

# **Verpleeghuis VS Zorghotel**

## **Bachelorscriptie**

Laura M. P. Wauters

287923

Instituut Beleid en Management van de gezondheidszorg

Erasmus Universiteit Rotterdam

Begeleider: Dr. Dhr. M. A. Koopmanschap

Meelezer: Dr. Mevr. L. Hakkaart-van Roijen

19 juli 2007

## **Verpleeghuis VS Zorghotel**

Laura Maria Paula Wauters  
Kralingse Kerklaan 386  
3065 CB ROTTERDAM  
[Lmp.wauters@gmail.com](mailto:Lmp.wauters@gmail.com)

Studentnummer: 287923

Bachelorscriptie Beleid en Management van de gezondheidszorg,  
gezondheidswetenschappen  
Faculteit Geneeskunde en gezondheidswetenschappen  
Erasmus Universiteit Rotterdam

Begeleider: Dr. Dhr. M. A. Koopmanschap  
Meelezer: Dr. Mevr. L. Hakkaart-van Roijen

19 juli 2007

## Voorwoord

Nu ik met de laatste loodjes van deze bachelorscriptie bezig ben, kijk ik terug op een moeizaam, maar leerzaam traject. Na een vlotte start, werd duidelijk dat de zorghotels die ik had uitgekozen niet zo enthousiast waren over mijn onderzoek als ik zelf was. Hierdoor liep ik niet alleen een behoorlijke vertraging op, maar verloor mijn onderzoek ook een belangrijk deel van zijn relevantie. Teleurgesteld, heb ik toch doorgezet en verder gezocht naar zorghotels die wel mee wilden werken. En met resultaat, uiteindelijk heb ik drie hotels gevonden die bereid waren mee te werken aan mijn onderzoek.

Daarom wil ik in de eerste plaats de zorghotels Leo Polak, Woonzorgcentrum Zuiderhout en Stichting Eykenburg bedanken voor hun medewerking. Zonder hen was het onmogelijk geweest dit onderzoek uit te voeren en mijn bachelor af te ronden. Uiteraard gaat mijn dank ook uit naar de verpleeghuizen De Poort, Aeneas en De Stromen voor hun participatie en gastvrijheid.

Daarnaast wil ik Dhr. Koopmanschap bedanken voor zijn begeleiding en goede tips. Ik ben blij dat u ondanks uw drukke schema altijd tijd voor mij hebt weten vrij te maken. Dat de locatie dan soms wat bijzonder was, neem ik graag voor lief!

Ten slotte wil ik mijn moeder en Tom bedanken voor hun nuchtere kijk op de zaken. Zij waren degenen die mij weer met beide benen terug op de grond zetten, wanneer een zorghotel weer eens niet mee wilde werken.

Op naar de master!

Laura Wauters

Juli 2007

## Inhoudsopgave

<b>Summary</b> .....	<b>6</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>8</b>
<b>Inleiding</b> .....	<b>11</b>
<b>Theoretisch kader</b> .....	<b>14</b>
<i>Paragraaf 1. Welzijn</i> .....	14
<i>Paragraaf 2 De kosten</i> .....	17
<i>Paragraaf 3 De kosten/welzijn ratio</i> .....	17
<i>Paragraaf 4 Hypothesen</i> .....	17
<i>Paragraaf 5 Probleemstelling</i> .....	18
<b>Methodologie</b> .....	<b>20</b>
<i>Paragraaf 1. De meetmethode van het begrip welzijn</i> .....	20
<i>Paragraaf 2 Het meetinstrument</i> .....	24
Opbouw Zicht op Eigen leven .....	24
Gebruikswijze .....	26
Verwerking .....	27
Voortraject, validiteit en betrouwbaarheid .....	30
<i>Paragraaf 3 De respondenten</i> .....	31
Zorghotel .....	31
Verpleeghuis .....	35
Benadering respondenten .....	36
<i>Paragraaf 4 Het kostenonderzoek</i> .....	37
Directe medische kosten .....	38
Indirecte medische kosten .....	39
Directe niet-medische kosten .....	39
Indirecte niet-medische kosten .....	39
<i>Paragraaf 5 Beschrijving van de analyse van de kosten</i> .....	39
<i>Paragraaf 6 Berekening kosten/welzijnratio</i> .....	41
<i>Paragraaf 7 Validiteit en betrouwbaarheid</i> .....	41
<b>Resultaten</b> .....	<b>43</b>
<i>Paragraaf 1 Beschrijving van de steekproef</i> .....	43
Gehele steekproef .....	43
Verpleeghuis: De Poort .....	43
Verpleeghuis: Aeneas .....	44
Verpleeghuis: De Stroom .....	44
Zorghotel: Leo Polak .....	44
Zorghotel: Zuiderhout .....	44
Zorghotel: Golden Tullip .....	45
<i>Paragraaf 2 Bepaling welzijn</i> .....	45
<i>Paragraaf 3 Welzijn</i> .....	47
Verskil in welzijn tussen zorghotel en verpleeghuis .....	48
Stellingen vs VAS .....	52
Verskil welzijn tussen de zes instellingen .....	53
Verblijfsduur vs welzijn .....	53

Conclusie .....	54
<i>Paragraaf 4 Maatschappelijke kosten</i> .....	54
Verpleeghuis vs zorghotel .....	55
Eigen bijdrage .....	57
<i>Paragraaf 5 Kosten/welzijnratio</i> .....	59
Ratio 1: Totale kosten/uitkomsten VAS .....	60
Ratio 2: Totale kosten/uitkomsten alle stellingen 'Zicht op eigen leven' .....	60
Ratio 3: Totale kosten/welzijn berekend aan de hand van de instellingsfactoren.....	61
Ratio 4: Totale kosten/ welzijn per domein van 'Zicht op eigen leven' .....	62
<b>Conclusie en discussie</b> .....	<b>63</b>
<i>Paragraaf 1 Welzijn</i> .....	63
Conclusie .....	63
Discussie.....	64
Conclusie .....	65
Discussie.....	66
<i>Paragraaf 2 Kosten</i> .....	66
Conclusie .....	66
Discussie.....	66
Conclusie .....	68
Discussie.....	68
<i>Paragraaf 3 kosten-welzijn ratio's</i> .....	68
Conclusie .....	68
Discussie.....	68
<i>Paragraaf 4 Aanbevelingen</i> .....	69
<b>Literatuur</b> .....	<b>70</b>
<b>Bijlage 1</b> .....	<b>75</b>
<b>Bijlage 2</b> .....	<b>78</b>
<b>Bijlage 3</b> .....	<b>80</b>
<b>Bijlage 4</b> .....	<b>82</b>
<b>Bijlage 5</b> .....	<b>83</b>

## Summary

The last couple of years the new forms of (private) healthcare are growing rapidly. An example of this is a carehotel, where a patient/client temporarily stays in a hotel-like setting and where the possibility exists to get 24 hours of care and service. A carehotel also serves many different target groups. One of those target groups consists of elderly people (65+) who are dismissed from the hospital, but who can not yet go home.

In this bachelor thesis has been researched whether there is a difference between a nursing home and a carehotel. Therefore have the wellbeing of the clients, the cost price and the cost price/wellbeing ratio of the nursing homes been compared to the same variables of the carehotels.

The research question of this research is: *“Is there a difference between the cost price-wellbeing ratio of a carehotel and the cost price/wellbeing ratio of a nursing home, for the targetgroup elderly people (65+), who are dismissed from the hospital, but who are not able to go home yet?”*

Based on literature four hypotheses have been constructed:

- 1: The factors physiological needs, meaning of life and safety determine the wellbeing of elderly people.*
- 2: The wellbeing of clients from the carehotels is higher than the wellbeing of nursing home clients.*
- 3: The societal costs of a carehotel are higher than the societal costs of a nursing home.*
- 4: The cost price/wellbeing ratio's of carehotels and nursing homes are equal.*

To be able to confirm or weaken these hypotheses, 29 interviews have been taken (14 in a carehotel and 15 in a nursing home) with the questionnaire 'Zicht op eigen leven'. These respondents have also been asked which degree (between 0 and 10) they would give their life at this moment (VAS-question). In addition the cost price has been calculated by looking at their financial statements and telephonically interviewing one of their employees. Seven cost price/wellbeing ratio's then have been calculated by using the results of the different wellbeing measurements and the total cost price per client.

1. On the basis of the three open questions from 'Zicht op eigen leven' has been calculated which percentage of the respondents mentioned, amongst other things, physiological needs,

meaning of life and/or safety, as reason for their wellbeing. Especially physiological needs and meaning of life appeared to determine the wellbeing of the clients.

2. On basis of the complete interviews has the wellbeing of the respondents been calculated by four different wellbeing measurements: VAS, all questions of 'Zicht op eigen leven', all questions per domain and all questions which tell something about the (quality of) the institution. By using a t-test for independent groups, carehotels and nursing homes are compared for all these wellbeing measurements. Even though the differences between both institutions aren't significant, there seems to be a trend that indicates a higher wellbeing of patients in carehotels opposed to those who stay in a nursing home. There are different possible explanations for the fact that this difference isn't significant: The amount of respondents may be too small, the nursing homes and carehotels don't differ enough on institutional characteristics, there could be an interviewer bias or carehotels could be selecting their clients by their health, which means automatically that their wellbeing is higher.

3. The mean variable, fixed and total cost prices for a client of a carehotel are compared to the mean variable, fixed and total cost prices for a client of a nursing home. The nursing home turns out to be slightly cheaper for her fixed costs, but because the carehotels were much cheaper for the variable costs, they also have less total costs. Because of one or more of the four reasons mentioned below, these costs and cost prices aren't reliable. 1. Because the institutions can't give a reliable estimate of their own costs; 2. Because institutions select their clients by their health, less healthcare problems means after all less needed care; 3. Because the concept of a carehotel is new and only financially healthy institutions will exploit such a new concept; 4. Because of respondents bias. (very few carehotels wanted to cooperate in this research, it's plausible that only the financially very healthy ones participated.) The average personal contribution paid by clients to the institutions is higher for the carehotel than for the nursing home.

4. According to all seven cost price/wellbeing ratios, carehotels are per unit wellbeing cheaper than nursing homes. This difference can't be tested for significance, because the amount of respondents is too low, the cost prices aren't reliable and not all respondents are independent for their ratios, because the respondents staying in the same institution have the same cost price and are therefore clustered.

In conclusion there seems to be a trend towards a higher wellbeing of clients in carehotels. Although at first there seems to be an obvious difference in cost price/wellbeing ratios, it is not possible to actually say anything about these ratios, because they are not reliable.

## Samenvatting

De laatste paar jaar schieten de nieuwe (particuliere) zorgvormen als paddenstoelen uit de grond. Een voorbeeld hiervan zijn zorghotels; een cliënt/patiënt verblijft tijdelijk in een hotelachtige setting, waarbij er de mogelijkheid is van 24 uren zorg en dienstverlening. Bovendien staat een zorghotel open voor veel doelgroepen. Een van die doelgroepen is 65+-ers die uit het ziekenhuis zijn ontslagen, maar nog niet naar huis toe kunnen. Het zorghotel biedt dan verpleeghuis- of thuiszorgvervangende zorg.

In dit onderzoek is onderzocht of er een verschil bestaat tussen verpleeghuizen en zorghotels. Hiervoor zijn beide soorten instellingen vergeleken op het welzijn van hun cliënten, de kostprijs per cliënt en het kosten/welzijn ratio.

De probleemdoelstelling van dit onderzoek luidt dan ook als volgt: *“Is er een kosten-welzijn verschil tussen een verpleeghuis en een zorghotel, wanneer gekeken wordt naar de doelgroep van 65+-ers die ontslagen zijn uit het ziekenhuis, maar nog niet voldoende hersteld zijn om terug naar huis te gaan?”*

Op basis van de literatuur zijn vier hypothesen opgesteld:

- 1: De factoren fysiologische behoeften, zingeving en veiligheid bepalen het welzijn van ouderen.*
- 2: Cliënten van een zorghotel ervaren een hoger welzijn dan de cliënten van een verpleeghuis.*
- 3: De maatschappelijke kosten van een zorghotel zijn hoger dan die van een verpleeghuis.*
- 4: De kosten/welzijn-ratio's van zorghotels en verpleeghuizen zijn gelijk.*

Om deze hypothesen te kunnen bevestigen of ontkennen zijn interviews afgenomen met 29 respondenten (14 uit een zorghotel, 15 uit een verpleeghuis) met behulp van de vragenlijst 'Zicht op eigen leven'. Bovendien is aan deze respondenten gevraagd welk cijfer tussen de 0 en de 10 ze hun leven op dit moment zouden geven (VAS-vraag). Daarnaast is de kostprijs van een cliënt per instelling berekend door de jaarverslagen van de instellingen te bestuderen en telefonische interviews over de kosten te houden met een medewerker van de instellingen. Ten slotte zijn aan de hand van de uitkomsten van de verschillende welzijnsmaten en de totale kostprijs per cliënt zeven kosten/welzijn ratio's berekend.



1. Aan de hand van de drie open vragen uit 'Zicht op eigen leven' is berekend hoeveel procent van de respondenten onder andere fysiologische behoeften, zingeving en/of veiligheid weergaven als reden voor hun welzijn. Hieruit bleek dat voornamelijk fysiologische behoefte (55% van de respondenten) en zingeving (93% van de respondenten) het welbevinden van de cliënten bepaald.

2. Op basis van de gehele interviews is zeven maal het welzijn van de respondenten berekend door middel van vier welzijnsmaten: VAS, alle stellingen, de stellingen per domein van de vragenlijst en alle stellingen die iets zeggen over de (kwaliteit van de) instelling. Verpleeghuizen en zorghotels zijn met behulp van een t-test voor onafhankelijke groepen op al deze welzijnsmaten vergeleken. Bij deze vergelijking lijkt een trend zichtbaar te zijn, waarbij cliënten uit het zorghotel een hoger welzijn hebben dan cliënten uit het verpleeghuis. Deze verschillen blijken echter niet significant. Hier zijn verschillende mogelijke verklaringen voor: De steekproef is te klein, de verpleeghuizen en zorghotels verschillen qua instellingskenmerken te weinig, een interviewerbias en/of zorghotels kunnen aan de poort selecteren op zorgzwaarte, waardoor de gezondheid en daarmee het welzijn van hun cliënten per definitie hoger is.

3. De gemiddelde variabele, vaste en totale kostprijzen voor een cliënt van de zorghotels zijn vergeleken met de gemiddelde variabele, vaste en totale kostprijzen voor een cliënt van het verpleeghuis. Hierbij blijkt het verpleeghuis iets goedkoper te zijn wat betreft de vaste kosten, maar het zorghotel blijkt veel goedkoper te zijn voor de variabele kosten, vooral de personeelskosten voor verpleging en verzorging, waardoor het zorghotel ook voor de gemiddelde totale kosten veel goedkoper is. Deze kostprijzen zijn echter om een of meerdere van onderstaande vier redenen waarschijnlijk niet betrouwbaar. 1. Doordat de instellingen zelf een bijzonder slecht inzicht hebben in hun kosten en hoeveel procent ze van de vaste lasten moeten doorberekenen aan het zorghotel; 2. Door de selectie van de cliënten op zorgzwaarte aan de poort, waardoor er minder zorg nodig is; 3. Doordat het concept zorghotel een vernieuwend concept is en alleen financieel gezonde instellingen een zorghotel gaan exploiteren; 4. Door de respondentenbias (weinig zorghotels wilden meewerken aan het onderzoek, waardoor alleen de financieel zeer gezonde instellingen hun medewerking hebben verleend).

Ook de gemiddelde eigen bijdrage die cliënten aan de instellingen moeten betalen is voor het zorghotel lager dan voor het verpleeghuis.

4. Uit alle zeven kosten/welzijn ratio's blijkt dat het zorghotel per eenheid welzijn goedkoper is dan het verpleeghuis. Dit gevonden verschil tussen verpleeghuizen en zorghotels kan echter niet op significantie getoetst worden, doordat de steekproef te klein is, de kostprijzen niet betrouwbaar zijn en omdat niet alle respondenten wat betreft hun ratio's onafhankelijk van elkaar zijn. Doordat er maar één kostprijs per instelling berekend kon worden zijn alle cliënten uit eenzelfde instelling immers geclusterd.

Concluderend kan dus gesteld worden dat er een trend zichtbaar lijkt te zijn die een hoger welzijn bij cliënten in zorghotel laat zien. Verder kan gezegd worden dat hoewel het in eerste instantie lijkt alsof er een duidelijk verschil bestaat tussen de kosten/welzijn ratio's van verpleeghuizen en van zorghotels, hier eigenlijk niets over gezegd kan worden.

## Inleiding

Verpleeghuizen zijn de laatste jaren vooral negatief in het nieuws. Misstanden als pyjamadagen en ondervoeding worden breed uitgemeten en zowel de politiek (Anoniem, 2004) als de (familie van) cliënten onderneemt actie (Vrind, 2005). Zo komt de PvdA in haar verkiezingsprogramma met een noodplan voor de verpleeghuizen om deze “misstanden” aan te pakken (Anoniem, 2004). Ook de Inspectie voor de volksgezondheid is kritisch, zij bracht in 2004 een vernietigend rapport uit, waarin werd geconcludeerd dat in 80% van de verpleeghuizen de minimaal noodzakelijke zorg niet wordt gerealiseerd (IGZ, 2004).

Blijkbaar is er door deze (vermeende) misstanden een gat in de markt ontstaan, want de laatste jaren schieten nieuwe zorgvormen, die de verpleeg/verzorgingshuizen plachten te vervangen, als paddenstoelen uit de grond. Een deel daarvan zijn particuliere instellingen met een winstogmerk. Een voorbeeld van zo een instelling is het zorghotel. Om te kunnen spreken van een ‘zorghotel’, dient er sprake te zijn van de kenmerken van een *hotel* in combinatie met *zorg*. Dat betekent dat de cliënt/gast tijdelijk in een hotelachtige setting verblijft en waarbij er de mogelijkheid is van 24uurs zorg- en dienstverlening. Bovendien staat een zorghotel open voor een brede doelgroep (Bolscher, 2006), zoals hoogzwangere vrouwen, chronisch zieke patiënten die op vakantie willen, (chronisch) zieken die hun mantelzorger willen ontlasten (respijtzorg) en ouderen die na ontslag uit het ziekenhuis nog niet naar huis kunnen. Over deze laatste doelgroep gaat dit onderzoek. Deze ouderen verkiezen een zorghotel, waarvoor ze soms zelf een deel van de kosten moet betalen, boven een verpleeghuis waar deze zorg ook ‘gratis’ geleverd wordt. In dit onderzoek zal worden nagegaan in hoeverre dit een gefundeerde keuze is.

De doelstelling van dit onderzoek luidt dan ook als volgt: Bepalen in hoeverre er verschillen zijn tussen de kosten die gemaakt worden in een verpleegtehuis en een zorghotel en dit vergelijken met mogelijke verschillen in welzijn van de patiënten. Hieruit zal uiteindelijk worden afgeleid hoeveel een extra eenheid welzijn kost.

In de doelstelling wordt gesproken over welzijn, een belangrijk maar moeilijk begrip. Immers, wat is welzijn en hoe wordt dit begrip geoperationaliseerd? Het zal duidelijk zijn dat welzijn meer is dan alleen adequate zorg of de afwezigheid van ziekte. Vooral in zorginstellingen waar patiënten voor langere tijd verblijven om te herstellen of te wonen, spelen meerdere factoren een rol bij het welzijn van de cliënt. Het welzijnscentrum voor ouderen zegt het volgende:

*“Gezondheid is belangrijk voor het welbevinden van ouderen, maar het is zeker niet de enige factor. Welzijn hangt samen met de subjectieve gezondheidsbeleving, maar ook met moeilijker meetbare factoren als aanpassingsvermogen, de regie kunnen houden over je eigen leven, je kunnen redden in je eigen huis, je verplaatsen, sociaal contact, zingeving en voor anderen van nut kunnen zijn (Anoniem, kenniscentrum voor ouderen, 2006)”.*

De World Health Organisation (WHO) definieert gezondheid als volgt: ‘De staat van volledig fysiek, psychisch en sociaal welbevinden. Deze definitie hangt erg nauw samen met het begrip welzijn (Boot en Knapen, 2001), hierbij is gezondheid immers veel meer dan de afwezigheid van ziekte (Bruyninx en Mortelmans, 1999).

Ook de Gezondheidsraad is zich bewust van het belang van kennis over het welzijn van oudere patiënten. In het rapport ‘vergrijzing met ambitie’ wordt gesteld dat er meer onderzoek moet komen naar de factoren die dit welzijn beïnvloeden (Gezondheidsraad 2005). Het welbevinden heeft immers directe invloed op de zorgvraag. Door de juiste factoren van welbevinden te benoemen kan dus de zorgvraag van ouderen beïnvloed worden. Wat zeker met het oog op de huidige en toekomstige vergrijzing van de samenleving een positieve bijdrage kan leveren aan het beheersen van de zorguitgaven.

Verdere economische relevantie is te vinden in samenwerking met ziekenhuizen. Door de invoering van de marktwerking in de zorg en de DBC-financiering “willen ziekenhuizen het verblijf van een patiënt in het ziekenhuis beperken tot de diagnostische en behandelfase (Bolscher, 2006)”. Wanneer uit dit onderzoek blijkt dat een zorghotel daadwerkelijk welzijn voor ouderen creëert, onder andere door hoogwaardige zorg te leveren, zou dit een goed alternatief zijn na ontslag. Hierdoor ontstaan er voor een ziekenhuis nieuwe externe doorstroommogelijkheden, waardoor de interne doorstroom vlotter zou kunnen verlopen.

Verder is dit onderzoek relevant als gekeken wordt naar de kwaliteitsverbetering van de zorg. Een zorghotel streeft een hoge kwaliteit van zijn product na, niet alleen de hotelfaciliteiten moeten van hoog niveau zijn, maar ook de zorg. Bovendien zijn verpleeghuizen de laatste jaren intensief bezig met het verbeteren van hun zorg. Wanneer een uitgebreide vergelijking wordt gemaakt tussen een zorghotel en een verpleeghuis, zal blijken in hoeverre beide zorgvormen dingen van elkaar kunnen leren. Door dit leerproces kan de kwaliteit van zorg groeien.

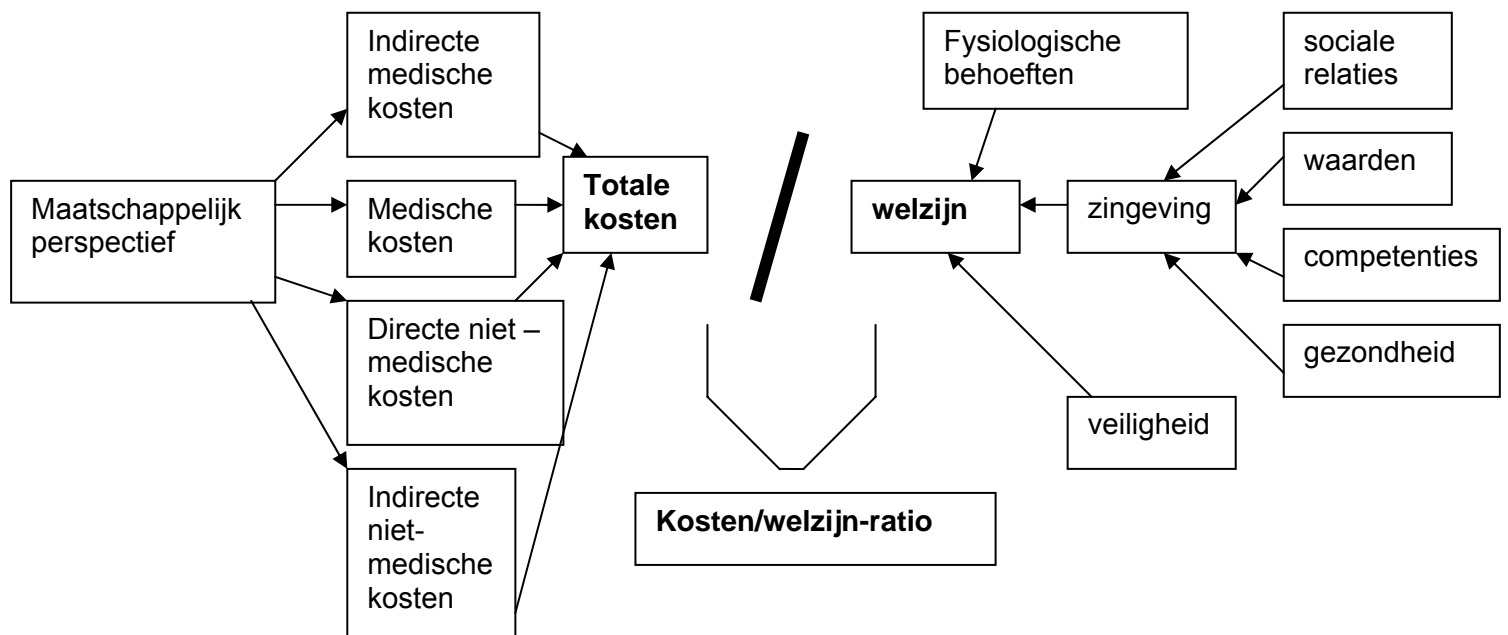
Verder is er ook nog sprake van maatschappelijke relevantie. Wanneer blijkt dat de patiënten van een zorghotel meer welzijn ondervinden per euro, zouden deze zorghotels gestimuleerd kunnen worden. Wanneer echter blijkt dat zorghotels alleen maar extra kosten genereren ten opzichte van verpleeghuizen, hoeft deze nieuwe zorgvorm niet verder ondersteund te worden en kan de maatschappij zich blijven richten op de huidige verpleeghuizen.

Ten slotte is er nog sprake van sociale relevantie. Sommige delen van de samenleving vinden het niet solidair dat iemand met een hoger inkomen meer luxe zorg zou mogen genieten, dan iemand met een lager inkomen. Iemand met een laag inkomen kan de extra kosten van een zorghotel immers niet opbrengen, waardoor ze aangewezen blijven op de verpleeghuiszorg (Van der Kaaij, 2006). Met dit onderzoek wordt onderzocht in hoeverre deze klacht gegrond is. Is het zo dat het welzijn van de cliënten van een zorghotel hoger is dan dat van de patiënten uit een verpleeghuis?

In hoofdstuk één zal het theoretisch kader van dit onderzoek beschreven worden. In het tweede hoofdstuk zal de onderzoeksmethode aan de orde komen, gevolgd door de resultaten in hoofdstuk drie. Vervolgens zal worden afgesloten met een conclusie en discussie.

## Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal worden besproken wat in de literatuur wordt gezegd over de kosten/welzijnsratio. Aan de hand van onderstaand conceptueel model (figuur 2) zal dit beschreven worden. In de eerste paragraaf zal gekeken worden naar het begrip welzijn en in de tweede paragraaf naar het begrip kosten. In de derde paragraaf zal gekeken worden naar de kosten/welzijn-ratio en ten slotte zullen in de laatste paragraaf verschillende hypothesen worden onderbouwd.



Figuur 2 Conceptueel model

### Paragraaf 1. Welzijn

In dit onderzoek zal de kwaliteit van de zorgverlening in zowel een verpleeghuis als een zorghotel gemeten worden aan de hand van het begrip welzijn. Dit wordt onder andere gebaseerd op het onderzoek van Meerlo et al. (Mistiaen, e.a. 2003), waarbij de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen wordt gemeten aan de hand van zeven factoren die welzijn positief of negatief kunnen beïnvloeden: Opname, wonen, maaltijden, activiteiten, zorg, paramedische diensten en familie. Ook het kenniscentrum voor ouderen spreekt van het welzijn van de ouderen als het gaat over kwaliteit van leven van ouderen, zowel intramuraal als extramuraal (kenniscentrum-ouderen, 2006). De Inspectie voor de volksgezondheid baseert haar normen voor goede kwaliteit van een verpleeghuis naast medische zorg ook op zelfregie en andere

factoren die direct invloed hebben op het welzijn van patiënten (Inspectie voor de volksgezondheid, 2005)

Volgens Nies wordt welzijn primair gevoed door zingeving. Dit betekent dat een persoon het gevoel moet hebben dat zijn/haar leven zin heeft voor zichzelf en anderen. Ook voor ouderen bepaalt dit in eerste instantie het welbevinden. Zingeving wordt beïnvloed door vier hoofdfactoren: sociale relaties, waarden, competenties en gezondheid (Goumans e.a. 2004).

Sociale relaties, het contact met anderen, helpt de sociale identiteit te ontwikkelen en bevestigt het bestaan. Door sociale relaties voelt men zich minder alleen, wat eenzaamheid voorkomt en bovendien leren wij door anderen om te gaan met ingrijpende gebeurtenissen. Voor ouderen is vooral de relatie met familie en de partner de belangrijkste sociale relatie. Zeker omdat de mobiliteit en activiteiten buitenshuis afnemen en de vriendenkring door de jaren heen vaak sterk uitdunt. Wanneer dit vertaald wordt naar de onderzoekssetting mag men op basis van deze literatuur verwachten dat de bejegening en nabijheid van familie en partner van de cliënt een belangrijke factor is voor het welzijn van de cliënt. Een andere manier waarom de zorginstelling zou kunnen bijdragen aan het welzijn van de cliënt is door het creëren van mogelijkheden voor het ontstaan van nieuwe sociale relaties (Goumans e.a. 2004).

Waarden geven ook zin aan het leven. Door idealen na te streven is men zich bewuster van zichzelf en bovendien heeft men het idee dat men zich inzet voor een goede reden, hierdoor wordt de zingeving van het leven versterkt. Ook binnen zorginstellingen moet er de kans zijn te leven naar een eigen waardesysteem, zodat het welbevinden van de cliënt bevorderd wordt. Een voorbeeld hiervan zou kunnen zijn op zondag een kerkdienst te organiseren (Goumans e.a. 2004).

Ook het gebruiken van talenten en de erkenning van competenties vormt een belangrijke bijdrage aan de zingeving van het leven. Wanneer een persoon zich kan ontplooiën en doelen kan nastreven geeft dit zin aan zijn/haar leven. Bovendien zorgt het er voor dat men het gevoel heeft grip te hebben op het leven en zelf te kunnen en mogen kiezen. Ook voor ouderen is het belangrijk dat hun competenties erkend en gebruikt worden, maar juist deze groep in de maatschappij wordt vaak betutteld (Goumans e.a. 2004). In zorginstellingen kan het welzijn van de cliënt dan ook bevorderd worden door ouderen zelf te laten kiezen en het gevoel te geven dat ze belangrijk zijn. Zo zouden ze zelf kunnen helpen met koken als ze dat willen, zelf bepalen hoe laat ze opstaan, en vaak hebben ze ook een onderkende expertise wat betreft hun ziektebeeld dat benut zou kunnen worden.

Ten slotte speelt de laatste factor gezondheid ook een belangrijke rol bij de zingeving van het leven. Gezondheid wordt onderverdeeld in fysieke en mentale gezondheid. Volgens de behoeftepiramide van Maslov zou het niet mogelijk zijn om bij een slechte fysieke gezondheid toch de zin uit het leven te halen (Schieman e.a., 2002). Veel voorbeelden ontkrachten deze theorie echter, want mensen passen zich aan, ze leren leven met een ziekte of handicap. Zo zijn er bijvoorbeeld de Paralympics, waar fysiek beperkte mensen toch hun sportieve dromen najagen. Ook ouderen verleggen hun lichamelijke grenzen om zin te kunnen blijven geven aan hun leven. Hoewel gezondheid een belangrijke factor is bij het welzijn van de persoon, is de beleving van gezondheid heel subjectief. Pas wanneer de subjectieve beleving van iemands gezondheid slecht is, zal het een grote negatieve stempel drukken op het welzijn van deze persoon. Een zorginstelling zou dit kunnen helpen voorkomen door kwalitatief zo goed mogelijke zorg te leveren en daarnaast zou men de aandacht van de cliënt van de gezondheidsklacht af kunnen leiden.

Bij mentale gezondheid spelen vaak factoren mee die te maken hebben met de drie bovengenoemde factoren voor zingeving, zoals sociale relaties. Zo blijkt uit een onderzoek van De Beer en De Lange dat 4-5% van de ouderen een depressie heeft (Parnassia, 1993). Dit heeft vaak te maken met het verlies van een baan, het gevoel nutteloos te zijn of het verdriet om het verlies van een dierbare. Mentale gezondheid heeft dan ook een directe en enorme impact op het welzijn van ouderen. Een zorginstelling kan door middel van alle overige factoren die invloed hebben op het welzijn ook proberen invloed uit te oefenen op de mentale gezondheid van de cliënt.

Naast de factoren die invloed hebben op zingeving zijn er volgens Maslov nog een tweetal andere factoren die horen bij de behoeftestructuur van de mensheid. De eerste is misschien wel de meest belangrijke; de fysiologische behoeften. Deze behoeften hebben als doel het in stand houden van het biologische organisme. Wanneer er niet wordt voldaan aan de fysiologische behoeften zal het welzijn van deze persoon minimaal zijn. Immers, wanneer er een gebrek is aan eten, kleding of onderdak wordt het welbevinden van een persoon negatief beïnvloed (Schieman e.a., 2002).

Een andere factor die Maslow aankaart is de veiligheidsbehoefte. Hierbij moet men naast de gebruikelijke afwezigheid van geweld en dergelijke ook denken aan het verkrijgen van een voorspelbare situatie en bestaanszekerheid. Voor ouderen speelt ook deze behoefte een belangrijke rol bij het welzijn, daar de afwezigheid van zekerheid en veiligheid voor veel stress zorgt. (Schieman e.a., 2002) Juist voor ouderen die deels afhankelijk zijn van



anderen, zoals wanneer ze opgenomen zijn in een zorginstelling, is het van groot belang dat ze zekerheid verkrijgen over de huidige en toekomstige situatie.

### *Paragraaf 2 De kosten*

Om de vraag te beantwoorden wat de kostenprijs is van ontvangen zorg, moet eerst bepaald worden vanuit welk perspectief naar deze kosten gekeken zal worden. Zo kan men kijken vanuit het perspectief van de patiënt, vanuit de betaler (in de zorg is dit de verzekeraar), het perspectief van de werkgever, het perspectief van de zorgaanbieder en het maatschappelijk perspectief (Oostenbrink, 2004).

Wanneer gekeken wordt vanuit het perspectief van de patiënt, berekent men de kosten aan de hand van de out of the pocket payments en niet gezondheidszorggerelateerde kosten. Vanuit de betaler gezien bestaan de kosten alleen uit de kosten die vergoed worden door de verzekeraar en vanuit het perspectief van de werkgever beslaan de kosten vooral de kosten van het ziekteverzuim. Gezien vanuit het perspectief van de zorgaanbieder beslaan de kosten de totale directe medische kosten en ten slotte worden de kosten vanuit het maatschappelijk perspectief berekend aan de hand van alle directe en indirecte medische en niet medisch kosten.

### *Paragraaf 3 De kosten/welzijn ratio*

De kosten/effectiviteitsstudie is bedoeld om kosten en opbrengsten met elkaar te vergelijken om zo de best mogelijke interventie aan te kunnen duiden. De opbrengsten worden hierbij vaak uitgedrukt in kwaliteit van leven of gewonnen levensjaren (Rutten e.a., 2001). Hoewel bij dit onderzoek geen sprake is van een kosteneffectiviteitsstudie, zal ook bij dit kosten/welzijn onderzoek de kosten worden vergeleken met de opbrengsten. De opbrengsten worden hierbij uitgedrukt in het begrip welzijn.

### *Paragraaf 4 Hypothesen*

Op basis van bovenstaande bevindingen uit de literatuur komen we tot de volgende hypothesen.

- De factoren fysiologische behoeften, zingeving en veiligheid bepalen het welzijn van ouderen.
- Cliënten van een zorghotel ervaren een hoger welzijn dan de cliënten van een verpleeghuis. Het zou verdedigbaar zijn dat de zingeving van het leven beter wordt bewaakt in het zorghotel. Dit heeft te maken met meer keuzevrijheid, meer eigen regie en meer sociale relaties. Ook de fysiologische behoeften van de cliënten zouden meer aandacht kunnen krijgen in een zorghotel, waardoor ook

daarmee het welzijn van de cliënten in het zorghotel vergroot wordt ten opzichte van cliënten in het verpleeghuis.

- De maatschappelijke kosten van een zorghotel zijn hoger dan die van een verpleeghuis. Omdat de patiënt voor het verblijf in een zorghotel zelf een deel moet betalen, naast het vergoede deel, zullen de totale maatschappelijke kosten dus hoger uitvallen. Bovendien zijn er minder zorghotels in Nederland dan verpleeghuizen waardoor de familie die op bezoek wil komen ook een langere reisafstand heeft en dus extra kosten moet maken.
- De kosten/welzijn-ratio's van zorghotels en verpleeghuizen zijn gelijk. Omdat het zorghotel meer welzijn creëert en meer kosten genereert zal de verhouding welzijn per maatschappelijk euro gelijk zijn.

### *Paragraaf 5 Probleemstelling*

Dit onderzoek zal uitgevoerd worden aan de hand van de volgende probleemstelling:

**“Is er een kosten-welzijn verschil tussen een verpleeghuis en een zorghotel, wanneer gekeken wordt naar de doelgroep 65+ die ontslagen zijn uit het ziekenhuis, maar nog niet voldoende hersteld zijn om terug naar huis te gaan?”**

Door middel van onderstaande deelvragen zal deze probleemstelling verder worden uitgewerkt.

Deelvraag 1. Hoe ziet de vraag en het aanbod van zorghotels er uit?

In bovenstaand stuk is al kort uitgelegd wat een zorghotel is, maar met deze deelvraag zal dieper worden ingegaan op dit begrip. Het aanbod van zorghotels zal uitgebreid behandeld worden en verder zal kort worden ingegaan op de vraagzijde van zorghotels.

Deelvraag 2. Hoe ziet de vraag en het aanbod van verpleeghuizen er uit?

Bij behandeling van deze deelvraag zullen dezelfde punten naar voren komen als in deelvraag 1, alleen nu met betrekking tot verpleeghuizen.

Deelvraag 3. Deze vraag bestaat uit twee delen.

- a. Welke manieren zijn er om het welzijn van de doelgroep te operationaliseren en wat zijn de voor- en nadelen?
- b. Hoe kan het welzijn van de doelgroep het beste gemeten worden?

Deelvraag 4. Wat is het welzijn van de doelgroep in de verpleeghuizen en zorghotels?

Deelvraag 5. Hoe kunnen de kosten van een zorghotel/verpleeghuis gemeten worden, gezien vanuit het maatschappelijk perspectief? In deze deelvraag zal gekeken worden welke kosten een rol spelen bij zorghotels en verpleeghuizen. Dit zal gebeuren aan de hand van het maatschappelijk perspectief.

Deelvraag 6. Wat zijn de kosten van opnamen van cliënten uit de doelgroep per cliënt in een verpleeghuis en zorghotel?

Deelvraag 7. Wat is de relatie tussen kosten en patiëntenwelzijn van een zorghotel?

Deelvraag 8. Wat is de relatie tussen de kosten en patiëntenwelzijn van een verpleeghuis? Bij deelvragen 7 en 8 zal de ratio tussen de berekende kosten en het gemeten welzijn berekend worden.

## **Methodologie**

Binnen dit project zijn twee onderzoeken uitgevoerd; een kostenonderzoek en een onderzoek naar het welzijn van klanten/cliënten binnen zorghotels en verpleeghuizen. Hierdoor is er sprake van een mixed methods onderzoek, de kosten zijn op een kwantitatieve wijze verzameld, terwijl het welzijn is gemeten aan de hand van deels kwantitatieve en deels kwalitatieve interviews. Met de resultaten van beide onderzoeken wordt een kosten/welzijn ratio berekend die vervolgens wordt gebruikt om de hypothesen te toetsen en de verpleeghuizen met de zorghotels te vergelijken. In dit hoofdstuk zal beschreven worden hoe deze onderzoeken zijn uitgevoerd en welke keuzeprocessen hieraan vooraf zijn gegaan.

In de eerste paragraaf zal worden ingegaan op het keuzeproces van de meetmethode van het begrip welzijn. In de tweede paragraaf zal de uiteindelijk gebruikte vragenlijst beschreven worden. In de derde paragraaf zal beschreven worden hoe de respondenten zijn geselecteerd. Paragraaf vier behandelt het kostenonderzoek en paragraaf vijf geeft een beschrijving van de analyse van de kosten. Ten slotte zal in paragraaf zes de validiteit en betrouwbaarheid van beide onderzoeken worden behandeld.

### *Paragraaf 1. De meetmethode van het begrip welzijn*

Als eerste stap in het onderzoek naar een goede methode om het welzijn van de beoogde doelgroep te meten, is een uitgebreide literatuurstudie gedaan om te achterhalen welke meetmethoden beschikbaar en bekend waren. Hierbij is zo gestructureerd mogelijk gewerkt, waarbij eerst via Google, Google wetenschap, pubmed en de universiteitsbibliotheek van de Erasmus universiteit Rotterdam is gezocht. Hierbij zijn de volgende zoekwoorden gebruikt: welzijn, welzijn ouderen, meetinstrument welzijn, meetinstrument welzijn ouderen, kwaliteit, kwaliteit verpleeghuizen, meetinstrument kwaliteit, meetinstrument verpleeghuizen, meetinstrument kwaliteit verpleeghuizen, welbevinden, welbevinden ouderen, meetinstrument welbevinden, meetinstrument welbevinden ouderen en al deze zoekwoorden in het engels. De hits die deze zoekmethoden opleverden zijn vervolgens geselecteerd op basis van relevantie. Hierbij is eerst gescreend op het feit of het een meetinstrument was of er een beschreef, vervolgens is gekeken of dat wat gemeten werd door middel van de gevonden methode ook te maken zou kunnen hebben met de doelstelling van het onderzoek en ten slotte is gekeken of de meetinstrumenten kwantitatieve gegevens genereerden.

Bij de tweede stap is via specifieke bronnen geprobeerd nog andere meetinstrumenten te vinden. Ten eerste is gezocht binnen de publicaties van het NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, de Stichting Cliënt en Kwaliteit, het kenniscentrum

ouderen, het ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport, het LASA, Longitudinal Aging Study Amsterdam en Arcares, de brancheorganisatie voor verpleging en verzorging. Binnen deze organisaties zijn verschillende meetinstrumenten ontwikkeld. Deze zijn via dezelfde criteria als bij de eerste stap gewaardeerd. Ten tweede is ook contact gezocht met mevrouw Strating, verbonden aan het BMG, Erasmus MC, zij is betrokken bij het project Zorg voor Beter, waarbinnen onder andere ook het welzijn van ouderen wordt gemeten. Zij wees op een aantal meetmethoden, de door haar geopperde methoden waren echter al eerder gevonden.

Al de gevonden meetinstrumenten voor het meten van welzijn bij ouderen zijn vervolgens schematisch weergegeven, waardoor een duidelijk overzicht ontstond (zie bijlage 1). Er bleek al gauw een onderscheid te bestaan tussen de verschillende methoden. Een deel meet puur het welzijn van de respondenten ongeacht de setting, een deel meet de kwaliteit van de instelling en één methode meet het welzijn van de cliënten/klanten aan de hand van onder andere instellingsfactoren. Omdat in dit onderzoek de instellingen zullen worden vergeleken aan de hand van hun kosten/welzijnratio, is het van groot belang dat ook instellingsfactoren mee worden genomen in het meetinstrument. Anders kunnen de eventueel gevonden welzijnsverschillen immers niet worden verklaard door verschillen binnen de instellingen. Om een verdere selectie te maken moest dus rekening worden gehouden met óf dat het instrument beide aspecten (instelling en welzijn) in zich had, of moesten twee instrumenten worden geselecteerd (één die het welzijn meet en één die de kwaliteit van de instelling meet). Deze keuze hing af van de mate waarop de gemeten aspecten aansloten bij de doelstelling van het onderzoek en de betrouwbaarheid en validiteit van de meetinstrumenten.

Om het aantal meetinstrumenten te verkleinen en de keuze te vergemakkelijken zijn twee stappen genomen. Eerst zijn alle instrumenten, waarvan het daadwerkelijke meetinstrument niet verkrijgbaar was, verwijderd en daarna zijn verdere specificaties van de overgebleven instrumenten gezocht. De validiteit, betrouwbaarheid, of de methode recent gebruikt is en of de methode specifiek voor ouderen is ontwikkeld, waren hierbij belangrijke factoren. Het resultaat hiervan wordt hieronder beschreven en is in bijlage 2 schematisch weergegeven.

De life satisfaction index A (Neugarten, 1961) is een meetinstrument dat voldoening van het leven gelijkstelt aan welzijn. Ze meet deze voldoening aan de hand van twintig vragen die vijf items representeren; Animo voor het leven, vastberadenheid, mate van overeenkomst tussen gewenste en bereikte doelen, positief zelfbeeld en gemoedstoestand. Deze vragen gaan over het leven in het algemeen en de meeste gaan over de hedendaagse toestand. De test kan zeer goed gebruikt worden voor onderzoek naar het welzijn van ouderen, in 2005

werd deze test nog gebruikt voor het meten van succesvol ouder worden in China (Chunbo e.a. 2005) en in 2006 om de belangrijkste factoren die levensvoldoening genereren te onderscheiden (Bishop e.a. 2006). De correlatie van de uitkomsten van dit instrument met de mening van experts is 0,55 en validiteitstests hebben correlaties van 0,57 en 0,55 aan het licht gebracht (Wood et al. 1969; Lawton, 1975).

De Affect Balance Scale (Bradburn, 1969) is een test die niet specifiek voor ouderen is ontwikkeld. Het instrument meet geluk door vijf vragen over de positieve aspecten van het leven de afgelopen paar weken, en vijf vragen over de negatieve aspecten in diezelfde periode. Geluk is het verschil tussen positief en negatief. Alle vragen zijn algemeen geformuleerd en refereren niet naar een specifiek aspect van het leven. Er worden in de literatuur echter veel vragen gesteld bij de betrouwbaarheid van dit meetinstrument (Himmelfarb en Murrell, 1983) en ook de interne correlatie tussen de positieve en negatieve schalen was onvoldoende:  $r = -0,17$  (Kuyng en Mueller, 2001). Andere studies noemen dit meetinstrument echter valide (Mroczek en Kolarz, 1998) en gebruiken hem ook (Bolin en Dodder, 1990).

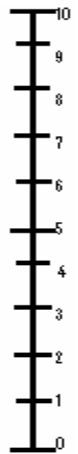
Zicht op eigen leven, ontwikkeld door Arcades, zie paragraaf 2.

De Schaal subjectief welzijn ouderen is speciaal ontwikkeld om het welzijn van ouderen te meten (Tempelman, 1987). Deze schaal bestaat uit dertig items die vijf onderliggende factoren representeren; gezondheid, eigenwaarde, vechtlust, contacten en optimisme. Dertien vragen zijn positief geformuleerd en zeventien negatief. Daarnaast zijn de vragen gericht op het leven in het algemeen. Er blijkt een sterke correlatie te zijn met leefsituatievariabelen (ADL en HDL). Het meetinstrument heeft een verklaarde variantie van 48-49% (ibid.). De schaal is in 2004 nog gebruikt bij een grootschalig onderzoek naar oudere mannen en vrouwen (Erik e.a., 2004) en ook in 2005 is het meetinstrument gebruikt bij een Vlaams onderzoek naar de eenzaamheid van ouderen (Vanden Boer en Pauwels, 2005).

De Philadelphia geriatric center morale scale is een meetinstrument dat ontwikkeld is voor het meten van het welzijn van ouderen. Oorspronkelijk had het instrument 22 vragen (Lawton, 1972), maar door reconstructie is het een lijst van 17 (Lawton, 1975) en daarna 15 items (Norris en Sherwood, 1975) geworden. Deze vragen representeren slechts drie factoren; attitude ten opzichte van het eigen verouderingsproces, irritatie en eenzaamheid. De correlatie met de LSI-A is 0,57 en met de mening van bekenden van de respondenten is 0,43 en 0,53. De test-hertestbetrouwbaarheid loopt van 0,75 tot 0,91 en de interne

consistentie is 0,81 (Tempelman, 1987). De test is in 2005 gebruikt voor een onderzoek naar het welzijn van de 85-plussers in Zweden (Von Heideken-Wågert e.a., 2005).

De Cantril self anchoring scale is een visueel analoge schaal (visual analoge scale, verder in dit stuk aangeduid als VAS). Dit is een ladder waarop de huidige kwaliteit van leven moet worden aangeduid door de respondent (figuur 1). De test-hertest betrouwbaarheid is 0,65 (Tempelman,1987). Deze test wordt nog steeds zeer regelmatig gebruikt, bijvoorbeeld in 1999 bij een onderzoek naar de kwaliteit van leven van psychiatrische patiënten (Borge e.a.,1999) en in 2004 bij een onderzoek naar de verschillende meetinstrumenten die subjectief welzijn claimen te meten (Kashdan, 2004).



De Seven point satisfaction rating bestaat uit één vraag: Hoe voldaan bent u met uw leven de laatste tijd? De vraag moeten de respondenten beantwoorden door hun mate van voldaanheid te beoordelen op een schaal van 1 tot 7. De test-hertest betrouwbaarheid van dit meetinstrument is 0,43. Dit instrument wordt ook zeer regelmatig gebruikt bij uiteenlopende onderzoeken. Bijvoorbeeld in 2001 bij een onderzoek onder studenten (Lancey e.a. 2002)

Figuur 3.1.1

De Delighted terrible rating is een meetinstrument wat ook uit één vraag bestaat: Hoe voelt u zich over uw totale leven? Ook deze vraag moet beantwoord worden door het gevoel te waarderen van 1 tot 7. De test-hertest betrouwbaarheid van dit instrument ligt tussen de 0,61 en 0,74 en heeft een correlatie van 0,5 met de Cantril Self anchoring scale en tussen de 0,56 en 0,7 met de zeven point satisfaction rating. In 2000 werd dit instrument gebruikt om te onderzoeken in hoeverre plezier een rol speelt bij het welzijn (Wirtz e.a., 2000).

Omdat uiteindelijk bleek dat de instrumenten die de kwaliteit van de instelling meten niet verkrijgbaar waren, vielen alle instrumenten, behalve 'Zicht op eigen leven', af. Zij meten immers alleen het welzijn en moesten in combinatie met een methode die de kwaliteit van de instelling meet gebruikt worden, om te voldoen aan de eisen die voortvloeien uit de doelstelling van dit onderzoek. 'Zicht op eigen leven', ontwikkeld door Arcares en Nivel, is de enige meetmethode die meet wat in dit onderzoek gemeten moet worden en bovendien valide, betrouwbaar en recent ontwikkeld is. De keuze voor dit instrument lag daardoor voor de hand. In de volgende paragraaf zal dit instrument uitgebreid besproken worden. Daarnaast is de Cantril self anchoring scale (hierna VAS genoemd) ingevoegd in de vragenlijst, zodat het welzijn met twee verschillende instrumenten gemeten wordt.

## *Paragraaf 2 Het meetinstrument*

'Zicht op eigen leven' is een vragenlijst, ontwikkeld door Arcares in 2005, zodat op een betrouwbare en valide wijze de kwaliteit van leven gemeten kan worden binnen een verpleeg- of verzorgingshuis. In deze paragraaf zal eerst de opbouw van de vragenlijst worden besproken, waarbij zal worden ingegaan op de vier domeinen van kwaliteit van leven die het meetinstrument onderscheidt. Vervolgens zal aandacht worden geschonken aan de gebruikswijzen en de verwerking van het instrument, waarbij ook de codering aan de orde zal komen. Ten slotte zal worden ingegaan op de ontwikkeling van het instrument, de validiteit en betrouwbaarheid.

### Opbouw Zicht op Eigen leven

De vragenlijst begint met drie open vragen die naar de algemene huidige kwaliteit van leven van de cliënt vragen. Ze zijn bedoeld om te kijken wat cliënten spontaan antwoorden wanneer hen gevraagd wordt wat ze belangrijk vinden in het leven en daarnaast stellen ze de cliënten op hun gemak. Bij deze open vragen is ook de VAS toegevoegd door middel van de vraag: 'welk cijfer zou u uw leven van dit moment geven op een schaal van 0 tot 10?' en de horizontale versie van figuur 3.1.1. Volgend op deze vier vragen volgen 33 items die elk uit twee aspecten bestaan. In het eerste deel wordt door middel van een stelling gevraagd naar de ervaring van de cliënt en het tweede onderdeel bestaat uit een vraag waarmee het belang dat de cliënt aan het onderwerp van de stelling hecht gemeten. Slechte ervaringen bij een onderwerp waar wel veel waarde aan wordt gehecht drukken immers zwaarder op het welzijn dan wanneer er geen waarde aan wordt gehecht. De 33 items zijn onderverdeeld in vier onderwerpcategorieën: de domeinen (Arcares, 2005).

#### Lichamelijk welbevinden/gezondheid

Het eerste domein is lichamelijk welbevinden/gezondheid. Uiteraard hebben de lichamelijke beperkingen en de ervaren gezondheid een groot effect op het welzijn van ouderen (zie ook theoretisch kader). Vaak hebben 65-plussers, de doelgroep van dit onderzoek, een aantal fysieke ongemakken waardoor ze zich minder goed voelen. Het welbevinden van ouderen is beter, wanneer men het gevoel heeft dat de klachten serieus worden genomen en ze met de ziekte om kunnen gaan. Verder speelt bij dit domein ook de lichamelijke verzorging en het kunnen genieten van eten en drinken een grote rol. Bij een verblijf in een verpleeghuis moeten ouderen vaak verzorgd worden door verpleegkundigen of verzorgenden. Dit kan vervelend zijn voor mensen die hun hele leven voor zichzelf hebben gezorgd, het is belangrijk dat de hulpverlener de gevoelens van schaamte zoveel mogelijk wegneemt door zo goed mogelijk te luisteren naar de oudere. Het welzijn wordt bovendien ook bevorderd wanneer de lichamelijke verzorging gebeurt wanneer de bejaarde dit wenst. Verder zal door ziekte of door 'gaarkeukeneten' het eten bij ouderen niet altijd even goed smaken. Ook dit



speelt echter een grote rol bij het welzijn van bejaarden. Samenvattend kan gezegd worden dat het lichamelijk welbevinden/gezondheid de volgende deeldomeinen bevat; ziekte/gezondheid, beperkingen/mogelijkheden, verzorgd lichaam en lichamelijk genieten (Arcares, 2005).

#### Woon/leefsituatie

Het tweede domein is gericht op de woon/leefsituatie. Hierbij draait het om de instelling waar men zich bevindt en hoe de cliënt zich daar voelt. Het comfort van de instelling speelt hierbij een belangrijke rol, maar ook of de cliënt zich er thuis voelt is van groot belang. Niet alleen luxe maakt een plaats immers aangenaam, maar ook of de mensen in de omgeving de cliënt accepteren. Verder bepalen de omgeving, de aangeboden of te ondernemen activiteiten en het gevoel van veiligheid de waardering van de woon/leefsituatie. Een andere belangrijke factor is het zelf mogen bepalen van het dagritme. Mag de cliënt zelf aangeven wanneer hij/zij wil gaan eten of wil gaan slapen? Daarnaast speelt ook de financiële situatie een rol. Heeft de cliënt voldoende geld om het leven te leiden wat hij/zij wenst te leven. Dit domein speelt een grote rol in dit onderzoek, omdat de woon/leefomgeving een belangrijk domein is waarop de instellingen zullen worden vergeleken. Het is immers de bepalende factor bij de verschillen tussen zorghotels en verpleeghuizen (Arcares, 2005).

#### Participatie

Het derde domein is het domein van de participatie. Hierbij gaat het om de sociale relaties die de respondenten onderhouden met familie, andere bewoners en verzorgenden. Zijn dit leuke contacten en heeft men het gezellig met anderen of voelt men zich eenzaam? Verder wordt gevraagd naar de mate van intimiteit in deze contacten. Kan men bij mensen terecht met problemen en voelt men warmte en genegenheid bij deze contacten? Verder is het van groot belang welke rol de cliënt denkt te hebben in de maatschappij en tijdens deze sociale contacten. Heeft hij/zij het idee dat hij/zij iets betekent voor anderen en dat aan zijn/haar meningen en ervaringen waarde wordt gehecht? Ten slotte is het ook van belang dat de cliënt zijn/haar bezoek op gepaste wijze kan ontvangen (Arcares, 2005).

#### Mentaal welbevinden

Het laatste domein draait om het mentaal welbevinden van de cliënt. Heeft de cliënt het gevoel onafhankelijk te zijn? Kan hij/zij doen wat hij/zij wil of wordt hij/zij door beperkingen of anderen in bepaalde dingen beperkt? Daarnaast speelt hierbij de privacy een belangrijke rol. Een andere kant van het mentale welbevinden is de beleving van de eigen identiteit. Hoe men terugkijkt op het eigen leven en hoe tevreden men hierover is, is van grote invloed op de mentale gesteldheid van ouderen. Heeft de cliënt het idee dat hij/zij zijn levensdoelen heeft vervuld? Daarbij aansluitend is het ook van belang dat hij/zij nog steeds geniet van het leven en steeds nieuwe dingen aan zichzelf of aan het leven ontdekt. Heeft men nog passie

en kan men zich nog goed aanpassen? Als laatste punt is het geloof en de geloofsovertuiging van grote invloed op het mentale welbevinden. Door geloof kan men zich immers mentaal sterker voelen (Arcares, 2005).

Ten slotte sluit de vragenlijst af met een aantal achtergrondkenmerken van de cliënt. Hiermee kan worden beoordeeld in de hoeverre de steekproef representatief is en kunnen de resultaten beter geïnterpreteerd worden.

#### Gebruikswijze

De doelgroep van de vragenlijst zijn alle cliënten in de verpleging en verzorging die niet cognitief beperkt zijn, hierbij moet gedacht worden aan cliënten op de somatische en revalidatie afdeling, daarnaast is hij ook geschikt voor personen die extramuraal zorg ontvangen. De 65-plussers uit de eerste doelgroep vormen exact de doelgroep die ook in dit onderzoek wordt ondervraagd.

Het is belangrijk dat de interviewer een onbekende is voor de cliënt en dat de anonimiteit van de antwoorden gegarandeerd wordt. De sociaal wenselijke antwoorden worden hiermee zoveel mogelijk vermeden. Voor het onderzoek moet de cliënt uiteraard toestemming geven voor het afnemen van de vragenlijst. En tenslotte is het van belang dat de vragenlijst in een rustige ruimte worden afgenomen waarbij de interviewer een rustige geïnteresseerde houding heeft en de cliënten de tijd geeft en op hun gemak stelt. Bij slechthorendheid mag de cliënt meelesen op de vragenlijst.

Bij en afronding van het interview vraagt de interviewer of de cliënt nog op- of aanmerkingen heeft en noteert de persoonlijke gegevens: leeftijd, geslacht, partner, soort instelling (zorghotel of verpleeghuis), ziektebeeld en verblijfsduur in de instelling. De verblijfsduur, de tijd die de cliënt tot de datum van het interview in de instelling heeft verbleven, is aan de hand van tabel 3.2.1 omgezet naar 10 verblijfsduurcategorieën. Hierdoor is het mogelijk de een verband te zoeken tussen het welzijn van de cliënten en de verblijfsduur in de instelling.

Verblijfsduur in dagen	codelabel
0 tot en met 15 dagen	1
15 tot en met 30 dagen	2
30 tot en met 45 dagen	3
45 tot en met 60 dagen	4
60 tot en met 75 dagen	5
75 tot en met 90 dagen	6
90 tot en met 105 dagen	7
105 tot en met 120 dagen	8
120 tot en met 135 dagen	9
135 tot en met 150 dagen	10

Tabel 3.2.1 Omzettabel verblijfsduur

### Verwerking

De antwoorden op de drie open vragen zijn onderverdeeld naar de verschillende items zoals genoemd in het conceptuele model. Het antwoord van één cliënt kan verschillende elementen bevatten die elk binnen een ander item vallen, deze is dan bij ieder item meegenomen (Arcares, 2005). Uiteindelijk kan worden berekend welk percentage van de cliënten elementen hebben genoemd die in domein fysieke behoeften, zingeving en veiligheid. De scores die de VAS opleverde kunnen worden opgeteld en gedeeld door het aantal waarden uit de som, waardoor een gemiddelde cijfer kan worden berekend wat de respondenten aan hun leven toekennen.

De antwoorden op de ervaringsstellingen en belangvragen kunnen voor elk item en voor elke cliëntengroep worden weergegeven. Aan de hand van deze antwoorden kan een combi-score worden berekend. Deze score geeft inzicht in de indicatoren die de cliënt negatief beoordeeld, maar wel erg belangrijk vindt. Bij berekening van deze combi-score wordt de volgende codering toegepast (idem).

<u>Ervaringsstelling</u>		
'helemaal mee oneens' (2) en 'mee oneens' (1)	⇒	-1
'niet mee eens, niet mee oneens' (3)	⇒	0
'helemaal mee eens' (5) en 'mee eens' (4)	⇒	+1
<u>Belangvraag</u>		
'niet zo belangrijk' (1)	⇒	1
'belangrijk' (2)	⇒	3
'heel belangrijk' (3)	⇒	5

Tabel 3.2.2 (Arcares, 2005)

Deze codes worden vervolgens vermenigvuldigd, zodanig dat er scores ontstaan van -5 tot +5. Omdat de vragen positief zijn geformuleerd, betekent een positieve score dat de respondent het met de stelling eens is en een negatieve score dat hij/zij het er niet mee eens is. Hoe verder de combi-score van 0 verwijderd is, hoe zwaarder het item weegt voor de cliënt. De volgende tabel geeft dit weer:

+5	= Ik ben het met de stelling eens en het is heel belangrijk voor mij
+3	= Ik ben het met de stelling eens en het is belangrijk voor mij
+1	= Ik ben het met de stelling eens, maar het is niet zo belangrijk voor mij
0	= Ik ben het niet met de stelling eens en ik ben het niet met de stelling oneens
-1	= Ik ben het niet met de stelling eens, maar het is niet zo belangrijk voor mij
-3	= Ik ben het niet met de stelling eens en het is belangrijk voor mij
-5	= Ik ben het niet met de stelling eens en het is heel belangrijk voor mij

Tabel 3.2.3 (Arcares, 2005)

Vooraf de scores -3 en -5 zijn aandachtspunten voor een organisatie, want deze geven weer wanneer een cliënt iets belangrijk vindt, maar er negatieve ervaringen mee heeft.

Om de kwaliteit van leven van de cliënt per domein te berekenen worden de combiscores van dit domein van de cliënt opgeteld. Hierbij wordt de uitkomst van deze som (de score) op onderstaande wijze naar de mate van welzijn vertaald:

Score per domein	Mate van welzijn per domein
24 tot 40	Zeër wel
8 tot 24	Wel
-8 tot 8	Wel/onwel
-24 tot -8	Onwel
-40 tot -24	Zeër onwel

Tabel 3.2.4 (eigen onderverdeling)

Om de totale kwaliteit van leven te berekenen worden alle combiscores van de cliënt opgeteld. Om deze score om te zetten naar de mate van welzijn wordt de tabel op de volgende bladzijde gehanteerd:

<b>Totale score</b>	<b>Mate van welzijn volgens de totale score</b>
99 tot 165	Zeer wel
33 tot 99	Wel
-33 tot 33	Wel/onwel
-33 tot -99	Onwel
-99 tot -165	Zeer onwel

Tabel 3.2.5 (eigen onderverdeling)

Om het welzijn zoals berekend met de VAS te kunnen vergelijken met het welzijn dat berekend is met de stellingen uit 'Zicht op eigen leven', zijn de scores van de stellingen bovendien omgezet naar een schaal van 0 tot 10 aan de hand van onderstaande omzettafel:

<b>Totale score</b>	<b>Mate van welzijn</b>	<b>Vas-score</b>
165 tot 132	Zeer wel	10
132 tot 99	Zeer wel	9
99 tot 66	Wel	8
66 tot 33	Wel	7
33 tot 0	Wel/onwel	6
-33 tot 0	Wel/onwel	5
-66 tot -33	Onwel	4
-99 tot -66	Onwel	3
-132 tot -99	Zeer onwel	2
-165 tot -132	Zeer onwel	1
-165	Zeer onwel	0

Tabel 3.2.6 Omzettafel van score stellingen naar schaal van 0-10

Ten slotte is naast het welzijn berekend aan de hand van de vier domeinen uit 'Zicht op eigen leven', de totale score van 'Zicht op eigen leven', en de VAS ook per stelling van 'Zicht op eigen leven' gekeken of de stelling iets te maken had met de (kwaliteit van de) instelling. Dit is gedaan omdat in de hoofdvraag van dit onderzoek twee soorten instellingen vergeleken worden, waardoor voor dit onderzoek de instellingsfactoren die het welzijn van de cliënt bepalen erg belangrijk zijn. De stelling 2, 5, 6,7,8,9,10, 11, 13,15,18, 19, 20, 26, 27, 28, 29 (zie ook bijlage 5) zijn stellingen die iets zeggen over de kwaliteit van de instelling en gesommeerd worden voor een nieuwe welzijnsmaat. In tabel 3.2.7 ziet u wat de score op deze welzijnsmaat betekent voor de mate van welzijn van de cliënt.

Score op de instellingsvariabelen	Mate van welzijn
51 tot en met 85	Zeer wel
17 tot en met 51	Wel
-17 tot en met 17	Wel/onwel
-51 tot en met -17	Onwel
-85 tot en met -51	Zeer onwel

Tabel 3.2.7 Omzettabel mate van welzijn instellingsvariabelen (eigen verdeling)

#### Voortraject, validiteit en betrouwbaarheid

Voor de daadwerkelijke ontwikkeling van de vragenlijst is aan de hand van literatuuronderzoek en consensusbijeenkomsten met cliënten(raden), zorgaanbieders en deskundigen vastgesteld welke aspecten belangrijk zijn voor het welzijn van ouderen. Uiteindelijk zijn hier vier domeinen uit gedestilleerd. Aan de hand van deze domeinen is een eerste versie van het meetinstrument 'Zicht op eigen leven' ontwikkeld. Dit instrument is van april tot en met juni 2004 bij 200 cliënten in vijf zorginstellingen in Nederland afgenomen. Na de analyse van de resultaten van deze interviews bleek dat de vragenlijst al voldoende betrouwbaar was ( $\alpha = .77$ ), toch is de meetmethode verder verfijnd door het NIVEL (Van Beek e.a. 2005). Dit heeft geresulteerd in de huidige versie van 'Zicht op eigen leven', die ook in dit onderzoek gebruikt zal worden (Poortvliet ea. 2006).

De interne consistentie van deze laatste versie van 'Zicht op eigen leven' is vastgesteld aan de hand van een bevestigende vier-factoranalyse met Varimaxrotatie. Alle domeinen hebben een redelijke interne consistentie met  $\alpha$  variërend tussen de 0.61 en 0.73. De interne consistentie van de gehele vragenlijst is goed ( $\alpha = .86$ ). De verklaarde variantie bij de vier factoren is 35,2%, vergeleken met sommige andere meetinstrumenten die welzijn plachten te meten is dit iets lager (SSWO is bijvoorbeeld 48,5%). De interbeoordelaars-betrouwbaarheid is gemeten aan de hand van 25 interviews, waarbij één interviewer de vragen stelde en de antwoorden scoorde en een andere interviewer alleen de antwoorden scoorde. Met behulp van de intra class correlatie (ICC) met absolute overeenkomst is vervolgens berekend in hoeverre er vertekening van de resultaten optrad door te werken met verschillende interviewers. Wanneer de ICC kleiner is dan .71 zijn de resultaten als gevolg van deze vertekening niet betrouwbaar. Dit bleek niet het geval te zijn, want voor de ervaringsstellingen was de ICC .87 en bij de belangvragen .88 (Van Beek, 2005).

### *Paragraaf 3 De respondenten*

Na de bepaling van het meetinstrument voor het welzijn van de doelgroep moest bepaald worden hoeveel respondenten benaderd zouden worden en op welke wijze. Omdat het om twee soorten instellingen ging, de zorghotels en de verpleeghuizen, zijn ook twee methoden gebruikt voor het selecteren van de respondenten.

#### Zorghotel

Om te bepalen welke instellingen er benaderd zouden worden is een internetstudie gedaan, waarbij is gekeken hoeveel zorghotels er zijn in Nederland en hoe zij zich manifesteren. Hierbij is gekeken naar de soorten (paramedische) zorg die ze bieden, de grootte van het hotel, de ligging, de faciliteiten, de doelgroepen, de prijs, de luxe en overige bijzonderheden. Om deze hotels te vinden is door middel van de zoekmachine Google het internet doorzocht met als zoekcriteria zorghotel en vervolgens zijn de hits getoetst aan de selectiecriteria. De gegevens van de hotels die vervolgens overbleven zijn ook weer schematisch samengevat.

#### Selectiecriteria voor de zorghotels:

- De gasten verblijven er tijdelijk en gaan in principe terug naar huis;
- In het hotel is er de mogelijkheid van 24 uurszorg- en dienstverlening;
- Het verblijf is in een hotelachtige setting, wat inhoudt:
  - a) een servicegerichte organisatie,
  - b) met een comfortabele accommodatie en diverse faciliteiten (Bolscher, 2006)
- Ze ontvangen ouderen van 65+ die uit het ziekenhuis zijn ontslagen maar nog niet naar huis terug kunnen (thuisverplaatste zorg).

Al snel bleek dat ook hier een onderscheid in te maken was. Er zijn twee soorten zorghotels, de hotels met een zorgfunctie, waarbinnen veel aandacht is voor luxe, faciliteiten en andere hotelfacetten en aan de andere kant de zorgaanbieders die een meer luxe afdeling hebben. Tussen deze twee uitersten bestaat ook nog een grijs gebied, waarbij zorgaanbieders een losstaande luxe(re) zorghotel exploiteren.

### Zorghotel (Eigen definitie)

Een zorghotel waarbij de hotelfunctie voorop staat, wordt vaak particulier geëxploiteerd en is op winst gericht. Daardoor is niet alleen de prijs vaak hoger, maar is de klantgerichtheid ook vaak groter. Een aantal luxe voorzieningen, zoals zwembad, winkel, kapper, sauna, bibliotheek, is beduidend vaker aanwezig dan bij de zorghotels die door zorgaanbieders worden aangeboden en verpleeghuizen. Bovendien zijn de kamers groter en is de doelgroep van deze zorghotels is vaak erg breed. Zij bieden zorg aan zwangere vrouwen, ouderen, chronische zieken en andere zorgbehoevende mensen, terwijl de zorghotels die verbonden zijn aan een zorgaanbieder vaak een specifiekere doelgroep hebben, vaak revalidatiecliënten. Wanneer het hotel wordt geëxploiteerd door een ziekenhuis, kan men het hotel vaak vergelijken met een (luxe) transferafdeling. Een afdeling waar men heen kan als er nog geen plaats is in een verpleeghuis of bij de thuiszorg. Wanneer het hotel bij een verpleeghuis hoort heeft het alleen ouderen met somatische problemen als doelgroep. De cliënten uit de doelgroep van dit onderzoek, die verblijven in een zorghotel dat verbonden is dat aan een instelling en dat AWBZ gefinancierd wordt, kiezen vaak niet bewust voor een verblijf in een zorghotel. Zij worden er heen verwezen door het ziekenhuis of de behandelende arts, omdat toevallig in het zorghotel plaats is en in een regulier verpleeghuis niet.

Uiteindelijk bleken er vijf zorghotels met de hotelfunctie als hoofdprioriteit te zijn in Nederland; Veghel, de Palatijn, Zorghotel Olaertsdwyn, Domaine Cauberg en Dr. Prasatya. Daarnaast zijn er nog vijf hotels die worden geëxploiteerd door zorgaanbieders, de Zonnestraal, Boshotel Vlodrop, Florence, zorghotel Simeon en Anna en zorghotel Zoetermeer/Golden Tullip. De Zonnestraal is opgericht op initiatief van een ziekenhuis en een verpleeghuis, zorghotel Florence, zorghotel Simeon en Anna en zorghotel Zoetermeer zijn hotels die zijn gekoppeld aan een verpleeghuis en Boshotel Vlodrop heeft zorgkamers in samenwerking met een thuiszorgorganisatie. Verder zijn er acht zorghotels die gelokaliseerd zijn bij een zorgaanbieder, waarvan vijf verbonden zijn met een verpleeghuis, één met een ziekenhuis en één met beide.

Naam	Provincie	Grootte	(Para)medische diensten	Faciliteiten	Bijzonderheden
Veghel	Noord Brabant	34 kamers	+++	+++	
Palatijn	Noord Holland	56 kamers	++	+++	4 sterren
Zorghotel Olaertsdwyn	Zuid Holland	7 kamers	+	++	
Domaine Cauberg	Limburg	8 kamers	+	+	



Dr. Prasatya	Zuid Holland	9	+	+	Voornamelijk psychiatrische patiënten, erg huislijk
De Zonnestraal	Utrecht	22	++	+	In een zorgcentrum, erg veel diensten in het gebouw
Boshotel Vlodrop	Limburg	10 zorgsuites 82 gewone kamers	++	++	4 sterren
Florence	Zuid Holland	6 kamers	++	+++	Zwembad
Zorghotel Simeon en Anna	Zuid Holland				
Zorghotel Zoetermeer/ Golden Tullip	Zuid Holland	20 kamers	+	+++	In vier sterren hotel
Leo Polakhuis	Noord Holland	25 kamers	+++	++	Woonzorgcentrum
Zuiderhout woonzorgcentrum	Noord-Brabant	6 kamers			
Bennema State	Friesland	9 appartementen	+	++	Woonzorgcentrum
De Gouden Leeuw	Gelderland	17 kamers	+	++	
Elisabeth	Noord Brabant	16 appartementen	+	+	Minimaal CIZ indicatie van 28 uur
Amsterdam City West	Noord Holland	162 kamers 2 invalidenkamers	+	+	Max 1 uur zorg per dag
Zotel Hengelo: De zorgschakel	Overijssel	23	+++	+	
Zorghotel MCRZ-Clara/SFG	Zuid Holland	40 (binnenkort uitgebreid naar 86)	+++	+	Zowel in ziekenhuis als in verpleeghuis, verhuizen allen naar nieuwe gebouw

- Onafhankelijk zorghotel met hotelfunctie als prioriteit, niet verbonden aan een zorginstelling
- Zorghotel met hotelfunctie als prioriteit, verbonden aan een zorginstelling
- Zorghotel verbonden aan een verpleeghuis
- Zorghotel verbonden aan een ziekenhuis

De niveauperdeling van +++ tot + bij de (para)medische diensten en faciliteiten is gedaan naar eigen interpretatie op basis van de gegevens op de websites van de hotels. Hierbij werd de volgende indeling gehanteerd:

<b>Score</b>	<b>(para)medische diensten</b>	<b>Faciliteiten</b>
+++	Minstens 3 (para)medische diensten	Luxe kamers en minstens 2 extra faciliteiten
++	2 (para)medische diensten	Luxe kamers, 1 extra faciliteit of standaard kamer en minstens 2 extra faciliteiten
+	1 (para)medische dienst	Standaard kamers maximaal 1 extra faciliteit

Tabel 3.3.1 Niveauperdeling zorghotels

Omdat de uiteindelijke meetmethode van welzijn een methode is waarbij interviews moeten worden afgenomen is besloten het aantal zorghotels te beperken tot twee zorghotels met primair hotelfunctie en twee hotels die verbonden zijn aan een zorginstelling. Deze hotels zijn geselecteerd aan de hand van hun contrasterende kenmerken. Er zijn per categorie twee zo verschillend mogelijke hotels geselecteerd, zodat zorghotels van verschillende niveaus vertegenwoordigd worden in het onderzoek.

Aan de hand van de kenmerken van de hotels is besloten om voor de 'hotel' categorie Zorghotel De Palatijn en Zorghotel De Veghel te benaderen. Deze hotels verschillen niet zo veel van elkaar als in de andere categorieën, maar toch is gekozen voor deze combinatie, omdat er anders eventueel bias zou kunnen optreden. Deze bias zou het verpleeghuis negatief uit het onderzoek laten komen, doordat bij de keuze van de instelling een naar verwacht hoger niveau onafhankelijk zorghotel met hotelfunctie als prioriteit wordt vergeleken met een naar verwacht lager niveau zorghotel met hotelfunctie als prioriteit, verbonden aan een zorginstelling.

Bij de 'zorgaanbieders' categorie is aan de hand van de verschillende kenmerken gekozen voor het Leo Polakhuis en Elisabeth. Deze zorghotels verschillen zowel op kwalitatief vlak als op de verwachte kwaliteit en de locatie.

## Verpleeghuis

Naast zorghotels moest er ook verpleeghuizen geselecteerd worden, zodat een gelijkwaardige vergelijking zou ontstaan.

### Verpleeghuis

In 2004 telde Nederland 342 verpleeghuizen met 63.027 bedden (RIVM, 2005).

Verpleeghuiszorg omvat verblijf, verpleging, verzorging en geneeskundige behandeling door een verpleeghuisarts voor voornamelijk ouderen. Een verpleeghuis heeft meerdere doelgroepen, ten eerste de chronisch zorgbehoevende cliënten, deze cliënten gaan voor de rest van hun leven in het verpleeghuis wonen. Daarnaast is er ook nog een tweede doelgroep die welkom is in het verpleeghuis. Hierbij gaat het om cliënten die na een ziekenhuisopname of problemen thuis tijdelijke opname en revalidatie nodig hebben. Daarnaast bestaat ook nog de dagbehandelingsfunctie en consultatiefunctie van het verpleeghuis. Hierbij komt de cliënt respectievelijk een of meerdere dagdelen om vervolgens weer naar huis te gaan of bezoekt de verpleeghuisarts (Boot en Knapen, 2001). Verpleeghuiszorg is AWBZ gefinancierd en een opname in een verpleeghuis gebeurt dan ook pas na een indicatiestelling voor verpleeghuiszorg door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Aan de hand van de ligging van de gekozen zorghotels zijn ook twee verpleeghuizen geselecteerd waar de zorg voor onze doelgroep aangeboden wordt. Omdat de zorghotels in Noord-Holland, Utrecht en Noord-Brabant zijn gelegen is één verpleeghuis gezocht in Noord-Holland en één in Noord-Brabant. Dit is ten eerste gedaan om te zorgen dat het verzorgingsgebied van de te vergelijken instellingen overeen komt, waardoor de cultuur en de gewoonten van de patiënten zo veel mogelijk overeen komen. Ten tweede heeft de keuze voor gelijke gebieden ook een praktische reden. In verband met de reistijd is het eenvoudiger wanneer de instelling dicht bij elkaar liggen. Naast de provincie is er ook op gelet dat beide huizen een gemiddeld kwaliteitsniveau hebben, zodat ze het totale aanbod verpleeghuizen goed representeren. Dit is gedaan aan de hand van de vergelijkingssite van de overheid, [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) (www.kiesbeter.nl a en b) en de rapporten van de inspectie voor de gezondheidszorg voor deze instellingen (IGZ, 2006a en b) Bij deze rapporten werden de instellingen beoordeeld op hun registraties, cliëntgerichtheid, cyclisch volgen van de zorgvraag, deskundigheid en de organisatieomstandigheden.

Uiteindelijk is er gekozen voor Verpleeghuis Aenaes te Breda en De Poort te Amsterdam.

### Benadering respondenten

De zes instellingen zijn telefonisch gevraagd mee te werken aan het onderzoek. De geselecteerde onafhankelijke zorghotels met hotelfunctie als prioriteit wilden helaas niet meewerken. Daarom zijn ook alle andere hotels uit deze categorie benaderd, maar ook deze hotels wilden of konden hun medewerking niet verlenen. Bovendien wilde ook zorghotel Elisabeth niet meewerken, daarom is besloten, De Gouden Leeuw en Zorghotel MCRZ-Clara/SFG te benaderen, zodat er toch voldoende respondenten zouden deelnemen aan het onderzoek. Zorghotel MCRZ-Clara/SFG wilde wel meewerken, De Gouden leeuw helaas niet. Daarom is Zorghotel Zuiderhout benaderd, zij wilden wel meewerken. Hierdoor waren er in eerste instantie maar vijf instellingen die wilden meewerken aan het onderzoek. Één zorghotel (Leo Polak) en één verpleeghuis (De Poort) in Amsterdam, één zorghotel (WZC Zuiderhout) en één verpleeghuis (Aeneas) in Breda en één Zorghotel (Zorghotel MCRZ-Clara/SFG) in Rotterdam. Om toch zes instellingen in het onderzoek te betrekken zijn verschillende verpleeghuizen in Rotterdam benaderd.

Bij de interviews in het zorghotel MCRZ-Clara/SFG, bleek dat het pas per 11 juni 2007 over een zorghotel gaat, omdat de transferafdelingen waar de interviews zijn afgenomen dan verhuizen naar een nieuw gebouw wat aan alle hotelmatige aspecten tegemoetkomt. Daarom is in overleg met het personeel van zorghotel MCRZ-Clara/SFG besloten de respondenten van deze afdelingen onder verpleeghuisbewoners te scharen.

Hierdoor bestond er geen verdere noodzaak tot het zoeken van een ander verpleeghuis in Rotterdam, maar een ander zorghotel in Zuid-Holland. Hiervoor is het Golden Tullip nogmaals benaderd, zij hadden twee maanden daarvoor aangegeven dat zij wegens omstandigheden niet konden meewerken, maar nu wilden zij wel hun medewerking verlenen.

Uiteindelijk hebben onderstaande instellingen geparticipeerd in het onderzoek:

- De Poort (Amsterdam)
- Leo Polak (Amsterdam)
- Golden Tullip (Zoetermeer)
- Zorghotel MCRZ-Clara/SFG (Rotterdam)
- WZC Zuiderhout (Teteringen)
- Aeneas (Breda)

Wanneer een instelling toestemming gaf, is er een brief gestuurd. In deze brief stond beschreven wat de doelstelling was van het onderzoek en wat er van de instelling verwacht werd (zie bijlage 3). Bijgevoegd was ook een informatiebrief voor de respondenten (bijlage 4). Na het versturen van deze brieven is nogmaals contact gezocht om een afspraak te maken.

Er is besloten per instelling vijf patiënten te interviewen, zo worden er voldoende interviews afgenomen om een voldoende betrouwbare dataset te krijgen, maar aan de andere kant is het aantal af te nemen interviews niet te groot. Uiteindelijk moeten er dus zes maal vijf interviews afgenomen worden om het welzijn van de klanten/cliënten van de verschillende instellingen te bepalen. Deze dertig respondenten moesten echter wel voldoen aan de criteria uit box 4 .

#### Box 4

Selectiecriteria voor de patiënten:

- De patiënt moet 65 jaar of ouder zijn;
- De patiënt moet net ontslagen zijn uit het ziekenhuis;
- De patiënt moet thuisverplaatste zorg willen ontvangen; (Bolscher, 2006)
- De patiënt moet mee willen werken aan dit onderzoek;
- De patiënt moet de Nederlandse taal beheersen in woord en geschrift;
- Minimaal verblijf van 4 nachten in de zorginstelling.

De instellingen hebben hun cliënten/klanten die aan deze criteria voldeden vóór de afspraak geselecteerd en benaderd aan de hand van een standaard brief met uitleg over dit onderzoek en wat er van de cliënten/klanten verwachtte wordt.

#### *Paragraaf 4 Het kostenonderzoek*

Er zijn vier verschillende perspectieven van waaruit de kosten kunnen worden geanalyseerd. Het gezondheidszorgperspectief neemt alleen de kosten van de gezondheidszorgsector mee in de berekening. Dit betekent dat de kosten van de zieke patiënt die buiten de gezondheidszorg vallen, zoals de kosten van het ziekteverzuim op het werk, niet worden meegenomen. Het betalerperspectief, ook wel het third party payer perspectief genoemd, gaat uit van de kosten van degene die betaald. Bij de gezondheidszorg zijn dit dus alle kosten die de verzekeraar maakt. Hierbij worden niet de kosten meegerekend die voor eigen rekening van de cliënt komen. Het patiëntenperspectief neemt juist deze kosten en niet

gezondheidszorgkosten mee bij de analyse van de kosten. Ten slotte is er nog het maatschappelijke of sociale perspectief. Dit perspectief neemt alle kosten mee die gemoeid zijn met de ziekte van de patiënt. Dit perspectief heeft de breedste kostenrange en wordt daarom het meeste gebruikt in kosteneffectiviteitsstudies. Hoewel dit geen kosteneffectiviteitsstudie is, zal ook in dit kosten/welzijnsonderzoek het maatschappelijke perspectief worden gebruikt om de kosten te analyseren.

De maatschappelijke kosten bestaan uit vier kostensoorten; directe medische kosten, indirecte medische kosten, directe niet-medische kosten en indirecte niet-medische kosten. Aan de hand van deze vier kostensoorten is gekeken welke kosten een rol zouden kunnen spelen bij dit onderzoek.

#### Directe medische kosten

Voor onze doelgroep moet hierbij gekeken worden naar de zes functies die de AWBZ onderscheidt:

Persoonlijke verzorging, “hierbij gaat het om het ondersteunen of overnemen van de activiteiten op het gebied van persoonlijke verzorging” (Zorgkantoor DWO/NWN, 2007). Een voorbeeld hiervan het helpen bij het wassen of scheren (ibid.) .

Verpleging. Hierbij moet gedacht worden aan alle vormen van verpleegkundige handelingen gericht op het voorkomen van verergering of herstel van de aandoening, handicap of beperking. Een voorbeeld hiervan is het injecteren van medicatie of het verzorgen van de wonden (ibid.)

Ondersteunende begeleiding is gericht op het behouden of verbeteren van de zelfredzaamheid van de cliënt en/of het bevorderen van de integratie in de samenleving. Hierbij moet bijvoorbeeld gedacht worden aan dagactiviteiten (ibid.).

Activerende begeleiding heeft te maken met de psychische problematiek van cliënten. Het leren omgaan met de gevolgen van de (in dit geval) somatische beperking is hierbij een belangrijk issue (ibid.).

Behandeling. Onder behandeling wordt een behandeling door een medisch specialist, paramedicus of gedragswetenschappelijk specialist bedoeld, waarvan de behandeling is gericht op het herstel of het voorkomen van verergering van de aandoening. Een voorbeeld hiervan is revalidatie na het verkrijgen van een nieuwe knie of heup (ibid.).

Verblijf betekent het verblijven in een instelling, omdat (een van) de vijf bovenstaande functies van de AWBZ noodzakelijkerwijs in een beschermde setting moeten plaatsvinden (ibid.).

Aan al deze functies zullen door de instellingen directe medische kosten worden gemaakt. Deze kosten zullen worden achterhaald bij de geselecteerde instellingen, zodanig dat er een duidelijke schatting gemaakt kan worden hoeveel de doelgroep kost, wanneer wordt gekeken naar de functies van de AWBZ. Dit zal gedaan worden door de jaarverslagen van de instellingen te verwerken en daarnaast zal een (telefonisch) interview worden gehouden met iemand van de economische administratieve dienst van de instellingen, zodanig dat nog extra informatie verkregen kan worden.

#### Indirecte medische kosten

Dit zijn de medische kosten die gemaakt worden in de extra gewonnen levensjaren. Omdat in de instellingen van dit onderzoek geen levens worden gered of levensjaren worden gewonnen, worden deze kosten buiten het onderzoek gehouden.

#### Directe niet-medische kosten

De facilitaire kosten beslaan een groot deel van de directe niet-medische kosten. Hierbij moet gedacht worden aan een bijdrage voor de koffie of thee, de waskosten of de kosten voor het gebruik van radio en televisie. De kosten zullen aan de hand van gegevens van de instellingen worden geanalyseerd. Mochten deze gegevens niet voorhanden zijn, dan zal de prijslijst gebruikt worden. Vooral in de non-profit instellingen zal men geen winst willen maken op deze faciliteiten en zal de kostprijs vergelijkbaar zijn met de verkoopprijs.

Een andere directe niet-medische kostenpost zijn de reiskosten van de familie, partner en/of vrienden. Omdat dit echter onmogelijk vast te stellen is, zonder al deze bezoekers te interviewen, zal dit onderdeel van de directe niet-medische kosten buiten beschouwing worden gelaten in dit onderzoek.

#### Indirecte niet-medische kosten

Bij de indirecte niet-medische kosten spelen juridische kosten ten gevolge van een medische fout, speciale educatie en productiviteitsverlieskosten een grote rol. Deze kosten worden echter niet gemaakt bij de doelgroep van dit onderzoek en daarom worden deze kosten niet meegenomen in het kostenonderzoek.

#### *Paragraaf 5 Beschrijving van de analyse van de kosten*

Bij de verwerking van de kosten zal een onderscheid gemaakt worden tussen de vaste directe medische kosten, de variabele directe medische kosten en de out-of-the-pocket-payments. De som van deze drie kostensoorten vormt het bedrag wat een cliënt uit de doelgroep kost voor desbetreffende instelling.

De vaste directe medische kosten beslaan, volgend uit de jaarverslagen, het bedrag dat wordt uitgegeven aan afschrijvingen en vaste activa, personeelskosten ondersteunend, financiële lasten, algemene kosten, onderhoud en energie en huur en leasing. Deze kosten zullen naar verwachting procentueel niet veel verschillen tussen de verschillende instellingscategorieën.

De variabele directe medische kosten zijn alle kosten die worden gemaakt omdat een cliënt in de instelling verblijft. Dit betekent dat deze kosten niet gemaakt zouden worden wanneer deze cliënt niet in de instelling zou verblijven. Volgend uit de jaarverslagen, gaat het hier om de volgende kostenposten: voeding en hotelmatige kosten, patiënt en bewonersgerelateerde kosten en personeelskosten verpleging en verzorging. Bij deze kostenpost worden wel verschillen verwacht tussen de verschillende instellingscategorieën. Vooral de hotelmatige kosten zoals voeding en facilitaire kosten zullen de posten zijn waarop de zorghotels verschillen van de verpleeghuizen. Immers juist door de extra luxe, meer faciliteiten en meer keuze qua eten proberen zij zich te onderscheiden van de verpleeghuizen, maar deze extra's kosten naar verwachting ook extra geld, waardoor deze kostenposten bij zorghotels naar verwachting hoger zullen zijn.

De out-of-the-pocket-payments zijn alle kosten van het verblijf of een van de andere vijf functies van de AWBZ die de cliënt uit eigen zak moet betalen. Zo wordt vaak een eigen bijdrage gevraagd voor het gebruik van televisie of telefoon en ook voor de was en voor thee of koffie is men vaak een kleinigheid verschuldigd. Bij de zorghotels zal deze kostencategorie aanmerkelijk hoger uitvallen door de hoge prijs die de zorghotels aan hun klanten in rekening brengen. De prijs per kamer per nacht kan soms wel 195 euro zijn (Veghel, 2007). Hierbij moet wel goed worden opgelet of de out-of-the-pocket-payments niet aan de opbrengstenkant van de resultatenrekening worden meegenomen en de kosten van bijvoorbeeld het koffiezetapparaat of de was niet bij de kosten wordt geteld. Doordat de kosten van de resultatenrekening worden gebruikt bij de bepaling van de kostprijs van de cliënt voor de instelling kunnen er dubbeltellingen ontstaan wanneer de out-of-the-pocket-payments daarnaast nog bij de kostprijs worden opgeteld. Daarnaast hoort bij deze kostencategorie uitdrukkelijk niet de eigen bijdragen die iedere cliënt aan het zorgkantoor moet betalen, immers deze bijdrage wordt weer uitgekeerd aan de instelling, waardoor er dubbeltellingen kunnen ontstaan.

Mocht dit onderscheid niet aan te brengen zijn, doordat de verkregen financiële gegevens te ruw zijn, dan zal alleen het totale kostenbedrag meegenomen worden in de berekening van de kosten/welzijnsratio.



### *Paragraaf 6 Berekening kosten/welzijnratio*

Aan de hand van de gegevens over het welzijn en de kostprijs van de respondenten zal een kosten/welzijnratio worden berekend. Er zullen verschillen ratio's berekend worden, omdat op verschillende wijze het welzijn berekend is. In onderstaande tabel wordt weergegeven welke kosten/welzijnratio's er berekend zijn.

	<b>Kosten</b>	<b>/</b>	<b>Welzijn</b>
1	Totale kosten	/	Uitkomst VAS
2	Totale kosten	/	Uitkomst stellingen 'Zicht op eigen leven'
3	Totale kosten	/	Welzijn aan de hand van instellingsfactoren
4	Totale kosten	/	Welzijn per factor

Tabel 3.6.1 Kosten/welzijnratio's

Deze ratio's worden berekend door de totale kosten van een cliënt te delen door het welzijn van deze cliënt. De uitkomst van deze deling zal aangegeven hoeveel één eenheid extra welzijn per cliënt kost. Kosten/welzijnratio 1 berekent bijvoorbeeld hoeveel één eenheid welzijn, berekend aan de hand van de VAS, kost.

Alle welzijnsmaten zijn gehercodeerd naar variabelen met een volledig positieve range van 0 tot en met 100, waarbij 0 staat voor zeer onwel en 100 voor zeer wel. Deze hercodering maakt het mogelijk af te lezen aan de hoogte van de kosten/welzijnratio hoeveel één eenheid welzijn kosten en bovendien zijn daardoor alle ratio's onderling vergelijkbaar.

### *Paragraaf 7 Validiteit en betrouwbaarheid*

Door een uitgebreid en gestructureerd literatuuronderzoek te doen naar de verschillende meetmethoden van welzijn is zo nauwkeurig mogelijk een meetinstrument uitgekozen. Daarnaast is ook de keuze van het kostenperspectief gebaseerd op de literatuur. Hierdoor is de validiteit verhoogd, er is namelijk zo nauwkeurig mogelijk bepaald of de gekozen meetmethode ook daadwerkelijk meet wat er in het onderzoek gemeten moet worden. Verder is ook zorgvuldig bepaald welke instellingen benaderd zouden moeten worden, hiermee is bij de zorghotels rekening gehouden met de verschillen tussen de instellingen en de mogelijke bias die dat zou kunnen opleveren en bij de verpleeghuizen met de representativiteit voor de totale populatie verpleeghuizen. Hierdoor is, ondanks dat veel zorghotels niet mee wilden werken, een zo representatief mogelijke steekproef ontstaan die een goed beeld kan geven van de kosten en het welzijn van de doelgroep in de zorghotels en verpleeghuizen. Daarnaast zijn alle begrippen consequent gebruikt en worden in de

discussie alle sterke en zwakke punten van dit onderzoek kritisch besproken. Alle claims die in dit onderzoek worden gedaan zijn gebaseerd op de feitelijke data uit de interviews en de data verzameld voor het kostenonderzoek.

De betrouwbaarheid van dit onderzoek wordt verhoogd door een duidelijke omschrijving te geven van de doelstelling, de onderzoeksvragen en de meetmethode van dit welzijnsonderzoek. Hierdoor wordt de virtuele herhaalbaarheid gewaarborgd. Daarnaast zal alle (tussentijdse) data en alle correspondentie worden bewaard. Daarnaast zijn alle interviews door één persoon afgenomen, waardoor er geen verschillen kunnen zijn tussen de respondenten door een andere manier van interviewen. Aan de instellingen is gevraagd een zo representatief mogelijke groep respondenten te benaderen voor dit onderzoek. Hierdoor ontstaat een zo natuurgetrouw mogelijke afspiegeling van de populatie en is de respondentenbias het kleinst.

## Resultaten

In dit hoofdstuk zal eerst een korte beschrijving worden gegeven van de steekproef en vervolgens zullen de resultaten aan de hand van de hypothesen besproken worden.

### *Paragraaf 1 Beschrijving van de steekproef*

#### Gehele steekproef

In het totaal zijn er 29 respondenten geïnterviewd (n=29), uit zes verschillende instellingen. Drie instellingen waren verpleeghuizen (n= 15), De Poort, Aeneas en De Stromen, en drie instellingen waren zorghotels (n=14), Leo Polak, Zuiderhout en Golden Tullip. Onder de respondenten waren beduidend meer vrouwen dan mannen (75,9 % vrouw) en allen hadden een leeftijd tussen de 65 en 92. Het gemiddeld aantal dagen dat de respondenten in de instelling verbleven was 49 dagen met uitschieters tot 150 dagen. De groep respondenten uit het verpleeghuis verschilt niet significant van de groep respondenten uit het zorghotel op de factoren geslacht, leeftijd en verblijfsduur. Deze algemene factoren zullen daardoor geen invloed hebben op een mogelijk verschil tussen de respondenten uit het zorghotel en de respondenten uit het verpleeghuis. In onderstaande tabel ziet u deze gegevens nogmaals schematisch weergegeven.

	Geslacht		Leeftijd			Verblijfsduur (dagen)		
	M	V	Gemiddelde	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Minimum	Maximum
<b>Verpleeghuis</b>	4 (27%)	11 (73%)	81	65	92	42	7	150
<b>Zorghotel</b>	3 (21%)	11 (79%)	81	68	91	57	7	120
<b>Totaal</b>	7 (23%)	22 (76%)	81	65	92	49	7	150

Tabel 4.1.1 totale dataset algemene kenmerken

#### Verpleeghuis: De Poort

Verpleeghuis de Poort is één van de zes instellingen die samen Zorggroep Amsterdam vormen. Het is een verpleeghuis in de Jordaan (Amsterdam) en heeft 80 verblijfsplaatsen voor cliënten met somatische klachten en 140 verblijfsplaatsen en 25 dagbehandelingplaatsen voor cliënten met psychogeriatrische problemen ([www.zorggroep-amsterdam.nl](http://www.zorggroep-amsterdam.nl), 2006). In de Poort zijn vijf cliënten van de revalidatieafdeling (opname met behandeling) geïnterviewd (N=5), twee mannen en drie vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 77,4 jaar en ze verbleven gemiddeld al 35 dagen in De Poort.

#### Verpleeghuis: Aeneas

'Stichting tot verpleging en behandeling van langdurig zieken Aeneas', is een verpleeghuis in Breda met 180 verblijfsplaatsen voor cliënten met een somatische beperking en 30 verblijfsplaatsen voor cliënten met een psychogeriatrische aandoening. Daarnaast bieden zij ook aan 37 cliënten dagactiviteiten (Jaardocument Aeneas 2005, 2005). In Aeneas zijn 5 cliënten (N=5) geïnterviewd op de short-stay revalidatieafdeling 'De Crocus', een afdeling met 25 bedden. Ook hier zijn twee mannen en drie vrouwen geïnterviewd aan de hand van de vragenlijst 'Zicht op eigen leven'. De gemiddelde leeftijd was 86,6 jaar en ze verbleven gemiddeld al 48,6 dagen op de revalidatieafdeling.

#### Verpleeghuis: De Stromen

De Stromen is een zeer grote organisatie die begeleiding, verzorging, verpleging en behandeling biedt aan thuiswonende cliënten of aan cliënten die verblijven in één van de veertien verpleeg- en verzorgingshuizen of op de twee transferunits in twee ziekenhuizen (Jaarverslag 2005 De Stromen, 2005). Deze twee transferunits worden sinds medio 2006 zorghotels genoemd en met deze insteek zijn op deze twee afdelingen vijf cliënten geïnterviewd (N=5). Er bleek echter pas na de verhuis van deze units naar een nieuw gebouw per 11 juni 2007 daadwerkelijk sprake te zijn van een zorghotel. Daarom zijn deze respondenten uiteindelijk, op aanraden van het personeel van deze units, onder verpleeghuiscliënten geschaard. Op de transferunit van het Sint Franciscus Gasthuis zijn drie vrouwelijke cliënten geïnterviewd en op de transferunit van het MCRZ Clara zijn twee vrouwen geïnterviewd. Hun gemiddelde leeftijd was 78,8 jaar en zij verbleven gemiddeld 41 dagen op de transferafdelingen.

#### Zorghotel: Leo Polak

Zorghotel Leo Polak is een afdeling in het zeer jonge Leo Polakhuis, waar ook een psychogeriatrische afdeling en vele seniorenflats zijn gevestigd. Dit zorghotel heeft dertig eenpersoonskamers en twee 'huiskamers'. Ook in dit hotel zijn vijf cliënten geïnterviewd (N=5), twee mannen en drie vrouwen. Zij hadden een gemiddelde verblijfsduur van 69,4 dagen en een gemiddelde leeftijd van 75,6 jaar.

#### Zorghotel: Zuiderhout

Woonzorgcentrum Zuiderhout is een stichting die ontstaan is na een fusie tussen zorgcentrum Zuiderhout en Woonzorgcentrum Valkenhoeve. Binnen het woonzorgcentrum wonen religieuzen en niet-religieuzen door elkaar. In het totaal biedt WZC Zuiderhout 93 verblijfsplaatsen voor cliënten met somatische problematiek, 22 verblijfsplaatsen voor cliënten met een psychogeriatrische aandoening, 48 serviceflats en zes zorghotelbedden (Jaardocument Zuiderhout 2005, 2005). Bij vier van de zes cliënten van dit zorghotel is de vragenlijst van 'Zicht op eigen leven' afgenomen (N=4). Helaas was er geen vijfde cliënt die

voldeed aan alle selectiecriteria. Alle vier de respondenten waren vrouwen, hun gemiddelde verblijfsduur was 44 dagen en hun gemiddelde leeftijd was 85,25 jaar.

#### Zorghotel: Golden Tullip

Het Golden Tullip hotel (Mercure hotel) te Zoetermeer heeft in samenwerking met Stichting Eykenburg (een stichting die verpleeg- en verzorgingshuizen exploiteert) achttien hotelkamers waar revalidatiecliënten kunnen verblijven en waar 24 uur per dag zorgverleners aanwezig zijn (Jaardocument Eykenburg 2006,2006). Dit zorghotel zal per 1 juli zijn deuren sluiten. In dit hotel zijn 5 cliënten geïnterviewd (N=5) over hun welzijn, waarvan vier vrouwen en één man. De gemiddelde leeftijd van deze respondenten was 81,6 jaar en hun gemiddelde verblijfsduur bedraagt 54,8 dagen.

In tabel 4.1.2 wordt de bovenstaande beschrijving van de zes instellingen schematisch weergegeven.

	N	Soort instelling	Geslacht		Gem. Leeftijd	Gem. verblijfsduur (dagen)
			M	V		
<b>De Poort</b>	5	Verpleeghuis	2	3	77	35
<b>Aeneas</b>	5	Verpleeghuis	2	3	87	49
<b>De Stromen</b>	5	Verpleeghuis	0	5	79	41
<b>Leo Polak</b>	5	Zorghotel	2	3	76	69
<b>Zuiderhout</b>	4	Zorghotel	0	4	85	44
<b>Golden Tullip</b>	5	Zorghotel	1	4	82	55
<b>Totaal</b>	29		7	22	81	49

Tabel 4.1.2 Samenvatting zes instellingen

#### *Paragraaf 2 Bepaling welzijn*

De hypothese die aan deze paragraaf ten grondslag ligt luidt als volgt: 'De factoren fysiologische behoeften, zingeving en veiligheid bepalen het welzijn van ouderen'. In deze paragraaf zal aan de hand van een vergelijking van de antwoorden op de drie open vragen van 'Zicht op eigen leven' gekeken worden of deze componenten ook duidelijk vertegenwoordigd zijn.

Van de gemiddelden van de drie factoren die een reden kunnen zijn voor het (on)welzijn van de cliënt kan worden afgeleid welk percentage van de cliënten één van de factoren als reden van hun (on)welzijn ziet. Wanneer een cliënt een factor weergaf als reden werd deze met 1

gewaardeerd, wanneer een cliënt een factor niet weergaf kreeg deze factor de waarde 0. Wanneer de factor een gemiddelde van 1 heeft, betekent dit dus dat 100% van de respondenten deze factor noemde als reden van zijn/haar (on)welzijn.

Uit onderstaande tabel blijkt dat 55% van de cliënten fysiologische behoeften onder andere weergeven als redenen voor hun (on)welzijn, 93% van de cliënten zingeving van het leven onder andere een reden vinden van hun (on)welzijn en 14% geeft veiligheid onder andere als reden.

	Fysiologische behoefte		Zingeving		Veiligheid	
	<i>Wel reden welzijn</i>	<i>Geen reden welzijn</i>	<i>Wel reden welzijn</i>	<i>Geen reden welzijn</i>	<i>Wel reden welzijn</i>	<i>Geen reden welzijn</i>
<b>Verpleeghuis</b>	9 (60%)	6 (40%)	14 (93,3%)	1 (6,7%)	3 (20%)	12 (80%)
<b>Zorghotel</b>	7 (50%)	7 (50%)	13 (92,9%)	1 (7,1%)	1 (7,1%)	13 (92,9%)
<b>Totaal</b>	16 (55%)	13 (44,8%)	27 (93%)	2 (6,9%)	4 (14%)	25 (86,2%)

Tabel 4.2.1 Percentages van factoren die welzijn bepalen bij instellingssoort

Met 14% bepaalt de factor veiligheid maar voor een zeer beperkte mate het welzijn van de onderzoekspopulatie. De hoge score bij zingeving komt vooral doordat de antwoorden vaak betrekking hebben op de gezondheid van de cliënt en de banden met vrienden en familie. Van de 14 respondenten uit het verpleeghuis die zingeving van het leven weergeven als reden voor welzijn noemen 12 respondenten gezondheid en/of familie. Van de 13 respondenten uit het zorghotel die zingeving van het leven weergeven als reden voor welzijn noemen 11 respondenten gezondheid en/of familie. In onderstaande tabel wordt dit nog verder uitgesplitst.

<b>Zingeving</b>					
	<b>Gezondheid</b>	<b>Familie</b>	<b>N</b> (gezondheid en/of familie genoemd)	<b>Anders</b> (geen gezondheid of familie genoemd)	<b>Totaal</b>
<b>Verpleeghuis</b>	7	7	12	2	14
<b>Zorghotel</b>	9	7	11	2	13
<b>Totaal</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>27</b>

Tabel 4.2.2 Zingeving: gezondheid en familie

	Vershil	Significantie
<b>Fysiologische behoefte</b>	0,100	0,604
<b>Zingeving</b>	0,005	0,961
<b>Veiligheid</b>	0,129	0,333

Tabel 4.2.3 significantie van verschil tussen verpleeghuis en zorghotel voor reden welzijn (t-test)

Het verschil zoals weergegeven in tabel 4.2.3 is het verschil tussen het verpleeghuis en het zorghotel bij de percentages 'wel reden welzijn'. Zoals blijkt uit bovenstaande tabel is er volgens de t-test voor onafhankelijke steekproeven geen significant verschil tussen de redenen die de respondenten uit het verpleeghuis aangaven voor hun welzijn en de redenen die de respondenten uit het zorghotel aangaven voor hun welzijn.

Er is geen significant verschil tussen de redenen voor welzijn die mannen geven en de redenen die vrouwen geven. Tabel 4.2.4 en tabel 4.2.5 geven dit weer.

	Fysiologische behoefte		Zingeving		Veiligheid	
	<i>Wel reden welzijn</i>	<i>Geen reden welzijn</i>	<i>Wel reden welzijn</i>	<i>Geen reden welzijn</i>	<i>Wel reden welzijn</i>	<i>Geen reden welzijn</i>
<b>Man</b>	3 (42,9%)	4 (57,1%)	6 (85,7%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)
<b>Vrouw</b>	13 (59,1)	9 (40,9%)	21 (95,5%)	1 (4,5%)	3 (13,6%)	19 (86,4%)

Tabel 4.2.4 Percentages van factoren die welzijn bepalen bij geslacht

		N	Gemiddelde	Vershil	Significantie
<b>Fysiologische behoefte</b>	<i>Man</i>	7	,43	-,162	,470
	<i>Vrouw</i>	22	,59		
<b>Zingeving</b>	<i>Man</i>	7	,86	-,097	,394
	<i>Vrouw</i>	22	,95		
<b>Veiligheid</b>	<i>Man</i>	7	,14	,006	,967
	<i>vrouw</i>	22	,14		

Tabel 4.2.5 Significatie verschil geslacht factoren die welzijn bepalen (t-test onafhankelijke steekproeven)

### Paragraaf 3 Welzijn

In deze paragraaf zullen de resultaten behandeld worden die betrekking hebben op de hypothese: 'Cliënten van een zorghotel ervaren een hoger welzijn dan de cliënten van een

verpleeghuis'. Tussen de groep verpleeghuis en de groep zorghotel zal het welzijn worden vergeleken met vier welzijnsmaten: (1) Het totale welzijn zoals aangegeven op de VAS, (2) zoals berekend uit de vragenlijst 'Zicht op eigen leven', (3) het welzijn berekend met stellingen die specifiek iets te maken hebben met de kwaliteit van de instelling (stelling 2, 5, 6,7,8,9,10, 11, 13,15,18, 19, 20, 26, 27, 28, 29) en het (4) welzijn per factor van de vragenlijst. Daarnaast zal ook de uitkomst van de VAS worden vergeleken met de uitkomst van de stellingen. Bovendien zal berekend worden of er een verband is tussen de verblijfsduur en het welzijn (vier welzijnsmaten). Ten slotte zal ook worden gekeken of er een significant verschil in welzijn (vier welzijnsmaten) is tussen de zes instellingen.

#### Verskil in welzijn tussen zorghotel en verpleeghuis

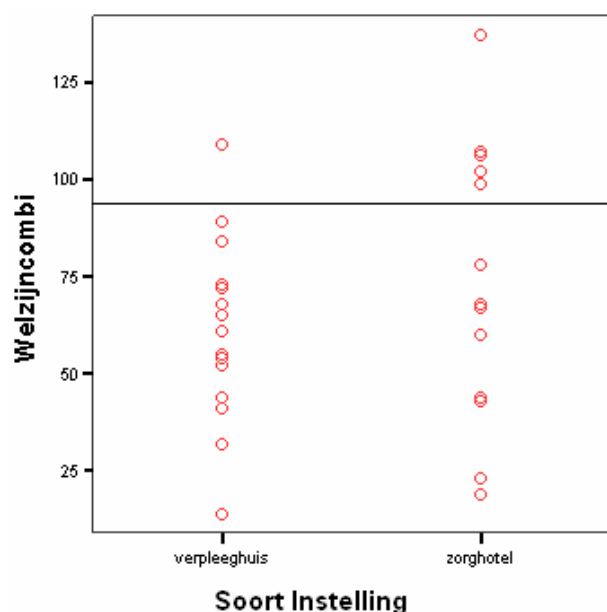
<i>Totale welzijn berekend uit alle stellingen van Zicht op eigen leven</i>						
	<b>Aantal</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>Verskil</b>	<b>Significantie</b>
<b>Verpleeghuis</b>	15	14	109	60,8 (=wel)	-10,35	0.358
<b>Zorghotel</b>	14	19	137	71,2 (=wel)		
<b>Totaal</b>	29	14	137	66		

Tabel 4.3.1 Verskil verpleeghuis en zorghotel op welzijn alle stellingen

Uit de gemiddelden blijkt dat de respondenten uit beide instellingen zich gemiddeld 'wel' voelen. De scoreschaal bij dit meetinstrument van welzijn loopt van 165 tot -165. Het welzijn van de respondenten in de zorghotels is 10,35 scorepunten hoger en dit verschil heeft een p-waarde van 0,358. Bij een significantieniveau van 0,05 is het verschil tussen het welzijn (gemeten met alles stellingen van 'Zicht op eigen leven') van cliënten in verpleeghuizen en zorghotels daarmee niet significant gebleken.

Hoewel de verschillen tussen verpleeghuizen en zorghotels niet significant is, ziet u in figuur 4.3.1 dat er wedegelijk een verschil is tussen beide instellingen. De categorie verpleeghuizen heeft één waarde boven de 90 en de categorie zorghotels heeft vijf waarden boven de 90.

Figuur 4.3.1 Spreiding welzijn alle stellingen over beide soorten instellingen





*Welzijn berekend uit alle stellingen van het domein lichamelijk welbevinden/ gezondheid van Zicht op eigen leven (domein 1)*

	Aantal	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Vershil	significantie
<b>Verpleeghuis</b>	15	-10	31	12,8(= wel)	-4,56	0,302
<b>Zorghotel</b>	14	-3	30	17,36 (=wel)		
<b>totaal</b>	29	-10	31	15		

Tabel 4.3.2 Verschil verpleeghuis en zorghotel op welzijn stellingen domein 1

*Welzijn berekend uit alle stellingen van het domein woon/leefsituatie van Zicht op eigen leven (domein 2)*

	Aantal	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Vershil	significantie
<b>Verpleeghuis</b>	15	-11	26	13,53 (=wel)	-3,75	0,356
<b>Zorghotel</b>	14	-2	36	17,29 (=wel)		
<b>totaal</b>	29	-11	36	15,34		

Tabel 4.3.3 Verschil verpleeghuis en zorghotel op welzijn stellingen domein 2

*Welzijn berekend uit alle stellingen van het domein participatie van Zicht op eigen leven (domein 3)*

	Aantal	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Vershil	significantie
<b>Verpleeghuis</b>	15	7	35	22,93 (=wel)	0,648	0,864
<b>Zorghotel</b>	14	2	37	22,27 (=wel)		
<b>totaal</b>	29	2	37	22,62		

Tabel 4.3.4 Verschil verpleeghuis en zorghotel op welzijn stellingen domein 3

*Welzijn berekend uit alle stellingen van het domein mentaal welbevinden van Zicht op eigen leven (domein 4)*

	Aantal	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Vershil	significantie
<b>Verpleeghuis</b>	15	-5	24	11,6 (=wel)	-2,69	0,462
<b>Zorghotel</b>	14	0	34	14,29 (=wel)		
<b>totaal</b>	29	-5	34	12,9		

Tabel 4.3.5 Verschil verpleeghuis en zorghotel op welzijn stellingen domein 4

De welzijnsscores van de afzonderlijke domeinen loopt van 40 tot -40. De schaalscores van de respondenten op de vier domeinen blijken bij domein één, twee en vier groter te zijn bij de respondenten uit de zorghotels. Bij domein drie blijkt het welzijn van de respondenten in het verpleeghuis groter te zijn dan het welzijn van de respondenten uit het zorghotel, dit verschil

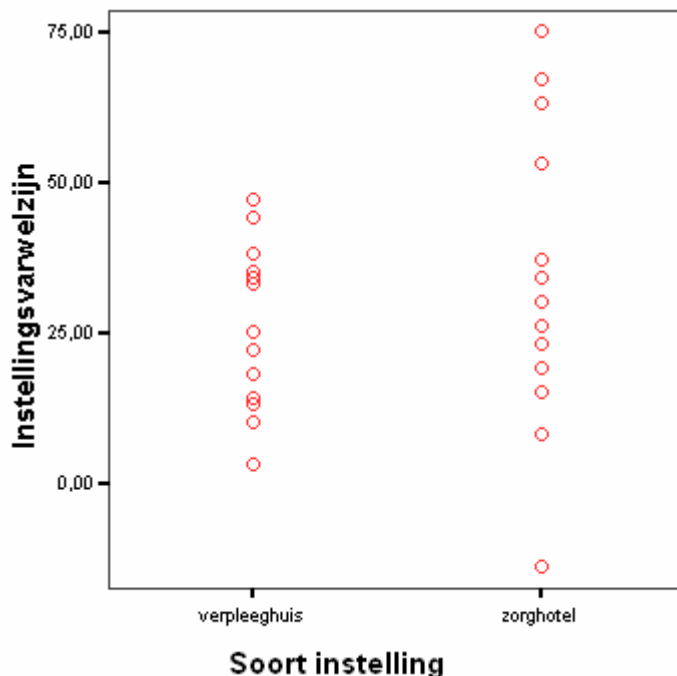
is echter minimaal waardoor gesteld kan worden dat in domein 3 de welzijnscores voor beide soorten instellingen gelijk zijn. Op alle domeinen voelen de respondenten van beide soorten instellingen zich 'wel'. De verschillen tussen de verpleeghuizen en de zorghotels hebben respectievelijk een p-waarde van 0.302, 0.356, 0.864 en 0.462 bij een significantieniveau van 0,05. Op niet één van de domeinen uit 'Zicht op eigen leven' is daarmee een significant verschil aangetoond tussen het welzijn van de respondenten uit het verpleeghuis en het welzijn van de respondenten uit het zorghotel. Of de gevonden verschillen wel relevant zijn, is door het ontbreken van literatuur niets te zeggen.

<i>Welzijn berekend uit de stellingen van Zicht op eigen leven die iets zeggen over (de kwaliteit van) de instelling (stelling 2, 5, 6,7,8,9,10, 11, 13,15,18, 19, 20, 26, 27, 28, 29)</i>						
	<b>Aantal</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>Verskil</b>	<b>significantie</b>
<b>Verpleeghuis</b>	15	3	47	26,07 (=wel)	-6,93	0,344
<b>Zorghotel</b>	14	-14	75	33,00 (=wel)		
<b>totaal</b>	29	-14	75	29,41		

Tabel 4.3.6 Verschil verpleeghuis en zorghotel op welzijn (kwaliteit van) de instelling stellingen

De welzijnsscores bij deze meetmethode van welzijn lopen van 85 tot -85. De respondenten uit de verpleeghuizen hebben een welzijnsscore die 6,93 scorepunten lager ligt dan de respondenten uit het zorghotel. Dit verschil is met een significantie van 0,344 bij een significantieniveau van 0,05 niet significant. Gemiddeld voelen de respondenten uit beide soorten instellingen zich 'wel'.

De spreiding van het welzijn van de cliënten in beide instellingen is ook te zien in figuur 3.3.2.



Figuur 4.3.2 de spreiding van het welzijn gemeten aan de hand van de

stellingen die iets zeggen over (de kwaliteit van) de instellingen.

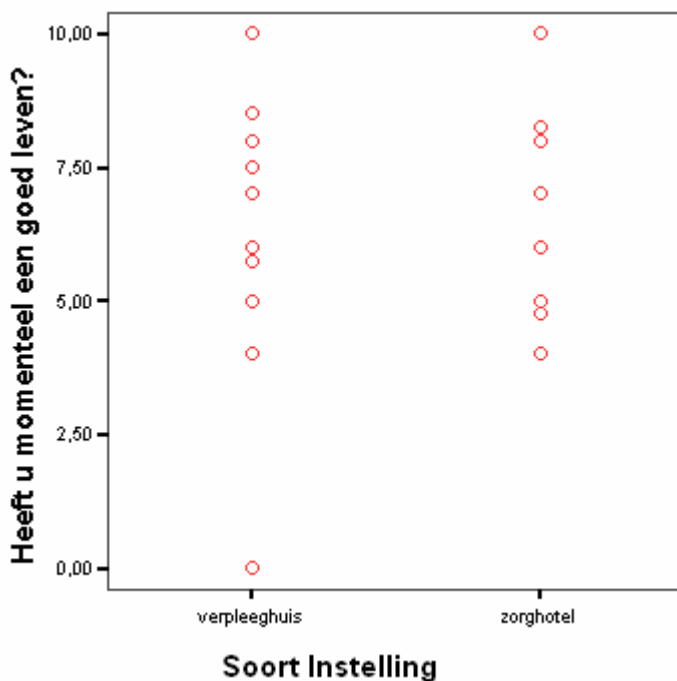
In het spreidingsdiagram is duidelijk te zien dat het welzijn van de respondenten een bredere range aan scores heeft, waarbij ze (op één respondent na) gelijk of hoger zijn dan het welzijn van de cliënten uit het verpleeghuis.

*Welzijn berekend uit de antwoorden op de vraag hoe de respondent het leven op dit moment beoordeelt op een schaal van 0 tot 10*

	Aantal	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Vershil	significantie
<b>Verpleeghuis</b>	15	0	10	6,28 (=wel/onwel)	-0,22	0,791
<b>Zorghotel</b>	14	4	10	6,50 (=wel/onwel)		
<b>totaal</b>	29	0	10	6,39		

Tabel 4.3.7 Verschil verpleeghuis en zorghotel zoals de respondenten zelf beoordelen op een VAS.

De spreiding van de welzijnsscores gemeten aan de hand van de VAS worden in figuur 4.3.3 weergegeven:



Figuur 4.3.3 Spreiding VAS

De VAS loopt van 0 tot 10 en het verschil tussen het welzijn dat de respondenten uit het verpleeghuis aangaven ligt 0,22 scorepunten lager dan het welzijn dat de respondenten uit

het zorghotel aangaven. Dit verschil is met een significantie van 0,791 verre van significant. Wel blijken de respondenten zich minder 'wel' te voelen dan uit 'Zicht op eigen leven' blijkt.

Samengevat kan gezegd worden dat blijkt dat er een verschil aanwezig is tussen het welzijn van de respondenten uit het zorghotel en het verpleeghuis. Bij alle welzijnsmaten is het welzijn groter bij de cliënten in het zorghotel, behalve bij factor 3 van de vragenlijst, participatie. Deze verschillen zijn echter niet significant gebleken bij de uitvoering van een onafhankelijke t-test. (zie tabel 4.3.1t/m 4.3.7).

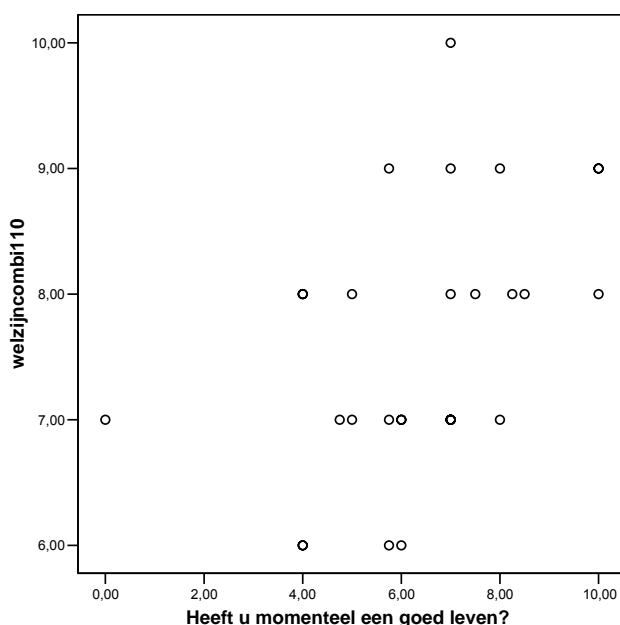
### Stellingen vs VAS

Door middel van Pearson Correlatie test is berekend of het welzijn bepaald aan de hand van de stellingen correleert met het welzijn zoals de cliënten aangaven op de VAS. Hieruit blijkt dat beide welzijnsmaten een correlatie hebben van 0,451 en met een  $\alpha$  van 0,012 verschillen is dit een significante correlatie (zie tabel 4.3.8 en 4.3.9).

	<b>N</b>	<b>Correlatie</b>	<b>Significantie</b>
<b>VAS &amp; Alle stellingen</b>	29	,460	,012

Tabel 4.3.8 Correlatie welzijn VAS en stellingen

Deze correlatie ziet u ook terugkomen in onderstaande spreidingsdiagram;



Figuur 4.3.4 spreidingsdiagram Alle stellingen en VAS

Verder is aan de hand van een t-test voor gepaarde groepen getoetst of er een significant verschil bestaat tussen het welzijn zoals gemeten met de VAS en het welzijn zoals gemeten met de stellingen van 'Zicht op eigen leven'.

	<b>Gemiddelde</b>	<b>Vershil</b>	<b>significantie</b>
<b>VAS</b>	6,39	-0,608	0,096
<b>Alle stellingen</b>	6,99		

Tabel 4.3.9 verschil alle stellingen en VAS

Het gemiddelde welzijn zoals berekend via de stellingen was een 6,99 en het gemiddelde welzijn wat de cliënten aangaven op de VAS was 6,39. Met een p-waarde van 0,096 bij een significantieniveau van 0,05 kan de nulhypothese: er is geen verschil tussen beide meetmethoden verworpen worden. Er wordt dus aangetoond dat er een verschil is tussen het welzijn zoals gemeten met de VAS en het welzijn zoals gemeten met de stellingen uit 'Zicht op eigen leven'. Dit laat duidelijk zien dat er gemeten wordt met twee verschillende maten, echter in tegenstelling tot vele andere studies (Redekop ea. 2002) blijkt hier dat de cliënten hun toestand slechter beoordelen dan de gehele populatie dat doet.

#### Vershil welzijn tussen de zes instellingen

Aan de hand van een oneway ANOVA test is berekend of er een significant verschil is tussen het welzijn van de cliënten in de zes verschillende instellingen. Uit onderstaande tabel (tabel 4.3.10) blijkt dat er geen significant verschil is tussen het welzijn van de cliënten in de verschillende instellingen.

	<b>Significantie</b>
<b>Alle stellingen 'Zicht op eigen leven'</b>	0,570
<b>Stellingen domein 1 'Zicht op eigen leven'</b>	0,376
<b>Stellingen domein 2 'Zicht op eigen leven'</b>	0,748
<b>Stellingen domein 3 'Zicht op eigen leven'</b>	0,256
<b>Stellingen domein 4 'Zicht op eigen leven'</b>	0,698
<b>Stellingen (kwaliteit van) de instellingen</b>	0,434
<b>VAS</b>	0,358

Tabel 4.3.10 Verschil in welzijn bij de zes instellingen

#### Verblijfsduur vs welzijn

Daarna is door middel van een Pearson correlatietest de correlatie tussen de verblijfsduur en het welzijn berekend. Uit tabel 4.3.10. blijkt dat er geen significante correlatie bestaat tussen de tijd dat de cliënt al verblijft in de instelling en het welzijn van de cliënt. Verder kan wel worden geconcludeerd dat het welzijn berekend aan de hand van de stellingen die handelen over de (kwaliteit van de) instellingen wel het meest significant is met de verblijfsduur. Dit is

	Verblijfsduur	
	<i>Pearson correlatie</i>	<i>Significantie</i>
<b>Alle stellingen 'zicht op eigen leven'</b>	-0,076	0,694
<b>Stellingen domein 1 'zicht op eigen leven'</b>	0,2	0,918
<b>Stellingen domein 2 'zicht op eigen leven'</b>	-0,177	0,360
<b>Stellingen domein 3 'zicht op eigen leven'</b>	-0,236	0,218
<b>Stellingen domein 4 'zicht op eigen leven'</b>	0,179	0,352
<b>Stellingen (kwaliteit van) de instellingen</b>	-0,286	0,132
<b>VAS</b>	-0,199	0,301

niet verwonderlijk, daar de (kwaliteit van) instellingen waarschijnlijk een groter effect krijgt naarmate de cliënt er langer verblijft.

Tabel 4.3.11. Pearson correlatie tussen verblijfsduur en welzijn

#### Conclusie

Uit alle berekeningen blijkt dat er geen significant verschil bestaat tussen het welzijn van de cliënt van de verschillende zorginstellingen. Er is op de meeste welzijnsmaten wel een verschil tussen zorghotels en verpleeghuizen, waarbij het welzijn van de respondenten uit het zorghotel hoger blijkt te zijn dan het welzijn van de respondenten uit het verpleeghuis, maar dit is niet significant. Bovendien bestaat ook tussen de zes instellingen geen significant verschil. Er blijkt ook geen significante correlatie te bestaan tussen de verblijfsduur van de cliënt in de instelling en het welzijn van deze cliënt. Verder blijkt dat het welzijn dat blijkt uit de stellingen van 'Zicht op eigen leven' significant verschilt van het welzijn dat door de cliënten werd weergegeven op de VAS. Op de mogelijke verklaring van de gevonden (niet significante) verschillen zal in de discussie uitgebreid worden teruggekomen.

#### *Paragraaf 4 Maatschappelijke kosten*

Deze paragraaf is gebaseerd op de volgende hypothese: 'De maatschappelijke kosten van een zorghotel zijn hoger dan die van een verpleeghuis'. De maatschappelijke kosten zijn in drie groepen verdeeld: de vaste kosten, de variabele kosten en de eigen bijdrage. De zorghotels en verpleeghuizen zullen op de totale kosten en op elk van deze drie

kostengroepen apart vergeleken worden. Daarnaast zullen ook de eigen bijdragen van de cliënt onder de loep worden genomen.

#### Verpleeghuis vs zorghotel

In onderstaande tabel staan de kosten voor één cliënt per dag weergegeven voor de vaste, de variabele en de totale kosten. Wanneer de vaste en variabele kosten zijn opengelaten, konden de totale kosten niet op een betrouwbare manier worden onderverdeeld. De eigen bijdrage bleek bij alle instellingen te worden opgenomen in de batenkant van de resultatenrekening. De kosten van handelingen waar deze eigen bijdrage voor werd gevraagd werden opgenomen in de lastenkant van de resultatenrekening. De kosten zoals weergegeven bij de vaste, variabele en totale kosten zijn verkregen uit de resultatenrekening. Daarom is, om dubbeltellingen te voorkomen, de eigen bijdrage weggelaten in de kostprijsberekening per cliënt per dag. In de volgende subparagraaf zal nog op worden teruggekomen op de eigen bijdrage.

<i>Verpleeghuis</i>	<b>Vaste kosten</b>	<b>Variabele kosten</b>	<b>Totale kosten</b>
<b>De Poort</b>	€ 53,07	€ 134,18	€ 187,25
<b>Aeneas</b>	€ 62,40	€ 108,41	€ 170,81
<b>De Stromen</b>	-	-	€ 176,43
<b>Gemiddeld</b>	<b>€57,74</b>	<b>€121,30</b>	<b>€178,16</b>

<i>Zorghotel</i>	<b>Vaste kosten</b>	<b>Variabele kosten</b>	<b>Totale kosten</b>
<b>Leo Polak</b>	€ 67,50	€ 57,50	€ 125,00
<b>Zuiderhout</b>	-	-	€ 136,95
<b>Golden Tullip</b>	€ 75,64	€ 42,45	€ 118,09
<b>Gemiddeld</b>	<b>€71,57</b>	<b>€49,98</b>	<b>€126,68</b>

Tabel 4.4.1 Vaste, variabele en totale kosten per cliënt per dag per instelling

De gemiddelde totale kosten per cliënt per dag per verpleeghuis liggen €51,48 hoger dan de gemiddelde totale kosten per cliënt per dag per zorghotel. Waarschijnlijk zijn deze kostprijsindicaties niet betrouwbaar, maar dit zal uitgebreid worden behandeld in de discussie.

Als we naar de uitgesplitste kosten kijken blijkt dat het verschil tussen de gemiddelde variabele kosten €71,32 bedraagt en tussen de gemiddelde vaste kosten €13,83. (zie ook tabel 4.4.2)

	Gemiddelde vaste kosten	Gemiddelde variabele kosten
<b>Verpleeghuizen</b>	€57,74	€121,30
<b>Zorghotels</b>	€71,57	€49,98
<b>Verschil</b>	<b>-/- €13,83</b>	<b>+€71,32</b>

Tabel 4.4.2 Verschil uitgesplitste kosten

Het verschil tussen de gemiddelde variabele kosten blijkt dus beduidend hoger te zijn dan tussen de gemiddelde vaste kosten. Waarschijnlijk wordt dus een groot deel van het verschil in de totale gemiddelde kosten verklaard door de veel hogere variabele kosten bij de verpleeghuizen.

De variabele kosten bedragen tussen de 40 en 120 euro, waarin weer duidelijk een onderscheid te zien is tussen zorghotels en verpleeghuizen. De variabele kosten van het zorghotels liggen beduidend lager dan de variabele kosten van de verpleeghuizen. De vaste kosten van de zorghotels en verpleeghuizen liggen in een range tussen de 40 en 80 en hierbij scoren de zorghotels hoger. Het verschil tussen de zorghotels is hier echter duidelijk minder groot.

Omdat het grootste verschil in de variabele kosten zit en omdat onder de variabele kosten de kostenposten vallen waarop de grootste verschillen tussen zorghotels en verpleeghuizen worden verwacht, zal op deze kosten verder worden ingezoomd. In onderstaande tabel ziet u de variabele kosten schematisch weergegeven, wanneer bedragen niet voorhanden waren zijn deze in de tabel opengelaten.

<i>Verpleeghuis</i>	<b>Patiënt- en bewonersgerelateerde kosten</b>	<b>Voeding en hotelmatige kosten</b>	<b>Personeelkosten verpleging en verzorging</b>
<b>De Poort</b>	€5,50	€6,72	€121,96
<b>Aeneas</b>	€6,32	€17,69	€84,40
<b>De Stromen</b>	-	-	€126,31
<b>Gemiddeld</b>	<b>€5,91</b>	<b>€12,21</b>	<b>€110,89</b>



<i>Zorghotel</i>	<b>Patiënt- en bewonersgerelateerde kosten</b>	<b>Voeding en hotelmatige kosten</b>	<b>Personeelkosten verpleging en verzorging</b>
<b>Leo Polak</b>	-	-	€55,47
<b>Zuiderhout</b>	€0,089	€9,02	
<b>Golden Tullip</b>	€0,238	€14,51	€27,70
<b>Gemiddeld</b>	<b>€0,16</b>	<b>€11,77</b>	<b>€41,59</b>
<b>Vershil gemiddelden</b>	<b>€5,75</b>	<b>€0,44</b>	<b>€69,30</b>

Tabel 4.4.3 Variabele kosten uitgesplitst

Verpleeghuizen en zorghotels verschillen juist het minste op de kostenpost waar de meeste verschillen verwacht werden, de voeding en hotelmatige kosten, het verschil van €0,44 is immers verwaarloosbaar. Het verschil tussen zorghotels en verpleeghuizen qua variabele kosten, wordt voor het grootste gedeelte verklaard door de verschillen in personeelskosten voor de verpleging en verzorging en voor een kleiner gedeelte door de patiënt- en bewonersgerelateerde kosten. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de zorghotels hun cliëntèle selecteren op zorgzwaarte, waardoor er minder zorgbehoevende cliënten in het zorghotel hebben liggen dan in het verpleeghuis. Hier zal in de discussie nog verder op worden ingegaan.

#### Eigen bijdrage

Hoewel de eigen bijdrage van de cliënten is meegenomen in de resultatenrekening en dus niet als extra maatschappelijke kosten gerekend mogen worden, zullen deze kosten voor de cliënt in deze subparagraaf toch op een rijtje worden gezet. De hoogte van de eigen bijdrage zou immers wel de keuze voor een bepaald soort instelling kunnen beïnvloeden.

In tabel 4.4.4. ziet u de eigen bijdrage van de cliënten die gemiddeld (exclusief kapper, pedicure, op rekening gekochte boodschappen en dergelijke) wordt gefactureerd door de instelling (niet aan het zorgkantoor) aan de cliënt.

Uit de tabel blijkt dat er grote verschillen bestaan tussen de eigen bijdragen die de cliënten moeten betalen aan de instelling na hun verblijf. In het MCRZ Clara moeten de cliënten niets betalen, terwijl in het Zorghotel Golden Tullip €5 per dag aan eigen bijdrage betaald moet worden. De hypothese was dat cliënten in het zorghotel meer eigen bijdrage zouden moeten betalen aan het zorghotel, maar er lijkt een omgekeerd verschil te bestaan. Gemiddeld wordt

er bij de verpleeghuizen €2,50 per cliënt per dag aan eigen bijdrage gerekend en bij de zorghotels €1,60 per cliënt per dag. Wat wel opvalt, is dat het zorghotel Golden tulp, het enige zorghotel dat niet bij een instelling wordt geëxploiteerd, de hoogste eigen bijdrage rekent.

	<b>De Poort</b> (verpleeghuis)	<b>Aeneas</b> (verpleeghuis)	<b>De Stromen</b> (verpleeghuis)		<b>Leo Polak</b> (zorghotel)	<b>Zuiderhout</b> (zorghotel)	<b>Golden Tullip</b> (zorghotel)
			<b>SFG</b>	<b>MCRZ Clara</b>			
<b>TV</b>	€16,80		€3,65 per 2 weken				
<b>Telefoon</b>	€14,35	€11,50	€2 per 2 weken	Per minuut	14,25 eenmalig	€10	
<b>Hoofdtelefoon</b>	€2,40						
<b>Administratie/bijdrage huishoudelijke artikelen</b>	€5,40						
<b>Labelen kleding</b>	€35 eenmalig	€35 eenmalig					
<b>was</b>	€27,50 + €1,80 per stuk	€35	€10 per week				
<b>Internet</b>						€10	
<b>Eigen bijdrage algemeen</b>							€150
<b>Eigen bijdrage totaal per maand</b>	€121,32- € 144,65	€58,17- €81,50	€54,63	€0	€4,75 - €14,25	€20	€150
<b>Eigen bijdrage per dag</b>	<b>€3,99- €4,76</b>	<b>€1,91- €2,68</b>	<b>€1,80</b>	<b>€0</b>	<b>€0,16- €0,47</b>	<b>€0,66</b>	<b>€5</b>
<b>Overnachting</b>		€11,50				€75	
<b>Extra maaltijd</b>					€4,95	€5,45	

Tabel 4.4.4 Eigen bijdrage aan instelling per maand

### Paragraaf 5 Kosten/welzijnratio

In deze laatste paragraaf zullen de kosten/welzijnratio's worden vergeleken. Dit is gebaseerd op de laatste hypothese: 'De kosten/welzijn-ratio's van zorghotels en verpleeghuizen zijn gelijk'. Zoals beschreven in paragraaf 6 van de Methoden zijn de volgende kosten/welzijnratio's berekend (In deze paragraaf zal gerefereerd worden naar deze ratio's aan de hand van de nummering):

	<b>Kosten</b>	<b>/</b>	<b>Welzijn</b>
1	Totale kosten	/	Uitkomst VAS
2	Totale kosten	/	Uitkomst stellingen 'Zicht op eigen leven'
3	Totale kosten	/	Welzijn aan de hand van instellingsfactoren
4I t/m IIII	Totale kosten	/	Welzijn per domein

Tabel 4.5.1 kosten/welzijnratio's

In onderstaande tabel wordt een beschrijving gegeven van de N, de minimale en maximale waarde per ratio en het gemiddelde per kosten/welzijnratio. In onderstaande subparagrafen zullen de kosten/welzijnratio's van de respondenten uit het verpleeghuis worden vergeleken met de kosten/welzijnratio's uit het zorghotel. Echter, omdat de verkregen kosten onbetrouwbaar zijn en omdat per instelling en niet per cliënt een kostprijs bekend is, waardoor er geclusterde deels afhankelijke groepjes respondenten ontstaan, is het niet betrouwbaar om de verschillen tussen verpleeghuizen en zorghotels met een statistische methode te benaderen. Daarom zullen in onderstaande subparagrafen alleen de absolute verschillen per ratio worden weergegeven.

<b>Ratio</b>	<b>N</b>	<b>Minimum (€)</b>	<b>Maximum (€)</b>	<b>Gemiddelde (€)</b>
<b>1</b>	28	1,18	4,68	2,47
<b>2</b>	29	1,29	3,45	2,23
<b>3</b>	29	1,32	3,62	2,35
<b>4-I</b>	29	1,35	4,99	2,37
<b>4-II</b>	29	1,24	5,17	2,33
<b>4-III</b>	29	1,23	2,94	2,01
<b>4-IIII</b>	29	1,28	4,28	2,41

Tabel 4.5.2 beschrijving van de resultaten van de ratio's

### Ratio 1: Totale kosten/uitkomsten VAS

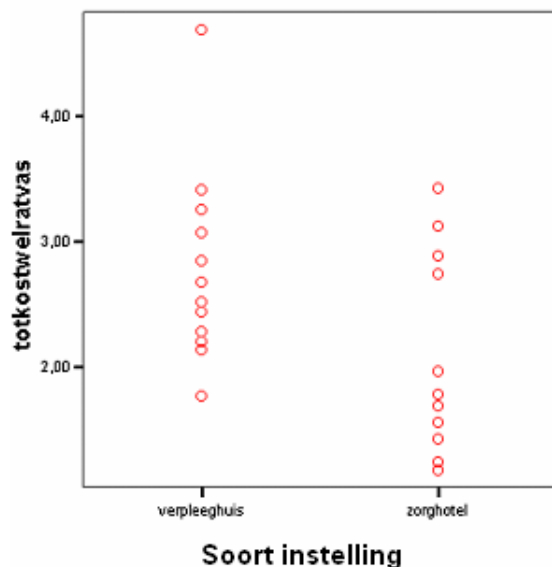
	N	Gemiddelde(€)	Vershil(€)
Verpleeghuis	14	2,79	0,632
Zorghotel	14	2,16	

Tabel 4.5.3 Verschil verpleeghuis zorghotel ratio 1

Het aantal respondenten uit verpleeghuizen is 14 in plaats van 15, omdat de enige (hoge) uitbijter niet is meegenomen in de test.

Bij ratio 1 is sprake van een range van uitkomsten tussen de €1,18 en €4,68 (zie tabel 4.5.2). Het verschil van €0,632 is hierbij dus redelijk groot. Uit dit verschil blijkt dat zorghotels per eenheid welzijn goedkoper zijn dan verpleeghuizen.

Dit verschil tussen zorghotels en verpleeghuizen is ook duidelijk te zien in het spreidingsdiagram van figuur 4.5.1. Het zorghotel heeft zeer veel respondenten die onder de 1 scoren, terwijl het verpleeghuis er niet één heeft.



Figuur 4.5.1 spreidingsdiagram ratio 1

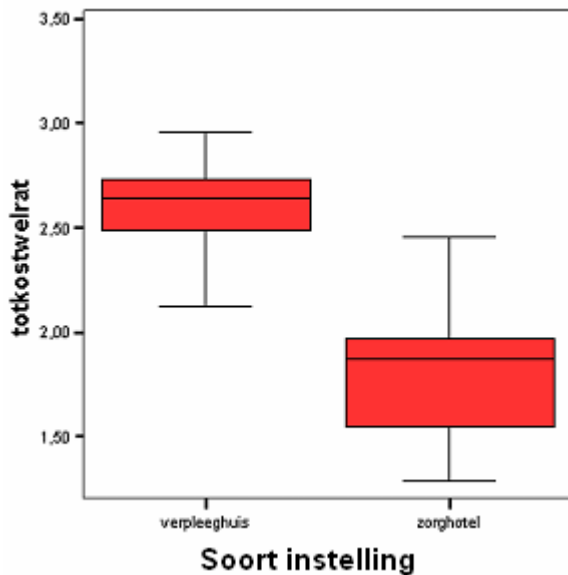
### Ratio 2: Totale kosten/uitkomsten alle stellingen 'Zicht op eigen leven'

Wanneer verpleeghuizen en zorghotels worden vergeleken op hun kosten/welzijnratio 2, blijkt ook hierbij sprake van redelijk groot verschil. Zoals uit tabel 4.5.2 en tabel 4.5.4 blijkt is het een verschil van €0,83 bij een range van waarden tussen de €1,18 en €4,68, ook hier blijken zorghotels per eenheid welzijn goedkoper te zijn dan verpleeghuizen.

	N	Gemiddelde (€)	Vershil (€)
<b>Verpleeghuis</b>	15	2,635	0,83
<b>Zorghotel</b>	14	1,801	

Tabel 4.5.4 Verschil verpleeghuis zorghotel ratio 2

Dit verschil is ook duidelijk te zien in de boxplot van figuur 4.5.2



Figuur 4.5.2 Boxplot verschil verpleeghuizen zorghotels ratio 2

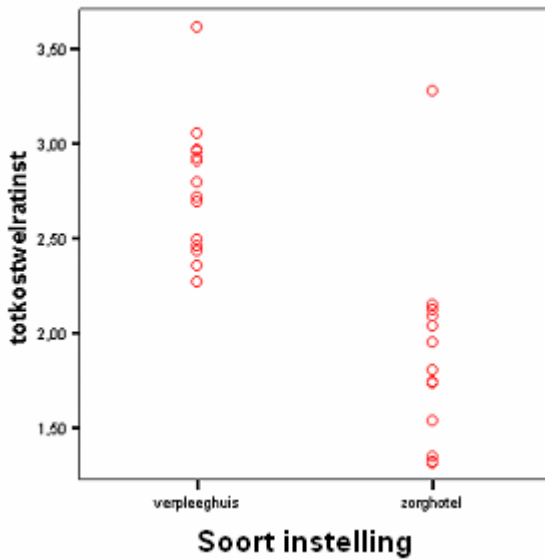
### Ratio 3: Totale kosten/welzijn berekend aan de hand van de instellingsfactoren

Uit tabel 4.5.5 blijkt dat de kosten/welzijnratio 3 een verschil van €0,83 laat zien tussen verpleeghuizen en zorghotels. Met waarden tussen de €1,32 en €3,62 is dit verschil redelijk groot.

	N	Gemiddelde(€)	Vershil(€)
<b>Verpleeghuis</b>	15	2,762	0,857
<b>Zorghotel</b>	14	1,904	

Tabel 4.5.5 Verschil verpleeghuis zorghotel ratio 3

Ook bij deze vergelijking blijkt dat een eenheid welzijn in het zorghotel goedkoper is dan één eenheid welzijn in het verpleeghuis. Dit verschil is duidelijk zichtbaar in figuur 4.5.3



Figuur 4.5.3. Spreiding ratio 3

Ratio 4: Totale kosten/ welzijn per domein van 'Zicht op eigen leven'

		N	Gemiddelde (€)	Verschil (€)
Domein I: Lichamelijk welbevinden/gezondheid	Verpleeghuis	15	2,871	1,032
	Zorghotel	14	1,839	
Domein II: Woon/leefsituatie	Verpleeghuis	15	2,774	0,93
	Zorghotel	14	1,844	
Domein III: Participatie	Verpleeghuis	15	2,313	0,638
	Zorghotel	14	1,675	
Domein IIII: Mentaal welbevinden	Verpleeghuis	15	2,871	0,962
	Zorghotel	14	1,908	

Tabel 4.5.6 Verschil verpleeghuizen zorghotels ratio 4

Het verschil tussen verpleeghuizen en zorghotels blijkt bij alle vier de kosten/welzijnratio's groot te zijn. Zorghotels blijken daarmee niet alleen per eenheid totaal welzijn goedkoper te zijn, maar ook per deeldomein.

Concluderend kan gesteld worden dat er een verschil in kosten/welzijn ratio's bestaat tussen verpleeghuizen en zorghotels. Er (b)lijkt altijd sprake te zijn van een hogere kostprijs per eenheid welzijn in een verpleeghuis dan in een zorghotel. Het zorghotel is met andere woorden goedkoper per eenheid welzijn. Dat deze conclusie enigszins genuanceerd bekeken moet worden zal in het volgende hoofdstuk: Conclusie en discussie uitgebreid aan bod komen.

## Conclusie en discussie

In dit onderzoek is een antwoord gezocht op de onderzoeksvraag

*“Is er een kosten-welzijn verschil tussen een verpleeghuis en een zorghotel, wanneer gekeken wordt naar de doelgroep 65+ die ontslagen zijn uit het ziekenhuis, maar nog niet voldoende hersteld zijn om terug naar huis te gaan?”*

Om een antwoord te geven op deze vraag zijn er interviews gehouden bij 29 cliënten (14 uit het zorghotel en 15 uit het verpleeghuis) en daarnaast is een onderzoek gedaan naar de kostprijs per cliënt per dag in de zes instellingen waar de respondenten verbleven. In de eerste paragraaf zal het welzijn aan de orde komen, in de tweede paragraaf de kosten, in de derde paragraaf de kosten/welzijnratio's en ten slotte zullen in de laatste paragraaf aanbevelingen worden gedaan voor verder onderzoek.

### *Paragraaf 1 Welzijn*

#### Conclusie

Aan de hand van de antwoorden op de open vragen, de eerste drie vragen van de vragenlijst 'Zicht op eigen leven', is beoordeeld of de factoren fysiologische behoeften, zingeving en veiligheid het welzijn van ouderen bepalen. Hieruit blijkt dat vooral de fysiologische behoeften (55% van de respondenten) en zingeving (93% van de respondenten), een grote rol spelen bij het welzijn van ouderen die in een verpleeghuis of zorghotel verblijven. Dat vooral zingeving hoog scoort, heeft te maken met de grote waarde die ouderen hechten aan hun familie en hun gezondheid. Er blijkt geen significant verschil te zijn tussen de redenen voor welzijn die respondenten uit het zorghotel opgaven en redenen die respondenten uit het verpleeghuis opgaven en voor redenen van welzijn die mannelijke respondenten noemden en redenen voor welzijn die vrouwelijke respondenten noemden.

Vervolgens is het welzijn van de respondenten berekend aan de hand van vier verschillende maten voor welzijn: de visual analoge scale (VAS), de som van de score van alle stellingen uit de vragenlijst Zicht op eigen leven, de som van de score van de stellingen van zicht op eigen leven per domein en de som van de score van de stellingen die te maken hebben met (de kwaliteit van) de instelling (stelling 2,5,6,7,8,9,10,11,13,15,18,19, 20, 26, 27,28 en 29). Zorghotels en verpleeghuizen zijn op de uitkomsten van alle vier deze welzijnsmaten met elkaar vergeleken. De cliënten van zorghotels blijken op alle maten van welzijn een gemiddeld hoger welzijn te hebben dan de cliënten uit het verpleeghuis, behalve bij deeldomein 3, participatie, waar het welzijn in beide soorten instellingen ongeveer gelijk is.

Ondanks dat er een trend zichtbaar is, blijken de verschillen in welzijn voor geen van de welzijnsmaten significant te zijn. Ook bij een vergelijking van de zes afzonderlijke instellingen op het welzijn van hun cliënten is geen significant verschil gevonden.

### Discussie

Het feit dat het gemeten welzijn van de respondenten uit het zorghotel hoger, maar niet significant hoger, is dan het welzijn van de respondenten uit het verpleeghuis, kan op een drietal manieren verklaard worden.

Ten eerste zou er een kern van waarheid kunnen zitten in de trend die blijkt uit dit onderzoek: cliënten in het zorghotel hebben een hoger welzijn dan cliënten in het verpleeghuis. Door de beperkte tijd voor het onderzoek zijn er uiteindelijk maar 29 cliënten geïnterviewd, waardoor de groep verpleeghuis uit 15 respondenten bestond en de groep zorghotel uit 14. Dit zijn zeer kleine aantallen per groep, waardoor het zeer lastig is om significante conclusies te trekken. Ondanks dat de zichtbare trend dus wel correct zou kunnen zijn, blijkt het verschil door het lage aantal respondenten niet statistisch significant. Een andere reden waardoor het niet significante verschil tussen het welzijn van de cliënten in verpleeghuizen en zorghotels verklaard kan worden, is het geringe verschil tussen de categorie verpleeghuis en de categorie zorghotel. Door de beperkte bereidheid tot deelname hebben er geen zorghotels meegedaan aan het onderzoek die primair hotelfunctie hadden en niet verbonden waren aan een instelling. Hierdoor viel een bijzondere categorie zorghotels niet meer binnen het onderzoek. De zorghotels die mee hebben gedaan aan het onderzoek waren allemaal verbonden aan een instelling, twee van de drie waren zelfs gelokaliseerd binnen een verpleeghuis. De verschillen tussen de categorie zorghotels en de categorie verpleeghuizen werden daardoor sterk verkleind. In een vervolg onderzoek zou ook deze categorie zorghotels mee moeten worden genomen, zodat de categorie zorghotels alle soorten zorghotels vertegenwoordigt, waardoor de kloof tussen verpleeghuizen en zorghotels in het onderzoek duidelijker aanwezig is.

Een tweede verklaring zou kunnen zijn dat in een zorghotel meer zelfstandigheid van de cliënt wordt verwacht, waardoor alle cliënten met een hogere zorgzwaarte automatisch aangewezen zijn op het verpleeghuis. Hierdoor hebben de cliënten in het zorghotel per definitie een hogere gezondheid. Omdat gezondheid een belangrijke factor is (zie paragraaf 2 Resultaten) die het welzijn van de cliënt bepaalt, hebben de cliënten uit het zorghotel door hun gezondheid en niet door hun omgeving een hoger welzijn dan de cliënten uit het verpleeghuis. Door een beperkt inzicht in het ziektebeeld en de zorgzwaarte van de cliënt



kan deze hypothese in dit onderzoek niet getest worden. In een vervolgonderzoek is het van belang dat aan de zorgzwaarte van de cliënt meer aandacht wordt geschonken.

Een derde mogelijke verklaring voor het hogere welzijn bij cliënten is een mogelijke interviewerbias. Ondanks uiterst zorgvuldig noteren van de antwoorden van de respondenten, kunnen onder invloed van de hypothese dat de cliënten in het zorghotel een hoger welzijn hebben, de cliënten uit het zorghotel hoger gescoord zijn dan de cliënten uit het verpleeghuis. In een volgend onderzoek zou de interviewer iemand moeten zijn die bij het scoren van de cliënten niet beïnvloed kan worden door de hypothesen uit het onderzoek.

Mijns inziens is verklaring twee, de hogere zorgzwaarte van de cliënt, in combinatie met in beperktere mate verklaring 1, de meest plausibele verklaringen voor de gevonden verschillen. Deze mening is gebaseerd op mijn waarnemingen tijdens het afnemen van de interviews.

Daarnaast kunnen ook vraagtekens worden gezet bij de betrouwbaarheid van de meetmethode voor het welzijn. Ten eerste zijn de cliënten die zijn geïnterviewd geselecteerd door de participerende instellingen. Hierdoor bestaat de kans dat instellingen alleen de meest positieve en gezonde mensen hebben aangedragen om zo de resultaten van het onderzoek te kunnen beïnvloeden. Ten tweede is het meetinstrument 'Zicht op eigen leven' een instrument welke in eerste instantie bedoeld is om per vraag de instelling intern te beoordelen. Gebruikt op deze manier, is het instrument valide en betrouwbaar. De wijze waarop 'Zicht op eigen leven' in dit onderzoek gebruikt is, is echter niet bewezen valide en betrouwbaar, doordat de som van de scores voor elk afzonderlijk domein, de welzijnsmaat die in dit onderzoek is gebruikt, niet is getest bij de ontwikkeling van dit instrument. Bij de nieuwe versie van 'Zicht op eigen leven' is het berekenen van een totale score en een score per domein wel een mogelijkheid van het instrument, maar deze nieuwe versie was nog niet uitgebracht ten tijde van het afnemen van de interviews voor dit onderzoek. Om te kunnen bepalen welke waarde aan deze meetmethode gehecht kan worden zouden de uitkomsten van de meetmethode zoals gebruikt in dit onderzoek vergeleken moeten worden met de uitkomsten verkregen met de nieuwe versie van 'Zicht op eigen leven'.

### Conclusie

Omdat de tijdsduur van het verblijf een van de variabelen zou kunnen zijn die het welzijn van een cliënt bepalen is een Pearson correlatietest uitgevoerd. Hierbij bleek dat verblijfsduur niet significant correleert met het welzijn van de cliënten (gemeten met vier meetinstrumenten).

Ook is berekend in hoeverre het welzijn gemeten met de VAS correleert met het welzijn van de cliënten gemeten aan de hand van alle stellingen uit 'Zicht op eigen leven'. Hier bleek een significante correlatie tussen te bestaan van 0,451. Het verschil tussen het welzijn gemeten met de VAS en het welzijn gemeten met alle stellingen van 'Zicht op eigen leven' bleek significant te verschillen. Ondanks de correlatie wordt dus duidelijk met twee verschillende maten gemeten.

### Discussie

Het verschil tussen de uitkomsten van de VAS en de uitkomsten van de stellingen van 'Zicht op eigen leven', bleek niet onverwacht significant, er worden immers twee verschillende dingen gemeten: het 'objectieve' welzijn en het welzijn zoals de cliënt het zelf beoordeelt. Echter, in tegenstelling tot wat de literatuur voorspelt, vinden de respondenten hun welzijn slechter dan wordt gemeten. In een toekomstig onderzoek zou een verklaring voor dit verschijnsel kunnen worden gezocht.

### *Paragraaf 2 Kosten*

#### Conclusie

Bij de zes instellingen is een kostenonderzoek gedaan, om de kostprijs per dag voor een cliënt per instelling te achterhalen. De kosten zijn onderverdeeld in vaste kosten en variabele kosten. Aan de hand van de jaarverslagen en telefonische interviews zijn deze kosten opgezocht. De gemiddelde totale kostprijs per cliënt per dag in verpleeghuizen blijkt uit te komen op €178,16 en de gemiddelde totale kostprijs per cliënt per dag in zorghotels op €126,68. Dit verschil van €51,48 wordt voornamelijk verklaard door het grote verschil in variabele kosten, daar de gemiddelde vaste kosten €13,83 duurder uitkomen voor de zorghotels. Bij een nadere uitsplitsing van het negatieve verschil in variabele kosten van €71,32 voor verpleeghuizen, blijkt dat dit grootste deel van dit verschil verklaard kan worden door de personeelskosten verpleging en verzorging (91,80% van het totale verschil).

#### Discussie

Bij dit kostenonderzoek moet wel de kanttekening geplaatst worden dat de conclusies die getrokken worden op basis van de kostprijzen mogelijk niet betrouwbaar zijn. Er zijn vier mogelijke andere verklaringen voor het verschil in kosten tussen verpleeghuizen en zorghotels, die losstaan van de in eerste instantie gewekte verwachting dat zorghotels efficiënter werken dan verpleeghuizen.

De eerste reden is dat zorghotels, zoals eerder vernoemd in vorige subparagraaf, aan de poort op zorgzwaarte kunnen selecteren, waardoor minder zorg nodig is voor de cliënt.

Hierdoor kunnen de personeelskosten veel lager blijven en vallen de totale kosten van het zorghotel ook veel lager uit dan de totale kosten van het verpleeghuis. Deze theorie komt ook duidelijk overeen met de gevonden verschillen in de personeelskosten verpleging en verzorging in de variabele kosten.

Een tweede verklaring ontstaat doordat een zorghotel een relatief nieuw concept is, waardoor vooral de vooruitstrevende verpleeghuizen en andere zorginstellingen dit nieuwe concept oppakken. Hierdoor kunnen de zorghotels die verbonden zijn aan een verpleeghuis ook goedkoper blijken dan de verpleeghuizen. Immers, een financieel ongezond verpleeghuis zal geen zorghotel opstarten. Over vijf jaar zou herhaling van dit onderzoek gewenst zijn, omdat het concept zorghotel dan niet meer nieuw is, waardoor meer duidelijkheid is in het soort instelling wat een zorghotel exploiteert en de kostprijs van een zorghotel voor een instelling.

De derde reden waarom de zorghotels financieel zo gunstig naar voren komen in het onderzoek is dat de instellingen zelf nog geen idee hebben van hun daadwerkelijke kosten aan het zorghotel. Twee van de drie hotels die zijn meegenomen in het onderzoek waren immers nog maar net één jaar open. Er bestond voor deze hotels nog geen jaarverslag of resultatenrekening en de instellingen zelf moesten de administratie van dit deel van hun instelling nog op orde krijgen. Daardoor is de kostprijs per dag per cliënt in het zorghotel een veel ruwere schatting dan van de kostprijs per dag per cliënt in het verpleeghuis (hoewel ook deze laatste kostprijs een schatting blijft). Ten slotte bestaat ook het vermoeden dat bij sommige zorghotels een te laag deel van de overige kosten, zoals afschrijvingen en overhead worden toegerekend aan het zorghotel, omdat men geen idee heeft welke toerekeningspercentages gebruikt zouden moeten worden. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het ontbreken van gegevens over de overige personeelskosten voor het zorghotel Golden Tullip, terwijl er toch een en ander georganiseerd moet worden door Stichting Eykenburg voor dit zorghotel.

Een vierde mogelijkheid is dat er geen representatief beeld is ontstaan van de groep zorghotels, als gevolg van de respondentenbias. Doordat de geselecteerde zorghotels met primair hotelfunctie niet mee wilden werken aan het onderzoek en ook de overige benaderde zorghotels vaak niet mee wilden werken, bestaat de steekproef van zorghotels alleen uit drie de hotels die wel mee wilden werken. Alleen de zorghotels die vertrouwen hadden in hun eigen prestaties en alle zaken goed op orde hadden wilden meewerken aan het onderzoek, waardoor een (positief) vertekend beeld ontstaat van deze soort instellingen. Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de veel lagere kostprijs van de zorghotels.

## Conclusie

Naast de kostprijs per cliënt per dag per instelling is ook de eigen bijdrage die de cliënten aan de instelling moeten betalen bekeken. Hoewel werd verwacht dat de eigen bijdrage aan een zorghotel veel hoger zou zijn dan aan een verpleeghuis, blijkt ook deze hypothese onjuist. De hoogste eigen bijdrage blijkt wel bij een zorghotel te zijn, maar gemiddeld zijn cliënten het zorghotel per dag minder verschuldigd dan cliënten van het verpleeghuis.

## Discussie

Hier moet wel de kanttekening bij worden geplaatst dat het zorghotel met de hoogste eigen bijdrage wel het enige zorghotel met primair hotelfunctie in dit onderzoek is en wat buiten de muren van een instelling door een instelling wordt geëxploiteerd. Dit zou kunnen betekenen dat zorghotels die de hotelfunctie als prioriteit hebben, al dan niet verbonden aan een instelling, wel een hogere eigen bijdrage vragen aan de cliënt. Deze hypothese wordt ook ondersteund door verschillende prijslijsten van zorghotels met primair hotelfunctie ([www.veghe.nl](http://www.veghe.nl) en [www.depalaatijn.nl](http://www.depalaatijn.nl)).

### *Paragraaf 3 kosten-welzijn ratio's*

## Conclusie

Ten slotte zijn aan de hand van het welzijn van de cliënten en de gevonden kostprijs per cliënt per instelling verschillende kosten/welzijn ratio's berekend. Hieruit blijkt dat alle ratio's een groot verschil laten zien tussen verpleeghuizen en zorghotels. Zorghotels zijn bij alle ratio's goedkoper per eenheid welzijn dan verpleeghuizen.

## Discussie

De kosten en daarmee de kosten/welzijnratio's en de conclusies die hier uit getrokken kunnen worden zijn echter niet betrouwbaar. Ten eerste is het zeer de vraag of de ratio's normaal verdeeld zijn en ten tweede zijn de ratio's steeds per vijf (éénmaal vier) cliënten niet volledige onafhankelijk, doordat per instelling één kostprijs bekend is. Daarnaast kan ook maar zeer weinig waarde worden gehecht aan de uitkomst van deze ratio's, omdat eerder in dit onderzoek is gebleken dat het welzijn van de cliënten van verpleeghuizen niet significant verschilt van het welzijn van de cliënten van zorghotels. Hierdoor is het verschil tussen de ratio's van zorghotels en verpleeghuizen voornamelijk significant door het grote verschil in kosten tussen verpleeghuizen en zorghotels dat gevonden is en zoals al eerder aangegeven is het maar zeer de vraag of de gegevens waar deze kostprijzen op gebaseerd zijn betrouwbaar zijn.

Aan de hand van bovenstaand kan geconcludeerd worden dat het zeer lastig is om een antwoord te geven op de probleemstelling. In eerste instantie lijkt een positief antwoord

correct, en kan geconcludeerd worden dat er een verschil in kosten/welzijn ratio's bestaat tussen verpleeghuizen en zorghotels, maar vanwege alle beperkingen van dit onderzoek, kan er over dit verschil weinig gezegd worden. Door onbetrouwbare geclusterde kostprijzen is het niet mogelijk statisch juiste toetsen uit te voeren om de ratio's te vergelijken.

Er is misschien echter wel een trend zichtbaar naar hoger welzijn van cliënten in zorghotels dan verpleeghuizen. Of het verschil in welzijn tussen cliënten uit het verpleeghuis en het zorghotel ook daadwerkelijk verklaard kan worden door het verblijf in verschillende instellingen zal in nader onderzoek verder onderzocht moeten worden.

#### *Paragraaf 4 Aanbevelingen*

Voor een volgend onderzoek naar de verschillen tussen verpleeghuizen en zorghotels kunnen de volgende aanbevelingen gedaan worden:

- Betrek meer respondenten in het onderzoek, zodat een te kleine steekproef als oorzaak van niet significante verschillen uitgesloten kan worden.
- De kosten van een instelling moeten echt betrouwbaar zijn, zodat een (redelijk) betrouwbare kostprijs berekend kan worden.
- Het welzijn van de cliënt moet gecorrigeerd worden voor de zorgzwaarte van de cliënt, zodat selectie aan de poort van de zorghotels op zorgzwaarte geen rol meer kan spelen in gevonden verschillen in welzijn.
- Verder moeten ook de particuliere zorghotels met primair hotelfunctie worden meegenomen in de steekproef, zodat een grotere representativiteit van de categorie zorghotels wordt gegarandeerd.
- De nieuwe versie van 'Zicht op eigen leven' moet gebruikt worden in het nieuwe onderzoek, zodat de berekening van het totale welzijn en het welzijn per domein valide is.
- Ten slotte is het van belang dat dit onderzoek herhaald wordt wanneer het concept zorghotel niet meer zo nieuw is. Hierdoor zijn er niet alleen meer respondenten in Nederland, maar hebben de zorghotels hun zaken ook beter op orde.

Eventueel kan ook onderzoek gedaan worden naar de reden waarom de respondenten in dit onderzoek hun eigen welzijn slechter beoordeelden dan de meetmethode 'Zicht op eigen leven' dat deed. Dit is immers in strijd met andere onderzoeken.

## Literatuur

Aeneas. 2005. *Jaardocument Aeneas*.

Anoniem. 2004. *PvdA: 'Noodplan voor verpleeghuiszorg'* [internet]. Zorgvisie.nl, 04-09-2006 [27-10-2006]. Bereikbaar op [www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl)

Anoniem. 2006. *Welzijn van en voor ouderen*. [internet] kenniscentrum-ouderen.nl 01-11-2006 [01-11-2006]. Bereikbaar op <http://www.kenniscentrum-ouderen.nl/smartsite.htm?id=40944>

Arcares. 2005. *Zicht op eigen leven, meetinstrument voor de kwaliteit van leven. Handleiding*. Arcares: Utrecht

Beek, A.P.A. van. ea. 2005. Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: de verfijning van een meetinstrument: deelrapport 2.

Bishop, A.J., P. Martin, L. Poon. 2006. Happiness and congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction. *Aging and mental health* (10) 5:445-453

Boer, L. vanden, K. Pauwels. 2005. *Eenzame ouderen: mythe of realiteit?* [internet] [www.cbgs.be](http://www.cbgs.be). 22-4-2006 [11-2-2005]. Bereikbaar op <http://aps.vlaanderen.be/cbgs/repository/eenzameOuderen.pdf>

Bolin, B.L., R.A. Dodder. 1990. The Affect Balance Scale in an American college population. *Journal of social psychology*(130) 6:839-840.

Bolscher, A. 2006. *Zorghotels: zonder zorgen verzorgd!* [internet] KCWZ.nl 01-11-2006 [april 2006]. Bereikbaar op [http://www.kcwz.nl/doc/zorghotel/Zorghotel\\_zonder\\_zorgen\\_verzorgd.pdf](http://www.kcwz.nl/doc/zorghotel/Zorghotel_zonder_zorgen_verzorgd.pdf)

Boot, J.M., M.H.J.M. Knapen. 2001. *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: Het Spectrum B.V. [1986]

Borge, L. e.a. 1999. Quality of Life, Loneliness, and Social Contact Among Long-Term Psychiatric Patients. *Psychiatric Services* 50:81-84

- Bradburn, N. M. 1969. *The Structure of Psychological Well-Being*. Aldine, Chicago.
- Bruyningx, E., D. Mortelmans. 1999. 'Kwaliteit van leven en gezondheidszorg in verandering'. *Tijdschrift voor sociologie*(2) 1:25-50
- Chunbo, L. W. Wenyuan e.a. 2005. *Successful aging in shanghai, China: definition, distribution and related factors*. [internet] International Psychogeriatric Association. www.Journals.Cambridge.org 22-4-2007 [14-9-2005]. Bereikbaar op <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=406230>
- Erik, J. e.a. 2004. Dispositional Optimism and All-Cause and Cardiovascular Mortality in a Prospective Cohort of Elderly Dutch Men and Women. *General psychiatry*(61) 11-1126-1135.
- Eykenburg. 2006. *Jaardocument Eykenburg 2006*.
- Gezondheidsraad. 2005. *Vergrijzing met ambitie*. Den Haag. Publicatienummer 2005/06. ISBN-10: 90-5549-555-7
- Giesbers H (RIVM). 2005. *Aantal verpleeghuizen per gemeente 2004*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Goumans, M.e.a. 2004. *Ouder worden we allemaal*. Utrecht: Nederlands instituut voor zorg en welzijn uitgeverij.
- Heidelken-Wågert, P, von. e.a. 2005. Morale in the oldest old: the Umeå 85+ study. *Age and Ageing*(34) 3:249-255.
- Himmelfarb, M, S.A. Murrell. 1983. Reliability and validity of five mental health scales in older persons. *Journal of gerontology* (38) 3:333-339.
- Inspectie voor de volksgezondheid. 2004. *Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet* [internet]. IGZ.nl 01-11-2006 [september 2004]. Bereikbaar op [http://www.igz.nl/15451/17876/Rapport\\_2004-09\\_Verpleeghui2.pdf](http://www.igz.nl/15451/17876/Rapport_2004-09_Verpleeghui2.pdf)
- Inspectie voor de volksgezondheid. 2005. *Ondergrens van de zorg in verpleeghuizen beter bewaakt*. Den Haag: Inspectie voor de volksgezondheid

Inspectie voor de volksgezondheid. 2006a. *Rapport naar aanleiding van het inspectiebezoek aan het Centrum voor verpleeghuiszorg De Poort te Amsterdam*

op 26 april 2006. [internet] [www.igz.nl](http://www.igz.nl) 22-4-2007 [27-4-2006]. Bereikbaar op

<http://rivmiis1.kiesbeter.nl/portal/images/vvt/pdf/Amsterdam%20verpleeghuis%20De%20Poort%20-%202006..pdf>

Inspectie voor de volksgezondheid. 2006b. *Rapport naar aanleiding van het inspectiebezoek aan verpleeghuis Aeneas te Breda op 27 april 2006* [internet] [www.igz.nl](http://www.igz.nl) 22-4-2007 [26-4-2006]. Bereikbaar op

<http://rivmiis1.kiesbeter.nl/portal/images/vvt/pdf/Breda%20verpleeghuis%20Aeneas%20-%202006.pdf>

Kaaij, M. van der. 2006. *Veel twijfel over commerciële plannen in zorg* [internet].

Zorggeenmarkt.nl, 2-11-2006 [2-11-2006]. Bereikbaar op

[http://www.zorggeenmarkt.nl/bericht/8466/060622-veel\\_twijfel\\_over\\_commercile\\_plannen\\_in\\_zorg.html](http://www.zorggeenmarkt.nl/bericht/8466/060622-veel_twijfel_over_commercile_plannen_in_zorg.html)

Kashdan, T.B. 2004. *The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire)*. *Personality and Individual Differences* 36: 1225–1232.

Kyung, A.K., D.J. Mueller. 2001. To balance or not to balance: Confirmatory factor analysis of the Affect-Balance Scale. *Journal of happiness studies* (2) 3:289-306.

Lancy, P.M., M. Salazar, D. Suleski. 2002. *University of central Florida student satisfaction 1995-2001*. [internet] 22-4-2007 [5-4-2002] Bereikbaar op

[http://209.85.129.104/search?q=cache:EZtYd0tCbA4J:iaaweb.ucf.edu/oeas2/pdf/SSI\\_ExactveSummary.pdf+\(seven+point+satisfaction+rating\)&hl=nl&q=nl&ct=clnk&cd=2](http://209.85.129.104/search?q=cache:EZtYd0tCbA4J:iaaweb.ucf.edu/oeas2/pdf/SSI_ExactveSummary.pdf+(seven+point+satisfaction+rating)&hl=nl&q=nl&ct=clnk&cd=2)

Lawton, M. P. 1972, *The dimensions of morale. In Research Planning and Action for the Elderly: The Power and Potential of Social Science*, ed. by D. P. Kent, R. Kastenbaum, and S. Sherwood (Behavioral Publications, New York).

Lawton, M.P. 1975. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *Journal of gerontology* (1) 30:85-89

Mistiaen, P., D. Delnoij. 2003. *'quick scan' kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector*. Utrecht: NIVEL. ISBN: 90-6905-638-0



Morris en Sherwood. 1975. A retesting and modification of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. *Journal of gerontology* (1) 30:77-84

Mroczek, D.K., C.M. Kolarz. 1998. the effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of personality and social psychology*(75) 5: 1333-1349.

Neugarten, B. L., R. J. Havighurst, and S. S. Tobin: 1961, The measurement of life satisfaction, *Journal of Gerontology* 16, pp. 134–143

Oostenbrink JB, Bouwmans CAM, Koopmanschap MA, Rutten FFH. 2004. *Handleiding voor kostenonderzoek, methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.

Palatijn, de. Zorghotel. 2007. *Tarieven* [internet]. [www.depalatijn.nl](http://www.depalatijn.nl). [17-7-2007]. Bereikbaar op <http://www.depalatijn.nl/tarieven.php?taal=1>

Parnassia,psyco-medisch centrum. 1993. *Depressie bij ouderen* [internet]. NIGZ.nl, 1-2006 [1-11-2006]. Bereikbaar op [http://www.nigz.nl/docfiles/project\\_depressie.pdf](http://www.nigz.nl/docfiles/project_depressie.pdf)

Poortvliet, M.C., A.P.A. van Beek, e.a. 2006. *Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg*. Nivel: Utrecht

Redekop e.a. 2002. Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* (25) 3:458-463.

Rutten FH, PMH Rutten- van Mólken, J van Busschbach. 2001. *Van kosten tot effecten. Een handleiding voor evaluatiestudies in de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. [2000]

Schieman, Huijgens en Gosselink.2002. *Management, beheersing van bedrijfsprocessen*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff B.V.

Stichting Woonzorgcentra Zuiderhout. 2005. *jaardocument 2005. Maatschappelijke verantwoording care*

Stromen, de. 2005. Jaarverslag De Stromen 2005.

Tempelman, C.J.J. 1897. Welbevinden bij ouderen : konstruktie van een meetinstrument. Proefschrift Groningen.

Veghel, Zorghotel. 2007. *Tarieven* [internet]. Zorghotel Veghel. [www.zorghotelveghe.nl](http://www.zorghotelveghe.nl) [17-7-2007]. Bereikbaar op <http://www.zorghotelveghe.nl/Tarieven/>

Vrind, B. de. 2005. *Onvrede over verpleging op Oosterhof* [internet]. Brabants dagblad, 01-11-2006 [01-11-2006]. Bereikbaar <http://www.brabantsdagblad.nl/verpleeghuis/article29152.ece>

Wirtz, J., A.S. Matilla, R.L.P. Tan. 2000. The moderating role of target-arousal on the impact of affect on satisfaction – An examination in the context of service. *Journal of Retailing*(76) 3: 347–365.

Wood, V., Wylie, M. L. and Sheafor, B. 1969. An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: Correlation with rater judgements. *Gerontologist* (24) 465–469

[Www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) a. 2007. Aeneas [internet]. Kiesbeter.nl [17-7-2007]. Bereikbaar op <http://www.kiesbeter.nl/verplegingverzorging/detail/?locatieid1=1122>

[Www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) b. 2007. De Poort [internet]. Kiesbeter.nl [17-7-2007]. Bereikbaar op <http://www.kiesbeter.nl/verplegingverzorging/detail/?locatieid1=610>

Zorggroep Amsterdam. 2007. *De Poort: Centrum voor verpleeghuiszorg* [internet]. [www.zorggroep-amsterdam.nl](http://www.zorggroep-amsterdam.nl). [12-06-2007] Bereikbaar op [www.zorggroep-amsterdam.nl](http://www.zorggroep-amsterdam.nl)

Zorgkantoor DWO/NWN. 2007. *Toegang tot AWBZ-zorg* [internet]. [www.zorgkantoorwo.nl](http://www.zorgkantoorwo.nl) [30-4-2007]. Bereikbaar op [http://www.zorgkantoorwo.nl/AWBZ\\_ToegangTotAWBZzorg.aspx#Verblijf](http://www.zorgkantoorwo.nl/AWBZ_ToegangTotAWBZzorg.aspx#Verblijf)

## Bijlage 1

### Meetmethoden die het welzijn meten

Naam instrument	Factoren die meegenomen worden	Heb ik de vragenlijst
Life satisfaction index A	Animo voor het leven Vastberadenheid Mate van overeenkomst tussen gewenste en bereikte doelen Positief zelfbeeld Gemoedstoestand (18 vragen)	<a href="http://www.gesher.org/Myers-Briggs/life_satis_index.html">http://www.gesher.org/Myers-Briggs/life_satis_index.html</a>
Affect Balance Scale	Algemene vragen over de gemoedstoestand de afgelopen weken (10 vragen, 5 pos en 5 neg)	<a href="http://cloud9.norc.uchicago.edu/dlib/spwb/summary.htm#abs">http://cloud9.norc.uchicago.edu/dlib/spwb/summary.htm#abs</a>
Memorial university of Newfoundland scale of happiness	24 vragen (10 korte termijn, 14 lange termijn)	-
Schaal subjectief welzijn ouderen	Gezondheid Zelfachting Vechtlust Contacten optimisme	Blz. 208-211 in Welbevinden bij ouderen. Auteur: C.J.J. Tempelman 1987
Hoe volgens Hoff een goed instrument er uit zou zien	Algemeen (leven als geheel, gezondheid, tijdsbesteding en zelfstandigheid), persoonlijke relaties, financiële situatie en psychologisch verafgelegen (maatschappij en regeringsbeleid ten aanzien van ouderen).	-
Kutner Morale scale	Tevredenheid Optimisme toekomstperspectief	-
Cantril self anchoring	Ladder waarop de huidige kwaliteit van leven wordt aangeduid door het te	ja

scale	vergelijken met de beste en slechtste periode uit het leven	
Philadelphia geriatric center morale scale	17 items 3 factoren: attitude tov ouder worden opwinding/oproer eenzaamheid	<a href="http://www.abramsoncenter.org/PRI/documents/PGC_morale_scale.pdf">http://www.abramsoncenter.org/PRI/documents/PGC_morale_scale.pdf</a> blz. 7
Seven point satisfaction rating	Hoe voldaan bent u met uw totale leven de laatste tijd (1-7)	ja
Delighted-terrible rating	Hoe voelt u zich over uw totale leven (1-7)	ja
Schalock en Alonso	lichamelijk welbevinden emotioneel welbevinden persoonlijke relaties sociale inclusie persoonlijke ontplooiing materieel welbevinden zelfbepaling rechten	-

*Meetmethoden die de kwaliteit van de instelling meten*

<b>Naam instrument</b>	<b>Factoren die meegenomen worden</b>	<b>Heb ik de vragenlijst</b>
Cliënt en kwaliteit	Opname Wonen Maaltijden Activiteiten Zorg Paramedische diensten familie	-
Brancherapport VWS (NPCF en LOCO)	Introductie Wonen Maaltijden Dagbesteding zorg	-

*Meetmethode die instellingsaspecten en welzijn combineert*

Zicht op eigen leven Arcares en Nivel	Lichamelijk welbevinden Woon/leefsituatie Participatie Mentaal welbevinden	ja
--	---	----

## Bijlage 2

### Meetmethoden die het welzijn meten

Naam instrument	Validatie	Recent gebruikt:	oud eren
Life satisfaction index A	Correlatie met experts mening: 0,55 Validiteitstest meten correlaties van 0,57 en 0,55	2005 (Chunbo e.a.) en 2006 (Bishop e.a)	ja
Affect Balance Scale	Veel vragen over de betrouwbaarheid (Himmelfarb en Murrel, 1983), interne correlatie tussen de positieve en negatieve schalen onvoldoende ( $r = -0,17$ ) (Mueller en Kyung, 2001) Andere studies noemen de methode valide (Mroczek en Kolarz, 1998)	1990 (Bolin en Dodder)	nee
Schaal subjectief welzijn ouderen	Validiteit aan de hand van de data: sterke correlatie met leefsituatievariabelen ( ADL en HDL). Aan de hand van andere beoordelingen: voldoende validiteit, 48-49% verklaarde variantie (Tempelman, 1987)	2004 (Erik) 2005 (Vanden Boer en Pauwels)	Ja
Cantril self anchoring scale	Correlatie met delighted terrible: 0,50-0,54 Test-hertestbetrouwbaarheid: 0,65 (Tempelman, 1987)	1999 (Borge e.a.) 2004 (Kashdan)	nee
Philadelphia geriatric center morale scale	Correlatie bekenden van de cliënt: 0,43-0,53 Correlatie met LSI-A: 0,57 Test-hertestbetrouwbaarheid tussen 0,75 en 0,91 Interne consistentie: 0,81 (Tempelman, 1987)	2005 (Von Heideken-Wågert e.a.)	ja
Seven point satisfaction rating	Correlatie met delighted-terrible rating: 0,56 tot 0,7 Test-hertestbetrouwbaarheid: 0,43 (Tempelman, 1987)	2002 (Lancy, Salazar en Suleski)	nee
Delighted-terrible rating	Test-hertestbetrouwbaarheid: 0,61-0,74 (Tempelman, 1987)	2000 (Wirtz, Mattila en Tan)	nee

*Meetmethode die instellingsaspecten en welzijn combineert*

Zicht op eigen leven Arcares en Nivel	Betrouwbaar ( $\alpha = 0.77$ ) Intern consistent (0.86) Verklaarde variantie = 35,2 % (Poortvliet e.a. 2006)	In 2005 ontwikkelt, wordt momenteel gebruikt binnen Zorg voor Beter	ja
---	---	---	----

### Bijlage 3

Kralingse Kerklaan 386  
3065 CB ROTTERDAM

Rotterdam, 14 februari 2007

Geachte heer/ mevrouw,

Als bachelor 3 student van Gezondheidswetenschappen, Beleid en management van de gezondheidszorg te Rotterdam, schrijf ik dit jaar mijn bachelorscriptie. Hierin ga ik nader onderzoeken wat de verschillen zijn tussen zorghotels en verpleeghuizen met betrekking tot de zorg voor ouderen, zonder psychische aandoening, die uit het ziekenhuis zijn ontslagen, maar nog niet naar huis terug kunnen. Om voldoende informatie te verzamelen, zodat juiste conclusies getrokken kunnen worden, heb ik uw hulp nodig.

Om de verschillen tussen de twee soorten instellingen zo objectief mogelijk te bepalen, zal ik een kosten/batenanalyse uitvoeren. Hierbij worden de gemaakte kosten vergeleken met de gegenereerde opbrengsten per instelling. De kosten die gemaakt worden door de instelling per cliënt/gast zullen berekend worden aan de hand van de totale kosten die de instelling heeft gemaakt voor de specifieke doelgroep en het aantal cliënten/gasten die ze behandeld/ontvangen heeft. Het welzijn van de ouderen in de instellingen wordt in dit onderzoek als opbrengst van de instellingen gezien. Om dit welzijn te meten zal per instelling bij een vijftal cliënten/gasten een vragenlijst worden afgenomen. Het gaat hierbij om de vragenlijst Zicht op Eigen leven (ontwikkeld door Nivel en Arcares, 2005). Aan de hand van deze methode zal gevraagd worden naar het lichamelijk welbevinden/gezondheid, naar de woon-/leefsituatie, naar de participatie en naar het mentaal welbevinden.

Ik garandeer u dat alle gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld en dat uit de scriptie geen herkenbare gegevens van de instellingen of de ouderen af te leiden zullen zijn. Als u nog vragen heeft kunt u mij altijd e-mailen ([Imp.wauters@gmail.com](mailto:Imp.wauters@gmail.com)) of bellen (06-40948399). Op de website [www.bmq.eur.nl](http://www.bmq.eur.nl) kunt u nadere informatie vinden over mijn opleiding.

Ik hoop dat ik op uw medewerking mag rekenen.

Alvast hartelijk bedankt.

Met vriendelijke groet,

Laura Wauters

Bijlage: Uitleg wat er van uw instelling wordt gevraagd



## **Wat wordt er van uw instelling gevraagd met betrekking tot dit onderzoek:**

### Kosten:

Om de opbrengsten af te kunnen zetten tegen de kosten, heb ik gegevens nodig over de gemiddelde kostprijs van de opname van één oudere (65+), zonder psychische aandoening, die uit het ziekenhuis is ontslagen, maar nog niet naar huis terug kan. Hiervoor kunnen de kosten van deze cliëntengroep gedeeld worden door het aantal cliënten binnen deze doelgroep die zijn opgenomen. Mocht u niet beschikken over deze gegevens dan kunnen eventueel de totale kosten van de instelling gedeeld worden door het totaal aantal opnamen. Uiteraard is deze laatste methode minder betrouwbaar en gaat mijn voorkeur daar niet naar uit.

### Welzijn:

Om de opbrengsten te berekenen zou ik graag binnen uw instelling vijf personen interviewen die binnen de doelgroep vallen. Ik zal u een standaard brief geven die u kunt geven aan uw klanten die voldoen aan onderstaande kenmerken, hierin zal een en ander worden uitgelegd over dit onderzoek en zal hen gevraagd worden mee te werken. Ik zal u regelmatig contacteren, om te vragen of er klanten mee willen werken. Indien nodig kom ik een aantal keren langs.

Kenmerken van de klant/cliënt:

- Ouder dan 65 jaar
- Geen psychiatrische aandoening
- Beheerst de Nederlandse taal
- De reden van verblijf moet zijn dat hij/zij net ontslagen is uit het ziekenhuis en nog niet naar huis terug kan.
- Moet ten minste 4 nachten in uw instelling hebben verbleven

## Bijlage 4

Laura Wauters  
Kralingse Kerklaan 386  
3065 CB ROTTERDAM

Rotterdam, 4 april 2007

Geachte heer/ mevrouw,

Als derdejaars student van Gezondheidswetenschappen, Beleid en management van de gezondheidszorg te Rotterdam, schrijf ik dit jaar mijn bachelorscriptie. Hierin ga ik onderzoeken wat de verschillen zijn tussen zorghotels en verpleeghuizen met betrekking tot de zorg voor ouderen, die uit het ziekenhuis zijn ontslagen, maar nog niet naar huis terug kunnen. Om voldoende informatie te verzamelen, zodat juiste conclusies getrokken kunnen worden, heb ik uw hulp nodig.

Om de verschillen tussen de twee soorten instellingen (verpleeghuis en zorghotel) zo objectief mogelijk te bepalen, zal ik de gemaakte kosten vergelijken met het welzijn van de cliënt. Om dit welzijn van de cliënten te meten zou ik u willen vragen of ik u, als cliënt, mag interviewen. Ik zal u de vragen stellen uit de vragenlijst Zicht op Eigen leven (ontwikkeld door Nivel en Arcares, 2005). Aan de hand van deze methode zal gevraagd worden naar uw lichamelijk welbevinden/gezondheid, naar de woon-/leefsituatie, naar de participatie en naar het mentaal welbevinden. Het interview zal ongeveer een uur duren.

Ik garandeer u dat alle gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld en dat uit de scriptie geen herkenbare gegevens af te leiden zullen zijn. Als u nog vragen heeft kunt u mij altijd e-mailen ([imp.wauters@gmail.com](mailto:imp.wauters@gmail.com)) of bellen (06-40948399).

Ik hoop dat ik op uw medewerking mag rekenen.

Alvast hartelijk bedankt.

Met vriendelijke groet,

Laura Wauters

## Bijlage 5



# VRAGENLIJST ZICHT OP EIGEN LEVEN



Datum interview ➔   -   -

Instellingscode ➔

Cliëntcode ➔

### INTRODUCTIE

De interviewer stelt zich voor. De interviewer benadrukt dat hij/zij niet vanuit de instelling komt, maar van buitenaf.

Ik wil vandaag met u een gesprek voeren over wat u belangrijk vindt in het leven. Aan de hand van een aantal stellingen wil ik met u praten over uw lichamelijke gezondheid, uw leefomstandigheden, uw contacten met anderen en de manier waarop u in het leven staat als persoon.

Het gesprek zal ongeveer een uur duren.

Uiteraard zullen uw gegevens vertrouwelijk worden behandeld. Wij zullen er zorg voor dragen dat de resultaten nooit herleidbaar zullen zijn tot de personen die de vragen hebben beantwoord.

De gegevens worden gebruikt om te onderzoeken hoe de mensen hier hun kwaliteit van leven ervaren, zodat de organisatie kan analyseren of er onderwerpen zijn waaraan meer aandacht besteed moet worden.

### OPENINGSVRAGEN

- doorvragen indien de cliënt enkel met ja of nee antwoord.
- letterlijk de antwoorden noteren.
- bij voorkeur al tijdens het interview invullen onder welke domeinen de antwoorden van de cliënt vallen.

#### 1. HEEFT U MOMENTEEL EEN GOED LEVEN?

- Lichamelijk welbevinden/gezondheid
- Woon-/leefsituatie
- Participatie
- Mentaal welbevinden

#### 2. WAT DRAAGT VOOR U BIJ AAN EEN GOED LEVEN?

- Lichamelijk welbevinden/gezondheid
- Woon-/leefsituatie
- Participatie
- Mentaal welbevinden

#### 3. WAT MAAKT HET LEVEN MINDER GOED?

- Lichamelijk welbevinden/gezondheid
- Woon-/leefsituatie
- Participatie
- Mentaal welbevinden

**I**

**LICHAMELIJK WELBEVINDEN / GEZONDHEID**

De eerste stellingen gaan over uw lichamenlijk welzijn. Dit betreft onder andere uw gezondheid, lichamenlijke verzorging en de mate waarin u kunt genieten van de maaltijden.

<p>1. IK VOEL ME GEZOND.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is het voor u om u gezond te voelen?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>
<p>2. IK VIND DAT MIJN GEZONDHEIDSKLACHTEN SERIEUS WORDEN GENOMEN.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is het voor u dat uw gezondheidsklachten serieus genomen worden?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>
<p>3. IK KAN OMGAAN MET MIJN LICHAMELIJKE BEPERKINGEN.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is het voor u om te kunnen omgaan met lichamenlijke beperkingen?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>
<p>4. HET LUKT ME OM HELDER NA TE DENKEN.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is het voor u dat het u lukt om helder na te denken?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>
<p>5. MIJN LICHAMELIJKE VERZORGING GEBEURT ZOALS IK DAT WIL.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is het voor u dat uw lichamenlijke verzorging gebeurt zoals u dat wilt?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>
<p>6. HET TIJDSTIP VAN MIJN PERSOONLIJKE VERZORGING KAN IK ZELF BEPALEN.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is het voor u om zelf het tijdstip van uw persoonlijke verzorging te kunnen bepalen?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>

5 helemaal eens  
4 eens  
3 eens noch oneens  
2 oneens  
1 helemaal oneens

3 heel belangrijk  
2 belangrijk  
1 niet zo belangrijk

- 2 -

7. DE MAALTIJDEN SMAKEN MIJ GOED.	5 4 3 2 1	Hoe belangrijk is het voor u dat de maaltijden goed smaken?	3 2 1	TOELICHTING
8. IK KAN ETEN EN DRINKEN WANNEER IK WIL.	5 4 3 2 1	Hoe belangrijk is het voor u dat u kunt eten en drinken wanneer u wilt?	3 2 1	TOELICHTING

## II WOON- / LEEFSITUATIE

De volgende stellingen gaan over uw leefomstandigheden. Daarbij kunt u denken aan uw woonruimte, uw omgeving en of u zich hier veilig en thuis voelt.

9. IK VIND MIJN WOONRUIMTE COMFORTABEL.	5 4 3 2 1	Hoe belangrijk is comfortabele woonruimte voor u?	3 2 1	TOELICHTING
10. IK VOEL ME HIER THUIS.	5 4 3 2 1	Hoe belangrijk is het voor u om u thuis te voelen?	3 2 1	TOELICHTING
11. DE OMGEVING WAARIN DIT HUIS STAAT, HEEFT MIJ IETS TE BIEDEN.	5 4 3 2 1	Hoe belangrijk is het voor u dat de omgeving iets te bieden heeft?	3 2 1	TOELICHTING

5 helemaal eens  
4 eens  
3 eens noch oneens  
2 oneens  
1 helemaal oneens

3 heel belangrijk  
2 belangrijk  
1 niet zo belangrijk

- 3 -

<p>12. DE MENSEN IN MIJN OMGEVING ACCEPTEREN MIJ ZOALS IK BEN.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is het voor u geaccepteerd te worden zoals u bent?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>
<p>13. IK VOEL ME HIER VEILIG.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is veiligheid voor u?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>
<p>14. IK KAN ZELF BESLISSEN OVER DE ZAKEN DIE IK BELANGRIJK VIND.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is het voor u om zelf te kunnen beslissen over de zaken die u belangrijk vindt?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>
<p>15. IK VERVEEL ME NIET.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is het voor u om u niet te vervelen?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>
<p>16. IK HEB VOLDOENDE GELD OM EEN GOED LEVEN TE KUNNEN LEIDEN.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is het voor u om voldoende geld te hebben om een goed leven te kunnen leiden?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>

5 helemaal eens  
4 eens  
3 eens noch oneens  
2 oneens  
1 helemaal oneens

3 heel belangrijk  
2 belangrijk  
1 niet zo belangrijk

-4-

### III PARTICIPATIE

De volgende stellingen gaan over uw contacten met anderen. Daarbij kunt u bijvoorbeeld denken aan de contacten met familie of medebewoners, maar ook aan wat u voor anderen kunt betekenen.

<p>17. IK HEB VOLDOENDE CONTACT MET FAMILIE.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is contact met familie voor u?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>
<p>18. IK HEB GOED CONTACT MET MEDEBEWONERS.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is goed contact met medebewoners voor u?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>
<p>19. IK HEB GOED CONTACT MET VERZORGENDEN.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is goed contact met verzorgenden voor u?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>
<p>20. IK VOEL ME NIET EENZAAM.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is het voor u dat u zich niet eenzaam voelt?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>
<p>21. IK KAN REGELMATIG IETS BETEKENEN VOOR ANDEREN.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is het voor u om iets voor anderen te kunnen betekenen?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>
<p>22. IK KAN MIJN BEZOEK OP PASSENDE WIJZE ONTVANGEN.</p>	<p>5 4 3 2 1</p>	<p>Hoe belangrijk is het voor u om uw bezoek op passende wijze te kunnen ontvangen?</p>	<p>3 2 1</p>	<p>TOELICHTING</p>

5 helemaal eens  
4 eens  
3 eens noch oneens  
2 oneens  
1 helemaal oneens

3 heel belangrijk  
2 belangrijk  
1 niet zo belangrijk

- 5 -

<p>23. IK ERVAAR WARMTE EN GENEGENHEID IN DE CONTACTEN MET MENSEN OM MIJ HEEN.</p>	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	<p>Hoe belangrijk zijn warmte en genegenheid voor u?</p>	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	<p>TOELICHTING</p>
<p>24. ALS IK WIL, KAN IK MET MIJN ZORGEN EN VERDRIET BIJ ANDEREN TERECHT.</p>	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	<p>Hoe belangrijk is het voor u om met uw zorgen en verdriet bij anderen terecht te kunnen?</p>	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	<p>TOELICHTING</p>
<p>25. IK BELEEF LEUKE MOMENTEN MET ANDERE MENSEN.</p>	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	<p>Hoe belangrijk is het voor u om leuke momenten te beleven met andere mensen?</p>	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	<p>TOELICHTING</p>

#### IV MENTAAL WELBEVINDEN

De volgende stellingen gaan over de wijze waarop u in het leven staat. De vragen gaan bijvoorbeeld over uzelf als persoon en hoe u uw leven leidt.

<p>26. IK KAN ZELF BEPALEN HOE MIJN DAG ER UIT ZIET.</p>	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	<p>Hoe belangrijk is het voor u om zelf te kunnen bepalen hoe uw dag er uit ziet?</p>	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	<p>TOELICHTING</p>
<p>27. IK KAN KOMEN WAAR IK WIL IN HUIS.</p>	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	<p>Hoe belangrijk is het voor u om te kunnen komen waar u wilt in huis?</p>	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	<p>TOELICHTING</p>

- 5 helemaal eens
- 4 eens
- 3 eens noch oneens
- 2 oneens
- 1 helemaal oneens

- 3 heel belangrijk
- 2 belangrijk
- 1 niet zo belangrijk

- 6 -



28. IK KAN KOMEN WAAR IK WIL BUITENSHUIS.	5 4 3 2 1	Hoe belangrijk is het voor u om te kunnen komen waar u wilt buitenshuis?	3 2 1	TOELICHTING
29. IK KAN MIJ ONGESTOORD TERUGTREKKEN WANNEER IK DAT WIL.	5 4 3 2 1	Hoe belangrijk is het voor u dat u zich ongestoord kunt terug- trekken?	3 2 1	TOELICHTING
30. IK BEN TEVREDEN MET MIJZELF, ZOALS IK BEN ALS MENS.	5 4 3 2 1	Hoe belangrijk is het voor u om tevrede te zijn met uzelf?	3 2 1	TOELICHTING
31. IK KIK TEVREDEN TERUG OP HET DEEL VAN MIJN LEVEN DAT ACHTER MIJ LIGT.	5 4 3 2 1	Hoe belangrijk is het voor u om tevrede terug te kijken op het deel van uw leven dat achter u ligt?	3 2 1	TOELICHTING
32. IK BLIJF NIEUWE DINGEN VAN MEZELF ONTDEKKEN.	5 4 3 2 1	Hoe belangrijk is het voor u om nieuwe dingen van uzelf te blijven ontdekken?	3 2 1	TOELICHTING
33. MIJN LEVENSOVERTUIGING OF GELOOF STEUNT MIJ.	5 4 3 2 1	Hoe belangrijk is het voor u dat uw levens- overtuiging of geloof u steunt?	3 2 1	TOELICHTING

5 helemaal eens  
4 eens  
3 eens noch oneens  
2 oneens  
1 helemaal oneens

3 heel belangrijk  
2 belangrijk  
1 niet zo belangrijk

- 7 -

## AFRONDING

Dit waren de laatste vragen van het interview.  
Heeft u nog op- of aanmerkingen naar aanleiding van dit gesprek? Dan wil ik deze graag noteren.  
Hartelijk dank voor uw medewerking.

**HOE LANG DUURDE HET INTERVIEW:** ..... **MINUTEN**

**OPMERKINGEN VAN BEWONER:**

**NOTEREN NA AFNAME DOOR DE INTERVIEWER:**

### GESLACHT

- man  
 vrouw

### CLIËNTGROEP

- intramuraal verzorgingshuis  
 extramuraal verzorgingshuis (aan/inleun)  
 intramuraal verpleeghuis (somatiek)  
 kortdurend verblijf (reactivering)

### ZORGINDICATIE

- huishoudelijke verzorging  
 persoonlijke verzorging (bv. wassen)  
 verpleging (bv. medicijnen, wondverzorging)  
 dagbehandeling PG  
 paramedische zorg (bv. fysiotherapie)

### LEEFTIJD

-----

### SITUATIE PARTNER

- alleenstaand  
 met partner, samenwonend  
 met partner, gescheiden wonend

### TIJD IN HUIDIGE WONING

- minder dan 6 maanden  
 6 tot 12 maanden  
 tussen 1 en 2 jaar  
 langer dan 2 jaar

