

●
●
LOCOMOTION
LOCOMOTION
LOCOMOTION
LOCOMOTION
●
●
●
●

Businesscase Aangepaste Kleding



November 2006,
Hanneke Knibbe,
Nico Knibbe.
LOCOfmotion,
Gezondheidskundig Advies en Onderzoek,
Brinkerpad 29,
6721 WJ Bennekom.
e-mail j.j.knibbe@wxs.nl
www.locomotion.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.

Voor vragen kunt u contact opnemen met 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.

*Met verlamde, bewusteloze, gewonde
of zeer pijnlijke patiënten
volgt ge een andere weg met het helpen.*

*In sommige inrichtingen heeft men voor zulke zieken
open kleedingstukken,
die als schorten worden aangedaan,
met open mouwen,
die met bandjes, welke aan de naden bevestigd zijn,
worden toegestrikt
zoodat de patiënt niet bewogen hoeft te worden.*

*Bron foto voorpagina en tekst: F. Meyboom, 1904.
Lessen voor leerlingsverpleegsters.*

Voorwoord

Kleding heeft meerdere betekenissen. Behalve de fysieke functie van bedekking, warmte en comfort, is kleding bij uitstek een manier om jezelf te profileren, te laten zien wie je bent en wat je belangrijk vindt. Dat geldt voor mensen met en voor mensen zonder functiebeperkingen. De keuzemogelijkheden voor mensen zonder functiebeperkingen zijn echter vele malen groter dan voor mensen die om wat voor reden dan ook minder fysieke mogelijkheden hebben. Aangepaste kleding kan dan voor hen een oplossing betekenen. Deze kleding is echter alleen al door de kleinere markt waar het om gaat, belangrijk duurder. Tegenover deze financiële kosten, staan wellicht ook financiële en andersoortige baten.

Momenteel wordt professioneel aangepaste kleding nog maar mondjesmaat ingezet. Het is dan ook de vraag in hoeverre en op welke wijze deze innovatieve kleding een plaats heeft in het dagelijks leven van en in de zorg voor mensen met functiebeperkingen: gebruikers zonder hulp of begeleiding en cliënten¹ die zorg ontvangen. In deze businesscase wordt de balans tussen kosten en baten van deze kleding in kaart gebracht.

Daarbij spelen niet alleen esthetische aspecten voor de gebruiker een rol, maar ook de mogelijkheden die deze kleding biedt voor zorgverleners² om hun fysieke belasting terug te dringen. Naast het gebruikers- of cliëntperspectief vormt dat de tweede invalshoek voor deze businesscase. Fysieke overbelasting is immers een belangrijk arbo-risico bij zorgverleners in alle zorgbranches. Het verzuim door klachten aan het bewegingsapparaat (rugklachten en andere aandoeningen) is fors, de werkdruk is hoog en de zorg staat voor een belangrijke uitdaging door de vergrijzing in de samenleving en de veroudering van de groep huidige en toekomstige werknemers. Het terugdringen van fysieke overbelasting en werkdruk en het verbeteren van de doelmatigheid van de zorg kan een bijdrage leveren aan verzuimreductie, betere arbeidsomstandigheden en geschikt werk voor ouderen in de zorg. In deze businesscase wordt zodoende de balans tussen kosten en baten van aangepaste kleding in kaart gebracht zowel vanuit het perspectief van de gebruiker of cliënt als voor de zorgverlener.

We spreken de hoop uit dat de informatie een positieve bijdrage zal leveren aan de discussie over en de inzet van deze kleding in de praktijk. We danken de deelnemers aan de verschillende onderzoeken, de ErgoCoaches, Stichting Opella, en WiCare als leverancier van de materialen voor het onderzoek.

¹ *In deze businesscase wordt verder de vrij neutrale term cliënt gehanteerd. We realiseren ons dat er zeer veel verschillende termen zijn (bijv. bewoner, klant, gebruiker, cliënt, patiënt).*

² *In deze businesscase wordt verder de vrij neutrale term 'zorgverlener' gehanteerd. We realiseren ons dat er veel verschillende termen zijn (verpleegkundige, helpende, ziekenverzorgende, groepsleidster etc.).*

1. Inleiding en vraagstelling: aangepaste kleding

voor cliënten die gebruik maken van een rolstoel en cliënten die incontinent zijn

Zoals de titelpagina laat zien, was aangepaste kleding al opgenomen in studieboeken voor verpleegkundigen van begin 1900. Het gaat dus in dat opzicht bepaald niet om een *innovatie* in de strikte zin van het woord. De moderne soorten aangepaste kleding bieden echter veel meer mogelijkheden dan toen en ze zijn ook qua uiterlijk niet meer te vergelijken met het wat oubollige imago die deze kleding vroeger had. Ook is er een volledige range van deze kleding beschikbaar: van ondergoed tot bovenkleding, badcapes en jassen en capes voor buiten. Zelfs speciaal ontworpen bruidsjurken vallen onder de noemer ‘aangepaste kleding’. Het oude imago van 'hier en daar een knoopje in plaats van een naadje' is zodoende niet meer van toepassing op de huidige generatie aangepaste kleding.

Eerder onderzoek liet zien dat aangepaste kleding de fysieke belasting van zorgverleners tijdens de dagelijkse handelingen van aan- en uitkleden aanzienlijk vermindert (Knibbe et al., 2005). In het kader van belastende werkhoudingen vormen de vele dagelijkse handelingen rondom wassen, verschoneren, wisselen van incontinentiemateriaal en aan- en uitkleden van cliënten met bewegingsbeperkingen, verwardheid en/of pijn een belangrijke bron van fysieke overbelasting. Aangepaste kleding blijkt hierin verbetering aan te kunnen brengen.

Uit datzelfde onderzoek blijkt dat voor een deel van de cliënten de kleding vooral meer comfort, minder pijn en meer autonomie en zelfredzaamheid biedt. Behalve voordelen kan de kleding zo nu en dan ook weerstand oproepen doordat ze mogelijk stigmatiserend werkt.

Het doel van deze businesscase is om de bekende gegevens te systematiseren, daar waar nodig aanvullend onderzoek te doen of onderbouwde schattingen te geven en de gegevens in een voor de praktijk zelf inzichtelijke businesscase te plaatsen. De businesscase moet praktijkgericht inzage geven in de kosten en baten van de inzet van aangepaste kleding in de zorg vanuit het perspectief van zowel zorgverlener als cliënt.

Onderzoeksvragen businesscase

Gevraagd is de onderzoeksvragen toe te spitsen op aangepaste kleding voor rolstoelgebruikers en kleding voor incontinentie cliënten. Deze keuze werd gemaakt naar aanleiding van een vooronderzoek (Dirkse, 2006), waaruit bleek dat op deze punten mogelijk de grootste kansen liggen voor aangepaste kleding. De onderstaande onderzoeksvragen zijn dan ook direct afgeleid van de eisen door de opdrachtgever van dit onderzoek.

1. *Wat zijn de effecten van aangepaste kleding 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. Zoals in het genoemde vooronderzoek al werd gemeld is dat echter niet gewenst of haalbaar binnen de gestelde periode (Dirkse, 2006). Daarnaast kiezen we 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.

Gebruikte materialen en gegevens

Voor deze businesscase kunnen we specifiek voor het aan- en uitkleden van cliënten vooral putten uit een drietal eerdere studies. Het gaat dan om een in opdracht van de Stichting RegioPlus verricht vooronderzoek dat specifiek werd uitgevoerd als voorbereiding op deze businesscase (Dirkse, 2006), een onderzoek naar de fysieke belasting bij aan- en uitkleden met en zonder aangepaste kleding (Knibbe et al., 2005a) en onderzoek naar de fysieke belasting bij verschillende soorten incontinentiemateriaal (Knibbe et al., 2005b). Daarnaast is gebruik gemaakt van diverse 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 meer precieze beschrijving van de gehanteerde bronnen verwijzen we naar de verantwoording (Knibbe & Knibbe, 2006)

Leeswijzer

Na een korte inhoudelijke introductie op aangepaste kleding, verwerken we de antwoorden op de onderzoeksvragen in de businesscase. De businesscase is ingevuld op basis van een gemiddeld gekozen setting. Hoofdstuk 3 geeft een beeld van de complexe financiering en hoofdstuk 4 sluit af met conclusies en enkele aanbevelingen.

2. Aangepaste kleding

Moderne, aangepaste kleding biedt veel mogelijkheden en is ook qua uiterlijk niet meer te vergelijken met het wat oubollige imago die deze kleding vroeger had. Extra zoompjes, knoopjes, haakjes en flapjes die duidelijk aangaven dat het om aangepaste kleding gaat en daardoor stigmatiserend werkten. Het gaat nu om kleding die er niet alleen mooi en niet afwijkend uitziet, maar ook technisch gezien sterk verbeterd is. Speciaal ondergoed voorkomt dat armen en benen door arm- en beengaten moeten worden gestoken en het hoofd hoeft voor het aandoen van een hemd in lig niet meer te worden opgetild. Ook voor het aan- en uittrekken van broeken, shirts, jasjes en capes hoeven er geen armen of benen door gaten te worden gestoken of het hoofd te worden opgetild en hoeft de cliënt in lig minder gedraaid en opgetild te worden. Het aantrekken van broeken bij zittende cliënten wordt eenvoudig door het ontbreken van een zitvlak in de broek. Dit is echter niet te zien bij cliënten in (rol)stoelen. De moderne vormen werken met geavanceerde ontwerpen en sluit- en openingstechnieken en speciale materialen. Tenslotte is er een volledige range van deze kleding beschikbaar: van ondergoed tot bovenkleding, badcapes en jassen en capes voor buiten. Op de onderstaande foto's zijn enkele voorbeelden te zien. Daarnaast werd voor het speciale ondergoed reeds een praktijkinformatiefolder vanuit het ErgoCoachproject ontwikkeld die laat zien hoe dit ondergoed aan- en uitgedaan kan worden met een minimum aan fysieke belasting.



Foto's 2.1.

Aangepaste broek om aan- en uitkleden in zit mogelijk te maken (*merk: WiCare*).

Soorten

Aangepaste kleding is zodoende een verzamelnaam voor zeer verschillende soorten aanpassingen en kledingsstukken. De totale groep valt uiteen in aanpassingen op bestaande kleding en kleding die specifiek voor dit doel is ontworpen en gemaakt. Die laatste groep valt dan weer uiteen in een subgroep die geleverd wordt in een aantal standaardmaten en een deel dat echt op maat en/of smaak gemaakt wordt.

Groep 1 Ondergoed

Deze kleding kenmerkt zich door speciale sluitingen en materialen, waardoor het aan- en uittrekken veel eenvoudiger en vaak ook op meerdere manieren kan verlopen. Meestal gaat het niet om maatwerk maar om een keuze uit standaardmaten (zie bovenstaande kopie uit brochure van het ErgoCoachproject)

Groep 2 Bovenkleding

Behalve speciale sluitingen en materialen gaat het hier om speciale ontwerpen: zoals een broek of jas zonder achterpanden, waardoor het ook voor cliënten in een rolstoel mogelijk is om zelf de broek aan- of uit te trekken. Er zijn ook broeken met extra hoge achterkanten en lage voorzijdes, of brede bovenbenen en openingen die het gebruik van een urine-catheter makkelijker maken. Ook de materialen kunnen aangepast worden. Wanneer iemand bijvoorbeeld sterk transpireert is er beter ademend materiaal en voor personen die snel afkoelen is er speciale ‘thermo’buitenkleding voor zowel hele jassen als beenbescherming.

Scheurkleding

We maken een afsluitende opmerking over de plaats van speciale anti-scheurkleding of plukpakken. Deze kleding kan door de sterk verwarde, dwangneurotische of agressieve cliënten niet (eenvoudig) kapot gescheurd of verwijderd worden. Dat blijkt rust te geven en een vorm van veiligheid te bieden. Deze kleding kan daarnaast ‘smeergedrag’ met ontlasting voorkomen of beperken. Er zijn verklaringen van onder meer een psychologe van een GGZ instelling die nadrukkelijk beschrijft dat deze kleding enorm bepalend is geweest voor de psychische toestand van een cliënt en de mogelijkheden voor de zorg aan die cliënt (*schriftelijke verklaring via W. van Ommeren*). Onderzoek naar het precieze effect van deze kleding op agressie en dwangmatig gedrag hebben wij echter niet kunnen vinden. Gezien het bijzondere karakter nemen we deze kleding en de effecten ervan ook niet mee in de businesscase, maar veronderstellen wel dat deze kleding voor een beperkte doelgroep, die raakt of deels overlapt aan de in deze businesscase centraal staande soorten, grote kansen biedt.

3. De Businesscase

Referentiepunt

Onderzoek in instellingen laat zien dat er momenteel nog nauwelijks (< 3% van de cliënten gemiddeld over branches) gebruik wordt gemaakt van speciale aangepaste kleding. Bovendien blijkt ongeveer driekwart van deze kleding gewone kleding te zijn, die later is aangepast door de cliënt zelf, door mantelzorgers of door meer professionele personen als naaisters of een ergotherapeut. We stellen in businesscase het huidige gebruik van professioneel vervaardigde aangepaste kleding, als referentiepunt, om die redenen op nul.

Voor aangepaste kleding is er, voor zover wij konden nagaan, nauwelijks ervaring met een organisatiebrede, gestandaardiseerde inzet. De inzet beperkt zich vooralsnog tot tamelijk incidenteel gebruik bij cliënten waarbij de mogelijkheden pas ingezet worden nadat er echt problemen zijn ontstaan, in plaats van meer pro-actief. Daardoor zijn de voor- en nadelen in financiële zin nog onvoldoende bekend en moet op veel punten gewerkt worden met aannames. Het lijkt ons dan ook in tegenstelling tot de aanbeveling uit eerder onderzoek (Dirkse, 2006) toch zinvol nader effect onderzoek naar te doen in een instelling die de materialen instellingsbreed inzet. Dit zal de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens in en conclusies van de businesscase vergroten.

In de businesscase is voorts uitgegaan is van een fictieve organisatie met 250 cliënten en 70 (fte) uitvoerend zorgverleners met een gemiddeld uurloon voor zorgverleners van € 22,-. Dit komt overeen met een loonsom van ongeveer € 34.000,- per jaar per zorgverlener.

3.1. De Baten

3.1.1. Kwaliteit van werk voor zorgverleners: fysieke belasting en eventuele baten door verzuimreductie

Fysieke belasting en verzuim

Het onderzoek toont aan dat aangepaste kleding in staat is om de fysieke belasting van zorgverleners substantieel te beperken tijdens de zorg voor cliënten die begeleiding nodig hebben bij het aan- en uitkleden (Knibbe et al., 2005). De invloed hiervan op de totale fysieke belasting van zorgverleners is zodoende zeker aanwezig, maar in vergelijking met het totale blootstellingsniveau van zorgverleners beperkt van invloed (Knibbe et al., 2003, 2004). In het totale volume van handelingen uitgevoerd door zorgverleners achten wij een afzonderlijk, aantoonbaar effect op verzuim dan ook niet of zeer beperkt aanwezig en dit effect is daarom nauwelijks meegewogen in de businesscase. Als het gaat om het

oplossen van (excessieve) knelpunten die direct of indirect verband houden met kleding bij individuele cliënten zal aangepaste kleding wel een belangrijke rol kunnen spelen om piekbelasting te vermijden.

De uiteindelijke invloed op verzuim komt overigens, als deze aanwezig is, vermoedelijk pas na enkele jaren tot uiting, zoals bij dit type interventies gebruikelijk is.

In het model wordt daarom een maximale invloed van 0,1% punt verzuim toegestaan. Dat leidt in onze fictieve instelling op jaarbasis tot een vrij beperkte besparing van bijna € 3.000,-. Daarbij is uitgegaan van loonkosten vervanging, productieverlies, verzuimbegeleiding en arbodienst voor zorg en welzijn (*bron: TNO verzuimkosten in branche zorg en welzijn*). De financiële omvang van de te verwachten baten op verzuim zijn dus beperkt van omvang is en manifesteren zich naar verwachting pas na 2-6 jaar. Ze spelen dus in feite in de businesscase geen rol van betekenis.

Sneller klaar

Vervolgens is het effect van het sneller kunnen werken met aangepaste kleding in beeld gebracht. We zien, op basis van de eerdere studies, geen significant effect. De handeling met de ene soort aangepaste kleding duurt iets langer dan gewone kleding en de andere soort aangepaste kleding werkt juist sneller. Gemiddeld genomen is er geen positief of negatief effect en de businesscase neemt hier dus geen post voor op.

3.1.2. Beneficiëntie³: de voordelen voor de cliënt: zelfredzaamheid en kwaliteit van zorg

Toename zelfredzaamheid: financieel vertaald

Deze businesscase richt zich op kleding voor rolstoelgebruikers en cliënten met incontinentie. Deze kleding is in principe in staat en er voor een belangrijk deel ook op gericht de cliënt meer zelfredzaam te maken (Knibbe et al., 2005, observaties en cliënt- en zorgverlenerinterviews). Het ligt daarom voor de hand dat er uiteindelijk een besparing zal zijn in de kosten van een afgenomen (of uitgestelde) afhankelijkheid van cliënten van zorg. Er is geen betrouwbaar gemiddelde daarvan te geven niet alleen door een gebrek aan onderzoek op dit punt, maar ook omdat de situatie per branche sterk verschilt. Het onderzoek dat er is, bevestigt dat er inderdaad op dit gebied sprake is van een toename in zelfredzaamheid, meer autonomie, minder pijnlijke aan- en uitkleedhandelingen en meer zit en ligcomfort. Voor de businesscase betekent dit het volgende.

Een overgang van niet zelfredzaam naar *volledig* zelfredzaam is mogelijk en wordt ook feitelijk beschreven via meerdere leveranciers en cliënten, maar we schatten in dat dat op een zeer klein deel

³ De term *beneficiëntie* verwijst naar de voordelen voor de cliënt en omvat zodoende meer dan de kwaliteit van zorg.

van de totale cliëntenpopulatie van toepassing zal zijn. Om die reden is deze factor niet in kwantitatieve zin meegewogen in de businesscase.

We gaan daarom uit van een *toename* van zelfredzaamheid en hebben deze factor in beperkte mate (10% toename zelfredzaamheid en daardoor 10% minder beslag op de tijd van een zorgverlener voor een klein deel van de doelgroep) meegewogen in het kwantitatieve deel van de businesscase. Daarbij is de in de businesscase opgenomen tijdsbesteding per handeling direct ontleend aan metingen in de praktijk.

Om van de doelgroep een zo realistisch mogelijke schatting te geven is de totale cliëntenpopulatie is ingedeeld in verschillende categorieën: de mobiliteitsklassen. Deze indeling wordt momenteel ook verder gebruikt in landelijke monitoringonderzoeken en in bijv. de AWBZ Basispakketlijst Uitleen Hulpmiddelen voor het bepalen van het indicatiegebied van hulpmiddelen. De indeling in de voorbeeldbusinesscase is gebaseerd op een gemiddelde verpleeg- verzorgingshuis doelgroep (bron: landelijke monitoringonderzoeken). Voor andere zorgbranches is de verdeling eveneens (globaal) bekend en ligt de verdeling anders. Dit heeft zodoende direct invloed op de uitkomsten van de businesscase aangezien deze indeling ook van invloed is op de volgende rubriek in de businesscase.

Het meer beperkte beslag op de tijd van zorgverleners door een toegenomen zelfredzaamheid is in twee stappen berekend.

1. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van hoe dit effect van invloed zou kunnen zijn op de totale businesscase hebben we daarvoor een afzonderlijk en vrij behoudend rekenmodel opgesteld: de effecten worden voorzichtig ingeschat (10%, factor 0,1 toename) en het model is niet optimistisch over de verwachte tijdsbesparing. De redenen daarvoor zijn hierboven beschreven. In tabel 1. vindt u een indicatie van de mogelijke financiële baten bij de beschreven ADL (-Algemene dagelijkse levensverrichtingen) handelingen. De duur van de handelingen zoals die is weergegeven is steeds ontleend aan gemiddelde metingen in de praktijk van de verschillende zorgbranches (Knibbe et al., 2002-2005). Daarbij is sprake van spreiding tussen zorgverleners en branches onderling. Zo duurt een hele cyclus in de thuiszorg over het algemeen langer door de minder op zorg ingestelde thuisomgeving dan bijvoorbeeld in een ziekenhuis. Dat houdt in dat ook hier brancheverschillen van invloed zijn op de uitslag van de uiteindelijke businesscase. Verder is uitgegaan van een gemiddeld bruto-uurloon voor zorgverleners van € 22,-. Naarmate dit uurloon hoger is zal vanzelfsprekend de besparing omgerekend naar euro's hoger zijn. We gaan in dit scenario voorbij aan eventueel andere redenen die de wenselijkheid of mogelijkheid van een afname van de zorginzet in de weg zouden kunnen staan. Als deze redenen er zijn zal de besparing niet aan de orde zijn. Te denken valt aan de wens van de cliënt of de medische noodzaak om wel degelijk toch als

zorgverlener aanwezig te zijn bij de cliënt ook al is deze in staat om de handeling zelf te verrichten. Ook gaan we voorbij aan het mogelijk volledig zelfstandig uit kunnen voeren van een deel van de beschreven ADL-handelingen en het deels afhankelijk zijn voor andere. Een cliënt zou bijvoorbeeld in staat kunnen zijn om met de speciale kleding de toiletgang volledig zelfstandig te doen en dit ook willen doen, terwijl hulp bij een douchebeurt nodig en gewenst blijft. Tenslotte laten we ook buiten beschouwing dat de zorgverlener niet altijd de bespaarde tijd ook weer productief in kan zetten. Dit geldt vooral in de thuiszorg. In de thuiszorg zal de zorgverlener aanwezig zijn en blijven, al dan niet handelend op dat moment. De tijdsbesparing zal dan niet in productiviteitstoename te zien zijn. Deze kanttekeningen zijn bijkomende redenen voor ons geweest om conservatief te zijn in onze schattingen. We zien dat er desondanks sprake is van een bescheiden besparing van ruim € 600,- per jaar per cliënt.

Tabel 1. Indicatie van de afname in benodigde zorgverleningstijd door een toename in zelfredzaamheid van de cliënt bij de belangrijkste ADL handelingen op jaarbasis in euro's (cliëntniveau).

| Aangepaste kleding | | | |
|---|---|-------|----------|
| Baten door toename zelfredzaamheid (alleen financieel) | | | |
| ADL | | | |
| toiletgang | <i>aantal keer per dag</i> | | 3 |
| | <i>aantal minuten</i> | | 5 |
| was- en aan- en uitkleedhandeling | <i>aantal minuten per dag</i> | | 30 |
| douchen | <i>aantal keer per week</i> | | 1 |
| | <i>aantal minuten</i> | | 30 |
| TOTAAL aantal minuten per dag | | | 49,29 |
| | percentage zelfstandiger | | 10% |
| | minuten besparing | min. | 4,93 |
| | uurloon zorgverlener | bruto | € 22,00 |
| | besparing per dag | | € 1,81 |
| | besparing op jaarbasis door toename zelfredzaamheid | | € 659,61 |

2. De gegevens uit dit model zijn overgenomen in de totale businesscase en daar toegepast op de doelgroepen van de mobiliteitsklassen (zie tabel 2). De klassen waarvoor deze toename relevant is, zijn de groepen B, C en D. Op basis van de uitgevoerde onderzoeken is een schatting gegeven van het deel van de groep dat daadwerkelijk in meer of mindere mate in staat zou zijn om deze toename te realiseren met de kleding en waarvoor, ten tweede, aangepaste kleding ook relevant is. Zoals aangegeven draagt een deel van de cliënten namelijk geen onderkleding en dus is aangepast ondergoed voor hen niet relevant. Deze factor (kans op toename zelfredzaamheid en relevantie van kleding) varieert tussen de 0,4 en 0,5. Omdat de cliënten in klasse D veel minder in staat zullen zijn om deze toename te realiseren is op deze groep een verdere correctie van 0,1 op toegepast. Dat neemt niet weg dat deze cliënten kunnen profiteren van deze kleding bijvoorbeeld omdat de aan- en uitkleedhandelingen minder pijnlijk zullen zijn. Alleen de verwachte toename in zelfredzaamheid zal beperkter zijn. De kosten van hun kleding zijn zodoende wel verwerkt in de kostenzijde van de businesscase op basis van de gegeven verdeling van de groep cliënten in de mobiliteitsklassen.

In totaal leiden deze factoren tot baten voor onze fictieve instelling ter grootte van € 42.000,-. Daar is vooral de toename in zelfredzaamheid voor verantwoordelijk.

3.1.3. Financiering: mogelijkheden voor vergoeding en bekostiging

De financiering is over het algemeen complex, langdurig en voor zowel cliënten als zorgverleners veelal niet goed te overzien. Er wordt ook verschillend met de mogelijkheden omgegaan: de besluitvorming op dit punt is niet uniform. Structurele financiering van de inzet op grote schaal van aangepaste kleding door de instelling zelf is ons op dit moment niet bekend. Het is evident dat deze onduidelijkheid een forse drempel voor implementatie is en ook voor individuele cliënten een bron van frustratie kan zijn (zie ook hoofdstuk 4). Het is wellicht aan te bevelen om deze kleding of bepaalde soorten van deze kleding aan te melden bij het College voor Zorgverzekeringen. Zij stellen jaarlijks mede naar aanleiding van signalen uit het veld een lijst op van hulpmiddelen en voorzieningen op waarvoor de relevantie en opties voor financiering nader onder de loep moeten worden genomen. Kleding is hier tot nu toe niet in meegenomen, maar het lijkt relevant om dit te doen zeker in het licht van de positieve uitkomsten van het onderzoek voor cliënt en zorgverlener.

| Tabel 2. Baten Aangepaste Kleding | | Berekeningen / kosten per jaar | | |
|---|----------------------|---|--------------------|---------|
| | | Gewone kleding wordt als referentiepunt op nul gesteld | Aangepaste kleding | |
| <i>Er wordt uitgegaan van reeds aanwezige goede basisvoorwaarden preventiebeleid</i> | | | | |
| 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 inzet aangepaste kleding | | | | |
| cliëntgebonden tijd | | | | |
| Aantal cliënten | % | | | |
| <i>mobilitateitsklasse</i> A | 17% | | | |
| B | 20% | | | |
| C | 29% | | | |
| D | 25% | | | |
| E | 9% | | | € 0 |
| Tijdsbesparing door inzet aangepaste kleding niet-clientgebonden tijd | | | | |
| | | | | € 0 |
| Tijdsbesparing door toename zelfredzaamheid | | | | |
| uitgaande van 10% toename zelfredzaamheid tijdens ADL handelingen (toiletgang, aan- uitkleden en douchen) | | | | |

| % | 10% | aantal clients | schatting deel groep | correctie kans op toename zelfredzaamheid | | |
|------------------------|-------|-------------------|-------------------------|--|--|-----------------|
| <i>bij groep B</i> | € 660 | 50 | 0,4 | 1 | | € 13.200 |
| <i>bij groep C</i> | € 660 | 72,5 | 0,5 | 1 | | € 23.925 |
| <i>bij groep D</i> | € 660 | 62,5 | 0,5 | 0,1 | | € 2.063 |
| | | | | | | € 39.188 |
| TOTAAL per jaar | | | | | | € 42.093 |

3.2. De Kosten

3.2.1. Implementatiekosten

De kosten van implementatie (instructie in gebruik, follow-up, risico's voor cliënten en zorgverleners, extra logistieke kosten van bewassing, bevoorrading etc.) worden zeer beperkt geschat ofwel omdat er geen meerkosten zijn ofwel omdat deze kosten al integraal worden gefinancierd voor de reguliere kleding (vb. bewassing) ofwel omdat ze zijn meegefinancierd in de kostprijs van de kleding (zie verder). We stellen deze kosten in de businesscase dan ook op nul.

3.2.2. Kosten op cliëntniveau in beeld

Vervolgens laat tabel 3. een zo goed mogelijke inschatting van de kosten per jaar op cliëntniveau zien. Daartoe zijn bij verschillende leveranciers kostprijzen opgevraagd en omgerekend naar de meerkosten ten opzichte van gewone kleding van enige kwaliteit. Er is vanuit gegaan dat de kleding gemiddeld genomen twee jaar meegaat, oftewel dat de helft van de kleding jaarlijks vervangen moet worden. Er zijn zeven sets ondergoed opgenomen en 4 sets bovenkleding. Daarnaast is een jaarlijkse post adviseurs of maatwerkkosten openomen van 100 euro.

We merken op dat deze inschatting vrij arbitrair is (bijv. door vragen als: 'Wat is een reëel kledingpakket?' en 'Wat is de normale prijs daarvoor?'), maar toch van grote invloed is op de uitkomsten van de businesscase.

Tabel 3.. Indicatie van de kosten van aangepaste kleding op jaarbasis in euro's (cliëntniveau)

| Aangepaste kleding | | | | | | |
|--|--|------------------------------|----------------|------------------------|---|------------|
| Kosten | | | | | | |
| | Aanschafkosten (schatting meerkosten) | | Afschrijvings% | Aantal | | |
| Ondergoed | € | 20 | per set | 50% | 7 | 70 |
| Bovenkleding | € | 150 | per kledingset | 50% | 4 | 300 |
| Advieskosten ergotherapeut /adviseur | € | 100 | | 50% | 1 | 50 |
| Maatwerk en Aanvraagprocedures en kosten | | Aanvraagprocedures en kosten | | | | |
| Uurloon adviseur | € | 50 | | | | |
| Onkosten | € | 50 | | | | |
| | | Meerkosten | | totaal per jaar | € | 420 |

Uiteindelijk levert de balans tussen kosten en baten op cliëntniveau bij een 10% toename in zelfredzaamheid in dit scenario een besparing op van € 240,- per jaar. Dit is opgenomen in tabel 4. Berekend kan worden dat bij een toename in zelfredzaamheid van 5% er een negatief saldo is van € 90,-. Het omslagpunt ligt ongeveer bij 6% wanneer het uurloon van de zorgverlener 22 euro is.

Tabel 4. Totaal overzicht van kosten en baten van aangepaste kleding op jaarbasis in euro's (cliëntniveau)

| | | | |
|---|------------------|-----------------|--|
| Totaal overzicht | | | |
| Zorgbesparing op basis van minder tijd | | | € 659,61 |
| kosten | | | € 420,00 |
| Totaal | besparing | € 239,61 | per jaar per cliënt in deze groep met potentie tot meer zelfredzaamheid (incl. BTW) |

3.2.3. Verdere mogelijkheden

De combinatie van aangepaste kleding met name met incontinentiemateriaal en verzorgend wassen/wassen-zonder-water blijkt sterk te zijn. Vooral de combinatie met een goed ontwerp van incontinentiemateriaal kan het effect over en weer versterken. Het omgaan met incontinentiemateriaal komt zeer veel voor in alle zorgbranches, ligt in het verlengde van wassen en uit- en aankleden, leidt tot veel fysieke belasting en een optimaal ontwerp zal in potentie een gunstige invloed kunnen hebben (Knibbe et al., 2004). Juist de combinatie met aangepaste kleding zal hier goed kunnen werken en tot een logische synergie kunnen leiden.

In die zin hangt het goed uitnutten van de effecten van de kleding mede af van andere maatregelen en omgekeerd. Voor de businesscase betekent dit dat er wordt uitgegaan van een goede afstemming. Dit hoeft overigens geen extra kosten met zich mee te brengen: het zijn keuzes die betrekkelijk budgettair neutraal gemaakt kunnen worden.

Wel is een PM-post opgevoerd voor de logistieke kant van aangepaste kleding. In een aantal instellingen zal dit geen extra inspanning vergen, maar het valt niet uit te sluiten dat dat in enkele instellingen of organisaties wel extra logistieke trajecten vergt, bijvoorbeeld in de was.

Uiteindelijk leidt dit in onze voorbeeldinstelling tot een kostenpost van bijna 37.000 euro per jaar (zie tabel 5).

| Tabel 5. De kosten van aangepaste kleding | | | Berekeningen / kosten per jaar | | | Aangepaste kleding | |
|---|--------------|--|---|------|-----------------------|----------------------|--|
| Kosten | | | | | | | |
| Aantal cliënten | 250 | | | | | | |
| Aantal medewerkers | | | 70 fte | | | | |
| Bruto uurloon medewerker | | | 22 euro | | | | |
| Aantal cliënten | % | | | | | | |
| <i>mobiliteitsklasse</i> | A | | 17% | | | | |
| | B | | 20% | | | | |
| | C | | 29% | | | | |
| | D | | 25% | | | | |
| | E | | 9% | | | | |
| Implementatiekosten | | | kostprijs | | afschrijvings% | | |
| basisscholing | <i>uur</i> | | € 100 | | 10% | € 0 | |
| vervanging medewerkers | <i>uur</i> | | € 22 | | 10% | € 0 | |
| voorlichting cliënten | <i>2 uur</i> | | € 200 | | 20% | € 0 | |
| follow-up | | | 0,2 | € 22 | 100% | € 0 | |
| Kosten materiaal (meerkosten aangepaste kleding) | | | | | | | |
| % | | | meerkosten ondergoed (7 sets) en bovenkleding (4 sets)/ jaar (afschrijving over 2 jaar) en advieskosten | | | schatting deel groep | |
| <i>bij groep B</i> | 50 | | € | 420 | 0,4 | € 8.400 | |
| <i>bij groep C</i> | 72,5 | | € | 420 | 0,5 | € 15.225 | |
| <i>bij groep D</i> | 62,5 | | € | 420 | 0,5 | € 13.125 | |
| Indirecte/bijkomende kosten | | | | | | | |
| logistieke kosten (voorraadbeheer etc.) | | | | | | PM | |

| | | | |
|--|------------------------|--|-----------------|
| Overleg / div. | uurloon | | |
| | 22 | | € 0 |
| Vershil kosten aangepaste kleding | TOTAAL per jaar | | € 36.750 |

3.3. De Kwalitatieve Kosten en Baten

Vervolgens zijn de kwalitatieve baten eveneens verwerkt in de businesscase middels een waarderend sterrensysteem. Aan elke gesignaleerde baat zijn een of meerdere sterren toegekend op basis van eerder onderzoek (stellingen met vijfpunts-antwoordschalen), de interviews en/of de gevonden casusbeschrijvingen. De afzonderlijke variabelen die hier zijn opgenomen zijn afgeleid van eerder onderzoek. Dit is en blijft een subjectieve inschatting, maar het vormt ons inziens wel een gestructureerde wijze om deze kwalitatieve aspecten ook te verwerken in een businesscase.

Er kon een maximum van 5 sterren toegekend worden, waarbij de huidige situatie, de referentiesituatie van niet-aangepaste kleding, het gemiddelde van 2,5 ster variabele krijgt. Deze kwalitatieve baten zijn zowel voor het cliëntperspectief als voor het zorgverlenersperspectief in beeld gebracht. Ze worden niet gewogen, hetgeen inhoudt dat ze 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 en andere betrokkenen. 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.

Zichtbaar is (zie tabel 6) dat er uiteindelijk 28,5 sterren van de maximale 45 sterren behaald zijn, waarvan ongeveer tweederde cliëntsterren zijn.

Tabel 6. De kwalitatieve aspecten van aangepaste kleding

| | | |
|---|------------------------------|-----------|
| Cliënt Beneficiëntie (kwalitatieve aspecten) | | |
| 0 t/m 5 sterren | | |
| 2,5 = neutraal | | |
| minder pijn en gesjor | | 4 |
| minder vermoeiend | | 3 |
| meer zelf kunnen bepalen | | 3 |
| onrust, weerstand, angst | | 3 |
| uiterlijk / mode | | 4 |
| | Totaal sterren client | 17 |
| Zorgverlener (kwalitatieve aspecten) | | |
| 0 t/m 5 sterren | | |
| 2,5 = neutraal | | |

| | |
|--|-------------|
| minder fysieke belasting (tillen, duwen/trekken/sjorren) | 3 |
| minder fysieke belasting in moeilijke houdingen werken | 3 |
| minder vermoeiend | 3 |
| sneller klaar | 2,5 |
| Totaal sterren zorgverlener | 11,5 |
| Eindtotaal Sterren | 28,5 |

3.4. De eindafweging van kosten en baten

Uiteindelijk leiden beide zijden van de businesscase (kosten en baten) tot het totaaloverzicht opgenomen in tabel 7. We zien daarin dat in ons voorbeeldinstelling de aannames leiden tot een financieel gezien vrijwel kostenneutraal beeld: een licht positief saldo. Gezien de marges en inschattingen die we hebben moeten doen en de kleine omvang van dit batig saldo, concluderen we daarom dat er een kostenneutraal beeld is van het gebruik van aangepaste kleding als het gaat om de kwantitatieve zijde van de businesscase in het door ons gekozen scenario.

De kwalitatieve zijde laat een positief saldo zien. Er zijn 28,5 sterren gescoord, afkomstig van zowel cliënt- als zorgverlenerperspectief. Ongeveer tweederde is te herleiden tot kwalitatieve voordelen voor de cliënt.

Tabel 7. Totaal overzicht van aangepaste kleding

| | | |
|--------------------------------|--|----------------|
| Aangepaste kleding | | |
| Kosten | | € 36.750 |
| Baten | | € 42.093 |
| Totaal per jaar | | € 5.343 |
| Totaal sterren (max=45) | | 27,5 |
| Waarvan cliëntsterren | | 16 |

3. Huidige financieringsopties

Voor wat betreft de financieringsopties blijken er op dit moment per branche verschillen te bestaan.

3.1. *Thuisituaties of daarmee vergelijkbare situaties*

Voor thuiswonende cliënten zijn er in feite vijf mogelijkheden om de kleding te financieren. Ze worden met wisselend succes benut. Door cliënten wordt deze onduidelijkheid, het verschil in ervaringen en de moeizame procedure als uitermate vervelend ervaren. Datzelfde geldt overigens voor de leveranciers en betrokken zorgverleners en ergotherapeuten.

Allereerst bestaat in principe de mogelijkheid om de kleding vergoed te krijgen via de zorgverzekeraar van de cliënt. Dat is geen eenvoudige weg, maar het is mogelijk. Er is een indicatie nodig vanuit een onafhankelijke zorgverlener/behandelaar. In principe kan voor het hele proces ook de mogelijkheid van extramurale ergotherapie benut worden. Een huisarts kan hiervoor een verwijzing afgeven, waarna de cliënt een ergotherapeut kan inschakelen voor een aantal uren. Deze ergotherapeut kan dan de cliënt adviseren en begeleiden bij het zoeken naar, aanvragen van en in gebruik nemen van aanpassingen en hulpmiddelen. Deze mogelijkheid wordt mondjesmaat benut wanneer het gaat om aangepaste kleding. Ten tweede kan via de inkomstenbelasting een vergoeding voor bijzondere ziektekosten, waaronder dus ook kleding verkregen worden. Deze mogelijkheid is echter onlangs (19-10-2006) beperkt, maar bestaat vooralsnog wel.

Als derde mogelijkheid kan er via de gemeente eveneens een vergoeding aangevraagd worden. Daarbij vindt echter een inkomensstoets plaats, waardoor deze optie alleen voor financieel weinig draagkrachtige cliënten open ligt en bovendien het meer gevoelsmatige nadeel heeft dat volledige inkomensgegevens overlegd moeten worden.

In uitzonderlijke gevallen kan ook via een speciaal fonds vergoeding verkregen worden. Ook dit is echter geen eenvoudige of snelle weg en voor veel cliënten niet goed te overzien.

Tenslotte betalen veel cliënten de kleding zelf. Er is geen overzicht van de mate waarin dit gebeurt ten opzichte van de bijvoorbeeld via de zorgverzekeraar vergoede kleding. Ook is er geen uitspraak te doen over het huidige volume aan gebruik van aangepaste kleding in thuisituaties. Dat houdt ook direct verband met het de lastige afbakening van aangepaste kleding: is met het vervangen van een rits door klitteband het betreffende kledingstuk aangepaste kleding geworden of is daar meer voor nodig ?

3.2. *Intramuraal*

Intramuraal is de situatie op hoofdlijnen vergelijkbaar. Ook daar is vergoeding mogelijk maar complex. In dat geval speelt sterker mee dat in situaties waarin de kleding primair of vooral wordt ingezet om de arbeidsomstandigheden voor zorgverleners te verbeteren, de kleding in principe uit het instellingsbudget bekostigd moet worden. Dit gebeurt voor zover wij hebben kunnen nagaan nog nauwelijks en alleen wanneer er sprake is van complexe situaties en dus incidenteel.

Het komt er dus op neer dat cliënten momenteel, al dan niet via hun verzekering, de kleding veelal zelf geheel of gedeeltelijk bekostigen. Zorgverzekeraars vergoeden de kleding mondjesmaat. Daarbij lijkt er geen eenduidigheid te bestaan in hun beleid op dit punt. Zorgverzekeraars verlangen daarvoor in elk geval een onafhankelijke indicatiestelling of aanvraag. Dat houdt in dat de vergoeding dus ook per geval bekeken wordt en dat dit nogal eens een langdurig en moeizaam proces is. Daarbij blijken verschillen te bestaan tussen kleding die in meer of minder mate een medische noodzaak heeft en kleding die dat niet of veel minder heeft. Zo zijn er rondom de zogenaamd scheurpakken wel mogelijkheden om deze voorziening vergoed te krijgen omdat zoiets de kans op bijv. automutilatie verkleint. Voor een in principe ook regulier gebruikt consumentenproduct als een broek of jas zijn die mogelijkheden beperkter en zal de noodzaak vrij goed onderbouwd aangetoond moeten worden.

Bij de financiering speelt ook een rol dat een deel van de kleding op maat gemaakt moet worden. Dat houdt in dat er tijd en deskundigheid nodig is om dit goed te verzorgen. Een bezoek van of aan een deskundige is dan noodzakelijk en brengt vanzelfsprekend kosten met zich mee. Hoewel er meer en meer gestandaardiseerd wordt naarmate deze kleding zich doorontwikkelt, zal een dergelijk bezoek nodig zijn en blijven.

Samengevat kunnen we dus stellen dat welke route naar financiering ook gekozen wordt, in alle gevallen is er sprake van een lastige, soms tijdrovende en niet altijd succesvolle procedure

4. Eindconclusies

Beperkingen

Deze businesscase is gebouwd op een aantal aannames die voor een belangrijk deel samenhangen met de grote diversiteit die er in deze kleding bestaat, de bestaande onduidelijkheid in de financieringsmogelijkheden en de verschillen die er per branche zijn in cliëntengroepen. Desondanks is er wel een rode draad te herkennen in de businesscase en zijn enkele belangrijke peilers in meer of mindere mate op betrouwbare wijze te onderbouwen met onderzoeksgegevens. Voor de overkoepelende businesscase hebben we keuzes moeten maken, gezien de diversiteit in de situatie per zorgbranche en cliëntenpopulatie. We vatten de uitkomsten nu samen.

Het kwantitatieve deel

Uit het kwantitatieve deel van de businesscase blijkt dat de te verwachten baten in termen van verzuimreductie op zijn hoogst zeer beperkt zijn en pas na enkele jaren tot uiting zullen komen. Het is realistischer deze factor in de besluitvorming over de (structurele) inzet van deze kleding nauwelijks of niet mee te nemen. We hebben dit dan ook minimaal verwerkt in de businesscase. Dit neemt overigens niet weg dat, in individuele situaties, een sterke afname van de fysieke belasting voor zorgverleners bereikt kan worden bij cliënten bij wie het aan- en uitkleden problemen oplevert. In die gevallen is dit zeker relevant uit ergonomisch oogpunt. Het verband met verzuimreductie in zijn algemeenheid is echter te zwak.

Ook de mogelijkheid om sneller te kunnen werken met aangepaste kleding schatten we op basis van onderzoeksgegevens zeer beperkt in en is niet als zodanig meer zichtbaar in de businesscase.

Verdere baten van enige omvang zijn alle te herleiden tot de verwachte lichte toename in zelfredzaamheid van cliënten en het daardoor meer beperkte beroep dat zij doen op zorgverleners. Hoewel dit in beperkte mate is meegenomen in de businesscase leidt dit bij structurele inzet van kleding tot een vrijwel neutrale situatie oftewel een evenwicht tussen kosten en baten. Dit is behalve van de mate van de toename in zelfredzaamheid, uiteraard mede afhankelijk van het uurloon van de betrokken zorgverleners en van de wenselijkheid en praktische uitvoerbaarheid van deze toename in zelfredzaamheid en bijbehorende afname van zorginzet.

We hebben de doelgroepen voor de kleding sterk ingeperkt tot de groepen die uit het onderzoek als relevante doelgroepen naar voren kwamen op basis van landelijke onderzoeken. Bij een toename van zelfredzaamheid van 5-10% is bij deze groep een *break even* punt te verwachten voor de investering in de meerkosten van aangepaste kleding, wanneer deze over een periode van 2 jaar wordt afgeschreven.

We verwachten op basis van landelijke monitoringonderzoeken en instellingsgebonden onderzoeken dat deze situatie het meest relevant is voor de thuiszorg, gehandicaptenzorg, de verpleeg- en verzorgingshuizen en een deel van de GGZ, maar in de ziekenhuizen nauwelijks tot niet aan de orde zal zijn. We merken daarbij op dat voor een deel van de groep cliënten deze toename in zelfredzaamheid niet realistisch is, terwijl zij wel profijt van deze kleding kunnen hebben, bijvoorbeeld omdat de pijn en moeite bij aan- en uitkleden afneemt. De kosten van de kleding voor deze groep zijn meegenomen in de businesscase. De winst voor deze laatste groep is vooral een kwalitatieve winst: minder pijn en vermoeidheid en meer gevoel van eigenwaarde.

De kosten van de inzet van aangepaste kleding beperken zich vooral tot de meerkosten van de kleding zelf en de begeleiding die nodig is voor maatwerk of de begeleiding bij het aanvraagtraject. De kosten van de kleding blijken variabel te zijn per leverancier en van de inschatting wat een 'normaal' kledinggebruik (hoeveelheid en vervangingsperiode) en kostenniveau is. Dit zijn voor een belangrijk deel waarderende inschattingen waarop kritiek mogelijk is. De uitkomsten van de businesscase zijn ook van deze keuzes afhankelijk.

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 kleding. Deze aspecten zijn niet op een financieel kwantitatieve wijze te verwerken in de businesscase, maar moeten ons inziens meegewogen worden in de besluitvorming over de relevantie en het belang van de inzet van deze kleding. Een nadere weging of validering daarvan zou in overleg met cliëntorganisaties, zorgverleners, managers en financiers uitgevoerd kunnen worden.

Eindconclusie

Aangepaste kleding levert behalve aan de kwaliteit van arbeid ook een positieve bijdrage aan de kwaliteit van zorg en leven voor cliënten, waardoor er, bij optimale inzet en brancheafhankelijk sprake zal kunnen zijn van een win-win situatie die financieel gezien betrekkelijk neutraal ingevoerd kan worden.