gemiddelde verblijfsduur en de leeftijdsopbouw van de patienten/bewoners, eventuele handelingsrichtlijnen of -filoso-

fieën van het verpleeghuis en dergelijke.)
Een tweede stap is de analyse van de verschillen en overeenkomsten tussen de gebieden (regio's) waarin de betrokken verpleeghuizen ingebed zijn. De analyse betreft zaken als de kenmerken van de verschillende samenwerkingsmodellen in de betreffende gebieden (aard van de participerende disciplines en instellingen, en de intensiteit van de samenwerking), de aanwezigheid van observatiemogelijkheden en dergelijke. Daarnaast worden ook sociaal-demografische gebiedskenmerken bij de analyse betrokken.
De derde stap is de karakterisering van de groepen verpleeghuisgegadigden met een in eerste instantie onduidelijke indikatie.
De gegevens die voor deze karakterisering nodig zijn, dienen zo mogelijk via een prospektief onderzoek gedurende bijvoorbeeld 4 maanden verzameld te worden bij degenen die bij de indikatiestelling betrokken zijn. Het betreft onder meer gegevens van patientenkenmerken, van hulpmogelijkheden uit de omgeving van de patient en vooral gegevens met betrekking tot de beoordeling door de hulpverleners. Deze informatie wordt in het algemeen al verzameld in het kader van de indikatiestelling, maar in dit onderzoek vindt er nog een zekere schematisering en toespitsing plaats door vragen als: zou deze patient nog voor een plaats in aanmerking komen als er een grotere c.q. geringere kapaciteit aanwezig zou zijn?
Tenslotte kunnen de bevindingen uit de verschillende onderzoeksstappen in hun onderlinge samenhang geanalyseerd worden.

Het is goed denkbaar dat de aanbevelingen uit het onderzoek ten aanzien van de operationele samenhang en mogelijke alternatieve opvangmogelijkheden op experimentele wijze aan de praktijk getoetst worden. In deze zou de Provincie een stimulerende rol kunnen vervullen.

5. ORGANISATIE VAN EEN EVENTUEEL VERVOLGONDERZOEK

5.1 Aanvang, duur en personeelsbezetting

In het overleg tussen het NIPG en de Griffie bleek er bij de Griffie een voorkeur te bestaan voor het eerste onderzoeksvoorstel.
Wanneer de provincie Noord-Brabant en het NIPG over de uitvoering van het onderzoeksvoorstel door het NIPG vóór december 1982 overeenstemming bereiken, kan het onderzoek op 1 april 1983 beginnen.
Het onderzoek zal ongeveer anderhalf jaar duren, uitgaande van een tijdsinvestering van 2 mensjaar.
De onderzoeksgroep, die derhalve een part-time betrokkenheid heeft bij het projekt, zal multidisciplinair zijn samengesteld en waarschijnlijk bestaan uit een organisatiesocioloog, een arts en een ekonoom.
De rapportagedatum is uiterlijk 18 maanden na aanvang van het projekt.
De beide onderzoeksvoorstellen - die enerzijds de meer organisatorische en anderzijds de meer inhoudelijke kant van de indikatiestelling behelzen - zijn nauw verweven en de resultaten van beide onderzoeken zouden elkaar kunnen aanvullen en versterken. Daarom bestaat de gerede mogelijkheid dat het NIPG op een later tijdstip en mogelijk uit andere middelen het onderzoek, zoals verwoord in het tweede voorstel, zal gaan uitvoeren. Vanzelfsprekend zal dit de voortgang van het onderzoek dat in opdracht van de provincie Noord-Brabant zal plaatsvinden, niet mogen vertragen. Dit hoofdstuk 5 beschrijft dan ook alleen de organisatie van het onderzoek in opdracht van de provincie Noord-Brabant.

5.2 Fasering van het onderzoek

Allereerst zal een uitgebreider en meer gedetailleerde onderzoeksbeschrijving opgesteld worden, die uitgangspunt dient te zijn bij het benaderen van de instellingen die worden verzocht hun medewerking aan het onderzoek te verlenen.
Tijdens het vooronderzoek bleek geen der geïnterviewden echt afwijzend tegenover een onderzoek te staan. Men koppelde echter zijn mening aan de aard van het uiteindelijke onderzoek en aan eventuele faciliteiten van de kant van de Provincie.

Dit alles benadrukt nog extra het belang van een goede presentatie van het onderzoek aan 'het veld'. Lang niet iedereen zal de lust en de tijd hebben de rapportage van het vooronderzoek te lezen.
Voor het benaderen en overleg met 'het veld' en de voorbereiding van het onderzoek moet dan ook zeker met een tijdsduur van 6 maanden gerekend worden, te meer daar tijdens het vooronderzoek bleek dat het beschikbaar komen van gegevens een redelijke tijd in beslag neemt.
De periode van materiaalverzameling zal ongeveer 4 maanden duren, terwijl voor het verwerken en analyseren van de gegevens en het opstellen van de rapportage zeker 8 maanden uitgetrokken moeten worden.
In schema:

-presentatie onderzoek; -overleg met het veld; -proef materiaal-verzameling --- 6 maanden	-materiaal-verzameling --- 4 maanden	-verwerken gegevens; -analyse; -beschrijving; -konklusies --- 8 maanden

5.3 Begeleidingskommissie

Gezien de bijzondere positie van de provinciale overheid als opdrachtgever en de (politieke) verhouding tussen overheid en het veld - die zeker tot uitdrukking zal komen in onderhavig onderzoek naar het funktioneren van voorzieningen - verdient het aanbeveling een begeleidingskommissie voor dit onderzoek in te stellen.
Voor de onderzoekers die immers de verantwoordelijkheid hebben binnen de vastgestelde tijd met verantwoorde onderzoeksresultaten te komen, is dit ook van het grootste belang.
De taak van de begeleidingskommissie bestaat uit:

- het inhoudelijk bekritiseren van onderzoek en rapportage;
- het bewaken van de tijdsfasering van het projekt; en
- het vergemakkelijken en verbeteren van het overleg van de onderzoekers met de betrokken instellingen.

Mede met het oog op deze inhoudelijke inbreng, denken wij ons de samenstelling van een dergelijke kommissie als volgt:

- 2 vertegenwoordigers uit het veld van de verpleeghuizen, wellicht van de provinciale kontaktgroep van de NZR;
- 1 vertegenwoordiger van de Provincie;
- 1 vertegenwoordiger van een ander onderzoeksinstituut, wellicht een onderzoeker uit het aandachtsgebied 65+ van het NZI;
- 1 vertegenwoordiger uit de sfeer van de indikatiekommissies voor de bejaardenoorden;
- 1 vertegenwoordiger van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid van Noord-Brabant.

In overleg met de Provinciale Griffie zal de onderzoeksgroep voorstellen doen ten aanzien van eventuele kandidaten.
In ieder geval zal aan het begin en aan het eind van de voorbereidingsfase en halverwege de rapporteringsfase - en voorts voor zover als de kommissie het wenselijk acht - een bijeenkomst van de kommissie en de onderzoekers plaatsvinden. Deze bijeenkomsten zullen aan de hand van schriftelijk materiaal worden voorbereid door de onderzoeksgroep.
De uiteindelijke rapportage is geheel voor de verantwoordelijkheid van het NIPG.

5.4 Anonimiteit

Het spreekt vanzelf dat de onderzoekers ten aanzien van de anonimiteit grote zorgvuldigheid in acht nemen.
Hiervoor gelden de volgende richtlijnen:

a. Gegevens mogen uitsluitend gebruikt worden voor het omschreven onderzoek en onderzoeksdoel. Bij wijzigingen en/of aanvullingen op het onderzoek is het fiat noodzakelijk van de leveranciers van de gegevens.
b. De projektleider is in eerste instantie verantwoordelijk voor het beheer van de gegevens, terwijl de direktie van het Instituut de eindverantwoordelijkheid draagt.
c. Alleen de projektmedewerkers en degenen die betrokken zijn bij de verwerking van de onderzoeksgegevens, hebben toegang tot het materiaal, dat zorgvuldig gearchiveerd wordt.
d. De bewaartermijn van tot personen herleidbare gegevensbestanden is maximaal 5 jaar na aanvang van het onderzoek.

e. Tot personen herleidbare gegevens worden bij publikatie en presentatie niet vermeld.
f. Tot instellingen herleidbare gegevens zullen na overleg met de betrokken instellingen bij publikatie en presentatie worden vermeld.

5.5 Financiering

Afspraken met betrekking tot de financiering van het onderzoek zullen vóór de aanvang van het projekt tussen de Provincie en het NIPG gemaakt worden en in overeenstemming zijn met eerder gedane toezeggingen in het kader van het vooronderzoek.

5.6 Detaillering onderzoeksopzet

Een nadere detaillering van de onderzoeksopzet wordt uitgewerkt nadat de Provincie besloten heeft tot de uitvoering van het onderzoek.
Deze detaillering zal worden gegeven in de onderzoeksbeschrijving die bij de start van het onderzoek opgesteld zal worden.

BIJLAGE:

- Tabellen
- Kaarten

Tabel 1.1 De leeftijdsopbouw en het geslacht van de bevolking ouder dan 65 jaar als percentage van de bevolking ouder dan 65 jaar, evenals het aantal 65-plussers als percentage van de totale bevolking in de zeven gezondheidszorg-regio's van de provincie Noord-Brabant (per 1-1-'80 en 1-1-'90)

regio	I		II		III		IV		V		VI		VII		N.B.		NEDERLAND	
	1-1-80	1-1-90	1-1-80	1-1-90	1-1-80	1-1-90	1-1-80	1-1-90	1-1-80	1-1-90	1-1-80	1-1-90	1-1-80	1-1-90	1-1-80	1-1-90	1-1-80	1-1-90
totaal aantal 65 plussers absoluut	22.158	26.869	35.578	42.000	32.799	39.801	21.595	27.297	19.412	24.687	40.157	50.496	13.186	17.389	184.885	228.539	1615.324	-
%	10,06	10.96	10,08	10,93	9,19	10,38	9,17	10,70	7,56	8,74	8,71	10,39	7,85	9,13	9,01	10,26	11,46	-
65-69 jr.	34,31	35,39	34,47	35,14	35,38	35,54	35,77	35,75	36,62	36,50	35,76	36,43	36,70	36,78	35,43	35,87	33,45	-
70-74 jr.	27,99	26,15	27,85	25,31	28,06	25,44	27,81	25,75	27,68	25,77	29,36	25,20	28,95	25,64	28,24	25,53	27,46	-
75-79 jr.	19,97	19,11	19,49	19,86	19,55	19,83	18,92	19,56	18,45	19,57	19,87	19,33	18,40	19,24	19,38	19,54	19,78	-
80-84 jr.	11,29	12,05	11,28	12,48	10,81	12,15	10,60	12,09	10,92	11,55	9,64	12,24	10,71	11,81	10,68	12,12	11,82	-
85 jr. en ouder	6,44	7,29	6,91	7,22	6,20	7,03	6,93	6,86	6,33	6,61	5,37	6,80	5,85	6,52	6,26	6,94	7,49	-
man 65+	44,12	42,75	42,15	41,27	41,60	41,34	40,49	40,26	44,00	41,85	42,66	41,91	43,20	42,35	42,47	41,62	41,25	-
vrouw 65+	55,88	57,25	57,85	58,79	48,40	48,66	59,51	59,74	56,00	58,15	57,34	58,09	56,80	57,65	57,53	58,38	58,75	-

Bron: CBS, PPD 1980

Tabel 1.2 Urbanisatiegraad: aantal gemeenten, plattelandsgemeenten, verstedelijkte plattelandsgemeenten, gemeenten met een stedelijk karakter en grote steden in de 7 regio's in de provincie Noord-Brabant (1980)

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Noord-Brabant
aantal plattelands-gemeenten[1]	2	4	5		7		1	19
aantal verstedelijkte plattelandsgemeenten[2]	14	13	12	11	14	14	8	86
aantal forensengemeenten[3]		2	1	2		7		12
aantal gemeenten met ste-stedelijk karakter[4]	2	1	1	1	4	1	1	11
aantal grote steden[5]		1	1			1		3
totaal aantal gemeenten	18	21	20	14	25	23	10	131

Bron: CBS, bevolking der gemeenten, januari 1980.

[1] Gemeenten met 20% t/m 100% agrarische beroepsbevolking.

[2] Gemeenten met minder dan 20% mannelijke agrarische beroepsbevolking waarvan de grootste woonkern minder dan 5.000 inwoners heeft, of grootste woonkern 5.000 tot 29.999 inwoners.

[3] Gemeenten met meer dan 30% overwegend allochtone woonforensen onder mannelijke beroepsbevolking.

[4] Gemeenten met een stedelijk karakter: plattelandsstadjes met een stedelijke woonkern (2.000-9.999 inwoners);
kleine steden met een stedelijke woonkern (10.000-29.999 inwoners);
middelgrote steden met een stedelijke woonkern (30.000-100.000 inwoners);

[5] Gemeenten met een stedelijke woonkern van 100.000 en meer inwoners.

Tabel 2.1 Aanwezige en normcapaciteit van de verpleeghuizen in de zeven regio's in de provincie Noord-Brabant (per 1-1-'82)

regio	I		II		III		IV		V		VI		VII		N.B.		NEDERLAND	
	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.
aanwezig 1980	260	220	583	255	487	294	482	265	291	126	712	367	275	130	3090	1657	27826	18517
vgl. norm[1]	343	277	551	445	519	410	341	270	323	243	643	510	217	165	2937	2320	24316	20192
verschil	-83	-57	+32	-190	-32	-116	+141	-5	-32	-117	+69	-143	+58	-35	+153	-663	+3510	- 1675

Bron: Prov. Griffie + Prov. Raad v. Volksgezondheid

[1] Normering: capaciteit voor somatisch zieken : 0,35°/oo van de bevolking
+ 1,20% van de 65-plussers

capaciteit voor geestelijk gestoorde bejaarden: 1,25% van de 65-plussers

Tabel 2.2. Geplande en normcapaciteit (voor 1990) van de verpleeghuizen in de zeven regio's in de provincie Noord-Brabant (per 1-1-'82)

regio	I		II		III		IV		V		VI		VII		N.B.	
	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.	som.	g.g.b.
gepland[2] 1990	350	280	583	465	588	411	482	265	291	276	690	427	270	220	3254	2344
vgl. norm[1]	408	336	638	525	612	498	417	341	395	309	776	631	276	217	3522	2857
verschil	-58	-56	-55	-60	-24	-87	+65	-76	-104	-33	-86	-204	-6	+3	-268	-513

Bron: Prov. Griffie + Prov. Raad v. Volksgezondheid

[1] Normering: capaciteit voor somatisch zieken : 0,35 °/oo van de bevolking
+ 1,20% van de 65-plussers

capaciteit voor geestelijk gestoorde bejaarden: 1,25% van de 65-plussers

[2] Gepland volgens overzicht per 1 maart 1982; de door G.S. positief geadviseerde initiatieven alsmede de door de minister afgegeven verklaringen van geen bezwaar zijn in de tabel opgenomen.

Tabel 2.3 Aanwezige en normcapaciteit van de dagbehandelingsfaciliteiten van de verpleeghuizen voor somatisch zieken en psychogeriatrische patiënten in de 7 regio's in de provincie Noord-Brabant (1 januari 1981)

regio	I		II		III		IV		V		VI		VII		Noord-Brabant	
	som.	ggb	som.	ggb	som.	ggb	som.	ggb	som.	ggb	som.	ggb	som.	ggb	som.	ggb
aanwezige capaciteit	19	15	19	21	15	5	18	14	15	20	45	22	12	-	149	97
norm-capaciteit[1]	20	17	33	27	31	25	21	16	19	15	38	30	12	10	174	139
verschil	-1	-2	-14	-6	-16	-20	-3	+2	-4	+5	+7	-8	0	-10	-25	-42

Bron: Provinciale Griffie + Provinciale Raad voor de Volksgezondheid.

[1] Normering: dagbehandeling van somatisch zieken: 0,72 plaatsen per 1000 65-plussers;
+ 0,02 plaatsen per 1000 inwoners.

dagbehandeling voor psychogeriatrische patiënten 0,75 plaatsen per 1000 65-plussers.

Tabel 2.4 Geplande en normcapaciteit (voor 1990) van de dagbehandelingsfaciliteiten van de verpleeghuizen voor somatisch zieken en psychogeriatrische patienten in de zeven regio's in de provincie Noord-Brabant (per 1 maart 1982)

regio	I		II		III		IV		V		VI		VII		Noord-Brabant	
	som.	ggb	som.	ggb	som.	ggb	som.	ggb	som.	ggb	som.	ggb	som.	ggb	som.	ggb
geplande capaciteit[1] 1990	23	19	19	21	30	5	18	14	20	20	45	22	12	-	173	101
norm-capaciteit[2] 1990	24	20	37	31	37	30	25	20	25	18	46	38	17	13	210	171
verschil	-1	-1	-18	-10	-7	-25	-7	-6	-5	+2	-1	-16	-5	-13	-37	-70

Bron: Provinciale Griffie: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid

[1] Gepland volgens overzicht per 1 maart 1982; de door GS positief geadviseerde initiatieven zijn in de tabel opgenomen.

[2] Normering zie noot (tabel 2.3).

Tabel 3.1. Aanwezige en normcapaciteit van de verzorgingshuizen in de zeven regio's in de provincie Noord-Brabant (per 1-1-'80)[1]

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	N.B.	NEDERLAND
aanwezige capaciteit 1980 (abs.)	1632	2821	3006	1550	1623	3294	1247	15.173[2]	145.997
capaciteit als % van het aantal 65-plussers	7,4	7,9	9,1	7,1	8,4	8,2	9,4	8,2	9,0
capaciteit vgl. norm[3] (abs.)	1551	2490	2296	1512	1359	2811	923	12.942	113.072
verschil: absoluut	+81	+331	+710	+38	+264	+483	+324	+2.231	+32.925
als % van het aantal 65+ers	0,4	0,9	2,1	0,1	1,4	1,2	2,4	1,2	2,0

Bron: CBS, Prov. Griffie

1 De capaciteitsberekening gaat alleen uit van het aantal verzorgingsplaatsen en is dus exclusief eventuele verpleeg- of ziekenboegcapaciteit, die de Provinciale Griffie wel meetelt.

2 inclusief ± 1450 echtparenkamers

3 normering volgens nota bejaardenbeleid 1975 (7%)

Tabel 3.2 Geplande en normcapaciteit (voor 1990) van de verzorgingshuizen in de zeven regio's in de provincie Noord-Brabant (per 1-1-'82)

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	N.B.
geplande capaciteit[2] 1990	1593	2816	2851	1527	1561	3294	1223	14.865
capaciteit 1990 vgl. norm[3]	1880	2940	2786	1910	1728	3534	1217	15.995
verschil: absoluut	-287	-124	+65	-383	-167	-240	+6	-1130
als % van het aantal 65+ers	-1,1	-0,3	+0,2	-1,4	-0,7	-0,5	+0,03	-0,5

Bron: CBS, Prov. Griffie

1 De capaciteitsberekening gaat alleen uit van het aantal verzorgingsplaatsen en is dus exclusief eventuele verpleeg- of ziekenboegcapaciteit, die de Provinciale Griffie wel meetelt.

2 waarbij een verklaring van geen bezwaar is afgegeven (per 1 januari 1982)
Geschatte capaciteit 1990 met behulp van gegevens tabel 3.3.

3 normering nota bejaardenbeleid 1975 (7%)

Tabel 3.3 Aanwezige (vervangende) nieuwbouw, renovatie, gerealiseerde uitbreiding en aflopende capaciteit volgens verklaringen van geen bezwaar van de verzorgingshuizen in de zeven regio's in de provincie Noord-Brabant (1981)

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	N.B.
aanwezige capaciteit 1981	1632	2821	3006	1550	1623	3294	1247	15.173
verv. nieuwb.			-84	-34	-15			-133
nieuwbouw			+19	+35				+ 54
renovatie	-39	-26	-63	-24	-26		-19	-197
uitbreiding		+26	+27				+ 9	+ 62
gerealiseerd		- 5	-19		-11		- 5	- 40
aflopend			-35		-10		- 9	- 54
TOTAAL	1593	2816	2851	1527	1561	3294	1223	14.865

Bron: Prov. Griffie 1981

Tabel 3.4. Aantal, houder, grondslag, grootte, type en gemiddelde grootte verzorgingshuizen van de 7 regio's in de provincie Noord-Brabant (1980)

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	N.B.
Aantal verz. h.	17	33	34	23	26	34	18	185*
Houder:								
Stichting	16	29	32	19	23	30	16	165
Particulier		2						2
Congregatie	1	2	2	4	3	4	2	18
Grondslag:								
Rooms Kath.	9	13	26	16	22	20	16	122
Prot.Chr.	3	7	2	1		2	1	17
Humanistisch		1						1
Algemeen	5	12	5	5	4	12	1	44
Overigen				1				1
Grootte:								
beddenaantal								
< 10		1		3			1	5
10 - 19	1		2		1		1	5
20 - 29		2	1	4	1	1		9
30 - 39		1			3	1	1	6
40 - 49			4		3	1	2	10
50 - 74	8	9	11	5	11	7	6	57
75 - 99	2	10	5	5	4	8	4	38
100 - 149	2	5	7	4	3	10	2	33
150 - 199	2	2	1	2		5	1	13
200 - 249		3	1					4
250 - 299	2		1			1		4
> 300 -			1					1
Gem. Grootte v.h. huis	110	95	93	72	65	106	71	87

Bron: Prov. Griffie 1980

* In 50 huizen is sprake van een ziekenboeg.

Tabel 4.1. Het aantal gekwalificeerde bejaardenwoningen in de zeven regio's en het aantal 65+-ers waarvoor dit aantal woningen beschikbaar is uitgaande van een bezettingsgraad van 1,5 bewoners per woning in Noord-Brabant (1979)

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	N.B.
aantal gekwalificeerde bejaardenwoningen[1]	1005	1486	2049	529	796	3085	636	9652
aantal bejaarde bewoners in de gekwalificeerde woningen[2]	1507,5	2222,9	3073,5	892,5	1194	4627,5	954	14478
aantal bejaarde bewoners als percentage van het totaal aantal 65 plussers per regio	6,8	6,3	9,4	4,1	6,2	11,5	7,2	7,8

Bron: Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening, 1-1-'79, CBS, PPD.
Hierin zijn niet opgenomen de bej. woningen gebouwd in de vrije sector.

[1] Gekwalificeerde bejaardenwoningen zijn aangepaste woningen voor bejaarden, indien deze zijn uitgerust met een alarmsysteem.

[2] Er is uitgegaan van het aantal 65-plussers per regio (1980).

Tabel 4.2 Het aantal niet-gekwalificeerde bejaardenwoningen in de zeven regio's en het aantal 65-plussers waarvoor dit aantal woningen beschikbaar is, uitgaande van een bezettingsgraad van 1,5 bewoners per woning in de provincie Noord-Brabant (1979)

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	N.B.
aantal niet gekwalificeerde bejaardenwoningen[1]	1713	2352	2455	1693	1864	2015	1248	13.340
aantal bejaarde bewoners in de niet gekwalificeerde woningen[2]	2569,5	3528	3682,5	2539,5	2796	3022,5	1872	20.010
aantal bejaarde bewoners als percentage van het totaal aantal 65 plussers per regio	11,6	9,9	11,2	11,8	14,4	7,5	14,2	10,8

Bron: Ministerie van Volkshuisvesting en ruimtelijke ordening, CBS, PPD, 1979.
Hierin zijn niet opgenomen de bej. woningen gebouwd in de vrije sector.

[1] Niet-gekwalificeerde bejaardenwoningen zijn aangepaste woningen voor bejaarden zonder alarmsysteem.

[2] Er is uitgegaan van het aantal 65-plussers per regio (1980).

Tabel 5.1. Aantal basiseenheden, wijkverplegenden, norm en totaal aantal wijkerverpleegkundigen per 1000 bewoners/65-plussers in de 7 regio's in de provincie Noord-Brabant (per 1-1-'82)

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	N.B.
basiseenheden[1]	6	11	11	7	6	14	4	59
aantal wijkverpleegkundigen	35	92,6	97	59,8	72,7	103	40	500
aantal verpleegkundigen in de wijk	33,8	26,8	15,4	10,6	7,8	30	11	135,3
aantal wijkziekenverzorgenden	10,5	18	21,6	15,5	16,8	24,5	6	112,9
aantal hoofdwijkverpleegkundigen	6	9[2]	10	4	3,5	10,6[2, 3]	1	44,1
TOTAAL	85,3	146,4	144	89,9	100,8	168,1	58	792,3
aantal volgens de norm[4]:								
- wijkverpleegkundigen	64	104	107	67,7	80,9	130,5	49,4	604,4
- ziekenverzorgenden	21,3	34,7	35,7	22,6	27	43,5	16,5	201,5
- hoofdverpleegkundigen	7,1	11,6	11,9	7,5	9	14,5	5,5	67,2
Totaal	92,4	150,3	154,6	97,8	116,9	188,5	71,4	873,1
verschil totaal aantal en totaal aantal volgens de norm	-7,1	-3,9	-10,6	-7,9	-16,1	-20,4	-13,4	-80,8
aantal verpleegkundigen per 1000 inwoners	0,38	0,40	0,39	0,39	0,36	0,37	0,34	0,38
aantal verpleegkundigen per 1000 65-plussers[5]	3,8	4,1	4,4	4,2	5,2	4,2	4,4	4,3

Bron: Provinciale Kruisvereniging N.B. gebaseerd op aantal inwoners per 1-1-'82.

[1] basiseenheid IV inclusief een gemeente van regio III, basiseenheid V inclusief een gemeente van regio VI.

[2] inclusief 1 coördinator hoofdwijkverpleegkundige.

[3] 2 hoofdwijkverpleegkundigen 80% werkzaam, 1 vacature.

[4] Voor de basiseenheden zijn de gehanteerde getalsnormen (vlg. interimsubsidieregeling voor het kruiswerk)

1 wijkverpleegkundige per 3450 inwoners
1 wijkziekenverzorgende per 3 wijkverpleegkundigen
1 hoofdwijkverpleegkundige per 9 wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden

[5] Rekening dient te worden gehouden met een verschil in tijdsbesteding door een verpleegkundige t.a.v. ouderen en andere inwoners; dit onderscheid wordt aan de hand van bovenstaand cijfermateriaal niet duidelijk gemaakt.

Tabel 5.2 Projecten gecoördineerd bejaardenwerk met de daaraan gekoppelde personeelsbezetting per project en per 1000 65-plussers in de zeven regio's in de provincie Noord-Brabant (1982)

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	N.B.
aantal projecten gecoördineerd[1] bejaardenwerk	6	6	11	11	6	8	4	52
personeelsbezetting op full-time basis	9[2]	16[3]	21,5	17[4]	4	24,5	5	90
personeelsbezetting per 1000 bejaarden	0,40	0,45	0,66	0,77	0,2	0,61	0,38	0,49

Bron: G.I.M.D. Tilburg - Noord-Brabant, Prov. Griffie

[1] instellingen voor gecoördineerd bejaardenwerk al of niet met een eigen accomodatie (dienstencentra)

Het niet overeenkomen van de districten en regiogrenzen heeft tot gevolg dat:

[2] 1 functionaris uit regio II ingedeeld is bij regio 1

[3] 3 functionarissen uit regio IV ingedeeld is bij regio 2

[4] 3 functionarissen uit regio V + VI ingedeeld is bij regio 4.

Tabel 6.1 Capaciteit/personeelsbezetting per 1000 65-plussers[1] van de voorzieningen voor ouderen in de zeven regio's in de provincie Noord-Brabant (1979 - 1982)

regio		I	II	III	IV	V	VI	VII	N.B.
capaciteit	Som.	11,73	16,39	14,84	22,31	14,99	17,73	20,85	16,71
verpleeghuizen	G.G.B.	9,93	7,16	8,96	12,27	6,49	9,13	9,85	8,96
capaciteit verzorgingshuizen		82,13	86,73	96,37	76,59	86,54	89,5	87,60	88,12
aantal gekwalificeerde bejaardenwoningen		45,36	41,16	62,47	27,55	41,	76,82	48,23	52,20
aantal niet gekwalificeerde bejaardenwoningen		77,3	66,1	74,85	78,39	96,02	50,17	94,64	72,15
personeelsbezetting gecoördineerd bejaardenwerk		0,4	0,45	0,66	0,79	0,2	0,61	0,38	0,49
personeelsbezetting [2] wijkverpleging		3,8	4,1	4,4	4,2	5,2	4,2	4,4	4,3
personeelsbezetting gezinsverzorging									

Bron: CBS, Provinciale Griffie, GIMD, Provinciale Kruisvereniging, Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening

[1] Bij de verschillende onderdelen van de tabel kunnen de voetnoten gelezen worden van respectievelijk de tabellen 2.1, 3.1, 4.1, 5.1 en 5.2.

[2] De gegevens met betrekking tot de personeelsbezetting van gezins- en bejaardenzorg waren voor deze tabel onbruikbaar.

Tabel 6.2. De zeven regio's in Noord-Brabant per soort voorziening voor ouderen in oplopende volgorde van de beschikbare omvang per 1000 65-plussers

voorzieningen		regio						
		I	II	III	VI	V	VI	VII
verpleeghuizen	somatisch	1	4	2	7	3	5	6
	psych.ger.	6	2	3	7	1	4	5
dagbehandeling		3	6	2	5	4	7	1
verzorgingshuizen		2	4	7	1	3	6	5
bejaardenwoningen (gekwalificeerd en ongekwalificeerd samen)		3	2	6	1	5	4	7
gekoördineerd bejaardenwerk		3	4	6	7	1	5	2
wijkverpleging		1	2	5/6	3/4	7	3/4	5/6

Bronnen: CBS, PPD, Prov. Griffie, G.I.M.D., Prov. Kruisvereniging, Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening

N.B. De tabel kan als volgt worden gelezen: Een regio waar relatief het geringste aanbod van de gegeven soort voorziening aanwezig is krijgt het laagste nummer (1), die met relatief het grootste aanbod krijgt het hoogste nummer (7).
Aldus wordt van een regio snel zichtbaar of er relatief veel (hoge nummers) voorzieningen zijn of relatief weinig (lage nummers).

Kaart 1. Gemeenten in de provincie Noord-Brabant (1981)

grote steden (stedelijke woonkern 100.000 en meer inwoners)

gemeenten met een stedelijk karakter:
- plattelandsstadjes (stedelijke woonkern 2.000 - 9.999 inw.)
- kleine steden (stedelijke woonkern 10.000 - 29.999 inw.)
- middelgrote steden (stedelijke woonkern 30.000 - 49.999 inw.)

specifieke forenzengemeenten:
gemeenten en dergelijke met meer dan 30% overwegend allochtone woonforenzen onder de mannelijke beroepsbevolking

verstedelijkte plattelandsgemeenten:
gemeenten met minder dan 20% mannelijke agrarische beroepsbevolking (woonkern 0 - 29.999 inwoners)

plattelandsgemeenten: 20 - 100% agrarische beroepsbevolking

Kaart 2. Verpleeghuizen voor somatisch zieken en psychisch gestoorde bejaarden (inclusief gecombineerde verpleeghuizen en dagbehandeling) in de provincie Noord-Brabant (1981)

● verpleeghuis voor somatisch zieken

○ psychogeriatrisch verpleeghuis

◐ gecombineerd verpleeghuis

◯ verpleeghuis met dagbehandeling

Kaart 3. Algemene bejaardenoorden* in de provincie Noord-Brabant (1981)

* Het bovenste getal duidt op het aantal bejaardenoorden per gemeente; het onderste getal duidt op de aanwezige capaciteit van de bejaardenoorden per gemeente.
Voor bron en peildatum zie tabel 3.1 en 3.4.

Kaart 4. Totaal aantal bejaardenwoningen per gemeente* in de provincie Noord-Brabant (1981)

* Het bovenste getal duidt op het aantal gekwalificeerde bejaardenwoningen per gemeente; het onderste getal duidt op het aantal niet-gekwalificeerde bejaardenwoningen per gemeente.
Voor bron en peildatum zie tabel 4.1 en 4.2.

Kaart 5. Basiseenheden en vestigingsplaatsen van plaatselijke kruisverenigingen* in de provincie Noord-Brabant (1981)

* Voor bron en peildatum zie tabel 5.1.

Kaart 6. Projecten voor gecoördineerd bejaardenwerk in de provincie Noord-Brabant (1981)

● instelling voor gecoördineerd bejaardenwerk

1 werkgebied: gemeente Oss

2 werkgebied: gemeenten Megen, Berghem, Geffen, Heesch, Lith, Nuland, Ravenstein, Schaijk, Nistelrode

3 werkgebied: gemeenten Boxmeer, Oeffelt, Oploo, Vierlingsbeek, Wanroy

4 werkgebied: gemeenten Boxmeer, Grave, Beers, Cuijk, Haps

▒ werkgebied per instelling