

Branche-rapport

Verpleging en verzorging

Feiten, ontwikkelingen en knelpunten

Drs. A.J.J. van der Kwartel

Drs. L.J.R. Vandermeulen

Dr. D.M.J. Delnoij

Drs. J. Harmsen

Utrecht, juli 1994

Publikatienummer 194.0.083

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1588
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

NZi

NIVEL

NZi

Het NZi verricht toegepast wetenschappelijk onderzoek voor het management van instellingen, koepelorganisaties en beleidsmakers in de gezondheidszorg. Doelstelling is de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening te ondersteunen. Het NZi levert onderzoeksinzichten, ontwikkelt managementinstrumenten, begeleidt en evalueert vernieuwende projecten. Opleidings- en adviesprogramma's helpen de resultaten in het veld te implementeren. Instellingsgegevens uit de databank van het NZi worden verwerkt in landelijke informatieproducten en in managementinformatie.

Bezoekadres: Oudlaan 4
Postadres: Postbus 9697
3506 GR Utrecht
Telefoon: 030-739700
Telefax: 030-739560

NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg)

Het NIVEL is een onafhankelijk onderzoeksinstituut. Het NIVEL doet vooral onderzoek op projectbasis. Opdrachtgevers zijn het ministerie van WVC, Patiënten- en consumentenorganisaties, zorgverzekeraars en beroepsverenigingen. Sinds 1970 doet het NIVEL (toen nog NHI) onderzoek in en rond de huisartsenpraktijk. Ook met de 'Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisarts-praktijk' is de huisarts onderwerp van onderzoek gebleven. Het NIVEL heeft haar onderzoeksterrein de laatste jaren echter verbreed tot de gehele eerstelijnsgezondheidszorg en haar relatie met de tweede lijn: internationaal vergelijkend onderzoek, beroepskrachtenplanning, communicatie tussen hulpverlener en cliënt, kwaliteit van zorg, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, paramedische beroepen en verloskundigen. Het wegvallen van grenzen tussen eerste- en tweede lijn betekent voor het NIVEL een voortzetting van de lijn van verbreding van het onderzoeksterrein. Naast het doen van onderzoek, beheert het NIVEL een aantal registratiesystemen, een vrij toegankelijke bibliotheek met documentatie-service en organiseert het NIVEL (internationale) congressen.

Bezoekadres: Drieharingstraat 6
Postadres: Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon: 030-319946
Telefax: 030-319290

Drukwerk: Grafische Dienst NZf, Utrecht

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

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	1
1. STAND VAN ZAKEN IN DE SECTOR VERPLEGING EN VERZORGING	3
1.1 Mogelijke veranderingen in het keuzegedrag van consumenten	3
1.2 Substitutie	4
1.3 Grensvervaging en produktverbreding versus integratie en samenwerking	9
1.4 Gescheiden financieringsstromen en verkeerde prikkels	11
1.5 Afstemming tussen verpleging & verzorging en curatieve zorg	12
1.6 Stand van zaken met betrekking tot de informatievoorziening	13
2. VERPLEGING EN VERZORGING IN DE THUISSITUATIE	15
2.1 Vraag naar en gebruik van zorg	16
2.2 Aanbod van zorg	21
2.3 Aansluiting van het aanbod op de vraag	22
2.4 Regulering, financiering en verzekering	25
2.5 Ontwikkelingen en knelpunten	31
3. VERZORGING MET OPNEMING IN EEN INSTELLING	39
3.1 Vraag naar en gebruik van zorg	39
3.2 Aanbod van zorg	43
3.3 Aansluiting van het aanbod op de vraag	43
3.4 Regulering, financiering en verzekering	46
3.5 Ontwikkelingen en knelpunten	50
4. VERPLEGING EN VERZORGING DOOR EEN INSTELLING	55
4.1 Inleiding	55
<i>VERPLEEGHUISZORG BINNEN HET VERPLEEGHUIS</i>	<i>57</i>
4.2 Vraag naar en gebruik van verpleeghuiszorg	57
4.3 Kenmerken van de verpleeghuispopulatie	61
4.4 Het aanbod van zorg: capaciteit en personeelsinzet	66
4.5 Aansluiting van het aanbod op de vraag	70
4.6 Regelgeving en financiering	73
<i>VERPLEEGHUISZORG BUITEN HET VERPLEEGHUIS</i>	<i>76</i>
4.7 Verkeerde bed problematiek	76
4.8 Niet-erkende verpleeginrichtingen	78
4.9 Zwevende bedden	79

4.10	Substitutie verpleeghuiszorg	81
4.11	Vrije marge regeling	82

ONTWIKKELINGEN EN KNELPUNTEN 83

4.12	Ontwikkelingen in de zorgvraag	83
4.13	Ontwikkelingen in het zorgaanbod	83
4.14	Beleidsontwikkelingen	85
4.15	Knelpunten	85

5. VERPLEGING EN VERZORGING VAN LICHAMELIJK GEHANDICAPTEN 87

5.1	Inleiding	87
5.2	Verschijningsvormen	87
5.3	Vraag naar en gebruik van zorg	88
5.4	Aanbod van zorg: capaciteit en personeel	89
5.5	Wet- en regelgeving	90
5.6	Kosten en financiering	91
5.7	Kwaliteit van zorg	93
5.8	Ontwikkelingen en knelpunten	93

LITERATUUR EN BRONNEN 95

BIJLAGEN

1.	De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	103
2.	Stand van zaken wachtlijsten voor bejaardenoorden per provincie medio 1994	105
3.	Index van indicatoren	109
4.	Lijst van tabellen	115

VOORWOORD

De opdracht

In dit rapport wordt een overzicht gegeven van de sector verpleging en verzorging. Dit overzicht is door NZi en NIVEL samengesteld in opdracht van het ministerie van WVC, dat aan zijn opdracht duidelijke richtlijnen verbond waaraan de beschrijving van de sector diende te voldoen. Deze richtlijnen hebben geleid tot bepaalde keuzen in de manier waarop de sector beschreven is.

Gemaakte keuzen

Om te beginnen heeft deze beschrijving betrekking op wat in termen van functionele omschrijvingen verstaan wordt onder het cluster Verpleging en Verzorging (V&V). In het kader van dit onderzoek is daarvoor gekeken naar de volgende voorzieningen¹:

- thuiszorg, waaronder wijkverpleging (exclusief de jeugdgezondheidszorg), gezinsverzorging en intensieve thuiszorg;
- bejaardenoorden;
- verpleeghuizen en
- voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten.

Verder werd door het ministerie informatie gevraagd over de volgende indicatoren:

- vraag naar zorg (bijvoorbeeld aantal verpleegdagen, aantal thuisverplegingen, persoonskenmerken van gebruikers, verzorging of verpleging naar zorgzwaarte en dergelijke);
- aanbod van zorg (bijvoorbeeld hoeveelheid personeel naar functie, gemiddeld aantal zorguren per cliënt, zorgzwaarte/uur en dergelijke);
- indicatiestellingen (bijvoorbeeld criteria, procedures en deelnemers);
- UVO's tussen koepels van aanbieders en verzekeraars;
- financiële toegankelijkheid in termen van risicoselectie;
- financiële toegankelijkheid in termen van eigen bijdragen;
- financiële toegankelijkheid in termen van polissen;
- uitgavenverloop onderscheiden naar arbeid, kapitaal en middelen;
- financiering van produkten;
- tariefontwikkelingen;
- overige kostenbepalende variabelen in de V&V sector;
- effect gezondheidszorg(stelsel) voor V&V patiënten;
- gezondheidssituatie van mensen die V&V ontvangen;
- branche-ontwikkelingen;
- gedrag van consumenten/verzekerden;
- mantelzorg/informele zorg (hoeveelheid, aard en dergelijke).

Niet al de indicatoren en de door het ministerie gevraagde bijbehorende kengetallen zijn van toepassing op alle voorzieningen in de sector V&V. Zo wordt in de gezinszorg productie niet uitgedrukt in verpleegdagen en bestaan er geen polissen voor AWBZ-voorzieningen. Daarnaast is voor een aantal indicatoren geen informatie beschikbaar. Zo is bijvoorbeeld weinig tot niets bekend over het effect van gezondheidszorg op de gezondheidstoestand van V&V patiënten. Het in kaart brengen van de witte vlekken in de informatievoorzieningen maakte expliciet deel uit van de opdracht van het ministerie.

¹ Voor wat betreft thuiszorg en bejaardenoorden kan nader informatie worden verkregen bij het NIVEL; voor wat betreft verpleeghuizen en voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten kan nader informatie worden verkregen bij het NZi.

De informatie die wel aanwezig is, diende tenslotte bij voorkeur in de vorm van tijdreeksen te worden gepresenteerd. In dit rapport worden daarom indien mogelijk gegevens gepresenteerd voor 1983 (als uitgangsjaar) en voor de jaren 1988, 1989, 1990, 1991, 1992 en voor zover beschikbaar 1993. Tevens worden groeicijfers weergegeven in de tabellen. De groeicijfers hebben altijd betrekking op de periode 1983-1992 en 1988-1992, ook indien al gegevens voor 1993 bekend zijn. Het gaat bij de gepresenteerde cijfers om de gemiddeld procentuele groei per jaar in de betreffende periode.

Uiteraard kunnen tijdreeksen alleen worden geconstrueerd wanneer informatie jaarlijks wordt verzameld, zoals bijvoorbeeld het geval is bij CBS-gegevens of de registratie van verpleeghuizen van het NZi. Informatie die afkomstig is uit eenmalig uitgevoerde onderzoeken wordt niet in de tabellen maar in de tekst gepresenteerd.

Opbouw van het rapport

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 1 wordt bij wijze van 'samenvatting vooraf' de stand van zaken beschreven in de sector verpleging en verzorging als geheel. Dat gebeurt aan de hand van een aantal thema's die een goed beeld geven van de ontwikkelingen en knelpunten in de sector. In de daaropvolgende hoofdstukken 2 tot en met 5 wordt meer gedetailleerde informatie gepresenteerd met betrekking tot de afzonderlijke voorzieningen binnen de sector. In hoofdstuk 2 wordt aandacht besteed aan de thuiszorg, in hoofdstuk 3 aan bejaardenoorden, in hoofdstuk 4 aan verpleeghuizen en in hoofdstuk 5 aan voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten.

De reden waarom in een tijd van functionele omschrijvingen er toch voor is gekozen om qua hoofdstuk-indeling aan te sluiten bij de bestaande voorzieningen, is een puur praktische. Gegevens worden nog steeds overwegend per voorzieningensoort verzameld. Zo zijn er de CBS statistiek voor de bejaardenoorden, de CBS statistieken voor kruisorganisaties, de NZi registratie van verpleeghuizen en dergelijke. Om die reden is een presentatie van de gegevens per voorziening het meest eenvoudig.

Om de informatie tenslotte enigszins gestructureerd aan te bieden, wordt bij de indeling van hoofdstukken in paragrafen niet de wat onoverzichtelijke lijst met indicatoren aangehouden. In principe volgen de hoofdstukken elk min of meer de volgende indeling:

- vraag naar en gebruik van zorg;
- aanbod van zorg;
- regulering, financiering en verzekering;
- ontwikkelingen en knelpunten.

Alleen in hoofdstuk 4 over de verpleeghuizen wordt enigszins van deze indeling afgeweken omdat daar informatie wordt aangeboden over achtereenvolgens verpleeghuiszorg binnen en buiten de muren.

In principe worden in de eerste drie paragrafen van ieder hoofdstuk (dus tot en met regulering, financiering en verzekering) feiten gepresenteerd. De paragraaf ontwikkelingen en knelpunten heeft over het algemeen een iets beschouwender karakter.

In vier bijlagen komen achtereenvolgens aan de orde:

- de AWBZ, als voornaamste financieringsbron binnen de sector
- een overzicht per provincie van de stand van zaken met betrekking tot wachtlijsten voor bejaardenoorden
- een index waarin per indicator (zoals die door het ministerie van WVC werd geformuleerd) wordt aangegeven in welke paragraaf hierover informatie wordt gepresenteerd
- een lijst van tabellen

1. STAND VAN ZAKEN IN DE SECTOR VERPLEGING EN VERZORGING

In dit eerste hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelingen en knelpunten in de gehele sector verpleging en verzorging. Hoewel de aanspraken op verpleging en verzorging in de toekomst functioneel zullen worden omschreven, wordt in deze rapportage de sector nog beschreven in termen van voorzieningen. Dit heeft met name te maken met de wijze, waarop op dit moment de benodigde informatie beschikbaar is. De volgende typen voorzieningen worden in dit rapport beschreven: thuiszorg, bejaardenoorden, verpleeghuizen en voorzieningen voor lichamelijke gehandicapten. Zij worden beschreven aan de hand van een aantal thema's waardoor de ontwikkelingen in de branche zich kenmerken. Ontwikkelingen en knelpunten in de sector hebben onder meer te maken met:

- Veranderingen in de vraag naar zorg: toenemende vergrijzing en veranderend keuzegedrag van consumenten.
- De wijze waarop deze veranderingen in de vraag worden opgevangen, onder andere door substitutie van zorg.
- Veranderingen die in de sector verpleging en verzorging hebben plaatsgevonden onder invloed van het beleid rond de stelselwijziging: een grotere differentiatie in aangeboden producten en het vervagen van grenzen tussen voorzieningen, maar ook een toenemende integratie en samenwerking tussen instellingen.
- Gescheiden financieringsstromen: bejaardenoorden vallen niet onder de AWBZ en de eigen bijdragen voor de verschillende voorzieningen zijn (nog) niet geharmoniseerd.
- Afbakening van de sector verpleging en verzorging en relaties met andere sectoren in de somatische gezondheidszorg: waar in de jaren '70 en '80 naar de gezondheidszorg werd gekeken in termen van eerstelijnsvoorzieningen (thuiszorg) en tweedelijnsvoorzieningen (verpleeghuis, ziekenhuis) vindt nu vooral oriëntatie plaats rond de begrippen 'cure' (huisarts, specialist, ziekenhuis) en 'care' (de sector verpleging en verzorging).

Aan elk van deze ontwikkelingen zal aandacht worden geschonken in de volgende paragrafen. Daarnaast zal in de laatste paragraaf aandacht worden geschonken aan de stand van zaken met betrekking tot de informatievoorziening in de sector. In dit hoofdstuk komen kortom de volgende zaken aan de orde:

- Mogelijke veranderingen in het keuzegedrag van consumenten
- Substitutie van zorg
- Grensvervaging en produktverbreding versus integratie en samenwerking.
- Gescheiden financieringsstromen en verkeerde prikkels.
- Afstemming tussen verpleging & verzorging en curatieve zorg.
- Stand van zaken met betrekking tot informatievoorziening.

1.1 Mogelijke veranderingen in het keuzegedrag van consumenten.

In de gezondheidszorg en daarmee ook in de sector verpleging en verzorging is sprake van een groeiende aandacht voor de positie van de patiënt/consument. Zo wordt met name vanuit de patiëntenbeweging onderzoek gestimuleerd naar de beoordeling van kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt [verg. Gehandicaptenraad, 1993, Nederlandse Patiënten Vereniging, 1993]. Van patiënten wordt verwacht dat zij mondiger worden en tegelijkertijd kritische 'keuzen in de zorg' zullen maken.

Verpleging en verzorging is een vorm van zorg waarvan niet alleen ouderen gebruik maken. Met name bij lichamelijke gehandicapten gaat het om een groep gebruikers die verdeeld is over alle leeftijdscategorieën. Van de overige vormen van zorg die in dit rapport worden

beschreven, wordt echter overwegend (gezinsverzorging, wijkverpleging exclusief jeugdgezondheidszorg en verpleeghuizen) of alleen (bejaardenoorden) gebruik gemaakt door ouderen. Ontwikkelingen in het aandeel van ouderen op de totale bevolking en ontwikkelingen in de zorgbehoefte en het keuzegedrag van ouderen hebben dan ook onvermijdelijk hun weerslag op de sector verpleging en verzorging.

Het aandeel van 65-plussers op de totale bevolking is in Nederland toegenomen van 11,5% in 1980 naar 12,8% in 1990 [OECD Health Data] en het zal in 2000 volgens CBS-prognoses 13,5% van de bevolking bedragen. Er komen niet alleen steeds meer 65-plussers, ouderen worden ook steeds ouder: de zogenoemde dubbele vergrijzing. Deze (dubbele) vergrijzing leidt ertoe dat steeds meer mensen behoefte hebben aan hulp bij huishoudelijke activiteiten en bij algemene dagelijkse levensverrichtingen.

Dit hoeft overigens niet per definitie te betekenen dat ouderen daardoor ook een evenredig groter beroep gaan doen op de voorzieningen in de sector verpleging en verzorging. Ouderen met een relatief hoog inkomen kunnen steeds vaker gaan kiezen voor niet-reguliere voorzieningen, zoals particuliere hulp in de thuissituatie of in serviceflats. Het veranderend keuzegedrag van ouderen kweekt bovendien een aantrekkelijke markt voor (pensioen)-verzekeraars om alternatieve producten aan te bieden die een verzorgde oude dag garanderen.

Dat het bij een veranderend keuzegedrag van ouderen een vrij reële ontwikkeling betreft, blijkt bijvoorbeeld uit de experimenten met een cliëntgebonden budget. Als ouderen boven de 75 geen zorg in natura krijgen, maar vrij mogen kiezen uit verschillende aanbieders, blijken zij met name verzorging in te kopen op de particuliere markt met zijn flexibeler aanbod aan zorg; voor verpleging wendt men zich relatief vaker tot de kruisvereniging [Ramakers e.a., 1994].

Naarmate ouderen een hoger inkomen hebben, kunnen zij vaker zelf kiezen voor hulp buiten de reguliere kanalen. Door de stijging van het opleidingsniveau van ouderen zullen de gemiddelde inkomens van ouderen toenemen [Huijsman e.a., 1994, p. 21]. Tegelijkertijd is het waarschijnlijk dat rond dit gemiddelde een steeds grotere variantie ontstaat. In de periode 1989-1994 heeft reeds een denivellering plaatsgehad van inkomens van 65-plussers: ouderen met een hoog inkomen (2x modaal) zijn er meer op vooruit gegaan dan ouderen met een laag inkomen (alleen AOW) [Groenenboom, 1994]. In de toekomst kan deze kloof groeien, doordat steeds meer mensen langere tijd inactief zijn en daardoor in vergelijking met actieven geen of weinig pensioen opbouwen. Het is daardoor niet ondenkbaar dat er een tweedeling zal ontstaan tussen:

- koopkrachtige ouderen die zorg inkopen op de particuliere markt, kiezen voor particuliere serviceflats en dergelijke, met een flexibeler zorgaanbod en meer privacy dan in bejaardenoorden en verpleeghuizen wordt geboden, en
- ouderen die zijn aangewezen op een AOW-uitkering en voor verpleging en verzorging gedwongen gebruik maken van 'openbare' voorzieningen waarbinnen met schaarser wordende middelen steeds minder zorg op maat geboden kan worden.

Dit selectiemechanisme kan bovendien op den duur tot problemen leiden met het bekostigen van deze 'openbare' voorzieningen [Van der Wel, 1994].

1.2 Substitutie

Voorlopig lijkt er echter een grotere vraag te zijn naar verpleging en verzorging dan de sector met de huidige ter beschikking staande capaciteit aan kan. Het totaal aantal bedden in verpleeghuizen is tussen 1983 en 1992 met gemiddeld 1% per jaar gegroeid. Er bestaan echter aanwijzingen dat in het jaar 2.000 ongeveer 7.000 verpleeghuisbedden méér nodig zijn

dan volgens de huidige normen beschikbaar zullen zijn [Commissie Bekostiging en Kwaliteit Ouderenzorg, 1994]. De groei van het aantal bedden heeft in de afgelopen jaren uitsluitend plaatsgehad in de psycho-geriatrie sector. Ook in de toekomst zal hier de grootste groei nodig zijn. Het aantal bedden voor somatische patiënten is licht gedaald. Dit is conform de veranderde hulpvraag. Tussen 1983 en 1992 is er een sterke toename geweest van het aantal opgenomen psycho-geriatrie patiënten. Het aantal opgenomen somatische patiënten is veel minder sterk toegenomen. Een mogelijke oorzaak daarvan is dat voor somatische patiënten betere substitutie-mogelijkheden buiten het verpleeghuis kunnen worden gevonden. Substitutie van zorg voor psycho-geriatrie patiënten vindt vooral binnen het verpleeghuis plaats: van opname naar dagbehandeling. Ook komen bij deze groep patiënten steeds vaker kortdurende opnamen (zoals weekendopnamen) voor.

Het verpleeghuis vormt de laatste schakel in de keten van verpleging en verzorging: als verpleging en verzorging elders werkelijk niet meer mogelijk is, volgt opname (of dagbehandeling) in het verpleeghuis. Toch is het verpleeghuis in ieder geval voor somatische patiënten minder vaak een eindstation dan wel wordt aangenomen: ongeveer de helft van de opgenomen somatische patiënten overlijdt in het verpleeghuis (tegen bijna 80% in het bejaardenoord). Ongeveer 30% van de somatische verpleeghuisbewoners gaat terug naar de eigen omgeving, 10% gaat naar een bejaardenoord.

Het aantal formatieplaatsen in verpleeghuizen voor patiënt- en bewonersgebonden functies is sinds 1988 met gemiddeld 3,6% per jaar gestegen (zie tabel 6.1), tegelijkertijd bestaan er aanwijzingen dat de werkdruk is toegenomen. Oorzaak daarvan is dat de hulpbehoefte van patiënten sterker is gestegen dan de inzet van verplegend en verzorgend personeel. Een stijging van de hulpbehoefte is in iets sterkere mate opgetreden voor psycho-geriatrie dan voor somatische patiënten.

Het antwoord op de groeiende vraag naar zorg bij een achterblijvende groei van de capaciteit binnen verpleeghuizen, is substitutie:

- binnen verpleeghuizen en
- van verpleeghuiszorg door zorg verleend in bejaardenoorden en in de thuissituatie.

Substitutie binnen verpleeghuizen

In verpleeghuizen lijkt in de toekomst substitutie van somatische door psycho-geriatrie bedden nodig te worden. Het aantal opgenomen psycho-geriatrie patiënten stijgt namelijk aanzienlijk sterker dan het aantal somatische patiënten. Dat wordt veroorzaakt door een toename van het aantal psycho-geriatrie patiënten in de bevolking. Mogelijk zijn echter ook de substitutiemogelijkheden voor somatische patiënten groter, waardoor deze patiënten wellicht vaker oplossingen buiten het verpleeghuis vinden.

Substitutie van somatische door psycho-geriatrie bedden is overigens niet eenvoudig, zelfs niet in gecombineerde verpleeghuizen. Voor somatische afdelingen gelden namelijk andere bouwkundig-functionele maatstaven dan voor psycho-geriatrie afdelingen. Zo wordt voor psycho-geriatrie patiënten bijvoorbeeld veel waarde gehecht aan het realiseren van een zogeheten loopcircuit: een stelsel van gangen en daarmee in open verbinding staande ruimten binnen het woon- en leefgebied voor dementerende ouderen. Binnen dit loopcircuit kunnen patiënten zich vrijelijk bewegen en daarmee tegemoet komen aan hun bewegingsdrang [Mimpen & Van Loon, 1994, p. 22]. Afhankelijk van de locatie kan een dergelijk loopcircuit niet overal worden gecreëerd. Met name bestaan bezwaren tegen het huisvesten van psycho-geriatrie patiënten op een verdieping. Huisvesting op de begane grond biedt namelijk veel meer mogelijkheden om een leefomgeving te creëren waarin sprake kan zijn van visueel contact met de buitenwereld en een aantrekkelijk loopcircuit [Mimpen & Van Loon, 1994, p.

23]. Problemen op huisvestingsterrein beginnen zich ook af te tekenen doordat psychogeriatrische patiënten in toenemende mate kampen met somatische problematiek. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen gaat uit van een groter oppervlak voor een somatische afdeling dan voor een afdeling voor psycho-geriatrische patiënten. Somatische patiënten zijn over het algemeen namelijk zwaarder gehandicapt. Rolstoelgebruik en andere extra voorzieningen die in verband met deze handicaps moeten worden getroffen, vragen om méér ruimte dan veelal op een afdeling voor psycho-geriatrische patiënten beschikbaar is [Mimpen & Van Loon, 1994].

Substitutie van verpleeghuiszorg door zorg verleend in bejaardenoorden en de thuissituatie

Naast substitutie binnen verpleeghuizen is substitutie mogelijk van verpleeghuiszorg door zorg verleend in bejaardenoorden en in de thuissituatie. Steeds vaker worden verpleeghuisfuncties vervuld in het verzorgingstehuis. Het Sociaal Cultureel Planbureau concludeert dat het daarbij in 1992 om zo'n 20.000 bewoners van bejaardenoorden ging [Visser, 1993]. Financiering van deze functies vindt bijvoorbeeld plaats via 'zwevende bedden' of het Subsidiebesluit Substitutie verpleeghuiszorg van de Ziekenfondsraad. Door deze ontwikkelingen worden lichtere patiënten die in een bejaardenoord verblijven niet meer in het verpleeghuis opgenomen. Opname in het verpleeghuis vindt derhalve 'later, maar zwaarder' plaats.

Een probleem bij het opvangen van de groeiende vraag door substitutie is dat de groei van de capaciteit van bejaardenoorden en de thuiszorg niet geheel in de pas loopt met het toegenomen beroep dat op deze voorzieningen wordt gedaan, want:

- Het aantal verzorgingsplaatsen in bejaardenoorden daalt gestaag.
- Het aantal formatieplaatsen voor verplegend en verzorgend personeel binnen kruisorganisaties is afgenomen.
- Het aantal formatieplaatsen binnen de gezinszorg is niet gegroeid.

Capaciteit bejaardenoorden

Over heel Nederland gezien neemt het aantal verzorgingsplaatsen in bejaardenoorden af. In een aantal provincies is echter op basis van het toegekende WBO-budget in theorie nog groei mogelijk van het aantal verzorgingsplaatsen. In de praktijk blijken deze 'groeiprovincies' echter niet of nauwelijks verzorgingscapaciteit bij te bouwen. Zij kiezen daarentegen voor een kwalitatieve verbetering van het huidige aanbod. Visser [1993] constateert dat daardoor een zekere scheefgroei ontstaat tussen 'groeiprovincies' met financiële armslag en 'krimpprovincies' die op grote schaal sluitingen en inkrimpingen moeten realiseren om de teruglopende doeluitkering te kunnen compenseren. In deze 'krimpprovincies' blijft uiteraard weinig financiële ruimte over voor zorgvernieuwing.

Daalt het aantal verzorgingsplaatsen in bejaardenoorden op landelijke schaal, de inzet van verplegend en verzorgend personeel (in FTE) is wel gegroeid om tegemoet te komen aan de steeds zwaarder wordende hulpbehoefte van bewoners van bejaardenoorden (zie tabel 1.1).

Capaciteit kruiswerk en gezinsverzorging

Evenals het aantal plaatsen in bejaardenoorden blijft ook de capaciteit van de thuiszorg achter. Het totaal aantal formatieplaatsen voor verplegend en verzorgend personeel nam tussen 1988 en 1992 af met gemiddeld 0,1% per jaar (zie tabel 1.1). Opvallend aan deze ontwikkelingen is dat tegenover het afnemend aantal formatieplaatsen voor verplegend en verzorgend personeel een toename staat van de formatieplaatsen voor directie, staf, artsen en overig (academisch) personeel: meer overhead en minder personeel op de werkvloer dus.

Het totaal aantal formatieplaatsen in de gezinszorg is helemaal niet gegroeid tussen 1988 en 1992. Het gevolg is het ontstaan van wachtlijsten, met name in de gezinsverzorging. Binnen het kruiswerk wordt aan de groeiende vraag nog voldaan door het hanteren van de 'kaas-schaaf' en het aanscherpen van de indicatiecriteria [Groenewegen e.a., 1993].

In de sector thuiszorg houden de substitutiemogelijkheden binnen de professionele zorg op. Substitutie kan dus moeilijk worden gebruikt om het hoofd te bieden aan een groeiende hulpvraag. Substitutie is alleen nog mogelijk van wijkverpleging naar gezinszorg. Vooral om die reden wordt integratie van kruiswerk en gezinszorg noodzakelijk geacht. Aangezien binnen de thuiszorg echter vooral de gezinsverzorging met capaciteitsproblemen kampt, bestaat substitutie van wijkverpleging door gezinszorg vooralsnog voornamelijk op papier. Een factor die deze substitutie ook bemoeilijkt, is dat taken niet altijd gemakkelijk te onderscheiden zijn en dat cliënten/patiënten vaak een complexe hulpvraag hebben. In de praktijk leidt dat ertoe dat wijkverpleegkundigen, wanneer ze toch op huisbezoek zijn om bijvoorbeeld een verpleegtechnische handeling te verrichten, in één moeite ook taken van een lager deskundigheidsniveau uitvoeren, zoals het aantrekken van steunkousen.

Substitutie is daarnaast ook mogelijk van professionele thuiszorg naar mantelzorg. De bereidheid en praktische mogelijkheden tot het verlenen (maar ook het ontvangen) van mantelzorg aan ouders, familieleden, vrienden of burens zal in de toekomst waarschijnlijk echter eerder af- dan toenemen. Culturele ontwikkelingen maar ook demografische ontwikkelingen liggen daaraan ten grondslag. Individualisering, groeiende waardering van privacy, toegenomen mobiliteit, een groter aandeel van vrouwen in het arbeidsproces, een dalend kindertal: op lange termijn zullen deze ontwikkelingen resulteren in minder potentiële en bereidwillige mantelzorgers. Knelpunten die mantelzorgers ervaren, liggen op inmiddels bekende terreinen [verg. Trouw, 1994]: het steeds paraat moeten staan, een grote tijdbelasting en de daarmee gepaard gaande lichamelijke en geestelijke druk. Nieuwe 'produkten' zoals tijdelijke dag- en/of nachtopname, intervalopname en dergelijke in bejaardenoorden en verpleeghuizen kunnen de taak van mantelzorgers echter aanzienlijk verlichten. In de volgende paragraaf zal duidelijk worden dat instellingen dit type produkten in toenemende mate zijn gaan aanbieden.

Een ander punt van aandacht vormen de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. De capaciteit van de sector verpleging en verzorging is niet alleen afhankelijk van het aantal verzorgingsplaatsen, bedden en dergelijke, maar ook van het aantal verplegenden en verzorgenden dat beschikbaar is. De indruk bestaat dat de gezondheidszorg voor wat betreft haar positie op de arbeidsmarkt conjunctuurgevoelig is, dat wil zeggen dat bij een aantrekkende economie de belangstelling voor het werken in de zorg weer af zou kunnen nemen [verg. Commissie Bekostiging en Kwaliteit Ouderenzorg, 1994].

Tabel 1.1: Overzichtscijfers sector verpleging en verzorging

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
Gebruik van zorg								
aantal patiënten in zorg van wijkverpleging per 100 inwoners	-	5,8	-	5,7	5,8	5,0		-3,6
totaal aantal cliënten gezinsverz. in de 13e per. (laatste maand v.e. jaar)	178.100	187.200	192.600	203.200	209.510	226.000	2,7	4,8
aantal bewoners van bejaardenoorden	135.000	133.000	131.100	130.000	128.500	128.700	-0,5	-0,8
aantal in verpleeghuizen opgenomen patiënten	39.109	40.416	40.835	42.797	42.911	45.210	1,6	2,8
aantal verpleegdagen in verpleeghuizen (x 1000)	17.227	18.157	18.271	18.354	18.521	18.859	1,0	1,0
Aanbod van zorg:								
aantal instellingen								
kruiswerk, gezinsverzorging	-	416	376	358	228	203		-16,4
bejaardenoorden	1.605	1.526	1.519	1.514	1.506	1.505	-0,7	-0,3
verpleeghuizen	328	321	322	322	322	321	-0,2	0,0
woonvoorz. lich. gehand.	66	89	91	93	95	100	4,7	3,0
Aanbod van zorg:								
capaciteit in plaatsen/bedden								
in bejaardenoorden	134.733	137.534	136.313	134.705	133.445	134.000	-0,1	-0,6
verpleeghuizen	48.745	50.196	50.697	51.277	51.670	52.196	0,8	1,0
woonvoorz. lich. gehand.	2.923	3.532	3.570	3.606	3.668	3.747	2,8	1,5
Aanbod van zorg:								
FTE personeel totaal								
kruisorganisatie	8.709	10.514	10.637	10.696	10.760	10.783	2,4	0,6
gezinsverzorging	38.610	40.651	40.302	40.606	40.757	40.678	0,6	0,0
bejaardenoorden	52.183	53.297	53.457	53.858	53.955	55.900	0,8	1,2
verpleeghuizen	50.040	56.944	57.847	58.362	59.258	60.831	2,3	1,7
Aanbod van zorg:								
FTE verplegend en verzorgend personeel								
kruisorganisaties	6.266	7.345	7.496	7.444	7.525	7.317	1,7	-0,1
bejaardenoorden	27.073	29.529	29.892	30.237	30.567	31.800	1,8	1,9
verpleeghuizen	-	30.706	32.123	33.179	33.998	35.410		3,6
Totale kosten van zorg in mln. gld								
kruiswerk	652	835	843	886	966	1.042	5,3	5,7
gezinsverzorging	1.477	1.679	1.715	1.848	1.943	2.023	3,6	4,8
bejaardenoorden	4.208	4.523	4.603	4.863	4.973	5.126	2,2	3,2
verpleeghuizen	-	-	3.978	4.188	4.511	4.816		
woonvoorz. lich. gehand.	-	68	69	73	89	89		6,9
AWBZ-uitgaven in mln. gld.								
kruiswerk	-	690	696	737	819	895		6,7
gezinsverzorging	1.282	1.371	1.413	1.487	1.590	1.640	2,8	4,6
verpleeghuizen	3.361	3.848	3.891	4.110	4.433	4.763	3,9	5,5
Eigen bijdragen in mln. gld.								
kruiswerk	124	133	136	140	143	-		
gezinsverzorging ²	195	308	302	361	353	383	7,8	5,6
bejaardenoorden	-	1.815	1.838	1.891	1.936	1.947		1,8
verpleeghuizen	-	-	458	463	483	508		

1: voor 1991 geen betrouwbare informatie beschikbaar

2: overige betalingen, waaronder eigen betalingen

1.3 Grensvervaging en produktverbreding versus integratie en samenwerking

In een tijd dat binnen andere sectoren discussies over kerntaken worden gevoerd, kenmerkt de ontwikkeling binnen het cluster verpleging en verzorging zich door vervagende grenzen tussen de verschillende aanbieders en een toenemende differentiatie van produkten die door de diverse instellingen worden aangeboden. Deze ontwikkeling heeft een sterke impuls gekregen door het functiegericht denken dat sinds Dekker sterk in de belangstelling staat. Ofschoon er tot op heden relatief weinig concrete maatregelen zijn genomen op basis van de voorstellen van de Commissie Dekker, heeft het advies grote invloed gehad op het denken in de gezondheidszorg. Een aantal van de ingezette ontwikkelingen lijkt bovendien onomkeerbaar: het recht op verstrekkingen formuleren in termen van functionele omschrijvingen, een grotere mate van vrijheid tot het maken van afspraken tussen aanbieders en verzekeraars, een toenemende variatie in aangeboden verzekeringspakketten en dergelijke.

Onder invloed van deze ontwikkelingen zijn instellingen in de verpleging en verzorging andere functies gaan aanbieden (produktverbreding) hetgeen soms leidt tot grensvervaging, bijvoorbeeld tussen intra- en extramurale zorg.

Een belangrijk nieuw produkt van verpleeghuizen is bijvoorbeeld dagbehandeling. Het aantal patiënten dat in dagbehandeling wordt genomen, is sterk gegroeid zowel voor somatische als voor psycho-geriatrische patiënten. Produktverbreding komt ook aan het licht bij bejaardenoorden, die in de afgelopen jaren hun zorgassortiment aanzienlijk hebben uitgebreid en nu onder meer verpleeghuiszorg aanbieden in de vorm van groepsverzorging en meerzorgprojecten. Daarnaast leveren bejaardenoorden produkten als kortdurende opnamen, dagverzorging, warme maaltijden, alarmsysteem-aansluiting, meer bewegen voor ouderen en voetverzorging.

Huijsman [1994, p. 13] noemt marktverbreding, het aanboren van nieuwe doelgroepen en het ontwikkelen van nieuwe produkten voor bestaande doelgroepen een vorm van "agressieve strategieën". In een eerder artikel schrijft hij: "Tot voor kort waren strategisch beleid en overlevingsstrategieën vrijblijvend omdat het overleven van de organisatie in een gesubsidieerd systeem zelden echt aan de orde was. Het veld was verkaveld; de taken van de verschillende organisaties en sectoren goed afgeperkt en vaak zelfs wettelijk vastgelegd. Hoewel van een fundamentele stelselwijziging nauwelijks sprake lijkt, is het bestaansrecht van organisaties lang niet meer zo vanzelfsprekend. Instellingen in de gezondheidszorg moeten steeds duidelijker aangeven wát zij leveren, hoe effectief en doelmatig dat is, welke doelgroepen zij bedienen en tegen welke condities zij kunnen leveren (onder andere prijs/kwaliteitverhouding). Hoewel de concurrentie lang niet zo scherp is als in het bedrijfsleven, komen er in de zorgsector steeds meer competitieve elementen." [Huijsman, 1993, p. 4]

Concurrentie treedt uiteraard vooral op wanneer verschillende organisaties hetzelfde type diensten levert. Persoonlijke verzorging is een voorbeeld van een 'functie' die zowel in verpleeghuizen en bejaardenoorden als door wijkverpleging en gezinsverzorging wordt geboden. Dat maakt persoonlijke verzorging tot een substitueerbare functie, maar ook tot een mogelijk punt van discussie tussen organisaties onderling. Waar dezelfde functies door verschillende organisaties worden geleverd, kunnen volgens Huijsman [1994, p. 12] debatten ontstaan over de geleverde kwaliteit, om zodoende te ontzenuwen dat eigenlijk dezelfde functies worden aangeboden.

Hoewel de toenemende differentiatie van het aantal produkten binnen de sector verpleging en verzorging de mogelijkheden voor het leveren van zorg op maat in principe vergroten, kan een en ander er tegelijkertijd toe leiden dat gebruikers door de bomen het bos niet meer zien. In de woorden van de Commissie Modernisering Ouderenzorg (Commissie Welschen): "Het grote aantal instellingen en de veelheid van regelingen kunnen gebruikers van voorzieningen gemakkelijk in verwarring brengen. Bij de bepaling welke hulp ouderen nodig hebben

('indicatiestelling') zijn veel instanties betrokken. Dit kan doelmatiger gebeuren. Op sommige plaatsen bestaat letterlijk één loket, waar ouderen met al hun vragen terecht kunnen. Op andere plaatsen ontbreekt zo'n loket." [Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, p. 29]. Het is duidelijk dat een toenemende versnippering de behoefte aan één loket vergroot.

Het ontwikkelen van één loket vraagt om samenwerking tussen organisaties in de sector verpleging en verzorging. Huijsman [1994, p. 13] maakt daarbij onderscheid in

- relatief lichte vormen waarin sprake is van een gezamenlijk informatie- en adviesloket of gezamenlijke indicatiestelling, en
- zware vormen waarin de traditionele loketten ook écht dichtgaan en er vanuit het perspectief van de patiënt slechts één organisatie overblijft.

Een eerste stap in het ontwikkelen van één loket is het maken van een overzicht van het aanbod van diverse instellingen [Galama, 1993, p. 25]. Voor zover dit aanbod overlapt, kunnen hierover discussies ontstaan [Huijsman, 1994, p. 12].

Een 'loket' kan een functie vervullen in de zorgbemiddeling (het zoeken naar de meest passende vorm van zorg) en in de zorgtoewijzing. Voor een goede zorgbemiddeling is het nodig dat er afstemming plaatsvindt tussen de diverse organisaties. Het is verder wenselijk dat een centraal zorgloket de geïndiceerde zorg ook toewijst, dat het met andere woorden een bindend advies geeft aan de betrokken instellingen. Anders ontstaat een vrijblijvende situatie waarin geen concrete afspraken kunnen worden gemaakt [Galama, 1993, p. 25]. Het probleem daarbij is wel dat een dergelijk bindend advies de betrokken instellingen in de knel kan brengen; zij beschikken soms over een eigen wachtlijst en kampen met beperkte financiële middelen [Galama, 1993, p. 26]. Galama [1993] noemt naast dit probleem nog een aantal barrières die de vorming van een centraal zorgloket in de weg staan:

- het is niet duidelijk in hoeverre instellingen en de bestaande indicatiecommissies voor bejaardenoordelen en verpleeghuizen bereid zijn hun bevoegdheid over te dragen aan een centraal loket,
- de informatievoorziening is nog niet berekend op een centraal systeem en
- er bestaat weinig tot geen inzicht in de kostprijs van de verschillende producten.

Invoering van een centraal zorgloket is overigens niet onomstreden. Coolen [1994] wijst er bijvoorbeeld op dat een aanzienlijk deel van de hulpvragen gericht is op niet erg complexe, kortdurende hulp, die vanuit één instelling kan worden geleverd. In die gevallen betekent een centrale intake een onnodige omweg. Coolen [1994] benadrukt ook dat de ouderen over het algemeen goed hun weg weten te vinden in het zorgsysteem en waarschuwt voor het ontstaan van de paternalistische gedachte dat ouderen extra bewegwijzering nodig zouden hebben.

Samenwerking, integratie en de daarmee gepaard gaande centrale intake/indicatiestelling zijn trefwoorden waarmee de ontwikkelingen in de thuiszorg kunnen worden gekarakteriseerd. Twee belangrijke argumenten zijn in het beleid genoemd vóór de integratie van kruiswerk en gezinszorg:

- betere mogelijkheden voor substitutie van wijkverpleegkundige zorg door gezinsverzorging en
- mogelijkheden tot benutting van schaalvoordelen.

De substitutiemogelijkheden worden gehinderd door capaciteitsproblemen bij de gezinszorg, zoals in de vorige paragraaf werd aangegeven. Ook de financiële voordelen van schaalvergroting blijken tot op heden tegen te vallen. Huijsman & Groenenboom [1993, p. 7] verbazen zich daar nauwelijks over: zij vonden namelijk geen duidelijk verband tussen de schaalgrootte van instellingen voor gezinsverzorging en de gemiddelde kostprijs. Schaalvergroting is volgens beide auteurs dus niet per definitie goedkoper.

Samenwerking vormt volgens Lapré [1994] ook een aantrekkelijk perspectief voor verpleeghuizen en bejaardenoorden. Samenwerking tussen beide type voorzieningen zou volgens Lapré drie voordelen hebben:

- strategische voordelen (versterken van de positie ten opzichte van verzekeraars, provincie, gemeenten en andere zorgaanbieders)
- financiële voordelen (schaalvergroting)
- zorginhoudelijke voordelen (het samenstellen van een breed, op elkaar afgestemd zorgpakket waarin sprake moet zijn van een zorgcontinuüm, dat wil zeggen drempelloze overgangen van de ene naar de andere zorgvorm).

Mogelijke knelpunten die Lapré [1994, p. 3] constateert in bestaande samenwerkingsprojecten liggen op het vlak van ongelijkwaardigheid van beide type voorzieningen: "In de eerste plaats wordt het verpleeghuis door de besturen en directies van verzorgingshuizen nogal eens gezien als 'grote broer', die de verzorgingshuizen overneemt ('opslokt') in plaats van een partij die op basis van gelijkwaardigheid samenwerkt. [...] In de tweede plaats positioneren de verzorgingshuizen zich ten opzichte van het verpleeghuis als degenen die zich het meest bedreigd voelen in hun bestaan." Angst voor een verlies van de eigen identiteit is daarnaast een derde factor die een succesvolle samenwerking in de weg kan staan. "Het valt aan te bevelen om in een zo vroeg mogelijk stadium hierover duidelijke afspraken te maken, die verder gaan dan statutaire regelingen", aldus Lapré [1994, p. 3].

1.4 Gescheiden financieringsstromen en verkeerde prikkels

Het bestaan van financiële schotten tussen de verschillende voorzieningen voor gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn wordt sinds jaar en dag ervaren als een knelpunt, met name waar het gaat om het realiseren van substitutie. Een voorbeeld van de negatieve invloed die het bestaan van deze schotten heeft op substitutie is het feit dat particuliere verzekeraars intensieve thuiszorg over het algemeen alleen vergoeden ter voorkoming van een ziekenhuisopname. Het voorkomen van een opname in een verpleeghuis kost een particuliere verzekeraar alleen maar extra geld, omdat verpleeghuizen een AWBZ-voorziening zijn.

De financiering van de sector verpleging en verzorging kan worden gestroomlijnd door:

- Bejaardenoorden onder de AWBZ te brengen, bijvoorbeeld door de WBO-gelden als een rijksbijdrage toe te voegen aan de AWBZ, zoals de Commissie Modernisering Ouderenzorg [1994] voorstelt.
- De verschillende eigen bijdragen regelingen te harmoniseren.
Het onderbrengen van bejaardenoorden in de AWBZ is vertraagd door discussies over de financiering van de wooncomponent uit de zorgverzekering. In de recente voorstellen van de Commissie Modernisering Ouderenzorg wordt er echter voor gepleit, om wanneer geen sprake is van zelfstandig wonen, ook verblijfskosten in bejaardenoorden (wonen) uit het zorgbudget te dekken [Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, p. 58].

Hoewel het onderbrengen van bejaardenoorden in de AWBZ de bestaande financieringschotten grotendeels zou opheffen, zijn daarmee niet alle mogelijke ondoelmatigheden van de baan. De Commissie Modernisering Ouderenzorg pleit ervoor om WBO-gelden in de vorm van een rijksbijdrage aan de AWBZ toe te voegen en bejaardenoorden niet als aanspraak in de AWBZ op te nemen, maar wijst tegelijkertijd in een andere context op de inefficiëntie die daarvan het gevolg kan zijn: "Zorg verleend door een kruisorganisatie is een aanspraak, en wordt betaald uit de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Een aanspraak is een afdwingbaar recht. Gezinszorg is geen aanspraak, maar wordt wel gesubsidieerd uit de

AWBZ-pot. Deze voorziening is gebudgetteerd: jaarlijks is een van te voren afgepaald bedrag beschikbaar. Is het budget voor in verhouding goedkope gezinszorg op, dan zullen mensen een beroep doen op duurdere zorg die wel als aanspraak is geregeld (kruiswerk, het ziekenhuis). Dat is ondoelmatig." [Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, p. 28].

De Commissie pleit naast het onder het regime van de AWBZ brengen van de bejaardenoorden, sterk voor een harmonisatie van de bestaande eigen bijdragen regelingen, omdat de huidige regelingen het onnodig gebruik van verpleeghuizen en kruiswerk stimuleren, waarvoor lagere eigen bijdragen gelden dan voor bejaardenoorden en gezinsverzorging [Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, p. 58].

De Commissie geeft drie voorbeelden van verkeerde prikkels [Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, p. 30]:

- Ouderen draaien in principe zelf op voor de kosten van verzorging in een bejaardenoord. De pensionprijs bedraagt gemiddeld fl. 3.000,= per maand. Als het inkomen van ouderen tekort schiet, moeten zij hun vermogen (voor zover aanwezig) aanspreken. Met name kinderen hebben er daarom meer belang bij dat hun ouders direct in het voor de samenleving veel duurdere verpleeghuis worden opgenomen, waarvoor het eigen vermogen niet aangesproken hoeft te worden.
- Voor ouderen met alleen AOW kan het van de andere kant voordeliger zijn om in een bejaardenoord te worden opgenomen, waar zij gegarandeerd fl. 308,82 (voor een alleenstaande) of fl. 534,53 (voor een echtpaar) aan zakgeld overhouden.
- Voor wie thuis hulp nodig heeft, kan het financieel aantrekkelijker zijn om hulp van een voor de samenleving duurdere wijkverpleegkundige te krijgen, waarvoor een contributie van fl. 50,= per jaar verschuldigd is aan de kruisvereniging, dan hulp te krijgen van de gezinszorg. Voor gezinsverzorging is een eigen bijdrage van fl. 10,= per uur verschuldigd met een inkomensafhankelijk maximum van fl. 225,= per week.

Eigen bijdragen voor verpleeghuizen zouden in de ogen van de Commissie Modernisering Ouderenzorg wat omhoog moeten, eigen bijdragen voor bejaardenoorden wat omlaag. Leden van een kruisvereniging zouden korting moeten krijgen op het uniforme tarief van de eigen bijdragen voor thuiszorg [Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, p. 73].

1.5 Afstemming tussen verpleging & verzorging en curatieve zorg.

Overigens is het natuurlijk niet zo dat met het onderbrengen van bejaardenoorden in de AWBZ en het harmoniseren van de eigen bijdragen het probleem van financiële schotten in de verpleging en verzorging geheel uit de wereld is. Zelfs indien de financiering op beide punten is aangepast, dient niet uit het oog te worden verloren dat er nog veel verpleging plaatsvindt buiten de sector verpleging en verzorging en buiten de uit of krachtens de AWBZ gefinancierde voorzieningen, namelijk in ziekenhuizen. Tussen de sector verpleging en verzorging en de curatieve zorg, waaronder de ziekenhuisverpleging valt, zullen de bestaande financiële schotten voorlopig wel niet worden geslecht.

Er is recent een advies uitgebracht door de Commissie Modernisering Ouderenzorg, waarin vooral de samenhang binnen de sector verpleging en verzorging onder de loep wordt genomen. In 1993 is een advies uitgebracht door de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (Commissie Biesheuvel), waarin aandacht wordt besteed aan de samenhang en samenwerking tussen huisarts, specialist en ziekenhuis. Zonder in dit rapport nu te willen pleiten voor de instelling van een derde commissie, die moet adviseren over de relatie curatieve zorg en verpleging en verzorging, moet er wel op worden gewezen dat deze relatie bestaat en aandacht vraagt. De 'verkeerde bed' problematiek, bijvoorbeeld, speelt op het

grensvlak van ziekenhuis en verpleeghuis. 'Verkeerde bed' problematiek wordt veroorzaakt door fricties in de doorstroommogelijkheden tussen voorzieningen, die het leveren van zorg op maat (tijdelijk) verhinderen. Daarnaast heeft ongeveer de helft van de patiënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen een of andere vorm van thuiszorg nodig, een kwart van de ontslagen patiënten ontvangt daadwerkelijk professionele zorg in de thuissituatie [Kerkstra e.a., 1990]. Aandacht voor de samenhang en substitiemogelijkheden tussen enerzijds ziekenhuizen en anderzijds verpleeghuizen, bejaardenoorden en thuiszorg blijft daarom noodzakelijk.

1.6 Stand van zaken met betrekking tot de informatievoorziening

Bij het beschrijven van de stand van zaken met betrekking tot de beschikbaarheid van informatie in de sector verpleging en verzorging kan onderscheid worden gemaakt in de aard van de informatie (kwantitatief of kwalitatief), de aanwezigheid (beschikbaarheid) van informatie en de bruikbaarheid van de beschikbare informatie.

Aan kwalitatieve informatie bestaat binnen de sector geen gebrek. Veel van die informatie kan gevonden worden in rapporten en in artikelen in de vaktijdschriften. Ook achtergrondstudies zoals uitgevoerd in opdracht van de Commissie Modernisering Ouderenzorg bieden een goed overzicht van (delen van) de sector (met name bejaardenoorden). Veel informatie is bovendien geordend te vinden in losbladige handboeken van verschillende uitgevers.

Kwantitatieve informatie vormt voor een aantal voorzieningen een wat groter probleem. Voor wat betreft de beschikbaarheid van kwantitatieve informatie kan de sector als volgt worden gekenschetst:

- Wat de tijdreeksen betreft: in vergelijking met de bejaardenoorden, thuiszorg en zeker in vergelijking met gezinsvervangende tehuizen is er overweldigend veel informatie beschikbaar over verpleeghuizen.
- De tijdreeksen voor de gezinsverzorging hebben maar betrekking op de jaren tot en met 1990.
- Het is moeilijk om eenduidige kwantitatieve informatie over de zorg voor lichamelijk gehandicapten bij elkaar te krijgen. In veel gevallen wordt informatie over verstandelijk en lichamelijk gehandicapten gezamenlijk gepresenteerd.
- Op een enkel onderzoek na dat de situatie in 1989 weergeeft [Visser, 1990] is er nauwelijks iets bekend over particuliere bureau's voor verpleging en verzorging, terwijl particuliere hulp in de toekomst wel eens een belangrijkere rol zou kunnen gaan spelen.
- Voor alle sectoren geldt dat informatie over zorgintensiteit naar zorgcategorie nauwelijks beschikbaar is. Vaak zal dit type informatie binnen instellingen niet worden verzameld. Het is echter ook mogelijk dat dergelijke gegevens als managementinformatie binnen instellingen worden verzameld, maar dat zij mede omdat het gevoelige informatie kan betreffen, niet openbaar worden gemaakt.
- Met uitzondering van enkele provincies bestaat slechts een gebrekkig inzicht in het bestaan van wachtlijsten voor bejaardenoorden.
- Onderzoek naar de beoordeling van (kwaliteit van) de zorg vanuit het perspectief van de patiënt begint pas op gang te komen. Voor diverse voorzieningen zijn inmiddels de eerste instrumenten ontwikkeld waarmee dit type gegevens kan worden verzameld.

Wat de informatievoorziening voor de thuiszorg betreft, is het overigens goed te wijzen op de 'Databank thuiszorg' waaraan LVT en NZi sinds 1 januari 1993 werken. Het is de bedoeling

dat in deze databank voor het peiljaar 1993 een groot aantal gegevens van alle (al dan niet gecombineerde) instellingen voor thuiszorg over produktie, personeel en kosten wordt opgeslagen.

De enquête moet in de plaats komen van alle bestaande enquêtes van de LVT en zou in de toekomst de gegevensaanlevering aan de GHI, WVC en het CBS moeten kunnen vervangen. In de nieuwe opzet moet het mogelijk worden Management Informatiepakketten (MIp) op te stellen aan de hand waarvan bedrijfsvergelijkingen kunnen plaatsvinden. In dit kader zal bijvoorbeeld de registratie van wijkverpleging en wijkzakenverzorging niet meer plaatsvinden aan de hand van het aantal contacten maar zal gevraagd worden naar het aantal verleende zorguren.

In de praktijk blijkt dat een aantal instellingen nog moeite heeft met het aanleveren van gegevens. Gegevens uit de eigen administratie moeten worden bewerkt om de enquête in te vullen. De keuze om de oude functie-indeling voor de gezinsverzorging in de enquête op te nemen sluit bijvoorbeeld niet aan bij die instellingen voor gezinsverzorging die reeds de nieuwe indeling hanteren. Daarnaast wordt in de enquête nog uitgegaan van de drie werksoorten (wijkverpleging, gezinsverzorging en kraamzorg). Bij instellingen die al geïntegreerd werken is het onvermijdelijk dat dit moeilijkheden oplevert bij bijvoorbeeld de toedeling van personeel naar werksoort [LVT/NZi, Nieuwsbrief Databank thuiszorg, nrs.1-2, 1994]. Een aantal instellingen houdt nog vast aan het oude Informatiesysteem gezinsverzorging, maar gezien de sterk dalende respons in de afgelopen jaren is het niet zeker of dit informatiesysteem zal worden gecontinueerd. Eveneens is onduidelijk wie in de toekomst de verantwoordelijkheid voor registratie en onderhoud van dit systeem op zich zal nemen (WVC, de Ziekenfondsraad of de LVT).

Over de bruikbaarheid van de beschikbare gegevens in de sector verpleging en verzorging kan het volgende worden gezegd:

- De informatie in de CBS statistiek voor de bejaardenoorden is te globaal waar het gaat om het in kaart brengen van de hulpbehoefte. Er wordt geen psycho-sociale problematiek geregistreerd.
- Informatie over gezinszorg en kruiswerk is vooral beschikbaar in de vorm van eenmalig uitgevoerde onderzoeken, waardoor geen tijdreeksen kunnen worden gecreëerd.

De informatie die beschikbaar is, is bovendien vaak van verschillend karakter waardoor het moeilijk is om gegevens over verschillende voorzieningen of over verschillende jaren op een zinvolle manier te vergelijken. Bijvoorbeeld:

- De twee beschikbare bronnen op het terrein van verpleging en verzorging van lichamelijke gehandicapten (de Nederlandse Federatie van Voorzieningen voor Lichamelijk Gehandicapten en het CBS) hanteren verschillende indelingen en definities.
- In de verschillende onderzoeken op het terrein van ouderenzorg worden verschillende leeftijdscategorieën gebruikt: cijfers worden afwisselend gepresenteerd voor 55-plussers, 60-plussers, 65-plussers en 75-plussers.
- Personeelscapaciteit wordt voor kruiswerk, bejaardenoorden en verpleeghuizen uitgedrukt in FTE en voor de gezinszorg in aantal hulpverleningsuren.
- De financiële CBS-statistieken voor de bejaardenoorden hanteren door de jaren heen verschillende rekenposten, waarbij bijvoorbeeld algemene kosten, onderhoudskosten, huur, leasing, afschrijving en interest op verschillende manieren onder één post worden samengevoegd.

2. VERPLEGING EN VERZORGING IN DE THUISSITUATIE

In dit hoofdstuk zal een overzicht worden gegeven van verpleging en verzorging in de thuissituatie. Het kan hierbij gaan om zorg die verleend wordt door gezins- of familieleden, vrienden, buren en dergelijke, kortom mantelzorg; maar ook om professionele verpleging en verzorging geleverd door de gezinsverzorging, wijkverpleging (kruiswerk) en organisaties voor aanvullende (intensieve) thuiszorg.

Zowel wijkverpleging als gezinsverzorging is in beginsel (al dan niet met verwijzing of indicatiestelling) voor de gehele bevolking toegankelijk. De hulpvraag om wijkverpleegkundige zorg en het verrichten van (aanvullende) huishoudelijke activiteiten komt echter vooral voor bij de oudere leeftijdsgroepen. Het voorkomen van chronische ziekten maar vooral de verminderde zelfredzaamheid met het ouder worden alsmede de wens om zelfstandig te blijven wonen vereist met het stijgen van de leeftijd een toename van (curatieve) verpleging en verzorging door wijkverpleging en gezinsverzorging. Het feit dat circa 80% van de zorgverlening binnen de thuiszorg aan mensen boven de zestig jaar wordt verleend (waarvan de helft aan 80-plussers) is reden geweest om in deze rapportage het accent bij deze leeftijdsgroepen te leggen. Wanneer in dit verband wordt gesproken over 'ouderen', wordt bedoeld op de groep 65-plussers. Waar informatie wordt gegeven over andere categorieën zal dit duidelijk in de tekst en in de tabellen worden aangegeven.

Dit hoofdstuk is in een viertal onderdelen opgesplitst waarbij per paragraaf een aantal werkvelden of thema's worden onderscheiden:

- Vraag naar en gebruik van zorg waarbij wordt ingegaan op de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging van hulpvragers in de thuissituatie. Het gaat hierbij om:
 - Informele zorg
 - Wijkverpleging
 - Gezinsverzorging
 - Intensieve thuiszorg
 - Onderzoek VNZ/KLOZ e.a.: wijkverpleging en gezinsverzorging
- Het aanbod van zorg(verleners) vanuit de verschillende instellingen waarbij onderscheid wordt gemaakt naar functie, het aantal werkzame personen en het aantal arbeidsplaatsen gezien vanuit:
 - Kruisorganisaties (w.o. wijkverpleging)
 - Gezinsverzorging
 - Intensieve thuiszorg
- Aansluiting van het aanbod op de vraag:
 - arbeidsplaatsen per leeftijdscategorie patiënten/cliënten
 - verschillen naar verzekeringsvorm
 - Wachtlijsten
- Regulering, financiering en verzekering van
 - Mantelzorg
 - Wijkverpleging
 - Gezinsverzorging
 - Aanvullende (intensieve) thuiszorg

- Ontwikkelingen en knelpunten binnen de thuiszorg met aandacht voor:
 - Financiële- en capaciteitsproblemen
 - Integratie van kruiswerk en gezinsverzorging
 - Harmonisatie eigen bijdragen thuiszorg
 - Functiedifferentiatie
 - Cliëntgebonden budgetten

2.1 Vraag naar en gebruik van zorg

Van verpleging en verzorging in de thuissituatie wordt in belangrijke mate gebruik gemaakt door ouderen. De meeste ouderen (90% van de 65-plussers en ongeveer 80% van de 75-plussers) wonen zelfstandig. Van de zelfstandig wonende 75-plussers woont ongeveer 20% in een bejaardenwoning, aanleunwoning of serviceflat. In deze paragraaf zal het gebruik van verpleging en verzorging van hulpvragers in de thuissituatie worden geschetst. Hierbij wordt achtereenvolgens ingegaan op vraag naar en het gebruik van informele zorg, kruiswerk en gezinsverzorging en intensieve thuiszorg.

Informele zorg

Een deel van de zelfstandig wonende ouderen is aangewezen op informele of professionele hulp: 24% van de zelfstandig wonende 75-plussers bijvoorbeeld, beschouwt zijn gezondheid als matig of slecht en 56% heeft twee of meer chronische aandoeningen [Huijsman e.a., 1994, p. 23-27]. Van zelfstandig wonende 55-plussers had in 1991 24% moeite met één of meer dagelijkse handelingen, 5% kon één of meer dagelijkse handelingen niet meer verrichten en 39% verrichtte één of meer huishoudelijke taken met moeite [Timmermans, 1993, p. 46].

Van de ouderen met een matige (1 of 2 ADL²-handicaps) of ernstige (3-6 ADL-handicaps) hulpbehoefte ontvangt ongeveer 24% informele hulp. Ongeveer 12% van alle 65-plussers krijgen informele hulp (exclusief hulp van huisgenoten) bij huishoudelijke en in mindere mate bij verzorgende taken. Informele huishoudelijke hulp wordt meestal gegeven door familieleden die niet bij de oudere in huis wonen [Huijsman e.a., 1994, p. 30]. Naast deze informele, vrijwillige hulp krijgt 13% van de ouderen particuliere huishoudelijke hulp. Naarmate ouderen een hoger inkomen hebben, maken zij hiervan relatief vaker gebruik. Van de ouderen met alleen AOW heeft slechts 6,3% particuliere huishoudelijke hulp; van ouderen met AOW plus fl. 750,= per maand of meer is dat 22,5%. Ouderen met meer informele hulp maken ook vaker gebruik van wijkverpleging of gezinsverzorging: met andere woorden, professionele en informele hulp vullen elkaar eerder aan dan dat zij elkaar uitsluiten. Ouderen met particuliere huishoudelijke hulp daarentegen, gebruiken minder professionele zorg: particuliere en extramurale zorg zijn daarom tot op zekere hoogte substitueerbaar [Huijsman e.a., 1994, p. 31-32].

Wijkverpleging

De belangrijkste vorm van hulpverlening vanuit een instelling voor kruiswerk is de individuele wijkverpleging. Van deze hulpvorm maakten in 1991 in totaal 870.000 mensen gebruik [LVT, 1993a]. In datzelfde jaar maakte 10% van de mannen en 14% van de vrouwen gebruik maakt van deze vorm van thuiszorg [CBS, 1993].

Bij patiënten van wijkverpleegkundigen gaat het over het algemeen om ouderen: van de bevolking boven de 75 jaar maakt 20% gebruik van de diensten van een kruisvereniging. Ter vergelijking: van de groep tussen 45 en 65 jaar maakt maar 6 tot 7% van de bevolking

² Algemene dagelijkse levensverrichting

hiervan gebruik [CBS, 1993a]. Het gaat bij deze cijfers overigens om het gebruik van de kruisvereniging, dus niet alleen om het gebruik van wijkverpleegkundige zorg, maar ook om het lenen van hulpmiddelen, gebruik van de diëtiste en van kraamzorg (zij het dat dit laatste natuurlijk vooral voorkomt in de leeftijdscategorie 25 tot 34 jaar).

De cijfers in tabel 2.1 hebben wel alleen betrekking op de wijkverpleging. Gegevens met betrekking tot gebruik van wijkverpleegkundige zorg uit 1983 ontbreken. Een aantal gegevens is wel bekend voor het jaar 1985. In tabel 2.1 is te zien dat het aantal cliënten in zorg per 100 inwoners in Nederland in de afgelopen vijf jaar sterk is afgenomen. Het gemiddeld aantal zorgcontacten wijkverpleging per cliënt daarentegen is sterk toegenomen: van 8,9 in 1985 tot 15,4 in 1992 (een stijging van gemiddeld 8,1% per jaar). Uit de onderverdeling van het totaal aantal zorgcontacten naar leeftijd blijkt dat het aandeel van de leeftijdscategorie 70 jaar en ouder is gegroeid van 60,8% in 1985 tot bijna driekwart (73,4%) van alle contacten in 1992. Met andere woorden: de leeftijd van patiënten van de wijkverpleging is gedurende de jaren '80 gemiddeld steeds hoger geworden.

Het doel van de contacten met de wijkverpleging is in de meest gevallen lichamelijk hygiënische verzorging van de patiënt (42,9% van de contacten in 1991). In ongeveer een kwart van de contacten worden verpleegtechnische handelingen uitgevoerd, terwijl het toedienen van medicatie in 1991 in één op de tien contacten het verpleegdoel vormde. Deze cijfers zijn gepercentageerd met het totaal aantal verpleegdoelen van de hulpverlening als noemer. Binnen één huisbezoek kunnen echter meerdere verpleegdoelen tegelijk worden gediend, hetgeen blijkt uit cijfers van Vorst-Thijssen e.a. [1990]. Verpleegtechnische handelingen worden bijvoorbeeld in 73,7% van alle huisbezoeken verricht, lichamelijk-hygiënische zorg wordt in 62,3% van de huisbezoeken verleend. Ook worden in 64,3% van de huisbezoeken sociaal-administratieve taken uitgevoerd. De gemiddelde duur van een contact met wijkverpleging is 30 minuten. De leeftijd van de patiënt heeft hierop nauwelijks invloed.

Van de patiënten die door wijkverpleegkundigen of wijkziekenverzorgenden thuis bezocht worden is bijna tweederde (64,7%) vrouw en circa 35% man [Vorst-Thijssen e.a., 1990; VNZ/KLOZ e.a., 1992]. Minder dan de helft (42,6%) van alle contacten met wijkverpleging vindt plaats met patiënten die alleenstaand zijn; de overige patiënten beschikken over een partner, kind, ouders of andere familieleden in zijn of haar naaste omgeving [VNZ/KLOZ e.a., 1992].

De vijf belangrijkste aandoeningen waaraan patiënten van de wijkverpleging lijden, zijn harten- en vaatziekten waaronder CVA (26,8% van de patiënten), aandoeningen van het bewegingsapparaat (20,4% van de patiënten), diabetes (14,9% van de patiënten), kanker (12,6% van de patiënten) en neurologische aandoeningen (12,2%) [Vorst-Thijssen e.a., 1990]. Sommige patiënten lijden bovendien aan een combinatie van deze ziekten.

Opvallend in tabel 2.1 is de verschuiving van de verdeling van het aantal zorgcontacten naar leeftijdscategorie. Het aandeel contacten ten behoeve van de jongere leeftijdscategorieën loopt de laatste jaren terug terwijl het aandeel zorgcontacten, geleverd aan 80-plussers, van 1983 tot 1992 gestegen is met ruim 12% (gemiddeld 1,8% per jaar). De toename van het gemiddeld aantal zorgcontacten per cliënt in zorg is een gevolg van de toename van het gemiddeld aantal zorgcontacten per 100 inwoners maar vooral van de afname van het gemiddeld aantal cliënten per 100 inwoners (binnen de verschillende leeftijdscategorieën).

Tabel 2.1 Gebruik van wijkverpleging: aantal patiënten in zorg per 100 inwoners en per 100 inwoners van 70-79 en 80 jaar en ouder; verdeling van de individugerichte zorgcontacten wijkverpleging per leeftijdscategorie in %; gemiddeld aantal zorgcontacten per cliënt per jaar in de individugerichte wijkverpleging naar leeftijdscategorie en percentage van de contacten van de wijkverpleging naar verpleegdoel (1985, 1988-1992).

	'85	'88	'89*	'90	'91	'92	Gem. gr. '85-'92	Gem. gr. '88-'92
Aantal patiënten in zorg per 100 inwoners	-	5,8	-	5,7	5,8	5,0		-3,6
Aantal patiënten in zorg per 100 inwoners in de leeftijdscategorie 70-79	-	16,9	-	16,3	15,8	15,1		-2,8
Aantal patiënten in zorg per 100 inwoners in de leeftijdscategorie 80+	-	46,5	-	38,9	36,5	35,3		-6,7
Percentage van de contacten naar leeftijdscategorie:								
0-4 jaar	13,7	6,9	-	6,8	7,3	5,7	-1,1	-0,3
5-19	0,7	0,5	-	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0
20-39	3,4	2,9	-	2,2	2,0	2,3	-0,2	-0,2
40-59	7,8	7,4	-	6,7	7,0	6,8	-0,1	-0,2
60-69	13,6	13,4	-	12,6	11,6	11,4	-0,3	-0,5
70-79	28,7	30,0	-	28,6	26,3	29,0	0,0	-0,3
80 jaar en ouder	32,1	39,0	-	42,7	45,2	44,4	1,8	1,4
Gemiddeld aantal contacten per cliënt naar leeftijdscategorie:								
0-4 jaar	2,5	2,0	-	2,0	2,1	2,1	-2,5	1,2
5-19	2,2	4,7	-	5,0	5,8	5,6	14,3	4,5
20-39	3,1	4,4	-	6,3	6,4	6,4	10,9	9,8
40-59	12,1	16,7	-	16,7	19,1	18,7	6,4	2,9
60-69	16,5	20,6	-	20,6	22,0	21,6	3,9	1,2
70-79	18,3	23,6	-	23,9	23,5	24,7	4,4	1,1
80 jaar en ouder	23,3	29,0	-	31,1	32,5	33,0	5,1	3,3
gehele bevolking	8,9	12,6	-	13,6	13,7	15,4	8,1	5,1
Percentage van de contacten naar verpleegdoel:								
lichamelijk hygiënische verzorging	-	40,5	-	46,1	42,9	-		
verpleegtechnisch handelen	-	23,6	-	20,6	25,6	-		
medicijn toedienen	-	14,9	-	12,4	10,1	-		
reactivering	-	1,6	-	1,5	2,4	-		
oriëntatie	-	1,4	-	1,5	2,3	-		
hulp bij therapie/leefregel	-	5,6	-	6,6	6,8	-		
begeleiden bij probleem	-	4,4	-	4,4	3,5	-		
GVO	-	7,4	-	6,3	5,5	-		
screening	-	0,6	-	0,7	1,0	-		

Bron: LVT

* Het ontbreken van gegevens over het jaar 1989 is een gevolg van de Herstructurering Landelijke Organisaties en de daarmee gepaard gaande afslanking en reorganisatie van de Nationale Kruisvereniging [LVT, 1993b].

Gezinsverzorging

In 1991 werden circa 300.000 mensen (cliënten) voorzien van hulp door gezinsverzorging [LVT, 1993a]; 4% van de nederlandse bevolking maakte in dat jaar gebruik van gezinszorg [CBS, 1993]. Het aandeel vrouwen dat gezinszorg ontvangt ligt met 5% boven de hulpverlening aan mannen van wie slechts 2% gezinszorg ontvangt.

Evenals bij de wijkverpleging gaat het ook bij cliënten van de gezinsverzorging vaak om ouderen. Het merendeel (84%) van de contacten met gezinsverzorging vond in 1991 plaats bij mensen boven de zestig jaar. De tijd besteed aan deze contacten nam 77,1% van de totale contactduur in beslag. De gemiddelde duur van een contact met gezinszorg is 174 minuten. Van het totaal aantal contacten met gezinsverzorging wordt bijna tweederde (65,9%) aan alleenstaanden verleend [VNZ/KLOZ e.a., 1992].

In tabel 2.2 is het aantal cliënten van de gezinsverzorging naar leeftijd weergegeven. Ook uit deze gegevens blijkt dat het bij cliënten hoofdzakelijk om personen boven de 65 gaat. Door de jaren heen zijn cliënten van de gezinsverzorging bovendien steeds ouder geworden: het aantal cliënten boven de 65 is tussen 1983 en 1992 gegroeid van 130.000 naar 185.800 (gemiddeld 4% per jaar), terwijl het aantal cliënten onder de 65 in diezelfde periode is gedaald van 48.100 naar 40.200 (-2% per jaar).

Tabel 2.2 laat eveneens zien dat de laatste jaren over het algemeen het gemiddeld aantal uren zorg per week daalt, zowel bij de categorie van 65 jaar en jonger als bij 65-plussers. De reden hiervan is, dat er een verschil is tussen de indicatie en de ingezette zorg: er zijn te weinig middelen beschikbaar om de geïndiceerde uren daadwerkelijk te kunnen leveren. Door minder uren in te zetten kunnen de wachtlijsten enigszins beperkt worden [LVT, 1993b].

Intensieve thuiszorg

Reguliere wijkverpleegkundige zorg is aan een maximum gebonden van 2 1/2 uur per dag of 3 huisbezoeken per dag. Patiënten die meer zorg nodig hebben gedurende een beperkte periode kunnen een beroep doen op organisaties (particulier of gelieerd aan een kruisvereniging) die intensieve thuiszorg aanbieden. Net als bij de reguliere thuiszorg hebben de meeste (circa 80%) gebruikers van intensieve thuiszorg een leeftijd van boven de 65 jaar en nemen terminale patiënten een steeds groter aandeel op het totaal aantal patiënten in. Dit is naast het stijgen van de leeftijd van patiënten op het moment van aanvraag van thuiszorg mede een gevolg van de steeds groter wordende wachtlijsten voor verpleeg- en verzorgingshuizen. De langere wachttijd leidt ertoe dat men eerder op (aanvullende) thuiszorg is aangewezen. Door de toenemende vergrijzing zal deze categorie patiënten alleen nog maar toenemen [Visser, 1989]. Doordat de doelgroep bij particuliere bureaus (zie paragraaf 2.2) ruimer is (naast terminale zorg vaak ook kraam- en bejaardenzorg) worden door deze bureaus meer patiënten verpleegd of verzorgd dan door bureaus voor intensieve thuiszorg vanuit kruisverenigingen. Het merendeel (65%) van patiënten van particuliere bureaus is particulier verzekerd tegenover slechts 15% van de patiënten van bureaus van kruisverenigingen [Visser, 1990].

Uit onderzoek van de Ziekenfondsraad in de tweede helft van 1990 bleek de veruit belangrijkste diagnosecategorie van in zorg genomen patiënten voor aanvullende thuiszorg, 'kanker' te zijn (71,7%). Overige diagnosecategorieën waren hart- en vaatziekten, psychische en neurologische aandoeningen (ieder circa 5%). Tevens blijkt uit dit onderzoek dat de meeste ziekenfondsen zich met het 'produkt' intensieve thuiszorg voornamelijk richten op terminale patiënten. Het doel van intensieve thuiszorg is in 72,5% van de gevallen 'thuis sterven'. In 16% van de gevallen gaat het om het voorkomen van opname of het overbruggen van de tijd tot opname in een verpleeghuis, in 7,3% om het ontlasten van helpers uit het netwerk van de

patiënt en in de overige 4,2% van de gevallen om andere, niet nader gespecificeerde doelen [Ziekenfondsraad, 1990].

Tabel 2.2: Aantal cliënten gezinsverzorging in de 13e periode (laatste maand) en aantal uren zorgverlening per week in van 1983 en 1988-1992

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'91
Aantal cliënten naar leeftijdscategorie:								
jonger dan 65 jaar	48.100	46.000	43.300	42.500	41.410	40.200	-2,0	-3,3
ouder dan 65 jaar	130.000	141.200	149.300	160.700	168.100	185.800	4,0	7,1
totaal	178.100	187.200	192.600	203.200	209.510	226.000	2,7	4,8
Aantal uren zorgverlening per week naar leeftijdscategorie cliënt:								
jonger dan 65 jaar	6,5	7,9	7,2	6,8	6,6	6,3	-0,3	-5,5
ouder dan 65 jaar	4,2	4,7	4,5	4,2	4,3	3,9	-0,8	-4,6
totaal	4,9	5,4	5,1	4,9	4,7	4,4	-1,2	-5,0

Bron: WVC, 1987/LVT, 1993b

VNZ/KLOZ onderzoek: wijkverpleging en gezinsverzorging

In een onderzoek van VNZ/KLOZ e.a. uit 1992 wordt onderscheid gemaakt tussen het gebruik van wijkverpleging en gezinsverzorging door ziekenfonds- en particulier verzekerden, arbeidsongeschikten en mensen in de stad en op het platteland. De percentages ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden voor de gezinsverzorging zijn respectievelijk 78,2% en 21,8%; voor wijkverpleging 78,0% en 22,0%, aldus vrijwel identiek voor beide zorgsoorten. Er zijn derhalve aanzienlijk meer contacten voor ziekenfondsverzekerden geregistreerd dan op grond van hun aantal (61% van de bevolking) te verwachten was. [VNZ/KLOZ e.a., 1992].

Gemiddeld duurt het contact van ziekenfondsverzekerden met gezinsverzorging bijna een kwartier langer dan bij particulier verzekerden. Bij de wijkverpleging zijn de verschillen in contactduur bij patiënten, onderscheiden naar verzekeringsvorm, gering. De duur van een contact met wijkverpleging bij particulier verzekerden ligt gemiddeld enkele minuten boven de contactduur bij ziekenfondsverzekerden [VNZ/KLOZ e.a., 1992].

Van het totaal aantal patiënten tussen de 15 en 65 jaar dat wijkverpleging ontvangt is 38% arbeidsongeschikt. Bij de gezinsverzorging is 28% van de cliënten WAO/AAW-gerechtigd. Ter vergelijking: in de relevante leeftijdsgroep van de Nederlandse bevolking ontvangt ongeveer 9% een dergelijke uitkering. De kans op contact met thuiszorg ligt voor arbeidsongeschikten respectievelijk zes- (wijkverpleging) en viermaal (gezinszorg) zo hoog als voor niet-arbidsongeschikten [VNZ/KLOZ e.a., 1992].

De mate van verstedelijking van de woonomgeving van cliënten/patiënten is vooral van invloed op het gebruik van gezinszorg. Opmerkelijk is in dit opzicht de positie van de stedelijke gebieden. Daar ligt namelijk de gemiddelde contactduur met de gezinsverzorging met 193 minuten aanzienlijk boven het landelijk gemiddelde van 174 minuten. De gemiddelde contactduur op het verstedelijkt platteland ligt hier bijna 40 minuten onder (gemiddeld 155 minuten). Voor de grotere steden met meer dan 100.000 inwoners ligt de contactduur meer in de lijn van het platteland: gemiddeld 169 (grote steden) en respectievelijk 172 (platteland) minuten per contact. Bij de wijkverpleging zijn de verschillen tussen de verschillende

categorieën van verstedelijking betrekkelijk klein: de gemiddelde contactduur blijft in de buurt van de 30 minuten [VNZ/KLOZ e.a., 1992].

2.2 Aanbod van zorg

Het aantal instellingen voor kruiswerk en gezinsverzorging is ten gevolge van fusies sterk afgenomen. Het aantal kruisorganisaties is gedaald van 189 in 1988 naar 80 in 1992 (afname gemiddeld ruim 19% per jaar) tot 31 medio 1994 (zie tabel 2.3). Het aantal instellingen voor gezinsverzorging is gedaald van 240 in 1983 naar 80 in 1992 (afname 9,3% per jaar) tot 71 medio 1994. Een deel van de afname in het aantal instellingen voor *alleen* kruiswerk en *alleen* gezinsverzorging heeft te maken met de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging (zie paragraaf 2.4). Deze vindt namelijk zijn beslag in een toenemend aantal gecombineerde instellingen voor kruiswerk en gezinszorg: het aantal gecombineerde instellingen is gegroeid van 23 in 1992 tot 36 medio 1994. Het totaal aantal instellingen voor kruiswerk en gezinszorg is in de afgelopen jaren gedaald van 416 in 1988 tot 138 medio 1994.

Wijkverpleging

Uit tabel 2.4 blijkt dat het aantal personen dat in loondienst werkzaam is binnen een kruisorganisatie, is toegenomen van 15.484 in 1988 tot 18.320 in 1992 (een stijging van 4,3% per jaar). Het aantal verplegenden en verzorgenden binnen kruisorganisaties is met 4,8% per jaar zelfs nog iets sterker gegroeid in die periode. Ook het totaal aantal formatieplaatsen binnen kruisorganisaties is tussen 1983 en 1992 sterk toegenomen van 8.939 tot 10.783 FTE³ (een stijging van 2,4% per jaar). Opvallend is echter dat deze toename minder heeft plaatsgehad onder het verplegend en verzorgend personeel. Tussen 1988 en 1992 is het aantal formatieplaatsen voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden gedaald van 7.345 in 1988 naar 7.317 in 1992 (jaarlijks -0,1%). De toename, in diezelfde periode, van het aantal verplegenden en verzorgenden in *personen* kan daarmee geheel worden teruggevoerd op een toename van part-time werken binnen het kruiswerk. Het aantal formatieplaatsen 'directie, staf en overig personeel' is wel gegroeid tussen 1988 en 1992 (2,1% per jaar), evenals het aantal formatieplaatsen 'artsen en overige academici' (met 4,2% per jaar).

Gezinsverzorging

Het aantal in de gezinszorg werkzame personen is groot (circa 109.000 in 1992). Het aantal formatieplaatsen is aanzienlijk kleiner, omdat veel gezinsverzorgenden part-time werken. Het aantal formatieplaatsen in de gezinsverzorging is tussen 1983 en 1992 met 0,6% per jaar gegroeid van 38.610 naar 40.678 FTE (tabel 2.5). Deze groei heeft vooral plaatsgehad tussen 1983 en 1988, want tussen 1988 en 1992 is het aantal formatieplaatsen nagenoeg gelijk gebleven. Het aantal hulpverleningsuren schommelde in de periode 1989-1991 tussen de 42,5 en 44,5 miljoen voor wat betreft de traditionele gezinszorg en tussen de 7,5 en 8,5 miljoen voor alphahulp.

Intensieve thuiszorg

Aanvullende thuiszorg wordt door een groot aantal verschillende instellingen aangeboden. De belangrijkste aanbieders zijn, al dan niet in samenwerking met derden, kruisverenigingen, instellingen voor gezinsverzorging en particuliere bureaus. Veelal is sprake van een onoverzichtelijk geheel van zelfstandige, samenwerkende en elkaar beconcurrerende organisaties.

³ full-time equivalenten

Omtrent het totaal aantal instellingen, evenals het aantal (al dan niet gediplomeerde) zorgverleners die aanvullende thuiszorg verlenen, kunnen geen uitspraken worden gedaan. Alleen in 1989 heeft een telling van het aantal bureaus voor aanvullende thuiszorg plaatsgevonden (134 bureaus). Mede hierdoor en gegeven het feit dat veel zorgverleners bij meerdere bureaus staan ingeschreven is ook de omvang van het aantal werkzaamen binnen de aanvullende thuiszorg onbekend, nog afgezien van het aantal mantelzorgers en vrijwilligers.

Doordat de meeste bureaus van kruisverenigingen met ziekenfondsen (en enkele particuliere verzekeraars) overeenkomsten hebben gesloten is hun dienstenpakket minder divers, het aantal doelgroepen waarop men zich richt kleiner en het aantal voorwaarden voor zorgverlening groter dan van particuliere bureaus. Daarentegen is bij bureaus van kruisverenigingen de kans op vergoeding van de kosten groter [Visser, 1990].

2.3 Aansluiting van het aanbod op de vraag

De ontwikkeling van het aanbod aan wijkverpleging en gezinsverzorging in relatie tot de vraag kan worden uitgedrukt als het aantal arbeidsplaatsen (in FTE) per 1.000 65-plussers of 80-plussers, aangezien ouderen de belangrijkste gebruikersgroepen van thuiszorg vormen. Beide parameters zijn weergegeven in tabel 2.4 voor wijkverpleging en in tabel 2.5 voor gezinsverzorging. Het aanbod van beide typen zorg is afgenomen in relatie tot de groei van het aantal ouderen. Het aantal FTE verpleging en verzorging binnen kruisorganisaties per 1.000 80-plussers is tussen 1988 en 1992 met jaarlijks 2,3% gedaald. Het aantal arbeidsplaatsen in de gezinszorg per 1.000 80-plussers daalde in diezelfde periode met 2,2% per jaar.

Verdere informatie over de aansluiting van het aanbod op de vraag kan worden gewonnen uit onderzoek. Voor zowel wijkverpleging als gezinsverzorging is nagegaan welke type zorg (verpleging of verzorging) door welke zorgverlener is geboden. Daarbij is rekening gehouden met het feit dat een contact pluriform van karakter kan zijn. Bij de wijkverpleging wordt 80,7% van de zorg (lees: contacten) als 'verpleegkundig' en 19,3% van de zorg als 'verzorgend' aangeduid. Overigens valt dit onderscheid door verpleegkundigen niet altijd even duidelijk te maken.

Indien de zorg een verplegend karakter draagt wordt die hoofdzakelijk verleend door een wijkverpleegkundige, namelijk in 67,8% van de contacten en slechts in 26,2% van deze contacten door een wijkziekenverzorgende. Als de zorg een verzorgend karakter heeft, vinden naar verhouding meer contacten plaats met wijkziekenverzorgenden: 40% van de verzorgende contacten komt voor rekening van een wijkziekenverzorgende en (nog steeds) 50,4% voor rekening van een wijkverpleegkundige [VNZ/KLOZ e.a., 1992].

Contacten van de gezinsverzorging bestaan voor 94,7% uit 'verzorging'. Dit type zorg wordt voor meer dan de helft (52,4%) door ongediplomeerde krachten geleverd, voor ruim een kwart (27,9%) door gediplomeerde verzorgenden en voor 11,9% door gediplomeerde gezinshelpenden.

Wanneer onderscheid wordt gemaakt naar categorieën verzekerden blijkt dat gediplomeerde gezinsverzorgenden bij de particulier verzekerden 31,6% van de verzorging voor hun rekening nemen, terwijl dit percentage bij ziekenfondsverzekerden op 19,9% ligt. De gemiddelde duur van een contact met een gediplomeerd verzorgende is voor ziekenfondsverzekerden langer dan de contactduur bij particulier verzekerden. Dit geldt echter voor het gemiddelde van alle zorgcontacten (177 minuten bij ziekenfondsverzekerden tegenover 159 minuten bij particulier verzekerden). Particulier verzekerden doen derhalve in totaliteit minder vaak een beroep op gezinsverzorging maar wanneer dit wel het geval is, is vaker sprake van problemen die een intensieve zorgbehoefte met zich meebrengen, waarbij eerder een gediplomeerd verzorgende wordt ingeschakeld [VNZ/KLOZ e.a., 1992].

Tabel 2.3 Aantal instellingen voor thuiszorg in 1983 en 1990-1994*

Type instelling	'83	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
kruisorganisaties	-	189	153	149	78	80		-19,3
gezinsverzorging	240	227	223	209	150	100	-9,3	-18,5
gecombineerd	0	0	0	0	0	23		
totaal	-	416	376	358	228	203		-16,4

Bron: CBS, LVT

* medio 1993: 38 kruisorganisaties, 85 instellingen voor gezinsverzorging en 31 gecombineerde instellingen (totaal 154).

* medio 1994: 31 kruisorganisaties, 71 instellingen voor gezinsverzorging en 36 gecombineerde instellingen (totaal 138).

Tabel 2.4: Personeel in loondienst en niet in loondienst van kruisorganisaties naar aantal werkzame personen, volledig bezette arbeidsplaatsen, functie en type dienstverband per 31 december 1983-1992 en FTE verpleging en verzorging per 1000 65-plussers en 80-plussers (per 1 januari 1983-1992)

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
Aantal werkzame personen in loondienst								
verpleegkundigen en ziekenverzorgenden	7.369	9.869	10.495	10.794	11.695	11.889	5,5	4,8
waarvan wijkverpleegkundigen	(4.237)	(5.929)	(6.235)	(6.439)	(6.386)	(6.202)	(4,3)	(1,1)
artsen en overige academici	559	681	729	901	964	938	5,9	8,3
directie, staf en overig personeel	3.938	4.934	4.913	5.129	5.091	5.493	3,8	2,7
totaal	11.866	15.484	16.137	16.824	17.750	18.320	4,9	4,3
part-time werkzaam	44%	62%	67%	72%	78%	81%	4,1	4,8
Aantal arbeidsplaatsen (FTE) in loondienst								
verpleegkundigen en ziekenverzorgenden	6.266	7.345	7.496	7.444	7.525	7.317	1,7	-0,1
waarvan wijkverpleegkundigen	(3.776)	(4.715)	(4.771)	(4.786)	(4.570)	(4.353)	(1,6)	(-2,0)
artsen en overige academici	283	275	289	288	324	324	1,5	4,2
directie, staf en overig personeel	2.160	2.894	2.852	2.964	2.911	3.142	4,3	2,1
totaal	8.709	10.514	10.637	10.696	10.760	10.783	2,4	0,6
Aantal werkzame personen niet in loondienst								
	3.780	3.889	3.484	3.729	3.749	3.890	0,3	0,0
Aantal gewerkte uren (x 1000) niet in loondienst								
	230	525	429	425	447	519	9,5	-0,3
FTE verpl. en verz. pers. per 1000 65-plussers								
	4,3	4,0	4,0	3,9	3,9	3,7	-1,7	-1,9
FTE verpl. en verz. pers. per 1000 80-plussers								
	20,9	18,1	17,9	17,4	17,2	16,5	-2,6	-2,3

Bron: CBS

Tabel 2.5: Aantal werkzame personen, volledig bezette arbeidsplaatsen in de gezinsverzorging naar functie en aantal hulpverleningsuren (totaal en gemiddeld per week naar leeftijd van de cliënt) in 1983, 1988-1992 en arbeidsplaatsen (FTE) per 1000 65-plussers en 80-plussers (per 1 januari 1983, 1988-1992)

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
Werkzame personen*, waarvan:	109.630	105.996	105.974	108.418	108.821	108.610	-0,1	0,6
Gezinsverzorgenden	8.624	11.744	12.353	14.879	-	-		
Gezinshelpenden	70.461	57.827	57.120	60.841	-	-		
Alphahelpenden	27.121	-	-	-	-	-		
Leidinggevenden en management**	5.730	4.814	4.713	5.118	-	-		
Arbeidsplaatsen (FTE)	38.610	40.651	40.302	40.606	40.757	40.678	0,6	0,0
Hulpverleningsuren traditionele gezinshulp (x 1.000)	45.800	43.166	42.552	44.541	-	-		
Hulpverleningsuren alpha- hulp (x 1.000)	72.200	7.854	7.695	8.366	-	-		
arbeidsplaatsen (FTE) / 1000 65-plussers	26,8	22,1	21,5	21,3	21,1	20,8	-2,8	-1,5
arbeidsplaatsen (FTE) / 1000 80-plussers	110,8	100,2	96,3	94,9	93,2	91,6	-2,1	-2,2

Bron: WVC

* Cijfers voor 1991 en 1992 zijn opgehoogde aantallen op basis van het aantal arbeidsplaatsen.

** Het cijfer voor 1983 is inclusief administratief personeel.

Informatie over aansluiting van vraag en aanbod kan eveneens worden gehaald uit onderzoek naar het bestaan van wachtlijsten in kruiswerk en gezinszorg [Groenewegen e.a., 1993]. Per 31 december 1992 bleek voor wijkverpleging slechts een bescheiden wachtlijst te bestaan. Bij ruim 70% van de instellingen vond de indicatiestelling plaats binnen 24 uur nadat de hulpvraag was binnen gekomen en slechts 8% van de erkende kruisorganisaties had een wachtlijst voor mensen die positief geïndiceerd waren. Voor wijkverpleging stonden slechts 17 mensen op een wachtlijst (voor hulpmiddelen die door de kruisorganisatie worden uitgeleend, waren dit er 29) [Groenewegen e.a., 1993, p. 16]. Dat betekent overigens niet dat kruisorganisaties niet kampen met capaciteitsproblemen. Meer dan de helft van de instellingen zei met capaciteitsproblemen te kampen; 61% van de erkende kruisorganisaties had daarom in 1992 maatregelen genomen om de instroom van nieuwe cliënten te beperken. Het gaat bij deze maatregelen vooral om het aanscherpen van de indicatiecriteria en het doorverwijzen van patiënten naar de gezinsverzorging. Daarnaast is door 76% van de kruisorganisaties getracht de hoeveelheid toegekende zorg te beperken, bijvoorbeeld door een groter beroep te doen op de mantelzorg en het hanteren van de kaasschaafmethode (over de gehele linie minder zorg verlenen dan geïndiceerd, het schrappen of drastisch beperken van bepaalde vormen van zorg, bijvoorbeeld gezondheidsvoorlichting, en het vaker/snelser overgaan tot herindicatie) [Groenewegen e.a., 1993, p. 21-23].

In tegenstelling tot de kruisorganisaties was per 31 december 1992 bij 15% van de instellingen voor gezinsverzorging sprake van een wachtlijst voor huishoudens die waren aangemeld, maar waarvoor nog geen indicatiestelling had plaatsgevonden. Op deze wachtlijst stonden in totaal 1289 huishoudens. Wachtlijsten met positief geïndiceerde huishoudens die nog geen

hulp hadden ontvangen, kwamen voor bij 82% van de instellingen voor gezinsverzorging. In totaal stonden per 31 december 1992 7.581 huishoudens op de wachtlijst voor traditionele gezinszorg en 4.940 voor alpha-hulp. Maatregelen die instellingen gebruikten om de instroom te beperken, bestonden vooral uit het aanscherpen van de indicatiecriteria en het doorverwijzen naar de A.A.W. (zie paragraaf 2.4). De maatregelen die in de gezinszorg werden genomen om de geboden hulp te beperken, liggen op hetzelfde vlak als de maatregelen in het kruiswerk: het hanteren van de kaasschaafmethode, een groter beroep doen op de mantelzorg en vaker of sneller herindiceren [Groenewegen e.a., 1993, p. 28-38].

Onderzoek naar de mate waarin volgens het oordeel van patiënten het aanbod van zorg aansluit op de vraag, is tot op heden niet uitgevoerd. Wel zijn inmiddels criteria voor kwaliteit van zorg ontwikkeld vanuit het perspectief van de patiënt, zowel voor langdurende thuishulp [Gehandicaptenraad, 1993] als voor terminale zorgverlening [Nederlandse Patiënten Vereniging, 1993]. Kwaliteitscriteria voor langdurende thuishulp hebben betrekking op:

- beschikbaarheid en bereikbaarheid
- het centraal stellen van de behoefte van de cliënt
- continuïteit van de hulpverlening
- zelfstandigheid van de cliënt
- kennis en vaardigheden van hulpverleners
- houding van hulpverleners
- cliëntenrechten
- informatieverstrekking aan de cliënt [Gehandicaptenraad, 1993].

Wenselijkheden waaraan in de visie van de Nederlandse Patiënten Vereniging [1993] de kwaliteit van de terminale zorg dient te voldoen, hebben betrekking op:

- de zorgaanbieder (als organisatie)
- de mantelzorg
- professionele zorg
- materiële voorzieningen
- bejeging van de zorgvrager.

Beoordeling van deze zorgfuncties vindt plaats aan de hand van vier aspecten:

- attitude
- deskundigheid
- communicatie
- coördinatie [Nederlandse Patiënten Vereniging, 1993].

2.4 Regulering, financiering en verzekering

In deze paragraaf wordt ingegaan op regelingen en financiering van mantelzorg, wijkverpleging, gezinszorg en aanvullende (intensieve) thuiszorg. Zowel wijkverpleging als gezinsverzorging worden gefinancierd uit de AWBZ. Toch bestaan er verschillen tussen beide vormen van zorg. Zorg verleend door een kruisorganisatie is een aanspraak, en wordt betaald uit de AWBZ. Een aanspraak is een afdwingbaar recht. Gezinsverzorging is geen aanspraak, maar wordt wel gefinancierd uit de AWBZ-pot [Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, p. 28]. Voor aanvullende (intensieve) thuiszorg en op het terrein van vrijwilligerswerk bestaan afzonderlijke regelingen van de Ziekenfondsraad.

Mantelzorg

Inherent aan het begrip mantelzorg is dat het daarbij gaat om zorg waarvoor geen vergoeding is overeengekomen en die verleend wordt op vrijwillige basis. Voor mantelzorg bestaat dan

ook geen financiering. Wel is er sinds 1993 een Regeling Subsidiëring Ziekenfondsraad coördinatie vrijwilligerswerk, gefinancierd uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Deze regeling beoogt, zoals de naam al aangeeft, te voorzien in een regeling voor en betaling van de coördinatiewerkzaamheden in het vrijwilligerswerk (dus niet het vrijwilligerswerk zelf). Het gaat bij dit vrijwilligerswerk in hoofdzaak om vervangende mantelzorg aan zieken en gehandicapten. De subsidie wordt toegekend aan de verbindingskantoren die krachtens de Regeling Subsidiëring gezinsverzorging (eveneens van de Ziekenfondsraad) zijn aangewezen als contactkantoor voor de gezinszorg. Deze kantoren krijgen een subsidie ter bestrijding van de volgende kosten: salariskosten van de coördinatiefunctie, premies voor de verzekering van de wettelijke aansprakelijkheid van vrijwilligers binnen de uitoefening van hun werkzaamheden, reiskosten voor vrijwilligers, kosten voor werving van en instructie aan vrijwilligers en algemene kantoorkosten ten behoeve van de coördinatiefunctie [Regelingen en wenken ouderenbeleid, E3-1-1].

Wijkverpleging

Het recht op thuisverpleging is vastgelegd als wettelijke verstrekking en als zodanig toe te kennen aan één individuele verzekerde. Er zijn een tweetal wettelijke regelingen van toepassing op het basispakket kruiswerk: het Besluit hulp vanwege een kruisorganisatie Bijzondere Ziektekosten, ook wel het Verstrekkingenbesluit genoemd (19 december 1979) en het Besluit erkenningsnormen kruisorganisaties (1 juni 1981). Het verstrekkingenbesluit is door de minister van WVC geformuleerd toen het basispakket kruiswerk in 1980 in de AWBZ werd ondergebracht.

Het Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties gaf tot voor kort onder meer richtlijnen voor de minimale omvang van de personele bezetting van kruisorganisaties. Zo moet op iedere 3450 inwoners minimaal 1 wijkverpleegkundige of verpleegkundige in de wijk functioneren en moet per 3 wijkverpleegkundigen één wijkziekenverzorgende zijn aangesteld. In werkelijkheid lag het aantal wijkverpleegkundigen in 1992 hoger: 1 per 2.804 inwoners. Het aantal wijkverpleegkundigen in relatie tot de bevolking is het hoogst in Noord-Holland (1 per 2.503 inwoners) en het laagst in Zeeland (1 per 3.284 inwoners). In overeenstemming met het besluit is de verhouding wijkziekenverzorgenden - wijkverpleegkundigen inderdaad ongeveer 1:3. In 1992 functioneerde 1 wijkziekenverzorgende per 8.219 inwoners [Hingstman & Harmsen, 1994].

Traditioneel wordt de intake (indicatiestelling) van patiënten verricht door de wijkverpleegkundige van de wijk waar de hulpvrager woont. Diezelfde wijkverpleegkundige kan na de intake ook zelf betrokken zijn bij de hulpverlening. De hulpvraag en urgentie daarvan wordt over het algemeen bepaald door het inventariseren van tekorten op lichamelijk, huishoudelijk en psycho-sociaal gebied. De aanwezigheid van mantelzorg is uiteraard ook van invloed op de hoeveelheid hulp die een patiënt nodig heeft. Mede onder invloed van de integratie van kruiswerk en gezinszorg (zie paragraaf 2.5) zijn een aantal nieuwe intake-instrumenten ontwikkeld voor een geïntegreerde intake (voor zowel wijkverpleging als gezinszorg), zoals het Thuiszorg Indicatie en RegistratieSysteem (TIRS) en het Geïntegreerd Informatiesysteem en RegistratieSysteem Thuiszorg (GIRST) [Verheij e.a., 1993].

Tabel 2.6 Financiële gegevens: totale uitgaven, kosten en opbrengsten thuisverpleging en verzorging naar rekeningposten in 1983 en 1983-1993 (in mln. gulden)

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
uitgaven kruiswerk (FOZ)*	652	835	843	886	966	1.042	5,3	5,7
AWBZ	-	690	696	737	819	895		6,7
overige betalingen	-	145	147	149	147	147		0,3
exploitatiekosten								
kruisorganisaties (CBS)								
personele kosten	529,7	654,5	674,6	694,5	733,2	-		
overige kosten	147,2	206,2	214,7	238,4	249,3	-		
totaal	676,9	860,7	889,3	932,9	982,5	-		
aandeel personele kosten (in % van het totaal)	78,3	76,1	75,9	74,4	74,6			
exploitatie-opbrengsten								
kruisorganisatie (CBS)								
totaal	679,9	871,3	887,5	941,4	997,6	-		
waarvan:								
subsidies overheid	21,9	10,1	8,9	4,5	3,2	-		
AWBZ	496,4	692,5	702,0	758,3	811,0	-		
contributies	124,1	132,5	135,9	139,6	143,0	-		
aandeel contributies (in % van het totaal)	18,3	15,2	15,3	14,8	14,3			
uitgaven gezinszorg (FOZ)**1.477		1.679	1.715	1.848	1.943	2.023	3,6	4,8
AWBZ***	1.282	1.371	1.413	1.487	1.590	1.640	2,8	4,6
overige betalingen	195	308	302	361	353	383	7,8	5,6
intensieve thuiszorg (FOZ)	-	-	19	25	21	40		

Bron: FOZ, CBS

* Exclusief vaccinatielasten; Uitgaven kruiswerk in 1993: 1.004 (856 AWBZ, 148 overige betalingen, FOZ 1994).

** Uitgaven gezinszorg in 1993: 2.100 (1.703 AWBZ, 397 overige betalingen, FOZ 1994).

*** Voor 1983 en 1988: subsidies overheid.

Tussen de landelijk vertegenwoordigende organisaties van zorgverzekeraars (VNZ/KLOZ/KPZ) enerzijds en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) anderzijds is overeenstemming bereikt over een uitkomst van overleg (UvO) inzake de overeenkomst zorgverzekeraar-kruisorganisatie. Het onderhandelingsresultaat treedt in de plaats van de modelovereenkomst kruiswerk AWBZ, welke gold tot 1 januari 1994.

Sinds de invoering van de wet 'Tweede Fase Stelselwijziging Gezondheidszorg' worden zorgverzekeraars en zorgaanbieders (uitvoeringsorganen AWBZ) geacht met elkaar te komen tot een UvO, welke een (landelijk) kader beoogt te vormen voor de afspraken, die op lokaal niveau moeten worden gemaakt tussen individuele zorgverzekeraars en, in dit geval, individuele kruisorganisaties.

De uitkomst van overleg VNZ/KLOZ/KPZ/LVT betreffende de overeenkomst zorgverzekeraar-kruisorganisatie geldt voor de jaren 1994 en 1995 en verkreeg in de vergadering van de Ziekenfondsraad d.d. 28 april 1994 de wettelijk vereiste goedkeuring. De overeenkomst geldt ingevolge het bepaalde in artikel 42 lid 5 AWBZ als vaste/verplichte basis voor de individueel te sluiten overeenkomsten met kruisorganisaties.

Het Lokaal Overleg zal vooralsnog worden gevoerd tussen de verbindingskantoren van de zorgverzekeraars en de kruisorganisaties. De verwachting is dat in de loop van 1994 overeenstemming zal worden bereikt tussen VNZ en KLOZ omtrent de deelname van particuliere ziektekostenverzekeraars en de uitvoerende organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren aan het Lokaal Overleg op basis van een nader overeen te komen protocol.

In de overeenkomst zorgverzekeraar-kruisorganisatie, zoals deze in het kader van de UvO is opgesteld, zijn onder meer de volgende zaken geregeld:

- voorwaarden waaronder aan verzekerden de verstrekking wordt verleend, zoals omschreven in de Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ
- procedures met betrekking tot weigering of continuering van zorg
- recht op vergoeding van de hulp, behoudens een bij of krachtens de AWBZ vastgestelde eigen bijdrage
- deskundigheid/kwaliteit van zorg
- voorwaarden omtrent registratie van gegevens van verzekerden/cliënten
- het verstrekken van informatie (over zowel de verleende hulp als over huisvestingssituatie) door de kruisorganisatie en controle door medische dienst en/of verbindingskantoor
- frequentie en aard van overleg tussen lokale partijen
- declaratie en betaling
- regelingen bij geschillen

Voor de gezinsverzorging geldt geen Uitkomst van Overleg aangezien gezinszorg geen verstrekking is en wordt geregeld krachtens de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring gezinsverzorging.

Uitsluitend erkende kruisorganisaties worden in het kader van de Wet Tarieven Gezondheidszorg aangemerkt als organisaties die tariefgoedkeuring van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg kunnen krijgen. Op basis van de goedkeuring komen dan AWBZ-middelen voor de financiering van de bedrijfsvoering ter uitvoering van de verstrekking kruiswerk ter beschikking [Massop e.a., 1991].

Met de invoering van het basispakket kruiswerk in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in 1980 kwam een einde aan diverse financieringsstromen (contributies van leden en subsidies op verschillende niveaus van de overheid). Vanaf 1980 wijst de AWBZ twee bronnen aan: de AWBZ-kas en de eigen bijdrage. Sinds 1987 wordt gewerkt met een budgetsysteem. De totale uitgaven bedroegen volgens het FOZ in 1993 ongeveer één miljard gulden (zie tabel 2.6). De uitgaven zijn daarmee sinds 1983 met gemiddeld 5,5% per jaar toegenomen; de stijging van de uitgaven tussen 1988 en 1992 bedroeg jaarlijks 5,7%.

Gegevens over exploitatiekosten en -opbrengsten van kruisorganisaties worden ook verzameld door het CBS. Het laatste jaar waarover gegevens beschikbaar zijn is op dit moment 1991 (zie tabel 2.6). Volgens het CBS bedroegen de exploitatiekosten van kruisorganisaties in 1991 982,5 miljoen gulden. Het grootste deel daarvan wordt gevormd door personele kosten (733,2 miljoen gulden). Het aandeel van de personele kosten in het totaal is tussen 1983 en 1991 licht gedaald van 78,3% naar 74,6%.

Om in aanmerking te komen voor hulp dient men lid te zijn van een kruisorganisatie. Leden zijn een jaarlijkse contributie verschuldigd van ongeveer fl. 50 per gezin. De contributie bestaat uit twee delen, te weten een landelijk uniform bedrag per lid, in 1993 was dit 46 gulden per huishouden (LVT), en een bedrag dat de kruisvereniging zelf mag bepalen

(gemiddeld fl. 2,50 per gezin). Het aandeel van contributies in het totaal van de opbrengsten van kruisorganisaties is tussen 1983 en 1991 gedaald van 18,3% naar 14,3% (zie tabel 2.6).

Gezinsverzorging

Gezinsverzorging werd tot 1 januari 1989 door de Rijksoverheid gesubsidieerd op basis van de Rijkssubidieregeling Gezinsverzorging 1985. Sinds 1989 vindt bekostiging ingevolge de AWBZ plaats, echter niet als verstrekking maar op subsidiebasis. Jaarlijks wordt door de Ziekenfondsraad een nieuwe, één jaar geldige subsidieregeling vastgesteld [Dopheide, 1994]. Gebruikers van gezinsverzorging zijn via een zogenaamde retributieregeling een eigen bijdrage in de kosten van de zorg verschuldigd, afhankelijk van het inkomen en de gezinssamenstelling. Gezinsverzorging is (nog) geen wettelijke regeling waarop een verzekerde recht kan doen gelden. De thuisverblijvende verzekerde die (een deel van) de zorg voor het huishouden niet meer kan verrichten, of (een deel van) de zorg door huisgenoten moet ontberen, kan worden geïndiceerd voor gezinsverzorging. Indicatiestelling vindt (vond) over het algemeen plaats door een leidinggevende volgens het Landelijk Indicatie en Registratiesysteem (LIER-systeem), waarmee onder meer de complexiteit van een situatie kan worden gescoord aan de hand waarvan de noodzakelijke deskundigheid van de medewerker kan worden bepaald [Verheij e.a., 1993]. Voor de gezinsverzorging geldt uiteraard analoog aan het kruiswerk, dat de integratie van kruiswerk en gezinszorg (zie paragraaf 2.5) geleid heeft tot de ontwikkeling van nieuwe intake-instrumenten.

De financiering van de zorg is, zoals gezegd, ondergebracht in een subsidieregeling. Het overgrote deel (circa 81%) wordt gefinancierd uit de AWBZ terwijl bijna 7% afkomstig is uit retributies. Voor een gezin met kinderen varieert de eigen bijdrage van fl. 3,- tot fl. 200,- per week, bij een netto maandinkomen van respectievelijk minder dan fl. 1775,- tot meer dan fl. 4600,- per maand. Wie geen kinderen te verzorgen heeft betaalt fl. 3,- tot maximaal fl. 225,- per week bij dezelfde maandinkomens. De voorwaarden van toewijzing van gelden aan instellingen voor gezinsverzorging, alsmede de hoogte van de eigen bijdrage per inkomenscategorie, zijn opgenomen in de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring gezinsverzorging 1994. Uit tabel 2.6 blijkt dat de totale uitgaven voor gezinsverzorging tussen 1988 en 1992 met gemiddeld 4,8% per jaar zijn gestegen. De AWBZ-uitgaven (in 1992 81% van het totaal) namen toe met jaarlijks 4,6%.

Behalve uit de AWBZ kon gezinszorg tot voor kort in bepaalde gevallen ook worden gefinancierd uit de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW). Naast het verstrekken van een uitkering bij arbeidsongeschiktheid, bood de AAW namelijk ook de mogelijkheid tot het treffen van bepaalde voorzieningen die tot doel hebben het herstel of de levensomstandigheden van de betrokkene te bevorderen. Indien instellingen voor gezinsverzorging niet in staat waren met behulp van de 'gangbare' middelen hulp te bieden, kon huishoudelijke hulp worden vergoed op grond van de AAW. Voorwaarde was wel dat hulp nodig was voor een periode van meer dan drie maanden.

De staatssecretaris van WVC heeft echter ingestemd met het advies van de Ziekenfondsraad (26 augustus 1993) om per 1 januari 1994 de regeling huishoudelijke hulp uit de AAW te vervangen door een regeling van de Ziekenfondsraad, gefinancierd op basis van de AWBZ. De naam van deze nieuwe regeling is: Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring voortzetting vergoedingen voor huishoudelijke hulp. Het betreft hierbij gelden (in 1991 130 miljoen) die werden aangewend ten behoeve van de voor thuiszorg geïndiceerde personen, die -bij gebrek aan reguliere thuiszorgmiddelen- werden doorverwezen naar de AAW. In de subsidieregeling Gezinsverzorging 1994 is een overgangsregeling opgenomen voor de regeling AAW/huishoudelijke hulp. De Ziekenfondsraad heeft gekozen voor de optie om de uitvoering niet bij

de instellingen voor gezinsverzorging neer te leggen maar bij de bedrijfsverenigingen. De benodigde gelden voor de uitvoering van de overgangsregelingen zullen aan het subsidie-budget gezinsverzorging worden toegevoegd. De gelden die jaarlijks door het verloop van cliënten vrijkomen zullen echter niet direct aan de instellingen voor gezinsverzorging worden toegekend maar worden jaarlijks betrokken bij de voorbereiding van het FOZ [LVT, 1993b, 1993c].

Aanvullende, intensieve thuiszorg

Om de behoefte aan aanvullende thuiszorg in de thuissituatie te onderzoeken, heeft de Ziekenfondsraad in 1987 voor ziekenfondsverzekerden drie experimenten 'Thuisverpleging' gestart. Deze experimenten waren bedoeld voor de verstrekking van extra zorg thuis in aanvulling op de regulier gefinancierde zorg. Als vervolg op deze experimenten en in het kader van het substitutiebeleid en ter versterking van de eerstelijnszorg is per 1 mei 1990 de landelijke subsidieregeling van de Ziekenfondsraad voor aanvullende, intensieve thuiszorg ex art. 73 ZFW in werking getreden [WVC, 1991]. Momenteel biedt de Regeling subsidiëring Ziekenfondsraad intensieve thuiszorg 1994 voor ziekenfondsverzekerden de mogelijkheid om door middel van tijdelijke subsidiëring de landelijke invoering van intensieve thuiszorg, ter vervanging van opname in een ziekenhuis of verpleeghuis te realiseren.

Aanvullende intensieve thuiszorg wordt dus niet via de AWBZ gefinancierd. Bedroegen de uitgaven voor aanvullende intensieve thuiszorg in 1989 nog fl. 19,- miljoen gulden, in 1994 is aan 22 ziekenfondsen fl. 54,5 miljoen gulden subsidie toegezegd ten behoeve van in het jaar 1994 uit te voeren projecten van intensieve zorgverlening aan huis voor bij hen ingeschreven verplicht verzekerden (tabel 2.6). Dit bedrag is over de ziekenfondsen verdeeld volgens dezelfde verdeelsleutel als in voorgaande jaren, namelijk naar rato van het aantal 65-plussers in de verzekerde populatie. Bij het vaststellen van de subsidie-uitkering wordt uitgegaan van een gemiddeld bedrag van ten hoogste fl. 236,- per dag per patiënt waarbij voor elk van deze patiënten afzonderlijk een bedrag van ten hoogste fl. 410,- per dag in aanmerking wordt genomen (art.6 lid 2 Regeling subsidiëring Ziekenfondsraad intensieve thuiszorg 1994). Voorwaarde voor het verkrijgen van deze subsidie is een opname-indicatie voor ziekenhuis of verpleeginrichting en een indicatie voor intensieve thuiszorg gedurende een periode van maximaal drie maanden (met in bijzondere gevallen een uitlooptermijn tot zes maanden).

Tal van particuliere verzekeraars hebben in de afgelopen jaren de polisvoorwaarden aangepast voor nieuwe vormen van thuiszorg. De voorwaarden lopen echter sterk uiteen. Zo kan de duur van de zorg waarvoor vergoeding gegeven wordt verschillen en kunnen ook doelgroepen voor wie vergoeding mogelijk is variëren. Daarnaast zijn particuliere regelingen gekoppeld aan een opname-indicatie voor uitsluitend het ziekenhuis, aangezien alleen dit voor verzekeraars financiële substitutie van zorg mogelijk maakt [WVC, 1991]. Verpleeghuiszorg is immers een AWBZ-voorziening die niet ten laste komt van een particuliere verzekering.

Uit onderzoek van de consumentenbond is gebleken dat een kwart van de ziekenfondsen een vergoeding kent voor aanvullende thuiszorg, hoewel de voorwaarden per zorgverzekeraar verschillen en soms vrij belemmerend zijn. Particuliere ziektekostenverzekeringsmaatschappijen stellen dergelijke voorwaarden niet en kennen bijna alle (43 van de 44) een vergoeding voor thuiszorg. Het is echter in vrijwel alle gevallen moeilijk vast te stellen wanneer, voor hoelang en voor welk bedrag aanspraak gemaakt kan worden op een vergoeding. In de meeste gevallen is in de polisvoorwaarden de clausule 'na machtiging van de verzekeraar' opgenomen, ook in de door alle verzekeringsmaatschappijen aangeboden Standaard Pakket Polis (SPP), welke op grond van de WTZ van overheidswege is bepaald en de kostprijs van

een gediplomeerd verpleegkundige vergoedt voor maximaal 60 dagen per jaar [Consumenten-gids, oktober 1993].

Kostprijzen

De LVT hanteert de volgende kostprijzen per productief uur voor de verschillende vormen van hulpverlening ten bate van ouderen [Groenenboom & Huijsman, 1994, p. 7]:

traditionele gezinszorg (9.00-17.00 uur)	fl. 40
gespecialiseerde gezinsverzorging	fl. 58
alphahulp	fl. 18
wijkverpleegkundige zorg (9.00-17.00 uur)	fl. 77
wijkziekenverzorgenden (9.00-17.00 uur)	fl. 56

2.5 Ontwikkelingen en knelpunten

In deze laatste paragraaf staan recente en te verwachten ontwikkelingen en knelpunten binnen de thuiszorg centraal. Ontwikkelingen en knelpunten gericht op de gehele sector Verpleging en Verzorging zullen in hoofdstuk 6 worden besproken. In deze paragraaf is de beschrijving binnen de thuiszorg toegespitst op de volgende thema's:

- financiële- en capaciteitsproblemen;
- integratie van kruiswerk en gezinszorg;
- harmonisatie eigen bijdragen;
- functiedifferentiatie;
- cliëntgebonden budgetten.

Ontwikkelingen en knelpunten in de thuiszorg staan in het teken van bestaande en verwachte financiële- en capaciteitsproblemen. De problemen op het gebied van financiën en capaciteit blijken uit het bestaan van wachtlijsten met name voor gezinszorg, maar komen ook aan het licht in de intensieve thuiszorg. Bij een aanvraag voor vergoeding van intensieve thuiszorg door het ziekenfonds geldt bijvoorbeeld de voorwaarde dat de geschatte kosten van de aanvullende zorg gemiddeld niet hoger zijn dan ongeveer fl. 230,- per dag. Dit betekent niet duurder dan de 'hotelfunctie' van het ziekenhuis/verpleeghuis, hetgeen overigens niet reëel is bij hulpvragen waarvoor ook in een dergelijk instituut veel meer middelen moeten worden ingezet [Tenhaeff e.a., 1992].

De capaciteit van de thuiszorg staat in zekere zin van twee kanten onder druk. Aan de vraagzijde blijkt dat ouderen die graag zolang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen, dat vaak niet kunnen, omdat bijvoorbeeld de woning niet is aangepast en er financiële grenzen zijn aan de zorgverlening in de thuissituatie [Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, p. 9]. Doordat tegelijkertijd gestreefd wordt naar substitutie van intramurale zorg (en zorg in bejaardenoorden) naar thuiszorg, staat de capaciteit van wijkverpleging en gezinszorg ook "van bovenaf" onder druk.

Met name op het grensvlak van thuiszorg en intramurale zorg is sprake van afstemmingsproblemen en dreigen sommige patiëntencategorieën tussen de wal en het schip te raken. Zo komen bijvoorbeeld geïndiceerden voor een verzorgingstehuis niet voor intensieve thuiszorg in aanmerking, hoewel reguliere thuiszorg voor hen in veel gevallen onvoldoende is. Bovendien geldt de intensieve-thuiszorgregeling voor situaties waarin de geschatte duur van de zorg niet langer is dan drie maanden. Patiënten met een ziekte die langzaam maar zeker verergert, hebben hieraan echter niet genoeg [Tenhaeff e.a., 1992].

Om aan de groeiende vraag naar zorg te kunnen voldoen in een steeds krappere financiële ruimte, wordt ook binnen de thuiszorg gestreefd naar substitutie van duurdere door goedkopere zorg en van professionele door informele zorg. Samenwerking tussen professionele- en mantelzorg is voor intensieve thuiszorg zelfs een expliciete voorwaarde van ziekenfondsen voor het ter beschikking stellen van financiële middelen: zorg in de thuissituatie dient in samenhang met mantelzorg en vrijwilligerswerk te worden geboden. Dit criterium zegt echter niets over de beschikbaarheid en belastbaarheid van mantelzorgers. Uit onderzoek van Tenhaeff e.a. [1992] blijkt dat diensten en mogelijkheden van vrijwilligers en beroepskrachten in de thuiszorg maar zelden goed op elkaar worden afgestemd, terwijl omgekeerd vanuit het vrijwilligerswerk zelden het initiatief wordt genomen om structureel samen te werken met de instellingen voor thuiszorg.

Samenhangend met financiële- en capaciteitsproblemen in de thuiszorg tekent zich een aantal concrete ontwikkelingen af waarop in deze paragraaf nader zal worden ingegaan. Ten eerste is dat de integratie van kruiswerk en gezinszorg. Deze integratie kan belangrijke gevolgen hebben op het terrein van de indicatie-stelling en voor de afbakening van taken en functies. De integratie vraagt verder om een harmonisatie van de eigen bijdragen. Een tweede ontwikkeling die zichtbaar is vormt functiedifferentiatie in de thuiszorg. Een ontwikkeling op het vlak van financiering en verzekering, tenslotte, is het cliëntgebonden budget waarmee op een aantal plaatsen in het land is geëxperimenteerd.

De integratie: achtergronden en stand van zaken

Medio 1994 bevinden het kruiswerk en de gezinsverzorging zich nog steeds in fusie- en reorganisatieprocessen. Het streven van het LVT-bestuur dat per 1 januari 1995 alle instellingen voor kruiswerk, kraamzorg en gezinsverzorging zijn gefuseerd tot geïntegreerde thuiszorgorganisaties, zal echter niet worden gehaald. Van medio 1993 tot medio 1994 is het aantal gefuseerde thuiszorgorganisaties gestegen van 31 tot 36. Dat een aantal instellingen voor gezinsverzorging eerst nog onderling moet fuseren blijkt uit de cijfers: het aantal instellingen is tussen medio 1993 en medio 1994 met 14 gedaald tot 71. Het aantal kruisorganisaties is gedaald, evenredig met de groei van de geïntegreerde thuiszorgorganisaties, tot 31 per 1 juni 1994 [LVT].

De integratie van kruiswerk en gezinszorg is door de overheid gestimuleerd naar aanleiding van het heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan' [Ministerie van WVC, 1990]. In dit rapport wordt een aantal verwachtingen geformuleerd met betrekking tot de integratie van kruiswerk en gezinszorg. Door onder meer schaalvergroting die met de integratie gepaard gaat, optimale afstemming van het aanbod van de hulpverlening op de vraag naar hulpverlening en door betere substitutiemogelijkheden (verschuiving van taken van wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden naar gezinsverzorgenden) binnen geïntegreerde organisaties zouden forse besparingen kunnen optreden. Als voorwaarde voor de integratie werden onder meer genoemd dat een harmonisatie van eigen bijdragen zou plaatsvinden. Op de harmonisatie van eigen bijdragen zal hierna worden ingegaan.

In zijn brief van 31 mei 1991 heeft het kabinet zijn definitieve standpunt naar aanleiding van het in 1989 uitgevoerde Heroverwegingsonderzoek geformuleerd. Het kabinet is van oordeel dat een organisatorische integratie van kruiswerk en gezinsverzorging en de daaruit voortvloeiende verschuiving van indirecte naar directe kosten en de substitutie binnen het uitvoerende werk in deze sector zal leiden tot een grotere doelmatigheid in de thuiszorg. Het kabinet kiest daarbij voor het model van een 'thuiszorgbedrijf'; bij een bepaalde organisatorische opbouw wordt ook een bepaalde doelmatigheidswinst voorspeld. Om de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging te ondersteunen, zijn in dertien regio's projecten gesubsidieerd

met een innovatief karakter. Deze projecten zouden als voorbeeld moeten dienen voor integratieprocessen elders in het land [Homans & Glaser, 1993]. In deze projecten is eveneens geëxperimenteerd met een geïntegreerde intake/indicatiestelling, met het werken in geïntegreerde teams en met coördinatie van zorg.

Of patiënten in aanmerking komen voor verpleging en verzorging wordt vastgesteld bij de intake (indicatiestelling). In het algemeen onderscheidt men een *harde optie* (naast het vaststellen van de benodigde hulp wordt de hulp ook door de intaker toegewezen) en een *zachte optie* (de indicatiestelling wordt als advies aan de zorguitvoerders gegeven). Een gezamenlijke indicatiestelling van kruiswerk en gezinsverzorging zou het gemakkelijker moeten maken om substitutie te bewerkstelligen van duurdere naar goedkopere zorg. Uit een evaluatie van de experimenten met een geïntegreerde indicatiestelling bleek echter dat, hoewel de integratie de totstandkoming van meer objectieve intake-instrumenten heeft gestimuleerd, cliënten veelal geen rechten kunnen ontlenen aan deze meer objectief gemeten zorgbehoefte: aan de behoefte verpleging/verzorging kan meestal wel direct worden voldaan, maar bij behoefte aan huishoudelijke hulp is dat vaak niet het geval [Verheij e.a., 1993, p. 108].

De wijze waarop invulling wordt gegeven aan het integratieproces verschilt per regio terwijl er per 1 januari 1993 nog maar één regio het proces heeft afgerond. Toch heeft de samenwerking en integratie in de thuiszorg in diverse regio's reeds geleid tot een aantal winstpunten [Homans & Glaser, 1993]:

- Ondanks het feit dat het in het Heroverwegingsrapport geschetste 'ideaal-model' nergens gerealiseerd wordt, kan geconstateerd worden dat thuiszorgorganisaties zich ontwikkelen van aanbodgerichte naar meer vraaggerichte organisaties: men stelt zich meer in dienst van de cliënt; er is sprake van meer zorg op maat en de instelling wordt professioneler.
- De oorspronkelijk verwachte financiële integratiewinst van circa f 250 miljoen blijkt een te optimistische schatting; er bestaat zelfs het risico dat er uiteindelijk sprake is van een verlies. Indien de kosten van de CAO-harmonisatie buiten beschouwing worden gelaten kan na verloop van tijd een integratiewinst van circa f 100 miljoen indirecte kosten worden gerealiseerd (wanneer de kosten van de integratie zijn weggefallen).

Naast deze winstpunten van de integratieprocessen zijn er een aantal externe obstakels die de integratieprocessen bemoeilijken [Homans & Glaser, 1993]:

- Teneinde een goede afstemming tussen de thuiszorgorganisaties onderling, maar ook in relatie met verzekeraar, overheid etc. mogelijk te maken, zou men moeten kunnen beschikken over gemeenschappelijke instrumenten (intake-instrument, planning-/registratiesysteem etc.). Weliswaar lopen er op dit terrein een aantal ontwikkelingen maar is er geen sprake van een eenduidig instrumentarium.
- Harmonisatie eigen bijdrage: nog steeds is er nog geen sprake van één eigen- bijdrage-regeling voor de thuiszorg (zie hierna).
- Verschillende CAO's: functionarissen die in één team zitten en dezelfde taken uitoefenen kunnen verschillende rechten aan verschillende CAO's ontlenen, een situatie die voor de medewerkers demotiverend kan werken.
- Het overgrote deel van de integratiekosten is ten laste gegaan van de reguliere exploitaties van de thuiszorgorganisaties. In de praktijk blijkt dat een aantal organisaties niet die stappen (kunnen) nemen in het integratieproces die ze zouden moeten nemen zoals het saneren van de directie-omvang, het aantrekken van medewerkers op nieuwe functies en het inschakelen van (tijdelijke) extra deskundigheid: de kosten die daarvoor nodig zijn, kunnen niet gemaakt worden.

- Een gedeelte van de verwachte winst van integratie is door de overheid al op het budget voor de thuiszorg bezuinigd, hetgeen volgens de LVT heeft geleid tot een verdere teruggang in de mogelijkheden om de noodzakelijke zorg te leveren [LVT, 1993b]. Medio 1993 werden door de LVT de totale tekorten binnen de thuiszorg op 500 miljoen gulden op jaarbasis geschat, hetgeen neerkomt op een volume aan thuiszorg voor 30.000 tot 50.000 cliënten. Het gevolg is dat door de LVT bij de overheid melding wordt gemaakt van toenemende wachtlijsten, cliënten- en vacaturestops en in sommige gevallen zelfs gedwongen ontslagen [Mulders, 1994].

Het werken in geïntegreerde teams bleek zowel voor- als nadelen te hebben. Geïntegreerd werken blijkt (nog) weinig effect te hebben op de efficiëntie en duidelijkheid van de taakverdeling en op de autonomie van de hulpverleners. Wel lijkt een zekere verschuiving in taken op te treden in de richting van substitutie. Cliënten merken vooralsnog weinig verschil. Ook blijkt het gemakkelijker te zijn om de gezinsverzorgenden geïntegreerd te laten werken dan wijkverpleegkundigen [Verheij e.a., 1993, p. 109].

Harmonisatie eigen bijdragen thuiszorg

Harmonisatie van de eigen bijdragen, al onderwerp van discussie sinds de integratie van kruiswerk en gezinszorg, is wederom in gang gezet door de Commissie Modernisering Ouderenzorg [1994]. Deze stelt in haar advies voor om op zeer korte termijn de eigenbijdrageregelingen in de thuiszorg (maar ook in verpleeghuizen en bejaardenoorden) te harmoniseren, omdat de huidige regelingen het onnodig gebruik van kruiswerk (en verpleeghuizen) stimuleren, waarvoor lagere eigen bijdragen gelden dan voor gezinsverzorging (en bejaardenoorden) [Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, p. 58]. Wie thuis woont en hulp nodig heeft, is afhankelijk van zijn inkomen vaak goedkoper uit als deze hulp geleverd wordt door een dure wijkverpleegkundige (tegen een contributie van fl. 50,= per jaar) dan wanneer deze hulp wordt geleverd door een gezinsverzorgende waarvoor een eigen bijdrage van fl. 10,= per uur geldt. Leden van een kruisvereniging zouden daarom volgens de Commissie korting moeten krijgen op het uniforme tarief van de eigen bijdragen voor thuiszorg [Commissie Modernisering Ouderenzorg, p. 73].

Eind 1993 is door staatssecretaris Simons van WVC in de vaste kamercommissie voor Volksgezondheid een variant voorgesteld op zijn eerdere plan voor een nieuwe Eigenbijdrageregeling met betrekking tot de thuiszorg. In dit voornemen ging de staatssecretaris uit van de invoering per 1 juli 1994 van een geharmoniseerde inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor de gehele thuiszorg. Tot deze datum zou voor het kruiswerk en de gezinsverzorging nog de contributie- respectievelijk retributiesystematiek worden gehandhaafd, waarna wordt overgeschakeld op een nieuw uurtarief met maxima naar draagkracht voor zeven nieuwe inkomensklassen (gelijk voor kruiswerk en gezinsverzorging).

Na onder meer intensieve acties van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg is via een motie van de kamerleden Lansink en Van Otterloo door de Tweede Kamer besloten een andere oplossingsrichting aan te geven. Deze kwam er op neer dat voor het kruiswerk en het ADL-deel van de gezinsverzorging de contributiesystematiek gehanteerd zou worden en voor de huishoudelijke verzorging een retributiesysteem met de door de Ziekenfondsraad geadviseerde maxima voor zeven onderscheiden inkomensklassen [LVT, 1994]. Op 4 maart 1994 heeft de Minister van WVC aan de Kamer de beslissing van het kabinet inzake de nieuwe eigen-bijdrageregeling voor de thuiszorg medegedeeld waarmee deze motie slechts gedeeltelijk zal worden uitgevoerd. Gekozen is voor de volgende regeling, in te voeren per 1 juli 1994:

- Voor het kruiswerk: Handhaving van de contributiesystematiek, waarbij voor 1994 een AWBZ- bedrag geldt van fl. 50,-. Dit bedrag zal in 1995 worden verlaagd tot fl. 47,-.

- Voor gezinsverzorging: Handhaving van de retributiesystematiek voor de gehele gezinsverzorging (ADL en HDL) met dien verstande dat per 1 juli a.s. een uurtarief geldt van fl. 10,- met zeven inkomensklassen ter bepaling van de maximale eigen bijdrage.

Voor de eigen bijdragen gezinsverzorging (fl. 10,- per uur) gelden per 1 juli 1994 de volgende maxima:

Netto inkomen	Maximum per maand
fl. 0,- tot fl. 1.300,-	fl. 17,50
fl. 1.300,- tot fl. 1.750,-	25,00
fl. 1.750,- tot fl. 2.000,-	100,00
fl. 2.000,- tot fl. 2.500,-	250,00
fl. 2.500,- tot fl. 3.000,-	500,00
fl. 3.000,- tot fl. 4.500,-	750,00
fl. 4.500,- en meer	1000,00

De LVT beschouwt de thans door het kabinet vastgestelde eigen-bijdrageregeling overigens als een overgangsregime en zal het initiatief nemen tot het ontwerpen van een meer geharmoniseerde en definitieve regeling, die zo snel mogelijk aan het nieuwe kabinet zal worden voorgelegd. Uitgangspunt daarbij is de nieuwe regeling zo mogelijk reeds per 1 januari 1995 in te voeren [LVT, 1994].

Func tiedifferentiatie

Eén van de doelen van de bepleite integratie van kruiswerk en gezinszorg is het verhogen van de efficiëntie van de thuiszorg door de juiste deskundigheid op de juiste plaats in te zetten en door de aanwezige overlap in taken van de extramurale verpleging en gezinsverzorging te reduceren. Het toepassen van functiedifferentiatie in de thuiszorg moet dit mogelijk maken. Functiedifferentiatie is daarnaast gewenst om de arbeidssatisfactie van met name wijkverpleegkundigen te verhogen [Jansen & Kerkstra, 1993]. Wijkverpleegkundigen blijken namelijk vaak taken beneden hun niveau uit te voeren [Kerkstra & Beemster, 1991]. Ook om die reden is het dus wenselijk om de werkzaamheden binnen de verschillende functies van wijkverpleging, -ziekenverzorging en gezinsverzorging duidelijker te omschrijven en af te bakenen. Overigens is het wel noodzakelijk dat enige lijn bestaat in de uitwerking daarvan. Indien hierin grote diversiteit ontstaat tussen instellingen, neemt de onduidelijkheid in functies eerder toe dan af [Jansen & Kerkstra, 1993].

Func tiedifferentiatie kan zowel verticaal als horizontaal plaatsvinden. Bij verticale functiedifferentiatie gaat het om een vorm van arbeidsverdeling waarbij op verschillende niveaus zoveel mogelijk gelijkwaardige taken worden gegroepeerd, bijvoorbeeld: taken die door een wijkverpleegkundige moeten worden uitgevoerd, taken die door een wijkziekenverzorgende kunnen worden uitgevoerd en taken die door een gezinsverzorgende kunnen worden uitgevoerd. Een gebrek aan verticale functiedifferentiatie uit zich in zogeheten kwalitatieve onderbezetting (taken beneden het deskundigheidsniveau uitvoeren) of overbezetting (taken boven het niveau uitvoeren) [Jansen & Kerkstra, 1993]. Wijkverpleegkundigen die patiënten helpen met het aantrekken van steunkousen zijn een bekend voorbeeld van 'kwalitatieve onderbezetting'. Bij horizontale functiedifferentiatie gaat het in de wijkverpleging met name om specialisatie (bijvoorbeeld op het terrein van CARA, diabetes of GVO) en om het

construeren van aandachtsgebieden en sectoren zoals 'ouder- en kindzorg' en 'volwassenenzorg'. In de gezinsverzorging is horizontale differentiatie minder aan de orde, zij het dat men daar de zogeheten werkdifferentiatie kent: het geven van hulp op maat (bijvoorbeeld kortdurende hulp op verschillende tijdstippen van de dag) die is aangepast aan de hulpbehoefte van de cliënt [Jansen & Kerkstra, 1993, p. 16].

Uit hetzelfde onderzoek van Jansen & Kerkstra [1993] bleek dat in ongeveer 40% van de erkende kruisorganisaties onduidelijkheden bestaan over taakafstemming en -afbakening tussen de verschillende deskundigheidsniveaus. Complexe verpleegsituaties komen bovendien relatief weinig voor, waardoor de verhouding van 3 wijkverpleegkundigen op 1 wijkziekenverzorgende in de praktijk voor problemen zorgt. Problemen op het gebied van taakafbakening worden uiteraard bij een verschuiving van taken van wijkverpleging naar gezinszorg nog eens extra vergroot [Jansen & Kerkstra, 1993].

Cliëntgebonden budgetten

Een belangwekkende ontwikkeling op het gebied van financiering en verzekering vormt tot slot het zogenoemde cliëntgebonden budget. Onder een cliëntgebonden budget wordt verstaan het geven van een geldsom aan thuiswonende cliënten die geïndiceerd zijn voor hulp op het gebied van verzorging en/of verpleging als alternatief voor zorg in natura [Miltenburg e.a., 1993].

Op verzoek van de staatssecretaris van WVC heeft de Ziekenfondsraad in 1990 advies uitgebracht over de mogelijkheid om enkele experimenten uit te voeren met een cliëntgebonden budget voor de thuiszorg. De introductie van een cliëntgebonden budget zou volgens de Raad bij kunnen dragen aan het realiseren van keuzevrijheid, flexibiliteit en zorg op maat. Vanaf mei 1991 wordt door het Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS) in Eindhoven en in twee regio's in Drenthe geëxperimenteerd met het toekennen van cliëntgebonden budgetten.

In plaats van zorg in natura kan aan mensen, met een indicatie voor meer dan drie maanden thuiszorg, een budget worden toegekend waarmee ze zelf bij instellingen voor gezinsverzorging en kruiswerk, of elders, hulp kunnen inkopen. In de experimentele gebieden kiest 45% van de cliënten voor het budget. In het algemeen is men er zeer tevreden over omdat men meer invloed heeft op de aard en de opzet van de hulp. Dit is voor het ITS reden geweest aan te bevelen om de mogelijkheid te openen voor toekenning aan thuiszorgcliënten van een budget als gelijkwaardig alternatief voor langdurige verpleging en verzorging in natura [LVT, 1993d].

Een nadeel voor de thuiszorginstellingen zou kunnen zijn dat men een groot deel van het budget (en volwaardige arbeidsplaatsen) kwijtraakt doordat cliënten elders (bijvoorbeeld bij particuliere organisaties) zorg gaan inkopen. Op grond van de reeds opgedane ervaringen zal bij de invoering van het cliëntgebonden budget de gezinszorg -in uren gemeten- een omzetverlies lijden van 35% en het kruiswerk van 25%. Daarnaast is een strakke indicatiestelling nodig om een mogelijk aanzuigende werking van het cliëntgebonden budget in te dammen. Fiscale aspecten, budgettaire neutraliteit (geen stijging van de totale kosten voor thuiszorg) en noodzakelijke wetswijzigingen zijn mede reden voor het feit dat de Ziekenfondsraad eerst op landelijke schaal ervaring wil opdoen met het cliëntgebonden budget alvorens hierover een definitief advies uit te brengen [Het Financiële Dagblad, 26 mei 1994]. Tevens leggen zowel de Ziekenfondsraad als de staatssecretaris van WVC voor de toekomst een verband tussen de mogelijke invoering van het cliëntgebonden-budget systeem en de regeling AAW/huishoudelijke hulp [LVT, 1993c]. De experimenten zullen doorlopen tot definitief is besloten over het al dan niet invoeren van cliëntgebonden budgetten in de sociale ziektekostenverzekering.

Knelpunten in het kort

De knelpunten binnen de thuiszorg welke in deze paragraaf uitvoerig zijn beschreven, kunnen in het kort als volgt worden samengevat:

- De thuiszorg staat sterk onder druk als gevolg van substitutie van duurder naar goedkopere zorg, van professionele door informele zorg en het toenemen van de zorgvraag vanuit de (oudere) cliënten. Daarnaast blijft de capaciteit (aantal arbeidsplaatsen) bij de gezinsverzorging nagenoeg gelijk en neemt het aantal formatieplaatsen bij verpleegkundigen en verzorgenden binnen het kruiswerk zelfs af. Dit in tegenstelling tot het gestegen aandeel 'directie, staf en overig personeel' op het totaal aantal arbeidsplaatsen.
- De substitutie van intramurale zorg (en zorg in bejaardenoorden) naar thuiszorg brengt afstemmingsproblemen met zich mee. Zo komen bijvoorbeeld geïndiceerden voor een verzorgingstehuis komen niet voor intensieve thuiszorg in aanmerking, hoewel reguliere thuiszorg voor hen in veel gevallen onvoldoende is. Bovendien is de regeling voor intensieve thuiszorg, waarbij de geschatte duur van zorg niet langer is dan drie maanden, lang niet voor iedere patiënt voldoende.
- Ziekenfondsen stellen mede als voorwaarde voor het ter beschikking stellen van financiële middelen voor (kwalitatief verantwoorde) aanvullende thuiszorg dat zorg in de thuissituatie in samenhang met mantelzorg en vrijwilligerswerk kan worden geboden. Dit criterium zegt echter niets over de beschikbaarheid en belastbaarheid van mantelzorgers. Daarnaast worden diensten en mogelijkheden van vrijwilligers en beroepskrachten in de thuiszorg maar zelden goed op elkaar afgestemd terwijl vanuit de instellingen nauwelijks structureel aandacht aan vrijwilligers wordt besteed. Ook het omgekeerde komt voor. Vanuit het vrijwilligerswerk wordt er zelden het initiatief genomen om structureel samen te werken met de instellingen voor thuiszorg. Ook is het de vraag of het aanbod van mantelzorgers in de toekomst toereikend zal zijn.
- De integratie van kruiswerk en gezinsverzorging tot geïntegreerde instellingen voor thuiszorg voor thuiszorg verloopt zeer moeizaam. Het proces verloopt langzaam omdat instellingen voor gezinsverzorging eerst onderling fuseren, geen eenduidig instrumentarium beschikbaar is, sprake is van verschillende CAO's en nog geen uniforme eigenbijdrageregeling is vastgesteld.
- Voor de harmonisatie van de eigen-bijdrageregelingen in de thuiszorg is nog (steeds) geen definitieve regeling vastgesteld. De huidige regelingen voor het kruiswerk en de gezinsverzorging (maar ook voor bejaardenoorden en verpleeghuizen) kunnen verder worden geharmoniseerd omdat deze regelingen het onnodig gebruik van kruiswerk (en verpleeghuizen) stimuleren, waarvoor lagere eigen bijdragen gelden dan voor gezinsverzorging (en bejaardenoorden).
- In ongeveer 40% van de erkende kruisorganisaties bestaan onduidelijkheden over taakafstemming en -afbakening tussen de verschillende deskundigheidsniveaus. Complexe verpleegsituaties komen bovendien relatief weinig voor, waardoor de verhouding van 3 wijkverpleegkundigen op 1 wijkziekenverzorgende in de praktijk voor problemen zorgt. Problemen op het gebied van taakafbakening worden uiteraard bij een verschuiving van taken van wijkverpleging naar gezinszorg nog eens extra vergroot.
- Een nadeel voor de thuiszorginstellingen bij de invoering van cliëntgebonden budgetten zou kunnen zijn dat men een groot deel van het budget (en volwaardige arbeidsplaatsen) kwijtraakt doordat cliënten elders (bijvoorbeeld bij particuliere organisaties) zorg gaan inkopen. Op grond van de reeds opgedane ervaringen zal bij de invoering van het cliëntgebonden budget de gezinszorg -in uren gemeten- een omzetverlies lijden van 35%

en het kruiswerk van 25%. Daarnaast is een strakke indicatiestelling nodig om een mogelijk aanzuigende werking van het cliëntgebonden budget in te dammen. Er bestaat geen inzicht in de mate waarin mensen met een budget een particulier bureau voor het verlenen van thuiszorg inschakelen.

3. VERZORGING MET OPNEMING IN EEN INSTELLING

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de zorg die wordt verleend in bejaardenoorden. Bij bejaardenoorden lag oorspronkelijk de nadruk op het bieden van huisvesting aan ouderen. Langzamerhand is het verlenen van verzorging en een zekere mate van verpleging aan bewoners steeds belangrijker geworden. De zorgintensiteit neemt nog steeds toe en hangt samen met de toename van de gemiddelde leeftijd van bewoners en de dubbele vergrijzing van de bevolking [Ziekenfondsraad, 1992].

De ontwikkelingen in de sector bejaardenoorden zullen in dit hoofdstuk worden besproken aan de hand van de volgende opzet:

- Vraag naar en gebruik van zorg, uitgesplitst naar:
 - Leeftijd en geslacht van bewoners.
 - Hulpbehoefte van bewoners.
 - Zorgintensiteit
- Aanbod van zorg, waarin ook aandacht voor:
 - Aansluiting van het aanbod op de vraag
- Regulering, financiering en verzekering
- Ontwikkelingen en knelpunten, waarin aandacht voor de thema's:
 - Integratie bejaardenoorden en verpleeghuizen
 - Scheiding wonen en zorg

3.1 Vraag naar en gebruik van zorg

In tabel 3.1 is te zien dat het aantal bewoners van bejaardenoorden afneemt, zowel in absolute zin als uitgedrukt in een percentage van het totaal aantal 65-plussers in de bevolking. Woonde in 1983 nog 7,8% van de bevolking boven de 65 in een verzorgingstehuis, in 1992 is dat percentage gezakt naar 6,5%. Bewoners blijven over het algemeen tot hun dood in het bejaardenoord wonen (bijna 80% van de bewoners overlijdt in het bejaardenoord). Jaarlijks vertrekt daarnaast bijna 15% van de bewoners naar een verpleeghuis.

In deze paragraaf worden vraag naar en gebruik van zorg in bejaardenoorden geschetst aan de hand van informatie over:

- Leeftijd en geslacht van bewoners.
- Hulpbehoefte van bewoners.
- Zorgintensiteit

Leeftijd en geslacht van bewoners

Uit tabel 3.1 blijkt dat bewoners van bejaardenoorden steeds ouder worden. In 1983 was 39,1% van de bewoners ouder dan 85 jaar, in 1992 was meer dan de helft (51%) van de bewoners ouder dan 85. Ook het percentage vrouwen onder bewoners van bejaardenoorden is in het afgelopen decennium gestegen van 72,7% in 1983 naar 77,9% in 1992.

Hulpbehoefte van bewoners

Samenhangend met de stijgende leeftijd van bewoners, is ook de hulpbehoefte van bewoners toegenomen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat een toenemend aandeel van de bewoners

wordt opgenomen in een verpleeghuis: in 1983 ging het daarbij om 12,8% van de bewoners, in 1992 om 15,7% [verg. Van der Wel e.a., 1994, p. 15]. Ook de validiteit van bewoners is steeds slechter geworden: in 1983 was 45,3% van de bewoners niet lichamelijk hulpbehoevend, in 1992 is dit percentage teruggelopen tot nog maar 34,4% van de bewoners. Van bewoners van bejaardenoorden had in 1991 82% moeite met één of meer dagelijkse handelingen (in 1977 was dat 77%), terwijl 76% moeite zou hebben met één of meer huishoudelijke activiteiten (in 1982 was dat 54%) [Timmermans, 1993, p. 47].

Deze CBS-gegevens hebben alleen betrekking op de lichamelijke hulpbehoefte van bewoners. Het is echter bekend dat veel bewoners daarnaast kampen met psycho-sociale problematiek (reden waarom door de Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden (VNB) een indeling in zogeheten zorgzwaartecategorieën hanteert, die later in deze paragraaf aan de orde komt).

Gegevens uit 1985 met betrekking tot 300 bewoners van één verzorgingstehuis laten zien dat tussen de 25% en 35% van de bewoners geen psycho-sociale problematiek vertoonde. De overige bewoners kampten in meer of mindere mate met psycho-sociale problemen, 2-10% van de bewoners zelfs in ernstige mate [Van Loveren-Huyben e.a. & Van der Bom, 1988, p. 204]. Een van de meest voorkomende vormen van psycho-sociale problematiek is eenzaamheid [Van Loveren-Huyben & Van der Blom, 1983].

In een recent onderzoek maken Bronts e.a. [beschreven in Bronts & Van Loveren, 1993] gebruik van gegevens over ruim 6.600 bewoners van 66 Nederlandse verzorgingshuizen. Op basis van de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS) en een schaal voor lichamelijk hulpbehoevendheid stellen zij zes verschillende zorgprofielen op voor bewoners van bejaardenoorden:

Type A - weinig of geen problemen op lichamelijk of psychosociaal gebied

Type B - enkelvoudige problematiek, te weten: stemmingsproblemen

Type C - enkelvoudige problematiek, te weten: problemen met sociaal contact

Type D - enkelvoudige problematiek, te weten: ernstig lichamelijk hulpbehoevend

Type E - meervoudige problematiek, met name cognitieve problemen, problemen met sociaal contact en ADL (maar geen stemmingsproblemen)

Type F - meervoudige problematiek op alle terreinen

Uit het onderzoek van Bronts e.a. [1993] blijkt dat 39% van de bewoners van bejaardenoorden weinig zorgproblemen vertoont (type A), dat bij 20% sprake is van enkelvoudige problematiek (type B, C of D) en dat bij 41% sprake is van een complexe problematiek (type E of F).

Uit een eveneens recent onderzoek van Van der Ende & Boom [1994] blijkt dat 17% van de bewoners van verzorgingshuizen qua problemen op lichamelijk en geestelijk gebied karakteristiek vertonen van verpleeghuispatiënten. Van der Ende & Boom [1994] geven dan ook aan dat de groep verzorgingshuisbewoners die volgens het onderzoek van Bronts & Van Loveren [1993] kampen met meervoudige problematiek (te weten 41% van de bewoners) niet geheel vergelijkbaar is met bewoners van verpleeghuizen.

Kramer & Kerkstra [1991] vonden in een onderzoek onder 157 bewoners van een verzorgingstehuis dat 31,8% van de bewoners eenzaam was (22,3% was daarnaast enigszins eenzaam). Het gaat daarbij om alle dimensies die in het algemeen aan eenzaamheid worden onderscheiden: emotionele eenzaamheid (het gemis van iemand om vreugde en verdriet mee te delen), situationele eenzaamheid (zoals zich opgesloten voelen in de eigen kamer) en sociale eenzaamheid (het ontbreken van sociale steun). Eenzaamheid kwam significant vaker

voor onder alleenstaande ouderen dan onder ouderen met partner [Kramer & Kerkstra, 1991].

Informatie over de gezondheidstoestand en demografische kenmerken van bewoners van bejaardenoorden kan ook worden onttrokken aan de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk uitgevoerd in 1987-1988 door het NIVEL [Kerkstra e.a., intern NIVEL]. Medische zorg aan bewoners van bejaardenoorden wordt geleverd door huisartsen, veelal door de huisarts die bewoners ook voor hun opname al hadden. Uit de Nationale Studie kunnen daarom gegevens worden gehaald over 2.893 bewoners van verzorgingshuizen: 74,2% daarvan is vrouw, 68,8% is ouder dan 80 jaar, 68,1% is alleenstaand en 81,4% ziekenfondsverzekerde. Bewoners van verzorgingstehuizen hebben gemiddeld 4,2 keer per drie maanden contact met de huisarts(praktijk). Voor zelfstandige wonende ouderen die qua geslacht, leeftijd, samenlevings- en verzekeringsvorm vergelijkbaar zijn met deze bewoners van bejaardenoorden, ligt deze contactfrequentie op 2,8 keer per drie maanden.

De top tien van aan de huisarts gepresenteerde klachten door bewoners van bejaardenoorden is: symptomen/klachten (dij)been (10,4 keer per drie maanden per 100 ouderen), algemene malaise (9,7 keer), kortademigheid (8,1 keer), hoesten (7,2 keer), symptomen/klachten rug (5,5 keer), duizeligheid (5,4 keer), symptomen/klachten voet/tenen (4,8 keer), niet nader omschreven ongeval of trauma (4,8 keer), buikpijn/buikkrimp (4,4 keer) en symptomen/klachten thorax/rib (3,1 keer per drie maanden per 100 ouderen).

De top tien van door de huisarts gestelde diagnoses bij bewoners van bejaardenoorden (per drie maanden per 100 bewoners) is: decompensatio cordis⁴ (19,3 keer), ongecompliceerde hypertensie (18,6), slaapstoornis (18,4), urine incontinentie (15,3), diabetes mellitus (15,0), obstipatie (14,0), cystitis/urinegeweginfectie (10,9), angina pectoris⁵ (8,1), gecompliceerde hypertensie (7,5) en cerebrovasculaire ziekte⁶ (7,5).

De tien meest voorkomende achterliggende ziekten bij bewoners van bejaardenoorden zijn tenslotte: chronisch hartlijden (hieraan lijden 21,3 op de 100 bewoners), diabetes mellitus (15,6 op de 100 bewoners), arthrosis deformans⁷ (14,3), hypertensie (14,1), cerebrovasculair accident⁸ (13,8), CARA (13,0), depressief beeld (11,0), dementia (11,0), perifeer vaatlijden (8,7), maligne nieuwvorming (7,1) en reumatoïde artritis (3,2 op de 100 bewoners).

In het eerder genoemde onderzoek van Kramer & Kerkstra [1991] werd eenzaamheid gemeten met behulp van de gevalideerde Eenzaamheidsschaal van 11 uitspraken van De Jong-Gierveld & Kamphuis [1985]. Dezelfde schaal werd gebruikt voor het meten van eenzaamheid in de 'Demonstratieprojecten Ouderenzorg' [ODO 1991], waarover gerapporteerd wordt in de achtergrondstudies voor de Commissie Modernisering Ouderenzorg:

⁴ = hartzwakte

⁵ = met pijn in de hartstreek gepaard gaande aanvallen berustend op zuurstoftekort in de hartspier

⁶ = aandoening van de vaten in de hersenen, met name afsluiting eventueel leidend tot infarct of bloeding

⁷ = degeneratie van gewrichten, misvorming of vervorming veroorzakend

⁸ = hersenbloeding of -infarct

Tabel 3.1: Bewoners van bejaardenoorden: aantal bewoners, bewoners als percentage van het totaal aantal 65-plussers in de bevolking, instroom (gedurende het jaar bijgekomen bewoners naar voorgaande woonsituatie), uitstroom (overleden en vertrokken bewoners), percentage bewoners jonger dan 75, percentage bewoners ouder dan 85, percentage vrouwen onder bewoners en bewoners naar mate van (lichamelijke) validiteit per 31 december 1983 en 1988-1992

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
aant. bewoners (x 1000)	134,7	133,0	131,1	130,0	128,5	128,7	-0,5	-0,8
bewoners als % van totaal aant. 65-plussers	7,8	7,0	6,8	6,7	6,5	6,5	-0,3	-0,1
instroom:								
gedurende het jaar bij- komen bewoners	22.943	23.428	24.465	25.991	-	-		
% nieuwe bewoners afkom- stig uit gewone woning	87,7	91,4	91,3	92,6	-	-		
uitstroom:								
gedurende het jaar over- leden of vertrokken be- woners	23.140	25.291	26.365	26.931	-	-		
% overleden bewoners	77,9	79,4	79,7	79,5	-	-		
% opgenomen in verpl.huis	12,8	14,3	14,1	14,7	-	15,7	0,3	0,4
% bewoners jonger dan 75*	10,9	8,8	8,1	7,7	7,1	7,0	-0,4	-0,5
% bewoners ouder dan 85*	39,1	45,7	47,0	48,5	50,1	51,0	1,3	1,3
% vrouwen**	72,7	75,8	76,5	77,0	77,3	77,9	0,6	0,5
mate van validiteit in % van het aantal verzorgden:								
prakt. voortdurend bedlegerig	2,6	3,2	3,3	3,1	3,3	3,4	0,1	0,1
niet bedl., voll. hulpbeh.	16,3	20,7	21,8	21,6	22,2	22,3	0,7	0,4
niet bedl., gedeelt. hulpbeh.	35,8	39,5	39,3	40,4	40,3	39,9	0,5	0,1
niet lichamenlijk hulpbehoev.	45,3	36,6	35,4	34,8	34,2	34,4	-1,2	-0,6

Bron: CBS, Statistiek van de bejaardenoorden (1983, 1989 en 1990, 1991 en 1992)
CBS, Sociaal-cultureel kwartaalbericht (1986)

driekwart van de zelfstandig wonende ouderen in dat project had geen last van eenzaamheidsgevoelens en ongeveer een tiende had dat juist zeer sterk. Van de intramuraal verblijvende ouderen in het Substitutieproject had 53,6% geen last van eenzaamheid, 28,6% in geringe mate en 17,9% had in ernstige mate last van eenzaamheid [Huijsman e.a., 1994].

Zorgintensiteit

De Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden heeft een outputfinancieringssysteem ontwikkeld dat in 760 bejaardenoorden wordt toegepast. In dit systeem wordt uitgegaan van vijf zogenoemde zorgzwaarte-groepen

- I Aanvullende - veelal lichte - zorg op afroep. Tot deze categorie behoorde in 1993 48,6% van de bewoners van bejaardenoorden.
- II Aanvullende zorg op afspraak. Structurele ondersteuning/begeleiding bij enkele algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Tot deze categorie behoorde in 1993 18,4% van de bewoners.
- III Aanvullende, soms overnemende zorg bij ADL. Soms gerichte ondersteuning bij het psycho-sociaal functioneren (11% van de bewoners in 1993).

- IV Veel overnemende zorg bij ADL. Structurele begeleiding bij het psycho-sociaal functioneren (10,7% van de bewoners in 1993).
- V Totale overnemende zorg bij ADL, veelal gegeven door twee verzorgenden. Structurele, intensieve begeleiding bij het psycho-sociaal functioneren. Tot deze zwaarste categorie behoorde in 1993 11,3% van de bewoners van bejaardenoorden.

Iedere zorgzwaartegroep kent een gemiddelde, minimum en maximum omvang van benodigde zorg, uitgedrukt in zorgminuten [FOZ, 1994, Regelingen en wenken ouderenbeleid, F1-12]. Daarnaast verbindt de VNB ook kostprijzen per all-in verzorgingsdag aan deze zorgzwaartegroepen [Groenenboom & Huijsman, 1994]:

Zorgzwaarte categorie	% van bewoners, behorend tot categorie	Gemiddelde zorg in minuten per dag	Kostprijs per verzorgingsdag
I	48,6%	35	fl. 75
II	18,4%	75	fl. 97
III	11,0%	120	fl. 117
IV	10,7%	165	fl. 138
V	11,3%	260	fl. 180

NB. Deze cijfers hebben betrekking op 1993. De kostprijs per all-in verzorgingsdag staat niet in gelijke verhouding tot de gemiddelde zorgintensiteit uitgedrukt in minuten: de prijs is een all-in prijs waarin ook de woonfunctie, maaltijden en dergelijke is begrepen, de minuten hebben betrekking op de zorgzwaarte voor de functie verpleging en verzorging.

3.2 Aanbod van zorg

Het aantal bejaardenoorden en het aantal verzorgingsplaatsen in bejaardenoorden is in het afgelopen decennium terug gelopen. In 1983 waren er nog 1.632 bejaardenoorden (inclusief kloosterbejaardenoorden), die samen goed waren voor 139.819 verzorgingsplaatsen. In 1992 is het aantal bejaardenoorden gedaald tot 1.505 en is het aantal verzorgingsplaatsen (inclusief plaatsen in kloosterbejaardenoorden) met jaarlijks gemiddeld 0,1% gedaald tot 134.000.

Het aantal bezette formatieplaatsen in bejaardenoorden is echter toegenomen. Het aantal formatieplaatsen bedroeg in 1983 52.183 FTE. In 1992 is dit aantal gestegen tot 55.900 FTE: een gemiddelde jaarlijkse groei van 0,8%. Het aandeel van verplegend en verzorgend personeel op het totaal aantal formatieplaatsen is in dezelfde periode ook toegenomen. In 1983 maakten verplegenden en verzorgenden 52% uit van het totale personeelsbestand in FTE; in 1992 is dit percentage 57% (niet in tabel). Het aantal formatieplaatsen voor verplegenden en verzorgenden is dan ook sneller gestegen dan het totaal aantal formatieplaatsen, namelijk van 27.073 in 1983 naar 31.800 in 1992: een gemiddelde jaarlijkse groei van 1,8%.

3.3 Aansluiting van het aanbod op de vraag

Of het aanbod aan verzorging aansluit op de vraag, kan onder meer worden afgeleid uit:

- o De ontwikkeling van de personeelscapaciteit in relatie tot de vraag.
- o Het bestaan van wachtlijsten.
- o Het oordeel van bewoners over de aangeboden zorg.

Ontwikkeling personeelscapaciteit in relatie tot de vraag

Het aantal formatieplaatsen in relatie tot het aantal verzorgden is toegenomen in de periode 1983-1992. Het totaal aantal formatieplaatsen per 1.000 bewoners was 387 in 1983 en 434 in 1992 (jaarlijkse groei: 1,3%). Het aantal formatieplaatsen voor verplegend en verzorgend personeel nam nog sterker toe, gemiddeld namelijk met 2,3% per jaar van 201 FTE verplegenden en verzorgenden per 1.000 bewoners in 1983 naar 247 in 1992. De toename is volgens Van der Wel e.a. [1994, p. 14] in overeenstemming met de veronderstelde toename van de zorgbehoefte van bewoners van verzorgingshuizen, maar kan ook in verband worden gebracht met een forse stijging van de extramurale dienstverlening van bejaardenoorden (dat wil zeggen, dienstverlening aan zelfstandig wonende ouderen, bijvoorbeeld in de vorm van kortdurende opname, dagverzorging, maaltijdverstrekking, voetverzorging e.d.).

Het aantal functionarissen dat niet in loondienst is bij bejaardenoorden (bijvoorbeeld uitzendkrachten) vormt een relatief klein deel van het totale personeelsbestand. Het aantal functionarissen niet in loondienst is sterk toegenomen in 1989 ten opzichte van 1988, maar daarna weer licht gedaald. In 1992 ligt echter het aantal functionarissen dat niet in loondienst werkt nog steeds hoger dan in 1988.

Wachtlijsten

Het verkrijgen van informatie over wachtlijsten voor bejaardenoorden is niet eenvoudig. Een cijfer voor de omvang van wachtlijsten kan onbetrouwbaar zijn omdat positief geïndiceerden zich (vooral in steden en verstedelijkte gebieden) aanmelden bij meerdere bejaardenoorden. Hierdoor komen dubbeltellingen voor. Daarnaast willen niet alle mensen die zich hebben aangemeld, ook per definitie op korte termijn in een bejaardenoord worden opgenomen. Tenslotte komt het voor dat positief geïndiceerden zich niet direct aanmelden en derhalve niet op een eventuele wachtlijst komen te staan. In het kader van deze beschrijving is provincies gevraagd naar informatie over wachtlijsten voor bejaardenoorden. In verband met de bovengenoemde problemen beschikken niet alle provincies over gegevens met betrekking tot wachtlijsten voor bejaardenoorden. Gegevens die indicatiecommissies hierover aanleveren zijn niet altijd volledig en een aantal provincies gaf aan weinig met de geleverde informatie te doen. Een overzicht van de situatie met betrekking tot de informatievoorziening per provincie wordt gegeven in Bijlage 3. Meer of minder nauwkeurige gegevens over wachtlijsten voor bejaardenoorden zijn alleen bekend voor de volgende provincies:

- Noord-Brabant - In 1993 is de globale schatting van het aantal personen dat geïndiceerd is en op de wachtlijsten staat 4.339 (30% van de capaciteit van de verzorgingshuizen). Het reële aantal mensen dat volgens de directies van de verzorgingshuizen voor opname op wachtlijsten staat is 2.481 (17% van de capaciteit).
- Drenthe - Per 31 december 1991 stonden er in totaal 1.294 positief geïndiceerden op de wachtlijsten. Op 31 december 1990 waren dat er nog 1.590. De totale omvang van de wachtlijsten per 31 december 1993 bedroeg circa 1.200 personen. Bij 40 tehuizen betekent dit gemiddeld 30 wachtenden per huis.
- Flevoland - Het totaal aantal personen op de wachtlijsten in de provincie Flevoland bedraagt medio 1994 835 personen. Na correctie op dubbeltellingen blijkt dat er 125 personen (positief geïndiceerd) staan ingeschreven bij één of meer verzorgingshuizen.
- Gelderland - De verstrekte informatie vanuit de indicatie-commissies is verre van volledig. Het Gelders Instituut voor Welzijn en Gezondheid heeft wel cijfers: per 31 december 1993 stonden 1.946 personen op wachtlijsten. Hierbij moet worden aangetekend dat geen rekening is gehouden met dubbeltellingen en dat niet alle indicatie-commissies deze cijfers bijhouden.

- o Zeeland - Het aantal alleenstaanden op wachtlijsten bedroeg in 1989 1.177 en in 1990 1.102. Het aantal echtparen op de wachtlijsten bedroeg voor deze jaren in totaal respectievelijk 210 en 168. Dubbeltellingen maken interpretatie moeilijk.

Van der Wel e.a. [1994, p. 89] beschrijven op basis van zes case-studies de toepassing van "strategisch inplaatsingsbeleid" in bejaardenoorden: "Het dilemma bij de inplaatsing is dat een instroom van bewoners die intensieve zorg nodig hebben, niet gepaard gaat met navenante toename van middelen. Sommige huizen kiezen voor een inplaatsing waarbij afwisselend een 'lichtere' en een 'zwaardere' van de wachtlijst wordt geplaatst. Men gaat op het 'gemiddelde' zitten, omdat ook de financiering uitgaat van een gemiddeld normbedrag voor de variabele kosten'."

Oordeel van bewoners over de aangeboden zorg

Of het aanbod op de vraag aansluit vanuit het perspectief van bewoners van bejaardenoorden kan worden afgeleid uit gegevens van de Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen (LOBB). De LOBB heeft onlangs het experiment Meet- en Bespreekprocedure afgesloten, waarin de mening van bewoners van verzorgingshuizen over het leven, het wonen en de zorg zichtbaar en bespreekbaar worden gemaakt [Van der Hoeven e.a., 1994, p. 4]. De procedure bestaat onder meer uit een vragenlijst met 49 items waarover bewoners een oordeel kunnen uitspreken. De 49 items hebben betrekking op zeven onderwerpen: contact met personeel, eten, activiteiten, thuisvoelen, inspraak, dienstverlening en bewoners onder elkaar. De procedure is uitgevoerd in 17 verzorgingshuizen in de provincies Gelderland, Noord-Brabant en Zuid-Holland. De vragenlijst is voorgelegd aan 267 bewoners van deze huizen, variërend van 10 tot 28 per huis (afhankelijk van de grootte) [Van der Hoeven e.a., 1994, p. 23]. In een voortraject waarin de Meet- en Bespreekprocedure werd ontwikkeld is de vragenlijst bovendien voorgelegd aan bewoners van negen bejaardenoorden. In totaal zijn daardoor voor 26 bejaardenoorden gegevens bekend. De gemiddelde scores van bewoners van deze bejaardenoorden zijn per onderwerp van de vragenlijst als volgt (de maximale score is 4):

contact met personeel	3,5
activiteiten	3,3
thuisvoelen	3,2
eten	3,2
inspraak	2,7
dienstverlening	2,5
bewoners onder elkaar	2,4

[Van der Hoeven e.a., 1994, bijlage 7]

Bewoners oordelen dus positief over hun contact met het personeel. In groepsgesprekken gaven bewoners onder meer aan dat het personeel altijd vriendelijk is en veel plezier heeft in het werk. Bewoners oordelen minder positief over de dienstverlening en over de contacten tussen bewoners onderling. Ten aanzien van de dienstverlening zeiden bewoners in groepsgesprekken dat het personeel vaak te weinig tijd heeft en daardoor aan bepaalde dingen niet toekomt. Hoewel bewoners inzien dat het personeel niet zelf debet is aan dit tijdgebrek, zouden zij vooral meer persoonlijk contact willen hebben met het personeel [Van der Hoeven e.a., 1994, p. 26-27].

Tabel 3.2: Aantal bejaardenoorden, aantal verzorgingsplaatsen, bezettingsgraad, aantal bezette formatie-plaatsen (totaal, alleen verplegend en verzorgend personeel en functionarissen niet in loondienst) absoluut en per 1.000 bewoners per 31 december 1983 en 1988-1992

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
aantal bejaardenoorden*	1.605	1.526	1.519	1.514	1.506	1.505	0,0	-0,3
aantal verzorgingspln.*	139.819	137.534	136.313	134.705	133.445	134.000	-0,1	-0,6
bezettingsgraad in %**	99,1	96,7	96,2	96,5	96,3	96,0	-0,3	-0,2
bezette formatieplaatsen person. in loondienst***	52.183	53.297	53.457	53.858	53.955	55.900	0,8	1,2
idem, verzorgend en ver- plegend personeel***	27.073	29.529	29.892	30.237	30.567	31.800	1,8	1,9
FTE functionarissen niet in loondienst	-	484	778	678	638	597		5,4
bezette formatieplaatsen personeel in loondienst per 1.000 bewoners	387	401	408	414	420	434	1,3	2,0
idem, verzorgend en ver- plegend personeel	201	222	228	233	238	247	2,3	2,7
FTE functionarissen niet in loondienst/1.000 bewoners	-	4	6	5	5	5		5,7

Bron: CBS, Statistiek van de bejaardenoorden (1983, 1989 en 1990, 1991 en 1992)

* Het cijfer voor 1983 is inclusief 106 kloosterbejaardenoorden met 3.916 plaatsen, waarover destijds geen CBS-gegevens werden verzameld. Het totaal aantal bejaardenoorden exclusief kloosterbejaardenoorden was in 1983 dus 1.499. Het totaal aantal verzorgingsplaatsen in 1983 is exclusief de kloosterbejaardenoorden 134.733. De procentuele groei 1983-1992 in aantal bejaardenoorden en aantal verzorgingsplaatsen is berekend inclusief de kloosterbejaardenoorden voor 1983.

** Bezettingsgraad van de netto-capaciteit = bewoners / verzorgingsplaatsen.

*** Analoog aan de door het CBS gehanteerde systematiek voor de jaren t/m 1984 is voor 1983 het aantal bezette formatieplaatsen berekend uit opgave van het aantal personeelsleden, waarbij part-time personeelsleden als halve full-time krachten worden geteld [verg. CBS, Statistisch Jaarboek 1988, p. 359].

3.4 Regulering, financiering en verzekering

Regelingen met betrekking tot verzorgingstehuizen vinden veelal hun oorsprong in de Wet op de Bejaardenoorden (WBO) uit 1963. Sinds 1972 is voor de bouw of exploitatie van een bejaardenoord een vergunning nodig van Gedeputeerde Staten van een provincie. Planning van de capaciteit van bejaardenoorden werd daarmee, eerder dan de financiering, in handen van de provincie gelegd. Qua financiering is het uitgangspunt bij de WBO zelfbetaling. Ouderen draaien in principe zelf voor de kosten op. Als het inkomen te kort schiet, dan dient een bewoner het eigen vermogen aan te spreken. Pas als de draagkracht van een bewoner tekort schiet, betaalt deze een lager bedrag dan de pensioenprijs (gemiddeld fl. 3.000 per maand) [Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, p. 30].

Tot 1985 konden bewoners die de volledige verzorgingsprijs niet konden betalen een beroep doen op de Algemene Bijstandswet, waarmee in feite een open-eindfinanciering bestond voor bejaardenoorden. Met een wijziging van de WBO in 1985 is hieraan een eind gekomen. Vanaf dat jaar wordt geleidelijk naar een eindresultaat toegewerkt de WBO doeluitkeringen worden verstrekt aan de provincies (en de vier grote steden) naar rato van het aantal 75-plussers in een provincie. Deze situatie moet bereikt zijn in 2001 [Regelingen en wenken ouderenbeleid, B1-1].

Ten gevolge van gewijzigde systematiek zal de doeluitkering in het kader van de WBO worden ingekrompen, terwijl deze voor andere provincies (of steden) toeneemt. Een toename

van het budget vindt tussen in de periode 1985-2001 mogelijk in de provincies Limburg (15%), Drenthe (11%), Overijssel (10%), Zeeland (10%), Gelderland (7%), Zuid-Holland (5%), Noord-Brabant (4%), Groningen (2%) en in Den Haag (9%) en Rotterdam (7%). Elders moet het aantal verzorgingsplaatsen afnemen: het meest in de provincie Flevoland (-50%), de stad Utrecht (-28%), de provincie Noord-Holland (-14%), Amsterdam (-13%), de provincie Utrecht (-11%) en in Friesland (-10%) [Van der Wel e.a., 1994, p. 38].

Een toename van de doeluitkering in een provincie betekent overigens nog niet dat daar ook het aantal verzorgingsplaatsen zal toenemen. In de praktijk blijken 'groeiprovincies' niet of nauwelijks verzorgingscapaciteit bij te bouwen. Zij kiezen daarentegen voor een kwalitatieve verbetering van het huidige aanbod. In 'krimpprovincies' is daarentegen geen enkele financiële ruimte voor verbetering van de kwaliteit of voor zorgvernieuwing [Visser, 1993].

Betaling van de eigen bijdragen door bewoners is geregeld in het Bijdragebesluit Bewoners van bejaardenoorden. Wanneer een bewoner niet in staat is de volledige verzorgingsprijs te betalen, stelt de gemeente afhankelijk van zijn draagkracht een lager bedrag vast. Draagkracht wordt bepaald aan de hand van inkomen en vermogen. Een bewoner houdt echter in ieder geval de beschikking over een beperkt deel van zijn vermogen en over een maandelijks bedrag voor persoonlijke uitgaven (dat jaarlijks wordt vastgesteld door de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur). Gemeenten informeren de provincie (en rijksoverheid) maandelijks over de vastgestelde en geïnde eigen bijdragen [Regelingen en wenken ouderenbeleid, B3]. Eigen bijdragen variëren van maximaal fl. 950,= per maand voor een bejaarde met alleen AOW, maximaal fl. 1650,= voor een bejaarde met een modaal inkomen en maximaal fl. 2.600,= voor een bejaarde met 1,5 keer modaal.

In tabel 3.3 wordt een overzicht gegeven van de lasten en baten van bejaardenoorden naar verschillende rekeningposten. De kosten van bejaardenoorden zijn gestegen van 4,2 miljard gulden in 1983 naar 5,1 miljard in 1993. Vaste kosten van bejaardenoorden bestaan uit kapitaallasten (rente en afschrijving), leasing, huur en onderhoud. Tussen 1988 en 1992 zijn de vaste kosten met gemiddeld 3% per jaar gestegen, hetgeen voor een belangrijk deel wordt veroorzaakt door een sterke stijging van de huur- en leasekosten tot 1990 [Van der Wel, 1994, p. 24]⁹.

Het aandeel van de personele kosten in de totale kosten steeg tussen 1983 en 1992 van 55,9% naar 58,3% (niet in tabel). Personeelskosten vormen het hoofdbestanddeel van de variabele kosten van bejaardenoorden en zijn vooral vanaf 1990 sterk gestegen als gevolg van de loonontwikkelingen en deels als gevolg van de toename van het aantal formatieplaatsen [Van der Wel, 1994, p. 25].

De totale opbrengsten van bejaardenoorden stegen in de periode 1983-1992 periode van 4,3 miljard gulden naar 5,2 miljard. Het aandeel van eigen bijdragen van bewoners en deelnemers aan de wijkactiviteiten is tussen 1988 en 1992 licht gedaald van 39,1% naar 37,7% van de totale opbrengsten (niet in tabel). Overige bronnen van inkomsten voor bejaardenoorden

⁹ Vaste kosten worden door de jaren heen onder verschillende rekenposten in de CBS-statistieken vermeld. De vaste kosten voor de jaren 1988, 1990 en 1992 zijn afkomstig uit Van der Wel e.a. (1994, tabel 2.6). Het betreft daarbij algemene kosten, onderhoudskosten, huur en leasing, afschrijving en interest. Voor 1989 worden dezelfde posten gebruikt. Vaste kosten voor 1991 daarentegen bestaan uit de posten: algemene kosten, terrein- en gebouwgebonden kosten, afschrijvingen, huur, leasing en interest; de vaste kosten voor 1983 uit de posten: algemene kosten, huur en leasing, onderhoud terrein en gebouwen, afschrijving en interest.

vormen bijvoorbeeld extramurale dienstverlening of bijzondere vergoedingen (AWBZ, jaarlijkse rijksbijdrage in de bouwkosten) [verg. Van der Wel, 1994, p. 21].

Stijgende totale kosten bij een dalende capaciteit (zie tabel 3.2) leidt uiteraard tot een stijging van de kosten per verzorgingsplaats. In 1983 kostte een verzorgingsplaats nog gemiddeld 31 duizend gulden per jaar, in 1992 kostte een verzorgingsplaats gemiddeld 38.3 duizend gulden per jaar.

De reikwijdte van de WBO is beperkt tot de eigen bewoners van ene bejaardenoord en de zogeheten "artikel 2b-voorzieningen" (artikel 2b - de houder van een bejaardenoord kan aan niet in dat oord wonende ouderen kortdurende opname, dagverzorging en nachtopvang verlenen in geval van directe nood of tijdelijke afwezigheid van hen, dankzij wie die oudere overigens in staat is zelfstandig te blijven wonen). Om het mogelijk te maken dat ook thuiswonende positief geïndiceerden hulpverlening van het bejaardenoord kunnen ontvangen, is in 1991 (met terugwerkende kracht tot 1989) een nieuw artikel 2c aan de WBO toegevoegd (artikel 2c, lid 1 - Gedeputeerde Staten kunnen [...] vormen van dienstverlening aanwijzen die verleend worden door [...] een bejaardenoord en die bestemd zijn voor niet in het bejaardenoord opgenomen bejaarden die in het bezit zijn van een tot opnemning in een bejaardenoord strekkend advies van de commissie, bedoeld in artikel 6j) [Regelingen en wenken ouderenbeleid, B 1-5].

De activiteiten in het kader van flankerend ouderenbeleid, die tot 1988 onder het Reikwijdtebesluit vielen maar door de beperking daarvan niet meer onder de werkingssfeer van de WBO vallen, zijn met ingang van 1-1-1988 overgeheveld naar het welzijnsbudget van gemeenten. Het gaat bij deze voorzieningen om: verstrekking van maaltijden, voetverzorging, beweging, bad- en douchevoorzieningen en alarmering [Van der Wel e.a., 1994, p. 17].

Met de "commissie, bedoeld in artikel 6j" die in artikel 2c van de WBO wordt genoemd, wordt bedoeld op de indicatie-commissie voor bejaardenoorden. Een indicatiesysteem voor bejaardenoorden bestond al sinds 1977. In de Nota Zorg voor ouderen [Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1986-1987] werd echter geconstateerd dat het bestaande indicatiesysteem niet optimaal functioneerde (ondere andere in die zin, dat leden van indicatiecommissies verschillende interpretaties van de criteria hanteerden). Per 1-1-1989 is derhalve het Besluit indicatie-advisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen van kracht geworden, waarmee het Besluit opnemning in bejaardenoorden is komen te vervallen.

De indicatie-commissie wordt samengesteld door burgemeester en wethouders van een gemeente en in de commissie hebben tenminste een arts en een maatschappelijk werkende zitting. De commissie kan daarnaast advies vragen aan deskundigen.

De commissie verricht naar aanleiding van een verzoek van een bejaarde een onderzoek naar:

- de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de verzoeker
- de huishoudelijke en sociale omstandigheden en de woonsituatie van de verzoeker
- de aard en mate van de aan verzoeker geboden hulp en mogelijkheden voor uitbreiding of continuering daarvan.

De criteria worden in meer detail beschreven in de artikelen 4, 5 en 6 van het Besluit indicatie-advisering.

Voor 1989 werd formeel vereist dat leden van de indicatiecommissie onafhankelijk waren. Deze eis is in het nieuwe besluit losgelaten, zij het dat leden van de commissie die betrokken

zijn (geweest) of verbonden zijn aan het bejaardenoord of de verpleeginrichting waarvoor de bejaarde een voorkeur heeft, geen stem hebben in het vaststellen van het advies [VNG, 1988, p. 15].

Tabel 3.3: Financiële gegevens: kosten en opbrengsten van bejaardenoorden naar rekening-posten in 1983 en 1988-1992

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
totale kosten in mln gld	4.208	4.523	4.603	4.863	4.973	5.126	2,2	3,2
waarvan:								
vaste kosten	1.159	1.250	1.277	1.366	1.408	1.409	2,2	3,0
personele kosten	2.337	2.528	2.564	2.716	2.887	2.990	2,8	4,3
hotelkosten (incl. voedsel)	450	-	472	479	478	487	0,9	
kosten per verzorgingsplaats in duizenden gld	31,0	32,9	33,8	36,1	37,3	38,3	2,4	3,9
totale opbrengst in mln gld	4.328	4.638	4.700	4.897	4.978	5.159	2,0	2,7
waarvan:								
eigen bijdragen bewoners/ deelnemers wijkactiviteiten*	-	1.815	1.838	1.891	1.936	1.947		1,8
provinciale en grootstedelijke subsidies*	-	2.424	2.480	2.596	2.723	2.903		4,6

Bron: CBS, Statistiek van de bejaardenoorden (1983, 1989 en 1990, 1991 en 1992)

* Vóór de wijziging van de WBO in 1985 werd deze uitsplitsing niet gemaakt in de CBS-statistieken

In het - oude - Besluit Opneming in bejaardenoorden waren vaste indicatienormen neergelegd, waarbij een advies van de indicatiecommissie tot stand kwam door middel van een optelsom: voor alle onderdelen van het onderzoeksformulier kreeg een bejaarde 'punten'; bij voldoende punten in bepaalde categorieën ontving de bejaarde een tot opneming strekkend advies met een bepaalde urgentie. In het - nieuwe - Besluit indicatie-advisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen is geen sprake meer van een puntensysteem. De commissie bepaalt afhankelijk van de geconstateerde toestand van de verzoeker, omgevingsfactoren en het voorzieningenaanbod ter plaatse hoe zwaar zij bepaalde factoren laat meewegen in de beoordeling [Regelingen en wenken ouderenbeleid, B3-25].

Indien de commissie negatief adviseert, staan de bejaarde twee beroepsmogelijkheden ter beschikking: het indienen van een beroepschrift bij burgemeester en wethouders (beroepsmogelijkheid op basis van de WBO), en het in beroep gaan bij de raden van beroep en in laatste instantie de Centrale raad van beroep krachtens de AWBZ) [VNG, 1988].

Het functioneren van een indicatiecommissie in de praktijk is beschreven door Gill [1991, p. 123], voorzitter van de indicatiecommissie Rijnstreek: "Voor een indicatie bejaardenoord brengt de maatschappelijk werkende doorgaans een huisbezoek. Daarbij staat de zorgvraag centraal. De arts van de indicatiecommissie beoordeelt de somatische en geestelijke gezondheid van de betrokkene en vraagt zo nodig nadere gegevens van de huisarts op. Hieruit vloeit een preadvies voort, op grond waarvan de commissie tot een indicatieadvies komt." Het criterium voor opneming in de somatische afdeling van een verpleeghuis is: "Ernstige problemen met de ADL ten gevolge van somatische aandoeningen met als gevolg een verpleegbehoefte [...]" [Gill, 1991, p. 124]. Psychogeriatrische aanmeldingen, zo beschrijft

Gill, worden behandeld door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige in samenwerking met het RIAGG-team ouderenzorg.

3.5 Ontwikkelingen en knelpunten

Een aantal met elkaar samenhangende ontwikkelingen kunnen worden gesignaleerd met betrekking tot het ouderenbeleid en de positie van bejaardenoorden. Enerzijds kan worden opgemerkt dat bejaardenoorden en verpleeghuizen steeds dichterbij elkaar toe groeien, daartoe onder meer gestimuleerd door de Subsidieregeling substitutie verpleeghuiszorg buiten de muren van de Ziekenfondsraad [FOZ 1994, p. 91]. Anderzijds ontwikkelt zich een nieuw type voorziening, de zogenoemde woonzorgcomplexen, die onder andere een impuls hebben gekregen door de reikwijdte-verbreding van de WBO.

Deze ontwikkelingen kunnen worden gezien als een vervaging van de grenzen tussen het bejaardenoord en de thuiszorg en tussen het bejaardenoord en het verpleeghuis. De reikwijdte-verbreding van de WBO en het ter beschikking komen van gelden in het kader van flankerend ouderenbeleid hebben geleid tot een duidelijke produktverbreding van bejaardenoorden. Bejaardenoorden bieden tegenwoordig voorzieningen als kortdurende opname, dagverzorging, maaltijdverstrekking, alarmering, voetverzorging en dergelijke.

Ook ten gevolge van de toenemende hulpbehoefte van bewoners is produktverbreding noodzakelijk. Van der Wel e.a. [1994] beschrijven producten als groepsverzorging (psycho-geriatrische zorg) en individuele meerzorg (langdurige somatische zorg). Het gaat daarbij om het aanbieden van verpleeghuiszorg in het bejaardenoord. Deze nieuwe vormen van zorg vallen onder het Subsidiebesluit Substitutie Verpleeghuiszorg van de Ziekenfondsraad. Genoemd Subsidiebesluit dateert uit 1988 en op basis hiervan worden substitutieprojecten uitgevoerd, waarin aan patiënten die in een verzorgingshuis verblijven en geïndiceerd zijn voor opname in een verpleeghuis, verpleeghuiszorg wordt verleend [Te Wierik e.a., 1994, p. 7]. Produktverbreding kan dus deels worden gefinancierd uit aanvullende AWBZ-gelden, zij het dat dit volgens Van der Wel e.a. [1994, p. 60] niet in voldoende mate is geregeld.

De Commissie Modernisering Ouderenzorg [1994, p. 71] stelt in dit verband voor om een Zorgvernieuwingsfonds op te richten. Dit fonds zou onder beheer van de Ziekenfondsraad moeten komen en in financiële zin moeten bestaan uit (1) een deel van de subsidies voor intensieve thuiszorg, (2) de subsidieregeling Substitutie verpleeghuiszorg buiten de muren, (3) de 4%-vrije marge regeling die op dit moment deel uitmaakt van het budget van verpleeghuizen, (4) de regeling voor "zwevende bedden" en (5) de reikwijdte-verbreding van bejaardenoorden [p. 71].

In deze paragraaf zal aan twee ontwikkelingen in het bijzonder aandacht worden besteed:

- de integratie bejaardenoorden en verpleeghuizen, en
- de scheiding van wonen en zorg.

Integratie bejaardenoorden en verpleeghuizen

Belangrijke ontwikkelingen met betrekking tot verzorgingstehuizen (bejaardenoorden) worden onder meer formuleerd in de Nota Zorg voor Ouderen [Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1986-1987]. In de Nota wordt een aantal maatregelen aangekondigd ter bevordering van de samenwerking tussen bejaardenoorden en verpleeghuizen. Die samenwerking wordt noodzakelijk geacht omdat de capaciteit van de intramurale sector naar verwachting in de toekomst niet langer aan de zorgbehoefte van bejaarden zal kunnen voldoen. Een intensievere samenwerking tussen bejaardenoorden en verpleeghuizen zou het mogelijk moeten maken

beter in te spelen op die - groeiende - zorgbehoefte. In de Nota Zorg voor Ouderen wordt onder meer voorgesteld om (1) consultatie door verpleeghuizen toe te staan (waardoor verpleeghuispersoneel formeel toegang krijgt tot het verzorgingstehuis), (2) te komen tot een gemeenschappelijk plaatsingsoverleg tussen verpleeghuizen en verzorgingstehuizen, (3) in de toekomst beter rekening te houden met de verhouding verpleeghuis-/verzorgingstehuis capaciteit en (4) mogelijkheden te bieden voor experimenten met nadere samenwerking tussen beide voorzieningen [Gerritsen, 1993, p. 161].

De in de Nota voorgestelde gezamenlijk indicatiestelling voor verpleeghuis en verzorgingstehuis is per 1-1-1989 in werking getreden. Verder is de mogelijkheid gecreëerd om bij de planning van verpleeghuisbedden (op basis van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen) verpleeghuis capaciteit om te zetten in zogenoemde "zwevende bedden". Het budget dat daardoor vrij komt, mag worden aangewend voor het inzetten van verpleeghuiszorg in het verzorgingstehuis of in de thuissituatie. Een soortgelijke maatregel vormt de verbreding van de reikwijdte van de Wet op de Bejaardenoorden (WBO): in het kader van die maatregel komt een budget beschikbaar voor het verlenen van verzorgingstehuiszorg aan thuiswonende, positief geïndiceerde ouderen [Gerritsen, 1993, p. 172-173].

Te Wierik e.a. [1994] evalueerden een aantal van de substitutieprojecten in het kader van het eerder genoemde Subsidiebesluit Substitutie Verpleeghuiszorg van de Ziekenfondsraad. Daarbij vergeleken zij onder meer drie groepen ouderen voor wat betreft hun zorgzwaarte: (1) verpleeghuisgeïndiceerde verzorgingshuisbewoners die deelnemen aan een substitutieproject, (2) ouderen in een verpleeghuis en (3) verpleeghuisgeïndiceerde ouderen die in een verzorgingshuis verblijven zonder een substitutieproject. De drie groepen verschilden niet wezenlijk van elkaar voor wat betreft de zorgzwaarte [Te Wierik e.a., 1994, p. 46]. De kwaliteit van de verleende zorg aan deze patiënten is het laagst in verzorgingstehuizen zonder project en het hoogst in verpleeghuizen. De verzorgingshuizen met een substitutieproject nemen wat kwaliteit van zorg betreft een middenpositie in. Te Wierik e.a. leiden hieruit af dat de substitutieprojecten een meerwaarde hebben, omdat in verzorgingshuizen mét project immers kwalitatief betere zorg wordt verleend aan bewoners met een indicatie voor een verpleeghuis dan in verzorgingshuizen zonder project. Tevens concluderen Te Wierik e.a. [1994, p. 86] echter dat de substitutieprojecten zo divers van aard zijn dat niet kan worden nagegaan waardoor die meerwaarde wordt bepaald.

Ook het streven de financiering van bejaardenoorden onder te brengen in de AWBZ, hangt samen met de wens om samenwerking tussen verzorgingstehuizen en verpleeghuizen te bevorderen. Overheveling van bejaardenoorden naar de AWBZ was oorspronkelijk gepland voor 1-1-1993 en later voor 1-1-1994. De geplande stroomlijning van de financiering van verzorgingstehuizen en verpleeghuizen heeft echter tot op heden niet plaatsgehad.

Een knelpunt bij deze voorgenomen stroomlijning vormt de harmonisatie van de eigen bijdragen voor bejaardenoorden en verpleeghuizen. Voor een verblijf in een bejaardenoord dient het eigen vermogen aangesproken te worden, indien het inkomen van een bewoner niet toereikend is om de pensioenprijs te voldoen. Voor verpleeghuizen geldt dit niet; weliswaar is een inkomenafhankelijke eigen bijdrage verschuldigd, maar het vermogen van patiënten blijft buiten schot.

In februari 1991 besloot het kabinet het eigen vermogen te betrekken bij de bepaling van de hoogte van de eigen bijdrage voor AWBZ-voorzieningen, zoals verpleeghuizen. Dat veroorzaakte felle discussies zowel in als buiten de Tweede Kamer. In de nota Modernisering zorgsector "Weloverwogen verder" [Tweede Kamer, 1991-1992] houdt het kabinet echter vast aan de (budgettaire) noodzaak van een vermogensafhankelijk eigen bijdrage. In de brief van 15 juni 1992 van de Staatssecretaris van Volksgezondheid aan de Tweede Kamer [Ministerie

van WVC, 1992] wordt de voorbereiding van een wetsvoorstel hieromtrent aangekondigd. De Commissie Modernisering Ouderenzorg [1994, p. 74] zou het betreuren indien, bij een harmonisatie van de eigen bijdragen voor bejaardenoorden en verpleeghuizen, een vermogenstoets zou worden ingevoerd. Zij sluit dit echter niet uit, indien uniforme inkomensafhankelijk eigen bijdragen onvoldoende middelen genereren.

Overigens bracht de Ziekenfondsraad in 1992 [Ziekenfondsraad, 1992] een negatief advies uit ten aanzien van integrale overheveling van bejaardenoorden naar de AWBZ, omdat daarmee ook de enkelvoudige woonfunctie (alleen huisvesting zonder verpleging en verzorging) onder de sociale ziektekostenverzekering zou worden gebracht. Daarmee komt de tweede genoemde ontwikkelingen in het ouderenbeleid in beeld: de scheiding van wonen en zorg.

Scheiding wonen en zorg

De scheiding van woon- en zorgfunctie, een discussie die mede in gang gezet is door het advies van de Commissie Dekker om de zorg functiegericht te organiseren, zal naar verwachting het toekomstig beleid steeds sterker gaan beïnvloeden [Filius, 1993, p. 86]. In het FOZ 1994 wordt gesignaleerd dat het aantal woonzorgprojecten groeiende is. Door het kabinet werd in 1993 de volgende definitie gegeven van een woonzorgcomplex:

- a. een voor de doelgroep fysiek toegankelijk gebouw/complex;
- b. bedoeld voor permanent verblijf;
- c. waarvan de bewoners een behoefte hebben aan een combinatie van beschermd wonen en zorg, tot uitdrukking komend in de indicatiestelling;
- d. waar daarnaast sprake is van een zekere 'zorginfrastructuur' (in verband met ad c), tenminste ook tot uiting komend in kenmerken van het gebouw [Ministerie van WVC, 1993].

De Commissie Modernisering Ouderenzorg [1994, p. 25] beschrijft een woonzorgcomplex als een verzameling woningen met een royale opzet dan de krappe woonruimte die in een bejaardenoord beschikbaar is. De woningen zijn in ieder geval geschikt voor toekomstige rolstoelgebruikers, vaak verbonden door overdekte gangen en kennen soms gemeenschappelijke ruimten. De bewoners van een woonzorgcomplex kunnen kiezen uit een divers aanbod van zorg, waaronder warme maaltijden en een alarmeringssysteem.

Het kabinet verwachtte, onder andere op basis van het onderzoek van Bronts e.a. [1993] dat uiteindelijk 60% van de bestaande bejaardenoorden kon worden omgevormd tot woonzorgcomplex (waartoe ook een deel van de aanleunwoningen zou gaan behoren) en 40% tot intramurale instellingen [Ministerie van WVC, 1993]. In het FOZ 1994 wordt het plan genoemd om de capaciteit van de laatstgenoemde instellingen onder het regime van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) te brengen. De bouw van woonzorgcomplexen daarentegen zou tot het jaar 2000 de verantwoordelijkheid van provincies moeten blijven en later gedecentraliseerd worden naar gemeenten [FOZ 1994, p. 91].

In de financiering van woonzorgcomplexen worden drie componenten onderscheiden: huisvesting, zorg en de "hotelfunctie" (bijvoorbeeld maaltijdverstrekking, alarmering, schoonmaken). Op dit moment worden deze complexen gefinancierd met behulp van een opeenstapeling van subsidies op het terrein van volkshuisvesting en welzijn en gezondheidszorg. Daarbij gaat het ten dele om "oneigenlijk" gebruik van bijvoorbeeld individuele huursubsidie [Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, p. 25].

Voorstellen tot ordening van wonen en zorg werden door het kabinet op 24 mei 1993 aan de Tweede Kamer gedaan [Ministerie van WVC, 1993].

Het kabinet stelde voor te gaan werken met een drie "kolommen" model, waarbij onderscheid wordt gemaakt in (1) zelfstandig wonen, (2) opname in een instelling en (3) een tussenvorm, namelijk het woonzorgcomplex. Voor de huisvestingslasten in een woonzorgcomplex moet het principe van zelfbetaling gehandhaafd blijven, waarbij bewoners die het verblijf niet geheel zelf kunnen betalen, in aanmerking kunnen komen voor een persoonsgebonden subsidie voor woon- en zorgvoorzieningen samen (een "individuele suppletie"), in plaats van het huidige recht op huursubsidie. Maaltijden en alarmering zullen in de optiek van het kabinet worden geleverd uit het gemeentelijk flankerend ouderenbeleid, zoals dat ook nu het geval is voor thuiswonende ouderen. Verpleging en verzorging (waaronder schoonmaken als men daar zelf niet toe in staat is) komen in de kabinetsplannen ten laste van de AWBZ [Ministerie van WVC, 1993].

Deze kabinetsplannen zullen naar verwachting wijzigingen ondergaan ten gevolge van het advies van de Commissie Modernisering Ouderenzorg. Deze Commissie twijfelt namelijk aan de kabinetsvoorstellen, omdat zij volgens haar leiden tot hogere collectieve uitgaven. Met name het verdwijnen van (naar verwachting 60% van) de bejaardenoorden zou tot kapitaalvernietiging leiden. Het drie kolommen model werkt bovendien alleen wanneer de stelselherziening doorgaat en ook hierbij zet de Commissie de nodige vraagtekens.

De Commissie ziet derhalve meer heil in een model met twee kolommen: zelfstandig wonen in welk geval recht op individuele huursubsidie bestaat, of opname in een instelling in welk geval ook de verblijfskosten (wonen) uit het zorgbudget worden gedekt [Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, p. 58]. Bejaardenoorden bieden op dit moment meestal geen zelfstandige huisvesting en vallen daarom onder de zorgsector. De status van woonzorgcomplexen wordt bepaald door de vraag of bewoners daarvan zelfstandig zijn gehuisvest. Criteria daarvoor staan in het Burgerlijk Wetboek [Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, p. 66].

Knelpunten in het kort

Uit het voorgaande kan een aantal knelpunten worden afgeleid voor de bejaardenoorden:

- CBS-gegevens met betrekking tot lichamelijke validiteit van bewoners van bejaardenoorden doen onvoldoende recht aan het feit dat deze mensen vooral ook met psycho-sociale problematiek kampen.
- Met uitzondering van enkele provincies bestaat slechts een gebrekkig inzicht in het bestaan van wachtlijsten voor bejaardenoorden.
- Naar het oordeel van bewoners van bejaardenoorden heeft het personeel vaak te weinig tijd en komt daardoor aan sommige vormen van dienstverlening niet toe.
- In 'groeiprovincies' wordt de financiële ruimte veelal benut voor het verbeteren van de kwaliteit van aangeboden zorg en niet voor vergroting van de capaciteit. Deze ruimte is er niet in 'krimpprovincies' waardoor een zekere scheefgroei dreigt te ontstaan [Visser, 1993].
- De financiering van 'produktverbreding' uit aanvullende AWBZ-gelden is volgens Van der Wel e.a. [1994, p. 60] onvoldoende geregeld.
- Verpleeghuiszorg die in bejaardenoorden wordt aangeboden, blijkt volgens onderzoek van Te Wierik e.a. [1994] minder goed van kwaliteit te zijn dan de zorg die in verpleeghuizen wordt geleverd aan soortgelijke patiënten.
- De stroomlijning van de financiering voor bejaardenoorden en verpleeghuizen wordt belemmerd door verschillen in de eigen bijdragen die voor beide voorzieningen worden gevraagd: met name de invoering van een vermogenstoets voor verpleeghuizen heeft in het verleden voor discussie gezorgd.
- Vooralsnog is de positie en financiering van woonzorgcomplexen onduidelijk.

4. VERPLEGING EN VERZORGING DOOR EEN INSTELLING

4.1 Inleiding

In dit gedeelte van het rapport wordt informatie verschaft over de verzorging en verpleging, zoals die thans onder verantwoordelijkheid van verpleeghuizen wordt aangeboden. Het gaat dan om intensieve vormen van somatische en/of psycho-geriatrische verpleging en verzorging aan patiënten, die een verpleeghuisindicatie hebben. Geconstateerd kan worden, dat de zorgverlening door verpleeghuizen in de laatste jaren een grote mate van diversificatie heeft doorgemaakt. De zorgverlening vindt niet meer alleen plaats binnen de muren van het verpleeghuis, maar ook daarbuiten. Er is niet alleen maar sprake van opname, maar ook van een zorgaanbod, dat er op is gericht opname in het verpleeghuis uit te stellen of zelfs geheel te voorkomen.

In feite komt de ontwikkeling er op neer, dat verpleeghuiszorg een indicatiegebied is voor patiënten, die op een bepaald type zware verzorging en verpleging zijn aangewezen en dat in toenemende mate het verpleeghuis als instituut zijn verantwoordelijkheid neemt voor de zorg voor deze patiënten, onafhankelijk van de plaats waar zij zich bevinden.

Doelstelling verpleeghuizen

De Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) formuleert de volgende algemene doelstelling voor verpleeghuizen:

"Het bieden van zorg op multidisciplinaire wijze aan (veelal bejaarde) patiënten, die als gevolg van een of meerdere functiestoornissen (tijdelijk) niet meer zelfstandig kunnen functioneren." [NVVz, 1992]

Het basisproduct van een verpleeghuis is: het behandelen, verplegen, verzorgen en begeleiden van mensen uit de doelgroep, waarbij sprake is van een 24-uurs beschikbaarheid. Dit basisproduct kent de volgende functies:

- Reactivering/revalidatie
- Langdurige zorg
- Terminale zorg
- Observatie en diagnostiek
- Consultatie en advies
- Tijdelijke opvang en crisisopvang (de 'achterwachtfunctie')

Verpleeghuizen bieden dit product aan op basis van de volgende elementen:

- Beschikbaarheid van kennis, ervaring en deskundigheid op het gebied van: verpleging en verzorging, (para-)medische en sociaal-psychologische beroepen, enz.
- Multidisciplinaire werkwijze: samenwerking tussen meerdere disciplines
- Centrale regie naar inhoud en organisatie: de verpleeghuisarts is inhoudelijk eindverantwoordelijk voor het behandelplan; organisatorisch is de zorgcoördinator of de zorgmanager eindverantwoordelijk.
- Institutionele inkadering: waarborging van de continuïteit van het integrale zorgaanbod en beschikbaarheid van een aantal hoteldiensten.

Doelgroep

Ten aanzien van degenen, die een beroep doen op verpleeghuiszorg kunnen globaal de volgende drie groepen worden onderscheiden:

- De eerste groep bestaat uit degenen die nog voldoende mogelijkheden hebben voor reactivering en revalidatie en zodoende voor het vergroten van hun zelfstandigheid.

- Deze tijdelijke zorg kan zich zowel extra-, semi- als intramuraal afspelen. In de beoogde doelgroep zal het ook hier om een langdurige hulpvraag gaan.
- De tweede groep die blijvend van bepaalde hulp afhankelijk is. De zorg richt zich op het aanvullen van blijvende tekorten en het zo veel mogelijk voorkomen van achteruitgang. Ook deze zorg is tot op zekere hoogte extra- en semimuraal mogelijk.
 - Een derde groep, waarbij sprake is van een toenemende vraag om hulp die voortvloeit uit een ziekte en/of gebrek van chronische (progressieve) aard, doorgaans gekoppeld aan het verouderingsproces. De zorg richt zich op het vertragen van het proces van functionele achteruitgang en op het zo veel mogelijk beperken van de gevolgen van verergering van de aandoening. Meestal zal dit uiteindelijk een intramurale aangelegenheid zijn.

Het verpleeghuisprodukt gedifferentieerd

Als alle 'zorgproducten' van verpleeghuizen worden afgezet tegen de (mogelijke) locatie, waar deze kunnen worden geleverd, ontstaat het volgende beeld:

FUNCTIE	INTRAMURAAL	SEMIMURAAL	EXTRAMURAAL
Reactivering/Revalidatie	Klinische zorg	Dagbehandeling Poliklinische behandeling	Consultatie Substitutie Deelverstrekkingen
Langdurige/chronische zorg	Klinische zorg Intervalzorg Achterwacht	Dagbehandeling Dagverzorging/verpleging Nachtverzorging/verpleging Poliklinische zorg	Consultatie Thuiszorg Substitutie Enkelvoudige verstrekkingen
Bijzondere zorg	Klinische zorg Intervalzorg Achterwacht	Dagverzorging/verpleging Nachtverzorging/verpleging Poliklinische zorg	Consultatie Thuiszorg Substitutie Enkelvoudige verstrekkingen
Observatie/diagnostiek	Klinisch	Dagbehandeling Polikliniek	Consultatie

Bron: NVVz, 1992

Overzicht

Om de beschikbare informatie enigszins geordend aan te bieden, wordt dit hoofdstuk in drie onderdelen gesplitst:

- Het eerste gedeelte behandelt de zorgverlening, zoals die binnen het verpleeghuis wordt geleverd. Het gaat dan om informatie over de opgenomen patiënten en over de patiënten in dagbehandeling.
- Het tweede gedeelte behandelt de zorgverlening aan patiënten, die wel zijn geïndiceerd voor verpleeghuisopname, maar om welke reden dan ook niet in een verpleeghuis (kunnen) worden verzorgd. In het bijzonder gaat het daarbij om:
 - Verkeerde bed problematiek
 - Niet-erkende verpleeginrichtingen
 - Zwevende bedden
 - Substitutie verpleeghuiszorg
 - Vrije marge regeling.
- Een beschrijving van ontwikkelingen en knelpunten

VERPLEEGHUISZORG BINNEN HET VERPLEEGHUIS

4.2 Vraag naar en gebruik van verpleeghuiszorg

In deze paragraaf wordt informatie verschaft over wat wel wordt genoemd de 'productie' van de sector verpleeghuizen. Achtereenvolgens komen ten aanzien van de klinische productie en de dagbehandeling aan de orde: opname en ontslag, verpleegdagen en de gemiddelde verpleeg/behandelduur.

Tabel 4.1: Productiecijfers verpleeghuizen

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	'93	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
<i>SOMATISCH</i>									
Klinisch									
Opgenomen	29.885	28.943	29.226	30.323	29.944	31.290	33.256	0,5	2,0
Ontslagen	18.042	17.422	17.477	18.159	18.198	19.052	20.535	0,6	2,3
Overleden	11.560	11.275	11.846	11.690	11.364	11.542	12.215	0,0	0,6
Verpleegdagen (x 1000)	9.858	9.579	9.530	9.496	9.485	9.442	9.318	-0,5	-0,4
Dagbehandeling									
Opgenomen	4.031	5.567	5.680	5.640	5.686	6.151	6.338	4,8	2,5
Ontslagen	3.602	5.364	5.480	5.444	5.574	6.025	6.111	5,9	2,9
Dagbeh.dagen (x 1000)	273	369	382	390	400	420	428	4,9	3,3
<i>PSYCHO-GERIATRISCH</i>									
Klinisch									
Opgenomen	9.224	11.473	11.609	12.474	12.967	13.920	15.922	4,7	5,0
Ontslagen	3.297	3.954	3.877	4.206	4.218	4.560	5.189	3,7	3,6
Overleden	5.903	7.038	8.055	8.322	8.432	9.021	10.580	4,8	6,4
Verpleegdagen (x 1000)	7.369	8.578	8.741	8.858	9.036	9.418	9.858	2,8	2,4
Dagbehandeling									
Opgenomen	2.710	3.881	4.151	4.740	4.861	5.394	6.033	7,9	8,6
Ontslagen	2.386	3.608	3.965	4.512	4.660	5.113	5.794	8,8	9,1
Dagbeh.dagen (x 1000)	212	319	343	363	394	430	476	8,2	7,8

Bron: NZi, Instellingen van intramurale gezondheidszorg

Er is een opvallend verschil tussen de ontwikkeling van de groep somatische patiënten tegenover de groep psycho-geriatrie patiënten. De groeicijfers voor de laatste groep liggen beduidend hoger. Dit komt overeen met de algemene verwachting, dat het aantal psycho-geriatrie patiënten verder zal stijgen. Wellicht is het verschil in ontwikkeling ook een illustratie van het feit, dat de substitutiemogelijkheden voor somatische patiënten mogelijk groter zijn dan voor psycho-geriatrie patiënten. Meer somatische patiënten vinden oplossingen buiten het verpleeghuis.

Ten tweede valt de sterke ontwikkeling van de voorziening 'dagbehandeling' op, in het bijzonder waar het de psycho-geriatrie patiënten betreft.

Het feit, dat voor beide categorieën patiënten het aantal opnamen sterker stijgt dan het aantal verpleegdagen wijst op een verkorting van de gemiddelde verpleegduur. De volgende twee tabellen geven aan, dat dat ook inderdaad aan de hand is:

Tabel 4.2: Gemiddelde verpleeg/behandelduur definitief ontslagen patiënten (in dagen)
(Exclusief overleden patiënten)

		'83	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
<i>Klinisch</i>									
Somatisch	mannen	196	210	180	168	179	174	-1,3	-4,6
	vrouwen	201	214	186	183	173	168	-2,0	-5,9
Psycho-ger.	mannen	402	285	236	218	188	151	-10,3	-14,7
	vrouwen	427	395	260	280	268	239	-6,2	-11,8
<i>Dagbehandeling</i>									
Somatisch	mannen		284	273	285	273	282		-0,2
	vrouwen		241	254	258	270	261		2,0
Psycho-ger.	mannen		266	267	265	248	249		-1,6
	vrouwen		279	266	279	276	277		-0,2

Bron: SIG, Jaarboek Verpleeghuizen

Er lijkt in sommige opzichten sprake van een spectaculaire daling van de gemiddelde verpleegduur van definitief ontslagen patiënten. Het sterkst doet deze daling zich voor bij klinisch opgenomen psycho-geriatrische patiënten. Er moet bij deze cijfers echter een belangrijk voorbehoud worden gemaakt: kortdurende opnamen, zoals weekend-opnamen zijn een steeds vaker voorkomend verschijnsel. Dit kan een verlagend effect hebben op de gemiddelde verpleegduur van de totale patiëntenpopulatie.

Of de gemiddelde verpleegduur van definitief opgenomen patiënten eveneens daalt, is uit deze cijfers dus niet zonder meer af te leiden. Een indicatie dat er ook voor deze groep sprake is van een daling kan wellicht worden gevonden in de ontwikkeling van de gemiddelde verpleegduur van opgenomen c.q. in dagbehandeling genomen patiënten, die uiteindelijk overlijden.

Tabel 4.3: Gemiddelde verpleeg/behandelduur overleden patiënten (in dagen)

		'83	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
<i>Klinisch</i>									
Somatisch	mannen	443	464	464	480	477	470	0,7	0,3
	vrouwen	641	713	699	700	702	708	1,1	-0,2
Psycho-ger.	mannen	780	778	789	762	687	704	-1,1	-2,5
	vrouwen	1.164	1.242	1.216	1.190	1.160	1.137	-0,3	-2,2
<i>Dagbehandeling</i>									
Somatisch	mannen		411	442	279	458	431		1,2
	vrouwen		459	478	555	485	328		-8,1
Psycho-ger.	mannen		286	349	343	398	332		3,8
	vrouwen		422	338	517	429	285		-9,3

Bron: SIG, Jaarboek Verpleeghuizen

Uit deze tabel kan worden afgeleid, dat patiënten die in een verpleeghuis dan wel in dagbehandeling overlijden, over het algemeen een steeds kortere verpleegduur kennen. De daling is over het algemeen echter geringer dan voor de definitief ontslagen patiënten. Zonder nader onderzoek is niet vast te stellen of het verschil tussen deze beide ontwikkelingen valt terug te voeren op het eerder genoemde verschijnsel van de kortdurende opnamen. Het beeld ligt voor de diverse te onderscheiden categorieën patiënten overigens wel verschil-

lend. Op de oorzaken hiervan wordt in de volgende paragraaf nog nader teruggekomen. Het zal blijken, dat de patiënten bij opname steeds meer hulpbehoevend zijn.

Een gedifferentieerd patroon zien wij ten aanzien van de duur van de dagbehandeling:

Tabel 4.4: Gemiddeld aantal dagbehandelingsbezoeken per patiënt (Definitief ontslagen patiënten)

	'88	'89	'90	'91	'92
Somatisch	31,7	32,4	30,6	30,5	30,5
Psycho-geriatrisch	37,0	36,4	35,0	36,6	37,7

Bron: SIG, Jaarboek Verpleeghuizen

Het blijkt, dat het gemiddeld aantal dagbehandelingsbezoeken voor somatische patiënten langzaam daalt. Voor psycho-geriatrische patiënten stijgt het. Wellicht heeft ook dit te maken met het feit, dat er voor somatische patiënten meer alternatieven beschikbaar zijn, met name op het gebied van de thuiszorg.

De in- en uitstroom van een verpleeghuis

In deze paragraaf wordt informatie gegeven over de in- en uitstroom van patiënten in een verpleeghuis. Het gaat dan zowel om klinische opnamen als om dagbehandeling. Eerst wordt kort ingegaan op de procedures met betrekking tot de indicatiestelling. Vervolgens wordt kwantitatieve informatie gegeven over: de verdeling van het percentage mannen/vrouwen bij eerste opname dan wel aanvang van de dagbehandeling, de herkomst van patiënten, de bemiddelende instanties bij opname en dagbehandeling en ten slotte over de bestemming van patiënten, wanneer zij uit het verpleeghuis dan wel dagbehandeling worden ontslagen (inclusief de overleden patiënten).

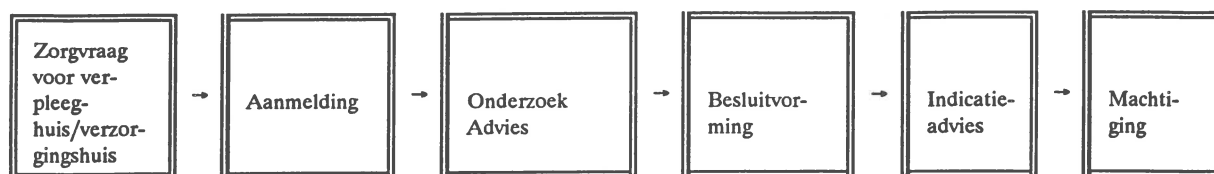
De indicatiestelling

In 1989 trad het 'Besluit Indicatie-advisering Bejaardenoorden en Verpleeginrichtingen' in werking. Op grond van dit besluit kwam de verantwoordelijkheid voor de indicatie-advisering voor verpleeghuizen en bejaardenoorden te liggen bij het college van Burgemeester en Wethouders. De feitelijke advisering wordt gedaan door een gemeentelijke commissie, bestaande uit een arts, een maatschappelijk werkende, een verpleegkundige en een gemeenteambtenaar, die in principe niet in het dienstverband van een instelling werkzaam zijn. De commissie doet het onderzoek naar de lichamelijke, geestelijke en sociale omstandigheden van de patiënt en stelt als commissie een zorg(indicatie)advies op.

De regeling voorziet ook in een centrale aanmelding en advisering. Alle vragen om opname worden bij de commissie ingediend ongeacht de plaats van herkomst (thuis, ziekenhuis, verzorgingshuis, verpleeghuis) en ongeacht de aard van de problematiek van patiënten (vooral verzorging, acute vraag, psycho-geriatrische patiënten). De regeling geeft echter geen verdere aanwijzingen voor bijvoorbeeld protocollering van het onderzoek en indicatiecriteria.

Het indicatie-advies van de commissie gaat naar de patiënt, naar het verpleeghuis en naar het verbindingskantoor AWBZ voor machtiging. Als het advies er eenmaal ligt is deze laatste stap grotendeels pro forma.

Schematisch ziet een en ander er dus als volgt uit:



Hoewel het hier om een landelijk besluit gaat, blijkt in de praktijk, dat deze indicatiemissies onderlinge grote verschillen in werkwijze vertonen. De verscheidenheid van de processen van indicatiestelling en opname worden nog versterkt doordat op verschillende plaatsen verschillende oplossingen zijn gezocht voor zich voordoende knelpunten. Bijvoorbeeld acute patiënten, die buiten de indicatiemissie om worden opgenomen en achteraf geïndiceerd; soms vindt de indicatiestelling feitelijk plaats door samenwerkende instellingen op het gebied van verpleging en verzorging. Dit laatste kan echter op gespannen voet staan met het principe van onafhankelijkheid, waarmee de indicatiestelling wordt geacht plaats te vinden.

In een enquête over 1992 geven 229 van de 324 verpleeghuizen in dit verband de volgende informatie over door hen opgenomen patiënten:

- Er werden 16579 somatische patiënten opgenomen, waarvan 14607 via een indicatiemissie (88%).
- Er werden 8474 psycho-geriatrische patiënten opgenomen, waarvan 7531 via een indicatiemissie (89%).

Ten slotte kan er in dit verband nog informatie worden verschaft over de vraag, wie in het bijzonder als bemiddelende instanties optreden bij opname in het verpleeghuis:

Tabel 4.5: Bemiddelende instanties bij klinische opname (procenten)

	'88	'89	'90	'91	'92
<i>Somatisch</i>					
RIAGG	1,2	1,5	2,3	2,2	2,3
Samenw. verpleeghuizen	14,6	13,8	14,9	14,1	13,8
SGD	2,2	2,3	3,2	3,2	3,3
GG & GD	18,3	17,9	16,9	15,3	15,7
Huisarts/Ziekenhuis	63,7	64,5	62,7	65,2	65,0
<i>Psycho-geriatrisch</i>					
RIAGG	35,5	38,5	37,8	37,2	35,0
Samenw. verpleeghuizen	6,9	9,0	9,0	7,8	8,0
SGD	14,0	11,3	10,7	9,7	9,2
GG & GD	7,6	7,9	8,3	8,5	7,5
Huisarts/Ziekenhuis	36,0	33,4	34,3	36,9	40,4

Bron: SIG, Jaarboek Verpleeghuizen

De rol van bemiddelende instanties bij klinische opname (bovenstaande tabel) en aanvang dagbehandeling (onderstaande tabel) komen sterk met elkaar overeen: Voor somatische patiënten zijn huisarts en ziekenhuis verreweg de belangrijkste bemiddelende instanties. Voor psycho-geriatrische patiënten speelt het RIAGG een belangrijke rol, naast de huisarts en het ziekenhuis.

Tabel 4.6: Bemiddelende instanties bij dagbehandeling (procenten)

	'88	'89	'90	'91	'92
<i>Somatisch</i>					
RIAGG	0,9	0,9	0,4	0,8	1,2
Samenw. verpleeghuizen	7,9	6,4	7,4	6,9	7,1
SGD	3,0	3,3	3,4	3,4	3,9
GG & GD	1,6	1,7	1,1	1,6	3,1
Huisarts/Ziekenhuis	86,7	87,7	87,6	87,3	84,7
<i>Psycho-geriatrisch</i>					
RIAGG	35,3	41,3	42,5	39,0	39,3
Samenw. verpleeghuizen	5,5	3,7	4,4	4,6	4,2
SGD	14,9	12,5	10,0	10,0	12,4
GG & GD	0,1	0,0	0,2	0,5	1,7
Huisarts/Ziekenhuis	44,2	42,4	42,9	46,0	42,4

Bron: SIG, Jaarboek Verpleeghuizen

Opvallend in beide bovenstaande tabellen is het grote verschil in de omvang van de bemiddelende rol voor de GG&GD ten aanzien van de verschillende combinaties zorgvraag-zorgaanbod: In zo'n 16% van de gevallen bemiddelt de GG&GD bij opname van somatische patiënten in het verpleeghuis. Bij het in dagbehandeling nemen van psycho-geriatrische patiënten vervult zij die rol in nog geen 2% van de gevallen.

Alvorens een nadere beschrijving te geven van de patiëntenpopulatie, die daadwerkelijk gebruik maakt van verpleeghuisvoorzieningen, wordt eerst nog even stil gestaan bij de situaties, waarin opname in een verpleeghuis niet onmiddellijk mogelijk is.

4.3 Kenmerken van de verpleeghuispopulatie

In deze paragraaf worden de veranderingen in de populatie van verpleeghuispatiënten beschreven. Achtereenvolgens komen daarbij aan de orde: de procentuele verdeling mannen/vrouwen, de gemiddelde leeftijd bij opname, de herkomst en ontslag van patiënten en de mate van hulpbehoefendheid. Ten slotte wordt nog informatie verschaft over de aandoeningen, op grond waarvan patiënten worden opgenomen dan wel in dagbehandeling worden genomen.

De procentuele verhouding mannen/vrouwen in de verpleeghuiszorg

In de tijd gezien lijkt er geen sprake van belangrijke ontwikkelingen in deze verhoudingsgetallen. Bij klinische opname geldt voor zowel somatische als psycho-geriatrische patiënten een verhouding van ongeveer 1/3 mannen tegenover 2/3 vrouwen. Voor de psycho-geriatrische patiënten, die in dagbehandeling worden genomen geldt ongeveer dezelfde verhouding. Opvallend is, dat deze getalsverhouding voor somatische patiënten bij aanvang van dagbehandeling vrijwel 50-50 is.

De gemiddelde leeftijd bij opname

Over het geheel genomen lijkt de gemiddelde leeftijd bij opname de laatste jaren vrijwel constant te zijn. De lichte stijging, die over de gehele periode '88-'92 wordt waargenomen blijkt in de meeste deelpopulaties een golfbeweging te kennen.

Tabel 4.7: Gemiddelde leeftijd bij opname c.q. begin dagbehandeling (jaren)

		'88	'89	'90	'91	'92
<i>Klinisch</i>						
Somatisch	mannen	75,4	75,3	75,3	75,4	74,9
	vrouwen	78,8	79,2	79,4	79,1	79,1
Psycho-ger.	mannen	79,8	80,1	80,1	80,1	79,7
	vrouwen	81,9	82,2	82,2	82,3	82,6
<i>Dagbehandeling</i>						
Somatisch	mannen	72,6	72,9	73,0	72,4	73,1
	vrouwen	74,5	74,6	74,6	74,6	74,9
Psycho-ger.	mannen	78,0	78,6	78,9	78,8	78,6
	vrouwen	79,5	80,2	80,0	80,2	79,8

Bron: SIG, Jaarboek Verpleeghuizen

De herkomst van patiënten

Geconstateerd kan worden, dat bijna tweederde van de somatische patiënten afkomstig is uit het ziekenhuis. Ruim een kwart is afkomstig uit de eigen omgeving, al dan niet in combinatie met dagbehandeling.

De achtergrond van psycho-geriatrische patiënten is meer divers. Ongeveer de helft is afkomstig uit de eigen situatie (al dan niet in combinatie met dagbehandeling). Zo'n 20% komt uit het ziekenhuis en nog zo'n 20% is afkomstig uit een bejaardenoord.

Tabel 4.8: Herkomst van patiënten bij eerste klinische opname (procenten)

		'88	'89	'90	'91	'92
<i>Somatisch</i>						
Eigen omgeving		21,8	22,9	23,0	22,4	23,9
Eigen omgev. + dagbeh.		3,2	3,5	3,4	3,3	3,4
Ziekenhuis		64,7	63,5	63,2	64,1	63,5
Verpleeghuis		2,3	1,9	1,8	1,7	1,6
Bejaardenoord		8,0	8,1	8,6	8,4	8,5
Overig		0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
<i>Psycho-geriatrisch</i>						
Eigen omgeving		32,4	35,5	36,6	37,0	37,4
Eigen omgev. + dagbeh.		12,3	13,7	14,4	15,4	15,7
Ziekenhuis		25,5	24,0	22,6	21,8	20,0
Verpleeghuis		8,0	5,0	4,2	4,2	4,3
Bejaardenoord		21,8	21,8	22,0	21,5	22,5
Overig		0,1	0,0	0,2	0,1	0,1

Bron: SIG, Jaarboek Verpleeghuizen

Er lijkt sprake te zijn van een trend, waarbij psycho-geriatrische patiënten steeds meer worden opgenomen vanuit de thuissituatie en steeds minder vanuit het ziekenhuis. Gesuggereerd wordt wel, dat ziekenhuizen meer terughoudend zouden zijn met het opnemen van psycho-geriatrische patiënten.

Tabel 4.9: Herkomst van patiënten bij aanvang dagbehandeling

	'88	'89	'90	'91	'92
<i>Somatisch</i>					
Eigen omgeving	66,7	67,1	68,2	67,9	69,9
Eigen omgev. + dagbeh.	6,5	4,1	3,9	3,0	1,5
Ziekenhuis	2,3	3,3	3,1	3,8	3,0
Verpleeghuis	9,0	9,5	8,9	9,7	10,1
Bejaardenoord	15,5	16,1	16,0	15,6	15,5
Overig	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
<i>Psycho-geriatrisch</i>					
Eigen omgeving	70,0	71,7	71,4	75,0	75,7
Eigen omgev. + dagbeh.	7,9	5,3	5,0	3,2	3,0
Ziekenhuis	0,4	0,7	0,8	0,6	0,7
Verpleeghuis	0,7	0,8	1,3	0,8	1,2
Bejaardenoord	21,3	21,5	21,5	20,4	19,4
Overig	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1

Bron: SIG, Jaarboek Verpleeghuizen

Geen opvallende trendmatige ontwikkelingen. Zo'n 70% van de somatische patiënten is afkomstig uit de eigen omgeving, zo'n 16% uit bejaardenoorden. Voor de psycho-geriatrische patiënten zijn deze getallen respectievelijk 80% en 20%

Ontslag van patiënten

Ongeveer 50% van de opgenomen somatische patiënten overlijdt in het verpleeghuis. Zo'n dertig procent gaat terug naar de eigen omgeving, al dan niet aangevuld met dagbehandeling. Ongeveer 10% gaat naar een bejaardenoord.

Tabel 4.10: Bestemming bij definitief ontslag uit verpleeghuis, inclusief overleden (procenten)

	'88	'89	'90	'91	'92
<i>Somatisch</i>					
Overleden	49,3	50,2	49,1	48,2	47,3
Eigen omgeving	26,0	26,0	27,1	28,0	29,4
Eigen omgev. + dagbeh.	3,9	4,1	4,0	4,2	4,2
Ziekenhuis	7,4	6,8	6,4	6,6	6,3
Verpleeghuis	3,0	2,6	2,3	2,2	2,1
Bejaardenoord	10,4	10,3	11,0	10,7	10,6
Overig	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
<i>Psycho-geriatrisch</i>					
Overleden	81,6	84,0	83,4	82,3	82,4
Eigen omgeving	5,1	4,9	5,1	5,8	5,5
Eigen omgev. + dagbeh.	2,6	2,8	3,3	3,5	3,6
Ziekenhuis	4,6	4,0	3,6	3,4	3,3
Verpleeghuis	5,1	3,3	3,1	3,7	3,4
Bejaardenoord	1,1	1,1	1,4	1,3	1,7
Overig	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0

Bron: SIG, Jaarboek Verpleeghuizen

Ruim 80% van de psycho-geriatrische patiënten overlijdt in het verpleeghuis. Deze percentages zijn in de afgelopen vijf jaar vrijwel gelijk gebleven.

Tabel 4.11: Bestemming bij definitief ontslag uit dagbehandeling (procenten)

	'88	'89	'90	'91	'92
<i>Somatisch</i>					
Overleden	3,5	4,5	3,9	3,8	3,5
Eigen omgeving	47,7	49,6	50,4	52,3	55,2
Eigen omgev. + dagbeh.	4,6	4,5	4,4	3,0	1,9
Ziekenhuis	14,9	13,5	11,4	11,5	12,3
Verpleeghuis	14,1	12,2	14,3	12,1	12,2
Bejaardenoord	15,2	15,7	15,4	17,2	14,7
Overig	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2
<i>Psycho-geriatrisch</i>					
Overleden	4,2	4,4	4,4	4,7	4,6
Eigen omgeving	23,7	25,0	25,3	27,0	26,6
Eigen omgev. + dagbeh.	3,3	2,6	3,1	2,3	2,0
Ziekenhuis	12,5	10,8	9,8	8,5	9,6
Verpleeghuis	43,2	43,1	42,9	39,7	40,9
Bejaardenoord	13,1	14,0	14,4	17,5	16,0
Overig	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3

Bron: SIG, Jaarboek Verpleeghuizen

Het ontslag van somatische patiënten uit dagbehandeling kent een vrij grote spreiding. Bijna zestig procent wordt ontslagen naar de eigen omgeving (een percentage, dat sinds 1988 steeds is gestegen), de overige veertig procent verdeelt zich over: het ziekenhuis, het verpleeghuis en het bejaardenoord.

Voor psycho-geriatrische patiënten liggen deze verhoudingsgetallen anders. Nog geen dertig procent wordt ontslagen naar de eigen thuissituatie. Ruim veertig procent gaat naar het verpleeghuis en zo'n 15 procent naar het bejaardenoord.

De ontwikkeling van de mate van hulpbehoevendheid

Door het NZi is een hulpindex ontwikkeld als een instrument om zo objectief mogelijk de mate van hulpbehoevendheid van patiënten te kunnen meten. Deze hulpindex is gebaseerd op een aantal 'algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)'. In haar uitgebreide vorm bestaat zij uit een twaalfal aspecten:

Tabel 4.12: Elementen van de Hulpindex, zoals door het NZi ontwikkeld

1.	Wassen onder met hulp of volledige hulp
2.	Kleden met hulp of volledige hulp
3.	Wassen boven met hulp of volledige hulp
4.	In en uit bed met hulp of volledige hulp
5.	Toiletbezoek met hulp of volledige hulp
6.	Lopen met hulp of volledige hulp
7.	Staan met hulp of volledige hulp
8.	Incontinentie voor urine
9.	Spraak/taal minder goed tot onbegrijpelijk
10.	Rolstoelpatiënt
11.	Eten met hulp of volledige hulp
12.	Incontinentie voor faeces

Bron: Van Gijn, 1983

De hulpindex wordt bepaald door 'ja' of 'nee' in te vullen bij de vraag of de patiënt in staat is bovenstaande handelingen zelfstandig uit te voeren. De hulpindex kan dus variëren van 0 (geen enkele hulp nodig) tot 12 (bij alle dagelijkse levensverrichtingen is hulp nodig). Er wordt volgens de toelichting in het Jaarboek Verpleeghuizen van de SIG geen onderscheid gemaakt tussen 'toezicht of enige hulp nodig' en 'volledige hulp nodig'.¹⁰

De volgorde in de bovenstaande tabel is niet willekeurig. Van boven naar beneden kan hij worden gelezen als een min of meer cumulatieve schaal. Daarmee wordt bedoeld, dat als iemand voor een van de hier genoemde levensverrichtingen hulp nodig heeft, er statistisch gezien een grote kans is, dat deze persoon ook hulp nodig heeft voor verrichtingen met een lager rangordnummer. Voor individuele personen kan de hulpvraag natuurlijk veel meer gedifferentieerd zijn.

Naast de hierboven genoemde lijst registreert de SIG nog de volgende validiteitsgegevens: Oriëntatie, gehoor, gezicht, uithoudingsvermogen, gebruik catheter, huiddefecten en benodigde persoonlijke hulp. [SIG, 1987]

De gemiddelde zwaarte van de patiënten, uitgedrukt in de NZi-hulpindex, blijkt toe te nemen. Wij kunnen dit illustreren aan de hand van de volgende twee tabellen. De eerste geeft de ontwikkeling van de hulpbehoefendheid van patiënten bij hun opname. De tweede van de totale populatie opgenomen patiënten.

Tabel 4.13: Ontwikkeling hulpindex bij eerste opname/aanvang dagbehandeling

	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. groei '88-'92
<i>Klinisch</i>						
Somatisch	7,19	7,25	7,34	7,31	7,32	0,4
Psycho-geriatrisch	7,12	7,07	7,07	7,20	7,28	0,6
<i>Dagbehandeling</i>						
Somatisch	5,26	5,34	5,33	5,34	5,27	0,0
Psycho-geriatrisch	4,29	4,30	4,35	4,30	4,46	1,0

Bron: SIG, Jaarboek Verpleeghuizen

Tabel 4.14: Ontwikkeling hulpindex voor opgenomen verpleeghuispatiënten

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
Klinisch somatisch	7,65	8,09	8,23	8,31	8,43	8,46	1,1	1,1
Klinisch psycho-ger.	6,80	7,85	7,90	8,02	8,30	8,43	2,4	1,8
Dagbeh. somatisch	-	5,46	5,62	5,60	6,64	5,67		0,9
Dagbeh. psycho-ger.	-	3,56	3,79	3,78	3,81	3,96		2,7

Bron: Commissie Bekostiging en Kwaliteit van de Ouderenzorg

¹⁰Enigszins verwarrend is, dat in dit Jaarboek naast de 'hulpindex' ook een 'ADL-index' wordt gehanteerd. Deze is op slechts vijf items gebaseerd: wassen boven, wassen onder, kleden, toiletbezoek en eten. Deze index kan dus variëren tussen 0 en 5. Uit het Jaarboek 1992 blijkt, dat tussen 1983 en 1992 de ADL-index voor psycho-geriatrische patiënten bij eerste opname is gestegen van ruim 3,7 naar 4,1. Voor somatische patiënten van bijna 3,5 naar bijna 3,7.

In het algemeen blijkt de hulpbehoefte van patiënten zowel bij opname als tijdens het verblijf in de loop der tijd toe te nemen. De sterkste stijging vindt plaats onder de psychogeriatrische patiënten.

Aandoeningen

Bestudering van de hoofddiagnosen bij opname in een verpleeghuis, respectievelijk aanvang van dagbehandeling levert het volgende beeld op:

Voor de somatische patiënten is er in de periode 1988-1992 niet of nauwelijks sprake van een verschuiving in de aandelen van de belangrijkste diagnoses. Bij opname in een verpleeghuis valt ongeveer een kwart van de patiënten in de categorie cerebrovasculaire aandoeningen. Vrijwel constant rond de 11 procent zijn de diagnosegroepen 'fracturen' en 'status na heupoperatie'. Een afnemend aandeel (van 10,5 naar 8,8 procent) is te zien voor mensen met neurologische aandoeningen en met maligne neoplasmata.

Voor somatische patiënten in dagbehandeling liggen deze percentages anders: zo'n 40% wordt in dagbehandeling genomen met de diagnose 'cerebrovasculaire aandoeningen' en nog eens 20% met de diagnose 'neurologische aandoeningen'. Ongeveer 10% wordt in dagbehandeling genomen onder de hoofddiagnose 'locomotorische ziekten'.

Bij psychogeriatrische patiënten blijkt zowel bij degenen, die klinisch worden opgenomen als bij degenen, die in dagbehandeling worden genomen in 80% van de gevallen de hoofddiagnose 'dementie' te zijn. Bij dagbehandelingspatiënten blijkt dan nog ruim 10% van de patiënten wordt gediagnosticeerd met 'amnestisch syndroom'. Voor patiënten, opgenomen in verpleeghuizen is dit laatste percentage tussen 1988 en 1992 teruggelopen van 12 naar 6.

[Bron: SIG, Jaarboek Verpleeghuizen, 1992]

4.4 Het aanbod van zorg: capaciteit en personeelsinzet

In deze paragraaf wordt informatie verstrekt over de materiële en personele middelen, die beschikbaar zijn om verpleeghuiszorg binnen de muren te kunnen leveren. Achtereenvolgens komen hierbij voor wat betreft de beschikbare capaciteit aan de orde: Het aantal verpleeghuizen, het aantal erkende bedden en het aantal dagbehandelingsplaatsen. Daarna wordt informatie verschaft over de ontwikkelingen in de hoeveelheid en samenstelling van het beschikbare personeel. Ten slotte wordt nog informatie verschaft over het aantal vrijwilligers in verpleeghuizen.

CAPACITEIT

Uit het schema op de volgende pagina blijkt, dat het aantal 'gespecialiseerde' verpleeghuizen gestadig afneemt. Bestaande, gespecialiseerde verpleeghuizen verkrijgen steeds vaker erkenningen als gecombineerd verpleeghuis. Het aandeel gecombineerde in het totaal aantal verpleeghuizen stijgt in tien jaar tijd van minder dan dertig procent naar meer dan vijftig procent.

Tabel 4.15: Aantal verpleeghuizen 1983, 1988-1993

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	'93	Gem. groei '83-'92	Gem. groei '88-'92
Somatisch	147	109	107	102	92	81	73	-6,2	-6,9
Psycho-geriatisch	85	77	75	72	69	67	66	-2,6	-3,4
Gecombineerd	96	135	140	148	161	173	183	6,8	7,9
Totaal	328	321	322	322	322	321	322	-0,2	0,0
<i>Waarvan met dagbehandeling:</i>									
Somatisch	52	52	52	49	42	36	31	-4,0	-8,8
Psycho-geriatisch	37	45	47	47	47	48	51	2,9	1,6
Gecombineerd	64	106	113	121	131	141	153	9,2	9,6
Totaal	153	203	212	217	220	225	235	4,4	2,6

Bron: NZi, Instellingen van intramurale gezondheidszorg, excl. grote woonvormen

Uit de tabel valt tevens af te lezen, dat het vooral de somatische verpleeghuizen lijken te zijn, die een erkenning als gecombineerd verpleeghuis verkrijgen. Het aantal verpleeghuizen, dat ook dagbehandeling aanbiedt vertoont een continue stijging, zowel absoluut als relatief: In 1983 waren nog 46,6% van de verpleeghuizen met dagbehandeling bezig, in 1992 waren dat er al 69,4 procent.

Tabel 4.16: Gemiddeld aantal bedden in erkende verpleeghuizen 1983, 1988-1993

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	'93	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
Somatisch	27.343	26.693	26.651	26.817	26.804	26.588	26.440	-0,3	-0,1
Psycho-ger.	20.402	23.503	24.046	24.460	24.866	25.608	26.690	2,6	2,2
Totaal	48.745	50.196	50.697	51.277	51.670	52.196	53.130	0,8	1,0

Bron: NZi, instellingen van intramurale gezondheidszorg, excl. grote woonvormen

Uit deze tabel blijkt, dat in de loop van tien jaar het totaal aantal bedden in verpleeghuizen met zo'n 4400 bedden is gegroeid, maar dat deze groei volledig is gerealiseerd ten aanzien van de bedden voor psycho-geriatische patiënten. Het aantal bedden voor somatische patiënten is licht afgenomen.

Tabel 4.17: Gemiddeld aantal dagbehandelingsplaatsen in verpleeghuizen 1983, 1988-1993

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	'93	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
Somatisch	1.160	1.607	1.696	1.701	1.747	1.788	1.845	4,9	2,7
Psycho-geriatisch	900	1.324	1.433	1.526	1.607	1.746	1.904	7,6	7,2
Totaal	2.060	2.931	3.129	3.227	3.354	3.534	3.749	6,2	4,8

Bron: NZi, instellingen van intramurale gezondheidszorg, excl. grote woonvormen

Het aantal dagbehandelingsplaatsen breidt zich snel uit. Evenals bij de ontwikkeling van het aantal erkende bedden, zien we ook hier, dat de grootste ontwikkeling zich afspeelt in het zorgaanbod aan psycho-geriatrische patiënten.

Overigens moet worden opgemerkt, dat het aantal dagbehandelingsplaatsen in relatie tot het aantal bedden nog steeds bescheiden is.

PERSONEEL

Apart wordt aandacht gegeven aan aspecten van de factor 'personeel' als een van de belangrijkste capaciteitsbepalende factoren van de verpleeghuiszorg. Achtereenvolgens komen daarbij aan de orde: De ontwikkeling van het personeel naar de verschillende categorieën personeel en naar de verschillende typen verpleeghuizen (zowel naar aantallen FTE's als naar aantallen personen) en het verloop en ziekteverzuim in verpleeghuizen.

Tabel 4.18: Ontwikkeling personeel naar categorieën, 1983, 1988-1993

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	'93 ¹	Gem. gr. '83-'92	Gem. gr. '88-'92
<i>FORMATIEPLAATSEN</i>									
Alg./Adm. functies		2.854	2.884	3.144	3.295	3.451	3.562		4,9
Hotelfuncties		9.313	9.492	9.936	10.235	10.241	10.394		2,4
Pat./Bew. geb. functies		30.706	32.123	33.179	33.998	35.410	36.986		3,6
Leerl. verpl./verz./opv.		10.059	9.402	8.328	8.353	8.307	8.174		-4,7
Terr./geb. geb. functies		980	1.018	993	1.002	1.000	1.006		0,5
Stag./pers.niet in Indnst.		3.032	2.928	2.782	2.645	2.422	2.175		-5,5
TOTAAL	50040	56.944	57.847	58.362	59.528	60.831	62.297	2,3	1,7
<i>PERSONEN</i>									
Alg./Adm. functies		3.945	4.021	4.298	4.486	4.795			5,0
Hotelfuncties		14.901	15.536	16.255	17.006	17.827			4,6
Pat./Bew. geb. fnct.		42.280	45.017	47.520	50.362	54.996			6,3
Leerl. verpl./verz./opv.		10.737	9.909	8.676	8.451	8.364			-6,1
Terr./geb. geb. functies		1.114	1.213	1.121	1.115	1.139			0,6
Stag./pers.niet in Indnst.		5.035	5.103	4.636	4.761	4.195			-4,5
TOTAAL	62756	78.012	80.799	82.506	86.181	90.316		4,2	3,7

1): Voorlopige cijfers

Bron: NZi, Intramuraal gezondheidszorg in cijfers, excl. grote woonvormen

Een paar opvallende zaken uit deze personeelscijfers (Zie tabellen volgende pagina):

- Het aantal formatieplaatsen voor patiënt/bewonersgebonden functies stijgt sinds 1988 met 3,6 procent per jaar. Het gaat hierbij om gediplomeerde krachten. Een deel van deze stijging moet worden gezien als vervanging van niet-gediplomeerd personeel. Uit de tabel blijkt, dat deze laatste categorie met 4,7 procent per jaar daalt.
- De verhouding tussen aantallen personeel en formatieplaatsen neemt in de beschouwde periode toe van 1,37 naar 1,48. Er wordt dus steeds meer part-time gewerkt. De stijging is het sterkst onder het patiëntgebonden personeel (van 1,38 naar 1,52). De verhouding is het grootst onder het personeel voor hotelfuncties (in 1992: 1,74) en het personeel, niet in loondienst (in 1992: 1,75).

Tabel 4.19: Personeel in verpleeghuizen naar soort verpleeghuis, 1988-1993

	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. groei '88-'92
FORMATIEPLAATSEN						
Totaal						
Somatisch	14.018	13.639	12.890	11.661	9.978	-8,1
Psycho-geriatisch	12.280	12.499	12.253	12.023	12.121	-0,3
Gecombineerd	30.646	31.709	33.219	35.844	38.732	6,0
Patiëntgebonden						
Somatisch	7.553	7.536	7.136	6.528	5.681	-6,9
Psycho-geriatisch	6.919	7.230	7.302	7.156	7.328	1,4
Gecombineerd	16.242	17.361	18.744	20.328	22.401	8,4
PERSONEN						
Totaal						
Somatisch	19.863	19.612	18.527	17.929	15.730	-5,7
Psycho-geriatisch	16.838	17.700	17.339	17.611	18.169	1,9
Gecombineerd	41.304	43.480	46.633	50.635	56.411	8,1
Patiëntgebonden						
Somatisch	10.592	10.698	10.280	10.049	8.913	-4,2
Psycho-geriatisch	9.589	10.229	10.350	10.730	11.353	4,3
Gecombineerd	22.118	24.144	26.702	29.602	33.730	11,1

Bron: NZi, Intramurale gezondheidszorg in cijfers, excl. grote woonvormen

Vanuit zorgoptiek is uit de vorige tabel het meest interessant de ontwikkeling van het aantal formatieplaatsen voor patiëntgebonden personeel per instelling. Het blijkt dan, dat voor de somatische verpleeghuizen dit aantal tussen 1988 en 1992 vrijwel constant is gebleven op ongeveer 71. Voor de psychogeriatrische verpleeghuizen is dit aantal gestegen van 90 naar 109. Voor de gecombineerde verpleeghuizen ontwikkelt dit aantal zich van 120 naar 130. Over alle verpleeghuizen bij elkaar gaat de ontwikkeling van gemiddeld 96 naar 110 formatieplaatsen voor patiëntgebonden functies. Voor een juiste interpretatie van deze cijfers moet nog wel worden herhaald, dat het aantal leerlingen in diezelfde periode sterk is gedaald en dat de hierboven genoemde toenames derhalve voor een deel te verklaren zijn uit het verschijnsel, dat gediplomeerd personeel de plaats inneemt van leerlingen.

Tabel 4.20: Verloop en ziekteverzuim in verpleeghuizen (procenten)

	'83	'88	'89	'90	'91	'92
Verloop						
Somatisch	17,9	19,9	20,1	21,3	23,0	18,7
Psycho-geriatisch	16,2	19,3	17,2	19,9	20,0	15,8
Gecombineerd	18,8	21,2	19,8	21,5	21,0	18,5
Ziekteverzuim						
Somatisch	6,5	7,7	8,9	9,8	9,1	8,5
Psycho-geriatisch	8,1	9,1	9,7	10,5	9,8	9,2
Gecombineerd	7,5	8,7	9,3	9,6	9,4	9,2

Bron: NZi, Intramurale gezondheidszorg in cijfers

Voor wat betreft de verloopcijfers in verpleeghuizen lijkt het dat er in de periode 1983-1992 globaal sprake is geweest van een stijging, gevolgd door een daling, waarbij de cijfers van 1992 weer bijna op het niveau zitten van 1983.

Eenzelfde patroon lijkt zich voor te doen in het ziekteverzuim, zij het dat het niveau van 1992 nog aanmerkelijk hoger is dan dat van 1983.

VRIJWILLIGERS

Het NZi vraagt in zijn jaarlijkse enquête ook naar het aantal vrijwilligers in verpleeghuizen. Over de periode 1988-1992 is de hierna volgende informatie te geven. Daartoe moet eerst worden opgemerkt, dat deze gegevens uitsluitend gebaseerd zijn op de informatie van de instellingen, die de betreffende enquête-vragen hebben ingevuld. In 1988 waren dat er 286 (88% van de verpleeghuizen), in 1992 304 (94%). Ook dient in gedachten te worden gehouden, dat in deze periode het aantal somatische en psycho-geriatrische verpleeghuizen is afgenomen en het aantal gecombineerde verpleeghuizen is toegenomen.

Tabel 4.21: Vrijwilligers in verpleeghuizen, 1983, 1988-1992

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. groei '83-'92	Gem. Groei '88-'92
<i>Aantal vrijwilligers (absoluut)</i>								
Somatische verpleeghuizen	4.257	5.348	5.276	5.145	4.808	3.897	-1,0	-7,6
Psycho-ger. verpleeghuizen	2.199	3.245	3.282	3.583	3.703	3.715	6,0	3,4
Gecomb. verpleeghuizen	4.933	10.205	10.881	12.301	15.196	17.203	4,7	13,9
Totaal:	11.389	18.798	19.439	21.029	23.707	24.815	9,0	7,2
<i>Aantal vrijwilligers per instelling:</i>								
Somatisch	39	55	56	55	56	51	3,0	-1,9
Psycho-geriatrisch	41	48	50	53	59	61	4,5	6,2
Gecombineerd	60	84	86	90	101	104	6,3	5,5
Alle verpleeghuizen	47	66	68	70	79	82	6,4	5,6

Bron: NZi, Enquête Jaarcijfers Verpleeghuizen

Zonder extra informatie over de inhoud van de activiteiten van vrijwilligers in verpleeghuizen is het moeilijk deze cijfers te interpreteren. Over het geheel genomen kan worden geconstateerd, dat het aantal vrijwilligers per instelling in de beschouwde periode fors is gestegen. Opvallend is, dat de verpleeghuizen voor somatisch zieken afwijken van dit algemene beeld: het aantal vrijwilligers per somatisch verpleeghuis is in 1992 afgenomen.

4.5 Aansluiting van het aanbod op de vraag

Spanning tussen zorgvraag en zorgaanbod

Er bestaan aanzienlijke wachtlijsten voor opname in een verpleeghuis. Deze duiden er op, dat er een spanning bestaat tussen de benodigde en de beschikbare zorgcapaciteit.

De wachtlijsten voor opname in een verpleeghuis, die op verschillende plaatsen in het land worden gebruikt, zijn niet zonder meer als informatiebronnen te gebruiken om een juist beeld te krijgen van de zorgbehoefte voor de sector verpleeghuizen als geheel. Zaken als: dubbeltellingen (mensen staan op meerdere wachtlijsten), aanmeldingen uit voorzorg (aanmeldingen vinden plaats zonder dat er sprake is van grote urgentie), enz. vertroebelen het zicht op wat daadwerkelijk de zorgbehoefte is.

Aan de hand van de waargenomen feitelijke wachttijden blijkt het wel mogelijk te zijn om schattingen te maken van de omvang van de wachtlijsten voor verpleeghuiszorg. Dewachttijden blijken in de tijd gezien vrij stabiel: voor somatische patiënten gemiddeld vijf à zes weken en voor psycho-geriatrische patiënten gemiddeld 23 à 24 weken. (Bron: NZi-verpleeghuisenquête, centrale wachtlijsten, regionale informatie [Gerritse, 1993])

Toch neemt volgens schattingen de omvang van de wachtlijsten sterk toe, met name voor de categorie psycho-geriatrische patiënten. Voor 1992 wordt de omvang van de wachtlijst voor opname in een verpleeghuis geschat op zo'n 8.400 personen, waarvan 5.600 psycho-geriatrische patiënten:

Tabel 4.22: Schatting van het gemiddeld aantal wachtenden voor verpleeghuizen 1987-1992 (exclusief bovenregionale voorzieningen)

	Somatisch	Psycho-geriatrisch	Totaal
1987	3.000	4.010	7.010
1988	3.080	4.540	7.620
1989	2.820	4.630	7.450
1990	2.850	4.940	7.790
1991	2.770	5.130	7.900
1992	2.800	5.600	8.400

Bron: NZi, Model VERWACHT

Dat de wachttijden kennelijk toch vrijwel gelijk blijven kan worden verklaard uit een uitbreiding van het aantal beschikbare bedden, uit kortere verpleegduren en uit verdergaande zorg 'buiten de muren'.

Het NZi verzamelt sinds 1992 in haar jaarlijkse enquête aan de verpleeghuizen gegevens over de opgenomen patiënten in relatie tot de bij dat verpleeghuis bestaande wachtlijst. Er kunnen hier dus alleen cijfers over 1992 worden weergegeven. Uit deze cijfers blijkt het volgende: 229 (van de 324) verpleeghuizen geven aan informatie te kunnen leveren over de vraag of opgenomen patiënten bij hen op de wachtlijst stonden. Voor deze instellingen blijkt, dat in 1992 in totaal nog 3008 somatische en 7465 psycho-geriatrische patiënten op de wachtlijst stonden.

De relatie tussen personeelsinzet en zorgzwaarte

Op landelijk niveau bestaat niet of nauwelijks inzicht in de relatie tussen de zorgzwaarte van de populatie 'verpleeghuisbewoners' en de inzet van personeel. De belangrijkste reden is, dat er in de verschillende landelijke registraties nooit informatie over deze relatie is opgevraagd. Wel heeft het NZi ten behoeve van de verpleeghuizen een management-instrument ontwikkeld, met behulp waarvan in de eigen instelling een zorgzwaarte-onderzoek kan worden uitgevoerd. Dergelijke onderzoeken verschaffen echter instellingsgebonden informatie, die bovendien altijd maar een moment-opname vormt. Landelijk zijn dit soort cijfers niet of nauwelijks beschikbaar.

Met behulp van de beperkt beschikbare informatie kan het volgende beeld worden egsetst: Hiervoor is aangegeven, dat de gemiddelde hulpbehoefendheid per verpleeghuisbewoner nog steeds stijgt. Er is echter niet zo veel bekend over de directe relatie van deze ontwikkeling met een toename van de werkbelasting. Er zijn wel indirecte aanwijzingen. Zo zijn bijvoorbeeld de volgende verhoudingen tussen hulpindex en minuten zorg per dag bekend: Een hulpindex van 7 brengt voor somatische patiënten gemiddeld 33,5 minuten zorg per dag met zich mee, voor psycho-geriatrische patiënten 39,9. Voor een hulpindex van 8 zijn deze getallen respectievelijk: 39,8 en 46 minuten. Daarbij moet worden opgemerkt, dat er sprake is van een grote spreiding rondom deze tijdsduren.

Tussen 1981 en 1992 nam het aantal verpleegdagen toe met 14,5% en de hulpindex, omgerekend naar werklust, laat een stijging zien van 21%. In combinatie met elkaar komt dat uit op een toename van de hoeveelheid werk aan bewoners of patiënten van 40%.

Gecorrigeerd voor allerlei factoren blijkt in diezelfde periode de personeelsinzet van de verpleging met 21,6% te zijn gestegen. Een en ander is een aanwijzing, dat de werkdruk is toegenomen. [Van der Windt, 1993]

Een andere indicatie hiervoor kan gevonden worden in het rapport 'Gezondheidszorg in tel' [Van der Zwan, 1993]. Hierin komt men tot de conclusie, dat de produktiemiddelen voor de verpleeghuizen tussen 1982 en 1992 met 1,7 procent zijn gestegen en het produktievolume met 2,2 procent. In de berekening van het produktievolume is rekening gehouden met de toegenomen hulpbehoevendheid van verpleeghuisbewoners en patiënten in dagbehandeling.

Uit deze cijfers kan worden afgeleid, dat er sprake is van een verhoging van de produktiviteit in de verpleeghuizen. Gegeven het feit, dat juist verpleging en verzorging bij uitstek arbeidsintensieve activiteiten zijn, kan het bijna niet anders of deze verhoogde produktiviteit moet in ieder geval voor een deel verklaard worden uit een hogere werkdruk.

Kwaliteit van zorg

Door het NZi is in 1993 in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg onderzoek gedaan naar kwaliteitskenmerken van verpleeghuiszorg. [Van Oldeniel, 1993] Bij dit onderzoek heeft het cliëntsysteem centraal gestaan: de cliënt is als vertrekpunt genomen.

"Het primaire zorgproces wordt dus in eerste instantie beschreven als waarnemingen, ervaringen en belevingen van de patiënt/bewoner of hun familie, die tezamen het cliëntsysteem vormen."

Het meetinstrument, dat tijdens dit onderzoek is ontworpen, bevat de volgende acht aspecten. Ieder aspect kent twee of meer kenmerken, die hieronder per aspect worden aangegeven:

ASPECTEN	KENMERKEN
Accomodatie	Functiegericht klimaat Geschiktheid van verblijf/woonklimaat Toe- en doorgankelijkheid
Autonomie van de cliënt	Medezeggenschap Recht op zelfbeschikking
Bejegening	Betrouwbaarheid Betrokkenheid Communicatiebereidheid Privacy Respect
Continuïteit	Beschikbaarheid van hulpverleners Garanderen van de hulpverlening Aansluiting van de hulpverlening
Zorg op maat	Cliëntgerichtheid Methodische werkwijze Multidisciplinaire samenhang Vakbekwaamheid

Informatiebereidheid	Recht op informatie en inzage Toegankelijkheid van de informatie
Verantwoordingbereidheid	Aanspreekbaarheid op de besluitvorming Aanspreekbaarheid op verantwoordelijkheid
Veiligheid van de cliënt	Aanwezigheid en onderhoud van middelen Veilige omgeving Zorgvuldigheid in handelen

4.6 Regelgeving en financiering

In deze paragraaf wordt kort stilgestaan bij de belangrijkste regelgeving, waarmee verpleeghuizen te maken hebben. Er wordt wat meer uitgebreide informatie verschaft over kosten en financiering van de verpleeghuiszorg.

Regelgeving

Grofweg kan de volgende schets worden gegeven van de regelgeving, waarmee verpleeghuizen te maken hebben:

- Patiënten, die worden opgenomen in verpleeghuizen zijn daartoe verzekerd op grond van de AWBZ (zie bijlage 1).
- De planning en bouw van verpleeghuizen wordt geregeld via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV).
- De financiering van verpleeghuizen wordt geregeld via de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). In grote lijnen komt het er op neer, dat uitvoeringsorganen van de AWBZ (het verbindingskantoor) budgetafspraken maakt met de verpleeghuizen in de betreffende regio. Deze afspraken zijn gebaseerd op de parameters: aantal bedden en aantal verpleegdagen.

Sinds de invoering van de wet 'Tweede Fase Stelselwijziging Gezondheidszorg' worden de landelijk vertegenwoordigende organisaties van zorgverzekeraars (VNZ/KLOZ/KPZ) en de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) geacht met elkaar te komen tot een 'Uitkomst van Overleg' (UvO). Deze UvO beoogt een kader te vormen voor de afspraken, die op lokaal niveau moeten worden gemaakt tussen individuele zorgverzekeraars en individuele verpleeghuizen.

Op 24 februari 1994 is door de Ziekenfondsraad de UvO tussen de KLOZ/VNZ/KPZ enerzijds en de NZf¹¹ anderzijds goedgekeurd. Deze UvO geldt voor de jaren 1994 en 1995 en vervangt de bestaande modelovereenkomst verbindingskantoor - inrichting AWBZ welke gold tot 1 januari 1994.

Het Lokaal Overleg zal vooralsnog worden gevoerd tussen het verpleeghuis en het verbindingskantoor. Naar verwachting zullen in de loop van 1994 VNZ en KLOZ overeenstemming bereiken omtrent de deelname van particuliere ziektekostenverzekeraars en de uitvoerende

¹¹De Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) heeft een aanvraag lopen bij de Ziekenfondsraad om te worden erkend als representatieve organisatie. Vanuit de vroegere situatie geldt op dit moment voor de Ziekenfondsraad alleen de NZf als representatieve organisatie voor de intramurale instellingen.

organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren aan het Lokaal Overleg op basis van een nader overeen te komen protocol.

In de overeenkomst zorgverzekeraar - verpleeghuis, zoals deze in het kader van de UvO is opgesteld, worden onder meer de volgende zaken geregeld:

- De voorwaarden, waaronder door het verpleeghuis zorg wordt verleend aan verpleeghuisgeïndiceerden en de beëindiging van de zorgverlening.
- De procedures met betrekking tot toestemming en melding.
- Deskundigheid/kwaliteit van zorg.
- Gegevensuitwisseling en controle met betrekking tot melding en toestemming.
- Het lokaal overleg.
- Declaratie en betaling.
- Controle door het verbindingskantoor op het verpleeghuis.
- Geschillen.

Financiering

Tabel 4.23: Financiering Verpleeghuizen (mln. gulden)

	'83	'88	'89	'90	'91	'92 ¹	Gem. groei '83-'92	Gem. groei '88-'92
AWBZ:	3.361	3.848	3.891	4.110	4.443	4.763	3,9	5,5
Wv. eigen bijdragen:	.	.	(458)	(463)	(483)	(508)		
Rijk + Gemeenten:	13	1	1	1	1	1		
Overige baten:	.	.	86	77	67	52		
Totaal financiering ²	.	.	3.978	4.188	4.511	4.816		
Exploitatiekosten ²	3.382	3.852	3.968	4.207	4.472	4.760	3,9	5,4

Bron: FOZ 1994, CBS, NZi

1): Voorlopige cijfers

2): Exclusief baten/kosten van onderlinge leveringen

Zoals blijkt, worden de exploitatielasten voor het overgrote deel gedekt uit de AWBZ. ruim 10% daarvan wordt bijeengebracht uit inkomensafhankelijke eigen bijdragen van bewoners/patiënten.

Kosten

Tabel 4.24: Exploitatiekosten naar personeel, kapitaal en verbruik (mln. gulden).

	1983	1988	1989	1990	1991	1992	Gem. groei '83-'92	Gem. groei '88-'92
Personeelskosten	2.277	2.647	2.740	2.931	3.125	3.326	4,3	5,9
Kapitaalkosten	458	510	508	517	533	574	2,5	3,0
Kosten van verbruik	687	739	765	802	858	906	3,1	5,2
Bruto exploitatiekosten	3.423	3.896	4.013	4.250	4.517	4.806	3,8	5,4
Kosten onderl. dienstverl.	- 40	- 44	- 45	- 43	- 45	- 46		
Netto exploitatiekosten	3.382	3.852	3.968	4.207	4.472	4.760	3,8	5,4

Bron: NZi

Kosten van verbruik zijn de uitgaven, die verpleeghuizen maken in andere sectoren van de dienstverlening. Om een idee te geven, waar het dan om gaat, een overzicht uit 1991:

Tabel 4.25: Verdeling kosten van verbruik (1991, mln. gulden)

Intramurale zorg:	76
Voedingsmiddelen:	178
Genees- en kunstmiddelen:	88
Wasserij en linnen:	196
Administratie en beheer:	232
Communicatie en energie:	88
Totaal:	859

Bron: NZi

VERPLEEGHUISZORG BUITEN HET VERPLEEGHUIS

Inleiding

In dit gedeelte wordt (landelijk geaggregeerde) informatie verschaft over vormen van zorgverlening, die wel plaats vinden onder verantwoordelijkheid van het verpleeghuis, maar fysiek buiten het verpleeghuis worden gerealiseerd. Omdat aan deze vormen van zorgverlening vrijwel altijd een of andere bijzondere regeling ten grondslag ligt, worden zij per regeling besproken. Waar mogelijk voorzien van kwantitatieve informatie.

Achtereenvolgens worden besproken:

- Verkeerde bed problematiek
- Niet-erkende verpleeginrichtingen
- Zwevende bedden
- Substitutie verpleeghuiszorg
- Vrije marge regeling.

4.7 Verkeerde bed problematiek

Omschrijving

Met de term 'verkeerde bed' problematiek wordt bedoeld op het verschijnsel, dat patiënten gebruik maken van (dure) voorzieningen, die een zorgaanbod leveren, waarvoor de patiënt niet (meer) is geïndiceerd. Het gaat daarbij in zijn algemeenheid om allerlei fricties in de doorstroommogelijkheden tussen verschillende zorgvoorzieningen, die het leveren van 'zorg op maat' (tijdelijk) hinderen.

De Gouw en Van Waveren geven in hun rapport over de verkeerde bed-problematiek in ziekenhuizen de volgende definitie van het begrip 'verkeerde bed gebruik', voor zover het ziekehuisbedden betreft:

Het voortgezet verblijf in een ziekenhuis van personen die geïndiceerd zijn voor opname in een andersoortige instelling of terugplaatsing naar de thuissituatie met professionele thuiszorg, mits dit voortgezet verblijf het gevolg is van een tekort aan plaatsingsmogelijkheden in die instelling of een tekort aan professionele thuiszorg.

De problematiek lijkt zich vooral voor te doen bij de volgende specialismen:

- Interne geneeskunde
- Chirurgie
- Neurologie
- Orthopedie

De redenen voor het ontstaan van de verkeerde-bed-problematiek kunnen vele zijn. Er is al genoemd de beschikbare capaciteit van andere voorzieningen, maar evenzeer speelt mee het eigen beleid van het ziekenhuis, de werkdruk, de bezettingsgraad, enz..

De verkeerde bed problematiek lijkt niet tot opnamestops te leiden, maar de indruk bestaat dat er hier en daar wel kritischer wordt gekeken naar het opnemen van oudere patiënten. Soms worden patiënten opgenomen in geriatrische afdelingen van APZ-en.

Achtergrond

De regeling tot vergoeding van de verkeerde bed problematiek is in 1988 ingevoerd. Aanleiding was een casus, waarin een particulier verzekeraar de kosten weigerde te vergoeden van een van haar in een ziekenhuis opgenomen verzekerden, omdat deze geen medische

indicatie meer had voor verblijf in het ziekenhuis, doch een verpleeghuisindicatie. Er is toen een 'Tijdelijke Vergoedingsregeling Ziekenhuisverblijf' (TVZ) in werking getreden. De tijdelijkheid van de regeling werd in principe gekoppeld aan het totstandkomen van voldoende capaciteit buiten het ziekenhuis om deze mensen op de juiste plaats te kunnen verzorgen. Inmiddels is het voornemen de tijdelijkheid van deze regeling te koppelen aan de invoering van het stelsel van de functionele omschrijving van de zorgverlening voor de sector Verpleging en Verzorging.

Werking

De TVZ werkt als volgt:

Een patiënt, die in het ziekenhuis verblijft, maar medisch gezien uitbehandeld is, krijgt bijvoorbeeld een verpleeghuisindicatie. Vanaf dat moment treedt er een periode van vier weken in (frictieperiode), waarin het ziekenhuisverblijf nog steeds door de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt wordt gefinancierd, maar volgens een tarief, dat is gebaseerd op uitsluitend verpleging en verzorging (momenteel f 250,= per dag). Na die vier weken wordt het ziekenhuisverblijf gefinancierd op grond van de AWBZ.

Informatieproblematiek

In het specifieke kader van deze rapportage gaat het ons met name om de groep patiënten, die in ziekenhuizen zijn opgenomen, geïndiceerd zijn voor opname in een verpleeghuis, maar daar door capaciteitsgebrek niet geplaatst kunnen worden.

Het is problematisch om zicht te krijgen op de omvang van deze groep, omdat de registratie van het aantal patiënten nogal veel vraagtekens bevat.

Zo registreert de SIG wel het aantal 'niet-medische indicatie'-dagen, maar dan gaat het om alle patiënten, die zonder medische indicatie in het ziekenhuis verblijven. Dus bijvoorbeeld ook degenen, die terug zullen gaan naar de thuissituatie en nog wachten op aanvullende thuiszorg.

Het NZi registreert het aantal zogenaamde M15-dagen. Dat zijn verpleegdagen aan mensen, die een indicatie voor een verpleeghuisopname hebben. Die registratie kent echter het probleem, dat er pas sprake is van M15-dagen, vier weken nadat de verpleeghuisindicatie is gesteld. Patiënten, die binnen die vier weken het ziekenhuis verlaten, komen dus niet in die registratie voor. Bovendien bestaat er onduidelijkheid, wanneer er precies sprake is van 'het stellen van de verpleeghuisindicatie'. Dat heeft te maken met het medisch beleid, dat per ziekenhuis kan verschillen, maar ook met bijvoorbeeld de formele vraag welk moment in de indicatiestellingsprocedure als ijkpunt wordt genomen.

Een indicatie van de omvang

Er blijft dus niet veel anders over dan af te gaan op schattingen en gebrekkige registraties, die op verschillende plaatsen in specifieke situaties zijn gemaakt. Daaruit komt het volgende beeld naar voren:

Globaal zou ongeveer 5% van de ligdagen in ziekenhuizen zijn aan te merken als 'verkeerde bed'-problematiek. In ieder geval is dat de norm, waar het College van Ziekenhuisvoorzieningen momenteel van uit gaat.

Een enkele schatting komt er op uit, dat daarvan zo'n 2% zou worden veroorzaakt door patiënten, die op een verpleeghuisopname wachten. Zo'n 1,7% zou betrekking hebben op mensen, die naar een bejaardenoord zouden moeten. Het is aan te nemen, dat de overige 1,3% vooral zal gaan om mensen, die wachten op mogelijke terugkeer naar de thuissituatie.

Overigens moeten deze cijfers met het nodige voorbehoud worden beschouwd. Nogmaals: Er is hier een aantal bevindingen bij elkaar gezet uit verschillende incidentele onderzoeken in

specifieke situaties. Daarnaast blijken er grote regionale verschillen te bestaan, die bijvoorbeeld te maken kunnen hebben met de beschikbaarheid van aansluitende voorzieningen. De algemene indruk is, dat het juist de psycho-geriatrische patiënten zijn, die 'verkeerde bedden' bezetten. Qua omvang is hun groep aanmerkelijk kleiner dan die der somatische patiënten, maar hun gemiddelde wachttijden voor opname in een verpleeghuis zijn aanmerkelijk groter (tot soms meer dan een jaar).

Het NZi vraagt sinds 1992 om informatie over M15-dagen. In 1992 ging het om: 327.522 dagen, waarvan 304.034 in algemene ziekenhuizen, 22.929 in academische ziekenhuizen en 559 in categorale ziekenhuizen.

Beleidsontwikkeling

Wanneer er (te) veel verkeerde bed patiënten in een ziekenhuis verblijven kan in principe de Regeling subsidiëring substitutie verpleeghuiszorg (zie paragraaf 4.10) soelaas bieden. In 1993 is deze regeling zodanig uitgebreid, dat aan uitvoeringsorganen de mogelijkheid wordt geboden om verzekeren, die met toepassing van de TVZ in het ziekenhuis verblijven, een alternatief zorgpakket buiten het ziekenhuis aan te bieden dat zowel zorginhoudelijk als organisatorisch beter is afgestemd op de zorgbehoefte van de betrokken verpleeghuisgeïndiceerde patiënt. Van deze mogelijkheid blijkt in 1993 slechts op zeer beperkte schaal gebruik te zijn gemaakt. [Info NVZ, 7 juli 1994]

4.8 Niet-erkende verpleeginrichtingen

Achtergrond

Vlak na de invoering van de AWBZ in 1968 bleek, dat er in verzorgingshuizen mensen verbleven, die wel geïndiceerd waren voor opname in een verpleeghuis, maar door capaciteitsgebrek daar niet geplaatst konden worden. Om aan deze mensen toch de benodigde zorg te kunnen verlenen, werd per 1 oktober 1971 een regeling van kracht, waardoor deze mensen recht kregen op verzorging en verpleging in het kader van de AWBZ. Een citaat uit de toelichting op het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering:

"In afwachting van het realiseren van een voldoende aantal inrichtingen in kwantitatieve en kwalitatieve zin acht de ondergetekende het opportuun de in niet-erkende inrichtingen verblijvende verzekerden, op wie een voor opneming en verder verblijf in een verpleeg- respectievelijk zwakzinnigeninrichting geldende indicatie van toepassing is, financieel in gelijk opzicht tegemoet te komen als de overige A.W.B.Z.-verpleegden. Het meest redelijke systeem voor verwezenlijking van deze gelijkstelling ziet de ondergetekende in hantering van een restitutieregeling. Dit stelsel richt zich uitsluitend op de betrokken verzekerden en maakt zichzelf geheel of gedeeltelijk overbodig, zodra meerdere plaatsen in erkende inrichtingen beschikbaar komen."

In de praktijk blijken er twee regelingen te gelden: één voor de verpleeghuizen en één voor de bejaardenoorden. In de navolgende tabel zijn de bij deze beide regelingen behorende bedragen bij elkaar opgeteld.

Perspectief

Het zou ruim twintig jaar duren voordat deze regeling -althans voor de verpleeghuisgeïndiceerden- zou worden afgebouwd. In haar brief van 19 juni 1990 deelt de minister van WVC mee, dat zij er naar streeft om ingaande 1 januari 1991 de toepassing van de 1-oktoberregeling op verpleeghuisgeïndiceerden te beëindigen. Argumenten daartoe zijn, dat het vanuit de

benodigde kwaliteitswaarborging van belang is aansluiting te vinden bij de reguliere verpleeghuiszorg en dat daartoe nu alternatieve mogelijkheden bestaan. De minister noemt er twee:

- In gevallen, waarin er in verzorgingshuizen sprake is van dertig of meer verpleeghuisgeïndiceerden ligt vorming tot een dependance onder eindverantwoordelijkheid van een erkend verpleeghuis voor de hand.
- Voor situaties met een capaciteit van minder dan dertig bedden ligt aansluiting bij het Subsidiebesluit substitutie verpleeghuiszorg voor de hand.

Kosten

Overigens blijkt uit het FOZ 1994, dat ook in 1992 nog uitgaven zijn gedaan in het kader van de 1-oktoberregeling en dat zelfs voor de jaren 1993 en 1994 nog uitgaven worden geraamd. De afbouw van deze regeling verloopt dus wat trager dan was voorzien. Het voornemen is nu om uiterlijk per ultimo 1994 de bij deze regeling behorende capaciteit onder te brengen in de reguliere financiële en beleidskaders. De ramingen voor 1993 en 1994 bedragen volgens het FOZ 1994 21 respectievelijk 22 miljoen gulden.

De financiële consequenties van deze regeling worden in onderstaande tabel weergegeven:

Tabel 4.26: Uitgaven ten behoeve van de 1-oktoberregeling (mln. gulden)

	1983	1988	1989	1990	1991	1992
Uitgaven	90	56	51	46	46	46

Bron: FOZ 1994

Casus

Door de GIV en de GIGV in Noord-Brabant is in 1991 een onderzoek gedaan naar deze regeling. Uit hun rapport blijkt, dat nagenoeg alle aan dit onderzoek deelnemende verzorgingshuizen van mening zijn, dat bewoners, die in het verzorgingshuis zijn opgenomen daar ook moeten kunnen blijven, ook indien zij een vorm van intensievere verzorging/verpleging gaan behoeven.

Men vond het overigens in het algemeen geen 'verpleeghuiszorg' maar wel 'meerzorg' voor uitbehandelde patiënten, die geen medische/para-medische zorg nodig hebben. De zorg richt zich vooral op lichamelijke verzorging en het in stand houden van functies.

Unaniem waren de ondervraagden van mening, dat de huidige zorgvoorziening in het verzorgingshuis gehandhaafd moet kunnen blijven. Aandachtspunten daarbij waren:

- kwalitatieve en kwantitatieve aanpassing van de formatie;
- structurele samenwerking met een verpleeghuis;
- structurele samenwerking met paramedici, RIAGG en medisch adviseur;
- uitbreiding van de mogelijkheden tot groepsverzorging;
- eigen huisarts voor het bejaardenoord of eigen huisartsen van de bewoners.

4.9 Zwevende bedden

Omschrijving

Zwevende bedden zijn bedden waarvoor wel de plancapaciteit aanwezig is, maar die om welke reden dan ook niet worden gebouwd en waarvan de exploitatiegelden worden aangewend ten behoeve van verpleeghuiszorg buiten de muren. Als norm geldt daarbij, dat per gepland -maar nog niet gebouwd- verpleeghuisbed f 28.000 gulden per jaar beschikbaar

wordt gesteld, zijnde 40% van de personeelskosten behorend bij een regulier verpleeghuisbed, f 70.000. Dit laatste bedrag is per 1 september 1993 geïndexeerd naar f 73.000.

Er kunnen in hoofdzaak twee vormen van 'zwevende bedden' worden onderscheiden:

- Verpleeghuiszorg in bejaardenoorden. Het gaat dan om samenwerkingsprojecten tussen verpleeghuizen en bejaardenoorden.
- Verpleeghuiszorg in 'de eerste lijn': Verpleeghuiszorg thuis voor patiënten, die een verpleeghuisindicatie hebben.

Werking

De zorgverlening valt onder de verantwoordelijkheid van het verpleeghuis. De zorgverlening is conform de omschrijving in het Subsidiebesluit Substitutie Verpleeghuiszorg (zie hierna). De toekenning van middelen wordt ook via dit besluit geregeld. Dit houdt onder andere in, dat het betreffende verbindingskantoor AWBZ en het verantwoordelijke verpleeghuis gezamenlijk een aanvraag indienen bij de Ziekenfondsraad.

Als regel geldt dat de ruimte voor zwevende bedden wordt toegevoegd aan het subsidiebesluit substitutie verpleeghuiszorg. Als er sprake is van een op termijn voorziene uitbreiding van capaciteit, kan via de WTG een toevoeging plaats vinden aan de erkenning van het verpleeghuis.

Zwevende bedden hebben in beginsel een tijdelijk karakter. Deze tijdelijkheid houdt in, dat de zwevende bedden worden afgebouwd op het moment dat er nieuwe, structurele verpleeghuiscapaciteit in gebruik wordt genomen.

Casus

Een werkgroep 'zwevende bedden' in Noord-Brabant, bestaande uit vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en provincie, heeft de volgende randvoorwaarden geformuleerd om met zwevende bedden aan de slag te kunnen gaan:

- De zwevende bedden moeten een tijdelijke voorziening zijn.
- Er moet een samenwerkingsovereenkomst zijn tussen het verpleeghuis en het bejaardenoord en/of de betrokken thuiszorgorganisatie.
- Zwevende bedden zijn alleen beschikbaar voor patiënten met een verpleeghuisindicatie.
- Het betrokken verpleeghuis draagt de zorginhoudelijke en financiële verantwoordelijkheid.
- Het bedrag van f 28.000 gulden per jaar per bed geldt als financieel kader.
- Er is in principe een één-op-één-relatie tussen het aantal zwevende bedden en het aantal te bouwen bedden. Dit omdat in principe opname moet kunnen worden gegarandeerd, wanneer een zwevend bed daadwerkelijk is gebouwd.
- Er moet voor iedere patiënt een zorgplan zijn.
- Het aantal substitutieprojecten moet voor een verpleeghuis te overzien zijn.
- De verdeling van de zwevende bedden moet op het niveau van de zeven WGR-regio's gestalte krijgen.

Beleidsontwikkeling

Inmiddels blijkt de Ziekenfondsraad een 'structurele' variant van 'zwevende bedden' te hebben vastgesteld. Daaronder worden middelen verstaan, "die door het ministerie van WVC op de bouwprioriteitenlijst zijn gereserveerd voor planmatig noodzakelijke bedden die echter niet zullen worden 'gebouwd', maar blijvend worden aangewend voor substitutieprojecten. De duur van de substitutieprojecten die met toepassing van deze variant worden gefinancierd is, volgens ZFR en WVC, vooralsnog ongelimiteerd." (Info NVVz, 17 november 1993). Vanuit

die ietwat veranderde visie spreekt de Ziekenfondsraad in een brief van 29 oktober 1993 van "twee à drie verpleeghuisgeïndiceerden [aan wie] passende vervangende verpleeghuiszorg [per bed] wordt geboden."

4.10 Substitutie verpleeghuiszorg

Doelstelling

De Subsidieregeling 'Substitutie verpleeghuiszorg buiten de muren' van de Ziekenfondsraad is per 1 januari 1989 van kracht geworden. Zij heeft tot doel mensen die een indicatie hebben voor opname in een verpleeghuis, buiten het verpleeghuis de benodigde zorg te kunnen verlenen. Zo is het bijvoorbeeld sinds 1993 mogelijk via deze subsidieregeling mensen die op een 'verkeerd bed' in een ziekenhuis verblijven een alternatief zorgpakket te bieden. Andere mogelijke initiatieven, die blijkens het aanvraagformulier voor subsidie in aanmerking komen zijn bijvoorbeeld:

- Individuele meerzorg
- Groepsverzorging voor in een bejaardenoord verblijvende verpleeghuisgeïndiceerden
- Dagopvang en nachtopvang

Deze subsidieregeling loopt vooruit op de ontwikkelingen, zoals die met de stelselwijziging gezondheidszorg in gang zijn gezet. In het bijzonder speelt deze regeling in op de toekomstige invoering van een stelsel van functionele omschrijvingen, waarbij niet meer wordt uitgegaan van de voorziening, maar van het te leveren zorgprodukt. In dit licht heeft de Ziekenfondsraad aangedrongen op een verdere ontwikkeling van deze regeling.

Werking

Deze subsidieregeling treedt pas in werking, wanneer alle andere mogelijkheden tot financiering zijn uitgeput. Dat betekent, dat alle kosten, die op enigerlei andere wijze subsidiabel zijn niet in aanmerking komen voor vergoeding middels deze regeling. Zo wordt -alvorens een subsidie wordt toegekend- bijvoorbeeld eerst nagegaan of de mogelijkheden van de 4%-marge regeling (zie hieronder) volledig zijn benut. Ook moeten de erkende klinische en dagbehandelingscapaciteit volledig zijn benut.

In principe is er voor deze subsidie een landelijk budget beschikbaar, dat wordt verdeeld over de bestaande gezondheidszorgregio's. In de toekenning van deze subsidie spelen de zorgverzekeraars een grote rol. In feite zijn zij degenen, die de subsidie bij de Ziekenfondsraad aan moeten vragen. Alvorens de subsidie wordt toegekend moet ook overleg zijn gevoerd met de betrokken provincie en/of (grote) gemeenten.

Kosten en gebruik

Voor 1994 is een bedrag beschikbaar van 47,7 miljoen gulden. Dit wordt verdeeld over de 27 WZV-regio's. In voorgaande jaren werden de volgende bedragen voor deze subsidie beschikbaar gesteld (Bron: Ziekenfondsraad):

1989	3 miljoen
1990	15 miljoen
1991	36 miljoen
1992	57 miljoen
1993	47 miljoen

De Ziekenfondsraad schat, dat in 1991 werd aan ruim 3.900 mensen zorg geboden op grond van deze subsidieregeling en in 1992 aan zo'n 6.000 mensen.

4.11 Vrije marge regeling.

Achtergrond

Sinds 1991 bestaat voor verpleeghuizen (en zwakzinnigeninrichtingen) de mogelijkheid om 2% te mogen afwijken van de in de erkenningsbeschikking opgenomen capaciteit. Sinds 1 januari 1993 is deze zogenaamde 'vrije marge' opgerekt naar 4%.

Uit de adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad van de staatsecretaris van WVC blijkt, dat er nog geen systematisch onderzoek is gedaan naar de vraag, voor welke vormen van zorg de mogelijkheden van de vrije marge-regeling zijn en worden ingezet. In principe zou het ministerie van WVC zelf over die informatie moeten beschikken, omdat instellingen die gebruik willen maken van de vrije marge regeling een meldingsplicht hebben bij dit ministerie.

Gebruik

In 1991 waren er binnen het kader van deze regeling 711 plaatsen gerealiseerd. In 1992 waren dat 875 plaatsen, waarmee ruim 4000 verpleeghuisgeïndiceerden konden worden geholpen.

De regeling kan worden ingevuld met uitbreiding van bedden en/of door middel van substitutie. In 1992 bleek de regeling 273 additionele bedden te hebben opgeleverd. Andere initiatieven waren: individuele meerzorgprojecten, groepsverzorgingsprojecten, uitbreiding van dagopvang, dagbehandeling, nachtopvang, enz.. In 1994 kunnen op basis van deze regeling 2000 bedden en ongeveer 100 dagbehandelingsplaatsen extra worden gerealiseerd. [Bron: FOZ 1994]

Vrijwel alle verpleeghuizen geven aan gebruik te willen maken van deze regeling.

Deze regeling betreft ook dagbehandelingsplaatsen, maar daar geldt als norm, dat (eventueel samenwerkende) verpleeghuizen over ten minste 25 dagbehandelingsplaatsen moeten beschikken, willen zij voor toepassing van deze regeling in aanmerking kunnen komen. Tevens geldt als voorwaarde, dat er uitzicht moet bestaan op een wachtlijstvermindering als gevolg van de gebruikmaking van de vrije-marge-regeling.

De vrije marge-regeling lijkt te voorzien in een maatschappelijke behoefte. Bovendien lijkt het, dat er per (theoretisch) bed meerdere patiënten middels alternatieve vormen van verpleeghuiszorg kunnen worden geholpen. Dit kan een substantiële bijdrage leveren aan een terugdringen van de omvang van de wachtlijsten.

ONTWIKKELINGEN EN KNELPUNTEN

4.12 Ontwikkelingen in de zorgvraag

De Nederlandse bevolking verouderd. Niet alleen komen er steeds meer mensen van 65 jaar en ouder, binnen die groep neemt het aandeel van mensen ouder dan 80 jaar sterk toe. In absolute zin zal het aantal mensen van 65 jaar en ouder tussen 1990 en 2050 stijgen van 1,9 miljoen naar ruim 3,5 miljoen. Het aantal mensen ouder dan 80 jaar zal in diezelfde periode naar verwachting stijgen van 433.000 naar ruim 1,1 miljoen.

In het rapport "Verstandig vernieuwen" van de commissie 'Bekostiging en Kwaliteit van de Ouderenzorg' van de NVVz wordt de volgende verwachting geschetst met betrekking tot het aantal verpleeghuisgeïndiceerden voor de komende tien jaar. Het model, waarop deze prognose is gebaseerd, werd ontwikkeld om nieuwe planningsnormen voor verpleeghuizen te kunnen opstellen. Belangrijke veronderstelling van dit model is, dat het huidige indicatiebeleid niet wezenlijk verandert.

Tabel 4.27: Verwachte ontwikkeling aantal verpleeghuisgeïndiceerden

	1990	1995	2000	2005
Somatisch	28.680	32.470	35.120	37.390
Psycho-geriatrisch	28.760	33.830	38.820	44.130

Bron: NZi, Model VERWACHT

Onder enkele aanvullende aannames leidt toepassing van dit model ertoe, dat er in het jaar 2000 behoefte zal zijn aan zo'n 33.000 somatische verpleeghuisbedden en zo'n 37.000 verpleeghuisbedden voor psycho-geriatrische patiënten. Bij elkaar zo'n 70.000 bedden. Dat is ruim 7.000 bedden méér dan de huidige norm in het jaar 2.000 aangeeft.

De zorgvraag verandert niet alleen in kwantitatieve maar ook in kwalitatieve zin. Patiënten hebben er in toenemende mate voorkeur voor om zo lang mogelijk in de eigen woonsituatie te verblijven. Wanneer dat uiteindelijk vanwege de toegenomen zorgbehoefte niet meer realiseerbaar blijkt te zijn, blijkt de voorkeur uit te gaan naar een meer permanente 'zorgomgeving' met niet nog eens opeenvolgende verhuizingen. Omdat de oudere patiënt in het algemeen ook mondiger en kapitaalkrachtiger wordt, zijn zij ook beter in staat hun zorgbehoefte te articuleren en te doen realiseren.

4.13 Ontwikkelingen in het zorgaanbod

De afgelopen jaren zijn te kenmerken als een periode van differentiatie in het zorgaanbod. Steeds meer verschillende vormen van zorg (zowel verschillend naar inhoud als naar locatie) worden aangeboden. Verpleeghuizen verzorgen dagopvang en dagbehandeling, kortdurende opnamen, verpleging en verzorging buiten het verpleeghuis, enz.. Er vinden experimenten plaats met: dependances van verpleeghuizen bij bejaardenoordens, kleinschalige zorgvormen en beschermd wonen. Er komen nieuwe zorgvormen op. Te denken valt aan de 'Woon-zorgcombinaties' (Wozoco's), waarin beschermd wonen, verzorging en (zware) verpleging binnen één lokatie bij elkaar zijn gebracht.

Tegelijkertijd lijkt er een ontwikkeling aan de gang, waarbij de 'klassieke' intramurale voorzieningen voor ouderen verdwijnen respectievelijk van karakter gaan veranderen:

- Er vindt een afbouw plaats van de bejaardenoorden. Dit is een gevolg van de ontwikkeling, dat de lichtere patiënten niet meer worden opgenomen en de zwaardere patiënten door gaan naar het verpleeghuis.
- Opnamen in intramurale instellingen kan worden gekarakteriseerd als 'later, maar zwaarder'. 'Later' doordat er een toenemend aantal patiënten geholpen kan worden in ambulante en semi-murale voorzieningen; 'zwaarder' doordat degenen, die dan uiteindelijk worden opgenomen de meeste zware zorg nodig hebben.

In het algemeen blijkt er sprake te zijn van een toenemende netwerkvorming van verpleeghuizen met andere voorzieningen. Het NZi vraagt in haar jaarlijkse enquête onder meer of het verpleeghuis organisatorisch is gecombineerd met een ziekenhuis of een andere instelling. Onderstaande tabel geeft een indruk van deze ontwikkeling.

Tabel 4.28: Ontwikkeling organisatorische verbanden verpleeghuizen

	'83	'88	'89	'90	'91	'92
Aantal respondenten:	293	309	311	315	321	316
waarvan organ. verbanden	132	160	150	158	168	168
met:						
Ander verpleeghuis	36	42	46	47	56	58
Bejaardenhuis	73	86	76	84	90	94
Ziekenhuis	34	25	23	21	24	24
Psych. ziekenhuis	0	0	0	0	9	7
Overig	0	41	33	33	31	26

Bron: NZi

Het valt op dat in 1983 45% van de verpleeghuizen op een of andere wijze een organisatorisch verband kende met andere instanties. In 1992 was dit percentage opgelopen naar 52. Opgemerkt moet worden, dat de absolute aantallen in deze tabel geen eenduidige informatie geven over het daadwerkelijke aantal samenwerkingsverbanden. Als bijvoorbeeld vier verpleeghuizen en twee bejaardenoorden in één samenwerkingsverband werken, dan wordt in deze telling vier keer aangegeven 'samenwerken met een ander verpleeghuis' en vier keer 'samenwerken met een bejaardenoord'.

In procenten uitgedrukt ontstaat het volgende beeld:

Tabel 4.29: Samenwerking verpleeghuizen met andere instanties (percentages¹⁾)

	'83	'88	'89	'90	'91	'92
Ander verpleeghuis	27	26	31	30	33	35
Bejaardenhuis	55	54	51	53	54	56
Ziekenhuis	26	16	15	13	14	14
Psych. ziekenhuis	0	0	0	0	5	4
Overig	0	26	22	21	19	16

1): De percentages in deze tabel kunnen opgeteld boven de 100 uitkomen. Een verpleeghuis kan met meerdere andere instanties organisatorische verbanden onderhouden.

Bron: NZi

De cijfers uit deze twee tabellen moeten met enige terughoudendheid worden bekeken, zolang niet nader onderzoek is gedaan naar wat feitelijk de inhoud en aard is van de aangegeven samenwerking. Op grond hiervan worden ook geen interpretaties van deze tijdreeksen gegeven. De getallen zelf beschouwend, kunnen de volgende zaken worden opgemerkt:

Steeds meer verpleeghuizen geven aan organisatorisch samen te werken met andere verpleeghuizen. In 1992 één op de drie. Het percentage verpleeghuizen, dat aangeeft samen te werken met bejaardenoorden blijft vrijwel constant op ongeveer 55%.

Het percentage verpleeghuizen, dat aangeeft een organisatorisch samenwerkingsverband te kennen met ziekenhuizen, neemt langzaam af. In 1983 waren dat er nog één op de vier, in 1992 nog maar één op de zeven.

Ook het percentage verpleeghuizen, dat aangeeft samen te werken met 'overige instanties' neemt af. Daartoe behoren onder andere ook thuiszorgorganisaties.

4.14 Beleidsontwikkelingen

Het is medio 1994 onduidelijk hoe het verder zal gaan met het proces van de stelselwijziging gezondheidszorg. Er is echter in dit perspectief een aantal ontwikkelingen aan te geven, die waarschijnlijk wel verder zullen gaan, zoals: het recht op verstrekkingen formuleren in termen van een functionele omschrijving van het zorgaanbod; in het verlengde daarvan zal het steeds meer gaan voorkomen, dat hetzelfde type zorg door verschillende zorgaanbieders wordt aangeboden; een grotere mate van vrijheid tot het maken van afspraken tussen onderhandelingspartners (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten), waar het gaat om lokale situaties; een toenemende variatie in aan te beiden verzekeringspakketten op het gebied van de ziektekosten; enz..

Ook uit het advies van de commissie 'Modernisering Ouderenzorg' (de commissie 'Wel-schen') blijkt, dat het patroon, dat in gang is gezet met de 'stelselwijziging gezondheidszorg' in grote lijnen door gaat. Enkele elementen uit dit advies zijn:

- De zorgverzekeraars krijgen een veel grotere vrijheid om de benodigde zorg te contracteren.
- Nieuwe aanbieders kunnen de 'zorgmarkt' betreden. Concurrentie wordt geaccepteerd.
- Betere afstemming planning en financiering van voorzieningen door een regionale marktordening.
- Regionale samenwerking staat centraal.
- Een duidelijke keuze voor een duaal stelsel ten aanzien van wonen en zorg. Bij zelfstandige huisvesting zijn de regels van volkshuisvesting van toepassing, in andere gevallen is er sprake van 'zorg'.
- De dienstverlening van bejaardenoorden en verpleeghuizen zou middels de AWBZ verzekerd moeten zijn.
- Alle gelden, die nu via bijzondere (subsidie)regelingen worden ingezet voor vormen van zorg 'buiten de muren' zouden moeten worden gestort in een 'zorgvernieuwingsfonds'. Dit fonds zou onder beheer van de Ziekenfondsraad moeten komen.

4.15 Knelpunten

Er zijn vele knelpunten in de ouderenzorg aan te geven. Diverse recente rapporten geven daar uitgebreide informatie over. Wij noemen er enkele:

- Het bestaande zorgaanbod is nog lang niet voldoende afgestemd op de veranderende zorgvraag van ouderen. Het is versnipperd en er is niet duidelijk één 'loket', waar ouderen zich met een zorgvraag toe kunnen wenden.
- Door de commissie 'Bekostiging en Kwaliteit van de Ouderenzorg' [NVVz, 1994] is de verwachting geuit, dat er in 2005 ruim 16.000 wachtenden zullen zijn op een verpleeghuisopname en 360 wachtenden op dagbehandeling.
- Er wordt volgens dezelfde bron een sterke stijging verwacht van de hulpindex voor verpleeghuisgeïndiceerden: tussen 1992 en 2005 een stijging van 8,7 naar 10,1.
- De financiering van de ouderenzorg is verbrokkeld; verantwoordelijkheden zijn onduidelijk en onsamenhangend verdeeld; de eigen bijdrage regelingen zijn verschillend voor de verschillende zorgvoorzieningen verschillend, waardoor prikkels ontstaan om onnodig van duurdere voorzieningen gebruik te maken.
- Er vindt onvoldoende samenwerking plaats tussen (verschillende) zorgaanbieders.
- De beschikbare financiële middelen zijn krap en zullen steeds krappere worden, althans wanneer de verwachte ontwikkeling van de collectief beschikbare middelen en de verwachte ontwikkeling van de zorgvraag met elkaar worden vergeleken.
- Op wat langere termijn kan men zich ook zorgen maken over de beschikbaarheid van voldoende personeel voor de sector verpleging en verzorging. De indruk bestaat, dat de gezondheidszorg voor wat betreft haar plaats op de arbeidsmarkt tamelijk 'conjunctuurgevoelig' is. Bij een aantrekkende conjunctuur zou de belangstelling voor werken in de gezondheidszorg wel weer eens af kunnen nemen. Dit zou vergaande gevolgen kunnen hebben voor de mogelijke zorgintensiteit, uitgedrukt in het aantal minuten zorg/verpleging per patiënt. Zo wordt in het rapport 'Verstandig vernieuwen' een drietal scenario's geschetst bij verschillende economische groepercentages. Het verwachte percentage niet-ervulbare vacatures in verpleeghuizen in het jaar 2000 wordt daarin bij een economische groei van 1% geschat op 11,6%; bij een economische groei van 3% op 15,6%. [Zie ook: Commissie Bekostiging en Kwaliteit Ouderenzorg, 1994.]
- In dit verband kan ook apart aandacht worden gegeven aan de ontwikkeling van het aantal verpleeghuisartsen. In een recent onderzoeksrapport komt het NZi tot de conclusie dat het aanbod aan verpleeghuisartsen uiterst gering is. Eén op de drie vacatures kon in 1992 niet worden vervuld.

De verpleeghuizen onderling vergelijkend, blijkt dat de psycho-geriatrische verpleeghuizen relatief de meeste problemen hebben om vacatures op te vullen.

Een citaat uit de conclusie van dit rapport:

"De huidige opleidingscapaciteit voor verpleeghuisartsen is apert onvoldoende om de beroepsgroep op het huidige (...) niveau te handhaven. Laat staan dat tegemoet gekomen kan worden aan de verwachte groeiende vraag naar verpleeghuisartsen als gevolg van een toename in de verpleeghuiszorg in ons land."

De auteurs komen tot een aantal varianten voor ramingen van de benodigde opleidingscapaciteit voor verpleeghuisartsen. In wat zij de 'meest waarschijnlijke' variant noemen is een verdrievoudiging van de opleidingscapaciteit vereist.

5. VERPLEGING EN VERZORGING VAN LICHAAMELIJK GEHANDICAPTEN

5.1 Inleiding

Het blijkt moeilijk eenduidige, kwantitatieve informatie over de zorg voor lichamelijke gehandicapten bij elkaar te krijgen. In veel gevallen blijkt informatie over verstandelijk gehandicapten en over lichamelijke gehandicapten gezamenlijk te worden gepresenteerd. Het is niet altijd even duidelijk of gegevens uiteindelijk gesplitst te verkrijgen zijn.

Wij hebben twee informatiebronnen kunnen gebruiken: de Nederlandse Federatie van Voorzieningen voor Lichamelijke Gehandicapten (NFVLG) en het CBS. Een probleem is, dat zij niet precies dezelfde definities en indelingen gebruiken. Via het CBS is kwantitatieve informatie beschikbaar over 'woonvormen voor lichamelijke en/of zintuiglijk gehandicapten' (in het bijzonder: gezinsvervangende tehuizen) en over 'dagvoorzieningen voor lichamelijke en/of zintuiglijk gehandicapten' (in het bijzonder dagverblijven). In deze laatste categorie wordt geen onderscheid gemaakt tussen dagvoorzieningen voor kinderen en dagvoorzieningen voor ouderen.

De meeste tabellen in dit hoofdstuk zijn ontleend aan de informatie van het CBS, tenzij anders vermeld.

5.2 Verschijningsvormen

Er kunnen in principe zes typen woon- en dagvoorzieningen worden onderscheiden voor mensen met een lichamelijke handicap:

- *Grote woonvormen*
Grote woonvormen richten zich op de verzorging en verpleging van zwaar verzorgingsbehoeftige personen. Zij leggen daarbij sterk de nadruk op de maatschappelijke integratie van de bewoners. Daartoe wordt een stimuleringsbeleid gevoerd ten aanzien van het leggen van sociale contacten, het volgen van onderwijs, enz..
- *Kleine woonvormen*
Kleine woonvormen zijn kleinschalige voorzieningen met een hulpaanbod, dat vooral bestaat uit verzorging en psychosociale begeleiding. Voor specialistische hulp moeten de bewoners gebruik maken van andere voorzieningen. Het streven is gericht op een zo normaal mogelijke manier van wonen.
- *Voorzieningscentra voor jongeren*
Deze voorzieningen bieden huisvesting, verzorging en pedagogische begeleiding. Zij ontwikkelen ook in toenemende mate logeeropvang en crisisopvang vanuit de gedachte, dat jongeren zo lang als mogelijk thuis moeten kunnen blijven wonen. Zij ondersteunen het zoeken naar een vervolgvoorziening en geven training en begeleiding bij het zelfstandig wonen.
- *Aktiviteitencentra*
Deze centra bieden een zinvolle dagbesteding aan lichamelijke gehandicapten, die (nog) niet in staat zijn deel te nemen aan het arbeidsproces of onderwijs of (nog) geen gebruik kunnen maken van sociaal-culturele voorzieningen.
- *Fokuswoningen*
Deze voorzieningen stellen mensen in staat om zelfstandig te kunnen wonen met 24-uurs-ondersteuning in ADL-taken, die door een ADL-unit worden geboden. Zij geven geen psycho-sociale begeleiding. De bewoners moeten zelf hun overige hulpaanbod kunnen organiseren.

- *Verpleeghuizen met een aparte afdeling of concentratie voor 'jongeren'*
Verpleeghuizen hebben ruime kennis van en ervaring met verpleging, reactivering en verzorging. Een twaalftal verpleeghuizen hebben afdelingen speciaal voor jongeren. Deze verpleeghuizen ontwikkelen specifiek beleid voor de 'jongere bewoner'. Belangrijke punten daarin zijn: meer privacy en het streven naar meer mogelijkheden voor een passende dagbesteding. Verpleeghuizen staan met name open voor mensen met een lichamelijke handicap, die zware verzorging behoeven. Overigens verlenen verpleeghuizen in toenemende mate ook diensten 'buiten de muren'.

Deze voorzieningen zullen in dit hoofdstuk voor zover mogelijk en relevant steeds apart worden besproken.

5.3 Vraag naar en gebruik van zorg

Als wordt gekeken naar de leeftijdsverdeling van de bewoners van deze voorzieningen, dan kan globaal het volgende worden aangegeven (Magnus en Leemans, 1991):

- De verpleeghuisbewoners zijn het oudst. Van de jongere verpleeghuisbewoners tot 55 jaar is bijna de helft ouder dan 45.
- De kleine woonvormen kennen juist een betrekkelijk jong bestand: 40% is jonger dan 25 en bijna 70% is jonger dan 35.
- 60% van de Fokus-bewoners bevindt zich in de leeftijdsklasse van 25 tot en met 44 jaar.
- In de grote woonvormen is sprake van een redelijke spreiding over de leeftijdsgroepen.

Volgens opgave van de NFVLG kennen zo'n 70% van de gebruikers van voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten cognitieve stoornissen. Daarnaast zijn zij in meerderheid motorisch gehandicapt. In het algemeen wordt ervaren, dat de populatie zwaarder wordt en de zorgvraag meer gedifferentieerd.

Bij de indicatiestelling wordt rekening gehouden met de zorgbehoefte (ADL) en met de hulpbehoefte (begeleiding, structurering, ondersteuning). Er is een beleid in gang gezet, waarbij sprake zal zijn van een onafhankelijke indicatiestelling. In 1993 zijn in twee regio's experimenten hiermee van start gegaan.

Het CBS¹² heeft het volgende aantal verzorgingsdagen geregistreerd:

Tabel 5.1: Aantal verzorgingsdagen (x 1000) in voorzieningen voor lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten

	'88	'89	'90	'91	'92
Woonvoorzieningen ¹	369	373	398	.	430
De vier grote woonvormen	265	266	264	261	256
Dagvoorzieningen	269	292	308	.	343

Bron: CBS; FOZ 1993, 1994

1): exclusief grote woonvormen

¹²In dit hoofdstuk worden enkele tabellen gepresenteerd, die gebaseerd zijn op gegevens van het CBS. In die tabellen blijkt het jaar 1991 systematisch af te wijken van de trend 1988-1992. Navraag bij het CBS deed het vermoeden rijzen, dat in 1991 een aantal instellingen 'verkeerd getypeerd' zouden kunnen zijn. Om die reden zijn in deze tabellen de cijfers van het jaar 1991 weggelaten.

Volgens het FOZ 1994 bedraagt de bezettingsgraad voor de woonvoorzieningen en de dagvoorzieningen zo'n 100%. Voor de vier grote woonvormen is de bezettingsgraad ongeveer 90%.

5.4 Aanbod van zorg: capaciteit en personeel

De dienstverlening aan lichamelijk gehandicapten omvat, naast verpleging en verzorging, ook een groot aandeel van psycho-sociale begeleiding. Een groot deel van de begeleiding richt zich op het behoud of verkrijgen van een zo groot mogelijke mate van zelfstandigheid van de zorgvragers.

Hieronder worden eerst twee tabellen gegeven met betrekking tot het aanbod van zorg, zoals deze beschikbaar zijn gesteld door de NFVLG.

Tabel 5.2: Voorzieningen Lichamelijk Gehandicapten (aantal)

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	'93
Grote woonvormen	4	4	4	4	4	4	4
Kleine woonvormen	27	38	39	39	40	42	42
Jongerencentra	11	13	13	13	13	14	14
Activiteitencentra	22	32	33	35	36	37	38
Begeleid zelfstandig wonen	1	1	1	1	1	1	1
Woonvorm Zint. gehandicapten	1	1	1	1	1	2	2

Bron: NFVLG

Tabel 5.3: Voorzieningen Lichamelijk Gehandicapten (capaciteit)

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	'93	Gem. groei '83-'92	Gem. groei '88-'92
Grote woonvormen	801	801	801	801	801	801	801	0,0	0,0
Kleine woonvormen	755	1.022	1.038	1.038	1.068	1.098	1.098	4,2	1,8
Jongerencentra	415	452	452	452	452	469	469	1,4	0,9
Activiteitencentra	912	1.217	1.239	1.275	1.307	1.323	1.323	4,2	2,1
Begeleid zelfstandig wonen	14	14	14	14	14	14	14	0,0	0,0
Woonvorm Zint. gehand.	26	26	26	26	26	42	42	5,5	12,7

Bron: NFVLG

Magnus en Leemans (1991) verschaffen nog extra informatie met betrekking tot de jongeren, opgenomen in verpleeghuizen en de fokuswoningen.

Verpleeghuizen

Zij concluderen, dat er 12 verpleeghuizen zijn, die ook afdelingen of 'concentraties' voor jongeren kennen. In totaal zou het gaan om zo'n 900 plaatsen, waarvan zo'n 700 voor langverblijvenden.

Fokuswoningen

Het aantal fokus-projecten is tussen 1985 en 1990 gestegen van 23 naar 33. In capaciteiten geformuleerd is de stijging: van 300 naar 439 plaatsen.

Ook het Centraal Bureau voor de Statistiek verzamelt informatie over bepaalde voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten. Daarbij wordt een wat andere indeling gehanteerd. Hieronder volgen een aantal capaciteitsgegevens uit deze registratie:

Tabel 5.4: Instellingen voor lichamelijk gehandicapten: aantal, plaatsen en personeel

	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. groei '88-'92
<i>Woonvormen¹</i>						
Aantal instellingen	41	41	43	.	48	4,0
Gem. aantal plaatsen	1.028	1.048	1.109	.	1.196	3,9
Gem. aantal arbeidsplaatsen	774	799	809	.	950	5,3
<i>Dagvoorzieningen</i>						
Aantal instellingen	34	33	34	.	33	-0,7
Gem. aantal plaatsen	1.151	1.184	1.175	.	1.193	0,9
Gem. aantal arbeidsplaatsen	475	497	505	.	517	2,1

Bron: CBS

1) Exclusief grote woonvormen

Voor wat betreft de aantallen formatieplaatsen zijn er voor de verschillende voorzieningen geen exacte cijfers voor handen. In onderstaande tabel worden een aantal globale vuistregels aangegeven, zoals die door de NFVLG worden gehanteerd.

Tabel 5.5: Woonvoorzieningen Lichamelijk Gehandicapten
(formatieplaatsen verzorgenden, 1990)

Verpleeghuizen:	0,71 per patiënt
Grote woonvormen:	1 per bewoner
Kleine woonvormen:	0,64 per bewoner
Voorz.centra jongeren:	0,71 per bewoner
Activiteitencentra:	1 activiteitenbegeleider per 3 deelnemers.
Fokuswoningen:	7,5 per project van ongeveer 13 huishoudens

Bron: Magnus en Leemans, 1991

5.5 Wet- en regelgeving

Het wettelijk kader, waaronder voorzieningen voor gehandicapten worden geregeld, is als volgt schematisch samen te vatten:

Wettelijke regeling:	Planning	Erkenningen	Tarieven	Financiering
Dagverblijven	TVWMD	AWBZ TVWMD	WTG	AWBZ
Gezinsvervangende tehuizen	TVWMD	AWBZ TVWMD	WTG	AWBZ
Fokuswoningen	-	-	-	AWBZ ²
Grote woonvormen	WZV	AWBZ	WTG	AWBZ
Kinder GVT's	-	-	WTG ¹	AWBZ ²

1) Naar analogie beoordeeld door het COTG zonder onder de WTG te vallen.

2) Geen verstrekking maar een subsidie.

Bron: Spiering, 1991
Ziekenfondsraad

De 'Tijdelijke Voorzieningenwet Maatschappelijke Dienstverlening' (TVWMD) speelt een belangrijke rol in de planning van voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten. Bij de uitvoering van deze wet speelt de provincie een belangrijke rol. "De praktijk is dat de provinciale besturen binnen de hen toegemeten budgetten naar bevind van zaken handelen bij hun prioriteitenstelling tussen [verstandelijk] en lichamelijk gehandicaptenzorg." [Spiering, 1991] De TVWMD kent een sterk gedetailleerd stelsel van erkenningsnormen.

Per 1 januari 1994 bestaat er een 'Uitkomst van Overleg' (UvO) tussen enerzijds VNZ/-KLOZ/KPZ als vertegenwoordigende organisaties van de zorgverzekeraars en anderzijds Fiad-Wdt/NFVLG als vertegenwoordigende organisaties van gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven voor gehandicapten. Deze UvO wordt geacht onderdeel uit te maken van de lokale overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en voorzieningen. Er worden zaken in geregeld, als: kwaliteit, aard en duur van de zorgverlening, gegevensuitwisseling, overleg, informatie en controle, geschillen, enz..

5.6 Kosten en financiering

De volgende tabel geeft aan wat de kosten zijn geweest van de voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten, zoals deze door het CBS worden geregistreerd. De in deze tabel genoemde totale opbrengsten bestaan vrijwel geheel uit AWBZ-gelden.

Tabel 5.6: Kosten en opbrengsten van enkele voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten (mln. gulden)

	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. groei '88-'92
<i>Woonvoorzieningen¹</i>						
Kosten	67,9	69,4	73,2	.	88,8	6,9
w.v. personeel	42,2	43,7	45,2	.	55,6	7,1
Opbrengsten	68,1	70,2	73,9	.	89,1	7,0
<i>Dagvoorzieningen</i>						
Kosten	46,3	48,8	51,2	.	56,0	4,9
w.v. personeel	25,8	27,6	28,0	.	31,3	4,9
Opbrengsten	47,7	50,4	52,5	.	56,0	4,1

Bron: CBS

1): Exclusief grote woonvormen

Tabel 5.7: Uitgaven vier grote woonvormen (mln. gulden)

	'88	'89	'90	'91	'92	Gem. groei '88-'92
Uitgaven:	74	76	78	81	83	2,9

Bron: FOZ 1993, FOZ 1994

Een en ander levert het volgende beeld op waar het gaat om de gemiddelde kosten per verzorgingsdag, uitgedrukt in gulden:

JAAR	Woonvoor- zieningen (Excl. gr. woonv.)	Dagvoor- zieningen
1988	184	171
1989	185	168
1990	184	166
1991	188	159
1992	206	163

Sinds 1993 bestaat er voor de zorg voor lichamelijk dan wel zintuiglijk gehandicapten een regeling voor mogelijkheden tot financiering van substitutie van zorg. Op grond van deze regeling kunnen gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven voor lichamelijk dan wel zintuiglijk gehandicapten projecten gefinancierd krijgen voor het verlenen van zorg welke niet tot de reguliere verstrekking behoort. Dit is evenwel slechts mogelijk binnen het kader van de voor 1994 overeengekomen productieafspraken en hoogte van het budget.

5.7 Kwaliteit van zorg

Recent is een onderzoek uitgevoerd ten behoeve van het ontwikkelen van een instrument voor kwaliteitsbeoordeling vanuit het perspectief van de gebruiker van kleine woonvormen. [Knapen en Hoogma, 1994] Uit dit onderzoek blijkt, dat bewoners de hieronder aangegeven kwaliteitsaspecten (in de aangegeven volgorde) belangrijk vinden. Per aspect wordt bij wijze van voorbeeld een aantal criteria aangegeven, die door de bewoners zijn genoemd om een aspect te kunnen beoordelen.

- *Zelfbeschikking en bewonersrechten*
Zelf dagindeling kunnen bepalen, eigen beheer van financiële middelen, privacy, inspraak via een bewonersraad, enz.
- *Hulp naar behoefte*
Samen opstellen van een begeleidingsplan, hulp op afroep, enz.
- *Functioneren begeleider*
Begrip, steun, niet betuttelen, enz.
- *Integratie*
Zinvolle dagbesteding in relatie tot het functioneren in de maatschappij, toegankelijkheid van de directe omgeving, enz.
- *Veiligheid*
Veiligheid van voorzieningen, preventie kleine criminaliteit, enz.
- *Regels en procedures*
Zinvolle huisregels, e.d.
- *Hygiëne*
Schoonhouden van de woonruimte.

5.8 Ontwikkelingen en knelpunten

Beleidsmatig en bestuurlijk is er vele jaren een cesuur geweest tussen de zorg voor lichamelijk gehandicapten en die voor verstandelijk gehandicapten. De laatste jaren is er echter een ontwikkeling gaande, waarbij die sectoren steeds meer naar elkaar toegroeien. Een illustratie daarvan is de bestaande samenwerking tussen de NVGz en de FIAD/Wdt, waaraan ook de NFVLG deelneemt.

Magnus en Leemans (1991) geven de volgende ontwikkelingen aan:

Veranderingen in de zorgsectoren

- Betere voorwaarden om zelfstandig te wonen
- Integratie van gehandicapten in het onderwijs
- Steeds meer vragen om ondersteuning in de thuissituatie
- Voortgaande ontwikkeling medische technologie
Deze leidt tot steeds meer hulpvraag (vroeg-geborenen, die vervolgens meervoudig gehandicapt zijn; ongevalsslachtoffers, die in leven worden gehouden)
- Revalidatieperiodes worden korter. Betekent intensievere begeleiding en verzorging
- Weinig doorstromingsmogelijkheden naar andere zorgvoorzieningen, zoals zwakzinnigenzorg en psychiatrie. Maar ook andersom zijn er onvoldoende doorstroommogelijkheden.
- Bewoners/deelnemers worden ouder. Dit veroorzaakt een grotere zorgvraag, in het bijzonder bij progressieve aandoeningen speelt dit een rol.
- Er zijn grote capaciteitsproblemen in voorzieningen voor mensen met een lichamelijke handicap.

Veranderingen in de populatie

- Toename van het aantal mensen met verworven hersenletsel.
- Toename van de verzorgingsbehoefte
- Toename van het aantal mensen met gedragsmoeilijkheden
- Er is sprake van een steeds grotere differentiatie in het soort handicaps.
- Toename van het aantal bewoners van woonvormen zonder vorm van dagbesteding.

Veranderingen in de attitude van hulpverleners

De vroegere basishouding was, dat mensen met een lichamelijke handicap zo veel mogelijk moesten worden geïntegreerd in de samenleving, zelf vorm moesten kunnen geven aan hun leven. De mogelijkheden daartoe zijn inmiddels sterk uitgebreid en de groep hulpvragers is veranderd, met name is het aandeel van mensen met ernstig hersenletsel gegroeid. Daarmee werd een nieuwe doelstelling gecreëerd: het geven van psycho-sociale begeleiding. Er wordt dus minder vanuit een ideologie en meer vanuit de individuele situatie van de zorgvrager gewerkt.

Veranderingen in de attitude van de zorgvrager

De lichamenlijk gehandicapte mens is mondiger en kritischer geworden en wil zijn of haar mogelijkheden om zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren, optimaal benutten. Er is daarmee sprake van een verschuiving van populaties: Er is een groep lichamenlijk gehandicapten, die vroeger opgenomen zou zijn in een instelling en nu -met ondersteuning- zelfstandig wonen. Daarnaast moet echter worden geconstateerd, dat de populatie, die nu wordt opgenomen, een steeds zwaardere zorgbehoefte hebben.

Veranderingen in het zorgaanbod

- Een breder pakket aan functies
- Intensivering van bestaande functies
- Toename van samenwerkingsverbanden
- Individualisering van het hulpaanbod
- Differentiatie van de taken en het opleidingsniveau van de hulpverlener
- Een meer systematische wijze van kwaliteitsbevordering
- Een gedifferentieerde opvang bieden aan bewoners/deelnemers die verschillen in hulpvraag.

LITERATUUR EN BRONNEN:

Alem, V. van, en J. Spijker: **Druk op verpleeghuis omhoog door substitutie**, Het Ziekenhuis, 7 april 1994, pp. 304-306

Bronts, P.A.J.M., C.M.S. van Loveren-Huyben, F.M.G.D. van Westerhoven: **Enkelvoudige en meervoudige zorgproblematiek in verzorgingshuizen**, Associatie voor Gerontologisch Onderzoek en Advies, Nijmegen, 1993

Bronts, P., C. van Loveren: **Zorgproblematiek in het verzorgingshuis**, *Senior*, 1993, nr. 4, pp. 2-5

Buursma, J.R.S., T.A. Meijers: **Gegevens indicatiecommissies provincie Utrecht 1989/1990**, Utrecht; Bureau Onderzoek, Dienst Welzijn, Economie en Bestuur, 1992

Centraal Bureau voor de Statistiek:

- **Statistiek van de bejaardenoorden**, 1983, 1989-1990, 1991, SDU-uitgeverij/CBS, 's-Gravenhage
- **Sociaal-cultureel kwartaalbericht**, 1986-4, pp. 30-34
- **Sociaal-culturele berichten**, nr. 92-5, pp. 9-11
- **Sociaal-culturele berichten**, nr. 92-14, pp. 12-16
- **Sociaal-culturele berichten**, nr. 93-3, pp. 9-11
- **Sociaal-culturele berichten**, nr. 93-18, 1993, pp. 8-21
- **Sociaal-culturele berichten**, nr. 94-2, pp. 9-11
- **Maandberichten gezondheidsstatistiek**, 1983-1994
- **Vademecum gezondheidsstatistiek**, 1983-1994 (a)
- **Statistisch jaarboek**, 1983-1994 (b)

College voor Ziekenhuisvoorzieningen: **Advies actualisatie ziekenhuisnormering**, College voor Ziekenhuisvoorzieningen, Utrecht, 1994

Commissie Bekostiging en kwaliteit van de ouderenzorg: **Verstandig vernieuwen, Bekostiging en kwaliteit van de ouderenzorg nader onderzocht**, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, Utrecht, 1994

Commissie Modernisering Ouderenzorg: **Ouderenzorg met toekomst**, Commissie Modernisering Ouderenzorg, Rijswijk, 1994

Consumentenbond:

- **Knelpunten bij thuiszorg: snelheid en soepelheid**, *Consumentengids*, oktober 1993, pp. 670-673
- **Op ziektekostenverzekering flinke bedragen te besparen**, *Consumentengids*, oktober 1993, pp. 578-581
- **Ziekenfonds en particuliere verzekering langzaam op één lijn**, *Consumentengids*, oktober 1993, pp. 582-587

Coolen, J.: **Coördinatie: de beperkte betekenis van een zorgloket**, *Senior*, 1994, nr. 4, pp. 8-10

Dijk, J.K. van, en E.A.M. Meeuwssen: **Budgetparameters voor de verpleging en verzorging**, NZi, Utrecht, 1994

Dopheide, J.P.: **Thuiszorg: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg**, De Tijdstroom, Utrecht, bijgewerkt tot april 1994

Douma, M.: **Functioneringskenmerken en Zorgbehoeften van Bewoners van Semimurale Woonvormen voor Personen met een Zintuigelijke Handicap**, NFVLG, Utrecht, 1994

Douma, M.: **Functioneringskenmerken en Zorgbehoeften van de Bewoners van Voorzieningencentra voor lichamelijk gehandicapten Jongeren (VCJ's)**, NFVLG, Utrecht, 1994

Douma, M., en J. Wings: **Zorginhoudelijke typering van de populatie van woonvormen voor lichamelijk gehandicapten en Evaluatie van de verfijnde A.D.L.-meting**, NFVLG, Utrecht, 1992

Filius, F.C.: **Huishoudensopheffing en woningverlating in een vergrijzende samenleving (proefschrift)**, Utrecht, Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen, Universiteit Utrecht, 1993

Galama, N.: **Als een zorgloket het antwoord is, wilt u de vraag dan eens herhalen?**, *Senior*, 1993, nr. 5, pp. 24-26

Gehandicaptenraad: **Langdurende thuishulp: van knelpunten naar kwaliteit**, Gehandicaptenraad, Utrecht, 1993

Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant en Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid voor Noord-Brabant en Limburg: **Van 1-oktoberzorg naar verpleegzorg**, GIV-Noord-Brabant, 's-Hertogenbosch, 1991

Gerritse, A.J., V.J.H.M. van den Heuij en W. van der Windt: **Arbeidsmarktinformatie 1994**, NZi, Utrecht, 1994

Gerritsen, J.C.: **Onafhankelijkheid van ouderen: mogelijkheden en voorwaarden, De besluitvorming over aanmelding voor opname en het ouderenbeleid 1970-1992 (proefschrift)**, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Groningen, 1993

Gijn, M. van: **De zorgbehoefte gemeten van bewoners van verpleeghuizen**, NZi-Informatiereeks, Nr. 6, De Tijdstroom, Lochem, 1983

Gouw, J.M.M. de, en L. van Waveren: **Verkeerde-bed-problematiek**, Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, Den Haag, 1993

Groenenboom, G., R. Huijsman: **Marktprijzen in de ouderenzorg: oud of nieuw?** *Senior*, 1994, nr. 6, pp. 5-8

Groenenboom, G.: **Koopkrachtontwikkeling van ouderen**, *Senior*, 1994, nr. 4, pp. 19-21

Groenewegen, P.P., A. Kerkstra, G.A. Jansen: **Wachlijsten in de thuiszorg**, NIVEL, Utrecht, 1993

Heuij, V.J.H.M. van den, en W. van der Windt: **Verpleeghuisarts in perspectief**, NZi, Utrecht, 1993

Hingstman, L., J. Harmsen: **Beroepen in de extramurale gezondheidszorg 1994**, NIVEL/De Tijdstroom, Utrecht, 1994

Hoeksma, B.H., en J.F.J.M. Mols: **Evaluatie-onderzoek Regeling Substitutie Verpleeghuiszorg**, Hoeksma, Homans & Menting, Enschede, 1990.

Hoeven, H. van der, C. Hoogstraten, P. Koridon: **Kwaliteitsbeoordeling door bewoners deel II**, Verslag van het implementatie-traject 1993-1994, LOBB, Utrecht, mei 1994

Homans, C.F., J.P. Glaser: **Evaluatie integratie Kruiswerk en Gezinsverzorging**, Hoeksma, Homans & Menting, Enschede, 1993

Huijsman, R.: Strategische analyse en beleidsvorming: toepassing op ouderenzorg, **Senior**, 1993, nr. 7/8, pp. 2-5

Huijsman, R., M.M.Y. de Klerk, G.K.C. Groenenboom, F.F.H. Rutten: **Ouderenzorg in berekend perspectief**, Achtergrondstudies ten behoeve van de Commissie Modernisering Ouderenzorg, IMTA-rapport 94.33, Commissie Modernisering Ouderenzorg, Rijswijk, 1994

Huijsman, R.: Functiegericht werken: van theorie naar praktijk, **Senior**, 1994, nr. 2, pp. 10-13

Huijsman, R., G. Groenenboom: Schaalvoordelen in de ouderenzorg, **Senior**, 1993, nr. 12, pp. 5-7

Jansen, P.G.M., A. Kerkstra: **Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg**, NIVEL, Utrecht, 1993

Jong-Gierveld, J. de, F. Kamphuis: The development of a Rasch-type loneliness scale, **Applied Psychological Measurement**, 9 (1985), nr. 3, pp. 289-299

Kerkstra, A., D.H. de Bakker, G.A. Jansen, L.J. Stokx: **De rol van de huisarts bij verzorgingstehuisbewoners en zelfstandig wonende ouderen**, intern NIVEL, Utrecht

Kerkstra, A., R.A. Verhey, M. Foets, J. van der Velden: Behoeftte aan nazorg en verleende nazorg na ontslag uit het ziekenhuis, **Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg**, 1990, nr. 8, pp. 346-354

Kerkstra, A., F. Beemster: Verschillen in de zorgverlening door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, **Verpleegkunde**, 1991, nr. 3, pp. 127-137

Knapen, M. en R. Hoogma: **Kwaliteit van kleine woonvormen vanuit bewonersperspectief - Ontwikkeling van een meetinstrument**, Tandem Felix, 1994

Kooy, C.H. van der, C.L. Bos, L.J.G. Breugelmans, D.H.M. Frijters en G.D.J. van der Speld: **Zorgzwaarte verpleeghuizen**, NZi, Utrecht, 1991

Kramer, K., A. Kerkstra: **Eenzaamheid van bewoners in een verzorgingstehuis**, NIVEL, Utrecht, 1991

Lapré, F.: **De relatie verzorgingshuis-verpleeghuis**, *Senior*, 1994, nr. 6, pp. 2-4

Loveren-Huyben, C.M.S. van, J.A. van der Bom: **Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (3)**, Het effect van organisatieveranderingen, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 19 (1988), pp. 201-210

Loveren-Huyben, C.M.S. van, J.A. van der Bom: **Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (1)**, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 14 (1983), pp. 199-206

LVT:

- **Jaarverslag 1992**, Thuiszorg volop in beweging, LVT, juni 1993(a)
- **Meerjarenraming 'Thuiszorg in beeld'**, LVT, juni 1993(b)
- **Overheveling AAW/AWBZ**, *Informatief*, nr.21 1993(c), pp. 2
- **Kli ntgebonden budget**, *Informatief*, nr.23/24 1993(d), pp.8-9
- **Kabinetbesluit eigen bijdragen thuiszorg**, *Informatief*, nr.4 1994, pp. 1-2

Magnus, C., en E. Leemans: **Ontwikkelingen in de woon- en dagvoorzieningen voor mensen met een lichamelijke handicap**, NIZW, Utrecht, 1991

Massop, J.M.W., I.M.J.G. Tijssen, J.H. van der Made: **Thuis in het kruiswerk**, Organisatie, regelgeving, financiering en beleidsvrijheid, Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Beleidswetenschappen, Maastricht, 1991

Miltenburg, Th., J. Mensink, C. Ramakers: **Experiment cliëntgebonden budget verzorging en verpleging**; Beleidsgerichte evaluatie, Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS), Stichting Katholieke Universiteit, Nijmegen, 1993

Ministerie van WVC:

- **Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid aan de Voorzitter van de Tweede kamer der Staten-Generaal**, Rijswijk, 15 juni 1992
- **Brief van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal**, Rijswijk, 24 mei 1993
- **FOGM 1987, FOZ 1989, 1990, 1992, 1993, 1994**
- **Thuiszorg in de jaren '90**, brief van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, Rijswijk, 16 december 1991
- **Heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan'**; Gezinsverzorging en kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg, Rapport van de heroverwegingswerkgroep doelmatigheidsonderzoek organisatiestructuur gezinsverzorging en kruiswerk, Ministerie van WVC, Rijswijk, 1990

Mulders, H.: **Kruiswerk en gezinsverzorging; reorganisatie op reorganisatie**, *Het Ziekenhuis*, 24 februari 1994, pp. 146-150

Nederlandse Federatie Voorzieningscentra Lichamelijk gehandicapten: **Meerjarenwerkplan 1994-1996**, NFVLG, Utrecht, 1993

Nederlandse Federatie Voorzieningscentra Lichamelijk gehandicapten: **Cliënten- en wachtlijst registratie**, NFVLG, Utrecht, jaarlijkse uitgave

Nederlandse Patiënten Vereniging: **Kwaliteitstoetsing van terminale zorgverlening**, NVP, Veenendaal, 1993

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg: **Verpleeghuizen op de zorgmarkt, Een handreiking voor een inhoudelijke plaatsbepaling**, NVVz, Utrecht, 1992

NZi: **De intramurale gezondheidszorg in cijfers**, NZi, Utrecht, jaarlijkse uitgave

NZi: **Instellingen van intramurale gezondheidszorg - basisgegevens naar provincie en naar gezondheidszorgregio**, NZi, Utrecht, jaarlijkse uitgaven

Oldeniel, H. van: **Kwaliteitskenmerken verpleeghuiszorg, deel II. Handleiding**, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, Utrecht, 1993

Oldeniel, H. van, en C. van der Kooy: **Kwaliteitskenmerken verpleeghuiszorg, deel I. Onderzoeksrapport**, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, Utrecht, 1993

Oldeniel, H. van: **Kwaliteitskenmerken verpleeghuiszorg, deel III. Kwaliteitsinstrument**, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, Utrecht, 1993

Poeisz, J.J.: **Indikatiestelling voor instellingszorg**, NZi, Utrecht, 1992 (Interne notitie)

Provincie Drenthe: **Jaaroverzicht adviezen indicatiecommissies 1991**, Assen, 1993

Provincie Noord-Brabant: **Verslag van de inspectiebezoeken in 1993 aan de verzorgingshuizen in de provincie Noord-Brabant**, 's-Hertogenbosch, Provincie Noord-Brabant, 1994

PRV Overijssel: **De "verkeerde bed" problematiek in de gezondheidszorg**, Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de provincie Overijssel, Zwolle, 1991

Ramakers, C., Th. Miltenburg, T. Janssen: **Ouderen enthousiast over cliëntgebonden budget**, Senior, 1994, nr. 4, pp. 12-14

Regelingen en wenken ouderenbeleid, J. Zwier, P. Vlaardingeboek (red), VUGA, 's-Gravenhage, 1977 (t/m aanvulling nr. 64, mei 1994)

SIG: **Jaarboek verpleeghuizen**, SIG, Utrecht, jaarlijkse uitgave.

SIG: **SIVIS gebruikershandboek**, Losbladig handboek, Invulinstructie validiteitsgegevens uit 1987.

Spiering, F.M.: **Gehandicaptenzorg en de stelselwijziging**, In: Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Tijdstroom, Utrecht, Losbladig Handboek

- Tenhaeff, C., W. van Agthoven, J. van Hesselt, N. van Louw: **Op de grens; over vrijwilligers in de intensieve thuiszorg**, NIZW, Utrecht, 1992, pp. 11-17
- Timmermans, J.M.: **Rapportage Ouderen 1993**, SCP, Rijswijk, 1993
- Trouw, **Mantelzorg moet veel meer worden gesteund**, 30 april 1994
- Tweede Kamer der Staten-Generaal:
- **Bijlagen Handelingen II**, 1991-1992, 22393, nr. 20, Noral modernisering zorgsector "Weloverwogen verder"
 - **Bijlagen Handelingen II**, 1986-1987, 19434, nrs. 1-2, Nota Zorg voor ouderen
- Verheij, R.A., W.M.C.M. Caris-Verhallen, A. Kerkstra: **Integratie kruiswerk en gezinsverzorging**, NIVEL, Utrecht, 1993
- Visser, J.: Minder plaatsen voor steeds meer ouderen, Plannen bejaardenoorden 1993-1996, **Senior**, 1993, nr. 2, pp. 8-10.
- Visser, E.T.: **Van alle markten thuiszorg**; Een inventarisatie van aanvullende thuiszorg in Nederland, Regioplan, Amsterdam, 1989
- VNG: **Indicatiecommissies bejaardenoorden**, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 's-Gravenhage, 1988
- VNZ, KLOZ, KPZ m.m.v. LVT: **Onderzoek Thuiszorg**; Een registratie van contacten in de gezinsverzorging en de wijkverpleging, 1992
- Vorst-Thijssen, T., A. v.d. Brink, A. Kerkstra: **Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland**, NIVEL, Utrecht, 1990
- Vosbeek, R.W.M.: **"Verkeerde bed" problematiek - inventarisatie van een actueel probleem**, Katholieke Universiteit, Nijmegen, 1990
- Wel, G. van der: Obstakels voor zorginnovatie, Experimenten huisvesting van dementerende ouderen leiden niet tot structureel vervolg, **Senior**, 1994, nr. 3, pp. 17-19
- Wel, G.W. van der, J.A. van Rossum, B. Majoor, S. Slootweg, H. Nouws: **Verzorgingshuizen in beeld**, Achtergrondstudies ten behoeve van de Commissie Modernisering Ouderenzorg, Commissie Modernisering Ouderenzorg, Rijswijk, 1994
- Wierik, M.J.M. te, P. van Dijk, E.C.A. Stomph, C.M.A. Frederiks, L. Hollands: **Substitutieprojecten Verpleeghuiszorg**, Een onderzoek naar zorgzwaarte en kwaliteitsaspecten van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen, KAVANAH, Dwingeloo, 1994
- Windt, W. van der: **Zorgintensivering in kaart gebracht**, NZi, Utrecht, 1993
- Ziekenfondsraad: **Tijdelijke vergoeding het "verkeerde bed"**, Ziekenfondsraad, Advies Nr. 376, Amstelveen, 1987

Ziekenfondsraad: **Subsidiëring verpleeghuiszorg**, Ziekenfondsraad, Publikatienummer 409, Amstelveen, 1988

Ziekenfondsraad: **Subsidiëring verpleeghuiszorg - Tijdelijke vergoedingsregeling "verkeerde bed"**, Ziekenfondsraad, Advies Nr. 378, Amstelveen, 1987

Ziekenfondsraad: **25 jaar AWBZ**, ZFR/SEA-publikatie, Nr. 4, Ziekenfondsraad, Amstelveen, 1993

Ziekenfondsraad: **Verruiming vrije marge flexibilisering erkenningen tot 4%**, Ziekenfondsraad, Advies Nr. 567, Amstelveen, 1992

Ziekenfondsraad: **Advies inzake opname bejaardenoorden in de AWBZ**, Ziekenfondsraad (nr. 546), Amstelveen, 1992

Zwan, A. van der, C.P. van Dijk en E. Borst-Eilers: **Gezondheidszorg in tel**, NZi, Utrecht, 1993

DE ALGEMENE WET BIJZONDERE ZIEKTEKOSTEN

Inleiding

De AWBZ is op 1 januari 1968 in werking getreden. Aanvankelijk met het doel om collectief de zware lasten te dragen, waarmee individuele zorgvragers zouden worden geconfronteerd in geval van langdurige behandeling, verzorging of verpleging.

De eerste jaren vielen in hoofdzaak intramurale instellingen voor langdurige verpleging en verzorging onder de AWBZ (verpleeghuizen, instellingen voor verstandlijk gehandicapten, langdurige verzorging en verpleging in psychiatrische ziekenhuizen, enz.), alsmede een aantal preventieve activiteiten. In de loop van de tijd is er steeds meer semi- en extramurale hulp, alsmede de geneesmiddelen, onder komen te vallen. Met name onder invloed van de ontwikkelingen in het kader van de stelselwijziging gezondheidszorg. De beleidskeuze is toen gemaakt om de AWBZ als vehikel te hanteren om tot een gemoderniseerde volksverzekering te komen. Deze beslissing staat nu weer ter discussie.

Eigen bijdrage

De AWBZ kent (sinds 1983) bij opname in een intramurale instelling een inkomensafhankelijke bijdrage en een inkomensonafhankelijke bijdrage.

De inkomensonafhankelijke bijdrage bedraagt f 210,= per maand.

De inkomensafhankelijke bijdrage bedraagt maximaal f 1350,= per maand, tenzij de betreffende persoon 65 jaar of ouder is. In dat geval bedraagt het maximum f 2200,= per maand. Bij de vaststelling van het bijdrageplichtige inkomen gelden een groot aantal aftrekposten, onder andere de betaalde nominale premies AWBZ (en eventueel de nominale premies ZFW).

Uitvoering

De uitvoering van de AWBZ wordt verzorgd door toegelaten uitvoeringsorganen: ziekenfondsen, particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars. Deze organen beslissen onder andere over de hoogte van bijvoorbeeld de inkomens(on)afhankelijke eigen bijdrage bij intramurale opname.

Financiering

De AWBZ wordt gefinancierd uit vijf geldbronnen (1992, miljoenen gulden)

○ Procentuele en nominale premies	20.748
○ Eigen bijdragen	1.097
○ Rijksbijdrage	415
○ Internationale verdragen	22
○ Rente-inkomsten	67

De Rijksbijdrage neemt sterk af terwijl het aandeel van vooral de procentuele en nominale premie sterk toeneemt.

Enige opmerkelijke cijfers

Opmerkelijke cijfers zijn te halen uit de ontwikkeling van de AWBZ sinds haar inwerking-treden per 1 januari 1968 tot het laatste peiljaar 1992¹³.

- De uitgaven aan zorgvormen steeg van 596 miljoen naar ruim 20 miljard.
- De subsidies stegen van 0 naar ruim 2 miljard gulden.
- De uitvoeringskosten (+ 'diversen') stegen van 16 miljoen naar 553 miljoen.
- Per hoofd van de bevolking stegen de lasten van 48 gulden naar ruim 1500 gulden.

Het belang van de AWBZ kan nog eens worden geïllustreerd door het feit, dat momenteel 40% van de kosten van de totale zorgsector wordt gefinancierd middels de AWBZ.

Tabel: Lasten AWBZ voor enkele sectoren verpleging en verzorging (mln. gulden)

	'83	'88	'89	'90	'91	'92	'93
Verpleeginrichtingen	3.302	3.765	3.800	4.033	4.289	4.565	4.870
Dagbeh. verpl. inr.	57	83	88	92	118	141	155
Substitutie verpleeghuiszorg	-	-	3	15	36	57	47
Grote woonvormen	26	80	78	83	89	87	90
Dagv. gehand.	333	448	472	498	565	586	618
Gezinsverv. teh.	399	598	617	641	717	741	791
1-oktoberregeling	90	56	51	46	46	46	24

Bron: Ziekenfondsraad

¹³De hier gebruikte cijfers zijn afkomstig uit het rapport '25 jaar AWBZ' van de Ziekenfondsraad. In dat rapport was 1992 nog een schatting.

Stand van zaken wachtlijsten voor bejaardenoorden per provincie medio 1994

Op grond van het op 1 januari 1989 in werking getreden besluit indicatie-advisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen dienen de indicatiecommissies te adviseren over opname in zowel bejaardenoorden als verpleeghuizen. Het besluit beoogt de indicatiestelling voor opname van ouderen in verzorgingstehuizen (en verpleeghuizen) op een zo uniform mogelijke wijze te regelen. Informatie over wachtlijsten wordt echter nauwelijks verstrekt. Een inventarisatie onder de verschillende provincie geeft het volgende beeld:

Utrecht

Uitsluitend informatie over het aantal positief geïndiceerden naar geslacht, samenlevingsvorm en leeftijd in een bepaald jaar evenals voorkeuren voor plaats van opname. In 1989 bedroeg het aantal positief geïndiceerden 1.113, in 1990 1.444 (71,5% was een vrouw, 64,2% alleenstaand)[Buursma e.a., 1992].

Overijssel

Vanuit de indicatie-commissies wordt geen informatie (meer) geleverd. Veel positief geïndiceerden blijven langer thuis wonen, ondersteund met enige zorgverlening aan huis (bijvoorbeeld door kruiswerk of vanuit de instelling). Plaatselijk zijn in bejaardenoorden plaatsen vrij.

Noord-Brabant

In 1993 is de globale schatting van het aantal personen dat geïndiceerd is en op de wachtlijsten staat 4.339 (30% van de capaciteit van de verzorgingshuizen). Het reële aantal mensen dat volgens de directies van de verzorgingshuizen voor opname op wachtlijsten staat is 2.481 (17% van de capaciteit). Gemiddeld wonen bewoners nog maar 4 tot 5 jaar in een verzorgingshuis. Dit betekent een jaarlijkse doorstroming van 20%. Gezien de reële wachtlijst van 17% en de effecten van zwevende bedden projecten is te verwachten dat er ergens leegstand ontstaat. Steeds vaker worden aangeboden kamers geweigerd, enerzijds omdat er sprake is van een afgenomen urgentie, anderzijds omdat de situatie van betrokkene veranderd is of dat betrokkene de kamer niet acceptabel vindt qua ligging of kwaliteit. Soms is een andere oplossing gevonden. Oorzaken liggen mede in het feit dat de urgentie is veranderd en dat om een indicatie is gevraagd vanwege druk van familie, mantelzorg of hulpverleners [Provincie Noord-Brabant, 1994].

Groningen

Geen (recente) informatie beschikbaar, men is net met het verzamelen van dergelijk gegevens begonnen en verwacht in oktober de resultaten. Anderhalf à twee jaar terug bedroeg de gemiddelde wachttijd ongeveer een half jaar, hoewel dit per bejaardenoord sterk wisselde. De inschatting is dat deze wachttijd eerder korter dan langer is geworden. De signatuur van het bejaardenoord is van ondergeschikt belang bij de keuze voor inschrijving voor een plaats in een bejaardenoord. Bij nieuwe oorden ligt de wachttijd iets boven het gemiddelde. Bejaardenoorden in dorpen trekken vrijwel uitsluitend ouderen aan uit de directe (plattelands-)omgeving.

Drenthe

Per 31 december 1991 stonden er in totaal 1.294 positief geïndiceerden op de wachtlijsten. Op 31 december 1990 waren dat er nog 1.590. De totale omvang van de wachtlijsten per 31 december 1993 bedroeg circa 1.200 personen. Bij 40 tehuizen betekent dit gemiddeld 30 wachtenden per huis. In totaal beschikt Drenthe over 3.400 verzorgingsplaatsen en worden per jaar 700 personen opgenomen. Het percentage 'doorstromers' binnen de bejaardenoorden ligt op 20% per jaar. Er zijn geen alarmerende berichten over lange wachttijden.

Noord-Holland

Lang niet alle indicatie-commissies rapporteren over dit onderwerp aan de provincie. Men doet niets met de informatie die wél door de indicatie-commissies worden geleverd. De problematiek moet in een breder kader worden gezien als de totale behoefte aan WBO-zorg (thuiszorg etc.).

Flevoland

Behalve in jaarverslagen van de 11 verzorgingshuizen geen informatie over wachtlijsten. Bureau Bakkenist voert momenteel een analyse van de verschillende wachtlijsten uit. Het totaal aantal personen op de wachtlijsten in de provincie Flevoland bedraagt medio 1994 835 personen. Na correctie op dubbeltellingen blijkt dat er 125 (!) personen (positief geïndiceerd) staan ingeschreven bij één of meer verzorgingshuizen.

Friesland

Men heeft geen systematisch inzicht in de omvang van de wachtlijsten. De gemiddelde wachtduur varieert van enkele maanden tot een jaar. Voor de planning van capaciteit zijn deze cijfers van geen enkel belang. Niet de capaciteit van de tehuizen maar de doorstroming is van belang. De doorstroming binnen bejaardenoorden neemt toe als gevolg van de toenemende leeftijd waarop men naar een bejaardenoord verhuist (mede door een strengere indicatiestelling). Per jaar vinden binnen de bejaardenoorden mutaties plaats ter grootte van 25% van het aantal inwoners. In de stedelijke gebieden is de omvang van de wachtlijsten gemiddeld iets groter dan elders.

Gelderland

Naar de omvang van wachtlijsten is onlangs wel gevraagd maar de verstrekte informatie vanuit de indicatie-commissies is verre van volledig. Ook worden geen uniforme begrippen gehanteerd. Het Gelders Instituut voor Welzijn en Gezondheid heeft wel cijfers: per 31 december 1993 stonden 1.946 personen op wachtlijsten. Hierbij moet worden aangetekend dat geen rekening is gehouden met dubbeltellingen en dat niet alle indicatie-commissies deze cijfers bijhouden. Jaarlijks worden 3.000 personen in bejaardenoorden opgenomen en krijgen er 3.800 een positieve indicatie voor een verzorgingshuis.

Limburg

Men ontvangt van de indicatie-commissies geen informatie over wachtlijsten en verwijzen voor nadere informatie naar deze cie's.

Zeeland

Het aantal alleenstaanden op wachtlijsten bedroeg in 1989 1.177 en in 1990 1.102. Het aantal echtparen op de wachtlijsten bedroeg voor deze jaren in totaal respectievelijk 210 en 168. Dubbeltellingen maken interpretatie moeilijk.

Zuid-Holland

Formeel ontvangt men informatie van de indicatie-commissies, maar aangezien er formeel niet is vastgelegd wat er mee gedaan zou moeten worden, gebeurt er niets mee en worden deze ook niet bewaard. Vanuit eigen ervaring nemen wachtlijsten af en staan in toenemende mate niet alleen echtparenkamers leeg maar ook steeds meer éénpersoonskamers. De doorstroming binnen de bejaardenoorden is 10% van het totaal aantal bewoners.

Volgens de provincie Zuid-Holland zijn wachtlijsten voor bejaardenoorden een relatief begrip. Uit intern onderzoek bleek dat van de personen die weliswaar op de wachtlijst staan, slechts een zeer gering aantal ook daadwerkelijk belangstelling heeft om op (zeer) korte termijn in een bejaardenoord te worden opgenomen (geen cijfers).

Alle provincies geven aan dat een cijfer voor de omvang van de wachtlijsten zeer onbetrouwbaar is omdat positief geïndiceerden zich aanmelden bij meerdere bejaardenoorden en overlap optreedt. Tevens komt het voor dat positief geïndiceerden voor een bejaardenoord zich niet (direct) bij een verzorgingshuis aanmelden en derhalve niet op een eventuele wachtlijst komen te staan.

INDEX VAN INDICATOREN**FYSIEKE TOEGANKELIJKHEID**

Indicator	sector	paragraaf
<u>Vraag naar zorg</u>		
	V&V in de thuissituatie	2.1
	Verzorging met opneming in een instelling	3.1
	V&V door een instelling	4.2/4.9/4.10/4.11
	V&V van lichamelijk gehandicapten	5.3
<u>Aanbod van zorg</u>		
	V&V in de thuissituatie	2.2/2.3
	Verzorging met opneming in een instelling	3.2/3.3
	V&V door een instelling	4.4/4.7-11
	V&V van lichamelijk gehandicapten	5.4
<u>Indicatiestellingen</u>		
	V&V in de thuissituatie	2.3/2.3
	Verzorging met opneming in een instelling	3.4
	V&V door een instelling	4.2/4.7-11
	V&V van lichamelijk gehandicapten	5.3
<u>UVO's tussen koepels van zorgaanbieders en zorgverzekeraars</u>		
	V&V in de thuissituatie	2.4
	Verzorging met opneming in een instelling	4.6
	V&V door een instelling	5.5
	V&V van lichamelijk gehandicapten	5.5

FINANCIELE TOEGANKELIJKHEID

Indicator	sector	paragraaf
<u>Mate van risicoselectie</u>	V&V in de thuissituatie	2.4/2.5
	Verzorging met opneming in een instelling	
	V&V door een instelling	4.2
	V&V van lichamelijk gehandicapten	5.5
<u>Eigen bijdragen</u>	V&V in de thuissituatie	2.4/2.5
	Verzorging met opneming in een instelling	3.4
	V&V door een instelling	Bijlage 1
	V&V van lichamelijk gehandicapten	Bijlage 1
<u>Polissen</u>	V&V in de thuissituatie	2.4
	Verzorging met opneming in een instelling	
	V&V door een instelling	4.6
	V&V van lichamelijk gehandicapten	5.5

KOSTENBEHEERSING

Indicator	sector	paragraaf
<u>Uitgavenverloop</u>		2.4
	V&V in de thuissituatie	3.4
	Verzorging met opneming in een instelling	4.6
	V&V door een instelling	5.6
	V&V van lichamelijk gehandicapten	
<u>Financiering van produkten</u>		2.4
	V&V in de thuissituatie	3.4
	Verzorging met opneming in een instelling	4.6
	V&V door een instelling	5.6
	V&V van lichamelijk gehandicapten	
<u>Tariefontwikkelingen</u>		2.4
	V&V in de thuissituatie	3.4
	Verzorging met opneming in een instelling	4.6
	V&V door een instelling	5.6
	V&V van lichamelijk gehandicapten	
<u>Overige kostenbepalende variabelen in de V&V-sector</u>		2.4
	V&V in de thuissituatie	3.4
	Verzorging met opneming in een instelling	4.6
	V&V door een instelling	5.6
	V&V van lichamelijk gehandicapten	

GEZONDHEIDSSITUATIE

Indicator	sector	paragraaf
<u>Effect gezondheidszorg(stelsel) voor V&V-patiënten</u>		
	V&V in de thuissituatie	2.5
	Verzorging met opname in een instelling	3.5
	V&V door een instelling	4.3
	V&V van lichamelijke gehandicapten	5.8
<u>Gezondheidsituatie van de mensen die V&V ontvangen</u>		
	V&V in de thuissituatie	2.1
	Verzorging met opname in een instelling	3.1
	V&V door een instelling	4.3
	V&V van lichamelijke gehandicapten	5.8

MARKTVERHOUDINGEN EN MARKTONTWIKKELINGEN

Indicator	sector	paragraaf
<u>Branche-ontwikkelingen</u>		
	V&V in de thuissituatie	2.3/2.5
	Verzorging met opneming in een instelling	3.3/3.5
	V&V door een instelling	4.12-15
	V&V van lichamelijk gehandicapten	5.8
<u>Consumenten</u>		
	V&V in de thuissituatie	2.3/2.5
	Verzorging met opneming in een instelling	3.3/3.5
	V&V door een instelling	4.12-15
	V&V van lichamelijk gehandicapten	5.8
<u>Mantelzorg/informele zorg</u>		
	V&V in de thuissituatie	2.4
	Verzorging met opneming in een instelling	3.3
	V&V door een instelling	4.4
	V&V van lichamelijk gehandicapten	5.8

Lijst van tabellen

- 1.1 Overzichtscijfers sector verpleging en verzorging
- 2.1 Gebruik van wijkverpleging: aantal patiënten in zorg per 100 inwoners en per 100 inwoners van 70-79 en 80 jaar en ouder; verdeling van de individugerichte zorgcontacten wijkverpleging per leeftijdscategorie in %; gemiddeld aantal zorgcontacten per cliënt per jaar in de individugerichte wijkverpleging naar leeftijdscategorie en percentage van de contacten van de wijkverpleging naar verpleegdoel (1985, 1988-1992).
- 2.2 Aantal cliënten gezinsverzorging in de 13e periode (laatste maand) en aantal uren zorgverlening per week in van 1983 en 1988-1992
- 2.3 Aantal instellingen voor thuiszorg in 1983 en 1990-1994
- 2.4 Personeel in loondienst en niet in loondienst van kruisorganisaties naar aantal werkzame personen, volledig bezette arbeidsplaatsen, functie en type dienstverband per 31 december 1983-1992 en FTE verpleging en verzorging per 1000 65-plussers en 80-plussers (per 1 januari 1983-1992)
- 2.5 Aantal werkzame personen, volledig bezette arbeidsplaatsen in de gezinsverzorging naar functie en aantal hulpverleningsuren (totaal en gemiddeld per week naar leeftijd van de cliënt) in 1983, 1988-1992 en arbeidsplaatsen (FTE) per 1000 65-plussers en 80-plussers (per 1 januari 1983, 1988-1992)
- 2.6 Financiële gegevens: totale uitgaven, kosten en opbrengsten thuisverpleging en verzorging naar rekeningposten in 1983 en 1983-1993 (in mln. guldens)
- 3.1 Bewoners van bejaardenoorden: aantal bewoners, bewoners als percentage van het totaal aantal 65-plussers in de bevolking, instroom (gedurende het jaar bijgekomen bewoners naar voorgaande woonsituatie), uitstroom (overleden en vertrokken bewoners), percentage bewoners jonger dan 75, percentage bewoners ouder dan 85, percentage vrouwen onder bewoners en bewoners naar mate van (lichamelijke) validiteit per 31 december 1983 en 1988-1992
- 3.2 Aantal bejaardenoorden, aantal verzorgingsplaatsen, bezettingsgraad, aantal bezette formatie-plaatsen (totaal, alleen verplegend en verzorgend personeel en functionarissen niet in loondienst) absoluut en per 1.000 bewoners per 31 december 1983 en 1988-1992
- 3.3 Financiële gegevens: kosten en opbrengsten van bejaardenoorden naar rekeningposten in 1983 en 1988-1992
- 4.1 Productiecijfers verpleeghuizen
- 4.2 Gemiddelde verpleeg/behandelduur definitief ontslagen patiënten (in dagen) (Exclusief overleden patiënten)
- 4.3 Gemiddelde verpleeg/behandelduur overleden patiënten (in dagen)
- 4.4 Gemiddeld aantal dagbehandelingsbezoeken per patiënt (Definitief ontslagen patiënten)
- 4.5 Bemiddelende instanties bij klinische opname (procenten)
- 4.6 Bemiddelende instanties bij dagbehandeling (procenten)
- 4.7 Gemiddelde leeftijd bij opname c.q. begin dagbehandeling (jaren)
- 4.8 Herkomst van patiënten bij eerste klinische opname (procenten)
- 4.9 Herkomst van patiënten bij aanvang dagbehandeling
- 4.10 Bestemming bij definitief ontslag uit verpleeghuis, inclusief overleden (procenten)

- 4.11 Bestemming bij definitief ontslag uit dagbehandeling (procenten)
 - 4.12 Elementen van de Hulpindex, zoals door het NZi ontwikkeld
 - 4.13 Ontwikkeling hulpindex bij eerste opname/aanvang dagbehandeling
 - 4.14 Ontwikkeling hulpindex voor opgenomen verpleeghuispatiënten
 - 4.15 Aantal verpleeghuizen 1983, 1988-1993
 - 4.16 Gemiddeld aantal bedden in erkende verpleeghuizen 1983, 1988-1993
 - 4.17 Gemiddeld aantal dagbehandelingsplaatsen in verpleeghuizen, 1983, 1988-1993
 - 4.18 Ontwikkeling personeel naar categorieën, 1983, 1988-1993
 - 4.19 Personeel in verpleeghuizen naar soort verpleeghuis, 1988-1993
 - 4.20 Verloop en ziekteverzuim verpleeghuizen (procenten)
 - 4.21 Vrijwilligers in verpleeghuizen, 1983, 1988-1992
 - 4.22 Schatting van het gemiddeld aantal wachtenden voor verpleeghuizen 1987-1992 (exclusief bovenregionale voorzieningen)
 - 4.23 Financiering Verpleeghuizen (mln. gulden)
 - 4.24 Exploitatiekosten naar personeel, kapitaal en verbruik (mln. gulden)
 - 4.25 Verdeling kosten van verbruik (1991, mln. gulden)
 - 4.26 Uitgaven ten behoeve van de 1-oktoberregeling (mln. gulden)
 - 4.27 Verwachte ontwikkeling aantal verpleeghuisgeïndiceerden
 - 4.28 Ontwikkeling organisatorische verbanden verpleeghuizen
 - 4.29 Samenwerking verpleeghuizen met andere instanties (percentages)
-
- 5.1 Aantal verzorgingsdagen (x 1000) in voorzieningen voor lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten
 - 5.2 Voorzieningen lichamelijk gehandicapten (aantal)
 - 5.3 Voorzieningen Lichamelijk Gehandicapten (capaciteit)
 - 5.4 Instellingen voor lichamelijk gehandicapten: aantal, plaatsen en personeel
 - 5.5 Woonvoorzieningen lichamelijk gehandicapten (formatieplaatsen verzorgenden, 1990)
 - 5.6 Kosten en opbrengsten van enkele voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten (mln. gulden)
 - 5.7 Uitgaven vier grote woonvormen (mln. gulden)

Bijlage 1 Lasten AWBZ voor enkele sectoren verpleging en verzorging (mln. gulden)