

University of Groningen

Verpleegthuiszorg Regio Meppel

Wijck, E.E.E. van; Bouma, J.; Krol, B.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1999

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Wijck, E. E. E. V., Bouma, J., & Krol, B. (1999). *Verpleegthuiszorg Regio Meppel*.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Verpleegthuiszorg regio Meppel:

evaluatie van een demonstratieproject

drs Esther van Wijck
dr Jelte Bouma
dr Boudien Krol

Rijksuniversiteit Groningen
Wetenschapswinkel

Geneeskunde en Volksgezondheid

RuG

Ψ \vec{E} t' $\&$ N_2
 $\$$ \textcircled{C} \mathcal{H} \triangle $\%$ Σ
 ω \perp \mathfrak{N} $[k]$ \ddot{e} \angle \S

December 1999

Colofon

Vraagnummer: GV 610
Titel: Verpleegthuiszorg regio Meppel: evaluatie van een demonstratieproject
Vraagindiener: Verpleeghuizen Reggersoord-De Schiphorst en Stichting Thuiszorg Drenthe
Uitgave: Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid & NCG/TO
Adres: Antonius Deusinglaan 1
9713 AV Groningen
Telefoon: (050) 363 31 74
E-mail: j.bouma@med.rug.nl
Datum: December 1999

Inhoudsopgave

	Voorwoord	1
1	Samenvatting	3
2	Inleiding	5
2.1	Vraagstellingen	5
3	Achtergrond	7
4	Methode	9
4.1	Doelgroep	9
4.2	In- en exclusiecriteria	9
4.2.1	Inclusiecriteria	9
4.2.2	Exclusiecriteria	10
4.3	Respondenten	10
4.3.1	Patiënten	10
4.3.2	Mantelzorg	10
4.3.3	Poolmedewerkers	10
4.3.4	Zorgcoördinatoren	10
4.4	Vragenlijsten	11
4.4.1	Vragenlijst voor patiënten en mantelzorg	11
4.4.2	Vragenlijst voor poolmedewerkers	11
4.4.3	Vragenlijst voor zorgcoördinatoren	12
4.5	Kosten	12
5	Resultaten	13
5.1	Patiënten	13
5.1.1	Algemeen	13
5.1.2	Hoe ervaart de patiënt de extra ondersteuning in termen van tevredenheid?	13
5.2	Mantelzorg	14
5.2.1	Algemeen	14
5.2.2	Hoe ervaart de mantelzorg de extra ondersteuning in termen van tevredenheid?	14
5.3	Poolmedewerkers	15
5.3.1	Algemeen	15
5.3.2	Zijn de poolmedewerkers adequaat ingezet bij de patiënten problematiek?	15
5.3.3	Zorgafhankelijkheidsschaal (ZAS)	16
5.4	Zorgcoördinatoren	17
5.4.1	Algemeen	17
5.4.2	In hoeverre is de doelstelling voorkomen van verpleeghuisopname gerealiseerd?	17
5.4.3	Verloop van het project Verpleegthuiszorg	17
5.4.4	Samenwerking en communicatie	18
5.4.5	Knelpunten	18
5.4.6	Suggesties	19
5.4.7	Samenvattend	19
5.5	Kosten	20
5.5.1	Algemeen	20
5.5.2	Wat is de omvang van de kosten van de verpleegthuiszorg in vergelijking met een intramurale opname?	21
6	Conclusies	23
	1 Hoe ervaren de patiënten de extra ondersteuning in termen van tevredenheid?	23
	2 Hoe ervaart de mantelzorg de extra ondersteuning in termen van tevredenheid?	23
	3 Zijn de poolmedewerkers adequaat ingezet bij de patiënten problematiek?	23
	4 In hoeverre is de doelstelling voorkomen van verpleeghuisopname gerealiseerd?	24
	5 Wat is de omvang van de kosten van de verpleegthuiszorg in vergelijking met een intramurale opname?	24

7	Discussie en aanbevelingen	25
	Literatuur	27
	Bijlagen	
	1 Evaluatieformulier	28
	2 Interviewschema patiënten en mantelzorg	30
	3 Interviewschema poolmedewerkers	32
	4 Interviewschema zorgcoördinatoren	34
	5 ZAS-Vragenlijst	35
	6 Tabel Zorg-Afhankelijkheids-Schaal	40

Voorwoord

Voor u ligt het rapport omtrent de evaluatie van het project Verpleegthuiszorg. Het project is uitgevoerd in de periode januari - november 1999 te Meppel. Het project Verpleegthuiszorg is voort gekomen uit een samenwerkingsverband tussen de Stichting Verpleeghuizen Reggersoord-De Schiphorst en Thuiszorg Drenthe.

In een tijd waarin het in toenemende mate gewoonte lijkt te worden het recht op zorg via de rechter af te dwingen, doet het haast weldadig aan om te merken dat een zorgverzekeraar in goed overleg met zorgaanbieders creatief en vooral ook patiëntgericht, bereid is om na te denken of er binnen bestaande (financiële) kaders andere en betere mogelijkheden zijn om de nood te lenigen. Het zou een (te) goedkope opmerking zijn om daar aan toe te voegen dat één en ander 'natuurlijk' wel budgettair neutraal gefinancierd moet worden. Op zich is daar niets op tegen, ook al is het misschien wel op zijn plaats om op te merken dat in zijn algemeenheid de 'care' sector nogal wat slechter wordt bedeed dan de 'cure' sector. Niettemin, betere zorg voor dezelfde prijs is een loffelijk streven. Waar bestaat die betere zorg dan uit? Eigenlijk heel simpel. Zonder te stellen dat de tijd van de zorgzame samenleving voorbij is, is het reëel om te erkennen dat ook daar de grenzen af en toe in zicht komen. De belasting voor de mantelzorg, eventueel aangevuld met basiszorg, kan (tijdelijk) om uiteenlopende redenen te groot worden. In een situatie waarin de (soms bureaucratische) regels daar niet in voorzien, kan dat betekenen dat een cliënt voortaan blijvend intramuraal moet worden verzorgd. In dat soort situaties kan tijdelijke extra zorg soelaas bieden. Een zorginstelling moet dan wel in staat zijn (lees: over middelen en menskracht beschikken) om flexibel en vooral snel op de veelal acuut ontstane zorgvraag te kunnen reageren. Om dat te kunnen realiseren is de medewerking van het zorgkantoor onontbeerlijk. En in Meppel heeft men elkaar kunnen vinden, hetgeen een opmerkelijk en prijzenswaardig initiatief genoemd mag worden.

Een ander aspect van dit demonstratieproject, dat hier genoemd dient te worden, is de wens en de bereidheid van alle betrokkenen om het project aan een evaluatie-onderzoek te onderwerpen. Daar is moed voor nodig. Immers, onderzoek heeft alleen waarde indien het wordt uitgevoerd door onafhankelijke buitenstaanders. En dat betekent dat men toestaat dat er vreemden in de keuken gaan kijken. Vreemden die opschrijven en naar buiten brengen wat er zoal in de keuken wordt aangetroffen. Dat kunnen aangename maar ook minder aangename zaken zijn.

Indien men echter professioneel met zijn werk kan en wil omgaan, dan ziet men dergelijk onderzoek vooral als een kans om te leren, met als doel om waar mogelijk nog betere en meer cliëntgerichte zorg te leveren. Indien dit onderzoek daar een steentje aan bij heeft gedragen, dan is de missie geslaagd. Indien de (toekomstige) cliënten in Meppel, maar liefst ook daar buiten, daar blijvend van kunnen profiteren, pas dan is de missie volbracht.

Dr. J. Bouma

Coördinator Wetenschapswinkel Geneeskunde

en Volksgezondheid RUG - Groningen, december 1999

1 Samenvatting

Vanaf januari 1999 wordt door de gezamenlijke inspanning van de verpleeghuizen Reggersoord-De Schiphorst en Thuiszorg Drenthe verpleeghuisverplaatste thuiszorg geleverd aan somatisch zieke patiënten en/of patiënten met psychogeriatrische problematiek. De doelstelling van het project is om opname in het verpleeghuis te voorkomen of uit te stellen door tijdelijk extra hulp te bieden. Het gaat om patiënten met een verpleeghuisindicatie (somatisch en psychogeriatrisch) die vooralsnog in hun eigen omgeving wonen. De zorgbehoefte bij deze patiënten is op een zeker moment groter dan de gecombineerde ondersteuningsmogelijkheden van mantelzorg en basiszorg vanuit de thuiszorg. De extra hulp wordt verleend door Thuiszorg Drenthe en verschillende verpleeghuisdisciplines.

Vanuit de Stichting Verpleeghuizen Reggersoord-De Schiphorst te Meppel en Thuiszorg Drenthe is de vraag gesteld in hoeverre, door middel van inclusie in het huidige project, verpleeghuisopname voorkomen dan wel uitgesteld kan worden. Bovendien heeft men behoefte aan inzicht in de ervaring van patiënten en mantelzorg met deze vorm van thuiszorg. Hiertoe zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

- 1 Hoe ervaren de patiënten de extra ondersteuning in termen van tevredenheid?
- 2 Hoe ervaart de mantelzorg de extra ondersteuning in termen van tevredenheid?
- 3 Zijn de poolmedewerkers adequaat bij de patiënten problematiek ingezet?
- 4 In hoeverre is de doelstelling 'voorkomen van verpleeghuisopname' gerealiseerd?
- 5 Wat is de omvang van de kosten van de extra ondersteuning wanneer deze vergeleken wordt met een intramurale opname?

De vraagstellingen zijn beantwoord met behulp van een aantal voor dit onderzoek ontwikkelde vragenlijsten voor respectievelijk de patiënten/mantelzorg, de poolmedewerkers en de coördinatoren van het project.

Uit de resultaten komt naar voren dat patiënten tevreden zijn over de extra ondersteuning die zij van de poolmedewerkers hebben ontvangen. Men was van mening dat de poolmedewerkers over voldoende deskundigheid beschikten om aan hun zorgvraag te voldoen. Daarnaast werd er voldoende aandacht geschonken aan eventuele vragen en op- en aanmerkingen. Ook de mantelzorg gaf aan tevreden te zijn over de verpleegthuiszorg. Vrijwel iedere mantelzorger was van mening de zorg voor de naaste geen probleem te vinden, zeker niet wanneer men daarbij structureel ondersteuning zou krijgen van professionele verzorgers, eventueel in combinatie met vrijwilligers. De centrale verzorgers waren met name de partner en/of de kinderen. In een enkel geval werd hulp verleend door een buurvrouw, bijvoorbeeld door af en toe op te passen.

In het kader van het project Verpleegthuiszorg was de extra ondersteuning van beperkte duur. De mantelzorg gaf aan dat zij hun naaste ook in de toekomst willen blijven verzorgen, indien zij daarbij op ondersteuning van buitenaf kunnen rekenen.

De meeste poolmedewerkers vonden dat ze overeenkomstig hun kennis en vaardigheden waren ingezet bij patiënten met uiteenlopende problematiek. Tevens was men van mening dat men voldoende informatie had gekregen over de patiënt, de problematiek van de patiënt en het patiëntstelsel. De verzorgenden beoordeelden de door hen geleverde kwaliteit-van-zorg als voldoende, hoewel een aantal van hen meer en/of langduriger zorg aan de patiënt had willen bieden.

Bij het merendeel van de patiënten is opname in een verpleeg- of verzorgingshuis voorkomen of uitgesteld. In totaal zijn er gedurende de projectperiode 42 aanvragen van 37 patiënten voor verpleegthuiszorg binnengekomen; hiervan zijn 38 aanvragen (van 33 patiënten) gehonoreerd. Van de gehonoreerde verzoeken om verpleegthuiszorg is bij 14 patiënten een opname in een intramurale instelling voorkomen dan wel uitgesteld. In 7 gevallen werd de patiënt alsnog opgenomen. De overige patiënten waren op 1 oktober 1999 nog in zorg.

Het totaal aantal zorguren binnen het project Verpleegthuiszorg bedraagt 1944, verspreid over 206 weken. Rekening gehouden met de verschillende deskundigheidsniveau's van de poolmedewerkers betekent dit een totaalbedrag fl 68.741,-. Deze bedragen zijn exclusief de kosten van de mogelijke inzet van het personeel van het verpleeghuis, van de basiszorg en paramedici.

2 Inleiding

In samenwerking met de Stichting Verpleeghuizen Reggersoord-De Schiphorst en Thuiszorg Drenthe wordt vanaf januari 1999 een project uitgevoerd onder de noemer 'Verpleegthuiszorg'. Het doel van het project is om opname van patiënten in het verpleeghuis te voorkomen of uit te stellen door hen tijdelijk (maximaal 1 maand) extra zorg aan huis te bieden. De zorg wordt geleverd door een hulpverlenerspool bestaande uit vrijwilligers, verzorgenden, ziekenverzorgenden, verpleegkundigen en verschillende verpleeghuisdisciplines. Het project heeft een looptijd van 1 jaar en wordt gefinancierd vanuit het Zorg-op-Maat budget.

De Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid en de sectie Toegepast Onderzoek van het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken hebben in samenwerking met de Stichting Verpleeghuizen Reggersoord-De Schiphorst en Thuiszorg Drenthe een evaluatiestudie uitgevoerd. De evaluatie is gericht op de patiëntensatisfactie, de mantelzorgsatisfactie, de ervaring van de betrokken hulpverleners en het kostenaspect in relatie tot verpleegthuiszorg.

Het project Verpleegthuiszorg is gebaseerd op de volgende mogelijke probleemsituatie. Door het (acuut) wegvallen van mantelzorg en het ontbreken of ontoereikend zijn van vervangende thuiszorg, neemt de druk op de verpleeghuiscapaciteit toe. Een verpleeghuisopname wordt overwogen, terwijl dit voor een deel van de patiënten kan worden voorkomen door hen (tijdelijk) extra ondersteuning te bieden.

Verpleegthuiszorg is met name bedoeld voor patiënten met een verpleeghuisindicatie (somatisch en psychogeriatrisch) verblijvend in de eigen woonomgeving, van wie de zorgbehoefte op een bepaald moment groter is dan de mogelijkheden die de mantelzorg en basiszorg vanuit Thuiszorg Drenthe op dat moment kunnen bieden.

De zorg wordt, afhankelijk van de aard van de problematiek en het vereiste deskundigheidsniveau, verleend door diverse disciplines uiteenlopend van vrijwilligers tot verpleegkundigen en verschillende disciplines van het verpleeghuis. De hulpverleners zijn allen ondergebracht in een hulpverlenerspool en op afroep beschikbaar. Indien noodzakelijk kan de hulp op de dag van aanvraag geleverd worden. De extra ondersteuning mag maximaal 4 weken duren.

2.1 Vraagstellingen

De evaluatie van het project Verpleegthuiszorg moet antwoord geven op de volgende vragen:

- 1 Hoe ervaren de patiënten de extra ondersteuning in termen van tevredenheid?
- 2 Hoe ervaart de mantelzorg de extra ondersteuning in termen van tevredenheid?
- 3 Zijn de poolmedewerkers adequaat bij de patiëntenproblematiek ingezet?
- 4 In hoeverre is de doelstelling 'voorkomen van verpleeghuisopname gerealiseerd'?
- 5 Wat is de omvang van de kosten van de extra ondersteuning wanneer deze vergeleken wordt met een intramurale opname?

3 Achtergrond

De kosten van de zorgverlening vormen voor de overheid al geruime tijd aanleiding tot een herbezinning op de vraag op welke wijze het zorgaanbod afgestemd dient te worden op de zorgbehoefte. Sinds de jaren '70 ligt het accent daarbij op het zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen: op maat gesneden professionele voorzieningen met een sterke nadruk op het stimuleren van informele zorg (Kempen, 1990). Twee doelstellingen van de overheid staan hierbij centraal (Ministerie van WVC, 1990a):

1. Een verschuiving van de intramurale zorg naar de extramurale zorg
2. Een verschuiving van professionele zorg naar zelfzorg en informele zorg

Deze doelstellingen zijn gericht op handhaving van ouderen in de eigen omgeving met als gevolg kostenbeheersing binnen de gezondheidszorg.

Thuiszorg is een grote en nog steeds groeiende sector van de gezondheidszorg. Door verschillende ontwikkelingen ontvangen mensen frequenter en langduriger thuiszorg, in plaats van opgenomen te worden in een intramurale instelling. Met de toename van deze vorm van zorg is ook het aantal problemen in de thuiszorg toegenomen, zoals wachtlijsten en personeelsgebrek (Nawijn, 1999). Met name thuiszorg voor ouderen staat de laatste jaren bijzonder in de belangstelling. Het aantal ouderen zal de komende jaren verder toenemen, waarbij niet alleen het aantal ouderen toeneemt, maar ook binnen de categorie ouderen neemt de leeftijdscategorie boven de tachtig toe. Een logisch gevolg van deze demografische ontwikkeling is derhalve, dat het aantal ouderen met somatische en/of psychogeriatrische problematiek eveneens omvangrijker zal worden.

Steeds meer ouderen blijven zelfstandig wonen, ook al hebben zij hulp nodig. Mede om deze reden worden de problemen van ouderen complexer (Dijkstra, 1993). Soms is het zelfstandig wonen alleen mogelijk als de mantelzorg hulp biedt. Onder mantelzorg, ook wel informele zorg genoemd, wordt verstaan de zorg en ondersteuning die wordt gegeven door partner, familie of kennissen. Het verlenen van mantelzorg aan een directe naaste kan zwaar zijn, zo zwaar zelfs dat hulp van buitenaf onontbeerlijk is.

Vanaf januari 1999 wordt binnen een samenwerkingsproject tussen de verpleeghuizen Reggersoord-De Schiphorst en Thuiszorg Drenthe extra thuiszorg geboden aan somatisch zieke patiënten en/of patiënten met psychogeriatrische problematiek. Coördinatoren, in dienst van de Thuiszorg Drenthe en het verpleeghuis, zijn belast met de coördinatie en organisatie van aanvragen en werkzaamheden. De doelstelling van het project is een opname in het verpleeghuis te voorkomen ofwel uit te stellen, door tijdelijk extra hulp aan de patiënt in de eigen woonomgeving te bieden. Met extra hulp wordt bedoeld dat men, naast mantelzorg en basiszorg, extra hulp krijgt op het gebied van bijvoorbeeld de huishouding, verzorging en/of verpleging (HDL/ADL). Tijdelijk extra hulp betekent in dit geval een periode van maximaal vier weken ten hoogste 8 uur zorg per dag, waarbij het budget van een verpleeghuisdag (fl 275,-) niet overschreden mag worden. Het gaat om thuiswonende patiënten met een verpleeghuisindicatie (somatisch en psychogeriatrisch). De zorgbehoefte bij deze patiënten is

groter dan de zorg die op dat moment kan worden geboden door de mantelzorg en/of de basiszorg vanuit Thuiszorg Drenthe.

4 Methode

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze de evaluatie is uitgevoerd. Allereerst wordt de doelgroep nader omschreven, hierna worden de criteria waaraan de patiënt moest voldoen om voor verpleegthuiszorg in aanmerking te komen weergegeven. Vervolgens wordt ingegaan op het kostenaspect en tot slot wordt een beschrijving gegeven van de respondenten en de gebruikte vragenlijst.

4.1 Doelgroep

De volgende patiëntencategorieën kwamen in aanmerking voor verpleegthuiszorg:

- patiënten met een verpleeghuisindicatie (somaatich en psychogeriatrisch) die nog thuis wonen en bij wie de zorgbehoefte groter is dan de mantelzorg en basiszorg op dat moment kunnen bieden. Door het bieden van verpleegthuiszorg kan opname in een verpleeghuis voorkomen en/of uitgesteld worden;
- patiënten die door het plotseling wegvallen van de mantelzorg en/of het ontbreken van professionele thuiszorg in het verpleeghuis opgenomen moeten worden, maar met behulp van verpleegthuiszorg thuis kunnen blijven wonen;
- patiënten die ondersteund worden door een overbelaste mantelzorg. Door het tijdelijk inzetten van verpleegthuiszorg krijgt de mantelzorg de gelegenheid te herstellen. De mantelzorg kan na de periode van verpleegthuiszorg de ondersteuning weer hervatten.

4.2 In- en exclusiecriteria

De onderstaande in- en exclusiecriteria zijn voor aanvang van het experiment geformuleerd.

4.2.1 Inclusiecriteria

Patiënten kwamen in aanmerking voor verpleegthuiszorg wanneer men voldeed aan de volgende inclusiecriteria:

- er bestaat reeds maximale inzet van thuiszorg (basiszorg);
- er is mantelzorg aanwezig;
- er is sprake van nachtelijke onrust/zwerfneigingen;
- de zorg moet door één of maximaal twee personen geleverd kunnen worden (somatische patiënten);
- de zorgbehoefte is maximaal 8 uur per etmaal (exclusief bestaande zorginzet);
- de zorg is voor maximaal 1 maand nodig;
- zonder extra inzet zou opname in een verpleeghuis noodzakelijk zijn;
- de zorg is planbaar;
- maximum tarief van de totale zorginzet per dag is fl 275,- (inclusief verpleegthuiszorg en basiszorg);
- er is sprake van een potentiële verpleeghuisindicatie.

4.2.2 Exclusiecriteria

Een aanvraag voor verpleegthuiszorg werd niet gehonoreerd indien er sprake was één (of meer) van de onderstaande exclusiecriteria:

- patiënt heeft per etmaal meer dan 8 uur verpleegthuiszorg nodig;
- patiënt bij wie de zorg niet planbaar is;
- patiënt bij wie de zorg door meer dan twee personen geleverd moet worden.

4.3 Respondenten

De evaluatie is tot stand gekomen met behulp van de onderstaande respondenten.

4.3.1 Patiënten

Drie patiënten met somatische problematiek zijn benaderd voor het interview. Nadat de patiënt toestemming had gegeven om mee te werken aan het onderzoek is een telefonisch interview met de patiënt gehouden. Leidraad bij het interview was een voor de patiënt en mantelzorg ontwikkelde vragenlijst (Bijlage 2).

4.3.2 Mantelzorg

De mantelzorg die de meeste zorg aan de patiënt verleende (centrale verzorger) is benaderd voor een interview. In totaal zijn 10 centrale verzorgers geïnterviewd. Nadat men toestemming had gegeven voor deelname aan het onderzoek is een telefonisch interview afgenomen. Leidraad bij het interview was een vragenlijst voor patiënten en mantelzorg.

4.3.3 Poolmedewerkers

Alle eerstverantwoordelijke hulpverleners die meer dan drie dagen verzorging aan een patiënt hebben geboden zijn benaderd om deel te nemen aan deze evaluatie. In eerste instantie zijn de poolmedewerkers telefonisch door de onderzoeker benaderd. Er is uitleg gegeven over het onderzoek en er is gevraagd of zij een tweetal vragenlijsten, de vragenlijst voor poolmedewerkers (Bijlage 3) en de zorgafhankelijkheidsschaal (Bijlage 5; ZAS; Noordelijk Centrum voor Gezondheidswetenschappen, 1999) wilden invullen en retourneren. De vragenlijsten zijn door Thuiszorg Drenthe verspreid, waarbij door de productiebeheerder nogmaals aan de poolmedewerkers uitleg is gegeven over het doel van het onderzoek. Vervolgens zijn de vragenlijsten door de poolmedewerkers ingevuld en teruggestuurd.

4.3.4 Coördinatoren

Twee van de drie coördinatoren die betrokken zijn bij het project zijn geïnterviewd aan de hand van een interviewschema (Bijlage 4).

4.4 Vragenlijsten

De vragenlijsten voor patiënten, mantelzorg, poolmedewerkers en coördinatoren worden hieronder besproken.

4.4.1 Vragenlijst voor patiënten en mantelzorg

Voor patiënten en mantelzorg is een semi-gestructureerde vragenlijst opgesteld. Voor beide vragenlijsten geldt dat de vragen met name betrekking hebben op de tevredenheid over de geleverde verpleegthuiszorg.

Bij de patiënten is de nadruk gelegd op:

- de behandeling;
- de ervaren deskundigheid van de ingezette hulpverleners;
- of men een volgende keer opnieuw voor verpleegthuiszorg zou kiezen;
- de algehele tevredenheid met de verpleegthuiszorg.

Bij de mantelzorg is de nadruk gelegd op de volgende aspecten:

- het moment waarop de verpleegthuiszorg na de aanvraag gerealiseerd kon worden;
- de duur van de dagelijkse aanwezigheid van de hulpverlener;
- het aantal verschillende hulpverleners dat de extra zorg leverde;
- de toereikendheid van duur en omvang van de verpleegthuiszorg;
- de ervaren hiaten (de eventueel ervaren belasting van de mantelzorg);
- of men een volgende keer opnieuw voor verpleegthuiszorg zou kiezen;
- de algehele tevredenheid met de verpleegthuiszorg.

4.4.2 Vragenlijst voor poolmedewerkers

Een semi-gestructureerde vragenlijst is samengesteld waarbij vragen zijn gesteld met betrekking tot de ervaring van de hulpverleners omtrent de door hen verleende zorg, te weten:

- beschikte men over voldoende deskundigheid om aan de hulpvraag te voldoen;
- was er voldoende begeleiding op de achtergrond aanwezig;
- werd men tijdig geïnformeerd over de werktijden;
- vond men de verpleegthuiszorg voldoende voor de patiënt.

Daarnaast is door de poolmedewerkers een zorgafhankelijkheidsschaal (ZAS) ingevuld die de zorgafhankelijkheid van de patiënt in kaart brengt. De mate van zorgafhankelijkheid van de patiënt is een belangrijk aanknopingspunt voor het verlenen van professionele zorg. Omdat niet alle patiënten binnen het project in staat waren om hun zorgvraag, in termen van zorgafhankelijkheid, te beoordelen is de lijst door de eerstverantwoordelijke verzorgende ingevuld.

4.4.3 Vragenlijst voor coördinatoren

De coördinatoren zijn aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst telefonisch geïnterviewd.

Er zijn vragen gesteld over:

- het verloop van het project Verpleegthuiszorg;
- knelpunten die zich tijdens het eerste jaar voordeden;
- positieve aspecten gedurende het eerste jaar;
- samenwerking en communicatie met andere zorginstellingen.

4.5 Kosten

De kosten van de totale zorginzet per 24 uur moesten zich beperken tot fl 275,- per patiënt. Dit tarief komt overeen met één dag verpleeghuisopname. In totaal is voor de zorgverlening binnen het project Verpleegthuiszorg een budget van fl 160.000,- per jaar beschikbaar. De feitelijke kosten worden berekend aan de hand van een registratieformulier waarop de kosten per patiënt per week en per zorgdiscipline staan vermeld (Bijlage 1). De kosten betreffende de inzet van verpleeghuismedewerkers zijn niet geregistreerd en derhalve niet meegenomen in de kostenberekening.

5 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews met de patiënten, mantelzorg, poolmedewerkers en coördinatoren besproken. Allereerst wordt ingegaan op een aantal algemene gegevens van de patiënten.

5.1 Patiënten

5.1.1 Algemeen

Het totaal aantal zorgaanvragen in de periode 11 januari 1999 tot 1 oktober 1999 bedroeg 42, afkomstig van 37 patiënten. Uiteindelijk zijn 38 aanvragen van 33 patiënten gehonoreerd. Het merendeel van de patiënten was vrouw (n=24) met een gemiddelde leeftijd van 80 jaar (range: 65-94). De negen mannelijke patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 88 jaar (range: 74-95). De belangrijkste reden voor het aanvragen van verpleegthuiszorg was de overbelasting en/of tijdelijke uitval van de mantelzorg (n=21).

Bij de patiënten aan wie verpleegthuiszorg werd geleverd was sprake van psychogeriatrische problematiek (n=20), somatische problematiek (n=10) of een combinatie van beide (n=3). In een aantal situaties was sprake van verwaarlozing van de patiënt. De hulp die men kreeg varieerde van 1 dag en/of nacht tot een aantal keren per dag gedurende een langere periode (maximaal 28 dagen). De aanvragen kwamen binnen vaak in combinatie van twee aanvragers via Thuiszorg Drenthe (10), RIO (7), het verpleeg- of verzorgingshuis (8), de coördinatoren (5), PG-thuisproject (5), de huisartsen (5) en een enkele keer via de mantelzorg (1) of op verzoek van de patiënt (6). De voornaamste zorgaanvragen betroffen verzorging/verpleging en hulp bij klaarzetten en/of toedienen van medicatie. Andere zorgaanvragen waren observatie van de nachtelijke onrust, observatie van het dag/nacht ritme, het verrichten van huishoudelijk werk, observatie van de interactie tussen partners en het aanbrengen van structuur in de dagindeling.

5.1.2 Hoe ervaart de patiënt de extra ondersteuning in termen van tevredenheid?

Twee somatisch zieke patiënten die verpleegthuiszorg hebben ontvangen zijn telefonisch geïnterviewd. Tijdens het interview met de patiënten is gevraagd hoe zij de verpleegthuiszorg in termen van tevredenheid hebben ervaren. Beide patiënten gaven aan zeer tevreden te zijn over de verleende hulp en de manier waarop de hulpverleners hen hadden benaderd. Tevens waren ze van mening dat de hulpverleners over voldoende deskundigheid en vaardigheden beschikten om de zorg uit te voeren. Beide patiënten zouden een volgende keer opnieuw kiezen voor verpleegthuiszorg.

5.2 Mantelzorg

5.2.1 Algemeen

In totaal zijn 10 centrale verzorgers (mantelzorg) geïnterviewd waarvan twee partners, drie dochters, twee schoondochters, twee zonen en één nicht. In een enkel geval werd steun verleend door een buurvrouw of kennis, maar in de meeste gevallen betrof het een naaststaand familielid. Zonder de mantelzorg zou de patiënt zich niet kunnen handhaven in de oorspronkelijke woonomgeving. De mantelzorg vangt het grootste deel van de ondersteuningsbehoefte van de patiënt op. De belangrijkste taken zijn het aanbrengen van structuur, lichamelijke verzorging, huishoudelijke en administratieve taken. Alle patiënten stonden al op de wachtlijst voor thuiszorg en/of het verpleeghuis en hadden reeds één of andere vormen van hulp aangevraagd. De belangrijkste reden voor het aanvragen van verpleegthuiszorg was de overbelasting van de mantelzorg.

5.2.2 Hoe ervaart de mantelzorg de extra ondersteuning in termen van tevredenheid?

In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de resultaten afkomstig uit de interviews met de mantelzorg.

TABEL 1: MENING VAN DE MANTELZORG OVER DE VERPLEEGTHUISZORG

<i>De hulpverlener...</i>	<i>Zeer tevreden</i>	<i>Tevreden</i>	<i>Ontevreden</i>	<i>Nvt</i>
gaf de hulp die ik nodig vond	2	7	1	
paste zich aan aan de situatie	3	5	1	1
kwam op de afgesproken tijd		9	1	
sloot aan bij de hulp van andere medewerkers	1	8		1
werkte goed samen met andere medewerkers		9	1	
kwam op een geschikte tijd		10		
had aandacht voor vragen		10		
hield rekening met onze wensen	1	9		
was zorgvuldig in haar werk	2	8		
toonde voldoende belangstelling	2	8		

De mantelzorg gaf aan tevreden te zijn met de verpleegthuiszorg. De zorg werd op het kritieke moment geleverd. Voor de mantelzorg hield dit in dat zij op dat moment in feite al overbelast waren en de zorg zelf niet meer aankonden. Een aantal gaf aan dat het beter was geweest als ze op een eerder tijdstip hulp hadden ingeroepen. Men was tevreden over de duur van de dagelijkse aanwezigheid van de hulpverlener, desondanks gaf een aantal aan dat ze graag wilden dat de zorg langer en omvangrijker zou zijn geweest. Afhankelijk van de hulpvraag werd de zorg door één of meerdere hulpverleners geboden, dit kon per situatie verschillend zijn. Wanneer er meerdere hulpverleners bij de zorg betrokken waren, werd dit door middel van een logboek overgedragen. Een aantal informele verzorgers (n=4) was van mening dat dit niet altijd goed of niet zorgvuldig werd bijgehouden. Op een enkel incident na werd de verleende zorg als zeer prettig ervaren. Indien zich een incident voordeed, werd dit in alle gevallen direct met de betrokkene besproken en opgelost. Het merendeel van de mantelzorg gaf aan dat ze in voorkomende gevallen opnieuw voor verpleegthuiszorg zouden kiezen.

Tevens was men van mening dat wanneer de verpleegthuiszorg kon worden omgezet in langdurige hulp de verzorging voor hun naaste, ook op termijn, geen probleem zou zijn. Het gemiddelde rapportcijfer dat voor de verpleegthuiszorg werd gegeven was 8.3 (range: 7-9).

5.3 Poolmedewerkers

5.3.1 Algemeen

Alle medewerkers hadden tot nu toe één patiënt vanuit het project Verpleegthuiszorg in zorg gehad. De functie van de poolmedewerkers die een vragenlijst hebben ingevuld varieerde van stagiaire (1), verzorgende (4), ziekenverzorgende (1), wijkziekenverzorgende (8) tot verpleegkundige (1). De meeste poolmedewerkers waren bij telefonische benadering niet op de hoogte dat zij zorg verleenden in het kader van het project Verpleegthuiszorg. Dit werd alsnog telefonisch uitgelegd. De hulp was met name gericht op lichamelijke verzorging (n=11), medicatie klaarzetten of toedienen (n=3) en slaaphulp (n=1).

5.3.2 Zijn de poolmedewerkers adequaat ingezet bij de patiëntenproblematiek?

In Tabel 2 wordt de mening van de poolmedewerkers weergegeven over een aantal aspecten van de verleende zorg.

TABEL 2: MENING POOLMEDEWERKERS OVER DIVERSE ASPECTEN VAN VERPLEEGTHUISZORG

Mening poolmedewerker over:	Ruim		Onvoldoende	Slecht	Nvt
	Voldoende	Voldoende			
informatie over situatie vd patiënt	3 (20.0)	12 (80.0)			
de eigen kennis en vaardigheden	7 (46.6)	7 (46.6)	1 (6.7)		
de begeleiding	3 (20.0)	10 (66.7)	1 (6.7)		1 (6.7)
informatie over werktijden	2 (13.3)	11 (73.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	
tijd voor de patiënt	1 (6.7)	12 (80.0)	2 (13.3)		

Alle poolmedewerkers gaven aan over minimaal voldoende en/of adequate kennis en vaardigheden te beschikken om aan de hulpvraag van de patiënt te voldoen. Daarnaast was er voldoende begeleiding op de achtergrond aanwezig voor eventuele vragen en/of problemen. De meeste poolmedewerkers waren van mening voldoende informatie te hebben gekregen over de werktijden. Twee verzorgende waren hier niet tevreden over, omdat de opgegeven werktijden niet overeenkwamen met de tijd die door de organisatie was afgesproken met de patiënt.

De poolmedewerkers zijn bovendien gevraagd naar de tijd die men binnen het project Verpleegthuiszorg voor de patiënt en diens familie had.

TABEL 3: ERVARING VAN DE VAN DE POOLMEDEWERKERS OVER DE BESCHIKBARE TIJD BINNEN HET PROJECT VERPLEEGTHUISZORG

Beschikbare tijd voor:	Voldoende	Onvoldoende	Nvt	Niet ingevuld
verzorgingstaken	13 (86.7)	2 (13.4)		
persoonlijke aandacht	13 (86.7)	1 (6.7)		1 (6.7)
wensen en vragen patiënt	11 (73.3)	1 (6.7)	2 (13.3)	1 (6.7)

wensen en vragen familie	3 (20.0)		11 (73.3)	1 (6.7)
--------------------------	----------	--	-----------	----------

Bijna alle poolmedewerkers gaven aan dat men de beschikbare tijd voor de verpleegthuiszorg voldoende vond voor de patiënt. Een aantal poolmedewerkers plaatsten hierbij de opmerking dat ze in een aantal situaties graag meer hulp zouden willen verlenen. Twee verzorgenden vonden de beschikbare tijd voor de hulp die zij gaven onvoldoende voor de patiënten. Alle poolmedewerkers vonden het project Verpleegthuiszorg een goed alternatief voor opname in het verpleeghuis, met als kanttekening dat één en ander zeer afhankelijk is van de situatie waarin de patiënt zich bevindt. Daarnaast gaven de poolmedewerkers een aantal suggesties dat een bijdrage kan leveren aan de verbetering van de verpleegthuiszorg. De gegeven suggesties betreffen met name het bieden van meer en langduriger hulp aan de patiënten, zodat de mantelzorg structureler ontlast wordt. Daarnaast noemde men 'meer persoonlijke aandacht voor de patiënt' en 'het meedenken met betrekking tot de leefsituatie van de patiënt'.

5.3.3 Zorgafhankelijkheidsschaal (ZAS)

Alle poolmedewerkers die deelnamen aan de evaluatie hebben voor de patiënt een vragenlijst met betrekking tot diens zorgafhankelijkheid ingevuld (Bijlage 6). Bijna de helft de patiënten was 'gedeeltelijk zorgafhankelijk' tot 'volledig zorgafhankelijk' op de volgende onderdelen: lichaamshouding (n=8), mobiliteit (n=9), aan- en uitkleden (n=10), hygiëne (n=10), contact met anderen (n=9), dagelijkse activiteiten (n=8) en leervermogen (n=9).

Wanneer deze scores vergeleken worden met die uit eerder onderzoek (Dijkstra, 1999) komt de zorgafhankelijkheid van patiënten binnen het project Verpleegthuiszorg gedeeltelijk overeen met die van psychogeriatricpatiënten (n=1042) op de onderdelen lichaamshouding, mobiliteit, aan- en uitkleden en hygiëne.

Een aantal patiënten was volgens de poolmedewerkers 'beperkt zorgafhankelijk' tot 'vrijwel zelfstandig' op de volgende onderdelen: eten en drinken (n=10), incontinentie (n=12), dag en nachtritme (n=8), vermijden van gevaar (n=9) en communicatie (n=11). De populatie psychogeriatricpatiënten uit het onderzoek van Dijkstra (1999) was duidelijk zorgafhankelijker op de onderdelen eten en drinken, incontinentie, dag/nacht ritme, communicatie en vermijden van gevaar.

Omdat het aantal patiënten binnen het project Verpleegthuiszorg beperkt van omvang is, kunnen uit de resultaten betreffende de ZAS geen vergaande conclusies worden getrokken. De vergelijking van ZAS-scores met die van de psychogeriatricpatiëntenpopulatie uit het onderzoek van Dijkstra dient dan ook uitsluitend ter illustratie.

5.4 Coördinatoren

5.4.1 Algemeen

Beide coördinatoren zijn geïnterviewd om na te gaan in hoeverre de doelstelling van het project Verpleegthuiszorg gerealiseerd is en hoe men de organisatie en coördinatie van deze vernieuwing in de thuiszorg ervaren heeft.

5.4.2 *In hoeverre is de doelstelling 'voorkomen van verpleeghuisopname' gerealiseerd?*

De coördinatoren zijn van mening dat de patiënten die zorg ontvangen hebben binnen het project Verpleegthuiszorg, dankzij de extra ondersteuning langer in hun eigen omgeving konden blijven wonen. Zonder de tijdelijke, extra hulp en ondersteuning was een opname in een verpleeg- of verzorgingshuis onontkoombaar geweest. Vaak was de toestand waarin de patiënt en het patiëntensysteem zich bevonden gelijk aan een crisissituatie. De ondersteuning vanuit het project Verpleegthuiszorg ontlastte de mantelzorg waardoor zij de zorg voor hun naaste in een later stadium weer op konden nemen.

5.4.3 *Verloop van het project Verpleegthuiszorg*

De algemene indruk van het project Verpleegthuiszorg was positief. Beide coördinatoren gaven aan dat er vanaf de start van het project een zeker leereffect van het project uitging. Dit betrof de instroom van patiënten, het onderling overleg tussen de coördinatoren, de overdracht van de patiënten tussen de poolmedewerkers, de overdracht van de patiënt van de poolmedewerker naar de mantelzorg en de samenwerking met de thuiszorg. De vraag "hoe in de praktijk om te gaan met de geformuleerde inclusiecriteria?", vergde frequent overleg. Uiteindelijk heeft één en ander geresulteerd in bijstelling van een aantal inclusiecriteria. Het betreft de onderstaande criteria:

- niet iedere patiënt krijgt reeds basiszorg, maar de patiënt staat wel op de wachtlijst hiervoor of voor opname in het verpleeghuis;
- niet in iedere situatie is er mantelzorg aanwezig, soms is deze uitgevallen en kan met alleen wat extra hulp uit het project Verpleegthuiszorg de patiënt thuis blijven wonen;
- het kan voorkomen dat de patiënt langer dan 1 maand in zorg is, zonder dat het bedrag van fl 275,- per dag overschreden wordt.

5.4.4 *Samenwerking en communicatie*

In de samenwerking met de verschillende instanties (verpleeghuis, verzorgingshuis, maatschappelijk werk, ziekenhuis, thuiszorg, huisarts en patiënt) is op een aantal knelpunten gestuit. In de praktijk bleek het project Verpleegthuiszorg onvoldoende bekend te zijn, de oorzaak hiervan ligt naar alle waarschijnlijkheid bij de beperkte PR- activiteiten. Uit de evaluatie kwam naar voren dat er slechts vijf van de 26 huisartsen een aanvraag voor verpleegthuiszorg ingediend hebben.

Ook het informeren van de betrokken hulpverleners en patiënten met betrekking tot het project Verpleegthuiszorg, verliep niet optimaal. Poolmedewerkers en patiënten bleken bij telefonische benadering voor het interview niet of niet allemaal op de hoogte van het project. Ook al kregen de patiënt en mantelzorg feitelijke informatie betreffende het project Verpleegthuiszorg, achteraf bleek dat dit veelal niet voldoende was geweest.

5.4.5 Knelpunten

Uit de gesprekken met de coördinatoren zijn verschillende knelpunten met betrekking tot het project Verpleegthuiszorg te destilleren, te weten:

- veel voorkomende situaties zijn crisissituaties die om crisisinterventie vragen. In feite zou in een eerder stadium hulp geboden moeten worden, zodat een crisissituatie voorkomen kan worden;
- in vakantieperiodes of tijdens feestdagen is er een tekort aan personeel waardoor het bieden van verpleegthuiszorg op de dag van aanvraag in het gedrang komt;
- hoewel hulp op afroep binnen 30 minuten te realiseren is, kon dit niet ingekort worden tot hulp binnen 15 minuten;
- het budget was beperkt tot fl 275,- per dag. Dit betekende dat wanneer iemand gedurende kortere tijd méér zorg (langer dan 8 uur per dag) nodig had, dit niet mogelijk was. Indien de mantelzorg een week met vakantie wil en de patiënt 24-uurs zorg nodig heeft, valt dit buiten de (budgettaire) mogelijkheden van het project;
- door onvoldoende onderlinge communicatie, de inzet van meerdere verzorgenden afkomstig uit verschillende organisaties, zijn soms problemen ontstaan. Bijvoorbeeld het niet adequaat bijhouden van het logboek van de patiënt. De onderlinge overdracht en die naar met name de mantelzorg verliep hierdoor niet vlekkeloos;
- er was onvoldoende aansluiting van voorzieningen op complexe vragen, bijvoorbeeld het gebruik maken van verschillende diensten en/of voorzieningen tegelijkertijd;
- door onvoldoende bekendheid met de mogelijkheden die tal van diensten en voorzieningen kunnen bieden, maken patiënten hiervan niet optimaal gebruik.

5.4.6 Suggesties

Op basis van de tot dusverre opgedane ervaringen binnen het project Verpleegthuiszorg geven de coördinatoren de onderstaande suggesties in overweging:

- er zou een gescheiden budget beschikbaar moeten zijn om, indien noodzakelijk, de mantelzorg de gelegenheid te geven er 'een paar dagen tussenuit te gaan'. Met andere woorden 24-uurs zorg voor een korte periode moet mogelijk zijn;
- structurelere begeleiding van de mantelzorg, met als gevolg dat de mantelzorg langer in staat wordt gesteld om voor hun naaste te zorgen;
- bijscholingscursus voor hulpverleners in het gebruik van zorgondersteunende instrumenten (logboek);
- bijscholing voor hulpverleners in het omgaan met de mantelzorg;
- structurele en gerichte PR-activiteiten;
- frequente en gerichte begeleiding voor de hulpverleners;
- meer patiëntgebonden evaluatiemomenten.

5.4.7 Samenvattend

Over het geheel genomen zijn de coördinatoren tevreden over het verloop van het project Verpleegthuiszorg. Desondanks kwamen uit de interviews een aantal kritische kantekeningen naar voren, waarvan hieronder een samenvatting.

- De inclusiecriteria zoals opgesteld vóór aanvang van het project dienen te worden herzien.
- Meer begeleiding voor de hulpverleners is noodzakelijk door bijvoorbeeld op vaste momenten evaluatiegesprekken te voeren.
- Telefonisch overleg tussen de coördinator en de voor de patiënt eerstverantwoordelijke hulpverlener is noodzakelijk ter bevordering van de afstemming en de continuïteit van zorg.
- Het is wenselijk dat de voor de patiënt eerstverantwoordelijke hulpverlener structureel overleg heeft met de ingezette poolmedewerkers teneinde een betere overdracht te waarborgen.
- PR-activiteiten verdienen meer en structurelere aandacht; bijvoorbeeld door meer en gerichtere voorlichting te geven aan aanpalende organisaties en de doelgroep.
- De onderlinge communicatie tussen de betrokken instellingen dient te worden verbeterd.

5.5 Kosten

5.5.1 Algemeen

De zorg werd verleend door verschillende disciplines, zoals vrijwilligers, verzorgenden, ziekenverzorgenden, verpleegkundigen en hulpverleners afkomstig uit het verpleeghuis. De in te schakelen discipline was afhankelijk van de aard van de problematiek en werd in overleg met de coördinator vastgesteld. Voor de tarifiering van de inzet per uur gelden de tarieven zoals die gehanteerd worden door de thuiszorg en de particuliere bureaus. De tarieven kunnen echter per organisatie verschillend zijn.

TABEL 4: REGISTRATIE LEEFTIJD, WEKEN VAN ZORG, ZORGUREN EN KOSTEN

Aanvragen	<i>Leeftijd in jaren</i>	<i>Zorg in week nr.</i>	<i>Aantal uren zorg</i>	<i>Bedragen</i>
1	74	2-3	69	4.515
2-1	76	53-13	12	802
2-2	76	13-18	3	172
3	75	10-11	90	2.925
4	77	10-11	8	350
5	77	13-39	164	6.155
6	91	17-30	25	850
7	68	20-22	13	964
8-1	86	20-21	47	1.982
8-2	86	21-34	98	5.418
9	92	23-25	34	2.247
10	86	23-31	140	5.660
11	92	27-29	18	1.296
12	93	24-28	41	1.601
13	80	23-28	29	2.052
14	88	25-26	13	912
15	87	25-27	39	2.772
16	70	26-27	24	1.006
17-1	82	26-27	8	588
17-2	82	27-30	11	580
18-1	88	26-26	8	100
18-2	88	26-27	65	2.146
18-3	88	28-39	131	7.051
19	84	27-39	35	2.022
20	94	28-39	57	3.152
21	75	18-20	37	752
22	77	33-39	13	2.117
23	80	34-39	39	2.226

(VERVOLG) TABEL 4: REGISTRATIE LEEFTIJD, WEKEN VAN ZORG, ZORGUREN EN KOSTEN

Aanvragen	Leeftijd in jaren	Zorg in week nr.	Aantal uren zorg	Bedragen
24	93	35-39	16	1.152
25	65	35-39	7	510
26	72	36-39	12	813
27	81	37-38	40	1.002
28	74	38-39	2	108
29	90	39-40	1	72
30	95	39-40	32	941
31	88	35-37	11	580
32	88	36-37	312	650
33	77	38-39	240	500
Totaal		206 weken	1944 uren	fl 68.741

5.5.2 Wat is de omvang van de kosten van de verpleegthuiszorg in vergelijking met een intramurale opname?

Het totale budget dat gedurende de projectperiode gemoeid ging met de levering van verpleegthuiszorg bedraagt fl 68.741,-. Voor dit bedrag is in totaal 1944 uren zorg verleend in totaal 206 dagen. Op basis van deze gegevens is het gemiddelde uurtarief (68.741/1944) fl 35,36. Deze kosten zijn exclusief de eventuele inzet van verpleeghuismedewerkers, de kosten van basiszorg en de kosten van paramedisch eerstelijns personeel. De eventuele extra visites van de huisarts kunnen hierbij buiten beschouwing worden gelaten in verband met het jaarabonnementsysteem.

In het overzicht van Tabel 4 wordt per patiënt het totaalbedrag weergegeven, gerelateerd aan het totaal aantal zorguren per aanvraag. De zorgperiode varieerde van 1 dag tot enkele maanden. Per patiënt werd gemiddeld (206/33) 6.25 weken (range 2-27) zorg verleend. De helft van de patiënten, 17 van de 33, is 2 tot 3 weken in zorg geweest. Het gemiddeld aantal zorguren per week bedroeg (1944/206) 9.5 uur (range 1-156).

Indien de 33 patiënten (38 aanvragen) gedurende de weken waarin zij zorg kregen vanuit het project Verpleegthuiszorg, opgenomen zouden zijn in het verpleeghuis dan zou hier een bedrag van (206 weken x 7 dagen x fl 275,-) fl 396.550,- mee gemoeid zijn geweest.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat de kosten van basiszorg vanuit Thuiszorg Drenthe, dagbehandelingskosten en die van een Kort Durende Opname (KDO) dan niet gemaakt zouden zijn.

Een alternatieve berekeningsmethode zou kunnen zijn om de cijfers te relateren aan het gemiddeld aantal uren feitelijke zorg per dag *in een verpleeghuis*. Als voorbeeld: 8 uren zorg is gelijk aan 1 verpleeghuisdag. Met de geleverde zorg binnen het project Verpleegthuiszorg zijn dan (1944/8) 243 verpleeghuisdagen gecompenseerd à fl 275,- per dag. Het totaalbedrag hiervan is fl 66.825,- en komt min of meer overeen met de feitelijke kosten van het project Verpleegthuiszorg. Ook hier is echter

geen rekening gehouden met de kosten van basiszorg, dagbehandelingskosten en andere bijkomende kosten.

6 Conclusies

Centraal bij de evaluatie van het project Verpleegthuiszorg stond de tevredenheid van de patiënt en de mantelzorg, de ervaring van de betrokken hulpverleners en een kosten-batenanalyse van de opnamevoorkomende zorgverlening binnen het project.

De evaluatie moest antwoord geven op de volgende vragen:

- 1 Hoe ervaren de patiënten de extra ondersteuning in termen van tevredenheid?
- 2 Hoe ervaart de mantelzorg de extra ondersteuning in termen van tevredenheid?
- 3 Zijn de poolmedewerkers adequaat bij de patiëntenproblematiek ingezet?
- 4 In hoeverre is de doelstelling 'voorkomen van verpleeghuisopname' gerealiseerd?
- 5 Wat is de omvang van de kosten van de extra ondersteuning wanneer deze vergeleken wordt met intramurale opname?

1 *Hoe ervaart de patiënt de extra ondersteuning in termen van tevredenheid?*

Patiënten zijn tevreden over de extra ondersteuning die zij van de poolmedewerkers binnen het project Verpleegthuiszorg hebben ontvangen. De geïnterviewde patiënten vonden dat de medewerkers over voldoende deskundigheid beschikten om aan hun zorgvraag te voldoen. Ook waren de patiënten van mening dat er voldoende aandacht voor hun vragen en op- en/of aanmerkingen was. De patiënten waren met name te spreken over de verpleegthuiszorg, omdat ze op deze manier thuis konden blijven wonen.

2 *Hoe ervaart de mantelzorg de extra ondersteuning in termen van tevredenheid?*

De mantelzorg gaf aan tevreden te zijn over de verpleegthuiszorg. Vrijwel iedere mantelzorg was van mening de zorg voor de naaste geen probleem te vinden, zeker niet wanneer men daarbij ondersteuning zou krijgen van professionele verzorgers, eventueel in combinatie met vrijwilligers. Zonder de steun van de mantelzorg is het voor de patiënten onmogelijk om thuis te blijven wonen. De centrale verzorgers waren met name de partner en/of de kinderen. In een enkel geval werd hulp verleend door een buurvrouw, bijvoorbeeld door af en toe op te passen.

In het kader van het project Verpleegthuiszorg was de extra ondersteuning van beperkte duur. De mantelzorg gaf aan dat zij hun naaste ook in de toekomst willen blijven verzorgen, indien zij daarbij op ondersteuning van buitenaf kunnen rekenen.

3 *Zijn de poolmedewerkers adequaat bij de patiënten problematiek ingezet?*

De meeste poolmedewerkers vonden dat ze overeenkomstig hun kennis en vaardigheden waren ingezet bij patiënten met uiteenlopende problematiek. Tevens was men van mening dat men voldoende informatie had gekregen over de patiënt, de problematiek van de patiënt en het patiëntensysteem. De verzorgenden beoordeelden de door hen geleverde kwaliteit-van-zorg als voldoende, hoewel een aantal van hen meer en/of langduriger zorg aan de patiënt had willen bieden. Een enkele hulpverlener gaf aan meer begeleiding op de achtergrond op prijs gesteld te hebben, met name ten aanzien van de psychosociale problematiek van de patiënt.

Zij zijn echter van mening dat de verpleegthuiszorg - als extra thuiszorg - een goed initiatief is, hoewel per situatie zorgvuldig nagegaan moet worden of de omstandigheden van de patiënt en het patiëntensysteem dit toelaten.

4 *In hoeverre is de doelstelling 'voorkomen van verpleeghuisopname' gerealiseerd?*

Bij de meeste patiënten is opname in een verpleeg- of verzorgingshuis voorkomen of uitgesteld. In totaal zijn er gedurende de projectperiode 42 aanvragen voor verpleegthuiszorg binnengekomen, hiervan zijn er 38 aanvragen van in totaal 33 patiënten gehonoreerd. Van de gehonoreerde verzoeken om verpleegthuiszorg is bij 14 patiënten de thuissituatie gestabiliseerd en heeft de mantelzorg de zorg weer hervat. In zeven situaties werd de patiënt alsnog opgenomen in het verpleeghuis, één patiënt is tijdelijk opgenomen en de overige patiënten waren per 1 oktober 1999 nog in zorg. Vier aanvragen werden niet gehonoreerd omdat:

- er op dat moment onvoldoende personeel beschikbaar was (n=2);
- er niet voldaan werd aan de inclusiecriteria:
 - hulp op afroep moest binnen 15 minuten gerealiseerd worden (n=1);
 - omvangrijke zorg gedurende een langere periode was nodig (n=1).

5 *Wat is de omvang van de kosten van de extra ondersteuning wanneer deze vergeleken wordt met een intramurale opname?*

Indien de 33 patiënten (38 aanvragen) gedurende de weken waarin zij zorg kregen vanuit het project Verpleegthuiszorg, opgenomen zouden zijn in het verpleeghuis dan zou hier een bedrag van fl 396.550,- mee gemoeid zijn geweest. Ter vergelijking, binnen het huidige project bedroegen de kosten fl 68.741,-

Hierbij dient opgemerkt te worden dat de kosten van basiszorg vanuit Thuiszorg Drenthe en die van een Kort Durende Opname (KDO) dan niet gemaakt zouden zijn.

Een alternatieve berekeningsmethode zou kunnen zijn om de cijfers te relateren aan het gemiddeld aantal uren feitelijke zorg per dag *in een verpleeghuis*. Als voorbeeld wordt het gemiddeld aantal feitelijke zorguren per dag in een verpleeghuis gesteld op 8 uur. Met de geleverde zorg binnen het project Verpleegthuiszorg zijn dan 243 verpleeghuisdagen gecompenseerd à fl 275,- per dag. Het totaalbedrag hiervan is fl 66.825,- en komt min of meer overeen met de feitelijke kosten van het project Verpleegthuiszorg.

7 Discussie en aanbevelingen

Uit de resultaten van de evaluatie blijkt dat het project Verpleegthuiszorg in een behoefte voorzien heeft. Dankzij het project Verpleegthuiszorg is voor de betrokken patiënten een opname in een verpleeghuis uitgesteld of voorkomen, waardoor zij vooralsnog thuis kunnen blijven wonen. De patiënten hebben aangegeven deze vorm van zorg-op-maat bijzonder te waarderen. Daarnaast is de mantelzorg in een groot aantal situaties een 'adempauze' geboden, één en ander stelde hen in staat de zorg voor hun naaste op een later moment weer te hervatten.

De uitkomsten van de evaluatie geven echter ook aanleiding tot een enkele kanttekening.

De voorlichting en informatie omtrent verpleegthuiszorg laten nog duidelijk te wensen over. In de praktijk blijkt nog veel onbekendheid te bestaan omtrent de mogelijkheden om voor deze vorm van extra ondersteuning in aanmerking te komen. De onbekendheid geldt in de eerste plaats de doelgroep; patiënt en mantelzorg. In de tweede plaats is gebleken dat er via huisartsen nauwelijks aanmeldingen voor verpleegthuiszorg binnengekomen zijn. Ook de verzorgenden bleken onvoldoende op de hoogte van het bestaan van het project Verpleegthuiszorg. Veelal wisten zij niet dat zij de extra ondersteuning verleenden vanuit het project Verpleegthuiszorg.

Voor een belangrijk deel kan één en ander verklaard worden vanuit het experimentele karakter van het project. Wanneer het project een vast onderdeel gaat vormen van het totale zorgaanbod, is het noodzakelijk om meer aandacht aan voorlichting en informatie te besteden. Terugkoppeling van informatie naar de verwijzer zou hier een onderdeel van kunnen vormen.

Om patiënten zo lang mogelijk in hun eigen woonomgeving te laten wonen is het van belang, zo komt uit de evaluatie naar voren, om de mantelzorg tijdig te ondersteunen. Veel patiënten (en mantelzorg) krijgen pas extra ondersteuning als zich een crisissituatie aandient. De basiszorg die de medewerker van de thuiszorg in een bestaande situatie biedt, zou bij de eerste tekenen van overbelasting van de mantelzorg uitgebreid kunnen worden met verpleegthuiszorg zodat een crisissituatie binnen het patiëntensysteem voorkomen kan worden.

Het project Verpleegthuiszorg kan alleen hulpvragen honoreren van maximaal acht uur per dag. Dit betekent echter dat het voor de mantelzorg niet weggelegd is om meer dan acht uur afwezig te zijn. In combinatie met vrijwilligers is het echter wel mogelijk om 24-uurs hulp te bieden. Binnen zorginnovatieve projecten als die van het project Verpleegthuiszorg zouden mogelijkheden gecreëerd dienen te worden om in bepaalde situaties de mantelzorg de gelegenheid te bieden om 'even op adem' te komen, bijvoorbeeld door langer dan acht uur professionele zorg te bieden. Een gevolg hiervan zou kunnen zijn dat:

- a) een zich aandienende crisissituatie, met alle gevolgen van dien, tijdig onderkend wordt;
- b) de mantelzorg de gelegenheid krijgt om zich te herstellen, en
- c) dat de min of meer herstelde mantelzorg de zorg voor de naaste weer kan hervatten.

Wanneer verpleegthuiszorg een plaats zou krijgen binnen het totale zorgaanbod wordt de mantelzorg structureel ondersteund om, ook op termijn, voor hun naaste te blijven zorgen.

Binnen het huidige project verliep de overdracht tussen de verschillende bij de patiënt betrokken verzorgenden (mantelzorg en hulpverleners) niet optimaal. Vooral de mantelzorg kon uit het logboek waarin de overdrachtsgegevens moesten worden genoteerd, geen informatie halen hoe het die dag met de patiënt was gegaan. In een situatie waarbij een patiënt afhankelijk is van meerdere hulpverleners (inclusief mantelzorg) kan het van levensbelang zijn om op een eenduidige wijze te communiceren over de uitgevoerde werkzaamheden en (medische) handelingen, bijvoorbeeld in geval het medicatie betreft. De indruk bestaat dat niet alle betrokkenen voldoende toegerust waren om met een dergelijk zorgondersteuningsinstrument om te gaan. Een groot deel van de gesignaleerde problemen zou voorkomen kunnen worden door ze systematisch in een bijscholingscursus voor alle betrokkenen aan de orde te stellen. In een dergelijke deskundigheidsbevorderende bijeenkomst zou aandacht moeten worden besteed aan het hoe en waarom van zorgvuldige communicatie en overdracht.

De berekening van de kosten is gebaseerd op de binnen het project Verpleegthuiszorg gemaakte en geregistreerde kosten. Doorberekening van kosten van de eventuele inzet van verpleeghuispersoneel, basiszorg en ander paramedisch personeel heeft niet plaatsgevonden. Voor een meer realistisch financieel beeld dient doorberekening van alle betrokkenen met de exacte hoeveelheid zorgdagen plaats te vinden, inclusief de bovengenoemde. Alleen op deze wijze is het mogelijk een betrouwbare kosten-baten analyse uit te voeren.

Tot slot nog een opmerking over de generaliseerbaarheid van de resultaten. Niet alle bij het project Verpleegthuiszorg betrokken patiënten, mantelzorg en poolmedewerkers zijn feitelijk geïnterviewd. Steekproefsgewijs zijn patiënten, mantelzorg en poolmedewerkers benaderd om te participeren in deze evaluatie. Om deze reden is het mogelijk dat de uitkomsten op onderdelen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden, alhoewel daar op voorhand geen aanleiding toe bestaat.

Literatuur

Dijkstra, A., Buist, G.A.H., Dassen, T.W.N., Heuvel, J.A, van der. Het meten van zorgafhankelijkheid met de ZorgafhankelijkheidsSchaal (ZAS). Een handleiding. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen, 1999.

Dijkstra, G.J., Groothoff, J.W. Evaluatieonderzoek "Zwevende bedden" Drenthe 1992-1994. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Instituut Sociale Geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, December 1993.

Kempen, G.I.J.M. Thuiszorg voor ouderen. Een onderzoek naar individuele determinanten van het gebruik van wijkverpleging en/of gezinsverzorging op verzorgend en huishoudelijk gebied. Proefschrift, Groningen, 1990

Ministerie van WVC (1990a). Substitutie van voorzieningen in de ouderenzorg. Rijswijk.

Nawijn, Y. Morele aspecten van thuiszorg. Alleen samen met de cliënt kan de juiste zorg worden verleend. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, nr. 8, 1999.

BIJLAGE 1 REGISTRATIE FORMULIER

Bijlage op aanvraag verkrijgbaar.

BIJLAGE 2 INTERVIEWSHEMA PATIËNT/MANTELZORG

Beantwoord door:
Naam patiënt:

Leeftijd:

Geslacht:

1. Wat voor een soort/ type hulp ontvangt u: bent u tevreden over deze hulp?
- | | | | | |
|----------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| gezinsverzorging | <input type="checkbox"/> heel tevreden | <input type="checkbox"/> tevreden | <input type="checkbox"/> ontevreden | <input type="checkbox"/> zeer ontevreden |
| wijkverpleging | <input type="checkbox"/> heel tevreden | <input type="checkbox"/> tevreden | <input type="checkbox"/> ontevreden | <input type="checkbox"/> zeer ontevreden |
| alfahulp | <input type="checkbox"/> heel tevreden | <input type="checkbox"/> tevreden | <input type="checkbox"/> ontevreden | <input type="checkbox"/> zeer ontevreden |
| anders namelijk..... | <input type="checkbox"/> heel tevreden | <input type="checkbox"/> tevreden | <input type="checkbox"/> ontevreden | <input type="checkbox"/> zeer ontevreden |
- Reden waarom u ontevreden/ zeer ontevreden bent.....
.....

2. U heeft in de afgelopen periode extra thuiszorg gehad

3. Wat is de reden voor de extra thuiszorg?

4. Waaruit bestond de extra thuiszorg?

5. Van wie heeft u de extra thuiszorg gehad?

6. Bent u tevreden over deze hulp heel tevreden tevreden ontevreden zeer ontevreden
Reden tevreden / ontevreden:

7. Krijgt u naast hulp van de thuiszorg hulp van uw

- | | | |
|--|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> partner | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee, zo ja waaruit bestaat deze hulp |
| <input type="checkbox"/> familie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee, zo ja waaruit bestaat deze hulp |
| <input type="checkbox"/> buren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee, zo ja waaruit bestaat deze hulp |
| <input type="checkbox"/> vrienden/ kennissen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee, zo ja waaruit bestaat deze hulp |
| <input type="checkbox"/> anderen, nl | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee, zo ja waaruit bestaat deze hulp |

De volgende vragen gaan over uw mening over de **extra hulp** kreeg die u tijdelijk heeft gekregen.

Als u hulp kreeg van meer dan één persoon, vult u dan de volgende vragen in voor die medewerker van de wijkverpleging of thuiszorg van wie u de meeste zorg kreeg bij de huishouding of bij de verzorging/ verpleging.

8. Ik zal de vragen invullen voor de volgende medewerker
 gezinsverzorger wijkverpleegkundige alphahulp anders, nl

9. De extra hulp van deze medewerker was gericht op
 verzorging/ verpleging huishoudelijke hulp anders, nl.....

heel tevreden tevreden ontevreden zeer ontevreden nvt

10 De medewerker gaf mij de hulp die ik nodig had

11. Toen mijn situatie veranderde, paste deze medewerker, zo nodig, de hulp aan

12. Deze medewerker hield zich aan de afgesproken tijd

13. De hulp van deze medewerker sloot goed aan bij de hulp van de andere medewerkers van wijkverpleging of thuiszorg

- 14 Deze medewerker werkte goed met andere hulpverleners samen
- 15 De medewerker kwam voor mij op een geschikte tijd
- 16 De hulp gaf aandacht aan mijn vragen en opmerkingen
- 17 De medewerker houdt voldoende rekening met onze wensen
- 18 De hulpverlener was zorgvuldig in het werk
- 19 De hulpverlener toonde voldoende belangstelling
- 20 De instelling gaf mij de hulp die ik nodig vond
- 21 De volgende keer kies ik weer voor deze vorm van extra hulp ja nee
- 22 Achteraf denk ik 'opname was toch beter geweest' ja nee
- 23 De extra hulp van deze medewerker was gericht op verzorging/ verpleging
 huishoudelijke hulp
 anders, nl.
- 24 De extra hulp die we kregen waarderen we met een rapportcijfer van
(0= zeer onvoldoende 10 = zeer goed)
- 25 Heeft u nog opmerkingen bij de antwoorden die u hierboven heeft gegeven over de **tijdelijke extra** thuiszorg die u heeft gekregen? Zo ja, wilt u deze dan hieronder vermelden?
.....
.....
.....
.....
- 26 Zijn er met betrekking tot de thuiszorg nog andere zaken van belang die hier nog niet zijn genoemd? Zo ja, wilt u deze dan hieronder in uw eigen woorden omschrijven:
.....
.....
.....
.....

BIJLAGE 3 INTERVIEWSCHEMA POOLMEDEWERKERS

Er is een aantal punten waarvoor we u aandacht willen vragen.

- Het is de bedoeling dat u zelf de vragenlijst invult.

- Leest u de vragen en antwoordmogelijkheden goed door. Kruis het hokje aan bij het antwoord, dat naar uw mening voor u het meest van toepassing is.
- Als u opmerkingen of aanvullingen bij de vragenlijst heeft, dan horen we dat graag. U kunt deze vermelden op de laatste bladzijde van de vragenlijst en telefonisch tegen de interviewer.
- De vragen hebben betrekking op de tijdelijke extra thuiszorg die u aan de patiënt heeft gegeven.

Naam hulpverlener:

Functie:

Naam patiënt:

1 Hoeveel patiënten heeft u momenteel die u van extra hulp heeft voorzien en/of nog steeds extra hulp verleent? ...

2 Kende u de patiënt al? ja nee zo ja, waarvan

3 Wist u vooraf wat de reden was voor deze extra hulp? ja nee

4 Waar was u hulp op gericht? verzorging huishoudelijk oppas anders nl.....

Kunt u een omschrijving geven van uw werkzaamheden?.....

.....

5 Is er in de periode dat u extra hulp heeft gegeven bezoek geweest van

Huisarts zo ja, hoe vaak

Fysiotherapeut zo ja, hoe vaak

Anders, nl..... zo ja, hoe vaak

Onbekend

6 De volgende vragen gaan over uw tevredenheid over uw inzet bij de patiënt. Wilt u bij het beantwoorden van de volgende vragen één hokje aankruisen. Indien u twijfelt wilt u dan het hokje aankruisen dat het meest op uw situatie van toepassing is?

7 Bent u vooraf voldoende geïnformeerd over de situatie rondom de patiënt?

ruim voldoende voldoende onvoldoende zeer onvoldoende kende de situatie al

Indien (zeer) onvoldoende, waarover had u meer informatie willen hebben?

8 Bent u tevreden over de hulp die u gegeven heeft in de vorm van:

verzorging zeer tevreden tevreden ontevreden zeer ontevreden nvt

persoonlijke aandacht zeer tevreden tevreden ontevreden zeer ontevreden nvt

wensen en vragen patiënt zeer tevreden tevreden ontevreden zeer ontevreden nvt

wensen en vragen partner zeer tevreden tevreden ontevreden zeer ontevreden nvt

Indien ontevreden/ zeer ontevreden waarom, wat is de reden hiervoor

9 Had u voldoende vaardigheden of kennis om de patiënt te kunnen helpen

ruim voldoende voldoende onvoldoende zeer onvoldoende

Indien (zeer) onvoldoende kennis, over welke vaardigheden gaat het dan?

10 Had u voldoende begeleiding op de achtergrond bijvoorbeeld iemand waar u met vragen terecht kon?

ruim voldoende voldoende onvoldoende zeer onvoldoende niet van toepassing

Indien ontevreden, waarom?

- 11 Bent u vooraf voldoende geïnformeerd over de werktijden?
 ruim voldoende voldoende onvoldoende zeer onvoldoende
Indien ontevreden waarom?
- 12 Is de tijdelijk extra zorg voor de patiënt volgens u voldoende geweest?
 ruim voldoende voldoende onvoldoende zeer onvoldoende
Indien (zeer) onvoldoende, waarom vindt u de extra zorg (zeer) onvoldoende
- 13 Heeft u nog suggesties die een bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van de extra thuiszorg?
- 14 Welke onderdelen van de tijdelijke extra thuiszorg kunnen naar uw mening verbeterd worden?
- 15 Vindt u deze vorm van tijdelijke extra zorg een goed alternatief voor opname in een verpleeghuis
- 16 Vindt u deze vorm van tijdelijke extra zorg, ook op langere termijn haalbaar? ja nee
Zo nee waarom niet?
.....

BIJLAGE 4 INTERVIEWSCHEMA ZORGCOÖRDINATOREN

1. Kunt u een algemene omschrijving geven van uw functie/ taak?
2. Wat is uw functie/ taak binnen het project?
3. Welke coördinerende werkzaamheden voert u uit?
4. Hoe verhoudt zich de coördinerende taak tov uw reguliere werkzaamheden?
5. Hoe komen de zorgvragen bij u binnen, hoe worden ze behandeld/ beoordeeld?
6. Hoe gaat u om met de criteria, zijn deze criteria veranderd in de loop van het onderzoek?
7. Is de doelgroep zoals omschreven in het onderzoeksvoorstel haalbaar?
8. Worden er ook cliënten afgewezen, welke groep en wat gebeurt er met hen?
9. Kunt u voldoende gekwalificeerde hulpverleners inzetten
10. Is er binnen de pool voldoende deskundigheid om aan de zorgvraag te voldoen?
11. Kunt u voldoende begeleiding bieden; hoe doet u dit?
12. Hoe verloopt de samenwerking met de verschillende instanties?
13. Bent u tevreden over de medewerking/ samenwerking met instanties om de extra hulp te realiseren
14. Hoe informeert u de thuiszorg, personeel en cliënt?
15. Wat is de mening van de zorgverlener, zorggebruiker over de extra zorg in termen van tevredenheid?
16. Werken alle huisartsen in de regio mee, met andere woorden hoe breed is het draagvlak?
17. Denkt u dat de doelstelling (opname van patiënten in het (psychogeriatrisch) verpleeghuis te voorkomen) overeenkomstig de werkwijze binnen het huidige project haalbaar is op langere termijn? Zo nee, welke wijzigingen zijn noodzakelijk?
18. Het project loopt nu 6 maanden, wat vindt u er tot nu toe van, wat is uw algemene indruk?
19. Vindt u het leuk werk? Is het taakverzwarend?
20. Welke plaats neemt het project bij u in?
21. Wat zijn de meest voorkomende problemen tot nu toe?
22. Wat zijn de belangrijkste voorkomende knelpunten?
23. Wat zou u willen veranderen in de huidige aanpak?
24. Wat zijn de positieve punten van het project
25. Denkt u dat het project landelijk is in te voeren?

BIJLAGE 5 ZAS VRAGENLIJST (ZAS-vgz¹)

Beoordeel de patiënt, die aan uw zorg is toevertrouwd, op elk van de 15 kenmerken van de zorgafhankelijkheidsschaal. Geef aan welke beschrijving het beste van toepassing is. Ga uit van de mogelijkheden die de patiënt bezit en niet zo zeer welke handelingen de verzorgende of verplegende overneemt.

Probeer bij twijfel tussen 2 beschrijvingen tot één keuze te komen, door in te schatten welke mogelijkheid de betreffende patiënt bezit.

Er zijn 15 kenmerken met ieder 5 criteria van zorgafhankelijkheid opgenomen in de zorgafhankelijkheidsschaal. OMCIRKEL het CIJFER van het criterium welke het beste bij de betreffende patiënt past.

Voorbeeld:

1 Eten en drinken

De mate waarin de aan uw zorg toevertrouwde patiënt in staat is zelfstandig te voldoen aan de behoefte aan eten en drinken

(Maak uw keuze door één van deze cijfers te omcirkelen)

- 1 Patiënt is niet in staat eten en drinken zelfstandig tot zich te nemen
- 2 Patiënt is niet zelfstandig in staat tot het opscheppen en klaarmaken van eten en drinken; is in staat zelfstandig eten en drinken naar de mond te brengen
- 3 Patiënt is met toezicht in staat tot het zelfstandig opscheppen, klaarmaken en naar de mond brengen van eten en drinken; kan hoeveelheid moeilijk bepalen
- 4 Patiënt is in staat met beperkt toezicht zelfstandig te eten en te drinken
- 5 Patiënt is in staat zelfstandig te voldoen aan de bereiding en de behoefte aan eten en drinken

Geef van alle 15 kenmerken een beoordeling, sla geen kenmerk over. Tenslotte wordt u gevraagd in vraag 16 aan te geven welke omschrijving van zorgafhankelijkheid van toepassing is op de patiënt als geheel.

¹ © 1999, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen

- 1 Eten en drinken** **De mate waarin de patiënt in staat is zelfstandig te voldoen aan de behoefte aan eten en drinken**
- 1 Patiënt is niet in staat eten en drinken zelfstandig tot zich te nemen
 - 2 ***Patiënt is niet zelfstandig in staat tot het opscheppen en klaarmaken van eten en drinken; is in staat zelfstandig eten en drinken naar de mond te brengen***
 - 3 Patiënt is met toezicht in staat tot het zelfstandig opscheppen, klaarmaken en naar de mond brengen van eten en drinken; kan hoeveelheid moeilijk bepalen
 - 4 Patiënt is in staat met beperkt toezicht zelfstandig te eten en te drinken
 - 5 Patiënt is in staat zelfstandig te voldoen aan de bereiding en de behoefte aan eten en drinken
- 2 Incontinentie** **De mate waarin de patiënt het vermogen heeft de uitscheiding van urine en faeces willekeurig te beheersen**
- 1 Patiënt is niet zelfstandig in staat de uitscheiding van urine en/of faeces op te houden; is volledig incontinent
 - 2 ***Patiënt is niet zelfstandig in staat de uitscheiding van urine en/of faeces te regelen;***
 - 3 ***zonder hulp en/of hulpmiddelen is spontane uitscheiding niet mogelijk***
 - 4 Patiënt is in staat, mits volgens vaste patronen gestuurd, vrijwel continent te zijn
Patiënt is in staat de uitscheiding vrijwel zelfstandig te regelen, doet dit soms op plaatsen die daar niet voor bestemd zijn
 - 5 Patiënt is in staat de uitscheiding zelfstandig te regelen
- 3 Lichaamshouding** **De mate waarin de patiënt in staat is bij een bepaalde activiteit een juiste houding aan te nemen**
- 1 Patiënt is niet in staat zelfstandig van lichaamshouding te veranderen
 - 2 ***Patiënt is beperkt in staat zelfstandig een gewenste lichaamshouding aan te nemen bij activiteiten***
 - 3 Patiënt is in staat een juiste lichaamshouding aan te nemen bij activiteiten, maar past dit onvoldoende zelfstandig toe
 - 4 Patiënt heeft weinig beperkingen in het zelfstandig aannemen van de juiste lichaamshouding
 - 5 Patiënt heeft geen beperkingen in het zelfstandig aannemen van de juiste lichaamshouding
- 4 Mobiliteit** **De mate waarin de patiënt fysiek in staat is zich zelfstandig voort te bewegen**
- 1 ***Patiënt is immobiel en niet in staat tot het zelfstandig gebruik van hulpmiddelen***
 - 2 Patiënt is beperkt in staat zich zelfstandig voort te bewegen; maakt veelal gebruik van hulpmiddelen
 - 3 Patiënt is redelijk mobiel, eventueel met gebruik van hulpmiddelen
 - 4 Patiënt is in staat zich vrijwel zelfstandig voort te bewegen
 - 5 Patiënt is volledig in staat zich zelfstandig voort te bewegen
- 5 Dag- en nachtritme** **De aard van het slaap-waakpatroon (bio-ritme) van de patiënt**
- 1 Patiënt is niet gevoelig voor het dag- en nachtritme
 - 2 Patiënt is beperkt gevoelig voor het dag- en nachtritme
 - 3 Patiënt is gevoelig voor het dag- en nachtritme, heeft veel begeleiding nodig
 - 4 Patiënt is gevoelig voor het dag- en nachtritme, heeft weinig begeleiding nodig
 - 5 Patiënt heeft een normaal dag- en nachtritme, zorgt zelfstandig voor voldoende rust

6 Aan- en uitkleden **De mate waarin de patiënt beschikt over vaardigheden om zich zelfstandig aan- en uit te kleden**

- 1 Patiënt is niet in staat zich zelfstandig aan- en uit te kleden
- 2 **Patiënt is beperkt in staat zich zelfstandig aan- en uit te kleden, is niet in staat de logische volgorde van handelingen uit te voeren**
- 3 Patiënt is deels in staat zich zelfstandig aan- en uit te kleden, heeft toezicht en begeleiding nodig
- 4 Patiënt is in staat zich vrijwel zelfstandig aan- en uit te kleden, heeft begeleiding nodig bij fijn-motorische vaardigheden
- 5 Patiënt is in staat zich zelfstandig aan- en uit te kleden, beschikt over fijn-motorische vaardigheden

7 Lichaams-temperatuur **De mate waarin de patiënt in staat is zelfstandig de lichaamstemperatuur te beschermen tegen externe invloeden**

- 1 Patiënt is niet in staat zelfstandig gevoelens van koude en warmte aan te geven
- 2 Patiënt is beperkt in staat zelfstandig gevoelens van koude en warmte aan te geven; is niet in staat zelfstandig gepaste maatregelen daartegen te nemen
- 3 Patiënt is in staat zelfstandig gevoelens van koude en warmte aan te geven; is beperkt in staat zelfstandig gepaste maatregelen daartegen te nemen
- 4 Patiënt is in staat zelfstandig gevoelens van koude en warmte aan te geven; is in hoge mate in staat zelfstandig gepaste maatregelen daartegen te nemen
- 5 Patiënt is in staat volledig zelfstandig de lichaamstemperatuur tegen externe invloeden te beschermen

8 Hygiëne **De mate waarin de patiënt in staat is zelfstandig zorg te dragen voor zijn/haar lichaamsverzorging**

- 1 Patiënt is niet in staat zelfstandig een bijdrage te leveren aan de lichaamsverzorging, zoals wassen, tandenpoetsen, haren kammen, etc.
- 2 Patiënt is beperkt in staat zelfstandig een bijdrage te leveren aan de lichaamsverzorging; doet dit niet uit zichzelf
- 3 **Patiënt is in staat zelfstandig een aantal handelingen rondom de lichaamsverzorging uit te voeren; toezicht en begeleiding is nodig**
- 4 Patiënt is in staat zelfstandig de meeste handelingen rondom de lichaamsverzorging uit te voeren; enig toezicht en begeleiding is nodig
- 5 Patiënt is in staat volledig zelfstandig zorg te dragen voor de eigen lichaamsverzorging

9 Vermijden van gevaar **De mate waarin de patiënt in staat is zelfstandig voor zijn/haar eigen veiligheid te zorgen**

- 1 Patiënt is niet in staat zelfstandig gevaar te onderkennen en te vermijden
- 2 Patiënt is in staat om enkele risico's in de woongroep te onderkennen; blijft binnen de woongroep onzelfstandig in het vermijden van gevaar
- 3 Patiënt is in staat risicovolle situaties in de woongroep te onderkennen; is binnen de woongroep redelijk zelfstandig, daarbuiten onzelfstandig in het vermijden van gevaar
- 4 **Patiënt is in staat vrijwel zelfstandig gevaar te onderkennen en te vermijden; weet de grenzen van zijn vrijheid zowel binnens- als buitenshuis, is niet verkeersveilig**
- 5 Patiënt is in staat zelfstandig zorg te dragen voor de eigen veiligheid zowel binnens- als buitenshuis; schat risicovolle situaties redelijk in; is verkeersveilig

10 Communicatie

De mate waarin de patiënt in staat is te communiceren

- 1 Patiënt is niet in staat zich door middel van woorden te uiten; door lichaamstaal kan de patiënt zijn belevingen aan bekenden uiten
- 2 **Patiënt is beperkt in staat zich door woord en/of gebaar te uiten; maakt gebruik van klanken om zijn beleving te uiten; begrijpt door intonaties de boodschap die anderen willen overbrengen**
- 3 Patiënt is in staat middels woordjes en/of specifieke gebaren eigen bedoelingen te uiten; begrijpt korte eenvoudige woorden van anderen
- 4 Patiënt is in staat zich door woord- en zingebruk en/of gebaren te uiten; begrijpt eenvoudige taal en/of gebaren van anderen
- 5 Patiënt is in staat zich door taal en/of gebaar te uiten; is in staat belevingen met anderen te delen

11 Contact met anderen

De mate waarin de patiënt in staat is tot het aangaan, onderhouden en afbreken van sociaal contact

- 1 Patiënt is niet in staat zelfstandig contacten met anderen te leggen; reageert positief op prettige belevingen en/of negatief op onprettige belevingen
- 2 Patiënt is beperkt in staat zelfstandig contacten met anderen te leggen; reageert op voor de patiënt belangrijke personen
- 3 Patiënt is in staat tot het zelfstandig onderhouden van een beperkt aantal contacten met voor de patiënt belangrijke personen
- 4 Patiënt is vrijwel zelfstandig in het aangaan, onderhouden en afbreken van contacten; weet enigszins inhoud te geven aan deze contacten
- 5 Patiënt is zelfstandig in het aangaan, onderhouden en afbreken van contacten; weet inhoud te geven aan deze contacten

12 Waarde- en normbesef

De mate waarin de patiënt in staat is zelfstandig leefregels te hanteren

- 1 Patiënt is niet in staat zelfstandig leefregels herkenbaar te gebruiken
- 2 Patiënt is in staat een beperkt aantal leefregels binnen de woongroep te hanteren
- 3 **Patiënt is in staat zich te houden aan gestelde leefregels binnen de woongroep; een privacybesef is niet aanwezig**
- 4 Patiënt is zich bewust van de geldende leefregels, zowel binnen als buiten de woongroep; gedraagt er zich niet altijd naar; een privacybesef is beperkt aanwezig
- 5 Patiënt is zich bewust van de geldende leefregels, zowel binnen als buiten de woongroep; gedraagt er zich naar; verwoordt de eigen behoefte aan privacy

13 Dagelijkse activiteiten

De mate waarin de patiënt in staat is zelfstandig invulling te geven aan de dagelijkse bezigheden binnen de woongroep

- 1 Patiënt is niet in staat zelfstandig invulling te geven aan dagelijkse activiteiten; kan passief genieten van zaken die om hem/haar heen plaatsvinden
- 2 **Patiënt is in staat om zelfstandig met materiaal een korte tijd bezig te zijn; geniet veelal van zaken die om hem/haar heen plaatsvinden en kan hierbij betrokken worden**
- 3 Patiënt is in staat een aantal dagelijkse activiteiten zelfstandig uit te voeren; pakt deze alleen op indien patiënt daartoe gestimuleerd wordt
- 4 Patiënt is in staat gedurende een bepaalde tijd zich zelfstandig te concentreren op de dagelijkse activiteiten; ontleent eigenwaarde aan deze activiteiten
- 5 Patiënt is in staat zelfstandig op gestructureerde wijze inhoud te geven aan de dagelijkse activiteiten; legt zelf relaties en ontleent eigenwaarde aan deze activiteiten

14 Recreatieve activiteiten

De mate waarin de patiënt in staat is zelfstandig deel te nemen aan ontspannende activiteiten buiten de woongroep

- 1 Patiënt is niet in staat om zelfstandig onderscheid te maken tussen in- en ontspanning; kan alleen genieten van activiteiten die individueel op de patiënt gericht zijn
- 2 **Patiënt is beperkt in staat zelfstandig deel te nemen aan of aanwezig te zijn bij ontspannende activiteiten die worden aangeboden; geniet veelal van de dingen die er plaatsvinden**
- 3 Patiënt heeft eigen gestructureerde ontspannende bezigheden en is onder begeleiding in staat hier zelfstandig mee bezig te zijn; pakt deze activiteiten echter niet zelfstandig op
- 4 Patiënt is bewust bezig met de eigen vrijetijdsbesteding; pakt zelf activiteiten op, is daarbij afhankelijk van begeleiding
- 5 Patiënt kent onderscheid tussen werken/dagelijkse activiteiten en ontspannen; is in staat zelfstandig invulling te geven aan de eigen vrijetijdsbesteding; heeft eigen hobby's

15 Leervermogen

De mate waarin de patiënt in staat is om zelfstandig kennis en/of vaardigheden aan te leren dan wel het geleerde in stand te houden

- 1 Patiënt is niet in staat bestaande vaardigheden te onderhouden
- 2 Patiënt is door veelvuldig herhalen in staat bestaande vaardigheden te onderhouden
- 3 **Patiënt is door herhalen in staat nieuwe eenvoudige vaardigheden aan te leren; aangeleerde vaardigheden dienen onderhouden te worden**
- 4 Patiënt is in staat nieuwe eenvoudige vaardigheden aan te leren; er treedt nauwelijks verlies van bestaande vaardigheden op
- 5 Patiënt is in staat nieuwe complexe vaardigheden aan te leren; kent geen verlies van bestaande vaardigheden

16 Samenvatting

Tenslotte, geef aan welke omschrijving van zorgafhankelijkheid van toepassing is op de patiënt

- 1 Volledig zorgafhankelijk
- 2 In grote mate zorgafhankelijk
- 3 Gedeeltelijk zorgafhankelijk
- 4 Beperkt zorgafhankelijk
- 5 Vrijwel zelfstandig

BIJLAGE 6 TABEL ZAS-SCORES INGEVULD DOOR DE POOLMEDEWERKERS

Kenmerken	Volledig zorgafhankelijk		In grote mate zorgafhankelijk		Gedeeltelijk zorgafhankelijk		Beperkt zorgafhankelijk		Vrijwel Zelfstandig		Niet ingevuld	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eten en drinken			5 (33.3)				8 (53.3)		2 (13.3)			
Incontinentie					3 (20.0)		2 (13.3)		10 (66.7)			
Lichaamshouding			4 (26.7)		4 (26.7)		4 (26.7)		3 (20.0)			
Mobiliteit			3 (20.0)		6 (40.0)		1 (6.7)		5 (33.3)			
Dag/nachtritme			3 (20.0)		4 (26.7)		3 (20.0)		5 (33.3)			
Aan- en uitkleden	3 (20.0)		2 (13.3)		5 (33.3)		1 (6.7)		4 (26.7)			
Lichaamstemperatuur			4 (26.7)		4 (26.7)		3 (20.0)		4 (26.7)			
Hygiëne			7 (46.7)		3 (20.0)		4 (26.7)		1 (6.7)			
Vermijden gevaar	2 (13.3)				2 (13.3)		4 (26.7)		5 (33.3)		2 (13.3)	
Communicatie					3 (20.0)		4 (26.7)		7 (46.7)		1 (6.7)	
Contact met anderen	1 (6.7)		3 (20.0)		5 (33.3)		2 (13.3)		3 (20.0)		1 (6.7)	
Waarde en normbesef	3 (20.0)		3 (20.0)				2 (13.3)		6 (40.0)		1 (6.7)	
Dagelijkse activiteiten	1 (6.7)		1 (6.7)		6 (40.0)		1 (6.7)		5 (33.3)		1 (6.7)	
Recreatieve activiteiten	1 (6.7)		5 (33.3)		1 (6.7)		3 (20.0)		4 (26.7)		1 (6.7)	
Leervermogen	1 (6.7)		4 (26.7)		4 (26.7)		4 (26.7)		2 (13.3)			
Samenvatting	2 (13.3)		3 (20.0)		7 (46.7)		2 (13.3)		1 (6.7)			