

Op zoek naar de residentiële verblijfsduur van zorgbehoevende bejaarden

***Welke rol spelen determinanten
en wat is de link met kwaliteit en capaciteit?***

door

Van Camp-Van Rensbergen G, Prims H.¹

Samenvatting

Een berekende, exacte residentiële verblijfsduur van zorgbehoevenden lag in onze studie op 22 maanden (1998) en 18 maanden (2000) met een standaarddeviatie (SD) van respectievelijk 24,5 en 23,8.

De statistische analyse van 4 determinanten (leeftijd, geslacht, zorgbehoefte en soort pathologie) toont dat psychische aandoeningen de langste verblijfsduur laten optekenen. Na pathologie beïnvloeden in afnemende volgorde geslacht, zorgbehoefte en leeftijd de verblijfsduur. Vrouwen verblijven beduidend langer dan mannen; zorgbehoefte op zich heeft weinig invloed, doch een optimale zorgbehoefteregistratie beïnvloedt des te meer de berekening van de verblijfsduur; de invloed van leeftijd is minimaal.

Omdat contextuele variabelen, met name uitstellen van opname door 'rekbaarheid' van mantelzorg evenzeer een rol spelen kan een link tussen verblijfsduur en kwaliteit niet gelegd worden.

Een capaciteit van 35.000 à 40.000 benodigde 'RVT'-bedden werd geschat op basis van de geldende demografische cijfers, gebruikspatronen en de diversiteit van het aanwezige zorgaanbod anno 2000.

¹ Correspondentieadres: Gilberte Van Camp, gilberte.vancamp@skynet.be

Verblijfstijden hebben vooral een belangrijke signaalfunctie met betrekking tot discrepanties tussen vraag en aanbod. Als verblijfstijden té lang worden, kan er iets mis zijn met de gevoeligheid van de zorgbehoefte-criteria of is er een tekort aan alternatieve zorgoplossingen. Veel bejaarden gaan nu nog naar een rusthuis omdat er gebrek is aan serviceflats. Als verblijfstijden té kort worden, is er iets mis met de doelgroepen. Dan zijn de RVT's geen thuisvervangend milieu meer voor zwaardere zorgbehoevenden om er de laatste jaren van hun leven omringd door comfortzorgen door te brengen, maar worden het veeleer sterfhuizen, wat zeker niet de oprichtingsgedachte was.

Keywords: nursing home, length of stay, determinants, dementia

Inleiding

Hoe lang gemiddeld doet een zorgbehoevende bejaarde beroep op residentiële zorg? Instellingen zijn geïnteresseerd in deze vraag in verband met de ontwikkeling van een aangepaste dienstverlening. Beleidsverantwoordelijken vinden deze informatie belangrijk voor de lange termijn planning van residentiële capaciteiten en voor de uitbouw van alternatieve zorgvoorzieningen. Eventueel verschaffen deze gegevens aan verzekeringsmaatschappijen en individuele personen enig zicht op toekomstige kosten.

Concreet bedoelen we met de vraag naar een gemiddelde residentiële verblijfsduur van zorgbehoevende bejaarden vooral hoe lang de (totale) 'zorgbehoefteperiode' van een bewoner is en niet hoe lang zijn volledige rusthuisverblijf duurt.

Er werd bij deze vraag ingezoomd op twee aspecten. Ten eerste werd een exacte verblijfsduur van zorgbehoevenden berekend en ten tweede werd het gewicht van vier determinanten (geslacht, leeftijd, zorgbehoefte en pathologie) statistisch onderzocht.

Verder werd, als belangrijkste gevolgtrekking, nagegaan of de verblijfsduur bruikbaar is als kwaliteits- en capaciteitsparameter. Alvorens verder te gaan zijn vooraf enkele toelichtingen wenselijk.

Ontstaan van verzorgingsbedden (1)

Rust en Verzorgingstehuis (RVT) bedden werden in België in 1982 juridisch gecreëerd, geprogrammeerd op een bepaald aantal, en opgesteld voornamelijk in de schoot van bestaande rusthuizen (RH). Een aantal rusthuisbedden kreeg daarvoor een bijzondere erkenning van de overheid (administratief statuut) en een daaraan gekoppelde financiering. Zij werden voorbestemd voor chronisch zorgbehoevende bejaarden terwijl de overige rusthuisbedden valide bejaarden zouden

huisvesten. Onder de naam 'gemengde rusthuis RVT's' vertegenwoordigden ze in 2002 89 % van het totale RVT bestand. De verhouding van het aantal RVT-bedden op het aantal rusthuisbedden kan zeer verscheiden zijn, afhankelijk van het aantal verplicht afgebouwde ziekenhuisbedden in het verleden.

In de praktijk bleek dat een strakke scheidingslijn tussen de twee soorten bedden niet te trekken viel. De meeste validen worden immers zorgbehoevend, zij het dat de transities niet uitsluitend one-way zijn en dat zorgbehoevenden ook opnieuw valide kunnen worden.

Het aantal zorgbehoevenden is onafhankelijk van het aantal RVT bedden. In 'standaard' gemengde rusthuis RVT's bedraagt de proportie zorgbehoevenden in realiteit 70 à 80 % van het geheel, terwijl het aantal RVT-bedden gemiddeld 25 à 30 % bedraagt. Door het grote aantal zorgbehoevenden kan de instelling een economisch rendabel beleid voeren. Tevens wijst het woord 'standaard' ook op instellingen die een totale capaciteit van 100 à 120 bedden hebben en die behoren tot een OCMW (openbaar) of een vzw (privé).

De lokalisatie van verzorgingsbedden in een rusthuis maakt dat het concept aansluit bij het continue proces van veroudering. Deze Belgische situatie is vrij uniek daar er in andere landen meestal wel een onderscheid gemaakt werd tussen rusthuis en verpleegtehuis. Het gemengde rusthuis RVT vormt een logisch geheel zowel in functie van continuïteit van de verzorging als vanuit menselijk oogpunt (geen node-loze overplaatsingen). Naar zulk geïntegreerd zorgaanbod zoekt men ook in het buitenland, bijvoorbeeld in Nederland. In Australië werd het in oktober 1997 ingevoerd. De bekommernis van de Australische overheid was het ter beschikking hebben van een zorgstructuur waarbij de bejaarde kan schuiven tussen verschillende niveaus van zorg zonder de instelling of de structuur te moeten verlaten (2).

Complexiteit van de parameter verblijfsduur

Het aantal verblijfsdagen is geen eenduidig gegeven

Voor elke bejaarde verblijvend in een rusthuis of RVT bed krijgt de instelling van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitverzekering (RIZIV) een zorgforfait op dagbasis, afhankelijk van de graad van zorgbehoefte. De residentenclassificatie hiervoor gebruikt is de aangepaste Katzschaal (Bijlage 1). Deze Belgische Katzschaal onderscheidt vier hoofdcategorieën van zelfredzaamheid. O is valide; A is semi-valide; B is zorgbehoevend en C zwaar zorgbehoevend. Zorgbehoevenden zijn bewoners die in min of meerdere mate afhankelijk zijn van derden op de essentiële Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL). De fysieke items

zijn: wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, incontinentie en eten. De psychische items betreffen gedesorïenteerdheid in tijd en plaats. Wettelijk is een bejaarde RVT-gerechtigd als hij tot categorie B of C behoort van deze schaal.

De kennis omtrent de residentiële verblijfsduur van deze zorgbehoevende bejaarden is gering en de bestaande gegevens zijn zeer uiteenlopend (3). Zoals reeds aangehaald is de oorzaak hiervan dat binnen de structuur van een gemengde instelling de RVT bewoners geen afzonderlijke dienst vormen. Valide perioden wisselen af met minder valide terwijl de bewoner in dezelfde instelling blijft. De zorgbehoefte-toestand van residenten verslechtert ook niet altijd lineair omdat er zowel op- als neerwaartse categoriewissels voorkomen. Een uitgesplitste verblijfsduur weergeven voor bewoners die eerst een rusthuis en vervolgens een RVT statuut hebben is technisch gecompliceerd omdat de financiële software pakketten in verband met de dagprijzen hiervoor niet geschikt zijn. Die dagprijzen bestaan uit twee delen: een zorgforfait vanwege de overheid (RIZIV) voor de verplegings- en verzorgingskost en een bijdrage vanwege de bejaarde voor de hotelkosten.

De persoonlijke bijdragen van de bejaarde, die dezelfde zijn voor rusthuis of RVT beginnen te lopen van zodra men de instelling binnenkomt, ongeacht welke categorie (solidariteitsprincipe). Het RIZIV daarentegen houdt rekening met zorgbehoefte, gekoppeld aan rusthuis of RVT statuut, met als gevolg dat er acht verschillende prijzen gehanteerd worden. Bijvoorbeeld tussen categorie B in rusthuisstatuut of categorie B in RVT statuut ligt een verschil van € 21/dag. Sinds augustus 2003 bestaat er een nieuwe financieringsmethode (instellingsforfait) die een gemiddelde prijs per bewoner hanteert ongeacht categorie. Het kennen van de juiste verblijfstijden per categorie blijft hoe dan ook belangrijk.

Totale verblijfsduur versus duur van de zorgbehoefteperiode

Wil men de juiste tijd kennen hoelang iemand 'zorgbehoevend' is geweest, dan tellen de jaren in de valide O of A categorie niet mee. Vaak is men maar een fractie van het totale verblijf echt zorgbehoevend. De verhouding zorgbehoefte periode versus totale periode kan bijvoorbeeld 35% bedragen in het geval van een dementerende die 37 maanden zorgafhankelijk was op een totaal verblijf van 106 maanden. Het kan zelfs maar 13% zijn zoals bij de hoogbejaarde vrouw die slechts 8 op de 61 maanden zorgbehoevend was.

Wordt een RVT bewoner opgenomen in het ziekenhuis dan dient er een ontslagformulier ingevuld waardoor de verblijfsduur (administratief)

gebroken is. De RVT-bewoner kan bij terugkeer uit het ziekenhuis eventueel terugvallen in een rusthuisstatuut.

Zo bekomt men verschillende verblijfsduur uitkomsten als de verblijfsduur onderbroken wordt in verscheidene 'single stays' of als niet de reële zorgbehoefte periode maar de wettelijke zorgbehoefte periode in aanmerking genomen wordt.

Voorbeeld: de 'totale' verblijfsduur van een bejaarde is 49 maanden. Hij startte in een O of A categorie; werd na 24 maanden categorie B in het rusthuisstatuut, en na 6 maanden categorie B in het RVT statuut. 12 maanden later volgt een ziekenhuisopname van één maand, waarna hij als zorgbehoevende categorie C terug in het rusthuisstatuut belandt en er een tweede verblijfsduur episode aanvangt om tenslotte na 7 maanden te overlijden.

De totale verblijfsduur is 42 maanden (1ste verblijf) en 7 maanden (2de verblijf) volgens wettelijke interpretatie.

De reële verblijfsduur als zorgbehoevende is 25 maanden (6 + 12 + 7).

De verblijfsduur als wettelijke RVT bewoner is 12 maanden.

Doel: berekenen van een exacte verblijfsduur van de volledige zorgbehoefteperiode

Belgische RVT's worden beschouwd als een definitief verblijf. De formule van kortverblijf wordt hier buiten beschouwing gelaten.

Er ontstonden in België verschillende manieren om verblijfstijden te kwantificeren: exact of evolutief. De drie meest gebruikte technieken zijn:

1. Berekenen van een exacte gemiddelde verblijfsduur van de overledenen in een bepaald jaar. Deze techniek wordt door de overheid gebruikt voor de hele opnameperiode en niet afzonderlijk voor de zorgbehoefteperiode.
2. Berekeningswijze waarbij de maximum verblijfsduur 12 maanden per jaar is. Bijvoorbeeld een bewoner opgenomen begin november 1999 en overleden einde maart 2001, telt in 1999 voor 2 maanden, in 2000 voor 12 maanden en in 2001 voor 3 maanden.
3. Berekening van doorstroomsnelheid of 'verversingsratio' d.w.z. ratio van nieuw opgenomenen/op het aantal bedden. Bijvoorbeeld 25/100 wil zeggen dat 25 % van de bewoners jaarlijks 'ververst' wordt of dat de gemiddelde doorlooptijd 4 jaar is.

Deze laatste twee technieken worden gebruikt om een verblijfsduur evolutie uit te tekenen (4).

De drie methoden verschillen van elkaar maar hebben gemeenschappelijk dat ze de verblijfsduur van een bejaarde als zorgbehoevende niet apart opmeten.

In ons onderzoek gebruikten we geen enkele van de gerapporteerde types. We maten retrospectief de exacte verblijfsduur van zorgbehoevenden op het ogenblik van hun ontslag, lees overlijden. Deze verblijfsduur reflecteert de totale zorgbehoefte periode, zijnde de som van de verblijfstijden van de verschillende episodes van zorgbehoefte.

Bestaande informatie aangaande de verblijfsduur

In België, noch in Vlaanderen, geven de officiële bronnen éénduidige informatie over een RVT verblijfsduur. Binnen het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap vermelden de RVT erkenningsverslagen vanaf 1990 gemiddelde verblijfstijden per instelling die variëren van enkele maanden tot verscheidene jaren. Dat grote verschil is des te verwonderlijker omdat rusthuis RVT's 'a home for life' zijn met goed vergelijkbare populaties qua geslacht, leeftijd, zorgbehoefte en pathologiemix (3,5).

Bij de eerste nationale RVT enquête in 1993 registreerden sommige instellingen eveneens enkele maanden als gemiddelde, anderen tien jaar en meer. Dit item werd de volgende jaren niet meer opgevraagd (6).

Bruikbaarheid van de verblijfsduur als capaciteitsplanner en als kwaliteitsparameter

De economische 'Wet van Little' drukt de capaciteit zo uit: Gemiddelde voorraad = gemiddelde doorlooptijd x gemiddelde productie (in- of output) (7).

In RVT- termen zou deze wet als volgt kunnen vertaald worden:

Gemiddeld aantal bedden = gemiddelde verblijfsduur x gemiddeld aantal opnamen per jaar.

Bijvoorbeeld: 10 bedden = 6 maanden x 20 bewoners

Door Coolen (1987) (8) werd de benodigde capaciteit in rusthuizen of in RVT's als functie van drie factoren gezien: de 'Vraag' (percentage vragers in de populatie), de 'Toegelaten vraag' (overheidsbeleid inzake indicatie) en de 'Doorstroming' (gemiddelde duur van het verblijf) en geeft als formule $V \times T \times D$ (8,9).

Gezien het ontbreken van de essentiële berekeningselementen 'verblijfsduur' en 'percentage vragers' in de populatie, gaf het voorzien van een gepast aantal bedden voor zorgbehoevenden in het verleden aanleiding tot een herhaaldelijk gewijzigde programmatie. Bij het

oprichtingsbesluit van de RVT's in 1982 werd het programmatiecijfer vastgesteld op 2 RVT bedden per 1000 inwoners wat neerkwam op 12.126 bedden. In oktober 1993 werd dit aantal opgetrokken tot 1,7 RVT bedden per 100 bejaarden van 65 jaar en ouder. Deze aanpassing was een correctie in functie van de leeftijdsstructuur van de bevolking en liet een uitbreiding van 3.389 RVT bedden toe voor Vlaanderen. Vanaf januari 1998 is men overgestapt op een programmatie in absolute cijfers en komen er jaarlijks een aantal RVT bedden bij. Het aantal toegelaten RVT bedden in Vlaanderen in 2002 bedroeg 26.662.

De interpretatie van de verblijfsduur als kwaliteitsparameter is niet vanzelfsprekend.

De verblijfsduur in een klinische dienst heeft duidelijk een meer kwalitatieve en zelfs financiële waarde, zoals penaliserende bij te lange verblijfsduur. Het is in de residentiele ouderensector zeer de vraag of de maanden of jaren die voor verblijfsduur moeten doorgaan, dezelfde kwalitatieve betekenis hebben.

Methode

Onze objectieven werden onderzocht door middel van twee onafhankelijke enquêtes, namelijk in 1998 en in 2000. Het betrof tweemaal een gelegenheidssteekproef van telkens zeven vergelijkbare 'standaard' instellingen zowel openbaar als privé. Als studiedesign werd gekozen voor een retrospectief onderzoek van alle overledenen in een bepaalde tijdsperiode, met aandacht voor de categoriewissels. Van deze overlijdenscohort konden de individuele verblijfstijden sterk uiteenlopend zijn. Een drietal valide bewoners kwamen niet in aanmerking omdat ze nooit zorgbehoevend waren, met andere woorden nooit categorie B of C werden.

De onderzochte populatie bestond in 1998 uit 81 overleden bewoners (55 vrouwen en 26 mannen) waarvan de gemiddelde leeftijd 84,1 jaar was (SD 6,2). Het waren de overledenen gedurende het eerste semester van 1998 in zeven instellingen uit de provincie Antwerpen. De steekproef was bedoeld als een verkennend experiment.

In 2000 gebeurde een uitgebreide hertesting ter bevestiging en aanvulling van de resultaten van 1998. De populatie betrof 286 overledenen (209 vrouwen en 77 mannen) met een gemiddelde leeftijd van 83,2 jaar (SD 6,9). De registratie die ditmaal betrekking had op het volledige kalenderjaar 2000 vond eveneens plaats in zeven instellingen, vijf uit de provincie Antwerpen, één uit Vlaams Brabant en één uit Oost-Vlaanderen.

Als databron werden administratieve documenten van het rusthuis aangewend. Aan de hand van verscheidene computerlijsten (drie tot vijf datasets), en het individuele bewonersdossier, kon een exacte verblijfsduur van de volledige zorgbehoefteperiode, als eerste doelstelling, berekend worden. De belangrijkste methodologische moeilijkheid bestond in de noodzaak de gegevens manueel samen te stellen.

De statistische analyse betreffende determinanten werd enkel op de grote steekproef van 2000 uitgevoerd. In 1998 werd een enquêtetabel ontworpen met volgende variabelen: geslacht, leeftijd bij opname en overlijden, zorgbehoeftecategorie (O,A,B,C) bij opname en overlijden en type pathologie (fysieke of psychische aandoening).

In 2000 werden dezelfde variabelen gebruikt als in 1998. Daarmee werden twee soorten verblijfsduur berekend:

- de totale gemiddelde verblijfsduur van opgenomenen in categorie O,A,B of C
 - de verblijfsduur van (enkel) de volledige zorgbehoefteperiode
- Verblijfstijden kunnen immers vanuit de opnamesituatie (men is al B of C bij opname) of vanuit de overlijdenssituatie (men wordt B of C naarmate het overlijden nadert) genoteerd worden.

Bij middel van regressie analyse werden vier onafhankelijke variabelen getest: geslacht, leeftijd, zorgbehoeftecategorie en soort pathologie. Vervolgens werd via open interviews van rusthuisverantwoordelijken nagegaan in welke mate de opnamepolitiek van een instelling en het overheidsbeleid inzake opnamecriteria, invloed uitoefenen.

Resultaten

■ *Beschrijvende resultaten van de enquête van 1998*

De eerste rudimentaire veldstudie van 1998 bestond uit 81 bewoners waarvan 39 met een psychische diagnose en 42 met een somatische pathologie. Uit de cijfers, die enkel de zorgbehoefte periode in rekening brengen, blijkt het volgende:

1. Er werd een gemiddelde verblijfsduur bekomen van 22 maanden met een standaard deviatie (SD) van 24,5 maanden. Er zijn geen grote ongelijkheden tussen de gemiddelden van de verschillende instellingen.
2. Gemiddeld verbleven vrouwen 21 maanden en mannen 24 maanden. De langere verblijfsduur voor mannen werd hier enigszins vertekend omdat één instelling een populatie met veel jonge, mannelijke Alzheimerpatiënten had.

3. 84 % van de bewoners overleed in categorie C en 16% in categorie B. Van de categorie C bewoners overleed tweederde na één of meerdere transfers en slechts 1/3 was vanaf de opname categorie C.
4. De gemiddelde leeftijd waarop men zorgbehoevend wordt (niet opnameleeftijd) is 84,1 jaar. Uitgesplitst naar geslacht en pathologie bekomt men onderstaande tabel (Tabel 1).

Tabel 1: Leeftijdsprofielen van zorgbehoevenden naar geslacht en pathologie

Geslacht	Aantal	Gemidd. leeftijd	Mediaan	Bij fysieke pathologie	Bij psychische pathologie
Vrouwen	55	84,4	84,0	83,6 j (n = 32)	85,4 j (n = 23)
Mannen	26	83,5	83,6	85,5 j (n = 10)	80,4 j (n = 16)

5. De enquête toont dat de leeftijdsprofielen van beide geslachten vergelijkbaar zijn. Voor mannen én vrouwen ligt de piek tussen 80 en 85 jaar en de tweede piek tussen 85 en 90 jaar. 43 % van de opgenomenen is ouder dan 85 jaar en 21 % is boven de 90 jaar. De minima en maxima opnameleeftijden liggen voor de vrouwen op 63 en 97 jaar en voor de mannen op 55 en 97 jaar.

■ Beschrijvende resultaten van de enquête van 2000

Volgens tabel 2 is de gemiddelde opnameleeftijd 83,2 jaar (vrouwen 84 j en mannen 81 j) en de leeftijd bij overlijden 86,3 jaar. De opnameleeftijd van zwaar zorgbehoevende categorie C bewoners is in alle instellingen lager dan van de meer valide bewoners. In deze C categorie bevinden zich meestal (zwaardere) dementerenden.

Het gemiddeld verschil tussen opnameleeftijd en sterfteleeftijd is bij categorie O bewoners 6,4 jaar; bij categorie A 4,8 jaar; bij categorie B 2,4 jaar en bij categorie C 2,7 jaar.

Tabel 3 geeft de totaal gemiddelde verblijfsduur weer van alle opgenomen bewoners, alsook de totale verblijfsduur van overleden B/C bewoners, en de duur van hun zorgbehoefte periode.

De zorgbehoefte periode in categorie B/C bedroeg in 2000 gemiddeld 18 maanden (SD 23,8).

■ Statistische analyse van de enquête van 2000

Doel van de regressie analyse was predictieve factoren van verblijfsduur te kunnen bepalen.

De assumpties met betrekking tot lineaire regressie werden geëxploreerd door middel van QQ grafieken.

Tabel 2: Gemiddelde leeftijd bij opname en overlijden, per geslacht en per zorgbehoeftecategorie (2000)

Instelling	Aantal overleden bew.			Gemiddelde leeftijd		Gemidd. leeftijd per geslacht				Gemidd. leeftijd per zorgbehoeftecategorie			
	N	♀	♂	Tot.	SD	♀	SD	♂	SD	O	A	B	C
CO Opname Overlijden	58	42	16	82,7 86,4	7,6 8,1	82,8j 86,8j	7,1 7,8	82,4j 85,4j	9,1 9,2	*(12) 84,5j 91,2j	(10) 83,2j 88,3j	(9) 85,8j 88,2j	(27) 80,6j 82,9j
CZ Opname Overlijden	51	37	14	83,7 86,2	6,9 6,7	85,2j 87,9j	6,9 6,7	79,9j 81,7j	5,4 5,7	(3) 83,3j 86,4j	(13) 85,1j 88,1j	(15) 82,3j 85,4j	(20) 83,3j 86,4j
DB Opname Overlijden	22	18	4	80,6 85,1	5,6 5,7	80,9j 85,6j	5,6 5,7	79,0j 83,0j	5,9 4,9	(4) 79,4j 88,5j	(8) 79,4j 84,2j	(8) 83,6j 85,6j	(2) 76,0j 80,1j
FR Opname Overlijden	62	43	19	82,9 84,9	6,9 7,0	83,7j 86,1j	6,9 7,0	81,0j 82,2j	7,3 7,5	(2) 85,1j 86,1j	(8) 84,4j 86,0j	(13) 82,9j 85,2j	(39) 82,5j 84,5j
JO Opname Overlijden	30	24	6	86,8 88,6	5,5 5,7	87,8j 89,7j	5 5,1	83,0j 83,8j	6,3 5,7	onb. onb.	onb.	(3) 88,8j	(11) 82,7j 87,3j
OL Opname Overlijden	32	22	10	82,7 86,8	5,7 6,4	83,5j 87,9j	5,4 6,8	81,1j 84,7j	6,3 5,4	(3) 85,8j 94,0j	(5) 78,7j 86,1j	(7) 82,3j 83,9j	(17) 83,6j 87,0j
RE Opname Overlijden	31	23	8	82,7 87,0	8,8 8,8	84,0j 88,0j	7,8 7,9	79,2j 84,1j	10,9 11,2	(1) 84,2j 89,7j	(9) 81,4j 89,7j	(10) 88,2j 90,6j	(11) 78,7j 81,2j
Totaal Opname Overlijden	286	209	77	83,2 86,3	6,9 7,1	84,0 87,3	6,6 6,9	81,0 83,5	6,7 7,0	83,7 90,1	82,5 87,3	84,1 86,5	82,0 84,7

*() = Aantal bij opname. Opnamecategorie is onbekend indien opname vóór april 1991 (invoering Katschaal).

Tabel 3: Gemiddelde verblijfsduur (in maanden) volgens opname- en overlijdenscategorie

Instelling	Totaal gemiddelde verblijfsduur vanuit opnamesituatie volgens categorie O,A,B,C						Totaal gemiddelde verblijfsduur van overledenen in categorie B/C		Verblijfsduur in categorie B/C v. overledenen in categorie B/C		SD verblijfsduur in cat. B/C
	O	A	B	(SD)	C	(SD)	B	C	B	C	
CO	71,7	52,5	22,4	(15,3)	19,2	(23,6)	55,5	34,5	18,4	22,0	21,0
CZ	36,1	35,8	37,4	(24,2)	22,6	(21,3)	30,1	31,1	13,0	26,8	21,5
DB	97,1	73,1	24,7	(25,3)	49,3	(14,8)	17,9	66,6	8,8	30,1	22,7
FR	11,9	20,0	28,6	(36,6)	25,0	(28,9)	11,6	25,9	7,8	24,3	28,8
JO	-	-	-		64,1	(24,4)	21,7	52,2	15,7	37,3	20,1
OL	98,8	89,8	20,7	(21,7)	34,6	(32,9)	9,3	52,1	3,0	34,7	26,9
RE	65,0	92,0	28,6	(18,8)	22,1	(26,2)	16,3	49,0	12,7	27,2	22,2

Tabel 4: Regressieresultaten van het model met 6 variabelen

Coefficients	Value	Std. Error	t value	Pr (> t)
(Intercept)	76.2416	18.3058	4.1649	0.0000
Geslacht	- 7.8086	3.4774	- 2.2455	0.0258
Opnameleeftijd	- 0.7241	0.2100	- 3.4481	0.0007
Pathologie	10.8290	3.0245	3.5805	0.0004
A-categorie	4.2155	5.7173	0.7373	0.4617
B-categorie	10.4671	5.5932	1.8714	0.0626
C-categorie	3.1857	5.2701	0.6045	0.5462

Multiple R-Squared: **0.1289**

De regressie werd uitgevoerd met als afhankelijke variabele de verblijfsduur in categorie B of C, en als onafhankelijke variabelen het geslacht, de leeftijd bij opname, de zorgbehoeftecategorie bij opname en soort pathologie (fysiek of psychisch) (Tabel 4).

Om een lineair model aan te maken dienden sommige onafhankelijke variabelen gehercodeerd te worden door het gebruik van dummy variabelen.

Om de vier zorgbehoeftecategorieën te coderen gebruikten we drie dummies.

→ **Resultaat:** De determinatiecoëfficiënt R^2 is 0,1289. De hoeveelheid informatie die verklaard wordt door de gebruikte variabelen is klein. Dit is hoofdzakelijk te wijten aan het feit dat de variantie in de verblijfsduur heel groot is, zoals de residuplot demonstreerde en wat ook al duidelijk was op basis van de informatie hierboven ($SD = 24$).

In het patroon van de residuplot ziet men dat er gevaar is voor heteroscedasticiteit, dit wil zeggen, vooral moeilijke voorspellingen bij lange verblijfsduur. Hoe meer naar rechts, hoe meer de observaties uit elkaar liggen.

Anderzijds kan opgemerkt worden dat de meeste variabelen in het model belangrijk zijn op de zorgbehoeftecategorieën A en C na. Bij beide $p > 0.45$.

Tabel 5 toont de regressieresultaten zonder A- en C-categorie. Dit wil zeggen, de A- en C-bewoners komen bij de O-categorie bewoners en deze groep wordt als referentie gebruikt voor de B-categorie bewoners.

→ **Resultaat:** De R^2 -waarde is amper verkleind (0,1267). Er is niet veel informatie verloren gegaan door het weglaten van A en C. Alle variabelen zijn nu significant en niet gecorreleerd. Het bekomen model is van volgende vorm:

Tabel 5: Regressieresultaten van het model zonder A en C variabelen

Coefficients	Value	Std Error	t value	Pr (> t)
(Intercept)	79.6929	17.5223	4.5481	0.0000
Geslacht	- 7.7689	3.4070	- 2.2803	0.0236
Opnameleeftijd	- 0.7287	0.2089	- 3.4873	0.0006
Pathologie	10.7594	2.9858	3.6035	0.0004
B-categorie	7.4238	3.4840	2.1308	0.0342

Multiple R-Squared: **0.1267**

Verblijfsduur (in B en C) = 79.69 - 7.77* geslacht - 0.73* leeftijd + 10.76* pathologie + 7.42* B-categorie

De invloed van de variabelen op de verblijfsduur kan als volgt geïnterpreteerd worden:

- Variabele geslacht: Gemiddeld zal de verblijfsduur van vrouwen 7,8 maanden langer zijn dan van mannen.
- Variabele leeftijd: de coëfficiënt is negatief. Indien men ouder is bij opname, zal men gemiddeld een kortere verblijfsduur hebben. Per jaar dat men ouder is, zal de verblijfsduur gemiddeld ongeveer $\frac{3}{4}$ maand korter zijn.
- Variabele pathologie: de verblijfsduur van dementerenden is gemiddeld beduidend langer dan van somatisch zorgbehoevenden namelijk ongeveer $10 \frac{3}{4}$ maanden.
- Variabele B-categorie: Bij bejaarden opgenomen in categorie B zou de gemiddelde verblijfsduur ongeveer 7,5 maanden langer zijn dan van opgenomenen in O, A of C en waarbij B vergeleken wordt met de populatie in de drie groepen.
De verblijfsduur bij opname in O, A of C is gelijkaardig.

Discussie en conclusie

Discussie en conclusie van het onderzoek van 1998:

- Alhoewel de 'gemiddelde' verblijfstijden per instelling in dezelfde orde van grootte liggen, schuilen daaronder grote, niet voorspelbare individuele afwijkingen tussen de bewoners. Bijvoorbeeld 70-jarigen die maar enkele maanden verblijven terwijl bejaarden van diep in de tachtig, jaren gehuisvest kunnen worden.
- Het aspect pathologie blijkt, over de instellingen heen, een belangrijke parameter qua verblijfsduur. Bewoners met psychische problematiek zijn doorgaans 'langliggers'. Bij fysieke pathologie heeft men twee varianten: enerzijds de hemiplegiepatiënten met lange ligduur en anderzijds de kortstondige verblijfsduur tengevolge van plotse

infarct overlijdens en van preterminale kanker-, MS- of dialysepatiënten.

CONCLUSIE: De bedoeling om een eerste verkennend onderzoek op te zetten, had als resultaat dat er referentiewaarden werden neergezet. Men kon vaststellen dat verblijfstijden een grote variantie vertonen, en uit de individuele dossiers viel het op dat de grootste invloed op de verblijfsduur van het aspect pathologie uitgaat.

Veel andere conclusies kan men uit het vergelijkend materiaal niet halen daar de uitsplitsingen per instelling, en over de instellingen heen, per geslacht en pathologie soms erg kleine steekproeven voor mannen gaven.

Discussie en conclusie van het onderzoek van 2000

Doelstelling van dit onderzoek was om meer inzicht te brengen in de zeer uiteenlopende gegevens betreffende residentieële verblijfstijden van zorgbehoevendenden en om de betekenis van een viertal geselecteerde determinanten te duiden. Hierbij werd ingezoomd op exacte verblijfsduur berekening, waarbij abstractie werd gemaakt van statuut en ziekenhuisopnamen. Valide perioden in categorie O of A werden niet in rekening gebracht.

De uiteindelijke bedoeling was ook, dit onderzoek te kaderen in het licht van kwaliteit en capaciteitsplanning.

1. Exacte verblijfsduurberekening van de zorgbehoefteperiode

Een volledig en correct overzicht van de verblijfsduur van een resident als zorgbehoevende is in België niet beschikbaar ondanks belangrijke inspanningen daartoe geleverd door overheid en researchers.

De exacte, residentieële verblijfsduur van zorgbehoevende bejaarden bedroeg in onze studie in 1998 22 maanden (SD 24.5) en in 2000 18 maanden (SD 23.8).

Dit resultaat strookt met wat instellingen bekomen als ze, ook manueel, een zuivere 'RVT verblijfsduur' moeten becijferen bijvoorbeeld ten behoeve van overheidssubsidies. Normaliter noteren instellingen geen afzonderlijke verblijfsduur van RVT bewoners, bijvoorbeeld in hun jaarverslagen, wegens té ingewikkeld. Instellingen die in hun jaarstatistieken voor de overheid gemiddeld 3 à 4 jaar vermelden als verblijfsduur, bekomen na een nieuwe arbeidsintensieve telling een uitgesplitste RVT verblijfsduur van een 20-tal maanden. Vier Antwerpse instellingen deelden ons dat mee.

Dit, en ook het feit dat de verblijfsduur van rusthuis én RVT bejaarden samen, volgens het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap de

laatste jaren gemiddeld ongeveer 3,5 jaar is (4) maken onze resultaten erg aannemelijk.

De verkorting van de verblijfsduur in 2000 past in de maatschappelijke trend dat de oudere zolang mogelijk onafhankelijk wenst te blijven in zijn eigen woonsituatie, zodat de intrede in het rusthuis verlaat en het totale verblijf verkort.

Behalve deze absolute cijfers circuleren in Vlaanderen courant andere gegevens die niet kunnen vergeleken worden met deze exacte data.

De verblijfsduur die door de Vlaamse overheid opgevraagd wordt in het kader van bouwprojecten, drukt een evolutie uit over maximum 12 maanden (4). Bijvoorbeeld een instelling die aan de enquête van 1998 deelnam en een reële RVT verblijfsduur van 39,6 maanden had, voornamelijk omwille van jonge Alzheimer patiënten, noteerde voor de overheid een verblijfsduur van 10,1 maand voor datzelfde jaar.

Vaak trachten de instellingen onrechtstreeks een 'idee van de verblijfsduur' te krijgen aan de hand van het aantal opgenomen bewoners. Die vervangen, bij totale bezetting, de overledenen door andere ontslagen eerder sporadisch voorkomen. Als er meer overlijdens zijn, en de capaciteit blijft constant, wil dat zeggen dat het roulement groter is en de verblijfsduur dus korter geworden.

Tot slot moet nog gewezen worden op het 'valse' onderscheid in verblijfsduur dat vaak tussen rusthuis en RVT bewoners gemaakt wordt en waarbij de zorgbehoevende RVT bewoners een ogenschijnlijk langere verblijfsduur toegemeten krijgen dan de rusthuisbewoners. Als men bij de berekeningen de invalshoek bij overlijden hanteert, wat meestal gebeurt, wordt bij overleden RVT residenten de voorafgaande valide rusthuisperiode ook meegerekend.

Belangrijk is het feit dat de bevindingen van onze studie een hoge graad van consistentie vertonen met het werk van Liu (2), wat de betrouwbaarheid van onze resultaten ten goede komt.

Deze auteur wijdde in Australië al drie studies aan verblijfsduur (1996, 1998, 1999) en zegt hiermee een leemte te vullen in de kennis omtrent residentiële bejaardenvoorzieningen. De auteur berekende ondermeer dat de gemiddelde verblijfsduur in nursing homes 2,6 jaar is voor een vrouw en 1,3 jaar voor een man op de leeftijd van 65 jaar. Gemiddeld (mannen + vrouwen) komt dat overeen met onze resultaten.

In voormelde studie werkt men met schattingen die rekening houden met levensverwachting.

Liang et al. (USA, 1996) gebruikte eveneens ingewikkelde levensverwachting tabellen om de verwachte verblijfsduur in nursing homes te berekenen. Die bedroeg ongeveer 23 maanden voor 65-jarigen (10).

Beide bovenvermelde auteurs werkten met schattingen. Als men exacte, reële cijfers gebruikt is het nochtans moeilijk onze landelijke gegevens te vergelijken met buitenlandse. De criteria van zorgbehoefte, leeftijd en opname spelen een rol. Er zijn vaak veel minder leeftijdsbeperkingen in het buitenland en de instellingen zijn niet uitsluitend 'voor het leven'. Dit alles ondermijnt de vergelijking van de resultaten. Ook de intensiteit van het rusthuisgebruik verschilt meestal met dat van onze contreien. Niet alleen is het bejaardenzorg aanbod erg verschillend, doch ook de ganse maatschappelijke context. In België zijn er bijvoorbeeld in principe geen sociaal / economische drempels die een opname in de weg staan: als de bejaarde zelf niet kan betalen, komt het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn tussen. Er is geen probleem van verzekeraarbaarheid, want iedereen is verplicht verzekerd. En daar waar bereikbaarheid in het buitenland over langere afstanden gaat, vindt elke bejaarde in Vlaanderen wel een rusthuis binnen een straal van 5 à 10 km van zijn woonplaats.

In de internationale literatuur vindt men recent, buiten Liu, weinig echt studiemateriaal terzake. De overige gevonden artikels refereren meestal naar de bekende problematiek.

In de Amerikaanse nationale survey van 1999 (11) kampte men met soortgelijke problemen. Om realistische tijden te bekomen werden outliers weggelaten (bijvoorbeeld iemand met een verblijfsduur van 34 jaar). Men berekende de verblijfsduur van de aanwezigen (2,5 jaar) en van de overledenen (1 jaar). Men signaleerde de grote variantie evenals de gebrekkige respons. In de onderzochte populatie zaten personen vanaf 45 jaar en veel kortverblijvers van minder dan 1 maand.

Sommige 'verpleeghuizen' hebben al dan niet uitsluitend kortverblijvers (o.a. bij revalidatie), wat in vergelijkende studies voor bias zorgt. In dat geval kan de gemiddelde verblijfsduur bijvoorbeeld 35 dagen bedragen (12).

2. Waarde van de bestudeerde determinanten

In de veronderstelling dat de huidige gemiddelde verblijfsduur is se gelijk blijft, kan een verschuiving in de residentenmix toch voor veranderingen in verblijfstijd zorgen. De invloeden van geslacht en pathologie zijn de belangrijkste.

Ons regressie model toont bijvoorbeeld een substantieel verschil tussen mannen en vrouwen. Mannen hebben een duidelijk kortere verblijfsduur dan vrouwen. Dit wordt ook door Liu en andere onderzoekers bevestigd. Als in de toekomst meer mannen beroep doen op residentiële zorg, wat gezien de betere levensverwachting van de mannen mogelijk is, zal de globale verblijfsduur (mannen + vrouwen) waarschijnlijk korter worden.

Een stijgende incidentie van dementiële syndromen zou dan weer voor verblijfsduur verlenging zorgen want de verblijfsduur van dementerenden is gemiddeld bijna 11 maanden langer dan van somatisch zorg-behoevenden.

Alhoewel de prevalentiecijfers zelf niet met zekerheid gekend zijn, EURODEM (European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia group) schat 12 à 13% van de 80-84 jarigen in België, zijnde 129.389 dementerenden, wordt wel aangenomen dat met een stijgende levensverwachting de kans op dementie vergroot (13,14). Enkele gegevens hieromtrent vinden we ook bij Ritchie (15). Ze poneert in haar internationale vergelijking dat in België de levensverwachting met dementie op de leeftijd van 83 jaar nog 13 maanden voor de mannen bedraagt en 27 maanden voor de vrouwen. Toch mogen we hier ook niet de mogelijk medische vooruitgang inzake dementie vergeten.

Heel wat minder belang gaat uit van de determinant leeftijd. Per jaar dat men ouder is, brengt men 21 dagen minder door in het rusthuis. Het doorwegen van deze demografische determinant bij de RVT programmatie is derhalve niet helemaal zinvol.

Dat het aantal benodigde bedden niet (alleen) afhangt van de leeftijds-structuur van een populatie is al langer geweten. Dit bleek duidelijk uit een 10-landen studie in 1997 en een 5-landen studie in 1999 (16,17). Interessant was de vaststelling op welke leeftijd men zorgbehoevend wordt. Alleen opnameleeftijden, in de betekenis van 'poortleeftijden, dat is de leeftijd die men heeft als men de instelling binnenkomt, zijn algemeen bekend, maar zeggen niets over de leeftijd waarop men zorgbehoevend wordt.

In onze studie was de gemiddelde leeftijd waarop een RVT verblijf (categorie B/C) start quasi gelijk aan de leeftijd waarop een rusthuisopname (categorie O/A) begint, namelijk 83 à 84 jaar. Dit wil zeggen dat het niet automatisch is 'hoe ouder, hoe zorgbehoevender, en hoe meer nood aan residentiële zorg'.

Uit informatie van de RVT erkenningsverslagen komt naar voor dat de 'poortleeftijden' in Vlaanderen de laatste jaren stagneren rond 84 jaar.

Tenslotte is er nog de determinant zorgbehoefte. We constateerden dat grotere zorgbehoefte niet noodzakelijk met een korter verblijf correspondeert. Voorbeeld is de valide 70-jarige met 10 maanden verblijfsduur en de zorgbehoevende 85-jarige met 5 jaar.

Het feit van oorspronkelijk opgenomen te worden als valide (categorie O of A) of als zwaar zorgbehoevende categorie C, zou naar verblijfsduur toe weinig verschil uitmaken.

Ljunggren beklemtoont dat andere karakteristieken van belang zijn, eerder dan de zorgbehoefte status en RUG-categorieën (Resource Utilization Groups), in de voorspelling van de verblijfsduur in nursing homes (18).

Alleen categorie B levert een 7,5 maanden langere verblijfsduur op dan O, A of C. De verklaring hiervoor dient gezocht in de interpretatie van de zorgbehoeftecategorieën door de instelling. Hoe vlugger de bejaarde categorie B toegekend krijgt, hoe sneller de instelling hogere zorgforfaits ontvangt. Vermits uit de praktijk blijkt dat de afhankelijkheidscriteria geïnterpreteerd kunnen worden, blijft het evalueren nog te subjectief. Kleine interpretatieverschillen van de items zorgen nu eenmaal voor grote inkomstenverschillen.

3. Bruikbaarheid van de verblijfsduur als kwaliteits- en capaciteitsparameter

Om hierop te kunnen antwoorden moeten we onze resultaten in een bredere context plaatsen.

Kwaliteitsparameter

De verblijfsduur die we in onze studie bekwamen weerspiegelt niet direct de opvangnood van een zorgbehoevende maar is het gevolg van gebruikspatronen. Onze zorg is voornamelijk aanbodgestuurd en wordt o.a. bepaald door het voorhanden zijn van residentieële zorgsystemen. Liu's (2) studie bevestigt dat en voegt eraan toe dat een relatief kleine wijziging in het rusthuisaanbod, de verblijfsduur significant kan doen veranderen.

Daarenboven wordt algemeen erkend dat de vraag naar residentieële zorg niet enkel bepaald wordt door het residentieel zorgaanbod, of de fysieke / psychische zorgbehoefte, maar evenzeer beïnvloed wordt door externe factoren zoals thuiszorg en mantelzorg.

Indien er meer substitutiemogelijkheden zouden zijn voor de intramurale zorg, bijvoorbeeld door een forse uitbreiding van het aantal serviceflats, of indien er voorafgaand nog meer thuiszorgondersteuning mogelijk was,

zou het gebruik én de verblijfsduur in RVT's grondig kunnen veranderen. Dit werd vastgesteld door verscheidene andere studies onder andere van Vandenbroele et al. (19)

Via open interviews van rusthuisverantwoordelijken werd nagegaan in welke mate nog andere contextuele variabelen o.a. de opnamepolitiek van een instelling en het overheidsbeleid inzake opname, invloed uitoefenen op de verblijfsduur.

De overheid bepaalt de zorgbehoeftecriteria; hoe strenger die zijn, hoe minder potentiële RVT kandidaten en hoe korter hun verblijf. Ondanks het feit dat de Katzschaal haar waarde als beleids- en financieringsinstrument voor het bepalen van de zorgbehoefte heeft bewezen, zou een fijnere screening voor meer objectiviteit kunnen zorgen.

De overheid blijft geïnteresseerd in een korte verblijfsduur om de alsmaar stijgende kosten van residentiële zorg in te dijken en om tegemoet te komen aan de wens van veel bejaarden naar meer vraaggestuurde zorg. Afhankelijk van thuiszorg en mantelzorg, en van allerlei alternatieve woon- en zorgvormen kan een bejaarde zijn rusthuisverblijf later plannen. De uitstelmogelijkheden voor een residentiële opname worden steeds groter; de kanalen waarlangs zorgbehoevenden hulp krijgen steeds talrijker en beter ondersteund. Bejaarden kunnen langer in de thuiszorg blijven; ze gaan naar dagverzorgingscentra, serviceflats enz. Het begin van een ziekte is meestal niet het begin van het rusthuisverblijf. Zo zitten sommige matig dementerenden al tien jaar in de thuis-situatie (14). Deze algemene trend verkort uiteraard de verblijfsduur.

Maar door het efficiënte evaluatiegedrag dat een instelling hanteert worden verblijfstijden eerder verlengd. Door het opnemen van bepaalde bewonersprofielen, zoals preterminale patiënten, kan men de statistische gegevens dan weer ombuigen.

Voorgaande beduidt dat 'gemiddelde' verblijfstijden gemanipuleerd kunnen worden (op basis van de opnamepolitiek) en dat elke verblijfsduur op zich, afhankelijk is van meerdere factoren (externe determinanten). Bijgevolg is er geen argumentatie om een strikte relatie met kwaliteit te leggen. Toch zit er een grond van waarheid in het gezegde dat men 'relatief' langer leeft waar men gelukkig is, maar dat is moeilijk aan te tonen. In Vlaamse RVT instellingen had men een tiental jaren geleden de neiging de verblijfsduur direct te linken aan kwaliteit van verzorging. Een korte verblijfsduur gold als synoniem van slechte verzorging en hoe langer men leefde, hoe beter het er blijkbaar was. Ook Okamura redeneert in dezelfde zin, bij de vergelijking van twee identieke rusthuizen, en zegt uitdrukkelijk dat een langere verblijfsduur een indicator is van de kwaliteit van de rusthuisverzorging (20).

Capaciteitsparameter

Op vlak van capaciteitsplanning kunnen de resultaten van deze studie de verwachtingen enigszins inlossen.

De parlementaire vraag van Vandeurzen van 11 september 2003 naar de behoefte aan rusthuis en RVT bedden, werd door de minister nog als volgt beantwoord. “ De door studies geleverde cijfers kunnen geen basis vormen die stevig genoeg is om rusthuis en RVT capaciteiten te plannen.” Om capaciteiten te kunnen berekenen zijn twee elementen van belang: ten eerste de waarschijnlijkheid om gebruik te maken van de voorziening en ten tweede de duur van het gebruik (2).

Voor de bruikbaarheid van de verblijfsduur als planningsparameter voor residentiële voorzieningen was een tweede, aanvullende studie nodig om het opnamerisico in te schatten.

Uit een, door ons onafhankelijk uitgevoerd, oriënterend onderzoek in 2000 zou 37,5% van de zestigplussers (50% van de vrouwen en 25% van de mannen) in zijn leven ooit gebruik maken van een rusthuis. Het betrof een retrospectief veldonderzoek, gebaseerd op de sterfteregisters van 1999 en 2000 van acht gemeenten en waarin het al of niet rusthuisgebruik van ‘elke overledene’ centraal stond. Deze overlijdensdata leverden hiervoor immers de finale informatie.

Het Nationaal Instituut van de Statistiek (NIS) levert ons het aantal zestigplussers (1.340.626) en hun levensverwachting (gemiddeld 22 jaar voor mannen en vrouwen op de leeftijd van 60 jaar).

Uitgaande van de hoger vermelde formule [Aanbod = verblijfsduur x aantal patiënten] en op basis van de gegevens van het NIS, bekomen we uit de combinatie van onderhavige studie en van de additionele studie, een ruwe schatting tussen 35.000 en 40.000 ‘zorg’bedden, afhankelijk van de gehanteerde verblijfsduur.

De redenering is de volgende. In België zijn er 1.340.626 zestigplussers. 37,5% van deze populatie (dit is 502.735) maakt in zijn leven ooit gebruik van een rusthuis. De gemiddelde levensverwachting van een 60-plusser is 22 jaar. Dat betekent dat er jaarlijks gemiddeld 22.852 rusthuisopnamen zouden zijn (502.735 gedeeld door 22). Bij een gemiddelde verblijfsduur van anderhalf jaar of 18 maanden, zouden er dan 34.278 bedden nodig zijn om aan de vraag te voldoen (volgens de situatie op dat ogenblik).

Dit lijkt ons een aannemelijk aantal; een tienduizendtal boven het huidige RVT-aanbod van 28 307 bedden (april 2004).

De in de media geblokletterde bedtekorten enerzijds en de in onderzoeken aangehaalde 'leegstand' (3,19) anderzijds zijn hiermee verzoenbaar. Het berekende aantal ligt blijkbaar ook in de lijn van wat het ministerie recent voor de toekomst becijferde naar aanleiding van de RVT-poolverdeling 2003. De behoefte aan RVT-bedden in 2007 zou 45 722 zijn. Feit is dat een gemanifesteerd aanbodtekort niet alleen vertaald kan worden in een tekort aan bedden maar ook in een gebrek aan andere opvangmogelijkheden.

Volgende paragraaf bevestigt zowel dat er geen link gelegd kan worden tussen verblijfsduur en kwaliteit als dat onze capaciteitsschattingen een reëel cijfer voorhouden.

De laatste jaren ondervinden de instellingen steeds meer de invloed van een gewijzigde 'recruteringsmarkt' zodat de opnamepolitiek van de instelling onder druk wordt gezet. De praktijk is de volgende.

In de context van de Belgische RVT's, als 'a home for life', werd in het verleden bij een opname algemeen de voorkeur gegeven aan kandidaten met een duidelijke levensverwachting. Dit zowel om organisatorische redenen, want elke opname is zeer arbeidsintensief, als om emotionele redenen waaronder we de psychische draagkracht van het personeel en het sterfhuis imago van de instelling onderbrengen. Door het feit dat er nu veel meer rusthuizen zijn met erkende RVT bedden dan tien jaar geleden, is de recruteringsmarkt van categorie B en C kandidaten 'verschaald'. Mede daardoor en ook door de druk op de ligduur in ziekenhuizen, worden nu relatief alsmaar meer (pre)terminale bewoners opgenomen. Dit fenomeen verkort de gemiddelde verblijfsduur.

Abstract

The influence of four determinants on nursing home length of stay.

It has been observed worldwide that statistical data regarding residential lengths of nursing home stay are diverse. An exact calculation and the influence of determinants are lacking.

In Belgium, the elderly in a nursing home can move between different levels of care without leaving the facility. The Belgian Katzscale distinguishes four categories of disability: category O = independent and A = little dependent; B residents are moderate and C residents extremely dependent in numerous Activities of Daily Living (ADL).

Using a mortality cohort, we retrospectively analysed the length of stay of residents category B /C, by use of two surveys in Flanders, carried out in 1998, 81 subjects (55 women, 26 men) in 7 facilities, with broader re-testing in 2000, 286 subjects (209 women, 77 men) in 7 other facilities.

Excluding the period as O or A resident, an average length of stay of 22 months (SD 24.5) was recorded in 1998 and 18 months (SD 23.8) in 2000.

Of the four determinants examined (age, gender, level of disability and pathology type), only type of pathology proved to exert the greatest influence. Those with dementia resided an average of 10.8 months longer than those with a somatic pathology. Women and category B residents also have a markedly longer stay, 7.8 and 7.4 months respectively. On the other hand, the older an elderly person is upon admission, the shorter (21 days for each year) his residency. No significant difference in length of stay was found between those admitted as healthy (category O or A) and those as extremely dependent (category C).

Conclusion: nursing home length of stay is mainly influenced by the type of pathology and to a lesser extent dependent on gender, level of disability and age; but is even more indirectly dependent on the evaluation and admission behaviour of the facility and, in particular, on social demand. Lengths of stay do not allow us to make any pronouncements about the quality of care.

Referenties

1. Van Rensbergen G. Historiek van de 'jonge' RVT sector. *Hospitalia* 1994; 38 (4): 208-11.
2. Liu Z. Expected length of stay in nursing homes and hostels over a lifetime in Australia. Australian Institute of Health and Welfare, working paper n° 23, Canberra; 1999.
3. Van Camp-Van Rensbergen G. Jaarverslag Gemengde Commissie Rusthuizen / Rust- en Verzorgingstehuizen 1991-1996. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Administratie Gezondheidszorg.
4. Pottie S. Richtlijnen zorgstrategisch plan ROB + RVT. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Administratie Gezondheidszorg, VIPA-cel (Vlaams Infrastructuur fonds voor Persoonsgebonden aangelegenheden), 1998.
5. Van Camp-Van Rensbergen G, Willems J, Vleugels A. Pathologie-enquête in rust- en verzorgingstehuizen. Opdracht van het Ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 1993.
6. Van Camp-Van Rensbergen G. Feedback van de enquête in rust- en verzorgingstehuizen. Jaarcijfers 1993/1998. Ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur voor gezondheidszorg. Intern document.
7. Lambrecht M. Productie- en voorraadbeheer. Wolters Plantyn, Deurne 1994; 464 p.
8. Coolen JAI, Duijmans D. Behoefteterminen en de planning van verzorgingsplaatsen. Centrum voor Bestuurskundig Onderzoek, Enschede, 1987.
9. Vanden Boer L. Ouderen straks. Scenario's in het zorgaanbod voor ouderen. Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudies, monografie 1992/1; 151 p.
10. Liang J, Tu E, Whitelaw N. Probabilities and lifetime durations of short-stay hospital and nursing home use in the United States, 1985. *Medical Care* 1996; 34 (10): 1018-36.
11. Prince Bell J, Crawford Leak S. Average length of nursing home stay. US Centers for Disease Control and Prevention CDC/NNHS, National Nursing Home Survey. Duke university, N. Caroline; 1999.

12. Valen-Sendstad A, Ro OC, Laake K. Medical rehabilitation in nursing home. Effects on functional outcome and use of the services. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000; 120 (6): 678-81.
13. Orion. Expertisecentrum Dementie, Antwerpen; 2003
14. Werkgroep Thuisverzorgers vzw. Provinciale sensibiliseringsactie omtrent dementie 2000. Documentatie- bundel. Werkgroep Thuisverzorgers vzw in samenwerking met de provincie Vlaams Brabant, studiestartdag sept. 2001.
15. Ritchie K. *Espérance de vie et santé mentale*. Presses universitaires de France, 1997. In: Dooghe G. *Additionele levensjaren in goede en minder goede gezondheid*. Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies, document 1998/6.
16. Ribbe MW, Ljunggren G, Steel K, Topinkova E, Hawes C, Ikegami N, Henrard JC, et al. *Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings*. *Age Ageing* 1997; 26 (Suppl 2): 3-12.
17. Carpenter GI, Hirdes JP, Ribbe MW, Ikegami N, Challis D, Steel K, Bernabei R, et al. *Targeting and quality of nursing home care. A five-nation study*. *Aging (Milano)* 1999; 11 (2): 83-9.
18. Ljunggren G, Brandt L. *Predicting nursing home length of stay and outcome with a resource-based classification system*. *Int J Technol Assess Health Care* 1996; 12 (1): 72-9.
19. Vandenbroele H, Van Loon H, Dooghe G. *De zorgbehoefte van ouderen in rusthuizen. Onderzoek in opdracht van minister L. Martens*. Studiecentrum Gezondheidszorg in samenwerking met CBGS, Leuven- Brussel, 1999.
20. Okamura H. *A comparison of differences in the outcome (hospitalization and mortality) between two special nursing homes of the same size managed by the same organization*. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 2001; 38(5): 665-73.

Bijlage 1. RVT- opnamecriteria volgens Belgische Katz-schaal vanaf 1 april 1991

criterium	Score	1	2	3	4	
Wassen		Zonder hulp	Gedeeltelijke hulp onder de gordel	Gedeeltelijke hulp boven en onder de gordel	Volledige hulp boven en onder de gordel	
Kleden		Zonder hulp	Gedeeltelijke hulp onder de gordel	Gedeeltelijke hulp boven en onder de gordel	Volledige hulp boven en onder de gordel	
Verplaatsen		Zelfstandig	Mechanische hulpmiddelen voor verplaatsen (krukken, rolstoel)	Hulp van derden voor opstaan en verplaatsen	Bedlegerig of rolstoel en volledig afhankelijk voor verplaatsen	
Toiletbezoek		Zelfstandig	Gedeeltelijke hulp om naar het toilet te gaan of zich te reinigen	Volledige hulp om naar het toilet te gaan of zich te reinigen	Kan niet naar het toilet gaan	
Continentie		Continent voor urine en faeces	Accidenteel incontinent voor urine of faeces (incl. blaas-sonde of kunstaars).	Incontinent voor urine (incl. mictietraining)	Incontinent voor urine en faeces	
Eten		Kan alleen eten en drinken	Vooraf hulp voor eten of drinken	Gedeeltelijke hulp tijdens eten of drinken	Patiënt wordt gevoed	
criterium		1	2	3	4	5
Tijd		Geen probleem	Nu en dan probleem	Bijna dagelijks probleem	Volledig gedesoriënteerd	Niet meer te testen o.w.v. gevorderde toestand
Plaats		Geen probleem	Nu en dan probleem	Bijna dagelijks probleem	Volledig gedesoriënteerd	Niet meer te testen o.w.v. gevorderde toestand

- De scores van 1 tot 4 (of 5) worden ingevuld door de verpleegkundige of de behandelend geneesheer.
- Een rechthebbende wordt als afhankelijk beschouwd, als hij 3, 4 of 5 scoort voor het desbetreffende criterium.
- Op basis van bovenstaand evaluatieschema wordt afhankelijkheids-categorie O, A, B of C aangevraagd, zoals hierna beschreven. Tussen haakjes staan de toen geldende RIZIV-forfaits voor een patiënt in RH- of RVT-bed. Vanaf 1993 had men de bedoeling de RH-forfaits die $\pm 30\%$ lager zijn dan de RVT-forfaits, stapsgewijs te verhogen tot 90 % ervan.

Categorie O: – fysisch volledig onafhankelijk en niet dement
(35 fr./50 fr.)

Categorie A: – fysisch afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden
(150 fr./250 fr.)
of
– psychisch afhankelijk (gedesoriënteerd in tijd en ruimte) en fysisch onafhankelijk

- Categorie B: (600fr./980fr.)
- fysisch afhankelijk om zich te wassen en te kleden
én om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan
 - of
 - psychisch afhankelijk (gedesoriënteerd)
én afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden.
- Categorie C: (840 fr./1.300 fr.)
- fysisch afhankelijk voor wassen en kleden
én voor verplaatsen en toiletbezoek
én wegens incontinentie en/of om te eten
 - of
 - psychisch afhankelijk (gedesoriënteerd)
én afhankelijk voor wassen en kleden
én voor verplaatsen en/of toiletbezoek
en /of afhankelijk wegens incontinentie en/of eten.

Bijlage 2: Factoren die de residentiële verblijfsduur van zorgbehoevende bejaarden beïnvloeden

