

●  
●  
LOCOMOTION  
LOCOMOTION  
LOCOMOTION  
LOCOMOTION  
●  
●  
●  
●

# Businesscase Verzorgend Wassen Wassen-zonder-Water

*Verkenning van de waarde van een nieuwe wasmethode*



November 2006,  
Hanneke Knibbe,  
Nico Knibbe.  
LOCotion,  
Gezondheidskundig Advies en Onderzoek,  
Brinkerpad 29,  
6721 WJ Bennekom.  
e-mail [j.j.knibbe@wxs.nl](mailto:j.j.knibbe@wxs.nl)  
[www.locotion.nu](http://www.locotion.nu)

**RegioPlus+**

**Q2Care**

onderzoek naar kwaliteit van zorg en werk

*Dit is een uitgave van Stichting RegioPlus/Platform Zorginnovatie, Zoetermeer, 2006.*

*Auteurs*

*J.J. Knibbe, N.E. Knibbe, LOCOmotion Bennekom*

*Deze publicatie is te vinden op [www.ergocoaches.nl](http://www.ergocoaches.nl).*

*Voor vragen kunt u contact opnemen met [info@ergocoaches.nl](mailto:info@ergocoaches.nl).*

**Disclaimer**

Deze uitgave is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Noch de schrijvers, noch de uitgever stellen zich echter aansprakelijk voor eventuele schade als gevolg van eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden in deze uitgave.

© 2006, Stichting RegioPlus/Platform Zorginnovatie, Zoetermeer

Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend. Het copyright van de business cases en de daarin opgenomen materialen en tabellen berust bij Stichting RegioPlus/Platform Zorginnovatie. Overname van materialen, teksten of tekstgedeeltes is uitsluitend toegestaan na toestemming van de projectleiding. Verzoeken tot overname van kopij dienen schriftelijk te worden gericht aan het bestuur van Stichting RegioPlus/Platform Zorginnovatie, onder vermelding van het medium, de oplage en de doelgroep.

Stichting RegioPlus/Platform Zorginnovatie  
Ierlandlaan 29  
2713 HG Zoetermeer.

*Het gevoel van verligting  
en van welbehagen,  
ondervonden door zieken  
nadat men hen zorgvuldig  
heeft gewasschen en afgedroogd,  
behoort tot de meest  
gewone verschijnselen van het ziekbed.*

*Het is een teeken dat de levenskrachten  
werden opgewekt door  
het wegnemen van iets  
dat haar te neder drukte.*

*Notes on Nursing, Florence Nightingale, 1862,  
Uit: Over Ziekenverpleging, Erasmus Publishing 2005*

## Voorwoord

Jezelf wassen is een dagelijkse handeling voor iedereen. Wanneer daar hulp of begeleiding bij nodig is is dat voor veel mensen een grote stap. Je moet je immers letterlijk blootgeven. Wassen is echter ook iets waar je van kunt genieten: het gevoel van warmte en water kan rustgevend zijn en gewoon iets om van te genieten en te ontspannen.

Wanneer een zorgverlener een cliënt wast of helpt bij het wassen is dat meestal een rustig moment waarin er direct en vaak vrij persoonlijk contact is. Op die momenten kunnen gesprekken gevoerd worden over lastige onderwerpen en kunnen signalen opgepikt worden over hoe het met de cliënt gaat. Voor veel zorgverleners is het wassen dan ook een handeling die vrij centraal staat in hun zorg voor cliënten. Zoals het oude citaat van Florence Nightingale op de titelpagina al weergeeft is wassen iets dat ook werkelijk ten goede komt aan de cliënt en een belangrijke handeling in de zorg voor cliënten is. In de gezondheidszorg wordt zeer veel tijd besteed aan het wassen van cliënten. Veranderingen daarin hebben daarom ook in potentie een grote invloed op het totale volume aan en kwaliteit van zorg die verleend wordt.

We kunnen dus stellen dat veranderingen in de manier van wassen gevoelsmatig ingrijpend kunnen zijn en potentieel een grote invloed kunnen hebben op de doelmatigheid in de zorg.

De manier waarop wasbeurten werden gegeven is decennialang, en in feite eeuwenlang, vrijwel hetzelfde gebleven: water, zeep, een handdoek en zonodig een waskom. De laatste jaren is een nieuwe wasmethode geïntroduceerd. Verzorgend Wassen of ook wel Wassen-zonder-Water werkt met speciale met vloeistof geïmpregneerde washandjes. Daarmee wordt een wasbeurt gegeven zonder dat daar een waskom, water of handdoeken bij nodig zijn. Verzorgend Wassen is daarom een duidelijk *andere* manier van wassen die ook als een werkelijke cultuurverandering wordt ervaren. De methode heeft kansen, maar er is ook weerstand tegen het feit dat de cliënt niet meer met water wordt gewassen en veel sneller klaar is. Dat wordt soms als een 'vershraling' van de zorg ervaren. Ook ontbreekt inzage in de financiële kosten en baten. In dit onderzoek stellen we dan ook een businesscase op over dit onderwerp aan de hand van onderzoeken uit de praktijk. Daarbij wordt zowel het perspectief van de gebruiker of cliënt als dat van de zorgverlener in beeld gebracht.

We danken de deelnemers aan de eerdere onderzoeken, de ErgoCoaches die hun medewerking gaven als contact- en proefpersonen, de instellingen betrokken bij de pilots, de daarbij betrokken leverancier

(JOYinCARE) en we spreken de hoop uit dat de informatie een positieve bijdrage zal leveren aan de discussie over en de inzet van deze methode in de praktijk.

### *Leeswijzer*

In dit rapport vindt u allereerst in hoofdstuk 2 een kort introductie op verzorgend wassen. Hoofdstuk 3 bespreekt de businesscase zelf en het slothoofdstuk bevat de eindafweging en de slotconclusies.

## **1. Inleiding en vraagstelling: Verzorgend Wassen / Wassen zonder Water**

Wassen is een van de alleroudste verpleegkundige en verzorgende handelingen. Tot enkele jaren geleden is die werkwijze door de eeuwen heen vrijwel hetzelfde gebleven. De nieuwe methode om zonder water te wassen kan dan ook als een vrij revolutionaire innovatie gezien worden. Wassen van cliënten is een veel voorkomende handeling in de zorg. Naar schatting zijn er dagelijks zo'n 115.000 cliënten niet in staat zichzelf te wassen; zij worden door zorgverleners gewassen. Daarnaast is er een grote groep cliënten die zichzelf deels zelf wast, maar daar ook hulp bij krijgt. Bij deze dagelijkse verzorging zijn naar schatting rond de 304.000 zorgverleners betrokken (Knibbe et al., 2005). Een verbetering van de doelmatigheid van deze handeling kan dus in potentie een grote impact hebben op de totale doelmatigheid van de zorgverlening. Doelmatigheidsverbeteringen zijn relevant voor de zorg, vooral omdat de zorg voor een grote uitdaging staat om de vergrijzing van zowel de cliëntenpopulatie als de groep zorgverleners het hoofd te bieden.

Nadat uit eerder onderzoek al was gebleken dat de cliënt met de nieuwe methode net zo schoon wordt, bleek uit onderzoek in 2005 dat de fysieke belasting van degenen die de wasbeurt verzorgen, significant afneemt. Opvallend was tevens dat een wasbeurt minder tijd (60-70% van de traditionele tijdsduur) in beslag neemt dan een traditionele wasbeurt. Cliënten ervaren het wassen met de nieuwe methode over het algemeen als prettig, minder pijnlijk en minder vermoeiend.

Toch is het beeld van deze nieuwe methode nog niet volledig. De pakjes met washandjes of doekjes zijn verhoudingsgewijs duurder dan het wassen met water, zeep en een handdoek en er lijkt in de praktijk weerstand te zijn tegen het wassen met de methode. Hoewel de gemiddelde mening positief is, zijn er positieve, maar zeker ook negatieve uitschieters. Tot nu toe wordt de methode dan ook vooral ingezet op momenten dat de bezetting vrij laag is: in vakantieperiodes en bij een hoog verzuim. Dit leidde er mede toe dat de methode het imago kreeg van een noodoplossing. Zowel voor zorgverleners als voor cliënten was het moment dat de wasdoekjes in werden gezet een signaal dat de bezetting in feite te laag was. Daarnaast werd de methode ingezet bij cliënten waarvoor een gewone wasbeurt teveel belasting op zou leveren: bijvoorbeeld bij terminale cliënten. Ook dit droeg niet bij aan een positief imago.

De vraag is echter wat de mogelijkheden voor een meer structurele inzet zijn en welke kosten en baten dit met zich mee zou brengen. Het doel van deze businesscase is dan ook om de bekende gegevens te systematiseren, daar waar nodig aanvullend onderzoek te doen of onderbouwde schattingen te geven

en de gegevens in een compacte en voor de praktijk zelf inzichtelijke en compacte businesscase te plaatsen.

#### *Onderzoeksvragen als leidraad voor de businesscase*

De onderstaande onderzoeksvragen zijn direct afgeleid van de eisen gesteld door de opdrachtgever.

1. *Wat zijn de effecten van verzorgend wassen voor de mate waarin medewerkers fysiek worden belast?*
2. *Wat zijn de effecten voor de mate van zelfredzaamheid en de kwaliteit van zorg?*
3. *Wat zijn de financiële gevolgen van de toepassing van de innovatie?*
4. *Wat zijn de mogelijkheden c.q. obstakels zoals die vanuit wet- en regelgeving en de bestaande financieringsstructuur worden ervaren rond de toepassing van de innovatie*

We merken op dat voor aanvullend onderzoek en zeker voor effectonderzoek, ander, meer fundamenteel wetenschappelijk onderzoek met veel tijd en inzet nodig is. Dit is echter niet haalbaar binnen de gestelde periode. Daarnaast werd een voorkeur uitgesproken voor het zo veel mogelijk gebruiken van bestaande bronnen en een compact en voor de praktijk direct bruikbaar en begrijpelijk eindresultaat. We kiezen als uitgangspunt voor de businesscase de zorginstelling of organisatie. Maatschappelijke kosten en baten die buiten de directe instellingsradius vallen zijn niet opgenomen. Met deze beperkingen en doelstellingen is deze businesscase opgesteld.

Voor de businesscase kunnen we putten uit diverse onderzoeken uit binnen en buitenland en uit een aantal eerdere door ons uitgevoerde studies op dit themagebied. Het gaat dan om onderzoek naar de fysieke belasting bij de verzorgend wassen methode (Knibbe et al., 2005a), onderzoek naar de fysieke belasting bij verschillende soorten incontinentiemateriaal (Knibbe et al., 2005b) en onderzoek naar de praktijkervaringen in de zorg voor- en na de introductie van verzorgend wassen bij pilotinstellingen in de zorg (Knibbe et al., 2006). Daarnaast is gebruik gemaakt van andere, reeds bestaande bronnen aangevuld met (telefonische) enquêtes, observaties en (werkplek)bezoeken zoals die vanaf 2002 zijn uitgevoerd op dit themagebied en de landelijke monitoringsonderzoeken uitgevoerd in het kader van de arboconvenanten in de zorg en de CAO Arbeid en Gezondheid voor de verpleeg- en verzorgingshuizen. Voor een uitwerking hiervan verwijzen we naar de verantwoording (Knibbe & Knibbe, 2006).

We vervolgen nu met een korte introductie op verzorgend wassen.

## 2. Verzorgend Wassen / Wassen-zonder-water<sup>1</sup>

Verzorgend wassen is een duidelijk *andere* manier van wassen die zoals aangegeven ook als een werkelijke cultuurverandering wordt ervaren. Weerstand tegen het gebruik vanuit zowel zorgverleners als cliënten<sup>2</sup> komt daarbij voor.

Bij de verzorgend wassen-techniek (verder VW) wordt een achttal speciale wegwerp doekjes of washandjes uit een pakje, koud of opgewarmd, gebruikt. Daarbij wordt voor ieder lichaamsdeel telkens een nieuw (stukje van een) doekje gebruikt. Zeep en water zijn niet meer nodig en ook afdrogen is niet meer noodzakelijk. De vloeistof zorgt voor een pH-neutrale reiniging. Na afloop is er geen wasgoed of afvalwater. De washandjes of –doekjes worden na afloop weggegooid.

### *Cytostatica richtlijn*

Een onderscheidend voordeel dat in elk geval in ziekenhuizen, maar ook in andere branches kan spelen is dat het gebruik van Verzorgend Wassen past in de cytotatica richtlijn voor Academische Ziekenhuizen en reguliere ziekenhuizen, omdat het een gescheiden afvalstroom, minder vervuiling van water en een betere bescherming van de zorgverlener tegen gevaarlijke stoffen mogelijk maakt.

---

<sup>1</sup> Voorheen werd vooral de term wassen-zonder-water gehanteerd. Het laatste jaar is de term verzorgend wassen meer gebruikelijk. Deze benadrukt meer de positieve aspecten van de methode dan datgene wat de methode niet doet ('zonder-water'). In dit rapport hanteren we om die reden dan ook de term 'verzorgend wassen'.

<sup>2</sup> In deze businesscase worden verder de vrij neutrale termen cliënten en zorgverleners gehanteerd. We realiseren ons dat er zeer veel verschillende termen zijn (bijv. bewoner, klant, gebruiker, cliënt, patiënt en voor de zorgverlener: verpleegkundige, helpende, ziekenverzorgende, groepsleidster etc.).

### **3. De Businesscase**

#### *Referentiepunt*

Onderzoek laat zien dat er momenteel nog nauwelijks (< 2%) structureel gebruik wordt gemaakt van de VW methode. We stellen in businesscase het huidige gebruik, als referentiepunt, om die redenen op nul.

Uitgegaan is van een fictieve organisatie met 250 cliënten en 70 (fte) uitvoerend zorgverleners met een gemiddeld uurloon van € 22,-. Dit komt overeen met een loonsom van 34.000 euro per jaar per zorgverlener.

#### **3.1. De Baten**

##### **3.1.1. Verzuim**

De resultaten (zie tabel 1) laten zien dat VW leidt tot minder fysieke belasting tijdens de wasbeurt zelf in vergelijking met traditionele wasmethodes met waskom, water, een washandje en een handdoek. De belasting voor de rug, arm/schouder en nek/hoofd regio is significant minder dan bij het traditioneel wassen. Wanneer we de belasting bij een gewone wasbeurt op 100 stellen, is de belasting bij deze nieuwe methode grofweg 25% minder.

Voor een klein deel is de meer beperkte fysieke belasting terug te voeren op het gegeven dat de cliënt minder vaak gedraaid en getild hoeft te worden. De met het normaal gesproken noodzakelijke afdrogen gepaard gaande tilhandelingen vervallen bijvoorbeeld voor een deel. Voor het grootste deel gaat het echter om een afname in de blootstelling aan statische belasting: het met gebogen en/of gedraaide romp en hoofd werken.

Deze afname van de blootstelling is niet zozeer te herleiden tot een betere werkhouding bij de VW methode, maar vooral tot de beduidend kortere duur van de handelingen en dus ook van de fysiek belastende handelingen en daarmee de blootstelling. De zorgverlener hoeft daardoor veel minder lang in een gebogen of gedraaide houding te staan. De houdingen op zich (bijv. de hoek van de romp tijdens het wassen of de positie van armen en polsen) worden nauwelijks beïnvloed.

Zeer uitgesproken zijn dan ook de verschillen in tijdsduur tussen beide vormen van wassen. VW kost 62% van de directe wastijd van een traditionele wasbeurt. De voordelen hiervan worden besproken in de volgende paragraaf. Naast deze voordelen is er ook sprake van voordelen voor de fysieke belasting en werktijd voorafgaand en na afloop van de wasbeurt (indirecte tijd). De voorbereidingstijd is immers nihil en ook het opruimen en de wasbehandeling na afloop is vrijwel verdwenen.

We kunnen dus vaststellen dat VW vooral aangrijpt op een belangrijk arborisico met betrekking tot het ontstaan van langduriger en ernstiger klachten aan het bewegingsapparaat: statische belasting. Dat deze statische belasting in het algemeen substantiële invloed heeft op het ontstaan van ernstiger rugklachten wordt bevestigd in onderzoek daarnaar. Zo vonden Jansen et al. (2004) dat sterk voorovergebogen werkhoudingen van invloed zijn op het ontstaan van langduriger rugklachten en daarmee samenhangend verzuim.

Vastgesteld is dat de risico's op overbelasting tijdens het wassen vooral bij cliënten in de mobiliteitsklassen C, D en E<sup>3</sup>: aanwezig zijn en in mindere mate bij klasse B. De VW methode grijpt ook juist bij deze groepen aan, omdat de washandjes vooral bij deze groepen worden ingezet en slechts incidenteel bij de groepen A en B.

De mate waarin VW invloed heeft op de blootstelling aan fysieke belasting van zorgverleners is tot op zekere hoogte in te schatten. Deze impact is namelijk in elk geval afhankelijk van een zestal factoren.

- 1 Allereerst van de mate van mobiliteit van de groep cliënten. Vooral bij de cliëntgroepen die voor hun dagelijkse wasbeurt afhankelijk zijn van zorg komen de voordelen tot uiting. We hebben het dan over de cliënten in de mobiliteitsklassen C, D en E: vanaf deels rolstoelgebonden tot en met volledig bedlegerig. Van een belangrijk deel van de cliënten is, op basis van landelijke monitoringsonderzoeken, bekend hoe de verdeling tussen deze categorieën is. Dit is echter nog niet voldoende.
2. Ten tweede is de potentiële impact namelijk afhankelijk van de mate waarin de cliënten hulp nodig hebben bij de wasbeurt en de frequentie waarmee dat nodig is. In de thuiszorg, gehandicaptenzorg, GGZ, verpleeg- en verzorgingshuizen zullen cliënten in de groepen D en E matig tot volledige hulp nodig hebben en zal het veelal gaan om hulp die op gemiddeld 6 dagen van de week wordt gegeven. Onderzoek laat zien dat er gemiddeld genomen voor deze groepen 1 à 2 keer week wordt gedoucht of gebaad. Per dag gaat het in deze groep meestal om minimaal een keer een volledige wasbeurt (al dan niet op bed) en soms een tweede, meer beperkte wasbeurt bijvoorbeeld van het onderlichaam na een episode van incontinentie. Voor de cliëntgroepen C en deels D zal het ook kunnen gaan om gedeeltelijke assistentie. De cliënt kan dan bijvoorbeeld wel zelf zijn bovenlichaam of gezicht wassen, maar krijgt hulp bij de voor hem of haar moeilijk bereikbare delen.

---

<sup>3</sup> Dit zijn de landelijk bekende mobiliteitsklassen, zoals ook gehanteerd in de AWBZ Basispakketlijst Hulpmiddelen en in de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting voor de meeste zorgbranches (Knibbe et al., 1999).

3. Ten derde zal de fysieke belasting afhankelijk zijn van het gebruik van elektrisch verstelbare hoog-laag bedden bij de wasbeurt. Deze bedden moeten volgens de Praktijkrichtlijnen in de zorg in principe bij deze handelingen ingezet worden en dat gebeurt ook in toenemende mate. Recent onderzoek laat zien dat dit nu bij ongeveer 60-80% van de cliënten in de doelgroepen C, D en E ook daadwerkelijk gebeurt. Wanneer de VW methode wordt gebruikt op een niet verstelbaar bed en er dus geen optimale werkhoogte voor de zorgverlener is zal het voordeel van de beduidend kortere blootstelling overigens ook aanwezig zijn, al zal de houding waarin in de resterende tijd gewerkt wordt, dan minder optimaal zijn.
4. Ten vierde zullen er vooral bij incontinent cliënten meerdere wasmomenten door de dag heen aanwezig zijn. Vooral in de verpleeg- en verzorgingshuizen is een groot deel van de cliënten deels of volledig incontinent en voor een belangrijk deel ook zowel incontinent voor urine als voor faeces. Voor de overige branches kan dit sterk wisselen. Zo zal dit in een ziekenhuis op een aantal afdelingen nauwelijks of niet aan de orde zijn, terwijl juist op andere afdelingen dit weer zwaarder telt. De impact van de wasmethode zal daardoor ook om deze reden sterk wisselen per zorgbranche.
5. Ten vijfde speelt bij VW een mogelijk risico van het uitrusten van handelingen, waardoor het effect op de blootstelling aan fysieke belasting voor individuele zorgverleners teniet gedaan zou kunnen worden. De reductie van blootstelling aan fysieke belasting werkt immers vooral via de afname van de totale duur van de handeling. Met andere woorden er komt daardoor tijd vrij en de doelmatigheid van het werken op de afdeling of in het team neemt in potentie toe. Wanneer een zorgverlener echter in de vrijgekomen tijd een andere, eveneens fysieke belastende activiteit onderneemt, zal het blootstellingsniveau van deze zorgverlener aan fysieke overbelasting afhangen van de aard van die vervangende activiteit. Wanneer deze activiteit niet fysiek belastend is: bijvoorbeeld een extra gesprek met de cliënt, dan is er sprake van een afname van de blootstelling en dus een mogelijk preventief effect. Wanneer deze zorgverlener in de vrijgekomen tijd echter bijvoorbeeld een andere cliënt (al dan niet met de VW methode) wast, zal de blootstelling voor deze zorgverlener op hetzelfde of zelfs een hoger niveau uit kunnen komen en zal er dus geen sprake meer zijn van een preventief effect op het ontstaan van klachten aan het bewegingsapparaat. Wanneer de primaire insteek voor de VW methode dus een toename van de doelmatigheid is en de vrijgekomen tijd vooral voor fysiek belastende uitvoerende zorghandelingen wordt ingezet, zal het preventieve effect voor de zorgverlener beperkt zijn. Wanneer de methode ingezet wordt, zonder dat de vrijgekomen tijd voor dergelijke handelingen wordt ingezet, zal er wel sprake kunnen zijn van een preventief effect. Momenteel wordt daar wisselend mee omgegaan en we kunnen dan ook geen

uitspraken doen over de wijze waarop de tijd wordt ingevuld. Onze indruk is wel dat de tijd wordt ingezet voor de kwaliteit van zorg aan de cliënten en niet zozeer om ‘meer cliënten in minder tijd te wassen’. Dat laatste is ook een deel van de angst of weerstand die zorgverleners hebben tegen de VW methode: ze zijn bang cliëntgebonden tijd te moeten inleveren en dus voor verschraving van de zorg. Voor onze businesscase betekent dit in feite dat we over het preventieve effect geen duidelijke uitspraak kunnen doen. In potentie is dit effect aanwezig, maar de werkelijke impact is afhankelijk van keuzes in de zorg.

6. Ten zesde zullen we de tijd die nodig is voor de voorbereiding en het vullen van waskommen, het afruimen, schoonmaken en wasbehandeling voor de businesscase schatten op basis van enkele metingen in de praktijk. We constateerden daar dat de tijd sterk afhankelijk is van de opzet van de afdelingen of units of in de thuiszorg de aanwezigheid van materiaal. Overigens staat de wenselijkheid van de verkorting van deze niet-cliëntgebonden tijd bij niemand ter discussie. Alle betrokkenen zijn het er over eens dat de verbetering van doelmatigheid op dit punt als positief wordt ervaren. De fysieke belasting tijdens deze handelingen is overigens beperkt en wordt niet als ‘baat’ meegenomen in de businesscase.

Deze niet-cliëntgebonden tijd verschilt bij de VW-methode ook afhankelijk van het gekozen product. Zo wordt door enkele leveranciers aangegeven dat de washandjes of –doekjes ook koud gebruikt kunnen worden. Dan is de voorbereidingstijd nihil. Zoals in de volgende paragraaf over de kwaliteit van zorg wordt aangegeven levert dat echter vanuit cliëntperspectief het nadeel op dat de cliënt door de snelle verdamping snel afkoelt. Daarom wordt er veelal voor gekozen om de pakjes tevoren op te warmen, meestal in een magnetron. Dit kost dan uiteraard ook enige loop- en opwarmtijd. Recent werd door één van de leveranciers een speciale warmhoudcassette op de markt gebracht die de washandjes permanent op de juiste temperatuur houdt. Daardoor wordt er met warme doekjes gewerkt en is tegelijkertijd de niet-clientgebonden tijd verder ingekort.

Tenslotte merken we in meer algemene zin op dat de voordelen met betrekking tot fysieke belasting niet alleen gelden voor professionele zorgverleners maar ook voor mantelzorgers en andere informele zorgverleners of begeleiders.

Voor de businesscase betekent dit het volgende. Allereerst is in beperkte mate de invloed van de VW methode op het verzuim geschat. We nemen dus een conservatieve schatting mee naar de businesscase. In de businesscase is uitgegaan van een daling van het verzuim met 0,1%.punt. Dat leidt voor onze fictieve instelling op jaarbasis tot een vrij beperkte besparing van bijna € 3.000,-. Daarin is

uitgegaan van loonkosten vervanging, productieverlies, verzuimbegeleiding en Arbo-dienst voor zorg en welzijn (bron: TNO verzuimkosten in branche zorg en welzijn). Daarnaast verwachten we dat dit effect pas na enkele jaren zich zal manifesteren, zoals dat in het algemeen geldt voor dit type preventieve interventies (zie verantwoordingsrapportage Knibbe & Knibbe, 2006).

Het is echter ook mogelijk dat er totaal geen invloed op verzuim zal zijn. We constateerden immers in het onderzoek dat ten grondslag ligt aan de businesscase dat de verwachte daling van de blootstelling vrijwel geheel voor rekening komt van de verkorting van de totale tijdsduur van een wasbeurt. Het effect op de blootstelling voor een zorgverlener is dan afhankelijk van wat hij of zij in die vrijgekomen tijd doet. Wanneer dat andere, fysieke belastende handeling zijn, dan zal de blootstelling niet veranderen en theoretisch zelf kunnen toenemen en zal er zodoende ook geen invloed van deze interventie op het verzuim te zien zijn.

We zien in de businesscase dat de financiële omvang van de te verwachten baten op verzuim beperkt van omvang is. Deze baten spelen in feite in deze businesscase geen rol van betekenis.

### **3.1.2. Sneller klaar**

Vervolgens is het effect van het sneller klaar zijn met de wasbeurt in beeld gebracht. We hebben een splitsing gemaakt tussen de gevolgen van de afname van de tijdsduur van enerzijds de cliëntgebonden tijd (a) en anderzijds die van de niet-cliantgebonden tijd (b). Zoals aangegeven concentreert de weerstand tegen de VW methode zich met name rond de afname van de cliëntgebonden tijd.

#### *a. Cliëntgebonden tijd*

Om het effect hiervan te kunnen berekenen is allereerst de totale cliëntenpopulatie ingedeeld in verschillende categorieën: de mobiliteitsklassen. Deze indeling wordt momenteel ook gebruikt in landelijke monitoringonderzoeken en in bijv. de AWBZ Basispakketlijst Uitleen Hulpmiddelen voor het bepalen van het indicatiegebied van hulpmiddelen. Voor een toelichting verwijzen we naar de algemene verantwoording. We hebben voor de businesscase de groep ingedeeld op basis van een gemiddelde verpleeg- verzorgingshuis doelgroep (bron: landelijke monitoringonderzoeken). Voor andere zorgbranches is de verhouding eveneens bekend en ligt de verdeling anders. Dit heeft zodoende direct invloed op de uitslagen van de businesscase.

Vervolgens is op basis van landelijke en instellingsgebonden onderzoeken geschat hoe vaak de cliënten uit deze groepen geheel of gedeeltelijk geholpen worden bij de wasbeurt. Daarbij is een splitsing gemaakt tussen het wassen van het gehele lichaam (in principe 6 keer per week al

dan niet met hulp) en een deel van het lichaam (bijv. het onderlichaam na een episode van incontinentie).

Beide onderzoeken naar de tijdsduur (onderzoek onder gestandaardiseerde omstandigheden en onderzoek in de praktijk) lieten zien dat de tijd 60-65% van de traditionele wastijd is, hetgeen neerkomt op een gemiddelde besparing van 9,1 minuut per volledige lichaamswas en 3,1 minuut per gedeeltelijke lichaamswas. Deze aantallen zijn gebruikt om de tijdsbesparing op jaarbasis te berekenen. Zoals we eerder aangaven is het een vrij principieel besluit om deze tijd als pure doelmatigheidswinst te zien of geheel of gedeeltelijk wederom te investeren in de direct zorg voor cliënten. We merken met grote nadruk op dat we in deze businesscase daarover geen standpunt innemen. We beperken ons uitsluitend tot het laten zien wat in principe de omvang en impact van de vrijgekomen tijd zou kunnen zijn.

Om de stap van tijdsduur naar jaarlijkse kosten te maken, is een uurloon voor een zorgverlener van 22 euro als uitgangspunt gekozen. Zoals zichtbaar is, levert dit per jaar een niet onaanzienlijke tijdswinst en bijbehorende financiële ruimte op. Het spreekt vanzelf dat bij een hoger uurloon het eindbedrag ook hoger zal zijn. Dit houdt onder meer in dat de potentiële financiële besparing op intensive care units of andere meer specialistische afdelingen in een ziekenhuis groter zal zijn dan die in een verzorgingshuis.

*b. Niet-cliëntgebonden tijd*

De metingen van deze tijd leverden zoals gezegd een grote variatie op, maar we achten een gemiddelde besparing van 1,3 minuut per volledige wasbeurt en 0,3 minuut voor een gedeeltelijke wasbeurt een conservatieve schatting. Ook dit levert in ons voorbeeld een niet onaanzienlijke tijdsbesparing op, die financieel vertaald kan worden.

In eerder onderzoek werd aangegeven dat cliënten de snelle afkoeling bij het gebruik van de methode als bezwaar ervaren. Het gaat dan vooral om het vrij snelle afkoelen van de cliënt door de snelle verdamping van de vloeistof. De snelle verdamping maakt afdrogen niet nodig, maar kan dus ook het nadeel van een snelle afkoeling hebben. In de pilots werd gebruik gemaakt van opgewarmde washandjes, waardoor dit bezwaar niet meer werd genoemd. Dit is tot nu toe vooral gedaan met een magnetron en ook werden de washandjes (vervolgens) in handdoeken of incontinentiemateriaal / matjes gerold om ze warm te houden. Een leverancier heeft de wens om de washandjes lekker warm te houden vertaald in een nieuw product dat inmiddels ook op de markt is gebracht. Het gaat om een dispenser waarin de washandjes warm gehouden worden en zodoende ook direct klaar zijn voor gebruik. Dit zou een verdere besparing op kunnen leveren. De cassettes besparen immers op de haaltijd en de opwarmtijd:

de washandjes zijn altijd warm en klaar voor gebruik en zijn ook bij de hand. Hiertegenover staan de kosten van de cassettes zelf. Gezien de verwachte tijdsbesparing vermoeden we dat dit minimaal kostenneutraal zal zijn, wanneer daadwerkelijk de tijdsbesparing in financiële zin vertaald zal en kan worden. We verwachten dat de cassettes de besparing van de benodigde niet-cliëntgebonden tijd met 50-60% zullen doen toenemen. In kwalitatieve zin gaat het hier om een verbetering: de tijdsbesparing is door allen gewenst en het levert een warme wasbeurt op (zie verder).

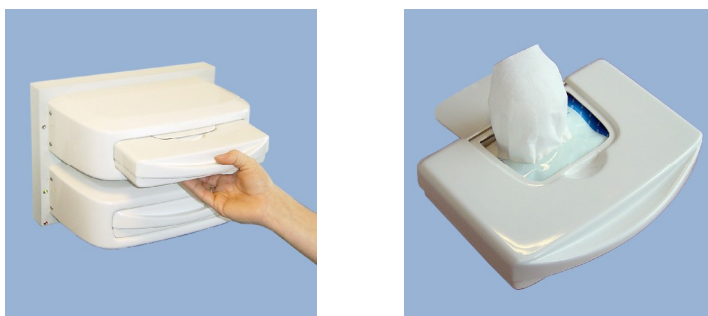


Foto 2.1. Voorbeeld van productinnovatie: een warmhoud-cassette voor de washandjes (bron: JOYinCARE)

### **3.1.3. Financieel effect van toename in zelfredzaamheid**

Hier is de invloed van een toename in zelfredzaamheid verwerkt en toegepast op de doelgroepen van de mobiliteitsklassen. De klassen waarvoor deze toename relevant is, zijn de groepen B, C en D. Hoewel we in de pilotonderzoeken wel bij een deel van de cliënten een toename zagen in zelfredzaamheid, was dit een sterk wisselend effect. Het bleek ook een niet in alle instellingen aanwezig, of althans een meetbaar, effect. We achten het daarom niet reëel om op dit punt een tijdsbesparing voor de zorgverleners in de businesscase op te nemen.

### **3.1.4. Financieel effect van wassen door 1 persoon in plaats door 2 personen**

Datzelfde geldt voor het effect van het geven van een wasbeurt met 1 zorgverlener in plaats van met 2 zorgverleners. Hiermee kan ook een doelmatigheidswinst bereikt worden. Dit effect is eveneens in een aantal pilotinstellingen zichtbaar geweest, maar ook nu bleek dit over de totale groep geen significant effect te zijn. Om die reden is er hier evenmin een bedrag opgenomen in de businesscase. We sluiten het overigens niet uit dat dit soort effecten (toename zelfredzaamheid en verschuiving van 2 naar 1 persoon) meer tijd nodig heeft om tot uiting te komen. De follow-up meetperiode was vrij kort (enkele

weken) en een dergelijke forse omslag in werkwijze heeft tijd nodig om volledig door te werken. Dat het effect verder door kan zetten bleek uit een derde meting die bij een van de pilotinstellingen inmiddels is uitgevoerd. Daar was zichtbaar dat het effect zich verder doorzette en dat men niet terugviel in oude gewoontes.

### **3.2. De Kosten**

De volgende tabel (tabel 2) geeft de kostenzijde van de businesscase weer. Er zijn uiteraard identieke uitgangspunten gehanteerd voor wat betreft de cliënten, de indeling van deze groep, het aantal zorgverleners en het brutoloon van deze groep.

#### **3.2.1. Implementatiekosten**

De implementatiekosten zijn op termijn vrijwel nihil, zoals eerder uit het onderzoek bleek zijn hiervoor nauwelijks meerkosten nodig. Wel is voor de eerste introductie tijd nodig.

Hulpmiddelen verschillen sterk in de mate waarin ze de eigenschap hebben om snel ook goed gebruikt te worden. Bij het ene hulpmiddel is dat min of meer vanzelfsprekend. Het kan bij wijze van spreken bijna niet fout gaan, ook al wordt er nauwelijks of geen training gegeven. Bij andere hulpmiddelen zoals een tillift of een glijzeil is training hard nodig. We noemen dit de GoedGebruik-factor (Knibbe et al., 2005). Bij VW kan er niet echt iets fout gaan en er is slechts in beperkte mate training nodig om de mogelijkheden goed te benutten. Wel moet in deze training aandacht worden besteed aan de noodzaak om in diepe huidplooiën en bijvoorbeeld onder zware borsten de huid goed te laten drogen.

Er zal zodoende in vergelijking met andere hulpmiddelen en voorzieningen weinig tijd gereserveerd hoeven te worden voor instructie in gebruik.

We hebben daarom hiervoor een beperkte post opgenomen die over meerdere jaren wordt afgeschreven. Het is overigens niet altijd zo dat dit kosten zijn die door de instelling gedragen worden. Er zijn leveranciers die hier veel aandacht aan besteden en zoals in de volgende paragraaf zal worden toegelicht is dat ook van groot belang voor een succesvol implementatietraject. De kosten hiervan zijn soms verwerkt in meerjarencontracten voor de levering van de wasmaterialen en soms zijn ze direct zichtbaar. Daarvoor worden zodoende verschillende constructies gekozen. Van belang voor de businesscase is in elk geval dat er aan het begin van een implementatietraject tijd voor gereserveerd zal moeten worden.

## Tabel 1 Baten van de wasmethode

Verzorgend Wassen/ Wassen-zonder-Water tov traditioneel wassen met water, zeep, washandjes en handdoeken

*Er wordt uitgegaan van reeds aanwezige goede basisvoorwaarden preventiebeleid*

Aantal cliënten **250**  
 Aantal medewerkers **70 fte**  
 Uurloon medewerker **22 euro**

### Verzuim reductie

loonsom/wn/jr	minder verzuim % pnt	0,1			€ 2.905
€ 34.000					
uurloon					
€ 22,00					

### Tijdsbesparing door andere wasmethode cliëntgebonden tijd

Aantal cliënten		%	(n) volledige wasbeurten met hulp/week/cliënt	(n) deelwasbeurten met hulp/week/cliënt	(n) volledige wasbeurten met hulp/week/cliënt	(n) deelwasbeurten met hulp/week/cliënt	alle wasbeurten in tijd (uren/jr)	alle wasbeurten in euro
	<i>mobiliiteitsklasse</i> A	17%	0	0	€ 0	€ 0	0	€ 0
	B	20%	3	3	€ 26.026	€ 8.866	1586	€ 34.892
	C	29%	3	1	€ 37.738	€ 4.285	1910	€ 42.023
	D	25%	3	2	€ 32.533	€ 7.388	1815	€ 39.921
	E	9%	7	5	€ 27.327	€ 6.650	1544	€ 33.977
			16	11			<b>totaal uren</b>	
							6855	

### Tijdsbesparing door andere wasmethode

niet-cliëntgebonden tijd	tijdsduur in minuten	(n) volledige wasbeurten met hulp/week/cliënt	(n) deelwasbeurten met hulp/week/cliënt	alle wasbeurten in tijd (uren/jr)	alle wasbeurten in euro
<i>besparing per wasbeurt tov traditionele tijd</i>	1,3	€ 0	€ 0	0	€ 0



heavy duty washandjes ZW	0,3	gem. 0,1	€ 2.340	€ 2.340
gewone wasbeurt (incl.)	0,27		€ 25.272	€ 5.054
washandjes		gem. 2		
handdoek		gem. 2	gem. 0,3	€ 1.516
zeep				
waskom				
olie				
lotion				
medicinale zalven	0,01		pm	pm
<b>Indirecte/bijkomende kosten</b>				
waskosten	0,44		€ 41.184	gem. 20% gaat door met traditioneel wassen € 8.237
waskosten bij VW/WZW	0,15			uitgaande van 33% kosten van wasgoed gebruikt bij VW/WZW € 11.232
logistieke kosten (voorraadbeheer etc.)	0,09		€ 8.424	0 € 281
<b>Overleg / div.</b>	uurloon			
	22		€ 0	0,1 € 0
<b>TOTAAL per jaar</b>			<b>€ 77.220</b>	<b>€ 127.595</b>
			<b>Vershil in kosten traditioneel wassen en verzorgend wassen</b>	<b>€ 50.375,-</b>

### 3.2.2. Materiaalkosten

#### *financiering via budget*

Intramuraal betekent de inzet over het algemeen dat de bekostiging via het instellingsbudget plaats moet vinden en in feite opgevangen zou moeten kunnen worden uit de besparingen op de kosten van washandjes, handdoeken, water en zeep en afhankelijk van de keuzes op dit punt, de tijd van zorgverleners. Dit is als zodanig verwerkt in de businesscase. Er zijn ons geen mogelijkheden bekend om de investeringen op andere wijze te financieren dan op deze wijze.

#### *schaalvoordeel*

Wel is het zo dat naarmate er meer sprake is van structurele inzet de kostprijs per pakje door het schaalvoordeel significant daalt. Leveranciers gaan daar zeer verschillend mee om, maar besparingen van 10% tot 20% zijn realistisch. Anderzijds is ook in de pilots vastgesteld dat een goede begeleiding bij de eerste introductie door de leverancier noodzakelijk is. Dit kost tijd en deze implementatiekosten zullen op enigerlei wijze in de kostprijs van de VW methode verwerkt moeten worden door de leverancier. Aangezien het structureel inzetten van de methode nog op beperkte schaal plaatsvindt, is er op dit punt nog geen duidelijk beeld van de kostprijs te krijgen.

Het blijft daarbij echter zo dat de VW methode aan materiaalkosten per wasbeurt duurder is dan de traditionele methode. Wanneer we zonder het schaalvoordeel te betrekken in de berekeningen de verschillen in kaart brengen dan zien we dat een wasbeurt met VW duurder uitvalt dan de traditionele wasbeurt: ongeveer € 1,- tot € 1,40 duurder. Daarvoor is dan vooral de kostprijs van het pakje zelf verantwoordelijk. Kortingen door een schaalvoordeel zullen dus vrij snel van invloed kunnen zijn op de kosten-baten verhouding.

#### *kosten en baten van traditionele werkwijze slecht zichtbaar*

Daarnaast zijn deze kosten veel meer zichtbaar omdat er sprake is van extra kostenposten. De gewone kosten van een traditionele wasbeurt zijn voor een belangrijk deel geïntegreerd verwerkt in de totale kosten van wassen en op voorraad houden van wasgoed en zijn daardoor veel minder goed zichtbaar, zeker op afdelingsniveau.

In het maken van een afweging van de kosten en baten speelt dit meer of minder zichtbaar zijn van de huidige kosten een grote rol. Dat is vooral het geval wanneer de tijdsbesparing omgerekend wordt naar de salariskosten voor een zorgverlener en de wasbesparing wordt omgerekend. Voor afdelingen waar deze kostenvoordelen niet direct terugkomen op de afdeling, zijn dat soort berekeningen echter lastig. De voordelen zijn immers niet merkbaar op afdelingsniveau, maar op een ander niveau in de

organisatie (instellingsniveau) of in de zorg in brede zin, terwijl men op de afdeling soms wel de investering moet doen (budgetten per afdeling) en de effecten merkt van minder directe tijd met de cliënt of de angst daarvoor merkt. Dat pleit ervoor om de inzet van deze voorzieningen op instellingsniveau te bezien en dan een reële afweging te maken waarin ook de kwalitatieve aspecten worden betrokken.

Voor wat betreft de kosten van het VW materiaal hebben we verschillende leveranciers en instellingen geraadpleegd. De aantallen die opgenomen zijn, zijn ontleend aan het onderzoek in de pilotinstellingen (Knibbe & Knibbe, 2006). Daarbij bleek van een volledig pakje van 8 washandjes of doekjes er meestal zo rond de 4-5 gebruikt werden voor een volledige lichaamswas. Het betekent ook dat we zijn uitgegaan van de ervaringen in de praktijk van de pilotsinstellingen die laten zien dat een deel van de bewoners doorgaat met de traditionele methode, dat er mengvormen zichtbaar zijn en dat er ook bij de VW methode af en toe een handdoek wordt gebruikt, bijvoorbeeld om de cliënt af te dekken en/of om moeilijk bereikbare plaatsen toch goed te drogen. Daarnaast bleek uit bredere studies en monitoringonderzoeken dat cliënten gemiddeld genomen 1,2 keer per dag gewassen te worden: geheel of gedeeltelijk. Dat kan bijvoorbeeld een volledige lichaamswas zijn gecombineerd met een extra was van het onderlichaam na bijvoorbeeld een incontinentie-episode. Wanneer besloten wordt de warmhoudcassettes (zie boven) te gebruiken dan zullen de kosten hiervan uiteraard hier eveneens opgenomen moeten worden.

Voor het referentiepunt van traditioneel wassen bleek het evenmin eenvoudig om hier op betrouwbare wijze bedragen aan te koppelen. De variatie in waskosten van handdoeken, washandjes e.d. en de verdere logistieke en bijkomende kosten bleken bij navraag bij instellingen onderling sterk te verschillen. We hebben het gemiddelde daarvan genomen en dit in de businesscase verwerkt.

### **3.3. De Kwalitatieve Kosten en Baten**

Vervolgens zijn de kwalitatieve baten eveneens verwerkt in de businesscase middels een sterrenstelsel. Aan elke gesignaleerde baat zijn een of meerdere sterren toegekend op basis van eerder onderzoek, de interviews en/of de gevonden casusbeschrijvingen. Er kon een maximum van 5 sterren toegekend worden, waarbij de huidige situatie, de referentiesituatie van traditioneel wassen een gemiddelde van 2,5 ster krijgt.

Deze kwalitatieve baten zijn zowel voor het cliëntperspectief als voor het zorgverlenersperspectief in beeld gebracht. Ze worden niet gewogen, hetgeen inhoudt dat ze in de businesscase allemaal even

zwaar wegen. Ook ten opzichte van het kwantitatieve deel van de businesscase vindt geen weging plaats. Dit zou nader getoetst kunnen worden bij cliëntgroepen of hun vertegenwoordigers. In het eindoverzicht van de businesscase is wel zichtbaar hoe de verhouding cliëntsterren en zorgverlenerssterren ligt. Deze verhouding kan immers ook een besluitvormingsproces op basis van de uitslagen van de businesscase beïnvloeden.

Het gaat om de cliëntvariabelen ‘beleving’, ‘huidconditie’, ‘pijn’ ‘minder onrust, weerstand en angst’ en een eindrapportcijfer. Voor de zorgverlener gaat het om de variabelen: ‘fysieke belasting’, ‘vermoeidheid’, ‘sneller klaar’ en een eindrapportcijfer.

Dit is en blijft een deels subjectieve inschatting, maar het vormt ons inziens wel een gestructureerde wijze om deze kwalitatieve aspecten ook te verwerken in een businesscase. Behalve de meningen die middels een scoringssysteem met stellingen in het onderzoek in pilotinstellingen in kaart zijn gebracht hebben we hier ook gegevens van instellingen bij betrokken die hun cliëntgroepen expliciet middels vragenlijsten en interviews naar hun mening hebben gevraagd. De vragen en verwerkingsmethode die zij hebben gehanteerd verschilt uiteraard, maar het beeld dat uit dergelijke evaluaties naar voren komt is consistent en vrij positief.

Ook in deze tabel is zodoende een netto positief beeld zichtbaar met af en toe uitzonderingen van cliënten die niet met de nieuwe methode gewassen willen worden of die nadelen ondervinden in de zin van huidirritatie of overgevoeligheid. Het gaat dan echter gemiddeld genomen niet om meer dan 2-3 per groep van 35 cliënten. Wel benadrukken we dat in sommige instellingen de spreiding in de antwoorden groter was dan in andere instellingen: dat betekent dat er minder uniformiteit in de meningen is en dat er zowel positieve als negatieve uitschieters voorkomen.

Zichtbaar is dat er uiteindelijk 28,5 sterren van de maximale 45 sterren behaald zijn, waarvan ongeveer de helft cliëntsterren zijn. We maken daarbij nog wel de volgende opmerkingen.

#### *Zorgvuldige introductie nodig voor cliënten*

Bij de pilot instellingen uit de onderzoeken van 2005/2006 was tevoren nauwelijks (af en toe, maar niet structureel) of in het geheel geen sprake van gebruik van de methode. VW was dan bijv. incidenteel ingezet in periodes van een lage bezetting of bij cliënten met veel pijn. Er bleek zeker in de beginperiode, maar ook daarna een vrij intensieve begeleiding vanuit de leverancier van de VW methode noodzakelijk. Daarbij is veel aandacht besteed aan voorlichting over de methode en de weerstanden die er zouden kunnen leven. Dat kan dan onder meer gaan in de vorm van voorlichtingsbijeenkomsten voor cliënten en hun familie en voor 1-op-1 voorlichting aan cliënten. Dat geldt dan voor zowel de doelgroepen zorgverleners, leidinggevend en managers als voor de cliënten en hun familie en partners. Wanneer dit traject goed verliep bleek er slechts zeer beperkte sprake van

weerstand of weigering van cliënten om de methode te gebruiken. Vanzelfsprekend is de keuze van cliënten altijd gerespecteerd. Wanneer cliënten alleen met de traditionele methode gewassen wilden worden, is dat ook zo gebeurd.

De meningen over de methode zijn over het algemeen positief, zowel voor het cliënten- als voor het zorgverlenerperspectief. Wel lopen bij enkele instellingen de individuele meningen sterk uiteen. Bij die laatste categorie instellingen is er dan veelal sprake van een aantal uitgesproken negatieve meningen en een aantal zeer positieve meningen, die elkaar redelijk opheffen. Dat komt dan tot uiting in een gemiddeld genomen voldoende resultaat, met wel een sterke spreiding in de antwoorden.

### *Huidconditie*

Uit de literatuur blijkt dat de huidconditie niet nadelig beïnvloed wordt door VW (aanwijzingen voor een gunstige invloed worden gerapporteerd), dat de kans op kruisbesmettingen daalt en dat er minder weerstand en spanning bij cliënten is tijdens de wasbeurt (Zweerts, 2004, Allegaert, 2004). De kwaliteit van dit onderzoek wisselt nogal en er is soms ook moeilijk te achterhalen wat er precies is onderzocht. Het effect op ontspanning en minder agressie en weerstand is eveneens onderzocht en daaruit blijkt een positief effect op angst en weerstand bij cliënten op psychogeriatrische afdelingen van verpleeghuizen (Loane et al., 2004).

Voor de effecten op de huid van de cliënten is in de pilots in ons onderzoek een lichte, maar wel significante verbetering te zien (Knibbe & Knibbe, 2006). Er is een samengestelde score gemaakt waarin de scores op het gebied van huidirritatie, smetplekken, droogte, jeuk en decubitus verwerkt zijn. Het gebruik van zeep is zeer sterk afgenomen, maar ook het gebruik van lotion en olie is afgenomen.

### *(Ingeschatte) beleving cliënt en kwaliteit van zorg (beneficiëntie)*

In het eerste onderzoek dat dateert van 2004 werd in wisselende mate weerstand tegen het gebruik gesignaleerd. Destijds werd nog relatief weinig aandacht aan de introductie zelf besteed. De weerstand was in een aantal gevallen fors. Het gaat dan niet alleen om de omslag in het denken die men in eerste instantie moest maken omdat men eerst overtuigd moet zijn dat de cliënt ook werkelijk schoon wordt. Hoewel deze omslag aandacht vergt, bleek die stap meestal wel vrij snel gezet te worden.

De weerstand zit met name in de angst en verwachting van zorgverleners om cliëntgebonden tijd in te moeten leveren als gevolg van de inzet van deze technologie. Men vindt dat deze tijd in een aantal gevallen noodzakelijk is om de kwaliteit van zorg te behouden (tijd voor de cliënt en persoonlijke aandacht voor de cliënt) en te voorkomen dat de zorg verschaalt.

Daar komt bij dat de eerste kennismaking met VW regelmatig plaatsvindt op momenten dat er sprake is van een hoge werkdruk of uitzonderlijke situaties. Tijdens vakanties (lage bezetting) of pieken in werkdruk bij een hoog verzuim, ‘grijpt’ men naar mogelijkheden om tijd te besparen. Daardoor heeft VW in een aantal instellingen het imago van een ‘noodmaatregel’: een negatieve keuze om de werkdruk de baas te blijven. Dat imago speelt vanzelfsprekend mee in de mening over de inzet van VW als reguliere voorziening. Dat geldt eveneens voor andere momenten waarin de keuze voor VW op individuele basis is gemaakt in het verleden. Zo wordt het ook ingezet bij terminale cliënten of cliënten met erg veel pijn tijdens de reguliere verzorging. VW kan daar verlichting in aanbrengen, maar daardoor wordt opnieuw het beeld van VW als ‘tweede keus’ of ‘noodvoorziening’ versterkt.

De weerstand en beeldvorming wisselde wel per zorgbranche. Vooral in de verpleeg- en verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en de thuiszorg noemt men de beperking van cliëntgebonden tijd als nadeel. Zelf maakt men daarbij afwegingen door VW bijvoorbeeld af te wisselen met gewoon wassen of douchen, waar men dan meer tijd voor heeft of gewoon om rustiger en minder onder tijdsdruk te hoeven werken. Men wil die keuzevrijheid nadrukkelijk behouden en is daar ook (zeer) stellig in. In ziekenhuizen wordt deze weerstand eveneens in beperkte mate genoemd, maar zijn er ook afdelingen (zoals IC’s, post-operatieve afdeling e.d.) waar het juist geheel niet bleek te spelen, vermoedelijk omdat het daar vaak om een zeer tijdelijke situatie gaat. Daar worden dan ook vooral voordelen voor zowel cliënt als zorgverlener genoemd.

In het onderzoek in de pilotinstellingen zoals dat meer recent (2005/2006) werd uitgevoerd blijkt gemiddeld genomen over de hele linie voor de cliëntgebonden belevings- en ervaringsaspecten van VW een lichte verbetering zichtbaar. In die pilots is zoals aangegeven veel aandacht aan de introductie en voorlichting besteed. De totaalscore samengesteld uit diverse belevingsaspecten (gespannenheid, vervelende gevoel/onplezierige gevoelens, weerstand, pijn en agressieve uitingen tijdens het wassen) verbeterde zowel in de totale groep als in de subgroep van de meer van lichamelijke zorg afhankelijke cliënten.

#### *Vaker of minder vaak wassen, douchen of baden*

In de pilots zien we geen duidelijke af- of toename in de frequentie waarmee de cliënten worden gebaad, gedoucht of gewassen als het gaat om een volledige lichaamswas of iets als een aparte was van het onderlichaam.

#### *Combinatievormen*

Verder valt vooral in de meer recente pilots op dat er in veel gevallen, maar zeker niet in alle gevallen is gekozen voor een (volledige) overgang naar VW. Bij ongeveer een derde van de cliënten is

er geen sprake van een volledige overgang, maar van een gedeeltelijke. Enkele cliënten (2-3 op de 30-35) worden ook nu nog gewoon volledig op de traditionele wijze gewassen. Regelmatig is er ook sprake van een combinatie van gewoon wassen en wassen met de VW methode: per dag kan dat verschillen. Wel is dit vooral van toepassing op de cliënten in de groepen B en C en beduidend minder in de groepen D en E.

Daarnaast zien we ook in één en dezelfde wasbeurt combinatievormen optreden van VW en traditioneel wassen: zoals een paar VW washandjes en een gewone washand gecombineerd in een wasbeurt. Een andere combinatievorm die optreedt, is het deels wassen door de cliënt zelf: met water of VW washandje en het daarnaast gebruik van de VW washandjes bijv. voor de lastiger bereikbare lichaamsdelen (vb. een wasbeurt van het onderlichaam).

#### *Eindrapportcijfers*

Aan het eind van het onderzoek in de pilotinstellingen werden rapportcijfers gevraagd. Voor zowel cliënten als voor zorgverleners wordt er gemiddeld een hoger rapportcijfer gegeven na de introductie. Opgemerkt zij dat hier in enkele instellingen sprake is van vrij sterk uiteenlopende oordelen van zorgverleners. Deze oordelen zijn veel meer gespreid voor de VW-methode dan voor de conventionele methodes, waarover men in het oordeel vrij eensluidend is.

Tabel 3. De kwalitatieve baten van VW in vergelijking met het referentiepunt van traditioneel wassen met water, zeep, washandjes en handdoeken voor de cliënt (beneficiëntie) en voor de zorgverlener.

<b>Cliënt beneficiëntie</b>			
<b>0 t/m 5 sterren</b>		Traditioneel wassen	VW methode
eindrapportcijfer cliënten		2,5	3
beleving door cliënten		2,5	3
huidconditie		2,5	3
pijn tijdens wasbeurt onrust, weerstand, angst		2,5	3
		2,5	2,5
		<b>12,5</b>	<b>14,5</b>
<b>Zorgverlener kwalitatieve aspecten</b>			
<b>0 t/m 5 sterren</b>			
eindrapportcijfer		2,5	3,5

zorgverleners		
minder fysieke belasting	2,5	4
minder vermoeiend	2,5	4
sneller klaar	2,5	2,5
<b>Totaal sterren zorgverlener</b>	<b>10</b>	<b>14</b>
<b>Eindtotaal Sterren</b>	<b>22,5</b>	<b>28,5</b>

### 3.4. *De afweging van kosten en baten*

Uiteindelijk leiden beide zijden van de businesscase (kosten en baten) tot het totaaloverzicht opgenomen in tabel 4. We zien daarin dat in onze voorbeeldinstelling de aannames leiden tot een financieel gezien batig saldo van rond de € 55.000,-. Wanneer we daar de, zoals we bespraken veelal tamelijk onzichtbare, kosten van gewoon wassen bij betrekken (zie tabel 2), ter grootte van € 77.220,-, dan sluit dit scenario nog beduidend positiever. Dit scenario leunt zwaar op de aanname dat de verkorte tijdsduur omgezet wordt in een financiële besparing op de tijd van zorgverleners. Deels is dit cliëntgebonden tijd en deels is dit niet cliëntgebonden tijd. Met name over het al dan niet (geheel) opnemen van de cliëntgebonden tijd kan sterk van mening verschild worden. Wij nemen hierover geen standpunt in. In elk geval geeft de businesscase de maximale omvang aan.

De kwalitatieve zijde is eveneens positief en laat een positief saldo zien. Zowel vanuit het cliënt- als vanuit het zorgverlenersperspectief komt een positief beeld naar voren, al is de spreiding in antwoorden soms groot. De instellingen betrokken in het onderzoek hebben allen de cliënten de keuze gelaten welke methode zij wilden hanteren en vrij veel aandacht besteed aan het implementatietraject..Zij hebben nog niet allemaal besloten hoe zij de vrijgekomen tijd willen benutten, maar een groot deel heeft inmiddels wel als vrij principiële stellingname vaststaan dat zij die tijd volledig of deels herinvesteren in de directe cliëntenzorg, waarmee deze tijd in financiële zin niet of deels zichtbaar zal zijn en er bijvoorbeeld een kostenneutrale situatie gerealiseerd kan worden.

Tabel 4. Eindoverzicht kosten en baten verzorgend wassen

Totaal overzicht op jaarbasis

	Traditioneel wassen	Verzorgend Wassen
Kosten	€ 77.220	€ 127.595
Baten	op nul gesteld	€ 182.779
<b>Totaal</b>	<b>per jaar</b>	<b>€ 55.184</b>
	<b>Totaal sterren</b>	<b>28,5</b>
	<b>Waarvan cliëntsterren</b>	<b>14,5</b>

## **4. Conclusies**

### **4.1. Beperkingen**

Deze businesscase is voor wat betreft de VW-methode gebaseerd op onderzoeksliteratuur, onderzoeken uitgevoerd onder gestandaardiseerde omstandigheden, onderzoek in pilotinstellingen, productinformatie van leveranciers, gesprekken met leveranciers, cliënten, managers en zorgverleners en een aantal evaluaties uitgevoerd door instellingen zelf. Daarbij is niet alleen gekeken naar kwantitatief te meten factoren, maar ook de ervaring en mening van zowel cliënten als zorgverleners is in die onderzoeken op gestructureerde wijze aan bod geweest. Desondanks is de businesscase ook gebaseerd op aannames, schattingen en keuzes. Dit laatste hangt samen met de forse verschillen die er per branche zijn in cliëntengroepen en de gevonden verschillen in kostprijs van de huidige wasmethode.

Een cruciaal discussiepunt voor deze businesscase is de vraag in hoeverre de potentiële besparing die de VW methode oplevert in de cliëntgebonden tijdsduur van het wassen al dan niet financieel vertaald moet worden. Vanuit de praktijk is daar forse weerstand tegen omdat men van mening is dat de methode dan kan leiden tot verschraling van de zorg. In instellingen waar tevoren helderheid geboden wordt over de wijze waarop de bespaarde tijd besteed wordt, blijkt de implementatie makkelijker te verlopen. Ook de keuzevrijheid die cliënten geboden wordt speelt daarin een grote rol. We hebben in deze businesscase daarin geen keuzes gemaakt en we geven alleen de maximale omvang aan van deze mogelijke tijdswinst en we zijn van mening dat de keuzes daarin alleen op zorginhoudelijke gronden gemaakt moeten worden. We melden wel dat enkele instellingen nadrukkelijk afgesproken hebben de vrijgekomen tijd direct geheel of deels te herinvesteren in de zorg voor de betreffende cliënten. Dat houdt in dat de besparingen niet of gedeeltelijk financieel vertaald worden en dat er zodoende, afhankelijk van de keuzes, sprake zal zijn van een negatief, neutraal of (licht) positief saldo.

### **4.2. Het kwantitatieve deel**

Uit het kwantitatieve deel van de businesscase blijkt dat de te verwachten baten in termen van verzuimreductie op zijn hoogst beperkt zijn en ook nu afhankelijk zijn van datgene wat zorgverleners doen in de vrijgekomen tijd. Wanneer in deze tijd opnieuw belastende activiteiten worden ondernomen zal het effect nihil zijn. In het andere geval zal er mogelijk een effect zijn, al zal dit van beperkte omvang zijn en pas na enkele jaren tot uiting komen. Het is dan ook realistisch deze factor in de

besluitvorming over de (structurele) inzet van deze nieuwe wasmethode nauwelijks of niet mee te nemen en er lage verwachtingen van te hebben. We hebben dit dan ook minimaal verwerkt in de businesscase.

Verdere baten zijn alle te herleiden tot de genoemde verkorting van de tijdsduur van het wassen zelf (cliëntgebonden tijd) en de tijd nodig voor de voorbereiding en het opruimen.

Pas wanneer een besluit is genomen over de wijze waarop deze ‘vrijgekomen tijd’ wordt benut, wordt duidelijk of hier sprake is van een tijdsbesparing en daarmee samenhangende doelmatigheidswinst of dat er sprake is van de mogelijkheid de kwaliteit van zorg te verbeteren zonder dat er sprake hoeft te zijn van een toename in doelmatigheid of in die zin ook een daling van de kosten op afdelings- of instellingsniveau. Dit is zoals aangegeven een zeer gevoelig onderwerp. De reacties uit de praktijk zelf geven dat ook aan: men wil zelf die afweging blijven maken en is daar soms uitgesproken stellig in. Zorgverleners en cliënten zijn huiverig om de vrijgekomen tijd voor hun gevoel in te leveren.

De uiteindelijke financiële uitkomsten van de businesscase zijn echter wel in hoge mate afhankelijk van de uitkomst van deze discussie en zijn in feite bepalend voor de uitkomst. We merken daarbij wel op dat ook tussenoplossingen mogelijk zijn: een deel van de tijd kan als doelmatigheidswinst gezien worden en een deel als kwaliteitswinst. De instellingen in de pilotgroep gaan daar op verschillende wijze mee om. In enkele van deze instellingen is tevoren expliciet aangegeven dat de introductie niet als bezuinigingsmaatregel gezien mocht worden. In die situaties is de vrijgekomen tijd in feite direct, vanaf het begin af aan, geoormerkt als cliëntgebonden tijd.

Verder zijn in deze businesscase ook de in de praktijk zichtbare mengvormen van oud en nieuwe werkwijze opgenomen. Dit geeft een meer realistisch beeld, maar we constateerden daar wel grote verschillen in bij de instellingen in de pilots en we sluiten daarnaast niet uit dat instellingen met meer ervaring in de methode uiteindelijk tot een ander balans komen tussen beide werkwijzen.

Men is het er wel over eens dat de niet-cliëntgebonden tijd primair als doelmatigheidswinst aangemerkt kan worden. De omvang van deze tijd is echter op zich niet voldoende om de balans in positieve zin te doen doorslaan. Zoals aangegeven is deze tijd wel langer wanneer van de verdere innovaties als een warmhoud-cassette gebruik wordt gemaakt. Op zich brengt deze cassette ook weer kosten met zich mee, maar de tijdsbesparing is niet onaanzienlijk. In feit zou voor de invloed van deze cassette een afzonderlijke businesscase opgesteld moeten. We stellen op dit moment wel vast dat de tijdsbesparing die deze cassette levert een door alle partijen gewenste doelmatigheidswinst oplevert.

Baten in de zin van een toename in zelfredzaamheid van cliënten en het daardoor meer beperkte beroep dat zij doen op zorgverleners en het met één in plaats van twee personen uitvoeren van een wasbeurt bleken niet significant van invloed te zijn en zijn zodoende ook niet in financiële zin vertaald.

We verwachten op basis van landelijke monitoringsonderzoeken en instellingsgebonden onderzoeken dat de VW methode voor alle zorgbranches relevant is. De voordelen komen het meest tot uiting in branches waar veel hulp gegeven wordt bij het wassen. Dat houdt in dat vooral in de verpleeghuizen en op sommige afdelingen van ziekenhuizen de voordelen zeer uitgesproken zullen kunnen zijn. Maar ook in de andere zorgbranches zal de methode in potentie relevant zijn.

De vergelijking van de kosten tussen de traditionele methode en VW bleek lastig en een aantal onzekerheden blijven bestaan, afhankelijk van de leverancier en de reeds aanwezige wasmethode, procedures en afspraken met de leverancier hiervan. Zoals aangegeven zal, wanneer we de veelal beperkt zichtbare kosten van gewoon wassen in het eindsaldo verwerken, het eindsaldo beduidend gunstiger uitpakken voor verzorgend wassen, dan wanneer we dat niet doen.

Financieel gezien zijn er vooral extramuraal drempels om de VW methode te financieren door de relatief hoge kostprijs en de noodzaak dat de cliënt daar zelf de kosten betaalt, waardoor ook een schaalvoordeel ontbreekt. Zowel intra- als extramuraal speelt in de afweging tussen kosten en baten de beperkte zichtbaarheid van de kosten van traditioneel wassen een rol. Daar komt bij dat de opbrengsten niet altijd (direct) merkbaar zijn voor degene die de meerkosten van VW draagt. Zo zal een cliënt in de thuiszorg de kosten betalen, terwijl het voordeel elders merkbaar is. Datzelfde kan gelden voor afdelingen waar geïnvesteerd wordt, zonder dat de besparing daar ook voelbaar is of in geld uit te drukken is.

De implementatiekosten zijn van vooral in het begin van belang en zijn in de businesscase deels opgenomen. Zeker in het begin is een zeer zorgvuldige begeleiding, voorlichting en introductie nodig. Soms biedt de leverancier deze begeleiding (deels) aan. Op de lange duur zijn de implementatiekosten beperkt.

#### **4.3. *Het kwalitatieve deel***

Het kwalitatieve deel van de businesscase laat zien dat er zeker voor cliënten zelf ('beneficiëntie'), maar ook voor zorgverleners ('kwaliteit van werk') sprake is van een positieve waardering voor deze methode. Het blijkt wel dat een aantal cliënten niet met de nieuwe methode gewassen wil worden.

Deze ruimte is aanwezig en ook als zodanig in de businesscase verwerkt. Deze aspecten moeten ons inziens meegewogen worden in de besluitvorming over de inzet van deze methode en de relevantie en het belang ervan. Een nadere weging daarvan zou in overleg met cliëntorganisaties uitgevoerd kunnen worden.

#### **4.4. *Eindconclusie***

Verzorgend wassen levert in potentie zowel kwantitatief als kwalitatief een positieve bijdrage aan de kwaliteit van werken en de zorg voor cliënten. Een zorgvuldige begeleiding van de introductie zowel naar cliënten als zorgverleners is van groot belang evenals het handhaven van de keuzevrijheid in wasmethode. De precieze baten zijn afhankelijk van de keuzes die gemaakt worden over de besteding van de vrijgekomen tijd. In de huidige praktijkscenario's is er sprake van een win-win situatie die financieel gezien, afhankelijk van de besluitvorming, met een neutraal of batig saldo ingevoerd kan worden.