

Multiculturele verpleeghuiszorg nader geanalyseerd

**Een onderzoek binnen twee verpleeghuizen
van de GDVV in Den Haag**

M.E. Jacobs
J.M.M. de Gouw
A. Romijn
L. van Waveren
maart 2002

Inhoud		blz
1	Inleiding	1
1.1	Aanleiding en vraagstelling	1
1.2	Achtergrondinformatie	1
2	Onderzoeksopzet	5
2.1	Werkwijze	5
2.2	De vragenlijst	5
2.3	Het interview	6
2.4	Berekening meerkosten en vertaling in budgetparameters	6
2.5	Beschrijving cliënten	7
3	Resultaten vragenlijst	9
3.1	Maaltijden	9
3.2	Hulpmiddelen en dagelijkse verzorging	10
3.3	Overige disciplines	12
3.4	Sociale activiteiten	12
3.5	Contact met familie en kennissen	14
3.6	Taal en communicatie bij allochtone bewoners	15
3.7	Samenvatting en conclusies	17
4	Resultaten interviews	19
4.1	Inleiding	19
4.2	Zorg aan allochtone versus autochtone bewoners in De Schildershoek	19
4.2.1	Verschillen in de zorgvraag	19
4.2.2	Communicatieve verschillen	27
4.2.3	Verschillen in werkwijze	29
4.2.4	Consequenties voor het personeelsbeleid	30
4.2.5	Consequenties voor de opleiding van personeel	31
4.2.6	Ervaringen van de keuken	32
4.3	Zorg aan (voornamelijk) autochtone bewoners in Houtwijk	33
4.4	Samenvatting en conclusies	34
5	Meerkosten van multiculturele zorgverlening	37
5.1	Inleiding	37
5.2	Reken- en analyseschema	37
5.2.1	Algemeen	37
5.2.2	Budget aanvaardbare kosten	37
5.2.3	Tarieven en declaraties	38
5.2.4	Inkomsten	39
5.2.5	Kosten	39
5.3	Analysemethodiek en gegevensverzameling	39
5.3.1	Financiële gegevens	39
5.3.2	Personele inzet c.q. kosten	40
5.3.3	Materiële kosten	40
5.4	Resultaten van de analyse	40
5.4.1	Analyse financiële gegevens	40
5.4.2	Verschillen in tijdsbesteding	43
5.4.3	Conclusies	50
5.5	Vergelijkbare methodieken en voorstel voor toerekening extra budget	51
5.5.1	Leerlingenbudget	51
5.5.2	Verzorgingshuizen met bijzondere functies	52
5.5.3	Voorstel voor toekenning toeslagen op budget aanvaardbare kosten	52
Literatuur		
Bijlagen		

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en vraagstelling

De GDVVgroep bestaat uit zes verzorgingshuizen, vier verpleeghuizen en een zorghuis in Den Haag. Deze zijn onderverdeeld in drie clusters: Centrum, Zuid en Noord. Twee verpleeghuizen hebben meegedaan aan het project waarvan dit rapport verslag doet:

1. De Schildershoek met 60 somatische en 120 psychogeriatrische bedden en 15 somatische dagbehandelingsplaatsen (cluster Centrum);
2. Houtwijk met 60 somatische en 120 psychogeriatrische bedden en 15 psychogeriatrische dagbehandelingsplaatsen (cluster Zuid).

In De Schildershoek wonen in Nederland en elders geboren ouderen met verschillende culturen en religies. In Houtwijk wonen voornamelijk in Nederland geboren ouderen met een christelijke of niet-religieuze achtergrond.

De aanleiding voor het project was de ervaring binnen De Schildershoek dat de zorgvraag van allochtone ouderen vaak meer inspanningen en middelen vereist dan de zorgvraag van autochtone ouderen. Dit leidt tot meerkosten van de zorg voor allochtone ouderen ten opzichte van de zorg voor autochtone ouderen en mogelijk ook tot kwaliteitsverlies van de geboden zorg aan allochtone ouderen. De GDVVgroep besloot daarom het Tympaan Instituut opdracht te geven een onderzoek uit te voeren waarin verpleeghuiszorg voor allochtone ouderen en verpleeghuiszorg voor autochtone ouderen vergeleken wordt. Deze brede vraagstelling is vertaald in de volgende onderzoeksvragen:

1. Waarin verschilt zorg aan allochtone ouderen ten opzichte van zorg aan autochtone ouderen?
2. Wat zijn de financiële consequenties van deze verschillen?
3. Welke maatregelen (financiële en niet-financiële) zijn nodig om op efficiënte en effectieve wijze 'zorg op maat' aan ouderen van allochtone afkomst te bieden?

Benadrukt dient te worden dat het onderzoek naar de financiële consequenties en naar de benodigde maatregelen zich heeft beperkt tot de directe zorgverlening en derhalve extra kosten en activiteiten voor wat betreft de organisatie van de zorg niet in het onderzoek zijn betrokken, maar uiteraard in de praktijk wel aanwezig zijn.

Om een goede vergelijking te kunnen maken tussen allochtone en autochtone verpleeghuisbewoners, is naast het multiculturele verpleeghuis De Schildershoek het merendeels autochtone verpleeghuis Houtwijk in het onderzoek betrokken. Houtwijk fungeert dus als controlegroep. Beide huizen zijn vergelijkbaar wat betreft het aantal intramurale plaatsen (beide 180) en de aard van de intramurale zorg die zij bieden (eenderde somatisch en tweederde psychogeriatrisch). Bovendien vallen zij beide onder de GDVVgroep.

1.2 Achtergrondinformatie

De leeftijdsopbouw van de verschillende allochtone groepen wijkt in sterke mate af van de leeftijdsopbouw van de autochtone Nederlandse bevolking. De migratiegeschiedenis en de mate waarin van remigratiemogelijkheden gebruik wordt gemaakt, is van invloed op het aantal 55-plussers en de leeftijdsopbouw binnen deze groep. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven.

Tabel 1 Leeftijdsofbouw allochtone groepen en inwoners Den Haag van 55 jaar en ouder in 2000 (percentages)

	NL Antillen	Marokko	Turkije	Suriname	overige niet-westerse landen	Den Haag totaal
55-64	64%	70%	69%	60%	59%	36%
65-74	26%	22%	21%	28%	27%	30%
75-84	8%	8%	8%	10%	11%	25%
85+	2%	0%	1%	2%	4%	10%
55+ totaal aantal	599	1.170	1.388	4.282	2.650	108.499

bron: Huisman en Van Wissen 1988 (bevolkingsprognose allochtonen voor regio GG&GD (Den Haag), CBS 2000 (RIZ), bewerking Tjypaan Instituut 2001

Verschillen in de zorgvraag van allochtone versus autochtone ouderen hangen samen met verschillen in de volgende factoren:

- gezondheid;
- inzetbaarheid van mantelzorg;
- financiële mogelijkheden;
- huisvestingssituatie vóór opname;
- uitstel van verpleeghuisopname;
- beheersing van de Nederlandse taal;
- wensen ten aanzien van de maaltijd;
- wensen ten aanzien van sociale en religieuze activiteiten;
- cultuurspecifieke omgangsvormen.

Op elke van deze factoren wordt hier kort ingegaan:

- De gezondheid van ouderen met een verschillende culturele achtergrond verschilt over het algemeen weinig (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1999). Enkele opvallende verschillen zijn wel bekend. Surinaamse ouderen hebben bijvoorbeeld vaker suikerziekte en een hoge bloeddruk in vergelijking met andere ouderen (Sociaal Cultureel Planbureau 1998).
- De gemiddelde leeftijd waarop specifieke ouderdomsaandoeningen ontstaan, verschilt per cultuur. De indruk is dat in Nederland geboren ouderen over het algemeen langer gezond blijven dan elders geboren ouderen.
- De beschikbaarheid van mantelzorg (familie, vrienden en kennissen) verschilt per cultuur.
- Meer allochtone dan autochtone ouderen hebben te maken met beperkte financiële mogelijkheden, onder andere door het zogenaamde AOW-gat.
- Een onderzoek van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (Van Waveren en De Gouw 1993) laat zien dat de huisvestingssituatie van allochtone ouderen vóór opname in een verpleeghuis over het algemeen slechter is dan die van autochtone ouderen.
- De indruk is dat opname in een verpleeghuis bij allochtone ouderen vaker uitgesteld wordt dan bij autochtone ouderen, waardoor de zorgvraag bij opname relatief zwaarder is bij allochtone ouderen.
- Taalproblemen bij veel allochtone ouderen leiden tot een hogere zorgzwaarte.
- Cultuurspecifieke eisen ten aanzien van maaltijden, sociale en religieuze activiteiten leiden tot hogere kosten voor allochtone verpleeghuisbewoners.

Naast bovengenoemde factoren vraagt de multiculturaliteit van de bewoners om een aangepast management van het personeel. Er is bijvoorbeeld deskundigheidsbevordering nodig van het personeel en leidinggevenden en het ligt voor de hand ook binnen het personeelsbestand verschillende culturen te vertegenwoordigen.

Sinds 1990 is De Schildershoek gevestigd in De Schilderswijk in Den Haag (na een fusie tussen drie verpleeghuizen) en is het huis ontwikkeld van een homogeen autochtoon verpleeghuis tot een gemengd verpleeghuis, met bewoners van diverse culturele/religieuze achtergronden. Momenteel is de helft van de bewoners allochtoon, afkomstig uit dertig verschillende landen. Ook de helft van de medewerkers is allochtoon; van de uitvoerende verzorgenden is dat percentage 80%, van de leidinggevenden is 20% van buitenlandse afkomst (Van Oosten 2002). In de afgelopen tien jaar is veel aandacht besteed aan intercultureel management en het creëren van een multiculturele identiteit van het verpleeghuis (Henstra 2002). De Schildershoek biedt nu belevingsgerichte, vraaggestuurde zorg op maat aan alle bewoners waarbij rekening wordt gehouden met de culturele diversiteit. De medewerkers vinden deze multiculturele insteek een vanzelfsprekend onderdeel van de zorg die wordt geboden binnen De Schildershoek (Henstra 2002).

2 Onderzoeksopzet

Begonnen wordt met de uiteenzetting van de werkwijze in dit onderzoek (paragraaf 2.1). Daarna volgt een beschrijving van elk van de gebruikte onderzoeksmethoden (paragraaf 2.2 tot en met paragraaf 2.4). In paragraaf 2.5 worden enkele achtergrondkenmerken van de betrokken cliënten beschreven.

2.1 Werkwijze

De volgende twee methoden zijn ingezet:

1. een schriftelijke vragenlijst voor verzorgenden;
2. interviews met overige disciplines.

Begonnen is met een schriftelijke enquête die is voorgelegd aan de eerstverantwoordelijke verzorgenden (De Schildershoek) en de contactverzorgenden (Houtwijk). Elke verzorgende heeft de vragenlijst ingevuld voor alle bewoners voor wie hij/zij de functie van eerstverantwoordelijke of contactverzorgende vervult. Het gaat om ongeveer vijf bewoners per verzorgende.

Na de schriftelijke enquête zijn interviews gehouden met overige disciplines. In De Schildershoek zijn interviews gedaan met de chef-kok, de verpleeghuisarts, de geestelijk verzorger, de maatschappelijk werkster, een logopediste, een fysiotherapeut, een afdelingshoofd en een activiteitenbegeleidster.

In Houtwijk zijn interviews gedaan met de chef-kok, de verpleeghuisarts, de maatschappelijk werkster en een afdelingshoofd.

Gedurende de loop van het onderzoek is regelmatig overleg geweest tussen de onderzoekers van het Tympaan Instituut en de begeleidingscommissie vanuit de GDVVgroep. Deze commissie bestond uit de heer J. Booij (directie cluster Centrum) en mevrouw I. Burgers (directie cluster Centrum), de heer E. Baljon (directie cluster Zuid), mevrouw E. Ruys (stafmedewerker cluster Centrum) en mevrouw drs. A. Samsom (zorgkantoor Haaglanden).

2.2 De vragenlijst

In bijlage 1 zijn de vragen van de schriftelijke enquête opgenomen. Dezelfde vragen zijn gebruikt in zowel De Schildershoek als Houtwijk.

De vragenlijst bestaat twee delen:

- deel A met vragen die voor alle bewoners moeten worden ingevuld;
- deel B met vragen die alleen betrekking hebben op de allochtone bewoners.

De volgende aspecten komen in deel A aan de orde:

- registratienummer en personalia;
- maaltijden/dieet;
- hulpmiddelen;
- dagelijkse verzorging;
- inzet overige disciplines;
- deelname bewoner aan sociale activiteiten;
- contacten met familieleden/kennissen.

In deel B gaat het om de volgende aspecten:

- taal en communicatie;
- tot welke allochtone bevolkingsgroep de bewoner wordt gerekend.

2.3 Het interview

Aangezien in de vragenlijst vooral gevraagd is naar het standpunt van de verzorgenden, zijn aanvullend interviews gehouden met overige disciplines. In de bijlagen 3, 4, 5 en 6 staan de interviewvragen beschreven, apart voor de keuken en de overige disciplines en apart voor beide huizen. Deze interviewvragen geven de interviewer richtlijnen voor onderwerpen en doorvragen. De interviews zijn in de vorm van een open gesprek gehouden.

Centraal in alle interviews in De Schildershoek staat de vraag: **Waarin verschilt zorg aan allochtone ouderen van zorg aan autochtone ouderen?**

De volgende deelonderwerpen komen aan de orde:

- algemene cultuurverschillen;
- taalproblemen;
- personeelsbeleid;
- opleiding;
- diversiteit;
- hulpvraagverduidelijking;
- zorgtoewijzing;
- tijdsbesteding;
- kosten (keuken).

Ter vergelijking is de centrale vraag in de interviews in Houtwijk: **Wat is de zwaarte en de diversiteit van de zorg? De volgende deelonderwerpen komen aan de orde:**

- diversiteit;
- hulpvraagverduidelijking;
- zorgtoewijzing;
- tijdsbesteding;
- kosten (keuken).

2.4 Berekening meerkosten en vertaling in budgetparameters

De gegevens uit enquêtes en interviews zijn allereerst vertaald naar kwalitatieve inzet van menskracht en middelen. Deze inzet is vervolgens gekwantificeerd door aard, duur en frequentie van de relevante activiteiten te koppelen aan de gerelateerde materiële en personele middelen. Daarbij is gebruikgemaakt van een variant op de Delphi-methode¹. Kennis over aard, duur en frequentie uit de literatuur is gecombineerd met kennis die binnen het Tympaan Instituut aanwezig is op basis van eerdere empirie. Dit heeft geresulteerd in een aantal aannamen die zijn voorgelegd aan de begeleidingscommissie en aan sleutelfiguren binnen beide verpleeghuizen. De reactie van sleutelfiguren en begeleidingscommissie is vervolgens in de aannamen verwerkt. Op deze wijze is een objectieve benadering van de meerkosten verkregen.

Daarbij is niet primair uitgegaan van ervaringsgegevens van De Schildershoek, zoals deze bij tijdschrijven naar voren zouden zijn gekomen, omdat niet kan worden uitgesloten dat deze gegevens, zeker gelet op het breed gevoelde belang van het onderzoek, een zekere kleurings hadden gekregen.

Uiteraard zijn de aldus verkregen gegevens wel naast de feitelijke financiële en formatieve gegevens van beide verpleeghuizen gelegd.

¹ Deze methode (vernoemd naar het Orakel van Delphi) houdt in dat volgens een cyclisch proces gegevens worden verzameld bij de ene bron, vervolgens ter toetsing worden voorgelegd aan een tweede en eventueel derde en volgende bronnen, worden bewerkt en vervolgens weer aan de eerste bron ter toetsing worden voorgelegd.

De vertaling naar beleidsmatige consequenties voor budgetparameters heeft plaatsgevonden door de principes van het huidige budgetteringssysteem toe te passen op de specifieke situatie van De Schildershoek.

2.5 Beschrijving cliënten

In het onderzoek worden gegevens verzameld over alle intramurale cliënten van De Schildershoek en Houtwijk. In beide huizen gaat het om 60 somatische en 120 psychogeriatrische bedden. De cliënten voor dagbehandeling zijn buiten beeld gelaten. Op basis van de enquête worden in tabel 2 enkele achtergrondgegevens beschreven.

Tabel 2 Achtergrondgegevens intramurale cliënten De Schildershoek en Houtwijk

kenmerk	De Schildershoek (n=175)	Houtwijk (n=175)
leeftijd	tussen 43 en 103 jaar; gemiddeld 78 jaar	tussen 63 en 100 jaar; gemiddeld 85 jaar
geslacht	69% vrouw en 31% man	82% vrouw en 17% man
geboorteland	49% Nederlands en 51% elders	89% Nederlands en 11% elders
nationaliteit	94% Nederlands en 6% anders	97% Nederlands en 3% anders
religie/levensbeschouwing	49% christelijk 11% niet religieus 8% islamitisch 21% hindoe 11% onbekend	56% christelijk 17% niet religieus 0% islamitisch 0% hindoe 29% onbekend
gehuwd of samenwonend	38%	43%

De cliënten in De Schildershoek zijn dus vergeleken met de cliënten in Houtwijk jonger, vaker man, vaker elders geboren en iets minder vaak gehuwd of samenwonend. Bovendien komen in De Schildershoek meer verschillende religies voor dan in Houtwijk. De verzorgenden delen 48% van de bewoners van De Schildershoek in bij een niet-Nederlandse bevolkingsgroep. Het gaat om Hindoestaanse Surinamers (27% van totale populatie), Indische Nederlanders (6%), Antillianen (3%) en Chinezen (2%). In Houtwijk worden alle bewoners gerekend tot de Nederlandse bevolkingsgroep.

Op basis van LZV-gegevens² wordt in tabel 3 beschreven met welke diagnoses de bewoners in beide verpleeghuizen worden opgenomen.

² De verpleeghuizen houden zelf zorgzwaartegegevens bij met behulp van de Landelijke Zorgregistratie Verpleeghuizen (LZV) van Prismant. Dit is een computersysteem waarin van elke bewoner de zorgzwaartegegevens worden bijgehouden.

Tabel 3 Classificaties met betrekking tot diagnoses bij aanvang zorg (maximaal drie per bewoner): De Schildershoek en Houtwijk (in percentages)

classificaties	De Schildershoek (n=150)	Houtwijk (n=175)
psychische stoornissen	61,3% (92)	73,1% (128)
ziekten van het hart vaatstelsel	48,0% (72)	40,6% (71)
ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	21,9% (28)	22,2% (39)
ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel	13,9% (21)	19,5% (34)
endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	21,4% (32)	12,6% (22)
ziekten van de ademhalingswegen	8,7% (13)	8,5% (15)
ongevalletsel en vergiftigingen	2,7% (4)	12,0% (21)
nieuwvormingen	2,7% (4)	5,7% (10)
ziekten van het spijsverteringsstelsel	2,0% (3)	5,1% (9)
ziekten van het urogenitaal systeem	5,3% (8)	2,3% (4)
ziekten van huid en subcutis	2,7% (4)	4,0% (7)
ziekten van bloed en bloedvormende organen	0,7% (1)	2,8% (4)
infectieziekten en parasitaire ziekten	-	0,6% (1)
symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	0,7% (1)	-

In bovenstaande tabel is te zien dat de (classificaties van de) diagnoses tussen beide huizen over het algemeen redelijk overeenstemmen. Voor de volgende classificaties geldt dit niet: in De Schildershoek komen twee keer zo vaak de classificaties 'endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten' en 'ziekten van het urogenitaal systeem' voor als in Houtwijk. Verder komen in De Schildershoek de classificaties 'nieuwvormingen', 'ziekten van bloed en bloedvormende organen' en 'ongevalletsel en vergiftigingen' vier keer zo weinig en de classificatie 'ziekten van het spijsverteringsstelsel' twee keer zo weinig voor als in Houtwijk.

Bij de analyse van de diagnoses is verder opvallend dat het percentage dementie ('psychische stoornissen') in beide huizen hoog is, namelijk 53,4% in De Schildershoek en 65,7% in Houtwijk. Het percentage cva-patiënten ('ziekten van het hart vaatstelsel') is 26,7% in De Schildershoek en 19,5% in Houtwijk. Het percentage diabetespatiënten ('endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten') is 13,3% in De Schildershoek en 8,4% in Houtwijk.

3 Resultaten vragenlijst

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de vragenlijst onder (eerstverantwoordelijke) verzorgenden besproken. Hierbij worden de volgende onderwerpen onderscheiden: maaltijden (paragraaf 3.1), hulpmiddelen en dagelijkse verzorging (paragraaf 3.2), overige disciplines (paragraaf 3.3), sociale activiteiten (paragraaf 3.4), contact met familie en kennissen (paragraaf 3.5) en taal en communicatie bij allochtone bewoners (paragraaf 3.6). Een samenvatting van de enquêteresultaten en enkele conclusies staan in paragraaf 3.7.

Bij de beschrijving van de resultaten staan verschillen tussen de twee verpleeghuizen en verschillen tussen religieuze groepen centraal. Voor een verdeling van religies en geboorteland wordt verwezen naar tabellen 1 en 2 in bijlage 2.

3.1 Maaltijden

Binnen De Schildershoek is er een veel grotere variëteit aan gewenste maaltijden dan in Houtwijk (zie tabel 3 en 4, bijlage 2). In Houtwijk maakt bijna iedereen gebruik van de Nederlandse maaltijdcyclus en slechts enkelen eten vegetarisch. In De Schildershoek daarentegen maakt slechts de helft gebruik van de Nederlandse maaltijdcyclus, een kwart van de Surinaamse maaltijdcyclus en slechts enkele bewoners eten vegetarisch (bij 14% is het onbekend). Het zijn met name de hindoeïstische en islamitische bewoners die gebruikmaken van Surinaamse maaltijden; ook gebruik van vegetarische maaltijden komt in deze twee groepen relatief het meest voor. Ongeveer de helft van de niet in Nederland (onder andere Suriname en Indonesië) geboren christenen maken gebruik van Surinaamse maaltijden. In Nederland geboren christenen eten allemaal 'Hollandse kost'.

Een typisch cultureel bepaalde maaltijdwens is de vraag om ritueel geslacht vlees. Deze geldt voor 17% van de bewoners van De Schildershoek en slechts voor een bewoner van Houtwijk. Binnen De Schildershoek komt deze wens voor bij driekwart van de islamitische bewoners, een kwart van de hindoeïstische bewoners en 6% van de christelijke bewoners. Opvallend is dat alle christelijke bewoners die ritueel geslacht vlees wensen rooms-katholiek en in Nederland geboren zijn.

Naast cultuurspecifieke maaltijdwensen hebben veel bewoners ook een dieet. In beide verpleeghuizen gaat het om ruim eenderde van de bewoners (zie tabel 5 en 6, bijlage 2). Een diabetisch dieet komt relatief het meest voor, vooral bij de hindoeïstische bewoners van De Schildershoek. De islamitische bewoners hebben relatief het minst vaak een dieet.

Naast cultuurspecifieke wensen en diëten, kunnen bewoners ook een aangepaste voedingsbereiding nodig hebben, bijvoorbeeld zacht, gemalen en/of vloeibaar. Dit geldt voor eenderde van de bewoners van De Schildershoek en de helft van de bewoners van Houtwijk (zie tabel 7 en 8, bijlage 2). Met name een gemalen bereiding komt veel vaker voor in Houtwijk. Opvallend is dat de christelijke bewoners in Houtwijk veel vaker een aangepaste voedingsbereiding nodig hebben dan de christelijke bewoners in De Schildershoek. Binnen De Schildershoek blijken de hindoeïstische en islamitische bewoners iets minder vaak een aangepaste vorm van voedingsbereiding te hebben dan de (vooral de in Nederland geboren) christelijke en niet-religieuze bewoners. Binnen Houtwijk zijn er weinig verschillen tussen religieuze groepen.

In Houtwijk komt het bijna nooit voor dat familieleden warme maaltijden meenemen; in De Schildershoek komt dit bij bijna eenderde van de bewoners regelmatig voor (zie tabellen 9 en 10, bijlage 2). In dat laatste geval gaat het vooral om de hindoeïstische en islamitische bewoners, waarbij de familie van de islamiti-

sche bewoners vaker maaltijden meeneemt dan de familie van hindoeïstische bewoners. Opvallend is dat ook de familie van christelijke en niet-religieuze bewoners in De Schildershoek vaker maaltijden meenemen dan de christelijke en niet-religieuze bewoners in Houtwijk. Het gaat dan in De Schildershoek om christelijke bewoners die soms in Nederland maar relatief vaak elders geboren zijn.

3.2 Hulpmiddelen en dagelijkse verzorging

De bewoners van Houtwijk maken vaker gebruik van een gebitsprothese, een bril en/of een gehoorapparaat dan de bewoners van De Schildershoek (zie tabel 11 en 12, bijlage 2). Een gebitsprothese en een bril worden door ongeveer de helft van de bewoners gebruikt; een gehoorapparaat door maximaal 10%. In De Schildershoek zijn enkele verschillen tussen religieuze groepen: niet in Nederland geboren christelijke en islamitische bewoners hebben minder vaak een gebitsprothese dan hindoeïstische en niet-religieuze bewoners; islamitische bewoners hebben relatief vaker een bril dan de andere groepen.

In beide verpleeghuizen maakt zo'n tweederde van de bewoners gebruik van een loophulpmiddel (zie tabel 13 en 14, bijlage 2). Een handbewogen rolstoel wordt het meest gebruikt, namelijk bij 40% à 50% van de bewoners. In De Schildershoek maken de niet-religieuze bewoners relatief het minst gebruik van de handbewogen rolstoel. In Houtwijk hebben de rooms-katholieke bewoners minder vaak een handbewogen rolstoel (43%) dan de hervormde en gereformeerde bewoners (60%). Verder wordt gebruikgemaakt van een rollator (iets minder dan 20%), een elektrische rolstoel (ongeveer 5%) en eenvoudige loophulpmiddelen zoals krukken, een stok of een looprekje (minder dan 5%). Er wordt slechts door een enkeling gebruikgemaakt van een scootmobiel.

Een opvallend verschil in de dagelijkse verzorging tussen beide verpleeghuizen is dat in De Schildershoek bewoners veel vaker in bad of de douche gaan dan in Houtwijk (zie tabel 15 en 16, bijlage 2). In Houtwijk gaat meer dan 90% van de bewoners eenmaal per week in bad of de douche. In De Schildershoek gaat de helft van de bewoners eenmaal per week in bad of de douche, 15% meerdere keren per week en eenderde dagelijks. De hindoeïstische bewoners gaan relatief het vaakst in bad of de douche en niet-religieuze bewoners relatief het minst. Er zijn echter geen grote verschillen tussen de culturele groepen: zowel de christelijke, islamitische, hindoeïstische als niet-religieuze bewoners in De Schildershoek baden/douchen veel vaker dan de bewoners in Houtwijk. Het maakt daarbij niet uit of men in Nederland geboren is of niet.

De bewoners van De Schildershoek stellen bovendien veel vaker speciale eisen met betrekking tot de persoonlijke verzorging dan de bewoners van Houtwijk (zie tabel 17a, 17b, 18a en 18b, bijlage 2). Het gaat vooral om eisen rond douchen/baden, gebitsverzorging, poetsen van de tong, kleding, haardracht, hoofdbedekking en huidverzorging. Islamitische en hindoeïstische bewoners hebben met betrekking tot deze aspecten de meeste speciale eisen. Binnen de christelijke groep bewoners van De Schildershoek bestaan de meeste speciale eisen bij de bewoners die niet in Nederland zijn geboren met uitzondering van kleding, scheren, make-up en sieraden. Voor die aspecten worden even vaak eisen gesteld door christenen van Nederlandse geboorte als door christenen die elders geboren zijn.

Op de zorgkaart van alle bewoners staat aangegeven welke bijzondere middelen of maatregelen van toepassing zijn. Het gaat om de volgende items: houding in bed, tilprotocol, steunkousen/zwachtels, wondverzorging, aangepast schoeisel, beddekbeschermers, incontinentie, katheter, sonde, zuurstof, blaasspoelen, gebruik zusteroproep, gebruik papegaai en gebruik poststoel. Bij de meeste bewo-

ners in beide verpleeghuizen (93% in De Schildershoek en 98% in Houtwijk) wordt minimaal een van deze middelen of maatregelen genoemd op de zorgkaart. Incontinentie en het tilprotocol komen relatief het meest voor. Gebruik van katheter, sonde, zuurstof en blaasspoelen komt slechts sporadisch voor.

Bij vergelijking tussen de twee verpleeghuizen valt het op dat in De Schildershoek verschillende middelen en maatregelen minder gebruikt worden dan in Houtwijk: houding in bed, tilprotocol, steunkousen/zwachtels, wondverzorging, incontinentie feces (zie tabel 19a, 19b, 19c en 20a, 20b, 20c in bijlage 2). Aangepast schoeisel en de poststoel worden juist meer in De Schildershoek gebruikt. Er is weinig verschil tussen de huizen in het gebruik van bedheksbeschermers, zusteroproep en papegaai. Ook zijn ongeveer evenveel bewoners in beide huizen incontinent wat betreft de feces.

Binnen De Schildershoek vallen de volgende verschillen tussen de religieuze groepen op. Incontinentie wat betreft urine, gebruik van steunkousen en zwachtels, wondverzorging en aangepast schoeisel komen relatief veel voor bij de christelijke bewoners. Gebruik van zusteroproep, aangepast schoeisel en gebruik van een papegaai komt relatief veel voor bij islamitische bewoners en het tilprotocol juist weinig. Gebruik van een poststoel, zusteroproep en papegaai komt relatief veel voor bij hindoeïstische bewoners en gebruik van aangepast schoeisel en steunkousen/zwachtels juist weinig. Incontinentie wat betreft feces, een tilprotocol, bedheksbeschermers en aangepast schoeisel komen relatief weinig voor bij de niet-religieuze bewoners.

Binnen Houtwijk zijn er weinig verschillen tussen de religieuze groepen. Alleen incontinentie wat betreft feces en het gebruik van bedheksbeschermers komen relatief vaak voor bij de christelijke bewoners.

Aan de (eerstverantwoordelijke) verzorgenden is een inschatting gevraagd van de kwaliteit van de dagelijkse zorg van de bewoners. Uit de volgende verschillen tussen De Schildershoek en Houtwijk blijkt dat de kwaliteit van de zorg in De Schildershoek iets negatiever wordt ervaren dan in Houtwijk (zie figuur 1 tot en met 6, bijlage 2):

- De verzorgenden in beide huizen hebben even vaak wel of geen goed inzicht in de wensen en behoeften van de bewoners: bij ongeveer driekwart van de bewoners is er vaak of altijd inzicht en bij ongeveer een kwart van de bewoners is er slechts soms of zelden/nooit inzicht. Hierin zijn ook binnen de huizen weinig of geen cultuurverschillen.
- In De Schildershoek kunnen verzorgenden minder vaak aan de behoeften en wensen voldoen van de bewoners als het gaat om de dagelijkse verzorging. Aan de behoeften van de niet-religieuze bewoners in De Schildershoek kan relatief het vaakst voldaan worden.
- In De Schildershoek hebben verzorgenden minder vaak voldoende tijd en aandacht om aan de bewoners te besteden. Bij de hindoeïstische bewoners worden hier relatief de meeste problemen gesignaleerd: bij 14% van deze bewoners heeft men altijd of vaak voldoende aandacht, bij 71% soms en bij 14% zelden of nooit.
- In De Schildershoek voelen de bewoners zich vaker eenzaam, met name de hindoeïstische bewoners (21% voelt zich altijd of vaak eenzaam, 65% soms en 15% zelden of nooit).
- In De Schildershoek zijn de bewoners iets minder vaak tevreden met de zorg. De hindoeïstische bewoners zijn relatief het minst tevreden: 27% is altijd of vaak tevreden, 61% soms en 12% zelden of nooit. Ook van de islamitische bewoners is een kwart zelden of nooit tevreden, maar daar tegenover staat dat ruim de helft altijd of vaak tevreden is.

- Hoewel de meeste familieleden vaak of altijd tevreden zijn over de zorg, komt het in De Schildershoek iets vaker voor dat familieleden slechts soms tevreden zijn. Hierin zijn weinig cultuurverschillen.

3.3 Overige disciplines

In de vragenlijst is aan de verzorgenden gevraagd of de bewoners elke week vaste afspraken hebben met collega's van andere disciplines: arts, maatschappelijk werk, activiteitenbegeleiding, geestelijk verzorger, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut en logopedist. De volgende verschillen tussen De Schildershoek en Houtwijk vallen in het oog (zie tabel 21a, 21b, 22a en 22b, bijlage 2):

- De bewoners van De Schildershoek hebben vaker vaste afspraken met de arts, de activiteitenbegeleiding en de geestelijk verzorger dan de bewoners van Houtwijk.
- Ook de christelijke bewoners van De Schildershoek hebben vaker vaste afspraken met de arts dan de christelijke bewoners van Houtwijk.
- Binnen De Schildershoek maken de christelijke en de niet-religieuze bewoners vaker gebruik van activiteitenbegeleiding dan de islamitische en hindoeïstische bewoners.
- De christelijke en niet-religieuze bewoners van De Schildershoek maken vaker gebruik van activiteitenbegeleiding dan de christelijke en niet-religieuze bewoners van Houtwijk.
- De in Nederland geboren christelijke bewoners van De Schildershoek hebben vaker vaste afspraken met activiteitenbegeleiding dan niet in Nederland geboren christelijke bewoners van De Schildershoek.
- Met name de islamitische bewoners van De Schildershoek hebben vaak vaste afspraken met de geestelijk verzorger.
- De christelijke bewoners van De Schildershoek hebben vaker vaste afspraken met de geestelijk verzorger dan de christelijke bewoners in Houtwijk.
- Niet-religieuze bewoners in De Schildershoek hebben relatief vaak vaste afspraken met de psycholoog.
- De buiten Nederland geboren rooms-katholieke bewoners van De Schildershoek hebben relatief het vaakst vaste afspraken met de fysiotherapeut (75% van deze groep).

Naast vaste afspraken lopen bewoners ook wel eens tussendoor binnen bij bovengenoemde disciplines. In de enquête is nagevraagd hoe vaak elke bewoner zonder afspraak langsgaat bij elk van de disciplines. De percentages bewoners die minimaal tweemaal per maand zonder afspraak langsgaan staan in tabel 23a, 23b, 24a en 24b (bijlage 2). De volgende verschillen tussen beide verpleeghuizen zijn opvallend:

- In Houtwijk lopen bewoners veel minder vaak zonder afspraak bij de verschillende disciplines binnen dan in De Schildershoek.
- In De Schildershoek zijn het vooral de bewoners zonder religie die vaak zonder afspraak langskomen, met name bij de arts, het maatschappelijk werk, de activiteitenbegeleiding, de psycholoog en de fysiotherapeut.

3.4 Sociale activiteiten

Aan de verzorgenden is gevraagd hoe vaak elke bewoner deelneemt aan verschillende sociale activiteiten, namelijk:

- gesprek of spelletje met andere bewoner;
- recreatieve activiteiten op de afdeling (groep);
- recreatieve activiteiten voor alle bewoners;
- recreatieve uitstapjes buitenshuis;
- Nederlandse religieuze vieringen;

- Nederlandse religieuze en nationale feestdagen;
- niet-Nederlandse religieuze vieringen;
- niet-Nederlandse (religieuze) feestdagen.

Er kon aangegeven worden of een bewoner altijd, vaak, soms, zelden of nooit deelneemt aan elk van de genoemde activiteiten. In tabel 25a, 25b, 26a en 26b (bijlage 2) zijn de percentages genoemd van de bewoners die altijd of vaak deelnemen. Hier blijken de volgende verschillen tussen de huizen en tussen culturen:

- In De Schildershoek nemen bewoners vaker deel aan een gesprek of doen een spelletje met een medebewoner dan in Houtwijk. Met name de niet-religieuze bewoners in De Schildershoek doen hier vaak aan mee.
- In Houtwijk nemen bewoners vaker deel aan recreatieve activiteiten op de afdeling dan in De Schildershoek. De hindoeïstische bewoners in De Schildershoek doen relatief met minst vaak mee.
- In Houtwijk nemen bewoners vaker deel aan recreatieve activiteiten voor het hele huis dan in De Schildershoek. De islamitische en hindoeïstische bewoners in De Schildershoek doen relatief het minst vaak mee. Binnen Houtwijk doen de rooms-katholieke bewoners vaker hieraan mee dan de Nederlands-hervormde bewoners.
- Gemiddeld gezien doen de bewoners in beide huizen even vaak mee aan recreatieve uitstapjes buitenshuis. Wel zijn er grote verschillen binnen de huizen. De islamitische en hindoeïstische bewoners in De Schildershoek en de niet-religieuze bewoners in Houtwijk doen hier het minst aan mee.
- In De Schildershoek doen bewoners vaker mee aan Nederlandse religieuze vieringen dan in Houtwijk. Met name de christelijke bewoners van De Schildershoek doen vaak mee; de in Nederland geboren christenen nog iets vaker dan de niet in Nederland geboren christenen. De islamitische en hindoeïstische bewoners doen relatief weinig hieraan mee. Opvallend is dat ook niet-religieuze bewoners in De Schildershoek in groten getale meedoen aan de Nederlandse religieuze vieringen. In Houtwijk doen slechts weinig niet-religieuze bewoners hieraan mee. In Houtwijk doen ook opvallend weinig christelijke bewoners mee aan Nederlandse religieuze vieringen; de rooms-katholieke bewoners nog iets vaker dan de Nederlands-hervormde bewoners.
- Een soortgelijk beeld ontstaat voor de viering van Nederlandse religieuze en nationale feestdagen. In De Schildershoek wordt hier vaker aan meegedaan dan in Houtwijk, met name door de christelijke bewoners van De Schildershoek (de in Nederland geboren christenen nog vaker dan de niet in Nederland geboren christenen). Met name de islamitische, maar ook de hindoeïstische bewoners van De Schildershoek doen relatief weinig hieraan mee. Dat geldt ook voor de niet-religieuze bewoners van Houtwijk.
- In Houtwijk worden niet of nauwelijks niet-Nederlandse religieuze vieringen en feestdagen gevierd. In De Schildershoek daarentegen neemt een kwart van de bewoners hier altijd of vaak aan deel. Het gaat vooral om de islamitische en hindoeïstische bewoners. Ook enkele christelijke en niet-religieuze bewoners in De Schildershoek doen vaak mee aan niet-Nederlandse religieuze vieringen en feestdagen; meestal zijn zij dan niet in Nederland geboren.

Naast de vraag hoe vaak bewoners deelnemen aan sociale activiteiten, is ook gevraagd aan wie daarvoor een eigen bijdrage wordt gevraagd. De volgende verschillen blijken tussen de twee verpleeghuizen (tabel 27a, 27b, 28a en 28b, bijlage 2):

- In Houtwijk wordt aan veel meer bewoners een eigen bijdrage gevraagd voor recreatieve activiteiten (op afdeling, in hele huis en buitenshuis) dan in De Schildershoek.
- In beide huizen wordt slechts aan weinig bewoners een bijdrage gevraagd voor deelname aan religieuze vieringen en feestdagen.

- In De Schildershoek wordt aan relatief weinig islamitische en hindoeïstische bewoners een bijdrage gevraagd voor recreatieve activiteiten voor het hele huis. Voor de overige sociale activiteiten zijn er geen cultuurverschillen voor het betalen van een eigen bijdrage.
- De christelijke bewoners binnen Houtwijk betalen het minst vaak een eigen bijdrage voor de viering van Nederlandse religieuze vieringen en feestdagen.

De bewoners van De Schildershoek blijken veel vaker problemen te hebben met het betalen van de eigen bijdrage dan de bewoners van Houtwijk (figuur 7, bijlage 2). Per sociale activiteit varieert het percentage bewoners dat soms, vaak of altijd problemen heeft met de eigen bijdrage van 22-29% in De Schildershoek en van 2-8% in Houtwijk. De verschillen tussen culturen zijn gering.

3.5 Contact met familie en kennissen

Minimaal de helft van de bewoners in beide huizen krijgt wekelijks of dagelijks bezoek van familie en/of kennissen (tabel 29 en 30, bijlage 2). De bewoners van Houtwijk krijgen vaker bezoek dan de bewoners van De Schildershoek. In beide huizen krijgen de niet-religieuze bewoners vaker bezoek dan de christelijke bewoners; deze beide groepen krijgen in Houtwijk vaker bezoek dan in De Schildershoek. Binnen De Schildershoek krijgen de islamitische en hindoeïstische bewoners vaker bezoek dan de christelijke en niet-religieuze bewoners.

Het aantal bewoners van wie familie of kennissen betrokken zijn bij activiteiten is in beide huizen ongeveer even groot (tabel 31 en 32, bijlage 2). Gekeken is naar de volgende activiteiten: eten en drinken, toiletgang, sociale activiteiten, religieuze diensten, naar buiten nemen en bezoek buiten het verpleeghuis. Mee naar buiten nemen wordt het meest gedaan (bij de helft van de bewoners in beide huizen). Hulp bij toiletgang en bij religieuze diensten komt relatief het minst voor. De volgende verschillen blijken tussen de huizen en/of tussen culturele groepen:

- In De Schildershoek gebeurt het vaker dat familie of kennissen een bewoner meenemen voor een bezoek buiten het verpleeghuis.
- In De Schildershoek zijn familie en kennissen vaker betrokken bij religieuze diensten dan in Houtwijk.
- Binnen De Schildershoek helpt de familie van de christelijke bewoners (met uitzondering van de Nederlands-hervormden) het minst vaak bij eten en drinken. Ook neemt de familie van de christelijke bewoners hun familielid het minst vaak mee voor een bezoek buiten het verpleeghuis.
- Binnen De Schildershoek helpt de familie van de islamitische bewoners het vaakst bij de toiletgang. Daarentegen neemt de familie van islamitische bewoners hun familielid het minst vaak mee naar buiten.
- Familie en kennissen van de hindoeïstische bewoners van De Schildershoek helpen relatief het minst vaak bij sociale activiteiten.
- Familie en kennissen van de islamitische en hindoeïstische bewoners van De Schildershoek helpen relatief het vaakst bij religieuze diensten.
- Binnen Houtwijk helpen familieleden en kennissen van de niet-religieuze bewoners het vaakst bij sociale activiteiten.

Aan de verzorgenden is gevraagd wat de betrokkenheid van familieleden en kennissen van bewoners betekent voor de werkbelasting van de verplegingsdienst. In de meeste gevallen maakt de betrokkenheid van familie/kennissen nauwelijks verschil (tabel 33 en 34, bijlage 2). In De Schildershoek komt het vaker voor dan in Houtwijk dat verzorgenden de betrokkenheid van familie/kennissen als een vermindering van de werkbelasting ervaren, maar ook dat ze vinden dat die juist extra tijd kost. Met name bij de islamitische bewoners wordt de betrokkenheid van familie/kennissen vaak als extra belastend ervaren. Bij de niet-

religieuze bewoners wordt de betrokkenheid van familie/kennissen het vaakst als ontlastend ervaren.

Voor elke bewoner is er een formele contactpersoon binnen de familie of kennisgeving afgesproken. Nagevraagd is hoe de contacten met deze contactpersonen verlopen. Hierin zijn de volgende verschillen tussen en binnen beide huizen gevonden (tabel 35 en 36, bijlage 2):

- In Houtwijk zijn de contactpersonen beter bereikbaar dan in De Schildershoek. Vooral de contactpersonen van de islamitische en hindoeïstische bewoners in De Schildershoek zijn minder goed bereikbaar. In Houtwijk zijn de contactpersonen van niet-religieuze bewoners iets beter bereikbaar dan de contactpersonen van christelijke bewoners.
- In De Schildershoek zijn de contactpersonen vaker bij gesprekken aanwezig dan in Houtwijk. Vooral de contactpersonen van de islamitische en hindoeïstische bewoners in De Schildershoek zijn vaak aanwezig bij gesprekken.
- De taal geeft in De Schildershoek vaker problemen dan in Houtwijk en dan met name bij de islamitische en hindoeïstische bewoners. Bij alle culturele groepen geeft de taal echter in de meeste gevallen (minimaal 70%) geen problemen in de communicatie met de contactpersoon.
- In beide huizen komt het bij ongeveer eenderde van de bewoners voor dat naast de formele contactpersoon meer familieleden en/of kennissen betrokken zijn bij overleg over de zorg. Dit komt relatief vaak voor bij de hindoeïstische bewoners in De Schildershoek.

In de contacten met familie en kennissen in het algemeen blijken de volgende verschillen tussen en binnen de huizen (tabel 37 en 38, bijlage 2):

- In Houtwijk is er iets vaker contact tussen verzorgende en familie/kennissen tijdens bezoek. Binnen elk huis zijn weinig verschillen tussen culturele groepen hierin.
- De cultuur geeft in De Schildershoek vaker problemen in de contacten met familie en kennissen dan in Houtwijk. Het gaat met name om de islamitische en hindoeïstische bewoners in De Schildershoek. Problemen door cultuurverschillen komen bij de islamitische groep het vaakst voor. Toch geeft ook in deze groepen de cultuur bij minimaal de helft van de bewoners geen problemen.
- In De Schildershoek komen vaker meningsverschillen tussen familieleden en/of kennissen voor dan in Houtwijk. De meeste meningsverschillen komen voor bij de hindoeïstische bewoners van De Schildershoek en de minste bij de niet-religieuze bewoners van De Schildershoek.

3.6 Taal en communicatie bij allochtone bewoners

In De Schildershoek behoren 84 bewoners (48% van totale populatie) tot een niet-Nederlandse bevolkingsgroep. In het volgende overzicht worden de verschillende bevolkingsgroepen benoemd en ook de religie van de betreffende bewoners:

- Hindoestaanse Surinamers (48x): hindoeïstisch (35x), islamitisch (8x), christelijk (2x), onbekende religie (3x);
- Indische Nederlanders (11x): christelijk (8x), islamitisch (1x), onbekende religie (2x);
- Antillianen (6x): christelijk (5x), onbekende religie (1x);
- overige Surinamers (6x): christelijk (2x), islamitisch (1x), geen religie (1x), onbekende religie (2x);
- Chinezen (3x): geen religie (2x), onbekende religie (1x);
- Turken (2x): islamitisch (2x);
- Marokkanen (1x): islamitisch (1x);
- Portugezen (1x): christelijk (1x);

- overig (6x): christelijk (5x), onbekende religie (1x).

Van deze 84 bewoners worden enkele kenmerken beschreven in deze paragraaf op het gebied van taal en communicatie.

In alle niet-Nederlandse bevolkingsgroepen zijn er enkele bewoners die geen Nederlands spreken (zo'n 12% in totaal), maar ook bewoners voor wie de Nederlandse taal geen problemen oplevert (tabel 39, bijlage 2). De drie allochtone bewoners zonder religie spreken alle drie geen Nederlands. Van de christelijke allochtone bewoners spreken relatief de meeste mensen wel Nederlands. Van de islamitische en hindoeïstische bewoners hebben de meesten enige of veel moeite met de Nederlandse taal. Er zijn kleine verschillen in de mate waarin het Nederlands beheerst wordt in de omgang tijdens de dagelijkse verzorging, contacten met medebewoners en deelname aan groepsactiviteiten. In de ene situatie redden allochtone bewoners zich soms beter met het Nederlands dan in de andere situatie. De verschillen zijn echter te klein om verder aandacht te geven.

Het merendeel van de allochtone bewoners (81%) gebruikt de Nederlandse taal in de communicatie met verzorgenden binnen de afdeling (tabel 40a en 40b, bijlage 2). Daarnaast wordt in de helft van de gevallen in de eigen taal van de bewoners gesproken met verzorgenden (die dan dus ook die taal spreken). Het personeel van de eigen afdeling tolkt bij eenderde van de allochtone bewoners ook wel eens in contacten met verzorgenden. In een kwart van de gevallen wordt wel eens met 'handen en voeten' gecommuniceerd. De wijze van communicatie met verzorgenden komt over het algemeen overeen met de wijze van communicatie met medebewoners (individueel en in groepsverband). Met medebewoners wordt over het algemeen minder gecommuniceerd dan met verzorgenden: alle bewoners communiceren met verzorgenden, 16% van de allochtone bewoners communiceert nooit met medebewoners en 29% doet nooit mee aan groepsactiviteiten. Met name de Nederlandse taal wordt in de communicatie met medebewoners minder vaak gebruikt dan in de communicatie met verzorgenden.

Bij ongeveer 30% van de allochtone bewoners levert de Nederlandse taal geen problemen op in kennismakings- en voortgangsgesprekken, tijdens (para)medische behandelingen en tijdens contacten met andere disciplines. Ruim de helft van de allochtone bewoners heeft enige of veel moeite met de Nederlandse taal in deze situaties en 15% verstaat helemaal geen Nederlands.

Als er bij het kennismakingsgesprek of bij voortgangsgesprekken een tolk nodig is, wordt die rol meestal vervuld door een familielid/kennis (ongeveer 30%) of personeel van de eigen afdeling (ongeveer 15%). Bij paramedische en (psycho)sociale behandelingen wordt, indien nodig, vooral getolkt door personeel van de eigen afdeling.

Aan de verzorgenden is gevraagd in hoeverre zij denken dat de (para)medische behandeling en de (psycho)sociale begeleiding bij allochtone bewoners moeizamer verloopt dan bij autochtone bewoners met vergelijkbare problematiek (tabel 41, 42, bijlage 2). Van alle allochtone groepen verschilt de christelijke groep het minst van de autochtone bewoners (meest frequent 'nooit verschil' gescoord). Verder zijn er binnen elke allochtone religieuze groep zowel bewoners waarbij de behandeling en/of begeleiding (veel) moeizamer verloopt dan bij autochtone bewoners als even moeizaam. De verschillen lijken dus vooral individueel bepaald en niet door de religie of het allochtoon zijn.

3.7 Samenvatting en conclusies

Uit de resultaten van de vragenlijst onder verzorgenden blijkt dat veel aspecten van verpleeghuiszorg meer tijd en aandacht vragen in het multiculturele verpleeghuis De Schildershoek in vergelijking met het overwegend autochtone verpleeghuis Houtwijk. Enkele aspecten blijken niet te verschillen en enkele aspecten vragen in Houtwijk juist meer tijd en aandacht.

De volgende aspecten van de verpleeghuiszorg vragen meer tijd en aandacht in het multiculturele huis De Schildershoek:

- maaltijden: grotere variëteit in maaltijdcyclussen, vraag naar ritueel geslacht vlees, familie neemt vaker warme maaltijden van huis mee;
- baden en douchen: gebeurt vaker;
- speciale eisen aan de persoonlijke verzorging: komt vaker voor, bijvoorbeeld bij douchen, baden, gebitsverzorging, kleding, haardracht en hoofdbedekking;
- aangepast schoeisel;
- gebruik van de postoeel;
- eenzaamheid: komt vaker voor;
- vaker vaste afspraken met de volgende disciplines: arts, activiteitenbegeleiding en geestelijk verzorger;
- zonder afspraak binnenlopen bij disciplines: komt vaker voor (met name de bewoners zonder religie);
- deelname aan zowel Nederlandse als niet-Nederlandse religieuze vieringen en feestdagen: gebeurt vaker;
- minder vaak bezoek van familie en/of kennissen;
- minder goed bereikbare contactpersonen in de familie;
- meer problemen door taal en cultuurverschillen in contacten met familie en kennissen;
- taalproblemen van enkele bewoners: hierdoor zijn bijvoorbeeld soms tolken nodig.

Bovendien blijkt in de beleving van de verzorgenden in De Schildershoek (in vergelijking met die in Houtwijk):

- dat zij minder vaak aan de behoeften en wensen kunnen voldoen van de bewoners als het gaat om de dagelijkse verzorging;
- dat zij minder vaak voldoende tijd en aandacht kunnen besteden aan de bewoners;
- de betrokkenheid van familie/kennissen vaker een vermindering maar ook vaker een verzwaring van de werkbelasting betekent.

Ook blijkt dat de bewoners en hun familieleden in De Schildershoek iets minder vaak tevreden zijn over de zorg dan de bewoners en hun familieleden in Houtwijk.

De extra tijd en aandacht die nodig blijken in De Schildershoek voor bovengenoemde aspecten van de zorg hangen in verreweg de meeste gevallen samen met het grote aantal allochtone bewoners. Door de verscheidenheid aan culturele gewoonten en gebruiken ontstaan zeer uiteenlopende wensen en behoeften binnen de populatie van De Schildershoek. Door taal- en communicatieproblemen kosten sommige aspecten van de zorg meer tijd.

De volgende aspecten van de verpleeghuiszorg blijken evenveel tijd en aandacht te vragen in beide onderzochte verpleeghuizen:

- diëten;
- gebruik van loophulpmiddelen;
- incontinentie;
- deelname recreatieve uitstapjes buitenshuis;
- betrokkenheid van familie/kennissen bij activiteiten;
- (para)medische behandeling;

- (psycho)sociale begeleiding.

Bovenstaande aspecten variëren vooral op basis van de problematiek van de bewoners. De cultuur en religie van de bewoners hebben hier weinig invloed op.

De volgende aspecten van de verpleeghuiszorg vragen meer tijd en aandacht in het overwegend autochtone huis Houtwijk:

- aangepaste voedingsbereiding: met name een gemalen bereiding komt veel vaker voor;
- gebruik van gebitsprothese, bril en gehoorapparaat: komt vaker voor;
- speciale maatregelen rond de houding in bed;
- tilprotocollen;
- gebruik van steunkousen en/of zwachtels;
- verzorging van wonden;
- deelname aan recreatieve activiteiten (op de afdeling en voor hele huis): gebeurt vaker.

Bovendien blijkt dat de bewoners in Houtwijk veel vaker een eigen bijdrage betalen voor deelname aan sociale activiteiten dan de bewoners in De Schildershoek. Redenen dat bovenstaande aspecten meer tijd en aandacht vragen in Houtwijk hangen samen met de (culturele) gewoonten van autochtone Nederlandse ouderen, de betere financiële situatie en de specifieke problematiek van de bewoners van Houtwijk, die niet precies gelijk is aan de problematiek van de bewoners van De Schildershoek.

4 Resultaten interviews

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de interviews. Allereerst worden in paragraaf 4.2 de interviews in De Schildershoek beschreven. Er bleken veel overeenkomsten tussen de disciplines met betrekking tot de ervaringen (zie bijlage 7). Daar waar een discipline specifiek andere ervaringen heeft, wordt dit apart vermeld. De ervaringen van de keuken worden apart beschreven (paragraaf 4.2.6), omdat zij niet zoals de andere disciplines een begeleidingsfunctie hebben ten aanzien van de bewoners van De Schildershoek.

In paragraaf 4.3 worden de interviews beschreven die zijn gehouden in Houtwijk. Deze interviews zijn gehouden om als vergelijking te dienen met De Schildershoek. Een vergelijking van een 'zwart' verpleeghuis met een 'wit' verpleeghuis om aan te tonen dat de grotere zorgzwaarte in dat 'zwarte' huis komt door het 'zwart' zijn.

Tenslotte volgt in paragraaf 4.4 een samenvatting van de verschillen tussen zorg aan allochtone ouderen en zorg aan autochtone ouderen. Daarin worden zowel de verschillen binnen De Schildershoek (tussen de autochtone en allochtone bewoners) als de verschillen tussen De Schildershoek en Houtwijk bekeken.

4.2 Zorg aan allochtone versus autochtone bewoners in De Schildershoek

In deze paragraaf worden de verschillen tussen de allochtone bewoners en de autochtone bewoners beschreven. Uit de interviews blijkt dat de verschillen die belangrijk zijn voor het bepalen van een andere zorgzwaarte bij de allochtone bewoners ten opzichte van de autochtone bewoners met name komen door de culturele en/of religieuze achtergrond van bewoners. Daarnaast spreekt een deel van de allochtone ouderen geen of gebrekkig Nederlands.

In de paragrafen 4.2.1 en 4.2.2 wordt eerst vanuit de algemene vraag: 'Waarin verschilt zorg aan allochtone ouderen van zorg aan autochtone ouderen?', beschreven wat volgens de disciplines de culturele en communicatieve verschillen zijn tussen allochtone ouderen en autochtone ouderen. In deze paragrafen wordt ook beschreven hoe deze culturele en communicatieve verschillen zich vertalen in verschillen in de begeleiding van allochtone ouderen ten opzichte van begeleiding van autochtone ouderen. In hoeverre de diversiteit van culturen invloed heeft op de werkwijze van de disciplines wordt in paragraaf 4.2.3 beschreven. Het personeelsbeleid en de scholing van het personeel gericht op de culturele diversiteit komen in paragraaf 4.2.4, respectievelijk paragraaf 4.2.5 aan de orde. In paragraaf 4.2.6 worden de ervaringen uit de keuken beschreven.

4.2.1 Verschillen in de zorgvraag

Deze paragraaf is opgesplitst in beschrijvingen van de culturele verschillen en beschrijvingen van de communicatieve verschillen tussen autochtone ouderen en allochtone ouderen, terwijl beide soorten verschillen in de praktijk verweven zijn met elkaar. Om deze reden zal in dit rapport inhoudelijk enige overlap zijn. Uit de interviews blijkt bijvoorbeeld dat de begeleiding van familieleden bij de allochtone bewoners meer tijd vraagt; deels door de cultureel bepaalde familieverbanden en deels vanwege de taalbarrière. Beide aspecten worden in een aparte subparagraaf beschreven.

Tijdens de interviews zijn de (cultuur)verschillen tussen de allochtone en autochtone bewoners besproken. In het van origine autochtone verpleeghuis gelden de cultuur en de wensen en behoeften van de autochtone bewoners als richtlijn. Binnen de autochtone groep ouderen zijn de verschillen in achtergrond,

wensen en behoeften minimaal; hun zorgvragen sluiten over het algemeen aan bij het aanbod binnen de reguliere zorg. Sinds tien jaar is De Schildershoek, door de komst van ook allochtone ouderen, een gemengd verpleeghuis ten aanzien van de culturele/religieuze achtergrond. Voor de allochtone ouderen geldt dat zij andere zorgvragen hebben, die niet binnen het reguliere aanbod beantwoord kunnen worden. De Schildershoek wil voor alle bewoners 'zorg op maat' bieden en werkt vanuit de 'individuele beleving en behoeften' van de bewoners bij het aanbieden van zorg. Door de diversiteit van culturen moet er diversiteit in het aanbod aanwezig zijn. Het Nederlandse referentiekader biedt onvoldoende houvast bij de zorg aan (verschillende groepen) allochtone bewoners. Het algemene beeld is dat hierdoor de begeleiding van de allochtone bewoners meer tijd, inspanning en geld kost. Dit wordt veroorzaakt door verschillen in de volgende punten (in willekeurige volgorde):

- omgaan met afspraken;
- familie;
- problematiek;
- ziektebeeld;
- wensen en behoeften;
- culturele en religieuze activiteiten.

Per onderdeel wordt hieronder beschreven waar de verschillen precies zitten tussen autochtone en allochtone bewoners en waarom de begeleiding van de allochtone bewoners extra tijd en inspanning vraagt³. Omdat de grootste verschillen in zorgvraag bestaan tussen enerzijds autochtone en anderzijds allochtone ouderen, worden deze twee groepen vaak genoemd. Dat neemt niet weg dat binnen elk van deze twee groepen ook verschillen zijn in de zorgvragen, met name binnen de allochtone groep.

Omgaan met afspraken

In bijlage 7 is te zien dat de verpleeghuisarts en de maatschappelijk werkster in de praktijk te maken hebben met verschillen tussen groepen bewoners in het omgaan met afspraken. Vaak werken deze disciplines met geplande afspraken met bewoners. Binnen deze gemaakte afspraken vindt officieel de begeleiding plaats. Daarnaast zijn er spontane momenten waarop de disciplines en bewoners contact hebben: dit kan een babbeltje tussendoor zijn, maar het kan ook gaan om een serieuzer onderwerp. Dit laatste valt dan ook onder 'begeleiding'. Bij het maken van afspraken en het omgaan met spontane en geplande afspraken, blijkt uit de interviews dat er vier opvallende verschillen zijn tussen de allochtone en autochtone bewoners.

Ten eerste, doordat ongeveer eenderde van de allochtone bewoners geen of met moeite Nederlands spreekt en/of verstaat, moet bij de afspraken met hen een tolk of Nederlands sprekend familielid geregeld worden. In een enkel geval wordt hiervoor een personeelslid geregeld. Dit plannen kost veel tijd.

Ten tweede zijn er bij de allochtone bewoners vaak meer mensen betrokken tijdens deze afspraken: naast de eventuele tolk zijn er vaak meer familieleden aanwezig dan tijdens afspraken met autochtone bewoners. Ook deze organisatie kost extra tijd.

Eenderde verschil met de autochtone bewoners is dat een spontaan gesprek met de niet-Nederlands sprekende allochtone bewoners vaak niet goed mogelijk is. Dit spontane gesprek kost soms meer tijd dan een gepland gesprek, doordat er dan geen vertaler aanwezig is. In de interviews wordt aangegeven dat een band

³ In dit hoofdstuk wordt alleen ingegaan op het 'waarom' van de extra tijd en inspanning die de zorg binnen een multicultureel verpleeghuis vraagt; in hoofdstuk 6 worden uitspraken gedaan over de meerkosten die deze culturele diversiteit met zich meebrengen.

met een bewoner vaak ontstaat door deze gesprekken tussendoor. Het niet kunnen hebben van een spontaan gesprek heeft dus ook invloed op het contact tussen de discipline en deze bewoners. Men geeft aan hier alert op te moeten zijn en te proberen via non-verbale communicatie toch enig contact te maken. Soms kan een medewerker dienst doen als vertaler, maar hierbij speelt het gevaar van het schenden van de privacy van de bewoner. De betreffende disciplines proberen deze spontane gesprekken te houden zodra een Nederlands sprekend familielid op bezoek is. Overigens geldt ook hierbij het probleem van de privacy (zie ook paragraaf 4.2.2).

Niet alleen personeelsleden hebben behoefte om spontane gesprekken te voeren met bewoners; ook de bewoners hebben hier behoefte aan. Over het algemeen geldt dit sterker voor de allochtone bewoners dan voor de autochtone bewoners. Bij de niet-Nederlands sprekende allochtone bewoners dient het geschetste probleem zich ook hier aan: er is vaak geen vertaler aanwezig.

Als vierde punt wordt aangegeven dat het soms lastig is dat een deel van de allochtone bewoners zonder afspraak geholpen wil worden.

Deze vier knelpunten maken dat de begeleiding van allochtone bewoners meer tijd en inspanning kost dan van de autochtone bewoners en een flexibelere houding vraagt ten opzichte van het gehanteerde protocol.

Familie

In De Schildershoek wordt gewerkt vanuit belevingsgerichte, vraaggestuurde zorg, waarbij zowel de bewoner als diens familie betrokken worden (cliënt/familiëparticipatie). Uit de interviews blijkt dat alle bevroegde disciplines met verschillen te maken hebben tussen de autochtone en allochtone bewoners in het betrekken en begeleiden van de familie. Men geeft aan dat betrokkenheid van de familie van de allochtone bewoner op een aantal punten verschilt van de betrokkenheid van de familie van de autochtone bewoner, waardoor de begeleiding van allochtone bewoners meer tijd kost en als intensiever wordt ervaren. Deze verschillen worden hieronder puntsgewijs weergegeven met bijbehorende citaten uit de interviews ter illustratie:

1. Andere omgangsvormen

- Complexere, ondoorzichtigere familieverbanden:

Er wordt altijd een zorgvertegenwoordiger gekozen uit de familie, maar de achterban, andere familieleden, wil nog wel eens die zorgvertegenwoordiger terughalen en een nieuwe naar voren brengen, waar je het bestaan niet eens van wist. Dit kost tijd, weer het hele verhaal vertellen.⁴

- Minder vaak overeenstemming tussen bewoner, familie en discipline:
Familie heeft vaak te hoge, irreële verwachtingen van medicijnen en behandeling. Kost veel energie om uitleg te geven, dat afasie bijvoorbeeld blijvend is, of waarom medicijn x niet wordt gegeven. Ze willen dat je 'alles' probeert.

Het gebrek aan overeenstemming zit bijvoorbeeld in het willen van medicijnen bij een terminale ziekte, terwijl de arts het nut niet ziet van het geven van medicijnen. Het niet accepteren van het terminale van de ziekte maakt dat er geen overeenstemming is in de behandeling. Met 'alles' proberen bedoelt de arts dat hij ook dingen moet doen die onnodig zijn volgens zijn protocol. Uitzieken is volgens allochtone bewoners geen optie, ze willen antibiotica, dan is er tenminste een actie. Uitzieken is actieloos. De arts geeft met dit citaat aan dat door verschil in verwachting ook een verschil in behandelingsovereenstemming is.

- Minder vaak overeenstemming tussen familie en bewoner:

⁴ Schuin gedrukte teksten zijn citaten van personeelsleden die geïnterviewd zijn.

Familie wil nog wel eens afspraak zonder cliënt erbij, maar dit doe ik bewust niet, om miscommunicatie te voorkomen.

- Grotere druk van familie naar bewoner:
Bij allochtone families zijn er niet altijd liefdevolle motieven in de ondersteuning van de bewoner, soms gaat het om gezichtsverlies.
Met dit citaat bedoelt de geestelijk verzorger dat er schaamte leeft bij sommige allochtone familieleden dat een oudere in een tehuis woont. De acties (behandelingen) die ondernomen moeten worden, worden volgens hem soms vanuit deze schaamte ondernomen en niet vanuit 'wat is goed voor dat familielid'. Bijvoorbeeld een actie om een oudere weer thuis te krijgen: niet zozeer omdat dit goed zou zijn voor die oudere, maar zodat de familie weer bij elkaar is en de schaamte verholpen kan worden.
- Vaker schuldgevoelens van familie ten opzichte van bewoner:
In veel culturen blijven de ouderen bij de familie inwonen, dat ze nu in een verpleeghuis zitten brengt schuldgevoelens met zich mee. Hierdoor zitten ze veel dichter op de huid van de disciplines.

2. Betrokkenheid

- Er zijn meer familieleden betrokken bij een bewoner:
Bij allochtonen werk je meer met de familie, die zijn meer betrokken en dat is zowel positief; je hebt familie nodig voor de taalbarrière en informatie/anamnese, als negatief; kost meer tijd dan bij bewoners die Nederlands spreken en minder betrokken familie hebben.
- Familieleden zijn bij meer aspecten betrokken:
Je leert op de opleiding wel dat je bij slikproblemen gemalen voeding moet voorschrijven, maar je leert niet dat de familie zelf - ongemalen - voeding meeneemt en dat je daarop bedacht moet zijn.

Om overeenstemming te krijgen tussen vraag en aanbod, en de familie een plek te geven in de zorgvraag is extra tijdsinvestering nodig. Tijd die niet gepland is, soms niet betaald wordt. Een van de disciplines noemt dit: *haar bijdrage aan het vrijwilligerswerk*. Andere disciplines geven ook aan deze extra begeleiding in hun vrije tijd te doen. De anderen geven aan die extra begeleiding dus niet altijd te kunnen geven of dit te doen in plaats van de ingeroosterde behandelingstijd.

Problematiek

Ouderen die in De Schildershoek wonen hebben lichamelijke en/of psychogeriatrische aandoeningen. Daarnaast neemt elke bewoner zijn/haar eigen levensgeschiedenis mee. Uit de interviews komt naar voren dat naast de lichamelijke en/of psychogeriatrische aandoeningen, de problematiek van de allochtone bewoners zwaarder en ondoorzichtiger is dan die van de autochtone bewoners. Het soort problematiek is volgens de geïnterviewden vaak afhankelijk van de cultuur en het milieu. De geestelijk verzorger, de maatschappelijk werkster en het afdelingshoofd hebben te maken met de begeleiding van deze problematiek (zie bijlage 7).

De volgende problematiek wordt vooral gezien bij de allochtone bewoners. Het gaat dan vaak om een combinatie van meerdere problemen, waardoor betreffende disciplines de begeleiding van deze ouderen zwaarder vinden:

1. geen verblijfsvergunning
(en dus geen financiële vergoedingen);
2. ondoorzichtige familieproblematiek
(bijvoorbeeld men woont vaak niet waar men staat ingeschreven);
3. verbintenis met geboorteland
(bijvoorbeeld nog moeten uitvoeren van rituelen in eigen land);
4. sterke betrokkenheid van de familie;
5. nog niet uitgedeelde asielzoekers
(met kans op verplichting van terugkeer naar geboorteland).

De volgende problematiek wordt bij zowel bij de allochtone bewoners als sommige autochtone bewoners uit achterstandswijken gesignaleerd. Ook hierbij gaat het vaak om de combinatie van problematische factoren, waardoor men de begeleiding als zwaar bestempelt. Men geeft hierbij aan dat de problematiek van de allochtonen ondoorzichtiger en complexer is dan van de autochtone bewoners:

6. alcoholisme;
7. hoge schulden;
8. levend van de bijstand;
(hebben minder mogelijkheden, bijvoorbeeld bij extra's, groepsuitjes);
9. zonder ziektekostenverzekering
(en dus beperkte financiële vergoedingen⁵).

Deze problematiek maakt dat het in kaart brengen van gegevens, wensen en behoeften van deze ouderen meer tijd vraagt. Daarnaast kost het bieden van zorg voor deze groep meer begeleiding, alleen al vanwege de complexiteit van genoemde problematiek.

Ziektebeeld en ziektebeleving

Met ziektebeeld wordt bedoeld: de informatie die men heeft omtrent aandoeningen, ziekten en het bijbehorende aanbod van behandelmethoden. Zoals beschreven hebben de bewoners diverse aandoeningen. De begeleiding ten aanzien van deze aandoeningen is uiteenlopend. Zo kan het nodig zijn medicijnen voor te schrijven, therapie te geven en/of een bewoner te leren omgaan met de handicap (wat kan hij/zij allemaal nog wel). Het ziektebeeld van de autochtone bewoners sluit over het algemeen aan bij de invalshoek van de reguliere zorg. Voor de allochtone bewoners geldt dit niet: in de interviews met verpleegarts, geestelijk verzorger, afdelingshoofd en fysiotherapeut blijkt dat de zorg niet altijd aansluit bij het ziektebeeld van de allochtone bewoners. Het ziektebeeld van de allochtone bewoners is dus anders dan het ziektebeeld van de autochtone bewoners. Hoe dit verschil zich uit in extra begeleiding van de allochtone bewoners wordt hieronder duidelijk.

Ten eerste hebben de allochtone ouderen volgens de geïnterviewden geen psychosomatische klachten; alles valt onder de noemer 'somatisch' en zou dus behandeld moeten worden met medicijnen. Er bestaat een groot (volgens de disciplines irreëel) vertrouwen in het gebruik van medicijnen. Daarnaast gaan de allochtone bewoners veel meer uit van hun handicap en kijken ze naar wat ze niet meer kunnen (= ziektebeleving). De begeleiding vanuit De Schildershoek is erop gericht te kijken naar wat men nog wel kan. Ook hierdoor is volgens de geïnterviewden veel uitleg nodig willen betreffende hulpverleners een ingang kunnen vinden voor behandeling. Hier sluit op aan dat allochtone ouderen en hun familieleden liever een (medische) actie willen (ook al is deze actie in de ogen van de - autochtone - medische staf vruchteloos) dan geen actie. Volgens deze allochtone bewoners bestaan er geen zinloze acties. De verschillende disciplines geven aan dat de begeleiding extra tijd en inspanning kost; zij moeten veel extra uitleg geven over bepaalde acties of de keuze om geen actie te nemen (bijvoorbeeld bij terminale patiënten).

Als tweede verschil in ziektebeleving geven de geïnterviewden aan dat de allochtone bewoners veelal leven met schuldgevoelens en gevoelens van schaamte ten opzichte van de ziekte en/of het verblijf in een verpleeghuis. Zo komt deze schaamte bijvoorbeeld tot uiting als een hulpmiddel besteld moet wor-

⁵ De medische kosten horende bij de opname worden wel vergoed volgens de AWBZ, maar kosten rond ziekenhuisopname, medisch vervoer en bepaalde voorzieningen/hulpmiddelen (bijvoorbeeld gehoorapparaat of bril) worden niet vergoed. Voor ouderen zonder ongelimiteerde AWBZ-indicatie worden ook de tandartskosten niet vergoed.

den en hiervoor een eigen bijdrage betaald moet worden. Sommige allochtone ouderen willen deze bestelling dan liever niet uit schaamte: met de bestelling geef je toe aan de noodzaak, aan het hebben van de ziekte of handicap. De schaamte zorgt ervoor dat men dit liever niet onder ogen ziet.

Tenslotte maakt ook de religieuze achtergrond dat de ziektebeleving anders is bij de allochtone bewoners ten opzichte van de autochtone bewoners. Zo komt in de interviews naar voren hoe anders het ritueel van ziekte, sterven en afscheid is van de allochtone bewoners ten opzichte van de autochtone bewoners. Er zijn meer mensen bij betrokken (familie) en er zijn meer (religieuze) activiteiten. Dit vergt meer tijd en organisatie van de disciplines dan bij de autochtone bewoners.

Het aansluiten bij de vraag en beleving van de allochtone bewoners wordt door bovenstaande verschillen bemoeilijkt. Veel tijd is nodig voor het helder formuleren van doelstellingen, uitleg geven van bepaalde acties en behandelingen en het krijgen van overeenstemming tussen de allochtone cliënt en de behandelaar en naar de organisatie van rituelen met betrekking tot ziekte en overlijden van bewoners.

Wensen en behoeften

Vanuit de al eerder genoemde belevingsgerichte zorg (ook wel: zorg op maat of vraaggerichte zorg) wordt bij het aanbieden van de zorg in De Schildershoek zoveel mogelijk uitgegaan van de wensen en behoeften van de bewoners. Uit de interviews blijkt dat deze wensen en behoeften onder andere samenhangen met de verwachtingen die bewoners hebben van de zorg. Deze verwachtingen zijn op hun beurt onder andere afhankelijk van de bekendheid die men heeft met de reguliere zorg in Nederland. De verwachtingen, en daarop aansluitend de wensen en behoeften van de autochtone bewoners, komen in het algemeen overeen met deze reguliere zorg. Uit de interviews komen vijf knelpunten naar voren met betrekking tot het in kaart brengen en begeleiden van de wensen en behoeften van allochtone ouderen ten opzichte van autochtone ouderen.

Ten eerste komt naar voren dat, door onder andere de onbekendheid van allochtone bewoners met de Nederlandse zorg, hun verwachtingen ten aanzien van die zorg vaak te hoog en irreëel zijn. Door deze onbekendheid bestaat daarnaast een wantrouwen ten opzichte van de Nederlandse (medische) dienstverlening. De disciplines geven aan veel tijd te moeten besteden aan het geven van informatie over de manier van werken, het bieden van duidelijkheid in wat zij kunnen betekenen en ook wat niet en het proberen te winnen van vertrouwen. Het volgende citaat zal dit verduidelijken:

Die andere gebruiken; als je vanuit de Nederlandse cultuur een ingang vindt, wordt het door hen gewoon niet toegepast. Bijvoorbeeld halal eten, als ik zomaar aankom met gemalen voedsel, eten ze dat echt niet, dat vertrouwen ze dan niet, moet ze dan meenemen naar de keuken en alles laten zien.

Als tweede knelpunt wordt aangegeven dat de wensen en behoeften zelf vaak niet aansluiten bij het reguliere aanbod, zoals de wens om op vakantie te gaan naar het geboorteland (zie in deze paragraaf: culturele en religieuze activiteiten). De disciplines geven aan veel tijd te steken in het verwezenlijken van deze wensen. Deze tijd gaat dan met name zitten in:

- externe deskundige in huis halen;
- externe scholing in huis halen;
- bij rituelen die in eigen land moeten gebeuren, het regelen dat bewoner naar eigen land kan.

Eenderde punt is dat er niet altijd genoeg tijd en personeel is om aan bepaalde wensen te voldoen. Ook om andere redenen is het voor de disciplines moeilijk om aan deze niet-reguliere wensen te kunnen voldoen, zoals het volgende citaat zal verduidelijken:

Het willen slapen met het hoofd een bepaalde kant op, dit kan uiteraard niet voor alle bewoners gerealiseerd worden.

Een vierde knelpunt heeft betrekking op het in kaart brengen van de wensen en behoeften; de disciplines geven aan dit moeilijker te vinden bij allochtone bewoners dan bij autochtone bewoners. Ze zijn meer tijd kwijt om te achterhalen wat de (niet-reguliere) wensen en behoeften zijn doordat men de allochtone bewoners gesloten vindt in het geven van informatie. Hierbij speelt de taalbarrière ook een grote rol, wat aan bod komt in paragraaf 4.2.2.

Als vijfde punt tenslotte wordt in de interviews aangegeven dat het (soms) ontbreken van overeenstemming ten aanzien van de wensen en behoeften tussen de allochtone bewoner en diens familie extra begeleiding vraagt. Onderstaande citaten van verschillende medewerkers ter illustratie:

Sommige woorden hebben meerdere betekenissen, of zijn contextgevoelig, en familie vertaalt dan met eigen wensen in achterhoofd. Moeilijk te achterhalen, weer door doorvragen bij cliënt en familie.

Allochtonen hebben ook vaak wantrouwen naar de NL keuken, waardoor familie zelf eten meeneemt, lastig want ik zit dan met een cliënt met slikproblemen, waardoor er aangepast voedsel nodig is, bijvoorbeeld gemalen voeding, maar ik weet niet wat de familie meebrengt, en het is niet altijd goed voor de cliënt. Ook dit kost tijd om de familie hierin te betrekken, op de hoogte te brengen van de behoeften van de cliënt.

De extra begeleidingstijd die hiervoor nodig is, gaat soms ten koste van de behandelingstijd.

Genoemde verschillen van gebruiken, omgangsvormen, wensen en behoeften van de allochtone bewoners ten opzichte van de autochtone bewoners en de diversiteit aan culturen binnen De Schildershoek zorgen ervoor dat de taak van de betreffende hulpverleners een stuk zwaarder is geworden om aan de vragen te kunnen voldoen; dit maakt dat niet altijd alle wensen en behoeften gerealiseerd kunnen worden.

Culturele en religieuze activiteiten

De autochtone bewoners van De Schildershoek stellen zich over het algemeen tevreden met het aanbod aan culturele en religieuze activiteiten dat wordt verzorgd vanuit De Schildershoek, bijvoorbeeld de kerstviering en kerkgang. Naast dit aanbod zorgt de diversiteit aan culturen binnen De Schildershoek ervoor dat er een bredere vraag is met betrekking tot culturele en religieuze activiteiten dan het reguliere aanbod. Op de logopedist en de fysiotherapeut na hebben alle geïnterviewde medewerkers te maken met het in kaart brengen van de vraag en/of organisatie van deze culturele en religieuze activiteiten. Naast het reguliere aanbod hebben de allochtone bewoners ook behoefte aan de volgende culturele en religieuze activiteiten:

1. 'Vakantie' naar het geboorteland

Ouderen die niet geboren zijn in Nederland hebben soms de wens om (nog eenmaal) terug te keren naar het geboorteland. Soms is dit om de familie nog eens te zien, soms is deze wens onderdeel van de religieuze of culturele achtergrond.

De regels van de AWBZ omtrent het op vakantie gaan zijn als volgt: een bewoner mag zeven dagen met vakantie, zonder dat dit gevolgen heeft voor de plek in het verpleeghuis. Gaat men langer dan zeven dagen met vakantie, dan wordt men uitgeschreven uit het verpleeghuis. Bij terugkeer van de vakantie komt betreffende oudere opnieuw op een wachtlijst.

Nu vindt men binnen De Schildershoek een wens om naar het geboorteland te gaan niet hetzelfde als een vakantie. Immers, vaak gaat het om landen als Turkije, Marokko of Suriname waar je niet heen gaat voor een paar dagen.

Toch wil De Schildershoek belevingsgerichte zorg bieden en heeft men de

mogelijkheden gecreëerd voor hen die deze religieuze of culturele vakantie-wens hebben. Voor deze bewoners wordt een bed vrijgehouden (niet per se op dezelfde afdeling, maar wel binnen De Schildershoek), mits betreffende bewoner maximaal 21 dagen wegblijft. Als bewoners langer wegblijven, vervalt alsnog deze garantie.

Deze garantie heeft de nodige gevolgen. Het kost De Schildershoek namelijk geld; er zijn namelijk geen financiële vergoedingen vanuit de AWBZ voor een leeg bed. Daarnaast blijkt de vraag om langer dan zeven dagen op 'vakantie' te mogen steeds vaker voor te komen. Soms wordt dan een bed vrijgehouden, die eigenlijk dienst zou moeten doen als extra bed (voor bijvoorbeeld een bewoner die tijdelijk afgezonderd zou moeten worden in verband met ziekte of iets dergelijks). In 2001 is het vijf keer voorgekomen dat een bed vrijgehouden moest worden vanwege de wens om te reizen naar het herkomstland. Drie van de vijf bewoners zouden binnen 21 dagen terugkomen, maar besloten langer weg te blijven, zodat de garantie verviel.

Het volgende citaat dient ter illustratie:

Dit betekende dus wel dat het bed drie weken voor niets heeft leeggestaan. De wens om af te reizen naar het herkomstland neemt in aantal toe.

2. Culturele en religieuze feesten

Traditionele feesten komen in iedere cultuur voor en hebben ieder een eigen culturele en religieuze betekenis. Hoe diverser de culturele en religieuze achtergrond van de bewoners, hoe diverser de vraag naar deze traditionele feesten. Dit heeft invloed op de organisatie van deze feesten. Immers, in een verpleeghuis met een homogene samenstelling van culturen zullen er minder verschillende feesten georganiseerd hoeven te worden. In De Schildershoek is door de ontwikkeling van (cultureel) homogene samenstelling van bewoners naar heterogene samenstelling de organisatie van het aantal feesten toegenomen (van drie naar acht hoofdfesten). Dit vraagt extra tijd en inspanning van het personeel. Er is niet altijd voldoende personeel en/of geld om aan deze vraag te voldoen. Onderstaande citaten van de activiteitenbegeleidster en de geestelijk verzorger maken een en ander duidelijk:

Ik maak voor bijvoorbeeld de Surinaamse middag gebruik van multiculturele vrijwilligers (Surinaamse, Hindoestaanse en moslimvrijwilligers). Er is nu personeelskrapte, waardoor sommige activiteiten niet kunnen doorgaan doordat de Surinaamse feesten veel voorbereiding kosten.

Er is geld nodig voor het brengen en halen van mensen naar de kerkdiensten; er is chronisch personeelstekort en een gering aantal vrijwilligers.

3. Beslotenheid bij het uitvoeren van religieuze activiteiten

In het algemeen bestaat er bij veel mensen een behoefte om zich te identificeren met iemand met eenzelfde achtergrond, interesse en/of manier van denken. De criteria waarop men een wijgevoel baseert zijn vaak individueel en divers. Binnen De Schildershoek hebben, volgens de geïnterviewden, sommige mensen met eenzelfde culturele en/of religieuze achtergrond deze behoefte. Zij willen met mensen met dezelfde religieuze achtergrond in gebed, met een eigen geestelijk leider. Zij willen samen hun traditionele feesten vieren. Dit heeft gevolgen voor de ruimten die er zijn in De Schildershoek, voor het aantrekken (of in dienst hebben) van verschillende soorten geestelijk verzorgers en voor de organisatie van verschillende feesten. Momenteel is er een geestelijk verzorger in dienst van De Schildershoek voor alle culturen. Deze zegt:

Ik ben nu een schaap met vijf poten.

De wens (vanuit de geestelijk verzorger en de betreffende bewoners) is om een eigen geestelijke verzorger voor moslims (imam) en hindoestanen (pandit) in dienst te hebben (of op afroep beschikbaar). Ook is er momenteel een ruimte voor moslims en hindoestanen samen, waar men de religieuze activiteiten kan uitoefenen (zoals gebed en feesten). De wens is om voor ieder een

eigen ruimte te creëren. Een citaat uit het interview met de activiteitenbegeleidster ter illustratie:

Moslims bidden nu op de gang en mogen dan niet gestoord worden anders moeten ze opnieuw beginnen met het gebed, dus hebben hun eigen ruimte nodig.

Om tegemoet te kunnen komen aan deze wensen en behoeften zijn momenteel geen extra geld en middelen beschikbaar.

4. Religieuze voedingswensen

De culturele en religieuze achtergrond van bewoners maakt dat bepaald voedsel niet gegeten mag of dat voedsel op een speciale wijze bereid moet worden. In paragraaf 4.2.6 komt in de beschrijving van het interview met de chef-kok uitgebreid naar voren hoe De Schildershoek aan deze diversiteit aan voedingswensen en behoeften gehoor geeft.

Bovenstaande punten betekenen volgens de geïnterviewden een extra belasting voor de begeleiding. Met name de extra tijd die moet worden besteed aan de voorbereiding van de activiteiten wordt hierbij genoemd: informatie verzamelen over de gebruiken, de (hoeveelheid) feesten, et cetera. Een deel van dit verzamelen van gegevens gebeurt overigens al bij het in kaart brengen van de wensen en behoeften van een bewoner, waarbij men zich inleeft in de culturele achtergrond, et cetera.

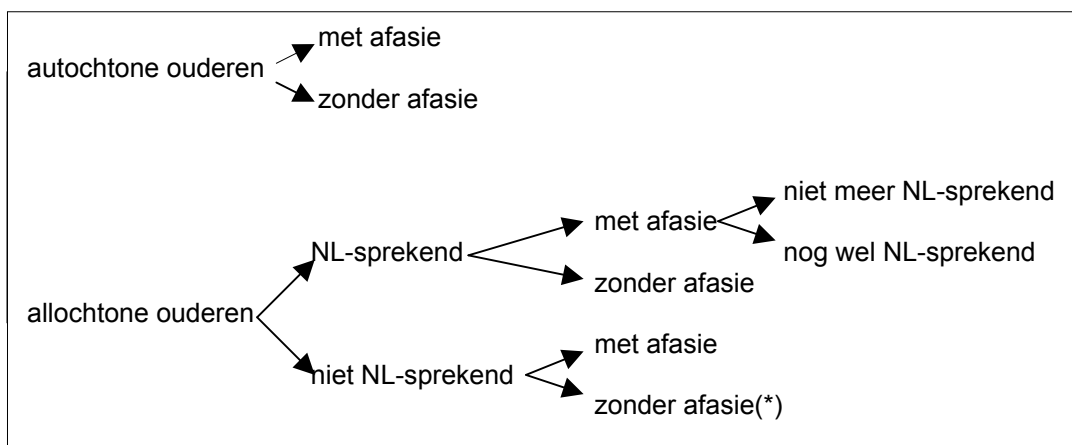
Daarnaast vergt het organiseren van de activiteiten zelf en het inschakelen van externe mensen zoals een imam, de nodige extra inspanning. Eén van de personeelsleden zegt hierover:

De Schildershoek heeft bijna alle culturen van de wereld in huis. Zij nemen allemaal hun eigen cultuur mee, dus ja er is veel verschil. Ik probeer per individu passende activiteiten te vinden, wel voor de verschillende culturen verschillende activiteiten, maar ik zie dit niet als een last, want bij het bedenken en de ontwikkeling van een activiteit bijvoorbeeld speciaal voor moslims, profiteren daar veel mensen van.

4.2.2 Communicatieve verschillen

Het verschil in de (non-)verbale communicatie tussen allochtone ouderen en het personeel wordt in de interviews vaak genoemd als een van de oorzaken van de extra inspanning en tijd die de begeleiding van deze bewoners vraagt. De taalbarrière is hier een onderdeel van. Ook de bemiddeling van derden (tolk, familie, personeel) om deze taalbarrière te verkleinen, levert de nodige problemen op. Ter verduidelijking: tweederde (65%) van de somatische bewoners van De Schildershoek is cva-patiënt (voor de psychogeriatrische bewoners is dit percentage iets lager). Velen van hen hebben door afasie moeite met spreken. Bij zowel de autochtone ouderen als de (Nederlands sprekende) allochtone ouderen levert dit communicatieproblemen op. Veel allochtone ouderen die ooit de Nederlandse taal machtig waren, 'vergeten' na een afasie deze kennis en vallen terug op de moedertaal. Daarnaast is er een groep allochtone ouderen zonder afasie, die de Nederlandse taal niet spreekt.

Figuur 1 Indeling taalbarrière allochtone ouderen



In de rest van deze paragraaf wordt vooral gekeken naar de groep aangegeven met een (*) in figuur 1.

Taalbarrière

Een en ander omtrent de taalproblematiek is al eerder aan bod gekomen (zie ook paragraaf 4.2.1). Uiteindelijk staat het niet-Nederlands spreken en/of verstaan niet op zichzelf. Toch behoeft de taalbarrière aparte aandacht, omdat uit de interviews blijkt dat er heel specifieke problemen door ontstaan. Ten eerste is taal nodig bij het in kaart brengen van de wensen en behoeften van bewoners. De disciplines geven aan veel tijd nodig te hebben om met behulp van gebaren, plaatjes en andere non-verbale communicatie toch de gewenste informatie op tafel te krijgen. Ook is er veel extra inspanning nodig om bij vertalingen te achterhalen of het goed vertaald is; sommige informatie is namelijk contextgevoelig en op meerdere manieren te interpreteren. De disciplines geven aan steeds bedacht te moeten zijn op deze valkuilen en te proberen door middel van doorvragen, veel herhalen en extra uitleg geven toch enige communicatie te kunnen hebben met deze bewoners. Een discipline zegt hier het volgende over:

Het werken met allochtonen is intensiever, het communiceren kost meer tijd en energie, de vele gesprekken die moeten worden gevoerd om extra uitleg te geven en te zorgen dat alles duidelijk is (wensen en behoeften), alles moet expliciet gemaakt, in verband met dubbelzinnigheid van woorden.

Het aangaan van een spontaan gesprek is vaak niet goed mogelijk met een niet-Nederlands sprekende oudere. In paragraaf 4.2.1 (het onderwerp: omgaan met afspraken) is aangegeven wat de consequenties hiervan zijn voor het opbouwen van een band tussen bewoner en begeleider. Soms komt ook een gepland gesprek niet tot stand omdat er geen tolk of vertalend familielid geregeld kon worden. De ervaringen met (het inschakelen van) vertalers komen apart aan de orde (zie hiervoor in deze paragraaf het onderwerp: inzetten tolk, familie, personeel). Een ander probleem is dat een deel van de allochtone bewoners analfabeet is. Zij kunnen niet geïnformeerd worden via schriftelijke communicatie. Een citaat ter illustratie:

De schriftelijke communicatie is heel lastig, veel allochtonen zijn analfabeet. Nu hebben ze preventieve griepfolders, maar dat werkt voor hen dus niet.

De disciplines moeten hierop bedacht zijn en de mededelingen alsnog mondeling geven, wat weer extra tijd kost (zeker als deze analfabetische bewoners ook geen Nederlands spreken en/of verstaan).

De disciplines proberen zoveel mogelijk oplossingen te verzinnen om de schriftelijke en mondelinge communicatie te kunnen verwezenlijken, maar meestal gebeurt dit in tijd die niet begroot is. Zo vertalen sommige disciplines de reguliere (Nederlandstalige) tests en maken plaatjes in hun vrije tijd. Ook de extra tijd die

men kwijt is aan het doorvragen, extra uitleg geven et cetera gaat vaak af van de begeleidingstijd.

Inzetten tolk, familie, personeel

In paragraaf 4.2.1. kwam bij de beschrijving van het in kaart brengen van de (culturele/religieuze) wensen en behoeften van bewoners al kort aan de orde dat het inzetten van een vertaler, in de vorm van een erkende tolk, een familielid of een medewerker, niet altijd eenvoudig is. In deze paragraaf wordt dit nader uitgelegd. Ten eerste kost het regelen van een vertaler de disciplines extra tijd. Deze tijd is er niet altijd, maar ook geld om een tolk in te huren is niet voor alle activiteiten begroot. Ten tweede heeft een erkende tolk beperkte uren en kan niet altijd op korte termijn (bijvoorbeeld bij een crisissituatie) beschikbaar zijn. De gesprekken via een vertaler duren over het algemeen ook langer, wat weer gevolgen heeft voor de uren begeleiding die zijn begroot. Ten derde moet men bij het betrekken van familieleden of een medewerker bedacht zijn op de privacy van de bewoner. Ook moeten de disciplines bewust doorvragen om te achterhalen of de contextgevoelige informatie goed is begrepen en moeten zij bedacht zijn op eventuele dubbelzinnigheid van woorden. Een volgend probleem met betrekking tot het inzetten van medewerkers is dat zij niet altijd tijd hebben om te vertalen, en zijn familieleden niet altijd aanwezig (voor spontane gesprekken of in crisissituaties). Sommige disciplines geven tijdens de interviews aan zelf wel eens zo'n vertaalfunctie te hebben en geven aan dit niet altijd prettig te vinden. De volgende citaten van twee medewerkers verduidelijken een en ander:

Ik ga soms vanuit mijn eigen cultuur vertalen, neem eigen emoties en culturele achtergrond mee. Dit vind ik niet juist, maar het is soms moeilijk los te koppelen. Ik ben aanspreekpunt voor andere collega's. Ik ben wel op de hoogte van de Surinaamse achtergrond, maar ook weer niet voor alle onderlinge verschillen (die zijn er veel). Deze rol van aanspreekpunt kost mij veel tijd.

Een vierde punt is dat door het inzetten van een vertaler de communicatie altijd indirect is. Dit heeft gevolgen voor het opbouwen van een vertrouwensband tussen de bewoner en de begeleiding. Tenslotte kan de familie bij het vertalen (onbewust) de gesprekken sturen door de eigen (culturele) wensen, wat moeilijk te achterhalen is.

Deze punten maken duidelijk dat de taalbarrière voor een deel opgelost kan worden door het inzetten van een tolk, een familielid of een medewerker, maar dat hierbij andere problemen spelen. De geïnterviewde medewerkers geven aan dat het taalprobleem veel extra tijd en inspanning van hen vraagt. Hierdoor wordt wederom de zorg aan allochtone bewoners als intensiever ervaren dan aan de autochtone bewoners.

4.2.3 Verschillen in werkwijze

Op de vraag of de medewerkers een andere werkwijze hanteren bij de verschillende groepen bewoners geven alle geïnterviewden in eerste instantie aan dit niet te doen. De werkwijze is volgens hen immers gebaseerd op de belevingsgerichte, individuele wensen en behoeften van de bewoners. Toch blijkt na verloop van tijd in de interviews dat de werkwijze wel anders is bij allochtone ouderen ten opzichte van autochtone ouderen. Zo geven de arts en de maatschappelijk werker aan bij de allochtone ouderen flexibeler te moeten zijn en wel eens af te moeten wijken van het bestaande protocol. De arts zegt hierover:

Ik ben medisch opgeleid, maar moet wel eens magie toepassen. Kan me niet altijd houden aan bestaand protocol, spreekuur.

Meerdere geïnterviewde personeelsleden geven daarnaast aan alerter te moeten zijn bij de begeleiding van de allochtone ouderen dan bij de autochtone ouderen; dit in verband met dubbelzinnigheid en de contextgevoeligheid van woorden bij vertalingen en met de eigen Nederlandse norm als referentiekader.

Eén medewerker zegt hier bijvoorbeeld over:

Het duurt bij allochtone bewoners langer voor alles in kaart is gebracht, dus tot die tijd vul je de behoeften zelf in, vanuit Nederlandse norm.

Het volgende citaat van de maatschappelijk werkster belicht dit alert moeten zijn vanuit een andere hoek:

Als je een of twee culturen hebt, kun je meer op de automatische piloot werken, de diversiteit hier maakt dat je alerter moet zijn (op verschillen) dan bij een minder diverse groep, en je kunt niet op de automatische piloot werken, kost dus extra.

Tenslotte geeft de maatschappelijk werkster aan dat bij binnenkomst van een bewoner uit een nieuwe culturele groep eerst gesprekken gevoerd moeten worden met de naaste familie van de bewoner om de beleving en culturele achtergronden in kaart te brengen. De familie van de allochtone ouderen wordt ook in het geheel meer benaderd als informatiebron (qua culturele informatie) dan de familie van de autochtone ouderen.

4.2.4 Consequenties voor het personeelsbeleid

Al eerder is aangegeven dat De Schildershoek sinds tien jaar een gemengd verpleeghuis is. Dit had consequenties voor het te voeren beleid, zowel inhoudelijk (zorg op maat voor autochtone en allochtone bewoners) als op het gebied van personeel. Men heeft in die tien jaar (met het nodige vallen en opstaan⁶) enorm geïnvesteerd in het scholen van het aanwezige personeel en in het aantrekken van allochtone medewerkers.

Samenstelling personeel

De samenstelling van het personeel van De Schildershoek is multicultureel. Dit heeft volgens de geïnterviewden zowel voordelen als nadelen. Als voordelen ziet men de rol die het personeel van buitenlandse afkomst kan spelen bij de taalbarrière. Deze medewerkers (met dezelfde buitenlandse afkomst) kunnen als vertaler dienen, zowel op taalgebied als op gebied van de culturele achtergrond (zie ook paragraaf 4.2.2).

Als nadelen van de multiculturele samenstelling van het personeel worden de volgende punten genoemd:

- er zijn soms conflicten tussen medewerkers met een verschillende culturele achtergrond;
- de multiculturele medewerkers willen zelf niet altijd betrokken worden, omdat ze onbedoeld hun eigen culturele achtergrond meenemen in het gesprek;
- de multiculturele medewerkers worden beschouwd als deskundigen op het gebied van de eigen cultuur, terwijl zijzelf aangeven niet altijd op de hoogte te zijn van de verschillende stromingen binnen hun cultuur.

Inwerken nieuw personeel

Door de (culturele) diversiteit van de bewoners en de taalbarrière van een deel van hen is het voor nieuw personeel een stuk lastiger om ingewerkt te raken in De Schildershoek dan in een minder divers verpleeghuis. De geïnterviewde disciplines geven dit aan door nadruk te leggen op de langere inwerktijd; de fysiotherapeut geeft daarbij aan dat sommige nieuwe personeelsleden het werk te complex vinden door de vele culturen en het vraaggerichte werken en dus na een inwerkperiode weer vertrekken. Dit betekent uiteraard weer opnieuw werving van personeel, weer inwerken. Gelukkig vinden volgens hem de meesten het werken met mensen met deze culturele diversiteit een verrijking.

⁶ Niet alle toenmalige medewerkers zagen het nieuwe multiculturele beleid zitten en sommige zijn vertrokken.

Bij ziekte van personeel is het daarnaast moeilijk om invalkrachten in te zetten vanwege de diversiteit van de bewoners. Een van de geïnterviewde disciplines geeft aan dat er bij de invalkrachten wel interesse is in de culturele achtergrond van de bewoners, maar dat er geen tijd is om hen hier uitgebreid over te informeren. De betreffende discipline vraagt zich hierdoor af of er binnen de opleidingen wel genoeg aandacht aan de multiculturele samenleving wordt besteed (zie ook paragraaf 4.2.5).

4.2.5 Consequenties voor de opleiding van personeel

Vorbereiding vanuit de opleiding

De voorbereiding op de culturele diversiteit van bewoners in De Schildershoek wordt door de geïnterviewde medewerkers marginaal bevonden. Men merkt vanuit de eigen opleiding een tekort aan richtlijnen om het geleerde in zo'n divers huis te kunnen vertalen. De opleidingen zijn namelijk vooral gericht op het reguliere medische, en niet op de culturele diversiteit. Het omgaan met de verschillende (culturele) omgangsvormen, wensen en behoeften wordt in de praktijk zelf geleerd.

De Schildershoek heeft vanuit verschillende opleidingen stagiaires. De stageplaatsen zijn heel intensief en duren gemiddeld tien maanden. Bij een vacature of bij ziekte van een personeelslid worden oud-stagiaires gebeld om te komen werken, aangezien zij al enige ervaring hebben met de culturele diversiteit van de bewoners. De investering die men doet bij het aannemen van stagiaires, krijgt men volgens het afdelingshoofd dus volop terug. Het inwerken van een oud-stagiaire kost tenslotte minder tijd en energie dan van iemand van bijvoorbeeld een uitzendbureau.

Vorbereiding vanuit De Schildershoek

Van de diverse culturen in huis is in die tien jaar al veel informatie verzameld omtrent gewoonten, wensen en behoeften. Het is in De Schildershoek na die tien jaar de normaalste zaak van de wereld dat men belevingsgerichte zorg op maat biedt aan ouderen met verschillende culturele/religieuze achtergronden. Multiculturalisme is momenteel geen bijzonder aandachtspunt meer⁷. Pas bij binnenkomst van een nieuwe cultuur blijkt steeds weer wat allemaal nodig is om deze zorg te kunnen bieden. Vanuit de interviews ontstaat het beeld dat bij binnenkomst van een 'nieuwe' cultuur iedereen zelf het wiel aan het uitvinden gaat om informatie te verzamelen omtrent de culturele achtergronden en de (culturele) wensen en behoeften van die bewoner.

Behoeftte aan scholing

Alle geïnterviewden geven aan behoefte te hebben aan meer voorlichting omtrent de culturele achtergronden van de ouderen. Zeker bij het opnemen in De Schildershoek van ouderen met een 'nieuwe' cultuur is deze behoefte aanwezig. Daarnaast geven de disciplines aan dat personeel en bewoners onderling te weinig informatie hebben over de achtergronden van de anderen. Een medewerker zegt hierover:

Ja, er is behoefte aan scholing; de hindoeestanen weten niks over de Turken, de Turken weten niks over de Marokkanen. Ik zelf ben eindtoestand en veel dingen ben ik ook pas hier achter gekomen.

De medewerkers van allochtone afkomst krijgen veel vragen over het omgaan met allochtonen onderling en de omgang tussen autochtonen en allochtonen.

⁷ E. Henstra, universiteit Leiden, 2002

Op de vraag of er bij het aannemen van nieuw personeel een soort startcursus wordt gegeven omtrent de culturele achtergronden van de bewoners, geeft het afdelingshoofd aan dit een goed idee te vinden.

4.2.6 Ervaringen van de keuken

Verschillen in gerechten

De medewerkers van de keuken hebben geen directe betrokkenheid bij de begeleiding van de bewoners, maar houden in hun werk wel rekening met de culturele diversiteit van de bewoners. De wensen en behoeften van de allochtone ouderen ten aanzien van de voeding zijn, net als bij de begeleiding, anders dan het reguliere aanbod. De chef-kok, die geïnterviewd is namens de keuken, geeft aan dat qua voedingsaanbod niet aan alle niet-reguliere wensen kan worden voldaan. Zo wordt er naast het reguliere voedingsaanbod (doorgaans Hollandse of Franse keuken) ook Surinaams gekookt. Deze Surinaamse gerechten (en soms ook Creoolse of Hindoestaanse gerechten) zijn bedoeld voor alle allochtone ouderen; specifieke gerechten voor Turken en Marokkanen worden niet bereid. De chef-kok geeft aan dat de wens er wel is, maar de tijd en de middelen ontbreken. Door de specifieke bereiding van deze Surinaamse gerechten wordt volgens de chef-kok voor een deel ook voorzien in de voedingswensen van de niet-Surinaamse allochtonen.

Naast het onderscheid tussen Hollandse en Surinaamse gerechten is er een onderscheid tussen vegetarische en niet-vegetarische gerechten en zijn er diverse gerechten voor ouderen met een dieet.

Verschillen in bereidingstijd

Volgens de chef-kok zitten de verschillen niet zozeer in het bereiden van vegetarische voeding of dieetvoeding. Hij zegt hierover:

allochtonen zijn (vanuit geloof) sommige dagen vegetarisch, tot veganistisch (geen ei of andere dierlijke ingrediënten) en andere dagen niet, hier moet je dus rekening mee houden. Binnen de autochtone groep zijn er twee vegetariërs, binnen de allochtonen veel meer (en veganistisch) en dan dus per dag van de week verschillend.

Er zijn dus meer vegetariërs onder de allochtone ouderen dan onder de autochtone ouderen. De extra tijd zit vooral in het wisselen per dag of week van het wel of niet-vegetarisch en/of veganistisch willen eten.

Over het rekening houden met diëten van bewoners zegt de chef-kok het volgende:

diëten kosten alleen tijd voor het malen, suikervrij et cetera, maar daar zit 'm de extra tijd niet, aangezien een Nederlands dieet dezelfde bewerking kent als niet-Nederlands dieet.

Wel geeft hij aan dat de bereiding van de Surinaamse gerechten (voor de allochtone ouderen) veel bewerkelijker is dan van de gerechten van de autochtone bewoners. De volgende redenen geeft de chef-kok hiervoor aan:

- Nederlandse producten kunnen vaak panklaar worden besteld, maar dit kan niet met de Surinaamse gerechten:
 - deze gerechten moeten halal zijn (ritueel geslacht vlees, vers);
 - er zit gelatine in de kant-en-klare voeding, wat allochtone bewoners niet mogen eten;
 - in hectische tijden (zomermaanden, ziekte van keukenpersoneel) worden voor de autochtone bewoners kant-en-klare maaltijden aangeschaft om tijd te besparen, maar dit kan niet voor de allochtone ouderen.
- De samenstelling van de gerechten op bepaalde dagen is intensiever:
 - per dag van de week andere hoeveelheid vegetariërs en veganisten;

- daarbij is 'halal' voor de één ritueel geslacht vlees van viervoetige, voor de ander van tweevoetige, behalve op de dagen dat er geen kip, vis of ei wordt gegeten.
- De hygiëne-eisen zijn strenger voor de allochtone ouderen; halalvlees mag niet bereid worden in een pan waarin net niet-halal is gekookt. Alle pannen worden daarom na de bereiding van het niet-halalvlees ontsmet.

Door deze specifieke wensen kost het bereiden van het eten voor de allochtone bewoners meer tijd dan voor de autochtone bewoners. Daarnaast geeft de chef-kok aan dat de bereiding van gerechten voor de allochtone ouderen duurder is dan voor de autochtone bewoners. Zo noemt hij: het importeren van bepaalde producten die niet in Nederland verkrijgbaar zijn;

- het eten moet verantwoord ingekocht worden;
halen het net zo lief op de Hoefkade, dat is goedkoper, maar het moet via de officiële kanalen.

Keukenpersoneel

Naast de extra tijd en middelen die ingezet moeten worden om tegemoet te komen aan de specifieke voedingswensen van de allochtone bewoners, zorgt volgens de chef-kok de diversiteit aan culturen er ook voor dat er extra tijd en energie zit in aspecten die te maken hebben met het keukenpersoneel. In het interview komen de volgende punten naar voren: de samenstelling van het keukenpersoneel is multicultureel. Dit is niet altijd zo geweest. Voordat bijvoorbeeld de Surinaamse kokkin in dienst was, was het volgens de chef-kok moeilijk om het wantrouwen bij sommige allochtone ouderen ten opzichte van de keuken weg te nemen. Dat wantrouwen had volgens hem te maken met de specifieke bereidingswensen van de allochtone ouderen die uitgevoerd moeten worden door een autochtone keuken. Een deel van de familie van deze bewoners nam zelf eten mee, omdat zij niet geloofden dat het eten bijvoorbeeld halal werd bereid. Hulpverleners komen ook nu wel eens in de keuken met allochtone bewoners (en diens familie) om te laten zien dat aan de bereidingswensen wordt voldaan. De chef-kok geeft hierbij aan dat men bij het zien van de Surinaamse kokkin vaak met een gerust hart de keuken uitgaat.

Daarnaast ziet de chef-kok de multiculturele samenstelling van het keukenpersoneel ook als een last. Soms zijn er conflicten tussen medewerkers, omdat volgens de chef-kok de verschillen in culturele en/of religieuze achtergrond botsen. De chef-kok is hierdoor extra tijd en energie kwijt aan de begeleiding van deze conflicten.

Tenslotte is het vanwege de specifieke bereidingseisen van de Surinaamse gerechten, bij ziekte of vakantie van keukenpersoneel volgens de chef-kok wel eens 'kritiek' in de keuken. Soms wordt extern keukenpersoneel ingeschakeld, maar dit kost extra geld en deze invalkrachten zijn niet voldoende geschoold, althans niet gericht op deze multiculturele samenstelling en eisen. Deze nieuwe (tijdelijke) personeelsleden moeten om deze reden extra begeleid worden, wat ook extra tijd kost.

4.3 Zorg aan (voornamelijk) autochtone bewoners in Houtwijk

De interviews in Houtwijk zijn gehouden om als vergelijking te dienen met De Schildershoek. In beide huizen spelen zaken als personeelstekort en hoge werkdruk; in beide huizen zijn groepen te onderscheiden die minder of meer aandacht en begeleiding vragen. Voorbeelden van deze indeling in groepen die zijn genoemd in de interviews zijn: somatische en psychogeriatrische bewoners, bewoners met en zonder de betrokkenheid van familie, 'kansarme' en 'kansrijke' ouderen en ouderen met en zonder afasie, ouderen met en zonder een dieet. Alleen in De Schildershoek is de indeling in groepen op basis van culturele en/of religi-

euze achtergrond van belang; in Houtwijk speelt dit niet. In Houtwijk is het percentage allochtone bewoners zo klein dat geen sprake is van een gemengd, cultureel divers verpleeghuis zoals De Schildershoek dat is.

In de paragraaf over De Schildershoek is de zorgzwaarte beschreven door een vergelijking te maken tussen zorg aan autochtone en zorg aan allochtone ouderen met betrekking tot verschillen in zorgvraag, communicatieve verschillen, verschillen in werkwijze, personeelsbeleid, opleiding en bereiding van maaltijden. In de interviews in Houtwijk wordt aangegeven dat de bewoners geen cultureel en/of religieus bepaald verschil in zorgvraag hebben. Er zijn geen taalbarrières zoals dat in De Schildershoek speelt. De keuken van Houtwijk bereidt maaltijden voor een cultureel/religieus homogene groep, voornamelijk Franse keuken.

4.4 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is beschreven wat volgens de geïnterviewde disciplines in De Schildershoek de culturele/religieuze verschillen zijn tussen de allochtone ouderen en de autochtone ouderen. Vanuit deze verschillen was ook te lezen dat de begeleiding van de allochtone bewoners anders is dan van de autochtone bewoners. In Houtwijk zijn geen culturele en/of religieuze verschillen tussen de bewoners; dit verpleeghuis diende als vergelijking met De Schildershoek zodat niet alleen binnen De Schildershoek (verschillen autochtoon/allochtoon) gekeken werd maar ook tussen een homogeen en een cultureel divers verpleeghuis. In deze paragraaf wordt een en ander op een rij gezet.

Volgens alle geïnterviewde medewerkers is de zorg aan allochtone ouderen intensiever dan aan autochtone ouderen. Vanuit de belevingsgerichte benadering wordt de zorg aan alle bewoners individueel aangepast 'op maat', maar de medewerkers geven aan meer tijd en inspanning kwijt te zijn bij de begeleiding van de allochtone ouderen. Als voornaamste redenen werden genoemd (in willekeurige volgorde):

- omgang en begeleiding van de familieleden;
- taalbarrière (verbaal en non-verbaal);
- uitzoeken van achtergrondinformatie van de diverse culturen/religies;
- gebruiken, wensen en behoeften die afwijken van het reguliere aanbod.

Het personeel van De Schildershoek is weliswaar multicultureel van samenstelling, en deels wordt hiermee een brug geslagen tussen de verschillende culturen en de taalbarrière, maar in verband met de privacy van de bewoners en de beschikbaarheid van de medewerkers is de inzet van personeel van buitenlandse afkomst als vertaler niet zomaar vanzelfsprekend.

De opleiding van het personeel, ter voorbereiding op de culturele diversiteit van de bewoners, wordt gezien als ontoereikend. Men heeft met de omschakeling van autochtoon verpleeghuis naar gemengd verpleeghuis vanuit De Schildershoek geïnvesteerd in voorlichting aan het personeel op gebied van de diverse culturen, maar er blijft een behoefte bestaan aan informatie omtrent culturele/religieuze gebruiken, wensen en behoeften; dit vooral bij 'nieuwe' culturen.

De werkwijze die de verschillende disciplines hanteren wordt in eerste instantie gebaseerd op een individuele benadering van de bewoners. Uitgangspunt hiervoor is belevingsgerichte zorg-op-maat willen bieden. Toch blijkt de manier van werken met de allochtone bewoners anders dan met de autochtone bewoners. De volgende afwijkende werkwijzen in de begeleiding van de allochtone ouderen ten opzichte van de autochtone ouderen worden genoemd:

- een flexibele(re) houding: soms afwijken van het bestaande protocol;
- alert zijn op sturing door eigen Nederlandse norm en dubbelzinnigheid van woorden bij vertalingen;
- (bij nieuwe culturen) eerst gesprekken met de naaste familie van de bewoner;

- de familie veel meer betrekken als (culturele) informatiebron;
- het verstrekken van maaltijden-op-maat kost meer tijd en geld in verband met de volgende aspecten die te maken hebben met de culturele/religieuze achtergrond van de bewoners:
 - meer soorten gerechten:
 - er wordt naast 'de Hollandse pot' (Franse keuken) ook Surinaams gekookt;
 - allochtonen eten op wisselende dagen wel of niet vegetarisch en/of veganistisch;
 - halal koken betekent voor de ene bewoner ritueel geslacht vlees van viervoetige dieren, voor de ander van tweevoetige dieren;
 - bewerkelijkheid van de gerechten:
 - het eten moet 'halal' bereid worden (ritueel geslacht vers vlees). Er kan niet met panklare producten gekookt worden, omdat dit gelatine bevat en niet-halal is;
 - er zijn strengere hygiëne-eisen;
 - kosten van de gerechten:
 - importproducten zijn duurder dan producten die in Nederland gekocht kunnen worden;
 - er moet verantwoord ingekocht worden (via officiële kanalen in plaats van in de allochtone winkels in de Schilderswijk).

Al deze verschillen tussen zorg aan autochtone bewoners en allochtone bewoners kosten meer tijd. Soms wordt deze extra tijd voor zorg aan de allochtone bewoners 'verkregen' ten koste van tijd die bedoeld is voor andere (basis)zorg, zoals extra uitleg (begeleiding) in plaats van (een deel van een) behandeling. Soms offeren medewerkers vrije tijd op. Meestal betekent het gebrek aan extra tijd dat het niet lukt om de allochtone ouderen dezelfde zorg-op-maat te kunnen bieden als de autochtone ouderen.

5 Meerkosten van multiculturele zorgverlening

5.1 Inleiding

Uit interviews en enquête blijkt dat er diverse activiteiten zijn die extra tijd van een of meerdere disciplines of de inzet van extra middelen vragen in De Schildershoek in vergelijking met Houtwijk. Sommige van deze activiteiten zijn gerelateerd aan de etnische afkomst van een individuele bewoner, andere zijn gerelateerd aan de multiculturele werkwijze in het gehele verpleeghuis De Schildershoek, een direct gevolg van de aanwezigheid van bewoners met veel verschillende culturen. Daarentegen zijn er weinig activiteiten in De Schildershoek die minder tijd of middelen vragen dan in een gemiddeld, overwegend autochtoon verpleeghuis zoals Houtwijk (zie hoofdstukken 3 en 4). De conclusie van de twee vorige hoofdstukken is dan ook dat er sprake is van meer benodigde inzet van mensen en middelen. In dit hoofdstuk wordt een kwantificering van de financiële effecten van deze conclusie gegeven.

Allereerst wordt het reken- en analyseschema besproken aan de hand waarvan de berekeningen en analyses gemaakt worden (paragraaf 5.2). Vervolgens wordt een verantwoording gegeven van de gegevensverzameling (paragraaf 5.3). Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de financiële gegevens en de gegevens die betrekking hebben op de inzet van extra tijd en middelen. De daadwerkelijke analyse van de financiële gegevens en de berekening van de meerkosten op basis van de 'meerinzet' volgt in paragraaf 5.4. In paragraaf 5.5 volgt een korte bespreking van de systematiek die in het onderwijs wordt gevolgd om de extra kosten voor bepaalde categorieën leerlingen te vertalen in extra budgetten en een korte bespreking van de analogie met verzorgingshuizen met bijzondere functies. De betreffende paragraaf eindigt met een concreet voorstel voor vertaling van de extra kosten in toelagen binnen de huidige budgetsystematiek.

5.2 Reken- en analyseschema

5.2.1 Algemeen

Voor ieder verpleeg- en verzorgingshuis wordt een budget aanvaardbare kosten vastgesteld. Daarnaast worden productieafspraken tussen zorgkantoor en instelling gemaakt ten aanzien van het aantal verpleegdagen en het aantal dagen dagbehandeling. Op basis van enerzijds het budget aanvaardbare kosten en anderzijds de productieafspraken worden tarieven vastgesteld voor verpleegdagen en dagen dagbehandeling. Er wordt per maand bevoorschot op basis van het budget aanvaardbare kosten.

Of een exploitatietekort of exploitatieoverschot ontstaat, is afhankelijk van het feit of de kosten hoger of lager zijn dan de inkomsten. Zowel kosten als inkomsten kunnen lager of hoger zijn dan het budget aanvaardbare kosten. Exploitatieoverschotten mogen worden toegevoegd aan de reserve aanvaardbare kosten (RAK), exploitatietekorten mogen hieraan worden onttrokken.

Naast deze 'hoofdlijn' zijn er nog enkele aanvullende regelingen van toepassing. Voor de systematiek en de analyse zijn deze echter minder relevant.

5.2.2 Budget aanvaardbare kosten

Voor de hoogte van het budget aanvaardbare kosten zijn vier parameters van belang:

1. toegelaten bed;
2. verpleegdag;
3. toegelaten behandelingsplaats;
4. dagbehandelingsdag.

Per parameter is een budget bepaald voor personele kosten en materiële kosten. In tabel 3 zijn de bedragen voor 2002 opgenomen in euro's:

Tabel 3 Budgetten per parameter in euro's, verpleeghuizen 2002

	bed	verpleegdag	dagbehandelings- plaats	dagbehandeling
personeelskosten	21961,65	40,71	362,63	71,08
overige personeelskosten	418,15	0,78		1,17
voedingsmiddelen		4,70		2,35
huishoudelijke/algemene kosten	2465,68	0,02	1371,68	
medische middelen en onderhoud medische inventaris		3,78		1,89
onderhoud	598,84		208,16	

Daarnaast zijn er budgetten voor poliklinische fysiotherapie en enkele patiëntencategorieën zoals jongeren met niet-aangeboren hersenletsel, aidspatiënten, re-activeerbare cva-patiënten, scholingsmiddelen, opleidingsgelden voor verpleeghuisartsen, werkdrukmiddelen en zorgvernieuwing. Voor personeelskosten geldt een regiotoeslag in verband met arbeidsmarktomstandigheden.

Voor verzorgingshuizen geldt sinds 1999 een vergelijkbare systematiek. Binnen deze systematiek krijgen onder andere verzorgingshuizen met een bijzondere functie voor Indische Nederlanders een toeslag op personeelskosten (zie paragraaf 5.5).

5.2.3 Tarieven en declaraties

Tussen instelling en zorgkantoor worden productieafspraken gemaakt ten aanzien van het aantal verpleegdagen en het aantal dagen dagbehandeling. Het te realiseren aantal verpleegdagen wordt veelal gelijkgesteld aan het aantal verpleegdagen dat de basis is voor de productieafspraken. Er kunnen overwegingen zijn om een lager aantal af te spreken.

Door het budget aanvaardbare kosten te delen door de productieafspraken ten aanzien van verpleegdagen en aantal dagen dagbehandeling, wordt voor deze beide parameters een tarief vastgesteld. Dit tarief kan worden gedeclareerd. Het tarief kent vaak een tijdelijke toeslag, die is gerelateerd aan specifieke onderdelen van het budget. In tabel 4 zijn de tarieven van De Schildershoek en Houtwijk weergegeven.

Tabel 4 Tarieven (exclusief tijdelijke toelagen) voor De Schildershoek en Houtwijk in guldens

	1999		2000	
	De Schildershoek	Houtwijk	De Schildershoek	Houtwijk
verpleegdag	306,40	297,20	316,25	308,45
dagbehandeling	200,00	200,00	207,85	207,85

5.2.4 Inkomsten

Naast inkomsten uit declaraties kent een verpleeghuis nog inkomsten uit legaten en erfenissen, subsidies, gemeentelijke bijdragen, vergoedingen voor overige dienstverlening en inkomsten uit eigen bijdragen van bewoners ten behoeve van bepaalde activiteiten⁸.

5.2.5 Kosten

De weergegeven kosten betreffen de daadwerkelijke kosten die in enig jaar zijn gemaakt. Indien meerkosten als gevolg van de specifieke 'problematiek' van De Schildershoek niet worden gecompenseerd (eventueel noodgedwongen) door minder kosten op andere gebieden, mag op basis van de kwalitatieve vertaling van interviews en enquêtes verwacht worden dat verschillen in kosten ontstaan voor diverse kostensoorten. In paragraaf 5.4. zullen de kostenposten worden vergeleken.

5.3 Analysemethodiek en gegevensverzameling

5.3.1 Financiële gegevens

De analyse financiële gegevens is gebaseerd op vier bronnen:

1. financiële jaarverslagen over 1999 en 2000 van Houtwijk en De Schildershoek;
2. managementinformatie GDVV-groep 2001;
3. overzicht flexuren De Schildershoek en Houtwijk 2001;
4. rekenstaten 2001 en begrotingen 2002 De Schildershoek en Houtwijk.

Bij de analyse dienen enkele voorbehouden te worden gemaakt:

- Kostenverschillen zijn niet altijd het directe gevolg van het multiculturele karakter van en het aandeel allochtone bewoners in De Schildershoek. Zo is er in de analyseperiode binnen de GDVV-groep ook een reorganisatie geweest, die mogelijk in het ene verpleeghuis anders heeft uitgewerkt dan in het andere. Dit betekent dat conclusies ten aanzien van de meerkosten samenhangend met de multiculturele werkwijze van De Schildershoek direct gerelateerd moeten kunnen worden aan hieraan verbonden activiteiten.
- Meer inzet en meer benodigde middelen leiden alleen tot meer kosten als ze ook daadwerkelijk in kosten zijn vertaald. Er zijn drie andere mogelijkheden:
 - a. de werkdruk is groter/medewerkers doen dingen in hun vrije tijd;
 - b. bepaalde activiteiten gebeuren niet, maar zouden wel moeten gebeuren;
 - c. er worden taken (onterecht⁹) door vrijwilligers uitgevoerd.
- Indien er meer formatie per bewoner is, kan dit uit de personele kosten worden afgeleid. Een optelling moet worden gemaakt van de kosten voor reguliere formatie, de overwerkvergoedingen en de inzet van uitzendkrachten en oproepkrachten¹⁰. De mate waarin de andere drie mogelijkheden (a, b en c) zich voordoen, kan niet direct uit de financiële gegevens worden afgeleid. Het ziekteverzuimpercentage kan een indicatie zijn voor de onder a genoemde

⁸ Deze eigen bijdrage dient niet verward te worden met een eigen bijdrage in het kader van de AWBZ-regeling. Deze laatste wordt geïnd door het zorgkantoor en de hoogte ervan heeft geen consequentie voor het budget van het verpleeghuis. Ter illustratie: de gemiddelde eigen bijdrage AWBZ per maand van bewoners in De Schildershoek bedraagt over 2001 f 1.037,42. Voor Houtwijk is het gemiddelde f 1.344,29.

⁹ Met onterecht wordt in dit verband bedoeld op structurele verdringing van 'betaald werk' door vrijwilligerswerk.

¹⁰ Daarbij dient rekening te worden gehouden met het feit dat uitzendkrachten circa 40% duurder zijn dan vaste krachten.

mogelijkheid en dient zeker gerelateerd te worden aan de mate van inzet van uitzendkrachten en oproepkrachten. De mogelijkheden b en c zijn als realiteit uit de interviews naar voren gekomen.

5.3.2 Personele inzet

De personele inzet is bepaald door een gedetailleerde opsomming van activiteiten te voorzien van de 'meertijd' per activiteit en vervolgens op basis van frequentie, duur en aantal bewoners dat het betreft, de totaal benodigde meertijd in minuten of uren per week te berekenen. Daarbij is door middel van een variant van de Delphi-methode gebruikgemaakt van:

- de kwantitatieve resultaten van de interviews;
- de kwantitatieve resultaten van de enquête;
- het tijdnormstellingsonderzoek van Hoeksma, Homans en Menting (1989);
- de ervaringsexpertise van medewerkers van het Tympaan Instituut;
- de expertise van de leden van de begeleidingscommissie;
- de expertise van leidinggevend en sleutelfiguren binnen de instelling.

De toegepaste variant op de Delphi-methode¹¹ houdt in dat kennis over aard, duur en frequentie uit de literatuur is gecombineerd met kennis die binnen het Tympaan Instituut aanwezig is op basis van eerdere empirie. Dit heeft geresulteerd in een aantal aannamen die zijn voorgelegd aan de begeleidingscommissie en aan sleutelfiguren binnen beide verpleeghuizen. De reactie van sleutelfiguren en begeleidingscommissie is vervolgens in de aannamen verwerkt. Op deze wijze is een objectieve benadering van de meerkosten verkregen.

Daarbij is niet primair uitgegaan van ervaringsgegevens van De Schildershoek, zoals deze bij tijdschrijven naar voren zouden zijn gekomen, omdat niet kan worden uitgesloten dat dergelijke gegevens, zeker gelet op het breed gevoelde belang van het onderzoek binnen De Schildershoek, een zekere kleuring hadden gekregen.

Uiteraard zijn de aldus verkregen gegevens wel naast de feitelijke financiële en formatieve gegevens van beide verpleeghuizen gelegd. De resultaten van de bovengenoemde exercitie zijn in paragraaf 5.4 verwoord.

5.3.3 Materiële kosten

De verschillen tussen materiële kosten worden in eerste instantie gedestilleerd en geschat op basis van de gehouden interviews. Daarnaast wordt een kostenvergelijking gemaakt op basis van de exploitatiegegevens. Bij de betreffende analyse wordt ook nagegaan in hoeverre eigen bijdragen van bewoners afdoende zijn voor het dekken van (extra) materiële kosten.

5.4 Resultaten van de analyse

5.4.1 Analyse financiële gegevens

In tabel 5 zijn enkele kerngegevens van De Schildershoek en Houtwijk met elkaar vergeleken. Uit de productiegegevens blijkt dat, bij een gelijkblijvend aantal bedden en dagbehandelingplaatsen, in 1999 en 2000 de productie van De Schildershoek lager uitvalt dan de productie van Houtwijk. Een van de oorzaken voor deze (enigszins) lagere productie is in de hoofdstukken 3 en 4 al naar voren gebracht: het vrijhouden van een bed voor bewoners die niet (tijdig) uit het moederland terugkeren. Het aantal verpleegdagen van De Schildershoek in 2001 valt iets hoger uit dan in Houtwijk, maar dit wordt veroorzaakt door een daling van het aantal verpleegdagen in Houtwijk ten opzichte van voorgaande jaren.

¹¹ Zie voetnoot bij paragraaf 2.4 voor een korte beschrijving van de Delphi-methode

Tabel 5 Kerngegevens Houtwijk en De Schildershoek 1999, 2000 en 2001

	De Schildershoek			Houtwijk		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001
aantal bedden	180			180		
aantal dagbehandelingsplaatsen	15			15		
aantal ontslagen en overleden		136	99		123	129
aantal eerste opnamen		112	83		107	89
aantal heropnamen		21	13		19	13
aantal verpleegdagen	64.904	65.157	64.873	65.321	65.649	64.704
gem. bezettingspercentage	98,8	98,9	98,7	99,4	99,6	98,5
aantal dagen dagbehandeling	3.673	3.723	3.709	5.332	5.390	5.846

De belangrijkste kostencomponenten en het ziekteverzuim als indicator voor de werkdruk zijn weergegeven in tabellen 6 en 7. Bronnen voor de gegevens over 2000 en 1999 zijn de jaarrekeningen van de betreffende jaren, de gegevens 2001 zijn afgeleid uit de rekenstaten over 2001. De gegevens over 2001 zijn daardoor niet altijd te vergelijken met de gegevens uit 1999 en 2000. Zo zijn de kosten voor voeding en hotelfuncties in de jaarrekening opgeteld, terwijl ze in de rekenstaten 2001 afzonderlijk zijn opgenomen. Hetzelfde geldt voor de personeelskosten. Daarom worden de gegevens over 2001 in een aparte tabel gepresenteerd (tabel 7).

De inkomsten uit overige dienstverlening en de overige opbrengsten zijn in tabel 6 opgenomen teneinde vast te kunnen stellen in hoeverre meerkosten gedekt worden uit gerelateerde meeropbrengsten. Uit de cijfers in tabel 6 blijkt dat de betreffende inkomsten zeer gering zijn. Sommige bijdragen (bijvoorbeeld de eigen bijdrage voor activiteitenbegeleiding) zijn in tabel 7 al gesaldeerd met de kosten. Voor de analyse is dat niet problematisch; uit de hoofdstukken 3 en 4 valt al op te maken dat zowel sprake zal zijn van hogere kosten als van geringere opbrengsten. Om vast te stellen of sprake is van een verschil in nettokosten zijn alleen de saldi van beide verpleeghuizen van belang.

Tabel 6 Financiële kerngegevens en ziekteverzuimpercentage over 1999 en 2000, De Schildershoek en Houtwijk in gulden

	De Schildershoek		Houtwijk	
	1999	2000	1999	2000
personeelskosten	14.624.861	15.530.077	14.233.692	14.682.377
waarvan pers. niet in loondienst	1.615.452	1.837.708	1.401.310	1.270.333
voedingmiddelen en hotelkosten	1.620.785	1.603.513	2.023.222	2.237.097
patiëntgebonden kosten	566.425	616.078	568.786	517.846
inkomsten ov. dienstverlening	10.900	7.948	2.156	4.458
overige opbrengsten	24.295	40.740	32.726	5.152
ziekteverz. incl. zwangerschap ¹	15,0%	18,7%	14,9%	13,2%

¹ berekend volgens de PION-methode. Bij hantering van de landelijk gehanteerde systematiek (TNO/NIA-norm) ligt het percentage circa 1,5 procentpunt lager.

Tabel 7 Financiële kerngegevens 2001, ziekteverzuimgegevens 2001 en inzet flexwerkers De Schildershoek en Houtwijk in gulden respectievelijk uren. Financiële cijfers op basis van rekenstaten twaalf maanden 2001

	De Schildershoek	Houtwijk
totale personeelskosten	16.590.000	16.379.000
- waarvan personeel in loondienst	14.062.000	14.188.000
- waarvan personeel niet in loondienst	2.528.000	2.191.000
▪ personeel keuken	670.357	612.664
▪ personeel verpleging en verzorging	7.850.621	8.437.099
▪ personeel fysiotherapie	407.094	365.921
▪ personeel activiteitenbegeleiding	371.460	280.792
▪ personeel maatschappelijk werk	138.000	68.970
▪ personeel artsen	105.195	327.720
▪ personeel geestelijke verzorging	43.989	54.842
kosten voeding	789.000	669.000
kosten ontspanning en activiteitenbegeleiding	30.700	43.000
kosten pastoraal werk	10.230	1.450
ziekteverzuim, inclusief zwangerschap ¹	13,23%	12,63%
inzet flexmedewerkers 2e half jaar in uren	19.077 uur	14.657 uur

¹ zie opmerking tabel 6

Personeelskosten

Zowel in 1999, 2000 als 2001 waren de totale personeelskosten van De Schildershoek hoger dan de totale personeelskosten van Houtwijk. Hetzelfde geldt voor de post personeel niet in loondienst/inhuur externen. Daarbij dient bedacht te worden dat de klinische productie nagenoeg gelijk is, maar de dagbehandelingsproductie in Houtwijk substantieel hoger is. Opvallende gegevens zijn verder:

1. de personeelskosten voor de keuken zijn circa f 58.000,-- hoger voor De Schildershoek;
2. de personeelskosten voor fysiotherapie zijn in De Schildershoek circa f 41.000,-- hoger, ondanks de geringere dagbehandelingsproductie;
3. de personeelskosten activiteitenbegeleiding zijn circa f 91.000,-- hoger in De Schildershoek;
4. de personeelskosten maatschappelijk werk zijn in De Schildershoek circa f 70.000,-- hoger (in fte 1,83 in De Schildershoek versus 0,89 in Houtwijk);
5. de personeelskosten voor artsen zijn opvallend laag voor De Schildershoek. Dit is het gevolg van incidentele factoren (onder andere vacature) en nog uit te voeren toerekeningen voor Houtwijk. Het aantal fte voor artsen is in De Schildershoek 2,28 en voor Houtwijk 3.

Ondanks dat de totale personeelskosten voor De Schildershoek hoger zijn dan voor Houtwijk, zijn de personeelskosten voor verpleging en verzorging in De Schildershoek lager dan in Houtwijk. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de taakstellende werking van budgetten. Overschrijdingen zijn maar beperkt mogelijk (zie de nummers 1 tot en met 4) en leiden tot taakstellende reductie van personeelskosten in overige disciplines. Daarnaast kampt De Schildershoek met het probleem dat medewerkers niet altijd snel te vervangen zijn (inwerken van niet met de werkwijze bekende uitzendkrachten vergt te veel tijd).

Waar geen middelen voor nieuw personeel in vaste dienst beschikbaar zijn, wordt de werkdruk voor de overige medewerkers hoger. Het hogere ziekteverzuimpercentage van De Schildershoek is hiervan een illustratie.

De verschillen tussen de personeelskosten verpleging en verzorging van beide verpleeghuizen worden kleiner als de contant gemaakte waarde van vakantiedagen in de beschouwingen worden betrokken. Medewerkers van De Schildershoek hebben, vanwege de grotere werkdruk, in 2001 meer vakantiedagen opgebouwd dan opgenomen. Voor Houtwijk geldt het omgekeerde (zie tabel 8). In feite dient de waarde van dit surplus aan het jaar 2001 toegerekend te worden.

Tabel 8 Overzicht resterende vakantie-uren aan het einde van het jaar 2000 en 2001 en contante waarde vakantiedagen per 31 december 2000 en 31 december 2001; contante waarde in guldens

	31-12-2000	31-12-2001	waarde per 31-12-2001
Houtwijk	7.339	6.577	203.226
De Schildershoek	12.404	14.144	437.037

Als de arbeidsproductiviteit (werkdruk) een plafond heeft bereikt en het aantal opgenomen vakantiedagen een minimum, worden acute probleemsituaties opgelost door de inzet van flexwerkers. In tabel 9 is een uitsplitsing per maand gemaakt over het tweede half jaar van 2001.

Tabel 9 Overzicht inzet flexwerkers gedurende tweede halfjaar 2001, De Schildershoek en Houtwijk in hele uren.

	De Schildershoek	Houtwijk
juli	3.018	2.587
augustus	3.176	2.612
september	2.950	2.719
oktober	3.355	2.427
november	3.217	2.239
december	3.361	2.072

Materiële kosten

Op grond van interviews en enquête kan worden verwacht dat de materiële kosten voor voeding, ontspanning en activiteitenbegeleiding en pastoraal werk in De Schildershoek hoger zijn dan in Houtwijk. In 2001 zijn de kosten voor voeding in De Schildershoek circa f 120.000,-- hoger dan in Houtwijk en de kosten voor pastoraal werk f 9.000,--. De kosten voor ontspanning en activiteitenbegeleiding zijn f 12.000,-- lager. Voor dit laatste kan op basis van de beschikbare gegevens geen verklaring worden gegeven, anders dan dat het inboeken van eigen bijdragen in beide huizen op verschillende momenten gebeurt en Houtwijk, uitgaande van een ruimer budget, meer uitgaven voor recreatie (bijvoorbeeld artiesten, et cetera) kan doen dan De Schildershoek.

De conclusie van bovenstaande analyse is dat De Schildershoek en Houtwijk op diverse posten een verschillend beeld laten zien, waarbij op grond van de kwalitatieve analyse (interviews en enquête) kan worden vastgesteld dat het multiculturele karakter van De Schildershoek een substantiële oorzaak van dit kostenverschil is. In de volgende paragraaf worden de oorzaken van deze verschillen nader belicht.

5.4.2 Verschillen in tijdsbesteding

5.4.2.1 Inleiding

Aan de hand van de enquêtes en de interviews zijn de activiteiten benoemd, waarbij sprake is van een grotere personele inspanning van de zijde van de medewerkers in het geval van:

- allochtone bewoners in vergelijking met autochtone bewoners;
- verschillen tussen Houtwijk en De Schildershoek, die samenhangen met de multiculturele werkwijze in De Schildershoek.

Activiteiten die in beide huizen evenveel aandacht vragen, zijn buiten beschouwing gelaten. Met activiteiten die in Houtwijk meer tijd of inspanning vragen is als volgt omgegaan:

1. aangepaste voedselbereiding, met name meer gemalen maaltijden, is verdisconteerd in de berekeningen rond 'bereiding maaltijden';
2. speciale maatregelen rond houding in bed, meer tilprotocollen, meer gebruik van steunkousen en/of zwachtels en meer verzorging wonden in Houtwijk worden 'weggestreept' tegen meer gebruik postoeel en meer aangepast schoeisel in De Schildershoek;
3. meer deelname aan recreatieve activiteiten op de afdeling en in het huis wordt meegewogen bij de berekening 'deelname aan vieringen en feestdagen'.

Er is een tweedeling gemaakt tussen aspecten waarop een rekenkundige benadering kan worden toegepast en aspecten waarover meer kwalitatieve uitspraken kunnen worden gedaan. Dit leidt in de ordening van de conclusies tot een driedeling:

- a. de zorgverlening in De Schildershoek vergt meer tijd per cliënt dan in een gemiddeld verpleeghuis;
- b. een deel van deze 'meertijd' kan worden gekwantificeerd en leidt tot een berekening van de minimale 'meertijd' en hieraan gerelateerde kosten;
- c. een ander deel van deze meertijd kan met de beschikbare gegevens niet worden gekwantificeerd, maar zet wel opwaartse druk op de berekende minimale meertijd.

In paragraaf 5.4.2.2 wordt met name ingegaan op de onder b genoemde berekeningen, in paragraaf 5.4.2.3 op de items, genoemd onder c. De conclusie onder a is al besproken in de hoofdstukken 3 en 4.

5.4.2.2 Rekenkundige benadering Verantwoording

In de onderstaande exercitie is sprake van aannamen. Deze aannamen zijn de resultante van:

- de kwantitatieve resultaten van de interviews;
- de kwantitatieve resultaten van de enquêtes;
- het tijdnormstellingsonderzoek van Hoeksma, Homans en Menting (1989);
- de ervaringsexpertise van medewerkers van het Tympaan Instituut die in de verpleeghuissector werkzaam zijn geweest;
- de expertise van sleutelfiguren binnen De Schildershoek en Houtwijk;
- de expertise van de leden van de begeleidingscommissie.

Per item wordt een berekening gemaakt van het aantal netto uren (zonder verlof, ziekte en overige niet-productieve uren) dat samenhangt met de betreffende activiteit. Aan het einde van deze paragraaf wordt vervolgens een omrekening gemaakt van netto- naar brutotijd en wordt een vertaling gemaakt naar kosten.

Bereiding maaltijden

De Schildershoek kent een extra maaltijdcyclus, er zijn meer mensen die vegetarisch eten, meer mensen die een wisselend eetpatroon hebben, de bereiding van maaltijden kost meer tijd, kant-en-klaarmaaltijden worden niet geserveerd vanwege de daarin aanwezige gelatine, keukengerei moet ontsmet worden voor hal koken.

Het percentage bewoners met enige vorm van dieet is niet verschillend. In De Schildershoek is wel vaker sprake van normale bereiding, Houtwijk kent vaker gemalen voeding.

Aannamen

Voor de extra 'kookgang', het bereiden van halal, het niet kunnen serveren van kant-en-klaarmaaltijden en de grotere variatie in maaltijdwensen wordt op basis van interviews en enquête uitgegaan van een extra keukenmedewerker gedurende vier uur per dag. Het minder bereiden van gemalen maaltijden reduceert het verschil tot drie uur per dag. Uitgaande van een 36-urige werkweek en zeven dagen per week maaltijdbereiding resulteert dit in een netto extra formatie van 0,58 fte (7x3/36).

De materiële kosten voor voeding waren in 2001 € 55.000,-- hoger. Dit bedrag wordt ook voor 2002 geschat.

Baden en douchen

In tabel 10 wordt het patroon van douchen en baden van De Schildershoek en Houtwijk vergeleken.

Tabel 10 Frequentie van douchen en baden in percentages (absolute aantallen tussen haakjes)

	dagelijks	meer keer per week	een keer per week
De Schildershoek	33% (60)	16% (28)	49% (72)
Houtwijk	1% (2)	5% (9)	94% (169)

Aannamen

- de meertijd voor baden en douchen boven wassen wordt gesteld op tien minuten;
- bij degenen die meer keer per week baden of douchen wordt uitgegaan van drie keer per week;
- douchen en baden gebeurt in het algemeen door een medewerker.

Berekening meertijd:

De Schildershoek $60 \times 7 + 28 \times 3 + 72 = 576$ douche- en badbeurten per week;

Houtwijk $2 \times 7 + 9 \times 3 + 169 = 210$ douche- en badbeurten per week.

Verskil 366×10 minuten per week = 61 uur netto.

Speciale eisen persoonlijke verzorging in procenten

In tabel 11 is het percentage genoemd van bewoners die aan het betreffende item speciale eisen stellen.

Tabel 11 Percentage bewoners dat speciale eisen stelt aan items persoonlijke verzorging

	De Schildershoek	Houtwijk
douchen/baden	39	11
gebitsverzorging	38	3
poetsen tong	25	2
kleding	30	5
haardracht	22	3
hoofdbedekking	9	2
scheren	20	5
huidverzorging	29	7
make-up	7	3
sieraden	13	4

Aannamen

Aangezien dit dagelijkse, routinematige bezigheden betreft, wordt ervan uitgegaan dat communicatieproblemen geen extra tijd vragen en geen tolk wordt ingezet. Alleen de extra tijd die door de speciale eisen wordt gegenereerd, wordt in de berekeningen meegenomen. Per item is een gemiddeld aantal extra minuten

'meertijd' bepaald. Op dezelfde wijze als bij de voorgaande berekening wordt vervolgens bepaald hoeveel extra tijd per week met de genoemde speciale eisen is gemoeid. De berekeningen zijn in de tabel 12 weergegeven.

Tabel 12 Berekeningen meertijd persoonlijke verzorging (berekening: verschil aantal personen x meertijd per item x 7)

aard verzorging	aantal bewoners De Schildershoek	aantal bewoners Houtwijk	minuten/keer	minuten/totaal/ week
gebitsverzorging	68	5	1	441
poetsen tong	45	4	1	290
kleding	54	9	3	945
haardracht	40	5	3	718
hoofdbedekking	16	4	3	265
scheren	36	9	1	189
huidverzorging	52	13	2	554
make-up	13	5	2	101
sieraden	23	7	1	113
totaal				3.616

Het totaal van 3.616 minuten per week komt overeen met zestig uur per week.

Percentage bewoners met vaste afspraken

In tabel 13 is het percentage personen genoemd dat vaste afspraken heeft met de genoemde disciplines. De frequentie van de afspraken kon niet eenduidig uit de enquête worden afgeleid.

Tabel 13 Percentage bewoners dat regelmatig vaste afspraken heeft met de genoemde discipline

	De Schildershoek	Houtwijk
arts	20	1
maatschappelijk werk	6	1
activiteitenbegeleiding	50	34
geestelijke verzorging	18	2
psycholoog	5	3
fysiotherapeut	39	30
ergotherapeut	5	1
logopedist	2	2

Aannamen

- Bij arts, maatschappelijk werk, geestelijke verzorging, psycholoog, ergotherapeut en logopedist wordt uitgegaan van een contact van een half uur per twee weken.
- De effectieve tijd in beide verpleeghuizen dient op hetzelfde niveau te liggen. 'Meertijd' vertaalt zich dan in meer afspraken of langere afspraken.
- Activiteitenbegeleiding vindt veelal in groepen plaats en kan daarom niet een-op-een aan individuen worden toegerekend. Op basis van de interviews kan worden geconstateerd dat voor het bredere scala aan activiteiten vier uur per dag gedurende werkdagen nodig is: = 20 uur per week activiteitenbegeleiding. De personeelskosten activiteitenbegeleiding zijn in De Schildershoek in 2001 circa € 41.000,- hoger dan in Houtwijk.
- Fysiotherapie vindt voor meerdere personen gelijktijdig plaats, is lichaamsgericht en maakt veel gebruik van non-verbale communicatie. Aangezien de per-

centages 'gebruikers' elkaar niet veel ontlopen, wordt ervan uitgegaan dat de extra belasting voor de discipline fysiotherapie beperkt is. De personeelskosten voor fysiotherapie zijn in De Schildershoek circa € 18.000,- hoger dan in Houtwijk, ondanks meer dagbehandelingsproductie in Houtwijk. Deze meerkosten worden als uitgangspunt genomen bij verdere berekeningen.

De grootste verschillen tussen De Schildershoek en Houtwijk hebben betrekking op artsen, geestelijke verzorging, maatschappelijk werk en ergotherapie. De meertijd voor deze disciplines kan als volgt bepaald worden:

Verskil in aantal personen met een afspraak x 0,5 uur x 0,5 (één keer per twee weken). In tabel 14 zijn de resultaten van deze berekeningen weergegeven.

Tabel 14 Berekend aantal extra uren in verband met vaste afspraken van bewoners, in uren per week

afspraken	aantal De Schildershoek	aantal Houtwijk	verschil in aantal	extra uren per week
arts	36	2	34	8,55
maatschappelijk werk	11	2	9	2,25
geestelijke verzorging	32	4	29	7,2
ergotherapie	9	2	7	1,8

Percentage bewoners dat minimaal twee keer per maand 'inloopt'

In de enquête is ook gevraagd naar het aantal bewoners dat minimaal twee keer per maand langs komt zonder afspraak, al dan niet met familie. De antwoorden op de betreffende vraag zijn weergegeven in tabel 15.

Tabel 15 Percentage personen dat minimaal twee keer per maand langskomt zonder afspraak

	De Schildershoek	Houtwijk
arts	13	5
maatschappelijk werk	10	1
activiteitenbegeleiding	10	4
geestelijke verzorging	5	2
psycholoog	8	0
fysiotherapeut	9	5
ergotherapeut	4	0
logopedist	1	1

Aannamen

- een niet-gepland contact vergt gemiddeld twaalf minuten;
- het betreft gemiddeld twee contacten per maand;
- het betreft extra contacten bovenop de reguliere werkzaamheden.

In tabel 16 zijn de berekeningen uitgevoerd die op deze aannamen zijn gebaseerd.

Tabel 16 Berekening meertijd medische en paramedische disciplines op basis van 'inloop' van bewoners en familie; extra tijd in uren per week

	aantal De Schildershoek	aantal Houtwijk	verschil in aantal personen	extra tijd/week in uren
arts	23	9	14	1,4
maatschappelijk werk	18	2	16	1,6
activiteitenbegeleiding	18	7	11	1,1
geestelijke verzorging	9	4	5	0,5
psycholoog	14	0	14	1,4
fysiotherapeut	15	8	7	0,7
ergotherapeut	7	0	7	0,7
logopedist	2	2	0	0

Percentage bewoners met regelmatige deelname aan activiteiten

In tabel 17 is een overzicht gegeven van het percentage bewoners dat regelmatig of altijd aan de genoemde activiteiten meedoet. Het betreft percentages van de gehele populatie, ongeacht het karakter van de viering of feestdag.

Tabel 17 Percentage bewoners dat regelmatig of altijd deelneemt aan de genoemde activiteiten

	De Schildershoek	Houtwijk
gesprek/spelletje met medebewoner	37	27
recreatieve activiteiten afdeling	29	38
recreatieve activiteiten huis	40	51
uitstapjes	18	21
Nederlandse religieuze vieringen	42	22
Nederlandse feestdagen	45	30
niet-Nederlandse religieuze vieringen	22	1
niet-Nederlandse feestdagen	23	1

De betreffende activiteiten hebben repercussies voor:

- medewerkers verzorging en verpleging in verband met brengen en halen en begeleiding;
- activiteitenbegeleiding en geestelijke verzorging voor de organisatie van de activiteiten.

Aannamen

- Gesprekken en spelletjes tussen medebewoners vragen geen extra tijd van medewerkers.
- Recreatieve activiteiten op de afdeling en in huis zijn 'meegenomen' bij eerdere berekeningen rond activiteitenbegeleiding.
- De organisatie van uitstapjes is niet afhankelijk van het aantal deelnemers. Daarnaast is het aantal deelnemers niet substantieel verschillend. Daarom wordt deze activiteit verder niet geanalyseerd.
- De berekeningen richten zich op vieringen en feestdagen.
- De tijd gemoeid met organisatie van feestdagen en vieringen is niet gerelateerd aan het aantal deelnemers, de tijd van halen, brengen en begeleiding wel. Per feestdag wordt gerekend met acht uur organisatie.
- Het aantal belangrijke feestdagen/vieringen is drie in Houtwijk en acht in De Schildershoek.
- In De Schildershoek zijn bij de drie Nederlandse vieringen en feestdagen gemiddeld 75 mensen aanwezig, bij de vijf niet-Nederlandse vieringen en feest-

dagen gemiddeld veertig mensen. In Houtwijk zijn bij de Nederlandse vieringen gemiddeld veertig mensen aanwezig.

- Zorg- en dienstverlening gedurende een bijeenkomst vervangt zorg- en dienstverlening op de afdeling.
- Het halen en brengen vergt gemiddeld tien minuten per bewoner. De begeleiding is beperkt tot één medewerker per twintig personen gedurende twee uur.

Op basis van deze aannamen kan de extra organisatietijd voor grote vieringen worden bepaald op veertig uur per jaar (47 minuten per week), de extra tijd voor halen en brengen op tien uur per jaar (veertien minuten per week) en de extra begeleiding op 38 uur per jaar (45 minuten per week). Indien regelmatige vieringen (kerk- en gebedsdiensten, individueel gebed) in de berekeningen worden betrokken, wordt het tijdsbeslag voor halen en brengen substantieel groter (36 personen meer x tien minuten per week is zes uur per week).

5.4.2.3 Items met een kwalitatieve benadering

Betrokkenheid familie en betekenis voor werkbelasting

In tabel 18 is het percentage bewoners aangegeven, waarbij sprake is van regelmatige betrokkenheid van familie bij bepaalde activiteiten. Tevens is in deze tabel aangegeven in welke mate medewerkers de betrokkenheid van de familieleden in deze situatie als tijdsbesparend of juist tijdsvragend zien.

Tabel 18 Percentage bewoners, waarbij regelmatig sprake is van betrokkenheid van familie en inschatting van effecten op inzet medewerkers

	De Schildershoek	Houtwijk
eten en drinken	29	25
toiletgang	12	10
sociale activiteiten	38	31
religieuze diensten	17	4
naar buiten	50	51
bezoek buiten huis	41	20
bespaart tijd	30	22
hetzelfde	47	68
kost extra tijd	24	10

De percentages 'betrokkenheid' voor De Schildershoek liggen iets hoger dan de percentages van Houtwijk, maar de verhouding tussen 'bespaart tijd' en 'kost extra tijd' is gunstiger voor Houtwijk. Deze trends interfereren met elkaar, waardoor het nettoresultaat nagenoeg nul is.

Aspecten rond het functioneren van contactpersonen

De betrokkenheid van contactpersonen en de 'extra tijd' die contactpersonen vragen, zijn in de interviews meerdere malen genoemd. Vaak beperkt deze betrokkenheid zich echter tot de aanwezigheid bij afspraken met diverse disciplines en het initiëren van ongeplande 'afspraken'. Aangezien de extra tijd die hiermee samenhangt al in de vorige paragraaf aan de orde is gesteld, wordt deze 'extra tijd' niet opnieuw berekend. Wel wordt in tabel 19 een overzicht gegeven van enkele aspecten met betrekking tot de contactpersonen van bewoners. Uit dit overzicht worden overigens geen nadere conclusies getrokken.

Tabel 19 Aspecten van het functioneren van contactpersonen in De Schildershoek en Houtwijk

	De Schildershoek			Houtwijk		
	altijd/vaak	soms	zelden/ nooit	altijd/vaak	soms	zelden/ nooit
contactpersoon goed bereikbaar?	67	14	13	83	7	5
contactpersoon bij gesprekken	66	6	16	42	19	28
taal probleem in contact	7	5	81	1	0	89
meer betrokkenen	13	19	60	13	12	67

Overige aspecten

Diverse overige aspecten zijn in de hoofdstukken 3 en 4 aan de orde geweest. Het is echter met de beschikbare informatie nauwelijks mogelijk deze aspecten van een tijdsbeslag te voorzien, zeker niet omgerekend naar minuten per week. Het betreft:

- gesprekken met familie (de organisatie ervan, aantal gesprekken, duur gesprekken);
- overleg tussen diëtist en familie over het meebrengen van eten en de eisen die daaraan gesteld worden;
- opstellen zorgplan in overleg met betrokkene en familie;
- medewerkers aanspreekpunt voor achtergrondinformatie over cultuur;
- meer rituele handelingen bij overlijden;
- meer informatie en scholing over culturele aspecten;
- mondelinge toelichting op brochures in verband met functioneel analfabetisme;
- regelen bezoek thuisland;
- benadering familie als informatiebron;
- achterhalen achtergrondinformatie van bewoners;
- de meeste van deze activiteiten zullen meertijd vergen van verzorgenden en verplegenden, maatschappelijk werk en geestelijke verzorgers.

5.4.3 Conclusies

Intramurale verzorging en verpleging in een multiculturele omgeving vergen extra menskracht en middelen. Een deel van de extra menskracht en inzet van middelen kan gekwantificeerd worden. Deze kwantificering beschrijft de ondergrens. Diverse aspecten zijn moeilijker te kwantificeren, maar geven een opwaartse druk op de genoemde ondergrens.

In tabel 20 zijn de gekwantificeerde items weergegeven. Daarbij is uitgegaan van een 36-urige werkweek voor alle medewerkers, een netto productieve tijd van 73% en de volgende personeelskosten per fte per jaar (van iedere FWG-groep is de zevende periodiek genomen):

Tabel 20 personeelskosten per fte per jaar

functie	FWG	in guldens	in euro's
arts	70	162.616	73.792
psycholoog	60	131.414	59.633
fysiotherapeut	55	102.757	46.629
ergotherapeut/logopedist/maatschappelijk werker	50	91.222	41.395
geestelijk verzorger	45	79.623	36.131
verzorgenden	30	70.124	31.821
medewerker keuken	15	60.291	27.359

Tabel 21 Berekende meerinzet en meerkosten voor diverse aspecten van multiculturele zorgverlening. De inzet is weergegeven in uren per week. De materiële kosten en berekende personeelskosten zijn weergegeven in euro's (afkortingen: mw = maatschappelijk werk, gv = geestelijke verzorging, et = ergotherapie, ab = activiteitenbegeleiding). De personeelskosten in de kolom paramedisch en overig zijn naar rato van de meerinzet per discipline bepaald.

	v&v- personeel	arts	paramedisch en overig	personeel keuken	materiële kosten
bereiding maaltijden				21 uur	€ 55.000,--
baden en douchen	62 uur				
lichamelijke verz.	60 uur				
activiteitenbegele.			20 uur		
fysiotherapie			10,2 uur ¹		
vaste afspraken diverse disciplines		8,5 uur	– 2,3 uur mw – 7,2 uur gv – 1,8 uur et		
inloop diverse disciplines		1,4 uur	5,9 uur totaal ²		
belangrijke vieringen	0,85 uur				€ 4.900,--
reguliere vieringen	6 uur		– 0,8 uur ab – pm gv		
uren per week netto	128,9 uur.	9,9 uur	48,2 uur	21 uur	
uren per week bruto	176,7 uur	13,6 uur	66,0 uur	28,8 uur	
fte	4,9 fte	0,38 fte	1,83 fte	0,8 fte	
totaal kosten	€ 156.077,--	€ 27.798,--	€ 69.168,--	€ 21.862,--	€ 59.900,--

¹ ten behoeve van de totaalstellingen teruggerekend, uitgaande van € 18.000 per jaar

² zie tabel 5.13 voor uitsplitsing naar paramedische disciplines

De minimale extra personeelskosten kunnen op basis van bovenstaande analyses bepaald worden op € 275.000,-- (eindtotaal kolommen v&v-personeel, arts, paramedisch en overig, personeel keuken tot en met materiële kosten) per jaar, de extra materiële kosten op € 60.000,-- per jaar (totaal extra kosten € 335.000,-- per jaar). De kwalitatieve analyse geven een grote opwaartse druk op dit minimale jaarlijkse bedrag.

5.5 Vergelijkbare methodieken en voorstel voor toerekening extra budget

5.5.1 Leerlingenbudget

De mogelijkheid tot verhoging van het budget op basis van specifieke doelgroepen is in diverse maatschappelijke sectoren al ingevuld. In het basisonderwijs bijvoorbeeld ontvangen scholen een budget per leerling. Om dit budget te bepalen bestaan er wegingsfactoren voor specifieke groepen leerlingen (zogenaamde gewichtleerlingen). Deze wegingsfactoren zijn gebaseerd op de sociaal-economische en culturele achtergrond van het gezin van die leerling. Zo krijgt een autochtoon, middenklasse leerling een gewicht 1.00 en een allochtoon kind uit een achterstandssituatie (op gebied van onder andere milieu, taal) een gewicht 1.90. Voor deze bijzondere doelgroepen wordt met deze gewichten extra leerkrachtformatie verkregen. Daarnaast kunnen scholen met bijvoorbeeld een hoog percentage 1.90 leerlingen extra subsidies krijgen, waardoor zij meer kosten kunnen maken zonder exploitatietekorten te krijgen. Al deze extra's zijn ge-

richt op het verbeteren van de achterstandssituatie van deze kinderen, en dan met name de taalachterstand.

Voor een financiële vertaling van de meerkosten in De Schildershoek, vanwege de culturele diversiteit van de bewoners, lijkt een vergelijking met dit onderwijsstelsel plausibel. Niet de specifieke parameters, maar wel de gevolgde redenering is van toepassing op De Schildershoek.

5.5.2 Verzorgingshuizen met bijzondere functies

Er zijn in Nederland 109 verzorgingshuizen met een bijzondere functie. Naast 85 kloosterbejaardenoorden betreft dit verzorgingshuizen voor doven en blinden, voor vegetarische ouderen, voor antroposofische ouderen, voor vrijgemaakt gereformeerde ouderen, voor Joodse ouderen en voor Indische Nederlanders. Diverse van deze verzorgingshuizen ontvangen een toeslag op het budget. In tabel 22 is een overzicht gegeven van de toeslagen per verzorgingsdag voor 2002, uitgedrukt in euro's.

Tabel 22 Toeslagen per verzorgingsdag op budgetten verzorgingshuizen met een bijzondere functie voor 2002 in euro's.

	personeelskosten in euro's	materiële kosten in euro's
blinden/slechtzienden	9,02	2,78
oudere doven	9,02	2,78
Indische Nederlanders	3,14	

bron: Beleidsregel II - 510 en II - 511 CTG

Als redenen voor de toeslag op de genormeerde personeelskosten in het geval van Indische Nederlanders worden taal, cultuur, voeding en verleden genoemd. Expliciet worden door het CTG (beleidsregel II - 99, maart 1999) het regelen van financiële zaken en het bezoek van artsen genoemd.

In 1999 heeft het ministerie de toeslag voor verzorgingshuizen voor Indische Nederlanders verlaagd van f 8,45 naar f 5,95 per verzorgingsdag. Als reactie daarop heeft bureau Berenschot een tweetal onderzoeken uitgevoerd. De uitkomsten van deze onderzoeken (een kwalitatief onderzoek en een kostenonderzoek) zijn vergelijkbaar met de conclusies in de hoofdstukken 3, 4 en 5 van deze rapportage. Volgens bureau Berenschot is de omvang van de extra activiteiten te relateren aan een bedrag tussen f 16,-- en f 21,-- per verzorgingsdag.

5.5.3 Voorstel voor toekenning toeslagen op budget aanvaardbare kosten

Voor wat betreft het toekennen van toeslagen op budgetten voor verblijfsfuncties zijn zes mogelijkheden te onderscheiden. Deze zijn in onderstaand schema weergegeven.

Schema 1 Mogelijke aangrijpingspunten voor toeslagen op budget aanvaardbare kosten

	per erkend bed	per verpleegdag	per verpleegdag van allochtone bewoners
personeelskosten	(1)	(2)	(3)
materiële kosten	(4)	(5)	(6)

De verdeling tussen materiële en personele kosten kan worden bepaald op basis van het gestelde in tabel 21. Daarbinnen zijn diverse argumenten aan te voeren voor het gedifferentieerd toekennen van toeslagen. Enkele personeelskosten zijn specifiek gerelateerd aan activiteiten voor één of enkele allochtone of religieuze groepen (bijvoorbeeld rituelen bij overlijden, halal koken, taalproblemen, bezoek thuisland regelen), andere personeelskosten zijn sterk gerelateerd aan de multi-

culturele werkwijze van De Schildershoek, die niet meer of minder tijd vergt als 10% meer of minder allochtone bewoners aanwezig zouden zijn. Met name dit laatste argument pleit ervoor toeslagen voor een belangrijk deel te relateren aan een erkend bed of verpleegdagen, ongeacht de etniciteit van de bewoner. Ook het feit dat meertijd, die specifiek aan een of enkele allochtone of religieuze groeperingen gerelateerd is, niet evenredig vermindert bij een vermindering van het aantal bewoners van de desbetreffende groepering, pleit voor een bredere toekenning van toeslagen dan alleen op basis van verpleegdagen voor allochtone bewoners.

Of 'algemeen toe te rekenen' toeslagen worden toegerekend aan bedden of verpleegdagen, is minder zwaarwegend. Om aan te sluiten bij de bestaande systematiek en bij de grotere nadruk die heden ten dage wordt gelegd op productie in plaats van op capaciteit, wordt voorgesteld de 'algemeen toe te rekenen' toeslag toe te rekenen aan verpleegdagen.

Indien:

- de in tabel 21 berekende meerkosten als uitgangspunt worden genomen;
- voor personeelskosten een 50-50 verdeling wordt toegepast op 'algemene' en 'allochtone' verpleegdagen en
- materiële kosten voor 100% worden toegerekend aan algemene verpleegdagen;

resulteren de toeslagen die zijn weergegeven in tabel 23.

Tabel 23 Voorstel voor toerekening van toeslagen op het budget aanvaardbare kosten van verpleeghuis De Schildershoek, in euro's

	per verpleegdag	per verpleegdag van allochtone bewoners
personeelskosten	2,15	4,30
materiële kosten	0,98	-

Benadrukt dient te worden dat de berekende meerkosten minimumbedragen zijn. Diverse activiteiten die in kwalitatieve zin aan de orde zijn geweest, hebben geen kwantitatieve vertaling gekregen.

Literatuur

Henstra E. Strategisch Management verpleeghuis De Schildershoek. Paperstudie bestuurskunde Universiteit Leiden. Leiden: 2002.

Hoeksma BH. Tijdnormstelling in een gecombineerd verpleeghuis. Enschede: Hoeksma, Homans & Menting, 1999.

Huisman C, Wissen L van. Regionale allochtonen prognose 1996-2016, rapport nummer 54. Den Haag: Nederlands Interuniversitair Demografisch Instituut (NIDI), 1998.

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz). Handboek LZV en invoermodule, derde herziene druk. Utrecht: NVVz, 1999.

Oosten F van. Uit het raam kijken. Strategisch management in de gezondheidszorg. Leiden: 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Interculturalisatie van de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 1999.

Sociaal Cultureel Planbureau. Rapportage Ouderen 1998. Den Haag: SCP, 1999.

Waveren L van, Gouw JMM de. Allochtonen en verpleeghuiszorg. Den Haag: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, 1993.

Multiculturele verpleeghuiszorg
nader geanalyseerd kost € 17,75
en is onder vermelding van
nummer 0049 te bestellen bij:

Tympaan Instituut
Deernsstraat 1
2273 VC Voorburg
telefoon 070 3371000
fax 070 3371010
e-mail tympaan@attglobal.net
website www.tympaan.nl

© Tympaan Instituut