

Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht

CTG ZAIo College tarieven gezondheidszorg | Zorgautoriteit i.o.



Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht

06-0415

Utrecht, juni 2006

Inhoud

	Samenvatting	5
	Inleiding	13
1	Verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg deels door verpleeghuizen te overbruggen. 19	
	Verpleeghuiscliënten geïndiceerd voor gemiddeld 25,7 uur zorg per week	19
	Leverbaar zorgaanbod gemiddeld 23,2 uur per week	21
	Werkelijk geleverde zorg gemiddeld 21,8 uur per week	22
	Verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg gedeeltelijk door verpleeghuizen te beïnvloeden	23
2	Verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg niet afhankelijk van zorgzwaarte	27
	Meer formatie en/of hogere productiviteit bij zwaardere cliëntgroep	27
	ZOZ-zorgzwaarte na jaren van lichte groei in 2005 niet toegenomen	29
	Hoeveelheid geïndiceerde zorg in 2005 niet toegenomen	31
	Zorgzwaarte- en budgetontwikkeling lopen weinig uiteen	32
3	Determinanten van goed presterende verpleeghuizen: kwaliteitsprestaties en financiële prestaties	33
	Verschillen kwaliteitscores tussen verpleeghuizen bieden basis voor identificatie good practices	33
	Financiële prestaties op grond van gegevens niet eenduidig te benoemen	35
	Overige kengetallen	37
	Good practices leveren goede kwaliteitsprestaties en goede financiële prestaties	39
4	Determinanten van goed presterende verpleeghuizen: overige	41
	Regio van invloed op verpleeghuisprestaties	41
	Instellingsgrootte niet van invloed op prestaties	41
	Verblijfsduur cliënten vertoont weinig relatie met prestaties	41
	Verschillen tussen somatiek en psychogeriatric op meerdere onderdelen zichtbaar	42
	Bevindingen uit eerder onderzoek	43
5	Aantal determinanten desgewenst te gebruiken voor verdeling van middelen	47
	Conclusie	50
	Bijlagen	
A	Projectinitiatiedocument	53
B	Literatuurlijst en onderzoeksbronnen	61
C	Nadere verantwoording onderzoeksgegevens	63
D	Nadere analyse indicatiegegevens	69

Samenvatting

De Tweede Kamer heeft in het voorjaar van 2006 de staatssecretaris van VWS gevraagd om een onderzoek uit te voeren naar de relatie tussen instellingsbudget, kwaliteit van zorg en zorgzwaarte van de cliënten in de AWBZ. Het ministerie heeft het College Tarieven Gezondheidszorg / ZorgAutoriteit in oprichting (CTG/ZAio) gevraagd om dit onderzoek uit te voeren, als eerste in de sector verpleeghuizen. PricewaterhouseCoopers heeft bij dit onderzoek ondersteuning geboden.

Vraagstelling

De centrale vraagstelling luidt: waarom kan het ene verpleeghuis met het beschikbare budget voldoende en kwalitatief goede zorg leveren en het andere niet? Daarnaast is gevraagd hoe de zorgzwaarte van de verpleeghuiscliënten zich in de afgelopen jaren heeft ontwikkeld in relatie tot de ontwikkeling van het budget in diezelfde periode.

Aanpak

Allereerst is onderzocht of de verpleeghuizen met het beschikbare budget in staat zijn om de geïndiceerde zorg te leveren, dus om te voldoen aan de 'opdracht' die zij vanuit de indicatie meekrijgen. Ook de rol van de zorgzwaarte van cliënten is daarbij meegenomen¹. Vervolgens is een aantal financiële prestaties en kwaliteitsprestaties onderzocht. Deze zijn aan elkaar gerelateerd en bovendien in verband gebracht met de zorgzwaarte van cliënten en met een aantal externe factoren zoals de regio van vestiging van het verpleeghuis. Vanwege de beperkte doorlooptijd van het onderzoek (drie maanden) en om dubbel werk te voorkomen is ervoor gekozen het onderzoek te baseren op bestaande gegevens. Het aantal verpleeghuizen dat in het onderzoek is betrokken, verschilt per gegevensset; in het algemeen is sprake van een acceptabele representativiteit; daar waar dat niet het geval was, zijn de gegevens buiten beschouwing gelaten bij het formuleren van conclusies.

In bijlage C van het rapport is een toelichting bij de onderzoeksgegevens en de gehanteerde begrippen opgenomen.

¹ Hoewel de zorgzwaarte deel uitmaakt van dit onderzoek, staat dit onderzoek los van het lopende traject van zorgzwaartebekostiging.

Kan het geïndiceerde zorgvolume worden geleverd?

Om te kunnen nagaan of verpleeghuizen met het beschikbare budget in staat zijn om de geïndiceerde zorg te leveren, is een vergelijking gemaakt tussen geïndiceerde zorg, geleverde zorg en leverbare zorg. Met deze begrippen wordt op het volgende gedoeld:

- a geïndiceerde zorg: het zorgvolume zoals dat door het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) is geïndiceerd, berekend op basis van CIZ-gegevens;
- b geleverde zorg: het zorgvolume dat daadwerkelijk (gemiddeld) wordt geleverd, berekend op basis van benchmarkcijfers;
- c leverbare zorg: het zorgvolume dat verpleeghuizen kunnen leveren als ieder verpleeghuis minimaal de huidige gemiddelde productiviteit en de gemiddelde formatie cliëntgebonden personeel zou weten te realiseren;
- d leverbare zorg best practice: het zorgvolume dat verpleeghuizen kunnen leveren als ieder verpleeghuis de productiviteit van de best practices (uit de benchmark) zou weten te realiseren.

In alle gevallen gaat het om de directe plus de indirecte cliëntgebonden tijd.

Tabel S-1: Geïndiceerde, geleverde en leverbare zorg in uren per week per cliënt, verpleeghuiscliënten 2005

	Uren per week per cliënt	Uren verschil met geïndiceerde zorg	Percentage verschil met geïndiceerde zorg
Geïndiceerde zorg	25,7	-	-
Werkelijk geleverde zorg	21,8	3,9	15,2%
Scenario leverbare zorg bij gemiddelde productiviteit en formatie	23,2	2,5	9,0%
Scenario best practice leverbare zorg	23,9	1,8	7,0%

Bron: CIZ 2005, CTG/ZAio, jaarenquête verpleeghuizen 2004 en benchmark Arcare 2004/2005

De tabel laat zien dat de geïndiceerde zorg gemiddeld 25,7 uur per cliënt per week bedraagt en de geleverde zorg gemiddeld 21,8 uur. Het verschil bedraagt 3,9 uur oftewel 15,2%. De leverbare zorg bij gemiddelde productiviteit en formatie is 23,2 uur. Als alle verpleeghuizen minimaal het huidige gemiddelde niveau van productiviteit en formatie realiseren, zou het verschil geen 3,9 maar 2,5 uur zijn.

In een aantal aanvullende scenario's is vervolgens berekend of het verschil volledig overbrugd kan worden door de verpleeghuizen zelf, door een verhoging van de productiviteit en/of de formatie. Het blijkt dat dit in theorie wellicht mogelijk is, maar niet reëel moet worden geacht. Als de productiviteit en formatie van de best practices uit de benchmark worden aangehouden, resteert nog altijd een verschil van 1,8 uur per cliënt per week.

Geen waardeoordeel over verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg

Het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg wordt in dit rapport nadrukkelijk niet benoemd als 'zorgkloof'. Deze laatste term suggereert een waardeoordeel, dat het begrip 'verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg' niet wil geven. In de eerste plaats kunnen de verpleeghuizen zelf ook een bijdrage leveren aan de oplossing van het verschil. In de tweede plaats is uitgegaan van de feitelijke indicatiegegevens, zonder in te gaan op de vraag of de hoeveelheid geïndiceerde zorg in een intramurale setting te krap of misschien wel te ruim is om aan de zorgvraag te voldoen.

Formatie en/of productiviteit hoger in verpleeghuizen met zware cliëntgroep

Het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg hangt samen met de zorgzwaarte van de cliënten, maar niet in die zin dat het verschil in verpleeghuizen met een zware cliëntgroep groter zou zijn. Verpleeghuizen met een zwaardere cliëntgroep blijken namelijk meer zorgtijd in te zetten dan verpleeghuizen met een lichtere cliëntgroep, omdat zij een iets hogere formatie cliëntgebonden personeel maar vooral een hogere productiviteit per medewerker realiseren. Opvallend is dat in de instellingen met de meeste uren zorg het percentage overheadpersoneel (percentage van de totale formatie) hoger is dan gemiddeld.

De financiële toeslagen die op grond van de beleidsregels van CTG/ZAio worden toegekend, komen bij de instellingen met een of meer bijzondere cliëntgroepen. Dit zijn echter niet altijd de verpleeghuizen waarvan de totale cliëntgroep een hoge zorgzwaarte heeft.

Uit het onderzoek blijkt dat er geen relatie is tussen de hoeveelheid geleverde zorg en de gemeten kwaliteitsprestaties. Verpleeghuizen met een zware cliëntgroep blijken niet beter of slechter in staat om tot goede kwaliteitsprestaties te komen dan verpleeghuizen met een minder zware cliëntgroep.

De zorgzwaarte van de cliënten in verpleeghuizen is na een lichte toename in de jaren 2001 tot en met 2004 in 2005 niet verder meer gegroeid. Ook de geïndiceerde zorgomvang per cliënt neemt in 2005 niet toe. De zorgzwaarte van de cliënten ligt in het gehele land op hetzelfde niveau; alleen in de grote steden is de zorgzwaarte iets hoger. Het aantal indicaties voor intramurale verpleeghuiszorg is in de loop van 2005 overigens wel gestegen, zij het licht (2%).

Omdat per saldo de zorgzwaarte in 2005 weinig afwijkt van die in 2001 en omdat in die periode het budget van de verpleeghuizen niet is aangepast voor zorgzwaarte (met uitzondering van de toeslagen voor specifieke cliëntgroepen), lopen de zorgzwaarte- en budgetontwikkeling niet ver uiteen.

Financiële prestaties: rendement, ratio eigen vermogen en personeelsformatie

Om te kunnen nagaan welke financiële prestaties de verpleeghuizen hebben geleverd, is onder meer het rendement, het eigen vermogen en de gerealiseerde personeelsformatie onderzocht.

Het rendement (netto resultaat als percentage van de aanvaardbare kosten) van de verpleeghuizen is gemiddeld 1,41%. Dat wil zeggen dat verpleeghuizen gemiddeld niet meer zorg leveren dan zij vanuit hun budget kunnen bekostigen. Echter: 30,3% van de verpleeghuizen behaalde in 2004 een negatief resultaat (zij het meestal licht negatief). Het eigen vermogen ten opzichte van de aanvaardbare kosten minus de kapitaallasten bedraagt gemiddeld 13,6%. Daarmee voldoen verpleeghuizen gemiddeld aan de normen van het Waarborgfonds. Van 10,5% van de verpleeghuizen is het eigen vermogen echter negatief.

Gemiddeld worden in verpleeghuizen 0,99 fte cliëntgebonden medewerkers per cliënt ingezet. Ook hier is een aanzienlijke spreiding over de verpleeghuizen te zien. Het percentage overhead is hoger naarmate per cliënt meer cliëntgebonden medewerkers worden ingezet. De nu volgende tabel toont dit verband, evenals de kosten per fte. De instellingen zijn voor dit doel in drie categorieën ingedeeld: de 25% verpleeghuizen met het meeste cliëntgebonden personeel per cliënt, de 50% middengroep en de 25% verpleeghuizen met het minste cliëntgebonden personeel per cliënt.

Tabel S-2: *Cliëntgebonden personeel, kosten per fte en overhead*

Categorie	Formatie cliëntgebonden fte per cliënt	Kosten per fte in euro's per jaar		Aandeel overhead-personeel in totale formatie
		Cliëntgebonden personeel	Overhead-personeel	
Instellingen met meeste cliëntgebonden personeel (25%)	1,20	32.846	36.780	8,9%
Instellingen in middengroep (50%)	0,96	32.812	39.803	7,5%
Instellingen met minste cliëntgebonden personeel (25%)	0,76	31.660	38.662	5,9%
Gemiddeld	0,99	32.440	38.415	7,9%

Bron: CTG/ZAio, jaarenquête verpleeghuizen 2004 en benchmark Arcares 2004/2005

Uit de tabel blijkt dat het inzetten van meer cliëntgebonden personeel gepaard gaat met lagere overheadkosten per fte overhead, maar met een hoger percentage overhead (aandeel overheadpersoneel in totale formatie).

Kwaliteitsprestaties: risicoscores IGZ, cliëntoordeel en medewerkeroordeel

De Tweede Kamer had in dit onderzoek graag de normen voor verantwoorde zorg als maat voor kwaliteit van zorg gezien. Op dit moment zijn de normen echter nog niet vastgesteld. Wel is de inhoud van de normen onlangs vastgelegd als het toetsingskader verantwoorde zorg. Aangezien de verpleeghuizen hun prestaties nog niet registreren volgens dit kader, is in dit onderzoek een zo goed mogelijke benadering gekozen door gebruik te maken van de risicoscores² van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en de scores van de cliëntenraadpleging van Cliënt & Kwaliteit. Van beide instrumenten komt een aanzienlijk aantal elementen terug in het toetsingskader verantwoorde zorg. In het onderzoek zijn verder de resultaten van de medewerkerraadpleging Werk in Beeld gebruikt.

De analyses tonen aan dat de risicoscores van de IGZ ver uiteenlopen: van 10 tot bijna 70 op een schaal van 0-70. Ook het oordeel van de cliënten over de kwaliteit van zorg loopt fors uiteen. Voor het medewerkeroordeel geldt dat in veel mindere mate.

De risicoscore blijkt niet samen te hangen met het cliëntoordeel over de betreffende instelling. Met andere woorden: als het verpleeghuis de zorg zo heeft geregeld dat de kans op tekortschietende kwaliteit klein is, wil dat nog niet zeggen dat de cliënten ook positief oordelen. Van de 175 verpleeghuizen waarvoor zowel een risicoscore als een cliëntoordeel beschikbaar was, bleken er elf te behoren tot de 25% beste verpleeghuizen op beide kwaliteitsonderdelen. Het cliëntoordeel en het medewerkeroordeel hangen wél met elkaar samen. De risicoscore en het cliëntoordeel hangen niet of nauwelijks samen met zorgzwaarte.

Good practices: de combinatie van goede financiële prestaties en goede kwaliteitsprestaties

Van de 96 verpleeghuizen voor wie alle relevante gegevens aanwezig waren, zijn er veertien geïdentificeerd als good practices. Dat zijn verpleeghuizen die goed presteren op de combinatie van risicoscore en cliëntoordeel én op minimaal één (in de praktijk meestal twee) van de financiële determinanten rendement, eigen vermogen en aantal fte cliëntgebonden personeel³. De good practices ontvangen gemiddeld evenveel financiële toeslagen als de groep verpleeghuizen die het minst goed presteren (de learning potentials, twintig in totaal). Good practices blijken een hoger percentage overheadpersoneel in dienst te hebben dan de minst goed presterende, en ook het kostenaandeel overhead is hoger.

- 2 De risicoscores duiden op de mate waarin het verpleeghuis voldoet aan de voorwaarden om goede kwaliteit te leveren. Voorbeelden zijn de beschikbaarheid van deskundig personeel, het registreren van kwaliteitsgegevens en het hanteren van een kwaliteitssysteem of protocollen.*
- 3 Er bleken geen verpleeghuizen te zijn die op alle onderdelen goed scoren, maar daar moet bij worden opgemerkt dat het aantal verpleeghuizen waarvoor alle daarvoor benodigde gegevens beschikbaar waren, gering was (50).*

Gemiddeld genomen hangen de risicoscore en het cliëntoordeel niet samen met het rendement dat een verpleeghuis behaalt. Er lijkt wel enige samenhang met het eigen vermogen: instellingen met een groter eigen vermogen (als percentage van de aanvaardbare kosten) scoren iets beter op de risicoscore en het cliëntoordeel. Er is ook een samenhang te constateren tussen het aantal cliëntgebonden medewerkers per cliënt en het cliëntoordeel: hoe ruimer de personeelsbezetting, hoe positiever de cliënten. Een relatie tussen het aantal medewerkers en de risicoscore is er niet. Zoals verwacht blijkt ten slotte een laag ziekteverzuim samen te gaan met een gunstiger risicoscore en cliëntoordeel.

Analyses: relatie tussen prestaties en mogelijk verklarende factoren

In het onderzoek is tot slot het verband tussen prestaties van verpleeghuizen en mogelijk verklarende factoren onderzocht. Tevens is nagegaan of de onderzochte factoren kunnen dienen als determinant voor prestaties en daarmee als mogelijke weefactor bij (onderdelen van) de bekostiging.

Regio

De regio van vestiging van het verpleeghuis blijkt samen te hangen met de prestaties. Zo zijn de risicoscore en het cliëntoordeel in het westen des lands het laagst en in het oosten het hoogst. Verder verschilt het aantal geleverde zorguren per cliënt fors per regio. Dat geldt ook voor de indicaties: de geïndiceerde zorgomvang per cliënt is in het westen hoger, vooral de functie verpleging. Het aantal indicaties per 1.000 75+'ers is in het noorden van het land duidelijk hoger dan gemiddeld (8% versus 6%). Onder de learning potentials zijn de verpleeghuizen in het westen van het land oververtegenwoordigd.

De regio van vestiging is desgewenst als determinant te gebruiken, zij het dat de verschillen nader moeten worden geanalyseerd om een goede toepassing mogelijk te kunnen maken.

Somatiek of psychogeriatric

Verpleeghuizen die overwegend psychogeriatric zorg leveren (in dit onderzoek gedefinieerd als meer dan 60% van de bedden) behoren vaker tot de good practices dan verpleeghuizen die overwegend somatische zorg leveren. Het cliëntoordeel en de risicoscore zijn ongeveer gelijk, maar overwegend psychogeriatric verpleeghuizen zetten duidelijk minder cliëntgebonden personeel per cliënt in (wel is het rendement iets hoger). Het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg loopt in de categorie overwegend psychogeriatric verpleeghuizen uiteen van zeer gering tot zeer groot, terwijl er in de overwegend somatische verpleeghuizen sprake is van een gemiddeld groot verschil.

Het onderscheid somatiek en psychogeriatric zou als determinant kunnen worden gebruikt. Omdat een verklaring van de verschillen op grond van de gegevens nog niet kan worden gegeven, is aanvullend onderzoek aan te bevelen.

Verblijfsduur

De verblijfsduur van cliënten (gemiddeld 14,1 maand) lijkt geen rol te spelen.

Omvang van de instelling

De grootte van instellingen blijkt niet van invloed op de prestaties. Dat geldt ook voor het organisatorisch verband waarin de instelling functioneert: stand alone of onderdeel van een groter concern.

Overige determinanten

Van determinanten als organisatiekenmerken, verdeling van de medewerkers over de afdelingen, cultuurkenmerken en managementstijl is uit onderzoek bekend dat ze van invloed zijn op financiële prestaties of kwaliteit, maar het zijn kenmerken die moeilijk objectief, eenduidig en repeterend te meten zijn. Van determinanten als signatuur is eveneens de invloed bekend, maar signatuur is moeilijk als stuurinstrument op landelijk niveau te gebruiken.

Gebruik van determinanten als basis voor prikkel in het bekostigingssysteem?

Het huidige bekostigingssysteem bevat geen prikkels tot efficiënt functioneren. Uit het onderzoek blijkt dat als basis voor een eventuele prikkel het beste kan worden aangesloten bij de zorgzwaarte van de cliënten. Verder kunnen de regio en/of de doelgroep (somatische of psychogeriatrische cliënten) onder voorwaarden als basis worden gebruikt.

De financiële prestaties en de personeelsformatie zijn niet optimaal te gebruiken als determinant op het niveau van individuele verpleeghuizen, omdat van niet alle verpleeghuizen voldoende gegevens beschikbaar zijn. In de toekomst zal dat nog sterker het geval zijn, omdat door de stichtingsbudgettering en concernfinanciering steeds minder gegevens over individuele verpleeghuizen beschikbaar zijn.

Ook de risicoscore en het cliëntoordeel zijn op dit moment onvoldoende te gebruiken als determinanten. Niet alle verpleeghuizen hebben in het recente verleden een cliëntenraadpleging uitgevoerd en de risicoscore zijn nog te completeren met inhoudelijke gegevens die nog niet door alle verpleeghuizen worden geregistreerd. Echter, het is ook niet de bedoeling om de risicoscore en het cliëntoordeel als determinant te gebruiken, omdat immers in de nabije toekomst het toetsingskader voor kwaliteit in verpleeghuizen gevormd zal worden door de normen voor verantwoorde zorg.

Het behoorde niet tot de opdracht voor dit onderzoek om een concreet voorstel te doen voor eventuele financiële prikkels: dit is een taak voor CTG/ZAio. Gedacht kan worden aan een combinatie van een bonus voor goed presterende verpleeghuizen ter consolidatie van hun positie en een stimulans gekoppeld aan verbeterafspraken voor de learning potentials.

Conclusie

Uit het onderzoek blijkt allereerst dat er een verschil is tussen geïndiceerde en geleverde zorg van gemiddeld 3,9 uur per cliënt per week. Als het uitgangspunt zou zijn om dit verschil geheel te overbruggen (het onderzoek heeft zich niet gericht op de vraag of de geïndiceerde zorg wel of niet voldoende is om aan de zorgvraag te voldoen), zou een deel kunnen worden opgelost door de verpleeghuizen zelf, namelijk via productiviteitsverhoging en/of de inzet van meer handen aan het bed. Het lijkt niet realistisch om aan te nemen dat het gehele verschil door verpleeghuizen binnen hun budget kan worden overbrugd.

Er is geen relatie tussen het aantal uren geleverde zorg en de gemeten kwaliteitsprestaties: het leveren van minder uren zorg betekent niet dat geen verantwoorde zorg wordt geboden: het gaat immers ook om de zorg die de cliënt nodig heeft mede gelet op zijn zorgzwaarte.

De tweede conclusie die uit het onderzoek kan worden getrokken, is dat het voor verpleeghuizen mogelijk is om goede kwaliteitsprestaties te combineren met goede financiële prestaties. Met andere woorden: het is mogelijk om good practices te benoemen.

Als determinant voor prestaties van verpleeghuizen en daarmee voor een mogelijke prikkel in het bekostigingssysteem blijkt de zorgzwaarte een belangrijke rol te spelen. Bij een zware cliëntgroep worden binnen het budget meer uren zorg gerealiseerd. Andere mogelijk bruikbare determinanten zijn de regio van vestiging en het feit of het om een overwegend somatisch of overwegend psychogeriatrisch verpleeghuis gaat. Om deze laatste twee determinanten correct te kunnen toepassen, zijn aanvullende analyses nodig.

Tot slot wordt in onderstaand schema de beantwoording van onderzoeksvragen samengevat.

Onderzoeksvraag	Beantwoording
Waarom kan het ene verpleeghuis met het beschikbare budget wél voldoende en verantwoorde zorg leveren en het andere niet?	<ol style="list-style-type: none">1. Of voldoende zorg kan worden geleverd, is een kwalitatief oordeel. Wel is geconstateerd dat er verschil is tussen geïndiceerde en geleverde zorg, en dat verpleeghuizen dit verschil alleen gedeeltelijk kunnen oplossen.2. Er zijn good practices te identificeren die goede financiële prestaties combineren met goede kwaliteitsprestaties. Daarbij blijkt de zorgzwaarte een belangrijke rol te spelen: verpleeghuizen met een zwaardere cliëntgroep scoren beter.3. Andere bruikbare determinanten zijn de regio (verpleeghuizen in het westen van het land behoren minder vaak tot de good practices) en het onderscheid somatiek en psychogeriatric (de laatste categorie zet minder personeel per cliënt in).4. Determinanten als omvang van de instelling en verblijfsduur blijken geen rol te spelen.5. Determinanten op het terrein van cultuurkenmerken en organisatie zijn te moeilijk meetbaar om als sturingsinstrument voor CTG/ZAio te kunnen dienen.
Hoe heeft de zorgzwaarte in verpleeghuizen zich ontwikkeld in relatie tot de budgetontwikkeling?	De zorgzwaarte- en budgetontwikkeling lopen weinig uiteen: in de periode 2001 – 2005 hebben zich per saldo slechts geringe wijzigingen voorgedaan.

Inleiding

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van het onderzoek naar de prestaties van verpleeghuizen. In het onderzoek is tevens de relatie gelegd naar de zorgzwaarte van de cliënten en de kwaliteit van de zorg. Het onderzoek is uitgevoerd door het College Tarieven Gezondheidszorg /de ZorgAutoriteit in oprichting (CTG/ZAio), op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De Tweede Kamer had gevraagd om een AWBZ-breed onderzoek naar de relatie tussen bekostiging en kwaliteit in verband met signalen over kwaliteitstekorten. Afsproken is dat een onderzoek in de verpleeghuissector daarvan de eerste fase zal vormen. PricewaterhouseCoopers heeft CTG/ZAio bij dit onderzoek ondersteund.

Gelet op de doorlooptijd van drie maanden en de wenselijkheid om doublures te voorkomen, is gekozen voor een opzet waarin gebruik wordt gemaakt van bestaande gegevensbestanden. Het is de combinatie van gegevens die nieuwe inzichten biedt. Het onderzoek heeft betrekking op de instellingen die de AWBZ-functies intramuraal verblijf met behandeling voor somatische en/of psychogeriatrische patiënten als kerncompetentie hebben.

Ten behoeve van het onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld, die de onderzoeksopzet, de eerste analyseresultaten en het conceptrapport heeft besproken. Deze commissie was als volgt samengesteld:

- de heer G.J.J. Holst, CTG/ZAio, voorzitter;
- mevrouw dr. D. Burck, Cliënt & Kwaliteit
- mevrouw drs. A.M.M. Jonkers, ministerie van VWS;
- mevrouw drs. I.G Schoenmakers, CTG/ZAio.
- mevrouw drs. R.E Sonnemans, CTG/ZAio;
- mevrouw drs. J. Speksnijder, Inspectie Gezondheidszorg (IGZ);
- de heer ir.T.A. van Dijk, Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ);

Een verdere toelichting op de doelstelling van het onderzoek is opgenomen in het zogenoemde projectinitiatiedocument van CTG/ZAio, dat als bijlage A bij dit rapport is gevoegd.

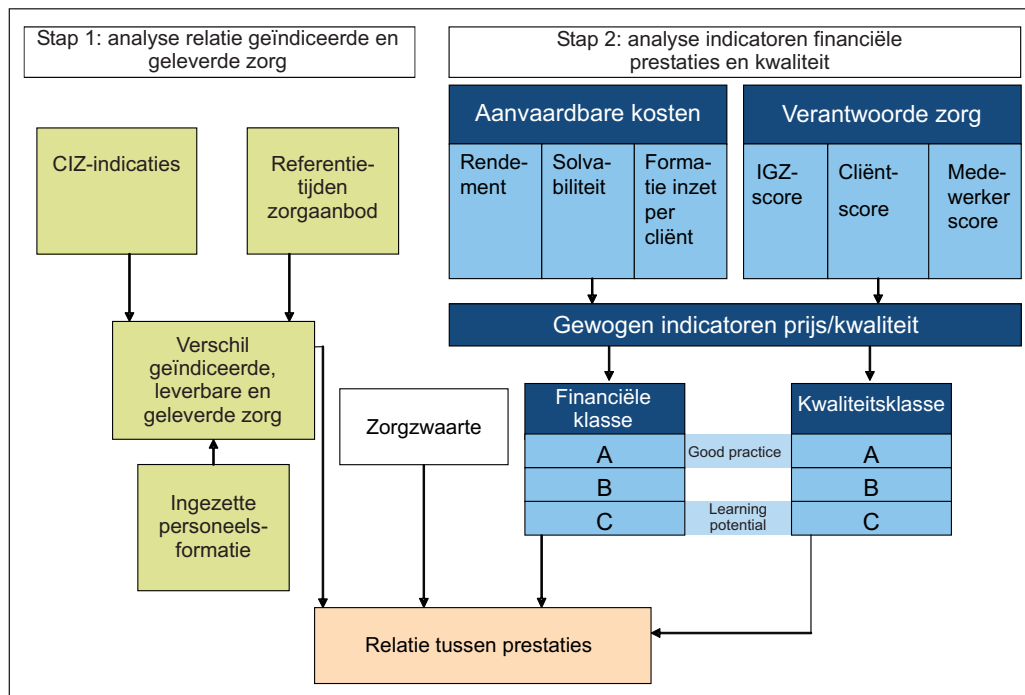
Onderzoeksvragen en analysemodel

De onderzoeksvragen luiden:

- a Waarom kan het ene verpleeghuis met het beschikbare budget voldoende en kwalitatief goede zorg leveren en het andere niet? Benoem determinanten waaraan goed presterende verpleeghuizen zijn te herkennen;
- b Hoe heeft de zorgzwaarte van de verpleeghuiscliënten zich in de afgelopen jaren ontwikkeld in relatie tot de ontwikkeling van het budget in diezelfde periode?

Het onderzoek is gebaseerd op het analysemodel dat hierna is weergegeven.

Figuur I-1: Analysemodel kwaliteit, efficiency en zorgwaarte verpleeghuizen



Bron: CTG/ZAio en PricewaterhouseCoopers

Om te kunnen nagaan of verpleeghuizen in staat moeten worden geacht de geïndiceerde zorg te leveren, zijn drie gegevenssets met elkaar vergeleken:

- de geïndiceerde zorg (CIZ-gegevens);
- het leverbare zorgaanbod, dat is het zorgaanbod dat verpleeghuizen zouden kunnen leveren bij een bepaalde productiviteit⁴ en personeelsinzet (bijvoorbeeld de gemiddelde of de best practice, berekend met behulp van benchmarkcijfers);
- de werkelijk geleverde zorg (berekend vanuit de tijdmeting in de benchmark van Arcares).

Onderdeel van deze vergelijking is het relateren van de verschillen tussen geïndiceerde en geleverde zorg aan de zorgwaarte en aan enkele andere kengetallen. Hoewel de zorgwaarte deel uitmaakt van dit onderzoek, staat dit onderzoek los van het lopende traject van zorgwaartebekostiging. Vanuit de zorgwaarte zijn daarom (hoewel op basis van de gegevens goed mogelijk) geen ZZP's berekend.

⁴ Productiviteit wordt gedefinieerd als het aandeel direct cliëntgebonden tijd in de totale tijdsbesteding van cliëntgebonden medewerkers.

Het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg wordt in dit rapport uitdrukkelijk niet benoemd als 'zorgkloof'. Deze laatste term suggereert een waardeoordeel, dat het begrip 'verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg' niet wil suggereren. In de eerste plaats kunnen de verpleeghuizen zelf ook een bijdrage leveren aan de oplossing van het verschil (de leverbare zorg). In de tweede plaats is uitgegaan van de feitelijke indicatiegegevens, zonder in te gaan op de vraag of de hoeveelheid geïndiceerde zorg in een intramurale setting wel of niet voldoende is om aan de zorgvraag te voldoen. Daarnaast zou voor een volledig beeld ook de zorg aan verpleeghuiscliënten in de verzorgingshuizen of de thuissituatie moeten worden onderzocht.

Het tweede deel van het onderzoek omvat de analyse van determinanten voor kwaliteitsprestaties en financiële prestaties. Deze analyse is bedoeld om bouwstenen te leveren voor een zodanige inzet van middelen dat verpleeghuizen maximaal worden gestimuleerd om goed te presteren.

De aanvaardbare kwaliteitsprestaties worden onderzocht aan de hand van de risicoscores⁵ van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), het oordeel van cliënten over de kwaliteit van zorg zoals gemeten door de Stichting Cliënt & Kwaliteit en het oordeel van medewerkers over de kwaliteit zoals gemeten in het onderzoek Werk in Beeld van Prismant. De Tweede Kamer heeft gevraagd een relatie te leggen met de normen voor verantwoorde zorg, maar gegevens over prestaties op dit punt zijn nog niet beschikbaar. De eerste pilot zal in de loop van 2006 worden gehouden. Om die reden hebben de onderzoekers ervoor gekozen de normen voor verantwoorde zorg in dit onderzoek te benaderen door gebruik te maken van de genoemde scores van IGZ, Cliënt & Kwaliteit en Werk in Beeld. Een vergelijking geeft aan dat de combinatie van met name IGZ-scores en scores van Cliënt & Kwaliteit nagenoeg dezelfde onderwerpen bestrijkt als de normen verantwoorde zorg. Weliswaar verschillen soms de afzonderlijke vragen, maar de conclusie kan toch zijn dat er sprake is van een voor dit onderzoek toereikende operationalisatie van de normen voor verantwoorde zorg.

De financiële prestaties worden onderzocht aan de hand van het rendement, het eigen vermogen als percentage van de aanvaardbare kosten en een aantal financiële kengetallen, waaronder het aantal fte cliëntgebonden medewerkers per cliënt. In dit rapport wordt ook dit laatste als financiële prestatie beschouwd; daarbij is aangenomen dat de arbeidsmarkt in 2004 voldoende ruimte bood om medewerkers aan te trekken. De oorspronkelijke vraagstelling om de financiële prestaties te onderzoeken aan de hand van gemeten doelmatigheid is geoperationaliseerd in de kengetallen rendement, eigen vermogen en cliëntgebonden personeel. Een definitie van doelmatigheid die kosten relateert aan productie kan niet worden gehanteerd omdat daarvoor inzicht nodig is in productieparameters die op dit moment alleen beschikbaar zijn voor de benchmarkinstellingen.

Om de relaties tussen kwaliteitsprestaties en financiële prestaties te kunnen analyseren, zijn de verpleeghuizen per onderwerp ingedeeld in drie klassen. Verpleeghuizen met de 25% hoogste scores binnen de onderzoeksgroep behoren tot de good practices, verpleeghuizen met de 50% middenscores tot de middengroep en verpleeghuizen met de 25% laagste scores tot de learning potentials.

5 *De risicoscores duiden op de mate waarin het verpleeghuis voldoet aan de voorwaarden om goede kwaliteit te leveren. Voorbeelden zijn de beschikbaarheid van deskundig personeel, het registreren van kwaliteitsgegevens en het hanteren van een kwaliteitssysteem of protocollen.*

Uitvoering onderzoek

In tabel I-1 is weergegeven welke gegevens aan het onderzoek ten grondslag liggen.

Tabel I-1: Onderzoeksgegevens

Bron	Gegevens	Door wie aangeleverd	Basisjaar	Aantal verpleeghuizen
Zorgbehoeftemeting Ouderenzorg (ZOZ)	Zorgzwaarte en verblijfsduur cliënten	Arcares	2001 - 2005	174 met 23.904 cliënten
Indicaties	Aantallen en omvang zorg	CIZ	2005	65.536 cliënten
Nacalculatie	Budget, eigen vermogen, resultaat, productie	CTG/ZAio	2004	195
Jaarrekening	Kostengegevens	Website Prismant	2004	187
Jaarenquête art. 22	Kostengegevens, personeelsformatie	Prismant via Arcares ⁶	2004	109
Gefaseerd en gelaagd toezicht	Risicoscores, zorginhoudelijke scores	IGZ	2004	382
Cliëntenraadpleging	Cliëntoordeel kwaliteit van zorg	Cliënt & Kwaliteit	2004	176
Medewerkerraadpleging Werk in Beeld	Medewerkeroordeel kwaliteit van arbeid	Prismant via Arcares	2004	164
Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen	Zorgzwaarte, omvang geleverde zorg ⁷ , productiviteit en additionele verklarende determinanten	Arcares	2003 - 2005	39, gespiegeld aan testgegevens van 55 verpleeghuizen
Diverse onderzoeksrapporten	Additionele verklarende determinanten	Zie bijlage B		N.v.t.

Bron: *Onderzoek prestaties verpleeghuizen 2006*

Een nadere verantwoording van de gegevens is opgenomen in bijlage C.

Om de kwaliteitsscores te kunnen relateren aan de financiële prestaties en de zorgzwaarte, zijn alle gegevens op het niveau van individuele verpleeghuizen verzameld. Een uitzondering wordt gevormd door de CIZ-gegevens, die niet aan instellingen kunnen worden gekoppeld omdat ze zijn gebaseerd op geïndiceerde cliënten. De gegevens in dit rapport zijn echter niet herleidbaar tot individuele instellingen. Voor het gebruik van de gegevens is daar waar relevant toestemming gevraagd aan de gegevenseigenaar.

6 Daarnaast is een e-mailenquête gehouden onder verpleeghuizen, waaruit aanvullende cijfers zijn geput.

7 Vanuit dit bestand zijn referentietijden berekend voor alle verpleeghuizen

Ten aanzien van de analyses per zorgkantorregio past een waarschuwing: bij een uitsplitsing naar de (32) regio's waren op regioniveau niet altijd voldoende gegevens beschikbaar om verantwoorde uitspraken te doen. In een aantal figuren met regioresultaten ontbreken enkele regio's, omdat het aantal waarnemingen te beperkt was.

Arcares, het CIZ, de IGZ, Prismant en Cliënt & Kwaliteit hebben aan het onderzoek hun medewerking verleend door in korte tijd de gevraagde gegevens te leveren. De onderzoekers zijn hen hiervoor zeer erkentelijk. Bureau Van Loveren & Partners B.V. heeft ten behoeve van dit onderzoek de zorgzwaartegegevens geaggregeerd (tot één score per verpleeghuis).

Alle gegevens zijn door PricewaterhouseCoopers (zo nodig na validatie) in een database ingelezen en vervolgens geanalyseerd. De IGZ-gegevens dienen met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd, omdat het project gefaseerd en gelaagd toezicht ten tijde van het verzamelen ervan door de IGZ nog in ontwikkeling was. Wel is inmiddels bekend dat de gegevens over 2005 een beeld laten zien dat vergelijkbaar is met dat van 2004.

Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 1 staat de vraag centraal of verpleeghuizen de geïndiceerde zorg kunnen leveren. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de zorgzwaarte van de cliënten. In hoofdstuk 3 komen kwaliteitsprestaties en financiële prestaties aan de orde, in hoofdstuk 3 enkele andere determinanten voor goed presteren. In het afsluitende hoofdstuk 5 wordt besproken welke determinanten bruikbaar zijn als sturingsinstrument voor bekostiging.

1 Verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg deels door verpleeghuizen te overbruggen

1.01 In dit hoofdstuk wordt allereerst de relatie tussen vraag en aanbod, oftewel tussen geïndiceerde en geleverde zorg, nader in beeld gebracht. Dit is gedaan om als eerste stap in het onderzoek te kunnen nagaan of verpleeghuizen in staat zijn om te voldoen aan de taakstelling die zij via de indicatiestelling opgelegd krijgen.

1.02 Voor de volledigheid zij nogmaals vermeld dat het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg uitdrukkelijk niet is benoemd als ‘zorgkloof’. Deze laatste term suggereert een waardeoordeel, dat het begrip ‘verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg’ niet wil geven. In de eerste plaats omdat de verpleeghuizen zelf ook een bijdrage kunnen leveren aan de oplossing van het verschil en in de tweede plaats omdat is uitgegaan van de feitelijke indicatiegegevens, zonder in te gaan op de vraag of de hoeveelheid geïndiceerde zorg in een intramurale setting te krap of misschien juist te ruim is om aan de zorgvraag te voldoen. In de derde plaats zou voor een volledig beeld ook de zorg aan verpleeghuiscliënten in het verzorgingshuis of in de thuissituatie moeten worden onderzocht.

1.03 Overall waar in dit hoofdstuk en in de rest van het rapport wordt gesproken van zorgtijden, wordt bedoeld: cliëntgebonden tijd, en wel directe plus indirecte tijd (zie bijlage C voor een nadere toelichting).

Verpleeghuiscliënten geïndiceerd voor gemiddeld 25,7 uur zorg per week

1.04 Het CIZ heeft voor het onderzoek een analyse gemaakt van de in 2005 afgegeven verpleeghuisindicaties. Omdat de indicatieorganen indiceren in termen van functies en klassen en het begrip verpleeghuisindicaties niet wordt gebruikt, is in plaats daarvan uitgegaan van de indicaties voor ten minste de functies behandeling in combinatie met verblijf. Daarvan heeft in elk geval 92,7% als grondslag somatiek en/of psychogeriatric. Ook binnen de categorie overig kunnen somatiek en psychogeriatric deel uitmaken van de grondslagcombinaties. In het vervolg van het rapport worden de indicaties voor behandeling en verblijf daarom kortweg aangeduid als verpleeghuisindicaties. De analyses zijn gebaseerd op 65.536 indicaties. Een nadere toelichting op het gegevensbestand is opgenomen in bijlage C.

1.05 Van de 65.536 indicaties heeft het grootste gedeelte, 64,1%, als grondslag uitsluitend somatiek.

Tabel 1-1: Grondslagen indicatiebestand 2005

Grondslag	Aantal indicaties	Percentage
Somatiek	42.012	64,1%
Psychogeriatric	8.837	13,5%
Somatiek en psychogeriatric	9.871	15,1%
Overig	4.816	7,3%
Totaal	65.536	100%

Bron: CIZ 2005

1.06 Het percentage somatische indicaties lijkt opvallend hoog, omdat immers de somatische en psychogeriatric verpleeghuiscapaciteit elk ongeveer de helft van de totale verpleeghuiscapaciteit omvatten. Het hoge percentage somatische indicaties wordt verklaard door het feit dat bijna de helft (48,3%) van de indicaties kortdurend verblijf⁸ omvat. Kortdurend verblijf komt in grote meerderheid voor bij de grondslag somatiek.

1.07 Het aantal indicaties ten opzichte van het aantal 75+'ers verschilt per regio, zoals tabel 1-2 laat zien. In het noorden van het land is het percentage aanzienlijk hoger dan in de andere regio's. Het gemiddelde is 6,3%. Nadere analyse leert dat in de grote steden Amsterdam en Rotterdam het percentage indicaties 13,3% bedraagt. Dat is een hoog percentage, zelfs als er rekening mee wordt gehouden dat van oudsher in deze steden ook het aantal bedden relatief hoog is omdat onder het regime van de Wet ziekenhuisvoorzieningen een hoger aantal was toegestaan.

Tabel 1-2: Verpleeghuisindicaties per landsdeel⁹ 2005

Landsdeel	Aantal indicaties als percentage van de 75+'ers	Aantal geïndiceerde uren per cliënt per week
Noord	8,5%	24,6
Oost	5,0%	25,7
West	5,8%	26,7
Zuid	6,9%	25,1
Gemiddeld in Nederland	6,3%	25,7

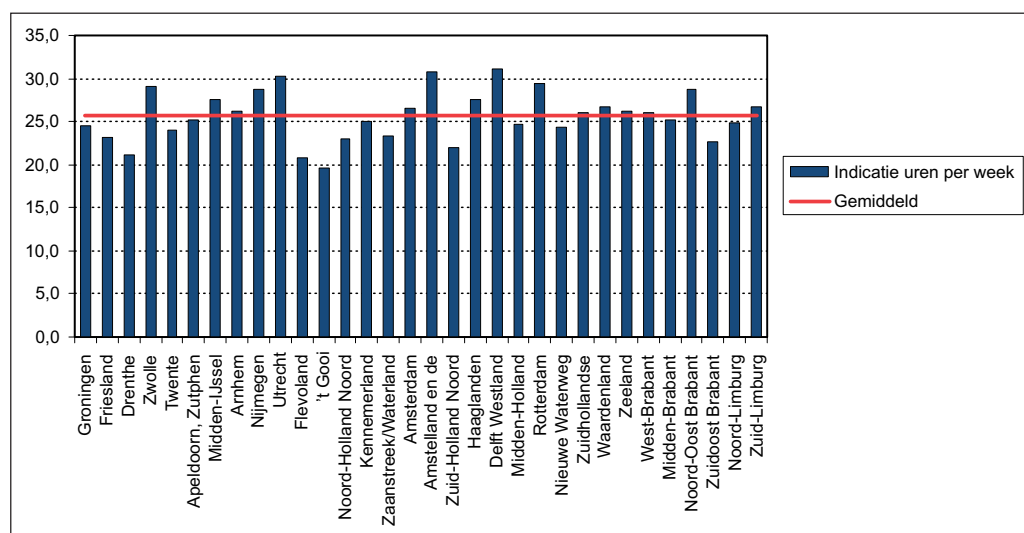
Bron: CIZ 2005

1.08 De gemiddelde omvang van de geïndiceerde zorg is 25,7 uur per cliënt per week. Het gaat om direct en indirect cliëntgebonden tijd. De regionale verschillen in geïndiceerde zorgomvang zijn aanzienlijk, zoals figuur 1-1 aantoont.

8 Maximaal drie maanden met éénmaal verlengingsmogelijkheid met nog eens drie maanden.

9 Vanwege de overzichtelijkheid zijn in dit rapport voor een aantal analyses zorgkantorregio's samengevoegd tot landsdelen. Zie voor de indeling bijlage D.

Figuur 1-1: Gemiddeld aantal geïndiceerde uren zorg per cliënt per week, verpleeghuisindicaties 2005



Bron: CIZ 2005

1.09 De oorzaak van de indicatieverschillen is uit de beschikbare gegevens niet af te leiden.

1.10 Wel is duidelijk dat in de regio's waarin de vier grote steden liggen, het aantal geïndiceerde uren boven het gemiddelde ligt: in Amsterdam 26,6 uur, in Rotterdam 29,5, Den Haag 27,5 en in Utrecht 30,3. Echter, ook in een aantal andere regio's is het aantal uren fors bovengemiddeld.

Leverbaar zorgaanbod gemiddeld 23,2 uur per week

1.11 De gemiddeld geïndiceerde zorgomvang van 25,7 uur kan worden vergeleken met de zorgomvang die verpleeghuizen theoretisch zouden kunnen leveren. Om dit zorgaanbod te berekenen, is onderzocht hoeveel fte cliëntgebonden personeel de verpleeghuizen inzetten. Vervolgens is berekend hoeveel uren zij per cliënt (per bed) zouden kunnen leveren als alle verpleeghuizen die nu nog een benedengemiddelde productiviteit realiseren, deze verhogen tot het gemiddelde van 55,3% (het benchmarkgemiddelde).

1.12 Het blijkt dat gemiddeld 23,2 uur zorg per cliënt kan worden geleverd. Dat is 2,5 uur minder dan de geïndiceerde zorg.

1.13 Voor een nadere analyse zijn de verpleeghuizen ingedeeld in drie categorieën: de 25% met het meeste cliëntgebonden personeel, de 50% middengroep en de 25% met het minste cliëntgebonden personeel. In tabel 1-3 zijn voor elke categorie de personeelskosten en het percentage overheadpersoneel weergegeven.

Tabel 1-3: Kengetallen gerelateerd aan formatie

Categorie	Formatie cliëntgebonden fte per cliënt	Kosten per fte in euro's per jaar		Aandeel overhead-personeel in totale formatie
		Cliëntgebonden personeel	Overhead-personeel	
Instellingen met meeste cliënt-gebonden personeel (25%)	1,20	32.846	36.780	8,9%
Instellingen in middengroep (50%)	0,96	32.812	39.803	7,5%
Instellingen met minste cliënt-gebonden personeel (25%)	0,76	31.660	38.662	5,9%
Gemiddeld	0,99	32.440	38.415	7,9%

Bron: CTG/ZAio, jaarrekeningen, jaarenquête verpleeghuizen 2004 en benchmark Arcares 2004/2005

1.14 De verpleeghuizen met het meeste cliëntgebonden personeel per cliënt zetten gemiddeld iets duurder cliëntgebonden personeel in dan de andere groepen, maar de verschillen zijn niet groot. Uit de gegevens valt niet op te maken of de hogere kosten per fte worden veroorzaakt door een andere mix van deskundigheidsniveaus of door personeel met een hoger aantal dienstjaren of een hogere gemiddelde leeftijd.

1.15 Opvallend is dat de kosten per fte overheadpersoneel¹⁰ in de verpleeghuizen met het meeste cliëntgebonden personeel duidelijk lager zijn dan in de andere verpleeghuizen. Even opvallend is het dat het percentage overheadpersoneel (percentage van de totale personeelsformatie) in deze verpleeghuizen het hoogst is. Het is niet zo dat een lager percentage overheadpersoneel per definitie meer handen aan het bed betekent. Het beeld is duidelijk complexer. Mogelijk speelt een rol dat verpleeghuizen met een laag overheadpercentage maar hoge kosten per fte overhead (administratieve) diensten uitbesteden zodat alleen relatief hoogbetaalde professionals overblijven. Ook uit het benchmarkonderzoek bleek al dat een hoge mate van uitbesteding vaker voorkomt bij minder efficiënte verpleeghuizen dan bij efficiënte.

Werkelijk geleverde zorg gemiddeld 21,8 uur per week

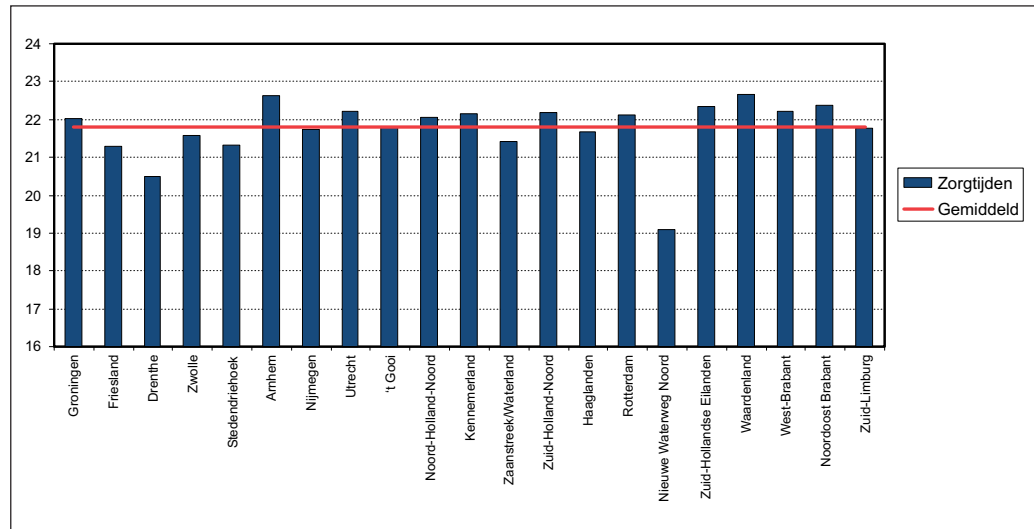
1.16 De werkelijk geleverde zorg (direct en indirect cliëntgebonden tijd) bedraagt gemiddeld 21,8 uur per week per cliënt. Dit gegeven is bekend uit de benchmark. Deze 21,8 uur is 3,9 uur per week lager dan de geïndiceerde zorg en 1,5 uur lager dan de leverbare zorg.

1.17 De werkelijk geleverde zorg per cliënt verschilt per regio, zoals figuur 1-2 laat zien. In een aantal regio's, waaronder Nieuwe Waterweg Noord, is het aantal waarnemingen gering. De verschillen behoeven niet te duiden op verschillen in productiviteit, maar kunnen ook te maken hebben met verschillen in zorgbehoefte van de cliënten. De werkelijk geleverde zorg is berekend door de zorgzwaarte per verpleeghuis (zie hoofdstuk 2) te koppelen aan de referentietijden per mix van zorgbehoeftegroepen. De referentietijden zijn afkomstig uit de benchmark en geven de gemiddelde zorgtijden per zorgbehoeftegroep weer, rekening

¹⁰ Overheadpersoneel is algemeen en administratief personeel, zoals directie, P&O, administratie.

houdend met de samenstelling van de totale cliëntgroep¹¹. Het is uiteraard mogelijk dat individuele verpleeghuizen meer of minder zorg leveren dan verpleeghuizen met een vergelijkbare cliëntgroep.

Figuur 1-2: Werkelijk geleverde zorg in uren per cliënt per week per regio¹², verpleeghuiscliënten 2005



Bron: Benchmark Arcares 2004/2005, Zorg- en BehandelRegistratie¹³

Verskil tussen geïndiceerde en geleverde zorg gedeeltelijk door verpleeghuizen te beïnvloeden

1.18 Om na te gaan of het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg kan worden overbrugd door efficiënter werken van de verpleeghuizen, zijn hieronder vijf scenario's weergegeven. Efficiënter werken wordt in de scenario's geoperationaliseerd als ofwel een hogere productiviteit van de cliëntgebonden medewerkers (meer cliëntgebonden tijd per medewerker), ofwel de inzet van meer cliëntgebonden medewerkers (grotere formatie) ofwel een combinatie daarvan. In dit rapport wordt daarvoor de term 'leverbare zorg' gebruikt: de zorg die geleverd zou kunnen worden als aan de voorwaarden uit de scenario's wordt voldaan.

1.19 In alle scenario's is uitgegaan van de gemiddeld geïndiceerde zorg van 25,7 uur per cliënt per week.

1.20 Het eerste scenario is dat waarin van de verpleeghuizen geen extra inspanning wordt gevraagd. De geleverde zorg bedraagt 21,8 uur per cliënt per week en de formatie cliëntgebonden personeel per cliënt bedraagt (zo blijkt uit het onderzoek) gemiddeld 0,99. Het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg is 3,9 uur. De daarbij behorende gemiddelde (berekende) productiviteit bedraagt voor de onderzoeksgroep 52,1%.

11 Een voorbeeld: cliënten met een lichte zorgbehoefte ontvangen in een verpleeghuis waar de totale cliëntgroep licht is, meer zorg dan in een verpleeghuis waar een groot percentage cliënten met zware zorgbehoefte verblijft. Zie voor een nadere toelichting bijlage C.

12 In de figuur ontbreken enkele regio's, omdat in deze regio's te weinig instellingen aan de Zorg- en BehandelRegistratie (ZBR) hebben deelgenomen om er conclusies aan te kunnen verbinden.

13 Zie voor een toelichting op de ZBR bijlage C.

1.21 Het tweede scenario gaat uit van de gemiddelde productiviteit (uit de benchmark, daadwerkelijk gemeten) van 55,3%. De formatie blijft 0,99 per cliënt. Als alle verpleeghuizen die op dit moment een benedengemiddelde productiviteit hebben, op het gemiddelde niveau zouden weten te komen, zou er 23,2 uur zorg geleverd kunnen worden. Het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg zou dan niet 3,9 maar 2,5 uur bedragen. Met andere woorden: 36% van het verschil kan worden overbrugd als alle verpleeghuizen met hun productiviteit minimaal op het huidige gemiddelde benchmarkniveau zouden uitkomen.

1.22 Het derde scenario is dat van de productiviteit van de best-practice-instellingen uit de benchmark: 57,0%. Let wel: het gaat in dit scenario niet om de hoogst gemeten productiviteit, maar om die van de best practices. Best practices zijn instellingen die hoog scoren op financiële prestaties én kwaliteit. Het is gebleken dat best practices op individuele onderdelen altijd wel hoog, maar lang niet altijd in de top scoren: teveel nadruk op één onderdeel gaat blijkbaar ten koste van andere onderdelen. Als alle verpleeghuizen de productiviteit van de best practices zouden behalen, zou er geen 21,8 maar 23,9 uur zorg leverbaar zijn. Het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg zou dan geen 3,9 uur maar 1,8 uur per cliënt per week bedragen. De verpleeghuizen zouden zelf 54% van het verschil overbruggen.

1.23 Het vierde scenario gaat ervan uit dat verpleeghuizen een gemiddelde productiviteit realiseren en een formatie die gelijk is aan de het gemiddelde van de 25% verpleeghuizen met de meeste formatie: het gaat om 1,2 fte cliëntgebonden personeel per cliënt, dat is 20% meer dan gemiddeld. Het blijkt dat in dit geval 27,8 uur zorg leverbaar is, waarmee het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg zou zijn opgelost.

1.24 Het vijfde scenario gaat uit van een gemiddelde formatie, maar een productiviteit die zo hoog is als de hoogste waarneming in de benchmark (60%). In dat geval bedraagt het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg nog 0,5 uur. Van het oorspronkelijke verschil zou 87% worden overbrugd.

1.25 In de nu volgende tabel 1-4 worden de scenario's samengevat. De vetgedrukte cijfers geven de wijzigingen ten opzichte van scenario 1 aan. Daarnaast wordt een indicatieve financiële vertaling gegeven door het verschil tussen de geïndiceerde zorg en de leverbare zorg te vermenigvuldigen met het gemiddeld uurtarief, en dat vervolgens om te rekenen naar kosten per jaar.

Tabel 1-4: Verschil tussen geïndiceerde, geleverde en leverbare zorg in uren per week per cliënt, verpleeghuiscliënten 2005

Scenario	1	2	3	4	5
	Geen extra inspanning	Gemiddelde productiviteit benchmark	Productiviteit best practice	Formatie hoogste 25%	Hoogste productiviteit
Uren indicatie	25,7	25,7	25,7	25,7	25,7
Uren geleverd	21,8	21,8	21,8	21,8	21,8
Leverbaar	21,8	23,2	23,9	27,8	25,2
Productiviteit	52,1%	55,3%	57,0%	55,3%	60,0%
Formatie	0,99	0,99	0,99	1,2	0,99
Verschil indicatie en geleverd (uren)	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9
Verschil leverbaar en geleverd (uren)	3,9	2,5	1,8	-2,1	0,5
Indicatieve financiële vertaling, in mln €	527	338	243	-284	68

Bron: CTG/ZAio, ClZ, jaarrekeningen, jaarenquête verpleeghuizen 2004, benchmark Arcares

1.26 De indicatieve financiële vertaling in tabel 1-4 (een vertaling dus van het verschil tussen de geïndiceerde zorg en de zorg die de verpleeghuizen in het betreffende scenario zouden kunnen leveren) laat een maximum van € 527 miljoen en een minimum van € -284 miljoen zien. De berekening van deze indicatieve bedragen heeft plaatsgevonden tegen de gemiddelde funktiekostprijs van € 40 per uur, prijspeil 2004. De funktiekostprijs is gebaseerd op de gewogen gemiddelde kostprijs per functie, zoals onderzocht in het kostprijsonderzoek van KPMG (2004). De in de benchmark berekende kostprijzen komen daarmee overeen.

1.27 Het is de vraag in hoeverre alle geschetste scenario's daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden. Aan de ene kant lijkt het niet onrealistisch om van de verpleeghuizen die op dit moment een benedengemiddelde productiviteit hebben een extra inspanning te vragen, zodat hun productiviteit op het huidige gemiddelde komt. Het verschil tussen leverbare en geleverde zorg is in dat geval, in geld uitgedrukt, € 338 miljoen. Aan de andere kant lijkt het verhogen van de formatie tot 1,2 (een gemiddelde verhoging van de formatie met 20%) in normale omstandigheden onmogelijk. Een verhoging met bijvoorbeeld 5% zal al een hele opgave zijn (en in dat geval is het verschil nog niet overbrugd). Ook een productiviteitsverhoging tot 60% zal niet eenvoudig zijn. De best practices in de benchmark hebben een productiviteit van 57%. Bedacht dient te worden dat alleen al 20% van de in het arbeidscontract vastgelegde werktijd van de medewerker gemiddeld wordt besteed aan vakantie, verlof, opleiding en ziekteverzuim. Verder vallen ook de in de CAO vastgelegde pauzes onder de niet-cliëntgebonden tijd, waardoor het percentage feitelijk beschikbare werktijd nog verder daalt.

1.28 In de scenario's is alleen de invloed van productiviteitsverhoging of extra cliëntgebonden formatie onderzocht. Het viel buiten het bestek van dit onderzoek om na te gaan of het resterende verschil op andere wijze nog door de verpleeghuizen te overbruggen is.

1.29 Uit de analyses bleek dat het verhogen van de productiviteit per ingezette medewerker een groter effect heeft op de geleverde zorg dan een procentueel even grote uitbreiding van de formatie.

2 Verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg niet afhankelijk van zorgzwaarte

2.01 In dit hoofdstuk wordt de geïndiceerde en geleverde zorg gekoppeld aan de zorgzwaarte van de cliënten. In het tweede deel van het hoofdstuk wordt gezien in hoeverre de zorgzwaarte in de afgelopen jaren is gedaald of gestegen.

Meer formatie en/of hogere productiviteit bij zwaardere cliëntgroep

2.02 Uit het onderzoek blijkt dat verpleeghuizen met een hogere zorgzwaarte meer zorg leveren dan verpleeghuizen met een geringere zorgzwaarte. Een correlatieberekening leert dat er een sterk verband is tussen zorgzwaarte en zorgtijd. De correlatie bedraagt 0,70 en zou nog hoger zijn wanneer de zorgtijd per zorgbehoeftegroep lineair toenam (hetgeen niet het geval is, zoals in deze paragraaf wordt toegelicht). Verpleeghuizen passen hun tijdsinzet dus aan aan hun cliëntgroep, via meer cliëntgebonden personeel en/of een hogere productiviteit. Overigens is in de verpleeghuizen met een zware cliëntgroep het bedrag aan budgettoeslagen gemiddeld iets hoger dan in andere verpleeghuizen.

2.03 Voor het in beeld brengen van de zorgbehoefte van de cliënten is gebruik gemaakt van de Zorgbehoeftemeting OuderenZorg (de ZOZ, zie voor een nadere toelichting bijlage C). De ZOZ wordt sinds 2001 toegepast in verpleeg- en verzorgingshuizen en is eind 2005 branchebreed ingezet. In dat jaar hebben 175 verpleeghuizen deelgenomen, met in totaal 23.904 intramurale cliënten. In de ZOZ wordt rekening gehouden met zowel de lichamelijke zorgbehoefte als met de psychosociale waaronder de psychogeriatrische problematiek.

2.04 De ZOZ deelt cliënten in in zestien zogenoemde zorgbehoeftegroepen. De indeling volgt de matrix die hierna is weergegeven. De cijfers achter de aanduiding van de zwaarte van de zorgbehoefte en problematiek zijn de puntenaantallen uit de ZOZ.

Tabel 2-1: Indeling in zorgbehoeftegroepen

		Psychosociale problematiek			
		Licht (0-6)	Matig (7-18)	Ernstig (19-31)	Zeernstig (32-56)
Lichamelijke zorgbehoefte	Licht (0-3)	I	II	III	IV
	Matig (4-13)	V	VI	VII	VIII
	Ernstig (14-31)	IX	X	XI	XII
	Zeernstig (32-40)	XIII	XIV	XV	XVI

Bron: ZOZ

2.05 Groep I is de groep cliënten met een lichte lichamelijke zorgbehoefte en een lichte psychosociale problematiek. Groep II is de groep met een lichte lichamelijke zorgbehoefte en een matige psychosociale problematiek, enzovoorts. Groep XVI is de groep met zowel op het lichamelijke als op het psychosociale vlak een zeer ernstige zorgbehoefte respectievelijk problematiek.

2.06 De zorgtijd neemt niet geheel lineair toe met de zorgbehoefte. In de eerste plaats zijn de verpleeghuiscliënten met een lichte zorgzwaarte vaak de revalidatiecliënten die weliswaar zelfredzamer zijn en minder psychogeriatrische problematiek hebben dan de andere verpleeghuiscliënten, maar het verpleeghuis zet voor deze groep wel veel behandeling en activerende begeleiding in. In de tweede plaats gaat een toename van de lichamelijke zorgbehoefte wel altijd gepaard met meer zorgtijd, maar een toename van de psychogeriatrische problematiek niet. Dat geldt vooral voor de toename van ernstig naar zeer ernstig.

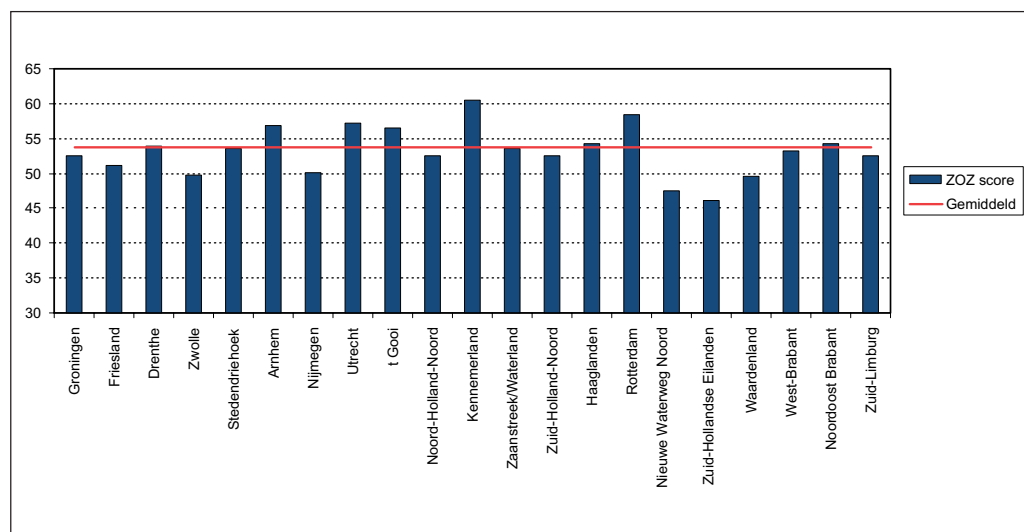
2.07 In de verpleeghuizen behoort 62,3% van de cliënten tot de vier zwaarste zorgbehoeftegroepen (XI, XII, XV en XVI). 10,0% van de cliënten in verpleeghuizen behoort tot de vier groepen met de lichtste zorgbehoefte (I, II, V en VI). Uit de benchmark kwam naar voren dat dit vooral revalidatiecliënten zijn.

2.08 Ten behoeve van dit onderzoek zijn de scores per cliënt op de somatische en psychosociale schaal gecombineerd tot één totaalscore per cliënt en vervolgens per verpleeghuis. Daarbij is rekening gehouden met het feit dat de vragenlijst voor de somatische zorgbehoefte minder vragen telt dan die voor de psychosociale problematiek, zodat de scores niet zonder meer bij elkaar opgeteld kunnen worden. Na combinatie van de scores is een schaal van 0 – 100 geconstrueerd, om een vergelijking tussen verpleeghuizen te kunnen maken.

2.09 Het blijkt dat de zorgzwaarte van de cliënten per verpleeghuis sterk uiteenloopt. Op de schaal van 0 – 100 varieert de zorgzwaarte van 21,7 tot 70,9. Van bijna 75% van de verpleeghuizen ligt de score tussen de 40 en de 60, maar ook dat duidt op aanzienlijke verschillen. De score van 20% van de verpleeghuizen is hoger dan 60 en de score van 5% van de verpleeghuizen is lager dan 40. De scores van de lichamelijke zorgbehoefte lopen verder uiteen dan die van de psychosociale problematiek.

2.10 Analyse van de zorgzwaarte per regio laat zien dat de scores uiteenlopen (figuur 2-1). In de figuur ontbreken enkele regio's, omdat in deze regio's te weinig instellingen aan de ZOZ hebben deelgenomen om er conclusies aan te kunnen verbinden. Als de regio's worden geaggregeerd tot landsdelen, blijkt er weinig verschil te zijn. Nadere analyse leert echter wel dat de zorgzwaarte in grote steden hoger is dan gemiddeld.

Figuur 2-1: Zorgzwaarte per regio¹⁴, scorebereik 0-100, verpleeghuiscliënten 2005



Bron: ZOZ

2.11 De zorgzwaarte per regio komt redelijk overeen met de opbouw van de hoeveelheid geïndiceerde zorg en de zorgtijd per regio. In de grote steden is een constant patroon te zien van hoge geïndiceerde zorg, hoge zorgzwaarte en veel geleverde zorg.

2.12 De analyses laten zien dat het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg in overwegend somatische verpleeghuizen anders ligt dan in overwegend psychogeriatrische verpleeghuizen (in dit onderzoek geoperationaliseerd als verpleeghuizen met meer dan 60% somatische respectievelijk psychogeriatrische bedden).

2.13 Om deze analyse te kunnen maken zijn de verschillen tussen geïndiceerde en geleverde zorg in drie categorieën ingedeeld: de bovengemiddeld grote verschillen, de gemiddeld grote verschillen en de gemiddeld grote verschillen. De categorieën bovengemiddeld en benedengemiddeld grote verschillen blijken dan vrijwel uitsluitend te bestaan uit overwegend psychogeriatrische verpleeghuizen. Een verklaring is op grond van het beschikbare materiaal niet te geven. Vanuit de praktijk komt de suggestie dat een deel van de overwegend psychogeriatrische verpleeghuizen extra inzet op de somatische afdelingen, bijvoorbeeld om ook bij een relatief geringe omvang 24-uursbeschikbaarheid te realiseren of omdat er sprake is van een bijzondere doelgroep.

ZOZ-zorgzwaarte na jaren van lichte groei in 2005 niet toegenomen

2.14 Omdat de ZOZ sinds 2001 in de benchmark wordt toegepast, kan een beeld worden geschetst van de ontwikkeling van de zorgzwaarte sinds dat jaar. De zorgzwaarteontwikkeling wordt geschetst aan de hand van de ontwikkeling in de verdeling van de cliënten over de 16 zorgbehoeftegroepen, omdat in de benchmark geen gebruik is gemaakt van een score per verpleeghuis zoals in dit onderzoek is gedaan. In tabel en figuur 2-2 wordt de zorgzwaarteontwikkeling weergegeven.

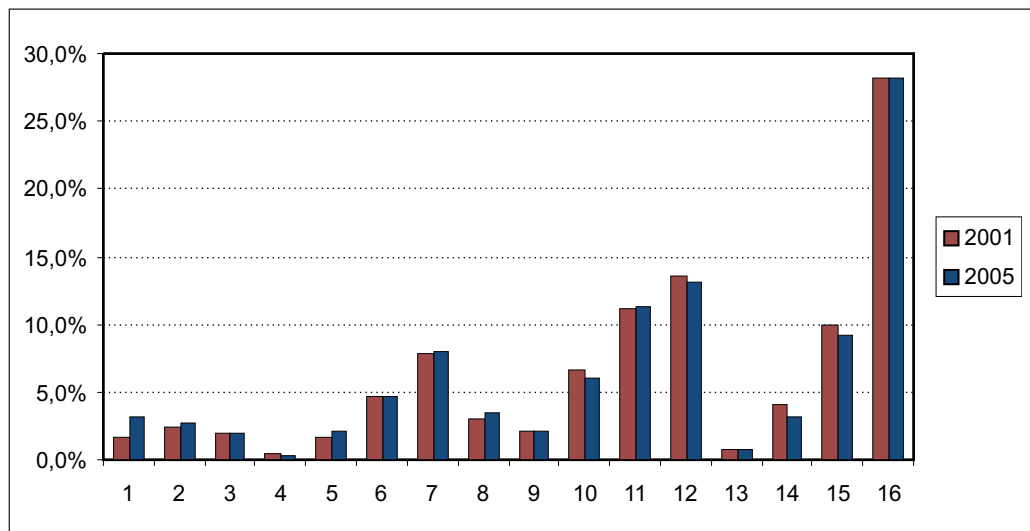
¹⁴ In de figuur ontbreken enkele regio's, omdat in deze regio's te weinig instellingen aan de ZOZ hebben deelgenomen om er conclusies aan te kunnen verbinden.

Tabel 2-2: Verdeling cliënten over de zorgbehoeftegroepen ZOZ 2001 – 2005

Zorgbehoeftegroep	2001	2002	2003	2004	2005	Stijging of daling 2001-2005
1	1,7%	2,9%	2,1%	2,6%	3,1%	1,4%
2	2,4%	2,5%	2,7%	2,2%	2,7%	0,3%
3	2,0%	1,7%	1,9%	1,6%	2,0%	0,0%
4	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	-0,1%
5	1,6%	2,5%	1,7%	2,0%	2,1%	0,5%
6	4,6%	5,2%	4,9%	4,6%	4,7%	0,1%
7	7,9%	7,2%	7,5%	6,1%	8,0%	0,1%
8	3,0%	2,9%	3,2%	3,9%	3,5%	0,5%
9	2,1%	2,0%	1,5%	2,9%	2,1%	0,0%
10	6,7%	6,9%	6,9%	5,3%	6,0%	-0,7%
11	11,1%	12,4%	12,4%	10,9%	11,2%	0,1%
12	13,5%	11,4%	13,6%	12,1%	13,0%	-0,5%
13	0,8%	0,6%	0,5%	0,7%	0,7%	-0,1%
14	4,1%	3,3%	2,8%	4,2%	3,1%	-1,0%
15	9,9%	10,2%	7,5%	10,2%	9,2%	-0,7%
16	28,2%	28,0%	30,3%	30,4%	28,3%	0,1%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%

Bron: ZOZ

Figuur 2-2: Verdeling cliënten over de zorgbehoeftegroepen ZOZ 2001 en 2005



Bron: ZOZ

2.15 De tabel en figuur laten zien dat het percentage cliënten in de twee lichtste zorgbehoeftegroepen (1 en 2) tussen 2001 en 2005 iets is toegenomen, terwijl het percentage cliënten in de twee zwaarste groepen (15 en 16) in die periode afwisselend iets is toegenomen en afgenomen, en in 2005 in groep 15 per saldo iets is afgenomen.

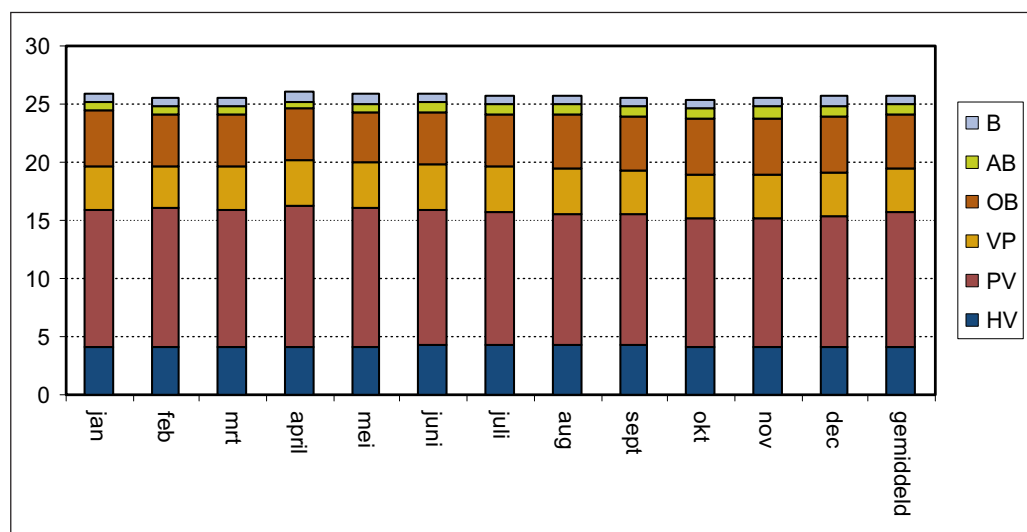
2.16 Hoewel er sprake blijft van een momentopname, lijkt de zorgzwaarte van de cliënten in verpleeghuizen te stabiliseren. Het algemene beeld is echter dat de zorgzwaarte steeds toeneemt, omdat door de verbeterde opvang thuis en in verzorgingshuizen uitsluitend de cliënten met een zeer hoge zorgbehoefte nog worden opgenomen in verpleeghuizen. Een duidelijke verklaring voor de stabilisatie is uit de cijfers niet op te maken. Wellicht speelt een rol dat juist door de aanvullende zorg die thuis en in verzorgingshuizen wordt geboden, de wachtlijst in verpleeghuizen zodanig is afgenomen dat niet meer uitsluitend de meest urgente cliënten behoeven te worden opgenomen.

2.17 De zorgzwaarteontwikkeling kan op basis van de onderzoeksgegevens niet per regio worden weergegeven, omdat de bestanden van 2001 tot en met 2004 alleen betrekking hadden op benchmarkinstellingen.

Hoeveelheid geïndiceerde zorg in 2005 niet toegenomen

2.18 De hoeveelheid geïndiceerde zorg per cliënt is in 2005 niet toegenomen maar stabiel gebleven. Gegevens over 2004 waren helaas niet beschikbaar voor vergelijking. Figuur 2-3 toont de opbouw van de uren geïndiceerde zorg per maand in 2005.

Figuur 2-3: Opbouw aantal geïndiceerde uren zorg per verpleeghuiscliënt per week naar AWBZ-functie, verpleeghuiscliënten 2005



Bron: CIZ

2.19 De figuur toont dat het stabiele beeld voor alle functies geldt. De functie persoonlijke verzorging is zelfs iets afgenomen. Een uitsplitsing naar landsdeel is opgenomen in bijlage D.

2.20 Het beeld van de geïndiceerde zorgomvang komt overeen met dat van de zorgzwaarte gemeten met de ZOZ: de zorgzwaarte neemt niet verder toe.

Zorgzwaarte- en budgetontwikkeling lopen weinig uiteen

2.21 Geconcludeerd is dat de zorgzwaarte in de periode 2001 – 2005 niet aan grote wijzigingen onderhevig is geweest. Datzelfde geldt voor het budget.

2.22 Het budget voor verpleeghuizen is in deze periode niet generiek gestegen als gevolg van de zorgzwaarte. Wel zijn toeslagen ingesteld voor onder meer palliatieve zorg, niet-aangeboren hersenletsel en CVA-cliënten. In 2004 bedroegen de toeslagen € 45,7 miljoen, circa 1% van de totale aanvaardbare kosten in de verpleeghuizen. Daarmee vormen de toeslagen gemiddeld geen substantieel deel van het verpleeghuisbudget. Voor individuele verpleeghuizen kunnen de toeslagen echter oplopen tot soms 10% van het budget.

3 Determinanten van goed presterende verpleeghuizen: kwaliteitsprestaties en financiële prestaties

3.01 In dit hoofdstuk en in het volgende wordt de vraag naar de determinanten van goed presterende verpleeghuizen besproken. In dit hoofdstuk komen kwaliteitsprestaties en financiële prestaties aan de orde, in het volgende hoofdstuk enkele andere determinanten. Een nadere toelichting op de onderzoeksgegevens is opgenomen in bijlage C.

3.02 Onder goed presterende verpleeghuizen (good practices) wordt verstaan: verpleeghuizen die binnen de onderzoeksgroep goed scoren op de kwaliteitsprestaties en tegelijkertijd op de financiële prestaties. Dit onderzoek is niet bedoeld om normatief vast te stellen wat 'goede scores' zijn. Er is uitsluitend onderzocht waaraan verpleeghuizen te herkennen zijn die binnen de onderzoeksgroep het beste presteren.

Verschillen kwaliteitsscores tussen verpleeghuizen bieden basis voor identificatie good practices

3.03 In de inleiding is al uiteengezet dat op dit moment nog geen gegevens beschikbaar zijn over het daadwerkelijk leveren van verantwoorde zorg. Daarom zijn de normen verantwoorde zorg geoperationaliseerd als de combinatie van de risicoscore van de IGZ en het cliëntoordeel zoals gemeten door de Stichting Cliënt & Kwaliteit. Daarnaast is het medewerkeroordeel zoals gemeten in het branchebrede onderzoek Werk in Beeld (Prismant) gezien.

3.04 De risicoscore van de IGZ geeft aan of de verpleeghuizen dusdanige voorwaarden hebben gecreëerd dat een goede zorgkwaliteit mogelijk is. Hoe lager de score, hoe minder risico's en hoe meer kans op een goede kwaliteit. De IGZ vraagt daarnaast scores op over inhoudelijke kwaliteitsgegevens (bijvoorbeeld het aantal valincidenten), maar in het onderzoeksjaar 2004 hadden nog te weinig verpleeghuizen deze gegevens opgeleverd om ze in het onderzoek te kunnen betrekken.

3.05 Het cliëntoordeel geeft inzicht in het oordeel van cliënten en (voor psychogeriatrische cliënten) contactpersonen over de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening.

3.06 Er zijn 175 verpleeghuizen waarvan over 2004 zowel een risicoscore als een cliëntoordeel bekend is. Daarnaast is van 164 verpleeghuizen het medewerkeroordeel¹⁵ beschikbaar, maar het aantal verpleeghuizen waarvan alle drie de scores beschikbaar zijn, bedraagt slechts 81. Om die reden en omdat, zoals later wordt toegelicht, het medewerkeroordeel en het cliëntoordeel met elkaar correleren, is het medewerkeroordeel bij de analyses van de relatie tussen kwaliteits- en andere determinanten buiten beschouwing gelaten. Aangezien het medewerkeroordeel ook geen onderdeel is van de normen voor verantwoorde zorg, wordt de bruikbaarheid van de operationalisatie van dit begrip niet aangetast.

3.07 De risicoscores van de IGZ en het cliëntoordeel blijken per verpleeghuis duidelijk te verschillen. Zo varieert de risicoscore van 10,1 tot 69,7 op een schaal van 0 – 70 (gemiddeld 38,9). Daarmee zijn de determinanten risicoscore en cliëntoordeel goed bruikbaar om onderscheid te maken tussen kwaliteitsniveaus.

3.08 Tussen de risicoscores zijn niet veel regionale verschillen zichtbaar. Voor het cliëntoordeel geldt dit wel: de scores zijn in het westen van het land duidelijk lager dan in de rest van Nederland. De regio's in het zuiden van het land scoren het beste, hoewel de verschillen met de regio's in het noorden en oosten gering zijn.

3.09 Voor de medewerkerraadpleging geldt dat de scores tussen de verpleeghuizen minder verschillen dan het geval is bij het cliëntoordeel en de risicoscore. In het oosten en zuiden zijn de scores iets hoger dan in het noorden en westen, waarbij opvalt dat in het westen een relatief groot aantal instellingen niet heeft deelgenomen aan de medewerkerraadpleging.

3.10 De risicoscore IGZ en het cliëntoordeel blijken twee determinanten te zijn die statistisch gezien niet met elkaar samenhangen (een correlatie van 0,22). Met andere woorden: als een verpleeghuis voldoet aan de voorwaarden om goede kwaliteit te leveren, wil dat nog niet zeggen dat de cliënten gunstiger oordelen. Blijkbaar zijn het twee verschillende dimensies van kwaliteit. Eenzelfde gebrek aan samenhang is in de benchmark geconstateerd bij de vergelijking tussen cliëntoordeel en de zogenoemde zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren¹⁶.

3.11 Van de 175 verpleeghuizen waarvoor zowel een risicoscore als een cliëntoordeel beschikbaar was, scoren elf op beide onderdelen goed (dat wil zeggen in de gunstigste 25%).

3.12 Er blijkt wel een samenhang te zijn tussen het cliëntoordeel en het medewerkeroordeel. Deze samenhang werd ook in de benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen (en ook in de benchmark thuiszorg) al aangetoond. In instellingen waar de medewerkers positief oordelen, hebben vaak ook de cliënten een positief oordeel.

15 Gemeten met behulp van *Werk in Beeld (Prismant)*.

16 *Indicatoren ontwikkeld door Prismant. Voorbeelden: prevalentie van decubitus, valincidenten, onnodige pijn, depressiviteit zonder gebruik van antidepressiva.*

3.13 Er blijkt weinig samenhang te zijn tussen zorgzwaarte en risicoscore en zorgzwaarte en cliëntoordeel. Blijkbaar is de zorgzwaarte daarvoor niet bepalend. Ook een samenhang tussen zorgzwaarte en medewerkeroordeel is niet zichtbaar. Medewerkers vinden het blijkbaar niet meer of minder aantrekkelijk om te werken voor cliënten met geringe zorgzwaarte dan voor cliënten met hoge zorgzwaarte.

3.14 Tot slot is onderzocht of verpleeghuizen waarvan geen cliëntoordeel of medewerkeroordeel beschikbaar is, een minder gunstige risicoscore hebben (gecorrigeerd voor de risicopunten die worden toegekend indien geen raadpleging is uitgevoerd). Het omgekeerde blijkt echter het geval te zijn: verpleeghuizen die in 2004 geen raadpleging hebben uitgevoerd, scoren gunstiger. Verpleeghuizen zonder cliëntoordeel scoren gemiddeld tien punten lager (dus gunstiger) dan gemiddeld, en datzelfde geldt voor instellingen zonder medewerkeroordeel. Voor instellingen zonder medewerkeroordeel geldt bovendien dat het ziekteverzuim iets lager is (6,1% versus 6,6%). De analyse kon worden uitgevoerd voor 216 respectievelijk 226 verpleeghuizen.

Financiële prestaties op grond van gegevens niet eenduidig te benoemen

3.15 Was het ten aanzien van de kwaliteitsdimensie al snel duidelijk dat adequate parameters beschikbaar waren, voor de financiële prestaties bleek dit minder het geval. Voor een goed inzicht in bijvoorbeeld efficiency is het nodig om kosten te kunnen relateren aan productie (hoeveel zorg kan het verpleeghuis leveren voor één euro). Productiegegevens waren echter alleen voor de benchmarkinstellingen beschikbaar. Evenmin bleken gegevens beschikbaar over bijvoorbeeld deskundigheidsniveaus van personeel, een belangrijke financiële parameter.

3.16 Wel bleek het mogelijk om gegevens te verzamelen over respectievelijk:

- a het rendement;
- b het eigen vermogen als percentage van de aanvaardbare kosten;
- c het aantal fte cliëntgebonden personeel per bed;
- d de kostenstructuur, waaronder het overheadpercentage;
- e het ziekteverzuim.

3.17 Een combinatie van (een aantal van) deze gegevens tot één financiële score was niet verantwoord. Het aantal verpleeghuizen waarvan voor meerdere onderwerpen voldoende gegevens beschikbaar waren was te gering. Bovendien bleek de samenhang tussen de onderdelen gering te zijn. Deze bevindingen betekenen voor dit onderzoek, dat de financiële prestaties in elk geval op korte termijn niet goed bruikbaar zijn als determinanten voor het herkennen van goed en minder goed presterende verpleeghuizen. Daarnaast is het door stichtingsbudgettering en concernfinanciering nauwelijks mogelijk om financiële prestaties te herleiden tot het niveau van individuele verpleeghuizen.

3.18 In het onderzoek is daarom gebruik gemaakt van partiële analyses, die echter wel nieuwe inzichten bieden.

Rendement verpleeghuizen 2004 gemiddeld 1,41%

3.19 Het rendement van verpleeghuizen is uitgedrukt als het netto resultaat 2004 ten opzichte van de aanvaardbare kosten van dat jaar. Kapitaallasten zijn buiten beschouwing gebleven.

3.20 Het gemiddelde rendement van verpleeghuizen is 1,41%. Dat betekent dat verpleeghuizen gemiddeld gezien geen verlies lijden. Het resultaat is echter niet fors te noemen en van de 185 verpleeghuizen waarvan het rendement berekend kon worden, behaalden er 56 (30,3%) een negatief resultaat (zij het soms van zeer geringe omvang). Het laagst gemeten rendement is -9,54% en het hoogst gemeten rendement 16,29%. Hoewel deze spreiding fors is, zijn zowel aan de onderkant als aan de bovenkant van de scorereeks enkele uitbijters zichtbaar. Van 95% van de verpleeghuizen ligt het resultaat tussen de -8% en de 10%.

3.21 Het rendement van overwegend somatische verpleeghuizen is duidelijk lager dan dat van overwegend psychogeriatrische verpleeghuizen: 0,62% versus 1,51%. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat de inzet van formatie cliëntgebonden personeel verschilt (zie tabel 4-2).

Ratio eigen vermogen verpleeghuizen 2004 gemiddeld 13,6%

3.22 De ratio eigen vermogen (het eigen vermogen ten opzichte van de aanvaardbare kosten minus de kapitaallasten) bedraagt gemiddeld 13,6%. Van 14 verpleeghuizen (10,5%) is het eigen vermogen negatief.

3.23 De minimumscore is -16,2%, de maximumscore 79,0%. Er is echter ook hier sprake van enkele uitbijters. Van verreweg de meeste verpleeghuizen ligt het eigen vermogen tussen de -7% en de 38%. Er is geen verschil tussen overwegend somatische en overwegend psychogeriatrische verpleeghuizen.

3.24 Het percentage gemiddelde eigen vermogen van 13,6 zou dalen naar 12,4 als de kapitaallasten zouden worden meegerekend.

Inzet cliëntgebonden personeel gemiddeld 2004 0,99 fte per bed

3.25 Het derde financiële kengetal is het aantal fte per bed. Er kan bij dit kengetal een lichte vertekening optreden omdat de personeelsformatie ook wordt ingezet voor extramurale cliënten, maar in de meeste verpleeghuizen is die vertekening beperkt (zie ook de toelichting in bijlage C). Het kengetal is berekend door de formatie zoals aangegeven in de nacalculatie te delen door de toegelaten capaciteit.

3.26 Gemiddeld blijkt er 0,99 fte cliëntgebonden personeel per bed ingezet te worden. Ook hier is een forse spreiding zichtbaar. Het minimumaantal is 0,60, het maximum 1,46. Daarbij is het bestand al geschoond voor een aantal nog hogere scores, omdat aan te nemen was dat hier een interpretatieverschil bij de registratie aan de orde was.

3.27 Om na te gaan in welke mate verpleeghuizen met een zware cliëntgroep meer formatie inzetten dan verpleeghuizen met een lichte cliëntgroep, zijn de zorgwaardescores per verpleeghuis gerelateerd aan de formatie cliëntgebonden personeel per bed. Omdat door deze combinatie van gegevens het aantal waarnemingen beperkt werd tot 48, zijn de zorgwaardescores voor deze analyse in slechts twee groepen ingedeeld: hoog en laag. Het bleek dat de verpleeghuizen met een hoge zorgwaarde gemiddeld 3% meer cliëntgebonden personeel per bed méér inzetten dan verpleeghuizen met een lage zorgwaarde. Daaruit mag worden afgeleid dat het leveren van meer zorg vooral een zaak is van productiviteit per formatieplaats en minder van het aantal personeelsleden.

3.28 De scores op het onderdeel inzet cliëntgebonden personeel per bed zijn geanalyseerd naar regio. Het bleek dat er weinig verschil was tussen de regio's.

3.29 Opvallend is dat overwegend somatische verpleeghuizen gemiddeld 1,06 fte cliëntgebonden personeel per cliënt inzetten, terwijl overwegend psychogeriatrische verpleeghuizen gemiddeld 0,91 fte inzetten. Een duidelijk verschil. Het aantal fte overheadpersoneel per cliënt is wél hetzelfde: 0,08.

3.30 Bij de interpretatie van de gegevens over het aantal fte cliëntgebonden personeel per bed moet worden bedacht dat het aantal fte niet als enige maatstaf voor de hoeveelheid geleverde zorg kan gelden. De productiviteit van het personeel is daarvoor evenzeer van belang.

Overige kengetallen

3.31 Vanuit de jaarenquête is een aantal andere kengetallen berekend, zoals de overheadkosten en de kosten per medewerker. De nu volgende tabel geeft een overzicht.

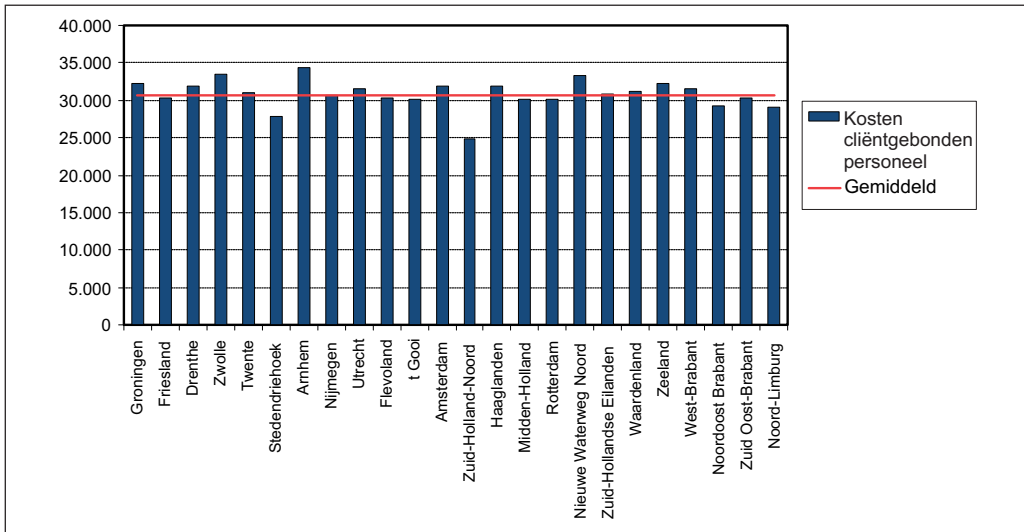
Tabel 3-1: Kerncijfers financiële kengetallen 2004 (N= 96)

Onderdeel	Gemiddeld
Percentage cliëntgebonden personeel	76,8%
Percentage overhead (= algemeen en administratief personeel)	6,2%
Ziekteverzuim cliëntgebonden personeel	6,3%
Kosten per medewerker cliëntgebonden personeel	32.440
Kosten per medewerker overhead	38.515

Bron: Jaarrekeningen, jaarenquête verpleeghuizen 2004

3.32 De kosten per medewerker cliëntgebonden personeel lopen per regio enigszins uiteen, zoals de figuur hierna toont. In drie van de vier grote steden zijn de loonkosten licht bovengemiddeld, in Rotterdam licht benedengemiddeld. Benadrukt dient te worden dat de uitkomsten met voorzichtigheid moeten worden gezien, omdat het bronbestand (de jaarenquête, 109 instellingen) te klein is om robuuste uitspraken op regioniveau te kunnen doen.

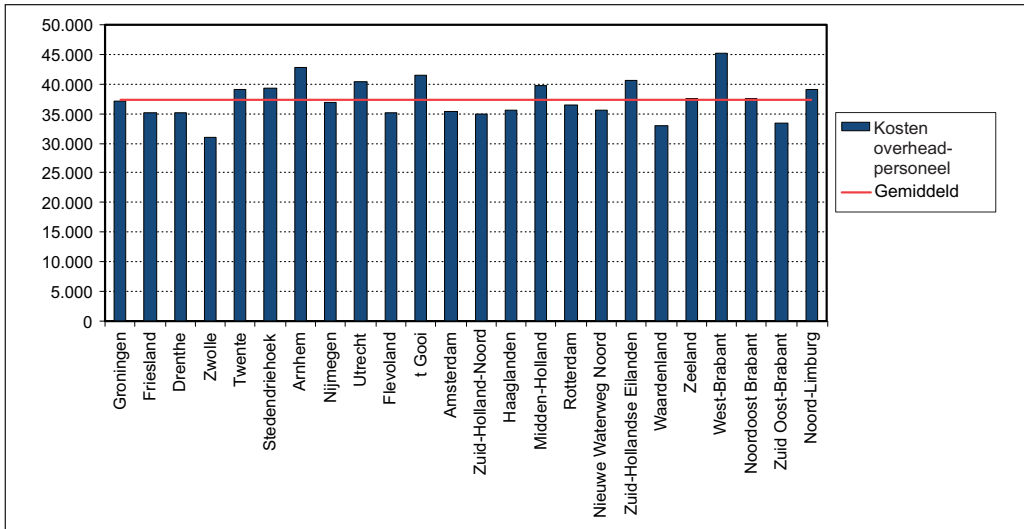
Figuur 3-1: Kosten per medewerker cliëntgebonden personeel per regio, in euro's per fte per jaar



Bron: Jaarenquête verpleeghuizen 2004

3.33 De kosten per overheadmedewerker zijn weergegeven in de figuur hierna. Het valt op dat van de vier regio's met de grote steden alleen in Utrecht de kosten bovengemiddeld zijn. Evenals voor de vorige figuur geldt voor deze figuur de waarschuwing dat het bronbestand geen robuuste uitspraken toelaat.

Figuur 3-2: Kosten per medewerker overhead per regio, in euro's per fte per jaar



Bron: Jaarenquête verpleeghuizen 2004

Good practices leveren goede kwaliteitsprestaties en goede financiële prestaties

3.34 Op grond van de analyses bleek het mogelijk om 14 van de 96 verpleeghuizen te identificeren als good practices¹⁷. Dat zijn verpleeghuizen die zowel tot de A-klasse van de kwaliteitsprestaties cliëntoordeel en risicoscore behoren als tot de A-klasse van minimaal één van de financiële scores (A-klasse = 25% beste scores). Dit betekent dat er, binnen de gehanteerde berekeningswijze en binnen de onderzoeksgroep, verpleeghuizen zijn die zowel op de kwaliteitsprestaties als op de financiële prestaties goed scoren.

3.35 Geen enkel verpleeghuis blijkt op de kwaliteitsscores en op alle drie de financiële scores tegelijkertijd tot de 25% hoogst scorende instellingen te behoren, maar het aantal instellingen waarvoor alle scores beschikbaar waren, is klein (50 instellingen).

3.36 Als learning potentials zijn de instellingen geïdentificeerd die zowel tot de C-klasse van de kwaliteitsprestaties behoren als tot de C-klasse van minimaal één van de financiële scores.

3.37 Good practices blijken qua omvang van de instelling niet te verschillen van de learning potentials. Een opvallende bevinding was verder dat de good practices een hoger percentage overheadpersoneel in dienst bleken te hebben (percentage van de totale formatie) dan de learning potentials, en dat ook het kostenaandeel overhead hoger was. De groep good practices bleek voor een groter deel uit overwegend psychogeriatrische verpleeghuizen te bestaan dan de groep learning potentials. Verder bleken de learning potentials gemiddeld evenveel budgettoeslagen te ontvangen als de good practices. Relatief veel learning potentials (49%) zijn gevestigd in het westen van het land.

3.38 Vanuit de benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen zijn aanvullende bevindingen ten aanzien van good practices beschikbaar. Gebleken is onder meer dat good practices:

- a weliswaar op alle onderdelen hoog scoren, maar niet op alle onderdelen het allerhoogste. Met andere woorden: de allerhoogste score op één benchmarkonderdeel betekent dat de score op andere onderdelen daaronder te lijden heeft;
- b gemiddeld 8% meer cliëntgebonden tijd weten te realiseren dan gemiddeld;
- c binnen het cliëntoordeel over de hele linie hoog scoren. Dat wil zeggen zowel op bijvoorbeeld zorg als dagbesteding als maaltijden.

3.39 Via correlatieberekeningen is onderzocht of er een samenhang is tussen de scores op de kwaliteitsprestaties en die op de financiële prestaties. Om dit te kunnen doen, is uitgegaan van drie klassen: de verpleeghuizen met de 25% hoogste scores binnen de onderzoeksgroep (klasse A), de middengroep (klasse B) en de verpleeghuizen met de laagste 25% scores (klasse C).

¹⁷ De term good practices wil geen normstelling suggereren, maar duidt er alleen op dat de betreffende verpleeghuizen binnen de onderzoeksgroep de hoogste scores behalen.

3.40 De correlatieberekening tussen het rendement en de risicoscore en cliëntoordeel toont aan dat tussen beide aspecten geen verband zichtbaar is: de correlatie tussen rendement en cliëntoordeel bedraagt -0,05 en die tussen rendement en risicoscore -0,07. Van de 120 verpleeghuizen waarvoor de gegevens konden worden gecombineerd, behoren er zeven (5,8%) tot de A-klasse voor zowel het rendement als voor risicoscore/cliëntoordeel. Elf verpleeghuizen (9,2%) behoren twee maal tot de C-klasse.

3.41 De relatie tussen eigen vermogen en kwaliteitsprestaties lijkt iets duidelijker zichtbaar, hoewel nog steeds sprake is van een zwak verband. De correlatie tussen eigen vermogen (als percentage van de aanvaardbare kosten en cliëntoordeel bedraagt 0,11 en die tussen eigen vermogen en risicoscore -0,28. Er lijkt dus een – zij het zwakke – samenhang tussen eigen vermogen en een gunstig cliëntoordeel en gunstige risicoscore (voor de risicoscore geldt: hoe lager hoe gunstiger). Ook de regressieanalyse toont deze samenhang, althans voor de risicoscore. Het verband is echter te zwak om conclusies aan te kunnen verbinden. Van de 86 verpleeghuizen waarvoor de score op het eigen vermogen en de kwaliteitsscores konden worden gecombineerd, behoren er zeven (8,1%) tot de A-klasse voor zowel resultaat als voor de score op de kwaliteitsprestaties. Vijf verpleeghuizen (5,8%) behoren twee maal tot de C-klasse.

3.42 Uit de cijfers bleek een samenhang tussen het aantal fte cliëntgebonden personeel per bed en het cliëntoordeel: hoe meer cliëntgebonden personeel, hoe hoger het oordeel; de correlatie bedraagt 0,43. Tussen het aantal fte cliëntgebonden personeel per bed en de risicoscore is geen samenhang. Van de 50 verpleeghuizen waarvoor de scores konden worden gecombineerd, behoren er vier (8,0%) tot de A-klasse voor zowel het aantal fte's als voor de totale kwaliteitsscore. Zes verpleeghuizen (12,0%) behoren twee maal tot de C-klasse.

3.43 Tot slot is de relatie tussen het ziekteverzuim en de kwaliteitsscores onderzocht. Zoals was verwacht blijkt een hoog verzuim samen te gaan met een lager cliëntoordeel en een minder gunstige risicoscore, hoewel ook hier het verband niet sterk is. De correlaties bedragen respectievelijk 0,31 en 0,26.

4 Determinanten van goed presterende verpleeghuizen: overige

4.01 Na de kwaliteitsprestaties en financiële prestaties in het vorige hoofdstuk komen in dit hoofdstuk enkele andere mogelijke determinanten van goed presteren aan de orde.

Regio van invloed op verpleeghuisprestaties

4.02 In dit rapport is al enkele malen ingegaan op de regionale verschillen tussen verpleeghuizen. Zo was in 2005 het aantal indicaties in relatie tot het aantal 75+'ers in het noorden van het land aanzienlijk hoger dan in de rest van Nederland, en wordt in het westen van het land meer zorg per cliënt geïndiceerd dan elders. Het cliëntoordeel is lager en er komen minder good practices voor. In de grote steden is een patroon van meer indicaties in relatie tot het aantal 75+'ers, meer geïndiceerde zorg per cliënt en een hogere zorgzwaarte zichtbaar. De financiële prestaties verschillen minder per regio.

4.03 De regio zou dan ook desgewenst een bruikbare determinant kunnen zijn. Wel zou een nadere analyse meer licht moeten werpen op de oorzaak van de verschillen.

Instellingsgrootte niet van invloed op prestaties

4.04 Onderzocht is of er een verband is met de omvang van de instelling. De beddenscapaciteit van de good practices is vergeleken met die van de learning potentials.

4.05 Uit de analyse blijkt dat er weinig verschil is. De good practices tellen gemiddeld 213 bedden, de learning potentials 198. Nadere analyse leert bovendien dat geen verband zichtbaar is met het functioneren als zelfstandige instelling of als onderdeel van een concern.

Verblijfsduur cliënten vertoont weinig relatie met prestaties

4.06 De verblijfsduur¹⁸ in verpleeghuizen, geïnventariseerd via de ZOZ, bedraagt gemiddeld 14,1 maanden en loopt uiteen van 2,2 tot 26,1 maanden gemiddeld per verpleeghuis.

4.07 Om te kunnen nagaan of verblijfsduur invloed heeft op de prestaties van verpleeghuizen, zijn de verpleeghuizen ingedeeld in twee categorieën: een verblijfsduur korter dan gemiddeld en een verblijfsduur langer dan gemiddeld. Vervolgens zijn de determinanten per categorie met elkaar vergeleken.

¹⁸ Ten aanzien van de verblijfsduur hebben wij de aanname gedaan dat de in het bestand opgenomen verblijfsduur van 'meer dan twee jaar' 2,5 jaar zou bedragen. Deze aanname is een puur rekenkundige.

4.08 Er blijken weinig verschillen te zijn. De nu volgende tabel geeft de analyseresultaten weer.

Tabel 4-1: Determinanten per categorie verblijfsduur

Determinant	Score verpleeghuizen met verblijfsduur korter dan gemiddeld	Score verpleeghuizen met verblijfsduur langer dan gemiddeld
Risicoscore	35,9	36,6
Ziekteverzuim	6,4%	6,5%
Aantal fte cliëntgebonden personeel per bed	1,09	1,11
Aantal fte overheadpersoneel per bed	0,08	0,09
Rendement	2,1%	1,1%

Bron: Cliënt & Kwaliteit, IGZ, jaarenquête verpleeghuizen 2004, CTG/ZAio

4.09 Het cliëntoordeel is voor dit onderzoek alleen in de vorm van een ranking beschikbaar en daarom niet in deze tabel opgenomen. Echter ook ten aanzien van de gemiddelde ranking in het cliëntoordeel is er geen verschil tussen verpleeghuizen met kortere en langere verblijfsduur.

4.10 Verblijfsduur lijkt op basis van deze analyses geen grote invloed te hebben op de prestaties van verpleeghuizen. Een meer gedetailleerde analyse, bijvoorbeeld op het niveau van verpleeghuizen met een verblijfsduur korter dan een half jaar, was niet mogelijk omdat het aantal verpleeghuizen waarvoor de gecombineerde gegevens beschikbaar waren, dan te klein zou zijn.

Verschillen tussen somatiek en psychogeriatric op meerdere onderdelen zichtbaar

4.11 Verpleeghuizen voor overwegend somatische zorg blijken op onderdelen anders te presteren dan verpleeghuizen met overwegend psychogeriatric zorg, zie de nu volgende alinea's. Overwegend somatische verpleeghuizen zijn verpleeghuizen met meer dan 60% somatische bedden en overwegend psychogeriatric verpleeghuizen zijn verpleeghuizen met meer dan 60% psychogeriatric bedden.

4.12 De verschillen gelden vooral voor de financiële determinanten. De nu volgende tabel toont de cijfers.

Tabel 4-2: Rendement, ratio eigen vermogen en cliëntgebonden personeel van overwegend somatische en overwegend psychogeriatrische verpleeghuizen

Determinant	Score van overwegend somatische verpleeghuizen	Score van overwegend psychogeriatrische verpleeghuizen
Rendement gewogen voor omvang	0,62%	1,51%
Eigen vermogen als percentage van de aanvaardbare kosten, gewogen voor omvang	0,14	0,14
Aantal fte cliëntgebonden personeel per bed	1,06	0,91
Overheadpersoneel per bed	0,08	0,08

Bron: CTG/ZAio, jaarrekeningen, jaarenquête verpleeghuizen 2004

4.13 In overwegend somatische verpleeghuizen is het rendement lager maar het aantal fte cliëntgebonden personeel hoger¹⁹. Een relatie tussen rendement en toeslagen (uitgedrukt als een toeslag per bed) blijkt er niet te zijn.

4.14 De risicoscores en het kwaliteitsoordeel van cliënten differentiëren nauwelijks, en dat geldt ook voor het ziekteverzuim.

Tabel 4-3: Risicoscore en ziekteverzuim van overwegend somatische en overwegend psychogeriatrische verpleeghuizen

Determinant	Score van overwegend somatische verpleeghuizen	Score van overwegend psycho-geriatrische verpleeghuizen
Risicoscore IGZ	37,8	36,8
Ziekteverzuim	6,4	6,3

Bron: Cliënt & Kwaliteit, IGZ, CTG/ZAio

4.15 Het cliëntoordeel is voor dit onderzoek alleen in de vorm van een ranking beschikbaar, maar ook hier blijkt geen verschil tussen beide typen verpleeghuizen.

4.16 Eerder in dit rapport kwam al naar voren dat in een deel van de overwegend psychogeriatrische verpleeghuizen het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg duidelijk bovengemiddeld is, en in een ander deel juist benedengemiddeld. Dit terwijl het verschil in overwegend somatische verpleeghuizen zich meer rond het gemiddelde beweegt. Een oorzaak is uit het beschikbare materiaal niet af te leiden en zou nader onderzocht dienen te worden.

Bevindingen uit eerder onderzoek

4.17 Een aantal determinanten is uit eerder onderzoek bekend en in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Hieronder worden zij kort besproken.

¹⁹ Het verband met deze laatste determinant kon echter slechts voor 41 verpleeghuizen worden onderzocht. De andere analyses konden steeds op meer dan 100 verpleeghuizen worden uitgevoerd.

4.18 Een determinant die in de benchmarks veel invloed bleek te hebben maar in dit onderzoek helaas niet kon worden meegenomen wegens gebrek aan gegevens, was het deskundigheidsniveau van de medewerkers. De mix van deskundigheidsniveaus per instelling bepaalt niet alleen de gemiddelde kosten per fte, maar ook de productiviteit (deze verschilt per deskundigheidsniveau). Verder is het deskundigheidsniveau van invloed op het cliëntoordeel en het medewerkeroordeel.

4.19 De bevinding in het nu voorliggende onderzoek dat het overheadpercentage groter is in instellingen met meer fte cliëntgebonden personeel doet enigszins denken aan de bevinding uit de laatste benchmark thuiszorg, dat instellingen met een groter aandeel leidinggevend personeel (tot een bepaald maximum) beter presteerden. Blijkbaar hebben uitvoerende medewerkers de inzet van leidinggevend en overheadpersoneel nodig om optimaal te presteren.

4.20 Een determinant van geheel andere aard omvat cliëntkenmerken zoals leeftijd, opleiding en aandoeningen/ziektes. Uit de analyses van de cliëntenraadpleging in de benchmarks bleken deze kenmerken van invloed te zijn op het cliëntoordeel, zodat daarvoor is gecorrigeerd.

4.21 Het NIVEL noemt in zijn Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg (2002) een aantal uitkomstindicatoren voor kwaliteit, die door zorginstellingen als bruikbaar worden beschouwd. Naast cliënttevredenheid, medewerkertevredenheid en ziekteverzuim worden de indicatoren incidentenmeldingen en klachten genoemd. De incidentenmeldingen zijn opgenomen in de risicoscore van de IGZ. Ten aanzien van de klachten wordt gemeld dat de bruikbaarheid als kwaliteitsindicator ter discussie staat.

4.22 Uit opeenvolgende (test)benchmarks verpleeg- en verzorgingshuizen van Arcares bleek dat verpleeghuizen met een duidelijke signatuur hoger scoorden op kwaliteit en doelmatigheid (kosten gerelateerd aan productie). Ook in de eerste benchmarks thuiszorginstellingen kwam dit beeld naar voren. Vooral het relatief hoge cliëntoordeel en medewerkeroordeel vielen op. Uit de gegevens is niet op te maken wat exact de reden voor de hogere scores was, maar mogelijk kan een verband worden gelegd met de cultuurkenmerken in de navolgende paragrafen.

4.23 Eveneens uit de verschillende benchmarks en ook uit onderzoeken van het NIVEL kwam naar voren dat bepaalde cultuurkenmerken de prestaties beïnvloeden. Goed presterende instellingen bleken relatief vaak instellingen te zijn met duidelijk gedeelde en gecommuniceerde normen en waarden, met een middenmanagement dat betrokken is bij en aanwezig is op de werkvloer en met inspraak voor de medewerkers, maar met een krachtige aansturing. In het verlengde hiervan is ook de managementstijl vermoedelijk van groot belang, maar in de benchmarks is dit aspect niet systematisch gemeten omdat het moeilijk te operationaliseren is.

4.24 Organisatiestructuur en management van processen zijn in de benchmarks verpleeg- en verzorgingshuizen van Arcares en de benchmarks thuiszorginstellingen herhaaldelijk onderzocht. De uitkomsten zijn wisselend en het is moeilijk om deze elementen eenduidig te meten. Organisaties met weinig hiërarchische lagen lijken beter te presteren dan gemiddeld. In de thuiszorg is een goede planning van de inzet van medewerkers van grote invloed gebleken op zowel doelmatigheid als kwaliteit. Uit een interview met Plexus Medical Group blijkt dat ook in de door hen uitgevoerde verpleeghuisbenchmark de verdeling van medewerkers over de afdelingen een belangrijke efficiencybepalende factor is. Uit ditzelfde interview bleek ook het efficiencybelang van een goede verdeling van medewerkers over de werkdag. De CAO verpleging en verzorging verzet zich tegen gebroken diensten, waardoor in de middaguren waarin de cliënten weinig zorg nodig hebben, veel personeel aanwezig is. In het onderzoek naar het adaptief vermogen van verpleeghuizen (Twijnstra Gudde 2004) constateren de onderzoekers dat er aanwijzingen zijn om een positief verband aan te nemen tussen adaptief vermogen (vermogen om in te spelen op kortetermijnveranderingen) en kwaliteit, zij het dat de aanwijzingen 'slechts in beperkte mate zijn gevonden'. De grootste problemen signaleren zij ten aanzien van de variabele 'planning' (roosterplanning en stuurinformatie). Als deze niet op orde zijn, en dat bleek in het onderzoek relatief vaak het geval, vormde dit een bedreiging voor het adaptief vermogen.

4.25 De systeemkwaliteit is in de eerste benchmarks van Arcares uitgebreid onderzocht, maar de samenhang van het gebruiken van kwaliteitssystemen en protocollen met cliëntoordeel, medewerkeroordeel, inhoudelijke indicatoren en doelmatigheid kon niet systematisch worden aangetoond.

4.26 Het NIVEL maakt in de genoemde Verdiepingsstudie verder melding van een aantal structuur- en procesindicatoren die eveneens door de geïnterviewde instellingen als indicatie voor kwaliteit worden beschouwd. Het betreft het deskundigheidsniveau van de medewerkers, externe kwaliteitsbeoordeling (certificering), overleg met cliëntenraad, behandelprogramma's of -plannen en wachttijden.

4.27 In het rapport Waarde, Waardering, Waardigheid van H.W.R. Kennedie wordt eveneens een aantal determinanten genoemd:

- a het gebruik van allesomvattende zorgconcepten, met de nadruk op wonen en welzijn (voor de langdurige zorg);
- b medewerkers die zijn opgeleid voor het verlenen van klantgerichte dienstverlening;
- c onvoldoende sterk en synergetisch leiderschap;
- d privacy en eenpersoonsunits voor de somatische cliënten en kleinschalige woonvormen voor psychogeriatrische cliënten;
- e een moderne managementstructuur met visie, missie, beleidsplan en strakke financiële sturing.

4.28 Voor alle genoemde determinanten geldt dat de relatie met het zijn van good practice nog niet systematisch is bewezen, óf dat de determinant moeilijk meetbaar is.

5 Aantal determinanten desgewenst te gebruiken voor verdeling van middelen

5.01 In dit laatste hoofdstuk komt de bruikbaarheid van de in dit rapport beschreven determinanten voor verdeling van middelen aan de orde.

5.02 In tabel 5-1 wordt een overzicht van de determinanten gegeven. Er wordt onderscheid gemaakt tussen bruikbaarheid op zeer korte termijn, dat wil zeggen nog in 2006, en bruikbaarheid in de nabije toekomst, dat wil zeggen vanaf halverwege 2007. De bruikbaarheid wordt beoordeeld aan de hand van de criteria beschikbaarheid van gegevens (dat wil zeggen zowel de meetbaarheid als de verkrijgbaarheid ervan en de relatie met de prestaties van verpleeghuizen, dus de zeggingskracht.

Tabel 5-1: Bruikbaarheid determinanten op korte termijn

Determinant	Bruikbaarheid			
	2006		2007	
	Beschikbaarheid	Relatie met prestaties	Beschikbaarheid	Relatie met prestaties
Risicoscore IGZ	+	+	+	+
Cliëntoordeel	+/-	+	+	+
Medewerkeroordeel	+/-	+/-	+/-	+
Rendement	+/-	+/-	+/-	+/-
Eigen vermogen	+/-	+/-	+/-	+/-
Aantal fte cliënt-gebonden personeel	+/-	+/-	+/-	+/-
Overheadpercentage	+/-	+/-	+/-	+/-
Ziekteverzuim	+	+	+	+
Zorgzwaarte	+	+	+	+
Regio	+	+	+	+
Omvang instelling	+	-	+	-
Verblijfsduur cliënten	+	-	+/-	-
Somatiek of pg	+	+/-	+	+/-
Organisatiekenmerken	+/-	+/-	+/-	+/-
Cultuurkenmerken	+/-	+	+/-	+

Bron: Onderzoek prestaties verpleeghuizen 2006

5.03 Van de kwaliteitsdeterminanten zijn het cliëntoordeel en het medewerkeroordeel niet voor alle verpleeghuizen beschikbaar, waarmee de determinanten ongeschikt zijn voor onmiddellijk gebruik. De risicoscore is wél voor alle verpleeghuizen beschikbaar, maar omdat de samenhang met het cliëntoordeel gering is, is het niet aan te bevelen om alleen deze score te gebruiken. Bovendien is het de vraag of de scores niet een ander doel dienen. Daar komt bij dat de risicoscores vooral betrekking hebben op processen (gegevensregistratie, organisatie van de zorg enzovoorts). De uitkomstgegevens²⁰ die eveneens zijn opgevraagd, zijn in 2004 nog slechts door een beperkt aantal verpleeghuizen opgeleverd.

5.04 De kwaliteitsdeterminanten risicoscore en cliëntoordeel worden echter binnenkort vervangen door de normen voor verantwoorde zorg. Het is de bedoeling dat alle verpleeghuizen daaraan deel gaan nemen en zich over de resultaten verantwoorden in het jaardocument zorg. Daarmee worden voor het ministerie en CTG/ZAio de verkrijgbaarheid en bruikbaarheid van de gegevens sterk vergroot. Wel dient te worden bepaald op welke wijze de prestaties als determinant zullen worden gebruikt. Als de gedachte is om uit te gaan van een totaalscore, moet worden bedacht dat het cliëntoordeel en de IGZ-score weinig verband met elkaar blijken te houden. Een totaalscore kan leiden tot het ongewenst middelen van de deelprestaties. De stuurgroep die belast is met de operationalisatie van de normen verantwoorde zorg, gaat daarom vooralsnog niet uit van een totaalscore. Voor het hanteren van de normen als determinant is het echter van belang dat verpleeghuizen op beide onderdelen hoog scoren.

5.05 Voor de financiële determinanten geldt dat de gegevens eveneens niet voor alle verpleeghuizen beschikbaar zijn en dus op dit moment niet bruikbaar. Bovendien is niet duidelijk wat de exacte relatie is met de kwaliteitprestaties, de zorgzwaarte en de hoeveelheid geleverde zorg. In de nabije toekomst worden deze determinanten weliswaar verantwoord via het jaardocument, maar deze verantwoording vindt waarschijnlijk plaats op concernniveau of op segmentniveau (een segment is een door het concern te kiezen organisatiedeel) maar niet op het niveau van individuele verpleeghuizen. Bovendien maakt de stichtingsbudgettering en concernfinanciering het moeilijk om financiële prestaties toe te rekenen aan individuele verpleeghuizen. Door dit alles is niet meer te achterhalen wat de prestaties van individuele verpleeghuizen zijn.

5.06 Het ziekteverzuim voldoet aan alle criteria van bruikbaarheid. Toch is het een te smalle basis om ziekteverzuim te gebruiken als enige door de verpleeghuizen beïnvloedbare determinant.

²⁰ Zoals prevalentie van decubitus, valincidenten en polyfarmacie.

5.07 De regio is een exogene determinant die beschikbaar is én van invloed op de prestaties. Daarom zou deze desgewenst kunnen worden gebruikt. Nadere analyse zou nodig zijn om vast te stellen of het voor de hand ligt om binnen de regio's onderscheid te maken tussen (grote) steden en overige gebieden. Ook zou aanvullend onderzoek nodig zijn als op regioniveau robuuste uitspraken gedaan moeten worden over de loonkosten per medewerker: uit de nu beschikbare gegevens bleek immers dat de kosten per fte cliëntgebonden personeel in de zorgkantoorregio's met grote steden weliswaar bovengemiddeld hoog zijn maar zeker niet de hoogste in het land, terwijl de kosten per fte overhead juist lager zijn dan gemiddeld. In de benchmark thuiszorg 2000 bleek overigens dat de kosten per fte in de Randstad relatief laag zijn, omdat minder hoog geschoolde medewerkers worden ingezet, maar dat er veel tijd moest worden besteed aan het begeleiden van deze medewerkers en aan het inwerken van nieuw personeel, nodig omdat de doorstroming hoog is.

5.08 De signatuur van instellingen valt af als bruikbare determinant omdat het niet wenselijk geacht wordt om deze onderwerp te maken van financiële prikkels. De omvang van instellingen valt af omdat er geen relatie met de prestaties blijkt te zijn. De verblijfsduur van cliënten blijkt (op grond van de nu gemaakte analyses) evenmin invloed op de prestaties te hebben.

5.09 Het onderscheid tussen somatiek en psychogeriatricie is beschikbaar en van invloed op de prestaties. Immers, het blijkt dat overwegend psychogeriatricische verpleeghuizen duidelijk minder cliëntgebonden personeel per cliënt inzetten dan overwegend somatische verpleeghuizen. Verder vertoont het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg in de overwegend psychogeriatricische verpleeghuizen een ander patroon dan in de overwegend somatische verpleeghuizen. Het onderscheid tussen somatiek en psychogeriatricie zou daarmee een determinant kunnen zijn. Echter, om deze determinant correct te kunnen hanteren is wel aanvullend onderzoek nodig. Vooralsnog zijn de oorzaken van de gevonden verschillen niet duidelijk. Mogelijk kan een nadere differentiatie binnen de categorieën overwegend somatisch dan wel psychogeriatricisch meer duidelijkheid bieden.

5.10 Organisatiekenmerken hebben geen eenduidig vastgestelde relatie met prestaties (zie hoofdstuk 4), waarbij nog komt dat ze moeilijk uniform te meten zijn. Cultuurkenmerken ten slotte hebben weliswaar invloed op de prestaties (zie hoofdstuk 4), maar ze zijn moeilijk eenduidig te meten.

Conclusie

5.11 Conclusie is dat uit de set determinanten voor de nabije toekomst vooral de kwaliteitsdimensie als bruikbare determinant naar voren komt. De normen voor verantwoorde zorg kunnen een belangrijke rol spelen.

5.12 Als het gaat om gebruik op korte termijn, kan worden geconcludeerd dat de determinanten zorgzwaarte en mogelijk regio en/of somatiek/psychogeriatricie bruikbaar zijn. Er is dan wel nader onderzoek nodig, om een correct gebruik van deze determinanten mogelijk te maken.

5.13 Daarom ligt het in de rede om voor dit moment een eventuele verdeling van middelen vooral te baseren op de zorgzwaarte. Uit dit rapport komt een sterke relatie met de prestaties naar voren, terwijl via het meetinstrument ZOZ (of vanaf 2007 de ZZP's) recente gegevens beschikbaar zijn of snel beschikbaar kunnen komen. De verpleeghuizen kunnen slechts beperkt sturen op de zorgzwaarte van cliënten, en juist daarom kan het inzetten van middelen op dit punt gewenst zijn. Hoe een dergelijke inzet vorm zou moeten krijgen, is een vraag die CTG/ZAio zal moeten beantwoorden.

Bijlagen

A Projectinitiatiedocument

Versie : 1.0

Opdrachtgever : dhr. G.J.J. Holst

Organisatie : CTG/ZAio
Afdeling : Care

Auteur : mevr. drs. I. G. Schoenmakers/
mevr. drs. R.E. Sonnemans

Datum : 06-01-2006

1. Inleiding

1.1 Achtergrondschemata

Dit project initiatiedocument heeft betrekking op het onderzoek naar de doelmatigheid van de verpleeghuiszorg. Aan de belangstelling voor het onderzoeksthema liggen diverse zowel demografische, maatschappelijke als beleidsmatige ontwikkelingen ten grondslag. Deze zijn van invloed op de zorgverlening binnen de verpleeghuizen. Een belangrijke demografische ontwikkeling is de toenemende vergrijzing, die wordt veroorzaakt door de naoorlogse geboortegolf en een hogere levensverwachting van ouderen. Dit gaat gepaard met een toenemende complexiteit van de zorgvraag. Belangwekkende ontwikkelingen aan de aanbodkant hebben bijvoorbeeld betrekking op de arbeidsmarkt. Hierbij valt te denken aan schaarste van personeel, ziekteverzuim en de inzet van vrijwilligers. Beleidsmatige ontwikkelingen die van invloed zijn op de zorgverlening zijn het bevorderen van zelfstandig wonen door ouderen, kostenbeheersing en vraaggestuurde, op maat gesneden zorg. In budgettaire zin rekening wordt steeds meer getracht rekening te houden met de zorgzwaarte van de individuele cliënt voor een betere verdeling van de beschikbare middelen. Al deze ontwikkelingen hebben meerdere implicaties voor verpleeghuiszorg.

De afgelopen jaren zijn er aanhoudende signalen over het tekortschieten van de kwaliteit van zorg in de verpleeghuizen. Verschillende onderzoeken naar de kwaliteit van zorg werden verricht door o.a. de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In 2005 is in opdracht van VWS door Kennedie, de president van Golden Tulip Hotels gepoogd aan te tonen hoe het budget van een verpleeghuis zich verhoudt tot de kwaliteit van de geleverde zorg. Behalve aan de kwaliteit van zorg wordt steeds meer aandacht besteed aan de toegenomen zorgzwaarte in de verpleeghuizen. De brancheorganisatie Arcares heeft verschillende onderzoeken gedaan en instrumenten laten ontwikkelen om de zorgzwaarte meetbaar te kunnen maken. Deze onderzoeken hebben niet kunnen aantonen hoe de kwaliteit van de zorgverlening zich verhoudt tot de bekostiging van de zorg.

Beroeps-, branche- en cliëntorganisaties hebben inmiddels na intensief overleg met de IGZ, VWS en ZN normen voor Verantwoorde zorg opgesteld. Vanuit deze normen zijn indicatoren ontwikkeld die vanaf 2006 het toetsingskader voor verpleeg- en verzorgingshuizen vormen. Het toetsingskader kan inzichtelijk maken in hoeverre instellingen in de verpleging en verzorging verantwoorde zorg leveren.

1.2 Aanleiding

In overleg met VWS is overeengekomen dat CTG/ZAio onderzoek zal verrichten naar kwaliteit van zorgverlening in verpleeghuizen in relatie tot de beschikbare respectievelijk benodigde financiële middelen. Aanleiding van dit onderzoek is een motie van Lambrechts, Verbeet en Van Miltenburg. In deze motie wordt verzocht onderzoek te doen naar de toereikendheid en de doelmatigheid van de bekostiging van verpleeghuiszorg, gerelateerd aan de normen voor verantwoorde zorg. Tijdens het Algemeen Overleg van 8 december jongstleden heeft de Tweede Kamer de wens geuit dit onderzoek AWBZ-breed te willen uitvoeren. In overleg tussen VWS en CTG/Zaio is afgesproken hiervoor een gefaseerde aanpak te kiezen en te starten met een onderzoek naar verpleeghuizen. Dit onderzoek kan vervolgens als pilot dienen, zodat aansluitend ook langdurig verblijf binnen verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicapten en GGZ instellingen kan worden onderzocht.

Op basis van inhoudelijke en financiële kwaliteitsaspecten, zoals de normen voor verantwoorde zorg, kwaliteit van zorg, cliënttevredenheid, medewerkertevredenheid en financiële ratio's, zal CTG/Zaio onderzoek doen naar het scoren van verpleeghuizen op deze onderdelen. Vervolgens zal worden geanalyseerd welke factoren bepalend zijn voor het al dan niet doelmatig functioneren van verpleeghuizen. Een dergelijke analyse kan inzicht bieden in 'waarom het ene verpleeghuis wel doelmatige verpleeghuiszorg kan bieden binnen de huidige financiële normen en het andere verpleeghuis niet'.

CTG/ZAio zal een onderzoeksopdracht opstellen en vervolgens door een onderzoeksbureau laten uitvoeren. De directie Care van CTG/ZAio zal de verantwoordelijkheid voor het onderzoek hebben.

1.3 Doelstelling PID

Inzicht geven in het 'plan van aanpak' hoe eind mei 2006 te komen tot een rapport waarin de visie van CTG/ZAio op determinanten voor doelmatig verpleeghuisbeleid wordt onderbouwd.

Binnen dit onderzoek wordt onder doelmatig verpleeghuisbeleid verstaan dat met de beschikbare financiële middelen kwalitatief goede zorg wordt verleend. Onder kwalitatief goede zorg valt niet alleen de kwaliteit van de zorgverlening, maar ook cliënttevredenheid en medewerkertevredenheid.

Dit project heeft een pilot karakter in die zin dat met behulp van de resultaten en inzichten een AWBZ-breed onderzoek wordt uitgevoerd naar de determinanten die typerend zijn voor doelmatig zorgbeleid in de overige AWBZ-instellingen.

1.4 Opbouw document

In dit document wordt aandacht besteed aan de doelstelling van het onderzoek en de fasering, verantwoording, planning en communicatie rond het onderzoek.

2. Projectdefinitie

2.1 Doelstelling project

Gegeven de geschetste achtergrond en aanleidingen dient het onderzoek de volgende doelen:

1. Inzicht geven in de vraag waarom het ene verpleeghuis met de beschikbare middelen doelmatige zorg kan leveren en het andere verpleeghuis niet.
2. Inzicht geven in de ontwikkeling van de zorgzwaarte in de afgelopen jaren in verhouding tot de ontwikkeling van het budget in dezelfde periode.
3. Inzicht verkrijgen in hoeverre een andere verdeling van middelen kan bijdragen aan meer doelmatige verpleeghuiszorg.

2.2 Vraagstelling project

Zoals in paragraaf 1.1 reeds werd aangegeven, is de doelmatigheid van verpleeghuisbeleid nog betrekkelijk onontgonnen terrein. Deze context en eerdergenoemde ontwikkelingen hebben geleid tot de volgende vraagstelling:

Welke determinanten zijn bepalend voor een verpleeghuis om met de beschikbare middelen een zo optimaal mogelijke kwaliteit van zorg te kunnen behalen? En hoe kunnen deze determinanten worden vertaald naar toepasbare beleidsondersteunende handvatten voor het management van verpleeghuizen?

Alvorens de bovenstaande vraagstelling te kunnen beantwoorden moeten ondermeer de volgende subvragen worden gesteld.

1. Welke definitie en normen van kwaliteit van zorg worden in bestaand onderzoek gehanteerd?
2. Hoe wordt volgens bestaand onderzoek cliënttevredenheid en medewerkertevredenheid bepaald?
3. Welke ratio's kunnen worden gebruikt voor het bepalen van de financiële positie van verpleeghuizen?

2.3 Projectafbakening

Uitgangspunt voor het onderzoek is dat voldoende bestaande inzichten en onderzoek beschikbaar zijn zowel voor het bepalen van de 'best practise' en 'bad practise' verpleeghuizen als voor de ontwikkeling van de zorgzwaarte binnen verpleeghuizen in de afgelopen jaren. Kwaliteit van zorg, cliënttevredenheid en medewerkertevredenheid worden gedefinieerd op basis van bestaande inzichten en onderzoek. CTG/ZAio beschikt zelf niet over de kennis en gegevens om dit onderzoek uit te voeren. De financiële ratio's worden wel door CTG/ZAio in een vooronderzoek gedefinieerd en afgebakend. Het onderzoek wordt toegespitst op verpleeginstellingen die reeds voor de modernisering van de AWBZ (1 april 2003) zijn erkend als verpleeghuis.

2.4 Projectresultaat

Succesfactoren, bepalend voor de doelmatigheid van verpleeghuisbeleid, die kunnen worden vertaald naar beleidsondersteunende informatie, beleid/ strategie/ richtlijnen, geschikt en beschikbaar voor alle AWBZ-instellingen.

Het onderzoek geeft aan wat de bepalende factoren zijn voor doelmatig verpleeghuisbeleid om aldus ondersteunend te zijn voor het management om een optimale prijs-kwaliteitverhouding te kunnen bereiken. Tevens dienen de resultaten handvatten te geven om de verdeling van de beschikbare AWBZ-middelen te optimaliseren.

Daarnaast dient het onderzoek inzicht te geven in hoeverre de ontwikkeling van de zorgzwaarte zich verhoudt tot de ontwikkeling van de budgettaire component voor o.a. personeel in de afgelopen jaren.

De gebruikte onderzoeksmethode moet toepasbaar zijn voor alle AWBZ-instellingen zodat verbreding van het onderzoek mogelijk is.

3. Randvoorwaarden

De belangrijkste voorwaarde voor het succesvol realiseren van het onderzoek is dat er voldoende data beschikbaar zijn over de kwaliteit van zorg, cliënttevredenheid en medewerkertevredenheid binnen individuele instellingen.

De gedelegeerd opdrachtgever zal naar verwachting zo'n vier uur per week inzetbaar zijn. Het feitelijke onderzoek wordt verricht door een onderzoeksbureau. Aangezien het een klein project betreft, zal er geen projectleider zijn. Het projectteam, bestaande uit twee medewerkers van de directie Care van CTG/ZAio, zal per persoon 20 uur per week beschikbaar zijn.

4. Relaties

Het onderzoek is nauw gerelateerd aan de zorgzwaarte financiering en het formuleren van intramurale zorgzwaarte prestaties.

5. Projectaanpak en fasering

5.1 Projectaanpak

Om het beoogde doel van het onderzoek te kunnen bereiken, is zowel een helder geformuleerde probleemstelling als een duidelijke afbakening van het onderwerp essentieel. In januari 2006 zal volgens de interne inkoopprocedure het onderzoek worden aanbesteed bij/ onder diverse onderzoeksbureaus. Binnen dit project zal CTG/ZAio een aantal onderzoeksbureaus een aanbestedingsbrief sturen waarin een ruwe uiteenzetting van het onderzoek en de doelstelling is weergegeven. Tevens worden de bureaus in deze brief uitgenodigd om een uitwerking van de onderzoeksopdracht te presenteren, waarna een selectie kan plaatsvinden.

5.2 Onderzoeksaanpak

Het eerste deel van het onderzoek bestaat uit het selecteren van de 'best practise' en 'bad practise' verpleeghuizen worden door het onderzoeksbureau. Deze selectie is gebaseerd op de volgende matrix:

Kwaliteit ¹ ?	+/-	+/+
	-/-	-/+
		Financiële ratio's ?

De 'best practise' en 'bad practise' verpleeghuizen worden door het onderzoeksbureau met elkaar vergeleken. Dit resulteert in een analyse van determinanten die leiden tot doelmatig verpleeghuisbeleid. Bij deze vergelijking zal ondermeer gekeken worden naar de invloed van:

- het aantal bedden;
- de geografische ligging;
- de personele inzet, zowel in aantal als deskundigheidsniveau;
- de cliëntgebonden tijd;
- de inzet van vrijwilligers;
- het ziekteverzuim;
- de organisatiestructuur;
- de overhead;
- de zorgzwaarte ontwikkeling;
- karakteristieken van de cliëntpopulatie;
- visie op zorgverlening;
- enzovoort.

De resultaten van het feitelijke onderzoek moeten eind april worden aangeleverd, zodat het projectteam in mei zijn visie kan formuleren. Deze visie wordt vertaald in handvatten voor doelmatig verpleeghuisbeleid.

¹ Onder kwaliteit wordt verstaan; kwalitatief verantwoorde zorg, cliënttevredenheid en medewerkertevredenheid

6. Projectplanning en kosten

6.1 Uitgangspunten

Begin juni moet de visie van het projectteam over doelmatig verpleeghuiszorgbeleid en een eventuele objectivering van de verdeling van extra middelen gereed zijn. Deze datum is alleen haalbaar indien er voldoende data beschikbaar zijn over de kwaliteit van de zorg in individuele verpleeghuizen.

6.2 Doorloopplanning

Fase		dec 05	jan-06	febr-06	mrt-06	apr-06	mei 06	Juni 06	CTG/ ZAio	Onderzoeks-bureau
0	Vorbereiding onderzoek								X	
1	Schrijven van onderzoeks-opdracht								X	
2	Selecteren onderzoeks-bureau								X	
3	Uitvoering onderzoek									X
3a	Presenteren resultaten									X
4	formulering van visie								X	
5	Presenteren resultaten								X	

Bijlage 1 beschikbare bronnen

- Brief VWS aan TK; Rapportage kwaliteitsbeleid langdurige zorg, DVVO-U-2594159, juni 2005.
- Waarde, waardering, waardigheid. Hospitality Care en de toekomst van de Nederlandse Verpleeghuiszorg. Eindrapportage Golden Tulip Hotels, Inns & Resorts. Hans Kennedie, juni 2005.
- Kwaliteit van de AWBZ-voorzieningen. J.M. Timmermans, coördinator zorg Centraal Plan Bureau.
- RAK-enquête, CTG/ZAio.
- Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Nivel, (uitgevoerd in opdracht van ZonMw), 2004.
- Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg. Een exploratief onderzoek naar de mate waarin zorginstellingen indicatoren gebruiken om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken. Nivel, 2002.
- De kunst van het aanpakken. Verkennend onderzoek naar het adaptief vermogen van verpleeghuizen. Twynstra Gudde, oktober 2004.
- Derde tussenrapportage Meldpunt verpleeghuiszorg. Inspectie voor de gezondheidszorg, juni 2005.
- Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken. Onderzoek naar de aanwezigheid van integrale kwaliteitszorg in verpleeghuizen en verzorgingshuizen a.d.h.v. de uitkomsten van algemeen toezicht van 1 juni 2003 tot 1 juni 2004. IGZ, maart 2005.
- Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet. IGZ, september 2004.
- Op weg naar Normen voor Verantwoorde zorg. Een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders, beroepsgroepen: Arcares, AVVV, LOC, NVVA en Sting; en in afstemming met IGZ, VWS en ZN, juni 2005.
- Toetsingskader voor verantwoorde zorg. Een operationalisatie van het visiedocument 'Normen voor Verantwoorde zorg' in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V. Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting en Z-Org, november 2005.
- Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen 2003. Prestaties van zorgaanbieders gemeten. Arcares, februari 2004.
- Benchmarking Verpleeg- en verzorgingshuizen 2004/2005. Prestaties van zorgaanbieders gemeten, algemeen rapport. Arcares, november 2005.
- Zorgkloof in verzorgings- en verpleeghuizen: een tussenbalans. Arcares, september 2001
- Ouderen in instellingen, landelijke overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners. Sociaal en Cultureel Planbureau, december 2005
- www.client-en-kwaliteit.nl Onderzoek, Alles naar wens 2004 en 2005? Onderzoek naar cliënttevredenheid en kwaliteit.

B Literatuurlijst en onderzoeksbronnen

- Arcares, AVVV, LOC, NVA, Sting en Z-Org: Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg, november 2005
- Arcares, Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen 2003, algemeen rapport, februari 2004
- Arcares, Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen 2004/2005, algemeen rapport, november 2005
- Arcares, Eerst test benchmarkinstrumentarium, Algemeen rapport, april 2002
- Arcares, Tweede test benchmarkinstrumentarium, Algemeen rapport, november 2002
- Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen, NIVEL en PricewaterhouseCoopers, maart 2002
- Benchmarkonderzoek thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid, Berenschot en PricewaterhouseCoopers, maart 1999
- Brancherapport Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004, Desan/IWS/NIVEL/TNO/ PricewaterhouseCoopers september 2005
- Golden Tulip Hotels, Inns & Resorts: Waarde Waardering, Waardigheid, Hospitality Care en de toekomst van de Nederlandse Verpleeghuiszorg, juni 2005 (H.W.R. Kennedie)
- Inspectie Gezondheidszorg: Rapport gelaagd en gefaseerd toezicht, resultaten inspectieformulier verpleeg- en verzorgingshuizen 2004
- NIVEL: Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen, 2004
- NIVEL: Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg, 2002
- Twijnstra Gudde: De Kunst van het aanpassen, verkennend onderzoek naar het adaptief vermogen van verpleeghuizen, oktober 2004

Bron	Gegevens	Door wie aangeleverd	Basisjaar	Aantal verpleeghuizen
Zorgbehoeftemeting Ouderenzorg (ZOZ)	Zorgzwaarte en verblijfsduur cliënten	Arcares	2001 - 2005	174 met 23.904 cliënten
Indicaties	Aantallen en omvang zorg	CIZ	2005	65.536 cliënten
Nacalculatie	Budget, eigen vermogen, resultaat, productie	CTG/ZAio	2004	195
Jaarrekening	Kostengegevens	Website Prismant	2004	187
Jaarenquête art. 22	Kostengegevens, personeels-formatie	Prismant via Arcares ²¹	2004	109
Gefaseerd en gelaagd toezicht	Risicoscores, zorginhoudelijke scores	IGZ	2004	382
Cliëntenraadpleging	Cliëntoordeel kwaliteit van zorg	Cliënt & Kwaliteit	2004	176
Medewerkerraadpleging Werk in Beeld	Medewerkeroordeel kwaliteit van arbeid	Prismant via Arcares	2004	164
Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen	Zorgzwaarte, omvang geleverde zorg ²² , productiviteit en additionele verklarende determinanten	Arcares	2003 - 2005	39, gespiegeld aan testgegevens van 55 verpleeghuizen
Diverse onderzoeksrapporten	Additionele verklarende determinanten	Zie bijlage B		N.v.t.

21 Daarnaast is een e-mailenquête gehouden onder verpleeghuizen, waaruit aanvullende cijfers zijn geput.

22 Vanuit dit bestand zijn referentietijden berekend voor alle verpleeghuizen

C Nadere verantwoording onderzoeksgegevens

C.01 In deze bijlage worden waar nodig de onderzoeksgegevens nader toegelicht.

Indicatiegegevens

C.02 Ten behoeve van dit onderzoek heeft het CIZ een analyse gemaakt van de in 2005 afgegeven verpleeghuisindicaties. Oorspronkelijk was het de bedoeling ook 2004 in beeld te brengen, maar dit bleek niet goed mogelijk omdat in dat jaar de indicaties nog niet centraal werden geregistreerd en een extrapolatie vanuit een deelbestand gelet op de gevraagde doorsneden onvoldoende betrouwbaar zou zijn. Het CIZ heeft wel de cijfers over januari 2006 geanalyseerd, om te kunnen nagaan of er sprake was van een inhaaleffect na de decembermaand.

C.03 Omdat de indicatieorganen indiceren in termen van functies en klassen, is het begrip verpleeghuisindicaties geoperationaliseerd als de indicaties voor de combinatie behandeling en verblijf op de grondslag somatiek en/of psychogeriatric. Daarmee is weliswaar de groep geïndiceerde cliënten groter dan de groep verpleeghuiscliënten (immers ook cliënten met aanvullende verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen en eventueel cliënten die kiezen voor een Persoonsgebonden Budget of voor extramurale zorg hebben een dergelijke indicatie) maar voor het onderzoeksdoel is dit geen bezwaar. Immers, de gegevens zijn bedoeld om in algemene zin de trend in het aantal indicaties en de zwaarte ervan in beeld te brengen.

C.04 Het CIZ heeft allereerst het bronbestand geschoond voor negatieve indicaties, afgebroken onderzoeken en cliënten die in het onderzoeksjaar meer dan éénmaal zijn geïndiceerd (in het laatste geval is uitgegaan van de meest recente indicatie). Vervolgens zijn uit het bestand met het totale aantal geschoonde CIZ-indicaties (853.836) de indicaties geselecteerd die zowel verblijf als behandeling omvatten. Dit zijn er 65.536, het onderzoeksbestand. Van deze 65.536 indicaties bleek 92,7% (60.720) te berusten op de grondslagen somatiek, psychogeriatric of een combinatie daarvan. De overige indicaties hebben bijna allemaal de grondslag verstandelijke handicap of psychiatric. Een overzicht van de grondslagen van het onderzoeksbestand vindt u in de navolgende tabel. Vanwege de leesbaarheid van het rapport wordt het onderzoeksbestand van indicaties voor verblijf in combinatie met behandeling aangeduid als verpleeghuisindicaties.

C.05 In alle figuren met betrekking tot de indicatiestelling zijn de cijfers afzonderlijk weergegeven op landelijk niveau en op het niveau van vier landsdelen. De gegevens zijn per landsdeel weergegeven om verschillen in beeld te brengen. Daarbij is aangenomen dat cliënten na indicatie kiezen voor opname in een verpleeghuis in de regio waar zijn woonachtig zijn. Er is gekozen voor het niveau van de landsdelen in plaats van zorgkantoorregio's om de figuren leesbaar te houden. De landsdelen zijn (door de onderzoekers) als volgt gedefinieerd.

Tabel C-1: Opbouw landsdelen

Landsdeel	Zorgkantorregio's	Percentage indicaties
Noord	Groningen, Friesland, Drenthe, Zwolle	19,45%
Oost	Twente, Apeldoorn/Zutphen e.o., Midden-IJssel, Arnhem, Nijmegen	12,37%
West	Utrecht, Flevoland, 't Gooi, Noord-Holland Noord, Kennemerland, Zaanstreek/Waterland, Amsterdam, Amstelland en De Meerlanden, Zuid-Holland Noord, Midden-Holland, Haaglanden, Delft Westland Oostland, Rotterdam, Nieuwe Waterweg Noord, Zuidhollandse Eilanden, Waardenland	41,71%
Zuid	Zeeland, West-Brabant, Midden-Brabant, Noordoost Brabant, Zuid Oost Brabant, Noord-Limburg, Zuid-Limburg	26,75%

Bron: Onderzoek prestaties verpleeghuizen 2006

C.06 Om het totale gemiddelde aantal geïndiceerde uren per cliënt te berekenen, is het totale aantal geïndiceerde uren per functie uitgedrukt in relatie tot het totale aantal geïndiceerde cliënten en vervolgens opgeteld. Een dagdeel is als vier uur geteld. Verder is een aanname gedaan ten aanzien van de omvang van de klasse 'extra'. In het onderzoek is de gemiddelde omvang gesteld op het minimum aantal uren van deze klasse vermeerderd met de helft van de bandbreedte in de klasse daaronder. Omdat niet meer dan 0,6% van de geïndiceerden een indicatie in deze klasse heeft gekregen, zal een eventuele onder- of overschatting van dit aantal uren geen gevolgen hebben voor de berekende gemiddelden. Over de functie behandeling zijn geen uitgesplitste gegevens beschikbaar. De geïndiceerde omvang is daarom gelijk gesteld aan de in de benchmark gemeten daadwerkelijke omvang (1 uur per week). De indicatie omvat het totaal van direct en indirect cliëntgebonden tijd dus niet de tijd die besteed wordt aan organisatie- of medewerkergebonden activiteiten.

Tabel C-2: Omschrijving tijds categorieën

Tijds categorie	Omschrijving
Direct cliëntgebonden tijd	Tijd die medewerkers direct aan een cliënt of een groep cliënten besteden
Indirect cliëntgebonden tijd	Tijd die medewerkers indirect aan een cliënt of een groep cliënten besteden, bijvoorbeeld rapportages of een cliëntbespreking
Organisatiegebonden tijd	Tijd die medewerkers besteden aan de organisatie, bijvoorbeeld afdelingsoverleg of transport van middelen en materialen
Medewerkergebonden tijd	Tijd die medewerkers besteden aan bijvoorbeeld persoonlijke verzorging of aan in de CAO vastgelegde pauzes in werktijd

De geleverde zorg: Zorg- en BehandelRegistratie

C.07 De gegevens over de werkelijk geboden zorg zijn afkomstig uit de benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen van Arcares. De verpleeghuizen die aan deze benchmark hebben deelgenomen, hebben de werkelijk geleverde zorg geregistreerd via een tijdmeting, de Zorg- en BehandelRegistratie.

C.08 Het registratie-instrument is ontwikkeld door Customers Choice en wordt al jarenlang in verschillende benchmarks gebruikt. Niet alleen de directe en indirecte cliëntgebonden tijd worden gemeten, maar ook de organisatiegebonden en medewerkergebonden tijd. Er worden 33 handelingsgroepen onderscheiden, die te clusteren zijn naar AWBZ-functies. Omdat ook wordt geregistreerd wie de handeling heeft uitgevoerd, kunnen via de salarisadministratie van de instelling de kosten worden berekend.

C.09 Op basis van de door de verpleeghuizen geregistreerde zorgtijden zijn per cliëntgroep met een bepaalde zorgbehoefte zogenoemde referentietijden berekend. Daarbij is rekening gehouden met de zorgzwaarte van de overige cliënten. Een cliënt met een bepaalde zorgzwaarte blijkt namelijk meer zorg te ontvangen als de zorgzwaarte van de overige cliënten relatief gering is dan wanneer deze relatief hoog is.

De Zorgbehoeftemeting OuderenZorg

C.10 Voor het weergeven van de zorgzwaarte is gebruik gemaakt van de gegevens uit de Zorgbehoeftemeting OuderenZorg, de ZOZ. Dit instrument wordt sinds 2001 toegepast in verpleeg- en verzorgingshuizen. Via een vragenlijst die wordt ingevuld door direct verzorgend personeel, wordt zowel de lichamelijke zorgbehoefte als de psychosociale (waaronder de psychogeriatrische) problematiek vastgelegd. Op basis van de vragenlijst worden cliënten ingedeeld in één van de zestien gedefinieerde zorgbehoeftegroepen. De cliëntgroepen met de zwaarste zorgbehoefte zijn de groepen met ernstige of zeer ernstige lichamelijke zorgbehoefte gecombineerd met ernstige of zeer ernstige psychosociale problematiek. Het instrument is ontwikkeld door Van Loveren & Partners; de gegevens worden in een landelijke database bij Prismant opgeslagen.

C.11 Van Loveren & Partners heeft ten behoeve van dit onderzoek de afzonderlijke scores voor lichamelijke zorgbehoefte en psychosociale problematiek herrekend tot één score per verpleeghuis.

De risicoscore van de IGZ

C.12 Het gefaseerd en gelaagd toezicht van de IGZ omvat een groot aantal aspecten die ook in de normen voor verantwoorde zorg terugkomen. De vragenlijst, die door verpleeghuizen wordt ingevuld, heeft als doel verpleeghuizen met een verhoogd risico op onverantwoorde zorg te identificeren. De vragen kunnen in twee categorieën worden onderverdeeld:

- a vragen naar factoren die voorwaardenscheppend worden geacht voor het leveren van kwaliteit, zoals het hanteren van (kwaliteits)protocollen, de beschikbaarheid van deskundig personeel en het raadplegen van cliënten en medewerkers;
- b vragen naar de zorgresultaten, de zogenoemde uitkomstgegevens:
 - i in het zorgplan vermelde zorg die niet is geleverd;
 - ii symptomen van depressie;
 - iii gebruik van negen of meer verschillende medicijnen;
 - iv fysiek gewelddadig gedrag van cliënten;
 - v gebruik van een verblijfskatheter;
 - vi instemming van de cliënt met het zorgplan;

- vii beperking van de vrijheid van de cliënt;
- viii medicatiefouten;
- ix valincidenten;
- x ongewild gewichtsverlies.

C.13 De antwoorden van de verpleeghuizen zijn omgerekend naar zogenoemde risicoscores. Voor het onderzoeksjaar geldt dat de scores op de uitkomstgegevens nog niet zijn meegenomen in de risicoscores, omdat verpleeghuizen nog niet altijd op een zodanige wijze registreren dat de vragen exact konden worden beantwoord. Wel wordt als onderdeel van de risicoscores meegewogen óf het verpleeghuis het betreffende gegeven registreert. De scores op een aantal uitkomstgegevens (namelijk de gegevens die het meest frequent worden geregistreerd) zijn in dit CTG/ZAio-onderzoek gebruikt voor het uitvoeren van deelanalyses.

C.14 De risicoscores hebben een scorebereik van 0 tot 70. Hoe lager de score, hoe minder risico, dus hoe gunstiger.

Het cliëntoordeel

C.15 De Stichting Cliënt & Kwaliteit is een door cliëntorganisaties opgerichte stichting die de kwaliteit van zorg- en dienstverlening vanuit cliëntperspectief meet. Het cliëntoordeel van somatische cliënten wordt gemeten via een vragenlijst die mondeling (individueel) wordt afgenomen. Het cliëntperspectief van de psychogeriatrische cliënt wordt benaderd via de contactpersonen, die een schriftelijke vragenlijst invullen.

C.16 De cliëntenraadpleging heeft betrekking op de thema's introductie van de cliënt, wonen, maaltijden, dagbesteding, zorg, paramedische dienstverlening en omgaan met de contactpersoon van de cliënt.

C.17 De scores op het cliëntoordeel zijn in dit onderzoek niet weergegeven in absolute getallen, maar in de vorm van een rangorde.

C.18 Uit de benchmarkgegevens blijkt dat het cliëntoordeel in verzorgingshuizen iets hoger is dan in verpleeghuizen, vooral door een hoger oordeel over het thema wonen. Verder blijkt dat voor zowel de verpleeghuizen als de verzorgingshuizen geldt dat het cliëntoordeel over de jaren heen (de cliëntenraadpleging wordt sinds 2002 uitgevoerd) een stijgende lijn vertoont.

Medewerkeroordeel

C.19 Het medewerkeroordeel over de kwaliteit van arbeid is in dit onderzoek ontleend aan de medewerkerraadpleging Werk in Beeld, die in 2004 is uitgevoerd. Medewerkers zijn schriftelijk ondervraagd over hun oordeel ten aanzien van aspecten als tevredenheid met de organisatie, werkdruk en sociaal klimaat. Voor dit CTG/ZAio-onderzoek is, evenals dat in de benchmark is gebeurd, gebruik gemaakt van de score op de tevredenheid met de organisatie als eindscore per instelling. Deze score hangt namelijk het sterkst samen met de scores op de andere aspecten.

C.20 Het scorebereik loopt van 1 – 5; hoe hoger de score, hoe positiever de medewerkers.

De financiële gegevens

C.21 Een aantal financiële gegevens is afkomstig van CTG/ZAIo; het gaat dan om het budget aanvaardbare kosten, het eigen vermogen en de zorgtoeslagen.

C.22 De gegevens over het netto resultaat zijn afkomstig uit de (openbare) jaarrekening 2004 van verpleeghuizen. De gegevens zijn handmatig overgenomen. Validatie heeft onder meer plaatsgevonden via een vergelijking met de jaarrekening 2003.

C.23 Gegevens over de opbouw van de personeelsformatie en personeelskosten zijn afkomstig uit de jaarenquête ex artikel 22 Wet ziekenhuisvoorzieningen over 2004. Deze gegevens zijn op verzoek van Arcares beschikbaar gesteld door Prismant.

Enkele begripsomschrijvingen:

Tabel C-3: Begripsomschrijvingen

Begrip	Omschrijving
Rendement	Netto resultaat als percentage van de aanvaardbare kosten minus de kapitaallasten
Ratio eigen vermogen	Eigen vermogen resultaat als percentage van de aanvaardbare kosten minus de kapitaallasten
Cliëntgebonden personeel	Medewerkers die worden ingezet voor de directe zorg alsmede de leidinggevenden in de zorg (Prismant rekeningschema codes 413100 tot en met 413700, 414100 tot en met 414800, 417000a en 4181000a). Leerlingen, stagiaires en personeel niet in loondienst zijn meegerekend.
Overhead	Algemeen en administratief personeel zoals directie, P&O-afdelingen en financiële administratie

C.24 De inzet van cliëntgebonden personeel is afgeleid uit de jaarenquête ex art. 22 WZV. De inzet wordt uitgedrukt in het aantal fte per bed. Daaruit zou een vertekening in de rangorde van verpleeghuizen kunnen voortvloeien, omdat het cliëntgebonden personeel ook wordt ingezet voor extramurale cliënten. Uit een gevoeligheidsanalyse op basis van benchmarkcijfers blijkt echter dat dit niet het geval is. Als de extramurale capaciteit wordt meegerekend (7,2 uur extramurale zorg wordt dan meegeteld als één verpleegdag, rekening houdend met de gemiddelde productiviteit) blijft de rangorde van verpleeghuizen nagenoeg ongewijzigd. Wel kan een (beperkte) vertekening optreden in de absolute cijfers.

Benchmarkgegevens

C.25 De onderzoeksgegevens zijn voortdurend gespiegeld aan de gegevens die beschikbaar waren vanuit de benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen 2004/2005 (met daarin opgenomen de kerncijfers van de benchmark 2003). Gerefereerd wordt aan de benchmark van Arcares. In 2004/2005 hebben 18 verpleeghuizen deelgenomen en in 2003 21. In eerdere tests hebben 55 verpleeghuizen deelgenomen. Omdat de benchmarkonderdelen die in dit onderzoek worden gebruikt (ZOZ, ZBR en productiviteit) niet zijn gewijzigd, zijn de testgegevens als spiegelinformatie gebruikt om de hardheid van de cijfers uit 2003 en 2004/2005 vast te stellen. In alle gevallen bleek er een grote mate van stabiliteit in de uitkomsten te zijn.

C.26 Arcares heeft toestemming verleend voor het gebruik van de benchmarkgegevens.

C.27 De vergelijking van de onderzoeksgegevens met de benchmark liet zonder uitzondering een grote overeenkomst zien. Daarmee diende het benchmarkbestand als validatie van het onderzoeksbestand.

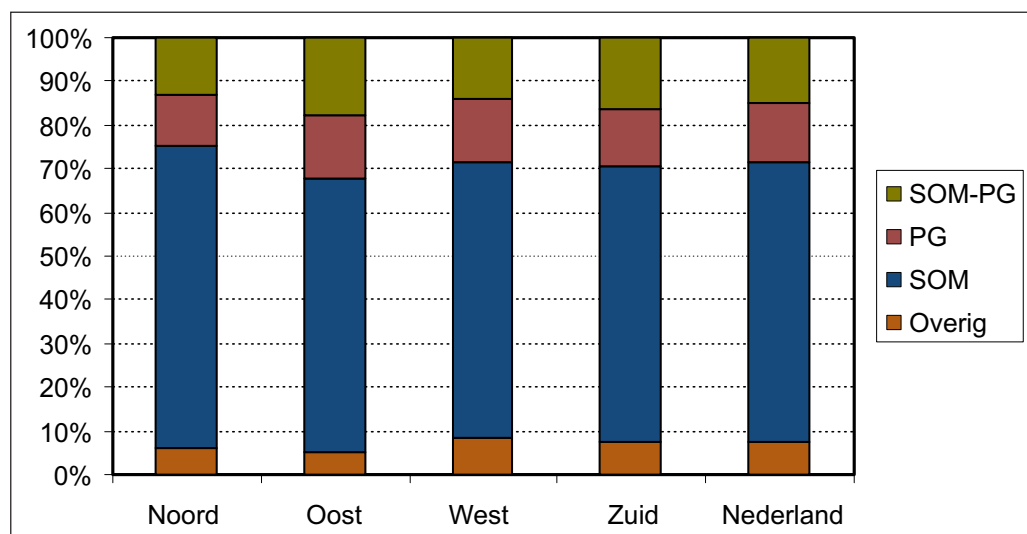
C.28 Tegelijkertijd kan worden geconcludeerd dat de instellingen die aan de benchmark hebben deelgenomen, een representatieve doorsnede vormen van het totale aantal verpleeghuizen. Dat betekent dat het verantwoord is om voor een aantal onderdelen waar gegevens uit het onderzoeksbestand ontbraken, gebruik te maken van benchmarkgegevens. Dit betreft bijvoorbeeld de gemiddelde productiviteit, de ontwikkeling van de zorgzwaarte 2001 – 2004 en de hoeveelheid geleverde zorg.

D Nadere analyse indicatiegegevens

D.01 In deze bijlage wordt een aantal indicatiegegevens nader geanalyseerd. Met name de regionale verschillen worden in beeld gebracht. De hoofdconclusies zijn in hoofdstuk 1 beschreven.

D.02 Figuur D-1 toont de indicatiegrondslagen per landsdeel.

Figuur D-1: Indicatiegrondslagen somatiek, psychogeriatric, combinatie en overig 2005

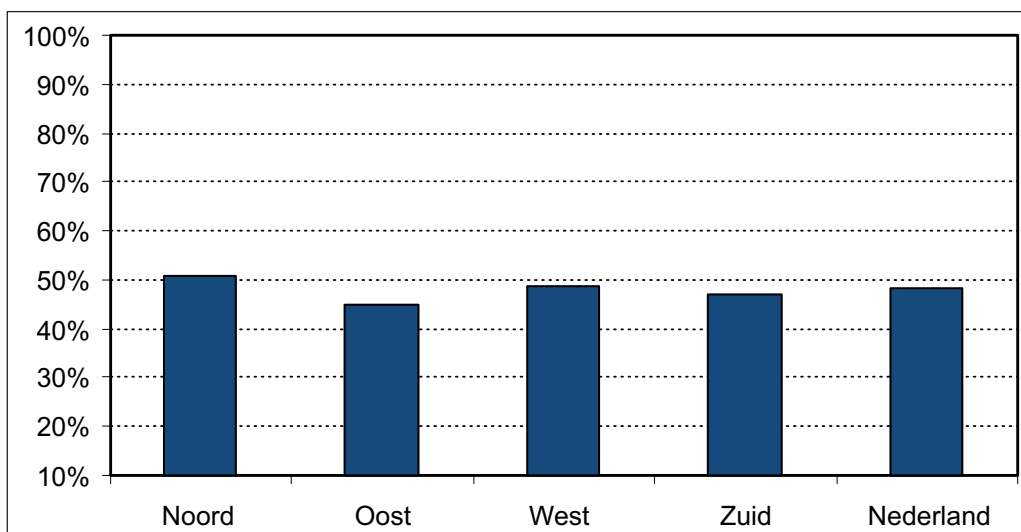


Bron: CIZ

D.03 De opbouw van de indicaties naar grondslagen blijken licht uiteen te lopen. In de regio Noord is het aandeel gecombineerde indicaties kleiner dan in de andere regio's en het aandeel somatische indicaties groter.

D.04 De opbouw van de indicaties naar kortdurend en langdurend verblijf loopt eveneens licht uiteen, zoals de nu volgende figuur laat zien.

Figuur D-2: Aandeel indicaties langdurig verblijf in totaal aantal verpleeghuisindicaties 2005



Bron: CIZ

D.05 Het percentage cliënten geïndiceerd voor langdurig verblijf varieert van 45,0% in regio Oost tot 50,9% in regio Noord.

D.06 De navolgende tabel geeft overzicht van de percentages functie-indicaties. De functies verblijf en behandeling zijn niet in de tabel opgenomen, omdat het onderzoeksbestand immers wordt gevormd door cliënten met een indicatie voor deze beide functies. De tabel geeft verder aan hoeveel uur gemiddeld wordt geïndiceerd (per cliënt die een indicatie voor de betreffende functie heeft gekregen) en welke klasse het grootste aantal geïndiceerden telt. Een dagdeel is als 3 uur geteld. Verder is een aanname gedaan ten aanzien van de omvang van de klasse 'extra'. De gemiddelde omvang is gesteld op het minimum aantal uren van deze klasse vermeerderd met de helft van de bandbreedte in de klasse daaronder. Omdat niet meer dan 0,6% van de geïndiceerden een indicatie in deze klasse heeft gekregen, zal een eventuele onder- of overschatting van dit aantal uren geen gevolgen hebben voor de berekende gemiddelden. Over de functie behandeling zijn geen uitgesplitste gegevens beschikbaar.

Tabel D-1: Per functie geïndiceerde cliënten ten opzichte van het totale aantal verpleeghuisindicaties 2005, aantal uren per voor de functie geïndiceerde cliënt, meest geïndiceerde klasse

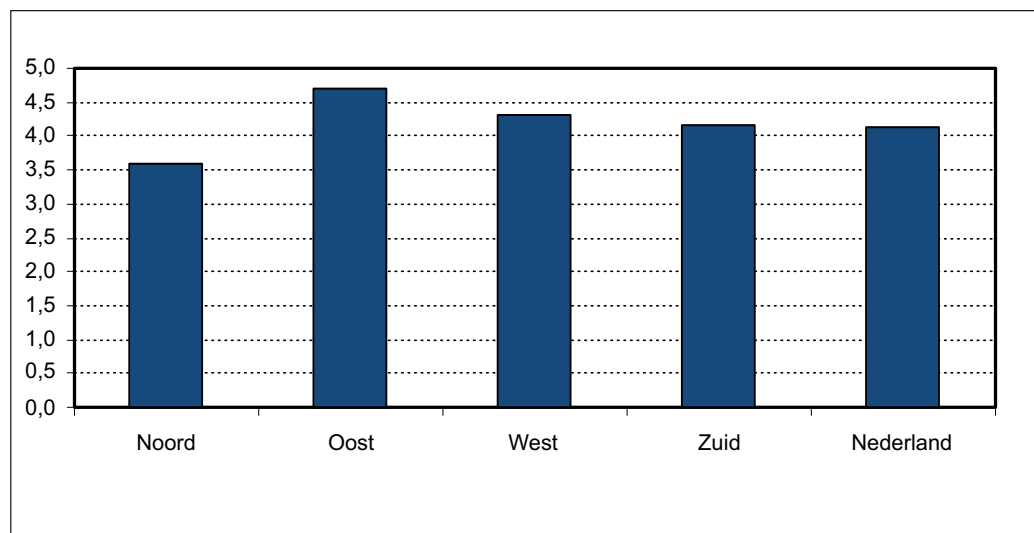
Functie	Percentage verpleeghuis-clënten geïndiceerd	Gemiddeld geïndiceerd aantal uren per week	Meest geïndiceerde klasse
Huishoudelijke verzorging	30,9%	4,1	2 – 3,9 uur
Persoonlijke verzorging	95%	11,6	7 – 9,9 uur
Verpleging	88%	4,3	2 – 3,9 uur
Ondersteunende begeleiding algemeen	77%	4,6	4 – 6,9 uur
Ondersteunende begeleiding dag	25%	18 uur	9 dagdelen
Activerende begeleiding algemeen	24%	3,4	2 - 3,9 uur
Activerende begeleiding dag	2%	17 uur	5 dagdelen

Bron: CIZ

D.07 In de tabel valt met name het percentage cliënten op dat voor huishoudelijke verzorging is geïndiceerd. Te verwachten was dat cliënten die in het verpleeghuis worden opgenomen, in het algemeen huishoudelijke verzorging nodig zullen hebben dan wel dat dit gezien wordt als onderdeel van verblijf. Nadere analyse leert echter dat in de ene regio een groot deel van de cliënten wordt geïndiceerd voor huishoudelijke verzorging en in de andere regio bijna niemand. Blijkbaar wordt op verschillende wijze met deze indicaties omgegaan.

D.08 Het aantal geïndiceerde uren per functie loopt per regio uiteen, zoals in de hiernavolgende figuren wordt getoond²³. De functie AB dag is buiten beschouwing gelaten in verband met het geringe aantal indicaties.

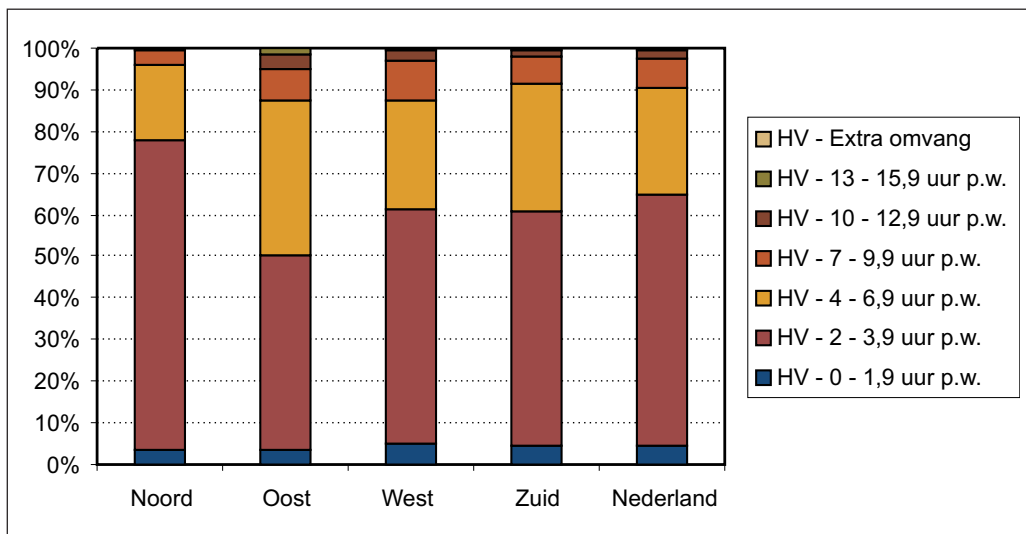
Figuur D-3: Gemiddeld aantal geïndiceerde uren per cliënt per week huishoudelijke verzorging, verpleeghuiscliënten 2005



Bron: CIZ

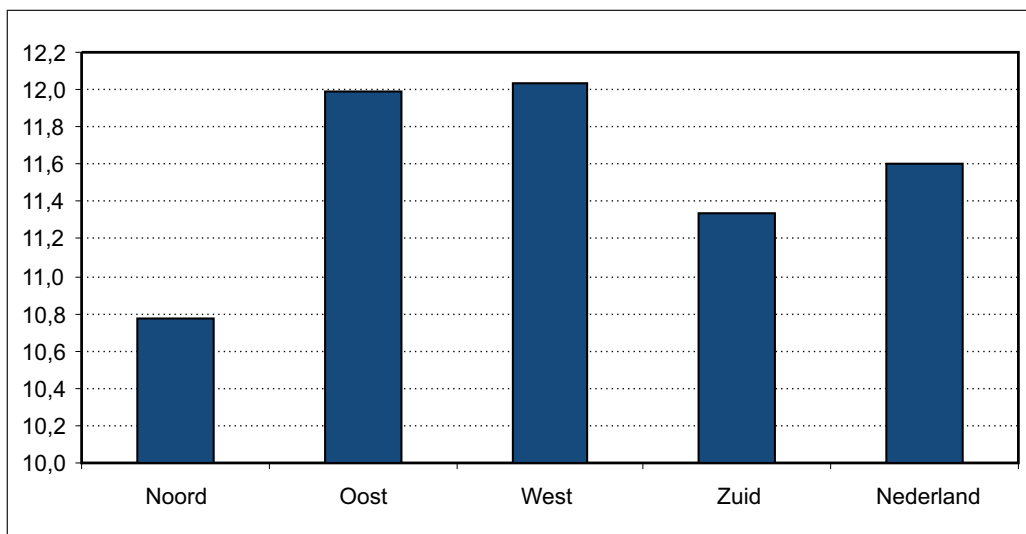
23 Het feit dat de verschillen groter zijn dan in de vergelijking van het totale aantal uren in hoofdstuk 2, komt omdat in de berekeningen in deze bijlage alleen de cliënten zijn meegenomen die voor de betreffende functie zijn geïndiceerd, terwijl in hoofdstuk 2 alle cliënten met een verpleeghuisindicatie zijn meegenomen.

Figuur D-4: Verdeling aantal geïndiceerde uren over de klassen huishoudelijke verzorging, verpleeghuiscliënten 2005



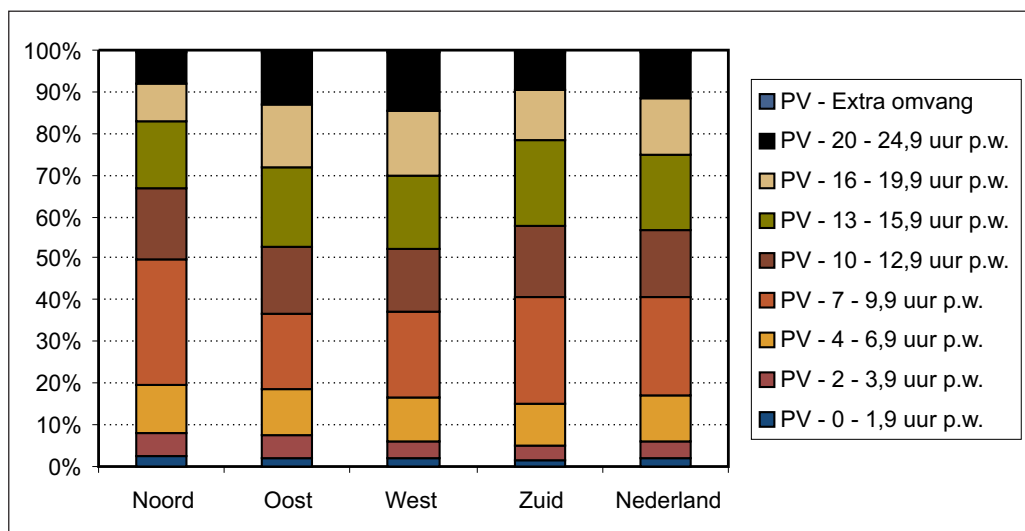
Bron: CIZ

Figuur D-5: Gemiddeld aantal geïndiceerde uren per cliënt per week persoonlijke verzorging, verpleeghuiscliënten 2005



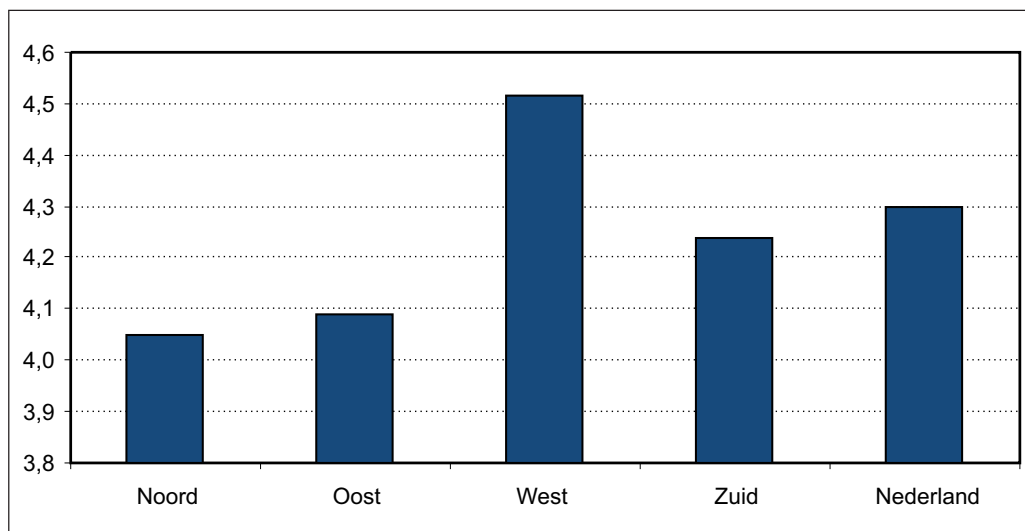
Bron: CIZ

Figuur D-6: Verdeling aantal geïndiceerde uren over de klassen persoonlijke verzorging, verpleeghuiscliënten 2005



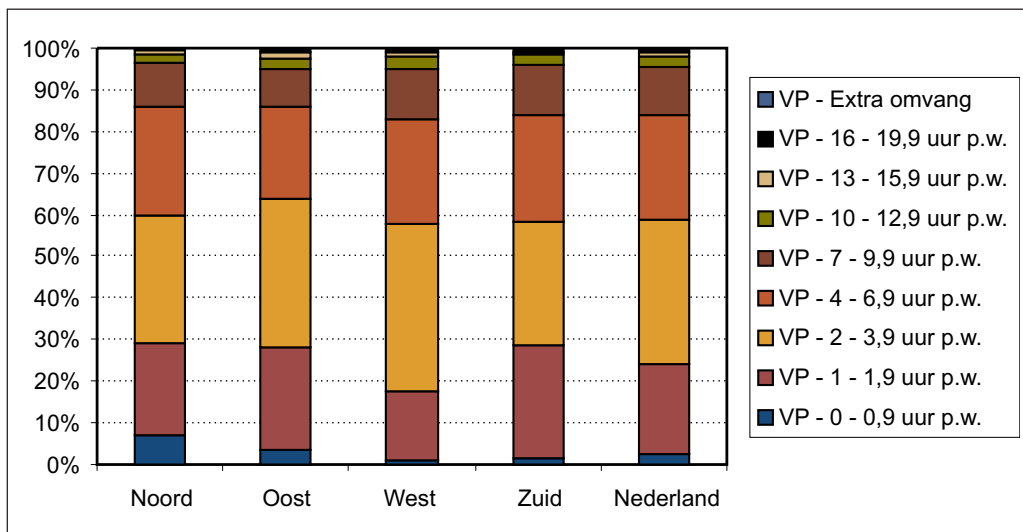
Bron: CIZ

Figuur D-7: Gemiddeld aantal geïndiceerde uren per cliënt per week verpleging, verpleeghuiscliënten 2005



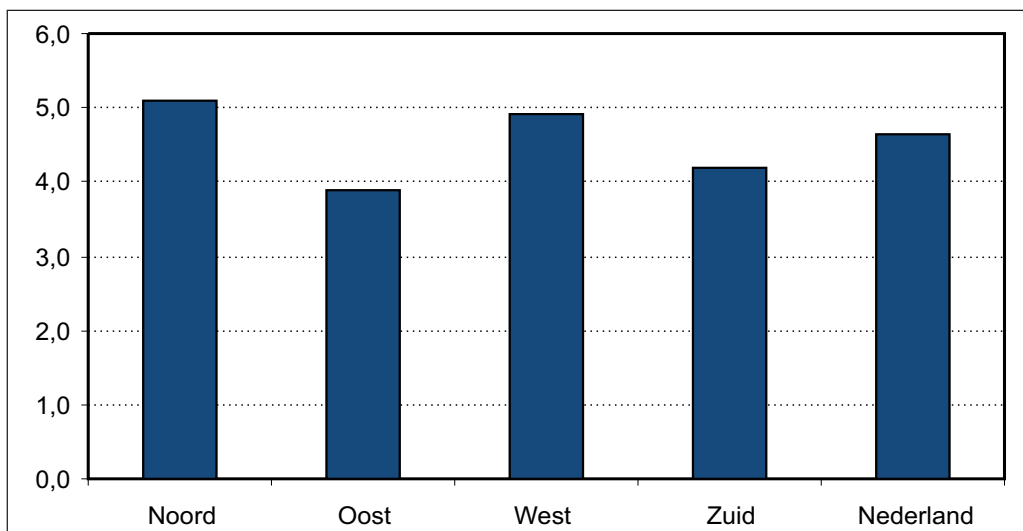
Bron: CIZ

Figuur D-8: Verdeling aantal geïndiceerde uren over de klassen verpleging, verpleeghuiscliënten 2005



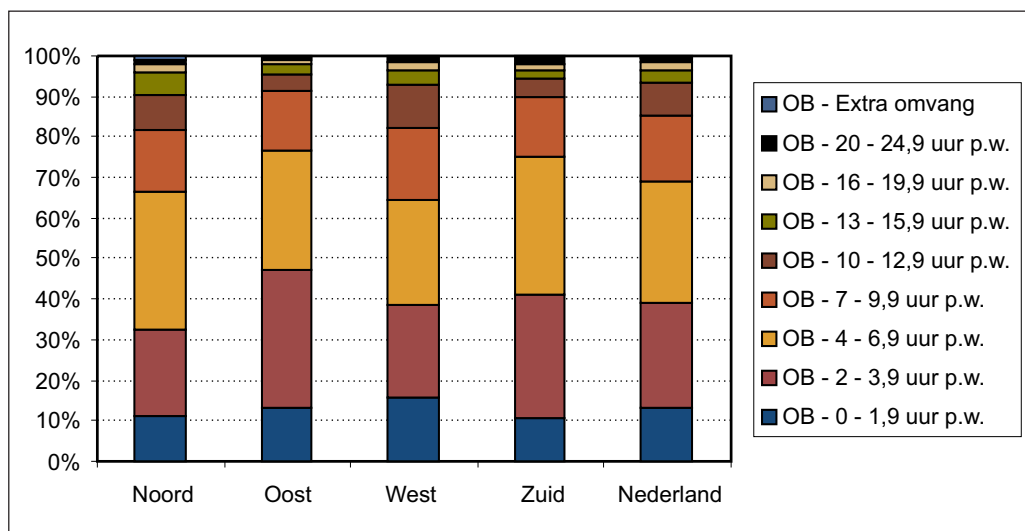
Bron: CIZ

Figuur D-9: Gemiddeld aantal geïndiceerde uren per cliënt per week ondersteunende begeleiding algemeen, verpleeghuiscliënten 2005



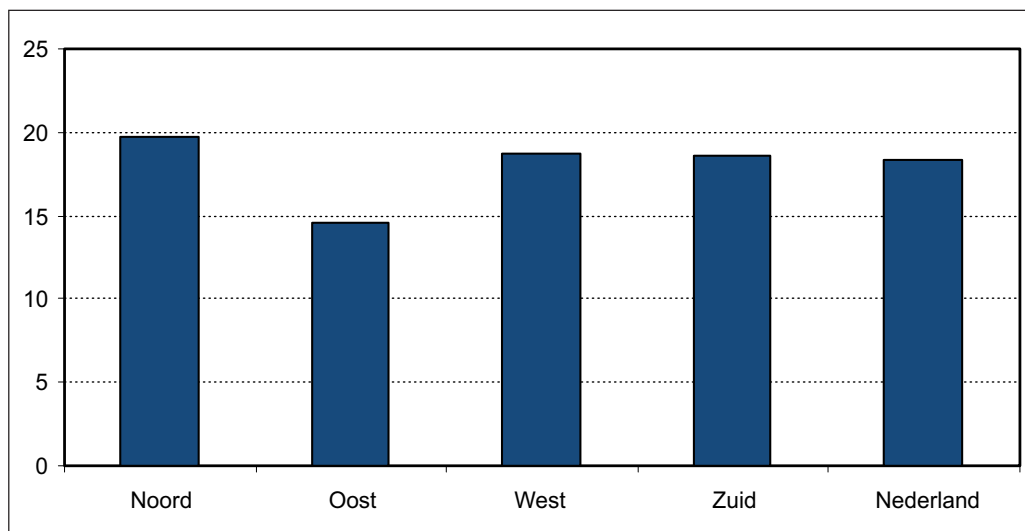
Bron: CIZ

Figuur D-10: Verdeling aantal geïndiceerde uren over de klassen ondersteunende begeleiding algemeen, verpleeghuiscliënten 2005



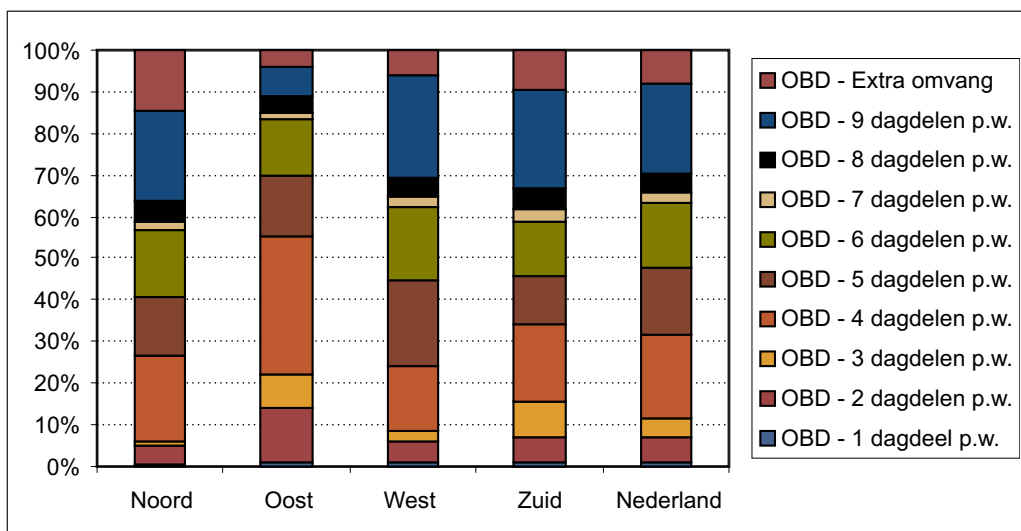
Bron: CIZ

Figuur D-11: Gemiddeld aantal geïndiceerde uren per cliënt per week ondersteunende begeleiding dag, verpleeghuiscliënten 2005



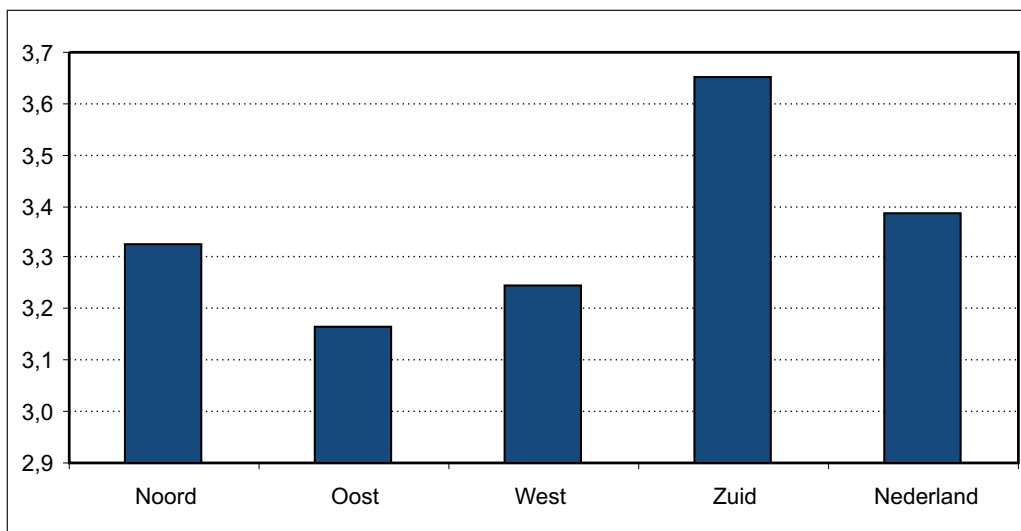
Bron: CIZ

Figuur D-12: Verdeling aantal geïndiceerde uren over de klassen ondersteunende begeleiding dag, verpleeghuiscliënten 2005



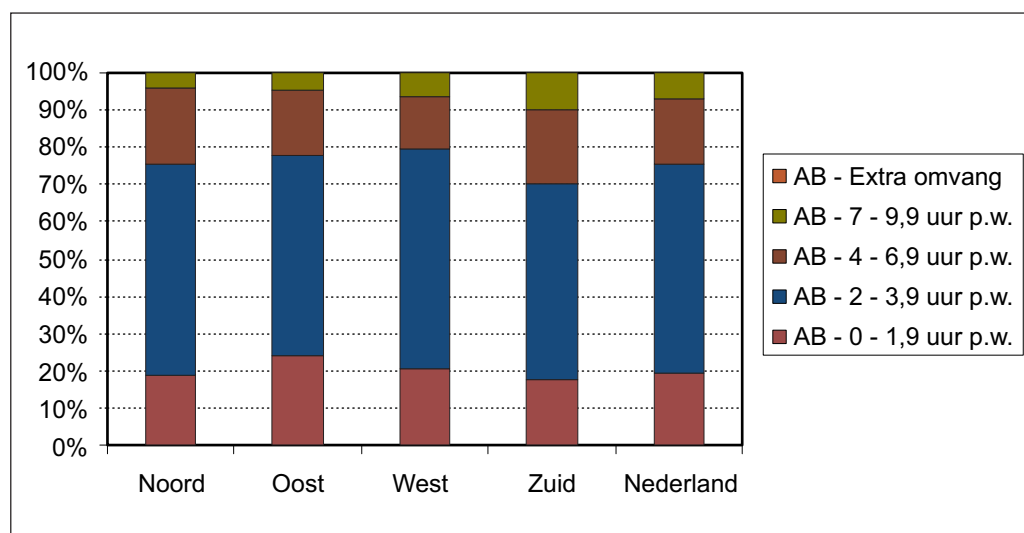
Bron: CIZ

Figuur D-13: Gemiddeld aantal geïndiceerde uren per cliënt per week activerende begeleiding algemeen, verpleeghuiscliënten 2005



Bron: CIZ

Figuur D-14: Verdeling aantal geïndiceerde uren over de klassen activerende begeleiding algemeen, verpleeghuiscliënten 2005



Bron: CIZ

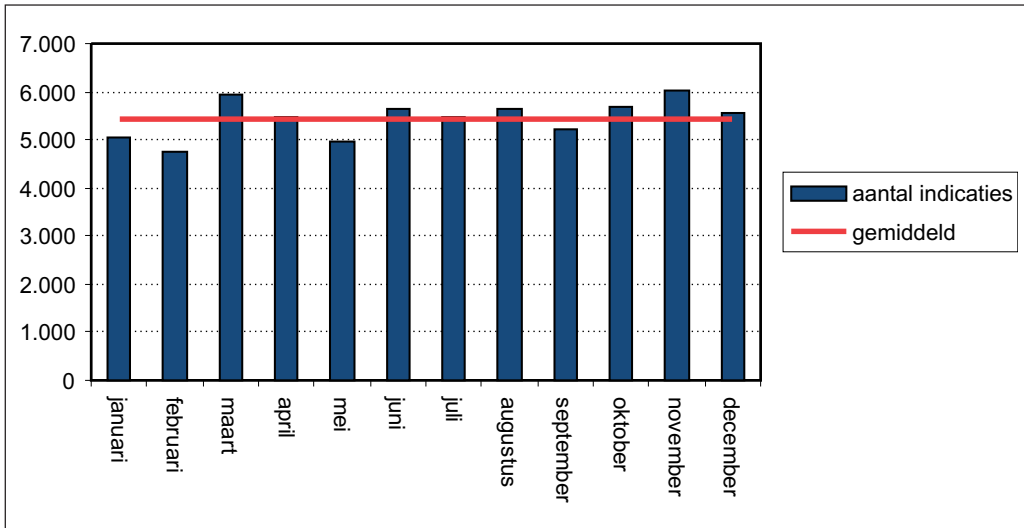
D.09 In de regio Oost is het geïndiceerd aantal uren voor alle functies lager dan gemiddeld, met uitzondering van de functies huishoudelijke en persoonlijke verzorging. In de regio West is het aantal geïndiceerde uren voor alle functies iets hoger dan gemiddeld, met een uitschieter in de functie verpleging. In de regio Zuid ligt het aantal uren in het algemeen rond het gemiddelde. Daarbij is het niet zo dat een gemiddeld hoge indicatie voor de ene functie in een regio wordt gecompenseerd door een gemiddeld lage indicatie voor de andere functie. Een dergelijk compenserend effect doet zich alleen enigszins voor bij de functies ondersteunende begeleiding algemeen en ondersteunende begeleiding dag.

D.10 Verder valt op dat in de regio Noord voor de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging veel lager wordt geïndiceerd dan elders, maar voor ondersteunende begeleiding hoger. Dit terwijl in deze regio relatief meer somatische indicaties worden afgegeven dan in de andere regio's.

Lichte toename aantal indicaties zichtbaar

D.11 In 2005 is een (licht) stijgende lijn in het aantal indicaties waar te nemen.

Figuur D-15: Ontwikkeling verpleeghuisindicaties 2005



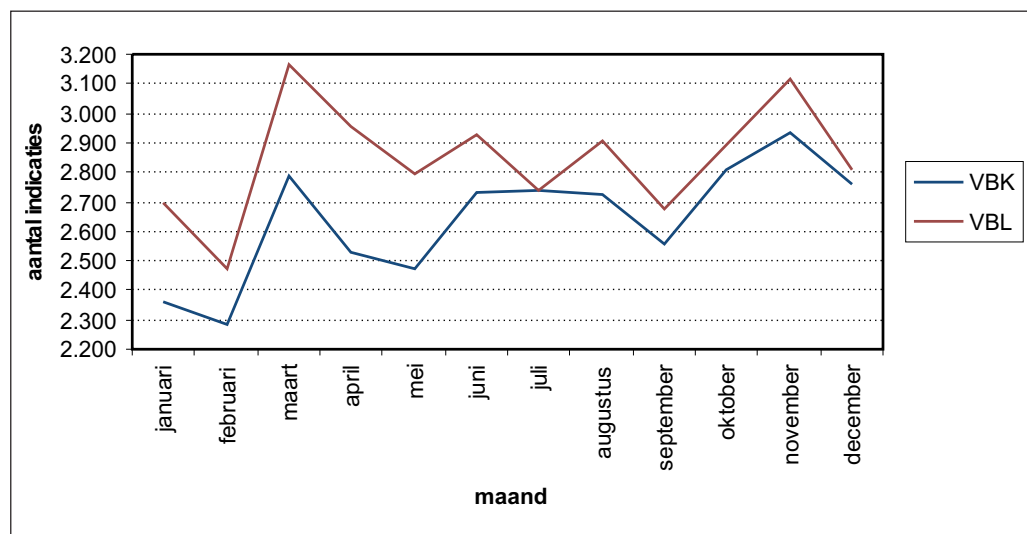
Bron: CIZ

D.12 De stijging in 2005, berekend door het aantal indicaties in december te vergelijken met het gemiddelde aantal in 2005, bedraagt gemiddeld 2%. De stijging is niet gelijk verdeeld over de regio's: in het noorden van het land bedraagt de stijging 3%, in het oosten 7%, en in het zuiden 3%, terwijl in het westen van het land sprake is van een zeer lichte daling met 1%.

D.13 De dip in februari en de piek in maart kunnen volgens het CIZ mogelijk worden verklaard door het feit dat in de feestmaand december relatief weinig indicatieaanvragen worden ingediend. Dat gebeurt pas weer na half januari; deze aanvragen leiden dan in maart tot een indicatie. Overigens was het aantal indicaties in januari 2006 1% hoger dan december 2005.

D.14 De stijging van het aantal indicaties is zowel zichtbaar in het kortdurend als in het langdurend verblijf.

Figuur D-16: Ontwikkeling verpleeghuisindicaties verblijf kortdurend (VBK) en verblijf langdurend (VBL) 2005



Bron: CIZ