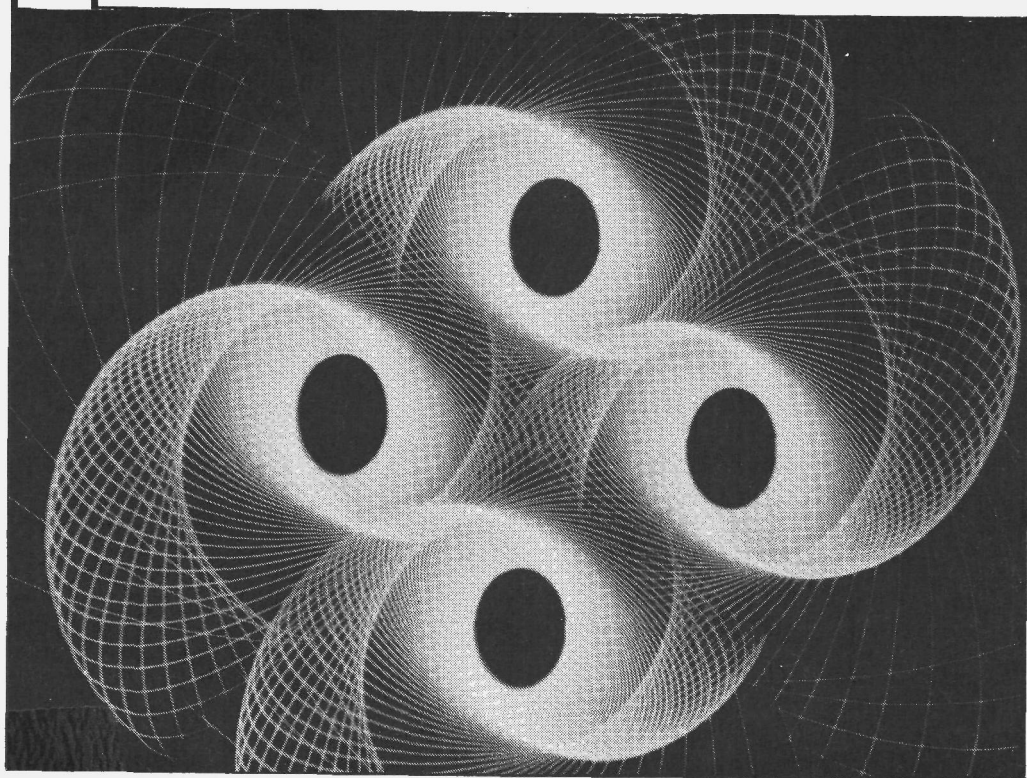


SAMENWERKING, EEN INDICATIE VOOR BETERE VERPLEEGHUISZORG ?

M. Kastelein / C.J.W. Wevers / G.J. Wissink



Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NIPG-TNO

Leiden

UYQ 1)
K 22

UYQ

K 22

(1)

SAMENWERKING, EEN INDICATIE VOOR BETERE VERPLEEGHUISZORG ?

**Onderzoek naar de invloed van samenwerking
tussen verpleeghuis en aansluitende voorzieningen
op de indicatiestelling tot opname.**

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

**M. Kastelein
C.J.W. Wevers
G.J. Wissink**

IBIS STAMBOECKNUMMER : 495/000

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TNO

juni 1985

18/7/85

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124 2300 AC Leiden

Telefoon: 071 - 170441

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Kastelein, M.

Samenwerking, een indicatie voor betere verpleeghuiszorg? : onderzoek naar de invloed van samenwerking tussen verpleeghuis en aansluitende voorzieningen op de indicatiestelling tot opnemning / M. Kastelein, C.J. Wevers, G.J. Wissink. - Leiden : Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Met lit. opg.

ISBN 90-6743-066-8

SISO 613.49 UDC 614.2.009.11 (492.93)

Trefw.: verpleegtehuizen ; Nederland ; onderzoek.

© 1985 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 85015

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIPG-TNO.

Foto kافت : Jetti Stam / Erique J. Rebel, 1984

INLEIDING EN VERANTWOORDING	1 t/m	2
DEEL 1: BELEIDSRAPPORTAGE	1 t/m	70
DEEL 2: ONDERZOEKS-DEELRAPPORTEN		
Inleiding bij de onderzoeks- deelrapporten	1 t/m	5
1. Inventarisatie van samenwerking van Brabantse verpleeghuizen	1 t/m	47
2. Verslag van de interviewfase	1 t/m	68
3. Kwantitatieve analyse van effecten van samenwerking en van capaciteit op patiëntkenmerken	1 t/m	55
tabellen	59 t/m	78
LITERATUUR	1 t/m	3

INLEIDING EN VERANTWOORDING

Voor u ligt een rapport als resultaat van het onderzoek naar de invloed van samenwerking van verpleeghuizen met andere voorzieningen op het proces van indicatiestelling tot opnemning.

Het onderzoek werd verricht op verzoek van Gedeputeerde Staten van Noord-Brabant met het oog op onderbouwing van het beleid en de planning voor de verpleeghuissector in Noord-Brabant. Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO (NIPG-TNO) zag een nevendoel in de ontwikkeling van een onderzoeksstrategie die - desgewenst - ook elders kan worden toegepast.

Het onderzoek past in het bredere programma van de onderzoekssector 'Preventieve gezondheidszorg voor ouderen' van het NIPG, in de verwachting dat een goede organisatie van het stelsel van voorzieningen kan bijdragen aan preventie van opnemning of versnelling van terugkeer naar de eigen omgeving.

De dubbele doelstelling van het onderzoek, inhoudelijk-beleidsgericht en methode-ontwikkeling, komt in de opzet van het rapport tot uitdrukking. Dit eerste gedeelte van het rapport is beleidsgericht. Na een korte beschrijving van doelstelling en opzet wordt ingegaan op de resultaten met betrekking tot overleg en samenwerking tussen verpleeghuis en andere voorzieningen, op de indicatiestelling en op de effecten van regionale verschillen in beschikbare capaciteit. Gekozen is voor een indeling waarin per onderwerp een kader voor de bespreking wordt gegeven, waarna de belangrijkste bevindingen worden gepresenteerd, resulterend in een kritische bespreking waaruit gepoogd wordt beleidsimplicaties af te leiden.

Deze beleidsgerichte rapportage kan onafhankelijk van de gedetailleerde onderzoeksdeelrapporten gelezen worden.

In het tweede gedeelte van dit eindrapport krijgt de methode meer aandacht. Na een overzicht van de opzet van het onderzoeksproject

wordt verslag gedaan van de drie deelonderzoeken en bevindingen die de basis vormen voor het beleidsgerichte rapport.

Het onderzoek werd gefinancierd uit een bijdrage van de Provincie, aangevuld uit eigen middelen door het NIPG-TNO, en vond plaats in 1983 en 1984.

Door Gedeputeerde Staten van Noord-Brabant werd een Begeleidingscommissie ingesteld:

de heer P. Brouwer en de heer A.D. Carstens (voorzitter) uit de verpleeghuissector, in overleg met de Provinciale Contactgroep van de Nationale Ziekenhuis Raad (NZR) in Noord-Brabant;

mevrouw M.M.J.A. Tilman, namens de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid in Noord Brabant (tot juni 1984);

de heer P. Kuppens, namens de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Brabant;

mevrouw J. Passchier (tot juni 1984) en de heer F. Jongeneel (na juni 1984), vanuit het Nationaal Ziekenhuis Instituut;

de heer P.H.M. Oostveen (tot december 1983) en de heer B. Bröcking, (vanaf december 1983) namens de Provinciale Griffie in Noord Brabant.

De Begeleidingscommissie heeft een functie vervuld in het onderzoek als kritisch klankbord voor de onderzoekers, waarvoor zij hier dank wordt gezegd.

Zonder de medewerking van de verpleeghuizen en de Provinciale Contactgroep van de NZR was het onderzoek niet mogelijk geweest. Langs deze weg worden ook zij dank gezegd voor hun soms zeer uitgebreide bijdrage in de informatieverzameling.

Vanzelfsprekend dragen de onderzoekers de verantwoordelijkheid voor de inhoud van dit rapport. Het onderzoeksteam bestond uit: M. Kastelein (projectleider, socioloog), C.J. Wevers (arts) en G.J. Wissink (econoom).

DEEL 1

BELEIDSRAPPORTAGE

1.	DOEL, OPZET EN UITVOERING VAN HET VERPLEEGHUIS-ONDERZOEK	1
1.1	De historie van het verpleeghuis- onderzoek in Noord-Brabant	1
1.2	Vraagstelling en denkmodel	2
1.3	De onderzoeksopzet	3
1.4	De verpleeghuizen betrokken in het onderzoek	4
2.	BESPREKING VAN DE RESULTATEN TEN AANZIEN VAN OVERLEG EN SAMENWERKING	6
2.1	Kader voor bespreking	6
2.2	Bevindingen met betrekking tot overleg en samenwerking	8
2.3	Discussie en beleidsimplicaties	22
3.	DE INDICATIESTELLING VOOR VERPLEEGHUIS- OPNEMING	31
3.1	Kader voor bespreking	31
3.2	Bevindingen: variaties in de indicatie- stelling beschreven	33
3.3	Discussie en beleidsimplicaties	39
4.	BESCHIKBARE CAPACITEIT IN VOORZIENINGEN IN DE ZEVEN REGIO'S	51
4.1	Kader voor beschrijving en analyse van capaciteitsverschillen	51
4.2	Resultaten van de analyse van regionale capaciteitsverschillen	53
4.3	Discussie en beleidsimplicaties	56
5.	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	62
5.1	Algemene conclusies	62
5.2	Aanbevelingen aan verpleeghuizen	65
5.3	Aanbevelingen aan de Provincie	66
5.4	Middelen voor een samenwerkingsgericht beleid	69

1. DOEL, OPZET EN UITVOERING VAN HET VERPLEEGHUIS- ONDERZOEK

1.1 De historie van het verpleeghuis-onderzoek in Noord-Brabant

In 1980 werden onderzoekers van het NIPG door de Provinciale Griffie in Noord-Brabant gevraagd of het mogelijk zou zijn om een onderzoek te verrichten naar de 'indicatiestelling' voor verpleeghuisopneming. Het onderzoek zou bouwstenen moeten aandragen voor capaciteitsplanning van verpleeghuizen door de provincie (Provinciale Griffie Noord-Brabant, Notitie Oostveen, 1980).

In de hierop volgende besprekingen werd geconcludeerd dat de haalbaarheid en het nut van het gevraagde onderzoek ten behoeve van capaciteitsplanning twijfelachtig was, mede gezien de heersende onduidelijkheid rond het begrip en de praktijk van de indicatiestelling. Overeengekomen werd om een vóóronderzoek te verrichten teneinde tot een - ook in het veld aanvaarde - vraagstelling te komen.

Dit vóóronderzoek werd in 1981 verricht, waarbij in een reeks gesprekken met functionarissen uit diverse bejaardenvoorzieningen twee vraagstellingen naar voren kwamen: a) onderzoek naar samenwerking van verpleeghuizen met (allerlei) andere voorzieningen, en b) onderzoek naar zgn. 'moeilijk plaatsbare patiënten' (Wevers e.a., NIPG, 1982). De eerste vraagstelling leek in het licht van de onderbouwing van de planning de meest geëigende.

De Provincie sprak zijn voorkeur uit voor het onderzoek naar samenwerking en verzocht voorts het onderzoek toe te spitsen op de invloed hiervan op de indicatiestelling voor verpleeghuisopneming, aan te vangen in het voorjaar 1983.

1.2 Vraagstelling en denkmodel

Het onderzoek ving aan met een nadere uitwerking van de vraagstelling, de opzet en organisatie van het hoofdonderzoek (NIPG, 1983), welke in het vooronderzoek slechts globaal waren aangeduid.

Als doel werd in het vooronderzoek geformuleerd 'het verwerven van inzicht in de invloed van verschillen in aard en intensiteit van relaties tussen verpleeghuizen en overige voorzieningen op de indicatiestelling (procedures) voor het verpleeghuis en het nagaan in hoeverre vormen van samenwerking leiden tot een verbetering van het indicatiestellingsproces'.

Het onderzoek ontleent zijn relevantie aan het streven door de overheid naar grotere samenhang tussen voorzieningen. Ook in het veld van verschillende voorzieningen voor bejaarden werd het belang van een dergelijk onderzoek benadrukt.

Veelal wordt er vanuit gegaan dat samenwerking bijdraagt aan adequaat en op elkaar afgestemd functioneren van het stelsel van voorzieningen: samenwerking wordt dan gelijk gesteld met samenhang. Toch werden bij de aanvang door de onderzoekers twijfels geuit of elke doelstelling en vorm van samenwerking werkelijk gewenst is vanuit het beleidsgezichtspunt. Gegeven de aandacht voor samenwerking is het opmerkelijk dat definiëring en een empirische onderbouwing vrijwel geheel ontbreekt en de literatuur overwegend beschouwend blijkt te zijn. In dit onderzoek wordt betrekkelijk weinig aandacht geschonken aan dergelijke literatuur, maar wordt vooral gezocht naar aansluiting bij beleidsvisies bij de overheid en bij de Nationale Ziekenhuis Raad.

In de beschouwingen over samenwerking wordt soms gesteld dat samenwerking vooral bijdraagt aan kwaliteit van zorg. In het onderzoek is daarom veel aandacht besteed aan kwalitatieve aspecten. Soms wordt ter discussie gesteld of kwaliteit ook resulteert in kwantitatief meetbare effecten. Daarom is ook gepoogd om na te gaan of samenwerking kwantitatief meetbare effecten heeft ten

aanzien van de indicatiestelling. Hierbij werd ervan uitgegaan dat de indicatiestelling als selectieproces fungeert en onder gegeven condities weerspiegeld wordt in kenmerken van de geïndiceerde en opgenomen patiënten. Een dergelijke kwantitatieve analyse wordt zeer gecompliceerd, doordat er sterke aanwijzingen zijn, dat de beschikbaarheid van voorzieningen belangrijk van invloed is op het gebruik (van Praag e.a., 1973). Verwacht moet worden dat verschillen in beschikbaarheid van voorzieningen een belangrijk en 'verstorend' effect hebben op het mogelijk verband tussen samenwerking en patiëntkenmerken. Daar in het vooronderzoek al is gebleken dat zich aanzienlijke regionale verschillen voordoen, werd uitgebreid aandacht geschonken aan deze mogelijk versturende effecten van verschillen in beschikbare capaciteit.

1.3 De onderzoeksopzet

Het onderzoek is opgezet in de vorm van een (veld)experiment: er worden twee groepen verpleeghuizen gevormd die zoveel mogelijk vergelijkbaar zijn op een reeks variabelen, maar zo sterk mogelijk verschillen in de mate van samenwerking. Vervolgens wordt nagegaan in hoeverre verschillen tussen beide groepen worden gevonden in de afhankelijke variabelen.

De hier geschetste gedachtengang leidde tot een onderzoeksopzet langs twee sporen:

1. Een inhoudelijk beschrijvende benadering:
 - a. eerst een inventarisatie van samenwerkingssituaties door middel van een schriftelijke vragenlijst;
 - b. vervolgens een verdieping van inzicht door middel van interviews, waarbij kwalitatieve effecten worden nagegaan;
2. Een kwantitatieve benadering:
 - c. in een experimentele opzet wordt een vergelijking gemaakt tussen kenmerken van patiënten opgenomen in respectievelijk samenwerkende en niet-samenwerkende ver-

pleeghuizen;

- d. gepoogd wordt om het mogelijk verstorende effect van verschillen in beschikbare capaciteit in de regio na te gaan en onder controle te houden.

In de opzet van het onderzoek werd er voorts naar gestreefd dat verworven inzicht van betekenis is voor beleidsontwikkeling, niet alleen bij de Provincie, maar ook voor de betrokken instellingen in het veld.

Met het oog op dit laatste doel werd gedurende het onderzoek ruimte vrij gehouden om eventuele specifieke vragen vanuit het veld (mits aan de onderzoeksvraag gerelateerd) mee te nemen in het onderzoek.

1.4 De verpleeghuizen betrokken in het onderzoek

Het onderzoek richtte zich op de 33 erkende verpleeghuizen die binnen de grenzen van de provincie Noord-Brabant gevestigd zijn en die tot de beleids- en planningsbevoegdheid van de provincie worden gerekend.

Voorts is sprake van een tijdelijke erkenning als psycho-geriatrisch verpleeghuis van een deel van een psychiatrisch ziekenhuis waar overwegend bejaarden zijn opgenomen.

In Noord-Brabant worden door de provinciale overheid vier regio's onderscheiden, welke gedeeltelijk samenvallen met de landelijk ingedeelde gezondheidsregio's, in zoverre deze binnen de provinciegrenzen vallen. Binnen deze vier regio's worden vervolgens zeven sub-regio's onderscheiden, in de praktijk overigens meestal aangeduid als regio's. Waar in dit onderzoek gesproken wordt over regio's, wordt in feite bedoeld op zeven subregio's, zoals vastgesteld door Provinciale Staten op 15-9-1978. Overigens kan hierbij worden opgemerkt dat deze indeling niet overeenkomt met de gebiedsindelingen die door de verpleeghuizen of door de (Advise-rend Geneeskundigen van de) Ziekenfondsen worden gebruikt.

Uiteindelijk hebben toch niet alle verpleeghuizen deelgenomen aan het onderzoek:

Eén somatisch verpleeghuis heeft een specifieke functie voor jonge(re) verpleeghuis-patiënten uit de gehele provincie. Zowel dit verpleeghuis, als de eerder genoemde afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis met een tijdelijke erkenning als verpleeghuis, zijn in het onderzoek buiten beschouwing gelaten omdat verwacht werd (en later ook bleek) dat de patiënten-populatie te zeer zou afwijken om een vergelijking zinvol te doen zijn.

Twee somatische verpleeghuizen hebben geen medewerking verleend aan de inventarisatie maar zijn wel opgenomen in de kwantitatieve analyses.

In de interviews zijn tien verpleeghuizen betrokken geweest, geselecteerd op een zo sterk mogelijk verschil in samenwerking. Hiermee is een illustratie verkregen van de brede variatie in werkwijzen en opvattingen, op basis waarvan een discussie over beleidsalternatieven plaatsvindt in navolgende hoofdstukken.

Geconcludeerd kan worden dat het onderzoek een redelijk compleet beeld geeft van de verpleeghuissituatie in Noord Brabant.

2. BESPREKING VAN DE RESULTATEN TEN AANZIEN VAN OVERLEG EN SAMENWERKING

2.1 Kader voor bespreking

Door de rijksoverheid wordt gepoogd de samenhang en doelmatigheid van de gezondheidszorg te bevorderen door een planmatige ontwikkeling, waarin gestreefd wordt naar samenhang in de uitvoering van zorg ('operationele samenhang'), in de verdeling van taken en functies ('functionele samenhang'), alsmede in het beleid en planning ('bestuurlijke samenhang') (Structuurnota Gezondheidszorg, 1974). In uitwerkingen van deze gedachtengang en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, zoals de 'Handleiding....' (1979) en de 'Richtlijnen....' (1981) of in de nota 'Flankerend Bejaardenbeleid' (1983) worden slechts globale aanduidingen aangetroffen over wat de overheid zich hierbij voorstelt. Ten aanzien van de verpleeghuizen wordt gesteld dat deze een vaste relatie zouden moeten aangaan met een algemeen ziekenhuis met het oog op consultatie. Verpleeghuizen zouden voorts moeten streven naar een open opstelling en ondersteuning van de eerste lijns-zorg. Bij bouwplannen zou eveneens 'overleg' met andere voorzieningen plaats moeten vinden voor een plan ingediend wordt. Over inhoud en vorm wordt weinig meer gesteld dan dat formele samenwerkingsovereenkomsten zouden kunnen worden aangegaan.

Ook in het veld, gerepresenteerd door (de sectie verpleeghuizen van) de NZR, wordt de wenselijkheid van een nauwere aansluiting met andere voorzieningen onderkend. Uit twee rapporten over de indicatiestelling blijkt aandacht voor aansluitende voorzieningen. Uit de nota's 'Taak en functie Verpleeghuizen' (1981) en het 'Beleidsplan' (1983) blijkt eveneens aandacht voor de rol van aansluitende voorzieningen, onder andere om opnemings te voorkómen of te bekorten, waar dit mogelijk is. Overleg en samenwerking

lijken hier het karakter te hebben van wederzijdse afstemming. Ook hier ontbreken concrete aanwijzingen echter goeddeels.

Het ontbreken van concrete aanwijzingen of maatstaven voor welke vorm of inhoud van samenwerking als wenselijk wordt beschouwd, schept het probleem dat normen of maatstaven voor evaluatie feitelijk ontbreken. Om toch tot een systematische beschrijving en evaluatie te komen is gepoogd om op basis van de globale aanduidingen toch een enigszins operationeel toetsingskader af te leiden, toegespitst op de vraagstelling in onderhavig onderzoek.

Vooraf dient te worden opgemerkt dat in dit rapport overleg en samenwerking op één lijn worden gezien en als synoniem worden gebruikt, ondanks een gradueel verschil tussen beide. (In het onderzoek bleek in één situatie sprake te zijn van samenwerking in de zin van gezamenlijke uitvoering van taken, terwijl de overige vormen alle overleg betroffen over het werk, waarna ieder 'zijns weegs' gaat.) Voor de beschrijving werden de volgende vragen als leidraad gehanteerd:

- In hoeverre verschillen de relatie-patronen van verpleeghuizen met andere voorzieningen en in hoeverre kan een onderscheid worden gemaakt in samenwerkende en niet-samenwerkende verpleeghuizen?
- Welke doelen worden nagestreefd door middel van samenwerking en in hoeverre komen aspecten van de indicatiestelling aan de orde?
- In hoeverre zijn organisatie-vormen te onderkennen in samenwerking en welke rol speelt (de mate van) formalisering hierin?
- Welke soorten functionarissen en disciplines uit verpleeghuizen en uit overige voorzieningen in de eerste en tweede lijn participeren in samenwerking?

Naast deze beschrijvende elementen werd gepoogd enig inzicht te verkrijgen in de evaluatie door de betrokkenen van de wijze waarop de relatie met andere voorzieningen is georganiseerd:

- Wat zijn de knelpunten en dilemma's waarmee een verpleeghuis met een bepaald relatiepatroon wordt geconfronteerd?
- Wat zijn de belangrijkste positieve en negatieve ervaringen met het bestaande relatie-patroon, samenwerkend of juist niet?

Tenslotte vond een kwantitatieve vergelijking plaats tussen verpleeghuizen met een vorm van overleg of samenwerking en verpleeghuizen die niet samenwerken met andere voorzieningen, vanuit de vraag of samenwerking verband houdt met een specifiek patroon van kenmerken van geïndiceerde en opgenomen patiënten.

Gegeven de vraagstelling van het onderzoek richt de belangstelling voor samenwerking zich op de vraag in hoeverre deze bijdraagt aan een doelmatig en doeltreffend proces van indicatiestelling.

Met name wordt hierbij gedacht aan bijdragen aan het langdurig(er) thuis handhaven van potentiële patiënten (preventie van opneming, bijvoorbeeld door een open opstelling en ondersteuning van nog niet opgenomen verpleegden en aan de hen verzorgende familie en eerste lijn; consultatie ten behoeve van de eerste lijn). In tweede instantie kan hierbij gedacht worden - indien opneming onvermijdelijk is - aan het realiseren van de geëigende oplossing binnen een zo kort mogelijk tijdsbestek.

2.2 Bevindingen met betrekking tot overleg en samenwerking

2.2.1 Onderscheid tussen ad hoc-overleg en geregeld overleg

Een nadrukkelijk onderscheid moet worden gemaakt tussen zgn. 'ad hoc contact' en meer 'geregelde' vormen van contact.

Alle verpleeghuizen hebben ad hoc-contacten met andere voorzieningen over concrete vragen of problemen. Wel bestaan verschillen

in de manier waarop het contact tot stand komt, wie daartoe het initiatief neemt en hoe vaak dat gebeurt.

In de inventarisatie meldt één-derde van de verpleeghuizen vrijwel uitsluitend op ad hoc-basis contact te hebben met andere voorzieningen. Deze verpleeghuizen zouden als introvert kunnen worden aangeduid.

Uit de interviews wordt geconcludeerd dat deze verpleeghuizen minder genegen zijn om zelf het initiatief voor contact te nemen, zich in voorkomende gevallen vooral daarin richten op de behandelend arts, waarbij het vooral de directie of verpleeghuisarts is die - vaak op een persoonlijk/informele basis - dergelijke contacten heeft. De indruk bestaat voorts dat deze verpleeghuizen sterk medisch gericht zijn, terwijl de samenwerkende verpleeghuizen nadrukkelijker ook aandacht tonen voor niet specifiek-medische aspecten.

2.2.2 Doelen, verwachtingen, prioriteiten

In de meeste overleg- en samenwerkingssituaties is nauwelijks sprake van een helder geformuleerde doelstelling of van een expliciet 'beleid'.

In zoverre doelen worden genoemd betreft het vaak de volgende:

- elkaar en elkaars mogelijkheden beter leren kennen;
- bespreking van communicatie-problemen bij opname en ontslag;
- het ontwikkelen van een gezamenlijk zorg- en bejaardenbeleid;
- het beïnvloeden van het (lokale) bejaardenbeleid bij de overheid.

Na een vaak toevallige start (bijvoorbeeld een initiatief om kennis te maken met een nieuwe functionaris), komen in het onderlinge contact zoveel raakvlakken naar voren dat herhaling zinvol wordt geacht. De stimulerende rol van een 'voortrekker' die een

grote persoonlijke inzet pleegt in het overleg, lijkt van doorslaggevend belang.

De verpleeghuizen die in overleg- en samenwerkingssituaties betrokken zijn hebben hierover bijna altijd een positief oordeel. Een uitzondering wordt gevormd door enkele verpleeghuizen die weliswaar overleg gewenst achten, maar in de praktijk nog weinig effect ervaren, in het bijzonder ten aanzien van overleg met tweede lijns-voorzieningen.

Bijna alle verpleeghuizen verwachten dat regelmatig overleg bijdraagt aan verbetering van functioneren van de gezondheidszorg. In meer dan twee-derde van de verpleeghuizen verwacht men dat langs deze weg een wezenlijke bijdrage kan worden geleverd ter voorkóming of bekorting van verpleeghuisopnamen. Toch dient het belang van samenwerking in zijn juiste proporties te worden gezien: de helft van de verpleeghuizen onderschrijft de stelling dat samenwerking nogal eens gebruikt wordt ter behartiging van het eigenbelang.

Vooraf de reeds samenwerkende verpleeghuizen kennen aan het overleg een hoge prioriteit toe en wensen continuering of intensivering. Verpleeghuizen die niet samenwerken stellen vaak dat de noodzaak hiertoe zich (nog) niet voordoet en zijn meestal terughoudender in hun plannen.

2.2.3 Overlegmodellen

Overleg van verpleeghuizen met aansluitende voorzieningen blijkt - afhankelijk van de lokale situatie - zeer verschillend te zijn georganiseerd. Opmerkelijk is overigens dat verpleeghuizen vaak verschillende overlegsituaties naast elkaar hebben, tegenover verpleeghuizen die geen enkel overleg voeren. De aangetroffen vormen kunnen geordend worden in volgorde van toenemende ingewikkeldheid van de organisatie van het overleg:

- verwijfsmodel: ad hoc-contact over een concrete vraag met één discipline;

a. Startvormen:

- informatieve bijeenkomst: eenmalig initiatief een andere discipline uit te nodigen voor uitwisseling van informatie over mogelijkheden;
- open informatiedag: eenmalige dag waarop verschillende disciplines tegelijk worden uitgenodigd;
- hulpverleners-instituut: regelmatige informele samenkomsten van belangstellenden in een ongedwongen sfeer;

b. Meer gestructureerde vormen:

- bilateraal overleg: geregelde bijeenkomsten met één andere discipline;
- meervoudig bilateraal overleg: geregelde bijeenkomsten met verschillende instellingen, georganiseerd per discipline;

c. Georganiseerde overleg- en samenwerkingsvormen:

- brede overleggroep: een groep vaste deelnemers uit verschillende disciplines of instellingen komt geregeld bijeen en vergadert gestructureerd;
- twee-traps overleg: tussen verschillende instellingen vindt overleg plaats zowel op managementsniveau voor beleidsafstemming, als op staf- of uitvoerend niveau om ook het uitvoerend werk op elkaar af te stemmen;
- het regionale intake-team: onder de beleidsmatige paraplu van een management-overleg voert een multidisciplinaire groep vanuit de betrokken instellingen een aan het team gedelegeerde taak uit, namens of ten behoeve van deze instellingen. (NB. hier wordt de 'intake' genoemd, maar ook andere werkzaamheden zijn denkbaar.)

Als aspecten die hierin van belang zijn kunnen worden genoemd: eenmalig tegenover regelmatig, aantal betrokken disciplines, mate

van structurering en toegekende bevoegdheid. Met een ingewikkelde overleg-vorm is overigens nog niets gezegd over de doeltreffendheid of de doelmatigheid daarvan.

2.2.4 Formalisering van samenwerking

In deze modellen is nog niets gezegd over de mate van formalisering. Wel kan worden opgemerkt dat een aantal verpleeghuizen een geformaliseerde relatie hebben met anderssoortige voorzieningen:

- Er functioneren enkele 'concerns' waarin naast één of meer verpleeghuizen ook verzorgingstehuizen (en soms andere voorzieningen) zijn opgenomen. Overigens blijkt uit het onderzoek dat de samenwerking binnen deze concerns hoofdzakelijk gericht is op bedrijfsdoelmatigheid. De inhoudelijke ondersteuning blijft veelal beperkt tot een consultatieve relatie of ontbreekt.
- In enkele gevallen is een samenwerkingsovereenkomst gesloten, bijvoorbeeld met een algemeen ziekenhuis met het oog op de gewenste goedkeuring van een ingediend bouwplan. Inhoudelijk heeft de samenwerking echter geen consequenties.
- In een twee-traps overleg worden de besprekingen zeer formeel aangepakt, omdat de partners - vanuit een verschillende filosofie en conflicterende belangen - elkaar niet erg vertrouwen.

Uit de hier gegeven voorbeelden kan geconcludeerd worden dat formalisering vanuit de samenwerkende instellingen bezien nog nauwelijks prioriteit geniet.

2.2.5 Betrokken functionarissen

Vanuit de verpleeghuizen zijn het vaak bepaalde functionarissen

die in overleg en samenwerking met andere voorzieningen participeren:

- de verpleeghuisartsen (vaak met als nevenfunctie directeur);
- de maatschappelijk werkenden;
- psychologen en (in mindere mate) hoofden verplegingsdienst.

Vanuit aansluitende voorzieningen die in overleg participeren hangt de situatie sterk af van de discipline: vanuit verzorgings- tehuizen betreft het vaak directieleden, vanuit de wijkverpleging vaak één (of meer) hoofdwijkverpleegkundige(n) uit een basis-eenheid, vanuit de gezins- en bejaardenzorg soms een leidster, soms ook een directielid, vanuit de huisartsen enkele belangstellenden 'à titre personnel'.

2.2.6 Gerichtheid op extramurale voorzieningen

Verpleeghuizen met geregeld overleg met extramurale voorzieningen worden vooral aangetroffen in kleinere gemeenten.

Uit de interviews blijkt dat het centrale probleem in overleg met extramurale voorzieningen ligt in het verschil in schaal van het verzorgingsgebied, het ontbreken van organisatie en coördinatie tussen de vaak individueel werkzame en autonome disciplines in de eerste lijn. Het grote aantal zorgverleners en de soms geringe continuïteit versterken dit probleem. Uit de interviews wordt afgeleid dat verpleeghuizen met een geregeld overleg met extramurale voorzieningen zelf vaker het initiatief nemen om navraag te doen over een aangemelde patiënt en dit ook bij meer verschillende zorgverleners doen. Binnen het verpleeghuis zijn er ook meer functionarissen die zulke contacten onderhouden.

a. De huisarts

Meer dan de helft van de verpleeghuizen noemt in de inventarisatie de huisarts als een regelmatige overlegpartner. Inhoudelijk

betreft het de uitwisseling van informatie over beschikbare mogelijkheden, bepaalde probleemsituaties rond een patiënt en bespreking van mogelijkheden om opneming te voorkómen of te bekorten.

In de interviews werd dit beeld sterk gerelativeerd. Veruit de meeste contacten met huisartsen vinden plaats op ad hoc-basis. Volgens de meeste verpleeghuizen zijn huisartsen vaak slecht geïnformeerd over andere zaken dan het strikt medische. Het merendeel van de huisartsen is vaak moeilijk bereikbaar en niet te betrekken bij meer geregeld overleg. Als huisartsen wel deelnemen aan geregelde overlegsituaties is dit meestal à titre personnel. Wel bestaat collegiaal contact tussen huisartsen en verpleeghuisartsen in zoverre deelgenomen wordt aan refereer-avonden.

b. Wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezins- en bejaardenzorg

De wijkverpleging, het algemeen maatschappelijk werk en de gezins- en bejaardenzorg zijn - in deze volgorde - regelmatig genoemde overlegpartners. Het overleg betreft dezelfde onderwerpen als bij de huisarts, namelijk het inwinnen van informatie, probleemsituaties en preventie of bekorting van opname. Uit de interviews blijkt dat verpleeghuizen vaak positieve ervaringen hebben met dit overleg, onder andere door de goede informatie over de thuissituatie van aangemelde patiënten. Het overleg met de wijkverpleging heeft in verschillende situaties geleid tot afspraken over procedures bij ontslag en verbetering van de uitwisseling van informatie, onder andere door het ontwerpen van een goed ontslag-formulier. Voorts wordt gemeld dat in de uitvoering van de zorg tegenstrijdigheden kunnen worden voorkómen en een gezamenlijk 'beleid' ten opzichte van de patiënt kan worden gevoerd.

c. Ambulante geestelijke gezondheidszorg, gecoördineerd bejaardenwerk

De ambulante geestelijke gezondheidszorg (met name de SPGD van de RIAGG) blijkt in ongeveer één-derde van de verpleeghuizen (ver-

moedelijk voornamelijk psycho-geriatrische en gecombineerde); een overlegpartner, evenals het gecoördineerd bejaardenwerk. Vanuit het verpleeghuis bestaan ook consultatieve relaties met deze voorzieningen in bijna een kwart van de huizen.

De - vanuit de RIAGG ontwikkelde - SPGD-functie blijkt een stimulerende rol te vervullen in de verschillende regio's.

2.2.6 Gerichtheid op intramurale voorzieningen

In de inventarisatie melden 20 verpleeghuizen een overleg met verzorgingstehuizen. Van 15 verpleeghuizen werd nadere informatie verkregen over de aard van dit overleg.

In de meeste gevallen is het overleg gericht op de wederzijdse afstemming van functies en - in iets mindere mate - op de directe zorg rond patiënten, respectievelijk bewoners. Ook een consultatieve relatie wordt door veel verpleeghuizen gemeld.

In een tiental gevallen maken het verpleeghuis en een (of meer) verzorgingstehuis beide deel uit van een bestuurlijke combinatie. In vier gevallen kan gesproken worden van een zekere integratie doordat een groot aantal functies in gemeenschappelijkheid worden uitgeoefend.

Uit de interviews blijkt dat er een groeiende aandacht is voor de relatie tussen verpleeghuizen en verzorgingstehuizen door de tendens tot een bewonersbestand met een grotere zorgbehoevendheid, waarvoor soms groepsverzorging een wellicht te verkiezen oplossing is boven de opnemings in verpleeghuizen. Overigens blijkt ook, dat het deel uitmaken van een combinatie niet automatisch leidt tot intensiever contact op het gebied van de patiëntenzorg: soms betreft het uitsluitend of overwegend bedrijfsdoelmatigheid en zijn in de praktijk de zorginhoudelijke contacten op andere verzorgingstehuizen geconcentreerd.

d. Algemene ziekenhuizen

Uit de inventarisatie blijkt dat slechts een klein aantal verpleeghuizen een geregeld overleg heeft met algemene ziekenhuizen als organisatie. Als dit het geval is, betreft het overleg op directie-niveau met een lage frequentie.

Verpleeghuizen hebben een meer frequent contact met medische specialisten (soms via het medisch maatschappelijk werk) over patiënten, echter meestal op ad hoc basis. Daarnaast zijn verpleeghuisartsen meestal betrokken bij refereer-avonden van de medische staf.

Vrijwel alle verpleeghuizen hebben met medisch specialisten afspraken over vaste consulentschappen, meestal afkomstig uit verschillende ziekenhuizen.

Consultatie door de verpleeghuisartsen ten behoeve van bejaarde patiënten in algemene ziekenhuizen komt vrijwel niet voor.

In de interviews werd kritisch gesproken over de relatie tussen verpleeghuis en algemeen ziekenhuis en medisch specialisten. Zo wordt een consulentschap soms ervaren als een poging om de patiëntenstroom naar het ziekenhuis te kanaliseren. De verpleeghuizen hebben soms de indruk dat thans sprake is van een afnemende patiëntenstroom uit algemene ziekenhuizen naar het verpleeghuis als gevolg van een restrictief ontslagbeleid aldaar, veroorzaakt door wijzigingen in het vergoedingen-stelsel voor specialisten. Een illustratief voorbeeld is een verpleeghuis met een geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst met een algemeen ziekenhuis, waar het verpleeghuis desondanks steeds weer de ervaring heeft dat in het ziekenhuis het verschil tussen verpleeghuis en verzorgingstehuis niet bekend is.

e. Verpleeghuizen onderling

Bijna alle verpleeghuizen hebben onderling contact in het kader van de provinciale contactgroep van de NZR en de van daaruit geformeerde regionale overleggroepen. Dit overleg vindt plaats op directieniveau en richt zich vooral op gezamenlijke standpuntbe-

paling inzake beleidsvraagstukken.

Twee-derde van de verpleeghuizen meldt voorts samenwerking ten aanzien van de opleiding van verplegend personeel.

Eén-derde van de verpleeghuizen heeft overleg over het opname-beleid in de regio en over taak- en functieverdeling.

Uit de interviews blijkt dat in sommige gebieden de verhouding tussen verpleeghuizen gekenmerkt wordt door een verschil in belangen. In een dergelijke situatie verloopt overleg moeizaam en uiterst formeel. In andere gebieden is dit niet het geval.

f. Overige 'aansluitende voorzieningen'

Als overige aansluitende voorzieningen worden nog genoemd de revalidatie-centra, de grote woonvormen en revalidatie-afdelingen, geriatrische afdelingen en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen. In de interviews is slechts eenmaal expliciet een consultatieve relatie met een revalidatie-arts genoemd. In de inventarisatie worden overigens door een-derde van de verpleeghuizen revalidatie-artsen, evenals psychiaters genoemd als consultant.

2.2.7 Dilemma's en knelpunten

a. Schaalgrootte van het verzorgingsgebied

Het meest gehoorde dilemma is het probleem van het verschil in schaalgrootte van het verzorgingsgebied. Verpleeghuizen hebben een regionale of subregionale functie. Gegeven de omvang van zo'n verzorgingsgebied (gemiddeld circa 70.000 inwoners) betreft het per verpleeghuis al ongeveer 20 werkzame huisartsen, 6 verzorgingstehuizen, 2 basiseenheden van de kruisvereniging, een instelling voor gezins- en bejaardenzorg, algemeen maatschappelijk werk en een algemeen ziekenhuis. Doordat verzorgingsgebieden elkaar gedeeltelijk overlappen en als gevolg van de keuze-vrijheid van de patiënt, ligt het aantal voorzieningen waarmee het ver-

pleeghuis in de praktijk te maken heeft nog aanzienlijk hoger. Een dergelijk groot aantal voorzieningen is al bijzonder moeilijk rond de tafel te krijgen. Wanneer hierbij bedacht wordt dat de feitelijke zorg door individueel functionerende professionele zorgverleners wordt uitgevoerd, en juist op het uitvoerende vlak samenwerking het meest zichtbare effect sorteert, wordt duidelijk dat geregeld overleg of samenwerking met elke potentiële partner een illusie is, met name voor wat betreft de extramurale zorg.

In feite omvat dit probleem nog een aantal deelproblemen: het gaat om een aantal verschillende disciplines, deels ondergebracht in autonome instellingen, deels solistisch werkzaam, waarbij binnen instellingen de coördinatie en het beleid niet altijd helder zijn, en soms een geringe continuïteit bestaat. Van coördinatie tussen deze voorzieningen en zorgverleners is vaak nog minder sprake.

Het probleem van de ongeorganiseerdheid van de eerste lijn, wordt door sommige verpleeghuizen onoplosbaar geacht. Deze besluiten dan om meer geregeld overleg te beperken tot voorzieningen die op dezelfde schaal zijn georganiseerd (voornamelijk algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen en enkele grote verzorgingstehuizen).

De verpleeghuizen die wel geregeld met de eerste lijn overleggen hebben het dilemma opgelost door zich 'exclusief' te richten op een stadswijk of de eigen gemeente en de aldaar werkzame zorgverleners, onder 'uitsluiting' voor wat betreft het overleg van anderen werkzaam buiten dit gebied.

b. De tijdinvestering

Geregeld overleg van een verpleeghuis met andere voorzieningen brengt met zich mee dat bepaalde functionarissen hiertoe tijd moeten vrijmaken. Hoewel de meningen verschillen of het overleg uiteindelijk tijdwinst, dan wel tijdverlies tot gevolg heeft, is duidelijk dat de 'investering' door bepaalde functionarissen wordt gepleegd: vooral verpleeghuisartsen, maatschappelijk werkers en - in iets minder mate - andere directieleden, afdelingshoofden en psychologen zijn door hun functie hierbij vaak

betrokken. Gesteld wordt dat juist deze functionarissen ook onder andere taakverzwaringen te lijden hebben.

In de bevinding dat veel overleg plaatsvindt buiten de werkuren (tussen de middag, na vijven, 's avonds) kan een bevestiging worden gezien dat een extra beroep op persoonlijke gemotiveerdheid wordt gedaan.

c. Het dilemma van de exploitatie

Hoewel de budget-financiering enige adempauze aan verpleeghuizen gunt doordat onderbezetting niet onmiddellijk leidt tot exploitatie-tekorten, geldt dat de inzet in overleg en samenwerking binnen de exploitatie gefinancierd moeten worden. Hierbij komt nog dat wanneer verpleeghuizen er werkelijk in zouden slagen om opnemingen te voorkómen of te bekorten, zij in geval van een vermindering wachtlijst geconfronteerd kunnen worden met een onderbezetting met - zeker op termijn - consequenties voor het exploitatie-resultaat als een soort 'straf'. Het kan verpleeghuizen niet kwalijk genomen worden dat zij dit vooruitzicht niet aantrekkelijk vinden en in een dergelijke situatie zoeken naar mogelijkheden ter verruiming van het patiëntenaanbod, bijvoorbeeld door verlegging van normen.

d. Het dilemma van belangentegenstellingen

In een aantal gebieden is sprake van uiteenlopende of zelfs conflicterende belangen tussen verschillende verpleeghuizen of tussen een verpleeghuis en aansluitende voorzieningen. Voorbeelden van belangentegenstellingen tussen verpleeghuizen onderling zijn conflicterende plannen voor capaciteitsuitbreiding of functieontwikkeling en verschillen in 'doelgroep' waardoor overlappende patiëntencategorieën ontstaan. Voorbeelden van conflicten tussen een verpleeghuis en aansluitende voorzieningen zijn overlappende functies, zoals het voortbestaan van een ruime 'ziekenboeg' in een verzorgingstehuis, of de bestemming van een verpleegafdeling voor bejaarden binnen een algemeen ziekenhuis (niet bedoeld wordt een GAAZ).

In een dergelijke situatie is overleg soms problematisch, te meer wanneer een 'onafhankelijke derde' ontbreekt. In dit verband wordt door verpleeghuizen nogal eens opgemerkt dat het beleid van de provinciale overheid onduidelijk en inconsequent is en dat onvoldoende als 'scheidsrechter' wordt opgetreden.

2.2.8 Kwalitatieve effecten van overleg

De verpleeghuizen die relatief veel samenwerken of overleggen, staan vooral positief tegenover het effect van overleg met voorzieningen in de eerste lijn.

De samenwerkende verpleeghuizen noemen de volgende positieve effecten:

- a. verbetering wederzijdse bekendheid, zowel persoonlijk als ook functioneel;
- b. versoepeling en tijdsbesparing bij informatie-uitwisseling;
- c. verbetering van gebruik van elkaars deskundigheid en mogelijkheden;
- d. vermindering van tegenstellingen en competentiekwesties;
- e. afstemming van de uitvoering van zorg;
- f. grotere invloed op (lokaal) bejaardenbeleid.

Door deze verpleeghuizen wordt overigens verwacht dat het effect groter is op verruiming van ontslagmogelijkheden dan op het langduriger thuis handhaven van potentiële patiënten.

Het overleg met tweede-lijnsvoorzieningen wordt minder positief beoordeeld. Men ervaart zulk overleg vaker als 'te formalistisch' en weinig doeltreffend.

Tegenover de positieve effecten van overleg met de eerste lijn staan ook duidelijk enkele bezwaarlijke kanten:

- a. overleg kost tijd (de meningen verschillen of overleg meer tijd kost dan wordt bespaard);

- b. extra taakverzwaring (in het bijzonder voor bepaalde functionarissen die door hun functie het meest aangewezen zijn voor dergelijk overleg).

De effecten kunnen geïnterpreteerd worden als een toename van samenhang, vooral op het vlak van de functie-afbakening en functie-uitzuivering en in de uitvoering, waartoe wel een inzet van (vaak vrije) tijd nodig is.

2.2.9 Overleg en kenmerken van patiënten

De poging om kwantitatieve effecten van overleg op kenmerken in het patiëntenbestand van verpleeghuizen te onderzoeken is maar ten dele geslaagd. Uit de bevindingen kan geen uitspraak worden afgeleid of sprake is van een toevalstreffer, of van een systematisch verband. Oorzaken daarvan zijn het geringe aantal waarnemingen, het grote aantal variabelen, de matige kwaliteit van sommige gegevens en onderzoekstechnische problemen. De bevindingen hebben dan ook vooral een beschrijvende betekenis.

Wanneer het effect van regionale verschillen in beschikbare capaciteit in verschillende voorzieningen, alsmede achtergrondkenmerken, zo goed mogelijk worden uitgeschakeld, dan kan over de intensiever samenwerkende verpleeghuizen het volgende over 1981 en 1982 worden geconstateerd:

1. er worden verhoudingsgewijs minder patiënten uit de eigen regio opgenomen en wat meer van buiten de eigen regio;
2. de opgenomen somatische patiënten komen vaker uit de eigen thuissituatie;
3. de gemiddelde leeftijd bij eerste opname van alle patiënten, evenals van (per 31 december) aanwezige somatische patiënten, is aanmerkelijk hoger;
4. de oorzaak van definitief ontslag is relatief vaker het overlijden;
5. de bezettingsgraad ligt vrijwel zonder uitzondering hoger.

Op grond van deze bevindingen wordt geconcludeerd dat een dergelijk patroon van kenmerken lijkt aan te sluiten bij beleidsmatige wenselijkheden, namelijk een gedegen afweging van aangemelde patiënten, samenwerking met en ondersteuning aan de eerste lijn, zo lang mogelijke handhaving van zelfstandigheid in de thuissituatie en een doelmatig gebruik van de beschikbare bedden.

Toch blijft de vraag onbeantwoord of een dergelijk functioneren het gevolg is van het overleg of de samenwerking, dan wel of er wellicht een 'achterliggende' factor ter verklaring moet worden gezocht (bijvoorbeeld een specifieke zorg-filosofie en daarop gericht intern en extern beleid).

2.3 Discussie en beleidsimplicaties

2.3.1 Openheid ten behoeve van de eerste lijn

Openheid van het verpleeghuis ten behoeve van anderssoortige voorzieningen is een betrekkelijk passieve manier van het bieden van ondersteuning. Uit de inventarisatie blijkt dat de meeste verpleeghuizen wel iets in deze richting doen, maar veelal toch op zeer beperkte schaal en vooral incidenteel. De meeste verpleeghuizen hebben vrijwel uitsluitend oog voor de eigen patiënten en lijken zich minder bewust van de verplegingbehoevenden die zich met behulp van familie en eerste lijn thuis handhaven en zich (nog) niet willen laten opnemen. In de meeste verpleeghuizen kan zeker nog niet gesproken worden van een systematische ondersteuning aan de eerste lijn, zoals bedoeld in het recent geformuleerde flankerend bejaardenbeleid. Tegelijk moet hierbij worden opgemerkt dat hiertoe bestemde middelen tot dusverre ook ontbraken en dergelijke activiteiten gefinancierd moesten worden uit de normale exploitatie. Verpleeghuizen die een grotere openheid ten toon spreiden menen dat nog ruimere mogelijkheden tot preventie of bekorting van opnemingen denkbaar zijn. Voorwaarde hiertoe is dat de bestaande normen en regels flexibeler zouden worden

toegepast, bijvoorbeeld bij noodzakelijke aanpassingen in de woning door de Gemeenschappelijke Medische Dienst (G.M.D.).

Beleidsimplicaties

Het verdient aanbeveling dat verpleeghuizen nagaan in hoeverre een grotere openheid van het verpleeghuis voor andere voorzieningen kan worden gerealiseerd: naar onze indruk bestaan er meer mogelijkheden tot ontwikkeling op dit gebied dan thans worden benut. (Concrete voorbeelden zijn onder andere uitlening, advisering, tijdelijke opnemingen zoals beschreven in het onderzoeksdeelrapport betreffende de interviews, paragraaf 4,2 en 5.6.). Bij controlerende en uitvoerende diensten zou gestreefd moeten worden naar snellere procedures en een flexibele toepassing van bestaande normen en regels. Overleg hiertoe zal op verschillende niveaus moeten plaatsvinden.

Op provinciaal niveau verdient het ons inziens aanbeveling om activiteiten die passen binnen het flankerend bejaardenbeleid met prioriteit te stimuleren. Bezien zou moeten worden in hoeverre er mogelijkheden bestaan om middelen hiertoe vrij te maken en om te voorkomen dat eventuele effecten direct nadelige consequenties hebben voor de exploitatie.

2.3.2 Consultatie

Hoewel het merendeel van de verpleeghuizen een vaste consultatieve relatie heeft ten behoeve van de eerste lijn (met name verzorgingstehuizen), kan worden opgemerkt dat van de meer dan 150 verzorgingstehuizen slechts een klein aantal een vaste consultatieve relatie met een verpleeghuis heeft, ondanks de herhaald geformuleerde wenselijkheid daarvan. Ook ziekenhuizen blijken overigens weinig gebruik te maken van de consultatieve mogelijkheden van verpleeghuizen. Ten aanzien van de consultatie of het medisch

adviseurschap ten behoeve van verzorgingstehuizen moet overigens- worden opgemerkt dat hierin een rol speelt dat de meeste bewoners hun eigen huisarts behouden na plaatsing. Dit betekent dat tussen de betreffende verpleeghuisarts en de huisartsen van bewoners duidelijke afspraken gewenst zijn over afbakening van functies.

Beleidsimplicaties

Het lijkt gewenst om de consultatieve relatie van verpleeghuisartsen ten behoeve van verzorgingstehuizen uit te breiden opdat elk verzorgingstehuis over een vaste adviseur/consulent kan beschikken. Gegeven het aantal verzorgingstehuizen en de centrale positie van de verpleeghuisarts in de uitvoerende zorgverlening en contacten die hiermee samenhangen, dient gezocht te worden naar een oplossing voor de mogelijke overbelasting van deze functie. Het is denkbaar dat uitzuivering van medische taken en vermindering van algemene beheerstaken van verpleeghuisartsen hiertoe een voorwaarde is.

2.3.3 Overleg met de eerste lijn

Contact met eerste-lijnsvoorzieningen vindt overwegend plaats op ad hoc-basis. Een vrijwel onoplosbaar dilemma is het gebrek aan coördinatie in de eerste lijn en het grote aantal potentieel bij overleg betrokkenen.

Geregeld overleg of samenwerking tussen verpleeghuis en eerste lijn vindt vooral lokaal plaats of is wijkgericht, als oplossing om het aantal deelnemers in te perken. De huisarts blijkt door zijn solistische praktijk-uitoefening en particulier ondernemerschap vaak niet de centrale rol te (kunnen) spelen die soms aan deze discipline wordt toegedacht. In zoverre huisartsen deelnemen, blijken zij dit vaak niet als representant voor alle werkzame huisartsen te (kunnen) doen, doch slechts à titre personnel.

Beleidsimplicaties

Er is grond om te twijfelen aan het realiteitsgehalte in de gedachte dat het verpleeghuis met alle zorgverleners in de eerste lijn moet samenwerken, zolang een adequate coördinatie binnen de eerste lijn ontbreekt. Een centrale coördinerende rol van de huisarts staat op gespannen voet met de kenmerken van de huisartsenzorg en met de feitelijke geïnformeerdeheid van veel huisartsen over de omstandigheden van de patiënt.

Vanuit de gemeentelijke overheid zal organisatie van de eerste lijn prioriteit dienen te krijgen alvorens meer geregeld overleg tussen verpleeghuis en eerste lijn zich zal ontwikkelen. De Provincie kan de Gemeenten deze prioriteit onder de aandacht brengen.

Een vraag is of de huidige 'oplossing' om samenwerking te beperken tot lokaal werkzame zorgverleners gewenst is. Als voor samenwerking gekozen wordt, dient voorts bedacht te worden dat een organisatie op de schaal van het verzorgingsgebied van het verpleeghuis consequenties kan hebben voor de keuzevrijheid van patiënten buiten het eigen verzorgingsgebied.

2.3.4 Doel en organisatie van overleg

Overleg- of samenwerkingssituaties kennen in de meeste gevallen niet een duidelijke overeengekomen doelstelling. Wel heeft men verwachtingen: vooral het bekend geraken met andere vormen van zorgverlening en met de personen die deze functie(s) vervullen. Het is denkbaar dat - op langere termijn - het ontbreken van een overeengekomen doelstelling en daarop gericht systematisch beleid, een risico zal betekenen voor een zinvol voortbestaan van het geregeld contact. (Het is immers de vraag of kennismaking

langdurig een motiverende doelstelling zal zijn om maandelijks rond de tafel te gaan zitten.)

De organisatorische vorm van overleg en samenwerking loopt sterk uiteen in verschillende opzichten. Hoewel de betrokkenen hun vorm meestal als positief ervaren, is aannemelijk dat de gekozen vorm consequenties heeft voor de verhouding tussen noodzakelijke inzet en het resultaat.

Met name de meervoudige bilaterale contacten leggen een relatief groot beslag op tijd van bepaalde functionarissen, hoewel een grotere diepgang kan worden bereikt. De brede overleggroep heeft het voordeel van een geringer tijdsbeslag en de mogelijkheid tot een 'integrale' benadering vanuit allerlei disciplines en gezichtshoeken, maar tegelijkertijd dreigt het risico van een té breed scala aan onderwerpen en oppervlakkigheid, waardoor de continuïteit kan worden bedreigd.

Wanneer sprake is van overleg met mogelijke consequenties voor de uitvoering van taken en functies van een instelling, is het noodzakelijk dat een koppeling bestaat tussen de uitvoerende professionele zorgverleners en het management. In een dergelijke situatie bestaat de keuze tussen een duidelijke mandatering van de vertegenwoordigers uit de instellingen of disciplines, of het instellen van een managementoverleg naast een overleg tussen uitvoerende professionele zorgverleners.

Beleidsimplicaties

Het verdient aanbeveling om na een startperiode in overleg of samenwerking nadrukkelijk aandacht te schenken aan de doelstelling van eventueel verder overleg. De tijd, middelen en organisatie om het gestelde doel te verwezenlijken en de verwachte opbrengst dienen expliciet tegen elkaar afgewogen te worden.

2.3.5 Formalisering

Formalisering van overleg of samenwerking heeft geen prioriteit bij de betrokkenen, is géén indicatie ook voor feitelijke afstemming tussen betrokkenen, maar vindt alleen plaats onder druk van bijzondere omstandigheden (conflict, overheidsbemoeienis). In de aangetroffen 'concerns' van verschillende voorzieningen onder één bestuur lijkt de samenwerking vooral gericht te zijn op bedrijfsdoelmatigheid, en nauwelijks van invloed te zijn op zorginhoudelijke zaken. Het is dan ook twijfelachtig of de nadruk in beleidsnota's op samenwerkingsovereenkomsten of op formalisering een bruikbaar criterium betreft. Wellicht is de indicatie van de nagestreefde doelen en de evaluatie van bereikte resultaten een bruikbaar maatstaf om samenwerking te toetsen.

Beleidsimplicaties

Overwogen kan worden om het bestaan van formele afspraken als criterium voor samenwerking te vervangen door meer concrete indicaties van doelen en - na een zeker tijdsverloop - bereikte resultaten, gezien in het licht van de wens tot grotere samenhang (afstemming) en doelmatigheid. Zowel voor instellingen, als voor (sub-)regio's geldt dat een concrete aanduiding kan worden gevraagd bij in te dienen plannen en begrotingen en het resultaat in de verantwoording, verslagen, enzovoorts.

2.3.6 Effecten

Effecten van overleg en samenwerking wijzen vooral in de richting van verbetering van de onderlinge communicatie en afstemming van de uitvoering van zorgverlening en functie-afbakening. In enkele gevallen wordt gepoogd om ook invloed uit te oefenen om lokaal tot een meer samenhangend bejaardenbeleid te komen. Deze aanduidingen kunnen geïnterpreteerd worden als een aanwijzing voor

versterking van operationele en functionele samenhang en wellicht - indirect - ook bestuurlijke samenhang.

Uit de kwantitatieve analyses blijkt voorts dat de intensiever samenwerkende of overleggende verpleeghuizen in Brabant ook verschillen in de kenmerken van opgenomen en ontslagen patiënten, en wel op een wijze, die in overeenstemming is met de wens dat patiënten zo lang mogelijk in de eigen omgeving gehandhaafd blijven. Bovendien lijken deze verpleeghuizen doelmatig te functioneren, afgemeten aan de bezettingsgraad.

Toch blijft de vraag actueel of de kwalitatieve effecten en de kwantitatieve bevindingen, voldoende rechtvaardiging zijn voor de ingezette tijd van de betrokken zorgverleners. Het antwoord hierop lijkt bevestigend te kunnen zijn: de samenwerkende verpleeghuizen functioneren onder hetzelfde beleidsmatige en financiële regime als de verpleeghuizen die niet zo intensief samenwerken. Gesteld kan worden dat de samenwerkende verpleeghuizen als het ware 'meer waar voor hun geld leveren'. Wel moet dan worden opgemerkt dat de inzet daartoe voor een deel uit de persoonlijke sfeer komt.

Beleidsimplicaties

Overleg en samenwerking lijken inderdaad samen te gaan met versterking van samenhangen binnen het stelsel van voorzieningen en tot een doelmatig functioneren. Tot dusverre lijkt deze opbrengst mede te danken te zijn aan de persoonlijke inzet van betrokkenen. De nadruk op samenwerking in beleidsuitspraken staat in schril contrast tot de inhoudelijke helderheid van beleidsuitspraken en de mate waarin middelen voor deze werkwijze worden vrijgemaakt.

2.3.7 Overleg en samenwerking met tweede lijnsvoorzieningen

Overleg en samenwerking in grote steden betreft vrijwel uitsluitend voorzieningen in de tweede lijn (en soms enkele grote ver-

zorgingstehuizen) en speelt zich overwegend af op management-niveau. Dit soort overleg vindt minder frequent plaats en is meestal zeer formeel. Verhoudingsgewijs worden wat vaker twijfels geuit over de doeltreffendheid van dit overleg en wordt vaak belangen-behartiging ervaren als gevolg van bestaande functie-overlappingen en tegengestelde belangen. Wanneer het vraagstukken betreft op het niveau van uitvoerende professionele zorgverleners - bijvoorbeeld bij de beoordeling van een patiënt - is overleg op het uitvoerend niveau doeltreffender dan uitsluitend overleg tussen directie-leden. Het is daarom denkbaar dat het ontbreken van een completerend overleg tussen de uitvoerende professionele werkers binnen de betrokken instellingen, de afstemming in uitvoering en taak-uitzuivering bemoeilijkt.

Ook hier geldt dat formalisering van overleg veeleer de functie heeft van bescherming van het eigen belang, dan dat sprake is van een indicatie voor de kwaliteit van het gevoerde overleg.

Het gevoerde overleg heeft vaak betrekking op zaken betreffende beleid en planning. Juist over deze onderwerpen wordt gesteld dat het overheidsbeleid vaak onduidelijk of inconsequent is. Dit schept tegelijk - naar wij vermoeden - de ruimte voor tegenstrijdige claims, waardoor de belangen-conflicten binnen het overleg vrijwel onoplosbaar worden.

Beleidsimplicaties

Overleg tussen instellingen in de tweede lijn zou zich bij voorkeur moeten afspelen binnen een duidelijk geformuleerd en consequent kader van beleidsstandpunten. Duidelijke grenzen aan de beslisruimte van instellingen helpen om te voorkomen dat defensieve belangenbehartiging de constructieve mogelijkheden overschaduwet. De voorzieningen kunnen vroegtijdig om een inbreng gevraagd worden. Gewenst is dat op voorhand aangegeven wordt door de Provincie op welke punten uiteenlopende belangen consensus verhinderen en daarom een beleidskeuze door niet-betrokkenen verkieslijk

doet zijn. De Provincie kan haar voorkeur in zo'n geval aangeven.

In zoverre gestreefd wordt naar afstemming op uitvoeringsniveau en op het niveau van afstemming van instellingstaken en -functies, is aannemelijk dat overleg op managementniveau, aangevuld door overleg tussen professioneel-uitvoerenden doeltreffender is, dan wanneer de resultaten van het management-overleg binnen elk van de instellingen via de hiërarchie vertaald dient te worden in op elkaar afgestemde uitvoering.

3. DE INDICATIESTELLING VOOR VERPLEEGHUIS-OPNEMING

3.1 Kader voor bespreking

Het begrip 'indicatiestelling' wordt in verschillende betekenissen gebruikt, zo blijkt uit onderzoek (NZR, 1979; NZR, 1981):

- het beoordelingsproces waarbij bezien wordt of een aange-
melde patiënt in verband met zijn toestand en gegeven zijn
leefsituatie opgenomen zal worden in het verpleeghuis;
- de beoordeling van een patiënt met het oog op de financie-
ring ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
door de Adviserend Geneeskundige;
- als een continu proces: elke beoordeling van een patiënt
met het oog op een eventuele verandering van behandeling
(bijvoorbeeld ontslag).

In dit onderzoek staat de eerste betekenis centraal wanneer ge-
sproken wordt over indicatiestelling. Wel wordt afzonderlijk in-
gegaan op de rol van de Adviserend Geneeskundige in dit proces.

Ondanks de beperking tot de indicatiestelling tot opnemning blijft
- blijkens eerder genoemde NZR-rapporten - een brede variatie in
criteria, gangbare werkwijzen etc. etc. bestaan. Zowel de
(rijks)overheid, alsook de NZR achten een grotere uniformiteit in
de indicatiestelling gewenst. Om deze te verwezenlijken worden
een aantal voorwaarden geformuleerd en wordt de wenselijkheid be-
klemtoond van onderlinge afstemming tussen verpleeghuizen. In het
'Beleidsplan' (NZR, 1983) wordt bovendien ingegaan op de wense-
lijkheid van afstemming tussen verpleeghuis en 'aansluitende
voorzieningen'. Ten aanzien van verzorgingstehuizen en algemene
ziekenhuizen wordt gesproken over te sluiten samenwerkingsover-
eenkomsten. Voorts worden nog de extramurale zorg, de revalida-
tiecentra en grote woonvormen genoemd.

In het zeer recente concept-advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (maart 1985) wordt de suggestie gedaan van samenwerking tussen een centraal indicatiestellend orgaan voor verpleeghuizen en de indicatiecommissies voor bejaardenoorden in de regio.

Zowel in een evaluatie-onderzoek van de NZR (NZR, 1981) als in een reeks onderzoekingen bij verzorgingstehuizen (NIMAWO, 1977 tot 1984; IZW-Utrecht, 1984) wordt geconstateerd dat aan de aanmelding een periode vooraf gaat, waarin overbelasting van de thuiszorg ertoe leidt dat de beslissing tot aanmelding wordt genomen. In het licht van de wens om een patiënt zo lang als mogelijk is thuis te handhaven en opname zo goed mogelijk te voorkomen, is deze constatering van belang, bijvoorbeeld met het oog op 'preventieve' functies van het verpleeghuis door ondersteuning ten behoeve van de extramurale zorg en verzorgingstehuizen (Nota Flankerend Bejaardenbeleid, 1983). De 'openheid van het verpleeghuis' ten opzichte van andere voorzieningen zou in dit verband van betekenis kunnen zijn.

Voor de beschrijving van de indicatiestelling tot verpleeghuisopneming worden zes fasen onderscheiden na de 'voorfase': de aanmelding, de informatieverzameling, het oordeel over de patiënt zelf, het oordeel over de 'urgentie', het oordeel over de plaatsbaarheid en tenslotte de resulterende acties door het verpleeghuis zelf, dan wel geïnitieerd door het verpleeghuis.

Van belang is nu het antwoord op de vraag in hoeverre de indicatiestelling van verschillende verpleeghuizen overeenkomt, dan wel wordt afgestemd op elkaar en in hoeverre zij voldoet aan een aantal criteria welke voortvloeien uit het karakter van verpleeghuiszorg of worden genoemd door de NZR in zijn rapporten en beleidsnota. Deze criteria zijn samen te vatten als:

- een gegeven patiënt hoort in verschillende verpleeghuizen eenzelfde indicatie te krijgen;
- de beoordeling kent een zekere systematiek en vindt multidisciplinair plaats;

- er zijn duidelijk te interpreteren criteria, maatstaven en procedures;
- eventuele verschillen zijn bespreekbaar (evaluatie en kwaliteitsbewaking);
- deskundigheid en bekendheid, ook met aansluitende voorzieningen;
- waarborgen voor continuïteit in de indicatiestellingen, met name door overdraagbaarheid van informatie en van methodieken.

Vanzelfsprekend is de ontwikkeling van een grotere uniformiteit en onderlinge afstemming een wens die, alvorens zij vervuld is, tijd en energie zal kosten.

3.2 Bevindingen: variaties in de indicatiestelling beschreven

3.2.1 Eenduidigheid van begrippen

De signalering in de eerder genoemde NZR-rapporten dat weinig overeenstemming bestaat tussen verpleeghuizen over de inhoud van begrippen en weinig uniformiteit in gangbare werkwijzen, wordt door de resultaten in de inventarisatie grotendeels bevestigd. Bij een deel van de verpleeghuizen is het door de NZR gehanteerde onderscheid tussen 'indicatie', 'plaatsing' en 'opneming' onbekend. Andere verpleeghuizen hanteren een uitgebreid onderscheid, in de praktijk resulterend in een wel-beschreven gefaseerde procedure.

3.2.2 De vóórfase, preventie-mogelijkheden vanuit het verpleeg-huis

In de inventarisatie werden verschillende vragen gesteld naar de

mate waarin het verpleeghuis passief, variërend tot actief, materiële middelen, faciliteiten en deskundigheid 'ter beschikking stelt' ten behoeve van niet-opgenomen inwoners of zorgverleners. Hoewel een ruime meerderheid van verpleeghuizen wel 'iets' doet (bijvoorbeeld maaltijdverzorging ten behoeve van 'Tafeltje-Dekje' of 'desgevraagd adviseren'), lijken verpleeghuizen tamelijk terughoudend op dit punt. Vaste consulentschappen, c.q. medische adviseurschappen ten behoeve van verzorgingstehuizen worden vanuit twee-derde van de verpleeghuizen gemeld. Wanneer hierbij gedacht wordt dat er meer dan 150 verzorgingstehuizen in Brabant gevestigd zijn, is dit aantal zeer gering, afgemeten aan de herhaald uitgesproken beleidsmatige wenselijkheid te dien aanzien. Consulentschappen ten behoeve van algemene ziekenhuizen komen vrijwel niet voor.

De meeste verpleeghuizen nemen overigens wel - vaak langdurig tevoren gepland - patiënten op gedurende een vakantie. Enkele verpleeghuizen pogen nadrukkelijk wel een actief 'preventief gericht beleid' te voeren, bleek uit interviews. Enkele verpleeghuizen zijn voorts betrokken bij een 'breed overleg' met de voorzieningen in de eerste lijn, waar een zekere signalerende werking van wordt gemeld, doordat hier ook probleem-patiënten die thuis verpleegd worden ingebracht kunnen worden.

3.2.3 De aanmelding

Meestal wordt een patiënt telefonisch aangemeld door huisarts of medisch maatschappelijk werk, waarbij direct al enige achtergrond-informatie wordt gegeven. Hierna volgt het ingevulde aanmeldingsformulier, alsmede een aanvraag voor de AWBZ. In drie regio's is sprake van een formulier dat gelijk is voor verschillende verpleeghuizen. Enkele verpleeghuizen maken niet altijd gebruik van een formulier.

Voor psycho-geriatrische patiënten is in drie regio's sprake van

een gezamenlijk 'centraal aanmeldingspunt', ondergebracht bij de SPGD van de RIAGG. Van daaruit gaat de aanmelding naar het verpleeghuis van voorkeur.

In één van de gevallen vindt centraal ook de verdere procedure plaats in onderling overleg (men spreekt over het Regionaal Intake-Team).

Bij somatische patiënten is geen sprake van centrale aanmeldingspunten. Wel informeren in drie regio's de somatische verpleeghuizen elkaar over de aanmeldingen via uitwisseling van de wachtlijsten. In één regio is overleg tussen somatische verpleeghuizen gaande om eventueel tot een centrale aanmelding te komen.

3.2.4 Informatie-verzameling

Vrijwel altijd vindt een bezoek aan de aangemelde patiënt plaats. Meestal wordt dit bezoek afgelegd door een verpleeghuisarts. Ook het medisch maatschappelijk werk legt vaak een bezoek af en - minder vaak - andere functionarissen. Ongeveer twee-derde van de verpleeghuizen werkt hierbij met min of meer gestandaardiseerde instrumenten en maakt een schriftelijk rapport op. Enkele verpleeghuizen doen dit vrijwel nooit.

Ongeveer de helft van de verpleeghuizen wint na de aanmelding aanvullende informatie in bij andere zorgverleners, overigens vrijwel altijd telefonisch op ad hoc-basis. In veruit de meeste gevallen gaat het om aanvullende informatie van de huisarts of medisch specialist. Overigens wordt de verkregen informatie als vaak onvolledig en soms onbetrouwbaar beoordeeld.

Enkele verpleeghuizen sturen nogal eens een patiënt in voor medisch-specialistische diagnostiek voordat opname plaatsvindt. Screening van patiënten of systematische observatie in het

verpleeghuis komt nauwelijks voor. Wel wordt in de meeste verpleeghuizen gedurende de eerste weken na opname extra aandacht aan patiënten besteed, hetgeen soms 'observatie' genoemd wordt.

3.2.5 De oordeels- en besluitvorming over opname

Ongeveer een-derde deel van de verpleeghuizen maakt een onderscheid tussen de opname-indicatie, de urgentie en het oordeel over de plaatsbaarheid. In andere verpleeghuizen blijft dit onderscheid impliciet en verweven.

In vier verpleeghuizen vindt de gehele oordeels- en besluitvorming plaats bij één functionaris (meestal de verpleeghuisarts-directeur die het bezoek aan de patiënt aflegt), soms ter plaatse bij het huisbezoek. In deze situatie vindt - voor zover wij kunnen nagaan - geen systematische toepassing van beoordelingsinstrumenten en rapportage plaats. In zoverre informatie wordt ingewonnen bij derden, gebeurt dit via een informeel/persoonlijk contact. In zoverre criteria worden genoemd zijn dit overwegend medische overwegingen.

In twee-derde van de verpleeghuizen vindt de beoordeling en besluitvorming plaats in een multidisciplinair samengestelde (interne) commissie. Over het algemeen is hierbij (meer dan in de eerder genoemde situaties) sprake van gestandaardiseerde vragenlijsten en systematische rapportage. Ongeveer de helft van deze verpleeghuizen overlegt desgewenst met zorgverleners in de eerste lijn en een-derde doet dit met medisch specialisten, overigens meestal op ad hoc-basis. In deze verpleeghuizen wordt meer expliciet rekening gehouden met niet-medische factoren en onderscheidt men vaker de urgentie. Als criteria voor de urgentie worden genoemd de langdurige verpleging thuis of in een algemeen ziekenhuis. Verpleging in een ander verpleeghuis of een verzorgings-

huis echter, wordt beschouwd als reden voor een lagere urgentie. Voor veel van de somatische verpleeghuizen geldt psycho-geriatrische problematiek niet vanzelfsprekend als contra-indicatie: in een urgente situatie nemen sommige somatische verpleeghuizen ook psycho-geriatrische of 'dubbel-gehandicapte' patiënten op, vaak mits niet te ernstig gedragsgestoord. Naast deze opnemingen - in afwachting van opname in een psycho-geriatrisch verpleeghuis - zijn ook vaak patiënten aanwezig bij wie zich gedurende het verblijf een dementieel syndroom heeft ontwikkeld.

Naast het oordeel over de wenselijkheid van opneming op grond van de toestand van de patiënt en diens omgeving speelt de plaatsbaarheid - soms expliciet - een rol: niet alleen moet er een bed beschikbaar zijn, maar de patiënt moet ook enigszins 'passen' bij de reeds opgenomen patiënten. En wordt duidelijk ook rekening gehouden met de belastbaarheid van de verpleging.

Het eerder genoemde Regionale Intake Team is een unieke vorm: de betrokken psycho-geriatrische verpleeghuizen en enkele psychiatrische ziekenhuizen hebben elk een vertegenwoordiger in het team, gecoördineerd en daadwerkelijk ondersteund door de SPGD. Over alle aanmeldingen vindt overleg plaats. Het bezoek vindt meestal plaats door de vertegenwoordiger uit het verpleeghuis van voorkeur. Na een oordeel over opname-indicatie en urgentie wordt de betrokkene dan op de wachtlijst voor het verpleeghuis van voorkeur geplaatst. Het betreffende verpleeghuis beslist echter over het moment van daadwerkelijke opneming.

3.2.6 Resulterende acties na oordeels- en besluitvorming

Het overgrote deel van aangemelde patiënten blijkt opname-geïndiceerd te zijn. De beschikbare bedden capaciteit is van invloed op de vraag of direct wordt opgenomen, dan wel - op basis van andere overwegingen - een volgorde van opnemingen wordt vastge-

steld. In die gevallen wordt meestal een wachtlijst gehanteerd van aangemelde en voor opname geïndiceerde patiënten. Ten aanzien van de opname-volgorde blijkt overigens dat urgentie en plaatsbaarheid soms niet langer worden gehanteerd, onder andere indien sprake is van zeer lange wachttijden. Een argument om dan toch in chronologische volgorde van aanmelding op te nemen is dat op zich de lange wachttijd zeer belastend is en daarmee de urgentie verhoogt.

In geval van lange wachttijden blijkt vrijwel nooit systematisch ondersteuning of begeleiding van de betrokken patiënten plaats te vinden. Soms vinden halfjaarlijkse herbezoeken plaats, doch meestal valt na de beslissing een 'gat'. Ook de extramurale zorg kan dit gat niet opvullen, is de ervaring, daar juist de overbelasting van de verzorgers thuis oorzaak is van veel aanmeldingen. Dit probleem speelt in het bijzonder bij psycho-geriatrische verpleeghuizen, daar hier sprake is van zeer lange wachtlijsten en wachttijden (soms meer dan een jaar). In een aantal somatische verpleeghuizen is het probleem van lange wachtlijsten niet langer actueel.

Plaatsing op een wachtlijst heeft soms nog een andere functie dan een lijst van zo spoedig mogelijk op te nemen patiënten: de ervaring leert dat voor sommige patiënten en verzorgenden thuis, plaatsing op de wachtlijst soms een soort preventieve functie heeft. Doordat men verwacht dat spoedige opname mogelijk is als de nood werkelijk aan de man komt, kan men de zware belasting van verpleging thuis beter aan. Vanzelfsprekend is een dergelijke wachtlijst niet goed vergelijkbaar met de eerder genoemde soort, waar sprake is van een noodsituatie gedurende lange tijd.

3.2.7 De rol van de Adviserend Geneeskundige

De regio-indeling voor de Adviserend Geneeskundigen voor de ziekenfondsen wijkt belangrijk af van de indeling door de provincia-

le overheid. Tussen verpleeghuizen doen zich belangrijke verschillen voor in de rol van de Adviserend Geneeskundige (AG) in de procedures rond verpleeghuisopname. In enkele regio's is de AG nauw betrokken bij het besluitvormingsproces, alvorens een patiënt wordt opgenomen. In andere regio's daarentegen beperkt de AG zich tot een meer afstandelijke toetsing en kan veelal worden opgenomen zonder de formele indicatie, welke achteraf wordt afgegeven.

De nauwe betrokkenheid heeft soms een vertraging van de feitelijke opname tot gevolg, met name bij somatische patiënten.

Uit de interviews blijkt dat vooral een verschil in taakinterpretatie door de betreffende Adviserend Geneeskundige oorzaak is van dit verschil in functioneren.

3.3 Discussie en beleidsimplicaties

3.3.1 Indicatiestelling als intern proces

Hoewel aangenomen wordt dat elk verpleeghuis streeft naar een verantwoorde indicatiestelling kan gesteld worden dat een aantal verpleeghuizen intern achtergebleven is in de organisatie van de indicatiestelling en niet voldoet aan de voorwaarden die door de NZR worden genoemd. Opvallend is dat het vooral de verpleeghuizen zijn die eerder werden aangeduid als introvert.

Deze verpleeghuizen zouden ook traditioneel kunnen worden genoemd, tegenover een categorie verpleeghuizen waar de indicatiestelling gereguleerd en systematisch plaatsvindt door een multidisciplinair team, vaak ook in overleg met andere voorzieningen.

Het is denkbaar dat juist de betrokkenheid van verschillende functionarissen een grotere systematiek en verslaglegging noodzakelijk maakt en leidt tot meer expliciete vastlegging van criteria en procedures in een opname-beleid.

Voorts moet worden aangenomen dat een zekere mate van organisatie en explicitering binnen een verpleeghuis een voorwaarde is om over de indicatiestelling te kunnen overleggen met andere verpleeghuizen of andere voorzieningen.

Beleidsimplicaties

Aangezien de indicatiestelling in hoge mate een oordeel op grond van professionele deskundigheden vereist, liggen beleidsimplicaties vooral op het terrein van de professies in de verpleeghuizen.

Te bepleiten valt ons inziens om ernaar te streven tot een expliciet opname-indicatiestellingsbeleid te komen dat voldoet aan de in het kader omschreven maatstaven. Een dergelijke indicatiestelling is in evenwicht met de aard van de verpleeghuis-zorg, huidige management-opvattingen en biedt gelegenheid tot evaluatie en kwaliteitsbewaking en continuïteit welke minder persoonsgebonden is.

3.3.2 De organisatie van het interne proces van indicatiestelling

Wanneer gepleit wordt voor een duidelijker organisatie van het proces van indicatiestelling, roept dit de vraag op, hoever een dergelijke ordening zou moeten gaan. Sommigen vrezen een onpersoonlijk 'bureaucratisch en onmenselijke' organisatie, gedomineerd door voorschriften, regels en formulieren die tijd vergen, dit alles ten koste van de zorg rond de patiënt.

Het zal duidelijk zijn dat een dergelijke ontwikkeling ongewenst is. Zonder dat het mogelijk is een nauwkeurige grens te trekken, kan worden gesteld dat organisatie zinvol is in zoverre zij bijdraagt aan de kwaliteit en doelmatigheid van het functioneren. Uit het feit dat een aantal verpleeghuizen een duidelijk georganiseerde indicatiestelling kennen, zonder dat dit heeft geleid tot overdreven 'bureaucratisme', kan een beeld worden verkregen

van mogelijkheden. Zonder te streven naar een uitputtende opsomming kunnen fase-gewijs een aantal mogelijke wenselijkheden worden genoemd:

Algemeen gesteld lijkt ons dat een open opstelling van verpleeghuizen naar buiten toe (zowel informerend alsook door het ter beschikking stellen van mogelijkheden aan niet-patiënten en aan andere vormen van zorg) valt te bepleiten. Daarbij is het wel gewenst om vooraf te formuleren wat het verpleeghuis hiermee wil bereiken en eventuele initiatieven hieraan te toetsen.

1. De aanmelding: het aanmeldingsformulier zou ons inziens altijd gebruikt moeten worden en zou de basisgegevens moeten bevatten met betrekking tot de patiënt als grondslag voor verdere dossiervorming. Intern kan beslist worden welke gegevens over elke patiënt voor de verdere oordeelsvorming gewenst zijn.
2. De informatieverzameling: Aan elke aangemelde patiënt wordt een bezoek afgelegd om tot een beeld van betrokkene en van zijn situatie te komen. Het is ons inziens gewenst dat de elementen van deze beeldvorming expliciet vastgelegd worden, bij voorkeur in een vaste lijst met vraagpunten en eventueel gehanteerde beoordelingsinstrumenten, zoals de ADL-score en de elementen van het sociaal rapport. Ook de eventueel te raadplegen andere zorgverlenende functionarissen kunnen hierbij op voorhand worden aangegeven. Tevens behoort duidelijk aangegeven te zijn welke verpleeghuisfunctionarissen verantwoordelijk zijn voor delen in de informatieverzameling. Ook het resultaat van deze fase hoort in het dossier thuis.
3. De oordeels- en besluitvorming: Op grond van de ingewonnen informatie, vastgelegd in het dossier, wordt een oordeel gevormd over de medische toestand (opname-indicatie), de psychische conditie en sociale achtergrond (urgentie) en de afweging welke 'oplossing' of behandeling het meest wenselijk is en welke mogelijkheden er zijn binnen het verpleeghuis om deze te verwezenlijken (plaatsbaarheid).

Deze oordeels- en besluitvorming is een afwegingsproces waarin ons inziens de deskundigheid van verschillende disciplines die ook bij een eventuele opname de behandeling uitvoeren gewenst is, onder eind-verantwoordelijkheid van de directie. Het besluit over deze aspecten behoort ons inziens beargumenteerd - dat wil zeggen in zijn onderlinge afweging - eveneens vastgelegd te worden.

4. Resulterende acties: in de besluitvorming zou tenslotte aangegeven behoren te zijn wat de gewenste behandeling is, welke stappen onmiddellijk worden ondernomen en wie daarvoor de verantwoordelijkheid draagt. Indien verandering optreedt in de toestand of situatie van de betrokkene, of als het behandelplan wordt herzien, dient dit opnieuw beargumenteerd in het dossier te worden opgenomen. Bepleit kan worden dat, indien opname is geïndiceerd, het verpleeghuis de verantwoordelijkheid dient te aanvaarden voor begeleiding gedurende de wachttijd tot daadwerkelijke opname plaatsvindt. Dat - bij lange wachttijden - een periode van 'zorg-loosheid' kan ontstaan lijkt ons volstrekt ongewenst.

De hier geschetste procedure zou idealiter gefundeerd zijn op een duidelijk opname- en ontslagbeleid. Omgekeerd maakt een systematische en gedocumenteerde werkwijze het mogelijk de ervaringen te evalueren en te verbeteren en aldus een beleid te ontwikkelen. Tenslotte draagt een dergelijke werkwijze bij aan de overdraagbaarheid van belangrijke informatie en de continuïteit in de indicatiestelling. (In dit verband kan gewezen worden op de protocollaire geneeskunde en de ontwikkelingen rond 'hospital audits'.)

Beleidsimplicaties

Een strakkere organisatie van het proces van indicatiestelling in het verpleeghuis ligt primair op de weg van de verpleeghuisdirectie, bij voorkeur in overleg met de andere behandelende disciplines.

Centrale punten hierin zijn 'standaardisering' van vraagpunten, systematische dossiervorming en - in multidisciplinair overleg - beargumenteerde oordeels- en besluitvorming. Een voorbeeld hiertoe kan het NZR-model vormen dat als bijlage is toegevoegd aan de '...Evaluatie van het NZR-indicatieformulier...' (1981). Prioriteit verdient ons inziens met name ook de organisatie van ondersteuning aan opname-geïndiceerden op de wachtlijst.

In zoverre verpleeghuizen lacunes ervaren in de organisatie van de indicatiestelling, zou ervaring met andere verpleeghuizen kunnen worden uitgewisseld of een beroep kunnen worden gedaan op externe ondersteuning, bijvoorbeeld van de Provinciale Raad.

Vanuit de provinciale overheid kan de ontwikkeling van een meer georganiseerde indicatiestelling wellicht worden gestimuleerd door het vrijmaken van middelen voor dergelijke ondersteuning.

Aan beleidsplannen en jaarverslagen per verpleeghuis, of aan de uitwerkingsplannen kan de wens te kennen gegeven worden om een paragraaf op te nemen, waarin het opnamebeleid uiteen wordt gezet, en waarin de ervaring hiermee kan worden getoetst.

3.3.3 Afstemming van de indicatiestelling tussen verpleeghuizen

Het onderzoek toont aan dat - met een enkele uitzondering - nog nauwelijks sprake is van onderlinge afstemming van de indicatiestelling tussen verpleeghuizen in de verschillende regio's. Wel kunnen enkele aanzetten in deze richting wordenesignaleerd.

- In enkele regio's is een gemeenschappelijk aanmeldingsformulier ontwikkeld door de gezamenlijke verpleeghuizen.
- In drie regio's komen alle aanmeldingen voor psycho-geriatrische verpleeghuizen op een centraal aanmeldingspunt

binnen, waarna zij worden gedistribueerd over de verpleeghuizen volgens de voorkeur van betrokkenen.

- In één regio is een dergelijk aanmeldingspunt voor somatische patiënten in discussie. Men geeft elkaar inzage in de lijst van aanmeldingen en geïndiceerde patiënten op de wachtlijst.

Als uitzondering kan worden gewezen op het Regionaal Intake Team dat in een regio voor de indicatiestelling van psycho-geriatrische patiënten is geformeerd. Hierin nemen vertegenwoordigers van twee verpleeghuizen en psychiatrische ziekenhuizen deel onder coördinatie en ondersteuning van de SPGD van de RIAGG. De gezamenlijke aanmelding, informatieverzameling en beoordeling laten - naar wij begrijpen - de autonomie van de betrokken instellingen onverlet.

In de resultaten van het onderzoek worden aanwijzingen gevonden dat het ontbreken van uniformiteit in procedures en in criteria ook daadwerkelijk leidt tot een verschillende kans op opname van een gegeven patiënt. Dit blijkt uit verschillen in kenmerken van de patiënten van verpleeghuizen binnen een regio en tussen regio's.

Wanneer als uitgangspunt wordt aanvaard dat binnen een regio de verpleeghuizen in gezamenlijkheid de verantwoordelijkheid dragen voor de verpleeghuiszorg, dan is ons inziens hiervan een logisch uitvloeisel dat ook de indicatiestelling een gezamenlijke verantwoordelijkheid is.

Beleidsimplicaties

De onderlinge afstemming tussen verpleeghuizen van de indicatiestelling ligt primair op het terrein van de verpleeghuizen.

De provinciale overheid kan wellicht een stimulerende en voorwaarden-scheppende rol spelen op twee manieren:

- door prioriteit aan afstemming toe te kennen en dit in de planning nadrukkelijk zichtbaar te maken, onder andere door voorrang toe te kennen aan plannen die door verpleeghuizen in een regio in gezamenlijkheid zijn overeengekomen;
- door ondersteuning te verwezenlijken, bijvoorbeeld in de vorm van adviserende en/of coördinerende functies, met name ten behoeve van de somatische verpleeghuizen zoals thans door een aantal SPGD-en ten behoeve van psychogeriatrische patiënten het geval is.

3.3.4 Organisatie van de afstemming tussen verpleeghuizen

Ook ten aanzien van de afstemming tussen verpleeghuizen van de indicatiestelling kan de vraag gesteld worden hoever men hiermee zou moeten gaan. In het evaluatierapport van de NZR wordt in een bijlage een viertal modellen gepresenteerd, in elk waarvan de vorming van een gezamenlijk team centraal staat. Uit het NZR-rapport en ons onderzoek komt naar voren, dat veel verpleeghuizen problemen zien in de vorming van een dergelijk team. Slechts in één regio is een dergelijk samenwerkingsmodel gerealiseerd. In andere regio's vreest men overmatige bureaucratisering en ontpersoonlijking. In onze visie is de vorming van een gezamenlijk team niet noodzakelijk de enige manier om tot afstemming te komen. Door onderling overleg en afspraak lijkt ook afstemming 'op afstand' mogelijk. Dergelijk overleg zal overigens twee niveaus moeten omvatten: het bestuurlijke en directie-niveau (in verband met de afbakening van taken en functies die aan de indicatiestelling ten grondslag ligt) alsmede het niveau van de uitvoerende functionarissen die bij de indicatiestelling betrokken zijn. Immers, in de praktijk vormt de uitvoering het feitelijk beleid. Tenslotte kan over de NZR-modellen worden opgemerkt dat samenwerking ten aanzien van plaatsing of van de feitelijke opnemingen zelden voorkomt, doordat aan de voorkeur van patiënten een hoge

prioriteit wordt toegekend. Voorts kan worden gesteld dat - ondanks de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de verpleeghuiszorg - in verschillende situaties sprake is van de belangen-conflicten tussen instellingen. In een dergelijke situatie is ondersteuning door een niet-belanghebbende instantie wellicht zinvol. Dit roept een nieuwe probleem op: voor psycho-geriatrische patiënten blijkt de SPGD deze functie te kunnen vervullen. Voor somatische patiënten daarentegen ontbreekt een duidelijk coördinatiepunt. In grotere gemeenten vervult soms de GG & GD deze functie.

Beleidsimplicaties

In het streven naar meer uniformiteit is een 'blauwdruk' benadering, zoals uitsluitend de teamvorming, niet gewenst. Wel kan gesteld worden dat het overleg zowel op managementsniveau als op professioneel/uitvoerend niveau consequenties heeft en daarom op beide niveaus gevoerd zou moeten worden om doeltreffend te zijn. Hierbij dient op voorhand rekening te worden gehouden met ongelijke en soms zelfs conflicterende belangen. Daarom dient nadrukkelijk aandacht te worden geschonken aan de organisatorische inbedding van een eventuele ondersteunende functionaris.

De keuze voor de wijze waarop de afstemming wordt georganiseerd zal in het overleg tussen verpleeghuizen binnen de regio moeten worden gemaakt. De provincie kan slechts gunstige voorwaarden scheppen en stimulerend optreden.

3.3.5 Somatische en psycho-geriatrische patiënten en de indicatiestelling

Uit de inventarisatie en - sterker nog - uit de interviews komt naar voren dat vrijwel alle somatische verpleeghuizen ook psycho-geriatrische patiënten in hun huis hebben. Soms is dit het gevolg van een bewust opname-beleid met een ruim gedefinieerde doel-

groep. Vaker echter is deze situatie het gevolg van achteruitgang van langdurig verblijvende somatische patiënten, van dubbelgehandicapten of van een tijdelijke noodoplossing in een urgente situatie. Duidelijk is voorts dat het onderscheid slechts helder is in zijn uiterste vormen. Daartussen echter ligt een breed grensgebied waarin het onderscheid minder hanteerbaar is. De achterblijvende opname-capaciteit in psycho-geriatrische verpleeghuizen versterkt de situatie waarin patiënten feitelijk in een 'verkeerd bed' terecht komen. Ook blijkt dat deze situatie in de praktijk gedeeltelijk aan het oog onttrokken wordt door een inadequate registratie.

Beleidsimplicaties

Het onderscheid tussen somatische en psycho-geriatrische patiënten is praktisch gezien onvoldoende hanteerbaar. Dit gegeven en het in de toekomst nog groeiende tekort aan opname-capaciteit in psycho-geriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen roept de vraag op, of het onderscheid flexibeler kan worden gehanteerd. Als de feitelijke situatie wordt geaccepteerd, betekent dit dat ook aan somatische verpleeghuizen een - zij het bescheiden - functie voor psycho-geriatrische patiënten wordt toegekend. Een andere denkbare oplossing is om binnen de gegeven capaciteitsnormen van mogelijkheden tot herbestemming of substitutie gebruik te maken. Wel zal dan aan deze voorzieningen de voorwaarde gesteld moeten worden dat voor beide categorieën patiënten een optimaal leef- en behandelingsklimaat wordt geboden. Daartoe zal in dergelijke somatische verpleeghuizen de noodzakelijke expertise beschikbaar moeten komen, bijvoorbeeld vanuit psycho-geriatrische verpleeghuizen of door de vorming van een personele unie.

Voor een dergelijke 'overheveling' kan wellicht de ruimte gevonden worden in de lichte overcapaciteit ten opzichte van de norm voor somatische verpleeghuizen en de ervaring van afnemende wachtlijsten voor somatische patiënten.

Onduidelijk is in hoeverre de provinciale overheid de bevoegdheid heeft voor een dergelijke flexibele toepassing. Zou daartoe de bevoegdheid bestaan, dan zal overleg tussen de provincie en de verpleeghuizen in de regio tot stand moeten worden gebracht indien een dergelijke verschuiving inderdaad als gewenst wordt gezien.

3.3.6 Indicatiestelling en de rol van aansluitende voorzieningen

In de NZR-rapporten en het Beleidsplan wordt vrij summier ingegaan op de rol van de aansluitende voorzieningen in het proces van indicatiestelling. Zij lijken vooral van belang in de fase voorafgaand aan een eventuele aanmelding (ondersteuning kan aanmelding voorkómen), als informant bij een opneming in het kader van advisering, consultatie en ondersteuning, alsmede bij een mogelijk ontslag.

Uit het onderzoek blijkt dat de indicatiestelling voor eventuele opneming één van de raakvlakken is tussen verschillende voorzieningen, daar opneming vaak voortvloeit uit tekort schieten van andere voorzieningen. Toch staat de indicatiestelling in overleg en samenwerking slechts zelden centraal. Overleg en samenwerking bestrijken veelal een breder terrein, waarbij de indicatiestelling één van de mogelijke onderwerpen is. Door de meeste verpleeghuizen wordt overigens de verwachting uitgesproken dat overleg met aansluitende voorzieningen kan bijdragen aan de preventie van opname en vooral aan vervroeging van ontslag. In de kwantitatieve analyses werden aanwijzingen gevonden dat dit inderdaad het geval zou kunnen zijn, alhoewel blijkens de interviews samenwerkende verpleeghuizen een preventief effect niet ervaren.

Overleg en samenwerking met aansluitende voorzieningen vanuit verpleeghuizen vindt op beperkte schaal plaats, meestal tussen één verpleeghuis en enkele andere voorzieningen. Voor overleg met de eerste lijn betreft het vrijwel alleen situaties in kleine

gemeenten: op regionale schaal komt zulk overleg nauwelijks voor door het onoverkomelijke probleem van het zeer grote aantal potentiële deelnemers waartussen (onderling) onvoldoende coördinatie plaatsvindt en vaak weinig eensgezindheid en continuïteit bestaat. Overleg of samenwerking met aansluitende voorzieningen in de tweede lijn komt wel voor op regionale schaal en binnen grote gemeenten. Dergelijk overleg speelt zich overwegend op directieniveau af tussen grotere en intern georganiseerdere voorzieningen. De indicatiestelling komt hoogstens in algemene termen aan de orde in dergelijk overleg.

De verzorgingstehuizen nemen in principe een bijzondere positie in, doordat voor deze voorzieningen lokaal een indicatie-commissie is ingesteld met een wettelijke basis. Overleg tussen verpleeghuizen en deze onafhankelijke organen vindt in een enkele situatie plaats en zou kunnen bijdragen aan onderlinge taakafbakening en afstemming van de indicatiestelling.

Beleidsimplicaties

Aangenomen moet worden dat thans nog onvoldoende gunstige voorwaarden bestaan om overleg en samenwerking tussen verpleeghuizen en extramurale zorg op uitgebreide schaal te kunnen verwachten. Versterking en in het bijzonder ook coördinatie van de eerste lijn is gewenst. Verpleeghuizen kunnen hierin een rol spelen door een grotere openheid en ondersteuning te realiseren. Naast een ondersteuning aan verzorgingstehuizen, zoals ook wordt geadviseerd door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1985), zou bovendien ook ten behoeve van thuis- verpleegden een belangrijke ondersteuning denkbaar zijn. In dit verband kan voorts worden gewezen op een reeks van nota's (Flankerend Bejaarden Beleid, Beleidsplan NZR, het advies van het Interprovinciaal Overleg voor Maatschappelijk Welzijn van 15 januari 1985.)

3.3.7 Verschillen in taak-interpretatie van de Adviserend Geneeskundigen

De verschillende taak-interpretaties van Adviserend Geneeskundigen met betrekking tot de rol in het proces van indicatiestelling tot opneming is historisch wel begrijpelijk, maar lijkt ongewenst. Het is twijfelachtig of een gedetailleerde toetsing van elke aanvraag tot opneming erg zinvol is, wanneer blijkt dat het overgrote merendeel van de aanvragers ook opname-geïndiceerd blijkt te zijn. Daarnaast lijkt een dergelijke nauwe betrokkenheid niet goed te passen in de meer globaal toetsende functie ten opzichte van verschillende voorzieningen. Tenslotte lijkt een vertraging van opnemingen en daardoor ontstane onderbezetting moeilijk te rechtvaardigen.

Beleidsimplicaties

Het valt te bepleiten dat de Adviserend Geneeskundigen tot afstemming komen van hun rol in de procedures van indicatiestelling tot opneming in een verpleeghuis.

Hierbij lijkt de interpretatie van een meer afstandelijke 'marginale toetsing' het meest recht te doen aan zowel het streven naar doelmatigheid, als aan de duidelijke scheiding van advisering en (mede)verantwoordelijkheid voor beslissingen.

4. BESCHIKBARE CAPACITEIT IN VOORZIENINGEN IN DE ZEVEN REGIO'S

4.1 Kader voor beschrijving en analyse van capaciteitsverschillen

Hoewel in Nederland het gelijke recht op gezondheidszorg fundamenteel wordt geacht, is sedert de zeventiger jaren in toenemende mate duidelijk, dat er grenzen zijn aan de mate waarin aan dit recht tegemoet kan worden gekomen. Redenen hiervoor kunnen zowel uit de macro-economische hoek als uit zorg-inhoudelijke overwegingen worden aangevoerd: de maatschappelijke kosten zijn zeer hoog, maar bovendien dringt de vraag zich op, of de medisch-technische mogelijkheden nog in evenwicht zijn met de baat die de patiënt daarbij vindt.

Door zijn rechtskarakter en financieringsvorm is beïnvloeding van de vraag naar zorg nauwelijks mogelijk. De herstructurering van de gezondheidszorg richt zich dan ook met name op beperking van (de groei) het aanbod van zorg, in de hoop op deze wijze de consumptie van zorg in te dammen. Hiertoe zijn sedert de zeventiger jaren langs politieke weg normen vastgesteld voor de capaciteit in voorzieningen, afgemeten aan de te verzorgen bevolking. Niet alleen werden de laatste jaren deze normen verlaagd, waardoor een reductie in capaciteit in onder andere algemene ziekenhuizen plaatsvond, maar ook zal door de vergrijzing de druk op voorbejaarden belangrijke voorzieningen nog kunnen toenemen. Ook zijn (verdere) reducties niet uit te sluiten voor deze voorzieningen, zodat verhoging van doelmatigheid uiterst belangrijk is om grote lacunes te voorkomen. In de toekomst zouden in geografisch begrensde regio's stelsels van op elkaar aansluitende voorzieningen dienen te worden ontwikkeld. Ten aanzien van voorzieningen voor ouderen wordt vaak gesproken over een 'keten van voorzieningen' of van een 'circuit' (Bouwstenen Bejaardenbeleid, 1975, 1982).

Aangenomen mag worden dat de toewijzingsnormen ook een zekere geldigheid hebben op regio-niveau. Vanuit het beginsel van een gelijk recht op zorg mag voorts worden verwacht, dat regio's een zekere vergelijkbaarheid hebben voor wat betreft de beschikbare voorzieningen in verhouding tot de bevolking, althans in theorie. Echter, in werkelijkheid blijkt dat sommige gebieden voortvander zijn geweest in de realisering van voorzieningen dan andere gebieden. Aangezien het aanbod van capaciteit belangrijk van invloed is op het gebruik van deze voorzieningen en daardoor wellicht (indirect) op de kenmerken van de gebruikers (Rutten, 1978), is het gewenst om eventuele capaciteitsverschillen tussen de regio's in Brabant te onderzoeken, en te analyseren in hoeverre zij kenmerken van de in verpleeghuizen opgenomen patiënten beïnvloeden.

Aangezien het in dit onderzoek gaat om de vraag welk effect samenwerking heeft op de indicatiestelling, ligt het accent hier niet op een toetsing van de gevonden capaciteit aan de landelijke norm, doch veeleer op de onderlinge vergelijking tussen regio's.

Als analysemodel is gekozen voor een 'vraag/aanbod-model' dat vergelijkbaar is met het economisch model.

Als belangrijkste indicator voor de vraag is gekozen voor de omvang van de bevolkingscategorie ouder dan 65 jaar. Demografische en sociaal-economische factoren kunnen hierbij eveneens van invloed zijn op de consumptie-geneigdheid.

Als indicator voor het aanbod van verpleeghuiszorg is de gemiddeld beschikbare capaciteit in bedden gekozen. Aangezien de beschikbare capaciteit in anderssoortige (bejaarden-)voorzieningen van invloed kan zijn op zowel de toestroom naar het verpleeghuis, als op de ontslagmogelijkheden en bovendien op de mogelijkheid tot samenwerking met die voorzieningen, is het aanbod van deze 'aansluitende voorzieningen' eveneens in de vergelijking en analyse betrokken. Het betreft algemene ziekenhuizen, anderssoortige verpleeghuizen, verzorgingstehuizen, wijkverpleging en gezins- en bejaardenzorg. De beschikbare capaciteit in deze voorzieningen

wordt door middel van een weging uitgedrukt in index-waarden, die per regio de beschikbaarheid aangeven, vergeleken ten opzichte van het gemiddelde van de gehele provincie, als een percentage. Hierna worden de regionale indexen gerelateerd aan de kenmerken van alle in verpleeghuizen in de regio opgenomen patiënten, ten-einde na te gaan of er verband bestaat tussen beschikbare capaciteit en kenmerken van in een regio opgenomen patiënten.

4.2 Resultaten van de analyse van regionale capaciteitsverschillen

De regio's waarmee door de provinciale overheid wordt gerekend verschillen sterk in omvang van de woonachtige bevolking: de grootste regio heeft een bevolkingsomvang van circa 466.600 inwoners, de kleinste daarentegen slechts 170.300. Door een verschil in leeftijdsopbouw is het aantal bejaarden nog sterker verschillend: het percentage 65+ varieert van 8% tot 10,4% van de totale bevolking.

De regio's verschillen ten aanzien van achtergrondvariabelen niet sterk, met uitzondering van een wat grotere concentratie van bewoners in grote steden in vier regio's. Grote consumptieverschillen behoeven niet te worden verwacht.

Het aanbod van voorzieningen, afgemeten per 1000 inwoners van 65 jaar en ouder, verschilt sterk tussen de zeven regio's, zowel in beschikbare totale capaciteit, als qua samenstelling van de capaciteit in verschillende voorzieningen.

In de westelijke regio's ligt het voorzieningen-niveau ver onder het provinciale gemiddelde over vrijwel de gehele linie. In twee zuid-oostelijke regio's daarentegen, ligt het voorzieningen-niveau hoog. Drie regio's in midden-Brabant worden gekenmerkt door een onevenwichtige capaciteitsontwikkeling, waarin hetzij de intramurale, hetzij de extramurale zorg onder het provinciale gemiddelde ligt, gecompenseerd door anderssoortige voorzieningen.

Voor de totale capaciteit komt de laagste regio tot een indexwaarde van 85.7 ten opzichte van het provinciale gemiddelde, terwijl de hoogste een indexwaarde heeft van 121.9.

Voor de provincie als geheel geldt een licht 'overschot' in capaciteit in somatische verpleeghuizen en in verzorgingstehuizen (ziekenhuizen zijn buiten deze vergelijking gebleven) afgemeten aan de landelijke norm. Voor de overige voorzieningen geldt daarentegen een 'achterstand' ten opzichte van de norm.

Wanneer de huidige plannen worden afgezet tegen de normen en bevolkingsprognose zal in 1990 voor alle voorzieningen een achterstand bestaan ten opzichte van de norm. In de meeste regio's geldt dat ook in de toekomst de huidige 'schaarste' niet zal worden opgelost.

De per regio beschikbare capaciteit vertoont een sterk verband met het gebruik door inwoners van de eigen regio's. Dit verband blijkt overigens ook lokaal (dat wil zeggen binnen de gemeente van vestiging) te bestaan. Een ruime capaciteit leidt niet tot een instroom van patiënten van buiten de regio. Voor afzonderlijke voorzieningen werden navolgende verdere verbanden gevonden:

- Naarmate de capaciteit in somatische verpleeghuizen groter is neemt het percentage patiënten afkomstig uit hun eigen leefomgeving af, tegenover een toename van interactie met het ziekenhuis. Voorts overlijden minder patiënten in het verpleeghuis.

De somatische verpleeghuiscapaciteit heeft ook gevolgen voor psycho-geriatrie patiënten: een hogere gemiddelde leeftijd, een langere gemiddelde verpleegduur en een afname van opnemingen vanuit een algemeen ziekenhuis.

- Een grotere capaciteit in psycho-geriatrie verpleeghuizen is van invloed op de interactie met de dagbehandeling (deze neemt af) en op de bestemming bij definitief ontslag uit het verpleeghuis naar bejaardenoord en algemeen ziekenhuis (deze nemen toe).

- Een grote capaciteit in verzorgingstehuizen gaat in somatische verpleeghuizen samen met een lager percentage opnemingen vanuit de eigen omgeving en een lagere gemiddelde leeftijd. Ten aanzien van psycho-geriatrische patiënten geldt een lager percentage ontslagen naar eigen omgeving, naar verzorgingstehuis en naar algemeen ziekenhuis, eveneens bij een lagere gemiddelde leeftijd.
- Een grote ziekenhuiscapaciteit gaat samen met een toenemend aandeel van patiënten afkomstig uit en met bestemming (bij ontslag) naar eigen omgeving. Het percentage somatische patiënten dat opgenomen wordt in algemene ziekenhuizen is groter terwijl er minder patiënten in het verpleeghuis overlijden.
- De grotere capaciteit van wijkverpleging en gezinszorg gaan samen met een afnemend percentage opnemingen van somatische patiënten vanuit eigen omgeving en van psycho-geriatrische patiënten uit een algemeen ziekenhuis. Voorts nemen de ontslagen naar het verzorgingstehuis, het algemeen ziekenhuis en (als gevolg van) overlijden af. De gemiddelde leeftijd van patiënten is hoger. De gemiddelde verpleegduur is iets langer, mogelijk door een groter aandeel van chronisch zieken.
- Tenslotte geldt dat naarmate de capaciteit in niet-psycho-geriatrische voorzieningen groter is, de gemiddelde verpleegduur van psycho-geriatrische patiënten en de gemiddelde leeftijd toenemen, terwijl de bezettingsgraad afneemt.

De kwaliteit van de beschikbare officiële gegevens voor eventueel onderzoek, beleid en voor planning blijkt overigens problematisch. Verschillende bronnen zoals NZI, de Provincie of instellingen zelf geven verschillende capaciteitsgegevens. Bovendien blijkt soms de werkelijke capaciteit nog weer af te wijken van de erkende, gemiddeld beschikbare of opgegeven capaciteit.

De gebruikte SIVIS-gegevens van patiëntkenmerken per verpleeghuis zijn tamelijk algemeen en 'grof'. Ook deze gegevens bleken niet steeds een juiste weergave van feitelijke patiëntkenmerken: een relatief groot aantal somatische verpleeghuizen heeft ook psycho-geriatrische patiënten opgenomen, zonder dat dit in de SIVIS-gegevens tot uitdrukking komt. In één verpleeghuis is zelfs sprake van een inmiddels erkende (feitelijk al jaren bestaande) afdeling voor psycho-geriatrische patiënten.

Ondanks het probleem van de matige kwaliteit van gegevens dringt zich toch de conclusie op, dat de beschikbare capaciteit van invloed is op het patiëntenbestand.

4.3 Discussie en beleidsimplicaties

Vooraf dient gesteld te worden dat onderhavig onderzoek er niet specifiek op gericht is om te onderzoeken wat het eventuele effect is van variaties in de vraag/aanbod-verhouding of in opbouw van het stelsel van (bejaarden)voorzieningen. Capaciteitsverschillen werden slechts onderzocht op hun - mogelijke verstorende - invloed op het verband tussen samenwerking en kenmerken van geïndiceerde en opgenomen patiënten.

Toch roepen de bevindingen een aantal vragen op ten aanzien van het beleid en de planning van voorzieningen, die wij de lezer niet willen onthouden.

4.3.1 Kwaliteit van informatie

Zoals hiervoor werd aangegeven blijkt dat de kwaliteit van formele gegevens met betrekking tot het aanbod van gezondheidszorg- en welzijnsvoorzieningen discutabel is:

- onvolledigheid: een aantal gegevens blijken niet, onvolledig beschikbaar of verouderd te zijn (gezinszorg);

- gebrek aan eenduidigheid: sommige gegevens worden door instellingen verschillend geïnterpreteerd en zijn dan onderling niet vergelijkbaar, zonder dat dit duidelijk is (patiënten op wachtlijsten);
- onbetrouwbaarheid: mede als gevolg van het gebrek aan eenduidigheid zijn gegevens niet steeds een correcte weergave van de werkelijkheid (registratie van de somatische en psycho-geriatrische patiënten).

Het lijkt niet goed mogelijk om adequaat te plannen op basis van onvolledige en onbetrouwbare informatie.

Beleidsimplicaties

Met het oog op beleid en planning lijkt het zeer wenselijk om aandacht te schenken aan verbetering van de kwaliteit van gebruikte informatie. Het gaat hierbij ons inziens zeker niet om uitbreiding van informatieverzameling: de huidige informatiestroom is vaak al zeer ruim en overlapt elkaar vaak. Veeleer gaat het om overeenstemming over de interpretatie van een gevraagd gegeven, om een correctere weergave van een situatie en om een redelijke snelheid en volledigheid van de verwerking van verzamelde informatie. Overleg gericht op concrete afspraken hierover tussen Provincie en de gezamenlijke instellingen kan hiertoe een middel zijn.

4.3.2 Beleid ten aanzien van regionale capaciteitsverschillen

Afgemeten aan het principe van het gelijke recht op zorg roepen de aangetroffen capaciteitsverschillen tussen regio's een reeks vragen op:

- In hoeverre worden de gevonden capaciteitsverschillen gerechtvaardigd door specifieke omstandigheden, zoals bijvoorbeeld regionale gezondheidsverschillen?

- In hoeverre wordt - met het oog op de toekomst - handhaving van verschillen in aanbod aanvaardbaar geacht, dan wel als ongewenst gezien?
- In hoeverre is overheveling van capaciteit van wel-voorzienende naar krap voorziene regio's op langere termijn realiseerbaar in het licht van de beperking van nieuw te realiseren capaciteit?
- Het zou wenselijk zijn dat de Provincie invloed zou kunnen uitoefenen op de geldstromen. In dat geval immers, beschikt de Provincie over mogelijkheden om middelen uit de intramurale sector vrij te maken teneinde de extramurale zorg intensiever te ondersteunen (bijvoorbeeld bedden capaciteit verminderen en de daarbij behorende personele capaciteit aanwenden voor ondersteuning van de eerste lijn)?

Beleidsimplicaties

Het lijkt gewenst dat de provinciale overheid een duidelijk beleid formuleert, ook ten aanzien van regionale verschillen in voorzieningenniveau.

Bovendien zou de Provincie bij het Rijk kunnen aandringen op het verschaffen van instrumenten om de planningstaak ook daadwerkelijk uit te kunnen voeren, in het bijzonder door het creëren van enige invloed op de aanwending van de geldstromen.

4.3.3 Van sectorale naar integrale planning

Uit de bevindingen lijkt geconcludeerd te mogen worden dat beleid en planning per soort voorzieningen onvoldoende recht doet aan de wederzijdse afhankelijkheid tussen verschillende soorten voorzieningen. Dit betekent dat - nadrukkelijker dan voorheen - in beleidsontwikkeling en planning de integratie van de plannen per voorziening zal moeten plaatsvinden. Een kleinschalig niveau lijkt hiertoe het meest geëigend, maar een formeel 'platform'

waaraan een dergelijke bevoegdheid zou kunnen worden gedelegeerd, ontbreekt tot dusverre meestal. Eén van de voorwaarden hiertoe is de onderlinge afstemming van de gebiedsindeling voor verschillende voorzieningen.

Beleidsimplicaties

In de provinciale beleidsontwikkeling en planning zou nadrukkelijk gestreefd moeten worden naar integratie van de verschillende deelplanningen op het gebied van verpleeghuizen, verzorgingstehuizen en extramurale zorg, opdat ook de bestuurlijke samenhang in het beleid ten aanzien van de welzijns- en gezondheidszorg tot ontwikkeling komt.

Gegeven de complexiteit van een dergelijke geïntegreerde planning zou overwogen moeten worden om - binnen te formuleren voorwaarden - een dergelijk integrale planning te delegeren aan platforms van de betreffende instellingen binnen elke regio. Een dergelijke opzet vergt wellicht een verbreding van de procedures zoals gevolgd bij de eerste uitwerking van het 'Provinciaal Kaderplan Verpleeghuizen' in West-Brabant.

4.3.4 Mogelijkheden tot een selectieve capaciteitsontwikkeling

Uit de kwantitatieve analyses blijkt dat de beschikbare capaciteit van invloed is op de consumptie van verpleeghuiszorg. De relatief krappe capaciteit bij een toenemend beroep op psycho-geriatrische verpleeghuizen veroorzaakt een knelpunt in de vorm van zeer lange wachtlijsten en wachttijden. Dit ligt anders voor somatische verpleeghuizen.

Bij een ruime capaciteit in somatische verpleeghuizen wijzen de resultaten van het onderzoek in de richting van een minder selectief opname-beleid, waardoor patiënten wat jonger opgenomen worden. Toch zijn in deze regio's de wachtlijsten en wachttijden zeker niet korter dan in krap-voorzien regio's. In de inventari-

satie en interviews werd dit beeld bevestigd. Dit maakt het twijfelachtig of eventuele capaciteitsuitbreiding voor somatische patiënten werkelijk kan bijdragen om dit knelpunt te verlichten. Overigens lijkt capaciteitsuitbreiding ook op andere gronden nauwelijks waarschijnlijk, ondanks de vergrijzing, die op termijn in alle regio's zal leiden tot een ondercapaciteit, afgemeten aan de norm.

Beleidsimplicaties

Voor somatische verpleeghuiskapaciteit geldt dat uitbreiding van beddental geen prioriteit lijkt te behoeven, ook niet in de regio's met een relatief geringe capaciteit. Daarentegen zou ernaar gestreefd moeten worden om andere oplossingen te verwezenlijken om de druk op het verpleeghuis te verlichten. Voor dergelijke oplossingen kunnen voorbeelden worden gevonden in het tweede onderzoeks-deelrapport betreffende de Interviewfase in paragraaf 4.2 en 5.6.

Een goed ontwikkelde eerste lijn lijkt bij te dragen aan uitstel van opname en bekorting van de gemiddelde verpleegduur. Overigens heeft dit op de totale consumptie geen zichtbaar effect, vermoedelijk door de noodzaak voor verpleeghuizen om een hoge bedbezetting te realiseren. Toch kan hieruit worden geconcludeerd dat versterking van de eerste lijn een bijdrage kan zijn om de druk op het verpleeghuis te verlichten. Dit is zowel van belang met het oog op de toekomstige vergrijzing en het effect daarvan, als ook in situaties waarin een reductie van capaciteit dreigt.

Uit het verband tussen samenwerkingsscores en patiëntenkenmerken in de betreffende verpleeghuizen kan van samenwerking een zeker 'compenserend effect' op een krappe capaciteit worden afgeleid, in de richting van een doelmatig consumptie-patroon. Naast versterking van de eerste lijn door capaciteitsuitbreiding, kan ook

de samenwerking met het verpleeghuis bijdragen aan de vermindering van de druk om patiënten op te nemen.

Beleidsimplicaties

Versterking van de eerste lijn door uitbreiding van capaciteit van met name gezinszorg en wijkverpleging verdient aanbeveling. De provincie kan hierin via de gemeentelijke overheden wellicht een stimulerende rol spelen.

Ondersteuning vanuit het verpleeghuis en overleg of samenwerking met de eerste lijn kan de druk op het verpleeghuis doen verminderen. Verpleeghuizen kunnen op dit punt een gericht beleid ontwikkelen. Nadrukkelijk zal echter aandacht moeten worden geschonken aan het probleem dat dit kan oproepen voor de exploitatie.

5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

5.1 Algemene conclusies

Uit het onderzoek blijkt dat samenwerking tussen verpleeghuis en andere voorzieningen zich nog slechts in zeer beperkte mate heeft ontwikkeld. Wel worden verschillende aanzetten tot meer geregelde relaties aangetroffen.

Samenwerking gericht op het proces van indicatiestelling tot opneming wordt in één subregio aangetroffen rond psycho-geriatrische patiënten. In enkele subregio's vindt overleg plaats over de eventuele ontwikkeling van een centrale aanmelding. In de meeste gevallen echter staat de indicatiestelling niet centraal in het overleg, hoewel dit wel vaak één van de gespreksonderwerpen is.

Het proces van indicatiestelling tot opneming verloopt zeer verschillend in de verpleeghuizen. In een deel van de verpleeghuizen is sprake van aanmelding, informatieverzameling en besluitvorming door één functionaris, waarbij instrumentatie en continuïteit volledig persoonsafhankelijk zijn en verslaglegging summier of in het geheel niet plaatsvindt. In twee derde van de verpleeghuizen worden de begrippen welke door de NZR worden gebruikt (aanmelding, opname-indicatie, urgentie en plaatsing) niet expliciet onderscheiden of zeer verschillend uitgelegd. De besluitvorming over opneming vindt bij de meeste (twee derde) verpleeghuizen overigens wel plaats in een commissie waarin verschillende disciplines zijn vertegenwoordigd.

Van onderlinge afstemming tussen verpleeghuizen van de indicatiestelling tot opneming is nog nauwelijks sprake. Afstemming tussen verpleeghuis en anderssoortige voorzieningen van uitgeoefende functies en van uitvoering van zorg lijkt in enkele gevallen wel op gang te komen.

In de bovenstaande overlegsituaties bestaat meestal weinig duidelijkheid over het doel en de wederzijdse verwachtingen van de contacten. De organisatorische vorm lijkt dan ook vaak minder een bewuste keuze dan een toevallig ontstane vorm. De deelname van vertegenwoordigers uit verschillende voorzieningen lijkt in belangrijke mate te zijn bepaald door de persoonlijke motivatie of positie, meer dan uit de vraag of de betrokkene de meest aangewezen is om in het overleg deel te nemen.

Ondanks deze beperkingen worden aanwijzingen gevonden dat overleg of samenwerking van een verpleeghuis met andere voorzieningen samengaat met een aantal verdere kenmerken van het functioneren:

- externe relaties: samenwerkende verpleeghuizen lijken erin te slagen om de uitgeoefende functies en uitvoering van zorg op elkaar af te stemmen (versterking van samenhang);
- patiëntkenmerken: de kenmerken van geïndiceerde en opgenomen patiënten van samenwerkende verpleeghuizen wijzen in de richting van een hogere opname-leeftijd, (naar een iets langere gemiddelde verpleegduur) en een lager opname-percentage uit de regio. Dit patroon lijkt in overeenstemming met de beleidsmatige wens om ouderen zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving te handhaven;
- intern management: de indruk bestaat dat in de verpleeghuissector minder aandacht bestaat voor organisatorisch denken; echter de samenwerkende verpleeghuizen lijken een minder traditioneel management te kennen, gekenmerkt door meer intern overleg tussen verschillende disciplines, een systematischer werkwijze en verslaglegging, alsmede door een hogere bezettingsgraad (bedrijfsdoelmatigheid).

Het is in dit licht opmerkelijk dat - ondanks de verschillen in verwachtingen, in deelnemende instellingen en in organisatievormen - toch een systematisch verband lijkt te bestaan tussen samenwerking en voornoemde kenmerken. Dit roept de vraag op of deze kenmerken werkelijk een gevolg zijn van samenwerking, of wellicht dat zowel samenwerking als deze kenmerkende manier van functioneren beide het gevolg zijn van een achterliggende verklarende

factor. Met name zou een verschil in 'kwaliteit van management' wellicht een rol kunnen spelen.

Uit het onderzoek komt tenslotte ook naar voren dat de condities waaronder een verpleeghuis poogt samenwerking gestalte te geven soms ongunstig zijn. De belangrijkste belemmeringen worden hier genoemd:

- Verschil in schaalgrootte van het verzorgingsgebied: samenwerking van een verpleeghuis met extramurale voorzieningen en verzorgingstehuizen wordt belemmerd doordat er zeer veel potentiële samenwerkingspartners werkzaam zijn binnen het verzorgingsgebied van één verpleeghuis. Met name in grote steden, waar de verzorgingsgebieden elkaar overlappen is samenwerking met alle potentieel betrokkenen onmogelijk.
- Het probleem van het verschil in schaalgrootte wordt nog versterkt door het gebrek aan coördinatie in de extramurale zorg.
- In de relatie tussen intramurale voorzieningen verstoren belangentegenstellingen soms de mogelijkheid om tot een constructieve samenwerking te komen en ontstaat een dysfunctioneel formalisme.
- Tot dusverre zijn geen middelen ter beschikking gesteld of vrijgemaakt voor samenwerking, wat betekent dat het in feite een 'extra' activiteit is die drukt op de normale exploitatie.
- Bepaalde disciplines zijn het meest aangewezen voor overleg of samenwerking met andere voorzieningen (zeker wanneer het gaat om zorginhoudelijke zaken). Vaak betreft het disciplines die ook al belast zijn met andere taakverzwaringen. Samenwerking betekent dat ook voor sommigen dat een wissel wordt getrokken op de persoonlijke bereidheid om - soms ook buiten werktijd - hierin energie te steken.
- Als samenwerking werkelijk preventieve effecten sorteert of de ontslagmogelijkheden vergroot, dan dreigt het

verpleeghuis hiervoor gestraft te worden als gevolg van een niet sluitende exploitatie. Ook een dergelijke situatie werkt niet stimulerend op de samenwerkingsbereidheid.

5.2 Aanbevelingen aan verpleeghuizen

In verpleeghuizen is een grotere aandacht voor modern management (participatief, multidisciplinair), beleid en organisatie gewenst. Gezien de taakverzwaring, vooral in de behandelende disciplines, die voortvloeit uit samenwerking en uit beleidsvoornemens van de overheid, dient overwogen te worden of de traditionele koppeling tussen functie van verpleeghuisarts en directeur niet achterhaald is.

Een streven naar systematische, multidisciplinaire en gedocumenteerde besluitvorming over de indicatiestelling tot opneming valt te bepleiten, opdat kwaliteitsbewaking en explicitering van het opnamebeleid mogelijk wordt.

Het is gewenst dat de verpleeghuizen binnen een subregio onderling tot duidelijke afspraken komen over de te volgen procedures, de te verzamelen informatie en de wegingscriteria die in het proces van indicatiestelling tot opneming worden gehanteerd. Indien vertegenwoordigers uit elk verpleeghuis worden betrokken, behoeft een centrale aanmelding en indicatiestelling niet te leiden tot een minder persoonlijk contact tussen aanvrager en verpleeghuisfunctionaris. Onderlinge afstemming van de indicatiestelling betekent dat verpleeghuizen daadwerkelijk gezamenlijk de verantwoordelijkheid dragen voor de verpleeghuiszorg.

Het is gewenst dat verpleeghuizen een meer open opstelling ten opzichte van de eerste lijn ontwikkelen en een actieve ondersteuning bieden ten behoeve van (potentiële) patiënten die thuis worden verpleegd. Gedurende de eventuele wachttijd na de

indicatiestelling tot de feitelijke opneming, dient het verpleeghuis de verantwoordelijkheid te dragen voor (het initiëren en coördineren van) ondersteuning aan de patiënt en diens omgeving.

Wanneer besloten wordt tot meer geregelde vormen van overleg of samenwerking, is het gewenst om na de start nadrukkelijk aandacht te besteden aan wederzijdse verwachtingen en de doelstelling. Nagegaan dient te worden wie in dat verband de meest aangewezen betrokkenen zijn, alsmede aan de ingezette middelen en de manier waarop men het doel wil realiseren.

5.3 Aanbevelingen aan de Provincie

Voorop kan worden geconstateerd dat samenwerking - opgevat als een 'intentioneel gebeuren' - nauwelijks door derden kan worden opgelegd. Hieraan kan worden toegevoegd dat de indicatiestelling een taak is die ligt op het vlak van de professionele zorgverlenende disciplines. In feite beperkt dit de mogelijkheden van de overheid om invloed uit te oefenen aanzienlijk.

Geconstateerd kan worden dat het beleid van de overheid in het veld vaak als onduidelijk wordt ervaren. Deze onduidelijkheid blijkt echter niet alleen in het veld, maar evenzeer tussen 'hogere' en 'lagere' overheden te bestaan. Waar thans onduidelijkheid bestaat kan deze - meer dan tot dusverre lijkt te gebeuren - ook worden opgevat als ruimte voor eigen beleid van de provincie.

Het is gewenst dat het beleid en de planning een duidelijk en consequent kader van aanwijzingen vormt, waarbinnen aan de verschillende betrokken voorzieningen ruimte wordt gedelegeerd voor nadere uitwerking. In dit kader van beleidsmatige randvoorwaarden dient een gedetailleerde uitwerking of blauwdruk te worden vermeden.

Gezien de wederzijdse invloed van verschillende soorten voorzieningen op elkaars functioneren, is integratie van beleid en

planning door de overheid ten aanzien van verschillende voorzieningen gewenst. De ingewikkeldheid van een dergelijke 'integrale planning' vormt een extra argument om de inhoudelijk gedetailleerder uitwerkingsplannen te delegeren naar de (sub)regio.

Niet alleen op het vlak van beleid en planning door de overheid vormt het gebrek aan integratie een belemmering, maar ook het contact met uitvoerende diensten van overheid en semi-overheid (onder andere de Adviserend Geneeskundige bij de ziekenfondsen; de Gemeenschappelijke Medische Diensten, enzovoorts) wordt door verpleeghuizen vaak problematisch gevonden. Het probleem wordt vooral gevormd door een gebrek aan flexibiliteit in de toepassing van regels, normen en maatstaven. Soms leidt dit tot onnodige onderbezetting door uitstel van opname. In andere gevallen blijkt een voorspoedig ontslag belemmerd te worden doordat een beperkte aanpassing in de eigen omgeving van de betrokken patiënt langdurig moet wachten op goedkeuring.

Hoewel de provincie op dit vlak weinig formele bevoegdheden heeft kan zij wel initiatieven ontplooiën om overleg over deze belemmeringen op de geëigende niveaus tot stand te brengen.

Wanneer samenwerking beleidsmatig als wenselijk wordt geacht, dient daarbij duidelijker aangegeven te worden vanuit welke verwachting deze wens bestaat. Voorts dient aan een eventuele 'richtlijn' of eis dat samengewerkt wordt, ook een vorm van toetsing daarvan, en consequenties daaraan te worden gekoppeld. Tenslotte dient bij de nadruk op samenwerking ook aangegeven te worden hoe de benodigde middelen vrijgemaakt zullen worden.

Afgezien van de inhoudelijke beleidsontwikkeling en planning geldt dat ook de verschillen van indeling en begrenzing van de provincie in regio's en subregio's door verschillende instanties en voorzieningen belemmerend kunnen zijn voor ontwikkeling van groter samenhang. Er zou naar gestreefd moeten worden gemeenschappelijke (buiten)grenzen overeen te komen.

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat samenwerking tussen verpleeghuis en eerste lijn compenserend werkt op eventuele effecten van een krappe verpleeghuiscapaciteit. Versterking van de eerste lijn, voor wat betreft de capaciteit, maar vooral voor wat betreft de coördinatie, verdient dan ook hoge prioriteit. Wellicht kan in gebieden met een overcapaciteit in somatische verpleeghuizen een eventuele reductie langs deze weg van zijn bezwaarlijkste kanten worden ontdaan.

De coördinatie van de eerste lijn blijkt in de praktijk problematisch. Dit is gedeeltelijk het gevolg van de omvang van het verzorgingsgebied van een verpleeghuis, dat vaak verschillende verzorgingsgebieden van kleinschaliger voorzieningen omvat. Hierdoor ontbreekt bij zulke instellingen het overzicht. Uit het onderzoek komt naar voren dat de huisarts door de wijze van praktijkuitoefening minder geschikt lijkt als coördinerend functionaris voor een relatie met het verpleeghuis. De vorming van Sociaal Psycho-geriatrische Diensten bij de RIAGG blijken een oplossing te bieden ten aanzien van psycho-geriatrische patiënten. Mede in het licht van het praktisch slecht hanteerbare onderscheid tussen psycho-geriatrie en somatiek in het grensgebied tussen beide, zou kunnen worden overwogen om deze SPGD om te zetten in een Sociaal Geriatrische Dienst, waarbij overigens de koppeling met de RIAGG problemen kan geven. Als alternatief kan voorts gedacht worden aan een nauwer samenwerkingsverband tussen het verpleeghuis en enkele verzorgingstehuizen als coördinerend netwerk (dit komt in de richting van het concept-advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in 1985) of aan onderbrenging bij GG en GD of bij Distrikts Geneeskundige Diensten, dan wel bij eerste lijnsvoorzieningen zoals het kruiswerk of het gecoördineerd bejaardenwerk. Onderbrengen in de eerste lijn blijft echter problematisch door een verminderd overzicht over het gehele verzorgingsgebied.

Een andersoortige en zeer aantrekkelijke oplossing, die tevens rekening houdt met verschillen in schaalgrootte van de verzorgingsgebieden en met recente beleidsontwikkelingen ligt in de

vorming van inhoudelijk nauw samenwerkende verbanden of clusters van een verpleeghuis met de omliggende verzorgingstehuizen, zoals onder andere voorgesteld in het advies van het Inter-Provinciaal Overleg voor Maatschappelijk Welzijn aan de Minister (15 januari 1985).

5.4 Middelen voor een samenwerkingsgericht beleid

Voor de provinciale overheid staan slechts beperkte middelen ter beschikking voor de realisering van een samenwerkingsgericht beleid. De oorzaak daarvan is dat de delegatie van bevoegdheden naar de provincie geen gelijke tred heeft gehouden met de delegatie van verantwoordelijkheden, en bovendien beïnvloeding vaak alleen indirect mogelijk is. Toch kunnen een aantal mogelijke middelen hier kort worden aangeduid.

In de eerste plaats beschikt de provincie over de mogelijkheid om aanwijzingen te geven voor uitwerkingsplannen voor de verschillende voorzieningen. Voor wat betreft de eerste lijn kan de provincie voorts verzoeken richten tot de gemeenten. Nadrukkelijker dan voorheen zal aan de planning ook een toetsing van de realisatie dienen te worden gekoppeld en - bij langdurige of ernstige afwijkingen - dient de mogelijkheid van sancties te worden overwogen.

De Provincie kan samenwerking voorts stimuleren door ondersteuning, advisering of bemiddeling aan te bieden. Met name ook het tot stand brengen van overleg tussen instellingen en (semi-) overheid kan bijdragen tot onderlinge afstemming.

De Provincie beschikt over geringe mogelijkheden om prioriteiten te stellen en nauwelijks voor herallocatie van middelen binnen de bestaande budgetten. Wellicht kan een verschuiving van budget van intramurale naar extramuraal-ondersteunende taken bijdragen aan

versterking van de eerste lijn. De Provincie zou daarom bij het Rijk moeten aandringen op een financieel instrumentarium.

Tenslotte kan de Provincie ernaar streven om (in onderhandeling met de rijksoverheid) een claim om voorzieningen uit te breiden tot de bestaande landelijk overeengekomen norm, in te ruilen voor een selectieve aanwending van middelen. Dit kan dan met name gericht zijn op versterking van de relatie tussen verpleeghuis en eerste lijn.

In dit verband kan voorts gedacht worden aan uitbreiding van de mogelijkheden voor experimenten, bijvoorbeeld in het kader van de budgettering.

DEEL 2

ONDERZOEKS-DEELRAPPORTEN

blz.

INLEIDING BIJ DE ONDERZOEKS-DEELRAPPORTEN

1 t/m 5

INLEIDING BIJ DE ONDERZOEKS-DEELRAPPORTEN

In het eerste gedeelte van dit eindrapport lag het accent op de samenvatting van de belangrijkste resultaten, besproken in het licht van beleidsnota's, en op de mogelijke beleidsimplicaties.

In dit tweede gedeelte wordt verslag gedaan van het feitelijke onderzoek, waarop het beleidsrapport is gebaseerd. Het doel van deze verslagen is tweeledig:

- de opzet van het onderzoek en de daarin gebruikte methoden worden tamelijk gedetailleerd weergegeven;
- er wordt uitvoerig ingegaan op de onderzoeksresultaten, waarbij ook belangwekkende detailleringen worden gegeven.

De onderzoeksvraag bij aanvang van het project, was het resultaat van een vóóronderzoek dat in 1981 werd verricht. Echter, afwijkend van de vaak voorkomende situatie dat het vóóronderzoek dient om methoden en instrumenten te ontwikkelen en te toetsen, bestond in het huidige project slechts een globale opzet. Bij de aanvang van dit 'hoofd-onderzoek' diende deze globale opzet te worden uitgewerkt. Dit gebeurde in een interne notitie die met de Begeleidingscommissie voor het onderzoek werd besproken.

In de uitwerking werd de volgende gedachtengang ontplooid: om de invloed van samenwerking zichtbaar te maken is het gewenst om een vergelijking te maken tussen verpleeghuizen die (veel) 'samenwerken' en zij die niet (of weinig) samenwerken met andere voorzieningen, door middel van een 'veld-experiment'. Er is echter reden om te vermoeden dat een reeks externe invloeden een dergelijke vergelijking zal verstoren. Dergelijke verstorende invloeden zouden zoveel mogelijk moeten worden uitgeschakeld, opdat een 'zuivere' vergelijking kan plaatsvinden. Bij zulke verstorende invloeden werd met name gedacht aan een verschil in beschikbaarheid van anderssoortige bejaarden-voorzieningen in de nabije omgeving.

Dit leidde tot een opzet waarin feitelijk sprake is van drie onderling samenhangende kleinere onderzoeken:

1. Het verkrijgen van enig overzicht over de verpleeghuizen die wél, respectievelijk die niet samenwerken.
2. Een nadere studie van de samenwerking en ervaringen van deze verpleeghuizen, vergeleken met verpleeghuizen die niet samenwerken, waarbij de verstorende invloed van regio-verschillen wordt uitgeschakeld.
3. Een aantal statistische berekeningen om na te gaan of samenwerking ook leidt tot een andere manier van functioneren, gemeten met een aantal statistische kenmerken van in de verpleeghuizen opgenomen patiënten.

In de tijd bezien diende eerst het overzicht te worden verkregen over welke verpleeghuizen samenwerken, alvorens een nadere selectie van te interviewen verpleeghuizen mogelijk zou zijn. Ook voor een vergelijking tussen beide categorieën verpleeghuizen was noodzakelijk dat gegevens over de mate van samenwerking bekend zou zijn.

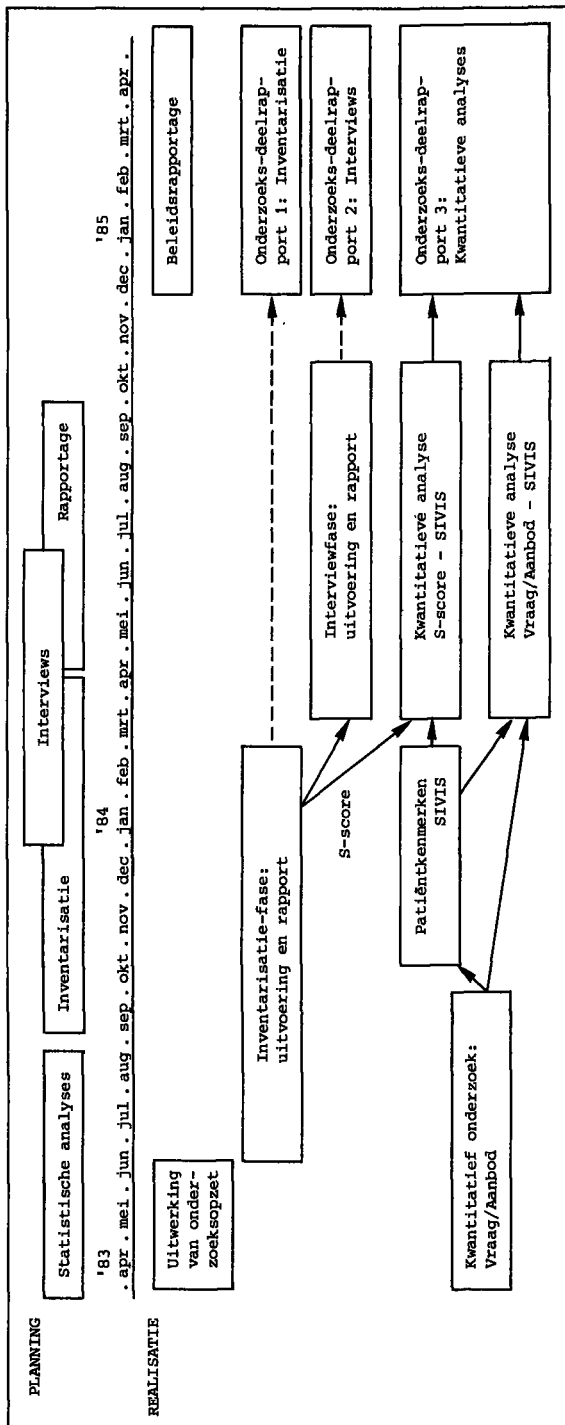
De statistische berekeningen met het doel een verstoring door andere invloedsfactoren uit te schakelen liep echter naast de inventarisatie, interviews en latere statistische vergelijking.

In onderstaand overzicht 1 wordt de planning en realisatie geschetst.

In dit overzicht is boven de tijd-as de oorspronkelijke grove planning van het onderzoek weergegeven. Onder de tijd-as zijn, meer gedetailleerd, de belangrijkste stappen in het onderzoek aangegeven in hun tijdsverloop en hun onderlinge samenhang.

Uit het overzicht blijkt dat het onderzoek aanmerkelijk langer heeft geduurd dan was gepland. De oorzaken hiervan lopen uiteen. In de beginfase ontstonden vertragingen door externe oorzaken (een conflict tussen NZR en Provincie; de samenwerking met het

Overzicht van de oorspronkelijke planning en feitelijke realisatie van het verpleeghuis-onderzoek in Noord-Brabant



NZI; de poststaking). Bij het eerste en tweede tussentijds verslag ontstond een achterstand door het misverstand dat sprake zou zijn van een definitief deel-rapport. Het tussentijdse verslag kostte daardoor veel tijd. Intern ontstonden vertragingen bij de verwerking en analyse van de gegevens. Ook de rapportage nam aanmerkelijk meer tijd in beslag dan aanvankelijk was voorzien. De kosten voor deze uitloop worden gedekt uit eigen middelen van het NIPG/TNO.

In navolgende onderzoeks-deelrapporten komt de opzet in drie gescheiden, maar onderling wel samenhangende onderzoeken tot uitdrukking.

Het eerste deelrapport betreft de inventarisatie, waarmee gepoogd werd een globaal overzicht over alle verpleeghuizen te verkrijgen. Het tweede deelrapport is gebaseerd op een selectie van verpleeghuizen (op basis van de voorgaande inventarisatie), die uitvoerig werden geïnterviewd. Uit deze interviews kan veel gedetailleerde en interessante informatie worden gehaald over de opvattingen en ervaringen in het veld bij de verpleeghuizen die - voor wat betreft samenwerking - elkaars tegenpolen zijn.

In het derde deelrapport tenslotte wordt eerst gepoogd om verschillen tussen beide categorieën verpleeghuizen te onderzoeken, met name voor wat betreft patiënt-kenmerken. Bovendien wordt in latere hoofdstukken ingegaan op de mate waarin regionale verschillen in capaciteit in het bejaarden-circuit van invloed zijn op patiënt-kenmerken. Tenslotte wordt kort nagegaan of samenwerking kan bijdragen aan de oplossing van bepaalde problemen die het gevolg kunnen zijn van dergelijke verschillen in beschikbaarheid van bejaardenvoorzieningen.

Tenslotte nog enige aandacht voor het object van dit onderzoek: het onderzoek had betrekking - in principe althans - op alle erkende verpleeghuizen in de provincie Noord-Brabant. Het betrof in 1981 33 erkende verpleeghuizen (21 somatisch, 7 psycho-geriatrisch en 5 gecombineerd), alsmede één afdeling van een

psychiatrisch ziekenhuis dat een tijdelijke erkenning heeft als psycho-geriatrisch verpleeghuis. Deze laatste afdeling en één verpleeghuis met relatief veel jongere patiënten uit vrijwel de gehele provincie werden vanwege het sterk afwijkende patiëntenbestand buiten het onderzoek gehouden. Inmiddels is één van de somatische verpleeghuizen uitgebreid tot een gecombineerd verpleeghuis. In het uitgevoerde onderzoek namen niet steeds alle verpleeghuizen deel. 31 Verpleeghuizen zijn betrokken in de kwantitatieve analyse van de vraag/aanbod-verhouding. Van deze verpleeghuizen zagen twee somatische verpleeghuizen af van deelname aan de inventarisatie-fase, waardoor 29 verpleeghuizen resteerden. In de interview-fase werd een selectie gemaakt van tien verpleeghuizen. In de kwantitatieve analyse van een effect van samenwerking op patiëntenkenmerken werden twee groepen van acht verpleeghuizen betrokken.

Met een vrij groot aantal verpleeghuizen zijn voorts in de loop van het onderzoek om uiteenlopende redenen contacten geweest door de onderzoekers. Vaak droegen ook deze contacten bij aan het onderzoek.

Op grond van dit overzicht lijkt te mogen worden geconcludeerd dat het onderzoek een redelijk volledig beeld kan bieden over de algemene verpleeghuissituatie.

DEELRAPPORT 1

INVENTARISATIE VAN SAMENWERKING VAN BRABANTSE VERPLEEGHUIZEN

blz.

1.	VRAAGSTELLING, KADER EN UITVOERING VAN DE INVENTARISATIE	1
1.1	De vraagstelling en doel van de inventarisatie	1
1.2	Kader voor bespreking van samenwerking . .	2
1.3	Kader voor bespreking van de indicatie- stelling	7
1.4	Uitwerking tot een vragenlijst	14
2.	DE ORGANISATIE VAN DE SCHRIFTELIJKE INVENTARISATIE	17
2.1	Aankondiging en schiftingsenquête	17
2.2	Respons en verwerking	18
2.3	Beperkingen van de resultaten	19
3.	DE INVENTARISATIE VAN RELATIES VAN VER- PLEEGHUIZEN	21
3.1	Overleg of samenwerking met extramurale voorzieningen	21
3.2	Overleg of samenwerking tussen verpleeg- huis en verzorgingstehuis	23
3.3	Relaties met ziekenhuizen	24
3.4	Relaties tussen verpleeghuizen onderling .	26
4.	DE BEREKENING VAN SAMENWERKINGSSCORES	28
4.1	Berekeningswijze	28
4.2	Nadere beschouwing van de samenwerkings- scores	31
5.	INVENTARISATIE VAN DE WERKWIJZEN BIJ DE INDICATIESTELLING	35
5.1	Inleiding	35
5.2	Openheid van het verpleeghuis voor zijn omgeving	35
5.3	De aanmelding	36
5.4	Informatie-inwinning	36
5.5	Oordeelsvorming	37
5.6	Resulterende acties	38
5.7	Samenwerking rond de processen van aanmelding tot opneming	40

6.	PRIORITEIT, HOUDING, ERVARINGEN EN TOEKOMSTPERSPECTIEVEN	43
6.1	De ervaringen met samenwerking	43
6.2	Houding tegenover overleg en samen- werking	44
6.3	De prioriteitsstelling	46
6.4	Toekomstperspectieven	46

1. VRAAGSTELLING, KADER EN UITVOERING VAN DE INVENTARISATIE

1.1 De vraagstelling en doel van de inventarisatie

De vraagstelling in het onderzoek is 'wat is de invloed van samenwerking van verpleeghuizen met andere voorzieningen op het proces van indicatiestelling tot verpleeghuisopneming'.

Een belangrijk probleem hierin ligt in de onduidelijkheid, zowel van het begrip 'samenwerking' als van het begrip 'indicatiestelling'.

In dit onderzoek werd samenwerking ruim omschreven: 'alle geregelde situaties waarin wederzijds werkafspraken worden gemaakt, dan wel gezamenlijk taken worden uitgevoerd'. Essentieel was in deze omschrijving het woord 'geregeld', waarmee bedoeld werd op een zekere regelmaat en het bestaan van afspraken, maar nadrukkelijk niet op de formalisering.

De reden voor de brede omschrijving is dat in de praktijk veel verschillende vormen van relaties worden aangetroffen. Gehoopt werd dat in de loop van het onderzoek meer duidelijkheid zou ontstaan over de betekenis in de praktijk.

Doel van de inventarisatie is om een eerste overzicht te krijgen over de aanwezigheid van eventuele samenwerkingsvormen van Brabantse verpleeghuizen met andere voorzieningen. Pas daarna zou een meer toegespitst onderzoek mogelijk zijn. Aangezien de vraagstelling betrekking heeft op de eventuele invloed van samenwerking op de indicatiestelling tot opneming, werd in de inventarisatie tevens getracht een overzicht te krijgen van de bestaande procedures en werkwijzen bij de indicatiestelling. Dit overzicht zou in een later stadium kunnen dienen als achtergrond waartegen verdere inzichten kunnen worden afgezet.

1.2 Kader voor bespreking van samenwerking

Het onderzoek ontleent zijn relevantie aan de belangstelling voor samenwerking tussen verschillende voorzieningen in beleidskringen. Samenwerking is een centraal thema in gezondheids- en welzijnszorg sinds het begin van de zeventiger jaren. Dit is opmerkelijk wanneer nagegaan wordt hoe weinig empirisch of systematisch onderzoek naar samenwerking en effect daarvan is verricht. Literatuur en artikelen zijn aanzienlijk in aantal, maar vrijwel uitsluitend beschouwend van karakter. Om deze reden wordt betrekkelijk weinig aandacht geschonken aan dergelijke literatuur, maar wordt vooral teruggegrepen op de aanduidingen in beleidsmatige nota's, plannen en rapporten van overheidswege en van de NZR. In ons onderzoek naar de invloed van samenwerking van verpleeghuizen met andere voorzieningen op het proces van indicatiestelling voor verpleeghuis-opneming, is gepoogd om empirisch materiaal over samenwerking te verzamelen. Eerst zal de visie in het overheidsbeleid worden besproken. Hierna wordt ingegaan op de visie van de NZR. Tenslotte worden de elementen voor de beschrijving van eventuele samenwerking aangeduid.

1.2.1 Het overheidsbeleid

De Structuurnota Gezondheidszorg (1974) vormde een wezenlijk keerpunt in het overheidsbeleid doordat voor het eerst een beleid beschikbaar kwam, waarin een aantal duidelijke ombuigingen werden aangekondigd, voorzien van instrumenten.

Centraal staat het streven naar een samenhangend, overzichtelijk en doelmatig stelsel van voorzieningen, georganiseerd op regioniveau. Samenhang zou op drie gebieden moeten worden bevorderd:

- operationele samenhang, op het vlak van de uitvoering van zorg;
- functionele samenhang, op het vlak van de afstemming van taken;

- bestuurlijke samenhang op het vlak van de beleidsontwikkeling en planning.

In de hierop volgende jaren werden de aanzetten die in de Structuurnota gegeven werden, verder uitgewerkt in de richting van een tot stand te brengen Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, waarin planning een centrale rol speelt.

Vooruitlopend op deze wet werd in 1979 ten behoeve van de planning van intramurale voorzieningen de 'Handleiding bij de toepassing van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen' uitgebracht, in 1981 gevolgd door de 'Richtlijnen' Hierin worden voor de verschillende intramurale voorzieningen uitgebreide aanwijzingen gegeven voor de tot stand te brengen plannen.

Zowel in de 'Handleiding' als in de 'Richtlijnen' wordt gesteld dat geformaliseerde samenwerking tot stand dient te worden gebracht tussen onder andere het verpleeghuis en - bij voorkeur één - algemeen ziekenhuis.

Ook in nota's over het ouderen-beleid wordt gepleit voor het tot stand brengen van samenwerkingsrelaties: in de 'Beleidsbrief Ouderenbeleid' (1982) wordt de wenselijkheid van samenwerking tussen een verpleeghuis en verzorgingstehuizen genoemd. In de nota 'Flankerend Bejaardenbeleid' wordt gesproken over samenwerking van verpleeghuis met extramurale voorzieningen en verzorgingstehuizen (1983).

Ondanks de aandacht voor 'samenwerking' en 'samenhang' wordt vrijwel nergens een nadere aanduiding aangetroffen van wat hieronder wordt verstaan, wat de gewenste doelen en vormen zijn of welke middelen hiervoor beschikbaar zijn. De enige aanduiding over wat de overheid voor ogen staat is, dat nogal eens wordt gesproken over 'geformaliseerde relaties' of over 'samenwerkingsovereenkomsten'.

Toch moet worden verwacht dat niet elke vorm van samenwerking past in het beleid en de gewenste ontwikkeling ten aanzien van de

gezondheidszorg.

1.2.2 De visie van de Nationale Ziekenhuisraad

De Nationale Ziekenhuisraad kan worden gezien als de vertegenwoordiger van de instellingen in de intramurale gezondheidszorg. De NZR-rapporten en beleidsnota's bieden dan ook inzicht in de ontwikkeling in het veld. Het spreekt daarbij vanzelf dat zich in de praktijk verschillen aftekenen tussen afzonderlijke verpleeghuizen.

In het rapport 'Indicatiestelling Verpleeghuizen' (NZR, 1979) wordt als mogelijkheid om - binnen regio's - tot meer uniformiteit in de indicatiestelling te komen samenwerking tussen verpleeghuizen geopperd. Door overleg en samenwerking zou afstemming van het opname-beleid en van de plaatsing moeten plaatsvinden. Ook wordt de wenselijkheid aangestipt dat de bij de indicatiestelling betrokken functionarissen bekend dienen te zijn met anderssoortige voorzieningen.

In de discussienota 'Taak en functie verpleeghuizen' (NZR, 1981) en meer gedetailleerd in het 'Rapport inzake een evaluatie van het NZR-indicatieformulier in proefregio's' (NZR, 1981) wordt de wenselijkheid van nauwere samenwerking binnen een regio nader uitgewerkt. In een bijlage worden vier 'modellen' gepresenteerd met mogelijke functies voor de onderscheiden fasen in de indicatiestelling.

Bij elk van deze modellen staat de vorming van een gemeenschappelijk team van uit de betrokken verpleeghuizen afkomstige functionarissen centraal. Als taken - naast het concrete indicatiestellings- en plaatsingsoverleg - wordt ook een drietal taken toegekend in het overleg met andere instellingen: overleg met verzorgingstehuizen en algemene ziekenhuizen, overleg met de Adviserend Geneeskundigen van de verbindingskantoren AWBZ en tenslotte bijdragen aan een gecoördineerde lange-termijn planning van de

opname-capaciteit. Opnieuw wordt een mogelijke rol voor extramurale voorzieningen onder de aandacht gebracht.

Het 'Beleidsplan' van de sectie verpleeghuizen (NZR, 1983) gaat nog nadrukkelijker in op de wenselijkheid van samenwerking en afstemming met andere voorzieningen. In navolging van de 'Nota Bejaardenbeleid' (VOMIL, 1975) wordt de ontwikkeling van een 'keten van voorzieningen' nagestreefd. De verpleeghuizen dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg in een regio, in goed overleg met en afgestemd op aansluitende voorzieningen. Deze betreffen:

- de eerste lijn (huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, gezins- en bejaardenzorg);
- verzorgingstehuizen;
- algemene en psychiatrische ziekenhuizen (i.h.b. ook GAAZ en PAAZ);
- grote woonvormen;
- revalidatie-centra en/of revalidatie-afdelingen in ziekenhuizen.

Per soort aansluitende voorziening wordt een toelichting gegeven. Hierin valt op dat aandacht wordt geschonken aan preventieve activiteiten vanuit het verpleeghuis, teneinde de patiënt zo lang als mogelijk is in zijn eigen omgeving te handhaven. Voorts wordt de wens uitgesproken van integratie in de 'wijk' en de daartoe noodzakelijke open opstelling, samenwerking met en ondersteuning van de eerste lijn.

Ten aanzien van de vorm van de samenwerking echter, wordt geen nadere aanduiding gevonden dan dat het verpleeghuis met verzorgingstehuizen en algemene ziekenhuizen een samenwerkings-overeenkomst zou kunnen sluiten, waarmee vermoedelijk bedoeld wordt op formalisering.

1.2.3 Het resulterende kader voor onderzoek van samenwerking

Samenwerking kan worden gezien als een manier waarop tussen verschillende gezondheidszorg- en welzijnszorg-instellingen onderlinge afstemming en coördinatie tot stand kan worden gebracht ter vergroting van de samenhang in het - door historische oorzaken versnipperde - stelsel van voorzieningen. In feite is sprake van organisatie van voorheen autonoom opererende gespecialiseerde instellingen.

In het licht van ons onderzoek betreft het dan met name de zgn. 'aansluitende' voorzieningen in de eerste en tweede lijn, welke in het 'Beleidsplan' werden genoemd.

Overleg en/of samenwerking kan zich op verschillende doelen richten:

- a) algemeen beleid en planning (voorbeelden zijn de regionale bijeenkomsten van verpleeghuis-directeuren in het kader van de provinciale contactgroep van de NZR);
- b) bedrijfsdoelmatigheid (voorbeelden zijn de gezamenlijke exploitatie van een wasserij door enkele voorzieningen, alsmede het gezamenlijk opleidingsinstituut voor het verplegend personeel);
- c) de beschikbare deskundigheid of faciliteiten (voorbeelden zijn consulentschappen; open stellen van ruimten of therapeutische faciliteiten ten behoeve van thuis-verpleegden; beschikbaar stellen van bepaalde verpleegkundige hulpmiddelen);
- d) de patiëntenzorg in directe zin (voorbeelden zijn begeleiding van bepaalde patiënten, bijvoorbeeld gedurende de wachttijd of na ontslag; diagnostiek of screening van bejaarde patiënten).

Er zal vermoedelijk een zeker verband bestaan tussen de gerichtheid van het overleg en het type functionarissen dat daarin

participeert: beleid en planning ligt vooral op directieniveau, terwijl bespreking van bepaalde problematische patiënten vooral effectief zal zijn in het overleg tussen de behandelende zorgverleners op uitvoerend niveau. In zoverre de uitvoering van de zorg besproken wordt op directie-niveau, zal de doeltreffendheid in hoge mate afhankelijk zijn van de kwaliteit van de interne communicatie tussen directie en uitvoerend niveau binnen een instelling.

Voor de beschrijving van samenwerking als 'organisatie van instellingen', zijn een aantal organisatie-aspecten van belang, zoals de structurering (bijvoorbeeld gespreksleiding, verslaglegging), taken en bevoegdheden (mandatering), formalisatiegraad (samenwerkingsovereenkomsten, intentieverklaringen) het soort concrete doelen, onderwerpen en acties die aan de orde worden gesteld.

Dergelijke meer gedetailleerde informatie zal echter pas in een later stadium kunnen worden verzameld door middel van interviews.

Gezien de nadruk op samenwerking zou verwacht mogen worden dat verwachtingen en ervaringen positief kunnen worden geformuleerd. In de literatuur echter worden weinig concrete effecten genoemd. Toch is een evaluatie van de ervaringen en een idee over de toekomst-perspectieven bij de betrokken verpleeghuizen zinvol in het licht van de planning.

1.3 Kader voor bespreking van de indicatiestelling

In dit onderzoek wordt met indicatiestelling uitsluitend bedoeld op de beoordeling van een aanvraag tot opname en niet op de AWBZ-beoordeling, of de continue beoordeling van een patiënt gedurende het verblijf. De indicatiestelling voor verpleeghuisopname is de beoordeling van een individuele aangemelde patiënt met de vraag of opname in het verpleeghuis voor betrokkene een

adequate oplossing is. Inhoudelijk kan voor de beschrijving van dit beoordelingsproces maar in beperkte mate worden teruggevallen op onderzoek of literatuur. In 1977 werd door de sectie verpleeghuizen van de Nationale Ziekenhuis Raad een commissie ingesteld met als taak voorstellen te doen ten aanzien van de indicatiestelling, opdat per regio tot een gezamenlijk opnemingsbeleid zou worden gekomen.

In 1979 werd het rapport 'Indicatiestelling Verpleeghuizen' uitgebracht, waarin de indikatiestellingscriteria in de vorm van een aanmeldingsformulier werden geoperationaliseerd. De voorstellen werden vervolgens als experiment uitgevoerd in een aantal proefregio's. Deze poging om tot grotere uniformiteit te komen slaagde niet, zo blijkt uit het in 1981 uitgebracht 'Rapport inzake een evaluatie van het NZR-indicatieformulier in proefregio's'. Uitgangspunt van de commissie was dat een zekere mate van uniformiteit nastrevenswaardig is. Ook de rijksoverheid streeft naar voor het gehele land geldende 'uniforme criteria' voor de indicatiestelling. De kommissie maakte een onderscheid tussen de 'indicatiestelling' (de beoordeling van de patiënt), de 'plaatsing' (de vln. administratieve toewijzing van de patiënt) en de feitelijke 'opneming'. Een aantal voorwaarden of eisen worden aan de indicatiestelling gesteld. Tegenover de gewenste uniformiteit steekt de indicatiestelling in de praktijk nogal schril af, zo lijkt uit de rapporten geconcludeerd te kunnen worden.

Ook in het 'Beleidsplan' van de sectie Verpleeghuizen van de NZR wordt aandacht geschonken aan de indicatiestelling binnen het verpleeghuis en aan de wenselijkheid om tot onderlinge afstemming te komen. Eerder geformuleerde voorwaarden worden herhaald, hoewel de tekst voorzichtig is gesteld (NZR, 1983, Beleidsplan van de sectie Verpleeghuizen).

Het begrip 'indicatiestelling' komt behalve in de verpleeghuissector ook voor bij beoordeling van aanvragen bij verzorgingstehuizen, ambulante geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging en gezinszorg. Steeds betreft het de beoordeling van een patiënt/-

cliënt met het oog op de aanvraag tot zorgverlening. De aandacht voor indicatiestelling vloeit voort uit het relatief krappere worden van zorg-aanbod in verhouding tot de vraag. Het NIMAWO heeft een serie onderzoeksrapporten gepubliceerd over de indicatiestelling voor verzorgingstehuizen, die door de zgn. 'Indicatie-commissie' wordt verricht, op een wijze die - tot op zekere hoogte althans - overeenkomsten vertoont met de indicatiestelling voor verpleeghuizen (NIMAWO, 1977, 1980, 1983, 1984). Deze indicatie-commissies zijn onafhankelijke organen die plaatsingsadviezen uitbrengen voor de verzorgingstehuizen in een bepaald gebied. Dit advies zou kunnen worden vergeleken met de verpleeghuis-indicatiestelling. De verzorgingstehuizen blijven overigens autonoom in de beslissing welke van de positief geadviseerden daadwerkelijk wordt geplaatst. Een belangrijke overweging hierin is de zgn. 'urgentie-graad'.

Uit de onderzoeken blijkt dat - ondanks de wettelijke basis en duidelijke aanwijzingen - in de praktijk aanzienlijke verschillen bestaan in wijze van advisering tussen deze indicatie-commissies. Het is aannemelijk dat in sommige gevallen een gegeven aanmelding bij verschillende commissies zal leiden tot verschillende plaatsingsadviezen.

Uit onderzoek door enkele Utrechtse studenten onder recent opgenomen verzorgingstehuisbewoners en bij de de zorgverleners die voorafgaand aan de opnemingsprocedure de betrokkene verzorgden, komt naar voren dat verzorgingsbehoefte al lang bestaat voordat een bewoner zich voor plaatsing aanmeldt. In deze fase betreft het belangrijke mantelzorg, in veel gevallen door een zeer beperkt aantal naaste familieleden. De beslissing om opnemingsaanvragen te vragen is veelal het gevolg van de langdurige (over)belasting van deze verzorgers. Wanneer deze hulp het af laat weten ontstaat een urgente situatie (IZW, 1983, Utrecht). Dit is in overeenstemming met de bevindingen in de evaluatie van de NZR. In deze fase zijn er soms mogelijkheden om een feitelijke opname te voorkomen. Ook bij verpleeghuizen bestaat de ervaring dat patiënten veelal

langdurige verpleging behoeften en deze thuis ontvingen, tot een urgente situatie ontstond doordat de mantelzorg (en eerste lijn) niet langer de benodigde zorg konden bieden. Deze urgentie moet dan ook worden opgevat als het oordeel over het 'draagvermogen' van de sociale omgeving, meer dan over de patiënt zelf. Duidelijk is dat ook dit oordeel een belangrijk gewicht in de schaal legt bij de besluitvorming of een aangemelde patiënt opgenomen wordt.

In het licht van het doel van ons onderzoek naar de invloed van samenwerking op het proces van indicatiestelling worden in de NZR-visie te weinig aanknopingspunten gevonden, terwijl daarnaast ook bezwaren tegen sommige elementen kunnen worden aangevoerd:

- a. Een eerste probleem is de gehanteerde drie-deling in 'indicatiestelling', 'plaatsing' en 'opneming': in de indicatiestelling liggen elementen besloten die betrekking hebben op het oordeel over de patiënt, over diens leefsituatie en mantelzorg en over de mogelijkheden van anderssoortige voorzieningen. Voor de duidelijkheid lijkt het ons gewenst om deze drie verschillende oordelen ook in het besluitvormingsproces nadrukkelijk te onderscheiden en wellicht zelfs te scheiden.
- b. Het begrip plaatsing wordt opgevat als de administratieve toewijzing van een patiënt aan een verpleeghuis. In de praktijk komt dit - althans tot dusverre - zeer zelden voor, doordat aan de voorkeur van een patiënt prioriteit wordt toegekend. Bovendien ontstond in het onderzoek verwarring over het begrip doordat veel verpleeghuizen het opvatten als plaatsbaarheid van een patiënt op een afdeling. Ook ten aanzien van de opname-procedures ontstonden misverstanden, waardoor een andere omschrijving bruikbaarder lijkt.
- c. Een ander probleem is de veronderstelling dat - aangezien de indicatiestelling een activiteit is van professionele

en vaak individueel opererende zorgverleners - de uniformiteit en continuïteit sterk persoonsgebonden is: zo wordt als oplossing voor het continuïteitsvraagstuk gepleit om steeds dezelfde persoon de indicatiestelling te laten verrichten. Naar onze mening zou overdraagbaarheid van informatie en van methoden een belangrijker waarborg voor de continuïteit zijn.

- d. Voorts zou uit de NZR-stukken kunnen worden begrepen dat de verpleeghuizen het legitiem achten dat een gegeven patiënt door het ene verpleeghuis anders wordt geïndiceerd dan door een ander verpleeghuis, wellicht ook met verschillende uitkomsten. Hoewel onderschreven kan worden dat ook locale aspecten in de besluitvorming een rol kunnen spelen in de afweging, lijkt dit argument te zwaar aangezet wanneer daaruit geconcludeerd zou worden dat het niet gewenst is om te streven naar éénvormigheid. Immers, een unieke indicatiestelling per verpleeghuis komt onvoldoende tegemoet aan het principe van een gelijk recht op zorg voor ieder mens. Wel bestaan ons inziens gerechtvaardigde twijfels over de uitdrukking van een indicatie in een optelsom, de toekenning van reële waarden en vrees voor inflexibiliteit. Toch worden ons inziens onvoldoende argumenten aangevoerd tegen procedurele éénvormigheid. Immers, dat het beoordelen van unieke complexe situaties met een tamelijk eenvoudig instrument mislukte, betekent nog niet dat uniformere beoordeling onmogelijk of ongewenst is.

In dit verband kan tenslotte worden opgemerkt dat de NZR-rapportage tegenstrijdig lijkt wanneer in twee verschillende passages wordt gesteld dat gestreefd zou moeten worden naar grotere uniformiteit en verderop, dat het streven naar éénvormigheid niet wenselijk is. Wellicht moet deze tegenstrijdigheid worden opgevat als afspiegeling van de spanning tussen het streven naar professionele autonomie en de ontwikkeling in de gezondheidszorg naar

meer geregementeerde en georganiseerde werkwijzen. Hierbij lijken overigens ook de ervaringen met de indicatie-commissies voor de bejaardenoorden een rol te spelen.

Het lijkt zeer goed denkbaar dat door de gezamenlijke verpleeghuizen uniforme afspraken worden gemaakt over welke soorten informatie worden verzameld, welke criteria van belang zijn, welke werkwijze in grote lijnen wordt gevolgd, welke disciplines betrokken behoren te zijn en hoe verslaglegging en dossiervorming plaatsvindt. Dergelijke uniformiteit tast op zichzelf de autonomie in het besluitvormingsproces geenszins aan, maar versterkt wel een gefundeerde oordeelsvorming en biedt de mogelijkheid tot evaluatie en daarmee van kwaliteitsbewaking.

1.3.1 Het resulterende kader voor onderzoek van indicatiestelling

In ons onderzoek werd de indicatiestelling omschreven als 'het gehele proces van aanvraag tot opname in het verpleeghuis tot aan de eventuele daadwerkelijke opname van de patiënt'. In dit besluitvormingsproces worden verschillende fasen onderscheiden:

1. de fase voorafgaand aan een eventuele aanmelding, terwijl bij betrokkene wel sprake is van verpleging-behoevendheid;
2. de aanmelding van een patiënt bij het verpleeghuis;
3. de informatie-verzameling zowel bij de patiënt, als bij anderen, zoals familie, huisarts of specialist, en andere hulpverleners;
4. de beoordeling van de verpleging-behoevendheid van de betrokkene (de indicatiestelling in engere zin);
5. de beoordeling van de opname-noodzaak in het licht van de draagkracht in de eigen omgeving (de urgentie-bepaling);
6. de beoordeling van de plaatsbaarheid van betrokkene in het licht van de reeds aanwezige patiënten op de afdelingen en

- de belastbaarheid van het verplegend personeel;
7. de resulterende acties vanuit het verpleeghuis na een beslissing over een aanmelding, de activiteit gedurende de wachttijd tot de feitelijke opneming.

De toetsing van de indicatie door de Adviserend Geneeskundige in verband met de AWBZ, wordt beschouwd als een afzonderlijk vraagstuk.

Verpleeghuiszorg werd in de discussienota 'Taak en functie verpleeghuizen' (NZR, 1981) gekarakteriseerd als continue, langdurige, systematische en multidisciplinaire zorg (CLSM-zorg). Hoewel in het 'Beleidsplan' (NZR, 1983) het begrip CLSM-zorg is losgelaten, mag toch worden aangenomen dat de zorg in verpleeghuizen een specifiek karakter heeft en in principe niet door andere voorzieningen wordt geboden. De indicatiestelling draait dan om de vraag of deze zorg optimaal is, afgewogen tegen andere mogelijkheden, voor een gegeven patiënt naar het oordeel van professionele zorgverleners. Hoewel dit steeds een 'professioneel oordeel over een unieke situatie' betreft, mogen daaraan toch voorwaarden of eisen worden gesteld:

- vanuit een gelijk recht op zorg kan worden bepleit dat een gegeven patiënt in verschillende verpleeghuizen een gelijklopend oordeel krijgt;
- de oordeels- en besluitvorming over een patiënt of verpleeghuiszorg gefundamenteerd is, zal inhoudelijk ook een zekere systematiek dienen te hebben en bij voorkeur ook het multidisciplinaire karakter van deze zorg dienen te weerspiegelen;
- duidelijk te interpreteren criteria, maatstaven en procedures;
- bespreekbaarheid van eventueel aangetroffen verschillen binnen een verpleeghuis of tussen verpleeghuizen (evaluatie en kwaliteitsbewaking);
- deskundigheid, niet alleen ten aanzien van de indicatiestelling voor verpleeghuis-opneming, doch ook bekendheid

- met andere voorzieningen;
- het scheppen van waarborgen voor de continuïteit in de indicatiestelling, met name door overdraagbaarheid van informatie en van methodieken.

Opgemerkt kan worden dat de hier geformuleerde voorwaarden overeenkomst vertonen met die welke door de NZR eerder zijn geformuleerd.

De feitelijke ontwikkeling van een meer uniforme indicatiestelling tenslotte is een proces van lange adem. De opvatting van de NZR-commissie dat binnen de verschillende regio's onderling overleg tussen verpleeghuizen op gang gebracht zou moeten worden om tot afstemming binnen de regio te komen, is aantrekkelijk. Bovendien is een dergelijke ontwikkeling binnen een regio in overeenstemming met de gedachte dat de verpleeghuizen binnen een regio gezamenlijk de verantwoordelijkheid dragen voor de zorg voor verpleging-behoevenden.

1.4 Uitwerking tot een vragenlijst

De hiervoor aangeduide onderwerpen werden uitgewerkt tot een vragenlijst die intensief bediscussieerd werd met collega-onderzoekers, met de begeleidingscommissie en met enkele in het veld werkzame functionarissen.

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

In de vragenlijst kunnen een aantal clusters van vragen worden onderscheiden:

- a. Een algemeen gedeelte met enige feitelijke informatie over het betreffende verpleeghuis. Dit behoeft geen toelichting.

- b. Een cluster met vragen over de relaties van het verpleeghuis met de extramurale zorg:
- . stelt het verpleeghuis faciliteiten ter beschikking van andere voorzieningen;
 - . vervullen verpleeghuismedewerkers advies- of consultatie-functies ten behoeve van de extramurale zorg;
 - . vindt er overleg of samenwerking plaats (onderscheiden werden als typen: beleidsmatig/doelmatigheidsbevordering/deskundigheid-gericht/patiënt-gericht) en met welke partners.
- c. Een cluster met overeenkomstige vragen als onder b. ten aanzien van relaties met andere verpleeghuizen en ziekenhuizen. In de vragen over de onderwerpen van overleg en samenwerking lag een zekere 'hiërarchie' besloten (informatie-uitwisseling, patiëntbespreking, afspraken over gedragslijnen, afspraken over samenwerking, onderlinge afstemming van beleid).
- d. Een cluster over de (brede) indicatiestelling:
- . het bestaan van een centraal aanmeldingspunt;
 - . de procedures, fasen en instanties rond de indicatiestelling in bredere zin (open vragen);
 - . de rol van de Adviserend Geneeskundige in de formele indicatiestelling in het kader van de AWBZ;
 - . een beschrijving van de opname-procedure.
- Hier nauw mee verbonden waren vragen over:
- . al dan niet gemeenschappelijke wachtlijsten;
 - . gemiddelde duur van het verblijf op de wachtlijst;
 - . eventuele activiteiten vanuit het verpleeghuis voor wachtenden, familie of hulpverlening.
- e. Een cluster met 'evaluatie-vragen' over de ervaringen met samenwerking en de meer algemene houding ten opzichte van samenwerking.

- f. Een geheel afzonderlijk gedeelte met vragen had betrekking op de samenwerking tussen verpleeghuis en verzorgingstehuis. Deze lijst is afkomstig van een landelijk onderzoek door het Nationaal Ziekenhuis Instituut en (met zeer kleine wijzigingen) opgenomen.

In proefgesprekken werd de vragenlijst op bruikbaarheid getoetst. Hierna werden enkele beperkte veranderingen in formulering aangebracht. Invulling werd geschat op circa een uur.

2. DE ORGANISATIE VAN DE SCHRIFTELIJKE INVENTARISATIE

2.1 Aankondiging en schiftingsenquête

In het voorjaar van 1983 werden de verpleeghuizen door middel van een brief geïnformeerd over het verpleeghuisonderzoek.

Een verschil van mening tussen de Provinciale Contactgroep van de NZR en de Provinciale Griffie leidde aanvankelijk tot enige vertraging van het positieve advies om medewerking te verlenen. Bovendien bleek het NZI in dezelfde periode een landelijk onderzoek te starten met een zekere overlapping en een sterk overeenkomstige opzet. In onderling overleg werd besloten om - ten aanzien van de Brabantse verpleeghuizen - de vragenlijsten zo goed mogelijk te integreren, opdat voorkomen zou worden dat dubblures zouden optreden.

In de NZI-opzet voor het landelijke onderzoek werd in het voorjaar van 1983 aan de verpleeghuizen een aankondiging gestuurd met een antwoordstrookje of het betreffende verpleeghuis wel - dan niet samenwerkte met een verzorgingstehuis (het zogenaamde schiftingsonderzoek). Hierdoor werd het mogelijk om (voor wat betreft de samenwerking met verzorgingstehuizen) met twee afzonderlijke en gerichte vragenlijsten te werken. Ook in het NIPG-onderzoek is deze splitsing gebruikt.

De verpleeghuizen kregen eind september 1983 een tweede aankondiging, waarin ook de combinatie van beide vragenlijsten werd toegelicht. Tevens kon het advies van de Provinciale Contactgroep van de NZR om mee te werken worden vermeld.

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

In regionale bijeenkomsten van verpleeghuisdirecties werd het NIPG door de Provinciale Contactgroep van de NZR in de gelegenheid gesteld om het onderzoek kort toe te lichten en om eventuele vragen te beantwoorden. De vragenlijst werd medio oktober 1983 verzonden. Ongeveer de helft van de vragenlijsten werd geretourneerd vóór het uitbreken van de poststaking. Eind november werden verpleeghuizen die nog geen vragenlijst teruggezonden hadden, telefonisch benaderd met de vraag of zij een gesprek wensten met de onderzoekers. Uit deze contacten bleek dat de poststaking gedeels de oorzaak van de vertraging was. Tevens bleek dat een aantal verpleeghuizen in deze periode met zeven (!) verschillende vragenlijsten geconfronteerd was.

2.2 Respons en verwerking

Begin januari 1984 ontbrak één vragenlijst van een verpleeghuis dat medewerking toegezegd had. Op verzoek van de Begeleidingscommissie werden begin 1984 drie verpleeghuizen die niet meededen opnieuw benaderd (telefonisch) met het verzoek alsnog mee te werken. Een verpleeghuis stuurde alsnog de vragenlijst terug, waarmee de respons op 29 vragenlijsten kwam.

De niet-medewerkende verpleeghuizen zijn beide somatische huizen, gelegen in twee verschillende regio's. Voor de volledigheid zij voorts vermeld dat twee andere verpleeghuizen niet in het onderzoek zijn betrokken omdat sprake is van een zeer specifieke functie met een sterk afwijkend patiëntenbestand.

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

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

De vragenlijsten zijn op de hand verwerkt voor wat betreft voor-structureerde antwoorden op staten per regio per verpleeghuissoort, waarna somming kon plaatsvinden. De open antwoorden werden samengevat in steekwoorden, waarna zo goed mogelijk een ordening plaatsvond. In enkele gevallen werd de vragenlijst slechts ten dele ingevuld. Dit leidt ertoe dat soms een afwijkend totaal aantal verpleeghuizen is gerekend.

2.3 Beperkingen van de resultaten

Hoewel er veel gegevens werden verkregen, bleek de inventarisatie door middel van deze vragenlijst toch een aantal beperkingen te hebben.

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

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

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

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

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

- met de pen dan een ander;
- er is (met name op grond van de latere interviews) aanleiding om sommige antwoorden wat te relativiseren: sommige verpleeghuizen zijn minder bescheiden dan andere.

Sommige vragen zijn - vanuit 'technisch oogpunt' bezien - onvoldoende scherp toegespitst. De formulering is hier en daar wellicht te gecompliceerd geworden.

Toch ontstaat de indruk dat er naast gebreken van de vragenlijst ook een inhoudelijke oorzaak aan de problemen ten grondslag ligt: a. er bestaat een veelheid aan 'unieke werkwijzen'; b. bovendien bestaat er weinig eensgezindheid over de inhoud van bepaalde begrippen.

In de verwerking bleken enkele antwoorden aanleiding te geven tot interpretatie-problemen. Bijvoorbeeld valt op, dat een groot aantal directeuren deelneemt aan de huisbezoeken, aan de 'indicatiestelling', aan de besluitvorming over de opname-noodzaak enzovoorts. Dit lijkt niet de meest voor de hand liggende taak als directeur, en wordt pas begrijpelijk wanneer blijkt dat sprake is van een gecombineerde functie als directeur én verpleeghuisarts. Ook hier lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat in het veld niet overal duidelijkheid bestaat over onderscheidbare functies.

3. DE INVENTARISATIE VAN RELATIES VAN VERPLEEGHUIZEN

3.1 Overleg of samenwerking met extramurale voorzieningen

In de vragenlijst werd in zes vragen gepoogd een beeld te krijgen van de relatie met aansluitende extramurale voorzieningen (huisarts, wijkverpleging, gezins- en bejaardenzorg en maatschappelijk werk), alsmede met het gecoördineerd bejaardenwerk en met de ambulante geestelijke gezondheidszorg en/of GG en GD.

In de vraagstelling ligt een zekere rangordening van samenwerkingssituaties besloten, lopend van 'vrijblijvend' (algemene informatie-uitwisseling of simpel beschikbaar stellen van materiële faciliteiten) tot meer ingrijpend geachte samenwerking met gevolgen voor patiënten of voor het eigen gedrag of beleid. Door de gekozen vraagstelling in de enquête is het achteraf niet mogelijk om na te gaan of een verpleeghuis per overleg-partner afzonderlijk overleg pleegt, of in een breed samengestelde groep.

De resultaten worden weergegeven in tabel 1.

Uit de tabel komt het volgende beeld naar voren:

1. Ruim de helft van de verpleeghuizen wisselt min of meer regelmatig informatie uit met extramurale voorzieningen. In deze situaties zijn huisartsen het vaakst betrokken, maar ook andere soorten van zorgverlening doen mee.
2. Ook bespreking van probleemsituaties rond opname of ontslag wordt door ongeveer de helft van de verpleeghuizen genoemd als onderwerp waarover overleg plaatsvindt, vooral met huisarts, maatschappelijk werk en wijkverpleging.
3. In iets mindere mate komt overleg voor met de extramurale zorg om opname te voorkómen of te bekorten.
4. De overige onderwerpen - gebruik van faciliteiten, gezamenlijke activiteiten en gezamenlijke afstemming van standpunten - komen betrekkelijk weinig voor.

Tabel 1. Door 28 verpleeghuizen gerapporteerde relaties per onderwerp van overleg, weergegeven per extramurale overlegpartner*.

onderwerp van overleg	overleg- partners	huis- arts	maat- schap- pelijk werk	wijk- ver- ple- ging	gezins- bejaar- den- zorg	gecoör- dineerd bejaar- denwerk	AGGZ; SPD/ SGD	totaal
<u>uitwisseling van informatie over mogelijkheden en onmogelijkheden van het verpleeghuis, c.q. andere voorzieningen</u>		15	11	13	10	8	10	67
<u>bespreking van bepaalde probleemsituaties rond opname of ontslag</u>		15	12	11	5	3	8	54
bespreking van mogelijkheden <u>om een opname te voorkómen</u> of te bekor- ten		12	5	10	5	3	7	42
<u>het gebruik van de mid- delen of faciliteiten van één van de voorzieningen door anderen</u>		8	4	5	3	2	5	27
<u>de aanpak van een geza- menlijke activiteit of project (bijvoorbeeld tijdelijk)</u>		2	2	5	3	1	3	16
<u>gezamenlijke afstemming van standpunten in ver- band met beleidszaken en planning</u>		2	2	3	3	3	5	18
gesommeerd		54	36	47	29	20	38	224

* Het aantal in elke cel geeft aan hoeveel van de 28 verpleeghuizen de betref-
fende mogelijkheid aangekruist hebben.

- De huisartsen lijken relatief ruim vertegenwoordigd in de overleg situaties, evenals de wijkverpleging en de geestelijke gezondheidszorg en het algemeen maatschappelijk werk.

Het gecoördineerd bejaardenwerk en de gezins- en bejaardenzorg zijn wat minder vaak betrokken.

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

Zeven verpleeghuizen hebben zeer veel onderwerpen en disciplines aangekruist.

3.2 Overleg of samenwerking tussen verpleeghuis en verzorgingstehuis

In de vragenlijst kreeg de eventuele samenwerking tussen verpleeghuis en verzorgingstehuis bijzondere aandacht. De vragen waren vrijwel identiek aan de vragenlijst welke door het NZI in het landelijk onderzoek is verzonden.

Bij verwerking bleken zes lijsten geheel niet, of gedeeltelijk bruikbaar, daar zij niet of zeer ten dele waren ingevuld.

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

- a. Een tiental verpleeghuizen maakt melding van een bestuurlijke en/of organisatorische combinatie met één of meer verzorgingstehuizen. Meestal is hun onderlinge afstand geografisch zeer gering of liggen zij op één terrein. In een viertal verpleeghuizen hiervan is sprake van een zodanig groot aantal gezamenlijk uitgeoefende functies, dat wellicht over een gedeeltelijke organisatorische integratie kan worden gesproken.

- b. De 'keuze van de partner' in het samenwerkingsverband vloeit meestal voort uit de combinatie zelf: een bestuursvorm die verschillende instellingen overkoepelt (9 maal). Andere overwegingen zijn de geografische nabijheid (7 maal) en de persoonlijke relatie die bestaat tussen functionarissen (6 maal).
- c. Als belangrijkste doelen komen naar voren de verbetering van de directe zorg voor de patiënt en de wederzijdse afstemming van functies (17 maal). Bedrijfsdoelmatigheid en beleidsontwikkeling zijn doelen die door ongeveer de helft van de respondenten eveneens als doel worden genoemd.
- d. Het overleg heeft vaak betrekking op opname of ontslag van patiënten (14 maal), over bepaalde probleem-patiënten, over gezamenlijke faciliteiten en over afstemming van standpunten en beleid (10 maal).
- e. Ten aanzien van de indicatiestelling en urgentiebepaling wordt door elf verpleeghuizen overleg vermeld.
Door vijftien verpleeghuizen wordt een plaatsingsoverleg genoemd, hetgeen in zeven situaties dezelfde overlegsituatie is als voor de indicatiestelling. Ten aanzien van de opnameprocedure wordt door tien verpleeghuizen overleg gepleegd, overigens opnieuw overlappend met plaatsingsoverleg (6 maal).

3.3 Relaties met ziekenhuizen

Vanuit het verpleeghuis worden zes maal vaste consultatieve relaties met algemene en psychiatrische ziekenhuizen genoemd.

De meeste verpleeghuizen hebben vaste medisch-specialistische consulentenschappen. Gemiddeld betreft het bijna drie klinische specialismen en twee 'overige' academici (apotheker, tandarts en ook radiologen komen vrij veel voor), afkomstig uit gemiddeld twee verschillende ziekenhuizen uit de omgeving. In feite wordt dit beeld nogal vertekend, doordat een zeven-tal verpleeghuizen

op één terrein met, of in de zeer nabije omgeving van een algemeen ziekenhuis ligt. (Meestal werd door deze verpleeghuizen opgemerkt dat 'alle specialismen te consulteren zijn gezien de na-

Tabel 2. Door 29 verpleeghuizen gerapporteerd overleg met algemene ziekenhuizen, weergegeven per onderwerp en de functie van de overleg-partners(s)*.

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

* De getallen per cel duiden het aantal verpleeghuizen aan dat de betreffende mogelijkheid aangekruist heeft. Dit betekent dat overlappings bestaan als uit een ziekenhuis verschillende functionarissen bij overleg betrokken zijn.

** (MW): Maatschappelijk werkenden.

*** (lab): Laboratorium.

bijheid', zonder de specialismen aan te kruisen.) Een laatste opvallend gegeven is dat de betreffende consulenten slechts in een beperkt aantal gevallen patiënten bezoeken, of spreekuur houden in het verpleeghuis zelf: veelal wordt de patiënt tóch in het ziekenhuis verwacht.

De consulentschappen blijken overwegend activiteiten te zijn vanuit de specialist als 'vrije ondernemer': overleg of samenwerking met een ziekenhuis wordt in elf gevallen door verpleeghuizen aangegeven. Enkele verpleeghuizen gaven een ontkennend antwoord, maar kruisten wel inhoudelijke onderwerpen aan.

De onderwerpen van overleg en daaraan deelnemende functionarissen werden de volgende resultaten gevonden (zie tabel 2).

Samengevat is het beeld uit deze inventarisatie:

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

3.4 Relaties tussen verpleeghuizen onderling

Vier somatische verpleeghuizen maken melding van een consultatieve relatie met een psycho-geriatrisch verpleeghuis.

In tabel 3 wordt enig licht geworpen op overleg-situaties tussen verpleeghuizen onderling.

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

Tabel 3. Door 29 verpleeghuizen gerapporteerde relaties met een ander verpleeghuis per onderwerp van overleg, weergegeven per functie-categorie van de overleg-partner

<div> <div>functie van overleg-partner</div> <div>onderwerp van overleg</div> </div>	door directie	door artsen/therapeuten	door verpleging	door interne diensten afdelingen	totaal
- afspraken over het opnamebeleid van verpleeghuizen in de regio	10	12	1	1	24
- afspraken over taakverdeling en/of afstemming van functies	12	5	-	1	18
- gemeenschappelijke indicatiestelling en/of urgentiebepaling	1	3	-	1	5
- plaatsingsoverleg met andere verpleeghuizen	3	12	2	2	19
- samenwerking op het gebied van opleiding en/of deskundigheidsbevordering	17	13	16	3	49
- gezamenlijk gebruik van bepaalde diensten en/of faciliteiten	8	4	4	2	18
- afspraken over gezamenlijke standpuntbepaling inzake beleidsvragen	22	12	9	3	46
totaal gesommeerd	73	61	32	13	179

* De getallen per cel duiden het aantal verpleeghuizen aan dat de betreffende mogelijkheid heeft aangekruist.

4. DE BEREKENING VAN SAMENWERKINGSSCORES

4.1 Berekeningswijze

In de vragenlijst zijn overeenkomstige uitspraken opgenomen, betreffende onderwerpen, ten aanzien waarvan overleg of samenwerking bestaat tussen verpleeghuis en eerste lijn, verzorgingstehuis, algemeen ziekenhuis of verpleeghuis. Het betreft algemene informatie-uitwisseling en gezamenlijke standpuntbepaling, overleg over bepaalde problemen rond patiënten en over opname of ontslag, consultatie en samenwerking ten aanzien van opleidingen en gezamenlijk gebruik van faciliteiten. Op grond van de beantwoording werd een samenwerkingsscore berekend, de zgn. S-score.

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

Per verpleeghuis werden de vragen eerst gegroepeerd naar samenwerking met de eerste lijn en met verzorgingstehuizen tegenover samenwerking met andere verpleeghuizen en met ziekenhuizen. Hierna werden de scores gesommeerd per groep en voor de intramurale en extramurale zorg te zamen. Beide groepen bevatten 14 onderwerpen van overleg of samenwerking welke aangekruist kunnen worden.

Om tot regio-vergelijking over te kunnen gaan werden de verpleeghuisscores per antwoord gesommeerd en vervolgens gedeeld door het aantal verpleeghuizen. Aldus ontstonden regio-gemiddelden per uitspraak, weergegeven in tabel 4.

Voor de provincie als geheel werd dezelfde werkwijze toegepast, zodat het provinciale gemiddelde tevens het gewogen gemiddelde

Tabel 4. Opbouw en resultaat van samenwerkingsscores, weergegeven per onderwerp van overleg en somscores, als gemiddelde van de verpleeghuizen in de sub-regio's, alsmede de gewogen gemiddelden voor alle betrokken verpleeghuizen in de provincie Noord-Brabant*

onderwerp van overleg	subregio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant
OPENHEID									
a. ruimte		/	.5	.7	/	.3	.3	1.0	.30
b. maaltijden		.5	.5	.3	.2	.7	.7		.46
c. therap. fac.		1.0	.3	.3	.2	.3	.3		.35
d. deskundigheid		.5	.2	.7	.2	.3	.3		.31
e. overig (5)			.2	.3		.3	.3		.16
gem. score		.4	.4	.5	.1	.4	.4	.2	.31
EXTRAMURAAL									
1. Overleg: alg.		1.0	.3	1.0	.5	.7	.7	1.0	.61
2. standpuntbep.		.5	.2	.7	.3	.3	.3	1.0	.35
3. middelen-gebr.		/	.2	.7	.3	.3	.5	1	.34
4. gez. projekt		1.0	.2	.3	.3	.7	.3	1	.38
(5) pat. problemen		1.0	.3	1.0	1.5	.5	.8	1	.73
(6) opn. preventie		1.0	.2	1.0	1.0	.7	.8	1	.58
7. consultatie		.3	.4	.6	.4	.4	.4	.3	.38
1. VP/VZ info		.5	.3	.3	.2	.3	.5	/	.38
2. beleid		.5	.5	/	.5	.3	.5	/	.46
(3) probleem pat.		.5	.3	.3	.5	.3	.3	/	.42
(4) opn./ontslag		/	.5	.3	.7	.7	.5	/	.58
5. opleiding		/	.3		.2	/	.2	/	.23
6. faciliteit		.5	.5	.3	.2	.3	.3	/	.42
Somscore I		7.7	4.6	7.1	5.6	6.6	6.3	6.5	6.1
INTRAMURAAL									
1. consult		/	/	/	.2	.4	.7	1	.16
2. VP/VP beleid		.5	.8	1.0	.8	.7	1.0	1	.85
3. functie		/	.3	.7	.2	.7	.8	1	.46
(4) indicatie		/	/	/	.3	/	.3	1	.15
(5) plaatsing		/	.3	(.7)	.7	(.3)	.8	/	.42
(6) opn. beleid		/	/	(.7)	.5	.3	.7	1	.35
7. opleidingen		1.0	1.0	.3	1.0	.7	.8	1	.88
8. faciliteiten		.5	.7	/	.8	(.3)	.5	1	.5
1. VP/Zhs info		.5	.2	.7	.2	.7	.7	1	.5
2. beleid		1.0	.2	.7	.5	.3	.8	1	.5
(3) probleem-pat.		1.0	.2	.7	.5	.3	.3	1	.34
(4) opn./ontslag		1.0	/	.7	.7	.7	.7	1	.5
5. opleidingen		.5	/	.3	.2	/	/	/	.71
6. faciliteiten		.5	.2	.3	.2	.7	.5	/	.38
Somscore II		6.5	3.8	5.3	6.8	5.5	8.6	11	6.07
Somscore I + II		14.2	8.4	12.4	12.4	12.1	14.9	17.6	12.17

* De deelscores per cel geven het berekende gemiddelde aantal relaties per onderwerp aan, met een maximale waarde van 1 (dat wil zeggen alle verpleeghuizen).

van de regio's is, uitgedrukt als een percentage positieve antwoorden in verhouding tot alle antwoorden.

In de vergelijking van de regionale samenwerkingsscores valt de relatief lage score in regio II op, vooral ook in contrast met de hoge score in regio I. De eveneens hoge score, met name intramuraal, in regio VII kan worden verklaard door de specifieke situatie ter plaatse. Bovendien betreft het twee vragenlijsten. Wanneer de samenwerkingsscore voor de eerste en de tweede lijn afzonderlijk wordt gezien, dan valt op dat in de regio's I, II, III en V het accent ligt op de relaties met de eerste lijn, terwijl in de regio's IV, VI en VII het contact met de tweede lijn sterker is aangezet.

4.2 Nadere beschouwing van de samenwerkingsscores

a. Verpleeghuizen naar bedbestemming

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

Tabel 5. Verdeling van hoge, respectievelijk lage samenwerkings-scores over de somatische, psycho-geriatrische en gecombineerde verpleeghuizen*

type verpleeghuis \ categorie score	hoge score	lage score	totaal
somatische verpleeghuizen	6	6	18
psycho-geriatrisch	5	1	7
gecombineerd	4	-	5
totaal	15	7	29

* Als lage score werden alleen die gerekend, die meer dan 50% onder het provinciale gemiddelde lagen, hetzij voor de intramurale, hetzij voor de extra-murale zorg of voor beide.

b. Samenwerking naar partnerkeuze

Van de verpleeghuizen met een samenwerkingsscore boven het provinciale gemiddelde valt op dat de score vaak hoog is, zowel voor de extra-murale als voor de intramurale zorg. Dit doet vermoeden dat de samenwerkingsscore een aanwijzing is voor een opener houding of beleid in het algemeen, in de betreffende verpleeghuizen.

Tabel 6. Verdeling van 15 somatische, psycho-geriatrische en gecombineerde verpleeghuizen met een relatief hoge score, naar gerichtheid op extramurale en intramurale voorzieningen

gerichtheid van samenwerking \ type ver- pleeg- huis	soma- tisch	psycho- geriatrisch	gecombi- neerd	totaal
vooral extra- muraal gericht	1	1	-	2
vooral intra- muraal gericht	-	1	2	3
beide: extra- en intramuraal	5	3	2	10
totaal	6	5	4	15

c. Samenwerkingspartner en onderwerpen vergeleken

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

Voor de gehele extramurale en intramurale zorg werd voorts gevraagd naar de consulentschappen (vast), terwijl voor de extramurale zorg ook 'ad-hoc' advisering/consultatie werd gescoord, als deskundigheid gerichte vorm van contact.

Tabel 7. Percentage verpleeghuizen betrokken bij overleg per onderwerp, onderscheiden naar extramurale zorg, verzorgingstehuis, andere verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen*

type voorzieningen in het overleg onderwerp van overleg	extra- muraal le lijn	verzor- gings- tehuis	intra- muraal verpleeg- huis	zieken- huis
(a) Beleid: -informatief -standpunt- bepaling	.62 } .35 } .49	.39 } .46 } .43	.46 } .85 } .66	.50 } .50 } .50
(b) Bedrijfsmatig: -opl. gezamen- lijke facili- teiten	.39 } .35 } .37	.23 } .42 } .33	.89 } .52 } .71	.08 } .39 } .24
(c) Patiënt:-probleemge- richt -opname/ont- slag	.73 } .58 } .66	.42 } .58 } .50	.15 } .42 } .31	.35 } .50 } .43
(d) consultatief:	.53	.35		.31

* De hoogste score per cel is 1.00 indien alle verpleeghuizen over het betreffende onderwerp met de betreffende voorziening overleggen.

Duidelijk is uit tabel 7 dat samenwerking met de extramurale voorzieningen sterker gericht is op patiënt-gebonden vraagstukken (bepaalde problemen, respectievelijk opname/ontslag van patiënten) en op consultatie, terwijl de samenwerking met intramurale voorzieningen sterker gericht is op beleidsvraagstukken en op bedrijfsmatige mogelijkheden (gezamenlijke opleiding en gebruik van faciliteiten).

Nadere beschouwing van de aard van de consultatieve relaties leert dat consultatieve relaties vooral vóórkomen ten behoeve van het verzorgingstehuis. Ook het gecoördineerd bejaardenwerk wordt vrij vaak genoemd. Consultatieve relaties met ziekenhuis of ande-

re verpleeghuizen komen beide minder voor, hetgeen overigens mede kan worden verklaard doordat er eenvoudigweg minder van deze organisaties voorkomen dan organisaties in de extramurale zorg.

5. INVENTARISATIE VAN DE WERKWIJZEN BIJ DE INDICATIESTELLING

5.1 Inleiding

In het onderzoek wordt met name gezocht naar de mogelijke invloed van samenwerking op het proces van indicatiestelling tot (eventuele) opneming.

In navolgende paragrafen wordt stapsgewijs ingegaan op beschrijving van eventuele 'preventieve activiteiten', de aanmelding, de inwinning van informatie, de oordeels- en besluitvorming (indicatie, urgentie), eventuele stappen van het verpleeghuis (wachtrij, eventuele begeleiding) en de feitelijke plaatsing en opneming. Op grond van de bevindingen werd een meer specifieke samenwerkingsscore berekend voor overleg over de indicatiestelling.

5.2 Openheid van het verpleeghuis voor zijn omgeving

Gevraagd werd in hoeverre het verpleeghuis faciliteiten beschikbaar stelt voor andere vormen van zorg of andere gebruikers dan de eigen patiënten, als een maat voor de 'openheid en ondersteuning' aan de eerste lijn. Minder dan de helft van de verpleeghuizen (13) verzorgt een maaltijd-voorziening voor extramurale doeleinden (bejaarden in de omgeving). Wel moet hierbij worden bedacht dat de verpleeghuizen in negentien gemeenten liggen. Het is begrijpelijk dat in één gemeente niet twee verpleeghuizen naast elkaar dezelfde warme maaltijdvoorziening zullen verzorgen. In acht verpleeghuizen wordt ruimte beschikbaar gesteld voor activiteiten voor niet-patiënten.

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

Het vervullen van een vaste consultatie-relatie met andere voorzieningen is een mogelijkheid om de specifieke deskundigheid ook ter beschikking te stellen van andere voorzieningen. Vanuit het verpleeghuis bestaan vaste consultatieve of advies-relaties met:

- gecoördineerd bejaardenwerk (6 maal),
- ambulante geestelijke gezondheidszorg (4 maal),
- overige eerste lijns-voorzieningen (3 maal),
- verzorgingstehuis/bejaardenoord (19 maal).

Gezien het aantal verzorgingstehuizen in Brabant, namelijk meer dan 150, moet worden aangenomen dat het merendeel hiervan niet kan beschikken over een consultatieve relatie met een verpleeghuisarts.

5.3 De aanmelding

In principe kan iedereen een patiënt voor opname aanmelden. Echter een verklaring van de huisarts of medisch specialist is voor een opname noodzakelijk. In de praktijk vindt aanmelding dan ook meestal plaats door de huisarts of medisch specialist (vaak via het ziekenhuis-maatschappelijk werk).

Hoewel slechts enkele verpleeghuizen hiervan melding maakten, hebben vrijwel alle verpleeghuizen een aanmeldingsformulier. In enkele regio's is het aanmeldingsformulier gezamenlijk ontwikkeld voor de verpleeghuizen.

In drie regio's werd melding gemaakt van een centraal aanmeldingspunt voor psycho-geriatrische patiënten. Voor somatische patiënten is dat nergens het geval.

5.4 Informatie-inwinning

Reeds bij aanmelding wordt vaak door de behandelend arts informatie verstrekt over de achtergronden van de aanmelding: de toe-

stand van betrokkene en de sociale omstandigheden.

Door negentien verpleeghuizen wordt melding gemaakt van een bezoek aan de patiënt na de aanmelding, thuis of in de instelling waar de betrokkene verblijft (ziekenhuis of verzorgingstehuis). Aangenomen mag worden dat dit bezoek aan betrokkene in de praktijk ook door de overige verpleeghuizen plaatsvindt. Het bezoek wordt in de meeste gevallen afgelegd door een verpleeghuisarts (vaak tevens directeur) of medisch maatschappelijk werkende. Indien twijfel bestaat over de aard van de patiënt vindt een gezamenlijk bezoek plaats of vindt een tweede bezoek plaats. De maatschappelijk werkende stelt vaak een sociaal rapport op over de betrokkene en de situatie.

Het huisbezoek vervult - naast beeldvorming over de patiënt - ook de functie om de patiënt en/of familie informatie te verschaffen over het verpleeghuis.

Enkele verpleeghuizen maken melding van inwinning van aanvullende informatie bij hulpverleners buiten het verpleeghuis (met name bij de huisarts, maar ook wijkverpleging en gezins- en bejaardenzorg worden wel genoemd). Een viertal verpleeghuizen noemt voorts een 'screening' of 'observatie' als middel om tot een beeld van de patiënt te komen.

5.5 Oordeelsvorming

De beoordeling van de patiënt op basis van de ingewonnen informatie vindt in twintig verpleeghuizen plaats in een - meer of minder uitgebreide - 'opname-commissie' plaats. In vier verpleeghuizen neemt de verpleeghuisarts/directeur de beslissing en bestaat géén gestructureerd intern overleg.

In één regio is sprake van een gezamenlijk 'intake-team' voor psycho-geriatrische patiënten, waarin ook functionarissen van buiten de verpleeghuizen zitting hebben.

De oordeels- en besluitvorming over aangemelde patiënten verschilt in reikwijdte:

- In alle verpleeghuizen wordt expliciet een oordeel gegeven over de verpleging-behoevendheid van de patiënt de (opname-)indicatie. Enkele verpleeghuizen gaan er overigens vanuit dat de opname-indicatie feitelijk al door de behandelend arts is gesteld en slechts expliciet wordt bekrachtigd.
- In de meeste verpleeghuizen leidt een opname-indicatie niet noodzakelijk tot een besluit om daadwerkelijk op te nemen, aangezien andere mogelijkheden adequaat geacht worden (bijvoorbeeld mantelzorg plus eerste lijn). Een tweede oordeel, namelijk over de opname-noodzaak vindt dan plaats. De urgentie-bepaling - meer dan de indicatie-stelling - berust onder andere op een inschatting van de 'draagkracht' van de verzorgende omgeving (mantelzorg, eerste lijn). Overigens is de vaststelling van de opname-noodzaak niet scherp onderscheiden in sommige verpleeghuizen. Opmerkelijk is voorts, dat enkele verpleeghuizen wel een oordeel geven over de urgentie, maar dat een hoge urgentie niet leidt tot voorrang in de volgorde van opname.
- In enkele verpleeghuizen strekt de besluitvorming zich naast de indicatiestelling en urgentiebepaling nog uit tot één stap verder: een voorlopig behandelplan of oordeel over gewenste plaatsing (bijvoorbeeld een bepaalde afdeling) en/of voorlopige - tijdelijke - oplossing in afwachting van het vrij komen van een plaats (bijvoorbeeld dagbehandeling).

5.6 Resulterende acties

Na deze besluitvorming vindt opname daadwerkelijk plaats nadat

aan drie voorwaarden is voldaan:

1. er komt een (geschikte) plaats in het verpleeghuis vrij;
2. het oordeel van de opname-commissie wordt onderschreven door de Adviserend Geneeskundige van het verbindingskantoor voor de AWBZ, waaruit de verpleeghuisopname in belangrijke mate wordt gefinancierd (op dit punt wordt nog teruggekomen);
3. de patiënt wil ook inderdaad worden opgenomen. (Dit klinkt wat merkwaardig, maar in de praktijk komt het nogal eens voor dat de betrokkene zelf niet opgenomen wil worden, of dat de familie de patiënt niet wil laten gaan. In zo'n geval is de aanmelding als het ware bedoeld als een voorzorgsmaatregel en garantie dat een spoedige opname plaatsvindt wanneer de situatie niet langer houdbaar is.)

Wanneer het aantal aanmeldingen groter is dan het aantal beschikbare plaatsen, wordt een wachtlijst opgesteld. Het gemiddeld aantal aangemelde patiënten op de wachtlijst - en daarmee ten dele samenhangend de gemiddelde wachttijd - verschilt sterk tussen verpleeghuizen. Met name het aantal wachtenden (en de duur alvorens men wordt opgenomen) voor psychogeriatrische verpleeghuizen is aanzienlijk (een duur van meer dan een jaar is geen uitzondering!).

In vier regio's wordt door enkele verpleeghuizen melding gemaakt van overleg over patiënten op de wachtlijst of een gezamenlijke wachtlijst. De informatie over de wachtlijsten is zo verschillend, dat aangenomen moet worden dat sprake is van zeer uiteenlopende interpretaties van het begrip wachtlijst.

Voordat opname kan plaatsvinden is officieel een formele indicatie en machtiging van de Adviserend Geneeskundige nodig. In de praktijk echter blijkt, dat ongeveer de helft van de verpleeghuizen deze formele indicatie pas aanvraagt nadat feitelijk de opname heeft plaatsgevonden. Een uitzondering hierop wordt gevormd door de verpleeghuizen met (soms ten dele) psycho-geriatrische

bedden: in vrijwel al deze gevallen wordt vooraf een machtiging aangevraagd.

Enkele verpleeghuizen maken melding van overleg tussen Adviserend Geneeskundige en verpleeghuis over op te nemen patiënten, dit lijkt echter vrij uitzonderlijk te zijn.

Enkele verpleeghuizen maken melding van ondersteunende of begeleidende activiteiten ten behoeve van de aangemelde patiënt of diens omgeving gedurende de wachttijd voorafgaand aan opname als incidentele activiteit.

Tenslotte een opmerking over de criteria welke door de verpleeghuizen worden gehanteerd voor de indicatiestelling, de urgentiebepaling en de plaatsingsvolgorde: het merendeel van de verpleeghuizen beantwoordde deze vraag uiterst summier of in het geheel niet. In zoverre echter een antwoord werd geformuleerd was er weinig overeenkomst tussen verpleeghuizen. Enkele verpleeghuizen stellen dat de gedane aanmelding en de formele indicatie ingevolge de AWBZ de enige criteria zijn. Andere verpleeghuizen noemen een lange lijst van aandoeningen of de gebruikte beoordelingsinstrumenten (ADL-score, BOP-schaal, 'psychologisch onderzoek').

De uiteenlopende wijze van beantwoording van de vragen over de indicatiestelling en opname-procedure benadrukt de wenselijkheid van een verdere uitdieping in de interview-fase.

5.7 Samenwerking rond de processen van aanmelding tot opneming

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

- een centraal aanmeldingspunt van de gezamenlijke verpleeghuizen werd in drie regio's ten aanzien van psycho-geriatrische patiënten aangetroffen;
- samenwerking op het gebied van de beoordeling (de indicatie en vaststelling van de urgentie), vindt in één regio plaats ten aanzien van psycho-geriatrische patiënten;
- samenwerking op het gebied van de plaatsing komt zelden of nooit voor;
- het hanteren van een gezamenlijke wachtlijst voor de verpleeghuizen komt niet voor doordat de voorkeur van de patiënt prioriteit heeft; wel informeren verpleeghuizen elkaar soms over de aanmeldingen;
- begeleiding ten behoeve van geïndiceerde patiënten of hun omgeving (dat wil zeggen familie en/of eerste lijn) gedurende de wachttijd voorafgaand aan de daadwerkelijke opname vindt slechts incidenteel vanuit verpleeghuizen plaats.

Geconcludeerd kan worden dat er weinig sprake is van onderlinge samenwerking of afstemming tussen verpleeghuizen ten aanzien van de indicatiestelling.

Met het oog op de selectie van een aantal verpleeghuizen die nader geïnterviewd zullen worden in het tweede deelonderzoek, werd uit de samenwerkingsscores een aantal vragen gegroepeerd over onderwerpen waarvan verwacht wordt dat zij van invloed zijn op de indicatiestelling. Hiermee werd een zgn. i-score berekend.

De i-score vormt een deelscore van de samenwerkingsscore en is berekend op basis van de scores zoals weergegeven in de betreffende tabel 4. Hiertoe zijn de volgende items berekend: I.a t/m I.e (OPENHEID), II.5 en II.6 (patiënt-problemen en preventie van opname EXTRAMURAAL); III.3 en III.4 (probleem-patiënten en opname/ontslag VERZORGINGSTEHUIS); IV.4, IV.5 en IV.6 (indicatiestelling, plaatsing, opname-beleid VERPLEEGHUIZEN) en tenslotte V.3 en V.4 (probleem-patiënten en opname/ontslag ZIEKENHUIZEN).

De i-scores zijn per verpleeghuis per voorzieningssoort weergegeven in tabel 8.

Tabel 8. Deelscore per verpleeghuis ten aanzien van openheid, overleg met verschillende voorzieningen over preventie en over opname/ontslag, gesommeerd tot i-score, alsmede de totale samenwerkingsscore

ver- pleeghuis	deel- score	openheid	extra- muraal	verzorgings- tehuis	verpleeg- huizen	zieken- huis	I-score	S-score
a*		.5	2	2	-	2	6.5	16.9
b*		2.5	2	-	-	2	6-5	11.9
c		-	-	-	-	(1)	(1)	7.0
d		-	-	2	-	-	2	9.9
e		-	-	2	-	-	2	6.1
f		-	-	-	-	-	-	1.5
g		-	(1)	1	1	-	2 (/3)	11.2
h**		1	2	2	1	-	6	16.8
i		3	2	2	(2)	-	7 (/9)	15.1
j*		-	2	-	-	2	7	13.7
k**		1.5	2	.	.	2	5.5	9.5
l		1	2	2	1	2	8	15.5
m		2.5	1	1	.	1	5.5	10.9
n		2.5	-	2	-	2	6.5	10.0
o		1	-	-	2	-	3	5.0
p**		3	2	2	3	2	12	24.0
q**		3	2	-	3	-	8	11.0
r		1	2	1	-	2	6	18.7
s		-	2	2	1	1	6	15.8
t**		.5	(1)	-	-	-	.5 (1/5)	2.7
u		3	2	-	3	-	8	10.5
v		1.5	2	-	1	2	6.5	8.5
w		1.5	2	.	1	2	6.5	17.8
x*		2	2	2	3	-	9	17.8
y*		1	-	2	1	1	5	14.7
z**		2	2	1	2	1	8	19.7
p)								
Q)		3	2	-	2	2	9	18.7
R		(1)	-	-	1	2	3 (/4)	9.5

* Gecombineerde verpleeghuizen.

** Psycho-geriatrische verpleeghuizen.

6. PRIORITEIT, HOUDING, ERVARINGEN EN TOEKOMST-PERSPECTIEVEN

6.1 De ervaringen met samenwerking

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

De ervaring met samenwerking laat zich uit tabel 9 aflezen:

Tabel 9. Weergave van de oordelen van 29 verpleeghuizen over het nut van overleg met extramurale en intramurale voorzieningen, alsmede met verzorgingstehuizen*

oordeel over overleg overleg- partner	extramuraal	intramuraal	verzorgingstehuizen
zelden zinvol	1	3	-
nauwelijks zinvol voor ons	-	1	-
baat niet/schaadt niet	1(4)**	-(1)**	1
de moeite waard	7	9	10
kan niet zonder	13	13	-
respondenten	22	25	16

* Het getal in de cellen duidt op het aantal verpleeghuizen dat de betreffende mogelijkheid heeft aangekruist.

** Enkele verpleeghuizen reageerden met een vraagteken.

Verpleeghuizen die ervaringen hebben opgedaan met overleg of samenwerking waarderen deze ook overwegend positief.

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

Als grootste probleem van externe aard worden de wet- en regelgeving (12 maal), verschil in opleiding (8 maal) en verschil in werkgebied genoemd. Interne problemen liggen vaak op het gebied van wederzijdse onbekendheid met elkaars (on)mogelijkheden en in het streven naar handhaving van de eigen identiteit.

6.2 Houding tegenover overleg en samenwerking

Gevraagd werd om de meer algemene houding ten opzichte van samenwerking te beschrijven door middel van een zestal uitspraken, waarop als mogelijkheden 'mee eens', 'oneens' en 'weet niet' kon worden gescoord. Er waren twee negatieve, twee dubbelzinnige en twee positieve uitspraken. In tabel 10 worden de resultaten gegeven.

Tabel 10. Verdeling van verpleeghuizen naar hun mening over een zestal evaluatieve uitspraken over overleg in het algemeen*

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

* Het getal per cel duidt op het aantal verpleeghuizen dat betreffende mogelijkheid heeft aangekruist.

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

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

6.3 De prioriteitsstelling

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

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

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

De verpleeghuizen die een korte vragenlijst ontvingen omdat zij aan hadden gegeven (nog) geen ervaring te hebben met samenwerking, hebben wel vaak wensen in die richting. Slechts één verpleeghuis is hierover negatief. De wensen vertonen een zekere overeenkomst met de al gerealiseerde situatie in de wel samenwerkende verpleeghuizen: wellicht zou vooral een zekere 'achterstand' als verklaring kunnen gelden, direct samenhangend met een verschil in prioriteitsstelling. De niet-samenwerkende verpleeghuizen kennen zelf in hun beleid (met één uitzondering) een matige tot lage prioriteit toe aan samenwerking, hetgeen voorgaande wensen relativeert. Bovendien worden meer belemmeringen genoemd om tot samenwerking te komen, vooral ook van interne aard.

6.4 Toekomstperspectieven

In dertien verpleeghuizen wordt gedacht over verdere ontwikkeling van de samenwerking. Opvallend vaak wordt daarbij gedacht aan de uitbouw van een ondersteunende functie vanuit het verpleeghuis ten behoeve van de extramurale zorg en verzorgingstehuizen.

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

Vrijwel alle samenwerkende verpleeghuizen spreken zich positief uit over het streven van de rijksoverheid om samenwerking van het verpleeghuis verder te stimuleren. Toch ziet een groot aantal verpleeghuizen wel een reeks knelpunten in het verschiet, vooral op het gebied van de wet en regelgeving, maar ook op het punt van de financiering, de druk op het personeel en de beschikbare tijd. De niet samenwerkende verpleeghuizen zijn in vier gevallen nogal terughoudend over het overheidsbeleid waarin samenwerking wordt gestimuleerd. Twee verpleeghuizen spreken zich wel in positieve zin uit.

DEELRAPPORT 2

VERSLAG VAN DE INTERVIEWFASE

blz.

1.	DOELSTELLING, OPZET EN UITVOERING VAN DE INTERVIEWFASE	1
1.1	Doelstelling van de interviewfase	1
1.2	De opzet van het interview	2
1.3	De selectie van geïnterviewde verpleeghuizen	5
1.4	Organisatie en uitvoering	8
2.	BESCHRIJVING VAN ENKELE KENMERKEN PER VERPLEEGHUIS	12
2.1	Inleiding	12
2.2	Samenvattende beschrijving van niet-samenwerkende verpleeghuizen	12
2.3	Samenvattende beschrijving van samenwerkende verpleeghuizen	14
3.	THEMA-GEWIJZE BESCHOUWING VAN OVERLEG EN SAMENWERKING	19
3.1	Inleiding	19
3.2	Doelen van overleg en samenwerking	19
3.3	Organisatie van overleg en/of samenwerking	20
3.4	Het dilemma van de geografische schaalgrootte	23
3.5	Ervaren vóór- en nadelen	25
3.6	Ervaringen van niet-samenwerkende verpleeghuizen en bezwaren tegen structurering van relaties	28
3.7	Vergelijking van ervaren vóór- en nadelen	30
4.	RESULTATEN TOEGESPITST OP HET PROCES VAN INDICATIESTELLING	32
4.1	Stappen in het besluitvormingsproces over eventuele opnamen	32
4.2	Criteria bij beslissing over een opname	37
4.3	Functie-claims, indicatiestelling en patiëntenbestand	42
4.4	Verschillen in het proces van indicatiestelling tussen samenwerkende en niet-samenwerkende verpleeghuizen	44

5.	OVERHEIDSBELEID EN PLANNING	47
5.1	Inleiding	47
5.2	Knelpunten vanuit het verpleeghuis- gezichtspunt	47
5.3	Algemene opmerkingen over beleid en planning van de overheid	50
5.4	Onduidelijkheid van beleid	51
5.5	Meningen over beleid gericht op samen- werking	54
5.6	Overige beleidsperspectieven	56
6.	SAMENVATTING VAN DE BELANGRIJKSTE OVEREEN- KOMSTEN EN VERSCHILLEN	58
6.1	Overeenkomsten tussen beide selecties verpleeghuizen	58
6.2	Verschillen tussen beide groepen ver- pleeghuizen	60
	BIJLAGEN	64

1. DOELSTELLING, OPZET EN UITVOERING VAN DE INTERVIEWFASE

1.1 Doelstelling van de interviewfase

In het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel van het NIPG in 1982 werd in de opzet het volgende gesteld over het doel van de interviews:

"... te komen tot een beschrijving naar doel, vorm en intensiteit van samenwerkingsrelaties....' als '..... het oordeel van betrokkenen over efficiëntie en effectiviteit' en '... welke factoren ... zich lenen voor gerichte beïnvloeding ... vanuit het provinciaal niveau'.

Tevens wordt aangegeven dat overwegend sprake zal zijn van een kwalitatieve aanduiding van aspecten en effecten van samenwerkingsrelaties.

Tenslotte werd in een notitie aan de Begeleidingscommissie de volgende doelstelling geformuleerd in mei 1984:

'De interview-fase dient een viertal specifieke doelen binnen het onderzoek als geheel'.

1. verdieping van het inzicht in doelen, vormen en werkwijzen van samenwerkingssituaties gericht op de indicatiestelling, alsmede
2. verwerven van inzicht in de wijze waarop verpleeghuizen die niet samenwerken met andere voorzieningen de indicatiestelling aanpakken, alsmede
3. in de ervaringen met deze verkozen werkwijze, de knelpunten en de voordelen, alsmede de mogelijkheden om eventuele hindernissen uit de weg te ruimen door middel van planning en beleid op provinciaal niveau'.

Om effecten van samenwerking rond de indicatiestelling waar te kunnen nemen leek het de onderzoekers noodzakelijk om een vergelijking te maken tussen verpleeghuizen die qua 'situatie' min of meer vergelijkbaar zijn, maar zo extreem mogelijk verschillen op de mate van samenwerking ten aanzien van de indicatiestelling, zoals in de inventarisatie was gebleken.

1.2 De opzet van het interview

1.2.1 Vragen betreffende de indicatiestelling

In het onderhavige onderzoek is het begrip 'indicatiestelling' omschreven als "... het gehele proces na de aanvraag voor opname in het verpleeghuis tot aan de eventuele daadwerkelijke opname van een patiënt".

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

De indicatiestelling betreft in feite een besluitvormingsproces, waarin informatie wordt verzameld, tegen elkaar wordt afgewogen, resulterend in een besluit, gevolgd door een hieruit voortvloeiende handelwijze (namelijk plaatsing op een wachtlijst, opname of wellicht verwijzing naar een anderssoortige voorziening).

In zoverre er minder verpleeghuisbedden beschikbaar zijn dan voor opname geïndiceerde patiënten nodig is, vindt een vorm van selectie van patiënten plaats.

Wij gaan er vanuit dat elk verpleeghuis streeft naar een zorgvuldige en gedegen afweging in dit besluitvormingsproces. Dit neemt niet weg dat er uiteenlopende manieren zijn om dit proces in te richten: welke informatie wordt 'meegewogen', welk gewicht wordt aan verschillende overwegingen toegekend, hoe is dit proces georganiseerd, zijn vragen die in dit verband van belang zijn.

Uit de resultaten van de inventarisatie kwam ook naar voren dat in Brabant aanzienlijke verschillen in werkwijze bestaan. Een probleem was bovendien dat een aantal vragenlijsten op dit punt zeer summier was ingevuld. In de interviewfase is daarom opnieuw aandacht besteed aan een uitdieping van dit besluitvormingsproces: op de oorspronkelijke invulling van de inventarisatie-vragenlijst door een verpleeghuis, werd in het eerste deel van het gesprek intensief doorgevraagd, aan de hand van een samenvattende interne notitie over de resultaten in eerdere instantie.

In het besluitvormingsproces na de aanvraag tot opname speelt informatie over de betrokkene een centrale rol. Deze informatie is afkomstig van buiten het verpleeghuis (de aanvrager, eventuele hulpverleners aldaar, de familie, huisarts of specialist enzovoorts). Voorts wordt aanvullende informatie door verpleeghuis-functionarissen ingewonnen, vaak door een maatschappelijk werkende of een verpleeghuis-arts, soms ook zijn anderen hierbij betrokken.

De feitelijke afweging vindt meestal 'binnen' het verpleeghuis plaats door één of meer functionarissen, soms zijn ook in dit proces 'buitenstaanders' betrokken.

De afweging is gericht op de vraag of opnemning een wenselijke oplossing is, gegeven een problematische situatie, maar daarin speelt mede een rol of andere oplossingen beschikbaar zijn in de thuissituatie of buitenshuis. In het laatste geval is opnieuw denkbaar dat de relatie met andere voorzieningen van invloed kan zijn op het afwegings- c.q. besluitvormingsproces.

1.2.2 Vragen betreffende de relatie(s) met andere voorzieningen

Centraal in het onderzoek en in het interview staat de vraag welke 'relatie' het verpleeghuis met omringende voorzieningen onderhoudt en in hoeverre 'samenwerking' - een bepaald type relatie -

van invloed is op het gehele besluitvormingsproces, in vergelijking tot andere typen relaties.

Op het voorbeeld van de inventarisatie-vragenlijst werd 'samenwerking' nader omschreven: "... alle geregelde situaties waarin wederzijdse werkafspraken worden gemaakt, dan wel gezamenlijke taken worden uitgevoerd.

N.B. - Een incidenteel verwijscontact noemen wij dus geen samenwerking.

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

Onderscheidingscriterium is dan in feite de coördinatie: 'wederzijdse werkafspraken, gezamenlijke uitvoering'.

Ondanks deze inperking zijn zeer vele variaties denkbaar, zodat in het interview-schema een reeks van vragen werd opgenomen welke betrekking hebben op de inhoud en op de organisatie van de relatie met andere voorzieningen.

Op grond van - overigens overwegend beschouwende - literatuur en ervaringen met samenwerking in de eerste lijn, werd met name aandacht besteed aan een aantal relevant geachte 'organisatie-variabelen' zoals deelnemers (aantal, disciplines, instelling van herkomst, functie-niveau binnen die instelling), frequentie van de contacten (in verband met intensiteit), mate van structurering van de relatie(s), mate van formalisering van de relaties, reikwijdte van de contacten enzovoorts.

De vragen betreffende de relaties met andere voorzieningen werden in twee gedeelten gesplitst, namelijk de eventuele samenwerkingsrelaties en vervolgens de 'ad hoc contacten'. De reden hiervoor was dat een verpleeghuis met een aantal voorzieningen zou kunnen samenwerken, terwijl met andere voorzieningen daarnaast alleen op ad-hoc basis contacten bestaan.

1.2.3 Vragen naar de evaluatie van de gangbare werkwijze

Voor beide gedeelten van de vragen naar relaties werd een aantal vragen opgesteld om enig inzicht te krijgen in de lasten die de gangbare contacten met zich meebrengen en deze af te wegen tegen de opbrengsten en voordelen van deze werkwijze. Hierbij werd nadrukkelijk gevraagd naar zo concreet mogelijke voorbeelden.

Tenslotte werd enige aandacht besteed aan wensen om de werkwijze te veranderen, respectievelijk bezwaren daartegen.

1.2.4 Vragen naar wensen ten aanzien van het beleid

In het interview werd aan het eind aandacht besteed aan het beleid van de provinciale overheid en wensen op dit punt, steeds met de opmerking dat er daarbij vanuit gegaan zou moeten worden dat uitbreiding van financiële middelen, capaciteit of mankracht in de komende jaren weinig aannemelijk is.

Met name werd ook gevraagd naar de manier waarop de overheid eventueel gewenste samenwerkingsinitiatieven zou kunnen steunen of stimuleren.

1.3 De selectie van geïnterviewde verpleeghuizen

Er werd naar gestreefd om in de selectie de verschillende typen verpleeghuizen in evenredigheid te vertegenwoordigen en voorts om zo mogelijk een doorsnede te verkrijgen van de verschillende regio's. Voor de selectie van te interviewen verpleeghuizen is gebruik gemaakt van de resultaten van de inventarisatie. Er werden hiertoe een tweetal scores berekend:

- a) de algemene samenwerkings-scores, waarin ook samenwerkingsvormen ten aanzien van onder andere beleidszaken en opleidingen voorkomen, de zgn. S-score (zie hiervoor het eerste onderzoeksdeelrapport, paragraaf 4.1);

- b) de samenwerkings-score ten aanzien van de indicatiestelling, omschreven als "het proces na de aanvraag tot de eventuele daadwerkelijke opneming", de zgn. i-score, gebaseerd op de patiënt-gerichte relaties bij aanvraag (zie hiervoor het eerste onderzoeksdeelrapport, paragraaf 5.7).

Met het oog op de vraagstelling zijn primair verpleeghuizen gekozen die 'extreem' hoog of juist laag scoorden ten aanzien van de indicatiestelling en de algemene samenwerking. Daarbij beschouwen wij de i-score als doorslaggevend. Wél samenwerkende verpleeghuizen mochten oververtegenwoordigd zijn. Als extrema werden scores beschouwd die aanzienlijk van het provinciale gemiddelde afwijken (meer dan de helft van de standaardafwijking: Deze keuze berust op praktische gronden om een voldoende aantal samenwerkingssituaties te verkrijgen). Verdere overwegingen die bij de keuze zijn gehanteerd waren in volgorde van afnemend belang:

- Uitsluiting van bijzondere situaties (bijvoorbeeld verpleeghuizen die bezig zijn met een fusie of iets dergelijks).
- Zo mogelijk een redelijke spreiding over de verschillende regio's, waarbij rekening gehouden moet worden met verschillen in relatieve capaciteit van verschillende voorzieningen en vervolgens met verschillen in achtergrondvariabelen. Dit bracht met zich mee dat verpleeghuizen vergelijkbaar werden geacht als zij hetzij in dezelfde regio liggen, hetzij in een regio met een overeenkomstige patroon van kenmerken zoals uit de statistische berekeningen naar voren komt (zie het derde onderzoeksdeelrapport).

Uiteindelijk resulteerden twaalf verpleeghuizen in de navolgende kort te beschrijven situaties:

1. Acht somatische verpleeghuizen:

- a) Een hoog-scorend verpleeghuis in een verstedelijkte plattelandsgemeente te vergelijken met aan laag-scorend

verpleeghuis in een grote stad in een regio, alsmede met twee laagscorende verpleeghuizen in een tweede regio, in respectievelijk een grote stad en een verstedelijkte plattelands-gemeente.

- b) In één regio een vergelijking van twee somatische verpleeghuizen in verstedelijkte plattelandsgemeenten, respectievelijk hoog- en laag-scorend.
- c) Een vergelijking tussen twee somatische verpleeghuizen in één regio, in een grote stad, respectievelijk hoog- en laag-scorend.

2. Twee psychogeriatrische verpleeghuizen:

Beide gelegen in verstedelijkte plattelandsgemeenten maar in twee regio's, met een hoge en een lage score.

3. Twee gecombineerde verpleeghuizen:

Beide gelegen in dezelfde regio met een hoge tegenover een gemiddelde score in een verstedelijkte plattelandsgemeente tegenover een grote stad.

Niet alle combinaties zijn ideaal door toch aanzienlijke verschillen in omvang of door een verschil in verstedelijking. Bovendien komen de grote steden relatief minder vaak voor en ten slotte zijn twee regio's niet in de interview-fase opgenomen.

In de uitvoering bleken twee somatische verpleeghuizen niet in staat te zijn om medewerking te verlenen, beide in een grote stad in twee verschillende regio's, beide laag-scorend in de inventarisatie.

Naast de keuze van een aantal verpleeghuizen werden voorts de Adviserend Geneeskundigen bij de verbindingskantoren voor de AWBZ bij een aantal in Brabant werkzame ziekenfondsen verzocht om medewerking. Twee deelden mee niet te kunnen meewerken. Uit een telefonische toelichting bleek dat de oorzaak deels een persoonlijke achtergrond had, deels veroorzaakt werd door

intern-organisatorische onduidelijkheden. Een aantal andere Adviserend Geneeskundigen bleek niet bereikbaar, onder andere door het aanbreken van de vakantieperiode. Tenslotte werd slechts één gesprek gevoerd met een Adviserend Geneeskundige.

1.4 Organisatie en uitvoering

1.4.1 Aankondiging en afspraken

Aan de geselecteerde verpleeghuizen werd een brief gestuurd met het verzoek om opnieuw mee te willen werken. Bij de brief werd een samenvattend verslag toegezonden van het eerste en tweede tussentijdse rapport aan de Begeleidingscommissie.

De brieven werden geadresseerd aan de functionaris, die destijds de inventariserende vragenlijsten had ingevuld.

Na één à twee weken werd met de betreffende functionaris telefonisch contact opgenomen om een afspraak te maken voor het gesprek. In een aantal gevallen lukte dit vrij snel. In een aantal verpleeghuizen bestond de wens om ook andere functionarissen te raadplegen of aan het interview mee te laten doen.

1.4.2 De opzet van de gesprekken

De eerste gesprekken werden gevoerd door twee onderzoekers te zamen. Doel daarvan was om de interview-lijst te testen, alsmede om wederzijds een overeenkomstige werkwijze te ontwikkelen. De latere gesprekken werden steeds door één onderzoeker gevoerd.

De interview-lijst was vooral bedoeld als lijst van onderwerpen die zo mogelijk in elk verpleeghuis aan de orde dienden te komen. Er bestond weinig gelegenheid tot invulling. De registratie vond daarom plaats met behulp van een cassette-recorder.

Elk gesprek werd aan de hand van de gegevens uit de inventarisatie voorbereid met een notitie van de belangrijkste resultaten en specifieke vragen ten aanzien van het betreffende verpleeghuis.

De gesprekken verliepen in principe volgens een vast patroon: allereerst werd in een inleiding het doel van het gesprek nog eens gememoreerd, waarna een aantal vragen over indicatiestelling volgde. Vervolgens werd uitgebreid ingegaan op de relaties die het verpleeghuis heeft met andere voorzieningen. Aan het einde van het gesprek bestond de gelegenheid om in te gaan op de resultaten van de inventarisatie en het statistische gedeelte, alsmede om eventuele eigen vragen 'aan de onderzoekers mee te geven'.

De geplande duur bedroeg 90 minuten.

1.4.3 Het feitelijke verloop van de gesprekken

In ongeveer de helft van de verpleeghuizen werd met één functionaris gesproken, in andere gevallen werd met twee of meer mensen gesproken. In het algemeen hadden de gesprekken een vrij soepel, open en informeel karakter. In een enkel geval echter verliep het gesprek aanvankelijk erg stroef.

De tijdsduur voor de gesprekken bleek in de helft van de verpleeghuizen ruim te worden overschreden. In een enkel geval werd een tweede gesprek gevoerd om deze reden.

Bij het eerste interview bleek onmiddellijk dat de wens om het verpleeghuis 'zijn verhaal te laten doen' op gespannen voet stond met de toch nogal gedetailleerde lijst van gespreksonderwerpen. In de hierop volgende gesprekken is de lijst daarom alleen als 'check-list' gebruikt, opdat zo mogelijk alle relevant geachte onderwerpen aan de orde zouden komen. Een bijkomend probleem was dat bepaalde begrippen voor verschillende verpleeghuizen niet

steeds dezelfde betekenis hebben (dit werd overigens reeds eerder geconstateerd in het verslag van de inventarisatie!). Voorts blijken verpleeghuisfunctionarissen soms moeite te hebben met het onderscheid tussen bepaalde aspecten of fasen in het indicatiestellingsproces omdat men zelf het onderscheid niet hanteert en het proces als ondeelbaar beschouwt.

Het loslaten van de interview-lijst als middel voor structurering van de gesprekken compliceerde de uitwerking van het gespreksmateriaal.

Het samenvattende verslag van de inventarisatie-fase gaf zelden aanleiding tot commentaar. Enkele verpleeghuizen hadden expliciete vragen, deels echter vallend buiten het kader van het verslag. Een enkel verpleeghuis vroeg om nadere informatie over de eigen regio en eigen positie daarin.

1.1.4 De verwerking van het interview-materiaal op de banden

Zoals in de vorige paragraaf al werd opgemerkt had het loslaten van de interview-lijst als middel tot gespreksstructurering, tot gevolg dat de verwerking aanmerkelijk werd bemoeilijkt. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat het eigen verhaal van verschillende verpleeghuizen onderling vaak moeilijk te vergelijken is qua opbouw, volgorde enzovoorts. Bovendien wordt - aan de hand van de check-list - vaak in de loop van het gesprek nog 'even' teruggekomen op een eerder onderwerp.

Een bijkomend probleem is dat in de eigen beschrijving van de situatie door verpleeghuizen vaak een 'vermenging' plaatsvindt van concrete feitelijke informatie (bijvoorbeeld: "we werken hier samen met de wijkverpleging") en hieraan gekoppelde evaluatieve informatie (bijvoorbeeld "en die samenwerking loopt prima!").

Vanzelfsprekend zijn we in beide aspecten van de informatie geïnteresseerd, maar in de analyse is het gewenst om feit en

beleving van elkaar te onderscheiden. Gegeven het gespreksverloop kan deze ontkoppeling pas achteraf geschieden. Ook komt het voor, dat over een bepaald onderwerp in de loop van het gesprek verschillende opmerkingen zijn gemaakt met tussenpozen. Pas bij het herhaald naluisteren valt op dat in deze opmerkingen een waardevolle aanwijzing besloten ligt (een voorbeeld hiervan is de relativering van de feitelijke rol van de huisarts bij eventuele opname of ontslag).

De verwerking is om praktische reden door één onderzoeker gedaan. Dit draagt een zeker risico van een persoonlijke vertekening in zich. De uitwerking van de gezamenlijk met een andere onderzoeker gevoerd gesprekken, werd hierop uitgebreid gezien. Tegenover de mogelijke vertekening staat het voordeel dat de verwerking door één persoon de consistentie ten goede komt.

2. BESCHRIJVING VAN ENKELE KENMERKEN PER VERPLEEG-HUIS

2.1 Inleiding

In navolgende paragrafen wordt ingegaan op de resultaten van de interviewfase.

De opbouw van het hoofdstuk is als volgt:

in paragraaf 2.2 zullen de verschillende verpleeghuizen kort worden beschreven, te beginnen met verpleeghuizen die in de inventarisatie en interviews weinig overleg of samenwerking rapporteerden. Vervolgens worden in contrast hiermee in paragraaf 2.3 de verpleeghuizen beschreven die een hoge samenwerkingsscore hadden, in volgorde van toenemend aantal verschillende disciplines en instellingen die hierbij betrokken zijn.

Alle verpleeghuizen worden op een aantal kenmerken weergegeven in twee overzichtstabellen, welke als bijlage aan het eind van dit deelrapport zijn toegevoegd.

2.2 Samenvattende beschrijvingen van niet-samenwerkende verpleeghuizen

Verpleeghuis a)

Een somatisch verpleeghuis, gelegen in een plattelandsgemeente nabij enkele andere intramurale voorzieningen, beschikt over zeer schaarse contacten met andere voorzieningen in eerste en tweede lijn. Na aanmelding wordt de betrokkene zo spoedig mogelijk bezocht door de verpleeghuis-arts/directeur (soms de maatschappelijk werkende) die meestal ter plaatse een beslissing neemt over opneming. Binnen het verpleeghuis vindt meestal geen overleg hierover plaats.

Over de aanmelding wordt alleen incidenteel - meestal langs informele kanalen - contact opgenomen met de huisarts of een

behandelend specialist. Er bestaat geen behoefte om deze werkwijze te veranderen en er bestaat niet de verwachting dat overleg zou bijdragen om - wel zelf gesignaleerde - lacunes in de medische informatieverstrekking te verminderen.

Verpleeghuis_b)

Een somatisch verpleeghuis in een grote stad in de directe nabijheid van een algemeen ziekenhuis en andere intramurale voorzieningen, maakt deel uit van een bestuurlijke combinatie van voorzieningen. Afgezien van een poliklinisch spreekuur van een specialist bestaat er geen vaste relatie met uitvoerende hulpverleners of instellingen. Wel bestaat een frequent contact op ad hoc basis over opname of ontslag, meestal met medische collegae, vaak op initiatief van de aanvrager. Na aanmelding vindt huisbezoek plaats, meestal door de verpleeghuisarts, soms door de verpleegkundig directeur, die ter plaatse een beslissing neemt. Deze beslissing wordt vaak wel bij het andere directielid getoetst. Men verwacht - deels uit onbekendheid, zo werd gezegd - niet veel verbetering van samenwerking op meer gestructureerde wijze. De opname-volgorde is in principe chronologisch.

Verpleeghuis_c)

Een somatisch verpleeghuis gelegen in een grote stad dat deels geïntegreerd is met andere voorzieningen binnen een bestuurlijke combinatie die een aantal voorzieningen beheert. De integratie betreft vooral infrastructuur en enkele staffunctionarissen. Het verpleeghuis participeert in een halfjaarlijks overleg met andere intramurale voorzieningen in de stad. Aanvragen worden besproken in de interne opname/ontslag-commissie die tevens besluit over de indicatie en urgentie. Op initiatief van het verpleeghuis wordt frequent (niet systematisch) aanvullende informatie opgevraagd bij de huisarts van de betrokkene. Hoewel een meer gestructureerde samenwerking gewenst wordt geacht ter versoepeling van de contacten, lukt dit in de praktijk niet door het zeer grote aantal

potentiële overleg-partners en door de geringe continuïteit in de eerste lijn.

Verpleeghuis_d)

Een gecombineerd verpleeghuis, dat deel uitmaakt van een bestuurlijke combinatie, is gelegen in de directe nabijheid van verschillende andere intramurale voorzieningen in een grote stad. Er is enige integratie met andere delen van het 'concern' voor wat betreft de infrastructuur. Naast halfjaarlijkse bijeenkomsten met de intramurale voorzieningen in de stad nemen de verpleeghuisartsen deel aan de klinische bijeenkomsten van collegae-artsen en bestaat een consulentenschap ten behoeve van verschillende verzorgingstehuizen, ook buiten het eigen concern. De medisch maatschappelijk werkenden van verschillende instellingen onderhouden een regelmatig collegiaal contact. De indicatiestelling en urgentiebepaling vinden plaats in een interne opname/ontslagcommissie met een beperkte samenstelling. Aanvullende informatie wordt incidenteel ingewonnen. Indien dit wel gebeurt is dat meestal telefonisch bij de huisarts van betrokkene. Hoewel overwogen wordt dat meer samenwerking wellicht het onderling vertrouwen kan versterken, zijn er teveel praktische belemmeringen om werkelijk tot zulke samenwerking te komen, in het bijzonder het grote aantal potentiële deelnemers.

2.3 Samenvattende beschrijving van samenwerkende verpleeghuizen

Verpleeghuis_e)

In een plattelandsgemeente is vanuit het gecombineerde verpleeghuis een band ontstaan met de huisartsen in de omgeving. De weekend-diensten en waarnemingen zijn gezamenlijk met het verpleeghuis georganiseerd. Geleidelijk beginnen zich ook wat meer gestructureerde relaties met andere eerste lijns-voorzieningen te ontwikkelen, echter steeds op 'bi-laterale' grondslag (met het

begrip bi-lateraal wordt bedoeld dat het contact plaatsvindt tussen vertegenwoordigers uit twee instellingen of disciplines: bijvoorbeeld het verpleeghuis en een verzorgingstehuis, of het verpleeghuis met een aantal huisartsen). De frequentie van deze contacten is vrij laag. Overigens beijvert het verpleeghuis zich om ook op andere terreinen tot betere afstemming tussen voorzieningen voor ouderen te komen, onder andere op regionaal niveau, echter met grote zorgvuldigheid rekening houdend met het veranderingstempo in andere instellingen.

De indicatie en urgentie wordt besproken in de opname/ontslag commissie, waarbij op ad hoc basis aanvullende informatie vanuit het verpleeghuis wordt ingewonnen.

Verpleeghuis f)

In een plattelandsgemeente is uit een wat frequenter contact met de eerste lijns-voorzieningen in verband met een dagbehandelings-faciliteit, een meer geregeld en gestructureerd overleg ontstaan tussen het somatische verpleeghuis en andere eerste lijns-voorzieningen, overigens op 'bi-laterale' basis. Het betreft voorzieningen die allen binnen de eigen gemeente gevestigd zijn die overigens wel de omliggende kleine gemeenten als verzorgingsgebied hebben. De werkwijze is strak gestructureerd. Patiëntbespreking vindt plaats als thematisch aangrijpingspunt voor bespreking van verbetering van wederzijds functioneren. Naast dit samenwerkings-initiatief bestaat een formele samenwerkingsovereenkomst met een algemeen ziekenhuis. In de praktijk blijkt deze geen inhoud te krijgen.

In de opname/ontslag-commissie wordt besloten over indicatie en urgentie, waartoe vrij vaak - maar telefonisch op ad hoc basis - nadere informatie wordt ingewonnen.

Verpleeghuis g)

In een grote stad is in een wat oudere wijk een initiatief ontstaan voor een breed opgezette 'hulpverleners-instituut' voor - in principe - alle extramurale hulpverleners, werkzaam in die wijk.

Gegeven de aard is het contact informeel. Ter plaatse bestaat de gelegenheid om iemand even aan te schieten over het werk. Met het oog op de mogelijk subsidiëring in de toekomst, wordt thans overwogen om de contacten een wat formelere basis te geven.

Enkele functionarissen van het somatisch verpleeghuis maken deel uit van de vaste kern van deze bijeenkomsten. Men beschouwt deze werkwijze als sterke verbetering in vergelijking met vroeger.

Verpleeghuis_h)

In een plattelandsgemeente met verschillende intramurale voorzieningen is een somatisch verpleeghuis (waarvan de staf ten dele is geïntegreerd met andere intramurale voorzieningen) sinds enkele jaren in een breed overleg betrokken met vrijwel alle eerste lijns-voorzieningen rond ouderen, met uitzondering van de huisartsen. Beoogd wordt om tot een gezamenlijk - onderling afgestemd - ouderenbeleid te komen en dit ook in de lokale politiek uit te dragen. Tevens vindt overleg plaats over praktische zaken in de onderlinge relaties en over aangemelde verpleeghuispatiënten. Voorzieningen buiten de eigen gemeente maken geen deel uit van het breed overleg. De werkwijze is strak gestructureerd.

Alle aanvragen voor opname worden in het brede overleg ter sprake gebracht, terwijl ook problematische patiënten en risicogroepen besproken worden. De indicatiestelling en urgentie worden besproken in de opname/ontslag-commissie binnen het verpleeghuis, mede op basis van informatie uit het brede overleg.

Verpleeghuis_i)

In een regio is ten aanzien van psycho-geriatrische patiënten een gezamenlijk aanmeldingspunt en 'intake-team' gevormd door vier intramurale voorzieningen op initiatief van (en ondersteund door) de SPGD. Op management-niveau is een beleids-team geformeerd, waaraan het uitvoerende 'intake-team' is opgehangen. Aangemelde patiënten worden vaak door een vertegenwoordiger uit het verpleeghuis van eerste voorkeur bezocht, waarna de indicatiestel-

ling, urgentie-bepaling en eventuele voorlopige oplossingen in het team worden besproken.

Het verpleeghuis neemt daarnaast deel aan een breed hulpverleners-overleg in de eerste lijn, zoals hiervoor werd beschreven.

Verpleeghuis_j)

In een regio is sinds kort het psycho-geriatrisch verpleeghuis betrokken bij een initiatief van de pas ontwikkelde SPGD om tot nauwere samenwerking te komen tussen de verschillende voorzieningen rond - vooral psycho-geriatrische - bejaarden in vooral de eerste lijn. Thans vinden aanmeldingen voor opname plaats via de SPGD. Ten behoeve van de besluitvorming over de indicatie vindt meestal inwinning van aanvullende informatie plaats.

De organisatievorm vertoont overeenkomsten met het hiervoor genoemde regionale intake team: een 'beleidsteam' op management-niveau, waaraan een werkoverleg is opgehangen waar bespreking van casuïstiek plaatsvindt. Het werkgebied betreft overigens één van de drie aanwezige sub-regio's. De werkwijze is - vooral in het 'beleidsteam' zeer formeel - mede als gevolg van aanzienlijke verschillen van zorg-filosofie en belangenconflicten tussen intramurale voorzieningen. Hoewel het overleg een vrij groot beslag op tijd legt en de indruk bestaat dat de problemen alleen maar gegroeid zijn, vindt men de samenwerking zeer belangrijk, vooral ter verbetering van de onderlinge contacten.

De overleg- en samenwerkingssituaties kunnen kort worden samengevat:

- gestructureerd bi-lateraal overleg met verschillende voorzieningen (2 verpleeghuizen);
- hulpverleners-instituut met brede samenstelling maar vrij ongestructureerde bijeenkomsten (1 verpleeghuis);
- brede overleggroep met strak gestructureerde werkwijze (2 verpleeghuizen);

- beleidsoverleg op management-niveau en hulpverlenersteam op uitvoerend niveau met strakke organisatie en structurering (2 verpleeghuizen).

Wellicht als gevolg van toespitsing op de indicatie-stelling betreft het overwegend samenwerking met voorzieningen in de eerste lijn, met inbegrip van verzorgingstehuizen.

Alle hiervoor beschreven verpleeghuizen worden op een aantal kenmerken kort weergegeven in twee overzichten (zie bijlage bij dit deelrapport).

3. THEMA-GEWIJZE BESCHOUWING VAN OVERLEG EN SAMENWERKING

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de overleg- en samenwerkingsvormen welke in de interview-fase waren betrokken, vanuit het gezichtspunt van samenwerking. De indicatiestelling komt in dit verband slechts zijdelings aan de orde.

Vooraf kan worden opgemerkt dat de hier beschreven vormen vrijwel alle betrekking hebben op overleg/samenwerking met eerste lijnsvoorzieningen met inbegrip van verzorgingstehuizen. De oorzaak van het geringe aantal hierin beschreven overleg-situaties in de tweede lijn, is de toespitsing van het onderzoek op samenwerking rond de indicatiestelling, waarbij de rol van de eerste lijn (blijkbaar) groter is. Overigens geldt dat de meeste verpleeghuizen wel betrokken zijn bij geregelde overleg-situaties met andere verpleeghuizen en/of met algemene ziekenhuizen. Meestal vindt dit plaats op management-niveau over beleidsmatige of belangenbehartigings-onderwerpen in een relatief lage frequentie. Op deze overleg-situaties wordt in dit rapport niet ingegaan, tenzij ze door het verpleeghuis van invloed worden geacht op het proces van indicatiestelling.

3.2 Doelen van overleg en samenwerking

De overleg- en samenwerkingssituaties welke in het begin van dit hoofdstuk werden beschreven zijn over het algemeen gericht op een bredere doelstelling dan het proces van indicatiestelling, dit met uitzondering van het beschreven 'regionaal intake team'.

Wel vormen de aangemelde patiënten voor twee verpleeghuizen in een breed overleg een vast agenda-punt, terwijl in andere overleg-situaties regelmatig casuïstiek wordt gebruikt als middel om

problemen en mogelijkheden tot samenwerking aan de hand van concrete voorbeelden bespreekbaar te maken. In de overige overlegsituaties wordt van de ontmoeting gebruik gemaakt elkaar even aan te schieten, echter zonder dat de aanmelding en indicatiestelling de doelstelling van het overleg is.

Als doelen worden genoemd:

- ondersteuning aan ouderen en aan de hulpverlening (vaak in de eerste lijn) (vier verpleeghuizen);
- de verbetering van wederzijdse bekendheid en onderling contact (drie verpleeghuizen);
- de ontwikkeling van een samenhangend ouderen-beleid en beïnvloeding van de overheid dienaangaande (twee verpleeghuizen).

3.3 Organisatie van overleg en/of samenwerking

3.3.1 Complexiteit

De korte beschrijvingen van de overleg- en samenwerkingssituaties vertonen een zekere volgorde, oplopend van geregeld contact tussen functionarissen afkomstig uit twee verschillende voorzieningen, via een breed maar informeel overleg (waarin thans formalisering wordt overwogen) naar een relatief 'georganiseerde' ingewikkelde vorm met een beleids-overleg (bestaand uit directie-vertegenwoordigers), waaraan een uitvoerend orgaan van verschillende hulpverlenende disciplines uit de aangesloten instellingen is opgehangen, het regionale intake-team.

3.3.2 Structureren

Met uitzondering van de hulpverleners-instituut, wordt steeds betrekkelijk gestructureerd overlegd: er is een gespreksleider of voorzitter, een vergader-agenda, er wordt een verslag gemaakt. In

de meeste gevallen is voorts sprake van (meestal mondelinge) afspraken en intentieverklaringen. Deze werkwijze neemt niet weg dat de bijeenkomsten in een plezierige en betrekkelijk informele sfeer verlopen.

3.3.3 Frequentie en intensiteit

De overleg- en samenwerkingsverbanden komen bijeen met een wisselende frequentie, naar onze indruk samenhangend met de 'georganiseerdheid':

- de beleidsmatige en op doelmatigheid gerichte bijeenkomsten - waaraan in dit onderzoek overigens minder aandacht werd besteed - vinden meestal eens per half jaar plaats, in een enkel geval eens per kwartaal;
- de gestructureerde bilaterale contacten vinden eens per één à twee maanden plaats (hetgeen voor een verpleeghuis overigens toch nog kan betekenen dat men eens per twee weken met een andere instelling of discipline vergadert als er met verschillende partners wordt overlegd);
- de hulpverleners-instituut en het brede overleg komen eens per twee weken bijeen;
- het regionale intake-team vergadert wekelijks.

Meestal wordt voor een bijeenkomst anderhalf à twee uur uitgetrokken. Een opmerkelijk verschijnsel is dat veel vergaderingen buiten de normale werktijd plaatsvinden, hetzij tussen de middag, hetzij na vijven of 's avonds. Slechts in enkele gevallen komt men in werktijd bijeen. Hieruit kan worden afgeleid dat zulk overleg niet overal wordt gezien als behorend tot het normale werk en dat een beroep wordt gedaan op de persoonlijke motivatie om vrije tijd in het overleg te investeren.

Vanuit de bij het overleg betrokken instellingen zijn vaak twee - soms meer - 'vertegenwoordigers' betrokken. Vanuit de verpleeghuizen betreffen dit vaak een verpleeghuis-arts/directeur en de

maatschappelijk werkende. In enkele gevallen zijn vier of meer functionarissen vanuit het verpleeghuis in het overleg betrokken.

3.3.4 Formalisering

Opvallend is dat de bestaande overleg-situaties vrijwel nooit zijn geformaliseerd door middel van samenwerkings-overeenkomsten of schriftelijke intentie-verklaringen. In één geval wordt formalisering wel overwogen in de hoop hiermee subsidie te verwerven. In een andere situatie blijkt in het verleden een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst te zijn aangegaan met een algemeen ziekenhuis om aan een door de overheid gestelde 'formaliteit' te voldoen. In de praktijk stelt de samenwerking zo weinig voor dat men, aldus een geïnterviewde '... in het ziekenhuis nog altijd het verschil tussen het verpleeghuis en een verzorgingstehuis niet kent ...'.

In een derde overleg-situatie wordt uiterst formeel met elkaar omgegaan omdat de betrokken verpleeghuizen tegengestelde belangen ervaren.

Drie verpleeghuizen uit de groep met een hoge samenwerkingsscore, alsmede drie verpleeghuizen met een lage samenwerkingsscore maken deel uit van een groter bestuurlijk geheel, waarin ook andere voorzieningen zijn opgenomen, soms gelegen in de directe nabijheid. De in organisatorische combinaties en deels met andere voorzieningen geïntegreerde verpleeghuizen, blijken hoofdzakelijk samen te werken op het punt van de infrastructuur (keuken, technische dienst, administratie) met het oog op doelmatige bedrijfsvoering. Ten aanzien van de patiëntenzorg vindt in deze situaties (onverwacht) weinig samenwerking plaats, blijkens de interviews.

In de meeste overlegsituaties bestaat naar onze indruk een zekere onduidelijkheid over de bevoegdheden van 'vertegenwoordigers'. In sommige overlegsituaties moeten de deelnemers voor afspraken met

consequenties voor de eigen instelling, eerst intern overleggen. Soms ook nemen leden deel 'als representant van de beroeps-groep' echter zonder enige binding of bevoegdheid (huisartsen bijvoorbeeld).

Opmerkelijk is dat in de interviews het betrekken van huisartsen vrijwel steeds als problematisch werd genoemd (dit in tegenstelling tot de beantwoording in de inventarisatie, waarin de huisarts vaak werd genoemd).

De contacten met de huisartsen vinden veelal plaats op ad-hoc basis, terwijl de verpleeghuisarts vaak huisartsen ontmoet bij klinische bijeenkomsten en in de informele sfeer. Bij zulke gelegenheden worden wel 'zaken gedaan'.

Ten aanzien van psycho-geriatrische en gecombineerde verpleeghuizen blijkt de ontwikkeling van Sociaal Psycho-geriatrische Diensten (SPGD) vanuit de RIAGG een krachtige gangmaker en voortrekker te zijn om samenwerking met andere voorzieningen van de grond te tillen.

3.4. Het dilemma van de geografische schaal-grootte

Een belangrijk probleem voor overleg of samenwerking is de regionale omvang van het verzorgingsgebied van verpleeghuizen, terwijl vele andere voorzieningen op een geografisch veel kleinere schaal functioneren. Per verpleeghuis-verzorgingsgebied kan al sprake zijn van bijvoorbeeld zeven verzorgingstehuizen, circa vijftien huisartsen, wijkverpleging en gezins- en bejaardenzorg. Voorts heeft men ook te maken met verschillende algemene ziekenhuizen en mogelijk met huisartsen uit aangrenzende gebieden, dit door de vrijheid van de patiënt om zelf een voorkeur uit te spreken voor het verpleeghuis van eigen keuze.

Sommige verpleeghuizen achten dit grote aantal potentiële betrokkenen een onoverkomelijke belemmering om tot een gestructureerd

overleg te komen. Andere verpleeghuizen lijken dit op te lossen door samenwerking uitsluitend te beperken tot voorzieningen die eveneens grootschalig en vrij duidelijk georganiseerd zijn (vooral verpleeghuizen, ziekenhuizen en enkele verzorgingstehuizen). Aangezien het in deze gevallen vaak functionarissen op management-niveau betreft, ligt het accent sterker op (doelmatige) bedrijfsvoering en op beleidsontwikkeling, dan op het vlak van de patiëntenzorg en indicatiestelling.

De samenwerkende verpleeghuizen hebben een andere oplossing gekozen: Een wat verrassende constatering ons inziens is, dat alle samenwerkingssituaties in de geïnterviewde verpleeghuizen betrekking hebben op een beperkt geografisch gebied. Het betreft vooral voorzieningen en/of hulpverleners werkzaam in de eigen gemeente of stadswijk waar het verpleeghuis is gevestigd. Anderen worden - soms expliciet - buitengesloten van de samenwerking. Elders erkent men dit probleem, maar stelt men niet in staat te zijn voor drie deel-regio's een even intensieve opzet te realiseren. Steeds is de overweging dat het aantal (potentiële) deelnemers in het verzorgingsgebied te groot is om praktisch werkbaar te blijven.

Hoewel dus een deel van het verzorgingsgebied niet betrokken is in het overleg, betekent dit niet dat hulpverleners daar minder toegang tot het verpleeghuis vinden, zij het dat die contacten minder geregeld en gestructureerd plaatsvinden, zo wordt gesteld.

Hoewel dit misschien enigszins in tegenspraak lijkt met de hiervoor gedane constatering van de gerichtheid op de eigen lokale omgeving, blijkt uit de interviews, dat verpleeghuizen niet steeds vanzelfsprekend de dichtst nabijgelegen intramurale voorzieningen, of de instellingen uit de eigen bestuurlijke combinatie, als samenwerkingspartner zien. Nogal eens bestaat een nauwere band met een verder weggelegen instelling of een voorziening die buiten de eigen bestuurlijke combinatie valt, althans wanneer het gaat om samenwerking/overleg ten aanzien van de patiënten-

zorg. Gedeeltelijk kan dit worden verklaard uit 'toevallige' persoonlijke contacten. Uit de interviews komen echter aanwijzingen naar voren dat concurrerende claims en belangen-tegenstellingen bij overlappende functies hierin mede een rol spelen.

3.5 Ervaren voor- en nadelen

De verpleeghuizen investeren soms vrij veel energie in overleg en/of samenwerking. Het leek dan ook aannemelijk dat hier tegenover duidelijke opbrengsten zouden worden ervaren. Gevraagd werd daarom naar zo concreet mogelijke voorbeelden van zulke 'opbrengsten'.

Uit de interviews komt naar voren dat inderdaad over het algemeen positieve tot zeer positieve ervaringen worden genoemd, maar dat tegelijk de verpleeghuizen de grootste moeite hebben om concrete voorbeelden van deze opbrengsten te geven, in het bijzonder ten aanzien van effect op de indicatiestelling.

Zo werd door een verpleeghuis het volgende gesteld: 'De samenwerking leidt er niet zozeer toe dat andere patiënten dan vroeger worden opgenomen, alhoewel dat een enkele keer misschien het geval zal zijn. Echter, we zijn nu wel veel beter geïnformeerd over de betrokkene en de situatie, hebben daardoor een beter gefundeerd oordeel en kunnen wellicht een meer adequaat behandelingsplan opstellen dan voorheen'.

Meer in het algemeen werd overigens gesteld dat effecten van samenwerking wellicht duidelijker aanwijsbaar zijn bij ontslag uit het verpleeghuis dan bij de indicatiestelling.

Ondanks het probleem van concreet aanwijsbare en kwantificeerbare effecten kunnen zeker een aantal vóórdelen worden genoemd:

a) Bekendheid:

Alle samenwerkende verpleeghuizen noemen de wederzijdse bekendheid als een belangrijke verbetering:

- persoonlijke bekendheid tussen hulpverleners draagt ertoe bij dat men gemakkelijker even contact met elkaar opneemt; dit versoepelt en versnelt de informatie-uitwisseling en draagt ertoe bij dat het onderlinge vertrouwen groeit;
- functionele bekendheid: door de gesprekken ontstaat een duidelijker inzicht in elkaars taak en functie en in de mogelijkheden en onmogelijkheden, zowel als instelling/discipline, alsook ten aanzien van praktische omstandigheden (bijvoorbeeld een tijdelijke onderbezetting door een griep-epidemie).

b) In het onderlinge contact groeit het wederzijds begrip en vertrouwen in elkaars bedoelingen:

- tegenstellingen en problemen worden in een 'veilige situatie' bespreekbaar en wellicht soms oplosbaar;
- negatieve beeldvorming en competentie-conflicten nemen af, men leert elkaars mogelijkheden beter benutten.

c) In het onderlinge contact ligt de mogelijkheid tot afstemming van beleid tussen de verschillende voorzieningen:

- operationele samenhang groeit doordat verschillende disciplines onderling tot afspraken komen over het te voeren 'zorgverlenings-regime', waardoor overlappingsen of tegenstrijdigheden verminderen
- functionele samenhang groeit doordat disciplines en instellingen door middel van overleg komen tot taak-afbakening;
- bestuurlijke samenhang wordt gestimuleerd doordat de gezamenlijke instellingen in onderling overleg een eigen beleid pogen te ontwikkelen en van hieruit trachten het overheidsbeleid te beïnvloeden.

d) Doelmatigheid:

De verbeterde onderlinge communicatie vermindert het formalisme, versnelt de informatie-uitwisseling en draagt bij tot tijdswinst, zowel als tot doelmatiger benutting van elkaars deskundigheden en mogelijkheden:

- door de onderlinge bekendheid en het vertrouwen verloopt het contact in de praktijk soepeler, plezieriger en sneller dan wanneer men elkaar niet kent;
- het onderlinge vertrouwen vermindert de neiging tot formalisme, correspondentie, wat zowel plezieriger als sneller werkt;
- de verbeterde bekendheid met elkaars (on)mogelijkheden maakt een meer gericht beroep op elkaars deskundigheid mogelijk en versterkt het vertrouwen, waardoor aanvragen tot opneming als voorzorg afnemen en omgekeerd, ook meer mogelijkheden tot ontslag kunnen worden benut, daar het vertrouwen bestaat van mogelijke (her-)opname als de situatie toch zou verslechteren.

Als concrete voorbeelden worden onder andere genoemd:

- . Afspraken tussen verpleeghuis en eerste lijn over procedures en informatie bij de (aanvraag tot) opneming en bij ontslag.
- . Ontwikkeling in onderling overleg van bruikbare formulieren voor door een instelling gewenste informatie over een patiënt.
- . Afspraken over tijdstip en informatieverstrekking aan de eerste lijn bij bericht over een voorgenomen ontslag.
- . Gezamenlijke inventarisatie van psycho-geriatrische patiënten buiten verpleeghuizen in een deel-regio door eerste en tweede lijns-voorzieningen, waardoor nu een beter overzicht bestaat.
- . Gezamenlijke standpuntbepaling in vraagstukken in het gemeentelijk bejaarden-beleid door de gezamenlijke instel-

lingen en hulpverleners ter beïnvloeding van de besluitvorming.

Tegenover de hier aangevoerde positief ervaren opbrengsten, wordt door de samenwerkende verpleeghuizen eigenlijk maar één bezwaar genoemd: de tijd die bepaalde functionarissen in het overleg moeten steken. Door de helft van de verpleeghuizen wordt gesteld dat de 'lasten' op dit moment voor het verpleeghuis nog wat groter zijn dan de 'opbrengsten'. De andere helft van de samenwerkende verpleeghuizen meent dat in de praktijk de geïnvesteerde tijd méér dan terugverdiend wordt.

Samenvattend lijken de ervaringen te wijzen in de richting van:

- verbetering van snelheid en kwaliteit van informatie-uitwisseling;
- verbetering van de kwaliteit van (besluitvorming over) zorg aan patiënten;
- versterking van onderlinge samenhang tussen verschillende vormen van zorg, vooral operationeel en functioneel en wellicht indirect bestuurlijk.

3.6 Ervaringen van niet-samenwerkende verpleeghuizen en bezwaren tegen structurering van relaties

De verpleeghuizen die niet samenwerken of overleggen doen dit niet altijd als een bewuste 'keuze': soms is er gewoon nooit een aanleiding gevoeld om de ad hoc-relaties meer te structureren. Men vindt dat de bestaande contacten voldoen, of men verwacht niet dat structurering een oplossing biedt voor eventueel ervaren knelpunten.

In zoverre duidelijke bezwaren bij deze verpleeghuizen naar voren komen betreft het vooral de verwachting dat met zulke samenwerking veel tijd wordt verloren.

Twee verpleeghuizen stellen bewust te kiezen voor de huidige werkwijze, omdat men uitgesproken weinig behoefte aan contacten heeft en persoonlijk ook weinig overleg-geneigd is. Ook zij verwachten tijdverlies.

De verpleeghuizen brengen overigens een aantal bezwaren tegen gestructureerde relaties naar voren:

- Verschillende verpleeghuizen vrezen dat samenwerking, zoals in geval van een centraal aanmeldingspunt of intake-team een bedreiging vormt voor de vrijheid van keuze van de patiënt.
- Enkele verpleeghuizen voeren als bezwaar aan dat bij een centrale aanmelding en intake het persoonlijk contact tussen verpleeghuisfunktionarissen en patiënt (en diens omgeving) verdwijnt door het creëren van een organisatorische 'tussen-laag'.
- Verschillende verpleeghuizen voeren aan dat de uitgebreide besprekingen in een grote opname/ontslag-commissie of in een brede overleggroep een aantasting van de privacy van de patiënt betekent.
- Als bezwaar wordt ook genoemd dat 'derden die niets met de patiënt te maken hebben' meepraten, wat ondoelmatig is.
- e) Alle verpleeghuizen in deze groep stellen dat het feitelijk onmogelijk is om met alle potentieel betrokken hulpverleners gestructureerde relaties op te bouwen gezien hun grote aantal, maar dat het tegelijkertijd onmogelijk is om een keuze te maken.

De niet-samenwerkende verpleeghuizen noemen ook een aantal nadelen of knelpunten van de huidige ongestructureerde werkwijze:

- . Het merendeel van deze verpleeghuizen vindt een nadeel van de huidige situatie de geringe wederzijdse bekendheid tussen hulpverleners en instellingen, deels veroorzaakt door het grote aantal, de geringe frequentie waarin men met

elkaar te maken heeft en de personeelsswisselingen in de eerste lijn.

- . Wanneer het verpleeghuis contact wil opnemen met een andere voorziening of met eerste lijns-hulpverleners komt dat soms moeizaam en traag tot stand en is dan weinig open, weinig doeltreffend en vaak erg formalistisch.
- . De informatie over een patiënt is niet optimaal en volledig, en wordt soms zelfs ronduit gebrekkelig en onbetrouwbaar genoemd.

De verpleeghuizen verwachten overigens niet dat meer gestructureerde samenwerking deze knelpunten zal wegnemen.

3.7 Vergelijking van ervaren vóór- en nadelen

De ervaren vóórdelen van samenwerking laten zich niet eenvoudig toetsen. Opgemerkt kan echter worden dat een deel van de genoemde opbrengsten juist liggen op het vlak van de ervaren knelpunten onder verpleeghuizen die niet samenwerken met andere voorzieningen: de wederzijdse bekendheid, de (versoepeling van) contacten met anderen en de kwaliteit van de informatie.

Op het punt van de bezwaren blijkt een gedeeltelijke overeenstemming: de niet-samenwerkende verpleeghuizen vrezen een aanzienlijk beslag op tijd, hetgeen gedeeld wordt door de ervaringen van drie wel samenwerkende verpleeghuizen. Drie andere samenwerkende verpleeghuizen menen dat het tijdverlies voldoende gecompenseerd wordt door de tijdwinst op andere punten. Het is denkbaar dat deze verschillende inschatting te maken heeft met de bestaansduur en mate van organisatie van de samenwerking, daar vooral de meer recent gestarte verbanden het tijdsverlies noemden: misschien kost vooral de aanvangsfase veel energie van betrokkenen en neemt deze af als de situatie zich meer heeft uitgekristalliseerd.

Ten aanzien van de andere bezwaren geldt deels dat de samenwerkende verpleeghuizen hieraan minder zwaar tillen, of dat een oplossing voor zo'n probleem is gevonden.

Om enkele voorbeelden te noemen:

- . De keuzevrijheid van de patiënt verdwijnt niet (althans formeel) door het instellen van een centraal adres voor aanmelding. In het regionale intake-team is de praktijk, dat meestal de deelnemer uit het verpleeghuis van eerste voorkeur ook het huisbezoek aflegt.
- . Het privacy-probleem kan in een aantal gevallen worden omzeild door de casus zonder naam en toenaam te vermelden. Ook kan worden aangevoerd dat het allen professionele hulpverleners betreft die geacht mogen worden zorgvuldigheid te betrachten. Toch is hiermee geen definitieve oplossing gevonden.
- . De oplossing voor het keuze-probleem uit alle potentieel betrokken hulpverleners is beperking tot de eigen directe lokale omgeving. De samenwerkende verpleeghuizen erkennen dat deze pragmatische oplossing bezwaren heeft en kunnen hiervoor geen principiële oplossing vinden.

Uit de vergelijking laat zich de conclusie trekken dat samenwerking met name een zekere tijdinvestering noodzakelijk maakt, welke afgewogen moet worden tegen een kwalitatieve verbetering in informatie-uitwisseling, besluitvorming en onderlinge samenhang in het stelsel van voorzieningen als geheel.

4. RESULTATEN TOEGESPITST OP HET PROCES VAN INDICATIESTELLING

4.1 Stappen in het besluitvormingsproces over eventuele opnamen

a) De aanmelding:

De aanmelding van een patiënt blijkt in de praktijk vaak in eerste instantie telefonisch te geschieden. Vrijwel alle verpleeghuizen hanteren een aanmeldingsformulier. In een aantal regio's is hiervoor één gemeenschappelijk ontwerp, soms met eigen briefhoofd, deels gebaseerd op het NZR-ontwerp. Toch lopen de formulieren nogal uiteen qua gedetailleerdheid van vragen. Meestal is tevens bijgevoegd een aanvraag-formulier voor de AWBZ dat door de huisarts dient te worden ingevuld.

Slechts enkele verpleeghuizen maken niet systematisch gebruik van een aanmeldingsformulier. Ook hier echter moet wel een AWBZ-aanvraag worden ingevuld.

In enkele regio's is sprake van een centraal aanmeldingspunt voor psycho-geriatrische patiënten, in andere regio's is men hierover nog in overleg, soms wordt hierbij ook aan somatische patiënten gedacht. De aanmelding geschiedt dan meestal bij de Sociaal Psycho-Geriatrische Dienst van de RIAGG (verder SPGD genoemd). In verschillende regio's hebben de verpleeghuizen voorts de onderlinge afspraak elkaar te informeren over de aanmeldingen door middel van een lijst. Soms voert het verbindingskantoor voor de AWBZ dit uit, elders doen de verpleeghuizen dit zelf. De lijst maakt het een enkele keer mogelijk om in een urgente situatie snel een oplossing te vinden in een ander verpleeghuis dan dat van eerste voorkeur (bijvoorbeeld als dit volledig bezet is).

b) Bezoek patiënt:

Als regel geldt in alle verpleeghuizen dat een bezoek aan de aangemelde patiënt wordt gebracht, thuis of in de instelling waar men verblijft. Sommige verpleeghuizen besteden veel aandacht aan dit bezoek: soms betreft het meer dan één bezoek en wordt door verschillende functionarissen (bijvoorbeeld verpleeghuis-arts, maatschappelijk werkende en psycholoog) uitgevoerd. De betekenis welke aan het bezoek wordt toegekend door het verpleeghuis verschilt tamelijk sterk:

- oordeelvorming over juistheid van aanvraag;
- beeldvorming van de plaatsbaarheid en soort afdeling;
- indruk vormen van de huidige beschikbare hulp en het sociaal netwerk;
- oordeel over eventuele psycho-geriatrische problematiek;
- informatie-verschaffing over het verpleeghuis aan betrokkene en/of diens familie.

Met het verschil in betekenis varieert ook de mate waarin systematisch wordt gewerkt in elk bezoek en de mate waarin gestandaardiseerde instrumenten (ADL, sociaal rapport, vaste vragenlijsten) worden gebruikt, alsmede de mate waarin verslaglegging van het huisbezoek plaatsvindt (mondeling, schriftelijk).

c) Aanvullende informatie inwinning:

In meer dan de helft van de verpleeghuizen wordt vrij regelmatig tot vaak aanvullende informatie ingewonnen door het verpleeghuis bij andere 'instanties', overigens vrijwel steeds op ad hoc-basis. Meestal gaat het om een telefonisch contact met de huisarts van betrokkene, soms ook worden andere hulpverleners geraadpleegd wanneer - uit het huisbezoek - gebleken is dat deze bekend zijn met de situatie. In drie verpleeghuizen daarentegen gebeurt dit zelden of 'soms'.

Hoewel huisarts en medisch specialist het meest worden benaderd voor aanvullende informatie, blijkt het merendeel van de verpleeghuizen zeer kritisch over de kwaliteit van de verkregen informatie: in sommige gevallen twijfelt men aan de correctheid of volledigheid van de specialistische informatie-verstrekking. Over de huisarts wordt maar al te vaak gesteld dat deze, van alle eerste lijns hulpverleners, het slechtst geïnformeerd blijkt te zijn over de huiselijke en sociale situatie van de patiënt en bovendien moeilijk te bereiken is of bij besluitvorming en zorg te betrekken is. (Overigens heeft men wel begrip voor de problemen van de huisarts. Ook worden nadrukkelijk enkele gunstige uitzonderingen genoemd!)

In enkele verpleeghuizen wordt soms de patiënt eerst voor nauwkeurige internistische diagnostiek opgenomen in het algemeen ziekenhuis.

d) Besluitvorming:

Verpleeghuizen vertonen een zeer brede variatie in de wijze waarop na de voorbereidende fasen a), b) en c) de feitelijke besluitvorming plaatsvindt:

- . in twee verpleeghuizen blijkt de beslissing over opname door een bezoekende individuele functionaris te worden genomen veelal bij het (huis)bezoek ter plaatse (incidenteel vindt overleg plaats);
- . in drie verpleeghuizen functioneert een kleine opname/-ontslag-commissie van circa drie functionarissen, meestal uit verschillende disciplines; vlak voor de feitelijke opname wordt het hoofd van de betreffende verpleegafdeling geïnformeerd;
- . in vier verpleeghuizen is een brede opname/ontslag-commissie ingesteld, waarin hoofden van verpleegafdelingen zitting hebben of zijn vertegenwoordigd, naast de meer therapeutische disciplines;

in één regio functioneert een regionaal intake-team dat voor elke aangemelde psycho-geriatrische patiënt de informatie verzamelt, huisbezoek aflegt en zich een oordeel vormt over de (opname)indicatie en urgentie. Binnen de afzonderlijke instellingen overigens, blijft een interne opname/ontslag-commissie het besluitvormende orgaan ten aanzien van de keuze van een geïndiceerde en urgente patiënt voor een openvallende plaats in een afdeling op grond van de inpasbaarheid aldaar.

Het besluitvormingsproces varieert ook in mate van:

- gedocumenteerdheid (sommige verpleeghuizen beslissen op basis van persoonlijke indrukken, mondelinge verslaglegging, andere op basis van zeer uitgebreide schriftelijke verslaglegging door diverse disciplines en uitgebreide dossiers);
- structurering van het besluitvormingsproces (van informele onderlinge raadpleging en meningsvorming, tot formeel geleide vergaderingen met voorzitter, vaste agenda, procedures en verslaglegging) en
- fasering van beslissing (onderscheiden naar de beslissing over de opname-indicatie, de urgentie en tenslotte plaatsing en/of behandelplan: sommige verpleeghuizen hanteren deze onderscheidingen niet, andere zeer expliciet).

e) Van besluit tot opneming:

Het merendeel van de verpleeghuizen licht de patiënt en/of familie in over de genomen beslissing over eventuele toekomstige opneming. In enkele gevallen wordt de aanmeldende functionaris (meestal de huisarts) geïnformeerd. Het blijkt overigens zeker niet overal gebruik te zijn, de huidige hulpverleners rond een op te nemen patiënt te informeren: vaak wordt dit aan de betrokkene zelf overgelaten.

Een positieve opname-indicatie betekent meestal dat de betrokkene op de wachtlijst voor het verpleeghuis van eerste voorkeur wordt geplaatst.

Ook op dit punt verschillen de meningen echter: in enkele verpleeghuizen is positieve indicatie nog geen reden voor plaatsing op een wachtlijst: dat gebeurt pas wanneer óók de urgentie hoog wordt geacht. De betekenis van de aantallen wachtenden en verblijfsduur aldaar zijn dan ook niet te vergelijken tussen beide, daar in het eerste geval 'garantie-plaatsingen' wél op de wachtlijst staan terwijl in het tweede geval dat niet zo is. (Met garantie-plaatsingen wordt bedoeld op patiënten die uit voorzorg opname hebben aangevraagd, maar daadwerkelijke opname vooralsnog uitstellen, zolang dit mogelijk blijft door uitgebreide mantelzorg en eerste lijns-hulpverlening.)

Vrijwel alle somatische verpleeghuizen signaleren een afnemende druk op de wachtlijst. De verklaring van verpleeghuizen hiervoor loopt wat uiteen: bijvoorbeeld een gewijzigd ontslagbeleid in algemene ziekenhuizen, de invloed van de eigen bijdrage, alsook een toenemende bereidheid om mantelzorg te verlenen en toenemende vermogen van de eerste lijn voor opvang van oudere patiënten thuis. Opname wordt nu vaak vrij snel gerealiseerd.

In de psycho-geriatrische verpleeghuizen is sprake van zeer lange wachtlijsten en lange wachttijd, zodanig dat urgentie-bepaling of plaatsing op een wachtlijst nauwelijks zinvol wordt geacht.

Begeleiding gedurende de wachtperiode van de betrokkenen en met name ook van de verzorgenden, komt meestal niet goed van de grond.

f) De rol van de Adviserend Geneeskundige voor de AWBZ:

In de inventarisatie werd al gesignaleerd dat de rol van de Adviserende Geneeskundige (verder als AG aangeduid) in verschillende regio's nogal uiteen lijkt te lopen. Uit de gesprekken is dit beeld nog versterkt: in de praktijk blijken twee verschillende visies op de rol van de Adviserend Geneeskundigen (en daarmee op de formele indicatiestelling ten behoeve van een machtiging) te bestaan. In enkele gebieden zijn de Adviserend Geneeskundigen van mening dat hun taak een 'globale en marginale toetsing' is, waarbij het opname- en ontslagbeleid van de instellingen enkele malen per jaar onderwerp van gesprek is. In deze visie is de indicatiestelling een formaliteit die ook eventueel na feitelijke opname kan worden afgehandeld. Slechts in geval van gebleken misstanden wordt gesproken over maatregelen.

In enkele andere gebieden (de gebieds-indeling verschilt aanzienlijk van de regio-indeling zoals hier wordt aangehouden) heeft de AG een andere visie op zijn rol. In deze situatie oefent de AG (althans in principe) controle uit op elke aanvraag tot opname. De AG ziet soms de betrokken patiënt, neemt in sommige gevallen deel aan de besluitvorming over patiënten en tekent de machtiging alvorens opname mag plaatsvinden. Door enkele verpleeghuizen wordt gesignaleerd dat - mede als gevolg van deze werkwijze - aanzienlijke vertragingen kunnen optreden, alsmede dat onderbezetting van verpleeghuizen kan ontstaan.

4.2 Criteria bij beslissing over een opname

In de besluitvorming over een aangemelde patiënt spelen in de praktijk heel verschillende soorten overwegingen gelijktijdig een rol:

- a) het oordeel over de toestand van de aangemelde patiënt (zijn conditie, verwachtingen ten aanzien van herstel etc.),
- b) een inschatting van het 'draagvermogen' van de verzorgenden om de patiënt heen en tenslotte
- c) overwegingen die met de 'bedrijfsvoering' van het verpleeghuis en zijn bewoners als organisatie te maken hebben.

In de fasering van de besluitvorming komen de verschillende soorten overwegingen ten dele ook tot uitdrukking: de 'indicatiestelling' zou vooral betrekking hebben op de toestand van betrokkene, de 'urgentie-bepaling' op het draagvermogen van de omgeving en de 'plaatsing' op de inpasbaarheid in een afdeling waar een bed is vrij gekomen.

Uit de interviews blijkt dat deze overwegingen in de praktijk door elkaar lopen en elkaar wederzijds beïnvloeden, nog afgezien van het probleem dat een scherpe definitie van de grenzen tussen geïndiceerd, urgent of plaatsbaar niet te geven is.

Ad a). Uit de interviews komt naar voren dat de 'medische indicatie' in de praktijk nauwelijks een doeltreffend selectie-criterium is. Hoewel het incidenteel voorkomt dat een 'lastige bewoner' uit een verzorgingstehuis, een langdurig in het ziekenhuis verblijvende patiënt of een moeilijk familie-lid (medisch gezien) ten onrechte wordt aangemeld, lijkt toch in het algemeen te gelden dat "... de huisarts stelt feitelijk de indicatie ...": toetsing van de medische indicatie door het verpleeghuis is vaak een formaliteit.

De wens van de betrokkene zelf opgenomen te worden, wordt door veel verpleeghuizen genoemd als belangrijk criterium. Ondanks een opname-indicatie wil niet elke aangemelde patiënt opgenomen worden. Zo vervult een positieve indicatie en plaatsing op een wachtlijst voor verschillende patiënten de functie van 'voorzorgsmaatregel voor het geval dat het slechter gaat'. Soms ook is

het nadrukkelijk de familie die een opname daadwerkelijk tegenhoudt.

In enkele gevallen wordt door een verpleeghuis het recht dat de patiënt ontleent aan een eerdere toezegging, genoemd als overweging om op te nemen, alhoewel soms andere oplossingen voor betrokkene beschikbaar zijn. Het argument is dat betrokkene immers de wens de kennen heeft gegeven en medisch geïndiceerd was.

Ad b). Gegeven de geringe selectieve functie van de indicatiestelling in engere zin neemt de betekenis van anderssoortige criteria toe. In feite is dan de urgentiebepaling doorslaggevend voor de uiteindelijke beslissing tot opneming. Dit wordt in de interviews treffend geïllustreerd door een uitspraak van een directeur/verpleeghuis-arts: "... Ach, in de meeste gevallen is de problematiek overduidelijk: de draagkracht van de omgeving is soms van meer doorslaggevend gewicht dan de toestand van de patiënt ...".

Zijn de medische en verpleegkundige criteria nog enigszins objectiverbaar, het draagvermogen van de omgeving is nauwelijks scherp aan te geven: is de urgentie bijvoorbeeld groter als de familie dagelijks opbelt?

Toch worden enkele algemene lijnen aangegeven:

- langdurig op de wachtlijst verblijvende thuis-wonenden worden vaak urgenter geacht;
- langdurig in het ziekenhuis verblijvenden (enkele maanden!!) worden urgenter geacht, mede onder druk van het ziekenhuis;
- patiënten opgenomen in een ziekenhuis, anderssoortig verpleeghuis of bewoners in een verzorgingstehuis of service-flat worden in het algemeen als minder urgent aangemerkt, omdat zij verzekerd zijn van continue zorg.

Twee opmerkingen tenslotte over de urgentie: in een psycho-geriatrisch verpleeghuis is sinds enige tijd de urgentie-bepaling

beëindigd, omdat men - gezien de zeer lange wachttijd - tot de conclusie kwam dat de wachttijd op zichzelf al zodanig belastend is, dat opname in volgorde van aanmelding de minst onrechtvaardige oplossing is.

In veel somatische verpleeghuizen is psycho-geriatrische problematiek niet per definitie een contra-indicatie voor opname in het somatisch verpleeghuis, mits betrokkenen niet al te gedrags-gestoord zijn. Sommige verpleeghuizen beperken deze opnemingen tot de 'dubbel-gehandicapten' (dat wil zeggen zowel lichamelijke aandoening als psycho-geriatrische problematiek) met het oog op de somatische indicatie. In al deze gevallen betreft het een 'noodgreep' in een uiterst urgente en problematische situatie. Wel werd in dit verband vermeld dat het groeiend aantal patiënten in somatische verpleeghuizen met (tenminste gedeeltelijke) psycho-geriatrische problematiek in toenemende mate leidt tot verslechtering van het leefklimaat op somatische afdelingen.

Ad c). Op het moment dat in een verpleeghuis ruimte vrij komt voor opname wordt een meer definitieve beslissing genomen over de patiënt die voor de betreffende plaats in het verpleeghuis geschikt is, gezien zijn kenmerken, toestand, urgentie, maar ook zijn inpasbaarheid ten opzichte van de mede-patiënten op de afdeling en inpasbaarheid met het oog op de belastbaarheid van het verplegend personeel op de afdeling.

Ook het omgekeerde werd in één van de gesprekken opgemerkt: "... als hier sprake zou zijn van een tekort aan bedden ... dan zouden we misschien meer moeite doen om andere oplossingen te vinden ... en zouden sommige van deze patiënten misschien niet worden opgenomen ...". Anders gesteld: bij een lagere bezetting is een scherpe selectie minder noodzakelijk volgens dit verpleeghuis.

In contrast met het laatst geciteerde verpleeghuis pogen andere verpleeghuizen nadrukkelijk soms ook andere oplossingen dan opname te stimuleren, waar en wanneer zich daartoe mogelijkheden voordoen:

- . dag-behandeling, nacht-opneming etc. kunnen een belangrijke steun betekenen voor de verzorgende omgeving, waardoor sommige opname-geïndiceerde patiënten - in overeenstemming met hun wens - langer thuis kunnen blijven, dan wel opgenomen patiënten eerder naar de eigen omgeving terug kunnen;
- . bij aanmelding als voorzorg en bij sommige patiënten die kunnen worden ontslagen onder nadere voorwaarden lukt dit soms wanneer de 'garantie' kan worden geboden van voorrang bij opname in geval van verslechtering;
- . vakantie-opnemingen en weekend-opnemingen kunnen een belangrijke tijdelijke adempauze betekenen voor de verzorgende omgeving, hoewel hier en daar de tendens wordt gesignaleerd dat dit ook tot gevolg kan hebben dat men zich meer bewust wordt van de belasting, waardoor terugplaatsing moeilijker kan worden;
- . het ter beschikking stellen van verpleegkundige hulpmiddelen, faciliteiten en daadwerkelijke ondersteuning vanuit het verpleeghuis aan thuis verpleegde patiënten en hun verzorgers (alook de eerste lijn), kan er eveneens toe bijdragen dat bepaalde patiënten niet opgenomen behoeven te worden.

Van de hier genoemde bijdragen vanuit het verpleeghuis aan thuis verpleegden is de essentie, dat zij een praktische maar ook psychologische steun betekenen voor degenen die de zorg voor een verpleging-behoevende in de eigen omgeving op zich nemen.

Door verschillende verpleeghuizen wordt over bovengenoemde functies ten behoeve van thuis verpleegden opgemerkt, dat de geringe flexibiliteit in normering en soms langdurige bureaucratische procedures voor toestemming voor aanpassingen bij een patiënt thuis, frustrerend werken voor mogelijkheden tot ontslag of preventie van opname. De invoering van budget-financiering biedt wel een adempauze, maar - naar gevreesd wordt - slechts van korte duur.

4.3 Functie-claims, indicatiestelling en patiëntenbestand

Uit de interviews komt naar voren dat in de verpleeghuissector uiteenlopende opvattingen bestaan over wenselijkheid van specialisatie. Een deel van de verpleeghuizen is van mening dat elk verpleeghuis alle 'basis-functies' dient aan te bieden. Sommigen pleiten voor uitsluitend gecombineerde verpleeghuizen. Deze verpleeghuizen achten specialisatie van collega-instellingen op een bepaalde categorie aandoeningen of patiënten ongewenst. Aan de andere kant zijn er verpleeghuizen die een zekere specialisatie claimen, buiten het in de erkenningen vastgelegde onderscheid tussen somatische en psycho-geriatrische patiënten:

- specialisatie op jeugdige verpleging-behoevenden;
- specialisatie op reactivering en/of revalidatie (met name somatische huizen;
- specialisatie op CVA-patiënten en hun revalidatie;
- specialisatie dagbehandeling.

Het is te verwachten dat een dergelijke specialisatie-claim gevolgen heeft voor de indicatiestelling (de keuze van verpleeghuis van aanmelding door patiënten; de beoordeling van patiënten) als ook op de kenmerken van het resulterende patiënten-bestand, niet alleen in het eigen verpleeghuis, maar wellicht ook in omliggende verpleeghuizen (zo kan een sterk revalidatie-georiënteerd verpleeghuis een vrij korte verpleegduur handhaven, terwijl omliggende verpleeghuizen relatief veel chronische en langdurig verblijvende patiënten opnemen).

In vrijwel alle verpleeghuizen met een somatische bestemming wordt melding gemaakt van de aanwezigheid van patiënten met een 'verkeerde indicatie'. In enkele gevallen betreft het somatische patiënten, die eigenlijk ontslagen zouden kunnen worden mits er plaats was in een verzorgingstehuis, of als voldoende zorg uit de eerste lijn thuis zou kunnen worden geboden.

In veruit de meeste gevallen gaat het echter om feitelijk psycho-geriatrische patiënten in een somatisch verpleeghuis. Aan deze situatie liggen verschillende oorzaken ten grondslag:

- in een aantal gevallen vindt bij een als somatisch opgenomen patiënt een ernstige achteruitgang plaats, waarbij sprake is van psycho-geriatrische problematiek;
- bij een aantal patiënten is sprake van een overwegend lichamelijke klacht en in mindere mate van dementie (de zgn. 'dubbel-gehandicapten');
- in enkele gevallen is sprake van een zeer problematische en urgente thuissituatie en een zeer lange wachttijd/-wachtduur voor psycho-geriatrische verpleeghuizen, in welk geval soms als 'nood-oplossing' de betrokkene tijdelijk in een somatisch verpleeghuis wordt opgenomen;
- in een enkel geval is sprake van eigen zorg-filosofie waarin het somatisch verpleeghuis ook een functie claimt op het gebied van bepaalde psycho-geriatrische patiënten, door een brede definiëring van de doelgroep.

Bij de aanwezigheid van psycho-geriatrische patiënten in een somatisch verpleeghuis wordt voorts opgemerkt, dat deze patiënten vervolgens ook vaak als 'minder urgente opname' worden aange-merkt, daar nu sprake is van een continue en intensieve zorg voor betrokkene.

Overigens wordt door veel verpleeghuizen benadrukt dat de grens tussen somatiek en psycho-geriatrie niet scherp te definiëren is en daardoor in een aantal gevallen kunstmatig aandoet. De psycho-geriatrische patiënten in somatische verpleeghuizen blijken voorts niet altijd als zodanig in het SIVIS-bestand geregistreerd.

4.4 Verschillen in het proces van indicatiestelling tussen samenwerkende en niet-samenwerkende verpleeghuizen

In het onderzoek is vanzelfsprekend een interessante vraag in hoeverre het proces van indicatiestelling verschilt tussen verpleeghuizen die relatief veel overleg of samenwerking meldden in de inventarisatie, tegenover de verpleeghuizen die dit juist weinig meldden.

Het beperkte aantal verpleeghuizen brengt met zich mee dat een getalmatige vergelijking weinig zinvol is: een grove contrastering geeft navolgend beeld:

a) De aanmelding en informatie-verzameling.

Verpleeghuizen met een lage samenwerkingsscore lijken over de gehele lijn wat sterker gericht op de medische kant van het proces van indicatiestelling, minder vaak aanvullende informatie in te winnen en dit bovendien minder vaak doen bij niet-medische hulpverleners. Voorts lijkt het er bij deze verpleeghuizen wat minder 'gestandaardiseerd', 'geformaliseerd' en 'systematisch' aan toe te gaan.

Verpleeghuizen die meldden veel te overleggen en/of samen te werken verschillen onderling sterker: sommigen wijken duidelijker af van voorgaand samenvattend beeld dan anderen. Toch is onze indruk uit de interviews dat deze verpleeghuizen meer aandacht hebben ook voor de sociale aspecten (met name bij de urgentie), gemakkelijker aanvullende informatie inwinnen en dit vaker ook bij niet-medische disciplines doen. Voorts wordt door de meeste van deze verpleeghuizen met gestandaardiseerde instrumenten gewerkt bij het huisbezoek, worden duidelijke afspraken gemaakt over de informatie-uitwisseling met andere zorververleners en vindt meestal verslaglegging en vrij uitgebreide dossiervorming plaats.

Hierbij moet worden opgemerkt dat het soms juist de overleg-situatie is die tot afspraken heeft geleid en die (schriftelijke) verslaglegging noodzakelijk maakt.

De beide groepen geselecteerde verpleeghuizen verschillen overigens niet duidelijk in de wijze waarop contact wordt gelegd over een aangemelde patiënt: de inwinning van informatie over een aangemelde patiënt gebeurt bijna altijd op ad hoc-basis. Verpleeghuizen met een hoge samenwerkingsscore maken in overlegsituaties wel vaak melding van de aanvraag of gebruiken concrete gevallen als voorbeeld om werkwijzen en procedures te bespreken.

b) Besluitvorming over opname.

Verpleeghuizen met een lage score op overleg en/of samenwerking lijken ook intern minder overleg te kennen. De besluitvorming is vaker geconcentreerd bij één functionaris of bij een kleine opname/ontslag-commissie, waarbij de verpleeghuis-arts/directie (soms de maatschappelijk werkende) een belangrijke inbreng hebben. Evenals de informatie-verzameling is ook de besluitvorming vaak minder gedocumenteerd (geen schriftelijke stukken), minder gestructureerd (soms zonder enig overleg of aanschietsen in de wandelgangen) en minder gefaseerd (indicatie, urgentie en plaatsing lopen dooreen).

De verpleeghuizen met een hoge score kennen ook intern meestal een uitgebreid overleg, waarin ook de verpleegafdelingen zijn betrokken en waarin de directie een minder doorslaggevende stem heeft ondanks de eindverantwoordelijkheid. De besluitvorming wordt vaak met behulp van schriftelijke stukken voorbereid, er is meestal een voorzitter en er vindt verslaglegging plaats terwijl ook de indicatiestelling, urgentie-bepaling en behandelingsplan en/of gewenste plaatsing vaker worden onderscheiden als verschillende beslissingsmomenten.

c) Criteria.

In samenhang met voorgaande tendensen lijken de verpleeghuizen met een lage score op overleg en/of samenwerking wat sterker gericht op de medische aspecten en medische informatie. Voor de somatische verpleeghuizen geldt bovendien dat hier de neiging tot specialisatie wat sterker is en vooral gericht op revalidatie.

Omgekeerd bestaat in verpleeghuizen met een hoge samenwerkings-score vaak een uitgebreide lijst met - naast medische - verschillende 'sociale' criteria voor de besluitvorming in de verschillende fasen. Geen van deze verpleeghuizen meldden speciale functies te vervullen.

Samenvattend lijkt er een tendens aanwezig dat verpleeghuizen met een lage samenwerkingsscore als het ware 'minder georganiseerd', sterker 'persoons-afhankelijk' en sterker 'medisch georiënteerd' functioneren. Een hoge samenwerkingsscore lijkt samen te gaan met een tendens tot 'nauwkeuriger organisatie', 'veelzijdiger contacten van verschillende functionarissen' en meer 'gedifferentieerde/minder specifiek-medische oriëntatie'.

5. OVERHEIDSBELEID EN PLANNING

5.1 Inleiding

Het onderzoek beoogt bij te dragen aan onderbouwing van het (provinciaal) beleid en de planning van verpleeghuizen. Opgemerkt moet worden dat vanuit het gezichtspunt van de verpleeghuizen met het begrip 'overheid' vaak het gehele bestuurlijke apparaat wordt aangeduid, met inbegrip van adviserende, regelende en uitvoerende organen zoals onder andere de Geneeskundige (Hoofd) Inspectie. Het overheidsbeleid werd in de interviews aan de orde gesteld. De resultaten waren moeilijk te interpreteren en soms ook teleurstellend terughoudend. Verschillende oorzaken kunnen hieraan ten grondslag liggen: methodisch (de vragen kwamen aan het eind van het interview terwijl vaak de tijd al was overschreden), inhoudelijk (vermoedelijk is het nogal een 'sprong' van onderwerpen), of de vooraf gestelde beperking dat onze interesse vooral uitgaat naar ideeën die geen uitbreiding van capaciteit of middelen vragen, omdat deze ons nogal onzeker toeschijnt.

Naast de beantwoording van vragen over beleid en planning echter kwam in veel gesprekken terloops en zijdelings het (overheids)-beleid en de planning nogal eens aan de orde, onder andere in het licht van een aantal ervaren knelpunten. Ook deze opmerkingen vormen een grond voor dit verdere hoofdstuk.

5.2 Knelpunten vanuit het verpleeghuis-gezichtspunt

Vrijwel alle verpleeghuizen noemen het beleid ten aanzien van de capaciteit voor psycho-geriatrische patiënten als één van de ernstigste problemen. Een tweede knelpunt dat door veel verpleeghuizen genoemd wordt is, dat het beleid ten aanzien van andere voorzieningen belangrijk van invloed is op het functioneren van de

verpleeghuissector. Vrijwel alle verpleeghuizen wijzen op de geringe voortgang van de versterking van de eerste lijn, waardoor soms ontslag problematisch is en ook samenwerking onder druk staat. Hierbij betreft het niet alleen de kwantitatieve capaciteit, maar ook de geringe organisatie en continuïteit binnen de eerste lijn.

Een ander knelpunt ligt volgens de verpleeghuizen in bureaucratistische en formalistische procedures, overigens niet alleen bij de overheid. Met name wordt bijvoorbeeld gewezen op de Gemeenschappelijke Medische Diensten, die een rol spelen bij aanpassingen thuis, welke ontslag uit het verpleeghuis mede mogelijk maken. De procedures zijn soms zo lang dat de patiënt is overleden voordat de besluitvorming is afgerond.

Het beleid ten opzichte van andere intramurale voorzieningen is belangrijk van invloed op het functioneren van verpleeghuizen, met name waar sprake is van een zekere overlapping van patiënten-categorieën:

- a) Algemene ziekenhuizen: Veel verpleeghuizen merken op dat recente beperkingen van vergoedingen voor bepaalde medisch specialistische verrichtingen van invloed zijn op het ontslag-beleid vanuit ziekenhuizen naar verpleeghuizen. Hierdoor zouden minder patiënten in verpleeghuizen worden opgenomen dan voorheen.

Sommige algemene ziekenhuizen zouden voorts overwegen om een speciale afdeling voor bejaarde ziekenhuis-patiënten in te richten. Dit zou overigens niet een echte GAAZ betreffen, aldus onze informanten. De vrees bestaat dat binnen het algemeen ziekenhuis in feite een concurrerende verpleeg-afdeling zal ontstaan.

- b) Psychiatrische ziekenhuizen: In enkele gesprekken werd het vraagstuk van de bejaarde psychiatrische patiënten naar voren gebracht. De formele overheveling van capaciteit in psychiatrische ziekenhuizen met bejaarde patiënten naar de

verpleeghuis-sector, betekent een schijnbare groei van capaciteit aldaar, terwijl het structurele tekort aan psycho-geriatrische bedden onverminderd blijft bestaan.

- c) Verzorgingstehuizen: Van oudsher wordt door sommige verpleeghuizen het bestaansrecht van grote ziekenboegen en zgn. '1 oktober-bedden' in verzorgingstehuizen aangevochten. Niettemin worden toch tamelijk grote aantallen verpleging-behoevenden op deze manier in het verzorgingstehuis gehandhaafd.

Door verpleeghuizen wordt een afnemend aantal aanmeldingen voor verzorgingstehuizen gesignaleerd, terwijl zich tegelijkertijd een verzwaring van het bewoners-bestand voordoet. (Overigens wordt de handhaving van dergelijke bewoners niet zonder meer als negatief beoordeeld: voor sommige patiënten wordt een overgang van verzorgingstehuis naar verpleeghuis als zware en wellicht ongewenste belasting gezien, bijvoorbeeld wanneer de kans op reactivering in het verpleeghuis feitelijk gering is.

Verschillende verpleeghuizen pleiten in dit verband voor dependance-vorming in verzorgingstehuizen of zien mogelijkheden in de gezamenlijke ontwikkeling van groepsverzorging.)

Dergelijke substitutie-tendensen belemmeren eventuele samenwerking tussen verschillende voorzieningen, met name waar sprake is van een afnemende druk op verpleeghuizen, van dreigende onderbezetting of capaciteits-inkrimping. Immers onder zulke omstandigheden neemt de kans op belangen-tegenstellingen en op conflicten sterk toe.

Een veel gehoord verwijt is, dat de overheid in zulke situaties onvoldoende als scheidsrechter optreedt of inconsequent is in zijn besluitvorming.

5.3 Algemene opmerkingen over beleid en planning van de overheid

Het algemene beeld uit de interviews over de mening over beleid en planning van overheidszijde is tamelijk kritisch. Kwalificaties als 'onduidelijk en onhelder', 'afstandelijk', 'insequent', 'weinig-flexibel' en - op het vlak van capaciteits- en middelen-toewijzing - 'knellend' worden vaak gehoord. Bovendien bestaat een duidelijke beduchtheid voor een sterkere overheidsbemoeienis. De wens van handhaving van de autonomie van het particulier initiatief wordt door een meerderheid van verpleeghuizen beklemtoond. Toch zijn er ook verpleeghuizen die in dit verband stellen dat wanneer het particulier initiatief in gebreke blijft, de overheid verplichtingen moet kunnen opleggen, naleving moet kunnen controleren en eventueel consequenties en sancties moet kunnen opleggen, vanuit het gegeven dat 'de samenleving' de gezondheidszorg betaalt. Dit betekent overigens nog niet dat deze verpleeghuizen het eens zijn met het thans gevoerde beleid. Ook deze verpleeghuizen zijn kritisch ten aanzien van de duidelijkheid en consequente besluitvorming.

Op de vraag in hoeverre de overheid samenwerking zou kunnen en moeten stimuleren door middel van een hierop gericht beleid, antwoorden vrijwel alle verpleeghuizen dat overleg en samenwerking slechts kans van slagen hebben in een geleidelijk groeiproces, gedragen door de deelnemers. Hoewel een streven naar meer samenhang tussen verpleeghuis, verzorgingstehuis en ziekenhuis veelal in zijn algemeenheid wel wordt onderschreven, menen de meeste verpleeghuizen dat het 'voorschrijven' nauwelijks zinvol is. Enkele verpleeghuizen menen daarentegen dat een 'verplichting met bijbehorende sancties zou kunnen helpen onwillige instellingen te dwingen om samen te werken. Zij achten dit gerechtvaardigd door het grote belang dat zij aan samenwerking toekennen. Wel merken de meeste verpleeghuizen op dat aan het stimuleren van samenwerking ook de toewijzing van middelen hiervoor zou moeten worden gekoppeld. Het huidige beleid ten aanzien van samenwerking werkt

nauwelijks stimulerend daar zij als een 'extra' activiteit uit eigen middelen 'bekostigd' moet worden in een situatie waarin toch al een taakverzwaring in veel sectoren wordt gesignaleerd.

5.4 Onduidelijkheid van beleid

De onduidelijkheid van beleid en planning ligt op drie vlakken:

- a) De beleids-bevoegdheid en verantwoordelijkheid en de rol van het particulier initiatief zijn - mede door de decentralisatie-voornemens - onduidelijk. Niet alleen echter tussen rijk en provincie liggen onduidelijkheden: tussen de gezamenlijke intramurale voorzieningen en de provincie bestond bijvoorbeeld een verschil van opvatting over de rol van het particulier initiatief in de beleids-ontwikkeling en planning. De opvattingen hierover varieerden tussen a) een zeer hoge mate van autonomie binnen globale richtlijnen die - in onderhandeling - zijn overeengekomen, via b) vroegtijdige betrokkenheid van instellingen in de beleids- en planontwikkeling tot een rol als c) commentator achteraf als belanghebbende en d) uitsluitend voor uitvoering van het beleid verantwoordelijke instelling. De verpleeghuizen opteren veelal voor autonomie of vroegtijdige betrokkenheid terwijl de provinciale overheid de indruk wekte de verpleeghuizen hoogstens achteraf te willen horen als commentator. In Noord-Brabant is inmiddels overeenstemming bereikt tussen de Provincie en het particulier initiatief en zijn de eerste ervaringen opgedaan in de decentrale uitwerking van het Provinciaal Kaderplan Verpleeghuizen (1984).

Uit de gesprekken komt voorts naar voren dat voor de verpleeghuizen vaak nog onduidelijk is op welk overheids-niveau beleids- en beslissingsruimte bestaat voor een eigen invulling van bijvoorbeeld centrale richtlijnen en normeringen. Onder andere op het punt van experimenten en

bijvoorbeeld ten aanzien van de mogelijkheid om bedden-capaciteit 'in te ruilen' tegen dagbehandelings-faciliteiten bestaan veel vragen.

- b) Het beleid is inhoudelijk onduidelijk en sluit onvoldoende aan bij de praktijk, aldus een aantal verpleeghuizen. Een in dit verband veel genoemd voorbeeld is de nadruk op versterking van samenhangen en de richtlijn dat samengewerkt dient te worden (algemeen ziekenhuis, verzorgingstehuis), zonder aanduiding van wat daaronder verstaan wordt. De verplichting dat voor een bouwvergunning overlegd dient te zijn in de regio, betekent niet dat dit overleg ook inhoud moet hebben of dat men tot overeenstemming moet zijn gekomen. De verplichting is goeddeels zonder consequenties. Evenmin zijn middelen beschikbaar om samenwerking te realiseren.

Het strikte onderscheid tussen erkenningen in de capaciteits-normering voor somatische, respectievelijk psychogeriatrische verpleeghuisbedden sluit evenmin aan bij de praktijk en leidt tot een soort 'wets-ontduiking'. De oorzaak is de onmogelijkheid om de grenzen tussen psychogeriatric en somatiek scherp te definiëren, door het brede overlappende gebied tussen beide.

Hierbij wordt onvoldoende rekening gehouden met - al dan niet gewenste - effecten van maatregelen en capaciteitsontwikkelingen in andere voorzieningen die een zekere substituerende of complementaire functie hebben ten opzichte van de verpleeghuiszorg. In dit verband worden onder andere effecten van wijzigingen in het vergoedingstelsel voor ziekenhuiszorg op het ontslagbeleid naar verpleeghuizen genoemd.

Tenslotte wordt nogal eens opgemerkt dat de overheid in conflictueuze situaties onvoldoende in staat is om 'de knoop door te hakken', terwijl dit redelijkerwijs van

betrokken partijen evenmin kan worden verwacht. In dit verband moet ons inziens gewezen worden op het dilemma, dat verpleeghuizen enerzijds vragen om meer duidelijkheid en inhoud van overheidsbeleid, maar anderzijds een 'blauw-druk' afwijzen als inbreuk op hun autonomie.

- c) De besluitvorming in de praktijk is niet steeds consequent en in overeenstemming met formele beleids-uitspraken.

Als voorbeelden hiervan worden genoemd:

- De geringe voortgang van de versterking van de eerste lijn en de terughoudendheid ten aanzien van dagbehandeling en andere pogingen om (volledige) opnemings te voorkómen, ondanks alle uitspraken daarover.
- Het aantal 1 oktober-bedden of grote ziekenboegen van verzorgingstehuizen in de directe nabijheid van - soms onderbezette - verpleeghuizen, ondanks het uitgesproken voornemen deze af te bouwen.
- De formele toerekening van een deel van de capaciteit in psychiatrische ziekenhuizen (bejaarde psychiatrische patiënten) aan de verpleeghuissector heeft ogenschijnlijk uitbreiding van de psycho-geriatrische capaciteit tot gevolg, terwijl de betreffende patiënten in feite niet psycho-geriatrisch (althans in engere zin) zijn. Een dergelijke formele verschuiving lost voor de langdurig wachtenden voor opname in een psycho-geriatrisch verpleeghuis op korte termijn niets op, de aard van de deskundigheid is discutabel en de belangen van de verpleeghuis-sector kunnen worden doorkruist.

Samenvattend kan gesteld worden dat verpleeghuizen nogal wat problemen ervaren met het gevoerde beleid, dat dan ook wel wordt beschreven als 'gemaakt van achter een bureau in een ivoren toren'. Of die toren dan in 's Gravenhage of in 's Hertogenbosch staat is niet altijd duidelijk maar wordt ook gevoeld als tot nu toe minder belangrijk.

5.5 Meningen over beleid gericht op samenwerking

Zoals al eerder werd gesteld zijn veel verpleeghuizen beducht voor aantasting van hun autonomie door interventie van overheidszijde. Tegenstanders van overheidsbemoeienis worden zowel onder niet als onder wél samenwerkende verpleeghuizen aangetroffen. In grote lijnen kunnen de volgende opvattingen worden onderscheiden:

- a) Drie verpleeghuizen vinden dat de overheid zich afzijdig zou moeten houden (twee nauwelijks samenwerkend en één intensief samenwerkend), omdat de huidige situatie bevredigend functioneert. Het samenwerkende verpleeghuis beschrijft het brede overleg als 'ideaal voor elk verpleeghuis' maar vreest van overheids-inmenging een doorkruising van wat zich thans spontaan heeft ontwikkeld.
- b) Drie verpleeghuizen zouden er geen problemen mee hebben wanneer de overheid - meer nog dan thans - samenwerking verplicht zou stellen, en aan het zich onttrekken aan samenwerking door verpleeghuizen consequenties zou verbinden. Opvallend is dat hierbij ook een verpleeghuis werd aangetroffen dat een relatief geringe samenwerking met andere voorzieningen heeft. Wel stellen deze verpleeghuizen dat de overheid de verpleeghuizen de vrijheid dient te laten in de wijze van uitvoering van deze verplichting.
- c) De overige verpleeghuizen nemen een soort tussen-positie in op grond van uiteenlopende overwegingen. Zo stelt een verpleeghuis dat het beleid tot nu toe al stimulerend genoeg heeft gewerkt (zie de 'Richtlijnen...' en de 'Beleidsbrief...') en ook dit onderzoek nu, gevoeld wordt als 'pressie'. Andere verpleeghuizen stellen dat waar zich de behoefte doet gevoelen, samenwerking zich ook wel spontaan zal ontwikkelen.

Daar waar verpleeghuizen een rol weggelegd zien voor de overheid, betreft dit vooral een 'voorwaarden-scheppende' en 'stimulerende rol'. Vaak worden enkele voorwaarden genoemd:

- duidelijk zal moeten worden geformuleerd wat de overheid beoogt met samenwerking (inhoudelijke aanduiding, doelen, verwachtingen);
- in zoverre de samenwerking beslag legt op, of consequenties heeft voor de betrokken instellingen in personeel of financieel opzicht, zullen hiervoor middelen vrijgemaakt moeten worden. Hierbij wordt soms gesteld dat verdere taakverzwaring niet verantwoord kan plaatsvinden zonder tegemoetkomingen in toegewezen middelen;
- samenwerking en/of overleg kan gebaat zijn bij een daarvoor aangewezen adviserende of coördinerende functionaris, zoals ten aanzien van de psycho-geriatrische patiënten het geval is door de SPGD-functie. Opgemerkt wordt dan dat daarbij een 'blauwdruk-benadering' minder wenselijk is omdat daardoor eigen initiatieven worden verstikt en wellicht ook minder aan de specifieke behoeften en mogelijkheden in de lokale of regionale situatie tegemoet wordt gekomen. Voorts kan worden opgemerkt dat voor somatische patiënten een dergelijk coördinerende functie vooralsnog ontbreekt en wellicht moeilijk bij de SPGD kan worden ondergebracht, gezien het gegeven dat de SPGD ontwikkeld is vanuit de RIAGG. In dit verband wordt een rol soms toegedacht aan een verzaamd gecoördineerd bejaardenwerk of aan de kruisvereniging.
- Door veel verpleeghuizen wordt versterking van de eerste lijn in capaciteit en verbetering van de organisatie van de eerste lijn genoemd als een belangrijke stap, zowel op het punt van samenwerking, als voor vermindering van opname-druk en vergroting van ontslag-mogelijkheid.

5.6 Overige beleidsperspectieven

De bestaande normeringen ten aanzien van capaciteit, maar vooral ook personeel en faciliteiten, worden door veel verpleeghuizen als knellend ervaren. Daarbij gaat het niet alleen om de hoogte van de normen - vrij algemeen worden wel een toename van belasting van bepaalde functies gesignaleerd - maar zeker ook om een geringe flexibiliteit in de toepassing.

Een aantal verpleeghuizen meent dat door verruiming van alternatieven voor opneming een belangrijke bijdrage kan worden gevonden om opnamen te voorkomen en vroegtijdiger ontslag te bewerkstelligen. In een aantal gevallen stelt men hiertoe mogelijkheden te zien zonder belangrijke uitbreiding of door bijvoorbeeld overheveling van bedden-capaciteit naar zulke activiteiten. In dit verband worden de volgende activiteiten genoemd:

In het verpleeghuis:

- . dagbehandelings-faciliteiten;
- . nacht-opnemingen;
- . uitbreiding van weekend- en vakantie-opnemingen;
- . bespoediging ontslag uit algemene ziekenhuizen.

In de eerste lijn:

- . groepsverzorging in verzorgingstehuis steunen;
- . advisering/ondersteuning eerste lijn.

Aan thuiswonenden in eigen omgeving:

- . begeleiding/ondersteuning familie verpleegden;
- . beschikbaarstelling hulpmiddelen aan verpleegden;
- . openstelling activiteiten voor thuis verpleegden (onder andere bezigheids therapie).

In enkele verpleeghuizen worden in feite soms dergelijke activiteiten gerealiseerd buiten de formele regels om, uit 'eigen middelen'.

Tenslotte wordt door veel verpleeghuizen gesteld dat op zichzelf wellicht meer mogelijkheden denkbaar zijn om - bijvoorbeeld via samenwerking - opnemingen te voorkómen of ontslag te bespoedigen. Het voortdurend verzwaren van aan verpleeghuis-functionarissen opgedragen taken heeft echter zijn grenzen omdat het juist bepaalde functies zijn die in dit verband een rol spelen. Een beleid, gericht op benutting van zulke mogelijkheden zal ook middelen voor het vervullen van zulke taken moet vrijmaken.

6. SAMENVATTING VAN DE BELANGRIJKSTE OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN

6.1 Overeenkomsten tussen beide selecties verpleeghuizen

a) Het proces van indicatiestelling (hoofdstuk 4).

Er bestaat minder groot verschil in de globale gang van zaken tussen verpleeghuizen met een hoge, respectievelijk lage score op samenwerking ten aanzien van de indicatiestelling, dan op grond van de inventarisatie werd verwacht:

- de aanmelding geschiedt vaak telefonisch door een handelend arts;
- meestal wordt vervolgens een aanmeldingsformulier en een machtigingsaanvraag voor de AWBZ toegezonden. Dit formulier is in grote lijnen vergelijkbaar met een NZR-ontwerp en wordt vaak door alle verpleeghuizen in de betreffende regio gebruikt;
- vrijwel altijd wordt een bezoek afgelegd aan de aangeelde patiënt, waarbij zowel informatie wordt ingewonnen alsook informatie over het verpleeghuis wordt verstrekt;
- eventuele aanvullende informatie ten behoeve van de besluitvorming wordt vrijwel altijd op ad hoc basis - meestal telefonisch - ingewonnen, waarbij de huisarts vaak de inlichtingenbron is;
- alle verpleeghuizen achten de aanwezigheid van een medische indicatie een centraal criterium, maar voor de selectie van feitelijke opnamen zijn anderssoortige overwegingen doorslaggevend;
- vrijwel alle verpleeghuizen maken melding van psychogeriatrische problematiek in somatische verpleegafdelingen.

- b) Opvattingen over contacten en relaties met andere voorzieningen (hoofdstuk 3).
- voor zover verpleeghuizen relaties of contacten hebben met andere voorzieningen, hebben deze gemeenschappelijk dat de indicatiestelling tot opnemng niet erg centraal staat;
 - contacten over de indicatiestelling tot opnemng vinden overwegend plaats op ad hoc basis tussen een functionaris uit het verpleeghuis en een andere hulpverlener;
 - eventuele formalisering van relaties tussen een verpleeghuis en andere voorzieningen vloeit vaak voort uit externe omstandigheden (in conflict-situaties of bij wijze van 'formaliteit');
 - deel uitmaken van een groter bestuurlijk geheel, gezamenlijk met andere voorzieningen, komt in beide groepen even vaak voor en lijkt vooral van betekenis voor beleidsmatige en op doelmatige bedrijfsvoering gerichte activiteiten, doch nauwelijks voor het contact over patiënten;
 - eventuele formalisering is geen bruikbare maatstaf voor beoordeling van daadwerkelijk overleg of samenwerking;
 - de formalisering van een relatie heeft niet noodzakelijk invloed op het proces van indicatiestelling of op het contact tussen betrokken instellingen;
 - beide groepen verpleeghuizen hebben in grote meerderheid een kritische houding tegenover huisartsen en specialisten als bron van informatie over een patiënt en diens omstandigheden;
 - contacten met collegae-medici over aangemelde patiënten verlopen overwegend ad hoc via informele wegen, klinische avonden etc. en zelden in een gestructureerde vorm;
 - voor alle verpleeghuizen vormt het verschil in schaalgrootte van verzorgingsgebied en georganiseerdheid van

de eerste lijn een belangrijke belemmering om tot samenwerking of gestructureerd overleg te komen.

- c) Opvattingen over beleid en planning van overheidszijde (hoofdstuk 5). In het algemeen staan de verpleeghuizen tamelijk kritisch tegenover het beleid en de planning van de overheid als verkokerd, onduidelijk, soms inconsequent en onvoldoende flexibel.

Ten aanzien van de mogelijkheid om door middel van gericht beleid overleg en samenwerking te stimuleren, zijn de verpleeghuizen over het algemeen van mening dat samenwerking het resultaat is van een 'spontaan groei-proces'. Om opname te voorkómen en vroegtijdig ontslag te stimuleren achten de verpleeghuizen versterking van de eerste lijn qua capaciteit en qua organisatie belangrijk.

Tenslotte wordt door veel verpleeghuizen de wens geuit van vermindering van formele bureaucratische procedures en van een flexibeler toepassing van normeringen. Waar voorts extra taken worden opgedragen zullen ook de middelen hiervoor moeten worden vrijgemaakt.

6.2 Verschillen tussen beide groepen verpleeghuizen

- a) Verstedelijking (hoofdstuk 2).

Opvallend is dat samenwerkende verpleeghuizen vooral in verstedelijkte plattelands-gemeenten worden aangetroffen. In de grotere steden komt samenwerking van verpleeghuizen met andere voorzieningen vrijwel uitsluitend voor bij verpleeghuizen met (gedeeltelijk of geheel) psycho-geriatri-sche bestemming. Eén somatisch verpleeghuis in een grote stad lijkt een uitzondering hierop te vormen. In dit geval blijkt het verpleeghuis door historische oorzaken een

sterke wijk-gebonden en daarmee geografisch beperkte functie te vervullen.

Als verklaring geldt het grote aantal potentiële partners in een grote stad, in vergelijking tot een plattelandsgebied.

Voor wat betreft de psycho-geriatrische verpleeghuizen ligt een verklaring in de inspanningen vanuit de SPGD.

b) Het proces van indicatiestelling tot opneming (hoofdstuk 4).

Hoewel al werd gesteld dat in grote lijnen de proces-gang tussen beide groepen niet sterk verschilt, blijkt een duidelijk verschil te liggen in de meer gedetailleerde invulling:

- de meer samenwerkende verpleeghuizen winnen uitgebreider en meer systematisch informatie in bij verschillende andere instellingen, verwerken deze ook nauwkeurig en houden vaker verslagen bij;
- de meer samenwerkende verpleeghuizen voeren ook intern uitgebreider overleg, waarbij uitgebreider voorbereiding en verslaglegging plaatsvinden, en onderscheiden vaker verschillende aspecten van het proces;
- de meer samenwerkende verpleeghuizen leggen naast criteria voor de medische indicatie ook expliciet andere criteria aan.

Omgekeerd lijken bij laag-samenwerkende verpleeghuizen beslissingen vaker op een wat ondoorzichtige manier tot stand te komen. De contacten zijn vaker informeel-persoonlijk. Er lijkt een zwaarder accent te liggen op de medische indicatie alleen. Meer in het algemeen lijkt overleg binnen het verpleeghuis wat minder te zijn ontwikkeld.

c) Contacten en relaties met andere voorzieningen (hoofdstuk 3).

Vanzelfsprekend verschillen de relaties tussen verpleeghuis en andere voorzieningen tussen beide groepen. De samenwerkende verpleeghuizen hebben gemeen dat zij - vrijwel steeds door een geografische inperking - een oplossing hebben gecreëerd voor het probleem van het grote aantal potentiële betrokkenen. De laag-samenwerkende verpleeghuizen achten deze oplossing niet aanvaardbaar en beperken zich meestal tot minder frequente contacten met andere - op dezelfde schaal georganiseerde - intramurale voorzieningen op management-niveau.

De samenwerkende verpleeghuizen noemen als belangrijke voordelen de grotere wederzijdse bereidheid en inzicht in elkaars mogelijkheden, groeiend vertrouwen, verbetering van (volledigheid van) informatie en soepeler functioneren van de relatie met de eerste lijn.

De laag-samenwerkende verpleeghuizen noemen dergelijke aspecten als probleem van ongestructureerde relaties, maar verwachten van structurering geen verbetering: men is vaak toch tamelijk tevreden.

Vanzelfsprekend verschillen beide groepen ook in de waardering van een reeks argumenten 'pro en contra', zoals de eventuele bedreiging van de keuze-vrijheid van de patiënt, de aantasting van de privacy, het risico van omslachtiger bureaucratie en tijdsverlies. De samenwerkende verpleeghuizen menen aanvaardbare oplossingen te hebben gevonden of beoordelen bepaalde bezwaren als minder ernstig en verwachten deels tijdsbesparing.

Tenslotte valt op dat de samenwerkende verpleeghuizen vaak de ondersteuning van de eerste lijn als argument naar

voren brengen. In de laag-samenwerkende verpleeghuizen daarentegen, zijn taken en verantwoordelijkheden vaak scherp afgebakend: als iemand geen verpleeghuis-patiënt is valt hij of zij geheel buiten de competentie en 'belangstelling' van het verpleeghuis.

- d) Opvattingen over beleid en planning van de overheid (hoofdstuk 5). Hoewel tussen de verpleeghuizen op het punt van wensen en verwachtingen ten aanzien van beleid en planning vrij veel overeenstemming lijkt te bestaan, lijken samenwerkende verpleeghuizen iets vaker, maar zeker niet eensgezind, een stimulerende en voorwaarden-scheppende rol te zien voor de overheid, soms zelfs tot samenwerking verplichtend, sanctionerend. De laag-samenwerkende verpleeghuizen - doch ook niet eensgezind - lijken wat vaker tevreden met de huidige stand van zaken en wat minder veranderings-gezind.

Tabel: Samenvatting interview-resultaat hoog scorende verpleeghuizen.

Verpleeghuis Aspect	Somatisch hoog scorend (h)	Somatisch hoog scorend (e)	Somatisch hoog scorend (g)	Psycho-geriatrisch hoog scorend (j)	Gecombineerd hoog scorend (f)
Urbanisatiegraad	C 3	C 3	C 5	C 3	C 3
intramur. voorz. cap.	hoog	laag	hoog	hoog	hoog
extramur. voorz. cap.	laag	hoog	gemiddeld	laag	gemiddeld
Organisat. combinatie	gecombineerd en deel geïntegreerd met intram. voorz.	gecombineerd en deel geïntegreerd met intram. voorz.	gecombineerd en deel geïntegreerd met intram. voorz. deel concern	NVT	NVT
Samenwerking (gestructureerd) algemeen:	brade overlegvorm met 1e en 2e lijn, excl. huisartsen incl. verzorging	bilateraal overleg (per discipline) met 1e lijn, incl. huisartsen, incl. verzorgingshzn.	brade overlegvorm met 1e lijn, incl. verzorgingshzn.	brade overlegvorm met 1e en 2e lijn, excl. huisartsen, incl. verzorgingshzn.	bilateraal overleg (per discipline) met 1e lijn, incl. verzorgingshzn.
doel:	<ul style="list-style-type: none"> ondersteun. bej. beleidsbeïnv. 	<ul style="list-style-type: none"> verbeteren samenwerking 	<ul style="list-style-type: none"> groter bekendhd. flank. bej. bel. 	<ul style="list-style-type: none"> ondersteun. bej. beleidsbeïnv. 	<ul style="list-style-type: none"> samenwerking voorz. onderst. 1e lijn
vorm:	strak gestructur.: (beleidsnota, vz, notulen, vaste deelnemers)	strak gestructur. (vz, notulen, vaste deelnemers)	weinig gestruct. (vaste kern, gespreksleider), wellicht latere formalisering	strak gestruct. (beleidsnota, vz, notulen, vaste deelnemers)	matig gestructureerd (verschilt per discipline: deels samenwerkingsovereenk.)
reikwijdte:	lokaal (eigen gemeente)	lokaal (eigen gemeente)	lokaal (beperkte stadwijk)	lokaal (eigen gemeente)	lokaal en deels enkele omringende gemeenten
Invoel op indicatiestelling	deel-doelstelling en systematisch agendapunt	casuïstiek en thematisch als aangrijpingspunt	indirect, uitsluitend in de wendingen	deel-doelstelling en systematisch agendapunt	indirect
Extern contact i.v.m. indicatiestelling	systematisch in overleg lokaal	ad hoc	ad hoc	systematisch in a) overleg b) regionaal intake team psycho-ger.	ad hoc
Evaluatie: opbrengst	betera kwaliteit inform. systeem tijdsbesparing legitimeert besluit verpl. huis beter ontslag/nazorg veelzijdige info ken elkaars (on)mogelijkheden	meer contacten en betere info is basis voor samenwerking functioneren in lijn gesterkt	wederzijdse bekendheid leidt tot <ul style="list-style-type: none"> tijdsbesparing minder formalisme spontaan/soepel prettige werkwijze 	wederzijdse bekendheid: constant <ul style="list-style-type: none"> op de hoogte, ken elkaars (on)mogelijkheden bespreekbaarheid problemen versterking 1e lijn 	minder negatieve beeldvorming en competentie-conflict gezamenlijke visie goede ontslagafspr.
investering	kost wel tijd, maar bespaart ook	kost nu nog wel meer tijd dan het bespaart, maar gegeven het belang mag dat.	levert meer op dan het kost	opbrengsten groter dan lasten	kost wel tijd en vooral inventiviteit

Tabel: Samenvatting interview-resultaat hoog scorende verpleeghuizen (vervolg).

Verpleeghuis Aspect	Somatisch hoog scorend (h)	Somatisch hoog scorend (e)	Somatisch hoog scorend (g)	Psycho-geriatrisch hoog scorend (j)	Gecombineerd hoog scorend (f)
Overige overlegvormen m.b.t. indicatiestelling	1) klinische bij- komsten in zknhs 2) wekelijkse artsenborrel en 3) informeel contact (in wandelgangen kan even over pa- tiënt gesproken worden met coll- huisartsen)	formale samenver- kingsovereenkomst met alg. ziekenhs, maar is in de prak- tijk volstrekt zin- loos!	1) SPGD-initiatief centrale aanmel- ding en ind.st. in bespreking met alle verpl. hzn. 2) halfjaarlijkse bijeenkomsten met alg.zkn. hzn (vrijblij- vend en formeel)	1) regionaal intake team (centrale aanmelding, gezamenlijke ind.stel- ling psycho-geriatrie (coörd. SPGD) werkt zeer positief 2) directieberaad i.v.m. beleid R.i.-team	SPGD-initiatief centrale aanmelding en ind.stelling in bespreking met alle ver- pleeghuizen
Indicatiestelling	medisch en sociaal systematisch inge- woonen via over- leggroep	medisch vrij vaak via tel. contact	medisch niet systematisch	medisch en sociaal vrijwel altijd	medisch zelden
• vaste gegevens:					
• additionele info:					
• voorrangsopnamen:	ex-patiënten met garantie bij ont- slag crisis-patiënten zonder opvang te lijn	idem idem terminale patiënten begeleid door huis- arts	langdurig opgeno- men skn.hs-pat. idem	patiënten langer dan 3 maanden in het zieken- huis	ex-patiënten met garantie bij ontslag
• bijzondere opnamen:	vakantie-opnamen tijdelijke opnamen (PG+som.) patiënten in crisis-sit.)	vakantie-opnamen tijdelijke opnamen (PG+som.) patiënten			

N.B. De alfabetische aanduiding van de verpleeghuizen komt overeen met de eerdere beschrijvingen.

Tabel 1: Samenvatting interview-resultaat laag scorende verpleeghuizen.

Aspect	Somatisch laag scorend (a)	Somatisch laag scorend (b)	Somatisch laag scorend (c)	Psycho-geriatrisch laag scorend (d)	Gecombineerd laag scorend (d)
Urbanisatiegraad	C 3	C 5	C 5	C 3	C 5
intramur. voorz. cap.	hoog	laag	hoog	laag	hoog
extramur. voorz. cap.	laag	gemiddeld	gemiddeld	gemiddeld	gemiddeld
Organisat. combinatie	NVT	bestuurlijke combinatie met intramurale voorziening op één terrein	gecombineerd en deels geïntegreerd met intramural, vz., deel concern	NVT	bestuurlijke combinatie en deels geïntegreerd met intramur. vz. deel concern
Relaties, algemeen	enig overleg met verpleeghuizen in de regio	revalidatie-arts algemeen zkn.hs. houdt poli	halfjaarlijks overleg verpl.hzn. met zkn.hzn is wel for- zeel maar vrijblij- vend	SPGD-initiatief (sinds kort!) voor breed overleg (dir.) beraad en aangehangen werkoverleg t.b.v. uitvoering (zeer formeel)	halfjaarlijks overleg verpl. hzn en alg. zkn.hzn. initiatief SPGD voor centrale aamdeling en ind. stelling overleg tussen med. en psych. werkmensen klinische bijeenkomsten met huisartsen
overigens geen vaste relaties of contacten	GMD		SPGD-initiatief centrale aamdeling en ind.st.		med. adviseur verschillende verz. hzn binnen en buiten het concern
Contact i.v.m. incidentiële	uitsluitend ad hoc/ incidenteel meest telefonisch	frequent ad hoc (initiatief aanvrager)	frakvent ad hoc (vaak initiatief verpl. hzn na aanv.) desgewenst met huisarts, maar niet systematisch	Sinds wijziging vindt in werkoverleg casuïstiek- bespreking plaats en gericht zaken doen	geen systematisch contact met ie lijn; tel. wel soms vnl. huisartsen
betr. ziekenhuizen huisartsen	(veel contact informatie)	tel. met huisarts of ziekenhuis huisartsen			
Evaluatie: voordeel ongestructureerde contacten	zeer snelle besluitvorming	de contacten lopen nu soepel	het is onmogelijk om een keuze te maken, maar ook om met iotailen tegelijk te overleggen	om mogelijk om een keuze te maken uit alle hulpverleners in de stad	tast keuzevrijheid van patiënt niet aan
	geen bemoeienis van derden die er niets mee te maken hebben	er is vaak niet een echte reden en dan is het alleen tijdverlies			minder bureaucratisch
	geen enkele behoefte aan hechtere relaties	tast keuzevrijheid patiënt niet aan			lang niet iedere patiënt heeft contact met anderen dan de huisarts
Nadelen ongestructureerde werkwijze en contacten	de huidige informatie is niet altijd optimaal: er blijken lacunes (dat zal ook in de andere werkwijze het geval blijven)	met de oude collegaehuisartsen bestaat nog wel bekendheid, de jongere die ken je niet	de huidige contacten verlopen formeel (brieven) en afstandelijk/traag	(Vóór de wijziging) inzicht in de knelpunten en behoeften in de regio ontbrak	ziekenhuisspecialisten geven niet altijd alle relevante info
	misschien zou door samenwerking in enkele trieste gevallen overplaatsing van het bej.cord naar verpleeghuis wel vermeden kunnen worden	misschien zou door samenwerking in enkele trieste gevallen overplaatsing van het bej.cord naar verpleeghuis wel vermeden kunnen worden	het kost veel tijd en energie om de betrokken ie lijn te bereiken, m.n. de huisartsen	de onbekendheid was beleven- rend om met elkaar in contact te komen	wellicht zou samenwerking de efficiëntie en openheid kunnen bevorderen door betere bekendheid, mits bureaucratie vermeden wordt
					als je elkaar ontmoet ken je elkaar en neem je gemakkelijker contact met elkaar op

Tabel: Samenvatting interview-resultaat laag scorende verpleeghuizen (vervolg).

Verpleeghuis Aspect	Somatisch (a) laag scorend	Somatisch (b) laag scorend	Somatisch (c) laag scorend	Psycho-geriatrisch (l) laag scorend	Gecombineerd (d) laag scorend (deels!)
Mensen en mogelijkheden voor samenwerking	geen enkele behoefte aan samenwerking: • meebeslissen over iemand die je niet gezien hebt kan niet • wie zou je moeten kiezen (schaal regio)	geen behoefte aan structurering, misschien door eigen onbekendheid aantasting keuzevrijheid patiënt is belangrijk zwaar	op zich zou het aantrekkelijk zijn, maar de regio is zo groot dat het onmogelijk is een knelpunt vormt: het grote aantal potentiële partners en de snelle wisselingen van mensen in de eerste lijn	de investeringen zijn groter dan de opbrengst, tot nu toe nu betreft het 1 deelregio van de drie	misschien zou samenwerking beter zijn, mits burocratie kan worden vermeden probleem is wie je als partners kiest uit alle hulpverleners in een grote regio de keuzevrijheid van de patiënt moet absoluut gewaarborgd zijn
indicatiestelling					
vaste gegevens:	strikt medisch	medisch	medisch	medisch en sociaal	medisch
additionele info:	vaak eerst ziekenhuisopname of aanvulling diagn. geg.	soms tel. (huisarts)	desgewenst bij de huisarts	meestal aanvullende informatie	incidenteel, zou vaker kunnen gebeuren
beslissing:	door directeur, vaak bij bezoek ter plaatse	door directie, vaak bij bezoek ter plaatse	opname/ontslagcommissie	opname/ontslagcommissie	opname/ontslagcommissie
voorzangsoptname:	nemen altijd vrijwel onmiddellijk op (chronologisch)	chronologisch	acute crisissit. langdurig ziekenhuispatiënten	chronologisch (thuis verpleegden)	thuis verpleegden hogere urgentie

DEELRAPPORT 3

KWANTITATIEVE ANALYSE VAN EFFECTEN VAN SAMENWERKING EN VAN CAPACITEIT OP PATIENTKENMERKEN

blz.

1.	DOEL EN ANALYSE-MODEL IN DE KWANTITATIEVE ANALYSES	1
1.1	Doelstelling	1
1.2	Het analyse-model	2
2.	BESCHRIJVING VAN DE VARIABELEN SAMENWERKING EN PATIENTKENMERKEN	7
2.1	Overleg en samenwerking	7
2.2	Het patroon van patiënt-kenmerken	8
3.	DE RESULTATEN PER VARIABLE	10
3.1	De samenwerkingsscores	10
3.2	De kenmerken van opgenomen, aanwezige en ontslagen verpleeghuispatiënten	10
3.3	Stabiliteit van de gegevens over 1981 en 1982	14
3.4	Kwaliteit van de gegevens	17
4.	VERBAND TUSSEN SAMENWERKING EN PATIENT- KENMERKEN	19
4.1	Resultaten van de analyse	19
4.2	Interpretatie van de gevonden verbanden	22
5.	DE REGIONALE VRAAG/AANBOD-VERHOUDING	25
5.1	De vraag als onafhankelijke variabele	25
5.2	Het aanbod als onafhankelijke variabele	26
5.3	Operationalisering van de vraag/aanbod- verhouding	27
6.	REGIONALE VERSCHILLEN IN VRAAG/AANBOD- VERHOUDING	29
6.1	Regio-bevolking als vraag-indicator	29
6.2	Het regionale aanbod van verpleeghuis- capaciteit	31
6.3	De capaciteit in anderssoortige voorzie- ningen	32
6.4	De geconstrueerde indexen voor de vraag/aanbod-verhouding	34

7.	VERBAND TUSSEN VRAAG/AANBOD-VERHOUDING EN PATIENTKENMERKEN	38
7.1	Inleiding	38
7.2	Resultaten per capaciteitsindex	39
7.3	Resultaten per patiëntkenmerk	42
7.4	Interpretatie en conclusies	47
8.	EFFECTEN VAN REGIONALE CAPACITEIT EN SAMENWERKING TE ZAMEN OP KENMERKEN VAN VER- PLEEGHUISPATIENTEN	52
8.1	Richting van de gevonden verbanden	52
8.2	Conclusies	54
	TABELLEN	59

1. DOEL EN ANALYSE-MODEL IN DE KWANTITATIEVE ANALYSES

1.1 Doelstelling

Het uiteindelijke doel van het verpleeghuis-onderzoek is na te gaan 'in hoeverre is samenwerking van verpleeghuizen met andere voorzieningen van invloed op het proces van indicatiestelling tot opnemings'.

Om een dergelijke vraag te beantwoorden is tevens inzicht nodig in de beschikbaarheid van voorzieningen waarmee eventueel kan worden samengewerkt, in de bestaande samenwerkings-relaties en in het proces van indicatiestelling en de uitkomsten daarvan. Ten aanzien van bestaande samenwerkings-relaties, het proces van indicatiestelling en oordelen van betrokkenen over samenwerking is - overwegend kwalitatief - inzicht verkregen door de inventarisatie en de interviews (zie deelrapporten 1 en 2).

Centraal doel in dit derde verslag is een kwantitatieve analyse van het verband tussen samenwerking (uitgedrukt in een samenwerkingsscore) en de kwantitatieve patronen van opnamen, aanwezige en ontslagen verpleeghuispatiënten als direct resultaat van de indicatiestelling.

Een tweede doel van deze analyse is om na te gaan in hoeverre een kwantitatief effect van verschillen in omvang van het bejaarden-circuit (in verhouding tot de omvang van de bevolking) van invloed is op de eerder genoemde patiëntkenmerken.

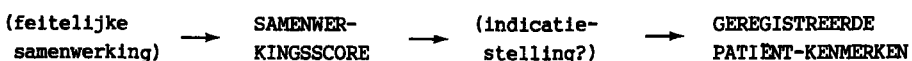
De gedachtengang welke aan de kwantitatieve analyses ten grondslag ligt, wordt uitgewerkt in de volgende paragraaf.

1.2 Het analyse-model

Het onderzoek richt zich op de vraag in hoeverre samenwerking van invloed is op de indicatiestelling tot opneming in verpleeghuizen. Met het oog op de kwantitatieve analyses is het nodig om de begrippen uit te werken in kwantitatieve of kwantificeerbare variabelen. De gedachtengang daartoe wordt hier kort aangeduid. In de analyses wordt ervan uitgegaan dat de samenwerkingsscore een voldoende betrouwbare indicator voor samenwerking is, ondanks de beperkingen die in de onderzoeksdeelrapporten betreffende inventarisatie (hoofdstuk 2) en de interviews (hoofdstukken 1 en 6) werdenesignaleerd. Hieraan ligt als argument ten grondslag dat gestreefd wordt om - waar mogelijk - de uitersten te vergelijken, terwijl bovendien de samenwerkingsscores niet worden gebruikt als maat voor de intensiteit maar alleen om een indeling in categorieën te construeren.

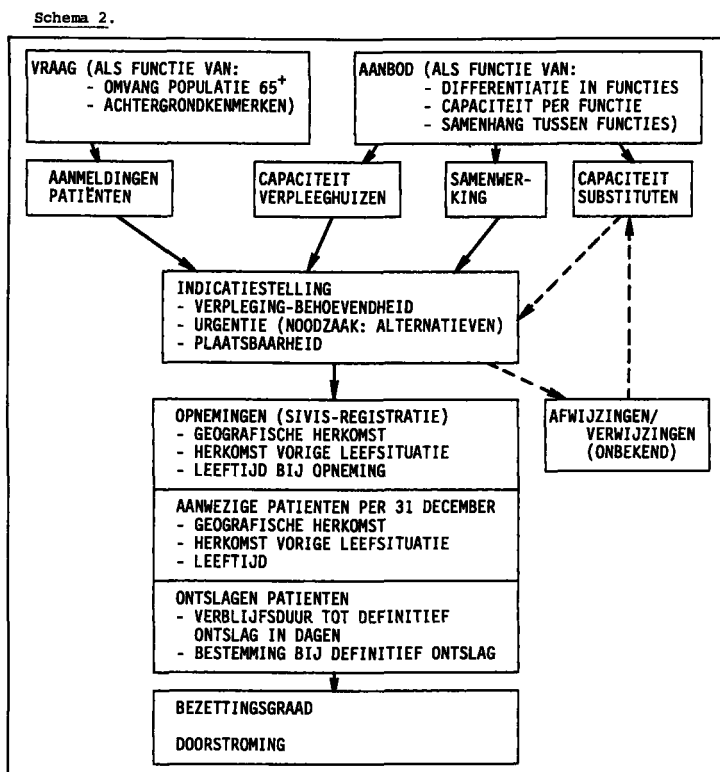
Een probleem wordt gevormd door het moeilijk in kwantificeerbare termen te begrijpen begrip 'indicatiestelling' als een beoordelingsproces. Om dit probleem op te lossen wordt uitgegaan van de veronderstelling dat wezenlijke verschillen in 'indicatiestelling' zullen worden weerspiegeld in de uitkomsten van dit besluitvormingsproces, in de selectie van patiënten die gefindiceerd en vervolgens opgenomen zijn. In feite wordt aldus gepoogd om eventuele verschillen in indicatiestelling langs een indirecte weg kwantitatief te meten in het patroon van kenmerken van alle patiënten die gedurende een langere periode worden opgenomen. De analyse van het verband tussen samenwerkingsscores en het patroon van patiënt-kenmerken wordt uitgewerkt in hoofdstukken 2, 3 en 4. De analyse kan schematisch worden weergegeven:

Schema 1.



Uit dit schema wordt al snel duidelijk dat een dergelijk verband een al te simpele weergave van de werkelijkheid is: een eventueel verband heeft betrekking op één klein stukje van een complex van elkaar beïnvloedende factoren. Immers, samenwerking van een verpleeghuis met andere voorzieningen veronderstelt al het bestaan van die andere voorzieningen. De indicatiestelling veronderstelt dat er een bevolking is van waaruit zich patiënten aanmelden, hetgeen mede beïnvloedt wordt door omvang en opbouw van de bevolking. Om deze reden wordt in hoofdstukken 5, 6 en 7 ingegaan op verschillen tussen regio's in omvang en samenstelling van het bejaardencircuit. Vervolgens wordt nagegaan in hoeverre dergelijke verschillen van invloed zijn op het patroon van patiënt-kenmerken.

Het analyse-model als geheel, waarbinnen het verband tussen samenwerking en patiënt-kenmerken een onderdeel is, wordt in schema 2 weergegeven.



Het schema en de daarin aangeduide gedachtengang kan nader worden toegelicht.

Het analyse-model in dit onderzoek is in essentie gebaseerd op het economische model van vraag en aanbod. Hierin wordt de vraag naar bejaardenvoorzieningen beschouwd als een functie van het aantal inwoners naar bejaardenvoorzieningen ouder dan 65 jaar. (In dit verband wordt de functie voor andere leeftijdscategorieën dus buiten beschouwing gelaten!) Het aanbod betreft de beschikbare voorzieningen voor de betreffende inwoners, vaak aangeduid als het bejaardencircuit. Vraag en aanbod worden op elkaar afgestemd door een mechanisme dat kan worden vergeleken met de 'prijs-stelling: de 'indicatiestelling'.

Immers, het proces van indicatiestelling bepaalt volledig welke patiënten in een verpleeghuis worden opgenomen (meetbaar in het patroon van kenmerken van de instroom, de opnamen). Tevens zijn hiermee in belangrijke mate de kenmerken vastgelegd van het patiënten-bestand op een bepaalde datum, alsmede van de ontslagen patiënten.

Een verschil tussen twee regio's in de verhouding tussen vraag en aanbod zal, zo wordt verondersteld, leiden tot een verandering in het proces van indicatiestelling. Aannemelijk is dat criteria aangescherpt, dan wel verruimd worden. Wellicht wordt dit ook zichtbaar in de kenmerken van de gefindiceerde en opgenomen patiënten.

Een complicatie is echter dat niet sprake is van een eenduidige vraag en een even eenduidig aanbod van verpleeghuis-capaciteit, maar dat de vraag gedifferentieerd is, tegenover een eveneens gedifferentieerd aanbod. Doordat verschillende soorten voorzieningen gedeeltelijk overlappende functies vervullen, kan soms een patiënt bij verschillende soorten voorzieningen terecht, gelijktijdig of als vervangend voor een ander.

Aangezien voorts de vraag naar zorg vaak het aanbod overstijgt, ontstaat een 'rest-categorie' van niet-opgenomen patiënten, naast

de geïndiceerde en opgenomen patiënten. Deze zullen hun vraag verleggen naar een anderssoortige voorziening: substitutie. (Omgekeerd kan ook voorkomen dat patiënten - omdat ze een bevredigende oplossing hebben gevonden - zich 'ten onrechte' niet aanmelden, dus niet geïndiceerd en opgenomen worden, of 'ten onrechte' niet worden ontslagen terwijl dat zou kunnen.) Uit deze redenering kan worden afgeleid, dat ook het aanbod van anderssoortige voorzieningen invloed kan hebben op de vraag naar verpleeghuiszorg (en de mogelijkheid tot ontslag vanuit het verpleeghuis naar andere voorzieningen).

De differentiatie in behoeften en daarop globaal ingerichte voorzieningen, roept coördinatie-problemen op als verschillende voorzieningen hulp bieden aan één patiënt, wanneer men behoefte heeft aan advies van deskundigen in een andere voorziening, of wanneer een keuze mede wordt beïnvloed door doelmatigheids-overwegingen.

Overleg en samenwerking zouden kunnen bijdragen aan een oplossing voor dergelijke coördinatie-problemen. Hierdoor zou samenwerking tussen verpleeghuis en andere voorzieningen van invloed kunnen zijn op de vraag naar zorg, indirect op de indicatiestelling en op de uitkomsten van de indicatiestelling, onder andere ook door vergroting van ontslag-mogelijkheden.

Samenvattend kan de indicatiestelling worden opgevat als een functie van:

1. specifieke omstandigheden op instellingsniveau.
2. de coördinatie tussen de verschillende voorzieningen door overleg en samenwerking;
3. het potentieel aantal zorg-behoevenden in relatie tot het aantal verpleeghuis-plaatsen;
4. de aanwezigheid en het niveau van overige voorzieningen in relatie tot de potentiële behoefte, gezien als mogelijke substituten;

NB. De eerste factor wordt vooralsnog niet expliciet in het onderzoek betrokken, tenzij nadrukkelijk herkenbaar bijzondere situaties dit noodzakelijk maken.

Samenvattend: de analyse valt dan in twee delen uiteen. Allereerst wordt onderzocht in hoeverre aangetroffen samenwerkingsrelaties in verband gebracht kunnen worden met het patroon van kenmerken van opnamen, patiënten-bestand en ontslagen. Hierbij wordt door middel van een bepaalde procedure een eventueel effect van regionale verschillen in de vraag/aanbod-verhouding zoveel mogelijk onder controle gehouden. In het tweede gedeelte van dit rapport wordt afzonderlijk ingegaan op de eventuele effecten van verschillen in capaciteit op patiëntkenmerken.

2. BESCHRIJVING VAN DE VARIABELEN SAMENWERKING EN PATIENTKENMERKEN

2.1 Overleg en samenwerking

Voor de kwantitatieve analyse van een eventueel verband van de variabele 'samenwerking en overleg' met andere variabelen, werd gebruik gemaakt van samenwerkingsscores welke het resultaat waren van de inventarisatie. Besloten werd tot een bijzondere procedure welke hier wordt toegelicht.

In beginsel zou een vergelijking gewenst zijn tussen een groep verpleeghuizen met een hoge score op samenwerking en een overeenkomstige groep met een lage score, gericht op systematische verschillen in de kenmerken van de opgenomen patiënten, verblijvende patiënten en ontslagen patiënten, zoals geregistreerd in het SIVIS-bestand. Gezien de grote verschillen tussen regio's en de effecten hiervan, kan de vergelijking echter alleen zinvol op kleinere schaal of per regio plaatsvinden. Bovendien moet daarbij met enkele achtergrondkenmerken rekening worden gehouden. Besloten werd tot de volgende procedure voor de vergelijking.

1. vergelijking per regio van twee of meer verpleeghuizen, waardoor het effect van verschillen tussen regio's wordt geëlimineerd;
2. de vergelijking betreft paarsgewijs een hoog scorend en een lager scorend verpleeghuis (maar niet steeds het laagst scorende!);
3. de keuze van het contrasterende verpleeghuis wordt bepaald door een zo groot mogelijke vergelijkbaarheid op relevant geachte achtergrondvariabelen.

Als achtergrondvariabelen werd een drietal met name van belang geacht:

- a) de aard van het verpleeghuis (somatisch, psycho-geriatrisch en gecombineerd) moest - om voor de hand liggende redenen - overeenkomen in elke vergelijking;
- b) de omvang in beddental zou vergelijkbaar dienen te zijn;
- c) urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging zou zoveel mogelijk overeen moeten komen, daar aannemelijk is dat er een verband bestaat tussen urbanisatiegraad en samenwerkingsscore.

De resulterende paren verpleeghuizen worden weergegeven in tabel 1 in de bijlagen achter dit deelrapport.

2.2 Het patroon van patiënt-kenmerken

De gegevens betreffende de patiëntenstromen en -bestanden zijn ontleend aan of berekend uit het SIVIS-bestand van de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg en hebben betrekking op de jaren 1981 en 1982.

In deze rapportage zullen alleen de gemiddelde waarden over deze periode gepresenteerd worden, om incidentele schokken in het opname- en ontslagpatroon zoveel mogelijk te elimineren. Gezien ook de gemiddelde verblijfsduur van ruim 1½ jaar voor somatische patiënten, geeft een waarnemingsperiode van 2 jaar naar verwachting een betrouwbaarder beeld van het opname- en ontslagpatroon.

Desondanks zal in de tekst wel aan enkele belangrijke verschillen in opname- en ontslagpatroon tussen 1981 en 1982 in een volgende paragraaf aandacht worden geschonken.

De berekeningen zijn uitgevoerd op verpleeghuis-, regio- en provincieniveau. De berekeningen op regio- en provincieniveau worden in de tabellen 2 tot en met 8 in de bijlagen gepresenteerd.

De gebruikte patiëntkenmerken worden hierna kort omschreven:

- a. de geografische herkomst van de aanwezige patiënten als percentage van de bejaarde bevolking
 - per gemeente (in vier klassen, verdeeld naar opnamepercentages),
 - per regio en provincie,
 - en het percentage patiënten afkomstig uit de eigen regio als het percentage van alle opgenomen en aanwezige patiënten (tabel 2);
- b. de herkomst van de opgenomen patiënten naar vorige woon/leefomgeving als percentage van het totaal aantal opgenomen patiënten (tabel 3);
- c. de gemiddelde leeftijd van de opgenomen patiënten en de aanwezige patiënten (tabel 4);
- d. de gemiddelde verpleegduur in dagen van alle definitief ontslagen patiënten en de overledenen afzonderlijk (tabel 5);
- e. de bestemming van de definitief ontslagen patiënten per bestemmingscategorie als percentage van het totaal aantal ontslagen patiënten (tabel 6);
- f. de doorstroming zijnde het aantal ontslagen patiënten/aantal gemiddeld beschikbare bedden (tabel 7);
- g. de bezettingsgraad: het aantal verpleegdagen gedeeld door het gemiddeld aantal beschikbare bedden maal het aantal dagen per jaar (tabel 7). De bezettingsgraad is berekend aan de hand van NZI-basisgegevens per 1-1-1982 en 1-1-1983.

3. DE RESULTATEN PER VARIABLE

3.1 De samenwerkingsscores

De gegevens omtrent de samenwerking en/of overlegsituaties worden ontleend aan de inventarisatie. Voor een meer gedetailleerde beschrijving zij verwezen naar het eerste onderzoeks-deelrapport, hoofdstuk 4. Aangezien het onderzoek zich concentreert rond de indicatiestelling werd met name samenwerking rond patiënten van groter gewicht geacht, dan samenwerking gericht op deskundigheidsbevordering, bedrijfsdoelmatigheid of bestuurlijke en beleidsmatige samenwerking. Toch zou van deze laatste drie ook een indirect effect uit kunnen gaan. Om deze reden werd besloten om in de gegevens voor de samenwerkingsscore extra gewicht toe te kennen aan de relaties welke expliciet op de patiëntenzorg gericht zijn. Dit werd gedaan door de elementen die gericht zijn op de patiëntenzorg in de samenwerkingsscore dubbel te tellen.

Uit de matchingsprocedure resulteerden 8 paren verpleeghuizen, gelegen in vijf regio's. Opgemerkt moet worden dat de vergelijking niet steeds de meest extreme tegenpolen omvatte, omdat deze soms te weinig overeenkomst vertonen op de achtergrond-variabelen.)

Indien nu een systematisch verband zou bestaan tussen samenwerking en een kenmerk van het opname-patroon of patiëntenbestand, dan zou dit tot uitdrukking komen in een systematisch verschil tussen de hoog-scorende en de contrasterende verpleeghuizen.

3.2 De kenmerken van opgenomen, aanwezige en ontslagen verpleeghuispatiënten

Achtereenvolgens zullen de gevonden resultaten ten aanzien van de indicatoren voor het functioneren worden samengevat.

a. Geografische functie (zie kaart bij tabel 2)

Voor het jaar 1982 bleken de geografische herkomstgegevens van een groot aantal opgenomen patiënten onbekend. Daarom zijn in dit verslag alleen de geografische herkomstgegevens betrokken van de patiënten die per 31 december in de verpleeghuizen aanwezig waren in 1981 en 1982 (de zgn. aanwezigheidscoëfficiënt).

1. Een eerste opmerking is dat er een sterk positief verband blijkt te bestaan tussen de aanwezigheid van verpleeghuiszorg in een gegeven gemeente en het percentage aanwezige patiënten in het verpleeghuis, zowel afgemeten aan het aantal inwoners boven de 65 jaar, als aan alle inwoners. Omgekeerd blijkt ook dat alle gemeenten met een lage aanwezigheidscoëfficiënt kleine plattelandsgemeenten zijn, zonder een verpleeghuis binnen de gemeente-grenzen.
2. Een hoge aanwezigheidscoëfficiënt wordt aangetroffen in de regio's IV, VI en VII, in contrast met een laag percentage in de regio's III en V, afgemeten aan bejaarde inwoners.
3. De regio's I, VI en VII zijn sterker op de eigen inwoners georiënteerd. De regio's III, IV en V daarentegen nemen wat meer patiënten op van buiten de eigen regio.

b. Herkomst van verpleeghuispatiënten naar vorige situatie (tabel 3)

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

2. In regio I zijn somatische verpleeghuispatiënten verhoudingsgewijs vaker afkomstig uit de eigen omgeving en minder vaak uit algemene ziekenhuizen. Psycho-geriatrische patiënten in de regio IV en VII zijn vaker afkomstig uit de eigen omgeving en in regio I uit algemene ziekenhuizen. In regio VII worden weinig psycho-geriatrische patiënten uit een algemeen ziekenhuis opgenomen.
Voor psycho-geriatriche patiënten is tenslotte het aantal afkomstig van dagbehandeling opvallend in regio II.

c. Gemiddelde leeftijd bij eerste opname (tabel 4)

De gemiddelde leeftijd bij eerste opname werd berekend op basis van een verdeling over 5-jaren-klassen. De aldus gevonden gemiddelde opname-leeftijd ligt relatief hoog in de regio's I, II en IV en laag in de regio's III en V, alsmede voor met name somatische patiënten in regio VII.

d. Gemiddelde verpleegduur bij definitief ontslag (tabel 5)

1. In de gemiddelde verpleegduur bij definitief ontslag doen zich tussen regio's zeer aanzienlijke verschillen voor, zowel bij somatische als bij psycho-geriatriche patiënten.
2. Bij somatische patiënten wordt in regio I, II en VII voor alle ontslagen patiënten een lange gemiddelde verpleegduur aangetroffen. Indien alleen overledenen worden gezien betreft de lange verpleegduur regio I en regio VI.
Een korte gemiddelde duur voor alle ontslagenen wordt daarentegen aangetroffen in regio IV, V en VI. Een korte

duur bij overledenen wordt gevonden in regio V en in iets mindere mate in IV en VII.

3. Bij psycho-geriatrische patiënten wordt zowel voor alle ontslagen als voor de overledenen afzonderlijk een lange gemiddelde verpleegduur aangetroffen in regio II en VII, tegenover een korte duur in regio I, III en VI.
4. Zowel voor somatische als voor psycho-geriatrische patiënten geldt dat de gemiddelde duur voor overledenen langer is dan voor alle ontslagen patiënten. Er blijken echter wel grote verschillen tussen de regio's: met name in regio VI is de gemiddelde verpleegduur voor overleden somatische patiënten bijna twee maal zo lang als voor alle ontslagen.
5. Opvallend is voorts dat in regio VII de gemiddelde verpleegduur voor mannelijke somatische patiënten, zowel als voor mannelijke psycho-geriatrische patiënten langer is dan voor vrouwen.

e. Bestemming bij definitief ontslag (tabel 6)

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

f./g. Doorstroming en bezettingsgraad (tabel 7)

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

Over de gevonden patronen van patiëntenkenmerken kan worden opgemerkt dat zich aanzienlijke verschillen voordoen tussen regio's. In hoofdstukken 6 en 7 van dit rapport zal een mogelijk verband met de vraag-aanbod-verhouding worden onderzocht.

3.3 Stabiliteit van de gegevens over 1981 en 1982

In de 32 verpleeghuizen die in de analyse zijn betrokken, werden in 1981 3089 patiënten opgenomen en 3060 ontslagen, terwijl in 1982 3060 opnemingen en 2897 ontslagen plaatsvonden, waarbij de psycho-geriatrische opnamen ongeveer 20% van het totaal uitmaken.

Uit de gebruikte gegevens valt voorts af te leiden dat het aantal opgenomen patiënten in 1982 met 8,4% daalt ten opzichte van 1981. Het aantal ontslagen patiënten daalt met 5,3%. Het gemiddeld aantal beschikbare bedden voor somatische patiënten daalt in die periode met 0,9% (-/- 26 bedden), voor psycho-geriatrische patiënten blijft dit vrijwel gelijk.

De veranderingen in aantallen opgenomen patiënten variëren sterk per verpleeghuis. In één geval is sprake van bijna een halvering van het aantal opnamen (van 69 naar 36).

Stabiliteit over 1981 en 1982 op regio-niveau

Variabelen 'Vorig adres van herkomst' en 'Bestemming bij definitief ontslag'.

Herkomst en bestemming somatische patiënten

- Het relatieve aandeel van patiënten afkomstig uit het ziekenhuis is het meest stabiel.
- Regio I, V en VI laten een toename zien in het aandeel opnemings vanuit de eigen omgeving, regio II blijft gelijk, bij de andere regio's neemt het aandeel af. Het meest stabiele herkomstpatroon (1981 ten opzichte van 1982) vindt men in regio II, waar de verschillen zijn te verwaarlozen.
- Met uitzondering van regio VII is de herkomst eigen omgeving vrij stabiel.
- De bestemmingscategorie overleden is het meest stabiel over beide jaren
- Met uitzondering van regio VI daalt de bestemming ziekenhuis in niet onbelangrijke mate; in regio VII is zelfs sprake van bijna een halvering. Dit is in overeenstemming met de verwachting dat het aantal ontslagen door ziekenhuis- opnamen door een wijziging in de registratie zal afnemen..
- Ook als het om de bestemmingen gaat is regio II vrijwel stabiel.

Herkomst en bestemming psycho-geriatrische patiënten

- Het ziekenhuis is de meest stabiele herkomst-categorie.
- Zowel voor herkomst eigen omgeving als bejaardenoord is het opnamepatroon grillig: forse toe- of afnamen ten opzichte van 1981 zijn hier eerder regel dan uitzondering. Daarbij moet worden aangetekend dat als relatief veel mensen uit de dagbehandeling komen, er relatief weinig afkomstig zijn uit de eigen omgeving en omgekeerd.

- Veruit de belangrijkste categorie bij de bestemming is overleden. Met uitzondering van regio III is deze bestemming vrij stabiel. De overige categorieën zijn relatief klein en fluctueren in sterke mate.

Variabele 'Gemiddelde verpleegduur'

- Met uitzondering van regio VI stijgt de gemiddelde verpleegduur voor somatische patiënten.
- De regio's II, IV en VII laten een iets langere verpleegduur zien voor psycho-geriatrische patiënten. In de overige regio's stijgt de gemiddelde verpleegduur in niet onbelangrijke mate.

Variabele ' Bezettingsgraad'

Het bezettingspercentage blijft gelijk in regio V, in alle overige regio's neemt het toe, het meest in regio VI.

Stabiliteit over 1981 en 1982 op provincie-niveau

Herkomst en bestemming somatische patiënten

- Het herkomstpatroon vertoont in 1981 nauwelijks enige afwijking ten opzichte van 1982 voor somatische patiënten.
- Bij de bestemming neemt de categorie ziekenhuis met 2,5% af ten gunste van de overige categorieën exclusief overleden. Het percentage overleden patiënten is in beide jaren gelijk.

Herkomst en bestemming Psycho-geriatrische patiënten

- In 1982 komen er meer mensen uit de eigen omgeving en minder uit de bejaardenoorden. De overige categorieën zijn vrijwel constant.
- De bestemmingscategorieën ziekenhuis en dagbehandeling dalen als bestemmingscategorie. Het percentage overleden patiënten stijgt in ongeveer dezelfde mate (4%).

Variabele 'Gemiddelde verpleegduur' en 'Bezettingspercentage'

- De gemiddelde verpleegduur stijgt voor alle categorieën patiënten, en wel met respectievelijk 10,5% voor somatische patiënten en 9% voor psycho-geriatrische patiënten.
- Het bezettingspercentage stijgt licht van 97,5 naar 97,9. De doorstroming daalt licht voor somatische patiënten en blijft vrijwel gelijk voor psycho-geriatrische patiënten.

Geconcludeerd kan worden dat vergelijking van beide jaren wel een aantal 'ontwikkelingen' te zien geeft, maar vaak vrij gelijkmatig verdeeld over alle regio's. In deze gevallen ligt een verklaring vermoedelijk in een meer 'algemeen' verschijnsel, bijvoorbeeld een effect van een beleidsmaatregel, een trend enz. Minder gelijkmatig verdeeld over de regio's zijn de herkomst-categorieën eigen omgeving en verzorgingstehuis, zowel voor somatische als voor psycho-geriatrische patiënten. Een verklaring kon uit onze gegevens niet worden afgeleid.

3.4 Kwaliteit van de gegevens

Ondanks het feit dat in onderhavig onderzoek met betrekkelijk 'grove' gegevens wordt gewerkt en veel gegevens afkomstig zijn uit 'officiële' en erkende bronnen, blijkt de kwaliteit van sommige gegevens te wensen over te laten. Achtereenvolgens worden de variabelen kort becommentarieerd.

- a) De samenwerkingsscores werden berekend op basis van de beantwoording van een grote reeks vragen door een grote diversiteit van verpleeghuisfunctionarissen, variërend van directie, therapeuten, tot administrateurs. Uit de beantwoording van de vragen en vergelijking van samenwerkings-score van geïnterviewde verpleeghuizen met het beeld van de feitelijke samenwerking, blijkt dat sommige verpleeghuizen weinig bescheiden zijn geweest in het etaleren van

hun relaties, terwijl anderen terughoudender waren. Dit betekent dat van de samenwerkingsscore geen grote nauwkeurigheid moet worden verwacht, maar dat hieraan slechts indicatieve waarde kan worden toegekend.

- b) De gebruikte gegevens over patiëntenstromen en -bestanden zijn afkomstig van de verbindingskantoren voor de AWBZ. Tijdens de analyse is gebleken dat deze gegevens niet altijd aansluiten bij het werkelijk patiëntenbestand. Hoewel het onderscheid somatisch/psycho-geriatriesch niet altijd even duidelijk is, bestaat de indruk dat het aantal psycho-geriatriesche patiënten in somatisch tehuizen groter is dan de cijfers doen vermoeden. Er is één geval bekend waar al jaren sprake was van een nog niet erkende (maar wel volledig bezette) psycho-geriatriesche afdeling, waarvan slechts een fractie in het SIVIS-bestand als zodanig geregistreerd is. Het onderscheid somatisch/psycho-geriatriesch moet enigszins gerelativeerd worden.

Een ander punt is dat in 1982 - in tegenstelling tot 1981 - van de opgenomen patiënten de gemeente van herkomst in veel gevallen onbekend is, waardoor de gegevens in de verdere analyse buiten beschouwing moesten blijven. Tenslotte dient hier te worden vermeld dat in 1982 een tijdelijke ziekenhuisopname pas na 90 dagen beschouwd wordt als definitief ontslag. In de voorgaande jaren was dat al na één maand. Verwacht mag worden dat definitieve ontslagen naar het ziekenhuis en herkomst uit het ziekenhuis zullen afnemen in 1982.

4. VERBAND TUSSEN SAMENWERKING EN PATIENTKENMERKEN

4.1 Resultaten van de analyse

Tussen de hoogste samenwerkingsscores van verpleeghuizen in contrast met een zoveel mogelijk vergelijkbaar verpleeghuis binnen dezelfde regio enerzijds en kenmerken in het patroon van opnamen, verblijvende en ontslagen patiënten werden de volgende afhankelijke variabelen betrokken:

- a. Geografische herkomst (tabel 8), onderscheiden naar opgenomen en verblijvende patiënten, afkomstig respectievelijk uit de eigen regio, buiten de regio, doch binnen de provincie en tenslotte afkomstig van buiten de provincie, zowel voor 1981 als 1982. Het relatief grote aantal onbekende herkomst-gegevens van opgenomen patiënten heeft overigens geen invloed op de conclusies in het onderzoek.
De verpleeghuizen met een hoge samenwerkingsscore blijken vrijwel zonder uitzondering minder patiënten uit de eigen regio op te nemen dan de verpleeghuizen met een lage samenwerkingsscore. Het regio-grensoverschrijdende patiënten-verkeer verschilt overigens sterk en wordt duidelijk mede beïnvloed door de geografische afbakening van de regio.
- b. Herkomst van de patiënt naar vorig adres (tabel 9), (onderscheiden naar eigen omgeving, verzorgingstehuis, algemeen ziekenhuis en overige.) Opvallend is dat per afzonderlijk jaar wel systematische verbanden lijken te bestaan, doch tegenovergesteld wanneer 1981 en 1982 wordt vergeleken. Uitzondering hierop wordt alleen gevormd door opgenomen somatische patiënten, afkomstig uit eigen omgeving, welke vrij systematisch oververtegenwoordigd zijn in

de samenwerkende verpleeghuizen in verhouding tot andere herkomst-categorieën.

- c. Gemiddelde leeftijd (tabel 10) _ bij eerste opname, zowel als bij patiënten verblijvend in een verpleeghuis per 31-12-1981 en 1982. De samenwerkende verpleeghuizen kennen een hogere gemiddelde leeftijd bij eerste opname, zowel als voor somatische patiënten verblijvend in het verpleeghuis, over vrijwel de gehele linie, met een gemiddeld verschil van circa 2 jaar. Voor verblijvende psycho-geriatrische patiënten werd geen aantoonbaar verband gevonden.
- d) De gemiddelde verpleegduur (tabel 11) _ is iets langer, met name in 1982 in de samenwerkende verpleeghuizen, zij het dat het verband nogal zwak is.
- e) Bestemming bij definitief ontslag (tabel 12) _ (onderscheiden naar eigen omgeving, verzorgingstehuis, algemeen ziekenhuis, overledenen en enkele overige categorieën). De bestemmingscategorieën vertonen alleen bij ontslagen somatische patiënten naar eigen omgeving of verzorgingstehuis (en in mindere mate algemeen ziekenhuis) een matig negatief verband: deze ontslag-bestemmingen komen minder voor bij hoog scorende verpleeghuizen. Tegelijk lijken er meer patiënten te overlijden.
Voor de overige categorieën is geen consistent patroon over beide jaren zichtbaar.
- f) Bezettingsgraad en doorstroming (tabel 13) _ De samenwerkende verpleeghuizen hebben vrijwel zonder uitzondering een hogere bezettingsgraad dan de contrasterende verpleeghuizen. De doorstroming vertoont geen systematisch verband, maar ligt gemiddeld iets lager in de samenwerkende verpleeghuizen. Uit de doorstroming (gemiddeld aantal ontslagen per beschikbaar bed per jaar) kan voorts worden

afgeleid dat verpleeghuizen met een hoge samenwerkingsscore een iets langere gemiddelde verpleegduur hebben.

- g) Tussen samenwerkingsscore en omvang in beschikbare verpleeghuisbedden werd geen verband gevonden. Tussen de het soort verpleeghuis en samenwerkingsscore bestaat wel een verband zoals uit de inventarisatie en uit de interviewfase al naar voren was gekomen: de verpleeghuizen met psycho-geriatrische bedden hebben overwegend een hogere score, hetgeen onder andere verklaard wordt door de ontwikkeling van de SPGD-functie binnen de RIAGG's.
- h) Verstedelijking vertoont een negatief verband met samenwerking: in de grotere gemeenten komt minder samenwerking, met name met de eerste lijn voor dan in de rurale gebieden.

Tot onze verrassing bleken enkele deelresultaten wel voor 1981 en voor 1982 afzonderlijk een zeker verband te vertonen, maar over jaren tegenovergesteld.

Dit zou kunnen duiden op instabiliteit of op een toevallig aangetroffen verband. Anderzijds zou hypothetisch een verklaring kunnen liggen in een - voor samenwerkende tegenover niet-samenwerkende - tegengesteld 'reactie-patroon' op belangrijke veranderingen in de gemeenschappelijke 'omgeving'. De tegengestelde resultaten hebben namelijk betrekking op herkomst en bestemmingsgegevens ten opzichte van algemene ziekenhuizen, bejaardenoord en overige voorzieningen. Juist in de betreffende jaren werden ingrijpende beleidsombuigingen voorgesteld op het punt van intramurale voorzieningen. Het zou nu kunnen zijn dat de samenwerkende verpleeghuizen een ander soort reactie op deze externe verandering vertonen. Duidelijkheid is hierover vooralsnog niet te verkrijgen.

4.2 Interpretatie van de gevonden verbanden

De bevindingen zijn vanuit statistisch oogpunt gezien gegrond op gegevens van matige kwaliteit in een beperkt aantal vergelijkingen, zodat uitspraken met een zeker voorbehoud worden gedaan. Bij een interpretatie geldt bovendien dat een statistisch verband niet betekent dat er een oorzakelijk verband aanwezig is: samenwerking kan even goed oorzaak zijn als gevolg van een 'afwijkend' opname-patroon, terwijl ook denkbaar is dat beide het gevolg zijn van een gemeenschappelijke 'achterliggende factor'.

Het gevonden verband tussen samenwerking en percentage opgenomen en verblijvende patiënten afkomstig van buiten de regio, kan op twee manieren worden verklaard:

- De betreffende verpleeghuizen hebben een zekere 'onderbezetting' welke wordt opgevuld van buiten de regio. Samenwerking is een strategie om een zekere instroom te bewerkstelligen.
- De betreffende verpleeghuizen hebben een grotere bereidheid om aangemelde patiënten van buiten de regio af te wegen tegen patiënten binnen de eigen regio bij een 'normale' bezetting.

Op grond van de bevindingen van een hogere bezettingsgraad, een iets lager opname-percentages uit de eigen regio en patiënt-kenmerken (herkomst, gemiddelde leeftijd, en overlijden als vaker voorkomende ontslag-oorzaak), lijkt de tweede verklaring aannemelijker.

Wellicht - hypothetisch - maakt de samenwerking een dergelijke afweging beter mogelijk zodat potentiële patiënten langer thuis (kunnen) worden gehandhaafd.

De gevonden patiënt-kenmerken (wat vaker herkomst eigen omgeving, meer ontslag als gevolg van overlijden, een hogere gemiddelde leeftijd bij eerste opname en van verblijvende patiënten) lijken te wijzen op een bepaalde wijze van functioneren; met name

voor wat betreft somatische patiënten:

"Samenwerking gaat samen met een langduriger verblijf van (potentiële) patiënten in hun eigen omgeving, waarna - op hogere leeftijd - een opname plaatsvindt met chronische en irreversibele aard, uiteindelijk leidend tot overlijden binnen het verpleeghuis. Gedurende deze periode vindt een minder frequent beroep op ziekenhuisopname plaats".

Ook hier geldt dat samenwerking niet noodzakelijk oorzaak is van deze wijze van functioneren: theoretisch zou samenwerking ook het gevolg kunnen zijn als een strategie om 'onvoldoende toeloop te compenseren', of los kunnen staan van de wijze van functioneren, bijvoorbeeld als zowel patiëntenbestand als samenwerking voortvloeien uit een bepaalde zorg-filosofie.

Voor interpretatie van de bevindingen kan voorts worden terug gekeken naar de resultaten van de inventarisatie en de interviews:

- in de inventarisatie bleek een aanzienlijk deel van de respondenten samenwerking te zien als bijdragend aan het voorkomen van opnamen en vervroeging van ontslag;
- in de interview-fase werd door enkele respondenten het diffuse effect op opname gesignaleerd, terwijl men wel meende effecten te zien op mogelijkheden tot vervroegd ontslag via samenwerking;
- uit enkele beschrijvingen van het ontstaan van samenwerking blijkt, dat na een 'toevallige start' deelnemers in toenemende mate zinvolle effecten van de samenwerking ervaren;
- uit de interview-fase komt op het punt van de indicatiestelling en de interne organisatie van de samenwerkende verpleeghuizen een beeld naar voren van een duidelijk beleid en management in deze verpleeghuizen.

Samenvattend ontstaat het vermoeden dat een bepaalde zorg-filosofie en hiermee samenhangend management, de grondslag vormt voor zowel de openheid naar andere disciplines en voorzieningen (welke voorwaarde is voor het ontstaan van samenwerking), als voor een bepaald opname-beleid. In onderlinge samenwerking worden deze tendensen wellicht versterkt, bijdragend aan een terughoudender opname-beleid, hetgeen dan resulteert in een wat strakker geregelde indicatie-stelling en een hieruit voortvloeiend wat afwijkend opname-patroon en patiënten-bestand.

Wanneer - ondanks alle beperkingen - vooralsnog wordt aangenomen dat de bevindingen voldoende werkelijkheidswaarde hebben, dan lijkt te kunnen worden geconcludeerd dat verpleeghuizen met een hogere samenwerkingsscore duidelijker tegemoet komen aan beleidsmatig geformuleerde wenselijkheden dan andere verpleeghuizen:

- per definitie, daar zij samenwerken met andere voorzieningen, hetgeen beleidsmatig als wenselijk wordt gezien;
- een vermoede bijdrage van de samenwerking aan langduriger handhaving in de thuissituatie van potentieel verpleging-behoevenden;
- een geografisch ruimere - regio-grens overschrijdende - functie;
- doelmatig functioneren, althans indien afgemeten aan de bezettingsgraad.

Op grond van bevindingen en beredeneerde interpretatie bestaat voorts het vermoeden dat samenwerking een indicatie is voor een uitgesproken zorg-filosofie, beleid en management binnen het verpleeghuis, maar dat op zich deze achterliggende factoren wellicht ook weer worden gestimuleerd in de relatie met andere voorzieningen.

5. DE REGIONALE VRAAG/AANBOD-VERHOUDING

5.1 De vraag als onafhankelijke variabele

In de (met name Amerikaanse) literatuur (zie bijvoorbeeld Evans, 1974) worden als determinanten van de vraag naar gezondheidszorg genoemd: prijsvariabelen (waaronder verzekeringsvorm, prijzen van substituten), gezondheidstoestand ('health status'), leeftijd, geslacht, inkomen, tijdsprijs en afstand tot een voorziening. Verschillende van deze variabelen houden met elkaar verband: leeftijd kan beschouwd worden als een 'proxy' voor de gezondheidstoestand. Een grote afstand tot voorzieningen betekent dat men meer tijd nodig heeft om van deze voorzieningen gebruikt maken, waardoor de tijdsprijs stijgt. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de vraag niet onafhankelijk van het aanbod tot stand komt: meer aanbod gaat gepaard met een hogere consumptie bij gelijkblijvende overige omstandigheden.

In de Nederlandse situatie oefenen inkomens- en prijsvariabelen door de verzekeringsgraad een minder directe invloed uit op de vraag naar zorg. Dit geldt zeker voor tweede lijnsvoorzieningen (ziekenhuis, verpleeghuis), waar de beschikbaarheid (bevolkingsomvang/aanbod) in hoge mate het consumptieniveau bepaalt (Rutten, 1978).

Gegeven het feit dat de behoefte aan verpleeghuiszorg toeneemt met het stijgen van de leeftijd wordt in dit onderzoek als vraag-indicator het aantal 65-plussers in de regio of de provincie per 1-1-1982 gebruikt (zie tabel 14). Hoewel er enige verschillen zijn in de leeftijdsopbouw boven 65 jaar per regio, leverde een leeftijdsspecifieke indicator, waarbij iedere leeftijdscategorie gewogen werd met het relatieve aandeel in de verpleeghuiszorg, slechts zeer marginale verschillen op. Met deze leeftijdsopbouw wordt dan ook geen rekening gehouden.

Wel moet aangetekend worden dat het verpleeghuis ook een functie vervult voor inwoners, jonger dan 65 jaar, hetgeen in de capaciteits-normen ook tot uitdrukking is gebracht. Deze functie is echter beperkt en wordt in dit verband buiten beschouwing gelaten.

Naast omvang en opbouw van de bevolking is denkbaar dat enkele 'achtergrondvariabelen' invloed uitoefenen op de mate waarin behoefte aan zorg leidt tot een waarneembare vraag, zoals aanmelding voor verpleeghuis-opneming. Het betreft de mate van verstedelijking van de regio, mogelijke religieuze en/of culturele verschillen en verschillen in sociaal-economisch opzicht.

5.2 Het aanbod als onafhankelijke variabele

Het aanbod van verpleeghuisplaatsen is het aantal gemiddeld beschikbare bedden gedurende de periode 1981-1982 volgens opgaven van het NZI. (NZI, Instellingen van intramurale gezondheidszorg, basisgegevens 1-1-1982 en 1-1-1983).

Naast de omvang van de bejaarde bevolking in relatie tot het aantal verpleeghuisplaatsen wordt de vraag naar verpleeghuiszorg - zo wordt verondersteld - beïnvloed door het aanbod van overige voorzieningen (waar bejaarden voor een deel of uitsluitend de gebruikers van zijn) via substitutie of complementariteit.

Ter toelichting:

Potentiële substitutie treedt op als voorzieningen elkaar overlappen ten aanzien van bepaalde zorgfuncties waardoor bepaalde groepen patiënten in beide zorgsoorten aan hun trekken zouden kunnen komen. Van gedwongen substitutie is sprake als patiënten zorg ontvangen van instellingen die in de regel een zorgpakket aanbieden dat uitgebreider of juist minder uitgebreid is dan wat nodig geacht wordt voor de patiënt, bij gebrek aan een meer op de zorgbehoefte toegesneden voorziening. Door gebrek aan voorzieningen, die nu in een gegeven zorgbehoefte zouden kunnen voorzien, kan onthouding van deze zorg ertoe leiden dat vaker of eerder een beroep op een zorgintensievere voorziening noodzakelijk wordt, bijvoorbeeld door een versnelde achteruitgang in de gezondheidstoestand van deze bejaarden. Men zou hier kunnen spreken van een

uitgestelde vraag. Dit impliceert dat niet alleen gekeken moet worden naar de vraag/aanbod verhouding in de verpleeghuissector, maar óók in andere voorzieningen waar bejaarden veel gebruik van maken.

5.3 Operationalisering van de vraag-aanbod-verhouding

Allereerst is de capaciteit van de gezondheidszorgvoorzieningen en instellingen op het terrein van de maatschappelijke zorg per regio geïnventariseerd (tabel 15). Het betreft de zgn. 'aansluitende voorzieningen' (zie de inventarisatie) die het bejaarden-circuit vormen.

Om een indruk te krijgen van de vraag-aanbod verhouding, wordt deze aanbodsfactor gerelateerd aan het aantal 65-plussers per regio. Dit is de zogenaamde relatieve capaciteit (tabel 16).

Omdat deze zorgsoorten slechts gemeen hebben dat bejaarden er gebruik van maken, zonder dat met de aard van de zorg en de frequentie rekening wordt gehouden, zijn de volgende stappen gedaan ten einde een beter inzicht in de vraag/aanbod- verhouding per regio te krijgen:

- Aangezien met name het aantal verzorgingstehuisplaatsen, de ziekenhuiscapaciteit, en de omvang van de gezinszorg en en wijkverpleging van invloed worden geacht op de vraag verpleeghuiszorg, én bovendien van deze zorgsoorten met uitzondering van het ziekenhuis min of meer bekend is in welke mate daar door bejaarden gebruik van wordt gemaakt, worden de resterende voorzieningen in de verdere analyse grotendeels buiten beschouwing gelaten.
- Om deze verzorgingssoorten enigszins vergelijkbaar te maken met een verpleeghuisbed, worden deze verzorgingssoorten gewogen. Voor het ziekenhuis vond echter geen weging plaats omdat nauwkeurige gegevens over het gebruik door ouderen niet beschikbaar waren. De weging is gebaseerd op de veronderstelling dat in de personeelskosten per bejaarde per verzorgingssoort, het niveau (hiermee wordt niet

een waarde-oordeel bedoeld) én de continuïteit van de zorg tot uitdrukking komen.

Op basis van deze veronderstellingen is dan - rekening houdend met het bereik - een zorg-equivalentie per zorgsoort te berekenen, dat wil zeggen de mate waarin één plaats of helper/helpster in een vergelijkbare zorgbehoefte voorziet.

Dit zorg-equivalent is de basis van de wegingsfactor waarbij de zorg-equivalentie van een verpleegplaats als numéraire geldt. (In tabel 17 wordt de berekening van deze wegingsfactor weergegeven en nader toegelicht.)

Met deze wegingsfactoren wordt de relatieve capaciteit per verzorgingssoort gewogen en geïndexeerd, waarbij de provincie op 100 gesteld wordt (tabel 18). Daaruit valt af te lezen in hoeverre de relatieve gewogen capaciteit in een regio afwijkt van het Brabantse gemiddelde.

De resulterende indexen zijn de samengestelde variabelen waar de vraag/aanbod-verhouding, vergeleken met het provinciale gemiddelde, in één getal tot uitdrukking wordt gebracht.

Met nadruk moet hier gesteld worden dat deze weging slechts ten doel heeft een globaal inzicht te geven van de geaggregeerde vraag/aanbod-verhouding in een regio. De gebruikte gegevens zijn ontleend aan de 'Heroverwegingen Bejaardenbeleid' (Tweede Kamer, 1982). De daar gemaakte veronderstellingen en het voorbehoud dat gemaakt wordt ten aanzien van de betrouwbaarheid van de gegevens - met name van de wijkverpleging -, geldt onverminderd voor deze wegingsprocedure. In het kader van dit onderzoek was het niet mogelijk een grotere nauwkeurigheid te realiseren.

De kenmerken van patiënten opgenomen in, verblijvend in en ontslagen uit elk verpleeghuis, zijn eerder beschreven in de paragrafen 2.2 en 3.2 t/m 3.4.

6. REGIONALE VERSCHILLEN IN VRAAG/AANBOD-VERHOUDING

6.1 Regio-bevolking als vraag-indicator

De provincie Noord-Brabant heeft een minder vergrijsde bevolking dan Nederland als geheel. Dit geldt ook voor de afzonderlijke regio's (zie tabel 14).

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

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

Achtergrondvariabelen ten opzichte van de vraag

a. Verstedelijking van de regio's:

De regio's I, V en VII hebben als grootste kern één of meer kleinere stedelijke gemeenten binnen hun grenzen (CBS-aanduiding C-3). Het karakter van deze regio's is landelijk met een vrij grote spreiding van de regio-bevolking. Minder dan 30% is in één woonkern geconcentreerd.

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

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

- b. Religie en politieke keuzen als indicator voor culturele verschillen:

De provincie Noord Brabant kan zowel in religieus als in politiek opzicht een tamelijk homogene provincie worden genoemd. Hierbij moet wel worden aangetekend dat de ons ter beschikking staande gegevens tamelijk grofmazig zijn. Een uitzondering vormt een vrij smalle strook langs het noord-westelijk deel van de Maas, waar iets meer Nederlands Hervormden worden aangetroffen.

- c. Enkele sociaal-economische aspecten:

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

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

De conclusie kan worden getrokken dat de verschillen tussen regio's voor wat betreft achtergrondvariabelen het kleinst zijn

tussen regio I en V (en iets groter ten opzichte van VII) enerzijds. Ook de verschillen tussen II, III, IV en VI zijn niet erg groot. Beide groepen daarentegen verschillen nogal.

6.2 Het regionale aanbod van verpleeghuiscapaciteit

De totale capaciteit in verpleeghuizen ligt - afgemeten aan het aantal bejaarden - laag in de regio's I, II, III en V. Een ruime relatieve capaciteit in verpleeghuizen wordt daarentegen aangetroffen in regio IV, VI en VII (zie tabel 16).

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

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

Psycho-geriatrische bedden zijn relatief schaars in regio II en V, en - afgemeten aan het provinciale gemiddelde, dat onder het landelijk percentage ligt - vrij ruim in I, IV en VII, zij het in de laatste regio in beperkte mate.

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

Daar dagbehandelingsfaciliteiten nauw verbonden zijn aan verpleeghuizen, zullen zij hier worden besproken. Opgemerkt kan worden dat is om ze in de berekeningen te rekenen tot 'overige voorzieningen', daar de gebruikers thuis (of in het verzorgingsstehuis) woonachtig zijn en vaak ook extramurale zorg ontvangen.

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

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

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

6.3 De capaciteit in anderssoortige voorzieningen

Allereerst zal kort aandacht worden geschonken aan een reeks afzonderlijke voorzieningen waarvan bejaarden een aanzienlijk gebruik maken. Vervolgens zullen de regio's worden vergeleken op het totaal aan beschikbare zorg (zie tabel 16).

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

op huisartsen, dan kan worden gesteld dat de voor bejaarden beschikbare capaciteit wat lager is in regio I en II en wat ruimer in regio V en VII.

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

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

De psychiatrische ziekenhuizen hebben een boven-regionale functie en kunnen daardoor eigenlijk niet goed in deze vergelijking worden betrokken. Wel is in dit verband van belang erop te wijzen dat naar schatting ongeveer één op de drie patiënten hier ouder is dan 65 jaar. Te vermelden is verder dat in regio IV een zeer groot aanbod aan psychiatrische capaciteit beschikbaar is, waarbij besloten is

om een deel van de psychiatrische ziekenhuis-capaciteit te herbestemmen tot psycho-geriatriesch verpleeghuis. Hierbij valt dan aan te tekenen dat de toch al relatief wat ruime psycho-geriatriesche capaciteit in deze regio nog verder zal groeien.

6.4 De geconstrueerde indexen voor de vraag/aanbod-verhouding

Zoals hiervoor werd aangegeven werden ten behoeve van de statistische analyse een aantal indexen geconstrueerd per regio, waarin door één waarde de verhouding tussen vraag en aanbod wordt uitgedrukt. Deze indexen betreffen in de eerste plaats de capaciteit in verpleeghuizen. Vervolgens werd voor mogelijk substituerende voorzieningen eveneens een index geconstrueerd. In de aanvankelijke analyses bleek echter het aantal indexen onoverzichtelijk groot, terwijl bovendien zowel op logische gronden als blijkend uit de resultaten, een reductie van het aantal indexen gewenst was. Deze reductie vond plaats door twee samengestelde indexen te construeren, waarin de index-waarden van verschillende voorzieningen werden gecombineerd. Uiteindelijk resulteerden twee verpleeghuis-indexen en vier indexen voor de capaciteit in anderssoortige voorzieningen (zie tabel 18):

Index I: betreft de beschikbare somatische bedden-capaciteit in verpleeghuizen, exclusief plaatsen voor (somatische) dagbehandeling. Zoals uit de gegevens kan worden afgelezen, worden relatief zeer grote verschillen tussen regio's aangetroffen (bijna 50% tussen laagste en hoogste).

Index II: betreft de beschikbare psycho-geriatriesche bedden-capaciteit in verpleeghuizen, exclusief plaatsen voor (psycho-geriatriesche) dagbehandeling. Ook hier blijken

grote verschillen tussen de ruimst voorziene en de krappe regio's.

Op grond van de redenering dat een potentiële verpleeghuisopneming voortvloeit uit de behoefte aan een tamelijk continue vorm van zorg, lijken vooral de gezins- en bejaardenzorg en wijkverpleging als extramurale vormen van substitutie in aanmerking te komen.

NB. Hiermee wordt vanzelfsprekend geen oordeel over het belang van bijvoorbeeld huisarts of bejaarden-consulent beoogd. Echter, de aard van hun zorg heeft een minder continue of uitvoerend karakter: de huisarts zal geen huishoudelijke werkzaamheden verrichten, doch vrij korte bezoeken afleggen, terwijl de bejaarden-consulent(e) een overwegend coördinerende en dienstverlenende functie vervult.

Aan intramurale zorg betreft het vooral het algemeen ziekenhuis en het verzorgingstehuis als mogelijke vervanger voor verpleeghuisopneming. Voorts zijn er aanwijzingen dat feitelijk de somatische verpleeghuiscapaciteit een substitutie-functie vervult voor psycho-geriatrische patiënten.

Index III: betreft de capaciteit in plaatsen in verzorgingstehuizen binnen de regio. Hoewel blijkens de gegevens wel verschillen worden aangetroffen tussen regio's, zijn deze wat minder uitgesproken dan bij verpleeghuizen het geval was.

Index IV: is een gecombineerde index voor de eerste-lijns capaciteit als mogelijk substituuut voor verpleeghuisopneming, opgebouwd uit de geïndexeerde capaciteiten van wijkverpleging, gezins- en bejaardenzorg. Het is aannemelijk dat deze capaciteit vooral van betekenis is als substitutiemogelijkheid voor chronische somatische patiënten.

Index V: is eveneens een gecombineerde index, als mogelijk substituuut voor (of althans tijdelijke noodoplossing) psycho-geriatrische patiënten, opgebouwd uit de geïndexeerde capaciteiten van de in IV genoemde eerste-lijns voorzieningen, de verzorgingstehuizen, alsmede de capaciteit in

somatisch verpleeghuizen. De overweging hiertoe is de constatering dat - gegeven de zeer lange wachtlijsten en wachttijden - psycho-geriatrische patiënten (noodgedwongen) langdurig in deze voorzieningen gehandhaafd blijven. Opgemerkt kan worden dat niet aannemelijk is dat psycho-geriatrische verpleeghuizen een substitutie-functie vervullen ten behoeve van somatische patiënten.

Index VI: tenslotte betreft de capaciteit in algemene ziekenhuizen in de verschillende regio's, deels van belang als tijdelijk substituut, maar vooral ook als ingangsfunctie voor zowel somatische als psycho-geriatrische verpleeghuizen. Ook in de ziekenhuis-capaciteit zijn aanzienlijke verschillen tussen regio's zichtbaar.

Uit een vergelijking tussen de voorzieningen-structuur in de zeven regio's blijken enkele opmerkelijke verschillen:

- Regio I gekenmerkt door een relatief gering aanbod van voorzieningen over de gehele linie, met als uiterste tegenpool regio VII met een relatief zeer ruime capaciteit over de gehele linie, dit terwijl de regio's aanvankelijk qua demografische kenmerken tamelijk vergelijkbaar leken.
- Regio IV wordt gekenmerkt door een zeer zwaar ontwikkelde capaciteit in tweede-lijns-voorzieningen en relatief achterblijven van de eerste lijn.
- Regio III en regio V worden gekenmerkt door een wat krapere tweede-lijns capaciteit, waar tegenover staat dat de eerste lijn ruimer ontwikkeld is.

Kwaliteit van de gegevens betreffende de vraag/aanbod-verhouding

- De bevolkingsgegevens zijn afkomstig van de Provinciale Planologische Dienst en geven geen problemen. Om tot regionale bevolkingsomvang te komen moest het materiaal van de afzonderlijke gemeenten worden gesommeerd.

- De capaciteit in voorzieningen is uit verschillende bronnen afkomstig, zo er al meer centraal dan uitsluitend op instellingsniveau gegevens te verkrijgen zijn. Bovendien blijken de opgaven van verschillende bronnen betreffende een bepaald soort voorzieningen, tot niet te verwaarlozen verschillen aanleiding te geven: officieel erkende bedden, feitelijk beschikbare bedden, bed-bestemming enz. blijken te verschillen, afhankelijk van de opgave van het NZI (basisgegevens), Provinciale opgave of opgave van het betreffende verpleeghuis.
Personele capaciteit en tijdsbesteding ten behoeve van categorie Ouderen blijken niet, of zeer onvolledig beschikbaar te zijn. Dit geldt overigens ook landelijk voor sommige soorten voorzieningen.

7. VERBAND TUSSEN VRAAG/AANBOD-VERHOUDING EN PATIENTKENMERKEN

7.1 Inleiding

Op basis van de hiervoor gerapporteerde gegevens zijn berekeningen gemaakt om eventuele verbanden tussen capaciteitsindexen en de kenmerken van opgenomen, verblijvende en ontslagen patiënten, alsmede enkele bedrijfskenmerken (bezettingsgraad en doorstroming) vast te stellen.

Doordat de indexen op regio-niveau zijn geaggregeerd, is hierbij in feite sprake van zeven waarnemingen om de feitelijke situatie te beschrijven en voor gebruik ten behoeve van de ontwikkeling van eventuele verdere hypothesen.

Om de verbanden vast te stellen werd gebruik gemaakt van twee soorten correlaties: de Pearson-correlatie die uitgaat van absolute waarnemingen en de Spearman-rangorde correlatie. De Spearman-methode neutraliseert extreme waarden die het patroon kunnen verstoren en ontmaskert eventuele schijnbare correlaties die slechts op extreme waarden berusten.

De correlaties betreffen zes indexen als onafhankelijke variabelen in relatie tot 32 kenmerken van opgenomen, aanwezige en ontslagen patiënten.

Om wille van de overzichtelijkheid zijn niet alle berekende uitkomsten weergegeven, doch alleen die uitkomsten waaruit een wat duidelijker verband naar voren lijkt te komen (een correlatiecoëfficiënt van tenminste .50, zie tabel 19).

De presentatie van de resultaten geschiedt op twee manieren: eerst wordt per index kort aangegeven welke variabelen een verband vertoonden. Vervolgens wordt - meer uitgebreid - ingegaan per afhankelijke variabele, welke capaciteits-kenmerken hierop van invloed zijn. Na deze presentatie wordt gepoogd om de be-

vindingen te interpreteren, waarna enkele conclusies worden getrokken.

7.2 Resultaten per capaciteitsindex

Index I: Capaciteit somatisch verpleeghuizen..

De beschikbare somatische verpleeghuis-bedden vertonen een duidelijke invloed op de volgende variabelen:

- a) Opname-/aanwezigheidscoëfficiënt: naarmate er meer capaciteit is zijn er meer patiënten aanwezig in het verpleeghuis in verhouding tot de regionale bevolking.
- b) Adres van herkomst bij opname van somatische patiënten: er komen minder patiënten uit de eigen omgeving en meer uit het algemeen ziekenhuis naarmate de capaciteit groter is.

Bovendien neemt de herkomst van psycho-geriatrische patiënten uit het algemeen ziekenhuis af als de somatische verpleeghuiscapaciteit groter is.

- c) De gemiddelde leeftijd van aanwezige psycho-geriatrische patiënten stijgt als de capaciteit in somatische verpleeghuizen groter is.
- d) De gemiddelde verpleegduur tot definitief ontslag voor mannelijke psycho-geriatrische patiënten neemt toe bij een grotere capaciteit in somatische verpleeghuizen.
- e) Bestemming naar het algemeen ziekenhuis bij definitief ontslag van somatische patiënten neemt toe, terwijl ontslag door overlijden afneemt als de somatische verpleeghuis-capaciteit groter is.

Index II: Capaciteit psycho-geriatrische verpleeghuizen

- a) Naarmate er meer psycho-geriatrische capaciteit is, worden er meer mensen in het verpleeghuis opgenomen

in verhouding tot de regionale bevolking (aanwezigheids-coëfficiënt).

- b) Het vorig adres van herkomst van psycho-geriatrische patiënten 'dagbehandeling' neemt af als de capaciteit groter is.
- c) Er gaan meer psycho-geriatrische patiënten naar het bejaardenoord en algemeen ziekenhuis en minder naar de dagbehandeling als de capaciteit groter is.

Index III: Capaciteit in verzorgingstehuizen

- a) Somatische patiënten in verpleeghuizen worden minder vaak uit de eigen omgeving opgenomen als er meer verzorgingstehuis-plaatsen zijn.
- b) De gemiddelde leeftijd van de in verpleeghuizen opgenomen somatische en psycho-geriatrische patiënten neemt af, evenals de gemiddelde leeftijd van de aanwezige somatische patiënten, wanneer de capaciteit in verzorgingstehuizen groter is.
- c) De bestemming bij definitief ontslag van psycho-geriatrische patiënten naar eigen omgeving, bejaardenoord en algemeen ziekenhuis neemt af als de capaciteit in verzorgingstehuizen groter is.

Index IV: Capaciteit in de eerste lijn: wijkverpleging en gezinszorg

- a) Het vorig adres van herkomst bij opneming in een verpleeghuis van somatische patiënten is minder vaak de eigen omgeving en bij psycho-geriatrische patiënten minder vaak een algemeen ziekenhuis, als er een grotere capaciteit in de eerste lijn is.
- b) De gemiddelde verpleegduur van overleden somatische patiënten is korter naarmate er een grotere capaciteit in de eerste lijn is.
- c) De bestemming bij definitief ontslag van psycho-geriatrische verpleeghuis-patiënten is minder vaak het

bejaardenoord en het algemeen ziekenhuis als er een grotere capaciteit in de eerste lijn is.

Index V: Capaciteit in eerste lijn en somatische verpleeghuizen

- a) Het adres van herkomst bij opname van somatische patiënten is minder vaak de eigen omgeving en vaker het ziekenhuis als de capaciteit van eerste lijn en somatische verpleeghuizen groter is.
Bij psycho-geriatrische patiënten neemt dan de herkomst uit het algemeen ziekenhuis af.
- b) De gemiddelde verpleegduur van psycho-geriatrische patiënten (mannen, vrouwen) en de gemiddelde verpleegduur van overleden psycho-geriatrische patiënten nemen toe als de substitutie-mogelijkheden groter zijn.
- c) De gemiddelde leeftijd van psycho-geriatrische verpleeghuis-patiënten is hoger naarmate er meer capaciteit beschikbaar is.
- d) Bij definitief ontslag neemt, als de capaciteit in de eerste lijn en somatische verpleeghuizen groter is, de bestemming algemeen ziekenhuis toe, terwijl het aantal overleden somatische patiënten kleiner is.
Voor psycho-geriatrische patiënten neemt de bestemming (andere) erkende verpleeghuizen toe als er meer capaciteit in eerste lijn en somatische verpleeghuizen is.
- e) De bezettingsgraad van de verpleeghuizen neemt af als de capaciteit in de eerste lijn en in somatische verpleeghuizen groter is.

Index VI: Capaciteit in algemene ziekenhuizen

- a) Een hoge capaciteit in algemene ziekenhuizen gaat voorts samen met een relatief groot aantal opgenomen en aanwezige patiënten in het verpleeghuis in verhouding tot de bevolking (aanwezigheids-coëffi-

ciënt).

- b) Het adres van herkomst van psycho-geriatrische patiënten is vaker de eigen omgeving en minder vaak de dagbehandeling wanneer de capaciteit in algemene ziekenhuizen groter is.
- c) De bestemming bij definitief ontslag voor somatische patiënten uit het verpleeghuis is vaker de eigen omgeving, de dagbehandeling en het algemeen ziekenhuis, terwijl er minder patiënten komen te overlijden als er een grotere ziekenhuiscapaciteit is. Ook psycho-geriatrische patiënten worden vaker ontslagen naar de eigen omgeving en overlijden minder vaak wanneer de capaciteit in algemene ziekenhuizen groter is.

Bovengenoemde verbanden zijn terug te vinden in tabel 19, met daarbij vermeld de sterkte en richting van het verband.

7.3 Resultaten per patiëntkenmerk

a. Aanwezigheidscoëfficiënt

De aanwezigheidscoëfficiënt is het aantal patiënten afkomstig uit een bepaalde regio die op de peildata opgenomen waren in Brabantse verpleeghuizen gerelateerd aan het aantal 65-plussers in de regio van herkomst. Hetzelfde is gedaan van patiënten uit een bepaalde regio die óók in deze regio opgenomen zijn, gerelateerd aan de bevolking in deze regio. Dit om mogelijk transregionaal verkeer op te sporen.

De aanwezigheidscoëfficiënt neemt toe als de capaciteit in somatische verpleeghuizen groter is en in iets mindere mate als de psycho-geriatrische capaciteit groter is. Het maakt daarbij geen verschil of we daarbij uitgaan van alle

patiënten uit de regio, opgenomen in Brabantse verpleeghuizen of alléén tot in de regio van herkomst opgenomen patiënten.

b. Instroom van patiënten

De instroom van somatische patiënten uit de eigen omgeving neemt af naarmate de capaciteit in somatische verpleeghuis-plaatsen, het aantal verzorgingstehuis-plaatsen en de wijkverpleging en gezinszorg toenemen. Dit zien we zowel bij de afzonderlijke indexen als bij de substitutie-index van psycho-geriatrische patiënten, die is samengesteld uit deze drie indexen (= index V) en als het ware het cumulatieve effect weergeeft.

De instroom van somatische patiënten vanuit het ziekenhuis neemt daarentegen toe als de capaciteit in index I en III toeneemt. Het duidelijkst komt dit tot uiting in de samengestelde index (V). Bekijken we de afzonderlijke indexen dan blijkt het zwaartepunt van dit verband te liggen bij de verpleeghuiscapaciteit gevolgd door het verzorgingstehuis. Een verband met de wijkverpleging en de gezinszorg is niet aantoonbaar.

De instroom van psycho-geriatrische patiënten uit het ziekenhuis neemt af naarmate de somatische verpleeghuiscapaciteit, de capaciteit in de verzorgingstehuizen en wijkverpleging en gezinszorg hoger is. Het duidelijkst komt dit naar voren in de index V, die uit deze drie capaciteiten is opgebouwd. Wat betreft de afzonderlijke indexen blijft alleen III (verzorgingstehuis) bij de rangcorrelatie onder het gestelde significantie-niveau.

De instroom van psycho-geriatrische patiënten uit de dagbehandeling neemt af als de psycho-geriatrische capaciteit in verpleeghuizen en de capaciteit in ziekenhuizen groter is.

De instroom van psycho-geriatrische patiënten uit de eigen omgeving neemt toe met de ziekenhuiscapaciteit.

c. Leeftijden

De leeftijd van de aanwezige somatische patiënten in het verpleeghuis neemt af als de capaciteit in verzorgingstehuizen groter is.

De leeftijd van de aanwezige psycho-geriatrische patiënten neemt toe als de somatische verpleeghuiscapaciteit groter is. Dit verband wordt nog versterkt als de capaciteit in verzorgingstehuizen en met name de wijkverpleging en gezinszorg daarbij worden betrokken, zoals blijkt uit index V.

De leeftijd van de opgenomen patiënten (somaïsch en psycho-geriatrisch) daalt als de capaciteit in verzorgingstehuizen groter is.

d. Uitstroom van patiënten

De uitstroom naar de eigen omgeving van somatische patiënten neemt toe als de ziekenhuiscapaciteit groter is.

De uitstroom van somatische patiënten naar het ziekenhuis neemt toe als de somatische verpleeghuiscapaciteit of de ziekenhuiscapaciteit groter is. De capaciteit in verzorgingthuizen en wijkverpleging en gezinszorg spelen daarbij geen rol.

Er overlijden minder somatische patiënten in het verpleeghuis als de gecombineerde capaciteit van somatische verpleeghuisbedden in verzorgingstehuizen en wijkverpleging en gezinszorg groter zijn (index V). Het zwaartepunt van dit algemene verband tussen de bestemming overlijden en de capaciteit ligt bij de somatische verpleeghuiscapaciteit. Als ziekenhuis-capaciteit groter is vindt eveneens

een afname plaats van het aantal overleden somatische patiënten.

De bestemming eigen omgeving van psycho-geriatrische patiënten neemt af bij een grotere capaciteit in verzorgingstehuizen. Hetzelfde gebeurt als de ziekenhuiscapaciteit kleiner is.

De bestemming bejaardenoord van psycho-geriatrische patiënten neemt toe als de psycho-geriatrische verpleeghuis-capaciteit groter is. Een tegengesteld verband ten aanzien van de bestemming bejaardenoord zien we als we kijken naar de capaciteit in verzorgingstehuizen en wijkverpleging en gezinszorg. De bestemming neemt af als de capaciteit in bejaardenoord of wijkverpleging en gezinszorg groter is.

Er gaan minder psycho-geriatrische patiënten naar de dagbehandeling als de psycho-geriatrische verpleeghuiscapaciteit groter is. Daarentegen gaan er meer mensen naar het ziekenhuis bij een grotere psycho-geriatrische capaciteit.

Gaat een grotere psycho-geriatrische capaciteit gepaard met een vergrote uitstroom van psycho-geriatrische patiënten naar het ziekenhuis, bij een grote capaciteit in het verzorgingstehuis en de wijkverpleging en gezinszorg zien we het omgekeerde. De uitstroom naar het ziekenhuis neemt af als de capaciteit in de verzorgingstehuizen of de wijkverpleging en gezinszorg groter is.

De bestemming erkende verpleeghuizen van psycho-geriatrische patiënten neemt toe als de gecombineerde capaciteit in somatische verpleeghuizen in verzorgingstehuizen ten wijkverpleging en gezinszorg groter is.

Dit komt alleen tot uitdrukking in de samengestelde index (V), omdat het verband wel algemeen is, maar bij de

afzonderlijke indexen onder het significantie-niveau blijft. Het zwaartepunt van het verband ligt bij de capaciteit in verzorgingstehuizen.

Er overlijden minder psycho-geriatrische patiënten in het verpleeghuis als de ziekenhuis capaciteit groter is.

e. Bezettingsgraad

Met uitzondering van de psycho-geriatrische capaciteit geldt voor alle indexen dat de bezettingsgraad afneemt als de capaciteit in deze voorzieningen groter is. Dit verband is echter relatief zwak zodat alleen de gecombineerde index V aan het gestelde significantie-niveau voldoet.

f. Verpleegduur

De gemiddelde verpleegduur van somatische patiënten neemt af als de capaciteit van de wijkverpleging en gezinszorg groter is.

De verpleegduur van ontslagen psycho-geriatrische mannen neemt toe als de somatische verpleeghuis capaciteit groter is. Hoewel het zwaartepunt bij de somatische verpleeghuis capaciteit ligt, vertonen ook de andere indexen een verband in dezelfde richting, zoals tot uitdrukking komt in de samengestelde index. De psycho-geriatrische capaciteit laat geen verband zien met de gemiddelde verpleegduur van ontslagen psycho-geriatrische mannen.

Zowel de verpleegduur van alle psycho-geriatrische patiënten als van de overleden psycho-geriatrische patiënten afzonderlijk neemt toe als de somatische verpleeghuis capaciteit én de capaciteit in verzorgingstehuis en wijkverpleging en gezinszorg groter is. Ook hier het algemene, vrij

zwakke verband dat pas bij de gecombineerde index significant wordt. Het zwaartepunt ligt echter duidelijk bij de somatische verpleeghuiscapaciteit.

7.4 Interpretatie en conclusies

Gegeven de gevonden correlaties tussen capaciteit en patiëntenstromen zal in deze paragraaf geprobeerd worden een mogelijke verklaring voor deze verbanden te geven. Hoewel correlaties geen bewijs zijn voor een causale relatie liggen bepaalde verklaringen voor de hand. Desondanks blijft er een zeker speculatief element in een dergelijke verklaring aanwezig. Dergelijke verklaringen kunnen opgevat worden als ontwikkelde hypothesen die wellicht aan de hand van een groter aantal waarnemingen getoetst zouden kunnen worden.

7.4.1 Somatische patiënten

De patiëntenstroom die het meest gevoelig is voor de verpleeghuiscapaciteit is die vān en nāār het ziekenhuis. Een verklaring voor deze toenemende interactie zou kunnen zijn, dat bij een relatief ruime somatische verpleegcapaciteit de verpleeghuizen meer ruimte ter beschikking stellen voor revalidatie en reactivering. De verhoogde in- en uitstroom naar het ziekenhuis en de daling van de bestemmingscategorie 'overleden' ondersteunen deze verklaring. Bovendien neemt de bestemming eigen omgeving van somatische patiënten toe als de ziekenhuiscapaciteit toeneemt, hetgeen wijst op een niet-chronische aandoening bij de patiënt.

De herkomst eigen omgeving van somatische patiënten daalt verhoudingsgewijs bij een grotere somatische verpleeghuiscapaciteit, verzorgingstehuiscapaciteit en wijkverpleging. Toch is er geen verband tussen de herkomst uit het verzorgingstehuis en de

capaciteit aldaar. Aangezien deze patiënten niet allemaal verdwijnen, moeten zij via een ander kanaal binnenkomen. (Het gaat immers om verhoudingscijfers.) Het meest voor de hand ligt dat dit gebeurt via het ziekenhuis. Men zou hieruit kunnen concluderen dat bij een ruime capaciteit in somatische verpleegplaatsen, het verpleeghuis zich sterk op het ziekenhuis richt. Niet onaannemelijk is echter ook, dat een deel van de patiënten bij een relatief ruime capaciteit in de verzorgingstehuizen of wijkverpleging en gezinszorg langer in de thuis-situatie of het bejaardenoord verpleegd blijft. Deze hypothese wordt ondersteund door de verkorting van de verpleegduur van overleden somatische patiënten, bij een grotere capaciteit bij de wijkverpleging en gezinszorg.

Dit zou een aanwijzing kunnen zijn dat verpleeghuizen een grotere functie krijgen in de terminale zorg als er meer wijkverpleging en gezinszorg is. De daling van de leeftijd van aanwezige somatische patiënten als de verzorgingstehuis-capaciteit groter is duidt ook op een mogelijke substitutie: oudere bejaarden in het verzorgingstehuis (die, als ze nog thuis woonden in het verpleeghuis zouden zijn opgenomen) blijven in het bejaardenoord.

7.4.2 Psycho-geriatrische patiënten

In het algemeen kan gesteld worden dat de invloed op patiëntenstromen en bestanden van psycho-geriatrische patiënten, vooral samenhangt met de somatische (substitutie) capaciteit, in plaats van met de psycho-geriatrische verpleeghuiscapaciteit. Door de relatief bescheiden omvang van de psycho-geriatrische sector is dit ook niet verwonderlijk. (Het is bekend dat er zowel op de somatische verpleegafdelingen als in de verzorgingstehuizen patiënten voorkomen, die als psycho-geriatrisch aangemerkt kunnen worden.) In de gevonden verbanden tussen de capaciteit en de patiëntenstromen van psycho-geriatrische patiënten, komt het beeld naar

voren dat de tolerantie ten opzichte van psycho-geriatrie patiënten op somatische verpleegafdelingen en in verzorgingstehuizen, mede bepaald wordt door de ruimte in de capaciteit. Is deze capaciteit ruim, dan komt opname en/of handhaving van psycho-geriatrie patiënten in deze verzorgingssoorten vaker voor. Is de capaciteit daarentegen krap in somatische verpleegafdelingen en het verzorgingstehuis, dan vindt geen opname of eerder ontslag van deze patiënten plaats. Dit ontslag zal veelal naar het ziekenhuis zijn. Vanuit het ziekenhuis komen deze patiënten dan in het psycho-geriatrie verpleeghuis terecht.

Deze hypothese wordt ondersteund door de sterke daling van de instroom afkomstig uit het ziekenhuis, als de capaciteit in somatische verpleeghuizen of de wijkverpleging en gezinszorg groter is. Ook de uitstroom uit het verpleeghuis naar eigen omgeving, bejaardenoord en ziekenhuis neemt af, als de capaciteit in verzorgingstehuizen of wijkverpleging en gezinszorg groter is. Zo ontstaat het beeld dat in een dergelijke ruime situatie (van somatische verpleeghuisplaatsen, verzorgingstehuis en wijkverpleging en gezinszorg) alleen de zwaar demente patiënten met een hoge leeftijd in het psycho-geriatrie verpleeghuis verblijven.

Als de psycho-geriatrie verpleeghuis-capaciteit toeneemt gaan er meer patiënten naar het ziekenhuis en het bejaardenoord, en minder naar de dagbehandeling. Ook het aantal patiënten dat uit de dagbehandeling afkomstig is, daalt.

Met het stijgen van de ziekenhuis-capaciteit daalt het aantal patiënten dat overlijdt in het psycho-geriatrie verpleeghuis en gaan meer patiënten terug naar de eigen omgeving.

Ook hier daalt het aantal patiënten dat uit de dagbehandeling afkomstig is als de capaciteit in de ziekenhuizen toeneemt.

Het lijkt erop dat - als de psycho-geriatrie capaciteit wat meer ruimte krijgt - men zich niet meer uitsluitend hoeft bezig te houden met de beslechting van onhoudbare en irreversibele situaties. Ook de 'parkeerplaatsfunctie' van de dagbehandeling

lijkt dan af te nemen. Het 'eindbestemmingskarakter' van het psycho-geriatrische verpleeghuis neemt af.

7.4.3 Geografische herkomst (somatisch en psycho-geriatrisch):

Meer verpleeghuiscapaciteit in verhouding tot het aantal 65-plus-sers in de regio betekent dat er meer patiënten in het verpleeghuis worden opgenomen. Er is geen verband tussen een ruimere verpleeghuiscapaciteit en een instroom van patiënten, wonend buiten de regio. Bij een relatief ruime capaciteit blijft het primaire wervingsgebied toch de onmiddellijke omgeving van het verpleeghuis. Er kan zelfs gesproken worden van een locale of subregionale oriëntatie bij de uitoefening van de verpleeghuisfunctie. (Zie ook tabel 6).

7.4.4 Samenvattende opmerkingen en conclusies

- Een grotere somatische capaciteit in verhouding tot het aantal bejaarden impliceert dat het verpleeghuis zich meer op de revalidatie (jongere patiënten) gaat richten. De interactie met het ziekenhuis neemt hierdoor sterk toe.
- De revalidatie wordt versterkt door een groter aantal verzorgingstehuis-plaatsen. Potentiële verpleeghuispatiënten blijven dan grotendeels in het bejaardenoord.
- Wijkverpleging en gezinszorg bekorten de verpleegduur of maken opname in een verpleeghuis zelfs overbodig.
- Wat er met psycho-geriatrische patiënten gebeurt is afhankelijk van vooral de somatische capaciteit.
 - . Meer somatische capaciteit betekent dat aldaar de tolerantie ten opzichte van psycho-geriatrische patiënten

toeneemt, en deze niet of pas later in het psycho-geriatrische verpleeghuis worden opgenomen.

Bij een geringe somatische verpleeghuiscapaciteit vervult het ziekenhuis een sluisfunctie naar het psycho-geriatrische verpleeghuis toe.

- De totale gemiddelde verpleegduur is niet erg capaciteitsgevoelig. Door een verandering in de patiëntensamenstelling (van aantal korter durende opnamen - terminaal en re-activering - in verhouding tot long-stay-patiënten) wordt de verpleegduur genivelleerd.
- De verpleeghuizen vervullen eerder een locale of subregionale functie dan een regionale.

8. EFFECTEN VAN REGIONALE CAPACITEIT EN SAMENWERKING TE ZAMEN OP KENMERKEN VAN VERPLEEGHUISPATIENTEN

8.1 Richting van de gevonden verbanden

In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag in hoeverre effecten van verschillen in relatieve capaciteit en samenwerking elkaar beïnvloeden. Een kwantitatieve aanduiding is hiervan overigens niet te geven, het gaat uitsluitend om de richting van effecten. Wel kan worden gesteld dat capaciteitsverschillen een groter gewicht in de schaal zullen leggen.

De capaciteitsverschillen spelen op regio-niveau, de samenwerkingseffecten daarentegen betreffen afzonderlijke verpleeghuizen. Gesteld kan dan worden dat in een regionale 'omgeving' met een gegeven voorzieningen-niveau over de gehele linie, een verpleeghuis door samen te werken een bepaald 'effect' heeft op het resulterende patiëntenbestand. Indien samenwerking een tegenovergesteld effect heeft aan het effect van capaciteit-uitbreiding, dan zou gesteld kunnen worden dat samenwerking compenserend werkt. Indien de effecten dezelfde richting uitwijzen, kan gesteld worden dat samenwerking het effect versterkt.

Daar de meerderheid van de samenwerkingseffecten over beide patiënt-categorieën zijn beschreven en hierin de somatische patiënten nogal domineren, kunnen slechts globale uitspraken worden gedaan.

De aangetroffen verbanden worden per afhankelijke variabele aangeduid:

a. Aanwezigheidscoëfficiënt

De beschikbare intramurale capaciteit in een regio heeft een duidelijk verhogend effect op de aanwezigheid-coëfficiënt. De samenwerkende verpleeghuizen daarentegen nemen relatief veel patiënten op van buiten hun eigen regio, en dus relatief minder uit hun eigen regio.

b) Herkomst bij eerste opneming

De capaciteit in verpleeghuizen, verzorgingstehuizen en extramurale zorg in een regio gaat samen met een negatief effect op de herkomst-categorie eigen omgeving en een positief effect op de herkomst uit algemene ziekenhuizen voor somatische patiënten. Samenwerking vertoont een tegenovergesteld effect, vooral bij somatische patiënten afkomstig uit de eigen omgeving.

Voor psycho-geriatrische patiënten lijken de effecten daarentegen elkaar te versterken: vergroting van capaciteit en samenwerking gaan beide samen met toename van herkomst uit eigen omgeving en afname van herkomst uit algemene ziekenhuizen.

c) Gemiddelde verpleegduur/doorstroming

Een grotere capaciteit in somatische verpleeghuizen, verzorgingstehuizen en in de extramurale zorg in een regio lijken samen te gaan met een wat langere gemiddelde verpleegduur voor psycho-geriatrische patiënten. De samenwerkende verpleeghuizen vertonen een iets lagere doorstroming, waaruit ook een iets langere gemiddelde verpleegduur afgeleid kan worden.

d) Gemiddelde leeftijd

Een grote capaciteit van verzorgingstehuizen in een regio gaat samen met een verlaging van de gemiddelde leeftijd van verpleeghuis-patiënten. De capaciteit in verpleeghuizen lijkt alleen voor de gemiddelde leeftijd van psychogeriatrische patiënten een verhogend effect te vertonen. De samenwerkende verpleeghuizen vertonen een aanzienlijk hogere gemiddelde leeftijd van opgenomen en aanwezige patiënten.

e) Bezettingsgraad

De bezettingsgraad vertoonde een negatief verband met de capaciteit: als deze groter is, neemt de bezettingsgraad iets af. Samenwerking heeft een tegenovergesteld effect: de bezettingsgraad is systematisch hoger in de samenwerkende verpleeghuizen.

Samenvattend kan worden gesteld dat 'samenwerking' een overwegend tegenovergesteld effect heeft in vergelijking tot capaciteitsuitbreiding. Dit zou kunnen worden opgevat als een indicatie dat effecten van een lage capaciteit - althans ten dele - kunnen worden gecompenseerd door middel van samenwerking. Een alternatief is echter evenzeer denkbaar: bij een hoge capaciteit ontbreekt de noodzaak tot samenwerking.

8.2 Conclusies

De resultaten van de paarsgewijze vergelijking van hoog- en laag scorende verpleeghuizen, waarbij andere onafhankelijke variabelen zo goed mogelijk onder controle werden gehouden, doen vermoeden dat samenwerking een systematisch verband vertoont met kenmerken van in de betrokken verpleeghuizen opgenomen patiënten en de bezettingsgraad.

Inhoudelijk lijkt het patroon van patiënt-kenmerken in samenwerkende verpleeghuizen aan te sluiten bij de beleidswens om patiënten zolang mogelijk in de eigen omgeving te handhaven. Hiermee ontstaat de indruk dat de samenwerkende verpleeghuizen - afgemeten aan de globale opvattingen in beleidskringen - goed functioneren. Voorts lijkt het effect van samenwerking als het ware compenserend te werken op effecten van een krappere voorzieningen-niveau tussen regio's.

Wel moet in gedachten gehouden worden dat deze resultaten statistisch gezien met voorzichtigheid moeten worden bekeken. Aan de resultaten kan slechts een beschrijvende en indicatieve waarde worden toegekend, deels door de grofmazigheid van verzamelde gegevens en technieken, deels ook in verband met de variabiliteit in de vergelijking tussen verpleeghuizen en over verschillende jaren.

Tabel 1.	Vergelijking van 16 regio-gewijs gepaarde verpleeghuizen met een hoge, respectievelijk lage samenwerkingscore, naar aard, urbanisatiegraad en omvang	59
Tabel 2.	Aanwezigheidscoëfficiënt per gemeente in 4 klassen: aantal aanwezige patiënten in Brabantse verpleeghuizen als percentage van het aantal 65-plussers in de gemeente van herkomst. Gemiddelde van de peildata 31-12-1981 en 31-12-1982	60
Tabel 3.	Verdeling naar herkomst uit de vorige levenssituatie van somatische en psychogeriatrische patiënten als percentage van alle opnamen in verpleeghuizen per regio als gemiddelde over de periode 1981-1982	61
Tabel 4.	Gemiddelde leeftijd in jaren van in verpleeghuizen per regio opgenomen en aanwezige somatische en psychogeriatrische patiënten als gemiddelde over de periode 1981-1982	62
Tabel 5.	Gemiddelde verpleegduur in dagen bij definitief ontslag uit de verpleeghuizen per regio, onderscheiden naar somatische en psychogeriatrische patiënten voor mannen/vrouwen, overleden patiënten en alle ontslagen	63
Tabel 6.	Verdeling over bestemmingscategorieën bij definitief ontslag, van somatische en psychogeriatrische patiënten als percentage van alle ontslagen uit de verpleeghuizen per regio, als gemiddelde over de periode 1981-1982	64
Tabel 7.	Bezettingsgraad en doorstroming van de verpleeghuizen per regio als gemiddelde over de periode 1981 en 1982	65
Tabel 8.	Percentage patiënten afkomstig uit eigen regio en verschil tussen verpleeghuizen met respectievelijk een hoge en een lage samenwerkingscore in 1981 en 1982 . . .	66

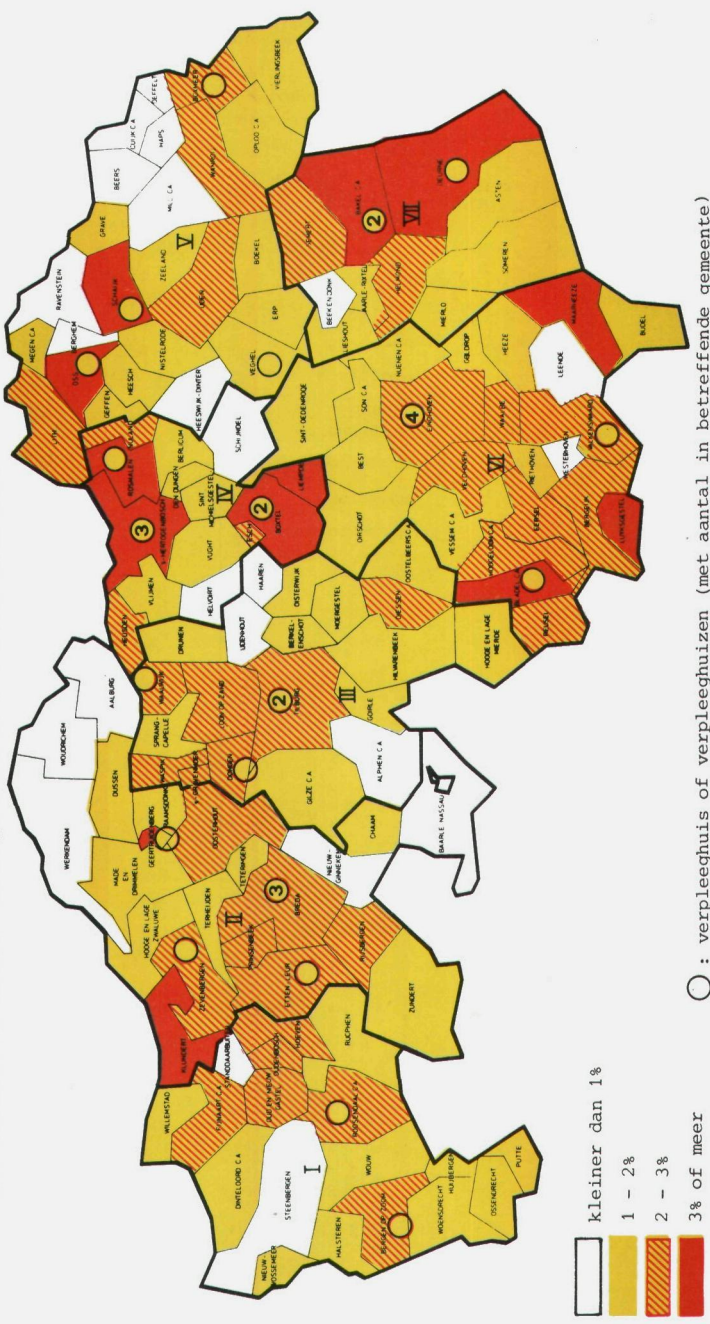
Tabel 9.	Verskil tussen verpleeghuizen met een hoge, respectievelijk lage samenwerkings-score van somatische, psycho-geriatrische en alle opgenomen patiënten in herkomst uit de vorige leefsituatie in 1981 en 1982	67
Tabel 10.	Verskil in gemiddelde leeftijd in jaren bij opneming tussen verpleeghuizen met een hoge respectievelijk lage samenwerkings-score in 1981 en 1982	68
Tabel 11.	Verskil in gemiddelde verpleegduur bij ontslag en overledenen in dagen, onderscheiden naar somatische, psycho-geriatrische en alle patiënten, uit verpleeghuizen met een hoge respectievelijk lage samenwerkings-score in 1981 en 1982	69
Tabel 12.	Verskil in bestemming na ontslag van somatische, psycho-geriatrische en alle patiënten (in percentages) tussen verpleeghuizen met een hoge respectievelijk lage samenwerkings-score in 1981 en 1982	70
Tabel 13.	Verskil in doorstroming en bezettingsgraad tussen verpleeghuizen met respectievelijk een hoge en lage samenwerkings-score in 1981 en 1982	71
Tabel 14.	Totale bevolking en leeftijdsverdeling van 65-plussers in absolute aantallen en percentages per regio in Noord-Brabant per 1 januari 1982	72
Tabel 15.	Overzicht capaciteit gezondheids- en bejaardenvoorzieningen in Noord-Brabant in absolute aantallen in 1981-1982	73
Tabel 16.	Relatieve capaciteit bejaarden- en gezondheidszorgvoorzieningen berekend als bedden of personele capaciteit per 1000 bejaarden en per 1000 inwoners van de totale bevolking	74

Tabel 17.	Berekeningswijze en gegevens ten behoeve van zorg, verleend door verpleeghuis, dagbehandeling, bejaardenoord, gezinsverzorging en wijkverpleging, ten behoeve van indexering van de regionale vraag/aanbod-verhouding	75
Tabel 18.	Capaciteitsindexen van de vraag/aanbod-verhouding ten behoeve van de correlatieberekening tussen beschikbare capaciteit en patiëntkenmerken . . .	76
Tabel 19.	Overzicht van de belangrijkste correlaties tussen de afzonderlijke capaciteits-indexen en patiëntenkenmerken . .	77

Tabel 1. Vergelijking van 16 regio-gewijs gepaarde verpleeghuizen met een hoge, respectievelijk lage samenwerkingsscore, naar aard, urbanisatiegraad en omvang

hoog-scorend			laag-scorend			verschil in omvang t.o.v. het grootste verpleeghuis
aard	urban. graad	score (S+Si)	aard	urban. graad	score	
1. gecombineerd	C 3	23.4	gecombineerd	C 3	18.4	3%
2. somatisch	C 3	13.7	somatisch	C 3	1.5	3%
3. somatisch	C 3	23.5	somatisch	C 4	16.4	6%
4. somatisch	C 4	16.5	somatisch	C 3	8.0	2
5. psycho- geriatriesch	C 3	36.0	psycho- geriatriesch	C 4	19.0	30%
6. somatisch	C 3	24.7	somatisch	C 3	21.8	7%
7. somatisch	C 3	24.3	somatisch	C 5	15.0	11%
8. gecombineerd	C 3	31.5	gecombineerd	C 5	19.7	25%

Tabel 2. Aanwezigheidscoëfficiënt per gemeente in 4 klassen: aantal aanwezige patiënten in Brabantse verpleeghuizen als percentage van het aantal 65-plussers in de gemeente van herkomst. Gemiddelde van de peildata 31-12-1981 en 31-12-1982



Aanwezigheidscoëfficiënt per regio

Regio	I	II	III	IV	V	VI	VII
	2.12	2.13	1.97	2.74	1.89	2.41	2.54
% patiënten afkomstig uit eigen regio	88,7	84,9	78,1	76,0	79,8	90,2	86,4

Tabel 3. Verdeling naar herkomst uit de vorige levenssituatie van somatische en psycho-geriatrische patiënten als percentage van alle opnamen in verpleeghuizen per regio als gemiddelde over de periode 1981-1982

plaats van herkomst	regio I regio II regio III regio IV regio V regio VI regio VII Brabant Nederland (1981)									
	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot
<u>somatisch</u>										
eigen omgeving	38.4	25.2	26.0	25.4	23.0	22.8	20.2	25.2	29.0	
bejaardenoord	3.9	9.2	3.4	2.6	6.5	4.4	3.2	4.9	4.7	
ziekenhuis	53.9	62.0	68.4	70.6	67.3	70.8	73.9	67.4	62.9	
dagbehandeling	2.6	2.6	1.4	0.7	3.0	1.1	1.2	1.6	1.2	
andere erkende										
VPH	-	0.8	0.8	0.5	0.2	0.7	1.5	0.7	1.9	
niet erkende										
VPH	1.3	0.1	-	0.1	-	0.2	-	0.2	0.3	
<u>psycho-geriatrisch</u>										
eigen omgeving	35.5	22.5	37.7	42.6	37.7	46.6	33.6	37.9	35.7	
bejaardenoord	16.1	14.8	13.0	12.5	17.0	17.8	15.0	15.5	13.8	
ziekenhuis	37.9	27.3	31.6	29.4	29.2	30.2	19.6	30.2	35.3	
dagbehandeling	10.0	28.2	13.0	5.1	12.3	0.7	12.1	10.4	4.4	
andere erkende										
VPH	0.5	5.3	4.5	9.6	3.8	3.9	19.6	5.4	9.5	
niet erkende										
VPH	-	1.9	0.4	0.7	0.0	0.7	-	0.6	1.3	

Bron: Berekend uit de gegevens geregistreerd in het SIVIS-bestand over 1981 en 1982.

Tabel 4. Gemiddelde leeftijd in jaren van in verpleeghuizen per regio opgenomen en aanwezige somatische en psycho-geriatrische patiënten als gemiddelde over de periode 1981-1982

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant	Nederland (1981)
- gemiddelde leeftijd opgenomen patiënten (somatisch + psycho-geriatrich)	76,6	76,8	74,9	76,7	74,9	75,4	75,1	75,8	76,1
- gemiddelde leeftijd aanwezige somatische patiënten	76,5	77,2	74,1	76,9	75,8	75,7	71,2	75,8	76,5
- gemiddelde leeftijd aanwezige psycho-geriatrische patiënten	78,7	80,5	80,1	80,9	80,4	76,6	81,3	80,2	79,9

Bron: Berekend uit de gegevens geregistreerd in het SIVIS-bestand over 1981 en 1982.

Tabel 5. Gemiddelde verpleegduur in dagen bij definitief ontslag uit de verpleeghuizen per regio, onderscheiden naar somatische en psycho-geriatrische patiënten voor mannen/vrouwen, overleden patiënten en alle ontslagen

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant	Nederland
<u>verpleegduur somatische patiënten (dagen)</u>									
- mannen	379.6	459.9	372.4	320.7	302.3	365.7	589.1	387.1	314.5
- vrouwen	555.9	534.7	461.0	420.7	346.5	396.3	512.3	447.5	391.6
- overleden patiënten	634.9	583.3	598.1	572.8	432.1	618.8	571.2	580.2	531.4
- alle patiënten	475.1	503.1	421.5	380.1	326.6	384.7	546.4	422.2	362.1
<u>verpleegduur psycho-geriatrische patiënten</u>									
- mannen	476.3	737.2	537.4	806.5	494.6	520.9	1114.2	634.1	629.8
- vrouwen	842.2	1146.6	685.2	958.7	911.6	615.7	1003.8	836.8	902.9
- overleden patiënten	829.9	1115.3	760.9	978.0	924.0	693.5	1166.5	882.7	911.1
- alle patiënten	703.1	991.5	630.9	886.6	717.0	573.1	1055.8	751.5	798.0

Bron: Berekend uit de gegevens, geregistreerd in het SIVIS-bestand over 1981 en 1982.

Tabel 6. Verdeling over bestemmingscategorieën bij definitief ontslag, van somatische en psycho-geriatrische patiënten als percentage van alle ontslagen uit de verpleeghuizen per regio, als gemiddelde over de periode 1981-1982

plaats van bestemming	regio I		regio II		regio III		regio IV		regio V		regio VI		regio VII		Brabant Nederland (1981)	
	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot	% tot
<u>somatisch</u>																
eigen omgeving	18.0	19.9	25.0	29.3	22.6	31.1	18.8	25.1	30.9							
bejaardenoord	7.6	7.0	10.3	7.2	12.4	13.5	10.1	10.1	8.4							
ziekenhuis	5.1	7.1	7.9	13.1	6.8	10.0	12.6	9.2	9.0							
dagbehandeling	2.4	2.6	2.1	0.1	5.0	0.7	6.5	2.2	1.6							
andere erkende VPH	1.2	2.0	1.3	1.1	2.7	1.3	7.3	2.0	3.0							
niet erkende VPH	0.2	-	-	0.3	-	-	-	0.1	0.7							
einde machtiging	0.2	-	0.3	0.1	-	-	0.3	0.1	0.7							
overleden	65.1	61.4	53.2	48.9	50.5	43.4	44.4	51.3	45.9							
<u>psycho-geriatrisch</u>																
eigen omgeving	6.3	4.5	7.9	11.2	3.8	12.7	-	7.8	9.7							
bejaardenoord	4.7	1.5	4.2	5.3	2.9	4.7	1.0	3.8	2.4							
ziekenhuis	11.5	4.5	7.9	13.8	6.7	6.8	5.9	8.1	9.1							
dagbehandeling	1.6	7.1	3.3	0.7	11.4	1.2	1.0	3.2	2.1							
andere erkende VPH	0.5	0.5	2.8	3.3	1.9	1.2	11.8	2.4	3.5							
niet erkende VPH	-	-	-	-	-	-	-	-	0.1							
einde machtiging	0.5	-	-	-	-	0.3	-	0.2	0.1							
overleden	75.0	81.8	74.0	65.8	73.3	73.1	80.4	74.6	72.8							

Bron: Berekend uit de gegevens geregistreerd in het SIVIS-bestand over 1981 en 1982.

Tabel 7. Bezettingsgraad en doorstroming van de verpleeghuizen per regio als gemiddelde over de periode 1981 en 1982

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant	Nederland
bezettingsgraad	99,0	99,1	100,0	98,9	95,1	97,7	92,7	97,7	97,1
doorstroming:									
- somatische patiënten	0,84	0,65	0,87	0,78	0,87	0,87	0,68	0,79	
- psycho-geriatrische patiënten	0,41	0,39	0,36	0,27	0,42	0,46	0,39	0,38	

Bronnen: Bezettingsgraad NZI (1-1-1982 en 1-1-1983), doorstroming berekend uit de gegevens, geregistreerd in het SIVIS-bestand over 1981 en 1982.

Tabel 8. Percentage patienten afkomstig uit eigen regio en verschil tussen verpleeghuizen met respectievelijk een hoge en een lage samenwerkings-score in 1981 en 1982

	opnamen			aanwezige patiënten		
	hoog	laag	verschil	hoog	laag	verschil
1. 1981	87.9	94.2	- 6.3	83.0	93.3	-10.3
1982	79.0	90.8	-11.8	83.9	94.2	-10.3
2. 1981	62.9	75.7	-12.8	58.9	78.2	-19.3
1982	57.1	74.7	-17.6	60.0	76.5	-16.5
3. 1981	81.5	86.7	- 5.2	74.3	75.6	- 1.3
1982	78.6	84.2	- 5.4	79.1	81.2	- 2.2
4. 1981	85.9	68.2	17.7	86.5	66.6	19.9
1982	68.8	64.3	4.5	86.8	67.7	19.1
5. 1981	58.5	86.1	-27.6	56.6	81.0	-24.4
1982	71.4	75.7	- 4.3	60.2	80.0	-19.8
6. 1981	65.6	76.7	-11.1	79.4	67.2	12.2
1982	61.5	71.1	- 9.6	74.5	67.1	7.4
7. 1981	91.8	98.9	- 7.1	91.3	94.8	- 3.5
1982	95.9	88.5	7.4	92.1	95.9	- 3.8
8. 1981	80.8	89.1	- 8.3	78.3	89.0	-10.9
1982	75.6	84.7	- 9.1	79.5	90.0	-10.5

N.B. De gegevens over 1982 met betrekking tot opnamen zijn onbetrouwbaar.

Tabel 9. Verschil tussen verpleeghuizen met een hoge, respectievelijk lage samenwerkingsscore van somatische, psycho-geriatrische en alle opgenomen patiënten in herkomst uit de vorige leefsituatie in 1981 en 1982

	eigen omgeving		bejaardenoord		algemeen ziekenhuis	
	1981	1982	1981	1982	1981	1982
Somatische patiënten						
1.	8	2	- 3	2	- 8	- 7
2.	6	0	- 9	4	2	- 2
3.	- 6	- 9	- 4	- 2	10	10
4.	9	0	0	4	-10	1
5.	-	-	-	-	-	-
6.	- 8	-13	- 1	1	- 1	9
7.	7	-12	- 9	1	- 6	8
8.	10	9	2	9	-13	-17
Psycho-geriatrische patiënten						
1.	12	5	-18	- 9	- 1	- 6
2.	25	-20	25	25	-50	- 4
3.	50	-100	-90	40	40	60
4.	-	-	-	-	-	-
5.	- 9	-24	12	9	8	15
6.	-	-	-	-	-	-
7.	41	-78	-43	0	35	78
8.	13	1	0	28	8	-28
Alle patiënten						
1.	9.9	2.3	-10.7	- 3.2	- 2.9	- 4.1
2.	8.4	- 5.3	- 5.8	7.9	- 3.8	- 1.3
3.	- 1.4	-11.6	- 4.7	1.3	6.1	8.8
4.	9.1	.3	.8	4.3	-10.7	1.1
5.	- 8.4	-22.1	12.6	8.8	5.6	15.9
6.	- 4.7	-14.2	- 1.1	2.6	- 3.7	8.8
7.	10.7	-13.1	- 6.4	.6	- 8.4	9.1
8.	11.4	7.6	2.1	15.1	-12.5	-21.5

N.B. De waarde van de laag-scorende verpleeghuizen ten aanzien van samenwerking worden afgetrokken van het hoog-scorende verpleeghuis

Tabel 10. Verschil in gemiddelde leeftijd in jaren bij opneming tussen verpleeghuizen met een hoge respectievelijk lage samenwerkingsscore in 1981 en 1982

	Somatische patiënten		psycho-geriatrische patiënten	
	1981	1982	1981	1982
1.	2.38	1.07	4.11	3.3
2.	1.42	1.35	3.75	2.5
3.	2.78	2.5	-	-
4.	3.82	5.0	-	-
5.	-	-	-.44	.82
6.	4.96	4.08	.	.
7.	-2.37	-2.28	-1.25	-1.04
8.	2.37	2.45	-.83	-.98

N.B. De waarde van de laag-scorende verpleeghuizen ten aanzien van samenwerking worden afgetrokken van het hoog-scorende verpleeghuis

Tabel 11. Verschil in gemiddelde verpleegduur bij ontslag en overledenen in dagen, onderscheiden naar somatische, psycho-geriatrische en alle patiënten, uit verpleeghuizen met een hoge respectievelijk lage samenwerkingsscore in 1981 en 1982

	somatische patiënten		psycho-geriatrische patiënten		alle patiënten	
	1981	1982	1981	1982	1981	1982
1.	- 43	+144	+157	+ 56	- 12	+ 64
2.	+ 28	+421			+ 87	+368
3.	- 36	- 36			-104	- 56
4.	+ 59	+104			+ 59	+103
5.			+ 47	+776	+ 63	+793
6.	+318	+280			+306	+281
7.	-186	+169			-205	+139
8.	-133	- 25	-298	- 27	-153	- 25

Overleden patiënten

	somatische patiënten		psycho-geriatrische patiënten	
	1981	1982	1981	1982
1.	- 26	+146	+286	+ 74
2.	-116	+573		
3.	- 57	-104		
4.	+ 11	- 7		
5.			- 55	+138
6.	537	+447		
7.	-252	+ 85		
8.	-152	-176	-120	+ 96

N.B. De waarde van de laag-scorende verpleeghuizen ten aanzien van samenwerking worden afgetrokken van het hoog-scorende verpleeghuis

Tabel 12. Verschil in bestemming na ontslag van somatische, psycho-geriatrische en alle patiënten (in percentages) tussen verpleeghuizen met een hoge respectievelijk lage samenwerkingsscore in 1981 en 1982

	eigen omgeving		bejaarden- oord		algemeen ziekenhuis		overleden	
	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982
Somatisch								
1.	5.5	1.5	1.9	- 1.5	- 7.2	- 6.7	- 2.4	16.8
2.	-11.1	-16.6	2.6	5.3	0.3	5.4	12.5	6.0
3.	9.4	0.7	- 3.8	3.9	- 3.8	- 2.4	- 0.5	1.7
4.	- 8.8	-11.2	- 2.2	- 1.2	1.1	- 0.6	10.0	11.0
5.	-	-	-	-	-	-	-	-
6.	- 8.5	- 1.3	- 0.5	- 0.1	2.9	9.2	4.5	- 1.8
7.	5.1	-17.1	- 3.5	- 2.9	1.4	- 1.0	- 4.1	13.2
8.	- 5.0	-13.7	13.0	- 2.5	- 1.5	- 1.6	- 6.3	17.4
Psycho- geriatrisch								
1.	6.0	2.2	- 2.4	- 5.2	-13.9	- 1.2	4.5	5.9
2.	0.0	-66.7	-	0.0	-33.3	0.0	33.3	66.7
3.	28.3	0.0	-	0.0	0.0	-60.0	-42.9	20.0
4.	-	-	-	-	-	-	-	-
5.	- 4.6	-21.4	3.3	8.2	2.2	10.6	- 6.6	4.9
6.	-	-	-	-	-	-	-	-
7.	-	0.0	-	20.0	-	0.0	-	-40.0
8.	20.1	1.8	- 1.6	1.4	-6.3	7.5	-14.5	-13.4
Alle patiënten								
1.	7.1	4.0	0.9	- 2.1	-10.0	- 5.8	- 1.0	9.7
2.	-10.7	-19.4	2.4	4.5	- 0.6	4.7	12.9	10.2
3.	9.4	1.0	- 4.3	3.1	- 4.3	- 0.9	- 0.7	- 0.6
4.	- 8.8	-10.9	- 2.2	- 1.1	1.1	- 0.4	10.0	10.5
5.	- 4.4	-23.3	3.3	8.3	2.7	10.7	- 7.4	6.5
6.	- 7.4	- 1.6	- 1.0	- 0.3	2.6	10.4	2.9	- 2.9
7.	6.1	-17.6	- 4.1	- 2.4	0.8	- 1.9	- 3.8	13.1
8.	0.1	- 9.8	8.6	- 1.5	- 3.1	0.8	- 6.2	9.5

N.B. De waarde van de laag-scorende verpleeghuizen ten aanzien van samenwerking worden afgetrokken van het hoog-scorende verpleeghuis

Tabel 13. Verschil in doorstroming en bezettingsgraad tussen verpleeghuizen met respectievelijk een hoge en lage samenwerkingsscore in 1981 en 1982

Doorstroming						
	somatische patiënten		psycho-geriatrische patiënten		alle patiënten	
	1981	1982	1981	1982	1981	1982
1.	+0,27	+0,45	-0,14	-0,14	+0,06	+0,16
2.	-0,47	-0,33			-0,49	-0,32
3.	0,00	-0,16			+0,07	-0,11
4.	-0,02	-0,07			-0,02	-0,08
5.	-	-	+0,11	-0,01	+0,11	-0,02
6.	-0,43	-0,36			-0,41	-0,35
7.	-0,11	-0,31			-0,06	-0,27
8.	+0,05	+0,05	+0,02	-0,16	-0,01	-0,08

Bezettingsgraad		
	1981	1982
1.	+2,7	+2,4
2.	+1,7	+1,4
3.	-2,5	-0,5
4.	+4,1	+4,3
5.	+2,9	+5,5
6.	+9,7	+4,1
7.	+1,2	+0,6
8.	+4,6	+4,6

N.B. De waarde van de laag-scorende verpleeghuizen ten aanzien van samenwerking wordt afgetrokken van het hoog-scorende verpleeghuis

Tabel 14. Totale bevolking en leeftijdsverdeling van 65-plussers in absolute aantallen en percentages per regio in Noord-Brabant per 1 januari 1982

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

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

Connecties: zie tabel 5 en 8.

Tabel 15. Overzicht capaciteit gezondheids- en bejaardenvoorzieningen in Noord-Brabant in absolute aantallen in 1981-1982

Regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant
voorziening								
- verpleeghuis (plaatsen)	244,5	583	364	475,5	297	711,5	262,5	2.938
somatisch								
psycho-geriatriesch	235,5	255	298	285	126	370	130	1.699,5
- dagbehandeling								
somatisch	19	19	18	18	22	47,5	12	155,5
psycho-geriatriesch	15	19	20	14	20	22	9	119
- verzorgingstehuis (1)	1632	2821	3006	1550	1623	3294	1247	15.173
(plaatsen)								
- gezinsverzorging (aant.)	425	1018	1000	537	625	1095	412	5.112
full-time werkers)								
- wijkverpleging (aant.)	85	146	144	90	101	168	58	792
verpleegkundigen)								
- gecoördineerd bej. werk	9	16	21,5	17	4	24,5	5	90
(aant. werkers)								
- bejaardenwoningen (2)	2718	3838	4504	2222	2660	5100	1884	22.992
- alg. ziekenhuizen	865	1409	1578	1472	811	2188	566	8.886
(bedden, incl. wiegen)								
- psych. ziekenhuizen (3)	750	346	---	(4)	1959	636	---	4.161
- huisartsen (5)								
Lisz	73	133	123	87	80	157	61	714
correctie	10	9	9	7	18	9	3	65
totaal h.a.	83	142	132	94	98	166	64	779

De verpleeghuis- en dagbehandelingscapaciteit betreft de gemiddelde capaciteit over de periode 1981-1982.

De overige capaciteit heeft slechts één peildatum (zie Bronnen)

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

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

(5) gemeenten met minder dan 3 huisartsen vallen buiten het Lisz-bestand. Daarom is een correctie toegepast door

1½ huisarts toe te kennen aan deze gemeenten. In totaal komen we dan op 779 geschatte huisartsen, tegen 780

in werkelijkheid.

Bronnen: Verpleeghuis, algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen: NZI, Instellingen van intramurale gezond-

heidszorg, 1-1-1982, 1-1-1983, Verzorgingstehuis, wijkverpleging, gecoördineerd bejaardenwerk en bejaardenwoningen:

vooronderzoek NIPG, 1982.

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

Huisartsen: Lisz jaarboek 1981.

Tabel 16. Relatieve capaciteit bejaarden- en gezondheidszorgvoorzieningen berekend als bedden of personele capaciteit per 1000 bejaarden en per 1000 inwoners van de totale bevolking

Regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant
voorziening								
- verpleeghuis somatisch	10,5	15,7	10,7	20,9	14,5	16,8	18,9	15,2
p.g.	10,1	6,9	8,8	12,5	6,1	8,8	9,4	8,8
- dagbehandeling somatisch	0,82	0,51	0,53	0,79	1,07	1,12	0,87	0,80
p.g.	0,64	0,51	0,59	0,62	0,98	0,52	0,65	0,61
- verzorgingstehuis	70,1	76,2	88,3	68,2	79,2	77,9	90,0	78,3
- gezinsverzorging	18,3	27,5	29,4	23,6	30,5	25,9	29,7	26,4
- wijkverpleging	3,7	3,9	4,2	4,0	4,9	4,0	4,2	4,1
- gecoördineerd bij. werk	0,4	0,4	0,6	0,7	0,2	0,6	0,4	0,5
- bejaardenwoningen	116,8	103,7	132,3	97,7	129,8	120,7	135,9	118,7
- algemene ziekenhuizen	37,2	38,1	46,3	64,7	39,5	51,8	40,8	45,9
per 1000 tot. bevolking	3,9	3,9	4,3	6,2	3,1	4,7	3,3	4,3
- psychiatrisch ziekenhuis	32,2	9,3	--	86,2	22,9	15,0	--	21,5
per 1000 tot. bevolking	3,4	1,0	--	8,2	1,8	1,4	--	2,0
- huisartsen	3,6	3,8	3,9	4,1	4,7	3,9	4,6	4,0
per 1000 tot. bevolking	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

Bevolking per 1-1-1982, Bron: PPD. Voor overige bronnen zie tabel 15.

Tabel 17. Berekeningswijze en gegevens ten behoeve van de weging van zorg, verleend door verpleeghuis, dagbehandeling, bejaardenoord, gezinsverzorging en wijkverpleging, ten behoeve van indexering van de regionale vraag/aanbod-verhouding

	(1) Personeelskosten per bejaarde per jaar	(2) Aantal bejaarden per plaats of hulpverlener	(3) zorg- equivalent (1 x 2)	(4) wegings- faktor
verpleeghuis	43.077	1	43.077	1
dagbehandeling	13.000	2,5	32.500	0,75
bejaardenoord	13.953	1	13.953	0,30
gezinsverzorging	5.500	2,5	13.750	0,30
wijkverpleging	290	74	21.500	0,50

Toelichting: De personeelskosten en het aantal bejaarden dat bereikt wordt per hulpverlener of plaats zijn ontleend aan deel-rapport 45 van de Heroverwegingen Bejaardenbeleid (Tweede Kamer, zitting 1981-82, 16625 no. 54). Alle bedragen luiden in prijzen van 1980.

Bij de dagbehandeling is uitgegaan van gemiddeld 200 behandelingsdagen per jaar met gemiddeld 2,5 bejaarde per plaats per jaar (Bron NZI - Basisgegevens intramurale gezondheidszorg 1-1-'82).

Ten overvloede wordt hier opgemerkt dat de cijfers in kolom 1 niet geïnterpreteerd mogen worden als een benadering van de kosten per zorgsoort per bejaarde. Niet alleen worden de overige kosten buiten beschouwing gelaten, maar is de berekening van de wijkverpleging en de gezinszorg gebaseerd op het aantal effectieve uren zorg.

De personeelskosten bij de gezinszorg zijn gebaseerd op een gemiddelde van 6 uren (2 dagdelen) per bejaarde per week. Met een bestand dat voor 50% uit bejaarden bestaat betekent dit een bereik van 2,5 bejaarde per gezins-verzorgster.

Bij de wijkverpleging zijn additionele veronderstellingen gemaakt om de behoefte-equivalentie te kunnen bepalen. Bij 200 effectieve werkdagen per jaar legt een wijkverpleegkundige 10 bezoeken per dag af, waarvan 5 aan bejaarden (heroverwegingen). Verondersteld wordt dat een dergelijk bezoek gemiddeld een half uur duurt. Dit betekent per jaar 650 uur zorg per wijkverpleegkundige verdeeld over 74 bejaarden.

De prijs per uur is berekend op basis van de aan wijkverpleging toegekende kosten, exclusief overhead.

Tabel 18. Capaciteitsindexen van de vraag/aanbod-verhouding ten behoeve van de correlatieberekening tussen beschikbare capaciteit en patiëntkenmerken

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	Brabant
<u>verpleeghuizen</u>								
I index somatische capaciteit (exclusief dagbehandeling)	69.1	103.3	70.4	137.5	95.4	110.5	124.4	100
II index psycho-geriatrische capaciteit (exclusief dagbehandeling)	114.7	78.4	100.0	142.0	69.3	100.0	106.8	100
<u>overige voorzieningen</u>								
III index verzorgingstehuis	89.5	97.6	112.9	87.3	101.4	99.7	127.8	100
IV index wijkverpleging en gezinszorg	74	103	109	91	117	98	110	100
<u>substitutie capaciteit</u>								
V index substitutie psycho-geriatrische patiënten	80.0	99.4	97.8	103.2	103.0	102.4	122.0	100
<u>ongewogen ziekenhuiscapaciteit</u>								
VI index capaciteit algemene ziekenhuizen	81.1	83.1	100.9	141.0	86.1	112.9	88.9	100
<u>geïndexeerde totale capaciteit in alle voorzieningen te zamen (exclusief algemene ziekenhuizen)</u>								
	85.7	96.8	98.7	109.8	98.5	102.8	121.9	100

Tabel 19. Overzicht van de belangrijkste* correlaties tussen de afzonderlijke capaciteits-indexen en patiëntkenmerken

Capaciteits-index	VAR	Kenmerk	Pearson correlatie-coëfficiënt
<u>Verpleeghuizen</u>			
- somatische capaciteit (I)	1	herkomst eigen omgeving somatische patiënten	- 0,63
	3	herkomst ziekenhuis somatische patiënten	+ 0,67
	8	herkomst ziekenhuis psycho-geriatrische patiënten	- 0,67
	13	bestemming ziekenhuis somatische patiënten	+ 0,87
	14	bestemming overleden somatische patiënten	- 0,63
	28	verpleegduur mannen ontslagen psycho-geriatrische patiënten	+ 0,70
	37	leeftijd aanwezige psycho-geriatrische patiënten	+ 0,72
	42	aanwezigheidscoëfficiënt	+ 0,84
- psycho-geriatrische capaciteit (II)	6	herkomst dagbehandeling psycho-geriatrische patiënten	- 0,55
	16	bestemming bejaardenoord psycho-geriatrische patiënten	+ 0,57
	17	bestemming dagbehandeling psycho-geriatrische patiënten	- 0,84
	20	bestemming ziekenhuis psycho-geriatrische patiënten	+ 0,83
	42	aanwezigheidscoëfficiënt	+ 0,76
<u>Overige capaciteit</u>			
- verzorgings-tehuis (III)	1	herkomst eigen omgeving somatische patiënten	- 0,57
	15	bestemming eigen omgeving psycho-geriatrische patiënten	- 0,60
	16	bestemming bejaardenoord psycho-geriatrische patiënten	- 0,64
	20	bestemming ziekenhuis psycho-geriatrische patiënten	- 0,60
	35	leeftijd opgenomen patiënten (somatische + psycho-geriatrische patiënten)	- 0,72
	36	leeftijd aanwezige somatische patiënten	- 0,95
- wijkverpleging en gezinszorg (IV)	1	herkomst eigen omgeving somatische patiënten	- 0,83
	8	herkomst ziekenhuis psycho-geriatrische patiënten	- 0,66
	16	bestemming bejaardenoord psycho-geriatrische patiënten	- 0,58
	20	bestemming ziekenhuis psycho-geriatrische patiënten	- 0,69
	27	verpleegduur overleden somatische patiënten	- 0,67

vervolg tabel 19.

Capaciteits- index	VAR	kenmerk	Pearson correla- tie coëfficiënt
- substitutie capaciteit psycho-geria- trische patiënten (V)	1	herkomst eigen omgeving somatische patiënten	- 0,91
	3	herkomst ziekenhuis somatische patiënten	+ 0,88
	8	herkomst ziekenhuis psycho-geriatrische patiënten	- 0,96
	13	bestemming ziekenhuis somatische patiënten	+ 0,75
	14	bestemming overleden somatische patiënten	- 0,79
	21	bestemming erkende VPH psycho-geriatrische patiënten	+ 0,81
	28	verpleegduur mannen psycho-geriatrische patiënten	+ 0,78
	30	verpleegduur psycho-geriatrische patiënten (mannen + vrouwen)	+ 0,54
	31	verpleegduur overleden psycho-geriatrische patiënten	+ 0,54
	34	bezettingsgraad	- 0,74
	37	gemiddelde leeftijd aanwezige psycho-geriatrische patiënten	+ 0,87
- ziekenhuis (VI)	4	herkomst eigen omgeving psycho-geriatrische patiënten	+ 0,66
	6	herkomst dagbehandeling psycho-geriatrische patiënten	- 0,60
	9	bestemming eigen omgeving somatische patiënten	+ 0,85
	12	bestemming eigen omgeving + dagbehandeling somatische patiënten	+ 0,72
	13	bestemming ziekenhuis somatische patiënten	+ 0,70
	14	bestemming overleden somatische patiënten	- 0,50
	15	bestemming eigen omgeving psycho-geriatrische patiënten	+ 0,74
	23	bestemming overleden psycho-geriatrische patiënten	- 0,81
	42	aanwezigheidscoëfficiënt	+ 0,69

* De deelscores per cel geven het berekende gemiddelde aantal relaties per onderwerp aan, met een maximale waarde van 1 (dat wil zeggen alle verpleeghuizen).

LITERATUUR

LITERATUUR

BELEIDSBRIEF d.d. 20 juni 1983, inzake de 'Nota Bouwstenen voor een Ouderenbeleid', van de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, etc. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1982-1983, 17393, nr. 6.

EVANS, R.G. Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications, in M. Perlman (ed.). The Economics of Health and Medical Care, MacMillan Press Ltd., London, 1974.

GREVE, W.B. DE, W.J. VRAKKING, et al. (red.). Strategie van samenwerking tussen organisaties in welzijns- en gezondheids-werk. Lochem, De Tijdstroom, 1980.

HEROVERWEGINGEN BEJAARDENBELEID; deelrapport 45. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1981-1982, 16625, nr. 54.

INTERPROVINCIAAL OVERLEG voor Maatschappelijk Welzijn. Advies over samenwerking tussen bejaardenoorden en verpleeghuizen. 14 januari 1985, 's Gravenhage.

IZW - UTRECHT (1983). Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen. Snijders, C. en H. van Dijk. Mantelzorgnetwerken: deelonderzoek aanvragen tot opname in verzorgingstehuis.

KASTELEIN, M. De invloed van samenwerking op de indicatiestelling van verpleeghuizen; een nadere uitwerking van de onderzoeks-opzet. Leiden, NIPG-TNO, 1983. (Interne nota).

KASTELEIN, M. & G.J. WISSINK. Eerste en tweede tussentijds verslag van het verpleeghuisonderzoek in Noord-Brabant. Leiden, NIPG-TNO, 1984.

MINISTERIE VAN CULTUUR, RECREATIE & MAATSCHAPPELIJK WERK. Nota Bejaardenbeleid 1975. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1974-1975, 13463, nrs. 1 en 2.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID & MILIEUHYGIENE. Structuurnota gezondheidszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID & MILIEUHYGIENE. Handleiding bij de toepassing van artikel 29, eerste lid, Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Leidschendam, 1979.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID & MILIEUHYGIENE. Richtlijnen ex artikel 3, Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Leidschendam, 1981.

MINISTERIE VAN WELZIYN, VOLKSGEZONDHEID & CULTUUR. Flankerend bejaardenbeleid. Rijswijk, 1983.

MOOTZ, & J. TIMMERMANS. Zorgen voor later; desiderata voor een ouderenbeleid. Rijswijk, SCP, 1981. SCP cahier nr. 26.

NATIONAAL ZIEKENHUISINSTITUUT. Instellingen van intramurale gezondheidszorg; basisgegevens 1-1-1982; 1-1-1983. Utrecht, 1982/1983.

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Concept-advies inzake samenwerking tussen bejaardenoorden en verpleeghuizen. Zoetermeer, maart 1985.

NATIONALE ZIEKENHUISRAAD, Indicatiestelling verpleeghuizen.
Utrecht, 1979.

NATIONALE ZIEKENHUISRAAD. Rapport inzake een evaluatie van het NZR-indicatieformulier in proefregio's. Utrecht, 1981.

NATIONALE ZIEKENHUISRAAD, sectie Verpleeghuizen. Taak en functie verpleeghuizen; een aanzet tot vernieuwing; Utrecht, NZR, 1981.

NATIONALE ZIEKENHUISRAAD, sectie Verpleeghuizen. Beleidsplan.
Utrecht, NZR, 1983.

OOSTVEEN, P.H.M. Onderzoek indikatiestelling verpleeghuizen. Provinciale Griffie Noord-Brabant, 1980. (Interne notitie).

OVERBEEK, R. VAN. Opneming in bejaardenoorden; werkwijze en ervaringen van zeven adviescommissies. 's Gravenhage, NIMAWO, 1977.

OVERBEEK, R. VAN. Het besluit opneming in bejaardenoorde geëvalueerd. 's Gravenhage, NIMAWO, 1983.

OVERBEEK, R. VAN. Opneming onderzocht. 's Gravenhage, NIMAWO, 1983.

PLANCOMMISSIE VERPLEEGHUIZEN WEST-BRABANT. Uitwerkingsplan verpleeghuizen West-Brabant; ontwerp. 's Hertogenbosch, 1984.

PRAAG, B.M.S. VAN, J. VAN DER GAAG & F.F.H. RUTTEN. Vraag- en aanbodrelaties in de sector gezondheidszorg; een eerste verkenning. Leiden, etc., Rijksuniversiteit Leiden, etc., 1973.

PROVINCIE NOORD-BRABANT. Provinciaal Kaderplan Verpleeghuizen, 's-Hertogenbosch, 1983.

RUTTEN, F.F.H. The use of health care facilities in the Netherlands; an econometric analysis. Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden, 1978.

SIVIS-Jaarboeken '81, '82. Utrecht, SIG, 1983.

STIKKER, A. Wachten op opneming. 's Gravenhage, NIMAWO, 1980.

STIKKER, A. Kiezen uit vélen. 's Gravenhage, NIMAWO, 1984.

WET OP DE BEJAARDENZORG, Wet van 10 januari, S. 18, houdende bepalingen aangaande de bejaardenoorden, zoals deze gewijzigd is bij wet van 8 april 1976, S. 229.

WET VOORZIENINGEN GEZONDHEIDSZORG, Wet van 8 september 1982, Stb. 563 houdende regelen ter bevordering van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg.

WET ZIEKENHUISVOORZIENINGEN, Wet van 25 maart 1971, Stb. 268, houdende regelen ter bevordering van doelmatige voorzieningen ter zake van ziekenhuizen en andere inrichtingen voor gezondheidszorg.

WEVERS, C.W.J., M. KASTELEIN & P.G.M. STAATS. Verslag vooronderzoek bejaarden voorzieningen Noord-Brabant; onderzoeksvoorstel Samenwerking en indicatiestelling van verpleeghuizen. Leiden, NIPG-TNO, 1982.

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO

85015,
ISBN 90-6743-066-8