

ONDERZOEK NAAR VERZORGINGSHUIZORG: STAND VAN ZAKEN EN PRIORITEITEN

A.J.E. de Veer
A. Theuws

september 2000



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Nivel
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 2729700

A.J.E. de Veer, A. Theuws

Onderzoek naar verzorgingshuiszorg: stand van zaken en prioriteiten

Utrecht: Nivel

Met lit. Opg.

ISBN 90-6905-489-2

Trefw. verzorgingshuizen, onderzoeksprogrammering, wetenschappelijk onderzoek

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Lay-out: Wybke de Mes

Omslag: Richard van Kruysdijk

INHOUD		
VOORWOORD		5
1	DOEL	
1.1	Inleiding	7
1.2	Vraagstellingen	7
2.	WERKWIJZE	9
3.	ONDERZOEKSTHEMA'S MET BETREKKING TOT DE VRAAGZIJDE	13
3.1	Aandachtsgebieden bij de overheid en adviesorganen	13
3.2	Aandachtsgebieden in de verzorgingshuissector	14
3.3	Samenvatting aandachtsgebieden	15
3.4	Lopend onderzoek met betrekking tot de vraagzijde	15
3.5	Prioriteiten volgens deskundigen	17
3.6	Conclusie	19
4.	ONDERZOEKSTHEMA'S MET BETREKKING TOT DE AANBODZIJDE	21
4.1	Aandachtsgebieden bij de overheid en adviesorganen	21
4.2	Aandachtsgebieden in de verzorgingshuissector	22
4.3	Samenvatting aandachtsgebieden	24
4.4	Lopend onderzoek met betrekking tot de aanbodzijde	24
4.5	Prioriteiten volgens deskundigen	27
4.6	Conclusie	30
5.	ONDERZOEKSTHEMA'S MET BETREKKING TOT SAMENWERKING	31
5.1	Aandachtsgebieden bij de overheid en adviesorganen	31
5.2	Aandachtsgebieden in de verzorgingshuissector	32
5.3	Samenvatting aandachtsgebieden	32
5.4	Onderzoek met betrekking tot samenwerking	33
5.5	Prioriteiten volgens deskundigen	34
5.6	Conclusie	35
6.	ONDERZOEKSTHEMA'S MET BETREKKING TOT STRUCTUUR EN BELEID	37
6.1	Aandachtsgebieden bij de overheid en adviesorganen	37
6.2	Aandachtsgebieden in de verzorgingshuissector	39
6.3	Samenvatting aandachtsgebieden	40
6.4	Onderzoek met betrekking tot structuur en beleid	41
6.5	Prioriteiten volgens deskundigen	42
6.6	Conclusie	44
7.	CONCLUSIES	45
7.1	Overwegingen bij de prioritering	45
7.2	Prioriteiten in onderzoek naar verzorgingshuiszorg	46
7.2.1	De vraag naar verzorgingshuiszorg	46
7.2.2	Het aanbod van verzorgingshuiszorg	47
7.2.3	Verzorgingshuiszorg in samenwerking met andere zorgaanbieders	48
7.2.4	Structuur en beleid	49
7.2.5	Meetinstrumenten en informatiesystemen	50
7.3	Vergelijking met de prioriteiten in de verpleeghuiszorg (1997)	50
LITERATUUR		53
BIJLAGEN		
BIJLAGE 1: Geraadpleegde bronnen		61
BIJLAGE 2: Lijst van deskundigen		65
BIJLAGE 3: Vragenlijst		69

BIJLAGE 4: Antwoorden op de open vraag naar nog niet genoemde onderzoeksprioriteiten (vraag 6 uit interview)	83
BIJLAGE 5: Reacties op oproep CareInfoNet en Arcade	87
BIJLAGE 6: Onderzoeken	91

VOORWOORD

In dit rapport treft u de resultaten aan van een studie naar de prioriteiten voor onderzoek naar verzorgingshuiszorg. De studie is verricht door het Nivel, in opdracht van de Directie Verpleging, Verzorging en Ouderen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Door het stellen van prioriteiten en het opstellen van onderzoeksprogramma's wordt kennis systematisch verzameld en wordt versnippering in het onderzoek voorkomen. De Directie Verpleging, Verzorging en Ouderen had behoefte aan een advies waar onderzoek naar gedaan zou moeten worden. In 1997 was een soortgelijk advies opgesteld over de prioriteiten in verpleeghuiszorgonderzoek (de Veer en Kerkstra, 1997). Dit advies vormde een basis voor het opstellen van het deelprogramma verpleeghuiszorg bij ZorgOnderzoek Nederland.

Uit de resultaten blijkt dat prioriteiten vooral liggen bij onderzoek naar de behoefte aan verzorgingshuiszorg en naar de vormgeving en evaluaties van zorgprogramma's in samenwerking met andere zorgaanbieders. Vraaggerichte zorg is daarbij een belangrijk uitgangspunt. De prioriteiten liggen dicht bij de actuele beleidsitems. Uit de prioriteitsstelling blijkt dat deskundigen daarbij benadrukken dat verzorgingshuiszorg niet als een geïsoleerd fenomeen bestudeerd moet worden, maar als onderdeel van zorgprogramma's die samen met andere zorgaanbieders opgesteld worden.

Het onderzoek werd ondersteund door een begeleidingscommissie bestaande uit de volgende leden:

mw. drs. S.A.G. van der Linde, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (tot 1-2-2000)

dhr. drs. J.C. Visser, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vanaf 1-2-2000)

mw. H. Oosterom, Arcares (tot 1-2-2000)

mw. C. Jessen, Arcares (vanaf 1-2-2000)

Wij danken de leden van deze commissie voor hun constructieve bijdrage aan het rapport.

De studie is mede gebaseerd op een inventarisatie van de onderzoeken op het gebied van verzorgingshuiszorg. Veel dank zijn wij verschuldigd aan mevrouw drs. L. Schoonmade van het Nivel, die alle informatie verzameld en geordend heeft.

Ten behoeve van de prioriteitsstelling zijn 19 deskundigen op het gebied van de verzorgingshuiszorg geïnterviewd en is het veld opgeroepen suggesties voor onderzoek aan te melden. We willen alle deskundigen en degenen die op onze oproep hebben gereageerd danken voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

Bij dit rapport hoort een diskette. Op deze diskette staan de beschrijvingen van alle onderzoeken die in deze studie zijn gebruikt. De diskette is makkelijk te installeren op de eigen computer. Men kan aan de hand van trefwoorden en vrije tekst onderzoeken zoeken en deze bekijken of uitprinten. Wij danken drs. P. van der Heijden van het Nivel voor het ontwerpen van de software en het produceren van de diskette.

Onze dank gaat ook uit naar mw. W. de Mes voor het secretariële werk.

Utrecht, september 2000

A.J.E. de Veer
A. Theuws

1 DOEL

1.1 Inleiding

Het doel van dit onderzoek is het stellen van prioriteiten in het onderzoek naar zorg door verzorgingshuizen. Dit gebeurt in opdracht van de Directie Verpleging, Verzorging en Ouderen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en sluit aan bij een eerder advies over prioriteiten in het verpleeghuizorgonderzoek dat in 1997 door het Nivel is opgesteld (de Veer en Kerkstra, 1997).

Er verandert momenteel veel voor de verzorgingshuizen. Sinds 1 januari 1997 heeft de Overgangswet Verzorgingshuizen de Wet op de Bejaardenoorden (WBO) vervangen en is een traject gestart waarin ernaar toegewerkt wordt om de verzorgingshuizen binnen de systematiek van de AWBZ te brengen. Met ingang van 1 januari 2001 worden de verzorgingshuizen, evenals de verpleeghuizen en de thuiszorginstellingen betaald vanuit de AWBZ. De zorg die verzorgingshuizen leveren verandert ook, waardoor de voorheen duidelijke grenzen tussen thuiszorg, verzorgingshuis en verpleeghuis vervagen.

Sinds 1997 bieden verzorgingshuizen niet alleen intramurale zorg, maar ook flankerend beleid voorzieningen en reikwijdte voorzieningen aan thuiswonenden. Onder flankerend beleid voorzieningen vallen kortdurende opname en de dag- en nachtopvang en -verzorging. Reikwijdte voorzieningen behelzen hulpverlening aan zelfstandig wonende ouderen die bij het ontbreken van deze hulp zouden zijn aangewezen op een opname in een verzorgingshuis (regeling ziekenfondsraad subsidiëring verzorgingshuizen, 1999). Bij reikwijdte voorzieningen kan gedacht worden aan huishoudelijke hulp en verzorging thuis, maar ook aan zorgbemiddeling, 24-uurs bereikbaarheid e.d. Daarmee leveren verzorgingshuizen niet alleen meer intramurale zorg, maar ook zorg aan zelfstandig wonende ouderen.

Aan de andere kant kunnen we constateren dat ouderen die meer zorg nodig hebben dan van oudsher geleverd wordt in verzorgingshuizen, steeds vaker in het verzorgingshuis kunnen blijven wonen. Dat geldt bijvoorbeeld voor ouderen die veel verpleging behoeven. Het geldt ook voor dementerende ouderen, die groepsverzorging in het verzorgingshuis ontvangen, waardoor een verpleeghuisopname voorkomen of uitgesteld wordt.

In de context van de hier geschetste veranderingen kan wetenschappelijk onderzoek naar verzorgingshuizenzorg van belang zijn voor de verdere ontwikkeling en onderbouwing van de waarde van deze zorg.

Door het stellen van prioriteiten en het opstellen van programma's wordt kennis systematisch verzameld en wordt versnippering van het onderzoek voorkomen. Onderzoekprogramma's worden ontwikkeld zodat op een samenhangende manier kennis wordt verzameld. In 1996 gaf de Directie Ouderenbeleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport daarom opdracht aan het Nivel om het verpleeghuizorgonderzoek in kaart te brengen en op grond daarvan een advies uit te brengen omtrent de onderzoeksthema's die prioriteit zouden moeten hebben. Dit advies vormde een basis voor de ontwikkeling van het huidige deelprogramma 'Verpleeghuizorgonderzoek' van ZorgOnderzoek Nederland.

1.2 Vraagstellingen

Bij de Directie Verpleging, Verzorging en Ouderen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is behoefte aan een soortgelijk advies voor onderzoek naar verzorgingshuizenzorg.

Op basis hiervan zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

1. Wat zijn de belangrijkste beleidsthema's met betrekking tot verzorgingshuizen in de periode 1996-1999 en zijn hieruit onderzoeksthema's af te leiden?

2. Welk onderzoek op het terrein van de verzorgingshuiszorg is sinds 1 januari 1996 gestart en/of afgesloten in Nederland?
3. Wat zijn volgens deskundigen prioriteiten voor onderzoek op het terrein van verzorgingshuizen?

Het antwoord op de eerste twee vragen vormt het uitgangspunt voor de beantwoording van de derde vraag.

2 WERKWIJZE

Doel van het onderzoek is prioriteiten in het onderzoek naar verzorgingshuiszorg vast te stellen. Het is niet altijd duidelijk wat verzorgingshuiszorg is. De traditionele afbakening tussen verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg is aan het verdwijnen. In dit onderzoek betrekken we die documenten en onderzoeken waarin sprake is van zorg voor ouderen met een indicatie voor verzorgingshuiszorg.

Het onderzoek bestaat uit twee fasen. In de eerste fase wordt nagegaan welke onderwerpen in het beleid prioriteit hebben zodat een prioritering aansluit bij het beleid. Daarnaast wordt in deze fase een inventarisatie verricht van het tot nu toe gedane onderzoek naar verzorgingshuiszorg. De tweede fase bestaat uit een deskundigenraadpleging waarin middels een kwalitatieve methode wordt nagegaan of er onderwerpen zijn die onvoldoende onderzocht zijn en derhalve een hoge onderzoeksprioriteit krijgen.

De eerste fase van het onderzoek, waarin gezocht wordt naar mogelijke onderwerpen voor onderzoek, start met een kwalitatieve beleidsanalyse. Hierin worden beleidsnota's en beleidsadviezen die relevant zijn voor de verzorgingshuissector bestudeerd om na te gaan welke onderwerpen beleidsmatig prioriteit hebben. De aldus verkregen thema's worden in een volgende stap vergeleken met de thema's die in wetenschappelijk onderzoek centraal staan. Daarvoor wordt een kwantitatieve analyse gemaakt van lopend en afgerond onderzoek in Nederland in de periode begin 1996 tot november 1999. Ten slotte worden bestaande onderzoeksprogramma's die relevant zijn voor verzorgingshuizen inhoudelijk gescreend om na te gaan in hoeverre deze programma's voorzien in onderzoek op thema's uit de beleidsnota's. Deze screening van onderzoeksprogramma's kan gezien worden als een aanvulling op de inventarisatie van lopend en afgesloten onderzoek in de zin dat het inzicht geeft in de onderzoeksthema's waaraan binnen deze programma's de komende jaren aandacht wordt besteed.

De tweede fase van het onderzoek, waarin onderzoeksprioritering centraal staat, bestaat uit interviews met deskundigen. Uit de eerste fase komt een aantal thema's naar voren die beleidsmatig actueel zijn. Deze thema's worden nader geprioriteerd en geconcretiseerd in een consultatieronde onder deskundigen met betrekking tot het beleid, onderzoek en het veld van verzorgingshuiszorg. Ter voorbereiding van het gesprek ontvangt de deskundige een overzicht van de beleidsthema's, alsmede een overzicht van het reeds gedane en lopende onderzoek.

In 1997 is een soortgelijke studie gedaan naar prioriteiten in onderzoek naar verpleeghuiszorg (de Veer en Kerkstra, 1997). Om een vergelijking met deze studie mogelijk te maken is de indeling die destijds gebruikt is zoveel mogelijk overgenomen. In dit rapport is de volgende indeling gehanteerd:

1. Vraagzijde: wat is de huidige en toekomstige behoefte aan verzorgingshuiszorg? Uitgangspunt daarbij is de cliënt.
2. Aanbodzijde: welke zorg bieden verzorgingshuizen en wat is het effect daarvan? De onderzoeken en projecten die in deze categorie vallen betreffen het zorgaanbod door verzorgingshuizen. Indien het zorgaanbod samen met andere soorten zorgaanbieders geleverd wordt dan valt het in de volgende categorie.
3. Samenwerking: op welke manier kan samenwerking met zorgverleners buiten het verzorgingshuis tot stand worden gebracht en wat is het effect daarvan? Het gaat hier om het zorgaanbod door verzorgingshuizen in samenwerking met andere zorgaanbieders.
4. Structuur en beleid: in welke richting en op welke wijze vindt beleidsvoering t.a.v. de verzorgingshuiszorg plaats?

De indeling van het onderzoek in de onderzoeksgebieden (vraag/aanbod/samenwerking/structuur en beleid) moet met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat de indeling vaak slechts gebaseerd is op summier gegevens die omtrent het onderzoek beschikbaar waren in de registratiesystemen. In een aantal gevallen bestrijkt het onderzoek ook meerdere gebieden en zou het dus in meerdere gebieden gecategoriseerd moeten worden. Om dubbelstellingen te voorkomen is dit achterwege gelaten.

Deze vier groepen komen in vier achtereenvolgende hoofdstukken aan de orde (hoofdstuk 3 tot en met 6).

Om mogelijke onderzoeksthema's en prioriteiten in het onderzoek naar verzorgingshuiszorg vast te stellen zal, zoals reeds vermeld, vanuit verschillende invalshoeken naar het onderzoek gekeken worden:

- a. aandachtsgebieden bij de overheid;
- b. aandachtsgebieden in de verzorgingshuissector;
- c. overzicht van lopend onderzoek;
- d. aandachtsgebieden in landelijke onderzoeksprogramma's;
- e. aandachtsgebieden volgens deskundigen.

De manier waarop elke invalshoek benaderd is wordt in het hiernavolgende toegelicht.

ad a. Aandachtsgebieden bij overheid en adviesorganen

Bronnen voor het beschrijven van het overheidsbeleid vormen enerzijds de adviezen die zijn uitgebracht en anderzijds de regeringsstandpunten die zijn ingenomen. De volgende adviezen zijn bestudeerd:

- 'Naar een meer vraaggerichte zorg' (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 1998)
- 'Met zorg wonen' (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, deel 1, 1997 en deel 2, 1998)
- 'Eerste rapport zorgkantoren' (Ziekenfondsraad, 1998a)
- 'Rapportage ouderen 1998' (Sociaal en Cultureel Planbureau, 1999)
- 'Inhoud van de toekomstige aanspraak verzorgingshuiszorg. Eerste deelrapport in het kader van de flexibilisering van de aanspraken binnen het cluster verpleging en verzorging' (Ziekenfondsraad, 1999)
- 'Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing' (Sociaal-Economische Raad, 1999)
- 'Uitbreiding PGB met verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg' (Ziekenfondsraad, 1998b)
- 'Rapport inzake integrale planningsnorm voor de residentiële ouderenzorg' (College voor Ziekenhuisvoorzieningen, 1997).

De volgende beleidsdocumenten zijn bestudeerd:

- 'Meerjarenafspraken sector verpleging en verzorging' (VWS, 1998)
- 'Stand van zaken meerjarenafspraken zorgsector' (VWS, maart 1999)
- 'Voorjaarsakkoord Meerjarenafspraken sector Verpleging & Verzorging' (VWS, 1999)
- 'Jaaroverzichtzorg 1999' (VWS, 1998)
- 'Zorgnota 2000' (VWS, 1999)
- 'Modernisering Ouderenzorg' (TK 1997-1998, 24333 (nr. 39))
- 'Aanspraak verzorgingshuizen binnen de AWBZ' (TK 1998-1999, 26200 XVI (nr. 48))
- 'Zicht op zorg, plan van aanpak modernisering AWBZ' (Vliegthart, 1999)
- 'Ontwikkelingen indicatiestelling 'nieuwe stijl'' (Vliegthart, maart 1999)
- 'Regeling ziekenfondsraad subsidiëring verzorgingshuizen' (Ziekenfondsraad, 1999)
- 'Werken aan sociale kwaliteit, welzijnsnota 1999 - 2002' (VWS, 1999)
- 'Plan van aanpak: wachtlijsten in de verpleging en verzorging' (Vliegthart, 1999)

De scheiding tussen overheidsstukken en documenten uit de sector is soms arbitrair. Bijvoorbeeld de meerjarenafspraken behoren zowel bij het overheidsbeleid als het sectorbeleid. Om dubblures te voorkomen zijn deze documenten onder het overheidsbeleid gerangschikt.

ad b. Aandachtsgebieden in de verzorgingshuissector

De beleidsonderwerpen binnen de verzorgingshuissector zijn gebaseerd op publicaties van de WZF/Arcas: 'Verzorgingshuizen vernieuwend vermogen' (WZF, 1997), 'Jaarverslag 1997' (WZF, 1998a), 'Jaarverslag 1998' (WZF, 1999), 'Werkplan 1999' (WZF, 1998b), 'Agenda Arcas 2000' (Arcas, 1999), en 'Verzorgingshuizen en politiek: een pas de deux?' (WZF, 1998c).

Om na te gaan welke thema's in de verzorgingshuizen de laatste jaren aan de orde zijn geweest is tevens aan de hand van de publicatielijst van de WZF nagegaan welke producten ontwikkeld zijn en welke publicaties er zijn geweest.

ad c. Overzicht van lopend onderzoek 1996-1999

De inventarisatie van lopend onderzoek betreft alle wetenschappelijke onderzoeken die gestart en/of afgesloten zijn in de periode januari 1997 tot november 1999. De inventarisatie is beperkt tot wetenschappelijk onderzoek. Onderzoek dat gedaan is in het kader van een opleiding wordt buiten beschouwing gelaten, behalve als erover gepubliceerd is in een tijdschrift of

als het officieel is uitgegeven. Ook onderzoek dat (alleen) gepubliceerd is op internet is buiten beschouwing gehouden omdat onduidelijk is wat de kwaliteit van dergelijk onderzoek is. Het overzicht is afgebakend tot onderzoek waarvan (één van) de betrokken onderzoekspopulatie bestaat uit cliënten met een verzorgingshuizorgindicatie. In het totaal zijn ruim 215 onderzoeken gevonden.

De inventarisatie is gebaseerd op de gangbare registraties van wetenschappelijk onderzoek van onder andere het Nivel, de Nederlandse Onderzoek Databank (NOD), Prismant (voorheen NZi), en werkplannen en jaarverslagen van diverse instellingen. Een volledig overzicht van de geraadpleegde bronnen is opgenomen in bijlage 1.

De inventarisatie pretendeert geen volledigheid. Onderzoek dat niet is aangemeld bij genoemde registratie-systemen kan ontbreken. De beschrijvingen van de onderzoeken is zoveel als mogelijk letterlijk overgenomen uit de registraties. Bijlage 6 bevat een overzicht van de titels van de in de analyse betrokken onderzoeken.

ad d. Aandachtsgebieden in landelijke onderzoeksprogramma's

Bij de beschrijving van de aandachtsgebieden binnen landelijke onderzoeksprogramma's zijn de volgende documenten bestudeerd:

- Programma Ouderenzorg. Deelprogramma Ouderenspsychiatrie. Periode 1999-2002. (ZON, maart 1999);
- Programma Ouderenzorg. Deelprogramma Verpleeghuizorgonderzoek. Periode 2000-2003. (ZON, maart 2000);
- Programma Chronisch Zieken (ZON, februari 2000);
- Programma Transmurale Zorg II (ZON, december 1998);
- Programma Revalidatieonderzoek (ZON/NWO, 1998);
- Programma Palliatieve zorg in de terminale fase (ZON, 1997);
- Programma Preventie 1998-2002. Bijstelling onderzoeksprioriteiten. (ZON, juni 1999)
- Overzicht gehonoreerde projecten Programma Preventie 1998-2002. Onderzoeksprojecten eerste en tweede ronde. Uitvoeringsprojecten eerste ronde. (ZON, juli 1999);
- Zon in Zicht. Jaarverslag 1999. Vooruitblik 2000 (Zorgonderzoek Nederland, 2000);
- Jaarverslag 1998. Medische Wetenschappen. (NWO, 1999)

ad e. Aandachtsgebieden volgens deskundigen

Op twee manieren zijn deskundigen ingeschakeld bij de prioritering. Ten eerste zijn er interviews gehouden met door de begeleidingscommissie genoemde deskundigen op het gebied van verzorgingshuizorg. Ten tweede is er een oproep gedaan aan het veld om prioriteiten aan te melden.

De semi-gestructureerde interviews zijn met 19 deskundigen gehouden (bijlage 2). De Landelijke Organisatie Cliëntenraden Ouderenzorg (LOC) wilde vanwege enige langdurige ziektes, onvervulde vacatures en een ingrijpend fusieproces niet bijdragen aan het onderzoek. De geïnterviewden werden benaderd vanwege hun kennis van de verzorgingshuizorg en werden gevraagd in die hoedanigheid een onderzoeksprioritering te geven. Het interview is gestructureerd rond de vier hoofdthema's in dit onderzoek, namelijk: onderzoek naar de vraagzijde, onderzoek naar de aanbodzijde, onderzoek naar samenwerking, en onderzoek naar structuur en beleid op het niveau van het zorgstelsel. De thema's die binnen beleid naar voren kwamen vormden de basis van het interview. Dit waren 22 thema's. Deze themalijst is aangevuld met thema's die in het verpleeghuizorgonderzoek hoog geprioriteerd waren en niet in de themalijst voorkwamen (de Veer en Kerkstra, 1997). Dit leidde tot drie extra thema's: 'verpleging en verzorging', 'kwaliteit van leven', en 'bejegening/privacy/cliëntenrechten'.

De aldus geformuleerde thema's zijn voorgelegd aan de geïnterviewden met de vraag of meer onderzoek wenselijk is. Er is gekozen voor een beperkt aantal, vrij breed geformuleerde, thema's. Bij elk thema werd een mogelijke nadere invulling gegeven (zie bijlage 3). Deze nadere invulling is afgeleid uit de manier waarop het thema in het beleid naar voren kwam. De deskundigen kregen de instructie de omschrijving van het thema te beschouwen als ideeën voor nadere invulling en konden een eigen specificatie van het thema geven. De mogelijke antwoorden bij de prioritering waren: onderzoek hiernaar heeft geen prioriteit, onderzoek is wel belangrijk maar heeft niet de hoogste prioriteit, onderzoek hiernaar heeft de hoogste prioriteit. Indien de deskundige er geen oordeel over kon vormen (bijvoorbeeld omdat hij zich niet deskundig genoeg achtte op dat thema) dan kon men dat aangeven.

De vragenlijst werd voorafgaand aan het interview verstuurd met het verzoek om alvast een prioritering aan te geven, rekening houdend met reeds verricht onderzoek. Als achtergronddocument werd de samenvatting van het lopend onderzoek meegestuurd. In de toelichting van de vragenlijst werd opgemerkt dat men bij de prioritering de volgende overwegingen in gedachten kan nemen:

- winst voor de kwaliteit van zorg en leven. Hoe groot is de potentiële verbetering van de kwaliteit van zorg/leven als we meer kennis hebben op dit terrein?
- winst voor de doelmatigheid van de zorg. In welke mate kan de aldus vergaarde kennis bijdragen tot een doelmatigere zorg?
- mogelijkheden tot implementatie van de resultaten van het onderzoek. Wat is de kans dat de resultaten van het onderzoek ook daadwerkelijk toegepast kunnen worden?
- omvang en kosten van het onderzoek.

Het is dus de bedoeling dat de prioritering plaatsvindt vanuit een praktijkgerichte, maatschappelijke invalshoek. Puur wetenschapsgedreven vraagstellingen zullen hierdoor minder genoemd worden.

In het interview is de prioritering besproken. Bij een thema dat een hoogste prioriteit werd gegeven is gevraagd aan welke specifieke onderzoeksvragen of subthema's men denkt. Om inzicht te krijgen in de overwegingen die de deskundige gebruikt bij de prioritering is bij de thema's die geen prioriteit krijgen en de thema's die de hoogste prioriteit krijgen gevraagd naar de redenen van deze prioritering. Aan het eind van het interview is ten slotte gevraagd of er onderzoeksprioriteiten zijn die nog niet genoemd zijn en, zo ja, welke. De interviews zijn uitgeschreven en vervolgens ter goedkeuring voorgelegd aan de deskundigen.

Bij de verwerking van de interviewgegevens is als volgt te werk gegaan. Allereerst is gekeken naar de thema's die minstens door de helft van de geïnterviewden (dat wil zeggen minimaal 10 personen) als hoogste prioriteit werden genoemd. Deze thema's krijgen de hoogste prioriteit. Vervolgens is de lijst van overige genoemde thema's bestudeerd (open vraag). Deze thema's zijn allereerst ingedeeld naar de vier hoofdcategorieën: vraagzijde, aanbodzijde, samenwerking, beleid en structuur. De antwoorden op de open vraag kunnen de zogenaamde blinde vlekken reflecteren, als er gewezen wordt op een thema dat zowel binnen het beleid als binnen het onderzoek niet of nauwelijks aan de orde komt. Bijlage 4 bevat een lijst met de onderzoeken die bij de open vraag genoemd werden.

Een aantal deskundigen gaf aan dat hun prioritering afhangt van de ontwikkelingen in het overheidsbeleid. Momenteel verandert er veel binnen de ouderenzorg. Daarom moet deze prioritering gezien worden als een momentopname.

Bij het bepalen van de prioriteiten is het aantal deskundigen geteld dat een thema een hoge prioriteit gaf. De mening van elke deskundige telt hierdoor even zwaar. Indien het zo is dat een bepaalde groep (of persoon) vanuit een sterk eigen invalshoek de prioritering aangeeft dan heeft de groep met de minste vertegenwoordigers een relatief geringere inbreng. Door aandacht te geven aan de specificaties die deskundigen geven en aan de antwoorden op de (open) vraag naar welke prioriteiten nog niet aan de orde zijn geweest is getracht dit op te vangen.

De keerzijde van deze medaille is dan dat sommige specificaties of prioriteiten slechts door één persoon genoemd zijn. Dit maakt ze niet minder waardevol. Als een onderzoeksthema slechts door één persoon genoemd is wil dat niet zeggen dat het niet belangrijk is of niet gedeeld wordt met andere deskundigen. De anderen zijn misschien niet op de gedachte gekomen om het onderzoeksthema te noemen. Om deze beperkingen te ondervangen moet bij het bekijken van aantallen deskundigen die een bepaalde mening zijn toegedaan altijd de samenstelling van deze groep van deskundigen in ogenschouw genomen worden. Bovendien kan geen rangordening van prioriteiten gemaakt worden op basis van het aantal deskundigen dat een thema hoog prioriteert.

De tweede manier om tot een prioritering te komen was de oproep aan het veld. Er werd een oproep geplaatst via het CareInfoNet, een interactieve internetsite voor en door verzorgingshuizen. Er zijn ongeveer 200 verzorgingshuizen mee verbonden. Daarnaast is er een oproep geplaatst in het nieuwsblad Arcade. Dit blad wordt wekelijks verspreid onder alle lid instellingen van de branche-organisatie Arcare. Deze oproepen leverden slechts vier reacties op: drie directeuren en iemand die onderzoek heeft verricht in een verzorgingshuis. De suggesties (zie bijlage 5) zijn gevoegd bij de antwoorden op de open vraag door de deskundigen.

3 ONDERZOEKSTHEMA'S MET BETREKKING TOT DE VRAAGZIJD

3.1 Aandachtsgebieden bij de overheid en adviesorganen

In de zorgnota 2000 (Borst-Eilers en Vliegenthart, 1999) wordt beschreven dat het centraler stellen van de vraag één van de belangrijkste ontwikkelingen is op het gebied van verpleging, verzorging en ouderen. De vraag naar zorg is geen vaststaand gegeven. De afgelopen jaren hebben zich verschuivingen voorgedaan in (potentiële) doelgroepen van zorgvoorzieningen, onder andere omdat ouderen met zorgbehoeften in het algemeen zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen.

Om het aanbod te kunnen afstemmen op de vraag is inzicht nodig in de aard en omvang van de vraag naar zorg. De overheid heeft de afgelopen jaren opdracht gegeven tot een aantal studies waarin de zorgvraag van ouderen een thema is. In 'Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen' (Timmermans e.a., 1997) wordt verondersteld dat de omvang en de samenstelling van de groep ouderen die hulp behoeven, het gebruik van voorzieningen volledig bepaalt. Via analyses en ramingen wordt getracht het aantal hulpbehoevende ouderen en het daaruit afgeleide gebruik van voorzieningen in kaart te brengen.

Een tweede studie is 'Rapportage Ouderen' van het Sociaal en Cultureel Planbureau, dat elke twee jaar verschijnt. Het doel van deze rapportage is inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de maatschappelijke positie van ouderen en resultaten van het overheidsbeleid ten behoeve van deze groep. Een onderdeel is de beschrijving van gezondheid, welbevinden en het gebruik van zorgvoorzieningen. Sinds 1992 is 'Rapportage Ouderen' vier maal verschenen, de meest recente versie is in 1998 uitgebracht.

In 'Zicht op zorg, plan van aanpak modernisering AWBZ' (Vliegenthart, 1999a) wordt beschreven dat er wel gegevens zijn over de vraag naar zorg en de werkelijke behoefte, maar dat de onderlinge samenhang van deze gegevens ontbreekt. Het bewerkstelligen van een objectieve, integrale, onafhankelijke indicatiestelling voor de sector verpleging en verzorging biedt mogelijkheden om eenduidige gegevens over zorgvraag te verkrijgen. Binnen het project Modernisering Ouderenzorg is een begin gemaakt met het instellen van integrale, onafhankelijke indicatieorganen (Terpstra en Tommel, 1995). Gemeenten werden verantwoordelijk gesteld voor de organisatie van de indicatiestelling voor het hele cluster verpleging en verzorging. Zij dienden daartoe een onafhankelijk indicatieorgaan op te richten. In 1998 is het Zorgindicatiebesluit (Stb 1997, 447) in werking getreden. Hierin is de samenstelling en werkwijze van de indicatieorganen geregeld. Het jaar 1998 diende als overgangsjaar en vanaf 1 januari 1999 is de indicatiestelling voor de sector verpleging en verzorging volledig in uitvoering bij de regionale indicatieorganen (Borst-Eilers en Vliegenthart, 1999).

In het STIMO-project (stimulering modernisering ouderenzorg) is in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onder andere onderzoek gedaan naar de ontwikkelingen rondom regionale indicatie-organen. Een conclusie in de hierop gebaseerde publicatie 'Schakelen in de keten tussen vraag en aanbod; regionale indicatie-organen in de ouderenzorg' (Degen en Huijsman, 1999) is dat er eind 1998 onvoldoende duidelijkheid bestond ten aanzien van verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen de keten tussen zorgvraag en zorgaanbod. Het plan van aanpak voor de modernisering van de AWBZ (Vliegenthart, 1999a) geeft hieraan een uitwerking.

Ter ondersteuning van de geïntegreerde indicatiestelling heeft het Breed Indicatie Overleg (BIO) in 1997 een protocol voor indicatiestelling ontwikkeld. Sinds medio 1999 is een BIO-formulierenset beschikbaar. Doel is het bevorderen van een objectieve en uniforme indicatiestelling. Tevens kan worden voorzien in de informatiebehoefte van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ten aanzien van het aantal ingediende vragen, en aantal en aard van de indicatiebesluiten. Staatssecretaris Vliegenthart geeft in 'ontwikkelingen indicatiestelling nieuwe stijl' (Vliegenthart, 1999c) aan dat zij de RIO's zal verzoeken de BIO-formulieren als uitgangspunt te nemen.

Ook wachtlijsten kunnen informatie verschaffen over de vraag naar zorg. Binnen alle sectoren Verpleging en Verzorging worden capaciteitstekorten ervaren. Omdat de wachtlijstregistratie

momenteel nog niet optimaal is zijn er echter geen exacte cijfers ten aanzien van het aantal wachtenden. In de Meerjarenaafspraken (VWS, 1998, 1999b) is de wachtlijstproblematiek een belangrijk thema. Een plan van aanpak wachtlijsten verpleging en verzorging is inmiddels opgesteld (Vliegthart, 1999b).

Qua doelstelling ligt de prioriteit in dit plan bij het terugdringen van de wachttijd van urgent wachtenden. Daarnaast is het verkrijgen van transparante, betrouwbare en bruikbare gegevens over het aantal wachtenden en de wachttijden van belang. Deze gegevens kunnen mogelijk aanbod en vraag inzichtelijker maken, waardoor duidelijker wordt welke maatregelen waar en wanneer nodig zijn. In het plan van aanpak wachtlijsten verpleging en verzorging ligt een sterke nadruk op de regio. Daar ligt volgens Vliegthart in eerste aanleg de verantwoordelijkheid voor het aansturen van de registratie en terugdringen van wachtlijsten en/of wachttijden.

Geconcludeerd wordt dat de volgende onderwerpen aan bod gekomen zijn:

- de aard en omvang van de zorgvraag. Daarbij gaat in om de zorgvraag van ouderen in het algemeen. Getracht wordt de aard en omvang te beschrijven en ontwikkelingen daarin de extrapoleren.
- indicatiestelling. Er is een objectieve, integrale en onafhankelijke indicatiestelling voor de sector verpleging en verzorging ingesteld. Gestreefd wordt naar een landelijk uniforme manier van indiceren.
- de benodigde capaciteit en de wachtlijstproblematiek. Daarbij gaat het om de wachtlijsten in de verpleging en verzorging. Uitgangspunt van beleid is een helder beeld te krijgen van de wachtlijsten en wachttijden en het terugdringen van de wachttijden.

3.2 Aandachtsgebieden vanuit de verzorgingshuissector

Binnen het beleid van de verzorgingshuissector kunnen globaal dezelfde aandachtsgebieden worden onderscheiden als in het overheidsbeleid (paragraaf 3.1). Het gaat daarbij om het centraal stellen van de vraag, indicatiestelling en wachtlijstenproblematiek.

Uit 'Verzorgingshuizen: Vernieuwend Vermogen' (WZF, 1997) blijkt dat de WZF het belang van vraaggerichte zorg, ofwel zorg die aansluit bij de vragen en behoeften van ouderen, benadrukt (WZF, 1998b). Om vraaggerichte zorg te kunnen bieden is inzicht nodig in de behoeften van ouderen. De WZF zet zich ervoor in de landelijke behoefte aan verzorgingshuiszorg in kaart te brengen (WZF, 1998b).

Ook heeft de WZF zich sterk gemaakt voor de realisering van een geïntegreerde functiegerichte indicatiestelling. De WZF heeft naast zorgverzekeraars, gemeenten en patiënten-/consumentenorganisaties deelgenomen aan het Breed Indicatie Overleg. Hieruit is het bovengenoemde modelprotocol voortgekomen. Dit protocol gaat uit van een indicatiestelling in functionele termen, waarbij aan de uitgangspunten van het Zorgindicatiebesluit: objectiviteit, integraliteit en onafhankelijkheid, wordt voldaan (WZF, 1999). De WZF heeft meegewerkt aan implementatie en toetsing van het BIO-modelprotocol in de praktijk.

Een laatste thema binnen het beleid van de verzorgingshuissector aan de vraagzijde is de wachtlijstenproblematiek. In 1997 heeft de WZF een onderzoek laten uitvoeren door bureau Heliview naar de omvang van wachtlijsten (van Elderen, 1998).

De WZF benadrukt het belang van wachtlijstregistratie. Middels een uniform wachtlijstregistratiesysteem, dat aansluit bij het reeds bestaande systeem voor verpleeghuizen, kan inzicht worden verkregen in de instroom van potentiële cliënten (WZF, 1998a). In 1998 is door de NZi (in opdracht van de WZF) een vooronderzoek gedaan in dit kader. Dit heeft geresulteerd in een wachtlijstenquête en een eerste aanzet voor een behoefte- en verklaringsmodel. De wachtlijstenquête moet gegevens opleveren op leveren ten aanzien van de vraag naar zorg van nieuwe doelgroepen en de behoefte aan capaciteit. Eind 1998 is de eerste enquête uitgevoerd door het NZi. Hieruit bleek dat in de eerste helft van 1998 ruim 20.300 mensen op de wachtlijst stonden voor een verzorgingshuisplaats (van Rooij en van Hulst, 1999). In het jaarplan 1999 (WZF, 1998b) meldt de WZF dat zij op basis van de bevindingen

in 1999 in samenwerking met de NVVz een systeem voor registratie van wachtlijsten en wachttijden zal ontwikkelen. In het plan van aanpak wachtlijsten verpleging en verzorging (Vliegenthart, 1999b) staat beschreven dat op middellange termijn wordt gestreefd naar de ontwikkeling van een uniform registratiesysteem voor de verpleeghuiszorg, thuiszorg en verzorgingshuiszorg.

3.3 Samenvatting aandachtsgebieden

Uit de voorafgaande paragrafen blijkt dat de volgende thema's de afgelopen jaren een rol hebben gespeeld: aard en omvang van de zorgvraag, indicatiestelling, wachtlijsten, en capaciteitsbehoeften. De thema's zijn in meer of mindere mate met elkaar verweven. Toch is ervoor gekozen ze uit elkaar te trekken om meer zicht te krijgen op de invalshoek die gekozen moet worden in het onderzoek.

Verder valt op dat de beleidsthema's betrekking hebben op verpleging en verzorging in het algemeen (en dus niet specifiek op verzorgingshuiszorg).

3.4 Lopend onderzoek met betrekking tot de vraagzijde

Tabel 3.1 Aantal onderzoeken met betrekking tot de vraagzijde (N=43)

. vraag/behoefte/gebruik	28
. indicatie/opname	9
. epidemiologie/morbiditeit	3
. overig	3

De 43 onderzoeken in deze paragraaf hebben betrekking op de vraag naar verzorgingshuiszorg. Sinds 1 januari 1999 wordt de indicatiestelling gedaan door het regionaal indicatieorgaan (RIO). Als alle RIO's op eenzelfde wijze de indicatiestelling verrichten en de informatie van de RIO's gebundeld kan worden dan zou daarmee informatie beschikbaar zijn over de vraag naar verzorgingshuiszorg. Doordat er geen landelijk uniforme registratie is, wordt de vraag tot nu toe gebaseerd op schattingen. De algemene trend is dat de omvang van de wachtlijst van ouderen die wachten op intramurale zorg licht groeit (van Elderen, 1998; Kornalijslijper e.a., 1997). Het aantal wachtenden werd eind 1997 geschat op 35.000 tot 38.000, waarvan 17.000 tot 19.000 urgent is. De gemiddelde wachttijd is 9,5 maanden (van Elderen, 1998). Prismant ontwikkelt een wachtlijstenquête bij verzorgingshuizen. In 1999 verschenen de eerste resultaten (van Rooy e.a., 1999). Geschat werd dat over 1997 gemiddeld 19.200 mensen op een wachtlijst voor intramurale verzorgingshuiszorg stonden, waarvan ruim 16% urgent of zeer urgent was. De gemiddelde wachttijd in 1997 was 9 maanden. Als reden voor het verschil met de aantallen wachtenden van Van Elderen noemt men de correctie voor 'vervuiling' en 'dubbeltellingen' (van Rooy e.a., 1999). In 1998 waren er 20.300 wachtenden die gemiddeld ruim 8 maanden op de wachtlijst staan. Het is de bedoeling de wachtlijstenquête jaarlijks te herhalen. Informatie over het aantal beschikbare plaatsen en het aantal personen in verzorgingshuizen wordt jaarlijks gepubliceerd door het CBS in 'Statistiek van de verzorgingshuizen'. De gegevens worden verstrekt door een steekproef van houders van verzorgingshuizen. Eind 1998 wonen er ruim 108.000 personen in (1380) verzorgingshuizen. Een voorbeeld van een methode om op regionaal niveau de zorgvraag te monitoren is de Monitor Rotterdamse Ouderenzorg. In Rotterdam worden de ontwikkelingen in de vraag naar verschillende voorzieningen met deze monitor gevolgd. Doel van deze monitor is de ontwikkelingen in kaart te brengen van de vraag naar verschillende voorzieningen, het gebruik van voorzieningen, alsmede de wachtlijsten voor de verschillende voorzieningen (Huijsman, 1998).

De (toekomstige) vraag kan afgeleid worden uit onderzoek naar het functioneren van ouderen en de zorgbehoeften van ouderen. Informatie hierover in de populatie zelfstandig wonende

ouderen kan bijdragen tot voorspellingen over de vraag naar verzorgingshuiszorg en verschaft een basis voor het ontwikkelen en evalueren van het ouderenbeleid. Algemene gegevens over zorgbehoefte en zorggebruik worden continu verzameld door het CBS in de Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS, voorheen Gezondheidsenquêtes). In de Groningen Longitudinaal Aging Study (GLAS) ligt het accent op het functioneren van relatief kwetsbare ouderen en de rol van psychosociale factoren daarin. De Katholieke Universiteit Brabant en het IVA zijn bezig met het opzetten van een zogenaamde Ouderenmonitor voor de provincie Noord-Brabant. De bedoeling is om elke twee jaar een dwarsdoorsnede van 55-plussers te bevragen over de zorgbehoeften en de ervaren knelpunten in het huidige aanbod van voorzieningen.

Bovengenoemde studies maken ontwikkelingen in de tijd zichtbaar. Daarnaast is er een aantal onderzoeken waarin de zorgbehoeften van zelfstandig wonende ouderen op één bepaald tijdstip worden gemeten (bijvoorbeeld Naafs e.a., 1997). Deze onderzoeken zijn veelal gericht op een bepaalde regio en worden gedaan ter ondersteuning van het beleid in de regio (zoals planning van voorzieningen, regiovisie).

Een algemeen overzicht van de leefsituatie, maatschappelijke positie en het gebruik van voorzieningen van ouderen wordt elke twee jaar gemaakt door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Het SCP heeft eveneens (tot 2015) ramingen opgesteld van het gebruik van voorzieningen op het vlak van wonen en verzorging (Timmermans e.a., 1997).

In enkele onderzoeken is rechtstreeks gevraagd naar de voorkeuren van zelfstandig wonende ouderen ten aanzien van de zorg die zij wensen (Leidelmeijer e.a., 1996; Wielink, 1997).

Sommige onderzoeken richten zich op de behoefte aan verzorgingshuiszorg bij specifieke doelgroepen zoals ouderen met een verstandelijke handicap (Staring e.a., 1998) of moslimouderen (Yilmaz e.a., 1998).

De vraag naar zorg wordt mede bepaald door de zelfredzaamheid van ouderen. Binnen het NWO-programma Succesvol Ouder Worden staat het behoud en het bevorderen van deze zelfredzaamheid centraal. Het programma richt zich op interventie-onderzoek.

Ook wordt onderzoek gedaan naar het functioneren en de zorgbehoeften van ouderen die geïndiceerd zijn voor verzorgingshuiszorg (bijvoorbeeld in het kader van wachtlijstbegeleiding, Kloot e.a., 1998) of reeds verzorgingshuiszorg ontvangen (bijvoorbeeld Broese e.a., 1996). Het SCP gaat eenmaal per vier jaar de leefsituatie van verzorgingshuisbewoners in kaart brengen.

Onderzoeken naar de indicatiestelling ($n=9$) hebben vooral betrekking op het inhoudelijk functioneren van de RIO's. Zo verricht het Juliuscentrum voor patiëntgebonden onderzoek een onderzoek naar de interactie tussen klanten en indicatie-adviseurs van RIO's. Ook zijn er onderzoeken naar (de waarde van) indicatiecriteria voor het indiceren van verzorgingshuiszorg (bijvoorbeeld Dijkstra e.a., 1999; Mehcz e.a., 1996; te Vaarwerk e.a., 1999). Ook is er onderzoek naar de resultaten van de regionale indicatiestelling in termen van effecten voor de cliënt, zoals de mate waarin geïndiceerde zorg, geleverde zorg en de door de cliënt ervaren zorgbehoefte op elkaar aansluiten (Nivel).

Ontwikkelingen in morbiditeit en het ziektebeloop zijn eveneens van invloed op de vraag naar verzorgingshuiszorg. Een belangrijke bron van informatie vormt daarbij de huisartspraktijk. Er zijn projecten waarin huisartsen continu informatie verschaffen over de zorgvraag van ouderen zoals het Morbiditeitsregistratienetwerk van de Rijksuniversiteit Groningen en het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (NHG/LHV/Nivel/WOK). De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het Nivel (dataverzameling in 2000) verschaft inzicht in veranderingen in incidentie en prevalentie van diagnoses en het zorggebruik van ouderen (de eerste nationale studie was in 1995/1996).

Een andere bron van informatie vormen de ouderen zelf. Er zijn enkele studies waarin longitudinaal een groep ouderen wordt gevolgd. Bij het Peilstation 85+ van de Rijksuniversiteit Leiden zijn 85-plussers in Leiden gevolgd. Binnen het ERGO project van de Erasmus Universiteit Rotterdam worden 55-plussers in Rotterdam gevolgd, met speciale aandacht voor de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, de ziekte van Parkinson, en hart- en vaatziekten. De Vrije Universiteit in Amsterdam heeft het Amstel-project, waarin een groep Amsterdamse 65-plussers gevolgd wordt en waarin het vóórkomen van de ziekte van Alzheimer

aandachtspunt is. In het LASA-project van de Vrije Universiteit Amsterdam worden 55-plussers, verspreid over heel Nederland, tien jaar gevolgd wat betreft hun fysieke, cognitieve, emotionele en sociale functioneren.

In de categorie 'overige studies' zitten enkele studies naar de ondersteuningsbehoeften van mantelzorgers (Cuijpers e.a., 1997; Linschoten, 1999) en studies waarin een meetinstrument ontwikkeld wordt om de zorgvraag te verduidelijken, zoals de Individual Future Planning (IFP)-methodiek (de Waal, 1998) en een schaal voor de zelfredzaamheid van ouderen (Hogeling e.a., 1999).

3.5 Prioriteiten volgens deskundigen

Tabel 3.2 Prioriteitsstelling door deskundigen van de thema's gericht op vraagzijde (N=19)

Thema ¹	geen prioriteit	wel belangrijk, geen hoogste prioriteit	hoge prioriteit	geen mening
1a: omvang en aard zorgvraag	2	5	12	-
1b: indicatiestelling	3	5	11	-
1c: wachtlijsten	6	5	8	-
1d: capaciteit	2	6	10	1

1. een beschrijving van de (mogelijke) inhoud van de thema's staat in bijlage 3.

Tabel 3.3 Redenen van een hoogste prioriteit, respectievelijk geen prioriteit meest geprioriteerde thema's (N=19)

Thema ¹	redenen hoogste prioriteit ²							redenen geen prioriteit ³					
	n	A	B	C	D	E	F	n	A	B	C	D	E
1a: omvang en aard zorgvraag	12	9	3	1	-	1	6	2	2	1	-	-	-
1b: indicatiestelling	11	4	3	4	-	1	4	3	3	-	-	-	-
1c: wachtlijsten	8	5	2	1	1	1	-	6	4	1	1	-	-
1d: capaciteit	10	6	1	1	2	1	2	2	-	1	1	-	-

1. een beschrijving van de (mogelijke) inhoud van de thema's staat in bijlage 3

2. n = aantal deskundigen dat thema de hoogste prioriteit geeft

A = beleidsrelevant

B = weinig over bekend of onvoldoende systematisch onderzoek

C = winst voor cliënt (bijv. in termen van kwaliteit van zorg of leven)

D = winst voor doelmatigheid

E = relevant voor praktijk/veld

F = goed voor onderbouwing van de waarde van verzorgingshuiszorg

3. n = aantal deskundigen dat thema geen prioriteit geeft

A = genoeg onderzoek gedaan in verleden of men is er nog mee bezig

B = primair een beleids- of praktijkprobleem; onderzoek voegt (nog) niets toe

C = andere thema's gaan hieraan vooraf/ligt besloten in andere thema's

D = beleidsmatig niet actueel

E = niet specifiek voor verzorgingshuissector

Onderzoek naar de vraag naar verzorgingshuiszorg wordt hoog geprioriteerd (tabel 3.2). Meer dan de helft van de geïnterviewden geeft de thema's 'omvang en aard van de zorgvraag', 'indicatiestelling' en 'capaciteit' een hoge prioriteit. In het algemeen wordt hier door de geïnterviewden bij opgemerkt dat men de verzorgingshuiszorg niet als een geïsoleerd iets moet

onderzoeken, maar het moet bezien in het gehele scala aan vraag binnen de sector verpleging en verzorging.

Redenen om deze drie thema's hoog te prioriteren liggen voornamelijk erin dat men het thema beleidsrelevant vindt (tabel 3.3). Ook het argument dat onderzoek bijdraagt tot het aantonen van de waarde van verzorgingshuiszorg wordt relatief vaak genoemd.

Binnen het thema 'omvang en aard van de zorgvraag' worden de volgende onderwerpen genoemd:

- Wat is de vraag naar de verschillende varianten van intensieve zorg (extra-, semi- en intramuraal)? Daarbij zou de vraag gerelateerd kunnen worden aan persoonsgebonden kenmerken zoals inkomen, sociale competentie, leeftijd, leefsituatie, aandoening en omgevingskenmerken zoals regio en urbanisatiegraad. Er bestaat geen rechtstreeks verband tussen de zorgbehoefte van een persoon en de uiteindelijke zorgvraag. Meer inzicht in de factoren die van invloed zijn op de vertaling van een zorgbehoefte naar een zorgvraag kan beleidsrelevante informatie opleveren. De inzichten in determinanten van zorgvraag kunnen gebruikt worden bij het opstellen van toekomstscenario's voor de zorgvraag. Vaak wordt opgemerkt dat er naar dit thema al veel onderzoek wordt gedaan. Voor vijf geïnterviewden is dat reden het thema niet als hoogste te prioriteren. Voor anderen is het reden te benadrukken dat eerst alle reeds gedane onderzoek systematisch geanalyseerd moet worden en/of te benadrukken dat het thema met een centrale regie en standaardisatie nader onderzoek verdient. De kennis die dit type onderzoek oplevert kan een basis vormen voor het leveren van vraaggerichte zorg.
- In aanvulling op een beter inzicht in de zorgvraag zou ook onderzocht moeten worden welk type zorg voor welke vraag het meest efficiënt, effectief, en gepast is.
- Onderzoek naar wat verzorgingshuiszorg onderscheidt van andere zorgvormen. Met andere woorden: voor wie heeft verzorgingshuiszorg een meerwaarde. Wat is het profiel van de doelgroep van het verzorgingshuis? Kunnen mensen die momenteel zorg krijgen van een verzorgingshuis ook door andere zorgaanbieders geholpen worden? Vanwege de veranderende taak en functie van verzorgingshuizen is het van belang inzicht te krijgen in het specifieke van verzorgingshuiszorg.

Een tweede groep onderzoeksvragen heeft betrekking op de indicatiestelling. Elf geïnterviewden vinden dit thema een hoge prioriteit hebben. Zeven van de acht geïnterviewden die het niet als hoogste prioriteren motiveren dit door te wijzen naar de hoeveelheid onderzoek die momenteel gedaan wordt naar de indicatiestelling. Degenen die het wel hoog prioriteren noemen de volgende onderwerpen:

- Evaluatie-onderzoek naar de huidige manier van indicatiestellen. Vragen die daarbij gesteld kunnen worden zijn: In hoeverre is de huidige praktijk van indicatiestellen integraal, objectief en onafhankelijk?, Waar liggen knelpunten?, Hoe tevreden zijn de cliënten?, Sluit de uiteindelijke indicatie aan bij de behoefte van de cliënt?, Wat is de relatie tussen zorgzwaarte en gestelde indicatie?
- Onderzoek waarin gekeken wordt hoe de indicatiestelling in de toekomst eruit moet zijn. Als voorbeelden worden genoemd: Hoe kan de zorg meer productgericht worden omschreven?, Hoe kan de wens van cliënten en mantelzorgers tot uitdrukking worden gebracht in de indicatiestelling?, Is een gecombineerde indicatiestelling voor GGZ en Verpleging en Verzorging wenselijk en zo ja, hoe moet die dan worden vormgegeven?
- Onderzoek naar objectieve en uniforme protocollen voor het stellen van indicaties en voor de toewijzing van zorg. Daarnaast zou onderzoek gedaan kunnen worden naar de huidige gedragsregels bij het maken van keuzen bij schaarste om van daaruit landelijk geldende gedragsregels of protocollen te ontwikkelen (hoe moeten keuzes gemaakt worden bij schaarste van zorgaanbod).

- Op welke manier kan eenduidige informatie verkregen worden over de zorgvraag op landelijk niveau. Als alle zorgvragen volgens eenzelfde systematiek geregistreerd worden en de informatie in een landelijke databank verzameld wordt dan biedt dat waardevolle informatie voor het beleid.

Wat betreft het derde thema 'de benodigde capaciteit' wordt over het algemeen opgemerkt dat dit onderzoek een vervolgstap is op het onderzoek naar de aard en omvang van de vraag naar verpleging en verzorging (thema 1a). Als er inzicht is in de aard en omvang van de vraag, wat betekent dat dan voor het zorgaanbod? Welke zorgprogramma's moeten ontwikkeld worden, waarbij de gehele zorgketen van thuiszorg tot verpleeghuiszorg betrokken moet worden? Welke doelgroepen (bijv. naar zorgvraag of diagnose-categorie) kunnen worden onderscheiden waarvoor de zorgprogramma's ontwikkeld worden? Kunnen zorgprogramma's zodanig vormgegeven worden dat cliënten hun gehele 'zorgcarrière' binnen hetzelfde programma kunnen blijven? Bij de te ontwikkelen zorgprogramma's kan men over de grenzen van de (verschillende sectoren binnen de) AWBZ heengaan en er bijvoorbeeld riagg's, huisartsen en ziekenhuizen bij betrekken. Als dergelijke programma's ontwikkeld worden kan men ook de vraag stellen wat de gevolgen zijn voor de benodigde kwantiteit en kwaliteit van het personeel. Dit laatste thema komt ook terug binnen het hoog geprioriteerde thema 'arbeidsmarkt' (zie paragraaf 6.5). Een tweede type onderzoek binnen het thema 'capaciteit' betreft de ontwikkeling van een objectieve verdeelsystematiek van de beschikbare middelen over de instellingen. Welke parameters zijn nodig voor een objectieve verdeelsystematiek?

Bij de vraag of er thema's zijn die nog niet ter sprake waren geweest wordt een aantal onderzoeksvragen genoemd die betrekking hebben op de vraag naar verzorgingshuiszorg. Ook de oproep in het blad Arcade en op CareInfoNet leverde enkele thema's op. Voor een deel zijn de thema's reeds vervat in bovengenoemde beschrijving. Drie thema's zijn daarbij nog onvolledig of niet aan de orde gekomen:

- Onderzoek naar de zorgtoewijzing, volgend op de indicatiestelling. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de vraag naar de structuur van de zorgtoewijzing.
- Onderzoek naar wachtlijstproblematiek. Schuilt er een gevaar in een korte wachtlijst? Met andere woorden: Is het zinvol als ouderen snel een plaats krijgen in het verzorgingshuis? Misschien heeft men een minimale wachttijd nodig om zich mentaal voor te bereiden op zo'n ingrijpende verhuizing.
- Onderzoek naar het opleidingsniveau en inkomensniveau van de mensen die in een verzorgingshuis verblijven. Deze vraag komt voort uit de hypothese dat het verzorgingshuis een voorziening wordt voor de financieel minder draagkrachtigen in de samenleving.

3.6 Conclusie

De vraag naar verzorgingshuiszorg wordt niet als zodanig gesteld. Het gaat allereerst om de behoeften aan verpleging en verzorging in de populatie. Pas in tweede instantie wordt de vraag gesteld wie het zorgaanbod levert. Het gaat in dit hoofdstuk dus niet zo zeer om de vraag naar verzorgingshuiszorg maar om de vraag naar verpleging en verzorging.

De wachtlijsten en capaciteitsproblemen hebben de afgelopen jaren een centrale rol gespeeld in het beleid. De geïnterviewden hechten veel waarde aan verder onderzoek naar de vraagzijde. De vraag moet benaderd worden vanuit het denken in termen van vraaggestuurde zorg. Informatie over de vraag kan gebruikt worden bij de planning van de benodigde voorzieningen en bij de gewenste structuur van de gezondheidszorg. De belangrijkste onderzoeksthema's zijn de omvang en aard van de zorgvraag en determinanten daarvan, de indicatiestelling en zorgtoewijzing, en de benodigde capaciteit aan zorg.

Geïnterviewden merken op dat dit soort onderzoek vaak gedaan wordt maar onvoldoende systematisch en niet gestuurd vanuit een conceptueel kader. Onderzoek zou meer vanuit een centrale regie moeten plaatsvinden. Daarnaast is het wenselijk dat de indicatiestelling en zorgtoewijzing uniform geregistreerd wordt en dat er een centrale database met gegevens hierover komt.

4 ONDERZOEKSTHEMA'S MET BETREKKING TOT DE AANBODZIJDE

4.1 Aandachtsgebieden bij de overheid en adviesorganen

In deze paragraaf worden de belangrijkste thema's beschreven in het ouderenbeleid van de afgelopen jaren gezien vanuit de aanbodzijde. Globaal kunnen drie thema's worden onderscheiden. Een eerste thema is vraaggerichte zorg ofwel het afstemmen van het aanbod op de vraag. Een tweede thema is de werkdruk binnen de ouderenzorg. Een derde thema is kwaliteit van zorg. Hieronder worden deze thema's achtereenvolgens besproken.

Bij het eerste thema, vraaggerichte zorg, gaat het met name om de stappen die binnen de ouderenzorg worden gezet om het aanbod meer af te stemmen op de vraag.

Op basis van de voorkeur van ouderen voor hun eigen woon- en leefomgeving staat in de beleidsbrief 'Modernisering Ouderenzorg' (Terpstra en Tommel, 1995) beschreven dat zorg geboden moet worden in de lichtst mogelijke (zorg)voorziening. Verzorgingshuizen zijn, door reikwijdteverbreding, steeds meer zorg gaan bieden aan voor verzorgingshuiszorg geïndiceerde ouderen in de thuisituatie. In veel gevallen hebben verzorgingshuizen een deel van de intramurale capaciteit getransformeerd naar extramurale verzorgingshuiszorg in bijvoorbeeld woonzorgcomplexen.

Lange tijd was het scheiden van wonen en zorg in verzorgingshuizen een punt op de agenda van de overheid. Uit onderzoek is echter gebleken dat veel bewoners van de huidige verzorgingshuizen niet in staat zijn zelfstandig te wonen (van Westerhoven en van Loveren-Huyben, 1997). Onder andere op basis van dit onderzoek en adviezen van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (1997, 1998b) en de VROM-raad (1997) heeft het kabinet in 1998 besloten het scheiden van wonen en zorg niet als een algemene verplichting op te leggen aan verzorgingshuizen. Indien een verzorgingshuis echter op het moment van renovatie in staat is de transformatie naar woonzorgvoorziening te financieren en de organisatie van wonen en zorg ter hand te nemen dan is dit mogelijk (Vliegenthart, 1998).

De realisering van verpleegunits biedt ouderen de mogelijkheid in het verzorgingshuis te blijven indien zij volledige verpleeghuiszorg nodig hebben. In de Zorgnota 2000 (Borst-Eilers en Vliegenthart, 1999) wordt gemeld dat er problemen waren bij de realisering van verpleegunits. Een landelijke werkgroep, met daarin alle betrokken partijen bewaakt de voortgang van alle projecten met betrekking tot de realisatie van verpleegunits.

Een tweede thema wat speelt in de ouderenzorg gezien vanuit de aanbodzijde is de schaarste aan personeel en toegenomen werkdruk. In het najaarsakkoord Meerjarenafspraken (VWS, 1998) wordt geconstateerd dat de toenemende kwalitatieve en kwantitatieve schaarste aan personeel op weg is een bedreiging te vormen voor de continuïteit van de zorgverlening in de sector Verpleging en Verzorging. In paragraaf 6.1 komt het thema arbeidsmarkt verder aan de orde.

Door middel van het onderzoek 'Zorg voor medewerkers in verzorgingshuizen' in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is er meer inzicht verkregen in de concrete en ervaren werkdruk van het personeel in verzorgingshuizen (VWS, 1998). Een belangrijke conclusie is dat mede als gevolg van het substitutiebeleid de zorgzwaarte in verzorgingshuizen verder zal toenemen. In vervolg op dit onderzoek is er tussen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de WZF en de LOC (landelijke Organisatie Cliëntenraden) een plan van aanpak opgesteld ter verlichting van de werkdruk in verzorgingshuizen. Dit plan richt zich op de versterking van zowel kwantiteit als kwaliteit van het personeelsbeleid. In het voorjaarsakkoord Meerjarenafspraken (VWS, 1999b) is aangegeven dat tevens acties op het terrein van zorgvraag en zorgaanbod worden ondernomen.

De bedoeling is dat naast een landelijk plan van aanpak, alle verzorgingshuizen afzonderlijk een plan opstellen om de werkdruk te verminderen. Het zorgkantoor moet dit plan goedkeuren alvorens de gelden van het instellingsbudget worden toegevoegd. Het zorgkantoor kan vervolgens toetsen of de middelen conform het plan zijn ingezet. In het voorjaarsakkoord Meerjarenafspraken (VWS, 1999b) wordt deze verantwoordings-systematiek genoemd als een basis voor de vergelijking van verschillen in werkdruk tussen instellingen onderling.

Een derde thema is kwaliteit van zorg. Tijdens de derde Leidschendamconferentie (1995) is richting gegeven aan de beleidsontwikkeling van de daaropvolgende jaren. Hierbij is afgesproken het accent te leggen op de positie van de cliënt in het kwaliteitsbeleid, transparantie van de kwaliteit van het zorgaanbod en ketenkwaliteit. Op 24 mei 2000 is opnieuw een conferentie georganiseerd om het in gang gezette beleid te evalueren en waar nodig nieuwe afspraken te maken. Ook wordt de in 1996 in werking getreden Kwaliteitswet Zorginstellingen geëvalueerd (VWS, 1999b). Dankzij deze wet is het kwaliteitsbeleid primair een taak geworden van zorginstellingen. In het voorjaarsakkoord Meerjarenaafspraken (VWS, 1999b) wordt genoemd dat een nadere uitwerking zal worden gegeven aan activiteiten die voortkomen uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Hiertoe heeft een werkgroep geïnventariseerd wat wenselijke activiteiten zijn binnen de sector Verpleging en Verzorging. De nadruk ligt op de volgende punten: externe kwaliteitsbeoordeling door cliëntenorganisaties, kwaliteitssystemen van beroepsgroepen en ontwikkeling en toepassing van behandel- en verzorgingsmethodieken.

4.2 Aandachtsgebieden vanuit de verzorgingshuissector

Binnen het beleid van de verzorgingshuissector gezien vanuit de aanbodzijde is een viertal aandachtsgebieden te onderscheiden. Allereerst het gegeven dat verzorgingshuizen een steeds gedifferentieerder zorgaanbod ontwikkelen om beter in te spelen op behoeften van zowel zelfstandig wonende ouderen, als van ouderen die verblijven in het verzorgingshuis. Hierbij sluit het tweede aandachtsgebied, de zorg voor nieuwe doelgroepen, aan. Een derde aandachtsgebied is kwaliteit van zorg binnen de verzorgingshuissector. Bedrijfsvoering is tenslotte het vierde aandachtsgebied. Hieronder worden de genoemde aandachtsgebieden achtereenvolgens beschreven.

Het differentiëren van zorgaanbod om meer in te spelen op de behoefte van ouderen is in feite het bieden van vraaggerichte zorg. In paragraaf 3.2 werd vermeld dat vraaggerichte zorg centraal staat binnen het beleid van de WZF. Gezien vanuit de aanbodzijde is van belang op welke wijze verzorgingshuizen zich kunnen richten op de vraag van cliënten. In het veld realiseren verzorgingshuizen reeds een meer gedifferentieerd aanbod van zorg- en dienstverlening voor zowel intra- als extramurale zorg. Ter ondersteuning van deze initiatieven heeft de WZF in samenwerking met RIGO Research en Advies een aantal producten uitgebracht. In 1997 is een handleiding ontwikkeld 'Palet, leidraad voor veranderingsprocessen'. Hierin wordt een breed scala aan mogelijkheden voor vernieuwing van het verzorgingshuis geschetst in de vorm van modules (WZF, 1998a). In 1998 is een herziene versie van het instrument voor strategische marketing 'Met Zorg de markt op' ontwikkeld. Dit product dient als houvast bij het maken van een verantwoorde keuze voor diverse vormen van zorg- en dienstverlening die het verzorgingshuis wil gaan bieden (WZF, 1999). In het veld hebben verschillende ontwikkelingen plaatsgevonden met betrekking tot vraaggerichte zorg. Hieronder wordt een aantal onderwerpen beschreven waarop de WZF zich richt. Een onderwerp is extramurale zorg door verzorgingshuizen. In 1998 zijn in het tijdschrift *Zorg en Ondernemen* twee artikelen van de WZF verschenen over verzorgingshuiszorg buiten de muren (Mulder, 1998; Mulder, 1999). In november 1998 is er een bijeenkomst belegd door de WZF voor verzorgingshuizen die actief zijn op dit terrein om van gedachten te wisselen over de ontwikkelingen en gewenste ontwikkelingen (WZF, 1999). Een ander onderwerp is de ontwikkeling van verpleegunits in verzorgingshuizen, waardoor verhuizing bij een ontstane behoefte aan verpleeghuiszorg kan worden voorkomen (WZF, 1999). In 1997 heeft de WZF een samen met de NVVz voorbereide notitie 'Basiskwaliteitseisen voor verpleegunits' aangeboden aan de staatssecretaris van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voor verzorgingshuizen is de informatiebrochure 'Verpleegunits' uitgebracht (WZF, 1998a). In 1998 bleek een stagnatie op te treden in de realisatie van verpleegunits. De in paragraaf 4.1 genoemde Landelijke werkgroep voortgangsbewaking bouwprioriteiten, bestaande uit vertegenwoordigers van VWS, het College voor ziekenhuisvoorzieningen, NVVz en WZF, heeft een inventarisatie gemaakt van alle gemaakte initiatieven en knelpunten. Waar mogelijk heeft de werkgroep bijgedragen aan de oplossing van knelpunten.

Een tweede aandachtsgebied binnen het beleid van de verzorgingshuissector gezien vanuit de aanbodzijde is zorg voor nieuwe doelgroepen. Voorbeelden zijn uitbehandelde psychiatrische patiënten, zorgbehoevende oudere verstandelijk gehandicapten, uitgewandelde ziekenhuispatiënten die tijdelijke zorg nodig hebben alvorens zij naar huis kunnen en terminale patiënten die niet thuis kunnen verblijven maar toch in een huiselijke omgeving verzorgd en begeleid willen worden (WZF, 1998b). In haar jaarplan 1999 meldt de WZF dat zij in 1999 aandacht zal besteden aan nieuwe doelgroepen in het verzorgingshuis, gericht op de vraag welke eisen dit stelt aan de organisatie en welke eisen aan de zorg worden gesteld om kwalitatief verantwoorde zorg te verlenen.

Met betrekking tot terminale zorg organiseerde de WZF in 1997 een invitational conference 'Thuis sterven in het verzorgingshuis' op basis van een onderzoek naar de wijze waarop verzorgingshuizen aan bewoners terminale zorg verlenen (Meerveld en Koning, 1996). In 1999 is met subsidie van ZON een ontwikkelingsprogramma van start gegaan ter verbetering van de terminale palliatieve zorg in verzorgingshuizen. Dit project wordt uitgevoerd door Prismant en heeft een looptijd van vijf jaar. De WoonZorg Federatie blijft o.a. in het project betrokken door in de stuurgroep plaats te nemen (WZF, 1998b).

Een andere doelgroep waarop de WZF zich richt is bewoners met psychische problemen binnen het verzorgingshuis. Gezocht wordt naar mogelijkheden waarop de zorg voor deze bewoners het best georganiseerd kan worden in samenwerking met het RIAGG. In 1998 is met betrekking tot dit onderwerp de publicatie 'Ziezo!' tot stand gekomen in samenwerking met GGZ Nederland (WZF, 1999).

Een derde aandachtsgebied binnen het beleid van de verzorgingshuissector aan de aanbodzijde is kwaliteit van zorg. De WZF is erop gericht de kwaliteit van de sector verzorgingshuizen zichtbaar te maken, te waarborgen en voortdurend te verbeteren (WZF, 1999). In 1998 heeft de WZF de publicatie: 'Goed geregeld? Kwaliteitswijzer voor verzorgingshuizen' uitgebracht. Deze publicatie is een leidraad voor het opbouwen en onderhouden van een kwaliteitssysteem in verzorgingshuizen. Daarnaast is in 1998 het software-instrument Quality Check op de markt gebracht wat aansluit op de kwaliteitswijzer (WZF, 1999).

Op verzoek van de WZF heeft de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (Stichting HKZ) de tot nu toe gehanteerde eisen van de Externe Kwaliteitsbewaking Verzorgingshuizen geharmoniseerd met behulp van alle betrokken organisaties bij de zorg- en dienstverlening in verzorgingshuizen. Hierdoor beschikt de sector verzorgingshuizen over een schema voor externe beoordeling dat gedragen kan worden door alle belanghebbende organisaties. Vanaf 2000 vinden alle visitaties plaats op basis van dit HKZ-model. Op basis van dit model heeft de WZF in 1998 een nieuwe handleiding 'Woonzorg Kwaliteitslabel door visitatie en registratie' uitgebracht. Hierin wordt achtergrondinformatie gegeven bij het visiteren en registreren (WZF, 1998b).

Een laatste thema binnen het beleid is efficiënte bedrijfsvoering. Met betrekking tot dit onderwerp maakt de WZF zich sterk voor een aantal instrumenten. Bijvoorbeeld het Extern Besturings Informatie Systeem (EBIS). Middels dit instrument is het mogelijk om de ontwikkeling van de zorgzwaarte in instellingen te kunnen volgen (WZF, 1998b). Vanwege onder meer een verzwaring en verandering van de doelgroep heeft de WZF in 1997 aan Van Loveren en Partners de opdracht gegeven om de EBIS-zorgmeting te actualiseren. Het in 1998 uitgevoerde onderzoek heeft een nieuw systeem opgeleverd wat niet alleen geschikt is voor zorgmeting bij de 'traditionele' verzorgingshuisbewoner maar ook bij verpleeghuisgeïndiceerde en extramurale cliënten van het verzorgingshuis. Door afstemming met de NVVz kan zowel in verzorgingshuizen als in verpleeghuizen gebruik worden gemaakt van dezelfde zorgvragenlijst (WZF, 1999).

WZF meldt in haar jaarplan voor 1999 dat het vernieuwde EBIS relevante stuurinformatie oplevert voor het management ten behoeve van beheer en beleid.

Een ander instrument waarvoor de WZF zich inzet is het in 1997 geïntroduceerde WZF-kostprijnsinstrument. Dit instrument stelt verzorgingshuizen in staat de zorgproducten van hun instelling systematisch te omschrijven en de kostprijs daarvan te berekenen. Op basis hiervan kunnen op de gebruiker afgestemde kostenoverzichten worden gemaakt (WZF, 1998a).

4.3 Samenvatting aandachtsgebieden

Uit de analyse van de beleidsdocumenten van de overheid, de adviezen die aan de overheid zijn uitgebracht en de thema's binnen de verzorgingshuissector komen de volgende thema's naar voren die betrekking hebben op het zorgaanbod van een verzorgingshuis:

- werkdruk en werklast. Door de schaarste aan personeel en de toegenomen zorgzwaarte van de bewoners in verzorgingshuizen is de werkdruk een belangrijk thema binnen het beleid. Verzorgingshuizen kunnen aanspraak maken op extra geld om iets aan de werkdruk te doen.
- bedrijfsvoering. De bedrijfsvoering verbeteren is een van de thema's binnen de verzorgingshuissector. De WZF (nu Arcares) ondersteunt haar leden hierin door instrumenten te ontwikkelen zoals de EBIS-zorgzwaartemeting en een systematiek voor kostprijsberekeningen.
- afstemming aanbod op vraag. Vraaggerichte zorg is een veelvuldig genoemd uitgangspunt in het beleid. Het gaat daarbij om het aanbod beter af te stemmen op de vraag. Punt van discussie is hoe men dit probeert te bereiken. Enige jaren geleden was het beleid gericht op het scheiden van wonen en zorg. Dit idee is inmiddels losgelaten. Door de verzorgingshuizen onder te brengen in de AWBZ zullen er meer mogelijkheden ontstaan tot vraaggerichte zorg.
- extra- en semimurale zorg. Extra- en semimurale is een uitvloeisel van het streven naar meer vraaggerichte zorg. De reikwijdteverbreding schiep voor verzorgingshuizen de mogelijkheid zorg te geven aan ouderen die thuis wonen.
- verpleeghuiszorg in een verzorgingshuis. Ook verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen kan als een uitvloeisel gezien worden van het streven naar meer vraaggerichte zorg. Bewoners van een verzorgingshuis zouden dan niet meer hoeven te verhuizen omdat ze te veel verpleging nodig hadden.
- zorg voor specifieke groepen. De branche-organisatie voor verzorgingshuizen heeft de laatste jaren aandacht besteed aan de zorg voor nieuwe doelgroepen. Voorbeelden zijn uitgewandelde psychiatrische patiënten, uitgewandelde ziekenhuispatiënten, en bewoners met psychische problemen. Bekeken wordt wel zorgbehoeften er bestaan onder deze groepen en welke rol het verzorgingshuis daarin kan spelen.
- kwaliteit van zorg. Met de Kwaliteitswet Zorginstellingen is de verantwoordelijkheid van het kwaliteitsbeleid bij de instellingen gelegd. De WZF heeft op diverse manieren dit opgepakt en instrumenten ontwikkeld die het kwaliteitsbeleid van de instellingen kunnen ondersteunen.

Bovengenoemde thema's zijn vergeleken met de thema's die in de verpleeghuissector hoog geprioriteerd worden (de Veer en Kerkstra, 1997). Op grond van deze vergelijking zijn drie thema's toegevoegd: verpleging en verzorging, bejegening/privacy/cliëntenrechten, en kwaliteit van leven. Toevoeging van deze thema's geeft de mogelijkheid na te gaan in hoeverre de prioriteiten van deskundigen in de verzorgingshuissector verschillen van die in de verpleeghuissector.

4.4 Lopend onderzoek met betrekking tot de aanbodzijde

Tabel 4.1 Aantal onderzoeken met betrekking tot de aanbodzijde (N=94)

Algemeen	
. personeel en organisatie	19
. kwaliteitskenmerken en kwaliteitsbeheersing	13
. versterking rol oudere	2
Specifieke aspecten	
. supportzorg en beschermende zorg (veelal extra- of semimurale zorg)	10
. chronische zorg (veelal intramuraal zorg)	32
. overig aanbod	18

In het totaal zijn 94 onderzoeken gecategoriseerd als betrekking hebbend op de verzorgingshuiszorg zelf. Algemene gegevens over het aantal bedden ed worden verzameld door het CBS en jaarlijks gepubliceerd in 'Statistiek van de verzorgingshuizen'. Daaruit blijkt dat de validiteit van de bewoners sinds 1985 verminderd is: het percentage bewoners dat praktisch voortdurend bedlegerig is steeg van 2,9% in 1985 naar 5,2 in 1998. Het percentage bewoners dat niet bedlegerig was, maar wel volledig hulpbehoevend steeg van 18,3% in 1985 naar 26,4% in 1998.

Er zijn 34 onderzoeken geregistreerd die betrekking hadden op het beleid en management binnen het verzorgingshuis. De meeste betreffen het thema 'personeel en organisatie'. Het gaat veelal om onderzoek naar ervaren werkdruk, fysieke belasting en de taakuitoefening van verzorgenden en verpleegkundigen. Werkdruk is blijkbaar niet alleen een belangrijk thema binnen het beleid, maar ook binnen het onderzoek.

Een aantal onderzoeken is gedaan naar determinanten van ervaren werkdruk (bijvoorbeeld Atos Beleidsadvies en -onderzoek, 1999; Stikvoort e.a., 1996). De NIA Werkdrukmethodiek is een instrument dat ten doel heeft de organisatiegebonden werkdruk te meten (van Oort, 1996). Onderzoek naar de fysieke belasting betreffen inventarisaties van de aard en omvang van de belasting (Bakker e.a., 1997), risicofactoren voor fysieke belasting, het arbo-beleid (Beeckmen e.a., 1997) en interventies ter vermindering van de fysieke belasting (Knibbe e.a., 1998; Tits e.a., 1999).

Wat betreft de taakuitoefening wordt onderzoek gedaan naar de taakinhoud (bijv. Bar e.a., 1996; Koning e.a., 1998) en in hoeverre de huidige personele bezetting in staat is in de toekomst verantwoorde zorg te blijven bieden (van Westerhoven e.a., 1997).

Fysieke belasting en taakuitoefening zijn mede afhankelijk van de zorgvraag van de bewoners. Voor het meten van de zorgbehoefte van bewoners is de EBIS-zorgmeting zodanig aangepast dat het accent ligt op het meten van de zorgvraag, onafhankelijk van het zorgaanbod (van Loveren-Huyben e.a., 1999). Ook is onderzocht of het Resident Assessment Instrument (RAI), een methode om de gezondheidstoestand van bewoners in kaart te brengen en afkomstig uit de verpleeghuissector, bruikbaar is in verzorgingshuizen (Meijer e.a., 1999).

Er zijn dertien studies gevonden naar kwaliteit van zorg in verzorgingshuizen. Er is vooral onderzoek gedaan naar de stand van zaken wat betreft het kwaliteitsbeleid in het verzorgingshuis (Leytens e.a., 1999; Sluijs e.a., 2000; Wagner e.a., 1997) en naar kwaliteit van zorg vanuit het gebruikersperspectief (LOBB, 1998; Merkus, 1998; Stussgen e.a., 1998). Momenteel ontwikkelt de NPCF in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een geïntegreerd extern kwaliteitsinstrument waarmee cliënten een oordeel kunnen vormen over de kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen. Binnen dezelfde opdracht ontwikkelt de NPCF een interne organisatiestructuur voor alle betrokken patiënten/consumentenorganisaties om te komen tot een structurele inbreng in het kwaliteitsbeleid in de sector verpleging en verzorging. Dit moet bijdragen tot versterking van de positie van de cliënten in (onder andere) de verzorgingshuissector. Versterking van de rol van de (chronisch zieke) cliënt in verzorgings- en verpleeghuizen is eveneens een van de doelen van het ZON-programma Chronisch Zieken. In concreto gaat het erom dat chronisch zieken meer eigen regie krijgen over hun woon- en leefsituatie in verpleeg- en verzorgingshuizen en dat binnen verpleeg- en verzorgingshuizen gebruik wordt gemaakt van kwaliteitsinstrumenten die ontwikkeld zijn vanuit cliëntenperspectief.

Verder zijn er enkele onderzoeken die ingaan op een specifiek element van kwaliteit van zorg zoals het voorkomen van ouderen mishandeling (Bakker e.a., 1999), kwaliteitsbepalingen in zorgcontracten van zorgverzekeraars (Sluijs e.a., 1997), de wijze waarop de klachtopvang geregeld is (Nivel), en onderzoek naar de kosten en opbrengsten van kwaliteitssystemen (Nivel).

Er zijn slechts twee onderzoeken geregistreerd onder de categorie 'versterking rol oudere'. Het betreft hier een onderzoek naar de manier waarop cliëntenraden hun invloed op het beleid kunnen vergroten. Er zijn echter veel meer onderzoeken ter versterking van de rol van de oudere. Deze onderzoeken zijn direct gerelateerd aan het kwaliteitsbeleid van de instelling en daarom onder dat thema gecategoriseerd. Ook werd daar reeds opgemerkt dat binnen het ZON-programma Chronisch Zieken aandacht is voor de invloed van verzorgingshuisbewoners op de eigen woon- en leefsituatie.

Er zijn 60 onderzoeken naar het zorgaanbod zelf. Steeds meer verzorgingshuizen bieden diensten aan voor buiten het verzorgingshuis wonende ouderen (CBS, 2000). Er is nog relatief weinig onderzoek (n=10) gevonden naar verzorgingshuiszorg voor zelfstandig wonende of in een aanleunwoning wonende ouderen. Veelal betreft het evaluatie-onderzoeken van een (lokaal) project. Enkele onderzoeken zijn breder en betreffen de inhoud van extramurale verzorgingshuiszorg (van Essen e.a., 1997; Wever e.a., 2000; Witkam, 1998). Ook is onderzoek gedaan naar het aanbod van zorg en diensten in de vorm van abonnementen (bijvoorbeeld Baarveld e.a., 1998; Chorus e.a., 1998). In de provincie Zeeland wordt onderzoek gedaan naar de ervaringen van gebruikers van extramurale verzorgingshuiszorg (Stichting Het Klaverblad Zeeland).

Mogelijkheden tot extramurale zorg kunnen worden vergroot door de inzet van thuiszorgtechnologie. Het ZON-programma Thuiszorgtechnologie heeft tot doel de mogelijkheden voor behandeling, verpleging en verzorging van mensen thuis uit te breiden. Een deel van de projecten is gericht op de inzet van til- en transferhulpmiddelen ter verlichting van het werk van verpleegkundigen, verzorgenden en mantelzorg. Binnen het programma is ook aandacht voor de landelijke verspreiding van hulpmiddelen om (onder andere) elastische kousen aan te trekken en tilliften te gebruiken.

Ruim dertig onderzoeken betreffen intramurale verzorgingshuiszorg. Onderzoek naar de zorg voor bewoners van verzorgingshuizen betreffen ongewenst urineverlies (bijvoorbeeld Staats e.a., 1998; Valk e.a., 1999), mobiliteit (bijvoorbeeld Rosendal, 1999), psychische en psychiatrische problemen (bijvoorbeeld van Lammeren, 1999; Pols e.a., 1998; Rongen, 1998; Schrijnemaekers e.a., 1997), palliatieve en terminale zorg (bijvoorbeeld Francke e.a., 1997; Meerveld e.a., 1996), en bejegening (bijvoorbeeld Caris-Verhallen, 1999). Voor het verbeteren van de kwaliteit en bereikbaarheid van palliatieve in de terminale fase heeft ZON een apart programma ontwikkeld. Het programma is in 1997 gestart en heeft een looptijd van (vooralsnog) vijf jaar. Een onderdeel behelst een project rond kwaliteitsverbetering van palliatieve en terminale zorg in het verzorgingshuis en wordt uitgevoerd door Prismant in samenwerking met Arcares.

De categorie 'overig aanbod' bevat 18 onderzoeken. Een groot aantal betreft nieuwe voorzieningen waar (ook) verpleeghuiszorg geboden wordt. Het bouwen van zogenaamde levensloopbestendige woningen of woonzorgvoorzieningen werd gezien als alternatief voor de traditionele verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Een aantal van dit soort initiatieven is geëvalueerd (bijvoorbeeld de Beer e.a., 1999). De laatste jaren is er ook nogal wat onderzoek gedaan naar verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen. Bijvoorbeeld in het kader van het realiseren van verpleegunits. Ruim tien onderzoeken betreffen voornamelijk de evaluatie van dergelijke projecten in termen van organisatorische randvoorwaarden, bereikte doelgroep, kwaliteit van zorg, mogelijkheden tot uitstel van opname in een verpleeghuis, en de kosten van de zorg.

Ten slotte is één onderzoek gevonden naar de betrokkenheid van mantelzorgers bij bewoners en de behoefte aan ondersteuning (van Tilborg, 2000) en één onderzoek naar de bijdrage van vrijwilligers in verzorgingshuizen (Verweij-Jonker Instituut).

4.5 Prioriteiten volgens deskundigen

Tabel 4.2 Prioriteitsstelling door deskundigen van de thema's gericht op aanbodzijde (N=19)

Thema ¹	geen prioriteit	wel belangrijk, geen hoogste prioriteit	hoge prioriteit	geen mening
2a: werkdruk en werklust	9	4	5	1
2b: bedrijfsvoering	4	4	7	4
2c: afstemming aanbod op vraag	2	5	11	1
2d: kwaliteit van zorg	5	11	2	1
2e: verzorging en verpleging	5	10	2	2
2f: zorg voor specifieke groepen	3	5	11	-
2g: extra- en semimurale zorg	2	3	14	-
2h: verpleeghuiszorg in verzorgingshuis	8	6	3	2
2i: bejegening/privacy/cliëntenrechten	6	9	4	-
2j: kwaliteit van leven	4	8	6	1

1. een beschrijving van de (mogelijke) inhoud van de thema's staat in bijlage 3.

Tabel 4.3 Redenen van een hoogste prioriteit, respectievelijk geen prioriteit meest geprioriteerde thema's (N=19)

Thema ¹	redenen hoogste prioriteit ²							redenen geen prioriteit ³					
	n	A	B	C	D	E	F	n	A	B	C	D	E
2a: werkdruk en werklust	5	2	1	-	-	3	-	9	4	4	1	-	1
2b: bedrijfsvoering	7	1	-	-	3	3	1	4	3	1	-	-	-
2c: afstemming aanbod op vraag	11	2	-	5	2	2	7	2	-	2	-	-	-
2d: kwaliteit van zorg	2	-	-	-	-	2	-	5	4	3	-	-	-
2e: verzorging en verpleging	2	-	-	-	1	1	-	5	4	1	-	-	1
2f: zorg voor specifieke groepen	11	5	2	-	-	2	6	3	1	-	2	-	-
2g: extra- en semimurale zorg	14	7	2	2	2	-	4	2	1	1	-	-	-
2h: verpleeghuiszorg in verzorgingshuis	3	1	-	-	-	-	2	8	2	3	-	4	-
2i: bejegening/privacy/cliëntenrechten	4	-	-	4	-	3	-	6	3	4	-	-	-
2j: kwaliteit van leven	6	1	2	3	1	1	-	4	2	1	-	-	1

1. een beschrijving van de (mogelijke) inhoud van de thema's staat in bijlage 3

2. n = aantal deskundigen dat thema de hoogste prioriteit geeft

A = beleidsrelevant

B = weinig over bekend of onvoldoende systematisch onderzoek

C = winst voor cliënt (bijv. in termen van kwaliteit van zorg of leven)

D = winst voor doelmatigheid

E = relevant voor praktijk/veld

F = goed voor onderbouwing van de waarde van verzorgingshuiszorg

3. n = aantal deskundigen dat thema geen prioriteit geeft

A = genoeg onderzoek gedaan in verleden of men is er nog mee bezig

B = primair een beleids- of praktijkprobleem; onderzoek voegt (nog) niets toe

C = andere thema's gaan hieraan vooraf/licht besloten in andere thema's

D = beleidsmatig niet actueel

E = niet specifiek voor verzorgingshuissector

De meeste onderwerpen die betrekking hebben op het zorgaanbod door een verzorgingshuis worden niet hoog geprioriteerd (tabel 4.2). Alleen 'afstemming aanbod op vraag', 'zorg voor specifieke groepen', en 'extra- en semimurale zorg' krijgen van de meerderheid van de geïnterviewden de hoogste geprioriteerd. 'Kwaliteit van zorg' en 'verzorging en verpleging'

worden door de meerderheid wel belangrijk gevonden maar krijgen geen hoogste prioriteit. 'Verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen' is momenteel niet actueel (tabel 4.3). Steeds meer zal de zorg georganiseerd worden in zorgprogramma's waarbij de gehele keten betrokken wordt. Naar 'werkdruk en werklast' is volgens de geïnterviewden voldoende onderzoek gedaan en is het nu veeleer een probleem dat men moet oplossen. Wat meer verdeeld is men over de prioriteit die gegeven moet worden aan de thema's 'bedrijfsvoering', 'bejegening, privacy en cliëntenrechten', en 'kwaliteit van leven'. In deze paragraaf gaan we nader in op de drie thema's die de meerderheid een hoogste prioriteit geeft.

'Extra- en semimurale zorg' wordt door de meeste geïnterviewden (n=14) genoemd als een thema dat de hoogste onderzoeksprioriteit moet krijgen. De redenen die hiervoor genoemd worden betreffen vooral de beleidsrelevantie van het thema en de bijdrage die dergelijk onderzoek kan leveren aan het aantonen van de waarde van verzorgingshuiszorg. Ook hier kan worden opgemerkt dat extra- en semimurale zorg niet als losse schakel gezien moet worden van de zorgprogramma's die ontwikkeld moeten worden en waarin de gehele keten betrokken is.

De geïnterviewden noemen de volgende invalshoeken voor onderzoek:

- Er is een grote verscheidenheid aan manieren waarop semi- en extramurale zorg gegeven wordt. Wat houdt extra- of semimurale zorg precies in? Wat is de meerwaarde van verzorgingshuiszorg boven andere vormen van extramurale zorg, zoals zorg gegeven door een thuiszorginstelling? Is er een relatie tussen de leverancier van de zorg (verzorgingshuis of thuiszorginstelling) en de aard en hoeveelheid van de geboden zorg?
- Door intramurale capaciteit om te zetten in extra- en semimurale capaciteit zouden meer mensen met dezelfde middelen geholpen kunnen worden. Enkele geïnterviewden merken op dat het beleid om meer extra- en semimurale capaciteit te genereren onvoldoende effect heeft. Middels onderzoek zou meer inzicht verkregen kunnen worden in waarom het beleid niet het gewenste effect heeft.
- Een andere invalshoek voor onderzoek is het zo lang mogelijk thuis laten wonen van ouderen. Welke (aard en hoeveelheid) zorg is nodig om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen? En welke rol kan het verzorgingshuis daarin spelen?
- Bij de nieuwe zorgprogramma's die ontstaan, en waarbij men steeds vaker in de eigen omgeving blijft wonen, wordt vaak een beroep gedaan op de mantelzorg. Onderzocht zou moeten worden welke inzet van de mantelzorg gevraagd wordt en kan worden bij de nieuwe zorgprogramma's.
- Er bestaan steeds meer verschillende typen zorgaanbod. Deze zullen verschillen in kosten en effectiviteit. Onderzoek naar de relatie tussen enerzijds kosten en anderzijds effectiviteit in termen van bijvoorbeeld winst op het terrein van ADL/HDL, morbiditeit of winst wat betreft kwaliteit van leven van de verschillende soorten zorgaanbod voor specifieke groepen cliënten is nodig om verantwoorde keuzes te maken. Hierdoor kan per doelgroep een beeld ontstaan welke zorg het meest kosteneffectief is. Omdat dergelijke typen zorgaanbod instellingsoverschrijdend zijn, moet gekeken worden of er meetinstrumenten zijn die geschikt zijn voor dergelijk onderzoek. Als deze meetinstrumenten er niet zijn moeten ze eerst ontwikkeld worden.

Het tweede thema betreft de afstemming van het zorgaanbod van een instelling op de vraag van de cliënten. Elf personen geven aan onderzoek binnen dit thema de hoogste prioriteit. Vooral omdat het goed is voor de onderbouwing van de waarde en het helder krijgen van het eigene van verzorgingshuiszorg en de winst die cliënten kunnen hebben als gevolg van dergelijk onderzoek. De volgende onderwerpen worden daarbij genoemd:

- Onderzoek naar de wijze waarop een verzorgingshuis de zorg zodanig kan organiseren dat er een meer gedifferentieerd zorgaanbod ontstaat. Als voorbeelden van vragen die daarbij gesteld kunnen worden, worden genoemd: Hoe is momenteel de verdeling van mensen en

middelen binnen het verzorgingshuis per cliënt?, Is een budgetdifferentiatie gewenst? Hoe kan men uitgaande van de zorgvraag het aanbod organiseren en wat zijn de knelpunten daarin?

- Onderzoek naar de ethische dilemma's die vraaggerichte zorg met zich meebrengt. Bijvoorbeeld voor welke dilemma's komt men te staan als er zowel private als publiek gefinancierde zorg geboden wordt?, Welke argumenten zijn er om het aanbod niet (volledig) af te stemmen op de vraag van de cliënt. Wat moet er gebeuren als er een goedkoper alternatief is (zoals opname) voor de door de cliënt gewenste zorg?
- Onderzoek naar de wijze waarop cliënten invloed kunnen uitoefenen in het zorgaanbod zodat het aanbod meer vraaggestuurd wordt. Vragen die daarbij gesteld kunnen worden zijn bijvoorbeeld: Weten cliënten wat het aanbod is?, Hebben ze inzicht in de alternatieven?, In welke mate kunnen cliënten invloed uitoefenen bij de vraagbepaling?, Hoe kan men cliënten op een laagdrempelige wijze meer inspraak geven?

Het derde en laatste thema betreft de zorg voor specifieke groepen. Dit thema wordt hoog geprioriteerd vanwege de mogelijke bijdrage aan de onderbouwing van de waarde van verzorgingshuiszorg en vanwege de beleidsrelevantie van het thema. Vooral allochtonen, verstandelijk gehandicapten en ouderen met psychiatrische problematiek worden genoemd. Daarnaast wordt gewezen op de steeds ouder wordende dak- en thuislozen en drugsgebruikers. Enkele geïnterviewden wijzen erop dat dit thema behoort binnen het thema 'vraag' (thema 1a): als men de vraag in kaart brengt weet men ook de vraag van deze specifieke groepen. Anderen vinden dat aparte aandacht als thema gerechtvaardigd is. De onderzoeksvragen die daarbij gesteld worden zijn:

- Welke zorgbehoeften en zorgvragen hebben specifieke groepen? Wat is de omvang van de groepen?
- Op welke manier kan aan de zorgvragen worden voldaan? Kan de zorg voor de specifieke doelgroepen geïntegreerd worden in het reguliere aanbod of moet het apart gegeven worden?
- Welke (bijzondere) eisen stellen de zorgvragen van de doelgroepen aan de organisatie van de zorg (in termen van wet- en regelgeving, financiering, personeel) opdat kwalitatief verantwoorde zorg gegeven wordt?
- Als er verschillende mogelijke leveranciers van de zorg zijn, welke leverancier levert dat meest kosteneffectieve zorg?

Bij de open vraag naar nog niet aan bod gekomen thema's en naar aanleiding van de oproep thema's aan te melden worden de volgende thema's genoemd:

- Onderzoek naar de bijdrage van de zorg aan de kwaliteit van leven in een verzorgingshuis in termen van zingeving, sociale contacten tussen bewoners, en de invloed die bewoners (kunnen) uitoefenen op hun leefsituatie. Voorbeelden van onderzoeksvragen binnen dit thema zijn:
 - Hoe kan vormgegeven worden aan zingeving in verzorgingshuizen? Hoe kan zingeving bespreekbaar gemaakt worden? Hoe kan personeel inspelen op zingeving?
 - Hoe kunnen sociale contacten tussen bewoners bevorderd worden? Wat is de effectiviteit van interventies op dit vlak?
 - Hoe ervaren ouderen het verzorgingshuis? Hoe structureren mensen hun leven in een verzorgingshuis? Wat leveren mensen in en wat winnen ze als ze in een verzorgingshuis gaan wonen? Hoe kan het verzorgingshuis er voor zorgen dat mensen zich lekkerder gaan voelen in een verzorgingshuis? Bij tevredenheidsonderzoek ligt het accent vaak vooral op de verzorging. Het voorgestelde onderzoek moet veel breder zijn door zich (ook) te richten op wonen en welzijn.
 - Hoe kun je als bewoner van een verzorgingshuis invloed uitoefenen? Ofwel: hoe kun je je doelstellingen realiseren als je in een verzorgingshuis woont?

- Hoe kan vormgegeven worden aan ondersteuning van mantelzorgers en familieleden in het verzorgingshuis, wat is de rol van familieleden in het verzorgingshuis?
- Hoe kan/moet worden omgegaan met gedragsproblemen in het verzorgingshuis? Welke behoefte is daarbij aan GGZ-inbreng?
- In welke mate worden beschermende maatregelen toegepast in verzorgingshuizen?
- Wat zijn de consequenties van het nieuwe concept van flexibele aanspraken in functionele termen voor de organisatie van de zorg? (bijvoorbeeld in het kader van aanvullende verpleeghuiszorg in het verzorgingshuis).
- Wat is de kwaliteit van het bestuur van verzorgingshuizen?
- Wat heeft een ondernemer nodig (middelen, techniek) om zorg te kunnen leveren? Een dergelijk onderzoek moet opgezet worden vanuit de knelpunten zoals die op de werkvloer ervaren worden.

4.6 Conclusie

Voor wat betreft het aanbod aan zorg dat verzorgingshuizen leveren (meso-niveau) is er behoefte aan onderzoek naar extra- en semimurale zorg. Ook wordt onderzoek naar de manier waarop een verzorgingshuis het aanbod beter kan afstemmen op de individuele vraag en onderzoek naar de zorgbehoeften en mogelijkheden voor zorgaanbod van specifieke groepen geprioriteerd. Ten slotte is er behoefte aan onderzoek naar hoe de zorg in het verzorgingshuis kan bijdragen tot een goede kwaliteit van leven van bewoners. Deels komen deze prioriteiten overeen met de prioriteiten in de verpleeghuissector. De nadruk die deskundigen leggen op het belang van onderzoek naar het aanbod aan verzorgingshuiszorg lijkt in het algemeen geringer dan binnen de verpleeghuissector.

Verzorgingshuizen zijn de laatste jaren steeds meer extra- en semimurale zorg gaan bieden. Er blijkt nog veel onduidelijkheid over de inhoud van de zorg, alsmede de waarde die de zorg heeft in termen van effectiviteit, doelmatigheid en vraaggerichtheid. Extra- en semimurale zorg is dan ook het thema dat het meest frequent geprioriteerd wordt. Opgemerkt wordt dat extra- en semimurale zorg niet als losse schakel gezien moet worden maar als onderdeel van de zorgprogramma's die ontwikkeld worden en de gehele verpleging en verzorging betreffen. Vraaggerichte zorg wordt hoog geprioriteerd omdat het bijdraagt tot het verhelderen van het eigene van verzorgingshuiszorg en omdat cliënten gebaat zijn bij dergelijk onderzoek. De grenzen tussen zorg van een thuiszorginstelling en een verzorgingshuis en tussen de zorg van een verzorgings- en verpleeghuis worden minder duidelijk. Voor de verzorgingshuissector is het derhalve van belang duidelijk te maken wat de meerwaarde is van verzorgingshuiszorg. Vooral allochtonen, verstandelijk gehandicapten en ouderen met psychiatrische problematiek zijn nieuwe doelgroepen voor de verzorgingshuissector. Dak- en thuislozen en drugsgebruikers worden ook steeds ouder en daarmee zorgbehoeftiger. Onderzoek naar de zorgbehoeften en zorgvragen van deze groepen wordt derhalve hoog geprioriteerd. Bekeken moet worden hoe de zorg voor deze groepen het best georganiseerd kan worden.

Door meerdere deskundigen wordt in de open vraag gewezen op het belang van kennis over hoe de zorg bij kan dragen tot de kwaliteit van leven van bewoners. Het gaat daarbij om het omgaan met zingeving en verwerkingsproblematiek, sociale contacten tussen bewoners en eenzaamheid, en de invloed die bewoners (kunnen) uitoefenen op hun leefsituatie. Enkele geïnterviewden vinden dit thema belangrijk in het kader van het ontwikkelen van indicatoren voor kwaliteit van zorg en benchmarking. De meesten vinden het thema echter vooral belangrijk als op een meer kwalitatieve manier wordt gekeken naar de bijdrage van de zorg aan de kwaliteit van leven.

5 ONDERZOEKSTHEMA'S MET BETREKKING TOT SAMENWERKING

5.1 Aandachtsgebieden bij de overheid en adviesorganen

In de Zorgnota 2000 (Borst-Eilers en Vliegthart, 1999) staat beschreven dat het steeds meer gestalte krijgen van samenwerking in de sector Verpleging en Verzorging een illustratie is van het centraal stellen van de vraag.

Samenwerking wordt op verschillende niveau's gerealiseerd in de sector Verpleging en verzorging. Op het Ministerie is de voormalige directie Ouderenzorg en het Thuiszorgteam opgegaan in de nieuwe directie Verpleging, Verzorging en Ouderen. De gedachte is dat de sector Verpleging en Verzorging is te beschouwen als een zorgketen, waarin door een sectorbreed overleg gekomen wordt tot de Meerjarenafspraken Verpleging en Verzorging (Borst-Eilers en Vliegthart, 1999). Op deze Meerjarenafspraken wordt in paragraaf 6.1 teruggekomen. Met betrekking tot zorgaanbieders is samenhang in de zorg een kernpunt in het beleid. In de ouderenzorg staat substitutie (zorgverlening in de lichtst mogelijke zorgvoorziening) centraal. Om dit te kunnen realiseren is samenwerking nodig tussen zorgaanbieders onderling waarbij de zorg wordt afgestemd op de behoefte van de cliënt. Op deze wijze ontstaan zorgketens waarin een geleidelijke overgang kan plaatsvinden tussen verschillende vormen van zorg. De in het ouderenbeleid centraal staande substitutiebeweging is een van de oorzaken van de enorme groei van het extramurale aanbod de afgelopen jaren. Alle drie de zorgaanbieders in de ouderenzorg (thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen) bieden een vorm van extramurale zorgverlening. Door het lokaal en regionaal beter afstemmen van deze zorgverlening kunnen de beschikbare middelen waarschijnlijk op een meer doelmatige en effectieve wijze worden ingezet (VWS, 1998).

De thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen spelen de belangrijkste rol in het realiseren van zorgketens in de sector Verpleging en Verzorging. Het voorjaarsakkoord Meerjarenafspraken (VWS, 1999b) geeft aan dat voor 1 januari 2000 een plan van aanpak is opgesteld voor de samenwerking tussen de deelsectoren Verpleging en Verzorging, waarbij de ontwikkeling van zorgketens wordt gestimuleerd.

Naast de samenwerking tussen de sectoren verpleging en verzorging, is ook het wegnemen van schotten op onderdelen tussen het eerste (AWBZ) en tweede compartiment (ziekenfondsen) een onderwerp binnen de Meerjarenafspraken. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om samenwerking van verzorgingshuizen met huisartsen of ziekenhuizen. Afhankelijk van de uitkomsten van een aantal experimenten zal op termijn een vorm van transcompartimentale zorg mogelijk worden (VWS, 1999b).

Een nog bredere vorm van samenwerking is mogelijk. In 'Naar een meer vraaggerichter zorg' (Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 1998a) bepleit de raad voor de volksgezondheid en zorg een betere afstemming tussen de gezondheidszorg en aanpalende sectoren, zoals arbeidsvoorziening, volkshuisvesting, welzijn en vervoer. In de Welzijnsnota 1999-2002 (VWS, 1999a) wordt hieraan een concreter uitwerking gegeven.

Naast de vorming van zorgketens op verschillende niveau's is de vorming van regiovisie een aandachtsgebied in samenwerking. In het najaarsakkoord Meerjarenafspraken (VWS, 1998) wordt het bevorderen van overleg en afstemming tussen instanties op lokaal / regionaal niveau genoemd als een aandachtspunt van partijen. Deze zogenaamde regionalisering zou moeten uitmonden in een regiovisie waarin zorgvragers, aanbieders (op het vlak van zorg, welzijn en wonen), gemeenten, het zorgkantoor en grote steden en provincies gezamenlijk verantwoordelijk voor de totstandkoming van regionaal zorgbeleid (Vliegthart, 1999a). Belanghebbende partijen worden op deze wijze gestimuleerd tot samenwerking in het zoeken van oplossingen voor knelpunten in de regio. In het STIMO-project (Stimulering Modernisering Ouderenzorg) is in opdracht van het Ministerie van VWS de ontwikkeling van regiovisies voor de sector Verpleging en Verzorging gestimuleerd (VWS, 1999b).

5.2 Aandachtsgebieden in de verzorgingshuissector

In verzorgingshuizen vernieuwend vermogen (WZF, 1997) wordt gesteld dat uit oogpunt van functionaliteit de traditionele taakafbakening tussen verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg zou moeten verdwijnen. Daarvoor in de plaats moeten organisatorische verbanden van zorgaanbieders komen die op een breed deel van het zorgcontinuüm actief zijn. De nieuwe organisaties richten zich op combinaties van verschillende vormen van zorg, dienstverlening en huisvesting. Door een samenhangend aanbod van zorg te verschaffen worden overlappingsen en lacunes in de zorg opgeheven en wordt vorm gegeven aan de zogenaamde ketenzorg. De WZF geeft aan in 1999 de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden te stimuleren door bekendheid te geven aan succesvolle organisatieontwikkelingen (WZF, 1998b). In haar jaarplan voor 1999 geeft de WZF aan dat onder andere door het ontstaan van overlap in zorgdomeinen van verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg en het streven van de overheid naar eenzelfde wet- en regelgeving in de ouderenzorg, een landelijke brancheorganisatie voor Verpleging en Verzorging eigenlijk niet kan uitblijven. Op brancheniveau is daarom een organisatorische samenwerking tot stand gekomen. Per 1 januari 2000 is de WZF gefuseerd met de NVVz tot de nieuwe branchevereniging voor verpleeg- en verzorgingshuizen Arcares.

Tussen instellingen vindt in de verzorgingshuissector op verschillende wijzen samenwerking plaats. De WZF zet zich bijzonder in voor een aantal vormen van samenwerking. Een voorbeeld is verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen in de vorm van verpleegunits. Naar aanleiding van vragen over het opstellen van een samenwerkingsovereenkomst tussen het verzorgingshuis waarin de verpleegunit is gevestigd en een verpleeghuis hebben de WZF en de NVVz in 1998 twee model-samenwerkingsovereenkomsten gepubliceerd (WZF, 1999).

Een tweede vorm van samenwerking vindt plaats met betrekking tot medische zorg in verzorgingshuizen. De manier waarop hieraan vorm gegeven moet worden is een punt van discussie. Door de LHV, LVT en WZF is een inventarisatie gedaan naar de knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en verzorgingshuizen en huisartsen en thuiszorginstellingen. Op basis van de uitkomsten zijn aanbevelingen uitgebracht. Het Gerontagogisch Centrum Groningen heeft in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een inventarisatie gemaakt van mogelijkheden voor medische zorg in verzorgingshuizen (van der Ende, 1997). Hieruit vloeien drie modellen voort waarin of sprake is van een beperkt aantal huisartsen, een verpleeghuisarts of een combinatie van beiden. Recentelijk heeft Vliegthart uitgesproken dat nieuwe bewoners van verzorgingshuizen vanaf 2001 hun eigen huisarts niet meer als vanzelfsprekend mee mogen nemen.

Een onderwerp wat hierop aansluit is geneesmiddelenvoorziening en beheer in verzorgingshuizen. Vanwege de toegenomen zorgzwaarte is het voor veel cliënten niet langer verantwoord de medicijnen in eigen beheer te houden. Als het beheer van de medicijnen in handen wordt gelegd van het verzorgingshuis streeft zij veelal samenwerking na met bijvoorbeeld apothekers (WZF, 1998b). Vliegthart heeft aangegeven zij het gebruik van geneesmiddelen wil opnemen in het budget van verzorgingshuizen. Hierdoor worden verzorgingshuizen verantwoordelijk voor de medicijnkosten van bewoners.

Een derde vorm van samenwerking die zich mogelijk voordoet in verzorgingshuizen heeft betrekking op psychosociale zorg. Zoals al eerder vermeld (par.4.2) wordt gezocht mogelijkheden waarop de zorg voor bewoners met psychische problemen het best georganiseerd kan worden in samenwerking met de RIAGG. In 1998 heeft de WZF de publicatie 'Ziezo' met betrekking tot dit onderwerp uitgebracht (WZF, 1999).

5.3 Samenvatting aandachtsgebieden

Uit de analyse van de beleidsstukken blijkt samenwerking een belangrijk onderwerp te zijn. Samenwerking betreft globaal de volgende thema's:

- Samenwerkingsverbanden tussen instellingen. De traditionele taakafbakening tussen verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen verdwijnt. Steeds meer streeft men naar zorgketens. Ook zal in de toekomst steeds vaker het zorgaanbod geformuleerd worden in termen van zorgprogramma's die de instellingsgrenzen overschrijden. In eerste instantie gaat het over de functies verpleging en verzorging maar het is zeer wel denkbaar dat ook andere sectoren (zoals Riagg, ziekenhuis) zorg bieden binnen een zorgprogramma.
- Medische zorg in een verzorgingshuis. De organisatie en financiering van de medische zorg aan bewoners van een verzorgingshuis is aan het veranderen. In het verleden behield men veelal de eigen huisarts na verhuizing. Dit zal in de toekomst niet meer automatisch zo zijn. Ook wordt de medische zorg aan bewoners in de toekomst uit AWBZ-gelden betaald (in plaats van uit het tweede compartiment).

5.4 Lopend onderzoek met betrekking tot samenwerking

Tabel 5.1 Aantal onderzoeken met betrekking tot samenwerking (N=16)

. verzorgingshuiszorg in samenwerking met andere zorgverleners	6
. samenwerking op instellingsniveau	10

Er zijn twee typen van samenwerking te onderscheiden: samenwerking met individuele zorgverleners buiten het verzorgingshuis en samenwerking met andere instellingen. Onderzoek heeft op beide niveaus van samenwerking betrekking.

Onderzoek naar de samenwerking met zorgverleners buiten het verzorgingshuis betreffen allen (n=6) de samenwerking in het kader van de medische zorg in het verzorgingshuis. Thema's zijn de organisatie van de medische zorg (van der Ende, 1997; Rijkmans e.a., 1997), het geneesmiddelengebruik in verzorgingshuizen (Nikken, 1996; Offerhaus e.a., 1997; Verkoulen-Wijers e.a. 1999), en de gevolgen van extramuralisering voor de werkbelasting van huisartsen (van Linschoten e.a., 1996).

Onderzoek naar samenwerking tussen het verzorgingshuis en andere instellingen (n=10) hebben vrijwel allemaal betrekking op netwerkvorming tussen verzorgingshuizen, verpleeghuizen, thuiszorg en eventueel ziekenhuizen en andere organisaties. Uitzondering vormen een evaluatie van experimenten met transmurale zorg voor CVA-patiënten (binnen het ZON-programma CVA-zorg uitgevoerd door Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg) en een onderzoek naar de samenwerking tussen verzorgingshuizen en Riagg (Reinking e.a., 1998).

De overige acht onderzoeken betreffen de organisatievormen die gekozen worden in het kader van ketenzorg, de ervaringen met de verschillende organisatievormen, en de effecten van de ketenzorg voor bijvoorbeeld de kwaliteit van de zorg en voor de cliënt.

Binnen het ZON-programma Transmurale Zorg worden op regionaal niveau projecten en experimenten gestimuleerd waarin integrale zorgketens rond bepaalde cliëntgroepen tot stand worden gebracht. Ouderen met een verzorgingshuis- of verpleeghuisindicatie vormen één van de doelgroepen van dit programma.

In het kader van de samenwerking kan ook het ZON-programma Ouderenzorg genoemd worden. Dit programma bestaat uit drie deelprogramma's: klinische geriatrie, ouderenpsychiatrie en verpleeghuiszorgonderzoek. Het deelprogramma klinische geriatrie is gericht op kosteneffectiviteitsonderzoek op het gebied van geriatrische interventie. Centraal in het deelprogramma ouderenpsychiatrie staat de zorg voor ouderen met psychische problematiek, in casu afstemming tussen de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg.

Het deelprogramma verpleeghuiszorgonderzoek is in 2000 gestart. Thema's zijn: het beloop van de gezondheid, effecten en gepastheid van verschillende verpleegkundige en verzorgende methodieken, effectiviteit, gepastheid en doelmatigheid van verpleeghuiszorg, en de effecten en gepastheid van reactivering/revalidatie in het bijzonder door paramedische zorg.

5.5 Prioriteiten volgens deskundigen

Tabel 5.2 Prioriteitsstelling door deskundigen van de thema's gericht op samenwerking (N=19)

Thema ¹	geen prioriteit	wel belangrijk, geen hoogste prioriteit	hoge prioriteit	geen mening
3a: samenwerkingsverbanden	1	5	13	-
3b: medische zorg	7	7	4	1

1. een beschrijving van de (mogelijke) inhoud van de thema's staat in bijlage 3.

Tabel 5.3 Redenen van een hoogste prioriteit, respectievelijk geen prioriteit meest geprioriteerde thema's (N=19)

Thema ¹	redenen hoogste prioriteit ²							redenen geen prioriteit ³					
	n	A	B	C	D	E	F	n	A	B	C	D	E
3a: samenwerkingsverbanden	13	3	-	1	4	1	7	1	1	-	-	-	-
3b: medische zorg	4	2	-	-	-	-	3	7	3	7	-	-	-

1. een beschrijving van de (mogelijke) inhoud van de thema's staat in bijlage 3

2. n = aantal deskundigen dat thema de hoogste prioriteit geeft

A = beleidsrelevant

B = weinig over bekend of onvoldoende systematisch onderzoek

C = winst voor cliënt (bijv. in termen van kwaliteit van zorg of leven)

D = winst voor doelmatigheid

E = relevant voor praktijk/veld

F = goed voor onderbouwing/van de waarde van verzorgingshuiszorg

3. n = aantal deskundigen dat thema geen prioriteit geeft

A = genoeg onderzoek gedaan in verleden of men is er nog mee bezig

B = primair een beleids- of praktijkprobleem; onderzoek voegt (nog) niets toe

C = andere thema's gaan hieraan vooraf/ligt besloten in andere thema's

D = beleidsmatig niet actueel

E = niet specifiek voor verzorgingshuissector

Twee thema's zijn geformuleerd op het gebied van samenwerking tussen verzorgingshuizen en andere zorgaanbieders: samenwerking met andere zorgaanbieders en de medische zorgverlening binnen het verzorgingshuis. De medische zorg wordt primair gezien als een praktijkprobleem (tabel 5.2 en 5.3). In januari 2001 wordt de medische zorg onderdeel van de AWBZ en er zijn kaders gesteld waarbinnen de zorg georganiseerd moet worden. Op korte termijn zal eerst vormgegeven moeten worden aan deze andere organisatie van de medische zorg. Onderzoek wordt daarom vooralsnog niet nodig geacht. Anders ligt het wat betreft de samenwerking met andere zorgaanbieders. Een ruime meerderheid van de geïnterviewden vindt onderzoek hiernaar de hoogste prioriteit hebben. Redenen zijn dat het bijdraagt tot de

onderbouwing van de waarde van verzorgingshuiszorg, het doelmatigheidswinst kan opleveren, en het beleidsrelevant is.

De inrichting van de zorg zal volgens geïnterviewden volgens zorgprogramma's gaan verlopen die de traditionele instellingszorg overschrijden. In paragraaf 3.5 is dit al aan de orde gekomen onder het thema 'capaciteit'. Voor het ten uitvoering brengen van dergelijke programma's is samenwerking tussen instellingen nodig. Onderzoek naar deze samenwerking wordt hoog geprioriteerd. De manier waarop de samenwerking gestalte krijgt is een invalshoek voor onderzoek. De volgende onderwerpen worden genoemd:

- Samenwerkingsmodellen. Welke vormen van samenwerking tussen instellingen zijn nodig om zorgprogramma's te realiseren? Welke besturingsmodellen zijn er voor ketenzorg?
- Knelpunten bij samenwerking. Wat zijn de succes- en faalfactoren bij de verschillende samenwerkingsmodellen die ontwikkeld worden. Als voorbeelden worden genoemd de culturen van de instellingen en de financiële afhandeling.

Daarnaast vinden veel geïnterviewden het wenselijk dat de effecten van de samenwerking worden geëvalueerd. Invalshoeken zijn:

- De meerwaarde van samenwerking. Voorbeelden van vragen zijn: wat is de zorginhoudelijke meerwaarde van samenwerking? Leidt samenwerking tot een betere doorstroming van personeel?
- De effecten voor de cliënt. Wat zijn de effecten van ketenzorg voor de cliënt in termen van bijvoorbeeld zelfredzaamheid, autonomie, kwaliteit van leven?
- (Mogelijke) negatieve effecten van samenwerking. Voorbeelden van vragen zijn: Wat zijn de gevolgen van samenwerking voor de keuzemogelijkheden van de cliënt?, Leidt samenwerking tot (te) veel extra managementtaken?, Met welke schaalgrootte is de kwaliteit van zorg nog beheersbaar?

Het laatste onderwerp dat onderzoek verdient betreft prestatie-indicatoren van samenwerking. Als er dergelijke indicatoren voor de kwaliteit van de samenwerking ontwikkeld worden, heeft men de mogelijkheid de samenwerking binnen de zorgprogramma's te evalueren en te monitoren.

Bij de open vraag naar overige thema's die hoge prioriteit genieten werd het volgende onderwerp genoemd:

- Onderzoek naar de sociale organisatie van intensieve zorg: Op welke manier kunnen mensen met elkaar diensten organiseren (los van de organisatie van het bedrijf waarin men werkt). Hoe kan men rondom mensen diensten verlenen (soms solo, soms samen)?

5.6 Conclusie

In het algemeen is er nog weinig onderzoek naar verzorgingshuiszorg in samenwerking met andere instellingen. Uit de deskundigenraadpleging blijkt dat er wel veel belang aan wordt gehecht. Het gaat daarbij met name om hoe dergelijke samenwerking eruit moet komen te zien en hoe dergelijke samenwerking gestimuleerd kan worden. Daarnaast gaat het om onderzoek naar de effecten van samenwerking en de kwaliteit van samenwerking.

6 ONDERZOEKSTHEMA'S MET BETREKKING TOT STRUCTUUR EN BELEID

6.1 Aandachtsgebieden bij de overheid en adviesorganen

Met betrekking tot structuur en beleid is een aantal aandachtsgebieden te onderscheiden: arbeidsmarktbeleid, informatievoorziening, modernisering AWBZ, persoonsgebonden budget, versterken positie zorgvragers en het gebruik van genees- en hulpmiddelen. Hieronder zullen deze onderwerpen achtereenvolgens worden beschreven.

Allereerst dient echter opmerking te worden gemaakt van de Meerjarenaafspraken Verpleging en Verzorging (VWS, 1998, 1999b). In het Regeerakkoord van 1998 is dit instrument geïntroduceerd. Alle bovengenoemde onderwerpen komen hierin aan de orde. Een aantal andere onderwerpen uit de Meerjarenaafspraken, zoals wachtlijstproblematiek en werkdruk is in voorgaande paragrafen reeds aan de orde gekomen.

Middels een sectorbreed overleg worden nieuwe ontwikkelingen in gemeenschappelijkheid besproken en worden keuzen gemaakt (Borst-Eilers en Vliegenthart, 1999). Enerzijds bieden de Meerjarenaafspraken een financieel perspectief waarin afspraken gemaakt worden over de in het Regeerakkoord toegekende financiële middelen te bereiken doelstellingen en prestaties. Anderzijds moeten de afspraken leiden tot een sectorbrede aanpak van knelpunten. In het najaarsakkoord Meerjarenaafspraken (VWS, 1998) worden boven sectorale onderwerpen, instrumentele onderwerpen en sectorspecifieke onderwerpen in veertig punten beschreven. Het voorjaarsakkoord Meerjarenaafspraken (VWS, 1999b) geeft een nadere uitwerking van deze punten.

Arbeidsmarktbeleid is dus een onderwerp binnen de Meerjarenaafspraken. Binnen de sector Verpleging en Verzorging is geconstateerd dat een toenemend kwantitatief en kwalitatief gebrek aan personeel een bedreiging kan vormen voor de continuïteit van de zorg (VWS, 1998). In december 1998 is een zorgbreed convenant gesloten voor een meerjarig, structureel en integraal arbeidsbeleid. Hierbij zijn de werkgevers en de werknemers in de zorgsector met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Arbeidsvoorziening Nederland gezamenlijk gekomen tot een meerjarig beleidskader 2000-2004. Doelstellingen die moeten worden gehaald zijn onder andere: terugdringen van een eventueel personeelstekort, intensivering opleiding en scholing, het in dienst nemen van herintreders, allochtonen, werklozen en arbeidsgehandicapten, terugdringen ziekteverzuim en WAO en het verbeteren van de regionale infrastructuur (VWS, 1999b).

Een volgend onderwerp met betrekking tot structuur en beleid, is eenduidige informatievoorziening. Door middel van een eenduidige informatievoorziening binnen de sector Verpleging en Verzorging kan transparantie worden bevorderd. In het voorjaarsakkoord Meerjarenaafspraken (1999b) worden een aantal mogelijkheden beschreven om te werken aan eenduidige informatievoorziening.

Een eerste mogelijkheid is monitoring, ofwel het verantwoorden van de inzet van middelen in relatie tot de gemaakte prestatie-afspraken. Doel is binnen de sector Verpleging en Verzorging te werken aan uniforme monitoringsystemen voor alle deelsectoren. Een aantal afspraken is hierover vastgelegd in het voorjaarsakkoord (VWS, 1999b): het komen tot een eenduidige systematiek voor het meten van zorgzwaarte, de realisering van een instrument om ontwikkelingen in de werkdruk te kunnen volgen en het herhalen van een scenariostudie op basis van het van Loveren onderzoek naar zorg voor medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Een tweede mogelijkheid is het komen tot een eenheid van taal in de sector Verpleging en Verzorging. De standaardisatie van begrippen en gegevens moet in de verpleeg- en verzorgingshuissector nog worden ontwikkeld. In het voorjaarsakkoord Meerjarenaafspraken (VWS, 1999b) wordt beschreven dat daarbij zoveel mogelijk gebruik zal worden gemaakt van bestaande productdefinities, zoals de BIO-formulierenet.

Een derde mogelijkheid om te werken aan eenduidige informatievoorziening is benchmarking. Door middel van benchmarking kan een vergelijking gemaakt worden tussen organisaties, met als oogmerk het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van hun bedrijfsvoering. Het kabinet heeft in 1998 opdracht gegeven aan een interdepartementale werkgroep onderzoek te doen naar de mogelijkheden van benchmarking in de AWBZ. In een brief aan de Tweede Kamer (Vliegthart, 1999d) wordt een reactie gegeven op het eindrapport van de interdepartementale werkgroep 'benchmarking in de AWBZ'. Een conclusie hierin is dat benchmarking in de sector verpleeg- en verzorgingshuizen in principe mogelijk is maar dat nog niet aan de randvoorwaarden is voldaan. Naar verwachting zal daaraan in 2001 worden voldaan. In het Voorjaarsakkoord Meerjarensafspraken (1999b) wordt een beschrijving gegeven van de fasen waarin een benchmark-model zal worden ontwikkeld voor de sector verpleeg- en verzorgingshuiszorg.

Een volgend onderwerp binnen structuur en beleid wat beschreven staat in de Meerjarensafspraken Verpleging en Verzorging is de modernisering AWBZ. In 'Zicht op zorg, plan van aanpak modernisering AWBZ' (Vliegthart, 1999a) wordt een uitwerking gegeven van de wijze waarop een omslag gemaakt kan worden van aanbod- naar vraaggerichte zorg. Een beschrijving wordt gegeven van de verdeling van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de gemoderniseerde AWBZ, het instrumentarium in de gemoderniseerde AWBZ en de bestuursorganen en toezicht.

Een belangrijk onderdeel van deze modernisering is de formulering van integrale aanspraken verpleging en verzorging. Er wordt toegewerkt naar een in flexibele termen omschreven integrale aanspraak op verpleging en verzorging. Dat wil zeggen dat er nog slechts één aanspraak op verpleging en verzorging in de AWBZ wordt opgenomen. De zorg die thans wordt geleverd door verzorgingshuizen maar ook verpleeghuiszorg en thuiszorg is dan niet langer bij uitsluiting verbonden aan de bestaande aanbieders (Vliegthart, 1998).

Een eerste stap hiertoe is gezet in de Overgangswet Verzorgingshuizen (Stb 1996, 476). Hierin is onder andere bepaald dat verzorgingshuiszorg per 1 januari 2001 als aanspraak wordt opgenomen in de AWBZ. Om dit te bewerkstelligen is een overgangperiode ingesteld. De Ziekenfondsraad (nu College Voor Zorgverzekeringen, CVZ) heeft in 1999 een eerste deelrapport uitgebracht ten aanzien van de inhoud van de toekomstige aanspraak verzorgingshuiszorg. Daarnaast heeft het COTG (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, nu: College Tarieven Gezondheidszorg, CTG) zich bezig gehouden met de formulering van beleidsregels voor bekostiging van verzorgingshuizen. Inmiddels is hierover een rapport verschenen (COTG, 1999). Hierbij moet worden bezien of deze bekostigingssystematiek kan worden afgestemd op de geformuleerde aanspraken verzorgingshuiszorg (VWS, 1999b). Het kabinet heeft ingestemd met een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) waarin wordt geregeld wat de inhoud en omvang van verzorgingshuiszorg is (gegeven de flexibilisering van de aanspraak Verpleging en Verzorging). De AMvB zal voor advies naar de Raad van State worden gezonden.

Een aandachtspunt in de modernisering AWBZ is de positie van de zorgkantoren. Bedoeling is dat het zorgkantoor directe verantwoordelijkheid krijgen voor de uitvoering van de AWBZ. De Ziekenfondsraad heeft in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport twee modaliteiten uitgewerkt ter realisering van de zorgkantoor-functie (Ziekenfondsraad, 1998a). In 'Zicht op zorg, plan van aanpak modernisering AWBZ' (Vliegthart, 1999a) wordt verder uitwerking gegeven aan de taken en bevoegdheden van het zorgkantoor.

Het persoonsgebonden budget (PGB) is een belangrijk instrument bij de ontwikkeling van vraaggerichte zorg. (VWS, 1999b). In 1998 heeft de Ziekenfondsraad op verzoek van de toenmalige staatssecretaris een uitvoeringstoets uitgebracht met betrekking tot de uitbreiding van het persoonsgebonden budget met verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg (Ziekenfondsraad, 1998b). De raad is van mening dat een uitbreiding van het PGB het verlenen van zorg op maat bevordert maar wijst op financiële gevolgen voor het eerste (AWBZ) en tweede compartiment (ziekttekostenverzekering). In het najaarsakkoord Meerjarensafspraken Verpleging en Verzorging (VWS, 1998) wordt gesteld dat de mogelijkheid van een introductie van PGB in de verpleeg- en verzorgingshuissector verder zal worden onderzocht.

Een vijfde onderwerp binnen structuur en beleid wat beschreven staat in de Meerjarenaafspraken is de versterking van de positie van de derde partij, ofwel de zorgvragers. De afgelopen jaren is hiertoe een aantal wetten tot stand gekomen: de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (1995), de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (1995) en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (1996). In de meerjarenaafspraken wordt de rol van de zorgvrager als participant in het hele proces naar vraaggestuurde gezondheidszorg benadrukt (Borst-Eilers en Vliegthart, 1999). Het doel is dat regionale patiënten- en consumentenorganisaties als volwaardige partij deel kunnen nemen aan de totstandkoming van regionaal zorgbeleid (VWS, 1999b).

Een zesde onderwerp is het gebruik van genees- en hulpmiddelen (zie ook paragraaf 5.2: medische zorg in verzorgingshuizen). Ouderen blijken in de praktijk grootverbruiker te zijn van geneesmiddelen. In Zorgnota 2000 (Borst-Eilers en Vliegthart, 1999) staat beschreven dat uit analyse is gebleken dat het meer gebruik maken van concurrentiemogelijkheden en een nauwkeurige beschouwing van het distributieproces van geneesmiddelen kan leiden tot een zuiniger gebruik en daarmee tot kostenbeheersing. Ook in het voorschrijfgedrag en deskundigheidsbevordering van artsen lijken besparingen mogelijk. In het voorjaarsakkoord Meerjarenaafspraken (VWS, 1999b) wordt gemeld dat er vier werkgroepen bezig zijn met de bestudering van mogelijkheden tot kostenbesparing in geneesmiddelengebruik van ouderen. Een speciaal punt daarbij is de vraag of kosten van geneesmiddelengebruik door bewoners van verzorgingshuizen wel of niet moeten worden opgenomen in de budgetten van die instellingen. Zoals in paragraaf 5.2 werd gemeld heeft Vliegthart de uitspraak gedaan dat de kosten van geneesmiddelen wel in de budgetten moeten worden opgenomen.

Een aan geneesmiddelen verwant thema is het gebruik van hulpmiddelen. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft IPSO FACTO opdracht gegeven een onderzoek te doen naar het gebruik van hulpmiddelen, de kosten en de financiering daarvan in verzorgingshuizen. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zal bezien worden op welke wijze gekomen kan worden tot een grotere doelmatigheid met betrekking tot het gebruik van hulpmiddelen. Ook hier speelt de vraag of hulpmiddelen in het budget van verzorgingshuizen moeten worden ondergebracht (VWS, 1999b).

6.2 Aandachtsgebieden vanuit de verzorgingshuissector

Ten aanzien van beleid en structuur op macroniveau zijn in grote lijnen vier aandachtsgebieden te onderscheiden in de sector verzorgingshuizen. Een eerste aandachtsgebied is de arbeidsmarkt. De aanspraken in de AWBZ is een tweede aandachtsgebied. Een derde is wetgeving. Het vierde aandachtsgebied is benchmarking. Hieronder worden deze aandachtsgebieden achtereenvolgens besproken.

Zowel Arcare nu en de WZF in het verleden zetten zich als werkgeversorganisatie in voor een kwantitatief en kwalitatief adequaat personeelsbestand. In 1998 is een specifieke versie van het instrument Zorgformat uitgebracht voor verzorgingshuizen. Zorgformat is een praktisch management instrument dat gericht is op een adequaat personeelsbeleid. In haar jaarplan voor 1999 geeft de WZF aan zicht te zullen richten op activiteiten ter uitvoering van de aanbevelingen in het rapport 'Zorg voor medewerkers' (van Loveren-Huybers en van Westerhoven, 1997). Een project in dit kader is het in beeld brengen van de werkdruk in verzorgingshuizen (WZF, 1998b).

Een tweede aandachtsgebied betreft de aanspraken binnen de AWBZ. In het jaarplan 1999 stelt de WZF dat de zorgvraag van cliënten nog steeds sterk voorzieningsgericht wordt aangeduid. De WZF maakt zich daarom sterk voor een integrale verstrekking verpleging en verzorging binnen de AWBZ met functioneel omschreven deelaanspraken (met en zonder verblijf). De vraag van de cliënt is hierbij het uitgangspunt. Een dergelijke bekostiging van de ouderenzorg zal het bieden van zorg op maat ondersteunen en verder stimuleren (WZF, 1998b).

In de toekomst streeft de WZF naar het gebruik van een uniforme functionele ordening in de ouderenzorg. Met andere woorden de termen waarin aanbod wordt beschreven door zorgaanbieders in de ouderenzorg, bij de indicatiestelling, en in de aanspraken van de AWBZ zouden overeenkomstig moeten zijn (WZF, 1998b).

Een derde aandachtsgebied binnen structuur en beleid is wetgeving. De WZF brengt de relevante wetgeving voor verzorgingshuizen in beeld en verstrekt hierover informatie aan instellingen. De WZF heeft in 1998 bijvoorbeeld meegewerkt aan een onderzoek naar de naleving van de Wet-Klacht-recht in verzorgings- en verpleeghuizen (WZF, 1999).

Een andere wet van toepassing op de sector verzorgingshuizen is de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ). Deze wet regelt onder andere dat elke zorgaanbieder een cliëntenraad in moet stellen (WZF, 1998b). In samenwerking met de LOC heeft de WZF in 1996 een viertal handreikingen uitgebracht die de ontwikkeling van medezeggenschap in verzorgingshuizen verder kan ondersteunen. In navolging van een door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geplande evaluatie van de WMCZ, noemt de WZF dat zij in 1999 samen met de LOC zal nagaan hoe de medezeggenschap van cliënten gestalte krijgt in verzorgingshuizen (WZF, 1998b).

In haar jaarplan voor 1999 meldt de WZF dat verzorgingshuizen mogelijk onder de reikwijdte van de Wet BOPZ worden gebracht. Deze Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen regelt de voorwaarden waaraan instellingen moeten voldoen om vrijheidsbepalende maatregelen te kunnen nemen voor mensen die tegen zichzelf beschermd moeten worden. De WZF informeert de verzorgingshuizen over de consequenties van deze wet (WZF, 1998b).

Een laatste aandachtsgebied is benchmarking. Dit is een instrument dat zich richt op verhoging van de kwaliteit en doelmatigheid van instellingen. De WZF zet zich in voor de ontwikkeling van een integraal benchmarkinstrument voor de sector Verpleging en Verzorging. In 1998 hebben de WZF en NVVZ opdracht gegeven tot een haalbaarheidsonderzoek aan de onderzoeksbureau's PriceWaterhouseCoopers en Berenschot BV. Afhankelijk van de resultaten van dit onderzoek meldt de WZF verder activiteiten te ondernemen op dit terrein (WZF, 1998b).

6.3 Samenvatting aandachtsgebieden

Uit de analyse van de beleidsstukken kunnen de volgende thema's gedestilleerd worden:

- arbeidsmarkt. Er wordt een toenemend tekort aan personeel geconstateerd waardoor de kwaliteit van de zorg onder druk komt te staan.
- versterken positie van de zorgvragers.
- transparantie en informatievoorziening. Door middel van een eenduidige informatievoorziening binnen de sector Verpleging en Verzorging kan de transparantie worden bevorderd.
- genees- en hulpmiddelen in verzorgingshuizen.
- modernisering AWBZ, waarin gestreefd wordt naar een integrale aanspraak op verpleging en verzorging.
- vraaggerichte zorg. De term 'vraaggerichte zorg' wordt vaak genoemd in beleidsdocumenten. Het beleid is er op gericht de zorg meer vraaggericht te laten zijn. Het aanbod zou beter afgestemd moeten zijn op de vraag.
- financiering. Een van de instrumenten om de zorg meer vraaggericht te laten worden is verandering in de financieringssystematiek.
- de rol of taken van de zorgkantoren bij het uitvoeren van de AWBZ.

6.4 Lopend onderzoek met betrekking tot structuur en beleid

Tabel 6.1 Aantal onderzoeken met betrekking tot structuur en beleid (N=62)

. evaluatie van beleid	20
. toekomst en prognoses	18
. overig	24

Onderzoek naar de structuur van de gezondheidszorg en het beleid ten aanzien van verzorgingshuiszorg betreft zowel onderzoek ter voorbereiding van beleid als ter evaluatie van reeds ingezet beleid. Ook de studies waarin toekomstscenario's en beroepskrachtenplanningen gemaakt worden vallen in deze paragraaf.

In het totaal vallen 62 onderzoeken binnen het thema structuur en beleid. Een groot deel van deze onderzoeken (ruim 40%) betreft de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden en zijn verspreid over alle drie de onderscheiden categorieën. De stichting OSA heeft veel onderzoeken geëntameerd naar de arbeidsmarkt van verpleegkundigen en verzorgenden. Het betreffen zowel evaluaties van beleid (zoals de invulling van Melkert-banen, de gevolgen van het persoonsgebonden budget voor de arbeidsmarktpositie van zorgverleners, effecten van afspraken tussen sociale partners op de instroom van allochtonen), als studies naar de (mogelijke) gevolgen van beleidsvoornemens (zoals de gevolgen van een belastingherziening op het arbeidsaanbod in de zorgsector). Ook worden de ontwikkelingen in de arbeidsmarkt onderzocht. De in- en uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden worden gemonitord via de jaarlijkse Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (Wiegers e.a., 1999) en 'Feiten over verpleging en verzorging in Nederland' (van der Windt, 1999). Daarnaast wordt onderzocht hoe men het aanbod aan arbeidskrachten kan vergroten (bijvoorbeeld instroom van herintreders, werklozen, WAO-ers, ouderen, beroepskeuze van jongeren).

Enkele onderzoeken betreffen de evaluatie van beleid. Voorbeelden zijn de evaluatie van de regeling Subsiëring Zorg op Maat Verpleging en Verzorging (Knippers e.a., 1997), de invloed van de wijziging Wet op de Bejaardenoorden op de intramurale gezondheidszorg (Bakker, 1997), de totstandkoming van regiovisies (bijvoorbeeld Wijngaarden e.a., 1999), de vorming van Regionale Indicatie Organen (Degen e.a., 1999), en het proces van invoeging van verzorgingshuizen in de AWBZ (van der Meer 1998; van der Meer e.a., 1998). Andere onderzoeken worden gedaan ter voorbereiding van eventueel nieuw beleid. Bijvoorbeeld onderzoek naar de mogelijke bijdrage van automatisering voor het maken van beleid (van de Donk, 1997) en naar het vrij besteedbaar inkomen van de bewoners van verzorgingshuizen (Ziekenfondsraad/CvZ).

Het maken van toekomstscenario's kan bijdragen tot nieuw beleid. Zo heeft de Sociaal Economische Raad toekomstige ontwikkelingen van het stelsel van de gezondheidszorg geschetst (Sociaal Economische Raad, 1999). In 1997 zijn er toekomstscenario's opgesteld voor de verpleging en verzorging (Boeije e.a., 1997). Momenteel is het Nivel bezig met het beschrijven van scenario's voor palliatieve zorg. Ook voor wat betreft de toekomstige financiering van de zorg zijn een aantal onderzoeken uitgevoerd zoals naar de mogelijkheden van privaat gefinancierde zorg en persoonsgebonden budgetten (Huisman e.a., 1996; Kerff, 1999; Roo e.a., 1997). Een ander voorbeeld betreft onderzoek naar wijzigingen in de financiering ter facilitering van transmurale zorg.

In de categorie 'overig' vinden we een diversiteit aan onderzoek zoals, onderzoek naar ethische aspecten van ouderenbeleid, de invloed van medisch-technische ontwikkelingen op de vraag naar arbeid, het imago van het verzorgingshuis, beeldvorming over verpleging en verzorging, ouderenzorg in het onderwijs.

6.5 Prioriteiten volgens deskundigen

Tabel 6.2 Prioriteitsstelling door deskundigen van de thema's gericht op structuur en beleid (N=19)

Thema ¹	geen prioriteit	wel belangrijk, geen hoogste prioriteit	hoge prioriteit	geen mening
4a: arbeidsmarkt	1	5	12	1
4b: versterken positie derde partij	5	7	5	2
4c: transparantie	3	6	9	1
4d: geneesmiddelen	6	8	4	1
4e: modernisering AWBZ	9	4	4	2
4f: zorgkantoren	6	6	6	1
4g: financiering	2	6	11	-
4h: vraaggerichte zorg	5	3	10	1
4i: zorgkloof	6	4	6	3

1. een beschrijving van de (mogelijke) inhoud van de thema's staat in bijlage 3.

Tabel 6.3 Redenen van een hoogste prioriteit, respectievelijk geen prioriteit meest geprioriteerde thema's (N=19)

Thema ¹	n	redenen hoogste prioriteit ²						n	redenen geen prioriteit ³				
		A	B	C	D	E	F		A	B	C	D	E
4a: arbeidsmarkt	12	11	-	-	-	6	-	1	-	-	1	-	-
4b: versterken positie derde partij	5	1	-	3	-	-	1	5	1	4	-	-	-
4c: transparantie	9	3	-	1	6	1	1	3	2	-	-	-	1
4d: geneesmiddelen	4	2	-	1	2	1	-	6	-	5	-	-	1
4e: modernisering AWBZ	4	4	-	-	1	-	-	9	2	6	-	-	1
4f: zorgkantoren	6	4	-	-	5	-	-	6	1	4	-	-	1
4g: financiering	11	8	-	1	2	2	-	2	1	1	-	-	1
4h: vraaggerichte zorg	10	2	-	3	-	1	5	5	1	2	2	-	-
4i: zorgkloof	6	5	1	-	-	-	-	6	1	4	2	-	-

1. een beschrijving van de (mogelijke) inhoud van de thema's staat in bijlage 3

2. n = aantal deskundigen dat thema de hoogste prioriteit geeft

A = beleidsrelevant

B = weinig over bekend of onvoldoende systematisch onderzoek

C = winst voor cliënt (bijv. in termen van kwaliteit van zorg of leven)

D = winst voor doelmatigheid

E = relevant voor praktijk/veld

F = goed voor onderbouwing van de waarde van verzorgingshuiszorg

3. n = aantal deskundigen dat thema geen prioriteit geeft

A = genoeg onderzoek gedaan in verleden of men is er nog mee bezig

B = primair een beleids- of praktijkprobleem; onderzoek voegt (nog) niets toe

C = andere thema's gaan hieraan vooraf/licht besloten in andere thema's

D = beleidsmatig niet actueel

E = niet specifiek voor verzorgingshuissector

Van de negen thema's die geformuleerd zijn binnen de structuur en het beleid van de gezondheidszorg met betrekking tot verzorgingshuiszorg (macro-niveau) worden drie thema's door de meerderheid van belang gevonden (tabel 6.2). De thema's betreffen de arbeidsmarkt, de financiering van de zorg en vraaggerichte zorg. De overige thema's worden door veel geïnterviewden primair als een beleidsprobleem gezien dat in de praktijk opgelost moet worden (tabel 6.3). Uitzondering vormt het thema 'transparantie', dat door negen geïnterviewden hoog geprioriteerd wordt en daardoor net geen meerderheid haalt. Omdat slechts drie geïnterviewden

helemaal geen prioriteit geven aan dit thema, verdient het toch een vermelding. Onderzoek naar transparantie kan volgens de geïnterviewden de doelmatigheid van de zorg verhogen. Daarbij is vooral behoefte aan de ontwikkeling van een eenheid van taal en standaardisering van de begrippen en de gegevens binnen de sector verpleging en verzorging.

Nu zal nader ingegaan worden op de drie thema's die door de meerderheid hoog geprioriteerd worden. Het eerste thema betreft de arbeidsmarkt. Dit thema wordt vooral gezien als beleidsrelevant en belangrijk voor de mensen in het veld. De mensen die het wel belangrijk vinden maar er geen hoogste prioriteit aangeven vinden dat er al genoeg onderzoek op dit thema verricht wordt. Mogelijke onderwerpen voor onderzoek zijn:

- Een inventariserende studie naar de resultaten van het tot nog toe gedane onderzoek.
- De aantrekkingskracht van het werk. Hoe kan het werk in de zorg uitdagender gemaakt worden opdat personeel behouden blijft en er een wervend effect is op potentieel nieuw personeel? Daarbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld nieuwe organisatievormen.
- Benodigde deskundigheden. Welke deskundigheden zijn nodig in de verzorgingshuiszorg? Is er behoefte aan specialisaties? Welke aanvullende opleidingen zijn nodig voor het personeel in de sector als gevolg van de veranderingen in het zorgaanbod en de zorgvraag?
- Het opleidingsstelsel. Sluit het nieuwe opleidingsstelsel aan bij de behoeften van verzorgingshuizen? Wordt bijvoorbeeld voldoende aandacht besteed aan protocollair werken, samenwerkingsvaardigheden en andere vaardigheden die in de veranderende ouderenzorg nodig zijn? En in hoeverre verliest men door het nieuwe opleidingsstelsel potentiële arbeidskrachten (bijvoorbeeld mensen die een sterke voorkeur hebben voor een combinatie van leren en werken)?
- Scenariostudies naar de relatie tussen de zorgvraag, het systeem van ouderenzorg, en het aanbod aan arbeidskrachten. In dergelijke scenariostudies zou de invloed van allerlei parameters bekeken kunnen worden op de vraag naar zorg, het systeem van zorg, en het aanbod aan arbeidskrachten.

Het tweede thema dat veel mensen prioriteren is onderzoek naar de financiering van de zorg, waarbij men vooral wijst op de beleidsrelevantie van het onderwerp. Twee invalshoeken voor onderzoek worden daarbij vooral genoemd:

- Hoe kan de omslag gemaakt worden van een instellingsgebonden financiering naar een productgerichte bekostiging? Voordat een dergelijke omslag gemaakt kan worden moet er een eenheid in taal zijn. Zorgzwaartes moeten worden gedefinieerd en productdefinities bepaald. Draagt de nieuwe systematiek bij tot een grotere transparantie, betere mogelijkheden tot sturing, een meer flexibele aanbod en meer vraaggerichte zorg?
- Onderzoek naar de mogelijkheden en grenzen van privaat gefinancierde zorg. Vragen die daarbij gesteld kunnen worden zijn: Moet privaat gefinancierde zorg aanvullend of vervangend zijn? Is het toegestaan dat mensen met geld meer zorg krijgen dan anderen?, Brengt private financiering een tweedeling in de zorg ?, Hoe kunnen private middelen ten gunste komen van het collectief?

Het derde thema betreft 'vraaggerichte zorg'. Onderzoek naar dit thema kan bijdragen tot een onderbouwing van de waarde van verzorgingshuiszorg en cliënten kunnen er baat bij hebben. Het thema 'vraaggerichte zorg' is in de vorige hoofdstukken ook herhaaldelijk genoemd. In het paragraaf over de vraag naar verzorgingshuiszorg (paragraaf 3.4) speelt het concept vraaggerichte zorg een centrale rol bij het bepalen van de vraag. In de zorg die op het niveau van het verzorgingshuis gegeven wordt staat wederom de afstemming van het aanbod op de vraag op de prioriteitenlijst (paragraaf 4.4). Het is dan ook niet verwonderlijk dat het belang van dit thema op macro-niveau eveneens benadrukt wordt. Vragen die daarbij gesteld worden zijn:

- Hoe moet vraaggerichte zorg op macroniveau worden vormgegeven? Het gaat hierbij om de wijze waarop het concept 'vraaggerichte zorg' gerealiseerd wordt, alsmede de voorwaarden-scheppende zaken die een bijdrage kunnen leveren aan het tot stand komen van die realisering. Bij de realisering kan men bijvoorbeeld de vraag stellen of uitgegaan moet worden van het individu of van groepen van individuen waarvoor zorgprogramma's

ontwikkeld worden. Bij de voorwaarden gaat het om de vraag wat op macro-niveau het tot stand komen van vraaggerichte zorg kan belemmeren en faciliteren.

- Wat zijn de grenzen van vraaggerichte zorg. Het betreft hier vooral een ethische vraag. Hoe ver moet men tegemoet komen aan de wensen van de cliënten? Moet men bijvoorbeeld alle gewenste zorg verstrekken, mits de cliënt het betaalt?

De oproep via het CareInfoNet en Arcade leverde één reactie op die aansluit bij het thema arbeidsmarkt. Het betreft de suggestie om de haalbaarheid van een maatschappelijke dienstplicht onder jongeren te onderzoeken.

6.6 Conclusie

Van de negen thema's die geformuleerd zijn binnen de structuur en het beleid van de gezondheidszorg met betrekking tot verzorgingshuiszorg (macro-niveau) worden drie thema's door de meerderheid van belang gevonden. De thema's betreffen de arbeidsmarkt, de financiering van de zorg en vraaggerichte zorg.

Ondanks dat er veel onderzoek gedaan is naar de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden, vindt men dat dit thema meer onderzoek verdient. Het heeft ook een hoge beleidsprioriteit.

Het tweede thema dat veel mensen prioriteren is onderzoek naar de financiering van de zorg. Met name onderzoek naar een productgerichte bekostigingssystematiek en de mogelijkheden van privaat gefinancierde zorg wordt genoemd. Als er zorgprogramma's ontwikkeld worden in samenwerking met andere zorgaanbieders dan past de huidige instellingsgebonden financiering daar minder goed bij.

Het thema 'vraaggerichte zorg' speelt op alle gebieden een centrale rol (zie ook hoofdstuk 3, 4 en 5): hoe kan de vraag vanuit de cliënt beschreven worden (in plaats van in termen van zorgaanbod). Op macro-niveau gaat het daarbij om de vraag hoe het concept vraaggerichte zorg in praktijk gestalte krijgt en welke voorwaarden-scheppende activiteiten daarbij een bijdrage kunnen leveren.

7 CONCLUSIE

Dit onderzoek heeft als doel prioriteiten aan te geven voor onderzoek naar verzorgingshuiszorg. Najaar 1999 gaf het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport opdracht aan het Nivel mogelijke prioriteiten voor onderzoek aan te geven. De prioriteiten zijn gebaseerd op interviews met negentien deskundigen op het gebied van verzorgingshuiszorg, alsmede een oproep aan het veld om prioriteiten aan te melden. Op deze oproep kwamen vier reacties. In dit hoofdstuk worden de prioriteiten samengevat. Daaruit blijkt dat verzorgingshuiszorg niet (meer) als een geïsoleerd zorgproduct gezien kan worden maar als schakel in de gehele keten van verpleging en verzorging. Tevens wordt ingegaan op verschillen met de prioritering zoals die in 1997 is gemaakt voor het onderzoek in de verpleeghuiszorg (de Veer en Kerkstra, 1997).

7.1 Overwegingen bij de prioritering

De verzorgingshuiszorg is momenteel onderhevig aan veel veranderingen. Was voorheen duidelijk wat verzorgingshuiszorg was, namelijk zorg gegeven in een verzorgingshuis, momenteel is de inhoud van het concept verzorgingshuiszorg diffuus. Doordat verzorgingshuizen ook extramuraal zorg geven is onduidelijker wat het onderscheid is met de zorg van thuiszorginstellingen. Steeds vaker kunnen bewoners die verpleeghuiszorg behoeven in het verzorgingshuis blijven, waar men voorheen naar een verpleeghuis ging. De vernieuwingen in de AWBZ die momenteel doorgevoerd worden, gaan gepaard met een herbezinning op de inhoud van de verschillende typen verpleging en verzorging. Deze periode van herbezinning heeft een duidelijke weerslag op de wijze waarop de deskundigen hebben geprioriteerd. Veel geïnterviewden merkten op dat verzorgingshuiszorg niet (meer) geïsoleerd gezien kan worden en dat bij de prioritering het gehele gebied van AWBZ-gefinancierde verpleging en verzorging in ogenschouw genomen moet worden. Dat betekent niet dat daarmee het product verzorgingshuiszorg verdwijnt. Opgemerkt wordt dat juist nu, in deze periode van veranderingen, het belangrijk is dat onderzocht wordt wat de (meer)waarde is verzorgingshuiszorg.

Deskundigen hebben vooral twee redenen om een thema hoog te prioriteren:

- de beleidsrelevantie van het thema. Men geeft het thema een hoge onderzoeksprioriteit omdat het de laatste tijd een veel besproken onderwerp is. Hiernaar werd verwezen bij 46% van de hoog geprioriteerde thema's.
- de bijdrage die onderzoek kan leveren aan het aantonen van de waarde van verzorgingshuiszorg als onderdeel van de keten van thuiszorg naar verpleeghuiszorg. In een kwart (25%) van de hoog geprioriteerde thema's speelde deze overweging een rol.

Minder vaak, maar toch nog bij één op elke zes hoog geprioriteerde thema's, wordt verwezen naar de winst die de cliënt kan hebben bij dergelijk onderzoek (in termen van kwaliteit van zorg of kwaliteit van leven), de doelmatigheidswinst die te behalen is, of de relevantie voor de praktijk. De overweging dat er nog weinig over het thema bekend is of dat er onvoldoende systematisch onderzoek is verricht speelt nauwelijks een rol bij de prioritering (9%).

Ook als een thema geen prioriteit kreeg is gevraagd naar de overwegingen van de deskundige. Twee overwegingen spelen hierbij hoofdzakelijk een rol:

- de thematiek wordt primair gezien als een beleids- of praktijkprobleem. Onderzoek voegt daar niets aan toe. Deze overweging wordt bij de helft (50%) van de niet geprioriteerde thema's genoemd.
- er is al voldoende onderzoek naar dit thema gedaan of er wordt momenteel voldoende onderzoek naar gedaan (41%).

7.2 Prioriteiten in verzorgingshuiszorgonderzoek

7.2.1 De vraag naar verzorgingshuiszorg

De vraag naar verzorgingshuiszorg betreft de huidige en toekomstige behoefte aan verzorgingshuiszorg gezien vanuit de situatie en het perspectief van de patiënt. Informatie over de vraag naar verzorgingshuiszorg moet worden gezien in de totale vraag naar verpleging en verzorging en kan gebruikt worden bij de planning van de benodigde voorzieningen en bij de gewenste structuur van de gezondheidszorg. Kennis over de vraag is nodig om het zorgaanbod daarop af te kunnen stemmen. Uit de deskundigenraadpleging blijkt dat onderzoek naar de vraag naar verpleging en verzorging grote prioriteit geniet. Het betreft dan vooral de thema's omvang en aard van de zorgvraag, de indicatiestelling en de benodigde capaciteit aan zorg.

Omvang en aard van de zorgvraag en determinanten daarvan

In het kader van de tekorten aan arbeidskrachten, de lange wachtlijsten, en de modernisering van de AWBZ is er behoefte aan een beter inzicht in de vraag naar zorg. Kennis over de omvang van de zorgvraag en over het soort zorg dat mensen wensen kan gebruikt worden voor het opstellen van zorgprogramma's. In een dergelijk onderzoek moet niet alleen gekeken worden naar de aard en omvang van de zorgvraag maar ook naar kenmerken die daarmee samenhangen. Kennis over determinanten van de zorgvraag kan gebruikt worden bij het opstellen van toekomstscenario's over hoe de zorgvraag zich gaat ontwikkelen. Ook kan dergelijke informatie gebruikt worden bij het maken van beleid. Bij dit type onderzoek gaat het in eerste instantie om het vaststellen van de vraag naar (AWBZ gerelateerde) verpleging en verzorging.

Als men zicht heeft in de aard van de zorgvraag kan vervolgens de vraag gesteld worden welke rol het verzorgingshuis daarin kan spelen. Het gaat daarbij om de vraag voor wie verzorgingshuiszorg een meerwaarde heeft. Vanwege de veranderende taak en functie van verzorgingshuizen is het van belang inzicht te krijgen in het specifieke van verzorgingshuiszorg.

Indicatiestelling en zorgtoewijzing

Naar de nieuwe manier van indicatiestelling wordt al wat onderzoek gedaan. Toch vindt een meerderheid dat daarbij een aantal onderwerpen onvoldoende aan bod komt. Daarbij worden de volgende invalshoeken genoemd:

- Evaluatie-onderzoek naar de huidige manier van indicatiestellen en toewijzen van zorg. Vragen die daarbij gesteld kunnen worden zijn: In hoeverre is de huidige praktijk van indicatiestellen integraal, objectief en onafhankelijk?, Waar liggen knelpunten?, Hoe tevreden zijn de cliënten?, Sluit de uiteindelijke indicatie aan bij de behoefte van de cliënt?, Wat is de relatie tussen zorgzwaarte en gestelde indicatie? Hoe gebeurt de zorgtoewijzing?
- Onderzoek waarin gekeken wordt hoe de indicatiestelling in de toekomst eruit moet zijn. Als voorbeelden worden genoemd: Hoe kan de zorg meer productgericht worden omschreven?, Hoe kan de wens van cliënten en mantelzorgers tot uitdrukking worden gebracht in de indicatiestelling?, Is een gecombineerde indicatiestelling voor GGZ en Verpleging en Verzorging wenselijk en zo ja, hoe moet die dan worden vormgegeven?
- Onderzoek naar objectieve en uniforme protocollen voor het stellen van indicaties en voor de toewijzing van zorg. Daarnaast zou onderzoek gedaan kunnen worden naar de huidige gedragsregels bij het maken van keuzen bij schaarste om van daaruit landelijk geldende gedragsregels of protocollen te ontwikkelen (hoe moeten keuzes gemaakt worden bij schaarste van zorgaanbod).
- Onderzoek naar wachtlijstproblematiek. Schuilt er een gevaar in een korte wachtlijst? Met andere woorden: Is het zinvol als ouderen snel een plaats krijgen in het verzorgingshuis? Gesuggereerd wordt dat men een minimale wachttijd nodig heeft om zich mentaal voor te bereiden op zo'n ingrijpende verhuizing.

Capaciteitsonderzoek

Dit onderzoek wordt gezien als een vervolgstap op het onderzoek naar de aard en omvang van de vraag naar verpleging en verzorging (zie hierboven). Als er inzicht is in de aard en omvang van de vraag, wat betekent dat dan voor het zorgaanbod? Welke zorgprogramma's moeten

ontwikkeld worden, waarbij de gehele zorgketen van thuiszorg tot verpleeghuiszorg betrokken moet worden? Welke doelgroepen (bijv. naar zorgvraag of diagnose-categorie) kunnen worden onderscheiden waarvoor de zorgprogramma's ontwikkeld worden? Kunnen zorgprogramma's zodanig vormgegeven worden dat cliënten hun gehele 'zorgcarrière' binnen hetzelfde programma kunnen blijven? Bij de te ontwikkelen zorgprogramma's kan men over de grenzen van de (verschillende sectoren binnen de) AWBZ heengaan en er bijvoorbeeld riagg's, huisartsen en ziekenhuizen bij betrekken. Als dergelijke programma's ontwikkeld worden kan men ook de vraag stellen wat de gevolgen zijn voor de benodigde kwantiteit en kwaliteit van het personeel. Een tweede type onderzoek binnen het thema 'capaciteit' betreft de ontwikkeling van een objectieve verdeelsystematiek van de beschikbare middelen over de instellingen. Welke parameters zijn nodig voor een objectieve verdeelsystematiek?

7.2.2 Het aanbod van verzorgingshuiszorg

Binnen dit thema valt het aanbod aan zorg dat door een verzorgingshuis geleverd wordt. Het zorgaanbod dat verzorgingshuizen bieden in samenwerking met andere zorgaanbieders komt in paragraaf 7.2.3 aan de orde. Drie aspecten binnen het aanbod worden als aandachtspunt voor onderzoek genoemd: extra- en semimurale zorg, de afstemming van het aanbod op de vraag van de cliënt, en de zorg voor specifieke groepen.

Extra- en semimurale zorg

Verzorgingshuizen zijn de laatste jaren steeds meer extra- en semimurale zorg gaan bieden. Er blijkt nog veel onduidelijkheid over de inhoud van de zorg, alsmede de waarde die de zorg heeft in termen van effectiviteit, doelmatigheid en vraaggerichtheid. Extra- en semimurale zorg is dan ook het thema dat het meest frequent geprioriteerd wordt. Ook hier wordt opgemerkt dat extra- en semimurale zorg niet als losse schakel gezien moet worden maar als onderdeel van de zorgprogramma's die ontwikkeld worden samen met andere aanbieders van verpleging en verzorging.

Allereerst blijkt er een grote verscheidenheid aan manieren waarop semi- en extramurale zorg gegeven wordt. Hierdoor bestaat onduidelijkheid over wat dergelijke zorg concreet inhoudt. Onderzoek zou hierin meer helderheid kunnen scheppen. Daarbij gaat het niet alleen om de vraag wat extra- of semimurale zorg precies inhoudt, maar ook om de meerwaarde als deze zorg gegeven wordt door een verzorgingshuis (bijvoorbeeld in vergelijking met zorg gegeven door een thuiszorginstelling).

Door intramurale capaciteit om te zetten in extra- en semimurale capaciteit zouden meer mensen met dezelfde middelen geholpen kunnen worden. Dit is tenminste in theorie zo. Maar worden er in de praktijk ook meer mensen geholpen? Evaluatie-onderzoek zou hier uitsluitsel over kunnen geven. Inzicht zou verkregen kunnen worden in knelpunten die verhinderen dat het beleid niet het gewenste effect heeft.

Een andere invalshoek voor onderzoek is het zo lang mogelijk thuis laten wonen van ouderen. Welke (aard en hoeveelheid) zorg is nodig om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen? En welke rol kan het verzorgingshuis daarin spelen? Daarbij moet expliciet rekening gehouden worden met de mantelzorgers. Als men in de eigen omgeving blijft wonen, wordt vaker een beroep gedaan op de mantelzorg. Onderzocht zou moeten worden welke inzet van de mantelzorg gevraagd wordt en kan worden bij extra- en semimurale zorg.

De laatste invalshoek voor onderzoek betreft de vergelijking van verschillende typen zorgaanbod wat betreft kosten en effectiviteit. Er komt een steeds grotere diversiteit aan zorgaanbod. Onderzoek naar de relatie tussen enerzijds kosten en anderzijds effectiviteit in termen van bijvoorbeeld winst op het terrein van ADL/HDL, morbiditeit of winst wat betreft kwaliteit van leven van de verschillende soorten zorgaanbod voor specifieke groepen cliënten is nodig om verantwoorde keuzes te maken. Hierdoor kan per doelgroep een beeld ontstaan welke zorg het meest kosteneffectief is.

Afstemming van het zorgaanbod op de vraag van cliënten

Centrale vragen binnen dit thema betreffen de wijze waarop het verzorgingshuis de zorg moet organiseren opdat het aanbod meer vraaggericht wordt, de wijze waarop de invloed van de cliënt op de zorg vergroot wordt, en de ethische dilemma's van vraaggerichte zorg.

Binnen het onderzoek naar de organisatie van de zorg gaat het om vragen zoals hoe kan men uitgaande van de vraag de zorg organiseren, wat zijn daarbij de knelpunten, en hoe kan men tot een betere inzet van mensen en middelen per cliënt komen?

Bij onderzoek naar de wijze waarop cliënten invloed kunnen uitoefenen op hun zorg kan men denken aan wat er nodig is om cliënten op een laagdrempelige manier meer inspraak te geven. Voorbeelden van vragen die betrekking hebben op ethische dilemma's zijn: Voor welke dilemma's komt men te staan als er zowel privaat als publiek gefinancierde zorg geboden wordt?, Welke argumenten zijn er om het aanbod niet (volledig) af te stemmen op de vraag van de cliënt?, en Wat moet er gebeuren als er een goedkoper alternatief is (zoals opname) voor de door de cliënt gewenste zorg?

Zorg voor specifieke groepen

Vooral allochtonen, verstandelijk gehandicapten en ouderen met psychiatrische problematiek worden daarbij als relevante groepen genoemd. Daarnaast wordt gewezen op de steeds ouder wordende dak- en thuislozen en drugsgebruikers. Het gaat daarbij om het in kaart brengen van de zorgbehoeften en zorgvragen van deze groepen, de wijze waarop aan de zorgvraag tegemoet gekomen kan worden, de eisen die dat stelt aan de organisatie van de zorg (in termen van wet- en regelgeving, financiering, personeel), en welk zorgaanbod (waarbij breder gekeken wordt dan zorg door het verzorgingshuis) het meest kosteneffectief is.

De bijdrage van verzorgingshuiszorg aan de kwaliteit van leven

Door meerdere deskundigen wordt in de open vraag gewezen op het belang van kennis over hoe zorg bij kan dragen tot de kwaliteit van leven van bewoners. Het gaat daarbij om het omgaan met zingeving en verwerkingsproblematiek, sociale contacten tussen bewoners en eenzaamheid, en de invloed die bewoners (kunnen) uitoefenen op hun leefsituatie. Opmerkelijk is dat het thema 'kwaliteit van leven' in de vragenlijst als apart thema was opgenomen maar door de meeste deskundigen niet de hoogste prioriteit wordt gegeven. Dit heeft vooral te maken met de wijze waarop het thema in de vragenlijst is beschreven: onderzoek naar de inhoud van het begrip, ontwikkeling van een meetinstrument, en onderzoek naar hoe men het de kwaliteit van leven in verzorgingshuizen ervaart. Enkele geïnterviewden vinden dit thema belangrijk in het kader van het ontwikkelen van indicatoren voor kwaliteit van zorg en benchmarking. De meesten vinden het thema echter vooral belangrijk als op een meer kwalitatieve manier wordt gekeken naar de bijdrage van de zorg aan de kwaliteit van leven.

Een aantal deskundigen noemt onderzoeksthema's met een hoge prioriteit die niet direct in bovengenoemde thema's vallen, zoals de rol van familieleden in het verzorgingshuis en hun behoefte aan ondersteuning en (de omgang met) gedragsproblemen van bewoners.

7.2.3 Verzorgingshuiszorg in samenwerking met andere zorgaanbieders

De laatste jaren wordt samenwerking met andere zorgaanbieders steeds belangrijker. Onderzoek naar deze samenwerking is gewenst en spitst zich toe op samenwerking in de verpleging en verzorging. Men verwacht in de toekomst dat er steeds meer zorgprogramma's voor doelgroepen ontwikkeld worden. Deze zorgprogramma's kunnen allerlei vormen van verpleging en verzorging bevatten. Voor het ten uitvoering brengen van dergelijke programma's is samenwerking tussen instellingen nodig.

Samenwerking op het gebied van verpleging en verzorging

De inrichting van de zorg zal volgens geïnterviewden volgens zorgprogramma's gaan verlopen die de traditionele instellingszorg overschrijden. De manier waarop de samenwerking gestalte krijgt is een invalshoek voor onderzoek. Onderzocht zou moeten worden welke samenwerkingsmodellen geschikt zijn om zorgprogramma's te realiseren. Daarnaast moet aandacht besteed worden aan succes- en faalfactoren van samenwerking. Het is wenselijk dat de effecten van de samenwerking worden geëvalueerd. Daarbij kan gekeken worden of samenwerking een meerwaarde heeft voor de zorginhoud, voor de cliënt (bijvoorbeeld in termen van zelfredzaamheid, autonomie, kwaliteit van leven, keuzemogelijkheden) en voor het personeel (bijvoorbeeld in termen van doorstroming, vereiste kwalificaties, hoeveelheid management).

7.2.4 Structuur en beleid

Van de negen thema's die geformuleerd zijn binnen de structuur en het beleid van de gezondheidszorg (macro-niveau) worden drie thema's door de meerderheid van belang gevonden. De thema's betreffen de arbeidsmarkt, de financiering van de zorg en vraaggerichte zorg.

Arbeidsmarkt

Dit thema wordt vooral gezien als beleidsrelevant en belangrijk voor de mensen in het veld. Ook hier zien we weer dat dit thema veelal betrekking heeft op de gehele sector verpleging en verzorging. Als mogelijke onderwerpen voor onderzoek worden genoemd:

- Een inventariserende studie naar de resultaten van het tot nog toe gedane onderzoek.
- De aantrekkingskracht van het werk. Hoe kan het werk in de zorg uitdagender gemaakt worden opdat personeel behouden blijft en er een wervend effect is op potentieel nieuw personeel? Daarbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld nieuwe organisatievormen.
- Benodigde deskundigheden. Is er behoefte aan specialisaties? Welke aanvullende opleidingen zijn nodig voor het personeel in de sector als gevolg van de veranderingen in het zorgaanbod en de zorgvraag? Welke deskundigheden zijn nodig in de verzorgingshuiszorg?
- Het opleidingsstelsel. In hoeverre verliest men door het nieuwe opleidingsstelsel potentiële arbeidskrachten (bijvoorbeeld mensen die een sterke voorkeur hebben voor een combinatie van leren en werken)? Sluit het nieuwe opleidingsstelsel aan bij de behoeften van verzorgingshuizen? Wordt bijvoorbeeld voldoende aandacht besteed aan protocollair werken, samenwerkingsvaardigheden en andere vaardigheden die in de veranderende ouderenzorg nodig zijn?
- Scenariostudies naar de relatie tussen de zorgvraag, het systeem van ouderenzorg, en het aanbod aan arbeidskrachten. In deze scenariostudies zou de invloed van allerlei parameters bekeken kunnen worden op de vraag naar zorg, het systeem van zorg, en het aanbod aan arbeidskrachten.

Financiering

Het tweede thema dat veel mensen prioriteren is onderzoek naar de financiering van de zorg, waarbij men vooral wijst op de beleidsrelevantie van het onderwerp. Twee subthema's worden daarbij genoemd: de overgang naar een productgerichte bekostigingssystematiek en de mogelijkheden van privaat gefinancierde zorg. Als er zorgprogramma's ontwikkeld worden in samenwerking met andere zorgaanbieders dan past de huidige instellingsgebonden financiering daar minder goed bij. Onderzocht zou kunnen worden hoe een productgerichte financiering eruit moet zien en hoe een overgang hiernaar gemaakt kan worden. Draagt de nieuwe systematiek bij tot een grotere transparantie, betere mogelijkheden tot sturing, een meer flexibele aanbod, en meer vraaggerichte zorg?

Het tweede subthema betreft de mogelijkheden en grenzen van privaat gefinancierde zorg.

Vragen die daarbij gesteld kunnen worden zijn: Moet privaat gefinancierde zorg aanvullend of vervangend zijn? Is het toegestaan dat mensen met geld meer zorg krijgen dan anderen?, Brengt private financiering een tweedeling in de zorg ?, Hoe kunnen private middelen ten gunste komen van het collectief?

Vraaggerichte zorg

Het thema 'vraaggerichte zorg' speelt op alle gebieden een centrale rol: hoe kan de vraag vanuit de cliënt beschreven worden (in plaats van in termen van zorgaanbod), hoe kan het verzorgingshuis de zorg organiseren opdat deze beter aansluit bij de behoeften van elk individu, en hoe kan vraaggerichte zorg op macroniveau worden vormgegeven? Het gaat hierbij om de wijze waarop het concept 'vraaggerichte zorg' gerealiseerd wordt, alsmede de voorwaarden-scheppende zaken die een bijdrage kunnen leveren aan het tot stand komen van die realisering. Op macro-niveau kan ook de vraag gesteld worden naar de grenzen van vraaggerichte zorg. Hoe ver moet men tegemoet komen aan de wensen van de cliënten en moet men alle gewenste zorg verstrekken?

7.2.5 Meetinstrumenten en informatiesystemen

In de interviews is een aantal prioriteiten genoemd die betrekking hadden op de ontwikkeling van een meetinstrument of de ontwikkeling van een informatiesysteem ten behoeve van nader onderzoek. De volgende suggesties worden hierover genoemd:

- De ontwikkeling van een uniform registratienetwerk opdat op landelijk niveau eenduidige informatie verkregen wordt over de zorgvraag en zorgtoewijzing. Als alle zorgvragen en -toewijzingen volgens eenzelfde systematiek geregistreerd worden en de informatie in een landelijke databank verzameld wordt dan biedt dat waardevolle informatie voor het beleid.
- Meetinstrument(en) om de effectiviteit en de kosten van een zorgprogramma in kaart te brengen. In de toekomst zullen steeds vaker zorgprogramma's ontwikkeld worden voor specifieke doelgroepen. Deze zorgprogramma's worden doorgaans verzorgd door meerdere instellingen. Dergelijke programma's zouden geëvalueerd moeten worden in termen van kosten en effectiviteit zoals blijkt uit ADL/HDL, morbiditeit of winst wat betreft kwaliteit van leven. Hierdoor kan per doelgroep een beeld ontstaan welke zorg het meest kosteneffectief is. Omdat dergelijke typen zorgaanbod instellingsoverschrijdend zijn, moet gekeken worden of er meetinstrumenten zijn die geschikt zijn voor dergelijk onderzoek. Als deze meetinstrumenten er niet zijn moeten ze eerst ontwikkeld worden.
- De ontwikkeling van prestatie-indicatoren van samenwerking. Als dergelijke indicatoren voor de kwaliteit van de samenwerking ontwikkeld worden, heeft men de mogelijkheid de samenwerking binnen de zorgprogramma's te evalueren en te monitoren.
- De ontwikkeling van een eenheid van taal en standaardisering van de begrippen en de gegevens binnen de sector verpleging en verzorging. Dit is belangrijk met het oog op te ontwikkelen indicatoren voor kwaliteit van zorg en benchmarking.

7.3 Vergelijking met de prioriteiten in de verpleeghuiszorg (1997)

Als we kijken welke overwegingen gemaakt worden bij het kiezen van prioriteiten in de verzorgingshuis- en de verpleeghuissector dan valt op dat geprioriteerd wordt vanuit verschillende invalshoeken. Belangrijkste overwegingen die deskundigen hadden bij het geven van een hoge prioriteit in het verpleeghuiszorgonderzoek waren (de Veer en Kerkstra, 1997): de te behalen winst wat betreft kwaliteit van zorg en leven, het feit dat er nog weinig bekend is over het thema, en de beleidsrelevantie van het thema. Bij de prioritering van het onderzoek naar verzorgingshuiszorg speelt alleen de laatstgenoemde overweging, de beleidsrelevantie, een prominente rol. Daarnaast wordt in het huidige onderzoek veelvuldig gewezen op het belang van onderzoek voor de waarde van verzorgingshuiszorg.

Ook de prioritering vertoont verschillen. In het studie naar het verpleeghuiszorgonderzoek werd geconcludeerd dat er veel prioriteit ligt bij zorginhoudelijk onderzoek. Daarbij zou vooral prioriteit gegeven moeten worden aan de effecten van behandeling en zorgfuncties. In de huidige studie krijgt dit onderwerp een minder centrale plaats.

Een centrale plaats in het verzorgingshuiszorgonderzoek zou de vraag naar verpleging en verzorging moeten krijgen. De omvang en aard van de zorgvraag, de indicatiestelling en zorgtoewijzing, alsmede capaciteitsonderzoek worden belangrijk geacht. Daarbij gaat het om de vraag naar verpleging en verzorging in het algemeen. Ook in het verpleeghuiszorg wordt capaciteitsonderzoek, gezien de lange wachtlijsten en toenemende vraag, hoog geprioriteerd. Daarnaast wordt onderzoek naar het beloop van ziekten en aandoeningen in het verpleeghuis belangrijk gevonden omdat daar nog weinig over bekend is.

Voor wat betreft het aanbod aan zorg dat verzorgingshuizen leveren (meso-niveau) is er behoefte aan onderzoek naar extra- en semimurale zorg. Ook wordt onderzoek naar de manier waarop een verzorgingshuis het aanbod beter kan afstemmen op de individuele vraag en onderzoek naar de zorgbehoeften en mogelijkheden voor zorgaanbod van specifieke groepen geprioriteerd. Ten slotte is er behoefte aan onderzoek naar hoe de zorg in het verzorgingshuis kan bijdragen tot een goede kwaliteit van leven van bewoners.

Overeenkomstig wordt in de verpleeghuiszorg extra- en semimurale zorg en zorg voor specifieke groepen hoog geprioriteerd. Ook onderzoek naar kwaliteit van leven krijgt een hoge prioriteit waarbij met name gedacht wordt aan een inhoudelijke verdieping van het begrip. Bij de prioritering van het verzorgingshuiszorgonderzoek gaat men een stap verder door het accent te leggen op de bijdrage van de zorg aan kwaliteit van leven.

Het thema vraaggerichte zorg zien we niet terug in de prioritering in de verpleeghuissector. Raakvlakken vertoont dit thema wel met het thema 'personeel en organisatie' binnen de verpleeghuissector. Binnen dit thema wordt onder andere onderzoek genoemd naar wat er nodig is opdat personeel goed kan inspelen op de behoeften van relatief nieuwe patiëntgroepen. In de verpleeghuissector bestond een breed gevoelde behoefte aan meer kennis over de wijze waarop men verpleegt en verzorgt en de effecten van de verschillende verpleegkundige en verzorgende methodieken. Meer effect-onderzoek van de behandeling die patiënten ontvingen werd eveneens wenselijk geacht.

Ook bejegening, privacy en patiëntenrechten werd hoog geprioriteerd. Destijds (1997) had dit thema een hoge beleidsprioriteit. Enerzijds speelt dit thema minder sterk in verzorgingshuizen omdat de discussie over de meerpersoonskamers in verpleeghuizen niet in verzorgingshuizen speelt. Anderzijds zijn er wettelijke regelingen gekomen ter verbetering van de positie van de cliënt en wordt er momenteel een brede interventie-studie uitgevoerd ter verbetering van de bejegening en privacy in verzorgingshuizen (Prismant).

Ten slotte wordt door de deskundigen in de verpleeghuissector gewezen op het belang van onderzoek naar ethiek in verpleeghuizen. Niet alleen binnen het medisch handelen, maar ook in de dagelijkse zorg en bejegening.

Kijken we naar het zorgaanbod in samenwerking met andere zorgaanbieders dan wordt de samenwerking met andere aanbieders op het gebied van verpleging en verzorging, met name thuiszorginstellingen en verpleeghuizen, hoog geprioriteerd. Bij de prioritering in de verpleeghuissector springen twee thema's eruit: de samenwerking tussen verpleeghuis en ziekenhuis en het functioneren van verpleegunits in verzorgingshuizen.

Wat betreft de onderzoeksprioriteiten op het gebied van beleid en structuur van de gezondheidszorg wordt in beide studies prioriteit gegeven aan onderzoek naar de financiering van de zorg en de planning van de zorg. Dit in het kader van de verdere flexibilisering van het zorgaanbod. Daarnaast wordt in het huidige project onderzoek naar de arbeidsmarkt hoog geprioriteerd. Dit wordt ingegeven door het toenemend tekort aan arbeidskrachten gedurende de laatste jaren.

Literatuur

- Atos Beleidsadvies en -onderzoek. *Werkdruk van de ketel in de verzorgingshuizen: Rapport*. Bunnik: Stichting AWOB, 1999.
- Arcares. *Agenda Arcares 2000*. Utrecht: Arcares, 1998.
- Baarveld F, Weert N van. *Gerust thuis, een dienstverleningsproject voor ouderen: evaluatie van een nieuwe vorm van dienstverlening in Oostelijk Nijmegen*. Nijmegen: ITS, 1998.
- Bakker CT. *Kapsalon, koffie en kritiek: Amsterdamse verzorgingshuizen en het gemeentelijk ouderenbeleid 1947-1997*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Bakker H, Beelen J, Nieuwenhuizen C. *De au van ouderdom: ouderenmishandeling, perspectieven voor hulpverlening*. Utrecht: NIZW, 1999.
- Bakker RHC, Knibbe JJ, Friele RD. Rugklachten en andere klachten aan het bewegingsapparaat van het verzorgend en verplegend personeel van verzorgingshuizen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 75(6), 1997: 333-338.
- Bar RM, Boumans NPG. *Taken en verrichtingen van bejaarden- en ziekenverzorgenden in verzorgingshuizen: onderzoek naar de opvattingen van bejaarden- en ziekenverzorgenden over taken en verrichtingen, de overeenkomsten en verschillen en de invloed van persoons- en organisatiegebonden factoren*. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1997.
- Beeckman D, Werf C van der. *Evaluatie AWOB arbo-maatregelen*. Bunnik: AWOB, 1997.
- Beer MFJM de, Ververs JM. Zorg zonder schotten: CODA, pionier onder de woonzorgvoorzieningen. *Zorgvisie*, 28(3), 1999: 32-35.
- Boeije HR, Dungen AWL van den, Pool A, Grypdonck MHF, Lieshout PAH van. *Een verzorgde toekomst: toekomstscenario's voor verpleging en verzorging*. Utrecht: De Tijdstroom, 1997.
- Borst-Eilers, E. en Vliegthart, M. *Jaaroverzichtzorg 1999*. Den Haag: SDU, 1998.
- Borst-Eilers, E. en Vliegthart, M. *Zorgnota 2000*. Den Haag: SDU, 1999.
- Broese van Grenou M, Thomese F. Het relatieve belang van zelfstandig wonen voor het sociaal functioneren van ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 27(4), 1996: 150-158.
- Caris-Verhallen WMCM. *Nurse-patient communication in elderly care: an observation study into verbal and nonverbal communication in nursing practice*. Utrecht: NIVEL, 1999. Proefschrift.

- Chorus AMJ, Perenboom RJM. Woonzorgabonnementen in Nederland. In: Huijbers PW, Santvoort M van (red).: *Ouder worden '98*. Nationaal Gerontologie Congres 12 en 13 maart 1998 World Trade Center Rotterdam. Utrecht: NIG, 1998.
- Deeg DJH, Beekman ATF, Kriegsman DMW, Westendorp-de Seriere M (red). *Autonomy and well-being in the aging population II: report from the Longitudinaal Aging Study Amsterdam, 1992-1996*. Amsterdam: VU University Press, 1998.
- Degen JJEC, Huijsman R. *Schakelen in de keten tussen vraag en aanbod: regionale indicatie-organen in de ouderenzorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom/STIMO, 1999.
- Donk W van de. *De arena in schema: een verkenning van de betekenis van informatisering voor beleid en politiek inzake de verdeling van middelen onder verzorgingshuizen*. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1997. Proefschrift.
- Elderen, H van. *Onderzoek Wachlijsten Verzorgingshuizen 1995 / 1996 / 1997*. Zeist / Breda: WZF / Heliview, 1998.
- Ende, PC van der. *Medische zorg in verzorgingshuizen. Een inventarisatie van mogelijkheden met het oog op organisatie en financiering vanaf het jaar 2001*. Groningen: Gerontagogisch Centrum Groningen, 1997.
- Essen B van, Wiebing H. *Evaluatie ouderenzorggarantieplan: nulmeting*. Maastricht: Provinciale Bestuurscommissie Welzijnsplanning Limburg, 1997.
- Francke AL, Persoon A, Temmink D, Kerkstra A. *Palliatieve zorg in Nederland: een inventarisatiestudie naar palliatieve zorg, deskundigheidsbevordering en zorg voor zorgenden*. Utrecht: NIVEL, 1997.
- Huijsman R. Monitor Rotterdamse Ouderenzorg. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 76(8), 1998: 473-475.
- Huijsman R, Groenenboom GKC. *Kostbare verwarring: economische aspecten van de ouderenzorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 1996.
- Kerff RGHG. *Persoonsgebonden budgetten in de ouderenzorg: invoeringsmogelijkheden in de thuiszorg en de verzorgingshuizen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1999. Proefschrift.
- Klerk, M.M.Y., de en Timmermans, J.M. *Rapportage ouderen 1998*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1999.

- Kloot LAJ, Aarts-Kusters R. Het project 'WachtlIJstbegeleiding in Dongen': een tussentijdse stand van zaken. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 29(6), 1998: 299-300.
- Knibbe JJ, Hulshof NA, Stoop AP, Friele RD. *Kleine hulpmiddelen: hulp voor bewoners en zorgverleners?: een verkenning naar de mogelijkheden om met kleine hulpmiddelen de zelfstandigheid van ouderen in verzorgingshuizen te bevorderen en het werk van verzorgenden lichter te maken*. Utrecht: NIVEL, 1998.
- Knippers EWA, Tits MHL van, Izeboud YG. *De regeling subsidiëring zorg op maat verpleging en verzorging 1996 geëvalueerd*. Tilburg: IVA, 1997.
- Koning C, Meulenkamp T. *Managementparticipatie van verpleegkundigen en verzorgenden: de stand van zaken in verzorgingshuizen en thuiszorg*. Utrecht/Maarssen: LCVV/Elsevier/De Tijdstroom, 1998.
- Lammeren P van, Duzijn B. *Preventie van depressie in verzorgingshuizen*. Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.
- Leidelmeijer K, Leeuwen, C van. *Handleiding Vraagmodel wonen, dienstverlening en zorg*. Amsterdam: RIGO, 1996.
- Leytens J, Wagner C. *Inventarisatie en kwaliteitsbeoordeling van bestaande richtlijnen en protocollen in de verpleging en verzorging: Eindrapportage*. Utrecht: NIVEL, 1999.
- Linschoten, CP van. *Groningse ontmoetingscentra: versterking van de sociale infrastructuur voor dementerende ouderen en hun mantelzorgers*. Groningen: ARGO, 1999.
- LOBB. *Kwaliteit in verzorgingshuizen: bewoners aan het woord*. Utrecht: LOBB, 1998.
- Loveren-Huyben CMS van, Hurk MEG, Thien NG. *Zorg met zorg gemeten: aanpassing van de EBIS-zorgmeting*. Beuningen: van Loveren & Partners, 1999.
- Meer C van der. *Verzorgingshuizen en de ontwikkeling van zorgkantoren*. Utrecht: NIZW, 1998.
- Meer C van der, Coolen J. *Van WBO naar AWBZ, Invoering van de Overgangswet Verzorgingshuizen*. Utrecht: NIZW, 1998.
- Meerveld JHCM, Koning CC. *Terminale zorg in het verzorgingshuis: verslag van een inventariserende studie*. Utrecht: NZi, 1996.
- Meijer A, Wiersma L, Wierda M, Bedaux G, Wagner C. *Toepasbaarheid van het RAI voor verzorgingshuizen*. Utrecht: NIVEL, 1999.

- Merkus J. Bewoners inspireren instellingen tot kwaliteitsverbetering: resultaten van het KLOK-project in Friese verzorgingshuizen. *Zorg & Ondernemen*, 9(7), 1998: 24-25.
- Mulder A. Voorwaarden voor extramuralisering. Geclusterde woonvormen bij uitstek geschikt. *Zorg & Ondernemen*, 9, 1998: 22-24.
- Mulder A. Samen zorg bieden in de thuissituatie. Verzorgingshuis + thuiszorg = zorgcontinuüm. *Zorg & Ondernemen* 1, 1999: 16-18.
- Naafs J, Knippers EWA, Breemhaar B. *Latente zorgbehoefte in Zeeland: een onderzoek onder zelfstandig wonende ouderen*. Tilburg: IVA, 1997.
- Offerhaus MP, Haan IB, Herijgers DCJM, Cools HJM. Het gebruik van cara-geneesmiddelen in verzorgings- en verpleeghuizen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 28(3), 1997: 101-105.
- Oort M van. *Organisatiegebonden werkdruk in het verzorgingshuis*. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1996.
- Pols J, Depla M, Lange J de. *Gewoon oud en chronisch: mogelijkheden en beperkingen in de zorg voor ouderen met een psychiatrische achtergrond in het verzorgingshuis*. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. *Naar een meer vraaggerichter zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 1998a.
- Raad voor de Volksgezondheid & zorg. *Met zorg wonen, deel 2*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 1998b.
- Raad voor de Volksgezondheid & zorg. *Met zorg wonen, deel 1*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 1997.
- Rongen WMGM. *Onderzoek ouderenpsychiatrie in verzorgingshuizen*. Maastricht: Provinciale Bestuurscommissie Welzijn Limburg, 1998.
- Roo AA de, Heuvel WJA van den, Manschot HAM, Montfort APWP van. *Verstandig vernieuwen 2: ouderenzorg voor eigen rekening?* Utrecht: NZi/NVWz, 1997.
- Rooij, PM van, Hulst, BL van. *De wachtlijstenuquête bij verzorgingshuizen 1998: resultaten en analyse*. Utrecht: NZi, 1998.
- Rosendal H. Gebruik loop hulpmiddelen in verzorgingshuizen. *Handicap & Beleid*, 2, 1999: 10.

- Schrijnemaekers VJJ, Rossum E van, Wierik MJ te, Frederiks CMA, Derix MMA. *Onderzoek naar de effecten van belevingsgerichte zorg in verzorgingshuizen*. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1997.
- Sluijs EM, Verschure CMM, Kosters J. Kwaliteitsbepalingen in de contracten met de zorgverzekeraar: stilte rond verzekeraars doorbroken. *Kwaliteit in Beeld*, 7(2), 1997: 5-7.
- Sluijs EM, Wagner C. *Kwaliteitssystemen in de zorgsector. De stand van zaken in 2000*. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Sociaal Economische Raad. *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*. Den Haag: Sociaal Economische Raad, 1999.
- Staats PGM, Tak E, Hopman-Rock M. *Aard., omvang en behandeling van ongewild urineverlies in verzorgingshuizen: aanzet tot een protocol*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1998.
- Staring MATM, Horn GHMM ten. *Ouderen niet uitgesloten: een onderzoek naar de integratiemogelijkheden van oudere mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Julius Centrum voor Patiëntgebonden Onderzoek, 1998.
- Stikvoort R, Landeweerd A, Jonge J de. Werk en werkreacties in bejaardenhuizen. *Verpleegkunde*, 11(3), 1996: 156-166.
- Stussgen R, Huijbregts V. *De cliënt aan het woord: de kwaliteitscriteria van zorggebruikers voor verzorging en verpleging*. Maarsse/Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom/LCVV/NPCF, 1998.
- Terpstra, EG. *Modernisering Ouderenzorg*. Tweede Kamer, Vergaderjaar 1997-1998, 24333, nr. 39. Den Haag: SDU, 1997.
- Terpstra, EG, Tommel, DKJ. *Modernisering Ouderenzorg. Beleidsbrief*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994-1995, 24333, nr. 1. Den Haag: SDU, 1995.
- Tilborg T van. Meer greep op de emoties, vaker op bezoek: Maria-oord ontwikkelt projecten mantelzorg. *Ouderenzorg*, 3(1/2), 2000:26-27.
- Timmermans JM, Heide F, Klerk MMY de, Kooiker S, Ras M, Dugteren FA van. *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen*. Rijswijk: sociaal en Cultureel Planbureau, 1997.
- Tits MHL, Naafs J, Rosendal H, Willerns CG. *Ondersteunende technologie in verzorgingshuizen: bevordering zelfredzaamheid en vermindering werkdruk*. Tilburg: Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies, 1999.

- Valk M, Cools HJM, Schrijvers AJP. Ongewenst urineverlies bij geïnstitutionaliseerde patiënten: begrippen, prevalentie en oorzaken. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 77(6), 1999: 331-336.
- Vliegenthart M. *Zicht op zorg, plan van aanpak modernisering AWBZ*. Den Haag: VWS, 1999a.
- Vliegenthart M. *Plan van aanpak: wachtlijsten in de verpleging en verzorging*. Den Haag: VWS, 1999b.
- Vliegenthart M. *Ontwikkelingen indicatiestelling 'nieuwe stijl'*. Den Haag: VWS, 1999c.
- Vliegenthart M. *Kabinetsreactie benchmarking AWBZ*. Den Haag: VWS, 1999d.
- Vliegenthart M. *Aanspraak verzorgingshuiszorg in de AWBZ. Brief aan de Tweede Kamer*. Vergaderjaar 1998-1999, 26200XVI, nr. 48. Den Haag: SDU, 1998.
- VROM-raad. *Interim-advies scheiding wonen en zorg*. Den Haag: VROM-raad, 1997.
- VWS. *Werken aan sociale kwaliteit, welzijnsnota 1999 - 2000*. Den Haag: VWS, 1999a.
- VWS. *Voorjaarsakkoord Meerjarenafspraken sector Verpleging & Verzorging*. Den Haag: VWS, 1999b.
- VWS. *Najaarsakkoord Meerjarenafspraken sector Verpleging & Verzorging*. Den Haag: VWS, 1998.
- Wagner C, Stoop A, Termink D, Bakker D de. *Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging*. Utrecht: De Tijdstroom/LCVV, 1997.
- Wever I, Coolen J. *Verzorgingshuizen op weg naar de AWBZ. Samenvattend eindrapport*. Utrecht: NIZW, 2000.
- Westerhoven FMGD van, Loveren-Huyben CMS van. *Zorg voor medewerkers: onderzoek naar de benodigde kwaliteit en kwantiteit van de medewerkers in het verzorgingshuis nieuwe stijl in het jaar 2002*. Beuningen: van Loveren & Partners, 1997.
- Wiegiers T, Hingstman L, Windt W van der, Harmsen J, Allart PC, Voogd-Hamelink AM de. *Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 1999*. Den Haag: OSA, 1999.
- Wielink G. *Elderly community resident's preferences for care: a study of choices and determinants in hypothetical care-need situations*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997.
- Wijngaarden JDH van, Huijsman R. *Schake(le)n met visie: regiovisie in de ouderenzorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom/STIMO, 1999.

- Windt W van der, Calsbeek H, Hingstman L. *Feiten over verpleging en verzorging in Nederland 1999*. Maarssen/Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom/LCVV, 1999.
- Witkam FW. Buiten de Muren. *Extramurale verzorgingshuiszorg in Zeeland*. Middelburg: Scoop, 1998.
- Cuijpers P, Salden M. *De belasting van familieleden van bewoners van verzorgingshuizen: een oriënterend onderzoek*. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 28(5), 1997: 219-223.
- WZF. *Jaarverslag 1998*. Zeist: WZF, 1999.
- WZF. *Jaarverslag 1997*. Zeist: WZF, 1998a.
- WZF. *Verzorgingshuizen vernieuwend vermogen*. Zeist: WZF, 1997.
- WZF. *Jaarplan 1999*. Zeist: WZF, 1998b.
- Yilmaz B, Kloosterboer D, Canatan K. *Residentiële zorg op maat voor Moslimouderen 1997-2015: een visie op de ontwikkeling van een adequaat aanbod van wonen en zorg*. Rotterdam: Nederlandse Islamitische Bond voor Ouderen, 1998.
- Ziekenfondsraad. *Eerste rapport zorgkantoren*. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998a.
- Ziekenfondsraad. *Uitbreiding PGB met verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg*. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998b.
- Ziekenfondsraad. *Inhoud van de toekomstige aanspraak verzorgingshuiszorg. Eerste deelrapport in het kader van de flexibilisering van de aanspraken binnen het cluster verpleging en verzorging*. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1999.
- Ziekenfondsraad. *Regeling ziekenfondsraad subsidiëring verzorgingshuizen*. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998c.

BIJLAGE 1
Geraadpleegde bronnen

- 1) NOD (selectie via email, uit het bestand) trefwoord verzorgingshuizen or ouderenzorg
- 2) Catalogus Nivel, trefwoord verzorgingshuizen or ouderenzorg and onderzoek
- 3) Catalogus Prismant, trefwoord verzorgingshuizen or ouderenzorg
- 4) Databank Thuiszorgprojecten van STOOM
- 5) RWO (selectie uit het bestand)
- 6) Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, jaargang 1996-1999
- 7) Ouderen/Zorg, jaargang 1996-1999
- 8) Tijdschrift voor verzorgenden, jaargang 1996-1999
- 9) Geron, jaargang 1996-1999
- 10) Nursing, jaargang 1996-1999
- 11) Verpleegkunde, jaargang 1996-1999
- 12) TVZ, jaargang 1996-1999
- 13) Pallium
- 14) Databank Zorgvernieuwing van Nivel, Trimbos-instituut en Prismant
- 15) Handboek Thuiszorg
- 16) Handboek Wonen en Zorg
- 17) Huijbers PW, Santvoort MM van (red). Ouder worden '98: Nationaal Gerontologie Congres 12 en 13 maart 1998, World Trade Center Rotterdam. Utrecht: Nederlands Instituut voor Gerontologie, 1998.
- 18) Zwaard, J van der (red). Onderzoek en innovatie V=V in beeld: praktisch overzicht van LCVV-projecten in de verpleging en verzorging. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.
- 19) Diskette bij Veer A de, Kerkstra A. Verpleeghuiszorgonderzoek: stand van zaken en prioriteiten. Utrecht: NIVEL, 1997.

Van een aantal instellingen is jaarverslagen en/of werkplannen bekeken of is telefonisch navraag gedaan naar recent afgesloten of lopende onderzoeken, te weten:

- 1) Nivel
- 2) NIZW
- 3) Praeventiefonds
- 4) ZON
- 5) NIZW
- 6) NIG
- 7) SIG
- 8) LCVV
- 9) SIGRA
- 10) AVVV (Algemene Vergadering Verpleging en Verzorging)
- 11) NU'91
- 12) ITS
- 13) IVA
- 14) KITZ
- 15) TNO-PG
- 16) SCP
- 17) NWO
- 18) Trimbos-instituut
- 19) IRV (Instituut voor Revalidatie Vraagstukken)
- 20) Julius Centrum voor Patiëntgebonden Onderzoek, Universiteit Utrecht
- 21) Project organisatie Verplegingswetenschappen, Universiteit Utrecht
- 22) Noordelijk Centrum Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen
- 23) ARGO, Rijksuniversiteit Groningen\
- 24) Vakgroep HSV, Verplegingswetenschappen, Katholieke Universiteit Nijmegen
- 25) Vakgroep psychogerontologie, Katholieke Universiteit Nijmegen
- 26) Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), Katholieke Universiteit Nijmegen en Universiteit Maastricht
- 27) ERGO, Erasmus Universiteit Rotterdam

- 28) iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam
- 29) iMTA, Erasmus Universiteit Rotterdam
- 30) Capaciteitsgroep Epidemiologie, Universiteit Maastricht
- 31) Capaciteitsgroep Verplegingswetenschap, Universiteit Maastricht
- 32) Vakgroep psychologie, Katholieke Universiteit Brabant
- 33) Vakgroep sociale zekerheidswetenschappen, Katholieke Universiteit Brabant
- 34) EMGO, Vrije Universiteit Amsterdam
- 35) Sociologie en Sociale Gerontologie, Vrije Universiteit Amsterdam
- 36) Universiteit voor Humanistiek
- 37) Gezondheidsleer, Landbouwniversiteit Wageningen
- 38) Sector Humane Voeding en Epidemiologie, Landbouwniversiteit Wageningen

Zorgaanbieders / instellingen / beroepsverenigingen

- Mevr. C. Jessen & Mevr. A. Bolscher, Arcares
- Dhr. E. van Drumpt, Algemene Vergadering Verplegenden en Verzorgenden (AVVV) / Verpleeghuis het Zonnehuis, Doorn
- Dhr. Wedman, Stichting Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheid- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden (Stichting AWOB)
- Drs. G. Rutten, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)
- Dhr. M. Dekker, Stichting Zorgspectrum, Nieuwegein
- Mevr. Timmers, Wooncentrum de Noorderbrink, Alphen a/d Rijn

Wetenschap / onderzoek

- Prof. dr. R. Huijsman, Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg (BMG)
- Dr. J. Coolen, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW)
- Drs. P.W. Huijbers, Nederlands Instituut voor Gerontologie (NIG)
- Dr. H Nies, Prismant
- Mevr. drs. J. de Lange, Trimbos Instituut
- Dhr. M. Wisse, Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV)
- Drs. F. van Westerhoven, Van Loveren & Partners B.V.
- Mevr. drs. L.J.P.M. Willems, ZorgOnderzoek Nederland

Patiëntenperspectief

- Mevr. J. Beelen, Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO)

Beleid

- Dhr. H. Visser, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Verpleging, Verzorging & Ouderen
- Mevr. J.A.H. van Veen, Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)

Verzekeraars

- Mevr. drs. A. Hommel, College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
- Mevr. A. Klabbers, Zorgverzekeraars Nederland

BIJLAGE 3
Vragenlijst

PRIORITEITEN IN HET ONDERZOEK NAAR VERZORGINGSHUISZORG

VRAGENLIJST

TOELICHTING

Doel van dit onderzoek is nagaan wat volgens u, deskundige op het gebied van verzorgingshuiszorg, in de toekomst onderzoeksprioriteiten zijn op het gebied van verzorgingshuiszorg.

Als houvast is een lijst opgesteld met mogelijke thema's. Deze thema's zijn gebaseerd op een analyse van beleidsdocumenten bij de overheid (ministerie van VWS) en de branche-organisatie voor verzorgingshuizen (WZF/Arcares) vanaf 1996. De thema's reflecteren dus centrale thema's in de verzorgingshuiszorg gedurende de laatste jaren. Eveneens opgenomen in de lijst zijn de thema's die in het Advies prioriteiten in het verpleeghuisonderzoek in 1997 prioriteit kregen.(1)

De vraag aan u als deskundige is na te gaan welke thema's volgens u onderzoeksprioriteit zouden moeten krijgen in de komende jaren. Dat kunt u aangeven door een getal te omcirkelen op een schaal tje lopend van geen prioriteit (score 0) tot hoge prioriteit (score 2).

De thema's zijn vrij algemeen beschreven. Indien een thema volgens u hoge prioriteit (score 2) heeft dan wordt gevraagd nader te specificeren aan welke onderzoeksvragen u denkt.

Indien u over de prioriteit van een bepaald thema geen mening heeft dan kunt u dat aangeven door het vraagteken (?) te omcirkelen.

Uiteraard is het mogelijk dat u vindt dat er onderzoek gedaan moet worden naar een thema dat niet in de lijst staat opgenomen. Aan het eind van de vragenlijst is ruime mogelijkheid deze thema's te formuleren.

Tijdens het interview zal nader ingegaan worden op de door u gemaakte prioritering. Ingegaan wordt op de specifieke onderzoeksvragen bij de thema's met een hoge prioriteit. Verder zal gevraagd worden naar uw overwegingen om een thema geen (score 0) of een hoge (score 2) prioriteit te geven. Om het interview efficiënt te laten verlopen is het wenselijk dat u de thema's reeds heeft geprioriteerd en, zo mogelijk, specifieke onderzoeksvragen hebt geformuleerd.

Op een aantal thema's is reeds onderzoek gedaan. Er is een inventarisatie gemaakt van het lopend en afgerond onderzoek waarin verzorgingshuizen betrokken waren sinds 1996. Een samenvatting van dit onderzoek is bijgevoegd en kan door u gebruikt worden als achtergronddocument bij de prioritering. De beslissing of op een bepaald thema reeds voldoende onderzoek is gedaan ligt bij u als deskundige.

Bij de prioritering kunnen de volgende overwegingen in gedachten worden genomen:

- winst voor de kwaliteit van zorg en leven. Hoe groot is de potentiële verbetering van de kwaliteit van zorg/leven als we meer kennis hebben op dit terrein?
- winst voor de doelmatigheid van de zorg. In welke mate kan de aldus vergaarde kennis bijdragen tot een doelmatigere zorg.
- mogelijkheden tot implementatie van de resultaten van het onderzoek. Wat is de kans dat de resultaten van het onderzoek ook daadwerkelijk toegepast kunnen worden?
- omvang en kosten van het onderzoek.

1. Veer AJE de, Kerkstra A. Verpleeghuiszorgonderzoek: stand van zaken en relevante onderzoeksvelden. Utrecht: NIVEL, 1997

Vraag 1 (zie ook 'Samenvatting inventarisatie van lopend onderzoek', paragraaf 2 pagina 2)

Aan welke onderwerpen dient prioriteit gegeven te worden bij het verrichten van onderzoek naar de vraag naar verzorgingshuiszorg. Dat wil zeggen wat is de huidige en toekomstige behoefte aan verzorgingshuiszorg?

0 = onderzoek op dit thema heeft geen prioriteit
1 = onderzoek is wel belangrijk, maar heeft niet de hoogste prioriteit
2 = onderzoek op dit thema heeft hoge prioriteit
? = geen mening hierover

0 — 1 — 2 ?

Thema 1a. Omvang en aard zorgvraag

Onderzoek naar de omvang van de vraag naar verzorgingshuiszorg. Op welke wijze kan het inzicht in de zorgvraag vergroot worden? Waar wil men de verzorgingshuiszorg het liefst ontvangen (bijv. thuis, in aanleunwoning, of intramuraal)? Wat is specifiek aan verzorgingshuiszorg?

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 1b. Indicatiestelling

De indicatiestelling valt nu onder verantwoordelijkheid van Regionale Indicatie Organen (RIO's). Onderzocht kan worden hoe de indicatiestelling nu verloopt, hoe de RIO's georganiseerd zijn, en wat de gevolgen zijn voor de cliënten. Ook zou gekeken kunnen worden hoe eenduidige informatie geleverd kan worden t.a.v. de omvang en aard van de vraag naar verzorgingshuiszorg op regionaal en landelijk niveau.

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 1c. Wachtlijsten /-tijden /-beheer/-registratie

Onderzoek naar de wachtlijstproblematiek. Voorbeelden van subthema's zijn: de precieze aard, omvang en ernst van de wachtlijstproblemen. Oorzaken van wachtlijsten en wachttijden en manieren om dit te reduceren. Objectief vaststellen van de urgentie. Aanvaardbare wachttijden. Gedragsregels voor keuze bij schaarste.

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 1d. Capaciteit

Onderzoek naar omvang en aard van de zorg door verzorgingshuizen. Mogelijke onderzoeksvragen zijn: Hoe kan de beschikbare capaciteit optimaal gebruikt worden? Hoeveel intra-, semi- en extramurale capaciteit is er nodig? Op welke wijze kunnen goede prognoses gemaakt worden over de benodigde intra-, semi- en extramurale capaciteit? Onderzoek naar regionale verschillen in omvang en aard van intra-, semi- en extramurale verzorgingshuiszorg en naar factoren die deze verschillen verklaren. Wat is de omvang van de verkeerde-bedden problematiek (bijv. mensen in verzorgingshuis wachtend op thuiszorg of opname in verpleeghuis, mensen in ziekenhuis of verpleeghuis wachtend op plaats in verzorgingshuis)? Op welke manieren kan het aantal verkeerde bedden verminderd worden?

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

Vraag 2 (zie ook 'Samenvatting inventarisatie van lopend onderzoek', paragraaf 3 pagina 4)

Aan welke onderwerpen dient prioriteit gegeven te worden bij het verrichten van onderzoek naar het zorgaanbod door verzorgingshuizen?

0 — 1 — 2 ?

Thema 2a. Werkdruk en werklast

Onderzoek naar de werkdruk en werklast in verzorgingshuizen.

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 2b. Bedrijfsvoering

In 1999 is de EBIS-zorgzwaartemeting vernieuwd. Vragen die hierbij gesteld kunnen worden zijn: In hoeverre komt het nieuwe instrument tegemoet aan de informatiebehoeften binnen verzorgingshuizen? Kan de zorgzwaarte van de gehele doelgroep van mensen die verzorgingshuiszorg krijgen er adequaat mee in kaart worden gebracht? Kan met de nieuwe meting een adequate kostenberekening worden gemaakt?

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 2c. Afstemming aanbod op vraag (vraaggerichte zorg)

Bijvoorbeeld: Hoe kan een instelling het zorgaanbod organiseren zodat er sprake is van vraaggerichte zorg? Welke ethische vragen en dilemma's brengt vraaggerichte zorg met zich mee?

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 2d. Kwaliteit van zorg

Bijvoorbeeld: Onderzoek naar de wijze waarop bestaande kwaliteitssystemen in verzorgingshuizen verder ontwikkeld en geoptimaliseerd kunnen worden. Onderzoek naar de waarde van allerlei activiteiten ter verbetering van de kwaliteitszorg.

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 2e. Verzorging en verpleging in de intramurale zorg

Onderzoek naar verzorging en verpleging in het verzorgingshuis. Bijvoorbeeld naar methodieken van verpleging en verzorging, onderzoek naar het voorkomen van complicaties (zoals voedingstekorten, decubitus, mondproblemen, vallen).

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 2f. Zorg voor specifieke groepen

Steeds vaker wordt gesproken over verzorgingshuiszorg voor specifieke doelgroepen, zoals ouderen met psychiatrische problemen, verstandelijk gehandicapten, allochtone ouderen, en terminale ouderen. Onderzocht kan worden welke eisen deze doelgroepen stellen aan de organisatie om kwalitatief verantwoorde zorg te geven (wet- en regelgeving, financiering, personeel).

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 2g. Extra- en semimurale zorg

Welke aard en intensiteit van zorg is nodig om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen? Welke rol kan daarin het verzorgingshuis spelen? Wat is het verschil tussen extramurale zorg geleverd door een verzorgingshuis en de zorg van een thuiszorginstelling? Waar ligt het omslagpunt dat extra/semimurale zorg duurder wordt dan intramurale zorg?

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 2h. Verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen

Bijvoorbeeld: evaluatie van de totstandkoming en het functioneren van verpleegunits. Wat is de kwaliteit van zorg in verpleegunits?

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 2i. Bejegening/privacy/cliëntenrechten

Onderzoek naar bejegening zou zich kunnen toespitsen op de vraag welke manieren er zijn om de bejegening te verbeteren en welke implementatietrajecten er mogelijk zijn. Wat houdt het begrip privacy in een verzorgingshuis in (conceptuele verdieping)? Hoe krijgen cliëntenrechten gestalte in verzorgingshuizen?

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 2j. Kwaliteit van leven

Bijvoorbeeld onderzoek naar de inhoud van het begrip 'kwaliteit van leven' in verzorgingshuizen (conceptuele verdieping)? Ontwikkeling van een meetinstrument 'kwaliteit van leven in verzorgingshuizen'. Hoe ervaart men de kwaliteit van leven in verzorgingshuizen?

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

Vraag 3 (zie ook 'Samenvatting inventarisatie van lopend onderzoek', paragraaf 4 pagina 6)

Aan welke onderwerpen dient prioriteit gegeven te worden bij het verrichten van onderzoek naar samenwerking met instellingen en zorgverleners buiten het verpleeghuis? Dat wil zeggen onderzoek naar transmurale zorg en naar samenwerkingsmodellen?

0 — 1 — 2 ?

Thema 3a. Samenwerkingsverbanden tussen instellingen / zorgketens

Hier kan men denken aan vragen zoals: Wat is de stand van zaken met betrekking tot samenwerking tussen organisaties om een zorgcontinuüm te realiseren? Op welke wijze kan samenwerking tussen instellingen bijdragen aan vraaggerichte zorg? Welke nieuwe vormen van zorg ontstaan? Welke bijdragen leveren regiovisies aan het zorgaanbod?

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 3b. Medische zorg

Bijvoorbeeld: Op welke wijze kan de medische zorg in verzorgingshuizen worden georganiseerd opdat deze beter aansluit bij de ontwikkeling van de zorgvraag in verzorgingshuizen?

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

Vraag 4 (zie ook 'Samenvatting inventarisatie van lopend onderzoek', paragraaf 5 pagina 7)

Aan welke onderwerpen dient prioriteit gegeven te worden bij het verrichten van onderzoek naar gezondheidszorgbeleid op macro-niveau? Dat wil zeggen onderzoek naar het effect of de uitvoerbaarheid van een maatregel of onderzoek op het gebied van prognoses en toekomst-scenario's?

0 — 1 — 2 ?

Thema 4a. Arbeidsmarkt

Onderzoek zou gedaan kunnen worden naar de wijze waarop voldoende personeel, zowel kwalitatief als kwantitatief, kan worden gewaarborgd. Of naar of het nieuwe opleidingsstelsel voor verzorgenden en verpleegkundigen aansluit bij de behoeften van verzorgingshuizen (zowel kwalitatief als kwantitatief).

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 4b. Versterken positie derde partij

Onderzoek naar de mogelijkheden waarop de positie van de derde partij (cliënten, cliëntenraden, cliëntenorganisaties) kan worden versterkt. In hoeverre worden de door de sector Verpleging & Verzorging gemaakte (meerjaren) afspraken ter versterking van de positie van de derde partij gerealiseerd? Evaluatie van de uitvoering en effecten van de wet- en regelgeving ter versterking van de positie van de cliënt (bijv. de wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen).

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 4c. Transparantie

Bijvoorbeeld onderzoek naar uniforme monitoring van ingezet- te middelen en bereikte resultaten voor alle deelsectoren AWBZ Onderzoek naar de ontwikkeling van eenduidige productdefinities binnen de sector Verpleging & Verzorging. Onderzoek ter ontwikkeling van een eenheid van taal en standaardisatie van begrippen en gegevens binnen de sector Verpleging & Verzorging. Onderzoek naar benchmarking.

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 4d. Geneesmiddelen

Kunnen geneesmiddelen uitgaven worden afgeremd? Hoe kan de kwaliteit en doelmatigheid van het gebruik van genees- en hulpmiddelen in de verzorgingshuizen worden vergroot?

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 4e. Modernisering AWBZ

Bijvoorbeeld: Evaluatie van de nieuwe aanspraken verzorgingshuiszorg. Hoe kan een aansluiting tot stand gebracht worden tussen de functionele ordening die bij de indicatiestelling gebruikt wordt, de functionele omschrijvingen in de AWBZ, en de ordening die zorgaanbieders hanteren?

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 4f. Zorgkantoren

Hierbij kan gedacht worden aan de volgende subthema's: taken van zorgkantoren, prikkels voor zorgkantoren om doelmatig te werken, voorwaarden voor het kunnen invullen van een nieuwe rol, de relatie tussen zorgkantoor en andere partijen (zorginstellingen, gemeente, welzijnsorganisaties, woning- en wijkbeheer).

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 — 1 — 2 ?

Thema 4g. Financiering

Onderzoek naar nieuwe financieringsvormen zoals productgerichte tariefstelling, persoonsgebonden budget, eigenbijdragesystemen, private financiering, zorgabbonnementen en de gevolgen van deze financieringsvormen.

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 -- 1 -- 2 ?

Thema 4h. Vraaggerichte zorg

De term 'vraaggerichte zorg' wordt vaak genoemd in beleidsdocumenten. Mogelijke onderzoeksvragen zijn: wat is vraaggerichte zorg?, Op welke wijze kan vormgegeven worden aan vraaggerichte zorg?, Welke bijdragen kunnen regiovisies, persoonsgebonden budget, indicatiestelling, bekostigingssystematiek, samenwerking tussen instellingen etc. leveren bij het tot stand komen van vraaggerichte zorg?
Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

0 -- 1 -- 2 ?

Thema 4i. Zorgkloof

Onderzoek om zichtbaar te maken wat de effecten van de zorgkloof zijn op de kwaliteit van zorg en op cliënten, op de werkdruk van medewerkers, en op de samenleving als geheel.

Onderzoeksvragen bij hoge prioriteit:

Vraag 5

Kunt u een top 5 maken van de vijf thematieken die u de hoogste prioriteit zou geven? (u kunt dit aangeven door te verwijzen naar het nummer dat voor het betreffende thema staat)

Eerste plaats:

Tweede plaats:

Derde plaats:

Vierde plaats:

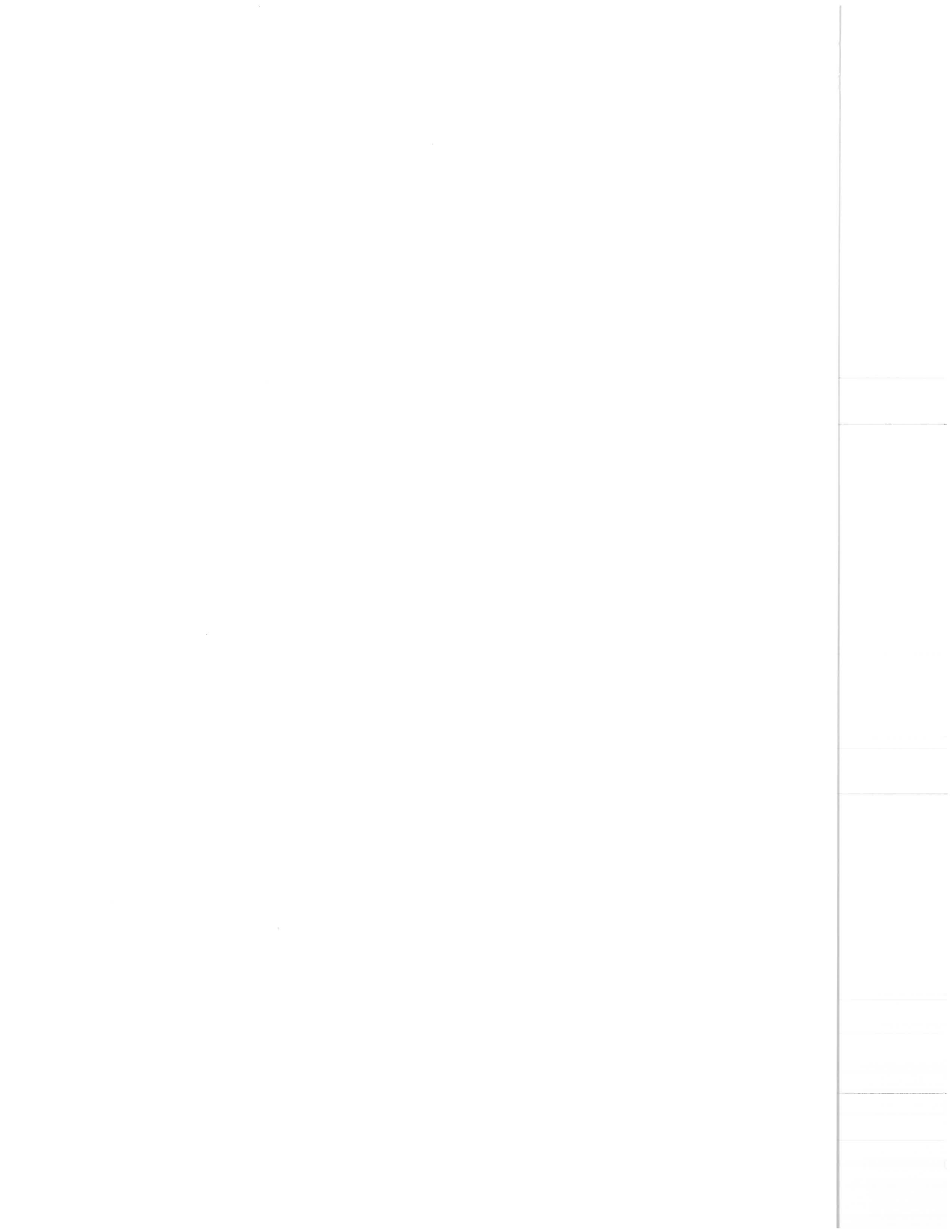
Vijfde plaats:

Vraag 6

Het is mogelijk dat u prioriteit geeft aan thema's die nog niet genoemd zijn. Indien u dergelijke thema's heeft, wilt u deze dan hieronder beschrijven?

BIJLAGE 4

**Antwoorden op de open vraag naar nog niet genoemde
onderzoeksprioriteiten (vraag 6 uit interview)**



Antwoorden op vraag niet genoemde onderzoeksprioriteiten

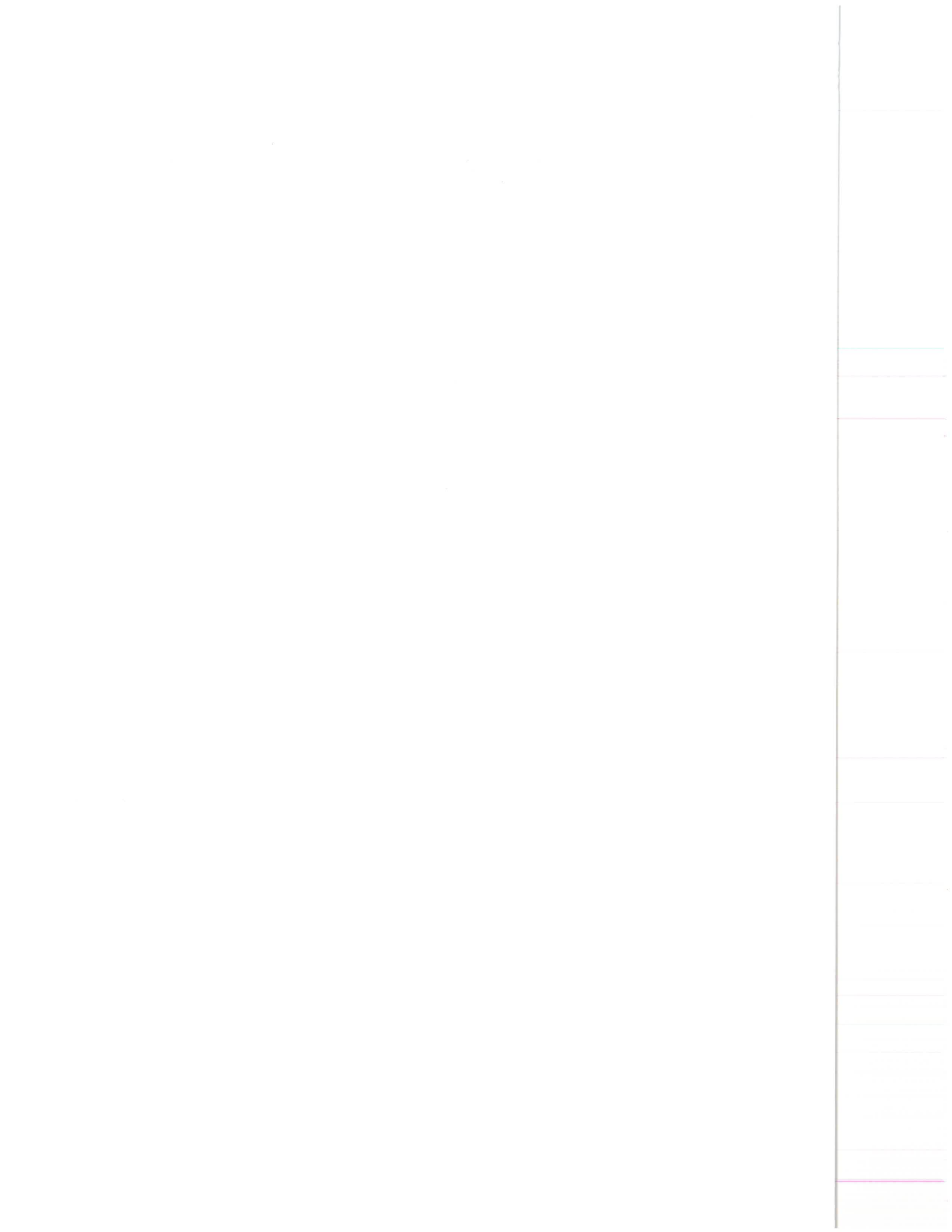
- Onderzoek naar de sociale organisatie van intensieve zorg: Op welke manier kunnen mensen met elkaar diensten organiseren (los van de organisatie van het bedrijf waarin men werkt). Hoe kan men rondom mensen diensten verlenen (soms solo, soms samen)?
- Zingevingproblematiek in verzorgingshuizen: Hoe kan vormgegeven worden aan zingeving in verzorgingshuizen? Hoe kan zingeving bespreekbaar gemaakt worden? Hoe kan personeel inspelen op zingeving?
- Zorg-carrières en omslagpunten: Het meten in de tijd van de verhouding tussen zorgvraag en noodzakelijk aanbod. Welke factoren zijn hierop van invloed?
- Onderzoek naar de rol van verzorgingshuizen in het systeem van ouderenzorg. Als er binnen het verzorgingshuis iets verandert (bijvoorbeeld extramuraal zorg), wat zijn dan de gevolgen voor het systeem? Als er in het systeem iets verandert wat zijn dan de gevolgen voor het verzorgingshuis? Of wat zijn gevolgen van veranderingen binnen het systeem voor bijvoorbeeld wachtlijsten, financiering en arbeidsmarkt.
- Evaluatie van het nieuwe opleidingscurriculum, o.a. met betrekking tot verzorging en verpleging in de intramurale zorg, protocollair werken, samenwerkingsvaardigheden.
- Hoe kan verzorgingshuiszorg zo maatschappelijk mogelijk gegeven worden?
- Hoe kan vormgegeven worden aan ondersteuning van mantelzorgers en familieleden in het verzorgingshuis, wat is de rol van familieleden in het verzorgingshuis?
- Hoe kunnen sociale contacten tussen bewoners bevorderd worden? Wat is de effectiviteit van interventies op dit vlak?
- Hoe kan / moet worden omgegaan met gedragsproblemen in het verzorgingshuis? Welke behoefte is daarbij aan GGZ-inbreng?
- In welke mate worden beschermende maatregelen toegepast in verzorgingshuizen?
- Wat zijn de consequenties van het nieuwe concept van flexibele aanspraken in functionele termen voor de organisatie van de zorg? (bijvoorbeeld in het kader van aanvullende verpleeghuiszorg in het verzorgingshuis).
- Onderzoek naar de bijdrage van de zorg aan kwaliteit van leven.
- Onderzoek naar de beleving van cliënten: Hoe ervaren ouderen het verzorgingshuis? Hoe structureren mensen hun leven in een verzorgingshuis? Wat leveren mensen in en wat winnen ze als ze in een verzorgingshuis gaan wonen? Hoe kan het verzorgingshuis er voor zorgen dat mensen zich lekkerder gaan voelen in een verzorgingshuis? Hoe gaan ouderen nieuwe relaties aan en hoe ervaren ze dat? Inzicht is nodig in: hoe mensen zich voelen in een verzorgingshuis; hoe relaties verlopen tussen bewoners onderling en tussen bewoners en personeel en; wat mensen in een verzorgingshuis willen met hun leven.
- Hoe kun je als bewoner van een verzorgingshuis invloed uitoefenen? Ofwel: hoe kun je je doelstellingen realiseren als je in een verzorgingshuis woont?
- Hoe kan zorgtoewijzing (volgend op indicatiestelling) beter? Hoe moet de structuur van de zorgtoewijzing eruit zien?
- Hoe kan worden vormgegeven aan acute (professionele) bereikbaarheid en beschikbaarheid? Wat is het psychologisch effect van professionele bereikbaarheid en beschikbaarheid (wat is het effect van weten dat er iemand komt als het nodig is)? Ontlast professionele bereikbaarheid het gebruik van voorzieningen in reguliere zorginstellingen? Wat zijn de kosten van professionele bereikbaarheid?
- Wat zijn consequenties van het omzetten van intramuraal naar extramuraal (er moet bijvoorbeeld ook nog gezamenlijke ruimte beschikbaar komen)?
- Wat zijn de gevolgen van de toegenomen complexiteit van de zorg voor de deskundigheid en de kwantiteit van de medewerkers?
- Wat is de kwaliteit van het bestuur van verzorgingshuizen?
- Wat is het opleidingsniveau en inkomensniveau van de mensen die in een verzorgingshuis verblijven? Wordt verzorgingshuiszorg een voorziening voor mensen die minder financieel draagkrachtig zijn?

BIJLAGE 5
Reacties op oproep CareInfoNet en Arcade (n=4)

Reacties op oproep CareInfoNet en Arcade (n=4)

- Onderzocht zou moeten worden wat een ondernemer nodig heeft (middelen, techniek) om zorg te kunnen leveren. Bij een dergelijk onderzoek is het van belang goed in de praktijk te kijken om te voorkomen dat alleen randverschijnselen worden gesignaleerd. Dus kijken in het veld welke knelpunten op de werkvloer worden ervaren.
- Onderzoek waarin meer duidelijkheid verschaft wordt over het profiel van de doelgroep van het verzorgingshuis. In de praktijk blijkt verwarring over de doelgroep. Bijvoorbeeld bij het vervoer van ouderen weet het verzorgingshuis moeilijk te bepalen wie wel en niet tot de doelgroep hoort.
- Hoe kunnen we ervoor zorgen dat er genoeg mensen zijn die de zorg willen leveren? Bijvoorbeeld, wat zijn de mogelijkheden met betrekking tot maatschappelijke dienstplicht onder jongeren?, Hoe kan het imago van werken in de zorg worden verbeterd?
- Onderzoek naar de manier van dienst- en zorgverlening in woonzorgcomplexen. Wat is het effect van het woonzorgconcept op de inzet van de zorg en de kwaliteit van leven van cliënten. Is er een relatie tussen de leverancier van de zorg (verzorgingshuis of thuiszorginstelling) en de aard en hoeveelheid van de geboden zorg?
- Waarom geven ouderen zich op voor het verzorgingshuis? Wat zijn de echte motieven: de veronderstelling is dat dit te maken heeft met zorgbehoefte, maar is dit werkelijk doorslaggevend? Of is het een combinatie van behoeften op het terrein van wonen, zorg en welzijn?
- Als feitelijke behoefte aan (medische) zorg niet doorslaggevend is, voldoet de indicatiestelling van de RIO's dan wel? Sluit die goed aan bij de behoefte van de oudere?
- Onderzoek naar de tevredenheid van ouderen in verzorgingshuizen en onderzoek of de voorziening voldoet aan de verwachtingen/behoeften bij binnenkomst. De valkuil van dit soort onderzoek is dat alles verwoord wordt in termen van zorg. Dat moet voorkomen worden.
- Is het verzorgingshuis wel het goede antwoord op de gestelde vraag (behoefte)? Of zou je de behoeften van wachtlijstouderen op een andere, misschien wel betere, manier kunnen beantwoorden.
- Onderzoek naar wachtlijstproblematiek. Schuilt er ook een gevaar in een korte wachtlijst? Met andere woorden: Is het wel zinvol als ouderen snel een plaats krijgen in het verzorgingshuis. Misschien heeft men een minimale wachttijd nodig om zich mentaal voor te bereiden op zo'n ingrijpende verhuizing.
- Onderzoek naar de rol van gemeenten in het totale zorgverleningsproces. Zo is op de Leidschendamconferentie gesproken over de wens van een grotere rol voor gemeenten. De vraag is: welke gemeenten participeren en in welke mate? Wat doen ze dan en welk effect heeft dat?

BIJLAGE 6
Onderzoeken



VRAAGZIJDEN

Vraagzijde: indicatie/opname

Wachttijstijvenquête verzorgingshuizen.
NZi

De weging van psychische klachten en lichamelijke beperkingen bij de indicatie voor een verzorgingshuis of verpleeghuis.
Rijksuniversiteit Groningen

De kwaliteit van een indicatievragenlijst voor opname in een verzorgingshuis.
Vrije Universiteit Amsterdam

Indicatiestelling voor ouderen met langdurige psychiatrische stoornissen.
Trimbos-instituut

Wachttijden en wachtlijsten verzorgingshuizen.
SGB0, Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Ontwikkelingen in de intramurale ouderenzorg in Gelderland.
Provincie Gelderland

Onderzoek Wachttijstijsten Verzorgingshuizen.
Heliview

Onafhankelijke indicatiestelling bij cliënten met een chronische somatische aandoening
Nivel

De invloed van de interactie tussen klant en indicatiesteller op het indicatieadvies
Julius instituut

Vraagzijde: Vraag/gebruik/behoefte

Keuzen van fysiek kwetsbare ouderen voor woon- en zorgvoorzieningen.
Rijksuniversiteit Groningen. ICS Faculteit der Psychologische, Pedagogische en Sociologische Wetenschappen

Jaarlijks evaluatierapport BOP.
Psycho-geriatrisch Verpleeghuis Isselwaerde

De gezondheidstoestand van bewoners van service-bejaardenwoningen.
Vrije Universiteit Amsterdam / Zonnehuis Zwolle

Huisvesting en zorg voor ouderen in een vergrijzende samenleving.
Universiteit Utrecht

Verschillen in oriëntatie ten aanzien van opname in een verzorgingshuis onder fysiek kwetsbare ouderen.
Rijksuniversiteit Groningen

Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen.
Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

Inventariserend onderzoek naar de ouderenzorg in Noord-Limburg.
GGD Noord-Limburg

Zorg voor ouderen.
GGD Regio Stedendriehoek Lokatie Apeldoorn

Van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg.
Meerweide/Combihuis / Zuidhollandse Raad voor het Ouderenbeleid

Determinanten voor (on)afhankelijkheid van ouderen.
IVA

Ouderen tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid: kengetallen, beleid en segmentering van ouderen.
Katholieke Universiteit Tilburg. TISSER-Institute for Social Security Research

Zorgaanbod schaal voor ouderen: ZAS-O.
Stichting Vogelenzang Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg

Rapportage ouderen.
Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

Ouderen in Instellingen (OII'2000).
Sociaal en Cultureel Planbureau

Aanzet tot een regiovisie verzorging en verpleging Haagse Randgemeenten.
Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland / Stichting Paleia Kaltsa

De integratiemogelijkheden van oudere mensen met een verstandelijke handicap.
Universiteit Utrecht. Julius Centrum voor Patiëntgebonden Onderzoek

Marktonderzoek onder zelfstandig wonende ouderen.
RIGO Research en Advies

Latente zorgbehoefte in Zeeland: een onderzoek onder zelfstandig wonende ouderen.
IVA

Onderzoek naar de kenmerken van dagverzorging en -behandeling en hun gebruikers.
Universiteit Utrecht

Het relatieve belang van zelfstandig wonen voor het sociaal functioneren van ouderen.
Vrije Universiteit Amsterdam

Inventariserend onderzoek naar de wachtlijstproblematiek.
Thuiszorg Midden-Brabant / Stichting De Volckaert

De informatiebehoefte van gebruikers van verzorging en verpleging.
SWOKA

Ouderenmonitor.
Katholieke Universiteit Brabant. TISSER-Institute for Social Security Research / IVA

Preferenties van ouderen ten aanzien van zorgverlening.
Erasmus Universiteit Rotterdam. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)

Groningen Longitudinal Aging Study (GLAS).
Rijksuniversiteit Groningen. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken

Residentiële zorg op maat voor moslimouderen 1997-2015.
Nederlandse Islamitische Bond voor Ouderen (NISBO)

Longitudinal Aging Study Amsterdam.
Vrije Universiteit Amsterdam. EMGO-Instituut

Woonwensen van ouderen: een opiniërend onderzoek onder 65-plussers in Nederland
Research voor Beleid

Vraagzijde: Morbiditeit/epidemiologie

Depressie en het functioneren, welbevinden en ervaren gezondheid van ouderen.
Rijksuniversiteit Groningen. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG)

Psychische problemen bij ouderen.
Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

ERASMUS ROTTERDAM GEZONDHEID EN OUDEREN (ERGO)
Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut voor Epidemiologie en Biostatistiek

Vraagzijde: Overig

De belasting van familieleden van bewoners van verzorgingshuizen.
Trimbos-Instituut

De ondersteuning van ouderen met een verstandelijke handicap.
Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) / Nederlandse Stichting voor Sociaal Pedagogische Zorg

Groningse Ontmoetingscentra.
Rijksuniversiteit Groningen. ARGO

AANBODZIJDE

Aanbodzijde: Personeel en organisatie

Verbeteren van de arbeidsomstandigheden in verzorgingshuizen door eenvoudige interventies.
Nivel

Koplopers in de toerusting van verzorgenden voor hun begeleidende taken.
NIZW

Risicofactoren voor arbeidsgebonden aandoeningen van het bewegingsapparaat.
Erasmus Universiteit Rotterdam / Psychogeriatrisch Centrum Stadszicht

Zorg voor medewerkers.
Van Loveren & Partners

Ondersteunende technologie in verzorgingshuizen.
Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies (IVA)

Organisatiegebonden werkdruk in het verzorgingshuis.
Universiteit Utrecht. Vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie

De relaties tussen werkkenmerken en werkbeleving van medewerkers in verzorgingshuizen.
Rijksuniversiteit Limburg. Faculteit Gezondheidswetenschappen

Rugklachten, fysieke belasting en preventiemogelijkheden in verzorgingshuizen.
Nivel

Taken en verrichtingen van bejaarden- en ziekenverzorgenden in verzorgingshuizen.
Universiteit Maastricht. Vakgroep Verplegingswetenschap

Managementparticipatie verpleging.
LCV/NZi

Invloedversterking van verzorgenden.
NZi

Psychische belasting en ziekteverzuim in verzorgingshuizen.
Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid (NcGv)

Aanpassing van de EBIS-zorgmeting.
Van Loveren & Partners

Inventarisatie-onderzoek naar personeels- en sociaal beleid in de gezondheidszorg.
Dr. Sarphatihuis

Werkdruk binnen de sector verzorgingshuizen.
ATOS Beleidsadvies en -onderzoek

Evaluatie Arbo-instrumenten AWOB.
Research voor Beleid

Morele problemen in de verpleging en verzorging.
Universiteit van Maastricht. Capaciteitsgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte

Taakverschuiving van arts naar verpleegkundige.
Research voor Beleid

Vervolgonderzoek taakverschuiving van arts naar verpleegkundige: terugdraaien, gedogen of formaliseren?
Research voor Beleid

Aanbodzijde: Kwaliteit van zorg

Kwaliteitszorg in Nederland in het jaar 2000.
Nivel

De ontwikkeling van een gestandaardiseerd meetinstrument voor toetsing van kwaliteit van zorg in verzorgingshuizen.
Universiteit Maastricht. Vakgroep Verplegingswetenschap

Kwaliteit in verzorgingshuizen.
Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen (LOBB)

Voorkomen van incidenten intramurale ouderenzorg.
NIZW

Kwaliteitsbepalingen in zorgcontracten.
Nivel

De multifunctionaliteit van het RAI (Resident Assessment Instrument) voor de ouderenzorg.
Nivel

Oudere ouderen en de kwaliteit van hun zorg.
Protestants Christelijke Ouderen Bond / Christelijke Hogeschool de Vijverberg-Felua

De NVLV/AMAZ enquête: de status van de ouderenzorg in de optiek van managers in die ouderenzorg.
Scaudit Performance Group / Associatie voor Managers in de Ouderenzorg (AMAZ)

Het KLOK-project: een methodiek voor verbetering van het leefklimaat in verzorgingshuizen.
ARGO / Rijksuniversiteit Groningen / Noordelijke Hogeschool Leeuwarden / De Friese Poort

Inventarisatie bestaande richtlijnen, standaarden en protocollen in de verpleging en verzorging.
Nivel

Kwaliteitskosten en ervaren opbrengsten in de ouderenzorg.
Nivel

Kwaliteit van verpleging en verzorging vanuit gebruikersperspectief.
Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) / Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging (LCVV)

Kwaliteit in de sector verpleging en verzorging.
Nivel

Aanbodzijde: Versterking van de rol van de oudere

Informatieverschaffing cliëntenraden.
Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners (NVBV)

Klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg
Nivel

Aanbodzijde: Supportzorg en beschermende zorg

Wonen plus: 'de aanleunwoning thuisbezorgd'.
KOIR Coördinatieoverleg van Instellingen voor Verzorging en Verpleging Roosendaal en Nispen

Woonzorgabonnementen in Nederland.
TNO Preventie en Gezondheid

Ervaringen van gebruikers van extramurale verzorgingshuiszorg.
Stichting Het Klaverblad Zeeland

Beweging en voeding bij kwetsbare ouderen
Wageningen Universiteit, afdeling humane voeding en epidemiologie

Zorgoptimalisatie in aanleuncomplexen.
Stichting Gezins- en Bejaardenverzorging Roosendaal e.o.

Zelfstandigheid en ouderenzorg.
Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen

Evaluatie-onderzoek Verzorgingshuisvervangende zorg.
Provinciale Bestuurscommissie Welzijnsplanning Limburg

Transmurale Zorg voor CVA-patiënten.
NZI

Een kwalitatief onderzoek naar aspecten van de functie observatie en diagnostiek van een psychogeriatrische dagbehandeling in het bieden van zorg op maat.
Zorgcentrum Potmarge

Buiten de muren. Extramurale verzorgingshuiszorg in Zeeland
Scoop

Aanbodzijde: Chronische zorg

Preventie van institutionalisering van de oudere vrouw met incontinentie.
Verpleeghuis Vreugdehof

Ouderen met een psychiatrische achtergrond in het verzorgingshuis.
Trimbos-Instituut

Veranderingen in de ouderenzorg: scheiding tussen wonen en zorg.
Universiteit Utrecht, Julius Centrum voor Patiëntgebonden Onderzoek

Onderzoek in verzorgingshuis Hoog Schuilenburg naar preventief ondersteuningsaanbod rond eenzaamheid en depressie.
RIAGG Almelo

Onderzoek naar de effecten van validation/belevingsgerichte zorg bij verzorgingshuisbewoners met gedragsproblemen en bij het verzorgend personeel.
Universiteit Maastricht. Faculteit der Gezondheidswetenschappen, Capaciteitsgroep Epidemiologie

Vroegsignalering.
Psychogeriatrisch Verpleeghuis De Enk

Valpreventie verzorgingshuizen.
TNO Preventie en Gezondheid

Veiligheid in verzorgingshuizen.
TNO Preventie en Gezondheid

Aard, omvang en behandeling van ongewild urineverlies in verzorgingshuizen: aanzet tot een protocol.
TNO Preventie en Gezondheid

De kwaliteit van de communicatie tussen verpleegkundigen/verzorgenden en oudere cliënten onderzocht.
Nivel

CVA-patiënten in het 'verkeerde bed'.
Universiteit Maastricht

Terminale zorg in het verzorgingshuis.
NZi

Ouderenpsychiatrie in verzorgingshuizen.
Provinciale Bestuurscommissie Welzijnsplanning Limburg (PBW)

Ongewenst urineverlies bij geïnstitutionaliseerde patiënten.
Universiteit Utrecht. Julius Centrum voor Patiëntgebonden Onderzoek

De Wietel: een longitudinaal en transversaal onderzoek naar effecten, kosten en implementatie van een geïntegreerde vorm van zorg, wonen en welzijn.
Universiteit Maastricht. Capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van Zorg

Evaluatie CODA.
B&A Groep

Preventie van depressie bij verzorgingshuisbewoners.
Trimbos-Instituut

De effectiviteit van Ginkgo biloba bij dementie en geheugenverlies.
Universiteit Maastricht

Het gebruik van cara-geneesmiddelen in verzorgings- en verpleeghuizen.
Leids Universitair Medisch Centrum. Vakgroep Huisartsgeneeskunde Verpleeghuisgeneeskunde

Bewegings Activerings Programma (BAP).
TNO Preventie en Gezondheid / Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie (BTSG)

Gebruik van mobiliteitshulpmiddelen en kwaliteit van leven bij verzorgingshuisbewoners.
TNO Preventie en Gezondheid

Gebruik loophulpmiddelen in verzorgingshuizen.
TNO Preventie en Gezondheid

Samenspel tussen ouderen en hun zorgverleners in een vraaggerichte zorg.
NIZW

Het Humanitas-project: een vergelijking tussen levensloopbestendige woningen en traditionele verzorgingshuizen en verpleeghuizen.
Erasmus Universiteit Rotterdam. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)

Het overwegen waard: het maken van afwegingen door verzorgenden.
NIZW

Evaluatie HBR-project.
Zorgcentra Houthage en Bezuidenhout / Stichting Rosenberg

Intimiteit bij hoogbejaarde bewoners van het verzorgingshuis.
Zorgcentrum Soenda / Beke & Netwerk, Gerontologisch onderzoek- en adviesbureau

Verbetering van de terminale zorg in verzorgingshuizen.
NZi

Evaluatieonderzoek Project Nachtzorg.
ARGO

Vermaatschappelijking van de GGZ voor ouderen met een psychiatrische achtergrond: een effectstudie naar de substitutie van APZ-capaciteit in het verzorgingshuis.
Trimbos-instituut

Palliatieve terminale zorg in de regio 's-Hertogenbosch.
PON

De begeleidingsfunctie van verzorgenden.
Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW)

Aanbodzijde: Overig

'Gerust thuis' in eigen huis: een dienstverleningsproject voor zelfstandig wonende ouderen in Nijmegen.
ITS

Onderzoek naar de beleving van mantelzorgers
Benelux Universitair Centrum

Zorggarantie-abonnementen.
LOBB

Heersende normen en waarden onder bewoners van drie verzorgingshuizen in de regio Oost-Veluwe.
RIAGG Oost-Veluwe

Intramurale vrijwilligerszorg.
Verwey-Jonker Instituut

De centrale psychogeriatrische afdeling in verzorgingshuis Nieuw Malderborgh.
Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie (BTSG)

Kader voor verpleegunits op Voorne-Putten en Rozenburg.
NZi

Evaluatie van een kleinschalige verpleegunit in het pilotproject van verzorgingshuis Ebbe en Vloed en verpleeghuis De Samaritaan.
NZi

Evaluatieonderzoek naar de effecten van substitutie van verpleeghuiszorg in meerzorg- en PIT+projecten in Groningen.

Provinciaal onderzoekskoördinatie- en adviescommissie voor welzijn (PAW)

Palliatieve zorg in Nederland.
Nivel

Evaluatie van het experiment Wonen met Verpleeghuiszorg.
NZi

Somatische verpleeghuiszorg in acht verzorgingshuizen.
BTSG-Zorgadviseurs

Onderzoek toetsingskader verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen.
NZi

Wonen en zorg op de Maretaak: evaluatie van een experiment met een verpleegunit
in het verzorgingshuis.
Zorg Consult Nederland

Verpleegunits in verzorgingshuizen.
Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland

Activiteiten van verzorgenden, verplegenden en van de (para)medische discipline
op enkele psychogeriatrische verpleegzorgafdelingen in twee verzorgingshuizen en een verpleeghuis.
Stichting Vughterstede

De Woonhaven: 5 jaar: beschermd wonen voor dementerenden ouderen.
ARGO

Kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven: het verpleeghuis en het verzorgingshuis
vergeleken.
onbekend

SAMENWERKING

Samenwerking tussen zorgverleners

De rol van de huisarts in verzorgingshuizen.
Nivel

Medische zorg in verzorgingshuizen.
Gerontagogisch Centrum Groningen

Geneesmiddelengebruik van somatische verpleeghuisbewoners en verzorgingshuisbewoners.
Zorgcentrum Tilburg Zuid / Katholieke Universiteit Nijmegen

Huisartsenzorg in verzorgingshuizen.
Rijksuniversiteit Groningen

De gevolgen voor de huisarts van de substitutie van verpleeghuiszorg.
Rijksuniversiteit Groningen

Geneesmiddelendistributie in verzorgingshuizen: evaluatie van het PharmaTray-systeem.
Verzorgingscentrum De Wetering / Gezondheidscentrum Beverwaard / PharmaPartners

Samenwerking tussen instellingen

Schaalvergroting en fusiemodellen in de ouderenzorg.
Adviesbureau PM2000

Organisatievormen voor het realiseren van ketenkwaliteit en transmurale kwaliteitsbewaking.
Nivel

Samenwerkingsverbanden tussen verpleeg- en verzorgingshuizen.
NZi

Ouderenzorg ontketent de toekomst.
Erasmus Universiteit Rotterdam. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Verticale samenwerking in de ouderenzorg.
NZi

De effecten van schaalgrootte in de ouderenzorg.
Ernst & Young Management Consultants

Consultatie tussen de GGZ voor ouderen en de ouderenzorg in Nederland.
Trimbos-instituut

Evaluatie-onderzoek Netwerken Geriatrie.
ITS

Implementatie van het Referentiekader voor de kwaliteit van Verpleging en Verzorging in Amsterdam.
Nivel

Evaluatie Experimenten CVA-ketenzorg.
Erasmus Universiteit Rotterdam. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)

STRUCTUUR EN BELEID

Structuur en beleid: Evaluatie van beleid

Modernisering Ouderenzorg: verzorgingshuizen.
NIZW

De betekenis van informatiesystemen voor de verdeling van middelen en bezuinigingen onder verzorgingshuizen.
Katholieke Universiteit Brabant

Het beste van twee werelden: convergentie en divergentie van de stelsels van wonen en zorg in relatie tot hun gezamenlijke producten, 1987-1997.
Technische Universiteit Delft. Onderzoeksinstituut OTB

Wetenschappelijke kennis op het terrein van succesvolle zorgverlening aan ouderen in Nederland.
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Werktijdenbesluit voor Verplegings- en Verzorgingsinrichtingen (WBVV).
IVA

Monitor Rotterdamse Ouderenzorg.
Erasmus Universiteit Rotterdam. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)

De regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorg op maat verpleging en verzorging 1996 geëvalueerd.
IVA

Onderzoek naar de provinciale en grootstedelijke plannen verzorgingshuizen 1997-2000.
Coopers & Lybrand Management Consultants / Berenschot

Onderzoek vrij besteedbaar inkomen bewoners AWBZ-instellingen en verzorgingshuizen.
Ziekenfondsraad

Mobiliteit van allochtonen in de zorgsector.
NZi

Wet- en regelgeving en de arbeidsmarkt in de zorgsector.
Research voor Beleid

Persoonsgebonden budget.
ITS

Invloed van het fiscale regime op het arbeidsaanbod in de zorgsector.
EIT

Punten ter verbetering voor de regiovisie verpleging en verzorging.
PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant

Knelpunten bij de invulling van Melkert-banen in de zorgsector.
Bureau Bartels B.V.

Regiovisie in de ouderenzorg.
Stimulering Modernisering Ouderenzorg (STIMO)

Regionale indicatie-organen in de ouderenzorg.
Stimulering Modernisering Ouderenzorg (STIMO)

Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector.
Nivel / SOKG / Erasmus Universiteit Rotterdam / Universiteit Maastricht

Statistiek van de verzorgingshuizen.
Centraal Bureau voor de Statistiek

Melkert-werknemers en het voorzieningenniveau in de zorgsector.
Bureau Bartels

Structuur en beleid: Toekomst en prognoses

De Nederlandse ouderenverzorgenden in beeld.
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Verpleging en verzorging in kaart gebracht.
NZi/Nivel/LCVV

Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging.
Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) / Universiteit Utrecht. Vakgroep Verplegingswetenschap

Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing.
Sociaal-Economische Raad (SER)

Prognoses van knelpunten op de arbeidsmarkt van de zorgsector.
IVA

Economische aspecten van de ouderenzorg.
Erasmus Universiteit Rotterdam

Verstandig vernieuwen: ouderenzorg voor eigen rekening?
NZi / Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg

Ontwikkelingen in de ouderenzorg in Noord-Brabant en Nederland 1990-2035.
Provinciaal Welzijnsberaad voor Ouderen / TISSER-Tilburg Institute for Social Security Research

Project Samenhangend Stelsel Verzorgingshuizen West-Brabant.
Innovatie en Advies Centrum De Vlaschmeer / Brabantse Woonzorg Vereniging

Zorgaanbod in de toekomst.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) / Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Palliatieve zorg voor terminale patiënten: ontwikkelingen in de zorgvraag en consequenties voor het zorgaanbod.

Nivel / EMGO

Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn.

Nivel / NZi / OSA

Ontwikkeling stromenmodel.

Universiteit Maastricht. Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA) / IVA / EIT

Urenbeslissing van vrouwen in de zorgsector.

IVA / Rijksuniversiteit Utrecht. Economisch Instituut CIAV

Ontwikkeling werkloosheidsindicator zorgsector.

Universiteit van Amsterdam. Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO)

Het potentieel aan herintreders.

Universiteit van Amsterdam. Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO)

Economische aspecten van de ouderenzorg.

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)

Kwalificatieniveau 1 binnen verpleging en verzorging.

Research voor Beleid

Structuur en beleid: Overig

Knutselkamers en koffie: intramurale ouderenzorg Amsterdam 1972-1997.

Gemeente Amsterdam

Persoonsgebonden budgetten in de ouderenzorg.

Erasmus Universiteit Rotterdam

Analyse verzorgingshuizen.

TNO Preventie en Gezondheid. Divisie Volksgezondheid

Transmurale zorg in Nederland.

Nivel

Vooronderzoek voor het transcompartimentaal experiment in de regio Gorinchem.

Deloitte & Touche Gezondheidszorg

Ouderenzorg in het onderwijs.

NIZW / LCVV

Ethische aspecten in het ouderenbeleid.

Universiteit Utrecht. Centrum voor Bio-ethiek en gezondheidsrecht

Transparante zorg-database Noord-Brabant: monitoring verpleging, verzorging en thuiszorg; fase 1: uitgangspunten bij de ontwikkeling van een instrument.

Katholieke Universiteit Tilburg. TISSER-Institute for Social Security Research / IVA

Imago-onderzoek naar het verzorgingshuis en zijn directeur.

Research voor Beleid

Onderzoek in verzorgingshuizen: stand van zaken en prioriteiten.

Nivel

Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden: een haalbaarheidsstudie.
Nivel

Beeldvorming verpleging en verzorging.
Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV)

Vraag naar arbeid in de zorgsector.
OSA

Demografische ontwikkelingen en arbeidsaanbod.
NIA TNO

CAO's in de zorgsector.
B&A groep

De arbeidsmarkt in de commerciële sector.
Universiteit van Amsterdam. Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO)

Reintegratie van arbeidsgehandicapten in de zorgsector.
Bureau Jehoe-Gijsbers

Monitor Arbeidsaanbod Zorgsector.
Research voor Beleid

Overzicht van arbeidsmarktonderzoek in de zorgsector.
Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA)

Invloed van (medisch-)technologische ontwikkelingen op de vraag naar arbeid in de zorgsector.
NZi

Inzet arbeidsgehandicapten in de zorgsector.
Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies (IVA)

Mobiliteit in de zorgsector.
Research voor Beleid

Onderwijs en arbeidsmarkt: studie- en beroepskeuze.
Universiteit Maastricht. Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA)

Arbeidsmobiliteit: een zorg van allen
NZi, Nijenrode