

Varen op ervaringen

Van zorgvragers, mantelzorgers en zorgverleners in geriatrische revalidatie (GRZ), eerstelijnsverblijf (ELV) en geneeskundige zorg voor specifieke patientgroepen (GZSP)



Bijlagen

In opdracht van ZonMw en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport

Programma Beter Thuis

Januari 2021



Bijlage 1

Literatuuroverzicht



Bijlage 1: Literatuuroverzicht

Deze bijlage bevat de uitwerking van Fase 1 de opdracht “Algemene inventarisatie van ervaringen (organisatie en inhoud) onder zorgvragers, mantelzorgers en zorgverleners binnen de GRZ, het ELV en de GZSP”. In deze bijlage volgen de resultaten van onze literatuurverkenning naar de zorgvormen binnen Beter Thuis gericht op ouderen. Op basis van de aanbevelingen uit deze literatuurverkenning hebben we fase 2 en 3 van deze opdracht vormgegeven. Waar aanbevelingen buiten de scope van deze opdracht voor Beter Thuis vallen, zijn ze verwerkt in aanbevelingen voor de verdere programmering van Beter Thuis (fase 4).

Leeswijzer

1. Beschrijving van de verwerkte rapporten
2. Bevindingen per fase van de cliëntreis
3. Conclusies en aanbevelingen voor dataverzameling

1. Beschrijving van de verwerkte rapporten

Algemeen

NIVEL #1 (2018)¹: Kwalitatief onderzoek middels interviews en focusgroepen met zorgvragers en professionals over kwaliteit van leven thuis. NIVEL hield hiervoor in 2018 twee focusgroepen met ouderen en hun mantelzorgers over kwaliteit van leven thuis. Daarnaast hielden zij een focusgroep met wijkverpleegkundigen, huisartsen en zes specialisten ouderengeneeskunde (SO).

NIVEL #2 (2020)²: Kwalitatief onderzoek met als hoofdvraag: wat zijn opvattingen, ervaringen en (ondersteunings-)behoeften van zorgverleners, zorgvragers en zorgverzekeraars rondom tijd voor samen beslissen? Middels interviews met 14 zorgvragers, 17 zorgverleners en 4 zorgverzekeraars zijn de ervaringen inzichten van deze stakeholders onderzocht. Daarnaast is aan de hand van bestudering van 69 publicaties van onderzoek inzicht verkregen in de situaties waarin tijd voor samen beslissen aan de orde is en de oplossingen die geboden worden om effectief met tijd om te gaan.

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ)

Zorgvragersfederatie Nederland (2012)³: Het betreft een rapport dat beschrijft wat zorgvragers en mantelzorgers belangrijk vinden bij geriatrische revalidatiezorg. De interviews zijn gehouden met zorgvragers en mantelzorgers uit “proeftuinen”, die vernieuwende zorg aanbieden op het gebied van GRZ. Er werd gesproken met 33 zorgvragers en 9 mantelzorgers.

Beunder et al. (2015)⁴: Betreft een kwalitatief onderzoek waarbij interviews werden gehouden met twintig zorgvragers en hun partners. De zorgvragers hadden een leeftijd tussen 40-89 jaar. Zij hadden een klinisch of poliklinisch revalidatietraject doorlopen in verband met een doorgemaakt CVA. Het doel was om inzicht te verkrijgen in de behoefte aan nazorg na het afronden van de revalidatie.

SINGER (2013)^{5,6}: Prospectieve studie naar de effecten van de implementatie van een nationaal programma om de kwaliteit van geriatrische revalidatie te verbeteren met drie opeenvolgende cohorten (start van het programma, na 6 maanden en na 12 maanden). Verdeeld over de cohorten hebben 521 zorgvragers en 319 mantelzorgers een vragenlijst ingevuld over hun ervaringen met het revalidatietraject. Ook hun behandelend specialist ouderengeneeskunde en fysiotherapeut werden gevraagd een vragenlijst in te vullen.

Van Dam et al. (2016)⁷: In deze bron is dezelfde data gebruikt als in het artikel van De Vos et al. (2017).

Everink et al. (2017)⁸: Betreft een procesevaluatie van een zorgpad in de GRZ met het doel de communicatie, triage en transfer van zorgvragers tussen ziekenhuis, revalidatieafdeling en eerstelijnszorg te verbeteren. In totaal deden 113 zorgvragers, 37 mantelzorgers en 19 zorgmedewerkers mee aan de studie.

De Vos et al. (2017)⁹: Onderzoek onder zorgvragers, mantelzorgers, verpleegkundigen en teamleiders in drie GRZ instellingen, waarbij gebruik werd gemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden. Het kwantitatieve betrof het afnemen van vragenlijsten onder 20 zorgvragers, 16 mantelzorgers, 45 verpleegkundigen en 4 teamleiders. Voor het kwalitatieve deel werden interviews gehouden met 10 zorgvragers, 3 mantelzorgers, 6 verpleegkundigen en 3 teamleiders.

Facit (2018)¹⁰: Betreft een zorgvragersraadpleging onder 185 zorgvragers van drie GRZ-instellingen van één organisatie in Noord-Holland. Er werd gebruikgemaakt van een vragenlijst opgesteld door Facit, gebaseerd op de CQ-index Revalidatiecentra. Tevens wordt in dit rapport als spiegelinformatie het totaal weergegeven van alle raadplegingen uitgevoerd door Facit bij andere GRZ instellingen (n = 1977).

Pol et al. (2019)¹¹: Kwalitatief onderzoek onder 19 zorgvragers van zes GRZ instellingen, die een revalidatietraject hadden doorlopen na een heupfractuur. Het doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in welke factoren zorgvragers het meest bijdragend vinden aan hun herstel.

Eerstelijnsverblijf (ELV)

Significant #1 (2016)¹²: Betreft een eerste verkenning naar de invoering van het ELV. Er werden drie expertbijeenkomsten gehouden met aanbieders en professionals van het ELV, ziekenhuizen/medisch specialisten, huisartsen, wijkverpleging, zorgkantoren, zorgverzekeraars, uitvoeringsorganisaties en het ministerie van VWS.

MIND (2017)¹³: Door het MIND platform en de Patiëntenfederatie zijn 28 deelnemers geïnterviewd. 20 waren zelf opgenomen geweest in het ELV, bij 8 was een naaste opgenomen geweest. Zij hadden een leeftijd van 43-93 jaar oud, waarbij de voorliggende problematiek met name in de as van mentale gezondheid leek te liggen (onder andere automutilatie, autisme, bipolaire stoornis).

Significant #2 (2018)¹⁴: Een vervolgonderzoek door op het rapport uit 2018 waarbij zij twee focusgroepen hebben gehouden met diverse partijen uit de ELV-keten en telefonische interviews met 13 aanbieders van ELV van verschillende grootte, lokalisatie en type ELV (laag, hoog en palliatief). Zij hebben bij 6 aanbieders de resultaten van de focusgroepen besproken voor duiding. Daarnaast spraken zij ook met 4 zorgvragers uit het ELV.

Vilans (2018)¹⁵: 8 interviews gehouden met zorgprofessionals over voorbeelden van interventies of samenwerkingen om oudere zorgvragers niet onnodig te verplaatsen in laatste fase van hun leven.

Amsterdam UMC (2018): Betreft niet-gepubliceerd mixed methods-onderzoek naar de ervaringen van zorgvragers met het ELV. De focus lag op hun ervaring tijdens het ELV, en waar mogelijk en haalbaar werd ook de periode na het ELV besproken binnen twee weken na ontslag. Er zijn 13 semi-structureerde interviews afgenomen en 11 gestructureerde vragenlijsten. De zorgvragers waren tussen de 64 en 94 jaar oud en verbleven op 6 verschillende ELV-locaties in 5 verschillende stadsdelen in Amsterdam. 85% verbleef in ELV hoog-complex en 15% in ELV laag-complex. Deze zorgvragers werd gevraagd naar de zorg vóór hun ELV-opname (en eventuele ziekenhuisopname); zij kregen gemiddeld voor opname 3 uur thuiszorg per week. Hoog-complex zorgvragers kregen voor opname veel hulp van mantelzorgers (54 uur per week).

De Groot en Vreeburg (2018)¹⁶: Beschrijving van knelpunten in triage naar kortdurende zorg beschreven tijdens scholingsbijeenkomsten 'triage voor kortdurende zorg'. Deelnemers kwamen uit acht ziekenhuisregio's uit Noord-Holland, Zuid Holland, Overijssel, Friesland en Limburg en hadden 25-35 deelnemers. Dit betrof specialisten ouderengeneeskunde, transferverpleegkundigen, geriateren, huisartsen en verpleegkundigen.

Specialist ouderengeneeskunde (SO) in de 1e lijn

Kwetsbaarheid omarmd (2017)¹⁷: Kwalitatief onderzoek waarbij 6 SO's zijn geïnterviewd. Zij zijn werkzaam binnen het SamenOud-project. Dit project omvat ouderenzorg teams onder leiding van de huisarts in Groningen en Drenthe vanaf 2012. De SO is onderdeel van het team en geeft advies op het gebied van multimorbiditeit en polyfarmacie.

Q-consult, Quickscan (2019)¹⁸: Weergave van resultaten van onderzoek op het gebied van de drie zorgvormen GRZ, ELV en AGZ, de voorloper van GZSP. Dit hebben zij gedaan door middel van

literatuuronderzoek en input van een expertgroep met twee experts op het gebied van geriatrische revalidatie en/of ouderenzorg.

Kroes et al. (2020)¹⁹: Kwalitatief onderzoek met zorgorganisaties aangesloten bij het Universitair Netwerk Ouderenzorg UNO-VUmc die een succesvol samenwerkingsverband voor thuiswonende kwetsbare ouderen aandroegen. Er waren onder andere 4 semi-gestructureerde interviews gehouden met personen die betrokken waren bij het samenwerkingsverband tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Het betreft samenwerkingsverbanden waarbij de SO onderdeel van het team is en advies geeft of in consult wordt gevraagd door de huisarts en vervolgens bezoeken aan huis verricht.

Quickscan 2020¹⁸: Er is in 2020 door Nederlandse Zorgautoriteit een Quickscan uitgevoerd om het inkoop- en contracteringsproces van GZSP in kaart te brengen. Hierbij zijn zorgaanbieders geïnterviewd.

Ronde et al. (2020)²⁰: Evaluatie van de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (UPO): deze praktijk maakt deskundigheid van de SO beschikbaar in de eerstelijnszorg door een nauwe en laagdrempelige samenwerking tussen de SO en de huisartsenpraktijk. In dit mixed-methods onderzoek is gekeken naar kenmerken van gebruikers, geleverde zorg, kosten en ervaringen van 22 stakeholders. Dit onderzoek hebben wij ter inzage gekregen, publicatie volgt.

Groeps- en dagbehandeling

Significant #3²¹: In 2018 is er door Significant onderzoek gedaan naar de ervaringen van de tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling, waar dagbehandelingen onder vielen. Hierbij zijn er interviews met zorgvragers, zorgaanbieders, professionals, zorgkantoren, Zorginstituut Nederland en Centrum Indicatiestelling Zorg. Daarnaast is er een focusgroep gehouden met verschillende stakeholders.

Significant #4²²: In 2019 heeft Significant het groepsgewijze aanbod van dagbehandeling bij verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties onderzocht door middel van praktijkobservaties, wat vervolgens getoetst is in een focusgroep met zorgaanbieders en professionals.

Internationale literatuur

Van Balen et al. (2019)²³: In een Delphi studie werden 33 experts op het gebied van GRZ uit 18 Europese landen gevraagd te reageren op 68 stellingen.

Grund et al. #1 (2020)²⁴: Alle leden van de European Geriatric Medicine Society (EuGMS) werd gevraagd een vragenlijst in te vullen over hoe de GRZ in het betreffende land georganiseerd was.

Grund et al. #2 (2020)²⁵: Met behulp van bovenstaande studies (Van Balen et al.(2019) en Grund et. Al (2020)) werd door 11 deskundigen uit 5 Europese landen een consensus statement opgesteld.

Intermediate care NHS. (2017)²⁶: In het Verenigd Koninkrijk bestaat sinds 2000 'intermediate care'. Deze vorm van zorg is erop gericht om ziekenhuisopnames te voorkomen of te verkorten en kent een aantal vormen: home-based, bed-based en reablement. Hieronder vallen zorgvormen die vergelijkbaar zijn in Nederland met thuiszorg, ELV en GRZ. Er wordt een jaarlijkse audit gedaan, waarvan de uitgebreide rapportage beschikbaar is van 2017 (van latere jaren moet nog uitgebracht worden). Hier worden naast uitkomsten zoals ontslag naar huis en lichamelijk functioneren ook patiëntervaringen meegenomen. Bij de audit van 2017 hebben ruim 12.000 gebruikers een vragenlijst beantwoord (response rate 50%) en zijn er Patient Related Experience Measures (PREM) afgenomen door de instellingen (response rate 20%). Het betrof open en gesloten vragenlijsten.

2. Bevindingen per fase van de cliëntreis

In dit hoofdstuk worden de bekende ervaringen van zorgvragers en hun mantelzorgers, en zorgverleners beschreven aan de hand van de verschillende fases van de cliëntreis zoals toegelicht in het rapport.

Fase thuis: kwaliteit van leven, advance care planning en behandeling door de specialist ouderengeneeskunde

De ouderen in het NIVEL#1-onderzoek beschrijven dat kwaliteit van leven thuis uit de volgende onderdelen bestaat: lichamelijke en geestelijke gezondheid, sociale contacten, de controle over hun eigen leven te kunnen houden en dingen kunnen doen die belangrijk voor hen zijn. Voorwaarden om dit te realiseren voor ouderen zijn geschikte woningen, voldoende financiële middelen, mobiliteit en mentale veerkracht.

Bij het onderzoek van NIVEL#1 geven huisartsen aan het vaak niet makkelijk te vinden om te achterhalen wat belangrijk is voor ouderen en geven aan dat dit niet altijd eenduidig wordt uitgesproken door ouderen. Het gaat vaak om een wankel evenwicht over medisch, psychisch en sociaal domein waarbij een kleine oorzaak al voor verstoring kan zorgen. Een huisarts bij de interviews van Vilans illustreerde bovenstaande door te benoemen dat de grootste kwetsbaarheid zit in een zorgvrager met dementie waar het lang thuis goed gaat tot er iets gebeurt waardoor dat niet meer zo is.

De specialisten ouderengeneeskunde bij het NIVEL#1 onderzoek vinden het daarom noodzakelijk is dat de situatie van ouderen op alle domeinen-integraal goed in kaart is – en blijft worden- gebracht. Kwaliteit van leven is erg individueel en advance care planning is nodig om te zien welke behoefte en wensen centraal staan bij zorgvragers. Deze zorg dient dan multidisciplinair gecoördineerd te worden. Dit wordt onderschreven door de interviews uit ‘Kwetsbaarheid omarmd’ en van Kroese et al. (2020). De interviews van Vilans beschrijven dat een SO voor rust kan zorgen in een crisissituatie en onnodige verplaatsingen kan voorkomen. Ook kan dit een zorgvrager in een eerder stadium voorbereiden op de WLZ. In het NIVEL#2 onderzoek wordt gezien dat zorgvragers graag meer contacttijd willen met hun zorgverlener om samen tot beslissingen rondom zorg te komen, terwijl zorgverleners en zorgverzekeraars vooral voorbereidingstijd en wachttijd beter willen benutten door inzet van keuzehulp. Dit is echter wel context-afhankelijk en zorgverleners geven aan dat vooral zorgvragers met beperkte gezondheidsvaardigheden, ernstig zieken en ouderen meer contacttijd nodig hebben. Investeren in deze randvoorwaarden is van groot belang. Daarnaast wordt beschreven dat besluitvorming een continu en herhaaldelijk proces in plaats van een eenmalig gebeuren.

De interviews van Kroese et al. (2020) beschrijven dat het samenwerkingsverband tussen huisartsen en SO's leidt tot ontwikkeling in probleemherkenning en efficiënt en anticiperend werken. Succesfactoren voor het samenwerkingsverband zijn het laagdrempelig contact tussen huisarts en SO en het kunnen rapporteren in één systeem, waardoor er minder miscommunicatie is. Knelpunten die in de interviews naar voren komen zijn het tekort aan SO's in de eerste lijn, gebrek aan tijd en wisselende interesses over de samenwerking. In de Quicksan 2020 komt tevens naar voren dat zorgaanbieders niet ervaren dat het inzetten van SO's in de eerste lijn wordt gestimuleerd met de huidige contractering van GZSP.

De evaluatie van de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (UPO) van het Amsterdam UMC, locatie VUMC beschrijft dat de inzet van de SO in de eerstelijns in een behoefte van huisartsen voorziet. Zorgvragers en mantelzorgers waren tevreden over de geleverde zorg en voelden zich gesteund en opgelucht dat de zorgvrager grondig onderzocht wordt door een SO en passende zorg krijgt. Ook huisartsen en praktijkondersteuners voelden zich ontlast door de UPO en ervaren ruggeleuning door een multidisciplinair overleg (MDO). Ook de mogelijkheid tot een kortdurende opname op de transferafdeling voor een observatieperiode werd als positief ervaren. Wel wilden

huisartsen meer duidelijkheid wanneer ze konden verwijzen en hoe specifiek de verwijsvraag moet zijn. Daarnaast was er nog verbetering mogelijk in de afstemming tussen wie welke taken op zich neemt bij een medebehandeling. De zorgvragers en mantelzorgers zouden ook graag meer informatie willen over wat de UPO inhoudt en wat een huisbezoek voor hen kan betekenen. Hiermee worden verkeerde verwachtingen voorkomen. Voor zorgvragers en naasten voelt de gehele gezondheidszorg soms als 'het doolhof van zorg in Nederland' met gebrek aan continuïteit en onderlinge samenwerking. Mantelzorgers zouden graag meer betrokken worden en een individueel gesprek hebben waarin zij aanvullende informatie kunnen geven. Ook zouden zij graag een handreiking willen zoals een folder met extra toelichting.

Naast de inzet van de SO in de eerste lijn, kunnen dagbehandelingen bijdragen aan het voorkomen of uitstellen van intramurale opname. Uit de interviews en focusgroep van Significant 2018 komt naar voren dat het snel kunnen inzetten van dagbehandeling belangrijk is voor de doelmatigheid. Betrokkenen ondervinden hier echter een knelpunt, omdat de aanvraag en indicatiestelling lang duurt. Het Centrum Indicatiestelling voor de Zorg heeft namelijk zes weken de tijd om een indicatiebesluit af te geven, waardoor dagbehandeling niet meteen kan worden ingezet wanneer dat nodig is. Inmiddels is deze zorg overgeheveld naar de Zvw en is dit knelpunt niet meer van toepassing. Verder is vervoer een belangrijke factor om deel te kunnen nemen aan de dagbehandeling. Ook hierin ondervonden betrokkenen een knelpunt. Volgens zorgaanbieders waren de kosten voor vervoer namelijk niet goed gedekt. Per 2021 wordt een deel van het vervoer naar de dagbehandeling die onder GZSP valt vergoed onder het basispakket binnen de Zvw, waarmee dit knelpunt mogelijk is opgelost. Mede door dit eerdere knelpunt van kostendekkendheid werd dagbehandeling in dagdelen aangeboden, zodat zorgvragers gelijktijdig vervoerd kunnen worden. Dit belemmert echter de flexibiliteit van het inzetten van dagbehandeling, wat voor sommige zorgvragers wel wenselijk is. Volgens de focusgroep van Significant 2019 draagt het groepsgewijze aanbod bij aan de effectiviteit van dagbehandeling, omdat zorgvragers veel leren van de interactie met andere zorgvragers. Verder komt er uit zowel de interviews van Significant 2018 als de focusgroepen van Significant 2018 & 2019 naar voren dat een multidisciplinaire team van belang is voor het succes van dagbehandelingen, omdat er vanuit een integrale blik kan worden gekeken naar zorgvragers. De meerwaarde hiervan is dat er makkelijk tussen verschillende disciplines geschakeld kan worden, wat bijdraagt aan effectieve behandeling. Een tekort aan behandelaren is hierbij een belemmerende factor.

Fase aanmelding voor GRZ en ELV: indicatiestelling, wachttijd na aanmelding, transitie vanuit ziekenhuis

Indicatiestelling

Het ELV wordt in de interviews van NIVEL#1 door de wijkverpleging gezien als een goede tussenoplossing wanneer er thuis tijdelijk 24 uren zorg nodig is. Bij Vilans en Significant werd benoemd dat zorgvragers die worden aangemeld hoogcomplexere problemen hebben. Huisartsen ervaren de zorgvragersregelgeving en indicatiestelling als moeilijk. De strikte indicatiestelling van verpleeghuizen met lange wachttijden heeft gemaakt dat ELV een nieuwe mogelijkheid heeft gemaakt om voor een Wlz-bed in aanmerking te komen. Door de sluiting van de verzorgingshuizen vallen zorgvragers tussen wal en schip: er is verkeerdbedproblematiek in de ziekenhuizen door zorgvragers die te slecht zijn voor GRZ en te dicht tegen de Wlz aan zitten. Verder wordt in beide rapporten van Significant aanbevolen dat het ELV in samenhang gezien moet worden met andere zorgdomeinen omdat het ELV een zorgvorm is die in keten ligt met andere zorgvormen. Er bleek dat in deze domeinen de belangen niet overal gelijk zijn en dat het belangrijk is dat professionals genoeg kennis hebben van de organisatie van zorg op regionaal niveau en dat ook regionale ketenafspraken nodig zijn. Verder werden in het rapport aanbevelingen gedaan op welke manier middels monitoring de kwalitatieve resultaten te kwantificeren voor een beter inzicht in het te verwachten zorggebruik op regionaal en landelijk niveau. De zorgverleners benoemden echter dat er twee jaar later nog steeds onvoldoende samenhang was in de keten inclusief het opplussen van acute verzorging en

verpleging thuis. Dit maakt dat zorgvragers opgenomen worden in het ELV, terwijl zorg op een andere plek beter zou passen. Een verbreed regionaal coördinatiepunt van verschillende zorgvormen waarin de verschillende zorgaanbieders samenwerken en mogelijkheid tot consultatie van een SO zou het passender benutten van ELV-bedden (en andere zorg) mogelijk moeten maken.

Uit de interviews van MIND kwam naar voren dat zorgvragers zelf een passende keuze willen kunnen maken voor een opname en hier de juiste informatie en tijd voor krijgen. De opname moet aansluiten bij persoonlijke behoeften.

De scholingsavonden van 'triage voor kortdurende zorg' gaven aan dat er nog veel variatie is tussen beoordelaars in de triage en dat vooral triage bij psychogeriatrische problematiek als meest urgent werd ervaren. De triage dient vaak onder tijdsdruk plaats te vinden en er is niet altijd de beschikking over een SO. Er lijkt vaak triage plaats te vinden aan de hand van een beschikbaar bed en niet op basis van de zorgvraag. Triage voor de volgende specifieke groepen werd als lastig ervaren: beroerte, oncologie, vanuit de thuissituatie en bij electieve opnames. Als triage-overstijgende problemen werden het tekort aan Wlz-capaciteit, onduidelijkheid rondom Wmo-voorzieningen zoals respijtzorg en logeerbedden, en het ontbreken van opnamemogelijkheden met psychiatrische of verslavingsproblematiek weergegeven. Verder worden er belemmeringen ervaren binnen de regelgeving wat het moeilijk maakte om een indicatie van ELV naar GRZ om te zetten. Een regionaal overzicht van het zorgaanbod werd als wenselijk gezien, zodat er ook samenwerking gezocht kan worden en er actuele informatie is over de beschikbaarheid van opnamecapaciteit (Vreeburg, NtvOG 2019). In deze zelfde lijn komt uit de Quickscan 2019 naar voren dat er behoefte is om richtlijnen/ hulpwijzers voor triage te ontwikkelen in samenhang met de inzet van observatie- en diagnostiekbedden, omdat dit meer tijd biedt voor een goede triage.

Wachttijd na aanmelding

Zorgvragers die aangemeld zijn voor de GRZ vinden het belangrijk om zo snel mogelijk vanuit het ziekenhuis naar de GRZ-instelling te gaan. Bij een lange wachttijd spenderen zij onnodig veel tijd in het ziekenhuis waar weinig aandacht is voor revalidatie, met meer verlies van conditie als gevolg. Ook meerdere verplaatsingen tussen ziekenhuis en andere instellingen ervoeren zorgvragers en mantelzorgers als onprettig (Zorgvragersfederatie).

Voor het ELV geven huisartsen aan dat het ELV een belangrijke voorziening is wanneer ouderen het thuis niet redden, maar dat het per regio verschilt of de opnamemogelijkheid goed geregeld is (NIVEL#1). Echter, zorgvragers die aangemeld werden voor het ELV in Amsterdam merken de moeilijkheden rondom de aanmelding niet op: zij noemden dit onderdeel van de cliëntreis nauwelijks, gaven aan dat het soepel ging en beoordeelden het opnameproces in de vragenlijst als één van de meest positieve onderdelen (rapportcijfer 8.4).

Transitie van ziekenhuis naar GRZ

Zorgvragers en mantelzorgers vinden dat zij vanuit het ziekenhuis onvoldoende informatie kregen over GRZ, waardoor zij met verkeerde verwachtingen aan de revalidatie begonnen. (De Vos et al. (2017) Zorgvragers vinden het belangrijk om te weten wat hun herstelmogelijkheden zijn. Verpleegkundigen geven aan dat het belangrijk is om tijdig een eenduidige en juiste verpleegkundige en medische overdracht te ontvangen, zodat alle betrokkenen op één lijn zitten. Zij geven aan dat dit in de praktijk wisselend is.

Het SINGER onderzoek laat zien dat 85% van de specialisten ouderengeneeskunde de begeleiding van de zorgvrager in de overgang van ziekenhuis naar GRZ als 'goed' of 'uitstekend' beoordeelde. Onder de zorgvragers en mantelzorgers was dit respectievelijk 62% en 47%.

Fase opname in GRZ en ELV: eerste opvang, betrekken bij behandelplan en ontslagdatum

Eerste opvang

Zorgvragers en mantelzorgers vinden dat er bij opname bij GRZ te veel informatie in één keer wordt gegeven. Ook zou er bij opname meer aandacht moeten zijn voor de nieuwe zorgvragers, omdat zij de afdeling nog niet kennen (Van Dam et al. (2016)). In een zorgvragersraadpleging van Facit gaf 87% van de respondenten aan dat de meeste medewerkers genoeg tijd voor hen hadden bij opname. Ook voelde het grootste deel zich serieus genomen door het personeel en kregen zij een begrijpelijke uitleg. Bij zorgvragers in het ELV lijkt er geen specifieke data te zijn waaruit blijkt hoe zij het opnameproces ervaren.

Opstellen behandelplan

De zorgvragers en mantelzorgers in het onderzoek van De Vos et al. (2017) werden niet betrokken bij het opstellen van de revalidatiedoelen en het behandelplan, zij vinden wel dat zij voldoende op de hoogte waren van de inhoud ervan. Drie van de tien zorgvragers gaf aan dat zij graag zelf een keuze hadden willen maken, anderen vonden zichzelf hier echter niet deskundig genoeg voor. Dit blijkt ook uit het onderzoek van Zorgvragersfederatie Nederland: niet elke zorgvrager wil inspraak hebben in de behandeling. Aanbevolen wordt om bij zorgvragers en mantelzorgers na te gaan in hoeverre zij betrokken willen zijn. Zorgvragers vinden het vooral belangrijk dat nagegaan wordt wat zij willen bereiken met het revalidatietraject. In het onderzoek van Facit werd dit volgens 80% van de zorgvragers met hen besproken.

In het SINGER onderzoek was 65% van de zorgvragers betrokken geweest bij het opstellen van de revalidatiedoelen en 50% van de mantelzorgers. Onder specialisten ouderengeneeskunde gaf 86% aan dat zorgvragers hierbij betrokken werden en 61% dat de mantelzorgers erbij betrokken werden. Onder fysiotherapeuten was dit respectievelijk 70% en 21%.

Vaststellen en communiceren verwachte ontslagdatum

In drie GRZ instellingen van één organisatie werd met 56% van de zorgvragers in de eerste week van opname gesproken over een verwachte ontslagdatum. 81% geeft aan dat er wel duidelijk naar een verwachte ontslagdatum werd toegewerkt. (Facit)

Fase behandeling GRZ en ELV: kwaliteit van zorg, professionele deskundigheid, samen beslissen en communicatie, organisatie van zorgaanbod

Europees consensus statement over GRZ

Gebaseerd op van Balen et al. (2019) en Grund et al. #1 en #2 werd GRZ gedefinieerd als “a multidimensional approach of diagnostic and therapeutic interventions, the purpose of which is to optimise functional capacity, promote activity and preserve functional reserve and social participation in older people with disabling impairments”. Geschikte zorgvragers voor GRZ hebben multimorbiditeit en geriatrische syndromen en de potentie om functioneel te verbeteren, waarbij geen leeftijdsgrens aangehouden moet worden. De zorg wordt geleverd door een multidisciplinair team onder leiding van een arts gespecialiseerd in GRZ. Het is van belang om richtlijnen te ontwikkelen en tot overeenstemming te komen over het gebruik van uitkomstmaten. Het revalidatietraject moet zo snel mogelijk gestart worden na een acuut incident. Tijdens het traject moet gebruik gemaakt worden van een CGA en revalidatiedoelen, welke geëvalueerd worden met het team. Personeel werkzaam in de GRZ moeten gespecialiseerde scholing krijgen om specifieke competenties te ontwikkelen. Het consensus statement dient als startpunt om de geriatrische revalidatiezorg in Europa verder te ontwikkelen.

Een dergelijke consensus statement Europees bestaat nog niet voor intermediate care gelijkend op het eerstelijnsverblijf.

Ervaren kwaliteit van zorg

Zorgvragers in de studie van Everink et al. (2017) geven aan meer tevreden te zijn over de kwaliteit van zorg in de GRZ dan hun mantelzorgers. Van de zorgvragers beoordeelde 84% de ontvangen zorg als goed/uitstekend en vond 85% dat zij goede of uitstekende resultaten hadden behaald. Onder de mantelzorgers was dit respectievelijk 64% en 72%.

Vanuit de vragenlijsten bleek een gemiddeld rapportcijfer over de tevredenheid met de zorg in het ELV in het algemeen een 8.5, waarbij een 10 zou duiden op maximale tevredenheid. (Amsterdam UMC) Echter bij doorvragen waren zorgvragers vaak negatiever dan de score van de vragenlijst doet vermoeden: vooral de houding van het personeel wordt als belangrijk ervaren. Dit komt ook terug in het Verenigd Koninkrijk: bij de open vragenlijsten uit de nationale audit van de bed-based services (gelijkend aan ELV) kwam als belangrijkste positieve ervaring de houding en behandeling door medewerkers.

Verder zijn er in de Quicksan van 2019 algemene uitspraken gedaan over de zorgvormen GRZ, ELV en aanvullende geneeskundige zorg (AGZ). AGZ is de voorloper van de GZSP. Hierin wordt beschreven dat er veel overlap is in de doelgroepen die gebruik maken van de zorgvormen GRZ, ELV. Er is behoefte naar een kwaliteitskader voor de zorg binnen deze drie zorgvormen, met name op het gebied van leren en verbeteren van kwaliteit. Er komt echter naar voren dat initiatieven voor het verbeteren van de kwaliteit van deze drie zorgvormen weinig vanuit een integrale blik gebeurt. Er zijn geen geïntegreerde kwaliteitsinstrumenten voor de drie zorgvormen. Verder zijn kwaliteitsdocumentaties voor de individuele zorgvormen beperkt openbaar beschikbaar en zijn deze voor ELV en AGZ überhaupt beperkt beschikbaar, terwijl hier wel behoefte naar is. Daarom wordt er in dit rapport aanbevolen om goede beschrijvingen van goede zorg te ontwikkelen op landelijk niveau.

Professionele deskundigheid

Zorgvragers in GRZ vinden het belangrijk dat het personeel kundig is en in staat om veranderingen op te merken. Ook kan de aanwezigheid van een expertteam, bijvoorbeeld op het gebied van Parkinson of CVA, een factor zijn in de keuze voor een bepaalde GRZ-instelling. (Zorgvragersfederatie Nederland)

Verpleegkundigen willen graag gerichte scholing krijgen over kwetsbare ouderen en interdisciplinaire samenwerking, om het revalidatieproces beter te kunnen begeleiden. (De Vos et al. (2017))

Zorgvragers opgenomen in het ELV in Amsterdam scoorden de ervaring en motivatie van verpleegkundigen en verzorgenden (7.9) hoog. Lagere scores werden gegeven aan de ervaring en motivatie van artsen in het ELV (7.0 met een range van 0.0 tot 9.0) (Amsterdam UMC)

Een stabiel team is dat liefdevolle zorg geeft wordt als belangrijk ervaren. (Significant 2) Verder moet de kwaliteit van zorg gegarandeerd zijn zoals afdoende medewerkers en goede signalering. Een vast aanspreekpunt werd ook benoemd. (MIND)

Zorgvragers opgenomen in het ELV in Amsterdam vonden dat er meer personeel ingezet moet worden, zodat zorgvragers sneller geholpen kunnen worden als zij dit nodig hebben. Zo neemt het gevoel van persoonlijke aandacht en bereikbaarheid van het personeel toe. Dit is één van de belangrijkste componenten waardoor de zorgvrager zich veilig voelt in het ELV.

Betrokkenheid zorgvrager bij behandeling en gedeelde besluitvorming in GRZ en ELV

Vier van de tien zorgvragers in het onderzoek van De Vos et al. (2017) vinden dat zij onvoldoende werden ingelicht over de voortgang van hun revalidatie in de GRZ. Verpleegkundigen geven aan dat zij zorgvragers niet actief op de hoogte houden om te voorkomen dat zorgvragers zich te veel vasthouden aan hun uitspraken. Zij vinden echter wel dat zorgvragers van de Eerste Verantwoordelijke Verpleegkundige (EVV) voldoende informatie krijgen. Uit het onderzoek van

Everink et al. (2017) blijkt dat de zorgvragers meer tevreden zijn over hun betrokkenheid bij de behandeling dan de mantelzorgers. 77% van de zorgvragers gaf aan dit goed/uitstekend te vinden. Van de mantelzorgers vond 31% dit goed/uitstekend en 42% vond het voldoende. Hetzelfde werd gezien bij de informatievoorziening, waarbij 76% van de zorgvragers dit goed/uitstekend vond 40% van de mantelzorgers.

Ook zorgvragers in het ELV hebben graag dat er een duidelijk behandelplan is voor wat hen te wachten staat. (Significant #2) Vanuit de interviews met zorgvragers uit het ELV in Amsterdam kwam naar voren dat zorgvragers het volgende belangrijk vinden: respect voor autonomie (eigen regie) binnen het ELV, de mogelijkheid om zelf dingen te ondernemen binnen en rond de ELV-locatie. Goede registratie en toelichting bij medicatiegebruik en/of –toediening, zorgvuldige uitleg bij behandelingen en procedures. Verder vinden zij dat er meer aandacht moet zijn voor de communicatie tussen de medewerkers en de patiënt. Dit heeft betrekking op informatie over de behandeling en medicatie, praktische gang van zaken in het ELV. Daarnaast gaat het verbeteren van communicatie ook over prettige bejegening naar de zorgvrager toe en het “samen kunnen beslissen”. Een goede bejegening naar familie en andere bezoekers werd ook benoemd.

Bovenstaande thema van samen beslissen en goede communicatie over de behandeling naar de zorgvrager worden onderschreven door het internationale rapport van de NHS. (NHS intermediate care)

Communicatie met mantelzorger GRZ

Mantelzorgers geven aan dat zij onvoldoende op de hoogte werden gehouden van de voortgang van de behandeling. Als reden werd gegeven dat zij niet wisten bij wie zij terecht konden. Medewerkers zijn van mening dat mantelzorgers soms op onhandige momenten met vragen komen, wat kan leiden tot tijdgebrek. (De Vos et al. (2017)) In interviews met mantelzorgers door Van Dam et al. (2016) wordt geopperd om een vragenuurtje in te lassen, om zo de communicatie met mantelzorgers te verbeteren.

Rekening houden met andere belangrijke gebeurtenissen

Zorgvragers en mantelzorgers geven in de interviews van De Vos et al. (2017) aan dat er geen rekening wordt gehouden met andere belangrijke gebeurtenissen in het leven van de revalidant, echter heeft ook niet elke revalidant hier behoefte aan. Enkele zorgvragers gaven aan dat er, indien nodig, een maatschappelijk werker of psycholoog beschikbaar was. Verpleegkundigen waren van mening dat zij voldoende aandacht besteedden aan andere belangrijke gebeurtenissen in het leven van de zorgvragers.

Interdisciplinaire samenwerking en communicatie GRZ

De meeste zorgvragers zijn van mening dat alle disciplines op de hoogte zijn van de behandeling en voortgang. Verpleegkundigen geven daarentegen aan dat de interdisciplinaire communicatie beter kan, met name van arts naar verpleegkundige. Ook de dossiers moeten beter worden bijgewerkt en gelezen (De Vos et al. (2017)). Voor het ELV is op dit thema geen onderzoek gevonden, wel zouden de ongepubliceerde interviews van Amsterdam UMC (2018) met zorgverleners hier inzicht in kunnen geven na heranalyse. Dit is meegenomen in de aanbevelingen in hoofdstuk 3.

Cliëntgebonden factoren GRZ

Volgens verpleegkundigen in het onderzoek van De Vos et al. (2017) zijn onvoldoende motivatie en zwakke conditie van de zorgvrager belangrijke belemmerende factoren in de revalidatie. In het onderzoek van Pol et al. (2019) benoemden ook zorgvragers zelf hun eigen motivatie en positieve instelling als belangrijke bijdragende factoren in hun herstel. Ook het contact met mede-revalidanten vonden zij behulpzaam.

Zowel uit het onderzoek van De Vos et al. (2017) en van Zorgvragersfederatie Nederland blijkt dat zorgvragers niet altijd op de hoogte zijn dat het zelfstandig uitvoeren van activiteiten, zoals zichzelf wassen of eten klaarmaken, onderdeel is van de revalidatie en dat zij daardoor het gevoel hebben dat er niet continu aan hun herstel wordt gewerkt. Zorgvragers veronderstellen dat alleen de fysiotherapie bij hun revalidatie hoort. Dit kan leiden tot minder goede inzet op de afdeling. Dit is een thema waarvan wij nog niet weten hoe dit speelt binnen het ELV. Wel zouden de ongepubliceerde interviews van Amsterdam UMC (2018) met zorgverleners hier inzicht in kunnen geven na heranalyse.

Inrichting van de afdeling en contact met andere zorgvragers

Zorgvragers in ELV vinden aanspraak van andere zorgvragers, vrijwilligers en activiteiten belangrijk. Verder willen zorgvragers graag een eigen kamer die goed schoongemaakt wordt (Significant #2 en Amsterdam UMC). Interviews bij MIND wijzen uit dat de afdeling een stimulerende omgeving moet zijn waar mensen geactiveerd worden. Zorgvragers in het ELV in Amsterdam gaven aan dat respect voor autonomie binnen het ELV en de mogelijkheid om zelf dingen te ondernemen binnen en rond de ELV-locatie belangrijk te vinden (Amsterdam UMC).

Clustering van bedden (specialisatie) versus ELV dichtbij huis

In het onderzoek van Significant #2 was er nog geen eenduidig beeld van meerwaarde van ELV dicht bij huis: aan de ene kant is het belangrijk om in de buurt van het netwerk en eigen huisarts te blijven (zeker bij ELV laagcomplex), maar aan de andere kant maakt de problematiek in ELV hoogcomplex dat het meerwaarde heeft om bedden te clusteren zodat personeel specifieke kennis en vaardigheden kunnen ontwikkelen voor passende zorg. Hoe goede zorg in het ELV precies ingericht kan worden konden nog geen conclusie over getrokken worden. De twee aanbevelingen die hier uit volgde waren om onderzoek te doen naar welke zorginzet er gewenst is op welk moment en wat de wenselijkheid is van clustering van ELV-bedden.

Vanuit GRZ is er geen onderzoek naar het clusteren danwel generalistisch aanbieden van alle vormen van revalidatie. Binnen de GRZ is bekend dat zorgverzekeraars vanuit kwaliteitsperspectief clustering van bedden in de inkoopvoorwaarden opnemen, waarbij volumeafspraken worden gemaakt. Waar mogelijk wordt op deze wijze specialisatie van GRZ-zorg nagestreefd. Voor de doelgroep CVA worden doorgaans specifieke (volume)afspraken gemaakt. Als deze specialisatie in bijvoorbeeld dunbevolkte regio's tot grote reisafstand leidt, kan daarvan worden afgeweken om het mogelijk te maken dichtbij huis te revalideren.

Betrokkenheid van de huisarts bij ELV Laag-complex

In het onderzoek van Significant #2 werd beschreven dat huisartsen slechts beperkt betrokken zijn bij zorgvragers in het ELV laagcomplex. Er was echter maar met 1 huisarts een interview gedaan. Dit zou nog verder uitgediept moeten worden. De vierde aanbeveling betrof om rol- en taakverdeling van de SO verder te verduidelijken, vooral omdat huisartsen zoekende zijn naar de wijze hoe de zorg te organiseren in het ELV en er nog onvoldoende inzicht is in de zorg die geleverd wordt in het ELV laagcomplex.

Fase ontslag GRZ/ELV: transitie naar huis

Transitie naar huis

Twee van de drie geïnterviewde mantelzorgers wisten niet hoe en door wie de zorg na de GRZ-opname geregeld werd. Zowel zorgvragers als mantelzorgers waren niet tevreden over de overdracht naar de huisarts en thuiszorg, redenen hiervoor werden niet beschreven (De Vos et al. (2017)).

In het SINGER onderzoek waren respectievelijk 48% en 52% van de zorgvragers en mantelzorgers betrokken in het nemen van een beslissing over de ontslagbestemming na GRZ. Uit het onderzoek

van Zorgvragersfederatie Nederland bleek ook dat zorgvragers en mantelzorgers vaak geen keuze hebben omtrent de zorg na de GRZ-opname. Zorgvragers en mantelzorgers ervaren het “proefverlof” als een prettige voorbereiding op het definitief naar huis gaan. Verder vinden zij het belangrijk om tijdig op de hoogte gesteld te worden van het naderende ontslag, zodat zij de tijd hebben om regelingen te treffen voor hun thuiskomst.

Binnen het ELV vinden zorgvragers ook dat personeel het proces rondom uitplaatsing en ontslag beter kan regelen en de praktische zaken meer bespreken kan met de cliënt. Vooral een goede vastlegging van het medicatiegebruik bij het ontslag werd benoemd. (Amsterdam UMC) Dit wordt onderschreven door de rapporten van NIVEL en MIND.

Fase: nazorg GRZ

Langdurige behoefte aan informatie na CVA

Zorgvragers die een CVA hebben doorgemaakt ervaren na het afronden van het revalidatietraject nog cognitieve, emotionele en fysieke problemen, waarvan zij zich niet realiseren dat dit een gevolg is van het CVA. Zowel zorgvragers als mantelzorgers geven aan dat zij hierover uitleg hadden gewild en adviezen hoe er mee om te gaan. Zij hadden na de revalidatiebehandeling nog eens contact willen hebben met de behandelaar van destijds. Er zijn echter ook zorgvragers en mantelzorgers die aangeven het goed zelf te redden en te weten waar zij informatie kunnen vinden, zonder hulp van buitenaf (Beunder et al. (2015)) .

Problemen worden pas thuis zichtbaar

Een deel van de zorgvragers wijst in eerste instantie nazorg af, maar loopt dan later toch tegen problemen aan. Achteraf denken zorgvragers en mantelzorgers dat de hulp toch zinvol had kunnen zijn. Een zorgvrager geeft aan dat het goed met hem leek te gaan na het afronden van de revalidatie, waardoor er geen behoefte was aan controle. Later ging het toch achteruit, waardoor er toch een zorgbehoefte ontstond (Beunder et al. (2015)).

In het onderzoek naar ELV hebben we geen concrete resultaten gevonden over nazorg na ELV-opname.

Financiering

Vanuit zorgverleners wordt aangegeven dat er binnen het ELV onvoldoende ruimte is om diagnostiek en observatie in te zetten om problemen van een zorgvrager in kaart te brengen, en om passende vervolgzorg te vinden met name bij cognitieve problemen. Er wordt geopperd om de verblijfscomponent van de behandelcomponent los te koppelen in de tariefstelling. (Significant 2, Quicksan 2019) In het rapport van Vilans komt uit de interviews naar voren dat de inzet van de SO in de eerstelijns onvoldoende gefinancierd is ten tijde van de subsidieregeling Extramurale behandeling (Vilans). Dit was voordat deze zorg werd overgeheveld naar de Zvw per 1 januari 2020.

3. Conclusies, en aanbevelingen voor dataverzameling (fase 2)

Vanuit de literatuurverkenning zijn de volgende conclusies te stellen met bijbehorende aanbevelingen voor verder onderzoek. Op basis van deze aanbevelingen hebben we fase 2 en 3 van deze opdracht vormgegeven. Waar aanbevelingen buiten de scope van deze opdracht voor Beter Thuis vallen, zijn ze verwerkt in aanbevelingen voor de verdere programmering van Beter Thuis.

Conclusies

- De thuiswonende kwetsbare ouderen die in aanmerking komen voor GRZ, ELV en/of GZSP verkeren in een wankel evenwicht waarbij een kleine oorzaak al voor verstoring kan zorgen. Belangrijke vraag is wanneer deze doelgroep ouderen door een SO in de eerste lijn gezien moet worden. Vroegtijdig contact met een SO kan de mogelijkheid tot langer thuis wonen bevorderen.
- Er komt in meerdere bronnen ter sprake dat de SO van meerwaarde is in de eerstelijns om een meer centrale rol te spelen in de eerstelijns om de huisarts te ondersteunen in proactieve zorgplanning (advance care planning). Niet opgenomen in deze onderzoeken is hoe de implementatie nu wordt bevorderd of belemmerd vanuit de perspectieven van zorgvragers en SO's.
- Als de SO de expert is voor deze ouderdomsproblematiek dan lijkt het logisch dat de SO ook altijd betrokken is bij een indicering voor opname in de ELV en/of GRZ.
- Zowel voor opname in ELV als GRZ is de transitie niet vlekkeloos geregeld. Wachtlijsten, een tekort aan informatie en beperkt overzicht over opnamemogelijkheden zijn knelpunten die wellicht door een regionaal coördinatiepunt, dat een overzicht biedt van alle beschikbare GRZ- en ELV-bedden, kunnen worden opgelost.
- Na opname in GRZ en/of ELV blijkt dat inspraak van de zorgvrager bij het opstellen van het behandelplan een belangrijk aandachtspunt is wat niet altijd gerealiseerd wordt. Ook over de voortgang van de behandeling lijkt onvoldoende met de zorgvrager te worden gecommuniceerd. Bij zorgvragers in het ELV lijkt er geen specifieke data te zijn waaruit blijkt hoe zij het opnameproces ervaren. Een analyse van ongepubliceerd onderzoek in ELV kan hier meer inzicht in geven.
- De kwaliteit van zorg wordt gezien als belangrijk punt. Zorgvragers lijken tevreden over de geleverde kwaliteit in GRZ. Ook de algemene beoordeling van ervaren kwaliteit van zorg in ELV is positief, maar er komen ook signalen over personeelstekort en te weinig behandeling naar voren. Binnen ELV komt ook het belang van een zorgvuldige bejegening door zorgverleners richting zorgvragers meer als prominent thema naar voren dan binnen de GRZ.
- Interdisciplinaire samenwerking en onderlinge afstemming zijn belangrijke aspecten in zowel GRZ als ELV en worden wisselend ervaren.
- De terugkeer naar huis is een belangrijk transitiemoment waarop de ouderen niet altijd voldoende worden betrokken (communicatie).
- Proefverlof lijkt een mooie stap in voorbereiding op ontslag.
- Continuïteit van behandelaar na opname lijkt meerwaarde te hebben. De inzet van dezelfde SO en andere behandelaars na intramurale behandeling in de eerstelijns kan hierbij een kans zijn. Als SO betrokken blijft kan ook nazorg beter gecoördineerd worden en afgestemd op de vragen van de zorgvragers.

Aanbevelingen

Actueel onderzoek vanwege de ontwikkelingen in tijdelijk verblijf

Overall kan er gesteld worden dat er in de literatuur een aantal aandachtspunten bekend zijn vanuit cliënt-, mantelzorgers- en zorgverlenersperspectief. Wel is de data vanuit de GRZ enigszins gedateerd vanwege alle ontwikkelingen in het tijdelijk verblijf. Zo is er een wisselwerking tussen de introductie van het ELV in 2017 en de ervaringen in de GRZ, omdat zorgvragers op ELV-hoogcomplex mogelijk voor 2017 op de GRZ zouden zijn behandeld. Ook zijn er ontwikkelingen in de indicatiestelling voor GRZ die voorheen altijd door de geriater werden gedaan, en waar nu toebewogen lijkt te worden naar indicatiestelling door de SO. Daarnaast zijn er sinds 2018 per regio regionale coördinatiepunten die de afgelopen 3 jaar zijn doorontwikkeld en nog steeds in transitie zijn. Deze ontwikkelingen hebben naar verwachting invloed op de manier waarop de zorgvrager het tijdelijk verblijf ervaart, maar ook de manier waarop zorgverleners aankijken tegen een nodige doorontwikkeling binnen de zorgvormen van Beter Thuis. We bevelen daarom aan om opnieuw de balans op te maken door zorgvragers en mantelzorgers in GRZ te interviewen, en door met zorgverleners in GRZ en ELV de gehele cliëntreis door te spreken. Voor ELV is een dergelijke doorspreking van cliëntdossiers uitgevoerd (Amsterdam UMC), maar nog niet geanalyseerd vanuit het cliëntperspectief. In fase 2 kan dit inzichten opleveren die de bestaande inzichten vanuit de GRZ aanvullen.

Meer complexe zorgvragers meenemen in onderzoek

Er is met te weinig zorgvragers gesproken om uitspraak te kunnen doen over ervaren kwaliteit van zorg en de relatie met wat maakt dat zorgvragers niet naar huis kunnen terugkeren. De zorgvragers die zijn gesproken waren in relatief goede conditie, doordat verpleegkundigen de zorgvragers voordroegen die zorgvragers niet teveel wilden belasten. Dit heeft ervoor gezorgd dat zieke zorgvragers of zorgvragers met een cognitieve stoornis niet zijn geïnterviewd. Daardoor lijkt de groep die geïnterviewd is niet representatief voor de ELV-populatie en zijn misschien niet alle relevante thema's voor zorgvragers in ELV aan bod gekomen. Als aanbeveling voor toekomstig onderzoek zou het van meerwaarde zijn om de ervaring van meer complexe en/of kwetsbaardere zorgvragers te onderzoeken, en om ook de ervaringen van mantelzorgers mee te nemen. Wanneer de zorgvrager te ziek is of cognitief niet in staat deel te nemen aan het onderzoek, kan een interview met alleen de mantelzorger toch inzichten opleveren in het traject.

Communicatie gedurende opname

Zowel bij zorgvragers in GRZ als in ELV komt communicatie als een belangrijk aandachtspunt naar voren. De interviews met zorgvragers in GRZ zijn echter van een aantal jaar geleden en hebben er weer verbetertrajecten plaatsgevonden binnen de GRZ. Interviews met zorgvragers die een recente opname hebben gehad zouden ook weer communicatie moeten meenemen. Wanneer dit nog steeds een aandachtspunt blijkt zouden hier binnen het programma Beter Thuis gerichte projecten voor moeten worden opgericht.

Huisarts als behandelaar in ELV laagcomplex

In eerder onderzoek is het nog niet gelukt om ervaringen van huisartsen die behandeling geven in het eerstelijnsverblijf op te halen. Ook zijn er geen patiëntervaringen van deze behandeling. In de interviewstudie van 2018 van het AMC zijn er 2 huisartsen gesproken die behandeling gaven in een verpleeghuis in Amsterdam. In Amsterdam is op dit moment amper behandeling ELV laagcomplex mogelijk: mogelijk is dit een landelijke ontwikkeling. De landelijke survey over het eerstelijnsverblijf van het Amsterdam UMC uit 2019 is ook nauwelijks ingevuld door huisartsen, wat suggereert dat er zeer beperkte betrokkenheid van hen is bij behandeling in het eerstelijnsverblijf of dat behandeling zeer gefragmenteert plaatsvindt. Er zou eerst een inventarisatie moeten plaatsvinden met een landelijke huisartsenvereniging hoeveel behandeling er door huisartsen plaatsvindt in het eerstelijnsverblijf alvorens er interview gedaan worden met deze doelgroep.

Cliëntdossiers doorspreken van alle fasen met zorgverleners

We constateren in onderzoek dat thema's vaak worden belicht vanuit één perspectief. We bevelen daarom een diepgaande kwalitatieve benadering aan voor fase 2, waarin interdisciplinair (arts, verpleegkundige/verzorgende, evt coördinator) binnen het tijdelijk verblijf de hele cliëntreis (figuur 1) wordt besproken. Hierbij worden tussen opnamedag tot en met ontslag/nazorg alle keuzemomenten en beslismomenten doorgenomen. Voor ELV zijn deze groepsinterviews uitgevoerd maar nog niet geanalyseerd vanuit de cliëntreis, en voor GRZ kunnen deze in fase 2 worden uitgevoerd.

Zorginzet en clustering van bedden/specialisatie

Vanuit de Europese consensus statement is er een duidelijke visie over hoe GRZ zou moeten worden vormgegeven en welke populatie er zou moeten worden opgenomen. Dit ontbreekt nog voor ELV en werd ook specifiek benoemd in het rapport van Significant#2. Heranalyse van de interviews met zorgverleners in ELV uit 2018 en de open vragen van de survey naar ELV uit 2019 kunnen gebruikt worden voor een eerste inzicht. Ook kunnen de inzichten van de SO in de eerstelijns gebruikt worden aan welke expertise en zorginzet zij in het ELV behoefte hebben wanneer zij zorgvragers verwijzen. Ook zou het van toegevoegde waarde zijn om kwantitatieve data te verzamelen over de huidige populatie die nu in het ELV verblijft met hun zorgvragen. Dit valt buiten de scope van deze offerte, maar zou wel bereikt kunnen worden via verdere programmering van onderzoek binnen Beter Thuis. Ook is de NZa van plan om in 2021 een registratieplicht van behandeling in te voeren binnen ELV, dit zou ook een mogelijkheid zijn om inzicht te krijgen van zorginzet in ELV.

Pilots en experimenten voor observatie- en diagnostiekbedden

Het is interessant om te kijken naar het inzetten van triage- en diagnostiekbedden als vorm van "pilot" in fase 3, gezien de omschreven knelpunten om de zorgvrager voldoende in kaart te brengen en passende vervolgzorg te vinden, met name bij cognitieve problematiek.

Ambulante GRZ

Binnen GRZ is nog onvoldoende zicht op de meerwaarde van ambulante revalidatie. In fase 2 zullen zorgverleners, zorgvragers en mantelzorgers worden bevroegd naar hun opgedane ervaringen en enen m.b.t. ambulante revalidatie.

Inzet van de SO in de eerste lijn

In de literatuurverkenning komt nog weinig onderzoek naar cliëntervaringen met de inzet van de SO in de eerste lijn naar voren, danwel hoe SO's aankijken tegen deze vorm van zorg sinds de overheveling en hoe deze er voor de client uit zou moeten zien. We bevelen daarom aan de huidige en wenselijke rol van SO's te exploreren en met kwalitatief onderzoek in kaart te brengen wat cliënten belangrijk vinden. Hierin dient ook de rol van de SO in de indicatiestelling van Wlz, ELV, GRZ en groepsbehandeling meegenomen te worden en of dit zorgt voor tijdige verwijzing waardoor ouderen op het juiste moment zorg kunnen ontvangen zonder tegen lange wachttijden aan te lopen. Daarnaast raden we aan zorgvragers en mantelzorgers te interviewen naar hun ervaring met de SO in de eerste lijn.

Reference List

1. Boeije, H., Verkaik, R., de Groot, K., Kappen, H. & Korevaar, J. Kwaliteit van leven van langer thuiswonende ouderen: sessies met de praktijk. (NIVEL, 2019).
2. van Dulmen, S., Roodbeen, R. & Noordman, J. Kennisvraag Tijd voor samen beslissen. Perspectieven van zorgvragers, zorgverleners en zorgverzekeraars ten aanzien van tijd om samen te beslissen. (NIVEL, 2020).
3. van Haastert, C. Geriatrische revalidatiezorg: wat vinden zorgvragers belangrijk. (Zorgvragersfederatie Nederland, 2012).
4. Beunder, C., Dekker, J.H.M., Brasser, J.A. & Depla, M.F.I.A. Thuis na een CVA: 'Dan begint het pas'. Een kwalitatief onderzoek naar de behoefte aan nazorg van CVA-zorgvragers na terugkeer naar huis. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* **46**, 196-203 (2015).
5. GRZ, C. SINGER-rapport. (2013).
6. Holstege, M.S., *et al.* Changes in geriatric rehabilitation: a national programme to improve quality of care. The Synergy and Innovation in Geriatric Rehabilitation study. *Int J Integr Care* **15**, e045 (2015).
7. van Dam, A. & Bakker, T. Kwaliteit van Geriatrische Revalidatie Zorg. (Kenniscentrum Zorginnovatie, 2016).
8. Everink, I.H.J., van Haastregt, J.C.M., Maessen, J.M.C., Schols, J.M.G.A. & Kempen, G.I.J.M. Process evaluation of an integrated care pathway in geriatric rehabilitation for people with complex health problems. *BMC Health Services Research* **17**, 34 (2017).
9. de Vos, A.J.B.M., van Balen, R., Gobbens, R.J.J. & Bakker, T.J.E.M. Geriatrische Revalidatiezorg: De juiste dingen goed doen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* **49**, 12-21 (2017).
10. Uitkomsten zorgvragersraadpleging Geriatrische Revalidatie Zorg De Zorgcirkel 2018. (Facit, 2018).
11. Pol, M., *et al.* Everyday life after a hip fracture: what community-living older adults perceive as most beneficial for their recovery. *Age Ageing* **48**, 440-447 (2019).
12. Remmerswaal, R., van de Camp, L., van Hooff, P. & Tazelaar, P. Eerstelijnsverblijf: essentiële schakel in keten van zorg voor kwetsbare ouderen. (Significant, 2016).
13. Eerstelijnsverblijf: kwaliteitscriteria vanuit patientenperspectief. (Zorgvragersfederatie Nederland, MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, Ieder(in), 2017).
14. van de Camp, L., Koster, L. & Lapaijan, I. Onderzoek kwaliteit eerstelijnsverblijf. (Significant, 2018).
15. Ubink-Bontekoe, C. & Spierenburg, M. In één keer goed! (Vilans, kenniscentrum voor de langdurige zorg, 2018).
16. de Groot, A.J. & Vreeburg, E. Triage en Toegang Tijdelijke zorg: Beter Samenwerken aan de Poort. *Nederlands Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* (2019).
17. van Steijn, L. & Overkamp, M. Kwetsbaarheid omarmd. Specialisten ouderengeneeskunde: een kwalitatief onderzoek naar hun ervaringen binnen de eerste lijn. . (GERION, 2017).
18. QuickScan Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijns Verblijf en Aanvullende Geneeskundige Zorg. (Q-consult, 2019).
19. Kroes, J., Schuitemaker, A., van Buul, L., de Boer, M. & Hertogh, C.M. Zorg voor Kwetsbare ouderen: Samenwerkingsverbanden tussen verpleeghuisorganisaties en de eerste lijn. *Nederlands Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* (2020).
20. Ronde, B., Hertogh, C.M.P.M., Bosmans, J.E. & Meiland, F.J.M. Vijf jaar Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde: gebruikers, geleverde zorg, kosten en ervaringen. . (2020).
21. Mulder, I. & van de Camp, L. Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling: gebruik en ervaringen in de periode 2015-2018. (Significant, 2018).
22. Rapportage Dagbehandeling. (Significant, 2019).

23. van Balen, R., Gordon, A.L., Schols, J.M.G.A., Drewes, Y.M. & Achterberg, W.P. What is geriatric rehabilitation and how should it be organized? A Delphi study aimed at reaching European consensus. *European Geriatric Medicine* **10**, 977-987 (2019).
24. Grund, S., van Wijngaarden, J.P., Gordon, A.L., Schols, J. & Bauer, J.M. EuGMS survey on structures of geriatric rehabilitation across Europe. *Eur Geriatr Med* **11**, 217-232 (2020).
25. Grund, S., *et al.* European consensus on core principles and future priorities for geriatric rehabilitation: consensus statement. *Eur Geriatr Med* **11**, 233-238 (2020).
26. National Audit of Intermediate Care 2017 - summary report. (NHS Benchmarking Network, 2017).

Bijlage 2

Uitwerking van interviews en focusgroepen



Bijlage 2: Uitwerking van interviews en focusgroepen

Deze bijlage bevat een uitwerking van alle thema's verkregen uit de interviews en focusgroepen met zorgvragers en zorgverleners uit de GRZ, ELV en GZSP. De thema's volgen de reis van de zorgvrager door de verschillende zorgvormen, van aanmelding tot en met ontslag. Ook worden hierin verschillen en overeenkomsten tussen de zorgvormen beschreven. Tevens wordt een aantal thema's belicht die door de gehele cliëntreis een rol spelen en niet binnen een fase passen. Er is gekozen om de GZSP apart te beschrijven, aangezien deze zorgvragers niet dezelfde fases doorlopen als GRZ- en ELV-zorgvragers. Onze conclusies en aanbevelingen zijn beschreven in het hoofdrapport.

Tabel 1 laat het aantal deelnemers aan het onderzoek zien en tabel 2 geeft de karakteristieken van de deelnemende zorgvragers en mantelzorgers per zorgvorm weer.

Tabel 1: Overzicht van deelnemers

	Zorgvragers en mantelzorgers	Zorgverleners
ELV	12 interviews waar is gesproken met 12 zorgvragers.	13 (groeps)interviews met in totaal 28 zorgverleners afkomstig uit Amsterdam: 7 SO/basisartsen, 8 verpleegkundigen, 7 verzorgenden, 6 managers/zorgcoördinatoren. In totaal zijn er 39 cliëntreizen doorgesproken. 1 focusgroep met 5 managers en 1 SO, afkomstig uit Amsterdam
GRZ	10 interviews waar is gesproken met 10 zorgvragers en 1 mantelzorger.	5 groepsinterviews met in totaal 10 zorgverleners: 5 specialisten ouderengeneeskunde, 1 verpleegkundig specialist, 1 transferverpleegkundige, 1 teamleider, 2 kwaliteitsverpleegkundigen en 1 fysiotherapeut. In totaal zijn er 25 cliëntreizen doorgesproken. Deelnemers waren afkomstig uit Gelderland, Limburg, Noord-Brabant, Noord-Holland en Zuid-Holland.
GZSP	9 interviews waar is gesproken met 7 zorgvragers en 3 mantelzorgers	3 focusgroepen met in totaal 15 specialisten ouderengeneeskunde en 1 verpleegkundig specialist afkomstig uit Friesland, Drenthe, Overijssel, Gelderland, Noord-Holland en Zuid-Holland.

Tabel 2: Karakteristieken deelnemende zorgvragers en mantelzorgers

		GRZ zorgvragers (n = 10)	GRZ mantelzorgers (n = 1)	ELV zorgvragers (n = 12)	GZSP zorgvragers (n = 3)	GZSP mantelzorgers (n = 7)
Geslacht, n (%)	Man	4 (40)	1 (100)	6 (50)	2 (67)	2 (29)
Leeftijdscategorie, n (%)	30-39	-	-	-	-	1 (14)
	50-59	1 (10)	-	-	-	2 (29)
	60-69	1 (10)	-	1 (8)	-	2 (29)
	70-79	5 (50)	1 (100)	3 (25)	2 (67)	2 (29)
	80-89	3 (30)	-	5 (42)	1 (33)	-
	90-99	-	-	3 (25)	-	-
Woonsituatie vóór opname, n (%)	Zelfstandig alleen	1 (10)	-	11 (92)	2 (67)	-
	Aanleun-woning	1 (10)	-	-	-	-
	Zelfstandig samen	8 (80)	-	1 (8)	1 (33)	-
Ontslagbestemming, n (%)	Huis	9 (90)	-	1 (8)	-	-
	Woonzorg-centrum	1 (10)	-	-	-	-
	Onbekend*	-	-	8 (67)	-	-
	Wlz	-	-	2 (17)	-	-
	Hospice	-	-	1 (8)	-	-
Regio, n (%)	Gelderland	4 (40)	-	-	1 (33)	-
	Noord-Holland	2 (20)	-	12 (100)	-	-
	Zuid-Holland	3 (30)	-	-	-	-
	Limburg	1 (10)	-	-	-	-
	Noord-Holland	-	-	-	-	5 (72)
	Noord-Holland	-	-	-	-	-
	Overijssel	-	-	-	2 (67)	1(14)
	Zuid-Holland	-	-	-	-	1(14)

*Zorgvragers in het ELV zijn deel geïnterviewd tijdens hun opname in het ELV, waardoor de ontslagbestemming nog niet altijd bekend was.

Fase thuis

Meerwaarde van de SO in de eerste lijn voor de zorgvrager

Over het algemeen wordt zowel door zorgvragers als mantelzorgers als door zorgverleners een grote meerwaarde gezien van de zorg door de SO thuis voor de zorgvrager.

Zowel zorgvragers als mantelzorgers vinden een grote meerwaarde van de betrokkenheid van de eerstelijns SO dat zij er niet meer alleen voor staan.

"[...] Ik heb ook niet de luxe dat ik hele week thuis zit en dat ik rustig voor m'n moeder kan zorgen, zoals m'n moeder bijvoorbeeld dat voor m'n opa gedaan heeft. Nee, je doet het naast je werk. Dus ik was erg blij met de ondersteuning en het goeie contact wat ik heb gehad, zowel met de huisarts als met [SO] als met de casemanager. Dat ervaar ik als een hele hè inmiddels sta ik er zeker niet meer alleen voor, maar we doen dat echt met een soort teampje om m'n moeder heen." - GZSP mantelzorger 2

"Gewoon het feit dat ze samen naast je staan in het project waar je in zit, ziekteproject. Waarvan je gewoon weet dat er nog een aantal dingen zijn die moeilijk te verteren zijn zonder dat je weet precies in welke vorm ze zullen hebben en welk tijdstip ze zullen optreden. Die laatste twee dat weet je dus niet." - GZSP zorgvrager 3

De SO neemt het initiatief en kan goed inschatten welke hulp iemand nodig. Dit neemt zorgen weg bij de mantelzorger, doordat zij weten dat hun naaste in goede handen is en in de gaten gehouden wordt. Mantelzorgers geven aan dat het inschakelen van de SO hun veel rust heeft gegeven.

"Nouja weet je, het gaf me heel veel rust dat er iemand bij betrokken was die echt in mn zus geïnteresseerd was." - GZSP mantelzorger 1

Eén mantelzorger vond het prettig dat de SO duidelijkheid gaf over de diagnose en prognose en haar schoonmoeder hielp om dit te accepteren. Hierdoor vond zij het makkelijker om extra zorg in te zetten, ondanks dat de zorgvrager zelf hier niet altijd achter stond.

"Zij is autonoom, maar de andere kant is op het moment dat je een duidelijke diagnose hebt dan heb je een reden om soms toch daarover heen te gaan. Om dan toch te zeggen van we willen u niet in de weg lopen, maar het is beter dat we dit toch doen zo. En dan heb je voor jezelf wel reden, dan is dat terecht hè dat je het doet. En dat is wel fijn, want anders dan voelt het erg eh voelt het niet goed als je daar overheen gaat." - GZSP mantelzorger 6

Verder komt naar voren dat zij erg tevreden zijn over de deskundigheid van de SO. Zij merken dat de SO veel kennis heeft van ziektebeelden bij ouderen en dat zij een brede blik hebben. Verder zijn ze tevreden over de tijd die de SO besteedt aan de zorgvrager en mantelzorgers, en over het feit dat de SO thuis komt. Dit biedt meer ruimte voor persoonlijk contact en om goed naar de zorgvrager te luisteren.

"[...] Zo een specialist ouderengeneeskunde die neemt echt de tijd, wat ook nodig is hè om de patiënt zelf aan te horen." - GZSP mantelzorger 1

"Weet je, een huisarts die komt binnen en zegt 'oh jaa ah ah ah' en die is binnen 5 minuten staat ie weer buiten. Ja, weet je. En dokter [naam SO] neemt daar de tijd voor en die ja die praat wat, die vraagt wat, die doet, maar pikt daar ook weer dingetjes uit op. Dan denk ik; ja, daar doet ze daadwerkelijk iets mee." - GZSP mantelzorger 3

Dit wordt onderschreven in de focusgroepen met SO's. Bij de vraag wat zij als grootste meerwaarde voor de cliënt zien van hun werk is de kern dat SO's kijken naar hoe zij de kwaliteit van leven voor zorgvragers kunnen verbeteren.

SO1: [...] Wat echt kwaliteit van leven is, is wat er echt voor iemand toe doet. Daar ben ik altijd wel naar op zoek, dat je echt een brug slaat naar waar iemand een twinkeling van in de ogen krijgt. En dat dat dan hetgene is waar je dan aan gaat werken, om dat te ondersteunen.” (SO1, focusgroep 2)

SO3: “Nou je komt heel vaak bij mensen thuis die door lichamelijke problemen eigenlijk helemaal nergens meer toe komen, en daardoor diep ongelukkig worden. Maar door onze inzet kijken we van wat niet meer kan, kijken we naar wat wél kan. en dan kan je een gigantische kwaliteit van levensslag maken.” (SO3, focusgroep 2)

Daarnaast beschrijven ze het geven van duidelijkheid wat de mogelijkheden zijn, een helikopterview nemen op de thuissituatie van de zorgvrager en het uitzetten van lijnen.

Meerwaarde dat de SO thuiskomt

Zorgvragers benoemen nog expliciet als meerwaarde dat de SO zorgvragers aan huis bezoekt. Dit heeft zowel als voordeel dat de zorgvrager niet hoeft te verplaatsen, als dat de SO een indruk krijgt van hoe de zorgvrager thuis functioneert. Door SO's in de focusgroepen wordt bevestigd dat dit wenselijk is, en dat het zien van de zorgvrager in zijn thuissituatie een belangrijk onderdeel is van het in kaart brengen van de zorg- en ondersteuningsbehoefte.

“Weet je, die casemanager die komt niet ter plekke en de huisarts komt niet ter plekke, terwijl ze het allebei wel eens af en toe zouden moeten doen.” - GZSP mantelzorger 1

“En ook wel heel belangrijk dat ze.. dat vind ik ook heel sympathiek en heel prettig dat ze thuis komen. Weet je, dus niet met je schoonouders naar het ziekenhuis hoeft om eh.. dat is natuurlijk de normale weg hè, tenminste in andere specialismen ga je naar het ziekenhuis naar de poli, maar deze specialist [SO] komt aan huis [...]” - GZSP mantelzorger 6

Meerwaarde van proactieve werkwijze van SO in de eerste lijn

Ten tweede benoemen zorgvragers over de SO een proactieve werkwijze, ten opzichte van de meer reactief ervaren werkwijze van de huisarts. Deze werkwijze geeft zorgvragers het gevoel dat zij goed in de gaten worden gehouden door de SO en problemen direct opgepakt kunnen worden. Dit wordt onderschreven door de SO's in de focusgroepen.

“[...] De huisarts komt echt voor van, nou, nu is er paniek, dan komt de huisarts. Nou, er is geen paniek. [...] Dus de huisarts hoeft niet te komen, die wordt niet gebeld. Hè en de ouderenarts die houdt dan toch een beetje, nouja wat ik net al zei, een beetje vinger aan de pols.” - GZSP mantelzorger 3

“En zij vertelde ook gelijk van nou, ik regel alles, er kan nog een heleboel en jullie hoeven verder niks te doen. Nou, dat is écht.. nou, ik sta er nog steeds versteld van dat dat kan.” - GZSP mantelzorger 7

Toenemende complexiteit doelgroep en tekorten van SO's

Doordat ouderen langer thuis blijven wonen zien SO's in de eerste lijn een toename van de complexiteit van de zorgvragers. Dit wordt benoemd als belangrijke bedreiging voor de beweging naar meer zorg thuis willen bieden terwijl er een tekort is van SO's.

“Dan herken ik gelijk het probleem van de vorige spreekster, ja weet je, we hebben gewoon manschap tekort. Maar je merkt gewoon de complexiteit van de patiëntengroep die is inmiddels zó enorm toegenomen. Wat vroeger gewoon in instituten zat, zit nu allemaal thuis.” (SO4, focusgroep 1)

“Ik wil niet teveel reclame maken, ik doe het naast mijn intramurale werk en dan moet je weer nee verkopen, is ook verwachtingsmanagement. Ouderen wonen langer thuis, huisartsen zijn schaars, SO zijn schaars. Ik knijp hem wel een beetje van, we hebben hele mooie plannen en zo willen we het doen, maar kunnen we het waar maken.” (SO6, focusgroep 3)

Ook geven SO's aan dat ze soms geen huisbezoeken doen maar zorgvragers langs laten komen op een poli als een soort anderhalvelijns voorziening. De redenen om een poli op te zetten zijn wisselend, maar wordt onder meer ingegeven door efficiëntie bij tekorten aan personeel. SO's op één punt onderbrengen zorgt voor een groter adherentiegebied in een regio waardoor ze meer zorgvragers kunnen bedienen.

Bij artsen verstandelijk gehandicapten (AVG) komt dit ook voor en werd dit geïllustreerd door een SO:

SO1: Ja, er zijn er maar 200 in Nederland. Een schaars goed. Vaak werken ze in de eerste lijn vanuit poli's. Ik heb wel een keer iemand in Den Haag aan de lijn gehad, maar ik ben op zoek naar iemand dichterbij, haha. Ja het mooiste zou zijn als je samen een huisbezoek kan doen. Want ik denk iemand naar een poli laten komen, dat geeft ook niet een heel realistisch beeld. (SO1, focusgroep 2)

Met SO's is in de focusgroepen een lijstje getoetst van verwijsvragen om een beeld te krijgen van het type verwijsvragen dat zij krijgen. Het lijstje was gebaseerd op een eerder onderzoek van zorginstelling Aafje te Rotterdam uit 2019. Van 205 verwijsvragen brachten zij globaal de aard in kaart. Per zorgvrager konden er meerdere vraagstellingen worden aangevinkt:

Vraagstelling huisarts juli-dec 2019 (N=205)

Cognitieve screening	143 (69.8%)
Prognostiek/woonadvies	37 (18.0%)
Advies chronisch somatische aandoening	28 (13.7%)
Gedragsproblematiek bij dementie	16 (7.8%)
Depressie	15 (7.3%)
Vallen/mobiliteit	10 (4.9%)
Medicatiebeoordeling/polyfarmacie	7 (3.4%)
Delier	2 (1.0%)
Anders	29 (14.1%)

In alle drie de focusgroepen werd aangegeven dat SO's de verwijsvragen herkennen en zij vulden de lijst aan met:

- Parkinson
- Beoordelen wilsbekwaamheid
- Wzd-vragen
- Alcoholmisbruik (m.n. in achterstandswijken)
- Psychiatrische problematieken
- Schuldhulpproblematiek
- Relatieproblemen
- Zorgmijdende families bereiken
(bv. imam als sleutelpersoon bij islamitische families)
- Ouderenmishandeling

SO5: Ja, ik herken het eigenlijk wel. En met name, maar dat is dus.. daarom is het geen 100% maar meer, dat het vaak eigenlijk en, en, en is. Dus het is vaak cognitie, vallen, gedragsprobleem, medicatie, somatiek. Weet je, dat zijn dingen die.. en dan uiteindelijk woonadvies he, dus dat is eigenlijk vaak in één. (SO1, Focusgroep1)

Na iedere focusgroep vulden we het te toetsen lijstje aan, waardoor bij focusgroep 3 alle vraagstellingen werden voorgelegd. Hierbij ontstond een onderlinge discussie over hoe ver het

“takenpakket” van de SO reikt. Over het algemeen lijkt dit te variëren aan de hand van de individuele specialistische expertise van SO's, en van de mogelijkheden en netwerk van de SO in een regio.

SO1: ik moet wel zeggen, ik schrik wel van de laatste vier punten die erbij staan [psychiatrische problematiek, schuldhulp, relatieproblemen, zorgmijdende families bereiken] ik weet dat SO4 zich heel erg richt op psychiatrische problematiek, daar heeft zij wel haar expertise in heeft, ik denk dat dat niet onze directe expertise is, dus ik zou dat ook zeker niet op willen pakken, schuldhulpverlening, relatieproblematiek, zorgmijdende families, dat is niet voor ons denk ik, ehm, dat heeft weinig met ons te maken (SO1, Focusgroep3)

SO6: dat stukje verslaving, dan merk ik, dan wordt gevraagd kun je in consult komen, dan speelt het al lang, mensen drinken en vallen, en dan moet dat opeens opgelost worden, het kan niet meer thuis, maar waar dan wel? Geld ook voor psychiatrie, waar dan wel? We zeggen zo lang mogelijk thuis, maar we zijn al een brug te ver, en wat moeten we dan? Ik merk dat ik dat een lastige vraag vind en misschien ook niet een vraag voor ons (SO6, Focusgroep 3)

Tot slot werd aangegeven dat de verwijsvragen ook erg variëren naar gelang de kenmerken van ouderen in een wijk of regio. Dit kwam in alle drie de focusgroepen aan de orde en wordt met onderstaande gesprek uit focusgroep 2 geïllustreerd.

F: SO2 ik zie jou knikken?

SO2: Ja, [lacht], ik herken me erin wat hier staat. En wat ik er nog bij bedenk, is je wordt enorm gevraagd en ingezet voor het systeem om mensen heen. Dat eh, in Amsterdam Nieuw-West vind ik dat het meest uitgesproken. Nu bij mensen met een migratieachtergrond. Dat is een heel grote groep, die zelden zich laat verwijzen of hulp inschakelt. En heel veel zelf doet. En dat begint nu wel een beetje te komen. [...]

SO3: Heel herkenbaar. We hebben 2 verschillende soorten patiëntenpopulaties, een rijkere groep en een inderdaad die achterstandsgroep, veel migratieachtergrond. Een hele grote splitsing in verwijsvragen, wanneer de vragen bij ons komt, of het nog preventief is en je echt nog iets kunt doen, of dat de vraag pas komt als er een hele ernstige crisis is. In die achterstandswijk krijgen we ook heel veel vragen over alcoholmisbruik, psychiatrische problemen met mensen die zorg weigeren.

Exacerbaties (?). Mantelzorgers. Veel meer psychiatrie.

SO2: Financiële problematiek. Veel meer psychiatrie, ook ja,

SO3: En relatieproblemen. [glimlacht]

(SO2 en SO3, focusgroep 2)

Takenpakket en positionering van de SO in de 1^e lijn

Huisartsen ontlasten versus autonomie van de huisarts

Een centraal dilemma is het willen ontlasten van de huisarts, maar hierbij ook de centrale positie van de huisarts voor thuiswonende zorgvragers te erkennen en autonomie van de huisarts te waarborgen. Samenwerking met huisartsen kan erg goed op orde zijn. Globaal lijkt er een indruk te zijn met jongere huisartsen dat die meer open staan voor samenwerking en het op prijs stellen dat ze worden ontlast door de SO. Anderzijds lijkt er een meer conservatieve groep huisartsen, die een tijdelijke overname of medebehandelaarschap of op een andere wijze een over een periode betrokkenheid door de SO als een beperking van hun autonomie en hoofdbehandelaarsrol over de patiënt ervaren. Dit verschilt per regio doordat er soms met een grotere groep huisartsen of huisartspraktijken goede samenwerkingsafspraken worden bereikt, maar soms verschilt dit ook binnen een regio per huisarts. Dit maakt dat de SO's zelf hun aanpak soms variëren, maar ook dat per SO de positionering in een regio kan verschillen.

SO3 fg1: SO3: Ja, ik merk dat de huisarts nu al heel graag de zorgvrager, desnoods tijdelijk, onder onze hoede wil zetten en ik werk altijd met de geriatrieverpleegkundige samen, maar ik vind het een

soort ja visie zaak dat we dat niet doen. Dat we niet zorgvragers over de schutting gooien, dus dat we mensen in principe samenhouden, waarbij een soort tijdelijke verschuiving naar de SO kan krijgen maar ook wel weer terug naar de huisarts. Dus het is niet zozeer vanuit schaarste beredeneerd, maar meer vanuit visie dat ik denk dat het toch de zorgvrager altijd van de SO en de huisarts blijft.

Factoren die van invloed zijn op de positionering van de SO: losstaande consulten vs. regie behandelaarschap

Er wordt een spectrum beschreven van de positioneren van de SO met aan de ene kant dat de huisarts aan de SO vraagt om een eenmalig advies, of om 1 consult of 1 rapportage, en dat het daar dan bij blijft en dat de huisarts zelf de opvolging doet. In het andere uiterste van het spectrum neemt de SO helemaal de regie en behandelaarschap over, wellicht tijdelijk of voor langere tijd.

SO's vervullen een diversiteit aan rollen in de eerste lijn en er wordt een diverse praktijkvariatie beschreven. Sommige SO's zijn bijvoorbeeld meer gepositioneerd in huisartsenpraktijken, waardoor de lijntjes met de huisarts kort zijn en men in hun praktijk meer bekendheid ervaart waarvoor SO's ingeschakeld kunnen worden. Andere SO's zijn nog meer gepositioneerd in een intramurale ouderenzorginstelling, en bouwen meer individueel en via MDO's netwerken op met huisartsen. Verder zijn er SO's die nu veelal met losstaande consulten werken, SO's die standaard meer juist de regie tijdelijk overnemen en naar een vorm van medebehandelaarschap werken. En er zijn SO's die aan beide kanten van het spectrum werken, afhankelijk van de situatie maar ook de voorkeur van de individuele huisarts. Dit laatste hangt ook samen met de kennis en affiniteit die de huisarts zelf al heeft met complexe problematiek bij ouderen. Daarnaast hangt de positionering van de SO ook samen met de tekorten van de SO in de eerstelijns: wanneer een SO eenmalige consulten met advies verricht kan deze meer cliënten en huisartsen bedienen dan wanneer de behandeling in zijn geheel werd overgenomen. Mogelijkheden om dit tekort te ondervangen zijn taakherschikking naar een verpleegkundig specialist intramuraal danwel extramuraal.

SO5: Ik herken het heel erg, die spagaat herken ik heel erg, ehm in de zin van dat het behandelplan niet volledig wordt uitgevoerd, maar ook dat de HA de complexe patiënten bij jou wil deponeren en daar dan zelf minder verantwoordelijkheid voor voelt en bij sommige HA gaat het heel goed, dat ligt echt in de samenwerking, elkaar kennen, elkaar zien en afstemmen wie doet nou wat. Dan heb je gezamenlijke verantwoordelijkheid en dat werkt heel goed, als je alle complexe problematiek op je bordje krijgt, ik zie, we zijn erg schaars, wij die in de eerstelijns werken, we zijn nu met 8 voor een stad als Den Haag, dus je kan niet alles doen, maar die gezamenlijke verantwoordelijkheid vind ik heel prettig en dat werkt ook goed en dat geeft ook duidelijkheid voor de cliënt. (SO5, focusgroep 3)

SO1: Ik vind dat we echt voorzichtig moeten zijn om niet in de valkuil te trappen, ik heb dat vaak gedaan, je ziet dat je probleemeigenaar wordt en dat is het niet, het probleem is van de huisarts die is hoofdbehandelaar en wij ondersteunen met kennis en kunde en dan zal de huisarts de regie moeten pakken om dit te begeleiden.

Vraag: En hoe zie jij dan de verhouding, de rol van de SO ten opzichte van de huisarts. Hoe zou de ideale samenwerking er dan uit zien?

SO1: ik werk vaak, ik heb vaak zo, dat ik samen met de HA of met de arts-assistent van uit HA het consult doe en dan schrijf ik mijn adviezen en dan zal de HA daar verder mee moeten gaan en gaandeweg wordt ik weer gebeld, van SO1, weet je niet die ene cliënt, ik heb je advies opgevolgd maar loop nu tegen het volgende aan, wat is je volgende advies? Ik leg stert de verantwoordelijkheid bij de HA, die kan consulteren als dat nodig is. (SO1, focusgroep 3)

SO1: Ik merk vaak dat eh heel vaak de huisarts in eerste instantie mij opbelt en zegt van; ik wil ik maak even een sparring met je. En dan is er soms inderdaad een hele brei aan de hand. En dan komen

we al sparrend soms tot iets van; oke, maar je wil hier antwoord op, en dat kan je krijgen als je me dan een consult stuurt bijvoorbeeld. Dus het ligt ook heel erg aan, nogmaals, wat is er mogelijk en hoe zijn je contacten met de huisarts. Ehm dat iemand iets over de schutting gooit is niet netjes, maar het geeft soms wel al aan denk ik, en dat vind ik ook wel iets van de huisarts hebben, dat die in ieder geval ook niet weet hoe die met ouderen om moet gaan. Ehm en dan is het denk ik wel beter als het door een ander iemand opgepakt wordt. (SO1, focusgroep 1)

Over de ideale situatie leek in focusgroep 1 en 2 een algemene consensus te ontstaan dat de toekomst voor de SO in de eerste lijn in elk geval meer ligt richting deels de regie voeren, waarbij je niet alleen een advies geeft aan de huisarts maar ook betrokken bent bij het uitvoeren van het advies. Desalniettemin is de overtuiging bij alle deelnemers dat de huisarts altijd eindverantwoordelijk en hoofdbehandelaar blijft.

Bij focusgroep 3 kwam naar voren dat SO's deze rol al een tijdje op zich hadden genomen, maar dat dit vanwege de arbeidsmarkttekorten niet als toekomstbestendig werd gezien. Daar lijkt meer te worden gepleit voor een model waarin je over een langere tijd wel losstaande consulten levert, maar ook het grootste deel van de verantwoordelijkheid bij de huisarts laat. En dat in de toekomst huisartsen die veel ouderen in hun praktijk zien, daarmee zichzelf ook meer bekwamen in het behandelarschap voor deze groep.

Door een mantelzorger werd aangegeven dat het prettig is als de SO het overleg met de huisarts op zich neemt, zodat medische zaken niet met meerdere behandelaren besproken hoeven te worden door de zorgvrager of diens familie. Dat hoeft niet te betekenen dat de SO volledig het hoofdbehandelarschap overneemt, maar dat het behandelarschap door de huisarts meer op de achtergrond plaatsvindt en de regie houdt door structureel terugkoppeling te krijgen van de SO. Zorgvragers vinden dit een prettige werkwijze. Ze worden goed in de gaten gehouden door de SO, maar weten dat zij bij acute gezondheidsklachten bij de huisarts terecht kunnen.

“Als je oor verstopt zit, dan ga je ook naar de huisarts. Ja, daarvoor bel ik [SO] niet op. Dus [SO] gaat echt over de ontwikkeling van de ziekte, over het beoordelen van de zelfstandigheid, over medicatie, echt over die hele specialistische [...]” (Mantelzorger, GZSP interview 2)

Een van de SO had met zijn praktijk ouderenzorg inzage in het huisartsdossier. Dit werd als bevorderend gezien in de samenwerking met de huisarts en voor de werkwijze van de SO. *Ten tweede is de toegang tot het HA dossier, dat is zeer prettig heb ik zelf zo ervaren, een luxe. Je hebt veel meer toegang tot het verleden van het patiënt. Je kan veel beter naar de patiënt toelaten, weet veel beter wat er speelt. Dat vind ik ook belangrijk. Maar ik snap, wat ik ook al zei van SO3, dat dat lastig is als je bij meerdere huisartsenpraktijken komt met elk een eigen systeem. (Focusgroep2 transcript - 2020.10.27 uitgeschreven mentimeter, Pos. 325)*

Fase thuis - aanmeldfase

Proces inschakelen SO

Bij de meeste geïnterviewde zorgvragers werd de SO ingeschakeld door de huisarts. In één geval verliep het via de geriatrisch verpleegkundige die langskwam bij de echtgenoot van zorgvrager. De informatie die zij hierover krijgen van de huisarts is veelal beperkt. De meeste zorgvragers vonden dit geen probleem, anderen geven aan dat zij vooraf meer hadden willen weten. Eén zorgvrager benoemde dat de SO langskwam voor een indicatiestelling voor GRZ, maar dit niet aan hem duidelijk gemaakt was door de huisarts.

“Nou, ja je kunt wel zeggen er komt een specialist ouderengeneeskunde langs, maar vertel dan ook even de reden bij waarom die komt. Kijk, die ontbrak.” - GZSP zorgvrager 1

De huisarts van één zorgvrager had aangegeven dat de zorgvrager te complexe problematiek had, waarvoor het noodzakelijk was dat er een specialist werd betrokken.

“Ik vond het eigenlijk heel erg goed dat de huisarts ook aangeeft dat ze bepaalde dingen niet weet en dat zij daar dan ook naar handelt. Niet dat ze je aan het lijntje houdt of iets dergelijks, maar ze heeft, vind ik, een goeie keuze gedaan en eerste contact gelegd.” - GZSP zorgvrager 3

Wachttijd

Zorgvragers vinden de wachttijd tussen aanmelding en het eerste consult acceptabel. Wachttijden varieerden tussen één week tot twee maanden.

Behoeften voorafgaand aan consult en SO vroegtijdig betrekken

Vrijwel alle zorgvragers en mantelzorgers geven aan dat zij nog nooit van een eerstelijns SO gehoord hadden. Door zorgvragers wordt dan ook niet aangegeven dat zij behoefte hadden aan een consult door een SO en het initiatief voor de inzet van de SO komt vanuit de huisarts.

“Kijk, je weet niet wat je mist als je niet weet dat het bestaat. Hè dus als de optie SO als je daar helemaal niet van op de hoogte bent, dan kun je moeilijk aangeven dat je daar behoefte aan hebt of dat dat belangrijk is.” - GZSP mantelzorger 2

Hierbij valt op dat problemen vaak al langere tijd spelen, en dat de SO pas op een later moment wordt ingeschakeld. Een reden hiervoor is dat problemen geleidelijk aan toenemen, waardoor in eerste instantie door zorgvrager en mantelzorger gedacht wordt dat ze geen extra hulp nodig hebben. Ook kunnen problemen door zorgvragers ontkend of niet herkend worden, waardoor zij niet in beeld zijn bij de huisarts. Daarnaast geven enkele zorgvragers ook aan dat zij wel hulp hebben gezocht bij de huisarts, maar deze hier geen gehoor aan gaf.

“[...] Het speelde al best wel wat langer. Maar mijn schoonmoeder die.. het is best lastig om dat op een afstand ook concreet te maken, want je ziet heel veel niet. Als je op bezoek komt dan is het een laag complexe situatie en dan merk je niks, hè zo gaat dat. Maar we vermoedden het al wel veel langer, maar goed, zelf ontkent ze het ten stelligste constant [...].” - GZSP mantelzorger 6

Zorgvragers en mantelzorgers zijn zeer tevreden over de behandeling van de SO in de eerste lijn en wensen achteraf dat deze eerder ingeschakeld was.

In de focusgroepen wordt bovenstaande bevestigd. Het varieert per regio hoe bekend huisartsen zijn met wat de SO te bieden heeft, en ook hangt het af van de onderlinge samenwerking hoe snel een SO wordt ingeschakeld.

Wat ik nú merk, dat merk je de laatste tijd dat je bij enorme problematieken betrokken wordt. En dat die diagnostiek is een gepasseerd station haast, omdat mensen al zo ver zijn in de dementie. Dat je dan gevraagd wordt, moeten we hier een bedhek omhoog zetten, ofzo, vanwege de onrust. Echt meer voor verpleeghuis-achtige problemen. (SO2, focusgroep 2)

Verwachtingen

De meeste zorgvragers en mantelzorgers wisten vooraf niet precies wat een eerstelijns SO doet, waardoor zij geen specifieke verwachtingen hadden van het consult. Enkel benoemen dat zij verwachtten dat de SO veel tijd en aandacht heeft en hen verder kan helpen.

“[...] nou ja dat er iemand eindelijk kwam die die doordat het wel een uur zou duren, die d'r aandacht gaf en misschien wat meer achter zou komen wat hoe het nou werkelijk met d'r ging.” - GZSP mantelzorger 1

Fase thuis - behandelfase

Betrokkenheid bij behandeling

Zorgvragers en mantelzorgers geven aan dat zij niet op de hoogte zijn van het bestaan van een behandelplan, wat zij geen probleem lijken te vinden. Zij vinden dat de SO goed naar hun wensen luistert en beslissingen worden in samenspraak genomen. Hoewel zij het behandelplan niet kennen, vinden zorgvragers wel dat voldoende met hen is besproken hoe het vervolg eruit gaat zien na het eerste consult. Ook mantelzorgers voelen zich gehoord in de behandeling.

“En om dat heel goed te kunnen doen is het belangrijk als dat in het netwerk om een patiënt heen georganiseerd kan worden, dan is het gewoon heel erg goed om gewoon te weten en goeie feedback te krijgen als arts van vanuit het netwerk van wat gebeurt er, wat is de impact weet je wel, gebeurt er wat we verwachten of gaat het slechter of gaat het beter. Dus daarin hebben wij gewoon ehh kunnen wij elkaar nu inmiddels gewoon goed vinden en als er iets is, dan bel ik [SO] op en dan draaien we aan de knop en dan veranderen we de boel. En dat evalueren we ook en dat is dus gewoon in onderling overleg en dat werkt gewoon heel erg goed.” - GZSP mantelzorger 2

Opvallend is dat twee mantelzorgers niet lijken te weten of de SO nog steeds betrokken is. Eén mantelzorger zegt hierover:

“Nou, dat weet ik niet, want ze wonen nog thuis. Ik kan me voorstellen dat die nog steeds wel in beeld... ja die zou nog steeds behandelaar zijn totdat ze ergens in het verpleeghuis opgenomen zijn.” - GZSP mantelzorger 6

Een bevorderende factor in de betrokkenheid bij de behandeling is dat er korte lijntjes zijn met de SO. Veel zorgvragers en mantelzorgers vertellen dat zij met de SO de afspraak hebben dat zij altijd mogen mailen of bellen.

“Kijk, het zijn geen ellenlange verhalen, maar als er echt dingetjes zijn waarvan ik denk ‘oh dat moet ze even weten’, er zou me zo niks te binnen schieten hoor, maar dat ik denk ‘nou, dat moet ze even weten’, dan maak ik een klein mailtje naar haar. En kijk, ik ga haar tijd niet opnemen natuurlijk, maar ik denk ik maak een klein mailtje dat ze op de hoogte is. En daar reageert ze ook altijd alleraardigst op.” - GZSP mantelzorger 3

Een zorgvrager die deze mogelijkheid niet had gaf aan dat ze dit een gebrek vond.

“Ik wilde op een gegeven moment iets melden, info aan de geriater [SO], maar je kunt d'r geen mailtje sturen. Kijk, dat is dan a) een beetje ouderwets en b) beetje onhandig [lachend].” - GZSP zorgvrager 3

SO's geven aan dat voor hen het betrekken van de zorgvrager een vanzelfsprekendheid is in hun werk.

Altijd is het in overleg met de cliënt zelf, wat die WIL. Ik kan niet buiten de cliënt een beslissing nemen [...] Ik ben niet anders gewend dan om alles met de cliënt te bespreken. (SO4, Focusgroep 2)

Wel illustreert een SO goed dat hun behandeling vaak een samenspel is van belangen waardoor niet altijd de wens van de zorgvrager kan worden ingewilligd.

SO1: Ja, dus eigenlijk zie ik zo'n consult als één grote shared decision making. Want he je hebt een huisarts met een belang, je hebt een patiënt met een belang, je hebt verschillende familieleden met een belang. En ik denk ja ik kan wel iets op een kier zetten en adviezen geven, maar die hebben weinig zin als ik niet ook recht doe aan al die belangen. Dus ja ik ben wel geneigd om soms zelfs

voordat ik mijn brief verstuur ook even eerst bij de huisarts, van is dit ook een beetje de richting waarop je denkt. Want ik denk, ja ik ga die huisarts helemaal niet helpen – en dat zie ik toch als mijn voornaamste taak – als ik daar iets opschrijf waarvan die huisarts denkt, ja, ... dáár heb ik je niet voor gevraagd. Hij of zij moet er ook weer mee verder kunnen. Ja. (SO1, focusgroep 2)

Een andere SO legt daarbij ook uit dat de noodzaak om in een instelling te gaan wonen vaak een lastig onderwerp is terwijl de SO wel graag de zorgvrager wil betrekken bij de behandeling.

“Idealiter groei je ernaartoe. De meeste mensen willen gewoon thuisblijven. Ik heb haast nooit iemand die naar een verpleeghuis toe wil, eigenlijk. Dus eh, maar... Ja, soms ontkom je er niet aan, kom je er niet onderuit. Dan vraagt het wel heel veel, ja, goeie communicatie om daar de cliënt in mee te krijgen eigenlijk.

F: Ja. Dus eigenlijk impliceer je al dat het betrekken van de cliënt... Niet altijd betekent dat je kan doen wat die in eerste instantie wilt? Dat een cliënt over het algemeen niet opgenomen wil worden?

SO2: Ja. Ja, inderdaad ja... Ik heb eigenlijk nog nooit iemand gehad die zei, ik wil naar een verpleeghuis toe eh.. Een heel enkele keer, haha. Dus dat is eigenlijk zó een zeldzaamheid. En dan bij dementie heb je ook nog vaak dat mensen echt helemaal niet willen, en het ook niet nodig vinden. Als het wel soms echt nodig is.” (SO2, focusgroep 2)

Deskundigheid SO

Zorgvragers en mantelzorgers zijn erg tevreden over de deskundigheid van de SO. Zij merken dat de SO veel kennis heeft van ziektebeelden bij ouderen en dat zij een brede blik hebben. Bij het eerste consult wordt een inventarisatie gedaan van alles wat er speelt, er worden onderzoeken gedaan en naasten worden betrokken. Daarnaast weet de SO veel over medicatie en kunnen zij de beste behandelingen adviseren.

“En zeker voor de diepgang en ja hoe je ermee om moet gaan vind ik een specialist ouderengeneeskunde bij dementie vind ik die veel belangrijker dan een huisarts. Een huisarts die kan ook niet alles natuurlijk.” - GZSP mantelzorger 1

“Maar als je dan weet van nou wat er qua medicatie is, dat krijgt ze en dat is best een delicaat evenwicht, maar als dat gewoon goed geregeld is en als je bijvoorbeeld ook ehh ik heb ook wel het gevoel dat stel dat er ontwikkelingen in de markt zijn, dat er een nieuw middel op de markt komt en dat ehh en ehh de SO, in dit geval, denkt van goh, dat zou toch best wel heel interessant kunnen zijn of de moeite waard om te proberen.” - GZSP mantelzorger 2

“En dat wij daar dus bij konden zijn, is natuurlijk ook heel belangrijk en fijn. En dat zij dus daar ja in normale taal uitleg gaf van de diagnose, hoe ze daartoe gekomen zijn en ja, ik vond dat zij.. En ook de brede aanpak hè, dus inderdaad op alle vlakken vragen stellen en toelichting vragen. Ons erbij betrekken als familie, niet zozeer niet in eerste instantie hè, het was wel echt gericht op mijn schoonmoeder, maar als er extra toelichting dan nam ze dat duidelijk ook mee.” - GZSP mantelzorger 6

Communicatie

Als zeer positief punt wordt regelmatig de gespreksvoering genoemd. SO's zijn goed in de communicatie met ouderen en hun naasten, ook wanneer er cognitieve problematiek speelt. Daarnaast weten zij hoe zij moeilijke onderwerpen aan kunnen snijden en slecht nieuws brengen.

“Maarja.. begrijp je over d'r praten maar niet met d'r praten en dat is een groot verschil tussen de ouderengeneeskunde, die praat mét haar.” - GZSP mantelzorger 1

“Ja, fantastisch. Dat is cruciaal vind ik en juist met oudere mensen. Weet je, als je die beetje hooghartig gaat benaderen, dan dan ja nee, en dat doet zij niet. Ze is een schat van een mens. Dan denk ik ook; ja mijn moeder is ook stapel met d'r. Ze vindt ook heerlijk als ze komt. En en ja, nee dat is juist heel fijn en dat is haar kwaliteit. Gewoon het zo lief met oudere mensen omgaan, anders kies je het beroep natuurlijk ook niet, maar zij gaat er zo lief en zo ongelooflijk vriendelijk mee om en ja, tijd vliegt ook altijd als ze er is.” - GZSP mantelzorger 3

“Nou, de gestructureerde opbouw van het gesprek en het spreken in gewone taal en het duidelijk zijn over de diagnose en ehh ook de tijd nemen voor het gesprek. En ja, ook de tijd nemen om de reactie van mijn schoonouders zelf ook te laten.. nouja, ruimte geven voor een reactie en daar ook even de tijd voor te nemen.” - GZSP mantelzorger 6

Bij SO's kwam bij één van de focusgroepen de brief ter sprake, die ze gebruiken om de zorgvrager en mantelzorger te informeren. Afhankelijk van de tijd die de SO heeft wordt soms een begrijpelijke brief geschreven voor de zorgvrager en mantelzorger, vaker is het zo dat de brief voor de huisarts ook aan de zorgvrager werd meegegeven.

SO1: En wat ik doe, en wat mijn collega's niet altijd doen maar wat ik zelf altijd heel erg blij mee ben, is dat ik altijd een kopie van de brief aan de huisarts ook aan de patiënt geef. En ik weet ook mensen die voor de patiënt echt een helemaal mooie begrijpelijke brief schrijven, dat gaat me te ver. [lacht] Ik geef ze wel zelf een kopie.

F: Haha, ja, en dan moeten ze hem zelf even door de google translate doen? Haha.

[SO2 lacht]

SO1: Ja, precies. En dan mogen ze altijd bij mij aankloppen als ze iets niet begrijpen of het ergens oneens mee zijn. Maar ik heb echt het idee dat daardoor de implementatie van je behandelplan veel beter gaat, omdat er iemand is... Meestal een kind, dat dan meeleest, over de schouders van de patiënt. En nog weer even dingen onder de aandacht kan brengen. Ja.

F: Dat vind ik wel een interessante inderdaad, dat je eigenlijk zegt, dat bijvoorbeeld zo'n brief, ook kan helpen om het systeem te betrekken. Dus zoals dat kind, die dat nog even leest, daar dan ook betrokken bij raakt. Ja. Is er iemand die daarop wil reageren?

SO3: Ik. Wij schrijven wel een begrijpelijke patiëntenbrief. [steekt hand op] Ja! Maar wij werken wel heel anders vanwege onze bekostiging. (SO1 en SO3, focusgroep 2)

Behandelfase en verwijzing naar vervolgzorg

Regelen van vervolgzorg

Bij het regelen van extra zorg is het met name belangrijk de zorgvrager hier goed bij te betrekken, aangezien zij hier niet altijd voor open staan. Eén SO benoemt dat zij in de regio geen moeite ondervindt bij het regelen ervan.

“Idealiter groei je ernaartoe. De meeste mensen willen gewoon thuisblijven. Ik heb haast nooit iemand die naar een verpleeghuis toe wil, eigenlijk. Dus eh, maar... Ja, soms ontkom je er niet aan, kom je er niet onderuit. Dan vraagt het wel heel veel, ja, goeie communicatie om daar de cliënt in mee te krijgen eigenlijk.” (Focusgroep 2, SO 2)

“En daar hebben ja ik ben daar echt, wat ik zeg, een jaar echt mee bezig geweest om dat erin te masseren en ze was er misschien ook nog niet aan toe, maar [SO] is wel dan ook een van degene geweest die dat echt om de 3 maanden als ze bij m'n moeder was zei ze van: nou medicatie gaat allemaal goed, gewicht gaat goed. Dat ze zei: [naam zorgvrager], je moet dit gaan doen. En uiteindelijk ook toen we dus wel in 2019 die stap hebben kunnen maken naar de [locatie dagbesteding], toen was het ook in die periode daarvoor, heeft [SO] op een gegeven moment ook

gezegd van 'het wordt langzamerhand een voorwaarde om door te kunnen gaan met de medicatie'."
(GZSP mantelzorger, interview 2)

SO4: Ik heb een dagbehandeling, revalidatie eerste lijn, wij hebben een goede secretaresse die alles goed regelt. En eigenlijk ik kan makkelijk bemoeizorg, of wijkverpleegkundige... Of thuiszorg bereiken. Dus daar heb ik weinig knelpunten, goed geregeld hier. (Focusgroep2 transcript - 2020.10.27 uitgeschreven mentimeter, Pos. 263)

Samenwerking met andere disciplines

De samenwerking tussen de SO en andere disciplines behalve de huisarts (casemanager, thuiszorg, etc.) wordt door zorgvragers wisselend ervaren en hier lijkt nog ruimte voor verbetering te zijn.. Een mantelzorger benoemde dat de SO en de casemanager onvoldoende met elkaar communiceerden. De casemanager belde om te vragen hoe het met haar echtgenoot ging, terwijl deze net was overleden. Dit was door de SO niet doorgegeven aan de casemanager.

"Ik denk dat de rol van de geriatrie verpleegkundige heel belangrijk is en dat die ook heel laagdrempelig benaderbaar is, en die heeft natuurlijk weer laagdrempelig contact met de specialist ouderengeneeskunde. Met dat complete pakket denk ik dat we heel tevreden zijn." - GZSP mantelzorger 6

"Een soort cirkeltje waarin de thuiszorg, specialist ouderengeneeskunde en de huisarts, want ja die kan je toch niet helemaal uitschakelen maar die vinden zelf ook, ik denk dat je dat overal treft dat ze het ontzettend druk hebben dus het is toch een samenwerkingsverband." - GZSP mantelzorger 1

Ja, ik leun helemaal op de geriatrieverpleegkundige wat betreft het kennen van het zorgnetwerk en het sociale domein. Die zijn.. daar hebben we er veel meer van, die geriatrieverpleegkundigen, dus die zijn verbonden aan die huisartsenpraktijken. Dus die kennen heel nauw ook de sociale kaart van de wijk. (Focusgroep1 transcript - 2020.10.20, Pos. 199)

Eigen risico

De geïnterviewde zorgvragers en mantelzorgers geven aan dat het eigen risico geen belemmering is bij de inschakeling van de SO in de eerste lijn. Eén zorgvrager en diens mantelzorger geven aan dat zij wel vinden dat dit vooraf verteld had moeten worden. De SO in de focusgroep geven aan dat eigen risico vaak geen rol speelt omdat zorgvragers door medicatie en andere zorg vaak hun eigen risico toch al in zijn geheel gebruiken.

Aanbeveling voor de toekomst GZSP

SO1: In principe kunnen we natuurlijk ehh de coschappen worden al verplicht hier, ook hier in het Noorden, dus dat vind ik al wat, is denk ik al een stap voorwaarts. Tweede: het onbekendheid voor de huisartsen; we hebben ook huisartsen in opleiding en die hebben mij nu zelfs gevraagd om op hun terugkomdag wat te gaan zeggen over wanneer kunnen zij een SO in consult vragen voor de eerste lijn. Nou, dat heb ik natuurlijk ook wel met twee handen meteen aangepakt om dat in ieder geval ook te promoten. Dus op die manier hebben we natuurlijk ook een eigen rol in.

[...]

SO2: Ik ben het helemaal eens met die indeling en het promoten van ons vak, ja dat begint in de opleiding maar ook zeker met de coassistenten. Wij hebben wel veel HAO's, maar ja die hebben natuurlijk al gekozen. Die kan je meenemen in de samenwerking, dat is natuurlijk wel een heel belangrijk ding. Maar basisartsen en coassistenten kan je natuurlijk warm maken voor het vak, dus dat zijn wel twee die je binnen moet houden in ieder geval.

SO3: Ja ik val dan wel beetje in herhaling, maar ik denk dat wij als SO's echt ambassadeur van ons vak moeten zijn en daar doe ik echt alles aan. Dus bij alle uitnodigingen, daar ga ik op in. Ook al zie ik het en denk 'oh moet dat allemaal', maar ik ga het gewoon doen. Ik heb 1 of 2 AIO's als stage-opleider en coassistenten en ehm ja, ik probeer ook de AIO's die we hebben altijd mee te nemen en te

zeggen 'joch, ga spreken op een Alzheimer café' om ze eraan te laten wennen dat wij ook gewoon een rol naar buiten hebben. Wij moeten onszelf promoten en onze gezichten laten zien, dus je moet dat vanaf het begin eigenlijk trainen, vind ik, als AIOS. [...]

SO4: Nou nee volgens mij is er al een heleboel gezegd. En ik denk aan onze eigen vakgroep is natuurlijk om goed te profileren, want dat is ehh.. Want je merkt gewoon dat ook met de opleiding van de AIOSen, ja die vinden de eerste lijn toch wel eng. Intramuraal is lekker veilig weet je, dan heb je alles bij de hand en ja [gelach] naast het bed moet je in een huis moet je ineens iets verzinnen. [SO2 en SO3 knikken] Dus dat is wel een andere tak van sport hoor. En hoe je dat kan concretiseren? Ja, ik denk vooral investeren in opleiding. (Focusgroep1 transcript - 2020.10.20, Pos. 319-327)

GRZ en ELV

Het vervolg van de resultaten reflecteert het moment in de cliëntreis waarop wordt besloten tot een opname in GRZ of ELV. Vanuit die hoedanigheid wordt weer gekeken naar de verschillende fasen, beginnend bij de aanmeldfase.

Aanmeldfase

Toename complexiteit doelgroep

Doordat ouderen langer thuis blijven wonen en na een ziekenhuisopname sneller ontslagen worden, zien de GRZ-medewerkers een toename van de complexiteit van de revalidanten. Naast complexe somatische en cognitieve problematiek lijken problemen in het sociale domein steeds vaker op de voorgrond te staan. Dit heeft als gevolg dat cliënten vaker heropgenomen worden of doorstromen naar de Wlz. Minder complexe cliënten lijken vanuit het ziekenhuis vaker direct naar huis te gaan, zonder een intramuraal revalidatietraject.

Binnen het ELV wordt ook deze steeds complexere doelgroep met problemen over meerdere domeinen herkend. Hierbij worden specifiek de cognitieve problemen vaak benoemd en met regelmaat stemmingsproblematiek (rouw, neerslachtigheid, apathie). Dit kan variëren van depressie tot verslavingsproblematiek waarvoor specifieke benadering en soms ook medebehandeling vanuit de GGZ nodig is.

“ELV is dat ook: tijdelijke zorg, mensen komen met twee grote vuilniszakken met problemen en die moet je sorteren.” (Specialist ouderengeneeskunde, verpleeghuis 5)

Ter illustratie van de complexiteit van de cliënten laat onderstaande tabel per zorgvorm een voorbeeld zien van een zorgvrager met alle problematiek per domein.

	Zorgvrager GRZ	Zorgvrager ELV
Somatisch	<u>Reden van opname:</u> Ernstige decompensatio cordis en humerusfractuur links <u>Voorgeschiedenis:</u> Diabetes mellitus Mitralisklepinsufficiëntie Eerstegraads AV-blok Hypertensie Hypercholesterolemie	<u>Reden van opname:</u> Hyponatriëmie, welke slecht onder controle thuis met eigen vochtbalans <u>Voorgeschiedenis:</u> Diabetes mellitus COPD Pleuravocht
Psychisch	Borderline persoonlijkheidsproblematiek Dementie	Lichte cognitieve problemen, geen dementie Delirant
Functioneel	Analfabetisme Loopt zelfstandig, hulp nodig bij toiletgang, eten klaarmaken en medicatie-inname	Loopt met rollator nog kleine stukjes zelfstandig
Sociaal	Overbelaste dochter	Inwonende dochter

Onvolledige informatie overdracht

Zorgvragers binnen het ELV krijgen weinig mee van de informatieoverdracht tussen verwijzer en het ELV. Echter, wanneer informatie niet goed overkomt uit het ziekenhuis geeft dit irritatie bij familie: een dochter vertelt dat voor haar moeder geen goede instructies meegegeven waren door het ziekenhuis met betrekking tot de slechtiendheid en een gebroken arm. Hierdoor werd haar moeder niet op de juiste wijze benaderd en had zij geen vertrouwen in het personeel, waardoor zij en haar echtgenoot meerdere keren per dag de noodzaak voelden langs te komen om te controleren of alles wel goed ging. Een andere zorgvrager in het ELV vertelt dat zij een vernevelapparaat gebruikt op

recept van de longarts: dit was echter niet op tijd aangevraagd waardoor dit pas na twee dagen aanwezig was.

“Want dat vernevelen ook. Ik dacht, nou, ik weet inmiddels met die longen, weet ik precies wanneer ik wat nodig heb. Maar dat had eigenlijk, dat had eigenlijk al twee dagen van te voren in werking willen hebben. Dat had me een hoop narigheid bespaard. Maar het is er niet, en het moet via de huisarts, en die moet de longarts bellen, en dan is het apparaat er niet. Nou, dan ben je drie dagen verder. En dan moet je dus 's nachts in paniek op je bel. En toen dacht ik, dat klopt niet. Dat is jammer.” (Zorgvrager, interview 7 ELV)

Een andere zorgvrager in het ELV vertelde dat niet de juiste tillift aanwezig was, waardoor zij de eerste vijf dagen niet uit bed gehaald kon worden en zodoende ook vijf dagen haar ontlasting heeft opgehouden, dit was voor haar een zeer nare ervaring.

In tegenstelling tot de zorgvragers in ELV en GRZ, ervaren de zorgverleners bijna allemaal problemen met de informatieoverdracht: met name mist er vaak informatie op het psychosociaal vlak, en soms worden zorgvragers rooskleuriger gepresenteerd. Het ziekenhuis geeft voornamelijk de somatische problematiek door. Daarnaast gaat informatie tussen de instanties verloren, wanneer meerdere zorgverleners bij een zorgvrager betrokken zijn (huisarts, GGZ, ouderenzorginstelling, etc.). Dit kan leiden tot een minder accurate prognose bij een opname in de GRZ en verkeerd-bedproblematiek met omzwervingen voor de cliënt. Bij een volledige overdracht vanuit het ziekenhuis kan een correct en volledig revalidatieplan opgesteld worden. De ELV-medewerkers geven aan dat zij het gevoel hebben dat informatie soms bewust wordt achtergehouden omdat een opname in het ELV een makkelijkere route is voor een verwijzer dan om een spoedopname in de Wlz te organiseren. Verder worden ook als mogelijke verklaringen gegeven dat - in het geval van een spoedopname vanuit huis of van de SEH - er tijdsdruk is om de juiste informatie boven water te krijgen en de overdracht gedaan wordt door een arts die niet bekend is met de cliënt.

“Is naar huis altijd doel of soms ook manier om Wlz in te komen? Wordt ontkend, maar het gebeurt wel. Logisch, want Wlz duurt lang.” (Verpleegkundige ELV, verpleeghuis 3)

“Omdat het allemaal snel gaat, het is voor mij, ziekenhuizen willen ze natuurlijk zo snel mogelijk weg hebben, dus ja, dan krijg je de casus en dan moet het allemaal heel snel, snel” (Verpleegkundige ELV, verpleeghuis 6)

Vaak is het ook de weekenddokter die instuurt, ja die kent de patiënt wel op papier, maar dat stukje wat de echte huisarts, het fingerspitzengefühl van de eigen huisarts heeft ie natuurlijk niet. Dat staat ook vaak niet op papier. (specialist ouderengeneeskunde ELV, verpleeghuis 2)

Verwachtingen van opname in ELV/GRZ

De meeste GRZ zorgvragers geven aan dat zij geen specifieke verwachtingen hadden van het revalidatietraject, slechts dat zij hoopten wat aan te sterken. Als reden geven zij dat ze niet eerder gerevalideerd hebben en daardoor niet weten wat er gaat gebeuren. De behandelend arts in het ziekenhuis bespreekt met de zorgvrager dat het goed is om naar een revalidatieafdeling te gaan, verder wordt er weinig informatie gegeven. Het gebrek aan informatie vanuit het ziekenhuis lijkt voor de zorgvragers geen probleem te zijn: zij zijn het eens met de inschatting van de arts dat zij niet direct terug naar huis kunnen. Eén zorgvrager gaf aan dat zij meer informatie had willen krijgen over hoe een revalidatietraject in zijn werk gaat.

“Gewoon dat het nodig was, voor mijn herstel dus, dat ik een revalidatietraject ging volgen. En ja, dat kon ik zelf ook wel merken want ik was altijd sterk geweest en krachtig, maar ik kon mezelf niet eens

meer opdrukken, ik was heel verzwakt. [...] In principe werd het dus gesuggereerd door die dokter, en ik was het ermee eens.” – Zorgvrager GRZ, interview 1

“Nou van die revalidatiearts vond ik dus heel zeer zeer summier, ze bleef waarschijnlijk ook vanwege de corona op grote afstand, dus ik zie haar nog leunend tegen de muur aan de overkant van de kamer, dus ik had echt zo iets van nou is dit het nou. Achteraf begreep ik dat zij de revalidatiearts was, die dus de keuring moest doen waar ik wel of niet terecht zou kunnen.” - GRZ zorgvrager 5

Eén zorgvrager kreeg de keuze tussen een GRZ- en MSR-traject. In verband met de hoge leeftijd koos hij op advies van de revalidatiearts voor het GRZ-traject.

Voor de zorgvragers GRZ is met name de locatie van de revalidatieafdeling van belang. Bij het aangeven van voorkeuren kiezen zij voor een locatie dicht bij huis, zodat naasten makkelijk op bezoek kunnen komen. De echtgenoot van een zorgvrager had graag betrokken willen worden bij de keuze voor een locatie, wat vanuit het ziekenhuis niet gedaan werd.

“Want stel je voor je komt dus op een plek terecht ja wat veel verder van de woning is, dus dat raakt dat zou mij dan ook raken, maar nee hoor, helemaal niet, dus dat is een minpunt.” (Echtgenoot GRZ zorgvrager, interview 5)

Sommige zorgvragers in het ELV hadden wel eerdere ervaring met een ELV-opname en hadden dan soms ook een plek van voorkeur. Een zorgvrager gaf aan dat hij niet goed op de hoogte werd gehouden over wachttijden en de beschikbare plekken. Sommige zorgvragers geven ook aan dat ze verwacht hadden meer therapie te krijgen: Deze zorgvragers geven aan dat één of twee keer per week fysiotherapie niet afdoende is. Andere zorgvragers geven weer aan dat ze het overlaten aan de zorgverleners. Sommige zorgvragers binnen het ELV geven ook aan dat zij worden opgenomen omdat zij wachten op een vaste plek in het verpleeghuis.

“Cliënt: dus hebben ze dat ehh ik denk in samenwerking met mijn huisarts, dus zo gedaan dat ze mij hier tijdelijk even geplaatst hebben. Omdat ze mij niet direct konden plaatsen.

Interviewer: Ja. En daarom bent u hier?

Cliënt: Daarom ben ik dus hier ja. En hoe lang dat duurt...

Interviewer: Ja want u wacht dus op een vaste plek in een verpleeghuis

Cliënt: ja ja ja ja ja. Ja ik wil ehh, ik wil dus gewoon wil ik een wil ik een vaste plek. Ik heb wel voor anderen klaar moeten staan. En nou ehh, vind ik, dat nou de gemeenschap het nou moet doen ten opzichte van mijn” (Zorgvrager ELV, Interview 3)

Zorgverleners GRZ herkennen dat zorgvragers geen verwachtingen hebben van het revalidatietraject, wanneer zij nog nooit eerder hebben gerevalideerd. Daarom is het van belang dat zij vanuit het ziekenhuis juiste informatie krijgen over de mogelijkheden en onmogelijkheden van GRZ. Het is belangrijk dat zorgverleners in het ziekenhuis duidelijk aan de zorgvrager en diens naasten maken dat het doel van GRZ terugkeer naar huis is, wat niet altijd gedaan wordt. Er worden soms algemene dingen verteld en de belofte gedaan dat er door de GRZ-organisatie een Wlz plek geregeld zal worden, waardoor zorgvragers en naasten met een verkeerde verwachtingen aan de revalidatie beginnen. Dit moet dan weer bijgesteld worden door het GRZ-team, wat weer tijd kost en kan leiden tot teleurstelling bij de zorgvrager en diens naasten.

“Dus ze worden bezocht door het transferbureau in het ziekenhuis, die vertellen hele algemene dingen. Het is hetzelfde.. de specialist aan het bed bij die patient die zegt van: 'U gaat straks eventjes naar de afdeling en dan kunt u even lekker uitrusten. Hun gaan dat regelen voor u'. SO: 'U kan niet meer naar huis. Daar regelen ze een huis voor u' T: Ja, ze komen soms met hele andere verwachtingen boven en wel eerlijk, want het is hun verteld.” (Teamcoach GRZ organisatie 4)

De medewerkers ELV herkennen ook de onrealistische verwachtingen van verwijzers: dit kan betrekking hebben op de zorg die geleverd wordt of dat verwijzers denken dat het ELV hetzelfde is als de GRZ of ziekenhuis faciliteiten heeft. Dit maakt het soms ook lastig voor het ELV als een zorgvrager is opgenomen om deze verwachtingen bij te stellen.

“het lastige is omdat er in het ziekenhuis vaak verwachtingen worden gewekt alsof eh er hier nog steeds een revalidatieafdeling zou zijn, dan wordt er wel eens tegen de mensen gezegd he je krijgt daar elke dag fysiotherapie” (manager ELV, verpleeghuis 7)

“Als het dan ook echt ELV is, dan zegt afdeling ziekenhuis: u gaat lekker revalideren. Dan krijgen ze maar 1-1.5 uur fysiotherapie per week en dan is patient en familie boos.” (manager ELV, verpleeghuis 7)

“Het is dus niet altijd zo. Er zijn ook mensen die een breuk hebben dan denk ik ze kunnen beter revalideren. Hier is maximaal 1-2x per week fysio. Maar dat is eigenlijk te weinig. Dat is wat ik maximaal kan regelen. Soms belt ziekenhuis: kun je even een labje doen. Nou nee, ik kan geen infuus plaatsen, ik kan bloedprikken bestellen maar dat is pas voor een paar dagen later. Mensen in ziekenhuis hebben geen idee, denken dat we hier bijna dezelfde faciliteiten hebben.” (huisarts behandelaar ELV laagcomplex)

Triage

Zorgvragers in ELV en GRZ zijn niet direct betrokken bij de triage. Wel verschaffen zij natuurlijk ook zelf informatie over wat ze denken nodig te hebben of merken zij dat een triage niet juist uitpakt. Binnen ELV en GRZ waren er verschillende casussen waar de zorgvrager vertelt in eerste instantie naar huis te zijn gestuurd vanuit het ziekenhuis, maar dat het daar dan niet gaat en dat kinderen of huisarts alsnog een opname in de kortdurende zorg moeten aanvragen. Sommige zorgvragers geven hier ook bij aan dat ze zelf dachten dat ze het wel zouden kunnen thuis.

“Ik ben ehh, ik was in het AMC, en toen na twee dagen, drie dagen, had ik bericht gehad, dat ik werd geopereerd in Flevoziekenhuis. En vanuit het Flevoziekenhuis ben ik weer naar huis gegaan. Maar daar ging het niet goed, want ik viel af. En toen heb m'n vriendin heb de dokter geraadpleegd, en die zei 'nou dat ken zo niet, ik ga er werk van maken.' Die heb verschillende tehuizen gebeld. Gelukkig kon ik hier terecht. Zodoende ben ik hier terecht gekomen.” (Zorgvrager ELV, interview 6)

“maar vanaf het moment dat ik dus daar [het ziekenhuis] ben weet ik eigenlijk helemaal niks meer en ik weet wel dat ik op een gegeven moment wel naar huis wilde en toen werd ik ook zeg maar eigenlijk ontslagen, maar achteraf staat ook in de verslagen dat ik dus te vroeg naar huis gestuurd ben” (Zorgvrager GRZ, interview 2)

Ook zorgvragers in ELV geven aan dat het volledig aan de inschatting van de zorgverlener in de thuissituatie was en dat zij zelf niet meenden dat zij opgenomen hoefden te worden.

“Zorgvrager: Eh, ik woon alleen en ehh, en ehh, ja, ik dacht niet dat het nodig was.

Interviewer: ja

Zorgvrager: maarja, huisdokter wel.

Interviewer: ja, ja, inderdaad

Zorgvrager: want die vond mij toen, dat ik te weinig at. Hij was er wel niet bij, maar, goed, opnemen.” (Zorgvrager ELV, Interview 1)

Zorgverleners GRZ vertellen dat de triage per organisatie door verschillende medewerkers wordt gedaan; bij sommige door SO's en bij sommige is het gedelegeerd aan andere medewerkers, bijvoorbeeld transmuraal medewerkers of cliëntadviseurs die alleen bij twijfel overleggen met de SO. Er is nergens naar voren gekomen dat de triage verkeerd uitvalt. Bij de triage is het van belang dat er een goed beeld verkregen wordt van de potentiële cliënt. Bij zeer complexe comorbiditeit (bv. op

psychiatrisch vlak) is een papieren triage niet afdoende en is een fysieke beoordeling door een SO gewenst. Daarnaast is het belangrijk om bij de beoordeling mee te nemen of het GRZ-team de zorgvrager wel aan kan, bijvoorbeeld met betrekking tot verpleegtechnische handelingen en beschikbaarheid personeel. Voor CVA-zorgvragers zijn er andere afspraken. Voor deze groep geldt dat zij altijd het voordeel van de twijfel krijgen en worden opgenomen in de GRZ, omdat in de acute fase de herstelbaarheid nog niet goed in te schatten is.

In tegenstelling tot bij de GRZ, worden bij het ELV wel veel triageproblemen ervaren. Hiervoor werd de verklaring gegeven dat er veel zorgvragers komen waar al snel blijkt dat ze niet meer naar huis kunnen, maar voor wie een Wlz-indicatie aangevraagd moet worden. Dit strookte volgens de medewerkers met het doel van ELV: namelijk kortdurend opname waarbij wordt toegewerkt naar een ontslag naar huis. Medewerkers gaven aan dat de triage door minimaal een verpleegkundige of arts gedaan moest worden om te kunnen inschatten of de zorgzwaarte overeenkomt met de zorg die in het ELV geleverd kan worden en of de zorgvrager de potentie had om terug te keren naar huis. Hiervoor is een gestandaardiseerd triage-instrument niet afdoende. Aan de andere kant werd ook aangegeven dat, ondanks dat ze bij triage al weten dat een zorgvrager niet meer terug naar huis kan, de zorgvrager toch wordt opgenomen omdat het ELV als de beste optie werd gezien. Iemand terug naar huis sturen of langdurig in het ziekenhuis opgenomen laten in afwachting van een Wlz-indicatie werd dan als slechtere optie gezien dan iemand op te nemen in het ELV.

“In begin beoordeelde de manager over opname, maar nu hebben artsen verantwoordelijkheid en medezeggenschap. Mensen worden aangeboden als ELV hoogcomplex, maar zijn te hoog complex, Wlz of palliatief. De beslisboom is leuk, maar iemand moet door de regels doorlezen en inschatten.” (huisarts werkzaam op ELV, verpleeghuis 3)

“We krijgen patiënten met hoge zorgbehoefte binnen en dan denk je al “Wlz! Wlz!” Soms zie je dit na een uur, en soms na 2 weken. Dat maakt niet uit. Voor de triage is er een afwegingsinstrument voor huisartsen. Die melden patiënt aan via zorgbemiddeling en die worden dan zonder goedkeuring van arts bij ons ingepland. En dan pas zie ik aanmeldingen. En soms dan roep ik nog: hallo, dit wil ik niet.” (specialist ouderengeneeskunde, verpleeghuis 2)

Niveau 3 is niet ideaal. [...] Het is nodig dat iemand capaciteiten heeft overzicht en “helikopteren”. (manager verpleeghuis 1)

“We willen waken dat ELV hoogcomplex wordt gebruikt als verkapte manier om naar de Wlz te gaan. [...] Je bent geslaagd als huis als je vanuit ELV naar huis kan ontslaan. [...] Maar er moet toch iets met patiënt gebeuren. Dan gaat patiënt het ziekenhuis in, dus wat heb je liever? Het is maar net hoe je het bekijkt. Je kan je poot stijf houden en ELV alleen houden voor patiënten die naar huis kunnen, maar op totaalplaatje niet beter. Geeft nu wel negatief plaatje op wat ELV beoogd te zijn. Iemand die nog geen Wlz indicatie heeft en die blijkt niet naar huis kan en dan moeten we het hier omzetten. Als je zo patiënt uit het ziekenhuis kan houden is het wel beter.” (Verpleegkundige, ziekenhuis 1)
“Wat vaak het geval is, dat als mensen op de afdeling komen dat er in de thuissituatie al zoveel langdurige problemen zijn dat die doorgeplaatst moeten worden. Die doorstroom is heel moeizaam, weinig Wlz plekken.” (manager, verpleeghuis 8)

Wachttijd opname

Het wachten tot opname op een revalidatieafdeling wordt door GRZ zorgvragers wisselend ervaren. Zorgvragers hebben over het algemeen begrip dat zij moeten wachten op een plek. Enkele zorgvragers gaven aan dat zij de wachttijd vervelend vonden.

“Tja, er was geen plek, het was middenin het coronatijdperk. Alles zat vol, dus ja dan moet je even wachten.” (Zorgvrager GRZ, interview 1)

“Nou dat vond ik niet zo leuk, want je zag natuurlijk in het ziekenhuis een hoop ellende hè. [...] Mensen die doodgingen en, nou ja goed. Je deed verder ook niks, je lag daar maar en je mocht geen bezoek hebben omdat het midden in die coronatijd was hè.” (Zorgvrager GRZ, interview 3)

“Het was een verloren week, maar ja het kon niet anders, het kon gewoon niet anders want er was gewoon geen ruimte. Dus dat realiseer ik me ook wel, daar moet ik ook verder helemaal niet over mopperen, maar het was jammer dat die week eigenlijk, ja, verloren is geweest wat revalidatie betreft.” (Zorgvrager GRZ, interview 5)

Bij ELV zorgvragers wisselt de ervaring rond opname erg, dit verschilt ook of de opname vanuit huis geregeld is door de huisarts of vanuit het ziekenhuis. Vanuit huis kan het als gehaast ervaren worden: de ambulance staat opeens voor en dan moet er snel een tas gepakt worden. Aan de andere kant merken zorgvragers ook dat het langer wachten is omdat er geen opnamecapaciteit is:

“Uhm nee, ik zei ik red het niet. Dat zag ze ook wel. Ik zeg kunt u [huisarts] misschien zorgen dat ik een week of veertien dagen in een soort ziekenboeg eh, maar dat was nog heel moeilijk. Nergens plaats.” (Zorgvrager ELV, interview 2)

Vanuit het ziekenhuis werd een wachttijd van enkele dagen tot twee weken ervaren. Dit vonden zorgvragers allemaal een acceptabele wachttijd. Er was ook een zorgvrager in het ELV die duidelijk had meegekregen dat een snelle doorplaatsing ook door schaarste van ziekenhuisbedden werd gestuurd:

“ehh, ja. Ehh, ik ben dus na de operatie vanuit het ziekenhuis zo snel mogelijk de transferafdeling opgeschoven. Om dus geen kostbaar ziekenhuisbed onnodig te bezetten.” (Zorgvrager ELV, interview 8)

Medewerkers ervaren dat de wachttijd tot opname op een GRZ afdeling vanuit het ziekenhuis wisselend is en afhankelijk van bedden capaciteit, beschikbaarheid zorgverleners en complexiteit van de zorgvrager (bv. een afdeling kan maar een beperkt aantal zorgvragers met PICC-lijn verzorgen). Een korte wachttijd heeft als voordeel dat iemand zo snel mogelijk de juiste zorg krijgt, de revalidatie direct kan starten en het ziekenhuis ontlast wordt. Binnen het ELV wordt gemerkt dat ziekenhuizen moeite hebben met uitplaatsingen en dat er niet-passende zorgvragers voor de afdeling verwezen worden:

“[...] omdat er zo weinig plekken zijn, pakken ze gewoon alles, wat ze maar te pakken kunnen krijgen. Beter iets dan niets.” (Verpleegkundige ELV, verpleeghuis 6)

Opnamefase

Betrokkenheid cliënt

Over het algemeen zijn de GRZ en EL zorgvragers positief over de opnamefase. In hoeverre zij betrokken werden bij het opstellen van revalidatiedoelen en een behandelplan wisselt per zorgvrager. Echter speelt hierbij ook mee hoe zorgvragers dit interpreteren: enkele zorgvragers gaven aan dat er geen revalidatiedoelen opgesteld waren, maar weten gedurende het interview toch meerdere doelen te benoemen. Het lijkt dat er wel in samenspraak doelen opgesteld waren, maar zij dit niet als zodanig ervaren hebben. De doelen die zorgvragers zelf benoemen zijn veelal van algemene aard, zoals “aansterken”, “opknappen” en “mobiel worden”. Zowel de zorgvragers die zich betrokken voelden bij het opstellen van de doelen als de zorgvragers die zich hier niet bij betrokken voelden waren tevreden over de gang van zaken. Eén zorgvrager binnen GRZ gaf aan dat hij een uitgebreider plan en meer structuur had willen hebben vanaf de start van de revalidatie,

zodat hij wist waar hij aan toe was. Een zorgvrager in ELV geeft aan dat er wel met haar dochter overlegd werd, maar niet met haarzelf en dit als kwalijk ervoer.

“Ik vond het helemaal niet erg. Ik was zelf ook niet... nou ja ik was aardig afgezwakt in die tijd, ik was iets van 30-40 kilo afgevallen in die tijd, dus ik had er niet zo veel interesse in eigenlijk om met al die dingen lastiggevalen te worden.” (Zorgvrager GRZ, interview 1)

“Interviewer: En even kijken, aan het begin dat u hier opgenomen werd, werd er toen een plan met u gemaakt? Voor de komende weken? Over uw opname?”

Clïënt: Nee dat niet, het ging eigenlijk automatisch.” (Zorgvrager ELV, interview 13)

“Ja en gelijk werd vooral de fysiotherapeut die zegt mevrouw hè die ontvouwde gelijk een plan, we gaan heel rustig beginnen, we beginnen zus en zo en wat is uw einddoel, wat zou u uiteindelijk weer willen? Nou ja mijn einddoel was weer kunnen fietsen, gewoon weer op de fiets springen en de stad in gaan, nou dat heeft ie ook letterlijk zo gedaan.” (Zorgvrager GRZ, interview 5)

“Je zou verwachten dat je dan gewoon een wat mij betreft uitgewerkt programma waar je mee rekening kan houden en dat je een soort meedenken hebt van nou nu kunnen we dat gaan doen.” (Zorgvrager GRZ, interview 8)

“Zorgvrager: ja dat gaat dan wel eens tegen het zere been bij mij.

Interviewer: hoe bedoelt u dat?

Zorgvrager: Nou dat ik er ook graag van wil weten.

Interviewer: ja, nee dat snap ik wel ja

Zorgvrager: En dan moet, en dan hoor ik het van haar [dochter van zorgvrager] wel eens per mondje. En zeg ik hoe kom jij daar aan? Zeg ik dan weet je wel. En dan zeggen ze wel eens, zegt ze wel eens van ja, toen bij die bespreking. Nou, zeg ik, dat had ik wel eens willen weten.” (Zorgvrager ELV, interview 1)

De eerste opvang en het opnamegesprek worden als zeer positief ervaren. Zorgvragers krijgen voldoende informatie en er is ruimte om vragen te stellen. Zorgvragers binnen ELV geven aan dat ze soms nog overdonderd kunnen zijn omdat ze eigenlijk niet opgenomen wilden worden: het is dan fijn als de eigen huisarts bij de opname betrokken is of als de opnemend arts kalmte uitstraalt.

“Geweldig, kan niet anders zeggen, ja geweldig, dat was echt.. Iedereen kwam meteen, de diëtiste, de logopedie, ergotherapie, de fysiotherapie, de revalidatiearts en echt het was zo warm.” (Zorgvrager GRZ, interview 5)

“Zorgvrager: ja, je komt binnen en dan ben je al opgelaten. Dat is wel zo, dus die arts weet ook precies hoe ze dat aan moet pakken natuurlijk, met praten enzo.

Interviewer: Ja, en hoe heeft u dat ervaren dan?

Zorgvrager: Ja goed, lekker kalm.”

Bij opname in de GRZ vindt er een MDI (multidisciplinaire intake) plaats, waarbij de betrokken behandelaren, de zorgvrager en de naaste erbij zitten. Hierin wordt zoveel mogelijk informatie verzameld en de wensen van zorgvrager geïnventariseerd. Vervolgens vindt er een observatieperiode plaats, waarin elke behandelaar de zorgvrager zoveel mogelijk in kaart brengt. De duur van deze periode varieert per organisatie. Vervolgens vindt er een MDO (multidisciplinair overleg) plaats om het behandelplan en de revalidatiedoelen vast te stellen, waarin de wensen van de zorgvrager ook worden meegenomen. Het besprokene wordt teruggekoppeld aan de zorgvrager.

Deze gestructureerde werkwijze werd veel minder gezien in het ELV. Hier deed vaak of de verpleegkundige en/of de arts een intake. Sommige artsen in ELV benoemen ook het geriatrisch assessment, anderen benoemen het als medische intake waarna bekeken wordt welke andere

disciplines ingezet moeten worden. Een transitorium-afdeling in een ziekenhuis beschreef wel een multidisciplinaire intake. De frequentie en regelmaat van MDO wisselt per instelling tussen iedere twee tot vier weken tot “op gelegenheid” zonder vaste frequentie. ELV laagcomplex beschreef dat er weinig tot geen MDO’s werden gedaan.

“Bij intakegesprek met cliënt en familie. Informatie geven, arts komt in beeld, hier eigen huisarts. Medische kant en kijken of er andere disciplines betrokken moeten worden zoals fysio of diëtist.” (basisarts ELV, interview 5)

“Als een cliënt 24h binnen is zien we wat zorgbehoefte is en stellen we een zorgplan met cliënt op en we proberen dan dat patiënt steeds zelfstandiger wordt. Na twee weken werken we met een risicokaart, dan kijken we of iemand decubitus heeft, valrisico, voeding, zulke dingen.” (verpleegkundige ELV, interview 7)

“Verpleegkundige, arts en fysiotherapeut gaan langs voor intake. Dit stemmen we multidisciplinair af en vervolgens wordt de cliënt elke week gezien. Dit wordt op een gegeven moment op een lager pitje gezet als alles in kaart is.” (manager ELV, interview 10)

Zorgvrager niet goed genoeg in kaart

Voor een succesvol en efficiënt verloop van het revalidatietraject ervaren zorgverleners in de GRZ dat het belangrijk is de zorgvrager vanaf de opname volledig in kaart te hebben. Hierbij kan een aantal problemen optreden. zorgvragers kunnen soms een gesloten houding hebben, waardoor het moeilijker is om informatie boven water te krijgen. Wat hierbij kan helpen is om direct naasten erbij te betrekken om meer informatie te verkrijgen over de zorgvrager en over het systeem. Desondanks blijkt het nog steeds moeilijk te zijn om alle informatie boven water te krijgen, omdat niet alles verteld wordt of problemen minder ernstig voorgedaan worden. Daarnaast kan het ook zijn dat problemen pas later meer aan het licht komen, met name cognitieve problematiek.

“Maar op een gegeven moment gingen die cognitieve problemen steeds meer op de voorgrond, vielen toen eigenlijk pas op. In eerste instantie deed ze niet zo veel, dus kwam ze ook niet in de problemen. Dus dat, naarmate ze wel mobieler werd en meer zelf dingen ging doen, ontdekten we dus eigenlijk ook wel dat dat meer het probleem ging zijn. En ze was zelf ook van nou ik ga dit even en ik ga naar huis, in de eerste instantie. Of eigenlijk altijd wel geweest.” (SO GRZ, organisatie 1)

Zorgverleners in het ELV beschrijven dat problemen thuis nog niet op de voorgrond traden doordat er nog een mantelzorger in beeld was voor ondersteuning, of dat juist de verplaatsing van de cliënt zorgt dat het functioneren achteruit gaat: In een eigen woonomgeving lijkt de cliënt een routine te hebben die wegvalt bij een intramuraal hersteltraject:

“Nou dat zij, zij leunden dan toch veel aan elkaar en wat ze dan samen deden dingen vertellen of gewoon eh hele simpele dagelijkse dingen de krant lezen, ja dat deed m’n echtgenoot altijd waar moet ik dat dan halen, ja dat weet ik niet dat deed hij altijd, waar denkt u dan dat u de krant kan gaan halen, ja weetje kleine dingetjes die dan wel heel duidelijk laten zien dat het cognitief ook niet helemaal meer helder meer is [...] Wat je eigenlijk voorheen niet zag omdat ze elkaar zo mooi aanvulden” (Verzorgende ELV, Ziekenhuis 2)

“Als mensen niet van hun plaats gaan of dat ze nog een beetje in hun structuur mee kunnen komen, [...], dat die mensen met cognitieve problemen blijven lang thuis wonen als dat op een soort automatische piloot zit thuis, weten ze de routine, maar als je ze daar uit haalt, dan vallen ze in hun dementie achteruit en dan is het vaak niet meer haalbaar om ze weer terug te plaatsen naar die thuissituatie dat kunnen ze vaak niet aan, dus dan zie je toch dat dat doorschuift naar een plek binnen” (Verpleegkundige ELV, verpleeghuis 6)

Daarnaast was vaak het gevoel dat in de thuissituatie niet afdoende gedaan is om een cliënt te ondersteunen of in kaart te brengen en dat er wordt afgewacht totdat het mis gaat.

“Aan de voorkant had eerder geschakeld moeten worden, daar was al langer duidelijk dat zij niet goed zelfstandig meer kon wonen. En ik denk als daar in preventieve zin eerder geschakeld was, dan was deze opname niet nodig geweest, had ze direct naar Wlz gekund.” (Manager ELV, Ziekenhuis 3)

Desalniettemin ligt er ook een grote rol voor de zorgverleners om alle problemen goed in kaart te brengen, wat in de praktijk niet altijd volledig gedaan wordt.

“[...] het was wel een man met overgewicht maar dat hebben we denk ik ook niet voldoende goed gezien.” (Senior verpleegkundige GRZ, organisatie 2)

Behandelfase

Sfeer op de afdeling

Voor de GRZ- en ELV zorgvragers lijken met name het personeel en de mede-revalidanten bepalende factoren voor een goede sfeer. De verzorgenden kunnen hierin een groot verschil maken, maar ook de aankleding van de afdeling. Zorgvragers vinden het wel belangrijk dat zij genoeg vrijheid krijgen, bijvoorbeeld om op de eigen kamer te eten wanneer zij geen behoefte hebben aan contact. Een zorgvrager in het ELV die bestraald werd voor een maligniteit gaf aan dat het prettig was om met een mede-revalidant te spreken die ook bestraling had gehad en dat dit steun gaf.

“Als je aan tafel zit met z'n allen, ja goed het gesprek bevalt je niet altijd, maar je bent toch samen, laat ik het zo zeggen. En dat is gewoon prettig. En er werd ruimschoots de gelegenheid gegeven, om tien uur of elf uur was het altijd koffietijd en er was altijd wel een koekje erbij met een kop koffie, er was altijd wel wat te spreken. Dus ja ze deden gewoon, ze probeerden een beetje de huiselijke omstandigheden na te bootsen.” (Zorgvrager GRZ, interview 1)

“Wat ook een pluspunt is, is dat op vrijdag, dan komt er een mevrouw met bossen bloemen, en dan verdeelt ze dit, natuurlijk vooral in de eetzaal, en ehh, maar ook op de kamers en in de gangen enzo. Dat dat er gezellig uit ziet.” (Zorgvrager ELV interview 4)

“Ja dus dat is ehh, dat verschilt dan ook weer wat voor type mensen je hebt. Met wat voor karakter. Maar dat is dus ehh, ja vaak.. We hebben een heel tijdje gehad, een paar van die ehh, ja, leuke Amsterdamse dames, die echt wel wat leven in de brouwerij brachten. Weet u wel? Heel gevat en ehh, van die ehh, ja iedere keer weer van die sneeige opmerkingen maken, begrijpt u? Dus ehh, nee de sfeer onderling ehh, ja, een paar schieten er dan weer uit. Maar dus ehh, dat is op zichzelf wel bereid om elkaar te helpen. Hè, dus ook aan die tafel enzo. Ja. Nee. Dus dat ehh, dat is wel leuk. Ja.” (Zorgvrager ELV, interview 9)

“Dat kan ik, daar kan ik ook geen, het is hier eigenlijk, ik vind het niet direct een verpleegtehuis. Maar het is meer een opvang. Tijdelijk. Dus dat is heel erg verschillend. Toen ik hier kwam ehh, ja, heb ik het ervaren min of.. Laat ik dit nog zeggen: hier verblijf ik, maar ik ontbijt in de eetzaal. Lunch en avondeten. En dat is een, ja dat was al een wat hechte groep, dus dat deed een beetje, nouja, zij konden mij alles vertellen. En ehh, beetje familie-achtig aan.” (Zorgvrager ELV, interview 4)
“Ze [verzorgenden] waren allemaal stukken jonger als dat ik was. [...] Dat was ook wel lachen en geinen. [...] Dat moet ook kunnen hè.” (Zorgvrager GRZ, interview 3)

Aan de andere kant kunnen zorgvragers in het ELV zich ook behoorlijk aan andere zorgvragers ergeren. Bijvoorbeeld omdat ze luidruchtig zijn of om veel aandacht vragen. Een zorgvrager beschrijft dat er ook geroddeld wordt door andere zorgvragers op de afdeling, vooral over zorgvragers met geheugenproblemen. Een andere zorgvrager in het ELV gaf aan dat het confronterend was dat er ook

een aantal hospicebedden op de afdeling waren. Ze vertelde dat er gedurende één week tijd vier zorgvragers waren overleden. Dit wordt ook beschreven van andere zorgvragers die geheugenproblemen hebben of een zichtbare aandoening:

“Ja, vind ik confronterend, vind ik ehh, dan krijg ik medelijden. Ik heb tegenover een mevrouw heb ik gezeten, een paar dagen geleden is het al gebeurd weer. Volgens mijn had dat mens parkinson of god weet wat ze had. Maar dat was vreselijk.” (Zorgvrager ELV, interview 10)

“Algemene ruimte? Ja nouja beneden dus he, beneden. Maarja, daar heb je het weer, kijk als ik hier zit ken ik kijken waar ik heen wil en zit ik in de algemene ruimte, dan heb je te maken met allerlei mensen. De ene houdt van dit, die houdt van dat. Ik bedoel dat dat, ben je ergens aan gebonden. Daarom blijf ik dan liever op mijn kamer zitten, lekker rustig. Heb ik niet van mensen die lopen te brullen van zet dat ding eens wat zachter of ehh, ken dat niet wat anders, ken dat niet zus, ken dat niet zo. Ik hou graag van mijn eigen sfeer.” (Zorgvrager ELV, interview 3)

Ook in de GRZ lijkt een dergelijk probleem te spelen. Twee zorgvragers gaven aan dat zij het confronterend vonden dat zij zicht hadden op het uitrijden van overledenen. Meermaals wordt genoemd dat de kamers en afdeling sober aandoen en geen huiselijkheid uitstralen.

“Ja het was zo, als m'n vrouw en m'n dochter kwamen 's middags dan ging ik met m'n vrouw en m'n dochter met de lift naar beneden gingen we naar het restaurant toe, omdat je toch een sobere toestand daarboven hebt vond ik het prettig om dat uurtje bezoek of die anderhalf uur bezoek die er was om dan lekker in het restaurant te gaan zitten.” (Zorgvrager GRZ, interview 6)

Een aantal ELV cliënten gaf ook aan dat het prettig was om de mogelijkheid te hebben naar buiten te gaan en daar te kunnen lopen. Of ergens buiten het verpleeghuis een kop koffie te kunnen drinken:

“Nou, ik herinner me, hmm, dat ehhm, mijn zoon was hier, al weer een tijdje geleden. En dat hij zegt, 'mama, doe je jas aan en we gaan naar buiten'. Had ik nog niet gedaan, ik was nog niet buiten geweest. [...] We zijn naar buiten, naar het wooncentrum gegaan. [...] Lekker koffie gedronken, maar die mensen om me heen, die winkelende mensen. Het was alsof het een openbaring, ik wist dat, maar ik had het niet meer beleefd. Ik leefde ineens. En toen dacht ik, dus ergens zit er toch in het huis, ja het is natuurlijk toch een bepaalde groep, iets iets, benauwends, iets, iets, ja. Bekrompends? Ik weet het niet. En en, nu ik hier in een cafeetje zit, ja, gaat de wereld voor me open. Dus..” (Zorgvrager ELV, interview)

Ook wordt het als positief aangegeven als er activiteiten worden georganiseerd. Sommige zorgvragers geven aan dat het soms wat kinderachtig is, maar naderhand dan toch gezellig. Zorgvragers ervaren de vrijheid om zelf te bepalen waar ze aan mee willen doen.

Kamer en sanitair

Over het delen van een slaapkamer zijn wisselende ervaringen bij zorgvrager in het ELV: sommige cliënten vinden het gezellig, andere cliënten zijn liever op zichzelf. Eén zorgvrager had een slechte ervaring met het delen van de kamer omdat zijn kamergenote erg snurkte. Ook geven sommige zorgvragers aan dat het prettig kan zijn om in privacy met familie te kunnen spreken:

“Daar neem ik mijn bezoek ook mee naar toe [eigen kamer]. Ja. Want ik zei al, want dus die mevrouw, die dan later binnengekomen is in de kamer, die bleef altijd zitten in die kamer, en ehh, als je daar wat praatte, dan vraagt ze je daar over. Dan heeft ze meegeluisterd zo ja. Weet u? Dus dat kan eigenlijk niet.” (Zorgvrager ELV, interview 9)

Gehorigheid kan ook als een probleem worden ervaren:

“Interviewer: Oja, want dat deelt u met de buurman?

Zorgvrager: ja de buurman hiernaast. En die heb ook dan 's avonds tot heel laat nog de televisie aan, daar word je gek van.

Interviewer: Oh dat hoort u dan door de badkamer heen?

Zorgvrager: Vanmorgen om half zeven ook, ik denk wat hoor ik nou. Hup dan heb hij al de televisie aan. Nou dat is een beetje te. Kijk je moet ook als ze hier lopen, om een uur of elf [’s avonds] zeggen, jongens televisie uit of zachter. Maar je hebt ook mensen, dan leg ik hier tegen de muur aan, ik word knettergek. Ik word echt knettergek.” (Zorgvrager ELV, interview 6)

Binnen de GRZ zijn de ervaringen vergelijkbaar. Een zorgvrager vond het delen van een kamer heel fijn omdat zij vanwege Covid-19 niet van de kamer af mocht.

Over het sanitair waren de GRZ zorgvragers tevreden. Een gedeelde badkamer was ook geen probleem, zolang de hygiëne maar goed was. Een zorgvrager gaf aan dat er genoeg steunen aanwezig waren in de badkamer, waardoor zij zich veiliger voelde om zichzelf te wassen. Een zorgvrager in het ELV illustreert wat een vervuilde badkamer betekende voor hem:

“Zorgvrager: Ja dat, dat bedoel ik. En ehm, ja, de closetpot, soms helemaal smerig. Nou, en ehh, was een mevrouw ehh, die dan er dan nu nog is, maar die dan dus ook op een po, die dan ook nu, nu zo snurkt zal ik maar zeggen. Maar goed, hele aardige vrouw, en die heeft dus dan wat met haar been. Dus die moest dan op zo'n, zo'n stoel

Interviewer: Ja po-stoel ja.

Zorgvrager: En dan werd die po eruit gehaald, en dan ja, omdat ik dan dus veel wakker ben, en ja zelf er ook heel veel uit moet om te plassen dus ehh, al is het heel weinig. Ehm, maar dan hoorde ik, zeg, dus ehh, dus dan werd dat, die po weer in die closetpot gegooid. En ook een keer, toen kwam ik er, en toen was de hele bril nat, en helemaal eromheen nat. En dan denk ik, dan sta ik in de plas van een ander.” (Zorgvrager ELV, interview 9)

Structuur

Een aantal ELV zorgvragers geeft aan dat ze het niet zoals thuis vinden, omdat ze zich naar het ritme van het verpleeghuis hebben te voegen: er zijn vaste tijden waarop gegeten moet worden of ze dienen in een gemeenschappelijke ruimte te eten. Hier zouden ze graag meer vrijheid in willen. Dat ze ervoor kunnen kiezen om om 19.00 een warme maaltijd te eten in plaats van om 17.30, omdat ze dat thuis ook zo doen.

“Maar kijk, thuis hoef ik niet om 17.00 uur te eten, dan kan ik zelf doen wat ik wil.” (Zorgvrager ELV, interview 2)

Door een GRZ zorgvrager werd benoemd dat dagelijks om 21:30uur de lichten uitgingen om te gaan slapen, wat zij niet gewend was. Hier had zij meer eigen regie in gewild. GRZ zorgvragers waarderen dat zij een weekschema krijgen, zodat zij weten wanneer zij bijvoorbeeld bij de fysiotherapeut verwacht worden.

Medewerkers van het ELV geven echter aan dat de structuur van een afdeling bevorderlijk kan zijn voor een deel van de patiëntpopulatie en dat dit bijdraagt aan het herstel. Hieruit blijkt dan soms ook of het voor patiënten mogelijk is om weer terug te keren naar huis.

“Mevrouw moest hier structuur krijgen, en mevrouw was nooit op structuur, door onze structuur ging het goed. In MDO werd het niet vertrouwd om terug naar huis te gaan, ze moest structuur hebben. Ze

had prikkels nodig, ging anders dag en nacht op bed liggen. Was apathisch. En die prikkels zou ze thuis niet krijgen.

Gevoel van veiligheid

Zorgvragers binnen het ELV vinden het belangrijk dat er vlot op een bel gereageerd wordt wanneer zij een verpleegkundige of verzorgende nodig hebben. Dit draagt bij aan hun gevoel van veiligheid in het ELV. De meeste zorgvragers geven aan dat zij zich veilig voelde gedurende hun opname. Sommigen zorgvragers voelen zich ook veiliger dan thuis door de nabijheid van de verpleging.

“Zorgvrager: ja ik ik ik, ik voel me beschermd. laten we het zo zeggen.

N: Oja. En waardoor komt dat dan?

Mr: ehh nou dat zeg ik, als je, je wordt in de gaten gehouden. Ehh, ik bedoel je bent niet thuis en dat je maar es de de de dingetje krijgt, en dan hoop je maar, want dat heb ik ook gehad dus, dat ik viel, dat ik met mijn kop tegen de muur, dan ben je effe buiten westen. Nou als je effe buiten westen, dan ken je altijd nog even drukken [op het alarmknopje om zijn nek] maar als je dus zo blijft, dan is het gebeurd, dan is het einde verhaal.” (Zorgvrager ELV, interview 3)

Andere factoren die bijdragen aan een gevoel van veiligheid is of er secuur met medicatie wordt omgegaan en of de zorgvrager ervaart dat de brandveiligheid op orde is. Ook het kwijtraken van spullen kan een gevoel van onbehagen geven, vooral als niet duidelijk is voor de zorgvrager wie hij daarvoor om hulp kan vragen.

Medicatie

Bij de ELV- zorgvragers kwam in bijna in elk interview terug dat er medicatie-fouten werden gemaakt, dat medicatie niet aanwezig was of kwijtraakte of dat er niet werd gecommuniceerd over veranderingen in de medicatie. Dit werd als slordig en vervelend ervaren.

Ik bedoel want het is bij mij, vanaf dat ik binnen ben, is het steeds gerommel met mijn medicatie. Ik heb al een paar keer van thuis medicijnen moeten halen, die ik gelukkig nog had liggen. Omdat het niet aangekomen was. En nou, dat vind ik vervelend. Want voor mij is dat heel belangrijk, je medicatie. (Zorgvrager ELV, interview 7)

Ik vind ehh, de verzorging is goed, enkel ze zijn af en toe achter met medicijnen en dat vind ik, dat neem ik ze kwalijk. Zoals van de week, want ik heb ehh, een longembolie, en dan moet ik elke morgen op tijd m'n spuitje hebben. Voor in mijn buik, die moet ik hebben. Heb de dokter gezegd: 'let op dat je op tijd je spuit krijgt'. Nou van de week was het half 10, geen spuit hoor. Toen ben ik in mijn onderbroek, in mijn karretje, ben ik naar voren gegaan om te vragen, waar m'n spuitje bleef. Waren ze gewoon vergeten. (Zorgvrager ELV, interview 6)

Vanuit GRZ zorgvragers lijkt dit probleem niet aan de orde te zijn. Medicatiefouten zijn niet benoemd en het veranderen van medicatie gebeurt in overleg met de zorgvrager. Ook is de arts goed bereikbaar wanneer er vragen over zijn.

Eten en drinken

Voor zorgvragers is het eten en drinken een belangrijk aspect gedurende het verblijf. Voeding is heel persoonlijk, waardoor de ervaringen wisselen van zeer tevreden naar zeer ontevreden. De zorgvragers zijn zich hier wel van bewust, dus hebben er begrip voor dat zij het eten niet altijd lekker vinden. Één zorgvrager aan dat zij regelmatig samen met andere revalidanten op eigen kosten in het restaurant ging eten, omdat zij het eten op de afdeling niet lekker vond. Zorgvragers lijken het vooral belangrijk te vinden dat er rekening wordt gehouden met eventuele diëten. Een zorgvrager vond het bijvoorbeeld vervelend dat hij als diabeet dezelfde maaltijden kreeg als de andere zorgvragers. Ook vinden zorgvragers het prettig als er gedurende de dag tussendoortjes en koffie beschikbaar zijn, dit

lijkt ook samen te hangen met een huiselijke sfeer op de afdeling. Ook wordt beschreven dat hygiëne rond het eten als belangrijk wordt ervaren. Een broodzak die wordt doorgegeven en waar meerdere mensen met hun handen in zitten werd door meerdere ELV- zorgvragers beschreven als vervelend.

“Ehm. Een zakje brood ehh, iedereen pakt brood, en ik heb de laatste tijd ook geen brood meer gegeten. Omdat iedereen zit in die zak met brood te pakken. Ehh, en dan ik heb de laatste veel beschuit gegeten haha.” (Zorgvrager ELV, interview 5)

Ook gaf een zorgvrager aan die in twee verschillende verpleeghuizen ervaring had met een kortdurende opname dat zij het vervelend vond dat haar dochter rond etenstijd werd weggestuurd. Zij vond het juist gezellig als haar dochter mee kon eten en vond dat een groot pluspunt van haar huidige ELV-opname.

Kwaliteit personeel

GRZ zorgvragers en ELV zijn overwegend positief over het personeel op de afdeling, zowel het verzorgend personeel als de behandelaren. De zorgvragers krijgen voldoende aandacht en kunnen ook bij het personeel terecht voor een praatje.

“Ontzettend lief. Het was echt een warm bad waar je in lag. Ze zorgden voor je en je kon vragen wat je wil en er werd altijd rekening met je gehouden. Ja, het was een enorme verrassing voor me dat dat nog zo kon in deze tijd.” I: “Ja, hoezo?” C: “Nou je hoort tegenwoordig dat er geen tijd meer is voor patiënten dit en dat, daar dus wel.” –(Zorgvrager GRZ, interview 7)

Ook zijn de zorgvragers tevreden over de deskundigheid van het personeel. Zij merken wel verschil tussen leerlingen en ervaren medewerkers, maar vinden dit geen probleem. Een zorgvrager binnen het ELV gaf aan dat het prettig zou zijn als duidelijker was wie verzorgende en wie verpleegkundige is. Sommige zorgvragers binnen het ELV geven aan dat ze de kwaliteit van het personeel niet afdoende vinden. Twee zorgvragers beschrijven een slechte ervaring met de bejegening:

“En een andere keer hadden we een avond en dan gooit ze een zooi messen en vorken op tafel. En ik vroeg, waarom doe je dat nou? Leg het gewoon even netjes links en rechts van het bord. Ze reageerde heel brutaal. Ze zei dat ik dan maar zelf mijn soep moest pakken. Maar ik kan dat natuurlijk helemaal niet met mijn heup. Ook tegen een andere zorgvrager deed ze heel brutaal en dreigde ze dat ze haar terug naar de kamer zou brengen. Die vrouw zou ontslagen moeten worden.” telefonische vragenlijst

“Maar ehm, ja en ook die toon, dus ik bedoel, het was net in die periode van 4, 5 mei. Dus, dat die oorlogssituatie ook weer ehh, op televisie naar voren kwam. En toen dacht ik, het lijken wel kampbewaarders zo, laat ik het zeggen. Ja. Het is, het greep mij diep aan. Ja, oke.” zorgvrager interview 9

Eén van deze zorgvragers beschrijft ook dat personeel zorgvragers teveel behandeld alsof ze geheugenproblemen hebben:

“Mr: Dus ook, zal ik maar zeggen 's morgens enzo. Dat ehh, ja, er is, dat men alles een beetje over één lijn scheert enzo. Dus ook, eh, en iedereen op dezelfde manier behandelt ja. Dat gelijkheidsprincipe sta ik wel achter natuurlijk, maar niet in zo'n situatie. Dus als er mensen zijn die, ja, niks meer kunnen en dementerend zijn dan vind ik dus dan kun je daar anders mee om gaan dan iemand die eh, die binnenkomt en daar geen problemen mee heeft. Begrijpt u? En ehh, dat zeg ik dan is het heel verschillend maar. Dus daar heb ik heel veel moeite mee gehad dus, de eerste dagen.” zorgvrager 9 ELV

Behandeling

Medewerkers van de GRZ beschrijven dat in de behandeling het van belang is om breder te kijken dan alleen naar klinische doelen. Soms kan een zorgvrager bijvoorbeeld veilig naar huis, maar is het niet haalbaar om in de thuissituatie de juiste trainingsintensiteit te bieden om op het oude niveau terug te komen. Dit is dan iets wat intramuraal gedaan moet worden.

“Ja, bij die cardio en die COPD revalidatie dan zitten we soms net op een andere component even want soms komen die mensen al lopend met rollator binnen en dan zegt soms ook wel een fysiotherapeut van ja ik heb geen klinische doelen, die man die kan naar huis die kan toch alles wat ie moet kunnen. [...] Maar dan zeg je ja, maar [onverstaanbaar] zo’n cardio klant of zo’n COPD klant van pak die nou even twee of drie weken goed door met vijf keer per week therapie en til hem even naar een hoger niveau als ie naar huis gaat.” (SO GRZ, organisatie 3)

Verder wordt er een onderscheid gemaakt tussen CVA-revalidanten en overige diagnoses. Bij één organisatie wordt er standaard een observatieweek gehanteerd en daarna worden pas de doelen en VOD gesteld. Bij een andere organisatie gaat een psycholoog standaard langs bij alle CVA-revalidanten. En bij een derde organisatie wordt er in eerste instantie gezegd dat de prognose nog onduidelijk is en wordt er na 5 à 6 weken opnieuw een behandelplanbespreking gedaan om te kijken naar de vooruitgang. Binnen het ELV wordt deze observatiefase niet op dezelfde manier beschreven, maar wordt er wel aangegeven dat zorgvragers een periode nodig hebben om te wennen en vertrouwen te krijgen in de nieuwe omgeving en om te accepteren dat er sprake is (geweest) van fysieke achteruitgang. Ook kan deze eerste periode nodig zijn voordat alle problemen duidelijk worden, vooral als er bijvoorbeeld sprake is van sombere gevoelens of rouw. Hier kwam ook naar voren dat het tijd kost van verpleegkundigen om ook psychische begeleiding te geven aan cliënten, want dit is niet iets wat alleen door een psycholoog gedaan wordt.

“Verzorgende 1: Nee mevrouw moest beetje kat uit de boom kijken, we moesten haar vertrouwen winnen, ze was een beetje op zichzelf vond ik.

Verzorgende 2: echt even terugtrekken naar de kamer enzo, maar de laatste tijd niet hoor

Verzorgende 1: Nee precies, toen kwam het er ook uit, waarom eet u niet? Nou ik ben verdrietig omdat en toen kwam het er uit Door emotie ging ze niet eten en dat verzwakt je ook natuurlijk en daardoor wellicht meer risico op vallen” (Verzorgenden ELV, verpleeghuis 11)

Waarschijnlijk eerst periode van accepteren door moeten en leren revalideren, niets zo ondoorgroendelijk als geest mens, lijkt op stuk acceptatie. Duurt bij de een lang of komt nooit, bij de ander al na een paar weken. Eerst wat vertrouwen krijgen en daarna praten. Ze [zorgvrager] had wel haar voorkeuren voor personeel. (Verpleegkundige ELV, verpleeghuis 2)

“Hij had het nodig dat je rustig bij hem ging zitten. Hij had met psycholoog ook kleuren afgesproken hoe hij zich voelde omdat hij last had van stemmingen. Aan de hand daarvan werd een beleid afgesproken. Door drukte daar soms geen tijd voor. Dan toch snel naar zo nodig medicatie greep en niet erbij zitten. Dat is probleem van de zorg: even echt bij iemand zitten wat iemand nodig heeft. Daar was dan geen tijd voor. Je merkte dat hij daar rustig van werd.” (Verpleegkundige ELV, verpleeghuis 5)

In het ELV wordt vooral ervaren dat er een beperkte bekostiging is om behandeling in te kunnen zetten. Omdat het zelden één probleem betreft waarmee een zorgvrager wordt opgenomen en omdat het tijd kost om deze problemen in kaart te krijgen is de 1,5 uur behandeling in ELV hoogcomplex niet afdoende. Daarnaast ervaren vooral locaties die klein zijn of geen GRZ-afdeling hebben dat niet altijd alle disciplines (afdoende) beschikbaar zijn. Doordat er ook beperkte behandeluren zijn, wordt er creatief gekeken of bijvoorbeeld verpleging met een zorgvrager kan oefenen in plaats van de fysiotherapeut. Ook gaf een verpleegkundige aan dat niet alle problematiek

aangepakt hoeft te worden in het ELV, maar dat dit ook weer terugverwezen kan worden naar de huisarts. Andere medewerkers ervaren juist dat wanneer je dit niet doet, er hoog risico is op heropname of een vertraagd herstelproces.

Met opname soms drie uur bezig en dan nog half uur per week. En je moet steeds verdedigen bij collega's en de Raad van Bestuur over de inzet van uren terwijl ik wel denk 'de werkdruk is te hoog'. (SO ELV, verpleeghuis 5)

"Wat betreft de hoogcomplex zitten we er wel mee dat we een beetje te klein zijn om alle disciplines in huis te hebben. Dus eh de supercomplexe mensen proberen we als het even kan toch naar de grote locaties uit te besteden. We lopen af en toe wel eh tegen eh beperkingen" (Manager ELV, verpleeghuis 8)

Er is een spanningsveld tussen in hoeverre breng je kaart volledig in kaart en hoe houd je genoeg tijd en aandacht om patiënt naar huis te krijgen. (Verpleegkundige ELV, verpleeghuis 6)

Binnen de GRZ beschrijft slechts één organisatie dat behandeltrajecten niet rendabel zijn:

"SO: Nou, ik zou het zeker anders willen, want ik heb een dokter nooit voor ogen gehad dat ik zó met de financiën bezig zou moeten zijn. We hebben soms ook wel hevige discussies over hoeveel uren inzet en prioriteiten stellen en ja, dat gaat me aan mn hart. Dus het liefst zou ik dat als dokter hélemaal niet willen doen. We moeten gewoon de mensen geven wat ze nodig hebben. Wat we nu de laatste jaren zien: Ze zijn zo complex, echt medisch complex, want ze komen eerder uit het ziekenhuis. En op het sociale domein; ik heb heel veel ouderen mishandeling, cognitieve stoornissen die niet vastgesteld zijn, overbelaste mantelzorgers en daar zou je zóveel meer in willen zetten. En die raken helemaal het spoor bijster in het woud van de bureaucratie, ze weten niet wat er nog meer op de markt te halen valt. Dus als je ziet van ja, willen we preventief ook he te werk gaan, moet je in die klinische fase gewoon eigenlijk alles open kunnen zetten en daar waar je denkt van 'Oh, maatschappelijk werk erin om die mantelzorger te [onverstaanbaar]'

Int2: Wat zou er fout gaan als je dat gewoon vanaf morgen doet? Wat gaat er dan fout?

SO: Eh ja, financieel kunnen we het niet opbrengen

Int2: Daar stort het helemaal in hier

SO: Ja. We zien nu al dat we sommige trajecten, vooral de CVA-trajecten en de COVID-trajecten, niet rendabel [zijn]." (SO GRZ, organisatie 4)

Evaluatieproces

De meeste GRZ-zorgvragers hadden wekelijks een vast moment waarop de arts bij hen langskwam om de voortgang te bespreken. Deze gesprekken worden als waardevol ervaren en bieden ook de mogelijkheid voor eigen inbreng en vragen vanuit de zorgvrager. Eén zorgvrager gaf aan dat de arts niet wekelijks bij elke zorgvrager visite liep, wat wel gewenst is. Waarschijnlijk kwam dit door tijdgebrek.

"[...] het was geen eenrichtingsverkeer, het was echt een gesprek. Dus je had je eigen inbreng ook en als je vragen had werden ze ook eerlijk beantwoord. Dus het was geen eenrichtingsverkeer, dat niet. Ze waren er heel open over weet je, wat je wel kon wat je niet kon. [...] Nee echt goed deden ze het wat dat betreft." (Zorgvrager GRZ, interview 1)
"Nou meestal waren er meerdere bij. Een arts-ondersteuner was daarbij, dat was [naam] van 2 oost, en dan hadden we [naam], dat was ook een verpleegkundige, en ja deze twee mensen met de arts-ondersteuner en de arts die langskwamen heb ik hele goeie ervaringen, ik kan niet anders zeggen. Het ging allemaal heel erg goed. Dus heel blij mee." (Zorgvrager GRZ, interview 9)

Ook naasten waren volgens de zorgvragers voldoende op de hoogte van het beloop. Hoewel er niet altijd direct contact was tussen behandelaren en naasten, werd dit niet als probleem ervaren. Een

echtgenoot gaf aan dat hij voldoende informatie kreeg van de zorgvrager zelf en een aantal keer contact had met de fysiotherapeut. Een zorgvrager benoemde als positief punt dat zijn contactpersoon kon inloggen in het dossier en zo mee kon lezen met wat er gebeurde. Echter gaf een andere zorgvrager aan dat een dergelijk systeem te ingewikkeld was voor haar partner, waardoor deze er geen gebruik van kon maken.

Deze ervaring wordt niet door de zorgvragers in het ELV beschreven. Een zorgvrager vertelde de terugkoppeling van de arts te missen: er waren bloedonderzoeken gedaan en de uitslagen werden niet besproken. Ook gaf deze zorgvrager aan dat hij extra voedingssupplementen kreeg, maar dat hij het vervelend vond dat met hem niet was besproken wat hij aan zijn voeding kon veranderen in plaats van extra pillen te slikken. Ook geven meerdere zorgvragers binnen het ELV aan amper tot geen contact te hebben met de arts. Het wisselt sterk per cliënt of dit als bezwaarlijk wordt ervaren. Slechts één zorgvrager in het ELV gaf aan regelmatige gesprekken met de arts te hebben gehad:

“Zorgvrager: Ja in het begin, maar die heb ik later ook nog wel gezien. O ja. Ook met die gesprekken van tussentijdse gesprekken gehad. 'Denkt u dus weer naar huis te kunnen?' Enzovoort enzovoort. Dus nee dat contact is er wel geweest.” (Zorgvrager ELV, interview 9)

Medewerkers van de GRZ beschrijven dat er meerdere MDO's plaatsvinden, waarbij de frequentie per organisatie varieert. Tijdens de MDO's wordt er geëvalueerd of iemand bijvoorbeeld eerder of later naar huis moet en wat daar dan voor nodig is, gebaseerd op de observaties van de verschillende betrokken behandelaren en de zorg. Bij één organisatie werd genoemd dat er ook zorgvragers met een ZZP 9b indicatie opgenomen worden. Deze zorgvragers worden eerst twee weken observerend behandeld, waarna in een MDO wordt besproken of deze indicatie passend is of met terugwerkende kracht omgezet moet worden in GRZ.

Samenwerking ELV met eerste en tweede lijn

Zorgvragers geven wisselend aan of zij het prettig vinden dat de huisarts behandelaar is in het ELV: aan de ene kant vinden zij het prettig dat er een bekend gezicht is en dat het dicht bij huis voelt. Aan de andere kant heeft de eigen huisarts niet altijd dienst en wordt het inschakelen van de huisartsenpost als vertragend ervaren.

“Ik vind dat ze aan de ene kant wel ingewikkeld hoor. Omdat je dus, omdat je op de zorgafdeling komt, blijf je onder je eigen huisarts vallen. En er is dus niet een medische staf binnen. Dat vind ik wel vreemd, eigenlijk. Dat er niet permanent één arts is, zegmaar. Ja, want ik merkte, ik was benauwd straks. En dan moet je op je bel, en dan komt er van de nacht. En dan moet je praten. En die belt een huisarts, en die belt naar de hulppost, en dan kommen ze met, met broeders. Weet je, dus er gaat en heel veel tijd overheen.” (Zorgvrager ELV, interview 7)

Vanuit de ELV-medewerkers wordt aangegeven dat huisartsen sporadisch visite lopen als zij hoofdbehandelaar zijn en wanneer zorgvragers een SO als hoofdbehandelaar hebben dan is er ook weinig contact. Het blijkt ook voor verpleeghuizen moeilijk te zijn om een huisarts bij een MDO te betrekken gedurende opname. SO's geven aan zelf niet altijd gelijk de huisarts te bellen, dat ze dit alleen bij twijfel doen over bijvoorbeeld de medicatie. Huisartsen nemen zelf ook geen contact op of lopen niet af en toe een visite om te kijken hoe het herstel gaat. Enkele SO's hebben hierdoor het gevoel dat problemen bij hen 'gedumpt' worden en zouden liever een gezamenlijke verantwoordelijkheid zien. Dit wordt door het personeel deels verklaard doordat een zorgvrager op een ELV afdeling verblijft die buiten het normale werkgebied van de huisarts ligt. Aan de andere kant geven verpleegkundigen en verzorgenden op ELV afdelingen aan dat ze het verwarrend vinden als er meerdere artsen betrokken zijn omdat ze dan niet weten tot wie ze zich moeten richten.

Vanuit ELV worden zorgvragers ook nog naar het ziekenhuis verwezen voor consulten voor bijvoorbeeld cognitieve screening wanneer niet afdoende middelen (expertise, personeel danwel bekostiging) in ELV beschikbaar zijn of omdat er een specialistisch vraagstuk is zoals polyneuropathie.

Ook zijn er ELV-afdelingen die op gebied van oncologie een duidelijke samenwerking hebben: zorgvragers worden dan opgenomen ten tijde van een radio/chemotherapie behandeling. Hierbij is er dan vaak samenwerking dat bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist van de oncologie op de ELV-afdeling komt voor begeleiding en medebehandeling.

Fysiotherapie

GRZ zorgvragers zijn zeer te spreken over de fysiotherapie tijdens de revalidatie. Zij worden voldoende gestimuleerd en begeleid in hun herstel. De fysiotherapeut past de intensiteit van de oefeningen goed aan op de belastbaarheid van de cliënt. Ongeveer de helft van de ELV zorgvragers ontving fysiotherapie tot maximaal 2 uur per week.

“De goede dingen was puur de begeleiding en de stimulatie die ze gaven om het toch te doen.”
(Zorgvrager GRZ, interview 1)

“Nou ja en ik had ook een keer te veel gedaan, dat was de eerste keer dat er dus een bepaald apparaat gedaan werd en daar kreeg ik dus toch op een gegeven moment iets van terugslag maar daar werd meteen op aangepast dat het laat maar zeggen een paar dagen wat minder werd en daarna werd het weer opgebouwd. Dat vond ik wel goed.” (Zorgvrager GRZ, interview 2)

“Heel lief, heel rustig, in m'n eigen tempo.” (Zorgvrager GRZ, interview 7)

“En ja ik kreeg een rolstoel en ik kreeg een rollator en een heel schema doordeweeks voor de revalidatie op bepaalde dagen en bepaalde uren, en ja dat is best wel goed gegaan. Dus ik ja ik ga best wel de goeie kant op. En ik heb er hele goeie ondersteuning bij gehad moet ik zeggen.”
(Zorgvrager GRZ, interview 9)

Zorgvragers geven ook aan dat zij zelf soms te snel willen, de fysiotherapeut waakt er dan voor dat zij niet over hun grenzen gaan.

“Ja ja want zelfs de fysiotherapeut die zei ook na twee weken al hè mevrouw u bent de kers in onze taart, want u gaat zo hard. Hij remde me zelfs af, want u gaat te hard u wil te veel.” (Zorgvrager GRZ, interview 5)

Naast het trainen onder begeleiding van de fysiotherapeut, benoemen veel zorgvragers dat zij zelfstandig actief aan de slag zijn gegaan om het herstel te bevorderen. Een stimulerende omgeving draagt hieraan bij.

“[...] als het gewoon goed ging kon je gewoon in het gebouw dus rondlopen, dat was dus ook goed voor de beenspieren. Als het beter ging ging je dus ook naar buiten met de rollator het park in.”
(Zorgvrager GRZ, interview 2)

“[...] ze hadden een leuke gang daar, tenminste hadden ze op de muur afstanden gezet hè als je tot hier loopt dan heb je zoveel meter gelopen als je tot hier loopt zoveel meter, dat hadden ze gewoon op de muur geschilderd, dat was wel grappig.” (Zorgvrager GRZ, interview 5)

Wat hierbij als zeer positief werd ervaren is de mogelijkheid om op eigen initiatief in de oefenzaal te kunnen trainen. Enkele cliënten waarbij dit niet mogelijk was vonden dit een gemis.

“Maar ik kon gewoon zelf die gymnastiekruimte in en ook als hij er niet was ook het weekend enzo mocht ik daar gewoon gebruik van maken, nou ja dus ik ging wat je noemt als een speer. Ik wou niet liever dan weer alles kunnen, dus ja.” (Zorgvrager GRZ, interview 5)

Eén cliënt vond de frequentie van de trainingen onvoldoende. Hij had elke ochtend een halfuur fysiotherapie, maar had liever gezien dat dit twee keer per dag zou zijn. Terugkijkend op de revalidatie denkt hij dat hij beter af zou zijn geweest in een MSR instelling. Enkele cliënten binnen het ELV gaven aan dat ze bijvoorbeeld een hometrainer op de afdeling hadden waar ze naar eigen inzicht op konden fietsen. Ook binnen het ELV vond een aantal cliënten de frequentie onvoldoende.

“Ja dan weet je waar je aan toe bent. Ja. Wat ehh, wat de regels zijn. Wat je zegt, u krijgt ehh, twee keer per week of drie keer per week therapie. U gaat leren lopen enzo, maar dat, twee keer in de week is ook veelste weinig. Op maandag en donderdag. En de rest zit je in die stoel. Ja dat is gewoon te weinig.” (Zorgvrager ELV, interview 6)

Ook geven zij aan dat er niet altijd afdoende begeleiding is om het lopen zelf te kunnen blijven oefenen onder begeleiding op de afdeling. Hiervoor vroeg een cliënt dan familie om te komen helpen. Van één organisatie werd door een cliënt beschreven dat de apparatuur verouderd was.

Ontslagfase

Betrekken zorgvrager/systeem

Rondom het ontslag worden door GRZ zorgvragers geen problemen ervaren. De zorgvragers willen graag naar huis en zij vinden dat zij op het juiste moment met ontslag zijn gegaan. Bij enkelen werd het ontslag uitgesteld, wat zij teleurstellend vonden maar achteraf ook begrijpelijk.

“Je kreeg de papieren die dus beschreven dus voor de fysiotherapie en voor de arts geloof ik nog, maar voor de rest ja het was eigenlijk gewoon voor hun lopendebandwerk. Maar het was wel zo dat ze blij voor je waren dat je naar huis mocht.” (Zorgvrager GRZ, interview 2)

In de gesprekken met de arts wordt regelmatig benoemd naar welke ontslagdatum gestreefd wordt, waardoor zorgvragers zich voorbereid voelen op het naderende ontslag en dit niet als een verrassing komt. De eerste periode thuis is voor de meeste zorgvragers weer even wennen, maar niet onprettig. Geen van de zorgvragers is tegen grote problemen aangelopen na ontslag. Ook de nazorg wordt goed met de zorgvrager afgestemd.

“[...] die hele periode eigenlijk ben ik goed begeleid en goed voorbereid, alleen ja af en toe kom je voor verrassingen te staan en dat is normaal denk ik.” (Zorgvrager GRZ, interview 1)

“Ja de ouderenzorg heeft een heel gesprek met mij gehad en met de arts heb ik nog gesprekken, met de fysiotherapeut heb ik nog gesproken wat ik dan wou, of ik hier fysio wou hebben of van huis uit fysio. Het werd goed verzorgd allemaal dat ik naar huis ging. Kan ik niets van zeggen, echt niet.” (Zorgvrager GRZ, interview 10)

Deze duidelijkheid over het ontslagtraject komt bij ELV-zorgvragers minder naar voren. Een aantal zorgvragers kan benoemen dat een opname voor zes weken is. Anderen geven aan niet betrokken te worden bij het ontslagproces of daar zelf niet zo mee bezig te zijn.

“En officieel is het natuurlijk ziekenboek zes weken. Dus het is, ja, dat, heel veel mensen kunnen langer blijven hoor, zo is het niet, dat je er na zes weken uit geschopt wordt. Dat is niet zo, maar, ze hebben natuurlijk wel een bepaald, ja. Dat ze je willen pushen.” (Zorgvrager ELV, interview 7)

“Nee. Dat gaat ook helemaal buiten mij om. Dus ehh, plus dat ik dus ehh, ehh, op mijn leeftijd dus elke dag consumeer per dag. Dus gaan we dus geen plannen maken voor morgen. En wat achter me ligt dat hoop ik dan zo snel mogelijk te kunnen vergeten. Voor mij is het alleen maar met 88 jaar, dan is de dag van vandaag het enige wat mij bezighoudt en dat probeer ik zo aangenaam en zo goed mogelijk door te brengen.” (Zorgvrager ELV, interview 8)

“ja niet nu, maar als ze zeggen morgen naar huis vind ik het ook goed. En als ze zeggen over 14 dagen naar huis vind ik het ook goed. Ik, ja, dat heet, je legt je overal bij neer” (Zorgvrager ELV, interview 1)

Er vindt niet altijd een ontslaggesprek plaats. Een mantelzorger en zorgvrager die erg ontevreden waren gaven aan dat ze alleen een envelop kregen en dat er medicatiefouten waren bij de ontslagmedicatie. Ze hadden nog graag een eindgesprek gewild.

Medewerkers vertellen dat het gehele GRZ traject is gericht op een veilige terugkeer naar de eigen woonomgeving. In de laatste weken vóór de geplande ontslagdatum wordt er gericht toegewerkt naar ontslag. Een belangrijk punt hierin is het voorbereiden van de zorgvrager op het feit dat het thuis zwaarder zal zijn dan op de revalidatieafdeling, omdat men op de revalidatieafdeling toch nog hulp krijgt.

“Ik denk dat we daar juist ook altijd wel met zorgvragers over praten van ben je er bewust van dat het thuis altijd weer een stukje zwaarder zal zijn dan hier, want ook al doe je hier heel veel zelfstandig, je krijgt stiekem toch hulp, je hebt toch altijd 24 uur per dag iemand in je nabijheid die je kan helpen.” (Transmuraal medewerker GRZ, organisatie 1)

Verder wordt, indien van toepassing, de mantelzorger/familie betrokken gedurende het hele revalidatie-traject, afhankelijk van hoe de zorgvrager er zelf in staat en diens cognitieve status. Indien mogelijk kunnen zij een aantal verzorgende taken op zich nemen, waar zij tijdens het traject op voorbereid worden door middel van meekijken en samen oefenen met de verzorging/verpleging. In samenspraak met zowel zorgvrager als mantelzorger wordt de ontslagdatum ingepland. Voor het voorbereiden van de mantelzorger op ontslag moet voldoende tijd genomen worden.

"En we hebben deze tijd echt wel nodig gehad om die partner mee te nemen in het verhaal en herhaaldelijk op proefverlof te laten gaan hè van gaat alles wel goed, beseft die man wel wat er op zijn schouders gaat rusten. En daar hebben we denk ik ook wel echt voldoende tijd in gestoken om die... ik denk ook niet dat dat dan sneller had ontmoeten." - SO organisatie 3

Bij het ELV wordt ook het belang van een mantelzorgsysteem beschreven om ontslag naar huis mogelijk te maken.

“Inderdaad, het is er eentje die veel mantelzorg heb, had die mevrouw geen mantelzorg gehad en de thuiszorg had het niet gekund, dan had het er voor haar heel anders uitgezien. Dan was het ook een complexe patiënt. Dan hadden we haar uit haar situatie geplukt, niet meer naar huis, het kan niet, je moet.” (zorgbemiddeling ELV, verpleeghuis 7)

Huisbezoek

Zorgvragers zien de meerwaarde van een huisbezoek samen met de ergotherapeut.

“Want zij zien dingen dus die jij niet ziet en hoe het nou goed ik heb al een goed aangepaste woning wat dat betreft maar je hebt bijvoorbeeld tussen opgangen van met de buitendeur naar buiten toe en alles kreeg ik toch goeie tips wat je daar eigenlijk het beste kan doen.” (Zorgvrager GRZ, interview 1)

Zorgmedewerkers van de GRZ ervaren in het toewerken naar ontslag dat een huisbezoek met de ergotherapeut ingezet kan worden. Cliënt en ergotherapeut lopen gezamenlijk de hele woning door en de zorgvrager laat zien hoe hij of zij in huis functioneert. Nadien schrijft de ergotherapeut een advies over eventuele aanpassingen die aan het huis gedaan moeten worden voordat de zorgvrager veilig met ontslag kan. Daarnaast kan het ook een rol spelen om juist aan te tonen dat een zorgvrager niet meer terug kan keren naar de eigen woning. Een belemmerende factor bij het inplannen van een huisbezoek is dat er gewacht moet worden totdat een zorgvrager mobiel genoeg is om mee te gaan, zodat dit een reëel beeld geeft. Dit kan ertoe leiden dat problemen met de woning pas laat aan het

licht komen, wat weer kan leiden tot uitstel van het ontslag. Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn dat de ergotherapeut alleen op huisbezoek gaat. Echter is de vraag of de ergotherapeut dan wel voldoende kan inschatten tegen welke problemen de zorgvrager aan zal lopen.

"Wat ik zelf wel geregeld tegenkom en [naam SO] ook dat we eigenlijk mensen eigenlijk klaarstomen dat ze naar huis kunnen gaan maar dat we eigenlijk toch wel steeds weer te laat achter het woonprobleem komen en dat is wel iets wat iedere keer wat we toch iedere keer proberen te tackelen maar dat we dat toch nog dat het niet altijd aan het licht komt bij onze wooninventarisatielijst, dat er altijd nog ergens een zware deur is of een hoge drempel of trappetjes voordat je naar binnen komt en dan naar achterom kan dan niet, want dat moet dan weer achterom via de pad van de buurman."
(Senior verpleegkundige GRZ, organisatie 2)

Dit probleem wordt ook herkend vanuit de zorgverleners van het ELV:

"En eh, dan heb je ook nog de somatische kant, dan komen mensen na een val, lopen gaat dan niet echt heel goed, dan eh, zetten wij een ergotherapeut erop en die gaat ook op huisbezoek, die gaat in de woning van de zorgvrager kijken, hier hebben we het allemaal op een rijtje, kun je wat je hier kunt thuis ook nog wel en dan blijkt dat het thuis helemaal niet meer kan. Dan is de woning helemaal niet geschikt. Het toilet te klein, een douche met drempels (Verzorgende ELV, verpleeghuis 6)

Proefverlof

Een aantal geïnterviewde zorgvragers van de GRZ is één of meerdere keren een paar uur met proefverlof geweest, zij gingen wel dezelfde dag weer terug naar de revalidatieafdeling. Zij vonden het fijn om even thuis te zijn, maar benoemden geen grote voordelen aan het proefverlof. Eén zorgvrager benoemde dat het duidelijk maakt dat het ontslag dichterbij kwam.

Zorgvragers van het ELV benoemen ook met proefverlof te zijn gegaan. Er was ook een zorgvrager die vanuit het ELV met een taxi-busje weer haar gebruikelijke zwemclub van eenmaal per week kon hervatten.

Zorgverleners van de GRZ beschrijven dat een belangrijk aspect in de voorbereiding van zorgvrager en mantelzorger op het naderende ontslag de inzet van proefverlof is. Met de ergotherapeut wordt nagegaan hoe het verlof is verlopen en tegen welke problemen de zorgvrager aangelopen is. Hier kan dan in de laatste fase van de opname nog aandacht aan besteed worden. SO's geven aan dat de inzet van proefverlof zeer gewenst is en indien mogelijk zoveel mogelijk ingezet moet worden. Een belemmering hierbij is dat thuiszorg vaak niet voor slechts één dag geregeld kan worden, tenzij de organisatie zelf thuiszorg biedt. Een mogelijke oplossing is dan om proefverlof in te zetten voor een paar uur. Echter, de vraag is of dat dan meerwaarde heeft. Daarnaast is proefverlof niet geschikt voor zorgvragers die nog erg onzeker zijn.

Slechts één ELV-locatie die ELV hoogcomplex bood, benoemde dat zij gebruik maakte van weekendverlof

"Mensen gaan ook met weekendverlof om te kijken hoe dat gaat en dan naar ontslag toewerken. MDO doen en dan bespreken hoe het gaat en hoe het ervoor staat. Er wordt ook gekeken wat thuis nodig is hoe zit het met mantelzorg en buurtzorg." (Verpleegkundige ELV, interview 5)

Veilig en verantwoord naar huis

Een aantal zorgvragers binnen ELV beschrijft dat ze niet meer de oude worden of dat problemen al langere tijd bestonden. Dit is iets waar ze zich bij neer hebben gelegd.

"De 400 meter horde doe ik dus niet meer." (Zorgvrager ELV, interview 1)

Medewerkers van de GRZ ervaren dat bij de beoordeling of een zorgvrager terug naar huis kan zowel naar objectieve als subjectieve factoren gekeken wordt. Vanuit objectief perspectief wordt er gekeken naar essentiële doelen die behaald moeten zijn. Iemand moet bijvoorbeeld in staat zijn om zelfstandig eten en drinken te kunnen verzorgen en naar het toilet te kunnen. Daarnaast wordt er zowel gekeken op somatisch als op cognitief vlak. Bij een organisatie kwam als verbeterpunt naar voren dat de ergotherapeut bij opname beter kan sturen op essentiële doelen, zodat het duidelijk is wat er behaald moet worden binnen het intramurale gedeelte. De niet-essentiële doelen kunnen ook na ontslag behaald worden.

Bij de subjectieve beoordeling gaat het om niet-meetbare zaken, gebaseerd op de ervaring of het gevoel van de behandelaren. Ook kan hierin meespelen hoe het steunsysteem van de zorgvrager ingeschat wordt.

"We hebben vaak in MDO's discussie over kwetsbaarheid hè. Hoe... Als je zelfredzaam bent in principe kan je dan naar huis, maar er zit ook een boel emotie bij van behandelaren van ja maar die is zo kwetsbaar die zou je liever met wat meer reserves naar huis willen laten gaan en bij de één zeg je dat wel en bij de ander zeg je dat niet en waarom zeg je dat wel bij de één en bij de ander niet en daar krijg ik niet zo goed grip op." (SO GRZ, organisatie 2)

Deze subjectiviteit kan ook onenigheid tussen zorgverleners teweeg brengen, waarbij zorgverleners kunnen worden beïnvloed door de mening van zorgvragers, wanneer zij bang zijn om naar huis te gaan.

"VS: Ja je voelt soms wel eens dat je tegen een muur soms een besluit neemt zeg maar dat je denkt ja... [...] SO: Nou fysio en zorg vaak samen, en de zorg dan bijvoorbeeld op het gebied van ja maar die meneer moet nog 's nachts verschoond worden of zoiets en dan zeg ik ja dat had ie thuis toch ook al, hoe deed ie het toen dan? Dan krijg je dat soort discussies. Maar iedereen wil het gewoon een soort van perfect hebben, ja dat het is soms een beetje behelpen." (SO & Verpleegkundig specialist GRZ, organisatie 5)

"[...] wij dachten nou kan misschien wel thuis want hij deed het best wel goed en die was heel bang toch wel en dan zegt op een gegeven moment de fysio ja maar soms tipt ie toch zijn andere been wel een beetje aan, dus die begint dan mee te lopen mee te gaan in de twijfel van die patiënt, en dan weet ik het al dan verlies je de strijd, die gaat dan gewoon niet naar huis zolang die onbelast is." (SO GRZ, organisatie 5)

Daarnaast kunnen zorgvragers en zorgverleners ook van mening verschillen. Hierbij kan het zo zijn dat een zorgvrager naar huis wil, maar dat zorgverleners dat niet veilig en verantwoord vinden, maar ook andersom dat zorgverleners het wel veilig en verantwoord vinden, maar dat de zorgvrager het daar weer niet mee eens is.

"[...] soms denken wij dat het veilig en verantwoord is en dan wil de patiënt nog niet, dan zegt ie ja pf ik ga pas naar huis als ik geen kruk meer nodig heb, zoiets. Maar het is ook wel eens andersom dat wij denken van nou nou of de fysio zegt van nou die balans is nog niet optimaal, er is nog wel valgevaar of zoiets, het is nog niet verantwoord en dat de patiënt zegt ja nou dat risico neem ik, ik ga gewoon naar huis." (SO GRZ, organisatie 5)

Binnen ELV wordt benoemd dat het minimaal nodig is dat iemand zelfstandig eten en drinken kan pakken en zelfstandig naar het toilet kan gaan. Andere redenen voor veilig en verantwoord naar huis is het zelfstandig initiatief kunnen nemen. Bij een aantal zorgvragers werd beschreven dat zij zonder prikkels van een woonomgeving op bed blijven liggen en zichzelf verwaarlozen.

"Hij [cliënt] lag in het begin heel veel op bed, had een opzitschema. Nu hoeven we hem niet te roepen, hij weet nu precies wanneer hij op moet en wanneer hij moet eten. Deze man wilde terugkeren naar huis, maar heeft het inzicht niet. Hij heeft prikkels nodig, hij moet in een groepsvorm wonen." (verpleegkundige ELV, verpleeghuis 10)

Redenen niet naar huis/ontslag uitstellen

Bij uitstroom is er een aantal factoren binnen ELV en GRZ die belemmerend zijn voor het ontslag; danwel het niet terugkeren huis of vertraging van ontslag: dit betreft cliëntgebonden factoren, maar ook organisatorische problemen van het zorgsysteem.

Cliëntgebonden factoren spelen een rol en zijn niet altijd op te lossen, waardoor terugkeer naar huis onmogelijk is. Hierbij kan gedacht worden aan ongeplande zorgmomenten, ernstige cognitieve of psychiatrische problematiek, ontbrekend of overbelast steunsysteem, co-morbiditeit, woningproblematiek of somatische complicaties tijdens opname. Ook wordt vaak gezien dat zelfstandig thuis wonen voorafgaand aan de opname al moeizaam ging en een acute situatie de laatste druppel is om niet meer terug te kunnen keren.

Binnen het ELV werd de aanwezigheid van een mantelzorger vaak als cruciaal ervaren om een ontslag naar huis mogelijk te maken. Ook moet een mantelzorger er achter staan om zorg te verlenen.

"Vraag: Wat was er nodig om haar naar huis te laten gaan?"

Antwoord: passieve tillift aangevraagd, rolstoel, po-stoel, drempels weg uit huis, particuliere zorg ingekocht. Als deze mevrouw geen betrokken familie had gehad dan had ze opgenomen moeten worden op gesloten afdeling. Dit omdat ze voor alles hulp nodig had. Voor ELV ook erg zwaar, je moest haar altijd met zijn tweeën helpen. Zorg liep verder wel soepel" (Verzorgende ELV, verpleeghuis 5)

"Lange opname omdat er Wlz aangevraagd moest worden, plus dat moet in behandeling, en dan kunnen we bemiddelen. Maar mevrouw wilde niet daar en niet daar wonen, wilde terug naar huis, man wilde haar niet thuis hebben kon zorg niet dragen. Psychisch kon hij zorg niet aan. Hij kon het niet hebben dat hij een zorgbehoeftige vrouw thuis had, kon dat fysiek wel aan, maar kon het psychisch niet aan." (SO ELV, verpleeghuis 7)

Organisatorische problemen van het zorgsysteem omvatten onder andere woningaanpassingen, wachttijd voor de Wlz of wachttijd voor de thuiszorg. Indien het noodzakelijk is om aanpassingen te doen aan de woning voor een veilige terugkeer naar huis kan dit een vertragende factor zijn in de ontslagfase. Er wordt aangegeven dat de samenwerking met gemeenten hierin niet altijd soepel verloopt. Soms wordt ervoor gekozen dat zorgvragers overbruggen op een ELV, totdat de woningaanpassingen voltooid zijn.

"Ja. Wat daarin wel een extra punt is dat wij nog wel een week tot 2 weken langer moesten wachten, omdat gemeentes inderdaad niet altijd met ons meewerken met aanpassingen in woningen. En dat is iets waardoor wij mensen soms hier langer moeten houden, omdat dat niet gelukt is dan." –(Senior verpleegkundige GRZ - organisatie 2)

"Vaak zitten we heel lang te wachten op die woningaanpassingen, zodra we dat maar een beetje aan voelen komen in zo'n traject zeggen we ja van schakel de gemeente maar in. [...] Maar die willen vaak natuurlijk pas komen als de [wordt door elkaar heen gepraat] [...] Daar zitten we soms wel ontzettend mee in de knoop. Dus die contacten willen we aantrekken om te kijken waar de problemen uit de keten kunnen." (SO GRZ, organisatie 2)

Het regelen van thuiszorg wordt door één GRZ zorgvrager herkend als vertragende factor in het ontslag. Zijn ontslag zou uitgesteld worden omdat er in zijn regio geen thuiszorg beschikbaar is. Zijn echtgenote heeft daarop zelf contact opgenomen met een thuiszorgorganisatie die wel in staat bleek in die regio thuiszorg te leveren, waardoor de zorgvrager alsnog met ontslag kon. Door de andere zorgvragers werd dit niet herkend.

“Wanneer kwam ik terug? Weet ik niet meer precies, donderdag geloof ik en vrijdag zaten ze hier al aan tafel.” (Zorgvrager GRZ, interview 1)

Het regelen van thuiszorg wordt wisselend ervaren door de zorgverleners; soms wordt het binnen 2 dagen geregeld en soms na 3 weken pas. Dit blijkt soms seizoensgebonden te kunnen zijn, waarbij het in vakantieperiodes erg druk is. Ook kan het locatieafhankelijk zijn, waarbij het in kleine dorpjes moeilijker te regelen is. Echter lange wachttijden voor thuiszorg worden ook in Amsterdam herkend. Het regelen van thuiszorg kan dus een vertragende factor zijn voor ontslag.

Uitstroom naar Wlz

Wanneer terugkeer naar huis niet mogelijk is voor zorgvragers, stromen zij naar een Wlz plek. Hiervoor wordt een indicatiestelling aangevraagd bij CIZ. De duur voor het afgeven van de indicatiestelling varieert. Wanneer dit lang duurt, wordt een GRZ- of ELV-bed onnodig bezet gehouden. Een ander probleem dat kan leiden tot onnodige bedbezetting is wanneer er geen geschikte Wlz plek is. Het vinden van een (geschikte) Wlz plek wordt als moeilijk ervaren. Er wordt altijd rekening gehouden met de voorkeursplek van de zorgvrager. Echter is er soms een lange wachtlijst, waardoor het niet altijd mogelijk is om door te stromen naar de plek van voorkeur. In zulke gevallen wordt er naar een overbruggingsplek gezocht die zo dicht mogelijk in de regio is, maar ook dit is niet altijd haalbaar. Andere mogelijke overbruggingsplekken zijn ELV (voor GRZ zorgvragers), een overbruggingsafdeling of blijven op de GRZ- of ELV-afdeling, afhankelijk van wat het beste is voor de zorgvrager. Ook de indicatiestelling heeft invloed op de mogelijkheden van overbruggingsplekken en de wachttijd voor een geschikte plek. Een ZZP4 indicatie kan bijvoorbeeld niet naar ELV, terwijl een ZZP6 dat wel kan. Een ZZP4 is ook lastiger om uit te plaatsen, omdat er niet veel verzorgingsplekken zijn. Zowel binnen ELV als binnen GRZ werd genoemd dat het uitplaatsen van een ZZP5 zonder artikel 21 (open PG) enorme wachttijden heeft.

“Ja en wat we vooral is dat open PG noem ik het maar even hè dus ZZP 5 zonder artikel 21, nou wachttijden dat is ongelofelijk, ongelofelijk.” (SO GRZ, organisatie 4)

Daarnaast komt het ook wel eens voor dat zorgverleners een plek van voorkeur hebben, omdat een zorgvrager bijvoorbeeld heel complex is. Dit kan ook leiden tot vertraging van uitstroom, wanneer desbetreffende instellingen geen plek hebben. Naast dat de beschikbaarheid van een Wlz plek een vertragende factor kan zijn voor uitstroom, kan drukte binnen een organisatie zelf ook zorgen voor vertraging. Zo werd er bij één organisatie bijvoorbeeld genoemd dat het aanvragen van een indicatiestelling bij CIZ onderop de stapel komt te liggen, wanneer cliëntadviseurs erg druk zijn. Daarnaast kan het ook belemmerend zijn wanneer zorgverleners en zorgvrager het eens zijn over opname in een Wlz-instelling, maar zorgvrager functioneel te goed is waardoor dit niet mogelijk is.

“We hebben nu ook weer een paar casuïstieken liggen, waarin zij eigenlijk niet naar huis willen maar je geen enkele reden ziet voor opname in een instelling, maar dat dan toch het resultaat voor hen niet bevredigend is.” (SO GRZ, organisatie 3)

In het ELV werd soms ook ervaren dat voor zorgvragers met dementie die nog elders zouden kunnen overbruggen voor een opname in de Wlz, dit niet wenselijk is: meerdere verplaatsingen zouden slecht zijn en mogelijk meer achteruitgang geven van de dementie.

“Er was wel optie om elders te overbruggen, maar toen zei familie en geriater bij beginnende dementie is het niet goed om op drie plekken in korte tijd. In een keer verplaatsen anders raakt hij structuur kwijt. Voor overbruggingsplek was even lange wachttijd als voor definitieve plek. Doelen zijn bereikt, maar heeft wel structuur nodig en veilige woonvorm.” (manager ELV, organisatie 9)

Nazorg

Met de huidige regelgeving is nazorg na een geriatrisch revalidatietraject moeilijk te organiseren vanwege financiële beperkingen, terwijl dit wel gewenst is bij SO's.

“Nou de nazorg leeft wel inderdaad. Ik heb ook wel het idee dat ik mensen laat vallen.” (SO GRZ, organisatie 2)

In tegenstelling tot de MSR (medisch-specialistische revalidatie) bestaat er in de GRZ geen polikliniek om zorgvragers na ontslag terug te kunnen zien.

“[...] een tijd geleden heeft een revalidatiearts mij gebeld en die zei ja ik zo'n paar keer per jaar zie ik een patiënt die bij jullie heeft gerevalideerd en waar dan toch nog een revalidatievraag is blijven liggen en de huisarts die vindt de weg terug naar jullie eigenlijk niet, die verwijst dan met een delay naar een revalidatiearts en ze zegt ja dus ik vroeg me eigenlijk af hoe de nazorg bij jullie geregeld is. Nou ik zeg dat vind ik interessant want er is geen nazorg, want daar worden we niet voor betaald nog steeds niet.” (SO GRZ, organisatie 3)

Door GRZ organisaties wordt geëxperimenteerd met mogelijkheden om nazorg te bieden aan zorgvragers. Eén daarvan heeft een nazorgpoli opgezet, wat binnen de DBC valt. Hierbij worden zorgvragers door de SO en ergotherapeut na vier weken teruggezien om te evalueren hoe het thuis gaat en of er meer of minder therapie nodig is. Een andere organisatie zet hun eigen thuiszorgorganisatie na twee weken in bij zorgvragers die geen thuiszorg hebben voor een eenmalig huisbezoek om even te monitoren hoe het gaat.

Wat vaak genoemd wordt als belemmering in de organisatie van nazorg is dat de SO na ontslag geen hoofdbehandelaar meer is. Hun rol in het natraject is daardoor onduidelijk, omdat zij slechts een adviesfunctie kunnen vervullen. Hierdoor kunnen zij naar hun mening weinig betekenen voor de zorgvrager. Wat een SO wel aangeeft is dat zij een overleg kunnen aangaan met de huisarts om bijvoorbeeld fysiotherapie in te zetten, maar het is dan onduidelijk of de SO van GRZ dit moet doen of dat het iets is voor de eerstelijns SO.

“[...] maar dan ga je een klein beetje als een eerstelijns dokter functioneren, die hebben we natuurlijk ook, dus dan is het even de vraag van doe je het dan zelf want het is jouw patiënt of zeg je van tegen de eerstelijns dokter van goh ga eens even kijken na een tijdje.” (SO GRZ, organisatie 5)

“Ik vind het lastig om een adviesfunctie te hebben. Hier heb ik nog invloed, hier kan ik zelf de gesprekken aan, kan ik iets met de pillen, kan ik nog therapeuten kijken wat is er nodig, maar dan heb ik alleen een adviesfunctie en dat vind ik zelf een lastige rol.” (SO GRZ, organisatie 2)

“Nou kijk als we over die eerste dame spreken die zou ik best graag dan een keertje bijvoorbeeld na zes weken een keer willen zien hier gewoon om te kijken hoe het gaat. De vraag is wel is dat mijn eigen interesse gewoon om te weten van nou heb ik het nou goed gedaan en hoe gaat het met die mevrouw of is dat echt zinvol in het kader van kan ik nog wat voor haar betekenen behalve een luisterend oor en dat weet ik niet.” (Verpleegkundig specialist GRZ, organisatie 5)

Een volgend probleem is dat wanneer een zorgvrager thuis toch problemen ondervindt, het praktisch niet mogelijk is om iemand opnieuw op te nemen. Hierdoor kan niet voldaan worden aan de wensen van zorgvrager en familie.

Medewerkers van het ELV vertellen dat zij een medische en verpleegkundige overdracht maken voor de huisarts en praktijkondersteuner bij ontslag naar huis. Er is in de interviews van 2018 niet gevraagd naar behoefte voor follow-up na het ELV.

Eerstelijns behandeling

De meeste zorgvragers van de GRZ kregen na ontslag eerstelijns fysiotherapie. In deze overgang werden geen problemen ondervonden. Eén zorgvrager had geen aanvullende fysiotherapie, maar miste dit ook niet. De ervaringen met de eerstelijns nazorg zijn heel positief, zowel nazorg door dezelfde behandelaar als door een nieuwe.

"Ik was er helemaal van ondersteboven dat dat allemaal nog overweldigend dat dat nog thuis doorging en het was echt... ik zei nog tegen ze het is niet zo van garantie tot de deur en daarna houdoe zoek het maar uit, nee dat was absoluut niet, nee nee. Echt tot zolang ik het zelf graag wilde en nodig had is het gebeven [...]." (Zorgvrager GRZ, interview 5)

"Dan ga ik een stukje met haar lopen of we gaan even naar de werkplaats, en we bespreken allerlei dingen wat er allemaal in die week gebeurd is, hoever ik vooruit gegaan ben of dat ik achteruit gegaan ben, en allemaal zulk soort dingen. En dat is een hele prettige meid is dat, dat is nog een jonge vrouw. En daar heb ik heel veel aan." (Zorgvrager GRZ, interview 6)

"Ze hebben een trimfiets hebben ze neergezet van de fysio, dat ik twee keer per dag moet fietsen. En ik kan het ook merken ik ga nu heel vooruit." (Zorgvrager GRZ, interview 10)

Naast eventuele eerstelijns therapie, is een aantal zorgvragers ook heel gemotiveerd om zelf aan hun herstel te werken.

"[...] ik woon op de derde verdieping, we hebben natuurlijk wel een lift, maar ik heb mezelf dus gelijk gedwongen om de trap te nemen." (Zorgvrager GRZ, interview 5)

"Die komt twee keer per week komt die fysio hier en ja de rest moet je zelf doen hè, fietsen en wandelen [...]." (Zorgvrager GRZ, interview 10)

Ambulante GRZ

Zorgvragers komen in aanmerking voor ambulante GRZ, wanneer het om een multidisciplinair probleem gaat. Ambulante GRZ kan ingezet worden als aanvulling op een intramuraal traject of direct volgend op een ziekenhuisopname. In het eerste geval kan dit ervoor zorgen dat het klinische traject verkort kan worden en zorgvrager sneller naar huis kan. Ook kan het angstige patiënten meer vertrouwen geven dat zij het thuis kunnen redden. Bovendien kan het ambulante team de thuiszorg laten inzien dat de zorgvrager weer veel dingen zelf kan en dat zij daar dus niet meer mee geholpen hoeven te worden. Dit voorkomt dat de zorgvrager weer inlevert aan zelfstandigheid, die juist tijdens de revalidatie is opgebouwd. Een bevorderende factor voor het inzetten van ambulante behandeling is wanneer behandelaars proactief zijn in het denken aan ambulant als optie.

Er is een aantal belemmerende factoren voor de inzet van ambulante behandeling aan het licht gekomen. Ten eerste de verwachtingen van de zorgvrager en/of familie, waarbij zij verwachten dat de zorgvrager intramuraal revalideert en dus niet open staat voor een ambulant traject. Andersom kan een gemotiveerde zorgvrager die graag naar huis wil bevorderend zijn voor de inzet van ambulante behandeling.

"Maar ik denk dat het vooral is, het probleem is vooral het verwachttingsmanagement bij cliënt, familie, ik denk dat dat het grootste obstakel is om ambulant te revalideren. Dat mensen toch vaak denken van ja hallo ik revalideer hier en niet thuis, en dat krijg soms gewoon heel moeilijk verkocht, je

moet echt iemand hebben die er zelf voor openstaat om dat voor elkaar te krijgen." (Verpleegkundig specialist GRZ, organisatie 5)

Ten tweede komt er bij een organisatie naar voren dat zij eerst moeten voldoen aan een minimum aantal behandeluren binnen het klinisch traject, voordat zij een ambulant traject mogen doen. Dit wordt bemoeilijkt doordat zij veel met modules werken in plaats van individuele therapie. Een mogelijke oplossing voor dit probleem is om bij zorgvragers waarbij een ambulant traject verwacht wordt andersom te werken; meer individuele therapie en daarnaast nog modules erbij. Dit levert namelijk meer uren op binnen het klinisch traject.

Ten derde het financiële aspect: tarieven worden gekort en reistijd en -kosten worden niet vergoed. Dit heeft ertoe geleid dat sommige organisaties ambulante GRZ slechts binnen een bepaalde straal leveren, omdat zij anders meer reistijd kwijt zijn dan behandeltijd.

"[...] Dat ik wel jammer vindt dat de ambulante trajecten ook nu steeds meer in tarieven gekort worden, terwijl dat de toekomst is." (SO GRZ, organisatie 4)

Een SO geeft aan dat als er geen financiële beperkingen waren, dat ambulante behandeling inhoudelijk mogelijk en gewenst is.

"Dan zou ik dat.. puur vanuit de inhoud zou dat ja zou dat wel.. zou je die multidisciplinaire behandeling vanuit je GRZ team thuis moeten kunnen leveren." (SO GRZ, organisatie 3)

Ook kan een aantal patiëntkenmerken een beperkende factor zijn. Bij een patiënt met een onderbeenamputatie was het namelijk zo dat hij naar huis kon met ambulante behandeling, omdat zijn stomp er goed uit zag. Dus was dit niet het geval geweest, dan had het een beperkende factor kunnen zijn voor het inzetten van ambulante behandeling. Een ander voorbeeld is zuurstofgebruik, als een zorgvrager niet gewend is aan het gebruik van een zuurstofapparaat kan dit in de thuissituatie leiden tot valgevaar. Als laatste werd genoemd dat een zorgvrager met trappen in de woning niet thuis kan revalideren zolang deze niet veilig kan traplopen.

Als laatste wordt er genoemd dat SO's geen tijd hebben voor ambulante behandeling naast hun intramurale werk. Een mogelijke oplossing hiervoor is dat een vaste SO of eerstelijns SO ambulante behandeling biedt. Echter wordt hierbij genoemd dat het wel nadelig kan zijn als er van arts gewisseld wordt.

"[...] want eigenlijk doen onze eerstelijns SO's dat, maar dat is natuurlijk ook een beetje raar om die knip te maken tussen mij hier en een andere dokter daar." - SO organisatie 3

In het ELV is er niet op dezelfde manier sprake van een revalidatietraject dat thuis voortgezet zou kunnen worden. Wel is het belangrijk dat waar nodig en de zorgvrager hier baat bij heeft er voor thuis goede vervolgzorg en -behandeling wordt geregeld. Daarbij kan het zo zijn dat een zorgvrager in het ELV vooral tijd nodig heeft gehad om te herstellen en op krachten te komen, en erna in de thuissituatie er baat bij heeft en in staat is om te revalideren. Dan kan op advies van de ELV-instelling door de huisarts – en eventueel met hulp van de inzet van de SO in de eerste lijn – revalidatie worden ingezet.

Ervaring thuis na ontslag

Zorgvragers van de GRZ vinden het fijn om na de opname weer thuis te komen. Wel is het even wennen om thuis te zijn door nieuwe beperkingen die iemand voorheen niet had en het gebruik van hulpmiddelen. Voor sommige zorgvragers was het zwaarder dan verwacht, maar dit gaf geen grote problemen. Een zorgvrager geeft aan dat het door de zorgverleners goed was benoemd dat het thuis

mogelijk zwaar kon zijn en dat hij hier geen verdere begeleiding in behoefde, het is een kwestie van ervaren.

“Nou ja goed je hebt familie natuurlijk en kennissen en die komen allemaal even kijken en dat, ja goed ik begin nou pas weer een beetje normaal te draaien, dus dat was wel een beetje te veel op dat moment. [...] Maar goed ja dat is nou eenmaal een menselijke eigenschap, dat moet je maar accepteren.” (Zorgvrager GRZ, interview 1)

“[...] om erin en eruit te komen, wat gewoon niet te doen is want dan ging het niet met de rolstoel maar dan ging ik achter m'n rek staan en dan kon ik met pijn en moeite kon ik met m'n rek binnenkomen en nou ja toen ik met de rolstoel natuurlijk naar beneden gebracht moest worden ging ik met m'n rek naar de galerij toe en dan stapte ik daar in die rolstoel en dan kon m'n vrouw me zo naar de lift vervoeren en naar beneden brengen.” (Zorgvrager GRZ, interview 6)

Hoewel de zorgvragers vinden dat zij op het juiste moment met ontslag zijn gegaan, betekent dit niet dat zij volledig hersteld zijn. Hier is begrip voor vanuit de zorgvragers. Een zorgvrager geeft ook aan dat het herstel thuis heel snel ging, doordat zij goed verzorgd werd door haar echtgenoot en zoon. Partners en andere familie zijn voor veel zorgvragers belangrijk geweest in de overgang naar huis.

“Ik verlies mijn evenwicht en dan ja dat is toch een teken dat je dus nog niet sterk genoeg bent. [...] Heeft een beetje tijd nodig, dat heeft de tijd nodig.” (Zorgvrager GRZ, interview 3)

“Wij zijn met ons tweeën maar als je zo alleen woont en je bent ziek, ben je er toch wel anders aan toe hè. Hebben wij toch geluk met z'n tweeën hier” (Zorgvrager GRZ, interview 10)

Eén zorgvrager ervoer problemen met de gemeente omtrent woningaanpassingen en hulpmiddelen. Het leveren van een rolstoel verliep niet volgens afspraak, waardoor de zorgvrager gebruik moest maken van een rolstoel waar hij niet lang in kon zitten. De woningaanpassingen werden niet gedaan omdat zijn beperkingen van voorbijgaande zijn, wat hem erg tegenviel.

“Mijn vrouw kon me niet met de rolstoel naar binnen krijgen omdat de opstap te hoog is, dus die straat die moest iets verhoogd worden, nou ja dat is ook iets voor de gemeente en dat wordt ook niet gedaan. En toen hebben we uiteindelijk zelf planken laten maken en zelf laten doen.” (Zorgvrager GRZ, interview 6)

“[...] toen heb die therapeut in orde gemaakt dat er een andere rolstoel zou komen met een betere zitting waar je langer op kon zitten, maar daar gaat allemaal zomaar zes zeven weken overheen alsof er niks aan de hand is.” (Zorgvrager GRZ, interview 6)

Zorgvragers van het ELV zijn nog geïnterviewd gedurende hun opname en niet op het moment dat zij thuis waren, dus voor deze fase zijn geen ervaringen verzameld.

Overige factoren

Personeelstekorten

Binnen alle drie de zorgvormen GRZ, ELV en GZSP wordt door zorgvragers en zorgverleners de schaarste van personeel ervaren.

Binnen de GZSP is dit vooral op het netvlies van de SO's zelf die in de eerste lijn werken, zeker wanneer zij ook deels in een verpleeghuis werken voor ELV-, GRZ- danwel WLz-afdelingen. Zij ervaren unaniem een bepaalde druk vanuit collega's en de organisatie om intramuraal bij te springen, waardoor er minder tijd overblijft voor het werk bij ouderen thuis. Ook SO's die alleen in de eerste lijn werken, geven aan zich zeer bewust te zijn van het tekort aan SO's en maken als gevolg hiervan keuzes om meer taken bij de huisarts, praktijkondersteuner en/of casemanager terug te leggen. Dit

kan ertoe leiden dat adviezen niet goed worden opgevolgd, maar resulteert wel in een groter mogelijke caseload voor de SO.

“Vraag: Hoe zou de ouderenzorg er dan volgens u uit moeten zien?”

Antwoord: “Ja, ik denk toch meer.. ja in verband met de vergrijzing toch meer van die specialisten opleiden. Ja, voor mijn gevoel wel hoor, zodat dat niet vergaat. Dat het ineens weer stopt, want moet je voorstellen hoeveel mensen nou thuis zitten in plaats van in een verpleeghuis. Dan is een casemanager net niet voldoende, maar zo een ouderen specialist die ziet iets meer denk ik.” (Mantelzorger GZSP, interview 4)

“Nou weet je, we hadden weleens afspraken [...] en dan werd het een uur later, dat wel. [...] En dan ging ik wel bellen [lachend]. Ja tuurlijk, ja je moet verder hier. [...] ‘Ja maar, het is vreselijk druk’ zei ze dan wel. Ik denk ja, maar we hebben toch een afspraak. [...] Ik weet ook dat ze het héél druk hebben, maar je bent toch de dupe van de drukte van hun. Zouden er niet meer moeten komen van die specialisten ouderengeneeskunde? denk ik dan.” (Mantelzorger GZSP, interview 4)

“SO2: Er kan niet een SO vrijgemaakt worden voor de eerste lijn, omdat we intramuraal gewoon al tekort hebben. Dus ja

F: Heeft dat nog samenhang met corona?

SO2: Nee, nee.

F: Of is het iets structureels?

SO2: Structureels. Ja, ja, dus dat dat is jammer.

(Focusgroep 1, SO2)

Zorgvragers in GRZ en ELV ervaren de gevolgen van personeelstekorten in de zorg. De meeste zorgvragers hebben hier begrip voor en geven aan dat het verzorgend personeel heel hard werkt. Aan de andere kant komen er ook verbeterpunten naar voren voor verdeling van aandacht en tijd. Zorgvragers van de GRZ vertelde dat zij tijdens haar verblijf van drie weken niet heeft kunnen douchen vanwege tijdgebrek bij het personeel. Een andere zorgvrager gaf aan dat hij vaak lang moest wachten op hulp, omdat de meeste aandacht uitging naar de ziekere zorgvragers op de afdeling.

“[...] Ik wachtte netjes op de beurt want ik weet hoe hard die meiden moesten werken en ik bedoel ik lag er niet alleen hè. [...] Er waren tien mensen die ze moesten verzorgen dus ik bleef netjes wachten tot ik aan de beurt was.” (Zorgvrager GRZ, interview 3)

“Ik heb ook meegemaakt dan moet je 's morgens naar het toilet, ik weet niet of ik dat al verteld heb, en dan zat je op het toilet en dan kwam de verpleging die zeiden van nou u kunt alvast de bovenkant wassen, dan zit je daar op de wc en dan krijg je die kom voor je en dan kan je je op de wc even gauw onder je armen wassen en je gezicht en dan denk ik bij m'n eigen dat is toch eigenlijk gekkenhuis. Laat iemand fatsoenlijk naar de wc gaan en ga dan gewoon even netjes wassen. Maar dat zijn allemaal dingen door tijdgebrek.” - GRZ zorgvrager 6

“Nou ze werken zich een slag in de rondte. Dat zeggen wij dan als Amsterdamse. Vreselijk, ja. Echt. Die werken zich een slag in de rondte. Ook in de ontbijtkamer hoor, die zuster die daar ons dan bedient. Oh oh oh, die moet dit, die moet dat, die moet zus. Zuster kunt u? Zuster ehh, heeft u dit? Ohhh. Zit ik aan die tafel, denk ik, oh, ik word geen verpleegster meer als ik terug kom op aarde. Echt, ik word geen verpleegster, echt niet.” zorgvrager 1 ELV

Daarnaast wordt benoemd dat er in de nacht maar één verzorgende aanwezig is voor de hele afdeling. Een zorgvrager benoemt dat dit te weinig is voor zoveel mensen. Toen zijn urinoir in het bed had gelekt werd het bed niet verschoond, maar er werd een handdoek op gelegd en zo gelaten voor de dagdienst. Dit wordt binnen het ELV ook herkend. Wanneer een zorgvrager ervaart dat de

tijd voor hem/haar genomen wordt dan zijn ze erg tevreden met de zorg die geleverd wordt. Wanneer er pas in de middag tijd is om gewassen te worden wordt dit ook als vervelend ervaren. Verder werd benoemd door zorgverleners van het ELV dat het werken met uitzendkrachten meer druk geeft op het vaste personeel:

“Soms zijn er dagen dan weet ik niet hoe ik het doe en soms gaat het prima. In avond [-dienst] ben je met tweeën en als je dan alleen met een flexkracht staat die niet bekend is, dan heb je het gevoel dat je alleen verantwoordelijk bent. Soms is dat niet te doen als patiënten zoveel aandacht vragen. Een keer heb ik op de fiets gehuild: “heb ik het wel goed gedaan?” (Verpleegkundige ELV, interview 11) Een belangrijke ondersteuning bij de dienst kan dan ook een keukenassistente of huiskamerassistente zijn, omdat de werkdruk te hoog wordt als het weinige verplegend personeel ook verantwoordelijk is voor de voeding:

“Als er meer geschoold personeel is dan kun je wel zorg leveren. Als je als enige verpleegkundige bent op 19 patiënten dan is het niet te doen. Verpleegkundigen die kennis hebben van ELV, revalidatie en ouderengeneeskunde, dan kun je het met 3 man redden, maar je hebt wel iemand in de keuken nodig.” (Verpleegkundige ELV, interview 2)

Samenwerking tussen personeel

Door één zorgvrager in de GRZ werd benoemd dat hij kon merken dat de samenwerking tussen de verschillende disciplines goed verliep.

“[...] dat dus niet één man alle beslissingen nam of zijn eigen beslissing nam, maar dat het altijd in teamverband genomen werd. Dus van alle kanten werd input ingebracht en dan werd er besproken wat er eigenlijk naar jou gecommuniceerd zou worden of wat ze dachten dat het eindresultaat zou worden. En dat vind ik heel prettig.” (Zorgvrager GRZ, interview 1)

Meerdere ELV-zorgvragers gaven aan te merken dat de verschillende disciplines of medewerkers niet goed communiceerden:

“Maar, om nog een voorbeeld te noemen, wat me dus ehh, waar ik me over verbaasd heb. Dat was ook dus dat ehh, ja, door die darmoperatie, ik had ook het idee dat dus ehh, de verpleegkundigen niet allemaal op de hoogte waren. En zeker de verzorgenden niet, wat er aan de hand was met je” (Zorgvrager ELV, interview 9)

Per organisatie voor GRZ verschilt het of er een dedicated team is. Het is onduidelijk wat de zorgverleners ervan vinden als er geen dedicated team is. Wel geeft één SO aan voorkeur te hebben voor een vast team. Er zijn verschillende disciplines nodig binnen het team, waaronder een logopedist die bekend is op het gebied van slikken en afasie en een psycholoog, die kijkt naar de leerbaarheid van de zorgvrager en daarin adviezen aan behandelaren kunnen geven. Daarnaast wordt bij één organisatie genoemd dat een transmuraal medewerker een belangrijk rol heeft in het contact met het mantelzorgsysteem en dat het hierbij belangrijk is dat het kort op de afdeling is in plaats van dat er dingen worden geregeld door een transferbureau die de zorgvrager en diens situatie niet kent. Verder varieert de mix van verpleegkundigen en verzorgenden tussen de organisaties, maar lijken de organisaties tevreden te zijn met hun mix en de kwaliteit van het personeel. Een organisatie geeft aan dat de niveau 3 verzorgenden verplicht geschoold worden via SVOZ (MBO zorgopleidingen). Organisaties proberen ervoor te zorgen dat er 24/7 een verpleegkundige aanwezig is, maar dit lukt niet altijd vanwege personeelstekort. Qua competenties binnen het GRZ team wordt benoemd dat het belangrijk is om proactief te zijn. Hierbij is het wel van belang dat behandelaren voldoende uren hebben zodat zij zelf initiatief kunnen nemen en niet afhankelijk zijn van specifieke vraagstukken vanuit de SO.

“De ergotherapeuten die zijn wat meer achterover leunend en die moet je een beetje aanzetten [...] dat ze ook gewoon echt pro-actief bezig zijn met de doelengesprekken of de COPM's en dat soort dingen, maar daar hebben ze natuurlijk daar moet je ze wel voor faciliteren, ze hebben daar uren voor nodig. [...] ik bedoel dan begrijp ik het ook wel dat de ergotherapeut denkt nou ik wacht wel tot er een vraag komt en ik hoop dat er niet te veel vragen komen.” - SO organisatie 5

Zorgverleners binnen de GRZ ervaren dat naast een proactieve houding het van belang is dat het personeel kennis heeft van de specifieke ziektebeelden waar zij mee werken. Dit wordt ook bij het ELV onderschreven, maar wordt belemmerd door tekorten in gekwalificeerd personeel.

“Voldoende personeel? Juiste opleiding? Daar schort het nog wel aan. Heel groot probleem, niet voldoende gekwalificeerd personeel. Er moest opeens een spoedcursus sondevoeding gedaan worden door verzorging.” (basisarts ELV, interview 3)

Sommige ELV-afdelingen hebben wel dagelijks een verpleegkundige, in andere verpleeghuizen wordt vaak gewerkt met een (kwaliteits)verpleegkundige die oproepbaar is voor meerdere afdelingen (Wlz en kortdurende zorg) voor verpleegkundige handelingen. Voor ELV hoogcomplex wordt aangegeven dat het toch wenselijk is dat minimaal MBO niveau 3 werkzaam is op een afdeling en dat er ook kennis is van concepten revalidatie en geriatrische syndromen:

“Bij hoogcomplex zit je met niveau 3 op het randje. Het kan net. Je kunt natuurlijk wel veel verpleegkundige handelingen doen. En we hebben wel ondersteuning van een praktijkverpleegkundige, die met name ondersteunt bij de wondzorg, diabeteszorg, niet specifiek voor ELV maar in het hele huis.” (SO ELV, interview 7)

“Belangrijk dat niveau 3 concept revalidatie en geriatrie moet snappen.” (verpleegkundige ELV, interview 2)

Een manager gaf aan dat ze ook graag meer uitwisseling met het ziekenhuis zou zien voor training van verpleegkundigen en verzorgenden om zo personeel in verpleeghuis te prikkelen en bekwaam te houden:

“In het ziekenhuis is meer kennisoverdracht en in de ouderenzorg gaan vaak getalenteerde medewerkers naar het ziekenhuis. Het personeel daagt elkaar weinig uit. Weinig kwaliteit door weinig feedback van collega's met afdoende ervaring en door weinig voorkomen van handelingen. [...] Idealiter is er meer uitwisseling met ziekenhuis.” (manager ELV, interview 1)

Externe factoren

Patiëntkenmerken

Patiëntkenmerken binnen GRZ en ELV kunnen bevorderend danwel belemmerend zijn voor de gehele cliëntreis. Zo zijn motivatie, vitaliteit en jonge leeftijd bijvoorbeeld bevorderend, en onvoorzichtigheid, overgewicht en onzekerheid belemmerend. Voor onzekere zorgvragers is een mogelijke oplossing om de VOD op tijd te benoemen, zodat de zorgvrager aan het idee kan wennen dat hij of zij terugkeert naar huis.

Systeem: mantelzorg en woning

Terugkeer naar huis vanuit GRZ en ELV is sterk afhankelijk van de aanwezigheid van een mantelzorgsysteem en hoe sterk dit systeem is. Overbelasting van of cognitieve problematiek bij een mantelzorger kan een reden zijn dat een zorgvrager nog niet naar huis kan. Aan de andere kant kan een sterk mantelzorgsysteem een bevorderende factor zijn voor een snelle terugkeer naar huis. Sommige mantelzorgers nemen taken op zich om de tijd totdat thuiszorg opgestart kan worden te overbruggen of ongeplande zorgmomenten thuis op te vangen.

"Ja heel goed systeem. Ik denk dat dat eigenlijk de belangrijkste factor is geweest. Want als deze mevrouw die partner niet had gehad, dan was ze toen niet naar huis gegaan. Ik denk dat het systeem en hoe iemand woont, dat dat zo belangrijk is." (SO GRZ, organisatie 1)

Ook het type woning kan van invloed zijn op de ontslagbestemming, zoals ook beschreven bij "Redenen niet naar huis en uitstellen van ontslag". Vooral in Amsterdam speelt dit meer, omdat daar veel portiekwoningen zijn zonder lift.

"En eh, dan heb je ook nog de somatische kant, dan komen mensen na een val, lopen gaat dan niet echt heel goed, dan eh, zetten wij een ergotherapeut erop en die gaat ook op huisbezoek, die gaat in de woning van de zorgvrager kijken, hier hebben we het allemaal op een rijtje, kun je wat je hier kunt thuis ook nog wel en dan blijkt dat het thuis helemaal niet meer kan. Dan is de woning helemaal niet geschikt. Het toilet te klein, een douche met drempels" (verzorgende ELV, interview 9)

Mening zorgvrager/familie

Het wel of niet terugkeren naar huis wordt beïnvloed door de mening van de zorgvrager en diens naasten. Hierin bestaat soms een discrepantie tussen hun wensen en de inschatting van de zorgverleners. Wat hierbij een rol speelt is het verschil in referentiekader: zorgvragers vergelijken hun situatie met de situatie voorafgaand, terwijl zorgverleners vergelijken met andere zorgvragers met dezelfde diagnose.

"[...] wij kunnen met z'n allen wel vinden dat het goed gaat maar als patiënt dat zelf niet vindt ja dan kun je lullen als Brugman, maar dan is het niet genoeg als je vertelt van nou maar het gaat best wel goed. Ik vergelijk het met een andere CVA patiënt maar zij vergelijkt het met hoe het hiervoor was. Dus wij kunnen met z'n allen wel roepen hoe goed het gaat maar dat is, ja dat is niet heel... niet altijd cliëntvriendelijk" (SO GRZ, organisatie 2)

De mening van zorgvrager en naasten wordt meegenomen in de besluitvorming.

"[...] daarbij geeft meneer ook zelf aan ja ik voel me nog zo onzeker met lopen, dat gaat allemaal niet. Nou ja erg lastig allemaal en ja daar dat nemen we ook wel mee, iemand moet zich ook wel een beetje wat zeker voelen om het thuis te kunnen redden." (SO GRZ, organisatie 4)

Wanneer zorgverleners, zorgvrager en naasten op één lijn zitten is dit een bevorderende factor in de ontslagfase.

"Interviewer: Waren de revalidant en de mantelzorger overtuigd van de conclusie? TM: Ja want ik zie in het opnamegesprek van ons al dat ze toen zelf al twijfels hadden." (Transmuraal medewerker GRZ, organisatie 1)

Echter, wanneer dit niet zo is, kan het soms voorkomen dat naasten van de zorgvrager het advies van de zorgverleners niet opvolgt.

"En de ergotherapeut was wel op huisbezoek geweest en had dus ook alle adviezen en voorzieningen gegeven, maar de mantelzorger had die adviezen niet opgevolgd nog. Eigenlijk ook natuurlijk met idee van ja [wordt door elkaar gepraat] [...] Nee we zien het niet zitten dus ik ga er ook geen vaart mee maken." (SO GRZ, organisatie 3)

Wanneer meerdere familieleden betrokken zijn bij een zorgvrager, kan er ook sprake zijn van onderlinge onenigheid over wat het beste is voor de zorgvrager. Dit kan leiden tot vertragingen in het ontslag, doordat er extra gesprekken gepland moeten worden met alle betrokkenen om tot een

gezamenlijk besluit te komen. Wanneer dit het geval is, is het belangrijk dat de zorgverleners contact heeft met één naaste, de eerste contactpersoon.

"[...] de dochter met wie ik het had afgesproken, die was helemaal akkoord met ze gaat weer naar huis zodra dat kan. En toen kwam er een schoondochter en toen hebben ze van contactpersoon gewisseld, dus opeens moesten we met de schoondochter dealen. Die zei: 'Nou, maar het ging al niet goed. Mijn moeder gaat niet naar huis'. En dat gaf wel wat vertraging, omdat je dan nog een extra gesprek aan moet." (SO GRZ, organisatie 5)

Regelgeving opname GRZ

Door de huidige wetgeving moet een zorgvrager waarbij een GRZ traject verwacht wordt direct opgenomen worden op een GRZ bed, ongeacht de belastbaarheid van de zorgvrager. Dit kan leiden tot de situatie dat een zorgvrager langdurig een GRZ bed bezet houdt, terwijl er nog niet daadwerkelijk gerevalideerd kan worden. Dit is bijvoorbeeld het geval bij zorgvragers die na een fractuur nog niet mogen belasten en er gewacht moet worden op toestemming vanuit het ziekenhuis. Een SO geeft aan dat het wenselijk zou zijn dat dit soort zorgvragers voorafgaand aan GRZ kunnen overbruggen op bijvoorbeeld een ELV afdeling, totdat zij voldoende belastbaar zijn.

"Maar eigenlijk ja qua behandeluren en qua traject kan je het net zo goed in ELV doen en dan vind ik het ook een beetje zonde van m'n GRZ bed, voor zo'n lang traject." - SO organisatie 5

Switchen tussen indicaties is lastig

In het verleden was het moeilijk om van ELV naar GRZ te switchen. Een van de organisaties benoemt dit ook en had dit opgelost door binnen de organisatie af te spreken dat zij 3 zorgvragers per jaar zelf mochten switchen van ELV naar GRZ. Dit probleem is waarschijnlijk opgelost, omdat SO's per 1 januari 2020 zelf een geriatrisch assessment mogen doen.

Meerwaarde GRZ en ELV

Voor de GRZ zorgvragers heeft de opname duidelijke meerwaarde gehad. Zij denken niet dat zij zonder intramuraal traject dezelfde verbetering hadden gehad.

"Dat je niet meteen uit het ziekenhuis naar huis gestuurd wordt, want ik denk niet dat je dat dan haalt. Ik was geen mens meer. Ik had geen lucht, ik had geen conditie, ik had niks." (Zorgvrager GRZ, interview 7)

"Ja ik ben toch wel blij dat ik daar ben geweest. Dat zeg ik eerlijk en het viel echt niet mee, ik vond het vreselijk, maar achteraf ja ze hebben me toch zo ver gekregen dat ik met de rollator kon lopen. Dat scheelt een heel stuk." (Zorgvrager GRZ, interview 10)

Hoewel het doel van GRZ is om zorgvragers te laten terugkeren naar huis, geven SO's aan dat uitstroom naar de Wlz niet hoeft te betekenen dat het revalidatietraject niet zinvol is geweest. Zorgvragers kunnen door een revalidatietraject voorafgaand aan permanente opname in een verpleeghuis uitkomen op een lichtere zorgindicatie. Ook kan een revalidatietraject de kwaliteit van leven verbeteren, door bijvoorbeeld iemand van sondevoeding af te krijgen. Dit wordt ook door medewerkers van het ELV onderschreven: ook al keert iemand niet terug naar huis, dan hebben ze wel het gevoel dat de opname de zorgvrager goed heeft gedaan.

Succesfactoren

Gestructureerd werken

Wat over het algemeen bij GRZ organisaties naar voren kwam, is dat het werken met korte periodes bevorderend is voor de ligduur, doordat je dan snel veranderingen kan opmerken en daarop in kan

spelen. Een organisatie zegt bijvoorbeeld dat ze met deze manier van werken sneller tot de streefdatum komen en een korte ligduur hebben.

"Als je naar de cijfers van de afgelopen jaren kijkt, onze directeur die roept eigenlijk sinds vorig jaar 'alsjeblieft niet sneller, het is niet nog korter, het is klaar' [gelach] 'jullie hebben je doel bereikt, alsjeblieft niet nog korter' (SO GRZ, organisatie 3)

Daarnaast is werken met een voorlopig ontslagdatum (VOD) ook bevorderend, omdat het dan ook duidelijk is voor de zorgvrager en het team waar naartoe gewerkt wordt. Hierbij noemt een SO dat het traject bij voorkeur zo kort mogelijk wordt ingeschat, omdat het makkelijker is om een traject te verlengen wanneer het niet haalbaar blijkt, dan om de VOD naar voren te halen.

"Juist door het benoemen van die ontslagdatum al vroeg en het continu daarop gericht zijn, op je gaat uiteindelijk terug naar huis, denk ik dat we daar heel veel winst in gehaald hebben." (SO GRZ, organisatie 1)

"[...] met een VOD werken is heel prettig, maar de keerzijde ervan is dat het inderdaad vaak moeilijker is om het naar voren te halen als het toch goed gaat." (SO GRZ, organisatie 2)

Een SO geeft aan dat een bevorderende factor in die organisatie is dat er dagelijks een overlegmoment van de zorg is waar de SO en andere behandelaars ook bij aanwezig zijn. Hier komen problemen eerder aan het licht, omdat er niet gewacht wordt tot het MDO. Er kan dan sneller aan een oplossing gewerkt worden.

"En dan wordt dat wel opgepakt dus we zijn daarin dan gelukkig niet afhankelijk van het MDO want anders zou het [...] te lang duren voordat het naar boven komt. [...] Dus dat overleg is echt wel een heel fijn overleg om even dat soort dingen, de strubbelingen die dan zo boven water komen, om die even op te pakken buiten het MDO om." (SO GRZ, organisatie 3)

Door een organisatie wordt nog als mogelijk verbeterpunt genoemd dat ze bij het gestructureerd werken ook nog eraan kunnen toevoegen dat ze zorgvragers op dezelfde wijze verzorgen en evalueren aan de hand van leerniveau's bij CVA-zorgvragers of de FAC score, een meetinstrument voor de zelfstandigheid in lopen, zodat je beter kunt objectiveren hoe iemand functioneert. In vergelijking met de GRZ wordt in de ELV minder op gestructureerde wijze gewerkt naar ontslagplanning. Zo wordt er op een aantal locaties wel standaard een intake gedaan, maar wordt niet standaard de mantelzorger op vaste tijdstippen uitgenodigd.

Regie zorgvrager

Een andere succesfactor die bij GRZ-organisaties wordt beschreven, is wanneer zorgvragers zelf de motivatie hebben om naar huis te gaan en in staat zijn om regie nemen, waarbij ze bijvoorbeeld zelf dingen regelen die nodig zijn voor ontslag. Sommige zorgvragers komen zelf met het idee om het ontslag te vervroegen.

"Ja en deze man vertelde ook al bij opname gelijk van nou ik heb een vrij ruime woning, ik kan prima op de begane grond functioneren met een rolstoel, dit en dit laat ik wel aanpassen door m'n vrouw dan kan ik gewoon snel naar huis, dus dat helpt ook mee in die gedachte." – (Verpleegkundig specialist GRZ, organisatie 5)

"[...] volgens mij zei die gewoon tegen z'n vrouw 'Ik ga gewoon ik kom naar huis toe'" (SO GRZ, organisatie 5)

Zorgverleners bij het ELV herkennen dat een hersteltraject moeizaam gaat wanneer een zorgvrager niet gemotiveerd is. Zij ervaren dat deze cliënten worden afgewezen voor de GRZ, maar dat het dan binnen het ELV ook moeizaam is om iemand weer naar huis te krijgen.

Zorgverleners spelen ook een rol in het vergroten van de motivatie van de zorgvrager. Door de revalidant te laten zien dat het goed gaat en dat hij of zij al veel dingen zelf kan. Dit geeft de zorgvrager meer zelfvertrouwen en de motivatie om toe te werken naar ontslag naar huis. Het is hierbij van belang dat er een juiste balans wordt gevonden in waar je de zorgvrager wel of niet bij helpt en dat je niet te veel doet voor de zorgvrager wanneer dit niet nodig is.

"[...] maar uiteindelijk hebben we haar heel goed kunnen laten staan en kunnen laten lopen door zelf ook haarzelf vooral te laten doen en haarzelf te laten beseffen wat ze nog kan." (Senior verpleegkundige GRZ, organisatie 2)

"[...] Dat mensen aan haar begonnen te trekken en te duwen dat ik zei van goh waar zijn jullie nu mee bezig? Want deze mevrouw heeft niks aan d'r benen daar kan ze nog heel goed op staan en die kan ze heel goed bewegen, dus uiteindelijk zijn we die eerst uit bed gaan halen dat ze dat zelf deed, hoofdsteun omhoog en dan hoef je iemand alleen maar een duwtje in de rug als ondersteuning te geven en toen zag ze zelf ook het licht dat ze zegt van o ja ik kan toch nog best wel wat zelf." (Senior verpleegkundige GRZ, organisatie 2)

Overige bevorderende factoren

Een aantal bevorderende factoren voor het revalidatietraject werden genoemd door SO's bij specifieke gevallen. Een SO benoemde dat zij een nauwe samenwerking heeft met een orthopeed, die ook langskomt bij zorgvragers tijdens de opname. Dit gaf bij een zorgvrager de doorslag om haar met ontslag te laten gaan. Een andere SO gaf aan dat een zorgvrager sneller naar huis kon, omdat bleek dat SO's zelf zuurstoftherapie voor thuis kunnen aanvragen, zonder tussenkomst van een longarts of cardioloog.

Invloed van Covid

Mantelzorgers van zorgvragers die een SO in de 1^e lijn hebben gezien benoemen de volgende zaken over de invloed van Covid-19. Er was minder contact met casemanager en de dagopvang is gesloten geweest.

Ook kwam bij mantelzorgers GZSP naar voren dat opname niet altijd mogelijk was door de tijdelijke sluiting. Dit wordt onderschreven door SO's in de focusgroepen. Zij moesten vanuit hun intramurale zorginstelling door de eerste golf van Covid-19 opnames in GRZ, ELV en Wlz vanuit ziekenhuis prioriteren boven opnames vanuit huis

"En ook dat we een tijdje niet op hebben kunnen nemen [vanuit de eerste lijn] omdat het ziekenhuis voorging. We mochten niemand van thuis opnemen om maar genoeg ruimte te houden. Dat was bij ons nog wel druk ook in Haarlem. Dat heeft gezorgd voor heel veel problemen." (Focusgroep 1, SO5)

Dit leidt ertoe dat SO's in de 1e lijn dus geen zorgvragers konden/mochten verwijzen naar ELV en GRZ.

Verder gaven enkele mantelzorgers de angst aan om ziek te worden bij zorgvragers en daarom het niet naar een verpleeghuis willen gaan. SO's in focusgroep 1 geven juist aan dit zelf niet als belemmering bij zorgvragers te hebben ervaren: de cliëntgroep is zo zwaar dat dit niet meespeelt

SO3: Ten aanzien van covid: Ja wij zitten onder de rook van alle Amsterdamse ziekenhuizen die momenteel overstrómen van de corona's. Dus de nood is zó hoog... Ja we hebben net van de eerste

golf alle mensen toch, ja doorgeplaatst [vanuit ziekenhuizen]. We hebben ontzettend veel mensen opgenomen die héél slecht waren. Die werden dan aangemeld als een ELV, nou 70% daarvan werd al gauw Wlz waarvan minstens de helft ook nog eens PG was. Ja en nu zitten we in de tweede golf en krijgen we weer alles vanuit de Amsterdamse ziekenhuizen, we moeten nog wel gaan zien wat voor groep dat is.

En nee, we hebben niet zoveel last van dat mensen het bed niet willen. Want de nood is inmiddels best wel hoog bij ons.

SO1: Ik heb dat ook bij ons in de regio niet zo gemerkt.

SO3: Nee joh, dan is de nood al zo hoog. Dat maakt ze dan niet meer uit.

SO1: We hadden ook gewoon een opnamemogelijkheid [eerste golf]. Met een quarantaine-unit, en dat mensen daarna "schoon" het huis in gingen. Dus nee, dat hebben we niet zo gemerkt. Wel dat mensen nog een tijdje van slag waren van al het verhuis [waarschijnlijk dat je dus binnenshuis daardoor dus nog een keer verplaatst]. Maar dus dat was wel goed geregeld bij ons in de regio.

Één SO geeft wel aan uitstel te hebben bemerkt, maar vooral vanwege uitstel van operaties.

SO4: Ik merk dat wél. Dat een aantal mensen zoals in de GRZ... dat mensen zelf hun operatie hebben uitgesteld door corona. In eerste instantie hadden mensen dat niet zo zeer dat de reguliere zorg werd afgeschaald. Nu wel hoor, het is nu veel erger dan de eerste keer [golf]. Maar er zijn zeker mensen die hun opname hebben uitgesteld.

(SO1, SO3 en SO4, focusgroep 1)

In brede zin merken SO's wel grote problemen doordat ze in de 1e lijn tijdelijk minder zorg konden leveren door corona. Bij mantelzorgers is ook genoemd dat ze langer moesten wachten op een eerste bezoek van de SO door corona en wellicht dat de SO ook bij het bezoek zelf minder tijd nam.

SO2: Ja je merkt het bij ons wel in je werk. We hebben ons een tijdje afgevraagd, moet je dan wel huisbezoeken doen? En hoe? En we hebben ook gedacht, als je extramuraal werkt, moet je dan wel tegelijkertijd werken in de verpleeghuizen? Om kruisbesmetting te voorkomen. We hebben toen de beslissing gemaakt, als je intramuraal werkt, dan ga je geen huisbezoeken doen. En we hebben in april ook een tijdje de huisbezoeken stilgelegd, maar daar ben ik helemaal van teruggekomen, dat was helemaal geen goed idee. Dus die blijven we nu ondanks de beperkte maatregelen wel gewoon doen. [...] Bij een huisbezoek gebruik je al je zintuigen. Je kunt het op allerlei manieren doen, dan heb je ook beeldbellen. Maar als je bijvoorbeeld een dementie wil vaststellen, dan heb je echt een huisbezoek nodig. Je wilt [cognitief] testen, goed kijken hoe iemand het aanpakt.

SO5: Wat je ziet, ik heb daar nu nog last van. Dat we een tijdje geen huisbezoeken deden, ... Je ziet nu wat er overloopt, wat we niet hebben kunnen doen, het niet kunnen opnemen, dagbestedingen dicht... Weet je wel, geen dingen aan huis. Maar ik heb daar nu nog last van. [...] Je ziet dus hoe belangrijk een dagbesteding is in de ontlasting van de mantelzorgers. [...]

En verder kinderen die hun ouders een tijd niet hebben gezien vanwege corona. Dan komen ze na een halfjaar bij hun moeder, en dan is echt de hele boel ontploft. En dan komt het bij ons veel en veel te laat. Hier hadden we zó veel eerder en beter kunnen doen.

SO4: Wat ik wel ook merk is dat zeker richting de kwetsbare ouderen in mijn regio, dat [onverstaanbaar]. We hebben die mensen opgebeld, één keer per maand ongeveer. En we hadden dan niet altijd een oplossing, maar alleen al dat contact na de mantelzorgers, dat heeft ze wel wat aandacht en ondersteuning gegeven. Ik merk wel nog dat alle ellende nog opspeelt omdat we in corona zitten, maar ik denk dat het ook aan onszelf is hoe we dat nu doen als je in een lockdown zit. En ik denk dat dat aardig gebeurd is hier. (focusgroep 1)

De dataverzameling bij zorgvragers en zorgverleners in het ELV heeft plaatsgevonden voor de Covid-19-uitbraak.

Bijlage 3

Overzicht van experimenten, pilots en proeftuinen



Bijlage 3: Overzicht van experimenten, pilots en proeftuinen

Deze bijlage bevat de volledige uitwerking van fase 3 van dit onderzoek. Via een internetsearch zijn lopende en afgeronde experimenten, pilots en proeftuinen binnen de kortdurende herstellzorg voor ouderen in kaart gebracht en ingedeeld in typering. Per experiment wordt een beschrijving gegeven en eventuele beschikbare resultaten vermeld.

1. Samenwerking GRZ/MSR

Pilots met als doel de samenwerking tussen de GRZ en de MSR te versterken. Bepaalde revalidanten vallen tussen deze zorgvormen in en kunnen hierdoor baat hebben bij beide expertises. Door een sterkere samenwerking wordt het gat tussen de GRZ en MSR gedicht en krijgen zorgvragers zorg afgestemd op hun individuele behoeften en belastbaarheid.

1.1

Naam:	<u>CVA Stepped Care Unit (CSCU)</u>
Betrokken partijen:	Cicero Zorggroep, Adelante
Looptijd:	Mei 2012, einddatum onbekend (afgerond)
Beschrijving:	Samenwerking tussen GRZ en MSR voor CVA patiënten, waarbij gekeken wordt of de zorgvrager het meest gebaat is bij GRZ, MSR of een combinatie. Hierdoor kan gevarieerd worden in de intensiteit van de behandeling, afhankelijk van de belastbaarheid van de zorgvrager. In het multidisciplinair team zijn zowel SO's als revalidatieartsen werkzaam.
Resultaten:	Na 1 jaar: - Instroomsnelheid (vanuit ziekenhuis): < 24 uur: 92% < 48 uur: 99% < 78 uur: 100% - Afname ligduur ziekenhuis: van 21 dagen naar 9,7 dagen - Afname duur klinische revalidatie: van 72 dagen naar 56,1 dagen - Uitstroom naar huis: 88/109 zorgvragers - Patiënttevredenheid: 8,3 Na 4 jaar: - Instroomsnelheid: < 24 uur: 94% < 48 uur: 100% - Ligduur ziekenhuis: 6,3 dagen - Duur klinische revalidatie: 49 dagen - Thuiswonend 6 maanden na ontslag: 87%

1.2

Naam:	<u>Revalidant met gedragsproblematiek</u>
--------------	---

Betrokken partijen: GRZPLUS, Heliomare

Looptijd: Begindatum onbekend (lopend)

Beschrijving: Doel is om een zorgvorm te ontwikkelen waarbij zowel GGZ als GRZ/MSR betrokken zijn om revalidanten met gedragsproblematiek zo goed mogelijk te kunnen behandelen.

Resultaten: (Nog) niet openbaar

1.3

Naam: Laag belastbare dwarslaesie revalidant

Betrokken partijen: GRZPLUS, Heliomare

Looptijd: Begindatum onbekend (lopend)

Beschrijving: Bij een dwarslaesie komen zorgvragers terecht in gespecialiseerd revalidatiecentrum. Hier ontbreekt de kennis over laag belastbare ouderen, waardoor de behandelintensiteit te hoog kan zijn. Doel is om een traject op te zetten waarbij de revalidatie gestart wordt in de MSR en later wordt vervolgd in de GRZ.

Resultaten: (Nog) niet openbaar

1.4

Naam: Cognitieve revalidatie

Betrokken partijen: GRZPLUS, Heliomare

Looptijd: Begindatum onbekend (lopend)

Beschrijving: In de behandeling van zorgvragers met cognitieve problemen blijkt de kennis, ervaring en werkwijze wisselend te zijn. Het doel is om het kennisniveau van medewerkers op peil te brengen door middel van trainingen, een eenduidige werkwijze te implementeren en het eerstelijnsnetwerk hierbij te betrekken.

Resultaten: (Nog) niet openbaar

1.5

Naam: Gecombineerde MSR en GRZ bedden

Betrokken partijen: GRZPLUS, Heliomare

Looptijd: Begindatum onbekend (lopend)

Beschrijving:	Bij zorgvragers die baat hebben bij zowel MSR als GRZ worden periodieke MDO's met disciplines uit beide specialismen georganiseerd.
Resultaten:	(Nog) niet openbaar

2. Samenwerking in de gehele cliëntreis

Hierbij gaat het om pilots met afspraken over de doorstroom van zorgvragers voor specifieke patiëntengroepen.

2.1

Naam:	<u>CVA-keten</u>
Betrokken partijen:	Cordaan, Amsterdam UMC
Looptijd:	2018 – 2019 (afgerond)
Beschrijving:	Samenwerking tussen het neurocentrum van Amsterdam UMC en de GRZ afdeling Hof van Sloten (Cordaan) voor CVA patiënten. De betrokken artsen hebben in een 'groene kaart' ketencriteria opgesteld voor welke zorgvragers wanneer in aanmerking komen voor GRZ. Het doel is om de uitstroom uit het ziekenhuis en opname in de GRZ te versnellen, zodat zorgvragers zo snel mogelijk kunnen starten met revalidatie.
Resultaten:	- Kortere opnameduur: • Ziekenhuis: van 15 dagen naar 5 dagen • GRZ: van 55 dagen naar 36 dagen - Gezamenlijke kostenbesparing van €200.000,- per jaar - Zorgvragers zijn tevreden over het integrale zorgaanbod

2.2

Naam:	<u>Integrale en herstelgerichte zorg voor ouderen die een nieuwe knie of heup krijgen</u>
Betrokken partijen:	BovenIJ ziekenhuis, Cordaan, Evean
Looptijd:	Begindatum onbekend (lopend)
Beschrijving:	Programma binnen de proeftuin 'Beter Samen in Noord' in Amsterdam Noord. Voorafgaand aan een electieve knie- of heupoperatie worden de behoeften en wensen met betrekking tot nazorg en revalidatie in kaart gebracht. Doel is de ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning te verbeteren.
Resultaten:	(Nog) niet openbaar

3. Direct insturen GRZ

Betreft het triageren voor de GRZ door SO's. Inmiddels is de regelgeving hieromtrent aangepast en sinds januari 2020 kunnen SO's indiceren voor GRZ.

3.1

Naam:	<u>Directe toegang GRZ</u>
Betrokken partijen:	azM Herstelzorg
Looptijd:	April 2017 – december 2017
Beschrijving:	Pilot binnen de proeftuin 'Blauwe Zorg'. Zorgvragers die in de GRZ werden opgenomen na triage door de SO (verwezen door de huisarts zonder ziekenhuisopname) werden vergeleken met zorgvragers die werden opgenomen na een ziekenhuisopname of na geriatrisch assessment door de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde.
Resultaten:	- Kenmerken van de zorgvragers en uitkomsten tussen de groepen kwamen overeen - Huisartsen en SO's zagen meerwaarde in de nieuwe werkwijze. • Snelle aanmelding, terugkoppeling en triage. • Verschil tussen zorgvormen niet altijd duidelijk voor huisartsen, advies SO helpt hierbij. - Verdragende factoren: niet alle gegevens aangeleverd door huisarts, geen bedden beschikbaar, geen SO beschikbaar.
Publicatie:	Everink I, van Haastregt J, Kempen G, Thijssen G, Bardelmeijer E, de Witte M, Schols J. GRZ-opname vanuit de thuissituatie na triage door een specialist ouderengeneeskunde. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (2018).

4. GRZ nazorg

Betreft pilots gericht op de nazorg voor zorgvragers na een intramuraal revalidatietraject. Binnen deze typering lijken (nog) geen grote pilots opgezet te zijn.

4.1

Naam:	<u>Revalidatie-nazorg Wissehaege</u>
Betrokken partijen:	Vitalis WoonZorg Groep
Looptijd:	Februari 2017 – november 2017
Beschrijving:	Een verpleegkundig specialist heeft alle ontslagen revalidanten gebeld om te vragen hoe het thuis gaat. Het doel is eventuele problemen die zijn ontstaan te signaleren en hierop te handelen.

- Resultaten:**
- Zorgvragers waren tevreden over het ontslagtraject
 - Bij 15% moest er extra hulp ingeschakeld worden (bv. extra thuiszorg, maaltijdvoorziening)
 - Er hadden zich geen grote problemen voorgedaan
 - Ex-revalidanten vonden het telefonische nagesprek prettig

4.2

- Naam:** Consulent transfer revalidant naar huis
- Betrokken partijen:** De Zorgcirkel, MEE & de Wering
- Looptijd:** Begindatum onbekend (lopend)
- Beschrijving:** Een consulent begeleidt revalidanten in de transfer naar huis wanneer het eigen sociale netwerk tekortschiet en bij CVA revalidanten.
- Resultaten:** (Nog) niet openbaar

5. ELV afdeling/herstelhotel

Pilots binnen de zorgvormen ELV en herstelhotel.

5.1

- Naam:** Herstelhotel Hoogeveen
- Betrokken partijen:** NNCZ, Huisartsenpraktijk Stationsstraat
- Looptijd:** Mei 2014 – februari 2015
- Beschrijving:** Doel van de pilot was om de waarde van herstellzorg (en respijtzorg) bij herstelhotel Hoogeveen te onderzoeken. Hierbij was herstellzorg bedoeld om te herstellen na verzwakkende ziekte, val of operatie.
- Resultaten:**
- Gemiddelde opnameduur van 32,9 dagen (gevallen ouderen hebben de langste opnameduur).
 - 76% naar huis
 - Bevorderende factoren:
 - Ervaren verpleegkundige
 - Zorgplan
 - Fysiotherapeut
 - Betrokken huisarts
 - Goede communicatie met zorgvrager over planning toekomst
 - Vrijwilligers met warme belangstelling

5.2

- Naam:** Eerstelijnsverblijf Lansingerland

Betrokken partijen:	Laurens, huisartsenparktijken in de regio
Looptijd:	Februari 2018 – einddatum onbekend
Beschrijving:	Pilot met twee bedden ELV laag complex in Huize Sint Petrus. Huisarts blijft verantwoordelijk voor medische zorg gedurende opname.
Resultaten:	(Nog) niet openbaar

6.Observatie

De pilots binnen deze typering hebben als doel ouderen de juiste zorg te bieden wanneer zij door medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen maar geen ziekenhuisopname behoeven. Op zo'n moment kan het voor de HAP en de SEH onduidelijk zijn waar een zorgvrager heen moet. Observatiebedden bieden een kortdurende opname, waarin bepaald kan worden of de zorgvrager naar huis kan (eventueel met thuiszorg) of doorstroomt naar het ELV, de GRZ of de WLz.

6.1

Naam:	<u>Observatiebedden Nijmegen</u>
Betrokken partijen:	CZ, ZZG zorggroep, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Kalorama
Looptijd:	Januari 2017 – oktober 2017
Beschrijving:	Pilot met observatiebedden, waarbij indicatiestelling binnen 10 dagen wordt vastgesteld. Het doel is om de juiste zorg op de juiste plek vast te stellen voor zorgvragers die moeilijk te triëren en kwetsbaar zijn.
Resultaten:	- Zorgvragers sneller juiste zorg op juiste plek door goede triage - Kortere ligduur in het ziekenhuis - Minder SEH-/ziekenhuisopnames door directe instroommogelijkheid observatiebedden - SO's durven zorgvragers makkelijker op te nemen omdat zij later nog juiste indicatie kunnen stellen - Minder dubbel werk, doordat zorgvragers niet voor een CGA naar de geriater hoeven - Snellere doorstroom naar WLz - Alleen kosteneffectief voor keten als er geen toename is in ligduur GRZ - Financieringsvormen passen niet bij geleverde zorg - 22% van de zorgvragers met GRZ indicatie na observatiebed ging alsnog naar WLz → betere triage nodig

6.2

Naam:	<u>Triagepilot</u>
Betrokken partijen:	Zilveren Kruis, Aafje, Amaris, AxionContinu, Vivium, Beweging 3.0

Looptijd:	Januari 2019 – juni 2021
Beschrijving:	Een pilot met als doel ervoor te zorgen dat de juiste zorg op de juiste plek beter vastgesteld wordt voor zorgvragers door middel van diagnose- en observatiebedden, waar zorgvragers maximaal 10 dagen terecht kunnen. Zorgvragers met een onduidelijke zorgvraag zonder indicatie voor ziekenhuisopname kunnen worden aangemeld door huisartsen, de SEH of het ziekenhuis. Onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde wordt diagnose en uitstroom plek bepaald.
Resultaten:	Het grootste deel van de zorgvragers wordt aangemeld vanaf de SEH. Na een gemiddelde ligduur van 7,1 dagen gaat 33% naar huis, 26% naar het ELV, 29% naar de GRZ en 6% naar de Wlz. Zorgvragers zijn tevreden over de zorg op het triagebed. Knelpunten betreffen de afspraken met zorgverzekeraars en regionale verschillen in de vraag naar triagebedden.

6.3

Naam:	<u>Pilot triagebedden</u>
Betrokken partijen:	Florence, HMC ziekenhuis, HAGA ziekenhuis, CZ, Menzis
Looptijd:	September 2018 – juni 2019
Beschrijving:	Het doel van de pilot is om een juiste indicatie vast te stellen bij zorgvragers die moeilijk te labelen zijn na een ziekenhuisopname. Hierbij wordt een zorgvrager maximaal 2 weken opgenomen op het triagebed voor observatie en screening.
Resultaten:	(Nog) niet openbaar

6.4

Naam:	<u>Schakelafdeling in het ziekenhuis</u>
Betrokken partijen:	Maastricht UMC+, Envida, azM Herstelzorg, ZIO
Looptijd:	Maart 2019 – november 2020
Beschrijving:	Vorm van anderhalvelijnszorg voor ouderen die na een bezoek aan de SEH/HAP niet naar huis kunnen maar ook geen ziekenhuisopname behoeven. Ouderen verblijven maximaal 72 uur, waarin passende vervolgzorg wordt geregeld. De medische verantwoordelijkheid ligt bij de SO. Het doel is om verkeerd-bedproblematiek te voorkomen en ligduur te verkorten.
Resultaten:	- 112 opnames tussen juni en november 2020 (sinds verplaatsing van afdeling van ziekenhuis naar locatie van Envida) - Gemiddelde ligduur 4,9 dagen - Uitstroom: 45% naar huis, 42% ELV, 4% GRZ, 6% Wlz

- Goede doorstroom vanaf SEH door intensieve samenwerking en 24/7 opnamemogelijkheid
- Patiënttevredenheid: gemiddelde score 8,5
- Knelpunt: financiering

6.5

Naam:	<u>Zorgpad Observatie</u>
Betrokken partijen:	Zorgschakel Enschede, huisartsen (LHV, THOON), Medisch Spectrum Twente, Menzis
Looptijd:	Mei 2019 – juni 2020
Beschrijving:	Pilot in het Zorgschakel Enschede gebied. Zorgvragers die verzekerd waren bij Menzis kunnen worden opgenomen op observatiebedden. Zorgvragers bij andere verzekeraars konden hier geen gebruik van maken, maar kregen een second best advies (ELV, Wlz, etc.).
Resultaten:	- Instroom: 75% huisarts, 25% SEH - Gemiddelde ligduur: 11,8 dagen - 76% krijgt direct de juiste vervolgzorg

6.6

Naam:	<u>Observatiebedden ZGT gebied</u>
Betrokken partijen:	Carintreggeland, ZorgAccent, TriviumMeulenbeltZorg, LHV, THOON, Alerta
Looptijd:	Januari 2020 – einddatum onbekend
Beschrijving:	Een centraal coördinatiepunt voor acute opname van kwetsbare ouderen in het gebied rondom ziekenhuisgroep Twente. Medewerkers van Alerta werken bij het coördinatiepunt en hebben inzicht in beschikbare plaatsen. Er zijn 6 observatiebedden verspreid over de regio, beschikbaar tussen 7:00 en 23:00 uur en aanmelden kan tot 22:00. Bij opname wordt er een zorgpad gestart. Vervolgens wordt er binnen twee weken een juiste indicatie afgegeven (ELV, GRZ, Wlz).
Resultaten:	(Nog) niet openbaar

6.7

Naam:	<u>Pilot observatiebedden</u>
Betrokken partijen:	Zorgbalans, Kennemerhart, Sint Jacob
Looptijd:	Januari 2020 – einddatum onbekend
Beschrijving:	Ouderen worden bij opname binnen 14 dagen beoordeeld door een multidisciplinair team. Vervolgens stromen ze door naar een passende

plek (ELV, GRZ, Wlz, thuis). Dit zou ook moeten leiden tot een lagere druk op de SEH en het voorkomen van ziekenhuisopnames.

Resultaten: (Nog) niet openbaar

6.8

Naam: Acute Care Unit (ACU)

Betrokken partijen: Azora, Menzis

Looptijd: September 2020 – einddatum onbekend

Beschrijving: In een verpleeghuis van Azora wordt een ACU opgezet om complexe kwetsbare ouderen tijdelijk op te nemen voor maximaal 2-3 weken, wanneer acute problemen in de thuissituatie optreden, waarvoor behandeling in het ziekenhuis niet nodig is. De ACU biedt hierbij vooral de mogelijkheid voor observatie en diagnostiek met als doel o.a. juiste zorg op de juiste plek en het voorkomen van ziekenhuisopnames.

Resultaten: (Nog) niet openbaar

7.Coördinatie

Binnen deze typering vallen pilots met als doel om ervoor te zorgen dat zorgvragers de juiste zorg op de juiste plek ontvangen door middel van een aanmeldportaal/coördinatiepunt en/of hulp bij de triage door een specifieke zorgverlener zoals een transfer- of wijkverpleegkundige.

7.1

Naam: Centraal ELV-loket

Betrokken partijen: Envida, Mosae Zorggroep, Sevagram, woonzorgcentrum De Beyart, azM Herstelzorg, Elsresidentie Margraten, TIPP, ZIO

Looptijd: September 2017

Beschrijving: Centraal ELV-loket dat een actueel inzicht biedt in de beschikbaarheid van bedden. Daarnaast de mogelijkheid voor huisartsen om een SO te consulteren.

Resultaten: Positieve punten:

- Beter zicht op beschikbare bedden
- Neemt verwijzers werk uit handen
- Tijdswinst
- Faciliteert opname van zorgvragers op ELV-bed
- Verantwoordelijkheid om een bed te vinden ligt niet meer alleen bij verwijzer

Knelpunten:

- Wachtijd tot opname

- Incomplete verwijzingen
- Verkeerd-bedproblematiek door verkeerde indicatiestelling
- Regelen van opname kost alsnog veel tijd

Aanbevelingen:

- ELV-loket ook andere zorgvormen laten coördineren
- 24/7 overzicht van beschikbare bedden (online inzagesysteem)
- Mogelijkheid om bedden te reserveren
- SO betrekken bij indicatiestelling

7.2

Naam:	<u>Pilot Meldpunt Verwijshulp Rotterdam e.o.</u>
Betrokken partijen:	Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ), Conforte
Looptijd:	September 2018 – einddatum onbekend
Beschrijving:	Huisartsenposten kunnen gebruik maken van een virtueel coördinatiepunt (tijdens kantoortijden) en fysiek coördinatiepunt (buiten kantoortijden) voor ELV. Het fysieke coördinatiepunt is in het Maasstad Ziekenhuis en Franciscus Gasthuis.
Resultaten:	(Nog) niet openbaar

7.3

Naam:	<u>Pilot aanvraag ELV</u>
Betrokken partijen:	RegiozorgNU, St. Antonius ziekenhuis, HAP/Primair
Looptijd:	September 2019 – einddatum onbekend
Beschrijving:	De transferverpleegkundige van het St. Antonius ziekenhuis ondersteunt huisartsen van ZorgNU en SpoedzorgNU met ELV aanvragen op doordeweekse dagen tussen 14:00-21:00. Men wil kijken of hiermee SEH-bezoeken te voorkomen zijn en of de nodige zorg direct vanuit huis geboden kan worden (van hulp thuis tot aan ELV bed).
Resultaten:	- 85 aanvragen in 9 maanden, tijdens lockdown minder geworden - Makkelijke toegankelijkheid en optimale bereikbaarheid - Informatie-uitwisseling met het oprichten van het Zorg Coördinatie Centrum Midden-Nederland

7.4

Naam:	<u>Pilot Aanmeldportaal</u>
Betrokken partijen:	Avoord, Elisabeth, Surplus, Amphibia ziekenhuis

Looptijd:	Maart 2016 – augustus 2016
Beschrijving:	Huisartsen en artsen op de SEH kunnen 24/7 terecht bij het Aanmeldportaal. Via het portaal vindt er overleg plaats met een medewerker van één van de zorgorganisaties over geschikte mogelijkheden. Het doel is om ervoor te zorgen dat zorgvragers direct de juiste zorg op de juiste plek ontvangen en dat onnodige ziekenhuisopnames worden voorkomen.
Resultaten:	- Het Aanmeldportaal voorziet in grote behoefte - Veel kwetsbare ouderen adequaat geholpen - Inmiddels zijn 3 andere zorgorganisaties aangesloten: Thebe, De Riethorst Stromenland en Volckaert Surplus: - Doorstroom zorgvragers verbeterd - Zorgkosten bespaard

7.5

Naam:	<u>Integrale acute zorg voor ouderen</u>
Betrokken partijen:	Cordaan, Evean, Amstelring, BovenIJ Ziekenhuis, ELAA, huisartsen Amsterdam-Noord, HAP
Looptijd:	Begin- en einddatum onbekend
Beschrijving:	Programma in Amsterdam Noord binnen de proeftuin 'Beter Samen in Noord' van de Krijtmolenalliantie. Doel is om te zorgen dat ouderen de juiste zorg op de juiste plek krijgen en SEH-bezoeken en ziekenhuisopnames te voorkomen, door middel van het opzetten van een 24/7 beschikbaar regionaal aanmeldportaal voor ELV-plekken. Tevens wordt gewerkt aan een senior vriendelijke SEH, AOA en HAP in het BovenIJ Ziekenhuis en de mogelijkheid om 24/7 acuut thuiszorg in te zetten vanaf de SEH/AOA. Het aanmeldportaal is inmiddels overgegaan in het Aanmeldportaal Tijdelijke Zorg Amsterdam, een aanmeldportaal waar alle Amsterdamse huisartsen en SEH's 24/7 zorgvragers kunnen aanmelden voor tijdelijke zorg.
Resultaten:	(Nog) niet openbaar

7.6

Naam:	<u>Pilot wijkverpleegkundig team ELV</u>
Betrokken partijen:	Huisartsen Gelderse Vallei

Looptijd:	Januari 2019 – juli 2019
Beschrijving:	Huisartsen kunnen een wijkverpleegkundige inschakelen die extra geschoold is in indicatie voor ELV. Hiermee wil men kijken of zorgvragers sneller de juiste zorg op de juiste plek krijgen, of vraag en aanbod van bedden overeenkomen en of huisartsen, wijkverpleegkundigen en VVT-aanbieders meer tevreden zijn over deze werkwijze.
Resultaten:	- Veel vragen van huisartsen gingen niet over ELV, maar over situaties waarin een zorgvrager niet thuis kan blijven. Het ging dan bijvoorbeeld om een Wlz-crisisaanvraag of er waren problemen met de capaciteit van thuiszorg - Verbeterpunten: • Samenwerking tussen huisarts en thuiszorg • 1 locatie opzetten voor alle bedden voor alle soorten indicaties

8. Gedeeld dossier

Betreft het delen van dossiers tussen zorgverleners.

8.1

Naam:	<u>Pilot VIP Samenwerken</u>
Betrokken partijen:	Cohaesie, 11 huisartsenpraktijken
Looptijd:	Januari 2020 – einddatum onbekend (lopend)
Beschrijving:	Pilot met 11 huisartsenpraktijken die het samenwerkingsplatform VIP gebruiken om veilig en snel informatie uit te wisselen met samenwerkingspartners (o.a. SO, fysiotherapeut, ergotherapeut, casemanager dementie, wijkverpleging, enz.). Het platform biedt ook de mogelijkheid om gezamenlijk een behandelplan op te stellen en een MDO te organiseren. Daarnaast kunnen zorgvragers en mantelzorgers toegang krijgen tot het platform en bepaalde informatie inzien. Verder is er ook nog een VIP-app die zorgverleners op hun mobiel of tablet kunnen installeren. Via de app kunnen ze bijvoorbeeld foto's van een wond maken en dit vervolgens aan het platform toevoegen en eventueel doorkoppelen aan hun eigen patiëntendossier systeem. Naar verwachting zal het VIP-systeem in de toekomst vaker gebruikt worden en uitgebreid worden.
Resultaten:	(Nog) niet openbaar

9. Praktijk SO eerste lijn

De pilots en proeftuin die binnen deze typering vallen, hebben een praktijk danwel een expertisecentrum opgericht waar SO's in de eerste lijn werken.

9.1

Naam:	<u>MESO-zorg</u>
Betrokken partijen:	Zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde, opgericht door Esther Bertholet (SO)
Looptijd:	Doorlopend, gestart in 2011
Beschrijving:	Multidisciplinaire Eerstelijns ouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde (MESO) vanuit Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet. Het doel is dat ouderen langer thuis kunnen wonen met meer kwaliteit van leven tegen lagere kosten. Het team bestaat uit een SO die werkzaam is in de eerste lijn, een geriatrieverpleegkundige en een secretaresse. Ouderen worden verwezen door de huisarts. Er vindt overleg plaats binnen het team en met de huisarts. Een zorgbehandelplan wordt opgezet met het zorgnetwerk en de behandeling wordt gecoördineerd door het MESO team. Huisarts blijft hoofdbehandelaar.
Resultaten:	Evaluatie oktober 2011 - januari 2015. - Gemiddeld 83 jaar oud - 90% hoogcomplex, 10% complex - 5-6 disciplines bij MDO - 87% ervaart goede samenwerking - Bij 95% zorg voor mantelzorger - Gemiddeld 2,7 medicatiewijzigingen - 5-6 nieuwe diagnoses gevonden - Alle respondenten (zeer) tevreden over het rekening houden met wensen van zorgvrager - Vermindering gevoelens van nervositeit, somberheid, angst of eenzaamheid (van 30% naar 10%) - Klantervaring: toename kennis over aandoeningen bij zorgvrager/systeem (van 10% naar 90%) - Kostenbesparend: 56 zorgvragers woonden begin 2015 gemiddeld 8 maanden langer thuis dan verwacht (€800.000 per jaar bespaard) Verbeterpunten: - Kwaliteits- en toetsingskader ontwikkelen - Gebrek aan structurele financiering

9.2

Naam:	<u>Pilot MESO-praktijk</u>
Betrokken partijen:	Stichting MESO heeft een subsidie aangevraagd om drie pilots op te zetten in Rotterdam Ommoord, Zoetermeer en Tiel
Looptijd:	Ongeveer 3 jaar, gestart in 2020

Beschrijving: Pilot met een zorgvorm voor kwetsbare ouderen: Multidisciplinaire Eerstelijnszorg met een Specialist Ouderengeneeskunde (MESO). De werkwijze van 9.1 MESO-zorg is de basis voor deze pilot. Het is een aanvulling op de huisartsenpraktijk, waarbij een praktijkteam bestaande uit specialisten ouderengeneeskunde en geriatrisch verpleegkundigen enkele maanden de begeleiding van een oudere overneemt bij te complexe zorg voor de huisartsenpraktijk.

Resultaten: (Nog) niet openbaar

9.3

Naam: Ouderenpoli

Betrokken partijen: Florence, huisartsenpraktijken in de regio

Looptijd: Halfjaar, gestart in 2016 (pilotfase afgerond, inmiddels onderdeel van de reguliere zorg via GZSP)

Beschrijving: Huisartsen in regio Haaglanden kunnen de SO's van Florence consulteren in de zorg voor complexe thuiswonende ouderen. Op verzoek van de huisarts kan de SO ook langsgaan bij ouderen thuis. Het werkgebied is opgedeeld in regio's, met per regio een vaste SO. Er is een pilot gedaan van een half jaar en inmiddels is de Ouderenpoli officieel geïmplementeerd. De Ouderenpoli wordt gefinancierd vanuit de GZSP.

Resultaten:

- Betere kwaliteit van leven voor de kwetsbare ouderen thuis
- Onnodige ziekenhuisopnames worden voorkomen
- Kennisoverdracht van SO naar huisartsen
- Huisarts voelt zich gesteund en kan laagdrempelig en snel overleggen met SO
- Door regulier overleg (GPO) is de kans dat zaken gemist worden kleiner

9.4

Naam: PlusPunt Ouderenzorg Kerkrade

Betrokken partijen: Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg, Zuyderland Medisch Centrum

Looptijd: Doorlopend, gestart maart 2018

Beschrijving: Pilot binnen de proeftuin zorgcontinuüm Ouderenzorg MijnZorg. Expertisecentrum waarnaar huisartsen ouderen met complexe problematiek kunnen verwijzen voor poliklinische eerstelijns diagnostiek en consultatie met als doel om noodsituaties en crisisopnames te voorkomen, verminderen van verwijzingen naar tweedelijnszorg en als expertisecentrum de eerstelijns ouderenzorg naar een hoger niveau te tillen door scholing huisartsen. Zowel SO's als geriaters zijn werkzaam bij

PlusPunt. SO's komen ook aan huis. Na het consult worden huisartsen gebeld of zij verder kunnen met het advies.

- Resultaten:**
- 20% van de zorgvragers alsnog doorverwezen naar het ziekenhuis
 - kostenbesparing
 - patiënttevredenheidsscore tussen de 9 en 10

9.5

Naam: Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (UPO)

Betrokken partijen: Universitaire Huisartsenpraktijk, VUmc, Verenso, Amstelring, Zonnehuisgroep Amstelveen, huisartsen in de regio

Looptijd: Doorlopend, gestart maart 2015

Beschrijving: Consultatie of (tijdelijke) overname van behandeling door de SO, na verwijzing van de huisarts. Ook zijn er bedden beschikbaar voor observatie gedurende een korte geplande opname. Het doel is crisissituaties, verwijzingen naar tweedelijnszorg en ziekenhuis- en verpleeghuisopnames te voorkomen.

Resultaten: (Nog) niet openbaar

10.SO werkzaam in eerste lijn vóór invoering GZSP

10.1

Naam: Inzet Specialist Ouderengeneeskunde in huisartsenpraktijk: pilot Deurne

Betrokken partijen: Savant Zorg/Novicare, De Zorgboog, projectgroep Kwetsbare Ouderen van Quartz, huisartsenpraktijken in de regio

Looptijd: Voorjaar 2011 – mei 2012

Beschrijving: De SO kan door de huisarts worden ingeschakeld voor een consult of medebehandeling, waarbij de huisarts hoofdbehandelaar blijft. Het doel is om ouderen in de huisartspraktijken in kaart te brengen en een (multidisciplinair) behandelplan op te stellen, om zo de zorg voor ouderen te verbeteren en ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen.

Resultaten:

Positieve punten:

- Meerwaarde SO: brede kijk, medicatiereview, deskundigheidsbevordering
- Het persoonlijk contact werkt drempelverlagend

Verbeterpunten:

- Ontbreken van een gezamenlijk dossier
- Huisarts nog onvoldoende bekend met expertise van SO
- Mogelijkheid ZorgDomein te gebruiken voor snelle verwijzing
- Hulpvraag in verwijzing naar SO moet duidelijker

11.Vaste SO aan huisartsenpraktijk

Bij deze typering zijn er pilots uitgevoerd waarbij er een vaste SO aan een huisartsenpraktijk/huisartsengroep wordt verbonden, met als doel om ervoor te zorgen dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen.

11.1

Naam:	<u>Pilot SO in de huisartsenpraktijk</u>
Betrokken partijen:	GHO-GO, Inovum, Amaris Zorggroep, HilverZorg, Vivium Zorggroep
Looptijd:	April 2014 – 2015
Beschrijving:	Pilot waarbij multidisciplinaire samenwerking (o.a. huisarts, SO en POH somatiek) is opgezet in huisartsenpraktijk. Iedere twee weken was er een contactmoment in de praktijk. Doel was om het welbevinden van kwetsbare thuiswonende ouderen te verbeteren en ervoor te zorgen dat ouderen en hun mantelzorgers zo lang mogelijk zelfstandig kunnen leven.
Resultaten:	- 45 consulten thuis, 2 telefonisch - Meerdere vragen voor consult - Gemiddeld 85 min per zorgvrager (consult + uitwerking) - Tevredenheid: • HA: 8,7 • POH: 9,1 • SO: 7,9 - zorgvragers lijken tevreden en accepteren meekijkarts thuis - Continuering van samenwerking met 'eigen' SO in praktijk is gewenst Verbeterpunten: - Passende financiering - 24/7 telefoonnummer van dienstdoende SO nodig voor spoedoverleg - Keten Informatie Systeem (KIS) module kwetsbare ouderen verbeteren

11.2

Naam:	<u>Pilot inzet specialist ouderengeneeskunde</u>
Betrokken partijen:	Cohaesie
Looptijd:	Januari 2020 – juni 2021
Beschrijving:	Pilot met drie huisartsenpraktijken: twee in Hellevoetsluis en één in Brielle, waarbij elke praktijk één SO in het team heeft.
Resultaten:	(Nog) niet openbaar

12. Telefonische bereikbaarheid van SO

Binnen deze typering is er ingezet om de telefonische bereikbaarheid van de SO te verbeteren, met het doel om tijdig goede zorg te bieden bij complexe zorgsituaties en ziekenhuisopname te voorkomen.

12.1

Naam:	<u>Pilot telefonisch consult Specialist Ouderengeneeskunde</u>
Betrokken partijen:	VVT platform, PoZoB, DOH, SGE, Elan, SHoKo, Huisartsenposten Oost-Brabant
Looptijd:	September 2015 – december 2015
Beschrijving:	Telefonisch consult van de SO, ook tijdens ANW-uren, met één telefoonnummer per regio. Het doel was om bij complexe zorgsituaties tijdig goede zorg te bieden en ziekenhuisopname te voorkomen.
Resultaten:	- Consult is 11x gebruikt, waarvan crisissituatie thuis en verzoek om een crisisbed 6x de aanleiding was - Continuering is gewenst - Meerwaarde • Ondersteuning huisarts bij complexe casus • Kan ziekenhuisopname voorkomen

13. Verpleegkundig specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn

13.1

Naam:	<u>Mobiel Geriatrisch Team</u>
Betrokken partijen:	Zes huisartsenpraktijken in Bennekom, Menzis
Looptijd:	2018 – einddatum onbekend (afgerond)
Beschrijving:	Vanuit het Mobiel Geriatrie Team (MGT) gaat een verpleegkundig specialist op huisbezoek bij de zorgvrager. Vervolgens wordt er in overleg met een gespecialiseerde huisarts een behandelplan opgesteld. De huisarts ontvangt een advies en plan van aanpak van de verpleegkundig specialist om behandeling voort te zetten. Tevens werkt het MGT nauw samen met andere disciplines (o.a. fysiotherapeuten en ergotherapeuten). De pilot valt onder de huisartsenzorg. Bij de implementatie wordt wel gekeken of en hoe de SO een rol kan spelen.
Resultaten:	- Patiënttevredenheid gemiddeld 8,5 tot 9 - Verdere resultaten (nog) niet openbaar

13.2

Naam:	<u>Compact behandelteam</u>
--------------	-----------------------------

Betrokken partijen:	De Pieter Raat Stichting, Geriant, HONK
Looptijd:	Jaar, gestart september 2019
Beschrijving:	In deze pilot is een compact behandelteam opgezet voor de inzet in woonzorgcentra. Het team bestaat uit een huisarts, een SO, een psycholoog en een verpleegkundig specialist. Met name de verpleegkundig specialist vervult een belangrijke rol, door de brugfunctie tussen zorgvrager en behandelaren. Zorgvragers behouden hun eigen huisarts.
Resultaten:	(Nog) niet openbaar

13.Samenwerking SO eerste lijn en huisarts

Binnen deze typering is er ingezet op de verbetering van de samenwerking in de eerstelijns ouderenzorg.

14.1

Naam:	<u>Pilot Specialist Ouderengeneeskunde</u>
Betrokken partijen:	DementieNet
Looptijd:	2019 – einddatum onbekend (afgerond)
Beschrijving:	Het doel was om de taken van de huisarts, SO en zorgtrajectbegeleider beter te verdelen door middel van samenwerkingsafspraken.
Resultaten:	- Betere samenwerking - Laagdrempeliger om te benaderen - Betere informatie uitwisseling - Efficiëntere taakverdeling d.m.v. elkaar op de hoogte houden van mogelijkheden - Verwachten dat deze samenwerking crisissituaties kan voorkomen - Afname verwijzingen naar ziekenhuis in enkele netwerken

14.2

Naam:	<u>Beter Oud in Amsterdam</u>
Betrokken partijen:	Ben Sajet Centrum, SIGRA, 1ste Lijn Amsterdam
Looptijd:	Anderhalf jaar, 2017 – 2018
Beschrijving:	Vier proeftuinen in vier Amsterdamse wijken met het doel te kijken naar hoe integrale eerstelijns ouderenzorg het beste tot stand komt in de praktijk.
Resultaten:	- MDO is opgezet en geborgd - Verbetering samenwerking met wijkverpleging

- Specialist ouderengeneeskunde vaker geconsulteerd
- Advance care planning gestart

Knelpunten:

- Onvoldoende tijd
- Financiering
- Tekort aan samenwerkingspartners (o.a. wijkverpleegkundige en specialist ouderengeneeskunde)

Na de pilot is het programma Beter Oud in Amsterdam verdergegaan.
Enkele resultaten van het programma uit 2019-2020:

- 99 (40%) Amsterdamse huisartsenpraktijken nemen deel aan het programma
- 75% van de praktijken heeft de kwetsbare ouderen in beeld, 25% deels
- 92% van de praktijken heeft structureel of op indicatie MDO
- 96 praktijken hebben een POH-ouderen (in opleiding) in dienst
- 91% van de huisartsen is positief over de samenwerking met de POH-ouderen

Bijlage 4

Interview guides gebruikt bij de interviews zorgvragers en zorgverleners



Bijlage 4: Interview guides gebruikt bij de interviews zorgvragers en zorgverleners

GRZ - zorgvrager

1. Algemene gegevens cliënt (en eventueel mantelzorger):
 - Leeftijd
 - Geslacht (zelf invullen)
 - Burgerlijke staat
 - Werkend/gepensioneerd/vrijwilligerswerk, aantal uur
 - Geboorteland
 - Opleidingsniveau
 - Woonsituatie voor opname (zelfstandig thuis, serviceflat, woonzorgcentrum, verpleeghuis)
 - Thuiszorg, type, aantal keer per week (voor opname)
 - Extra bij mantelzorger: relatie tot cliënt, type mantelzorg, aantal uur
2. Wat ging er vooraf aan de opname in de GRZ instelling?
 - Hoe ging het met u voor de opname? / Hoe zou u uw gezondheid voor opname omschrijven?
 - Had de opname voorkomen kunnen worden?
 - Diagnose, acuut/gepland, datum
 - Wat werd er in het ziekenhuis/op de SEH/thuis met u besproken en door wie?
 - Wat vond u van de informatie die u kreeg?
 - In hoeverre werd u betrokken bij de keuze voor GRZ?
 - Welke verwachtingen had u van de GRZ opname?
 - Welke behoeften had u op dat moment? (bij mantelzorger: zowel wat zij vonden dat cliënt nodig had als wat cliënt zelf vond)
3. Hoe is de opname in de GRZ instelling verlopen?
 - Route
 - Wachttime
 - Plek van voorkeur
 - Hoe heeft u de overgang van ziekenhuis naar GRZ ervaren? Wat ging er goed, wat ging er minder goed?
4. Hoe heeft u de eerste opvang in de GRZ instelling ervaren?
 - Opnamegesprek
 - Aanspreekpunt
 - Wat ging er goed, wat ging er minder goed?
5. In hoeverre werd u betrokken bij het opstellen van het behandelplan en de revalidatiedoelen?
 - Wat vond u hiervan?
6. Hoe heeft u de behandeling ervaren?
 - Kwaliteit
 - Kwantiteit therapie
 - Wat ging er goed, wat ging er minder goed?
7. Hoe is het revalidatietraject verlopen?
 - Op de hoogte gehouden van voortgang + door wie

- Inspraak in behandeling
- 8. Hoe heeft u het contact met de artsen/verpleegkundigen/andere behandelaren ervaren?
 - Communicatie, bejegening
 - Kwaliteit (ervaring, opleidingsniveau)
 - Geduld, tijd
 - Samenwerking tussen disciplines
 - Omgang met bezoekers/familie
 - Wat ging er goed, wat ging er minder goed?
- 9. Hoe heeft u de locatie ervaren?
 - Kamer/afdeling, sfeer, eten/drinken
 - Materialen
 - Veiligheid
 - Privacy
 - Contact met mederevalidanten
 - Wat was er goed, wat was er minder goed?
- 10. Hoe is het ontslag verlopen?
 - Bestemming
 - Voorbereiding (tijdig, proefverlof/huisbezoek, doelen behaald)
 - Wat ging er goed, wat ging er minder goed?
- 11. Ging de revalidatie na ontslag nog door?
 - Op welke wijze? Thuis/bij de instelling
 - Verwachtingen en behoeften
 - Hoe heeft u het ervaren?
 - Overdracht naar huisarts/thuiszorg/andere eerstelijns behandelaren
- 12. Wat heeft de opname u opgeleverd?
 - Toegevoegde waarde van opname
 - Zijn uw verwachtingen waargemaakt?
- 13. Als u terugblijkt op het gehele revalidatietraject, wat vond u goed gaan, wat vond u minder goed gaan?
- 14. Eventueel: Hoe zou volgens u de ouderenzorg eruit moeten zien?
- 15. Zijn er nog dingen die u zou willen bespreken?
- 16. Wat vond u ervan dat het gesprek telefonisch/digitaal was?

ELV - zorgvrager

ALGEMENE INFO

1. Kunt u mij ook iets meer vertellen over uzelf?
 2. U bent tijdelijk opgenomen in [verpleeghuis]. Kunt u mij vertellen waarom u tijdelijk opgenomen moest worden?
O Problematiek (sociaal/medisch/anders)
 3. Hoe verliep de opname voor de tijdelijke zorg in het verpleeghuis?
O Route van opname O Wachttijden O Beschikbaarheid van bedden O Administratieve zaken
- ### EERSTELIJSVERBLIJF
4. Hoe ervaart u uw tijdelijke opname in het verpleeghuis in het algemeen?
 5. Hoe ervaart u de sfeer in het verpleeghuis?
O Algemene ruimtes O Persoonlijke kamer O Karakter van de verpleging O Sociale activiteiten O Voelt u zich thuis?
 6. In hoeverre was u betrokken bij het maken van uw behandelingsplan?
O Autonomie O Onafhankelijkheid O Financiële aspect
 7. Hoe ervaart u de medische behandelingen in het ELV?
O Souplesse in uitvoering O Kwaliteit O Juiste middelen aanwezig
 8. Hoe ervaart u de communicatie tussen verpleegkundigen, artsen en u?
O Beleefdheid O Geduld O Bereidheid om vragen te beantwoorden
 9. Hoe ervaart u de verpleging en artsen in het algemeen?
O Ervaring O Opleidingsniveau O Motivatie O Professioneel uiterlijk
 10. Hoe ervaart u de locatie van het ELV?
O Kan de benodigde zorg geleverd worden? → Kennis, geld, tijd, middelen. O Hygiëne O Veiligheid O Privacy
 11. Hoe ervaart u de omgang door zorgverleners met familieleden of bezoekers in het verpleeghuis tijdens uw tijdelijke opname?
O Parkeerplaatsen O Betrokkenheid
 12. Wat zijn uw verwachtingen voor de periode na uw tijdelijke opname?
 13. Heeft u nog verder opmerkingen die u kwijt wilt?

ELV- zorgverleners, doorspreken casuïstieken

Topic	Besproken?
Algemene kenmerken en organisatie van ELV-locatie	
1. Hoe is het ELV georganiseerd bij deze locatie?	
<i>O Wie wanneer de medische eindverantwoordelijkheid</i>	
<i>O Hoe is de casemix van verpleegkundigen / verzorgenden op de afdeling</i>	
<i>O Wordt ELV gecentreerd of in de buurt aangeboden</i>	
2. Wordt over het algemeen gewerkt met doelen, een geriatrisch assessment en ontslagplanning?	
<i>O Behandeldoelen en instrumenten voor goal setting? O Geriatrisch assessment</i>	
<i>O Ontslagplanning, hoe verloopt bijstellen streefontslag</i>	
<i>O Variatie in ligduur op de locatie O Helpen bovenstaande om de ligduur te beperken?</i>	
Patient journeys (per patiënt)	

Patiëntkarakteristieken: Zie baseline characteristics	
Leeftijdscategorie, geslacht, route, brede voorgeschiedenis medisch, sociaal, functioneel	
Dan bespreken:	
3. Hoe verliep de opname in het ELV (de binnenkomst)?	
☐ Aanmeldproces, tijd ☐ Problematieken bij binnenkomst ☐ Diagnostiek bij binnenkomst: wie, hoe? ☐ Daarna: wie nam welke rol? SO / huisarts / vpk-vz, welke rol voor verzorgende? ☐ Verloop tijdens opname ☐ Terugkoppeling naar huisarts en/of zkh	
4. Hoe verliep de opname daarna?	
☐ Verloop problemen van binnenkomst ☐ Ontwikkeling situatie patiënt ☐ Behaalde doelen ☐ Wat ging er goed, wat niet ☐ Ligduur: waardoor langer/korter?	
5. Hoe eindigde het ELV?	
☐ Doorstroom naar huis/Wlz/zkh/overlijden? ☐ Naar huis gelukt, waarom wel, niet ☐ Wat was er nodig (geweest) voor terugkeer naar huis?	
Eigen ervaringen obv patient journeys	
6. Wat zijn knelpunten wat deze persoon betreft? Wat gaat goed, wat werkt?	
☐ Medisch ☐ Verpleegkundig ☐ Sociaal	
7. Welke competenties heeft het personeel nodig om de zorg aan kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers te bieden die gebruik maken van ELV?	
Afsluiting Nog dingen die we niet besproken hebben betreft ELV?	

Baseline characteristics per case

Organisatie: **Locatie:**

.....

Case 1

1. Periode van opname in ELV (maximaal halfjaar geleden)

Van: (maand) (jaar) tot (maand) (jaar)

2. Leeftijdscategorie

- ☐ 50-60 jaar
- ☐ 60-70 jaar
- ☐ 70-80 jaar
- ☐ 80-90 jaar
- ☐ 90 jaar en ouder

3. Reden van opname

- ☐ Ongeplande / acute opname in ELV
- ☐ Geplande opname in ELV
- ☐ Het tijdelijk uitvallen van een mantelzorger
- ☐ Anders namelijk

4. Type ELV

- ☐ Laag complex
- ☐ Hoog complex
- ☐ Palliatief
- ☐ Anders namelijk

5. Instroom ELV

- ☐ Vanuit de thuissituatie
- ☐ Vanuit het ziekenhuis (geen SEH)
- ☐ Vanaf SEH verwezen door: huisarts / transfervpk /
- ☐ Anders namelijk verwezen door:

6. Wie medische eindverantwoordelijkheid tijdens ELV?

- ☐ Huisarts
- ☐ SO
- ☐ Anders namelijk

7. Uitstroom na ELV

- ☐ Naar huis

- ☐ Naar langdurig verblijf zelfde locatie: GRZ /
- ☐ Naar langdurig verblijf andere locatie: GRZ /
- ☐ Anders namelijk _____

Bijzonderheden

GZSP - zorgvrager
ALGEMENE INFO

We zouden eerst graag een aantal algemene gegevens over u en uw naaste willen weten.
 Deze gegevens zullen altijd anoniem worden weergegeven.

Mantelzorger	Clïënt
Leeftijdscategorie ☐ 30-40 jaar ☐ 40-50 jaar ☐ 50-60 jaar ☐ 60-70 jaar ☐ 70-80 jaar ☐ 80-90 jaar ☐ 90 jaar en ouder	Leeftijdscategorie ☐ 50-60 jaar ☐ 60-70 jaar ☐ 70-80 jaar ☐ 80-90 jaar ☐ 90 jaar en ouder
Geslacht (zelf invullen) ☐ Man ☐ Vrouw	Geslacht (zelf invullen) ☐ Man ☐ Vrouw
Geboorteland ☐ Nederland ☐ Anders,	Geboorteland ☐ Nederland ☐ Anders,
Werk ☐ Werkend ☐ Gepensioneerd ☐ Vrijwilligerswerk Aantal uur:	Burgerlijke staat ☐ Alleenstaand/gescheiden ☐ Gehuwd ☐ Weduwe/weduwnaar
Relatie tot cliënt ☐ Partner ☐ Kinderen ☐ Broer/zus ☐ Anders,	Werk ☐ Werkend ☐ Gepensioneerd ☐ Vrijwilligerswerk Aantal uur:
	Woonsituatie voor behandeling SO ☐ Zelfstandig alleen ☐ Zelfstandig met anderen ☐ Aanleunwoning/serviceflat ☐ Woonzorgcentrum ☐ Anders,
	Huidige woonsituatie ☐ Zelfstandig alleen ☐ Zelfstandig met anderen ☐ Aanleunwoning/serviceflat ☐ Woonzorgcentrum ☐ Verpleeghuis ☐ Anders,

Dat waren de vragen over de algemene gegevens, dan zal ik nu verder gaan met wat meer vragen over de zorg die u/uw naaste nodig had.

Wat voor zorg had u/uw naaste nodig voordat de SO langskwam en hoeveel was die zorg?

Thuiszorg: type, aantal keer per week

Mantelzorg: type, aantal uur

Wanneer is SO voor het eerst langsgekomen: datum

Was het een eenmalig bezoek of zijn er meerdere bezoeken geweest? Hoeveel ongeveer?

☐ eenmalig ☐ 2-5 ☐ 5-10 ☐ >10

Wanneer is SO voor het laatst langs geweest: datum

Behandeling afgerond: ☐ ja ☐ nee

Wat was de aanleiding waarvoor de SO bij u/uw naaste thuis langskwam?

☐ *Vraagstelling*

☐ *Hoe lang speelde het probleem/vraag al?*

☐ *Waarom werd de SO op dat moment ingeschakeld?*

☐ *Wat was er volgens u én uw naaste nodig (behoefte) in de situatie van u/uw naaste?*

.....

...

PROCES INZET SO EERSTE LIJN

We zouden het nu graag willen hebben over het verloop van de behandeling. We zouden graag eerst willen weten :

Hoe bent u in contact gekomen met de specialist ouderengeneeskunde?

☐ *Via huisarts geïntroduceerd of zelf informatie opgezocht?*

☐ *Hoe was de communicatie hierover?*

☐ *Wat vond u van de informatie die u kreeg?*

☐ *Hoe vond u het proces verlopen? Was u hier tevreden over of had er iets beter gekund?*

Hoe lang moest u wachten voordat de SO kwam?

☐ *Wat vond u van de wachttijd?*

Wat vond u ervan dat de SO werd ingezet?

☐ *Vond u het nodig dat de SO kwam of kwam het meer vanuit de huisarts?*

☐ *Wat had u verwacht van het consult?*

Sinds begin dit jaar valt de behandeling van een SO onder de Zorgverzekeringswet. Dit betekent dat u hiervoor eigen risico moet betalen. Hoe ervaart u/uw naaste dit, is het een belemmerende factor?

.....

...

CONSULT SO THUIS

Nu zouden we het graag met u willen hebben over hoe de behandeling er uit zag en hoe dit is gegaan:

Kunt u beschrijven wat er bij het eerste bezoek is gedaan?

Kunt u beschrijven wat er werd afgesproken na het eerste bezoek?

Is er een behandelplan gemaakt na het eerste consult en hoe zag dit er uit?

☐ *Werd er al meteen een plan opgesteld of wat is er precies gedaan?*

In hoeverre werd u en uw naaste betrokken bij het opstellen ervan?

Wat vond u hiervan? Hoe zou u het een volgende keer willen? Wat vond u prettig of minder prettig?

Was het plan duidelijk?

Hoe is de behandeling daarna verlopen?

☐ *Waren er meerdere behandelaren betrokken (bv. fysio, ergo)? Zo ja, hoe ervaarde u de samenwerking daartussen? Kwam de SO bij elke behandeling mee of vooral andere disciplines en afsluitend weer de SO? Wat vond u van de frequentie waarmee u de SO heeft gezien?*

Hoe ervaarde u het contact met de SO?

☐ *Communicatie* ☐ *Kwaliteit* ☐ *Omgang met u en uw naaste*

☐ *Wat ging goed en wat kon beter?*

☐ *Wie was voor u het aanspreekpunt tijdens de behandeling?*

Wat vond u daarvan? Hoe zou u het een volgende keer willen? Wat vond u prettig of minder prettig?

Wat heeft het consult u gebracht? Zijn uw verwachtingen waargemaakt?

.....

...

NAZORG

U heeft eerder aangegeven dat de behandeling is afgerond, dus we zouden het nu graag willen hebben over het afrondingsproces.

Hoe is het afrondingsproces gegaan?

☐ *Wat waren uw verwachtingen en behoeften?*

☐ *Wat vond u hiervan? Hoe zou u het een volgende keer willen? Wat vond u prettig of minder prettig?*

Is de SO nog betrokken geweest erna? Zo ja, hoe?

☐ *Wat vond u hiervan? Hoe zou u het een volgende keer willen?*

.....

...

AFSLUITENDE VRAAG

Als u terugblijkt op wat we hebben besproken, hoe kijkt u dan terug op de zorg en hulp van de specialist ouderengeneeskunde?

- ☐ *Welke dingen vond u prettig?*
- ☐ *Welke dingen zouden er beter kunnen?*
- ☐ *Is er nog iets wat nog niet aan bod is gekomen waar u het graag over zou willen hebben als het gaat om de zorg van de SO thuis?*

Nu terugblikkend op hoe het is gegaan: Hoe zou de ouderenzorg er volgens u uit moeten zien?

Wat vond u ervan dat het gesprek digitaal was?

Focusgroep zorgvragers GZSP

Doel

Exploreren hoe zorg geleverd door een SO in de eerste lijn er uit zou moeten zien volgens SO werkzaam in de eerste lijn in Nederland.

Hoofdvraag: Hoe zou zorg geleverd door SO in de eerste lijn er uit moeten zien volgens SO's die werkzaam zijn in de eerste lijn denkend vanuit cliëntreis?

Sub-vraag: Welke rol heeft de SO op dit moment bij de behandeling bij cliënten in de eerste lijn en wat is de gewenste rol? (Hoe zien SO's hun bijdrage aan goede zorg voor kwetsbare ouderen?)

- Wat zijn de verwijsvragen/wie verwijst er?
- Hoe is de samenwerking met andere disciplines: hoe is dit georganiseerd (rolverdeling)? Is er een multidisciplinaire samenwerking of zijn het meer losse behandelaren die worden ingeschakeld?
- Wat gaat nu goed bij de behandeling van cliënten door de SO in de eerste lijn?
- Wat zijn knelpunten bij de behandeling van cliënten door de SO in de eerste lijn?
- Hoe is de indicatiestelling van de SO naar eerstelijns paramedische zorg, Wlz, ELV, GRZ en groepsbehandeling geregeld en zorgt dit voor tijdige verwijzing wat bijdraagt aan juiste zorg op juiste moment?

Methode

Focusgroepen met SO uit de eerste lijn. Ter voorbereiding wordt aan SO gevraagd of ze 2 casussen voor zichzelf kunnen opzoeken en daarvan volgende gegevens kunnen opschrijven:

Casus		Wat ging goed	Wat ging niet goed
1	a. verwijsvraag b. hoofdconclusie c. wat is uw rol als SO geweest en welk vervolgbeleid heeft u ingezet?		
2			

Deze casuïstieken dienen ter illustratie van thema's die besproken gaan worden en zullen alleen geanonimiseerd gedeeld worden.

Voorbeeld tijdschema van 1 van de focusgroepen

Van 14:30– 16:45

Tijd	Inhoud
14:30 – 14:45 (15 min)	Inloop (max. kwartier)
14:45 – 14:55 (10 min)	Start focusgroep: introductie, voorstellen, programma toelichten
14:55 – 15:15 (20 min)	Thema rol SO in de 1^e lijn – indelen op spectrum van regie tot consultatie
15:15 – 15:35 (20 min)	Thema's toetsen: 1 ^e helft thema's van ELAA ervaringen laten zien, 1 voor 1 toetsen: herkennen SO's de thema's (wat gaat wel/niet goed), toelichten adhv casus
15:35 – 15:45 (10 min)	Pauze

15:45 – 16:05 (20 min)	Thema's toetsen continued: 2 ^e helft thema's van Sabina laten zien, 1 voor 1 toetsen: herkennen SO's de thema's (wat gaat wel/niet goed), toelichten adhv casus
16:05 – 16:20 (15 min)	Samenvatten + korte brainstorm: Missen er nog thema's?
16:20 – 16:40 (20 min)	Samenvattend van thema's naar oplossingen – en die meteen plotten op haalbaarheid en impact
16:40 – 16:45 (5 min)	Afsluiting

Bijlage 5

Karakteristieken deelnemende zorgvragers, mantelzorgers, zorgverleners en organisaties



Bijlage 5: Karakteristieken deelnemende zorgvragers, mantelzorgers, zorgverleners en organisaties

1. GRZ organisaties

Organisatie	Regio	Deelnemers	Aantal locaties	Dedicated GRZ team	Mix personeel	Opnamefase
1	Noord-Brabant	SO, transmuraal medewerker	1	Nee, elders werkzaam binnen organisatie	80/20 verpleegkundigen en verzorgenden	Duur 8-13 dagen, MDI alleen bij CVA patiënten
2	Gelderland	SO, 2 senior verpleegkundigen	2	Nee, ergo op meerdere units	50/50 niveau 3 en 4, twee niveau 5	Individuele intake per discipline (nog geen MDI), daarna MDO
3	Limburg	SO, fysiotherapeut	3	Ja	60/40 verpleegkundigen en verzorgenden	MDI met zorgvrager, familie en betrokken behandelaren
4	Noord-Holland	SO, teamcoach	3	Ja, behalve kleine disciplines (bv. diëtist en logopedist)	70/30 verpleegkundigen en verzorgenden (minimaal niveau 3)	MDI met zorgvrager, familie en betrokken behandelaren
5	Zuid-Holland	SO, verpleegkundig specialist	4	Onbekend	70/30 niveau 3 en 4, twee HBO-V'ers met overkoepelende taken (niet altijd op de afdeling)	Dag 1 grof behandelplan, ergotherapeut doet COPM doelengesprek, 3-7 dagen later MDO

2. GRZ cliëntreizen doorgesproken met zorgverleners

Organisatie	Cliënt-reis	Geslacht	Leeftijdscategorie	Burgerlijke staat	Woonsituatie vóór opname	Instroom	Uitstroom	Ligduur (dagen)	Opnamediagnose
1	1	Vrouw	80-89	Alleenstaand	Aanleunwoning	Zkh	WZC	66	CVA
	2	Vrouw	80-89	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Zkh	Huis	28	Heupfractuur
	3	Vrouw	70-79	Onbekend	Zelfstandig	Zkh	Huis	41	Neuralgische amyotrofie
	4	Vrouw	80-89	Weduwe	Zelfstandig alleen	Zkh	WZC	121	CVA
	5	Man	70-79	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Zkh	Huis	43	Aspiratiepneumonie bij slikstoornis
2	1	Man	70-79	Onbekend	Zelfstandig met anderen	Zkh	Huis	72	Amputatie
	2	Vrouw	70-79	Weduwe	ELV	Zkh	Huis	108	Braken, misselijkheid, geen intake
	3	Man	70-79	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	ELV	Huis	59	Meningo-encefalitis
	4	Vrouw	70-79	Onbekend	Zelfstandig	ELV	Huis	120	Dubbelzijdige humerusfractuur
	5	Vrouw	80-89	Onbekend	Zelfstandig alleen	Zkh	Huis	70	CVA
3	1	Vrouw	70-79	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Zkh	Huis	89	CVA
	2	Vrouw	80-89	Weduwe	Zelfstandig alleen	Zkh	Huis	73	Collumfractuur
	3	Vrouw	70-79	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Zkh	Huis	34	Exacerbatie COPD
	4	Man	70-79	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Zkh	Huis	29	Urineweginfectie
	5	Man	70-79	Onbekend	Zelfstandig	Zkh	Huis	43	Niet-ischemische cardiomyopathie
4	1	Man	>90	Onbekend	Zelfstandig	Zkh	Huis	69	Tibiaplateaufractuur en subcapitale MT 2 fractuur links
	2	Vrouw	80-89	Onbekend	Zelfstandig	ELV	Huis	18	Periprothetische heupfractuur

	3	Vrouw	60-69	Onbekend	Zelfstandig	Zkh	Wlz	35	Decompensatio cordis en humerusfractuur
	4	Vrouw	70-79	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Zkh	Huis	28	Collumfractuur
	5	Man	70-79	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Zkh	Huis	42	COVID-19, post-IC
5	1	Vrouw	80-89	Onbekend	Zelfstandig alleen	Huis	Huis	73	Middenvoetsfracturen
	2	Vrouw	60-69	Onbekend	Zelfstandig	Zkh	Huis	167	Distale femurfractuur en humerusfractuur
	3	Man	80-89	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Zkh	Huis	42	Pertrochantere femurfractuur
	4	Man	60-69	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Zkh	Huis	23	Derotatie femur
	5	Man	80-89	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Zkh	Huis	24	Onderbeenamputatie bij vaatlijden

3. GRZ zorgvragers en mantelzorgers

Intervieuw	Mantelzorger / zorgvrager	Aanwezig interview	Geslacht	Leeftijdscategorie	Burgerlijke staat	Woonsituatie vóór opname	Uitstroom	Opnamediagnose	Regio
1	Zorgvrager	Ja	Man	70-79	Gescheiden	Zelfstandig met anderen	Huis	Amputatie been links en teen rechts	Gelderland
2	Zorgvrager	Ja	Man	70-79	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Huis	Meningitis en encefalitis	Gelderland
3	Zorgvrager	Ja	Vrouw	70-79	Weduwe	Zelfstandig alleen	Huis	Braken/misselijkheid/ondervoeding	Gelderland
4	Zorgvrager	Ja	Vrouw	80-89	Alleenstaand	Aanleunwoning	WZC	CVA	Gelderland
5	Mantelzorger (partner)	Ja	Man	70-79	-	-	-	-	-
	Zorgvrager	Ja	Vrouw	70-79	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Huis	Covid-19 met IC-opname	Noord-Holland
6	Zorgvrager	Ja	Man	60-69	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Huis	1e opname: fractuur heup en femur, 2e opname: derotatie femur (gepland)	Zuid-Holland
7	Zorgvrager	Ja	Vrouw	70-79	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Huis	Longkanker	Noord-Holland
8	Zorgvrager	Ja	Man	80-89	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Huis	Onderbeenamputatie	Zuid-Holland
9	Zorgvrager	Ja	Vrouw	50-59	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Huis	Pertrochantere collumfractuur	Zuid-Holland
10	Zorgvrager	Ja	Vrouw	80-89	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Huis	Heupfractuur	Limburg

4. ELV focusgroep

#	Functie	Regio werkzaam	Ervaring in huidige functie
1	Manager	Amsterdam	2,5-3 jaar
2	Manager	Amsterdam	4 jaar
3	Manager	Amsterdam	1,5 jaar
4	Manager	Amsterdam	6 jaar
5	Manager	Amsterdam	Onbekend (lange tijd)
6	SO	Amsterdam	1 jaar

5. ELV organisaties Amsterdam

Locatie	Verpleeghuis/ziekenhuis	Deelnemers	Aantal ELV bedden	Mix personeel
1	Verpleeghuis	SO, verpleegkundige niveau 4	12	Drie vpk niveau 4, rest verzorgende IG; voor gehele instelling 1 praktijkvpk HBO die ook wondzorg en diabeteszorg doet
2	Verpleeghuis	MBO verpleegkundige, verzorgende IG	Onbekend	Niveau 2-5 werkzaam
3	Verpleeghuis	Huisarts, 2 PB'ers	Onbekend	Vooral verzorgend personeel, 2 dagen per week vpk aanwezig
4	Verpleeghuis	Verpleegkundige niveau 4, SO	14	Onbekend
5	Verpleeghuis	Verpleegkundige niveau 4, verzorgende niveau 3	7	Vpk niveau 3 en 4, kunnen wel HBO-V inschakelen als er scholing nodig is
6	Ziekenhuis	PB'er, SO, fysiotherapeut	28	1 HBO vpk, verder MBO vpk, verzorgenden en helpenden. Wel altijd verpleegkundige per dienst aanwezig
7	Ziekenhuis	Basisarts, verzorgende niveau 3, verzorgende niveau 3 i.o.	40	Niveau 3 en 4, minimaal 1 niveau 4 op 40 zorgvragers
8	Verpleeghuis	Afdelingshoofd, klantadviseur	2	10% verpleegkundig niveau 4, 50% niveau 3, rest niveau 1 en 2
9	Verpleeghuis	Manager, basisarts, zorgconsulent/verpleegkundige niveau 4, verpleegkundige niveau 5	7	Niveau 3, wel kwaliteitsconsulent HBO niveau 5 (werkt in hele huis) voor scholing en risicovolle handelingen
10	Verpleeghuis	Verpleegkundige/teammanager, SO, verpleegkundige niveau 4	5	Vooral niveau 3, paar niveau 2 en niveau 4
11	Ziekenhuis	Teamleider	5	Niveau 3, 4, 5

6. ELV cliëntreizen doorgesproken met zorgverleners

Organisatie / interview	Client reis	Geslacht	Leeftijdscategorie	Type ELV	Instructie	Uitstroom	Ligduur	Reden van opname	Secundair probleem
1	17	Vrouw	60-69	Hoog	Zkh	ELV	2 wk	Herstellen na ziekenhuisopname	Niet gemotiveerd voor therapie
	18	Vrouw	80-89	Hoog	Huis	Huis	4 wk	Wervelfractuur, optimaliseren intake en pijnstilling	Familie eiste permanente opname in verpleeghuis
	19	Vrouw	80-89	Hoog	Huis	Huis	2 d	Observatie na inname overdosering anticoagulantia	-
	20	Vrouw	90-99	Hoog	Huis	Huis	5 d	Tijdelijk verlies kracht benen door onbekende oorzaak	-
	21	Vrouw	80-89	Hoog	Zkh	Wlz	3 mnd	Urinarywegsinfectie en delier	Mantelzorger overbelast, vermoeden dementie
	22	Vrouw	90-99	Hoog	Zkh	Wlz	2 mnd	Hyponatriëmie, ongecontroleerde suikerziekte, pleuravocht van onbekende oorzaak, delier	Vermoeden dementie
2	3	Vrouw	80-89	Hoog	Zkh	Wlz	4 mnd	Rugpijn, neuropathische pijn	Rouw ivm overladen echtgenoot, ongeschikte huisvesting
	4	Vrouw	70-79	Hoog	Zkh	Huis	3 mnd	Girdle stone na heup infectie	-
	5	Vrouw	60-69	Hoog	Huis	Huis	2 mnd	Oesophagus carcinoom, bestralingen	Weduwe, geen mantelzorg, alcoholproblematiek, zorgmijder
	6	Man	60-69	Hoog	Huis	Wlz	3 mnd	Toegenomen zorgbehoefte bij paraplegie	Zelfverwaarlozing, slechte compliance diabetes medicatie Complicatie: decubitus
3	7	Man	60-69	Hoog	Zkh	Huis	10 dag	Verdenking CVA	-

4.1	8	Man	50-59	Palliatief	SEH	Wlz	7 mnd	Herstel na resectie hersentumor	Overbelasting mantelzorgers Complicatie: val
	9	Vrouw	50-59	Palliatief	Zkh	Overleden	3 mnd	Hersentumor, toename pijn en cognitieve problemen	Complicatie: delier
4.2	23	Man	60-69	Palliatief	Huis	Wlz	5 mnd	Anemie, longcarcinoom	Huwelijksproblematiek
	24	Vrouw	80-89	Palliatief	Zkh	Overleden	6 wk	Hartfalen	Geen mantelzorgers
5.1	10	Man	80-89	Laag	Huis	Overleden	2 mnd	Gemetastaseerde maligniteit	-
	11	Man	70-79	Laag	Huis	Wlz	2 mnd	Frequent vallen waarvoor 24h toezicht nodig	Zelfverwaarlozing
	12	Vrouw	80-89	Laag	Huis	Huis	3 mnd	Urinaryweginfectie	Dementie en delier
5.2	25	Man	70-79	Hoog	Zkh	Zkh	3 wk	Gemetastaseerd prostaatcarcinoom	Bipolaire stoornis, ziekenhuis stopte medicatie met depressie tot gevolg. Complicatie: val met heupfractuur
	26	Vrouw	90-99	Hoog	Zkh	Huis	6 wk	Armfractuur	-
	27	Vrouw	80-89	Hoog	Zkh	Huis	1 mnd	Wondzorg na OK vaginacarcinoom	-
6	13	Vrouw	80-89	Hoog	SEH	Huis	3 wk	Wervelfractuur, gedehydrateerd en verward door opioïden	-
	14	Vrouw	70-79	Hoog	SEH	Huis	1 mnd	Reumatoïde artritis en afname mobiliteit	Urinaryweginfecties
	15	Man	60-69	Hoog	Zkh	Huis	2 mnd	Chemoradiatie voor maligniteit	Zelfverwaarlozing Complicatie: oedemen gezicht
	16	Vrouw	60-69	Palliatief	SEH	Hospice	3 wk	Gemetastaseerd longcarcinoom	Geen mantelzorgers

7	30	Vrouw	80-89	Hoog	Huis	WZC	5.5 mnd	Opname met echtgenoot, echtgenoot was ziek	Depressie na overlijden echtgenoot, huidige woonsituatie ongeschikt
	31	Vrouw	80-89	Hoog	Huis	WLZ	2 mnd	Vallen	Dementie, rouw om overleden zoon, mantelzorger overbelast
	32	Man	80-89	Hoog	Zkh	Zkh	1.5 mnd	Ontregelde diabetes mellitus	Ileus waarvoor heropname ziekenhuis
8	1	Man	?	Laag	Huis	Overleden	1 mnd	Toegenomen zorgbehoefte bij pancreascarcinoom	Geen mantelzorg
	2	Vrouw	80-89	Laag	Huis	Wlz	2 mnd	Breuk been	Geen mantelzorg
9	33	Man	70-79	Laag	Zkh	Hospice	6 wk	Herstellen na periode van diarree	Nieuwe diagnose gemetastaseerde maligniteit
	34	Vrouw	70-79	Laag	Zkh	WZC	2.5 mnd	Herstellen na buikoperatie	-
	35	Man	30-39	Hoog	Zkh	ELV	9 mnd	Heupinfectie	Drugsgebruik, ongeschikte woonvoorziening, depressie
10	36	Vrouw	70-79	Hoog	Huis	Psychiatrie	8 mnd	Zelfverwaarlozing door psychiatrische ziekte	Wil niet opgenomen worden in Wlz
	37	Man	80-89	Hoog	Huis	Wlz	4.5 mnd	Cognitieve stoornis van onbekende oorzaak	-
	38	Vrouw	80-89	Hoog	GRZ	Huis	2.5 mnd	Gebroken schouder	-
	39	Vrouw	80-89	Hoog	SEH	Huis	1 mnd	Val met pijn en afgenomen mobiliteit	-
11	28	Vrouw	60-69	Hoog	Huis	Wlz	9 dag	Normal pressure hydrocephalus met frequent vallen en cognitieve stoornis	-
	29	Man	30-39	Hoog	Zkh	Huis	2 wk	Wond aan been	Vervuild huis, thuiszorg wilde geen zorg leveren alvorens huis was gereinigd

7. ELV zorgvragers en mantelzorgers

Intervieuw	Mantelzorger /zorgvrager	Geslacht	Leeftijdscategorie	Burgerlijke staat	Woonsituatie vóór opname	Instroom	Uitstroom	Reden van opname	Regio
1	Zorgvrager	Vrouw	90-99	Weduwe	Zelfstandig alleen	Huis	Onbekend	Zwak, slechte intake	Amsterdam
2	Zorgvrager	Vrouw	90-99	Weduwe	Zelfstandig alleen	Huis na zkh opname	Onbekend	Herstellen na pneumonie	Amsterdam
3	Zorgvrager	Man	90-99	Weduwnaar	Zelfstandig	SEH	Wlz	Vallen	Amsterdam
4	Zorgvrager	Vrouw	80-89	Alleenstaand	Zelfstandig	Huis	Onbekend	Bestraling	Amsterdam
5	Zorgvrager	Man	70-79	Weduwnaar	Zelfstandig	Zkh	Onbekend	Aansterken na pneumonie bij COPD	Amsterdam
6	Zorgvrager	Man	70-79	Weduwnaar	Zelfstandig alleen	Huis na zkh opname	Onbekend	Enkelfractuur, slechte intake	Amsterdam
7	Zorgvrager	Vrouw	60-69	Weduwe	Zelfstandig met anderen	Huis na SEH	Onbekend	Bekkenontsteking	Amsterdam
8	Zorgvrager	Man	80-89	Onbekend	Onbekend	Transferafdeling	Wlz	Bestraling bij blaastumor	Amsterdam
9	Zorgvrager	Man	80-89	Alleenstaand	Zelfstandig alleen	Zkh	Onbekend	Darmbreuk	Amsterdam
10	Zorgvrager	Vrouw	80-89	Weduwe	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Psychiatrie	Amsterdam
11	Zorgvrager	Man	Onbekend	Getrouwd	Onbekend	Huis	Hospice	Arm uit de kom	Amsterdam
12	Zorgvrager	Vrouw	70-79	Onbekend	Onbekend	Zkh	Huis	Benen deden het niet meer	Amsterdam

8. GZSP focusgroepen met zorgverleners

Focusgroep	SO	Geslacht	Regio werkzaam	Ervaring
1	1	Man	Drenthe	6 jaar SO, 3 jaar kaderarts eerste lijn, voorheen huisarts
	2	Vrouw	Noord-Holland	13 jaar SO, 3 jaar kaderarts eerste lijn
	3	Vrouw	Zuid-Holland	15 jaar SO, 7 jaar kaderarts eerste lijn, voorheen huisarts
	4	Vrouw	Noord-Holland	7 jaar kaderarts eerste lijn, 13 jaar werkzaam in eerste lijn
	5	Vrouw	Noord-Holland	20 jaar SO, 1 jaar kaderarts eerste lijn, 10 jaar werkzaam in eerste lijn
2	1	Vrouw	Zuid-Holland	6 jaar SO, 1 jaar kaderarts eerste lijn
	2	Man	Noord-Holland	35 jaar SO, 18 jaar werkzaam in eerste lijn
	3	Vrouw	Gelderland	10 jaar SO
	4	Vrouw	Overijssel	7 jaar SO, 5 jaar kaderarts eerste lijn
	5	Vrouw	Noord-Holland	Verpleegkundig specialist sinds 2020, voorheen wijkverpleegkundige
3	1	Man	Noord-Holland	29 jaar SO
	2	Vrouw	Drenthe	23 jaar SO, kaderarts eerste lijn
	3	Vrouw	Overijssel	29 jaar SO, kaderarts eerste lijn
	4	Vrouw	Noord-Holland	15 jaar SO, 1 jaar kaderarts eerste lijn, 14 jaar werkzaam in eerste lijn
	5	Vrouw	Zuid-Holland	12 jaar SO, 6 jaar werkzaam in eerste lijn
	6	Vrouw	Friesland	15 jaar SO, 1 jaar kaderarts eerste lijn, 4 jaar werkzaam in eerste lijn

9. GZSP zorgvragers en mantelzorgers

Interview	Mantelzorger/ zorgvrager	Aanwezig interview	Geslacht	Leeftijds- categorie	Burgerlijke staat	Huidige woonsituatie	Vraagstelling	Bezoek aantal	Regio
1	Mantelzorger (zus)	Ja	Vrouw	70-79	-	-	-	-	-
	Zorgvrager	Nee	Vrouw	80-89	Alleenstaand	Zelfstandig alleen	RM procedure ivm dwalen bij dementie	2-5	Noord-Holland
2	Mantelzorger (zoon)	Ja	Man	30-39	-	-	-	-	-
	Zorgvrager	Nee	Vrouw	70-79	Gescheiden	Zelfstandig alleen, wachtlister VPH	Medicatie ivm Alzheimer	5-10	Noord-Holland
3	Mantelzorger (dochter)	Ja	Vrouw	70-79	-	-	-	-	-
	Zorgvrager	Nee	Vrouw	>90	Weduwe	Zelfstandig alleen	Terminaal longfalen	>10	Noord-Holland
4	Mantelzorger (partner)	Ja	Vrouw	60-69	-	-	-	-	-
	Zorgvrager	Nee	Man	80-89	Gehuwd	Overleden	Dementie met gedragsproblematiek	2-5	Noord-Holland
5	Zorgvrager	Ja	Man	70-79	Alleenstaand	GRZ	Indicatiestelling GRZ bij polyneuropathie	1	Overijssel
6	Mantelzorger (zoon)	Ja	Man	50-59	-	-	-	-	-
	Zorgvrager	Nee	Vrouw	80-89	Weduwe	ELV, wachtlister VPH	Cognitieve screening	1	Noord-Holland
7	Mantelzorger (schoondochter)	Ja	Vrouw	50-59	-	-	-	-	-
	Zorgvrager	Nee	Vrouw	80-89	Gehuwd	Zelfstandig met anderen, wachtlister VPH	Diagnose Alzheimer vaststellen	1	Zuid-Holland
8	Mantelzorger (partner)	Ja	Vrouw	60-69	-	-	-	-	-
	Zorgvrager	Ja	Man	80-89	Gehuwd	Zelfstandig met anderen	Advies na diagnose Alzheimer door HA	1	Overijssel

9	Zorgvrager	Ja	Vrouw	70-79	Weduwe	Zelfstandig alleen	Doorgemaakt delier bij m. Parkinson	2-5	Gelderland
---	------------	----	-------	-------	--------	--------------------	--	-----	------------

