



## Businesscase Incontinentie

*kosten en baten in beeld*



November 2007,  
Hanneke Knibbe, LOCOmotion,  
Nico Knibbe, LOCOmotion,  
Gezondheidskundig Advies en Onderzoek,  
Brinkerpad 29,  
6721 WJ Bennekom.  
e-mail [j.j.knibbe@wxs.nl](mailto:j.j.knibbe@wxs.nl)  
[www.locomotion.nu](http://www.locomotion.nu)

**RegioPlus+**

**Q2Care**  
onderzoek naar kwaliteit van zorg en werk



*De wildplasser (Rembrandt, 17<sup>e</sup> eeuw, bron: [www.cultuurwijzer.nl](http://www.cultuurwijzer.nl))*

*Dit is een uitgave van Stichting RegioPlus/Platform Zorginnovatie, Zoetermeer, 2007.*

*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.

© 2007, 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.

*De mens heeft het vermogen  
tot genoegens wonderzoet.*

*De grootste vreugde is  
te kunnen als men moet.*

*Piet Hein*

## **Voorwoord**

Toiletgewoontes zijn erg persoonlijk en gevoelig voor veranderingen in omstandigheden. Iedereen die wel eens opgenomen is geweest in een ziekenhuis weet dat dit gevolgen kan hebben voor de toiletgang. Het geholpen worden door een ander bij de toiletgang kan als vervelend of zelfs gênant worden ervaren. Sommigen kunnen ‘het’ ook gewoon niet als er een ander bij is of hebben moeite met het moment dat hulp geboden wordt: te laat of te vroeg. Als mensen zonder duidelijke klachten al problemen met de toiletgang kunnen krijgen zodra er iets verandert in hun omstandigheden, is het niet verwonderlijk dat cliënten in de zorg zo vaak incontinent zijn.

Incontinentie komt zeer veel voor. De schattingen lopen sterk uiteen, maar de helft tot driekwart van de cliënten in verpleeg- en verzorginghuizen is in meer of mindere mate incontinent. In andere zorgbranches lopen de percentages sterker uiteen, maar ook daar komt het verschijnsel veel voor.

Toch zijn er mogelijkheden om dit probleem of de nadelige gevolgen ervan in te perken. Het doel van deze businesscase is om deze informatie te systematiseren en in een compacte businesscase te plaatsen. Deze businesscase moet inzage geven in de kosten en baten van de aanpak van incontinentie in de zorg vanuit het perspectief van zowel zorgverlener, cliënt als dat van de instelling.

We danken de deelnemers aan het onderzoek voor hun medewerking en steun. We spreken de hoop uit dat de informatie een positieve bijdrage zal leveren aan verdere verbeteringen van het incontinentie beleid in de praktijk.

## 1. Inleiding en vraagstelling

De aanleiding voor deze businesscase ligt in het feit dat de Stichting RegioPlus en het Platform Zorginnovatie meerdere onderzoeken laten uitvoeren om concrete en voor de praktijk bruikbare businesscases op te stellen. De Stichting RegioPlus en het Platform Zorginnovatie doen dit onder meer omdat zij een project uitvoeren in opdracht van de Ministeries van SZW en VWS. Dit project richt zich enerzijds op de aanpak van fysieke belasting en agressie in de zorg en anderzijds op de toepassing van innovaties op deze terreinen met als uiteindelijk oogmerk ook de arbeidsproductiviteit in de zorg te vergroten. De kwaliteit van zorg voor cliënten moet daarbij niet in het gedrang komen en bij voorkeur verbeterd worden. Vernieuwende inzichten en technieken moeten op bruikbaarheid, haalbaarheid en inzetbaarheid worden beoordeeld en kansrijke of waardevolle innovaties moeten breed worden uitgedragen in het werkveld.

De zorg rondom incontinentie is arbeidsintensief en de beleving ervan is sterk van invloed op de totale beleving van de kwaliteit van zorg. Innovaties op dit punt kunnen dus een grote impact hebben op zowel de kwaliteit van zorg als op de arbeidsproductiviteit in de zorg. Dat is de reden dat opdracht is verleend voor het opstellen van een compacte praktijkgerichte businesscase over incontinentie.

### *Incontinentie als thema*

Incontinentie komt zeer veel voor. Het gebruik van incontinentiemateriaal en de daarmee gepaard gaande kosten stijgen elk jaar. Cliënten met incontinentie zijn voor een niet onaanzienlijk deel afhankelijk van de hulp van anderen. Ze gebruiken vaak incontinentie materiaal of katheters. Daarmee legt de zorg voor incontinentie cliënten en cliënten een fors tot soms zeer fors beslag op de werktijd van zorgverleners. De schattingen hiernaar lopen zeer sterk uiteen, maar het komt voor dat meer dan de helft van de tijd van zorgverleners aan directe of indirecte incontinentiezorg wordt besteed. Een vermindering hiervan kan dus leiden tot een verhoogde arbeidsproductiviteit en lagere (ervaren) werkdruk bij zorgverleners.

### *Cliënt perspectief*

Incontinentie en de zorg daaromheen kan vanuit het perspectief van de cliënt en zijn omgeving als stigmatiserend of gevoelsmatig belastend ervaren worden. Daarnaast zouden cliënten onnodig en noodgedwongen incontinent worden, zo wordt gesuggereerd. Vanuit clientperspectief is het zodoende een uitermate relevant en deels ook beladen onderwerp.

Het doel van deze businesscase is om de bekende gegevens te systematiseren, daar waar nodig onderbouwde schattingen te geven en de gegevens in een voor de praktijk zelf inzichtelijke en compacte businesscase te plaatsen. De businesscase moet inzage geven in de kosten en baten van de incontinentiebeleid vanuit het perspectief van zowel zorgverlener, cliënt als dat van de instelling.

#### *Onderzoeksvragen businesscase*

Het doel van het onderzoek en de businesscase is dan ook om, vanuit verschillende invalshoeken,

1. de mogelijkheden te beschrijven om incontinentie te voorkomen of draaglijker te maken
2. de effecten te beschrijven van deze innovatieve werkwijze(n) op de mate waarin medewerkers fysiek worden belast
3. de effecten te beschrijven van de innovatie voor de mate van zelfredzaamheid en de kwaliteit van zorg voor incontinentie cliënten en/of cliënten met een risico op het ontstaan van incontinentie
4. de kansen en barrières voor implementatie te beschrijven
5. de kosten en baten inzichtelijk te maken in de vorm van een businesscase
6. de mogelijkheden c.q. obstakels te beschrijven zoals die vanuit wet- en regelgeving en de bestaande financieringsstructuur worden ervaren rond de toepassing van deze innovatie werkwijze voor continenzorg.

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. Er 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.

Daarnaast is het van belang op te merken dat het onderwerp van deze businesscase, incontinentie, van een wat ander karakter is dan dat van de overige businesscases in deze reeks. Het gaat hier immers niet om een innovatie (zoals bijv. een plafondtilsysteem), maar om een *verschijnsel* en in feite een kwaliteitsindicator voor de zorg, waar op zeer veel verschillende manieren mee omgegaan kan worden. Dat houdt in dat we op veel verschillende innovaties zijn gestuit die direct of indirect

incontinentie kunnen beïnvloeden. Voor elk van deze innovaties op zich is ook een businesscase op te stellen.

Voor de nu voorliggende 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 vooral om een aantal onderzoeken naar incontinentie en incontinentiebeleid in verpleeg- en verzorgingshuizen die zijn uitgevoerd in de periode 1999 tot 2007. Daarnaast voerden wij onderzoek uit naar de fysieke belasting bij gebruik van verschillende soorten incontinentiemateriaal (Knibbe & Knibbe, 2006) en naar de fysieke belasting bij toilethandelingen.

Er is tevens gebruik gemaakt van andere, reeds bestaande bronnen aangevuld met (telefonische) interviews, observaties en (werkplek)bezoeken, zoals die vanaf 2002 zijn uitgevoerd op dit themagebied of naar andere onderwerpen die raakten aan incontinentie. In een aparte bijlage bij deze reeks van businesscases vindt u in algemene zin een verantwoording van de bronnen en de gevolgde werkwijze.

#### *Leeswijzer*

Na een korte inhoudelijke introductie, bespreken we de businesscase (H.3) en sluiten we af (H.4.) met algemene conclusies.

## **2. Incontinentie**

### **2.1. Aard en omvang van het probleem**

De helft tot meer dan 90% van cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen is in meer of mindere mate incontinent (diverse onderzoeken in binnen- en buitenland t/m 2007). Een advies van de Gezondheidsraad gaat ervan uit van meer dan 90% van de verpleeghuisbewoners incontinentie is (Sixma, 2001). Voor andere zorgbranches zijn deze gegevens minder precies bekend en/of er is sprake van een zeer sterke variatie. Een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2006) presenteert een extreem grote bandbreedte: van rond de 1% tot meer dan 89%. Halfens (2007) geeft een percentage van 77% voor urine-incontinentie en 56% dubbele incontinentie (zowel urine als faeces) in verpleeghuizen. Voor andere zorgbranches meldt hij getallen van respectievelijk 57% en 19% (verzorgingshuizen), 30% en 11% (algemene ziekenhuizen) en 46% en 10% (thuiszorg).

Deze forse verschillen bij toch grotendeels vergelijkbare organisaties, zoals bijvoorbeeld de groep verpleeghuizen, maken dat het lastig is om een eenduidige businesscase te ontwikkelen. Anderzijds kan dit er op wijzen dat er mogelijkheden tot verbetering van de situatie zijn. De Inspectie wijst hier ook op door te benadrukken dat de verschillen verband houden met meetproblemen (definities die variëren en meetinstrumenten niet uniform of voldoende valide en betrouwbaar blijken te zijn), maar vermoedelijk wel degelijk te herleiden zijn tot verschillen in beleid. Zij wijzen op de noodzaak tot een meer actief beleid op dit punt. Daar bovenop wordt geconstateerd dat ons land een vrij hoge prevalentie heeft in vergelijking met de landen om ons heen. Ook dat zou kunnen wijzen op te weinig aandacht voor beleid. Er zijn immers geen andere redenen waarom de percentages in ons land hoger zouden moeten zijn dan in andere landen. Ook het Nederlandse proefschrift van Valk bevestigt de invloed van organisatiegebonden verschillen op de prevalentie van incontinentie. Valk berekende dat ongeveer een vijfde van de prevalentie te herleiden is tot organisatiegebonden factoren (Valk, 1999).

#### *Zorg*

Cliënten met incontinentie zijn voor een niet onaanzienlijk deel afhankelijk van de hulp van anderen. Ze gebruiken vaak incontinentie materiaal of katheters. De zorg voor incontinentie cliënten en cliënten legt daardoor een fors tot soms zeer fors beslag op de werktijd van zorgverleners. De schattingen hiernaar lopen wederom zeer sterk uiteen, maar het komt voor dat meer dan de helft van de tijd van zorgverleners aan directe of indirecte incontinentiezorg wordt besteed. Daarbij wordt de zorg voor incontinentie cliënten als belastend en niet prettig ervaren en zou deze aanmerkelijk bij dragen aan de algehele werkdruk. Engels onderzoek naar de beleving ervan noemt dat zorgverleners het gevoel

hebben in een vicieuze cirkel te zijn beland: te weinig tijd om actief in te grijpen en incontinentie juist te voorkomen of te verlichten en daardoor alsmaar bezig zijn om cliënten te verschonen en meer en meer incontinentiemateriaal te gebruiken. Onderzoek van Valk (1999) spreekt in dit verband over een 'major factor in professional and personal demoralization of nursing staff'.

Over de feitelijke tijdsduur die ingezet wordt voor incontinentiezorg zijn maar zeer weinig gegevens bekend. Onderzoeken noemen een gemiddelde van ongeveer 35-60 minuten per dag per incontinentie cliënt. Maar net als rondom de prevalentie zien we een grote bandbreedte. Dat geldt evenzeer voor recente, instellingsgebonden registraties die in eigen beheer zijn uitgevoerd met behulp van de BasisZorgLijst (Knibbe et al., div 2005/2006/2007). Daarbij komen we voor verpleeg- en verzorgingshuizen op een gemiddelde van bijna 40 minuten per etmaal per incontinentie cliënt voor de directe incontinentiegerelateerde zorg in verpleeghuizen. In een advies van de Gezondheidsraad uit 2001 wordt als schatting een tijdsduur van 45 minuten genoemd. Daarbij wordt aangegeven dat dit een minimumschatting zou zijn die de tijd omvat van het helpen bij toiletbezoek, het 3-4 keer luiers wisselen, de extra mensen die nodig zijn, het verschonen van bedden en de huidverzorging met soms twee man personeel. Een vermindering van deze tijd zal in elk geval kunnen leiden tot een verhoogde arbeidsproductiviteit en lagere (ervaren) werkdruk bij zorgverleners.

Het gebruik van incontinentiemateriaal en de daarmee gepaard gaande kosten stijgen elk jaar. Toch zijn er in de onderzoeksliteratuur aanwijzingen dat de inzet van goede, ergonomisch verantwoorde voorzieningen en hulpmiddelen, adequaat incontinentiemateriaal en een optimale, cliëntgerichte benadering kunnen leiden tot minder incontinentie, een minder fors beslag op de tijd van zorgverleners, een betere (ervaren) kwaliteit van zorg en/of een als minder fysiek belastend ervaren zorg. Ook het vrij recente rapport van de Inspectie (2006) wijst in deze richting en geeft aan dat 'verdiepende studies uitwijzen dat het beheersen van incontinentie goed mogelijk is'. De Gezondheidsraad wijst er tevens op dat met een dergelijke aanpak een verbetering van de kwaliteit van leven mogelijk is. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat deze aanpak arbeidsintensief is en zeker in het begin de nodige tijdsinvestering vragen, hetgeen bevestigd wordt in meerdere onderzoeken. Het werkt, maar het is vooral in het begin arbeidsintensief: de zorg zou aanzienlijk duurder (meer materiële kosten), tijdrovender en complexer zijn (meer diagnostiek vergen) dan het eenvoudigweg aanbrengen van opvangmateriaal bij incontinentie cliënten (Sixma, 2001).

### *Clïent perspectief*

Incontinentie en de zorg daaromheen kan vanuit het perspectief van de cliënt en zijn omgeving als stigmatiserend of gevoelsmatig belastend ervaren worden. Deze zorg staat daarom met enige regelmaat in het centrum van de (landelijke) belangstelling. Incontinentie materiaal en katheters

zouden bijvoorbeeld onnodig veel en te vanzelfsprekend gebruikt worden. Cliënten zelf en/of hun naasten stellen met enige regelmaat dat incontinentiemateriaal als alternatief voor het naar het toilet brengen van ouderen wordt gebruikt. Cliënten zouden daardoor soms onnodig en noodgedwongen incontinent worden. Onderzoeken wijzen ook in die richting en benadrukken de rol van organisatiegebonden factoren, gebrek aan personeel, een hoge werkdruk en het ontbreken van inzicht in hoe ingegrepen kan worden in het proces dat leidt tot het ontstaan van incontinentie.

Ook de bejegening vormt aanleiding voor klachten van cliënten en incontinentie wordt soms als een vernedering ervaren.

Samenvattend gaat het hier om een omvangrijk probleem dat van invloed is op de totale kosten van de zorg, de werkdruk, werkbeleving en fysieke belasting. Ten tweede kan incontinentie, met name voor de cliënt en zijn of haar naasten, emotioneel beladen zijn en in die zin sterk van invloed zijn op de (ervaren) kwaliteit van zorg.

## **2.2.            *Aanpak van incontinentie op een innovatieve wijze: continenzorg***

### **2.2.1.            *Onderzoek naar incontinentie***

Incontinentie programma's blijken wel degelijk effectief te kunnen zijn. Dit blijkt uit de onderzoeksliteratuur. Toch is het niet eenvoudig een goed inzicht te krijgen in de effecten. Er is weliswaar veel onderzoek verschenen naar het fenomeen incontinentie, maar dat is wel uitgevoerd vanuit zeer verschillende invalshoeken. Opvallend is dat een fors deel te herleiden is tot biomedisch georiënteerd onderzoek. Bijvoorbeeld naar de invloed van medicatie of bepaalde al dan niet operatieve ingrepen. Of onderzoek naar incontinentie bij vrouwen van 30-70 jaar waarbij bekkenbodemp Problemen een vrij grote rol spelen. Bij de vormen van incontinentie die centraal staan in deze onderzoeken is de oorzaak veelal vrij eenduidig te traceren en er wordt in dat verband ook wel gesproken over een 'enkelvoudige zorgvraag' (Sixma, 2001). Dit is ook de vorm van incontinentie die in ziekenhuizen ('cure') veel voor kan komen.

Maar bij het grootste deel van incontinentie zoals die in de 'care' voorkomt is het vaststellen van een eenduidige oorzaak of diagnose veelal niet goed mogelijk. Er is daar veeleer sprake van een complexe zorgvraag met meerdere aandoeningen, waarbij ook incontinentie, vaak als bijkomend probleem, aanwezig is. Een groep waarbij het meestal niet mogelijk is een eenduidige medische oorzaak vast te stellen. Allerlei andere aspecten vormen dan in samenhang met elkaar de aanleiding tot het al dan niet ontstaan van incontinentie. Die vormen van incontinentie worden wel samengevat onder de noemer 'functionele incontinentie'. De schattingen zijn dan meer dan 80-90% van de incontinentie in

verpleeg- en verzorgingshuizen vormen van functionele incontinentie zijn. Dit leidt Engelse onderzoekers er dan ook toe te concluderen dat de oplossing niet in de medische sfeer gezocht moet worden, maar letterlijk ‘in het toilet’.

Specifiek onderzoek naar de meer functionele vormen van incontinentie is in verhouding veel minder vaak uitgevoerd dan onderzoek naar de specifieke en meer medische oorzaken. Zoals aangegeven is de registratie van incontinentie sowieso momenteel voor verbetering vatbaar.

### *2.2.2. De wijze van aanpak*

#### *Oorzaken*

In de aanpak speelt dit onderscheid tussen functionele incontinentie en de andere meer eenduidige, enkelvoudige vormen een essentiële rol. Wel zij opgemerkt dat het altijd van belang is dat specifieke medische oorzaken ten allen tijde uitgesloten moeten worden alvorens een aanpak gericht op functionele incontinentie ingezet kan worden.

Zeker bij ouderen speelt functionele incontinentie een grote rol. Het gaat dan om ‘ongewild of ongewenst urineverlies dat samenhangt met de onmogelijkheid (tijdig) het toilet te gebruiken vanwege beperkingen in cognitief, motorisch functioneren, onwil en/of omgevingsfactoren’. Het zouden deze factoren zijn die het meest beïnvloedbaar zijn en daardoor zou hier de mogelijkheid liggen om incontinentie terug te dringen of draaglijker te maken voor zowel zorgverleners als cliënten.

In de literatuur wordt erop gewezen dat er tot voorkort teveel nadruk is gelegd op de medische oorzaken in tegenstelling tot de overige factoren. Met name mobiliteit van cliënten blijkt een cruciale factor te zijn. Ook Nederlands onderzoek laat zien dat juist mobiliteit een zeer sterke, zo niet de meest bepalende factor is voor het ontstaan van incontinentie bij verpleeghuisbewoners (Valk, 1999). Dit wordt ook wel plastisch samengevat in de zin: ‘Als je maar lang genoeg wacht, zijn we allemaal incontinent’. Oftewel iedereen die niet in staat is zelfstandig naar het toilet te gaan en tijdig zijn/haar kleding uit te doen, zal incontinentie ervaren en zo blijkt uit onderzoek, een grote kans hebben om uiteindelijk volledig incontinent te worden.

Functionele incontinentie wordt in ons land veelal niet als zelfstandige diagnose gehanteerd. Opmerkelijk is wel dat deze wel is erkend als verpleegkundige diagnose door de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association; zie ook Valk, 1999). Ook de al in 1996 geformuleerde Guideline for Urinary Incontinence in Adults (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)) bevestigt de gedragsinterventies op basis van functionele incontinentie als eerste keus benadering.

We geven nu een overzicht van factoren die bijdragen aan het ontstaan van incontinentie en dan vooral de meer functionele vormen (zie ook Nazarko, 1997, Valk, 1999, Knibbe, 2001, Sixma, 2001, IGZ, 2006).

#### 1. Mobiliteit

Een zeer belangrijke factor. Naarmate cliënten minder mobiel zijn, blijkt ook de kans op incontinentie sterk toe te nemen (Valk, 1999). Buitenlands onderzoek noemt een factor 1,5 tot maar liefst 13 voor het risico op het ontstaan van incontinentie als de cliënt niet in staat is de handeling van opstaan en gaan zitten zelfstandig uit te voeren. (Nazarko, 1997) .

#### 2. Dementie

Ook is dementie (ziekte van Alzheimer en vergelijkbare ziektebeelden) een belangrijke factor. De kans op incontinentie wordt er grofweg door verdubbeld. Een uitermate belangrijke factor, maar dus vermoedelijk minder groot dan mobiliteit. Valk geeft aan dat de risicofactoren mobiliteit en dementie onafhankelijk van elkaar zijn en dus samen een groot deel van de risico's op het ontstaan van ongewenst urineverlies kunnen verklaren.

#### 3. Andere aandoeningen of beperkingen

Andere ziekten of aandoeningen kunnen eveneens meespelen. Een cliënt met reuma zal soms door de pijn moeilijk het toilet kunnen bereiken en dan moeilijk en met veel pijn kleding moeten verwijderen. Dat kan aanleiding tot incontinentie geven. Maar in principe gaat het hier dus weer om factoren die gerelateerd zijn aan de mobiliteit van cliënten.

#### 4. Medicijngebruik

Dat geldt evenzeer voor een deel voor het gebruik van medicijnen. Een aantal medicijnen heeft direct of indirect invloed op continentie. Onderzoek geeft aan dat 82% van incontinentie verpleeghuisbewoners een vorm van medicatie gebruikt waarvan bekend is dat er een invloed op de mictie is (Nazarko, 1998, Valk, 1999). Veel medicijnen kunnen direct of indirect de mobiliteit van cliënten beïnvloeden en daardoor aanleiding geven tot incontinentie. Maar het meest bekend is uiteraard de invloed van diuretica op incontinentie. Ze kunnen binnen een paar uur incontinentie veroorzaken. Trager werkende medicijnen uit deze groep kunnen nachtelijke incontinentie veroorzaken. IJzer of 'staalpillen' evenals pijnstillers kunnen aanleiding zijn voor vormen van verstopping veroorzaken hetgeen ook invloed heeft op incontinentie. Medicijnen tegen hoge bloeddruk kunnen de contracties van de blaas en de basisspanning van de blaas

verminderen. Spierontspanners kunnen de blaaspier doen verslappen. Psychofarmaca kunnen cliënten minder alert maken of direct de vulling van de blaas beïnvloeden.

#### 5. Randvoorwaarden in de omgeving

Vanuit de literatuur komt een aantal omgevingsfactoren naar voren aan welke voldaan moet zijn willen cliënt continent kunnen blijven. Het gaat dan om logistieke zaken als het aantal toiletten, de inrichting van die toiletten (deuren, ruimte, beugels, steunen etc.), de aanwezigheid van transferhulpmiddelen rondom het toilet en het aantal mensen dat kan assisteren bij de toiletgang. In feite verloopt dit cluster van risicofactoren ook weer via mobiliteit.

#### 6. Veroudering

Bij ouderen komt er een aantal vrij specifieke zaken bij. Dat zijn in principe zaken die horen bij het ouder worden en die dus vrij algemeen zijn.

##### *nieren*

De nieren werken minder goed. Dat betekent dat de urine minder geconcentreerd zal worden en daardoor produceren ouderen vaak meer urine (meer volume). Daarmee wordt de kans op incontinentie natuurlijk groter. Anderzijds kan het zo zijn dat ouderen minder drinken en daardoor weer minder urine produceren. Zeker wanneer zij bang zijn om ongewenst urine te gaan verliezen, zijn er ouderen die om die reden minder gaan drinken.

##### *veroudering*

Bij de normale veroudering zal ook de motoriek in kwaliteit afnemen. Op het moment dat ouderen naar het toilet gaan, zijn ze daardoor minder snel en handig dan jongeren om op tijd het toilet te bereiken en de kleding uit te doen.

##### *blaas minder rekbaar en minder gevoelig*

De blaas wordt ook minder rekbaar en kan minder urine vasthouden. In de wand van de blaas zitten sensoren die ons waarschuwen als de blaas vol begint te raken. Deze worden minder gevoelig en geven pas later een signaal af. Jongeren en jong-volwassenen krijgen aandrang om te plassen zodra de blaas ongeveer 50% volzit. Bij ouderen komt het nogal eens voor dat pas bij een vulling van 90% een signaal afgegeven wordt. Tenslotte kunnen hormonale veranderingen en minder sterk weefsel ertoe leiden dat ‘lekkage’ optreedt.

Samengevat: Ouderen produceren dus meer urine, kunnen het moeilijker vasthouden, krijgen minder snel signalen als ze moeten gaan en gaan minder snel en moeizamer. Als ze dus ‘moeten’ is er weinig tijd meer om te gaan, terwijl juist zij moeite hebben om op tijd het toilet te bereiken.

#### 7. Organisatiegebonden factoren

Tenslotte wijzen enkele studies op het gegeven dat ook de wijze waarop zorg wordt verleend van invloed is op de mate waarin cliënten incontinent zijn. In instellingen waar vrijwel iedereen incontinent is, incontinentiemateriaal ruim voorhanden is en ook uit voorzorg wordt gebruikt, zullen cliënten ook sneller incontinent worden. Of als er een tijdelijke oorzaak van incontinentie was, zullen cliënten niet snel meer terugkeren naar continëntie. Bij een cliënt die bijvoorbeeld continënt was en vervolgens een week bedlegerig is door bijvoorbeeld griep kan het zinvol zijn tijdelijk incontinentiemateriaal te gebruiken. Niet altijd zal daarna dan een actieve poging gedaan worden om die cliënt weer zonder incontinentiemateriaal zelfstandig verder te laten functioneren.

#### 8. ‘Imago’ van incontinentie

Sommige studies geven aan dat incontinentie zo vanzelfsprekend is dat de onbewuste boodschap naar cliënten is dat incontinentie er bij hoort. Dat geldt niet alleen voor het verschijnsel op zich, maar ook voor de aanpak ervan. Siddle beschrijft dat bijvoorbeeld zeer plastisch door te stellen dat *‘incontinence appears to be managed by throwing a pad at it’*. Ook Valk wijst er voor ons land op dat deze beeldvorming een rol speelt, vooral als het gaat om incontinentie in de ‘care’. Zij stelt dat er ‘kennelijk in ons land weinig vragen worden gesteld als het gaat om ongewenst urineverlies’. Zij verkiest om die reden ook de term ‘ongewenst urineverlies’ boven incontinentie. Ook verwijst ze naar meerdere studies die aangeven dat zorgverleners en artsen niet goed weten waar ze op moeten letten en wat ze kunnen doen aan ongewenst urineverlies bij ouderen. Door de voortdurende personele krapte zou er nauwelijks plaats zijn voor het voorkomen en zou men vooral gericht zijn op het uitvoeren van de dagelijkse basiszorg (Valk, 1999). Deze bevindingen over het imago van incontinentie, de weinig pro-actieve aanpak ervan en de rol van organisatiegebonden factoren zijn weliswaar iets minder expliciet, maar toch ook terug te vinden in de rapporten van Sixma (Gezondheidsraad 2001) en van IGZ uit 2006.

#### *Strategieën met bewezen effecten*

De bewezen effectiviteit van zou met name gelden voor de behoudende, niet-invasieve, niet-medicamenteuze, geprotocolleerde benaderingen, vooral omdat het bij ouderen in instellingen veelal

gaat om incontinentie zonder directe fysiologische oorzaak. De functionele incontinentie kan hiermee (deels) voorkomen worden. Dat geldt ook voor de verergering ervan. Dergelijke interventies zijn in staat om een 40-50% reductie te bewerkstelligen in het voorkomen van incontinentie (vb. Palmer, 2003, Ouslander et al., 1995, Valk, 1999, Palmer 2003), ook al zijn deze benaderingen zeker in het begin arbeidsintensief en is de lange termijn borging ervan veelal een knelpunt. Palmer beschrijft dat er weer een toiletgangpercentages van 66% of hoger gerealiseerd worden en dat het percentage incontinentie ('wet rate') zou kunnen zakken naar 20% of lager. Nazarko wijst er, in samenhang met de hierboven beschreven factoren, op dat incontinentie verrassend vaak door kleine probleempjes wordt veroorzaakt. Zij trekt de parallel met het lopen over een evenwichtskoord: een klein duwtje en de cliënt is incontinent. Dat houdt in dat cliëntgerichte zorg en zorgvuldige assessments, het in kaart brengen van wat er precies aan de hand is, heel belangrijk zijn om incontinentie te voorkomen.

Ook uit ons land komen positieve indicaties over de effectiviteit. Van Houten et al. (2007) vonden een 38% afname van urineverlies in een interventie (RCT) gericht op het bevorderen van mobiliteit en toiletvaardigheden in een groep vrouwen met langdurige incontinentie. Zij beschrijven dat drie vrouwen uit de groep (10%) volledig continent werden en zes vrouwen (20%) waren in staat om weer zelfstandig naar het toilet te gaan. De studiegroep was te klein om tot definitieve uitspraken over de effectiviteit te doen en meer onderzoek is daarvoor nodig. Toch stellen ze vast dat het wel degelijk mogelijk is om langdurig bestaande incontinentie gunstig te beïnvloeden middels mobiliteitstraining.

Dergelijke benaderingen zijn daarmee dus vooral op het principe gebaseerd dat mobiliteitsbeperkingen van ouderen rond de toiletgang en de daaruit voortvloeiende afhankelijkheid van de verzorging mede tot incontinentie leiden. Door een cliëntgerichte, individuele benadering, tijdige hulp, selectieve inzet van (speciaal) innovatief incontinentie materiaal, nieuwe hulpmiddelen en/of (kleding) aanpassingen bij de toiletgang zou incontinentie voorkomen en teruggedrongen kunnen worden.

### *Implementatieproblemen*

Ondanks deze positieve aanwijzingen voor de effectiviteit van interventies en beleid, lijken er echter problemen te zijn bij de invoering of implementatie op instellingsniveau. De belemmeringen voor de invoering van continetiebeleid zouden vooral liggen op het gebied van het genoemde negatieve imago van incontinentie, de werkdruk van de verpleging en verzorging en problemen bij het uitvoeren van mobiliteitsbevorderde maatregelen. De kennis is fragmentarisch en niet goed ontsloten, incontinentie wordt als onvermijdelijk gezien, de werkdruk in de zorg is hoog, de juiste hulpmiddelen ontbreken soms en de routing op de afdeling of woonunit zou niet optimaal zijn. Hoewel er, zeker in ons land, nog weinig gericht onderzoek is gedaan, liggen hier vermoedelijk toch wel degelijk

mogelijkheden voor (kosten)effectiever continëntie beleid. Ook Nederlandse instellingen zijn actief op dit gebied en er zijn wel degelijk innovatieve instellingen te vinden.

De onderzoeken die er wel zijn, zijn beschrijvend van aard, maar de ervaringen zijn wel degelijk relevant en geven een indicatie van wat er mogelijk is. (Knibbe et al., 2001) vergeleken de situatie in drie Nederlandse en een Brits verpleeghuis. Verpleeghuis Hogewey meldt dat zij in staat zijn geweest om het gebruik van incontinentiemateriaal en de kosten ervan belangrijk terug te dringen. Op het moment dat een cliënt incontinent binnenkomt gaan ze er beslist niet vanuit dat dat zo blijft. In veel gevallen zou het lukken om een cliënt weer continent te krijgen. Dat heeft direct voordelen voor de fysieke belasting en de werkdruk. Door kleinschaligheid en zeer cliëntgericht te werken zijn ze ook in staat om een grote gevoeligheid te ontwikkelen voor signalen van de cliënt zelf en de momenten dat incontinentie ontstaat. Dat bleek ook bij de observaties die in het kader van dit onderzoek plaatsvonden: ‘als een cliënt gaat schuiven op zijn stoel weet je soms al hoe laat het is’.

Vanuit een andere invalshoek (Zorggroep de Planteijn) heeft men gekeken naar de *bejegening* van cliënten rondom incontinentie. Het bleek dat een deel van de cliënten vond dat ze te lang moesten wachten, anderen werden juist naar het toilet gebracht terwijl ze helemaal niet hoefden. Ook de hygiëne, privacy en de geur liet te wensen over. De manier waarop toiletgang werd aangekaart werd niet altijd door cliënten gewaardeerd. Een volle huiskamer binnenkomen en dan hardop zaken roepen als: ‘Meneer P. gaat u mee naar de wc?’, ‘Net hoefde u ook niet en nu ineens wel?’ of ‘Het kan nog wel even, ze is nog droog’. Onder het motto: ‘Kunnen als je moet’ werd een zogenaamde ‘5-minuten’-regel ingevoerd. Dat houdt in dat als een cliënt aangeeft dat hij/zij naar het toilet gebracht wil worden, hij/zij ook binnen 5 minuten naar het toilet gebracht zou moeten worden. Cliënten werden actief betrokken bij dit project en kregen bijv. ook ‘rode kaarten’ om uit te delen als die 5-minuten-regel overschreden werd. Toiletrondes behoren daarmee tot het verleden. Het bleek dat wanneer cliënten erop kunnen vertrouwen dat ze binnen vijf minuten geholpen kunnen worden, dit rust geeft. Die rust betekent dat er niet weer onmiddellijk een vraag om toiletgang ontstaat.

Overigens zijn toiletrondes wel degelijk relevant voor bijvoorbeeld cliënten die geen gevoel en eigen regelmaat meer hebben. Juist het ijzeren ritme van een toiletronde kan deze groep weer continent maken.

Incontinentiebeleid blijft daarom een keuze en kan de ene of de andere kant uit vallen. Wanneer een ongestoorde nachtrust erg belangrijk is en/of door de cliënt hoog gewaardeerd wordt, kan het nuttig zijn om 's nachts met zwaar incontinentie materiaal te werken. Dat blijft een individuele afweging. Ook hier gaan zorginhoudelijke keuzes samen met een reductie van fysieke belasting en een beperking van de werkdruk.

En er kunnen ook andere mogelijkheden betrokken worden. Het later naar bed brengen van cliënten en niet (te) vroeg op de avond kan ook incontinentie voorkomen. Het niet gebruiken van een slaappil, maar van een bekertje warme melk of een kopje kruidenthee kan voorkomen dat iemand te diep slaapt en wellicht wel nu gebruik kan maken van een toiletstoel naast het bed. In een aantal van de in het onderzoek betrokken verpleeghuizen worden deze ‘gewone’ middelen gebruikt en met succes zo meldt men.

### *Beperkingen onderzoek*

In het kader van deze compacte en in die zin verkennende businesscase is het niet mogelijk om een volledig overzicht te geven van dit totale onderzoeks- en zorgveld. Om die reden hebben de gevonden literatuur en werkmaterialen op basis van de gekozen strategie en de bijbehorende kans van slagen en invloed op arbeidsproductiviteit en kwaliteit van zorg in drie groepen ondergebracht. Het lijkt ons overigens uitermate zinvol, gezien de enorme hoeveelheid nog zeer slecht ontsloten, maar wel relevante literatuur om een uitgebreide literatuurstudie uit te voeren naar deze mogelijkheden en deze vervolgens ook uit te werken naar praktische handvatten voor de praktijk. We wijzen in dit verband op een vrij recent door Sting en ActiZ in samenwerking met de leverancier van TENA (SCA) uitgebracht werkboek rond incontinentie (HAzelhoff & Vaalburg, 2006). Dit werkboek is goed opgezet, zeer zeker relevant, maar maakt helaas nauwelijks gestructureerd gebruik van de mix aan strategieën zoals die uit de literatuur naar voren komt en verwijst ook vooral naar strategie 1 en minder naar de kansen zoals die besloten liggen in strategie 2 en 3.

### **Strategie 1. Gedragmatige interventies**

Zoals aangegeven komen over deze aanpak positieve indicaties naar voren uit de literatuur. Wat wel opvalt is dat de onderzoeken veelal één van de strategieën afzonderlijk bestuderen en niet de vervolgens in bijna alle onderzoeken voorgestelde mix van aanpakken (zie ook Palmer, 2003). Immers bij een deel van de cliënten zal de ene aanpak werken, en bij de andere juist niet.

Op basis van een individuele beoordeling, waarbij vanzelfsprekend alle medische oorzaken in kaart zijn gebracht, kan een keuze gemaakt worden in de soort gedragmatige aanpak. Valk ontwikkelde in haar proefschrift overigens een tamelijk eenvoudig en weinig tijdrovend instrument waarmee op vrij betrouwbare wijze de kans op het ontstaan van functionele incontinentie voorspeld kan worden, alsmede van de rol die mobiliteit of een beperking in cognitieve vermogens daarbij speelt.

We geven nu een zeer kort overzicht van de benaderingen die effectief lijken te zijn. We benadrukken nogmaals het belang van het verder uitwerken van deze vijf op basis van de literatuur. Daarbij zij tevens opgemerkt dat de keuze tussen deze vijf (of van mengvormen) op basis van individuele assessments gemaakt zal moeten worden, waarbij er in de praktijk een mix van deze vijf geboden moet kunnen worden. Bij alle vijf spelen mobiliteitsbevorderende maatregelen een faciliterende rol (toegang tot toilet, aangepaste kleding, voldoende hulpmiddelen, verlichting etc.) en deze zijn ook als PM post in de rekenmodule behorend bij deze businesscase opgenomen.

De vijf manieren van aanpak die vallen binnen deze strategie van gedragsinterventies zijn:

1. direct ingaan op verzoek van de cliënt om naar het toilet te gaan (vgl. de '5-minuten-regel')
2. toiletschema's: vaste en frequentie tijden waarop iemand naar het toilet wordt gebracht
3. voorstellen ('prompted voiding')
4. gewoonte schema's
5. blaastraining

ad 1. Dit blijkt de meest toegepaste methode in de onderzochte instellingen. Uiteraard is dit een belangrijke methode die juist ook rust kan geven waardoor de vraag naar hulp af kan nemen, maar omdat tevens blijkt dat het niet voelen of niet alert zijn op 'aandrang' een rol speelt, is deze aanpak zeker niet op alle cliënten van toepassing. Daarom verdienen ook de volgende 4 methoden aandacht.

ad 2. Van toepassing op cliënten die geen aandrang meer voelen, geen gewoontes hebben, geen ritme in hun continentie hebben en psychisch niet meer in staat zijn om bewust te leren. Zij worden op vaste, frequente en regelmatige tijden gebracht. Dit is sterk vergelijkbaar met, maar niet hetzelfde, als een toiletronde, maar kan cliëntgebonden zijn (elke cliënt een eigen ritme).

ad 3. Dit is van toepassing op cliënten die nog wel een minimale sensatie hebben dat hun blaas vol is, maar ze doen er verder niets meer mee.

In het kort betekent dit de volgende vier stappen:

- a. vraag de cliënt of hij/zij droog is en of hij/zij wil gaan
- b. helpen als dat zo is
- c. wees daar positief over
- d. vertel wanneer je de volgende keer weer komt vragen en geef aan dat cliënt dat zelf ook mag aangeven en stimuleer hem/haar dat ook te doen

Het is deze benadering die vooral in de Amerikaanse literatuur positieve effecten laat zien bij cliënt die al incontinent zijn.

ad 4. Cliënten kunnen een persoonlijke regelmaat hebben, zonder dat ze zich daarvan bewust zijn. Als de cliënt duidelijke vaste gewoontes heeft wanneer hij/zij nat is, probeer dan daar op in te spelen in de vorm van een individueel aangepast schema. Dit ritme kan zichtbaar worden naar aanleiding van bijv. een 3-daagse registratie in dagboekjes.

ad 5. Dit geldt bijvoorbeeld voor cliënten die angstig zijn om urine te verliezen, daardoor onzeker worden en steeds vaker gaan, of voor cliënten met zwakke bekkenbodemspieren e.d.. Zij moeten nog wel enigermate bewust om kunnen gaan met deze sensaties en ze proberen te trainen.

## **Strategie 2 Selectieve inzet van hoogwaardig en modern incontinentiemateriaal**

In deze strategie staat het verantwoord gebruik van de moderne soorten incontinentiemateriaal centraal. De laatste jaren is hier sprake van duidelijke innovaties. Het materiaal is in staat om urine zeer goed te absorberen, met zo min mogelijk nadelige invloed op de huid door inwerking van ontlasting of urine op de huid. Daarmee kan ook het aantal momenten dat er verschoond moet worden verkleind worden, zonder gevolgen voor de huid.

Daarnaast wordt de tijd die nodig is per verschoning verkort. De verschillen lopen uiteen per merk, maar zeker bij gebruik van de speciale buikbandontwerpen zijn er tijdsvoordelen (Knibbe & Knibbe, 2006 en 2007). Behalve dit buikbandsysteem zijn ook verdere innovaties op dit gebied, zoals een verband dat zowel als broekje en, wanneer de zijkanten worden gescheurd, als plakbaar verband te gebruiken is. Dat kan extra handelingen zoals het uit moeten trekken van broeken voorkomen en dus niet alleen de zelfredzaamheid bevorderen, maar ook tijd en fysieke belasting beperken.

Het gebruik van de innovatieve materialen levert daarnaast in ergonomische zin voordelen op (Cederqvist et al., 2002, Knibbe & Knibbe, 2006). Deze invloed is vrij fors omdat zowel het aantal tilhandelingen als de statische belasting beperkt wordt.

Behalve het ontwerp en de materiaalkeuze is het gebruiksgemak aanzienlijk verbeterd.

Bijna al deze punten leiden direct of indirect tot minder tijdsbeslag. Een directe verkorting is aan de orde als de handelingsduur zelf verkort wordt en indirect als de cliënt daardoor meer zelfredzamer wordt. Zo is visuele controle minder belangrijk ('het plakt toch wel') en het laat minder snel los, de

kans op lekkage is sterk afgenomen (betere aansluiting, betere pasvormen, zachter materiaal), plakkers worden minder snel 'lam' door gebruik van huidvriendelijke soorten 'klitteband'. Sommige verbanden zijn op meerdere manieren te gebruiken (vb. achterstevoren), waardoor het gebruiksgemak en gebruikssnelheid gunstig beïnvloed wordt. Ook sluiten de nieuwere ontwerpen goed aan bij kleding: een broek hoeft bijv. niet meer uitgetrokken te worden, om verschoning te doen plaatsvinden. Iets als het voortdurend plukken aan verband en losmaken van (wat bij verwarde cliënten voor kan komen) komt minder voor bij sommige verbandbevestigingen.

### **Strategie 3 Het voorkomen en beperken van de nadelige gevolgen van incontinentie**

Tenslotte zijn er in toenemende mate innovaties te vinden die vooral de nadelige gevolgen van incontinentie inperken. Het gaat dan om allerlei sprays en crèmes die het schoonmaken van de huid na een incontinentie-episode vergemakkelijken (producten die bijv. het verwijderen van aangekoekte of korrelige ontlasting soepel doen verlopen), kwalitatief verbeteren en qua totale tijdsduur verkorten. En/of het directe contact van de huid met de bijtende stoffen uit urine en ontlasting verhinderen, waardoor de huid minder snel beschadigd wordt en als deze beschadigd is, juist de tijd krijgt om te herstellen.

Onderzoek hiernaar is neutraal tot sterk positief over de effecten ervan. Zo zou de tijdswinst van bijna niets tot meerdere minuten per dag beslaan en zelfs tot 9 minuten per cliënt kunnen oplopen. De huidkwaliteit zou positief beïnvloed worden, de fysieke belasting voor zorgverleners beperkt blijven en de subjectieve ervaring van zorgverleners en cliënten gunstig zijn (Bale, 2004, Bliss et al., 2007, Douchamps et al., 2007). Van een aantal producten is daarnaast bekend dat ze niet dagelijks gebruikt hoeven of zelfs maar mogen worden voor een optimaal effect. Dat maakt vanzelfsprekend de doelmatigheid, met name als het gaat om arbeidsproductiviteit van zorgverleners al snel groot.

De instructie in deze technieken zou eenvoudig zijn, het gebruik snel geïntroduceerd en de inbedding ervan betrekkelijk eenvoudig zijn.

De kosten van de producten zouden niet hoog zijn. Enkele studies wijzen erop dat de kostprijs ten opzichte van de reguliere producten niet hoger zou zijn. Wel komt het ons voor dat de kostprijs net als bij de incontinentieverbanden, afhankelijk is van de schaal waarop ingekocht wordt.

Nu we de drie strategieën rond incontinentie op een rijtje hebben gezet, valt het op dat er zelden of nooit met een dergelijk overzicht wordt gewerkt. Vrijwel altijd wordt er één van de drie gekozen of onderzocht. Verreweg het meeste onderzoek is zelfs uitgevoerd naar een van de vijf opties die we

beschreven binnen strategie 1. Het in samenhang presenteren van alle drie de strategieën, laat staan het uitvoeren van onderzoek daarnaar, zijn wij niet tegengekomen. Daarbij zij wel benadrukt dat ons onderzoek beperkt van omvang is geweest. We wijzen in dit verband wel het al even genoemde, en tamelijk recent uitgekomen werkboek en handleiding van Sting/Actiz/SCA. Dit pakket geeft allerlei relevante handreikingen die echter vooral onder te brengen zijn in strategie 1. Het staat nauwelijks stil bij de meer innovatieve benaderingen vanuit 2 en 3. Daarnaast bestrijkt dit op zich toegankelijke, goede en waardevolle handboek ook niet alle invalshoeken uit strategie 1, maar bespreekt er slechts enkele. Het vormt in dat kader weliswaar een goed uitgangspunt dat echter veel verder uitgewerkt zou moeten worden naar de stand der techniek op dit gebied.

We maken in hoofdstuk 3 de overstap naar de financiële implicaties van het toepassen van de drie strategieën, waarbij vooral bij strategie 1 de literatuur dus aangeeft dat er in het begin veel tijd gestoken moet worden in het organisatorische en zorginhoudelijke implementatieproces. Bij strategie 2 en 3 is dat veel minder het geval.

### **3. De Businesscase**

Er zijn ons geen bestaande businesscases bekend rond het thema incontinentie en het voorkomen ervan. De Gezondheidsraad concludeert dat er slechts één Nederlands kosten-effectiviteits-analyse (KEA) is uitgevoerd. Daarbij was dat onderzoek vrij specifiek, namelijk naar de doelmatigheid van een behandeling met neuromodulatie bij mensen met een dwarslaesie. Er zijn wel enkele buitenlandse onderzoeken die vooral de kosten van wegwerpincontinentiemateriaal en herbruikbaar materiaal hebben vergeleken. Dergelijke vergelijkingen vielen uit in het voordeel van het wegwerpmateriaal, zowel qua kosten als voor wat betreft de kwaliteit van zorg. Verder wordt melding gemaakt van een onderzoek naar de kosten en baten van gedragsinterventies. Daarbij werd het aantal natte episodes verminderd met circa 25%, maar de lange termijneffecten waren vooral afhankelijk van de inbedding van de aanpak in de organisatie. Ook is er een studie naar het verschil tussen katheterisatie en opvangmaterialen. Daarbij wordt benadrukt dat dergelijke buitenlandse KEA's nauwelijks te vertalen zijn naar ons land door de grote verschillen in financieringswijze en procedures.

Samengevat kunnen we deze studies nauwelijks of niet gebruiken voor onze businesscase. We vervolgen nu met de inschatting van de baten en de kosten in de Nederlandse situatie en tekenen daarbij aan dat een gebrek aan overkoepelend Nederlands onderzoek de schattingen van kosten en baten kwetsbaar zal maken. We baseren ons daarom vooral op de reeds in het vorige hoofdstuk besproken effectonderzoeken en trachten deze te vertalen naar de financiële implicaties. De onderstaande tekst moet in samenhang met de rekenmodule in Excel gelezen worden. Daar waar geschat is, is om voorzichtig te zijn gezien de noodzaak om te schatten, conservatief geschat: dat wil zeggen terughoudend over de positieve effecten.

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

Allereerst worden de baten ingeschat. We bespreken ze nu en nemen de uiteindelijke posten op in tabel 1.

Tevoren merken we wel op dat de hier beschreven financiële baten vanzelfsprekend niet als zodanig in geld te vertalen zijn, maar vooral de ruimte weergeven die in de organisatie geboden kan worden wanneer men op deze wijze en met de voorgestelde soorten producten gaat werken. Het hangt af van

de wijze waarop de organisatie met deze ruimte omgaat of deze tijd in financiële zin vertaald wordt of dat deze bijvoorbeeld opnieuw geïnvesteerd wordt in bijvoorbeeld de directe cliëntenzorg.

### **3.1.1. Verzuim**

Tijdens het wisselen van incontinentiemateriaal en rondom de toiletgang worden vrij veel potentieel belastende handelingen uitgevoerd. Eerder onderzoek gaf aan dat het wisselen van incontinentiemateriaal als een 'high risk task' wordt beoordeeld in de verpleeghuissetting (Garg & Owen, 1992, Nelson, 2004).

Onderzoeksresultaten laten nu zien dat vooral middels de aanpak van strategie 2 en 3 het reëel is om een gunstig invloed te verwachten op de blootstelling aan fysieke belasting (zie Cederqvist et al., 2002, Bale et al., 2004, Knibbe et al., 2004, 2006, Bliss et al., 2007). Er wordt minder lang in moeilijke houdingen gewerkt, er zijn minder til- en transferhandelingen nodig en ook het met twee personen werken wordt beperkt.

Strategie 1 kan daarentegen in potentie leiden tot een toename in plaats van een afname van de fysieke belasting, bijvoorbeeld als het gaat om het meer naar het toilet brengen van zorgafhankelijke cliënten. In principe gaan we ervan uit gezien de landelijke afspraken over fysieke belasting in de vorm van de praktijkrichtlijnen fysieke belasting dat dit niet zal leiden tot een toename van de blootstelling aan fysieke belasting. In de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting wordt immers duidelijk aangegeven dat voor deze handelingen rondom de toiletgang hulpmiddelen zoals actieve tilliften gebruikt moeten worden.

Echter, gezien de verwachte effecten via strategie 2 en 3 gaan we er voor situaties waarin veel incontinente cliënten voorkomen, van uit dat de belasting voor de rug, arm/schouder en nek/hoofd regio significant minder zal zijn dan wanneer er geen gebruik wordt gemaakt van deze strategieën. Het gaat hier dus niet alleen om de rug, maar ook om andere delen van het bewegingsapparaat. Het verschil in belasting wordt ook als zodanig ervaren door zorgverleners. Daarbij wordt wel aangetekend dat behalve goed incontinentiemateriaal er ook naar andere aspecten in de keten zoals aangepaste of makkelijke kleding gekeken zal moeten worden wil dit effect werkelijk optimaal tot zijn recht kunnen komen. Wanneer er immers handig incontinentiemateriaal is, maar de kleding blijft krap of onhandig, dan zal er toch nog gesjord moeten worden en valt het effect op het gebied van fysieke belasting tegen. Op basis van de hierboven genoemde studies en de analyses over de totale blootstelling aan fysieke belasting (zie overkoepelende achtergrondinformatie businesscases, Knibbe et al., 2006) en het aantal handelingen dat gerelateerd is aan incontinentie, schatten we de verwachte afname van verzuim op 0,2%punt tot 0,4%punt wanneer op voorhand de interventies zoals omschreven onder strategie 2 en 3

nog nauwelijks zijn ingevoerd. Immers wanneer men al werkt met nieuwe materialen zal het effect al deels ‘geïncasseerd’ zijn. Daarbij speelt een rol dat er niet alleen een effect is op dynamische belasting, maar nadrukkelijk ook op statische belasting en op een afname van het aantal handelingen met twee personen naar handelingen met één persoon. We verwachten daarnaast dat dit effect pas na een zekere periode (1-2 jaar) zich zal manifesteren, zoals dat in het algemeen geldt voor dit type preventieve interventies (zie achtergrond informatie Knibbe et al., 2006).

Voor de businesscase betekent dit het volgende. In de businesscase is uitgegaan van 0,3% punt invloed op verzuim. Dit kan men zelf variëren afhankelijk van een meer of minder optimistische inschatting en/of de situatie in de instelling (meer of minder incontinentie etc.). Dat leidt voor onze fictieve instelling (70 FTE zorgverleners) op jaarbasis tot een besparing van rond de € 8.000,- Daarin is uitgegaan van loonkosten vervanging, productieverlies, verzuimbegeleiding en arbodienst voor de branche zorg en welzijn (bron: TNO verzuimkosten in branche zorg en welzijn en zie algemene verantwoording businesscases Knibbe et al., 2006). We zien nu in de cijfermatige businesscase dat de financiële omvang van de te verwachten baten op verzuim aanwezig zijn, maar in verhouding tot de benodigde investering (zie verder) wel relatief beperkt van omvang is. Daarbij zij nogmaals benadrukt dat deze verzuim effecten pas na verloop van 1-2 jaar tot uiting kunnen komen.

### **3.1.2. Financieel effect van minder incontinentie en toename zelfredzaamheid**

Hier is de invloed van strategie 1 gebundeld verwerkt: de gedragsinterventies gericht op het voorkomen en beperken van incontinentie. Deze strategie, die zoals aangegeven uiteenvalt in vijf gespecificeerde aanpakken of methodes, is van toepassing op in principe alle mobiliteitsklassen, al zal deze vanzelfsprekend vooral van toepassing zijn op de klassen B, C en D. Voor klasse A geldt dat incontinentie daar minder een rol speelt en dat het hier vooral zal gaan om het voorkomen ervan. De financiële voordelen zijn daardoor ook minder aan de orde.

De berekeningen worden vanzelfsprekend alleen toegepast op de aantallen incontinentie cliënten. De berekening daarvan is nu gebaseerd op de landelijke gemiddeldes uit eigen onderzoek, dat van IGZ en landelijke metingen.

Zoals aangegeven zijn in de literatuur vrij uitgesproken reducties gemeld (40-50% bijv.), terwijl tegelijkertijd benadrukt wordt dat de initiële investering in tijd aanzienlijk is. We achten het reëel om op dit punt een tijdsbesparing voor de zorgverleners in de businesscase op te nemen, maar zijn wel conservatief in onze schattingen. Tegelijkertijd nemen we een niet aanzienlijke financiële post op aan de kostenkant voor het implementatietraject van strategie 1 (zie onder kosten). Behalve financiële

baten zal deze aanpak voor een aantal cliënten een verbetering van hun kwaliteit van leven of dagelijkse mogelijkheden betekenen. Dit komt tot uiting in het aantal sterren (zie verder).

De berekening maakt gebruik van een berekening van de arbeidskosten per incontinentie cliënt per jaar. Deze zijn op een apart tabblad bij de rekenmodule nader gespecificeerd en kunnen desgewenst ook gevarieerd worden. Ze zijn nu gebaseerd op de aanname van 40 minuten zorgverlenerstijd per incontinentie cliënt per dag. Dat is iets lager dan de commissie van de Gezondheidsraad als minimumschatting aanhoudt en ook iets lager dan de schaarse gegevens in de literatuur melden (52 minuten Borrie et al., 1992). Onze tijdsduur is gebaseerd op eigen metingen en blijkt dus korter te zijn. Dit is zoals aangegeven desgewenst te variëren in de rekenmodule. De tijdsduur is gebaseerd op de volgende categorieën: het daar waar nodig helpen bij toiletbezoek, 3x incontinentiemateriaal wisselen per etmaal, lekkage verhelpen, extra linnengoed verschonen, huidverzorging en soms twee zorgverleners (GZHR, 2001). We zijn uitgegaan van een bruto uurloon van € 22,-.

Deze gegevens zijn toegepast op de verdeling over de mobiliteitsklassen zoals die zijn gevonden voor de verpleeg- en verzorgingshuizen in landelijke monitoringonderzoeken zijn gevonden en op de verwachte prevalentie van incontinentie die zoals aangegeven sterk afhankelijk is van de mobiliteit.

Vervolgens is een schatting gemaakt van het *deel van de groep* incontinentie cliënten waarop de interventies toepasbaar zijn. Het is immers mogelijk, bijvoorbeeld in een ziekenhuis, dat cliënten niet gebaat zijn bij deze strategieën, bijvoorbeeld omdat er een specifieke neurologische oorzaak is voor de incontinentie. Deze benadering zal daar weinig aan kunnen veranderen en is zoals aangegeven vooral effectief bij vormen van functionele incontinentie. We zullen dan de schatting van het deel van de groep naar beneden aan moeten passen. In een AWBZ instelling (verpleeg-, verzorgingshuis, GGZ en/of gehandicaptenzorg) zal dit getal hoger zijn. Op basis van de literatuur worden percentages van 80% functionele incontinentie genoemd, maar we hebben ook hier conservatief geschat en komen, afhankelijk van de mobiliteitsklassen, uit op een getal tussen 10% en de 60%.

De laatste stap in deze berekening is een eventuele correctie voor de kans op verbetering. Onderzoeken laten zoals aangegeven percentages van 40-50% zien, maar geven ook aan dat de effecten op de langere termijn minder positief zijn en afhankelijk van de inbedding in de organisatie op een lager succespercentage uitkomen. Voor de businesscase schatten we daarom conservatief en kiezen een getal tussen 0,1 en 0,3. Daarbij houden we ook in gedachten dat een verbetering niet altijd een directe tijdsbesparing hoeft te laten zien. Het toch begeleiden van een in principe continente persoon naar het toilet om reden van duizeligheid of beperkte cognitieve vermogens betekent immers dat er toch tijd nodig zal zijn.

Op meerdere punten zijn we dus beduidend voorzichtiger dan de literatuur aangeeft aan kansen. Desondanks zien we een besparing optreden. We zullen deze later relateren aan de benodigde investeringen die zoals aangegeven juist voor deze strategie niet onaanzienlijk zijn.

### **3.1.3. Financieel effect van het sneller werken met beter incontinentiemateriaal**

Vervolgens is het effect van het sneller of juist langzamer klaar zijn met de handeling in beeld gebracht. Het gaat nu dus om de strategieën die vallen onder categorie 2. De tijd waar het hier om draait is te verdelen in de kortere tijdsduur van het wisselen van incontinentiemateriaal, het minder vaak hoeven verschonen (hoog-absorptie), het makkelijker visueel controleren of een verband nog voldoet en of een verband goed zit, het beperken van de lekkages en het hersluitbaar zijn van een aanwezig verband en het kunnen wisselen van het verband zonder aan- en uit te hoeven kleden.

Hoewel dit afhankelijk is van het merk en het type verband zijn hier grote verschillen in te constateren. Daarnaast is ook het uiteindelijk verschil in tijdsduur dat we hier constateren afhankelijk van de groep cliënten waar het hier om draait, oftewel opnieuw de mobiliteitsklassen (zie ook Knibbe et al., 2007).

In de berekeningen is allereerst een schatting gemaakt van de besparing per incontinente cliënt. Deze berekening is eventueel terug te vinden en aan te passen op het hulpblad. Daarbij is ervan uitgegaan dat optimaal incontinentiemateriaal sneller werkt, hetgeen in onderzoek bevestigd wordt op basis van directe metingen. Merken zullen onderling verschillen, maar besparingen van ongeveer 18 seconden zijn realistisch (Knibbe et al., 2007). Daarnaast is er sprake van minder lekkage en minder noodzaak tot verschoning en ook daarvoor is een besparing opgenomen van gemiddeld 5 minuten. Bijzonder bij deze categorie in vergelijking met de vorige is dat deze besparingen in principe op een groter deel van de cliënten van toepassing zijn. Een goed verband is immers onafhankelijk van de oorzaak en soort incontinentie zinvol.

### **3.1.4. Financieel effect van minder nadelige gevolgen van incontinentie**

Tenslotte maken we inzichtelijk welke financiële gevolgen een aanpak vanuit strategie 3 heeft. We hebben het dan over het beperken van de nadelige gevolgen van incontinentie op bijvoorbeeld de huid en het sneller en kwalitatief beter schoonmaken en verzorgen van de huid. Zeker bij ouderen of personen in minder fysieke conditie is de huid erg kwetsbaar en bij incontinentie kan dit snel tot irritatie of erger leiden. Er is vrij veel onderzoek naar deze vorm van verzorging gedaan en de effecten van de speciale schoonmaak sprays en lotions en barriere-crèmes en sprays zijn goed op zowel de huidkwaliteit als op de arbeidsproductiviteit. We gaan dan ook uit van een besparing op dit punt. De

kostprijs van dit soort producten varieert, maar zou niet veel hoger zijn dan de gewone producten. Een vergelijking van een speciaal product met bijvoorbeeld zinkolie of zinkzalf pakte bijvoorbeeld uit in het nadeel van het laatste product. De berekeningen zijn terug te vinden op het hulpblad en verder gebruikt in de totale berekeningen. Ook nu laten we de aantallen cliënten voor wie deze insteek relevant is variëren en schatten we de tijdsduur conservatief.

Tabel 1. De potentiële baten van incontinentiebeleid in een fictieve instelling in beeld gebracht (toelichting zie tekst)

Incontinentiebeleid		Overzicht van de baten ten opzichte van eerdere incontinentiebeleid			
<b>Gegevens van de instelling</b> Aantal cliënten 250 Aantal medewerkers 70 fte Uurloon medewerker 22 euro		<b>Cliënten per mobiliteitsklasse</b>		aantal incontinentie 2017 aantal	aantal incontinentie 2016 aantal
		mobiliteitsklasse	A	43	4
		B	50	10	
		C	73	36	
		D	63	44	
		E	23	18	
<b>Kostenbesparing ten opzichte van eerdere incontinentiebeleid</b>					
<b>Verzuimreductie</b>					
loonsom per werknemer per jaar		€ 34.000			
uurloon		€ 22			
minder verzuim % .pnt		0,30%		€ 8.715	
<b>Kostenbesparing door minder incontinentie</b>					
Voor cliënten in:	aantal incontinentie cliënten	Arbeidskosten per incontinentie client	schatting deel groep waarop interventie succesvol kan zijn	kans op verbetering	
mobiliteitsklasse A	4	€ 5.353	0,1	0,3	€ 683
mobiliteitsklasse B	10	€ 5.353	0,6	0,3	€ 9.636
mobiliteitsklasse C	36	€ 5.353	0,6	0,3	€ 34.931
mobiliteitsklasse D	44	€ 5.353	0,1	0,3	€ 7.026
mobiliteitsklasse E	18	€ 5.353	0,1	0,1	€ 964
<b>TOTAAL: kostenbesparing door minder incontinentie</b>					€ 53.239

## Kostenbesparing door sneller werken met beter incomateriaal

uitgaande van 10% sneller werken

Voor cliënten in:	aantal incontinentie cliënten	besparing per client/jaar	schatting deel groep	
mobilitateitsklasse A	4	€ 809	0,1	€ 344
mobilitateitsklasse B	10	€ 809	0,3	€ 2.427
mobilitateitsklasse C	36	€ 809	0,6	€ 17.593
mobilitateitsklasse D	44	€ 809	0,8	€ 28.311
mobilitateitsklasse E	18	€ 809	0,8	€ 11.648
<b>TOTAAL: kostenbesparing door sneller werken met beter incontinentiemateriaal</b>				<b>€ 60.323</b>

## Kostenbesparing door minder problemen met gevolgen incontinentie

Voor cliënten in:	aantal cliënten	besparing per client/jaar	schatting deel groep	
mobilitateitsklasse A	4	€ 702	0	€ 0
mobilitateitsklasse B	10	€ 702	0,1	€ 702
mobilitateitsklasse C	36	€ 702	0,6	€ 15.260
mobilitateitsklasse D	44	€ 702	0,8	€ 24.556
mobilitateitsklasse E	18	€ 702	0,8	€ 10.103
<b>TOTAAL: kostenbesparing door minder problemen met gevolgen incontinentie</b>				<b>€ 26.065</b>

**TOTAAL: Kostenbesparing per jaar ten opzichte van eerdere incontinentiebeleid** € 148.342

### **3.2. *De Kosten***

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**

Allereerst is voorlichting en training van groot belang: zowel voor het optimaal gebruiken van de verbanden als voor de manieren waarop incontinentie voorkomen of beperkt kan worden. De hiervoor opgenomen post bestaat vooral uit een deel van de vervangingskosten voor de zorgverleners en een post voor de instructeur. Het is overigens niet altijd zo dat die laatste kostenpost door de instelling gedragen wordt. Er zijn leveranciers van incontinentiematerialen die hier veel aandacht aan besteden. De kosten ervan zijn soms verwerkt in meerjarencontracten voor de levering. We gaan uit van 2 uur training per zorgverlener, waarvan beide uren daadwerkelijk vervangen worden en schrijven dit af over een periode van twee jaar.

Daarnaast gaan we er vanuit dat de invoering complex zal zijn en niet zomaar ‘even tussendoor’ gedaan kan worden. Om die reden is 120 uur gereserveerd voor één medewerker van een iets hoger deskundigheidsniveau, om de invoering te coördineren. Vervolgens is er voor alle cliënten, dus ook de niet of nog niet incontinentie cliënten één extra uur zorgverlenerstijd per jaar opgenomen om de start te maken met het ‘anders’ werken. Vanuit de literatuur wordt immers sterk benadrukt dat het zeker in het begin extra tijd vergt. Daarnaast is een half uur per cliënt opgenomen als extra follow-up tijd. Deze laatste twee kostenposten worden in één jaar afgeschreven.

De voorlichting voor cliënten zelf is nu niet als afzonderlijke financiële kostenpost opgenomen, maar dit kan desgewenst gevarieerd worden in de module.

Tabel 2. De kosten van incontinentiebeleid in beeld in een fictieve instelling (toelichting zie tekst)

Incontinentiebeleid		Berekening kosten per jaar per instelling						
<b>Gegevens van de instelling</b>  Aantal cliënten 250 Aantal medewerkers 70 fle Uurloon medewerker 22 euro		<b>Cliënten per mobiliteitsklasse</b>			<b>incidentie %</b>	<b>aantal incidentie schieden</b>		
							percentage	aantal
		mobiliteitsklasse A					17%	43
		B					20%	50
		C					29%	73
		D					25%	63
E			9%	23				
<b>Implementatiekosten</b>		<b>kostprijs/uur</b>	<b>aantal uren per jaar</b>	<b>aftschrijvings- percentage</b>				
basis scholing continëntie zorg en -beleid		€ 100	2,0	50%		€ 7.000		
vervangning medewerkers		€ 22	2,0	50%		€ 1.540		
organisatorische aanpassing/beleidsmedewerker		€ 30	120,0	100%		€ 3.600		
extra tijd zorgverleners begin invoering		€ 22	250,0	100%		€ 5.500		
voorlichting cliënten (groepsgewijs)		€ 100	0,0	20%		€ 0		
follow-up cliënten		€ 22	125,0	100%		€ 2.750		
<b>subtotaal</b>						<b>€ 20.390</b>		
<b>Kosten materiaal (eventuele) meerkosten hoogwaardig / modern incontinentiemateriaal</b>								
<b>Voor cliënten in:</b>	<b>aantal incontinentie cliënten</b>	<b>meerkosten incontinentiemateriaal per stuk</b>	<b>aantalverbanden per etmaal (gemiddeld) in oude situatie</b>	<b>meer of minder aantal verbanden per etmaal (gemiddeld per cliënt)</b>	<b>schatting (getal tussen 0 en 1) deel groep waar de interventie betrekking op heeft</b>	<b>aantal verbanden nu gemiddeld per etmaal</b>		
mobiliteitsklasse A	4	€ 0,12	3,9	-0,2	0,1	3,7		
mobiliteitsklasse B	10	€ 0,12	3,9	-0,3	0,3	3,6		
mobiliteitsklasse C	36	€ 0,12	3,9	-0,5	0,7	3,4		
mobiliteitsklasse D	44	€ 0,12	3,9	-0,7	0,8	3,2		
mobiliteitsklasse E	18	€ 0,12	4,2	-0,7	1	3,5		
Gemiddelde kostprijs per verband in huidige situatie								
0,6 euro								
gevolg van het verschil in aanschafprijs verband tov oude situatie (op jaarbasis)						€ 11.986		
gevolg van het verschil in aantal verbanden dat verbruikt wordt (jaarbasis)						-€ 14.279		
<b>subtotaal</b>						<b>-€ 2.293</b>		

Kosten van tekorten aan hulpmiddelen en aanpassingen in de omgeving (toiletten, verlichting, bewegwijzering etc.)				PM
Kosten huidverzorgend materiaal (verzorgende materialen: sprays, cremes e.d.)				
Voor cliënten in:	aantal cliënten	meerkosten per cliënt/ etmaal	schatting deelgroep	
mobilitetskategorie A	4	€ 0,10	0	€ 0,00
mobilitetskategorie B	10	€ 0,10	0,1	€ 36,50
mobilitetskategorie C	36	€ 0,20	0,3	€ 793,88
mobilitetskategorie D	44	€ 0,30	0,7	€ 3.353,44
mobilitetskategorie E	18	€ 0,30	0,8	€ 1.576,80
				subtotaal € 5.760,61
Indirecte/bijkomende kosten:	logistieke kosten (voorraadbeheer etc)			PM
Overleg / diversen				PM
<b>Meerkosten Incontinentiebeleid</b>			<b>TOTAAL per jaar</b>	<b>€ 59.719</b>
<small>Copy right LOCOmotion, Knibbe &amp; Knibbe, Bennekom en Stichting RegioPlus/Platform Zorginnovatie, Zoetermeer, 2007.  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.</small>				

### **3.2.2. Kosten van de incontinentieverbanden**

#### *Hoogwaardige incontinentiematerialen*

We verstaan onder hoogwaardige verbanden de verbanden die ergonomisch, qua comfort en voor wat betreft de kwaliteit van het absorberende materiaal optimaal zijn. Een betrouwbare en merkneutrale productvergelijking ontbreekt op dit moment en maakt het lastig om voor deze businesscase een meer precies antwoord te geven. Voor het bepalen van de benodigde materialen en de bijbehorende kostprijs zijn leveranciers en instellingen geraadpleegd. Het blijkt dat er vrij forse verschillen zijn in de kostprijzen. Daarbij springen niet de merkverschillen het meest in het oog. Het gaat vooral om de forse verschillen die ontstaan door de wijze van inkoop. Eenzelfde verband kan middels centrale inkoop voor bijvoorbeeld 55-60 cent gekocht worden, terwijl het, als uiterste, voor een particulier via de apotheek tot rond de 2,5 - 3 euro kan oplopen. Verder valt op dat in de thuiszorg, door de vergoedingsstructuur, verbanden vaak aan een bepaald aantal per dag gekoppeld zijn: bijv. 3 per etmaal. Dat betekent dat er zuinig omgesprongen wordt met verbanden en soms te zuinig. Bij ongelukjes komt men immers snel, zeker in de thuissituatie, vrij kostbare verbanden te kort en het te drogen leggen op de verwarming is geen uitzondering. Anderzijds is men in instellingen soms wel en soms minder bewust van de aantallen die per dag gebruikt worden. We zijn op dit punt grote verschillen tegengekomen. In sommige instellingen wordt er zeer bewust mee omgegaan en zal men als iemand bijv. na het urineren liever een nieuw verband wil, direct verschonen. Om te voorkomen dat daarvoor dan een hoogabsorptie verband wordt gebruikt, zal men, als dit vaker voorkomt, overschakelen naar een goedkoper verband. In andere instellingen doet men dit niet en wordt van de capaciteit van een hoog-absorptieverband bijvoorbeeld maar voor een kwart benut. In de businesscase is met dit soort verschillen geen rekening gehouden. Het viel ons op dat het bewustzijn over dit soort verschillen in beleid tussen instellingen onderling sterk verschilt. We kunnen echter over de mate waarin dit het geval is, in het kader van deze beperkte studie, geen betrouwbaarder uitspraken doen.

De bedragen in deze categorie zijn in twee afzonderlijke posten gesplitst. Enerzijds gaat het om de effecten van de inzet van hoogwaardiger materiaal. De meerkosten daarvan kunnen opgevoerd worden, waarbij de businesscase op dit moment uitgaat van zo'n € 0,12. Daarnaast is het vaak zo dat door de inzet van hoogwaardiger materiaal het aantal noodzakelijke verbanden per etmaal daalt, in samenhang met het aantal verschoningen zoals we dat hierboven al zagen als het gaat om de tijdsbesteding van zorgverleners. Daarom is berekend hoeveel extra materiaalkosten de overschakeling met zich meebrengt en ten tweede de besparing of kosten die het variëren in het aantal verbanden per etmaal

met zich meebrengt. Beide posten zijn onderling verrekend en komen als één totale kostenpost terug. Het kan in dit geval zo zijn dat dit negatieve kosten, oftewel baten zijn. Het is zeker niet ondenkbeeldig dat de meerkosten van het hoogwaardiger verband worden gecompenseerd door de mogelijkheid om langer met dit verband te werken en dus minder verbanden per etmaal te gebruiken. In ons fictieve voorbeeld is dit inderdaad zichtbaar, maar afhankelijk van de situatie in de eigen instelling kan dit dus anders uitpakken.

De getallen die hier opgenomen zijn, zijn bewust alleen gerelateerd aan de incontinentie cliënten en bevatten ook een conservatieve schatting van het deel van de groep waar de verandering betrekking op heeft. Het kan immers zo zijn dat er al gedeeltelijk is overgeschakeld naar hoogwaardiger verbanden. Dan zal dit vanzelfsprekend invloed hebben op de uiteindelijke financiële balans.

Daarnaast zal, wanneer strategie 1 effectief is, ook het aantal incontinentie cliënten dalen. Daarmee zal dus ook deze kostenpost in zijn totaliteit dalen. Omdat dit een proces is dat in de tijd plaatsvindt en dus sneller of langzamer kan optreden is deze besparing nu niet als aparte post opgenomen. Wel is deze post als PM post opgenomen, waarbij aan de linkerkant een schatting van dit bedrag is opgenomen afhankelijk van de situatie in de instelling en de geschatte effectiviteit van strategie 1. In ons fictieve voorbeeld is dit een bedrag (baat) ter grootte van € 7.000,- 8.000,-.

### **3.2.3. Kosten van andere voorzieningen**

Voor een goed incontinentiebeleid is de inzet van hulpmiddelen zoals tilliften, opstalooprekken e.d. van grote waarde. Daarnaast zal er in de ruimtelijke randvoorwaarden (aantallen toiletten, toegankelijkheid van de toiletten, looproutes, bewegwijzering, licht, etc.) veel gewonnen kunnen worden. Een belangrijk onderdeel van het voorkomen van incontinentie houdt immers verband met maatregelen die de mobiliteit en zelfredzaamheid van cliënten rondom de toiletgang verbeteren. We gaan op dit moment uit van adequate voorzieningen op dit punt. Wanneer dit niet zo is, verwijzen we naar de businesscases op dit gebied voor de noodzakelijke investeringen in de voorzieningen zelf en de training en instructie op dit punt.

### **3.2.4. Kosten van speciaal huidverzorgend materiaal**

Tenslotte zijn de meerkosten opgenomen van speciale producten zoals gecoate washandjes, wasspray's en (barrière) crèmes en de speciale afdekkende (wond)sprays. Hoewel enkele studies aangeven dat er geen sprake is van meerkosten, gaan we hier vooralsnog nog wel van uit en zijn dus op dit punt wederom conservatief. In de praktijk speelt wel een rol dat de meerkosten als zodanig beleefd worden, maar dat men zich daarbij niet altijd realiseert dat de huidige, eenvoudiger crèmes (zinkzalf, lanette crème e.d.) en eventuele medicinale zalven en behandelingen ook het nodige kosten. Net zoals in de businesscase rond Verzorgend Wassen/Wassen zonder Water is het een afweging tegen bijv. waskosten e.d..

Bijzonder is in dit geval dat de kosten verschillen per zorgbranche. Dit heeft ook een sturende invloed op het gebruik van deze materialen. In de thuiszorg worden bijvoorbeeld sommige producten wel gebruikt die intramuraal nauwelijks worden ingezet. Navraag leert dan dat dergelijke producten in de thuiszorg wel vergoed worden en andere weer niet, terwijl dat intramuraal juist andersom ligt.

De businesscase schat hier vrij conservatief, waarbij we er op wijzen dat er studies zijn die ook de kosten van het ontstaan van grote huiddefecten en doorligwonden en dergelijke meenemen in de balans en zodoende op zeer grote besparingen uitkomen. Ons lijkt deze één op één relatie iets te optimistisch omdat er bij de categorie cliënten waar we nu over spreken, veelal sprake is van meerdere oorzaken die leiden tot het ontstaan van dit soort ernstige wonden. Wel achten we het op basis van deze studies realistisch dat er met beperkte extra middelen goede effecten en kostenbesparingen verwacht mogen worden, ook zonder de kosten van dergelijke wonden erbij te betrekken.

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

Vervolgens zijn de kwalitatieve baten eveneens verwerkt in de businesscase middels een sterrensysteem. Aan elke gesignaleerde baat zijn een of meerdere sterren toegekend op basis van onderzoek, het bestand met de registraties van de BasisZorgLijst, interviews en/of de gevonden casusbeschrijvingen en een eerder uitgebreid onderzoek naar incontinentie in verpleeghuizen (Knibbe et al., 2000). Er kon een maximum van 5 sterren toegekend worden, waarbij een 2,5 het midden van de schaal aangeeft.

Deze kwalitatieve baten zijn zowel voor het cliëntperspectief als voor het zorgverlenersperspectief in beeld gebracht. Ze worden nu 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. 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 blijkt (zie tabel 3) dat de aanpak zowel vanuit het cliëntperspectief, als het zorgverlenerperspectief, goed scoort.

Tabel 3. De kwalitatieve aspecten in beeld gebracht (toelichting zie tekst)

<b>Kwalitatieve aspecten van incontinentiebeleid</b>	
<b>Client / Beneficiëntie/ kwalitatieve aspecten</b>	<b>Score op een schaal van 0 t/m 5 sterren</b> 2,5 ster = neutraal
waardigheid	4,5
bejegening	4
prettiger /comfortabeler	3
duidelijker / eenduidiger	3
autonomer / zelf kunnen bepalen	4
onafhankelijker van zorg	3
minder onrust/angst om nat te worden	3
langer zelfde verband dragen	2
minder geurtjes en (huid)irritatie	4
<b>TOTAAL sterren client</b>	<b>30,5</b>
<b>Zorgverlener kwalitatieve aspecten</b>	<b>Score op een schaal van 0 t/m 5 sterren</b> 2,5 ster = neutraal
professioneler	3
meer zorginhoudelijk	3
minder fysieke belasting	3
prettiger werken	3
minder tijdsdruk	3
sneller klaar	3,5
<b>TOTAAL sterren zorgverlener</b>	<b>18,5</b>
<b>Eindtotaal Sterren</b>	<b>49</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 batig saldo zowel voor de financiële kant als voor de kwaliteitsscores. Daarbij zijn vijf opmerkingen van belang.

Ten eerste blijkt dat hoewel de financiële baten op alle vier de onderdelen zichtbaar zijn, de omvang verschilt. Vooral strategie 1 en 2 lijken aantrekkelijk. De invloed op verzuim is er, maar is zoals aangegeven beperkt en strategie 3 heeft een iets minder grote, maar altijd nog aanzienlijke omvang. Kijken we naar de verhouding aan de kostenkant dan blijkt dat de meeste investeringen bij strategie 1 nodig zijn, terwijl strategie 2 nauwelijks of zelfs geen netto investeringen vergt. We hebben nu voor de implementatiekosten voor strategie 1 een *expert guess* gemaakt, maar door onvoldoende ervaringen hiermee in ons land zou dit in de praktijk anders uit kunnen pakken. De investeringen voor strategie 3 zijn beperkt, terwijl er een vrij degelijk rendement tegenover staat.

Ten tweede merken we op dat de strategieën nu weliswaar sterk gescheiden zijn, maar dat ze in de praktijk zullen overlappen. Vooral de overlap van 1 en 2 is duidelijk. Het realiseren van 1 zal makkelijker gaan als 2 volledig is geïmplementeerd. Omgekeerd speelt dit minder een rol.

Ten derde is het van groot belang te realiseren dat de situatie per zorgbranche sterk verschilt. De casus is het meest van toepassing op de intramurale ouderenzorg, waar functionele incontinentie ook het meest voorkomt. In ziekenhuizen zal de strategie onder 1 nauwelijks invloed hebben en extramuraal is de financieringsstructuur duidelijk anders, waardoor de kosten en baten bij verschillende partijen liggen. Dat zal de invoering lastiger maken.

Ten vierde hebben we nu de baten op verzuim weliswaar conservatief geschat, maar in de rekenmodule optimistisch vanaf het eerste jaar meegenomen. Het is realistischer om dit vanaf jaar 2 te doen en dit kan uiteraard zo gemoduleerd worden in het rekenvoorbeeld. Dit betekent dat er de eerste jaren nog niet op deze positieve post gerekend mag worden. Dit betekent echter niet dat de businesscase dan kantelt. In tegendeel: zoals aangegeven heeft verzuim een verhoudingsgewijs beperkte invloed op het totale eindsaldo. Die vertraging in het realiseren van het effect is ook van belang voor strategie 1. De nu opgenomen baten zouden pas na verloop van tijd zichtbaar worden. Daarbij is het benodigde tijdsverloop niet duidelijk geworden uit de literatuur. Meer onderzoek daarnaar is noodzakelijk.

In algemene zin is het van belang de opmerking te herhalen die we aan het begin van dit hoofdstuk plaatsten. De nu beschreven financiële baten zijn niet als vanzelfsprekend in geld te vertalen, maar geven vooral de ruimte weer die in de organisatie geboden kan worden wanneer men op deze wijze en met de voorgestelde soorten producten gaat werken. Het hangt af van de wijze waarop de organisatie met deze ruimte omgaat of deze tijd in financiële zin vertaald wordt of dat deze bijvoorbeeld opnieuw geïnvesteerd wordt in bijv. de directe cliëntenzorg.

Tenslotte is de kwalitatieve zijde ronduit positief en laat deze ook een positief eindsaldo zien. Zowel vanuit het cliënt- als vanuit het zorgverlenerperspectief komt een positief beeld naar voren.

Tabel 4. Eindoverzicht kosten en baten in een fictieve instelling

<b>Kwalitatieve aspecten van incontinentiebeleid</b>	
<b>Client / Beneficentie/ kwalitatieve aspecten</b>	<b>Score op een schaal van 0 t/m 5 sterren</b> 2,5 ster = neutraal
waardigheid	4,5
bejegening	4
prettiger /comfortabeler	3
duidelijker / eenduidiger	3
autonomer / zelf kunnen bepalen	4
onafhankelijker van zorg	3
minder onrust/angst om nat te worden	3
langer zelfde verband dragen	2
minder geurtjes en (huid)irritatie	4
<b>TOTAAL sterren client</b>	<b>30,5</b>
<b>Zorgverlener kwalitatieve aspecten</b>	<b>Score op een schaal van 0 t/m 5 sterren</b> 2,5 ster = neutraal
professioneler	3
meer zorginhoudelijk	3
minder fysieke belasting	3
prettiger werken	3
minder tijdsdruk	3
sneller klaar	3,5
<b>TOTAAL sterren zorgverlener</b>	<b>18,5</b>
<b>Eindtotaal Sterren</b>	<b>49</b>

## **4. Conclusies**

### **4.1. Beperkingen**

Deze businesscase is gebaseerd op onderzoeksliteratuur, onderzoeken uitgevoerd onder gestandaardiseerde omstandigheden, productinformatie van leveranciers, gesprekken met leveranciers, cliënten, managers en zorgverleners en praktijkdocumentatie zoals lesbrieven. Daarbij is niet alleen gekeken naar kwantitatief te meten factoren, maar ook de ervaring en mening van zowel cliënten als zorgverleners is op meer of minder gestructureerde wijze aan bod geweest. Het gaat hier echter om een zeer breed terrein en een onderwerp met zeer veel facetten. Niet alle aspecten zijn voldoende onderzocht in de onderzoeksliteratuur en ook is het tijdsbestek beschikbaar voor deze businesscase beperkt. Gezien de aard en omvang van de informatie die we aantreffen lijkt het ons relevant om een meer uitgebreide studie naar dit belangrijke onderwerp uit te voeren. Het betekent tegelijkertijd dat de businesscase ook is gebaseerd op aannames, schattingen en keuzes. In de bijbehorende rekenmodule kunnen die aannames en schattingen eventueel aangepast worden. Daar kunnen de schattingen eveneens aangepast worden aan de situatie in de eigen instelling of de kenmerken van het huidige beleid in de instelling. Daardoor worden de schattingen ook betrouwbaarder en in elk geval meer toegesneden op de instelling.

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

Uit het kwantitatieve deel van de businesscase blijkt dat er in beperkte mate baten te verwachten zijn van incontinentiebeleid op de fysieke belasting van zorgverleners en uiteindelijk ook op verzuim. De invloed van dit beleid op de blootstelling aan fysieke belasting van zorgverleners zal vooral merkbaar zijn in branches waar incontinentie een grote rol speelt. In algemene ziekenhuizen zal dit nauwelijks aan de orde zijn. Van belang is dat de baten op verzuim meestal pas na een jaar of drie zichtbaar worden. Voor de businesscase betekent dit dat de businesscase op dit punt vooral de baten in de meer stabiele situatie na een jaar of twee weergeeft.

Daarnaast zijn er voordelen te verwachten via drie afzonderlijk gepresenteerde strategieën.

Allereerst via de strategie om incontinentie te voorkomen of terug te dringen. Deze gedragsmatige aanpak vergt de nodige tijd als het gaat om het invoeringstraject, maar leidt uiteindelijk wel tot positieve financiële effecten die in elk geval in onze voorbeeldinstelling de investeringen kunnen compenseren.

De tweede strategie gericht op het optimaal omgaan met incontinentie die zich concentreert op de selectieve inzet van hoogwaardig en modern, ergonomisch verantwoord incontinentiemateriaal leidt zowel qua investeringsniveau als voor wat betreft de te verwachten baten al vrij snel tot een positief eindresultaat.

Dat geldt eveneens voor de derde strategie die erop gericht is de nadelige gevolgen van incontinentie zoveel mogelijk te beperken. Het benodigde investeringsniveau hiervoor is hoger, maar er staat ook een positief rendement tegenover.

De businesscase leunt op een aantal aannames over de kosten en baten. Ook zijn er niet onaanzienlijke verschillen tussen leveranciers en inkoopprocedures voor vergelijkbare producten geconstateerd. Daarnaast is de huidige situatie in een instelling vrij bepalend voor de uitkomsten van de businesscase. Wanneer er bijvoorbeeld al geheel of deels gebruik wordt gemaakt van de oplossingen in een of meerdere strategieën zal het financiële plaatje er anders uitzien. Iets dat sterk van invloed is op de uitkomsten is het aantal verschoningen dat per dag wordt geboden afgezet tegen de mogelijkheden om dat aantal terug te dringen. Dat heeft immers zowel invloed op de benodigde zorgverlenerstijd als op het aantal producten dat verbruikt wordt.

#### **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. Deze aspecten moeten ons inziens, zeker gezien het emotioneel beladen karakter van het onderwerp, meegewogen worden in de besluitvorming.

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

Incontinentie is kwalitatief, zorginhoudelijk, professioneel en financieel een relevant en deels ook beladen onderwerp. Het is een thema waar, afgaande op de mogelijkheden die er zijn, nog te weinig actie op ondernomen wordt, terwijl dit toch tamelijk urgent lijkt gezien de aard en omvang van het probleem en demografische ontwikkelingen. Het idee dat incontinentie een onvermijdelijk verschijnsel is, is onterecht gebleken. Er zijn kansrijke mogelijkheden om incontinentie te voorkomen en als het ontstaat, de nadelige gevolgen ervan zowel voor zorgverlener als voor cliënt te beperken.

Voor een deel gaat het hier om een aanpak die in het begin veel tijd vergt en ook niet eenvoudig is qua implementatieproces (strategie 1). Daar ligt zodoende een duidelijke barrière voor implementatie.

Voor een ander deel gaat het om een aanpak waarvoor goede productinnovaties zijn ontwikkeld (strategie 2 en 3). Juist die innovaties leiden vrij snel tot positieve effecten als het gaat om het omgaan met incontinentie en het beperken van de nadelige gevolgen ervan. De businesscase laat voor de voorbeeldinstelling dan een financieel en kwalitatief positief eindsaldo zien.

In ons onderzoek zijn we gestuit op enkele meer technologisch getinte innovaties die vrij weinig in (fundamenteel) onderzoek genoemd worden, maar wel degelijk zeer kansrijk zijn. Het bijzondere daarvan is dat deze innovaties (strategie 2 en 3) op korte termijn tot een verlichting in werkdruk en fysieke belasting kunnen leiden en de kwaliteit van zorg ook gunstig kunnen beïnvloeden. Het verdient ons inziens dan ook sterke aanbeveling om de drie strategieën in samenhang met elkaar in te voeren. De directe voordelen die de ene aanpak levert kan ruimte creëren om ook de meer complexe en tijdrovender aanpak van strategie 1 een realistischer kans van slagen te bieden. Er zit wel een zeker risico in de keuzes voor strategie 2 en 3. Zoals de businesscase laat zien, renderen deze strategieën vrij snel. Dit kan inhouden dat het gevoel van urgentie om ook middels strategie 1 het probleem van incontinentie als minder hoog wordt ervaren. Het gevaar is dan niet ondenkbeeldig dat de meer ingrijpendere en complexe strategie 1 naar de toekomst wordt geschoven.

Er is zeer veel informatie voorhanden over de wijze waarop dit geïmplementeerd zou kunnen worden. Deze gegevens zijn echter (zeer) versnipperd en slecht ontsloten waardoor de aanpak tot nu toe erg basaal blijft en niet ingevoerd wordt. Bij het aanpakken en voorkomen van incontinentie is meer bekendheid nodig over de diverse strategieën en de effecten ervan. Daarmee kan een betere mix gerealiseerd worden die voorkomt dat er enkele standaardaanpakken gekozen worden, die voor een deel van de cliënten wellicht wel geschikt zijn, maar zeker voor de groep als geheel kansen laten liggen. Daarbij zou er meer erkenning moeten komen voor de specifieke kenmerken van functionele incontinentie.

Gezien de door meerdere partijen vastgestelde urgentie en, gezien de demografische ontwikkelingen ook toenemende relevantie van dit onderwerp verdient het ons inziens aanbeveling om een verdere verdiepende studie naar dit thema te doen, om, ten tweede, gericht effectonderzoek te doen juist naar het in samenhang in praktijk brengen van de verschillende aspecten van deze aanpak en ten derde veel aandacht aan de implementatie te besteden.

De gebrekkige registratie van incontinentie en van de daarmee gepaard gaande tijdsinvestering en gevolgen van incontinentie maken het niet alleen lastig om een goede businesscase op te stellen. Ze maken het ook op instellingsniveau moeilijk om er een betrouwbare grip op te krijgen en gericht actie te ondernemen. Ook zou er met een gedetailleerde beoordeling en inschatting per cliënt veel

gewonnen kunnen worden. Specifieke instrumenten daarvoor zijn voor een deel ontwikkeld (zie bijv. Valk, 1999).

Onze verkenning maakt duidelijk dat er wel degelijk kansen zijn. Wel moet gewaakt worden voor de val die in meerdere onderzoeken wordt genoemd. Het in praktijk brengen van een effectieve aanpak kost in het begin tijd en deze moet op dat moment ook geboden worden. We sluiten ons in dat verband geheel aan bij de conclusie van Valk in haar proefschrift waarin zij op basis van meerdere onderzoeken stelt dat het proberen incontinentie aan te pakken en te voorkomen zonder adequate personele ondersteuning, hulpmiddelen en een goede omgeving een van de belangrijkste redenen is voor professionele en persoonlijke demoralisatie van zorgverleners. Wellicht dat de in deze businesscase gesignaleerde innovaties eraan kunnen bijdragen dat er middels een realistische aanpak wel een goede kans van slagen zal zijn.